

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	00	۹۳/۰۶/۲۲	صدور اولیه
کلیه صفحات	01	۹۳/۰۹/۱۰	اضافه نمودن بند «هزینه انجام کلیه آزمایشات پزشکی بعهدہ متقاضی بیمه نامہ»
کلیه صفحات	02	۹۶/۰۹/۰۱	تغییر نام پرسشنامه از درمان تکمیلی خانوادہ بہ درمان تکمیلی انفرادی، تغییر دورہ انتظار زایمان از ۱۲ ماه بہ ۹ ماه، حذف بند «هزینه انجام آزمایشات پزشکی بعهدہ متقاضی بیمه نامہ می باشد» در صورتیکہ منجر بہ صدور گردد کلیه هزینه های آزمایشات پزشکی از محل هزینه های مدیریت بازاریابی و مطالعات بازار تامین می گردد
کلیه صفحات	03	۹۷/۰۶/۱۸	تغییر نام پرسشنامه از "درمان تکمیلی انفرادی" بہ نام فعلی، اضافه شدن آیتہ های «شماره شبا» و «روش پرداخت حق بیمه» بہ مشخصات کلی بیمه گذار، اضافه شدن آیتہ «طرح انتخابی» بہ مشخصات افراد تحت تکفل، تغییر نام طرحها، اضافه شدن سوال "دارا بودن بیمه نامہ عمر و تشکیل سرمایہ بیمه گذار در بیمه سامان" و توجہ های ۳ و ۴ و ۵ و ۶، حذف الزامی بودن ارائه بیمه نامہ قبلی
کلیه صفحات	04	۹۷/۱۰/۲۰	حذف عناوین طرحها، اصلاح مصادیق دورہ انتظار در توجہ ۱، اصلاح توجہ ۲ بصورت ازدواج (حداکثر تا یک ماه) و تولد (حداکثر دو ماه).
کلیه صفحات	05	۹۸/۰۳/۰۴	حذف عبارت «شروع بیمه نامہ از تاریخ جواز حق بیمه در وجہ شرکت بیمه سامان خواهد بود» از توجہ ۶
کلیه صفحات	06	۹۸/۰۶/۰۴	اصلاح افراد تحت تکفل، اصلاح امکان حذف بیمه شدہ، افزودن تذکر الزام پرسشنامه گواهی سلامت
کلیه صفحات	07	۹۸/۰۷/۲۴	حذف محدودیت سنی فرزندان بیمه شدگان، افزودن توجہ ۷ در مورد عدم پوشش هزینه های غربالگری
کلیه صفحات	08	۹۹/۰۲/۳۱	افزودن نکته ۸ در مورد مستندات مورد نیاز برای افراد تحت تکفل

تهیه کننده / بازنگری کننده	تایید کننده			تصویب کننده
مدیر بیمه های درمان	مدیر فرایندها و بهبود روشها	معاون فنی بیمه های غیر زندگی	معاون نظارت راهبردی و بهبود	نماینده مدیریت
نام:	نام:	نام:	نام:	نام:
تاریخ و امضاء: ۹۹/۰۱/۱۸	تاریخ و امضاء: ۹۹/۰۲/۱۹	تاریخ و امضاء: ۹۹/۰۲/۲۰	تاریخ و امضاء: ۹۹/۰۲/۲۱	تاریخ و امضاء: ۹۹/۰۲/۲۲

توجه: مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند کہ مهر آبی "اعتبار دارد" داشته باشند.

کد فرم: PIF003  
تجدید نظر: 08  
شماره صفحه: 1 از 1

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

### مشخصات کلی بیمه‌گذار

نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_  
تاریخ تولد: / / \_\_\_\_\_ کد ملی: \_\_\_\_\_  
شماره شناسنامه: \_\_\_\_\_ جنسیت:  زن  مرد  
نشانی: \_\_\_\_\_  
کد پستی: \_\_\_\_\_ شماره موبایل: \_\_\_\_\_  
شماره شبا: IR \_\_\_\_\_  
روش پرداخت حق بیمه:  نقدی  اقساط

### 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 نمایید.

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 انقضاء آن بیش از یک ماه نگذشته باشد)  خیر  نام بیمه‌گر قبلی: \_\_\_\_\_  
در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان خسارت دریافتی از بیمه‌نامه قبلی به چه میزان و بابت چه موردی بوده است؟  
آیا هم اکنون بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه نزد بیمه سامان دارید؟  خیر  بله  
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 بطور همزمان مایل به دریافت بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه می‌باشید؟  خیر  بله  
سایر پوشش‌های بیمه‌ای که نزد بیمه سامان دارید را ذکر فرمایید:  
رشته: \_\_\_\_\_ کد بیمه‌گذار: \_\_\_\_\_ شماره بیمه‌نامه: \_\_\_\_\_  
توجه 1: مصادیق دوره انتظار این بیمه‌نامه عبارت است از:  

- 9 ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI, ZIFT, GIFT, میکرواینجکشن و IVF.
- 3 ماه دوران انتظار برای بیماری‌های مزمن از قبیل فتق، کاتاراکت، استراییسم، رفع عیوب انکساری چشم، جراحی لوزه، جراحی آنژیوپلاستی قلب، جراحی قلب باز، بیماریهای مزمن کلیوی، جراحی دیسک ستون فقرات، درمان واریس و ...

توجه 2: 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 3: کلیه اعمال زیبایی مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، بای پس معده و ... همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه‌نامه می‌باشند.  
توجه 4: امکان صدور بیمه‌نامه برای متقاضیانی که دارای BMI (شاخص توده بدنی) بالای 40 هستند، وجود ندارد.  
توجه 5: مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه‌های انجام شده حداکثر چهار ماه تمام از تاریخ تنظیم صورتحساب می‌باشد.  
توجه 6: صدور بیمه‌نامه پس از تایید کارشناس یا پزشک معتمد امکان‌پذیر خواهد بود.  
توجه 7: هزینه‌های مربوط به ناهنجاری‌های جنین (غربالگری) غیر قابل پرداخت می‌باشد.  
توجه 8: منظور از مستندات قانونی برای افراد تحت تکفل اصل و کپی صفحات اول و دوم شناسنامه و دفترچه بیمه‌گر پایه (در صورت وجود) (یا تأییدیه از سایت تأمین اجتماعی) کلیه بیمه‌شدگان است.

نام و امضای بیمه‌گذار  
تاریخ / /

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 تحویل نمودم.  
تذکر: در صورت درخواست جهت تمدید بیمه‌نامه، پرسشنامه سلامت صرفاً در خصوص بیمه‌شدگان جدید می‌بایست تکمیل گردد. همچنین در صورت درخواست طرح با حق بیمه و تعهدات بیشتر، تکمیل فرم پرسشنامه سلامت الزامی می‌باشد.