

## فرم درخواست الحاق ، پوشش های طرح امید به بیمه های عمر و سرمایه گذاری



نسخه دی ماه ۱۴۰۱

<b>بیمه گزار</b>	نام و نام خانوادگی بیمه گزار: ..... شماره بیمه نامه: ..... کد بیمه گزار: ..... تلفن همراه(الزامی): .....
<b>بیمه شده</b>	نام و نام خانوادگی بیمه شده اول: ..... سن: ..... شغل فعلی: ..... سرمایه عمر جاری/جمع کارآفرین: ..... تلفن همراه(الزامی): ..... نام و نام خانوادگی بیمه شده دوم: ..... سن: ..... شغل فعلی: ..... سرمایه عمر جاری/جمع کارآفرین: ..... تلفن همراه(الزامی): .....

عناوین تغییرات	دامنه تغییرات درخواستی
<b>بیمه گزار محترم ، پیشنهاد میشود همه خطرات را بررسی و پوشش ها را کامل انتخاب فرمایند.</b>	
ضریب تعدیل حق بیمه - درصد	<input type="checkbox"/> صفر <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪
افزایش/کاهش حق بیمه از	ریال به ..... ریال
روش پرداخت حق بیمه سالانه	<input type="checkbox"/> ۲ قسط <input type="checkbox"/> ۴ قسط <input type="checkbox"/> ۱۲ قسط <input type="checkbox"/> ۱ قسط سالانه
مدت بیمه نامه - افزایش تا سقف ممکن / ۳۰ سال	مدت از ..... سال به ..... سال تغییر یابد.
اعمال تعدیل سرمایه های عمر، حادثه و نقص عضو و از کارافتادگی به بیش از ده میلیارد ریال طی مدت بیمه نامه (سقف تعدیلات: سرمایه عمر حداکثر بیست میلیارد ریال - سرمایه حادثه و سرمایه نقص عضو و از کارافتادگی حداکثر چهل میلیارد ریال)	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱ ضریب سرمایه فوت به هر علت - درصد	<input type="checkbox"/> صفر <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪
۲ افزایش/کاهش سرمایه فوت از	ریال به ..... ریال
۳ افزودن/افزایش سرمایه فوت حادثه	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱ برابر <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> ۴ برابر
۴ افزودن نقص عضو حادثه و از کارافتادگی کامل ودائم (حادثه و بیماری)	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱ برابر <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> ۴ برابر
۵ افزودن هزینه پزشکی ناشی از حادثه	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۶ افزودن پوشش مقرری روزانه بستری در مراکز درمانی مجاز ناشی از حادثه	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۷ خطر اضافی: زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت، ورزش های رزمی حرفه ای	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۸ افزایش امراض خاص (۲۹ بیماری خاص)	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۱ برابر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۲ برابر
۹ پوشش معافیت	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱ افزایش/کاهش سرمایه فوت از	ریال به ..... ریال
۲ افزودن/افزایش سرمایه فوت حادثه	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱ برابر <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> ۴ برابر
۳ افزودن نقص عضو حادثه و از کارافتادگی کامل ودائم (حادثه و بیماری)	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱ برابر <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> ۴ برابر
۴ افزودن هزینه پزشکی ناشی از حادثه	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۵ افزودن پوشش مقرری روزانه بستری در مراکز درمانی مجاز ناشی از حادثه	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۶ خطر اضافی: زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت، ورزش های رزمی حرفه ای	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۷ افزایش امراض خاص (۲۹ بیماری خاص)	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۱ برابر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۲ برابر

**تعهدات این الحاقیه از اول سال بیمه ای بعد از صدور و بشرط وصول حق بیمه مربوطه در سررسید مقرر آغاز میشود**

تا این تاریخ تغییری نسبت به زمان صدور بیمه نامه در وضعیت سلامتی جسمی و روحی اینجانب که منجر به مطالبه خسارت از آن شرکت گردد، ایجاد نشده است. / بله / تأیید می نمایم <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تغییر در وضعیت سلامتی داشتم	<b>اظهار وضعیت سلامت بیمه شده اول:</b>
تا این تاریخ تغییری نسبت به زمان صدور بیمه نامه در وضعیت سلامتی جسمی و روحی اینجانب که منجر به مطالبه خسارت از آن شرکت گردد، ایجاد نشده است. / بله / تأیید می نمایم <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تغییر در وضعیت سلامتی داشتم	<b>اظهار وضعیت سلامت بیمه شده دوم:</b>

لطفاً سابقه هرگونه بیماری یا اختلال جسمی، روحی، یا نقص عضو و یا از کارافتادگی (جزئی/کلی) سابقه بستری، جراحی را با قید عنوان بیماری و تاریخ شروع آن، نام و مدت زمان داروی مصرفی، نوع درمان انجام شده، وضعیت فعلی (بیمه شده) را ذکر فرمائید:

- بیمه شده اول: .....
- بیمه شده دوم: .....

### اینجانب بعنوان بیمه گزار و بیمه شده ضمن پذیرش کلیه شرایط و مفاد مندرج در ظهر این الحاقیه گواهی و اعلام می دارم / میداریم:

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 میشود.
۲. از مسئولیت خود در خصوص تبعات عدم پرداخت بموقع اقساط به حساب بیمه کارآفرین اطلاع داشته و نیز اطلاع دارم که افزایش در سرمایه پوشش ها هزینه های بیمه نامه را بیشتر و ارزش بازخرید بیمه نامه را کاهش میدهد و در صورت درخواست به فسخ قرارداد ادعایی خارج از مبلغ ارزش بازخرید نخواهم / نخواهیم داشت.
۳. اطلاع دارم / داریم در زمان وقوع خسارت، اگر مصرف انواع مواد مخدر و یا مشروبات الکلی احراز شود بیمه گر میتواند از پرداخت تمام یا بخشی از خسارت خودداری کند.

**امضاء/ تاریخ بیمه شده دوم**

**امضاء/ تاریخ بیمه شده اول**

**امضاء/ تاریخ بیمه گزار**

توجه : ۱- ضروری است حق بیمه یا اقساط یا شناسه واریز و فقط به شماره حساب ۸۶۲۰۰۲۰۹۰ بیمه کارآفرین نزد یکی از بانک های ملت و یا کارآفرین واریز گردد. مسئولیت عدم رعایت این بند متوجه بیمه گزار میباشد.

۲- در قراردادهای بیمه ، مطالبه هرگونه وجهی بغیر از مبالغ حق بیمه و اعلام هرگونه شماره حساب بغیر از حساب تعریف شده غیرمجاز است.

## شرایط عمومی الحاقیه

شرایط عمومی طرح امید در پوشش عمر، حادثی، امراض خاص و معافیت، جایگزین شرایط عمومی فعلی و به همراه الحاقیه تحویل می گردد.

### (گزیده ای از شرایط عمومی این الحاقیه)

۱. تعهدات این الحاقیه از اول سال بیمه ای بعد از صدور و بشرط وصول حق بیمه مربوطه در سررسید مقرر آغاز می شود.
- بیماریهای تحت پوشش امراض: طبق ماده ۱ شرایط عمومی پوشش تبعی امراض خاص منضم به بیمه نامه عمر اندوخته دار امید بیماریهای تحت پوشش امراض عبارت است: 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- بازکردن تنگی های عروق کرونر توسط بالن ۸- جراحی تعویض دریچه های قلب ۹- ترمیم دریچه های قلب ۱۰- قراردادن پیس میکر ۱۱- بیماری نوروپاتی حرکتی ۱۲- نابینائی کامل ۱۳- ناشنوایی کامل ۱۴- پارکینسون ۱۵- آلزایمر و دمانس ۱۶- نارسائی مزمن کلیوی/دیالیز ۱۷- ام اس ۱۸- کما ۱۹- مننژیت ۲۰- هیپاتیت ب ۲۱- هیپاتیت سی ۲۲- اچ آی وی / ایدز ۲۳- نارسائی 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
- تبصره:** علیرغم سرمایه امراض خاص مقرر در این الحاقیه، تعهدات بیمه گر در خصوص بیماریهای ذیل تعدیل می شود:
  - ۱- سرمایه قابل پرداخت بابت موارد ۶ و ۷، به میزان ده درصد سرمایه امراض خاص مقرر خواهد بود.
  - ۲- سرمایه قابل پرداخت بابت موارد ۲۳ تا ۲۹، به میزان یک برابر سرمایه فوت به هر علت محدود می گردد.
  - ۳- در صورت تحقق خطر و پرداخت خسارت بندهای ۱ و ۲ این تبصره، پرداخت خسارت الباقی بیماریهای تحت پوشش در این الحاقیه به میزان مابه التفاوت سرمایه مقرر و خسارت پرداختی در تعهد بیمه گر است.
۲. **دوره انتظار:** طبق ماده ۴ شرایط عمومی پوشش تبعی امراض خاص منضم به بیمه نامه عمر اندوخته دار امید دوره انتظار برای امراض خاص اضافه شده جدید و همچنین بخش افزایش یافته سرمایه، شش ماه پس از تاریخ شروع پوشش می باشد.
۳. **ازکارافتادگی کامل و دائم بیمه شده:** طبق ماده ۴ شرایط عمومی پوشش تبعی حادثه منضم به بیمه نامه عمر اندوخته دار امید بیمه گر متعهد است در صورتی که بیمه شده در اثر بیماری و یا حادثه دچار ازکارافتادگی کامل و دائم گردد، سرمایه تعهد شده را نقدا پرداخت نماید. شروط ازکارافتادگی کامل و دائم بیمه شده در شرایط عمومی پیوست قید شده است.
۴. **خطرات اضافی در پوشش حادثه:** بر اساس ماده ۱۱ فصل چهارم آیین نامه شماره ۸۴ شورایعالی بیمه، خطرات ناشی از زلزله، سیل، آتش فشان، موتورسیکلت و ورزش های رزمی و حرفه ای صرفا در صورت اخذ بسته خطرات اضافی در پوشش حادثه و پرداخت حق بیمه اضافی در تعهد بیمه گر است.
۵. **استثنائات پوشش هزینه پزشکی:** طبق بند ۲ شرایط خصوصی پوشش تبعی حادثه بیمه نامه اندوخته دار امید، هزینه های جراحی و درمانی مربوط به رباط جانبی و صلیبی، پارگی مینیسک، شکستگی دندان، انواع دیسک و جراحی فتق در تعهد بیمه گر نخواهد بود.
۶. **دوره انتظار:** دوره انتظار برای "پوشش هزینه پزشکی" اضافه شده در این الحاقیه، سی روز پس از تاریخ شروع می باشد.
۷. **پوشش تکمیلی مقرری روزانه بستری در مراکز درمانی مجاز (ناشی از حادثه):** میزان تعهد بیمه گر از چهارمین روز بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی مجاز محاسبه و حداکثر برای مدت نود روز تا سقف سرمایه مندرج در جدول تعهدات بیمه گر و بیمه گزار خواهد بود.
۸. **کشف کتمان کم اهمیت:** طبق بند ج ماده ۱۳ شرایط عمومی در صورت کشف کتمان کم اهمیت در بیمه نامه هایی که زمان سپری شده از مدت آن بیش از ده سال بوده ولی کلیه حق بیمه های آن بطور منظم پرداخت شده است، بیمه گر منعی برای ایفای تعهدات در زمان خسارت و یا تداوم بیمه نامه با نرخ جاری ندارد.

