

LIF210

کد سند :

شماره تجدید نظر: ۰۰

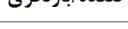
شرکت بیمه سامان

فرم درخواست خسارت عمر و تشکیل سرمایه



جهت خدمیمه:

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تعییرات
00	1401/02/21	صدور اولیه	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-			

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده/بازنگری کننده
هادی رئیس زاده 	فرزاد فروغی 	شیما آراء نگین فیروز  غرalte سادات فخارزاده 



مشخصات بیمه گذار / ذینفع متقاضی

شماره بیمه نامه :																		
نام ذینفع:																		
کد ملی / کد اقتصادی ذینفع / ذینفعان / قیم قانونی:																		
نام و نام خانوادگی بیمه گذار:																		
کد ملی / کد اقتصادی بیمه گذار:																		
نام و نام خانوادگی بیمه شده:																		
کد ملی بیمه شده:																		
شماره حساب:																		
نام بانک دریافت کننده خسارت:																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; text-align: center;">I</td> <td style="width: 10px; text-align: center;">R</td> <td style="width: 10px;"></td> </tr> </table>		I	R																
I	R																		
شماره شبا:																		
آدرس بیمه گذار:																		
شماره تماس:																		

* در صورتی که در خواست دهنده وکیل پیمه گذار/ذینفع پاشد و کالتنامه محضری الزامی می پاشد

موضوع خسارت (لطفاً بسته به نوع خسارت، یکی از آیتم‌های زیر انتخاب گردد)

دریافت منافع بیمه:

□ فوت □ فوت حادثی □ امراض خاص □ نقص عضو ناشی از حادثه □ هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه □ معافیت از کارافتادگی □ درآمد از کارافتادگی

نام، نام خانوادگی ذینفع فوت/ذینفع حیات/پیمه شده، امضاء و تاریخ

مدارک مورد نیاز جهت اخذ خسارت:

۱.فوت : تکمیل فرم درخواست به تفکیک ذینفعان و یا وراث قانونی / اصل بیمه نامه و اوراق الحاقی / کپی برابر اصلگوایی فوت صادره از ثبت احوال / کپی برابر اصل جواز دفن صادر شده از پزشکی قانونی / کپی برابر اصل شناسنامه و کارت ملی متوفی و ذینفعان (گواهی حصر وراثت نامحدود درصورتی که ذینفع وراث قانونی باشد) / کلیه مدارک بیمارستانی از تاریخ وقوع بیماری و تشخیص آن تا روز فوت / دفترچه های بیمه درمانی بیمه شده

۲. فوت حادثی: تکمیل فرم درخواست به تفکیک ذینفعان و یا وراث قانونی / بیمه نامه و اوراق الحاقی / کپی برابر اصل گواهی فوت صادره از ثبت احوال / کپی برابر اصل جواز دفن صادر شده از پزشکی قانونی / کپی برابر اصل شناسنامه و کارت ملی متوفی و ذینفعان (گواهی حصر و راثت نامحدود درصورتی که ذینفع وراث قانونی باشد) / کپی برابر اصل شرح گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح قانونی / کپی برابر اصل گزارشات پزشکی قانونی (معاینه جسد و درصورت انجام سم شناسی و آسیب شناسی) / کپی برابر اصل گزارش ختم دادرسی از مراجع ذیصلاح قانونی / کپی برابر اصل گزارش اورژانس و کلیه مدارک بیمارستان / چنانچه متوفی راکب وسیله نقلیه بوده که ندان اما گاهه نامه مرتبط با آن.

۳. امراض خاص: تکمیل فرم درخواست توسط بیمه گذار / کپی برای اصل کلیه مدارک بیمارستانی که منجر به تشخیص بیماری شده تا روز دریافت خسارت / کپی برای اصل گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و زمان تشخیص آن و سیر بیماری / کپی برای اصل فاکتورهای بیمارستانی / کپی برای اصل دفترچه های بیمه درمانی / که باد اصل استعلام از مکان اسناد نشک سمه دمان و سمه تکمیل دمان: سمه شده

۴. نقص عضو ناشی از حادثه: تکمیل فرم درخواست توسط بیمه گذار / کپی برابر اصل گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح قانونی / کپی برابر اصل گزارش خاتمه درمان از پزشکی قانونی یا پزشک معالج / چنانچه بیمه شده راک و سیله نقلیه بوده کپی برابر اصل گواهی نامه مرتبط با آن / کپی برابر اصل گزارش اورژانس و کلیه مدارک بیمارستان / گرفتار، نقااط اسیب دیده

۵. هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه : تکمیل فرم درخواست توسط بیمه گذار / کمی برابر اصل گزارش حادثه / چنانچه بیمه شده را کب وسیله نقلیه بوده کپی برابر اصل گواهی نامه مرتبط با آن / کمی برابر اصل گزارش اورژانس و کلیه مدارک بیمارستان / اصل صورتحساب های پرداخت شده

۶. معافیت و درآمد از کارافتادگی : تکمیل فرم درخواست توسط بیمه گذار / کمی برابر اصل گواهی پزشک معالج و یا پزشکی قانونی مبنی بر از کارافتادگی کامل / کمی برابر اصل کلیه مدارک بیمارستانی از تاریخ وقوع بیماری تا زمان اعلام خسارت / دفترچه های بیمه درمانی بیمه شده / کمی برابر اصل استعلام از مرکز اسناد پزشکی بیمه درمانی و بیمه تکمیلی درمان بیمه شده / درصورت مراجعة به سازمان تامین اجتماعی گواهی از کارافتادگی کامل بیمه شده از آن سازمان چنانچه از کارافتادگی کامل بر اثر حادثه بوده است لطفاً مدارک چک لیست خسارت از کارافتادگی حادثی اخذ گردد.

در صورت مفقودی بیمه نامه:

در صورت مفقود شدن اصل بیمه نامه، لطفاً این قسمت تکمیل گردد: اینجانب ----- ذینفع بیمه نامه شماره ----- با توجه به مفقود شدن اصل بیمه نامه متعهد می‌گردم، در صورت وقوع هرگونه سوء استفاده احتمالی توسط شخص و یا اشخاص حقیقی حقوقی، کلیه ضرر و زیان وارد به بیمه سامان را جبران نمایم و من بعد هیچگونه ادعایی نسبت به بیمه نامه مفقودی ندارم.

در صورتی که ذینفع به سین قانونی نرسیده باشد تکمیل فرم درخواست توسط ولی قهری و یا قیم با ارائه قیم نامه رسمی صورت می پذیرد. (در صورتی که قیم اقدام به تکمیل فرم درخواست نماید شماره حساب ذینفع بایستی از اداره امور سپرپستی اعلام گردد)

نام، نام خانوادگی ذینفع فوت، امضاء و تاریخ

قادر بخ

نوع درخواست:

لایه / اخبار / سیاست / تجزیه و تحلیل

بر اساس نوع درخواست، کلیه مدارک مورد نیاز از بیمه‌گذار / ذینفع دریافت گردید.

شماره فرم درخواست:

شماره تماس: