



فرم پیشنهاد درمان انفرادی / خانواده

شماره سند: FM-HI-69/01

تاریخ: / / ۱۴

پیوست:

صفحه: ۱ از ۲

اطلاعات بیمه گذار و افراد تحت تکفل:

نام و نام خانوادگی بیمه گذار / بیمه شده اصلی (سرپرست خانواده):

محل صدور شناسنامه / محل تولد:

کد ملی:

تعداد اعضاء تحت تکفل:

تلفن ثابت/تلفن همراه:

آدرس محل سکونت / کد پستی:

وضعیت تأهل: مجرد متأهل

قد: وزن:

* در صورت انتخاب وضعیت مجرد نیاز به تکمیل جدول ذیل نمی باشد.

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:

طرح های 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 آندوسکوپي، 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	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	آمبولانس درون شهری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
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 آسا، 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
۲۱	سالیانه خالص هر نفر (سن ۰ تا ۱۵ سال)	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰
۲۲	سالیانه خالص هر نفر (۱۶ تا ۵۰ سال)	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰
۲۳	سالیانه خالص هر نفر (۵۱ تا ۶۰ سال)	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۳,۰۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰

طرح انتخابی

فیروزه ای

زمرد

برلیان



فرم پیشنهاد درمان انفرادی / خانواده

شماره سند: FM-HI-69/01

تاریخ: / / ۱۴

پیوست:

صفحه: ۲ از ۲

سوالات عمومی و پزشکی:

- (۱) فرانشیز: ۳۰ درصد
- (۲) دوران انتظار زایمان ۹ ماه
- (۳) حداکثر سقف سنی ۶۰ سال تمام می باشد.
- (۴) در صورت نداشتن بیمه پایه ۲۰ درصد به حق بیمه سالانه افزوده می شود.
- (۵) دوره انتظار برای بیماری های مزمن: ۶ ماه
- (۶) بیماری های مزمن 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، ماستوئید کتومی، جراحی قلب و عروق، انواع بیماری های نئوپلاستیک، دیابت، سینوزیت، میومکتومی، پیوند اعضای بدن، هیستریکتومی، آسم، سیتوسل و کاتاراکت.
- (۷) بیمه نامه بین ۱ تا ۴ نفر در نظر گرفته شده است و به ازای هر نفر اعضای خانواده بیش از ۴ نفر ۳۰٪ حق بیمه در بخش درمان اضافه خواهد شد.
- (۸) هزینه های ایمپلنت و ارتودنسی جزء تعهدات نمی باشد.
- (۹) فرزندان که پس از تاریخ شروع این بیمه نامه متولد می شوند پس از تأیید بیمه گر تحت پوشش قرار می گیرند.

- ۱- آیا در حال حاضر هر یک از اعضای خانواده سالم می باشید؟
(لطفاً در صورت منفی بودن پاسخ، نام بیمه شده، نوع بیماری و سابقه درمان را شرح دهید.)
- ۲- 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 بیمه شده و نوع بیماری و نوع درمان را توضیح دهید.)
- ۳- 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 بیمه شده و نوع درمان را توضیح دهید.)
- ۴- آیا در حال حاضر هر یک از اعضای خانواده از دارو برای مداوای بیماری مزمن استفاده کرده یا می کنند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه شده و نوع درمان را توضیح دهید.)
- ۵- آیا هر یک از اعضای خانواده در یکسال اخیر کاهش یا افزایش وزن غیرمتعارف داشته اند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه شده را ذکر نمایید.)
- ۶- آیا هر یک از اعضای خانواده از هرگونه مواد دخانی یا... استفاده می نمایند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه شده، نوع و میزان مواد مصرفی را ذکر نمایید.)
- ۷- آیا هر یک از اعضای خانواده دچار نقص عضو و یا از کار افتادگی هستند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه شده را ذکر نمایید.)
- ۸- آیا هر یک از اعضای خانواده در حال حاضر نیاز به اعمال جراحی یا خدمات تشخیصی دارند؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه شده نوع خدمات مورد نیاز را ذکر نمایید.)
- ۹- آیا در بین بیمه شدگان فرد باردار حضور دارد؟
(لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه شده را ذکر نمایید.)

نظر نهایی پزشک معتمد / کارشناس:

اینجانب (بیمه گذار) و امضاءکننده تعهد می نمایم که به تمام سؤالات این پرسشنامه با صداقت و اطلاع از شرایط و مقررات بیمه نامه پاسخ داده ام و با توجه به اینکه این پرسشنامه اساس پوشش های بیمه ای اینجانب می باشد با اطلاع از ماده ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه، اذعان می دارم از هرگونه اظهار خلاف واقع و یا خودداری اینجانب از بیان واقعیت باعث ابطال یا سلب تمام یا بخشی از تعهد بیمه گر خواهد شد و شرکت بیمه آرمان موظف به پرداخت خسارت به اینجانب نخواهد بود.

نام و امضاء عامل فروش

تاریخ

نام و امضاء بیمه گذار / بیمه شده اصلی

تاریخ