# 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 )

☐ 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 )

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.

☐ بدنسازی
☐ سوارکاری
☐ قایقرانی، ژیمیناستیک، 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 نامـه 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.

## وضعیت سلامت افراد خانواده

۱) آیا کسی از افراد خانواده شما ( پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان ) به بیماری عفونی ( از جمله سل، هپاتیت، ایدز و ... )، سـرطان، بیماری قلبـی، بیماری ریوی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادر زادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ نام برده 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 برده و علت فوت را توضیح دهید؟** .....

.....

## سوالات عمومی و پزشکی از بیمه شونده

۱) وضعیت خدمت نظام وظیفه : انجام داده ام ◯ انجام نداده ام ◯ در حال انجام ◯ معافیت غیر پزشکی ◯ معافیت پزشکی ◯ علت معافیت پزشکی: .....

۲) قد بیمه شونده : ..... سانتی متر وزن بیمه شونده : ..... کیلو گرم

۳) در صورت مصرف یا ترک سیگار ◯ مشروبات الکلی ◯ مواد مخدر ◯ قلیان ◯ میزان، نوع و مدت مصرف یا مدت زمان ترک را ذکر نمائید؟ .....

۴) آیا در دوازده ماه گذشته تغییرات وزن داشته اید؟ بلی ◯ خیر ◯ میزان افزایش / کاهش وزن : ..... کیلوگرم علت افزایش/کاهش وزن : .....

۵) آیا ظرف شش ماه گذشته آزمایشی انجام داده اید ؟ بلی ◯ خیر ◯ نوع آزمایش؟ .....

۶) آیا دچار نقص عضو / از کار افتادگی شده اید؟ بلی ◯ خیر ◯ در چه ناحیه ای / به چه میزان؟ .....

۷) آیا از دارو برای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ بلی ◯ خیر ◯ نوع دارو : ..... میزان مصرف : ..... مدت مصرف : .....

۸) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟ یا بستری شده اید؟ بلی ◯ خیر ◯ به چه علت ؟ ..... در چه تاریخی : ..... نام پزشک معالج : .....

۹) آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی ◯ خیر ◯

۱۰) آیا به ناراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج : .....

| بیماری | با بلی یا خیر پاسخ دهید |
|---|---|
| بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و ..... | |
| سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و ... | |
| بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر | |
| بیماریهای گوش وحلق وبینی، چشمی، کاهش شنوائی، خونریزیهای بینی، کاهش بینائی، سرگیجه و... | |
| بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ، خالهای تغییر رنگ یافته، خونریزیهای زیر پوستی | |
| بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، درد های عضلانی و ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و ... | |
| سوال مخصوص بانوان آیا در حال حاضر باردار هستید؟ | |

| بیماری | با بلی یا خیر پاسخ دهید |
|---|---|
| بیماریهای دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم، خلت چرکی یا خونی، تنگی نفس و...) | |
| بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سنگ کلیه و... | |
| بیماری خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و .... | |
| بیماری قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکته قلبی، واریس | |
| بیماری های داخلی، تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ... | |
| بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، اقدام به خودکشی و ... | |
| آیا بیماریهای زنانه داشته اید؟ | |

۱۳)آیـا به بیمـــاری یـا عـارضه دیگـــری مبتلا شده اید که در مـــوارد فوق ذکـر نشده بـــاشد؟

توضیحات: .....

## تائید اظهارات

اینجانبان (متقاضی و بیمه شونده) اعلام می نماییم که کلیه مفاد فرم پیشنهاد ، شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط عمومی پوشش های تکمیلی را به عنوان شروط ضمن العقد مطالعه نموده و به کلیه سوالات شخصاً با صداقت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هـرگونه اظهار نظر خلاف واقع و یا خودداری از واقع گویی به عمد ، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه زندگی و از دست دادن مزایای آن خواهد شد . در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند .

نام و امضای متقاضی: ..... نام و امضای بیمه شونده: ..... تاریخ: ...../...../.....

در صورتیکه هر زمان در طول مدت بیمه نامه یا پس از فوت بیمه شده مشخص گردد که بیمه شده مواد مخـدر ، روان گردان یا مشـروبات الکلی استفاده نموده، شرکت بیمه گر هیچگونه تعهدی در قبال پوشش های این بیمه نامه نخواهد داشت.

این پیشنهاد بدون امضا و اثر انگشت شخص بیمه شونده و برای افـــراد دارای سن کمتر از ۱۸ سال تمام بدون امضـــا و اثر انگشت ولی یا قیم قانونی بیمه شونده فـــاقد اعتبار بوده و بیمه گـر تعهدی در خصوص پوشش های موضوع این بیمه نامه نخواهد داشت.

بدینوسیله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانب رویت گردیده و بیمه شونده از نظر ظاهری سالم باشد . نام، امضا ، مهر و کد نماینده یا کارگزار: ..... تاریخ: ...../...../.....

**این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد**

### اظهار نظر اولیه کارشناس صدور شعبه یا شبکه فروش

۱) صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات : دارد ◯ ندارد ◯

در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست :

☐ سرمایه بیمه نامه ☐ مسائل پزشکی

☐ سن بیمه شونده ☐ سایر موارد : .....

۲) میزان اضافه نرخ استعمال دخانیات : .....

۳) میزان اضافه نرخ قد و وزن: .....

نام و امضای کارشناس اولیه صدور یا شبکه فروش: .....

تاریخ ...../...../.....

### اظهار نظر پزشک معتمد شرکت

۱) با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی فرم پیشنهاد، بیمه شونده نیاز به انجام معاینات پزشکی : دارد ◯ ندارد ◯

نوع آزمایش : .....

۲) با توجه به بـررسی اطلاعات فرم پیشنهاد ( یا نتـایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی :

☐ تایید می گردد

☐ با در نظر گرفتن ..... درصد احتمال افزایش فوت تایید می گردد

☐ به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت .....

نام، امضاء و مهر پزشک معتمد : .....

تاریخ ...../...../.....

### اظهار نظر نهایی کارشناس صدور

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری :

☐ با نرخ عادی بلامانع است

☐ با اضافه نرخ ..... درصد به علت ..... بلامانع ا ست

☐ به علت ..... امکان پذیر نمی باشد

نام و امضای کارشناس نهایی صدور : .....

تاریخ ...../...../.....

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد : ...../...../..... شماره پیشنهاد : ..... شماره بیمه نامه : .....

**تصادفات : حتما گواهی نامه وسیله نقلیه + بیمه نامه**

**در تشکیل پرونده حتما تاریخ بیمه نامه ، تاریخ شروع بیماری ، تاریخ فوت ، سن مدنظر باشد**

**مدارک لازم جهت تشکیل پرونده بیمه عمر مان : (فوت)**

استعلام کتبی از قسمت صدور (خانم درگی نژاد)(تائید پرداخت اقساط در سر رسید معین)

۱ – اصل بیمه نامه و کپی پیشنهاد بیمه نامه

۲ – اصل و کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی ( متوفی )

۳ – کپی گواهی فوت صادره پزشکی قانونی(چنانچه فوت در اثر حادثه باشد گزارش پزشکی قانونی وگزارش پاسگاه الزامی است)

۴ – کپی گواهی فوت صادره ثبت احوال و جواز دفن

۵ – کلیه مدارک بالینی بیمارستانی

۶ – گواهی پزشک معالج

۷ – حوادث ترافیکی : گزارش پاسگاه و گواهینامه و بیمه نامه درنهایت تائید پزشک معتمد

۸ – کپی صفحات شناسنامه وکارت ملی وشماره حساب وراث (شبا)

۹ – برگ انحصار وراثت نامحدود (درصورت مشخص نبودن وارث)

۱۰ – شماره تماس

۱۱ - تمام کپی در محضر برابر اصل گردد

**مدارک لازم جهت تشکیل پرونده بیمه عمر کارکنان دولت : (فوت)**

۱ – کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی (برابر اصل)

۲ – کپی برابراصل گواهی فوت صادره پزشکی قانونی(چنانچه فوت در اثر حادثه باشد گزارش پزشکی قانونی وگزارش پاسگاه الزامی است)

۳ – کپی برابراصل گواهی فوت صادره ثبت احوال و جواز دفن

۴ – کلیه مدارک بالینی بیمارستانی

۵ – فیش حقوقی یکماه قبل از فوت ( بیمه شده اصلی )

۶ – حکم کارگزینی بیمه شده اصلی

۷ – نامه از اداره مربوطه

۹ – تکمیل فرم اعلام خسارت قرارداد بیمه عمرو حوادث کارکنان

۱۰– کپی صفحات شناسنامه وکارت ملی وراث وشماره حساب (شبا)

۱۱ – بیمه عمر فقط تا سن ۸۲سالگی پرداخت خواهد شد

۱۲ ـ شماره تماس

**مدارک لازم جهت تشکیل پرونده بیمه عمر جامع زندگی : (فوت)**

۱ – اصل بیمه نامه و کپی پیشنهاد بیمه نامه

۲ ـ اصل و کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

۳ ـ استعلام کتبی از قسمت صدورجهت پرداخت اقساط در سر رسید

۴ ـ کپی برابراصل گواهی فوت صادره ثبت احوال و جواز دفن

۵ ـ کپی برابراصل گواهی فوت صادره پزشکی قانونی(چنانچه فوت در اثر حادثه باشد گزارش پزشکی قانونی وگزارش پاسگاه الزامی است) ـ

۶ ـ کلیه مدارک بالینی بیمارستانی

۷ ـ گواهی پزشک معالج

۸ ـ حوادث ترافیکی : گزارش پاسگاه و گواهینامه و بیمه نامه درنهایت تائید پزشک معتمد

۹ ـ برگ انحصار وراثت نامحدود

۱۰ـ کپی صفحات شناسنامه وکارت ملی وراث وشماره حساب (شبا)

۱۱ ـ شماره تماس

۱۲ _ بیمه جامع زندگی طرح حوادث ندارد

**مدارک لازم جهت تشکیل پرونده بیمه حوادث خانواده : (فوت)**

۱ – اصل بیمه نامه و کپی پیشنهاد بیمه نامه

۲ ـ اصل و کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

۳ ـ استعلام کتبی از قسمت صدورجهت پرداخت اقساط در سر رسید

۴ ـ کپی برابراصل گواهی فوت صادره ثبت احوال و جواز دفن

۵ ـ کپی برابراصل گواهی فوت صادره پزشکی قانونی(چنانچه فوت در اثر حادثه باشد گزارش پزشکی قانونی وگزارش پاسگاه الزامی است)

۶ ـ کلیه مدارک بالینی بیمارستانی

۷ ـ گواهی پزشک معالج

۸ ـ حوادث ترافیکی : گزارش پاسگاه و گواهینامه و بیمه نامه درنهایت تائید پزشک معتمد

۹ ـ برگ انحصار وراثت نامحدود

۱۰ـ کپی صفحات شناسنامه وکارت ملی وراث وشماره حساب (شبا)

۱۱ ـ شماره تماس

**مدارک لازم جهت تشکیل پرونده عمر دانشجویی : (فوت)**

۱ ــ نامه از اداره (دانشگاه)

۲ ــ اصل و کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

۳ ــ استعلام کتبی از قسمت صدورجهت پرداخت اقساط در سر رسید

۴ ــ کپی برابراصل گواهی فوت صادره ثبت احوال و جواز دفن

۵ ــ کپی برابراصل گواهی فوت صادره پزشکی قانونی(چنانچه فوت در اثر حادثه باشد گزارش پزشکی قانونی وگزارش پاسگاه الزامی است) ـ

۶ ــ کلیه مدارک بالینی بیمارستانی

۷ ــ گواهی پزشک معالج

۸ ــ حوادث ترافیکی : گزارش پاسگاه و گواهینامه و بیمه نامه درنهایت تائید پزشک معتمد

۹ ــ برگ انحصار وراثت نامحدود

۱۰ــ کپی صفحات شناسنامه وکارت ملی وراث وشماره حساب (شبا)

۱۱ ــ شماره تماس

**مدارک لازم جهت تشکیل پرونده بیمه حوادث دانشجویی و نقص عضو :**

۱ ــ نامه از اداره (دانشگاه)

۲ ــ استعلام کتبی از قسمت صدورجهت پرداخت اقساط در سر رسید

۳ ــ اصل و کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

۴ ــ کلیه مدارک بالینی بیمارستانی

۵ ــ گواهی پزشک معالج

۶ ــ ارائه مدارک درمانی و رادیوگرافی و ام آر آی

۷ ــ شماره حساب (شبا) و شماره تماس

۸ ــ کپی کارت دانشجویی

**مدارک لازم جهت تشکیل پرونده بیمه حوادث خانواده :**

۱ ـ اصل بیمه نامه و کپی پیشنهاد بیمه نامه

۲ ـ استعلام کتبی از قسمت صدورجهت پرداخت اقساط در سر رسید

۳ ـ اصل و کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

۴ ـ کپی شناسنامه وکارت ملی وشماره حساب (شبا)

۵ ـ کلیه قبوض ومدارک پرداختی

۶ ـ ارائه شرح حادثه بصورت مکتوب با قید ساعت و تاریخ

۷ ـ درصورت بستری اصل صورتحساب به انضمام کلیه مدارک بالینی

۸ ـ حوادث ترافیکی : گزارش پاسگاه و گواهینامه و بیمه نامه درنهایت تائید پزشک معتمد

۹ ـ شماره تماس

**مدارک لازم جهت تشکیل پرونده بیمه تب مالت :**

۱ ـ نامه از اداره

۲ ـ استعلام کتبی از قسمت صدورجهت پرداخت اقساط در سر رسید

۳ ـ اصل و کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

۴ ـ کلیه مدارک بالینی بیمارستانی

۵ ـ گواهی پزشک معالج

۶ ـ ارائه مدارک درمانی

۷ ـ شماره حساب (شبا) و شماره تماس

۸ ـ درصورت **فوت** ( برگ انحصار وراثت نامحدود ، گواهی فوت صادره پزشکی قانونی ، ثبت احوال و جواز دفن ، کلیه مدارک بالینی بیمارستانی ، گواهی پزشک معالج )

**مدارک لازم جهت تشکیل پرونده بیمه های مان و جامع زندگی : ( امراض خاص )**

۱ ــ اصل بیمه نامه و کپی پیشنهاد بیمه نامه

۲ ــ استعلام کتبی از قسمت صدورجهت پرداخت اقساط در سر رسید

۳ ــ اصل و کپی شناسنامه و کارت ملی

۴ ــ کلیه مدارک بالینی بیمارستانی

۵ ــ گواهی پزشک معالج

۶ ــ برگ انحصار وراثت نامحدود

۷ــ کپی صفحات شناسنامه وکارت ملی وراث وشماره حساب (شبا)

۸ ــ شماره تماس

**مدارک لازم تشکیل پرونده ( فوتی ) بیمه های عتبات جهت ارسال به تهران**

۱ ــ نامه اتوماسیونی به امضائ رئیس اداره خسارت

۲ ــ گواهی فوت یا شهادت نامه وفات عربی ( در صورت فوت در عراق )

۳ ــ گواهی پزشک قانونی یا آخرین پزشک معالج مبنی بر تعیین علت فوت ( در صورت فوت درایران )

۴ ــ گواهی انحصار وراثت متوفی ( از حیث مبلغ نامحدود )

۵ ــ کپی صفحه اول ،صفحه روادید وصفحه ورود وخروج گذرنامه متوفی

۶ ــ کپی صفحات شناسنامه وکارت ملی متوفی و کلیه وراث قانونی یا ذینفعان و شماره حساب (شبا ) وراث

۷ ــ گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح تهیه شده باشد (درموارد فوت براثر حادثه )

۸ ــ اسناد مربوط به آماده سازی ، دفن ویا انتقال جسد متوفی

۹ ــ تا ئیدیه و شماره رهگیری ثبت نام بیمه شده در سامانه سماح

۱۰ ــ تلفن

فیزیک کامل مدارک پس از امضای نامه اتوماسیون رئیس اداره درمان ورئیس اداره خسارت ــ به تهران شعبه مطهری جناب آقای شریفی ارسال گردد