

بیمه گذار محترم، خواهشمند است پس از پاسخ به سؤالات زیر به صورت خوانا و دقیق آن را جهت اعلام نرخ به عامل فروش بیمه نامه ارسال نمایید.

مشخصات نماینده نماینده معرف بیمه نامه: بیمه سامان: کد نمایندگی: (معرف بیمه نامه)	مشخصات معرف نام و نام خانوادگی: تلفن ثابت: تلفن همراه: بیمه گذار (رابط):
---	---

اطلاعات بیمه گذار

مشخصات ثبتی	نام بیمه گذار: کد اقتصادی: شناسه ملی: شماره ثبت: نوع فعالیت: <input type="checkbox"/> اداری <input type="checkbox"/> تولیدی و صنعتی <input type="checkbox"/> خدماتی آدرس: کدپستی: شماره تلفن:
مشخصات	تعداد کل کارکنان: نفر تعداد کارکنان متقاضی پوشش: نفر تعداد بیمه شدگان (اصلی و فرعی): نفر تعداد بیمه شوندهان ۶۰ تا ۷۰ سال: نفر تعداد افراد بالای ۷۰ سال: نفر نام سازمان بیمه گر اول: <input type="checkbox"/> سازمان تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> سازمان خدمات درمانی <input type="checkbox"/> پشتیبانی نیروهای مسلح (ارتش) <input type="checkbox"/> سایر: تعداد بیمه شدگان فرعی: نفر
سوابق بیمه ای	آیا تا کنون بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی نزد شرکت های بیمه گر داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نام بیمه گر قبلی: تاریخ انقضای بیمه نامه سال قبل: بیمارستانی و جراحی عمومی: جراحی تخصصی: زایمان: نازایی: سمک: سقف تعهدات: پاراکلینیکی ۱: پاراکلینیکی ۲: جراحی های مجاز سرپایی: رفع عیوب انکساری: بیمه نامه سال گذشته (ریال): آزمایش، رادیولوژی، فیزیوتراپی و نوار قلب: ویزیت و دارو: آروتز: دندان پزشکی: عینک طبی: هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین: هزینه تهیه اعضاء طبیعی بدن: چنانچه شرکت بیمه گر قبلی شما بیمه سامان نبوده است، علت تغییر شرکت بیمه گر و یا انتخاب بیمه سامان را بفرمایید: آیا در حال حاضر بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه سامان دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر رشته و حجم تقریبی پرتفوی شما در بیمه سامان: آیا تمایل دارید سایر امور بیمه ای خود را در شرکت بیمه سامان متمرکز نمایید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر رشته و حجم تقریبی سایر پرتفوها:

سقف تعهدات مورد درخواست (ریال)

تعهد	بیمارستانی و جراحی عمومی	جراحی تخصصی (با احتساب بند بیمارستانی)	زایمان	نازایی	پاراکلینیکی اول شامل: رادیوگرافی، آنژیوگرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری
سقف تعهد درخواستی
فرانشیز	٪	٪	٪	٪	٪

نام، مهر و امضاء عامل فروش

تاریخ درخواست،

مهر و امضاء بیمه گذار / معرف بیمه گذار

سقف تعهدات مورد درخواست (ریال)

تعداد	پاراکنینیکی دوم شامل: آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	جراحی های مجاز سرپائی	رفع عیوب انکساری (دو چشم)			
سقف تعهد درخواستی			
فرانشیز	%	%	%			
تعداد	ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور)	عینک طبی	سمعک	اروتز	هزینه تهیه اعضاء طبیعی بدن	آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک
سقف تعهد درخواستی
فرانشیز	%	%	%	%	%	%
تعداد	تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)	بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (به جز ایمپلنت، ارتودنسی و دندان مصنوعی)		
سقف تعهد درخواستی		
فرانشیز	%	%	%	%		

نحوه پرداخت: پرداخت نقدی تقسیط حق بیمه به صورت: عامل پرداخت خسارت:

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، مهر و امضاء عامل فروش

تاریخ درخواست،

مهر و امضاء بیمه گذار / معرف بیمه گذار