

پیشنهاد بیمه نامه حوادث انفرادی

شماره بیمه نامه :
 پس از صدور بیمه نامه شماره آن را در این محل درج نمایید.

- ۱- حادثه عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده، بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.
- ۲- بیمه شده به هنگام رانندگی در صورت نداشتن گواهینامه مجاز و معتبر تحت پوشش بیمه نامه نمی باشد.
- ۳- تکمیل این فرم هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

توجه: چنانچه بیمه گذار و بیمه شونده یک نفر می باشد فقط جدول مشخصات بیمه شونده را تکمیل فرمایید.

شخص حقوقی	شخص حقیقی
نام (موسسه، شرکت، سازمان):	نام و نام خانوادگی: نام پدر:
کد پستی:	تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه:
کد اقتصادی:	شغل:
شناسه ملی:	تلفن ثابت:
تلفن:	آدرس:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شغل اصلی و فرعی: تاریخ تولد: / /
 شماره شناسنامه: کد ملی: تلفن همراه: تلفن ثابت:
 آدرس: کدپستی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	محل صدور	نسبت با بیمه شده	در صد سرمایه
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

در صورت عدم تعیین ذینفع، مخدوش بودن و یا عدم تکمیل اطلاعات مندرج در جدول فوق، استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده وراثت قانونی خواهند بود.

- ۱- آیا خدمت زیر پرچم را انجام داده اید؟ بله خیر در صورت معافیت پزشکی علت را ذکر فرمایید، ضمناً چنانچه معافیت دائم غیر پزشکی دارید نوع آن را مشخص فرمایید.
- ۲- آیا در رابطه با مشاغل خود مسافرت می کنید؟ بله خیر چند مرتبه در سال؟ با چه وسیله؟ آیا هم اکنون سالم هستید؟ بله خیر اگر سالم نیستید چه نوع بیماری و یا چه عوارضی دارید؟
- ۳- آیا تا کنون عمل جراحی شده اید؟ بله خیر اگر پاسخ مثبت است علت، نوع عمل، مدت بستری و تاریخ آن را ذکر فرمایید.
- ۴- آیا نقص عضو و از کار افتادگی دارید؟ بله خیر اگر پاسخ مثبت است نوع نقص عضو، علت و چگونگی آن را ذکر فرمایید.
- ۵- آیا تاکنون سابقه ابتلا به بیماری‌هایی مانند سکت، آسم، نقرس، مشکلات قلبی، صرع (غش کردن)، دیابت، آرتروز، دیسک، مینیسک، مشکلات عصبی و روانی و یا بیماری‌های عود کننده و یا مزمن داشته اید؟ بله خیر اگر پاسخ مثبت است تاریخ، نام بیماری و نام پزشک معالج را ذکر فرمایید.
- ۶- آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟ بله خیر اگر پاسخ منفی است نوع اختلال را ذکر فرمایید.
- ۷- آیا از عینک یا لنز استفاده می نمایید؟ شماره عینک فعلی و شماره قبلی را ذکر فرمایید.
- ۸- آیا قوه شنوایی شما طبیعی است؟ بله خیر لطفاً میزان ناشنوایی را ذکر فرمایید.
- ۹- آیا اکنون دارای بیمه عمر، حوادث و درمان در جریان هستید؟ بله خیر اگر پاسخ مثبت است، چه نوع بیمه ای؟ نزد کدام شرکت؟ با چه سرمایه ای؟
- ۱۰- آیا دارای بیمه پایه هستید؟ بله خیر تامین اجتماعی خدمات درمانی سایر: آیا تاکنون در اثر حادثه مجروح و یا مصدوم شده اید؟ بله خیر اگر پاسخ مثبت است نوع حادثه را ذکر فرمایید.
- ۱۱- آیا تاکنون از شرکتهای بیمه خسارت بیمه حوادث دریافت نموده اید؟ بله خیر چنانچه پاسخ مثبت می باشد از کدام شرکت؟ در چه تاریخ؟ به چه مبلغ؟ در رابطه با چه حادثه ای؟

مشخصات بیمه گذار

مشخصات بیمه شونده

مشخصات استفاده کننده از سرمایه بیمه (ذینفع) در صورت فوت بیمه شده

بیمه گذار محترم، لطفاً به این سوال‌ها بطور مختصر و واضح پاسخ دهید

خطرات اضافی در خواستی خود را تعیین فرمایید

- ورزش های رزمی
- ورزش های حرفه ای
- شکار
- سوار کاری
- قایق رانی
- غواصی
- هدایت با چتر نجات
- هدایت موتور سیکلت
- هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی ، اکتشافی و غیر تجاری
- هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی مسابقه ای
- هدایت و یا سرنشینی بالگرد (هلیکوپتر)
- هدایت کایت یا سایر وسایل پرواز بدون موتور
- جنگ ، شورش ، انقلاب ، بلوا ، اعتصاب ، قیام ، آشوب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی
- زمین لرزه ، آتشفشان، فعل و انفعالات هسته ای
- ورزش هایی که به طور مستمر و یا تفریحی به آن ها می پردازید . نام آن ها را ذکر فرمایید .

سرمایه در خواستی خود را تعیین فرمایید

- ۱- فوت در اثر حادثه ریال
- ۲- نقص عضو و از کار افتادگی دائم (جزئی و کلی) در اثر حادثه حداکثر تا ریال
- ۳- هزینه های پزشکی در اثر حادثه حداکثر تا ریال
- ۴- غرامت روزانه عمومی ریال
- ۵- غرامت روزانه بستری در مراکز درمانی مجاز ریال

مدت اعتبار بیمه نامه

مدت بیمه نامه : روز

شروع پوشش : ساعت ۲۴ روز / /

پایان پوشش : ساعت ۲۴ روز / /

تایید به پاسخ صحیح به سوال ها

اینجانب بیمه گذار تصدیق می نمایم که به پرسشهای این پیشنهاد بطور صحیح پاسخ داده و چون این پیشنهاد بیمه شده

جزء لاینفک بیمه نامه حوادث درخواستی اینجانب می باشد بیمه گر حق دارد در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع بیمه نامه را باطل نماید.

بیمه گذار
مهر، امضا و تاریخ

بیمه شده
مهر، امضا و تاریخ

تایید به نمایندگی / اگر گزاری / میر بیمه ای

اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد ، کنترل و مورد تایید می باشد.

نام نمایندگی / کارگزاری / میر بیمه ای :

تاریخ :

کد :

مهر و امضاء :

تایید به شعبه

اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد ، کنترل و مورد تایید می باشد.

نام شعبه :

تاریخ :

کد :

مهر و امضاء :