

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 کارآفرین ایجاد نمی نماید، ضمنا 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: مرد زن متاهل مجرد شماره ملی: _____ شماره شناسنامه: _____ محل صدور: _____

نام پدر: _____ شغل اصلی: _____ مشاغل فرعی: _____ (لطفا از عناوین شغلی عام، نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید.)

تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر (الزامی): _____ تلفن همراه: _____ تلفن ثابت (با ذکر کد شهر): _____

استان: _____ شهر: _____ آدرس محل سکونت: _____

استان: _____ شهر: _____ آدرس محل کار: _____ کدپستی: _____ 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: مرد زن متاهل مجرد شماره شناسنامه ملی: _____ شماره شناسنامه/ثبت: _____ محل صدور: _____

نام پدر: _____ شغل اصلی: _____ مشاغل فرعی: _____ (لطفا از عناوین شغلی عام، نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید.)

تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر (الزامی): _____ تلفن همراه: _____ تلفن ثابت (با ذکر کد شهر): _____

استان: _____ شهر: _____ آدرس محل سکونت: _____ کدپستی: _____

متقاضی - (حداقل 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 (بدون تولد تا 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

پوشش های زیر بطور پیش فرض منضم به پوشش حادثه ارائه می شوند:

۹.۱- **نقص عضو، از کار افتادگی کامل و دائم** بلی (یک برابر دو برابر سه برابر چهار برابر) سرمایه فوت تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۹.۲- **هزینه پزشکی ناشی از حادثه** معادل ۲۰ درصد سرمایه حادثه

۹.۳- **خزرات اضافی حادثه شامل: زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت، ورزش های رزمی و حرفه ای**

۱۰- پوشش امراض خاص - اصلی: بلی (یک برابر دو برابر) سرمایه فوت تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۱۰.۱- **بسته تکمیلی امراض خاص، بطور پیش فرض همراه با پوشش امراض خاص ارائه می شود.**

- **پوشش اصلی:** ۱- انفارکتوس قلبی (سکته) ۲- سکته مغزی ۳- انواع سرطان ۴- پیوند اعضای اصلی بدن ۵- جراحی عروق کرونری ۶- قراردادن فنردر 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- نایبناپی کامل ۱۲- ناشنوائی 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- اچ آی وی / ایدز

۱۱- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه عمر سنوات آتی "بعلت از کار افتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه بیمه شده.

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه شده	شماره/شناسه ملی	تاریخ تولد/ثبت	نام پدر	نام، نام خانوادگی / نام موسسه
						۱
						۲
						۳
						۴

در صورت حیات بیمه شده (۱۰۰٪ اندوخته یا ارزش باز خرید) بیمه گذار بیمه شده **توجه: در این بیمه نامه در صورت فوت بیمه گذار، بیمه شده جانشین وی خواهد شد.**

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

استفاده کنندگان

- 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
- 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	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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 (بیمه‌شده)، نام و آدرس پزشک معالج خود را ذکر فرمایید:
۲	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا سابقه بستری و یا انجام عمل جراحی داشته‌اید؟ توضیح: اگر پاسخ مثبت است پرونده بستری، شرح عمل، گزارش پاتولوژی و نتیجه آن را ارائه فرمایید.
۳	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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:
۴	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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:
۵	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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:
۶	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا سیگار/ پیپ / قلیان یا هرگونه مواد دخانی مصرف می‌نمایید؟
۷		جهت تسهیل در فرآیند 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 "فوت 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 فوت به هر علت صرفاً 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 در خواست مطالعه فرمایید:

- ۵- حق بیمه بیمه‌نامه را با کد شناسه و صرفاً 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 صرفاً 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 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 پزشک

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 - تجمیع خطر توضیح کارشناس:

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

تاریخ، نام، امضا، مهر کارشناس صدور

نظر نهایی