

شرکت بیمه سامان
فرم پیشنهاد بیمه نامه مستمری

LIF219

تجدید نظر: 00

صفحه: ۱ از ۳

مشخصات پیشنهاد دهنده

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 پیشنهاد دهنده: نسبت پیشنهاد دهنده با متقاضی بیمه: تاریخ تولد:
کدملی: تلفن همراه: تحصیلات:
شغل اصلی و سایر مشاغل پیشنهاد دهنده بیمه با شرح کامل شغل: درآمد تقریبی ماهانه از محل کلیه مشاغل (ریال):

آدرس پستی جهت ارسال اوراق بیمه (الزاماً باید تکمیل گردد):

استان و شهر: کدپستی: تلفن:

آدرس:

مشخصات متقاضی بیمه نامه
(گیرنده مستمری)

نام و نام خانوادگی: نام پدر: محل تولد: تاریخ تولد:
کدملی: تلفن همراه: تحصیلات:
شغل اصلی و سایر مشاغل پیشنهاد دهنده بیمه با شرح کامل شغل: درآمد تقریبی ماهانه (ریال):
جنسیت: ☐ مرد ☐ زن، وضعیت تأهل: ☐ متأهل ☐ مجرد
نشانی محل سکونت: تلفن همراه:
نام و نشانی محل کار:

مشخصات بیمه (مستمری)

مبلغ حق بیمه (اندوخته بیمه نامه عمر و تشکیل) (ریال):
- نحوه پرداخت حق بیمه: ☐ یکجا
- نوع مستمری: ☐ موقت به شرط حیات ☐ موقت قطعی ☐ مادام العمر
- نحوه دریافت مستمری: ☐ ماهانه ☐ دو ماهه ☐ سه ماهه ☐ چهار ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالیانه
- مدت دریافت مستمری (برای مستمری موقت به شرط حیات و موقت قطعی): سال ☐ مستمری مادام العمر ☐ با تضمین ۵ ساله ☐ بدون تضمین
- افزایش سالیانه مبلغ مستمری: ☐ عدم افزایش ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪ ☐ ۲۵٪ ☐ ۳۰٪

اعلام شماره حساب

لطفاً ترتیبی اتخاذ فرمایید مستمری ماهانه اینجانب به کدملی
به شماره حساب بانک شعبه کد شعبه و شماره شبا ذیل واریز گردد.
IR

پوشش های تکمیلی

☐ سرمایه درخواست شده در صورت فوت: (به عدد) (ریال): و (به حروف) (ریال):
نرخ تعدیل سرمایه فوت در خواست شده: درصد
☐ پوشش فوت ناشی از حادثه و دریافت تا ☐ ۱۰۰٪ ☐ ۲۰۰٪ ☐ ۳۰۰٪ بیشتر از سرمایه فوت (افراد زیر ۱۵ سال حداکثر ۱۰۰٪)

ذینفعان

دریافت کننده مبلغ مستمری بیمه شده می باشد. تنها در صورت تضمین مدت دریافت مستمری، ذینفع آن در قسمت کادر "مستمری در مدت تضمین شده" تعیین می شود.
ذینفع حیات بیمه نامه به صورت پیش فرض بیمه گزار می باشد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	کدملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با متقاضی	درصد سهم
۱	فوت بیمه شده					
۲						
۳						
۴	مستمری در مدت تضمین شده					

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه نامه مستمري

LIF219

تجدید نظر: 00

صفحه: ۲ از ۳

در صورت وجود بیمه عمر دیگری (انواع بیمه‌های اندوخته‌دار، 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 بیمه‌ای داده‌اید 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:

سابقه بیمه‌ای

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

قد متقاضی بیمه: cm..... ، وزن متقاضی بیمه: kg..... ، تغییرات وزن در سه ماه اخیر: ☐ کاهش وزن (kg)..... ☐ افزایش وزن (kg).....)	
۱- آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی یا مواد مخدر را دارید یا داشته‌اید؟ آخرین تاریخ مصرف: نوع مواد مصرفی: میزان مصرف روزانه:	☐ بلی ☐ خیر
۲- آیا ورزش‌هایی را به صورت منظم انجام می‌دهید؟ نوع و سبک ورزش:	☐ بلی ☐ خیر
۳- آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده‌اید؟ در صورت منفی بودن پاسخ، ضمیمه نمودن تصویر کارت معافیت الزامی است. شرح علت معافیت:	☐ بلی ☐ خیر
۴- آیا در یکسال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه کرده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، علت و نتیجه مراجعه را توضیح دهید.	☐ بلی ☐ خیر
۵- آیا در شش ماه اخیر آزمایش خون انجام داده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، موارد غیرعادی در نتیجه آزمایش را توضیح دهید:	☐ بلی ☐ خیر
۶- آیا در طول زندگی خود عمل جراحی داشته‌اید و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، ضمیمه کردن مدارک بستری و جواب پاتوبیولوژی (در صورت برداشتن عضو) الزامی است. تاریخ جراحی: ، نام بیمارستان: ، علت جراحی: ، مدت جراحی:	☐ بلی ☐ خیر
۷- آیا باردار هستید؟ (در صورتی که متقاضی بیمه خانم هستند به این سوال پاسخ دهند) در صورت مثبت بودن پاسخ، مدت بارداری:	☐ بلی ☐ خیر

برش های پزشکی عمومی از متقاضی بیمه نامه

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

در صورت متفاوت بودن پیشنهاد دهنده بیمه و متقاضی بیمه و در خواست پوشش‌های معافیت از پرداخت حق بیمه و درآمد از کار افتادگی، سوالات مربوط به پیشنهاد دهنده پاسخ داده شود	
۱ سابقه ابتلا به بیماری‌های قلب، عروق، سرگیجه، گردش خون، فشار خون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا سایر ناراحتی‌های مرتبط	☐ بلی ☐ خیر
۲ سابقه ابتلا به بیماری‌های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و غیره	☐ بلی ☐ خیر
۳ سابقه بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره	☐ بلی ☐ خیر
۴ سابقه ابتلا به بیماری‌های سرطانی، غددی مانند تیروئید (کم کار ☐ پرکار) و غیره	☐ بلی ☐ خیر
۵ سابقه بیماری‌های عصبی و شوکی، سکنه مغزی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگری در رابطه با اعصاب و روان	☐ بلی ☐ خیر
۶ سابقه بیماری‌های هورمونی، ربوی، یرقان، کلیوی، بیماری‌های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر	☐ بلی ☐ خیر
۷ سابقه ابتلا به بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس، خونریزی گوارشی و غیره	☐ بلی ☐ خیر
۸ سابقه ابتلا به بیماری‌های زنان یا بیماری‌های مربوط به دوران حاملگی (مربوط به بانوان)	☐ بلی ☐ خیر
۹ سابقه ابتلا به بیماری کرونا	☐ بلی ☐ خیر
۱۰ سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگری که در سؤالات بالا ذکر نشده است.	☐ بلی ☐ خیر

سابقه پزشکی متقاضی بیمه / پیشنهاد دهنده

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه نامه مستمری

LIF219

تجدید نظر: 00

صفحه: ۳ از ۳

سابقه پزشکی متقاضی بیمه / پیشنهاد دهنده

کدامیک از موارد زیر در مورد شما صدق می‌کند و یا از سوی پزشک به شما گفته شده 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 همراه با مدارک پزشکی ارائه نمایید.

توضیحات پزشکی متقاضی بیمه:

نام بیماری: درمان دارویی یا جراحی: تاریخ شروع بیماری:

نام پزشک: وضعیت کنونی بیماری: تاریخ خاتمه بیماری:

توضیحات پزشکی پیشنهاد دهنده بیمه:

نام بیماری: درمان دارویی یا جراحی: تاریخ شروع بیماری:

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 بیماری‌های 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 توضیح 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 کرده‌اند؟

سن فوت پدر سال، علت فوت پدر - سن فوت مادر سال، علت فوت مادر

بدینوسیله اینجانب متقاضی بیمه / پیشنهاد دهنده بیمه، تایید می‌کنم / می‌کنیم که این پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه نامه مستمری بیمه سامان را 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 بودایم 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.

امضاء پیشنهاد دهنده بیمه نامه:

امضاء متقاضی بیمه نامه:

امضاء عامل فروش:

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 فروش:

تاریخ:

مهر و امضاء:

کد عامل صدور:

تاریخ:

مهر و امضاء: