

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی شرکت فرازآب

توجه: تکمیل و ارائه این فرم برای تمامی همکاران الزامی می باشد.

اینجانب

- درخواست عضویت در بیمه درمان تکمیلی را دارم. (در صورت انتخاب این گزینه تکمیل اطلاعات ذیل الزامی می باشد).
- ضمن قبول تمامی عواقب آتی، مایل به عضویت در بیمه درمان تکمیلی نمی باشم.

ردیف	نسبت	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	محل تولد
۱	اصلی							
۲	همسر							
۳	فرزند							
۴	فرزند							
۵	فرزند							
۶	پدر							
۷	مادر							

- زمان شروع قرارداد ۱۳۹۹/۱۰/۰۱ و تاریخ خاتمه قرارداد ۱۴۰۰/۰۹/۳۰ خواهد بود.
- سن بیمه شده گان اصلی و تحت تکفل در صورتیکه بین ۶۰ تا ۷۰ سال باشد ۵۰٪ حق بیمه اضافی پرداخت خواهد شد.
- سن بیمه شده گان اصلی و تحت تکفل در صورتیکه بالای ۷۰ سال باشد ۱۰۰٪ حق بیمه اضافی پرداخت خواهد شد.
- پرداخت هزینه ها با توجه به تعرفه های وزارت بهداشت و درمان در سال ۹۹-۱۴۰۰ انجام خواهد شد.
- دوره انتظار برای زایمان ۶ ماه و برای سایر بیماریها ۳ ماه از تاریخ ۱۳۹۹/۱۰/۰۱ و صرفاً برای بیمه شده های جدید می باشد.
- والدین بیمه شده اصلی زمانی قابل بیمه شدن هستند که تحت تکفل بیمه شده اصلی باشند.
- تکمیل تمامی موارد خواسته شده در جدول فوق الزامی می باشد.
- تعهدات بیمه نامه درمان تکمیلی (با حدود ۲۰٪ افزایش نسبت به قرارداد سال قبل) بشرح جدول پشت صفحه می باشد.
- بیمه شده های اصلی در صورت تأیید درخواست بیمه نامه درمان تکمیلی، بصورت خودکار از مزایای بیمه نامه عمر و حوادث (در طول مدت بیمه نامه) نیز بهره مند خواهند شد.

اینجانب با مطالعه شرایط بیمه درمان تکمیلی، درخواست عضویت بمدت یکسال را دارم.

امضاء

.....

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

.....

تاریخ تکمیل فرم:

.....

شماره همراه بیمه شده اصلی جهت تماس ضروری: (الزامی)

جدول تعرفه خدمات بیمه نامه درمان تکمیلی سال ۹۹-۱۴۰۰

با ۲۰٪ افزایش نسبت به سال قبل

سقف تعهدات با ۳۰٪ فرانشیز	شرح هزینه
۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، آنژیوگرافی قلب و سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات و شیمی درمانی، رادیوتراپی و بستری درمان طبی
۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب (به استثنای دیسک ستون فقرات) قلب، پیوند کلیه، پیوند کبد، گامانایف، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان
۴۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین و نازایی
۱۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، رادیو تراپی، انواع اسکن، انواع سیتی اسکن، انواع آندوسکوپی، MRI، استراس اکو، دانسیتو متری، اکو کاردیوگرافی
۷,۵۰۰,۰۰۰	تست ورزش نوار عضله، نوارعصب، نوار مغز، آنژیوگرافی، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار مثنه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر، مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم
۷,۵۰۰,۰۰۰	جراحی های مجاز سرپایی شامل شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوبسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی
۲۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری هر چشم ۳دیوپتر یا بیشتر حداکثر برای هر دو چشم
۱۸,۰۰۰,۰۰۰	هزینه خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا اسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع الکترو کاردیوگرافی (نوارقلب - EKG)، رادیو لوژی و فیزیوتراپی
۲,۰۰۰,۰۰۰	هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری در بیمارستان - داخل شهر
۳,۰۰۰,۰۰۰	هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری در بیمارستان - بین شهری
۶۰۰,۰۰۰	مبلغ حق بیمه (ماهیانه) برای هر نفر