



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 مادر زادی یا 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  انجام نداده ام  در حال انجام  معافیت غیر پزشکی  معافیت پزشکی  علت معافیت پزشکی:
- ۲) قد بیمه شونده: ..... سانتی متر وزن بیمه شونده: ..... کیلو گرم
- ۳) در صورت مصرف یا ترک سیگار  مشروبات الکلی  مواد مخدر  قلیان  میزان، نوع و مدت مصرف یا مدت زمان ترک را ذکر نمایید؟
- ۴) آیا در دوازده ماه گذشته تغییرات وزن داشته اید؟  بلی  خیر  میزان افزایش / کاهش وزن: ..... کیلوگرم علت افزایش / کاهش وزن:
- ۵) آیا ظرف شش ماه گذشته از مایشی انجام داده اید؟  بلی  خیر  نوع آزمایش؟
- ۶) آیا دچار نقص عضو / از کار افتادگی شده اید؟  بلی  خیر  در چه ناحیه ای / به چه میزان؟
- ۷) آیا از دارو برای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟  بلی  خیر  نوع دارو: ..... میزان مصرف: ..... مدت مصرف:
- ۸) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ یا بستری شده اید؟  بلی  خیر  به چه علت؟ ..... در چه تاریخی: ..... نام پزشک معالج:
- ۹) آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟  بلی  خیر
- ۱۰) آیا به ناراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج:

بیماری	با بلی یا خیر پاسخ دهید	بیماری	با بلی یا خیر پاسخ دهید
بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و ...	<input type="checkbox"/>	بیماریهای دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، خلت چرکی یا خونی، تنگی نفس و...)	<input type="checkbox"/>
سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، حبسه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و ...	<input type="checkbox"/>	بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سنگ کلیه و ...	<input type="checkbox"/>
بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر	<input type="checkbox"/>	بیماری خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و ...	<input type="checkbox"/>
بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، سرگیجه و ...	<input type="checkbox"/>	بیماری قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکته قلبی، واریس	<input type="checkbox"/>
بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ، خالهای تغییر رنگ یافته، خونریزیهای زیر پوستی	<input type="checkbox"/>	بیماری های داخلی، تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...	<input type="checkbox"/>
بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، درد های عملائی و ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و ...	<input type="checkbox"/>	بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، اقدام به خودکشی و ...	<input type="checkbox"/>
سوال مخصوص بانوان: آیا در حال حاضر باردار هستید؟	<input type="checkbox"/>	آیا بیماریهای زنانه داشته اید؟	<input type="checkbox"/>

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

توضیحات:

تائید اظهارات

اینجانبان (متقاضی و بیمه شونده) اعلام می نمایم که کلیه مفاد 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 عمد، 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 مزاجی و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند. نام و امضای متقاضی: ..... نام و امضای بیمه شونده: ..... 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 یا مشروبات الکلی استفاده نموده باشد ولو یک مرتبه، شرکت بیمه گر هیچگونه تعهدی در خصوص پوشش های این بیمه نامه نخواهد داشت. 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 نخواهد داشت.

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

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور شعبه یا شبکه فروش	اظهار نظر پزشک معتمد شرکت	اظهار نظر نهایی کارشناس صدور
۱) صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>	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"/>	صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری:
در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست:	نوع آزمایش:	با نرخ عادی یا مانع است <input type="checkbox"/>
سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/>	۲) با توجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد (یا نتایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی:	با اضافه نرخ ..... درصد به علت ..... یا مانع است <input type="checkbox"/>
سن بیمه شونده <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....	تایید می گردد <input type="checkbox"/>	به علت ..... امکان پذیر نمی باشد <input type="checkbox"/>
میزان اضافه نرخ قد و وزن: .....	با در نظر گرفتن ..... درصد احتمال افزایش فوت تایید می گردد <input type="checkbox"/>	نام و امضای کارشناس نهایی صدور: .....
نام و امضای کارشناس اولیه صدور یا شبکه فروش: .....	به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت .....	تاریخ: .....
تاریخ: .....	نام، امضا، مهر پزشک معتمد: .....	شماره بیمه نامه: .....
تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: .....	تاریخ: .....	شماره پیشنهاد: .....



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)