



فرم پیشنهاد بیمه زندگی تبسم باران

پیمه باران

	بیمه‌گذار
	بیمه‌شده اول
	بیمه‌شده دوم
	بیمه‌شده سوم
	بیمه‌شده چهارم
	بیمه‌شده پنجم

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

کد	عامل فروش
کد	ناظر فروش

<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	آیا بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخصاً به سؤالات فرم پیشنهاد پاسخ داده‌اند؟
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	آیا صحت امضای بیمه‌گذار و بیمه‌شده مورد تایید است؟
نام و امضای ناظر فروش تاریخ:	نام و امضای عامل فروش تاریخ:



بیمه باران

متقاضی محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه‌نامه زندگی جامع و بهویژه تعهدات بیمه‌گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم تنظیم می‌شود، خواهشمند است پرسش‌ها را به طور صحیح و کامل و درنهایت حسن نیت پاسخ دهید. تکمیل این فرم پیشنهاد تا قبل از صدور بیمه‌نامه هیچگونه تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید. شایان ذکر است این فرم بدون هرگونه خط خوردگی و یا لامگرفتگی پذیرفته خواهد شد.

★ تکمیلی مواد مستاردار این فرم پس از انتشاری می‌باشد ★

<p>نام و نام خانوادگی/نام شرکت حقوقی: شماره شناسنامه/کد اقتصادی:</p> <p>جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/></p> <p>نسبت با بیمه‌شده: شغل اصلی: نشانی محل سکونت/شرکت حقوقی: کد و تلفن منزل/شرکت: نشانی محل کار:</p>	<p>نام پدر/شماره ثبت: کدملی/شناسه ملی: وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> (ریال) (اطلاع از عنوان شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید) کدپستی: پست الکترونیک: کدپستی محل کار:</p>
<p>نام و نام خانوادگی: محل صدور: جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/></p> <p>شغل اصلی: نشانی محل سکونت: کد و تلفن منزل: نشانی محل کار:</p>	<p>نام پدر: شماره شناسنامه: وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> (اطلاع از عنوان شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید) کدپستی: پست الکترونیک: کدپستی:</p>

مبلغ حق بیمه سالانه یا یکجا در تاریخ صدور: ریال مبلغ آورده اولیه قلک:
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 می‌باشد)
مدت بیمه‌نامه: مادامالعمر (حداکثر تا سن ۱۰۰ سالگی بیمه شده)
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 می‌باشد)

درخواست پوشش	شرح پوشش‌های بیمه شده اول	توضیحات
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	فوت در اثر حاده	یکبرابر <input type="checkbox"/> دویکبرابر <input type="checkbox"/> سهیکبرابر <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت به هر علت)
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) ناشی از حاده	%۱۰۰ <input type="checkbox"/> %۵۰
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	هزینه‌های پزشکی ناشی از حاده	%۲۰ <input type="checkbox"/> %۱۵ <input type="checkbox"/> %۱۰ <input type="checkbox"/> %۵
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	گروه الف: سکته قلبی و مغزی، سرطان، پیوند اعضای اصلی بدن، جراحی قلب باز CABG	گروه ب: ام، نارسایی کبدی و کلیوی، پارکینسون
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	گروه چ: سوختگی های درجه سه پیش از %۳۰، کما و ضعیت پایدار نتایی، نایابی و ناشنوایی شدید	و دائم ناشی از میاری های خاج از این پوشش ها، آزاریم، دیستروفی عضلانی
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آخرین سال حیات	
درخواست پوشش	شرح پوشش‌های بیمه گذار	توضیحات
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل بیمه گذار	در اثر بیماری <input type="checkbox"/> به هر علت
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه گذار	در اثر بیماری <input type="checkbox"/> به هر علت
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	مستمری ناشی از کارافتادگی بیمه گذار	در اثر بیماری <input type="checkbox"/> به هر علت برابر حق بیمه سالانه (از یک تا چهار برابر) میزان مستمری:
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	مستمری ناشی از فوت بیمه گذار	در اثر بیماری <input type="checkbox"/> به هر علت برابر حق بیمه سالانه (از یک تا چهار برابر) میزان مستمری:
<p>☒ 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.</p> <p>☒ در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سرسید مقر، علاوه بر پوشش فوت به هر علت، حق بیمه پوشش های اضافه نیز از ذخیره ریاضی بیمه نامه کسر گردد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>		

در صورت فوت بیمه شده پرداخت خساره را به افراد تعین شده در جدول زیر انجام می‌شود و در صورت عدم تعین استفاده کنندگان، ورات قانونی بیمه شده دریافت کنندگان خسارت خواهند بود.

در صورت فوت بیمه شده		در صورت فوت بیمه شده				
نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت بایمیمشده درصد سهم اوپولیت
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						



بیمه باران

فرم پیشنهاد بیمه زندگی تبسیم باران

بیمه شد
بیمه نشده

سرویس
نیاز
نداشته

اطلاعات
پذیرشکی
بیمه شده اول

شماره مدرک:
A-TA-0057-04

نام شرکت بیمه	شماره بیمه‌نامه	سرمایه فوت (ریال)	در صورت رد تقاضا، ذکر علت ضروری است
آیا دارای بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) می‌باشید؟ (نوع بیمه گر پایه):	شماره بیمه:		

آیا پدر، مادر، خواهر و برادر شما در قید حیات هستند؟ بله خیر در صورت منفی بودن پاسخ به ازای هر یک از افراد درجه یک خانواده، به سوالات 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 در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار با بیمه شده را ذکر نمایید.

قد بیمه شده:	سانتی متر	وزن بیمه شده:	کیلوگرم	تغییرات وزن در سه ماهه اخیر: کاهش <input type="checkbox"/> افزایش <input type="checkbox"/>	(کیلوگرم)
آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی، روان‌گران، 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:	میزان مصرف روزانه:	آخرین تاریخ مصرف:	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"/>	
در صورت معافیت پزشکی، علت آن را با ذکر ماده و بند مریotope بیان نمایید.					
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، مسافت‌های 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:			

بلی	خیر	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 مژمن، آسم)		مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نایینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)			
بیماری‌های غدد داخلی نظری تیروئید، قند (دیابت)		استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه			
بیماری‌های خونی شامل ساقه 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 (بوست، 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 مراجعت نمودید؟			
بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز		آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟			

آیا دارای نقص عضو یا از کارافتادگی می‌باشید؟ بله خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت و میزان آن؟

در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات 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)

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

مشارکت در منافع قطعی در پایان سالانه در ذخیره 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.

اینچنانچه به عنوان بیمه‌گذار تایید می‌نمایم که این فرم پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه زندگی تبسیم باران و به طور درست و صادقانه

تکمیل نموده‌ام و تقاضای صدور بیمه‌نامه را دارم.

اینچنانچه به عنوان بیمه شده موافقت خود را با صدور بیمه‌نامه بر اساس اطلاعات فوق اعلام می‌نمایم.

اینچنانچه

نام و امضای بیمه‌گذار	نام و امضای بیمه شده	نام و امضای عامل فروش	نام و امضای بیمه شده
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:



بیمه باران

فرم پیشنهاد بیمه زندگی تبسیم باران

(ویژه سایر بیمه شدگان)

شماره سریال:

<p>تاریخ تولد: / / کدملی*: <input type="text"/></p> <p>(اطلاع از عنوان شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نرمایید)</p> <p>کدپستی*: پست الکترونیک: کدپستی:</p>	<p>نام پدر*: شغل فرعی*: تلفن همراه: سرمایه فوت به هر علت: ضربی افزایش سالانه سرمایه فوت:</p> <p>جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> شغل اصلی*: نشانی محل سکونت*: کد و تلفن منزل*: نشانی محل کار:</p> <p>درخواست پوشش</p> <p>شرح پوشش های بیمه شده</p> <p>توضیحات</p>
<p>یکباره <input type="checkbox"/> دوباره <input type="checkbox"/> سه باره <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت به هر علت)</p> <p>نقص عضو یا از کارفتادگی دائم (کلی و جزئی) ناشی از حادثه</p> <p>هزینه های پزشکی ناشی از حادثه</p> <p>گروه الف: سکته قلبی و مغزی، سرطان، پیوند اعضا اصلی بدن، جراحی قلب باز CABG</p> <p>گروه ب: اماس، نارسایی کبدی و کلیوی، پارکینسون</p> <p>گروه چ: سوختگی های درجه سه بیش از ۳۰٪، کما و ضعیت پایدار نتایی، نایابی و ناشوایی شدید و دائم ناشی از بیماری های خارج از این پوشش ها، آزاریم، دیستروفی عضلانی</p> <p>آخرین سال حیات</p>	<p>فوت در اثر حاده</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>

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، وراث 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
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

<p>آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادر شده، رد شده و یا در جریان صدور داردید؟ در صورت ثبت بودن پاسخ، جدول ذیل را تکمیل کنید.</p> <p>در صورت رد تقاضا، ذکر علت ضروری است</p> <p>نام شرکت بیمه شماره بیمه نامه سرمایه فوت (ریال)</p> <p>آیا دارای بیمه گر پایه (تمامی اجتماعی، خدمات درمانی و ...) می باشد؟ (نوع بیمه گر پایه: شماره بیمه:)</p>	<p>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 افراد درجه یک خانواده، به سوالات زیر پاسخ دهید:</p> <p>نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت:</p> <p>نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت:</p> <p>نسبت فرد فوت شده: سن فوت: علت فوت:</p> <p>آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری های روحی و عصبی، مسری، ارثی و یا سایر بیماری ها مبتلا بوده اند؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> در صورت ثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار با بیمه شده را ذکر کنید.</p>
---	--

<p>قد بیمه شده: سانتی متر وزن بیمه شده: کیلوگرم تغییرات وزن در سه ماهه اخیر: کاهش <input type="checkbox"/> افزایش <input type="checkbox"/> (کیلوگرم)</p> <p>آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی، روان گردان، مشروبات الکلی، قلیان، سیگار یا مواد مخدر را دارید یا داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت ثبت بودن پاسخ:</p> <p>آخرین تاریخ مصرف: میزان مصرف روزانه: مدت زمان مصرف:</p> <p>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"/></p> <p>در صورت معافیت پزشکی، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه بیان نمایید.</p> <p>در صورت معافیت پزشکی، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه بیان نمایید.</p> <p>آیا از موتورسیکلت به عنوان راک استفاده می نمایید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت ثبت بودن پاسخ، میزان استفاده در هفته بر حسب روز مدت زمان استفاده (بر حسب ماه و سال):</p> <p>آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیت های جانبی دیگر انجام می دهید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت ثبت بودن پاسخ، نوع ورزش یا فعالیت را شرح دهید:</p>	<p>آیا از موتورسیکلت به عنوان راک استفاده می نمایید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت ثبت بودن پاسخ، میزان استفاده در هفته بر حسب روز مدت زمان استفاده (بر حسب ماه و سال):</p> <p>آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیت های جانبی دیگر انجام می دهید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت ثبت بودن پاسخ، نوع ورزش یا فعالیت را شرح دهید:</p>
--	--

مشخصات بیمه شده

مشخصات پوشش های تکمیلی بیمه شده

استفاده کنندگان

نماینده بیمه شده

نماینده بیمه شده

اعلان پوششی



بیمه باران

اطلاعات پزشکی بیمه شد

فرم پیشنهاد بیمه زندگی تبسیم باران

بلی	خیر	بلی	خیر
بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و غیره		بیماری‌های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکته قلبی	
مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نایباتی، کم شنوایی، ناشنوایی)		بیماری‌های تنفسی (سرقه مژمن، آسم)	
استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه		بیماری‌های غدد داخلی نظریه تیروئید، قند (دیابت)	
آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته‌اید؟		بیماری‌های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی‌ها و تالاسمی	
آیا به بیماری دیگری مبتلا هستید که ذکر نشده باشد؟		بیماری‌های افسردگی، تشنجه و سکته مغزی و ام اس	
آیا در حال حاضر باردار هستید؟		سرطان (پوست، معده، مغز و غیره)	
در طول یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه نمودید؟		بیماری‌های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی	
آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟		بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز	
آیا دارای نقص عضو یا از کارافتادگی می‌باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت و میزان آن؟ -----			
در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات 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) -----			

اینجانب به عنوان بیمه‌گذار تایید می‌نمایم که این فرم پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه زندگی تبسیم باران و به طور درست و صادقانه تکمیل نموده‌ام و تقاضای صدور بیمه‌نامه را دارم.
اینجانب به عنوان بیمه شده موافقت خود را با صدور بیمه‌نامه بر اساس اطلاعات فوق اعلام می‌نمایم.

نام و امضای بیمه‌گذار تاریخ:	نام و امضای بیمه شده 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

بیمه‌گذار
مشخصات

پوشش‌های نیازمند
مشخصات

نماینده
خانوادگی

اطلاعات پزشکی بیمه شده اول

شماره مورخ: E-TA-103-02

اینجانب

صادقانه تکمیل کرده‌ام و تقاضای جاری شدن پوشش‌های انتخابی را دارم.

نام و امضای بیمه‌گذار
تاریخ:

نام و امضای عامل فروش
تاریخ:

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

توضیحات	شرح پوشش‌های بیمه‌گذار	درخواست پوشش
در اثر حادثه <input type="checkbox"/> در اثر بیماری <input type="checkbox"/> به هر علت <input type="checkbox"/>	معافیت از برداخت 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 برداخت 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"/> برابر حق بیمه سالانه (از یک تا چهار برابر) میزان مستمری:	مستمری ناشی 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"/> برابر حق بیمه سالانه (از یک تا چهار برابر) میزان مستمری:	مستمری ناشی از فوت بیمه‌گذار	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

آیا پدر، 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، ارشی و یا سایر بیماری‌ها مبتلا بوده‌اند؟
بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع و مدت زمان بیماری و نسبت بیمار با بیمه شده را ذکر نمایید.

قد بیمه شده: سانتی متر	وزن بیمه شده: کیلوگرم	تغییرات وزن در سه ماهه اخیر: کاهش <input type="checkbox"/> افزایش <input type="checkbox"/> (کیلوگرم)
آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی، روان‌گردن، مشروبات الکلی، قلیان، سیگار و یا مواد مخدوش را دارید یا داشته‌اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ:	میزان مصرف روزانه: مدت زمان مصرف:	آخرین تاریخ 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"/>		
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 راک استفاده می‌کنید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ میزان استفاده در هفته بحسب روز:	مدت زمان استفاده (بر حسب ماده و سال):	آیا ورزش حرfovه‌ای، مسافت‌های مستمر یا فعالیت‌های جانبی دیگر انجام می‌دهید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع ورزش یا فعالیت و مدت زمان آن را شرح دهید:

بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و غیره	بیماری‌های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکته قلبی
مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نایینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)	بیماری‌های تنفسی (سرمه مژمن، آسم)
استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه	بیماری‌های غدد داخلی نظری تیروئید، قند (دیابت)
آیا تاکتون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته‌اید؟	بیماری‌های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی‌ها و تالاسمی
آیا به بیماری دیگری مبتلا هستید که ذکر نشده باشد؟	بیماری‌های افسردگی، تشنج و سکته مغزی و ام اس
آیا در حال حاضر باردار هستید؟	سرطان (پوست، معده، مغز و غیره)
در طول یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه کرده‌اید؟	بیماری‌های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی
آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟	بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، 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 بیمه شده را توضیح دهید. (در صورت انجام جراحی، تاریخ و علت جراحی یا بستری را بیان کنید)

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.