

## فرم درخواست الحق، پوشش های طرح امید به بیمه های عمرو سرمایه گذاری

نام و نام خانوادگی بیمه گذار ..... کدیمه گذار: ..... شماره بیمه نامه: ..... تلفن همراه (الزامی): .....	نام خانوادگی بیمه گذار ..... کد پستی: ..... پلاک: ..... آدرس قانونی (الزامی) شهر: ..... بزرگراه / خیابان / کوچه ..... شغل فعلی: ..... سرمایه عمر جاری (جمع کارآفرین): ..... تلفن همراه (الزامی): .....
نام و نام خانوادگی بیمه شده اول ..... سن: ..... شغل فعلی: ..... سرمایه عمر جاری (جمع کارآفرین): ..... تلفن همراه (الزامی): .....	نام و نام خانوادگی بیمه شده دوم ..... سن: ..... شغل فعلی: ..... سرمایه عمر جاری (جمع کارآفرین): ..... تلفن همراه (الزامی): .....
نام و نام خانوادگی بیمه شده سالانه ..... ۱ قسط سالانه ..... مدت از ..... سال به ..... سال تغییر یابد.	روش پرداخت حق بیمه سالانه ..... ۲ قسط .....

دامنه تغییرات درخواستی		عنوان تغییرات	
بیمه گذار محترم، پیشنهاد میشود همه خطرات را بررسی و پوشش ها را کامل انتخاب فرمایند.			
<input type="checkbox"/> ٪۲۵	<input type="checkbox"/> ٪۲۰	<input type="checkbox"/> ۱۵%	<input type="checkbox"/> ٪۱۰
۱	قسط سالانه	۲	قسط
مدت از ..... سال به ..... سال تغییر یابد.			
<input type="checkbox"/> ٪۲۰	<input type="checkbox"/> ۱۵%	<input type="checkbox"/> ٪۱۰	<input type="checkbox"/> ٪۵
۲	برابر	۳ برابر	۱ برابر
۳	برابر	۳ برابر	۲ برابر
۴			
بیمه شده اول			
۱	افزایش سرمایه فوت به هر علت - درصد		
۲	افزایش سرمایه فوت حادثه		
۳	افزودن نقص عضوحادثی و از کارافتادگی کامل و دائم (حادثی و بیماری)		
۴	افزودن هزینه پزشکی ناشی از حادثه		
۵	خطراضایی: زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت، ورزش های رزمی حرفة ای		
۶	افزایش امراض خاص اصلی: (۹ بیماری خاص)		
۷	افزایش امراض خاص اصلی به همراه بسته تكمیلی: (۲۱ بیماری خاص)		
۸	پوشش معافیت		
۱	افزایش سرمایه فوت حادثه		
۲	افزودن نقص عضو (حادثه) و از کارافتادگی کامل و دائم (حادثه/بیماری)		
۳	افزودن هزینه پزشکی ناشی از حادثه		
۴	خطراضایی: زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت، ورزش های رزمی حرفة ای		
۵	افزایش امراض خاص اصلی: (۹ بیماری خاص)		
۶	افزایش امراض خاص اصلی به همراه بسته تكمیلی: (۲۱ بیماری خاص)		
بیمه شده دوم			
۱	بیمه شده دوم		
۲	توجه: ارائه هر پوشش و سقف سرمایه آن برای		
۳	بیمه شده دوم منوط به ارائه ابتدا به بیمه شده		
۴	اول می باشد. مگر اینکه از نظر مدیریت رسیک امکان ارائه نباشد.		

تعهدات این الحاقیه از اول سال بیمه ای بعد از صدور و بشرط وصول حق بیمه مربوطه در سرسری مقرر آغاز میشود

تا این تاریخ تغییری نسبت به زمان صدور بیمه نامه در وضعیت سلامتی جسمی و روحی اینجانب که منجر به مطالبه خسارتم داشتم گردد، ایجاد نشده است. ..... بله/ تائید می نمایم <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تغییر در وضعیت سلامتی داشتم	اظهار وضعیت سلامت بیمه شده اول:
تا این تاریخ تغییری نسبت به زمان صدور بیمه نامه در وضعیت سلامتی جسمی و روحی اینجانب که منجر به مطالبه خسارتم داشتم گردد، ایجاد نشده است. ..... بله/ تائید می نمایم <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تغییر در وضعیت سلامتی داشتم	اظهار وضعیت سلامت بیمه شده دوم:

اگر پاسخ شما در بند اظهار وضعیت سلامت خیر است، لطفاً سابقه هرگونه بیماری یا اختلال جسمی، روحی، یا نقص عضو و یا از کارافتادگی (جزئی/کلی) سابقه بستره جراحی را با قید عنوان بیماری و تاریخ شروع آن، نام و مدت زمان داروی مصرفی، نوع درمان انجام شده، وضعیت فعلی (بیمه شده) را ذکر فرمائید:

- بیمه شده اول: .....
- بیمه شده دوم: .....

اینجانب بعنوان بیمه گذار و بیمه شده ضمن پذیرش کلیه شرایط و مفاد مندرج در ظهر این الحاقیه گواهی و اعلام می دارم / میداریم :	
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 .	۱
از مسئولیت خود درخصوص تبعات عدم پرداخت بموقع اقساط به حساب بیمه کارگران اطلاع داشته و نیز اطلاع دارم که افزایش در سرمایه پوشش های هزینه های بیمه نامه را بیشتر و ارزش بازخرید بیمه نامه کاهش میدهد و در صورت درخواست به فسخ قرارداد ادعایی خارج از مبلغ ارزش بازخرید نخواهم / نخواهیم داشت.	۲
اطلاع دارم / داریم در زمان وقوع خسارت، اگر مصرف انواع مواد مخدر و یا مشروبات الکلی احرار شود بیمه گر میتواند از پرداخت تمام یا بخشی از خسارت خودداری کند.	۳

### امضاء / تاریخ بیمه شده اول

- توجه : ۱- ضروری است، حق بیمه یا اقساط با شناسنامه واریز و فقط به شماره حساب ۸۶۲۰۰۲۰۰۹۰ بیمه کارآفرین نزد بانک ملت واریزگردید. مسئولیت عدم رعایت این بند متوجه بیمه گذار میباشد.
- ۲- در قراردادهای بیمه ، مطالبه هرگونه وجهی بغير از مبالغ حق بیمه و اعلام هرگونه شماره حساب بغير از حساب تعریف شده غیرمجاز است.

## شرایط عمومی الحاقیه

۱. شرایط عمومی طرح امید در پو شش عمر، حادثی، امراض خاص، تکمیلی امراض خاص و معافیت، جایگزین شرایط عمومی فعلی میگردد که به همراه الحاقیه در ۸ صفحه، چاپ و تحویل میشود.
۲. تعهدات این الحاقیه از اول سال بیمه ای بعد از صدور و بشرط وصول حق بیمه مربوطه در سرسید مقرر آغاز میشود.
۳. **بیماریهای تحت پوشش امراض:** طبق ماده ۱ شرایط عمومی پو شش تعیی امراض خاص و بسته تکمیلی منضم به بیمه نامه عمر اندوخته دار امید بیماریهای تحت پوشش امراض عبارت است: بیماری های تحت پوشش امراض خاص (بسته عادی): 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 تو سط بالن ۸- جراحی دریچه های قلب ۹- قراردادن پیس میکر.
۴. **بیماری های تحت پوشش امراض خاص (بسته تکمیلی):** ۱۰- بیماری های نورون های حرکتی، ۱۱- نابینائی کامل، ۱۲- ناشنوائی کامل، ۱۳- پارکینسون، ۱۴- آلزایمر و دمانس، ۱۵- نارسائی حاد کلیوی / دیالیز، ۱۶- ام اس، ۱۷- کما، ۱۸- منژیت ۱۹- هپاتیت ب ۲۰- هپاتیت سی ۲۱- اج آی وی / ایدز.
۵. **دوره انتظار:** طبق ماده ۴ شرایط عمومی پو شش تعیی امراض خاص و بسته تکمیلی منضم به بیمه نامه عمر اندوخته دار امید دوره انتظار برای امراض خاص اضافه شده جدید مندرج در این الحاقیه، شش ماه پس از تاریخ شروع می باشد.
۶. **از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده:** طبق ماده ۴ شرایط عمومی پو شش تعیی حادثه منضم به بیمه نامه عمر اندوخته دار امید بیمه گر متعهد است در صورتی که بیمه شده در اثر بیماری و یا حادثه دچار از کارافتادگی کامل و دائم گردید، سرمایه تعهد شده را نقدا پرداخت نماید. شروط از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده در شرایط عمومی پیوست قید شده است.
۷. **خطرات اضافی در پو شش حادثه :** بر اساس ماده ۱۱ فصل چهارم آیین نامه شماره ۸۴ شورایعالی بیمه، خطرات ناشی از زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت و ورزش های رزمی و حرفه ای صرفا در صورت اخذ بسته خطرات اضافی در پوشش حادثه و پرداخت حق بیمه اضافی در تعهد بیمه گر است.
۸. **استثنای پو شش هزینه پزشکی :** طبق بند ۲ شرایط خصوصی پو شش تعیی حادثه بیمه نامه اندوخته دار امید، انواع هزینه های سرپایی در مطب، هزینه های جراحی و درمانی مربوط به رباط جانی و صلبی، پارگی مینیسک، شکستگی دندان، انواع دیسک و جراحی فتق در تعهد بیمه گر نخواهد بود.
۹. **دوره انتظار:** دوره انتظار برای "پوشش هزینه پزشکی" اضافه شده در این الحاقیه، سی روز پس از تاریخ شروع می باشد.
۱۰. **کشف کتمان کم اهمیت:** طبق بند ج ماده ۱۳ شرایط عمومی در صورت کشف کتمان کم اهمیت در بیمه نامه هایی که زمان سپری شده از مدت آن بیش از ده سال بوده ولی کلیه حق بیمه های آن بطور منظم پرداخت شده است، بیمه گر منعی برای ایفای تعهدات در زمان خسارت و یا تداوم بیمه نامه با نرخ جاری ندارد.

### درخواست درمان تکمیلی و پذیره بیمه گذاران عمرو سرمایه گذاری

اینجانب ..... بعنوان بیمه گذار بیمه نامه (معتبر / جاری) عمرو سرمایه گذاری فوق درخواست خرید **بسته درمان تکمیلی خانواده** را با شرایط و پذیره مربوط به بیمه گذاران عمرو سرمایه گذاری جهت خودو افراد تحت تکفل خانواده دارم. خواهشمند است نسبت به صدور بیمه نامه و تحویل اسناد آن اقدام فرمایند.

امضاء / تاریخ - بیمه گذار

#### اینجانب / اینجانب بعنوان نماینده / کارگزار / مشاور فروش گواهی و اعلام می دارم / میداریم :

۱. شخصاً متقارض بیمه نامه و نیز بیمه شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت صحت امضاء آنان را تائید میکنم. ۲- متقارض بیمه را از تعهدات وی در خصوص پرداخت حق بیمه و مسئولیت ناشی از عدم پرداخت بموقع اقساط مطلع نمودم. ۳- با حسن نیت تمام درباره شرایط بیمه نامه تعهدات طرفین و میزان ارزش باز خرید اطلاعات کامل و دقیق به وی ارائه نمودم.

مهر و امضاء / تاریخ - معرف / سرپرست مشاور

مهر و امضاء / تاریخ امضاء مشاور

### غربالگری و مدیریت ریسک

<p>۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است <input type="checkbox"/> ۲- منع صدور پزشکی دارد <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>مهر و امضاء / تاریخ - پزشک معتمد</p>	<p>بیمه شده اول</p>
<p>۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است <input type="checkbox"/> ۲- منع صدور پزشکی دارد <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>مهر و امضاء / تاریخ - پزشک معتمد</p>	<p>بیمه شده دوم</p>

### کارشناسی صدور الحاقیه

<p>۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است <input type="checkbox"/> ۲- منع صدور پزشکی دارد <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>امضاء / تاریخ کارشناس صدور الحاقیه</p>	<p>بیمه شده اول</p>
<p>۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است <input type="checkbox"/> ۲- منع صدور پزشکی دارد <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>امضاء / تاریخ کارشناس صدور الحاقیه</p>	<p>بیمه شده دوم</p>