



بیمه ایران

پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

تاریخ پیشنهاد:

شماره بیمه نامه:

واحد صدور:

نمایندگی:

مدت بیمه

از ساعت ۲۴ روز

تا ساعت ۲۴ روز

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 <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیح دهید.		

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

<input type="checkbox"/> رانندگی با موتور سیکلت دنده ای	<input type="checkbox"/> شماره گواهینامه:
<input type="checkbox"/> سوارکاری	<input type="checkbox"/> قایقرانی
<input type="checkbox"/> شکار	<input type="checkbox"/> غواصی
<input type="checkbox"/> هدایت یا سرنشینی هواپیماهای آموزشی (باستثنای هواپیمای نظامی)	
<input type="checkbox"/> هدایت یا سرنشینی اتومبیلهای مسابقه ای	<input type="checkbox"/> هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر (باستثنای هلیکوپتر نظامی)
<input type="checkbox"/> پرش با چتر نجات (به جز سقوط آزاد)	<input type="checkbox"/> هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسایل پروازی بدون موتور
<input type="checkbox"/> مسابقات ورزشی	<input type="checkbox"/> نوع ورزش:
	<input type="checkbox"/> زمین لرزه

اطلاعات مورد نیاز

آیا تاکنون عمل جراحی داشته اید؟	کدام عضو؟	نوع جراحی؟
<input type="checkbox"/> نوع نقص عضو: کری <input type="checkbox"/> فلج <input type="checkbox"/> تغییر شکل یا قطع اعضاء <input type="checkbox"/> خشکی مفاصل <input type="checkbox"/> فتق <input type="checkbox"/>		
انحراف ستون فقرات <input type="checkbox"/> نابینایی از یک چشم <input type="checkbox"/> نابینایی از دو چشم <input type="checkbox"/>		
عینک طبی به کار می برید؟	چه نمره؟	از چه تاریخ؟
تاکنون در اثر حادثه مجروح شده اید؟	تاریخ حادثه:	علل و اثرات آن:
آیا تاکنون 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؟	

1380/1/پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

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

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می شود.