

به اطلاع کلیه روسای محترم شعب ، نمایندگان و کارگزاران همکار شرکت بیمه ما می‌رساند،
تغییرات مربوط به "بیمه های عمر و سرمایه گذاری" از دهم اسفند سال ۱۳۹۵ بشرح ذیل اعمال می‌گردد. خواهشمند است
نسبت به رعایت دقیق ضوابط ، اقدامات لازم معمول فرمایند.

۱. تغییر در پرداخت ۳٪ هزینه وصول :

- برای بیمه نامه های صادره از تاریخ اجرای بخشنامه ، ۳ درصد هزینه وصول از سال اول بیمه ای قابل پرداخت است.
سایر مبانی پرداخت کارمزد مطابق روال جاری بوده و بدون تغییر می باشد.

ضوابط پرداخت کارمزد بیمه های عمر و سرمایه گذاری :

- ۱.۱. روش پرداخت حق بیمه سالانه / اقساط
 - معادل ۷۵ درصد حق بیمه عمر و سرمایه گذاری (منهای پوششهای اضافی) با ۳۰ در هزار سرمایه فوت سال اول بیمه ای تا ۵ سال، هر کدام که کمتر بود به عنوان کارمزد نماینده محاسبه شده و طبق آئین نامه ۸۳ طی ۵ سال (۴۰ درصد آن در سال اول و برای سال دوم تا پنجم ۱۵ درصد) به تبع وصول اقساط حق بیمه به نماینده پرداخت می شود.
 - برای افزایش سرمایه فوت تا ده سال کارمزد محاسبه و طبق روش فوق پرداخت می گردد .

۱.۲. روش پرداخت حق بیمه یکجا :

- به میزان ۴ درصد حق بیمه ، کارمزد محاسبه و به معرف پرداخت می گردد .

۱.۳. اندوخته / واریز متفرقه:

- از تاریخ ۱۴ شهریور سال ۱۳۹۵ به مبالغ واریزی مشتریان به عنوان اندوخته / واریز متفرقه (با کد شناسه ۴) هزینه وصول به میزان یک درصد مبلغ واریزی به معرف پرداخت می گردد.

۱.۴. مبانی محاسبه و پرداخت کارمزد و هزینه وصول برای نمایندگان و کارگزاران اعم از حقیقی و حقوقی یکسان می باشد.

۱.۵. به بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری هزینه صدور تعلق نمی گیرد.

۱.۶. کارمزد پوشش های اضافی :

- پوشش های حادثی - ۲۵٪ حق بیمه
- پوشش های ازکار افتادگی - ۱۵٪ حق بیمه
- پوشش امراض خاص - ۱۵٪ حق بیمه

۱.۷. توجه : برای اطلاع دقیق از میزان کارمزد هر واحد بیمه نامه " گزارش کارمزد بیمه نامه" از واحد صدور اخذ گردد.

۲. شرایط ارائه پوشش سرمایه فوت

سرمایه قابل ارائه پوشش فوت به هر علت		شرایط
حداکثر ۱۵ برابر حق بیمه سال اول تا سقف ۵۰۰ میلیون ریال	بدو تولد تا ۱۸ سال	
حداکثر ۲۵ برابر حق بیمه سال اول تا سقف ۴ میلیارد ریال	از ۱۹ سال به بالا	

توجه: در روش پرداخت حق بیمه بصورت یکجا، حداکثر سرمایه فوت قابل ارائه ۱۰ برابر حق بیمه پرداختی و مطابق سقف هر گروه سنی در جدول بالا می باشد. سایر موارد کماکان بدون تغییر است.

۳. نحوه ارائه پوشش اضافی حادثی - براساس طبقات شغلی:

ردیف	در رابطه با شغل / طبقه خطر	فوت ناشی از حادثه	نقص عضو یا از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه	هزینه پزشکی ناشی از حادثه	معافیت ناشی از از کارافتادگی	مستمری ناشی از از کارافتادگی
۱	طبقات شغلی ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ (کلیه طبقات شغلی)	تا ۴ برابر	ارائه میشود	ارائه میشود (۲۰ درصد سرمایه فوت تا سقف ۵۰۰ میلیون ریال)	ارائه میشود	ارائه میشود

تذکر مهم - موارد خارج از شمول تعهدات در هزینه های پزشکی:

- ۱- هزینه های پزشکی سرپایی انجام شده در مطب، قابل پرداخت نمی باشد.
 - ۲- هزینه های پزشکی هر نوع عمل دیسک یا فتق، شکستگی دندان یا عمل زانو (رباط صلیبی، پارگی مینیسک) قابل پرداخت نمیباشد.
 - ۳- پوشش هزینه پزشکی به ورزشهای حرفه ای با اعمال اضافه نرخ و رعایت موارد ۱ و ۲ قابل ارائه است.
- توجه مهم - طبق ماده ۱۱ فصل چهارم آئین نامه ۸۴- موارد ذیل جزء خسارتهای خارج از تعهدات بیمه گر تلقی میگردد:
- ۴- جنگ (به جز انفجار و یا عملکرد ادوات نظامی که بعد از جنگ بجا مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.
 - ۵- زمین لرزه، آتش فشان و فعل و انفعالات هسته ای.
 - ۶- ورزش های رزمی و حرفه ای، شکار، سوار کاری، قایق رانی، هدایت موتورسیکلت، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی، اکتشافی و غیر تجاری، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات و هدایت کایت یا سایر وسایل پرواز بدون موتور.
 - ۷- خطرات مندرج در بندهای ۴، ۵ و ۶ با موافقت کتبی بیمه گر و اخذ حق بیمه مربوطه قابل پوشش است.

۴. نحوه ارائه پوشش اضافی امراض خاص - براساس طبقات سنی:

شرایط سنی بیمه شده	سرمایه پوشش امراض خاص
۱ تا ۶۰ سال	حداکثر معادل ۳۰٪ سرمایه فوت به هر علت تا سقف ۵۰۰ میلیون ریال

توجه:

۱. در صورت وقوع امراض خاص، سرمایه امراض به شرط احراز قابل پرداخت است.
۲. بیمه شدگانی که خسارت امراض خاص را قبلا دریافت کردند، میتوانند در سالهای بعد برای بقیه امراض درخواست پوشش نمایند شرکت بیمه ما در صورت تائید پزشک معتمد با استثنا شدن مورد خسارتی و تبعات ناشی از آن اقدام خواهد نمود.

۵. جدول سن و سرمایه (معافیت از انجام معاینات و آزمایش های پزشکی)

سرمایه فوت تا سقف ۴۰۰۰ میلیون ریال	سرمایه فوت تا سقف ۱۰۰۰ میلیون ریال	سرمایه فوت تا سقف ۷۵۰ ریال	سرمایه فوت معاف از آزمایشات	سرمایه سن
طبق جدول B	از ۳۰۰ میلیون ریال تا یک میلیارد ریال تکمیل چک لیست		۲۵ برابر حق بیمه تا ۳۰۰ میلیون ریال	سن از ۵۶ به بالا
طبق جدول A	از ۷۵۰ میلیون ریال تا یک میلیارد ریال - تکمیل چک لیست	تا ۲۵ برابر حق بیمه تا ۷۵۰ میلیون ریال		سن از ۱۹ تا ۵۵ سال
معاف از آزمایش ها - تا ۱۵ برابر حق بیمه - حداکثر سرمایه فوت تا ۵۰۰ میلیون ریال است				سن ۱۸-۰ سال

۶. الزامات صدور در مورد بیمه شدگان با شرایط خاص :

۶.۱. خانم های باردار - شرط خاص در بیمه نامه درج میگردد:

" فوت ناشی از بارداری و زایمان از استثنائات این بیمه نامه بوده و از تعهد بیمه گر خارج می باشد."

۶.۲. کودکان زیر یک سال - شرط خاص در بیمه نامه درج میگردد:

" سرمایه فوت به هر علت در سال اول تولد صرفاً جهت خطرات ناشی از حادثه در تعهد بیمه گر میباشد و سایر موارد از

استثنائات این بیمه نامه بوده و از تعهد بیمه گر خارج می باشد."

جدول B - سن ۵۶ سال به بالا	جدول A - سن ۱۹ تا ۵۵ سال	جنس و سن بررسی ها
قد و وزن و فشارخون و تکمیل فرم معاینه	قد و وزن و فشارخون و تکمیل فرم معاینه	معاینات عمومی
ویزیت متخصص قلب و ECG - و ویزیت متخصص زنان	ویزیت متخصص قلب و ECG	معاینات تخصصی
CBC,diff, FBS,Cr,Uric Acid, ALT,AST, Alk Ph Triglyceride, Cholesterol (HDL,LDL), ,U/A,HgbA ₁ C,TSH ,	CBC,diff, FBS,Cr,Uric Acid, ALT,AST, Alk Ph Triglyceride, Cholesterol (HDL,LDL), ,U/A ,HgbA ₁ C,TSH ,	آزمایش های عمومی
CK-MB,CEA,CA-12,5 ,PSA	CK-MB,	آزمایش های تخصصی

توجه: چنانچه در پاسخ سوالات پزشکی بیمه شده ، مواردی خاص قید شده باشد برای رفاه حال بیمه شده قبل از ارجاع به انجام آزمایش و معاینات و صدور معرفی نامه ، از اداره صدور بیمه های عمر و سرمایه گذاری استعلام گردد.

