

ردیف	نوع تعهدات بیمه درمان "انجمن حمل و نقل بین المللی خراسان"	واحد	حداکثر تعهدات (ریال)	فرانتیر
				نیمت - غیر نیمت
۱	هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود به Day Care تبصره: Day care به جراحی هایی اطلاق میشود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر ۷۰ سال در بیمارستانها به جز زایمان	نفر	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۲	هزینه اعمال جراحی تخصصی شامل: جراحی مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، جراحی سرطان (با احتساب بند ۱)	نفر	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۳	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	نفر	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۴	هزینه های پاراکلینیک شامل: انواع سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - انواع آندوسکوپی - ام آر آی - اکوکاردیوگرافی - استرس اکو - دانستومتری - انواع آنژیوگرافی (بجز چشم و قلب)	نفر	۷,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۵	هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، (اسپیرومتری) PFT، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، (EEG)، نوار مغز (NCV)، نوار عصب (EMG)، نوار عضله، شنوایی شنجی، بینایی شنجی، آنژیوگرافی چشم و هولترمانیتورینگ قلب	نفر	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۶	هزینه های جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و دررفتگی - گچ گیری - ختنه - بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن لیوم - بیوپسی - تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عيوب انكساری دید چشم)	نفر	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۷	هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۸۰۰,۰۰۰	۳۰
۸	هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۱,۳۰۰,۰۰۰	۳۰
۹	انواع لنز، عینک، عدسی	نفر	۱,۲۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۰	هزینه خدمات آزمایشگاهی (بغیر از چکاپ و غربالگری) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی	نفر	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۱	لیزیک چشم راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عيوب انكساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بین، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بین یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	نفر	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۲	لیزیک چشم چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عيوب انكساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بین، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بین یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	نفر	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰

جدول حق بیمه تکمیل درمان براساس سقف سنی (با احتساب مالیات)			
سقف سنی	حق بیمه ماهیانه	حق بیمه سالیانه	
از سن ۰ تا ۶۰ سال	۳۳۷,۰۳۹ ریال	۴,۰۴۴,۶۶۸ ریال	
از سن ۶۱ تا ۷۰ سال	۵۰۵,۵۵۹ ریال	۶,۰۶۶,۷۰۸ ریال	
از سن ۷۱ تا ۲۰ سال	۶۷۴,۰۷۸ ریال	۸,۰۸۸,۹۳۶ ریال	

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

مشخصات کارکنان

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه	کد ملی	بیمه پایه	شماره دفترچه بیمه	وضعیت تاهل	زیر گروه	شماره حساب	شماره شبسا (الزامی میباشد)
۱			۱۳ / /									

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شناسنامه	کد ملی	بیمه پایه	شماره دفترچه بیمه	وضعیت تاهل	نسبت با نفر اصلی	تلفن همراه
۱			۱۳ / /								
۲			۱۳ / /								
۳			۱۳ / /								
۴			۱۳ / /								
۵			۱۳ / /								
۶			۱۳ / /								
۷			۱۳ / /								

اینجانب اعلام می نمایم که کارمند شاغل در شرکت می باشد و صحت و مدرجات فوق را تأیید مینمایم و متعهد به پرداخت حق بیمه می باشم

امضاء تاریخ

اینجانب مدیریت شرکت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم و در صورت عدم واریز حق بیمه متعهد به پرداخت آن میباشم

امضاء / مهر تاریخ

❖ مدارک مورد نیاز: کپی کارت ملی، کپی شناسنامه، کپی صفحه اول دفترچه بیمه