



بیمه رازی

## فرم پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه گذاری آینده ساز

صفحه ۱ از ۴

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.

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 نمی‌باشد):		شغل فرعی:
نشانی منزل:		کدپستی ده رقمی:
نشانی محل کار:		تلفن همراه:
ایمیل:		تلفن ثابت:

مشخصات بیمه گذار  
(حداقل سن ۱۸ سال تمام)

نسبت بیمه‌شده با بیمه‌گذار: خودم  سایر  ..... (در صورتی که بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی باشند، تکمیل این قسمت ضروری نمی‌باشد).

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 نمی‌باشد):		شغل فرعی:
نشانی منزل:		کدپستی ده رقمی:
نشانی محل کار:		تلفن همراه:
ایمیل:		تلفن ثابت:

مشخصات بیمه‌شده

مدت بیمه‌نامه: ..... سال (حداقل ۵ سال و حداکثر تا سن ۷۰ سالگی) مبلغ سپرده اولیه: ..... ریال

نحوه پرداخت حق بیمه: ماهانه  دو ماهه  سه ماهه  چهار ماهه  شش ماهه  سالانه  یکجا  مبلغ حق بیمه بر حسب روش پرداخت: ..... ریال

حق بیمه سالانه پرداختی: ..... ریال افزایش سالانه حق بیمه: ..... درصد (حداکثر ۵۰ درصد)

سرمایه بیمه‌نامه: به حروف: ..... ریال به عدد: ..... ریال افزایش سالانه سرمایه بیمه‌نامه: ..... درصد (حداکثر ۲۰ درصد)

نحوه پرداخت سرمایه: یکجا  مستمری مادام العمر  مستمری مدت معین: ۵ ساله  ۱۰ ساله  ۲۰ ساله

پوشش فوت به علت حادثه (مآزاد بر سرمایه بیمه‌نامه)	پوشش فوت به هر علت <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 <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> چهار <input type="checkbox"/> برابر سرمایه فوت به هر علت
پوشش نقص عضو و از کار افتادگی کلی یا جزئی ناشی از حادثه	پوشش نقص عضو و از کار افتادگی کلی یا جزئی ناشی از حادثه <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 <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> چهار <input type="checkbox"/> برابر سرمایه فوت به هر علت
پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه	پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه <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 <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> چهار <input type="checkbox"/> برابر سرمایه فوت به هر علت
پوشش هزینه پزشکی امراض خاص (حداکثر ۳۰ درصد سرمایه فوت به هر علت)	پوشش هزینه پزشکی امراض خاص (حداکثر ۳۰ درصد سرمایه فوت به هر علت) <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 <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> چهار <input type="checkbox"/> برابر سرمایه فوت به هر علت
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"/>
	بیمه شده خواهان استفاده از پوشش درمان انفرادی می‌باشد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی دائم و کلی به هر علت بیمه‌شده بله  خیر

پوشش پرداخت مستمری در صورت از کار افتادگی دائم و کلی به هر علت بیمه‌شده بله  خیر

مبلغ مستمری: عدم درخواست  یک  دو  سه  برابر آخرین حق بیمه سالانه پرداختی (برای ارائه پوشش‌های فوق باید بیمه شده و بیمه گذار شخص واحدی باشند یا بیمه شده خواهان استفاده از پوشش معافیت باشد).

بیمه‌گذار خواهان استفاده از پوشش معافیت و فوت می‌باشد: بله  خیر

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت به هر علت بیمه‌گذار بله  خیر

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی دائم و کلی بیمه‌گذار به هر علت بیمه‌گذار بله  خیر

پوشش پرداخت مستمری در صورت فوت بیمه‌گذار به هر علت بیمه‌گذار بله  خیر

(برای ارائه پوشش‌های فوق باید بیمه شده و بیمه‌گذار دو شخص مجزا باشند و بیمه شده پوشش معافیت را درخواست نکرده باشد)

مشخصات بیمه‌نامه مورد درخواست

نام و امضای بیمه‌گذار:	تاریخ:	نام و امضای بیمه‌شده:	تاریخ:	اولویت

مشخصات استفاده کنندگان

تاریخ:

نام و امضای بیمه‌شده:

تاریخ:

نام و امضای بیمه‌گذار:



چنانچه بیمه‌گذار خواهان استفاده از پوشش معافیت و فوت می‌باشد ستون مربوط به بیمه‌گذار تکمیل گردد، در غیر اینصورت تنها تکمیل ستون مربوط به بیمه‌شده کفایت می‌کند.

بیمه‌گذار		بیمه‌شده		سوال
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، کم خونی 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 زیرپوستی داشته‌اید؟
				۶. آیا سابقه بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و... داشته‌اید؟
				۷. آیا سابقه بیماری‌های قلب و عروق به خصوص فشارخون، درد قفسه سینه، تنگی نفس، تپش قلب و سکت قلبی داشته‌اید؟
				۸. آیا سابقه بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس، تهوع و استفراغ مکرر، اسهال خونی، زردی و یرقان و... داشته‌اید؟
				۹. آیا سابقه بیماری‌های داخلی اعصاب، تشنج، سکت 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، پارگی مویرگ‌های چشم، تاری دید، دوبینی، 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 از کارافتادگی شده‌اید؟
				۲۱. آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟
				۲۲. آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می‌کنید؟
				۲۳. آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می‌کنید؟
				۲۴. آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟
				۲۵. آیا کسی از بستگان درجه یک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکت 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 نگرفته باشد؟ علت را ذکر فرمایید.
				۳۶. آیا در حال حاضر بیمه‌نامه و یا پیشنهاد در جریان صدور بیمه‌زندگی و حادثه‌انفرادی دارید؟ لطفاً نام شرکت و سرمایه فوت را اعلام نمایید.

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 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: سانتی متر وزن بیمه‌شده: کیلوگرم قد بیمه‌گذار: سانتی متر وزن بیمه‌گذار: کیلوگرم



## 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 سؤالات 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

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

بدینوسیله گواهی می‌شود بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخصاً توسط اینجانب رؤیت گردیده و مراتب فوق مورد تأیید است.

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

## این قسمت توسط بیمه‌گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور	اظهار نظر پزشک معتمد بیمه‌گر	اظهار نظر کارشناس صدور
<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 .....</p> <p>نام و امضای کارشناس نهایی 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: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</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: <input type="checkbox"/> تأیید می‌گردد <input type="checkbox"/> با ..... درصد اضافه نرخ پزشکی تأیید می‌گردد <input type="checkbox"/> به صلاح بیمه‌گر نمی‌باشد <input type="checkbox"/> علت: .....</p> <p>نام، امضا و مهر پزشک معتمد: .....</p> <p>تاریخ: .....</p>	<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 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>

## توضیحات:

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

- ۱- پرداخت سرمایه فوت بیمه نامه در صورت فوت به هر علت بیمه شده، به استفاده کنندگان به صورت یکجا (علاوه بر اندوخته بیمه نامه).
- ۲- پرداخت سرمایه فوت ناشی از حوادث مشمول بیمه حداکثر تا پنج برابر سرمایه فوت به هر علت بیمه شده (علاوه بر اندوخته بیمه نامه).
- ۳- پرداخت سرمایه بیمه تعیین شده در صورت نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و یا جزئی) بیمه شده ناشی از حادثه.
- ۴- پرداخت هزینه های پزشکی بیمه شده در اثر حوادث مشمول بیمه حداکثر تا ۲۰ درصد سرمایه فوت به هر علت.

- ۱- جبران هزینه های بستری در بیمارستان و جراحی های مجاز در صورت به حد نصاب رسیدن اندوخته بیمه نامه.
- ۲- معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت نقص عضو و از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده.
- ۳- معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم بیمه گذار.
- ۴- معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه گذار.
- ۵- پرداخت مستمری به بیمه شده در صورت فوت بیمه گذار حداکثر تا مدت ۱۰ سال.
- ۶- پرداخت مستمری معادل یک تا سه برابر حق بیمه، در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده.
- 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 بیمه نامه.

- ۱- تشکیل اندوخته از محل حق بیمه پرداختی و یا سایر پرداخت های بیمه گذار در طول مدت بیمه نامه.
- ۲- تضمین سود سرمایه گذاری در بلند مدت.
- ۳- پرداخت وام از محل اندوخته بیمه نامه به بیمه گذار پس از گذشت ۲ سال از شروع بیمه نامه.
- ۴- امکان واریز و برداشت از اندوخته بیمه نامه در هر زمان.
- ۵- پرداخت اندوخته بیمه نامه به صورت یکجا و یا به صورت مستمری در پایان مدت بیمه نامه.
- ۶- پرداخت سود مشارکت در منافع علاوه بر سود تضمین شده بیمه نامه.

- ۱- بهره مندی از معافیت های مالیاتی.
- ۲- امکان پرداخت حق بیمه به روش های یکجا، سالیانه و اقساط: شش ماهه، چهار ماهه، سه ماهه، دو ماهه و ماهانه.
- ۳- انتخاب سرمایه بیمه نامه طبق نظر بیمه گذار.
- ۴- امکان افزایش حق بیمه برای جبران اثرات تورم.
- ۵- تخصیص سود به صورت روز شمار.
- ۶- پرداخت سود تشویقی به بیمه گذارانی که اقساط خود را زودتر از موعد مقرر پرداخت نمایند.
- ۷- امکان حفظ پوشش های بیمه ای در صورت عدم ادامه پرداخت حق بیمه (از محل اندوخته بیمه نامه).
- ۸- امکان سپرده گذاری و بهره مندی از مزایای ویژه سرمایه گذاری.