### درخواست درمان تکمیلی ویژه بیمه گزاران عمر و سرمایه گذاری

اینجانب ..... بعنوان بیمه گزار بیمه نامه (معتبر/جاری) عمر و سرمایه گذاری فوق درخواست خرید بسته درمان تکمیلی خانواده را با شرایط ویژه مربوط به بیمه گزاران عمر و سرمایه گذاری جهت خود و افراد تحت تکفل خانواده دارم. خواهشمند است نسبت به صدور بیمه نامه و تحویل اسناد آن اقدام فرمایند.

امضاء/تاریخ - بیمه گزار

### اینجانب / اینجانبان بعنوان نماینده / کارگزار / مشاور فروش گواهی و اعلام می دارم / میداریم:

۱- شخصا متقاضی بیمه نامه و نیز بیمه شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت صحت امضاء آنان را تأیید میکنم. ۲- متقاضی بیمه را از تعهدات وی در خصوص پرداخت حق بیمه و مسئولیت ناشی از عدم پرداخت بموقع اقساط مطلع نمودم. ۳- با حسن نیت تمام درباره شرایط بیمه نامه تعهدات طرفین و میزان ارزش بازخرید اطلاعات کامل و دقیق به وی ارائه نمودم.

مهر و امضاء / تاریخ - معرف / سرپرست فروش

مهر و امضاء / تاریخ امضاء مشاور

### غربالگری و مدیریت ریسک

۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است <input type="checkbox"/> ۲- منع صدور پزشکی دارد <input type="checkbox"/> ۳- صدور با اعمال این شرایط بلامانع است: ..... مهر و امضاء / تاریخ - پزشک معتمد	بیمه شده اول
۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است <input type="checkbox"/> ۲- منع صدور پزشکی دارد <input type="checkbox"/> ۳- صدور با اعمال این شرایط بلامانع است: ..... مهر و امضاء / تاریخ - پزشک معتمد	بیمه شده دوم

### کارشناسی صدور الحاقیه

۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است <input type="checkbox"/> ۲- منع صدور پزشکی دارد <input type="checkbox"/> ۳- صدور با اعمال این شرایط بلامانع است: ..... مهر و امضاء / تاریخ - رئیس واحد صدور / شعبه	بیمه شده اول
۱- صدور بدون اضافه نرخ بلامانع است <input type="checkbox"/> ۲- منع صدور پزشکی دارد <input type="checkbox"/> ۳- صدور با اعمال این شرایط بلامانع است: ..... مهر و امضاء / تاریخ - رئیس واحد صدور / شعبه	بیمه شده دوم