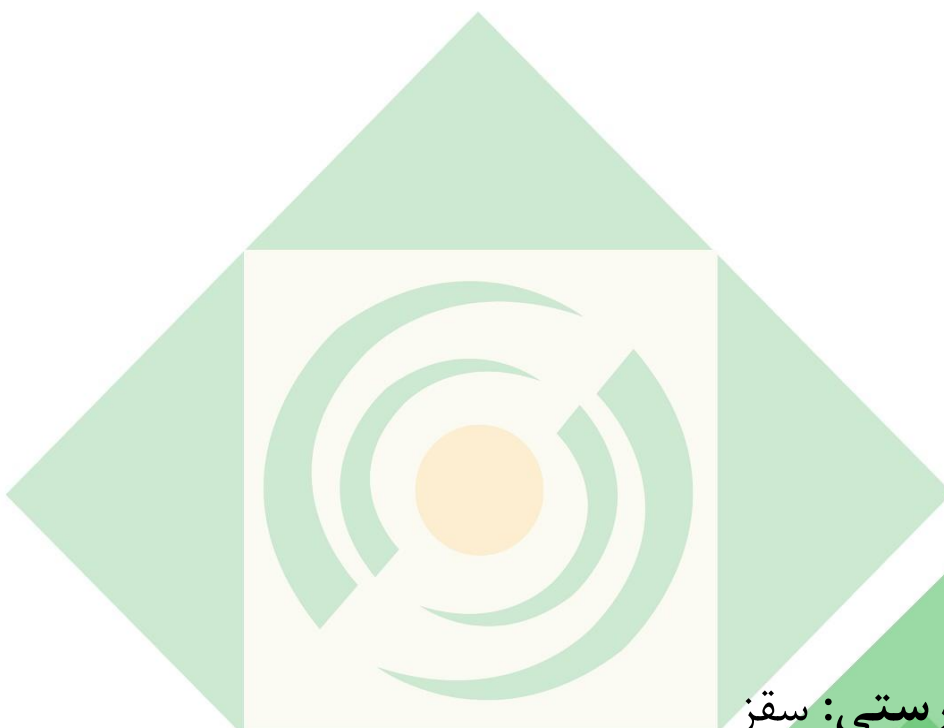


# شرکت بیمه کارآفرین

## مستند سازی خسارت

۱۳۹۹



شعبه سرپرستی: سقز

نوع بیمه نامه: عمر و سرمایه گذاری اندوخته دار امید

شماره بیمه نامه: ۶۲۱/۱۴۴۸/۱۴۴۸/۹۸/۲۱۵

مبلغ حق بیمه پرداخت شده: ۵۸,۶۳۷,۵۰۰ ریال

عامل خسارت: فوت بر اثر حادثه ترافیکی

مبلغ خسارت پرداخت شده: ۳,۷۸۲,۴۸۱,۴۶۳ ریال

زمان رسیدگی و پرداخت خسارت: ۲۷ روز



دفتر مرکزی: تهران، میدان آرژانتین  
 خیابان بخارست، خیابان ۱۷، شماره ۵  
 ۴۲۵۹۴ | ۴۲۵۹۳۰۰۰

## بیمه نامه عمر اندوخته دار امید



این بیمه نامه طبق درخواست شماره ۳۵۲۸۲ مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۱۹ بیمه گذار و قوانین و مقررات بیمه ای کشور و شرایط عمومی مندرج در ظهر آن و ضمایم پیوست صادر گردید.

شماره ۱۱۸۶۷۱

شماره بیمه نامه: ۶۲۱/۱۴۴۸/۱۴۴۸/۹۸/۲۱۵	تاریخ صدور: ۱۳۹۸/۱۱/۲۱	شعبه/ واحد صدور: پروین محمدی کد ۱۴۴۸
کد رایانه بیمه نامه: ۷۴۶۵۸۶۴	تاریخ شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ روز ۱۳۹۸/۱۱/۲۱	نام / کد نماینده فروش (معرف): پروین محمدی کد ۱۴۴۸
قرارداد:	تاریخ انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ روز ۱۴۲۸/۱۱/۲۱	نام / کد نمایندگی / کارگزار (سرپرست): سقز کد ۵۷
شناسه ثابت بیمه نامه (حق بیمه): ۲۹۸۰۰۰۰۱۶۷۹۵۶۶۱۹۳	مدت بیمه: ۳۰ سال	نام / کد مشاور (بازاریاب):

بیمه گذار	بیمه شده
نام و نام خانوادگی: کد ملی / شناسه ملی: نام پدر: آدرس: کد پستی: تلفن همراه:	نام و نام خانوادگی: کد ملی / شناسه ملی: نام پدر: آدرس: کد پستی: تلفن همراه:
۷۱۱۰۶۷۱	۷۱۱۰۶۷۱
تاریخ تولد:	تاریخ تولد:
علی	علی
آدرس: بانه بلوار هجین کوچه درنا ۹	آدرس: بانه بلوار هجین کوچه درنا ۹
کد پستی: ۶۶۹۱۹۳۶۹۳۴	کد پستی: ۶۶۹۱۹۳۶۹۳۴
تلفن همراه:	تلفن همراه:

تعمدات	سرمایه (سال اول) - ریال	حق بیمه (سال اول) - ریال
۱ پوشش فوت به هر علت	۱,۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۲ پوشش فوت بر اثر حادثه	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰
۳ پوشش نقض عضو حادثه و ازکارافتادگی	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰
۴ پوشش هزینه پزشکی بر اثر حادثه	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
۵ خطرات اضافی حادثه: زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت، ورزش های رزمی و حرفه ای	دارد	دارد
۶ پوشش امراض خاص	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۶۸۷,۵۰۰
۷ بسته تکمیلی امراض خاص	دارد	دارد
۸ پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه به علت ازکارافتادگی بیمه شده	۱,۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰
جمع حق بیمه با لحاظ مالیات ارزش افزوده و عوارض (سال اول)		۵۸,۶۳۷,۵۰۰

استفاده کنندگان (ذینفعان)	نام و نام خانوادگی	شناسه / کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
در صورت فوت بیمه شده	کد ۷۱۱۲۹۵۹		خواهر	۱۰۰	اولویت ۱
در صورت حیات بیمه شده در انقضاء بیمه	کد ۷۱۱۰۶۷۱		بیمه گذار	۱۰۰	

مشخصات واریز قسط اول حق بیمه: مبلغ ۵۸,۶۳۷,۵۰۰ ریال طی سند: ..... به شماره ..... در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۲۱ ..... نقدا به حساب شماره ۸۶۲۰۰۲۰۰۹۰ شرکت بیمه کارآفرین واریز گردید. وصول مورد تأیید است. روش پرداخت حق بیمه: سالانه

شناسه ثابت بیمه نامه (حق بیمه): ۲۹۸۰۰۰۰۱۶۷۹۵۶۶۱۹۳ حساب بانکی بیمه کارآفرین: ۸۶۲۰۰۲۰۰۹۰ نزد بانک ملت - شماره کارت متصل به حساب: ۶۱۰۴-۳۳۷۵-۳۷۱۳-۱۲۰۱

ضمائم و مستندات بیمه نامه به شرح زیر می باشد:	QR Code / اصالت سند
<input checked="" type="checkbox"/> شرایط عمومی بیمه عمر اندوخته دار	
<input checked="" type="checkbox"/> جدول برنامه ریزی تعهدات بیمه گذار و بیمه گر	
<input checked="" type="checkbox"/> شرایط پوشش فوت بر اثر حادثه، ازکارافتادگی، پزشکی	
<input checked="" type="checkbox"/> شرایط پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه	
<input checked="" type="checkbox"/> شرایط پوشش امراض خاص و بسته تکمیلی	

