

در صورت فوت بیمه شده

- کپی برابر اصل کل صفحات باطل شده شناسنامه و کارت ملی بیمه شده
- کپی برابر اصل گواهی فوت و جواز دفن
- کپی برابر اصل گزارش معاینه جسد و گواهی پزشکی قانونی با ذکر علت فوت
- فرم تکمیل شده‌ی تعیین استفاده کننده از سرمایه فوت بیمه نامه عمر و حوادث (LIF۱۳۴) یا در صورت عدم وجود فرم مذکور، کپی برابر اصل گواهی انحصار وراثت
- فرم اعلام خسارت به همراه شماره حساب، شماره شبا و نام بانک، شناسنامه و کارت ملی ذینفعان فوت/ وراثت قانونی
- آخرین فیش حقوقی و کپی صفحه اول دفترچه بیمه تامین اجتماعی و حکم کارگزینی صادره قبل از تاریخ فوت
- اصل کلیه مدارک پزشکی اخیر متوفی (در صورت درخواست)
- گزارش شرح حادثه از مراجع ذیصلاح قانونی (در صورت درخواست)
- کپی برابر اصل گواهینامه وسیله نقلیه مرتبط (در مواردی که بیمه شده در زمان وقوع حادثه هدایت وسیله نقلیه را بر عهده داشته باشد، در صورتی خسارت وی در شمول تعهدات بیمه گر قرار خواهد داشت که بیمه شده در تاریخ وقوع حادثه دارای گواهینامه مجاز رانندگی متناسب با همان وسیله نقلیه باشد)
- در صورت استفاده از موتور سیکلت های خاص علاوه بر گواهینامه مرتبط، ارائه مجوز قانونی جهت استفاده از موتور سیکلت مذکور ضروری است.
- گزارش نهایی مقام قضایی (پس از انجام تحقیقات کامل، در صورت درخواست)

در صورت نقص عضو بیمه شده

- کپی برابر اصل تصویر شناسنامه و کارت ملی بیمه شده
- مدارک بیمارستانی شامل شرح عمل، خلاصه پرونده و عکسهای رادیولوژی و گزارش رادیولوژی
- گزارش پزشک معالج مبنی بر اتمام معالجات و غیر قابل علاج بودن نقص عضو / گزارش پزشک معتمد بیمه گر / پزشک قانونی (در صورت درخواست)
- گزارش شرح حادثه (در صورت درخواست بیمه گر گزارش شرح حادثه از مراجع ذیصلاح قانونی دریافت می گردد)
- فرم اعلام خسارت به همراه شماره حساب، شماره شبا و نام بانک صاحب حساب بیمه شده
- کپی برابر اصل گواهینامه وسیله نقلیه مرتبط (در مواردی که بیمه شده در زمان وقوع حادثه هدایت وسیله نقلیه را بر عهده داشته باشد، در صورتی خسارت وی در شمول تعهدات بیمه گر قرار خواهد داشت که بیمه شده در تاریخ وقوع حادثه دارای گواهینامه مجاز رانندگی متناسب با همان وسیله نقلیه باشد)
- در صورت استفاده از موتور سیکلت های خاص علاوه بر گواهینامه مرتبط، ارائه مجوز قانونی جهت استفاده از موتور سیکلت مذکور ضروری است.

<p><input type="checkbox"/> کپی برابر اصل تصویر شناسنامه و کارت ملی بیمه شده</p> <p><input type="checkbox"/> پرونده کامل بیمارستانی شامل اصل صورتحساب بیمارستانی به انضمام مدارک مثبت (یا مستندات مربوطه) / و اصل صورتحساب سایر هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی</p> <p><input type="checkbox"/> گزارش شرح حادثه (در صورت درخواست بیمه گر گزارش شرح حادثه از مراجع ذیصلاح قانونی دریافت می گردد)</p> <p><input type="checkbox"/> کپی برابر اصل گواهینامه و سیله نقلیه مرتبط (در مواردی که بیمه شده در زمان وقوع حادثه هدایت و سیله نقلیه را بر عهده داشته باشد، در صورتی خسارت وی در شمول تعهدات بیمه گر قرار خواهد داشت که بیمه شده در تاریخ وقوع حادثه دارای گواهینامه مجاز رانندگی متناسب با همان وسیله نقلیه باشد)</p> <p>همچنین در صورت استفاده از موتور سیکلت های خاص علاوه بر گواهینامه مرتبط، ارائه مجوز قانونی جهت استفاده از موتور سیکلت مذکور ضروری است.</p> <p><input type="checkbox"/> اطلاعات مربوط به بیمه گر بیمه درمان تکمیلی شامل کپی بیمه نامه یا نام شرکت بیمه گر (در صورت وجود)</p> <p><input type="checkbox"/> فرم اعلام خسارت به همراه شماره حساب، شماره شبا و نام بانک صاحب حساب بیمه شده</p>	<p>در صورت بروز هزینه پزشکی برای بیمه شده</p>
<p><input type="checkbox"/> کپی برابر اصل تصویر شناسنامه و کارت ملی بیمه شده</p> <p><input type="checkbox"/> پرونده کامل بیمارستانی (کلیه مدارک بستری بیمارستان) شامل برگه های تریاز اورژانس، برگه شرح حال، خلاصه پرونده، صورتحساب کلی بیمارستان و اصل صورتحساب سایر هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی</p> <p><input type="checkbox"/> تست PCR مثبت از آزمایشگاه های معتبر</p> <p><input type="checkbox"/> نتیجه سی تی اسکن ریه</p> <p><input type="checkbox"/> اطلاعات مربوط به بیمه گر بیمه درمان تکمیلی شامل کپی بیمه نامه یا نام شرکت بیمه گر (در صورت وجود)</p>	<p>در صورت بروز غرامت بستری شدن در بیمارستان (در اثر کرونا)</p>

توضیحات لازم:

- ۱- ارسال خسارت فقط با نامه کتبی بیمه گذار یا فرم اعلام خسارت بیمه نامه های گروهی (عمر، حادثه، مانده بدهکار) (LIF۱۲۲) مورد قبول می باشد.
- ۲- کپی برابر اصل می بایست فقط توسط مراجع ذیصلاح (دفترخانه های اسناد رسمی) و یا شعبه صورت پذیرد.
- ۳- حداکثر مهلت اعلام خسارت: ۳۰ روز از وقوع حادثه می باشد.
- ۴- حداکثر مهلت تکمیل مدارک پس از اعلام خسارت: ۶۰ روز می باشد.
- ۵- حسب مورد، بیمه گر مدارک تکمیلی مورد نیاز را درخواست می نماید.
- ۶- بیمه گذار در صورت درخواست هزینه پزشکی، چنانچه هزینه ای از بیمه گر اول دریافت کرده باشد می بایست، کپی برابر اصل تصاویر هزینه های (دریافت شده از بیمه گر اول) به همراه درخواست پرداخت خسارت و "نامه پرداخت خسارت از بیمه گر اول" به بیمه سامان ارسال نمایند و بیمه گر دوم (بیمه سامان) براساس سقف تعهدات (نسبت به پرداخت ما به تفاوت کل هزینه

های صورت گرفته تایید شده) اقدام نماید. و چنانچه هزینه ای از بیمه گر اول دریافت نکرده باشد، اصل تصاویر کل هزینه های صورت گرفته را به بیمه سامان ارسال نمایند. تا(نسبت به کل هزینه های صورت گرفته مورد تایید) خسارت توسط بیمه گر دوم (بیمه سامان) و براساس سقف تعهدات پرداخت گردد.

۷- در زمان فوت بیمه شده، در صورت دارا بودن فرزند زیر ۱۸ سال، چنانچه مادر در نقش قیم بوده و درخواستی مبنی بر قیمیت داشته باشد، ارسال نامه اداره سرپرستی الزامی می باشد.

۸- در خصوص خسارت های مربوط به کرونا، تصویر مدارک توسط بیمه گذار از طریق واتسآپ(شماره مذکور صرفاً در خصوص بروز خسارت کرونا، از طریق نماینده یا هریک از دفاتر و شعب مطابق با روش اجرایی پرداخت خسارت عمر و حوادث گروهی LIP۰۱۴ در اختیار بیمه گذار قرار می گیرد) برای اداره نظارت خسارت بیمه های عمر حوادث - گروهی و انفرادی ارسال خواهد شد. در صورت تایید اداره مذکور، مستندات به نشانی دبیرخانه بیمه سامان(واقع در خیابان وزراء (خالد اسلامبولی)، نبش خیابان سیزدهم، پلاک ۱۲۳، ساختمان بیمه سامان، طبقه همکف، واحد دبیرخانه) ارسال خواهد شد.