

متقاضی گرامی، از آنجاییکه بیمه نامه بر اساس مندرجات این فرم صادر می گردد، خواهشمند است پاسخ کلیه سؤالات را بطور کامل و صحیح و همچنین بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی درج فرمایید. تکمیل این فرم تا قبل از صدور بیمه نامه، تعهدی برای شرکت بیمه کارآفرین ایجاد نمی نماید.

کد رایانه پیشنهاد:	نام و کد معرف:	نام و کد قرارداد جمعی:	تاریخ تکمیل فرم:
نام و نام خانوادگی (حقیقی)/ نام موسسه (حقوقی):	محل صدور:	تاریخ تولد: / /	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> نام پدر:
کد/شناسه ملی:	مشخصات تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر:	شماره شناسنامه/ثبت:	شغل اصلی (لطفاً از عناوین شغلی عام نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید):
تلفن همراه:	استان:	تلفن ثابت (با ذکر کد شهر)/ تلفن همراه دوم:	کد پستی:
شهر:	استان:	آدرس محل سکونت:	پست الکترونیک:
شهر:	استان:	آدرس محل کار:	
مشخصات حساب بانکی جهت دریافت مبالغ بازنشستگی (توجه: مبالغ بازنشستگی به بیمه شده پرداخت می گردد لذا چنانچه شخص متقاضی همان بیمه شده می باشد، اطلاعات حساب تکمیل گردد):	نام بانک و کد شعبه:	شماره حساب:	شماره شبا: <input style="width: 100px;" type="text"/>

مشخصات متقاضی
(حداقل ۱۸ سال)

نسبت بیمه شده با متقاضی:	نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد: / /	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> نام پدر:
کد ملی:	مشخصات تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر:	شماره شناسنامه:	شغل اصلی (لطفاً از عناوین شغلی عام نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید):
تلفن همراه:	استان:	تلفن ثابت (با ذکر کد شهر)/ تلفن همراه دوم:	کد پستی:
شهر:	استان:	آدرس محل سکونت:	پست الکترونیک:
شهر:	استان:	آدرس محل کار:	
مشخصات حساب بانکی جهت دریافت مبالغ بازنشستگی:	نام بانک و کد شعبه:	شماره حساب:	شماره شبا: <input style="width: 100px;" type="text"/>

مشخصات بیمه شده
(بدو تولد ۵۰ سال)

۱. نحوه پرداخت حق بیمه:

یک قسط سالانه ۲ قسط شش ماهه ۴ قسط سه ماهه ۱۲ قسط ماهانه

* مبلغ حق بیمه سالانه (حداقل ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال): ریال با افزایش سالانه ۱۰٪

* سرمایه فوت به هر علت معادل ریال با افزایش سالانه ۵٪ حداکثر ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (تا ۶۰ سالگی)

۲. مبلغ آورده اولیه (اختیاری): ریال (پرداخت وجه مزاد بر حق بیمه به دلخواه بیمه گزار و صرفاً یکبار در بدو صدور)

۳. مدت پرداخت حق بیمه: سال (حداقل ۱۰ سال مستمر و با رعایت مجموع سن و مدت، حداکثر ۶۰ سال)

۴. سن شروع دریافت مبلغ بازنشستگی: از سالگی (از ۵۰ تا ۶۰ سالگی با لحاظ پرداخت حداقل ۱۰ سال حق بیمه مستمر)

۵. مدت دریافت مبلغ بازنشستگی **مادام العمر** با افزایش سالانه ۱۰٪ (با ده سال دوره تضمین)

۶. پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه عمر سنوات آتی به علت فوت و یا از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری و یا حادثه **بیمه گذار** (مدت پوشش: ده سال اول از دوره پرداخت حق بیمه). بلی خیر

مشخصات بیمه نامه - مورد درخواست

نام خانوادگی/نام موسسه	نام پدر	تاریخ تولد/ثبت	کد/شناسه ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهیم	اولویت	شماره حساب	شماره شبا
۱								
۲								
۳								
۴								

در صورت فوت بیمه شده در دوره انباشت حق بیمه و دوره تضمین

۱. اختیار با خرید بیمه نامه (معادل ۱۰۰ درصد ارزش با خرید) در دوره انباشت حق بیمه با بیمه گذار و در دوره تضمین با بیمه شده می باشد.

۲. در صورت فوت بیمه گذار، بیمه شده جانشین وی خواهد شد.

