



بیمه رازی

فرم پیشنهاد صدور بیمه نامه عمر مشترک (طرح مهتاب)

www.razi24.ir



از پیشنهاد دهنده محترم خواهشمند است به کلیه پرسنل های مندرج در این پیشنهاد با دقت و صداقت کامل پاسخ داده زیرا صحت آنها شرط اصلی معتبر بودن قرار دارد.
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 :

تاریخ تولد : / /

نسبت با بیمه شده :

محل تولد :

نام پدر :

کد ملی :

جنسیت: خانم آقا شماره شناسنامه:

پست الکترونیک :

میزان درآمد ماهیانه :

شغل اصلی بیمه گذار :

کد و تلفن محل کار :

نشانی محل کار :

تلفن همراه :

کد و تلفن محل سکونت :

نشانی محل سکونت :

تاریخ ثبت :

شماره ثبت :

موضوع فعالیت :

اگر بیمه گذار شخصیت حقوقی است: نام مؤسسه :

تلفن :

نشانی مؤسسه :

کد اقتصادی :

شناسه ملی :

مدت بیمه نامه :	سال	حق بیمه سالانه :	ریال
-----------------	-----	------------------	------

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

نام و نام خانوادگی :

تاریخ تولد : / / نام پدر :

شغل اصلی بیمه شده :

سایر فعالیت و مشاغل بیمه شده :

نشانی محل کار :

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

تلفن :

تلفن همراه :

نشانی محل سکونت :

پست الکترونیک :

کد پستی ده رقمی :

ریال

۱ - سرمایه بیمه عمر (فوت به هر علت):

۲ - سرمایه تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حوادث مشمول بیمه :

۳ - سرمایه بیمه امراض خاص :

۴ - پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه ، به علت از کار افتادگی کلی و دائم: ندارد

۵ - پوشش نقص عضو و از کار افتادگی دائم(کلی یا جزئی) ناشی از حوادث: ندارد

۶ - پوشش هزینه پزشکی ناشی از حوادث :

مشخصات بیمه گذار

مشخصات بیمه نامه

مشخصات بیمه شده اصلی

پوشش های موردن حوصله بیمه شده اصلی

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

خیر بلی

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

خیر بلی

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارد؟

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؟ خیر خیر

در صورت مثبت بودن جواب علت را بیان نمایید.

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

۳- آیا راکب موتور سیکلت می باشد:

۴- در صورت استفاده از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه علت را توضیح دهید:

(در صورت مثبت بودن پاسخ، الصاق روتوشت کارت پایان خدمت الزامی است).

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

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

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:

وزن بیمه شده:

قد بیمه شده:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد: / / نام پدر: شغل اصلی بیمه شده: محل تولد:

وضعیت تأهل: مجرد متاهل کد ملی: شماره شناسنامه: جنسیت: خانم آقا

نشانی محل کار:

تلفن:

نشانی محل سکونت:

کد پستی ده رقمی:

پست الکترونیک:

۱- سرمایه بیمه عمر (فوت به هر علت) :

۲- سرمایه تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حوادث مشمول بیمه :

ریال

۳- سرمایه بیمه امراض خاص :

ندارد دارد : (یک برابر دو برابر سه برابر چهار برابر ندارد دارد دارد

۵- پوشش هزینه پزشکی ناشی از حوادث :

دارد

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

 خیر بله

آیا تا به حال در خواست بیمه عمر نموده اید که رد شده باشد؟

 خیر بله

آیدر حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟

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

 بله خیر

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

در صورت مثبت بودن جواب علت را بیان نماید.

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

اینجانبان (بیمه شده و بیمه گذار) اعضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌داریم که به کلیه سوالات مژوه و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه که جرء لاینک این قرارداد می‌باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می‌داریم 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 قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و شرکت بیمه نیز ارزش بازخرید بیمه نامه را داریم. ضمناً بیمه گر یا پژوهشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاچی و سلامت بیمه شده نیاز باشد، کسب نمایند. همچنین مطلع گردیدیم که طبق مقررات و آئین نامه‌های 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 پوشش‌های بیمه ای از قبل بیمه شده نیاز بازخریدی آن در پایان هر سال بیمه ای جبران و از آن کسر می‌گردد در صورتی که بیمه گذار از ادامه قرارداد بیمه عمر و سرمایه گذاری مصروف شود، بیمه نامه قابلیت بازخرید شدن دارد که ارزش بازخریدی آن در پایان هر سال بیمه ای معادل ارقام محاسبه شده اندوخته بیمه نامه طبق نرخ سود تعیین شده می‌باشد که در سال اول برابر ۹۰٪ آن و در سالهای دوم تا چهارم به ترتیب معادل ۹۲٪ و ۹۴٪ و ۹۶٪ آن از سال پنجم به بعد معادل ۱۰۰٪ اندوخته بیمه نامه می‌باشد. لازم به ذکر است برای بیمه نامه‌هایی که حق بیمه کمتر از ۶ ماه پرداخت شده و بیمه گذار پرداخت حق بیمه را متوقف نماید امکان بازخریدی وجود نداشته و بیمه نامه ابطال گردیده و حق بیمه ای نیز برگشت داده نمی‌شود.

متقضی محترم: حق بیمه می‌باستی توسط خریدار بیمه نامه مستقیماً در وجه شرکت بیمه را زی صورت بگیرد و از پرداخت وجه نقد به رابطان شرکت خودداری فرمائید.

کارگزاری
کارشناس
صدور

اینجانب شخصاً متقضی بیمه نامه (بیمه گذار) و همچنین بیمه شده نامه (بیمه گذار) و همچنین بیمه شده را تائید می‌نمایم.

تاریخ، مهر، امضاء و کد فروشندہ تاریخ، مهر، امضاء مدیر فروش / سپرست فروش

کارشناس
صدور

آیا صدور بیمه نامه نیاز به معاینات پزشکی دارد؟ خیر بلی
علت در خواست آزمایشات پزشکی: سرمایه بیمه نامه سن بیمه شده مسائل پزشکی سایر موارد
در صد اضافه نرخ در بیمه نامه های قبلی در صد بدليل
تاریخ، مهر، امضاء و نام کارشناس

نظر نهایی
پزشک

تصدور بیمه نامه با اضافه نرخ در صد بلامانع است.
تصدور بیمه نامه بدون اضافه نرخ در صد بلامانع است.

نظر
کارشناس

تصدور بیمه نامه با اضافه نرخ در صد بلامانع است.
تصدور بیمه نامه بدون اضافه نرخ بلامانع است.

شاید
بله

تصدور بیمه نامه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط مربوطه با در صد اضافه نرخ بلامانع است؟ بله خیر
تاریخ، نام و امضاء کارشناس شعبه

تاریخ، نام و امضاء رئیس اداره صدور ستد

امضاء
بیمه گذار

تاریخ، نام و امضاء مدیر بیمه های عمر و حوادث

تاریخ، نام و امضاء معاون فنی اشخاص

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

تصدور بیمه نامه منوط به پذیرش بیمه گر (شرکت بیمه را زی)

و پرداخت کامل قسط اول حق بیمه توسط بیمه گذار به شرکت بیمه می‌باشد