

درخواست / پیشنهاد بیمه عمر اندوخته دار امید



متقاضی گرامی، لطفا پاسخ کلیه سئوالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری و امضا نمایید. لازم بذکر است که تکمیل این فرم درخواست، تعهدی برای شرکت بیمه کارافارین ایجاد نمی نماید، ضمناً جهت رعایت حقوق آتی استفاده کنندگان، این فرم بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی پذیرفته می شود.

کد رایانه: نام و کد شعبه: نام و کد معرف: نام و کد قرارداد جمعی: تاریخ تکمیل:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد: / / جنسیت: ☐ زن ☐ مرد ☐ متاهل ☐ مجرد ☐ شماره ملی: شماره شناسنامه: محل صدور: نام پدر: شغل اصلی: تلفن همراه: تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر (الزامی): تلفن همراه: استان: شهر: آدرس محل سکونت: آدرس محل کار: کد پستی: پست الکترونیکی:

بیمه شده

نسبت متقاضی با بیمه شده: توجه: چنانچه متقاضی و بیمه شده یک نفر باشند، نیاز به تکمیل این بخش نمی باشد.

نام و نام خانوادگی (حقیقی) / نام موسسه (حقوقی): تاریخ تولد: / / جنسیت: ☐ زن ☐ مرد ☐ متاهل ☐ مجرد ☐ شماره شناسنامه: محل صدور: نام پدر: شغل اصلی: تلفن همراه: تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر (الزامی): تلفن همراه: استان: شهر: آدرس محل سکونت: آدرس محل کار: کد پستی:

متقاضی - (حد اقل ۱۸ سال)

۱- مبلغ حق بیمه سالانه: ریال ۲- مبلغ حق بیمه یکجا: ریال ۳- مبلغ واریز متفرقه: ریال ۴- افزایش سالانه حق بیمه: ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪ ☐ ۲۵٪ ۵- نحوه پرداخت: یک قسط سالانه ☐ ۲ قسط شش ماهه ☐ ۴ قسط سه ماهه ☐ ۱۲ قسط (قرارداد جمعی) ۶- سرمایه فوت: (سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال) مبلغ: ریال (بدولدت ۸۰ سال) ۷- مدت بیمه نامه: سال (۵ تا ۳۰ سال) ۸- افزایش سالانه سرمایه: ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪

مشخصات بیمه نامه - مورد درخواست

۹- پوشش تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حادثه: بلی (یک برابر ☐ دو برابر ☐ سه برابر ☐ چهار برابر ☐) سرمایه فوت تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم ۹.۱- نقص عضو، از کارافتادگی کامل و دائم بلی (یک برابر ☐ دو برابر ☐ سه برابر ☐ چهار برابر ☐) سرمایه فوت تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم ۹.۲- هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۲۰ درصد سرمایه حادثه مایل به دریافت این خدمت نمی باشم ۹.۳- خطرات اضافی حادثه شامل: زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت، ورزش های رزمی و حرفه ای مایل به دریافت این خدمت نمی باشم ۱۰- پوشش امراض خاص - اصلی: بلی (یک برابر ☐ دو برابر ☐) سرمایه فوت تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم ۱۰.۱- بسته تکمیلی امراض خاص، بطور پیش فرض همراه با پوشش امراض خاص ارائه می شود. مایل به دریافت این خدمت نمی باشم • پوشش اصلی: ۱- انفارکتوس قلبی (سکته) ۲- سکته مغزی ۳- انواع سرطان ۴- پیوند اعضای اصلی بدن ۵- جراحی عروق کرونری ۶- قراردادن فنر در عروق کرونر (استنت) ۷- باز کردن تنگی های عروق کرونر توسط بالن ۸- جراحی دریچه های قلب ۹- قراردادن پیس میکر • بسته تکمیلی: ۱۰- بیماری های نورون های حرکتی ۱۱- نابینایی کامل ۱۲- ناشنوایی کامل ۱۳- پارکینسون ۱۴- آلزایمر و دمانس ۱۵- نارسایی حاد کلیوی/ دیالیز ۱۶- ام اس ۱۷- کما ۱۸- مننژیوم ۱۹- هپاتیت ب ۲۰- هپاتیت سی ۲۱- ایچ آی وی/ ایدز ۱۱- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه عمر سنوات آتی "بعلت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه بیمه شده. مایل به دریافت این خدمت نمی باشم

نام، نام خانوادگی / نام موسسه	نام پدر	تاریخ تولد/تایت	شماره/شناسنامه ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
در صورت حیات بیمه شده (۱۰۰٪ اندوخته یا ارزش بازخرید) بیمه گذار ☐ بیمه شده ☐ توجه: در این بیمه نامه در صورت فوت بیمه گذار، بیمه شده جانشین وی خواهد شد.						

استفاده کنندگان

توجه: جهت تسهیل فرایند پرداخت خسارت و رعایت حقوق استفاده کنندگان تا حد امکان از درج عبارت وراث قانونی خودداری فرمایید.

۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر و حادثه (بطور انفرادی) صادر شده و یا در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید. ☐ خیر ☐ بلی ۲- آیا تاکنون درخواست بیمه عمر به شرکت بیمه دیگر داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید. ☐ خیر ☐ بلی

نام شرکت بیمه	تاریخ و شماره بیمه نامه / درخواست	سرمایه فوت - ریال	توضیحات / علت عدم صدور

سوابق بیمه ای

تذکر: طبق مصوبات بیمه مرکزی در صورت عدم اطلاع بیمه گر تعهدات وی متناسب با میزان کتمان تعدیل می شود.

" بیمه شده محترم لطفا به سئوالات پزشکی زیر با دقت پاسخ دهید "

نام و نام خانوادگی: شماره ملی: سن: وزن: کیلوگرم قد: سانتی متر

۱	آیا سابقه بیماری یا اختلال جسمی، روحی یا نقص عضو و از کار افتادگی (جزئی یا کلی) دارید؟ در صورت ابتلا به هر نوع بیماری یا نقص عضو و یا اختلال در وضعیت سلامت خود یا سابقه‌ای از آنها با قید نام بیماری و تاریخ شروع آن، نام و مدت زمان داروی مصرفی، نوع درمان انجام شده، وضعیت فعلی (بیمه شده)، نام و آدرس پزشک معالج خود را ذکر فرمایید:	بلی ☐ خیر ☐
۲	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.	بلی ☐ خیر ☐
۳	آیا در شش ماهه گذشته کاهش/افزایش وزن شدید (بیش از ۱۰ کیلوگرم) داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان و علت کاهش/افزایش را ذکر فرمایید:	بلی ☐ خیر ☐
۴	آیا در بین افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزند) شخصی سابقه بیماری داشته است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نسبت فرد و نوع بیماری را ذکر فرمایید:	بلی ☐ خیر ☐
۵	آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند) زیر ۶۰ سال به علت بیماری (غیر از حادثه) فوت شده‌اند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ علت و سن زمان فوت قید گردد:	بلی ☐ خیر ☐
۶	آیا سیگار / پپ / قلیان یا هرگونه مواد دخانی مصرف می‌نمایید؟	بلی ☐ خیر ☐
۷	جهت تسهیل در فرایند پرداخت خسارت لطفا نام بیمه‌گر پایه و در صورت امکان کد شناسایی بیمه‌شده (خودتان) را اعلام فرمایید:	

تذکرات

- ۱- بانوان؛ چنانچه به هنگام تکمیل این فرم، باردار باشند "قوت ناشی از بارداری و زایمان در سال اول، از استثنائات این بیمه‌نامه بوده و از تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد."
- ۲- آقایان؛ در صورت استفاده از معافیت پزشکی از خدمت نظام وظیفه، با ذکر علت، ماده و بند تصویر کارت معافیت ارائه فرمایید:
- ۳- کودکان زیر یکسال؛ در سال اول تولد، سرمایه قوت به هر علت صرفا جهت خطرات ناشی از حادثه قابل پرداخت است.
- ۴- مصرف انواع مواد مخدر؛ در زمان وقوع خسارت، اگر مصرف انواع مواد مخدر و یا مشروبات الکلی احراز شود بیمه‌گر می‌تواند از پرداخت تمام یا بخشی از خسارت خودداری کند.

گواهی و امضا متقاضی و بیمه شده

مهم: لطفا جهت اطلاع از حقوق خود و پیشگیری از هرگونه اختلال در خدمات پس از صدور حتما نکات زیر را قبل از امضا درخواست مطالعه فرمایید:

- ۵- حق بیمه بیمه‌نامه را با کد شناسه و صرفا به حساب بانکی "۸۶۲۰۰۲۰۰۹۰" به نام شرکت بیمه کارآفرین نزد بانک ملت واریز فرمایید.
- ۶- چنانچه فرم توسط بیمه‌گذار و بیمه‌شده یا ولی/قیم وی امضا نشود، بیمه‌نامه باطل و بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.
- ۷- در صورت عدم دریافت پیامک تایید پرداخت ظرف ۴۸ ساعت، مراتب را از طریق شعب شرکت بیمه کارآفرین پیگیری فرمایید.
- ۸- در صورت پذیرش درخواست و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه کارآفرین از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه‌نامه شما معتبر است.

اینجانب/ اینجانبان به عنوان متقاضی و بیمه‌شونده، اعلام داشته و گواهی می‌کنیم:

۱. در نهایت حسن نیت، درخواست را تکمیل و اطلاع داریم که کتمان و یا اظهار خلاف واقع به موجب مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه موجب بطلان قرارداد می‌شود.
۲. در صورت انصراف از ادامه بیمه‌نامه، تعهدات بیمه‌گر صرفا محدود به ارزش باز خرید بیمه‌نامه خواهد بود و ادعایی خارج از این مبلغ نخواهیم داشت.
۳. از تعهدات خود در خصوص پرداخت حق بیمه و مسئولیت و تبعات ناشی از عدم پرداخت به موقع اقساط به حساب شرکت بیمه کارآفرین اطلاع دارم.

نام، نام خانوادگی بیمه‌شده:
تاریخ، امضا (الزامی):

نام، نام خانوادگی متقاضی:
تاریخ، امضا (الزامی):

گواهی و امضا معرف

گواهی و امضا مشاور فروش / نماینده / کارگزار:

اینجانب/ اینجانبان به عنوان مشاور فروش / نماینده / کارگزار، اعلام داشته و گواهی می‌کنیم:

۱. شخصا متقاضی بیمه‌نامه و همچنین بیمه‌شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت، صحت امضا متقاضی بیمه‌نامه و همچنین بیمه‌شده را تایید می‌نمایم.
۲. متقاضی بیمه‌نامه را از تعهدات وی در خصوص پرداخت حق بیمه و مسئولیت و تبعات ناشی از عدم پرداخت بموقع اقساط به حساب شرکت بیمه کارآفرین، مطلع نمودم.
۳. در نهایت حسن نیت درباره شرایط بیمه‌نامه، تعهدات طرفین و میزان ارزش باز خرید، اطلاعات کامل و دقیق به متقاضی ارائه شده است.
۴. در طی مدت بیمه‌نامه کلیه خدمات مورد نیاز را صرف نظر از فاصله جغرافیایی بیمه‌گذار ارائه نموده و اطلاع دارم که حقوق اینجانب در این بیمه‌نامه، منوط به رضایت مشتری می‌باشد.

نام، نام خانوادگی معرف / سرپرست فروش:
تاریخ، مهر و امضا (الزامی):

نام، نام خانوادگی مشاور فروش عمر:
تاریخ، مهر و امضا (الزامی):

غریبالگری و مدیریت ریسک

نظر پزشک

نظر پزشک مشاور معتمد: ۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است ☐ ۲- صدور با ☐ درصد اضافه نرخ پزشکی بلامانع است ۳- صدور منع پزشکی دارد ☐
(توضیح دارد در فرم لیست سیاه ثبت شود)

توضیح پزشک مشاور:

تاریخ، نام، امضا، مهر پزشک معتمد

نظر نهایی

نظر کارشناس صدور: ۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است ☐ ۲- منع صدور دارد ☐ (توضیح دارد در فرم لیست سیاه ثبت شود)
۳- با توجه به اطلاعات پرسشنامه، صدور بیمه‌نامه با مجموع کل اضافه نرخ ☐ (شرح زیر) بلامانع است.

اضافه نرخ ناشی از: ۱.۳- اضافه نرخ پزشک مشاور: ☐ ۲.۳- قد و وزن: ☐ ۳.۳- استفاده از مواد دخانی: ☐ ۴.۳- سوابق خانوادگی: ☐ ۵.۳- تجمع خطر ☐
توضیح کارشناس:

تاریخ، نام، امضا، رئیس واحد صدور / شعبه:

تاریخ، نام، امضا، مهر کارشناس صدور