

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 بیمه نامه منجر نشود، هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه رازی ایجاد نمی‌کند.

مشخصات بیمه‌گذار (حداقل سن ۱۸ سال تمام)

نام / شرکت: نام خانوادگی: نام پدر: نام / شناسه ملی: کد ملی / شناسه ملی: شماره شناسنامه / شماره ثبت: تاریخ تولد / تاریخ ثبت: تاریخ تولد: محل تولد / محل ثبت: وضعیت تأهل: مجرد متأهل جنسیت: خانم آقا سایر 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 نمی‌باشد): شغل فرعی: نشانی منزل: نشانی محل کار: ایمیل: کد پستی ده رقمی: تلفن همراه: تلفن ثابت:

مشخصات بیمه‌شده

نسبت بیمه‌شده یا بیمه‌گذار: خود سایر (در صورتیکه بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی باشند، تکمیل این قسمت ضروری نمی‌باشد). نام: نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: محل تولد: وضعیت تأهل: مجرد متأهل جنسیت: خانم آقا سایر 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 نمی‌باشد): شغل فرعی: نشانی منزل: نشانی محل کار: ایمیل: کد پستی ده رقمی: تلفن همراه: تلفن ثابت:

مشخصات بیمه‌نامه مورد درخواست

مدت بیمه‌نامه: سال (حداقل ۵ سال و حداکثر تا سن ۷۰ سالگی)	سرمایه بیمه‌نامه به حروف:.....ریال به عددریال
نحوه پرداخت حق بیمه: یکجا <input type="checkbox"/> 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"/>	افزایش سالانه سرمایه بیمه‌نامه:.....درصد (حداکثر ۲۰ درصد)
پوشش‌های تکمیلی (ویژه عمر زمانی)	
پوشش فوت به علت حادثه (مازاد بر سرمایه بیمه‌نامه)	پوشش نقص عضو یا از کارافتادگی دائم کلی یا جزئی ناشی از حادثه
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	عدم درخواست <input type="checkbox"/> یک برابر سرمایه فوت به هر علت <input type="checkbox"/>

مشخصات استفاده‌کنندگان

بیمه‌شده	بیمه‌شده	نام (شرکت)	نام خانوادگی	نام پدر	جنسیت	کد ملی (شناسنامه)	تاریخ تولد (تاریخ ثبت)	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت
۱	۲									
۳	۴									

سوابق بیمه‌ای

آیا تا به حال درخواست بیمه عمر نموده‌اید 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، علت رد بیمه‌نامه، نوع بیمه‌نامه و نام شرکت بیمه و سرمایه بیمه را اعلام فرمایید.

سؤالات عمومی

آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) زیر ۵۰ سال به علت بیماری فوت شده‌اند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن جواب علت را بیان نمایید.	آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) در حال حاضر دارای بیماری می‌باشند؟
آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) زیر ۵۰ سال به علت بیماری فوت شده‌اند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن جواب علت را بیان نمایید.	آیا به ورزش حرفه‌ای می‌پردازید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن جواب نام ورزشی را نام برده و مدت فعالیت را اعلام فرمایید.
آیا راکب موتورسیکلت می‌باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) در حال حاضر دارای بیماری می‌باشند؟

تاریخ:

نام و امضای بیمه‌شده:

تاریخ:

نام و امضای بیمه‌گذار:

سؤالات پزشکی بیمه شده			
بله	خیر	بله	خیر
		۱. آیا سابقه بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و...) داشته اید؟	۱۳. آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می کنید؟ در صورت استفاده مقدار آن را مشخص کنید.
		۲. آیا سابقه بیماری های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی و خونریزی بدون علت طولانی داشته اید؟	۱۴. آیا سابقه بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، سابقه خودکشی و وسواس داشته اید؟
		۳. آیا سابقه بیماری های کلیه، مجاری ادرار، مثانه، پروستات، سنگ کلیه و... داشته اید؟	۱۵. آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته یا بستری شده اید؟
		۴. آیا سابقه بیماری های پوستی، خال های بزرگ در حال رشد و خونریزی زیرپوستی داشته اید؟	۱۶. آیا سابقه بیماری های قلب و عروق به خصوص فشار خون، درد قفسه سینه، تنگی نفس، تپش قلب و سکتته قلبی داشته اید؟
		۵. آیا سابقه بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و... داشته اید؟	۱۷. آیا دچار شکستگی در ناحیه ای از بدن شده اید؟
		۶. آیا سابقه بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس، تهوع و استفراغ مکرر، اسهال خونی، زردی و برقان و... داشته اید؟	۱۸. آیا سابقه بیماری های داخلی اعصاب، تشنج، سکته مغزی، ام اس، مشکلات حرکتی، فراموشی و... داشته اید؟
		۷. آیا سابقه بیماری های گوش و حلق و بینی، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش و... داشته اید؟	۱۹. آیا سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، ایدز، مالاریا، حصه، تب مالت و... داشته اید؟
		۸. آیا سابقه بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل، آرتروز و... داشته اید؟	۲۰. آیا دارای دیابت هستید؟
		۹. آیا سابقه تومور، سرطان و بدخیمی داشته اید؟	۲۱. آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته اید؟
		۱۰. آیا دچار نقص عضو شده اید؟ کدام قسمت و به چه میزان؟	۲۲. آیا دچار ازکارافتادگی شده اید؟
		۱۱. آیا در شش ماهه گذشته کاهش وزن داشته اید؟	۲۳. آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟
		۱۲. آیا بیماری های چشمی (خون مردگی یا کبودی دور چشم، موریگ های چشم، تاری دید، دو بین، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم و...) داشته اید؟	۲۴. آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که ذکر نشده باشد؟

سؤالات پزشکی مخصوص بانوان

		۲۵. آیا در حال حاضر باردار هستید یا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان شده اید؟	۲۶. آیا دچار خونریزی، ترشح، درد در توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل شده اید؟
		۲۷. آیا بیماری های زنانه دارید؟	۲۸. آیا در حال حاضر سالم هستید؟
		۲۹. آیا از بستگان درجه یک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکته قلبی و مغزی، بیماری مادرزادی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟	

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:	وزن بیمه شده:
--------------	---------------

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. 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

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

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: 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
صدور بیمه نامه برای بیمه گذار / بیمه شده نیاز به انجام آزمایشات پزشکی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، دلیل انجام معاینات پزشکی: <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه نامه سن <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی سایر موارد:	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"/> نوع آزمایش: ۲. با توجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد و نتایج آزمایشات صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی: تأیید می گردد <input type="checkbox"/> با درصد اضافه نرخ پزشکی تأیید می گردد <input type="checkbox"/> به صلاح بیمه گر نمی باشد <input type="checkbox"/> علت: نام، امضا و مهر پزشک معتمد: تاریخ: /..... /.....	نام و امضای کارشناس اولیه صدور: تاریخ: /..... /.....

توجه: صدور بیمه نامه منوط به پذیرش بیمه گر (شرکت بیمه رازی) و پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار در وجه بیمه گر می باشد.