



فرم پیشنهاد بیمه درمان تکمیلی

بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار محترم، خواهشمند است پس از پاسخ به سئوالات زیر بصورت خوانا و دقیق آنرا جهت اعلام نرخ به مدیریت بیمه های درمان ارسال نمایید.

مشخصات بیمه گذار:

نام:	کد اقتصادی/شناسه ملی:	نوع فعالیت:
آدرس:		
تلفن:	نمابر:	

تعداد بیمه شدگان اصلی:	تعداد بیمه شدگان فرعی:
تعداد بیمه شدگان ۶۰ تا ۷۰ سال:	تعداد بیمه شدگان بیش از ۷۰ سال:
نام سازمان بیمه گر اول: سازمان تامین اجتماعی <input type="checkbox"/>	سازمان خدمات درمانی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

تعهدات مورد درخواست براساس موارد مربوط در آئین نامه شماره ۷۴ بیمه مرکزی اسلامی ایران

ردیف	نوع تعهدات	فرانشیز	حداکثر تعهدات سالیانه
۱	بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE (با بیشتر از ۶ ساعت بستری)، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن		
۲	شامل اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (باستثنای دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند ریه، کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، که تعهدات این بند با احتساب بند ۱ می باشد.		
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین		
۴	هزینه پاراکلینیکی (۱): جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، آکوکاردیوگرافی		
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲): جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب و آنژیوگرافی چشم		
۶	هزینه های پاراکلینیکی (۳): جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی، دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم)		
۷	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای دو چشم) در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد		
۸	جبران هزینه های آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی		
۹	جبران هزینه های ویزیت و دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول.		
۱۰	جبران هزینه عینک طبی و لنز تماس طبی		
۱۱	جبران هزینه سمعک		
۱۲	در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان نازائی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط		
۱۳	هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم (پرکردن) عصب کشی (روت کانال)، جرم گیری و روکش (حداکثر ۳ واحد در سال) است.		
۱۴	جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان میگردد		

سوابق بیمه ای

آیا تاکنون بیمه نامه مازاد درمان گروهی نزد شرکت های بیمه گر داشته اید؟ بله خیر نام بیمه گر قبلی:

تعداد بیمه شدگان در قرارداد سال گذشته: حق بیمه ماهانه در قرارداد سال گذشته:

توضیحات:

- * حداقل ۵۰٪ اعضای گروه می بایست جهت اخذ پوشش بیمه ای معرفی گردد.
- * در گروه های کمتر از ۱۰۰ نفر، برای بیمه شدگان بین ۶۰-۷۰ سال ۵۰٪ حق بیمه پایه و برای بیمه شدگان بالای ۷۰ سال تمام ۱۰۰٪ حق بیمه پایه اعلام شده، حق بیمه اضافی منظور می گردد.
- * دوره انتظار برای بیماریهای مزمن و یا بیماریهایی که منشاء آن قبل از تاریخ شروع پوشش این بیمه نامه باشد برای هر یک از بیمه شدگان به مدت ۳ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه های مربوطه نخواهد داشت.
- * چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شوندگان از طرف بیمه گذار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است بیمه گر مجاز به تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.
- * محاسبه هزینه های درمانی با اصل صورتحساب و براساس تعرفه بیمارستانهای همتراز طرف قرارداد صنعت بیمه محاسبه می گردد. همچنین بیمه شدگان می بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از سازمان خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمانهای فوق الذکر، از طریق نماینده بیمه گذار به بیمه گر مراجعه و هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر براساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند.
- * بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسشهای بیمه - گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً بر خلاف واقع مطلبی را اظهار بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه نامه فسخ خواهد شد.

مهر و امضاء بیمه گذار