






جهت ضمیمه :

شرح تغییرات	تاریخ	شماره تجدید نظر	شماره صفحه	کلیه
صدر اولیه	1397/06/20	00		کلیه - - -
حذف پوشش خانه سبز از صفحه 1 (مشخصات بیمه)، افزودن قابلیت درج مبلغ درخواستی برای پوشش بیماری‌های خاص در بند مشخصات بیمه، جایجایی پوشش درمان از صفحه 1 به صفحه 4، اصلاح عبارات قسمت استفاده‌کنندگان و جداول ذینفعان فوت و حیات، جدول بندی سوالات عمومی پزشکی از بیمه شده، اطلاع‌رسانی در مورد ارائه تخفیفات بیمه‌نامه آتش‌سوزی، بیمه‌نامه سرقت تجهیزات الکترونیک، بیمه‌نامه بدنه اتومبیل و بیمه‌نامه درمان تکمیلی خانواده در صورت صدور بیمه‌نامه عمر، حذف کامل "پوشش خانه سبز	1399/01/23	01		کلیه - - -
منسوخ سازی LIF001 و ادغام با LIF141، بازیگری کلی (به روزرسانی مشخصات بیمه شده و حذف کدیستی، مدرک تحصیلی تاهل، نام پدر، سایر مشاغل و نشانی محل کار، بروزرسانی مشخصات بیمه گذار، حذف باکس شخصیت حقوقی بیمه گذار، ادغام سوالات حقیقی و حقوقی، تفکیک باکس مشخصات بیمه از پوشش تکمیلی، اصلاح صندوقها، به روزرسانی پوششهای تکمیلی، به روزرسانی استفاده کنندگان و تعداد ایشان و حذف جدول ذینفعان حیات، دسته بندی وضعیت بیمه نامه ها در بند سابقه بیمه ای و حذف تذکر عدم اطلاع رسانی سایر بیمه نامه ها و اضافه شدن سوال بیمه خدمات درمانی، اصلاح سوالات پزشکی، حذف فرزندان از افراد درجه یک، اصلاح محتوای تائیدیه بیمه گذار، اضافه شدن آیتم تخفیفات، حذف صفحه مربوط به مطالعه متقاضی، ادغام و اصلاح سوالات عاملین فروش با گواهی ایشان)	1400/04/15	02		کلیه - - -
افزودن " وضعیت تاهل " و " تحصیلات " در قسمت مشخصات بیمه شده، افزودن " تحصیلات " در قسمت مشخصات بیمه گذار.	1401/06/03	03	1	صفحه 1
اصلاح سقف پوشش فوت حادثی و نقص عضو دائم بر اثر حادثه	1401/08/09	04	1	صفحه 1

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده/بازنگری کننده
هادی رئیس زاده  1401/08/18	فرزاد فروغی  1401/08/17	شیمیا آراء  1401/08/17
		نگین فیروز  1401/08/17
		غزاله سادات فخارزاده  1401/08/17

کد فرم: LIF141  
تجدید نظر: 04  
صفحه: ۱ از ۴

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: متأهل  مجرد   
 آیا از موتورسیکلت استفاده می‌کنید؟ خیر  بله : راننده  ترک نشین

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

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 می‌کنید؟ 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)  
 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: ریسک زیاد  ریسک متوسط  ریسک کم  رشد ۱  صندوق سرمایه گذاری رشد

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 ..... 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 از کارافتادگی 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 و دریافت هزینه‌های ۶ بیماری تا سقف ..... ریال (تا سقف ۵۰٪ سرمایه فوت و حداکثر ۳۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال)  
**سه پوشش زیر تنها در صورت انتخاب صندوق رشد ۱ و از سن ۲ سال به بالا (تا سقف ۵ میلیارد ریال و حداکثر ۱۰۰٪ سرمایه فوت) قابل ارائه می‌باشد:**  
 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 بیمه شده:

امضاء بیمه گذار:

کد فرم: LIF141  
تجدید نظر: 04  
صفحه: ۲ از ۴

پیشنهاد و پریشنامه بیمه‌عمر و تشکیل سرمایه سامان

ذینفعان 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:

تاریخ خرید	وضعیت بیمه‌نامه	نام شرکت بیمه	سرمایه بیمه در سال جاری	نوع بیمه
	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.

۱. قد بیمه‌شده: ..... cm، وزن بیمه‌شده: ..... kg، تغییرات وزن در سه ماه اخیر،  کاهش وزن  افزایش وزن ..... kg

۲. 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

۳. آیا ورزش‌هایی را به صورت منظم انجام می‌دهید؟  
نوع و سبک ورزش: .....  
 خیر  بله

۴. 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

۵. 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

۶. 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

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)  
در صورت مثبت بودن پاسخ، به چه علت؟ / / چه تاریخی؟ / / چه مدت؟ ..... نام بیمارستان؟ .....  
 خیر  بله

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

گواهی مربوط به عامل فروش

### 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 باز خرید، اطلاعات کامل و دقیق به متقاضی ارائه نموده ام.

کد مشاور: تاریخ:	کد شعبه: کد عامل فروش:	کد راهبر فروش: تاریخ:
مهر و امضاء مشاور:	نام، مهر و امضاء عامل فروش:	نام، مهر و امضاء راهبر فروش:

تاریخ: / /

بیمه نامه موقت فوت در اثر حادثه

بیمه سامان در صورت دریافت پیش پرداخت (حداقل ۲/۰۰۰/۰۰۰ 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 صد و پنجاه 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 ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال)

امضاء بیمه گذار  
تاریخ:

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



تاریخ: .....

شماره پیشنهاد / بیمه نامه: .....

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)