



پیشنهاد قرارداد بیمه گروهی اشخاص (جهت گروههای زیر ۲۵۰ نفر)

نام بیمه گذار:	نوع فعالیت:
آدرس:	تلفن:

تعداد کل کارکنان رسمی:	تعداد کارکنان متقاضی پوشش:
تعداد کل کارکنان قراردادی:	مجموع تعداد بیمه شوندگان اعم از اصلی و تحت تکفل:
تعداد بیمه شوندگان ۶۰ تا ۷۰ ساله:	تعداد بیمه شوندگان بیش از ۷۰ سال:
	نام سازمان بیمه گر اول:

میانگین سنی	تعداد پرسنل اداری	تعداد پرسنل غیر اداری	سرمایه درخواستی بیمه عمر	سرمایه درخواستی بیمه حادثه

تعهدات مورد درخواست بر اساس موارد مربوط در آئین نامه تعرفه بیمه نامه گروهی درمان (ریال)

جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی قلب ، دیسک ستون فقرات ، گامانایف ، جبران هزینه های شیمی درمانی به شرط بستری شدن رادیوتراپی انواع سنگ شکن برای هر نفر	افزایش سقف تعهدات سالانه ، برای اعمال جراحی سرطان ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب ، پیوند ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان حداکثر ۲ برابر مبلغ تعهد ردیف الف برای هر نفر در سال با احتساب بند الف	جبران هزینه های سقف تعهدات زایمان اعم از طبیعی و سزارین	جبران هزینه های سونوگرافی ،ماموگرافی ،انواع اسکن و سی تی اسکن، انواع اندوسکوپی اکوکاردیوگرافی ، استترس اکو ام، آرای و دانسیتومتری
جبران هزینه های تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی ، نوار عضله، عصب مغز ، مئانه ، شنوایی سنجی بینایی سنجی ، هولتر مانیتورینگ قلب و آنژیوگرافی چشم	جبران هزینه های اعمال مجاز سربائی ،مانند شکسته بندی ، گچ گیری بخیه ، ختنه ، کرایوتراپی اکسیژن لیپوم بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی	سقف تعهد هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم ۴دیوپتر یا بیشتر برای هر دو چشم در سال	جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی ، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی
جبران هزینه های مربوط به نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ، JUI ، JTSC ، ZIF ، GIFT ، میکرواینجکشن و IVF			

فرانشیز درخواستی : آیا کارکنان آن سازمان قبلاً پوشش بیمه درمان مزاد داشته اند؟ \* بلی \* خیر \* نزد کدام شرکت ؟

تعهدات سال قبل را به شرح ذیل ذکر فرمایید:

سرمایه بیمه عمر:

سرمایه بیمه حوادث:

سرمایه بیمه درمان:

گواهی میشود که اطلاعات ارائه شده را در نهایت صداقت و امانت اعلام نموده ام و در صورتیکه خلاف آن ثابت شود مسئولیت آنرا به عهده می گیرم .

امضاء بیمه گذار  
نام و نام خانوادگی

مهر و امضاء نمایندگی  
نام و نام خانوادگی

کد