

## پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

خواهشمند است به کلیه پرسش های این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت و کامل بودن جواب ها شرط اصلی اعتبار قرارداد بیمه حوادثی است که براساس این پیشنهاد صادر می شود. تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی را برای شرکت بیمه نوین (بیمه گر) ایجاد نمی نماید.

مشخصات بیمه گذار	نام و نام خانوادگی:	کدملی/اقتصادی:	تاریخ تولد: / /	
	نام پدر:	شماره شناسنامه:	شغل:	
	آدرس:	محل صدور:	کدپستی:	
	تلفن های تماس: ثابت:	همراه:		
مشخصات بیمه شده	نام و نام خانوادگی:	کدملی/اقتصادی:	تاریخ تولد: / /	
	نام پدر:	شماره شناسنامه:	شغل اصلی و فرعی:	
	آدرس محل سکونت:	محل صدور:	کدپستی:	
	آدرس محل کار:	تلفن ثابت و همراه:	نسبت با بیمه گذار:	
سوابق بیمه ای بیمه شده	۱- آیا سال قبل دارای پوشش بیمه حوادث بوده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نزد کدام شرکت؟	
	۲- آیا دارای بیمه حوادث دیگری می باشید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نزد کدام شرکت؟	
	۳- آیا تاکنون از شرکتهای بیمه خسارت حادثه (مربوط به بیمه شده) دریافت کرده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در چه تاریخ؟	
	از کدام شرکت؟		چه مبلغ؟	
شرایط مورد درخواست	مدت بیمه نامه (حداکثر یکسال):	(شروع بیمه: ساعت صفر یک روز بعد از تاریخ شروع بیمه نامه می باشد)		
	الف- فوت و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) بر اثر حادثه بیمه شده حداکثر تا مبلغ	ریال		
	ب- جبران هزینه پزشکی ناشی از حادثه تا سقف	ریال (حداکثر ۱۰ درصد بند الف)		
	ج- غرامت روزانه عمومی <input type="checkbox"/>	بستری در بیمارستان <input type="checkbox"/>		
	توضیح: پوشش بند «ج» صرفاً برای صاحبان مشاغل آزاد ارائه می گردد و سقف آن برای غرامت روزانه عمومی ۱۲٪ و برای بستری در بیمارستان ۲۴٪ سرمایه بند «الف» می باشد.			
سوالات عمومی	۱- آیا بیمه شده فعالیت های جنبی اعم از ورزش حرفه ای، مسافرت مستمر و ... انجام می دهد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
	۲- آیا بیمه شده از موتور سیکلت بطور مستمر استفاده می کنید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
پوشش های اضافی	با توجه به اینکه خطرات زیر جزو استثنائات این بیمه می باشد، چنانچه مایل به داشتن هر یک از پوشش های یاد شده برای بیمه شده می باشید لطفاً مشخص فرمایید تا با تعیین حق بیمه اضافی در بیمه نامه منظور گردد:			
	زلزله <input type="checkbox"/>	شکار <input type="checkbox"/>	سوارکاری <input type="checkbox"/>	غواصی <input type="checkbox"/>
	سقوط آزاد <input type="checkbox"/>	پرش با چترنجات (بجز سقوط آزاد) <input type="checkbox"/>	رانندگی با موتور سیکلت دنده ای <input type="checkbox"/>	قایقرانی <input type="checkbox"/>
	هدایت یا سرنشینی هواپیمای آموزشی (باستثنای هواپیمای نظامی) <input type="checkbox"/>	هدایت یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه ای) <input type="checkbox"/>	هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسایط پرواز بدون موتور <input type="checkbox"/>	
	هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر (باستثنای هلیکوپتر نظامی) <input type="checkbox"/>	ورزشهای رزمی و حرفه ای <input type="checkbox"/>	نوع ورزش:	
	مسابقات ورزشی <input type="checkbox"/>			
<b>استفاده کنندگان از غرامت فوت بیمه شده</b>				
نام و نام خانوادگی	نام پدر	کدملی	نسبت با بیمه شده	
درصد سهم				
۱.				
۲.				
۳.				
۴.				



## سوالات پزشکی مربوط به بیمه شده

۱- آیا تاکنون در اثر حادثه مجروح شده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی ۲- آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی شده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی ۳- آیا به بیماری خاصی مبتلا می باشید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی ۴- آیا عمل جراحی یا بستری در بیمارستان داشته اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۵- آیا در حال حاضر در بدن شما پروتز یا پلاتین کار گذاشته شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی ۶- آیا مشکل بینایی یا شنوایی دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی ۷- (مخصوص آقایان) آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت پاسخ مثبت، علت؟ در صورت پاسخ منفی، علت؟ توضیح دهید: میزان دید چشم / شنوایی: در صورت پاسخ مثبت، علت؟ در صورت پاسخ منفی، علت؟ توضیح دهید:
---	--

در صورت وجود بیماری		در صورت بستری در بیمارستان		انجام عمل جراحی		در صورت نقص عضو / از کار افتادگی	
نوع بیماری	تاریخ بروز	علت بستری	تاریخ	مدت	نوع عمل	تاریخ	علت ایجاد آن

وضعیت فعلی بیمه شده را شرح دهید:

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده)، امضاء 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 نمایم که جواب های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه حوادث و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد کسب نمایند.

نام و امضاء بیمه گذار : \_\_\_\_\_ نام و امضاء بیمه شده / ولی یا قیم بیمه شده : \_\_\_\_\_

تاریخ : \_\_\_\_\_

### این قسمت توسط بیمه گر (شرکت بیمه نوین) تکمیل می گردد.

آیا بیمه شده را شخصاً رویت کرده اید و در حال حاضر سالم هستید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آیا اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده قرار داده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آیا صحت امضای امضاء کنندگان مورد تایید است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	گزارش فروشنده بیمه: مهر و امضاء نماینده یا فروشنده: تاریخ:
صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد، دستور العمل اجرائی و ضوابط و مقررات بیمه، برای بیمه شده خانم / آقای ..... بلامانع است <input type="checkbox"/> نیاز به نظر پزشک دارد <input type="checkbox"/> امکان پذیر نمی باشد <input type="checkbox"/>	اظهار نظر کارشناس صدور: نام و امضاء: تاریخ:
بلامانع است <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> امکان پذیر نمی باشد <input type="checkbox"/> توضیح:	اظهار نظر پزشک مشاور: نام و امضاء: تاریخ:
بلامانع است <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> امکان پذیر نمی باشد <input type="checkbox"/> شرایط مورد قبول:	اظهار نظر مسئول نهایی: نام و امضاء: تاریخ: