



فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه حوادث انفرادی

Fo-[In-1510-01]-06-01

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰

مقتضای 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 ایجاد نمی‌کند.

تعاریف:

حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی است که بدون قصد و اراده بیمه‌شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

نقص عضو یا از کارافتادگی دائم و قطعی: منظور از نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن که به علت حادثه تحت پوشش بیمه‌نامه به وجود آید و حداکثر تا دو سال بعد از وقوع حادثه بروز نماید و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

خطرات بیمه‌شده: تأمین غرامت از سوی بیمه‌گر با رعایت استثنائات و محدودیت‌های مندرج در بیمه‌نامه، همچنین خسارت یا غرامت ناشی از موارد زیر جزو تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌شود:

(۱) غرق شدن، مسمومیت، تأثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید

(۲) اینتلا به هاری، کزاز، سیاه‌زخم و گزیدگی

(۴) اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر و حادثه

(۳) دفاع مشروع بیمه‌شده

مشخصات بیمه‌گذار (حداقل سن ۱۸ سال تمام)

نام / شرکت:	نام خانوادگی:	نام پدر:
کدملی / شناسه ملی:	تاریخ تولد / تاریخ ثبت:	شماره شناسنامه / شماره ثبت:
محل تولد / محل ثبت:	جنسیت: خانم ☐ آقا ☐ سایر ☐	تابعیت:
وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐	سطح تحصیلات:	میزان درآمد ماهیانه:
شغل اصلی (نوع شغل یا کار به صورت دقیق ذکر گردد عناوین شغلی مانند آزاد، کارگی و کارمند و غیره قابل قبول نیست):	شغل فرعی:	
نشانی منزل:	کدپستی در قلمی:	
نشانی محل کار:	تلفن همراه:	
ایمیل:	تلفن ثابت:	

مشخصات بیمه‌شده

(در صورتی که بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی باشند، تکمیل این قسمت ضروری نیست)

نسبت بیمه‌شده با بیمه‌گذار: خودم ☐ سایر ☐

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
کد ملی:	تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:
محل تولد:	جنسیت: خانم ☐ آقا ☐ سایر ☐	تابعیت:
وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐	سطح تحصیلات:	میزان درآمد ماهیانه:
شغل اصلی (نوع شغل یا کار به صورت دقیق ذکر گردد عناوین شغلی مانند آزاد، کارگی و کارمند و غیره قابل قبول نیست):	شغل فرعی:	
نشانی منزل:	کدپستی در قلمی:	
نشانی محل کار:	تلفن همراه:	
ایمیل:	تلفن ثابت:	

مشخصات بیمه‌نامه مورد درخواست

ردیف	نوع پوشش	سرمایه (ریال)
۱	سرمایه فوت ناشی از حادثه	
۲	سرمایه نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی)	
۳	هزینه پزشکی ناشی از حادثه (حداکثر تا ۲۰٪ سرمایه فوت)	
بیمه‌شده	به کدام یک از ورزش‌های ذیل بصورت حرفه‌ای می‌پردازید؟	
	☐ هدایت یا سرنشینی موتور سیکلت	☐ بدمیتون
	☐ هدایت یا سرنشینی هواپیمای آموزشی	☐ سوارکاری
	☐ هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر	☐ غواصی
	☐ پرش با چتر نجات یا هدایت کایت	☐ شکار
	☐ هدایت یا سرنشینی اتومبیل مسابقه	☐ انواع اسکی
	☐ سایر پوشش‌های اضافی: زلزله	

مدت بیمه‌نامه: ☐ یکساله ☐ کوتاه مدت روز	از ساعت ۲۴ تاریخ:	تا ساعت ۲۴ تاریخ:
قد بیمه‌شده:	وزن بیمه‌شده:	

مشخصات استفاده‌کنندگان در صورت فوت بیمه‌شده

نام / (شرکت)	نام خانوادگی	نام پدر	جنسیت	کدملی / (شناسه ملی)	تاریخ تولد / (تاریخ ثبت)	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت

استفاده‌کننده از پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه، نقص عضو و از کارافتادگی ناشی از حادثه، شخص بیمه‌شده خواهد بود.

