

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه نامه سالمندی

LIF

تجدید نظر: 00

صفحه: ۱ از ۴

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

نام و نام خانوادگی/ نام موسسه حقوقی: نسبت با متقاضی بیمه:
تاریخ تولد: کد ملی: تلفن همراه: **تحصیلات:**
شغل اصلی و سایر مشاغل پیشنهاد دهنده بیمه با شرح کامل شغل:
درآمد تقریبی ماهانه از محل کلیه مشاغل: ریال کد موسسه اقتصادی: شناسه ملی:
آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ ☐ خیر ☐ بله (در صورت مثبت بودن پاسخ ☐ راننده ☐ اترک نشین)

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

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: محل تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی: جنسیت: ☐ مرد ☐ زن وضعیت تأهل: ☐ متأهل ☐ مجرد
آخرین مدرک تحصیلی:
نشانی محل سکونت: کد پستی: تلفن همراه:
شغل اصلی و سایر مشاغل پیشنهاد دهنده بیمه با شرح کامل شغل: درآمد تقریبی ماهانه: ریال
نام و نشانی محل کار:
آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ ☐ خیر ☐ بله (در صورت مثبت بودن پاسخ ☐ راننده ☐ اترک نشین)

عبارت از تعهدات بیمه گر مبنی بر پرداخت منافع بیمه نامه در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه نامه و یا وقوع هر کدام از حالت های عدم توانایی انجام فعالیت های روزانه در قالب سه طرح براساس بازه های سنی (۶۵ تا ۷۴ سالگی، ۷۵ تا ۸۴ سالگی، ۸۵ تا ۹۴ سالگی) به مدت ده سال و در ازای انجام تعهدات بیمه گذار است.

سرمایه درخواست شده در صورت فوت (به حروف): ریال
سرمایه درخواست شده در صورت تیز به سالمندی (به حروف): ریال
دوره دریافت سالمندی: ☐ طرح یک (۶۵ تا ۷۴ سالگی)، ☐ طرح دو (۷۵ تا ۸۴ سالگی)، ☐ طرح سه (۸۵ تا ۹۴ سالگی)، مدت بیمه نامه سال
روش پرداخت حق بیمه: ☐ یکجا، ☐ سالیانه،

☐ پوشش فوت ناشی از حادثه و دریافت تا ☐ ۱۰۰٪، ☐ ۲۰۰٪، ☐ ۳۰۰٪، بیشتر از سرمایه فوت
☐ پوشش نقص عضو دائم ناشی از حادثه و دریافت تا درصد سرمایه فوت (حداکثر ۲۰٪ سرمایه فوت)
☐ پوشش هزینه های پزشکی ناشی از حادثه تا ☐ ۱۰٪، ☐ ۲۰٪، سرمایه فوت (حداکثر ۲۰٪ سرمایه فوت ناشی از حادثه)
☐ پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه بر اثر ازکارافتادگی کامل پیشنهاد دهنده
☐ پوشش درآمد ازکارافتادگی پیشنهاد دهنده بیمه در صورت ازکارافتادگی کامل ☐ برابر، ☐ ۲ برابر، ☐ ۳ برابر حق بیمه سالیانه (دریافت این پوشش منوط به اخذ پوشش معافیت است)
☐ پوشش امراض خاص ممتاز و دریافت هزینه های ۳۰ بیماری برای تا سقف ریال

مشخصات پیشنهاد دهنده

مشخصات متقاضی بیمه نامه

موضوع بیمه

مشخصات بیمه

پوشش های تکمیلی

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه نامه سالمندی

LIF

تجدید نظر: 00

صفحه: ۲ از ۴

ذینفعان

ذینفعان بیمه نامه در صورت فوت متقاضی بیمه:

در صورت فوت هر یک از ذینفعان اولیه منافع بیمه نامه به نسبت مشخص شده در جدول ذینفعان فوت، به سایر ذینفعان اولیه تعلق می گیرد. در صورت عدم انتخاب ذینفع فوت و یا فوت کلیه ذینفعان اولیه، وراثت قانونی متقاضی بیمه بعنوان ذینفعان فوت بیمه نامه انتخاب می گردند.
(در صورتی که تعداد ذینفعان بیش از چهار نفر می باشد، در برگه ای مجزا با تائید **پیشنهاد دهنده بیمه** ارائه گردد.)

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با متقاضی بیمه	سهم فوت
۱							
۲							
۳							
۴							

سابقه بیمه ای

در صورت وجود بیمه عمر دیگری (انواع بیمه های اندوخته دار، مانده بدهکار و انفرادی) که صادر، در جریان صدور و یا ابطال شده باشد، این قسمت را تکمیل نمایید:

نوع بیمه	سرمایه بیمه در سال جاری	نام شرکت بیمه	وضعیت بیمه نامه	تاریخ خرید
			☐ صادر شده	
			☐ در جریان صدور	
			☐ ابطال شده	

در صورتی که پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد، نام شرکت و علت عدم صدور بیمه نامه را ذکر نمایید:

آیا دارای بیمه خدمات درمانی هستید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت را درج نمایید:

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

پرسش های پزشکی عمومی از متقاضی بیمه نامه

- ۱- قد متقاضی بیمه:cm، وزن متقاضی بیمه:kg، تغییرات وزن در سه ماه اخیر: ☐ کاهش وزن (kg) ☐ افزایش وزن (kg))
- ۲- آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی یا مواد مخدر را دارید یا داشته اید؟
نوع مواد مصرفی: میزان مصرف روزانه: آخرین تاریخ مصرف:
- ۳- آیا ورزش هایی را به صورت منظم انجام می دهید؟
نوع و سبک ورزش:
- ۴- آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ شرح علت معافیت:
در صورت مثبت بودن پاسخ ضمیمه نمودن تصویر کارت معافیت الزامی است.
- ۵- آیا در یکسال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه کرده اید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ علت و نتیجه مراجعه را توضیح دهید.
- ۶- آیا در حال حاضر محدودیت جسمی یا حرکتی دارید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ نوع معلولیت را توضیح دهید.
- ۷- آیا در طول زندگی خود عمل جراحی داشته اید و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده اید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ ضمیمه کردن مدارک بستری و جواب پاتوبیولوژی (در صورت برداشتن عضو) الزامی است):
علت جراحی: تاریخ جراحی: چه مدت: نام بیمارستان:
- ۸- آیا باردار هستید؟ (در صورتی که متقاضی بیمه خانم هستند به این سوال پاسخ دهند)
در صورت مثبت بودن پاسخ، مدت بارداری:
- ۹- آیا متقاضی بیمه قادر به پوشیدن لباس هایش است؟
- ۱۰- آیا متقاضی بیمه قادر به خوردن غذا می باشد؟
- ۱۱- آیا متقاضی بیمه قادر به راه رفتن می باشد؟ ☐ با واکر / ویلچر ☐ بدون واکر / ویلچر
- ۱۲- آیا متقاضی بیمه قادر به حمام کردن و نظافت شخصی خود می باشد؟
- ۱۳- آیا متقاضی بیمه قادر به دستشویی رفتن و طهارت خود می باشد؟
- ۱۴- آیا متقاضی بیمه قادر به رفت و آمد کردن (جابجایی بین دو موقعیت) می باشد؟ ☐ با واکر / ویلچر ☐ بدون واکر / ویلچر

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه نامه سالمندی

LIF

تجدید نظر: 00

صفحه: ۳ از ۴

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

پیشنهاد دهنده بیمه	متقاضی بیمه	در صورت متفاوت بودن پیشنهاد دهنده بیمه و متقاضی بیمه و در خواست پوشش های معافیت از پرداخت حق بیمه و درآمد از کارافتادگی، سوالات مربوط به پیشنهاد دهنده پاسخ داده شود.
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۱- سابقه ابتلا به بیماری های قلب، عروق، سر گیجه، گردش خون، فشار خون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا سایر ناراحتی های مرتبط
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۲- سابقه ابتلا به بیماری های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و غیره
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۳- سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۴- سابقه ابتلا به بیماری های سرطانی، غددی مانند تیروئید (کم کار یا پرکار) و غیره
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۵- سابقه بیماری های عصبی و شوکی، سکنه مغزی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگری در رابطه با اعصاب و روان
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۶- سابقه بیماری های هورمونی، ریوی، یرقان، کلیوی، بیماری های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۷- سابقه ابتلا به بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس، خونریزی گوارشی و غیره
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۸- سابقه ابتلا به بیماری های زنان یا بیماری های مربوط به دوران حاملگی (مربوط به بانوان)
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۹- سابقه ابتلا به بیماری کرونا
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۱۰- ابتلا به یکی از بیماری های آلزایمر، اسکروز جانبی (ALS)، زوال عقل، هانتینگتون، مالتیپل اسکلروزیس (MS) و پارکینسون
☐ بله ☐ خیر	☐ بله ☐ خیر	۱۱- 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:

نام پزشک معالج: را همراه با مدارک پزشکی ارائه نمایید.

توضیحات پزشکی متقاضی بیمه:

نام بیماری: تاریخ شروع بیماری: درمان دارویی یا جراحی: نام پزشک: وضعیت کنونی بیماری: تاریخ خاتمه بیماری:

توضیحات پزشکی پیشنهاد دهنده بیمه:

نام بیماری: تاریخ شروع بیماری: درمان دارویی یا جراحی: نام پزشک: وضعیت کنونی بیماری: تاریخ خاتمه بیماری:

قد پیشنهاد دهنده: cm وزن پیشنهاد دهنده: kg تغییرات وزن در سه ماه اخیر: ☐ کاهش وزن (kg) ☐ افزایش وزن (kg)
 *در صورتی که (متقاضی بیمه یا پیشنهاد دهنده بیمه) به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده، مبتلا بوده و یا هستید، توضیح دهید:
 *در صورتی که بین افراد درجه یک خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر) سابقه ابتلا به بیماری خاصی وجود داشته است، موارد را با ذکر نام بیماری، نسبت فرد با بیمه شده و سن ابتلا فرد را دهید:

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

LIF	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد بیمه نامه سالمندی	
تجدید نظر: 00		
صفحه: ۴ از ۴		

بدینوسیله اینجانب متقاضی بیمه / پیشنهاد دهنده بیمه، تایید می‌کنم/ می‌کنیم که این پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه نامه سالمندی بیمه سامان تکمیل نموده و تقاضای صدور بیمه نامه را دارم/ داریم و اعلام می‌کنم/ می‌کنیم که تمام پاسخ‌هایی که در این پرسشنامه آورده شده است، کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از بیان آنچه که درباره وضع سلامتی متقاضی بیمه می‌دانم/ می‌دانیم، 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 بود ایم اطلاعات مورد نظر را کسب نموده و هرگونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب/ اینجانبان به عمل بیاورد.

همچنین لازم به ذکر است که مبلغ (به حروف).....ریال به عنوان پیش پرداخت به عامل فروش پرداخت نمودم.

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

نام، امضاء پیشنهاد دهنده بیمه نامه:	نام، امضاء متقاضی بیمه نامه:	نام، مهر، امضاء عامل فروش:	نام، مهر، امضاء مشاور:
تاریخ: / / ساعت:	تاریخ: / / ساعت:	تاریخ: / / ساعت:	تاریخ: / / ساعت:

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

- شخصاً صحت امضای پیشنهاد دهنده بیمه و همچنین متقاضی بیمه را تایید می‌نمایم.
- پیشنهاد دهنده بیمه ی 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 نموده‌ام.
- در نهایت حسن نیت در خصوص شرایط بیمه نامه، تعهدات طرفین و میزان ارزش بازخرید، اطلاعات کامل و دقیق به متقاضی ارائه نموده‌ام.

گواهی مربوط به
عامل فروش

کد عامل صدور: تاریخ:	کد شعبه: کد عامل فروش:
نام، مهر، امضاء راهبرفروش:	نام، مهر، امضاء عامل