

طرح بیمه تکمیل درمان ویژه اصناف	
سقف تعهدات	شرح تعهدات هر نفر
۸۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیو تراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و هزینه های آمبولانس داخل و خارج از شهر و ...
۱۶۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، قلب، کبد، ریه، کلیه و مغز اسخوان، با احتساب بند یک
۴۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین
N۰۰۰/۰۰۰	هزینه های پاراکینکی شامل انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، آم آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای پاتولوژی، آسیب شناسی و ژنتیک شناسی، رادیولوژی، فیزیوتراپی، نوار قلب، گفتار درمانی (nst نوار قلب جنین)، دانسیتومتری
۴/۰۰۰/۰۰۰	هزینه تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی سنجی، بینای، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی هر دو چشم سنجی
۴/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های جراحی های مجاز سرپایی شکستگی و در رفتگی ها، گچ گیری، و بار کردن گچ، ختنه، بخیه، کرایو تراپی، اکسیژنوم لیپوم، بیوپسی-تخلیه کیست و لیزر درمانی و کشیدن بخیه
۳/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ و غربالگری) شامل: آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی
۱۶/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطابق نقص بینایی هر دو چشم (درجه نزدیک بینی و دور بینی، نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۳/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های ویزیت و دارو و خدمات اورژانس در مواقع غیربستری
۵/۰۰۰/۰۰۰	* جبران هزینه های مربوط به دندانپزشکی
سایر خدمات قابل ارائه به افراد تحت پوشش بیمه تکمیل درمان	
<p>استفاده از خدمات دندانپزشکی با ۱۰ الی ۳۵ درصد تخفیف</p> <p>استفاده از خدمات آزمایشگاهی با ۲۰ درصد تخفیف</p> <p>خرید عینک طبی و آفتابی و لنز با ۳۰ درصد تخفیف</p> <p>استفاده از خدمات اپتومتریست با ۳۰ درصد تخفیف</p>	

فرانشیز کلیه خدمات ۱۰ درصد می باشد

حق بیمه برای هر نفر سالیانه ۹۲۰،۰۰۰ تومان می باشد

دریافت حق بیمه به صورت ۴۰ درصد نقد و الباقی طی ۶ فقره چک ماه به ماه یا ۳ فقره چک ۲ ماه ۲ ماه

همچنین جهت ضمانت پرداخت حق بیمه به مبلغ کل حق بیمه سفته دریافت می گردد

افراد ۶۱ الی ۷۰ سال شامل ۵۰ درصد افزایش نرخ حق بیمه و بالای ۷۰ سال ۱۰۰ درصد افزایش حق بیمه می شوند.

تلفن تماس: ۰۹۱۸۶۰۰۰۳۲۰

## فرم ثبت نام بیمه نامه تکمیلی درمان اتحادیه :

مشخصات بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی :	تاریخ تولد :	محل صدور :	شماره شناسنامه :	کد ملی :
نام پدر :	تلفن همراه :	تلفن محل کار :	شماره بیمه گر اول (تامین اجتماعی و...):	
شماره حساب:				
تلفن منزل :				
آدرس منزل :				

مشخصات بیمه شدگان فرعی :

شماره بیمه گر	نام و نام خانوادگی	محل صدور	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده اصلی	تحت تکمیل/غیر تحت تکمیل	شماره بیمه گر
					/ /				
					/ /				
					/ /				
					/ /				
					/ /				

فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۰ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل (دوره دانشگاهی) تا سن ۲۵ سالگی تمام و برای رشته پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام (با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل) و فرزندان ناث تا زمان ازدواج میتوانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند.

نام و نام خانوادگی ، تاریخ امضاء و اثر انگشت

کلیه بیمه شدگان می بایست دارای پوشش بیمه ای نزد یکی از بیمه گران اول باشن.

❖ در صورت وجود هرگونه ابهام با شماره ۰۹۱۸۶۰۰۰۳۲۰ تماس بگیرید