

شرکت بیمه کار آفرین

مستند سازی خسارت

۱۳۹۸



شعبه سرپرستی : تهران مرکز

نوع بیمه نامه : عمر و سرمایه گذاری

شماره بیمه نامه : ۶۲۱/۱/۲۵۴۰/۹۶/۷۱۹

مبلغ حق بیمه پرداخت شده : ۱۴۶,۲۴۰,۰۰۰ ریال

عامل خسارت : عارضه قلبی

مبلغ خسارت پرداخت شده : ۱,۳۳۵,۰۹۵,۱۵۶ ریال



۱۵۷۱۹

بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری

نسخه اول: بیمه گذار

مشترک

شرکت بیمه کارآفرین این بیمه نامه را بنا بر پیشنهاد مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۲۳ بیمه گذار و بر اساس قانون و مقررات بیمه در ایران و شرایط خصوصی مندرج در متن و ضمیمه آن و شرایط عمومی بیوست صادر نموده است که در صورت دریافت حق بیمه مقرر، از تاریخ شروع بیمه نامه دارای اعتبار خواهد بود.

شماره بیمه نامه: ۶۲۱۱/۲۵۴۰/۹۶۷۱۹	کد رایانه بیمه نامه: ۹۳۳۳۲۰	مدت بیمه: ۲۰ سال
تاریخ صدور: ۱۳۹۶/۰۲/۲۵	تاریخ شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ روز ۲۵/۰۲/۱۳۹۶	تاریخ انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ روز ۲۵/۰۲/۱۴۱۶
شعبه: تهران مرکز کد ۱	نمایندگی/کارگزار: سمیه میر محمدی کد ۲۵۴۰	کد معرف: ۲۵۴۰/۱۱
نام و نام خانوادگی بیمه گذار: جناب آقای [Redacted] کد ملی/شناسه ملی: ۱۶۷۱۳۴۳		
آدرس: کد پستی: [Redacted] تلفن همراه: [Redacted]		
بیمه شده اول		
نام و نام خانوادگی: جناب آقای [Redacted]	کد ملی: ۱۶۷۱۳۴۳	نام و نام خانوادگی: سرکار خانم [Redacted]
تاریخ تولد: ۱۳۴۴/۱۰/۲۱	شغل: [Redacted]	تاریخ تولد: ۱۳۲۹/۰۶/۲۸
آدرس: [Redacted]	تلفن ثابت: [Redacted]	تلفن همراه: [Redacted]
بیمه شده دوم		
نام و نام خانوادگی: سرکار خانم [Redacted]	کد ملی: [Redacted]	تاریخ تولد: ۱۳۲۹/۰۶/۲۸
تاریخ تولد: [Redacted]	شغل: [Redacted]	تلفن همراه: [Redacted]
خطرات تحت پوشش		
بیمه عمر (فوت)	سرمایه بیمه (سال اول) بیمه شده اول	سرمایه بیمه (سال اول) بیمه شده دوم
بیمه تکمیلی فوت بر اثر حادثه	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
بیمه تکمیلی بیماریهای تحت پوشش	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
بیمه تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه به علت فوت و یا از کار افتادگی بیمه شده اول:	ضرب تعدیل سالانه سرمایه بیمه: ۰ درصد	
حق بیمه عمر و سرمایه گذاری (به حروف): چهل میلیون	مجموع حق بیمه های فوت بر اثر حادثه بیمه شده اول و دوم (به حروف): چهار میلیون و هشتصد هزار	مجموع حق بیمه های بیماریهای تحت پوشش بیمه شده اول و دوم (به حروف): سه میلیون و شصت هزار
حق بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه (به حروف): یک میلیون و دویست هزار	حق بیمه سال اول به اضافه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض (به حروف): چهل و نه میلیون و شصت هزار	ضرب تعدیل سالانه حق بیمه: ۱۰ درصد
روش پرداخت حق بیمه: اقساط سالانه	اولویت	نسبت با بیمه شده
درصد سهم	اولویت ۱	پسر ۵۰
	اولویت ۱	دختر ۵۰
	اولویت ۱	پسر ۵۰
	اولویت ۱	دختر ۵۰
استفاده کنندگان (ذینفعان)	نام و نام خانوادگی	کد ملی
	[Redacted]	[Redacted]
در صورت فوت بیمه شده اول در طول مدت بیمه		
در صورت فوت بیمه شده دوم در طول مدت بیمه		
در صورت حیات بیمه شدگان در انقضاء بیمه	عمران رضائی انشار کد ۱۶۷۱۳۴۳	بیمه گذار ۱۰۰
سایر شرایط		
- در صورت فوت هر یک از ذینفعان قبل از فوت بیمه شده یا همزمان با وی، سهم تعیین شده ذینفع متوفی به ذینفع یا ذینفعان اولویت بعدی پرداخت می گردد.		

