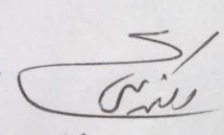
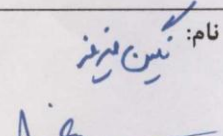
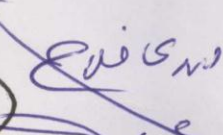
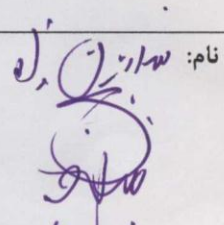


بیمه سامان
فرم پیشنهاد بیمه درمان تکمیلی خانواده

کد مدرک:
PIF003

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 خانواده به درمان تکمیلی انفرادی، تغییر دوره انتظار زایمان از ۱۲ ماه به ۹ ماه، حذف بند «هزینه انجام آزمایشات پزشکی بعهدہ متقاضی بیمه نامہ می باشد» در صورتیکه منجر به 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» به نام فعلی، اضافه شدن آیتم های «شماره شبا» و «روش پرداخت حق بیمه» به مشخصات کلی بیمه گذار، اضافه شدن آیتم «طرح انتخابی» به مشخصات افراد تحت تکفل، تغییر نام طرحها، اضافه شدن سوال «دارا بودن بیمه نامہ عمر و تشکیل سرمایہ بیمه گذار در بیمه سامان» و توجه 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 دوره انتظار در توجه ۱، اصلاح توجه 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 وجه شرکت بیمه سامان خواهد بود» از توجه ۶
کلیه صفحات	06	۹۸/۰۶/۰۴	اصلاح تذکر مربوط به افراد تحت تکفل، اصلاح «شماره تماس» به «شماره موبایل»، اصلاح توجه ۲ در مورد امکان حذف بیمه شده، افزودن تذکر «همچنین در صورت درخواست طرح با حق بیمه و تعهدات بیشتر، تکمیل فرم پرسشنامه سلامت الزامی می باشد.»
کلیه صفحات	07	۹۸/۰۷/۲۴	حذف محدودیت سنی فرزندان بیمه شدگان، افزودن توجه ۷ در مورد عدم پوشش هزینه های مربوط به ناهنجاری های جنین (غربالگری)

تهیه کننده/بازنگری کننده	تایید کننده		تصویب کننده
مدیر بیمه های درمان	مدیر فرایندها و بهبود روشها	معاون فنی بیمه های غیرزندگی	معاون نظارت راهبردی و بهبود
نام:	نام:	نام:	نام:
			
تاریخ و امضاء: ۹۸/۰۷/۲۴	تاریخ و امضاء: ۹۸/۰۸/۱۱	تاریخ و امضاء: ۹۸/۰۸/۱۱	تاریخ و امضاء: ۹۸/۰۸/۱۱

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

