بیمه دی
day insurance

پیشنهاد صدور عمــر و مستمری

شماره سریال:

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. درصورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط‌خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محوشدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد: ____ نام و کد شعبه: ____ نام و کد نماینده/ معرف/ بازاریاب: ____ تاریخ درخواست: ____

بیمه‌گذار (حداقل سن ۱۸ سال)

نام و نام خانوادگی/نام شرکت: ____ نام پدر: ____ شماره شناسنامه: ____ کد ملی/ شماره ثبت: ____

تاریخ تولد: ____ محل صدور: ____ تابعیت: ____ جنسیت: زن ☐ مرد ☐ وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐

شماره تلفن همراه (الزامی): ۰۹ ____ میزان تحصیلات: ____ حدود درآمد ماهانه (ریال): ____

شغل اصلی: ____ شغل فرعی: ____ کار با دستگاه: بله ☐ خیر ☐ نوع دستگاه: ____ کار در ارتفاع: بله ☐ خیر ☐

(**توجه:** عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.)

نشانی قانونی: استان/ شهر: ____ نشانی: ____

کدپستی: ____ شماره تلفن: ____ کد: ____ نشانی پست الکترونیک: ____ تعداد بیمه‌شدگان تبعی: ____

بیمه‌شده اصلی (حداکثر سن ۶۵ سال)

(**توجه:** درصورت یکسان بودن بیمه‌گذار و بیمه‌شده نیاز به تکمیل این قسمت نیست.) خود شخص بیمه‌گذار ☐ سایر ☐ نسبت با بیمه‌گذار: ____

نام و نام خانوادگی: ____ نام پدر: ____ شماره شناسنامه: ____ کد ملی/ شماره ثبت: ____

تاریخ تولد: ____ محل صدور: ____ تابعیت: ____ جنسیت: زن ☐ مرد ☐ وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐

شماره تلفن همراه (الزامی): ۰۹ ____ میزان تحصیلات: ____ حدود درآمد ماهانه (ریال): ____

شغل اصلی: ____ شغل فرعی: ____ کار با دستگاه: بله ☐ خیر ☐ نوع دستگاه: ____ کار در ارتفاع: بله ☐ خیر ☐

(**توجه:** عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.)

نشانی قانونی: استان/ شهر: ____ نشانی: ____

کدپستی: ____ شماره تلفن: ____ کد: ____ نشانی پست الکترونیک: ____

مشخصات بیمه‌نامه مورد درخواست

حق‌بیمه: سالانه ☐/ یکجا ☐ : ____ ریال

اندوخته اولیه: ____ ریال

روش پرداخت حق‌بیمه سالانه: ماهانه ☐ دوماهه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه ☐

ضریب افزایش سالانه حق‌بیمه: ٪۰ ☐ ٪۵ ☐ ٪۱۰ ☐ ٪۱۵ ☐ ٪۲۰ ☐

مدت بیمه‌نامه (۵ تا ۳۰ سال): ____ سال

حق‌بیمه پوشش‌های تکمیلی را جداگانه می‌پردازم. بلی ☐ خیر ☐

۱. سرمایه فوت به هر علت: ____ ریال

(۱ تا ۲۵ برابر حق‌بیمه سالانه- حداقل ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)

ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: ٪۰ ☐ ٪۵ ☐ ٪۱۰ ☐ ٪۱۵ ☐ ٪۲۰ ☐

۲. پوشش فوت ناشی از حادثه: بله (۱ برابر ☐ ۲ برابر ☐ ۳ برابر ☐ سرمایه فوت به هرعلت تا ۱۰ میلیارد ریال) خیر ☐

۲-۱. پوشش نقص عضو و ازکارافتادگی دائم ناشی از حادثه: بله ☐ ____ درصد سرمایه فوت ناشی از حادثه خیر ☐

۲-۲. پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: بله ☐ ٪۱۰ سرمایه فوت ناشی از حادثه تا ۵۰۰ میلیون ریال خیر ☐

۳. پوشش امراض خاص: معادل ٪۳۰ ☐ ٪۵۰ ☐ ٪۱۰۰ ☐ سرمایه فوت به هر علت (سقف این پوشش تا ۵ میلیارد ریال می‌باشد) خیر ☐

نوع پوشش: ۵ بیماری ☐ ۲۱ بیماری ☐

۴. معافیت از پرداخت حق‌بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه: بله (بیمه‌شده اصلی ☐ ، بیمه‌گذار ☐) خیر ☐

۴-۱. دریافت مستمری درصورت ازکارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه: ۱ برابر ☐ ، ۲ برابر ☐ ، ۳ برابر ☐ آخرین حق‌بیمه پرداختی خیر ☐

۵. پوشش معافیت از پرداخت حق‌بیمه درصورت فوت: بله (بیمه‌شده اصلی ☐ ، بیمه‌گذار ☐) خیر ☐

۶. نحوه دریافت اندوخته در سررسید بیمه‌نامه: یکجا ☐ مستمری ☐ (در صورت انتخاب گزینه مستمری اطلاعات زیر تکمیل گردد)

نوع مستمری: به شرط حیات ☐ مدت معین قطعی ☐ مدت دریافت مستمری: ____ سال

نحوه دریافت مستمری: ماهانه ☐ دوماهه ☐ سه‌ماهه ☐ شش‌ماهه ☐ سالانه ☐ افزایش سالانه مستمری: ٪۰ ☐ ٪۵ ☐ ٪۱۰ ☐

استفاده کننده/گان بیمه‌نامه

حیات: بیمه‌شده ☐ / بیمه‌گذار ☐ درصد سهم: ٪۱۰۰ اولویت : اول

	ردیف	نام و نام خانوادگی / نام مؤسسه	کد ملی/ شماره ثبت مؤسسه	شماره شناسنامه	تاریخ تولد/ تاریخ ثبت	نام پدر	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت
فوت	۱								
	۲								
	۳								
	۴								
	۵								

توجه:
* درصورت فوت بیمه‌شده، پرداخت خسارت به وراث قانونی منوط به ارائه برگه انحصار وراثت خواهد بود.
* درصورت فوت بیمه‌شده، چنانچه استفاده‌کننده (گان) از سرمایه بیمه مشخص نشده باشند، سرمایه بیمه بین وراث قانونی بیمه‌شده به نسبت سهم‌الارث تقسیم خواهدشد.
* درصورت فوت همزمان استفاده‌کننده و بیمه‌شده، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین وراث قانونی بیمه‌شده تقسیم خواهدشد.
* درصورت فوت بیمه‌شده، استفاده‌کننده/گان می‌توانند منافع بیمه‌نامه را به صورت مستمری دریافت نمایند.

امضاء بیمه‌گذار

سوابق بیمه‌ای

آیا در حال حاضر بیمه عمر دیگری دارید؟ بله ☐ خیر ☐

نام شرکت بیمه‌گر: ____ نوع بیمه‌نامه: ____ سرمایه فوت بیمه‌نامه: ____

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر در جریان صدور یا پذیرفته‌نشده دارید؟ بله ☐ خیر ☐ درصورت عدم پذیرش پیشنهاد علت را توضیح دهید.

نام شرکت بیمه‌گر: ____ نوع بیمه‌نامه: ____ سرمایه فوت بیمه‌نامه: ____

تذکر: چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه و یا پس از پایان آن مشخص شود که بیمه‌شده، بیمه‌نامه‌های عمر خود را که نزد سایر شرکت‌های بیمه داشته، در این فرم اعلام نکرده است، بیمه‌گر می‌تواند از پرداخت تمام و یا بخشی از تعهدات خود خودداری کند.

بیمه‌گذار/بیمه شده اصلی

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌گذار:
تاریخ/ مهر و امضاء:

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌شده اصلی:
تاریخ/ مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده: کد ملی بیمه‌شده:

سوالات پزشکی مربوط به بیمه‌شده اصلی

۱. قد: ـــــــ سانتی متر وزن: ـــــــ کیلوگرم

۲. آیا ورزش‌های رزمی یا حرفه‌ای انجام می دهید؟ بله ☐ خیر ☐ رشته ورزشی و ساعت تمرین در هفته را مشخص کنید: ـــــــ

۳. آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ علت معافیت: ـــــــ (تصویر کارت معافیت پزشکی ضمیمه شود)

۴. به هیچ بیماری مبتلا نیستم و در حال حاضر کاملا سالم هستم: بله ☐ خیر ☐ درصورت پاسخ منفی، آیا سابقه ابتلا به بیماری‌های زیر را داشته‌اید؟

چنانچه دارای سابقه بیماری از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی، خونی، کلیه و مجاری ادرار،غدد داخلی، گوارشی، استخوانی، اعصاب و روان، دستگاه تنفسی، پوستی، گوش و حلق و بینی و.... می‌باشید. نام بیماری، نام داروهای مصرفی و مدت ابتلا به بیماری را توضیح دهید ـــــــ

۵. چنانچه دارای هرگونه نقص عضو هستید با ذکر علت، ناحیه و درصد بیان کنید: ـــــــ

۶. در صورت ابتلا و یا فوت اعضای خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) در اثر بیماری، نوع بیماری و سن را اعلام نمائید. ـــــــ

۷. آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟ بله ☐ خیر ☐ میزان و مدت مصرف آن: ـــــــ

۸. آیا تا به حال در بیمارستان، مرکز درمانی و یا آسایشگاه بستری شده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ علت و تاریخ بستری: ـــــــ

۹. آیا تا به حال تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟ بله ☐ خیر ☐

نوع، تاریخ عمل و نتیجه آن را ذکر و حسب مورد گزارش عمل و پاتولوژی را ضمیمه کنید: ـــــــ

۱۰. آیا دارویی را به طور مستمر مصرف می‌کنید؟ بله ☐ خیر ☐ نوع دارو: ـــــــ مدت زمان مصرف: ـــــــ

۱۱. آیا در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن شدید داشته‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ به چه علت، چند کیلوگرم، در طی چه مدت: ـــــــ

۱۲. آیا در حال‌حاضر تحت نظر پزشک هستید؟ بله ☐ خیر ☐ به چه علت: ـــــــ

بانوان

۱۳. آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بله ☐ خیر ☐ ماه بارداری: ـــــــ

سوالات پزشکی مربوط به بیمه‌گذار

چنانچه بیمه‌گذار قصد اخذ پوشش‌های معافیت از پرداخت حق‌بیمه و دریافت مستمری از کارافتادگی را داشته باشد، تکمیل اطلاعات زیر ضروریست.

۱- قد: ـــــــ سانتی متر وزن: ـــــــ کیلوگرم

۲- در صورت نقص عضو، سابقه بستری و جراحی، سابقه بیماری از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی، خونی، کلیه و مجاری ادرار، غدد داخلی، گوارشی، استخوانی، اعصاب و روان، دستگاه تنفسی، پوستی، گوش و حلق وبینی، ... می‌باشید نام بیماری، نام داروهای مصرفی و مدت ابتلا را توضیح نمایید.

۳- آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟ بله ☐ خیر ☐ میزان و مدت مصرف آن: ـــــــ

۴- آیا ورزش‌های رزمی یا حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ بله ☐ خیر ☐ رشته ورزشی و ساعت تمرین در هفته را مشخص کنید: ـــــــ

۵- آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ علت معافیت: ـــــــ (تصویر کارت معافیت پزشکی ضمیمه شود)

بیمه‌گذار و بیمه‌شده اصلی

اینجانب/ اینجانبان با توجه به قانون مبارزه با پولشویی مصوب دوم بهمن ماه ۱۳۸۶ مجلس شورای اسلامی و آیین‌نامه و دستورالعمل‌های اجرایی آن، خود را به رعایت مواد قانون یادشده و مقررات مربوطه متعهد و ملزم می کنیم. همچنین به‌عنوان متقاضی (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه‌نامه را مطالعه کردیم و به کلیه سؤالات با صداقت پاسخ داده‌ایم و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد می‌شود و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه‌گر و نیز ارزش بازخرید بیمه‌نامه تقاضای صدور آن را داریم.

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:

تاریخ/ مهر و امضاء: تاریخ/ مهر و امضاء:

نماینده

اینجانب شخصاً، متقاضی (بیمه‌گذار) و بیمه‌شده را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه‌نامه و تعهدات و ارزش بازخرید آن و احراز هویت بیمه‌گذار و بیمه‌شده، صحت امضاء و سلامتی متقاضی بیمه‌نامه و بیمه‌شده را تایید می‌کنم.

نام و نام خانوادگی بازاریاب: کد، نام و نام خانوادگی نماینده/ کارگزار:

تاریخ/ مهر و امضاء: تاریخ/ مهر و امضاء:

پزشک معتمد

با توجه به مندرجات پیشنهاد، ☐ صدور با نرخ عادی بلامانع است.

☐ صدور با اضافه نرخ ـــــــ

☐ نیاز به انجام آزمایش‌های پزشکی دارد ـــــــ

☐ منع پزشکی دارد ـــــــ

تاریخ/ مهر و امضاء پزشک

مسئول صدور

با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه، ☐ صدور با نرخ عادی بلامانع است.

☐ صدور با اضافه نرخ ـــــــ قد و وزن، ـــــــ سوابق خانوادگی، ـــــــ مصرف دخانیات، ـــــــ تجمیع ریسک، ـــــــ پزشکی، بلامانع است.

☐ نیاز به انجام آزمایش‌های پزشکی دارد ـــــــ

☐ منع پزشکی دارد ـــــــ

تاریخ/ مهر شعبه و امضاء کارشناس

توجه: متقاضی گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه‌دی، درصورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز اولین قسط حق‌بیمه به حساب شرکت بیمه‌دی، بیمه‌نامه شما به استناد رسید نقدی واریزی از ساعت ۲۴ روز واریز معتبر است و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گذاران عمر بیمه‌دی خواهید پیوست.