

کاریزما
شرکت بیمه زندگی ایران

متقاضی (حداقل ۱۸ سال)	نام و نام خانوادگی (حقیقی)/ نام موسسه(حقوقی) :		تاریخ تولد: / /		متاهل ☐ مجرد ☐	
	شماره/ شناسه ملی :		مشاغل فرعی:		تلفن همراه :	
شغل اصلی :		تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر (الزامی) :		تلفن ثابت (با ذکر کد شهر):		
استان:		شهر:		آدرس دقیق محل سکونت :		
استان:		شهر:		آدرس محل کار :		
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 :		تاریخ تولد: / /			
شماره/ شناسه ملی :		مشاغل فرعی:		تلفن همراه :		
شغل اصلی :		تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر (الزامی) :		تلفن ثابت (با ذکر کد شهر):		
استان:		شهر:		کد پستی :		
استان:		شهر:		کد پستی :		
مدت بیمه سال (۵ تا ۴۰ سال)		مبلغ حق بیمه سالانه ریال				
مبلغ حق بیمه سالانه ریال		مبلغ واریز متفرقه : ریال				
* حق بیمه پوشش های تکمیلی به مبلغ حق بیمه سالانه اضافه می گردد.						
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 نقض عضو و از کارافتادگی به هر علت (حداکثر تا سقف ۵۰ میلیارد ریال)	ریال				
۳	سرمایه از کارافتادگی به هر علت (حداکثر تا سقف ۵۰ میلیارد ریال) <u>* فقط یکی از دو پوشش شماره ۲ یا ۳ قابل انتخاب می باشد .</u>	ریال				
۴	مستمری در صورت از کارافتادگی کامل دائم و یا ابتلا به امراض خاص بیمه شده	ریال				
۵	معافیت در صورت از کارافتادگی کامل دائم و یا ابتلا به امراض خاص بیمه شده	ریال				
۶	معافیت در صورت از کارافتادگی کامل دائم و یا فوت بیمه گزار <u>* این پوشش تنها در صورت متفاوت بودن بیمه گذار و بیمه شده قابل انتخاب می باشد.</u>	ریال				
۷	جبران درآمد روزانه ایام بستری بیمارستانی به هر علت (روزانه در بخش عمومی تا سقف ۵۰ میلیون ریال)	ریال				
۸	جبران درآمد روزانه از کارافتادگی موقت به هر علت (روزانه تا سقف ۱۰۰ میلیون ریال) <u>* مختص قراردادهای جمعی</u>	ریال				
۹	هزینه پزشکی ناشی از حادثه (حداکثر تا سقف ۵ میلیارد ریال)	ریال				
۱۰	سرمایه فوت به علت حادثه (حداکثر تا سقف ۱۰۰ میلیارد 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		
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 پتر نجات هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر (بجز هلیکوپتر نظامی) ☐ سایر موارد :						
پوشش های اضافی	نام، نام خانوادگی/ نام موسسه					
	شماره/شناسه ملی					
استفاده کنندگان	تاریخ تولد/ثبت					
	نسبت با بیمه شده					
در صورت فوت بیمه شده		درصد سهم				
اولویت						
* 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 فرایند 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)



" 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
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 پند ، 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؟ در صورت مثبت بودن نسبت و نوع بیماری را مشخص فرمایید.		
۱۰	آیا از مواد دخانی (سیگار، پپ 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 حتماً نکات زیر را قبل از امضاء درخواست ، مطالعه فرمایید: ۱- حق بیمه بیمه نامه را صرفاً 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 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. 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، امضاء، دیجیتال مهر پزشک معتمد: _____		
نظر کارشناس	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: _____		