

### فرم پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه گذاری آینده ساز

متضادی محترم، خواهشمند است که لایه پوشش‌های مندرج در این پیشنهاد را کمال صداقت و دقت پاسخ داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارد. تکمیل این فرم تا هنگامی که به صدور سند نهاده شود، هیچ‌گونه تعبدی برای شرکت بهمراه ایجاد ننم کند.

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام/شرکت:
شماره شناسنامه/شماره ثبت:	تاریخ تولد/تاریخ ثبت: / /	کدملی/شناسه ملی:
تابعیت:	جنسیت: خانم <input type="checkbox"/> آقا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل تولد/ محل ثبت:
میزان درآمد ماهیانه:	سطح تحصیلات:	وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>
شغل فرعی:	شغل اصلی (نوع شغل یا کار به صورت دقیق ذکر گردد. عنوانین شغلی مانند آزاد، کارگر و کارمند و غیره قابل قبول نمی باشد):	
کدپستی ده رقمی:	نشانی منزل:	
تلفن همراه:	نشانی محل کار:	
تلفن ثابت:	ایمیل:	

نسبت بیمه شده با بیمه گذار: خودم  سایر

<p>نام پدر:</p> <p>شماره شناسنامه:</p> <p>تابعیت:</p> <p>میزان درآمد ماهیانه:</p> <p>شغل فرعی:</p> <p>کد پستی ده رقمی:</p> <p>تلفن همراه:</p> <p>تلفن ثابت:</p>	<p>نام خانوادگی:</p> <p>تاریخ تولد:</p> <p>جنسیت: <input checked="" type="checkbox"/> خانم <input type="checkbox"/> آقا <input type="checkbox"/> سایر</p> <p>محل تولد:</p> <p>وضعیت تأهل: <input checked="" type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل</p> <p>سطح تحصیلات:</p> <p>شغل اصلی (نوع شغل یا کار به صورت دقیق ذکر گردد. عنایون شغلی مانند آزاد، کارگر و کارمند و غیره قابل قبول نمی باشد):</p> <p>نشانی منزل:</p> <p>نشانی محل کار:</p> <p>ایمیل:</p>
---	--

مدت بیمه‌نامه: ..... سال (حداقل ۵ سال و حداکثر تا سن ۷۰ سالگی) مبلغ سپرده اولیه: ..... ریال

نحوه پرداخت حق بیمه: ماهانه  سه ماهه  چهارماهه  ششماهه  سالانه  یکجا  مبلغ حق ببمه برحسب روش پرداخت: ..... ریال

حق بیمه سالانه پرداختی: ..... ریال افزایش سالانه حق بیمه: ..... درصد (حداکثر ۵۰ درصد)

سرمایه بیمه‌نامه: به حروف..... درصد (حداکثر ۲۰ درصد) ریال ..... ریال

نحوه پرداخت سرمایه: یکجا مستمری مدام العمر مستمری مدت معین: ۵ ساله ۱۰ ساله ۲۰ ساله

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کلی به هر علت بیمه شده بهلخیر

پوشش فوت به علت حادثه (مازاد بر سرمایه بیمه‌نامه)

عدم درخواست  یک  دو  سه  چهار  برابر سرمایه فوت به هر علت پوشش پرداخت مستمری در صورت از کارافتادگی دائم و کلی به هر علت بیمه شده

پیوشش نقص عضو و از کار افتادگی کلی یا جزئی ناشی

**عدم دخواست**  **یک بار سه ماهه قدمت به هر علت**

الآن في كل مكان، حيث يُمكنكم الحصول على معلومات إضافية عن كل منتج وخدماتنا.

پوشن مرویه پوشی را از خود حفظ کنید. حتماً در موسم سرد و بارشی باید:

**پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت به هر علت** بیمه گذار (داداکثر ۳۰ درصد سرمایه فوت به هر علت) **پوشش هزینه پزشکی امراض خاص**

پوشش معایت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کلی بیمه‌گذار به هر علت به میزان ..... درصد یا ..... درخواست ..... ریال عدم درخواست

نحوه پرداخت حق بیمه پوشش‌های تکمیلی:

در حق بیمه اصلی مظنو شود □ جداینه محاسبه و به حق بیمه اگاهه شود □

بیمه شده خواهان استفاده از پوشش درمان انفرادی می باشد: پنهان خیر

نام	نام خانوادگی	جنسیت	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با
-----	--------------	-------	---------	--------	------------	---------

سهام	تاریخ ستد	نیمسانه (تسلیفات)	تسریع (تسریع)
------	-----------	-------------------	---------------

تاریخ:

نام و امضای پیمه شده:

تاریخ:

نام و امضای پیمه‌گذار:

بیمه‌گذار		بیمه شده		چنانچه بیمه‌گذار خواهان استفاده از پوشش معافیت و فوت می‌باشد ستون مربوط به بیمه‌گذار تکمیل گردد.			
بله	خیر	بله	خیر	قد بیمه شده:	وزن بیمه شده:	سانتی متر:	کیلوگرم
				۱. آیا سابقه بیماری‌های خونی، ساقه تزریق خون، کم خونی و خون‌ریزی بدون علت طولانی داشته‌اید؟			
				۲. آیا سابقه بیماری‌های خونی، ساقه تزریق خون، کم خونی و خون‌ریزی بدون علت طولانی داشته‌اید؟			
				۳. آیا سابقه بیماری‌های کلیه، مجاری ادار، مثانه، پروستات، سنگ کلیه و... داشته‌اید؟			
				۴. آیا سابقه بیماری‌های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، ساقه خودکشی و وسوسات داشته‌اید؟			
				۵. آیا سابقه بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ در حال رشد و خونریزی زیرپوستی داشته‌اید؟			
				۶. آیا سابقه بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و... داشته‌اید؟			
				۷. آیا سابقه بیماری‌های قلب و عروق به خصوص فشارخون، درد قفسه سینه، تنگی نفس، تپش قلب و سکته قلبی داشته‌اید؟			
				۸. آیا سابقه بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس، تهوع و استفراغ مکرر، اسهال خونی، زردی و یرقان و... داشته‌اید؟			
				۹. آیا سابقه بیماری‌های داخلی اعصاب، تشنج، سکته مغزی، ام اس، مشکلات حرکتی، فراموشی و... داشته‌اید؟			
				۱۰. آیا سابقه بیماری‌های گوش و حلق و بینی، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چربکی یا خون از گوش و... داشته‌اید؟			
				۱۱. آیا سابقه بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل، آرتрит و... داشته‌اید؟			
				۱۲. آیا سابقه بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز، مalaria، حصبه، تب مالت و... داشته‌اید؟			
				۱۳. آیا بیماری‌های چشمی (خون‌مردگی یا کبودی دور چشم، پارگی مویرگ‌های چشم، تاری دید، دوبینی، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم...) داشته‌اید؟			
				۱۴. آیا سابقه تومور، سرطان و بدخیمی داشته‌اید؟			
				۱۵. آیا دچار شکستگی در ناحیه‌ای از بدن شده‌اید؟			
				۱۶. آیا دارای دیابت هستید؟			
				۱۷. آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته‌اید؟			
				۱۸. آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته یا پستری شده‌اید؟			
				۱۹. آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟ کدام قسمت و به چه میزان؟			
				۲۰. آیا دچار از کارافتادگی شده‌اید؟			
				۲۱. آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟			
				۲۲. آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می‌کنید؟			
				۲۳. آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می‌کنید؟			
				۲۴. آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟			
				۲۵. آیا کسی از بستگان درجه یک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکته قلبی و مغزی، بیماری مادرزادی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد؟			
				۲۶. آیا در حال حاضر سالم هستید؟			
				۲۷. آیا در حال حاضر باردار هستید یا دچار عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی و زایمان شده‌اید؟			
				۲۸. آیا بیماری‌های زنانه دارید؟			
				۲۹. آیا دچار خونریزی، ترشح، درد در توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل شده‌اید؟			
				۳۰. آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) در حال حاضر دارای بیماری می‌باشند؟			
				۳۱. آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) در سن کمتر از ۵۰ سالگی به علت بیماری فوت شده‌اند؟			
				۳۲. آیا به ورزش حرفه‌ای می‌پردازید؟ نام ببرید و به چه مدت؟			
				۳۳. آیا راکب موتورسیکلت می‌باشید؟			
				۳۴. آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده نموده‌اید؟ علت معافیت پزشکی همراه بند و ماده آن ذکر گردد.			
				۳۵. آیا تاکنون پیشنهاد بیمه شده‌ای داده‌اید که مورد موافقت نگرفته باشد؟ علت اذکر بفرمایید.			
				۳۶. آیا در حال حاضر بیمه‌نامه و یا پیشنهاد در جریان صدور بیمه‌زندگی و حادثه‌انفراطی دارید؟ لطفاً نام شرکت و سرمایه فوت را اعلام نمایید.			
در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات فوق، مراثت را با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، مدت زمان استفاده از داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی (بیمه شده و بیمه گذار) و نظر پزشک را توضیح دهید (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را ذکر فرمایید). همچنین در خصوص سوالات عمومی و سوابق بیمه‌های توضیحات لازم را ارائه فرمایید.							
کیلوگرم	وزن بیمه‌گذار:	سانتی متر:	قد بیمه شده:	وزن بیمه شده:	سانتی متر:	کیلوگرم	۲۹

**تأیید اظهارات**

اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) اعلام می‌نماییم که کلیه مفاد فرم پیشنهاد، شرایط عمومی بیمه‌نامه و شرایط عمومی پوشش‌های تکمیلی را به عنوان شروط ضمن عقد مطالعه نموده و به کلیه سؤالات با صداقت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هرگونه اظهارنظر خلاف واقع و با خودداری از واقع گویی به عدم، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه زندگی و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً با اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه‌گر و نیز ارزش بازخرید بیمه‌نامه، تقاضای صدور بیمه‌نامه را دارم. همچنین بیمه‌گر یا پژوهشکان معتمد بیمه‌گر اجازه دارند هرگونه اطلاعات مورد نیاز که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه‌گذار و بیمه‌شده باشد را کسب نمایند.

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

**گزارش فروشندۀ بیمه**

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۱. آیا بیمه‌شده و بیمه‌گذار را شخصاً می‌شناسید؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۲. به نظر شما بیمه‌شده و بیمه‌گذار در حال حاضر از سلامت برخوردارند؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۳. آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده اید؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۴. آیا بیمه‌گذار و بیمه‌شده در حضور شما شخصاً فرم پیشنهاد را تکمیل نموده اند؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۵. آیا صحت امضای بیمه‌گذار و بیمه‌شده مورد تائید می‌باشد؟
بدینوسیله گواهی می‌شود بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخصاً توسط اینجانب رؤیت گردیده و مراتب فوق مورد تائید است.		
...../...../..... نام، امضاء، مهر و کد سرپرست فروش یا مدیر فروش: ...../...../..... تاریخ: ...../...../.....		

**این قسمت توسط بیمه‌گر تکمیل خواهد شد**

اطهارنظر نهایی کارشناس صدور	اطهارنظر پزشک معتمد بیمه‌گر	اطهارنظر اولیه کارشناس صدور
<p>تصور بیمه‌نامه با توجه به اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه‌گری:</p> <p><input type="checkbox"/> با نرخ عادی بلامانع است</p> <p><input type="checkbox"/> با اضافه نرخ ..... درصد به علت ..... بلامانع است</p> <p>به علت ..... امکان پذیر نمی‌باشد.</p> <p>..... نام و امضای کارشناس نهایی صدور: .....</p> <p>..... تاریخ: ...../...../.....</p>	<p>۱. با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی مندرج در فرم پیشنهاد بیمه‌گذار/بیمه‌شده نیازی به انجام معاینات پزشکی:</p> <p><input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>نوع آزمایش: .....</p> <p>۲. با توجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد و نتایج آزمایشات صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه‌های زندگی:</p> <p><input type="checkbox"/> تائید می‌گردد</p> <p>با ..... درصد اضافه نرخ پزشکی تائید می‌گردد <input type="checkbox"/></p> <p>به صلاح بیمه‌گر نمی‌باشد <input type="checkbox"/> علت: .....</p> <p>..... نام، امضا و مهر پزشک معتمد:</p> <p>..... تاریخ: ...../...../.....</p>	<p>تصور بیمه‌نامه برای بیمه‌گذار/ بیمه‌شده نیاز به انجام آزمایشات پزشکی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت مشتب بودن پاسخ، دلیل انجام معاینات پزشکی:</p> <p><input type="checkbox"/> سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> سن .....  <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....  ..... نام و امضای کارشناس اولیه صدور: .....  ..... تاریخ: ...../...../.....</p>

توضیحات:

توجه: صدور بیمه نامه منوط به پذیرش بیمه گر (شرکت بیمه رازی) و پرداخت قسط اول حق بیمه توسط بیمه گذار در وجه بیمه گر می‌باشد.

- ۱- پرداخت سرمایه فوت بیمه نامه در صورت فوت به هر علت بیمه شده، به استفاده کنندگان به صورت یکجا (علاوه بر اندوخته بیمه نامه).
- ۲- پرداخت سرمایه فوت ناشی از حوادث مشمول بیمه حداکثر تا پنج برابر سرمایه فوت به هر علت بیمه شده (علاوه بر اندوخته بیمه نامه).
- ۳- پرداخت سرمایه بیمه تعیین شده در صورت نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و یا جزئی) بیمه شده ناشی از حادثه.
- ۴- پرداخت هزینه های پزشکی بیمه شده در اثر حوادث مشمول بیمه حداکثر تا ۲۰ درصد سرمایه فوت به هر علت.

- ۱- جبران هزینه های بستری در بیمارستان و جراحی های مجاز در صورت به حد نصاب رسیدن اندوخته بیمه نامه.
- ۲- معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت نقص عضو و از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده.
- ۳- معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم بیمه گذار.
- ۴- معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه گذار.
- ۵- پرداخت مستمری به بیمه شده در صورت فوت بیمه گذار حداکثر تا مدت ۱۰ سال.
- ۶- پرداخت مستمری معادل یک تاسه برابر حق بیمه، در صورت از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده.
- ۷- پرداخت هزینه پزشکی امراض خاص برای ۵ بیماری و به ازای هر بیماری حداکثر تا سقف ۳۰۰,۰۰۰ ریال با توجه به سرمایه بیمه نامه.

- ۱- تشکیل اندوخته از محل حق بیمه پرداختی و یا سایر پرداخت های بیمه گذار در طول مدت بیمه نامه.
- ۲- تضمین سود سرمایه گذاری در بلند مدت.
- ۳- پرداخت وام از محل اندوخته بیمه نامه به بیمه گذار پس از گذشت ۲ سال از شروع بیمه نامه.
- ۴- امکان واریز و برداشت از اندوخته بیمه نامه در هر زمان.
- ۵- پرداخت اندوخته بیمه نامه به صورت یکجا و یا به صورت مستمری در پایان مدت بیمه نامه.
- ۶- پرداخت سود مشارکت در منافع علاوه بر سود تضمین شده بیمه نامه.

- ۱- بهره مندی از معافیت های مالیاتی.
- ۲- امکان پرداخت حق بیمه به روش های یکجا، سالیانه و اقساط: شش ماهه، چهار ماهه، سه ماهه، دو ماهه و ماهانه.
- ۳- انتخاب سرمایه بیمه نامه طبق نظر بیمه گذار.
- ۴- امکان افزایش حق بیمه برای جبران اثرات تورم.
- ۵- تخصیص سود به صورت روز شمار.
- ۶- پرداخت سود تشویقی به بیمه گذارانی که اقساط خود را زودتر از موعد مقرر پرداخت نمایند.
- ۷- امکان حفظ پوشش های بیمه ای در صورت عدم ادامه پرداخت حق بیمه (از محل اندوخته بیمه نامه).
- ۸- امکان سپرده گذاری و بهره مندی از مزایای ویژه سرمایه گذاری.