

مندرجات این فرم، جزء اطلاعات محرمانه شما نزد بیمه البرز است و منحصرأً برای قرارداد بیمه استفاده خواهد شد.

مشخصات بیمه گذار (شخصی که قرارداد بیمه را می بندد)

کد ملی تاریخ تولد نام نام خانوادگی
نام پدر شماره شناسنامه محل صدور تابعیت
جنسیت: ☐ زن ☐ مرد ☐ سایر وضعیت تاهل: ☐ مجرد ☐ متاهل ☐ سایر
نشانی کد پستی
شغل ایمیل تلفن همراه تلفن ثابت
نام شرکت شناسه ملی شماره ثبت تلفن
نشانی کد پستی

مشخصات بیمه شده (شخصی که بیمه می شود)

نسبت بیمه شده با بیمه گذار: ☐ خود بیمه گذار (در این حالت، نیازی به تکمیل این قسمت نیست) ☐ همسر بیمه گذار ☐ فرزند بیمه گذار ☐ بیمه گذار
کد ملی تاریخ تولد نام نام خانوادگی
نام پدر شماره شناسنامه محل صدور تابعیت
جنسیت: ☐ زن ☐ مرد ☐ سایر وضعیت تاهل: ☐ مجرد ☐ متاهل ☐ سایر
نشانی کد پستی
شغل ایمیل تلفن همراه تلفن ثابت

مشخصات ذینفع غرامت گیرنده (شخصی که منافع مالی بیمه نامه را خواهد گرفت)

ردیف	نام ذینفع	نسبت ذینفع با بیمه شده	نوع ذینفع	سهم از منافع زمان حیات	سهم از منافع زمان فوت
۱	بانک وام دهنده	سایر	ذینفع بلاعزل	به اندازه طلب بانک	به اندازه طلب بانک
۲	وراث قانونی فرد متوفی بیمه شده	وراث قانونی	ذینفع عادی	---	با تقسیم مساوی منافع
۳			ذینفع عادی		
۴			ذینفع عادی		
۵			ذینفع عادی		

توضیح ۱ - ذینفعان مشخص شده در جدول بالا غیر از ردیف ۱، گزینه های پیش فرض هستند. پس از صدور بیمه نامه، امکان تغییر موارد مندرج در این جدول غیر از ردیف ۱ وجود دارد.
توضیح ۲ - تعلق منافع مندرج در ردیف ۳ منوط به ارائه گواهی مفصلاً حساب بیمه گذار با بانک وام دهنده است.
توضیح ۳ - ذینفع بلاعزل بی وراثت و ذینفع بلاعزل با وراثت، انواعی از ذینفع هستند که بیمه گذار می تواند آنها را تعیین کند ولی نمی تواند بدون جلب موافقت شان، آنها را تغییر دهد.

بیمه نامه براساس اظهارات این فرم صادر می شود. درست، کامل و صادقانه بودن اظهارات، شرط صحت قرارداد بیمه است.

نام و امضای بیمه گذار _____ نام و امضای بیمه شده _____
نام و امضای واحد مشاوره _____
شخص بیمه شده را دیدم. ☐
امضای بیمه گذار و بیمه شده را شاهد بودم. ☐
نام، امضا و مهر واحد مشاوره

تکمیل این فرم، تا هنگامی که به صدور بیمه نامه منجر نشود، هیچ تعهدی برای بیمه البرز ایجاد نمی کند.

تعهدات خواسته شده از بیمه گر

۱- مدت قرارداد بیمه، پنج سال (با قابلیت تمدید یا تبدیل بیمه نامه در پایان ۵ سال) است.
۲- بیمه گذار متعهد به پرداخت بدون دیرکرد اقساط تسهیلات بانکی تخصیص یافته در ۶۰ قسط ماهیانه است.

انتخاب میزان تعهدات بیمه گر و بیمه گذار (یکی از طرح های زیر را با درج ✓ درون دایره بالای هر طرح، انتخاب کنید) :

طرح ۵۰	طرح ۱۰۰	طرح ۱۵۰	طرح ۲۰۰	طرح دلخواه
۳- وجه پرداختی توسط بانک از طرف بیمه گذار	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
۴- پوشش خطر فوت عادی	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
۵- پوشش خطر معافیت بازپرداخت وام	به اندازه مانده بدهی سررسید نشده وام ۵۰ میلیون تومانی	به اندازه مانده بدهی سررسید نشده وام ۱۰۰ میلیون تومانی	به اندازه مانده بدهی سررسید نشده وام ۱۵۰ میلیون تومانی	به اندازه مانده بدهی سررسید نشده وام ۲۰۰ میلیون تومانی
۶- پوشش خطر فوت حادثه ای	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
۷- پوشش خطر نقص عضو حادثه ای	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
۸- پوشش خطر ابتلا به بیماری های کشنده	۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
۹- پوشش نجات زندگی در واقعه مرگبار	۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۱۰- ارزش پایانی بیمه نامه معادل ارزش بازخرید پایان مدت ۵ ساله بیمه نامه بعلاوه ارزش پایان ۵ سال واحدهای سرمایه گذاری شده در طول قرارداد در صندوق سرمایه گذاری مرتبط با این بیمه نامه که نوعی بیمه زندگی سرمایه پیوند (Unit-Linked) محسوب می شود.

۱۱- چون این بیمه نامه، به خاطر تامین مالی مشتری در وثیقه بانک قرار می گیرد؛ بنابراین، بازخرید، برداشت از سپرده حق بیمه و اخذ وام از بیمه نامه، بدون کسب موافقت کتبی بانک، ممکن نیست.

۱۲- در پایان مدت پنج ساله بیمه نامه شوکا، امکان تمدید مدت یا تبدیل آن به دیگر طرح های بیمه ای شرکت از جمله طرح های مستمری و مکمل بازنشستگی با نظر بیمه گذار، خواهد بود.

سایر خواسته ها:

۱۳- هدف از خرید این بیمه (در یک جمله کوتاه) :

۱۴- ☐ خواهان عدم دریافت نسخ کاغذی بیمه نامه بوده و به منظور حفظ محیط زیست، فقط از صفحه مشتری در سامانه اینترنتی بیمه نامه چترا (به آدرس <https://life.alborzinsurance.ir>) استفاده خواهم کرد.

تکمیل و امضای این پیشنهاد به منزله آگاهی و قبول شرایط عمومی قرارداد بیمه و شرایط ویژه پوشش های اضافی آن است.

نام و امضای بیمه گذار
نام و امضای بیمه شده
نام، امضا و مهر واحد مشاوره