

شرکت بیمه کارآفرین  
مستند سازی خسارت

۱۳۹۸



شعبه سرپرستی : تهران مرکز

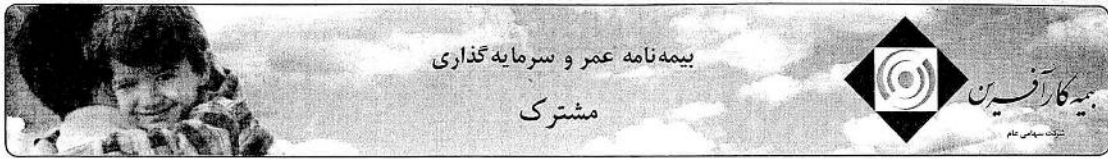
نوع بیمه نامه : عمر و سرمایه گذاری

شماره بیمه نامه : ۶۲۱/۱/۲۵۴۳/۹۳/۱۰۳۸۱

مبلغ حق بیمه پرداخت شده : ۷۵,۹۵۷,۸۲۰ ریال

عامل خسارت : سانحه رانندگی

مبلغ خسارت پرداخت شده : ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال



شماره ۳۷۳۸۰

بیمه گذار: سرکار خانم [نام پنهان] کد ملی: ۱۸۸۰۱۰۷		نام پدر: [نام پنهان]		شماره شناسنامه/کد ملی: [شماره پنهان]	
آدرس: [آدرس پنهان]		شماره تلفن همراه: [شماره پنهان]			
بیمه شده اول: سرکار خانم [نام پنهان] کد ملی: ۱۸۸۰۱۰۷		بیمه شده دوم: جناب آقای [نام پنهان] کد ملی: ۴۱۰۹۷۹۴۵			
تاریخ تولد: ۱۳۵۸/۰۹/۰۱		تاریخ تولد: ۱۳۵۲/۰۶/۰۳			
شماره شناسنامه/کد ملی: [شماره پنهان]		شماره شناسنامه/کد ملی: [شماره پنهان]			
نام پدر: [نام پنهان]		نام پدر: [نام پنهان]			
تاریخ پیشنهاد: ۱۳۹۳/۰۷/۳۰		شروع تعهد بیمه گر: ساعت ۲۴ روز ۱۳۹۳/۰۹/۰۴		پایان تعهد بیمه گر: ساعت ۲۴ روز ۱۴۲۳/۰۹/۰۴	
تاریخ صدور: ۱۳۹۳/۰۹/۰۴		شماره بیمه نامه: ۶۲۱/۱/۲۵۴۳/۳۲/۱۰۳۸۱		مدت بیمه: ۳۰ سال	
سرمایه فوت بیمه عمر: (به حروف)	بیمه شده اول: دویست و پنجاه میلیون	به عدد: ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	ریال ضریب تعدیل سالانه سرمایه: ۰ درصد		
	بیمه شده دوم: دویست و پنجاه میلیون	به عدد: ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	ریال ضریب تعدیل سالانه حق بیمه: ۵ درصد		
	بیمه شده اول: هفتاد و پنج میلیون	به عدد: ۷۵,۰۰۰,۰۰۰	شعبه: تهران مرکز کد ۱		
	بیمه شده دوم: هفتاد و پنج میلیون	به عدد: ۷۵,۰۰۰,۰۰۰	کد نمایندگی: علی کریمی کد ۲۵۴۳		
سرمایه فوت به علت حادثه (به حروف)	بیمه شده اول: هفتصد و پنجاه میلیون	به عدد: ۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	ریال روش پرداخت حق بیمه: سالانه		
	بیمه شده دوم: هفتصد و پنجاه میلیون	به عدد: ۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	ریال تقاضم نامه:		

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه شده	سهم استفاده کننده
۱	[نام پنهان]	[کد ملی پنهان]	دختر	۱۰۰ %
۱	[نام پنهان]	[کد ملی پنهان]	همسر	۱۰۰ %
۲	[نام پنهان]	[کد ملی پنهان]	دختر	۱۰۰ %

حق بیمه	حق بیمه سالانه	حق بیمه تکمیلی فوت به علت حادثه	حق بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه	حق بیمه تکمیلی بیماریهای تحت پوشش	حق بیمه سالانه
به عدد:	ده میلیون	یک میلیون و دویست هزار	دویست هزار	چهارصد و پنجاه و سه هزار و هفتصد و پنجاه	پانزده میلیون و هشتصد و پنجاه و سه هزار و هفتصد و پنجاه
ریال	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۴۵۳,۷۵۰	۱۱,۸۵۳,۷۵۰

**تذکرات بیمه گر**

- معاف بودن بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت یا از کار افتادگی دائم و کامل بیمه شده اول در طول مدت اعتبار بیمه نامه، از کار افتادگی دائم و کامل بیمه شده اول می بایست توسط پزشک معتمد بیمه گر با پزشکی قانونی مورد تایید قرار گیرد.
- در صورت ابتلای هر یک از بیمه شدگان به یکی از بیماریهای مزمن مندرج در شرایط عمومی پوشش بیماریهای تحت پوشش ضمیمه بیمه نامه، سرمایه بیمه بیماریهای تحت پوشش وی پرداخت می گردد. همچنین این پوشش برای بیمه شده خسارت دیده قطع خواهد شد.
- در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر، میزان مشارکت در مرده ساسیل از سرمایه گذاری به نسبت مدت تا قبل تقابل خواهد پانت.
- حق استفاده از سرمایه بیمه نامه تنها متعلق به ذینفع یا ذینفعین در قید حیات در زمان فوت بیمه شده و با رعایت ترتیب مقرر در بیمه نامه می باشد و به وراثت ذینفعی که قبل از بیمه شده فوت نموده است، تعلق نخواهد گرفت.

لطفا مفاد بیمه نامه و ضمایم آن را بررسی و در صورت مشاهده هر گونه مغایرت با پیش نویس مراتب را حداکثر ظرف مدت ۲۰ روز از تاریخ صدور بیمه نامه اعلام فرمایید.

نسخه اول بیمه گذار

دفتر مرکزی: تهران، میدان آرژانتین، خیابان احمد قصبی (بخارست)، خیابان هفدهم (شقق)، شماره ۵. تلفن: ۲۲۵۴۳۰۰ - ۲۲۵۹۴

در استعدادهای خود؛ مستندسازی خدمات بیمه کارآفرین



شهرداری اصفهان		تاریخ سند ۱۳۹۴/۱۲/۲۷
سند مجوز دفن		شماره سند ۹۴-۰۶۷۹۵
کد اقتصادی:	شناسه ملی:	شماره تلفن / نمابر
آدرس:		کد پستی:
<b>مقتضای</b>		
نام مقتضای:		کد ملی:
آدرس:		تلفن:
طبقه	شماره	ردیف
بلوک	قطعه	
<b>مشخصات متوفی</b>		
نام:		شماره شناسنامه:
نام خانوادگی:		کد ملی:
نام پدر:		تاریخ تولد: ۱۳۵۲/۰۶/۰۳
جنسیت: مرد		سن متوفی: ۴۲ سال و ۷ ماه
<b>گواهی فوت</b>		
علت فوت: سایر مرگهای ناشی از تاثیر نیروهای بیجان و مکانیکی که نام آنها در این فهرست ثبت		
تاریخ فوت: ۱۳۹۴/۱۲/۲۶		تاریخ گواهی فوت: ۱۳۹۴/۱۲/۲۶
محل فوت: اصفهان - سایر		شماره گواهی فوت: ۲۸۹۸
صادر کننده گواهی: پزشکی قانونی دکتر ترابی		
<b>توضیحات</b>		
<p>* شهروند گرامی لطفا جهت مراحل تهیه و طراحی سنگ مزار ساعت روز به دفتر مربوطه واقع در ورودی شمالی (از سمت جی) سازمان، مجموعه خدماتی رفاهی ثامن الائمه (ع) مراجعه فرمائید.</p> <p>۱- باتوجه به اینکه در هنگام دفن قبور کناری قرنیز دچار شکستگی می شود لذا خرید و از نصب قرنیز خودداری نمائید در غیر این صورت سازمان در قبال قرنیز نصب شده مسئولیتی ندارد.</p>		
قابل پرداخت: ۱,۳۰۸,۰۰۰ ریال		
تاییدیه مقتضای		کارتخوان بانک شهر به شماره فیش ۱۲۲۳
تاریخ و زمان تنظیم ۱۰:۲۵ ۱۳۹۴/۱۲/۲۷		تاریخ و زمان چاپ ۱۰:۲۶ ۱۳۹۴/۱۲/۲۷
اقدام کنند: سید مجتبی نریمانی		



شرکت بیمه کارآفرین

**تاییدیه خسارت عمر انفرادی**

واحد صدور: تهران مرکز کد ۱

شماره حواله: ۲۲۳۴۰

شماره پرونده خسارت: ۲۰۹۹۸

تاریخ: ۱۳۹۵/۰۱/۲۶

شماره بیمه نامه: ۱۰۳۸۱

قابل پرداخت

بابت خسارت

معرف: علی کریمی کد ۲۵۴۳

بیمه شده: کد ۱۸۸۰۱۰۷

بیمه گذار: سرکار خانم کد ۱۸۸۰۱۰۷

مبلغ خسارت: ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال نوع خسارت: فوت تاریخ خسارت: ۱۳۹۴/۱۲/۲۶

گیرندگان خسارت:

ردیف	نسبت گیرنده غرامت	نام گیرنده غرامت	مبلغ قابل پرداخت
۱	همسر	خانم [REDACTED]	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰

جمع مبلغ قابل پرداخت: ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

واحد پرداخت خسارت

تهران مرکز کد ۱



*[Handwritten signature and stamp]*