



پیشنهاد بیمه درمان خانواده

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمندیم به کلیه پرسشهای مندرج در این پیشنهاد با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه در صورت صدور آن صحت اطلاعات مندرج در این پیشنهاد و پاسخ های شما بوده و به آن استناد خواهد شد ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

الف) مشخصات بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی :	کد ملی:	شماره شناسنامه :
محل صدور :	تاریخ تولد :	شماره بیمه پایه :
شماره ثنا بیمه گذار:	نام پدر:	کد پستی:
نشانی:	نام بانک:	تلفن:
شماره بیمه نامه (بجز ثالث):		

ب) مشخصات بیمه شدگان :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد	شماره بیمه پایه	نسبت
۱								
۲								
۳								
۴								

ج) تعهدات بیمه درمان خانواده :

ردیف	نوع تعهدات	سقف تعهدات طرح ۱	سقف تعهدات طرح ۲	سقف تعهدات طرح ۳	سقف تعهدات طرح VIP	توضیحات
۱	جبران هزینه های بیمارستانی و اعمال جراحی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	به شرط بستری در بیمارستان Day Care
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی مهم با احتساب بند ۱	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	اعمال جراحی مهم
۳	جبران هزینه های پاراکلینیکی	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	تشخیصی و پاراکلینیکی
۴	جبران هزینه جراحیهای مجاز	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	اعمال سرپایی مجاز
۵	هزینه های آزمایش	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	آزمایشات تشخیصی و پزشکی
۶	جبران هزینه انتقال بیمار داخل شهر و بین شهری	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	در مواقع اورژانس

فرانشیز تمامی طرح های فوق ۳۰٪ می باشد.

اینجانب مایل به خرید طرح بیمه نامه شماره ۱ شماره ۲ شماره ۳ VIP هستم.

الف) پوشش مزاد زایمان

۷	جبران هزینه های زایمان	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین
---	------------------------	------------	------------	------------	------------	---

فرانشیز تمامی طرح های فوق ۳۰٪ می باشد.

ب) پوشش مزاد ویزیت و دارو

۸	هزینه های ویزیت و دارو	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	داروهای مجاز کشور مزاد بر سهم بیمه گر اول
---	------------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	--

ج) پوشش مزاد دندانپزشکی

۹	هزینه های دندانپزشکی	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های دندانپزشکی غیر از زیبایی و ارتودنسی
---	----------------------	-----------	-----------	-----------	------------	--

فرانشیز تمامی طرح های فوق ۳۰٪ می باشد.

توضیحات:

- هزینه ویزیت اولیه رایگان و انجام مابقی معاینات پزشکی به عهده بیمه شده می باشد.
- مدت بیمه نامه یکسال تمام می باشد.
- بر اساس دستور وزارت امور اقتصاد و دارائی، مالیات ارزش افزوده به حق بیمه های محاسبه گردیده اضافه خواهد شد.
- انجام معاینات پزشکی برای افراد بالای ۳۵ سال و زیر یکسال اجباری و برای افراد زیر ۳۵ سال منوط به صلاحدید پزشک معتمد شرکت می باشد.

تخفیفات شامل موارد ذیل می باشد:

- در صورتیکه بیمه شده دارای بیمه پایه باشد حق بیمه مشمول ۵٪ تخفیف خواهند بود.
- بیمه شدگان با دارا بودن هر نوع پوشش بیمه ای از شرکت بیمه ملت (بجز بیمه نامه شخص ثالث) در پرداخت حق بیمه مشمول ۵٪ تخفیف خواهند بود.
- در صورت پرداخت یکجا حق بیمه (حق بیمه بیش از ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال)، بیمه گذار مشمول ۱۰٪ تخفیف خواهد بود.
- در صورتیکه بیمه شده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه ملت استفاده نماید در مبلغ فرانشیز مشمول ۱۰٪ تخفیف می گردد.
- در تمامی طرح ها (به غیر از طرح VIP) داشتن بیمه پایه الزامی می باشد. در تمامی طرح های فوق (به غیر از VIP) بیمه گر تنها هزینه های بیمارستانی و جراحی و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگانی را تحت پوشش قرار می دهد که از بیمه پایه استفاده نموده باشند.

این قسمت پس از تکمیل فرم پرسشنامه سلامتی، انجام معاینات و آزمایشات لازم و ارائه نظریه پزشک معتمد، توسط بیمه گر تکمیل می گردد.

براساس پیشنهاد مورخ:.....، بیمه گذار بیمه درمان
خانواده به شماره..... صادره و به نامبرده تحویل و
حق بیمه طی فیش / حواله شماره..... مورخ:.....
بانک..... شعبه..... دریافت شده است.

تعداد بیمه شدگان درمان خانواده:..... نفر
حق بیمه کل بیمه شدگان..... ریال
مالیات ارزش افزوده..... ریال
تخفیفات..... ریال
جمع کل قابل پرداخت..... ریال

شرکت بیمه ملت: اداره صدور درمان

نام بیمه گذار:.....

کد نمایندگی / ستاد:.....

امضای بیمه گذار:.....

مهر و امضاء:.....