



مطمئن و توانا

نام پروردگار بی همتا

پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی، طرح حامی

(پوشش حوادث ترافیکی کل پر بدنه شخص ثالث)

تاریخ پیشنهاد :

شعبه :

نام و کد نمایندگی :

خواهشمند است نسبت به صدور بیمه نامه حوادث شخصی طرح حامی برای اینجانب، از ساعت ۲۴ تاریخ تا ساعت ۲۴ تاریخ اقدام فرمایید. (یکسال تمام شمسی)

نام و نام خانوادگی بیمه گزار:

کد ملی / کد اقتصادی / شماره ثبت / شناسه ملی :

نشانی:

کد پستی:

تلفن:

موضوع بیمه نامه: پوشش های حوادث ترافیکی در تمام مدت شبانه روز در داخل و خارج از کشور، طبق شرایط عمومی و اختصاصی بیمه نامه حوادث حامی، مورد استناد بیمه دانا.

تعهدات شرکت بیمه دانا در **طرح حامی** (پوشش حوادث ترافیکی مکمل بیمه نامه شخص ثالث) :

طرح شماره ۱

- ۱- پرداخت غرامت مازاد بر دیه فوت ناشی از حوادث ترافیکی راننده مقصر وسیله نقلیه موتوری در ماه های حرام به میزان ۵/۳۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲- پرداخت مستمری ماهانه به بازماندگان (ذینفع) به شرط فوت ناشی از حوادث ترافیکی بیمه شده (راننده، سرنشین، عابر پیاده) به مدت ۵۰ سال (نیم قرن) و ماهیانه مبلغ ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۴- کمک هزینه ایاب و ذهاب و همچنین بازگرداندن جسد بیمه شده (راننده، سرنشین، عابر پیاده)، چنانچه بیمه شده خارج از شهر محل اقامت خود در اثر حادثه ترافیکی فوت نماید به میزان ۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

طرح شماره ۲

- ۱- پرداخت غرامت مازاد بر دیه فوت ناشی از حوادث ترافیکی راننده مقصر وسیله نقلیه موتوری در ماه های حرام به میزان ۵/۳۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
 - ۲- پرداخت غرامت مازاد بر دیه فوت ناشی از حوادث ترافیکی راننده مقصر و یا غیر مقصر (به میزان ۱/۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
 - ۳- پرداخت مستمری ماهانه به بازماندگان (ذینفع) به شرط فوت ناشی از حوادث ترافیکی بیمه شده (راننده، سرنشین، عابر پیاده) به مدت ۵۰ سال (نیم قرن) و ماهیانه مبلغ ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
 - ۴- کمک هزینه ایاب و ذهاب و همچنین بازگرداندن جسد بیمه شده (راننده، سرنشین، عابر پیاده)، چنانچه بیمه شده خارج از شهر محل اقامت خود در اثر حادثه ترافیکی فوت نماید به میزان ۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- *** دارا بودن گواهینامه مرتبط با وسیله نقلیه به هنگام وقوع حادثه ترافیکی الزامی است.

* لطفاً به هر یک از سوالات و اطلاعات درخواستی زیر به صورت کامل و در نهایت دقت و صداقت پاسخ دهید :

مشخصات بیمه شده :

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

سوالات پزشکی و سوابق بیمه ای :

* آیا در حال حاضر کاملاً سالم می باشید؟ اگر سالم نیستید، به نوع بیماری و عارضه اشاره فرمایید.

* آیا دارای نقص عضو و یا از کارافتادگی می باشید؟ چنانچه پاسخ مثبت است، به نوع نقص عضو و درصد آن طبق نظریه پزشک معالج اشاره فرمایید.

* آیا سابقه ابتلا به بیماری هایی از قبیل فلج، غش یا ناآرامی های عصبی داشته اید؟ چنانچه پاسخ مثبت است به نوع و دوره بیماری و داروهای مورد استفاده اشاره فرمایید.

* آیا تا کنون در اثر حادثه مجروح شده اید؟ چنانچه پاسخ مثبت است، به تاریخ، علت و اثرات حادثه اشاره فرمایید.

* در صورت دارا بودن معافیت پزشکی و عدم انجام خدمت نظام وظیفه، علت را مرقوم فرمایید.

* آیا تاکنون از شرکت های بیمه خسارت ناشی از حوادث اشخاص دریافت نموده اید؟ چنانچه پاسخ مثبت است به نام شرکت، تاریخ، مبلغ و نوع خسارت اشاره فرمایید.

* آیا در حال حاضر نزد سایر شرکت های بیمه، بیمه نامه حوادث انفرادی جاری دارید؟ چنانچه پاسخ مثبت است به نام شرکت و مبلغ سرمایه اشاره فرمایید.

استفاده کنندگان (ذینفع) از سرمایه آتی و مستمری ماهیانه، در صورت فوت بیمه شده به علت حادثه ترافیکی :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم

* اینجانب تأیید می نمایم که به کلیه پرسش ها و اطلاعات درخواستی، با کمال دقت، صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و در صورت اثبات هرگونه اظهار خلاف واقع، شرکت بیمه دانا نسبت به فسخ و یا ابطال بیمه نامه مختار است. ضمناً تعهد می شوم حق بیمه

مقرر را که منطبق بر اظهارات اینجانب تعیین گردیده و مورد پذیرش است، بلافاصله پس از قبول پیشنهاد از جانب بیمه گر پرداخت نمایم.

* این پیشنهاد به تنهایی تعهدی برای بیمه گر ایجاد ننموده و در صورت عدم انعقاد قرارداد بیمه و یا عدم پرداخت حق بیمه، هیچگونه خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

شرکت بیمه دانا

تاریخ و امضاء نماینده فروش / شعبه

تاریخ و امضاء بیمه شده

تاریخ و امضاء بیمه گزار