



پوشش های بیمه درمان تکمیلی آسماری



حضور محترم مدیریت مالی کانون مشاوران اعتباری و سرمایه گذاری بانکی: باسلام و احترام

اعلام شرایط بیمه تکمیلی	نماینده گوی ۱۴۱۰ بیمه آسماری	با پوشش هزینه های بیماری کرونا
-------------------------	------------------------------	--------------------------------

جدول ۱- پوشش های پایه بیمه درمان تکمیلی آسماری

شرح تعهدات	سقف تعهدات سالیانه (ریال)				
	طرح برنزی	طرح نقره ای	طرح طلایی	طرح پلاتینی	طرح پلاتینی پلاس
۱ هزینه های بستری، جراحی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲ هزینه های جراحی های تخصصی با احتساب بند یک شامل جراحی های مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف قلب، پیوند ریه، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳ هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۴ هزینه های پاراکلینیکی شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو و دانسیتومتری	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۵ هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۶ هزینه های جراحی مجاز سرپایی شامل شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۷ هزینه خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۸ رفع عیوب انکساری دوچشم	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۹ هزینه های آمبولاس مشروط به بستری شدن درون شهری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰
۱۰ هزینه های آمبولاس مشروط به بستری شدن برون شهری	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه سالانه پوشش های پایه برای هر نفر (ریال) بافرانشیز ۱۰٪	۷,۹۰۰,۰۰۰	۸,۶۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۱,۷۰۰,۰۰۰	۱۵,۵۰۰,۰۰۰

جدول ۲- پوشش های اضافی بیمه درمان تکمیلی آسماری

۱۱ هزینه ویزیت پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص فرانسیزدارو و ملزومات دارویی براساس فهرست داروهای مجاز کشور و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، انواع تزریق - سرم درمانی - فرانشیز ۳۰٪	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲ هزینه های دندانپزشکی صرفا محدود به کشیدن، جرمگیری، بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش با ارئه گرافی قبل و بعد از درمان - فرانشیز ۳۰٪	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳ غرامت بستری (به ازای هر شب و برای افراد زیر ۶۰ سال)	۳,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه سالانه پوشش های اضافی برای هر نفر (ریال)	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۴۰۰,۰۰۰	۵,۶۰۰,۰۰۰	۸,۱۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰

حق بیمه کل سالانه برای هر نفر (ریال)	۱۰,۹۰۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۱۰۰,۰۰۰	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
--------------------------------------	------------	------------	------------	------------	------------

به حق بیمه های فوق ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده اضافه میگردد

حداقل نفرات جهت استفاده از طرح های فوق و عقد قرارداد ۱۵ نفر میباشد.

دوره انتظار برای پوشش زایمان ۹ ماه و برای بستری و جراحی ۳ ماه می باشد. که در صورت داشتن بیمه نامه سال قبل فاقد دوره انتظار می باشد.

در صورت پرداخت نقدی حق بیمه سالیانه ابتدای قرارداد ۱۰٪ تخفیف در حق بیمه لحاظ می گردد.

شایان ذکر است ارزیابی و پرداخت خسارت و صدور معرفی نامه توسط شرکت کمک رسان ایران که سهام دار اصلی شرکت بیمه آسماری نیز میباشد، انجام می پذیرد و امکان دریافت

معرفی نامه از کلیه مراکز طرف قرارداد شرکت کمک رسان ایران (SOS) که در سایت www.iranassistance.com موجود می باشد، مقدور خواهد بود

ارائه دو طرح همزمان به مجموعه های با تعداد بالای ۵۰ نفر امکان پذیر میباشد. برای مجموعه های زیر ۵۰ نفر ارائه یک طرح امکان پذیر می باشد.

درمورد بیمه شدگان با تعداد کمتر از ۵۰ نفر، اعمال مربوط به چاقی مانند: اسلیو معده، بای پس معده و همچنین تعویض مفصل زانو پوشش داده نمیشود. همچنین پدر و مادر این افراد قابلیت بیمه شدن ندارند مگر در صورت اثبات تحت تکفل بودن ایشان.

جهت کسب اطلاعات بیشتر و یا تنظیم قرار جلسه حضوری جهت توضیحات تکمیلی و ارائه تخفیفات از سوی نماینده گوی ۱۴۱۰ و یا عقد قرارداد با شماره تلفن های: ۴۴۰۷۰۸۱۹ - ۴۴۹۵۴۸۳۴ -

۰۹۲۱۲۴۰۵۹۵۶ تماس حاصل فرمائید. آدرس ایمیل: darmantakmiligroup@gmail.com و فکس: ۴۲۶۹۵۰۶۱

مشاور بیمه شما: خانم فراهانی ۰۹۱۰۶۸۱۸۷۸۲