۱- طبق ماده ۲۵ شرایط عمومی پیوست، در صورتیکه بیمه گذار نسبت به متن و مفاد بیمه نامه با هر یک از الحاقیه های صادره اشکال، ایراد و یا اعتراضی داشته باشد، مکلف است ظرف ۴۸ ساعت پس از دریافت بیمه نامه و یا الحاقیه نظر خود را طی نامه اعلام نماید، در غیر اینصورت بیمه نامه و یا الحاقیه صادره به منزله قبول بیمه گذار تلقی می گردد.  
 ۲- طبق ماده ۱۷ شرایط عمومی پیوست، در صورت عدم پرداخت حق بیمه در مهلت مقرر، جهت اعتبار قرارداد هزینه های دوره از اندوخته بیمه نامه کم می شود و ارزش بازخرید و اندوخته بیمه نامه متناسب با مدت تاخیر کاهش خواهد یافت.



کارشناس صدور: .....  
 رئیس شعبه واحد صدور: پروین محمدی  
 کد اقتصادی: ۴۱۱-۱۱۱۷-۶۴۹۸  
 شناسه ملی: ۱۰۱۰۲۴۲۵۹۶۹۹

جهت پیگیری اصالت این بیمه نامه می توانید از طریق اسکن QR Code اقدام نمایید.  
 - برای بررسی کلیه اطلاعات بیمه نامه و پرداخت اقساط می توانید از طریق حساب کاربری در آدرس <https://life.karafarin-insurance.ir> اقدام نمایید.

جمهوری اسلامی ایران  
سازمان ثبت احوال کشور  
**گواهی وفات**

نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_  
 جنسیت: آقا شماره ملی: \_\_\_\_\_ شماره شناسنامه: \_\_\_\_\_  
 تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ محل صدور: \_\_\_\_\_  
 نام پدر: علی نام مادر: زهرا حوزه: \_\_\_\_\_  
 وضعیت ازدواج: \_\_\_\_\_ شغل: \_\_\_\_\_ تحصیلات: \_\_\_\_\_  
 تاریخ: \_\_\_\_\_ محل: ولایت آباد  
 علت: حوادث ترافیکی شماره ثبت: ۸۱۸۸  
 محل تنظیم سند: \_\_\_\_\_ تاریخ ثبت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۱

این گواهی بر حسب تقاضای آقای کاوه بهرامی خانم حیدرالله صادر و تحویل گردید.  
 اداره ثبت احوال: \_\_\_\_\_  
 نام و نام خانوادگی مأمور: ابراهیم علی یاری  
 امضاء، تاریخ و مهر: \_\_\_\_\_  
ابراهیم علی یاری  
۱۳۹۹/۱۰/۲۱

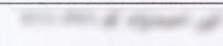

توضیحات:  
 تاریخ: \_\_\_\_\_  
 علت: \_\_\_\_\_  
 محل تنظیم سند: \_\_\_\_\_  
 توضیحات: \_\_\_\_\_


تجهیز کننده  
 صادر کننده گواهی

**تاییدیه خسارت عمر انفرادی**

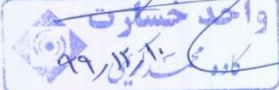
شرکت بیمه کارآفرین

واحد صدور: سفر کد ۵۷


شماره پرونده خسارت: ۶۴۹	قابل پرداخت بابت خسارت	شماره حواله: ۳۹۷
شماره بیمه نامه: ۲۱۵		تاریخ: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰
بیمه شده: 		معرف: پروین محمدی کد ۱۴۴۸
		بیمه گذار: 
تاریخ خسارت: ۱۳۹۹/۱۰/۱۹	نوع خسارت: فوت	مبلغ خسارت: ۳,۷۸۲,۴۸۱,۴۶۳ ریال
گیرندگان خسارت:		

ردیف	نسبت گیرنده غرامت	نام گیرنده غرامت	مبلغ قابل پرداخت
۱	خواهر		۳,۷۸۲,۴۸۱,۴۶۳
جمع مبلغ قابل پرداخت:			۳,۷۸۲,۴۸۱,۴۶۳ ریال

واحد پرداخت خسارت



واحد خسارت



رئیس شعبه سنقر  
یعقوب اکابر