



فرم پیشنهاد بیمه درمان گروهی

متقاضی محترم؛ خواهشمند است فرم زیر را به صورت کامل و خوانا تکمیل فرمایید

<b>مشخصات متقاضی</b>	نام متقاضی (حقوقی) .....
	کد اقتصادی: ..... شناسه ملی: ..... شماره ثبت: .....
	نوع مالکیت: خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> سایر (توضیحات) <input type="checkbox"/>
	نوع فعالیت: اداری و دفتری <input type="checkbox"/> خدماتی <input type="checkbox"/> کشاورزی و دامپروری <input type="checkbox"/> تجاری و بازرگانی <input type="checkbox"/> نیروهای نظامی و انتظامی <input type="checkbox"/>
	نشانی: .....
	کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه مسئول: ..... فکس: ..... ایمیل سازمانی: .....
سابقه پوشش بیمه ای نزد یکی از شرکت های بیمه بازرگانی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت لطفاً اعلام نمایید: - تاریخ آخرین پوشش بیمه درمان گروهی: ..... الی ..... - نزد شرکت بیمه بازرگانی: .....	

<b>شوندگان بیمه</b>	۱- تعداد کل کارکنان شاغل: ..... نفر ۲- تعداد متقاضیان اصلی (کارکنان شاغل متقاضی): ..... نفر
	۲- تعداد متقاضیان تبعی (همسر، فرزند، پدر، مادر و...): .....
	۳- تعداد متقاضیان ۶۰ الی ۷۰ سال: .....
	۴- تعداد متقاضیان بیش از ۷۰ سال: .....
	۵- تعداد بازنشستگان متقاضی: ..... * * * میانگین سنی کل بیمه شوندگان ..... سال
	۶- بیمه گر پایه: بیمه سلامت ..... بیمه تامین اجتماعی ..... سایر: .....

اطلاعات ارائه شده در این فرم پیشنهاد در نهایت صداقت اعلام شده است و در صورتی که خلاف آن ثابت گردد، مسئولیت آن به عهده بیمه گذار می باشد.

مهر و امضاء متقاضی ..... تاریخ .....

نام نمایندگی / کارگزاری: ..... کد نمایندگی / کارگزاری ..... تلفن: .....

تاریخ: ..... مهر و امضاء: .....

بیمه گذار گرامی لطفاً جهت تکمیل جدول تعهدات به صفحه بعد مراجعه فرمایید.



نام بیمه گذار ( حقوقی ) : .....

تعهدات مورد درخواست بر اساس موارد مندرج در آیین نامه شماره ۹۹ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات سالانه (ریال)	فرانشیز (%)
<b>پوشش اصلی</b>			
	هزینه بیمارستانی (تعهد پایه) هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیوتراپی ، هر نوع آنژیوگرافی ( بجز چشم ) ، انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از 10 سال و بالاتر از 70 سال در بیمارستان هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال حین بستری بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج	.....	.....
۱	<b>جراحی های تخصصی</b> اعمال مهم تخصصی شامل : افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی ، رادیو تراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب تعهد پایه )	.....	.....
۲	داروی بیماری های خاص داروهای خوراکی بیماری های خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری ، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل سقف تعهد اعمال جراحی تخصصی	.....	.....
۳	زایمان ( زایمان طبیعی / سزارین )	.....	.....
۴	نازایی ناباروری - اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن ، IVF, GIFT, ZIFT, IUI	.....	.....
۵	درمان بیماری های روان پریشی - صرفاً جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روانپریشی	.....	.....
۶	پاراکلینیکی گروه یک - شامل : انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم ، انواع سونوگرافی ، انواع اسکن ، ام ار ای ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیتومتری ( سنجش تراکم استخوان )	.....	.....
۷	پاراکلینیکی گروه دو - صرفاً : انواع آندوسکوپی ، ERCP ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز بیس میکر ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی مانند ( اسپرومتری و PFT و ... ) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی ( NCV, EMG ) الکتروانسفالوگرافی ( EEG ) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم ( مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری ، پکی متری ، پنتاکم و ... ) ، خدمات تشخیصی گوش ( مانند تمپانومتری ، انواع ادیومتری و ... )	.....	.....
۸	پاراکلینیکی گروه سه - خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارک های جنینی) ، پاتولوژی ، تست های آلرژیک ، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)	.....	.....
۹	پاراکلینیکی گروه چهار - خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : اکوی قلب جنین ، مارک های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	.....	.....
۱۰	پاراکلینیکی گروه پنج - فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کاردرمانی (OT)	.....	.....

پوشش های اضافی



.....	.....	تجمیع پاراکلینیکی (گروه یک تا گروه پنج) مشروط به آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه بیشتر نباشد	50%	۱۱
.....	.....	اعمال مجاز سرپایی - مانند : شکستگی ، در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژون لیپوم ، بیوپسی تخلیه ی کیست ، لیزر درمانی	10%	۱۲
.....	.....	ویزیت و دارو - جبران هزینه ویزیت ، دارو (بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول ) خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	5%	۱۳
.....	.....	داندانپزشکی - هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانی پزشکی و جراحی لثه	15%	۱۴
.....	.....	اوروتز - هزینه ی خرید اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	2%	۱۵
.....	.....	تهیه اعضای طبیعی بدن - جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	100%	۱۶
.....	چشم راست ..... چشم چپ .....	رفع عیوب انکساری - جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم مانند لیزیک ، لازک ، PRK ، RK ، PHAKIC یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان ( طبق فاکتور رسمی و معتبر ) - هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی قابل پرداخت است که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ( درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات ) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	هر چشم 15%	۱۷
.....	.....	عینک - عینک طبی ، لنز تماسی طبی	2%	۱۸
.....	.....	سمعک - جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک ( دو گوش )	10%	۱۹

توجه : چنانچه هر کدام از این پوشش ها درخواست نگردد ، خدمات مربوط به آنها از دیگر بند های تعهدات ، قابل پرداخت نخواهد بود .

حق بیمه درخواستی هر نفر ماهانه بدون احتساب مالیات برارزش افزوده ..... ریال

بیمه گذار گرامی لطفاً جهت تکمیل جدول سایر پرتفو ها به صفحه بعد مراجعه فرمایید .

..... تاریخ

..... مهر و امضاء متقاضی