پیشنهاد بیمه

متقاضی محترم، خواهشمند است به کلیه پرسش 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 معتبربودن بیمه زندگی مان می باشد. تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

مشخصات متقاضی

نام / شرکت : ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر : ..... کد ملی/شناسه 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 : ..... کدپستی: .....

تلفن ثابت : ..... تلفن همراه : ..... پست الکترونیکی : .....

مشخصات بیمه شونده

نسبت بیمه شونده با 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 : ..... کد ملی : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

شماره شناسنامه : ..... تاریخ تولد : ..... / ..... / ..... محل تولد : ..... محل صدور: .....

جنسیت : مرد ◯ زن ◯ وضعیت تاهل : مجرد ◯ متاهل ◯ تابعیت : ..... سطح تحصیلات : .....

شغل اصلی : ..... مشاغل فرعی : ..... تلفن ثابت : ..... تلفن همراه : .....

نشانی : ..... کدپستی : ..... پست الکترونیکی : .....

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

مدت بیمه : ..... سال آورده اولیه: ..... ریال مبلغ هر قسط حق بیمه در سال اول: ..... ریال ضریب افزایش سالیانه ..... درصد

روش پرداخت : ماهیانه ◯ سه ماهه ◯ شش ماهه ◯ سالیانه ◯ یکجا ◯ سرمایه فوت سال اول : ..... ریال ضریب افزایش سالیانه ..... درصد

پوشش های تکمیلی درخواستی (که منوط به کسر حق بیمه از کل حق بیمه پرداختی می باشد)

در صورت تمایل به اخذ پوشش برای هر یک از خطرهای زیر، مبلغ حق بیمه پوشش های مذکور نیز به صورت جداگانه دریافت می گردند.

☐ پوشش تکمیلی فوت به علت حادثه :
① ② ③ برابر سرمایه فوت به هر علت

☐ پوشش تکمیلی نقص عضو یا از کار افتادگی دائم کلی و جزئی ناشی از حادثه :
به میزان ..... درصد سرمایه فوت به هرعلت (حداکثر ۱۰۰ درصد)

☐ پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه :
به میزان ..... درصدسرمایه فوت به هرعلت (حداکثر ۲۰ درصد)

☐ بدنسازی
☐ سوارکاری
☐ قایقرانی، ژیمناستیک، بسکتبال
☐ غواصی، اسکی روی آب، موج سواری
☐ شکار، دوچرخه سواری، تنیس روی میز
☐ سقوط آزاد، کوه نوردی و صعود به قلل مرتفع
☐ هدایت یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه ای)

☐ هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر (به استثناء هلیکوپتر نظامی)
☐ هدایت موتور سیکلت دنده ای، کوه پیمایی، ورزش رزمی، فوتبال، شنا اسکی، اسکیت، والیبال
☐ هدایت یا سرنشینی هواپیمای آموزشی (به استثناء هواپیمای نظامی اکتشافی و غیر تجاری)
☐ پرش با چتر نجات (به جز سقوط آزاد)، هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسایط پرواز بدون موتور

☐ پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه (خطر فوت و سرمایه گذاری) در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه

☐ پوشش تکمیلی دریافت مستمری در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه :
① ② ③ برابر آخرین حق بیمه پرداختی
(برای ارائه پوشش های فوق باید بیمه شونده و متقاضی شخص واحدی بوده و شاغل باشد)

☐ پوشش تکمیلی بیماریهای خاص و پیوند اعضا به میزان ..... درصد سرمایه فوت به هر علت پس از طی ۳ ماه دوره انتظار (حداکثر ۲۵ درصد)

☐ پوشش تکمیلی سرطان به میزان ..... درصد سرمایه فوت به هر علت پس از طی ۶ ماه دوره انتظار (حداکثر ۵۰ درصد)

آیا مایل هستید در صورت تاخیر در پرداخت حق بیمه پوشش های تکمیلی حوادث، حق بیمه پوشش های مذکور از اندوخته بیمه نامه تامین گردد؟ بلی ◯ خیر ◯

استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه

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 زیر:

	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کدپستی	نسبت با بیمه شده	اولولیت	درصد سهم
۱									
۲									
۳									
۴									

استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده : بیمه گذار ◯ بیمه شده ◯ سایر، به شرح زیر:

	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کدپستی	نسبت با بیمه شده	اولولیت	درصد سهم
۱									
۲									

سوابق بیمه ای بیمه شونده

۱) لطفاً نام بیمه گر پایه و شماره بیمه دفترچه درمانی خود را در صورت وجود بنویسید؟ .....

۲) آیا در حال حاضر بیمه نامه یا پیشنهاد در جریان صدور بیمه زندگی و حادثه انفرادی دارید؟ بلی ◯ 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؟ بلی ◯ 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 را شرح دهید

تذکر ۱ : طبق مصوبات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در صورت عدم اطلاع بیمه گر از وجود چنین بیمه نامه هایی، بیمه گر می تواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید.

تذکر ۲ : در صورت تمایل به دریافت سرمایه یا اندوخته ریاضی پایان مدت بیمه نامه به صورت مستمری، پرداخت مستمری حداقل از سن ۵۰ سالگی بیمه شده آغاز خواهد شد.