

متقاضی گرامی، از آنجاییکه بیمه نامه بر اساس مندرجات این فرم صادر می گردد، خواهشمند است پاسخ کلیه سؤالات را بطور کامل و صحیح و همچنین بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی درج فرمایید. تکمیل این فرم تا قبل از صدور بیمه نامه، تعهدی برای شرکت بیمه کارآفرین ایجاد نمی نماید.

کد رایانه پیشنهاد: نام و کد معرف: نام و کد قرارداد جمعی: تاریخ تکمیل فرم:

نام و نام خانوادگی (حقیقی)/ نام موسسه (حقوقی):	تاریخ تولد: / /	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> نام پدر:
محل صدور:	شماره شناسنامه/ثبت:	شغل اصلی (لطفاً از عناوین شغلی عام نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمائید):
مشخصات تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر:	تلفن همراه:	تلفن ثابت (با ذکر کد شهر)/ تلفن همراه دوم:
استان:	شهر:	آدرس محل سکونت:
استان:	شهر:	آدرس محل کار:
کد پستی:	پست الکترونیک:	کد پستی:
مشخصات حساب بانکی جهت دریافت مبالغ بازنشستگی (توجه: مبالغ بازنشستگی به بیمه شده پرداخت می گردد لذا چنانچه شخص متقاضی همان بیمه شده می باشد، اطلاعات حساب تکمیل گردد):	شماره حساب:	شماره شبا:
نام بانک و کد شعبه:	شماره حساب:	شماره شبا:

مشخصات متقاضی
(حداقل ۱۸ سال)

نسبت بیمه شده با متقاضی:	تاریخ تولد: / /	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> نام پدر:
نام و نام خانوادگی:	شماره شناسنامه:	شغل اصلی (لطفاً از عناوین شغلی عام نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمائید):
کد ملی:	مشخصات تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر:	تلفن همراه:
استان:	شهر:	آدرس محل سکونت:
کد پستی:	پست الکترونیک:	کد پستی:
مشخصات حساب بانکی جهت دریافت مبالغ بازنشستگی:	شماره حساب:	شماره شبا:
نام بانک و کد شعبه:	شماره حساب:	شماره شبا:

مشخصات بیمه شده
(بدو تولد تا ۵۰ سال)

۱. نحوه پرداخت حق بیمه:

یک قسط سالانه ۲ قسط شش ماهه ۴ قسط سه ماهه ۱۲ قسط ماهانه

* مبلغ حق بیمه سالانه (حداقل ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال): ریال با افزایش سالانه ۱۰٪

* سرمایه فوت به هر علت معادل ریال با افزایش سالانه ۵٪ حداکثر ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (تا ۶۰ سالگی)

۲. مبلغ آورده اولیه (اختیاری): ریال پرداخت وجه مازاد بر حق بیمه به دلخواه بیمه گزار و صرفاً یکبار در بدو صدور

۳. مدت پرداخت حق بیمه: سال (حداقل ۱۰ سال مستمر و با رعایت مجموع سن و مدت حداکثر ۶۰ سال)

۴. سن شروع دریافت مبلغ بازنشستگی: از سالگی (از ۵۰ تا ۶۰ سالگی با لحاظ پرداخت حداقل ۱۰ سال حق بیمه مستمر)

۵. مدت دریافت مبلغ بازنشستگی مادام العمر با افزایش سالانه ۱۰٪ (با ده سال دوره تضمین)

۶. پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه عمر سنوات آتی به علت فوت و یا از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری و یا حادثه بیمه گذار (مدت پوشش: ده سال اول از دوره پرداخت حق بیمه). بلی خیر

مشخصات بیمه نامه - مورد درخواست

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

استفاده کنندگان

۱. اختیار بازخرید بیمه نامه (معادل ۱۰۰ درصد ارزش بازخرید) در دوره انباشت حق بیمه با بیمه گذار و در دوره تضمین با بیمه شده می باشد.

۲. در صورت فوت بیمه گذار، بیمه شده جانشین وی خواهد شد.

۳. 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 (بطور انفرادی) صادر شده و یا در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید.

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.

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

سوابق بیمه ای بیمه شده

نسخه بهمن ماه ۱۴۰۲

"لطفاً به سوالات پزشکی زیر با دقت پاسخ دهید"

بیمه گذار سن: - وزن: کیلوگرم - قد: سانتی متر
 بیمه شده سن: - وزن: کیلوگرم - قد: سانتی متر

۱ آیا در حال حاضر و یا سابقه بیماری، اختلال جسمی، روحی و یا نقص عضو و از کارافتادگی (جزئی و یا کلی) دارید؟ در صورت ابتلا به هر نوع بیماری، نقص عضو و یا اختلال در وضعیت سلامت خود، سابقه ای از آنها را با قید نام بیماری و تاریخ شروع آن، نام و مدت زمان داروی مصرفی، نوع درمان انجام شده و وضعیت فعلی، نام و آدرس پزشک معالج خود را ذکر فرمایید.

بیمه گذار: بلی خیر بیمه شده: بلی خیر

۲ 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.

بیمه گذار: بلی خیر بیمه شده: بلی خیر

۳ آیا در بین افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزند) شخصی سابقه انواع بیماری های قلبی یا انواع سرطان ها را داشته و یا زیر ۶۰ سال به دلیل ابتلا به همین بیماری ها (غیر از حادثه) فوت شده اند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نسبت فرد، نوع بیماری، علت و سن زمان فوت را ذکر فرمایید.

بیمه گذار: بلی خیر بیمه شده: بلی خیر

۴ جهت تسهیل در فرآیند بررسی خسارت احتمالی، لطفاً نام بیمه گر پایه و در صورت امکان کد شناسایی بیمه شده (خودتان) را اعلام فرمایید.

بیمه گذار: بلی خیر بیمه شده: بلی خیر

تذکرات

۱. آقایان؛ در صورت استفاده از معافیت پزشکی از خدمت نظام وظیفه، با ذکر علت، ماده و بند، تصویر کارت معافیت را ارائه فرمایید:

بیمه گذار: بیمه شده:

۲. کودکان زیر یکسال؛ در سال اول تولد، سرمایه فوت به هر علت صرفاً جهت خطرات ناشی از حادثه قابل پرداخت است.

گواهی و امضا متقاضی و بیمه شده

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

۱. حق بیمه بیمه نامه را صرفاً به حساب بانکی ۹۸۴۴۵۰۳۴۸۲ به نام شرکت بیمه کارآفرین نزد بانک ملت واریز فرمایید.

۲. در صورت عدم دریافت پیامک تایید پرداخت ظرف ۴۸ ساعت، مراتب را از طریق شعب شرکت بیمه کارآفرین پیگیری فرمایید.

۳. در صورت پذیرش درخواست و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه کارآفرین از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه نامه شما معتبر است.

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

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 در دوره انباشت حق بیمه و یا دوره تضمین، تعهدات بیمه گر صرفاً محدود به ارزش بازخرید 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 کارآفرین اطلاع دارم.

نام، نام خانوادگی متقاضی: _____ نام، نام خانوادگی بیمه شده: _____

تاریخ، امضا _____ تاریخ، امضا _____

گواهی و امضا معرف

اینجانب / اینجانبان به عنوان مشاور فروش / نماینده / کارگزار اعلام داشته و گواهی می نمایم:

در نهایت حسن نیت، درباره شرایط بیمه نامه، تعهدات طرفین و میزان ارزش بازخرید، اطلاعات کامل و دقیقی به متقاضی ارائه شده است.

نام، نام خانوادگی مشاور فروش عمر: _____ نام، نام خانوادگی معرف / سرپرست فروش: _____

تاریخ، مهر و امضا (الزامی) _____ تاریخ، مهر و امضا (الزامی) _____

"غربالگری و مدیریت ریسک"

نظر به پزشک مشاور معتمد

۱. صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است. ۲. صدور منع پزشکی دارد. (توضیح دارد در فرم لیست سیاه ثبت شود)

۳. صدور با درصد اضافه نرخ پزشکی برای بیمه گذار و با درصد اضافه نرخ پزشکی برای بیمه شده بلامانع است.

توضیح پزشک مشاور:

نام، نام خانوادگی پزشک معتمد:

تاریخ، مهر، امضا (الزامی)

نظر نهایی 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 درصد برای بیمه گذار و مجموع کل اضافه نرخ درصد برای بیمه شده (به شرح زیر) بلامانع است.

اضافه نرخ بیمه گذار ناشی از: ۱،۳. اضافه نرخ پزشک مشاور ۲،۳. قد و وزن ۳،۳. سوابق خانوادگی ۴،۳. تجمع خطر

اضافه نرخ بیمه شده ناشی از: ۱،۳. اضافه نرخ پزشک مشاور ۲،۳. قد و وزن ۳،۳. سوابق خانوادگی ۴،۳. تجمع خطر

نام، نام خانوادگی کارشناس صدور: _____ نام، نام خانوادگی رئیس واحد صدور / شعبه: _____

تاریخ، امضا (الزامی) _____ تاریخ، مهر، امضا (الزامی) _____