

شرایط فروش طرح‌های بنگاه‌های کوچک

امروزه برخورداری از پوشش بیمه درمان مناسب برای همه افراد جامعه ضروریست. عموم افراد به سبب اشتغال، تحت پوشش بیمه‌های پایه مانند بیمه تامین اجتماعی قرار می‌گیرند. اما به دلیل محدودیت‌های بیمه پایه مانند تعهدات درمانی نسبتاً کم و مراکز طرف قرارداد محدود، بیمه‌های پایه نمی‌توانند نیازهای افراد به جبران هزینه‌های درمانی‌شان را برطرف کنند و به همین دلیل نیاز به پوشش بیمه مکمل درمان ایجاد می‌گردد. خرید بیمه تکمیلی درمان از شرکت بیمه دی به دو صورت خرد و گروهی قابل انجام است و هر سازمان بسته به موقعیت و شرایط خاص خود یکی از این دو نوع بیمه درمان را انتخاب و تهیه می‌کند.

مجموعه‌های با تعداد متقاضیان بین ۱۰ الی ۵۰۰ نفر در زمره گروه‌های بیمه‌ای خرد قرار گرفته و می‌توانند از طرح‌های بنگاه‌های کوچک بعلت سرعت صدور بالاتر نسبت به بیمه نامه‌های درمان گروهی استفاده نموده و از مزایای مشتریان ویژه شرکت بیمه دی از جمله تسریع در پرداخت خسارت و پاسخگویی بهتر شبکه فروش برخوردار شوند.

شرایط انتخاب طرح‌ها توسط بیمه‌گزار:

- سازمان‌ها و بنگاه‌های کوچک با گروه‌های شغلی تولیدی، صنعتی و اداری با حداقل تعداد ۱۰ نفر (بیمه شده اصلی به همراه اعضای تحت تکفل) و حداکثر تعداد ۵۰۰ نفر مشمول این طرح‌ها هستند.
- اتحادیه‌ها، اصناف، انجمن‌ها، دانشگاه‌ها و مراکز و مراجع درمانی (هرگونه فعالیت در حوزه درمان) جزو استثنائات این طرح‌ها می‌باشد و امکان صدور وجود ندارد.
- جهت گروه‌های زیر ۵۰ نفر: حداقل ۷۰ درصد لیست تامین اجتماعی شرکت می‌بایست متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشند.
- جهت گروه‌های بالای ۵۰ نفر: حداقل ۶۰ درصد لیست تامین اجتماعی شرکت می‌بایست متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشند.
- چنانچه متقاضی بخواهد هر یک از طرح‌های پوشش‌های پایه را انتخاب نماید، می‌تواند پوشش‌های اضافی مختص به طرح انتخابی خود در جدول پوشش‌های مازاد را تهیه نماید. در صورتی که بیمه‌گزار متقاضی طرح‌های مازاد پایین‌تر باشند با واحد صدور مکاتبه نموده و تعهدات مد نظر را درخواست دهید.
- پوشش‌های پایه به صورت جداگانه قابل خریداری است اما پوشش‌های اضافی منوط به تهیه پوشش‌های پایه است.
- فرانشیز طرح‌های پایه و اضافی قابل تغییر به فرانشیزهای متفاوت می‌باشد که به ازای هر ۱۰٪ افزایش فرانشیز، ۱۰٪ از حق بیمه کسر می‌گردد. (فرانشیز پوشش‌های اضافی برای گروه‌های زیر ۵۰ نفر غیر قابل تغییر می‌باشد). جهت تغییر در فرانشیز با واحد صدور مکاتبه نمایید.
- در صورتیکه تعداد بیمه‌شدگان غیر تحت تکفل کمتر از ۵ درصد از کل بیمه‌شدگان باشد، حق بیمه به صورت یکسان با حق بیمه پایه محاسبه می‌گردد.
- برای گروه‌های زیر ۷۰ نفر، صرفاً انتخاب یک طرح میسر است. در گروه‌های بالای ۷۰ نفر حداقل ۳۰ درصد از افراد می‌توانند یک طرح متفاوت انتخاب کنند.

دوره انتظار

- دوره انتظار پوشش‌های بستری، جراحی عمومی و جراحی تخصصی ۳ ماه است.
- دوره انتظار پوشش‌های زایمان ۹ ماه است.
- ** در صورتی که بیمه‌گذار قبل از صدور این بیمه نامه تحت پوشش بیمه تکمیلی گروهی در هر یک از شرکت‌های بیمه باشد به شرط اتصال بیمه‌ای، دوره انتظار با مجوز واحد صدور قابل حذف خواهد بود.

روش‌های تسویه حق بیمه:

- در صورت تسویه کل حق بیمه به صورت نقدی ۵٪ تخفیف ارائه می‌گردد. (جهت اعمال تخفیفات پس از ثبت قرارداد، با واحد صدور مکاتبه نمایید).
- شرایط پرداخت اقساطی به شرط ارائه چک صیادی از سمت بیمه‌گذار به صورت زیر قابل ارائه خواهد بود:

ردیف	مبلغ حق بیمه سالیانه ابتدای قرارداد	پیش پرداخت	اقساط
۱	کمتر از ۱۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	۳۰٪	۳ فقره چک ماهانه
۲	از ۱۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تا ۲۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	۳۰٪	۶ فقره چک ماهانه
۳	از ۲۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تا ۵۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	۳۰٪	۷ فقره چک ماهانه
۴	از ۵۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تا ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	۲۰٪	۹ فقره چک ماهانه
۵	بیش از ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	۱۰٪	۱۰ فقره چک ماهانه

شرایط تمدید قرارداد

- در صورت برخورداری از شرایط زیر جهت تمدید قرارداد تخفیفات ارائه می‌شود:
- در صورتی که ضریب خسارت قرارداد قبلی کمتر از ۲۰٪ باشد، تخفیف ۳۰ درصدی اعطا خواهد شد.
- در صورتی که ضریب خسارت قرارداد قبلی بین ۲۱٪ الی ۵۰٪ باشد، تخفیف ۲۰ درصدی اعطا خواهد شد.
- در صورت برقراری شرایط زیر جهت تمدید قرارداد اضافه نرخ در نظر گرفته می‌شود:
- در صورتی که ضریب خسارت قرارداد قبلی بین ۱۱۰٪ الی ۱۲۰٪ باشد، اضافه نرخ ۱۰ درصدی اعمال خواهد شد.
- در صورتی که ضریب خسارت قرارداد قبلی بین ۱۲۱٪ الی ۱۳۰٪ باشد، اضافه نرخ ۲۰ درصدی اعمال خواهد شد.
- در صورتی که ضریب خسارت قرارداد قبلی بیشتر از ۱۳۰٪ باشد از مسیر استعلام نرخ آنلاین اقدام نمایید.
- ** در اعمال تخفیفات و اضافه نرخ میزان افزایش سالانه تعرفه‌های پزشکی و نرخ حق بیمه در نظر گرفته خواهد شد.
- ** استعلام ضریب خسارت نیازمند درخواست کتبی از واحد صدور ستاد می‌باشد.

موارد مورد نیاز جهت تنظیم و صدور قرارداد های درمان:

۱- اخذ درخواست رسمی از بیمه‌گذار با ذکر شرایط درخواستی از جمله طرح مورد نظر، تعداد بیمه‌شدگان (اصلی، تحت تکفل و غیر تحت تکفل به تفکیک) و نحوه پرداخت اقساط

۲- ارسال کلیه اطلاعات "تفاهم نامه درمان" از جمله:

- نرخ و حق بیمه تایید شده، جدول تعهدات و شرایط پرداخت حق بیمه
- تاییدیه کتبی تمامی شرایط خصوصی مورد توافق از جمله ثبت پدر و مادر غیر تحت تکفل با اضافه نرخ (۲ برابر حق بیمه پایه برای تمامی سنین) و غیره...
- در صورتیکه تمام افراد خانواده بیمه شدگان تبعی اناث درخواست بیمه‌نامه تکمیلی داشته باشند، حق بیمه همانند افراد تحت تکفل محاسبه می‌شود و در صورتیکه برخی از آنان بیمه نامه تکمیلی داشته باشند به شرط ارائه مدرک معتبر، قابل پذیرش می‌باشد. شناسایی تعداد افراد تبعی بیمه شده اصلی و صحت و مسئولیت آن به عهده شعبه می‌باشد
- صدور بیمه نامه برای اتباع غیر ایرانی به شرط حضور در لیست تأمین اجتماعی مجاز است
- صدور بیمه‌نامه برای بیمه شدگان مشاوره‌ای و قراردادی به شرط ارائه فیش حقوقی تنها در ابتدای قرارداد مجاز می‌باشد
- دریافت اطلاعات ثبتی شرکت و ارگان‌ها از جمله "روزنامه رسمی" و جواز کسب و تاییدیه اداره مبارزه با پولشویی جهت صدور به نام افراد حقیقی
- تجمیع و صدور یک قرارداد به شرط یکسان بودن هیئت عامل در روزنامه رسمی هلدینگ‌ها بلامانع می‌باشد
- دریافت آخرین لیست مهمور و امضا شده تأمین اجتماعی شرکت و ارگان‌ها
- ارسال نامه کتبی بیمه‌گذار در خصوص افراد تازه استخدام با ذکر نام و کد ملی فرد مورد نظر که در لیست تأمین اجتماعی وارد نشده‌اند با مهر و امضای مدیر عامل شرکت و ملزم کردن شرکت به ارسال لیست مورد نظر پس از رد شدن لیست بیمه ماه آتی
- لیست بیمه تکمیلی سال گذشته جهت حذف دوره انتظار
- دریافت لیست اکسل اسامی نفرات اصلی و تحت تکفل با توجه به استانداردهای ثبتی سیستم صدور که پیشتر در اختیار نماینده و شرکت‌ها قرار گرفته است. براساس نام و نام خانوادگی، جنسیت (خانم عدد صفر و آقا عدد یک) براساس ثبت احوال، نام پدر، تاریخ تولد (روز و ماه و سال به عدد به طور کامل) کد ملی (۱۰ رقم) و شماره شناسنامه، آدرس و کد ملی بیمه شده اصلی، نسبت (اصلی، همسر، پدر و مادر، فرزند) شماره ثنا (۲۴ رقم به همراه IR بزرگ بدون فاصله) و بیمه نامه تکمیلی سال قبل (در صورت داشتن بیمه نامه سال قبل عدد ۱ و در صورت نداشتن عدد ۰ ثبت گردد).
- در لیست اکسل ارسالی ثبت شماره موبایل بیمه شدگان الزامی می‌باشد
- دریافت مدارک تحت تکفل بودن از جمله تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه پدر و مادر بیمه شده اصلی و تصویر صفحه اول دفترچه بیمه تأمین اجتماعی یا سلامت و ارتش
- دریافت نامه کتبی از بیمه گزار در خصوص تغییر کد و نماینده در خصوص صدور قرارداد های درمان
- ارسال روزنامه رسمی/تاییدیه واحد مبارزه با پولشویی، لیست تأمین اجتماعی پرسنل، درخواست کتبی بیمه‌گذار و بیمه نامه امضا شده طرفین قرارداد به واحد صدور مربوطه ستاد جهت اخذ تاییدیه تا ۳۰ روز پس از صدور الزامی می‌باشد

جدول ۱. شرح تعهدات پوشش پایه (اقلام به ریال است)

پوشش های پایه							
فرانشیز	طرح ۶	طرح ۵	طرح ۴	طرح ۳	طرح ۲	طرح ۱	شرح
۱۰٪	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	بستری، جراحی عمومی
	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	آمبولانس درون شهری
	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	آمبولانس برون شهری
	۲,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی های تخصصی
	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان
	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	-	-	نازایی و ناباروری
	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۱
	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۲
	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	جراحی مجاز سرپایی
	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	خدمات آزمایشگاهی و توانبخشی
	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	رفع عیوب انکساری

جدول ۲. شرح تعهدات پوشش مازاد (اقلام به ریال است)

پوشش های مازاد							
فرانشیز	طرح ۶	طرح ۵	طرح ۴	طرح ۳	طرح ۲	طرح ۱	شرح
۳۰٪	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	انواع ویزیت، دارو و خدمات اورژانس
	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی
	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	-	-	جبران هزینه تست غربالگری جنین

برای صدور با شماره تلفن ۰۹۱۴۸۰۹۰۸۹ در ارتباط باشید

جدول ۳. حق بیمه ماهیانه طرح‌های پایه و مازاد (اقلام به ریال است)

طرح	تعداد بیمه‌شده	نوع طرح	بیمه شده اصلی/تحت تکفل			غیر تحت تکفل		
			۶۰-۰	۷۰-۶۱	۹۰-۷۱	۶۰-۰	۷۰-۶۱	۹۰-۷۱
طرح ۱	تا ۴۹ نفر	پایه	۱,۰۶۰,۰۰۰	۱,۵۹۰,۰۰۰	۲,۱۲۰,۰۰۰	۲,۱۲۰,۰۰۰	۲,۱۲۰,۰۰۰	۲,۱۲۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه	۹۷۰,۰۰۰	۱,۴۵۵,۰۰۰	۱,۹۴۰,۰۰۰	۱,۹۴۰,۰۰۰	۱,۹۴۰,۰۰۰	۱,۹۴۰,۰۰۰
	تا ۴۹ نفر	پایه و مازاد	۱,۷۰۰,۰۰۰	۲,۵۵۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه و مازاد	۱,۵۵۰,۰۰۰	۲,۳۲۵,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰
طرح ۲	تا ۴۹ نفر	پایه	۱,۳۵۰,۰۰۰	۲,۰۲۵,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه	۱,۲۳۰,۰۰۰	۱,۸۴۵,۰۰۰	۲,۴۶۰,۰۰۰	۲,۴۶۰,۰۰۰	۲,۴۶۰,۰۰۰	۲,۴۶۰,۰۰۰
	تا ۴۹ نفر	پایه و مازاد	۲,۴۵۰,۰۰۰	۳,۶۷۵,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه و مازاد	۲,۲۳۰,۰۰۰	۳,۳۴۵,۰۰۰	۴,۴۶۰,۰۰۰	۴,۴۶۰,۰۰۰	۴,۴۶۰,۰۰۰	۴,۴۶۰,۰۰۰
طرح ۳	تا ۴۹ نفر	پایه	۱,۶۱۰,۰۰۰	۲,۴۱۵,۰۰۰	۳,۲۲۰,۰۰۰	۳,۲۲۰,۰۰۰	۳,۲۲۰,۰۰۰	۳,۲۲۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه	۱,۴۶۰,۰۰۰	۲,۱۹۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰
	تا ۴۹ نفر	پایه و مازاد	۳,۴۹۰,۰۰۰	۵,۲۳۵,۰۰۰	۶,۹۸۰,۰۰۰	۶,۹۸۰,۰۰۰	۶,۹۸۰,۰۰۰	۶,۹۸۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه و مازاد	۳,۱۷۰,۰۰۰	۴,۷۵۵,۰۰۰	۶,۳۴۰,۰۰۰	۶,۳۴۰,۰۰۰	۶,۳۴۰,۰۰۰	۶,۳۴۰,۰۰۰
طرح ۴	تا ۴۹ نفر	پایه	۱,۷۴۰,۰۰۰	۲,۶۱۰,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه	۱,۵۸۰,۰۰۰	۲,۳۷۰,۰۰۰	۳,۱۶۰,۰۰۰	۳,۱۶۰,۰۰۰	۳,۱۶۰,۰۰۰	۳,۱۶۰,۰۰۰
	تا ۴۹ نفر	پایه و مازاد	۴,۱۹۰,۰۰۰	۶,۳۸۵,۰۰۰	۸,۳۸۰,۰۰۰	۸,۳۸۰,۰۰۰	۸,۳۸۰,۰۰۰	۸,۳۸۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه و مازاد	۳,۸۱۰,۰۰۰	۵,۷۱۵,۰۰۰	۷,۶۲۰,۰۰۰	۷,۶۲۰,۰۰۰	۷,۶۲۰,۰۰۰	۷,۶۲۰,۰۰۰
طرح ۵	تا ۴۹ نفر	پایه	۱,۸۵۰,۰۰۰	۲,۷۷۵,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه	۱,۶۸۰,۰۰۰	۲,۵۲۰,۰۰۰	۳,۳۶۰,۰۰۰	۳,۳۶۰,۰۰۰	۳,۳۶۰,۰۰۰	۳,۳۶۰,۰۰۰
	تا ۴۹ نفر	پایه و مازاد	۴,۴۹۰,۰۰۰	۶,۷۳۵,۰۰۰	۸,۹۸۰,۰۰۰	۸,۹۸۰,۰۰۰	۸,۹۸۰,۰۰۰	۸,۹۸۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه و مازاد	۴,۰۸۰,۰۰۰	۶,۱۲۰,۰۰۰	۸,۱۶۰,۰۰۰	۸,۱۶۰,۰۰۰	۸,۱۶۰,۰۰۰	۸,۱۶۰,۰۰۰

برای صدور با شماره تلفن ۰۹۱۴۸۰۹۰۹۸۹ در ارتباط باشید

طرح	تعداد بیمه‌شده	نوع طرح	بیمه شده اصلی/تحت تکفل			غیر تحت تکفل		
			۶۰-۰	۷۰-۶۱	۹۰-۷۱	۶۰-۰	۷۰-۶۱	۹۰-۷۱
طرح ۶	تا ۴۹ نفر	پایه	۲,۰۹۰,۰۰۰	۳,۱۳۵,۰۰۰	۴,۱۸۰,۰۰۰	۴,۱۸۰,۰۰۰	۴,۱۸۰,۰۰۰	۴,۱۸۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۸۵۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰
	تا ۴۹ نفر	پایه و مزاد	۴,۸۸۰,۰۰۰	۷,۳۲۰,۰۰۰	۹,۷۶۰,۰۰۰	۹,۷۶۰,۰۰۰	۹,۷۶۰,۰۰۰	۹,۷۶۰,۰۰۰
	بالای ۵۰ نفر	پایه و مزاد	۴,۴۴۰,۰۰۰	۶,۶۶۰,۰۰۰	۸,۸۸۰,۰۰۰	۸,۸۸۰,۰۰۰	۸,۸۸۰,۰۰۰	۸,۸۸۰,۰۰۰

