



پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

* پیشنهاد دهنده می بایست به هریک از سوالات زیر جواب صحیح و کامل داده و مسئول پاسخگویی به سوالات می باشد.
* تعریف حادثه: حادثه موضوع این بیمه عبارتست از هرواقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصوداراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح ، نقص عضو ، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد. (سکنه قلبی یا مغزی حادثه محسوب نمی شود.)

نام و نام خانوادگی بیمه گذار :	کد ملی / اقتصادی :	تاریخ تولد : روز / ماه / سال
نام پدر :	شماره شناسنامه :	محل صدور :
آدرس :	تلفن :	کدپستی :
نشانی الکترونیکی :		فاکس :

نام و نام خانوادگی بیمه شده :	کد ملی :	تاریخ تولد : روز / ماه / سال
نام پدر :	شماره شناسنامه :	محل صدور :
مشاغل اصلی و فرعی شما (بیمه شده) چیست ؟ مشروحا " مرقوم فرمائید :		
متوسط درآمد ماهانه شما چه مبلغ است ؟		
نشانی منزل :	تلفن ثابت (منزل) :	کدپستی منزل :
نشانی الکترونیکی :		تلفن همراه :
نشانی محل کار و کدپستی :		تلفن محل کار :

پوشش بیمه نامه	مبلغ بیمه (ریال)	نرخ اصلی	اضافه نرخ	مجموع حق بیمه
فوت و نقص عضو از کارافتادگی دائم (جزئی و یا کلی)				
هزینه های پزشکی				
غرامت روزانه بیمارستانی / عمومی				
حوادث خانواده				
مدت بیمه نامه : <input type="checkbox"/> یکساله <input type="checkbox"/> کوتاه مدت		کل حق بیمه :		ریال
		مالیات برارزش افزوده :		ریال
		عوارض شهرداری :		ریال
		جمع کل حق بیمه با مالیات :		ریال

این قسمت در صورت انتخاب پوشش حوادث خانواده تکمیل گردد.

۱- آیا در حال حاضر همسر شما کاملا سالم می باشد؟	<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر
۲- آیا فرزندان شما در صحت و سلامت کامل می باشند؟	<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر
۳- در صورت وجود هر گونه بیماری یا نقص عضو مربوط به همسر و هریک از فرزندان آنها به طور کامل توضیح دهید.		

تسکینات استفاده کننده (گان) از مبلغ (مورد تعهد) بیمه در صورت فوت بیمه شده :

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد روز / ماه / سال	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	محل صدور	نسبت با بیمه شده	اولویت	درصد استفاده
								از مبلغ بیمه

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد :

واحد صادرکننده بیمه نامه :	کد و نام نماینده :
شماره بیمه نامه :	تاریخ صدور :
مجوز صدور بیمه نامه :	مدت بیمه :
	تاریخ شروع :

نام و نام خانوادگی بیمه شده :

بله خیر

۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر و یا حوادث در جریان دارید؟

ریال

به مبلغ

در صورت مثبت بودن پاسخ ، نزد کدام شرکت بیمه و به چه مبلغ ؟ شرکت بیمه

۲- آیا خدمت زیر پرچم را انجام داده اید؟ در صورت معافیت علت آن را توضیح دهید:

کیلوگرم

سانتیمتر

۳- قد و وزن شما چقدر است ؟

۴- آیا قوه بینائی شما طبیعی است ؟ در صورتی که از عینک طبی استفاده می فرمائید، شماره آن را مرقوم فرمائید :

۵- آیا قوه شنوائی شما طبیعی است ؟ در صورت منفی بودن پاسخ ، میزان ناشنوائی را مرقوم فرمائید :

۶- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید؟

در صورت مثبت بودن پاسخ ، تاریخ و نوع جراحی و مدت آن را مرقوم فرمائید :

۷- آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری هائی از قبیل آسم ، سرگیجه ، صرع ، سکته ، فلج ، نقرس ، قلبی، ترومبوز ، غش ، دیابت ،

آرتروز، دیسک و هر نوع نآرامی عصبی و شوک و عدم تعادل روانی و یا هرگونه بیماری مزمن که عود نماید، داشته اید؟

در صورت مثبت بودن هر یک از موارد بالا،لطفاً نام بیماری، تاریخ ابتلا، نام پزشک، میزان و نوع داروی مصرفی را ذیلاً مرقوم فرمائید:

۸- آیا دارای نقص عضو و یا از کارافتادگی می باشید؟

در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت از بدن ، دقیقاً مشخص نمائید. در صورت امکان میزان آن را ذکر فرمائید.

۹- آیا در حال حاضر کاملاً سالم می باشید؟

در صورتی که سالم نیستید، به چه بیماری و عارضه ای مبتلا می باشید؟

۱۰- در صورت تمديد بیمه نامه آیا در سال گذشته خسارت دیده اید ؟

۱۱- در صورت بروز خسارت نوع صدمات وارده را توضیح دهید .

۱۲- آیا در حال حاضر به مواد مخدر اعتیاد دارید ؟

علاوه بر خطرات عادی و حرفه ای، کدامیک از پوشش های زیر را درخواست می نمائید.

پرش با چتر نجات (بجز سقوط آزاد) - پاراگلایدر

غواصی

سوارکاری

شکار

هدایت موتورسیکلت

هدایت ویا سرنشینی هواپیمای آموزشی

کوهنوردی

شنا

اسکی

زلزله و آتشفشان

هدایت ویا سرنشینی اتومبیل مسابقه

بدنسازي

فوتبال

سقوط آزاد

ورزشهای رزمی و حرفه ای

سایر مواردی که در فوق ذکر نگردیده است :

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده ام و چون این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه حوادث انفرادی می باشد، بنابراین در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید.

تاریخ و امضاء بیمه گذار

تاریخ و امضاء متقاضی بیمه

مهر و امضاء نمایندگی

* این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای شرکت بیمه و بیمه گذار ایجاد نکرده و در صورت عدم انعقاد بیمه نامه، هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

اظهار نظر پزشک معتمد بیمه گر :