

مشخصات
بیمه گزار

نام و نام خانوادگی بیمه گزار: نام پدر: تاریخ تولد: / /
کدملی: تلفن همراه:
نشانی بیمه گزار:

مشخصات
بیمه شده

نام و نام خانوادگی بیمه شده: نام پدر: تاریخ تولد: / /
کدملی: تلفن همراه:
نشانی بیمه شده:
شغل اصلی: شغل فرعی: مدت بیمه نامه: یکسال، از ساعت 24 روز / / الی ساعت 24 روز / /

• 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 بیمه‌ای که در صورت اطلاع بیمه گر از شغل واقعی تعلق می‌گرفت را متعهد می‌شود.

استفاده کنندگان

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

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	کدملی	نسبت با بیمه شده	سهم
1			 / /			
2			 / /			
3			 / /			

ردیف پرسش‌ها در خصوص بیمه شده پاسخ داده شود.

1	آیا در حال حاضر سالم هستید؟ در صورتی که پاسخ شما "خیر" است، به چه نوع بیماری و عوارضی مبتلا هستید:	☐ بله ☐ خیر
2	آیا تا کنون عمل جراحی داشته‌اید؟ در صورتی که پاسخ شما "بله" است، چه نوع عمل جراحی داشته‌اید:	☐ بله ☐ خیر
3	چنانچه دارای هریک از نقص عضوهای زیر می‌باشید، مشخص فرمایید: ☐ ناشنوایی ☐ فلج ☐ خشکی مفاصل ☐ فتق ☐ انحراف ستون فقرات ☐ نابینایی (یک چشم) ☐ نابینایی (دو چشم) ☐ تغییر شکل/قطع عضو در صورتی که پاسخ شما مثبت است، کدام عضو:	☐ بله ☐ خیر
4	آیا تا کنون در اثر حادثه مجروح شده‌اید؟ در صورتی که پاسخ شما "بله" است، علت و اثرات آن چیست:	☐ بله ☐ خیر
5	آیا بیمه نامه درمان یا حوادث دارید؟ در صورتی که پاسخ شما "بله" است، نام شرکت بیمه خود را ذکر فرمایید:	☐ بله ☐ خیر
6	آیا از خدمت سربازی معاف شده‌اید؟ در صورتی که معاف شده‌اید علت آن را توضیح دهید:	☐ بله ☐ خیر
7	چنانچه دارای هریک از بیماری‌های زیر می‌باشید، مشخص فرمایید: ☐ صرع ☐ بیماری قلبی ☐ بیماری مغزی ☐ دیابت ☐ فشار خون ☐ سرطان ☐ کم بینایی ☐ سایر در صورتی که پاسخ شما به هریک از گزینه های فوق مثبت است، توضیح بفرمایید:	☐ بله ☐ خیر

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
-----------------------------	----------------------------	--------------------------------

LIF111 تجدید نظر: 04 صفحه: 2 از 2	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی دفترچه‌ای		

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 دفترچه‌ای در ازای دریافت حق بیمه مقرر، شخصی را که مشخصات او به عنوان بیمه شده درج گردیده، 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	نقص عضو و ازکارافتادگی کلی و جزئی ناشی از حوادث	هزینه پزشکی ناشی از حوادث	مبلغ حق بیمه یکساله (طبق قانون، مالیات بر ارزش افزوده به مبلغ حق بیمه اضافه خواهد شد)		
				طبقه شغلی 1	طبقه شغلی 2	طبقه شغلی 3
☐ انتخاب 1	50,000,000	50,000,000	5,000,000	89,500	141,500	191,000
☐ انتخاب 2	100,000,000	100,000,000	10,000,000	179,000	283,000	382,000
☐ انتخاب 3	250,000,000	50,000,000	5,000,000	285,500	403,500	551,000
☐ انتخاب 4	200,000,000	200,000,000	20,000,000	358,000	566,000	764,000
☐ انتخاب 5	500,000,000	100,000,000	10,000,000	571,000	807,000	1,102,000
☐ انتخاب 6	300,000,000	300,000,000	30,000,000	537,000	849,000	1,146,000
☐ انتخاب 7	1,000,000,000	250,000,000	25,000,000	1,182,500	1,690,000	2,305,000
☐ انتخاب 8	500,000,000	500,000,000	50,000,000	895,000	1,415,000	1,910,000
☐ انتخاب 9	700,000,000	700,000,000	70,000,000	1,253,000	1,981,000	2,674,000
☐ انتخاب 10	1,000,000,000	1,000,000,000	100,000,000	1,790,000	2,830,000	3,820,000
☐ انتخاب 11	4,000,000,000	4,000,000,000	400,000,000	7,160,000	11,320,000	15,280,000
☐ انتخاب 12	5,000,000,000	5,000,000,000	500,000,000	8,950,000	14,150,000	19,100,000
☐ انتخاب 13	7,000,000,000	7,000,000,000	700,000,000	12,530,000	19,810,000	26,740,000
☐ انتخاب 14	9,000,000,000	9,000,000,000	900,000,000	16,110,000	25,470,000	34,380,000
☐ انتخاب 15	10,000,000,000	10,000,000,000	1,000,000,000	17,900,000	28,300,000	38,200,000
☐ انتخاب 16	12,000,000,000	12,000,000,000	1,200,000,000	21,480,000	33,960,000	45,840,000
☐ انتخاب 17	15,000,000,000	15,000,000,000	1,500,000,000	26,850,000	42,450,000	57,300,000
☐ انتخاب 18	17,000,000,000	17,000,000,000	1,700,000,000	30,430,000	48,110,000	64,940,000
☐ انتخاب 19	20,000,000,000	20,000,000,000	2,000,000,000	35,800,000	56,600,000	76,400,000

حق بیمه

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

استفاده کنندگان	بیمه گزار: تاریخ و امضاء	کد عامل صدور: تاریخ و امضاء	واحد صدور: تاریخ و امضاء
------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

قابل توجه واحدهای صدور بیمه‌نامه:

حداقل سن مشمول بیمه 4 سال تمام (در خصوص افراد زیر 18 سال صرفا با حضور قیم قانونی و توسط ایشان امکان پذیر است) و حداکثر سن 75 سال تمام می‌باشد. در صورت نیاز بیمه‌گزار به بیمه‌نامه با سرمایه‌ای بالاتر از سرمایه‌های مندرج در دفترچه، درخواست مورد نظر می‌بایست به مدیریت بیمه‌های زندگی ارجاع داده شود. همچنین اگر بیمه شده در هنگام تکمیل فرم پیشنهاد دارای شرایط غیر طبیعی بود، صدور بیمه‌نامه با هماهنگی مدیریت بیمه‌های زندگی انجام می‌پذیرد.