



پیشنهاد بیمه

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:

شماره شناسنامه/شماره ثبت : تاریخ تولد: / / محل تولد: محل صدور/محل ثبت :

جنسیت : مرد زن وضعیت تاهل : متاهل مجرد تابعیت : سطح تحصیلات :

شغل اصلی : مشاغل فرعی : درآمد ماهیانه : ریال

نشانی : کدپستی :

تلفن ثابت : تلفن همراه : پست الکترونیکی :

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 :

شماره شناسنامه : تاریخ تولد: / / محل تولد: محل صدور:

جنسیت : مرد زن وضعیت تاهل : متاهل مجرد تابعیت : سطح تحصیلات :

شغل اصلی : مشاغل فرعی : تلفن ثابت : تلفن همراه :

نشانی : 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 یکجا سرمایه فوت سال اول : ریال ضریب افزایش سالیانه : درصد

پوشش های تکمیلی (درخواستی)

پوشش تکمیلی فوت به علت حادثه :
 پوشش تکمیلی نقص عضو یا از کار افتادگی دائم کلی و جزئی ناشی از حادثه :
 پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه :
 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؟ خیر بلی

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:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کدپستی	نسبت با بیمه شده	اولویت	درصد سهم

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

نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کدپستی	نسبت با بیمه شده	اولویت	درصد سهم

۱) لطفاً نام بیمه گر پایه و شماره بیمه دفترچه درمانی خود را در صورت وجود بنویسید؟
 ۲) آیا در حال حاضر بیمه نامه و یا پیشنهاد در جریان صدور بیمه زندگی و حادثه انفرادی دارید؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید)
 ۳) 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 نمایید)

نام شرکت بیمه ای نوع بیمه در جریان 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 هایی، بیمه گر می تواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید.

مشخصات متقاضی

مشخصات بیمه شونده

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

استفاده کننده گان از سرمایه بیمه نامه

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، سکته 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
وزن بیمه شونده: _____ کیلو گرم
- 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 نمایید؟ _____
- ۵) آیا از موتور سیکلت 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: _____ کیلو گرم 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 در 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 باشید؟ 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 دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، خلت چرکی یا خونی، تنگی نفس و...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سنگ کلیه و...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکته قلبی، واریس	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری های داخلی، تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، اقدام به خودکشی و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
آیا بیماریهای زنانه داشته اید؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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، هپاتیت، حبسه، تب مالت، مالاریا، ایبز، کیست هیداتیک و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای گوش، کبد، پانکراس، دردهای 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 بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در موارد فوق ذکر نشده باشد؟ بلی خیر

توضیحات: _____

گزارش فروشنده بیمه

- ۱) آیا بیمه شونده را شخصاً می شناسید؟ بلی خیر
- ۲) به نظر شما بیمه شونده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ بلی خیر
- ۳) آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کامل در اختیار متقاضی بیمه شونده گذرانده اید؟ بلی خیر
- ۴) آیا متقاضی و بیمه شونده در حضور شما شخصاً فرم پیشنهاد را تکمیل نموده اند؟ بلی خیر
- ۵) آیا متقاضی و بیمه شونده در حضور شما فرم پیشنهاد را امضا نموده اند؟ بلی خیر
- بدینوسیله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانب رویت گردیده و مراتب فوق مورد تایید است نام، امضاء، مهر و کد نمایندگی یا کارگزار: _____
- تاریخ: _____ / _____ / _____

تایید 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 شروط ضمن المقد 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.

نام و امضای متقاضی: _____ نام و امضای بیمه شونده: _____

تاریخ: _____ / _____ / _____ تاریخ: _____ / _____ / _____

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر نهایی کارشناس صدور

صدور بیمه نامه با توجه به مترجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری: _____

با نرخ عادی بلامانع است

با اضافه نرخ _____ درصد به علت _____ بلامانع است

به علت _____ امکان پذیر نمی باشد

نام و امضای کارشناس نهایی صدور: _____

تاریخ: _____ / _____ / _____

اظهار نظر پزشک 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 پزشکی بیمه های زندگی: _____

تایید می گردد

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

به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت _____

نام، امضاء و مهر پزشک معتمد: _____

تاریخ: _____ / _____ / _____

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور شعبه یا شبکه فروش

۱) صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد ندارد

در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست: _____

سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی

سن بیمه شونده سایر موارد: _____

۲) میزان اضافه نرخ استعمال دخانیات: _____

۳) میزان اضافه نرخ قد و وزن: _____

نام و امضای کارشناس اولیه صدور یا شبکه فروش: _____

تاریخ: _____ / _____ / _____