• بند ۱: معاینه و سوالات پزشکی (طبق چک لیست پیوست)

در معاینه قد و وزن - قد بدون کفش و وزن با حداقل لباس ممکن - فشار خون از هر دو دست - سابقه بیماری های فامیلیال و مادرزادی در خانواده و بستگان حتما بررسی گردد.

شرط مهم - احراز هویت فرد بیمه شده و نیز صحت تکمیل فرم "چک لیست معاینه" از مسئولیت پزشک معالج می باشد.

• بند ۲: آزمایش ها طبق جدول A / B

تبصره ۱: در صورتیکه متقاضیان بیمه عمر هنگام تکمیل فرم پیشنهاد، در ۶ ماه گذشته آزمایش پزشکی انجام داده باشند و مورد تأیید پزشک معتمد بیمه ما باشد مجدداً احتیاج به انجام آزمایش نخواهند داشت.

۷. "جدول اضافه نرخ": قد و وزن / فوت بستگان / مصرف دخانی / تجمیع خطر

۷.۱. قد / وزن: اضافه نرخ این بخش از "جدول قد و وزن" استخراج میگردد. استفاده از این جدول لازم الاجرا میباشد.

۷.۲. مصرف سیگار / قلیان / پپ: مصرف سیگار اضافه نرخ ۵+ و مصرف قلیان و پپ ۱۰+ می باشد.

۷.۳. فوت بستگان: در صورتیکه فوت والدین و یا وابستگان نسبی بیمه شده (خواهر/ برادر...) قبل از ۶۵ سال و ناشی از بیماری های سکت قلبی، سکت مغزی، انواع سرطان باشد می بایست ۵+ واحد اضافه نرخ لحاظ کرد.

۷.۴. تشدید ریسک ناشی از ترکیب چند عاملی: اگر بیمه شده ناشی از ترکیب این سه عنوان (قد و وزن و مصرف سیگار و فوت بستگان) مشمول اضافه نرخ گردد ضروری است طبق جدول ذیل نسبت به اعمال اضافه نرخ تجمیع خطر اقدام گردد.

تجمیع خطر	فوت بستگان	سیگار	قد و وزن	
۲۰	۵	۵		قد و وزن
۲۰	۵		۵	سیگار
۲۰		۵	۵	فوت بستگان
	۲۰	۲۰	۲۰	تجمیع خطر

۸. منع صدور پزشکی:

۸.۱. در صورتیکه مجموع اضافه نرخ بیمه شده از ۲۰۰ واحد بیشتر باشد، منع صدور پزشکی تلقی خواهد شد.

۸.۱.۱. در این صورت مبلغ پیش پرداخت متقاضی به وی قابل استرداد است.

۸.۱.۲. اگر استرداد پیش پرداخت به علت منع صدور برای متقاضیان یک نماینده بیش از حد معمول تکرار گردد، موارد بعدی از محل کارمزد نامبرده تامین خواهد شد. لذا به مشاورین محترم فروش توصیه می شود که جهت اجتناب از نارضایتی های احتمالی نحوه انتخاب ریسک (مشتریان از نظر سن و سلامت) و ضوابط پذیرش / عدم پذیرش ریسک را راساً مدیریت فرمایند.

۸.۲. در صورتیکه مجموع اضافه نرخ بیمه شده از ۱۰۰ واحد بیشتر و ۲۰۰ واحد کمتر باشد، از ارائه پوشش امراض خاص و از کارافتادگی خودداری می شود.

۸.۳. شرکت بیمه ما با هدف ترویج و توسعه بیمه های عمر در کشور برای موارد منع صدور شده سرمایه فوت ۱۰ میلیون ریالی بدون پوشش های اضافی ارائه می کند. در صورت درخواست متقاضیان مشمول، از طریق مدیریت پیگیری فرمایند.

۹. شرایط برداشت از اندوخته:

در اجرای تبصره ۳ از ماده ۲۱ شرایط عمومی بیمه نامه در صورت درخواست بیمه گذار جهت برداشت:

- ۹.۱. جهت برداشت از محل ارزش بازخرید، مطابق روش مورد عمل در پرداخت وام / تامین مالی اقدام میشود (از پایان سال دوم بیمه ای و بشرط وصول کامل اقساط) - ۲ درصد کارمزد ارائه خدمات / هزینه های اداری لحاظ می شود.
- ۹.۲. برداشت از محل واریز متفرقه: برداشت از محل واریز متفرقه به شرط عدم تجاوز از ۹۰ درصد ارزش بازخریدی بیمه نامه، بمیزان کل مبلغ واریز شده یا بخشی از آن امکان پذیر است - ۲ درصد کارمزد ارائه خدمات / هزینه های اداری لحاظ می شود.

