



فرم پیشنهاد صدور بیمه نامه عمر مشترک (طرح مهتاب)

www.razi24.ir



از پیشنهاد دهنده محترم خواهشمند است به کلیه پرسشهای مندرج در این پیشنهاد با دقت و صداقت کامل پاسخ داده زیرا صحت آنها شرط اصلی معتبر بودن قرار داد بیمه عمری است که بر اساس این پیشنهاد صادر میگردد. تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

نام و نام خانوادگی:		<input type="text"/>									
تاریخ تولد:	نام پدر:	/ /									
کد ملی:	جنسیت: خانم <input type="checkbox"/> آقا <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>									
تحصیلات:	شغل اصلی بیمه گذار:	میزان درآمد ماهیانه:									
نشانی محل کار:	کد و تلفن محل کار:										
نشانی محل سکونت:	کد و تلفن محل سکونت:										
اگر بیمه گذار شخصیت حقوقی است:	نام مؤسسه:	موضوع فعالیت:									
شناسه ملی:	کد اقتصادی:	نشانی مؤسسه:									
	تلفن همراه:	تلفن ثابت:									
	تلفن همراه:	تلفن ثابت:									

مشخصات بیمه گذار

مدت بیمه نامه:	سال	حق بیمه سالانه:	ریال
افزایش سالانه حق بیمه:	درصد	افزایش سالانه سرمایه:	درصد
نحوه پرداخت حق بیمه:	<input type="checkbox"/> یکجا <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> دو ماهه <input type="checkbox"/> ماهیانه	مبلغ سپرده اولیه:	ریال

مشخصات بیمه نامه

نام و نام خانوادگی:		<input type="text"/>									
تاریخ تولد:	نام پدر:	/ /									
وضعیت تأهل:	متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	کد ملی: <input type="text"/>									
نشانی محل کار:	شماره شناسنامه:										
تلفن:	شغل اصلی بیمه شده:										
نشانی محل سکونت:	سایر فعالیت و مشاغل بیمه شده:										
کد پستی ده رقمی:	تلفن همراه:										
	پست الکترونیک:										

مشخصات بیمه شده اصلی

۱ - سرمایه بیمه عمر (فوت به هر علت):	ریال
۲ - سرمایه تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حوادث مشمول بیمه:	ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> چهار برابر <input type="checkbox"/>)
۳ - سرمایه بیمه امراض خاص:	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
۴ - پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه، به علت از کار افتادگی کلی و دائم:	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
۵ - پوشش نقص عضو و از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) ناشی از حوادث:	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
۶ - پوشش هزینه پزشکی ناشی از حوادث:	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>

پوشش های مورد فرخواست بیمه شده اصلی

حق بیمه پوشش های اضافی (بند های ۲ الی ۶) : در حق بیمه اصلی منظور شود جداگانه محاسبه و به حق بیمه اضافه گردد

درصد سهم	نسبت با بیمه شده	شماره ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نام پدر	نام و نام خانوادگی استفاده کنندگان	در صورت حیات بیمه شده
۱۰۰							
							۱
							۲
							۳
							۴

آیا تا به حال درخواست بیمه عمر نموده اید که رد شده باشد؟
 بلی خیر
 آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟
 بلی خیر
 در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیمه نامه و نام شرکت بیمه و سرمایه بیمه را اعلام فرمائید:

- ۱- آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) زیر ۵ سال به علت بیماری فوت شده اند؟
 بلی خیر
 در صورت مثبت بودن جواب علت را بیان نمایید.
 ۲- آیا به ورزش حرفه ای می پردازید؟ نام ببرید و به چه مدت:
 ۳- آیا راکب موتور سیکلت می باشید:
 ۴- در صورت استفاده از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه علت را توضیح دهید:
 (در صورت مثبت بودن پاسخ، الصاق رونوشت کارت پایان خدمت الزامی است.)

سوالات پزشکی مربوط به بیمه شده اصلی (لطفاً با خط خوانا بنویسید)

بیماری	بلی	خیر	بیماری	بلی	خیر
بیماریهای دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم و تنگی نفس و ...)		۱۱	بیماری های قلب و عروق بخصوص فشارخون و درد قفسه سینه و سکنه قلبی		
بیماریهای خونی، سابقه تزریق خون و کم خونی		۱۲	بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس، تهوع و استفراغ مکرر، اسهال خونی و ...		
بیماریهای اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، سابقه خودکشی		۱۳	بیماری های داخلی اعصاب، تشنج، سکنه مغزی، ام اس و ...		
بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مثانه، پروستات و ...		۱۴	بیماری های گوش و حلق و بینی، چشمی و ...		
بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ شده و خونریزی زیر پوستی		۱۵	بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل، آرتریت و ..		
بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و ...		۱۶	سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیاتیت، ایدز، مالاریا، حصیه، تب مالت و ...		
آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته یا بستری شده اید؟		۱۷	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که ذکر نشده باشد؟		
آیا دچار نقص عضو شده اید؟ کدام قسمت و به چه میزان؟		۱۸	آیا دچار از کار افتادگی شده اید؟		
آیا درشش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟		۱۹	آیا در حال حاضر باردار بوده و یا سابقه بیماری های زنانه داشته اید؟		
آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟		۲۰	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟		
آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می کنید؟			در صورت مثبت بودن میزان مصرف سیگار روزانه (تعداد) و مدت مصرف:		
آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری دیابت، سرطان، بیماری قلبی، سل، تشنج، و ... مبتلا بوده یا می باشند؟					

در صورت مثبت بودن سوالات فوق، مراتب را با ذکر تاریخ، زمان بیماری، نوع داروی مصرفی و مقدار مصرف آن و نظر پزشک توضیح دهید:

قد بیمه شده:

وزن بیمه شده:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد: / / نام پدر: محل تولد:

شغل اصلی بیمه شده: سایر فعالیتها و مشاغل بیمه شده:

وضعیت تأهل: مجرد متأهل کد ملی: شماره شناسنامه: تحصیلات: جنسیت: خانم آقا

نشانی محل کار:

تلفن: تلفن همراه:

نشانی محل سکونت:

کد پستی ده رقمی: پست الکترونیک:

۱- سرمایه بیمه عمر (فوت به هر علت):	ریال
۲- سرمایه تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حوادث مشمول بیمه:	ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> چهار برابر <input type="checkbox"/>)
۳- سرمایه بیمه امراض خاص:	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
۴- پوشش نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) ناشی از حوادث:	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
۵- پوشش هزینه پزشکی ناشی از حوادث:	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>

نام و نام خانوادگی استفاده کنندگان	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	شماره ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱						
۲						
۳						
۴						

آیا تا به حال درخواست بیمه عمر نموده اید که رد شده باشد؟ بلی خیر

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیمه نامه و نام شرکت بیمه و سرمایه بیمه را اعلام فرمائید:

۱- آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) زیر ۵ سال به علت بیماری فوت شده اند؟ بلی خیر

۲- آیا به ورزش حرفه ای می پردازید؟ نام ببرید و به چه مدت:

۳- آیا راکب موتور سیکلت می باشید:

۴- در صورت استفاده از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه علت را توضیح دهید (در صورت مثبت بودن پاسخ، الصاق رونوشت کارت پایان خدمت الزامی است.)

سوالات پزشکی مربوط به بیمه شده فرعی (لطفاً با خط خوانا بنویسید)

بیماری	بلی	خیر	بیماری	بلی	خیر
۱ بیماریهای دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم و تنگی نفس و ...)		۱۱	بیماری های قلب و عروق بخصوص فشارخون و درد قفسه سینه و سکنه قلبی		
۲ بیماریهای خونی، سابقه تزریق خون و کم خونی		۱۲	بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس، تهوع و استفراغ مکرر، اسهال خونی و ...		
۳ بیماریهای اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، سابقه خودکشی		۱۳	بیماری های داخلی اعصاب، تشنج، سکنه مغزی، ام اس و ...		
۴ بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مثانه، پروستات و ...		۱۴	بیماری های گوش و حلق و بینی، چشمی و ...		
۵ بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ شده و خونریزی زیر پوستی		۱۵	بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل، آرتریت و ..		
۶ بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و ...		۱۶	سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز، مالاریا، حبسه، تب مالت و ...		
۷ آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته یا بستری شده اید؟		۱۷	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که ذکر نشده باشد؟		
۸ آیا دچار نقص عضو شده اید؟ کدام قسمت و به چه میزان؟		۱۸	آیا دچار از کار افتادگی شده اید؟		
۹ آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟		۱۹	آیا در حال حاضر باردار بوده و یا سابقه بیماری های زنانه داشته اید؟		
۱۰ آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟		۲۰	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟		
۲۱ آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می کنید؟			در صورت مثبت بودن میزان مصرف سیگار روزانه (تعداد) و مدت مصرف:		
۲۲ آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری دیابت، سرطان، بیماری قلبی، سل، تشنج، و ... مبتلا بوده یا می باشند؟					

در صورت مثبت بودن سوالات فوق، مراتب را با ذکر تاریخ، زمان بیماری، نوع داروی مصرفی و مقدار مصرف آن و نظر پزشک توضیح دهید:

