

## فرم پیشنهاد بیمه درمان گروهی

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

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

بیمه گذار گرامی لطفاً جهت تکمیل جدول تعهدات به صفحه بعد مراجعه فرمایید.

تعهدات مورد درخواست بر اساس موارد مندرج در آیین نامه شماره ۹۹ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

ردیف	شرح تعهدات	درصد نسبت	سقف تعهدات سالیانه (ریال)	فرانشیز (%)	
	هزینه های بستری، جراحی، Day Care در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و آمبولانس	۱۰۰			
پوشش های اضافی	۱	هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۱۰۰		
	۲	هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۵۰		
	۳	پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI، ZIFT، GIFT، میکرو اینجکشن و IVF	۵۰		
	۱-۴	هزینه های انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام.آر.آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ) دانسیتومتری	۲۰		
	۲-۴	هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی (نوار قلب)، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (NCV) (EMG) الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری، پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	۲۰		
	۳-۴	هزینه انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	۱۰		
	۴-۴	هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۱۰		
	۵-۴	هزینه فیزیوتراپی (PT) گفتار درمانی (ST) کاردرمانی (OT)	۱۰		
	۶-۴	هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی	۵۰		
	۵	هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	۵		
	۶	۱	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه بدون ارتودنسی و ایمپلنت	۱۵	
		۲	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه با ارتودنسی و ایمپلنت		
۷	۱	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تأیید چشم پزشک متخصص	۲		
	۲	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تأیید چشم پزشک متخصص و تأیید اپتومتریست			
۸	۱۵	هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم راست در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۱۵		
	۱۵	هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم چپ در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد			
۹	هزینه های مربوط به خرید سمعک	۱۰			
۱۰	هزینه جراحی های مجاز سرپایی مانند: شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۰			
۱۱	هزینه تهیه اورتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	۲			
۱۲	هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۱۰۰			

توجه: چنانچه هر کدام از این پوشش ها درخواست نگردد، خدمات مربوط به آنها از دیگر بندهای تعهدات، قابل پرداخت نخواهد بود.

تاریخ .....

مهر و امضاء بیمه گذار .....