



بیمه باران

فرم پیشنهاد بیمه زندگی طراوت باران

شماره سریال:

متقاضی محترم، نظر به اینکه مفاد بیمهنامه زندگی طراوت باران و به‌ویژه تعهدات بیمه‌گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم تنظیم می‌شود، خواهشمند است پرسش‌ها را به‌طور صحیح و کامل و در نهایت 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 خط‌خوردگی و یا لاک‌گرفتگی پذیرفته خواهد شد.

مشخصات بیمه‌گذار

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

مشخصات بیمه‌شده

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	
شغل اصلی:	شغل فرعی:	(لطفاً از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده فرمایید)
نشانی محل سکونت:	تلفن همراه:	کد پستی:
کد و تلفن منزل:		پست الکترونیک:
نشانی محل کار:		کد پستی:

مشخصات بیمه‌نامه

نحوه پرداخت حق بیمه: یکجا قسطی مدت بیمه نامه: (مجموع سن بیمه‌شده و مدت بیمه‌نامه نباید از ۸۰ سال تجاوز کند)

تعداد اقساط در سال: یک قسط دو قسط سه قسط چهار قسط شش قسط دوازده قسط

ضریب افزایش حق بیمه: درصد (از صفر تا ۲۰ درصد) مدت پرداخت حق بیمه: (کمتر مساوی مدت بیمه‌نامه):

سرمایه فوت به هر علت: ریال ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: درصد (از صفر تا ۲۰ درصد)

درخواست پوشش	شرح پوشش‌های بیمه‌شده	توضیحات
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	فوت ناشی از حادثه	۱ برابر <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت به هر علت) <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ (سرمایه فوت ناشی از حادثه)
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نقص عضو یا از کارافتادگی دائم 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"/>	هزینه 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"/>	معافیت (فرم اطلاعات بیمه‌گذار تکمیل گردد)	معافیت ناشی از فوت بیمه‌گذار به هر علت <input type="checkbox"/> معافیت ناشی از از کار افتادگی بیمه‌گذار به هر علت <input type="checkbox"/>
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٪ (سرمایه فوت به هر علت)
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	گروه ب: ام‌اس، نارسایی کبدی، نارسایی کلیوی، پارکینسون	۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ (سرمایه فوت به هر علت)
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	گروه ج: سوختگی‌های درجه سه بیش از ۳۰٪، کما و وضعیت پایدار نباتی، ناپینایی و ناشنوایی شدید و دائم ناشی از بیماری‌های خارج از این پوشش‌ها، آلزایمر، دیستروفی عضلانی	۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ (سرمایه فوت به هر علت)

نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

استفاده‌کننده (گان) در صورت فوت بیمه‌شده

شماره مرکز: ۸-۲۸-۰۶۹۰۴۲



فرم پیشنهاد بیمه زندگی طراوت باران

سوابق بیمه ای بیمه شده

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

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:)			

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 کنید؟ 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 و مدت زمان آن را شرح دهید:

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 و مدت زمان بیماری و نسبت بیمار با بیمه شده را ذکر کنید.

بلی	خیر	بلی	خیر
		بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکته قلبی	بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و غیره
		بیماری های تنفسی (سرفه مزمن، آسم)	مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)
		بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت)	استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه
		بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی ها و تالاسمی	آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟
		بیماری های 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؟
		بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی	در طول یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه نمودید؟
		بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟

آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟ بلی خیر 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 مصرف 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)

شماره مرکز: ۸-۳۸۰۰۶۹-۰۲

چنانچه استفاده کنندگان از سرمایه بیمه مشخص نشده باشد، در صورت فوت بیمه شده پیشنهادی، سرمایه بیمه بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.

چنانچه استفاده کنندگان تعیین شده، اما میزان سهم آنها مشخص نشده باشد، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین استفاده کنندگان تقسیم خواهد شد.

اینجانب به عنوان بیمه گذار تایید می نمایم که این پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه نامه زندگی طراوت باران و به طور درست و صادقانه تکمیل نموده ام و تقاضای صدور بیمه نامه را دارم.

اینجانب به عنوان بیمه شده موافقت خود را با صدور بیمه نامه بر اساس اطلاعات فوق اعلام می نمایم.

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



فرم درخواست پوشش معافیت ناشی از فوت یا از کار افتادگی بیمه‌گذار

(بیمه زندگی طراوت باران)

بیمه باران

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد: / /
محل صدور:	شماره شناسنامه:	کدملی:
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)

درخواست پوشش	شرح پوشش‌های بیمه‌گذار	توضیحات
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی دائم و کامل بیمه‌گذار	به هر علت <input type="checkbox"/>
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه‌گذار	به هر علت <input type="checkbox"/>

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 سؤالات 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 کنید.

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 (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 می‌کنید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ میزان استفاده در هفته برحسب 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 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		آیا در طول یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه کرده‌اید؟
بیماری‌های عفونی مانند سل، هیپاتیت، ایدز		آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟
آیا دارای نقص عضو یا از کارافتادگی 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 سؤالات 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 به‌عنوان بیمه‌گذار تایید می‌کنیم 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: