

شرکت بیمه سامان  
فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

LIF111

تجدید نظر: 03

صفحه: ۱ از 2

مشخصات بیمه گزار

نام و نام خانوادگی بیمه گزار: ..... نام پدر: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / .....  
کد ملی: ..... شماره شناسنامه: .....  
نشانی و تلفن بیمه گزار: .....  
کد پستی: ..... تلفن: .....

مشخصات بیمه شده

نام و نام خانوادگی بیمه شده: ..... نام پدر: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / .....  
کد ملی: ..... شماره شناسنامه: ..... محل صدور: .....  
نشانی و تلفن بیمه شده: .....  
کد پستی: ..... تلفن: ..... مدت بیمه نامه: یکسال، از ساعت 24 روز ..... / ..... / ..... الی ساعت 24 روز ..... / ..... / .....  
شغل اصلی: ..... شغل فرعی: ..... درآمد ماهیانه (ریال): .....

در صورتی که پس از وقوع حادثه مشخص شود، شغل واقعی بیمه شده با آنچه که در این فرم قید گردیده است انطباق ندارد، بیمه گر نسبت موجود بین حق بیمه تعیین شده در بیمه نامه با حق بیمه ای که در صورت اطلاع بیمه گر از شغل واقعی تعلق می گرفت را متعهد می شود.

استفاده کنندگان

استفاده کننده (گان) از غرامت در صورت فوت بیمه شده

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | تاریخ تولد            | کد ملی | محل صدور | نسبت با بیمه شده | سهم   |
|------|--------------------|---------|-----------------------|--------|----------|------------------|-------|
| 1    | .....              | .....   | ..... / ..... / ..... | .....  | .....    | .....            | ..... |
| 2    | .....              | .....   | ..... / ..... / ..... | .....  | .....    | .....            | ..... |
| 3    | .....              | .....   | ..... / ..... / ..... | .....  | .....    | .....            | ..... |

- آیا در حال حاضر سالم هستید؟  
بله ☐ خیر ☐  
در صورتی که پاسخ شما "خیر" است، به چه نوع بیماری و عوارضی مبتلا هستید. ....
- آیا تا کنون عمل جراحی داشته اید؟  
بله ☐ خیر ☐  
در صورتی که پاسخ شما مثبت است، به چه نوع عمل جراحی داشته اید. ....
- چنانچه دارای هریک از نقص عضوهای زیر می باشید، مشخص فرمایید:  
☐ ناشنوایی ☐ فلج ☐ خشکی مفاصل ☐ فتق ☐ انحراف ستون فقرات ☐ نابینایی از یک چشم ☐ نابینایی از دو چشم ☐  
تغییر شکل / قطع عضو  
در صورتی که پاسخ شما مثبت است، کدام عضو: .....
- آیا تا کنون در اثر حادثه مجروح شده اید؟  
بله ☐ خیر ☐  
در صورتی که پاسخ شما مثبت است، علت و اثرات آن چیست. ....
- آیا بیمه نامه درمان یا حوادث دارید؟  
بله ☐ خیر ☐  
در صورتی که پاسخ شما مثبت است، نام شرکت بیمه خود را ذکر فرمایید. ....
- آیا خدمت سربازی انجام داده اید؟  
بله ☐ خیر ☐  
در صورتی که معاف شده اید علت آن را توضیح دهید: .....
- چنانچه دارای هریک از بیماری های زیر می باشید، مشخص فرمایید:  
☐ صرع ☐ بیماری قلبی ☐ بیماری مغزی ☐ دیابت فلج ☐ فشار خون ☐ سرطان ☐ کم بینایی  
در صورتی که پاسخ شما مثبت است، توضیح بفرمایید. ....

شرکت بیمه سامان  
فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

LIF111

تجدید نظر: 03

صفحه: ۲ از 2

اینجانب به کلیه پرسش‌های فوق کامل و با صداقت پاسخ داده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می‌تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید.

بیمه گزار:  
تاریخ و امضاء

بیمه شده:  
تاریخ و امضاء

کد عامل فروش:  
تاریخ و امضاء

شرکت بیمه سامان به موجب این بیمه نامه و بر اساس قانون و مقررات بیمه در کشور و شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه حوادث انفرادی در ازای دریافت حق بیمه مقرر، شخصی را که مشخصات او ذیل درج گردیده و بیمه شده اصلی نامیده می‌شود، بیمه نموده و متعهد می‌گردد در صورت تحقق خطرات مشمول بیمه، برحسب انتخاب بیمه گزار مبالغ مندرج در جدول ذیل را به استفاده کنندگان پرداخت نماید.

حداکثر سرمایه مورد تعهد بیمه گر (ریال)

| انتخاب‌ها                          | فوت بیمه شده ناشی از حوادث مشمول بیمه | نقص عضو و ازکارافتادگی کلی و جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه (طبق جدول نقص عضو حداکثر) | هزینه پزشکی ناشی از حوادث مشمول بیمه | مبلغ حق بیمه یکساله (طبق قانون، مالیات بر ارزش افزوده به مبلغ حق بیمه اضافه خواهد شد) |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> انتخاب 1  | 50,000,000                            | 50,000,000                                                                           | 5,000,000                            | 89,500                                                                                |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 2  | 100,000,000                           | 100,000,000                                                                          | 10,000,000                           | 179,000                                                                               |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 3  | 250,000,000                           | 50,000,000                                                                           | 5,000,000                            | 187,500                                                                               |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 4  | 200,000,000                           | 200,000,000                                                                          | 20,000,000                           | 358,000                                                                               |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 5  | 500,000,000                           | 100,000,000                                                                          | 10,000,000                           | 375,000                                                                               |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 6  | 300,000,000                           | 300,000,000                                                                          | 30,000,000                           | 537,000                                                                               |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 7  | 1,000,000,000                         | 250,000,000                                                                          | 25,000,000                           | 815,000                                                                               |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 8  | 500,000,000                           | 500,000,000                                                                          | 50,000,000                           | 895,000                                                                               |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 9  | 700,000,000                           | 700,000,000                                                                          | 70,000,000                           | 1,253,000                                                                             |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 10 | 1,000,000,000                         | 1,000,000,000                                                                        | 100,000,000                          | 1,790,000                                                                             |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 11 | 4,000,000,000                         | 4,000,000,000                                                                        | 400,000,000                          | 12,077,201                                                                            |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 12 | 5,000,000,000                         | 5,000,000,000                                                                        | 500,000,000                          | 15,096,502                                                                            |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 13 | 7,000,000,000                         | 7,000,000,000                                                                        | 700,000,000                          | 21,135,103                                                                            |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 14 | 9,000,000,000                         | 9,000,000,000                                                                        | 900,000,000                          | 27,173,704                                                                            |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 15 | 10,000,000,000                        | 10,000,000,000                                                                       | 1,000,000,000                        | 30,193,007                                                                            |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 16 | 12,000,000,000                        | 12,000,000,000                                                                       | 1,200,000,000                        | 36,231,609                                                                            |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 17 | 15,000,000,000                        | 15,000,000,000                                                                       | 1,500,000,000                        | 45,289,512                                                                            |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 18 | 17,000,000,000                        | 17,000,000,000                                                                       | 1,700,000,000                        | 51,328,113                                                                            |
| <input type="checkbox"/> انتخاب 19 | 20,000,000,000                        | 20,000,000,000                                                                       | 2,000,000,000                        | 60,386,014                                                                            |

خطرات مورد پوشش

کد بیمه گزار ..... حق بیمه به مبلغ (ریال): ..... بابت انتخاب شماره: .....  
پرداخت نقدی/ به موجب فیش شماره: ..... مورخ: ..... دریافت گردید.

بیمه  
حق

بیمه گزار:  
تاریخ امضاء

کد عامل صدور:  
تاریخ امضاء

واحد صدور:  
تاریخ امضاء

استفاده  
کنندگان

قابل توجه واحدهای صدور بیمه‌نامه: حداقل سن مشمول بیمه 4 سال تمام و حداکثر سن 75 سال تمام می‌باشد. در صورت نیاز بیمه‌گزار به بیمه‌نامه با سرمایه‌ای بالاتر از سرمایه‌های مندرج در دفترچه بیمه‌گزار می‌بایست به مرکز مراجعه نماید. اگر بیمه شده در هنگام پرکردن پیشنهاد دارای شرایط غیر طبیعی بود، صدور بیمه‌نامه با مراجعه به مرکز و هماهنگی با مرکز انجام پذیرد.