

LIF098	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه نامه عمر مانده بدهکار انفرادی	
تجدید نظر: 02		
صفحه: 1 از 4		

نام و نام خانوادگی: نام پدر: محل تولد: تاریخ تولد:/...../.....
شماره شناسنامه: کد ملی: - جنسیت: ☐ مرد ☐ زن وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد
آخرین مدرک تحصیلی:
نشانی محل سکونت: استان: شهر: آدرس:
کد پستی 10 رقمی: کد و تلفن منزل: تلفن همراه:
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 شده

بیمه شده و بیمه گزار، یکی هستند؟ ☐ خیر ☐ بله
بیمه گذار حقیقی: نام و نام خانوادگی: نام پدر:
تولد: شماره شناسنامه: کد ملی:
بیمه شده: تلفن همراه:
ل بیمه گذار با شرح کامل شغل: درآمد تقریبی ماهانه:
بیمه گزار شخصیت حقوقی است، این قسمت تکمیل گردد:
موسسه: موضوع فعالیت: شناسه ملی:
اقتصادی: شماره ثبت: تاریخ ثبت:
ن: کد پستی:
نشانی:
آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن پاسخ چند بار در هفته:

مشخصات بیمه گزار

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

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
ذینفع بیمه نامه: شعبه:
مبلغ وام بیمه شده به عدد: ریال به حروف: ریال مدت بازپرداخت:
مبلغ اقساط: ریال ذینفع بیمه نامه: شعبه:

مشخصات بیمه

امضای بیمه گذار:

امضای بیمه شده:

مهر و امضای عامل فروش:

LIF098	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه نامه عمر مانده بدهکار انفرادی	
تجدید نظر: 02		
صفحه: 2 از 4		

تسویه اقساط دریافتی بیمه شده با موسسات مالی ذینفع یا بانک

جدول ذینفعان فوت:

ردیف	نام بانک / موسسه مالی و اعتباری	نام شعبه	شناسه ملی	کد اقتصادی	تاریخ ثبت	تلفن	آدرس
1							
2							
3							
4							
5							

ذینفعان

در صورت وجود بیمه عمر دیگری که صادر شده باشد و یا در جریان صدور باشد، این قسمت را تکمیل نمایید:

نوع بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	تاریخ خرید

سابقه بیمه ای

تا به حال پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، شرکت و علت عدم صدور بیمه نامه را ذکر نمایید:

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

سؤالات عمومی پزشکی از بیمه شده

پاسخ شما به سؤالات ذیل، در تعیین ریسک بیمه ای و نرخ حق بیمه شما، تأثیر دارد. پاسخ های گمراه کننده و یا اشتباه به سؤالات، می تواند باعث تغییر نرخ و شرایط بیمه نامه شود

(لطفاً با خط خوانا بنویسید)

آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی یا مواد مخدر را دارید یا داشته اید؟
 نوع مواد مصرفی : آخرین تاریخ مصرف : میزان مصرف روزانه:
 آیا ورزش هایی را به صورت منظم انجام می دهید؟
 وضعیت خدمت نظام وظیفه: ☐ انجام داده ام ☐ انجام نداده ام
 قد بیمه شده: cm وزن بیمه شده: kg
 آیا در یکسال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه کرده اید؟
 آیا در حال حاضر محدودیت جسمی یا حرکتی دارید؟
 آیا در طول زندگی خود عمل جراحی داشته اید و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده اید؟
 اگر پاسخ مثبت است: به چه علت؟ چه تاریخی؟ چه مدت؟ نام بیمارستان:
 آیا باردار هستید؟ (در صورتی که بیمه شده خانم هستند به این سوال پاسخ دهند) ☐ خیر ☐ بله
 مدت بارداری:
 تغییرات وزن در سه ماه اخیر: ☐ کاهش وزن ☐ افزایش وزن ☐ kg
 علت معافیت:
 (ضمیمه نمودن تصویر کارت معافیت الزامی میباشد)
 نوع ورزش:
 علت مراجعه:
 در صورت مثبت بودن پاسخ نوع معلولیت با شرح کامل:

مهر و امضای عامل فروش:

امضای بیمه شده:

امضای بیمه گذار:

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

آ - سابقه ابتلا به بیماریهای قلب و عروق، سر گیجه، گردش خون، فشار خون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا سایر ناراحتیهای 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، سکتة 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 یاخونی 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:

توضیحات پزشکی بیمه شده؛ نام بیماری: درمان دارویی یا جراحی: تاریخ شروع بیماری: / /

نام پزشک: وضعیت کنونی بیماری: تاریخ خاتمه بیماری:

توضیحات پزشکی بیمه گذار؛ نام بیماری: درمان دارویی یا جراحی: تاریخ شروع بیماری: / /

نام پزشک: وضعیت کنونی بیماری: تاریخ خاتمه بیماری:

• قد بیمه گزار: cm ، وزن بیمه گزار: kg ، تغییرات وزن در سه ماه اخیر: کاهش وزن ☐ افزایش وزن ☐ kg

• در صورتی که (بیمه شده یا بیمه گذار) به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده، مبتلا بوده و یا هستید، توضیح دهید:

• در صورتی که در بین افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان) کسی بیماری خاصی مبتلا بوده است، با ذکر نام بیماری، نسبت فرد با بیمه شده و سن ابتلا فرد توضیح دهید:

• آیا پدر و مادر بیمه شده در قید حیات هستند؟ بله ☐ خیر ☐ 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

بدینوسیله، اینجانب/اینجانبان (به عنوان بیمه گزار) و (به عنوان بیمه شده) تأیید می کنم/می کنیم که این پیشنهاد را با اطلاع

کامل از شرایط و مقررات بیمه نامه عمر بیمه سامان تکمیل نموده، تقاضای صدور بیمه نامه را دارم/داریم و اعلام می کنم/می کنیم که تمام پاسخ هایی که در این پرسشنامه آورده شده است، کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از بیان آنچه درباره وضع سلامتی بیمه شده 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 آزمایش های پزشکی موردنظر خود را اخذ و از پزشک یا پزشکان معالج و یا بیمارستان هایی که در آن ها تحت معالجه بوده ایم اطلاعات مورد نظر را کسب نموده و هرگونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب/اینجانبان به عمل بیاورد.

(اعتبار بیمه نامه منوط به تأیید شرایط از سوی بیمه گر و پرداخت حق بیمه مرتبط می باشد.)

مهر و امضای عامل فروش:

امضای بیمه شده:

امضای بیمه گذار:

LIF098	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه نامه عمر مانده بدهکار انفرادی	
تجدید نظر: 02		
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 نامه‌های عمر مانده بدهکار انفرادی سامان می‌باشد.

- بیمه نامه و ضامائم: اوراق بیمه نامه همراه با ضامائم پیوست شامل شرایط عمومی بیمه‌نامه و کپی پرسشنامه برای شما ارسال می‌گردد که مبنای تعهدات طرفین نسبت به یکدیگر می‌باشد. لطفاً آن را مطالعه فرمایید.
- هزینه آزمایشات پزشکی: در صورتی که شما جهت استفاده از پوشش‌های این بیمه‌نامه نیاز به انجام آزمایشات پزشکی داشته باشید، در صورت صدور بیمه‌نامه و پرداخت حق بیمه مربوطه، کلیه هزینه‌های آزمایشات برعهده شرکت بیمه سامان خواهد بود.

اینجانب؛ به‌عنوان متقاضی بیمه عمر مانده بدهکار انفرادی با توجه به موارد فوق و تکمیل پرسشنامه و پیشنهاد بیمه، تقاضای صدور بیمه‌نامه را دارم.

سؤالات مربوط به عامل فروش:

1. آیا فرد بیمه شده را می‌شناسید؟ ☐ 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
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 می‌بایست مورد توجه قرار گیرد، مرقوم بفرمایید.

اینجانب به عنوان نماینده/ عامل فروش/ کارگزار، اعلام داشته و گواهی می‌نمایم:

- شخصا صحت امضای متقاضی بیمه‌نامه و همچنین بیمه‌شده را تایید می‌نمایم.
- متقاضی بیمه‌نامه 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 نموده‌ام.
- در نهایت حسن نیت درباره شرایط بیمه‌نامه، تعهدات طرفین و میزان ارزش بازخريد، اطلاعات کامل و دقیق به متقاضی ارائه نموده‌ام.

گواهی مربوط به
عامل فروش

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