

پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

از شرکت بیمه به مدت از تاریخ صادر نماید. ، درخواست می شود برای بیمه شده با مشخصات زیر با توجه به اطلاعات مندرج در این پیشنهاد بیمه نامه حوادث انفرادی حادثه موضوع این بیمه نامه 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 کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

نام بیمه گذار: نشانی: تلفن همراه:	کد ملی: تلفن: شماره اقتصادی: کد پستی:	نماینده / کارگزار: کد نماینده:	مشخصات بیمه گذار
---	--	-----------------------------------	-------------------------

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: روز وضعیت تاهل: نشانی منزل و کد پستی: نشانی محل کار و کد پستی:	کد ملی: جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> شماره شناسنامه: سرمايه درخواستی: تلفن: تلفن:	ماه سال متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> محل صدور: تلفن:	مشخصات بیمه شده
--	---	--	------------------------

شغل: مشاغل اصلی و فرعی خود (بیمه شده) را به طور مشروح مرقوم فرمائید: چنانچه در کار خود با ماشین آلات، ابزار یا مواد خاصی کار می کنید مرقوم فرمائید: چنانچه برای انجام کار مجبور به مسافرت می باشید، هر چند وقت یکبار، به چه مناطقی و برای انجام چه نوع ماموریتی سفر می کنید؟	در آمد ماهیانه:	نوع شغل و فعالیت بیمه شده
---	-----------------	----------------------------------

آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا قوه شنوایی شما طبیعی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا در حال حاضر کاملاً سالم می باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا دارای نقص عضو و یا از کار افتادگی می باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا خدمت زیر پرچم خود را به طور کامل انجام داده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمه عمر یا حادثه در جریان دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا تا به حال سابقه بیماریهایی نظیر آسم، سرگیجه، صرع، سکته، فلج، نقرس، ترومبوز، غش، دیابت، آرتروز، دیسک، ناراحتی قلبی، هر نوع نا آرامی عصبی، شوک، عدم تعادل روانی و یا هرگونه بیماری مزمن دیگری که عود نماید داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	وضعیت پزشکی
در صورت منفی بودن پاسخ، علت غیر طبیعی بودن و شماره عینک خود را مرقوم فرمائید.								
در صورت منفی بودن پاسخ، علت غیر طبیعی بودن و شماره سمعک خود را مرقوم فرمائید.								
در صورت منفی بودن پاسخ، نوع بیماری و عوارضی را که به آن مبتلا هستید مرقوم فرمائید.								
در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع جراحی، محل جراحی، بیماری و چگونگی نتیجه معالجات انجام شده را با ذکر تاریخ و نام پزشک معالج مرقوم فرمائید:								
در صورت مثبت بودن پاسخ، به طور دقیق مشخص نموده و میزان آن را ذکر فرمائید:								
در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت از بدن، به طور دقیق مشخص نموده و میزان آن را ذکر فرمائید:								
در صورت منفی بودن پاسخ، علت آن؟								
در صورت مثبت بودن پاسخ، نزد کدام شرکت و به چه مبلغ؟								
در صورت منفی بودن پاسخ، نام پزشک و تاریخ آن را مرقوم فرمائید:								

پوشش های اضافی زیر نیز بنا به درخواست بیمه گذار تحت پوشش قرار خواهد گرفت:

- ورزش های رزمی و حرفه ای شکار سوار کاری
- غواصی هدایت و سرنشینی موتور سیکلت هدایت و یا سرنشینی اتومبیل مسابقه
- پرش با چتر نجات هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی
- اسکی کوهنوردی دوچرخه سواری
- فوتبال بسکتبال سایر موارد:

پوششهای اضافی

پوشش بیمه نامه	سرمایه (ریال)	نرخ اصلی	اضافه نرخ	حق بیمه سالیانه (ریال)
فوت				
نقص عضو و ازکارافتادگی (جزئی یا کلی) دائم				
هزینه های پزشکی				
غرامت روزانه عمومی				
غرامت روزانه بیمارستانی				
سایر خطرات				
جمع کل:				ریال

مشخصات بیمه نامه

نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد استفاده از مبلغ بیمه

مشخصات ذینفع یا استفاده کنندگان از سرمایه در صورت فوت بیمه شده

اینجانب بیمه گذار / بیمه شده تعهد می نمایم که به کلیه پرسشهای این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجاکه این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه حوادث انفرادی می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید.

امضای بیمه شده: امضای بیمه گذار: کد و امضاء نمایندگی: تاریخ: تاریخ: تاریخ:

تاریخ:	نام و امضاء پزشک معتمد
--------	------------------------

پزشک معتمد
اظهار نظر

نام، امضاء و تایید اداره صدور
تاریخ: