

فرم پیشنهاد بیمه نامه زندگی بهادار

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:		نام و کد شعبه:		نام و کد نماینده:		نام و کد بازاریاب:		تاریخ درخواست:																																																			
<p>نام و نام خانوادگی/نام شرکت: نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی/شماره ثبت: _____</p> <p>تاریخ تولد: محل صدور: تابعیت: جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/></p> <p>شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه: _____</p> <p>شغل اصلی: شغل فرعی: کار با دستگاه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دستگاه: _____ کار در ارتفاع: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>توجه: عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.</p> <p>نشانی قانونی/استان/شهر: _____ نشانی: _____</p> <p>کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____</p>																																																											
<p>توجه: در صورت یکسان بودن بیمه‌گذار و بیمه‌شده نیاز به تکمیل این قسمت نیست (خود شخص بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نسبت با بیمه‌گذار: _____)</p> <p>نام و نام خانوادگی/نام شرکت: نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی/شماره ثبت: _____</p> <p>تاریخ تولد: محل صدور: تابعیت: جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/></p> <p>شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه: _____</p> <p>شغل اصلی: شغل فرعی: کار با دستگاه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دستگاه: _____ کار در ارتفاع: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>توجه: عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.</p> <p>نشانی قانونی/استان/شهر: _____ نشانی: _____</p> <p>کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____</p>																																																											
<p>حق بیمه پایه: سالانه <input type="checkbox"/> یکجا <input type="checkbox"/>: _____ ریال</p> <p>حق بیمه مازاد: _____ ریال (حداکثر ۱۰ برابر سرمایه فوت مصوب هر سال)</p>		<p>روش پرداخت حق بیمه پایه: ماهانه <input type="checkbox"/> ۲ ماهه <input type="checkbox"/> ۳ ماهه <input type="checkbox"/> ۶ ماهه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/></p> <p>ضریب افزایش سالانه حق بیمه پایه: ۰٪ <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/></p>																																																									
<p>مدت بیمه‌نامه (تا سن ۱۰۰ سالگی بیمه‌شده): _____ سال</p>		<p>۱. سرمایه فوت به هر علت: _____ ریال</p> <p>(۱ تا ۲۵ برابر حق بیمه پایه-حداقل ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)</p>																																																									
<p>۲. پوشش فوت ناشی از حادثه: بله <input type="checkbox"/> (برابر ۱) <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت تا ۵۰ میلیارد ریال) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۱-۲: پوشش نقص عضو و از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه: بله <input type="checkbox"/> درصد سرمایه فوت ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۲-۲: پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> سرمایه فوت ناشی از حادثه (سقف پوشش تا ۱ میلیارد ریال) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>		<p>۳. پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه: بله (بیمه‌شده اصلی <input type="checkbox"/> بیمه‌گذار <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۱-۳: دریافت مستمری در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه: (برابر <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> آخرین حق بیمه پرداختی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>)</p>																																																									
<p>۴. پوشش امراض خاص: معادل ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت (سقف پوشش تا ۵ میلیارد ریال) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نوع پوشش: ۵ بیماری <input type="checkbox"/> ۳۰ بیماری <input type="checkbox"/></p>		<p>۵. پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه‌گذار: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>																																																									
<p>صندوق طلا (۱٪ تضمین سالانه)</p>			<p>صندوق‌های پرریسک (۵٪ تضمین سالانه)</p>			<p>صندوق‌های کم‌ریسک (۱۰٪ تضمین سالانه)</p>																																																					
<p>٪ در صندوق طلای کهریا کاریزما</p>			<p>٪ در صندوق اعتبار سهام ایرانیان</p> <p>٪ در صندوق مشترک کاریزما</p>			<p>٪ در صندوق اعتبار آفرین ایرانیان</p> <p>٪ در صندوق تضمین اصل سرمایه کاریزما</p> <p>٪ در صندوق کارا کاریزما</p>																																																					
<p>حیات <input type="checkbox"/> بیمه‌شده <input type="checkbox"/> / بیمه‌گذار <input type="checkbox"/></p> <p>درصد سهم: ۱۰۰٪ اولویت: اول</p>																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>اولویت</th> <th>درصد سهم</th> <th>نسبت با بیمه‌شده</th> <th>نام پدر</th> <th>تاریخ تولد / تاریخ ثبت</th> <th>شماره شناسنامه</th> <th>کد ملی / شماره ثبت مؤسسه</th> <th>نام و نام خانوادگی / نام مؤسسه</th> <th>ردیف</th> <th>فوت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>۱</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>۲</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>۳</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>۴</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه‌شده	نام پدر	تاریخ تولد / تاریخ ثبت	شماره شناسنامه	کد ملی / شماره ثبت مؤسسه	نام و نام خانوادگی / نام مؤسسه	ردیف	فوت									۱										۲										۳										۴	
اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه‌شده	نام پدر	تاریخ تولد / تاریخ ثبت	شماره شناسنامه	کد ملی / شماره ثبت مؤسسه	نام و نام خانوادگی / نام مؤسسه	ردیف	فوت																																																		
								۱																																																			
								۲																																																			
								۳																																																			
								۴																																																			
<p>توجه: * در صورت فوت بیمه‌شده، پرداخت وجه بیمه به وراث قانونی منوط به ارائه برگه انحصار وراثت خواهد بود.</p> <p>* در صورت فوت بیمه‌شده چنانچه استفاده‌کنندگان از وجه بیمه مشخص نشده باشند، وجه بیمه بین وراث قانونی بیمه‌شده به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد.</p> <p>* در صورت فوت همزمان استفاده‌کننده و بیمه‌شده، وجه بیمه به نسبت مساوی بین وراث قانونی بیمه‌شده تقسیم خواهد شد.</p>																																																											
<p>آیا در حال حاضر بیمه عمر دیگری دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نام شرکت بیمه‌گر: _____ نوع بیمه‌نامه: _____ سرمایه فوت بیمه‌نامه: _____</p> <p>آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر در جریان صدور یا پذیرفته‌نشده دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت عدم پذیرش پیشنهاد، علت را توضیح دهید.</p> <p>نام شرکت بیمه‌گر: _____ نوع بیمه‌نامه: _____ سرمایه فوت بیمه‌نامه: _____</p> <p>تذکره: چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه و یا پس از پایان آن مشخص شود که بیمه‌شده، بیمه‌نامه‌های عمر خود را که نزد سایر شرکت‌های بیمه داشته، در این فرم اعلام نکرده است، بیمه‌گر می‌تواند از پرداخت تمام و یا بخشی از تعهدات خود خودداری کند.</p>																																																											
<p>نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:</p> <p>تاریخ/ مهر و امضاء:</p>					<p>نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:</p> <p>تاریخ/ مهر و امضاء:</p>																																																						

۱. قد: _____ سانتی متر وزن: _____ کیلوگرم
۲. آیا ورزش‌های رزمی یا حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ بله خیر رشته ورزشی و ساعت تمرین در هفته را مشخص کنید: _____
۳. درخواست پوشش خطرات ناشی از زلزله و آتشفشان را با پرداخت حق بیمه اضافی دارم بله خیر
۴. آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده‌اید؟ بله خیر علت معافیت: _____ (تصویر کارت معافیت پزشکی ضمیمه شود)
۵. به هیچ بیماری مبتلا نیستم و در حال حاضر کاملاً سالم هستم: بله خیر در صورت پاسخ منفی، آیا سابقه ابتلا به بیماری‌های زیر را داشته‌اید؟ چنانچه دارای سابقه بیماری از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی، خونی، کلیه و مجاری ادرار، غدد داخلی، گوارشی، استخوانی، اعصاب و روان، دستگاه تنفسی، پوستی، گوش و حلق و بینی و ... می‌باشید، نام بیماری، نام داروهای مصرفی و مدت ابتلا به بیماری را توضیح دهید _____
۶. چنانچه دارای هرگونه نقص عضو هستید با ذکر علت، ناحیه و درصد بیان کنید: _____
۷. در صورت ابتلای اعضای خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) به بیماری، نوع بیماری را اعلام نمائید. _____
۸. در صورت فوت اعضای خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) علت و سن فوت را اعلام نمائید. _____
۹. آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟ بله خیر میزان و مدت مصرف آن: _____
۱۰. آیا تا به حال در بیمارستان، مرکز درمانی و یا آسایشگاه بستری شده‌اید؟ بله خیر علت و تاریخ بستری: _____
۱۱. آیا تا به حال تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟ بله خیر نوع، تاریخ عمل و نتیجه آن را ذکر و حسب مورد گزارش عمل و پاتولوژی را ضمیمه کنید: _____
۱۲. آیا دارویی را به طور مستمر مصرف می‌کنید؟ بله خیر نوع دارو: _____ مدت زمان مصرف: _____
۱۳. آیا در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن شدید داشته‌اید؟ بله خیر به چه علت، چند کیلوگرم، در طی چه مدت: _____
۱۴. آیا در حال حاضر تحت نظر پزشک هستید؟ بله خیر به چه علت: _____

۱۵. آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بله خیر ماه بارداری: _____

چنانچه بیمه‌گذار قصد اخذ پوشش‌های معافیت از پرداخت حق بیمه و دریافت مستمری از کارافتادگی را داشته باشد، تکمیل اطلاعات زیر ضروریست.

- ۱- قد: _____ سانتی متر وزن: _____ کیلوگرم
- ۲- در صورت نقص عضو، سابقه بستری و جراحی، سابقه بیماری از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی، خونی، کلیه و مجاری ادرار، غدد داخلی، گوارشی، استخوانی، اعصاب و روان، دستگاه تنفسی، پوستی، گوش و حلق و بینی، ... می‌باشید نام بیماری، نام داروهای مصرفی و مدت ابتلا را توضیح نمائید. _____
- ۳- در صورت ابتلای اعضای خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) به بیماری، نوع بیماری را اعلام نمائید. _____
- ۴- در صورت فوت اعضای خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) علت و سن فوت را اعلام نمائید. _____
- ۵- آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟ بله خیر میزان و مدت مصرف آن: _____
- ۶- آیا ورزش‌های رزمی یا حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ بله خیر رشته ورزشی و ساعت تمرین در هفته را مشخص کنید: _____
- ۷- آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده‌اید؟ بله خیر علت معافیت: _____ (تصویر کارت معافیت پزشکی ضمیمه شود)

اینجانب/ اینجانبن در اجرای ماده ۷۵ آیین‌نامه الحاقی ماده ۱۴ قانون مبارزه با پولشویی متعهد می‌شوم ضمن عدم استفاده از مبالغ دریافتی از محل بیمه‌نامه در امر پولشویی و تروریسم مالی و محافظت از بیمه‌نامه در صورت تغییر هویتی و یا اطلاع از استفاده اشخاص دیگر از خدمات بیمه‌نامه صادره مراتب را ظرف حداکثر ۵ روز به شرکت بیمه دی اعلام نمایم. همچنین به عنوان متقاضی (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه‌نامه را مطالعه کردیم و به کلیه سؤالات با صداقت پاسخ داده‌ایم و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد می‌شود و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه‌گر و نیز ارزش بازرخرد بیمه‌نامه تقاضای صدور آن را داریم.

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:
تاریخ/ مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:
تاریخ/ مهر و امضاء:

اینجانب شخصاً، متقاضی (بیمه‌گذار) و بیمه‌شده را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه‌نامه و تعهدات و ارزش بازرخرد آن و احراز هویت بیمه‌گذار و بیمه‌شده، صحت امضاء و سلامتی متقاضی بیمه‌نامه و بیمه‌شده را تایید می‌کنم.

نام و نام خانوادگی نماینده/ کارگزار:
تاریخ/ مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی بازاریاب:
تاریخ/ مهر و امضاء:

با توجه به مندرجات پیشنهاد، صدور با نرخ عادی بلامانع است.

صدور با اضافه نرخ

نیاز به انجام آزمایش‌های پزشکی دارد

منع پزشکی دارد

تاریخ/ مهر و امضاء پزشک

با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه، صدور با نرخ عادی بلامانع است.

صدور با اضافه نرخ _____ قد و وزن، _____ سوابق خانوادگی، _____ مصرف دخانیات، _____ تجمیع ریسک، _____ پزشکی، بلامانع است.

نیاز به انجام آزمایش‌های پزشکی دارد

منع پزشکی دارد

تاریخ/ مهر شعبه و امضاء کارشناس

توجه: متقاضی گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه دی، بیمه‌نامه شما به استناد رسید نقدی واریزی از ساعت ۲۴ روز واریز معتبر است و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گذاران عمر بیمه دی خواهید پیوست.