

مقتضای 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 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 *

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

شماره شناسنامه/ کد اقتصادی: کد ملی/ شناسنامه ملی: جنسیت: زن مرد

وضعیت تأهل: متأهل مجرد درآمد ماهانه: (ریال) تلفن همراه: *

نسبت با بیمه‌شده: شغل اصلی: شغل فرعی: (لطفاً از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده فرمایید)

نشانی محل سکونت/ شرکت حقوقی: کد و تلفن منزل/ شرکت: کد پستی: *

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

شماره شناسنامه: کد ملی: جنسیت: زن مرد وضعیت تأهل: متأهل مجرد

شغل اصلی: شغل فرعی: تلفن همراه: پست الکترونیک:

نشانی محل سکونت: کد و تلفن منزل: کد پستی: *

مبلغ حق بیمه سال اول: ریال / نوعی پرداخت حق بیمه: یکجا سالانه شش‌ماهه چهار ماهه سه ماهه دوماهه ماهانه

ضریب افزایش سالانه حق بیمه: ۵ ۱۰ ۱۵ ۲۰ ۲۵ ۵۰ مدت بیمه‌نامه: مادام‌العمر مدت معین سال (حداکثر تا ۱۰۰ سالگی بیمه‌شده)

سرمایه فوت به هر علت: ریال / ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: ۵ ۱۰ ۱۵ ۲۰ ۲۵ ۵۰ (کمتر مساوی ضریب افزایش سالانه حق بیمه)

فوت در اثر حادثه: یک برابر دوبرابر سه برابر چهار برابر پنج برابر (سرمایه فوت به هر علت) / نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) ناشی از حادثه: ۵۰٪ ۱۰۰٪ (سرمایه فوت ناشی از حادثه)

هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه: ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ (سرمایه فوت ناشی از حادثه) / آخرین سال حیات آورده اولیه فلک: ریال

گروه الف: سکنه قلبی و مغزی، سرطان، پیوند اعضای اصلی بدن، جراحی قلب باز CABG ۱۰٪ ۲۰٪ ۳۰٪ ۴۰٪ ۵۰٪ (سرمایه فوت به هر علت)

گروه ب: ام‌اس، نارسایی کبدی و کلیوی، پارکینسون ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ (سرمایه فوت به هر علت)

گروه ج: سوختگی درجه سه بیش از ۳۰٪، کما و وضعیت پایدار نباتی، نایبانی و ناشنوایی دائم ناشی از بیماری‌های خارج از این پوشش‌ها، الزایمر، دیستروفی عضلانی ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ (سرمایه فوت به هر علت)

معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل بیمه‌گزار در اثر حادثه در اثر بیماری به هر علت

معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه‌گزار در اثر حادثه در اثر بیماری به هر علت

مستمری ناشی از کارافتادگی بیمه‌گزار در اثر حادثه در اثر بیماری به هر علت میزان مستمری: ۱ ۲ ۳ ۴ برابر حق بیمه سالانه

مستمری ناشی از فوت بیمه‌گزار در اثر حادثه در اثر بیماری به هر علت میزان مستمری: ۱ ۲ ۳ ۴ برابر حق بیمه سالانه

حق بیمه پوشش‌های تکمیلی علاوه بر حق بیمه پوشش فوت به هر علت در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر کسر گردد؟ بلی خیر

نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت یا بیمه‌شده	درصد سهم	الویت
بیمه‌گزار <input type="checkbox"/> درصد سهم	الویت	بیمه‌شده <input type="checkbox"/> درصد سهم	نسبت یا بیمه‌شده	درصد سهم	الویت
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /

وراث قانونی به نسبت مساوی وراث قانونی به نسبت سهم‌الارث

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

نام شرکت بیمه	شماره بیمه‌نامه	سرمایه فوت (ریال)	در صورت رد تقاضا، ذکر علت ضروری است
.....

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

سوابق خانوادگی و اطلاعات پزشکی (ویژه بیمه‌شده)

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

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 بیماری و نسبت بیمار با بیمه‌شده را ذکر نمایید.

وزن بیمه‌شده: کیلوگرم / قد بیمه‌شده: سانتی‌متر

آیا سابقه مصرف سیگار، قلیان، سایر مواد دخانی یا مشروبات الکلی را داشته‌اید؟ بلی خیر نوع: مدت زمان مصرف: سال / میزان مصرف (روزانه):

آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده‌اید؟ بلی خیر معافیت علت معافیت:

آیا در سه ماهه گذشته، تغییر وزن داده‌اید؟ بلی خیر میزان: کیلوگرم اضافه کم علت:

آیا به صورت مستمر ورزش می‌کنید؟ بلی خیر نوع ورزش: چند ساعت در هفته:

آیا از موتورسیکلت استفاده می‌کنید؟ بلی خیر چند روز در هفته:

آیا به صورت مستمر سفر می‌کنید؟ بلی خیر تعداد مسافرت ماهانه: وسیله نقلیه:

بیماری‌های دستگاه تنفسی بلی خیر بیماری‌های کلیوی بلی خیر بیماری گوارشی بلی خیر بیماری‌های قلب و عروق بلی خیر

مشکل بینایی و شنوایی بلی خیر بیماری استخوانی بلی خیر بیماری خونی بلی خیر آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی خیر

بیماری‌های پوستی بلی خیر بیماری غدد داخلی بلی خیر بیماری عفونی بلی خیر

بیماری اعصاب و روان بلی خیر سرطان بلی خیر بیماری‌های عمومی بلی خیر

سوال مخصوص بانوان
آیا در حاضر باردار هستید؟ بلی خیر

آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می‌باشید؟ بلی خیر از چه ناحیه‌ای به چه علت 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 و مستمری ناشی از فوت یا از کار افتادگی (ویژه بیمه‌گذار)
(در صورت یکسان بودن بیمه‌گذار و بیمه‌شده، نیازی به تکمیل این قسمت نمی‌باشد)

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

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 بیماری و نسبت بیمار با خود را ذکر نمایید.

وزن بیمه‌شده کیلوگرم
قد بیمه‌شده سانتی‌متر

آیا سابقه مصرف سیگار، قلیان، سایر مواد دخانی یا مشروبات الکلی داشته‌اید؟ بلی خیر نوع مدت زمان مصرف سال میزان مصرف (روزانه)

آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده‌اید؟ بلی خیر معافیت علت معافیت

آیا در سمانه گذشته، تغییر وزن داده‌اید؟ بلی خیر میزان کیلوگرم اضافه کم علت

آیا به صورت مستمر ورزش می‌کنید؟ بلی خیر نوع ورزش چند ساعت در هفته

آیا از موتورسیکلت استفاده می‌کنید؟ بلی خیر چند روز در هفته

آیا به صورت مستمر سفر می‌کنید؟ بلی خیر تعداد مسافرت ماهانه وسیله نقلیه

بیماری‌های دستگاه تنفسی بلی خیر بیماری‌های کلیوی بلی خیر بیماری گوارشی بلی خیر بیماری‌های قلب و عروق بلی خیر

مشکل بینایی و شنوایی بلی خیر بیماری استخوانی بلی خیر بیماری خونی بلی خیر آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی خیر

بیماری‌های پوستی بلی خیر بیماری غدد داخلی بلی خیر بیماری عفونی بلی خیر

بیماری اعصاب و روان بلی خیر سرطان بلی خیر بیماری‌های عمومی بلی خیر

سوال مخصوص بانوان
آیا در حاضر باردار هستید؟ بلی خیر

آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می‌باشید؟ بلی خیر از چه ناحیه‌ای به چه علت 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).

سود بیمه نامه های جاری در شرکت بیمه زندگی باران شامل الف) سود فنی علی الحساب طبق آیین نامه های بیمه مرکزی ج) برای بیمه نامه های تبسم (عمر و سرمایه گذاری) 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.
د) بیمه نامه های اندوخته دار ارزش باز خرید 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. در صورت باز خرید بیمه نامه، اندوخته بیمه نامه پس از کسر کسورات قانونی تحت عنوان ارزش باز خریدی به بیمه گزار پرداخت می گردد.
ه) بیمه‌گذار جهت پرداخت حق بیمه های خود می تواند: الف) پرداخت حق بیمه به حساب شماره ۸۸۷۹۰۷۰۰۸، شماره شبانوار ۸۸۷۹۰۷۰۰۸ و یا شماره کارت ۶۱۰۴۳۲۷۴۰۳۹۶۹۴۲۷ که با توجه به شناسه مختص به هر بیمه‌نامه صورت خواهد گرفت. ب) پرداخت الکترونیکی از طریق مراجعه به سایت شرکت بیمه زندگی باران به نشانی <https://baraninsurance.com> بخش محاسبه و پرداخت حق بیمه اقدام نماید.
ز) رعایت مفاد قانون های مبارزه با پولشویی و تأمین مالی تروریسم در خصوص بیمه‌نامه صادره، الزامی می‌باشد.
ح) اینجانبان (بیمه‌گذار 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 بیمه‌نامه‌ها، 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 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 بیمه‌گذار: تاریخ:

نام و امضای بیمه‌شده: تاریخ:

نام و امضای واحد ناظر فروش: تاریخ:

اظهار نظر پزشک معتمد شرکت بیمه: صدور بیمه‌نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه:
 بلامانع است.
 با در نظر گرفتن درصد اضافه نرخ پزشکی، بلامانع است.
 بیمه نامه قابل صدور نمی‌باشد.
توضیحات:

اظهار نظر نهایی کارشناس صدور: صدور بیمه‌نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه:
 بلامانع است.
 با در نظر گرفتن درصد اضافه نرخ پزشکی، بلامانع است.
 بیمه نامه قابل صدور نمی‌باشد.
توضیحات:

فرم پیشنهاد بیمه زندگی تبسم باران (ویژه سایر بیمه شدگان)

* در صورت یکسان بودن بیمه گزار و بیمه شده، نیازی به تکمیل مشخصات بیمه شده نمی باشد.

مشخصات بیمه گزار

نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ تاریخ تولد: _____ / _____ / _____
 شماره شناسنامه: _____ کدملی: _____ جنسیت: زن مرد
 وضعیت تأهل: متأهل مجرد درآمد ماهانه: _____ (ریال) تلفن همراه: _____
 نسبت با بیمه شده: _____ شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ (لطفاً از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده فرمایید)
 نشانی محل سکونت: _____ کد و تلفن منزل: _____ کد پستی: _____

بیمه شده

سرمایه فوت به هر علت: حد اکثر میزان سرمایه فوت کمتر مساوی سرمایه فوت بیمه شده اصلی می باشد. ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: کمتر مساوی ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت بیمه شده اصلی مجاز می باشد.
 سرمایه فوت به هر علت: _____ ریال ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: ۵ ۱۰ ۱۵ ۲۰ ۲۵ ۵۰
 فوت در اثر حادثه: یک برابر دو برابر سه برابر چهار برابر پنج برابر (سرمایه فوت به هر علت) / نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی و جزئی) ناشی از حادثه: ۵۰٪ ۱۰۰٪ (سرمایه فوت ناشی از حادثه)
 هزینه های پزشکی ناشی از حادثه: ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ (سرمایه فوت ناشی از حادثه) / آخرین سال حیات
 گروه الف: سکنه قلبی و مغزی، سرطان، پیوند اعضای اصلی بدن، جراحی قلب باز CABG ۱۰٪ ۲۰٪ ۳۰٪ ۴۰٪ ۵۰٪ (سرمایه فوت به هر علت)
 گروه ب: ام اس، نارسایی کبدی و کلیوی، پارکینسون ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ (سرمایه فوت به هر علت)
 گروه ج: سوختگی درجه سه بیش از ۳۰٪، کما و وضعیت پایدار نباتی، نابینایی و ناشنوایی دائم ناشی از بیماری های خارج از این پوشش ها، آلزایمر، دیستروفی عضلانی ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ (سرمایه فوت به هر علت)

استفاده کنندگان بیمه نامه

نام و نام خانوادگی	کدملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	الویت
بیمه گزار <input type="checkbox"/> درصد سهم _____					
وراث قانونی به نسبت مساوی <input type="checkbox"/> وراث قانونی به نسبت سهم الارث <input type="checkbox"/>					

سوابق بیمه شده

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 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: _____

سوابق خانوادگی بیمه شده

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

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 بیماری و نسبت بیمار با بیمه شده را ذکر نمایید.

اطلاعات پزشکی بیمه شده

وزن بیمه شده: _____ کیلوگرم قد بیمه شده: _____ سانتی متر
 آیا سابقه مصرف سیگار، قلیان، سایر مواد دخانی یا مشروبات الکلی داشته اید؟ بلی خیر نوع _____ مدت زمان مصرف _____ سال میزان مصرف (روزانه) _____
 آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ بلی خیر معافیت علت معافیت _____
 آیا در سه ماه گذشته، تغییر وزن داده اید؟ بلی خیر میزان _____ کیلوگرم اضافه کم علت _____
 آیا به صورت مستمر ورزش می کنید؟ بلی خیر نوع ورزش _____ چند ساعت در هفته _____
 آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ بلی خیر چند روز در هفته _____
 آیا به صورت مستمر سفر می کنید؟ بلی خیر تعداد مسافرت ماهانه _____ وسیله نقلیه _____

بیماری های دستگاه تنفسی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری های کلیوی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری گوارشی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری های قلب و عروق	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
مشکل بینایی و شنوایی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری استخوانی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری خونی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بیماری های پوستی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری غدد داخلی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری عفونی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سوال مخصوص بانوان	
بیماری اعصاب و روان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سرطان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری های عمومی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا در حاضر باردار هستید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟ بلی خیر از چه ناحیه ای _____ به چه علت _____ 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 نمایید).

اطلاعات بیمه گزار

نام و امضای بیمه گزار	نام و امضای عامل فروش	نام و امضای بیمه شده
تاریخ: _____	تاریخ / مهر _____	تاریخ: _____

شماره مدرک: A7A-057-05

<p>اظهار نظر پزشک معتمد شرکت بیمه صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه: <input type="checkbox"/> بلامانع است. <input type="checkbox"/> با در نظر گرفتن _____ درصد اضافه نرخ پزشکی، بلامانع است. <input type="checkbox"/> بیمه نامه قابل صدور نمی باشد. توضیحات: _____</p>	<p>اظهار نظر نهایی کارشناس صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه: <input type="checkbox"/> بلامانع است. <input type="checkbox"/> با در نظر گرفتن _____ درصد اضافه نرخ پزشکی، بلامانع است. <input type="checkbox"/> بیمه نامه قابل صدور نمی باشد. توضیحات: _____</p>
--	---