

حضور محترم روسا و کارشناسان شعب

با سلام

همانطور که مطلع می باشید پرداخت خسارت و درخواست الحاقیه های تغییرات در بیمه های زندگی به جهت ارتباط این بیمه نامه ها با جان افراد و همچنین طولانی بودن آن ، از حساسیت بالایی برخوردار می باشد .

از آنجایی که پرداخت خسارت و الحاقیه های تغییرات مستلزم داشتن اطلاعات و مدارک کامل است از شما همکاران محترم خواهشمند است در صورت وقوع خسارت و یا درخواست الحاقیه های مشمول این بیمه نامه توسط بیمه گذاران ، نسبت به اعلام به موقع و ارسال تمامی مدارک مورد نیاز به شرح فایلهای پیوست (که از از تاریخ ۹۳/۰۹/۰۱ قابل اجرا می باشد) اقدام لازم را به انجام رسانند .

با تشکر از همکاری صمیمانه شما

خسرو جاندیری

سرپرست مدیر بیمه های زندگی

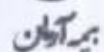
[illegible]



شرکت بیمه آرمان

فرم کنترل مدارک الحاقیه ها/ خسارت استافع

ردیف	نوع الحاقیه	مدارک لازم جهت الحاقیه	شعبه / نماینده
۱۲	خسارت امراض خاص	• تکمیل فرم درخواست اعلام خسارت • کپی برابر اصل کلیه مدارک بیمارستانی • گزارش پزشک معالج • اصل صورت حساب هزینه های درمانی	<input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد
۱۳	خسارت نقص عضو دائم حادثی	• تکمیل فرم درخواست اعلام خسارت • کپی برابر اصل کلیه مدارک بیمارستانی • گزارش پزشک معالج یا پزشک قانونی • مدارک مربوط بر وقوع حادثه که توسط مقامات ذیصلاح قانونی / نیروی انتظامی (تأیید شده باشد	<input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد
۱۴	خسارت معاقبت از پرداخت حق بیمه	• تکمیل فرم درخواست اعلام خسارت • کپی برابر اصل کلیه مدارک بیمارستانی مبنی بر نوع بیماری و یا حادثه • گزارش پزشک معالج یا پزشک قانونی مبنی بر عوارض به جا مانده	<input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد
۱۵	خسارت هزینه پزشکی حادثی	• تکمیل فرم درخواست اعلام خسارت • اصل کلیه مدارک بیمارستانی • گزارش پزشک معالج • اصل صورت حساب هزینه های درمانی • مشروح گزارش حادثه (توسط مقامات ذیصلاح قانونی / نیروی انتظامی) تأیید شده باشد.	<input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد <input type="checkbox"/> تحویل گرفته شد
نام/تاریخ کارشناس شعبه		نام/تاریخ امضا توسط ستاد : توضیحات :	

[illegible]



فرم درخواست تغییرات در بیمه نامه عمر و زندگی

شماره بیمه نامه -----	نام و نام خانوادگی بیمه گذار:	نام و کد عامل فروش:
-----------------------	-------------------------------	---------------------

ردیف	نوع تغییر مورد درخواست	تغییر درخواستی
۱	سرمایه فوت (ریال)	از به ریال
۲	حق بیمه (ریال)	از به ریال
۳	نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت	از به درصد
۴	نرخ تعدیل سالیانه حق بیمه	از به درصد
۵	روش پرداخت حق بیمه	
۶	پوشش های تکمیلی	<input type="checkbox"/> درخواست پوشش فوت ناشی از حادثه معادل --- درصد سرمایه فوت حذف <input type="checkbox"/> درخواست پوشش از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه معادل --- درصد سرمایه فوت حذف <input type="checkbox"/> درخواست پوشش امراض خاص معادل --- درصد سرمایه فوت حذف <input type="checkbox"/> درخواست پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه حذف <input type="checkbox"/> درخواست پوشش درآمد از کار افتادگی حذف <input type="checkbox"/> درخواست پوشش هزینه های پزشکی ناشی از حادثه حذف
۷	تغییر بیمه گذار	از: به: نسبت با بیمه شده / آدرس / شماره تماس:
۸	افزایش اندوخته	افزایش اندوخته سرمایه گذار به مبلغ: ریال
۹	تغییر مدت	از به

توجه: در صورت افزایش سرمایه فوت، حق بیمه (در صورت داشتن پوشش معافیت)، افزایش نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت، درخواست پوشش های تکمیلی، تکمیل پرسشنامه پزشکی توسط بیمه شده یا قیم قانونی وی همراه با فرم درخواست تغییرات الزامیست.

