

شرایط کلی	<p>* بیمه گذار/بیمه شده محترم با عنایت به اینکه بیمه نامه براساس اصل حسن نیت واطلاعات دریافتی از شما طبق این فرم که جز جدانشدنی بیمه نامه می باشد، صادر می گردد ، لطفاً به اطلاعات درخواستی ذیل به طور کامل ودقیق پاسخ دهید ، زیرا صحت این جوابها شرط اصلی معتبر بودن بیمه حوادث انفرادی است که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد .</p> <p>* حادثه موضوع بیمه، عبارت است از هرواقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده ، بروز کرده و منجر به جرح ،نقص عضو،از کارافتادگی ویا فوت بیمه شده گردد(براساس مفاد بیمه نامه وشرايط عمومی بیمه حوادث موردعمل 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 ونام 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 وفرعی خود را (به عنوان بیمه شده) به طور مشروح مرقوم فرمایید:</p> <p>.....</p> <p>سفرها ومأموریتهای کاری درهرماه چه میزان وبه چه مناطقی است ؟</p> <p>میزان تحصیلات :</p> <p>نشانی منزل : تلفن : تلفن همراه :</p> <p>نشانی محل کار: تلفن : دورنگار :</p>
وضعیت عمومی و سلامت بیمه شده و سوابق بیمه ای	<p>۱) آیا خدمت زیرپرچم را انجام داده اید ؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت عدم انجام : معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> کفالت <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/></p> <p>۲) اگر درحال حاضر از سلامت جسمی کامل برخوردار نیستید ، لطفاً ، بیماری یا عارضه ای که از آن رنج می برید را تشریح فرمائید.</p> <p>۳) اگر تا به حال سابقه ای از ابتلا به بیماریهای صرع ، سرگیجه ، دیابت ، آرتروز، مینسک ، انواع دیسک ، هموفیلی ، هرنوع ناآرامی عصبی وعدم تعادل روانی ، بیماریهای قلبی ، نقرس ، آسم ویا هرگونه بیماری مزمنی که ممکن است دوباره ظاهرشود یا بیماری مادرزادی داشته اید، لطفاً نام بیماری ومدت ابتلا ومعالجات انجام شده را با ذکر تاریخ و نام پزشک معالج مرقوم فرمائید.</p> <p>۴) آیا درسالهای گذشته تحت پوشش بیمه های عمرویا حوادث قرارداده اید؟ درصورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه ، سال پوشش ومیزان سرمایه را مرقوم فرمائید.</p> <p>۵) اگر دارای نقص عضواعم از قطع عضو ویامحدودیت حرکتی درعضوخاصی ویا از کارافتادگی هستید، مشخص فرمائید که درکدام قسمت از بدن و به چه میزان؟</p> <p>۶) آیا بینائی شما طبیعی است ؟ درصورتی که ازعینک یا لنز طبی استفاده می فرمائید شماره آن را ذکر فرمایید/ آیا عمل رفع عیوب انکساری چشم را انجام داده اید ؟</p> <p>۷) آیا شنوائی شما طبیعی است ؟ درصورت منفی بودن پاسخ میزان ناشنوائی را مرقوم فرمائید:</p> <p>۸) آیا تا به حال به علت حادثه ویا بیماری در بیمارستان بستری شده اید ، علت بستری ، زمان واقدام به عمل آمده را شرح دهید</p> <p>۹) اگر درحال حاضر بیمه عمر(هرنوع) ویا بیمه حوادث درجریان دارید درزیر مرقوم فرمائید.</p> <p>درحال حاضر دارای بیمه از شرکت بیمه/ شرکتهای بیمه جمعاً به مبلغ ریال می باشم .</p> <p>۱۰) اگر تا کنون به علت وقوع حادثه ، خسارتی از شرکت های بیمه ویامراجع دیگر دریافت کرده اید ، مبلغ خسارت و شرکت بیمه آن را قید فرمائید. قبلاً ، مبلغ ریال از شرکت بیمه دریافت کرده ام.</p> <p>۱۱) آیا تحت پوشش بیمه های درمانی(سازمان تأمین اجتماعی ، خدمات درمانی ، نیروهای مسلح...) می باشید؟</p>

خطرات اضافی

- 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 چتر نجات کوهنوردی هدایت ویاسرنشینی هواپیمای آموزشی، گلايدر، پاراگلایدر هدایت ویاسرنشینی اتومبیل مسابقه
- چنانچه به هریک از فعالیتهای فوق الذکر می پردازید، محل انجام تمرینات، دفعات تمرین و یامسابقه 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؟ بله خیر
- ۴) آیا پوشش خطرات ناشی از زلزله و آتشفشان نیز در بیمه نامه لحاظ گردد؟ بله خیر
- ۵) آیا پوشش بیمه حوادث خانواده نیز صادر گردد؟ بله خیر

در صورت فوت	ذینفع بیمه نامه					
	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	سال تولد	نسبت با بیمه شده
	درصد سهم					
	۱۰۰٪					
خطرات سایر	استفاده کننده از سرمایه بیمه برای خطرات نقص عضو، هزینه پزشکی ناشی از حادثه و غرامت روزانه شخص بیمه شده می باشد.					
تذکر	<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 وراث قانونی خواهند بود.</p>					
تایید بیمه گذار و بیمه شده	<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>					
تعهدات بیمه نامه	این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل می گردد			این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد		
	نوع پوشش بیمه ای		سرمایه درخواستی (ریال)	سرمایه توافق شده بابت بیمه گذار (ریال)		
	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)					
اطهات نظر معرف / واحد صدور بیمه نامه	<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 تاریخ: / /</p>					