* ضمیمه بیمه نامه به شرح زیر می باشد:

- جدول شرایط و ارزش بازخرید بیمه نامه
 - شرایط خصوصی بیمه عمر و سرمایه گذاری
 - شرایط عمومی بیمه عمر و سرمایه گذاری
 - شرایط بیمه تکمیلی از پرداخت حق بیمه
 - شرایط بیمه تکمیلی فوت بر اثر حادثه
 - شرایط بیمه تکمیلی بیماریهای تحت پوشش
- ۱ - بیمه گذار موظف است جهت بهره مندی از مزایای بیمه نامه، حق بیمه متعلقه را در سررسید های مقرر به یکی از روشهای مندرج در شرایط خصوصی منضم به بیمه نامه، صرفاً به حساب شرکت بیمه کارآفرین به شماره ۰۷۲۷۷۷۷۷۷۷۷۷ نزد بانک ملت شعبه ولیعصر واریز نماید.
- ۲ - توجه بیمه گذار را به بند ۵ شرایط خصوصی منضم به بیمه نامه (در موارد عدم پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر) جلب می نماید.
- ۳ - از آنجائیکه ارسال مکاتبات شرکت به آدرس و ارسال پیامک های تلفنی به تلفن همراه صورت خواهد گرفت، بیمه گذار متعهد است در صورت تغییر آدرس و یا شماره تلفن همراه، مراتب را سریعاً به شرکت بیمه (واحد صدور بیمه نامه) به صورت مکتوب اعلام نماید.
- ۴ - بیمه گذار می تواند برای اطلاع از وضعیت بیمه نامه و پرداخت حق بیمه خود به سامانه بیمه گر به آدرس www.karafarin-insurance.ir بخش امور مشتریان مراجعه نماید.

بیمه گر - شرکت بیمه کارآفرین
 واحد صدور ۱
 امضا کننده دوم: مهسا آذرمانی
 امضا کننده اول: شیوا کابلی



اعضای بیمه گذار



۹۷/۰۹/۱۷

تاریخ

۱۰/۵/۹۷/۱

شماره

پیوست

بسمه تعالی

اداره کل پزشکی قانونی استان تهران

حیات ارکالای ایرانی



گواهی فوت

جسد متوفی [REDACTED] فرزند [REDACTED] به شماره جواز دفن ۹۷/۵۷۶۸ در تاریخ ۹۷/۷/۱۳ توسط پزشک قانونی در این مرکز معاینه و علت فوت عارضه حاد قلبی در زمینه بیماری ایسکمیک مزمن قلب تعیین گردیده است. تاریخ فوت نامبرده ۹۷/۷/۱۲ بوده است. ر-۹۷/۰۹/۱۷

دکتر سید جلیل منبئی

رئیس مرکز تشخیصی و آزمایشگاهی

پزشکی قانونی استان تهران

مرکز تشخیصی و آزمایشگاهی پزشکی قانونی استان تهران - جاده قدیم قم - ۵۰۰ متر بعد از درب شرقی بهشت زهرا (س)

دورنگار ۰۲۱-۵۶۵۲۴۷۹۳

تلفن ۰۲۱-۵۶۵۲۴۸۰۰-۹

کد پستی ۱۸۱۶۱۵۳۱۴۱



شماره بیمه کارآفرین

شماره حواله: ۶۱۰۳۲

تاریخ: ۱۳۹۷/۱۱/۰۲

تاییدیه خسارت عمر انفرادی

قابل پرداخت
بابت خسارت

شماره پرونده خسارت: ۵۶۵۱۲

شماره بیمه نامه: ۷۱۹

واحد صدور: تهران مرکز کد ۱

معرف: سمیه میر محمدی کد ۲۵۴۰ بیمه شده:

بیمه گذار: کد ۱۶۷۱۳۴۳

مبلغ خسارت: ۱,۳۳۳,۴۸۱,۵۶۹ ریال

نوع خسارت: فوت

تاریخ خسارت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۲

گیرندگان خسارت:

ردیف	نسبت گیرنده غرامت	نام گیرنده غرامت	مبلغ قابل پرداخت
۱	پسر	آقای [کد ۱۲۶۴۳۵۹]	۶۶۶,۷۴۰,۷۸۹
۲	دختر	خانم [کد ۱۲۶۴۳۶۳]	۶۶۶,۷۴۰,۷۸۰
جمع مبلغ قابل پرداخت:			۱,۳۳۳,۴۸۱,۵۶۹ ریال

واحد پرداخت خسارت

موظف
د.ر.د

شماره بیمه کارآفرین

شماره حواله: ۶۱۰۳۶

تاریخ: ۱۳۹۷/۱۱/۰۲

تاییدیه خسارت عمر انفرادی

متمم
بابت خسارت

شماره پرونده خسارت: ۵۶۵۱۲

شماره بیمه نامه: ۷۱۹

واحد صدور: تهران مرکز کد ۱

معرف: سمیه میر محمدی کد ۲۵۴۰ بیمه شده:

بیمه گذار: کد ۱۶۷۱۳۴۳

مبلغ خسارت: ۱,۶۱۳,۵۸۷ ریال

نوع خسارت: فوت

تاریخ خسارت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۲

گیرندگان خسارت:

ردیف	نسبت گیرنده غرامت	نام گیرنده غرامت	مبلغ قابل پرداخت
۱	پسر	آقای [کد ۱۲۶۴۳۵۹]	۸۰۶,۷۹۴
۲	دختر	خانم [کد ۱۲۶۴۳۶۳]	۸۰۶,۷۹۳
جمع مبلغ قابل پرداخت:			۱,۶۱۳,۵۸۷ ریال

واحد پرداخت خسارت

موظف
د.ر.د