پیشنهاد بیمه درمان تکمیلی خانواده

کد فرم : PIF003
تجدید نظر: 03
شماره صفحه: ۱ از ۱

بیمه سامان
Saman Insurance

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 : طرح نسیم سامان ☐ طرح مهر سامان ☐ طرح سروش سامان ☐ طرح شمیم سامان ☐ طرح وصال سامان ☐ طرح عقیق سامان ☐

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:

- زایمان (۹ ماه).
- بیماریهای مزمن از قبیل کاتاراکت، استرابیسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی آنژیوپلاستی قلب، جراحی قلب باز، نارسایی های مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتومی و هیسترکتومی، سیتوسل، رکتوسل، آنتروسل (۳ ماه).

توجه ۲ : در این بیمه نامه امکان حذف بیمه شده وجود ندارد. همچنین ا ضافه شدن بیمه شده نیز تنها شامل هم سران تازه ازدواج کرده و نوزادان تازه متولد شده (حداکثر تا ۳۰ روز) 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 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.

نام و امضای بیمه گذار
تاریخ / /