



پرسشنامه بیمه وقفه در فعالیت مهندسان

شرکت سهامی بیمه ایران

مشخصات متقاضی

خانم/آقای	کد ملی	
شماره شناسنامه :	تاریخ تولد : / / ۱۳	
آدرس : کدپستی		
تلفن	نمبر	همراه

ارزیابی سلامت متقاضی

بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	آیا تاکنون سابقه بیماری قلبی عروقی داشته اید ؟	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	آیا تاکنون سابقه بیماری همیتیت داشته اید ؟	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	آیا تاکنون سابقه بیماری مغزی داشته اید ؟	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	آیا تاکنون سابقه بیماری ام اس داشته اید ؟	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	آیا تاکنون سابقه بیماری پیوند اعضا داشته اید ؟	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	آیا تاکنون سابقه بیماری سرطان داشته اید ؟	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	آیا تاکنون سابقه بیماری عفونی داشته اید ؟	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	آیا تاکنون سابقه بیماری پارکینسون داشته اید ؟	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>

اطلاعات فعالیت

(۱) نوع تخصص : درجه : • شماره نظام مهندسی :

(۲) حداکثر تعهدات درخواستی جهت از کارافتادگی دائم یا موقت را بر اساس جدول زیر مشخص نمایید :

تعهدات درخواستی:	۱ الی ۲۰ برابر تعرفه قانون کار و سازمان تأمین اجتماعی	۱ الی ۱۵ برابر تعرفه قانون کار و سازمان تأمین اجتماعی	۱ الی ۱۰ برابر تعرفه قانون کار و سازمان تأمین اجتماعی	۱ الی ۳ برابر تعرفه قانون کار و سازمان تأمین اجتماعی
←	برابر	برابر	برابر	برابر
مدت پوشش درخواستی:	۱ الی ۱۰ سال	۱ الی ۱۰ سال	۱ الی ۱۰ سال	۱ الی ۱۰ سال
←	سال	سال	سال	سال

(۳) حداکثر تعهد درخواستی در اثر فوت (بعثت حادثه یا بیماری تحت پوشش) را مشخص نمایید:

یک میلیارد ریال دو میلیارد ریال

* مدت اعتبار بیمه نامه یکسال بوده و متقاضی می تواند از یکسال تا ده سال جهت درآمد مورد انتظار درخواست پوشش بیمه ای نماید.

استفاده کنندگان

مشخصات استفاده کنندگان از بیمه نامه در صورت فوت بیمه گذار :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه گذار	درصد
۱				
۲				
۳				
۴	وراث قانونی			

❖ استفاده کنندگان: هر شخص حقیقی که توسط بیمه گذار تعیین و در صورت فوت وی، تعهدات مندرج در بیمه نامه به افراد ذکر شده در بند فوق پرداخت می گردد.

مدت بیمه نامه

بیمه نامه به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ درخواست می گردد.

- ★ این پیشنهاد و کلیه تعهدات درخواستی در آن براساس ماده ۴ شرایط عمومی بیمه نامه براساس اصل حسن نیت بیمه گزار تکمیل شده و در زمان بروز تحقق خسارت ناشی از بیماری و یا فوت چنانچه برای بیمه گر محرز گردد که در زمان تکمیل این فرم اطلاعاتی مغایر با واقع توسط بیمه گزار ابراز گردیده و به عبارتی منشاء تحقق خطر به قبل از تکمیل این فرم و خرید بیمه نامه باز میگردد بیمه گر به هیچ وجه مسئول جبران خسارت و یا استرداد وجه حق بیمه نخواهد بود و مشمول ماده ۸ شرایط عمومی این بیمه نامه (استثنائات) و همچنین ماده ۱۲ قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶ خواهد بود.
- ★ مدت اعتبار این بیمه نامه یکسال بوده و بیمه گزار میتواند در صورت تمایل هر سال بیمه نامه را تمدید نماید.
- ★ کلیه خطرات اصلی و اضافی این بیمه نامه برای افراد تا ۶۰ سال تمام قابل ارائه میباشد. بیمه گزارانی که در زمان صدور بیمه نامه دارای سن ۶۱ سال تا ۶۵ سال تمام باشند پوشش اصلی بیماری و عدم انفع ناشی از وقفه و یا کاهش فعالیت بیمه گزار در صورت ابتلا به سرطان در بیمه نامه برای آنها قابل ارائه نخواهد بود.
- ★ حداکثر تعهد بیمه گر در سالهای مورد انتظار میتواند ۱۰ سال تعیین گردد ولی در هر صورت نباید از سن ۷۰ سال بیمه گزار در زمان صدور بیمه نامه تجاوز نماید.
- ★ در صورتی که بیمه گزار براساس پرسش های سلامت مبتلا و یا دارای سابقه برخی از بیماری های مطرح شده باشد، در این صورت آن دسته از بیماری هایی که بیمه گزار در پرسش سلامت به آن مبتلا و یا دارای سابقه میباشد از تعهدات بیمه گر خارج گردیده و تعهد بیمه گر صرفا در خصوص سایر بیماری های تحت پوشش بیمه نامه خواهد بود.
- ★ در صورت تحقق خطرات تحت پوشش بیمه نامه، مبنای پرداخت خسارت براساس حداقل حقوق قانون کار در زمان صدور بیمه نامه میباشد.

اینجانب با تکمیل و امضای این پرسشنامه، ضمن تصدیق مندرجات اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و هرگونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن بیمه نامه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد، در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند اطلاعات مورد نیاز راجع به وضع مزاجی و سلامت متقاضی را کسب نمایند.

تاریخ تکمیل : / / ۱۳

مهر و امضاء شرکت/نماینده:

نام و نام خانوادگی و امضاء متقاضی :