

فرم پیشنهاد بیمه درمان گروهی

بیمه گذار محترم؛ خواهشمند است فرم زیر را به صورت کامل و خوانا تکمیل فرمایید.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار (حقوقی / حقوقی): .....
	کد اقتصادی / ملی: ..... شناسه ملی: ..... شماره ثبت: .....
	نوع مالکیت: <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/> نهاد <input type="checkbox"/> سایر
	نوع فعالیت: <input type="checkbox"/> اداری و دفتری <input type="checkbox"/> خدماتی <input type="checkbox"/> صنعتی <input type="checkbox"/> کشاورزی و دامپروری <input type="checkbox"/> تجاری و بازرگانی <input type="checkbox"/> نیروهای نظامی و انتظامی
	نشانی:
کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه: ..... دور نما: ..... پست الکترونیک: .....	سابقه پوشش بیمه ای نزد یکی از شرکت های بیمه بازرگانی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
	در صورت پاسخ مثبت لطفاً اعلام نمایید: - تاریخ آخرین پوشش بیمه درمان گروهی: ..... الی .....
	- نزد شرکت بیمه بازرگانی: .....
مشخصات بیمه شدگان	۱- تعداد کل کارکنان شاغل: .....
	۲- تعداد متقاضیان اصلی: .....
	۳- تعداد متقاضیان تبعی: .....
	۴- تعداد متقاضیان ۶۰ الی ۷۰ سال: .....
	۵- تعداد متقاضیان بیش از ۷۰ سال: .....
	۶- تعداد بازنشستگان متقاضی: .....
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 بیمه گذار ..... تاریخ .....	
نام نمایندگی / کارگزاری: ..... کد نمایندگی / کارگزاری: ..... تلفن: .....	
تاریخ: .....	
مهر و امضاء: .....	

بیمه گذار گرامی لطفاً جهت تکمیل جدول تعهدات به پشت برگه مراجعه فرمایید.

تعهدات مورد درخواست بر اساس موارد مندرج در آیین نامه شماره ۷۴ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران			
ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات سالیانه (ریال)	فرانشیز (%)
۱	جبران هزینه بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مرکز جراحی محدود و Day Care.		
۲	جبران هزینه اعمال جراحی تخصصی سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات که فقط از محل ردیف یک قابل پرداخت می باشد)، گامانایف، قلب، پیوند (ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان) (با احتساب ردیف ۱).		
۳	جبران هزینه‌های زایمان اعم طبیعی و سزارین.		
۴	جبران هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط با GIFT, ZIFT, ICSI, IUI, میکرواینجکشن یا IVF.		
۵	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی شامل انواع: سونوگرافی، ماموگرافی، اسکن، آندوسکوپی، ام.آر.آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو و دانسیتومتری.		
۶	جبران هزینه‌های مربوط به انواع: تست‌ها شامل ( ورزش، آلرژی، تنفسی، شنوایی سنجی و بینایی سنجی )، انواع نوارنگاری (عضله، عصب، مغز و مثانه)، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم.		
۷	جبران هزینه جراحی‌های مجاز سرپائی مانند: شکستگی و در رفتگی، گچ گیری به همراه مواد مصرفی، آتل بندی، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی، تزریق داخل چشم یا مفصل و .....		
۸	جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل: آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی.		
۹	جبران هزینه‌های دندانپزشکی بر اساس تعرفه خدمات دندانپزشکی که سندیکای بیمه‌گران ایران با هماهنگی شرکتهای بیمه تنظیم و به شرکتهای بیمه ابلاغ می نماید. شامل: ویزیت، گرافی‌ها، کشیدن دندان، جراحی‌های دندان، جرمگیری و بروساژ، ترمیم‌های دندانی، درمان ریشه، درمان مجدد ریشه، جراحی‌های لثه، پروتزهای ثابت و متحرک.		
۱۰	جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمعک.		
۱۱	جبران هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم، در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد (برای هر چشم حداکثر تا ۵۰٪ سقف تعهد).		
۱۲	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر).		
۱۳	جبران هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد.		
۱۴	جبران هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین.		
			سقف موارد
جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس، داخل شهر، در هر بار استفاده حداکثر تا مبلغ ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال (از محل ردیف ۱).			
جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس، بین شهری، در هر بار استفاده حداکثر تا مبلغ ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال (از محل ردیف ۱).			