



فرم پیشنهاد بیمه حوادث شخصی (انفرادی)

شماره سند: FM-HI-02/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۲

- با اطلاع کامل از مزایا، شرایط و مقررات و محدودیت های بیمه نامه حوادث شخصی پیشنهاد تکمیل شده زیر را جهت صدور بیمه نامه ارائه می نمایم .
- پیشنهاد دهنده باید به هر یک از سئوالات زیر با خط خوانا جواب صحیح و کامل داده و مسئول پاسخ های داده شده می باشد .
- این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای شرکت بیمه و بیمه گذار و بیمه شده ایجاد نکرده و در صورت عدم صدور بیمه نامه هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود .
- حادثه : هر واقعه ناگهانی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح ، نقص عضو، از کارافتادگی دائم، و یا فوت بیمه شده گردد .

مشخصات بیمه نامه

شماره بیمه نامه: تاریخ صدور / / شعبه: نمایندگی: تاریخ شروع / /

مدت بیمه نامه: نوع پرداخت حق بیمه: نقدی کارت بانک سیستم واریزی الکترونیک

مشخصات بیمه گذار

بیمه گذار: کد ملی: سن: نسبت با بیمه شده: متوسط درآمد ماهانه:

نشانی: تلفن: پست الکترونیک: تلفن همراه: تلفن:

مشخصات بیمه شده

نام و نام خانوادگی بیمه شده: مجرد متاهل تابعیت:

متوسط درآمد ماهانه: ریال کد ملی: سن:

تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: محل صدور: نام پدر:

شغل اصلی:

شغل فرعی:

نشانی منزل: تلفن:

پست الکترونیک: تلفن همراه:

پوشش های مورد درخواست سرمایه بیمه (ریال)

فوت و نقص عضو و از کارافتادگی دائم (جزئی - کلی)

هزینه های پزشکی

گرامت روزانه

خطرات اضافی

حوادث خانواده طرح

ذینفع / ذینفعان از مبلغ بیمه در صورت فوت بیمه شده

نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱-
۲-
۳-
۴-
۵-

معمولاً از چه وسیله نقلیه ای استفاده می نمایید؟ موتورسیکلت اتومبیل شخصی وسیله نقلیه سنگین وسائط نقلیه عمومی چه ورزش هایی را انجام می دهید؟ تفریحی حرفه ای لطفاً نام ببرید.

علاوه بر خطرات عادی و حرفه ای کدامیک از پوشش های زیرمورد تقاضا می باشد .

- هدایت یا سرنشینی هواپیمای آموزشی سقوط آزاد کوه نوردی شکار
- هدایت یا سرنشینی اتومبیل مسابقه پرش با چترنجات غواصی زلزله و آتشفشان
- هدایت موتورسیکلت ورزشهای رزمی و حرفه ای سوارکاری سایر خطرات



فرم پیشنهاد بیمه حوادث شخصی (انفرادی)

شماره سند: FM-HI-02/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۲ از ۲

۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر و یا حوادث در جریان و یا پیشنهاد شده دارید ؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بیمه	مبلغ	ریال
۲- در صورتی که با صدور آن موافقت نگردیده علت آن را توضیح دهید ؟			
۳- قد و وزن شما چقدر است ؟ سانتی متر کیلوگرم	
۴- آیا در حال حاضر کاملاً سالم می باشید ؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۵- آیا قوه بینایی شما طبیعی است ؟ در صورت استفاده از عینک شماره طبی آنرا اعلام فرمایید.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۶- آیا قوه شنوایی شما طبیعی است ؟ در غیر این صورت میزان ناشنوایی را اعلام فرمایید.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۷- آیا به معلولیت های جسمانی مبتلا می باشید ؟ کدام قسمت از بدن و میزان آن.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان و یا آسایشگاه را دارید ؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	علت بستری	
۹- آیا تا بحال عمل جراحی انجام داده اید ؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نوع جراحی	تاریخ انجام
۱۰- آیا سابقه ابتلا به بیماری های ذیل را دارید ؟ در صورت مثبت بودن هر یک از موارد نام و تاریخ بیماری و نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید.			
۱-۱- انواع بیماری های قلب و عروق، فشار خون، درد قفسه سینه، سکته قلبی.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۱-۲- اعصاب و روان از قبیل : اضطراب، افسردگی، وسواس، سابقه خودکشی .	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۱-۳- داخلی اعصاب نظیر سرع ، سکته مغزی ، فراموشی، تشنج ، اختلالات حرکتی ، ام اس و .	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۱-۴- عفونی نظیر : ایدز ، سل ، هیپاتیت و ...	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۱-۵- سایر موارد نظیر سرگیجه ، فلج ، نقرس، ترومبوز، دیابت ، استخوان و فاصل، تومور، سرطان - هر عارضه قابل ذکر دیگر .	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		

توضیحات

الف: تعهد می نمایم که کلیه پاسخ های داده شده با صداقت کامل بوده و چون این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن بشمار می رود لذا در صورت اثبات هر نوع اظهار خلاف واقع بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید.

ب: بیمه گر اجازه دارد به منظور بررسی پرونده بیمه حوادث و ضامته آن از اطلاعات پزشکی اینجانب موجود در هر مرجعی استفاده نماید.

ج: بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۲ روز از تاریخ اعلام قبولی بیمه گر نسبت به واریز حق بیمه به حساب بیمه گر اقدام نماید. در غیر این صورت اخذ تاییدیه کتبی مجدد از بیمه گر الزامیست .

امضاء بیمه گذار
تاریخ

امضاء بیمه شده و بیمه گذار
تاریخ

مهر و امضاء نمایندگی
تاریخ

اظهار نظر بیمه گر صدور بلامانع است صدور با اضافه نرخ صدور امکان پذیر نمی باشد