

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

<b>مشخصات نماینده</b> نماینده معرف بیمه نامه: ..... بیمه سامان: ..... کد نمایندگی: ..... (معرف بیمه‌نامه)	<b>مشخصات معرف</b> نام و نام خانوادگی: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... بیمه‌گذار (رابط): .....
---	---

اطلاعات بیمه‌گذار	
<b>نام بیمه‌گذار:</b> ..... <b>کد اقتصادی:</b> ..... <b>شناسه ملی:</b> ..... <b>شماره ثبت:</b> ..... <b>نوع فعالیت:</b> <input type="checkbox"/> اداری <input type="checkbox"/> تولیدی و صنعتی <input type="checkbox"/> خدماتی <b>آدرس:</b> ..... <b>کدپستی:</b> ..... <b>شماره تلفن:</b> .....	<b>تعداد کل کارکنان:</b> ..... نفر <b>تعداد کارکنان متقاضی پوشش:</b> ..... نفر <b>تعداد بیمه‌شدگان (اصلی و فرعی):</b> ..... نفر <b>تعداد بیمه‌شدگان فرعی:</b> ..... نفر <b>تعداد افراد بالای ۷۰ سال:</b> ..... نفر <b>نام سازمان بیمه‌گر اول:</b> <input type="checkbox"/> سازمان تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> سازمان خدمات درمانی <input type="checkbox"/> پشتیبانی نیروهای مسلح (ارتش) <input type="checkbox"/> سایر: .....
<b>آیا تاکنون بیمه‌نامه درمان تکمیلی گروهی نزد شرکت‌های بیمه‌گر داشته‌اید؟</b> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <b>نام بیمه‌گر قبلی:</b> ..... <b>تاریخ انقضای بیمه‌نامه سال قبل:</b> ..... <b>بیمارستانی و جراحی عمومی:</b> ..... <b>جراحی تخصصی:</b> ..... <b>زایمان:</b> ..... <b>نازایی:</b> ..... <b>سمعک:</b> ..... <b>سقف تعهدات:</b> پاراکلینیکی ۱: ..... پاراکلینیکی ۲: ..... <b>جراحی‌های مجاز سربائی:</b> ..... <b>رفع عیوب انکساری:</b> ..... <b>آزمایش، رادیولوژی، فیزیوتراپی و نوار قلب:</b> ..... <b>ویزیت و دارو:</b> ..... <b>اروتز:</b> ..... <b>دندان پزشکی:</b> ..... <b>عینک طبی:</b> ..... <b>هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین:</b> ..... <b>هزینه تهیه اعضاء طبیعی بدن:</b> ..... <b>چنانچه شرکت بیمه‌گر قبلی شما بیمه سامان نبوده است، علت تغییر شرکت بیمه‌گر و یا انتخاب بیمه سامان را بفرمایید:</b> .....	
<b>آیا در حال حاضر بیمه‌نامه دیگری در شرکت بیمه سامان دارید؟</b> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <b>رشته و حجم تقریبی پرتفوی شما در بیمه سامان:</b> ..... <b>آیا تمایل دارید سایر امور بیمه‌ای خود را در شرکت بیمه سامان متمرکز نمایید؟</b> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <b>رشته و حجم تقریبی سایر پرتفوها:</b> .....	

سقف تعهدات مورد درخواست (ریال)					
تعهد	بیمارستانی و جراحی عمومی	جراحی تخصصی (با احتساب بند بیمارستانی)	زایمان	نازایی	پاراکلینیکی اول شامل: رادیوگرافی، آنژیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام‌آر‌آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری
سقف تعهد درخواستی	.....	.....	.....	.....	.....
فرانشیز	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %

نام، مهر و امضاء عامل فروش

تاریخ درخواست،

مهر و امضاء بیمه‌گذار / معرف بیمه‌گذار

**سقف تعهدات مورد درخواست (ریال)**

<b>رفع عیوب انکساری</b> (دو چشم)	<b>جراحی های مجاز</b> سریائی	پاراکلینیکی 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)			
.....	.....	.....			
..... %	..... %	..... %			
<b>آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک</b>	<b>هزینه تهیه اعضاء طبیعی بدن</b>	<b>اروتز</b>	<b>سمعک</b>	<b>عینک طبی</b>	<b>ویزیت و دارو</b> (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور)
.....	.....	.....	.....	.....	.....
..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %
<b>هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (به جز ایمپلنت، ارتودنسی و دندان مصنوعی)</b>	<b>بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی</b>	<b>فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)</b>	<b>تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین</b>		
.....	.....	.....	.....		
..... %	..... %	..... %	..... %		

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