****

 **پیشنهاد بیمه درمان خانواده**

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمندیم به کلیه پرسشهای مندرج در این پیشنهاد با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه در صورت صدور آن صحت اطلاعات مندرج در این پیشنهاد و پاسخ های شما بوده و به آن استناد خواهد شد ضمنا تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه­گر ایجاد نمی نماید.

 **الف) مشخصات بیمه شده اصلی:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی :**  |  |  | **کد ملی:** |  | **شماره شناسنامه :** |  |
| **محل صدور :****شماره شبا بیمه گذار:** **نشانی:****شماره بیمه نامه ( بجز ثالث):** |  **نام پدر:**  |  | **تاریخ تولد :****نام بانک:**  |  | **شماره تامین اجتماعی :****کد پستی:****تلفن:** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 **ب) مشخصات افراد تحت تکفل :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **نام پدر**  | **کد ملی**  | **شماره شناسنامه**  | **محل صدور** | **تاریخ تولد**  | **شماره بیمه تامین اجتماعی** | **نسبت**  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **ج ) تعهدات بیمه درمان خانواده :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نوع تعهدات** | **سقف تعهدات طرح 1** | **سقف تعهدات طرح 2** | **سقف تعهدات طرح 3** | **توضیحات** |  |
| 1 | جبران هزینه های بیمارستانی و اعمال جراحی | 30.000.000 | 40.000.000 | 50.000.000 | به شرط بستری در بیمارستان Day Care |  |
| 2 | جبران هزینه های اعمال جراحی مهم با احتساب بند1 | 60.000.000 | 80.000.000 | 100.000.000 | 8 عمل جراحی مهم |  |
| 3 | جبران هزینه های پاراکلینیکی | 3.000.000 | 4.000.000 | 5.000.000 | تشخیصی و پاراکلینیکی |  |
| 4 | جبران هزینه جراحیهای مجاز | 1.500.000 | 2.000.000 | 2.500.000 | اعمال سرپایی مجاز |  |
| 5 | جبران هزینه انتقال بیمار داخل شهر و بین شهری | 1.200.000 | 1.200.000 | 1.200.000 | در مواقع اورژانس |  |
|  |  |  |  |  | فرانشیز تمامی طرح­های فوق 30% می باشد. |
|   |  | **Your text here** |  |  **اینجانب مایل به خرید طرح بیمه نامه شماره 1 ⃝ شماره 2 ⃝ شماره 3 ⃝ هستم.** |
| 6 | جبران هزینه های زایمان | 8.000.000 | 10.000.000 | 15.000.000 | جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین |  |
| 7 | هزینه های آزمایش | 1.000.000 | 1.500.000 | 2.000.000 | آزمایشات تشخیصی و پزشکی |  |
| 8 | هزینه های ویزیت و دارو | 1.000.000 | 1.500.000 | 2.000.000 | داروهای مجاز کشور مازاد بر سهم بیمه گر اول |  |
| 9 | هزینه های دندانپزشکی | 1.000.000 | 1.500.000 | 2.000.000 | هزینه های دندانپزشکی غیر از زیبایی و ارتودنسی |  |
| فرانشیز تمامی طرح­های فوق 30% می باشد. |

****

 **توضیحات:**

* هزینه ویزیت اولیه رایگان و انجام مابقی معاینات پزشکی به عهده بیمه شده می باشد.
* مدت بیمه نامه یکسال تمام می باشد.
* بر اساس دستور وزارت امور اقتصاد و دارائی 8 درصد مالیات ارزش افزوده به حق بیمه های محاسبه گردیده اضـافه خـواهد شد.
* انجام معاینات پزشکی برای افراد بالای 35 سال و زیر یکسال اجباری و برای افراد زیر 35 سال منوط به صلاحدید پزشک معتمد شرکت می باشد.

**تخفیفات شامل موارد ذیل می باشد:**

* بیمه پایه برای بیمه شدگان بالاتر از 35 سال اجباری و برای بیمه شدگان پایین تر از 35 سال، اختیاری است و حق بیمه نیز مشمول 5% تخفیف خواهند بود.
* بیمه شدگان با دارا بودن هر نوع پوشش بیمه ای از شرکت بیمه ملت(بجز بیمه نامه شخص ثالث) در پرداخت حق بیمه مشمول 5%تخفیف خواهند بود.
* در صورت پرداخت یکجا حق بیمه ، بیمه گذار مشمول 5% تخفیف خواهد بود.
* در صورتیکه بیمه شده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه ملت استفاده نماید در مبلغ فرانشیز مشمول 10% تخفیف می گردد.

 **این قسمت پس از تکمیل فرم پرسشنامه سلامتی، انجام معاینات و آزمایشات لازم و ارائه نظریه پزشک معتمد توسط بیمه گر تکمیل می گردد .**

تعداد بیمه شدگان درمان خانواده: ......... نفر براساس پیشنهاد مورخ................................................. ، بیمه گذاربیمه درمان حق بیمه کل بیمه شدگان............................ ريال خانواده به شماره ................................................. صادره و به نامبرده تحویل و

مالیات ارزش افزوده.......................................ريال حق بیمه طی فیش/ حواله شماره .................................مورخ...........................

تخفیفات........................................................ریال بانک ................................... شعبه.......................................دریافت شده است.

جمع کل قابل پرداخت...................................ریال

 **شرکت بیمه ملت : اداره صدور درمان**

 **کد نمایندگی/ ستاد:** .............................. **نام بیمه گذار:**....................................

 **مهر و امضاء:**.............................................  **امضای بیمه گذار:**................................