



شماره پیشنهاد:
تاریخ پیشنهاد:

فرم پیشنهاد بیمه های زندگی طرح جان دانا



با توجه به اینکه این فرم سند اصلی اعتبار بیمه نامه می باشد، 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:		کد نماینده / کارگزار:		نام و کد مدیر ارشد / مدیر فروش:		نام و کد نماینده فروش:	
نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		کد ملی / اتباع:		روز / ماه / سال تولد:	
شماره شناسنامه:		جنسیت: <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/> محل تولد:		تابعیت:		وضعیت تاهل: <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/> مجرد <input type="radio"/> نسبت با بیمه شده:	
آدرس و شماره تلفن جهت انجام مکاتبه:		ایمیل:		تلفن همراه:		تلفن ثابت:	
کد پستی:		شماره شبا جهت پرداخت خسارت:		IR:		شماره کارت:	
بل اصلی (لطفاً از عناوین شغلی نظیر آزاد، کارگر، عنوان رشته تحصیلی استفاده فرمایید):		شماره ثبت:		اسه ملی:		موضوع فعالیت:	
نام شرکت / سازمان:		کد پستی:		دورتکار:		تلفن ثابت:	
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 بیمه گذار موظف است در صورت هرگونه تغییر طی مدت قرارداد مراتب را بیمه گر اعلام نماید

در صورتیکه بیمه شده یا بیمه گذار یکی می باشد، نیاز به تکمیل این قسمت نیست.							
نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		کد ملی / اتباع:		روز / ماه / سال تولد:	
شماره شناسنامه:		جنسیت: <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/> محل تولد:		تابعیت:		وضعیت تاهل: <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/> مجرد <input type="radio"/> نسبت با بیمه شده:	
آدرس و شماره تلفن جهت انجام مکاتبه:		ایمیل:		تلفن همراه:		تلفن ثابت:	
کد پستی:		شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوین شغلی نظیر آزاد، کارگر، عنوان رشته تحصیلی استفاده فرمایید):					

۱- سرمایه پوشش اصلی (فوت به هر علت به عدد):	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: <input type="radio"/> یک برابر <input type="radio"/> دو برابر <input type="radio"/> سه برابر <input type="radio"/> چهار برابر <input type="radio"/> پنج برابر <input type="radio"/> تمایل ندارم	
۳- سرمایه تقصی عضو ناشی از حادثه مشمول بیمه: <input type="radio"/> یک برابر <input type="radio"/> دو برابر <input type="radio"/> سه برابر <input type="radio"/> چهار برابر <input type="radio"/> پنج برابر <input type="radio"/> تمایل ندارم	
۴- هزینه پزشکی ناشی از حادثه مشمول بیمه: <input type="radio"/> ۵٪ سرمایه فوت: <input type="radio"/> ۱۰٪ سرمایه فوت: <input type="radio"/> ۱۵٪ سرمایه فوت: <input type="radio"/> ۲۰٪ سرمایه فوت: <input type="radio"/> تمایل ندارم	
۵- هزینه پزشکی ناشی از هر نوع پاندمیک (کرونا) و...: <input type="radio"/> تمایل دارم <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> تمایل دارم <input type="radio"/> تمایل ندارم ب: پرداخت سرمایه یکجا <input type="radio"/> ۱ برابر سرمایه فوت <input type="radio"/> ۲ برابر سرمایه فوت <input type="radio"/> ۳ برابر سرمایه فوت <input type="radio"/> ۴ برابر سرمایه فوت <input type="radio"/> ۵ برابر سرمایه فوت <input type="radio"/> تمایل ندارم ج: پرداخت مستمری ماهانه به مدت ده سال <input type="radio"/> ۱٪ سرمایه فوت <input type="radio"/> ۲٪ سرمایه فوت <input type="radio"/> تمایل ندارم (سقف پوشش حداکثر ماهانه ده میلیون تومان می باشد)	
۷- پوشش بیماریهای خاص: <input type="radio"/> ۱۰٪ سرمایه فوت <input type="radio"/> ۳۰٪ سرمایه فوت <input type="radio"/> ۵۰٪ سرمایه فوت <input type="radio"/> ۱۰۰٪ سرمایه فوت <input type="radio"/> تمایل ندارم	
۸- پوشش غرامت ایام بیمارستانی به هر علت: بیمه شده نمی تواند بصورت تلفیقی 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							

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

توجه: مبلغ مستمری باتوجه به شرایط اقتصادی روز تعیین و اعلام می گردد

محل تأیید ذینفع ها	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.	
نکات مهم و شرایط خاص	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 می 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.	
محل امضاء بیمه گذار	در پوشش بیماریهای خاص سرمایه بیمه نامه برای هر گروه بیماری در طی مدت قرار داد فقط یکبار پرداخت و برای سالهای 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 لازم را کسب نماید.	
محل امضاء بیمه شده	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 طرف مهلت مقرر به منزله آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی و موافقت با شرایط و مفاد بیمه نامه می باشد.	



آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزند) به علت بیماری (غیر از حادثه) زیر ۶۰ سال فوت شده اند؟												
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>												
نسبت یا بیمه شده	علت فوت	۲	نسبت یا بیمه شده	علت فوت	۳	نسبت یا بیمه شده	علت فوت	۴	نسبت یا بیمه شده	علت فوت	۵	نسبت یا بیمه شده
آیا در بین افراد نزدیک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزند، همسر) شخصی به بیماری های (عقونی، سرطان، قلبی - عروقی، غدد/ دیابت و ...، خونی، اعصاب و روان) مبتلا می باشد؟												
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>												
نسبت یا بیمه شده	نوع بیماری	۲	نسبت یا بیمه شده	نوع بیماری	۳	نسبت یا بیمه شده	نوع بیماری	۴	نسبت یا بیمه شده	نوع بیماری	۵	نسبت یا بیمه شده

تحت پوشش کدامیک از بیمه گران پایه می باشید؟

تامین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح بیمه سلامت سایر:

وضعیت خدمت نظام وظیفه (مخصوص آقایان):

انجام داده ام انجام نداده ام درحال انجام معافیت پزشکی معافیت غیر پزشکی

در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید:

آیا سابقه بیماری یا اختلال جسمی، روحی یا نقص عضو و از کار افتادگی (جزیی یا کلی) دارید															
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>															
چنانچه پاسخ مثبت است نوع بیماری را مشخص و توضیحات لازم ارائه نمایید.															
ردیف	بیماری	ردیف	بیماری	ردیف	بیماری	ردیف	بیماری	ردیف	بیماری	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، فراموشی 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 عقونی مانند سل، هپاتیت، ایدز، تب مالت، مالاریا، هیداتیک و ...	۱۳	سابقه وجود نقص عضو	۱۴	موارد دیگر				
نام بیماری: تاریخ شروع بیماری: نوع و میزان داروی مصرفی:															
قد: سانتی، وزن: کیلوگرم تغییرات وزن در سه ماه اخیر بیش از ۱۰ کیلوگرم: کاهش وزن <input type="radio"/> افزایش وزن <input type="radio"/> بدون تغییر <input type="radio"/>															
آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی (سیگار، پپ، قلیان)، را دارید یا داشته اید؟															
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>															
آیا سابقه بستری و یا انجام عمل جراحی داشته اید؟ توضیح: اگر پاسخ مثبت است پرونده بستری، شرح عمل، گزارش پاتولوژی و نتیجه آن را ارائه فرمایید.															
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>															

آیا در حال حاضر بیمه عمر و حادثه (به طور انفرادی) صادر شده و یا در جریان صدور دارید و یا تاکنون درخواست بیمه عمر به شرکت بیمه دیگری داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ در صورت مثبت بودن اطلاعات زیر را تکمیل نمایید.			
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	نام شرکت	تاریخ و شماره بیمه نامه / درخواست	سرمایه فوت - ریال
			توضیحات / علت عدم صدور

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 امضاء بیمه گذار: تاریخ، نام، اثر انگشت یا امضاء بیمه شده: تاریخ، نام و امضاء نماینده فروش: تاریخ، مهر و امضاء نماینده / مدیر ارشد / مدیر فروش:

کارشناس صدور اظهار نظر آرایه

با عنایت به مراتب فوق احتیاج به انجام آزمایش پزشکی به علت:

بلا بودن سرمایه بیمه نامه توضیحات پزشکی سن بیمه شده سایر موارد: می باشد

تغذیه پزشکی معتمد شرکت

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 یا ۳ دلیل اضافه نرخ یا رد پزشکی پیشنهاد بیان شود.

تاریخ، نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:

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