

درخواست / پیشنهاد بیمه عمر اندوخته دار امید



متقاضی گرامی، لطفا پاسخ کلیه سئوالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری و امضا نمایید. لازم بذکر است که تکمیل این فرم درخواست، تعهدی برای شرکت بیمه کارآفرین ایجاد نمی نماید. ضمناً جهت رعایت حقوق آتی استفاده کنندگان، این فرم بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی پذیرفته می شود.

کد رایانه: نام و کد شعبه: نام و کد معرف: نام و کد قرارداد جمعی: تاریخ تکمیل:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد: / / جنسیت: مرد زن متاهل مجرد شماره ملی: شماره شناسنامه: محل صدور:

نام پدر: شغل اصلی: مشاغل فرعی: (لطفاً از عناوین شغلی عام، نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید)

تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر (الزامی): تلفن همراه:

استان: شهر: تلفن ثابت (با ذکر کد شهر): آدرس محل سکونت: کدپستی: پست الکترونیکی: آدرس محل کار:

بیمه شده

نسبت متقاضی با بیمه شده: توجه: چنانچه متقاضی و بیمه شده یک نفر باشند، نیاز به تکمیل این بخش نمی باشد.

نام و نام خانوادگی (حقیقی) / نام موسسه (حقوقی): نام پدر: تاریخ تولد: / / جنسیت: مرد زن متاهل مجرد شماره شناسنامه ملی: شماره شناسنامه/ثبت: محل صدور:

تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر (الزامی): تلفن همراه:

استان: شهر: تلفن ثابت (با ذکر کد شهر): آدرس محل سکونت: کدپستی: (لطفاً از عناوین شغلی عام، نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید)

متقاضی - (حداقل ۱۸ سال)

- ۱- مبلغ حق بیمه سالانه: ریال
- ۲- مبلغ حق بیمه یکجا: ریال
- ۳- مبلغ واریز متفرقه: ریال
- ۴- افزایش سالانه حق بیمه: ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪
- ۵- نحوه پرداخت: یک قسط سالانه ۲ قسط شش ماهه ۴ قسط سه ماهه ۱۲ قسط (قرارداد جمعی)
- ۶- آیا حق بیمه پوشش های اضافی از حق بیمه سالانه کسر گردد؟ بلی خیر
- ۷- سرمایه فوت: (سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال) مبلغ: ریال (بدولدتا ۸۰ سال)
- ۸- مدت بیمه نامه: سال (۵ تا ۳۰ سال)
- ۹- افزایش سالانه سرمایه: ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪

مشخصات بیمه نامه - مورد درخواست

- ۱۰- پوشش تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حادثه: بلی (یک برابر دو برابر سه برابر چهار برابر) سرمایه فوت تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم
- ۱۰.۱ - نقص عضو، از کارافتادگی کامل و دائم بلی (یک برابر دو برابر سه برابر چهار برابر) سرمایه فوت تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم
- ۱۰.۲ - هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۲۰ درصد سرمایه حادثه مایل به دریافت این خدمت نمی باشم
- ۱۰.۳ - خطرات اضافی حادثه شامل: زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت، ورزش های رزمی و حرفه ای مایل به دریافت این خدمت نمی باشم
- ۱۱- پوشش امراض خاص - اصلی: بلی (یک برابر دو برابر) سرمایه فوت تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم
- ۱۱.۱ - بسته تکمیلی امراض خاص، بطور پیش فرض همراه با پوشش امراض خاص ارائه می شود. مایل به دریافت این خدمت نمی باشم

- پوشش اصلی: ۱- انفارکتوس قلبی (سکته) ۲- سکته مغزی ۳- انواع سرطان ۴- پیوند اعضای اصلی بدن ۵- جراحی عروق کرونری ۶- قراردادن فنردر عروق کرونر (استنت) ۷- باز کردن تنگی های عروق کرونر توسط بالن ۸- جراحی دریچه های قلب ۹- قراردادن پیس میکر
- بسته تکمیلی: ۱۰- بیماری های نورون های حرکتی ۱۱- نایبناپی کامل ۱۲- ناشنوائی کامل ۱۳- پارکینسون ۱۴- آلزایمر و دمانس ۱۵- نارسائی حاد کلیوی/ دیالیز ۱۶- ام اس ۱۷- کما ۱۸- مننژیت ۱۹- هیپاتیت ب ۲۰- هیپاتیت سی ۲۱- اچ آی وی / ایدز
- ۱۲- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه عمر سنوات آتی "به علت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه بیمه شده. مایل به دریافت این خدمت نمی باشم

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه شده	شماره/شناسنامه ملی	تاریخ تولد/ثبت	نام پدر	نام، نام خانوادگی / نام موسسه
						۱
						۲
						۳
						۴

استفاده کنندگان

در صورت حیات بیمه شده (۱۰٪ اندوخته یا ارزش با خرید) بیمه گذار بیمه شده توجه: در این بیمه نامه در صورت فوت بیمه گذار، بیمه شده جانشین وی خواهد شد.

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

- ۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر و حادثه (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

تذکر: طبق مصوبات بیمه مرکزی در صورت عدم اطلاع بیمه گر تعهدات وی متناسب با میزان کتمان تعدیل می شود.

" بیمه شده محترم لطفا به سئوالات پزشکی زیر با دقت پاسخ دهید "

نام و نام خانوادگی: شماره ملی: سن: وزن: کیلوگرم قد: سانتی متر

۱	آیا سابقه بیماری یا اختلال جسمی، روحی یا نقص عضو و از کارافتادگی (جزئی یا کلی) دارید؟ در صورت ابتلا به هر نوع بیماری یا نقص عضو و یا اختلال در وضعیت سلامت خود یا سابقه‌ای از آنها با قید نام بیماری و تاریخ شروع آن، نام و مدت زمان داروی مصرفی، نوع درمان انجام شده، وضعیت فعلی (بیمه‌شده)، نام و آدرس پزشک معالج خود را ذکر فرمایید:	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲	آیا سابقه بستری و یا انجام عمل جراحی داشته‌اید؟ توضیح: اگر پاسخ مثبت است پرونده بستری، شرح عمل، گزارش پاتولوژی و نتیجه آن را ارائه فرمایید.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا در شش‌ماه گذشته کاهش/افزایش وزن شدید (بیش از ۱۰ کیلوگرم) داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان و علت کاهش/افزایش را ذکر فرمایید:	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا در بین افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزند) شخصی سابقه بیماری داشته است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نسبت فرد و نوع بیماری را ذکر فرمایید:	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵	آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند) زیر ۶۰ سال به علت بیماری (غیر از حادثه) فوت شده‌اند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ علت و سن زمان فوت قید گردد:	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶	آیا سیگار / پپ / قلیان یا هرگونه مواد دخانی مصرف می‌نمایید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷	جهت تسهیل در فرآیند پرداخت خسارت لطفا نام بیمه‌گر پایه و در صورت امکان کد شناسایی بیمه‌شده (خودتان) را اعلام فرمایید:	

تذکرات

- ۱- بانوان؛ چنانچه به هنگام تکمیل این فرم، باردار باشند "قوت ناشی از بارداری و زایمان در سال اول، از استثنائات این بیمه‌نامه بوده و از تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد."
- ۲- آقایان؛ در صورت استفاده از معافیت پزشکی از خدمت نظام وظیفه، با ذکر علت، ماده و بند تصویر کارت معافیت ارائه فرمایید:
- ۳- کودکان زیر یکسال؛ در سال اول تولد، سرمایه قوت به هر علت صرفاً جهت خطرات ناشی از حادثه قابل پرداخت است.
- ۴- مصرف انواع مواد مخدر؛ در زمان وقوع خسارت، اگر مصرف انواع مواد مخدر و یا مشروبات الکلی احراز شود بیمه‌گر می‌تواند از پرداخت تمام یا بخشی از خسارت خودداری کند.

