





## پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

| قد بیمه شده:          |   | وزن   | ساعاتی متر. | کیلوگرم. |
|-----------------------|---|---|-------------|----------|
| وضعیت سلامتی بیمه شده | ردیف  | شرح بیماری  |             |          |
|                       | 1   | آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟ در صورت منفی بودن پاسخ، علت غیر طبیعی بودن و شماره عینک خود را بنویسید.   |             |          |
|                       | 2   | آیا قوه شنوایی شما طبیعی است؟ در صورت منفی بودن پاسخ، علت غیر طبیعی بودن و شماره سمعک خود را بنویسید.   |             |          |
|                       | 3   | آیا در حال حاضر کاملاً سالم می‌باشید؟ در صورت منفی بودن پاسخ، نوع بیماری و عوارضی را که به آن مبتلا هستید، بنویسید.   |             |          |
|                       | 4   | آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع و محل جراحی، بیماری و نتیجه معالجات انجام شده را با ذکر تاریخ و نام پزشک معالج بنویسید.   |             |          |
|                       | 5   | آیا دارای نقص عضو و یا از کارافتادگی می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت از بدن، به طور دقیق مشخص نموده و میزان آن را ذکر فرمایید.  |             |          |
|                       | 6   | آیا تا به حال بیماری‌هایی نظیر آسم، سرگیجه، صرع، سکته، فلج، نقرس، ترومبوز، غش، دیابت، آرتروز، دیسک، ناراحتی قلبی، هر نوع نوارآمی عصبی، شوک، عدم تعادل روانی و یا هرگونه بیماری مزمن دیگری که عود نماید داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن هر یک از موارد، نوع بیماری، نام پزشک و تاریخ آن را بنویسید. |             |          |
|                       | 7   | آیا در حال حاضر در بدن شما پروتز و یا پلاتین کار گذاشته شده است؟ در صورت مثبت بودن، در چه تاریخی و در کدام ناحیه؟   |             |          |
|                       | 8   | آیا در گذشته دچار شکستگی عضوی از اعضای بدن خود در اثر تصادم و یا حادثه شده‌اید؟   |             |          |
| 9                     | در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. <input type="checkbox"/> دخانیات (سیگار، قلیان،...) <input type="checkbox"/> مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> مواد مخدر، محرک و روان گردان <input type="checkbox"/> هیچ کدام |   |             |          |

| سوابق بیماری   |
|--|
| در صورت مثبت بودن هر کدام از سؤالات بالا، با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، مدت زمان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی (بیمه شده) را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را ذکر فرمایید). |

| شرح   | سرمایه فوت (ریال) |              | تاریخ صدور / عدم صدور | در جریان صدور / صادره / عدم صدور                                 | نوع بیمه نامه | شرکت بیمه گر |
|---|-------------------|--------------|-----------------------|--|---------------|--------------|
|   | به هر علت         | در اثر حادثه |                       |  |               |              |
| (در صورت عدم صدور بیمه نامه، علت آن را شرح دهید.) |                   |              | 13 / /                | <input type="checkbox"/> صادره <input type="checkbox"/> عدم صدور |               |              |
|   |                   |              | 13 / /                | <input type="checkbox"/> صادره <input type="checkbox"/> عدم صدور |               |              |

\* حادثه موضوع این بیمه نامه عبارت است 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.  
\* اینجانبان (بیمه شده و بیمه گذار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌نماییم که پاسخ‌های 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 باطل شدن قرارداد بیمه حوادث و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

| محل امضاء | نام و امضای بیمه گذار: | نام و امضای بیمه شده: |
|-----------|------------------------|-----------------------|
| تاریخ:    |                        | تاریخ:                |

| توسط فروشنده بیمه تکمیل گردد. | پوشش بیمه نامه                       |   | سرمایه (ریال) | نرخ اصلی | اضافه نرخ | حق بیمه سالانه (ریال) | کد نمایندگی                |
|-------------------------------|--------------------------------------|---|---------------|----------|-----------|-----------------------|----------------------------|
|                               | فوت در اثر حادثه                     | نقص عضو و از کارافتادگی (جزیی یا کلی) دایم در اثر حادثه |               |          |           |                       |                            |
| تاریخ: 13 / /                 | هزینه‌های پزشکی در اثر حادثه         |   |               |          |           |                       | مهر، امضاء و نام نمایندگی: |
|                               | غرامت روزانه عمومی در اثر حادثه      |   |               |          |           |                       |                            |
|                               | غرامت روزانه بیمارستانی در اثر حادثه |   |               |          |           |                       |                            |
|                               | سایر خطرات در اثر حادثه              |   |               |          |           |                       |                            |
|                               |                                      |   |               |          |           |                       |                            |

| نظر پزشک معتمد              | تاریخ: 13 / / | نام، امضاء و مهر پزشک معتمد: |
|-----------------------------|---------------|------------------------------|
| مهر، امضاء و نام واحد صدور: |               |                              |
| تاریخ: 13 / /               |               |                              |