

جدول سقف تعهدات (ریال)					
تعهدات	طرح مهر سامان	طرح سروش سامان	طرح شمیم سامان	طرح وصال سامان	طرح عقیق سامان
بیمارستانی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۷۵,۰۰۰,۰۰۰
اعمال جراحی مهم با احتساب بند ۱	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی گروه اول	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی گروه دوم	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
جراحی مجاز سرپایی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
خدمات آزمایشگاهی	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
دندانپزشکی	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
ویزیت دارو	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
رفع عیوب انکساری دو چشم	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
زایمان	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
نازایی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
سمعک	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه‌های آمبولانس شهری و بین شهری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰

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

جدول کل حق بیمه اصلی (ریال)				
سن	۰-۱۵	۱۶-۵۰	۵۱-۶۰	۶۱-۷۰
طرح مهرسامان	۴,۴۵۹,۵۲۰	۸,۹۱۹,۰۴۰	۱۰,۷۰۲,۸۴۸	۱۳,۳۷۸,۵۶۰
طرح سروش سامان	۷,۰۲۲,۰۸۰	۱۴,۰۴۴,۱۶۰	۱۶,۸۵۲,۹۹۲	۲۱,۰۶۶,۲۴۰
طرح شمیم سامان	۹,۸۵۰,۸۸۰	۱۹,۷۰۱,۷۶۰	۲۳,۶۴۲,۱۱۲	۲۹,۵۵۲,۶۴۰
طرح وصال سامان	۱۲,۴۳۰,۰۸۰	۲۴,۸۶۰,۱۶۰	۲۹,۸۳۲,۱۹۲	۳۷,۲۹۰,۲۴۰
طرح عقیق سامان	۱۴,۴۲۶,۸۸۰	۲۸,۸۵۳,۷۶۰	۳۴,۶۲۴,۵۱۲	۴۳,۲۸۰,۶۴۰

* 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.

* دوره انتظار رفع عیوب انکساری، سمعک و بیماری های مزمن ۳ ماه و زایمان، نازایی و ناباروری حداقل ۹ ماه از

تاریخ صدور بیمه نامه می باشد.

آدرس: تهران - خیابان مطهری - مفتح شمالی - نبش کوچه دوم - پلاک ۳۵۸ - طبقه ۱ شمالی

تلفن: ۹۱۰۰۸۹۷۹