



فرم پیشنهاد حوادث انفرادی

شماره سند: FM-LF-13/02
 تاریخ: ۱۴ / /
 پیوست: ندارد
 صفحه: ۱ از ۱

با توجه به اینکه صدور بیمه نامه و مبنای ایفای تعهدات بیمه گر و بیمه گذار بر اساس مندرجات این پرسشنامه می باشد، لازم است به پرسش های این فرم به درستی پاسخ داده شود.

اعتبار بیمه آرمان زندگی از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه نامه شروع می گردد.

مشخصات بیمه گذار
 نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ تولد: / / تلفن همراه:
 نشانی: کد پستی:
 شغل: (کاملاً توضیح داده شود) نسبت با بیمه شده:
 بیمه گذار حقوقی (نام شرکت/سازمان): شماره ثبت: موضوع فعالیت: تلفن:
 نشانی: کد پستی: پست الکترونیکی:

مشخصات بیمه شده
 نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ تولد: / / تلفن همراه:
 وضعیت تأهل متأهل مجرد تلفن: شغل و رشته شغلی: سایر مشاغل:
 نشانی: کد پستی:

پرسش های پزشکی و خطرات اضافی
 آیا دارای سابقه بیماری هستید؟ خیر بلی در صورت مثبت بودن، لطفاً موارد زیر را تکمیل فرمایید.
 نام بیماری: نام داروی مصرفی و میزان آن: تاریخ شروع بیماری: وضعیت فعلی بیماری:
 آیا به هریک از بیماری های اعصاب و روان مانند: صرع مشکلات حرکتی بیماری های اعصاب فراموشی ام اس سکته مغزی تشنج مبتلا می باشید.
 آیا دارای نقص عضو و یا محدودیت حرکتی در عضو خاصی هستید، خیر بلی مشخص فرمائید که در کدام قسمت از بدن و به چه میزان؟
 آیا تا کنون به علت حادثه و یا بیماری در بیمارستان بستری بوده اید؟ خیر بلی
 علت بستری: تاریخ بستری: مدت بستری: نتیجه بستری:
 آیا بینایی شما طبیعی است؟ خیر بلی در صورتی که از عینک یا لنز طبی استفاده می فرمائید شماره آن را ذکر فرمایید:
 آیا شنوایی شما طبیعی است؟ خیر بلی میزان نا شنوایی را ذکر فرمائید:
 قد: سانتی متر وزن: کیلوگرم تغییرات وزن در سه ماه اخیر: کاهش وزن / افزایش وزن کیلوگرم
 آیا از موتور سیکلت به عنوان راکب استفاده می کنید؟ خیر بلی
 توجه: در صورت بروز حوادث ناشی از رانندگی بیمه شده با وسائط نقلیه موتوری، ایفای تعهدات بیمه گر مشروط به داشتن گواهینامه رانندگی مجاز متناسب با همان وسیله نقلیه می باشد.
 آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی، مواد مخدر و یا مشروبات الکلی را دارید یا داشته اید؟ خیر بلی توضیح بفرمائید:
 آیا ورزش هایی را به طور حرفه ای انجام می دهید؟ خیر بلی توضیح بفرمائید نام ورزش:
 آیا دارای معافیت پزشکی از خدمت نظام وظیفه هستید؟ خیر بلی علت معافیت را بنویسید:
 آیا پوشش خطرات ناشی از زلزله و آتشفشان نیز در بیمه نامه لحاظ گردد؟ خیر بلی
 آیا بیمه نامه حوادث دارید؟ خیر بلی نزد کدام شرکت بیمه و سرمایه بیمه نامه ذکر فرمائید

بیمه مورد درخواست
 • سرمایه فوت حادثه و نقص عضو و کارافتادگی دائم ناشی از حادثه ریال
 • هزینه های پزشکی ناشی از حادثه ریال حداکثر به میزان ۲۰ درصد سرمایه فوت حادثه
 استفاده کننده از منافع بیمه نامه در صورت حیات، شخص بیمه گذار خواهد بود.
 استفاده کننده از منافع بیمه نامه در صورت فوت حادثه بیمه شده:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	شماره همراه	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱						
۲						

در صورتی که ذینفع در صورت فوت تعیین نشود، وراث قانونی شخص بیمه شده به عنوان ذینفع فوت محسوب می شود.

تایید بیمه گذار و بیمه شده
 اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده)، امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام میداریم که به پرسش های 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 داریم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گرایی به عمد، مطابق ماده ۱۲ قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

نام و امضاء بیمه گذار: نام و امضاء بیمه شده:
 تاریخ: تاریخ:
 نام و امضاء عامل فروش: تاریخ: