فرم پیشنهاد / درخواست بیمه عمر اندوخته دار (طرح ثمر)

کاریزما
شرکت بیمه زندگی سپهر ملی

متقاضی گرامی ، لطفا پاسخ احتمالی کلیه سوالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری و امضاء نمایید . لازم به ذکر است که تکمیل این فرم درخواست ، تعهدی برای شرکت بیمه زندگی کاریزما ایجاد نمی نماید . ضمنا جهت رعایت حقوق آتی استفاده کنندگان ، این فرم بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی پذیرفته می شود.

کد رایانه :	نام و کد شعبه :	نام و کد معرف :	شماره بیمه نامه سال قبل :	تاریخ تکمیل : / /

متقاضی (حداقل ۱۸ سال)

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

شماره/ شناسه ملی : تاریخ تولد : / / متاهل ☐ مجرد ☐

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

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

استان: شهر: آدرس دقیق محل سکونت : کد پستی : پست الکترونیک :

بیمه شده

نسبت متقاضی با بیمه شده : **(چنانچه متقاضی و بیمه شده یک نفر باشند نیاز به تکمیل این بخش نمی باشد)**

نام و نام خانوادگی :

شماره/ شناسه ملی : تاریخ تولد : / / متاهل ☐ مجرد

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

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

استان: شهر: آدرس محل سکونت : کد پستی :

استان: شهر: آدرس محل کار : کد پستی :

مدت بیمه ..... سال (۵ تا ۴۰ سال)

مبلغ حق بیمه سالانه : ..... ریال مبلغ واریز متفرقه : ..... ریال

* حق بیمه پوشش های تکمیلی به مبلغ حق بیمه سالانه اضافه می گردد.

روش پرداخت حق بیمه : سالانه ☐ شش ماهه ☐ چهار ماهه ☐ سه ماهه ☐ ماهیانه ☐

مشتریان می توانند هریک از پوشش های شماره ۱ تا ۱۱ را جداگانه حسب نیاز بیمه ای خود به مبلغ و نسبت دلخواه خریداری نمایند.

۱	سرمایه امراض خاص (حداکثر تا سقف ۱۰ میلیارد ریال)	.....	ریال
۲	سرمایه نقص عضو و از کارافتادگی **به هرعلت** - **طرح نقص عضو و از کارافتادگی افق** (حداکثر تا سقف ۵۰ میلیارد ریال)	.....	ریال
۳	سرمایه از کارافتادگی **به هرعلت** - **طرح از کارافتادگی افق** (حداکثر تا سقف ۵۰ میلیارد ریال) **** فقط یکی از دو پوشش شماره ۲ یا ۳ قابل انتخاب می باشد .***	.....	ریال
۴	مستمری در صورت از کارافتادگی کامل دائم و یا ابتلا به امراض خاص بیمه شده - **طرح مستمری افق**	.....	ریال
۵	معافیت در صورت از کارافتادگی کامل دائم و یا ابتلا به امراض خاص بیمه شده - **طرح معافیت افق**	بلی ☐ خیر ☐	
۶	معافیت در صورت از کارافتادگی کامل دائم و یا فوت بیمه گزار- **طرح حامی تو** **** این پوشش تنها در صورت متفاوت بودن بیمه گذار و بیمه شده قابل انتخاب می باشد.***	بلی ☐ خیر ☐	
۷	جبران درآمد روزانه ایام بستری بیمارستانی **به هر علت** - **طرح شفا** (روزانه در بخش عمومی تا سقف ۵۰ میلیون ریال)	بخش عمومی:	ریال
۸	جبران درآمد روزانه از کارافتادگی موقت **به هرعلت** - **طرح درآمد روزانه افق** (روزانه تا سقف ۱۰۰ میلیون ریال) **** مختص قراردادهای جمعی***	.....	ریال
۹	هزینه پزشکی ناشی از حادثه (حداکثر تا سقف ۵ میلیارد ریال)	.....	ریال
۱۰	سرمایه فوت به علت حادثه (حداکثر تا سقف ۱۰۰میلیارد ریال)	.....	ریال
۱۱	سرمایه فوت به هر علت (حداقل یک میلیون ریال الزامیست. حداکثر تا سقف ۵۰ میلیارد ریال)	.....	ریال

ضریب تعدیل سالانه سرمایه	..... درصد	ضریب تعدیل سالانه حق بیمه	..... درصد

پوشش های اضافی

توجه : خسارت ناشی از هدایت موتورسیکلت، وقوع سیل، زلزله و آتشفشان تحت پوشش این بیمه نامه می باشد .

