



بیمه ایران



پیشنهاد بیمه



بیمه زندگی مان

متقاضی محترم، خواهشمند است به کلیه پرسش های مترجم در این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت این جواب ها و کامل بودن آن ها شرط اصلی معتربودن 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 لپت : تاریخ تولد : محل تولد : محل صدور / محل ثبت :

جنسیت : مرد زن وضعیت تاهل : مجرد متاهل تابعیت : سطح تحصیلات : درآمد ماهیانه : ریال

شغل اصلی : مشاغل فرعی : مشاغل همراه : پست الکترونیکی :

نسبت بیمه شونده با متقاضی : خودم سایر (نوع 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 : مجرد متاهل تابعیت : سطح تحصیلات : درآمد ماهیانه : ریال

شغل اصلی : مشاغل فرعی : مشاغل همراه : پست الکترونیکی :

مدت بیمه : سال : سوره اولیه : ریال : حق بیمه سال اول : خریب افزایش سالیانه : درصد

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

پوشش های تکمیلی (درخواستی)

پوشش تکمیلی فوت به علت حادثه :

پوشش تکمیلی هزینه های درمانی فوت به هر علت برابر سرمایه فوت به هر علت

پوشش تکمیلی نقص عضو یا از کار افتادگی دائم ناشی از حادثه :

به میزان : درصد سرمایه فوت به هر علت

پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه :

به میزان : درصد سرمایه فوت به هر علت

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

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	نسبت یا 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	نسبت یا بیمه شده	اولویت	درصد سهم

۱) لطفاً تمام رقم پر پایه و شماره بیمه دفترچه فرماتی 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؟ بله خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمائید)

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 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)

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

مشخصات تکمیلی

مشخصات بیمه شونده

مشخصات بیمه نامه

استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه نامه

سورهای بیمه ای تکمیلی

شرکت خدمات بیمه همراه همیشگی ایرانیان

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 مازوزادی 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 نده 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؟ آیا اشتغال 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 نمائید؟

۵) آیا در موتور سیکلت جهت تردد استفاده می کنید؟ بله خیر حوادث ناشی از هدایت وسایل نقلیه موتوری در صورتی مسئول بیمه می باشد که بیمه شده دارای گواهینامه معتبر باشد

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

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

۸) آیا دچار نقرص غضو یا کار کتفکی شده اید؟ بله خیر در چه ناحیه ای / به چه میزان؟

۹) آیا در دو برابری بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ بله خیر نوع فارو: 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 تراخس 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، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایزل، گنیت هیداتیک و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای گوشیه، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکم، خونریزی گوارشی، لتهج 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 - عفونی، غلغای بزرگ، غلغای نظیر رنک پانک، خونریزیهای زیر پوستی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای استخوانی، عفلات و معافیت، درد های عضلانی و ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سوال خاصوسموی یا دیان را در حال حاضر بازدار هستید؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

۱۳) آیا به بیسناری یا سایر عارضه دیگری مبتلا شده اید که در صورت 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 کامل در اختیار متقاضی بیمه شونده داشته اید؟ بله خیر

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

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

پنودوسیله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانب ریت گردیده و مراتب فوق مورد تأیید است

نام امضاء مهر و که نماینده یا کارگزار: تاریخ:

نام و امضای متقاضی: نام و امضای بیمه شونده: تاریخ:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اطهات 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:

نام و امضای کارشناس نهایی صدور:

تاریخ:

شماره پیشنهاد:

شماره بیمه نامه:

شماره تکمیل فرم پیشنهاد: