

این برگه قبل از تایید شرکت بیمه پردیس و صدور بیمه نامه هیچگونه تعهدی را برای پیشنهاد دهنده ایجاد نمی‌کند.

تاریخ پیشنهاد:

مشخصات متقاضی بیمه

مشخصات بیمه نامه

مشخصات ذینفعان بیمه نامه

سوالات عمومی متقاضی بیمه

خطرات اضافی

**مشخصات پیشنهاد دهنده:**

نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ کد ملی / کد اتباع / شناسه ملی: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد / ثبت: \_\_\_\_\_  
 تابعیت: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_  
 آدرس: \_\_\_\_\_ شماره همراه: \_\_\_\_\_

**مشخصات متقاضی بیمه:**

نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ کد ملی / کد اتباع: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_  
 تابعیت: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_ شماره همراه: \_\_\_\_\_  
 آدرس: \_\_\_\_\_  
 شغل اصلی: \_\_\_\_\_ شغلی فرعی: \_\_\_\_\_ کار با دستگاه صنعتی: \_\_\_\_\_  
 جنسیت:  زن  مرد  زن  مرد  
**وضعیت تأهل:**  متاهل  مجرد

مدت بیمه نامه: \_\_\_\_\_ تاریخ شروع بیمه نامه: \_\_\_\_\_  
 پوشش فوت ناشی از حادثه: \_\_\_\_\_ ریال (حداکثر تا سقف ۱۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال)  
 پوشش نقص عضو ناشی از حادثه: \_\_\_\_\_ ریال (حداکثر تا سقف ۱۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال)  
 پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: ۵٪  ۱۰٪  ۱۵٪  ۲۰٪ فوت ناشی از حادثه (حداکثر تا سقف ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال)  
 غرامت روزانه بستری ناشی از حادثه (از روز ۴ بستری تا حداکثر ۹۰ روز معادل ۵ هزار سرمایه فوت حادثی یا نقص عضو حادثی هر کدام بیشتر باشد)  
 غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه (از روز ۴ غرامت تا حداکثر ۱۸۰ روز معادل ۵ هزار سرمایه فوت حادثی یا نقص عضو حادثی هر کدام بیشتر باشد)

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی / کد اتباع	نسبت	تاریخ تولد	اولویت	درصد سهم
				/ /		
				/ /		
				/ /		
				/ /		
				/ /		

- \* در صورت فوت متقاضی بیمه، پرداخت خسارت به وراثت قانونی منوط به ارائه برگه انحصار وراثت خواهد بود.
- \* در صورت فوت متقاضی بیمه، چنانچه ذینفعان بیمه نامه مشخص نشده باشند، وجه بیمه به نسبت سهم الارث بین وراثت قانونی متقاضی بیمه تقسیم خواهد شد.
- \* در صورت فوت همزمان متقاضی بیمه و ذینفع، وجه بیمه به نسبت مساوی بین وراثت قانونی متقاضی بیمه تقسیم خواهد شد.
- \* در صورت فوت ذینفعان اولویت اول بیمه نامه، وجه بیمه به ذینفعان ثانویه پرداخت می‌گردد.
- \* در صورت فوت هر یک از ذینفعان اولیه، وجه بیمه به نسبت سهم، به سایر ذینفعان اولیه پرداخت خواهد شد.

- ۱- آیا دچار نابینایی، کم بینایی و یا ضعفی چشم هستید؟  
 نابینا  کم بینا  ضعفی چشم  خیر  در صورت ضعف بودن چشم شماره عینک بیمه شده قید شود: \_\_\_\_\_
- ۲- آیا دچار کم شنوایی و یا ناشنوایی هستید؟  
 بله  خیر  در صورت مثبت بودن پاسخ آیا از سمعک استفاده می‌کنید: بله  خیر
- ۳- آیا بیمه شده در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟  
 بله  خیر  در صورت منفی بودن پاسخ نوع بیماری یا معلولیت، مدت ابتلا و داروهای مصرفی قید شود: \_\_\_\_\_
- ۴- آیا بیمه شده از معافیت پزشکی (در خدمت نظام وظیفه) استفاده کرده است؟  
 بله  خیر  در صورت مثبت بودن پاسخ علت معافیت و بند و ماده مربوطه قید شود: \_\_\_\_\_
- ۵- چنانچه دارای هرگونه نقص عضو هستید با ذکر علت، ناحیه و درصد بیان کنید: \_\_\_\_\_

- ۱- آیا از موتور سیکلت به عنوان وسیله تردد استفاده می‌نمایید؟  
 بله  خیر  درخواست پوشش "خطر اضافی" هدایت موتور سیکلت با پرداخت حق بیمه اضافی را دارم؟ بله  خیر
- ۲- آیا به ورزش رزمی یا حرفه‌ای خاصی می‌پردازید؟  
 بله  خیر  نوع ورزش \_\_\_\_\_ مدت فعالیت در هفته \_\_\_\_\_ در خواست خرید پوشش خطر اضافی ورزشی را دارم؟ بله  خیر
- ۳- درخواست پوشش خطرات ناشی از زلزله و انفشان را با پرداخت حق بیمه اضافی دارم؟  
 بله  خیر

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:  
امضا:

نام و نام خانوادگی بیمه شده / قیم قانونی:  
امضا:

سوابق بیمه ای

تایید پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه

گزارش بازتاب بیمه

۱- آیا در حال حاضر بیمه نامه حادثه دیگری دارید؟

بله  خیر  نام شرکت بیمه: ----- سرمایه بیمه نامه: ----- ریال

۲- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه حوادث در جریان صدور یا پذیرفته نشده دارید؟

بله  خیر  در صورت عدم پذیرش علت را توضیح دهید: -----

۳- آیا تاکنون خسارتی در اثر حادثه از سایر شرکت های بیمه ای دریافت نموده اید؟

بله  خیر  در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و مبلغ دریافتی را با ذکر تاریخ قید نمایید:

نام شرکت بیمه گر: ----- تاریخ حادثه: -----

نوع خسارت: ----- برای کدام عضو آسیب دیده: -----

اینجانبان پیشنهاددهنده/ متقاضی بیمه/ امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به کلیه سئوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرارداد می باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نمائیم که جواب های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطمئن می باشیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خوداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه نامه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت متقاضی بیمه نیاز باشد، کسب نمایند.

نام و امضاء پیشنهاددهنده:

نام و امضاء متقاضی بیمه/ قیم قانونی وی:

تاریخ:

۱- آیا پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه را شخصاً می شناسید؟ بلی  خیر

۲- به نظر شما متقاضی بیمه در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ بلی  خیر

۳- آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته متقاضی بیمه/پیشنهاد دهنده دارید؟ (شرح دهید)

۴- آیا اطلاعات کامل درباره شرایط بیمه نامه را در اختیار پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه قرار داده اید؟ بلی  خیر

۵- آیا صحت امضا پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه مورد تأیید است؟ بلی  خیر

تاریخ:

نام و امضاء بازاریاب:

نام و امضاء مهر و کد نماینده/کارگزار: