

پیشنهاد بیمه های زندگی

۱۸۴۷۲۷

با توجه به اینکه این فرم سند اصلی اعتبار بیمه نامه ی عمر است خواهشمند است به پرسش های ذیل با کمال دقت و صداقت پاسخ دهید. تکمیل این پیشنهاد به تنهایی تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

تاریخ:
نام واحد صدور:
کد واحد صدور:

نماینده / کارگزار: کد نمایندگی: بازاریاب:	موضوع فعالیت:		نام موسسه:		<input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/> حقیقی		پیشنهاد دهنده:	نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد/ثبت: روز ماه سال	محل صدور:	جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نام پدر:	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد	کد ملی/شناسنامه ملی:	شماره شناسنامه/ثبت:	شغل اصلی در حال حاضر:	شغل قبلی یا فرعی در حال حاضر:	میزان درآمد ماهیانه:	نشانی منزل:	نشانی محل کار:	کد پستی:	تلفن همراه:	تلفن ثابت:	آدرس الکترونیکی:							
	نام خانوادگی:		نام خانوادگی:		نام پدر:																				کد ملی:		وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد		جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نام پدر:		شماره شناسنامه:
چنانچه بیمه شده فردی غیر از پیشنهاد دهنده با مشخصات فوق می باشد این قسمت تکمیل گردد.																															
نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: روز ماه سال کد ملی: محل صدور: وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نام پدر: شغل اصلی در حال حاضر: شغل قبلی یا فرعی در حال حاضر: میزان درآمد ماهیانه: نشانی منزل: نشانی محل کار: کد پستی: تلفن همراه: تلفن ثابت: آدرس الکترونیکی:																															
وضعیت خدمت نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> انجام داده ام <input type="checkbox"/> انجام نداده ام <input type="checkbox"/> در حال انجام <input type="checkbox"/> در صورت معافیت پزشکی علت آن را توضیح دهید: به کدامیک از ورزشها و فعالیتهای به صورت حرفه ای می پردازید؟																															
در خواستی نوع بیمه:																															
نوع بیمه نامه: سرمایه بیمه عمر به ریال: مدت بیمه: درصد افزایش سرمایه:																															
نحوه پرداخت حق بیمه: یکجا <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> میزان پرداخت هر قسط حق بیمه: ریال مبلغ سپرده اولیه: ریال درصد افزایش سالانه حق بیمه: درصد مدت پرداخت حق بیمه: سال																															
موافق هستم <input type="checkbox"/> موافق نیستم <input type="checkbox"/>																															
۱- فوت ناشی از حادثه: یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> چهار برابر <input type="checkbox"/> ۲- نقص عضو جزئی، کلی و دائم ناشی از حادثه: (حداکثر ۱۰۰٪ سرمایه اصلی) ریال ۳- معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم: به هر علت <input type="checkbox"/> ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> ۴- دریافت مستمری در صورت از کارافتادگی کامل و دائم بر اساس آخرین حق بیمه پرداختی: یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> ۵- بیماریهای سخت: (حداکثر ۳۰٪ سرمایه اصلی تا سقف ۳۰۰,۰۰۰ ریال) ریال ۶- هزینه های پزشکی ناشی از حادثه: (حداکثر تا ۱۰٪ سرمایه اصلی) ریال																															
آیا تمایل دارید که اندوخته بیمه نامه را در انقضای مدت بیمه به صورت مستمری دریافت نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> میزان و نحوه پرداخت مستمری در پایان بیمه نامه با نظر بیمه گذار تعیین می شود.																															
استفاده کننده گان از سرمایه بیمه:																															
در صورت حیات بیمه شده در انقضای مدت بیمه، چنانچه استفاده کننده مشخص نشده باشد، اندوخته بیمه نامه به بیمه گذار پرداخت خواهد شد. ۲- در صورت فوت بیمه شده چنانچه استفاده کننده (گان) تعیین نشده باشند، سرمایه بیمه بین ورثات قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد. ۳- چنانچه استفاده کننده گان تعیین شوند ولی میزان سهم آنها مشخص نشده باشد، سرمایه بیمه به قسمت مساوی تقسیم خواهد شد.																															
استفاده کننده گان از سرمایه بیمه:																															

خانواده بیمه شده	وضعیت سلامت افراد	افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت در حال حاضر	علت و سن فوت
وضعیت سلامت افراد	پدر	مادر			علت و سن فوت
	خواهر(ان)	برادر(ان)			
	همسر	فرزند(ان)			

۱- آیا در حال حاضر بیمه نامه های عمر یا حادثه دیگر و یا در جریان صدور دارید؟ بلی خیر در صورتی که جواب بله باشد جدول زیر را تکمیل نمایید

نوع بیمه	شماره بیمه نامه	تاریخ بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	مبلغ خسارت دریافتی

تذکر: با توجه به اهمیت تکمیل جدول مذکور چنانچه در طول اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص گردد که بیمه گذار کلیه بیمه نامه های عمر و حوادث انفرادی خود نزد هر یک از شرکتهای بیمه را در جدول فوق اعلام ننموده است شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید.

۲- آیا تحت پوشش بیمه گران ذیل قرار دارید؟ بلی خیر

تأمین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح سلامت غیره:

ردیف	بیماری	ردیف	بیماری
۱	بیماریهای دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، خلط مزمن، تنگی نفس و ...)	۱۱	بیماریهای غدد داخلی، تیروئید، دیابت و تعریق شدید
۲	بیماریهای قلب و عروق (فشار خون، درد قفسه سینه، سکته قلبی و ...)	۱۲	سابقه بیماریهای عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز، تب مالت، مالاریا و ...
۳	بیماریهای گوارشی، کبد و پانکراس (خونریزی گوارشی، دردهای مزمن، تهوع، زردی، یرقان و اسهال مزمن)	۱۳	آیا به بیماری دیگری غیر از موارد اشاره شده مبتلا شده اید؟
۴	بیماریهای خونی (کم خونی، خونریزی بدون علت یا طولانی و سابقه تزریق خون)	۱۴	بیماری که به موجب آن به مدت طولانی دارو مصرف کنید؟ نام دارو؟
۵	بیماریهای اعصاب و روان (اضطراب، افسردگی، وسواس، سابقه خودکشی و ...)	۱۵	آیا سابقه بستری در بیمارستان یا عمل جراحی داشته اید؟
۶	بیماریهای کلیه و مجاری ادراری و تناسلی، خون در ادرار، تکرر ادرار، درد پهلوها، سنگ کلیه و ...	۱۶	آیا در یکسال گذشته به پزشک مراجعه نموده اید؟ به چه علت؟
۷	تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی، حرکات غیرارادی و لرزش	۱۷	آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده اید؟ به چه میزان؟
۸	بیماریهای گوش، کاهش شنوایی یا بینایی، بیماریهای چشمی، خونریزی مکرر بینی، سرگیجه و هرگونه بیماری در اندامهای گوش، چشم، حلق و بینی	۱۸	آیا از بستگان نزدیک شما به بیماری سرطان، سکته مغزی، بیماری قلبی، تشنج، دیابت و ... مبتلا می باشند؟
۹	بیماریهای پوستی، توده، تورم، خونریزی غیرعادی، حساسیت پوستی، زخم طول کشیده، خال بزرگ شده، تغییر رنگ و خونریزی خالها	۱۹	آیا در شش ماه گذشته تغییرات شدید وزن، چربی خون بالا و تب طولانی داشته اید؟ به چه علت؟
۱۰	بیماریهای استخوان و مفاصل (خشکی مفاصل، درد، تورم مفاصل و ...)	۲۰	قد وزن

* در صورت مثبت بودن سوالات فوق خواهشمند است نوع و زمان بیماری یا بستری، نوع دارو، میزان مصرف آن و نظر پزشک را توضیح داده و نتیجه درمان و عوارض بجا مانده را بیان فرمایید.

* آیا دارای نقص عضو یا از کارافتادگی می باشید؟ بلی خیر با ذکر نوع نقص عضو و درصد آن

* آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی خیر

سوالات پزشکی مخصوص بانوان	<p>۱- آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ آخرین زایمان:</p> <p>توجه: چنانچه بارداری به هنگام تکمیل این فرم احراز گردد، بیمه شده موظف است مراتب را جهت تعیین تاریخ شروع پوششهای بیمه ای به بیمه گر اطلاع دهد.</p> <p>۲- آیا دچار عوارض و بیماریهای ناشی از بارداری و زایمان نظیر فشار خون حاملگی، مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول و خونریزیهای بعد از زایمان شده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۳- آیا بیماریهای خاص زنان نظیر خونریزی غیرطبیعی یا لکه بینی، کیست تخمدان یا عفونت رحمی و غیر داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت و مدت آن:</p> <p>۴- آیا دچار درد، تورم یا ترشح از پستانها و یا درد و تورم در ناحیه زیر بغل شده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>
--------------------------------------	---

برداشت از اندوخته	<p>در صورت تأخیر در پرداخت حق بیمه آیا مایل هستید جهت ادامه پوششهای بیمه ای، حق بیمه پوششهای تکمیلی بیمه شدگان اصلی و فرعی از محل اندوخته جبران گردد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>توجه:</p> <p>۱- در صورتی که پاسخ بله باشد، پوششهای تکمیلی بیمه نامه تا مادامی که اندوخته بیمه نامه کفایت نماید، ادامه خواهد داشت.</p> <p>۲- در صورتی که پاسخ خیر باشد، پوششهای تکمیلی بیمه نامه به حالت تعلیق درخواهد آمد و بیمه گر در این خصوص هیچگونه تعهدی نخواهد داشت.</p> <p>نام و امضاء بیمه گذار: _____ تاریخ: _____</p>
--------------------------	--

محل امضاء	<p>امضاء کنندگان ذیل ضمن تایید ذینفع، گواهی می نمایند که اطلاعات درج شده در پاسخ به سوالات این فرم با رعایت دقت و صداقت ثبت گردیده است و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرارداد می باشد اطلاع کامل حاصل نموده اند و نیز مطلعند که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از بیان واقعیت، مجوز قانونی جهت باطل شدن قرارداد بیمه نامه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد و همچنین به شرکت سهامی بیمه دانا اجازه می دهند که برای تکمیل پرونده بیمه عمر با هر فردی که مایل است از جمله پزشک خانوادگی مشاوره نماید...</p> <p>نام و امضاء بیمه شده: _____ تاریخ: _____</p> <p>نام و امضاء بیمه گذار: _____ تاریخ: _____</p>
------------------	--

گزارش فروشنده بیمه نامه نماینده / کارگزار / بازاریاب / کارمند شرکت	<p>۱- آیا پیشنهاد دهنده را شخصاً می شناسید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه مدت؟</p> <p>صحت امضای بیمه شده و بیمه گذار مورد تایید می باشد.</p> <p>نام، امضاء و مهر نماینده / کارگزار: _____ تاریخ: _____</p>
---	---

اظهار نظر واحد صادر کننده	<p>اظهار نظر اولیه کارشناس صدور:</p> <p>آیا صدور بیمه نامه نیاز به معاینات پزشکی دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>علت درخواست آزمایش پزشکی: سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> سن بیمه شده <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/></p> <p>درصد اضافه نرخ در بیمه نامه های قبلی درصد به دلیل نام و امضاء کارشناس: _____ تاریخ: _____</p>
----------------------------------	--

اظهار نظر واحد صادر کننده	<p>اظهار نظر نهایی پزشک معتمد شعبه:</p> <p>با اضافه نرخ درصد، سرمایه ریال و مدت سال بلامانع است.</p> <p>بدون اضافه نرخ درصد، سرمایه ریال و مدت سال بلامانع است.</p> <p>نام، امضاء و مهر پزشک معتمد شعبه: _____ تاریخ: _____</p>
----------------------------------	---

اظهار نظر واحد صادر کننده	<p>اظهار نظر نهایی شعبه:</p> <p>صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط مربوطه با درصد اضافه نرخ بلا مانع است.</p> <p>نام و امضاء کارشناس (شعبه): _____ تاریخ: _____</p> <p>نام و امضاء رئیس شعبه: _____ تاریخ: _____</p>
----------------------------------	---

اظهار نظر واحد ستادی	<p>اظهار نظر نهایی پزشک معتمد مرکز:</p> <p>با اضافه نرخ درصد بلامانع است.</p> <p>بدون اضافه نرخ درصد بلامانع است.</p> <p>نام، امضاء و مهر پزشک معتمد مرکز: _____ تاریخ: _____</p>
-----------------------------	---

اظهار نظر واحد ستادی	<p>اظهار نظر کارشناسی:</p> <p>نام و امضاء کارشناس صدور: _____ تاریخ: _____</p> <p>نام و امضاء معاون مدیر / محاسب فنی: _____ تاریخ: _____</p> <p>نام و امضاء مدیر عمر و پس انداز: _____ تاریخ: _____</p> <p>نام و امضاء معاون فنی اشخاص: _____ تاریخ: _____</p>
-----------------------------	--

گواهی اطلاع از شرایط و مقررات بیمه های عمر انفرادی

بیمه گذار و بیمه شده گرامی: امضاء شما ذیل این برگه، گواهی بر اطلاع کامل شما و تأیید شرایط زیر می باشد.

۱. بعد از صدور بیمه نامه و پرداخت اولین قسط حق بیمه، تعهدات بیمه گر، مندرج در شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه و الحاقیه های منضم به آن شروع می شود.
۲. چنانچه حق بیمه زودتر از موعد سر رسید پرداخت گردد، سود آن به صورت روزشمار محاسبه و به اندوخته بیمه نامه اضافه می گردد و در صورت تأخیر در پرداخت حق بیمه، سود از تاریخ واریز وجه محاسبه و موجب کاهش اندوخته خواهد شد.
۳. در صورت انصراف از ادامه بیمه نامه، چنانچه بیمه نامه دارای ارزش بازرپردی باشد، بیمه نامه با خرید و بخش پس اندازی حق بیمه تا زمان انصراف به بیمه گذار پرداخت می گردد.
۴. **تبصره:** با توجه به بخش استهلاکی حق بیمه (هزینه های بیمه نامه و حق بیمه مربوط به پوشش های بیمه ای) میزان ارزش بازرپردی در بیمه نامه در اوائل مدت قرارداد کمتر از حق بیمه های پرداختی بیمه گذار می باشد.
در صورتی که پرداخت حق بیمه به تأخیر افتاده باشد:
- الف: حق بیمه پوشش خطر فوت مادامیکه که اندوخته بیمه نامه کفایت نماید، از اندوخته کسر می گردد.
ب: حق بیمه پوششهای تکمیلی می تواند با موافقت بیمه گذار در فرم پیشنهاد بیمه از اندوخته بیمه نامه کسر گردد. در غیر این صورت تأخیر در پرداخت حق بیمه موجب تعلیق پوششهای تکمیلی این بیمه نامه خواهد شد.
۵. دریافت وام از محل بیمه نامه پس از پرداخت حداقل ۲ سال تمام حق بیمه و تا سقف ۹۰ درصد ارزش بازرپردی بیمه نامه امکان پذیر می باشد. که در این صورت اندوخته بیمه نامه به میزان وام پرداختی و کارمزد متعلقه تا زمانی که وام به طور کامل تسویه نشده است، کاهش می یابد.
۶. هرگونه تغییرات در بیمه نامه صرفاً با صدور الحاقیه توسط بیمه گر (واحد صادر کننده بیمه نامه) صورت خواهد گرفت.
۷. در صورتی که بیمه شده بیمه نامه عمر یا فرم پیشنهاد دیگری نزد شرکتهای بیمه داشته باشد و یا در آینده خریداری نماید مراتب را به شرکت بیمه دانا اطلاع دهد. در غیر این صورت شرکت بیمه دانا می تواند تعهدات خود را نسبت به سهم خود از مجموع بیمه نامه های دریافتی حداکثر تا سقف آئین نامه مصوب کاهش دهد.
۸. هرگونه مغایرت در مفاد بیمه نامه صادره با فرم پیشنهاد، ظرف مدت یک ماه از تاریخ صدور بیمه نامه قابل اصلاح می باشد.
۹. از مفاد شرایط عمومی و ارزش بازرپردی بیمه نامه آگاهی کامل یافته ایم.
۱۰. دریافت و قبول بیمه نامه به منزله موافقت با شرایط و مفاد بیمه نامه می باشد.

بیمه گذار و بیمه شده با امضاء یا ثبت اثر انگشت این فرم، تأیید می نمایند که به کلیه اطلاعات ثبت شده در پاسخ به سوالات مندرج در این فرم پیشنهاد با رعایت دقت و صداقت پاسخ داده و در صورتی که در پاسخ به پرسشهای بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نمایند یا بر خلاف واقع نسبت به پاسخ به سوالات پزشکی و مندرجات فرم پیشنهاد مطالبی را اظهار نمایند یا فرم پیشنهاد فاقد امضا یا اثر انگشت بیمه شده بوده و مخدوش باشد، بیمه نامه باطل و بلااثر خواهد بود و در صورت بروز خسارت، شرکت بیمه دانا هیچگونه تعهدی در قبال پرداخت خسارت نخواهد داشت و طبق قوانین مقررات با ایشان رفتار خواهد شد.

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء بیمه شده:

تاریخ:

تاریخ: