

این قسمت توسط بیمه سامان تکمیل خواهد شد:

شماره بیمه نامه:	مدت بیمه نامه:	تاریخ صدور:
شماره بیمه نامه سال قبل:	تاریخ شروع:	تاریخ انقضا:
توجه: محدوده سنی بیمه شده از ۱۲ سال تا ۷۵ سال تمام می باشد.		

بیمه گذار:	کد ملی / شناسه ملی:
آدرس پستی جهت ارسال اوراق بیمه (الزاماً باید تکمیل گردد): استان و شهر:	کد پستی:
آدرس:	تلفن:

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	شغل:
کد ملی:	محل صدور:	مشاغل فرعی:
شماره شناسنامه:	نام پدر:	درآمد ماهانه:

چنانچه مایلید بیمه شما شامل پوشش های اضافی ناشی از خطرهای زیر نیز باشد لطفا مشخص نمایید:

رانندگی با موتورسیکلت دنده ای ☐ شماره گواهینامه: ☐ سوارکاری ☐ قایقرانی ☐ شکار ☐ غواصی ☐

هدایت یا سرنشینی هواپیماهای آموزشی (باستثنای هواپیمای نظامی) ☐

هدایت یا سرنشینی اتومبیل مسابقه ای ☐ هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر (باستثنای هلیکوپتر نظامی) ☐ پرش با چتر نجات (بجز سقوط آزاد) ☐

هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسایل پروازی بدون موتور ☐ مسابقات ورزشی ☐ نوع ورزش ☐ زمین لرزه ☐

در صورت فوت بر اثر حادثه:	میزان غرامت مورد درخواست:
در صورت نقص عضو و از کارافتادگی دائم بر اثر حادثه:	
هزینه پزشکی ناشی از حادثه:	
غرامت روزانه عمومی/بستری در بیمارستان برای صاحبان مشاغل آزاد:	

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور	نسبت با بیمه شده	سهم
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								

آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا بیمه درمان یا حوادث دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا خدمت سربازی انجام داده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا تاکنون عمل جراحی داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر

کدام عضو؟

چنانچه دارای هر یک از نقص عضوهای زیر می باشید لطفاً مشخص نمایید:

کری ☐ فلج ☐ خشکی مفاصل ☐ فتق ☐ تغییر شکل یا قطع اعضاء ☐

در صورت مثبت بودن کدام عضو؟

انحرافات ستون فقرات ☐ نابینایی از یک چشم ☐ نابینایی از دو چشم ☐

آیا عینک طبی به کار می برید؟ ☐ بله ☐ خیر

قد: / وزن: /

آیا تاکنون در اثر حادثه مجروح شده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا تاکنون از شرکت های بیمه خسارت حادثه دریافت کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

کدام شرکت؟ در چه تاریخی؟

آیا بیمه درمان یا حوادث دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا خدمت سربازی انجام داده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

در صورتیکه به هر یک از بیماریهای ذیل مبتلا می باشید پاسخ و توضیح دهید:

صرع ☐ بیماری قلبی ☐ بیماری مغزی ☐ آسم ☐ دیابت ☐ فشارخون ☐ فلج ☐ هموفیلی ☐ سرطان ☐

به غیر از بیماری های فوق که در بالا قید شده چنانچه به بیماری دیگری مبتلا می باشید لطفاً توضیح دهید:

نام بیماری: / درمان دارویی یا جراحی: / تاریخ شروع بیماری:

نام پزشک: / وضعیت کنونی بیماری: / تاریخ خاتمه بیماری:

اینجانب به کلیه پرسشهای فوق به نحو کامل و با صداقت پاسخ داده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید و متعهد می شوم در صورت تغییر شغل یا اشتغال به موارد مندرج در بخش ((پوشش های اضافی)) این پرسشنامه مراتب را کتباً و در اسرع وقت به بیمه گر اعلام نمایم.

نام و امضاء بیمه گذار: / نام و امضاء بیمه شده: / نام و کد نماینده / کارگزار: /

تاریخ: / / تاریخ: / / تاریخ: / /

طبقه شغلی:

الف- در صورت فوت بر اثر حادثه:

ب- در صورت نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه:

ج- هزینه های پزشکی ناشی از حادثه:

د- غرامت روزانه عمومی/بستری در بیمارستان:

ه- خطرات اضافی:

نرخ: / حق بیمه (ریال): /

نام و امضای مسئول واحد صدور: