

"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 مجاز سرپایی
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	خدمات آزمایشگاهی
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت دارو
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان
۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های آمبولانس شهری و بین شهری

* 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 اقتصادی	۴,۱۶۰,۰۰۰	۸,۳۲۰,۰۰۰	۹,۹۸۴,۰۰۰	۱۲,۴۸۰,۰۰۰
طرح منتخب	۶,۵۷۲,۸۰۰	۱۳,۱۴۵,۶۰۰	۱۵,۷۷۴,۷۲۰	۱۹,۷۱۸,۴۰۰
طرح ویژه	۹,۱۵۲,۰۰۰	۱۸,۳۰۴,۰۰۰	۲۱,۹۶۴,۸۰۰	۲۷,۴۵۶,۰۰۰
طرح جامع	۱۱,۳۹۸,۴۰۰	۲۲,۷۹۶,۸۰۰	۲۷,۳۵۶,۱۶۰	۳۴,۱۹۵,۲۰۰
طرح ممتاز	۱۳,۱۴۵,۶۰۰	۲۶,۲۹۱,۲۰۰	۳۱,۵۴۹,۴۴۰	۳۹,۴۳۶,۸۰۰

*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 بیماری های مزمن ۳ ماه و زایمان حداقل ۹ ماه از تاریخ صدور بیمه نامه می باشد.