

نام و نام خانوادگی: نام پدر: محل تولد: تاریخ تولد:/...../.....
 شماره شناسنامه: کد ملی: - جنسیت: مرد زن وضعیت تأهل: متأهل مجرد
 پست الکترونیک:
 نشانی محل سکونت: استان: شهر: آدرس:
 کد پستی ۱۰ رقمی: کد و تلفن منزل: تلفن همراه:
 نام و نشانی محل کار: کد و تلفن محل کار:
 آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ خیر بله در صورت مثبت بودن پاسخ چند بار در هفته:

طرح درخواستی: پلاتین طلایی نقره‌ای برنزی مدت بیمه‌نامه: ۹۰ روز ۱۸۰ روز ۳۶۵ روز

سقف تعهدات طرح‌ها و پوشش‌ها					
پوشش‌ها	سقف تعهدات (ریال)	پلاتین	طلایی	نقره‌ای	برنزی
سرمایه فوت، نقص عضو و از کارافتادگی ناشی از حادثه	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
هزینه پزشکی ناشی از حادثه	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
گرامت روزانه بستری بیمارستانی (بمدت یک ماه)	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰

حق بیمه طرح‌ها و مدت بیمه‌نامه					
مدت بیمه‌نامه	حق بیمه (ریال)	پلاتین	طلایی	نقره‌ای	برنزی
۳۶۵ روزه	۶,۴۴۰,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰	۲,۵۰۱,۰۰۰	۱,۶۷۵,۰۰۰	۱,۶۷۵,۰۰۰
۱۸۰ روزه	۴,۶۵۲,۹۰۰	۲,۵۱۴,۳۰۰	۱,۸۰۶,۹۷۳	۱,۲۱۰,۱۸۷	۱,۲۱۰,۱۸۷
۹۰ روزه	۲,۵۷۶,۰۰۰	۱,۳۹۲,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۶۷۰,۰۰۰	۶۷۰,۰۰۰

* برای سنین ۵ تا ۷۵ سال * پرداخت حق بیمه به صورت یکجا * حق بیمه بدون احتساب مالیات بر ارزش افزوده
 * پوشش فوت، نقص عضو، هزینه پزشکی و گرامت روزانه بستری علاوه بر موارد حادثی، بیماری کروناویروس را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد.
 * دوره انتظار برای پوشش فوت در اثر بیماری کروناویروس COVID19 در این بیمه‌نامه ۱۴ روز از تاریخ صدور آن می‌باشد. شایان ذکر است

استفاده کنندگان از منافع بیمه‌نامه در صورت حیات بیمه‌شده: بیمه‌گذار/ بیمه‌شده

استفاده کنندگان از منافع بیمه‌نامه در صورت فوت بیمه‌شده: وراثت قانونی

نام و امضای عامل صدور:

نام و امضای بیمه‌گذار/ بیمه‌شده:

آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بله خیر

آیا بیمه درمان یا حوادث دارید؟ بله خیر

آیا خدمت سربازی انجام داده‌اید؟ بله خیر

آیا تاکنون عمل جراحی داشته‌اید؟ بله خیر

چنانچه دارای نقص عضوهای زیر می‌باشید لطفاً مشخص نمایید: کمری فلج خشکی مفاصل فتق تغییر شکل یا قطع اعضاء

در صورت مثبت بودن کدام عضو:

آیا تاکنون تست کروناویروس COVID19 داده‌اید؟ بله خیر

آیا سابقه ابتلاء به کروناویروس COVID19 و درمان این بیماری را داشته‌اید؟ بله خیر

انحرافات ستون فقرات نابینایی از یک چشم نابینایی از دو چشم

آیا عینک طبی به کار می‌برید؟ بله خیر

چه نمره‌ای: از چه تاریخی:

قد: وزن:

آیا تاکنون در اثر حادثه مجروح شده‌اید؟ بله خیر

آیا تاکنون از شرکت‌های بیمه خسارت حادثه دریافت کرده‌اید؟ بله خیر

کدام شرکت: چه تاریخی: / / چه مبلغی:

در صورتی که به هر یک از بیماری‌های ذیل مبتلا می‌باشید پاسخ و توضیح دهید:

سرع بیماری قلبی بیماری مغزی آسم دیابت فشار خون فلج هموفیلی سرطان

به غیر از بیماری‌هایی که در بالا قید شده چنانچه به بیماری دیگری مبتلا می‌باشید لطفاً توضیح دهید.

نام بیماری: درمان دارویی یا جراحی: تاریخ شروع بیماری: / /

نام پزشک: وضعیت کنونی بیماری: تاریخ خاتمه بیماری: / /

اینجانب به کلیه پرسش‌های فوق به نحو کامل و با صداقت پاسخ داده و در صورت هرگونه اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند

نسبت به لغو بیمه‌نامه اقدام نماید و متعهد می‌شوم در صورت اشتغال به موارد مندرج در «پوشش‌های اضافی» این پرسشنامه مراتب را کتباً و در اسرع وقت به

بیمه‌گر اعلام نمایم.

نام و امضاء بیمه‌گذار/ بیمه‌شده: نام و کد نماینده/ کارگزار:

تاریخ: / / تاریخ: / /

نام و امضاء عامل صدور:

تاریخ: / / ساعت:

نام و امضاء بیمه‌گذار/ بیمه‌شده:

تاریخ: / / ساعت: