

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

**تعهدات قرارداد بیمه درمان تکمیلی کارکنان (فرانشیز ۳۰٪)**

-	نوع تعهدات	سقف تعهدات (ریال)		
		طرح طلایی	طرح نقره ای	طرح برنزی
۱	پرداخت هزینه‌های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه اعمال جراحی مهم (اصلی)	۱,۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	هزینه‌های زایمان طبیعی و سزارین	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه‌های پاراکلینیکی (۱)	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	هزینه‌های پاراکلینیکی (۲)	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۶	هزینه جراحی‌های مجاز سرپایی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	هزینه رفع عیوب انکساری چشم برای هر چشم	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه‌های آمبولانس داخل شهر	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰
۹	هزینه عینک و لنز طبی	۸,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	-
۱۰	جبران هزینه‌های ویزیت دارو	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰ (صرفاً ویزیت)
۱۱	جبران هزینه آزمایش‌ها و فیزیوتراپی	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	هزینه‌های دندان پزشکی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	-

کلیه مطالب فوق به رویت و تأیید اینجانب رسید  
 مهر و امضای مجاز شرکت