



# درخواست / پیشنهاد بیمه عمر اندوخته دار امید



متقاضی گرامی، لطفاً 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.

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:

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

تلفن همراه: شهر: استان: شغل اصلی: مشاغل فرعی: آدرس محل سکونت: آدرس محل کار: کد پستی: پست الکترونیکی:

بیمه شده

نسبت متقاضی با بیمه شده:

نام و نام خانوادگی (حقیقی) / نام موسسه (حقوقی):

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: شهر: استان: مشاغل فرعی: تلفن ثابت (با ذکر کد شهر): آدرس محل سکونت: کد پستی:

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 ۱۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ 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 ۲۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم
- ۱۰.۱ - نقص عضو حادثه و از کار افتادگی کامل و دائم در اثر حادثه و یا بیماری بلی (یک برابر)  دو برابر  سه برابر  چهار برابر  سرمایه فوت تا سقف ۲۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم
- ۱۰.۲ - هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۲۰ درصد سرمایه حادثه تا سقف ۱۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم
- ۱۰.۳ - مقرری روزانه بستری در مراکز درمانی مجاز ناشی از حادثه تا سقف روزانه ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم
- ۱۰.۴ - 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: بلی (یک برابر)  دو برابر  سرمایه فوت تا سقف ۵۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی باشم
- ۱۱.۱- بیماری های تحت پوشش: ۱- انفارکتوس قلبی (سکته) ۲- سکته مغزی ۳- انواع سرطان ۴- پیوند اعضای اصلی بدن ۵- جراحی عروق کرونری ۶- قراردادن فنس در عروق کرونر (استنت) ۷- باز کردن تنگی های عروق کرونر توسط بالن ۸- جراحی دریچه های قلب ۹- قرار دادن پیس میکر ۱۰- بیماری های نورون های حرکتی ۱۱- نایبایی کامل ۱۲- ناشنوایی کامل ۱۳- پارکینسون ۱۴- آلزایمر و دمانس ۱۵- نارسایی حاد کلیوی / دیالیز ۱۶- ام اس ۱۷- کما ۱۸- مننژیوم ۱۹- هیپاتیت ب ۲۰- هیپاتیت سی ۲۱- ایچ آی وی / ایدز ۲۲- نارسایی کبد ۲۳- ترمیم دریچه قلبی ۲۴- جراحی آنورت قلب ۲۵- بیماری ماهیچه قلب ۲۶- تومور خوش خیم مغزی ۲۷- آنمی آپلاستیک ۲۸- از دست دادن قدرت تکلم ۲۹- فلجی
- ۱۱.۲- سرمایه امراض خاص قابل پرداخت بابت موارد ۶ و ۷ معادل ده درصد سرمایه امراض خاص مقرر و بابت موارد ۲۲ تا ۲۹، معادل یک برابر سرمایه فوت به هر علت می باشد.
- ۱۱.۳- در صورت تحقق خطر و پرداخت خسارت موارد مشمول بند ۱۱.۲، پرداخت خسارت الباقی بیماری های تحت پوشش در این بیمه نامه به میزان مابه التفاوت سرمایه مقرر و خسارت پرداختی، در تعهد بیمه گراست.
- ۱۲- پوشش معافیت از پرداخت "حق بیمه عمر سنوات آتی" بعلت از کار افتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری وی 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 (۱۰۰٪ 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

سوابق بیمه ای

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

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

نسخه مهر ۱۴۰۰

## " 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	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا سابقه بیماری یا اختلال جسمی، روحی یا نقص عضو و از کار افتادگی (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 (بیمه شده)، نام و آدرس پزشک معالج خود را ذکر فرمایید:
۲	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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.
۳	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا در شش ماهه گذشته کاهش / افزایش وزن شدید (بیش از ۱۰ کیلوگرم) داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان و علت کاهش / افزایش را ذکر فرمایید:
۴	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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:
۵	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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:
۶	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا سیگار / پپ / قلیان یا هرگونه مواد دخانی مصرف می‌نمایید؟
۷		جهت تسهیل در فرایند پرداخت خسارت لطفا بیمه گر پایه و در صورت امکان کد شناسایی بیمه شده (خودتان) را اعلام فرمایید:

### تذکرات

- ۱ - بانوان؛ چنانچه به هنگام تکمیل این فرم، باردار باشند "فوت ناشی از بارداری و زایمان در سال اول، از استثنائات این بیمه نامه بوده و از تعهدات بیمه گر خارج می باشد."
- 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 فوت به هر علت صرفا 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 بیمه گر می تواند 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 بیمه نامه را با کد شناسه و صرفا به حساب بانکی "۸۶۲۰۰۲۰۰۹۰" به نام شرکت بیمه کار آفرین نزد یکی از بانک های ملت و یا کار آفرین واریز فرمایید.
- ۶ - چنانچه فرم توسط بیمه گذار و بیمه شده یا ولی / قیم وی امضاء نشود، بیمه نامه باطل و بیمه گر 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 کار آفرین پیگیری فرمایید.
- ۸ - 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.

#### اینجانب / اینجانبان به عنوان متقاضی و بیمه شده، اعلام داشته و گواهی می کنیم:

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، تعهدات بیمه گر صرفا 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 بیمه شده:  
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 می کنیم:

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

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 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 پزشک

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 بیمه نامه با مجموع کل اضافه نرخ  (بشرح 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

### نظر نهایی