



	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 (ویژه سایر بیمه شدگان)

شماره سریال:

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

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: سکنه 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 خانوادگی بیمه شده

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 بیمه شده

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

اطلاعات پزشکی بیمه شده

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 بیمه شده را توضیح دهید. (در صورت انجام جراحی، تاریخ و علت جراحی یا بستری را بیان نمایید)</p>			

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: