

کد فرم: LIF012  
تجدید نظر: 01  
صفحه: ۱ از ۲

شماره سریال: ۴۶۱-

نام موسسه: .....  
نام و نام خانوادگی: .....  
آدرس: .....  
تلفن: .....

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 ۱۰ رقمی: ..... کد و تلفن منزل: ..... تلفن همراه: .....  
آخرین سمت شغلی: ..... عنوان واحد کاری بیمه شده: ..... شماره پرسنلی: .....

حق بیمه سالیانه در شروع قرارداد (به حروف): ..... ریال  
میزان تعدیل سالیانه حق بیمه: ۱۲٪  مطابق نرخ اعلامی وزارت کار   
سرمایه درخواست شده در صورت فوت (به حروف): ..... ریال (۱۸ برابر حق بیمه سالیانه در شروع قرارداد)  
پوشش‌های اضافی درخواستی:  
۱- پوشش حادثی:  
 پوشش فوت بر اثر حادثه و دریافت تا ..... درصد بیشتر از سرمایه فوت (حداکثر تا ۵۴ برابر آخرین حق مشارکت پرداختی)  
 پوشش فوت حادثی خطرات اضافی زلزله، آتشفشان، سیل و طوفان، اعتصاب، شورش و بلوا  
 پوشش هزینه‌های پزشکی بر اثر حادثه تا ..... درصد سرمایه فوت (حداکثر ۲۰٪ سرمایه فوت و تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال)  
 پوشش نقص عضو دائم ناشی از حادثه و دریافت تا ..... درصد سرمایه فوت (حداکثر تا ۹ برابر آخرین حق مشارکت پرداختی)  
۲- پوشش از کار افتادگی به هر علت:  
 پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه بر اثر از کار افتادگی کامل  
 پوشش درآمد از کار افتادگی در صورت از کار افتادگی کامل ..... برابر حق بیمه (حداکثر سه برابر آخرین حق مشارکت پرداختی)  
۳- پوشش بیماری‌های خاص:  
 پوشش امراض صعب‌العلاج و دریافت هزینه‌های درمانی تا سقف ..... ریال (حداکثر تا ۶ برابر آخرین حق مشارکت پرداختی و تا سقف ۳۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال)

استفاده کنندگان از منافع بیمه‌نامه در صورت فوت و حیات بیمه شده:  
در صورت فوت هر یک از ذینفعان اولیه، منافع بیمه‌نامه به نسبت به سایر ذینفعان اولیه تعلق می‌گیرد. در صورت فوت کلیه ذینفعان اولیه، منافع بیمه‌نامه به وراث قانونی بیمه شده تعلق می‌گیرد.  
در صورت عدم انتخاب ذینفع فوت در زمان تکمیل فرم پیشنهاد، وراث قانونی بیمه شده به عنوان ذینفعان بیمه‌نامه انتخاب می‌گردند.  
ذینفع حیات: بیمه گذار  بیمه شده   
جدول ذینفعان فوت:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	محل صدور	سهم فوت
۱				/ /				
۲				/ /				
۳				/ /				

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

نوع بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	تاریخ خرید

در صورتی که تاکنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه‌ای داده‌اید که مورد قبول واقع نشده باشد، نام شرکت و علت عدم صدور بیمه‌نامه را ذکر نمایید:  
تذکر: چنانچه مشخص شود، بیمه شده بیمه‌نامه‌های دیگری نزد هر یک از شرکت‌های بیمه‌ای دیگر داشته که اعلام ننموده است، بیمه سامان می‌تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود، خودداری نماید.

امضاء بیمه گذار: .....  
امضاء بیمه شده: .....  
نام، مهر و امضاء عامل فروش: .....

پاسخ به سوالات زیر، در تعیین ریسک بیمه‌ای و نرخ حق بیمه شما، تأثیر دارد. پاسخ‌های گمراه‌کننده و یا اشتباه به سوالات، می‌تواند باعث تغییر نرخ و شرایط بیمه‌نامه شود.  
قد ..... سانتی متر وزن ..... کیلوگرم  
آیا شما ظرف یک سال گذشته عمل جراحی داشته و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده‌اید؟ خیر  بله  اگر پاسخ مثبت است، در چه تاریخی: .....  
کدامیک از موارد زیر در مورد شما صدق می‌کند و یا از سوی پزشک به شما گفته شده است.

