



درخواست / پیشنهاد بیمه عمر اندوخته دار امید⁺

مقاضی گرامی، لطفاً باشیم که سوالات احتمالی خود را از همه کارکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن فرم درخواست، تمدهی برای شرکت بیمه کارآفرین ایجاد نماید، ضمناً چه رعایت حقوقی آنی استفاده کنندگان، این فرم بدون خط خودگذگری و لامگرفتگی پذیرفته می‌شود.

نام و کد شعبه:	نام و کد معروف:	نام و کد قرارداد جمعی:	تاریخ تکمیل:
نام و نام خانوادگی:	نام و زن:	جنسیت: مرد / متأهل / مجرد	تاریخ تولد: / /
نام پدر:	مشاغل اصلی:	مشاغل فرعی:	شماره ملی:
تلفن تماس و آدرس قانونی چهت مکاتبات بیمه‌گر (الزامی):			
تلفن همراه:	شهر:	استان:	
کدپستی:	آدرس محل سکونت:	آدرس محل کار:	استان:
پست الکترونیکی:	تلفن ثابت (با ذکر کد شهر):		شهر:

توجه: چنانچه متقاضی و بیمه‌شده یک نفر یاشنده، نیاز به تکمیل این بخش نمی‌باشد.

نسبت متقاضی، یا پیمه شده:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم | پوشش تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حادثه: بلی <input checked="" type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> سرمایه فوت تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال پوشش های زیر بطور پیشفرض منضم به پوشش حادثه ارائه می‌شوند: |
| <input type="checkbox"/> مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم | ۱۰.۱- نقص عضو حادثه‌واز کارگاه‌گی کامل و دائم در اثر حادثه و یا یمیماری بلی <input checked="" type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> سرمایه فوت تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم | ۱۰.۲- هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۲۰ درصد سرمایه حادثه تاسف ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم | ۱۰.۳- مقررات روزانه بستره در مرآکز درمانی مجاز ناشی از حادثه تاسف روزانه ۵۰۰۰۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم | ۱۰.۴- خطرات اضافی حادثه شامل: زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت، ورزش های رزمی و حرفه ای |
| <input type="checkbox"/> مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم | ۱۱- پوشش امراض خاص: بلی <input checked="" type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> سرمایه فوت تا سقف ۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم | ۱۱.۱- بیماری های تحت پوشش: ۱- انفارکتوس قلبی (سکته)-۲- سکته مغزی-۳- انواع سرطان-۴- پیوند اعضا ای اصلی بدن-۵- جراحی عروق کرونری-۶- قراردادن فنر در عروق کرونر (ستنت)-۷- باز کردن تنگی های عروق کرونر توسط بان-۸- جراحی دریچه ای قلب-۹- قراردادن پیس میکر-۱۰- بیماری های نورون هایی حرکتی-۱۱- نایینی کامل-۱۲- ناشناختی کامل-۱۳- پارکینسون-۱۴- آزالیمودمانس-۱۵- نارسایی حاد کلیوی / دیالیز-۱۶- ام اس-۱۷- کما-۱۸- منیزیت-۱۹- هپاتیت سی-۲۰- ایدز-۲۱- آج آی وی/۲۲- نارسایی کبد-۲۳- ترمیم دریچه قلبی-۲۴- جراحی آنورت قلب-۲۵- بیماری ماهیچه قلب-۲۶- تومور خوش خیم مغزی-۲۷- آنمی آپلاستیک-۲۸- آنمی آپلاستیک-۲۹- فاجی |
| <input type="checkbox"/> مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم | ۱۱.۲- سرمایه امراض خاص قابل پرداخت بابت موارد ۶ و ۷ معادل ۲۲ تا ۲۹، معادل یک برابر سرمایه فوت به هر علت می باشد. |
| <input type="checkbox"/> مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم | ۱۱.۳- در صورت تتحقق خطوط و پرداخت خسارت موارد مذکول بند ۱۱.۲، پرداخت خسارت بالاگی بیماری های تحت پوشش در این بیمه نامه به میزان مابه القاوت سرمایه مقرخ و خسارت پرداختی در تعهد بیمه گر است. |
| <input type="checkbox"/> مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم | ۱۲- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه عمر سنوات اتی "علت از کارگاه‌گی، کامل و دائم ناشی از بیماری و یا حادثه بیمه شده. |

در صورت حیات بیمه شده (۱۰۰٪ اندوخته باز خرید) 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 (بطورانفرازی) صادر شده و یا در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید.

۲- آیا تاکنون در خواست بیمه عمر به شرکت بیمه دیگر داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید.

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

نحوه این است که مصوبات پیمه مرکزی در صورت عدم اطلاع پیمه‌گر تعهدات وی متناسب با میزان کتمان تعدیل می‌شود.

”بیمه شده محترم لطفا به سوالات پزشکی زیر با دقت پاسخ دهید“

نام و نام خانوادگی: شماره ملی: وزن: کیلوگرم قدم: سانتی متر

بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا سابقه بیماری یا اختلال جسمی، روحی یا نقص عضو و از کارفتادگی (جزئی یا کلی) دارد؟ در صورت ابتلا به هر نوع بیماری 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:	۱
بلی <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.	۲
بلی <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:	۳
بلی <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:	۴
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند) فوت شده‌اند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ علت و سن زمان فوت قید گردد:	۵
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا سیگار / پیپ / قلیان یا هرگونه مواد دخانی مصرف می‌نمایید؟	۶
	جهت تسهیل در فرآیند پرداخت خسارت لطفا نام بیمه‌گر پایه و در صورت امکان کد شناسایی بیمه شده (خودتان) را اعلام فرمایید:	۷

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

جواب

مهمن: لطفاً جهت اطلاع از حقوق خود و پیشگیری از هرگونه اختلال در خدمات پس از صدور حتماً نکات زیر را قبل از امضا درخواست مطابعه فرمایید:

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

اینجانب/ اینجانب به عنوان متقاضی و بیمه شده، اعلام داشته و گواهی می‌کنیم:

- ۱. درنهایت 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 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 درخصوص پرداخت حق بیمه و مسئولیت و تبعات ناشی از عدم پرداخت به موقع اقساط به حساب شرکت بیمه کارآفرین اطلاع دارم.

نام، نام خانوادگی بیمه شده:

تاریخ، امضا (الزامی):

نام، نام خانوادگی متقاضی:

تاریخ، امضا (الزامی):

گواهی و امضا متقاضی و بیمه شده

گواهی و امضا مشاور فروش / نماینده / کارگزار:

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

۱. شخصاً متقاضی بیمه‌نامه و همچنین بیمه شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت، صحت امضا متقاضی بیمه‌نامه و همچنین بیمه شده را تایید می‌نمایم.

۲. متقاضی بیمه‌نامه را از تعهدات وی درخصوص پرداخت حق بیمه و مسئولیت و تبعات ناشی از عدم پرداخت به موقع اقساط به حساب شرکت بیمه کارآفرین، مطلع نمودم.

۳. درنهایت حسن نیت درباره شرایط بیمه نام، تعهدات ارزش بازخرید، اطلاعات کامل و دقیق به متقاضی ارائه شده است.

۴. در طی مدت بیمه‌نامه کلیه خدمات مورد نیاز را صرف نظر از فاصله چرافیابی بیمه گذار ارائه نموده و اطلاع دارم که حقوق اینجانب در این بیمه‌نامه، منوط به رضایت مشتری می‌باشد.

نام، نام خانوادگی مشاور فروش عمر:

تاریخ، مهر و امضا (الزامی):

گواهی و امضا معرف

غربالگری و مدیریت رسیک

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

توضیح پزشک مشاور:

تاریخ، نام، امضا، مهر پزشک معتمد

نظر کارشناس صدور: ۱ - صدور بدون اضافه نرخ بالامانع 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) بالامانع است.

اضافه نرخ ناشی از: ۱.۳ - اضافه نرخ پزشک مشاور: ۲.۳ - استفاده از مواد دخانی: ۳.۳ - قدر و وزن: ۴.۳ - سوابق خانوادگی: ۵.۳ - تجمعی خطر (شیوه ثبت شود)

توضیح کارشناس:

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

تاریخ، نام، امضا، مهر کارشناس صدور

نظر غربالگری

 شرکت کارگزاری رسمی بیمه برخط سانا حامی (بیمه گستر)

بسمه تعالیٰ

اینجانب آقای / خانم : با کد ملی : بعنوان متقاضی بیمه نامه زندگی (عمر) از شرکت بیمه : نزد شرکت کارگزاری رسمی بیمه سانا حامی کد ۱۹۶۰ بیمه مرکزی (بیمه گستر) با آگاهی کامل و دقیق از کلیه مفاد و شرایط بیمه نامه بخصوص موارد زیر اقدام به خرید بیمه نامه نموده ام :

* کلیه سوالات پزشکی در فرم پیشنهاد را بدرستی و با صداقت کامل و بدون کتمان حقایق یا اظهار خلاف واقع پاسخ داده ام و در صورتی که مطلبی خلاف اظهارات بنده اثبات گردد شرکت بیمه حق ابطال بیمه نامه بدون برگشت وجه حق بیمه های پرداختی و خسارت احتمالی را دارد و نماینده فروش و کارگزاری مسولیتی در این خصوص ندارند.

** با توجه به اینکه بابت پوشش‌های بیمه ای حق بیمه کسر میگردد درصورتی که بیمه نامه را طی ۵ سال اول قرارداد فسخ نمایم ، مبلغی کمتر از جمع مبالغ پرداختی به شرکت بیمه به اینجانب برگشت داده میشود.

*** مبلغ حق بیمه را بر اساس شناسه پرداخت صادر شده فقط به حساب شرکت بیمه واریز و از پرداخت وجه به حساب نماینده فروش خودداری نمایم در غیر این صورت کارگزاری هیچ گونه مسولیتی در خصوص خسارت‌های احتمالی ندارند .

**** جهت حفظ پوشش‌های بیمه ای در صورت عدم پرداخت اقساط در سرسید مقرر ، شرکت بیمه اجازه برداشت حق بیمه مربوط به پوشش‌های بیمه ای را از محل اندوخته بیمه نامه دارد و زمانی که اندوخته به صفر برسد قرارداد تعليق میگردد.

اینجانب کد ملی کد نمایندگی فروش بعنوان مشاور بیمه گذار و نماینده فروش بیمه گستر ، صحت امضای بیمه گذار و بیمه شده را در فرم پیشنهاد بیمه و سایر اوراق پیوست تایید مینمایم و همچنین شخصاً بیمه شده را رویت نموده و سلامت ظاهری بیمه شده مورد تایید اینجانب میباشد.

امضا و اثر انگشت مشاور (نماینده فروش)

امضا و اثر انگشت متقاضی بیمه نامه (بیمه گذار)

امضا و اثر انگشت مشاور (نماینده فروش)