

نام پروردگار بی همتا



مطمئن و توانا

پیشهاد بیمه جامع حوادث انفرادی - طرح سفیران فرهنگی دانا

تاریخ پیشنهاد :

شعبه :

نام و کد نمایندگی :

خواهشمند است نسبت به صدور بیمه نامه حوادث انفرادی طرح سفیران دانا 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 حوادث طرح سفیران دانا 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	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.

* 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؟

پوشش های درخواستی :

پرداخت بلافاصله	پرداخت مستمری (طی ۲۰ سال)
۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	—
۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	—
۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	—
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

● مبلغ به ریال می باشد

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 جامع حوادث انفرادی طرح سفیران فرهنگی دانا :**

- 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 شورای عالی 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 ۲۰ 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 گزار

تاریخ و امضاء بیمه شده

*** 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.**

نماینده گي فروش	کارشناس شعبه	رئيس شعبه	مدیریت بیمه های زندگی

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