

بیمه گذار گرامی، خواهشمند است به تمامی موارد این فرم با صداقت کامل و به صورت کامل و خوانا پاسخ دهید و سپس امضا نمایید. شرط اصلی بیمه نامه، صحت اطلاعات در این پیشنهاد و پاسخهای شماست و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. به منظور رعایت حقوق بیمه گذار و استفاده کنندگان این بیمه نامه بدون هرگونه خط خوردگی و یا لاک گرفتگی تایید خواهد شد.

کد رایانه پیشنهاد: ..... واحد صدور: ..... تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: .....

نام و نام خانوادگی / نام شرکت: .....  
 شماره ملی (حقیقی) / شماره ثبت (حقوقی): ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... نام پدر: ..... شماره شناسنامه: .....  
 محل صدور: ..... شغل اصلی: ..... شغل فرعی: ..... (توجه لطفاً از عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید.)  
 آدرس محل سکونت: ..... کد پستی: .....  
 آدرس محل کار: ..... تلفن همراه (الزامی): ..... تلفن ثابت: .....

مشخصات بیمه گذار

نسبت بیمه شده با متقاضی: خودم  سایر: ..... (در صورت مثبت بودن پاسخ نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد.)  
 نام و نام خانوادگی / نام شرکت: .....  
 شماره ملی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... نام پدر: ..... شماره شناسنامه: .....  
 محل صدور: ..... شغل اصلی: ..... شغل فرعی: ..... (توجه لطفاً از عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید.)  
 آدرس محل سکونت: ..... کد پستی: .....  
 آدرس محل کار: ..... تلفن همراه (الزامی): ..... تلفن ثابت: .....

مشخصات بیمه شده

۱- آیا در حال حاضر بیمه حادثه صادر شده، در جریان صدور یا رد صدور دارید؟ بلی  خیر  نام شرکت: ..... مبلغ سرمایه (ریال): .....  
 ۲- آیا سال قبل دارای پوشش بیمه حوادث بوده اید؟ بلی  خیر  نام شرکت: ..... مبلغ سرمایه (ریال): .....  
 ۳- آیا تاکنون از شرکتهای بیمه خسارت حادثه دریافت نموده اید؟ بلی  خیر  نام شرکت: ..... در تاریخ: ..... مبلغ سرمایه (ریال): .....

سوابق بیمه ای

مدت بیمه نامه: یک سال  
**الف-** فوت و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) بر اثر حادثه بیمه شده به مبلغ ..... ریال.  
**ب-** جبران هزینه پزشکی ناشی از حادثه ..... ریال (حداکثر ۲۰ درصد بند الف).  
**ج-** غرامت روزانه عمومی  یا غرامت روزانه بستری در بیمارستان   
**توضیح:** پوشش بند «ج» صرفاً صاحبان مشاغل آزاد ارائه می گردد و سقف آن برای غرامت روزانه عمومی ۳ در هزار و برای بستری در بیمارستان ۵ در هزار سرمایه بند «الف» می باشد.

شرایط مورد درخواست

۱- آیا از موتورسیکلت به طور مستمر استفاده می نمایید؟ بلی  خیر   
 ۲- آیا ورزش حرفه ای  مسافرت های مستمر  فعالیت های جانبی  انجام می دهید؟ در صورت پاسخ مثبت توضیح دهید: .....

مربوط به بیمه شده

با توجه به اینکه خطرات زیر جز استثنائات این بیمه نامه می باشد، چنانچه مایل به داشتن هریک از پوشش های یاد شده برای بیمه نامه می باشید، لطفاً مشخص فرمایید تا با حق بیمه اضافی در بیمه نامه منظور گردد:  
 زلزله  شکار  سوار کاری  غواصی  قایقرانی  ورزش های رزمی و حرفه ای  رانندگی با موتور سیکلت دنده ای  مسابقات ورزشی  نوع ورزش: .....

پوشش های اضافی

استفاده کنندگان از غرامت فوت بیمه شده

نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱-				
۲-				
۳-				
۴-				

پرسشهای پزشکی بیمه شده

توضیحات	سوالات
علت: تاریخ وقوع: ..... کدام ناحیه: وضعیت فعلی: .....	۱- آیا تاکنون در اثر حادثه مجروح شده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
علت: ..... چند درصد: وضعیت فعلی: .....	۲- آیا دچار نقص عضو و از کارافتادگی شده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نوع بیماری: تاریخ وقوع: ..... وضعیت فعلی: .....	۳- آیا به بیماری خاصی مبتلا می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
علت بستری یا جراحی: ..... تاریخ: ..... مدت بستری: ..... وضعیت فعلی: .....	۴- آیا عمل جراحی یا بستری در بیمارستان داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
علت: تاریخ: ..... کدام ناحیه: وضعیت فعلی: .....	۵- آیا در بدن شما پروتز یا پلاتین کار گذاشته شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
توضیح دهید: ..... میزان دید چشم / شنوایی: .....	۶- آیا مشکلات بینایی، شنوایی یا حرکتی دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
در صورت معافیت پزشکی علت آن با ذکر بند و ماده مربوطه: .....	۷- (مخصوص آقایان) آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

۸- آیا در محل کار خود مواجه با مواد اشتعال زا، اسیدی یا مواد محترقه می باشید؟  
بلی  خیر

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام میداریم که به تمامی سوالات مشروحه این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از مقررات و شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه جزء لاینفک این قرارداد می باشد اطلاع کامل نموده و اعلام مینماییم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث ابطال قرارداد بیمه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

نام و نام خانوادگی بیمه گذار / تاریخ / امضاء: ..... نام و نام خانوادگی بیمه شده / ولی یا قیم بیمه شده / تاریخ / امضاء: .....

امضا بیمه گذار  
و بیمه شده

اینجانب شخصاً بیمه گذار بیمه نامه و بیمه شده را ملاقات نموده ام و ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط بیمه نامه، صحت امضاء بیمه گذار و بیمه شده را تایید می نمایم.

نام و نام خانوادگی معرف / تاریخ / امضا / مهر: .....

فروشنده بیمه

نظر پزشک معتمد شرکت: .....

مهر و امضای پزشک معتمد / تاریخ: .....

نظر پزشک معتمد

صدور بیمه نامه برای بیمه شده آقای / خانم .....

بلامانع است  امکان پذیر نمی باشد

تعهدات مورد پذیرش:

فوت بر اثر حادثه: ..... ریال

نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) ناشی از حادثه: ..... ریال

جبران هزینه های پزشکی ناشی از حادثه تا سقف ..... ریال

غرامت روزانه عمومی / بستری در بیمارستان ..... ریال

سایر شرایط: .....

نام و نام خانوادگی مسؤل نهایی / امضا: .....

نظر نهایی