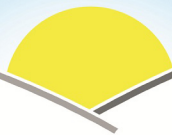




بیمه ایران



پیشنهاد بیمه



بیمه زندگی مان

متقاضی محترم، خواهشمند است به کلیه پرسش های مندرج در این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت این جواب ها و کامل بودن آن ها شرط اصلی معتبر بودن بیمه زندگی مان می باشد. تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

نام / شرکت :	نام خانوادگی :	نام پدر :	کد ملی شناسنامه ملی :	<input type="text"/>
شماره شناسنامه / شماره ثبت :	تاریخ تولد : / /	محل تولد :	محل صدور / محل ثبت :	<input type="text"/>
جنسیت : مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/>	وضعیت تاهل : مجرد <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/>	تابعیت :	سطح تحصیلات :	<input type="text"/>
شغل اصلی :	مشاغل فرعی :	درآمد ماهیانه :	ریال	<input type="text"/>
نشانی :	تلفن همراه :	تلفن : / /	پست الکترونیکی :	<input type="text"/>

مشخصات متقاضی

نسبت بیمه شونده با متقاضی : خودم سایر (توجه : در صورتی که متقاضی و بیمه شونده شخص واحدی باشند نیاز به تکمیل این قسمت نیست)

نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :	کد ملی :	<input type="text"/>
شماره شناسنامه :	تاریخ تولد : / /	محل تولد :	محل صدور :	<input type="text"/>
جنسیت : مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/>	وضعیت تاهل : مجرد <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/>	تابعیت :	سطح تحصیلات :	<input type="text"/>
شغل اصلی :	مشاغل فرعی :	درآمد ماهیانه :	ریال	<input type="text"/>
نشانی :	تلفن همراه :	تلفن : / /	پست الکترونیکی :	<input type="text"/>

مشخصات بیمه شونده

مدت بیمه : سال سپرده اولیه : ریال حق بیمه سال اول : درصد افزایش سالیانه : درصد

روش پرداخت : ماهیانه سه ماهه شش ماهه سالیانه یکجا سرمایه فوت سال اول : برابر حق بیمه سال اول درصد افزایش سالیانه : درصد

سوابق

پوشش های تکمیلی (درخواستی)

<input type="checkbox"/> پوشش تکمیلی فوت به علت حادثه :	<input type="checkbox"/> پوشش تکمیلی معاینات از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه
<input type="checkbox"/> پوشش تکمیلی برابر سرمایه فوت به هر علت (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> پوشش تکمیلی دریافت مستمری در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه :
<input type="checkbox"/> پوشش تکمیلی تقص عفو یا از کار افتادگی دائم ناشی از حادثه :	<input type="checkbox"/> برابر آخرین حق بیمه پرداختی (برای ارائه پوشش های فوق باید بیمه شونده و متقاضی شخص واحدی بوده و شاغل باشند)
<input type="checkbox"/> پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه :	<input type="checkbox"/> پوشش تکمیلی بیماریهای خاص و پیوند اعضا به میزان درصد سرمایه فوت به هر علت
<input type="checkbox"/> پوشش تکمیلی به میزان درصد سرمایه فوت به هر علت	<input type="checkbox"/> پوشش تکمیلی سرطان به میزان درصد سرمایه فوت به هر علت

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

یا مایل هستید در صورت تاخیر در پرداخت حق بیمه پوشش های تکمیلی، جهت ادامه پوشش های بیمه ای اندوخته شما مورد استفاده قرار بگیرد؟ خیر بلی

نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت با بیمه شده	اولویت	درصد سهم
1					
2					
3					
4					

استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده : بیمه گذار بیمه شده سایر به شرح ذیل :

نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت با بیمه شده	اولویت	درصد سهم
1					
2					

استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه نامه

1) لطفاً نام بیمه گر پایه و شماره بیمه دفترچه درمانی خود را در صورت وجود بنویسید؟

2) آیا در حال حاضر بیمه نامه و یا پیشنهاد در جریان صدور بیمه زندگی و حادثه انقضای دارید؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمائید)

3) آیا تاکنون پیشنهاد بیمه زندگی به شرکت بیمه ای داده اید که مورد موافقت نگرفته باشد؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمائید)

نام شرکت بیمه ای	نوع بیمه	در جریان صدور / صدور / عدم صدور	شماره بیمه نامه / پیشنهاد	سرمایه فوت (ریال)	در صورت عدم صدور بیمه نامه علت (شرح دهید)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

