

نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... محل تولد: ..... تاریخ تولد: ...../...../.....  
 شماره شناسنامه: ..... کد ملی: ..... - جنسیت:  مرد  زن وضعیت تأهل:  متأهل  مجرد   
 پست الکترونیک: .....  
 نشانی محل سکونت: استان: ..... شهر: ..... آدرس: .....  
 کد پستی ۱۰ رقمی: ..... کد و تلفن منزل: ..... تلفن همراه: .....  
 نام و نشانی محل کار: ..... کد و تلفن محل کار: .....

آیا بیمه شده و بیمه گذار یکی هستند؟  خیر  بله (در صورت مثبت بودن پاسخ نیاز به تکمیل مشخصات بیمه گذار نمی باشد)

بیمه گذار: نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... نسبت با بیمه شده: .....  
 تاریخ تولد: ...../...../..... شماره شناسنامه: ..... کد ملی: ..... تلفن همراه: .....

طرح درخواستی:  پریمیوم پلاتین  پریمیوم طلایی  پلاتین  طلایی  نقره ای  برنزی  مدت بیمه نامه: ۹۰ روز  ۱۸۰ روز  ۳۶۵ روز

سقف تعهدات طرح ها و پوشش ها							
پوشش ها	سقف تعهدات (ریال)	پریمیوم پلاتین	پریمیوم طلایی	پلاتین	طلایی	نقره ای	برنزی
سرمایه فوت، نقص عضو و از کارافتادگی ناشی از حادثه	۱۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	
هزینه پزشکی ناشی از حادثه	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	
غرامت روزانه بستری بیمارستانی (بمدت یک ماه)	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۵۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	

حق بیمه طرح ها و مدت بیمه نامه (بدون احتساب مالیات بر ارزش افزوده)							
مدت بیمه نامه	حق بیمه (ریال)	پریمیوم پلاتین	پریمیوم طلایی	پلاتین	طلایی	نقره ای	برنزی
۳۶۵ روزه	۳۰.۹۰۰.۰۰۰	۱۵.۳۲۰.۰۰۰	۶.۴۴۰.۰۰۰	۳.۴۸۰.۰۰۰	۲.۵۰۱.۰۰۰	۱.۶۷۵.۰۰۰	
۱۸۰ روزه	-	-	۴.۶۵۲.۹۰۰	۲.۵۱۴.۳۰۰	۱.۸۰۶.۹۷۳	۱.۲۱۰.۱۸۷	
۹۰ روزه	-	-	۲.۵۷۶.۰۰۰	۱.۳۹۲.۰۰۰	۱.۰۰۰.۴۰۰	۶۷۰.۰۰۰	

\* برای سنین ۵ تا ۷۵ سال \* پرداخت حق بیمه به صورت یکجا \* حق بیمه بدون احتساب مالیات بر ارزش افزوده

\* کلیه پوشش های این بیمه نامه علاوه بر موارد حادثی، بیماری کروناویروس را نیز تحت پوشش قرار می دهد.

\* دوره انتظار پوشش فوت در اثر بیماری کروناویروس COVID19 در این بیمه نامه ۱۴ روز از تاریخ صدور آن می باشد. شایان ذکر است دوره انتظار، زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

نام و امضای عامل صدور:

نام و امضای بیمه گذار/ بیمه شده:

استفاده کنندگان از منافع بیمه نامه در صورت حیات بیمه شده: بیمه شده

استفاده کنندگان از منافع بیمه نامه در صورت فوت بیمه شده: وراث قانونی  طبق جدول ذیل

در صورت فوت هر یک از ذینفعان اولیه منافع بیمه نامه به نسبت به سایر ذینفعان اولیه تعلق می گیرد. در صورت فوت کلیه ذینفعان اولیه، منافع بیمه نامه به وراث قانونی بیمه شده تعلق می گیرد. (در صورتی که تعداد ذینفعان بیش از چهار نفر می باشد، در برگه ای مجزا با تائید بیمه گذار ارائه گردد).

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	محل صدور	کدملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱								
۲								
۳								
۴								

اینجانب ..... به کلیه پرسش های فوق به نحو کامل و با صداقت پاسخ داده و در صورت هرگونه اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید و متعهد می شوم در صورت اشتغال به موارد مندرج در «پوشش های اضافی» این پرسشنامه مراتب را کتباً و در اسرع وقت به بیمه گر اعلام نمایم.

نام و امضاء بیمه گذار/ بیمه شده: .....

نام و کد نماینده/ کارگزار: .....

تاریخ: ..... / ..... / .....

تاریخ: ..... / ..... / .....

نام و امضاء عامل صدور:

نام و امضاء بیمه گذار/ بیمه شده:

تاریخ: / / ساعت:

تاریخ: / / ساعت: