

فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

بیمه گذار حقیقی		بیمه گذار حقوقی		مشخصات بیمه گذار			
نام و نام خانوادگی: نام پدر:		نام بیمه گذار:		تاریخ تولد: ۱۳ / /			
شماره شناسنامه:		دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/>		کد پستی:			
تلفن همراه:		تاریخ تاسیس: ۱۳ / /		کد اقتصادی:			
تلفن ثابت:		شماره ثبت:		شناسه ملی:			
نسبت با بیمه شده: خودم <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		نشانی:		تلفن:			
نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		شغل:			
تاریخ تولد: ۱۳ / /		شماره شناسنامه:		کد ملی:			
نشانی:		تلفن ثابت:		تلفن همراه:			
ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	محل صدور	نسبت	درصد سهم
آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت معافیت پزشکی علت را ذکر فرمایید؟							
آیا در رابطه با مشاغل خود مسافرت می کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چند مرتبه در سال؟ با چه وسیله ای؟							
آیا هم اکنون کاملاً سالم هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر پاسخ منفی است نوع بیماری و عوارض را ذکر فرمایید؟							
آیا تا کنون عمل جراحی شده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر پاسخ مثبت است علت و نوع عمل و مدت بستری و تاریخ آن را ذکر فرمایید.							
آیا نقص عضو و از کار افتادگی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر پاسخ مثبت است نوع نقص عضو، علت و چگونگی آن را ذکر فرمایید.							
آیا تاکنون سابقه ابتلا به بیماری هایی مانند سکته، آسم، نقرس، مشکلات قلبی، صرع (غش کردن)، دیابت، آرتروز، دیسک و مشکلات عصبی و روانی و یا بیماریهای عود کننده داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر پاسخ مثبت است تاریخ، نام بیماری و نام پزشک معالج را ذکر فرمایید.							
آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر پاسخ منفی است نوع اختلال را ذکر فرمایید. از چه زمانی از عینک یا لنز استفاده می نمایید؟ شماره عینک فعلی و شماره قبلی را ذکر فرمایید.							
وزن خود را مرقوم فرمایید		کیلوگرم		قد خود را مرقوم فرمایید		سانتیمتر	
آیا اکنون دارای بیمه عمر، حوادث، درمان در جریان هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر پاسخ مثبت است، چه نوع بیمه ای؟ نزد کدام شرکت؟ با چه سرمایه ای؟							
آیا دارای بیمه گر پایه هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> سایر:							
آیا تاکنون در اثر حادثه مجروح و یا مصدوم شده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر پاسخ مثبت است علت آنرا ذکر فرمایید.							
آیا تاکنون از شرکتهای بیمه خسارت بیمه حوادث دریافت نموده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چنانچه پاسخ مثبت می باشد از کدام شرکت؟ در چه تاریخی؟ به چه مبلغی؟ در رابطه با چه حادثه ای؟							

فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

خطرات اضافی مورد درخواست

- سوار کاری قایقرانی شکار کوه نوردی اسکیت
 غواصی ژیمناستیک ورزشهای رزمی ورزشهای حرفه ای اسکی روی یخ
 فوتبال اسکی روی آب والیبال بسکتبال تنیس
 هندبال پرش با چتر نجات (بجز سقوط آزاد) هدایت موتور سیکلت دنده ای
 اسکواش هدایت ویا سرنشینی اتومبیل در مسابقات
 هدایت ویا سرنشینی هواپیمای آموزشی، اکتشافی و غیر تجاری (بجز هواپیمای نظامی)
 هدایت کایت یا هواپیمای گلاپدر ویا سایر وسایل پرواز بدون موتور
 هدایت ویا سرنشینی بالگرد (بجز بالگرد نظامی)

نوع تعهد (پوشش)	مبلغ سرمایه (ریال)
<input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه	
<input type="checkbox"/> نقص عضو و از کارافتادگی دائم (جزئی و کلی) در اثر حادثه	
<input type="checkbox"/> هزینه های پزشکی ناشی از حادثه	
<input type="checkbox"/> غرامت روزانه عمومی / بستری در بیمارستان	
مدت بیمه	شروع پوشش ساعت ۲۴ روز و پایان پوشش ساعت ۲۴ روز به مدت روز توجه: محدوده سنی بیمه شده از ۴ سال تا ۷۰ سال تمام می باشد .

تعهدات مورد درخواست

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

نام پیشنهاد دهنده (بیمه گذار / بیمه شده): نام شعبه / نمایندگی / کارگزار کد.....

تاریخ مهر و امضا

تاریخ مهر و امضا