



فرم پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

این پرسش نامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه براساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

حادثه: حادثه موضوع این بیمه نامه، هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم و قطعی: عبارت است از تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و وضعیت دائمی و قطعی داشته باشد.

خطرات بیمه شده: تامین غرامت مورد تعهد از سوی بیمه گر با رعایت استثنائات و محدودیت های مندرج در شرایط عمومی پیوست بیمه نامه می باشد. همچنین خسارت یا غرامت ناشی از موارد زیر جزو تعهدات بیمه گر محسوب می شود:

- ۱- غرق شدن، مسمومیت، تاثیر گاز، بخار یا مواد خورنده مانند اسید
- ۲- ابتلا به هاری، کزاز و سیاه زخم
- ۳- دفاع مشروع بیمه شده
- ۴- اقدام به نجات اشخاص و اموال از خطر

تعاریف

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کدملی: محل صدور: تاریخ تولد: نسبت با بیمه شده: نشانی: تلفن ثابت: تلفن همراه: تلفن ناشی الکترونیکی:

مشخصات بیمه گذار

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کدملی: محل صدور: تاریخ تولد: نسبت با بیمه گذار: وضعیت تاهل: تعداد فرزندان: پسر: دختر: شغل اصلی و مشاغل فرعی (لطفاً بصورت کامل شرح دهید): متوسط درآمد ماهانه: ریال نشانی و تلفن محل سکونت: کدپستی: تلفن همراه: نشانی و تلفن محل کار: نشانی الکترونیکی:

مشخصات بیمه شده

ردیف	انواع پوشش بیمه نامه	سرمایه بیمه (ریال)
۱	فوت بر اثر حادثه	
۲	نقص عضو و از کار افتادگی بر اثر حادثه	
۳	هزینه های پزشکی	
۴	غرامت روزانه	

پوشش های درخواستی بیمه نامه

به کدامیک از ورزش ها و فعالیت های زیر می پردازید؟

ورزش های رزمی سواری غواصی فوتبال هدایت کایت، هواپیما، وسایل پرواز بدون موتور پرش با چتر نجات دوچرخه سواری کوهنوردی و الیبال قایقرانی شکار هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی بدنسازی بسکتبال هدایت و یا سرنشینی اتومبیل مسابقه هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر اسکیت تنیس اسکی روی آب سایر موارد:

در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. مشروبات الکلی مواد مخدر توضیح دهید:

آیا از موتور سیکلت دنده ای استفاده می نمایید؟ خیر بلی، به ندرت بلی، بطور مستمر

آیا مسافرت مستمر انجام می دهید؟ خیر بلی در صورت پاسخ مثبت تعداد مسافرت ماهانه و نوع وسیله نقلیه را بیان فرمایید.

سایر پوشش های اضافی:

اعتصاب، شورش و بلوا زمین لرزه و آتشفشان

خطرات اضافی پوشش های بیمه

قد سانتی متر وزن: کیلوگرم

آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید؟ (آقایان) بلی خیر

در صورت عدم انجام خدمت نظام وظیفه علت آنرا توضیح دهید:

آیا دارای نقص عضو و یا از کارافتادگی می باشید؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن توضیح دهید:

آیا قوه بینایی و شنوایی شما طبیعی است؟ بلی خیر

توضیح:

آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری هایی از قبیل سرگیجه، صرع، غش، سکتته، و هرنوع نآرامی عصبی و شوک و عدم تعادل روانی و یا هرگونه بیماری مزمن که عود نماید داشته اید؟ بلی خیر

توضیح دهید:

آیا در حال حاضر کاملا سالم می باشید؟ بلی خیر

توضیح دهید:

آیا درحال حاضر بیمه نامه عمر و یا بیمه نامه حوادث دیگری دارید؟ بلی خیر

در صورت دارا بودن بیمه نامه دیگر اطلاعات آنرا اعلام نمایید: نوع بیمه: سرمایه بیمه: نام شرکت:

تذکر: باتوجه به اهمیت این سوال، چنانچه درطول مدت اعتبار بیمه نامه مشخص شود که بیمه شده اطلاعات مربوط به بیمه نامه های خودرا نزد هر یک از شرکت های بیمه اعلام نکرده است، بیمه پاسارگاد می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خودداری نماید.

وراث قانونی به نسبت سهم الارث وراث قانونی به نسبت مساوی سایر(به شرح جدول ذیل)

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کدملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	شماره تماس
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام میداریم که به کلیه سوالات مشروحه در این پیشنهاد با صداقت و به نحو کامل جواب داده و هیچ اطلاعاتی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه، باعث باطل شدن قرارداد و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

نام و امضاء بیمه گذار: _____ نام و امضاء بیمه شده: _____

تاریخ: _____ تاریخ: _____

آیا درباره شرایط این بیمه نامه اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده اید؟ بلی خیر

آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه گذار مورد تایید است؟ بلی خیر

امضاء و مهر نمایندگی: _____ تاریخ: _____

امضاء و مهر پزشک: _____ تاریخ: _____

نظر کارشناس صدور بیمه نامه: صدور بیمه نامه باتوجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط صدور بیمه نامه بلامانع است. بلی خیر

امضاء و مهر کارشناس: _____ تاریخ: _____

