

این قسمت توسط بیمه سامان تکمیل خواهد شد:

کد فرم: LIF093
تجدید نظر: 01
صفحه: ۱ از ۲

مشخصات بیمه نامه	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.			

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

سوار کاری 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

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:

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								

استفاده کنندگان از غرامت در صورت فوت بیمه شده

آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بله خیر

آیا بیمه درمان یا حوادث دارید؟ بله خیر

آیا خدمت سربازی انجام داده‌اید؟ بله خیر

آیا تاکنون عمل جراحی داشته‌اید؟ بله خیر

کدام عضو؟
چنانچه دارای هر یک از نقص عضوهای زیر می‌باشید لطفاً مشخص نمایید:

کری فلج خشکی مفاصل قفق 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 می‌برید؟ بله خیر

قد: وزن:

آیا تاکنون در اثر حادثه مجروح شده‌اید؟ بله خیر

آیا تاکنون از شرکت‌های بیمه خسارت حادثه دریافت کرده‌اید؟ بله خیر

کدام شرکت؟ در چه تاریخی؟
آیا بیمه درمان یا حوادث دارید؟ بله خیر

آیا خدمت سربازی انجام داده‌اید؟ بله خیر

در صورتی که به هر یک از بیماری‌های ذیل مبتلا می‌باشید پاسخ و توضیح دهید:

سرع بیماری قلبی بیماری مغزی آسم دیابت فشارخون فلج هموفیلی سرطان

به غیر از بیماری‌های فوق که در بالا قید شده چنانچه به بیماری دیگری مبتلا می‌باشید 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، بیمه‌گر می‌تواند نسبت به لغو بیمه‌نامه اقدام نماید و متعهد می‌شوم در صورت تغییر شغل یا اشتغال به موارد مندرج در بخش ((پوشش‌های اضافی)) این پرسشنامه مراتب را کتباً و در اسرع وقت به بیمه‌گر اعلام نمایم.

نام و امضاء بیمه‌گذار: نام و امضاء بیمه‌شده: 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- هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه:

د- غرامت روزانه عمومی/بستری در بیمارستان:

ه- خطرات اضافی:

نرخ: حق بیمه (ریال):

نام و امضای مسئول واحد صدور:

محاسبه حق بیمه قسمت توسط بیمه‌گر تکمیل می‌شود