

تاریخ پیشنهاد:

این قسمت توسط بیمه سامان تکمیل خواهد شد:

شماره سریال:

LIF093 کد فرم
00 تجدید نظر
۲ از ۱ صفحه

مشخصات بیمه نامه

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

مشخصات بیمه گذار

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

مشخصات بیمه شده

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 لطفاً مشخص نمایید:

رانندگی با موتورسیکلت دنده ای ☐ شماره گواهینامه: _____
هدایت یا سرنشینی هواپیماهای آموزشی (باستثنای هواپیماهای نظامی) ☐
هدایت یا سرنشینی اتومبیل مسابقه ای ☐ هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر (باستثنای هلیکوپتر نظامی) ☐ پرش یا چتر نجات (بیج سقوط آزاد) ☐
هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسایل پروازی بدون موتور ☐ مسابقات ورزشی ☐ نوع ورزش: _____
☐ غواصی ☐ شکار ☐ قایقرانی ☐ سوارکاری ☐ زمین لرزه ☐

میزان غرامت مورد درخواست

در صورت فوت بر اثر حادثه: _____
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: _____

استفاده کننده گان از غرامت در صورت فوت بیمه شده

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:

☐ کوری ☐ 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؟ / چه مبلغی؟

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 شود 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 نماید.

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

بیمه سامان - نمایندگی شیرخانی کد ۱۱۰۳

نشانی: تهران - خیابان مطهری - روبروی تر کمینستان - ساختمان پروشات - واحد ۳۰

تلفن: ۸۸۴۳۷۲۵۲ / تلفکس: ۸۸۴۷۶۳۹۳

وبسایت: www.samaninsurer.com