



بیمه ایران



بیمه زندگی مان

پیشنهاد بیمه

متقاضی محترم، خواهشمند است به کلیه پرسنل های مندرج در این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را باسخ 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:	نام / شناسه ملی:	کد ملی / شناسه ملی:
شماره شناسنامه / شماره ثبت:	تاریخ تولد:	محل تولد:	/	محل صدور / محل ثبت:
جنسیت: مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/>	وضعیت تاهل: مجرد <input type="radio"/> متاهل <input checked="" type="radio"/>	تابعیت:	مشاغل فرعی:	سطح تحصیلات:
شغل اصلی:	نشانی:	ریال	تلفن همراه:	تلفن:
پست الکترونیکی:	تلفن:			

نسبت بیمه شونده با متقاضی:	خودم <input type="radio"/>	ساختمانی <input type="radio"/>	
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:
شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	محل تولد:	محل صدور:
جنسیت: مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/>	وضعیت تأهل: مجرد <input type="radio"/> متاهل <input checked="" type="radio"/>	تابعیت:	سطح تحصیلات:
شغل اصلی:	نشانی:	ریال	تلفن همراه:
پست الکترونیکی:	تلفن:		

مدت بیمه:	سالهای اولیه:	سال	
روشن پرداخت: ماهیانه <input type="radio"/>	سه ماهه <input type="radio"/>	شش ماهه <input type="radio"/>	
درصد سرمایه سال اول:	ریال	حق بیمه سال اول:	ریال
درصد سرمایه فوت سال اول:	برابر حق بیمه سال اول:	برابر حق بیمه سال اول:	سرمایه سال اول:
ضریب افزایش سالیانه:	ضریب افزایش سالیانه:	ضریب افزایش سالیانه:	ضریب افزایش سالیانه:

پوشنش های تکمیلی (در خواستی)

پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه <input type="checkbox"/>	پوشش تکمیلی فوت به علت حادثه <input type="checkbox"/>
پوشش تکمیلی دریافت مستمری در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه <input type="checkbox"/>	برابر سرمایه فوت به هر علت <input type="checkbox"/>
برابر آخرين حق بیمه پرداختی <input type="checkbox"/>	برابر آخرين حق بیمه پرداختی <input type="checkbox"/>
(برای ارانه پوشش های فوق باید بیمه شونده و متقاضی شخص واحدی بوده و شاغل باشد)	پوشش تکمیلی عضو یا از کار افتادگی دائم ناشی از حادثه <input type="checkbox"/>
پوشش تکمیلی بیماریهای خاص و پیوند اعضا به میزان درصد سرمایه فوت به هر علت <input type="checkbox"/>	درصد سرمایه فوت به هر علت <input type="checkbox"/>
پوشش تکمیلی سرطان به میزان درصد سرمایه فوت به هر علت <input type="checkbox"/>	درصد سرمایه فوت به هر علت <input type="checkbox"/>

آیا مایل هستید در صورت تأخیر در پرداخت حق بیمه پوشش های تکمیلی، جهت ادامه پوشش های بیمه ای اندوخته شما مورد استفاده قرار بگیرد؟	<input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر
استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده: وراث قانونی بیمه شده به نسبت مساوی <input type="radio"/>	وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث <input type="radio"/>
به شرح ذیل:	به شرح ذیل:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت با بیمه شده	اوپریت	درصد سهم

نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت با بیمه شده	اوپریت	درصد سهم

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 هایی، بیمه گر می تواند از اتفاق 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، 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 عل特 معافیت پزشکی: عل特 معافیت غیر پزشکی:

وزن بیمه شونده: کیلو گرم

سانتی متر

بلی خیر آیا اشتغال به این ورزشها جنبه حرفه ای دارد؟

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 را ذکر نمایید؟

۵) آیا از موتو سیکلت چهت تردد استفاده می کنید؟ (حوادث ناشی از هدایت وسایل نقلیه موتوری در صورتی مشمول بیمه می باشد که بیمه شده دارای گواهینامه معابر باشد)

۶) آیا در دوازده ماه گذشته تغییرات وزن داشته اید؟ میزان افزایش / کاهش وزن: کیلوگرم علت افزایش / کاهش وزن:

۷) آیا ظرف شش ماه گذشته آزمایشی انجام داده اید؟ نوع آزمایش:

۸) آیا دچار نقص عضو / از کار افتادگی شده اید؟ در چه ناحیه ای / به چه میزان؟

۹) آیا از دارو برای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ میزان مصرف: نوع دارو:

۱۰) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ یا بستری شده اید؟ بلی خیر به چه علت؟ در چه تاریخی:

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 <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
بیماریهای دستگاه تنفسی (سرقه مژمن، آسم، خلت چرکی یا خونی، تنگی نفس و...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سنتگ کلیه و...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماری خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماری قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکته قلبی، اوریس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماری های داخلی، تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، اقدام به خودکشی و...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آیا بیماریهای زنانه داشته اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بیماری	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
بیماریهای غدد داخلی نظری تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیاتیت، حصبه، تب مالت، مalaria، ایدز، کیست هیداتیک و...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استقراغ مکور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماریهای کوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزی های بینی، کاهش بینانی، سرگیجه و...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، دردهای عضلاتی و ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سوال مخصوص بانوان آیا در حال حاضر باردار هستید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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؟ خیر بلی
- (۲) به نظر شما بیمه شونده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ خیر بلی
- (۳) آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کامل در اختیار متقاضی و بیمه شونده گذارده اید؟ خیر بلی
- (۴) آیا متقاضی و بیمه شونده در حضور شما سخنچا فرم پیشنهاد را تکمیل نموده اند؟ خیر بلی
- (۵) آیا صحبت اضافی متقاضی و بیمه شونده مورد تایید می باشد؟ خیر بلی

بدینوسیله گواهی می نمایم بیمه شونده شخصاً توسعه اینجانب رویت گردیده و مراتب فوق مورد تایید است
نام، اضماء، مهر و کد نماینده یا کارگزار:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر نهایی کارشناس صدور

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و

بیمه گری:

با نرخ عادی بلا مانع است

با اضافه نرخ درصد به علت

به علت

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، اضماء و مهر پزشک معتمد:

تاریخ: / /

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور

صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد ندارد

در صورت مثبت بودن راسخ، علت درخواست:

سرومایه بیمه نامه مسائل پزشکی

سن بیمه شونده سایر موارد

نام و امضای کارشناس اولیه صدور:

تاریخ: / /