

شرکت بیمه سامان به موجب این بیمه نامه و بر اساس قانون و مقررات بیمه در کشور و شرایط عمومی بیمه نامه حوادث انفرادی و شرایط خصوصی مندرج در متن و ضمیمه این بیمه نامه در ازای دریافت حق بیمه مقرر، شخصی را که مشخصات او ذیل درج گردیده و بیمه شده اصلی نامیده می شود، بیمه نموده و متعهد می گردد در صورت تحقق خطرات مشمول بیمه، بر حسب انتخاب بیمه گذار مبالغ مندرج در جدول ذیل را به استفاده کنندگان پرداخت نماید.

شماره بیمه نامه: مدت بیمه نامه یک سال از ساعت ۲۴ روز / / لغایت ساعت ۲۴ روز / /
 نام و نام خانوادگی بیمه شده: کد ملی: شماره شناسنامه:
 نام پدر: تاریخ تولد: / /
 نشانی و تلفن بیمه شده:
 نشانی و تلفن بیمه گذار:

خطرات مورد پوشش

انتخاب ها	فوت بیمه شده ناشی از حوادث مشمول بیمه	نقص عضو و از کارافتادگی کلی و جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه (طبق جدول نقص عضو حداکثر)	هزینه پزشکی ناشی از حوادث مشمول بیمه	مبلغ حق بیمه یکساله (طبق قانون، مالیات بر ارزش افزوده به مبلغ حق بیمه اضافه خواهد شد)
-----------	---------------------------------------	---	--------------------------------------	---

حداکثر سرمایه مورد تعهد بیمه گر (ریال)

انتخاب ۱	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸۹,۵۰۰
انتخاب ۲	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۷۹,۰۰۰
انتخاب ۳	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۸۷,۵۰۰
انتخاب ۴	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۸,۰۰۰
انتخاب ۵	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۷۵,۰۰۰
انتخاب ۶	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۳۷,۰۰۰
انتخاب ۷	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۸۱۵,۰۰۰
انتخاب ۸	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸۹۵,۰۰۰
انتخاب ۹	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۵۳,۰۰۰
انتخاب ۱۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۷۹۰,۰۰۰

کد بیمه گذار:

حق بیمه به مبلغ: با مالیات 1,951,100 ریال بابت انتخاب شماره: 10

نقدی یا به موجب / فیش شماره: مورخ: دریافت گردید.

کد عامل فروش و تاریخ صدور:

امضاء بیمه گذار: ○

مهر و امضاء واحد صدور بیمه نامه:

این قسمت توسط بیمه شده و بیمه گذار تکمیل می شود.

بیمه گذار	بیمه گذار:
	نشانی:
	کد پستی:
معلومات	نام و نام خانوادگی:
	تاریخ تولد:
	شماره شناسنامه:
محل صدور:	نام پدر:
کد ملی:	تلفن:
مشاغل اصلی:	مشاغل فرعی:
نشانی:	درآمد ماهیانه:

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

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	کد ملی	محل صدور	نسبت با بیمه شده	سهم
۱							
۲							
۳							

در صورتی که پس از وقوع حادثه مشخص شود که شغل واقعی بیمه شده با آنچه که در پیشنهاد (همین برگه) قید گردیده انطباق ندارد، بیمه گر نسبت موجود بین حق بیمه تعیین شده در بیمه نامه با حق بیمه ای که در صورت اطلاع بیمه گر از شغل واقعی تعلق می گرفت را متعهد می باشد.

آیا در حال حاضر سالم هستید؟ بله خیر اگر سالم نیستید به چه نوع بیماری و عوارضی مبتلا هستید؟

آیا تاکنون عمل جراحی داشته اید؟ بله خیر نوع جراحی؟

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

کری فلج خشکی مفاصل فتق انحرافات ستون فقرات نابینایی از یک چشم نابینایی از دو چشم تغییر شکل یا قطع اعضا

در صورت مثبت بودن کدام عضو؟

آیا تاکنون در اثر حادثه مجروح شده اید؟ بله خیر تاریخ حادثه:

آیا بیمه درمان یا حوادث دارید؟ بله خیر نزد کدام سازمان یا شرکت بیمه؟

آیا خدمت سربازی انجام داده اید؟ بله خیر در صورت معاف شدن علت آن را توضیح دهید:

در صورتی که به هر یک از بیماری های ذیل مبتلا می باشید، پاسخ و توضیح دهید:

صرع بیماری قلبی بیماری مغزی دیابت فلج فشار خون سرطان کم بینایی

چنانچه به بیماری دیگری مبتلا می باشید لطفاً توضیح دهید:

اینجانب به کلیه پرسش های فوق 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.