


<b>PIF008</b>	<b>شرکت بیمه سامان</b>	 <b>پیشنهاد و پرسشنامه بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی</b>
<b>تجدید نظر: 05</b>		
<b>صفحه: ۱ از ۲</b>		

بیمه‌گذار محترم، خواهشمند است پس از پاسخ به سؤالات زیر به صورت خوانا و دقیق آن را جهت اعلام نرخ به عامل فروش بیمه‌نامه ارسال نمایید.

<b>مشخصات نماینده</b> نماینده معرف بیمه نامه: ..... بیمه سامان: کد نمایندگی: ..... (معرف بیمه‌نامه)	<b>مشخصات معرف</b> نام و نام خانوادگی: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... <b>بیمه‌گذار (رابط):</b>
---	--

**اطلاعات بیمه‌گذار**

<b>مشخصات ثبتی</b>	نام بیمه‌گذار: ..... کد اقتصادی: ..... شناسه ملی: ..... شماره ثبت: ..... نوع فعالیت: <input type="checkbox"/> اداری <input type="checkbox"/> تولیدی و صنعتی <input type="checkbox"/> خدماتی آدرس: ..... کدپستی: ..... شماره تلفن: .....
<b>مشخصات سازمانی</b>	تعداد کل کارکنان: ..... نفر تعداد کارکنان متقاضی پوشش: ..... نفر تعداد بیمه‌شدگان (اصلی و فرعی): ..... نفر تعداد بیمه‌شدگان ۶۰ تا ۷۰ سال: ..... نفر تعداد بیمه‌شدگان فرعی: ..... نفر تعداد افراد بالای ۷۰ سال: ..... نفر نام سازمان بیمه‌گر اول: <input type="checkbox"/> سازمان تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> سازمان خدمات درمانی <input type="checkbox"/> پشتیبانی نیروهای مسلح (ارتش) <input type="checkbox"/> سایر: .....
<b>سوابق بیمه‌ای</b>	آیا تا کنون بیمه‌نامه درمان تکمیلی گروهی نزد شرکت‌های بیمه‌گر داشته‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نام بیمه‌گر قبلی: ..... تاریخ انقضای بیمه‌نامه سال قبل: ..... بیمارستانی و جراحی عمومی: ..... جراحی تخصصی: ..... زایمان: ..... نازایی: ..... سمک: ..... سقف تعهدات پاراکلینیکی ۱: ..... پاراکلینیکی ۲: ..... جراحی‌های مجاز سرپائی: ..... رفع عیوب انکساری: ..... بیمه‌نامه سال آزمایش، رادیولوژی، فیزیوتراپی و نوار قلب: ..... ویزیت و دارو: ..... اروتز: ..... دندان پزشکی: ..... گذشته (ریال): ..... عینک طبی: ..... هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین: ..... هزینه تهیه اعضاء طبیعی بدن: ..... چنانچه شرکت بیمه‌گر قبلی شما بیمه سامان نبوده است، علت تغییر شرکت بیمه‌گر و یا انتخاب بیمه سامان را بفرمایید: ..... آیا در حال حاضر بیمه‌نامه دیگری در شرکت بیمه سامان دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر رشته و حجم تقریبی پرتفوی شما در بیمه سامان: ..... آیا تمایل دارید سایر امور بیمه‌ای خود را در شرکت بیمه سامان متمرکز نمایید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر رشته و حجم تقریبی سایر پرتفوها: .....

**سقف تعهدات مورد درخواست (ریال)**

تعهد	بیمارستانی و جراحی عمومی	جراحی تخصصی (با احتساب بند بیمارستانی)	زایمان	نازایی	پاراکلینیکی اول شامل: رادیوگرافی، آنژیوگرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام‌آر‌آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری
سقف تعهد درخواستی	.....	.....	.....	.....	.....
فرانشیز	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %

نام، مهر و امضاء عامل فروش

تاریخ درخواست،

مهر و امضاء بیمه‌گذار / معرف بیمه‌گذار

**سقف تعهدات مورد درخواست (ریال)**

<b>رفع عیوب انکساری</b> (دو چشم)	<b>جراحی های مجاز</b> <b>سرپائی</b>	پارا کلینیکی دوم شامل: آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECp، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)				<b>تعهد</b>
.....	.....	.....				<b>سقف تعهد</b> <b>درخواستی</b>
..... %	..... %	..... %				<b>فرانشیز</b>
آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	هزینه تهیه اعضاء طبیعی بدن	اروتز	سمعک	عینک طبی	ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور)	<b>تعهد</b>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	<b>سقف تعهد</b> <b>درخواستی</b>
..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	<b>فرانشیز</b>
هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (به جز ایمپلنت، ارتودنسی و دندان مصنوعی)	بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی	فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)	تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین			<b>تعهد</b>
.....	.....	.....	.....			<b>سقف تعهد</b> <b>درخواستی</b>
..... %	..... %	..... %	..... %			<b>فرانشیز</b>

نحوه پرداخت:  پرداخت نقدی  تقسیط حق بیمه به صورت: ..... عامل پرداخت خسارت: .....

اطلاعات ارائه شده را در نهایت صداقت و امانت بر عهده گرفته و در صورتی که خلاف آن ثابت شود، مسئولیت آن را بر عهده می گیرم.

نام، مهر و امضاء عامل فروش

تاریخ درخواست،

مهر و امضاء بیمه گذار / معرف بیمه گذار