

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - نامبر ۸۸۷۹۳۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹ - ۶۶۷۰۹۰۴۱ - نامبر ۶۶۷۲۶۳۴۸

ماده (۷) مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است، که از ساعت 24 مورخ 1395/08/01 شروع و تا ساعت 24 مورخ 1396/08/01 خاتمه می یابد. و هر یک از طرفین میباید لاقبل یک ماه قبل از انقضای قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتبا " بطرف دیگر اعلام نمایند.

ماده 8) تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق جدول ذیل جبران نماید.

ردیف	تعهد برای		حد اکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر	تعهدات بیمه گر	
	نفر	خانوار			
1	*		200/000/000	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه و پیوند مغز استخوان	
2	*		100/000/000	سایر اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE (بابت بیشتر از ۶ ساعت بستری) و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات و شیمی درمانی، رادیوتراپی، گامانایف و همچنین بستری جهت درمان طبی در بیمارستان	
3	*		30/000/000	زایمان (طبیعی - سزارین)	
4	*		10/000/000	هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتري گفتار درماني روان درمانی	
5	*		10/000/000	هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوارمخانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	
6	*		10/000/000	هزینه جراحیهای مجاز سرپائی شامل شکستگی و دررفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکتسیزیون لیپوم، بیوپسی، لیزر درمانی و تخلیه کیست	
7	*		15/000/000	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر 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 هر چشم	
8	*		8/000/000	هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی	
9	*		5/000/000	هزینه های ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً "مازاد بر سهیم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	
10	*		10/000/000	هزینه دندان پزشکی (شامل کشیدن - جرم گیری - برساژ - پر کردن - درمان ریشه و روکش و ایمپلنت و ارتودنسی) به استثناء والدین بیمه شده	
11	*		2/000/000	هزینه عینک شامل خرید عینک طبی، و لنز تماس طبی	
12	*		10/000/000	هزینه مربوط به خرید سمک برای 1000 نفر به بالا 5 نفر	
13	*		30/000/000	هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط برای تعداد 1000 نفر به بالا 3 نفر	
14	*		50/000/000	جبران هزینه های داروهای خاص برای تعداد 1000 نفر به بالا 4 نفر	
15	*		800/000	درون شهری	هزینه های آمبولانس
16	*		1/300/000	برون شهری	

