

آدرس واحد صدور:
گنبد کاووس - خیابان امام خمینی جنوبی - نبش سمیه -
طبقه دوم - پاساژ طباطبایی

تلفن واحد صدور:
۳۳۳۴۴۱۱

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

شرکت بیمه دانا به موجب پیشنهاد کتبی مورخ بیمه گذار، این قرارداد را بر اساس قانون و مقررات و عرف بیمه در ایران و شرایط خصوصی مندرج در متن و شرایط عمومی پیوست که جزء لاینفک آن می باشد، تنظیم نموده و بیمه شدگان مندرج در لیست اسامی ارسالی از طرف بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان را در ازاء دریافت حق بیمه مقرر، در مقابل بیماری ها و حوادث مشمول بیمه تحت پوشش قرار می دهد.

| | | | |
|--|-------------|--|--|
| شماره قرارداد: ۳۳۰۱/۱۴۹۹/۹۵/۱ شماره بیمه نامه: ۱۴۹۹ - ۱۴۹۹ واحد صدور: حمیدرضا رجیبی کد ۱۴۹۹ شماره پیشنهاد: | | تاریخ صدور: ۱۳۹۵/۰۸/۱۹ کد رایانه بیمه نامه: ۷۰۶۸ نماینده بیمه/کارگزار: حمیدرضا رجیبی کد ۱۴۹۹-۱۴۹۹ شماره قرارداد سال قبل: ۹۴/۰۰۱ | |
| نام: دانشگاه گنبد کاووس کد ۳۸۸۳۰۸۹ نشانی: استان تهران، شهر تهران - گنبد کاووس - خ شهید فلاحی بلوار بصیرت | | شماره ملی/کد اقتصادی: ۴۱۱۳۶۸۷۶۴۱۵۴ تلفن: ۳۳۲۲۰۲۲۴ | |
| مدت قرارداد: مدت اعتبار قرارداد ۳۶۶ روز می باشد که از ساعت ۲۴ تاریخ ۱۳۹۵/۰۸/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ خاتمه می یابد. | | | |
| تعداد بیمه شدگان: طی الحاقیه مالیات بر ارزش افزوده: ۰ ریال عوارض شهرداری: ۰ ریال کل حق بیمه: صفر ریال | | حق بیمه ماهانه هر نفر: ۵۱۵,۰۰۰ ریال حق بیمه علی الحساب پرداختی: طی الحاقیه | |
| شرح شرایط: <ol style="list-style-type: none"> ۱. روش پرداخت حق بیمه: بصورت ماهانه طی اقساط مساوی با لحاظ حق بیمه های اضافی و یا برگشتی در ابتدای هر ماه می باشد. ۲. این بیمه نامه فاقد اضافه نرخ می باشد. ۳. خسارتهای بیمارستانی در وجه بیمه شده اصلی و خسارتهای پاراکلینیکی در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد. | | | |
| شرح تعهدات بیمه گر | | | |
| فرانشیز | | حداکثر تعهدات سالیانه | |
| هر نفر به ریال | | خانواده به ریال | |
| ۲۰ | ۰ | ۸,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عيوب انكساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشك 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 |
| ۲۰ | ۰ | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | دارو |
| ۲۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | زایمان - سزارین |
| ۲۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | زایمان - طبیعی |
| ۲۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | زایمان (طبیعی - سزارین) |
| ۲۰ | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ | سایر اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE (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 |
| ۲۰ | ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | گروه ترکیبی بستری، اعمال جراحی مهم، آمبولانس ها |
| ۲۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آرآی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان) |
| ۲۰ | ۰ | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوارمغز (EKG) |
| ۲۰ | ۰ | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | هزینه جراحیهای مجاز سرپایی شامل شکستگی و دررفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، لیزر درمانی و تخلیه کیست |
| ۲۰ | ۰ | ۲,۰۰۰,۰۰۰ | هزینه عینک شامل خرید عینک طبی، و لنز تماس طبی |

این قرارداد با شرایط خصوصی فوق الذکر و شرایط عمومی و خصوصی پیوست که جزء لاینفک آن می باشد در دو نسخه تنظیم و به امضای طرفین رسیده است و هر نسخه دارای ارزش و اعتبار یکسان می باشد

شرکت بیمه دانا



امضاء کننده دوم

امضاء کننده اول

شناسه ملی: ۱۰۱۰۶۴۱۹۶۶
 کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹
 آدرس: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
 کد پستی: ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷
 تلفنخانه: ۸۷۷۰۹۷۱-۸۰

آدرس واحد صدور:
گنبد کاووس - خیابان امام خمینی جنوبی - نیش سمیه -
طبقه دوم - پاساژ طباطبایی

تلفن واحد صدور:
۳۳۳۴۴۴۱۱

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

شرکت بیمه دانا به موجب پیشنهاد کتبی مورخ بیمه گذار، این قرارداد را بر اساس قانون و مقررات و عرف بیمه در ایران و شرایط خصوصی مندرج در متن و شرایط عمومی پیوست که جزء لاینفک آن می باشد، تنظیم نموده و بیمه شدگان مندرج در لیست اسامی ارسالی از طرف بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان را در ازاء دریافت حق بیمه مقرر، در مقابل بیماری ها و حوادث مشمول بیمه تحت پوشش قرار می دهد.

| فرانشیز | حداکثر تعهدات سالیانه | | شرح تعهدات بیمه گر |
|---------|-----------------------|----------------|--|
| | خانواده به ریال | هر نفر به ریال | |
| ۲۰ | ۰ | ۱,۳۰۰,۰۰۰ | هزینه های آمبولانس بین شهری |
| ۲۰ | ۰ | ۸۰۰,۰۰۰ | هزینه های آمبولانس داخل شهری |
| ۲۰ | ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | 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 |
| ۲۰ | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی (به استثناء چکاپ)، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی |
| ۲۰ | ۰ | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | هزینه دندان پزشکی |
| ۲۰ | ۰ | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | ویزیت |
| ۲۰ | ۰ | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | ویزیت و دارو |
| | ۰ | ۱۸۵,۰۰۰,۰۰۰ | حداکثر تعهدات سالیانه بیمه گر |

این قرارداد با شرایط خصوصی فوق الذکر و شرایط عمومی و خصوصی پیوست که جزء لاینفک آن می باشد در دو نسخه تنظیم و به امضای طرفین رسیده است و هر نسخه

شرکت بیمه دانا



امضاء کننده دوم

امضاء کننده اول

دارای ارزش و اعتبار یکسان می باشد

شناسه ملی: ۱۰۱۰۶۴۱۹۶۶

کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹

آدرس: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲

کد پستی: ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷

تلفنخانه: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