

۱- جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، آنژیوگرافی قلب، و انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات، شیمی درمانی و رادیوتراپی هر نفر تا سقف ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (هزینه های آمبولانس داخل شهر تا سقف ۵۰۰/۰۰۰ ریال و خارج از شهر تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال)

۲- جبران هزینه جراحی های سرطان، مغز و اعصاب (به استثناء دیسک ستون فقرات) قلب، پیوند کبد، ریه، پیوند کلیه و مغز استخوان و گامانایف (با احتساب بند ۱) هر نفر تا سقف ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

۳- جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین هر نفر تا سقف ۱۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال (تا فرزند سوم)

۴- جبران هزینه های انواع اسکن، سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، MRI، انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری هر نفر تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال

۵- جبران هزینه های پاراکلینیکی (تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم، هر نفر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال

۶- جبران هزینه جراحی های مجاز سرپایی (شکستگی ها، گچگیری، ختنه، بخیه، اکسیژن لیوم، کرایوتراپی، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی هر نفر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال

۷- جبران هزینه های رفع عیوب انکساری چشم (با نمره چهار و یا بیشتر که قبل از عمل به تأیید پزشک معتمد بیمه گر برسد) برای هر چشم ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال برای هر دو چشم هر نفر تا سقف ۸/۰۰۰/۰۰۰ ریال

۸- جبران هزینه های آزمایش، نوار قلب، رادیولوژی، فیزیوتراپی، رادیوگرافی، ژنتیک پزشکی تا سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال

۹- جبران هزینه ویزیت، دارو و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری برای هر نفر تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال

۱۰- جبران هزینه های دندانپزشکی برای هر نفر تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال (برای اولین بار در قرارداد آمده است)

حق بیمه برای هر نفر در ماه با احتساب مالیات بر ارزش افزوده بابت پوشش تکمیل درمان با تعهدات فوق ۲۹۶/۰۰۰ ریال (سالانه ۳/۵۵۲/۰۰۰ ریال) می باشد. که حق بیمه کل از هر شرکت بصورت ۳۰٪ نقد و مابقی طی ۴ قسط دریافت میگردد.

تذکر مهم: در صورتی که قرارداد دبه حد نصاب ۱۰۰۰ نفر برسد قرارداد بدون دوره انتظار و اضافه نرخ سنی خواهد بود در غیر اینصورت برای کلیه بیمه شدگانی که در سال گذشته بیمه تکمیل درمان نداشته اند، ۳ ماه دوره انتظار برای اعمال جراحی و ۶ ماه برای زایمان از تاریخ

۹۲/۸/۱ لحاظ می گردد که که جراحی ها و زایمان های در این دوره زمانی مشمول استفاده از این قرارداد نخواهد بود. همچنین از افراد بالای ۶۰ سال ۵۰٪ و بالای ۷۰ سال ۱۰٪ اضافه نرخ حق بیمه دریافت می شود.

قبل از تکمیل مشخصات در این جدول به نکات زیر توجه فرمایید: ۱- داشتن دفترچه بیمه درمانی برای کلیه بیمه شدگان ضروری است. ۲- امکان حذف بیمه شده در طول مدت قرارداد میسر نمی باشد

۳- فرزندان پسر حداکثر تا سن ۲۰ سال و در صورت اشتغال به تحصیل با ارائه گواهی تحصیلی حداکثر تا سن ۲۵ سال و فرزندان دختر تا زمان ازدواج می توانند تحت پوشش قرار گیرند. ۴- در صورتی که یکی از افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی تحت پوشش قرار میگیرد، سایر اعضاء خانواده (همسر و فرزندان) می بایست با رعایت شرایط سنی تحت پوشش قرار گیرند. ۵- پدر و مادر بیمه شده اصلی در صورتی که تحت تکفل باشند می توانند به اختیار بیمه شوند.

اینجانب شاغل در شرکت به شماره ثبت ضمن آگاهی از شرایط و نیز تعهدات مندرج در جدول فوق با تکمیل اطلاعات زیر تقاضای پیوستن به قرارداد تکمیل درمان را دارم.

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست خانواده): (درج کد ملی ضروری است)

نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	کد ملی
			/ /		

مشخصات افراد تحت تکفل: (درج کد ملی ضروری است)

نام	نام خانوادگی	نسبت	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	کد ملی
				/ /		
				/ /		
				/ /		
				/ /		

با توجه به سیاست های اخیر سازمان سلامت ایران و احتمال تغییر تعرفه ها و یا تغییر روال شرکت های بیمه گر، در صورت عدم انعقاد قرارداد به هر علت، این کارگزاری و شرکت بیمه ایران هیچگونه مسئولیتی در قبال تعهدات فوق نداشته و حق بیمه پرداختی عینا مسترد میگردد.

اینجانب با عنوان بیمه شده اصلی ضمن ارائه مشخصات فوق آگاهی دارم در صورتی که مغایرت با ارائه مشخصات و عدم رعایت شرایط ثبت نام قرارداد درمان موجب عدم دریافت هزینه قرارداد شود هیچگونه اعتراضی در این خصوص نخواهم داشت.

تلفن تماس ثابت: همراه: امضاء متقاضی: مهر و امضاء شرکت: