

"فرم پیشنهاد بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده"

(بیمه شده اصلی به همراه همسر و فرزندان)

تعدادات	سقف تعهدات (۱)	سقف تعهدات (۲)	سقف تعهدات (۳)	سقف تعهدات (۴)	سقف تعهدات (۵)	سقف تعهدات (۶)	سقف تعهدات (۷)	سقف تعهدات (۸)	سقف تعهدات (۹)
تعدادات	با تعهد ویزیت و دارو و دندانپزشکی	با تعهد ویزیت و دارو	با تعهد ویزیت و دارو	با تعهد ویزیت و دارو	با تعهد ویزیت و دارو	با تعهد ویزیت و دارو	با تعهد ویزیت و دارو	با تعهد ویزیت و دارو	با تعهد ویزیت و دارو
بستری و جراحی عمومی و تخصصی	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰
زایمان	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع اول	-	-	-	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع دوم	-	-	-	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع سوم	-	-	-	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
عیوب انکساری	-	-	-	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
آزمایشگاه- رادیوگرافی نوار قلب و فیزیوتراپی	-	-	-	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
ویزیت و دارو	-	-	-	-	-	-	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰
دندانپزشکی	-	-	-	-	-	-	-	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
آمبولانس داخل شهری	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
آمبولانس خارج شهری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه سالانه هر نفر با فرانشیز ۳۰ درصد	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۱۵۲,۰۰۰	۵,۵۲۰,۰۰۰	۵,۹۰۴,۰۰۰	۱۱,۱۳۶,۰۰۰	۱۶,۵۸۴,۰۰۰	۸,۰۶۴,۰۰۰	۱۱,۴۲۴,۰۰۰	۲۴,۰۸۴,۰۰۰
حق بیمه سالانه هر نفر با فرانشیز ۱۰ درصد	۳,۹۰۰,۰۰۰	۵,۳۹۷,۶۰۰	۷,۱۷۶,۰۰۰	۷,۶۷۵,۲۰۰	۱۴,۴۷۶,۸۰۰	۲۱,۵۵۹,۲۰۰	۹,۷۶۳,۲۰۰	۱۳,۲۰۱,۲۰۰	۲۷,۲۰۵,۲۰۰

توضیحات: اضافه نرخ سنی برای افراد ۶۰ تا ۷۰ معادل ۵۰٪ میباشد-حدکتر سن مورد پذیرش ۷۰ سال تمام میباشد.

❖ مشخصات بیمه گذار :

نام بیمه گذار (بیمه شده اصلی) : جنسیت : کد ملی :

تاریخ تولد : نام پدر : شماره شناسنامه (ارائه تصویر کلیه صفحات شناسنامه الزامی می باشد):

آیا دارای بیمه پایه می باشید؟ بله □ خیر □ در صورتیکه پاسخ بله می باشد نام بیمه گر پایه را اعلام و تصویر صفحه مشخصات بیمه پایه را ضمیمه فرمایید.

نام بانک : نوع حساب : مالک حساب :

شماره شبا بانکی بیمه شده اصلی :

نشانی ، کد پستی و شماره همراه :

شماره بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری جاری :

نحوه پرداخت حق بیمه : سالانه (یکجا) 0 اقساطی (50 درصد نقد در شروع بیمه نامه و مابقی طی سه قسط متوالی از ماه دوم تا ماه چهارم بیمه نامه) 0

❖ مشخصات افراد خانواده :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نام پدر	کد ملی	نسبت	جنسیت

✓ تکمیل فرم پرسش نامه سلامتی جهت بیمه گذار و کلیه اعضای خانواده متقاضی پوشش بیمه الزامی میباشد .

توجه : حق بیمه سالانه هر یک از بیمه شدگان موضوع این بیمه نامه شامل 15٪ تخفیف نقدی و 10٪ تخفیف ویژه مشتریان بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری خواهد بود .

توضیحات : 1- بیمه تکمیل درمان اعضای اصلی بیمه گذار به اتفاق اعضای خانواده بر اساس صفحات شناسنامه انجام میگردد . 2- پوشش جبران هزینه های زایمان و سایر هزینه های مرتبط با بارداری با مدت دوره انتظار 9 ماه همراه میباشد(در صورت ارائه سوابق بدون وقفه بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه کارآفرین دوره انتظار قابل حذف خواهد بود .) 3- کلیه هزینه های پزشکی مشمول بیمه نامه فوق بر اساس تعرفه های مصوب وزارت بهداشت -درمان و آموزش پزشکی کشور در بخش دولتی و خصوصی ذیربط تسویه میگردد . 4- تکمیل برگه پرسشنامه سلامتی برای کلیه افراد متقاضی الزامی می باشد. در صورت انجام آزمایشات و معاینات پزشکی بیمه عمر و سرمایه گذاری در یکسال اخیر و تأیید پزشک مشاور انجام مجدد معاینات و آزمایشات پزشکی از متقاضی مربوطه منتفی خواهد بود 5- بیمه شده مذکری که در طول مدت قرارداد متاهل میگردد می بایست حداکثر ظرف مدت 30 روز از تاریخ ثبت در دفترخانه نسبت به ارائه تصویر صفحات شناسنامه و برگه پرسش نامه سلامتی به منظور تحت پوشش قرارداد همسر خود اقدام نماید ،در غیر اینصورت پوشش همسر از ابتدای قرارداد آتی خواهد بود. 6- پوشش نوزادان از بدو تولد به شرط اعلام به بیمه گر حداکثر ظرف مدت 30 روز از زمان تولد بلامانع است و بیمه گذار می باید از تاریخ تولد نسبت به تکمیل فرم پرسشنامه سلامتی و ارسال مشخصات نوزادان و گواهی غربالگری وی اقدام نماید و حق بیمه مربوطه



را مطابق صورتحساب ارسالی پرداخت نمایند. ۸- در صورت فوت هر یک از بیمه شدگان و یا طلاق همسر، نامبرده از زمان فوت یا طلاق از پوشش بیمه حذف میگردد و در صورت عدم استفاده از مزایای بیمه ای در هر سطحی حق بیمه ماههای باقی مانده تا پایان سال بیمه محاسبه و به بیمه گذار مسترد می گردد.

سقف تعهدات	فرانشیز	نحوه پرداخت حق بیمه	بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری: دارد 0 ندارد 0
------------	---------	---------------------	--

محل درج مهر و امضاء واحد عمر و سرمایه گذار تائید کننده :

محل درج امضاء و اثر انگشت بیمه گذار:

محل درج مهر و امضاء نماینده :

(امضاء شرایط عمومی توسط بیمه گذار و ضمیمه فرم پیشنهاد الزامی است.)