۱۰. بیمه نامه طرح مشترک (دو نفره):

- ۱۰.۱. حداقل حق بیمه سالانه ۱۰ میلیون ریال و حداقل حق بیمه یکجا ۳۰ میلیون ریال می باشد.
- ۱۰.۲. در این بیمه نامه حق بیمه پوشش های اضافی مازاد بر حق بیمه سالانه می باشد.

۱۱. توصیه و تفویض اختیار به شعب:

- ۱۱.۱. کلیه معرفی نامه های کمتر از سرمایه یک میلیارد ریال توسط کارشناس شعبه صادر و با تائید رئیس شعبه ارائه میگردد.
- ۱۱.۲. عقد قرارداد با پزشک عمومی و مراکز درمانی جهت ارجاع معرفی نامه در کلیه شعب و باجه ها (کلیه واحد های صدور) الزامیست.
- ۱۱.۳. کارشناس شعبه براساس "جدول اضافه نرخ" صرفا برای موارد: قد و وزن / فوت بستگان / مصرف دخانی / تجمیع خطر، اعمال اضافه نرخ می نماید.
- ۱۱.۴. اگر در پاسخ به سوالات پزشکی، بیمه شده نکاتی را قید کند که ابهامی در خصوص وضعیت سلامت وی ایجاد نماید، صرف نظر از میزان سرمایه فوت، سن، معافیت از آزمایش ها و حدود اختیارات، کارشناس صدور می بایست با "اداره صدور بیمه های عمر و سرمایه گذاری" و پزشک معتمد از طریق سایت تخصصی تعیین تکلیف نماید.
- ۱۱.۵. کارشناسان محترم صدور عنایت فرمایند که منظور از عبارت "ابهام" در بند فوق، شامل موارد جزئی و غیر موثر در تحلیل ریسک نمی باشد، لذا انتظار دارد موارد ارجاعی به نحو موثر انتخاب گردند تا زمان صدور بیمه نامه به حداقل ممکن تقلیل یابد.

۱۲. تعهدات کارشناس صدور:

- ۱۲.۱. کارشناس صدور موظف است چنانچه فرم درخواست/پیشنهاد حائز شرایط ذیل بود ظرف ۲۴ ساعت نسبت به بررسی، صدور و ارسال به مالی آن اقدام نماید.
- ۱۲.۱.۱. درخواست/پیشنهاد، در حدود اختیارات کارشناس شعبه باشد.
- ۱۲.۱.۲. درخواست/پیشنهاد، طبق جدول بند ۵ (سن و سرمایه) معاف از آزمایشات باشد.
- ۱۲.۱.۳. فرم درخواست/پیشنهاد، حاوی اطلاعات کامل و بدون نقص و لاک گرفتگی و بدون ابهام پزشکی باشد.
- ۱۲.۲. اداره صدور بیمه های عمر و سرمایه گذاری با همکاری مدیریت رسیدگی به شکایات و حسابرسی داخلی نسبت به ارزیابی عملکرد کارشناسان صدور و تکمیل فرم "چک لیست ارزیابی عملکرد" بطور سالانه اقدام خواهد نمود.
- ۱۲.۳. در صورتیکه نتایج ارزیابی عملکرد کارشناس صدور حدنصاب لازم را کسب نکند، حسب مورد نسبت به آموزش مجدد کارشناس در مرکز با کاهش حدود اختیارات و در صورت عدم احراز نتایج مثبت در دوره های ارزیابی بعد نسبت به صلب صلاحیت وی اقدام خواهد شد.

۱۳. توصیه به نمایندگان / کارگزاران / مشاورین فروش عمر :

۱۳،۱. به مشاورین محترم فروش توصیه و تاکید میگردد که جهت اجتناب از نارضایتی های احتمالی متقاضیان ، ضمن دقت در انتخاب ریسک (مشتریان از نظر سن و سلامت) نسبت به ضوابط پذیرش/عدم پذیرش ریسک ، اعمال اضافه نرخ توسط شرکت بیمه ما و نحوه ارائه / عدم ارائه پوشش های اضافی به گروههای سنی/شغلی بطور کامل شفاف سازی فرمایند.

۱۳،۲. نظریه اهمیت زیاد درج دقیق اطلاعات در فرم پیشنهاد و نیز نظر به اینکه فرم پیشنهاد مبنای قضاوت کارشناسی در طول ۳۰ سال مدت بیمه نامه خواهد بود ، لذا توصیه و تاکید میگردد که نسبت به درج صحیح قد و وزن ، سوابق بیماری ، شغل دقیق و ورزشهای حرفه ای در فرم پیشنهاد دقت نموده و از هرگونه خط خوردگی ، لاک گرفتگی اجتناب نمایند.

۱۳،۳. به کلیه مشاورین و فروشندگان محترم توصیه و تاکید می نماید که از ارائه نرخ های پیش بینی ، غیر واقعی و نیز تبلیغات گمراه کننده و یا اغراق در نحوه معرفی محصول و شرکت جدا خودداری فرمایند.

۱۳،۴. با عنایت به اینکه تعیین عبارت "وراث قانونی" در ذینفع بیمه نامه در زمان پرداخت خسارت تشریفات اضافی به دنبال دارد و از سوی دیگر گاهی بستگانی از متوفی (مثلا خواهر ، برادر) از سرمایه فوت بهره مند میشوند که غالباً بیمه شدگان به این امر رضایت ندارند ، لذا تا حد امکان نسبت به توضیح مفهوم ذینفع (به تفکیک فوت/حیات) اقدام و از درج عبارت "وراث قانونی" خودداری فرمایند.

۱۳،۵. مدت اعتبار فرم پیشنهاد برای پذیرش توسط کارشناس صدور حداکثر ۳۰ روز از تاریخ تکمیل و امضاء توسط متقاضی می باشد .

۱۳،۶. چنانچه بعد از پذیرش فرم پیشنهاد توسط کارشناس صدور، فرآیند تکمیل مدارک و انجام آزمایش ها بیش از ۶۰ روز بطول بیانجامد فرم پیشنهاد از درجه اعتبار ساقط و می بایست مجدداً تکمیل گردد.

۱۳،۷. مدت اعتبار پیشنهاد ارسال به مالی شده برای واریز وجه حداکثر ۶۰ روز از تاریخ ارسال به مالی می باشد. پس از سپری شدن مدت مذکور نسبت به حذف فرم پیشنهاد از سیستم اقدام می شود. لذا برای موارد مشمول که بیش از ۶۰ روز از تاریخ ارسال به مالی آن میگذرد با هماهنگی کارشناس صدور اقدام فرمایند.

۱۳،۸. وجوه حق بیمه / اقساط میبایست مستقیماً توسط بیمه گذار از طریق درگاه های مختلف بانکی بصورت نقد و با درج شناسه واریز / کد رهگیری به حساب ۵۴,۰۰۰,۰۰۰,۴۷ شرکت بیمه ما نزد بانک ملت واریز گردد.

**توجه : در صورت ابهام و نیاز به تفسیر و یا نیاز به هرگونه راهنمایی بیشتر در مفاد این بخشنامه با
"اداره صدور بیمه های عمر سرمایه گذاری" تماس حاصل فرمایند .**

پایان

پیوست ها و ضامائم

۱. پیوست - سه نمونه معرفی نامه :

- ۱.۱. معرفی نامه نوع ۱ - فقط چک لیست معاینات - پیش پرداخت هزینه پزشکی ۱,۵۰۰,۰۰۰ ریال
- ۱.۲. معرفی نامه نوع ۲ - چک لیست معاینات + درخواست آزمایشات طبق جدول A - پیش پرداخت هزینه پزشکی ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۱.۳. معرفی نامه نوع ۳ - چک لیست معاینات + درخواست آزمایشات طبق جدول B - پیش پرداخت هزینه پزشکی ۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۲. پیوست - نمونه چک لیست معاینه بالینی و سؤالات پزشکی - توسط پزشک عمومی

۳. پیوست - فرم درخواست الحاقیه

۴. پیوست - نمونه فرم اظهار سلامتی

بنام خدا

معرفی نامه نوع اول

تاریخ صدور: ۱۳۹۶/ /

مسئول محترم مرکز درمانی

با سلام

بدین وسیله بیمه شونده رشته عمر و سرمایه گذاری **جام زندگی** با مشخصات ذیل جهت انجام آزمایش های کلینیکی و پاراکلینیکی و معاینات درج شده معرفی می شوند. خواهشمند است با توجه به این که آن مرکز درمانی محترم **مسئول صحت احراز هویت** متقاضی می باشد با ملاحظه **مدارک شناسایی معتبر** نسبت به **احراز هویت** و پذیرش ایشان، اقدام و نتیجه را بهمراه این فرم به شرکت بیمه ما ارسال فرمائید.

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	تاریخ تولد:
کد و نام شعبه:	کدو نام نمایندگی:	کد رایانه:

• **بند ۱: معاینه پزشکی (طبق چک لیست پیوست)**

توجه: در معاینه قد و وزن - قد بدون کفش و وزن با حداقل لباس ممکن - فشار خون از هر دو دست - سابقه بیماری های فمیلیال ، و مادرزادی در خانواده و بستگان حتما بررسی گردد.

مشخصات درج شده در این فرم، با مدارک شناسایی بیمه شونده تطبیق داده شده و **احراز هویت** شده است.
مسئول پذیرش

رئیس واحد صدور
(اسم رئیس شعبه / باجه)

کارشناس صدور
(اسم کارشناس صدور)

توجه: ۱- حداکثر تعهدات مالی شرکت بیمه ما برای انجام کلیه آزمایشات درخواستی حداکثر تا مبلغ قید در قرارداد فی مابین می باشد.
۲- در موارد بیش از مبلغ ذکر شده با مسئول قراردادهای بیمه عمر و سرمایه گذاری هماهنگ گردد تا مبلغ مورد نظر تائید گردد.

بیمه شونده محترم؛ حداکثر در مدت پانزده روز ، همراه مدرک شناسایی موارد درخواست شده انجام شود.

آدرس بیمه شده:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

توجه: صرف انجام آزمایش های و معاینات مشخص شده هیچگونه تعهدی برای شرکت بیمه ما ایجاد نمی کند و شروع تعهدات منوط به صدور بیمه نامه و پرداخت اولین قسط حق بیمه می باشد.

آدرس: تهران، میدان ونک، خیابان ونک، پلاک ۹ - کد پستی: ۱۹۹۴۶۱۲۳۴۵

نمابر: ۰۲۱۸۶۹۰-۱۱۳۹

تلفن: ۸۶۹۰

بنام خدا معرفی نامه نوع دوم

مسئول محترم مرکز درمانی / تاریخ صدور: ۱۳۹۶/ / با سلام

بدین وسیله بیمه شونده رشته عمر و سرمایه گذاری جام زندگی با مشخصات ذیل جهت انجام آزمایش های کلینیکی و پاراکلینیکی و معاینات درج شده معرفی می شوند. خواهشمند است با توجه به این که آن مرکز درمانی محترم مسئول صحت احراز هویت متقاضی می باشد با ملاحظه مدارک شناسایی معتبر نسبت به احراز هویت و پذیرش ایشان، اقدام و نتیجه را بهمراه این فرم به شرکت بیمه ما ارسال فرمائید.

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :	تاریخ تولد :
کد و نام شعبه :	کدو نام نمایندگی :	کد رایانه :

بند ۱: معاینه پزشکی (طبق چک لیست پیوست)

توجه: در معاینه قد و وزن - قد بدون کفش و وزن با حداقل لباس ممکن - فشار خون از هر دو دست - سابقه بیماری های فمیلیال ، و مادرزادی در خانواده و بستگان حتما بررسی گردد.

آزمایشهای نوع A

معاینات تخصصی : ویزیت متخصص قلب و ECG

آزمایش های عمومی : CBC,diff, FBS,Cr,Uric Acid, ALT,AST, Alk Ph Triglyceride, Cholesterol (HDL,LDL), U/A ,HgbA₁C,TSH

آزمایش های تخصصی : CK-MB - PSA (برای مردان بالای ۴۰ سال الزامیست)

مشخصات درج شده در این فرم، با مدارک شناسایی بیمه شونده تطبیق داده شده و احراز هویت شده است.
مسئول پذیرش

رئیس واحد صدور
(اسم رئیس شعبه)

کارشناس صدور
(اسم کارشناس شعبه)

توجه: ۱- حداکثر تعهدات مالی شرکت بیمه ما برای انجام کلیه آزمایشات درخواستی حداکثر تا مبلغ قید در قرارداد فی مابین می باشد.
۲- در موارد بیش از مبلغ ذکر شده با مسئول قراردادهای بیمه عمر و سرمایه گذاری هماهنگ گردد تا مبلغ مورد نظر تائید گردد.

بیمه شونده محترم؛ حداکثر در مدت پانزده روز ، همراه مدرک شناسایی موارد درخواست شده انجام شود.

آدرس بیمه شده :

تلفن همراه:

تلفن ثابت :

توجه: صرف انجام آزمایش های و معاینات مشخص شده هیچگونه تعهدی برای شرکت بیمه ما ایجاد نمی کند و شروع تعهدات منوط به صدور بیمه نامه و پرداخت اولین قسط حق بیمه می باشد.

آدرس: تهران، میدان ونک، خیابان ونک، پلاک ۹ - کد پستی: ۱۹۹۴۶۱۲۳۴۵

نمابر: ۰۲۱۸۶۹۰-۱۱۳۹

تلفن: ۸۶۹۰

بنام خدا

معرفی نامه نوع سوم

تاریخ صدور: / / ۱۳۹۶

مسئول محترم مرکز درمانی

با سلام

بدین وسیله بیمه شونده رشته عمر و سرمایه گذاری جام زندگی با مشخصات ذیل جهت انجام آزمایش های کلینیکی و پاراکلینیکی و معاینات درج شده معرفی می شود. خواهشمند است با توجه به این که آن مرکز درمانی محترم مسئول صحت احراز هویت متقاضی می باشد با ملاحظه مدارک شناسایی معتبر نسبت به احراز هویت و پذیرش ایشان، اقدام و نتیجه را بهمراه این فرم به شرکت بیمه ما ارسال فرمائید.

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	تاریخ تولد:
کد و نام شعبه:	کد و نام نمایندگی:	کد رایانه:

بند ۱: معاینه پزشکی (طبق چک لیست پیوست)

توجه: در معاینه قد و وزن - قد بدون کفش و وزن با حداقل لباس ممکن - فشار خون از هر دو دست - سابقه بیماری های فمیلیال ، و مادرزادی در خانواده و بستگان حتما بررسی گردد.

آزمایشهای نوع B

معاینات تخصصی: ویزیت متخصص قلب و ECG - ویزیت متخصص زنان

آزمایش های عمومی: CBC,diff, FBS,Cr,Uric Acid, ALT,AST, Alk Ph Triglyceride, Cholesterol (HDL,LDL), U/A,HgbA_{1c},TSH ,

آزمایش های تخصصی: CA - MB , CEA , CA-125 , PSA

الف - در مورد آزمایش ها:

۱. آزمایش CA-125 منحصرأ برای زنان درخواست شود.

مشخصات درج شده در این فرم، با مدارک شناسایی بیمه شونده

تطبیق داده شده و احراز هویت شده است.

مسئول پذیرش

رئیس واحد صدور

(اسم رئیس واحد صدور)

کارشناس صدور

(اسم کارشناس صدور)

توجه: ۱- حداکثر تعهدات مالی شرکت بیمه ما برای انجام کلیه آزمایشات درخواستی حداکثر تا مبلغ قید در قرارداد فی مابین می باشد.

۲- در موارد بیش از مبلغ ذکر شده با مسئول قراردادهای بیمه عمر و سرمایه گذاری هماهنگ گردد تا مبلغ مورد نظر تائید گردد.

بیمه شونده محترم؛ حداکثر در مدت پانزده روز، همراه مدرک شناسایی موارد درخواست شده انجام شود.

آدرس بیمه شده:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

توجه: صرف انجام آزمایش های و معاینات مشخص شده هیچگونه تعهدی برای شرکت بیمه ما ایجاد نمی کند و شروع تعهدات منوط به صدور بیمه نامه و پرداخت اولین قسط حق بیمه می باشد.

آدرس: تهران، میدان ونک، خیابان ونک، پلاک ۹ - کد پستی: ۱۹۹۴۶۱۲۳۴۵

نمابر: ۰۲۱۸۶۹۰-۱۱۳۹

تلفن: ۸۶۹۰

نام و نام خانوادگی :

سن : سال

قد : cm

وزن : Kg

تاریخ : / / ۱۳۹۶

Past Medical History

Medicine History

Diseases		Surgery	Psychology	Allergy	Drug need	Drug Name	Dose	Rehabilitation Tools
<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Orthopedic	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Food	<input type="checkbox"/> YES			<input type="checkbox"/> سمعک
<input type="checkbox"/> CRF	<input type="checkbox"/> HTN	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Schizophrenia					<input type="checkbox"/> عینک
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> IHD	<input type="checkbox"/> Heart	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Drug	<input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> اندام مصنوعی
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Lumbar	<input type="checkbox"/> Manic Disorder					<input type="checkbox"/> عصا
<input type="checkbox"/> Dialysis	<input type="checkbox"/> CVA	<input type="checkbox"/> Others	<input type="checkbox"/> Other					<input type="checkbox"/> موارد دیگر (معلولیت های دیگر)

Laboratory Results

Para Clinic Tests and Clinical Reports

BP= mm/Hg	Ch=	CHESTX Ray	<input type="checkbox"/> Normal	EXERCISE TEST	<input type="checkbox"/> Normal
Hgb =	TG =		<input type="checkbox"/> Abnormal		<input type="checkbox"/> Abnormal
Cr =	Uric acid =	EKG	<input type="checkbox"/> Normal	Surgery report	<input type="checkbox"/> Normal
FBS =	ALT=		<input type="checkbox"/> Abnormal		<input type="checkbox"/> Abnormal
HgbA ₁ C =	AST=	Sonography	<input type="checkbox"/> Normal	Pathology report	<input type="checkbox"/> Normal
PSA =			<input type="checkbox"/> Abnormal		<input type="checkbox"/> Abnormal

Cardiovascular Sys		Gastrointestinal Sys		Head and Neck		Respiratory Sys	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
<input type="checkbox"/> IHD	<input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> Peptic Disease	<input type="checkbox"/> IBS	<input type="checkbox"/> Chronic Otitis	<input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> Arrhythmia	<input type="checkbox"/> IBD	<input type="checkbox"/> Chronic Diarrhea	<input type="checkbox"/> Allergic Rhinitis	<input type="checkbox"/> Thyroid disease	<input type="checkbox"/> CF	<input type="checkbox"/> Pulmonary Emboli
<input type="checkbox"/> Congenital disease	<input type="checkbox"/> HTN	<input type="checkbox"/> GI Bleeding	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> Neck Lymph node dis	<input type="checkbox"/> Dental Problems	<input type="checkbox"/> Pulmonary Infections	<input type="checkbox"/> TB
<input type="checkbox"/> Aneurism	<input type="checkbox"/> CABG	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> Cholelithiasis	<input type="checkbox"/> Deafness		<input type="checkbox"/> Pulmonary	<input type="checkbox"/> Malignancy
		<input type="checkbox"/> Anal Disease	<input type="checkbox"/> GI Malignancy				
Skin		Eye		Endocrine		Blood	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
<input type="checkbox"/> Infectious Disease	<input type="checkbox"/> Fungal Lesions	<input type="checkbox"/> Cataract	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Hypothyroidisms	<input type="checkbox"/> Hyperthyroidisms	<input type="checkbox"/> Severe Anemia	<input type="checkbox"/> Coagulation
<input type="checkbox"/> Angioedema	<input type="checkbox"/> Pamphygosis	<input type="checkbox"/> Contact Lens	<input type="checkbox"/> Blindness	<input type="checkbox"/> Adrenal Diseases	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Malignancy	
<input type="checkbox"/> Malignancy				<input type="checkbox"/> HLP	<input type="checkbox"/> Fatness		
				<input type="checkbox"/> Osteoporosis			
Musculoskeletal		Psychiatry		Neurology		Genitourinary	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
<input type="checkbox"/> Lumbar Disk Herniation	<input type="checkbox"/> Osteoarthritis	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Mania	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> CVA	<input type="checkbox"/> Malignancy	<input type="checkbox"/> Urinary Bleeding
<input type="checkbox"/> Trauma History	<input type="checkbox"/> SLE	<input type="checkbox"/> Anxiety	<input type="checkbox"/> OCD	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Malignancy	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Urinary stones
<input type="checkbox"/> Vacuities	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Delirium	<input type="checkbox"/> Schizophrenia	<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis	<input type="checkbox"/> Neuropathy	<input type="checkbox"/> BPH	<input type="checkbox"/> Urinary Incontinence
<input type="checkbox"/> Goat	<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Suicide History	<input type="checkbox"/> PTSD History	<input type="checkbox"/> Myelopathy	<input type="checkbox"/> Malignancy	<input type="checkbox"/> Kidney Transplant	

گواهی پزشکی معتمد شرکت :

اینجانب دکتر در تاریخ خانم / آقای را شخصا معاینه و ضمن احراز و تأیید هویت ایشان اطلاعات فوق را ثبت نمودم.

امضاء و مهر نظام پزشکی

شرکت بیمه ما
مدیریت بیمه های عمر و سرمایه گذاری
فرم اظهار سلامتی

این فرم صرفاً جهت درخواست الحاقیه پوشش های اضافی بوده و تکمیل آن الزامیست.

اینجانب بیمه شده بیمه نامه اعلام می دارم که در طول مدت بیمه نامه از تاریخ/...../..... لغایت/...../..... هیچگونه تغییر در وضعیت سلامتی جسمی و روحی خود که منجر به مطالبه غرامت از آن شرکت گردد، ایجاد نشده است.

چنانچه خلاف اظهارات فوق اثبات و یا احراز گردد بیمه گر حق دارد در صورت ادعای خسارت از سوی این جانب / اینجانبان مشمول ماده ۱۲ قانون بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه تلقی و از پرداخت خسارت خودداری نماید.

۱. نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه گذار

۲. نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه شده

آدرس: تهران، میدان ونک، خیابان ونک، پلاک ۹ - کد پستی:

۱۹۹۴۶۱۲۳۴۵

نمبر: ۰۲۱۸۶۹۰-۱۲۹۸

تلفن: ۸۶۹۰