علاوه بر خطرات عادی و شغلی کدام یک از پوشش های زیر را برای بیمه شده درخواست می نمایید ؟

هدایت یا سرنشینی اتومبیل کورسی ☐ سقوط آزاد ☐ غواصی ☐ هدایت یا سرنشینی هواپیمای آموزشی ☐ پرش با چتر نجات هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر (بجز هلیکوپتر نظامی) ☐ سایر موارد :

استفاده کنندگان

		نام، نام خانوادگی/ نام موسسه	شماره/شناسه ملی	تاریخ تولد/ثبت	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
در صورت فوت بیمه شده	۱						
	۲						
	۳						

* در صورت حیات بیمه شده(۱۰۰٪ اندوخته یا ارزش بازخرید) بیمه گذار ☐ بیمه شده ☐ توجه : در این بیمه نامه در صورت فوت بیمه گذار ، بیمه شده جانشین وی خواهد شد.

۱- جهت تسهیل فرآیند پرداخت خسارت و رعایت حقوق استفاده کنندگان تا حد امکان از درج عبارت وراث قانونی خودداری فرمایید .
۲- در این بیمه نامه در صورت فوت ذینفع/ذینفعان قبل از بیمه شده و عدم تعیین ذینفع جایگزین ،سهم ذینفع/ ذینفعان متوفی بین سایر ذینفعان به نسبت سهم هر یک تقسیم می شود .
۳- در این بیمه نامه در صورت فوت هم زمان ذینفع/ذینفعان با بیمه شده منافع بیمه نامه به وراث قانونی بیمه شده تعلق می یابد.
۴- در این بیمه نامه گیرنده خسارت یا غرامت پوشش های غیر از فوت بیمه شده ، شخص بیمه شده به عنوان استفاده کننده می باشد .

سوابق بیمه ای

۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر و یا حادثه (به طور 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 بیمه حادثه به شرکت بیمه دیگر داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد ؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید: بلی ☐ خیر ☐

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

تذکر : طبق مصوبات بیمه مرکزی در صورت عدم اطلاع بیمه گر تعهدات وی متناسب با میزان کتمان تعدیل می شود .

فرم پیشنهاد / درخواست بیمه عمر اندوخته دار (طرح ثمر)

کاریزما
شرکت بیمه زندگی سپهر ماه

" بیمه شده محترم لطفا به سئوالات زیر به دقت پاسخ دهید "

نام و نام خانوادگی: شماره ملی: سن: وزن(کیلوگرم) : قد (سانتی متر) :

ردیف	اظهارات کلی و وضعیت سلامتی بیمه شده	توضیحات الزامی (در صورت مثبت بودن پاسخ)	بلی	خیر
۱	آیا در شش ماهه گذشته کاهش/ افزایش وزن شدید (بیش از ده کیلوگرم) داشته اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ میزان و علت تغییر وزن را مشخص فرمایید.			
۲	آیا به صورت حرفه ای به فعالیت های ورزشی می پردازید ؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام فعالیت های ورزشی حرفه ای را قید فرمایید.			
۳	آیا در حال حاضر دچار نقص عضو و یا از کار افتادگی هستید؟ در کدام عضو (ناحیه)؟			
۴	آیا در حال حاضر تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ تاریخ و نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر نموده و پرونده بستری و پاتولوژی را پیوست نمایید.			
۵	آیا در گذشته یا در حال حاضر بیماری های جسمی یا اختلالات روحی یا روانی داشته یا دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیماری و تاریخ شروع آن، نام و مدت زمان داروی مصرفی، نوع درمان انجام شده، وضعیت فعلی(بیمه شده)، نام و آدرس پزشک معالج خود را ذکر فرمایید.			
۶	آیا در حال حاضر دارویی به طور منظم یا روزانه مصرف می کنید ؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نوع و میزان مصرف را مشخص فرمایید.			
۷	آیا مشمول معافیت پزشکی از خدمت نظام وظیفه شده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ بند ، ماده و علت معافیت پزشکی را اعلام فرمایید.			
۸	آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما (پدر ،مادر ،خواهر، برادر ، همسر ، فرزندان) شخصی سابقه بیماری دارد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نسبت و نوع بیماری را مشخص نمایید.			
۹	آیا افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) زیر ۶۰ سال به علت بیماری (غیر از حادثه) فوت شده است؟ درصورت مثبت بودن نسبت و نوع بیماری را مشخص فرمایید.			
۱۰	آیا از مواد دخانی (سیگار، پیپ یا قلیان) استفاده می کنید ؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نوع و میزان مصرف را مشخص نمایید.			
۱۱	جهت تسهیل در فرآیند پرداخت خسارت لطفاً نام بیمه گر پایه و در صورت امکان کد بیمه شده (خودتان) را اعلام فرمایید.			

۱۲

تذکر ۱: مصرف انواع مواد مخدر؛ در زمان وقوع خسارت، اگر مصرف انواع مواد مخدر و یا مشروبات الکلی احراز شود، حسب تاثیر با اهمیت آن بر علت وقوع خطر از پرداخت تمام یا بخشی از خسارت خودداری خواهد شد.

تذکر ۲: سرمایه یا غرامت مورد تعهد ناشی از بارداری و زایمان در سال اول، از استثنائات این بیمه نامه بوده و از تعهدات بیمه گر خارج می باشد.

تذکر ۳: برای کودکان زیر یکسال (در سال اول تولد، سرمایه فوت به هر علت صرفا جهت خطرات ناشی از حادثه قابل پرداخت است.)

گواهی و امضاء متقاضی و بیمه شده

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

۱- حق بیمه بیمه نامه را صرفا از طریق سایت شرکت به نام شرکت بیمه زندگی کاریزما واریز فرمایید .

۲- 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 .

۳- در صورت عدم دریافت پیامک تایید پرداخت ظرف ۴۸ ساعت، مراتب را از طریق شعب بیمه کاریزما پیگیری فرمایید.

۴- در صورت پذیرش درخواست و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه زندگی کاریزما از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه نامه شما معتبر است.

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

در کمال صحت و سلامت و با آگاهی و درک کامل از شرایط ذکر شده در این فرم، شرایط عمومی و شرایط پوشش‌های تکمیلی را پذیرفته و مطلع هستیم که طبق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه، هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی منجر به باطل شدن و از دست رفتن مزایای بیمه‌نامه می‌گردد.

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

تاریخ، امضاء دیجیتال (الزامی): تاریخ، امضاء دیجیتال (الزامی):

گواهی و امضاء معرف

اینجانب/ اینجانبان به عنوان مشاور فروش / نماینده / کار گزار/ سرپرست فروش اعلام داشته و گواهی می کنیم :

۱. شخصا متقاضی بیمه نامه و همچنین بیمه شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت، صحت امضاء 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 بموقع اقساط به حساب شرکت بیمه زندگی کاریزما مطلع نمودم.

۳. در نهایت حسن نیت درباره شرایط بیمه نامه و تعهدات طرفین ، اطلاعات کامل و دقیق به متقاضی ارائه شده است .

۴. در طی مدت بیمه نامه کلیه خدمات مورد نیاز را صرفنظر 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 مشاور فروش عمر: نام، نام خانوادگی معرف/ سرپرست فروش:

تاریخ، مهر و امضاء دیجیتال(الزامی): تاریخ، مهر و امضاء دیجیتال (الزامی):

غربالگری و مدیریت ریسک

نظر پزشک

نظر پزشک مشاور معتمد: با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی مندرج در فرم پیشنهاد ، صدور بیمه نامه بلامانع می باشد ؟ بلی ☐ خیر ☐ (توضیح دارد در فرم لیست سیاه ثبت شود)

توضیح پزشک مشاور

تاریخ، نام، امضا، دیجیتال 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 ☐ بلامانع است .

توضیح کارشناس :

تاریخ، نام، امضاء دیجیتال کارشناس صدور : تاریخ، نام، امضاء دیجیتال رئیس واحد صدور/ شعبه :