

## " طرح درمان خانواده "

### ( بدون رفع عیوب انکساری، نازایی و سمک )

جدول سقف تعهدات ( ریال )					
طرح ممتاز	طرح جامع	طرح ویژه	طرح منتخب	طرح اقتصادی	تعهدات
۳۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	بیمارستانی
۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	اعمال جراحی مهم با احتساب بند ۱
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی گروه اول
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی گروه دوم
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	جراحی های مجاز سرپایی
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	خدمات آزمایشگاهی
۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های آمبولانس شهری و بین شهری
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت و دارو
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی

**\* طرح های بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده و میزان کل حق بیمه مربوطه به شرح جداول زیر قابل ارائه می باشند \***

جدول حق بیمه اصلی ( ریال ) با احتساب تعهد زایمان + ویزیت و دارو و خدمات اورژانس + دندانپزشکی				
سن	۰-۱۵	۱۶-۵۰	۵۱-۶۰	۶۱-۷۰
طرح پایه	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
طرح اقتصادی	۲,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰
طرح منتخب	۳,۹۵۰,۰۰۰	۷,۹۰۰,۰۰۰	۹,۴۸۰,۰۰۰	۱۱,۸۵۰,۰۰۰
طرح ویژه	۵,۵۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰
طرح جامع	۶,۸۵۰,۰۰۰	۱۳,۷۰۰,۰۰۰	۱۶,۴۴۰,۰۰۰	۲۰,۵۵۰,۰۰۰
طرح ممتاز	۷,۹۰۰,۰۰۰	۱۵,۸۰۰,۰۰۰	۱۸,۹۶۰,۰۰۰	۲۳,۷۰۰,۰۰۰

\*میزان فرانشیز کلیه طرح ها ۱۰٪ می باشد.

\*در صورت استفاده از بیمه گر پایه (اول)، فرانشیز صفر می باشد.

\*بیمه گر پایه (اول)، جهت صدور بیمه نامه با حداقل یک ماه اعتبار الزامی می باشد.

\*در صورت نداشتن بیمه گر پایه، میزان ۱۸٪ به حق بیمه های فوق اضافه خواهد شد.