



شرح تعهدات	سقف تعهدات (ریال)		
جبران هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی مانند: آنژیوگرافی قلب، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن برای هر نفر	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰		
جبران هزینه های تخصصی شامل: سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع(به استثنای دیسک ستون فقرات) گامانایف، قلب، پیوند کلیه، کبد، ریه و مغز استخوان برای هر نفر	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰		
جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۵۰,۰۰۰,۰۰۰		
هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI, Zift, Gift, IVF میکرو انجکشن	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		
هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم، هزینه های جراحی های مجاز سرپایی شامل شکستگی و دررفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن یون لیپوم، بیوبسی، لیزر درمانی چشم و تخلیه کیست هزینه های خدمات آزمایشگاهی (بدون چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی	۲۵,۰۰۰,۰۰۰		
جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام عمل درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد برای دو چشم	۲۰,۰۰۰,۰۰۰		
هزینه عینک شامل خرید عینک طبی و لنز تماس طبی برای هر نفر	۲,۰۰۰,۰۰۰		
هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر پایه) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری برای هر نفر	۴,۰۰۰,۰۰۰		
جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر	۱,۰۰۰,۰۰۰		
جبران هزینه های آمبولانس در خارج شهر	۱,۵۰۰,۰۰۰		
فرانشیز تمامی موارد ۲۰٪ می باشد.			
مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر به تومان			
شرح	عمومی	تخفیف ویژه تمدید	تخفیف ویژه خانواده
حق بیمه ماهانه هر نفر بیمه شده اصلی با بیمه عمر و حادثه	۸۸۰۰۰	۸۳۷۰۰	۷۹۴۰۰
حق بیمه ماهانه هر نفر بیمه شده تحت تکفل و غیر تحت تکفل	۸۶۰۰۰	۸۱۷۰۰	۷۷۴۰۰
تعهدات عمر و حوادث گروهی: فوت: ۵۰ میلیون ریال، حادثه: ۵۰ میلیون ریال			

شماره حساب ها جهت واریز حق بیمه: بانک ملت شماره حساب ۱۵۵۴۸۴۸۴۹۲ \* شماره کارت ۶۱۰۴-۳۳۷۵-۴۸۲۲-۵۶۱۲  
و شماره کارت بانک رسالت ۵۸۹۲-۱۰۰۶-۷۲۷۰-۵۰۴۱ به نام صندوق تعاون و رفاه

**مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام**

- ۱- کپی کارت عضویت سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی یا کپی پروانه (مجوز) بهره برداری.
- ۲- کپی کارت ملی و شناسنامه (تمام صفحات) نفر اصلی + کپی کارت ملی و شناسنامه نقرات تحت تکفل و غیر تحت تکفل.
- ۳- یک قطعه عکس ۳\*۴ نفر اصلی.
- ۴- کپی کارت دانشجویی برای پسران تحت تکفل بالای ۱۸ سال تا ۲۲ سال و برای دانشجویان پزشکی تا ۲۵ سال.
- ۵- شماره حساب بانکی و شماره شبنا حساب نفر اصلی (جهت واریز هزینه های درمان).
- ۶- کپی صفحه اول دفترچه بیمه پایه (تامین اجتماعی، سلامت، خدمات درمانی و...).
- ۷- فرم تکمیل شده ثبت نام بیمه درمان تکمیلی به انضمام فیش پیش پرداخت و چکهای اقساط.