

توجه: مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی "اعتبار دارد" داشته باشند

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر زمانی انفرادی

LIF097

تجدید نظر: 01

صفحه: ۱ از ۳

مشخصات بیمه شده

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

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

آخرین مدرک تحصیلی: پست الکترونیک:

نشانی محل سکونت: استان: شهر: آدرس:

کد پستی ۱۰ 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 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:

مشخصات بیمه

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

تمایل به استفاده از بیمه نامه برای مدت معین سال

روش پرداخت حق بیمه: ☐ سالیانه ☐ یکجا

استفاده کننده گان

استفاده کنندگان از منافع بیمه نامه در صورت فوت بیمه شده:

در صورت فوت هر یک از ذینفعان اولیه منافع 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	محل صدور	کد ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱								
۲								
۳								
۴								

سابقه بیمه ای

در صورتی که در حال حاضر بیمه عمر و یا حادثه دیگری که صادر شده باشد و یا در جریان صدور باشد دارید، این قسمت را تکمیل نمایید:

نوع بیمه	سرمايه بیمه	نام شرکت بیمه	تاریخ خرید

تذکر: چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه شده کلیه بیمه نامه های عمر و حوادث انفرادی خود نزد هریک از شرکتهای بیمه را اعلام ننموده است شرکت بیمه میتواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود داری نماید.

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

سؤالات عمومی پزشکی از بیمه‌شده

پاسخ شما به سؤالات ذیل، در تعیین ریسک بیمه ای و نرخ حق بیمه شما، تأثیر دارد. پاسخ های همراه کننده و با 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؟ ☐ خیر ☐ بله
نوع مواد مصرفی: آخرین تاریخ مصرف: میزان مصرف روزانه:

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

وضعیت خدمت نظام وظیفه: ☐ انجام داده‌ام ☐ انجام نداده‌ام
علت معافیت:

قد بیمه شده: cm وزن بیمه شده: kg
تغییرات وزن در سه ماه اخیر: ☐ کاهش وزن ☐ افزایش وزن ☐ kg
علت مراجعه:

آیا در یکسال گذشته به هرعلتی به پزشک مراجعه کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بله
در صورت مثبت بودن پاسخ نوع معلولیت با شرح کامل:

آیا در حال حاضر محدودیت جسمی یا حرکتی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله
در صورت مثبت بودن پاسخ نوع معلولیت با شرح کامل:

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

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:

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 گذار و بیمه شده، سؤالات مربوط به بیمه گذار 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 و غیره
☐ بله ☐ خیر	☐ 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	☐ 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؟

بدینوسیله، اینجانب/ اینجانبان (به عنوان بیمه گذار) و (به عنوان بیمه شده) تأیید می‌نمایم/ 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 می‌نمایم/ 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 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.

همچنین مطلع می‌باشم که در صورت نیاز به انجام هر گونه آزمایش پزشکی، کلیه هزینه ها به عهده بیمه‌گذار/ بیمه شده بوده و شرکت بیمه سامان تعهدی نسبت به پرداخت هزینه‌ها نخواهد داشت.

(صدور بیمه نامه منوط به تایید شرایط بیمه شده از سوی بیمه گر میباشد 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:

تاریخ: / / ساعت:

تاریخ: / / ساعت:

تاریخ: / / ساعت:

سابقه پزشکی بیمه شده / بیمه گذار

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر زمانی انفرادی

LIF097

تجدید نظر: 01

صفحه: ۳ از ۳

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 گذار 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.

بدینوسیله گواهی می کنم که:

- در مورد هر یک از سؤالات این پرسشنامه توضیحات لازم را به دقت به بیمه شده و بیمه گذار ارائه نموده ام و در صورتی که برای بیمه گر اثبات گردد اطلاعات ارائه شده به بیمه گذار نادرست بوده است، بیمه گر حق و اختیار خواهد داشت تا نسبت به جبران ضرر و زیان وارده به بیمه گذار که ناشی از ارائه اطلاعات نادرست به وسیله اینجانب بوده است به صلاحدید خود اقدام نماید.
- پاسخ های ثبت شده در این پرسشنامه از نظر اینجانب، دارای صحت و دقت کافی می باشد.
- بیمه گذار و بیمه شده به این نکته واقف هستند که هرگونه اظهارات نادرست و یا گمراه کننده در این پرسشنامه می تواند منجر به از دست دادن منافع و پوشش های ناشی از این بیمه نامه گردد.
- آگاهی شخصی از هر عامل دیگری که می تواند در بیمه پذیری متقاضی تأثیرگذار باشد ندارم.
- چنانچه پس از ارائه این پرسشنامه به شرکت بیمه و قبل از صدور بیمه نامه از تغییری در وضعیت و سلامتی متقاضی که می تواند در بیمه پذیری وی تأثیرگذار باشد مطلع شوم، آن مطلب را به سرعت به شرکت بیمه اطلاع داده و تقاضای توقف رسیدگی به پرسشنامه را تا اعلام نظر بعدی شرکت بیمه سامان، بنمایم.

کد عامل صدور:

تاریخ:

مهر و امضای عامل صدور

کد عامل فروش:

تاریخ:

مهر و امضای عامل فروش