



پیشنهاد بیمه

مقتضای محترم، خواهشمند است به کلبه 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/شناسه ملی: شماره شناسنامه/شماره ثبت: تاریخ تولد: وضعیت تاهل: جنسیت: شغل اصلی: شغل فرعی: تلفن همراه: تلفن ثابت:

نسبت بیمه شونده یا مقتضای: خودم / سایر: نام: نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: وضعیت تاهل: جنسیت: شغل اصلی: شغل فرعی: تلفن ثابت: تلفن همراه: کدپستی: پست الکترونیکی:

مدت بیمه: سال: سپرده اولیه: ریال: حق بیمه سال اول: ریال: ضریب افزایش سالیانه: درصد: روش پرداخت: ماهیانه / سه ماهه / شش ماهه / سالانه / یکجا: سرمایه فوت سال اول: ریال: ضریب افزایش سالیانه: درصد:

پوشش های تکمیلی (درخواستی)

پوشش تکمیلی فوت به علت حادثه: پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه (خطر فوت و سرمایه گذاری) در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه: پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه: پوشش تکمیلی هزینه های فوق باید بیمه شونده و مقتضای شخص واحدی بوده و شاغل باشد: پوشش تکمیلی بیماریهای خاص و پیوند اعضا به میزان: درصد سرمایه فوت به هر علت: پوشش تکمیلی سرطان به میزان: درصد سرمایه فوت به هر علت:

ایا مایل هستید در صورت تاخیر در پرداخت حق بیمه پوشش های تکمیلی حوادث، حق بیمه پوشش های مذکور از اندوخته بیمه نامه تامین گردد؟ بلی / خیر: استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده: وراثت قانونی بیمه شده به نسبت مساوی / وراثت قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث / سایر: به شرح ذیل:

Table with 7 columns: نام و نام خانوادگی, نام پدر, کد ملی, شماره شناسنامه, تاریخ تولد, کدپستی, نسبت یا بیمه شده, اولویت, درصد سهم

Table with 7 columns: نام و نام خانوادگی, نام پدر, کد ملی, شماره شناسنامه, تاریخ تولد, کدپستی, نسبت یا بیمه شده, اولویت, درصد سهم

لطفاً نام بیمه گر پایه و شماره بیمه دفترچه درمانی خود را در صورت وجود بنویسید؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید) (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید) 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 را شرح دهید:

تذکر: طبق مصوبات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در صورت عدم اطلاع بیمه گر از وجود چنین بیمه نامه ای، بیمه گر می تواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید.

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 مادرزادی 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
- ۳) آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟ بلی، تفریحی  خیر  بلی، حرفه ای  رشته(های) ورزشی حرفه ای در حال فعالیت را نام ببرید
- ۴) در صورت مصرف یا ترک سیگار  مشروبات الکلی  مواد مخدر  قلیان  میزان، نوع و مدت مصرف یا مدت زمان ترک را ذکر نمایند؟
- ۵) آیا از موتورسیکلت جهت تردد استفاده می کنید؟ بلی، به ندرت  خیر  بلی، به طور مستمر  موارد استفاده به طور مستمر را توضیح دهید:
- ۶) آیا در دوازده ماه گذشته تغییرات وزن داشته اید؟  بلی  خیر  میزان افزایش / کاهش وزن: ..... کیلوگرم  علت افزایش/کاهش وزن: .....
- ۷) آیا ظرف شش ماه گذشته آزمایش انجام داده اید؟  بلی  خیر  نوع آزمایش؟
- ۸) آیا دچار نقص عضو / از کار افتادگی شده اید؟  بلی  خیر  در چه ناحیه ای / به چه میزان؟
- ۹) آیا از دارو برای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟  بلی  خیر  نوع دارو: ..... میزان مصرف: ..... مدت مصرف: .....
- ۱۰) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ یا بستری شده اید؟  بلی  خیر  به چه علت؟ ..... در چه تاریخی: ..... نام پزشک معالج: .....
- ۱۱) آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟  بلی  خیر
- ۱۲) آیا به ناراحتی 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	بلی	خیر
بیماریهای غدد 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، حبسه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیستالیک و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای گوارشی، کبد پانکراس، درد های مزمن شکمی، 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 بیمه‌سازی یا عرضه دیگری مبتلا شده اید که در موارد فوق ذکر نشده باشد؟

توضیحات: .....

گزارش فروشنده بیمه	ناتید اظهارات
<p>۱) آیا بیمه شونده را شخصاً می شناسید؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر</p> <p>۲) نظر شما بیمه شونده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر</p> <p>۳) آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کامل در اختیار متقاضی بیمه شونده گذارده اید؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر</p> <p>۴) آیا متقاضی و بیمه شونده در حضور شما شخصاً فرم پیشنهاد را تکمیل نموده اند؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر</p> <p>۵) آیا متقاضی و بیمه شونده در حضور شما فرم پیشنهاد را امضا نموده اند؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر</p> <p>بدینوسیله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانب رویت گردیده و مراتب فوق مورد تایید است</p> <p>نام، امضاء، مهر و کد نمایندگی یا کار گزار: .....</p> <p>تاریخ: ..... / ..... / .....</p>	<p>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 شروط ضمن العقد مطالعه نموده و به کلیه سوالات با صداقت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار نظر خلاف واقع و یا خودداری 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 پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند هر گونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند.</p> <p>نام و امضای متقاضی: ..... نام و امضای بیمه شونده: .....</p> <p>تاریخ: ..... / ..... / .....</p>

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور شعبه یا شبکه فروش	اظهار نظر پزشک معتمد شرکت	اظهار نظر نهایی کارشناس صدور
<p>۱) صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/></p> <p>در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست: .....</p> <p><input type="checkbox"/> سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی</p> <p><input type="checkbox"/> سن بیمه شونده <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....</p> <p>۲) میزان اضافه نرخ استعمال دخانیات: .....</p> <p>۳) میزان اضافه نرخ قد و وزن: .....</p> <p>نام و امضای کارشناس اولیه صدور یا شبکه فروش: .....</p> <p>تاریخ: ..... / ..... / .....</p> <p>تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: ..... / ..... / .....</p>	<p>۱) با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی فرم پیشنهاد، بیمه شونده نیاز به انجام معاینات پزشکی: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/></p> <p>نوع آزمایش: .....</p> <p>۲) با توجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد (با نتایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی: <input type="checkbox"/> تایید می گردد</p> <p><input type="checkbox"/> با در نظر گرفتن ..... درصد احتمال افزایش فوت تایید می گردد</p> <p><input type="checkbox"/> به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت: .....</p> <p>نام، امضاء و مهر پزشک معتمد: .....</p> <p>تاریخ: ..... / ..... / .....</p> <p>شماره پیشنهاد: .....</p>	<p>صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری: <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> با نرخ عادی بلا مانع است</p> <p><input type="checkbox"/> با اضافه نرخ ..... درصد به علت ..... بلا مانع است</p> <p><input type="checkbox"/> به علت ..... امکان پذیر نمی باشد</p> <p>نام و امضای کارشناس نهایی صدور: .....</p> <p>تاریخ: ..... / ..... / .....</p> <p>شماره بیمه نامه: .....</p>