

حداکثر فرانشیز	درصد فرانشیز	حداکثر تعهدات سالانه		شرح تعهدات بیمه گر
		خانواده	نفر	
۰	۱۰	۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱- جبران هزینه های بستری ، جراحی، آنژیوگرافی قلب ، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE
۰	۱۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های دندانپزشکی
۰	۱۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۲- هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم ، در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر ، درجه نزدیک بینی ، دور بینی ، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۰	۱۰	۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی در داخل شهر .
۰	۱۰	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۴- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی بین شهری .
۰	۱۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵- هزینه های زایمان طبیعی و سزارین
۰	۱۰	۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶- جبران هزینه های شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، اعمال جراحی مربوط به سرطان ، مغزو اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک ستون فقرات ، گامانایف ، قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز
۰	۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷- جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری
۰	۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸- جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECp ، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل ( اسپیرومتری و PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) ، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و بنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)
۰	۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۹- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی
۰	۱۰	۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰- جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین
۰	۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱- جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تستهای آلرژیک
۰	۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲- جبران هزینه فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کار درمانی (OT)
۰	۱۰	۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات ردیفهای ۱ ، ۳ ، ۴ و ۶
۰	۱۰	۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات ردیفهای ۱ ، ۳ و ۴
۰	۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات ردیفهای ۱۱ و ۱۲

۰	۱۰	۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۳ جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست
۰	۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های ویزیت
۰	۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول)
۰	۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات ویزیت و دارو و خدمات اورژانس
۰	۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه خدمات اورژانس
		۰	۲,۷۷۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات سالیانه بیمه گر

نام گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی (جمعاً برای ۹ تعهد ذیل ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)

نوع گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی

ردیف	بیماری تحت پوشش	تحت پوشش	سقف هر نوبت خسارت	سرمایه خانواده	سرمایه هر بیمه شده اصلی	حق بیمه ماهانه	حداکثر فرانشیز
۱	جراحی دهان و فک		۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۲	دندانپزشکی کشیدن		۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۳	جرمگیری و بروساژ		۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۴	پروتز ثابت (روکش)		۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۵	ایمپلنت		۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۶	جراحی لثه (پریو)		۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۷	ارتودنسی		۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۸	درمان ریشه (اندو)		۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۹	دندانپزشکی (ترمیمی)		۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰

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. توضیحات اضافی :

این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط عمومی (در بیست و نه ماده و شانزده تبصره) و شرایط خصوصی پیوست در سه نسخه صادر و هریک از نسخ دارای ارزش یکسان می باشد و اعتبار بیمه نامه منوط به انعقاد بیمه نامه های عمر و حادثه می باشد.

۱- برای ارائه پوشش درمان گروهی، می بایست حداقل ۷۰٪ کل کارکنان بیمه گذار، به اتفاق اعضاء خانواده خود همزمان تحت پوشش قرار گیرند در غیر این صورت این نرخ غیر قابل اعتبار است.

۲- داشتن بیمه گر اول یکسان جهت کلیه بیمه شدگان و از طریق بیمه گذار الزامی است. لذا ارائه لیست بیمه گر اول مهور به مهر سازمان بیمه گر در زمان صدور قرارداد ضروری می باشد.

۳- پرداخت هزینه دندانپزشکی شامل: کشیدن، جرم گیری و بروساز، ترمیم و پرکردن، عصب کشی (درمان ریشه)، روکش، ایمپلنت، ارتودنسی، جراحی لثه و جراحی دهان و فک در مجموع مبلغ ۸۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر در طول مدت قرارداد مورد تعهد می باشد. (اعمال زیبایی، دندان مصنوعی خارج از تعهد بیمه گر می باشد).

۴- طبق بخشنامه معاونت محترم وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی اخذ تعرفه سونوگرافی در مطب پزشکان متخصص زنان و زایمان تخلف انتظامی و تعزیراتی محسوب شده فلذا شرکت بیمه آسیا نیز هزینه های گواهی شده توسط این پزشکان در خصوص سونوگرافی را پرداخت نمی نماید. (باستثناء متخصصین زنان و زایمان دارای گواهی معتبر که در بیمارستان های دانشگاهی حضور داشته و هزینه مذکور در سربرگ بیمارستان دانشگاهی گواهی گردد، همچنین سونوگرافی که در مراکز باروری و ناباروری و یا توسط فلوشیپ نازائی انجام گیرد).

۵- هزینه توپوگرافی در صورت انجام عمل لیزیک و در سقف رفع عیوب انکساری چشم قابل پرداخت می باشد.

۶- سونوگرافی غربالگری و آزمایشات غربالگری که توسط پزشک عمومی و ماما تجویز شده باشد غیرقابل پرداخت می باشد.

۷- درمان زگیل توسط پزشک عمومی غیرقابل پرداخت می باشد.

۸- هزینه های مربوط به طب کار، گواهینامه رانندگی، پزشکی قانونی و قوه قضائیه غیر قابل بررسی و پرداخت می باشد.

۹- عمل کورتاژ تنها با تأییدیه پزشکی قانونی، ارائه سونوگرافی قبل از عمل که در مرکز سونوگرافی و رادیولوژی انجام شده و همچنین با ارائه جواب پاتولوژی قابل بررسی و پرداخت می باشد.

۱۰- پرداخت هزینه های دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گراول قابل پرداخت می باشد. (داروهای خارج از تعهد قرارداد و همچنین داروهایی که با شرایط خاص قابل پرداخت می باشد به قرارداد پیوست گردیده است) لازم به ذکر است داروهای مکمل و ویتامین و داروهای خارجی غیر قابل پرداخت می باشد، در صورتی که مدارک ارائه شده به صورت الکترونیک باشد کدرهگیری الزامیست در غیر این صورت دستور دست نویس پزشک الزامیست.

۱۱- ارائه گواهی تزریق جهت تزریقات شیمی درمانی الزامی است.

۱۲- در صورتیکه هزینه های درمانی به صورت آزاد محاسبه شده باشد و بیمه گر اول سهمی را پرداخت نکرده باشد، ارائه دستور پزشک بر روی نسخه و یا سربرگ پزشک الزامی می باشد. (پرداخت اینگونه هزینه ها طبق تعرفه آزاد و با کسر فرانشیز صورت می گیرد).

۱۳- اعمال جراحی که قبل از انجام نیاز به اخذ تأیید پزشک معتمد بیمه دارد عبارتند از :

استرابیسم چشم (لوجی یا جب چشمی)، بلفاروپتوز (افتادگی پلک)، انواع فتق به غیر از فتق اینگواینال، جراحی های بای پس، اسلیو و بالن معده، لیزیک چشم، سپتورینوپلاستی (جراحی بینی)، سقط و کورتاژ.

۱۴- دوره انتظار برای بیماریها به مدت ۳ ماه تمام از تاریخ شروع اولین پوشش بیمه شده خواهد بود: کاتاراکت، استرابیسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی قلب باز، آنژیوپلاستی عروق کرونر، نارسایی های مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتومی، هیستریکتومی، سیستوسل، رکتوسل، آنتروسل.

۱۵- پوشش هایی که در این قرارداد لحاظ نگردیده و لذا خارج از تعهد می باشند عبارتند از هزینه های مربوط به :  
نوار قلب جنین (NST)، فیبرو اسکن (اسکن کبد)، پریمتری، طب فیزیکی (کاپروپکتیک)، اکسیژن تراپی، مگنت شک ویو، طب سوزنی، تزریقات، وصل سرم، پانسمان، پروتز و اعضای مصنوعی، لوازم اتروپدی، هزینه های نازایی و ناباروری و تجهیزات پزشکی.

۱۶- جبران هزینه های ویزیت و دارو در مجموع برای هر نفر به مبلغ ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال در طول قرارداد می باشد.

۱۷- جبران هزینه های مربوط به خدمات آزمایشگاهی، فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی در مجموع برای هر نفر به مبلغ ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال در طول قرارداد می باشد.

۱۸- مهلت ارائه صورت هزینه های درمانی حداکثر چهارماه تمام از تاریخ فاکتور می باشد.

۱۹- جهت اضافه نمودن پرسنل در طول قرارداد باتوجه به شرایط بیمه شده از جمله: استخدام، متولد شدن، ازدواج امکان اضافه شدن وجود دارد.

۲۰- حذف بیمه شدگان تنها در صورت ترک کار، فوت، طلاق امکان پذیر میباشد. لازم به ذکر است چنانچه بیمه شدگان از خسارت درمانی استفاده ایی کرده باشند حق بیمه تا آخر قرارداد کسر و در صورتی که استفاده نکرده باشند حق بیمه حذف شدگان از تاریخ حذف قابل برگشت میباشد.