

برگ تعهدات بیمه تکمیلی درمان گروهی در سال ۱۴۰۲

| ردیف | شرح تعهدات | فرانشیز (%) | طرح نقره ای (ریال) | طرح طلائی (ریال) |
|--------------------|---|-------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ۱ | جبران هزینه‌های بستری، جراحی، شیمی‌درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، دیسک ستون فقرات، گامانایف، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (Daycare) اعمال جراحی Daycare به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد) هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان‌ها به جز زایمان | ۱۰ | ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۲ | جبران هزینه‌های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج | ۱۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۳ | جبران هزینه‌های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج | ۱۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۴ | جبران هزینه‌های اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند مغز استخوان (با احتساب بند ۱) | ۱۰ | ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۵ | جبران هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین و سقط جنین | ۱۰ | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۶ | جبران هزینه‌های درمان نازایی و ناباروری از قبیل (هزینه‌های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط، IUI, ZIFT, GIFT, میکرواینجکشن و IVF و ... | ۱۰ | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۷ | جبران هزینه‌های پاراکلینیکی ۱ شامل: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیوگرافی، کولونوسکوپی، استرس اکو، دانسیتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، مشاوره، روان درمانی | ۱۰ | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۸ | جبران هزینه‌های پاراکلینیکی ۲ شامل: هزینه مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، اسپرومتری (PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی و شستشوی گوش، بینایی سنجی، آنژیوگرافی هر دو چشم، هولتر مانیتورینگ قلب، نوار قلب جنین (NST) | ۱۰ | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۹ | جبران هزینه‌های جراحی‌های مجاز سرپایی مانند: شکستگی و در رفتگی، گچ گیری و باز کردن گچ، ختنه، بخیه و کنیدن بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، برداشتن میخچه و زگیل و خال و تزریق داروی BCG (سرطان مثانه)، تزریق داخل مفصل و زانو (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم) | ۱۰ | ۳۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۰ | جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی از قبیل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب‌شناسی، ژنتیک شناسی، انواع رادیولوژی، نوار قلب، فیزیوتراپی در مطب و منزل، لیزر پرتوان، شاک ویو تراپی و ماساژ درمانی | ۱۰ | ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۱ | جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات، یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه دوربینی یا نزدیک بینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. برای هر چشم نصف سقف مندرج. | ۱۰ | ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۲ | جبران هزینه‌های ویزیت، ویزیت آنلاین، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، دارو و خدمات اورژانس در منزل | ۱۰ | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۳ | جبران هزینه‌های دندان‌پزشکی از قبیل: ایمپلنت - ارتودنسی - ترمیم و پر کردن - عصب کشی یا اندو - روکش - جراحی لثه - جرم‌گیری و بروساز به صورت شناور و با پرداخت خسارت تا سقف ۵۰٪ مازاد بر تعرفه سندیکای بیمه گران ایران | ۱۰ | ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۶۵,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۴ | جبران هزینه‌های عینک طبی و لنز تماسی (سخت و نرم) | ۱۰ | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۵ | سمعک | ۱۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۶ | جبران هزینه‌های اروتر و نوار قند خون | ۱۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۷ | جبران هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین و سونوگرافی‌های غربال‌گری جنین، NT و NB | ۱۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۸ | جبران هزینه‌های تهیه اعضای طبیعی بدن | ۱۰ | ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۹ | جبران کلیه هزینه‌های مربوط به بیماران بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج و جبران هزینه‌های دارویی آنها برای ۲ درصد از بیمه شدگان | ۱۰ | کلیه هزینه‌ها قابل پرداخت می‌باشد | کلیه هزینه‌ها قابل پرداخت می‌باشد |
| نرخ حق بیمه (ریال) | | | ۵,۲۰۰,۰۰۰ | ۷,۹۰۰,۰۰۰ |

باسمه تعالی

اداره محترم رفاه و بازنشستگی دانشگاه:

با سلام ، احتراماً خواهشمند است نسبت به ثبت نام این جانب

کارمند/عضو هیأت علمی

رسمی/پیمانی/قراردادی شاغل در

و خانواده‌ام به شرح ذیل جهت بیمه تکمیلی درمان اقدام فرمائید.

| ردیف | نام | نام خانوادگی | نام پدر | نسبت | تاریخ تولد | شماره شناسنامه | کد ملی | محل صدور شناسنامه |
|------|-----|--------------|---------|----------------|------------|----------------|--------|-------------------|
| ۱ | | | | بیمه شده اصلی | | | | |
| ۲ | | | | همسر | | | | |
| ۳ | | | | فرزند تحت تکفل | | | | |
| ۴ | | | | فرزند تحت تکفل | | | | |
| ۵ | | | | فرزند تحت تکفل | | | | |
| ۶ | | | | پدر | | | | |
| ۷ | | | | مادر | | | | |

ضمناً بیمه انتخابی نوع طلائی نقره ای می باشد.

و شماره حساب شبا بانک تجارت دانشگاه (بیمه شده اصلی):

نشانی:

تلفن همراه بیمه شده اصلی:

کلیه موارد بالا مورد تأیید می باشد. امضاء بیمه شده اصلی:

IR می باشد.