

کد فرم : PIF003

تجدید نظر: 05

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 خانوادگی: نام خانوادگی: / / تاریخ تولد: کد ملی: / / جنسیت: زن مرد

شماره شناسنامه: 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 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) 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؟ خیر بله بله 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؟ خیر بله بله 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، GIFT, ZIFT, JUI, میکرواینجکشن و IVF.
- 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: صدور بیمه نامه پس از تایید کارشناس یا پزشک معتمد امکان پذیر 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.

نام و امضای بیمه گذار

پرسشنامه سلامت را جهت خود و کلیه افراد تحت تکفل تکمیل و همراه این پیشنهاد به بیمه گر تحویل نمودم.

تاریخ: / /

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