

LIF097	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر زمانی انفرادی	 بیمه سامان Saman Insurance
تجدید نظر: 03		
صفحه: 1 از 4		

مشخصات بیمه شده

نام و نام خانوادگی: نام پدر: محل تولد: تاریخ تولد:/...../.....

شماره شناسنامه: کد ملی: جنسیت: ☐ مر ☐ زن وضعیت تأهل: ☐ متأهل ☐ مجرد

آخرین مدرک تحصیلی: پست الکترونیک:

کد و تلفن منزل: تلفن همراه: استان محل سکونت: شهر:

آدرس:

شغل اصلی بیمه شده با شرح کامل شغل: درآمد تقریبی ماهانه: ریال

سایر مشاغل بیمه شده با شرح کامل شغل: درآمد تقریبی ماهانه: ریال

نام و نشانی محل کار: کد و تلفن محل کار:

آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن پاسخ چند بار در هفته:

مشخصات بیمه گذار

آیا بیمه شده و بیمه گذار یکی هستند؟ ☐ خیر ☐ بله (در صورت مثبت بودن پاسخ نیاز به تکمیل مشخصات بیمه گذار نمی باشد)

بیمه گذار حقیقی: نام و نام خانوادگی: نام پدر: نسبت با بیمه شده:

تاریخ تولد:/...../..... شماره شناسنامه: کد ملی: تلفن همراه:

شغل اصلی بیمه گذار با شرح کامل شغل: درآمد تقریبی ماهانه: ریال

اگر بیمه گذار شخصیت حقوقی است، این قسمت تکمیل گردد:

نام موسسه: موضوع فعالیت: شناسه ملی:

کد اقتصادی: شماره ثبت: تاریخ ثبت:

آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن پاسخ چند بار در هفته:

آدرس پستی جهت ارسال اوراق بیمه (الزاماً باید تکمیل گردد): استان و شهر: کد پستی:

آدرس و تلفن:

مشخصات بیمه

سرمایه درخواست شده در صورت فوت (به حروف): ریال

تمایل به استفاده از بیمه نامه برای مدت معین سال

روش پرداخت حق بیمه: ☐ سالیانه ☐ یکجا

نام و امضای عامل فروش:	نام و امضای بیمه شده:	نام و امضای بیمه گذار:
------------------------	-----------------------	------------------------

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر زمانی انفرادی

در صورت فوت هر یک از ذینفعان اولیه بیمه نامه به نسبت به سایر ذینفعان اولیه تعلق می گیرد. در صورت فوت کلیه ذینفعان اولیه، منافع بیمه نامه به وراث قانونی بیمه شده تعلق می گیرد. (در صورتی که تعداد ذینفعان بیش از چهار نفر می باشد، در برگه ای مجزا با تأیید بیمه گذار ارائه گردد).

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	محل صدور	سهم فوت
1								
2								
3								
4								
5								
6								

زینفع

نوع بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	تاریخ خرید
.....			
.....			
.....			
.....			

سابقہ ذیل

تذکر: چنانچه مشخص شود، بیمه‌شده بیمه‌نامه های دیگری نزد هر یک از شرکت های بیمه ای دیگر داشته که اعلام ننموده است، بیمه سامان می‌تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود، خودداری نماید.

آیا باردار هستید (در صورتی، که بیمه شده خانم هستند به این سوال پاسخ دهند؟) ☐ خیر ☐ بله

مسئلات عمومی پزشکی از بیمه شده

نام و امضای بیمه گذار:

شرکت بیمه سامان
فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر زمانی انفرادی

LIF097

تجدید نظر: 03

صفحه: 3 از 4

کدامیک از موارد زیر در مورد شما صدق می کند و یا از سوی پزشک به شما گفته شده است:

بیمه شده	در صورت متفاوت بودن بیمه گذار و بیمه شده، سوالات مربوط به بیمه گذار پاسخ داده شود
آ - سابقه ابتلا به بیماریهای قلب و عروق، سر گیجه، گردش خون، فشار خون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا سایر ناراحتی های مرتبط با قلب و عروق	☐ بله ☐ خیر
ب - سابقه ابتلا به بیماریهای دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و غیره	☐ بله ☐ خیر
ج - سابقه بیماریهای عفونی مانند سل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره	☐ بله ☐ خیر
د - سابقه ابتلا به بیماریهای سرطانی، غددی مانند تیروئید (کم کار یا پرکار) و غیره	☐ بله ☐ خیر
ه - سابقه بیماریهای عصبی و شوکی، سکنه مغزی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگری در رابطه با اعصاب و روان	☐ بله ☐ خیر
و - سابقه بیماریهای هورمونی، ریوی، یرقان، کلیوی، بیماریهای مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر	☐ بله ☐ خیر
ز - سابقه ابتلا به بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، خونریزی گوارشی و غیره	☐ بله ☐ خیر
ح - سابقه ابتلا به بیماریهای زنان یا بیماریهای مربوط به دوران حاملگی	☐ بله ☐ خیر
ط - سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگری که در سؤالات بالا ذکر نشده است.	☐ بله ☐ خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ به هر یک از سؤالات فوق، لطفاً نام بیماری، نوع و میزان داروهای مصرفی، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید و مدارک پزشکی مربوطه را ارائه فرمائید

توضیحات پزشکی - نام بیماری: درمان دارویی یا جراحی: تاریخ شروع بیماری:

نام پزشک: وضعیت کنونی بیماری: تاریخ خاتمه بیماری:

آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماریهای قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی و هر نوع عارضه و بیماری دیگری مبتلا بوده است؟

☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار با بیمه شده را مرقوم فرمایید.-----

آیا پدر و مادر شما هر دو در قید حیات هستند؟ ☐ خیر ☐ بله اگر در قید حیات نیستند، در چه سنی و به چه علت، فوت کرده اند؟

سن فوت پدر سال علت فوت پدر سن فوت مادر سال علت فوت مادر.....

سابقه پزشکی بیمه شده

بدینوسیله، اینجانب/ اینجانبان (به عنوان بیمه گذار) و (به عنوان بیمه شده) تأیید می نمایم/ می نمایم که این پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه نامه عمر زمانی انفرادی بیمه سامان تکمیل نموده و تقاضای صدور بیمه نامه را دارم/ داریم و اعلام می نمایم/ می نمایم که تمام پاسخ هایی که در این پرسشنامه آورده شده است، کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از بیان آنچه که درباره وضع سلامتی خود می دانم/ می دانیم به موجب ماده 12 قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه شود.

در ضمن شرکت سهامی بیمه سامان مجاز است تا هر زمان که لازم بداند آزمایشهای پزشکی مورد نظر خود را اخذ و از پزشک یا پزشکان معالج و یا بیمارستانهایی که در آنها تحت معالجه بوده ایم اطلاعات مورد نظر را کسب نموده و هر گونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب/ اینجانبان به عمل بیاورد.

(صدور بیمه نامه منوط به تایید شرایط بیمه شده از سوی بیمه گر می باشد در اینصورت پس از صدور بیمه نامه و پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار (بیمه شده) بیمه نامه معتبر خواهد بود)

نام و امضای عامل فروش:

نام و امضای بیمه شده :

نام و امضای بیمه گذار :

LIF097	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر زمانی انفرادی	 بیمه سامان Saman Insurance
تجدید نظر: 03		
صفحه: 4 از 4		

- متقاضی ارجمند:
- موارد ذیل را با دقت مطالعه فرمایید. امضای شما ذیل این برگه دال بر اطلاع کامل شما از موارد ذیل بوده و به منزله قبول کلیه شرایط بیمه نامه های عمر زمانی انفرادی سامان می باشد.
- بیمه نامه و ضمائم: اوراق بیمه نامه همراه با ضمائم پیوست شامل شرایط عمومی بیمه نامه و کپی پرسشنامه برای شما ارسال می گردد که مبنای تعهدات طرفین نسبت به یکدیگر می باشد. لطفاً آن را مطالعه فرمایید.
- هزینه آزمایشات پزشکی: در صورتی که شما جهت استفاده از پوشش های این بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات پزشکی داشته باشید، در صورت صدور بیمه نامه و پرداخت حق بیمه مربوطه، کلیه هزینه های آزمایشات بر عهده شرکت بیمه سامان خواهد بود.
- اینجانب؛ به عنوان متقاضی بیمه عمر زمانی انفرادی با توجه به موارد فوق و تکمیل پرسشنامه و پیشنهاد بیمه، تقاضای صدور بیمه نامه را دارم.

سؤالات مربوط به عامل فروش:

1. آیا فرد بیمه شده را می شناسید؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ مثبت، چه نسبتی دارید و برای چند سال؟
2. آیا بیمه گذار در حضور شما پرسشنامه را تکمیل نموده اند؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ منفی، علت را توضیح دهید.
3. آیا بیمه شده هنگام تکمیل پرسشنامه حضور داشتند؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ منفی، علت را توضیح دهید.
4. توضیحات اضافی از قبیل ویژگی های شغلی، سبک زندگی، سرگرمی ها و یا سایر مواردی را که فکر می کنید در بررسی این پرسشنامه می بایست مورد توجه قرار گیرد، مرقوم بفرمایید.

اینجانب به عنوان نماینده / عامل فروش / کارگذار، اعلام داشته و گواهی می نمایم:

- شخصاً صحت امضای متقاضی بیمه نامه و همچنین بیمه شده را تایید می نمایم.
- متقاضی بیمه نامه را از تعهدات وی در خصوص پرداخت حق بیمه و مسئولیت و تبعات ناشی از عدم پرداخت به موقع اقساط به حساب شرکت بیمه سامان، مطلع نموده ام.
- در نهایت حسن نیت درباره شرایط بیمه نامه، تعهدات طرفین و میزان ارزش بازخريد، اطلاعات کامل و دقیق به متقاضی ارائه نموده ام.

گواهی مربوط به عامل فروش

کد رهبر فروش: تاریخ: نام، مهر و امضاء راهبر فروش:	کد شعبه: کد عامل فروش: نام، مهر و امضاء عامل فروش:	کد مشاور: تاریخ: مهر و امضاء مشاور:
---	--	---