کد مدرک: PIF003	بیمه سامان **فرم پیشنهاد بیمه درمان تکمیلی خانواده**	بیمه سامان Saman Insurance

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	۰۰	۹۳/۰۶/۲۲	صدور اولیه
کلیه صفحات	۰۱	۹۳/۰۹/۱۰	اضافه نمودن بند «هزینه انجام کلیه آزمایشات پزشکی بعهده متقاضی بیمه نامه»
کلیه صفحات	۰۲	۹۶/۰۹/۰۱	تغییر نام پرسشنامه از درمان تکمیلی خانواده به درمان تکمیلی انفرادی، تغییر دوره انتظار زایمان از ۱۲ ماه به ۹ ماه، حذف بند «هزینه انجام آزمایشات پزشکی بعهده متقاضی بیمه نامه می باشد» در صورتیکه منجر به صدور گردد کلیه هزینه های آزمایشات پزشکی از محل هزینه های مدیریت بازاریابی و مطالعات بازار تامین می گردد
کلیه صفحات	۰۳	۹۷/۰۶/۱۸	تغییر نام پرسشنامه از "درمان تکمیلی انفرادی" به نام فعلی، اضافه شدن آیتم های «شماره شبا» و «روش پرداخت حق بیمه» به مشخصات کلی بیمه گذار، اضافه شدن آیتم «طرح انتخابی» به مشخصات افراد تحت تکفل، تغییر نام طرح‌ها، اضافه شدن سوال "دارا بودن بیمه نامه عمر و تشکیل سرمایه بیمه گذار در بیمه سامان" و توجه‌های ۳و۴و۵و۶، حذف الزامی بودن ارائه بیمه نامه قبلی .
کلیه صفحات	۰۴	۹۷/۱۰/۲۰	حذف عناوین طرح‌ها، اصلاح مصادیق دوره انتظار در توجه ۱، اصلاح توجه ۲ بصورت ازدواج (حداکثر تا یک ماه) و تولد (حداکثر دو ماه).

تهیه کننده/بازنگری کننده	تاییدکننده		تصویب کننده
مدیر بیمه های درمان	مدیر معماری سازمانی	معاون فنی	مدیر عامل
نام:	نام: فرزاد مرادی	نام: مهدی ملاح	نام:
تاریخ و امضاء: ۹۷/۱۰/۳۰	تاریخ و امضاء: ۹۷/۱۱/۴	تاریخ و امضاء: ۹۷/۱۱/۱۰	تاریخ و امضاء: ۹۷/۱۱/۱۶

توجه : مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی " اعتبار دارد " داشته باشند.

بیمه سامان
اعتبار دارد

پیشنهاد بیمه درمان تکمیلی خانواده

بیمه سامان
Saman Insurance

کد فرم : PIF۰۰۳
تجدید نظر: ۰٤
شماره صفحه: ۱ از ۱

تاریخ : / /

بیمه گذار محترم، خواهشمند است در کمال دقت و صداقت به کلیه پرسش های این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید، زیرا صحت و کامل بودن پاسخ ها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه می باشد که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد.

مشخصات کلی بیمه گذار

نام : نام خانوادگی : تاریخ تولد : / / کد ملی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

شماره شناسنامه: جنسیت : زن ☐ مرد ☐

نشانی :

کد پستی : شماره تماس : روش پرداخت حق بیمه : نقدی ☐ اقساط ☐

شماره شبا : IR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

مشخصات افراد تحت تکفل

تعداد کل افراد تحت تکفل : نفر

تذکر : منظور از افراد تحت تکفل همسر دائمی، فرزندان (پسر تا ۲۲ سال تمام و دختر تا قبل از ازدواج) و سایر افرادی است که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار دارند و به تبع وی دارای دفترچه بیمه گر پایه می باشند.

مشخصات افراد تحت تکفل :

نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت	جنسیت

❖ **در صورتی که تعداد افراد تحت تکفل بیش تر از جدول فوق می باشد، لطفاً اطلاعات آنها را مطابق با فیلدهای جدول در پشت صفحه پرسشنامه قید کرده و امضاء نمائید.**

وضعیت بیمه گر پایه : ندارم ☐ تامین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ سایر ☐ : .....

طرح انتخابی : .....

سوابق بیمه ای

آیا تاکنون بیمه نامه مازاد درمان نزد شرکت های بیمه گر داشته اید؟ (از تاریخ انقضاء آن بیش از یک ماه نگذشته باشد) بله ☐ خیر ☐ نام بیمه گر قبلی:

در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان خسارت دریافتی از بیمه نامه قبلی به چه میزان و بابت چه موردی بوده است؟

آیا هم اکنون بیمه نامه عمر و تشکیل سرمایه نزد بیمه سامان دارید؟ بلی ☐ خیر ☐

در صورتی که پاسخ مثبت است، مشخصات بیمه نامه خود را ذکر فرمایید :

تاریخ شروع بیمه نامه: / / کد بیمه گذار: شماره بیمه نامه:

در صورتی که پاسخ منفی است، آیا بطور همزمان مایل به دریافت بیمه نامه عمر و تشکیل سرمایه می باشید؟ بلی ☐ خیر ☐

سایر پوشش های بیمه ای که نزد بیمه سامان دارید را ذکر فرمایید:

رشته: کد بیمه گذار: شماره بیمه نامه:

توجه ۱ : مصادیق دوره انتظار این بیمه نامه عبارت است از:

- ۹ ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن وIVF .
- ۳ ماه دوران انتظار برای بیماریهای مزمن از قبیل فتق، کاتاراکت، استرابیسم، رفع عیوب انکساری چشم، جراحی لوزه، جراحی آنژیوپلاستی قلب، جراحی قلب باز، بیماریهای مزمن کلیوی، جراحی دیسک ستون فقرات، درمان واریس و ...

توجه ۲ : در این بیمه نامه امکان حذف بیمه شده وجود ندارد. همچنین اضافه شدن بیمه شده شامل ازدواج (حداکثر تا یک ماه) و تولد (حداکثر دو ماه) می باشد.

توجه ۳ : کلیه اعمال زیبایی مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، بای پس معده و ... همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه نامه می باشند.

توجه ۴ : امکان صدور بیمه نامه برای متقاضیانی که دارای BMI (شاخص توده بدنی) بالای ۴۰ هستند، وجود ندارد.

توجه ۵: مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر چهار ماه تمام از تاریخ تنظیم صورتحساب می باشد.

توجه ۶ : صـدور بیمه نامه پس از تایید کارشناس یا پزشک معتمد امکان پذیر خواهد بود و شروع بیمه نامه از تاریخ واریز حق بیمه در وجه شرکت بیمه سامان خواهد بود.

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.
پرسشنامه سلامت را جهت خود و کلیه افراد تحت تکفل تکمیل و همراه این پیشنهاد به بیمه‌گر تحویل نمودم.
تذکر : در صورت درخواست جهت تمدید بیمه نامه، پرسشنامه سلامت صرفاً در خصوص بیمه شدگان جدید می بایست تکمیل گردد.

نام و امضای بیمه گذار
تاریخ / /