

## 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.

نام و نام خانوادگی بیمه گزار: کد ملی / کد اقتصادی / شماره ثبت / شناسه ملی :

نشانی: کد پستی: تلفن :

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

**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 نآرامی 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؟

تأمین اجتماعی  خدمات درمانی  نیروهای مسلح  غیره

\* 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 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 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 :			
مدیریت بیمه های عمر و پس انداز	ریاست شعبه	کارشناس شعبه	نمایندگی فروش

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