

پیشنهاد بیمه جامع حوادث مهریار

مطمئن و توانا

تاریخ پیشنهاد :

شعبه :

نام و کد نمایندگی :

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

شماره بیمه نامه سال قبل:

موضوع بیمه: کلیه حوادث مشمول بیمه در تمام مدت شبانه روز در داخل و خارج از کشور، طبق شرایط عمومی و اختصاصی بیمه نامه جامع حوادث مهریار مورد استناد بیمه دانا.

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

نام و نام خانوادگی بیمه گزار:

تلفن :

کد پستی:

نشانی:

* 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	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 شرکتهای 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 شرکتهای بیمه، بیمه نامه حوادث انفرادی جاری دارید؟ چنانچه پاسخ مثبت است به نام شرکت و مبلغ سرمایه اشاره فرمایید.

.....

* آیا از جانب بیمه گران پایه (بیمه های اجتماعی) تحت پوشش می باشید؟ چنانچه پاسخ مثبت است ، نزد کدام بیمه گر؟

☐ غیره

☐ نیروهای مسلح

☐ خدمات درمانی

☐ تأمین اجتماعی

* به کدامیک از ورزش ها به صورت حرفه ای و تخصصی می پردازید؟

.....

پوششهای درخواستی:

طرح ۱ □

طرح ۲ □

طرح ۳ □

پرداخت مستمری	پرداخت بلافاصله	پرداخت مستمری	پرداخت بلافاصله	پرداخت مستمری	پرداخت بلافاصله
۱۵/۰۰۰/۰۰۰	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۱/۲۵۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۷/۵۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
—	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	—	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	—	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۵/۰۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۱/۲۵۰/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۷/۵۰۰/۰۰۰	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
—	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	—	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	—	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
—	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	—	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	—	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
—	۱/۰۰۰/۰۰۰	—	۷۵۰/۰۰۰	—	۵۰۰/۰۰۰

- * فوت ناشی از حادثه
- * نقص عضو جزئی و دائم ناشی از حادثه
- * ازکارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه
- * کمک هزینه درمانی در صورت ازکارافتادگی کامل و دائم بیمه شده
- * هزینه های پزشکی ناشی از حادثه
- * غرامت روزانه در صورت بستری شدن بیمه شده در بیمارستان

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

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

* شرایط اختصاصی بیمه نامه :

- ۱- استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت نقص عضو ، ازکارافتادگی دائم ، هزینه های پزشکی و کمک درمانی ، غرامت روزانه بستری در بیمارستان ، شخص بیمه شده می باشد.
- ۲- بهره مندی از پوشش های بیمه ای به هنگام وقوع حوادث رانندگی منوط به ارائه گواهینامه رانندگی معتبر و مرتبط با وسیله نقلیه مورد استفاده بیمه شده می باشد.
- ۳- تحقق کلیه خطرات یازده گانه درج شده در ماده ۱۱ از فصل چهارم آئین نامه شماره ۸۴ شورایعالی بیمه ، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.
- ۴- مدت پوشش بیمه ای جهت پرداخت مستمری و به شرط تحقق خطرات مشمول در طی مدت اعتبار بیمه نامه ، حداکثر ۳۰ سال می باشد.

*** اینجانب 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 دانا نسبت به فسخ و یا ابطال بیمه نامه مختار است. ضمناً متعهد 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.**

تاریخ و امضاء بیمه شده

تاریخ و امضاء بیمه گزار

تاریخ و امضاء نماینده فروش

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

محل امضاء :			
نماینده گی فروش	کارشناس شعبه	ریاست شعبه	مدیریت بیمه های عمر و پس انداز

تأییدیه پرداخت :

جمع کل حق بیمه مبلغ ریال (به حروف: ریال)
 که براساس مندرجات و شرایط این پیشنهاد مقرر گردیده و طی سند شماره به صورت فیش نقدی □ چک □ کارت خوان □
 حواله سیستمی □ به تاریخ عهده بانک شعبه تماماً دریافت گردیده است.

شرکت بیمه دانا