



شماره پیشنهاد:
تاریخ پیشنهاد:

فرم پیشنهاد بیمه های زندگی طرح جان دانا



با توجه به اینکه این فرم سند اصلی اعتبار بیمه نامه ی عمر است ، خواهشمند است به پرسش های ذیل با کمال دقت و صداقت پاسخ دهید. تکمیل این پیشنهاد به تنهایی تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. صفحه ۱

نام و کد شعبه :.....و کد نماینده / کارگزار :..... نام و کد مدیر فروش :..... نام و کد نماینده فروش :.....	
نام و نام خانوادگی : شماره شناسنامه : جنسیت: ☐ زن ☐ مرد محل تولد: تاریخ تولد: کد ملی/ اتباع: نام پدر: کد پستی: شغل اصلی (لطفاً از عناوین شغلی نظیر آزاد، کارگر، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید): نام شرکت / سازمان: شماره ثبت: شناسه ملی: موضوع فعالیت: تلفن ثابت: تلفن همراه: ایمیل: آدرس و شماره تلفن جهت انجام مکاتبه:	نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: جنسیت: ☐ زن ☐ مرد محل تولد: تاریخ تولد: کد ملی/ اتباع: نام پدر: کد پستی: شغل اصلی (لطفاً از عناوین شغلی نظیر آزاد، کارگر، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید): نام شرکت / سازمان: شماره ثبت: شناسه ملی: موضوع فعالیت: تلفن ثابت: تلفن همراه: ایمیل: آدرس و شماره تلفن جهت انجام مکاتبه:

توجه: اطلاع رسانی بابت کلیه مراحل بیمه نامه از طریق پیامک و پست الکترونیک اعلامی انجام خواهد شد لذا پیشنهاد دهنده موظف است در صورت هرگونه تغییر طی مدت قرارداد مراتب را بیمه گر اعلام نماید.

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: جنسیت: ☐ زن ☐ مرد محل تولد: تاریخ تولد: کد ملی/ اتباع: نام پدر: کد پستی: شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوین شغلی نظیر آزاد، کارگر، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید): نام و نام خانوادگی همسر:	
در صورتیکه متقاضی بیمه و پیشنهاد دهنده یکی می باشد، نیاز به تکمیل این قسمت نیست.	

۱- سرمایه پوشش اصلی (فوت به هر علت به عدد):.....ریال	توجه: درصد افزایش سالانه سرمایه و پوششهای اضافی بر اساس نرخ تورم در هر سال اعمال می گردد
۲- سرمایه فوت ناشی از حادثه مشمول بیمه: ☐ یک برابر ☐ دو برابر ☐ سه برابر ☐ چهار برابر ☐ پنج برابر ☐ تمایل ندارم	
۳- سرمایه نقض عضو و از کار افتادگی کامل و دائم / جزئی ناشی از حادثه: ☐ یک برابر ☐ دو برابر ☐ سه برابر ☐ چهار برابر ☐ پنج برابر ☐ تمایل ندارم	
۴- هزینه پزشکی ناشی از حادثه مشمول بیمه: ☐ ۵٪ سرمایه فوت: ☐ ۱۰٪ سرمایه فوت: ☐ ۱۵٪ سرمایه فوت: ☐ ۲۰٪ سرمایه فوت: ☐ تمایل ندارم	
۵- هزینه پزشکی ناشی از هر نوع پاندمیک (کرونا) و....: ☐ تمایل دارم ☐ تمایل ندارم	(این پوشش مبلغ ده میلیون تومان شامل هزینه های سرپایی و بیمارستانی)
۶- از کار افتادگی به هر علت: الف: معاف از پرداخت حق بیمه به مدت ۱۰ سال ب: پرداخت سرمایه یکجا ج: پرداخت مستمری ماهانه به مدت ده سال	۱ برابر سرمایه فوت ☐ ۲ برابر سرمایه فوت ☐ ۳ برابر سرمایه فوت ☐ ۴ برابر سرمایه فوت ☐ ۵ برابر سرمایه فوت ☐ تمایل ندارم ☐ (سقف پوشش حداکثر ماهانه ده میلیون تومان می باشد)
۷- پوشش بیماریهای خاص: ☐ ۱۰٪ سرمایه فوت ☐ ۳۰٪ سرمایه فوت ☐ ۵۰٪ سرمایه فوت ☐ ۱۰۰٪ سرمایه فوت ☐ تمایل ندارم	
۸- پوشش غرامت ایام بیمارستانی به هر علت: بیمه شده نمی تواند بصورت تلقینی از طرح الف و ب استفاده نماید	طرح الف: ۱ شامل پرداخت روزانه نیم درصد سرمایه فوت جهت اقامت (بستری) بیش از سه روز در بخشهای عمومی و جراحی بیمارستانی حداکثر تا سقف ۱۵ روز ۲ شامل پرداخت روزانه یک و نیم درصد سرمایه فوت جهت اقامت (بستری) بیش از سه روز در بخشهای ICU, CCU بیمارستانی حداکثر تا سقف ۱۵ روز طرح ب: ۱ شامل پرداخت روزانه یک درصد سرمایه فوت جهت اقامت (بستری) بیش از سه روز در بخشهای عمومی و جراحی بیمارستانی حداکثر تا سقف ۱۵ روز ۲ شامل پرداخت روزانه سه درصد سرمایه فوت جهت اقامت (بستری) بیش از سه روز در بخشهای ICU, CCU بیمارستانی حداکثر تا سقف ۱۵ روز

در صورت ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
۱							
۲							
۳							
۴							

آیا تمایل دارید سرمایه فوت بصورت مستمری به ذینفع پرداخت گردد؟ ☐ خیر ☐ بله

نحوه پرداخت حق بیمه بصورت سالانه بوده و شروع بیمه در سال اول با پرداخت اولین قسط صورت خواهد پذیرفت. مدت بیمه قابل تمدید تا سن ۸۵ سالگی بیمه شده به شرط پرداخت حق بیمه سالانه در سررسید های مشخص می باشد. هر گونه تغییرات در بیمه نامه صرفاً با صدور الحاقیه توسط بیمه گر (واحد صادر کننده بیمه نامه) صورت خواهد گرفت. بیمه نامه و شرایط عمومی و خصوصی پوششهای ارائه شده پس از تکمیل فرم پیشنهاد و ارائه به بیمه گر تحویل پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) شده و وی میبایست ضمن مطالعه مفاد آن در صورت وجود هر گونه مغایرت با فرم پیشنهاد یا توافقات انجام شده ظرف مدت حداکثر ۲۰ روز از تاریخ صدور به بیمه گر اعلام نماید. در پوشش بیماریهای خاص سرمایه بیمه نامه برای هر گروه بیماری در طی مدت قرار داد فقط یکبار پرداخت و برای سالیهای بعد بازنگری می گردد. شرکت بیمه دانا اجازه دارد برای تکمیل پرونده با پزشک معالج و پزشک خانوادگی و سایر مراجع درمانی مشاوره و اطلاعات لازمه را کسب نماید. در صورت انصراف بیمه گذار تا سی روز از شروع بیمه نامه ۹۰ درصد حق بیمه پرداختی به ارزش روزمسترد می گردد. دریافت و قبول بیمه نامه و عدم اعتراض ظرف مهلت مقرر به منزله آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی و موافقت با شرایط و مفاد بیمه نامه می باشد.	محل امضاء پیشنهاد دهنده	محل امضاء متقاضی بیمه
---	-------------------------	-----------------------



ردیف		بیماری	ردیف	بیماری	
○	۱	سابقه بیماری دستگاه تنفسی، سرفه مزمن، تنگی نفس، آسم، خلط چرکی یا خونی و ...	○	۲	سابقه بیماری قلب و عروق، فشار خون، درد قفسه سینه، سکنه قلبی، واریس و ...
○	۳	سابقه بیماری خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و ...	○	۴	سابقه بیماری داخلی اعصاب، تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراهوشی و ...
○	۵	سابقه بیماری گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، تهوع و استفراغ مکرر، زردی و ...	○	۶	سابقه بیماری اعصاب، اضطراب، اقدام به خودکشی، عدم تعادل روانی، اختلال خواب و ...
○	۷	سابقه بیماری گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، کاهش بینایی، نابینایی، سرگیجه و ...	○	۸	سابقه بیماری کلیه، مجاری ادراری، پروستات، خون در ادرار، سنگ کلیه و ...
○	۹	سابقه بیماری های پوستی، خونریزی های پوستی، توده جلدی، غدد لنفاوی بزرگ شده، خال های بزرگ یا در حال رشد، خال های تغییر رنگ یافته و ...	○	۱۰	سابقه بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل دردهای عضلانی، دردهای ستون فقرات، درد مفاصل و ...
○	۱۱	سابقه بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و ...	○	۱۲	سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز، تب مالت، مالاریا، هیداتیک و ...
○	۱۳	سابقه وجود نقص عضو	○	۱۴	موارد دیگر

چنانچه پاسخ مثبت است نوع بیماری را مشخص و توضیحات لازم ارائه نمایید.

محل امضاء	امضاء کنندگان ذیل ضمن تایید ذینفع / ذینفعان ، گواهی می نمایند که اطلاعات درج شده در پاسخ به سوالات این فرم را با رعایت دقت و صداقت ثبت نموده و مطلعند که هرگونه اظهار خلاف واقع و خود داری از بیان واقعیت یا مخدوش بودن این فرم ، مجوز قانونی جهت باطل شدن قرارداد بیمه و از دست دادن مزایای آن خواهد بود.			
	تاریخ ، نام و نام خانوادگی و امضاء پیشنهاد دهنده	تاریخ ، نام ، اثر انگشت یا امضاء متقاضی بیمه :	تاریخ ، نام و امضاء نماینده فروش :	تاریخ، مهر و امضاء نماینده / مدیر ارشد / مدیر فروش :

۱- ارائه پوشش بیمه ای بدون اضافه نرخ به لحاظ پزشکی بلامانع است . ☐ ۲- ارائه پوشش بیمه ای با اضافه نرخ بلامانع است . ☐ ۳- ارائه پوشش بیمه ای به لحاظ پزشکی به صلاح نمی باشد . ☐ در صورت انتخاب گزینه ۲ و ۳ دلیل اضافه نرخ یا رد پزشکی پیشنهاد بیان شود .	تاریخ ، نام ، امضاء و مهر پزشک معتمد :
---	---

نام و امضاء پزشک معتمد ستاد	نام و امضاء کارشناس ستاد	نام و امضاء رئیس اداره صدور	نام و امضاء معاون مدیر	نام و امضاء مدیر عمر و پسی انداز	نام امضاء معاون فنی اشخاص
تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