



فرم پرسشنامه بیمه نامه وجوه الکترونیکی (پاوان)

شماره سند: FM-EN-23/02
تاریخ: / / ۱۴
پیوست:
صفحه: 1 از 2

متقاضی بیمه گرامی، خواهشمند است پاسخ کلیه سوالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری و امضاء نمایید، بدیهی است در صورت صدور بیمه نامه شرط اصلی اعتبار آن صحت اظهارات مندرج در این پیشنهاد بوده و به آن استناد خواهد شد، ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید، همچنین به جهت رعایت حقوق متقاضی بیمه، این فرم بدون هرگونه خط خوردگی و لاک گرفتگی پذیرفته می شود.

شخص حقیقی		شخص حقوقی	
نام و نام خانوادگی:		نام(موسسه، شرکت، سازمان):	
تاریخ تولد: / /		شماره شناسنامه:	
کد ملی:		شغل(نوع کسب و کار):	
شماره تلفن ثابت:		تاریخ تاسیس:	
شماره تلفن همراه:		کد اقتصادی:	
آدرس:		شماره تلفن:	
		آدرس:	

شرح تعهدات بیمه گر			سرمایه درخواستی پوشش اصلی و پوشش اضافی اسکیمینگ
حداکثر تعهد بیمه گر در یک خسارت و در طول مدت بیمه نامه برای حساب سپرده بانکی به شماره شبا: IR.....	تراکنش ناموفق (ریال)	برداشت غیرمجاز (ریال)	پوشش اضافی اسکیمینگ (ریال)
حداکثر تعهد بیمه گر در یک خسارت و در طول مدت بیمه نامه برای حساب سپرده بانکی به شماره شبا: IR.....			
حداکثر تعهد بیمه گر در یک خسارت و در طول مدت بیمه نامه برای حساب سپرده بانکی به شماره شبا: IR.....			
حداکثر تعهد بیمه گر در یک خسارت و در طول مدت بیمه نامه برای حساب سپرده بانکی به شماره شبا: IR.....			
حداکثر تعهد بیمه گر در یک خسارت و در طول مدت بیمه نامه برای حساب سپرده بانکی به شماره شبا: IR.....			
حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت بیمه نامه برای کلیه حساب های سپرده بانکی			

سوالات عمومی:	سوالات عمومی و اختصاصی به ازای هر حساب سپرده
۱- آیا به سامانه پیامکی بانک افتتاح کننده حساب سپرده وصل می باشید؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>
۲- آیا گوشی تلفن همراه متعلق به متقاضی بیمه هوشمند می باشد؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>
۳- آیا متقاضی بیمه دارای سوابق اخذ این بیمه نامه در سالهای گذشته می باشد؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نام شرکت بیمه: -----
۴- آیا متقاضی بیمه دارای سوابق دریافت خسارت در سالهای گذشته می باشد؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نوع حادثه----- میزان خسارت-----
۵- آیا متقاضی بیمه اطلاعات کافی در زمینه استفاده از اینترنت و بانکداری الکترونیکی را دارد؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> (./۱)
۶- آیا بر روی گوشی تلفن همراه متعلق به متقاضی بیمه آنتی ویروس نصب شده است؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> (./۱)
۷- آیا متقاضی بیمه دارای پوشش بیمه ای مشابه می باشد؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> (./۱) سرمایه بیمه نامه:----- نام شرکت بیمه:-----
۸- آیا متقاضی بیمه برای ورود به صفحه اصلی تلفن همراه خود از رمز عبور یا اثر انگشت استفاده می نماید.	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> (./۱)
۹- آیا متقاضی بیمه برای ورود به صفحه اصلی رایانه خود از رمز عبور یا اثر انگشت استفاده می نماید.	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> (./۱)
۱۰- آیا به غیر از متقاضی بیمه، شخص دیگری امکان استفاده از تلفن همراه و رایانه متقاضی بیمه را دارد؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> (./۱)
۱۱- آیا بر روی گوشی متقاضی بیمه، برنامه شبکه های اجتماعی نصب شده است؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> (./۱)
نام شبکه های اجتماعی-----	



فرم پرسشنامه بیمه نامه وجوه الکترونیکی (پاوان)

شماره سند: FM-EN-23/02
تاریخ: / / ۱۴
پیوست:
صفحه: 2 از 2

سوالات اختصاصی:

انواع حساب های سپرده بانکی					ردیف	سوال	پاسخ
۵	۴	۳	۲	۱			
					بله	۱۲ آیا نرم افزار موبایلی متعلق به بانک افتتاح کننده حساب بر روی گوشی متقاضی	
					خیر		
					بله	۱۳ آیا امکان مسدودسازی کارت الکترونیک بانکی در نرم افزار موبایلی همراه بانک	
					خیر		
					بله	۱۴ آیا متقاضی بیمه در بستر اینترنت، خرید آنلاین انجام می دهد؟	
					خیر		

پوشش های اضافی

پوشش های اضافی مورد درخواست :

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی |

۱- عدم النفع محقق (سود بانکی از دست رفته):

۲- پوشش تامین هزینه دادرسی، وکیل و کارشناسی:

۳- پوشش هزینه فرصت از دست رفته (opportunity cost):

مدت بیمه نامه

مدت اعتبار بیمه نامه ----- سال شروع پوشش: ساعت ۲۴ روز ----- پایان پوشش: ساعت ۲۴ روز : -----

تاییدیه و رضایت نامه

اینجانب ----- تصدیق می نمایم که به پرسشهای این پیشنهاد بطور صحیح پاسخ داده و چون این فرم پیشنهاد

جزء لاینفک بیمه نامه درخواستی می باشد، بیمه گر حق دارد در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع بیمه نامه را باطل نماید.

تاریخ: ----- مهر و امضاء متقاضی بیمه: -----

نام شعبه/نماینده/کارگزاری/معرف: ----- کد: ----- تاریخ: ----- مهر و امضای واحد صدور: -----