



بیمه ایران

پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

تاریخ پیشنهاد:

شماره بیمه نامه:

واحد صدور:

نمایندگی:

تا ساعت ۲۴ روز

از ساعت ۲۴ روز

مدت بیمه

توجه: ۱- سن بیمه شده نمی تواند از ۴ سال تمام کمتر باشد.

۲- تعهدات بیمه نامه حوادث انفرادی مشمول پارکی مینیسک و رباط پا نمی باشد.

نشانی:

بیمه گذار:

کد ملی:

تلفن:

کد پستی:

مشخصات بیمه شده

محل صدور:

شماره شناسنامه:

تاریخ تولد:

نام و نام خانوادگی:

تلفن:

کد پستی:

نشانی:

درآمد ماهانه:

مشاغل فرعی:

شغل:

آیا شغل شما منحصر به مدیریت و سرپرستی است؟ بلی خیر توضیح دهید.

کد ملی:

چنانچه مایلید بیمه شما شامل پوشش های اضافی ناشی از خطرهای زیر نیز باشد لطفاً مشخص نمایید:

رانندگی با موتور سیکلت دندهای شماره گواهینامه:

سوارکاری قایقرانی شکار غواصی

هدايت یا سرنشینی هواپیماهای آموزشی (باستثنای هواپیمای نظامی)

هدايت یا سرنشینی اتومبیلهای مسابقه ای هدايت یا سرنشینی هلیکوپتر (باستثنای هلیکوپتر نظامی)

پرش با چتر نجات (به جز سقوط آزاد) هدايت کایت یا هواپیما و سایر وسایل پروازی بدون موتور

مسابقات ورزشی نوع ورزش:

اطلاعات مورد نیاز

آیا تا کنون عمل جراحی داشته اید؟ نوع جراحی؟ کدام عضو؟

فتق نوع نقص عضو: کری فلچ تغییر شکل یا قطع اعضاء خشکی مفاصل

انحراف ستون فقرات نایینایی از یک چشم نایینایی از دو چشم

عینک طبی به کار می برید؟ از چه تاریخ؟ چه نمره؟

تاریخ حادثه: علل و اثرات آن: آیا تا کنون در اثر حادثه مجروح شده اید؟

آیا تا کنون از شرکت های بیمه خسارت حادثه دریافت کرده اید؟ کدام شرکت؟

در چه تاریخ؟ چه مبلغ؟

در حال حاضر پوشش بیمه ای دارید؟ نزد کدام سازمان یا شرکت چه نوع بیمه ای؟

میزان غرامت مورد درخواست

در صورت فوت بر اثر حادثه:

در صورت نقص عضو دائم کلی و جزئی بر اثر حادثه:

هزینه پزشکی ناشی از حادثه:

غرامت روزانه عمومی / بستری در بیمارستان برای صاحبان مشاغل آزاد:

استفاده کنندگان از غرامت فوت

نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده	سهم	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده	سهم	-۴
				-۱				-۲
				-۵				-۳
				-۶				

اینجانب به کلیه پرسشهای فوق به نحو کامل پاسخ داده و متعهد می شویم در صورت تغییر شغل و یا اشتغال به موارد مندرج در بخش پوشش های اضافی این پرسشنامه مراتب را کتاباً به بیمه گر اعلام نمایم.

نام و امضای بیمه شده

نام و امضای بیمه کنار

توجه: رویت بیمه شده توسط پیشنهاد گیرنده (واحد صدور یا نماینده) الزامی است.

مهر و امضاء

محاسبه حق بیمه

طبقه شغلی

طبقه شغلی	میزان تعهدات (ریال)	نرخ	حق بیمه (ریال)
الف - در صورت فوت و نقص عضو کلی و دائم بر اثر حادثه:			
ب - در صورت نقص عضو جزئی و دائم بر اثر حادثه:			
ج - هزینه پزشکی ناشی از حادثه:			
د - غرامت روزانه عمومی / بستری در بیمارستان:			
ه - خطرهای اضافی:			
جمع حق بیمه			

نام و امضای مسئول واحد صدور