



پیشنهاد بیمه نامه زندگی سپاس ایران

کد نماینده صادرکننده:

کد نماینده فروش:

بیمه ایران

متقاضی محترم، خواهشمند است به کلیه پرسش های این پیشنهاد با دقت و صداقت پاسخ دهید و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا شرط اصلی اعتبار بیمه نامه ای که براساس این پیشنهاد صادر می شود، صحت پاسخ های شما به پرسش ها و ارایه اطلاعات کامل مندرج در آن می باشد. لازم به بیان است تکمیل این پیشنهاد هیچگونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

نام / شرکت:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی / شناسه ملی:
شماره شناسنامه / شماره ثبت:	تاریخ تولد: / /	محل تولد:	محل صدور / محل ثبت:
جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل	تابعیت:	درآمد ماهیانه:
شغل اصلی:	مشاغل فرعی:	کد پستی:	پست الکترونیک:
نشانی:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	

(الف) مشخصات متقاضی (بیمه گذار)

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

(ب) مشخصات بیمه شونده

مدت بیمه: ۵ ساله سرمایه فوت سال اول: ریال

مبلغ حق بیمه سال اول (سالانه): ریال

پوشش های تکمیلی (درخواستی):

۱. پوشش تکمیلی فوت بر اثر حادثه: بلی (یک برابر سرمایه فوت) خیر

۲. پوشش هزینه های درمانی به شرط بستری پس از سپری شدن ۹۰ روز دوره انتظار، سالانه:

۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال ۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال ۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (با فرانشیز ۳۰٪)

(حداقل پوشش هزینه های درمانی ۵۰۰ میلیون ریال و حداکثر آن ۲ میلیارد ریال، به انتخاب بیمه گذار، می باشد)

نکته مهم:

تأمین حق بیمه پوشش های تکمیلی فوت بر اثر حادثه و هزینه های درمانی به شرط بستری از محل ذخیره ریاضی این بیمه نامه امکان پذیر نبوده و برقراری پوشش های تکمیلی مذکور، منوط به پرداخت به موقع اقساط حق بیمه سالانه در سررسیدهای مقرر می باشد.

(ج) مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

نام ، امضا و اثر انگشت بیمه شونده :

نام ، امضا و اثر انگشت متقاضی (بیمه گذار) :

تاریخ :

استفاده کننده(گان) از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده : وراث قانونی بیمه شده به نسبت مساوی وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث سایر، به شرح زیر :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد پستی	نسبت با بیمه شده	* اولویت	درصد سهم
۱									
۲									
۳									
۴									

استفاده کننده(گان) از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده : بیمه گذار بیمه شده سایر، به شرح زیر :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد پستی	نسبت با بیمه شده	* اولویت	درصد سهم
۱									
۲									

*در صورتی که هریک از استفاده کنندگان اولویت (۱) در قید حیات نباشند، سهم مزبور به نسبت سهم استفاده کنندگان اولویت بعدی تخصیص می یابد.

- نوع بیمه گر پایه (بیمه سلامت تامین اجتماعی نیروهای مسلح سایر شماره دفترچه بیمه گر پایه:
- آیا تا به حال پیشنهاد بیمه زندگی به شرکت بیمه ای داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید.)
- آیا در حال حاضر بیمه نامه یا پیشنهاد در جریان صدور بیمه زندگی و حادثه انفرادی دارید؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید.)

نام شرکت بیمه ای	نوع بیمه	در جریان صدور/ صدور / عدم صدور	شماره بیمه نامه / پیشنهاد	سرمایه فوت (ریال)	در صورت عدم صدور بیمه نامه، علت را شرح دهید

تذکر: باتوجه به اهمیت جدول بندهای ۲ و ۳ چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه شده مشخصات کلیه بیمه نامه های عمر و حوادث انفرادی خود نزد هر یک از شرکت های بیمه را در جدول مذکور اعلام ننموده باشد ، شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید.

افراد خانواده	در حال حیات		فوت شده	
	سن	بیماری یا عارضه مبتلا به	سن فوت	علت فوت
پدر				
مادر				
برادران				
خواهران				

تذکر:

در خصوص علل فوت از هرگونه کلی گویی از قبیل ، فوت طبیعی و ... خودداری گردد.
در صورتی که هریک از اقوام درجه دو (پدر بزرگ و مادر بزرگ) یا درجه ۳ (عمه، عمو، دایی، خاله) در سن زیر ۶۰ سال به بیماری سرطان مبتلا شده باشند، نوع سرطان و نسبت فامیلی آن شخص با بیمه شونده را ذکر نمایید:

نام ، امضا و اثر انگشت بیمه شونده :

نام ، امضا و اثر انگشت متقاضی (بیمه گذار) :

تاریخ :

قد بیمه شونده :

سانتی متر

وزن بیمه شونده :

کیلوگرم

وضعیت سلامتی بیمه شده

ردیف	بیماری	با بلی یا خیر پاسخ دهید	توضیحات
۱	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید ؟		
۲	بیماری های دستگاه تنفسی:سرفه مزمن، تنگی نفس، آسم ،خلط چرکی یا خونی و غیره		
۳	بیماری های قلب و عروق: فشار خون و درد قفسه سینه، سکتته قلبی ، واریس و غیره		
۴	بیماری های خونی: کم خونی، بیماریهای انعقادی، غدد لنفاوی بزرگ شده، سابقه تزریق خون، خونریزیهای بدون علت و غیره		
۵	بیماری های گوارشی: کبد، لوزالمعده، خونریزی گوارشی ، زردی ، دردهای مزمن شکمی، تهوع و استفراغ مکرر و غیره		
۶	بیماری های اعصاب و روان: اضطراب ، افسردگی ، اقدام به خودکشی ، دوقطبی ، اسکیزوفرنی و غیره		
۷	بیماری های سیستم عصبی: تشنج ، سکتته مغزی، مشکلات حسی حرکتی، فراموشی، ضربات شدید به سر و غیره		
۸	بیماری های کلیه و مجاری ادرار: مشکلات پروستات، مشکلات ادراری، سنگ کلیه، خون در ادرار، کیست کلیه و غیره		
۹	بیماری های گوش و حلق و بینی و چشمی : کاهش شنوایی، خونریزی بینی، کاهش بینایی، دوبینی، سرگیجه و غیره		
۱۰	بیماریهای پوستی : خال های درحال رشد یا تغییر رنگ یافته، کیبودی های خودبخود یا خونریزی های زیرپوستی و غیره		
۱۱	بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل : از قبیل آرتروز، دیسکهای کمر یا گردن، دردهای عضلانی یا استخوانی، خشکی یا درد مفاصل و غیره		
۱۲	بیماری های غدد: نظیر تیروئید، دیابت، چربی خون بالا، توده های پستان یا زیربغل، کاهش یا افزایش اشتها و غیره		
۱۳	سابقه بیماری های عفونی: ایدز، سل، هیپاتیت، تب مالت، مالاریا ، حصه ، کیست هیداتیک و غیره		
۱۴	آیا تا به حال دچار نقص عضو شده اید؟ از چه ناحیه ای و چند درصد؟		
۱۵	آیا تا به حال دچار از کارافتادگی شده اید؟ از چه ناحیه ای و چند درصد ؟		
۱۶	آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده یا می کنید یا آن را ترک کرده اید؟ در صورت ترک ، مدت زمان ترک و میزان مصرف خود را اعلام نمایید.		
۱۷	آیا از دارویی برای طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ (ذکر نمایید)		
۱۸	آیا همسر یا فرزندان شما تاکنون به بیماری های مسری (هیپاتیت ، ایدز، آنفولانزا، عفونت های گوارشی، سل، مالاریا، حصه و غیره) مبتلا شده اند ؟		
۱۹	آیا شما در شش ماهه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟ (میزان کاهش / افزایش وزن و علت آن را توضیح دهید)		
۲۰	آیا سابقه بیماری های زنانه یا بیماری های مربوط به دوران حاملگی داشته اید؟		سوالات مخصوص خانم ها
۲۱	آیا در حال حاضر باردار می باشید؟		
۲۲	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد؟		نام بیماری:
۲۳	آیا سابقه جراحی یا بستری در بیمارستان به هردلیل را داشته اید ؟ در صورت مثبت بودن به صورت کامل نوع بستری یا جراحی انجام شده و عوارض آن را توضیح دهید؟		نام ، امضا و اثر انگشت متقاضی (بیمه گذار) :

در صورت مثبت بودن هر یک از بندهای فوق با ذکر شروع زمان بیماری، داروی مصرفی، مدت مصرف، درمان انجام شده ، وضعیت فعلی خود را توضیح دهید :

اینجانبان (متقاضی و بیمه شونده) ، امضا کنندگان زیر اعلام می داریم که به کلیه پرسش های مشروحه در این پیشنهاد شخصا با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط عمومی پوشش های تکمیلی آن را به عنوان شرط ضمن عقد مطالعه نموده و اعلام می نماییم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد ، به موجب ماده ۱۲ 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. همچنین اعلام می نماییم در صورتی که بیمه شده پیش از شروع این بیمه نامه به بیماری مبتلا بوده که در طول مدت بیمه نامه منجر به انجام عمل جراحی مشروط به بستری در بیمارستان برای وی گردد ، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت واقع شده برای بیمه شده نخواهد داشت.

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهاری نظر نهایی کارشناس صدور	اظهاری نظر پزشک معتمد شرکت	اظهاری نظر اولیه کارشناس صدور شعبه یا شبکه فروش
<p>صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری : <input type="checkbox"/> با نرخ عادی بلامانع است <input type="checkbox"/> با اضافه نرخ درصد به علت بلامانع است <input type="checkbox"/> به علت امکان پذیر نمی باشد نام ، امضا کارشناس صدور :</p> <p>تاریخ : / /</p>	<p>۱- باتوجه به اطلاعات پزشکی و عمومی فرم پیشنهاد، بیمه شونده نیازبه انجام معاینات پزشکی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع آزمایش : ۲- باتوجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد (یا نتایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه نامه های زندگی : <input type="checkbox"/> 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 ، امضا و مهر پزشک معتمد :</p> <p>تاریخ : / /</p>	<p>۱- صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ ، علت درخواست : <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/> سن بیمه شونده <input type="checkbox"/> سایر موارد : ۲- میزان اضافه نرخ استعمال دخانیات : ۳- میزان اضافه نرخ قد و وزن : نام و امضای کارشناس اولیه صدور یا شبکه فروش : تاریخ : / /</p>