

فرم پیشنهاد بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده (بیمه شده اصلی به همراه همسر و فرزندان)

نماینده/کارگزار:

کد نماینده:

تاریخ تکمیل:

نام و نام خانوادگی: کدملی: شماره شناسنامه: مرد زن متاهل مجرد
 نام پدر: تاریخ تولد: محل صدور: تلفن ثابت: تلفن همراه:
 آدرس منزل: کد اقتصادی:
 آدرس محل کار: کدپستی:

بیمه گذار

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 فرمائید.)

نام بانک:

نوع حساب:

شماره حساب:

مالک حساب:

شماره شبا بانکی بیمه شده اصلی: IR

مشخصات بانکی

مشخصات افراد خانواده:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کدملی	نسبت	جنسیت
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

❖ تکمیل فرم پرسش نامه سلامتی جهت بیمه گذار و کلیه اعضای خانواده متقاضی پوشش بیمه الزامی می باشد.

❖ با توجه به جدول صفحه دوم مورد ذیل را کامل بفرمایید.

بیمه عمر و سرمایه گذاری دارد ندارد

شماره بیمه نامه:

نحوه پرداخت حق بیمه

سالانه (یکجا) طرح تمدیدی حمایتی سالانه (یکجا)

اقساطی (طبق شرایط مشخص شده توسط شعبه و نماینده فروش)

فرانشیز

۱۰ درصد

۳۰ درصد

طرح انتخابی

❖ این قسمت توسط بیمه گذاران تمدیدی بدون وقفه می بایست تکمیل گردد:

❖ آیا در یک سال گذشته در بیمارستان بستری شده اید و یا تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر بله

توضیحات در صورتیکه پاسخ بله می باشد:

❖ بیمه گذار محترم لطفا توضیحات ارائه شده در صفحه دوم را مطالعه بفرمایید.

مهر و امضای نماینده/کارگزار:

تاریخ:

محل درج مهر و امضاء واحد عمر و سرمایه گذاری تایید کننده:

تاریخ:

امضا و اثر انگشت بیمه گذار:

(امضاء شرایط عمومی توسط بیمه گذار الزامی است.)

تاریخ:

تعهدات	سقف تعهدات (۱)	سقف تعهدات (۲)	سقف تعهدات (۳)	سقف تعهدات (۴)	سقف تعهدات (۵)	سقف تعهدات (۶)	سقف تعهدات (۷)	سقف تعهدات (۸)	سقف تعهدات (۹ (VIP)	سقف تعهدات طرح جمعی (۱)	سقف تعهدات طرح جمعی (۲)
بستری و جراحی عمومی و تخصصی	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
زایمان	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	-
پاراکلینیکی نوع اول	-	-	-	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع دوم	-	-	-	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
آزمایشگاه/رادیو گرافی/نوار قلب/ فیزیوتراپی	-	-	-	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع سوم	-	-	-	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
عیوب انکساری	-	-	-	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	-
ویزیت و دارو	-	-	-	-	-	-	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	-	-
دندانپزشکی	-	-	-	-	-	-	-	۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	-	-
آمبولانس داخلی شهری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
آمبولانس خارجی شهری	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه سالانه هر نفر با فرانشیز ۳۰ درصد	۴,۴۱۴,۵۰۰	۶,۱۰۹,۶۶۸	۸,۱۲۲,۶۸۰	۸,۶۸۷,۷۳۶	۱۷,۴۴۶,۱۰۴	۲۵,۷۲۷,۷۰۶	۱۱,۸۶۶,۱۷۶	۲۲,۵۴۹,۴۴۳	۴۶,۸۵۸,۵۰۵	۱۳,۲۴۳,۵۰۰	۷,۹۶۳,۷۵۸
حق بیمه سالانه هر نفر با فرانشیز ۱۰ درصد	۵,۷۳۸,۸۵۰	۷,۹۴۲,۵۶۸	۱۰,۵۵۹,۴۸۴	۱۱,۲۹۴,۰۵۷	۲۲,۶۷۹,۹۳۵	۳۳,۴۴۶,۰۱۸	۱۴,۳۶۶,۵۴۹	۲۵,۰۷۶,۲۰۲	۵۲,۰۸۷,۰۳۹	-	۱۰,۳۵۲,۸۸۵

توضیحات:

- ۱- حق بیمه های اعلام شده با احتساب ۹ درصد مالیات بر ارزش افزوده می باشد.
- ۲- اضافه نرخ سنی برای افراد ۶۰ تا ۷۰ سال در طرح ۱ تا ۹ معادل ۵۰ درصد می باشد و در طرح تمدیدی حمایتی معادل ۲۵ درصد می باشد.
- ۳- حداکثر سن مورد پذیرش ۷۰ سال تمام می باشد.
- ۴- از زمان شروع بیمه نامه تا شش ماه امکان صدور معرفی نامه به صورت الکترونیک وجود ندارد. شایان ذکر است این موضوع جهت بیمه نامه های تمدیدی بدون وقفه مربوط به این شرکت لحاظ نمی گردد.
- ۵- همچنین جهت کلیه بیمه شدگانی که به صورت مشروط بیمه شده اند امکان صدور معرفی نامه تا پایان قرارداد فراهم نمی باشد.
- ۶- تخفیفات قابل اعمال: ۳۰ درصد تخفیف برای بیمه نامه های تمدیدی بدون خسارت، ۲۰ درصد تخفیف برای بیمه نامه های تمدیدی با ضریب خسارت کمتر از ۲۰ درصد، ۱۵ درصد تخفیف برای بیمه نامه های تمدیدی با ضریب خسارت بین ۲۰ تا ۵۰ درصد، ۱۱ درصد و بیمه گذاران جدید (سال اول).
- ۷- حق بیمه سالانه هر یک از بیمه شدگان موضوع این بیمه نامه برای طرح ۱ تا ۱۲ شامل ۱۵ درصد تخفیف نقدی خواهد بود.
- ۸- بیمه تکمیل درمان اعضای اصلی بیمه گذار به اتفاق اعضای خانواده بر اساس صفحات شناسنامه انجام می گردد.
- ۹- پوشش جبران هزینه های زایمان و سایر هزینه های مربوط به بارداری با مدت دوره انتظار ۹ ماه همراه می باشد. (در صورت ارائه سوابق بدون وقفه بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه کارآفرین دوره انتظار قابل حذف خواهد بود)
- ۱۰- 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 می گردد.
- ۱۱- تکمیل برگه پرسشنامه سلامتی برای کلیه افراد متقاضی به استثناء بیمه شدگانی که بدون وقفه نسبت به تمدید بیمه نامه اقدام نموده باشند الزامی می باشد.
- ۱۲- بیمه شده مذکری که در طول مدت قرارداد متاهل می گردد می تواند پس از ثبت در دفترخانه نسبت به ارائه تصویر صفحات شناسنامه و برگه پرسش نامه سلامتی به منظور پوشش همسر خود اقدام نماید. شایان ذکر است پوشش بیمه ای پس از پرداخت حق بیمه آغاز می گردد.
- ۱۳- پوشش نوزادان به شرط اعلام به بیمه گر پس از ارسال مشخصات نوزاد و تکمیل پرسشنامه سلامتی و پرداخت حق بیمه بلامانع می باشد.
- ۱۴- در صورت فوت هر یک از بیمه شدگان و یا طلاق همسر؛ نامبرده از زمان فوت یا طلاق از پوشش بیمه حذف می گردد و در صورت عدم استفاده از مزایای بیمه ای در هر سطحی حق بیمه ماه های باقی مانده تا پایان سال بیمه محاسبه و به بیمه گذار مسترد می گردد.
- ۱۵- موارد اعلام نشده در شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه، تابع شرایط عمومی بیمه درمان مورد عمل بیمه گر عرف بیمه و مصوبات هیئت وزیران و وزارت بهداشت در این خصوص خواهد بود. (متن کامل آن در سایت شرکت به آدرس www.karafarin-insurance.ir موجود می باشد).

امضای بیمه گذار

تاریخ:/...../.....