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:
تاریخ امضا	تاریخ امضا



فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه حوادث انفرادی

Fo-[In-1510-01]-06-01

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰

بله	خیر	اظهارات کلی و وضعیت سلامتی بیمه شده پیشنهادی (پرسش های زیر توسط بیمه شده پاسخ داده شود)
		۱. آیا در حال حاضر فرم پیشنهاد یا بیمه نامه عمر و یا حوادث در جریان دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیمه نامه و نام شرکت بیمه و سرمایه بیمه را اعلام فرمایید.
		۲. آیا تا کنون غرامت یا هزینه درمان ناشی از حادثه از شرکت های بیمه ای دریافت نموده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه و میزان خسارت دریافتی را اعلام فرمایید.
		۳. آیا در حال حاضر دچار نقص عضو و یا از کارافتادگی هستید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان و ناحیه نقص عضو را اعلام فرمایید.
		۴. آیا در گذشته یا در حال حاضر دارای اختلال جسمانی، روحی یا ذهنی که سبب کاهش قدرت تحرک، بینایی، شنوایی و تکلم شود، بوده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، توضیحات لازم از قبیل شماره عینک را اعلام فرمایید.
		۵. آیا در حال حاضر در بدن شما پروتز و یا پلاتین کار گذاشته شده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، دلیل، تاریخ و ناحیه مورد نظر را اعلام فرمایید.
		۶. آیا دچار نقص عضو مادرزادی هستید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، ناحیه نقص عضو را اعلام فرمایید.
		۷. آیا در گذشته دچار شکستگی عضوی از اعضای بدن خود در اثر تصادم و یا حادثه شده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، به طور دقیق ناحیه آسیب دیده شده اعلام شود.
		۸. آیا در محل کارتان با مواد آتش زا، مواد اسیدی، مواد محترقه و مواد مشتعل شونده کار می کنید؟
		۹. آیا در محل کارتان با ماشین آلات، ابزار و یا مواد خاصی سر و کار دارید؟ نوع آن را مشخص کنید.
		۱۰. آیا تا به حال سابقه اعمال جراحی، ابتلا به بیماری های قلبی، سکنه، آسم، نفرس، صرع، ناآرامی های عصبی، عدم تعادل روانی، افسردگی، اضطراب و هرگونه بیماری مزمنی که عود نماید، داشته اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع عمل، بیماری و نتیجه معاینات انجام شده را با ذکر تاریخ و نام پزشک معالج اعلام فرمایید.
		۱۱. آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده نموده اید؟ در صورت مثبت بودن جواب علت معافیت پزشکی همراه بند و ماده آن ذکر گردد.
		۱۲. آیا در مجموعه وظایف شما، فعالیت های زیرزمینی، زیر آب، روی آب و یا خارج از محدوده محل کار است؟
		۱۳. آیا برای انجام کار مجبور به مسافرت (هوایی، زمینی، ریلی و دریایی) می باشید؟ هر چند وقت یکبار و چه مناطقی مسافرت می کنید؟
		۱۴. آیا به ورزش حرفه ای می پردازید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نام ورزش را نام برده و مدت فعالیت را اعلام فرمایید.
		۱۵. آیا از موتورسیکلت دنده ای استفاده می نمایید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، مقدار استفاده از این وسیله نقلیه اعلام گردد.
		۱۶. آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟
تأیید اظهارات		
اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) اعلام می نمایم که کلیه مفاد فرم پیشنهاد، شرایط عمومی بیمه نامه 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 حوادث 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 نام خانوادگی بیمه گذار	نام و نام خانوادگی بیمه شده	تاریخ امضا
گزارش فروشنده بیمه		
بدین وسیله گواهی می شود بیمه گذار و بیمه شده شخصاً توسط اینجانب رؤیت گردیده و مراتب فوق مورد تأیید است.		
نام و کد نمایندگی کارگزار	تاریخ مهر و امضا	
اظهار نظر پزشک معتمد بیمه گر		
با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی مندرج در فرم پیشنهاد صدور بیمه نامه بلامانع است؟ ☐ بله ☐ خیر		
نام و نام خانوادگی پزشک معتمد بیمه گر	تاریخ مهر و امضا	
اظهار نظر بیمه گر		
صدور بیمه نامه با توجه به اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری بلامانع است؟ ☐ بله ☐ خیر		
نام و کد واحد صدور	تاریخ مهر و امضا	
صدور بیمه نامه منوط به پذیرش بیمه گر، «شرکت بیمه رازی» و پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار در وجه بیمه گر است.		