



فرم پیشنهاد حوادث انفرادی

- خواهشمند است به کلیه پرسشهای این پیشنهاد جواب داده زیرا که صحیح و کامل بودن جوابها شرط اصلی معتبر بودن بیمه نامه ای است که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد .
- حادثه موضوع این بیمه نامه عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.
* تکمیل کردن این پیشنهاد هیچگونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید .

نام بیمه گذار : _____	کد ملی : _____
نشانی : _____	تلفن : _____
تلفن همراه : _____	کد پستی : _____
نماینده / کارگزار : _____	کد نماینده : _____

نام خانوادگی : _____	نام پدر : _____
تاریخ تولد : _____ / _____ / _____	محل صدور : _____
شماره شناسنامه : _____	کد ملی : _____
جنسیت : مذکر ☐ مؤنث ☐	وضعیت تأهل : مجرد ☐ متأهل ☐
Email : _____	مشاغل اصلی : _____
مشاغل فرعی : _____	متوسط درآمد ماهیانه : _____
نشانی منزل : _____	تلفن ثابت : _____
نشانی محل کار : _____	تلفن همراه : _____
تلفن محل کار : _____	کد پستی : _____

مدت بیمه : _____ روز	تاریخ شروع : _____ / _____ / _____	تاریخ پایان : _____ / _____ / _____
میزان غرامت مورد درخواست		
فوت بر اثر حادثه	_____ * ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ پوشش بالاتر : _____	
نقص عضو و از کارافتادگی دائم بر اثر حادثه	_____ * ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ پوشش بالاتر : _____	
هزینه پزشکی ناشی از حادثه (حداکثر تا ۲۰٪ سرمایه فوت) :	_____	
غرامت روزانه بستری در بیمارستان ☐	یا	غرامت روزانه عمومی ☐

چنانچه مایلید بیمه نامه شما شامل پوشش های اضافی ناشی از خطرهای ذیل نیز باشد لطفاً مشخص نمایید.

- ☐ شکار
- ☐ غواصی
- ☐ قایقرانی
- ☐ سوارکاری
- ☐ کوهنوردی
- ☐ مسابقات ورزشی
- ☐ زلزله و آتشفشان
- ☐ مسافرت و یا ماموریت
- ☐ استفاده از موتور سیکلت
- ☐ پرش با چتر نجات (بجز سقوط آزاد)
- ☐ سایر موارد _____

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه مورد تعهد (در صورت فوت بیمه شده به علت حادثه) :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد استفاده

۱- آیا در حال حاضر بیمه حوادث در جریان دارید؟

در صورت مثبت بودن پاسخ نزد کدام شرکت بیمه و به چه مبلغ؟

☐ بله ☐ خیر

۲- آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده‌اید؟

در صورت معافیت علت آن را توضیح دهید :

☐ بله ☐ خیر

۳- در کدام از رشته های ورزشی فعالیت دارید؟

آیا اشتغال به این ورزشها به صورت حرفه ای می باشد ؟

☐ بله ☐ خیر

۴- آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟

در صورتیکه از عینک طبی استفاده می‌فرمایید، شماره آنرا مرقوم فرمایید:

☐ بله ☐ خیر

۵- آیا قوه شنوایی شما طبیعی است ؟

☐ بله ☐ خیر

۶- آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری‌هایی از قبیل قلب و عروق- عفونی- هورمونی- ریوی- سرگیجه- استخوان- گردش خون- یرقان- مقاربتی و دستگاه تناسلی و

یا هر نوع بیماری داخلی و عفونی دیگر- سرطان- بیماریهای زنانه- سکته- فلج- آسم- نقرس- ترومبوز- غش- دیابت- هر نوع ناراحتی عصبی و شوک- عدم تعادل

روانی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر داشته‌اید؟

☐ بله ☐ خیر

در صورت مثبت بودن هریک از موارد بالا لطفاً نوع ، تاریخ و نام پزشک معالج را ذیلاً مرقوم فرمایید:

۷- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟

در صورت مثبت بودن پاسخ نوع عمل و تاریخ آن را مرقوم فرمایید:

☐ بله ☐ خیر

۸- چنانچه دارای هر یک از نقص عضوهای زیر می‌باشید لطفاً مشخص نمایید:

کری ☐ بله ☐ خیر

فلج ☐ بله ☐ خیر

خشکی مفاصل ☐ بله ☐ خیر

فتق ☐ بله ☐ خیر

تغییر شکل یا قطع اعضاء ☐ بله ☐ خیر

انحراف ستون فقرات ☐ بله ☐ خیر

نابینایی از یک چشم ☐ بله ☐ خیر

نابینایی از دو چشم ☐ بله ☐ خیر

• علاوه بر موارد فوق سایر نقص عضو های خود که ذکر نشده را مرقوم فرمایید:

در صورت مثبت بودن کدام عضو :

۹- آیا تاکنون در اثر حادثه مجروح شده‌اید ؟

در صورت مثبت بودن تاریخ و علت آنرا ذکر فرمائید :

☐ بله ☐ خیر

۱۰- آیا تا کنون از شرکت بیمه ای خسارت حادثه دریافت کرده‌اید؟

در صورت مثبت بودن نام شرکت - تاریخ و مبلغ آنرا ذکر فرمائید :

☐ بله ☐ خیر

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده)، امضا کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به کلیه پرسشهای مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نماییم که جوابهای داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

تاریخ و امضاء بیمه گذار

تاریخ و امضاء بیمه شده

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه:

☐ بلامانع می باشد ☐ غیر قابل صدور است

مهر و امضاء واحد صدور