

ت- مشخصات بیمه نامه مورد درخواست :

مدت بیمه نامه یک سال (از تاریخ صدور بیمه نامه) تاریخ صدور بیمه نامه :
سرمایه پوشش بیمه عمر زمانی (فوت به هر علت) : ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
سرمایه پوشش تکمیلی فوت بر اثر حوادث مشمول بیمه : ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
استفاده کننده از سرمایه بیمه (در صورت فوت بیمه شده به هر علت یا به علت حوادث مشمول بیمه ، در طول مدت قرارداد):
وراث قانونی بیمه شده به نسبت مساوی ☐ وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث ☐

تذکر:

۱. پوشش های بیمه ای این بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز مندرج در بیمه نامه شروع و در ساعت ۲۴ روز مندرج در بیمه نامه ، خاتمه می یابد
۲. در صورت عدم پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار همزمان با صدور بیمه نامه ، بیمه گر هیچگونه تعهدی در جبران خسارت های احتمالی نخواهد داشت.
۳. این بیمه نامه فاقد ارزش باز خرید بوده و در صورت خاتمه مدت بیمه نامه ، بیمه گر هیچگونه تعهدی نخواهد داشت.
۴. در صورت فوت بر اثر حادثه ، رسیدگی و پرداخت غرامت مطابق شرایط عمومی بیمه حوادث (که پیوست این بیمه نامه می باشد) صورت خواهد گرفت.
۵. جنگ (به جز انفجار و یا عملکرد ادوات نظامی که بعد از جنگ بجا مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا ، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات تروریستی و بیوتروریستی از شمول تعهدات بیمه گر در این بیمه نامه خارج بوده و در صورت وقوع فوت به علت هر یک از موارد مذکور ، بیمه گر هیچگونه تعهدی در جبران خسارت های احتمالی نخواهد داشت.
۶. دوره انتظار برای استفاده از پوشش بیمه عمر زمانی (فوت به هر علت) این بیمه نامه سه هفته (۲۱ روز) از تاریخ شروع مندرج در بیمه نامه بوده و در صورت فوت بیمه شده به هر علت در طی مدت مذکور ، بیمه گر هیچگونه تعهدی نخواهد داشت.

اینجانبان (متقاضی و بیمه شونده) ، امضا کنندگان زیر اعلام می داریم که به کلیه پرسش های مشروحه در این پیشنهاد شخصا با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط عمومی پوشش های تکمیلی آن را به عنوان شرط ضمن عقد مطالعه نموده و اعلام می نماییم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد ، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه مذکور و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضعیت مزاجی و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند. همچنین تایید می نماییم در صورت اثبات عدم سلامت بیمه شده در زمان تکمیل پیشنهاد ، مطابق قانون بیمه ادعای اینجانبان خلاف واقع محسوب گردیده و این امر موجب ابطال بیمه نامه و از دست دادن مزایای آن خواهد بود.

کد نماینده/شرکت نمایندگی/کارگزار
تاریخ و امضا

نام و نام خانوادگی بیمه شده
تاریخ و امضا

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده (بیمه گذار)
تاریخ و امضا

ث - نظر پزشک معتمد بیمه گر:

با توجه به پاسخ های بیمه شونده به پرسش های پزشکی در مورد وضعیت سلامت خود ، مندرج در این پیشنهاد:

☐ صدور بیمه نامه برای این بیمه شونده ، بلامانع است. ☐ صدور بیمه نامه برای این بیمه شونده به دلیل اخذ ضریب پزشکی درصد ، امکان پذیر نمی باشد.

نام و نام خانوادگی پزشک معتمد بیمه گر
تاریخ و امضا