

شرکت خدمات اداری امید خزر (سال ۹۷) شروع قرارداد از تاریخ ۱۳۹۷/۰۴/۰۱

ردیف	حداکثر تعهدات سالانه بیمه گر	مبالغ تعهد سال ۹۵	درصد فرانشیز
۱	جبران هزینه های بستری و جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی و قلب گامانایف و عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و day car	۷۵/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۲	افزایش سقف تعهدات بیمارستانی برای اعمال جراحی مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) قلب و پیوند کلیه ، ریه ، کبد و مغز استخوان (با احتساب بند۱)	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۳	جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی داخل شهر	۵۰۰/۰۰۰	۳۰
۴	ویا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج در سقف تعهدات بستری خارج شهر	۱/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۵	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین (دوران انتظار ۹ ماه از تاریخ شروع بیمه نامه برای بیمه شده های فاقد بیمه نامه سال قبل می باشد)	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۶	جبران هزینه های نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ، IVF . ITSC . GIFT . ZIFT . IUI . میکو اینجکشن و IVF (دوران انتظار ۹ ماه از تاریخ شروع بیمه نامه برای بیمه شده های فاقد بیمه نامه سال قبل می باشد)	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۷	پاراکلینیکی ۱- شامل : سونوگرافی (عادی -غربالگری) ماموگرافی، انواع اسکن ، انواع آندوسکوپی، ام آر آی و اکو کاردیوگرافی تست استرس اکو ودانسیستومتری پاراکلینیکی ۲- شامل: تست ورزش ، تست آلرژی، تست تنفس (اسپیرومتری <PFT>) نوار عضله (EMG) ، نوار عصب (NVC) ، نوار مغز (EMG) ، نوار مثانه (لیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی (ادیومتی)، بینایی سنجی (اپتومتی) ، آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیترینگ قلب پاراکلینیکی ۳- جراحی های مجاز سرپایی شامل شکسته بندی ، گچ گیری ، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن یون لیوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست ، لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)	۱۲/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۸	پوشش آزمایشهای تشخیص پزشکی ، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی ، آزمایشات مربوط به ناهنجاری های جنین و غربالگری، انواع رادیوگرافی (مشروط به استفاده از سهم بیمه گر اول) نوار قلب و فیزیوتراپی	۵/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۹	حداکثر تعهدات عینک طبی و لنز تماس طبی برای هر نفر (هزینه عینک برای بیمه شده هایی که در قرارداد قبل استفاده نموده مشمول نمی شود -بجز تغییر نمره چشم و شکستگی)	۱/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۱۰	تعهدات مربوط به جبران هزینه های ویزیت و دارو	۴/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۱۱	رفع عیوب انکساری چشم چنانچه قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۴ دیوپتر یا بیشتر برای هر دو چشم	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰

* حق بیمه ماهانه برای هر نفر مبلغ ۵۹۰/۰۰۰ ریال

هزینه زایمان (۹ ماه) دوره انتظار دارد و بیماری های خاص و اعمال جراحی و بستری بیمارستان (۳ ماه) دوره انتظار دارد

پرسنل تقاضای جدید درمان تکمیلی الزاماً باید در خواست کتبی بیمه تکمیلی نمایند نام و تمامی مشخصات افراد تحت تکفل خود را در صورت درخواست، در نامه قید نمایند .

شخص فقط زمانی می تواند پدر و مادر خود را به بیمه تکمیلی اضافه نماید که پدر و مادر تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی نفر اصلی باشد (سن ۷۰ تا ۷۵ سال ۵۰٪ حق بیمه اضافه و سن بین ۶۷ تا ۸۰ سال ۱۰۰٪ حق بیمه اضافه پرداخت نمایند.)

اگر نفر اصلی به هر دلیلی اخراج شود یا خودش در خواست حذف از بیمه را نماید اگر قبل از آن هزینه ای از بیمه استفاده کرده باشد تمامی حق بیمه تا آخر قرار داد از حقوق ایشان کسر خواهد شد. (ضمن اینکه می تواند از هزینه ها تا آخر قرارداد استفاده نماید.)

درخواست اضافه شدن به بیمه درمان در اواسط قرار داد قابل قبول نمی باشد، مگر اینکه شخص تازه به نیرو های شرکتی اضافه شده باشد آن هم فقط تا دوماه فرصت اضافه شدن به بیمه را دارد.

شخصی که تازه ازدواج کرده یا تولد فرزند جدید دارد، تا دو ماه فرصت دارد که همسرش یا فرزندش را به بیمه تکمیلی با تقاضای کتبی اضافه نماید.*

((سقف تعهدات به صورت سالانه بوده است و جدول هزینه ها و مراکز طرف قرارداد در سایت شرکت امید خزر قرار دارد))