



فرم پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه گذاری آینده ساز

متقاضی محترم، خواهشمند است کلیه پرسش‌های 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 بیمه‌نامه منجر نشود، هیچ‌گونه تعهدی برای شرکت بیمه رازی ایجاد نمی‌کند. (توجه: صدور بیمه‌نامه منوط به پذیرش بیمه‌گر و پرداخت قسط اول حق بیمه توسط بیمه‌گذار در وجه بیمه‌گر می‌باشد.)

مشخصات بیمه‌گذار (حداقل سن ۱۸ سال تمام)

نام / شرکت:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی / شناسه ملی:
ش. ش / شماره ثبت:	تاریخ تولد:	محل تولد:	جنسیت: خانم <input type="checkbox"/> آقا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	تابعیت:	سطح تحصیلات:	شغل اصلی:
مشاغل فرعی:	نشانی:	تلفن همراه:	ایمیل:
کد پستی:	تلفن ثابت:		

مشخصات بیمه‌شده

(در صورتیکه بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی باشند، تکمیل این قسمت ضروری نمی‌باشد.)

نسبت بیمه‌شده یا بیمه‌گذار: خود <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:
	ش. ش:	تاریخ تولد:	محل تولد:	جنسیت: خانم <input type="checkbox"/> آقا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
	وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	تابعیت:	سطح تحصیلات:	شغل اصلی:
	مشاغل فرعی:	نشانی:	تلفن همراه:	ایمیل:
	کد پستی:	تلفن ثابت:		

مشخصات بیمه‌نامه مورد درخواست

مدت بیمه‌نامه: سال	سپرده اولیه: ریال	روش پرداخت: سالانه <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> دو ماهه <input type="checkbox"/> سه‌ماهه <input type="checkbox"/> چهارماهه <input type="checkbox"/> شش‌ماهه <input type="checkbox"/> یکجا <input type="checkbox"/>
مبلغ حق بیمه: ریال	افزایش سالانه حق بیمه: درصد	سرمایه فوت: ریال
نحوه پرداخت سرمایه: یکجا <input type="checkbox"/> مستمری مادام‌العمر <input type="checkbox"/> مستمری مدت معین: ۵ساله <input type="checkbox"/> ۱۰ساله <input type="checkbox"/> ۲۰ساله <input type="checkbox"/>		افزایش سالانه سرمایه فوت: درصد

پوشش‌های تکمیلی

پوشش فوت به علت حادثه (مازاد بر سرمایه بیمه‌نامه)	پوشش فوت به هر علت: <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> چهار <input type="checkbox"/> برابر سرمایه فوت به هر علت
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 نقص عضو یا از کارافتادگی دائم کلی یا جزئی ناشی از حادثه: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: عدم درخواست <input type="checkbox"/> ۱۰ درصد <input type="checkbox"/> ۲۰ درصد <input type="checkbox"/>	پوشش تکمیلی دریافت مستمری در صورت از کارافتادگی بیمه شده: عدم درخواست <input type="checkbox"/> یک <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> برابر آخرین حق بیمه‌ی سالانه پرداختی (برای ارائه پوشش‌های فوق باید بیمه‌شده و بیمه‌گذار شخص واحدی باشند یا بیمه‌شده 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"/>	پوشش تکمیلی دریافت مستمری در صورت از کارافتادگی بیمه‌گذار به اندازه ۱۰ درصد سرمایه فوت: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش امراض خاص و سرطان (حداکثر ۳۰ درصد سرمایه فوت به هر علت) به میزان درصد یا	سرمایه امراض خاص تکمیلی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (به شرط دریافت پوشش امراض خاص)
ریال، عدم درخواست <input type="checkbox"/>	بیمه‌شده خواهان استفاده از پوشش درمان انفرادی می‌باشد: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نحوه پرداخت حق بیمه پوشش‌های تکمیلی:	
در حق بیمه اصلی منظور شود <input type="checkbox"/> جداگانه محاسبه و به حق بیمه اضافه شود <input type="checkbox"/>	

مشخصات استفاده‌کنندگان

بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده
بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده
بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده
بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده
بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده
بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده	بیمه‌شده

سوابق بیمه ای بیمه شده

نام شرکت بیمه ای	نوع بیمه نامه	در جریان صدور / صدور / عدم صدور	شماره پیشنهاد / بیمه نامه	سرمایه فوت (به ریال)	علت عدم صدور

وضعیت سلامت افراد خانواده

۱) آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، بیماری ریوی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشند؟ نام برده و توضیح دهید.

۲) آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) زیر سن ۶۵ سال فوت نموده اند؟ نام برده و علت فوت را توضیح دهید.



سوالات پزشکی از بیمه شده و بیمه گذار

Table with 4 columns: بیمه شده (بله/خیر), بیمه گذار (بله/خیر), and two empty columns for answers. Contains 23 numbered questions regarding medical history.

وزن بیمه شده: کیلوگرم | قد بیمه شده: سانتی متر | وزن بیمه گذار: کیلوگرم | قد بیمه گذار: سانتی متر

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) 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.

Table with 3 columns: اظهار نظر اولیه کارشناس صدور, اظهار نظر پزشک معتمد بیمه گر, and اظهار نظر نهایی کارشناس صدور. Contains 2 numbered questions for each column regarding document review and health status.