



پیشنهاد بیمه "تأمین آتیه و درمان خانواده"

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

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 : محل صدور : کد ملی :

تاریخ تولد: نام بیمه گر پایه : شماره دفترچه : 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

دفترچه

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

حق بیمه سالیانه تا سن 60 سال هرنفر (ریال)	تعهدات بیمه درمان	نوع پوشش بیمه ای
2,505,600 ریال	الف- جبران هزینه های بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE برای هرنفرد در سال 150,000,000 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 150,000,000 ریال

توضیح 1: در صورت استفاده هریک 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 حق بیمه 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 :