

مندرجات این فرم، جزء اطلاعات محرمانه شما نزد بیمه البرز است و منحصرًا برای قرارداد بیمه استفاده خواهد شد.

مشخصات بیمه گذار

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد / ثبت	کد / شناسه ملی	تلفن/همراه
آدرس	کد پستی		

مشخصات بیمه شده

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	کد ملی	نام پدر
شماره شناسنامه	محل صدور	شغل	

۱ - آیا دارای نقص عضو و یا ازکارافتادگی می باشید؟

۲ - در صورت داشتن نقص عضو درصد آن را طبق نظریه پزشک معالج درج بفرمایید.

۳ - آیا بیماری هایی از قبیل فلج صرع یا ناآرامی عصبی داشته اید؟

۴ - در صورت داشتن بیماری هایی از قبیل فلج صرع یا ناآرامی عصبی نوع و دوره بیماری و داروهای مصرفی را بفرمایید

۵ - آیا از معافیت پزشکی و عدم انجام خدمت نظام وظیفه استفاده کرده اید؟

۶ - در صورت دارا بودن معافیت پزشکی نظام وظیفه علت را مرقوم فرمایید.

۷ - چنانچه در حال حاضر نزد سایر شرکت های بیمه نامه حوادث انفرادی جاری دارید به نام شرکت و مبلغ سرمایه بیمه اشاره بفرمایید.

۸ - چنانچه بیش از سه روز در هفته را به انجام ورزش خاصی اختصاص می دهید نام ورزش را انتخاب بفرمایید؟ (در غیر این صورت گزینه هیچکدام را انتخاب فرمایید.)

۹ - آیا بیمه شده از موتور سیکلت جهت تردد روزانه خود استفاده می کند؟

بیمه نامه بر اساس اظهارات این فرم صادر می شود. درست، کامل و صادقانه بودن اظهارات، شرط صحت قرارداد بیمه است.

تکمیل این فرم، تا هنگامی که به صدور بیمه نامه منجر نشود، هیچ تعهدی برای بیمه البرز ایجاد نمی کند.

سقف تعهدات (ریال)				تعهدات بیمه گر در زمان وقوع خطرات تحت پوشش	خطرات تحت پوشش
طرح چهار	طرح سه	طرح دو	طرح یک		
۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت سرمایه یکجا	پوشش فوت ناشی از حادثه
۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت مستمری ماهانه به مدت ۵۰ سال	
۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت سرمایه یکجا	پوشش نقص عضو و از کارافتادگی دائم کلی
۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت مستمری ماهانه به مدت ۵۰ سال	
۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت ماهانه کمک هزینه نگهداری در منزل به مدت ۵ سال	
۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت سرمایه یکجا حداکثر تا سقف مورد تعهد	پوشش نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم جزئی
۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت هزینه های پزشکی حداکثر تا سقف مورد تعهد	پوشش هزینه های پزشکی ناشی از حادثه
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت روزانه مبلغ مورد تعهد حداکثر به مدت ۵ روز و از روز چهارم به بعد	پوشش غرامت روزانه در صورت بستری بیمارستانی به علت حادثه
۳۷,۸۵۰,۰۰۰	۲۷,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۸۶۰,۰۰۰	۸,۷۸۰,۰۰۰	حق بیمه با احتساب مالیات بر ارزش افزوده (ریال)	

ذینفع (در صورت فوت بیمه شده)

کد/شناسه ملی

تاریخ تولد / تأسیس

نام و نام خانوادگی

درصد سهم

نسبت با بیمه شده

شماره شناسنامه / ثبت

- حداقل سن بیمه شده برای تحت پوشش قرار گرفتن این بیمه نامه می بایست ۴ سال تمام و حداکثر سن ۷۰ سال تمام باشد.

- اینجانب با آگاهی از مفاد بند یک شرایط خصوصی از جمله استثنائات بیمه نامه شامل تحقق کلیه خطرات یازده گانه درج شده در ماده ۱۱ از فصل چهارم آیین نامه شماره ۸۴ شورای عالی تأیید می نمایم که به کلیه پرسش ها و اطلاعات درخواستی، با کمال دقت و صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و در صورت اثبات هرگونه اظهار خلاف واقع، شرکت بیمه البرز نسبت به فسخ یا ابطال بیمه نامه مختار است. ضمناً متعهد می شوم حق بیمه مقرر را که منطبق بر اظهارات اینجانب تنظیم و مورد پذیرش می باشد بلافاصله پس از قبول پیشنهاد از جانب بیمه گر، پرداختم. همچنین در صورت وقوع خطراتی که در آنها تعهدات بیمه گر به صورت پرداخت مستمری و کمک هزینه نگهداری در منزل می باشد، جهت ایفای تعهدات، اجازه صدور بیمه نامه مستمری را مطابق شرایط بیمه های مستمری به بیمه گر می دهم.

نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضای بیمه شده

نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضای بیمه گذار

مهر و امضای بیمه گر/ نماینده

بیمه نامه بر اساس اظهارات این فرم صادر می شود. درست، کامل و صادقانه بودن اظهارات، شرط صحت قرارداد بیمه است.