بیمه نوین
NOVIN INSURANCE

پیشنهاد صدور بیمه‌نامه درمان تکمیلی انفرادی و خانواده

بیمه‌گذار گرامی، خواهشمند است به تمام موارد این فرم با صداقت کامل و به صورت کامل و خوانا پاسخ دهید و سپس امضاء نمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه‌نامه، صحت اطلاعات در این پیشنهاد و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید. به منظور رعایت حقوق بیمه‌گذار و استفاده‌کنندگان بیمه‌نامه این فرم بدون هرگونه خط خوردگی و یا لاک‌گرفتگی پذیرفته خواهد شد.

کد رایانه: ..... واحد صدور: ..... نام و کد معرف: ..... تاریخ تکمیل پیشنهاد: .....

مشخصات بیمه گذار (بیمه شده اصلی)

نام و نام خانوادگی: .....

کد ملی: ..... شماره شناسنامه: ..... محل تولد: ..... محل صدور: ..... نام پدر: .....

شغل اصلی: .....

تاریخ تولد: ...../...../..... جنسیت: مرد ☐ زن ☐ وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐ تلفن همراه (الزامی): .....

محل سکونت (الزامی): استان ، شهر و آدرس: ..... تلفن ثابت (با ذکر کد شهر - الزامی): .....

محل کار: استان، شهر و آدرس: ..... کدپستی (الزامی): .....

شماره حساب بیمه گذار: ..... نام بانک مرتبط با حساب: .....

نام و نام خانوادگی صاحب حساب: ..... شمار شبای حساب: IR

مشخصات افراد تحت تکفل

تعداد افراد تحت تکفل: ..... نفر

تذکر: منظور از افراد تحت تکفل همسر (همسران) دائمی ، فرزندان بیمه شده اصلی و سایر افرادی است که قانونا تحت تکفل بیمه شده اصلی (با ارائه مستندات قانونی) قرار دارند.

افراد تحت تکفل:

نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت	جنسیت

وضعیت بیمه گر پایه و سوابق بیمه‌ای

۱- وضعیت بیمه‌گر پایه: ندارم ☐ تأمین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ سایر ☐ : .....

۲-آیا تاکنون بیمه‌نامه درمان تکمیلی نزد شرکت‌های بیمه‌گر داشته‌اید؟ (از تاریخ انقضای آن بیش از یک‌ماه نگذشته باشد) بله ☐ خیر ☐ نام بیمه گر قبلی: .....

۳- در صورت مثبت بودن پاسخ سوال قبل، میزان خسارت دریافتی از بیمه‌نامه قبلی به چه میزان و بابت چه موردی بوده است ؟

۴-آیا هم‌اکنون دارای بیمه‌نامه جاری عمر و سرمایه‌گذاری یا مستمری نزد شرکت بیمه نوین می‌باشید ؟ بله ☐ خیر ☐

(در صورت مثبت بودن پاسخ): تاریخ صدور: ..... شماره بیمه‌نامه: .....

۵- آیا به طور هم‌زمان مایل به دریافت بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری می‌باشید ؟ بله ☐ خیر ☐

تعهد مورد درخواست

نوع طرح انتخابی:

طرح ۱ ☐ طرح ۲ ☐ طرح ۳ ☐ طرح ۴ ☐ (مطابق جدول تعهدات و حق بیمه) فرانشیز: ۱۰٪ ☐ ۳۰٪ ☐

امضاء بیمه گذار

اینجانب بیمه‌گذار (بیمه شده اصلی) امضاء کننده این پیشنهاد اعلام می‌دارم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از کلیه مفاد و مندرجات شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه که جزء لاینفک این قرارداد می‌باشد اطلاع دقیق و کامل حاصل نموده و اعلام می‌نمایم که پاسخ‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث ابطال قرارداد درمان و سلب هرگونه ادعا و اسقاط حق استفاده از مزایای آن خواهد شد.

*ضمناً پرسشنامه گواهی سلامت را برای خود و کلیه افراد تحت تکفل درخواستی بیمه‌نامه تکمیل و به همراه فرم پیشنهاد به بیمه‌گر تحویل نمودم.

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌گذار (بیمه شده اصلی)/ تاریخ/ امضاء: .....

امضاء معرف

اینجانب شخصاً بیمه گذار بیمه نامه و افراد تحت تکفل را ملاقات نموده و ضمن احراز هویت کلیه متقاضیان و دریافت اصل شناسنامه و کارت ملی ایشان؛اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط بیمه نامه و پوشش های آن بویژه استثنائات ارائه داده و صحت امضاء بیمه گذار و افراد تحت تکفل را تأیید می نمایم.

نام و نام‌خانوادگی معرف/ تاریخ / امضاء: .....

اظهار نظر نهائی

نظر نهائی .....

.....

امضاء/ تاریخ: .....

FO-LP-119-00

تهران، بلوار میرداماد، میدان مادر، خیابان شهید سنجابی، پلاک ۱۱، کدپستی: ۱۹۱۱۹۳۳۱۸۳، خط ویژه: ۲۳۰۴۷ (۰۲۱)، فکس: ۲۲۹۲۳۸۴۶ www.novininsurance.com