

فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی
(حداکثر سرمایه -/۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال)

تاریخ:/...../.....

نام و کد معرف (نماینده/کارگزار):.....

شرایط کلی	<p>* بیمه گذار /بیمه شده محترم باعنایت به اینکه بیمه نامه براساس اصل حسن نیت واطلاعات دریافتی از شما طبق این فرم که جزء جدانشدنی بیمه نامه می باشد، صادر می گردد ، لطفاً به اطلاعات درخواستی ذیل به طور کامل ودقیق پاسخ دهید زیرا صحت این جوابها شرط اصلی معتبر بودن بیمه نامه حوادث انفرادی است که براساس این پیشنهاد صادر می گردد.</p> <p>* حادثه موضوع بیمه، عبارت است از هرواقعه ناگهانی ناشی ازیک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده ، بروز کرده و منجر به جرح ،نقص عضو،از کارافتادگی ویا فوت بیمه شده گردد(براساس مفاد بیمه نامه وشرایط عمومی بیمه حوادث موردعمل بیمه گر) .</p> <p>* توجه : تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید .</p>
------------------	---

مشخصات بیمه گذار / بیمه شده	<p>بیمه گذار: نام و نام خانوادگی / شرکت کد ملی / شماره ثبت :</p> <p>نشانی تلفن همراه : تلفن ثابت :</p>
	<p>بیمه شده : نام و نام خانوادگی نام پدر : جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن</p> <p>کد ملی : تاریخ تولد : شماره شناسنامه : محل صدور شناسنامه :</p> <p>مشاغل اصلی وفرعی خود را (به عنوان بیمه شده) به طور مشروح مرقوم فرمایید:</p> <p>سفرها ومأموریتهای کاری درهرماه چه میزان وبه چه مناطقی است ؟</p> <p>میزان تحصیلات :</p> <p>نشانی منزل : تلفن : تلفن همراه :</p> <p>نشانی محل کار: تلفن : دورنگار :</p>

وضعیت عمومی و سلامت بیمه شده	<p>آیا در حال حاضر دارای نقص عضو می باشید؟</p> <p>.....</p>
	<p>آیا در حال حاضر بیمار می باشید؟</p> <p>.....</p>
	<p>آیا اخیراً به علت وقوع حادثه ای تحت درمان بوده اید ؟</p> <p>.....</p>
	<p>آیا پوشش بیمه ای عمر، حادثه یا درمان در جریان دارید ؟ نزد کدام شرکت ؟</p> <p>.....</p>
	<p>آیا خدمت زیر پرچم را انجام داده اید ؟ اگر جواب شما منفی است علت آن را بنویسید.</p> <p>.....</p>
	<p>آیا ورزش می کنید ؟ نوع ورزش و محل انجام آن را بنویسید.</p> <p>.....</p>
<p>آیا تحت پوشش بیمه های درمانی (سازمان تامین اجتماعی ، خدمات درمانی ، نیروهای مسلح و ...) می باشید؟</p> <p>.....</p>	

خطرات اضافی

(۱) علاوه بر فعالیتهای عادی شغلی، به کدام یک از فعالیتهای زیر نیز می پردازید؟

شکار سواری غواصی رزمی سقوط آزاد کایت سواری هدایت موتورسیکلت مسابقه

اسکی پرش با چتر نجات کوهنوردی هدایت ویاسرنشینی هواپیمای آموزشی، گلاایدر، پاراگلاایدر هدایت ویاسرنشینی اتومبیل مسابقه

چنانچه به هریک از فعالیتهای فوق الذکر می پردازید، محل انجام تمرینات، دفعات تمرین و یا مسابقه در طول هفته و نام سازمان ناظر را مشخص فرمائید.

.....

(۲) مبادرت به ورزش متناوب و تفریحی شامل

.....

(۳) استفاده مستمر از موتورسیکلت دنده ای به عنوان وسیله نقلیه یا وسیله کار ؟ خیر بله

(۴) آیا پوشش خطرات ناشی از زلزله و آتشفشان نیز در بیمه نامه لحاظ گردد؟ خیر بله

(۵) آیا پوشش بیمه حوادث خانواده نیز صادر گردد؟ خیر بله

درصد سهم	نسبت با بیمه شده	سال تولد	کد ملی	شماره شناسنامه	نام پدر	نام و نام خانوادگی	در صورت فوت	
							سایر	خطرات
۱۰۰٪								
استفاده کننده از سرمایه بیمه برای خطرات نقص عضو، هزینه پزشکی ناشی از حادثه و غرامت روزانه شخص بیمه شده می باشد.								
<p>(۱) در صورت امکان نسبت به تکمیل کلیه اطلاعات مربوط به ذینفع اقدام فرمایند.</p> <p>(۲) 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 وراث قانونی خواهند بود.</p>								

بیمه گذار بیمه شده یا بیمه شده و همچنین شغل، نشانی و خطرات اضافی مشخص شده در این برگ تغییر کند، مراتب جهت اقدامات لازم به صورت مکتوب به بیمه گر اعلام خواهد شد.	بیمه گذار بیمه شده یا بیمه شده و همچنین شغل، نشانی و خطرات اضافی مشخص شده در این برگ تغییر کند، مراتب جهت اقدامات لازم به صورت مکتوب به بیمه گر اعلام خواهد شد.
نام و امضاء و مهر بیمه گذار تاریخ / /	نام و امضاء بیمه شده تاریخ / /

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد	این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل می گردد	
	سرمایه توافق شده با بیمه گذار (ریال)	سرمایه درخواستی (ریال)
		فوت و نقص عضو و از کار افتادگی به علت حادثه
		جبران هزینه های پزشکی ناشی از حادثه
		غرامت روزانه عمومی / بیمارستانی
		حوادث خانواده (متناسب با سرمایه بیمه نامه توسط بیمه گر تعیین می شود.)

<p>(۱) اطلاعات مندرج در فرم کنترل گردید.</p> <p>(۲) فرم پیشنهاد با ذکر تاریخ به امضاء بیمه گذار و بیمه شده رسیده است.</p> <p>(۳) سلامت ظاهری بیمه شده با توجه به رؤیت کارشناس واحد صدور / معرف مورد تأیید می باشد.</p> <p>نام و امضاء و مهر واحد صدور / معرف / /</p>	<p>واحد صدور بیمه نامه / اظهار نظر معرف /</p>
--	---