

شرکت بیمه کارآفرین

مستند سازی خسارت



شعبه سرپرستی: گرگان

نوع بیمه نامه: عمر و سرمایه گذاری

شماره بیمه نامه: ۶۲۱/۲۱/۲۰۹۲/۹۸/۱۴۶۰

مبلغ حق بیمه پرداخت شده: ۷۶,۷۴۰,۰۰۰ ریال

عامل خسارت: امراض خاص

مبلغ خسارت پرداخت شده: ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

زمان رسیدگی و پرداخت خسارت: ۱۵ روز

دفتر مرکزی: تهران، خیابان ولیعصر
 تهران، خیابان ولیعصر، پلاک ۱۹، طبقه ۱۹
 تلفن: ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸



بیمه نامه عمر اندوخته دار امید

این بیمه نامه طبق درخواست شماره ۳۵۰۱۶ مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۰۳ بیمه گذار و فرامین و مقررات بیمه کارآفرین در شرایط عادی و به صورت مستمر صادر گردید.

شماره بیمه نامه: ۳۳۸۱۱۳۲۰۰۱۹۱۹۸۱۳۳۰	شرح صیقل: ۱۳۹۸/۱۱/۲۲	بیمه نامه صادره: ۲۱ اردیبهشت ۱۳۹۸
تاریخ شروع بیمه: ۰۹ دی ۱۳۹۷	تاریخ شروع: ۲۲ دی ۱۳۹۷	نام تقدیم کننده (بیمه نامه): وحید ریاضی که ۱۳۹۷
تاریخ انقضاء بیمه: ۲۴ دی ۱۳۹۸	تاریخ انقضاء: ۲۴ دی ۱۳۹۸	نام بیمه گذار (بیمه نامه): کرگان که ۲۱
تاریخ انقضاء: ۲۴ دی ۱۳۹۸	تاریخ انقضاء: ۲۴ دی ۱۳۹۸	نام تقدیم کننده (بیمه نامه): کرگان که ۲۱
تاریخ انقضاء: ۲۴ دی ۱۳۹۸		تاریخ انقضاء: ۲۴ دی ۱۳۹۸

بیمه گذار	بیمه شده
نام و نام خانوادگی: [نام]، حساب ملی: [شماره]	نام و نام خانوادگی: [نام]، حساب ملی: [شماره]
تاریخ تولد: [تاریخ]	تاریخ تولد: [تاریخ]
نام پدر: [نام]	نام پدر: [نام]
آدرس: [آدرس]	آدرس: [آدرس]
کد پستی: [کد]	کد پستی: [کد]

تعهدات	سرمایه (سال اول) - ریال	حق بیمه (سال اول) - ریال
۱. پوشش فوت به هر علت	۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲. پوشش فوت به علت حادثه	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳. پوشش همتای حادثه و کارمندان	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴. پوشش هزینه پزشکی و ترساکه	۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵. نظارت اصلی شامل: زودای، میان، استراحت، موبایلیت، و سایر موارد زیر و جراحی	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	نایه
۶. پوشش امراض خاص	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	نایه
۷. بیمه تکمیلی امراض خاص	۲,۶۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۸. پوشش مراقبت از پرزدهن حق بیمه به علت ازکارافتادگی بیمه شده	۲,۶۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰

استاندارد کشمکش (دیکشن)	نام و نام خانوادگی	شماره اید ملی	نسبت و یا بیمه شده	مقدار سهم	نوعیت
بر ضرورت فوت بیمه شده	[نام]	[شماره]	همسر	۵۰	اولویت ۱
بر صورت حیات بیمه شده (ارزانش)	[نام]	[شماره]	همسر	۵۰	اولویت ۱
	[نام]	[شماره]	بیمه گذار	۱۰۰	

مستحقات واریز فقط اول حق بیمه مبلغ ریال می باشد. ...
 شماره حساب: ۳۳۸۱۱۳۲۰۰۱۹۱۹۸۱۳۳۰ شرکت بیمه کارآفرین بازنه گریه و ضمانت بیمه شده است.

شماره نامه بیمه: ۳۳۸۱۱۳۲۰۰۱۹۱۹۸۱۳۳۰ حساب بانکی بیمه کارآفرین: ۳۳۸۱۱۳۲۰۰۱۹۱۹۸۱۳۳۰ شماره کارت اعتباری: ۶۰۱۲-۳۳۸۱۳۲۰۰۱۹۱۹۸۱۳۳۰

صالحات و مستندات بیمه نامه به شرح زیر می باشد:

<input checked="" type="checkbox"/>	ارائه صورت بیمه تکمیلی	<input checked="" type="checkbox"/>	جدول برآورد ریز تعهدات بیمه گذار و بیمه گر
<input checked="" type="checkbox"/>	تاریخ پوشش فوت به هر علت، کارمندان، کارمندان، پوشش	<input type="checkbox"/>	گزارش ارزش باربر به مدیر عامل، اول آورش - سالانه
<input checked="" type="checkbox"/>	تاریخ پوشش تعهدات از پرداخت حق بیمه		
<input checked="" type="checkbox"/>	ارائه پوشش امراض خاص و بیمه تکمیلی		

این بیمه نامه ۲۵ تاریخ صدور بیمه نامه است. از صورتنامه بیمه گذار سیرت به سن و مفاد بیمه نامه هر یک از اعضای خانواده صادره می باشد. از و یا اعضای خانواده بیمه شده باشد. از تاریخ پس از دریافت بیمه نامه و با تعاقب هر خود را خط نامه اعلام نماید. از هر تصور. بیمه نامه و یا تعاقب صادره به سن اول بیمه گذار باقی می ماند.
 ۲. طبق ماده ۱۷ شرایط عمومی بیمه نامه، از صورتنامه صدور بیمه نامه در حالت عادی. جهت احتراز از بروز هرگونه اختلاف. بیمه نامه که می شود و از تاریخ بازپرداخت و ادوخته بیمه نامه به مقصد نام بردار نامش گواهی خواهد یافت.

شرکت بیمه کارآفرین
 تهران، خیابان ولیعصر، پلاک ۱۹، طبقه ۱۹
 تلفن: ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸

این بیمه نامه با شرایط و مقررات صادره منتشر می باشد.
 رهنش شخصاً واقع صدور بیمه نامه -
 کارآفرین: ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸

نشانی دفتر: ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸

جهت دسترسی بیشتر این بیمه نامه می توانید از طریق لینک QR Code در این بیمه نامه
 برای درج این بیمه نامه و دریافت اطلاعات بیشتر می توانید از طریق حساب کاربری کارآفرین
<https://life.karafarin.insurance.ir>



رسید دریافت خسارت

به این وسیله اینجانب [Redacted] فرزند محمد دارنده کد ملی به شماره [Redacted] به نشانی: [Redacted] بعد الحضور تایید و تصدیق میدارم حسب توافق صورت پذیرفته با شرکت بیمه کارآفرین مقرر گردید چنانچه شرکت مذکور مبلغ ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال را از بابت تسویه خسارت امراض خاص تکمیلی، مربوط به بیمه نامه به شماره ۶۲۱/۲۱/۲۰۹۲/۹۸/۱۴۶۰ را به حساب شماره [Redacted] نزد بانک [Redacted] شعبه به نام [Redacted]

شماره شبا: [Redacted]

نام و نام خانوادگی: [Redacted]

شماره شناسنامه: ۱۳۵۵۲

شماره کد ملی: [Redacted]

تاریخ تولد: [Redacted]

محل تولد: [Redacted]

شماره ثابت و همراه: [Redacted]

نشانی: [Redacted]


امضاء و تاریخ
۱۹/۹/۱

درج شماره کارت به جای شماره حساب مورد قبول نمی باشد و به درخواست هایی که به جای

شماره حساب، شماره کارت درج گردیده است ترتیب اثر داده نخواهد شد.

• ارائه موارد فوق الزامی بوده، بدیهی است به درخواست های ناقص ترتیب اثر داده نخواهد

شد.

• کپی کارت ملی الزامی است.



بیمه کارآفرین

فرم اظهار نظر پزشک معالج (فرم شماره ۲)

مدیریت / ریاست محترم

همکار محترم سرکار خانم دکتر اجناب آقای دکتر سید علی

با سلام و احترام

نظر به بررسی پرونده خسارت مربوط به بیمه عمر جنم/ آقای [Redacted] به شماره ملی [Redacted] در شرکت بیمه کارآفرین، خواهشمند است سوالات زیر تا حد امکان بدون قلم خوردگی پاسخ داده شود.

(Handwritten signature and stamp)

با تشکر
دکتر ایرج اسماعیلی
پزشک مشاور شرکت بیمه کارآفرین

- ۱) نام بیماری و شرح ابتلا:
- ۲) تاریخ شروع بیماری:
- ۳) تاریخ اولین و آخرین مراجعه بیمار:
- ۴) تاریخ تشخیص و درمان اولیه بیماری:
- ۵) شرح اقدامات درمانی و نتیجه انجام آنها:
- ۶) آیا درمان بیمار خاتمه یافته است یا خیر؟
- ۷) آیا بیمار برای انجام اقدامات دیگر پزشکی به مراکز دیگر معرفی شده اند؟ لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ نام آن مراکز ذکر گردد؟
- ۸) پیش آگهی بیماری را چگونه ارزیابی می نمایند؟

در موارد سگنه قلبی	9- Depend on your diagnosis is this case a Myocardial infarction or not?
در موارد سرطان	10- Due to pathology report is this case malignant or in situ or benign?

نام و نام خانوادگی پزشک معالج
دکتر سید علی اجناب
تلفن همراه: ۰۲۱-۱۱۱۱۱۱۱۱
شماره: ۰۲۱-۱۱۱۱۱۱۱۱
۹۹۷۷۲۴