

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

### مشخصات کلی بیمه‌گذار

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
شماره شناسنامه:	جنسیت:	زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	
نشانی:	شماره موبایل:	روش پرداخت حق بیمه:	نقدی <input type="checkbox"/> اقساط <input type="checkbox"/>
کد پستی:	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 بیمه‌ای

آیا تاکنون بیمه نامه درمان تکمیلی نزد شرکت‌های بیمه‌گر داشته اید؟ (از تاریخ انقضای 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 با بت چه موردی بوده است؟

آیا هم اکنون بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه نزد بیمه سامان دارد؟ 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 بطری همزمان مایل به دریافت بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه می‌باشد؟ بلی  خیر

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

رشته: شماره بیمه‌نامه: کد بیمه‌گذار:

توجه ۱: مصاديق دوره انتظار اين بيمه‌نامه عبارت است از:

۹ ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازلی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT، ZIFT، IUI، میکرواینژکشن و IVF.

۳ ماه دوران انتظار برای بیماری‌های مزم من از قبیل فقط، کاتاراکت، استراپیسم، رفع عیوب انکساری چشم، جراحی لوزه، جراحی قلب باز، بیماری‌های مزم من کلیوی، جراحی دیسک ستون فقرات، درمان وارسی و ...

در این موارد امکان حذف دوران انتظار وجود دارد:

۱. در صورت تمدید بیمه‌نامه درمان تکمیلی سامان اعم از گروهی یا خانواده (با فاصله حداقل یک ماه بعد از انقضای بیمه‌نامه قبلی) برای بیمه‌شدن گان حقیقی

۲. در صورت ارائه آخرین لیست تاییدشده توسط بیمه‌گر سال قبل (مهمور به مهر شعبه و مشروط به آنکه بیش از یکماه از بیمه‌نامه منقضی سپری نشده باشد) برای گروه‌های کوچک و متوسط (SME)، صرف برای افراد نامبرده در لیست.

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 استثنایات این بیمه‌نامه می‌باشند.

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

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

توجه ۶: صور بیمه‌نامه پس از تایید کارشناس یا پزشک معتمد امکان پذیر خواهد بود.

توجه ۷: هزینه‌های مربوط به ناهنجاری جنین (غبارالگری) صرف در طرحهای دارای این پوشش قابل پرداخت می‌باشد.

توجه ۸: منظور از مستندات قانونی برای افراد تحت تکفل اصل و کمی صفحات اول و دوم شناسنامه و دفترچه بیمه‌گر پایه (در صورت وجود) (یا تأییدیه از سایت تأمین اجتماعی) کلیه بیمه‌شدن گان است.

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 گواهی سلامت را برای خود و کلیه افراد تحت تکفل درخواستی بیمه درمان، تکمیل و همراه این پیشنهاد به بیمه‌گر تحويل نمودم.

تذکر: در صورت درخواست جهت تمدید بیمه‌نامه، پرسشنامه سلامت صرفأ درخصوص بیمه‌شدن گان جدید می‌باشد. همچنین در صورت درخواست

طرح با حق بیمه و تعهدات بیشتر، تکمیل فرم پرسشنامه سلامت الزامی می‌باشد.