

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	۱۱	۹۷/۰۶/۲۰	قسمت مشخصات بیمه شده: حذف پست الکترونیک و تعداد دفعات استفاده از موتور، جمع آیتام های مربوط به درآمد تقریبی ماهانه، اضافه شدن آیتام های راننده یا ترک نشین در خصوص استفاده از موتور قسمت مشخصات بیمه گذار: تغییر ویرایشی و جاگذاری اطلاعات قسمت مشخصات بیمه: جمع پاکسهای مشخصات بیمه و پوشش های تکمیلی، دسته بندی پوشش ها بر اساس نوع، تغییر حداکثر سن استفاده از بیمه نامه تا ۸۰ سالگی، اضافه شدن پوشش فوت حادثی خطرات اضافی زلزله، آتشفشان، سیل و طوفان، اعتصاب، شورش و بلوا، تغییر طرح های پوشش خانه سبز سامان، اضافه شدن پوشش درمان و پوشش سرقت تجهیزات الکترونیک قسمت استفاده کنندگان: جداسازی جداول مربوط به ذینفعان فوت و حیات قسمت سابقه بیمه ای: اضافه شدن محلی برای درج علت عدم صدور بیمه نامه توسط شرکت های بیمه ای دیگر که به آنان درخواست بیمه نامه ارسال شده است قسمت سوالات عمومی پزشکی از بیمه شده: اضافه شدن سوالاتی در خصوص انجام آزمایش خون، الزام به ضمیمه نمودن مدارک بستری و جواب پاتولوژی در صورت وجود قسمت سابقه پزشکی بیمه شده/ بیمه گذار: اضافه نمودن آیتام مربوط به نوع تیروئید (کم کار/پرکار)، اصلاح سوال مربوط به سابقه ابتلا به بیماری در افراد درجه ۱ خانواده قسمت بیمه نامه موقت فوت در اثر حادثه: تغییر مبلغ پیش دریافت به ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال، تغییر سرمایه تحت پوشش به ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
کلیه صفحات	۱۲	۹۹/۰۱/۲۳	حذف پوشش خانه سبز از صفحه ۱ (مشخصات بیمه)، جابجایی پوشش درمان از صفحه ۱ به صفحه ۴، اصلاح عبارات قسمت استفاده کنندگان و جداول ذینفعان فوت و حیات، جدول بندی سوالات عمومی پزشکی از بیمه شده، اطلاع رسانی در مورد ارائه تخفیفات بیمه نامه آتش سوزی، بیمه نامه سرقت تجهیزات الکترونیک، بیمه نامه بدنه اتومبیل و بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده در صورت صدور بیمه نامه عمر، حذف کامل "پوشش خانه سبز سامان" از این فرم و انتقال آن به "فرم پیشنهاد و پرسشنامه پوشش خانه سبز سامان TDF018"، حذف سال فوت پدر و مادر (در صورت فوت)، تغییر عبارت "اعتبار بیمه نامه منوط به تأیید شرایط از سوی بیمه گر و پرداخت حق بیمه مرتبط می باشد و پوشش های اضافی بیمه نامه به صورت خودکار هر سال تمدید می گردد." به عبارت "اعتبار بیمه نامه منوط به تأیید شرایط از سوی بیمه گر و پرداخت حق بیمه مرتبط می باشد."
تهیه کننده / بازنگری کننده		تایید کننده	
مدیر بیمه های عمر، اندوخته ساز و حوادث	مدیر بازاریابی و مطالعات بازار	مدیر فرایندها و بهبود روش ها	معاون فنی بیمه های زندگی
نام: اندیشه حسینی	نام: علی محمدی	نام: سیمین حسینی	نام: امیر حسینی
تاریخ و امضاء: ۹۹/۱/۲۵	تاریخ و امضاء: ۹۹/۱/۲۱	تاریخ و امضاء: ۹۹/۲/۲۷	تاریخ و امضاء: ۹۹/۲/۲۷
تصویب کننده	نماینده مدیریت		
نام: سید علی حسینی	نام: سید علی حسینی		
تاریخ و امضاء: ۹۹/۲/۲۷	تاریخ و امضاء: ۹۹/۲/۲۷		

توجه: مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی "اعتبار دارد" داشته باشند.

شماره سریال: ۴۶۰- کد شناسه: کد فرم: LIF001
تجدید نظر: 12 صفحه: ۱ از ۵

نام و نام خانوادگی: نام پدر: محل تولد: تاریخ تولد: / /
شماره شناسنامه: کد ملی: جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: متاهل مجرد
آخرین مدرک تحصیلی: نشانی محل سکونت: استان: شهر:
آدرس:
کد پستی ۱۰ رقمی: کد و تلفن منزل: تلفن همراه:
شغل اصلی بیمه شده با شرح کامل شغل:
سایر مشاغل بیمه شده با شرح کامل شغل: درآمد تقریبی ماهانه از محل کلیه مشاغل: ریال
نام و نشانی محل کار: کد و تلفن محل کار:
آیا از موتور سیکلت استفاده می کنید: خیر بله راننده ترک نشین

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

نوع بیمه گذار حقیقی: نام و نام خانوادگی: نام پدر: نسبت با بیمه شده:
تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: کد ملی: تلفن همراه:
شغل بیمه گذار با شرح کامل شغل: درآمد تقریبی ماهانه از محل کلیه مشاغل: ریال
آیا از موتور سیکلت استفاده می کنید: خیر بله راننده ترک نشین
اگر بیمه گذار شخصیت حقوقی است، این قسمت تکمیل گردد: نام موسسه: موضوع فعالیت:
شناسه ملی: کد اقتصادی: شماره ثبت: تاریخ ثبت:

آدرس محل سکونت بیمه گذار (آدرس پستی جهت ارسال اوراق): 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 حق بیمه: درصد (حداکثر ۲۵ درصد) نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت: درصد (حداکثر ۲۰ درصد)
نوع صندوق سرمایه گذاری: ریسک زیاد ریسک متوسط ریسک کم رشد ۱ صندوق سرمایه گذاری رشد
آیا هزینه پوشش ها جداگانه پرداخت می شود؟ خیر بله
۱- پوشش حادثی:
پوشش فوت بر اثر حادثه و دریافت تا درصد بیشتر از سرمایه فوت (حداکثر ۳۰۰٪ سرمایه فوت، افراد زیر ۱۵ سال حداکثر ۱۰۰٪)
پوشش فوت حادثی خطرات اضافی زلزله، آتشفشان، سیل و طوفان، اعتصاب، شورش و بلوا
پوشش هزینه های پزشکی بر اثر حادثه تا درصد سرمایه فوت (حداکثر ۲۰٪ سرمایه فوت و تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰۰ ریال)
پوشش نقص عضو دائم ناشی از حادثه و دریافت تا درصد سرمایه فوت (حداکثر ۱۰۰٪ سرمایه فوت)
۲- پوشش از کار افتادگی:
پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه بر اثر از کار افتادگی کامل
پوشش درآمد از کار افتادگی در صورت از کار افتادگی کامل برابر حق بیمه (حداکثر سه برابر حق بیمه سالیانه)
۳- پوشش بیماری های خاص:
پوشش امراض صعب العلاج و دریافت هزینه های درمانی تا سقف ریال (تا ۵۰٪ سرمایه فوت و حداکثر ۳۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال)

نام، مهر و امضاء عامل فروش:

امضاء بیمه شده:

امضاء بیمه گذار:

کد فرم: LIF001
تجدید نظر: 12
صفحه: ۵ از ۲

شماره سریال: ۴۶۰ -

کد شناسه:

استفاده کنندگان از منافع 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 صورتی که تعداد ذینفعان بیش از سه نفر باشد، در بر گه‌ای مجزا با تایید بیمه‌گذار ارائه گردد)
جدول ذینفعان فوت: در صورت عدم انتخاب ذینفع فوت و یا فوت کلیه ذینفعان اولیه فوت، وراثت قانونی بیمه شده به عنوان ذینفعان فوت بیمه نامه انتخاب می‌گردند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه‌شده	محل صدور	سهم فوت
۱				/ /				
۲				/ /				
۳				/ /				
ذینفع ثانویه				/ /				

جدول ذینفعان حیات: بیمه‌گذار به عنوان ذینفع حیات بیمه‌شده می‌باشد، مگر طبق جدول ذیل اشخاص دیگری به عنوان ذینفعان حیات انتخاب شده باشند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه‌شده	محل صدور	سهم حیات
۱				/ /				
۲				/ /				

در صورت وجود بیمه عمر دیگری که صادر شده باشد و یا در جریان صدور باشد این قسمت را تکمیل نمایید:

نوع بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	تاریخ خرید

در صورتی که تاکنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه‌ای داده‌اید که مورد قبول واقع نشده باشد، نام شرکت و علت عدم صدور بیمه‌نامه را ذکر نمایید:

تذکر: چنانچه مشخص شود، بیمه‌شده بیمه‌نامه‌های دیگری نزد هر یک از شرکت‌های بیمه‌ای دیگر داشته که اعلام ننموده است، بیمه سامان می‌تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود، خودداری نماید.

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 حال حاضر نقص عضو یا محدودیت یا معلولیت جسمی - حرکتی دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع معلولیت را بیان کنید: ☐ خیر ☐ بله
۸	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 مدت؟ نام بیمارستان؟ ☐ خیر ☐ بله
۹	آیا باردار هستید؟ (در صورتی که بیمه‌شده خاتم 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:

کد فرم: LIF001
تجدید نظر: 12
صفحه: ۳ از ۵

شماره سریال: ۴۶۰ -

کد شناسه:

کدامیک از موارد زیر در مورد شما صدق می کند یا از سوی پزشک به شما گفته شده است.	
بیمه شده	بیمه گذار
آ - سابقه ابتلا به بیماری های قلب، عروق، سرگیجه، فشار خون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا سایر ناراحتی های مرتبط	☐ خیر ☐ بله
ب - سابقه ابتلا به بیماری های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و غیره	☐ خیر ☐ بله
ج - سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، حصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، و غیره	☐ خیر ☐ بله
د - سابقه ابتلا به بیماری های سرطانی، غددی مانند تیروئید (کم کار ☐ یا پر کار ☐ و غیره	☐ خیر ☐ بله
ه - سابقه بیماری های عصبی و شوکی، سکنه مغزی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگری در رابطه با اعصاب و روان	☐ خیر ☐ بله
و - سابقه بیماری های هورمونی، ربوی، یرقان، کلیوی، بیماری های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر	☐ خیر ☐ بله
ز - سابقه ابتلا به بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس، خونریزی گوارشی و غیره	☐ خیر ☐ بله
ح - سابقه ابتلا به بیماری های زنان یا بیماری های مربوط به دوران حاملگی (مربوط به بانوان)	☐ خیر ☐ بله
ط - سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگری که در سوالات بالا ذکر نشده است.	☐ خیر ☐ بله

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
آیا در حال حاضر نقص عضو یا محدودیت یا معلولیت جسمی - حرکتی دارید؟ خیر ☐ بله ☐

در صورت مثبت بودن پاسخ نوع معلولیت:

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 و فرزندان) سابقه ابتلا به بیماری خاصی وجود داشته است، موارد را با ذکر نام بیماری، نسبت فرد با بیمه شده و سن ابتلا فرد مرقوم فرمایید:

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 / اینجانبان (به عنوان بیمه گذار) و (به عنوان بیمه شده) 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 هر گونه 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 و یا بیمارستان هایی که در آن ها تحت معالجه بوده ایم اطلاعات مورد نظر را کسب نموده و هر گونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب / اینجانبان به عمل بیاورد.

(اعتبار بیمه نامه منوط به تأیید شرایط از سوی بیمه گر و پرداخت حق بیمه مرتبط می باشد.)

تاریخ: / / ساعت: :	تاریخ: / / ساعت: :	تاریخ: / / ساعت: :	تاریخ: / / ساعت: :
نام و امضاء مشاور	نام، مهر و امضاء عامل فروش	نام و امضاء بیمه شده	نام و امضاء بیمه گذار

کد فرم: LIF001
تجدید نظر: 12
صفحه: ۴ از ۵

۴۶۰ -

شماره سریال:

کد شناسه:

متقاضی ارجمند؛

موارد زیر را با دقت مطالعه فرمائید. امضای شما ذیل این برگه دال بر اطلاع کامل شما از موارد ذیل بوده و به منزله قبول کلیه شرایط

بیمه‌نامه‌های عمر و تشکیل سرمایه سامان می‌باشد.

● سود صندوق‌ها به شرح ذیل می‌باشد:

- سبد کم ریسک با سود تضمینی ۱۵٪ (نرخ سود تضمین شده اندوخته بیمه‌نامه معادل ۱۵٪ برای ۲ سال اول بیمه‌نامه، ۱۳٪ برای ۲ سال دوم و حداکثر ۱۰٪ برای دوره مازاد بر چهار سال اول می‌باشد).
- سبد ریسک متوسط با سود تضمینی ۱۴٪ (نرخ سود تضمین شده اندوخته بیمه‌نامه معادل ۱۴٪ برای ۲ سال اول بیمه‌نامه، ۱۳٪ برای ۲ سال دوم و حداکثر ۱۰٪ برای دوره مازاد بر چهار سال اول می‌باشد).
- سبد پر ریسک با سود تضمینی ۱۲٪ (نرخ سود تضمین شده اندوخته بیمه‌نامه معادل ۱۲٪ برای ۴ سال اول بیمه‌نامه و حداکثر ۱۰٪ برای دوره مازاد بر چهار سال اول می‌باشد).
- صندوق سرمایه‌گذاری رشد با سود تضمینی ۱۰٪ (نرخ سود تضمین شده اندوخته بیمه‌نامه معادل ۱۰٪ تا پایان قرارداد می‌باشد).
- رشد ۱ با سود تضمینی ۸.۵٪ (نرخ سود تضمین شده اندوخته بیمه‌نامه معادل ۸.۵٪ تا پایان قرارداد می‌باشد).

- کسر هزینه‌ها از محل اندوخته: در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر، هزینه‌های بیمه‌گری از محل اندوخته صندوق کسر می‌گردد.
- بازخرید بیمه‌نامه در چند سال اول: با توجه به آنکه بیشتر هزینه‌ها در سال‌های اول کسر می‌گردد، توجه داشته باشید که میزان اندوخته در سال‌های اول به همان نسبت کاهش خواهد یافت، به عبارت دیگر در سال‌های اول در صورت بازخرید نمودن بیمه‌نامه مبلغ پرداختی به شما کمتر از حق بیمه پرداختی توسط شما خواهد بود. به هر حال ارزش بازخرید بیمه‌نامه شما در جدول ضمیمه بیمه‌نامه در ستون (ارزش بازخریدی در پایان سال بیمه‌ای) مشخص شده است.
- بیمه‌نامه و ضمائم: اوراق بیمه‌نامه همراه با ضمائم پیوست شامل شرایط عمومی بیمه‌نامه، جدول تعهدات بیمه‌گر، الحاقیه پوشش‌های تکمیلی بیمه‌نامه و کپی پرسشنامه برای شما ارسال می‌گردد که مبنای تعهدات طرفین نسبت به یکدیگر می‌باشد. لطفاً آن را مطالعه فرمایید.
- هزینه آزمایشات پزشکی: در صورتی که شما جهت استفاده از پوشش‌های این بیمه‌نامه نیاز به انجام آزمایشات پزشکی داشته باشید، در صورت صدور بیمه‌نامه و پرداخت حق بیمه مربوطه، کلیه هزینه‌های آزمایشات بر عهده شرکت بیمه سامان خواهد بود.

اینجانب: به عنوان متقاضی بیمه عمر و تشکیل سرمایه بیمه سامان با توجه به موارد فوق و

تکمیل پرسشنامه و پیشنهاد بیمه، تقاضای صدور بیمه‌نامه را دارم.

لازم به ذکر است که مبلغ (به حروف) ریال به عنوان پیش پرداخت به عامل فروش پرداخت نمودم.

● در صورت صدور بیمه‌نامه عمر، شما می‌توانید از خدمات زیر با تخفیف ویژه بهره‌مند شوید:

- صدور بیمه‌نامه آتش‌سوزی
- صدور بیمه‌نامه موبایل
- صدور بیمه‌نامه بدنه اتومبیل
- صدور بیمه‌نامه درمان خانواده

نام، مهر و امضاء عامل فروش:

نام و امضاء بیمه‌گذار:

۴۶۰ -

شماره سریال:

تاریخ: / /

بیمه‌سامان
Saman Insurance

بیمه سامان در صورت دریافت پیش پرداخت (حداقل ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال) از جانب بیمه‌گذار تا زمان صدور بیمه‌نامه و یا یک ماه پس از تکمیل پیشنهاد (هر کدام زودتر محقق شود) بیمه‌شده 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 بیمه‌گر در قبال هر گونه دریافت وصول شده تا قبل از صدور بیمه‌نامه صرفاً به میزان پوشش موقت فوت حادثی می‌باشد.

گواهی رسید پیش پرداخت حق بیمه و صدور بیمه‌نامه موقت

بدینوسیله گواهی می‌شود که آقای / خانم به عنوان بیمه‌گذار، 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، بیمه‌شده از تاریخ وصول این وجه توسط شرکت بیمه سامان، تحت پوشش موقت بیمه فوت در اثر حادثه می‌باشد.

نام بیمه‌شده:

سرمایه در اثر فوت حادثی: ریال (سرمایه درج شده در پرسشنامه حداکثر تا سقف ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال)

امضاء بیمه‌گذار
تاریخ:

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

کد فرم: LIF001
تجدید نظر: 12
صفحه: ۵ از ۵

شماره سریال: ۴۶۰ -

کد شناسه:

سوالات مربوط به عامل فروش:

- ۱- آیا فرد بیمه شده را می شناسید؟ خیر ☐ بله ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ، چه نسبتی دارید و برای چند سال؟
- ۲- آیا بیمه گذار در حضور شما پرسشنامه را تکمیل نموده است؟ خیر ☐ بله ☐
- ۳- آیا بیمه شده هنگام تکمیل پرسشنامه حضور داشتند؟ خیر ☐ بله ☐

در صورت پاسخ منفی، علت را توضیح دهید:

۴- مبلغ ریال از بیمه گذار بابت پیش پرداخت دریافت و به حساب شرکت بیمه سامان واریز گردید.

۵- هدف از خرید بیمه نامه چه بوده است؟

پس انداز ☐ تامین آتیه افراد وابسته ☐ نگرانی از خطر فوت ☐ بازنشستگی ☐ موارد دیگر:

۶- توضیحات اضافی از قبیل ویژگی های شغلی، سبک زندگی، سرگرمی ها و سایر مواردی را که فکر می کنید در بررسی این پرسشنامه می بایست مورد توجه قرار گیرد، مرقوم بفرمائید:

بدینوسیله گواهی می کنم که:

- در مورد هر یک از سوالات این پرسشنامه توضیحات لازم را به دقت به بیمه شده و بیمه گذار ارائه نموده ام و در صورتی که برای بیمه گر اثبات گردد اطلاعات ارائه شده به بیمه گذار نادرست بوده است، بیمه گر حق و اختیار خواهد داشت تا نسبت به جبران ضرر و زیان وارده به بیمه گذار که ناشی از ارائه اطلاعات نادرست به وسیله اینجانب بوده است، به صلاح دید خود اقدام نماید.
- پاسخ های ثبت شده در این پرسشنامه از نظر اینجانب، دارای صحت و دقت کافی می باشد.
- بیمه شده و بیمه گذار به این نکته واقف هستند که هرگونه اظهارات نادرست و یا گمراه کننده در این پرسشنامه می تواند منجر به از دست دادن منافع و پوشش های ناشی از این بیمه نامه گردد.
- آگاهی شخصی از هر عامل دیگری که می تواند در بیمه پذیری شخص متقاضی تاثیر گذار باشد، ندارم.
- چنانچه پس از ارائه این پرسشنامه به شرکت بیمه سامان و قبل از صدور بیمه نامه از تغییری در وضعیت و سلامتی متقاضی که می تواند در بیمه پذیری وی تاثیر گذار باشد مطلع شوم، آن مطلب را به سرعت به شرکت بیمه سامان اطلاع داده و تقاضای توقف رسیدگی به پرسشنامه را تا اعلام نظر بعدی شرکت بیمه سامان، بنمایم.
- در صورت انجام هرگونه آزمایش پزشکی توسط بیمه شده که هزینه آن به وسیله بیمه گر پرداخت شده باشد و پیش پرداخت متناسب با آزمایشات نیز از بیمه گذار دریافت نشده باشد، ولی بیمه نامه به علت عدم پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار ابطال گردد هزینه آزمایشات برعهده اینجانب خواهد بود و شرکت بیمه سامان حق و اختیار خواهد داشت آن را از کارمزدهای متعلقه به اینجانب کسر نماید.

کد راهبر فروش:
تاریخ:
نام، مهر و امضاء راهبر فروش:

کد شعبه:
کد عامل فروش:
نام، مهر و امضاء عامل فروش:

کد مشاور:
تاریخ:
مهر و امضاء مشاور: