

تعهدات بیمه درمان تکمیلی سال ۹۸-۹۷

تعهدات		طرح ۲	طرح ۱
جبران هزینه های بستری، جراحی(عمومی و تخصصی)، شیمی درمانی، رادیوتراپی، ازیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی عمومی، day care	بستری	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
اعمال جراحی مغز و اعصاب( به استثنای دیسک ستون فقرات)، قلب، ریه، پیوند کلیه- مغز استخوان	جراحی تخصصی	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	زایمان	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
درمان نازای و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IULITSC.ZIFT.GIFT، میکروپایچکشن و IVF	نازایی	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های پاراکلینیکی شامل انواع سونوگرافی، ماموگرافی، اسکن، آندوسکوپ، ام آر آی، اکوگاردیوگرافی، استنوس اکو، داتسیتومتری، خدمات آزمایشگاهی شامل تشخیص پزشکی، پاتالوژی، آسیب شناسی زنتیک پزشکی، رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی، کاروپراکتیک، کاردرمانی و گفتار درمانی، بویزنت، دارو و داروهای خاص	پاراکلینیکی ۱	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های مربوط به انواع تست ها ( ورزشی، آلرژی، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، تنفسی) (انواع نوار نگاری ( عقله، عصب، مغز و مثانه) هولتر مانیتورینگ و ازیو گرافی چشم	پاراکلینیکی ۲	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های جراحی های مجاز سربایه مانند شکستگی ها، گچ گیری و باز کردن گچ، ختنه، بیهی، میخچه، کراپوتراپی، اکسزین لیپوم، بیوسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی، تزریق داخل چشم یا مفضل، عینک، سمعک، سرم تراپی	پاراکلینیکی ۳	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه رفع عيوب انكساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	عیوب انکساری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
داخل شهری( به شرط بستری)	جبران هزینه های آمبولاسی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰
بین شهری( به شرط بستری)		۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
<b>حق بیمه ماهانه برای هر نفر (ریال) با فرانشیز ۱۰ درصد</b>		<b>۱,۲۲۰,۰۰۰</b>	<b>۱,۲۲۰,۰۰۰</b>
<b>حق بیمه سالانه برای هر نفر (ریال) با فرانشیز ۱۰ درصد</b>		<b>۱۵,۸۴۰,۰۰۰</b>	<b>۱۴,۶۴۰,۰۰۰</b>
<b>سقف تعهدات دندانپزشکی (در ۱۰۰ مرکز درمانی)</b>		<b>۳۰,۰۰۰,۰۰۰</b>	
<b>حق بیمه ماهانه دندانپزشکی برای هر نفر (ریال)</b>		<b>۳۰۰,۰۰۰</b>	
<b>حق بیمه سالانه دندانپزشکی برای هر نفر (ریال)</b>		<b>۳,۶۰۰,۰۰۰</b>	

تعهدات بیمه عمر و حوادث گروهی ( فوت به هر علت، نقص عضو، از کارافتادگی دائم کلی و یا جزئی) محدودیت سنی برای بیمه عمر حداکثر تا سن ۷۰ سالگی و در بیمه حادثه حداکثر تا سن ۷۵ سالگی می باشد	
در صورت وقوع خطرات و یا حوادث مشمول بیمه، سرمایه مورد تعهد بیمه گر به شرح زیر قابل پرداخت می باشد:	
الف - سرمایه بیمه عمر زمانی (فوت به هر علت) برای هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	
ب - سرمایه فوت ناشی از حادثه هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	
ج - سرمایه نقص عضو و از کارافتادگی دائم و یا جزئی ناشی از حادثه برای هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	
د - حداکثر تعهد بیمه گر در صورت فوت بر اثر حادثه مبلغ ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (مجموع بند الف و ب)	
<b>حق بیمه سالانه عمر و حادثه برای بیمه شده اصلی (ریال)</b>	<b>۱,۱۱۱,۸۰۰</b>

تعهدات بیمه عمر و حوادث گروهی ( فوت به هر علت، نقص عضو، از کارافتادگی دائم کلی و یا جزئی) بدون محدودیت سنی	
در صورت وقوع خطرات و یا حوادث مشمول بیمه، سرمایه مورد تعهد بیمه گر به شرح زیر قابل پرداخت می باشد:	
الف - سرمایه بیمه عمر (فوت به هر علت) برای هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	
ب - سرمایه نقص عضو و از کارافتادگی دائم و یا جزئی ناشی از حادثه برای هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	
<b>حق بیمه سالانه عمر و حادثه برای بیمه شده اصلی (ریال)</b>	<b>۴۷۰,۸۸۰</b>

حق بیمه نهایی (ریال)

شرح حق بیمه		
طرح ۱	طرح ۲	کل حق بیمه ماهانه برای هر نفر (ریال)- (درمان، دندانپزشکی، عمر و حادثه با محدودیت سنی)
۱,۶۱۲,۶۵۰	۱,۷۱۲,۶۵۰	
طرح ۱	طرح ۲	کل حق بیمه سالانه برای هر نفر (ریال)- (درمان، دندانپزشکی، عمر و حادثه با محدودیت سنی)
۱۹,۳۵۱,۸۰۰	۲۰,۵۵۱,۸۰۰	

کل حق بیمه ماهانه برای هر نفر (ریال)- (درمان، دندانپزشکی، عمر و حادثه بدون محدودیت سنی)	۱,۵۵۹,۲۴۰	۱,۶۵۹,۲۴۰
کل حق بیمه سالانه برای هر نفر (ریال)- (درمان، دندانپزشکی، عمر و حادثه بدون محدودیت سنی)	۱۸,۷۱۰,۸۸۰	۱۹,۹۱۰,۸۸۰

توجه \*\*\*\*

*** بیمه شدگان دندانپزشکی برای درمان باید فقط به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه فرمایند.		
*** بیمه درمان تکمیلی به همراه بیمه دندانپزشکی و یکی از بیمه های عمرو حادثه می باشد.		
۱. مهلت ثبت نام تا تاریخ ۱۳۹۷/۱/۲۱ می باشد.		
۲. حق بیمه کل به صورت ۲۵/ارزیز به شماره کارت ۶۳۹۶۰۷۱۱۰۷۶۸۰۹۴۴ به نام جلال زارع بانک سرمایه و مابقی طی حداکثر ۸ قسط منوالی به صورت ماهانه در تاریخ های ۱۳۹۸/۲/۱۵ و ۱۳۹۸/۳/۱۵ و ۱۳۹۸/۴/۱۵ و ۱۳۹۸/۵/۱۵ و ۱۳۹۸/۶/۱۵ و ۱۳۹۸/۷/۱۵ و ۱۳۹۸/۸/۱۵ و ۱۳۹۸/۹/۱۵ دریافت می گردد. کلیه چک ها در وجه بیمه معلم و بدون قلم خوردگی و پشت نویسی باشد. همچنین صاحب حساب، شرکت درخواست دهنده و با مدیر عامل شرکت باشد.		
۳. کلیه ثبت نام ها باید درمان تکمیلی موط به ارائه لیست تأمین اجتمایی شرکت ها می باشد و کسانی که در لیست قرار ندارند شرکت با ارائه مستندات و مدارک مشته و پس از بررسی و تأیید ثبت نام می شوند.		
۴. سرپرست ثبت نام کنندگان ملزم به نام نویسی کلیه افراد تحت پوشش خود می باشند. (فرزندان پسر تا سن ۲۵ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۳۰ سال تمام و فرزندان دختر تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه تکمیلی می باشند).		
۵. ارائه کپی از صفحه اول و دوم شناسنامه (صفحه نسبت ها) و کارت ملی برای کلیه ثبت نام کنندگان و تکمیل لیست های ثبت نامی شرکت مطابق با فرمت جدول های اعلامی با مهر و امضای شرکت به انضمام ارائه CD و یا ارسال فایل اکسل آسانی از طریق نگرام به شماره ۰۹۱۲۲۸۰۹۲۲۱ یا ایمیل bimeh@isee.net از برای می باشد.		
۷. تمامی مبلغ حق بیمه در همان روز ثبت نام باید تسویه گردد.		
۸. شماره شبا و شماره حساب نامی بیمه شدگان اصلی، به منظور واریز خسارت درمان تکمیلی در موقع ثبت نام باید اعلام گردد (شماره حساب اعلامی به نام بیمه شده اصلی باشد)		
۹. مدارک هزینه های پزشکی حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ انجام هزینه باید به نمایندگی تحویل داده شود.		