



فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

از متقاضی و تکمیل کننده این فرم خواهشمندیم به تمامی سوالات این برگه، با نهایت صداقت، بدون خط خوردگی و خوانا پاسخ دهد.
انجام تعهدات بیمه نامه ای که بر اساس این فرم پیشنهاد صادر می شود، منوط به صحت پاسخ های درج شده در آن می باشد.

واحد معرف (کد نمایندگی / کارگزاری): شماره تماس معرف: تاریخ تکمیل فرم: / /			
مشخصات بیمه گذار	نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد:/...../..... محل تولد: محل صدور: کد ملی: جنسیت: زن ☐ مرد ☐ وضعیت تأهل: مجرد ☐ متاهل ☐ تاریخ ازدواج:/...../..... تعداد افراد تحت تکفل: میزان تحصیلات: زیر دیپلم ☐ دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ کارشناسی ☐ کارشناسی ارشد ☐ دکتری ☐ فوق دکتری ☐ رشته تحصیلی: تابعیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ کد شناسایی اتباع خارجی: مذهب: تشیع ☐ تسنن ☐ اقلیت مذهبی ☐ نشانی محل زندگی: نام شهر: تلفن همراه (ضروری): تلفن ثابت: پست الکترونیک (Email): شغل اصلی: (لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید به صورت دقیق ذکر نمایید، از نوشتن عناوین شغلی مانند آزاد یا کارمند جداً خودداری نمایید) ماهیت شغل اصلی: تولیدی ☐ خدماتی ☐ بازرگانی ☐ ساختمانی ☐ سایر ☐ شغل فرعی: متوسط درآمد ماهانه: ریال نشانی محل کار: نام شهر: چنانچه در محل کار خود از ابزار و مواد خاصی استفاده و یا با ماشین آلات مخصوصی کار می کنید، ذکر نمایید: در صورتی که جنسیت شما «مرد» می باشد، وضعیت نظام وظیفه خود را اعلام و چنانچه از خدمت سربازی معاف می باشید، حتماً علت معافیت را ذکر نمایید: در صورتیکه بیمه گذار یک شخصیت حقوقی باشد این قسمت تکمیل شود: نام موسسه / شرکت: شناسه ملی: شماره ثبت: کد اقتصادی: تلفن ثابت: فاکس: نشانی:		
	مشخصات بیمه شده	چنانچه بیمه گذار و بیمه شده یکسان باشد، نیازی به تکمیل این قسمت نمی باشد نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد:/...../..... شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: کد ملی: جنسیت: زن ☐ مرد ☐ وضعیت تأهل: مجرد ☐ متاهل ☐ تاریخ ازدواج:/...../..... تعداد افراد تحت تکفل: میزان تحصیلات: زیر دیپلم ☐ دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ کارشناسی ☐ کارشناسی ارشد ☐ دکتری ☐ فوق دکتری ☐ رشته تحصیلی: تابعیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ کد شناسایی اتباع خارجی: مذهب: تشیع ☐ تسنن ☐ اقلیت مذهبی ☐ نشانی محل زندگی: نام شهر: تلفن همراه (ضروری): تلفن ثابت: پست الکترونیک (Email): شغل اصلی: (لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید به صورت دقیق ذکر نمایید، از نوشتن عناوین شغلی مانند آزاد یا کارمند جداً خودداری نمایید) ماهیت شغل اصلی: تولیدی ☐ خدماتی ☐ بازرگانی ☐ ساختمانی ☐ سایر ☐ شغل فرعی: متوسط درآمد ماهانه: ریال نشانی محل کار: نام شهر: چنانچه در محل کار خود از ابزار و مواد خاصی استفاده و یا با ماشین آلات مخصوصی کار می کنید، ذکر نمایید: در صورتی که جنسیت شما «مرد» می باشد، وضعیت نظام وظیفه خود را اعلام و چنانچه از خدمت سربازی معاف می باشید، حتماً علت معافیت را ذکر نمایید: چنانچه بیمه گذار و بیمه شده یکسان باشد، نیازی به تکمیل این قسمت نمی باشد	
		مشخصات بیمه نامه	۱- غرامت فوت: ریال ۲- غرامت نقص عضو و ازکارافتادگی: ریال ۳- جبران هزینه های پزشکی ناشی از حادثه: ریال ۴- غرامت روزانه عمومی: ریال ۵- غرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان: ریال

چنانچه خواهان داشتن پوشش برای هر یک از موارد ذکر شده در قسمت مربوط به پوششهای اضافی در صفحه بعد می باشید، گزینه بلی را علامت بزنید. با انتخاب هر کدام، در مقابل وقوع خطرات ناشی از آن گزینه تحت پوشش خواهید بود. در صورت عدم انتخاب هر مورد، آن مورد تحت پوشش نخواهد بود.

پوششهای اضافی	۱- استفاده از موتور سیکلت: بلی ☐ خیر ☐ ۲- هدایت و یا سرنشینی اتومبیل مسابقه ای: بلی ☐ خیر ☐ ۳- قایقرانی: بلی ☐ خیر ☐ ۴- سواری: بلی ☐ خیر ☐ ۵- غواصی: بلی ☐ خیر ☐ ۶- شکار: بلی ☐ خیر ☐ ۷- ورزش های رزمی: بلی ☐ خیر ☐ ۸- پرش با چتر نجات (بجز سقوط آزاد)، هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسائط پرواز بدون موتور: بلی ☐ خیر ☐										
	آیا درحال حاضر کاملاً سالم می باشید؟ بلی ☐ خیر ☐ اگر پاسخ منفی است توضیح دهید آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید: آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر، روانگردان یا مشابه آن استفاده کرده یا می کنید؟ بلی ☐ خیر ☐ میزان مصرف و مدت آن: در صورت ترک مدت زمان آن به ماه: آیا از دارو برای درمان بیماری در طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ بلی ☐ خیر ☐ نوع دارو: میزان و مدت مصرف: آیا در شش ماهه گذشته کاهش وزن داشته اید؟ بلی ☐ خیر ☐ میزان و علت کاهش وزن: آیا دچار نقص عضو و یا از کارافتادگی شده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ از چه ناحیه و به چه میزان: آیا تاکنون سابقه بستری در بیمارستان و آسایشگاه را داشته اید؟ بلی ☐ خیر ☐ اگر پاسخ مثبت است به چه علت؟ چه مدت؟ با ذکر تاریخ بستری آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری های قلب و عروق، بیماری های عفونی، هورمونی، ریوی، سرگیجه، استخوان، گردش خون، یرقان، بیماری های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی و عفونی دیگر، سرطان، آسم، ترومبوز، غش، دیابت، انواع ناراحتی های عصبی و شوکی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر داشته اید؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن هریک از موارد بالا، لطفاً نام بیماری، تاریخ و در صورت امکان نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید:										
ذینفع در صورت فوت	ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	
	۱					۶					
	۲					۷					
	۳					۸					
	۴					۹					
	۵					۱۰					
اینجانبان بیمه گذار و بیمه شده اعلام می نمایم که تمام پاسخهایی که در این پرسشنامه داده ایم کاملاً درست بوده و هرگونه خلاف واقع و خودداری از آنچه درباره وضع سلامتی خود می دانیم به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه تعاون مجاز است در هر زمان که لازم بداند به پزشک یا پزشکان معالج اینجانبان یا در هر مرجع دیگری برای کسب اطلاعات مورد نظر مراجعه نموده و هر گونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانبان بعمل آورند.	محل امضاء بیمه شده یا ولی قانونی محل امضاء بیمه گذار										
	آیا کلیه اطلاعات مورد نیاز بیمه گذار و بیمه شده به ایشان داده شده است؟ بلی ☐ خیر ☐ آیا بیمه شده را شخصاً رویت کرده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه گذار مورد تایید شما می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐ تاریخ، مهر و امضاء نماینده										
نظریه پزشک معتمد	توضیحات ضروری:					نظر کارشناس صدور	صدور بلامانع است ☐ صدور با اضافه نرخ درصد بلا مانع است ☐ صدور امکان پذیر نمی باشد ☐ نام و نام خانوادگی: تاریخ، مهر و امضاء				
	صدور بیمه نامه : تایید می گردد ☐ با اضافه نرخ % تایید می گردد تاریخ، نام، امضاء و مهر پزشک										

مهر و امضاء کارشناس کنترل کننده نهایی مدارک