



شرکت بیمه معلم (سهامی عام)  
پیشنهاد بیمه سلامت و سرمایه گذاری خانواده

متقاضی محترم، شرایط خرید بیمه نامه سلامت و سرمایه گذاری خانواده به شرح زیر می باشد

- ۱- خرید این بیمه نامه همراه با بیمه عمر و سرمایه گذاری انفرادی امکان پذیر می باشد.
- ۲- برای صدور بیمه نامه سلامت و سرمایه گذاری، حق بیمه بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری باید بیشتر از ۶.۰۰۰.۰۰۰ ریال در سال باشد.
- ۳- بازخرید بیمه نامه های عمر و سرمایه گذاری برای بیمه گذارانی که در کنار بیمه عمر و سرمایه گذاری از شرایط بیمه درمان خانواده نیز استفاده می نمایند، پس از گذشت حداقل یکسال از زمان شروع بیمه نامه و پرداخت یکسال حق بیمه امکان پذیر می باشد.

تاریخ پیشنهاد:

کد نماینده:

شماره بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری:

این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه است، خواهشمنداست با دقت به سوالات مطرح شده پاسخ دهید:

الف - مشخصات بیمه گذار:

|                     |             |                 |
|---------------------|-------------|-----------------|
| نام و نام خانوادگی: | کد ملی:     | شماره شناسنامه: |
| محل صدور:           | تاریخ تولد: | کد پستی:        |
| نشانی:              |             | تلفن:           |

ب- مشخصات بیمه شدگان شامل اعضای خانواده:

| نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی | شماره شناسنامه | تاریخ تولد | نسبت |
|--------------------|---------|--------|----------------|------------|------|
|                    |         |        |                |            |      |
|                    |         |        |                |            |      |
|                    |         |        |                |            |      |
|                    |         |        |                |            |      |
|                    |         |        |                |            |      |
|                    |         |        |                |            |      |

ج - تعهدات و پوششهای بیمه درمان تکمیلی: (به ریال)

| شرح تعهدات  | طرح ۱      | طرح ۲       | طرح ۳       |
|---|------------|-------------|-------------|
| جبران هزینه های بستری، جراحی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE  | ۲۵.۰۰۰.۰۰۰ | ۵۰.۰۰۰.۰۰۰  | ۷۵.۰۰۰.۰۰۰  |
| جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان، شیمی درمانی، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان | ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ | ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ | ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ |
| جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری،                                      | ۱.۰۰۰.۰۰۰  | ۲.۰۰۰.۰۰۰   | ۳.۰۰۰.۰۰۰   |
| جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوارعصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم، | ۵۰۰.۰۰۰    | ۱.۰۰۰.۰۰۰   | ۱.۵۰۰.۰۰۰   |
| جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی  | ۵۰۰.۰۰۰    | ۱.۰۰۰.۰۰۰   | ۱.۵۰۰.۰۰۰   |
| جبران هزینه آمبولانس داخل شهری  | ۳۰۰.۰۰۰    | ۴۰۰.۰۰۰     | ۵۰۰.۰۰۰     |
| جبران هزینه آمبولانس بین شهری   | ۶۰۰.۰۰۰    | ۸۰۰.۰۰۰     | ۱.۰۰۰.۰۰۰   |



شرکت بیمه معلم (سهامی عام)  
پیشنهاد بیمه سلامت و سرمایه گذاری خانواده

|             |             |            |  |
|-------------|-------------|------------|--|
| ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ | ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ | ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ | تبصره ۱: جمع مبالغ پرداختی بابت ردیف اول و دوم حداکثر مبلغ |
| ۷۵.۰۰۰.۰۰۰  | ۵۰.۰۰۰.۰۰۰  | ۲۵.۰۰۰.۰۰۰ | تبصره ۲: جمع مبالغ پرداختی بابت ردیف اول، ششم و هفتم       |
| %۳۰         | %۳۰         | %۳۰        | فرانشیز در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول             |
| ۲.۷۰۲.۰۰۰   | ۲.۳۵۷.۰۰۰   | ۱.۸۰۵.۰۰۰  | حق بیمه سالانه هر نفر تا سن ۶۰ سالگی                       |

• به حق بیمه مالیات بر ارزش افزوده نیز اضافه خواهد شد.

ز - مدارک پیوست:

  
  
  
  
  
  
  


- فرم پیشنهاد تکمیل شده بیمه درمان تکمیلی .
- فرم تکمیل شده پرسشنامه تعیین سطح سلامت.
- رونوشت فیش قسط اول بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری.
- رونوشت بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری صادره.
- رونوشت تمامی صفحات شناسنامه بیمه شده اصلی و صفحات اول شناسنامه بیمه شدگان فرعی.
- اصل فیش پرداخت حق بیمه درمان برای بیمه شده اصلی و فرعی.
- اصل فرم گزارش پزشکی تکمیل شده توسط پزشک معتمد
- اصل مستندات مربوط به آزمایشات انجام شده

توجه: چنانچه در زمان پرداخت خسارت معلوم شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است و یا از اعلام بیماری یا بیماری هایی که سابقه قبلی وجود داشته خودداری نموده اند بیمه نامه باطل خواهد شد و بیمه گر تعهدی برای پرداخت خسارت نخواهد داشت.

اینجانب ..... با اطلاع کامل از شرایط فوق و شرایط عمومی بیمه های عمر و درمان، بدینوسیله موافقت خود را با صدور بیمه نامه درمان خانواده براساس طرح شماره یک  شماره دو  شماره سه  اعلام می دارد.

امضاء بیمه گذار تاریخ

|  |                 |                      |
|--|-----------------|----------------------|
| نام و امضای کارشناس:<br><br><br><br>تاریخ: | حق بیمه متعلقه: | محاسبه مبلغ حق بیمه: |
|  | شماره فیش:      | تعداد بیمه شدگان:    |
|  | شماره حساب:     | جمع کل حق بیمه:      |
|  |                 | تاریخ پرداخت:        |
|  | بانک:           |                      |