

**فرم درخواست طرح بیمه درمان تکمیلی با رضایتمندی قابل قبول برای سازمانهایی که رفاه کارکنانشان یک اصل است****لطفا پس از تکمیل فرم ذیل به یکی از نشانیهای ذیل فرم ارسال فرمایید**

در نظر داشته باشید پاسخ به کلیه سؤالات الزامی نیست ولی در صورت پاسخ بیشتر به سؤالات امکان ارائه راه حل جامع تری خواهد بود.

نام شرکت بیمه گذار: \_\_\_\_\_ ماهیت دولتی  غیردولتی  - موضوع فعالیت \_\_\_\_\_

مشخصات فردی که پی گیریها از طریق ایشان انجام پذیرد:

آقای / خانم \_\_\_\_\_ سمت: \_\_\_\_\_ تلفن ثابت: \_\_\_\_\_ تلفن همراه: \_\_\_\_\_

در صورتی که قبلا بیمه نامه درمان تکمیلی داشتید سؤالات ذیل را پاسخ دهید:

- از زمان پرداخت خسارت رضایت داشتید؟ بلی  خیر  میانگین زمان چقدر بوده است؟
- مبلغ حق بیمه ماهانه با تعهدات و خدمات تناسب داشت؟ بلی  خیر  میزان حق بیمه ماهانه؟
- از اطلاعات خسارت دریافتی خود بصورت آنلاین مطلع میشوید؟ بلی  خیر
- تحویل مدارک درمانی در محل شرکت شما صورت می گیرد یا در شرکت بیمه؟
- صدور معرفی نامه بیمارستانی جهت بستری فرایند آسانی دارد؟ بلی  خیر

**لطفا ردیف تعهدات و ستون طرحهای انتخابی جهت استعلام نرخ درمان را در جدول ذیل مشخص نمایید.**

ردیف	تعهدات درخواستی را علامت بزنید	طرح ها	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵	طرح ۶	طرح ۷	طرح ۸	طرح ۹	طرح ۱۰
۱		بستری و جراحی عمومی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۲		جراحی تخصصی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۳		زایمان	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
۴		نازایی	۲,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰
۵		پارا ۱	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۶		پارا ۲	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۷		پارا ۳	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۸		عیوب انکساری دو چشم	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۹		آمیولانس داخل شهر	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰
۱۰		آمیولانس خارج شهر	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
۱۱		آزمایشگاه	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۲		وزیت و دارو	۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰
۱۳		عینک	۲۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
۱۴		دندانپزشکی	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۵		سمعک	۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
		طرح های انتخابی خود را علامت بزنید										

در صورتی که تعهدات دیگری غیر از جدول فوق مد نظر باشد را درج فرمایید.

ارائه کننده انواع بیمه های: عمر / ثالث / بدنه / آتش سوزی / مسئولیت / مهندسی / حوادث / باجبری / ... از کلیه شرکتهای بیمه

نشانی: تهران - خیابان سمیه - پلاک ۱۱۲ - واحد ۹ - سایت اطلاع رسانی [www.portalbime.com](http://www.portalbime.com)تلفن: ۸۸۸۴۸۴۹۵ - ۸۸۸۴۸۴۹۴ - فکس: ۸۸۸۴۵۲۴۹ - پست الکترونیک [info@Portalbime.com](mailto:info@Portalbime.com)

وجود بیمه نامه های متعدد در شرکتها و سازمانها و تجمیع آنها در یک شرکت بیمه میتواند حق بیمه درمان تکمیلی را تا ۵۰٪ کاهش داده و خدمات و تعهدات و رضایت مندی بیشتری را به ارمغان آورد ، لطفا سؤالات ذیل را با دقت پاسخ دهید.

ردیف	رشته بیمه	واحد	تعداد بیمه شده	شرکت بیمه قبلی	حق بیمه پرداختی (ریال)	تاریخ تمدید	ضریب خسارت
۱	درمان تکمیلی	نفر					
۲	عمر و حوادث	نفر					
۳	اتومبیل	دستگاه					
۴	آتش سوزی	ساختمان					
۵	مهندسی	پروژه					
۶	باربری	-					
۷	مسئولیت	-					
۸	عمر و پس انداز (سرمایه گذاری)	نفر					

## سایر بیمه نامه ها :

اگر بیمه نامه های دیگری غیر از موارد فوق الذکر در سازمان شما تهیه میشود مشخصات آنرا در این قسمت درج فرمایید:

از لحظه ارسال فرم تکمیل شده به یکی از نشانیهای ذیل فرم حداکثر تا ۴ روز کاری این کارگزاری طرح پیشنهادی خود را ارسال خواهد نمود