

استعلام بیمه نامه درمان گروهی

تاریخ تهیه گزارش :

این بیمه نامه را بر اساس قوانین و مقررات بیمه در ایران و شرایط خصوصی و عمومی مندرج در متن و پیوست آن صادر گردیده است .

مشخصات بیمه نامه	شماره بیمه نامه : ۲۱۱۰/۲۵۰۰۱۳/۴۰۱/۰۰۰۰۰۳ شماره پیشنهاد : شماره بیمه نامه سال قبل : ۱۴۰۰/۱۳۱/۱۰۸۸/۱۰۸۸/۱	واحد صدور : شعبه بابل کد ۲۵۰۰۱۳ واحد معرف : شعبه بابل کد ۲۵۰۰۱۳ تاریخ صدور : ۱۴۰۱/۰۷/۱۲
مشخصات بیمه گذار	نام : دانشگاه صنعتی نوشیروانی بابل کد ۶۷۶۵۷۳۹ نشانی : استان مازندران ، شهرستان بابل ، بخش مرکزی ، شهر بابل ، محله حکیم آباد ، کوچه معلم [۷مصلی ۱۵] ، خیابان دکتر علی شریعتی ، پلاک ۰ ، طبقه همکف	
مدت بیمه نامه	مدت اعتبار بیمه نامه ۳۶۵ روز می باشد که از ساعت ۲۴ روز ۱۴۰۱/۰۶/۳۱ شروع و در ساعت ۲۴ روز ۱۴۰۲/۰۶/۳۱ خاتمه می یابد .	

تعهدات:

درصد فرانشیز	حداکثر تعهدات سالیانه		حداکثر تعهدات سالیانه بیمه گر
	خانواده	نفر	
۱۰	۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات سالانه بابت جبران هزینه های بستری ، جراحی ، Day care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.
۰	۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳دیوپتر یا بیشتر باشد
۰	۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی که نهایتا منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می گردد
۰	۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی که نهایتا منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می گردد
۱۰	۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین
۱۰	۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	شامل اعمال جراحی شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیو پلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز
۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، ام آر آی ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ) ، دانسیتومتری
۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	مانند شکستگی و در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی
۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	شامل مارک های جینی و آزمایشات ژنتیک جنین
۱۰	۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی
۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی (به استثناء چکاپ) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی ، تست های آلرژی ، فیزیوتراپی
۱۰	۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های ویزیت
۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های مربوط به دندان پزشکی (شامل خدمات کشیدن- جرم گیری- پروساز- ترمیم- پرکردن- درمان ریشه و روکش و جراحی لثه)
۱۰	۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های مربوط به دارو بر اساس فهرست اقلام مجاز داروهای کشور (مازاد بر سهم بیمه گر اول)
۱۰	۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	خدمات اورژانس در موارد غیر بستری
۱۰	۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	شامل اعمال جراحی مرتبط GIFT ، ZIFT ، IUI ، میکرواینجکشن و IVF
۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	انواع آنکوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، EECG ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری ، PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی ، هدایت عصبی (NCV EMG) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورو دینامیک (نوار مثانه) ، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری ، پنتاکم ، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)
۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	داروهای بیماری های خاص
۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	-
۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جهت فرزندان زیر ۱۸ سال

۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	-
----	---	------------	---

مدت انتظار (ماه) :

- زایمان : * بیماریهای مزمن : * سایر بیماریها :
- در صورت بروز خطرات موضوع بیمه چک خسارتهای بیمارستانی در وجه بیمه شده اصلی و خسارتهای پاراکلینیکی در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد.
- ۱- سه درصد از جمعیت بیمه شدگان جهت اضافه شدن به قرارداد بیش از یک ماه مهلت دارند.
- ۲- جراحی ترمیمی و سوختگی (به غیر از زیبایی) جهت درمان تحت پوشش می باشد.
- ۳- افراد غیر تحت تکفل شامل والدین پرسنل، همسر و فرزند کارکنان اناث و فرزندان ذکور تا سن ۳۰ سال به شرط مجرد و عدم اشتغال به کار، با حق بیمه ی برابر با افراد تحت تکفل تحت پوشش بیمه نامه خواهد بود.
- ۴- طبق آیین نامه شماره ۹۹ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران ، ماده ۸ ، بند دو ، در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- ۵- داروهای آزاد بر اساس نرخ مصوب مراکز معتبر نظیر داروخانه های هلال احمر و سیزده آبان و غیره قابل پرداخت می باشد.

بیماری	تحت پوشش	سقف تعهد هر بیمه شده اصلی به ریال	سقف تعهد هر بیمه شده فرعی به ریال	سقف تعهد هر خانواده به ریال	سقف هر مورد خسارت به ریال	درصد فرانشیز	نوع محاسبه
تزریقات	خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۱۰	در قالب گروه سایر
وصل سرم	خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۱۰	در قالب گروه سایر
سرم تراپی	خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۱۰	در قالب گروه سایر
پانسمان	خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۱۰	در قالب گروه سایر
عصا و واکر	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۱۰	در قالب گروه سایر
ویلچر	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۱۰	در قالب گروه سایر
گفتاردرمانی	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۱۰	در قالب گروه سایر
کار درمانی	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۱۰	در قالب گروه سایر

استثنائات :

--

ضوابط پرداخت خسارت :

--