



بیمه پاسارگاد

پرسش نامه و پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

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

| | |
|---------------|--|
| تفاریف | <p>حادثه : حادثه موضوع این بیمه نامه عبارتست 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 کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد .</p> <p>نقص عضو و یا از کار افتادگی دائم و قطعی : نقص عضو یا از کار افتادگی دائم و قطعی عبارتست 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 .</p> <p>خطرات بیمه شده : بیمه پاسارگاد علاوه بر پوشش بیمه حادثه موارد ذیل را نیز جزو تعهدات این بیمه نامه محسوب می نماید .</p> <p>- غرق شدن ، مسمومیت ، تأثیر گاز ، بخار یا مواد خورنده مانند اسید</p> <p>- ابتلا به هاری ، کزاز و سیاه زخم</p> <p>- دفاع مشروع بیمه شده</p> <p>- اقدام به نجات اشخاص و اموال از خطر</p> |
|---------------|--|

| | |
|-------------------------|--|
| مشخصات بیمه گذار | <p>نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی: محل صدور:</p> <p>تاریخ تولد: متوسط درآمد ماهانه: نسبت با بیمه شده:</p> <p>نشانی: کد پستی:</p> <p>تلفن: نشانی الکترونیکی: تلفن همراه:</p> |
|-------------------------|--|

| | |
|------------------------|---|
| مشخصات بیمه شده | <p>نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی: محل صدور:</p> <p>تاریخ تولد: وضعیت تأهل : تعداد فرزندان : <input type="checkbox"/> پسر و <input type="checkbox"/> دختر</p> <p>شغل اصلی و مشاغل فرعی (مشروحاً مرقوم فرمایید) متوسط درآمد ماهانه:</p> <p>نشانی و تلفن محل سکونت:</p> <p>نشانی و تلفن محل کار:</p> |
|------------------------|---|

| ردیف | انواع پوشش بیمه نامه | نرخ حق بیمه | | سرمایه بیمه (ریال) | حق بیمه سالانه (ریال) | |
|------|-------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------|-----------------------|-------------|
| | | بیمه نامه اصلی | خطرات اضافی | | بیمه نامه اصلی | خطرات اضافی |
| ۱ | فوت، نقص عضو و از کار افتادگی | | | | | |
| ۲ | هزینه های پزشکی | | | | | |
| ۳ | غرامت روزانه | | | | | |
| ۴ | | | | | | |
| | | جمع کل حق بیمه (ریال) | | | | |

| | |
|--------------------|---|
| خطرات اضافی | <p>به کدامیک از ورزشهای ذیل به صورت حرفه ای می پردازید؟</p> <p> <input type="checkbox"/> ورزشهای رزمی <input type="checkbox"/> سوارکاری <input type="checkbox"/> غواصی <input type="checkbox"/> فوتبال <input type="checkbox"/> هدایت کایت ، هواپیما ، وسایل پرواز بدون موتور <input type="checkbox"/> پرش با چتر نجات <input type="checkbox"/> دوچرخه سواری <input type="checkbox"/> کوهنوردی <input type="checkbox"/> والیبال <input type="checkbox"/> هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی <input type="checkbox"/> قایقرانی <input type="checkbox"/> بدنسازی <input type="checkbox"/> شکار <input type="checkbox"/> بسکتبال <input type="checkbox"/> هدایت و یا سرنشینی اتومبیل مسابقه <input type="checkbox"/> هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر <input type="checkbox"/> هدایت موتورسیکلت دنده ای <input type="checkbox"/> سایر موارد سایر پوشش های اضافی : <input type="checkbox"/> اعتصاب ، شورش و بلوا <input type="checkbox"/> زمین لرزه و آتشفشان </p> |
|--------------------|---|

سئوالات عمومی از بیمه شده

قد: سانتی متر وزن: کیلوگرم

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

در صورت عدم انجام خدمت نظام وظیفه علت آن را توضیح دهید:

آیا دارای نقص عضو و یا از کار افتادگی می باشید؟

توضیح:

آیا قوه بینایی و شنوایی شما طبیعی است؟

توضیح:

آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری هایی از قبیل سرگیجه ، صرع ، غش ، سکنه و هر نوع نآرامی عصبی و شوک و عدم تعادل روانی و یا هرگونه بیماری مزمن که عود نماید داشته اید؟

توضیح:

آیا در حال حاضر کاملاً سالم می باشید؟

توضیح:

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان بررسی برای صدور و یا بیمه نامه صادر شده دارید؟

نوع بیمه: سرمایه بیمه: نام شرکت:

نوع بیمه: سرمایه بیمه: نام شرکت:

نوع بیمه: سرمایه بیمه: نام شرکت:

تذکر: با توجه به اهمیت این سؤال چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه مشخص شود که بیمه شده اطلاعات مربوط به بیمه نامه های خود را نزد هر یک از شرکت های بیمه اعلام نکرده است بیمه پاسارگاد می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خودداری نماید.

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | شماره شناسنامه / کد ملی | تاریخ تولد | نسبت با بیمه شده | درصد سهم |
|------|--------------------|---------|-------------------------|------------|------------------|----------|
| ۱ | | | | | | |
| ۲ | | | | | | |
| ۳ | | | | | | |
| ۴ | | | | | | |
| ۵ | | | | | | |

استفاده کنندگان در صورت فوت بیمه شده

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) اعلام می داریم که به کلیه سئوالات مشروحه در این پیشنهاد با صداقت و به نحو کامل جواب داده و جوابهای داده شده کاملاً صحیح و عین واقعیت بوده و مطلعیم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

امضاء بیمه شده:

تاریخ:

قراردش فروشنده بیمه

۱- آیا درباره شرایط این بیمه نامه اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده اید؟

بلی خیر

۲- آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه گذار مورد تأیید 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 با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط صدور بیمه نامه بلامانع است. بلی خیر

تاریخ:

امضاء و مهر کارشناس: