



| | |
|--|----------------|
| | بیمه گذار |
| | بیمه شده اول |
| | بیمه شده دوم |
| | بیمه شده سوم |
| | بیمه شده چهارم |
| | بیمه شده پنجم |

لطفاً اطلاعات تکمیلی بیمه شدگان دوم، سوم، چهارم و پنجم و بیمه گذار در فرم‌های مربوطه تکمیل گردد.

| | | |
|--|-----------|----|
| | عامل فروش | کد |
| | ناظر فروش | کد |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| آیا بیمه گذار و بیمه شده شخصاً به سئوالات فرم پیشنهاد پاسخ داده‌اند؟ | | <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر |
| آیا صحت امضای بیمه گذار و بیمه شده مورد تایید است؟ | | <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر |
| نام و امضای عامل فروش | نام و امضای ناظر فروش | تاریخ: |

| اعلام نظر کارشناس صدور | اعلام نظر پزشک معتمد | اعلام نظر مدیریت بیمه‌های زندگی |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> بیمه شده نیاز به معاینات و آزمایشات دارد. <input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه با نرخ عادی بلامانع است. <input type="checkbox"/> بیمه نامه قابل صدور نمی باشد. با ذکر علت: ----- ----- ----- <input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه با در نظر گرفتن اضافه نرخ و وزن ----- درصد و استثنائات زیر بلامانع است: | <input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه با نرخ عادی بلامانع است. <input type="checkbox"/> بیمه نامه قابل صدور نمی باشد. با ذکر علت: ----- ----- ----- <input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه با در نظر گرفتن اضافه نرخ ----- درصد بابت موارد ذیل و استثنائات زیر بلامانع است: | نظر نهایی: |
| نام و امضای کارشناس صدور: | نام و امضای پزشک معتمد: | نام و امضای مدیریت بیمه‌های زندگی: |
| تاریخ: | تاریخ: | تاریخ: |



بیمه باران

فرم پیشنهاد بیمه زندگی تبسم باران

متقاضی محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه زندگی جامع و به ویژه تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم تنظیم می شود، خواهشمند است پرسش ها را به طور صحیح و کامل و در نهایت حسن نیت پاسخ دهید. تکمیل این فرم پیشنهاد تا قبل از صدور بیمه نامه هیچگونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. شایان ذکر است این فرم بدون هرگونه خط خوردگی و یا لاک گرفتگی پذیرفته خواهد شد.

تکمیل موارد ستاره دار الزامی و سایر موارد اختیاری می باشد *

| | | |
|---|--|---|
| نام و نام خانوادگی/ نام شرکت حقوقی: | نام پدر/ شماره ثبت: | تاریخ تولد/ ثبت شرکت: |
| شماره شناسنامه/ کد اقتصادی: | وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد | کد ملی/ شناسنامه ملی: |
| جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> | درآمد ماهانه: | (ریال) |
| نسبت با بیمه شده: | شغل فرعی: | (لطفاً از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید) |
| شغل اصلی: | تلفن همراه: | کدپستی: |
| نشانی محل سکونت/ شرکت حقوقی: | | پست الکترونیک: |
| کد و تلفن منزل/ شرکت: | | کدپستی محل کار: |
| نشانی محل کار: | | |

مشخصات بیمه گذار

| | | |
|---|--|---|
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | تاریخ تولد: |
| محل صدور: | شماره شناسنامه: | کد ملی: |
| جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> | وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد | (لطفاً از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید) |
| شغل اصلی: | شغل فرعی: | کدپستی: |
| نشانی محل سکونت: | تلفن همراه: | پست الکترونیک: |
| کد و تلفن منزل: | | کدپستی: |
| نشانی محل کار: | | |

مشخصات بیمه شده اول

مبلغ حق بیمه سالانه یا یکجا در تاریخ صدور: ریال مبلغ آورده اولیه قلم: ریال

نحوه پرداخت حق بیمه: یکجا سالانه شش ماهه چهار ماهه سه ماهه دو ماهه ماهانه

ضریب افزایش سالانه حق بیمه: درصد (از صفر تا ۵۰ درصد مجاز می باشد)

مدت بیمه نامه: مادام العمر (حداکثر تا سن ۱۰۰ سالگی بیمه شده) مدت معین سال

سرمایه فوت به هر علت: ریال ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: درصد (از صفر تا ۲۵ درصد و کمتر مساوی ضریب افزایش سالانه حق بیمه مجاز می باشد)

| شرح پوشش های بیمه شده اول | درخواست پوشش |
|---|---|
| فوت در اثر حادثه | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی و جزئی) ناشی از حادثه | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| هزینه های پزشکی ناشی از حادثه | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| گروه الف: سکنه قلبی و مغزی، سرطان، پیوند اعضای اصلی بدن، جراحی قلب باز CABG | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| گروه ب: ام اس، نارسایی کبدی و کلیوی، پارکینسون | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| گروه ج: سوختگی های درجه سه بیش از ۲۰٪، کما و وضعیت پایدار نباتی، نابینایی و ناشنوایی شدید و دائم ناشی از بیماری های خارج از این پوشش ها، آلزایمر، دیستروفی عضلانی | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| آخرین سال حیات | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| شرح پوشش های بیمه گذار | درخواست پوشش |
| معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی دائم و کامل بیمه گذار | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه گذار | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| مستمری ناشی از از کار افتادگی بیمه گذار | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| مستمری ناشی از فوت بیمه گذار | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |

تنها در صورتی که بیمه گذار با بیمه شده یکی نباشد، امکان اخذ پوشش معافیت در صورت فوت بیمه گذار وجود دارد.

برای اخذ پوشش های مربوط به بیمه گذار، لازم است تا فرم پیشنهاد بیمه گذار تکمیل و ضمیمه گردد.

در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سر رسید مقرر، علاوه بر پوشش فوت به هر علت، حق بیمه پوشش های اضافه نیز از ذخیره ریاضی بیمه نامه کسر گردد؟ بلی خیر

آیا حق بیمه پوشش های تکمیلی پرداخت جداگانه دارد؟ بلی خیر

مشخصات پوشش های تکمیلی بیمه نامه

در صورت فوت بیمه شده پرداخت خسارت به افراد تعیین شده در جدول زیر انجام می شود و در صورت عدم تعیین استفاده کنندگان، وراثت قانونی بیمه شده دریافت کنندگان خسارت خواهند بود.

| در صورت فوت بیمه شده | | | | در صورت حیات بیمه شده | | | |
|----------------------|--------|------------|------------------|-----------------------|--------|--------------------|--------|
| نام و نام خانوادگی | کد ملی | تاریخ تولد | نسبت با بیمه شده | درصد سهم | اولویت | نام و نام خانوادگی | کد ملی |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

استفاده کنندگان

شماره مدرک: A-TA-0057-04



فرم پیشنهاد بیمه زندگی تبسم باران

| | | | |
|---|--|-----------------|-------------------|
| سوابق بیمه‌ای بیمه‌شده | آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادرشده، رد شده و یا در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول ذیل را تکمیل نمایید. | | |
| | نام شرکت بیمه | شماره بیمه‌نامه | سرمایه فوت (ریال) |
| سوابق خانوادگی | آیا دارای بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) می‌باشید؟ (نوع بیمه‌گر پایه: شماره بیمه: (| | |
| | آیا پدر، مادر، خواهر و برادر شما در قید حیات هستند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت منفی بودن پاسخ به ازای هر یک از افراد درجه یک خانواده، به سئوالات زیر پاسخ دهید: | | |
| | نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت: | | |
| | نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت: | | |
| اطلاعات پزشکی بیمه‌شده اول | آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری‌های قلبی، دیابت، بیماری‌های روحی و عصبی، مسری، ارثی و یا سایر بیماری‌ها مبتلا بوده‌اند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار با بیمه‌شده را ذکر نمایید. | | |
| | قد بیمه‌شده: سانتی متر وزن بیمه‌شده: کیلوگرم تغییرات وزن در سه ماهه اخیر: کاهش <input type="checkbox"/> افزایش <input type="checkbox"/> (کیلوگرم) | | |
| | آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی، روان‌گردان، مشروبات الکلی، قلیان، سیگار و یا مواد مخدر را دارید یا داشته‌اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ: نوع مواد مصرفی: آخرین تاریخ مصرف: میزان مصرف روزانه: مدت زمان مصرف: | | |
| | آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (مخصوص آقایان) در صورت انتخاب گزینه خیر، آیا مشمول خدمت هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (ضمیمه نمودن کپی کارت معافیت الزامی است.) | | |
| | آیا از موتورسیکلت به عنوان راکب استفاده می‌نمایید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان استفاده در هفته بر حسب روز مدت زمان استفاده (بر حسب ماه و سال): | | |
| | آیا ورزش حرفه‌ای، مسافرت‌های مستمر و یا فعالیت‌های جانبی دیگر انجام می‌دهید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع ورزش یا فعالیت را شرح دهید: | | |
| | بیماری‌های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکت قلبی | | |
| | بیماری‌های تنفسی (سرفه مزمن، آسم) | | |
| | بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت) | | |
| | بیماری‌های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی‌ها و تالاسمی | | |
| بیماری‌های افسردگی، تشنج و سکت مغزی و ام اس | | | |
| سرطان (پوست، معده، مغز و غیره) | | | |
| بیماری‌های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی | | | |
| بیماری‌های عفونی مانند سل، هیپاتیت، ایدز | | | |
| آیا دارای نقص عضو یا از کارافتادگی می‌باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت و میزان آن؟ | | | |
| در صورت مثبت بودن هر یک از سئوالات فوق، با دقت و جزئیات مناسب، نوع بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه‌شده را توضیح دهید. (در صورت انجام جراحی، تاریخ و علت جراحی یا بستری را بیان نمایید) | | | |

سود فنی علی‌الحساب برای دو سال اول ۱۶ درصد و دو سال دوم ۱۳ درصد و مازاد بر چهار سال اول ۱۰ درصد می‌باشد که علی‌الحساب بوده و بیمه‌گذاران محترم در سودهای محقق شده مازاد بر آن نیز مشارکت داده می‌شوند.

مشارکت در منافع قطعی در پایان هر دوره سالانه در ذخایر ریاضی بیمه‌گذاران اعمال می‌شود و در پورتال بیمه‌گذاران قابل رویت خواهد بود.

ارزش بازخرید بیمه‌نامه در مدت بیمه، در جدول بازخرید ضمیمه بیمه‌نامه قابل رویت می‌باشد.

اینجانب به‌عنوان **بیمه‌گذار** تایید می‌نمایم که این فرم پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه زندگی تبسم باران و به طور درست و صادقانه تکمیل نموده‌ام و تقاضای صدور بیمه‌نامه را دارم.

اینجانب به‌عنوان **بیمه‌شده** موافقت خود را با صدور بیمه‌نامه بر اساس اطلاعات فوق اعلام می‌نمایم.

| | | |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| نام و امضای بیمه‌گذار | نام و امضای بیمه‌شده | نام و امضای عامل فروش |
| تاریخ: | تاریخ: | تاریخ: |



بیمه باران

فرم پیشنهاد بیمه زندگی تبسم باران (ویژه سایر بیمه شدگان)

شماره سریال:

| | | |
|---|--|--|
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | تاریخ تولد: |
| شماره شناسنامه: | وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> | کد ملی: |
| جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> | شغل فرعی: | (لطفاً از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده فرمایید) |
| شغل اصلی: | تلفن همراه: | کد پستی: |
| نشانی محل سکونت: | | پست الکترونیک: |
| کد و تلفن منزل: | | کد پستی: |
| نشانی محل کار: | | |

| | | |
|---|---|---|
| درخواست پوشش | شرح پوشش های بیمه شده | توضیحات |
| بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | فوت در اثر حادثه | یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت به هر علت) |
| بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) ناشی از حادثه | ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت ناشی از حادثه) |
| بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | هزینه های پزشکی ناشی از حادثه | ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت ناشی از حادثه) |
| بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | گروه الف: سکت قلبی و مغزی، سرطان، پیوند اعضای اصلی بدن، جراحی قلب باز CABG | ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت به هر علت) |
| بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | گروه ب: ام اس، نارسایی کبدی و کلیوی، پارکینسون | ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت به هر علت) |
| بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | گروه ج: سوختگی های درجه سه بیش از ۳۰٪، کما و وضعیت پایدار نباتی، نابینایی و ناشنوایی شدید و دائم ناشی از بیماری های خارج از این پوشش ها، آلزایمر، دیستروفی عضلانی | ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت به هر علت) |
| بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | آخرین سال حیات | |

سرمایه فوت به هر علت: ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: ریال (حداکثر میزان سرمایه فوت کمتر مساوی سرمایه فوت بیمه شده اصلی می باشد) (از صفر تا ۲۵ درصد و کمتر مساوی ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت بیمه شده اصلی مجاز می باشد).

در صورت فوت بیمه شده پرداخت سرمایه فوت به افراد تعیین شده در جدول زیر انجام می شود و در صورت عدم تعیین استفاده کنندگان، وراثت قانونی بیمه شده دریافت کنندگان سرمایه فوت خواهند بود.

| در صورت فوت بیمه شده | | | | | |
|----------------------|--------|------------|------------------|----------|--------|
| نام و نام خانوادگی | کد ملی | تاریخ تولد | نسبت با بیمه شده | درصد سهم | اولویت |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |

آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادر شده، رد شده و یا در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول ذیل را تکمیل کنید.

| نام شرکت بیمه | شماره بیمه نامه | سرمایه فوت (ریال) | در صورت رد تقاضا، ذکر علت ضروری است |
|---------------|-----------------|-------------------|-------------------------------------|
| | | | |

آیا دارای بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) می باشید؟ (نوع بیمه گر پایه: شماره بیمه:)

سوابق بیمه ای

آیا پدر، مادر، خواهر و برادر شما در قید حیات هستند؟ بلی خیر در صورت منفی بودن پاسخ به ازای هر یک از افراد درجه یک خانواده، به سئوالات زیر پاسخ دهید:

نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت:

نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت:

نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت:

آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری های قلبی، دیابت، بیماری های روحی و عصبی، مسری، ارثی و یا سایر بیماری ها مبتلا بوده اند؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار با بیمه شده را ذکر کنید.

اطلاعات پزشکی

قد بیمه شده: سانتی متر وزن بیمه شده: کیلوگرم تغییرات وزن در سه ماهه اخیر: کاهش افزایش (کیلوگرم)

آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی، روان گردان، مشروبات الکلی، قلیان، سیگار و یا مواد مخدر را دارید یا داشته اید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ:

نوع مواد مصرفی: آخرین تاریخ مصرف: میزان مصرف روزانه: مدت زمان مصرف:

آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ بلی خیر (مخصوص آقایان) در صورت انتخاب گزینه خیر، آیا مشمول خدمت هستید؟ بلی خیر (ضمیمه نمودن کپی کارت معافیت الزامی است.)

در صورت معافیت پزشکی، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه بیان نمایید.

آیا از موتورسیکلت به عنوان راکب استفاده می نمایید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان استفاده در هفته بر حسب روز مدت زمان استفاده (بر حسب ماه و سال):

آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیت های جانبی دیگر انجام می دهید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع ورزش یا فعالیت را شرح دهید:



بیمه باران

فرم پیشنهاد بیمه زندگی تبسم باران

| بلی | خیر | بلی | خیر |
|--|-----|--|---|
| | | بیماری‌های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکته قلبی | بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و غیره |
| | | بیماری‌های تنفسی (سرفه مزمن، آسم) | مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی) |
| | | بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت) | استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه |
| | | بیماری‌های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی‌ها و تالاسمی | آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته‌اید؟ |
| | | بیماری‌های افسردگی، تشنج و سکته مغزی و ام اس | آیا به بیماری دیگری مبتلا هستید که ذکر نشده باشد؟ |
| | | سرطان (پوست، معده، مغز و غیره) | آیا در حال حاضر باردار هستید؟ |
| | | بیماری‌های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی | در طول یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه نمودید؟ |
| | | بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز | آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ |
| <p>آیا دارای نقص عضو یا از کارافتادگی می‌باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت و میزان آن؟</p> <p>در صورت مثبت بودن هر یک از سئوالات فوق، با دقت و جزئیات مناسب، نوع بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه‌شده را توضیح دهید. (در صورت انجام جراحی، تاریخ و علت جراحی یا بستری را بیان نمایید)</p> | | | |

اطلاعات پزشکی بیمه‌شده

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| اینجانب باران و به طور درست و صادقانه تکمیل نموده‌ام و تقاضای صدور بیمه‌نامه را دارم. | به‌عنوان بیمه‌گذار تایید می‌نمایم که این فرم پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه زندگی تبسم | |
| اینجانب به‌عنوان بیمه‌شده موافقت خود را با صدور بیمه‌نامه بر اساس اطلاعات فوق اعلام می‌نمایم. | | |
| نام و امضای بیمه‌گذار تاریخ: | نام و امضای بیمه‌شده تاریخ: | نام و امضای عامل فروش تاریخ: |



بیمه باران

فرم درخواست پوشش معافیت و مستمری ناشی از فوت یا از کار افتادگی بیمه‌گذار بیمه زندگی تبسم باران

| | | |
|---|--|---|
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | تاریخ تولد: |
| محل صدور: | شماره شناسنامه: | کد ملی: |
| جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد | وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد | شماره بیمه‌نامه: |
| شغل اصلی: | شغل فرعی: | (لطفاً از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید) |

| شرح پوشش‌های بیمه‌گذار | درخواست پوشش | توضیحات |
|---|---|---|
| معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی دائم و کامل بیمه‌گذار | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در اثر حادثه <input type="checkbox"/> در اثر بیماری <input type="checkbox"/> به هر علت <input type="checkbox"/> |
| معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه‌گذار | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در اثر حادثه <input type="checkbox"/> در اثر بیماری <input type="checkbox"/> به هر علت <input type="checkbox"/> |
| مستمری ناشی از از کار افتادگی بیمه‌گذار | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در اثر حادثه <input type="checkbox"/> در اثر بیماری <input type="checkbox"/> به هر علت <input type="checkbox"/> میزان مستمری: برابر حق بیمه سالانه (از یک تا چهار برابر) |
| مستمری ناشی از فوت بیمه‌گذار | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | در اثر حادثه <input type="checkbox"/> در اثر بیماری <input type="checkbox"/> به هر علت <input type="checkbox"/> میزان مستمری: برابر حق بیمه سالانه (از یک تا چهار برابر) |

آیا پدر، مادر، خواهر و برادر شما در قید حیات هستند؟ بلی خیر در صورت منفی بودن پاسخ به ازای هر یک از افراد درجه یک خانواده، به سئوالات زیر پاسخ دهید:

نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت:

نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت:

نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت:

آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری‌های قلبی، دیابت، بیماری‌های روحی و عصبی، مسری، ارثی و یا سایر بیماری‌ها مبتلا بوده‌اند؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع و مدت زمان بیماری و نسبت بیمار با بیمه‌شده را ذکر نمایید.

قد بیمه‌شده: سانتی متر وزن بیمه‌شده: کیلوگرم تغییرات وزن در سه ماهه اخیر: کاهش افزایش (کیلوگرم)

آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی، روان گردان، مشروبات الکلی، قلیان، سیگار و یا مواد مخدر را دارید یا داشته‌اید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ:

نوع مواد مصرفی: آخرین تاریخ مصرف: میزان مصرف روزانه: مدت زمان مصرف:

آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ بلی خیر (مخصوص آقایان) در صورت انتخاب گزینه خیر، آیا مشمول خدمت هستید؟ بلی خیر

در صورت معافیت پزشکی، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه بیان کنید. (ضمیمه نمودن کپی کارت معافیت الزامی است.)

آیا از موتورسیکلت به عنوان راکب استفاده می‌کنید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ میزان استفاده در هفته بر حسب روز: مدت زمان استفاده (بر حسب ماه و سال):

آیا ورزش حرفه‌ای، مسافرت‌های مستمر و یا فعالیت‌های جانبی دیگر انجام می‌دهید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع ورزش یا فعالیت و مدت زمان آن را شرح دهید:

| اطلاعات پزشکی بیمه‌شده اول | بلی | خیر |
|---|-----|-----|
| بیماری‌های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکته قلبی | | |
| بیماری‌های تنفسی (سرفه مزمن، آسم) | | |
| بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت) | | |
| بیماری‌های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی‌ها و تالاسمی | | |
| بیماری‌های افسردگی، تشنج و سکته مغزی و ام اس | | |
| سرطان (پوست، معده، مغز و غیره) | | |
| بیماری‌های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی | | |
| بیماری‌های عفونی مانند سل، هیپاتیت، ایدز | | |
| آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت و میزان آن؟ | | |
| در صورت مثبت بودن هر یک از سئوالات فوق، با دقت و جزئیات مناسب، نوع بیماری، زمان شروع بیماری، نوع، میزان و مدت زمان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه‌شده را توضیح دهید. (در صورت انجام جراحی، تاریخ و علت جراحی یا بستری را بیان کنید) | | |

اینجانب به عنوان بیمه‌گذار تایید می‌کنم که این فرم پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه تبسم باران را به طور درست و صادقانه تکمیل کرده‌ام و تقاضای جاری شدن پوشش‌های انتخابی را دارم.

نام و امضای بیمه‌گذار: _____ نام و امضای عامل فروش: _____

تاریخ: _____ تاریخ: _____



تاریخ:

شماره پیشنهاد / بیمه نامه:

شرکت کارگزاری رسمی بیمه برخط سانا حامی (بیمه گستر)

بسمه تعالی

اینجانب آقای / خانم: با کد ملی: بعنوان متقاضی بیمه نامه زندگی (عمر) از شرکت بیمه: نزد شرکت کارگزاری رسمی بیمه سانا حامی کد ۱۹۶۰ بیمه مرکزی (بیمه گستر) با آگاهی کامل و دقیق از کلیه مفاد و شرایط بیمه نامه بخصوص موارد زیر اقدام به خرید بیمه نامه نموده ام:

* کلیه سوالات پزشکی در فرم پیشنهاد را بدرستی و با صداقت کامل و بدون کتمان حقایق یا اظهار خلاف واقع پاسخ داده ام و در صورتی که مطلبی خلاف اظهارات بنده اثبات گردد شرکت بیمه حق ابطال بیمه نامه بدون برگشت وجه حق بیمه های پرداختی و خسارت احتمالی را دارد و نماینده فروش و کارگزاری مسولیتی در این خصوص ندارند.

** با توجه به اینکه بابت پوششهای بیمه ای حق بیمه کسر میگردد در صورتی که بیمه نامه را طی ۵ سال اول قرارداد فسخ نمایم، مبلغی کمتر از جمع مبالغ پرداختی به شرکت بیمه به اینجانب برگشت داده میشود.

*** مبلغ حق بیمه را بر اساس شناسه پرداخت صادر شده فقط به حساب شرکت بیمه واریز و از پرداخت وجه به حساب نماینده فروش خودداری نمایم در غیر این صورت کارگزاری هیچ گونه مسولیتی در خصوص خسارتهای احتمالی ندارند.

*** جهت حفظ پوششهای بیمه ای در صورت عدم پرداخت اقساط در سررسید مقرر، شرکت بیمه اجازه برداشت حق بیمه مربوط به پوششهای بیمه ای را از محل اندوخته بیمه نامه دارد و زمانی که اندوخته به صفر برسد قرارداد تعلیق میگردد.

اینجانب کد ملی کد نمایندگی فروش بعنوان مشاور بیمه گذار و نماینده فروش بیمه گستر، صحت امضای بیمه گذار و بیمه شده را در فرم پیشنهاد بیمه و سایر اوراق پیوست تایید مینمایم و همچنین شخصا بیمه شده را رویت نموده و سلامت ظاهری بیمه شده مورد تایید اینجانب میباشد.

امضا و اثر انگشت بیمه شده

امضا و اثر انگشت متقاضی بیمه نامه (بیمه گذار)

امضا و اثر انگشت مشاور (نماینده فروش)