



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

مشخصات بیمه شده

نسبت بیمه شده یا بیمه گذار: خود سایر (در صورتیکه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی باشند، تکمیل این قسمت ضروری نمی باشد).

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
کد ملی:	تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:
محل تولد:	جنسیت: خانم <input type="checkbox"/> آقا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	تابعیت:
وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	سطح تحصیلات:	میزان درآمد ماهیانه:
شغل اصلی (نوع شغل یا کار به صورت دقیق ذکر گردد عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر و کارمند و غیره قابل قبول نمی باشد):		شغل فرعی:
نشانی منزل:		کد پستی ده رقمی:
نشانی محل کار:		تلفن همراه:
ایمیل:		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"/> دوماهه <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: ۵ساله <input type="checkbox"/> ۱۰ساله <input type="checkbox"/> ۲۰ساله <input type="checkbox"/>	

پوشش های تکمیلی

پوشش فوت به علت حادثه (مازاد 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	
پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: عدم درخواست <input type="checkbox"/> ۱۰ درصد <input type="checkbox"/> ۲۰ درصد <input type="checkbox"/>	(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 امراض خاص (حداکثر ۲۰ درصد سرمایه فوت به هر علت)	بیمه گذار خواهان استفاده از پوشش معافیت و فوت می باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
به میزان: درصد یا ریال، عدم درخواست <input type="checkbox"/>	پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت به هر علت بیمه گذار
سرمایه امراض خاص تکمیلی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (به شرط دریافت پوشش امراض خاص)	پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کلی به هر علت بیمه گذار
نحوه پرداخت حق بیمه پوشش های تکمیلی:	پوشش پرداخت مستمری در صورت فوت به هر علت بیمه گذار
در حق بیمه اصلی منظور شود <input type="checkbox"/> جداگانه محاسبه و به حق بیمه اضافه شود <input type="checkbox"/>	(برای ارائه پوشش های فوق باید بیمه شده و بیمه گذار دو شخص مجزا باشند و بیمه شده پوشش معافیت را درخواست نکرده باشد)
بیمه شده خواهان استفاده از پوشش درمان انفرادی می باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

مشخصات استفاده کنندگان

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

نام و امضای بیمه گذار:

تاریخ:

نام و امضای بیمه شده:

تاریخ:

سوالات پزشکی از بیمه شده و بیمه گذار

چنانچه بیمه گذار خواهان استفاده از پوشش معافیت و فوت می باشد ستون مربوط به بیمه گذار تکمیل گردد در غیر این صورت تنها تکمیل ستون مربوط به بیمه شده کفایت می کند.

بیمه گذار	بیمه شده		
	بله	خیر	
خیر			۱. آیا سابقه بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و...) داشته اید؟
			۲. آیا سابقه بیماری های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی و خونریزی بدون علت طولانی داشته اید؟
			۳. آیا سابقه بیماری های کلیه، مجاری ادرار، مثانه، پروستات، سنگ کلیه و... داشته اید؟
			۴. آیا سابقه بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، سابقه خودکشی و وسواس داشته اید؟
			۵. آیا سابقه بیماری های پوستی، خال های بزرگ در حال رشد و خونریزی زیر پوستی داشته اید؟
			۶. آیا سابقه بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و... داشته اید؟
			۷. آیا سابقه بیماری های قلب و عروق به خصوص فشار خون، درد قفسه سینه، تنگی نفس، تپش قلب و سگته قلبی داشته اید؟
			۸. آیا سابقه بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس، تهوع و استفراغ مکرر، اسهال خونی، زردی و یرقان و... داشته اید؟
			۹. آیا سابقه بیماری های داخلی اعصاب، تشنج، سکنه مغزی، ام اس، مشکلات حرکتی، فراموشی و... داشته اید؟
			۱۰. آیا سابقه بیماری های گوش و حلق و بینی، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش و... داشته اید؟
			۱۱. آیا سابقه بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل، آرتریت و... داشته اید؟
			۱۲. آیا سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، ایدز، مالاریا، حبسه، تب مالت و... داشته اید؟
			۱۳. آیا بیماری های چشمی (خون مردگی یا کبودی دور چشم، مویرگ های چشم، تاری دید، دو بین، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم و...) داشته اید؟
			۱۴. آیا سابقه تومور، سرطان و بدخیمی داشته اید؟
			۱۵. آیا دچار شکستگی در ناحیه ای از بدن شده اید؟
			۱۶. آیا دارای دیابت هستید؟
			۱۷. آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته اید؟
			۱۸. آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته یا بستری شده اید؟
			۱۹. آیا دچار نقص عضو شده اید؟ کدام قسمت و به چه میزان؟
			۲۰. آیا دچار از کار افتادگی شده اید؟
			۲۱. آیا در شش ماهه گذشته کاهش وزن داشته اید؟
			۲۲. آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟
			۲۳. آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می کنید؟ در صورت استفاده مقدار آن را مشخص کنید.
			۲۴. آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید 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 می باشد؟
			۲۶. آیا در حال حاضر سالم هستید؟
			۲۷. آیا در حال حاضر باردار هستید یا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان شده اید؟
			۲۸. آیا بیماری های زنانه دارید؟
			۲۹. آیا دچار خونریزی، ترشح، درد در توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل شده اید؟
			۳۰. آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) در حال حاضر دارای بیماری می باشند؟
			۳۱. آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) در سن کم تر از ۵۰ سالگی به علت بیماری فوت شده اند؟
			۳۲. آیا به ورزش حرفه ای می پردازید؟ نام ببرید و به چه مدت؟
			۳۳. آیا راکب موتورسیکلت می باشید؟ لطفاً مدت استفاده در طول روز ذکر گردد.
			۳۴. آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده نموده اید؟ علت معافیت پزشکی همراه بند و ماده آن ذکر گردد.
			۳۵. آیا تاکنون پیشنهاد بیمه زندگی به شرکت بیمه ای داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ علت را ذکر بفرمایید؟
			۳۶. آیا در حال حاضر بیمه نامه 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، 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 بیمه ای توضیحات لازم را ارائه فرمایید.			
قد بیمه شده:	سانتی متر	وزن بیمه شده:	کیلوگرم
قد بیمه گذار:	سانتی متر	وزن بیمه گذار:	کیلوگرم

سوالات پزشکی از بیمه شده و بیمه گذار

مخصوص بانوان

سوالات عمومی و سوابق بیمه ای

پاسخ تشریحی

نام و امضای بیمه گذار:

تاریخ:

نام و امضای بیمه شده:

تاریخ:

تأیید اظهارات

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) اعلام می نمایم که کلیه مفاد فرم پیشنهاد، شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط عمومی پوشش های تکمیلی را به عنوان شروط ضمن عقد مطالعه نموده و به کلیه سوالات با صداقت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار نظر خلاف واقع و یا خودداری از واقع گویی 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 بیمه گر و نیز ارزش باز خرید بیمه نامه، تقاضای صدور بیمه نامه را دارم. همچنین بیمه گر یا پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند هرگونه اطلاعات مورد نیاز که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه گذار و بیمه شده باشد را کسب نمایند.

نام و امضای بیمه گذار: تاریخ:/...../..... نام و امضای بیمه شده: تاریخ:/...../.....

گزارش فروشنده بیمه

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱. آیا بیمه شده و بیمه گذار را شخصاً می شناسید؟ مدت آشنایی:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲. به نظر شما بیمه شده و بیمه گذار در حال حاضر از سلامت برخوردارند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳. آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴. آیا بیمه گذار و بیمه شده در حضور شما شخصاً فرم پیشنهاد را تکمیل نموده اند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵. آیا صحت امضای بیمه گذار و بیمه شده مورد تأیید می باشد؟

بدین وسیله گواهی می شود بیمه گذار و بیمه شده شخصاً توسط اینجانب رویت گردیده و مراتب فوق مورد تأیید است.

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

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور	اظهار نظر پزشک معتمد بیمه گر	اظهار نظر نهایی کارشناس صدور
<p>صدور بیمه نامه برای بیمه گذار / بیمه شده نیاز به انجام آزمایشات پزشکی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت مثبت بودن پاسخ، دلیل انجام معاینات پزشکی:</p> <p><input type="checkbox"/> سرمایه بیمه نامه <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 بیمه گذار / بیمه شده نیاز به انجام معاینات پزشکی: 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 بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی: تایید می گردد <input type="checkbox"/></p> <p>با درصد اضافه نرخ پزشکی تایید می گردد <input type="checkbox"/></p> <p>به صلاح بیمه گر نمی باشد <input type="checkbox"/> علت:</p> <p>نام، امضا و مهر پزشک معتمد:</p> <p>تاریخ:/...../.....</p>	<p>صدور بیمه نامه با توجه به اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری: <input type="checkbox"/> با نرخ عادی بلامانع است. <input type="checkbox"/> با اضافه نرخ درصد به علت بلامانع است به علت امکان پذیر نمی باشد.</p> <p>نام و امضای کارشناس نهایی صدور:</p> <p>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 می باشد.



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 نصاب‌رسیدن 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.