

بسمه تعالی

با سلام

لطفا در خصوص تمایل خویش نسبت به تحت پوشش قرار گرفتن بیمه درمان لیست زیر تکمیل فرمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد (روز/ماه/سال)
اصلی			*****			
فرعی						
فرعی						
فرعی						
فرعی						
فرعی						
فرعی						
فرعی						

آدرس مسکونی جهت بیمه آتش سوزی رایگان یکساله

استان : شهر : خیابان : کوی یا کوچه : پلاک :
تعداد کل طبقات بدون پیلوت : طبقه مورد بیمه : متر اژ : نوع سازه : بتونی یا فلزی
کد پستی : متعلق به بیمه شده یا اجاره :

شماره همراه بیمه شده :

خلاصه تعهدات درمان تکمیلی قرارداد ۹۵- ۹۴ اداره نظام مهندسی استان با بیمه سامان

شرح هزینه های مورد تعهد شرکت بیمه (بیمه درمان مازاد تکمیلی)	(ریال)	ردیف
جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود آنژیوگرافی قلب و سنگ شکن	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	۱
جبران هزینه های مربوط به رفع انکساری هر چشم ۴ دیوپتر یا بیشتر حداکثر برای هر دو چشم تا مبلغ ۳.۵۰۰.۰۰۰ ریال برای چشم	۷.۰۰۰.۰۰۰	۲
جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۳
جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان مغزو اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) گامانایف قلب پیوند کلیه کبد و پیوند مغز استخوان	۱۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۴
جبران هزینه های سونوگرافی رادیوتراپی انواع اسکن انواع سیتی اسکن انواع آندوسکوپی ام آر ای اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری	۶.۰۰۰.۰۰۰	۵
جبران هزینه های مربوط به تست ورزش نوار عضله نوار عصب نوار مغز-آنژیوگرافی چشم، تست آلرژی، تست تنفسی، شنوایی، سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب	۳.۰۰۰.۰۰۰	۶
جبران هزینه های جراحی های مجاز سرپایی شامل شکستگی ها، گچ گیری، حتنه، بخیه، کرایو تراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۳.۰۰۰.۰۰۰	۷
جبران هزینه آزمایشات	۲.۵۰۰.۰۰۰	۸
جبران هزینه ویزیت و دارو	۲.۵۰۰.۰۰۰	۹
حق بیمه هر نفر بیمه شده اصلی (درمان و عمر و حوادث گروهی) ماهانه با اعمال مالیات	۳۷۳.۶۲۳ ریال	۱۰
حق بیمه هر نفر بیمه شده فرعی (درمان تکمیلی) ماهانه با اعمال مالیات	۳۰۲.۵۰۰ ریال	۱۱

