



### فرم پیشنهاد پوشش های خانواده آرمانی

شماره سند: FM-BM-05/01

تاریخ: ۱۳۹۹ / ۰۵ / ۰۷

پیوست: دارد

صفحه: ۱ از ۲

#### اطلاعات بیمه گذار و افراد تحت تکفل:

نام و نام خانوادگی سر پرست خانواده:

کد ملی:

تلفن ثابت/تلفن همراه:

آدرس محل سکونت / کد پستی:

محل صدور شناسنامه / محل تولد:

تعداد اعضاء تحت تکفل:

تاریخ تولد سرپرست خانواده:

نام و نام خانوادگی همسر:	نام پدر:	کد ملی:
نام و نام خانوادگی فرزند اول:	نام پدر:	کد ملی:
نام و نام خانوادگی فرزند دوم:	نام پدر:	کد ملی:

#### طرح های خانواده آرمانی

طرح برلیان		طرح زمرد		طرح فیروزه	
ردیف	پوشش	ردیف	پوشش	ردیف	پوشش
۱	بستری بیمارستانی و جراحی	۱	بستری بیمارستانی و جراحی	۱	بستری بیمارستانی و جراحی
۲	هزینه آمبولانس	۲	هزینه آمبولانس	۲	هزینه آمبولانس
۳	هزینه های سرپایی	۳	هزینه های سرپایی	۳	هزینه های سرپایی
۴	دارو	۴	دارو	۴	دارو
۵	زایمان (از سال دوم)	۵	زایمان (از سال دوم)	۴	زایمان (از سال دوم)
۶	دندانپزشکی	۶	دندانپزشکی	۵	سرمایه بیمه بدنه
۷	سرمایه بیمه بدنه خودرو تا سقف	۷	سرمایه بیمه بدنه خودرو تا سقف	۵	سرمایه بیمه بدنه خودرو تا سقف
۸	ساختمان با پوششهای آسا و سیل و زلزله	۸	ساختمان با پوششهای آسا و سیل و زلزله	۶	ساختمان با پوششهای آسا و سیل و زلزله
۹	اثاثه	۹	اثاثه	۷	اثاثه
۱۰	سرقت اثاثه	۱۰	سرقت اثاثه	۷	اثاثه
۱۱	اسکان موقت	۱۱	اسکان موقت	۸	فوت به هر علت سرپرست خانواده (با پوشش بیماری کرونا)
۱۲	مسئولیت در قبال همسایگان	۱۲	فوت به هر علت سرپرست خانواده (با پوشش بیماری کرونا)	۹	فوت ناشی از حادثه سرپرست خانواده
۱۳	فوت به هر علت سرپرست خانواده (با پوشش بیماری کرونا)	۱۳	فوت ناشی از حادثه سرپرست خانواده	۱۰	نقص عضو و از کار افتادگی کلی و دائم سرپرست خانواده
۱۴	فوت ناشی از حادثه سرپرست خانواده	۱۴	نقص عضو و از کار افتادگی کلی و دائم سرپرست خانواده	۱۱	پرداخت غرامت روزانه ایام بستری در بیمارستان سرپرست خانواده در اثر بیماری کرونا حداکثر به مدت ۱۵ روز
۱۵	نقص عضو و از کار افتادگی کلی و دائم سرپرست خانواده	۱۵	پرداخت غرامت روزانه ایام بستری در بیمارستان سرپرست خانواده در اثر بیماری کرونا حداکثر به مدت ۱۵ روز	حق بیمه (ریال)	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۶	پرداخت غرامت روزانه ایام بستری در بیمارستان سرپرست خانواده در اثر بیماری کرونا حداکثر به مدت ۱۵ روز	حق بیمه (ریال)	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	حق بیمه (ریال)	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه (ریال)	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	حق بیمه (ریال)	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	حق بیمه (ریال)	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰

طرح انتخابی:  فیروزه  زمرد  برلیان



## فرم پیشنهاد پوشش های خانواده آرمانی

شماره سند: FM-BM-05/01

تاریخ: ۱۳۹۹ / ۰۵ / ۰۷

پیوست: دارد

صفحه: ۲ از ۲

اطلاعات خودرو:		سوالات عمومی و پزشکی:
۸- تعداد سرنشین خودرو:	۱- شماره پلاک خودرو:	۱- آیا در حال حاضر هر یک از اعضای خانواده سالم می باشید؟ (لطفا در صورت منفی بودن پاسخ، نامه بیمه شده، نوع بیماری و سابقه درمان را شرح دهید)
۹- تعداد سیلندر خودرو:	۲- نوع پلاک:	۲- در طی سه سال گذشته هر یک از اعضای خانواده در بیمارستان و یا مرکز مشابه بستری بوده اند؟ (لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه شده و نوع بیماری و نوع درمان را توضیح دهید)
۱۰- شماره موتور خودرو:	۳- نوع خودرو:	۳- آیا به هر یک از اعضای خانواده توصیه شده است که تحت عمل جراحی یا درمان طبی قرار بگیرند؟ (لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه شده و نوع درمان را توضیح دهید)
۱۱- شماره شاسی خودرو:	۴- سیستم خودرو:	۴- آیا در حال حاضر هر یک از اعضای خانواده از دارو برای مداوا بیماری مزمن استفاده کرده یا می کنند؟ (لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه شده و نوع درمان را توضیح دهید)
۱۲- ارزش خودرو:	۵- تیپ خودرو:	۵- آیا هر یک از اعضای خانواده در یکسال اخیر کاهش یا افزایش وزن غیرمتعارف داشته اند؟ (لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه شده را ذکر نمایید)
۱۳- نام مالک خودرو:	۶- رنگ خودرو:	۶- آیا هر یک از اعضای خانواده از هرگونه مواد دخانی یا... استفاده می نمایند؟ (لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه شده، نوع و میزان مواد مصرفی را ذکر نمایید)
۱۴- vin خودرو:	۷- مدل خودرو:	۷- آیا هر یک از اعضای خانواده دچار نقص عضو و یا از کار افتادگی هستند؟ (لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه شده را ذکر نمایید)
۸- تعداد سرنشین خودرو:	۱- شماره پلاک خودرو:	
۹- تعداد سیلندر خودرو:	۲- نوع پلاک:	
۱۰- شماره موتور خودرو:	۳- نوع خودرو:	
۱۱- شماره شاسی خودرو:	۴- سیستم خودرو:	
۱۲- ارزش خودرو:	۵- تیپ خودرو:	
۱۳- نام مالک خودرو:	۶- رنگ خودرو:	
۱۴- vin خودرو:	۷- مدل خودرو:	

شرایط پوشش ها:	
۱- بیمه شدگان شامل بیمه شده اصلی (سرپرست خانوار) و اعضای خانواده ایشان اعم از همسر، فرزندان بیمه شده اصلی می باشد. (حداکثر ۴ نفر و بیش از ۴ نفر با پرداخت حق بیمه اضافی در پوششهای درمان تکمیلی)	۸- دوره انتظار برای کلیه بیماریهای مزمن در پوششهای درمان تکمیلی: ۶ ماه شامل: فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، انواع آنتروسل، واریکوسل، جراحی کلیه، نارسایی مزمن کلیه، سنگ کلیه، سنگ کیسه صفرا، ماستوئیدکتومی، کاتاراکت، جراحی قلب و عروق، انواع بیماریهای نئوپلاستیک، دیابت، سینوزیت، استرابیسم، میومکتومی، پیوند اعضا بدن
۲- حداکثر سن بیمه شده ۵۵ سال کامل است.	۹- فرانشیز هزینه های درمانی ۳۰٪ می باشد.
۳- پوشش های ارائه شده درمان تکمیلی برای کلیه اعضای خانواده و تا سقف پوشش قابل استفاده می باشد.	۱۰- فرانشیز پوشش های منزل مسکونی در زلزله و آتشفشان ۱۵ در سایر پوشش ها ۲۰ درصد می باشد.
۴- هزینه های سرپایی شامل: خدمات پاراکلینیکی - جراحی های های سرپایی مجاز و خدمات آمایشگاهی می باشد.	۱۱- پوشش های بدنه خودرو به شرط بازدید و پس از انجام (حد اکثر ۴۸ ساعت) قابل اعتبار خواهد بود.
۵- هزینه های ایمپلنت و ارتودنسی جزء تعهدات نمی باشد.	
۶- دوره انتظار برای کلیه بیماریها و هزینه های درمان تکمیلی و عمر و حوادث: ۲ ماه	
۷- دوره انتظار برای سزارین و زایمان: ۱۲ ماه	

اینجانب .....(بیمه گذار) و امضاء کننده در مورخ ..... این درخواست اعلام می دارم که از مقررات و شرایط بیمه نامه اطلاع کامل نموده و درخواست صدور بیمه نامه خانواده آرمانی طرح ..... را طبق ضوابط و مقررات بیمه گری را دارم.

نام و امضاء عامل فروش

تاریخ

نام و امضاء بیمه گذار

تاریخ