

## فرم پیشنهاد بیمه نامه حوادث انفرادی

### مشخصات بیمه گذار:

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	تاریخ تولد: .....
شماره شناسنامه:	نام پدر:	محل صدور:
نسبت با بیمه شده:	شغل اصلی:	شغل فرعی:
نشانی منزل:	تلفن:	تلفن همراه:

### مشخصات بیمه شده:

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	تاریخ تولد: .....
شماره شناسنامه:	نام پدر:	محل صدور:
شغل اصلی:	شغل فرعی:	تلفن همراه:
نشانی منزل:	تلفن:	

### شرایط درخواستی:

سرمایه فوت ناشی از حادثه: .....	ریال	سرمایه فوت ناشی از حادثه: .....	ریال
سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه: .....	ریال	مدت بیمه نامه: .....	روز (حداکثر یک سال)
تاریخ شروع بیمه نامه: .....		<b>خطرات اضافی:</b> (چنانچه تمایل دارید خطرات ناشی از فعالیت های ورزشی تحت پوشش این بیمه نامه باشد نوع رشته ورزشی خود را مشخص نمایید.)	
رشته ورزشی مورد فعالیت: .....			

### سوالات عمومی و پزشکی:

- آیا در حال حاضر دچار از کارافتادگی یا نقص عضو هستید؟ کدام ناحیه؟ .....
- آیا از عینک طبی استفاده می نمایید؟ بله  خیر  شماره هر چشم: .....
- آیا به صورت مکرر به مسافرت یا مأموریت می روید؟ چند بار در ماه؟ با چه وسیله ای؟
- آیا به صورت مکرر از موتور سیکلت استفاده می نمایید؟ بله  خیر  هفته ای چند بار؟ .....
- آیا سابقه هر یک از بیماری های دیابت، آسم (تنگی نفس)، مشکل قلبی دارید؟ توضیح دهید.
- آیا تاکنون سابقه عمل جراحی داشته اید؟ و یا در اثر حادثه مجروح شده اید؟ توضیح دهید. (نام عضو/ تاریخ حادثه/ علت حادثه/ اثر)
- آیا تاکنون از یکی از شرکت های بیمه، خسارت بیمه نامه حوادث انفرادی دریافت نموده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه، ناحیه آسیب دیده، تاریخ و مبلغ خسارت دریافتی را ذکر نمایید.

### مشخصات استفاده کنندگان از غرامت فوت:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱					
۲					
۳					

اینجانبان به عنوان بیمه گذار و بیمه شده به کلیه پرسش های فوق با صداقت کامل پاسخ داده و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون بیمه باعث ابطال و یا فسخ قرارداد می گردد و متعهد می شوم در صورت تغییر شغل و یا اشتغال به مواد مندرج در بخش خطرات اضافی این پرسشنامه مراتب را کتبا به بیمه گر اعلام می نمایم.

\*\* در صورتی که بیمه شده به سن قانونی نرسیده باشد اعلام رضایت ولی یا قیم قانونی وی الزامی است.

نام و امضای بیمه گذار: \_\_\_\_\_ نام و امضای بیمه شده: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

### این قسمت توسط نماینده فروش تکمیل گردد:

- آیا بیمه شده را شخصا رویت نموده اید؟
- آیا در مورد شرایط بیمه نامه اطلاعات کامل در اختیار بیمه شده / بیمه گذار قرار داده اید؟
- آیا صحت امضای بیمه شده / بیمه گذار مورد تایید شما است؟

بله  خیر

بله  خیر

بله  خیر

مهر و امضا نماینده / تاریخ: \_\_\_\_\_