

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 نمائید.

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

اطلاعات بیمه گذار

مشخصات ثبتی	نام بیمه گذار:	.....	کد اقتصادی:	.....	شناسه ملی:	.....
	شماره ثبت:	.....	نوع فعالیت:	اداری <input type="checkbox"/> تولیدی و صنعتی <input type="checkbox"/> خدماتی <input type="checkbox"/>	آدرس:	.....
مشخصات بیمه ای	تعداد کل کارکنان:	..... نفر	تعداد کارکنان متقاضی پوشش:	..... نفر	تعداد بیمه شدگان فرعی:	..... نفر
	تعداد کل بیمه شدگان (اصلی و فرعی):	..... نفر	تعداد بیمه شوندگان ۶۰ تا ۷۰ سال:	..... نفر	تعداد افراد بالای ۷۰ سال:	..... نفر
سوابق بیمه ای	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:	آیا تا کنون بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی نزد شرکت های بیمه گر داشته اید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	نام بیمه گر قبلی:	.....
	تاریخ انقضای بیمه نامه سال قبل:	.....	بیمارستانی و جراحی عمومی:	.....	جراحی تخصصی:	.....
	سقف تعهدات بیمه نامه سال گذشته (ریال):	.....	پاراکلینیکی ۱:	.....	پاراکلینیکی ۲:	.....
	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"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	رشته و حجم تقریبی پرتفوی شما در بیمه سامان:	.....	
	آیا تمایل دارید سایر امور بیمه ای خود را در شرکت بیمه سامان متمرکز نمائید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	رشته و حجم تقریبی سایر پرتفوها:	.....	

بیمارستانی و جراحی عمومی	جراحی تخصصی	زایمان	نازایی	پاراکلینیکی ۱	پاراکلینیکی ۲
.....
جراحی های مجاز سرپائی	رفع عیوب انکساری (دو چشم)	آزمایش، رادیولوژی، فیزیوتراپی و نوار قلب	ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور)	دندان پزشکی (به جز جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی و دندان مصنوعی) حداکثر تا ۱۰٪ تعهدات پایه	.....
.....
عینک طبی	سمعک	اروتز	هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین (به شرط داشتن پوشش زایمان)	هزینه تهیه اعضاء طبیعی بدن (تعداد بیمه شدگان بالای ۱۰۰۰ نفر)	.....
.....

سقف تعهدات مورد درخواست (ریال)

فرانشیز بیمارستانی: فرانشیز پاراکلینیکی:

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.

تاریخ درخواست، مهر و امضاء بیمه گذار / معرف بیمه گذار