

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی دفترچه‌ای

LIF111

تجدید نظر: 04

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات
بیمه‌گزار

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

مشخصات
بیمه‌شده

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده: نام پدر: تاریخ تولد: / /
کدملی: تلفن همراه:
نشانی بیمه‌شده:
شغل اصلی: شغل فرعی: مدت بیمه‌نامه: یکسال، از ساعت ۲۴ روز / / الی ساعت ۲۴ روز / /

در صورتی که پس از وقوع حادثه مشخص شود، شغل واقعی بیمه‌شده با آنچه که در این فرم قید گردیده است انطباق ندارد، بیمه‌گر نسبت موجود بین حق بیمه تعیین شده در بیمه‌نامه با حق بیمه‌ای که در صورت اطلاع بیمه‌گر از شغل واقعی تعلق می‌گرفت را متعهد می‌شود.

استفاده‌کننده (گان) از غرامت در صورت فوت بیمه‌شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	کدملی	نسبت با بیمه‌شده	سهم
۱			 / /			
۲			 / /			
۳			 / /			

استفاده‌کنندگان

ردیف پرسش‌ها در خصوص بیمه‌شده پاسخ داده شود.

۱	آیا در حال حاضر سالم هستید؟ در صورتی که پاسخ شما "خیر" است، به چه نوع بیماری و عوارض مبتلا هستید:	☐ بله ☐ خیر
۲	آیا تا کنون عمل جراحی داشته‌اید؟ در صورتی که پاسخ شما "بله" است، چه نوع عمل جراحی داشته‌اید:	☐ بله ☐ خیر
۳	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:	
۴	آیا تا کنون در اثر حادثه مجروح شده‌اید؟ در صورتی که پاسخ شما "بله" است، علت و اثرات آن چیست:	☐ بله ☐ خیر
۵	آیا بیمه‌نامه درمان یا حوادث دارید؟ در صورتی که پاسخ شما "بله" است، نام شرکت بیمه خود را ذکر فرمایید:	☐ بله ☐ خیر
۶	آیا از خدمت سربازی معاف شده‌اید؟ در صورتی که معاف شده‌اید علت آن را توضیح دهید:	☐ بله ☐ خیر
۷	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 گزینه‌های فوق مثبت است، توضیح بفرمایید:	

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

بیمه‌گزار: تاریخ و امضاء	بیمه‌شده: تاریخ و امضاء	کد عامل فروش: تاریخ و امضاء
-----------------------------	----------------------------	--------------------------------

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی دفترچه‌ای

LIF111
تجدید نظر: 04
صفحه: ۲ از ۲

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 ۱	طبقه شغلی ۲	طبقه شغلی ۳
☐ انتخاب ۱	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۹,۵۰۰	۱۴۱,۵۰۰	۱۹۱,۰۰۰
☐ انتخاب ۲	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۷۹,۰۰۰	۲۸۳,۰۰۰	۳۸۲,۰۰۰
☐ انتخاب ۳	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۸۵,۵۰۰	۴۰۳,۵۰۰	۵۵۱,۰۰۰
☐ انتخاب ۴	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۸,۰۰۰	۵۶۶,۰۰۰	۷۶۴,۰۰۰
☐ انتخاب ۵	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۷۱,۰۰۰	۸۰۷,۰۰۰	۱,۰۱۰,۲۰۰
☐ انتخاب ۶	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۳۷,۰۰۰	۸۴۹,۰۰۰	۱,۱۴۶,۰۰۰
☐ انتخاب ۷	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱,۱۸۲,۵۰۰	۱,۶۹۰,۰۰۰	۲,۳۰۵,۰۰۰
☐ انتخاب ۸	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۹۵,۰۰۰	۱,۴۱۵,۰۰۰	۱,۹۱۰,۰۰۰
☐ انتخاب ۹	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۵۳,۰۰۰	۱,۹۸۱,۰۰۰	۲,۶۷۴,۰۰۰
☐ انتخاب ۱۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۷۹۰,۰۰۰	۲,۸۳۰,۰۰۰	۳,۸۲۰,۰۰۰
☐ انتخاب ۱۱	۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۱۶۰,۰۰۰	۱۱,۳۲۰,۰۰۰	۱۵,۲۸۰,۰۰۰
☐ انتخاب ۱۲	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۹۵۰,۰۰۰	۱۴,۱۵۰,۰۰۰	۱۹,۱۰۰,۰۰۰
☐ انتخاب ۱۳	۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۳۰,۰۰۰	۱۹,۸۱۰,۰۰۰	۲۶,۷۴۰,۰۰۰
☐ انتخاب ۱۴	۹,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۱۱۰,۰۰۰	۲۵,۴۷۰,۰۰۰	۳۴,۳۸۰,۰۰۰
☐ انتخاب ۱۵	۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	۲۸,۳۰۰,۰۰۰	۳۸,۲۰۰,۰۰۰
☐ انتخاب ۱۶	۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۴۸۰,۰۰۰	۳۳,۹۶۰,۰۰۰	۴۵,۸۴۰,۰۰۰
☐ انتخاب ۱۷	۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۶,۸۵۰,۰۰۰	۴۲,۴۵۰,۰۰۰	۵۷,۳۰۰,۰۰۰
☐ انتخاب ۱۸	۱۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۴۳۰,۰۰۰	۴۸,۱۱۰,۰۰۰	۶۴,۹۴۰,۰۰۰
☐ انتخاب ۱۹	۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۸۰۰,۰۰۰	۵۶,۶۰۰,۰۰۰	۷۶,۴۰۰,۰۰۰

خطرات مورد پوشش

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

حق بیمه

واحد صدور:
تاریخ و امضاء

کد عامل صدور:
تاریخ و امضاء

بیمه‌گزار:
تاریخ و امضاء

استفاده
کنندگان

قابل توجه واحدهای صدور بیمه‌نامه:
حداقل سن مشمول بیمه ۴ سال تمام (در خصوص افراد زیر ۱۸ سال صرفاً با حضور قیم قانونی و توسط ایشان امکان پذیر است) و حداکثر سن ۷۵ 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.