بسمه تعالی

فرم پیشنهاد بیمه حوادث(انفرادی و خانواده)

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

تعاریف

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 ازکارافتادگی دائم وقطعی: 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 درشرایط 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

مشخصات بیمه گذار

نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... شماره شناسنامه: ..... کدملی: ..... محل صدور: ..... تاریخ تولد : .....

نسبت با بیمه شده: ..... نشانی : ..... کدپستی: .....

تلفن ثابت: ..... تلفن همراه :..... نشانی الکترونیکی: .....

مشخصات بیمه شده

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 : .....

آیا بیمه گذار متقاضی دریافت بیمه حوادث خانواده می باشد : بلی ☐ خیر ☐ در صورت بلی لطفاً سرمایه مربوط به حوادث خانواده را مشخص نمایید.

پوشش های درخواستی بیمه نامه

ردیف	انواع پوشش بیمه نامه	سرمایه بیمه (ریال)
۱	فوت براثر حادثه	
۲	نقص عضو و ازکار افتادگی براثر حادثه	
۳	هزینه های پزشکی	
۴	غرامت روزانه	
۵	فوت و نقص عضو اعضاء خانواده	
۶	هزینه های پزشکی اعضاء خانواده	

خطرات اضافی پوشش های بیمه

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

ورزش های رزمی ☐ سوارکاری ☐ غواصی ☐ فوتبال ☐ هدایت کایت،هواپیما، وسائل پرواز بدون موتور ☐ پرش با چتر نجات ☐ دوچرخه سواری ☐ کوهنوردی ☐ و الپینال ☐

قایقرانی ☐ شکار ☐ هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی ☐ بدنسازی ☐ بسکتبال ☐ هدایت ویا سرنشینی اتومبیل مسابقه ☐ هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر ☐

اسکیت ☐ تنیس ☐ اسکی روی آب ☐ سایر موارد: .....

درصورت 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 ☐ درصورت پاسخ مثبت تعداد مسافرت ماهانه و نوع وسیله نقلیه را بیان فرمایید. .....

سایر پوشش های اضافی:

اعتصاب و بلوا ☐ زلزله و آتشفشان ☐

سؤالات عمومی از بیمه شده

قد ..... سانتی متر وزن: .....کیلوگرم

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

درصورت 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، سکته،و هرنوع ناآرامی 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 ☐

درصورت 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.

استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده

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:
تاریخ:

نام و امضاء بیمه شده:
تاریخ:

گزارش فروشنده بیمه

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:

نظر پزشک معتمد شرکت

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:

این پیشنهاد به تنهایی در صورت عدم صدور بیمه نامه ، هیچ گونه تعهدی برای بیمه پاسارگاد ایجاد نکرده و فاقد هرگونه اعتبار است.