LIF210	شرکت بیمه سامان	بیمه سامان Saman Insurance
تجدید نظر: 00	**فرم درخواست خسارت عمر و تشکیل سرمایه**	
صفحه: ۱ از ۱		

تاریخ : ----------

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: .....

نام بانک دریافت کننده خسارت: ..... شماره حساب: .....

شماره شبا: | I | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

آدرس بیمه‌گذار: ..... شماره تماس : .....

* در صورتی که درخواست دهنده وکیل بیمه گذار/ذینفع باشد وکالتنامه محضری الزامی می باشد

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 ازکارافتادگی

نام، نام خانوادگی ذینفع فوت/ذینفع حیات/بیمه 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 اصلگواهی 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 وراثت 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 کپی برابر اصل گواهی نامه مرتبط با آن

۳.امراض خاص : ☐ تکمیل فرم درخواست توسط بیمه گذار / ☐ کپی برابر اصل کلیه مدارک بیمارستانی که منجر به تشخیص بیماری شده تا روز دریافت خسارت / ☐ کپی برابر اصل گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و زمان تشخیص آن و سیر بیماری / ☐ کپی برابر اصل فاکتورهای بیمارستانی / ☐ کپی برابر اصل دفترچه های بیمه درمانی / ☐ کپی برابر اصل استعلام از مرکز اسناد پزشکی بیمه درمانی و بیمه تکمیلی درمان بیمه 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 و یا پزشک معالج / ☐ چنانچه بیمه شده راکب وسیله نقلیه بوده کپی برابر اصل گواهی نامه مرتبط با آن / ☐ کپی برابر اصل گزارش اورژانس و کلیه مدارک بیمارستان / ☐ گرافی نقاط آسیب دیده

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

۶. معافیت و درآمد ازکارافتادگی : ☐ تکمیل فرم درخواست توسط بیمه گذار / ☐ کپی برابر اصل گواهی پزشک معالج و یا پزشکی قانونی مبنی بر از کارافتادگی کامل / ☐ کپی برابر اصل کلیه مدارک بیمارستانی از تاریخ وقوع بیماری تا زمان اعلام خسارت / ☐ دفترچه های بیمه درمانی بیمه شده / ☐ کپی برابر اصل استعلام از مرکز اسناد پزشکی بیمه درمانی و بیمه تکمیلی درمان بیمه شده / ☐ درصورت مراجعه به سازمان تامین اجتماعی گواهی ازکارافتادگی کامل بیمه شده از آن سازمان

* چنانچه ازکارافتادگی کامل بر اثر حادثه بوده است لطفا مدارک چک لیست خسارت ازکارافتادگی حادثی اخذ گردد.

☐ **درصورت مفقودی بیمه نامه:**

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

در صورتی که ذینفع به سن 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 سرپرستی اعلام گردد)

نام، نام خانوادگی ذینفع فوت، امضاء و تاریخ

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

شماره فرم درخواست: **شماره بیمه نامه(در صورت وجود):** **تاریخ:**

شماره تماس : **شماره داخلی:** **نوع درخواست:**

نام/ امضاء /سمت تحویل گیرنده: