

با توجه به شرایط پیش آمده و شیوع شدید بیماری **کرونا** و هزینه های درمانی بالا جهت رفاه حال **کارکنان محترم دانشگاه آزاد استان اصفهان و خانواده آنها** پیشنهاد **بیمه کرونا + حوادث انفرادی** به شرح ذیل خدمتتان ارائه میگردد:

به موجب این بیمه نامه در صورت وقوع خسارت به دلیل **کرونا (COVID 19)** و **حادثه** سرمایه فوت و هزینه پزشکی منجر به بستری و غرامت روزانه بیمارستانی به دلیل **کرونا** با رعایت شرایط ذیل قابل پرداخت می باشد.

- ◀ مثبت شدن نتیجه ی آزمایش در یکی از آزمایشگاه های مرجع کشور و یا شواهد مثبت بیماری در سی تی اسکن جهت دریافت خسارت بیمه کرونا و ارائه گزارش شرح حادثه و اصل مدارک درمانی جهت دریافت خسارت حادثه انفرادی
- ◀ پرداخت غرامت روزانه بستری بیمه شده از چهارمین روز بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی مجاز محاسبه و حداکثر برای **۱۵ روز** خواهد بود.
- ◀ **پرداخت سرمایه فوت به علت کرونا و حادثه** : هر حادثه ای در هر ساعت از شبانه روز و در هر مکانی
- ◀ **دوره انتظار** این بیمه نامه **۱۵ روز** از تاریخ صدور آن بیمه نامه می باشد.
- ◀ هزینه آزمایش **تست کرونا** در تعهدات این بیمه نامه نمی باشد.
- ◀ هزینه آزمایش **تست کرونا** که منجر به بستری شود و در صورت حساب بیمارستان منعکس گردد قابل پرداخت است.

هزینه های پزشکی عبارت است از: هزینه هایی که بیمه شده یا بیمه گذار به علت تحقق خطرات موضوع بیمه نامه (هزینه پزشکی ناشی از کرونا و حادثه) و بستری بابت دریافت خدمات درمانی پرداخت می نماید.

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 میگردد. **پرداخت غرامت روزانه بستری در این بیمه نامه صرفا به دلیل کرونا خواهد بود و شامل حادثه نمی باشد.**

طرح ها، سقف تعهدات و حق بیمه ها

شماره طرح	مدت بیمه	سرمایه فوت	هزینه پزشکی	غرامت بستری	حق بیمه (ریال)
طرح ۱	۹۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۵۷۵,۰۰۰
طرح ۲	۱۸۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
طرح ۳	۳۶۵	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۳۶,۰۰۰
طرح ۴	۹۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۲۵۰,۰۰۰
طرح ۵	۱۸۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۱۹۰,۰۰۰
طرح ۶	۳۶۵	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۱۲۷,۰۰۰
طرح ۷	۹۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۷۲۳,۰۰۰
طرح ۸	۱۸۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۱۶,۰۰۰
طرح ۹	۳۶۵	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۳۰۰,۰۰۰
طرح ۱۰	۹۰	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۶۶,۰۰۰
طرح ۱۱	۱۸۰	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۴۹۲,۰۰۰
طرح ۱۲	۳۶۵	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۶,۴۱۶,۰۰۰

شرایط پرداخت برای **کارکنان محترم دانشگاه و خانواده ی آنها** :

طرح ۱، طرح ۲، طرح ۳، طرح ۴ ← در دو قسط مساوی و متوالی

طرح ۵، طرح ۶، طرح ۷، طرح ۸، طرح ۱۰ ← در سه قسط مساوی و متوالی

طرح ۹، طرح ۱۱، طرح ۱۲ ← در چهار قسط مساوی و متوالی

در صورت تمایل جهت صدور **بیمه نامه فرم پیشنهاد** را به طور کامل تکمیل کرده و تصویر آن را از طریق واتس اپ به شماره ی **۰۹۱۳۴۷۴۱۷۰۰** ارسال فرمائید.