

## شروع ثبت نام بیمه درمان تکمیلی

(خانواده و گروهی)

### شرایط عضویت بیمه درمان تکمیلی خانواده:

\* سرپرست میبایست به همراه افراد تحت تکفل خود اقدام کند.

\* افراد مجردشاغل که دارای بیمه تامین اجتماعی هستند میتوانند بصورت انفرادی بیمه نامه درمان خریداری کنند.

### شرایط عضویت بیمه درمان گروهی :

\* حداقل 10 و حداکثر 50 نفر (داروساز + افراد تحت تکفل و پرسنل)

\* هر داروخانه بصورت جداگانه بیمه نامه خریداری می نماید.

\*\*\*\*\*

بیمه کارآفرین نمایندگی منصوری جلالی

شماره تماس جهت اطلاعات کامل تر

09173110712 جلالی

09177050709 منصوری

## "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)
بستری و جراحی عمومی و تخصصی	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
زایمان	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع اول	-	-	-	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع دوم	-	-	-	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع سوم	-	-	-	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
عیوب انکساری	-	-	-	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
آزمایشگاه-رادیوگرافی- نوارقلب و فیزیوتراپی	-	-	-	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
آمبولانس داخل شهری	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
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
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

توضیحات: اضافه نرخ سنی برای افراد ۶۰ تا ۷۰ معادل ۵۰٪ میباشد-حداکثر 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 با مدت دوره انتظار 9 ماه همراه میباشد( در صورت ارائه سوابق بدون وقفه بیمه درمان تکمیلی 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- ادامه و تداوم موضوع بیمه نامه (درمان تکمیلی اعضای خانواده) مشروط به تداوم و اعتبار بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری بیمه شده اصلی میباشد. 6- 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. 7- 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 ارسال مشخصات نوزادان و گواهی غربالگری وی اقدام نماید و حق بیمه مربوطه را مطابق صورتحساب ارسالی پرداخت نمایند. 8- 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 تأیید 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 .)

فرم پیشنهاد برای گروههای کمتر از ۵۰ نفر (بیمه درمان تکمیلی)

ردیف	تعهدات	نام طرح			
		طرح الف		طرح ب	
		سقف تعهدات (۱)	سقف تعهدات (۲)	سقف تعهدات (۳)	سقف تعهدات (۴)
۱	بستری و جراحی عمومی و تخصصی	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	زایمان	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	پارایا	-	-	-	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	پارایا	-	-	-	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	پارایا	-	-	-	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	عیوب انکساری دو چشم	-	-	-	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	آزمایشگاه، رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی	-	-	-	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	آمبولانس داخل شهری	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
۹	آمبولانس خارج شهری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
	حق بیمه سالانه هر نفر با فرانشیز ۳۰ درصد	۳,۵۴۰,۰۰۰	۴,۸۹۹,۳۶۰	۶,۵۱۳,۶۰۰	۱۹,۵۶۹,۱۲۰
	حق بیمه سالانه هر نفر با فرانشیز ۱۰ درصد	۴,۶۰۲,۰۰۰	۶,۳۶۹,۱۶۸	۸,۴۶۷,۶۸۰	۲۵,۴۳۹,۸۵۶

طرح انتخابی: الف ○ ب ○ سقف تعهدات انتخابی: (۱) ○ (۲) ○ (۳) ○ فرانشیز درخواستی: سی درصد ○ ده درصد

نام شرکت پیشنهاد دهنده (بیمه گزار): سابقه بیمه ای (با چه شرایط و نزد کدام شرکت):

سازمان بیمه گر اول: میانگین سنی پرسنل:

تعداد کلیه پرسنل شاغل: تعداد کلیه پرسنل با افراد تحت تکفل: نوع فعالیت اکثر پرسنل (%۷۰):

سرمایه مورد نظر بیمه حوادث گروهی (فوت ناشی از حادثه - نقض عضو کلی و جزئی ناشی از حادثه هر بیمه شده): ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ○ ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ○ ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ○

سرمایه مورد نظر بیمه عمر گروهی (فوت به هر علت بیمه شده): ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ○ ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ○ ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ○

نقدی ○ (در صورت پرداخت یکجا حق بیمه در ابتدای قرارداد معادل ده درصد تخفیف اعمال میگردد)

نحوه پرداخت حق بیمه: اقساطی ○ (سی درصد نقد در ابتدای قرارداد و مابقی طی شش قسط ماهیانه از ماه دوم الی ماه هفتم بیمه نامه)

مهر و امضاء نماینده: مهر و امضاء بیمه گزار

توضیحات ۱- بیمه کلیه اعضای اصلی بیمه گذار به اتفاق کلیه اعضای خانواده تحت تکفل بر اساس لیست کسورات سازمان تامین اجتماعی و یا سایر بیمه گران پایه اجباری میباشد.

۲- پوشش جبران هزینه های زایمان با مدت دوره انتظار ۹ ماه و هزینه مربوط به بیماریهای: "فتق - لوزه - گواتر - انواع سل - امراض قلبی عروقی (به استثناء سکنه و عوارض ناشی از آن) بیماری دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو و آی سی یو میشود) - صرع - پروستات - دیسک ستون فقرات - پولیپ - سینوزیت مزمن - کیست تخمدان - هیستروکتومی - سیستوسل - کتوسل - نارسائی مزمن کلیه - سنگ کلیه - کاتاراکت - بیماریهای نئوپلاستیک - ماستوئیدکتومی - سرطان - انحراف بینی (با تأیید پزشک بیمه گر) با دوره انتظار ۳ ماه میباشد.

۳- بیمه گر موافقت می نماید بیمه شدگان بیش از ۶۰ سال تا ۷۰ سال را با ۵۰ درصد افزایش و افراد بالای ۷۰ سال را با حق بیمه دو برابر تحت پوشش قرار دهد.

۴- در صورت استفاده بیمه شده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مربوطه کسر نخواهد شد.

۵- 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 ذریعته تسویه میگردد.

۶- کلیه متقاضیان می باید بر سه پرسشنامه سلامتی مربوط به این بیمه نامه را تکمیل نمایند، بیمه گر مختار به قبول و یا رد هر یک از پیشنهادات انفرادی میباشد.

۷- چنانچه صدور بیمه درمان تکمیلی گروه متقاضی همراه با صدور همزمان بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری باشد با انجام معاینات و آزمایشات اولیه در رشته عمر و سرمایه گذاری تکمیل پرسشنامه و معاینه مجدد فرد متقاضی ضروری نمیشود.