بیمه باران

فرم پیشنهاد بیمه زندگی مستمری باران

متقاضی 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 خطاخوردگی یا لاک‌گرفتگی و در نهایت حسن‌نیت پاسخ دهید. تکمیل این فرم پیشنهاد تا قبل از صدور بیمه‌نامه هیچگونه تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

★ تکمیل موارد ستاره‌دار الزامی و سایر موارد اختیاری می‌باشد ★

مشخصات بیمه گزار

★ در صورت یکسان بودن بیمه‌گزار و بیمه‌شده نیازی به تکمیل مشخصات بیمه‌شده نمی‌باشد ★

نام و نام خانوادگی/ نام شرکت حقوقی*: ..... نام پدر/شماره ثبت*: ..... تاریخ تولد/ ثبت شرکت*: / /

شماره شناسنامه/کد اقتصادی*: ..... کدملی/ شناسه‌ملی*: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ جنسیت: زن ☐ مرد ☐

نسبت با بیمه‌شده*: ..... تلفن همراه*: ..... وضعیت تأهل: متأهل ☐ مجرد ☐

نشانی محل سکونت/شرکت حقوقی*: .....

کد و تلفن منزل/شرکت*: ..... کدپستی*: ..... پست الکترونیک: .....

مشخصات بیمه‌شده

نام و نام خانوادگی*: ..... نام پدر*: ..... تاریخ تولد*: / / محل صدور*: .....

شماره شناسنامه*: ..... کدملی*: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ شغل اصلی*: ..... شغل فرعی*: ..... جنسیت: زن ☐ مرد ☐

نشانی محل سکونت*: ..... وضعیت تأهل: متأهل ☐ مجرد ☐

کد و تلفن منزل*: ..... تلفن همراه*: ..... پست الکترونیک: .....

تعهدات درخواستی

نوع بیمه‌نامه*: مستمری با فاصله ☐ ..... سال تا شروع مستمری (حداکثر ۵ سال) مستمری بدون فاصله ☐

مدت پرداخت حق‌بیمه*: ..... سال (حداکثر ۵ سال و کوچکتر مساوی مدت زمان فاصله تا شروع مستمری)

نحوه پرداخت حق‌بیمه*: یکجا ☐ سالیانه ☐ شش‌ماهه ☐ چهارماهه ☐ سه‌ماهه ☐ دوماهه ☐ ماهانه ☐

ضریب افزایش سالانه حق‌بیمه*: بدون افزایش سالانه ☐ ۵ درصد ☐ ۱۰ درصد ☐ ۱۵ درصد ☐ ۲۰ درصد ☐

حق‌بیمه هر قسط* (به عدد) ..... ریال (به‌حروف) ..... ریال

مدت دریافت مستمری*: ..... سال (حداکثر ۲۰ سال) | مدت تضمین دریافت مستمری*: ..... سال (حداکثر $\frac{2}{3}$ مدت مستمری)

نحوه دریافت مستمری*: ماهانه ☐ دوماهه ☐ سه‌ماهه ☐ چهارماهه ☐ شش‌ماهه ☐ سالیانه ☐

ضریب افزایش سالانه مستمری*: بدون افزایش سالانه ☐ ۵ درصد ☐ ۱۰ درصد ☐ ۱۵ درصد ☐ ۲۰ درصد ☐

استفاده‌کنندگان بیمه‌نامه

	نام و نام‌خانوادگی	کدملی	تاریخ تولد	شماره شبا	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	الویت
مستمری‌بگیران در صورت حیات بیمه‌شده	بیمه‌گزار ☐ درصد سهم ..... الویت			بیمه‌شده ☐ درصد سهم ..... الویت			
			/ /				
			/ /				
			/ /				
مستمری‌بگیران در صورت فوت بیمه‌شده در دوره تضمین			/ /				
			/ /				
			/ /				
	وراث قانونی به نسبت مساوی ☐			وراث قانونی به نسبت سهم‌الارث ☐			

تعهدات بیمه گزار

شماره مدرک: A-TA-134-03

- سود بیمه نامه های جاری در شرکت بیمه زندگی باران شامل الف) سود فنی علی الحساب طبق آیین نامه های بیمه مرکزی ج.ا.ا برای بیمه نامه های مستمری باران دو سال اول ۱۶٪ دو سال دوم ۱۳٪ و سال پنجم به بعد ۱۰٪ ب) سود سرمایه گذاری حاصل شده از ذخایر بیمه نامه ها بیش از سود فنی طبق بند الف که ۸۵٪ از آن به عنوان سود مشارکت در منافع، در بیمه‌نامه اعمال خواهد شد.
- در بیمه نامه های اندوخته دار ارزش بازخرید لزوماً با مجموع حق بیمه های پرداختی برابر نیست. بدیهی است حق بیمه های پرداختی پس از کسر حق بیمه پوشش های بیمه ای و هزینه‌های بیمه نامه، مطابق بند ۱ سرمایه گذاری شده و تشکیل اندوخته بیمه نامه را خواهد داد. درصورت بازخرید بیمه نامه، اندوخته بیمه نامه پس از کسر کسورات قانونی تحت عنوان ارزش بازخریدی به بیمه گزار پرداخت می گردد.
- بیمه‌گزار جهت پرداخت حق بیمه های خود می تواند: الف) پرداخت حق بیمه به حساب شماره ۸۸۷۷۹۰۷۰۰۸ ، شماره شبا ۲۸۰۱۲۰۰۲۰۰۰۰۰۸۸۷۷۹۰۷۰۰۸ و یا شماره‌کارت ۶۱۰۴۳۳۷۴۰۳۹۶۹۴۳۷ که با توجه به شناسه مختص به هربیمه‌نامه صورت خواهد گرفت. ب) پرداخت الکترونیکی از طریق مراجعه به سایت شرکت بیمه زندگی باران به نشانی https://baraninsurance.com بخش محاسبه و پرداخت حق‌بیمه اقدام نماید.
- رعایت مفاد قانون های مبارزه با پولشویی و تأمین مالی تروریسم در خصوص بیمه‌نامه صادره، الزامی می‌باشد.
- اینجانبان (بیمه‌گزار و بیمه‌شده) در کمال صحت، سلامت و با آگاهی، اطلاع کامل و قبول شرایط مندرج در این فرم، شرایط عمومی، شرایط پوشش‌های تکمیلی و شرایط زمانی فعلی پوشش‌ها و بیمه‌نامه ها، این موارد را به عنوان شرایط ضمن عقد پذیرفته و مطلع می‌باشیم که به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه، هرگونه اظهار خلاف واقع وخودداری از واقع گویی به عمد، موجب باطل شدن و از دست رفتن مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. همچنین شرکت بیمه اجازه دریافت هرگونه اطلاعات مورد نیاز راجع به وضع مزاجی و سلامت اینجانبان را دارد. لذا با توجه به همه موارد فوق درخواست صدور بیمه‌نامه را داریم.

نام و امضای **بیمه‌گزار**	نام و امضای **بیمه‌شده**	نام و امضای عامل فروش	نام و امضای واحد ناظر فروش
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ / مهر	تاریخ / مهر