



فرم پیشنهاد پوشش‌های خانواده آرمانی

شماره سند: FM-BM-05/02

تاریخ: / / ۱۴

پیوست: دارد

صفحه: ۱ از ۲

اطلاعات بیمه‌گذار و افراد تحت تکفل:

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار / بیمه‌شده اصلی (سرپرست خانواده):

محل صدور شناسنامه / محل تولد:

کد ملی:

تعداد اعضاء تحت تکفل:

تلفن ثابت / تلفن همراه:

تاریخ تولد سرپرست خانواده:

آدرس محل سکونت / کد پستی:

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

طرح‌های خانواده آرمانی

ردیف	موارد تحت پوشش	طرح فیروزه	طرح زمرد	طرح برلیان
۱	بیمارستانی و جراحی محدود	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	شیمی درمانی و اعمال جراحی مهم	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	زایمان طبیعی و سزارین	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	ناباروری و نازایی	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	رادیوگرافی، آنژیوگرافی، سونوگرافی و ...	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی و ...	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	خدمات آزمایشگاهی	۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کار درمانی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۹	ویزیت و دارو و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	سرپایی یا بستری دندانپزشکی و جراحی لثه	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	خرید عینک طبی یا لنز طبی با تجویز چشم پزشک	۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جراحی رفع عیوب انکساری چشم	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	خرید سمعک	۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی و ...	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	آمبولانس درون شهری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰
۱۶	آمبولانس بین شهری	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۷	سرمایه بیمه بدنه خودرو تا سقف	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۸	ساختمان با پوشش آصا، سیل و زلزله	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۹	فوت سرپرست خانواده به هر علت و نقص عضو در اثر حادثه	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲۰	نقص عضو همسر و فرزند در اثر حادثه	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
هزینه طرح		۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰

طرح انتخابی

فیروزه‌ای زمرد برلیان



فرم پیشنهاد پوشش‌های خانواده آرمانی

شماره سند: FM-BM-05/02

تاریخ: / / ۱۴

پیوست: دارد

صفحه: ۲ از ۲

سوالات عمومی و پزشکی:

اطلاعات خودرو اول

۱- شماره پلاک خودرو:	۸- تعداد سرنشین خودرو:
۲- نوع پلاک:	۹- تعداد سیلندر خودرو:
۳- نوع خودرو:	۱۰- شماره موتور خودرو:
۴- سیستم خودرو:	۱۱- شماره شاسی خودرو:
۵- تیپ خودرو:	۱۲- ارزش خودرو:
۶- رنگ خودرو:	۱۳- نام مالک خودرو:
۷- مدل خودرو:	۱۴- vin خودرو:

- آیا در حال حاضر هر یک از اعضای خانواده سالم می باشید؟
(لطفاً در صورت منفی بودن پاسخ، نام بیمه‌شده، نوع بیماری و سابقه درمان را شرح دهید.)
- در طی سه سال گذشته هر یک از اعضای خانواده در بیمارستان و یا مرکز مشابه بستری بوده اند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌شده و نوع بیماری و نوع درمان را توضیح دهید.)
- آیا به هر یک از اعضای خانواده توصیه شده است که تحت عمل جراحی یا درمان طبی قرار بگیرند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌شده و نوع درمان را توضیح دهید.)
- آیا در حال حاضر هر یک از اعضای خانواده از دارو برای مداوای بیماری مزمن استفاده کرده یا می‌کنند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌شده و نوع درمان را توضیح دهید.)

اطلاعات خودرو دوم

۱- شماره پلاک خودرو:	۸- تعداد سرنشین خودرو:
۲- نوع پلاک:	۹- تعداد سیلندر خودرو:
۳- نوع خودرو:	۱۰- شماره موتور خودرو:
۴- سیستم خودرو:	۱۱- شماره شاسی خودرو:
۵- تیپ خودرو:	۱۲- ارزش خودرو:
۶- رنگ خودرو:	۱۳- نام مالک خودرو:
۷- مدل خودرو:	۱۴- vin خودرو:

- آیا هر یک از اعضای خانواده در یکسال اخیر کاهش یا افزایش وزن غیرمتعارف داشته اند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌شده را ذکر نمایید.)
- آیا هر یک از اعضای خانواده از هرگونه مواد دخانی یا... استفاده می نمایند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌شده، نوع و میزان مواد مصرفی را ذکر نمایید.)
- آیا هر یک از اعضای خانواده دچار نقص عضو و یا از کار افتادگی هستند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌شده را ذکر نمایید.)
- آیا هر یک از اعضای خانواده در حال حاضر نیاز به اعمال جراحی یا خدمات تشخیصی دارند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌شده نوع خدمات مورد نیاز را ذکر نمایید.)
- آیا در بین بیمه شدگان فرد باردار حضور دارد؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌شده را ذکر نمایید.)

شرایط پوشی ها:

- بیمه‌شدگان شامل بیمه‌شده اصلی (سرپرست خانوار) و اعضای خانواده ایشان اعم از همسر، فرزندان بیمه‌شده اصلی می‌باشد. (حداکثر ۴ نفر و بیش از ۴ نفر ۳۰٪ حق بیمه در بخش درمان اضافه خواهد شد.)
- حداکثر سن بیمه‌شده ۶۰ سال کامل است.
- پوشش‌های ارائه شده درمان تکمیلی برای کلیه اعضای خانواده و تا سقف پوشش قابل استفاده می‌باشد.
- هزینه‌های ایمپلنت و ارتودنسی جزء تعهدات نمی‌باشد.
- دوره انتظار برای سزارین و زایمان: ۹ ماه
- پوشش افراد متأهل بصورت انفرادی میسر نمی‌باشد و پوشش‌های ارائه شده درمان تکمیلی برای کلیه اعضای خانواده تا سقف پوشش قابل استفاده می‌باشد.
- فرانشیز درمان ۳۰ درصد می‌باشد.

- دوره انتظار برای کلیه بیماری‌های مزمن در پوشش‌های درمان تکمیلی ۶ ماه می‌باشد که شامل: فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، انواع آنژیوسل، واریکوسل، جراحی کلیه، نارسائی مزمن کلیه، سنگ کلیه، سنگ کیسه صفرا، ماستویید کتومی، جراحی قلب و عروق، هیستریکتومی، انواع بیماری‌های نئوپلاستیک، سینوزیت، میومکتومی، پیوند اعضای بدن، آسم، سینوسل و کاتاراکت، دیابت.
- در صورت نداشتن بیمه پایه ۲۰ درصد به حق بیمه سالانه افزوده می‌شود.
- فرانشیز پوشش‌های منزل مسکونی در زلزله، آتشفشان و سیل ۱۵ درصد و در سایر پوشش ها ۲۰ درصد می‌باشد.
- پوشش‌های بدنه خودرو به شرط بازدید و پس از انجام (حداکثر ۴۸ ساعت) قابل اعتبار خواهد بود.
- فرزندانی که پس از تاریخ شروع این بیمه‌نامه متولد می‌شوند پس از تأیید بیمه‌گر تحت پوشش قرار می‌گیرند

اینجانب (بیمه‌گذار) و امضاءکننده تعهد می‌نمایم که به تمام سؤالات این پرسشنامه با صداقت و اطلاع از شرایط و مقررات بیمه‌نامه پاسخ داده‌ام و با توجه به اینکه این پرسشنامه اساس پوشش‌های بیمه‌ای اینجانب می‌باشد با اطلاع از ماده ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه، اذعان می‌دارم از هرگونه اظهار خلاف واقع و یا خودداری اینجانب از بیان واقعیت باعث ابطال یا سلب تمام یا بخشی از تعهد بیمه‌گر خواهد شد و شرکت بیمه آرمان موظف به پرداخت خسارت به اینجانب نخواهد بود.

نام و امضاء عامل فروش

تاریخ

نام و امضاء بیمه‌گذار / بیمه‌شده اصلی

تاریخ