

فرم پیشنهاد بیمه زندگی طراوت باران

متقدی محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه‌نامه و به ویژه تعهدات بیمه‌گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم تنظیم می‌شود، خواهشمند است پرسش‌ها را به طور صحیح کامل و بدون هرگونه خطخوردگی یا لاک‌گرفتگی و در نهایت حسن نیت پاسخ دهد. تکمیل این فرم پیشنهاد تا قبل از صدور بیمه‌نامه هیچگونه تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نماید.

نام و نام خانوادگی/نام شرکت حقوقی: _____ / _____ / _____	تاریخ تولد/ثبت شرکت: _____ / _____ / _____	نام پدر/شماره ثبت: _____ / _____ / _____	شماره شناسنامه/کد اقتصادی: _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/>
وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input checked="" type="checkbox"/> درآمد ماهانه: _____				
نسبت با بیمه‌شده: _____ (لطفاً عنوان شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید)				
شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ کد و تلفن منزل/شرکت: _____ کدپستی: _____				
نام و نام خانوادگی: _____ / _____ / _____				
شماره شناسنامه: _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____				
وضعیت تأهل: متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input checked="" type="checkbox"/> شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ کد و تلفن منزل: _____ کدپستی: _____				
نحوی پرداخت حق بیمه: یکجا <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> ششم‌ماهه <input type="checkbox"/> چهار‌ماهه <input type="checkbox"/> سه‌ماهه <input type="checkbox"/> دو‌ماهه <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> %۵ <input type="checkbox"/> %۵ سال (مجموع سن بیمه‌شده و مدت بیمه‌نامه باید از ۸۰ سال تجاوز نکند) مدت پرداخت حق بیمه: (کمتر مساوی مدت بیمه‌نامه) سال ریال <input type="checkbox"/> ضریب افزایش سالانه سرمایه‌فوت: %۵ <input type="checkbox"/> %۵ سرمایه‌فوت به هر علت:				

فوت در اثر حادثه: یک‌باره <input type="checkbox"/> دو‌باره <input type="checkbox"/> سه‌باره <input type="checkbox"/> چهار‌باره <input type="checkbox"/> پنج‌باره <input type="checkbox"/> (سرمایه‌فوت به هر علت) نقص عضو یا از کارافتادگی دائم‌ناشی از حادثه %۵ <input type="checkbox"/> %۱۰ <input type="checkbox"/> %۱۵ <input type="checkbox"/> %۲۰ <input type="checkbox"/> %۲۵ (سرمایه‌فوت ناشی از حادثه)
گروه‌الف: سکته قلبی و مغزی، سرطان، پیوند اعضای اصلی بدن، جراحی قلب باز CABG %۱۰ <input type="checkbox"/> %۳۰ <input type="checkbox"/> %۴۰ <input type="checkbox"/> %۵۰ <input type="checkbox"/> %۶۰ (سرمایه‌فوت به هر علت)
گروه‌ب: ام‌اس، نارسایی کبدی و کلیوی، پارکینسون %۱۰ <input type="checkbox"/> %۱۵ <input type="checkbox"/> %۲۰ <input type="checkbox"/> %۲۵ (سرمایه‌فوت به هر علت)
گروه‌ج: سوختگی درجه سه بیش از ۳۰٪، کما و وضعیت پایدار نبایی، نایینای و ناشنوایی دائم‌ناشی از بیماری‌های خارج از پوشش‌ها، آذایم، دیستروفی عضلانی %۱۰ <input type="checkbox"/> %۱۵ <input type="checkbox"/> %۲۰ <input type="checkbox"/> %۲۵ (سرمایه‌فوت به هر علت)

معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه‌گزار (به هر علت) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل بیمه‌گزار (به هر علت) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
نام و نام خانوادگی _____ / _____ کاملی _____ / _____ تاریخ تولد _____ / _____ / _____ نسبت با بیمه‌شده _____ / _____ درصد سهم _____ / _____ الویت _____ / _____ بیمه‌گزار <input type="checkbox"/> درصد سهم	در صورت فوت بیمه‌شده
وراث قانونی به نسبت مساوی <input type="checkbox"/> وراث قانونی به نسبت سهم‌الارث <input type="checkbox"/>	

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 نمایید.
نام شرکت بیمه _____ / _____ شماره بیمه‌نامه _____ / _____ در صورت فوت (ریال) _____ / _____

آیا دارای بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) می‌باشد؟ (نوع بیمه‌گر پایه): شماره بیمه: _____

سوابق خانوادگی و اطلاعات پزشکی (ویژه بیمه‌شده)

افراد خانواده	وضعیت فلی	سن فوت	شرح (وضعیت سلامت / علت فوت)	افراد خانواده	سن فوت	شرح (وضعیت سلامت / علت فوت)	افراد خانواده	سن فوت	شرح (وضعیت سلامت / علت فوت)
پدر	<input type="checkbox"/> فوت	_____ / _____	خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت
مادر	<input type="checkbox"/> فوت	_____ / _____							
خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	_____ / _____								

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

وزن بیمه‌شده _____ کیلوگرم _____ سانتی‌متر _____	قدیمه‌شده _____ کیلوگرم _____ سانتی‌متر _____
آیا سابقه مصرف سیگار، قلیان، سایر مواد دخانی یا مشروبات الکلی را داشته‌اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> معافیت <input type="checkbox"/> علت معافیت	آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده‌اید? بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> معافیت <input type="checkbox"/> علت معافیت
آیا در سه‌ماهه گذشته، تغییر وزن داده‌اید? بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> میزان _____ کیلوگرم اضافه <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> علت _____ چند ساعت در هفته _____	آیا به صورت مستمر ورزش می‌کنید? بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع ورزش _____ آیا از موتورسیکلت استفاده می‌کنید? بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چند روز در هفته _____ آیا به صورت مستمر سفر می‌کنید? بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد مسافرت ماهانه _____ وسیله‌نقلیه _____

فرم پیشنهاد بیمه زندگی طراوت باران

اطلاعات پزشکی پیشنهاد

<input type="checkbox"/> بیماری‌های قلب و عروق	<input type="checkbox"/> بیماری‌های کلیوی	<input type="checkbox"/> بیماری‌های تنفسی
<input type="checkbox"/> آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بیماری استخوانی	<input type="checkbox"/> مشکل بینایی و شنوایی
<input type="checkbox"/> سوال مخصوص بانوان	<input type="checkbox"/> بیماری غدد داخلي	<input type="checkbox"/> بیماری پوستي
<input type="checkbox"/> آیا در حاضر باردار هستید؟ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بیماری عفونی	<input type="checkbox"/> بیماری اعصاب و روان
	<input type="checkbox"/> سرطان	<input type="checkbox"/> آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می‌باشید؟ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> به چه علت	<input type="checkbox"/> از چه ناحیه‌ای
		<input type="checkbox"/> به چه میزان
در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق زمان شروع بیماری، سن شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه شده را توضیح دهید.		
(در صورت انجام جراحی یا بستری شدن در بیمارستان، تاریخ و علت آن را بیان نمائید.)		

سوابق خانوادگی و اطلاعات پزشکی جهت ارائه پوشش معافیت ناشی از فوت یا از کار افتادگی (ویژه بیمه‌گزار)

(در صورت یکسان بودن بیمه‌گزار و بیمه شده، نیازی به تکمیل این قسمت نمی‌باشد.)

افراد خانواده	وضعیت فعلی	سن فوت	شرح (وضعیت سلامت / علت فوت)	سن فوت	وضعیت فعلی	افراد خانواده	وضعیت فعلی	سن فوت	شرح (وضعیت سلامت / علت فوت)
پدر	<input type="checkbox"/> فوت		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> باردار		<input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> باردار		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> باردار		<input type="checkbox"/> بیماری‌های کلیوی
مادر	<input type="checkbox"/> فوت		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> باردار		<input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> باردار		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> باردار		<input type="checkbox"/> بیماری استخوانی
خواهر <input type="checkbox"/> باردار	<input type="checkbox"/> فوت		<input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> باردار		<input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> باردار		<input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> باردار		<input type="checkbox"/> بیماری غدد داخلي

آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری‌های قلبی، دیابت، بیماری‌های روحی و عصبی، مسری، اوش و یا سایر بیماری‌ها مبتلا بوده‌اند؟ بیمه شده در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار با خود را ذکر نمایید.

اطلاعات پزشکی پیشنهاد

اطلاعات پزشکی پیشنهاد

وزن بیمه شده	کیلوگرم	سانتی‌متر	قدیمه‌شده
آیا سابقه مصرف سیگار، قلیان، سایر مواد خانی یا مشروبات الکلی را داشته‌اید؟ <input type="checkbox"/>	نوع	میزان مصرف (روزانه)	مدت زمان مصرف
آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده‌اید؟ <input type="checkbox"/>	علت معافیت	علت معافیت	آیا دارد سهمه‌گذشت، تغییر وزن داده‌اید؟ <input type="checkbox"/>
کیلوگرم اضافه <input type="checkbox"/>	میزان	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کم	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت
آیا به صورت مستمر ورزش می‌کنید؟ <input type="checkbox"/>	نوع ورزش	آنچه انجام داده است	آیا به صورت مدتی در هفته <input type="checkbox"/>
آیا از موتورسیکلت استفاده می‌کنید؟ <input type="checkbox"/>	چند روز در هفته	آنچه انجام داده است	آیا به صورت مستمر سفر می‌کنید؟ <input type="checkbox"/>
وسیله نقلیه	تعداد مسافت ماهانه	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کم	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت
بیماری‌های دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/>	بیماری‌های کلیوی <input type="checkbox"/>	بیماری‌های قلب و عروق <input type="checkbox"/>	بیماری‌های کلیوی <input type="checkbox"/>
مشکل بینایی و شنوایی <input type="checkbox"/>	بیماری استخوانی <input type="checkbox"/>	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ <input type="checkbox"/>	بیماری خونی <input type="checkbox"/>
سوال مخصوص بانوان <input type="checkbox"/>	بیماری غدد داخلي <input type="checkbox"/>	آیا در حاضر باردار هستید؟ <input type="checkbox"/>	بیماری عفونی <input type="checkbox"/>
	سرطان <input type="checkbox"/>		بیماری اعصاب و روان <input type="checkbox"/>
آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می‌باشید؟ <input type="checkbox"/>	به چه علت	آیا در علت ناقص <input type="checkbox"/>	به چه میزان
در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق زمان شروع بیماری، سن شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی خود را توضیح دهید.			
(در صورت انجام جراحی یا بستری شدن در بیمارستان، تاریخ و علت آن را بیان نمائید.)			

اطلاعات پزشکی پیشنهاد

- بیمه‌گزار جهت پرداخت حق بیمه‌های خود می‌تواند: (الف) پرداخت حق بیمه به حساب شماره ۸۷۷۹۰۶۰۰۵ و شماره شبا ۰۸۷۷۹۰۶۰۰۵ که با توجه به شناسه مخصوص به هریمندانه صورت خواهد گرفت. (ب) پرداخت الکترونیکی از طریق مراجعت به سایت شرکت بیمه زندگی باران به شناسی <https://baraninsurance.com> بخش محاسبه و پرداخت حق بیمه اقدام نماید.
- چنانچه استفاده کنندگان از سرمایه بیمه مشخص نشده باشد، در صورت فوت بیمه شده پیشنهادی، سرمایه بیمه بین ورات 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.
- اینچنان (بیمه‌گزار و بیمه شده) در کمال صحت، سلامت و با اگاهی، اطلاع کامل و قول شرایط مندرج در این فرم، شرایط عمومی، شرایط پوشش‌های تکمیلی و شرایط زمانی فعلی پوشش‌ها و بیمه‌نامه، این موارد را به عنوان شرایط ضمن عقد پذیرفته و مطلع می‌باشیم که به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه، هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گوبی به عدم، موجب باطل شدن و از دست رفتن مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. همچنین شرکت بیمه اجازه دریافت هرگونه اطلاعات مورد نیاز راجع به وضع مراجی و سلامت اینچنان را دارد. لذا با توجه به همه موارد فوق درخواست صدور بیمه‌نامه را داریم.

اطلاعات پزشکی پیشنهاد

نام و امضای واحد ناظر فروش	نام و امضای بیمه شده
تاریخ / مهر	تاریخ:

اظهار نظر پزشک معتمد شرکت بیمه صدور بیمه‌نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه: <input type="checkbox"/> بالامانع است.	درصد اضافه نرخ پزشکی، بالامانع است. <input type="checkbox"/>
با در نظر گرفتن <input type="checkbox"/> بایمه نامه قابل صدور نمی‌باشد. <input type="checkbox"/>	درصد اضافه نرخ پزشکی، بالامانع است. <input type="checkbox"/>
توضیحات: <input type="checkbox"/> توضیحات:	