

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: کد ملی: شماره شناسنامه: مرد زن متاهل مجرد
 نام پدر: تاریخ تولد: محل صدور: تلفن ثابت: تلفن همراه:
 آدرس منزل: کد اقتصادی:
 آدرس محل کار: کد پستی:

بیمه گزار

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	کد ملی	نسبت	جنسیت
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

❖ تکمیل فرم پرسش نامه سلامتی جهت بیمه گزار 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 گزاران 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 گزار محترم لطفا توضیحات ارائه شده در صفحه دوم را مطالعه بفرمایید.**

مهر و امضای نماینده/کارگزار:

تاریخ:

مهر و امضاء واحد صدور:

تاریخ:

امضا و اثر انگشت بیمه گزار:
(امضاء شرایط عمومی توسط بیمه گزار الزامی است.)

تاریخ:

تعهدات	سقف تعهدات (۱)	سقف تعهدات (۲)	سقف تعهدات (۳)	سقف تعهدات (۴)	سقف تعهدات (۵)	سقف تعهدات (۶) (VIP)	سقف تعهدات (۷) (VIP)	سقف تعهدات (۸) طرح حمایتی	سقف تعهدات (۹) طرح تجمیعی	سقف تعهدات (۱۰) طرح تجمیعی (۲)
بستری و جراحی عمومی و تخصصی	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰
زایمان	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	-	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	-
نازایی	-	-	-	-	-	-	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	-	-	-
پارا کلینیکی نوع اول	-	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
پارا کلینیکی نوع دوم	-	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		
آزمایشگاه/اراد یوگرافی/انوار قلب/فیزيوتراپی	-	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		
پارا کلینیکی نوع سوم	-	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
عیوب انکساری	-	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	-	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	-
ویزیت و دارو	-	-	-	-	۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	-	-	-
دندانپزشکی	-	-	-	-	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	-	-	-
ناهنجاری جنین	-	-	-	-	-	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	-	-	-
آمیولانس داخل شهری	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
آمیولانس خارج شهری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه سالانه هر نفر با فرانشیز ۳۰ درصد	۱۰,۲۶۰,۷۳۱	۱۶,۰۲۸,۱۲۵	۱۹,۴۴۴,۲۰۰	۲۹,۵۷۶,۸۱۱	۳۶,۲۸۹,۲۹۴	۶۱,۹۹۹,۳۰۱	۶۷,۵۰۰,۰۹۲	۱۶,۳۵۱,۷۳۷	۱۴,۱۱۱,۸۸۰	۱۳,۱۵۳,۱۲۵
حق بیمه سالانه هر نفر با فرانشیز ۱۰ درصد	۱۲,۶۸۷,۸۰۶	۱۹,۲۵۲,۱۵۰	۲۳,۹۷۰,۶۰۰	۳۶,۴۴۸,۱۳۲	۴۵,۰۸۳,۵۸۲	۷۷,۱۲۳,۹۲۹	۸۳,۹۵۴,۸۷۷	-	۱۷,۴۳۴,۵۰۶	۱۶,۳۷۷,۱۵۰

توضیحات: ۱- اضافه نرخ سنی برای افراد ۶۰ تا ۷۰ سال در طرح ۱ تا ۷ و طرح های تجمیعی معادل ۵۰ درصد می باشد و در طرح تمدیدی حمایتی معادل ۲۵ درصد می باشد. ۲- حداکثر سن مورد پذیرش ۷۰ سال تمام می باشد ، تمدید بیمه نامه برای بیمه شدگان این شرکت با بیش از ۷۰ سال سن ، با اضافه نرخ انجام می گیرد. ۳- از زمان شروع پوشش بیمه شده در بیمه نامه تا شش ماه امکان صدور معرفی نامه به صورت الکترونیک وجود ندارد. شایان ذکر است این موضوع بیمه نامه های تمدیدی بدون وقفه مربوط به این شرکت لحاظ نمی گردد. ۴- همچنین جهت کلیه بیمه شدگانی که به صورت مشروط بیمه شده اند امکان صدور معرفی نامه تا پایان قرارداد فراهم نمی باشد. ۵- تخفیفات قابل اعمال: ۳۵ درصد تخفیف برای بیمه نامه های تمدیدی بدون خسارت، ۲۵ درصد تخفیف برای بیمه نامه های تمدیدی با ضریب خسارت کمتر یا مساوی ۲۰ درصد، ۲۰ درصد تخفیف برای بیمه نامه های تمدیدی با ضریب خسارت بیش از ۲۰ تا ۵۰ درصد، ۱۵ درصد تخفیف برای بیمه نامه های با ضریب خسارت بیش از ۵۰ تا ۱۱۰ درصد، ۵ درصد تخفیف برای بیمه نامه با ضریب خسارت بیش از ۱۱۰ درصد. ۶- حق بیمه سالانه هر یک از بیمه شدگان موضوع این بیمه نامه برای کلیه طرح ها شامل ۱۵ درصد تخفیف نقدی خواهد بود. ۷- حق بیمه بیمه شدگان گروه سنی ۱۵ تا ۵۰ سال با ۵۰ درصد تخفیف محاسبه و صادر خواهد شد. ۸- بیمه تکمیل درمان اعضای اصلی بیمه گزار به اتفاق اعضای خانواده بر اساس صفحات شناسنامه انجام می گردد. ۹- پوشش جبران هزینه های زایمان و سایر هزینه های مربوط به بارداری ، پوشش جبران هزینه های نازایی و ناباروری و سایر هزینه های مرتبط با آن و پوشش ناهنجاری جنین با مدت دوره انتظار ۹ ماه همراه می باشد. ۱۰- در صورت ارائه سوابق بدون وقفه بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه کارآفرین دوره انتظار صرفاً تعهد زایمان قابل حذف خواهد بود. ۱۱- چنانچه مشخص شود نازایی و ناباروری بیمه شده قبل از شروع بیمه نامه سال اول بوده است خسارت قابل رسیدگی نمی باشد. ۱۲- 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. ۱۳- جراحی های زیر در سال اول صدور بیمه نامه قابل پرداخت نمی باشد. ۱۴- جراحی های ارتوپدی و ستون فقرات مگر در اثر حادثه (تروما) ۴-۱۳- جراحی های چاقی (Bariatric) ۵-۱۳- واریکوسل ۶-۱۳- سپتوپلاستی ۷-۱۳- جراحی های مربوط به پارگی رباط صلیبی (ACL) و مینیسک (ALL) ۱۴- جراحی های رفع چسبندگی و هرنی انسیزبونا در صورت سابقه سزارین قبل از شروع پوشش بیمه ای درمان خانواده ، تحت هیچ عنوانی قابل پرداخت نمی باشد. ۱۵- در صورتیکه طرح انتخابی فاقد پوشش نازایی و ناباروری باشد هزینه پزشکی جهت تشخیص و یا درمان ناباروری و نازایی تحت پوشش نمی باشد. ۱۶- هزینه های مربوط به ناهنجاری جنین (غربالگری جنین) در صورت عدم وجود تعهد ناهنجاری های جنین در طرح انتخابی قابل پرداخت نمی باشد. ۱۷- 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. ۱۸- 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. ۱۹- پوشش نوزادان به شرط اعلام به بیمه گر پس از ارسال مشخصات نوزاد و تکمیل پرسشنامه سلامتی و پرداخت حق بیمه آغاز میگردد. ۲۰- 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 گزار مسترد می گردد. ۲۱- 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).