

# شرکت بیمه کار آفرین

## مستند سازی خسارت

۱۳۹۸



شعبه سرپرستی : تهران مرکز

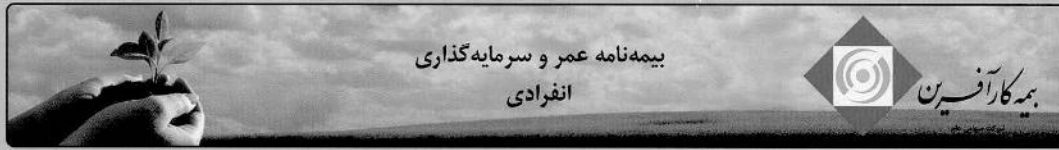
نوع بیمه نامه : عمر و سرمایه گذاری

شماره بیمه نامه : ۶۲۱/۱/۲۳۸۵/۹۰/۱۰۹۰۹

مبلغ حق بیمه پرداخت شده : ۲۴۶,۳۱۳,۷۴۰ ریال

عامل خسارت : امراض خاص - سرطان خون

مبلغ خسارت پرداخت شده : ۱,۰۵۲,۱۲۴,۱۶۲ ریال




شماره ۳۰۹۱۷۱


بیمه گذار: جناب آقای [نام] کد ۱۰۹۷۰۳۳ تاریخ تولد: ۱۳۶۳/۰۱/۱۴ شماره شناسنامه/کد ملی: محل صدور: نام پدر:	بیمه شده: جناب آقای [نام] کد ۱۰۹۷۰۳۳ تاریخ تولد: ۱۳۶۳/۰۱/۱۴ شماره شناسنامه/کد ملی: محل صدور: نام پدر:
تاریخ پیشنهاد: ۱۳۹۰/۰۷/۲۸ تاریخ صدور: ۱۳۹۰/۰۷/۲۸ شماره بیمه نامه: ۶۲۱۱/۲۳۸۵/۹۰/۱۰۹۰۹ مدت بیمه: ۲۵ سال شمسی شماره قرارداد:	کد نمایندگی: حمید عمادی کد ۲۳۸۵ کد معرف: ۱/۲۳۸۵ شعبه: مرکز کد ۱ روش پرداخت حق بیمه: سالانه به عدد: ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ضریب تعدیل سالانه حق بیمه: ۱۰ درصد به عدد: ۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به عدد: ۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
سرمایه فوت بیمه عمر: (به حروف) ششصد میلیون ضریب تعدیل سالانه سرمایه: ۵ درصد سرمایه بیمه بیماریهای پوشش: (به حروف) یکصد و هشتاد میلیون سرمایه فوت به علت حادثه: (به حروف) یک میلیارد و هشتصد میلیون	

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه شده	سهم استفاده کننده
۱	[نام]	[کد ملی]	پدر	۱۰۰٪

حق بیمه سالانه عمر و سرمایه گذاری (به حروف): سی میلیون حق بیمه تکمیلی فوت به علت حادثه (به حروف): یک میلیون و چهارصد و چهل هزار حق بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه (به حروف): چهارصد و پنجاه هزار حق بیمه تکمیلی بیماریهای تحت پوشش (به حروف): دویست و هفت هزار حق بیمه سالانه (به حروف): سی و دو میلیون و نود و هفت هزار	به عدد: ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به عدد: ۱,۴۴۰,۰۰۰ ریال به عدد: ۴۵۰,۰۰۰ ریال به عدد: ۲۰۷,۰۰۰ ریال به عدد: ۳۲,۰۹۷,۰۰۰ ریال
---	--

۱- در صورت فوت بیمه شده بر اثر حادثه در طی مدت اعتبار بیمه نامه، سرمایه فوت بیمه عمر با احتساب تعدیلات، به چهار برابر افزایش می یابد.  
 ۲- معاف بودن بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه نامه. از کارافتادگی دائم و کامل بیمه شده می بایست توسط مراجع ذیصلاح پزشکی - پزشکی قانونی و پزشک بیمه گر - مورد تایید قرار گیرد.  
 ۳- پرداخت سرمایه بیمه بیماری های تحت پوشش در صورت ابتلای بیمه شده به یکی از بیماری های مندرج در شرایط عمومی پوشش بیماری های تحت پوشش ضمیمه بیمه نامه.  
 ۴- حق استفاده از سرمایه بیمه نامه تنها متعلق به ذینفع یا ذینفعین در قید حیات در زمان فوت بیمه شده، و با رعایت ترتیب مقرر در بیمه نامه می باشد و به وراثت ذینفعی که قبل از بیمه شده فوت نموده است تعلق نخواهد گرفت.  
 ۵- در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر، میزان مشارکت در سود حاصل از سرمایه گذاری به نسبت مدت تاخیر تقبیل خواهد یافت.

  
 فریدون خلیلی قومی



دفتر مرکزی: تهران، میدان آرژانتین، خیابان احمد قصیر (بخارست)، خیابان هفدهم، شماره ۵ | تلفن: ۰۲۴-۸۸۷۲۳۸۲ | دورنگار: ۰۴۱-۸۸۷۲۳۸۴



فرم بررسی مدارک پزشکی مربوط به خسارات

نام و نام خانوادگی بیمه شده: [Redacted]

شماره بیمه نامه: ۹۰/۱۰۹۰۹/۲۰۸۵/۲۰۱۱

تاریخ صدور: ۹۰/۷/۱۸

نوع بیمه شده: (مهر)

نوع خسارت: امراض

نظریه پزشک معتمد شرکت:

بیمار با بروز عدم ایستادگی در عضله گردن و دست راست و دست چپ با  
تورم گردن و تورم در دست راست و چپ و تورم در دست چپ  
(هنگام حرکت) را تأیید نموده است  
۹۰/۷/۱۸ تاریخ معاینه

تاریخ، مهر و امضاء پزشک معتمد

[Signature]

دفتر مرکزی: تهران، خیابان احمد نسور (بهارست)، خیابان مقدم (شوق)، شماره ۵، تلفن: ۴۲۵۴۳ - ۴۲۵۴۴

واحد صدور: تهران مرکز کد ۱	<b>تاییدیه خسارت عمر انفرادی</b>	شرکت بیمه کارآفرین
شماره پرونده خسارت: ۱۸۶۳۱	قابل پرداخت بابت خسارت	شماره حواله: ۱۹۷۴۹
شماره بیمه نامه: ۱۰۹۰۹		تاریخ: ۱۳۹۴/۰۸/۲۷
معرف: حمید عمادی کد ۲۳۸۵	بیمه شده: [Redacted] کد ۱۰۹۷۰۳۳	بیمه گذار: جناب آقای [Redacted] کد ۱۰۹۷۰۳۳
مبلغ خسارت: ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	نوع خسارت: استفاده از سرمایه امراض	تاریخ خسارت: ۱۳۹۴/۰۸/۲۷

گیرندگان خسارت:

ردیف	نسبت گیرنده غرامت	نام گیرنده غرامت	مبلغ قابل پرداخت
۱	بیمه گذار	جناب آقای [Redacted] کد ۱۰۹۷۰۳۳	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰

جمع مبلغ قابل پرداخت: ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

واحد پرداخت خسارت  
تهران مرکز کد ۱

[Signature]





۱۹/ف ۳۶۳۹۰۶

نام خانوادگی: [Redacted]		نام: [Redacted]	
شماره شناسنامه:		شماره ملی:	
جنسیت: آقا		تاریخ تولد: ۱۳۶۳/۰۱/۱۴	
محل صدور:		حوزه:	
نام پدر:		نام مادر:	
وضعیت ازدواج: ---		شغل: ---	
تحصیلات: ---		نام محل: تهران	
تاریخ: ۱۳۹۵/۰۹/۲۵		علت: سرطان	
شماره ثبت: ۳۰۸۸۹۶		محل تنظیم سند: بهشت زهرا	
تاریخ ثبت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۹		سند طبق م ۱۲ ق ۱ تا ۱۰ سامانه	
توضیحات:			
فرزند:		این گواهی بر حسب تقاضای آقای خانم صادر و تحویل گردید.	
امضاء، تاریخ و مهر:		اداره ثبت احوال: بهشت زهرا	
[Stamp]		نام و نام خانوادگی مأمور: معصومه غناری	

فوتوگرافی بر این اساس است  
دفترخانه ثبت احوال تهران



شماره حواله: ۲۸۹۸۴  
تاریخ: ۱۳۹۵/۱۱/۲۰

شماره پرونده خسارت: ۲۶۵۱۵  
شماره بیمه نامه: ۱۰۹۰۹

**تاییدیه خسارت عمر انفرادی**

بیمه شده: حمید عمادی کد ۲۳۸۵  
بیمه گذار: کد ۱۰۹۷۰۳۳

مبلغ خسارت: ۸۳۵,۸۷۱,۵۵۰ ریال  
نوع خسارت: فوت  
تاریخ خسارت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۵

گیرندگان خسارت:

ردیف	نسبت گیرنده غرامت	نام گیرنده غرامت	مبلغ قابل پرداخت
۱	پدر	آقای [Redacted] کد ۴۹۱۵۸۴	۸۳۵,۸۷۱,۵۵۰

جمع مبلغ قابل پرداخت: ۸۳۵,۸۷۱,۵۵۰ ریال

واحد پرداخت خسارت  
تهران مرکز کد ۱



*[Handwritten signature and stamp]*

شماره حواله: ۲۸۹۸۵  
تاریخ: ۱۳۹۵/۱۱/۲۰

شماره پرونده خسارت: ۲۶۵۱۵  
شماره بیمه نامه: ۱۰۹۰۹

**تاییدیه خسارت عمر انفرادی**

بیمه شده: حمید عمادی کد ۲۳۸۵  
بیمه گذار: کد ۱۰۹۷۰۳۳

مبلغ خسارت: ۱۶,۲۵۲,۶۱۲ ریال  
نوع خسارت: فوت  
تاریخ خسارت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۵

گیرندگان خسارت:

ردیف	نسبت گیرنده غرامت	نام گیرنده غرامت	مبلغ قابل پرداخت
۱	پدر	آقای [Redacted] کد ۴۹۱۵۸۴	۱۶,۲۵۲,۶۱۲

جمع مبلغ قابل پرداخت: ۱۶,۲۵۲,۶۱۲ ریال

واحد پرداخت خسارت  
تهران مرکز کد ۱



*[Handwritten signature and stamp]*