



# پیشنهاد بیمه "تأمین آتیه و درمان خانواده"

اینجانب با آگاهی و اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه فوق الذکر تقاضای صدور بیمه تأمین آتیه (مان) و درمان خانواده را طبق مندرجات پیشنهادهای ذیربط دارم.

## الف: پیشنهاد بیمه درمان

تاریخ پیشنهاد: مدت بیمه نامه: یکسال کد واحد صدور:

توجه: سن بیمه شده اصلی (سرپرست خانواده) نمی تواند کمتر از 18 سال باشد.

## مشخصات بیمه گذار

بیمه گذار: کد ملی / شماره ثبت: شغل / کد اقتصادی:

نشانی: کد پستی: تلفن:

## مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست خانواده)

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی: تاریخ تولد:

نام بیمه گر پایه: شماره دفترچه: محل صدور: شغل: نام بانک و ش حساب:

نشانی: تلفن همراه: کد پستی:

## مشخصات افراد تحت تکفل (خانواده)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	تاریخ تولد	ش شناسنامه	کد ملی	شغل	نام بیمه گر پایه و شماره
------	--------------------	------	------------	------------	--------	-----	--------------------------

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

حق بیمه سالیانه تا سن 60 سال هرنفر (ریال)	تعهدات بیمه درمان	نوع پوشش بیمه ای
2,865,600 ریال	الف- جبران هزینه های بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE برای هرنفرد سال 250,000,000 ریال. تبصره: اعمال جراحی DAY CARE به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی ، کمتر از یک روز باشد . ب- جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی که نهایتاً "منجر به بستری شدن در بیمارستان گردد، داخل شهری تا 500,000 ریال و بین شهری تا 1,000,000 ریال و از محل بند الف پرداخت می گردد.	هزینه های بستری تا مبلغ 250,000,000 ریال

توضیح 1: در صورت استفاده هر یک از اعضای خانواده از مزایای این بیمه نامه ، امکان افزایش تعهدات در تمدید بیمه نامه سال بعد وجود ندارد

توضیح 2: بیمه درمان خانواده با تعهدات فوق الذکر الزاماً" به همراه بیمه نامه تأمین آتیه ( مان ) سرپرست خانواده ، با سرمایه حداقل 500,000 ریال قابل ارائه می باشد .

ب : پیشنهاد بیمه تأمین آتیه ( مان ) :

پیشنهاد بیمه تأمین آتیه ( مان ) ضمیمه این برگه می باشد که بیمه گذار/ بیمه شده اصلی باید آن را تکمیل نموده و جزء لاینفک پیشنهاد بیمه "آتیه و درمان خانواده" می باشد.

اینجانب بیمه گذار/ بیمه شده اصلی امضا کننده این پیشنهاد اعلام می دارم که به کلیه پرسشهای مندرج در پیشنهادهاى مربوطه و پرسشنامه سلامت با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و مطلع هستم که هر گونه اظهارخلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قراردادهای بیمه درمان و تأمین آتیه ( مان ) و از دست دادن مزایای آنها خواهد شد . در ضمن بیمه گریا پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند هر گونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شدگان مورد نیاز باشد، کسب نمایند . بدیهی است در صورت درخواست ، موظف به ارائه مدارک مورد نیاز به بیمه گر می باشم .

نام و امضای بیمه شده اصلی :

نام و امضای بیمه گذار:

تاریخ تکمیل پیشنهاد :