

کد فرم: LIF198
تجدید نظر: 01
صفحه: ۴ از ۱

پیشنهاد و پرسشنامه بیمه‌نامه
عمر متصل به واحد

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: / / کد ملی:
 کد و تلفن منزل: تلفن همراه: شغل اصلی و سایر مشاغل بیمه‌شده با شرح کامل شغل:
 درآمد تقریبی ماهانه از محل کلیه مشاغل: ریال
 آیا از موتورسیکلت استفاده می‌کنید؟ خیر بله : راننده ترک نشین

آیا بیمه‌شده و بیمه‌گذار یکی هستید؟ خیر بله (در صورت مثبت بودن پاسخ، نیاز به تکمیل مشخصات بیمه‌گذار نمی‌باشد)

نام و نام خانوادگی/نام موسسه حقوقی: نسبت با بیمه‌شده:
 تاریخ تولد: / / کد ملی: تلفن همراه:
 شغل اصلی و سایر مشاغل بیمه‌شده با شرح کامل شغل: درآمد تقریبی ماهانه از محل کلیه مشاغل: ریال
 کد مؤسسه اقتصادی: شناسه ملی:
 آیا از موتور سیکلت استفاده می‌کنید؟ خیر بله : راننده ترک نشین

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

حق بیمه سالیانه در شروع قرارداد (به حروف): ریال
 سرمایه درخواست شده در صورت فوت (به حروف): ریال
 تمایل به استفاده از بیمه‌نامه تا سن ۸۰ سالگی بیمه‌شده (یا برای مدت معین سال)
 روش پرداخت حق بیمه: سالیانه
 نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت: درصد (حداکثر ۲۰ درصد) نرخ تعدیل سالیانه حق بیمه: درصد (حداکثر ۲۵ درصد)
 نوع صندوق سرمایه‌گذاری: صندوق سرمایه‌گذاری متصل به واحد (صندوق سرمایه‌گذاری در سهام رشد سامان)

آیا هزینه پوشش‌ها جداگانه پرداخت می‌شود؟ خیر بله
 پوشش فوت بر اثر حادثه و دریافت تا ۱۰۰ ۲۰۰ ۳۰۰ درصد بیشتر از سرمایه فوت (افراد زیر ۱۵ سال حداکثر ۱۰۰٪)
 پوشش هزینه‌های پزشکی بر اثر حادثه تا ۱۰ ۲۰ درصد سرمایه فوت (حداکثر ۲۰٪ سرمایه فوت و تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال دریافت این پوشش منوط به اخذ پوشش فوت بر اثر حادثه است)
 پوشش نقص عضو دائم ناشی از حادثه و دریافت تا: درصد سرمایه فوت (حداکثر ۱۰۰٪ سرمایه فوت)
 پوشش فوت حادثی خطرات اضافی زلزله، آتشفشان، سیل و طوفان، اعتصاب، شورش و بلوا (دریافت این پوشش منوط به اخذ پوشش فوت بر اثر حادثه است).
 پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه بر اثر از کارافتادگی کامل
 پوشش درآمد از کار افتادگی بیمه‌گذار در صورت از کار افتادگی کامل ۱ برابر یا ۲ برابر ۳ برابر حق بیمه سالیانه (دریافت این پوشش منوط به اخذ پوشش معافیت است)
 پوشش امراض صعب‌العلاج و دریافت سرمایه پوشش تا سقف ریال (تا سقف ۵۰٪ سرمایه فوت و حداکثر ۳۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال)
سه پوشش زیر از سن ۲ سال به بالا (و تا سقف ۵ میلیارد ریال و حداکثر ۱۰۰٪ سرمایه فوت) تعلق می‌گیرد:
 پوشش امراض خاص پایه و دریافت هزینه‌های ۸ بیماری برای بزرگسالان و ۳ بیماری برای کودکان تا سقف ریال
 پوشش امراض خاص آسایش و دریافت هزینه‌های ۱۳ بیماری برای بزرگسالان و ۶ بیماری برای کودکان تا سقف ریال
 پوشش امراض خاص ممتاز و دریافت هزینه‌های ۳۰ بیماری برای بزرگسالان و ۱۴ بیماری برای کودکان تا سقف ریال

نام، مهر و امضاء عامل فروش:

امضاء بیمه‌شده:

امضاء بیمه‌گذار:

کد فرم: LIF198
تجدید نظر: 01
صفحه: ۲ از ۴

پیشنهاد و پرسشنامه بیمه‌نامه
عمر متصل به واحد

استفاده کنندگان از منافع بیمه‌نامه در صورت فوت و حیات بیمه‌شده:
در صورت فوت هر یک از ذینفعان اولیه، منافع بیمه‌نامه به نسبت مشخص شده در جدول ذینفعان فوت، به سایر ذینفعان اولیه تعلق می‌گیرد. در صورت عدم انتخاب ذینفع فوت و یا فوت کلیه ذینفعان اولیه، وراث قانونی بیمه‌شده به عنوان ذینفعان فوت بیمه‌نامه انتخاب می‌گردند.
(در صورتی که تعداد ذینفعان بیش از چهار نفر می‌باشد، در برگه‌ای مجزا با تأیید بیمه‌گذار ارائه گردد.)

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

ذینفع حیات بیمه‌نامه به صورت پیش فرض بیمه‌گذار است در غیر اینصورت بیمه‌شده قابل انتخاب است. بیمه‌شده:

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

نوع بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	وضعیت بیمه‌نامه	تاریخ خرید
			صادر شده <input type="checkbox"/>	
			در جریان صدور <input type="checkbox"/>	
			ابطال شده <input type="checkbox"/>	

در صورتی که پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه‌ای داده‌اید که مورد قبول واقع نشده باشد، نام شرکت و علت عدم صدور بیمه‌نامه را ذکر نمایید:

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

پاسخ به سوالات ذیل، در تعیین ریسک بیمه‌ای و نرخ حق بیمه شما، تاثیر دارد. پاسخ‌های گمراه‌کننده و یا اشتباه، می‌تواند باعث تغییر نرخ و شرایط بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه شود.

- قد بیمه‌شده: cm، وزن بیمه‌شده: kg، تغییرات وزن در سه ماه اخیر، کاهش وزن افزایش وزن kg
- آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی یا مواد مخدر را دارید یا داشته‌اید؟
نوع مواد مصرفی: آخرین تاریخ مصرف: / / میزان مصرف روزانه:
 خیر بله
- آیا ورزش‌هایی را به صورت منظم انجام می‌دهید؟
نوع و سبک ورزش:
 خیر بله
- آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده‌اید؟ (ضمیمه نمودن تصویر کارت معافیت الزامی است)
در صورت معافیت از خدمت، علت آن را توضیح دهید:
 خیر بله
- آیا در یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه کرده‌اید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ، علت و نتیجه آن را توضیح دهید:
 خیر بله
- آیا در شش ماه اخیر آزمایش خون انجام داده‌اید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ، موارد غیر عادی در نتیجه آزمایش را توضیح دهید:
 خیر بله
- آیا در طول زندگی خود عمل جراحی داشته‌اید و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده‌اید؟ (ضمیمه نمودن مدارک بستری و جواب پاتولوژی (در صورت برداشتن عضو) الزامی است)
در صورت مثبت بودن پاسخ، به چه علت؟ / / چه تاریخی؟ / / چه مدت؟ نام بیمارستان؟
 خیر بله
- آیا باردار هستید؟ (در صورتی که بیمه‌شده خانم می‌باشد به این سؤال پاسخ دهد)
در صورت مثبت بودن پاسخ، مدت زمان بارداری را بیان کنید:
 خیر بله

نام، مهر و امضاء عامل فروش:

امضاء بیمه‌شده:

امضاء بیمه‌گذار:

کدامیک از موارد زیر در مورد شما صدق می کند یا از سوی پزشک به شما گفته شده است.
در صورت متفاوت بودن بیمه گذار و بیمه شده و درخواست پوشش های معافیت از پرداخت حق بیمه و درآمد از کارافتادگی، سوالات مربوط به بیمه گذار نیز پاسخ داده شود.

بیمه گذار	بیمه شده	سوال
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ا - سابقه ابتلا به بیماری های قلب، عروق، سرگیجه، فشار خون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا سایر ناراحتی های مرتبط
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ب - سابقه ابتلا به بیماری های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و غیره
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ج - سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، حصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، و غیره
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	د - سابقه ابتلا به بیماری های سرطانی، غددی مانند تیروئید (کم کار <input type="checkbox"/> یا پرکار <input type="checkbox"/>) و غیره
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ه - سابقه بیماری های عصبی و شوکی، سکنه مغزی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگری در رابطه با اعصاب و روان
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	و - سابقه بیماری های هورمونی، ربوی، یرقان، کلیوی، بیماری های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ز - سابقه ابتلا به بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس، خونریزی گوارشی و غیره
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ح - سابقه ابتلا به بیماری های زنان یا بیماری های مربوط به دوران حاملگی (مربوط به بانوان)
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ط - سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگری که در سوالات بالا ذکر نشده است.
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	ی - سابقه ابتلا به بیماری کرونا

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:

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 گذار: cm ، وزن بیمه گذار: 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 (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 توضیح دهید:

• آیا پدر و مادر بیمه شده در قید حیات هستند؟ خیر بله اگر در قید حیات نیستند، درجه سنی و به چه علت فوت کرده اند؟

• سن فوت پدر: علت فوت پدر: سن فوت مادر: علت فوت مادر:

بدینوسیله اینجانب بیمه شده / بیمه گذار، تایید می کنم / می کنیم که این پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه نامه عمر و تشکیل سرمایه 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 هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از بیان آنچه که درباره وضع سلامتی بیمه شده 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 آزمایش های پزشکی مورد نظر 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 هر گونه 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 تأیید شرایط از سوی بیمه گر و پرداخت حق بیمه مرتبط می باشد.)

• در صورت صدور بیمه نامه عمر، شما می توانید از خدمات زیر با تخفیف ویژه بهره مند شوید:

• صدور بیمه نامه آتش سوزی

• صدور بیمه نامه موبایل

• صدور بیمه نامه بدنه اتومبیل

• صدور بیمه نامه درمان خانواده

تاریخ: / / ساعت: :	تاریخ: / / ساعت: :	تاریخ: / / ساعت: :	تاریخ: / / ساعت: :
نام و امضاء مشاور	نام، مهر و امضاء عامل فروش	نام و امضاء بیمه شده	نام و امضاء بیمه گذار

کد فرم: LIF198
تجدید نظر: 01
صفحه: ۴ از ۴

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 بوده‌است، بیمه‌گر حق و اختیار خواهد داشت تا نسبت به جبران ضرر و زیان وارده به بیمه‌گذار که ناشی از ارائه اطلاعات نادرست به وسیله 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 هرگونه 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 شخص متقاضی تاثیرگذار باشد، ندارم.
 - بیمه‌گذار و بیمه‌شده در هنگام تکمیل پرسشنامه حضور داشته و بیمه‌شده توسط اینجانب رویت شده‌است.
 - 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 تاثیرگذار 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.
- همچنین اعلام می‌گردد، مبلغ: ریال از بیمه‌گذار بابت پیش‌پرداخت دریافت و به حساب بیمه سامان واریز گردید.

کد راهبر فروش:
تاریخ:
نام، مهر و امضاء راهبر فروش:

کد شعبه:
کد عامل فروش:
نام، مهر و امضاء عامل فروش:

کد مشاور:
تاریخ:
مهر و امضاء مشاور:

تاریخ: / /

بیمه سامان در صورت دریافت پیش پرداخت (حداقل ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال) از جانب بیمه‌گذار تا زمان صدور بیمه‌نامه و یا یک ماه پس از تکمیل پیشنهاد (هرکدام زودتر محقق شود) بیمه‌شده را تا میزان سرمایه درخواستی به شرط اینکه از صد و پنجاه میلیون ریال تجاوز ننماید، تحت پوشش بیمه فوت ناشی از حادثه قرار خواهد داد. ضمناً تعهد بیمه‌گر در قبال هرگونه دریافت وصول شده تا قبل از صدور بیمه‌نامه صرفاً به میزان پوشش موقت فوت حادثی می‌باشد.

گواهی رسید پیش پرداخت حق بیمه و صدور بیمه‌نامه موقت بدینوسیله گواهی می‌شود که آقای / خانم به عنوان بیمه‌گذار، مبلغ: ریال را به صورت نقدی فیش بانکی یا چک روز بابت پیش پرداخت بیمه عمر مورد درخواست در این پرسشنامه پرداخت نموده است. بر این اساس، بیمه‌شده از تاریخ وصول این وجه توسط شرکت بیمه سامان، تحت پوشش موقت بیمه فوت در اثر حادثه می‌باشد.

نام بیمه‌شده:

سرمایه در اثر فوت حادثی: ریال (سرمایه درج شده در پرسشنامه حداکثر تا سقف ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال)

نام، مهر و امضاء عامل فروش / مشاور / کارشناس شعبه
امضاء بیمه‌گذار
تاریخ: