



بیمه ایران

تاریخ پیشنهاد:

شماره بیمه نامه:

واحد صدور:

نمایندگی:

پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

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 پارگی مینیسک و رباط پا نمی باشد.

بیمه گذار:

نشانی:

کد پستی:

تلفن:

کد ملی:

مشخصات بیمه شده

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

شماره شناسنامه:

محل صدور:

نشانی:

کد پستی:

تلفن:

شغل:

مشاغل فرعی:

درآمد ماهانه:

کد ملی:

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

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

رانندگی با موتور سیکلت دنده ای شماره گواهینامه:

سوارکاری قایقرانی شکار غواصی

هدایت یا سرنشینی هواپیماهای آموزشی (باستثنای هواپیمای نظامی)

هدایت یا سرنشینی اتومبیل های مسابقه ای هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر (باستثنای هلیکوپتر نظامی)

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

مسابقات ورزشی نوع ورزش: زمین لرزه

اطلاعات مورد نیاز

آیا تا کنون عمل جراحی داشته اید؟

کدام عضو؟

نوع جراحی؟

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

انحراف ستون فقرات نابینایی از یک چشم نابینایی از دو چشم

عینک طبی به کار می برید؟

چه نمره؟

از چه تاریخ؟

تا کنون در اثر حادثه مجروح شده اید؟

تاریخ حادثه:

علل و اثرات آن:

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

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

نام و امضای بیمه گذار

نام و امضای بیمه شده

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

مهر و امضاء

محاسبه حق بیمه

طبقه شغلی

| میزان تعهدات (ریال) | نرخ | حق بیمه (ریال) |
|---------------------|-----|----------------|
| | | |
| جمع حق بیمه | | |

- 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 :

نام و امضای مسئول واحد صدور