پیشنهاد بیمه درمان تکمیلی خانواده

کد فرم: PIF۰۰۳
تجدید نظر: ۰۷
شماره صفحه: ۱ از ۱

بیمه سامان
Saman Insurance

تاریخ : / /

بیمه‌گذار محترم، خواهشمند است در کمال دقت و صداقت به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید، زیرا صحت و کامل بودن پاسخ‌ها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه می‌باشد که بر اساس این پیشنهاد صادر می‌گردد.

مشخصات کلی بیمه گذار

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: / / کد ملی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

شماره شناسنامه: جنسیت: زن ☐ مرد ☐

نشانی:

کد پستی: شماره موبایل: 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 (همسران) دائمی، فرزندان بیمه‌شده اصلی و سایر افرادی است که قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی (با ارائه مستندات قانونی) قرار دارند.

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 می‌باشد، لطفاً اطلاعات آنها را مطابق با فیلدهای جدول در پشت صفحه پرسشنامه قید کرده و امضاء نمائید.**

وضعیت بیمه‌گر پایه: ندارم ☐ تامین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ سایر ☐: .....

طرح انتخابی: .....

سوابق بیمه ای

آیا تاکنون بیمه نامه درمان تکمیلی نزد شرکت‌های بیمه‌گر داشته اید؟ (از تاریخ انقضاء آن بیش از یک ماه نگذشته باشد) بله ☐ خیر ☐ نام بیمه‌گر قبلی:

در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان خسارت دریافتی از بیمه‌نامه قبلی به چه میزان و بابت چه موردی بوده است؟

آیا هم اکنون بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه نزد بیمه سامان دارید؟ بلی ☐ خیر ☐

در صورتی که پاسخ مثبت است، مشخصات بیمه‌نامه خود را ذکر فرمایید:

تاریخ شروع بیمه‌نامه: / / کد بیمه‌گذار: شماره بیمه‌نامه:

در صورتی که پاسخ منفی است، آیا بطور همزمان مایل به دریافت بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه می‌باشید؟ بلی ☐ خیر ☐

سایر پوشش‌های بیمه‌ای که نزد بیمه سامان دارید را ذکر فرمایید:

رشته: کد بیمه‌گذار: شماره بیمه‌نامه:

توجه ۱: مصادیق دوره انتظار این بیمه‌نامه عبارت است از:

- ۹ ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن وIVF .
- 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 بیمه‌نامه امکان حذف بیمه شده تنها در صورت فوت یا طلاق بیمه‌شده وجود دارد. همچنین اضافه شدن بیمه‌شده شامل ازدواج (حداکثر تا یک ماه) و تولد (حداکثر دو ماه) می‌باشد.

توجه ۳: کلیه اعمال زیبایی مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، بای پس معده و ... همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه‌نامه می‌باشند.

توجه ۴: امکان صدور بیمه‌نامه برای متقاضیانی که دارای BMI (شاخص توده بدنی) بالای ۴۰ هستند، وجود ندارد.

توجه ۵: مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه‌های انجام شده حداکثر چهار ماه تمام از تاریخ تنظیم صورتحساب می‌باشد.

توجه ۶: صدور بیمه‌نامه پس از تایید کارشناس یا پزشک معتمد امکان‌پذیر خواهد بود.

توجه ۷: هزینه‌های مربوط به ناهنجاری‌های جنین (غربالگری) غیرقابل پرداخت می‌باشد.

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 می‌گیرم.

پرسشنامه سلامت را برای خود و کلیه افراد تحت تکفل تکمیل و همراه این پیشنهاد به بیمه‌گر تحویل نمودم.

تذکر: در صورت درخواست جهت تمدید بیمه‌نامه، پرسشنامه سلامت صرفاً در خصوص بیمه‌شدگان جدید می‌بایست تکمیل گردد. همچنین در صورت درخواست طرح با حق بیمه و تعهدات بیشتر، تکمیل فرم پرسشنامه سلامت الزامی می‌باشد.

نام و امضای بیمه‌گذار

تاریخ / /