



## پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

از شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)، درخواست می شود برای بیمه شده با مشخصات زیر با توجه به اطلاعات مندرج در این پیشنهاد بیمه نامه حوادث انفرادی به مدت از تاریخ تا تاریخ صادر نماید. 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.

شماره شناسایی: PI32F040 شماره بازنگری: 00

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار:	کد ملی:	تلفن:	نماینده / کارگزار:
	نشانی:	کد پستی:	شماره اقتصادی:	کد نماینده:
مشخصات بیمه شده	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	جنسیت:	نام پدر:
	تاریخ تولد: روز	ماه	سال	وضعیت تاهل:
	وضعیت تاهل:	<input type="checkbox"/> متاهل	<input type="checkbox"/> مجرد	شماره شناسنامه:
	نشانی منزل و کد پستی:	کد پستی:	محل صدور:	تلفن:
نوع شغل و فعالیت بیمه شده	شغل:	درآمد ماهیانه:	تلفن:	تلفن:
	مشاغل اصلی و فرعی خود (بیمه شده) را به طور مشروح مرقوم فرمائید:	چنانچه در کار خود با ماشین آلات، ابزار یا مواد خاصی کار می کنید مرقوم فرمائید:	چنانچه برای انجام کار مجبور به مسافرت می باشید، هر چند وقت یکبار، به چه مناطقی و برای انجام چه نوع ماموریتی سفر می کنید؟	
وضعیت پزشکی	قد	سانتی متر	وزن	کیلو گرم
	آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	در صورت منفی بودن پاسخ، علت غیر طبیعی بودن و شماره عینک خود را مرقوم فرمائید.
	آیا قوه شنوایی شما طبیعی است؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	در صورت منفی بودن پاسخ، علت غیر طبیعی بودن و شماره سمعک خود را مرقوم فرمائید.
	آیا در حال حاضر کاملاً سالم می باشید؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	در صورت منفی بودن پاسخ، نوع بیماری و عوارضی را که به آن مبتلا هستید مرقوم فرمائید.
	آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع جراحی، محل جراحی، بیماری و چگونگی نتیجه معالجات انجام شده را با ذکر تاریخ و نام پزشک معالج مرقوم فرمائید:
	آیا دارای نقص عضو و یا از کار افتادگی می باشید؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	در صورت مثبت بودن پاسخ، به طور دقیق مشخص نموده و میزان آن را ذکر فرمائید:
	آیا خدمت زیر پرچم خود را به طور کامل انجام داده اید؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	در صورت منفی بودن پاسخ علت آن؟
	آیا بیمه عمر یا حادثه در جریان دارید؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	در صورت مثبت بودن، نزد کدام شرکت و به چه مبلغ؟
	آیا تا به حال سابقه بیماری‌هایی نظیر آسم، سرگیجه، صرع، سکته، فلج، نقرس، ترومبوز، غش، دیابت، آرتروز، دیسک، ناراحتی قلبی، هر نوع نا آرامی عصبی، شوک، عدم تعادل روانی و یا هرگونه بیماری مزمن دیگری که عود نماید داشته اید؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	در صورت مثبت بودن هر یک از موارد بالا لطفاً نوع بیماری، نام پزشک و تاریخ آن را مرقوم فرمائید:

پوشش های اضافی زیر نیز بنا به درخواست بیمه گذار تحت پوشش قرار خواهد گرفت:

- ورزش های رزمی و حرفه ای  شکار  سوار کاری
- غواصی  هدایت و سرنشینی موتور سیکلت  هدایت و یا سرنشینی اتومبیل مسابقه
- پرش با چتر نجات  هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی
- اسکی  کوهنوردی  دوچرخه سواری
- فوتبال  بسکتبال  سایر موارد:

پوششهای اضافی

پوشش بیمه نامه	سرمایه (ریال)	نرخ اصلی	اضافه نرخ	حق بیمه سالیانه (ریال)
فوت				
نقص عضو و ازکارافتادگی (جزئی یا کلی) دائم				
هزینه های پزشکی				
غرامت روزانه عمومی				
غرامت روزانه بیمارستانی				
سایر خطرات				
جمع کل:				ریال

مشخصات بیمه نامه

نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد استفاده از مبلغ بیمه

مشخصات ذینفع یا استفاده کنندگان از سرمایه در صورت فوت بیمه شده

اینجانب بیمه گذار / بیمه شده تعهد می نمایم که به کلیه پرسشهای این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجاکه این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه حوادث انفرادی می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید.

امضای بیمه شده: امضای بیمه گذار: کد و امضاء نمایندگی: تاریخ: تاریخ: تاریخ:

تاریخ:	نام و امضاء پزشک معتمد
--------	------------------------

پزشک معتمد اظهار نظر

نام، امضاء و تایید اداره صدور تاریخ: