



Sarmad Insurance

## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم میباشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

مشخصات پیشنهاد دهنده	نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/> ):	کدملی/شناسه ملی:
	تاریخ تولد/ثبت:	نام پدر:
مشخصات بیمه شده پیشنهادی	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>
	شغل اصلی:	مشاغل فرعی در حال حاضر:
	متوسط در آمد ماهیانه: .....	متوسط در آمد ماهیانه: .....
	نشانی: استان:	نشانی: استان:
	شهر:	شهر:
	تلفن ثابت (بهمراه کد):	تلفن همراه:
	پست الکترونیک/وب سایت:	پست الکترونیک/وب سایت:
	دورنگار:	کدپستی:
		تلفن همراه:

مشخصات بیمه شده پیشنهادی	<b>توجه - فقط در صورتیکه بیمه شده پیشنهادی، شخصی غیر از پیشنهاد دهنده با مشخصات فوق می باشد، این قسمت را تکمیل نمائید.</b>	
	نام بیمه شده:	کدملی:
	تاریخ تولد:	نام پدر:
	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>
	شغل اصلی:	مشاغل فرعی در حال حاضر:
	متوسط در آمد ماهیانه: .....	متوسط در آمد ماهیانه: .....
	نشانی: استان:	نشانی: استان:
	شهر:	شهر:
	تلفن ثابت (بهمراه کد):	تلفن همراه:
	پست الکترونیک/وب سایت:	پست الکترونیک/وب سایت:
	دورنگار:	کدپستی:
		تلفن همراه:

بیمه شده پیشنهادی نوع شغل و فعالیت	۱. نام و نشانی محل کار بیمه شده پیشنهادی را مرقوم فرمائید.
	۲. چنانچه بیمه شده پیشنهادی در کار و فعالیت خود با ماشین آلات، ابزار و یا مواد خاصی سرو کار دارد، نوع آنرا مشخص فرمائید.
	۳. آیا در مجموعه وظایف بیمه شده پیشنهادی، فعالیت های زیر زمینی، زیر آب، روی دریا و یا خارج از محدوده محل کار می باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۴. چنانچه بیمه شده پیشنهادی برای انجام کار مجبور به مسافرت می باشد، هرچند وقت یکبار، به چه مناطقی و برای انجام چه نوع ماموریتی می باشد؟
	۵. آیا در طی سال، بیمه شده پیشنهادی بیش از ۲۰ بار مسافرت هوایی دارد؟
	۶. چنانچه بیمه شده پیشنهادی به ورزش مبادرت می ورزد، نوع ورزش، محل تمرینات، دفعات تمرین و مسابقه در هر ماه و مرجعی را که تحت نظارت و سرپرستی آن به ورزش می پردازد، مشخص نمائید.

بیمه شده پیشنهادی وضعیت سلامتی	۱. قد و وزن بیمه شده پیشنهادی چقدر است؟ قد ..... سانتی متر. وزن ..... کیلوگرم.
	۲. آیا بیمه شده پیشنهادی در گذشته و یا در حال حاضر، دارای اختلال جسمانی یا روحی و یا ذهنی که سبب کاهش قدرت تحرک، بینائی، شنوایی و تکلم شود، بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ توضیحات لازم از قبیل شماره عینک را ارائه فرمائید)
	۳. آیا بیمه شده پیشنهادی تا به حال سابقه انجام اعمال جراحی، ابتلا به بیماریهای قلبی، سکتته، آسم، نقرس، صرع، نآرامی های عصبی، عدم تعادل روانی، افسردگی، اضطراب و هرگونه بیماری مزمنی که عود نماید، داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع عمل، بیماری و چگونگی نتیجه معاینات انجام شده را با ذکر تاریخ و نام پزشک معالج، مرقوم فرمائید.)
	۴. آیا در حال حاضر، بیمه پیشنهادی کاملاً سالم است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۵. آیا تا بحال بیمه شده پیشنهادی در اثر حادثه، تقاضای دریافت خسارت از شرکتهای بیمه و یا مراجع دیگر نموده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ، نام موسسه و مبلغ دریافتی را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید.)

دفتر مرکزی "شرکت بیمه سرمد" - تهران. خیابان آفریقا. تقاطع خیابان اسفندیار. نبش خیابان آرش غربی. پلاک ۱۱۳. طبقه اول

مرکز تماس - ۴۳۹۶۳ ، www.sarmadins.ir ، info@sarmadins.ir



## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی

اظهارات کلی	۱. آیا بیمه شده پیشنهادی، در حال حاضر بیمه عمر، حادثه یا درمان در حال جریان دارد؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ، چه نوع، نزد کدام شرکت و به چه مبلغی)
	۲. آیا بیمه شده پیشنهادی، خدمت زیر پرچم خود را بطور کامل انجام داده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت معافیت، علت آن را توضیح فرمائید)
	۳. آیا بیمه شده پیشنهادی، تاکنون در اثر حادثه مجروح و تحت درمان بوده اند؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ، نام موسسه و مبلغ دریافتی را با ذکر تاریخ مرقوم فرمائید)

درخواستی تعهدات	۱- پوشش فوت بر اثر حادثه: ریال	۲- پوشش نقص عضو جزئی و کلی و از کار افتادگی دائم ناشی از حادثه: ریال
	۳- هزینه های پزشکی ناشی از حادثه: ریال	۴- غرامت روزانه عمومی <input type="checkbox"/> غرامت روزانه بستری در بیمارستان (برای مشاغل آزاد): ریال

پوشش های اضافی درخواستی	۱- رانندگی با موتورسیکلت دنده ای: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شماره گواهی نامه رانندگی موتورسیکلت:
	۲- سوارکاری <input type="checkbox"/> قایقرانی <input type="checkbox"/> شکار <input type="checkbox"/> غواصی <input type="checkbox"/> اسکی <input type="checkbox"/> ۳- هدایت یا سرنشینی هواپیماهای آموزشی (بااستثنای هواپیمای نظامی) <input type="checkbox"/> ۴- هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر (بااستثنای هلیکوپتر نظامی) <input type="checkbox"/> ۵- پرش با چتر نجات (بجز سقوط آزاد) <input type="checkbox"/> ۶- هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسایل پروازی بدون موتور <input type="checkbox"/> ۷- هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسایل پروازی بدون موتور <input type="checkbox"/> ۸- مسابقات ورزشی <input type="checkbox"/> نوع ورزش: ..... ۹- زمین لرزه <input type="checkbox"/>

ردیف	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد روز/ماه/سال	کدملی	نام پدر	نسبت با بیمه شده پیشنهادی	درصد سهم
۱						
۲						
۳						
۴						

اینجانبان (پیشنهاد دهنده و بیمه شده پیشنهادی)، امضا کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به کلیه پرسش های مشروحه در این فرم، با صداقت به نحو کامل پاسخ داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نماییم که جواب های داده شده، کاملا درست و عین واقعیت بوده و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف واقع، خودداری از واقع گویی به عمد، بموجب قانون بیمه، باعث باطل شدن قرارداد بیمه حادثه و از دست دادن مزایا آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد او، اجازه دارند هرگونه اطلاعی را که راجع به وضعیت مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد، کسب نمایند. ضمناً متعهد می شویم در صورت تغییر شغل و یا اشتغال به موارد مندرج در بخش "پوشش های اضافی" این پرسشنامه، مراتب را کتباً به بیمه گر اعلام نمایم.

**نام و امضای پیشنهاد دهنده / نام و امضای بیمه شده پیشنهادی**

تاریخ:

محاسبه حق بیمه	این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد:			
	ردیف	نوع پوشش	سرمایه (ریال)	نرخ
	۱	فوت و از کار افتادگی و نقص عضو کلی و دائم ناشی از حادثه		حق بیمه سالانه (ریال)
	۲	نقص عضو جزئی و کلی دائم ناشی از حادثه		
	۳	هزینه پزشکی ناشی از حادثه		
	۴	غرامت روزانه عمومی/بستری در بیمارستان ناشی از حادثه		
۵	خطرات اضافی			

مدت: از تاریخ: ..... تا تاریخ: ..... به مدت: ..... روز

اعلام نظر: نام و امضای کارشناس صدور/پزشک معتمد

تأییدیه صدور: صدور بیمه نام حوادث انفرادی برای بیمه شده پیشنهادی فوق با حق بیمه سالانه ..... ریال (بدون احتساب مالیات بر ارزش افزوده)، بلامانع می باشد. نام و امضاء مسئول واحد صدور:

شعبه/نماینده/کارگزار

مهر و امضاء:

تاریخ:

تأییدیه پیشنهاد دهنده

صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است.

نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده:

تاریخ: