

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد بیمه درمان تکمیلی خانواده



PIF003

کد سند:

شماره تجدید نظر: 09

جهت ضمیمه:

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه	00	1393/06/22	صدر اولیه
کلیه	05	1398/03/04	حذف عبارت «شروع بیمه-نامه از تاریخ جواز حق-بیمه در وجه شرکت بیمه سامان خواهد بود» از توجه 6
کلیه	06	1398/06/04	اصلاح افراد تحت تکفل، اصلاح امکان حذف بیمه-شدده، افزودن تذکر الزام بررسی‌نامه گواهی سلامت
کلیه	07	1398/07/24	حذف محدودیت سنی فرزندان بیمه-شدگان، افزودن توجه 7 در مورد عدم پوشش هرینه-های عربالگری
کلیه	08	1399/02/31	افزودن نکته 8 در مورد مستندات مورد نیاز برای افراد تحت تکفل
کلیه	09	1400/06/07	اصلاح توجه 7 در مورد پوشش هرینه-های عربالگری، اضافه شدن موارد حذف دوران انتظار

تصویب کننده

تایید کننده

تپیه کننده/بازنگری کننده

فرهاد اسکندری

هادی رئیس زاده

فرزاد فروغی

مهند فلاج

نگین فیروز

1400/08/17

1400/08/11

1400/08/11

1400/08/10

1400/08/09



