

فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی
(سرمایه کمتر از -/۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال)

تاریخ:/...../.....

نام و کد معرف (نماینده/کارگزار):

شرایط کلی	<p>* بیمه گذار / بیمه شده محترم با عنایت به اینکه بیمه نامه براساس اصل حسن نیت و اطلاعات دریافتی از شما طبق این فرم که جزء جدانشدنی بیمه نامه می باشد، صادر می گردد، لطفاً به اطلاعات درخواستی ذیل به طور کامل و دقیق پاسخ دهید زیرا صحت این جوابها شرط اصلی معتبر بودن بیمه نامه حوادث انفرادی است که براساس این پیشنهاد صادر می گردد.</p> <p>* حادثه موضوع بیمه، عبارت است 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 کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد (براساس مفاد بیمه نامه و شرایط عمومی بیمه حوادث مورد عمل بیمه گر).</p> <p>* توجه: تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.</p>
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

مشخصات بیمه گذار / بیمه شده	<p>بیمه گذار: نام و نام خانوادگی / شرکت کد ملی / شماره ثبت:</p> <p>نشانی: تلفن همراه: تلفن ثابت:</p> <p>بیمه شده: نام و نام خانوادگی نام پدر: جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/></p> <p>کد ملی: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه:</p> <p>مشاغل اصلی و فرعی خود را (به عنوان بیمه شده) به طور مشروح مرقوم فرمایید:</p> <p>سفرها و مأموریتهای کاری در هر ماه چه میزان و به چه مناطقی است؟ میزان تحصیلات:</p> <p>نشانی منزل: تلفن: تلفن همراه:</p> <p>نشانی محل کار: تلفن: دورنگار:</p>
------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

وضعیت عمومی و سلامت بیمه شده	<p>آیا در حال حاضر دارای نقص عضو می باشید؟</p> <p>آیا در حال حاضر بیمار می باشید؟</p> <p>آیا اخیراً به علت وقوع حادثه ای تحت درمان بوده اید؟</p> <p>آیا پوشش بیمه ای عمر، حادثه یا درمان در جریان دارید؟ نزد کدام شرکت؟</p> <p>آیا خدمت زیر پرچم را انجام داده اید؟ اگر جواب شما منفی است علت آن را بنویسید.</p> <p>آیا ورزش می کنید؟ نوع ورزش و محل انجام آن را بنویسید.</p> <p>آیا تحت پوشش بیمه های درمانی (سازمان تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح و ...) می باشید؟</p>
-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- ۱) علاوه بر فعالیتهای عادی شغلی، به کدام یک از فعالیتهای زیر نیز می پردازید؟
- شکار سوار کاری غواصی رزمی سقوط آزاد کایت سواری هدایت موتورسیکلت مسابقه
- اسکی پرش با جترنجات کوهنوردی هدایت ویاسرنشینی هواپیمای آموزشی، گلايدر، پاراگلايدر هدایت ویاسرنشینی اتومبیل مسابقه
- چنانچه به هریک از فعالیتهای فوق الذکر می پردازید، محل انجام تمرینات، دفعات تمرین و یا مسابقه در طول هفته و نام سازمان ناظر را مشخص فرمائید.
- ۲) مبادرت به ورزش متناوب و تفریحی شامل
- ۳) استفاده مستمر از موتورسیکلت دنده ای به عنوان وسیله نقلیه یا وسیله کار؟ خیر بله
- ۴) آیا پوشش خطرات ناشی از زلزله و آتشفشان نیز در بیمه نامه لحاظ گردد؟ خیر بله
- ۵) آیا پوشش بیمه حوادث خانواده نیز صادر گردد؟ خیر بله

درصد سهم	نسبت با بیمه شده	سال تولد	کد ملی	شماره شناسنامه	نام پدر	نام و نام خانوادگی	در صورت فوت	
							ذینفع بیمه نامه	سایر خطرات
٪۱۰۰								
استفاده کننده از سرمایه بیمه برای خطرات نقص عضو، هزینه پزشکی ناشی از حادثه و غرامت روزانه شخص بیمه شده می باشد.								
<p>۱) در صورت امکان نسبت به تکمیل کلیه اطلاعات مربوط به ذینفع اقدام فرمایند.</p> <p>۲) در صورت عدم تعیین ذینفع، مخدوش بودن و یا عدم تکمیل اطلاعات مندرج در جدول فوق استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده وراثت قانونی خواهند بود.</p>								تذکر

<p>بیمه گذار، صحت اطلاعات فوق را تایید و اعلام می نماید که چنانچه پس از دریافت بیمه نامه، مشخصات بیمه گذار بیمه شده یا بیمه شده و همچنین شغل، نشانی و خطرات اضافی مشخص شده در این برگ تغییر کند، مراتب جهت اقدامات لازم به صورت مکتوب به بیمه گر اعلام خواهد شد.</p> <p>نام و امضاء و مهر بیمه گذار تاریخ / /</p> <p>نام و امضاء بیمه شده تاریخ / /</p>	تایید بیمه گذار و بیمه شده
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد	این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل می گردد		تهدات بیمه نامه
سرمایه توافقی شده با بیمه گذار (ریال)	سرمایه درخواستی (ریال)	نوع پوشش بیمه ای	
		فوت و نقص عضو و از کار افتادگی به علت حادثه	
		جبران هزینه های پزشکی ناشی از حادثه	
		غرامت روزانه عمومی / بیمارستانی	
		حوادث خانواده (متناسب با سرمایه بیمه نامه توسط بیمه گر تعیین می شود.)	

<p>۱) اطلاعات مندرج در فرم کنترل گردید.</p> <p>۲) فرم پیشنهاد با ذکر تاریخ به امضاء بیمه گذار و بیمه شده رسیده است.</p> <p>۳) سلامت ظاهری بیمه شده با توجه به رؤیت کارشناس واحد صدور / معرف مورد تأیید می باشد.</p> <p>نام و امضاء و مهر واحد صدور / معرف</p>	<p>اظهار نظر معارف / واحد صدور بیمه نامه</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------