



مدت بیمه ..... از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....

توجه: (۱) سن بیمه شده نمی تواند از ۴ سال تمام کمتر باشد.

(۲) تعهدات بیمه نامه حوادث انفرادی مشمول پارگی مینیسک و رباط پا نمی باشد

بیمه گذار:	نشانی:	کد ملی:
کد پستی:	تلفن:	کد ملی:
مشخصات بیمه شده:	نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:
نام و نام خانوادگی:	نشانی:	شماره شناسنامه:
شغل:	کد پستی:	محل صدور:
کد ملی:	مشاغل فرعی:	تلفن:
آیا شغل شما منحصر به مدیریت و سرپرستی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
درآمد ماهیانه:		
<b>چنانچه مایلید بیمه شما شامل پوشش های اضافی ناشی از خطرهای زیر نیز باشد لطفا مشخص کنید:</b>		
رانندگی با موتور سیکلت دنده ای <input type="checkbox"/> شماره گواهینامه:		
سوارکاری <input type="checkbox"/> قایقرانی <input type="checkbox"/> شکار <input type="checkbox"/> غواصی <input type="checkbox"/>		
هدایت یا سرنشینی هواپیمای آموزشی (باستثنای هواپیمای نظامی) <input type="checkbox"/>		
هدایت یا سرنشینی اتومبیل های مسابقه ای <input type="checkbox"/>		
پرش با چتر نجات (به جز سقوط آزاد) <input type="checkbox"/>		
مسابقات ورزشی <input type="checkbox"/> نوع ورزش:		
هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر آموزشی (باستثنای هلیکوپتر نظامی) <input type="checkbox"/>		
هدایت کایت یا هواپیمای و سایر وسایل پروازی بدون موتور <input type="checkbox"/>		
زمین لرزه <input type="checkbox"/>		
<b>اطلاعات مورد نیاز:</b>		
آیا تاکنون عمل جراحی داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	نوع جراحی:	کدام عضو:
نوع نقص عضو:	کری <input type="checkbox"/> فلج <input type="checkbox"/>	تغییر شکل یا قطع اعضاء <input type="checkbox"/>
انحراف ستون فقرات <input type="checkbox"/>	نابینایی از یک چشم <input type="checkbox"/>	خشکی مفاصل <input type="checkbox"/>
عینک طبی به کار می برید؟	چه نمره ای؟	فتق <input type="checkbox"/>
تاکنون در اثر حادثه مجروح شده اید؟	تاریخ حادثه:	نابینایی از دو چشم <input type="checkbox"/>
آیا تاکنون از شرکت های بیمه خسارت حادثه دریافت کرده اید؟	کدام شرکت؟	از چه تاریخ؟
در چه تاریخ؟	چه مبلغ؟	علل و اثرات آن
در حال حاضر پوشش بیمه ای دارید؟	نزد کدام سازمان یا شرکت چه نوع بیمه ای؟	



میزان غرامت مورد درخواست			
در صورت فوت بر اثر حادثه:			
در صورت نقص عضو دائم کلی و جزئی بر اثر حادثه:			
هزینه پزشکی ناشی از حادثه:			
غرامت روزانه عمومی / بستری در بیمارستان برای صاحبان مشاغل آزاد:			
استفاده کنندگان از غرامت فوت			
ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده	سهم
۱			۴
۲			۵
۳			۶
اینجانب به کلبه پرسش های فوق به نحو کامل پاسخ داده و متعهد می شوم در صورت تغییر شغل و یا اشتغال به موارد مندرج در بخش پوشش های اضافی این پرسشنامه ، مراتب را کتباً به بیمه گر اعلام کنم.			
نام و امضای بیمه گذار		نام و امضای بیمه شده	
توجه: رویت بیمه شده توسط پیشنهاد گیرنده (واحد صدور یا نماینده) الزامی است.			
مهر و امضاء			
محاسبه حق بیمه			
طبقه شغلی:			
میزان تعهدات (ریال)	نرخ	حق بیمه (ریال)	
			الف- در صورت فوت و نقص عضو کلی و دائم بر اثر حادثه:
			ب- در صورت نقص عضو جزئی و دائم بر اثر حادثه:
			ج- هزینه پزشکی ناشی از حادثه:
			د- غرامت روزانه عمومی / بستری در بیمارستان:
			ه- خطرهای اضافی:
جمع حق بیمه			
نام و امضای مسئول واحد صدور			