

بنام خدا

مدیریت کارگزاری رسمی بیمه کد ۵۸۵

با سلام خواهشمند است حق بیمه ، بیمه نامه درمان تکمیلی کارکنان این شرکت را بر اساس شرایط ذیل اعلام فرمایید:

تعداد کل کارکنان : نفر (کلیه کارکنان بایستی بیمه شده تامین اجتماعی توسط شرکت بیمه گذار باشند)

تعداد کارکنان متقاضی بیمه درمان تکمیلی : نفر

تعداد کارکنان متقاضی با احتساب اعضای خانواده: نفر

نام شرکت بیمه قبلی :

تاریخ انقضای بیمه نامه قبلی :

فرانشیز برای تعهدات بستری : % و برای تعهدات سرپایی % / لحاظ شود.

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات (ریال)
۱	هزینه های بیمارستانی جراحی عمومی هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی بستری و سرپایی ، رادیوتراپی ، Day Care تبصره : اعمال جراحی Day Care آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی ، کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستانها	
۲	هزینه اعمال جراحی اصلی مغز و اعصاب مرکزی و نخاع به استثنای دیسک ستون جراحی تخصصی شش عمل اصلی فقرات ، گامانایف ، قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان با احتساب بند ۱	
۳	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین زایمان	
۴	پارا کلینیکی شامل: سونوگرافی ماموگرافی انواع اسکن انواع آندوسکوپی ام آر ای اکوکاردیوگرافی پاراکلینیکی ۱ استرس اکو دانسیتومتری	
۵	EMG ، نوار عضله PFT هزینه های مربوط به تست ورزش ، تست الرژی ، تست تنفسی اسپرومتری پاراکلینیکی ۲ ، نوار مانده سیستومتری یا سیستوگرام ، شنواییسنجی ، بینایی سنجی ، آنژیوگرافی EEG ، نوار مغز NCV ، نوار عصب چشم و هولتر مانیتورینگ قلب	
۶	جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و دررفتگی گچ گیری ختنه بخیه کرایوتراپی جراحی های مجاز سرپایی اکسیژن لیپوم بیوپسی تخلیه کیست و لیزر درمانی به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم	
۷	هزینه خدمات آزمایشگاهی بغیر از چکاپ و غربالگری شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ، خدمات آزمایشگاهی پاتولوژی ، آسیب شناسی ، ژنتیک پزشکی ، انواع رادیوگرافی ، نوار قلب و فیزیوتراپی	
۸	هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن هزینه های آمبولانس داخل شهر بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج	
۹	هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن هزینه های آمبولانس خارج شهر بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج	
۱۰	هزینه های دندانپزشکی به استثناء هزینه های مربوط به ارتودنسی ، ایمپلنت ، دست دندان و اعمال زیبایی دندانپزشکی هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه ای محاسبه می شود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران	
۱۱	عینک طبی و لنز تماسی طبی بابت هر نفر عینک طبی (دو سال یک بار)	

۱۲	ویزیت طبق تعرفه وزارت بهداشت و دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً ویزیت دارو و خدمات اورژانس مازاد بر سهم بیمه گر اول و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری
۱۳	لیزیک چشم راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که لیزیک چشم راست به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی آستیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات ۳ دیوپتر یا بیشتر باش
۱۴	لیزیک چشم چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به لیزیک چشم چپ تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی آستیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات ۳ دیوپتر یا بیشتر باش
۱۵	هزینه های درمان نازایی و ناباروری هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی و اعمال هزینه های درمان نازایی و ناباروری GIFT, ZIFT, IU میکرواینجکشن و IVF. جراحی مرتبط ،
۱۶	سمعک
۱۷	اعضای طبیعی بدن (برای گروههای بیش از ۱۰۰۰ نفر)
۱۸	تشخیص و درمان ناهنجاریهای جنین
۱۹	اورتز شامل تجهیزات درمانی خارج از بدن که پس از جراحی توسط جراح تجویز شده باشد.
حق بیمه ماهانه هریک از بیمه شدگان بدون لحاظ مالیات و ارزش افزوده واحد کلیه مبالغ ریال	

سرمایه عمر برای فوت به هر علت بیمه شدگان اصلی : ریال

سرمایه عمر برای فوت به علت حادثه بیمه شدگان اصلی : ریال

محل مهر و امضای شرکت

توجه

- ۱- سقف تعهدات جدول فوق ضریبی از تعهد ردیف اول و تعداد بیمه شدگان می باشد در صورتی که سقف پیشنهادی بیمه گذار بیش از ضریب مذکور باشد در اعلام نرخ تعدیل و اعلام خواهد شد.
- ۲- لطفاً پس از تکمیل نامه و جدول تعهدات در سربرگ شرکت ، آنرا اسکن نموده و پیوست درخواست خود نمایید.