

کد فرم: PIF۰۰۳  
تجدید نظر: ۰۲  
شماره صفحه: ۱ از ۱

تاریخ: / /

بیمه گذار محترم، خواهشمند است در کمال دقت و صداقت به کلیه پرسش های این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید. زیرا صحت و کامل بودن پاسخ ها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه می باشد که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد.

### مشخصات کلی بیمه گذار

نام خانوادگی: / / کد ملی: □□□□□□□□□□  
شماره شناسنامه: / جنسیت: /  
نشانی، کد پستی و شماره تماس:

### مشخصات افراد تحت تکفل

تعداد کل افراد تحت تکفل:

وضعیت بیمه گر پایه:  ندارم  تامین اجتماعی  خدمات درمانی  نیروهای مسلح  سایر

منظور از افراد تحت تکفل همسر دائمی، فرزندان ( پسر تا ۲۲ سال تمام و دختر تا قبل از ازدواج) و سایر افرادی که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار دارند و به تبع وی دارای دفترچه بیمه گر پایه می باشند.

نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت	جنسیت

طرح انتخابی:

### سوابق بیمه ای

آیا تاکنون بیمه نامه مزاد درمان گروهی نزد شرکت های بیمه گر داشته اید؟ (از تاریخ انقضاء آن بیش از یک ماه نگذشته باشد) بله  خیر   
نام بیمه گر قبلی (ارائه بیمه نامه الزامیست):  
در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان خسارت دریافتی از بیمه نامه قبلی به چه میزان و بابت چه موردی بوده است؟

سایر پوشش های بیمه ای که نزد بیمه سامان دارید را ذکر فرمایید:

رشته: / کد بیمه گذار: / شماره بیمه نامه:

توجه:

مصادیق دوره انتظار این بیمه نامه عبارت است از:

- زایمان (۹ ماه)
- بیماریهای مزمن از قبیل کاتاراکت، استرابیسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی آنژیوپلاستی قلب، جراحی قلب باز، نارسایی های مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتومی و هیستریکتومی، سیتوسل، رکتوسل، آنتروسل (۳ ماه)
- در این بیمه نامه امکان حذف بیمه شده وجود ندارد. افزایش نیز تنها شامل همسران تازه ازدواج کرده و نوزادان تازه متولد شده (حداکثر تا ۳۰ روز) می باشد.

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 می گیرم.  
پرسشنامه سلامت را جهت خود و کلیه افراد تحت تکفل تکمیل و همراه این پیشنهاد به بیمه گر تحویل نمودم.

نام و امضای بیمه گذار  
تاریخ: / /

## شماره شبا :