

« فرم پیشنهاد بیمه حوادث خانواده »

واحد صادر کننده: شماره سریال بیمه نامه:
 نام و کد نماینده: شماره بیمه نامه سال قبل:

• پیشنهاد دهنده محترم لطفاً به هر یک از سوالات زیر پاسخ صحیح و کامل ارائه فرمایید.

بیمه گذار	نام و نام خانوادگی بیمه گذار (سرپرست):	شغل:	کدملی:
	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	نام پدر:
	نشانی و کدپستی:	تلفن:	تلفن همراه:

• متقاضی مختار به انتخاب هر یک از طرح های پیشنهادی صفحه دوم فرم پیشنهاد می باشد.

تعهدات بیمه کارآفرین:

طرح ۱: حوادث خانواده یک ساله الف: جبران غرامت فوت و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه برای هر یک از اعضای خانواده از حداکثر سیصد میلیون ریال تا مبلغ یک میلیارد و پانصد میلیون ریال به مدت یکسال (طبق جدول صفحه دوم فرم پیشنهاد)

ب: جبران هزینه های پزشکی ناشی از حوادث مشمول بیمه برای کلیه اعضای خانواده حداکثر از سی میلیون ریال تا مبلغ صد و پنجاه میلیون ریال.

طرح ۲: حوادث خانواده چهارساله (با حق بیمه یکجا) الف: جبران غرامت فوت و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه برای هر یک از اعضای خانواده حداکثر تا مبلغ مندرج در جدول زیر:

ب: جبران هزینه های پزشکی ناشی از حوادث مشمول بیمه برای کل اعضای خانواده حداکثر تا سقف ده درصد سرمایه اصلی (در هر سال) مندرج در جدول فوق. بدیهی ست حق بیمه متناسب با طرح و تعداد افراد خانواده تغییر خواهد یافت.

دوره بیمه	سال اول	سال دوم	سال سوم	سال چهارم
مبلغ سرمایه (ریال)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰

در صورت تمایل به دریافت هر یک از طرح های پیشنهادی، لطفاً مشخص فرمایید: طرح انتخابی: طرح شماره.....

• بیمه گذار محترم لطفاً نسبت به تکمیل جدول زیر اقدام فرمایید.

مشخصات افراد خانواده

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ	شماره شناسنامه	کدملی	نسبت

آیا افراد مندرج در ردیف های جدول دارای نقص عضو می باشند؟ بلی □ خیر □
 چنانچه پاسخ مثبت است کدامیک از اعضا؟ نقص عضو و درصد آن را بر اساس نظریه پزشک معالج مشخص فرمایید.

«۱- طرح های پیشنهادی بیمه حوادث خانواده یکساله»

طرح های پیشنهادی	سرمایه فوت و نقص عضو	سرمایه هزینه پزشکی	حق بیمه افراد بالای ۱۸ سال	حق بیمه افراد کمتر از ۱۸ سال
طرح اول حوادث خانواده	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۹۰,۰۰۰	۱۹۵,۰۰۰
طرح دوم حوادث خانواده	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۵۵,۰۰۰	۲۲۷,۵۰۰
طرح سوم حوادث خانواده	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۲۶۰,۰۰۰
طرح چهارم جدید خانواده	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۸۵,۰۰۰	۲۹۲,۵۰۰
طرح پنجم حوادث خانواده	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۵۰,۰۰۰	۳۲۵,۰۰۰
طرح ششم حوادث خانواده	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۹۷۵,۰۰۰	۴۸۷,۵۰۰
طرح هفتم حوادث خانواده	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	۶۵۰,۰۰۰
طرح هشتم حوادث خانواده	۱,۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱,۶۲۵,۰۰۰	۸۱۲,۵۰۰
طرح نهم حوادث خانواده	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰	۹۷۵,۰۰۰

«۲- طرح بیمه حوادث خانواده چهار ساله با پرداخت حق بیمه یکجا»

حق بیمه افراد زیر ۱۵ سال	حق بیمه افراد ۱۵ سال	حق بیمه افراد ۱۶ سال	حق بیمه افراد ۱۷ سال	حق بیمه افراد ۱۸ سال و بالای ۱۸ سال
۵۸۵,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰	۱,۰۷۲,۵۰۰	۱,۱۳۷,۵۰۰	۱,۱۷۰,۰۰۰

اینجانب خواستار پوشش طرح می باشم و تعهد می نمایم با نهایت صداقت و حسن نیت به سوالات مطروحه پاسخ داده و در صورت کتمان یا اظهارات خلاف واقع یا درج اطلاعات گمراه کننده و یا غلط، شرکت بیمه کارآفرین هیچگونه تعهدی در قبال خسارت و غرامت مشمول بیمه نامه ندارد و با آگاهی کامل از این موضوع درخواست صدور بیمه نامه حوادث را دارم.

تاریخ

نام و امضای بیمه گذار (سرپرست خانواده)

مشخصات و شرایط مورد درخواست بیمه گذار و بیمه شده مورد بررسی قرار گرفته و صدور بیمه نامه بلامانع است: بلی □ خیر □

مهر و امضای واحد صدور

این قسمت توسط بیمه
 گز تکمیل می گردد