پیشنهاد بیمه حوادث انفرادی تمام اوقات

تاریخ پیشنهاد: .....

شرکت سهامی بیمه دانا

خواهشمند است نسبت به صدور بیمه نامه حوادث انفرادی تمام اوقات برای اینجانب از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز ..... اقدام فرمایید.

شماره بیمه‌نامه سال قبل:

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: **کد ملی/کد اقتصادی/شماره ثبت/شناسه ملی:**

نشانی: **کد پستی:** **تلفن:**

موضوع بیمه: کلیه حوادث مشمول بیمه در تمام مدت شبانه روز در داخل و خارج از کشور، طبق شرایط عمومی بیمه‌نامه حوادث مورد استناد بیمه‌دانا.

تعهدات بیمه دانا:

۱. جبران غرامت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حوادث مشمول بیمه.
۲. جبران هزینه‌های پزشکی ناشی از حوادث مشمول بیمه در طول مدت بیمه‌نامه.
۳. جبران غرامت روزانه عمومی و یا بستری در بیمارستان به علت تحقق خطرات مشمول بیمه.

**** لطفاً به هر یک از سؤالات 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

مدت بیمه درخواستی: **شغل اصلی و فرعی بیمه شده:**

فاصله زمانی منزل تا محل کار بیمه شده: ☐ کمتر از ۱۵ دقیقه ☐ کمتر از ۳۰ دقیقه ☐ بیشتر از ۳۰ دقیقه

فاصله مکانی منزل تا محل کار بیمه شده: ☐ کمتر از ۵ کیلومتر ☐ کمتر از ۱۵ کیلومتر ☐ بیشتر از ۱۵ کیلومتر

وسائل نقلیه مورد استفاده جهت ایاب و ذهاب روزانه: ☐ اتومبیل شخصی ☐ وسایل نقلیه عمومی (تاکسی ـ اتوبوس ـ مترو) ☐ موتورسیکلت

سابقه فعالیت حرفه‌ای در شغل مورد نظر: ☐ کمتر از ۴ سال ☐ کمتر از ۸ سال ☐ بیشتر از ۸ سال

مدرک تحصیلی بیمه شده: ☐ زیر دیپلم ☐ دیپلم و فوق دیپلم ☐ لیسانس و بالاتر

شرایط محیط کار بیمه شده: ☐ کم خطر ☐ پرخطر(کار در ارتفاع ـ کار در عمق زمین ـ شرایط دما و رطوبت ـ گرد و غبار ـ تابش نور و ...)

وضعیت سلامت روحی و روانی بیمه شده: ☐ سلامت کامل ☐ تحت درمان

توضیحات: .....

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

.....

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

.....

* آیا سابقه ابتلا به بیماریهایی از قبیل فلج، غش، ناآرامی‌های عصبی داشته اید؟ چنانچه پاسخ مثبت است، به نوع و دوره بیماری و داروهای مورد استفاده اشاره فرمائید.

.....

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

.....

* آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟ در صورتی که پاسخ منفی است، به شماره عینک و یا لنز طبی و سابقه استفاده از آن اشاره فرمائید؛ .....

* وزن بیمه شده: ..... کیلوگرم * قد بیمه شده: ..... سانتیمتر.

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

* آیا تاکنون از شرکتهای بیمه، خسارت ناشی از حوادث اشخاص دریافت نموده‌اید؟ چنانچه پاسخ مثبت است به نام شرکت، تاریخ، مبلغ و نوع خسارت اشاره فرمائید.

.....

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

.....

* آیا از جانب بیمه‌گران پایه (بیمه‌های اجتماعی) تحت پوشش میباشید؟ چنانچه پاسخ مثبت است، نزد کدام بیمه‌گر؛

☐ تأمین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ غیره

۲/۴۸ـ سری اول ـ ۹۴/۰۶ـ ۶۰۰۰۰ برگ

به کدامیک از ورزشها و فعالیتهای زیر می‌پردازید؟

والیبال ☐	شنا ☐	واترپلو ☐	شکار ☐	اسکی روی آب ☐	تنیس ☐	تنیس روی میز ☐	اسکواش ☐		
هندبال ☐	بسکتبال ☐	دوچرخه سواری ☐	تیراندازی ☐	شمشیربازی ☐	دومیدانی ☐	سوارکاری ☐	اسکی ☐		
کوهنوردی ☐	فوتبال ☐	قایقرانی ☐	ژیمناستیک ☐	کشتی ☐	وزنه برداری ☐	بدنسازی ☐	ورزشهای رزمی ☐		
هدایت موتورسیکلت ☐	بوکس ☐	هدایت اتومبیل کورسی ☐	هدایت یا سرنشین هلیکوپتر ☐	غواصی ☐	پرش با چتر ☐	سقوط آزاد ☐			

سرمایه درخواستی :

* فوت ناشی از حادثه ..... ریال
* نقص عضو و از کارافتادگی ناشی از حادثه ..... ریال
* هزینه پزشکی ناشی از حادثه : ..... ریال
* غرامت روزانه عمومی / بستری در بیمارستان : ..... ریال

استفاده کننده (ذینفع) در صورت فوت بیمه شده :

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

* اینجانب تایید می نمایم که به کلیه پرسش‌ها و اطلاعات درخواستی، با کمال دقت و صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع، شرکت بیمه دانا نسبت به فسخ و یا ابطال بیمه‌نامه مختار است. ضمناً متعهد میشوم حق بیمه مقرر را که منطبق بر اظهارات اینجانب تنظیم شده و مورد پذیرش است را بلافاصله پس از قبول پیشنهاد از جانب بیمه‌گر بپردازم.

تاریخ و امضاء نماینده **تاریخ و امضاء بیمه شده** **تاریخ و امضاء بیمه‌گذار**

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

این قسمت توسط بیمه‌گر تنظیم می‌گردد.

طبقه خطر شغلی پیشنهادی: .....
خطرات اضافی تحت پوشش: .....
اضافه نرخ تشدید خطر: .....
اضافه نرخ کهولت: .....
مدت بیمه‌نامه: .....
سرمایه پوشش فوت تایید شده: ..... ریال
سرمایه پوشش نقص عضو و از کارافتادگی تایید شده: ..... ریال
سرمایه هزینه پزشکی تأیید شده: ..... ریال
شرایط خصوصی بیمه‌نامه: .....

*محل امضاء

نمایندگی فروش **کارشناس شعبه** **ریاست شعبه** **کارشناس صدور ستاد** **رئیس اداره صدور** **مدیر عمر و پس انداز** **معاون فنی اشخاص**

محاسبه حق بیمه:

جمع کل حق بیمه مبلغ ..... **ریال (به حروف:** .....)

بابت خطرات اصلی و تبعی مورد درخواست بیمه شده که بر اساس 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 سهامی بیمه دانا