

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، هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه رازی ایجاد نمی‌کند.

تعریف 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.

تعریف 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 ناشی از حادثه بوده و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

خطرات بیمه‌شده: خسارت یا غرامت ناشی از موارد زیر جزو تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌شود.

۱. غرق شدن، مسمومیت، تاثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید. ۲. ابتلا به هاری، کزاز، سیاه‌زخم و گزیدگی. ۳. دفاع مشروع بیمه‌شده. ۴. اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر و حادثه.

## مشخصات بیمه‌گذار (حداقل سن ۱۸ سال تمام)

نام / شرکت: نام خانوادگی: نام پدر:

کد ملی / 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 عنوان شغلی مانند آزاد، کاری و کارمند و غیره قابل قبول نمی‌باشد): شغل فرعی: شغل اصلی (نوع شغل یا کار به صورت دقیق ذکر گردد عنوان شغلی مانند آزاد، کاری و کارمند و غیره قابل قبول نمی‌باشد):

نشانی منزل: نشانی محل کار: کد پستی ده رقمی: تلفن همراه: تلفن ثابت: ایمیل: 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: 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 عنوان شغلی مانند آزاد، کاری و کارمند و غیره قابل قبول نمی‌باشد): شغل فرعی: شغل اصلی (نوع شغل یا کار به صورت دقیق ذکر گردد عنوان شغلی مانند آزاد، کاری و کارمند و غیره قابل قبول نمی‌باشد):

نشانی منزل: نشانی محل کار: کد پستی ده رقمی: تلفن همراه: تلفن ثابت: ایمیل: تلفن ثابت:

## مشخصات بیمه‌نامه مورد درخواست

ردیف	نوع پوشش	سرمایه (ریال)	نرخ	حق بیمه سالانه (ریال)
۱	سرمایه فوت ناشی از حادثه			
۲	سرمایه نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی)			
۳	هزینه پزشکی ناشی از حادثه (تا سقف ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)			
۴	غرامت روزانه بیمارستانی (تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)			
۵	غرامت روزانه عمومی (تا سقف ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)			
هدایت	<input type="checkbox"/> هدایت یا سرنشینی موتور سیکلت	<input type="checkbox"/> فوتبال	<input type="checkbox"/> تیر اندازی	<input type="checkbox"/> مسافرت و مأموریت
	<input type="checkbox"/> هدایت یا سرنشینی هواپیمای آموزشی	<input type="checkbox"/> والیبال	<input type="checkbox"/> شمشیر بازی	<input type="checkbox"/> دوچرخه سواری
	<input type="checkbox"/> هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر	<input type="checkbox"/> بسکتبال	<input type="checkbox"/> سقوط آزاد	<input type="checkbox"/> ورزش‌های رزمی
	<input type="checkbox"/> پرش با چتر نجات یا هدایت کایت	<input type="checkbox"/> هندبال	<input type="checkbox"/> پرورش اندام	<input type="checkbox"/> انواع پرتاب (وزنه و...)
	<input type="checkbox"/> هدایت یا سرنشینی اتومبیل مسابقه	<input type="checkbox"/> بیسبال	<input type="checkbox"/> کوهنوردی	سایر موارد:

مدت بیمه‌نامه:  یکساله  کوتاه مدت ..... روز از ساعت ۲۴ تاریخ: تا ساعت ۲۴ تاریخ: .....

وزن بیمه‌شده: قد بیمه‌شده:

## مشخصات استفاده‌کنندگان در صورت فوت بیمه‌شده

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

استفاده‌کننده در صورت هزینه پزشکی ناشی از حادثه و نقص عضو و از کارافتادگی ناشی از حادثه بیمه‌شده خواهد بود.

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

**اظهارات کلی و وضعیت سلامتی بیمه‌شده پیشنهادی**

خبر	بلی	پرسش‌های زیر توسط بیمه‌شده پاسخ داده شود
		۱. آیا در حال حاضر فرم پیشنهاد یا بیمه‌نامه عمر و یا حوادث در جریان دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیمه‌نامه و نام شرکت بیمه و سرمایه بیمه را اعلام فرمایید.
		۲. آیا تا کنون غرامت یا هزینه درمان ناشی از حادثه از شرکت‌های بیمه‌ای دریافت نموده‌اید؟ 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 می‌باشید؟ 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، بینائی، شنوایی و تکلم شود، بوده‌اید؟ 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 شده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، به طور دقیق ناحیه آسیب دیده شده اعلام شود.
		۸. آیا در محل کارتان با مواد آتش‌زا، مواد اسیدی، مواد مخترقه و مواد مشتعل شونده کار می‌کنید؟
		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 بیماری‌های قلبی، سکت، آسم، نقرس، صرع، ناآرامی‌های عصبی، عدم تعادل روانی، افسردگی، اضطراب و هرگونه بیماری مزمنی که عود نماید، داشته‌اید؟ 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 نموده‌اید؟ در صورت مثبت بودن جواب علت معافیت پزشکی همراه بند و ماده آن ذکر گردد.
		۱۲. آیا در مجموعه وظایف شما، فعالیت‌های زیرزمینی، زیر آب، روی آب و یا خارج از محدوده محل کار می‌باشد؟
		۱۳. آیا برای انجام کار مجبور به مسافرت (هوایی، زمینی، ریلی و دریائی) می‌باشید؟ هر چند وقت یکبار و چه مناطقی مسافرت می‌کنید؟
		۱۴. آیا به ورزش حرفه‌ای می‌پردازید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نام ورزش را نام برده و مدت فعالیت را اعلام فرمائید.
		۱۵. آیا از موتورسیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، مقدار استفاده از این وسیله نقلیه اعلام گردد.
		۱۶. آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟

**تأیید اظهارات**

اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه شده) اعلام می‌نماییم که کلیه مفاد فرم پیشنهاد، شرایط عمومی بیمه‌نامه 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 حوادث و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. 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**

بدین وسیله 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: ...../...../.....

**اظهار نظر پزشک معتمد بیمه‌گر**

با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی مندرج در فرم پیشنهاد صدور بیمه‌نامه بلامانع می‌باشد؟  بله  خیر

نام، امضاء، مهر پزشک معتمد بیمه‌گر: ..... تاریخ: ...../...../.....

**اظهار نظر بیمه‌گر**

صدور بیمه‌نامه با توجه به اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه‌گری بلامانع می‌باشد؟  بله  خیر

مهر و امضاء واحد صدور: ..... تاریخ: ...../...../.....

صدور بیمه‌نامه منوط به پذیرش بیمه‌گر (شرکت بیمه رازی) و پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار در وجه بیمه‌گر می‌باشد.