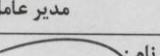
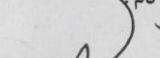
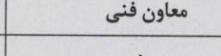
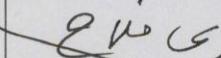
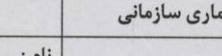
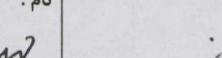
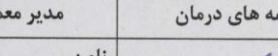
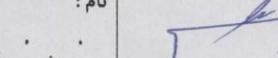


کد مدرک:	بیمه سامان	 <b>سامان</b> Saman Insurance
PIF003	<b>فرم پیشنهاد بیمه درمان تکمیلی خانواده</b>	

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 به عهده متقاضی بیمه نامه»
کلیه صفحات	۰۲	۹۶/۰۹/۰۱	تغییر نام پرسشنامه از درمان تكمیلی خانواده به درمان تكمیلی انفرادی، تغییر دوره انتظار زایمان از ۱۲ ماه به ۹ ماه، حذف بند «هزینه انجام آزمایشات پزشکی به عهده 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 تكمیلی 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 طرح ها، اضافه شدن سوال "دارا بودن بیمه نامه عمر و تشکیل سرمایه بیمه گذار در بیمه سامان" و توجه های ۳۹ و ۵۰ و ۶۶ حذف الزامی بودن ارائه بیمه نامه قبلی.
کلیه صفحات	۰۴	۹۷/۱۰/۲۰	حذف عنوانین طرح ها، اصلاح مصاديق دوره انتظار در توجه ۱، اصلاح توجه ۲ بصورت ازدواج (حداکثر تا یک ماه) و تولد (حداکثر دو ماه).

تصویب کننده	تایید کننده	تپیه کننده/ بازنگری کننده	
مدیر عامل	معاون فنی	مدیر معماری سازمانی	مدیر بیمه های درمان
 نام: 	 نام: 	 نام: 	 نام: 
تاریخ و امضاء: ۹۷/۱۱/۱۶	تاریخ و امضاء: ۹۷/۱۱/۱۰	تاریخ و امضاء: ۹۷/۱۱/۰۳	تاریخ و امضاء: ۹۷/۱۱/۰۲

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



کد فرم: PIF۰۰۳  
تجدید نظر: ۰۴  
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 نگذارد، 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

<input type="checkbox"/> کد ملی:	/ / تاریخ تولد:	نام خانوادگی:
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن جنسیت:		شماره ثناشی:
روش پرداخت حق بیمه: نقدی <input type="checkbox"/> اقساط <input type="checkbox"/>		کد پستی:
IR <input type="checkbox"/> شماره شبا:		شماره ثناشی:

### 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 ثناشی	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت	جنسيت

\* 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 نمایید.

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 با بت 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: شماره بیمه گذار: کد بیمه گذار:

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: شماره بیمه نامه: شماره بیمه گذار: کد بیمه گذار:

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

- ۹ ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازلی و نالبروری شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT ZIFT، IUI، میکرواینجکشن و IVF.
- ۳ ماه دوران انتظار برای بیماریهای مزمن از قبیل فقط، کاتاراکت، استرایسم، 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 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 جزو استثنایات این بیمه نامه می باشند.

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

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

توجه ۶: صدور 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 بیمه گر تحويل نمودم.

تذکر: در صورت درخواست جهت تمدید بیمه نامه، پرسشنامه سلامت صرفاً درخصوص بیمه شدگان جدید می باشد تکمیل گردد.