



پیشنهاد بیمه نامه کرونا

واحد صادر کننده :	شماره سریال بیمه نامه :
نام و کد نماینده :	شماره بیمه نامه سال قبل :

پیشنهاد دهنده محترم لطفا ضمن ارائه پاسخ صحیح و کامل به هر یک از سوالات زیر طرح انتخابی خود را مشخص فرمائید.

بیمه گذار	نام و نام خانوادگی بیمه گذار :	کد ملی :
	شماره شناسنامه :	تاریخ تولد :
بیمه شده	نشانی و کد پستی :	محل صدور :
		نام پدر :
		تلفن :

بیمه گذار	نام و نام خانوادگی بیمه شده:	کد ملی :
	شماره شناسنامه :	تاریخ تولد :
بیمه شده	نشانی و کد پستی :	محل صدور :
		نام پدر :
		تلفن :

مشخصات استفاده کننده (گان) از مبلغ مورد تعهد بیمه در صورت فوت بیمه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	نام پدر	نسبت با بیمه شده	شماره ملی	درصد استفاده از سرمایه بیمه

طرح ها، سقف تعهدات و حق بیمه ها

شماره طرح	مدت بیمه	سرمایه فوت	هزینه پزشکی	غرامت بستری	حق بیمه (ریال)	طرح انتخابی
طرح ۱	۹۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۵۲۷,۰۰۰	
طرح ۲	۱۸۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۹۲۲,۲۵۰	
طرح ۳	۳۶۵	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۳۱۷,۵۰۰	
طرح ۴	۹۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۱۴۷,۵۰۰	
طرح ۵	۱۸۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۸,۱۲۵	
طرح ۶	۳۶۵	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۸۶۸,۷۵۰	
طرح ۷	۹۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۸۱,۰۰۰	
طرح ۸	۱۸۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۷۶۶,۷۵۰	
طرح ۹	۳۶۵	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۹۵۲,۵۰۰	
طرح ۱۰	۹۰	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۲,۳۵۴,۵۰۰	
طرح ۱۱	۱۸۰	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۱۲۰,۳۷۵	
طرح ۱۲	۳۶۵	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۵,۸۸۶,۲۵۰	

به حق بیمه های اعلام شده فوق ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده تعلق خواهد گرفت.

توضیحات :

به موجب این بیمه نامه در صورت وقوع خسارت به دلیل کرونا COVID 19 ، سرمایه فوت، هزینه پزشکی مربوط به بستری بیمارستانی و غرامت روزانه بیمارستانی با رعایت شرایط ذیل قابل پرداخت می باشد:

- مثبت شدن نتیجه آزمایش در یکی از آزمایشگاه های مرجع کشور و یا شواهد مثبت بیماری در سی تی اسکن
- هزینه های پزشکی عبارت است از هزینه هایی که بیمه شده یا بیمه گذار به علت تحقق خطرات موضوع بیمه نامه و بستری در بیمارستان بابت دریافت خدمات درمانی پرداخت می نماید.

تبصره: حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه گر در طول مدت بیمه نامه و مطابق با مبلغ مندرج در آن بر اساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی محاسبه می گردد.

- پرداخت غرامت روزانه بستری بیمه شده (مبلغی است که در ایام بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی مجاز به علت تحقق خطر موضوع بیمه به وی پرداخت می گردد.) از چهارمین روز بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی مجاز محاسبه و حداکثر برای ۱۵ روز خواهد بود.
- پرداخت سرمایه فوت، صرفا فوت به علت کرونا می باشد.
- دوره انتظار این بیمه نامه ۱۵ روز از تاریخ صدور آن می باشد.
- هزینه آزمایش تست کرونا در تعهدات این بیمه نامه نمی باشد.

گواهی اطلاع از شرایط و مقررات بیمه کرونا

اینجانب: بدین وسیله تایید می نمایم که هنگام صدور بیمه نامه آگاه به ابتلا به بیماری کرونا یا ناقل این ویروس نبوده و با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه نامه فوق الذکر پیشنهاد بیمه را تکمیل و تقاضای صدور بیمه نامه را دارم. ضمناً تعهد می نمایم که به کلیه پرسشهای این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده ام و چون این پیشنهاد جز لاینفک بیمه نامه می باشد. بنابراین در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید.

*این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای شرکت بیمه ایجاد نکرده و در صورت عدم انعقاد قرارداد هیچ گونه خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

تاریخ و امضاء بیمه گذار:

تاریخ و امضاء بیمه شده:

امضاء نمایندگی: