



بیشترها دیگر

متخصصی محترم، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحبت این جواب‌ها و کامل بودن آن‌ها شرط اصلی معتبریودن بیمه زندگی مان می‌پاشد. تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی‌نماید.

نام / شرکت:	.....	
نام خانوادگی:	.....	
کد ملی / شناسه ملی:	نام پدر:	.....	.....
شماره شناسنامه / شماره ثبت:	.....	.....	.....
محل صدور / محل ثبت:	محل تولد:	..... / ..... / .....	تاریخ تولد:
سطح تحصیلات:	تابعیت:	.....	وضعیت تأهل: <input checked="" type="radio"/> مجرد <input type="radio"/> متاهل
درآمد ماهیانه:	مشاغل فرعی:	.....	شغل اصلی:
ریال	.....	.....	.....
کد پستی:	.....	.....	نشانی:
پست الکترونیکی:	تلفن همراه:	.....	تلفن ثابت:

نیابت بیمه شونده با مقاضی:	<input type="radio"/> خودم	<input checked="" type="radio"/> سایر	(توجه: در صورتی که متقاضی و بیمه شونده شخص واحدی باشد نیاز به تکمیل این قسمت نیست)
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:
شماره ثبت اسناده:	تاریخ تولد:	محل تولد:	محل صدور:
جنسیت: مرد <input type="radio"/>	زن <input checked="" type="radio"/>	وضعیت تأهل: مجرد <input type="radio"/>	متاهل <input checked="" type="radio"/>
شغل اصلی:	مشاغل فرعی:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:
نشانی:	کد پستی:	پست الکترونیک:	

روش پرداخت: ماهیانه سه ماهه شش ماهه سالیانه یکجا

بیوشنش‌های تکمیلی در خواستی (که منوط به کسر حق بیمه از کل حق بیمه پرداختی می‌باشد)

- | | |
|--|---|
| <p>برای ارائه بوسش های فوق باید بیمه شونده و متقاضی سخنچ وحدی بوده و شاغل باشد</p> <p>(در حدود ۵۰٪ درصد)</p> | <p>۱ برابر آخرين حق بيمه در پرداخت</p> |
| <p>ب) ط عمده دهنده انتظار (حداکثر ۲۵٪ درصد)</p> | <p>۲ برابر سرمایه فوت به هر علت</p> |
| <p>ب) بوسش تكميلي سرتان به ميزان در حدود سرمایه فوت به هر علت (حداکثر ۲۵٪ درصد)</p> | <p>۳ برابر سرمایه فوت به علت حداده :</p> |
| <p>فوت به هر علت پس از طی ۳ ماه دوره انتظار (حداکثر ۲۵٪ درصد)</p> | <p>پوشش تكميلي دريافت مستمره در صورت از کار افتادگي کامل و دائم بيمه شده ناشي از حداده :</p> |
| <p>ب) بوسش تكميلي بيماريهاي خاص و بيوند اعضا به ميزان در حدود سرمایه</p> | <p>پوشش تكميلي معافيت از پرداخت حق بيمه (خطير فوت و سرمایه گذاري) در صورت از کار افتادگي کامل و دائم بيمه شده ناشي از حداده</p> |

آیا مایل هستید در صورت تأخیر در پرداخت حق بیمه پوشش های تکمیلی حوادث، حق بیمه پوشش های مذکور از اندوخته بیمه نامه تامین گردد؟

نام و نام خانوادگی **نام و نام خانوادگی** شماره شناسنامه **شماره شناسنامه** تاریخ تولد **تاریخ تولد** کد ملی **کد ملی** درصد سهم **درصد سهم** اولولیت **اولولیت** سیاست پیشگیری **سیاست پیشگیری** امور امنیتی **امور امنیتی** امور اقتصادی **امور اقتصادی** امور اجتماعی **امور اجتماعی** امور دیپلماتی **امور دیپلماتی** امور فرهنگی **امور فرهنگی**

استفاده کننده (خان) از سرویسهای پیام رسانی در صورت حیات پیمه تسد : بیمه کاردار پیمه تسد پیام رسانی به تسویه زیر:

نام و نام حاکوادی	نام پدر	کد ملی	سازمانه سنتانسته	تاریخ تولد	کدیستی با پیمده شده	اوپولیت	درصد سهم
-------------------	---------	--------	------------------	------------	---------------------	---------	----------

^{۱۰} لطفاً نام بیمه گر پایه و شماره بیمه دفترچه درمانی خود را در صورت وجود بتوانید؟

(۲) ایا در مال حاضر پیمہ نامه یا پیشنهاد در جریان صدور بیمه زندگی و محدث اقراضی داردید؟ بلی خیر (در صورت ثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمائید)

(۱) ایا نکون پیشنهاد مده زندگی به سرت بینه ای داده اید که مورده موافقت بخوبته باشد

نام نسوبت بیمه‌ای	نوع بیمه	در جزیره‌ها صدور / عدم صدور	سماره بیمه نامه / پیشنهاد	سرمایه‌های قوت (پیال)	در صورت عدم حضور بیمه نامه، عالت را ترسیح دهد
-------------------	----------	-----------------------------	---------------------------	-----------------------	---

۱) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) به بیماری عفونی (از جمله سل، هپاتیت، ایدز و ...) سرطان، بیماری قلبی، بیماری ریوی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ نام برده و توضیح دهید؟

۲) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) زیر سن ۶۵ سال فوت نموده است؟ نام برده و علت فوت را توضیح دهید؟

۱) وضعیت خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام در حال انجام معافیت غیر پزشکی معافیت پزشکی علت معافیت پزشکی:

۲) قدر بیمه شونده: سانتی مترا زن بیمه شونده: کیلو گرم

۳) در صورت مصرف یا ترک سیگار مشروبات الکلی مواد مخدر قلندر میزان، نوع و مدت مصرف یا مدت زمان ترک را ذکر نماید؟

۴) آیا در حواله ماه گذشته تغییرات وزن داشته اید؟ خیر میزان افزایش / کاهش وزن: کیلوگرم علت افزایش / کاهش وزن:

۵) آیا ظرف شش ماه گذشته از مایه اینجام داده اید؟ خیر نوع ازماش: بیلی بیلی و خوش

۶) آیا دچار نقص عضو / از کار افتادگی شده اید؟ خیر در چه ناحیه ای / به چه میزان؟ بیلی بیلی و خوش

۷) آیا از داروبرای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ خیر میزان مصرف: نوع دارو:

۸) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ یا بستری شده اید؟ خیر به چه علت؟ در چه تاریخی: نام پزشک معالج:

۹) آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ خیر بیلی بیلی و خوش

۱۰) آیا به تاریخی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت ثابت بودن پاسخ هر یک از موارد، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج:

بیماری	بیماری
بیماریهای غدد داخلی نظریه تبروئین، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و ...	بیماریهای عفونی مانند سل، هپاتیت، حصیب، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و ...
بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سنگ کلیه و ...	بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر
بیماریهای خونی، ساقبه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدnon علت و ...	بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، سرگچه و ...
بیماری قلب و عروق، بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکته قلبی، واریس	بیماریهای پوست، خالهای بزرگ، خالهای تغییر رنگ یافته، خونریزیهای زیر پوستی
بیماری های داخلی، تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...	بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، درد های عضلانی و ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و ...
بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، اقدام به خودکشی و ...	
آیا بیماریهای زنانه داشته اید؟	سوال مخصوص پالتوان آیا در حال حاضر باردار هستید؟

۱۱) آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در موارد فوق ذکر نشده باشد؟

توضیحات:

تأثیر اتفاقات

این جایان (متقارضی و بیمه شونده) اعلام می نماییم که کلیه مقاد فرم پیشنهاد، شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط عمومی پوشش های تکمیلی را به عنوان شروط ضمن العقد مطالعه نموده و به کلیه سوالات شخصاً با صداقت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار نظر خلاف واقع و یا خودداری از واقع گویی به عدم. به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه زندگی و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مراجی و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند.

نام و امضاء متقاضی: تاریخ:

در صورتیکه در هر زمان در طول مدت بیمه نامه یا پس از فوت بیمه شده مشخص گردد که بیمه شده مواد مخدر یا روان گردان با مشروبات الکلی استفاده نموده باشد ولو یک مرتبه، شرکت بیمه گر هیچگونه تعهدی در خصوص پوشش های این بیمه نامه نداشت.

این پیشنهاد بدون امضا و اثر انگشت شخص بیمه شونده و برای افسراد دارای سن کمتر از ۱۸ سال تمام بدون امضا و اثر انگشت ولی یا قیم قانونی بیمه شونده فاقد اعتبار بوده و بیمه گر تعهدی در خصوص پوشش های موضوع این بیمه نامه نداشت.

بدینوسیله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانب رویت گردیده و بیمه شونده از نظر ظاهری سالم باشد. نام، مهر و کد نماینده یا کارگزار: تاریخ:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر قهایی کارشناس صدور شعبه یا شبکه فروش

اظهار نظر پزشک معتمد شرکت

اظهار نظر اوایله کارشناس صدور شعبه یا شبکه فروش

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری:	۱) با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی فرم پیشنهاد، بیمه شونده نیاز به انجام معاینات پزشکی: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>	۱) صدور بیمه نامه با توجه به انجام آزمایشات: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>
با نوش عادی بالامانع است	نوع ازماش:	در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست: سوالهای بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/>
با اضافه نوش درصد به علت بالامانع است	۲) با توجه به پرسنی اطلاعات فرم پیشنهاد (یا نتایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی:	در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست: سوالهای بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/>
به علت احکام بذریز نمی باشد	تایید می گردد <input type="checkbox"/> با در نظر گرفتن درصد احتمال افزایش فوت تایید می گردد <input type="checkbox"/> به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت نام، امضاء و مهر پزشک معتمد: تاریخ / /	در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست: سوالهای بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/>
نام و امضاء کارشناس نهایی صدور: تاریخ / /	تاریخ / /	نام و امضاء کارشناس اوایله صدور یا شبکه فروش: تاریخ / /
شماره بیمه نامه: شماره پیشنهاد: تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: / /		

 شرکت کارگزاری رسمی بیمه برخط سانا حامی (بیمه گستر)

بسمه تعالیٰ

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 اضهار 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 درصورتی 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 سرسید 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 تعليق 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 شخصاً بیمه شده را رویت نموده و سلامت ظاهری بیمه شده مورد تایید اینجانب میباشد.