سوابق بیمه ای بیمه شونده

۱) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، بیماری ریوی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مازوزی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ نام برده و توضیح دهید؟

۲) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) زیر سن ۶۵ سال فوت نموده است؟ نام برده و علت فوت را توضیح دهید؟

۱) وضعیت خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام انجام نداده ام در حال انجام معافیت غیر پزشکی معافیت پزشکی علت معافیت پزشکی: _____

۲) قد بیمه شونده: _____ سانتی متر وزن بیمه شونده: _____ کیلوگرم

۳) به کدام ورزشها می پردازید؟ _____

۴) در صورت مصرف یا ترک سیگار مشروبات الکلی مواد مخدر میزان، نوع و مدت مصرف یا مدت زمان ترک یا ذکر نمائید؟ _____

۵) آیا از صورت سیگلت نبرد استفاده می کنید؟ بله خیر (حوادث ناسی از هدایت وسایل نقلیه موتوروی در صورتی مشمول بیمه می باشد که بیمه شده دارای گواهینامه معتبر باشد)

۶) آیا در موارد ده گذشته تغییرات وزن داشته اید؟ بله خیر میزان افزایش کاهش وزن: _____ کیلوگرم علت افزایش کاهش وزن: _____

۷) آیا طرف شش ماه گذشته آزمایش انجام داده اید؟ بله خیر نوع آزمایش؟ _____

۸) آیا دچار نقص عضو یا کار افتاده شده اید؟ بله خیر در چه ناحیه ای / به چه میزان؟ _____

۹) آیا در باروری بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ بله خیر نوع دارو: _____ میزان مصرف: _____ مدت مصرف: _____

۱۰) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ یا بستری شده اید؟ بله خیر به چه علت؟ _____ در چه تاریخی: _____ نام پزشک معالج: _____

۱۱) آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بله خیر _____

۱۲) آیا به تراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج: _____

بیماری	بله	خیر
بیماریهای عدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، حبسیه تب مالت، مالاریا، ایبز، کیست هیداتیک و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای شکم، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، سرگیجه و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ، خالهای تغییر رنگ یافته، خونریزیهای زیر پوستی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، درد های عضلانی و ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سوال مخصوص بانوان آیا در حال حاضر باردار هستید؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

۱۳) آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در موارد فوق ذکر نشده باشد؟ _____

توضیحات: _____

گزارش فروشنده بیمه

۱) آیا بیمه شونده را شخصاً می شناسید؟ بله خیر

۲) به نظر شما بیمه شونده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ بله خیر

۳) آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کلی در اختیار متقاضی بیمه شونده گذارده اید؟ بله خیر

۴) آیا متقاضی و بیمه شونده در حضور شما شخصاً فرم پیشنهاد را تکمیل نموده اند؟ بله خیر

۵) آیا صحت امضای متقاضی و بیمه شونده مورد تأیید می باشد؟ بله خیر

بدنوسیله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانبان رویت گردیده و مراتب فوق مورد تأیید است

نام امضاء، مهر و کد نمایندگی یا کارگزار: _____

تاریخ: _____ / _____ / _____

تأیید اظهارات

اینجانبان (متقاضی و بیمه شونده) اعلام می نمایم که کلیه مفاد فرم پیشنهاد، شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط عمومی پوشش های تکمیلی را به عنوان شرط ضمن العقد مطالعه نموده و به کلیه سوالات یا سمدلات و وقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار نظر خلاف واقع و یا خوددردی از واقع گویی به عمد، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه زندگی و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر یا پوششک معتمد بیمه گر اجازه دارند هر گونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند.

نام و امضای بیمه شونده: _____

تاریخ: _____ / _____ / _____

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور

صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد ندارد

در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست: _____

سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی

سین بیمه شونده سایر موارد: _____

نام و امضای کارشناس اولیه صدور: _____

تاریخ: _____ / _____ / _____

اظهار نظر پوششک معتمد شرکت

۱) با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی فرم پیشنهاد بیمه شونده نیاز به انجام معاینات پزشکی: دارد ندارد

نوع آزمایش: _____

۲) با توجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد (یا نتایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پوششک بیمه های زندگی: _____

تأیید می گردد

با در نظر گرفتن _____ درصد احتمال افزایش فوت تأیید می گردد

به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت _____

نام امضاء و مهر پزشک معتمد: _____

تاریخ: _____ / _____ / _____