



بیمه ایران



بیمه زندگی مان

متقاضی مختار، خواهشمند است به کلیه پرسش های مندرج در این پیشنهاد حواب داده و هیچ سوالی را بدون باسن نگذازد زیرا صحت این حواب ها و کامل بودن آن ها شرط اصلی معتبر بودن بیمه زندگی مان می باشد. تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعیدی را برای بیمه گر ایجاد نماید.

پیشنهاد بیمه

نام / شرکت:	نام خانوادگی:	نام پدر:	نام / شرکت:
شماره شناسنامه/شماره ثبت:	تاریخ تولد:	محل تولد:	شماره شناسنامه/شماره ثبت:
جنسیت: مرد <input type="radio"/> زن <input checked="" type="radio"/>	وضعيت تأهل: مجرد <input checked="" type="radio"/> متاهل <input type="radio"/>	سفل تحصیلات:	مشاغل فرعی:
شغل اصلی:	شاغل فرعی:	درآمد ماهیانه:	ریال
نشانی:	تلفن همراه:	تلفن:	تلفن همراه:
پست الکترونیکی:			

نسبت پیمه شونده با متقاضی:	خدمه <input type="radio"/> سایپر <input checked="" type="radio"/>	نام / شرکت:	نام خانوادگی:	نام / شرکت:
شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	محل تولد:	شماره شناسنامه:	نام / شرکت:
جنسیت: مرد <input type="radio"/> زن <input checked="" type="radio"/>	وضعيت تأهل: مجرد <input checked="" type="radio"/> متاهل <input type="radio"/>	سفل تحصیلات:	مشاغل فرعی:	شغل اصلی:
شغل اصلی:	مشاغل فرعی:	درآمد ماهیانه:	ریال	درآمد سالیانه
نشانی:	تلفن:	تلفن:	تلفن:	تلفن:
مدت بیمه:	سال <input type="radio"/> ساله اولیه <input checked="" type="radio"/>	حق بیمه سال اول:	ریال	حق بیمه سال اول:
روش پرداخت:	سه ماهه <input type="radio"/> سالیانه <input checked="" type="radio"/>	سرمایه فوت سال اول:	برابر حق بیمه سال اول <input type="radio"/> سرمایه سلطان <input checked="" type="radio"/> یکجا	درآمد سالیانه

پیشنهاد تكميلي (درخواست)

پوشش تكميلي معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادته:	<input type="checkbox"/> پوشش تكميلي قوت به علت حادته:
پوشش تكميلي درافت مقتضی در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادته:	<input type="checkbox"/> برابر سرمایه قوت به علت حادته:
(برای ازانه پیشنهاد هیچ باید بیمه شونده و متقاضی شخص وحدی بوده و شاغل باشد)	<input type="checkbox"/> پوشش تكميلي عرضه با از کار افتادگی دائم ناشی از حادته:
پوشش تكميلي بیماریهای خاص و بیرون اعضا به میزان درصد سرمایه قوت به هر علت	<input type="checkbox"/> درصد سرمایه قوت به هر علت:
پوشش تكميلي سلطان به میزان درصد سرمایه قوت به هر علت	<input type="checkbox"/> درصد سرمایه قوت به هر علت:

ایام مابقی هستيد در صورت تأخیر در پرداخت حق بیمه پیشنهاد های تكميلي، جهت ادامه پیشنهاد های بیمه اى اندوه شما درست استفاده قرار گيرد:	باب <input type="radio"/> خیر <input checked="" type="radio"/> بيمه شده <input type="radio"/> بيمه غفار <input type="radio"/> بيمه شده
استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت قوت بیمه شده: وراث قاتلی بیمه شده به نسبت سهم الازت <input type="radio"/> سایپر <input type="radio"/> بد شرح ذیل:	نام و نام خانوادگی <input type="radio"/> درآمد سپاه <input type="radio"/> اولویت <input type="radio"/> درآمد سپاه
نام / شرکت:	نام پدر:
کد ملی:	نسبت با بیمه شده
کد ملی:	نسبت با بیمه شده
اوپریوت:	به شرح ذیل:
درآمد سپاه:	سایپر <input checked="" type="radio"/> بيمه شده <input type="radio"/> بيمه غفار <input type="radio"/> بيمه شده

۱) اتفاقاً نام بیمه گر پایه و شماره بیمه دفترچه درمانت خود را در صورت وجود بنویسید.	۲) ایار حاصل خاطر بیمه نام و پیشنهاد در جریان سدور بیمه زندگی و حادله اقرازيه دارید: باب <input type="radio"/> خیر <input checked="" type="radio"/> (در صورت مشتب بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمائید)
۳) ای اگر کون پیشنهاد بیمه زندگی به شرکت بیمه ای داده اید که مورد موافقت نظرخواه باشد؟ باب <input type="radio"/> خیر <input checked="" type="radio"/> (در صورت مشتب بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمائید)	در جریان صدور / مددور / عدم صدور شماره بدهمه نامه / پیشنهاد نوع بیمه
در صورت عدم صدور بیمه نامه اعلت را شرح دهد	نام شرکت بیمه ای

نذکر: طبق مصوبات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در صورت عدم اطلاع بیمه گر از وجود چنین بیمه نامه هایی، بیمه گر می تواند از اینکه 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، سلطان، بیماری قلبی، بیماری ریوی، فشارخون، مرض قند، تارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصی مبتلا بوده یا من باشد؟ نام پرده 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 پرده و علت فوت را توضیح دهید؟

(۱) پشتی خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام ○ در حال انجام ○ معاشر غیر پزشکی ○ معاشر پزشکی ○ علت معاشر پزشکی:

(۲) قدم پرده شونده: ساتنی مترا:

(۳) بد کدام وزر شما می پردازید؟

بلی ○ خیر ○

(۴) در صورت مصرف نیاز سیگار ○ مشروبات الکل ○ مواد مخدر ○ میزان، نوع و مدت مصرف با مدت زمان ترک را ذکر نمایند؟

بلی ○ خیر ○

(۵) ایا از پرستاری سیگارت چیزی درد استفاده می کنید؟

بلی ○ خیر ○

(۶) ایا در خوازه ماه داشته تغیرات موثری در صورت مخصوص بهم باشد که بینه شده تاریخ کوچکشانه معتبر باشد؟

بلی ○ خیر ○

(۷) ایا طرفی شنی ماشین از پیش اینجا می خواهد؟

بلی ○ خیر ○

(۸) ایا هزار نقص غلو از کار اتفاق دارد شده اید؟

بلی ○ خیر ○

(۹) ایا در این مورد عمل جراحی قرار گرفته اید یا مستری شده اید؟

بلی ○ خیر ○

(۱۰) ایا در چه زمانی در چه میزان؟

بلی ○ خیر ○

(۱۱) ایا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟

بلی ○ خیر ○

(۱۲) ایا به تاریختی با بیماریهای زیر مبتلا بوده یا من باشد؟ در صورت مبتلا بدن پاسخ در کم از موارد تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج:

بلی ○	خیر ○
بیماری	
بیماریهای دستگاه تنفسی (سرمه، آسم، آسم، تلت چرک یا خوبی، تنفس نرس و ...) بیماریهای کله، همراهی ادرار، شکلات‌بروسات، خون در ادرار، سنتک کله و ... بیماریهای خون، سایه‌ای تزویز خون، کم خون، خونریزی های بدون علت و ... بیماری قلب و عروق پیش‌خواست قشار خون و درد قفسه سینه، سنتک قلب، واریس بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسوس‌گی، اقدام به خودکشی و ... ایا بیماریهای زنانه داشته اید؟	

بلی ○	خیر ○
بیماری	
بیماریهای دید داخلی طیور نیوند، دیابت، کاهش با افزایش استهان، چربی بدنی لوله و ... ساقه بیماری های غفعون مانند سل، هیاتیت، حسید، تارت، مالاری، ایدز، کیست هیداتوک و ... بیماریهای کوکاریس، کبد پانکراس، ترد میزم، شکمک، خونریزی کوکارش، نهف و اسفلنج مکر بیماریهای کوهن و خلوچی، کاهش شناسنامی، خونریزی هایی کاهش بینایی، سرکجه و ... بیماریهای پوست، قالایی بزرگ، قالایی تغییر رنگ باشد، خونریزی های زیر پوست بیماریهای احتشامی، اضلال و مفاسد ترد های عدالتی و سوت قفارت، شکم، درد مقاصل و ... سوال مخصوص پانوان ایا در حال حاضر باردار هستید؟	

(۱۳) ایسا به بیماری اپاراضه دیرگزی مبتلا شده اید به کم سواره فوق ۵۰ کسر نشده باشند؟
نوشخان:

تائید اظهارات

گزارش فروشنده بیمه	
بلی ○	خیر ○
ایا بهم شونده را شخصاً می شناسید؟ (۱) بد نظرخواهی می شونده در حال حاضر از سلامت پر خودار است? (۲) ایا درد راه پیمایی زندگی را به عنوان شروط شمن العقد مطابقاً نموده و کلیه سوابقات با صداقت و دقت باشند (۳) ایا درد راه پیمایی زندگی را خلاف راق و یا خودگز از راک و یا دودگز ای دیده باشد به موجب قانون بهم (۴) ایا متقارض و بیمه شونده در حضور شما شخصاً می شناسد تاکمیل نموده اند؟ (۵) ایا صحت این اظهای تفاهم و بیمه شونده مود دیدیم می باشد؟ پذیرشگاه کوکاریس هم تایید بیمه شونده شخصاً سو سو اینجانب اینجا کردیده و مرائب فوق مود تایید است نام، اضلاع، مهر و کد نمایندگی با کارگزار: تاریخ: / / /	

اینچنان (متقارض و بیمه شونده) اعلام می نماییم که کلیه مفاد فرم پیشنهاد، شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط عمومی پیشنهاد را به تکمیل و راهنمای شروط شمن العقد مطابقاً نموده و کلیه سوابقات با صداقت و دقت باشند داده و مطلع هستم هر کوئن اظهار اتفاق خلاف راق و یا خودگز ای دیده باشد به موجب قانون بهم با این باطل اظهار اتفاق خلاف راق و یا خودگز ای دیده باشد شد، در ضمن بیمه کوئن یا زپشکان معتقد پذیرم که اجازه دارند هر کوئن اظهار اتفاق را که راجع به وضع مراجع و سلامت بیمه شونده نیازی داشت کسب نمایند نام و اضلاع بیمه شونده: تاریخ: / / /	
---	--

اظهار نظر نهایی کارشناسان صدور	
صدور بیمه نامه به توجه به متدرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گزینی: با لوح عادی بلا مناع انت است با اضلاع نرخ درد به علت امکان پذیر نمی باشد به علت نام و اضلاع کارشناسان نهایی صدور: تاریخ: / / /	

اظهار نظر اولیه کارشناسان صدور	
این قسمت توسعه بیمه گر تکمیل خواهد شد اظهار نظر پزشک مقتمد شرکت اظهار نظر پزشک مقتمد شرکت (۱) با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی فرم پیشنهاد بیمه شونده تا به انجام معاینات پزشکی: درد ○ ناراد ○ نوع اینماشی: (۲) با توجه به سرسی اطلاعات فرم پیشنهاد (ناجای اینماشی) صدور بیمه از نام خواه موقرات پزشک بیمه های زندگی: تأیید می گردد با در ظرف گرفتن درصد اختلال افزایش فوت تایید می گردد به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت نام، اضلاع و مهر پزشک معتقد: تاریخ: / / /	

شماره پیشنهاد: / / /