

زینفع

LIF097	شرکت بیمه سامان	 فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر زمانی انفرادی
تجدید نظر: ۰۲		
صفحه: ۴ از ۲		

سابقه بیمه ای

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

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

آیا قبلا درخواست صدور بیمه عمر به شرکت بیمه‌ای دیگری ارائه نموده‌اید که مورد قبول واقع نشده باشد، در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت و علت عدم صدور بیمه‌نامه را ذکر نمائید.

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.

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

سؤالات عمومی پزشکی از بیمه‌شده

پاسخ به سوالات ذیل در تعیین ریسک بیمه‌ای و نرخ حق بیمه شما، تاثیر دارد. پاسخ های گمراه کننده و یا اشتباه، می‌توانند باعث تغییر نرخ و

شرایط بیمه نامه عمر شود.

آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی یا مواد مخدر را دارید یا داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بله

نوع مواد مصرفی : آخرین تاریخ مصرف : میزان مصرف روزانه:

آیا ورزش هایی را به صورت منظم انجام می‌دهید؟ ☐ خیر ☐ بله

وضعیت خدمت نظام وظیفه: ☒ انجام داده‌ام ☐ انجام نداده‌ام

قد بیمه شده: cm وزن بیمه شده: kg

آیا در یکسال گذشته به هرعلتی به پزشک مراجعه کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بله

آیا در حال حاضر محدودیت جسمی یا حرکتی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله

آیا در طول زندگی خود عمل جراحی داشته اید و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده اید؟ ☐ خیر ☐ بله

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:

نوع ورزش:

(ضمیمه نمودن تصویر کارت معافیت الزامی میباشد)

تغییرات وزن در سه ماه اخیر: ☐ کاهش وزن ☐ افزایش وزن ☐ kg

علت مراجعه:

در صورت مثبت بودن پاسخ نوع معلولیت با شرح کامل:.....

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر زمانی انفرادی

LIF097

تجدید نظر: ۰۲

صفحه: ۳ از ۴

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

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

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.....

بدینوسیله، اینجانب/ اینجانبان (به عنوان بیمه گزار) 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 ۱۲ 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 بیمارستانی 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 گزار (بیمه شده) بیمه نامه معتبر خواهد بود)

نام و امضای عامل فروش:

نام و امضای بیمه شده:

نام و امضای بیمه گزار:

سابقه پزشکی بیمه شده / بیمه گزار

LIF097	شرکت بیمه سامان	 Saman Insurance
تجدید نظر: ۰۲		
صفحه: ۴ از ۴		
فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر زمانی انفرادی		

- 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:

۱. آیا فرد بیمه شده را می شناسید؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ مثبت، چه نسبتی دارید و برای چند سال؟
۲. آیا بیمه گزار در حضور شما پرسشنامه را تکمیل نموده اند؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ منفی، علت را توضیح دهید.
۳. آیا بیمه شده هنگام تکمیل پرسشنامه حضور داشتند؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت پاسخ منفی، علت را توضیح دهید.
۴. 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 / کارگزار، 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.
- در شرایط ابطال بیمه نامه به علت عدم پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار، هزینه آزمایشات بر عهده بیمه گزار و از محل پیش پرداختی بیمه نامه مربوطه می باشد، لذا چنانچه پیش پرداخت متناسب با هزینه مربوطه توسط اینجانب از بیمه گزار دریافت نشده باشد، شرکت بیمه سامان حق کسر هزینه آزمایش از کارمزدهای متعلقه به اینجانب را دارا می باشد.

گواهی مربوط به عامل فروش

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