

فرم پیشنهاد قرارداد بیمه درمان تکمیلی، عمر و حوادث گروهی

نام بیمه گذار: _____ نوع فعالیت: _____ شناسه ملی/کد اقتصادی: _____
 آدرس و شماره تماس بیمه گذار: _____ تعداد بیمه شدگان اصلی: _____ تبعی: _____ کل: _____
 آیا سال گذشته بیمه نامه درمان تکمیلی داشته اید؟ خیر بلی در صورتیکه پاسخ شما بلی است، لطفا موارد ذیل را اعلام نمائید.
 نام بیمه گر سال گذشته: _____ ضریب خسارت: _____ حق بیمه: _____ تاریخ انقضاء: _____

ردیف	تسهیلات	طرح ۱ (ریال)		طرح ۲ (ریال)	
		فرانشیز	تعهدات	فرانشیز	تعهدات
۱	بستری عمومی: جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.				
۲	جراحی تخصصی: جبران هزینه برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.				
۳	زایمان: جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.				
۴	پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه انواع 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.				
۵	پاراکلینیکی ۲: جبران هزینه انواع 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 ایتمتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری).				
۶	پاراکلینیکی ۳: جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.				
۷	عیوب انکساری: جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهد برای هر دو چشم.				
۸	آزمایش: جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (به استثناء چکاپ) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های ال رزیک.				
۹	فیزیوتراپی: جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT).				
۱۰	ویزیت / دارو: هزینه های ویزیت (طبق تعرفه بخش خصوصی)، دارو (شامل هزینه های مازاد بر سهم بیمه گر پایه به اضافه حق فنی داروخانه می باشد) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری.				
۱۱	روان پریشی: جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی.				
۱۲	عینک و لنز طبی: جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست.				
۱۳	دندانپزشکی: هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان، ریشه، جرم گیری و بروساز، روکش و جراحی لثه به استثناء کلیه موارد زیبایی.				
۱۴	ناهنجاری جنین: جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین.				
۱۵	نازایی و ناباروری: جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط IVF، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF.				
۱۶	سمعک: جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک برای هر دو گوش.				
۱۷	اروتز: هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد.				
۱۸	آمیولانس: درون شهری: هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.				
۱۹	آمیولانس: بیرون شهری: هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.				

جدول نرخ و شرایط بیمه درمان تکمیلی

جدول نرخ و شرایط بیمه عمر و حوادث گروهی - تعداد نفر؛ میانگین سنی: سال

ردیف	نوع پوشش بیمه	سقف تعهدات - ریال		
		طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳
۱	بیمه عمر (فوت به هر علت)			
۲	بیمه حوادث (فوت ناشی از حادثه)			
۳	بیمه حوادث (نقص عضو و از کارافتادگی ناشی از حادثه)			
۴	بیمه حوادث (هزینه پزشکی ناشی از حادثه)			

بدینوسیله اعلام می گردد که اطلاعات مذکور با صداقت و امانت ارائه شده و در صورتی که خلاف آن ثابت شود، مسئولیت آن بر عهده اینجانب می باشد
 توجه: صرف تکمیل نمودن این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای بیمه گذار و بیمه گرایجاد نخواهد کرد.

مهر و امضاء نمایندگان/کارگزاری شعبه

مهر و امضای بیمه گذار