



## پیشنهاد بیمه عمر و حوادث انفرادی طرح سما

تاریخ پیشنهاد:  
کد نماینده/شرکت نمایندگی:  
کد واحد اجرایی:

### بیمه ایران

متقاضی محترم، خواهشمند است به کلیه پرسش های این پیشنهاد جواب داده و هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت این جوابها و کامل بودن آنها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه عمر و حوادثی است که براساس این پیشنهاد صادر می شود. تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

الف - مشخصات پیشنهاد دهنده ( بیمه گذار ) :

نام خانوادگی: نام: / / محل صدور: / /

شماره شناسنامه: کد ملی: / / تاریخ تولد: / /

نشانی: کد پستی: / / تلفن: / /

تلفن همراه: / /

ب - مشخصات بیمه شونده :

نام خانوادگی: نام: / / محل صدور: / /

شماره شناسنامه: کد ملی: / / تاریخ تولد: / /

نشانی: کد پستی: / / تلفن: / /

تلفن همراه: / /

نسبت بیمه گذار با بیمه شده:

پ - وضعیت سلامتی بیمه شده :

بیمه شونده محترم ، لطفاً به تمامی پرسش های پزشکی زیر در مورد وضعیت سلامت خود ، با درج بلی یا خیر پاسخ دهید:

وزن بیمه شونده : کیلوگرم

سانتی متر

ردیف	بیماری	با بلی یا خیر پاسخ دهید	ردیف	بیماری	با بلی یا خیر پاسخ دهید
۱	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟		۲	آیا تاکنون مورد عمل جراحی یا بستری قرار گرفته اید؟ (توضیح دهید)	
۳	آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟ از چه ناحیه ای و چند درصد؟ (توضیح دهید)		۴	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.	
۵	آیا از دارویی به مدت طولانی (بیش از یک هفته) استفاده کرده یا می کنید؟ (ذکر نمایید)		۶	آیا شما در شش ماهه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟ (میزان کاهش/ افزایش وزن و علت آن را توضیح دهید)	
۷	آیا سابقه بیماری خاصی داشته اید یا خیر؟ (توضیح دهید)		۸	آیا ورزش حرفه ای انجام می دهید؟ (توضیح دهید)	
۹	آیا همسر یا فرزندان شما تاکنون به بیماری های مسری (هیپاتیت ، ایدز، آنفولانزا، عفونت های گوارشی، سل، مالاریا، حصبه و غیره) یا بیماری های مزمن (قلبی ، عروقی ، ربوی ، دیابت ، سرطان و غیره [ مبتلا شده اند؟ (توضیح دهید)				
۱۰	آیا در چندماه اخیر سابقه تنگی نفس ، سرفه مزمن ، تب و لرز ، وجود توده یا تومور در بدن ، کاهش یا افزایش وزن ، بیماری قلبی عروقی ، بیماری تنفسی ، بیماری گوارشی ، بیماری پوستی ، بیماری اعصاب و روان ، بیماری استخوان و مفاصل ، بیماری کلیه یا غدد داخلی بدن یا بیماری های زنان (برای خانم ها) ، داشته اید یا خیر؟ (توضیح دهید)				
۱۱	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد؟			نام بیماری:	

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 :

نام و نام خانوادگی بیمه شده  
تاریخ و امضا

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده ( بیمه گذار )  
تاریخ و امضا

ت- مشخصات بیمه نامه مورد درخواست :

مدت بیمه نامه یک سال ( از تاریخ صدور بیمه نامه ) تاریخ صدور بیمه نامه :  
سرمایه پوشش بیمه عمر زمانی ( فوت به هر علت ) : ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال  
سرمایه پوشش تکمیلی فوت بر اثر حوادث مشمول بیمه : ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال  
استفاده کننده از سرمایه بیمه ( در صورت فوت بیمه شده به هر علت یا به علت حوادث مشمول بیمه ، در طول مدت قرارداد ):  
وراث قانونی بیمه شده به نسبت مساوی  وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث

تذکره:

۱. پوشش های بیمه ای این بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز مندرج در بیمه نامه شروع و در ساعت ۲۴ روز مندرج در بیمه نامه ، خاتمه می یابد
۲. در صورت عدم پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار همزمان با صدور بیمه نامه ، بیمه گر هیچگونه تعهدی در جبران خسارت های احتمالی نخواهد داشت.
۳. این بیمه نامه فاقد ارزش باز خرید بوده و در صورت خاتمه مدت بیمه نامه ، بیمه گر هیچگونه تعهدی نخواهد داشت.
۴. در صورت فوت بر اثر حادثه ، رسیدگی و پرداخت غرامت مطابق شرایط عمومی بیمه حوادث ( که پیوست این بیمه نامه می باشد ) صورت خواهد گرفت.
۵. جنگ (به جز انفجار و یا عملکرد ادوات نظامی که بعد از جنگ بجا مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا ، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات تروریستی و بیوتروریستی از شمول تعهدات بیمه گر در این بیمه نامه خارج بوده و در صورت وقوع فوت به علت هر یک از موارد مذکور ، بیمه گر هیچگونه تعهدی در جبران خسارت های احتمالی نخواهد داشت.
۶. دوره انتظار برای استفاده از پوشش بیمه عمر زمانی (فوت به هر علت) این بیمه نامه سه هفته (۲۱ روز) از تاریخ شروع مندرج در بیمه نامه بوده و در صورت فوت بیمه شده به هر علت در طی مدت مذکور ، بیمه گر هیچگونه تعهدی نخواهد داشت.

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 مذکور 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 وضعیت مزاجی و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند. همچنین تایید می نماییم در صورت اثبات عدم سلامت بیمه شده در زمان تکمیل پیشنهاد ، مطابق قانون بیمه ادعای اینجانبان خلاف واقع محسوب گردیده و این امر موجب ابطال بیمه نامه و از دست دادن مزایای آن خواهد بود.

کد نماینده/شرکت نمایندگی/کارگزار  
تاریخ و امضا

نام و نام خانوادگی بیمه شده  
تاریخ و امضا

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده ( بیمه گذار )  
تاریخ و امضا

ث - نظر پزشک معتمد بیمه گر:

با توجه به پاسخ های بیمه شونده به پرسش های پزشکی در مورد وضعیت سلامت خود ، مندرج در این پیشنهاد:

صدور بیمه نامه برای این بیمه شونده ، بلا مانع است.  صدور بیمه نامه برای این بیمه شونده به دلیل اخذ ضریب پزشکی ..... درصد ، امکان پذیر نمی باشد.

نام و نام خانوادگی پزشک معتمد بیمه گر  
تاریخ و امضا