



پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

شماره شناسایی سند: PI-2600-FR-111

شماره بازنگری: 01

پیشنهاد دهنده گرامی، به دلیل این که بیمه نامه مطابق با متن این پیشنهاد تنظیم می گردد، خواهشمند است به همه پرسش های مندرج در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. تاریخ پیشنهاد: / / ۱۳

نام خانوادگی / نام سازمان، موسسه، شرکت:	نام:
شماره شناسنامه:	کد ملی / اقتصادی:
نام پدر:	تاریخ تولد: ۱۳ / / وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
محل تولد:	شغل اصلی:
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	محل سکونت: استان:
تحصیلات:	تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر)
درآمد ماهیانه: ریال	محل کار: استان:
نشانی دقیق:	تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر)
نشانی دقیق:	شهر:
تلفن همراه:	شهر:
نسبت با بیمه شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر	کدپستی محل کار:

نام خانوادگی:	نام:
شماره شناسنامه:	کد ملی:
نام پدر:	تاریخ تولد: ۱۳ / / وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
محل تولد:	شغل اصلی:
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	محل سکونت: استان:
تحصیلات:	تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر)
درآمد ماهیانه: ریال	محل کار: استان:
نشانی دقیق:	تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر)
نشانی دقیق:	شهر:
تلفن همراه:	شهر:
کدپستی محل کار:	

شغل اصلی: شغل فرعی: درآمد ماهیانه: ریال

(خواهشمند است نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی باشد.)

چنانچه در کار خود با ماشین آلات، ابزار یا موارد خاصی کار می کنید، مرقوم فرمایید:

چنانچه در کار خود با مواد آتش زار، اسیدی، مواد محترقه و مشتعل کار می کنید، مرقوم فرمایید:

وضعیت انجام نظام وظیفه: انجام خدمت وظیفه عمومی معافیت پزشکی: بند و ماده علت معافیت:

عدم انجام خدمت وظیفه عمومی غیر مشمول معافیت غیر پزشکی:

آیا از موتورسیکلت دنده ای استفاده می نمایید؟ خیر بلی، به ندرت بلی، به طور مستمر (موارد استفاده را بنویسید).

آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟ خیر بلی، تفریحی بلی، حرفه ای نام رشته (های) ورزشی:

آیا مسافرت مستمر / ماموریت کاری برون شهری انجام می دهید؟ خیر بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید).

اگر فعالیت های جنبی دیگری انجام می دهید بیان نمایید؟

پوشش های اضافی زیر بنا به درخواست بیمه گذار تحت پوشش قرار خواهد گرفت:

هدایت و سرنشینی موتور سیکلت هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی هدایت کایت یا هواپیما و یا سایر وسایل نقلیه پروازی بدون موتور

هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر پرش با چتر نجات (به جز سقوط آزاد) ورزش های رزمی و حرفه ای شکار سوارکاری غواصی اسکی کوهنوردی فوتبال

دوچرخه سواری بسکتبال زلزله سایر موارد:

نام	نام خانوادگی	جنسیت	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد			محل تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
						روز	ماه	سال				

مدت بیمه نامه: از ساعت ۲۴ روز ۱۳ / / تا ساعت ۲۴ روز ۱۳ / /

کد نمایندگی:

مهر، امضاء و نام نمایندگی:

یوشش بیمه نامه	سر مایه درخواست
فوت در اثر حادثه	ریال:
نقص عضو و از کارافتادگی (جزیی یا کلی) دائم در اثر حادثه	ریال:
هزینه های پزشکی در اثر حادثه	ریال:
غرامت روزانه عمومی در اثر حادثه	ریال:
غرامت روزانه بیمارستانی در اثر حادثه	ریال:
سایر خطرات در اثر حادثه	ریال:

نام بیمه گذار، تاریخ و امضاء: نام بیمه شده، تاریخ و امضاء: تاریخ: ۱۳ / /

قد بیمه شده:		سنتی متر.	وزن	کیلوگرم.
وضعیت سلامتی بیمه شده	ردیف	شرح بیماری		
	۱	آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟ در صورت منفی بودن پاسخ، علت غیر طبیعی بودن و شماره عینک خود را بنویسید.		
	۲	آیا قوه شنوایی شما طبیعی است؟ در صورت منفی بودن پاسخ، علت غیر طبیعی بودن و شماره سمعک خود را بنویسید.		
	۳	آیا در حال حاضر کاملاً سالم می‌باشید؟ در صورت منفی بودن پاسخ، نوع بیماری و عوارضی را که به آن مبتلا هستید، بنویسید.		
	۴	آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع و محل جراحی، بیماری و نتیجه معالجات انجام شده را با ذکر تاریخ و نام پزشک معالج بنویسید.		
	۵	آیا دارای نقص عضو و یا از کارافتادگی می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت از بدن، به طور دقیق مشخص نموده و میزان آن را ذکر فرمایید.		
	۶	آیا تا به حال بیماری‌هایی نظیر آسم، سرگیجه، صرع، سکته، فلج، نقرس، ترومبوز، غش، دیابت، آرتروز، دیسک، ناراحتی قلبی، هر نوع ناآرامی عصبی، شوک، عدم تعادل روانی و یا هرگونه بیماری مزمن دیگری که عود نماید داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن هر یک از موارد، نوع بیماری، نام پزشک و تاریخ آن را بنویسید.		
	۷	آیا در حال حاضر در بدن شما پروتز و یا پلاتین کار گذاشته شده است؟ در صورت مثبت بودن، در چه تاریخی و در کدام ناحیه؟		
	۸	آیا در گذشته دچار شکستگی عضوی از اعضای بدن خود در اثر تصادم و یا حادثه شده‌اید؟		
۹	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. <input type="checkbox"/> دخانیات (سیگار، قلیان...) <input type="checkbox"/> مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> مواد مخدر، محرک و روان گردان <input type="checkbox"/> هیچ کدام			

سوابق بیماری
در صورت مثبت بودن هر کدام از سؤالات بالا، با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، مدت زمان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی (بیمه شده) را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را ذکر فرمایید).

سوابق بیمه‌ای					
آیا تا به حال درخواست بیمه عمری داشته‌اید که یک شرکت بیمه صدور آن را نپذیرفته باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید). آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید).					
شرکت بیمه‌گر	نوع بیمه‌نامه	در جریان صدور / صادره / عدم صدور	تاریخ صدور / عدم صدور	سرمایه فوت (ریال)	شرح
		<input type="checkbox"/> در جریان صدور <input type="checkbox"/> صادره <input type="checkbox"/> عدم صدور	۱۳ / /	به هر علت	(در صورت عدم صدور بیمه‌نامه، علت آن را شرح دهید.)
		<input type="checkbox"/> در جریان صدور <input type="checkbox"/> صادره <input type="checkbox"/> عدم صدور	۱۳ / /	در اثر حادثه	

*حادثه موضوع این بیمه‌نامه عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

*اینجانبان (بیمه‌شده و بیمه‌گذار) امضاءکنندگان این پیشنهاد اعلام می‌نماییم که پاسخ‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه حوادث و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

محل امضاء	نام و امضای بیمه‌گذار:	نام و امضای بیمه‌شده:
تاریخ:		تاریخ:

توسط فروشنده بیمه تکمیل گردد.	پوشش بیمه‌نامه					
	سرمایه (ریال)	نرخ اصلی	اضافه نرخ	حق بیمه سالانه (ریال)	کد نمایندگی	مهر، امضاء و نام نمایندگی:
توسط فروشنده بیمه تکمیل گردد.	فوت در اثر حادثه					تاریخ: ۱۳ / /
	نقص عضو و از کارافتادگی (جزیی یا کلی) دایم در اثر حادثه					
	هزینه‌های پزشکی در اثر حادثه					
	غرامت روزانه عمومی در اثر حادثه					
	غرامت روزانه بیمارستانی در اثر حادثه					
	سایر خطرات در اثر حادثه					

نظر پزشک معتمد	نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:		مهر، امضاء و نام واحد صدور:	
	تاریخ: ۱۳ / /	درصد	تاریخ: ۱۳ / /	اضافه نرخ