گواهی و امضا متقاضی و بیمه شده

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

- ۵- حق بیمه بیمه‌نامه را با کد شناسه و صرفاً به حساب بانکی "۸۶۲۰۰۲۰۰۹۰" به نام شرکت بیمه کارآفرین نزد بانک ملت واریز فرمایید.
- ۶- چنانچه فرم توسط بیمه‌گذار و بیمه‌شده یا ولی / قیم وی امضا نشود، بیمه‌نامه باطل و بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.
- ۷- در صورت عدم دریافت پیامک تایید پرداخت ظرف ۴۸ ساعت، مراتب را از طریق شعب شرکت بیمه کارآفرین پیگیری فرمایید.
- ۸- در صورت پذیرش در خواست و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه کارآفرین از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه‌نامه شما معتبر است.

اینجانب/ اینجانبان به عنوان متقاضی و بیمه‌شونده، اعلام داشته و گواهی می‌کنیم:

۱. در نهایت حسن نیت، در خواست را تکمیل و اطلاع داریم که کتمان و یا اظهار خلاف واقع به موجب مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه موجب بطلان قرارداد می‌شود.
۲. در صورت انصراف از ادامه بیمه‌نامه، تعهدات بیمه‌گر صرفاً محدود به ارزش باز خرید بیمه‌نامه 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 کارآفرین اطلاع دارم.

نام، نام خانوادگی بیمه‌شده:
تاریخ، امضا (الزامی):

نام، نام خانوادگی متقاضی:
تاریخ، امضا (الزامی):

گواهی و امضا معرف

گواهی و امضا مشاور فروش / نماینده / کارگزار:

اینجانب/ اینجانبان به عنوان مشاور فروش / نماینده / کارگزار، اعلام داشته و گواهی می‌کنیم:

۱. شخصا متقاضی بیمه‌نامه و همچنین بیمه‌شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت، صحت امضا متقاضی بیمه‌نامه و همچنین بیمه‌شده را تایید می‌نمایم.
۲. متقاضی بیمه‌نامه را از تعهدات وی در خصوص پرداخت حق بیمه و مسئولیت و تبعات ناشی از عدم پرداخت بموقع اقساط به حساب شرکت بیمه کارآفرین، مطلع نمودم.
۳. در نهایت حسن نیت درباره شرایط بیمه‌نامه، تعهدات طرفین و میزان ارزش باز خرید، اطلاعات کامل و دقیق به متقاضی ارائه شده است.
۴. در طی مدت بیمه‌نامه کلیه خدمات مورد نیاز را صرف نظر از فاصله جغرافیایی بیمه‌گذار ارائه نموده و اطلاع دارم که حقوق اینجانب در این بیمه‌نامه، منوط به رضایت مشتری می‌باشد.

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

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

غربالگری و مدیریت ریسک

نظر پزشک

نظر پزشک مشاور معتمد: ۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است ۲- صدور با درصد اضافه نرخ پزشکی بلامانع است ۳- صدور منع پزشکی دارد (توضیح دارد در فرم لیست سیاه ثبت شود)
توضیح پزشک مشاور:

تاریخ، نام، امضا، مهر پزشک معتمد

نظر نهایی

نظر کارشناس صدور: 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 بیمه‌نامه با مجموع کل اضافه نرخ (شرح زیر) بلامانع است.

اضافه نرخ ناشی از: ۱.۳- اضافه نرخ پزشک مشاور: ۲.۳- قد و وزن: ۳.۳- استفاده از مواد دخانی: ۴.۳- سوابق خانوادگی: ۵.۳- تجمع خطر
توضیح کارشناس:

تاریخ، نام، امضا، رئیس واحد صدور / شعبه:

تاریخ، نام، امضا، مهر کارشناس صدور