

متقاضی محترم، خواهشمند است کلیه پرسش های مندرج در این پیشنهاد را با کمال صداقت و دقت پاسخ داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید. تکمیل این فرم تا هنگامی که به صدور بیمه نامه منجر نشود، هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه رازی ایجاد نمی کند.

مشخصات بیمه گذار (حداقل سن ۱۸ سال تمام)

نام / شرکت: نام خانوادگی: نام پدر: نام پدر:
 کد ملی / شناسه ملی: تاریخ تولد / تاریخ ثبت: شماره شناسنامه / شماره ثبت:
 محل تولد / محل ثبت: جنسیت: خانم آقا سایر تابعیت:
 وضعیت تأهل: مجرد متأهل وضعیت تأهل: مجرد متأهل
 شغل اصلی (نوع شغل یا کار به صورت دقیق ذکر گردد عناوین شغلی مانند آزاد، کاری و کارمند و غیره قابل قبول نمی باشد): میزان درآمد ماهیانه:
 نشانی منزل: شغل فرعی: شغل فرعی:
 نشانی محل کار: تلفن همراه: تلفن همراه:
 ایمیل: تلفن ثابت: تلفن ثابت:

مشخصات بیمه شده

نسبت بیمه شده یا بیمه گذار: خودم سایر (در صورت تیکه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی باشند، تکمیل این قسمت ضروری نمی باشد).
 نام: نام خانوادگی: نام پدر: نام پدر:
 کد ملی: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: شماره شناسنامه:
 محل تولد: جنسیت: خانم آقا سایر تابعیت:
 وضعیت تأهل: مجرد متأهل وضعیت تأهل: مجرد متأهل
 شغل اصلی (نوع شغل یا کار به صورت دقیق ذکر گردد عناوین شغلی مانند آزاد، کاری و کارمند و غیره قابل قبول نمی باشد): میزان درآمد ماهیانه:
 نشانی منزل: شغل فرعی: شغل فرعی:
 نشانی محل کار: تلفن همراه: تلفن همراه:
 ایمیل: تلفن ثابت: تلفن ثابت:

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

مدت بیمه نامه: سال (حداقل ۵ سال و حداکثر تا سن ۷۰ سالگی)	مبلغ سپرده اولیه: ریال
نحوه پرداخت حق بیمه: ماهانه <input type="checkbox"/> دو ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> چهار ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/>	مبلغ حق بیمه بر حسب روش پرداخت: ریال
حق بیمه سالانه پرداختی: ریال	افزایش سالانه حق بیمه: درصد (حداکثر ۵۰ درصد)
سرمایه بیمه نامه به حروف: ریال به عدد ریال	افزایش سالانه سرمایه بیمه نامه: درصد (حداکثر ۲۰ درصد)
نحوه پرداخت سرمایه: یکجا <input type="checkbox"/> مستمری مادام العمر <input type="checkbox"/> مستمری مدت معین: ۵ ساله <input type="checkbox"/> ۱۰ ساله <input type="checkbox"/> ۲۰ ساله <input type="checkbox"/>	

پوشش های تکمیلی

پوشش فوت به علت حادثه (مآزاد بر سرمایه بیمه نامه)	پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کلی به هر علت بیمه شده: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
عدم درخواست <input type="checkbox"/> یک <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> چهار <input type="checkbox"/> برابر سرمایه فوت به هر علت	پوشش پرداخت مستمری در صورت از کارافتادگی دائم و کلی به هر علت بیمه شده
پوشش نقص عضو یا از کارافتادگی دائم کلی یا جزئی ناشی از حادثه	مبلغ مستمری: عدم درخواست <input type="checkbox"/> یک <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> برابر آخرین حق بیمه سالانه پرداختی
عدم درخواست <input type="checkbox"/> یک برابر سرمایه فوت به هر علت	(برای ارائه پوشش های فوق باید بیمه شده و بیمه گذار شخص واحدی باشند یا بیمه شده خواهان استفاده از پوشش معافیت باشد).
پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: عدم درخواست <input type="checkbox"/> ۱۰ درصد <input type="checkbox"/> ۲۰ درصد <input type="checkbox"/>	بیمه گذار خواهان استفاده از پوشش معافیت و فوت می باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش هزینه پزشکی امراض خاص (حداکثر ۲۰ درصد سرمایه فوت به هر علت)	پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت به هر علت بیمه گذار
به میزان درصد یا ریال، عدم درخواست <input type="checkbox"/>	پوشش پرداخت مستمری در صورت فوت بیمه گذار به هر علت
نحوه پرداخت حق بیمه پوشش های تکمیلی:	(برای ارائه پوشش های فوق باید بیمه شده و بیمه گذار دو شخص مجزا باشند و بیمه شده پوشش معافیت را درخواست نکرده باشد)
در حق بیمه اصلی منظور شود <input type="checkbox"/> جداگانه محاسبه و به حق بیمه اضافه شود <input type="checkbox"/>	
بیمه شده خواهان استفاده از پوشش درمان انفرادی می باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

مشخصات استفاده کنندگان

بیمه شده در صورت فوت	نام (شرکت)	نام خانوادگی	نام پدر	جنسیت	کد ملی (شناسنامه)	تاریخ تولد (تاریخ ثبت)	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت

تاریخ:

نام و امضای بیمه شده:

تاریخ:

نام و امضای بیمه گذار:

سوالات پزشکی از بیمه‌شده و بیمه‌گذار

بیمه‌گذار		بیمه‌شده		چنانچه بیمه‌گذار خواهان استفاده از پوشش معافیت و فوت می‌باشد ستون مربوط به بیمه‌گذار تکمیل گردد در غیر این صورت تنها تکمیل ستون مربوط به بیمه‌شده کفایت می‌کند.
بله	خیر	بله	خیر	
				۱. آیا سابقه بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و...) داشته‌اید؟
				۲. آیا سابقه بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم‌خونی و خون‌ریزی بدون علت طولانی داشته‌اید؟
				۳. آیا سابقه بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار، مثانه، پروستات، سنگ کلیه و... داشته‌اید؟
				۴. آیا سابقه بیماری‌های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، سابقه خودکشی و وسواس داشته‌اید؟
				۵. آیا سابقه بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ در حال رشد و خونریزی زبر پوستی داشته‌اید؟
				۶. آیا سابقه بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و... داشته‌اید؟
				۷. آیا سابقه بیماری‌های قلب و عروق به خصوص فشار خون، درد قفسه‌سینه، تنگی نفس، تپش قلب و سکنه قلبی داشته‌اید؟
				۸. آیا سابقه بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس، تهوع و استفراغ مکرر، اسهال خونی، زردی و برفان و... داشته‌اید؟
				۹. آیا سابقه بیماری‌های داخلی اعصاب، تشنج، سکنه مغزی، ام‌اس، مشکلات حرکتی، فراموشی و... داشته‌اید؟
				۱۰. آیا سابقه بیماری‌های گوش و حلق و بینی، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش و... داشته‌اید؟
				۱۱. آیا سابقه بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل، آرتروز و... داشته‌اید؟
				۱۲. آیا سابقه بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز، مالاریا، حبسه، تب مالت و... داشته‌اید؟
				۱۳. آیا بیماری‌های چشمی (خون‌مردگی یا کبودی دور چشم، مویرگ‌های چشم، تاری دید، دوبین، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم و...) 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 بستری شده‌اید؟
				۱۹. آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟ کدام قسمت و به چه میزان؟
				۲۰. آیا دچار ازکارافتادگی شده‌اید؟
				۲۱. آیا در شش‌ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟
				۲۲. آیا از دارو برای بیماری طولانی‌مدت استفاده می‌کنید؟
				۲۳. آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می‌کنید؟ در صورت استفاده مقدار آن را مشخص کنید.
				۲۴. آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟
				۲۵. آیا کسی از بستگاه درجه یک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، دیابت، نارسایی کلیه، سکنه 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 زندگی به شرکت بیمه‌ای داده‌اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ علت را ذکر بفرمایید؟
				۳۶. آیا در حال حاضر بیمه‌نامه و یا پیشنهاد در جریان صدور بیمه زندگی و حادثه انفرادی دارید؟ لطفاً نام شرکت و سرمایه فوت را اعلام نمایید.

پاسخ تشریحی

در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات فوق، مراتب را با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی مدت‌زمان استفاده از داروی مصرفی، درمان انجام‌شده و وضعیت فعلی (بیمه‌شده و بیمه‌گذار) 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 بیمه‌ای توضیحات لازم را ارائه فرمایید.

قد بیمه‌شده:	وزن بیمه‌شده:	کیلوگرم	قد بیمه‌گذار:	وزن بیمه‌گذار:	کیلوگرم
--------------	---------------	---------	---------------	----------------	---------

نام و امضای بیمه‌گذار: _____ تاریخ: _____ نام و امضای بیمه‌شده: _____ تاریخ: _____

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 سوالات با صداقت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هرگونه اظهارنظر خلاف واقع و یا خودداری از واقع‌گویی به عمد، 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 پزشکان معتمد بیمه‌گر اجازه دارند هرگونه اطلاعات مورد نیاز که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه‌گذار و بیمه‌شده باشد را کسب نمایند.

نام و امضای بیمه‌گذار: تاریخ:/...../..... نام و امضای بیمه‌شده: تاریخ:/...../.....

گزارش فروشنده بیمه

بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۱. آیا بیمه‌شده و بیمه‌گذار را شخصاً می‌شناسید؟ مدت آشنایی:
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۲. به نظر شما بیمه‌شده و بیمه‌گذار در حال حاضر از سلامت برخوردارند؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۳. آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۴. آیا بیمه‌گذار و بیمه‌شده در حضور شما شخصاً فرم پیشنهاد را تکمیل نموده‌اند؟
بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	۵. آیا صحت امضای بیمه‌گذار و بیمه‌شده مورد تأیید می‌باشد؟

بدین وسیله گواهی می‌شود بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخصاً توسط اینجانب رویت گردیده و مراتب فوق مورد تأیید است.

نام، امضاء، مهر و کد نماینده یا کارگزار: تاریخ:/...../..... نام، امضا، مهر و کد سرپرست فروش یا مدیرفروش: تاریخ:/...../.....

این قسمت توسط بیمه‌گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور	اظهار نظر پزشک معتمد بیمه‌گر	اظهار نظر نهایی کارشناس صدور
<p>صدور بیمه‌نامه برای بیمه‌گذار / بیمه‌شده نیاز به انجام آزمایشات پزشکی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>در صورت مثبت بودن پاسخ، دلیل انجام معاینات پزشکی:</p> <p><input type="checkbox"/> سرمایه بیمه‌نامه <input type="checkbox"/> سن</p> <p><input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد:</p> <p>نام و امضای کارشناس اولیه صدور:</p> <p>تاریخ:</p>	<p>۱. با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی مندرج در فرم پیشنهاد بیمه‌گذار / بیمه‌شده نیاز به انجام معاینات پزشکی:</p> <p>دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>نوع آزمایش:</p> <p>۲. با توجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد و نتایج آزمایشات صدور بیمه‌نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه‌های زندگی:</p> <p>تایید می‌گردد <input type="checkbox"/></p> <p>با درصد اضافه نرخ پزشکی تأیید 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>صدور 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 به علت امکان پذیر نمی‌باشد.</p> <p>نام و امضای کارشناس نهایی صدور:</p> <p>تاریخ:/...../.....</p>

توضیحات:

توجه: صدور بیمه‌نامه منوط به پذیرش بیمه‌گر (شرکت بیمه رازی) و پرداخت قسط اول حق بیمه توسط بیمه‌گذار در وجه بیمه‌گر می‌باشد.

مزایای بیمه‌ای

- ۱- پرداخت سرمایه فوت بیمه‌نامه در صورت فوت به هر علت بیمه‌شده، به استفاده‌کنندگان به صورت یکجا (علاوه بر اندوخته بیمه‌نامه).
- ۲- پرداخت سرمایه فوت ناشی از حوادث مشمول بیمه حداکثر تا پنج برابر سرمایه فوت به هر علت بیمه‌شده (علاوه بر اندوخته بیمه‌نامه).
- ۳- پرداخت سرمایه بیمه تعیین‌شده در صورت نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) بیمه‌شده ناشی از حادثه.
- ۴- پرداخت هزینه‌های پزشکی بیمه‌شده در اثر حوادث مشمول بیمه حداکثر تا ۲۰ درصد سرمایه فوت به هر علت.

مزایای ویژه بیمه‌ای

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

مزایای سرمایه‌گذاری

- ۱- تشکیل اندوخته از محل حق بیمه پرداختی و یا سایر پرداخت‌های بیمه‌گذار در طول مدت بیمه‌نامه.
- ۲- تضمین سود سرمایه‌گذاری در بلندمدت.
- ۳- پرداخت وام از محل اندوخته بیمه‌نامه به بیمه‌گذار پس از گذشت ۲ سال از شروع بیمه‌نامه.
- ۴- امکان واریز و برداشت از اندوخته بیمه‌نامه در هر زمان.
- ۵- پرداخت اندوخته بیمه‌نامه به صورت یکجا و یا به صورت مستمری در پایان مدت بیمه‌نامه.
- ۶- پرداخت سود مشارکت در منافع علاوه بر سود تضمین‌شده بیمه‌نامه.

سایر مزایا

- ۱- بهره‌مندی از معافیت‌های مالیاتی.
- ۲- امکان پرداخت حق بیمه به روش‌های یکجا، سالیانه و اقساط: شش‌ماهه، چهارماهه، سه‌ماهه، دوماهه و ماهانه.
- ۳- انتخاب سرمایه بیمه‌نامه طبق نظر بیمه‌گذار.
- ۴- امکان افزایش حق بیمه برای جبران اثرات تورم.
- ۵- تخصیص سود به صورت روزشمار.
- ۶- پرداخت سود تشویقی به بیمه‌گذارانی که اقساط خود را زودتر از موعد مقرر پرداخت نمایند.
- ۷- امکان حفظ پوشش‌های بیمه‌ای در صورت عدم ادامه پرداخت حق بیمه (از محل اندوخته بیمه‌نامه).
- ۸- امکان سپرده‌گذاری و بهره‌مندی از مزایای ویژه سرمایه‌گذاری.