

جدول سقف تعهدات (ریال)					
طرح عقیق سامان	طرح وصال سامان	طرح شمیم سامان	طرح سروش سامان	طرح مهر سامان	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
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	رفع عیوب انکساری دو چشم
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	نازایی
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	سمعک
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 باشد *

جدول کل حق بیمه اصلی (ریال)				
سن	۰-۱۵	۱۶-۵۰	۵۱-۶۰	۶۱-۷۰
طرح مهر سامان	۳,۴۸۴,۰۰۰	۶,۹۶۸,۰۰۰	۸,۳۶۱,۶۰۰	۱۰,۴۵۲,۰۰۰
طرح سروش سامان	۵,۴۸۶,۰۰۰	۱۰,۹۷۲,۰۰۰	۱۳,۱۶۶,۴۰۰	۱۶,۴۵۸,۰۰۰
طرح شمیم سامان	۷,۶۹۶,۰۰۰	۱۵,۳۹۲,۰۰۰	۱۸,۴۷۰,۴۰۰	۲۳,۰۸۸,۰۰۰
طرح وصال سامان	۹,۷۱۱,۰۰۰	۱۹,۴۲۲,۰۰۰	۲۳,۳۰۶,۴۰۰	۲۹,۱۳۳,۰۰۰
طرح عقیق سامان	۱۱,۲۷۱,۰۰۰	۲۲,۵۴۲,۰۰۰	۲۷,۰۵۰,۴۰۰	۳۳,۸۱۳,۰۰۰

*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.

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

تاریخ صدور بیمه نامه می باشد.