

پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی



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 گزار	نام و نام خانوادگی بیمه گزار:	شغل:	کد ملی:
	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	نام پدر:
	نشانی و کد پستی:	محل صدور:	تلفن:

بیمه شونده	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره ملی:
	تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:	محل صدور:
	مشاغل اصلی و فرعی شما (بیمه شونده) چیست؟ مشروحا مرقوم فرمایید.	متوسط درآمد ماهیانه شما چه مبلغی است؟	ریال
	نشانی محل کار:	نشانی محل سکونت:	تلفن:

مشخصات استفاده کننده (گان) از مبلغ (مورد تعهد) بیمه در صورت فوت بیمه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	نام پدر	نسبت با بیمه شده	شماره ملی	درصد استفاده از سرمایه بیمه

۱- مدت بیمه: سال. از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

۲- میزان سرمایه و ضریب افزایش سنواتی نسبت به سرمایه اولیه؟ مبلغ سرمایه اولیه ریال با درصد افزایش سنواتی.

۳- جبران هزینه های درمانی ناشی از حادثه تا سقف ۱۰ درصد مبلغ سرمایه مورد نظر قابل ارائه می باشد (این سقف با نظر بیمه گر قابل تعدیل است).  
آیا علاقه مند به دریافت این پوشش می باشید؟ بلی  خیر

۴- علاوه بر خطرات عادی و شغلی کدام یک از پوشش های زیر را برای بیمه شده در خواست می نمایید؟  
 شکار  سوارکاری  غواصی  هدایت یا سرنشینی هواپیمای آموزشی  آتفشان  هدایت موتور سیکت   
 پرش با چترنجات  زلزله  هدایت یا سرنشینی اتومبیل مسابقه  ورزشهای رزمی و حرفه ای

سایر موارد:

پیشنهاد دهنده محترم لطفاً به نکات زیر توجه فرمایید

- تعریف حادثه: 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.
- با توجه به اینکه این فرم جزء لاینفک بیمه نامه حوادث انفرادی شما خواهد بود، در صورت کتمان حقایق یا اظهارات خلاف واقع و یا ارائه پاسخ های غلط و غیر واقعی و گمراه کننده، در صورت صدور بیمه نامه و بروز خسارت برای بیمه شده، شرکت بیمه علیرغم دریافت حق بیمه هیچ گونه تعهدی در قبال ایفای تعهدات مندرج در بیمه نامه را نخواهد داشت و خسارت های شما قابل پرداخت نمی باشد. لذا متمنی است با رعایت حسن نیت و صداقت و دقت لازم به مندرجات فرم پاسخ صحیح ارائه فرمایید.

- ۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر و یا حوادث در جریان دارید؟  بلی  خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ، نزد کدام شرکت و با چه میزان سرمایه؟
- ۲- آیا تاکنون غرامت یا هزینه درمان ناشی از حادثه از یکی از شرکت های بیمه دریافت نموده اید؟  بلی  خیر
- در صورت مثبت بودن از کدام شرکت بیمه و چه میزان خسارت دریافت نموده اید؟
- ۳- آیا در حال حاضر دچار نقص عضو و یا از کارافتادگی می باشید؟  بلی  خیر
- در صورت مثبت بودن، کدام یک از اعضای بدن؟ دقیقاً مشخص فرمایید و در صورت امکان میزان آن را ذکر نمایید.
- ۴- آیا در حال حاضر از سلامت کامل جسمی و یا روحی بهره مند می باشید؟  بلی  خیر
- در صورتی که از سلامت جسمی و یا روحی برخوردار نمی باشید به چه بیماری و عوارض مبتلا هستید؟
- ۵- آیا در حال حاضر در بدن شما پروتز و یا پلاتین کار گذاشته شده است؟  بلی  خیر
- در صورت مثبت بودن، در چه تاریخی و در کدام ناحیه؟
- ۶- آیا دچار نقص عضو مادرزادی می باشید؟  بلی  خیر
- در صورت مثبت بودن، در کدام ناحیه از بدن؟
- ۷- آیا در گذشته دچار شکستگی عضوی از اعضای بدن خود در اثر تصادم و یا حادثه شده اید؟  بلی  خیر
- در صورت مثبت بودن، در کدام عضو (ناحیه) لطفاً دقیقاً مشخص فرمایید.
- ۸- آیا در محل کارتان مواجه با مواد آتشزا، مواد اسیدی، مواد محترقه و مشتعل شونده می باشید؟  بلی  خیر
- ۹- آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟  بلی  خیر در صورتی که از عینک طبی استفاده می فرمایید شماره آن را مرقوم فرمایید:
- ۱۰- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید؟  بلی  خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ نوع عمل جراحی، تاریخ وقوع جراحی و مدت آن را مرقوم فرمایید:
- ۱۱- آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری هایی از قبیل آسم، سرگیجه، صرع، سکنه، فلج، نقرس، ترومبوز، غش، دیابت، آرتروز، دیسک، و هر نوع ناراحتی عصبی و شوک و عدم تعادل روانی و یا هر گونه بیماری مزمن که عود نماید داشته اید؟  بلی  خیر
- ۱۲- آیا خدمت زیر پرچم انجام داده اید؟  بلی  خیر
- در صورت معافیت علت آن را توضیح دهید:
- ۱۳- قد و وزن شما چقدر است؟ سانتی متر کیلوگرم

اینجانبان و 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 هیچ گونه تعهدی در قبال خسارت و غرامت مشمول بیمه نامه ندارد و با آگاهی کامل از این موضوع درخواست صدور بیمه نامه حوادث را داریم.

تاریخ و امضای بیمه شده

تاریخ و امضای بیمه گذار

● اظهار نظر پزشک معتمد بیمه گر:

مهر و امضای پزشک معتمد بیمه گر

● این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد

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