



### پیشنهاد قرارداد بیمه گروهی اشخاص

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 ساله:
	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 جراح محدود و آنژیوگرافی آنژیوپلاستی قلب و انواع سنگ شکن برای هر نفر	جبران هزینه های بیمارستانی چهارعمل اصلی شامل قلب - مغز و اعصاب (باستثناء دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه و مغز استخوان	جبران هزینه های پاراکلینیکی و سزارین اعم از طبیعی و	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری چشم به میزان ۴ دیوپتر و بیشتر برای هر دو چشم
جبران هزینه های پاراکلینیکی یک شامل جبران هزینه های سونوگرافی - ماموگرافی - رادیوتراپی - انواع اسکن وسی تی اسکن - آندوسکوپی - ام - آر - آی، اکو کاردیوگرافی برای هر نفر	جبران هزینه های پاراکلینیکی دو شامل: جبران هزینه های تست ورزش - نوار عضله، عصب، مغزو آنژیوگرافی چشم	جبران هزینه های پاراکلینیکی سه شامل جراحی های مجاز سرپائی، مانند شکستگی ها، گچ گیری - بخیه ختنه - کرایوتراپی - اکسیژن - لیبوم - تخلیه کیست و لیزر درمانی	

آیا کارکنان آن سازمان قبلاً پوشش بیمه درمان مازاد 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