



## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه درمان گروهی

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم میباشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

مشخصات پیشنهاد دهنده

تعهدات

سابقه بیمه و خسارت

مدت بیمه

قانون بیمه

نام پیشنهاد دهنده:	شناسه ملی:
تاریخ ثبت:	شماره ثبت:
ماهیت فعالیت: تولیدی <input type="checkbox"/> خدماتی <input type="checkbox"/> سایر: .....	زمینه اصلی فعالیت:
نشانی: استان:	شهر:
تلفن ثابت (بهمراه کد):	دورنگار:
پست الکترونیک/وب سایت:	کدپستی:
تعداد کل کارکنان: .....	تلفن همراه:
مجموع تعداد بیمه شدگان اعم از اصلی و تبعی: .....	مسئول بیمه ای/نماینده بیمه:
نام سازمان بیمه گر پایه:	تعداد کارکنان متقاضی پوشش: .....
	تعداد بیمه شدگان بالای ۶۰ سال: .....

لطفاً نوع پوشش ها و همچنین تعهدات درخواستی را طبق جدول مندرج در صفحه بعد، اعلام فرمائید.

۱. آیا کارکنان آن شرکت/سازمان قبلاً پوشش بیمه درمان مزاد داشته اند؟ بلی  خیر   
 در صورت مثبت بودن پاسخ، ضمن بیان علت درخواست انتقال قرارداد به "شرکت بیمه سرمد"، پرسش های زیر را پاسخ داده و گواهی تسویه حساب بیمه گر قبلی را ارائه فرمائید.

۲. نام بیمه گر سال گذشته:

۳. حق بیمه پرداختی: .....

۴. خسارت دریافتی و در جریان: .....

۵. بدهی حق بیمه به شرکت بیمه گر سال گذشته: .....

تاریخ اتمام قرارداد: .....

ریال (..... قسط)

از تاریخ: ..... تا تاریخ: ..... به مدت: ..... روز

**ماده ۱۲ قانون بیمه (اصل حسن نیت):** بیمه گذار موظف است که در هنگام عقد قرارداد بیمه و در جریان آن، کلیه اطلاعاتی را که در خصوص مورد بیمه دارد (که موثر در ارزیابی خطر است)، با کمال درستی و صداقت اظهار کند (اعم از اینکه بیمه گر این اطلاعات را خواسته باشد یا نخواستہ باشد)، بطوریکه بیمه گر با بهره گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می دهد، تشخیص دهد.

شعبه/نماینده/کارگزار
مهر و امضاء:
تاریخ:

تأییدیه پیشنهاد دهنده
ماده ۱۲ قانون بیمه، مندرج در کادر فوق را مطالعه و از آن آگاهی یافتم. در صورت قبول پیشنهاد از طرف "شرکت بیمه سرمد" و اخذ پوشش بیمه نامه درمان تکمیلی، متعهد می شوم شرایط عمومی مندرج در ظهر آن و شرایط خصوصی را که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد، بلافاصله پس از دریافت بیمه نامه مطالعه و مفاد آنرا بپذیرم. صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است. نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده: تاریخ:



## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه درمان گروهی

### نوع پوشش ها و تعهدات درخواستی

ردیف	سرفصل تعهدات	تعهدات درخواستی	
		حداکثر سقف	سقف تعهدات (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری ، جراحی و Daycare ، در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود		فرانشیز
۲	افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش های اصلی برای شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب ردیف ۱)	۲ برابر ردیف ۱	
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و عمل سزارین (دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است)	۵۰٪ ردیف ۱	
۴	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط،،GIFT.ZIFT.IUI میکرواینجکشن و IVF	۵۰٪ ردیف ۱	
۵	هزینه های 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 رابوایزوتوپ )،دانسیتومتری.	۲۰٪ ردیف ۱	
۶	پاراکلینیکی (۲) : جبران هزینه انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکو کاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، EECF، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی شامل ( اسپرومتری و PFT) خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوارمئانه) ، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنجی(انواع ادیومتری)	۲۰٪ ردیف ۱	
۷	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی،تست های آلرژیک	۱۰٪ ردیف ۱	
۸	جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۱۰٪ ردیف ۱	
۹	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT) ، گفتاردرمانی(ST) کاردرمانی(OT)	۱۰٪ ردیف ۱	
۱۰	جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی (به استثناء هزینه نگهداری بیماران روان پریش)	۵۰٪ ردیف ۱	
۱۱	جبران هزینه های ویزیت و دارو و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری (بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول)	۵٪ ردیف ۱	
۱۲	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه	۱۵٪ ردیف ۱	
۱۳	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	۲٪ ردیف ۱	
۱۴	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات با مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد .برای هر دو چشم(هرچشم نصف تعهد)	۱۵٪ ردیف ۱ هر چشم	
۱۵	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک	۱۰٪ ردیف ۱	
۱۶	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی ، گچ گیری،ختنه،بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم،بیوپسی،تخلیه کیست و لیزردرمانی	۱۰٪ ردیف ۱	
۱۷	هزینه تهیه اورتز که بلا فاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	۲٪ ردیف ۱	
۱۸	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	برابر ردیف ۱	

-آیا تعهدات مازاد بر موارد جدول فوق در قرارداد سال گذشته داشته اید؟ بلی □ خیر □ در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً عناوین آنها را با ذکر میزان حق بیمه اضافی پرداخت شده ذکر فرمائید.