

پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه گذاری

بیمه گذار گرامی، خواهشمند است به تمام موارد این فرم با صداقت کامل و به صورت کامل و خوانا پاسخ دهید و سپس امضاء نمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه، صحت اطلاعات در این پیشنهاد و پاسخ های شما است و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. به منظور رعایت حقوق بیمه گذار و استفاده کنندگان بیمه نامه این فرم بدون هر گونه خط خوردگی و یا لاک گرفتگی پذیرفته خواهد شد.

کد رایانه: واحد صدور: نام و کد معرف: تاریخ تکمیل پیشنهاد:

مشخصات بیمه گذار (حدافل ۱۸ سال)	نام و نام خانوادگی/نام شرکت:
	شماره ملی(حقیقی)/شماره ثبت(حقوقی): شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: نام پدر:
	شغل اصلی: شغل فرعی: (توجه: لطفاً از عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید.)
	تاریخ تولد: / / ۱۳ جنسیت: ☐ زن ☐ مرد ☐ وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد ☐ میزان درآمد ماهیانه: ریال ☐ تلفن همراه (الزامی): محل سکونت(الزامی): استان، شهر و آدرس: محل کار: استان، شهر و آدرس: کد پستی(الزامی): ایمیل:

مشخصات بیمه شده	نسبت بیمه شده با متقاضی: ☐ خودم ☐ سایر (در صورت مثبت بودن پاسخ نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد.)
	نام و نام خانوادگی:
	شماره ملی: شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: نام پدر:
	شغل اصلی: شغل فرعی: (توجه: لطفاً از عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید.)
	تاریخ تولد: / / ۱۳ جنسیت: ☐ زن ☐ مرد ☐ وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد ☐ تلفن ثابت(با ذکر کد شهر - الزامی): تلفن همراه (الزامی): محل سکونت(الزامی): استان، شهر و آدرس: محل کار: استان، شهر و آدرس: کد پستی (الزامی):

مشخصات بیمه مورد درخواست	۱- ☐ قسط حق بیمه: ریال ☐ حق بیمه یکجا: ریال	۲- تعداد اقساط درسال: یک قسط ☐ دوقسط ☐ چهارقسط ☐ دوازده قسط ☐	۳- ضریب افزایش سالانه حق بیمه: ☐ ۲۵٪ ☐ ۲۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۵٪ ☐ صفر
	۴- سرمایه فوت به هر علت: ریال	۵- ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: صفر ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪ ☐	۶- مدت بیمه نامه: سال
	۷- پوشش فوت در اثر حادثه: بلی (یک برابر ☐ دوبرابر ☐ سه برابر ☐ چهاربرابر ☐ سرمایه فوت به هر علت) - خیر ☐ ۷-۱ - نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) ناشی از حادثه: بلی ☐ خیر ☐ ۷-۲ هزینه های پزشکی ناشی از حادثه: بلی (۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪ ☐ سرمایه فوت به هر علت) - خیر ☐		
	۹- پوشش امراض خاص: بلی (۱۰٪ ☐ ۲۰٪ ☐ ۳۰٪ ☐ ۴۰٪ ☐ ۵۰٪ ☐ سرمایه فوت به هر علت) - خیر ☐ به صورت گرامتی و به شرط احراز هریک از بیماری های خاص		
	۸- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم (ناشی از حادثه یا بیماری) بلی ☐ خیر ☐ (در صورتی که بیمه گذار با بیمه شده یکی نباشد پوشش معافیت در صورت فوت بیمه گذار نیز برقرار خواهد بود.) ۸-۱ پوشش مستمری از کارافتادگی: بلی (یک برابر ☐ دو برابر ☐ سه برابر ☐ چهار برابر ☐ حق بیمه سالانه) - خیر ☐ ۱۰- مبلغ اندوخته اولیه(واریز متفرقه): ریال ۱۱- آیا حق بیمه پوششهای اضافی از حق بیمه اصلی کسر گردد؟ بلی ☐ خیر ☐		

نام و نام خانوادگی	شماره ملی	نسبت با بیمه شده	جنسیت	تاریخ تولد دینفع	درصد سهم	اولویت	چاپ	در صورت فوت
							۱	
							۲	
							۱	
							۲	
							۳	
							۴	

آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادره شده، در جریان صدور یا رد صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن جدول ذیل را تکمیل نمایید.	نام شرکت بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه فوت(ریال)	توضیحات / دلیل رد یا صدور
بلی ☐ خیر ☐				
آیا در حال حاضر بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارید؟ خیر ☐ بلی ☐ لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.				

نام و نام خانوادگی بیمه شده:.....

کد ملی بیمه شده:.....

بیمه شده		بیمه گذار	
۱	قدیمه شدهسانتی متر وزن بیمه شدهکیلوگرم	۱	قد بیمه گذارسانتی متر وزن بیمه گذارکیلوگرم
۲	(مخصوص آقایان) آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید: ☐ خیر ☐ بلی در صورت معافیت پزشکی علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه بیان نمایید.....	۲	(مخصوص آقایان) آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید: ☐ خیر ☐ بلی در صورت معافیت پزشکی علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه بیان نمایید.....
۳	آیا از موتور سیکلت به طور مستمر استفاده می نمایید؟ ☐ خیر ☐ بلی	۳	آیا از موتور سیکلت به طور مستمر استفاده می نمایید؟ ☐ خیر ☐ بلی
۴	آیا ورزش حرفه ای، مسافرت‌های مستمر و یا فعالیتهای جنبی دیگر انجام می دهید؟.....	۴	آیا ورزش حرفه ای، مسافرت‌های مستمر و یا فعالیتهای جنبی دیگر انجام می دهید؟.....
۵	وضعیت سلامت افراد خانواده پدر: سن نوع بیماری علت فوت مادر: سن نوع بیماری علت فوت	۵	وضعیت سلامت افراد خانواده پدر: سن نوع بیماری علت فوت مادر: سن نوع بیماری علت فوت
سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده		سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه گذار	
۶	بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکت قلبی	۶	بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکت قلبی
۷	بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم)	۷	بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم)
۸	بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند(دیابت)	۸	بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند(دیابت)
۹	بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی ها و تالاسمی	۹	بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی ها و تالاسمی
۱۰	بیماری های افسردگی، تشنج و سکت مغزی و ام اس	۱۰	بیماری های افسردگی، تشنج و سکت مغزی و ام اس
۱۱	سرطان ها (پوست، معده، مغز و غیره)	۱۱	سرطان ها (پوست، معده، مغز و غیره)
۱۲	بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی	۱۲	بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی
۱۳	بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز	۱۳	بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز
۱۴	بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و غیره	۱۴	بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و غیره
۱۵	مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)	۱۵	مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)
۱۶	استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه	۱۶	استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه
۱۷	آیا از سیگار(قلیان) استفاده می نمایید؟..... نخ باردروز	۱۷	آیا از سیگار(قلیان) استفاده می نمایید؟..... نخ باردروز
۱۸	آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟	۱۸	آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟
۱۹	آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟	۱۹	آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟
۲۰	آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟	۲۰	آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟
۲۱	آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟	۲۱	آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟
۲۲	آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟ کدام ناحیه؟.....چند درصد؟.....	۲۲	آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟ کدام ناحیه؟.....چند درصد؟.....
۲۳	در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق با ذکر بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه شده را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را بیان نمایید)	۲۳	در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق با ذکر بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه گذار را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را بیان نمایید)

امضاء بیمه شده و بیمه گذار

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌داریم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از مقررات و شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرارداد می باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می‌نماییم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث ابطال قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

نام و نام خانوادگی بیمه گذار / تاریخ / امضاء:.....

نام و نام خانوادگی بیمه شده / ولی یا قیم بیمه شده / تاریخ / امضاء:.....

معرف (بازاریاب)

اینجانب/اینجانبان شخصاً بیمه گذار بیمه نامه و بیمه شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کافی و دقیق در باره شرایط بیمه نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخريد آن، صحت امضاء بیمه گذار بیمه نامه و بیمه شده را تایید می‌نمایم.

نام و نام خانوادگی بازاریاب / تاریخ / امضاء:.....

نام و نام خانوادگی معرف / تاریخ / امضاء / مهر:.....

نظر پزشک معتمد شرکت

نظر نهایی

مهر و امضای پزشک معتمد / تاریخ:.....

امضا / تاریخ:.....

شرکت کارگزاری رسمی بیمه برخط سانا حامی (بیمه گستر)

بسمه تعالی

اینجانب آقای / خانم: با کد ملی: بعنوان متقاضی بیمه نامه زندگی (عمر) از شرکت بیمه: نزد شرکت کارگزاری رسمی بیمه سانا حامی کد ۱۹۶۰ بیمه مرکزی (بیمه گستر) با آگاهی کامل و دقیق از کلیه مفاد و شرایط بیمه نامه بخصوص موارد زیر اقدام به خرید بیمه نامه نموده ام:

* کلیه سوالات پزشکی در فرم پیشنهاد را بدرستی و با صداقت کامل و بدون کتمان حقایق یا اظهار خلاف واقع پاسخ داده ام و در صورتی که مطلبی خلاف اظهارات بنده اثبات گردد شرکت بیمه حق ابطال بیمه نامه بدون برگشت وجه حق بیمه های پرداختی و خسارت احتمالی را دارد و نماینده فروش و کارگزاری مسولیتی در این خصوص ندارند.

** با توجه به اینکه بابت پوششهای بیمه ای حق بیمه کسر میگردد در صورتی که بیمه نامه را طی ۵ سال اول قرارداد فسخ نمایم، مبلغی کمتر از جمع مبالغ پرداختی به شرکت بیمه به اینجانب برگشت داده میشود.

*** مبلغ حق بیمه را بر اساس شناسه پرداخت صادر شده فقط به حساب شرکت بیمه واریز و از پرداخت وجه به حساب نماینده فروش خودداری نمایم در غیر این صورت کارگزاری هیچ گونه مسولیتی در خصوص خسارتهای احتمالی ندارند.

**** جهت حفظ پوششهای بیمه ای در صورت عدم پرداخت اقساط در سررسید مقرر، شرکت بیمه اجازه برداشت حق بیمه مربوط به پوششهای بیمه ای را از محل اندوخته بیمه نامه دارد و زمانی که اندوخته به صفر برسد قرارداد تعلیق میگردد.

اینجانب کد ملی کد نمایندگی فروش بعنوان مشاور بیمه گذار و نماینده فروش بیمه گستر، صحت امضای بیمه گذار و بیمه شده را در فرم پیشنهاد بیمه و سایر اوراق پیوست تایید مینمایم و همچنین شخصا بیمه شده را رویت نموده و سلامت ظاهری بیمه شده مورد تایید اینجانب میباشد.

امضا و اثر انگشت بیمه شده

امضا و اثر انگشت متقاضی بیمه نامه (بیمه گذار)

امضا و اثر انگشت مشاور (نماینده فروش)