



شماره پیشنهاد :

تاریخ پیشنهاد :

فرم پیشنهاد بیمه های زندگی

نظر به اینکه این فرم سند اصلی اعتبار بیمه نامه ی عمر و پس انداز می باشد ، خواهشمند است به پرسش های زیر با کمال دقت و صداقت پاسخ دهید.
تکمیل این فرم پیشنهاد به تنهایی تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.



نام و کد شعبه :		نام و کد نماینده جنرال / کارگزار :		نام و کد نماینده فروش بیمه عمر (کد ۹۶) / بازاریاب :	
پیشنهاد دهنده :		حقوقی		کد پرسنلی همکار :	
نام خانوادگی : نام : تاریخ تولد : روز : ماه : سال : کد ملی / شناسه ملی / کد اتباع خارجی : وضعیت تاهل : مجرد / متاهل : جنسیت : مرد / زن : تابعیت : دین / مذهب : نام پدر : نسبت با بیمه شده : نشانی : کد پستی : تلفن ثابت : تلفن همراه : ایمیل : شماره شب : شغل اصلی : مشاغل فرعی در حال حاضر (لطفاً از عناوین شغلی نظیر آزاد ، کارگر ، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید) : شغل قبلی و مدت اشتغال :					
آیا بیمه شده همان بیمه گزار است؟ بله / خیر در صورتی که پاسخ خیر می باشد تکمیل این قسمت الزامی می باشد.					
نام خانوادگی : نام : تاریخ تولد : روز : ماه : سال : کد ملی / شناسه ملی / کد اتباع خارجی : وضعیت تاهل : مجرد / متاهل : جنسیت : مرد / زن : تابعیت : دین / مذهب : نام پدر : نشانی : کد پستی : تلفن ثابت : تلفن همراه : ایمیل : شماره شب : شغل اصلی : مشاغل فرعی در حال حاضر (لطفاً از عناوین شغلی نظیر آزاد ، کارگر ، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید) : شغل قبلی و مدت اشتغال :					
نوع بیمه نامه : نحوه پرداخت حق بیمه : یکجا / سالانه / شش ماهه / چهار ماهه / سه ماهه / دو ماهه / ماهانه : میزان پرداخت هر قسط : ریال : مبلغ سپرده گذاری اولیه : ریال : درصد افزایش سالانه حق بیمه : درصد افزایش سالانه سرمایه فوت به هر علت : سرمایه پوشش فوت به هر علت (پوشش اصلی) : ریال : * با اضافه واریزی بیشتر از قسط تعیین شده ، اقساط بعدی تسویه خواهد شد. چنانچه قصد سپرده گذاری دارید ، از واحد صدور شناسه مربوطه را دریافت نمایید.					
ردیف		پوشش های تکمیلی		تقاضا	
				دارم / ندارم	
۱		فوت به علت حادثه		یک برابر / دو برابر / سه برابر / چهار برابر / پنج برابر / سرمایه فوت عادی (حداکثر ۵۰۰۰۰۰۰۰/۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال)	
۲		نقص عضو و از کار افتادگی دائم بیمه شده ناشی از حوادث (جزئی و کلی) به میزان		۵۰٪ / ۴۰٪ / ۳۰٪ / ۲۰٪ / ۱۰٪ / ۵٪ / ۴٪ / ۳٪ / ۲٪ / ۱٪ / ۰٪	
۳		هزینه های پزشکی ناشی از حوادث		به میزان ۱۰٪ / ۲۰٪ / ۳۰٪ / ۴۰٪ / ۵۰٪ / ۶۰٪ / ۷۰٪ / ۸۰٪ / ۹۰٪ / ۱۰۰٪	
۴		معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده		به علت حادثه / به هر علت	
۵		پرداخت مستمری در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده (متناسب با پوشش معافیت)		یک برابر / دو برابر / سه برابر / چهار برابر / پنج برابر / آخرین حق بیمه پرداختی	
۶		بیماری های سخت و خاص (۳۱ نوع بیماری)		(حداکثر معادل ۵۰٪ سرمایه فوت به هر علت تا سقف ۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال برای هر گروه بیماری)	
۷		آیا موافقت دارید که حق بیمه معوق پوشش ها از اندوخته بیمه نامه کسر گردد؟			
۱ در صورت موافقت بیمه گزار با کسر حق بیمه پوشش های بیمه ای معوق شده از محل اندوخته ، تعهدات بیمه نامه عادی که اندوخته کفایت نماید ادامه خواهد داشت در غیر این صورت بیمه گر هیچگونه تعهدی در این خصوص نخواهد داشت.					
۲ مبالغ خسارت های واقع شده مورد تعهد در هر یک از پوشش های تکمیلی بیمه نامه ، در صورت حیات بیمه شده صرفاً به ایشان تعلق می گیرد. در صورت فوت بیمه شده متعلق به ذینفع در صورت فوت ایشان می باشد.					
۳ جبران خسارت های ناشی از بیماری های سخت و خاص ، تا سقف ۵۰٪ پوشش به صورت سرمایه ای و ۵۰٪ به صورت هزینه ای مورد تعهد می باشد.					
اندوخته بیمه نامه در انتضای مدت قرارداد بیمه ، قابل تبدیل به مستمری مدت معین می باشد. مبلغ مستمری با توجه به شرایط روز بیمه نامه تعیین می گردد.					
در صورت		ردیف		نام و نام خانوادگی	
کد ملی		نام پدر		تاریخ تولد	
نسبت با بیمه شده		شماره تلفن همراه		درصد سهم	
اولویت					
۱		۱		۱	
۲		۲		۲	
۱		۱		۱	
۲		۲		۲	
۳		۳		۳	
در صورت فوت بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه نامه ، ملاک پرداخت سرمایه بیمه ، ذینفعان تعیین شده می باشند و در صورت عدم انتخاب ذینفع در بیمه نامه ، سرمایه بیمه به وراث قانونی بیمه شده پرداخت خواهد شد.					
چنانچه ذینفعان در صورت فوت بیمه شده تعیین ولی میزان سهم هر یک مشخص نشده باشد ، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین ایشان تقسیم می گردد.					
در صورت فوت ذینفع / ذینفعان در صورت فوت بیمه شده ، قبل از فوت بیمه شده ، چنانچه ذینفع جدید مشخص و تعیین نگردیده باشد ، سهم ایشان به نسبت مساوی بین وراث قانونی بیمه شده تقسیم خواهد شد.					
در صورت فوت همزمان بیمه شده و ذینفع / ذینفعان وی ، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین وراث قانونی بیمه شده تقسیم خواهد شد.					
در صورت حیات بیمه شده در انتضای مدت بیمه نامه ، چنانچه ذینفع / ذینفعان حیات بیمه شده مشخص نشده باشد ، اندوخته بیمه نامه به بیمه گزار پرداخت خواهد شد.					
چنانچه ذینفعان در صورت حیات بیمه شده تعیین ولی میزان سهم هر یک مشخص نشده باشد ، اندوخته بیمه نامه به نسبت مساوی تقسیم خواهد شد.					
براساس ماده ۳۵ قانون بیمه ، بیمه گزار حق دارد ذینفع در سند بیمه عمر خود را تغییر دهد مگر آنکه آن را به دیگری انتقال داده و بیمه نامه را هم به منتقل الیه تسلیم کرده باشد.					
پرداخت خسارت پوشش های بیمه ای ناشی از حوادث ترافیکی مشروط به دارا بودن گواهینامه مرتبط می باشد.					

سوالات پیمه ای بیمه شده	۱	آیا در حال حاضر بیمه های عمر یا حوادث انفرادی دیگر و یا در جریان صدور دارید؟ ☐ بله ☐ خیر					در صورتی که جواب بله می باشد جدول زیر را تکمیل نمایید.					
	نوع بیمه		شماره بیمه نامه		تاریخ صدور بیمه نامه		سرمایه بیمه نامه		نام شرکت بیمه		مبلغ خسارت دریافتی	
تذکر: چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از آن مشخص گردد بیمه گزار کلیه بیمه نامه های عمر و حوادث انفرادی خود نزد هر یک از شرکت های بیمه را اعلام نموده است، شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود اجتناب نماید.												
۲	تحت پوشش کدامیک از بیمه گران پایه می باشید؟ ☐ تأمین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ بیمه سلامت ☐ هیچکدام توضیحات:											
سوالات پزشکی بیمه شده	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ ☐ بله ☐ خیر											
	قد: سانتی متر وزن: کیلوگرم آیا تغییرات وزن در شش ماه اخیر داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر میزان تغییر وزن: کیلوگرم											
	آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ و غیره) را دارید یا داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر نوع مواد مصرفی: میزان و مدت زمان مصرف (تقریبی):											
	آیا سابقه مصرف مواد مخدر، دارو های روانگردان و الکل را دارید یا داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر نوع مواد مصرفی: میزان و مدت زمان مصرف (تقریبی):											
	آخرین باری که به عللی غیر از سرماخوردگی یا دندانپزشکی به پزشک مراجعه کرده اید در چه تاریخی و به چه علت بوده است؟											
	آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟ ☐ بله ☐ خیر کدام عضو و میزان نقص عضو:											
	ردیف											
	بیماری											
	بله											
	خیر											
۱	سابقه بیماری دستگاه تنفسی، سرفه مزمن، تنگی نفس، آسم، خلط چرکی یا خونی و ...		☐	☐	۲	سابقه بیماری قلبی و عروقی، فشار خون، درد قفسه سینه، سکنه قلبی، واریس و ...		☐	☐			
۳	سابقه بیماری خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و ...		☐	☐	۴	سابقه بیماری داخلی، تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...		☐	☐			
۵	سابقه بیماری گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، اسهال و استفراغ مکرر، زردی و ...		☐	☐	۶	سابقه بیماری اعصاب، اضطراب، اقدام به خودکشی، عدم تعادل روانی، اختلال خواب و ...		☐	☐			
۷	سابقه بیماری گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، کاهش بینایی، نابینایی، سرگیجه و ...		☐	☐	۸	سابقه بیماری کلیه، مجاری ادراری، پروستات، خون در ادرار، سنگ کلیه و ...		☐	☐			
۹	سابقه بیماری های پوستی، خونریزی های پوستی، توده جلدی، غدد لنفاوی بزرگ شده، خال های بزرگ یا در حال رشد، خال های تغییر رنگ یافته و ...		☐	☐	۱۰	سابقه بیماری های استخوانی، مفاصل و مفاصل دردهای عضلانی، دردهای ستون فقرات، درد مفاصل و ...		☐	☐			
۱۱	سابقه بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و ...		☐	☐	۱۲	سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، ایدز، تب مالت، مالاریا، هیداتیک و ...		☐	☐			
۱۳	آیا تاکنون عمل جراحی انجام داده اید و یا به هر دلیلی در بیمارستان یا آسایشگاه بستری شده اید؟		☐	☐	۱۴	آیا دچار بیماری و عوارض ناشی از بارداری و زایمان شده اید؟ (ویژه بانوان)		☐	☐			
۱۵	آیا در حال حاضر بار دار هستید؟ (ویژه بانوان)		☐	☐	زمان بارداری: ماه		تاریخ آخرین زایمان:					
لطفاً در صورت مثبت بودن هر یک از گزینه های فوق یا سایر بیماری هایی که به موجب آن طی مدت طولانی دارو مصرف می نمایید و یا در بیمارستان بستری بوده اید که در جدول فوق ذکر نگردیده است، موارد زیر را تکمیل فرمایید:												
نام بیماری: تاریخ شروع بیماری: نوع و میزان داروی مصرفی: نام پزشک معالج:												
توضیحات:												
سابقه پزشکی بستگان بیمه شده	آیا در بین افراد خانواده شما شخصی به بیماری های عفونی، سرطان، قلبی و عروقی، غدد، دیابت، خونی، اعصاب و روان و غیره مبتلا بوده است؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، گزینه های زیر را تکمیل فرمایید.											
	پدر		☐ بله ☐ خیر	شرح بیماری (مدت، سن در صورت فوت بر اثر بیماری):		مادر		☐ بله ☐ خیر	شرح بیماری (مدت، سن در صورت فوت بر اثر بیماری):			
	خواهر / برادر		☐ بله ☐ خیر	شرح بیماری (مدت، سن در صورت فوت بر اثر بیماری):		همسر / فرزند		☐ بله ☐ خیر	شرح بیماری (مدت، سن در صورت فوت بر اثر بیماری):			
سوالات غیر پزشکی بیمه شده	آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟ ☐ بله ☐ خیر											
	وضعیت خدمت نظام وظیفه (مخصوص آقایان): ☐ انجام داده ام ☐ انجام نداده ام ☐ در حال انجام ☐ معافیت پزشکی ☐ معافیت غیر پزشکی نام رشته (های) ورزشی: در صورت معافیت پزشکی، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید:											
محل امضاء بیمه گزار / بیمه شده	بیمه گزار و بیمه شده ضمن تعیین ذینفع / ذینفعان بیمه نامه، تأیید می نمایند که اطلاعات درج شده در این فرم پرسشنامه را با دقت و صداقت کامل ثبت نموده اند و از مقررات و شرایط عمومی بیمه که همراه با بیمه نامه ارائه می گردد و جزء لا ینفک آن می باشد اطلاع کامل حاصل نموده اند و نیز مطلع اند که هرگونه اظهارات خلاف واقع و خودداری از بیان واقعیت، طبق مجوز قانونی موجب باطل شدن قرارداد بیمه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد و همچنین به شرکت سهامی بیمه دانا اجازه می دهند که جهت تکمیل پرونده بیمه عمر (صدور / خسارت)، با هر شخص مطلع اعم از حقیقی و حقوقی از جمله پزشک خانوادگی مشاوره نماید. * اعتبار بیمه نامه با پرداخت اولین قسط حق بیمه و صدور بیمه نامه توسط بیمه گر آغاز می گردد و بیمه گر صرف تکمیل فرم پیشنهاد از سوی بیمه گزار هیچگونه تعهدی در قبال پوشش های بیمه ای نخواهد داشت.											
	نام و نام خانوادگی بیمه گزار / تاریخ و امضاء با اثر انگشت						نام و نام خانوادگی بیمه شده / تاریخ و امضاء با اثر انگشت					
اطلاعات نظیر نماینده فروش / واحد صدور	اینجانب هویت بیمه شده و بیمه گزار مندرج در فرم پیشنهاد و همچنین سلامت ظاهری و صحت امضاء ایشان را تأیید نموده و گواهی می نمایم توضیحات لازم و کافی از قوانین، مقررات و شرایط بیمه نامه به بیمه گزار و بیمه شده ارائه گردیده است.											
	نام و نام خانوادگی نماینده فروش / تاریخ، مهر و امضاء						نام و نام خانوادگی بازاریاب / نماینده فروش عمر (کد ۹۶) / تاریخ، مهر و امضاء					
اطلاعات نظیر مدیریت فنی	ملاحظات											
	آیا صدور بیمه نامه نیاز به اضافه نرخ دارد؟ ☐ بله ☐ خیر نوع اضافه نرخ: پزشکی ☐ کارشناسی ☐ تشدید خطر ☐ میزان اضافه نرخ (به درصد): علت درخواست معافیات و آزمایشات پزشکی: سرمایه بیمه نامه ☐ سن بیمه شده ☐ مسائل پزشکی ☐ سایر موارد: ارائه پوشش های بیمه ای بدون هیچگونه اضافه نرخ بلامانع است. ☐ ارائه پوشش های بیمه ای با اضافه نرخ درصد بلامانع است. ☐ پذیرش ریسک به صرف و صلاح بیمه گر نمی باشد. ☐											
	توضیحات لازم در خصوص اضافه نرخ و یا عدم پذیرش ریسک											
اطلاعات نظیر صیبه ناظر بر فروش	نام و نام خانوادگی کارشناس صدور شعبه / تاریخ و امضاء				نام و نام خانوادگی پزشک معتمد شعبه / تاریخ و امضاء				نام و نام خانوادگی رئیس شعبه / تاریخ و امضاء			
اطلاعات نظیر مدیریت فنی	کارشناس صدور ستاد / تاریخ و امضاء		پزشک معتمد ستاد / تاریخ و امضاء		رئیس اداره صدور / تاریخ و امضاء		معاون مدیر بیمه های زندگی / تاریخ و امضاء		مدیر بیمه های زندگی / تاریخ و امضاء		معاون فنی بیمه های اختصاصی / تاریخ و امضاء	

گواهی اطلاع از شرایط و مقررات بیمه های عمر و پس انداز

بیمه گزار و بیمه شده گرامی؛ امضاء 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 عمومی و خصوصی بیمه نامه و الحاقیه های منضم به آن شروع می گردد.

۲- چنانچه در بیمه نامه های مختلط فوت و تشکیل پس انداز حق بیمه زودتر از موعد سررسید پرداخت گردد، سود آن به صورت روز شمار 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 بازخریدی باشد، بیمه نامه بازخرید و بخش پس اندازی حق بیمه تا زمان انصراف به بیمه گزار پرداخت می گردد. تبصره: با توجه به بخش استهلاکی حق بیمه (هزینه های بیمه نامه و حق بیمه مربوط به پوشش های بیمه ای)، میزان ارزش بازخریدی در بیمه نامه در اوایل مدت قرار داد کمتر از حق بیمه های پرداختی بیمه گزار می باشد.

۴- در صورتی که پرداخت حق بیمه به تأخیر افتاده باشد؛

* حق بیمه کلیه پوشش های بیمه ای، مادامی که اندوخته بیمه نامه کفایت نماید می تواند از اندوخته کسر گردد (در صورت درخواست در فرم پیشنهاد بیمه)، در غیر اینصورت تأخیر در پرداخت حق بیمه و عدم کفایت اندوخته موجب تعلیق پوشش های اصلی و 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٪ ارزش بازخریدی بیمه نامه امکان پذیر می باشد. پس از دریافت وام و در صورت عدم پرداخت اقساط آن، اندوخته بیمه نامه به میزان وام پرداختی، کارمزد متعلقه و جرایم دیرکرد در پرداخت، تا زمانی که وام به طور کامل تسویه نشده باشد کاهش می یابد.

۶- هرگونه تغییرات در بیمه نامه صرفاً با درخواست کتبی بیمه گزار، موافقت بیمه گر و با صدور الحاقیه توسط واحد صادرکننده بیمه نامه صورت می پذیرد.

۷- در صورتی که بیمه شده، بیمه نامه عمر یا فرم پیشنهاد دیگری نزد سایر شرکت های بیمه داشته باشد و یا در آینده خریداری نماید، مراتب را می بایست 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 آیین نامه مصوب کاهش دهد.

۸- هر گونه مغایرت در مفاد بیمه نامه صادر شده با فرم پیشنهاد بیمه ظرف مدت یک ماه از تاریخ صدور بیمه نامه قابل اصلاح می باشد.

۹- از مفاد شرایط عمومی و ارزش بازخریدی بیمه نامه آگاهی کامل یافته ام

۱۰- دریافت و قبول بیمه نامه به منزله موافقت با شرایط و مفاد بیمه نامه می باشد.

بیمه گزار و بیمه شده با امضاء یا ثبت اثر انگشت، تأیید می نمایند به کلیه اطلاعات ثبت شده در فرم پیشنهاد بیمه با دقت و صداقت کامل پاسخ داده و در صورتی که در پاسخ به پرسش های 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 و نیز فرم پیشنهاد، فاقد امضاء یا اثر انگشت بیمه شده 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 و مقررات با ایشان رفتار خواهد شد.

نام و نام خانوادگی بیمه گزار / تاریخ و امضاء یا اثر انگشت	نام و نام خانوادگی بیمه شده / تاریخ و امضاء یا اثر انگشت