

راهنمای استعلام و خرید بیمه عمر و پس انداز بیمه آسیا

گام اول : در ابتدا " نسبت متقاضی با بیمه شونده " را انتخاب می نمایید .

مثال : اگر مادر یا پدر می خواهند بیمه نامه برای فرزند خود خریداری نمایند در این قسمت نسبت را مادر یا پدر انتخاب می کنند.



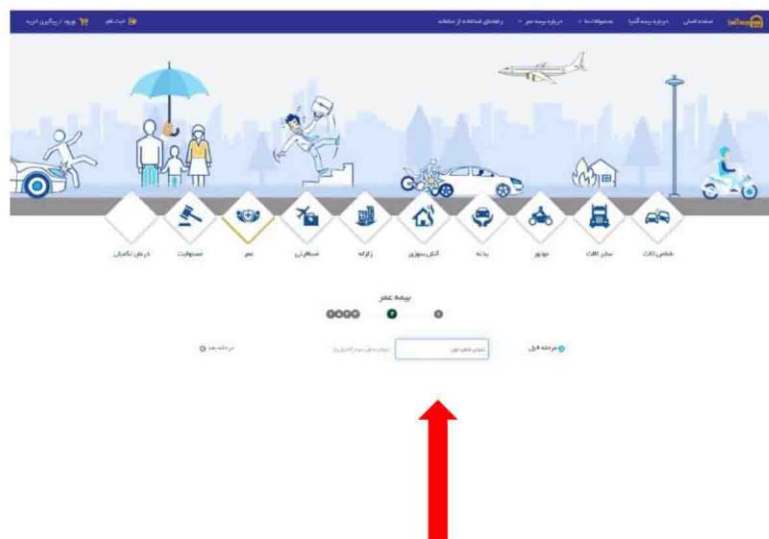
بر روی این قسمت انتخاب می نمائید

گام دوم : سپس " شغل بیمه شونده " را وارد می نمائید.

مثال : در صورتی که بیمه نامه عمر برای فرزند خود می خواهید خریداری نمائید اگر سن فرزند کمتر از ۷ سال می باشد گزینه کودک را انتخاب می کنید و اگر سن فرزند بالای ۷ سال هست گزینه دانش آموز ، و اگر دانشجو می باشد گزینه دانشجو را انتخاب میکنید

توجه : در صورتی که بیمه شونده شغل دوم دارد وارد می نمائید و اگر ندارد اطلاعات شغل دوم را وارد نمی کنید (اختیاری می باشد)

نکته : عنوان شغل را در کادر مربوطه وارد کنید سپس از لیست نمایش داده شده ، شغل مورد نظر خود را انتخاب کنید .

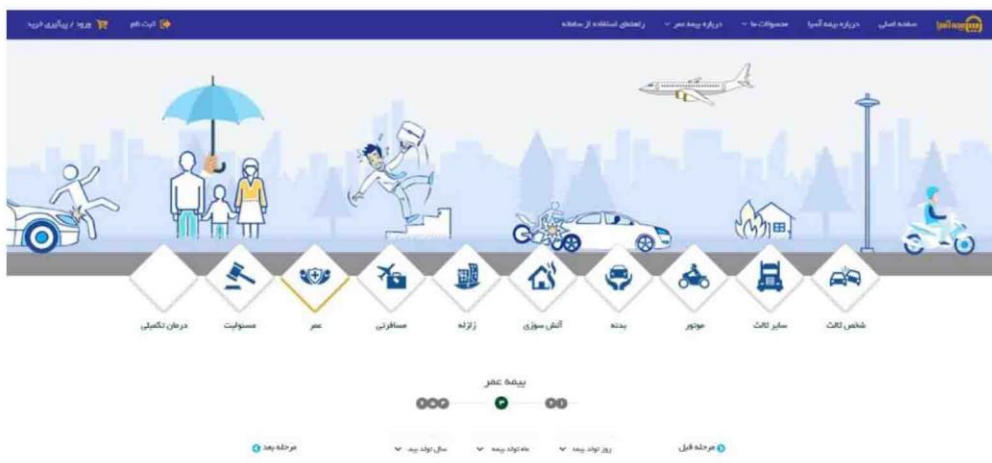


در این قسمت وارد می نمائید

شماره تماس پشتیبانی :

گام سوم : در ادامه " تاریخ تولد بیمه شونده " را انتخاب می نمایند

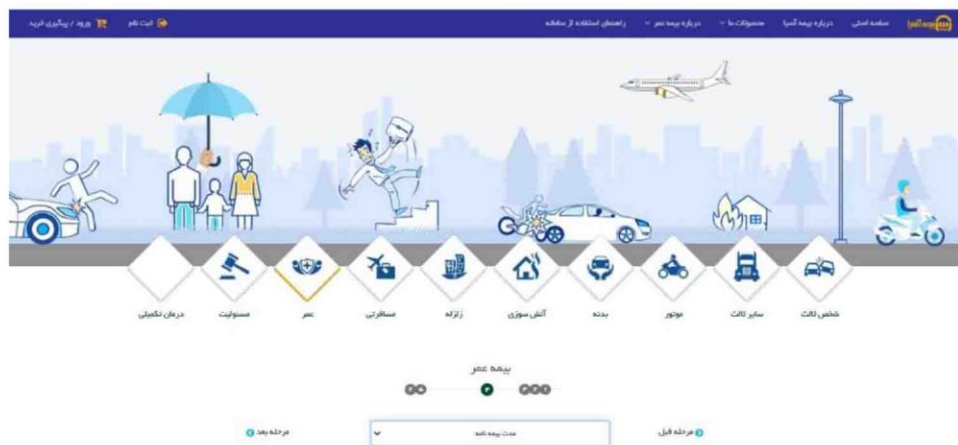
مثال : اگر بیمه نامه برای فرزند خود می خواهید خریداری نمائید باید تاریخ تولد فرزند را وارد نمائید



از این قسمت انتخاب می نمایند

گام چهارم : سپس " مدت بیمه نامه " را انتخاب می نمایند

توجه : مدت بیمه نامه متناسب با سن بیمه شونده بصورت هوشمند تا سقف مجاز قابل انتخاب می باشد



بر روی این قسمت انتخاب می نمایند



بر روی این قسمت انتخاب می نمائید

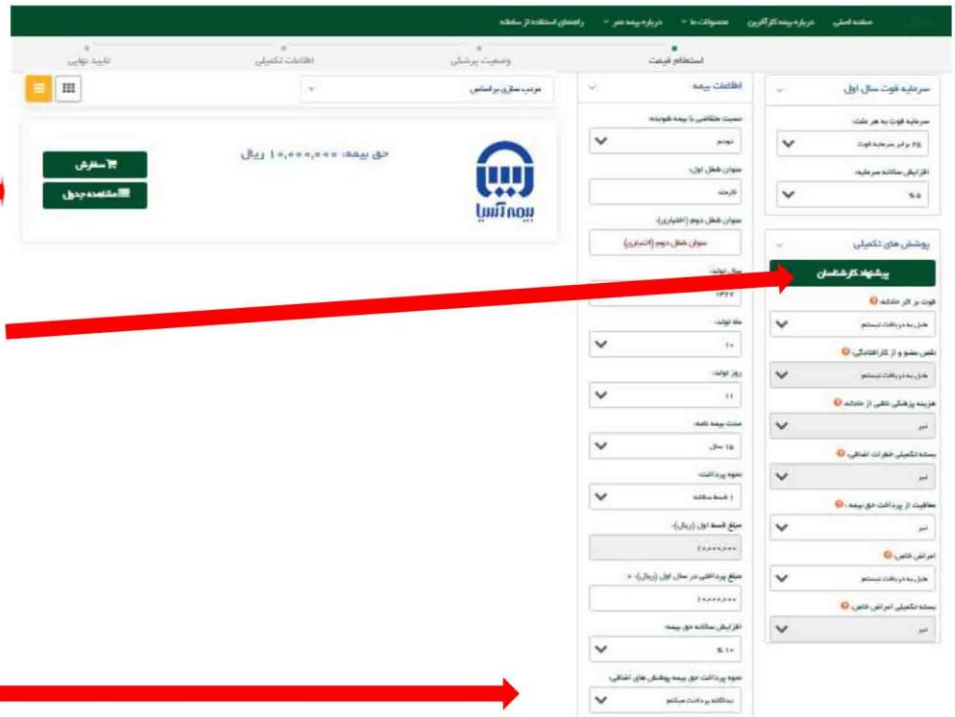


بر روی این قسمت وارد می نمائید

گام هفتم : در صفحه دوم امکان " مشاهده جدول اختصاصی بیمه نامه " فراهم می باشد .

نکته ۱ : پوشش های تکمیلی را مشتریان هم بصورت دستی می توانند انتخاب نمایند و همچنین با کلیک بر روی پیشنهاد کارشناسان بهترین پیشنهاد ممکن را با توجه به شرایط بیمه شونده بصورت هوشمند انتخاب نمایند

نکته ۲ : مبلغ پرداختی حق بیمه پوشش های اضافی را می توانید هم " بصورت جداگانه " و هم از طریق " از حق بیمه پرداختی کسر گردد " انتخاب نمایید.



جهت مشاهده جدول کلیک نمایید

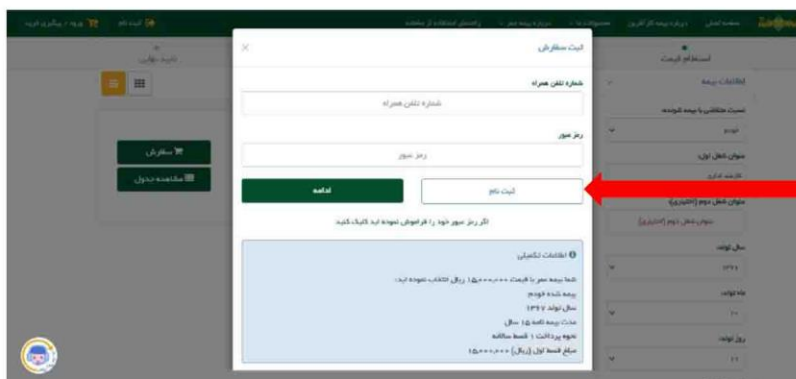
جهت پیشنهاد کارشناسان بر روی این قسمت کلیک می نمایید

نحوه پرداخت پوشش های اضافی

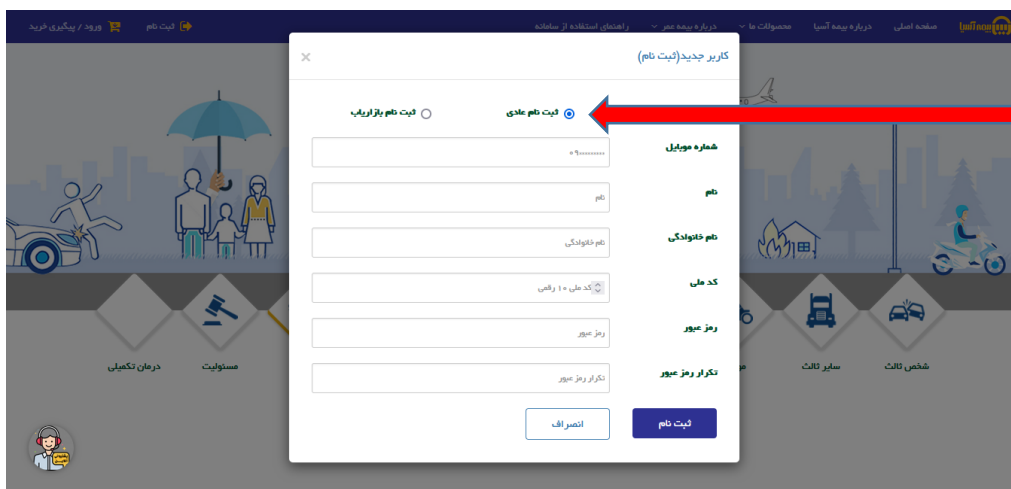
این قسمت انتخاب می کنید

گام هشتم : حتما برای بار اول گزینه " ثبت نام " را کلیک نمایید و مراحل ثبت نام را طی کنید

توجه : در صورتی که رمز را فراموش کرده اید از گزینه " اگر رمز عبور خود را فراموش نموده اید کیک کنید " استفاده نمایید تا از طریق پیامک برای شما رمز جدید ارسال گردد



بر روی این گزینه کلیک می نمایید



برای ثبت نام بر روی گزینه ثبت نام عادی کلیک نمائید و سپس اطلاعات مورد نیاز را در کادر های مربوطه وارد نمائید

توجه ۱: برای تایید شماره موبایل وارد شده ، در پایان ثبت نام کد اعتبارسنجی پیامک می شود در صورتی که شماره موبایل وارد شده اشتباه باشد امکان ادامه مراحل به شما داده نخواهد شد لذا در وارد کردن شماره موبایل دقت نمائید

توجه ۲: گزینه ثبت نام بازاریاب و نحوه استفاده از آن در دستور العمل های آینده اطلاع رسانی خواهد شد در حال حاضر این گزینه برای استفاده فعال نمی باشد .

توجه ۳: برای استفاده از سامانه فقط یکبار نیاز به ثبت نام می باشد و برای دفعات بعد با موبایل و رمز می توانید ورود نمائید و در صورتی که رمز خود را فراموش کرده باشید از طریق گزینه فراموشی رمز با وارد کردن شماره موبایل اعلامی در ثبت نام به موبایل شما رمز جدید پیامک می شود و با آن می توانید وارد سامانه شوید

شماره تماس پشتیبانی :

گام نهم : در ادامه "اطلاعات پزشکی" بیمه شده را وارد می نمایند.

مثال : اگر برای کودک خود بیمه نامه عمر در حال خرید می باشید قد و وزن و اطلاعات پزشکی کودک خود را وارد می نمایند.

توجه : شماره موبایل بیمه گذار یا بیمه شده را در کادر مربوطه با دقت و درستی وارد نمایند در مرحله بعد برای تایید اطلاعات فرم پزشکی پیامک تایید به شماره وارد شده ارسال خواهد شد در صورت شماره اشتباه ، امکان طی کردن ادامه مراحل را نخواهید داشت

نکته : کلیه موارد پزشکی بصورت هوشمند توسط سیستم بررسی می گردد.

The screenshot shows a mobile application interface for entering medical information. At the top, there are four tabs: 'اطلاعات ارباب', 'وضعیت پزشکی', 'اطلاعات تکمیلی', and 'تایید نهایی'. The 'اطلاعات پزشکی' tab is active. The form contains several input fields and dropdown menus for the following items:

- کد ملی بیمه شده (National ID of the insured)
- شماره موبایل بیمه شده (Insured mobile number)
- قد بیمه شده (Insured height)
- وزن بیمه شده (Insured weight)
- انقباض قلب (Heart rate)
- تفصیلات تکمیلی (Additional details)
- تاریخچه بیماریها (Medical history)
- سابقه بیماریها (Previous illnesses)
- بیماریهای مزمن (Chronic diseases)
- بیماریهای حاد (Acute diseases)
- بیماریهای عفونی (Infectious diseases)
- بیماریهای قلبی (Cardiac diseases)
- بیماریهای عصبی (Neurological diseases)
- بیماریهای تنفسی (Respiratory diseases)
- بیماریهای گوارشی (Gastrointestinal diseases)
- بیماریهای کلیه (Kidney diseases)
- بیماریهای دیابت (Diabetes)
- بیماریهای فشارخون (Hypertension)
- بیماریهای سرطان (Cancer)
- بیماریهای خونریزی (Bleeding disorders)
- بیماریهای انعقاد خون (Blood clotting disorders)
- بیماریهای اختلال در خواب (Sleep disorders)
- بیماریهای اختلال در یادگیری (Learning disorders)
- بیماریهای اختلال در رفتار (Behavioral disorders)
- بیماریهای اختلال در تکلم (Speech disorders)
- بیماریهای اختلال در بینایی (Vision disorders)
- بیماریهای اختلال در شنوایی (Hearing disorders)
- بیماریهای اختلال در حرکت (Movement disorders)
- بیماریهای اختلال در تکامل (Developmental disorders)

شماره موبایل را در این قسمت

وارد می نمایند

اطلاعات فرم پزشکی را در

این قسمت وارد می نمایند

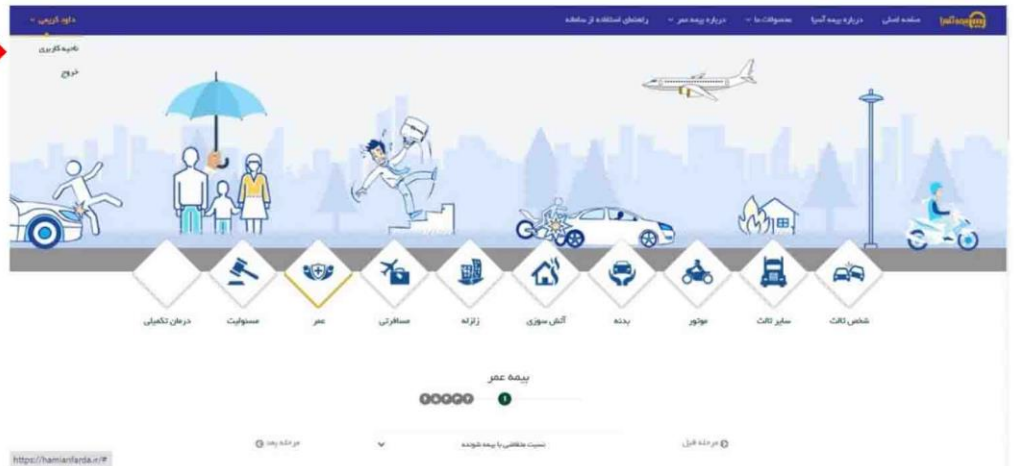
شماره تماس پشتیبانی :

نکته : در صورتی که اطلاعات پزشکی بیمه شونده نیاز به بررسی پزشکی داشته باشد سیستم جهت بررسی به پزشک ارجاع می دهد و سپس پس از نظر پزشک امکان ادامه مراحل وجود خواهد داشت .

توجه ۱ : نظر پزشک کمتر از ۲۴ ساعت از طریق پیامک و همچنین پنل کاربری به مشتریان اطلاع داده خواهد شد

توجه ۲ : جهت مشاهده نظر پزشک و ادامه مراحل می توانید از طریق لینک داخل پیامک ادامه مراحل را طی کنید و یا از طریق مراجعه به "پنل کاربری" و "منوی پزشکی" نظر پزشک را مشاهده و با "کلیک بر روی ادامه مراحل صدور" کد تایید را وارد می نمایید .

بر روی این قسمت کلیک نمایید



بر روی این قسمت کلیک نمایید

ردیف	نام بیمه نامه	کد پستی بیمه نامه	وضعیت بیمه نامه	کد انبار	تاریخ بیمه نامه	وضعیت تکمیل	وضعیت پرداخت
۱	بیمه تکمیلی	۱۳۰۱۳۰۱۳۰۱۳۰	تکمیل شده	۱۳۰۱	۱۳۰۱/۰۱/۱۳۰۱	تکمیل شده	تکمیل شده
۲	بیمه تکمیلی	۱۳۰۱۳۰۱۳۰۱۳۰	تکمیل شده	۱۳۰۱	۱۳۰۱/۰۱/۱۳۰۱	تکمیل شده	تکمیل شده
۳	بیمه تکمیلی	۱۳۰۱۳۰۱۳۰۱۳۰	تکمیل شده	۱۳۰۱	۱۳۰۱/۰۱/۱۳۰۱	تکمیل شده	تکمیل شده
۴	بیمه تکمیلی	۱۳۰۱۳۰۱۳۰۱۳۰	تکمیل شده	۱۳۰۱	۱۳۰۱/۰۱/۱۳۰۱	تکمیل شده	تکمیل شده
۵	بیمه تکمیلی	۱۳۰۱۳۰۱۳۰۱۳۰	تکمیل شده	۱۳۰۱	۱۳۰۱/۰۱/۱۳۰۱	تکمیل شده	تکمیل شده
۶	بیمه تکمیلی	۱۳۰۱۳۰۱۳۰۱۳۰	تکمیل شده	۱۳۰۱	۱۳۰۱/۰۱/۱۳۰۱	تکمیل شده	تکمیل شده
۷	بیمه تکمیلی	۱۳۰۱۳۰۱۳۰۱۳۰	تکمیل شده	۱۳۰۱	۱۳۰۱/۰۱/۱۳۰۱	تکمیل شده	تکمیل شده
۸	بیمه تکمیلی	۱۳۰۱۳۰۱۳۰۱۳۰	تکمیل شده	۱۳۰۱	۱۳۰۱/۰۱/۱۳۰۱	تکمیل شده	تکمیل شده
۹	بیمه تکمیلی	۱۳۰۱۳۰۱۳۰۱۳۰	تکمیل شده	۱۳۰۱	۱۳۰۱/۰۱/۱۳۰۱	تکمیل شده	تکمیل شده
۱۰	بیمه تکمیلی	۱۳۰۱۳۰۱۳۰۱۳۰	تکمیل شده	۱۳۰۱	۱۳۰۱/۰۱/۱۳۰۱	تکمیل شده	تکمیل شده

بر روی این قسمت کلیک نمایید

شماره تماس پشتیبانی :

گام یازدهم : در ادامه " اطلاعات بیمه گذار " و سپس " **کد نمایندگی معرف** " و شعبه صادر کننده بیمه نامه را وارد می نمائید

نکته : هنگام انتخاب نمایندگی ، به کد و نام نمایندگی دقت نمائید زیرا بروی فرم پیشنهاد بیمه نامه ، کد معرف درج می گردد



The screenshot shows a multi-step web form for insurance application. It includes fields for personal information, contact details, and selection of an agent and branch. A red arrow points to the 'کد نمایندگی معرف' (Agent Code) field, and another red arrow points to the 'شعبه صادر کننده بیمه نامه' (Issuing Branch) dropdown menu.

در این قسمت اطلاعات بیمه گذار را وارد می نمائید

از این قسمت کد نمایندگی و شعبه

صادر کننده را انتخاب می نمائید

گام دوازدهم : سپس در ادامه " دریافت فرم پیشنهاد " بیمه نامه و " **پیش فاکتور** " را جهت پرداخت مشاهده می نمائید

از این قسمت می توانید فرم
پیشنهاد بیمه نامه را دریافت کنید



The screenshot shows the 'دریافت فرم پیشنهاد (PDF)' (Download Proposal Form PDF) button highlighted in orange. A red arrow points to this button. Below it, there is a table with columns for 'شماره بیمه نامه' (Policy Number), 'نام و نام خانوادگی' (Name and Surname), and 'تاریخ صدور' (Issue Date). A red arrow also points to the 'پیش فاکتور' (Invoice) button at the bottom right.

جهت ثبت نهایی اطلاعات بروی

این گزینه کلیک می نمائید



فرم پیشنهاد صدور بیمه نامه جامع عمر و پس انداز

بیمه گذار محترم، شرکت بیمه آسیا برای ارائه خدمات بهتر و جلب رضایت شما مشتریان عزیز توصیه می نماید با مطالعه مفاد این پرسشنامه و آگاهی کامل از شرایط بیمه نامه و تعهدات، قرارداد، اقدام به خرید نمایید. لذا خواهشمند است پاسخ کلیه سؤالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری نمایید.

کد رایانه: (این فرم لازم است بدون خط خوردگی توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل گردد). تاریخ تکمیل:

مشخصات بیمه گذار

نام خانوادگی/ نام شرکت:

نام:

تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد: تابعیت: زن مرد

شماره ملی (حقیقی/اكد اقتصادی(حقوقی): شماره ثبت: شغل: وضعیت تأهل: متاهل مجرد

تلفن ثابت: کدشهرستان: تلفن همراه: نسبت با بیمه شده: شماره پرسنلی:

نشانی دقیق محل کار: پست الکترونیکی: @

نشانی دقیق محل سکونت: کد پستی:

توجه: "در صورت یکسان بودن بیمه گذار و بیمه شده نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد."

مشخصات بیمه شده

نام خانوادگی:

نام:

تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد: جنسیت: زن مرد

شماره ملی: شماره ثبت: شغل: وضعیت تأهل: متاهل مجرد

تلفن ثابت: کدشهرستان: تلفن همراه: شماره پرسنلی:

نشانی دقیق محل کار: پست الکترونیکی: @

نشانی دقیق محل سکونت: کد پستی:

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

۱- روش پرداخت حق بیمه: یکجا سالانه دو قسط شش ماهه چهار قسط سه ماهه شش قسط دو ماهه دوازده قسط ماهانه (گروهی)

۲- حق بیمه قسط اول: ریال ریال ۳- حق بیمه سالانه: ریال ریال ۴- میزان افزایش سالانه حق بیمه در سنوات آتی: ثابت ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ ۳۰٪ ۳۵٪ ۴۰٪ ۴۵٪ ۵۰٪

۵- مدت بیمه نامه: سال ریال ریال ۶- سرمایه فوت بیمه شده از یک تا ۴۰ برابر حق بیمه سالانه از یک تا ۵ برابر حق بیمه یکجا

۸- فوت بیمه شده در اثر حادثه تا سقف ۱۰ میلیارد ریال: دارد ندارد (یک برابر دو برابر سه برابر چهار برابر سرمایه فوت)

۹- نقص عضو و از کار افتادگی دائم (کلی و جزئی) بیمه شده در اثر حادثه: دارد ندارد (۵۰٪ ۱۰۰٪ سرمایه فوت)

۱۰- هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۱۰٪ سرمایه فوت در اثر حادثه تا سقف ۲۰۰ میلیون ریال: دارد ندارد

توجه: بیمه شده محترم، نظر به این که خطرات ذیل در شرایط عمومی حوادث شخصی پوشش های تبعی مندرج در ردیف های ۸ و ۹ و ۱۰ می باشد، پرداخت حق بیمه مربوطه، این موارد نیز تحت پوشش بیمه ای قرار گرفته و جزء تعهدات بیمه گر محسوب خواهند شد: زلزله هدایت موتور سیکلت ورزشهای حرفه ای رشته ورزشی: و مدت تمرین: در هفته

۱۱- پوشش تبعی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده: دارد ندارد ندارد ندارد

۱۲- پوشش تبعی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت و یا از کار افتادگی در اثر حادثه بیمه گذار (حامی): دارد ندارد (۳۰٪ ۵۰٪ سرمایه فوت)

۱۳- پوشش تبعی بیماریهای خاص تا سقف ۲ میلیارد ریال: دارد ندارد (۳۰٪ ۵۰٪ سرمایه فوت)

۱۴- حق بیمه پوششهای تبعی از حق بیمه سالانه برداشت شود؟ بله خیر ۱۵- واریز اضافی به اندوخته (*): ریال

توجه: "در صورت عدم پرداخت حق بیمه، در سررسید مقرر به منظور برقراری پوششهای بیمه ای، هزینه پوشش فوت و سایر پوششهای تبعی انتخاب شده از محل اندوخته بیمه نامه کسر خواهد شد."

استفاده کنندگان

درصد سهم	نسبت با بیمه شده	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد روز / ماه / سال	شماره ملی	نام و نام خانوادگی	در صورت حیات بیمه شده
۱۰۰							۱
							۲
							۳
							۴

سوابق بیمه ای بیمه شده

۱- آیا تا کنون بیمه عمر و بیمه حادثه انفرادی خریداری کرده اید؟ خیر بله، در حال حاضر بیمه نامه معتبر دارم بله، تمام شده است در صورت مثبت بودن پاسخ شماره بیمه نامه نام شرکت بیمه گر سرمایه بیمه عمر سرمایه پوشش حادثه خود را ذکر نمایید.

۲- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر و بیمه حادثه انفرادی در جریان صدور دارید؟ خیر بله سرمایه بیمه عمر سرمایه پوشش حادثه خود را ذکر نمایید.

۳- آیا تا کنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ در صورت مثبت بودن علت آنرا توضیح دهید. (تذکر: در صورت عدم اطلاع بیمه گر از وجود چنین بیمه هایی بیمه گر می تواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید)

(* بیمه گذاران می توانند مطالبی را به عنوان واریز اضافی به اندوخته (حداقل ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال) علاوه بر حق بیمه اصلی به حساب بیمه نامه خود واریز نمایند و این مبلغ و سود حاصله در طول مدت قرارداد مطابق شرایط عمومی و دستور العمل اجرایی مربوط قابل برداشت خواهد بود.



توجه: لازم است سوالات ذیل که در خصوص سوابق پزشکی "بیمه شده" می باشد، توسط ایشان یا بیمه گذار پاسخ داده شود:

در صورت اظهار خلاف واقع، مطابق شرایط عمومی مشمول گتمان حقایق تلقی خواهد شد.

سوابق پزشکی بیمه شده

۱- به هیچ بیماری مبتلا نبوده و در حال حاضر کاملاً سالم می باشم. بله خیر در صورت منفی بودن پاسخ، آیا سابقه ابتلا به بیماری های ذیل را داشته اید؟

<input type="checkbox"/>	قلب و عروق :	<input type="checkbox"/>	داخلی :	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی :	<input type="checkbox"/>	هپاتیت :	<input type="checkbox"/>	پوست :
<input type="checkbox"/>	دستگاه تنفسی :	<input type="checkbox"/>	غده داخلی :	<input type="checkbox"/>	تشنج :	<input type="checkbox"/>	سل :	<input type="checkbox"/>	روحي و رواني :
<input type="checkbox"/>	فشار خون :	<input type="checkbox"/>	کليه و مجاری ادرار :	<input type="checkbox"/>	صرع :	<input type="checkbox"/>	بیماری عفونی :	<input type="checkbox"/>	استخوان و مفاصل :
<input type="checkbox"/>	بیماری قند :	<input type="checkbox"/>	سرطان :	<input type="checkbox"/>	مغز و اعصاب :	<input type="checkbox"/>	چشم :	<input type="checkbox"/>	بیماری خونی :
<input type="checkbox"/>	نوع بیماری قند :	<input type="checkbox"/>	دستگاه گوارش :	<input type="checkbox"/>	بیماریهای واگیردار :	<input type="checkbox"/>	گوش و حلق و بینی :	<input type="checkbox"/>	اختلال حرکتی :

۲- در صورت ابتلا به هر یک از بیماری های فوق و یا هر نوع بیماری دیگر، نام و تاریخ ابتلا به بیماری و نام پزشک معالج خود را اعلام فرمایید، سوابق بیماری و مدارک پزشکی ضمیمه شود.

۳- آیا از افراد خانواده شما (پدر- مادر- خواهر- برادر- همسر- فرزندان) کسی سابقه بیماریهای فوق الذکر را داشته اند؟ خیر بله

در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری، نسبت فرد بیمار و سن وی را ذکر نمایید:

۴- آیا نقص عضوی دارید؟ خیر بله چنانچه دارای هرگونه نقص عضوی می باشید با ذکر علت و درصد عنوان نمایید:

۵- آیا تا به حال در بیمارستان و یا مراکز درمانی بستری شده اید؟ خیر بله با ذکر علت عنوان نمایید:

۶- آیا تا بحال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر بله نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر فرمایید. شرح عمل و گزارش پاتولوژی ضمیمه شود.

۷- آیا در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟ خیر بله در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان و علت آن را ذکر فرمایید:

۸- آیا دارویی را به طور مستمر استفاده می نمایید؟ خیر بله لطفاً نام دارو و میزان مصرف در ۲۴ ساعت را اعلام فرمایید.

۹- آیا از افراد خانواده شما (پدر- مادر- خواهر- برادر- همسر- فرزندان) در سن کمتر از ۶۵ سالگی **بعلت بیماری** فوت شده اند؟ خیر بله علت فوت؟

۱۰- آیا از سیگار/پیپ/قلیان استفاده کرده یا می کنید؟ خیر بله میزان و مدت مصرف آن؟

۱۱- آیا از **معافیت پزشکی** در خدمت نظام و وظیفه استفاده کرده اید؟ خیر بله ماده:..... بند:..... علت آن را توضیح دهید:

۱۲- **قد** بیمه شده وزن بیمه شده

۱۳- نام بیمه های درمانی که تحت پوشش آن هستید را اعلام فرمایید:

۱۴- (در صورتیکه بیمه شده خانم باشد)، آیا باردار هستید؟ خیر بله در صورت مثبت بودن ماه بارداری ذکر شود:

توجه

مشتری گرامی در صورت پذیرش شما و تخصیص کد رهگیری (شناسه) بانکی و واریزی اولین قسط حق بیمه به حساب بیمه آسیا به شماره ۳۰۰۳۰۰۰/۳۴ نزد بانک ملت، از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه نامه شما با اسناد به فیش نقدی واریزی معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه گذاران عمر بیمه آسیا خواهید پیوست.

تأیید اظهارات

اخذ امضای شخص بیمه شده الزامی است در غیر این صورت طبق ماده ۲۳ قانون بیمه، بیمه نامه باطل می باشد.

اینجانبان بعنوان بیمه گذار و بیمه شده **کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه نموده** به کلیه سوالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع داریم که هرگونه **اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد و سلب مزایای بیمه نامه می شود** و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر و نیز ارزش باز خرید بیمه نامه، تقاضای صدور آنرا داریم.

۱- نام بیمه گذار : تاریخ و امضاء ۲- نام بیمه شده : تاریخ و امضاء

بازاریاب/نماینده

اینجانب شخصاً بیمه گذار و نیز بیمه شده را ملاقات نموده ضمن **احراز هویت** ایشان و ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه نامه و تعهدات و ارزش باز خرید آن، صحت اظهارات ارائه شده، امضاء و سلامتی بیمه شده و بیمه گذار را تأیید می نمایم. همچنین مسئولیت رعایت ضوابط و دستورالعمل ها متوجه این نمایندگی می باشد. رونوشت شناسنامه و کارت ملی بیمه گذار، بیمه شده و استفاده کننده(گان) به پیوست می باشد.

تاریخ، نام و امضاء بازاریاب:..... نام نمایندگی:..... کد نمایندگی:..... تاریخ، مهر و امضاء نماینده

واحد صدور

با توجه به اطلاعات ذکر شده در این پیشنهاد؛ صدور بیمه نامه نیاز به آزمایش های پزشکی دارد؟ بله خیر

علت درخواست آزمایش های پزشکی: سن بیمه شده و سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی سایر موارد:

نظر به پزشک معتمد

سوابق پزشکی بیمه شده بررسی گردید و پذیرش ایشان:

۱- نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: بله خیر ۲- منع پزشکی دارد: بله خیر ۳- با اضافه نرخ پزشکی: بلا مانع است.

(درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است) نام پزشک معتمد: تاریخ: امضاء و مهر پزشک

نظر به مسئول صدور

۱- رونوشت شناسنامه/کارت ملی ضمیمه پیشنهاد می باشد: بله خیر ۲- با توجه به اطلاعات مندرج در سوابق بیمه ای بیمه شده: - حق بیمه بیمه نامه قبلی بطور مرتب پرداخت شده است؟ بله خیر - سابقه خسارت: دارد ندارد ۳- منع مقرراتی: دارد ندارد ۴- با توجه به اطلاعات پرسشنامه، با لحاظ اضافه نرخ: - قد و وزن: - سوابق خانوادگی: - پزشکی: با مجموع کل اضافه نرخ: صدور بیمه نامه بلا مانع است. توضیح:

کد واحد صدور: تاریخ: نام: امضاء مسئول صدور عمر و پس انداز

نام: مهر و امضاء رئیس شعبه

گام سیزدهم : در آخر بعد از پرداخت حق بیمه " تصویر الکترونیکی بیمه نامه " را بصورت آنلاین از طریق پیامک دریافت می نمائید .

 <h2 style="display: inline;">بیمه نامه جامع عمر و پس انداز</h2> 	
این بیمهنامه براساس پیشنهاد و رضایت کتبی شماره ۵۰۵۱۹۰۴۵ به تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۸ بیمهگذار و بیمه شده و به موجب قانون و مقررات بیمه ای جاری در ایران و شرایط عمومی بیمه جامع عمر و پس انداز و شرایط خصوصی مندرج در متن و ضوابط پیوست که جزء لاینفک آن می باشند، صادر شده است.	
مشخصات بیمه نامه	شماره بیمه نامه : ۹۰۳۲۰۲۱/۰۱/۰۰۷۲۱۵ نام نمایندگی : آرمان اندیشه سازان زندگی کد ۵۱۰۶۸ نام واحد صدور : استان خراسان رضوی شعبه نیشابور کد ۳۲۰۲۱ نام بازاریاب : نام واحد صدور : ۱۴۰۱/۱۰/۱۸ کد رهگیری : ۲۰۱۰۰۰۱۶۲۳۲۶۵۱۳۷ نام نمایندگی : ۵۱۰۶۸ کد واحد صدور : ۳۲۰۲۱ تلفن واحد صدور : ۲۲۵۱۲۶۰-۲۲۲۲۰۱۳۰-۲۲۲۲۰۲۷-۰۵۱
اعتبار بیمه نامه	این بیمه نامه به مدت ۱۵ سال شمسی صادر گردیده و از ساعت ۲۴ روز : ۱۸ / ۱۰ / ۱۴۰۱ لغایت ۲۴ روز : ۱۸ / ۱۰ / ۱۴۱۶ به شرط ایفای تعهدات توسط بیمه گذار بر اساس " جدول پیش بینی تعهدات بیمه گذار و بیمه گر " که جزء لاینفک بیمه نامه محسوب میشود، معتبر می باشد.
مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار : جناب آقای حسین حیدری کد ۴۲۹۲۲۴۵ کد ملی : [REDACTED] کد اقتصادی : [REDACTED] تاریخ تولد : [REDACTED] تلفن ثابت : [REDACTED] تلفن همراه : [REDACTED] نشانی بیمه گذار : [REDACTED]
مشخصات بیمه شده	نام بیمه شده : جناب آقای امیرعلی حیدری کد ۲۵۰۴۷۸۲۰ کد ملی : [REDACTED] نام پدر : حسین تاریخ تولد : [REDACTED] شماره شناسنامه : [REDACTED] شغل : دانش آموز تلفن تماس : [REDACTED] نشانی بیمه شده : [REDACTED]
تفصیلات بیمه گر	سرمایه فوت بیمه شده در سال اول : ۴۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سرمایه فوت در اثر حادثه بیمه شده در سال اول : ۱,۴۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سرمایه تقص عضو و ازکارافتادگی دائم (کلی و جزئی) بیمه شده ناشی از حادثه ، در سال اول : ۴۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هزینه پزشکی بیمه شده ناشی از حادثه، در سال اول : ۱۴۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال سرمایه بیماری های خاص در سال اول : ۰ ریال ضریب تعدیل سالانه سرمایه : ۰ درصد پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه : ندارد اندوخته ریاضی پایان سال اول : ۱۵,۸۴۷,۴۱۱ ریال

بف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
	حسین حیدری	[REDACTED]	بیمه گذار	۱۰۰
	حسین حیدری صغرا رحمانی	[REDACTED] [REDACTED]	بیمه گذار مادر	

جدول برنامه ریزی تعهدات بیمه گذار و بیمه گر
گزارش ارزش بازخرید در سال اول (روش سالانه)



شرایط عمومی بیمه عمر اندوخته دار
شرایط پوشش فوت بر اثر حادثه، ازکارافتادگی، پزشکی
شرایط پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه
شرایط پوشش امراض خاص و بسته تکمیلی

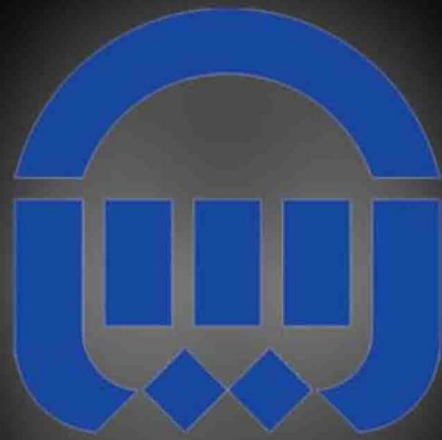


استعلام اصالت بیمه نامه



۱- طبق ماده ۲۵ شرایط عمومی پیوست، در صورتیکه بیمه گذار نسبت به متن و مفاد بیمه نامه یا هر یک از الحاقیه های صادره اشکال، ایراد و یا اعتراضی داشته باشد، مکلف است ظرف ۴۸ ساعت پس از دریافت بیمه نامه و با الحاقیه نظر خود را طی نامه اعلام نماید، در غیر اینصورت بیمه نامه و یا الحاقیه صادره به منزله قبول بیمه گذار تلقی می گردد.
۲- طبق ماده ۱۷ شرایط عمومی پیوست، در صورت عدم پرداخت حق بیمه در مهلت مقرر، جهت اعتبار قراردادهای دوره از اندوخته بیمه نامه کم می شود و ارزش بازخرید و اندوخته بیمه نامه متناسب با مدت تاخیر کاهش خواهد یافت.

جهت پیگیری اصالت بیمه نامه و ضوابط و مستندات بیمه نامه بارکد های بالا را اسکن کنید .



پسه آتسیا



سپاس از همراهی شما