



بیمه ایران

پیشنهاد بیمه



بیمه زندگی مان

متقاضی محترم، خواهشمند است به کلیه پرستی 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 : مجرد ☐ متاهل ☐	تابعیت :	سطح تحصیلات :
شغل اصلی :	مشاغل فرعی :	درآمد ماهیانه :	ریال
نشانی :	تلفن همراه :	پست الکترونیکی :	

مشخصات متقاضی

نسبت بیمه شونده یا 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 :
شماره شناسنامه :	تاریخ تولد :	محل تولد :
جنسیت : مرد ☐ زن ☐	وضعیت تاهل : مجرد ☐ متاهل ☐	تابعیت :
شغل اصلی :	مشاغل فرعی :	درآمد ماهیانه :
نشانی :	تلفن :	پست الکترونیکی :

مشخصات بیمه شونده

مدت بیمه :	سال	سپرده اولیه :	ریال	حق بیمه سال اول :	ریال	ضریب افزایش سالیانه :	درصد
روش پرداخت :	ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالیانه ☐ یکجا ☐	سرمایه فوت سال اول :	برابر حق بیمه سال اول	ضریب افزایش سالیانه :	درصد		

مشخصات نامه مورد درخواست

پوشش های تکمیلی (درخواست)

☐ پوشش تکمیلی فوت به علت حادثه :	☐ پوشش تکمیلی معافیات از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه
☐ پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه :	☐ پوشش تکمیلی دریافت مستمری در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه :
☐ پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه :	☐ پوشش تکمیلی بیمه های خاص و پیوند اعضا به میزان درصد سرمایه فوت به هر علت
☐ پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه :	☐ پوشش تکمیلی سرطان به میزان درصد سرمایه فوت به هر علت

استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه

ای مایل هستید در صورت تاخیر در پرداخت حق بیمه پوشش های تکمیلی، جهت ادامه پوشش های بیمه ای اندوخته شما مورد استفاده قرار بگیرد؟	بله ☐ خیر ☐				
استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده :	وراث قانونی بیمه شده به نسبت مساوی ☐ وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث ☐ سایر ☐ به شرح ذیل :				
نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت یا بیمه شده	اولویت	درصد سهم
1					
2					
3					
4					
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	نسبت یا بیمه شده	اولویت	درصد سهم
1					
2					

سوابق بیمه ای بیمه شونده

۱) لطفاً نام بیمه گر پایه و شماره بیمه دفترچه درمانی خود را در صورت وجود بنویسید؟	خیر ☐ (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید)
۲) آیا در حال حاضر بیمه نامه و یا پیشنهاد در جریان صدور بیمه زندگی و حادثه انفرادی دارید؟	بله ☐ 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؟	بله ☐ 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 ابزاری 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 ☐ در حال انجام ☐ معافیت غیر پزشکی ☐ معافیت پزشکی ☐ علت معافیت پزشکی: _____

۲) قد بیمه شونده: _____ سانتی متر وزن بیمه شونده: _____ کیلو گرم

۳) به کدام ورزشها می پردازید؟ _____ آیا استقال به این ورزشها جنبه حرفه ای دارد؟ ☐ خیر ☐ بله

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 موتور سیکلت تردد استفاده می کنید؟ ☐ بله ☐ خیر (حوادث ناشی از هدایت وسایل نقلیه موتورری در صورتی مشمول بیمه می باشد که بیمه شده دارای گواهینامه معتبر باشد)

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

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

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

۹) آیا در باره روی 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 نواحی یا بیمارهای 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 ...	☐	☐
سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، حبس تب مالت، مالاریا، ایبز، کیست هیداتیک و ...	☐	☐
بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خولریزی گوارشی، تیروغ و استفراغ مکرر	☐	☐
بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خولریزیهای بینی، کاهش بینایی، سرگیجه و ...	☐	☐
بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ، خالهای تغییر رنگ یافته، خولریزیهای زیر پوستی	☐	☐
بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، درد های عضلانی و ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و ...	☐	☐
سوال مخصوص بانوان آیا در حال حاضر باردار هستید؟	☐	☐

۱۳) ایسا به بیمه ساری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در موارد فوق ذکر نشده باشد؟ _____

توضیحات: _____

تایید اظهارات

اینجانبان (متقاضی و بیمه شونده) اعلام می نماییم 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 سولات یا سمدلت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار نظر خلاف واقع و یا خودداری از واقع گویی به ععد، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه زندگی و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر با پوششکان 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: _____ / _____ / _____

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 کامل در اختیار متقاضی و 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 تایید می باشد؟ ☐ بله ☐ خیر
 بدینوسیله گواهی می نمایم بیمه شونده شخصاً توسط اینجانبان رویت گردیده و مراتب فوق مورد تایید است
 نام، امضاء، مهر و کد نمایندگی یا کار گزار: _____

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

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر نهایی کارشناس صدور

صدور بیمه نامه نیاز به توجه به سمدراج فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری:

☐ با نرخ عادی ایلامات 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 سمرسی اطلاعات فرم پیشنهاد (یا نتایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی: _____
☐ تایید می گردد
☐ به 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

صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: ☐ دارد ☐ ندارد
 در صورت مثبت بودن پاسخ، علت در خواست:
☐ سرمایه بیمه نامه ☐ مسائل پزشکی
☐ سن بیمه شونده ☐ سایر موارد
 نام و امضای کارشناس اولیه صدور: _____
 تاریخ: _____ / _____ / _____

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: _____ / _____ / _____ شماره پیشنهاد: _____ شماره بیمه نامه: _____