

کد فرم: LIF224  
تجدید نظر: 00  
صفحه: ۴ از ۱

پیشنهاد و پرستنامه بیمه عمر و تشکیل سرمایه (طرح سامان یار)

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... کد ملی: .....  
کد و تلفن منزل: ..... تلفن همراه: ..... درآمد تقریبی ماهانه از محل کلیه مشاغل: ..... ریال  
شغل اصلی و سایر مشاغل بیمه شده با شرح کامل شغل: .....  
تحصیلات: ..... وضعیت تاهل بیمه شده: متاهل ☐ مجرد ☐  
آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ خیر ☐ بله ☐ راننده ☐ ترک نشین ☐

آیا بیمه شده و بیمه گذار یکی هستند؟ خیر ☐ بله ☐ (در صورت مثبت بودن پاسخ، نیاز به تکمیل مشخصات بیمه گذار نمی باشد)

نام و نام خانوادگی/نام مؤسسه حقوقی: ..... نسبت با بیمه شده: .....  
تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... کد ملی: ..... تلفن همراه: ..... تحصیلات: .....  
شغل اصلی و سایر مشاغل بیمه گذار با شرح کامل شغل: .....  
درآمد تقریبی ماهانه از محل کلیه مشاغل: ..... ریال | کد مؤسسه اقتصادی: ..... شناسه ملی: .....  
آیا از موتور سیکلت استفاده می کنید؟ خیر ☐ بله ☐ راننده ☐ ترک نشین ☐

آدرس پستی جهت ارسال اوراق بیمه (الزاماً باید تکمیل گردد): استان و شهر: ..... کد پستی: .....  
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 بیمه نامه تا سن ۸۰ سالگی بیمه شده ☐ (یا برای مدت معین ..... سال)  
مدت طرح سامان یار: (تعداد سال هایی که در ابتدا حق بیمه پرداخت می گردد) ۵ ☐ ۱۰ ☐ ۱۵ ☐ ۲۰ ☐  
روش پرداخت حق بیمه: سالیانه ☐ سایر ☐:  
نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت: ..... درصد (حداکثر ۲۰ درصد) نرخ تعدیل سالیانه حق بیمه: ..... درصد (حداکثر ۲۵ درصد)  
نوع صندوق سرمایه گذاری: رشد ۱

آیا هزینه پوشش ها جداگانه پرداخت می شود؟ 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 هزینه های پزشکی بر اثر حادثه تا ..... درصد سرمایه فوت حادثی (حداکثر ۲۰٪ سرمایه فوت حادثی، 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 ۲۰٪ 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 کار افتادگی کامل  
☐ پوشش درآمد از کار افتادگی بیمه گذار در صورت از کار افتادگی کامل ۱ برابر ☐ یا ۲ برابر ☐ یا 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 بزرگسالان و ۱۴ بیماری برای کودکان تا سقف ..... ریال  
(تا سقف ۵ میلیارد ریال و حداکثر ۱۰۰٪ سرمایه فوت)

ذینفعان بیمه‌نامه در صورت فوت و حیات بیمه‌شده:

در صورت فوت هر یک از ذینفعان اولیه، منافع بیمه‌نامه به نسبت مشخص‌شده در جدول ذینفعان فوت، به سایر ذینفعان اولیه تعلق می‌گیرد. در صورت عدم انتخاب ذینفع فوت و با 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)، این قسمت را تکمیل نمایید:

| نوع بیمه | سرمایه بیمه در سال جاری | نام شرکت بیمه |
|----------|-------------------------|---------------|
|          |                         |               |

آیا دارای هر گونه بیمه 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، تأثیر دارد. پاسخ‌های گمراه‌کننده و یا اشتباه، می‌تواند باعث تغییر نرخ و شرایط بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه شود.

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱ | قد بیمه‌شده: .....cm ، وزن بیمه‌شده: .....kg                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ۲ | آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی یا مواد مخدر را دارید یا داشته‌اید؟<br>نوع مواد مصرفی: ..... آخرین تاریخ مصرف: ..... / ..... / ..... میزان مصرف روزانه: .....<br><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله                                                                                                                   |
| ۳ | آیا ورزش‌هایی را به صورت منظم انجام می‌دهید؟<br>نوع و سبک ورزش: .....<br><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله                                                                                                                                                                                                            |
| ۴ | آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده‌اید؟ (ضمیمه نمودن تصویر کارت معافیت الزامی است)<br>در صورت معافیت از خدمت، علت آن را توضیح دهید: .....<br><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله                                                                                                                                            |
| ۵ | آیا در یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه کرده‌اید؟<br>در صورت مثبت بودن پاسخ، علت و نتیجه آن را توضیح دهید: .....<br><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله                                                                                                                                                           |
| ۶ | آیا در شش ماه اخیر آزمایش خون انجام داده‌اید؟<br>در صورت مثبت بودن پاسخ، موارد غیر عادی در نتیجه آزمایش را توضیح دهید: .....<br><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله                                                                                                                                                     |
| ۷ | 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)<br>در صورت مثبت بودن پاسخ، به چه علت؟ ..... چه تاریخی؟ ..... / ..... / ..... چه مدت؟ ..... نام بیمارستان؟ .....<br><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله |
| ۸ | آیا باردار هستید؟ (در صورتی که بیمه‌شده خاتم می‌باشد به این سؤال پاسخ دهد)<br>در صورت مثبت بودن پاسخ، مدت‌زمان بارداری را بیان کنید: .....<br><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله                                                                                                                                       |

آیا سابقه ابتلا به بیماری های قلب، عروق، سرگیجه، فشار خون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و سایر ناراحتی های مرتبط، سابقه ابتلا به بیماری های دستگاه تنفس، سابقه بیماری های عفونی، سابقه ابتلا به بیماری های سرطانی، غددی سابقه بیماری های عصبی و شوکی، سکتة مغزی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگر در رابطه با اعصاب و روان، سابقه بیماری های هورمونی، ریوی، یرقان، کلیوی، بیماری های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر، سابقه ابتلا به بیماری گوارشی، کبد، پانکراس، خونریزی گوارشی و غیره، سابقه ابتلا به بیماری های زنان یا بیماریهای مربوط به دوران حاملگی (مربوط به بانوان)، سابقه ابتلا به کرونا و بیماری و یا عارضه دیگری که در بالا ذکر نشده است، دارید؟ خیر ☐ بله ☐

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: .....

• در صورتی که (بیمه شده) 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، در چه سنی و به چه علت فوت کرده اند؟

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

کد فرم: LIF224  
تجدید نظر: 00  
صفحه: ۴ از ۴

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 هرگونه 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 موردنظر 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 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 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: / /<br>ساعت: :     | تاریخ: / /<br>ساعت: :   | تاریخ: / /<br>ساعت: :         | تاریخ: / /<br>ساعت: :          |
| نام و امضاء بیمه گذار     | نام و امضاء بیمه شده    | نام، مهر و امضاء عامل فروش    | نام و امضاء مشاور              |

## اینجانب به عنوان نماینده / عامل فروش / کارگزار، اعلام داشته و گواهی می نمایم:

- شخصاً صحت امضای متقاضی بیمه نامه و همچنین بیمه شده را تأیید می نمایم.
- متقاضی 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 نموده ام.
- در نهایت حسن نیت در خصوص شرایط بیمه نامه، تعهدات طرفین و میزان ارزش بازخرید، اطلاعات کامل و دقیق به متقاضی ارائه نموده ام.

گواهی مربوط به عامل فروش

|                              |                             |                     |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| کد رهبر فروش:<br>تاریخ:      | کد شعبه:<br>کد عامل فروش:   | کد مشاور:<br>تاریخ: |
| نام، مهر و امضاء راهبر فروش: | نام، مهر و امضاء عامل فروش: | مهر و امضاء مشاور:  |

تاریخ: / /

بیمه سامان در صورت دریافت پیش پرداخت (حداقل ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال) از جانب بیمه گذار تا زمان صدور بیمه نامه و یا یک ماه پس از تکمیل پیشنهاد (هر کدام زودتر محقق شود) بیمه شده را تا میزان سرمایه درخواستی به شرط اینکه از سیصد میلیون ریال تجاوز ننماید، تحت پوشش بیمه فوت ناشی از حادثه قرار خواهد داد. ضمناً تعهد بیمه گر در قبال هرگونه دریافت وصول شده تا قبل از صدور بیمه نامه صرفاً به میزان پوشش موقت فوت حادثی می باشد.

گواهی رسید پیش پرداخت حق بیمه و صدور بیمه نامه موقت

بدینوسیله گواهی می شود که آقای / خانم ..... به عنوان بیمه گذار، 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، بیمه شده از تاریخ وصول این وجه توسط شرکت بیمه سامان، تحت پوشش موقت بیمه فوت در اثر حادثه می باشد.

نام بیمه شده: .....

سرمایه در اثر فوت حادثی: ..... ریال (سرمایه درج شده در پرسشنامه حداکثر تا سقف ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال)

امضاء بیمه گذار  
تاریخ:

نام، مهر و امضاء عامل فروش / مشاور / کارشناس شعبه

بیمه نامه موقت فوت در اثر حادثه