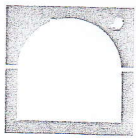


بسمه تعالی

مدیران محترم مناطق و مسئولین گرامی شعب مستقل

احتراماً؛ به پیوست نامه شماره ۹۴۱/۳۳۰۰/۴۴۷۰ مورخ ۹۴/۰۴/۱۴ مدیر بیمه های درمان در خصوص فرم جدید پیشنهاد بیمه درمان گروهی در سال ۹۴ به همراه پیش نویس اطلاعیه مورد نظر و... جهت اطلاع و ابلاغ به کلیه واحدهای صدور تابعه ارسال می گردد.

حبیب اله پزشکی
مدیر هماهنگی امور مناطق، شعب و نمایندگان



بیمه پاسارگاد

(شرکت سهامی عام)

شماره: ۹۴۱/۳۳۰۰/۴۴۷۰

تاریخ: ۱۳۹۴/۰۴/۱۴

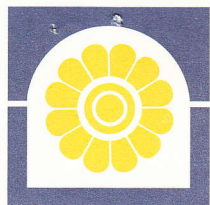
بنام خدا

جناب آقای پزشکی

مدیر محترم هماهنگی امور مناطق، شعب و نمایندگان

احتراماً، فرم جدید پیشنهاد بیمه درمان گروهی در سال ۱۳۹۴ به همراه پیش نویس اطلاعیه مورد نظر جهت اطلاع رسانی به کلیه مناطق، شعب و نمایندگی ها تقدیم می گردد.

با تجدید احترام
شیدا لاجوردی
مدیر بیمه های درمان



بنام خدا

اطلاعیه

بدینوسیله به اطلاع کلیه همکاران شعب و نمایندگان محترم می‌رساند با توجه به اینکه برخی از مشکلات موجود در ارتباط با قراردادهای درمان گروهی (از جمله شکایات تعدادی از بیمه گذاران) ناشی از عدم تکمیل صحیح و کامل فرم پیشنهاد بیمه نامه می‌باشد، لذا ضروری است فرم پیشنهاد بیمه نامه (فرم استعلام حق بیمه درمان که به شرح پیوست اصلاح شده) به صورت کامل و خوانا توسط شرکت متقاضی قرارداد بیمه درمان تکمیل و ممهور به مهر شرکت، برای این مدیریت ارسال گردد.

قابل ذکر است تکمیل کد اقتصادی، شناسه ملی و شماره ثبت شرکت متقاضی جهت صدور قرارداد درمان، الزامی می‌باشد.

مدیریت بیمه های درمان

فرم پیشنهاد بیمه درمان گروهی

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

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار (حقوقی / حقوقی):
	کد اقتصادی / ملی: شناسه ملی: شماره ثبت:
	نوع مالکیت: ☐ خصوصی ☐ دولتی ☐ تعاونی ☐ نهاد ☐ سایر
	نوع فعالیت: ☐ اداری و دفتری ☐ خدماتی ☐ صنعتی ☐ کشاورزی و دامپروری ☐ تجاری و بازرگانی ☐ نیروهای نظامی و انتظامی
	نشانی:
مشخصات بیمه گذار	کد پستی: تلفن: تلفن همراه:
	دور نما: پست الکترونیک:
	سابقه پوشش بیمه ای نزد یکی از شرکت های بیمه بازرگانی: ☐ خیر ☐ بلی در صورت پاسخ مثبت لطفاً اعلام نمایید: - تاریخ آخرین پوشش بیمه درمان گروهی: الی - نزد شرکت بیمه بازرگانی:
مشخصات بیمه شدگان	۱- تعداد کل کارکنان:
	۲- تعداد متقاضیان اصلی:
	۳- تعداد متقاضیان تبعی:
	۴- تعداد متقاضیان ۶۰ الی ۷۰ سال:
	۵- تعداد متقاضیان بیش از ۷۰ سال:
	۶- تعداد بازنشستگان متقاضی:
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.	
مهر و امضاء بیمه گذار تاریخ تاریخ	
نام نمایندگی / کارگزاری: کد نمایندگی / کارگزاری: تلفن: تاریخ: مهر و امضاء:	

تعهدات مورد درخواست بر اساس موارد مندرج در آیین نامه شماره ۷۴ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات سالیانه (ریال)	فرانشیز (%)
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care.		
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان (با احتساب ردیف ۱).		
۳	هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.		
۴	جبران هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط با ICSI, ZIFT, GIFT, میکرو اینجکشن یا IVF.		
۵	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی استرس اکو، دانسیتومتری.		
۶	هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم.		
۷	جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی.		
۸	جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری.		
۹	جبران هزینه های دندان پزشکی.		
۱۰	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی (تعیین نمره چشم فقط توسط چشم پزشک متخصص قابل قبول است)		
۱۱	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک.		
۱۲	جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم، در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر و یا بیشتر باشد، (برای هر چشم حداکثر تا ۵۰٪ سقف تعهد)		
۱۳	جبران هزینه جراحی های مجاز سرپایی (دارای K جراحی و مجاز جهت انجام در مطب) مانند: شکسته بندی، گچ گیری به همراه مواد مصرفی، آتل بندی، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی، تزریق داخل چشم یا مفصل و		
۱۴	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر).		
۱۵	جبران هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد.		
۱۶	جبران هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین منوط با داشتن پوشش زایمان.		

تاریخ

مهر و امضاء بیمه گذار