



- خواهشمند است به کلیه پرسشهای این پیشنهاد جواب داده زیرا که صحیح و کامل بودن جوابها شرط اصلی معتبر بودن بیمه نامه ای است که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد .
 - حادثه موضوع این بیمه نامه عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح ، نقص عضو ، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد .
 * تکمیل کردن این پیشنهاد هیچگونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید .

نماینده / کارگزار: کد نماینده :	نام بیمه گذار : کد اقتصادی / کد ملی : نشانی : تلفن : تلفن همراه : کدپستی :	مشخصات بیمه گذار
------------------------------------	--	------------------

نام پدر : تاریخ تولد : / / کدملی : جنسیت : مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> مشاغل اصلی : مشاغل فرعی : نشانی منزل : کدپستی : تلفن ثابت : تلفن همراه : نشانی محل کار : تلفن :	نام خانوادگی : محل صدور : شماره شناسنامه : متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متوسط درآمد ماهیانه : مشاغل فرعی : تلفن :	مشخصات بیمه شده
---	---	-----------------

نوع بیمه : مدت بیمه : تاریخ شروع : تاریخ خاتمه :

میزان فرامیت مورد در خواست

در صورت فوت بر اثر حادثه :

در صورت نقص عضو و از کارافتادگی دائم بر اثر حادثه :

هزینه پزشکی ناشی از حادثه :

غرامت روزانه بستری در بیمارستان: یا غرامت روزانه عمومی:

چنانچه بایلید بیمه شما شامل پوششهای اضافی ناشی از خطرات زیر نیز باشد لطفاً مشخص نمایید .

- رانندگی با موتورسیکلت دنده‌ای
- سواری
- قایقرانی
- شکار
- غواصی
- هدایت یا سرنشینی هواپیماهای آموزشی (به استثنای هواپیمای نظامی)
- هدایت یا سرنشینی اتومبیل مسابقه‌ای
- هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر (به استثنای هلیکوپتر نظامی)
- پرش با چتر نجات (بجز سقوط آزاد)
- هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسایل پروازی بدون موتور
- مسابقات ورزشی
- سایر موارد

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه مورد تعهد (در صورت فوت بیمه شده) :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه بیمه

مشخصات بیمه گذار

مشخصات بیمه شده

مشخصات بیمه نامه مورد در خواست

- ۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر و یا حوادث در جریان دارید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نزد کدام شرکت بیمه و به چه مبلغ؟
- ۲- آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده‌اید؟ بله خیر
در صورت معافیت علت آن را توضیح دهید:
- ۳- قد و وزن شما چقدر است؟ قد: وزن:
۴- به کدام ورزشها می پردازید:
- آیا اشتغال به این ورزشها به صورت حرفه ای می باشد؟ بله خیر
- ۵- آیا در حال حاضر کاملاً سالم می‌باشید؟ بله خیر
در صورتیکه سالم نیستید به چه بیماری و عوارض مبتلا می‌باشید؟
- ۶- آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟ بله خیر
در صورتیکه از عینک طبی استفاده می‌فرمایید، شماره آنرا مرقوم فرمایید:
- ۷- آیا قوه شنوایی شما طبیعی است؟ بله خیر
- ۸- آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری‌هایی از قبیل قلب و عروق- عفونی- هورمونی- ربوی- سرگیجه- استخوان- گردش خون- یرقان- مقاربتی و دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی و عفونی دیگر- سرطان- بیماریهای زنانه- سکنه- فلج- آسم- نقرس- ترومبوز- غش- دیابت- هر نوع ناراحتی عصبی شوک- عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر داشته‌اید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن هریک از موارد بالا لطفاً نوع، تاریخ و نام پزشک معالج را ذیلاً مرقوم فرمایید:
- ۹- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نوع عمل و تاریخ آن را مرقوم بفرمایید:
- ۱۰- چنانچه دارای هر یک از نقص عضوهای زیر می‌باشید لطفاً مشخص نمایید:
- کری بله خیر
- فلج بله خیر
- خشکی مفاصل بله خیر
- فتق بله خیر
- تغییر شکل یا قطع اعضاء بله خیر
- انحراف ستون فقرات بله خیر
- نابینایی از یک چشم بله خیر
- نابینایی از دو چشم بله خیر
- در صورت مثبت بودن هریک از موارد بالا لطفاً نوع تاریخ و نام پزشک معالج را ذیلاً مرقوم فرمایید:
- ۱۱- آیا دارای نقص عضو و یا از کار افتادگی می‌باشید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت از بدن دقیقاً مشخص فرمایید. در صورت امکان میزان آن را ذکر فرمایید:
- ۱۲- آیا تاکنون در اثر حادثه مجروح شده‌اید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن تاریخ و علت آنرا ذکر فرمائید:
- ۱۳- آیا تا کنون از شرکت بیمه ای خسارت حادثه دریافت کرده‌اید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن نام شرکت - تاریخ و مبلغ آنرا ذکر فرمائید:
- ۱۴- آیا بیمه درمان یا حوادث دارید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن نزد کدام شرکت:

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده)، امضا کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به کلیه پرسشهای مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نماییم که جوابهای داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

تاریخ و امضاء بیمه گذار:

تاریخ و امضاء بیمه شده:

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه:

بلامانع می باشد غیر قابل صدور است

نام و امضای کارشناس صدور:

تاریخ:

نظر کارشناس صدور