



مشخصات بیمه گذار	نام و نام خانوادگی / نام شرکت:	نام پدر:	محل تولد:	محل صدور:	تاریخ تولد:																																															
	کد اقتصادی (اشخاص حقوقی):	شماره ثبت (اشخاص حقوقی):	وضعیت نظام وظیفه:	شماره ملی:	شماره شناسنامه:																																															
مشخصات بیمه شده	شغل (با شرح):	جنسیت: ☐ زن ☐ مرد	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	تبعیت / وضعیت اقامت:	آخرین مدرک تحصیلی:																																															
	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	تلفن ثابت:	تلفن همراه:																																															
مشخصات بیمه	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	محل تولد:	محل صدور:	تاریخ تولد:																																															
	شماره ملی:	نسبت با بیمه گذار:	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	تلفن ثابت:	تلفن همراه:																																															
سپرده اولیه:	ریال نحوه پرداخت حق بیمه: ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه ☐																																																			
	مدت بیمه نامه: (از ۵ تا ۳۰ سال مشروط به آن که سن بیمه شده به اضافه مدت بیمه نامه از ۹۰ سال تجاوز ننماید).																																																			
مبلغ حق بیمه در شروع قرارداد (به عدد):	ریال به حروف: ریال																																																			
	افزایش سالیانه حق بیمه: عدم افزایش ☐ ۵ درصد ☐ ۱۰ درصد ☐ ۱۵ درصد ☐ ۲۰ درصد ☐																																																			
سرمایه درخواست شده در صورت فوت (به عدد):	ریال به حروف: ریال																																																			
	(سرمایه فوت از حداقل ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تا حداکثر ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال است.)																																																			
افزایش سالیانه سرمایه بیمه عمر:	عدم افزایش ☐ ۵ درصد ☐ ۱۰ درصد ☐ ۱۵ درصد ☐ ۲۰ درصد ☐ (درصد افزایش سرمایه باید کوچکتر یا مساوی درصد افزایش حق بیمه در سال باشد).																																																			
	* به صورت پیش فرض حق بیمه پوشش های تکمیلی و مالیات در داخل حق بیمه اصلی محاسبه می شود در صورت تمایل به انتخاب طرح متفاوت یکی از دو حالت را انتخاب فرمایید: حق بیمه پوشش ها و مالیات خارج از حق بیمه محاسبه شود ☐ مالیات خارج از حق بیمه محاسبه شود ☐																																																			
پوشش های تکمیلی	سرمایه فوت بر اثر حادثه: عدم درخواست ☐ یک برابر سرمایه فوت ☐ دو برابر سرمایه فوت ☐ سه برابر سرمایه فوت ☐																																																			
	سرمایه از کار افتادگی و نقص عضو جزئی و کلی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می باشد):																																																			
سرمایه فوت بر اثر حادثه:	عدم درخواست ☐ ۵۰ درصد سرمایه فوت ☐ ۱۰۰ درصد سرمایه فوت ☐ ۱۵۰ درصد سرمایه فوت ☐ ۲۰۰ درصد سرمایه فوت ☐																																																			
	(سرمایه بیمه از کار افتادگی و نقص عضو کوچکتر یا مساوی سرمایه فوت بر اثر حادثه می باشد)																																																			
سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می باشد):	بلی ☐ خیر ☐																																																			
	بیمه گذار و بیمه شده یکسان: پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کار افتادگی کلی: بلی ☐ خیر ☐																																																			
بیمه گذار و بیمه شده متفاوت:	پوشش معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت: بلی ☐ خیر ☐																																																			
	پوشش معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی: بلی ☐ خیر ☐																																																			
سرمایه بیماری های خاص (سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی قلب باز، پیوند اعضای اصلی بدن):	بلی ☐ خیر ☐																																																			
	سرمایه سرطان: بلی ☐ خیر ☐																																																			
ذینفع در صورت حیات: بیمه گذار: ☐ یا بیمه شده: ☐	(در صورت تمایل به تعیین ذینفع حیات به غیر از بیمه گذار و بیمه شده کادر زیر تکمیل گردد.)																																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> <th>شماره ملی</th> <th>تاریخ تولد</th> <th>نام پدر</th> <th>نسبت با بیمه شده</th> <th>درصد سهم</th> <th>اولویت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۴</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۵</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت	۱								۲								۳								۴								۵						
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت																																													
۱																																																				
۲																																																				
۳																																																				
۴																																																				
۵																																																				

۱- چنانچه در حال حاضر در این شرکت یا شرکت دیگری بیمه زندگی برای شما صادر گردیده و یا در جریان صدور می باشد نوع بیمه، سرمایه فوت، تاریخ شروع، مدت قرارداد و تاریخ شروع بیمه نامه را ذکر نمائید.

ارزیابی سلامت بیمه‌شده و بیمه‌گذار

قد بیمه‌شده:	وزن بیمه‌شده:	قد بیمه‌گذار:	وزن بیمه‌گذار:
۱	آیا معافیت پزشکی خدمت وظیفه دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۲	آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۳	آیا از موتور سیکلت به طور مداوم استفاده می‌نمایید؟	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۴	آیا دارای سابقه بیماری‌های قلبی، دستگاه گردش خون (مانند سکته قلبی یا مغزی)، اعصاب و روان (مانند صرع یا افسردگی)، دستگاه تنفس، دستگاه گوارش، دستگاه ادراری - تناسلی، مفاصل و استخوانها، غدد داخلی (مانند دیابت)، انواع سرطان و بیماری‌های خود ایمنی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً نام بیماری و تاریخ ابتلاء و شروع آن را به همراه نام و میزان داروی مصرفی ذکر فرمایید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
ارائه پوشش بیمه‌ای برای بانوان باردار، از یکماه پس از زایمان امکان‌پذیر می‌باشد.			
۵	آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما فردی به بیماری خاصی مبتلا است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیماری را ذکر فرمایید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۶	آیا در حال حاضر تحت نظر یا درمان پزشک می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً علت، نام و میزان داروی مصرفی را ذکر فرمایید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۷	آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐

اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) با آگاهی کامل و پذیرش شرایط و مقررات حاکم بر بیمه‌نامه‌های بیمه زندگی خاورمیانه نسبت به تکمیل پرسش‌های فوق اقدام نموده‌ایم و با امضا ذیل این برگ اعلام می‌نمایم که کلیه پاسخ‌های ارائه شده در این فرم کاملاً صحیح و مطابق واقع است و مطلعیم که بر اساس ماده ۱۲ قانون بیمه، هرگونه اظهار خلاف واقع یا کتمان واقعیت درباره وضع سلامت بیمه‌شده سبب ابطال قرارداد و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه خاورمیانه مجاز است در هر زمان که لازم بداند جهت کسب اطلاعات موردنیاز به پزشک یا پزشکان معالج‌مان مراجعه نماید و هرگونه تحقیق را در خصوص سوابق پزشکی‌مان به عمل آورد و اینجانبان متعهد می‌گردیم جهت انجام معاینات و آزمایشات پزشکی همکاری لازم را به عمل آوریم.

اینجانب کارگزار/ نماینده شخصاً بیمه‌گذار و بیمه‌شده بیمه‌نامه را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کامل و دقیق درخصوص شرایط بیمه‌نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرید آن، صحت امضای ایشان را تایید می‌نمایم.

*** واریز پیش قسط از سوی بیمه‌گذار هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید و شروع تعهد بیمه‌گر منوط به صدور بیمه‌نامه و وصول کامل قسط اول حق بیمه می‌باشد.***

نام و امضاء بیمه‌گذار:	نام و امضاء بیمه‌شده:	نام، کد و امضاء نماینده / کارگزار:	نام و امضاء مدیرارشد / مدیر فروش:
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:

"در صورتیکه در هر زمان و به هر صورت عدم انتساب امضاهای فوق به بیمه‌شده و یا بیمه‌گذار اثبات گردد، بیمه‌نامه فاقد اعتبار بوده و شرکت تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت."

"کادر ذیل توسط کارشناسان بیمه تکمیل می‌گردد"

ارزیابی پزشکی	نظر پزشک معتمد
*با توجه به سن و سرمایه درخواستی و بررسی فرم پیشنهاد، فرد نیاز به انجام چکاپ: دارد ☐ ندارد ☐	نظر نهایی پزشک معتمد: رد پیشنهاد ☐ قبول پیشنهاد ☐
*با توجه به بررسی فرم پیشنهاد فوق، فرد نیاز به انجام چکاپ تکمیلی: دارد ☐ ندارد ☐	قابل قبول با اعمال اضافه نرخ ☐ علت رد پیشنهاد یا اضافه نرخ اعمالی:
امضاء ارزیاب ریسک:	امضاء پزشک معتمد:

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)