<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	الف - سابقه ابتلا به بیماری‌های قلب، عروق، سرگیجه، فشار خون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا سایر ناراحتی‌های مرتبط
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ب - سابقه ابتلا به بیماری‌های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و غیره
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ج - سابقه بیماری‌های عفونی مانند سل، هیپاتیت، حصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	د - سابقه ابتلا به بیماری‌های سرطانی، غددی مانند تیروئید (کم کار) یا پرکار) و غیره
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ه - سابقه بیماری‌های عصبی و شوکی، سکتة مغزی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگری در رابطه با اعصاب و روان
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	و - سابقه بیماری‌های هورمونی، روی، یرقان، کلیوی، بیماری‌های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ز - سابقه ابتلا به بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس، خونریزی گوارشی و غیره
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ح - سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگری که در سوالات بالا ذکر نشده است

در صورت مثبت بودن پاسخ به هر یک از سوالات فوق، لطفاً نام بیماری، نوع و میزان داروهای مصرفی، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید: .....  
آیا در حال حاضر نقص عضو یا محدودیت یا معلولیت جسمی-حرکتی دارید؟ خیر  بله  (در صورت مثبت بودن پاسخ نوع معلولیت: .....)  
در صورتی که به بیماری‌های دیگری غیر از موارد ذکر شده، مبتلا بوده و یا هستید، توضیح دهید: .....  
در صورتیکه بین افراد درجه یک خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان) سابقه ابتلا به بیماری خاصی وجود داشته است، موارد را با ذکر نام بیماری، نسبت فرد با بیمه شده و سن ابتلا فرد مرقوم فرمائید: .....  
آیا پدر و مادر شما در قید حیات هستند؟ خیر  بله  اگر در قید حیات نیستند، در چه سنی و به چه علت فوت کرده‌اند؟  
سن فوت پدر: ..... سال-علت فوت پدر: ..... سن فوت مادر: ..... سال-علت فوت مادر: .....

بدینوسیله، اینجانب ..... (به عنوان بیمه‌شده) تأیید می‌کنم که این پرسشنامه را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه سنوات سامان تکمیل نموده، تقاضای صدور بیمه‌نامه را دارم و اعلام می‌کنم تمام پاسخ‌هایی که در این پرسشنامه آورده شده است، کاملاً درست بوده و هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از بیان آنچه درباره وضع سلامتی خود می‌دانم، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه شود.

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

اطلاعات ارائه شده در نهایت صداقت و امانت بر عهده گرفته و در صورتی که خلاف آن ثابت شود، مسئولیت آن را بر عهده می‌گیرم.

(اعتبار بیمه‌نامه منوط به تأیید شرایط از سوی بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه مرتبط می‌باشد.)

تاریخ: / / ساعت: :	تاریخ: / / ساعت: :	تاریخ: / / ساعت: :	تاریخ: / / ساعت: :
نام و امضاء مشاور	نام، مهر و امضاء عامل فروش	نام و امضاء بیمه‌شده	نام و امضاء بیمه‌گذار

عامل محترم فروش:

توضیحات اضافی را که فکر می‌کنید در بررسی این پرسشنامه می‌بایست مورد توجه قرار گیرد، مرقوم فرمایید: .....  
بدینوسیله گواهی می‌کنم که:

● در مورد هر یک از سوالات این پرسشنامه توضیحات لازم را به دقت به بیمه‌شده و بیمه‌گذار ارائه نموده‌ام و در صورتی که برای بیمه‌گر اثبات گردد اطلاعات ارائه شده به بیمه‌گذار نادرست بوده است، بیمه‌گر حق و اختیار خواهد داشت تا نسبت به جبران ضرر و زیان وارده به بیمه‌گذار که ناشی از ارائه اطلاعات نادرست بوسیله اینجانب بوده است به صلاحدید خود اقدام نماید.  
پاسخ‌های ثبت شده در این پرسشنامه از نظر اینجانب، دارای صحت و دقت کافی می‌باشد.

● بیمه‌شده و بیمه‌گذار به این نکته واقف هستند که هر گونه اظهارات نادرست و یا گمراه‌کننده در این پرسشنامه می‌تواند منجر به از دست دادن منافع و پوشش‌های ناشی از این بیمه‌نامه گردد.  
آگاهی شخصی از هر عامل دیگری که می‌تواند در بیمه‌پذیری متقاضی تأثیر گذار باشد ندارم.

● چنانچه پس از ارائه این پرسشنامه به شرکت بیمه سامان و قبل از صدور بیمه‌نامه از تغییری در وضعیت و سلامتی متقاضی که می‌تواند در بیمه‌پذیری وی تأثیر گذار باشد مطلع شوم، آن مطلب را به سرعت به شرکت بیمه سامان اطلاع داده و تقاضای توقف رسیدگی به پرسشنامه را تا اعلام نظر بعدی شرکت بیمه سامان، بنمایم.

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