

فرم پیشنهاد قرارداد بیمه درمان تکمیلی، عمر و حوادث گروهی



کل: _____
 تبعی: _____
 تعداد بیمه شدگان اصلی: _____
 تاریخ انعقاد: _____

شناسه ملی اکتا اقتصادی:
 تعداد بیمه شدگان اصلی: _____
 لطفاً موارد ذیل را اعلام نمایید.

نوع فعالیت: _____
 در صورتیکه پاسخ شاخه شمالی است، لطفاً موارد ذیل را اعلام نمایید.
 حق بیمه: _____
 ضرب خسارت: _____

نام بیمه گذار: _____
 آدرس و شماره تماس بیمه گذار: _____
 آیا سال گذشته بیمه نامه درمان تکمیلی داشته اید؟ خیر بله
 نام بیمه گر سال گذشته: _____

ردیف	توضیحات	طرح ۱ (ریال)		طرح ۲ (ریال)	
		تعداد	فرانشیز	تعداد	فرانشیز
۱	بستری عمومی: جبران هزینه‌های 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 اطفال، دیسک و ستون فقرات، گالناپیغ، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند میز استخوان و ارتوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.				
۳	زایمان: جبران هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.				
۴	پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه انواع آزمایش‌های تشخیصی، آنژیوگرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی و انواع اسکن هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، پالسیتمتری.				
۵	پاراکلینیکی ۲: جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آلتایز بیس میکر، EECF، ریت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت قلبی (EMG، NCV)، الکترواستیوگرامی (EEG)، خدمات تشخیصی نورودینامیک (باز مانده)، خدمات تشخیصی و برتو پزشکی چشم مانند اینترتری، برهمتری و پستاکم، شنوایی سمعی (انواع اودیومتری).				
۶	پاراکلینیکی ۳: جبران هزینه اعمال معاینه شکیستی و در رفتگی، گچ گیری، ختند، بخیه، کرایوتراپی، اکسیرین لیبوم، بیوسپی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.				
۷	عمیوب الککساری: جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب الکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه دردیکنی، دوربینی، استیجمات یا مجموع قدر متعلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهد برای هر دو چشم.				
۸	آزمایش: جبران هزینه انواع خدمات آزمایشگاهی تشخیصی پزشکی (به استثناء چکاپ) شامل پاپولواری و ژنتیک پزشکی، تست های الیزبک.				
۹	فیزیوتراپی: جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT).				
۱۰	ویزیت (اروژ): هزینه های ویزیت (طبق تعرفه بخش خصوصی)، دارو (شامل هزینه های مواد بر سهم بیمه گر پایه به اضافه حق فنی داروخانه می باشد) و خدمات اروژاس در موارد غیر بستری.				
۱۱	روان پریشی: جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی.				
۱۲	عیبک و لنز طبی: جبران هزینه مربوط به خرید عیبک طبی یا لنز تماسی طبی یا لنز دوربین چشم پزشکی و یا اینووتریست.				
۱۳	دندانپزشکی: هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، ریشه، جرم گیری و پروساز، روکش و جراحی لثه به استثناء کلیه موارد زیبایی.				
۱۴	ناهنجاری جنین: جبران هزینه تست های غرباگری جنینی شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین.				
۱۵	نازایی و نازاری: جبران هزینه درمان نازاری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط IUI, ZIFT, GIFT, میکرواینجکشن و IVF.				
۱۶	سمک: جبران هزینه های مربوط به خرید سمک برای هر دو گوش.				
۱۷	اروتز: هزینه تهیه اروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد.				
۱۸	آمبولاسی: درون شهری: هزینه آمبولاس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و با انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.				
۱۹	آمبولاسی: برون شهری: هزینه آمبولاس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و با انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.				

سال میانگین سنی:

نوع پوشش بیمه: _____
 سقف تعهدات - ریال: _____
 تعداد: نفر؛

جدول نرخ و شرایط بیمه عمر و حوادث گروهی - تعداد:

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

سقف سنی در بیمه عمر گروهی
 ۷۰ سال تمام و در بیمه حوادث
 گروهی ۷۵ سال تمام می باشد.

نام بیمه گذار: _____
 آدرس و شماره تماس بیمه گذار: _____
 آیا سال گذشته بیمه نامه درمان تکمیلی داشته اید؟ خیر بله
 نام بیمه گر سال گذشته: _____

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 گر ایجاد نخواهد کرد.

مهر و امضای نماینده گذار

مهر و امضای نماینده آگراگرایی بیمه