فرم پیشنهاد بیمه نامه حوادث انفرادی

شرکت سهامی بیمه معلم

لطفا برای صدور بیمه نامه خود، فرم زیر را تکمیل و به مراکز صدور بیمه معلم تحویل فرمایید.
توجه: محدوده سنی بیمه شده از ۴سال تا ۷۵ سال تمام می باشد و در هر حال مجموع سن بیمه شده و مدت بیمه نباید از ۷۵ سال تجاوز نماید.

۱. مشخصات مشتری

۱-۱ چنانچه قبلاً مشتری بیمه معلم بوده اید، اطلاعات زیر را تکمیل فرمائید

* کد بیمه گذار * نام بیمه گذار

۱-۲ چنانچه مشتری جدید بیمه معلم هستید یا اطلاعات شما دربیمه معلم به درستی ثبت نشده است اطلاعات زیر را تکمیل فرمائید

☐ مشتری حقوقی (شماره ملی مؤسسه نام مؤسسه)

☐ مشتری حقیقی (از مشتریان حقوقی درخواست می شود یک نفر را به عنوان مخاطب در زیر معرفی نمایند)

* شماره ملی * نام * نام خانوادگی

* تلفن همراه * تلفن ثابت * دورنگار

* پست الکترونیکی

* نشانی

۲. مشخصات بیمه شده

۲-۱ سایر مشخصات بیمه شده

نام نام خانوادگی شماره ملی

نام پدر

تاریخ تولد شماره شناسنامه محل صدور

کد پستی شغل اصلی مشاغل فرعی

درآمد ماهانه

شغل شما منحصر به مدیریت و سرپرستی است ☐ بله ☐ خیر

(توضیح دهید)

شماره تلفن شماره همراه

نشانی

۲-۲ سوابق خسارتی و بیمه ای

تاکنون عمل جراحی داشته اید ☐ بله ☐ خیر عضو نوع جراحی

نوع نقص عضو :

☐ نابینایی از یک چشم ☐ فتق ☐ ناشنوایی ☐ انحراف ستون فقرات

☐ نابینایی دو چشم ☐ فلج ☐ خشکی مفاصل ☐ تغییر شکل یا قطع اعضا

عینک طبی به کار می برید ☐ بله ☐ خیر نمره عینک از تاریخ

تاکنون در اثر حادثه مجروح شده اید ☐ بله ☐ خیر

تاریخ حادثه علل و اثرات آن

تاکنون از شرکت های بیمه خسارت حادثه دریافت کرده اید ☐ بله ☐ خیر شرکت

MIC-IS-221-00-FM

فرم پیشنهاد بیمه نامه حوادث انفرادی

شرکت سهامی بیمه معلم

۳. پوشش های اضافی بیمه نامه

چنانچه مایلید بیمه شما شامل (پوشش های اضافی) ناشی از خطرهای زیر نیز باشد لطفاً مشخص نمائید

☐ واترپلو	☐ والیبال	☐ شنا	☐ بدنسازی	☐ شکار
☐ اسکی روی آب	☐ تنیس	☐ اسکواش	☐ بسکتبال	☐ دوچرخه سواری
☐ سوارکاری	☐ اسکی	☐ کوهنوردی	☐ فوتبال	☐ قایقرانی
☐ ژیمناستیک	☐ غواصی	☐ سقوط آزاد		

☐ هدایت موتور سیکلت دنده ای(شماره گواهینامه) ☐ پرش با چتر نجات(به جز سقوط آزاد)

☐ هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر (به استثنای هلیکوپتر نظامی) ☐ هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسائط پرواز بدون موتور

☐ هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی (به استثنای هواپیمای نظامی)، اکتشافی و غیر تجاری

۴. غرامت

۴-۱ حد غرامت مورد درخواست

فوت بر اثر حادثه		ریال
نقص عضو دائم کلی و جزئی بر اثر حادثه		ریال
هزینه پزشکی ناشی از حادثه		ریال

۴-۲ استفاده کنندگان غرامت

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			

۵. تأیید

اینجانب به کلیه پرسشهای 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 نمایم

رویت بیمه شده توسط پیشنهاد گیرنده (واحد صدور یا نماینده) الزامی است

نام بیمه گذار
تاریخ ، مهر و امضاء

نام نمایندگی / کارگزاری
تاریخ ، مهر و امضاء

۶. تحویل گیرنده (توسط کارشناس صدور تکمیل می گردد)

شامل طرح های ویژه ☐ بله ☐ خیر

نام طرح

تاریخ دریافت ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

نام مسئول واحد صدور
تاریخ ، مهر و امضاء

MIC-IS-221-00-FM