اینجانبان (بیمه شده و بیمه گذار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به کلیه سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرار داد می باشد ، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می داریم که جوابهای داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب (ماده ۱۲) قانون بیمه باعث باطل شدن قرار داد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و شرکت بیمه و نیز ارزش باز خرید بیمه نامه تقاضای صدور بیمه نامه را داریم . ضمناً بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد ، کسب نمایند . همچنین مطلع گردیدیم که طبق مقررات و آیین نامه های مربوطه ، ارزش بازخریدی و یا پرداخت سرمایه بیمه نامه عمر ، بر اساس اعلام و ابلاغ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران مورد عمل قرار خواهد گرفت . در صورت عدم پرداخت به موقع اقساط حق بیمه ، حق بیمه مربوط به پوشش های بیمه ای از قبیل بیمه عمر ، حادثه و امراض خاص و ... به جهت معتبر ماندن بیمه نامه از محل اندوخته تشکیل شده در بیمه نامه جبران و از آن کسر می گردد در صورتی که بیمه گذار از ادامه قرار داد بیمه عمر و سرمایه گذاری منصرف شود ، بیمه نامه قابلیت باز خرید شدن دارد که ارزش باز خریدی آن در پایان هر سال بیمه ای معادل ارقام محاسبه شده اندوخته بیمه نامه طبق نرخ سود تعیین شده می باشد که در سال اول برابر ۹۰٪ آن و در سالهای دوم تا چهارم به ترتیب معادل ۹۲٪ ، ۹۴٪ و ۹۶٪ آن از سال پنجم به بعد معادل ۱۰۰٪ اندوخته بیمه نامه می باشد . لازم به ذکر است برای بیمه نامه هایی که حق بیمه کمتر از ۶ ماه پرداخت شده و بیمه گذار پرداخت حق بیمه را متوقف نماید امکان باز خریدی وجود نداشته و بیمه نامه ابطال گردیده و حق بیمه ای نیز برگشت داده نمی شود .

متقاضی محترم : حق بیمه می بایستی توسط خریدار بیمه نامه مستقیماً در وجه شرکت بیمه رازی صورت بگیرد و از پرداخت وجه نقد به رابطان شرکت خودداری فرمائید.

بازریاب / کارگزار نماینده	اینجانب شخصاً متقاضی بیمه نامه (بیمه گذار) و همچنین بیمه شده را ملاقات نموده ضمن ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه نامه و تعهدات و ارزش باز خرید آن ، صحت امضاء متقاضی بیمه نامه (بیمه گذار) و همچنین بیمه شده را تأیید می نمایم .
	تاریخ ، مهر و امضاء و کد فروشنده تاریخ ، مهر و امضاء مدیر فروش / سرپرست فروش تاریخ ، مهر ، امضاء و کد نماینده / کارگزار

کارشناس صدور اظهار نظر	آیا صدور بیمه نامه نیاز به معاینات پزشکی دارد ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	علت در خواست آزمایشات پزشکی : سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> سن بیمه شده <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>
	درصد اضافه نرخ در بیمه نامه های قبلی در صد بدلیل
	تاریخ ، مهر ، امضاء و نام کارشناس

اظهار نظر پزشک	نظر نهایی پزشک معتمد شعبه
	<input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه با اضافه نرخ درصد بلامانع است . <input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه بدون اضافه نرخ بلامانع است .
	تاریخ ، مهر ، امضاء و نام پزشک <input type="checkbox"/> ارسال به ستاد

نظریه شعبه	نظر نهایی پزشک معتمد مرکز
	<input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه با اضافه نرخ درصد بلامانع است . <input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه بدون اضافه نرخ بلامانع است .
	تاریخ ، مهر ، امضاء و نام پزشک

نظریه مدیر ستاد	صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط مربوطه با درصد اضافه نرخ بلامانع است ؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
	تاریخ ، نام و امضاء کارشناس شعبه تاریخ ، نام و امضاء رئیس شعبه

نظریه مدیریت ستادی	تاریخ ، نام و امضاء کارشناس صدور ستاد
	تاریخ ، نام و امضاء رئیس اداره صدور

نظریه مدیریت ستادی	تاریخ ، نام و امضاء مدیر بیمه های عمر و حوادث
	تاریخ ، نام و امضاء معاون فنی اشخاص

امضاء بیمه گذار یا نماینده قانونی وی	امضاء بیمه شده اصلی یا نماینده قانونی وی	امضاء بیمه شده فرعی یا نماینده قانونی وی	مهر و امضاء نماینده یا کارگزار بیمه	نام و امضاء کارشناس

صدور بیمه نامه منوط به پذیرش بیمه گر (شرکت بیمه رازی) پرداخت کامل قسط اول حق بیمه توسط بیمه گذار به شرکت بیمه می باشد