استفاده کنندگان در صورت فوت بیمه شده:

ردیف	بیمه شده اول / دوم	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم اولویت

نام و امضاء بیمه گذار: تاریخ:	نام و امضاء بیمه شده یا قیم قانونی وی: تاریخ:	نام امضا نماینده: تاریخ:
----------------------------------	--	-----------------------------

باید صحت امضا توسط کارشناس صدور الحاقیه:

تاریخ ثبت الحاقیه:



فرم درخواست بهره مندی از منافع بیمه عمر و سرمایه گذاری طرح آرمان زندگی

لطفاً کلیه موارد زیر را با دقت مطالعه و با خط خوانا و بدون خط خوردگی پاسخ نمایید.

شماره بیمه نامه :		تاریخ صدور بیمه نامه : ۰۰/۰۰/۱۳	
این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل می گردد	بیمه گذار	نام و نام خانوادگی :	نام پدر :
	شماره شناسنامه :	تاریخ تولد :	تلفن ثابت :
این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل می گردد	نوع درخواست	<input type="checkbox"/> دریافت وام از اندوخته بیمه نامه به مبلغ : <input type="checkbox"/> برداشت از اندوخته بیمه نامه به مبلغ : <input type="checkbox"/> بازخرید بیمه نامه با ارزش بازخریدی به مبلغ : <input type="checkbox"/> ابطال بیمه نامه (مرفاً تا ۳۰ روز از تاریخ صدور بیمه نامه امکان پذیر است) <input type="checkbox"/> انصراف از صدور بیمه نامه / عدم صدور (در صورت انجام آزمایش در مراکز طرف قرارداد هزینه آزمایش از پیش پرداخت کسر می شود)	
	اطلاعات بانکی	خواهشمند است مبلغ مربوطه را به شماره حساب نزد بانک شعبه اکدشعبه شماره شب به نام واریز گردد . مسئولیت هر گونه اشتباه در اعلام شماره حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ مذکور ، متوجه اینجانب ، بیمه گذار بیمه نامه خواهد بود .	
این قسمت توسط ستاد تکمیل می گردد	گواهی بیمه گذار	بدینوسیله گواهی می نمایم که کلیه مطالب مورد درخواست خود را با صحت و دقت تکمیل نموده ام و با اطلاع کامل از مطالب مندرج در شرایط عمومی بیمه نامه و بعد از توضیحات تکمیلی نماینده ، موافقت خود را با تمامی مفاد آن اعلام می دارم . نام و نام خانوادگی : تاریخ و امضاء :	
	تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذار توسط شعبه نماینده/کارگزار	شعبه :	نماینده کد :
این قسمت توسط ستاد تکمیل می گردد	اینجانب ضمن احراز هویت و تایید صحت امضا بیمه گذار محترم آقای / خانم درخواست وی مبنی بر مطالب فوق را تایید و اعلام میدارم . ضمناً توضیحات کامل و کافی در خصوص درخواست بیمه گذار مطابق با شرایط عمومی را ارائه نموده ام . نام و نام خانوادگی : تاریخ ، مهر و امضاء :	کارگزار کد :	تلفن :
	این قسمت توسط مدیر محترم مالی	تاریخ دریافت درخواست :	تاریخ بررسی درخواست :
این قسمت توسط مدیر محترم مالی	نتیجه بررسی :	تایید	رد
	توضیحات :		
این قسمت توسط مدیر محترم مالی	نام و نام خانوادگی / تاریخ و امضاء بررسی کننده :		
	مدیر بیمه های زندگی	خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به پرداخت مبلغ با توجه به مطالب فوق در وجه بیمه گذار اقدام نمایند . معاون مدیر بیمه های زندگی	

فرم اعلام خسارت در بیمه عمر و سرمایه گذاری طرح آرمان زندگی

شماره بیمه نامه :		تاریخ وقوع خسارت :	
تاریخ صدور بیمه نامه : ۰۰ / ۰۰ / ۱۳		تاریخ اعلام خسارت :	
	نام و نام خانوادگی بیمه گذار یا ذینفع	آدرس / شماره تماس	
	نام و نام خانوادگی بیمه شده	آدرس / شماره تماس	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <ul style="list-style-type: none"> ○ امراض خاص : ○ هزینه پزشکی ناشی از حادثه : ○ نقص عضو و از کارافتادگی : ○ معافیت از پرداخت حق بیمه : ○ فوت ناشی از حادثه : ○ فوت طبیعی : </div> <div> <p>توضیح : در صورت فوت ارسال اصل بیمه نامه و ملحقات آن الزامی است</p> </div> </div>			<p>این قسمت توسط بیمه گذار یا بیمه شده یا ذینفع تکمیل می گردد</p>
<p>توضیحات :</p> <p style="text-align: center;">شرح خسارت</p>			
<p>خواهشمند است مبلغ مربوطه را به شماره حساب بیمه گذار یا ذینفع نزد بانک شعبه / گزینش شماره شبا به نام واریز گردد .</p> <p>مستولیت هر گونه اشتباه در اعلام شماره حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ مذکور ، متوجه اینجانب ، بیمه گذار بیمه نامه خواهد بود .</p>			
<p>شعبه : نماینده کد : کارگزار کد : تلفن :</p>			
<p>اینجانب ضمن احراز هویت بیمه گذار محترم آقای / خانم درخواست وی مبنی بر مطالب فوق را تایید و اعلام میدارم . ضمناً توضیحات کامل و کافی در خصوص درخواست بیمه گذار مطابق با شرایط عمومی را ارائه نموده ام . (کلیه مدارک مورد نیاز طبق آخرین بخشنامه به پیوست می باشد)</p> <p style="text-align: right;">نام و نام خانوادگی : تاریخ ، مهر و امضاء :</p>			
<p>تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذار توسط شعبه نماینده کارگزار</p>			

پرسشنامه تکمیلی پزشکی

تاریخ:

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:

■ پاسخ شما به سوالات ذیل، در تعیین ریسک بیمه‌ای و نرخ حق بیمه شما، تأثیر دارد. پاسخ‌های همراه‌کننده و یا اشتباه به سوالات، منجر به عدم ایفای تمام یا بخشی از تعهدات بیمه‌گر خواهد شد.

۱. قد سانتی متر وزن کیلوگرم تاریخ تولد:/...../.....

۲. چه ورزش‌هایی را به صورت منظم انجام می‌دهید؟

۳. شغل فعلی (با شرح کامل)

۴. آیا ظرف چند سال گذشته عمل جراحی داشته و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی
اگر پاسخ مثبت است، درجه تاریخی نام پزشک معالج و علت عمل جراحی را ذکر نمایید.
نام پزشک معالج علت عمل جراحی

۵. آیا شما، تا بحال سابقه ابتلا به بیماری‌هایی از قبیل قلب و عروق، بیماری‌های عفونی، هورمونی، ریه‌ای، سرگیجه، گشردش خون، پرفان، بیماری‌های مقاربتی و دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی و عفونی دیگر، سرطان، بیماری زنان، آسم، ترومبوز، غش، دیابت، انواع ناراحتی عصبی و شوکی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر داشته‌اید؟
☐ خیر ☐ بلی

اگر پاسخ مثبت است، لطفاً نام پزشک معالج، نام بیماری و تاریخ ابتلا به بیماری را درج نمایید.

نام پزشک معالج نام بیماری و تاریخ ابتلا به بیماری

۶. آیا در بین افراد خانواده شما کسی به بیماری‌های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی و یا بیماری‌های مسری مبتلا بوده است؟
☐ خیر ☐ بلی

در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار را با بیمه‌شده، مرقوم فرمایید.

۷. اگر پدر و یا مادر شما، در قید حیات نیستند، سن فوت و علت آن را مرقوم فرمایید؟

■ سن فوت پدر علت فوت پدر ■ سن فوت مادر علت فوت مادر

اینجانب اعلام می‌کنم که تمام پاسخ‌هایی که در این پرسشنامه داده‌ام کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از بیان آنچه که درباره وضع سلامتی خود می‌دانم، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. ضمناً شرکت سهامی بیمه آرمان مجاز است تا هر زمان که لازم بداند از پزشک یا پزشکان معالج اینجانب، اطلاعات مورد نظر را کسب نموده و هرگونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب به عمل بیاورد.

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده
امضاء بیمه‌شده:
تاریخ:

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار
امضاء بیمه‌گذار:
تاریخ: