



فرم پیشنهاد درمان انفرادی / خانواده اتباع خارجی مقیم کشور

شماره سند: FM-HI-70/02

تاریخ: / / ۱۴

پیوست:

صفحه: ۱ از ۲

اطلاعات بیمه‌گذار و افراد تحت تکفل:

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

محل صدور شناسنامه / محل تولد:

کد اختصاصی:

کد خانواده:

تعداد اعضاء تحت تکفل:

تلفن ثابت/تلفن همراه:

آدرس محل سکونت / کد پستی:

وضعیت تأهل: متاهل مجرد

نام و نام خانوادگی همسر:

نام پدر:

کد اختصاصی:

قد:

وزن:

نام و نام خانوادگی فرزند اول:

نام پدر:

کد اختصاصی:

قد:

وزن:

نام و نام خانوادگی فرزند دوم:

نام پدر:

کد اختصاصی:

قد:

وزن:

نام و نام خانوادگی فرزند سوم:

نام پدر:

کد اختصاصی:

قد:

وزن:

شماره حساب، شماره شبا و نام بانک بیمه‌گذار:

طرح درمان انفرادی / خانواده

ردیف	شرح تعهدات	حد اکثر تعهدات سالانه با تعرفه دولتی (ریال)	حد اکثر تعهدات سالانه با تعرفه خصوصی (ریال)
۱	۱) جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود،	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	۲) جبران هزینه‌های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.		۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	۳) جبران هزینه‌های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	۴) جبران هزینه‌های پاراکلینیکی (۱) شامل: جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	۵) جبران هزینه‌های پاراکلینیکی (۲) شامل: جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)		
۶	۶) جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل: جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک		
۷	۷) جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی		
۸	۸) جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)		
۹	۹) جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری		
۱۰	۱۰) آمبولانس داخل شهر و بین شهری		
۱۱	حق بیمه سالانه (سال ۱۴۰۰) هر نفر و بدون مالیات (ریال) و با یک برابر تعرفه	۴,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰

تعرفه خصوصی

تعرفه دولتی

طرح انتخابی



فرم پیشنهاد درمان انفرادی / خانواده
اتباع خارجی مقیم کشور

شماره سند: FM-HI-70/02

تاریخ: / / ۱۴

پیوست:

صفحه: ۲ از ۲

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، درمان طبی یا تشخیصی 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 غیرمعتاد 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، 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 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:

۱) فرانشیز: اتباع خارجی دارای بیمه گر اول با فرانشیز ۱۰٪ و اتباع خارجی فاقد بیمه گر اول با فرانشیز ۳۰٪، ۲) دوران انتظار زایمان ۹ ماه، ۳) دوره انتظار برای بیماری های مزمن: ۶ ماه، ۴) بیماری های مزمن شامل: فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، انواع آنتروسل، 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، هیستروکتومی، آسم، سیتوسل و کاتاراکت.

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 نماینده / شعبه

تاریخ

نام و امضاء بیمه گذار / بیمه شده اصلی

تاریخ