



بیمه باران

فرم پیشنهاد بیمه مستمري با شاخص تورم

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: _____ جنسیت: زن ☐ مرد ☐
	شماره شناسنامه/ کد اقتصادی: _____ کد ملی/ شناسه ملی: _____ متاهل ☐ مجرد ☐ تلفن همراه: _____
پیشنهاد دهنده (بیمه گزار)	نسبت با متقاضی (بیمه شده): _____ شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ درآمد ماهانه: _____ (ریال)
	نشانی محل سکونت/ شرکت حقوقی: _____ کد و تلفن منزل/ شرکت: _____ کد پستی: _____
متقاضی (بیمه شده)	نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ جنسیت: زن ☐ مرد ☐ متاهل ☐ مجرد ☐
	شماره شناسنامه: _____ کد ملی: _____ شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ تلفن همراه: _____
مشخصات بیمه نامه	حق بیمه سال اول: ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۴۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ (ریال) مدت تشکیل سرمایه: ۵ سال ضریب افزایش سالانه حق بیمه: ۲۰ ☐ ۳۰ ☐ ۴۰ ☐
	نحوه پرداخت حق بیمه: سالیانه ☐ شش ماهه ☐ چهار ماهه ☐ سه ماهه ☐ دوماهه ☐ ماهانه ☐ فوت در اثر حادثه یک برابر سرمایه فوت به هر علت می باشد. آورده اولیه: _____ ریال
پوشش تکمیلی	ضریب حق بیمه به سرمایه فوت: ۵ ☐ ۱۰ ☐ ۱۵ ☐ ۲۰ ☐ در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر، حق بیمه پوشش فوت به هر علت و پوشش تکمیلی از ذخیره ریاضی بیمه نامه کسر می گردد.
	معافیت پیشنهاد دهنده (بیمه گزار) از پرداخت حق بیمه در صورت فوت به هر علت: بلی ☐ خیر ☐
ذینفعان بیمه نامه	نام و نام خانوادگی
	کد ملی
	تاریخ تولد
سوابق بیمه ای (مطابق می باشد)	نام شرکت بیمه
	شماره بیمه نامه
	سرمایه فوت (ریال)
سوابق خانوادگی (بیمه شده)	وزن بیمه شده: _____ kg قد بیمه شده: _____ cm آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ معافیت ☐ علت معافیت: _____
	آیا سابقه مصرف سیگار، قلیان، سایر مواد دخانی یا مشروبات الکلی را داشته اید؟ بلی ☐ خیر ☐ نوع: _____ مدت زمان مصرف: _____ سال میزان مصرف (روزانه): _____
	آیا در سمانه گذشته، تغییر وزن داده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ میزان: _____ kg اضافه کم: _____ علت: _____ آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ بلی ☐ خیر ☐ چند روز در هفته: _____
سوابق خانوادگی و اطلاعات پزشکی جهت ارائه پوشش معافیت حق بیمه، ناشی از فوت ویژه پیشنهاد دهنده (بیمه گزار) (در صورت یکسان بودن بیمه گزار و بیمه شده، نیازی به تکمیل این قسمت نمی باشد.)	وزن بیمه شده: _____ kg قد بیمه شده: _____ cm آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ معافیت ☐ علت معافیت: _____
	آیا سابقه مصرف سیگار، قلیان، سایر مواد دخانی یا مشروبات الکلی را داشته اید؟ بلی ☐ خیر ☐ نوع: _____ مدت زمان مصرف: _____ سال میزان مصرف (روزانه): _____
	آیا در سمانه گذشته، تغییر وزن داده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ میزان: _____ kg اضافه کم: _____ علت: _____ آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ بلی ☐ خیر ☐ چند روز در هفته: _____
تعمیلات پیشنهاد دهنده (بیمه گزار)	اینجانبان (بیمه گزار و بیمه شده) اقرار می نمایم: (الف) در صورت باز خرید این بیمه نامه، سود قطعی در دو سال اول دوره پرداخت حق بیمه با نرخ ۱۶٪ و در سال سوم با نرخ ۱۳٪ محاسبه و پرداخت می شود. در سال های چهارم و پنجم دوره پرداخت حق بیمه، اندوخته با سود مشارکت تا نرخ تورم و حداکثر معادل ۶۲/۵٪ می باشد. (ب) مبنای محاسبه سود مشارکت بر اساس نرخ تورم سال (اعلام شده توسط مراجع رسمی) خواهد بود. اعمال سود معادل نرخ تورم منوط به ماندگاری بیمه نامه در دوره پرداخت حق بیمه و دریافت مستمري را از خود سلب و اسقاط می نمایم. به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه، هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد، موجب باطل شدن و از دست رفتن مزایای بیمه نامه خواهد شد. همچنین شرکت بیمه اجازه دریافت هر گونه اطلاعات مورد نیاز را به وضع مزاجی و سلامت اینجانبان را دارد. اینجانبان (بیمه گزار و بیمه شده) در کمال صحت، سلامت، با آگاهی و اطلاع کامل و قبول شرایط مندرج در این فرم، شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه، ضمن عقد خارج لازم، حق عزل وکیل و هر گونه اعتراض در موارد فوق را از خود سلب و اسقاط می نمایم. لذا با توجه به همه موارد فوق درخواست صدور بیمه نامه را داریم.
	نام و امضای بیمه گزار / بیمه شده
	نام و امضای عامل فروش
اطهال نظر پزشک معتمد شرکت بیمه	بلا مانع است. ☐ با در نظر گرفتن: _____ درصد اضافه نرخ پزشکی، بلا مانع است. ☐ بیمه نامه قابل صدور نمی باشد. توضیحات: _____
	اطهال نظر نهایی کارشناس صدور
بلا مانع است. ☐ با در نظر گرفتن: _____ درصد اضافه نرخ پزشکی، بلا مانع است. ☐ بیمه نامه قابل صدور نمی باشد. توضیحات: _____	نام و امضای واحد ناظر فروش
	تاریخ / مهر