



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 قصدواراده 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 آنرا به طور کامل توضیح دهید .		

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

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	محل صدور	نسبت با بیمه شده	اولویت	درصد استفاده
								ازمبلغ 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؟

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

به مبلغ ریال

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 شنوایی شما طبیعی است ؟ در صورت منفی بودن پاسخ ، میزان ناشنوایی 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 ، سکتة ، فلج ، نقرس ، قلبی، ترومبوز ، غش ، دیابت ،

آرتروز، دیسک و هرنوع 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 تمدید 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؟

هدایت موتورسیکلت	شکار	سوارکاری	غواصی	پرش باچتر نجات(بجز سقوط آزاد)- پاراگلایدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زلزله و آتشفشان	اسکی	شنا	کوهنوردی	هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ورزشهای رزمی و حرفه ای	سقوط آزاد	فوتبال	بدنسازی	هدایت و یا سرنشینی اتومبیل مسابقه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :