



فرم پیشنهاد طرح مکمل حوادث راننده



فرم پیشنهاد طرح مکمل حوادث راننده

Fo-MHE-1405-44-01

مشخصات بیمه گذار	نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: / / کد ملی: نام پدر: شغل: آدرس: کد پستی: موبایل: تلفن:
بیمه گذار محترم ، لطفاً به این سوال ها به طور مختصر و واضح پاسخ دهید	۱- آیا خدمت زیر پرچم را انجام داده اید؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت معافیت پزشکی و یا معافیت دائم غیر پزشکی علت را ذکر و کارت معافیت خود را ارائه نمایید . ۲- آیا نقص عضو و از کارافتادگی دارید ؟ بله ☐ خیر ☐ اگر پاسخ مثبت است نوع نقص عضو ، علت و چگونگی آن را ذکر فرمایید . ۳- آیا سابقه ابتلا به بیماری هایی مانند سکنه ، آسم ، نقرس ، مشکلات قلبی ، صرع (غش کردن)، دیابت ، آرتروز ، دیسک ، مینیسک، مشکلات عصبی و روانی و یا عودکننده و یا مزمن داشته اید ؟ بله ☐ خیر ☐ اگر پاسخ مثبت است تاریخ، نام بیماری و نام پزشک معالج را ذکر فرمایید . ۴- آیا قوه بینایی شما طبیعی است ؟ بله ☐ خیر ☐ اگر پاسخ منفی است نوع اختلال را ذکر فرمایید . ۵- آیا تاکنون از شرکتهای بیمه خسارت بیمه حوادث دریافت نموده اید ؟ بله ☐ خیر ☐ چنانچه پاسخ مثبت می باشد از کدام شرکت ؟ درجه تاریخی ؟ به چه مبلغی ؟ در رابطه با چه حادثه ای ؟ ۶- نوع وسیله نقلیه (اتومبیل) مورد استفاده توسط بیمه شده را انتخاب نمایید . سواری ☐ اتوکار ☐ بارکش ☐ ۷- شماره گواهینامه بیمه گذار که مرتبط با سوال شماره ۶ می باشد را ذکر فرمایید
سرمایه طرح	۱- فوت در اثر حادثه ۲- نقص عضو و از کارافتادگی دائم (جزئی و کلی) در اثر حادثه ریال ۷.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال ۷.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
مدت بیمه نامه	این بیمه نامه به مدت یکسال شمسی از ساعت صفر مورخ آغاز و تا ساعت ۲۴ مورخ معتبر می باشد.
تائیدیه پاسخ صحیح به سوالات	اینجانب بیمه گذار بیمه شده تصدیق می نمایم که به پرسشهای این پیشنهاد بطور صحیح پاسخ داده و چون این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه حوادث درخواستی اینجانب می باشد ، بیمه گر حق دارد در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع بیمه نامه را ابطال نماید همچنین تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل و با آگاهی از ماده ۷۵ آئین نامه اجرایی ماده ۱۴ قانون مبارزه با پولشویی (عدم پولشویی و تروریسم مالی و محافظت از بیمه نامه عمل کرده) پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مکمل حوادث راننده می باشد ، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع ، بیمه گر می تواند مطابق مقررات اقدام نماید. بیمه گذار / بیمه شده مهر و امضاء
تائیدیه شعبه انبساطی / امیربیمه ای / کارگزاری	اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد، کنترل و مورد تایید می باشد . ☐ نام شعبه / نمایندگی / کارگزاری / امیربیمه ای : تاریخ: مهر و امضاء: کد :