

PIF008

کد سند :

شماره تجدید نظر: 05

شرکت بیمه سامان

پیشنهاد و پرسشنامه بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی



جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	00	1390/12/20	صدور اولیه
کلیه صفحات	01	1392/08/15	اضافه شدن مشخصات نماینده بیمه گذار، اضافه شدن فرانشیزها، نوع و سقف پوشش های اضافی
کلیه صفحات	02	1397/11/15	اضافه کردن موارد جدول تعهدات مورد درخواست و اصلاح عنوان آن، تغییر عنوان سند از "پیشنهاد بیمه نامه ماراد درمان گروهی" به "پیشنهاد بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی"، اضافه نمودن نحوه پرداخت، اضافه نمودن عامل پرداخت خسارت مدنظر بیمه گذار و برخی اصلاحات جزئی دیگر
کلیه صفحات	03	1398/08/20	افزودن عبارت "دو چشم" در زیرمجموعه سقف تعهدات مورد درخواست در قسمت "رفع عیوب انکساری"
کلیه صفحات	04	1399/03/31	افزودن تعهدات مورد درخواست مطابق با آیین نامه 99 بیمه مرکزی، افزودن قابلیت انتخاب فرانشیز برای کلیه تعهدات، افزودن امضاء عامل فروش به انتهای فرم
کلیه صفحات	05	1399/06/29	اصلاح تعهدات مطابق با آیین نامه 99 بیمه مرکزی و افزودن نام و امضاء بیمه گذار و عامل فروش در کلیه صفحات

تهیه کننده/بازنگری کننده	تایید کننده	تصویب کننده
فرهاد اسکندری	مهدی فلاح	سیاوش بنداریان زاده
1399/06/29	1399/06/29	1399/06/29



PIF008	شرکت بیمه سامان پیشنهاد و پرسشنامه بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی	
تجدید نظر: 05		
صفحه: ۱ از 2		

بیمه گذار محترم، خواهشمند است پس از پاسخ به سؤالات زیر به صورت خوانا و دقیق آن را جهت اعلام نرخ به عامل فروش بیمه نامه ارسال نمائید.

مشخصات نماینده نام و نام خانوادگی: تلفن ثابت: تلفن همراه:	مشخصات معرف نام بیمه گذار (رابط): تلفن ثابت: تلفن همراه:
مشخصات نماینده نماینده معرف بیمه نامه: بیمه سامان: کد نمایندگی: (معرف بیمه نامه)	

اطلاعات بیمه گذار	
نام بیمه گذار:	کد اقتصادی:
شماره ثبت:	شناسه ملی:
آدرس:	نوع فعالیت: ☐ اداری ☐ تولیدی و صنعتی ☐ خدماتی
تعداد کل کارکنان:	کد پستی: شماره تلفن:
تعداد کارکنان متقاضی پوشش:	تعداد بیمه شدگان فرعی:
تعداد کل بیمه شدگان (اصلی و فرعی):	تعداد بیمه شوندگان 60 تا 70 سال: نفر
نام سازمان بیمه گر اول: ☐ سازمان تأمین اجتماعی ☐ سازمان خدمات درمانی ☐ پشتیبانی نیروهای مسلح (ارتش) ☐ سایر:	تعداد افراد بالای 70 سال: نفر
آیا تا کنون بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی نزد شرکت های بیمه گر داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر نام بیمه گر قبلی: تاریخ انقضای بیمه نامه سال قبل: بیمارستانی و جراحی عمومی: جراحی تخصصی: زایمان: نازایی: سمعک: سقف تعهدات: پاراکلینیکی 1: پاراکلینیکی 2: جراحی های مجاز سرپائی: رفع عیوب انکساری: بیمه نامه سال گذشته (ریال): آزمایش، رادیولوژی، فیزیوتراپی و نوار قلب: ویزیت و دارو: اروتز: دندان پزشکی: عینک طبی: هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین: هزینه تهیه اعضاء طبیعی بدن: چنانچه شرکت بیمه گر قبلی شما بیمه سامان نبوده است، علت تغییر شرکت بیمه گر و یا انتخاب بیمه سامان را بفرمایید: آیا در حال حاضر بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه سامان دارید؟ ☐ بله ☐ خیر رشته و حجم تقریبی پرتفوی شما در بیمه سامان: آیا تمایل دارید سایر امور بیمه ای خود را در شرکت بیمه سامان متمرکز نمائید؟ ☐ بله ☐ 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، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری	
سقف تعهد درخواستی						
فرانشیز	%	%	%	%	%	%

نام، مهر و امضاء عامل فروش

تاریخ درخواست،

مهر و امضاء بیمه گذار / معرف بیمه گذار

PIF008	شرکت بیمه سامان پیشنهاد و پرسشنامه بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی	
تجدید نظر: 05		
صفحه: ۲ از 2		

سقف تعهدات مورد درخواست (ریال)						
تعهّد	پاراکلینیکی 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)					
سقف تعهد درخواستی	.....					
فرانشیز	 %					
تعهّد	ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور)	عینک طبی	سمعک	اروتز	هزینه تهیه اعضا طبیعی بدن	آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک
سقف تعهد درخواستی	.....	.....	.....	.....	.....	.....
فرانشیز	 %	 %	 %	 %	 %	 %
تعهّد	تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)	بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (به جز ایمپلنت، ارتودنسی و دندان مصنوعی)		
سقف تعهد درخواستی	.....	.....	.....	.....		
فرانشیز	 %	 %	 %	 %		

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