



# درخواست / پیشنهاد بیمه عمر اندوخته دار امید



متقاضی گرامی، لطفاً پاسخ کلیه سؤالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم‌گیری و امضا نمایید. لازم بذکر است که تکمیل این فرم درخواست، تعهدی برای شرکت بیمه کارآفرین ایجاد نمی‌نماید، ضمناً جهت رعایت حقوق آتی استفاده‌کنندگان، این فرم بدون خط‌خوردگی و لاک‌گرفتگی پذیرفته می‌شود.

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

نام و نام خانوادگی:

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

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

تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه‌گر (الزامی): تلفن همراه: تلفن ثابت (با ذکر کد شهر):

استان: شهر: آدرس محل سکونت: آدرس محل کار:

استان: شهر: آدرس محل سکونت: آدرس محل کار:

کد پستی: پست الکترونیکی:

بیمه‌شده

نسبت متقاضی با بیمه‌شده:

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

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

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

تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه‌گر (الزامی): تلفن همراه: تلفن ثابت (با ذکر کد شهر):

استان: شهر: آدرس محل سکونت: آدرس محل کار:

کد پستی:

متقاضی - (حداقل ۱۸ سال)

مشخصات بیمه‌نامه - مورد درخواست

- 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 ماهانه
- ۶- آیا حق بیمه پوشش‌های اضافی از حق بیمه سالانه کسر گردد؟  بلی  خیر
- ۷- سرمایه فوت (سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) مبلغ: ریال (بدولتولد تا ۸۰ سال)
- ۸- مدت بیمه نامه: سال  (۵ تا ۳۰ سال)
- ۹- افزایش سالانه سرمایه:  ۵٪  ۱۰٪  ۱۵٪  ۲۰٪

۱۰- پوشش تکمیلی فوت بیمه‌شده در اثر حادثه: بلی (یک برابر)  دو برابر  سه برابر  چهار برابر  سرمایه فوت تا سقف ۴۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم

۱۰.۱- نقص عضو حادثه‌ها از کارافتادگی کامل و دائم در اثر حادثه و یا بیماری بلی (یک برابر)  دو برابر  سه برابر  چهار برابر  سرمایه فوت تا سقف ۴۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم

۱۰.۲- هزینه پزشکی ناشی از حادثه: بلی؛ معادل ۲۰ درصد سرمایه حادثه تا سقف ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم

۱۰.۳- مقرری روزانه بستری در مراکز درمانی مجاز ناشی از حادثه: بلی (۰/۰۰۳  ۰/۰۰۵  ) سرمایه فوت در اثر حادثه تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم

۱۰.۴- خطرات اضافی حادثه شامل: زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت و ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم

۱۱- پوشش امراض خاص: بلی (یک برابر)  دو برابر  سرمایه فوت تا سقف ۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم

۱۱.۱- بیماری‌های تحت پوشش: ۱- انفارکتوس قلبی (سکته) ۲- سکته مغزی ۳- انواع سرطان ۴- پیوند اعضای اصلی بدن ۵- جراحی عروق کرونری ۶- قراردادن فنر در عروق کرونری (استنت) ۷- باز کردن تنگی‌های عروق کرونری توسط بالون ۸- جراحی تعویض دریچه‌های قلب ۹- ترمیم دریچه‌های قلب ۱۰- قرار دادن پیس میکر ۱۱- بیماری‌های نورون‌های حرکتی ۱۲- نایب‌نایی کامل ۱۳- ناشنوایی کامل ۱۴- پارکینسون ۱۵- آلزایمر و دمانس ۱۶- نارسایی مزمن کلیوی / دیالیز ۱۷- ام اس ۱۸- کما ۱۹- مننژیوم ۲۰- هیپاتیت ب ۲۱- هیپاتیت سی ۲۲- اچ ای وی/ایدز ۲۳- نارسایی کبد ۲۴- جراحی آئورت قلب ۲۵- بیماری ماهیچه قلب ۲۶- تومور خوش خیم مغزی ۲۷- آنمی آپلاستیک ۲۸- از دست دادن قدرت تکلم ۲۹- فلجی ۳۰- سوختگی‌های درجه سه ۳۱- ترومای شدید سر

۱۱.۲- سرمایه امراض خاص قابل پرداخت بابت موارد ۷ و ۶ معادل ده درصد سرمایه امراض خاص مقرر و بابت موارد ۲۳ تا ۳۱، معادل یک برابر سرمایه فوت به هر علت می‌باشد.

۱۱.۳- در صورت تحقق خطرو پرداخت خسارت موارد ۱۱.۲، پرداخت خسارت الباقی بیماری‌های تحت پوشش در این بیمه نامه به میزان مابه‌التفاوت سرمایه مقرر و خسارت پرداختی، در تعهد بیمه‌گراست.

۱۲- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه عمر سنوات آتی بعلا از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری و یا حادثه بیمه‌شده. مایل به دریافت این خدمت نمی‌باشم

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

در صورت حیات بیمه‌شده (۱۰۰٪ اندوخته یا ارزش باخرید) بیمه‌گذار  بیمه‌شده  توجه: در این بیمه نامه در صورت فوت بیمه‌گذار، بیمه‌شده جانشین وی خواهد شد.

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

۱- آیا در حال حاضر بیمه‌شده 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 بیمه‌شده عمر به شرکت بیمه دیگر داده‌اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید.  بلی  خیر

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

تذکر: طبق مصوبات بیمه مرکزی در صورت عدم اطلاع بیمه‌گر تعهدات وی متناسب با میزان کتمان تعدیل می‌شود.

نسخه دی ۱۴۰۱

**" بیمه شده محترم لطفا به سؤالات 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:	بلی <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.	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	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:	بلی <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:	بلی <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:	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶	آیا سیگار / پپ / قلیان یا هرگونه مواد دخانی مصرف می‌نمایید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷	جهت تسهیل در فرآیند پرداخت خسارت لطفا نام بیمه گر پایه و در صورت امکان کد شناسایی بیمه‌شده (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 گرمی 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 در خواست 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، 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 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 به موقع 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**

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 (توضیح دارد در فرم لیست سیاه ثبت شود)

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 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- تجمیع خطر ( )  
توضیح کارشناس:

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

تاریخ، نام، امضا، مهر کارشناس صدور