



فرم پیشنهاد / درخواست بیمه زندگی با مدیریت ثروت (سبک کاریما)

متقاضی گرامی، لطفا پاسخ سوالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری و امضاء فرمائید. لازم به ذکر است که تکمیل این فرم درخواست، تعهدی برای شرکت بیمه زندگی کاریما 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:	تاریخ تکمیل:/...../.....
متقاضی (حداقلا ۱۸ سال)	نام و نام خانوادگی (حقیقی) / نام موسسه (حقوقی):		
	تاریخ تولد: / / متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> شماره شناسه ملی:		
شغل اصلی: مشاغل فرعی: (لطفا از عناوین شغلی عام نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمائید.)			
تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر (الزامی): تلفن همراه: تلفن ثابت (با ذکر کد شهر):			
استان: شهر: آدرس محل سکونت: پلاک، طبقه، واحد: کد پستی: پست الکترونیک:			
بیمه شونده	نام و نام خانوادگی:		
	نسبت بیمه شونده با متقاضی: توجه: چنانچه متقاضی و بیمه شونده یک نفر باشند نیاز به تکمیل این بخش نمی باشد		
تاریخ تولد: / / شماره ملی: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> (لطفا از عناوین شغلی عام نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمائید.)			
شغل اصلی: مشاغل فرعی: تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر (الزامی): تلفن همراه: تلفن ثابت (با ذکر کد شهر): کد پستی:			
استان: شهر: آدرس محل سکونت: آدرس محل کار:			
مشخصات بیمه نامه مورد درخواست	مدت بیمه سال (۱ تا ۴۰ سال)		
	مبلغ سپرده اولیه بیمه نامه (بخش مدیریت ثروت): ریال		
روش پرداخت حق بیمه پوشش ها: <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/>			
سرمایه فوت به هر علت (حداکثر تا سقف ۲۰ میلیارد ریال) ریال ضریب تعدیل سالانه سرمایه درصد			
استفاده کنندگان	نام، نام خانوادگی / نام موسسه		
	تاریخ تولد/ثبت شماره شناسه ملی نسبت با بیمه شده درصد سهم اولویت		
در صورت فوت بیمه شده * ۱۰۰٪ اندوخته یا ارزش بازخرید این بیمه نامه به ذینفع حیات بیمه نامه <input type="checkbox"/> یا بیمه گذار <input type="checkbox"/> - در این بیمه نامه در صورت فوت بیمه گذار، بیمه شده جانشین وی خواهد شد.			
۱- 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.			
۲- 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.			
متقاضی / درخواست کننده	مهم: لطفا جهت اطلاع از حقوق خود و پیشگیری از هرگونه اختلال در خدمات پس از صدور حتما نکات زیر را قبل از امضاء درخواست، مطالعه فرمائید:		
	۱- حق بیمه بیمه نامه را مستقیما به حساب ۹۷۹۷۰۰۰۰۵۹ نزد بانک ملت بنام شرکت بیمه زندگی کاریما واریز فرمائید. ۲- در صورت عدم دریافت پیامک تایید پرداخت، مراتب را از طریق شعب بیمه کاریما پیگیری فرمائید. ۳- در صورت پذیرش درخواست و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه زندگی کاریما 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 پوشش های 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 بیمه نامه می گردد.			
امضاء / نام، نام خانوادگی متقاضی:		امضاء / نام، نام خانوادگی بیمه شونده:	
اینجانب/اینجانبان به عنوان مشاور فروش / نماینده / کارگزار/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 کاریما مطلع نمودم.			
۳. 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.			
امضاء / نام، نام خانوادگی مشاور فروش عمر:		امضاء / نام، نام خانوادگی معرف / سرپرست فروش:	