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

استفاده کنندگان

۱. آیا در حال حاضر بیمه عمر (بطور انفرادی) صادر شده و یا در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید. بلی خیر

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. بلی خیر

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

سوابق بیمه ای بیمه شده

"لطفاً به سؤالات پزشکی زیر با دقت پاسخ دهید"

بیمه گذار سن: - وزن: کیلوگرم - قد: سانتی متر

بیمه شده سن: - وزن: کیلوگرم - قد: سانتی متر

۱	آیا در حال حاضر و یا سابقه بیماری، اختلال جسمی، روحی و یا نقص عضو و از کارافتادگی (جزئی و یا کلی) دارید؟ در صورت ابتلا به هر نوع بیماری، نقص عضو و یا اختلال در وضعیت سلامت خود، سابقه ای از آنها را با قید نام بیماری و تاریخ شروع آن، نام و مدت زمان داروی مصرفی، نوع درمان انجام شده و وضعیت فعلی، نام و آدرس پزشک معالج خود را ذکر فرمایید.	بیمه گذار: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیمه شده: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
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.	بیمه گذار: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیمه شده: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا در بین افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزند) شخصی سابقه انواع بیماری های قلبی یا انواع سرطان ها را داشته و یا زیر ۶۰ سال به دلیل ابتلا به همین بیماری ها (غیر از حادثه) فوت شده اند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نسبت فرد، نوع بیماری، علت و سن زمان فوت را ذکر فرمایید.	بیمه گذار: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیمه شده: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	جهت تسهیل در فرآیند بررسی خسارت احتمالی، لطفاً نام بیمه گریه و در صورت امکان کد شناسایی بیمه شده (خودتان) را اعلام فرمایید.	بیمه گذار: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیمه شده: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

تذکرات

۱. آقایان: در صورت استفاده از معافیت پزشکی از خدمت نظام وظیفه، با ذکر علت، ماده و بند، تصویر کارت معافیت را ارائه فرمایید.
بیمه گذار: بیمه شده:

۲. کودکان زیر یکسال: در سال اول تولد، سرمایه فوت به هر علت صرفاً جهت خطرات ناشی از حادثه قابل پرداخت است.

مهم: لطفاً جهت اطلاع از حقوق خود و پیشگیری از هرگونه اختلال در خدمات پس از صدور حتماً نکات زیر را قبل از امضا در خواست مطالعه فرمایید.

۱. حق بیمه بیمه نامه را صرفاً به حساب بانکی ۹۸۴۴۵۰۳۴۸۲ به نام شرکت بیمه کار آفرین نزد بانک ملت واریز فرمایید.
۲. در صورت عدم دریافت پیامک باید پرداخت ظرف ۴۸ ساعت، مراتب را از طریق شعب شرکت بیمه کار آفرین پیگیری فرمایید.
۳. در صورت پذیرش درخواست و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه کار آفرین از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه نامه شما معتبر است.

اینجناب/اینجنابان به عنوان متقاضی و بیمه شده، اعلام داشته و گواهی می نمایم:

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 می شود.
۲. در صورت انصراف از ادامه بیمه نامه در دوره انباشت حق بیمه و یا دوره تضمین، تعهدات بیمه گر صرفاً محدود به ارزش باز خرید بیمه نامه 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 کار آفرین اطلاع دارم.

نام، نام خانوادگی متقاضی: نام، نام خانوادگی بیمه شده:
تاریخ امضا: تاریخ امضا:

اینجناب/اینجنابان به عنوان مشاور فروش/نماینده / کارگزار اعلام داشته و گواهی می نمایم:

در نهایت حسن نیت، درباره شرایط بیمه نامه، تعهدات طرفین و میزان ارزش باز خرید، اطلاعات کامل و دقیقی به متقاضی ارائه شده است.

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

"غربالگری و مدیریت ریسک"

۱. صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است. ۲. صدور منع پزشکی دارد. (توضیح دارد در فرم لیست سیاه ثبت شود)

۳. صدور با درصد اضافه نرخ پزشکی برای بیمه گذار و با درصد اضافه نرخ پزشکی برای بیمه شده بلامانع است.

توضیح پزشک مشاور: _____

نام، نام خانوادگی پزشک معتمد: _____
تاریخ، مهر، امضا (الزامی): _____

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 بیمه نامه با مجموع کل اضافه نرخ درصد برای بیمه گذار و مجموع کل اضافه نرخ درصد برای بیمه شده (به شرح زیر) بلامانع است.

اضافه نرخ بیمه گذار ناشی از: ۳.۱. اضافه نرخ پزشک مشاور ۳.۲. قد و وزن ۳.۳. سوابق خانوادگی ۳.۴. تجمع خطر

اضافه نرخ بیمه شده ناشی از: ۳.۱. اضافه نرخ پزشک مشاور ۳.۲. قد و وزن ۳.۳. سوابق خانوادگی ۳.۴. تجمع خطر

نام، نام خانوادگی کارشناس صدور: نام، نام خانوادگی رئیس واحد صدور / شعبه:
تاریخ، امضا (الزامی): تاریخ، مهر، امضا (الزامی):