

## فرم پیشنهاد بیمه ناباروری و نازایی در زوجین

شماره پیشنهاد: ..... تاریخ پیشنهاد: ..... / ..... / .....

<b>بیمه گذار</b> <b>مشخصات</b>	بیمه گذار: ..... کد ملی: ..... تلفن: ..... نشانی: ..... کد پستی: .....
<b>مذکر (زوج)</b> <b>مشخصات بیمه شده</b>	نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... شماره شناسنامه: ..... محل صدور: ..... کد ملی: ..... تاریخ عقد رسمی: ..... / ..... / ..... نشانی: ..... کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه: ..... شغل: .....
<b>مؤنث (زوجه)</b> <b>مشخصات بیمه شده</b>	نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... شماره شناسنامه: ..... محل صدور: ..... کد ملی: ..... نشانی: ..... کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه: ..... شغل: .....
<b>اطلاعات مورد نیاز</b>	<p><b>پوشش درمان پایه:</b></p> <p>سازمان تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/></p> <p>خدمات درمانی <input type="checkbox"/> زوجه <input type="checkbox"/></p> <p>نیروهای مسلح <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></p> <p><b>پوشش درمان تکمیلی:</b></p> <p>نزد شرکت <input type="checkbox"/></p> <p>آیا تاکنون از شرکت های بیمه بابت عمل جراحی خسارت دریافت کرده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> کدام شرکت بیمه؟ .....</p> <p>تاریخ دریافت خسارت: ..... / ..... / ..... کدام عضو؟ ..... عمل جراحی: .....</p>
<p><b>تذکر مهم:</b></p> <p>بیمه شدگان محترم در انتخاب هریک از بیمارستان ها و کلینیک های ناباروری و نازایی داخل کشور آزاد می باشند و پس از پرداخت هزینه های مربوطه می باید صورت حساب بیمارستان یا کلینیک درمانی به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را دریافت و به بیمه گر تسلیم نمایند. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب بیمارستان اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود. در غیر این صورت هزینه های مربوطه بر اساس قراردادهای منعقد شده بیمه گر با بیمارستان های همتراز طرف قرارداد خود و بر اساس اصل همترازی صورت خواهد گرفت.</p>	
<p>اینجانبان (زوج و زوجه) به کلیه پرسش های فوق به نحو کامل پاسخ داده و متعهد می شویم در تمامی مراحل احتمالی درمان آینده با توجه به شرایط، ضوابط و عرف حاکم بر کشور جمهوری اسلامی ایران کلیه اقدامات درمانی انجام شده را به اطلاع شرکت سهامی بیمه البرز برسانیم.</p> <p>نام و نام خانوادگی زوج: ..... نام و نام خانوادگی زوجه: .....</p> <p>امضاء ..... امضاء .....</p> <p>نام بیمه گذار: ..... واحد صدور: ..... واحد معرف: .....</p> <p>امضاء ..... مهر و امضاء ..... مهر و امضاء .....</p>	