جدول ۴. شرح تعهدات پایه طرح‌های ویژه (اقلام به ریال است)

پوشش‌های مزاد طرح‌های ویژه				
شرح	ویژه ۱	ویژه ۲	ویژه ۳	فرانشیز
بستری، جراحی عمومی	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
آمبولانس درون شهری	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	
آمبولانس برون شهری	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	
جراحی‌های تخصصی	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
زایمان	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	
نازایی و ناباروری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	
پاراکلینیکی ۱	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	
پاراکلینیکی ۲	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	
جراحی مجاز سرپایی	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	
خدمات آزمایشگاهی و توانبخشی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	
رفع عیوب انکساری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	

برای صدور با شماره تلفن ۰۹۱۴۸۰۹۰۸۹ در ارتباط باشید

جدول ۵. شرح تعهدات پوشش‌های مزاد طرح‌های ویژه (اقلام به ریال است)

پوشش‌های مزاد طرح‌های ویژه				
فرانشیز	ویژه ۳	ویژه ۲	ویژه ۱	شرح
۳۰٪	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	انواع ویزیت، دارو و خدمات اورژانس
	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی
	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	-	جبران هزینه تست غربالگری جنین
	۶,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	عینک طبی و لنز تماس طبی

جدول ۶. حق بیمه ماهیانه طرح‌های پایه و مزاد ویژه (اقلام به ریال است)

طرح	تعداد بیمه‌شده	نوع طرح	بیمه شده اصلی/تحت تکفل			غیر تحت تکفل		
			۶۰-۷۱	۷۰-۶۱	۱۲۰-۷۱	۶۰-۰۰	۷۰-۶۱	۱۲۰-۷۱
ویژه ۱	تا ۴۹ نفر	پایه	۱,۰۷۰,۰۰۰	۱,۶۰۵,۰۰۰	۲,۱۴۰,۰۰۰	۲,۱۴۰,۰۰۰	۲,۱۴۰,۰۰۰	
	بالای ۵۰ نفر	پایه	۹۸۰,۰۰۰	۱,۴۷۰,۰۰۰	۱,۹۶۰,۰۰۰	۱,۹۶۰,۰۰۰	۱,۹۶۰,۰۰۰	
	تا ۴۹ نفر	پایه و مزاد	۲,۰۶۰,۰۰۰	۳,۰۹۰,۰۰۰	۴,۱۲۰,۰۰۰	۴,۱۲۰,۰۰۰	۴,۱۲۰,۰۰۰	
	بالای ۵۰ نفر	پایه و مزاد	۱,۸۸۰,۰۰۰	۲,۸۲۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	
ویژه ۲	تا ۴۹ نفر	پایه	۱,۳۲۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰	۲,۶۴۰,۰۰۰	۲,۶۴۰,۰۰۰	۲,۶۴۰,۰۰۰	
	بالای ۵۰ نفر	پایه	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	
	تا ۴۹ نفر	پایه و مزاد	۳,۳۶۰,۰۰۰	۵,۰۴۰,۰۰۰	۶,۷۲۰,۰۰۰	۶,۷۲۰,۰۰۰	۶,۷۲۰,۰۰۰	
	بالای ۵۰ نفر	پایه و مزاد	۳,۰۵۰,۰۰۰	۴,۵۷۵,۰۰۰	۶,۱۰۰,۰۰۰	۶,۱۰۰,۰۰۰	۶,۱۰۰,۰۰۰	
ویژه ۳	تا ۴۹ نفر	پایه	۱,۶۲۰,۰۰۰	۲,۴۳۰,۰۰۰	۳,۲۴۰,۰۰۰	۳,۲۴۰,۰۰۰	۳,۲۴۰,۰۰۰	
	بالای ۵۰ نفر	پایه	۱,۴۷۰,۰۰۰	۲,۲۰۵,۰۰۰	۲,۹۴۰,۰۰۰	۲,۹۴۰,۰۰۰	۲,۹۴۰,۰۰۰	
	تا ۴۹ نفر	پایه و مزاد	۴,۰۹۰,۰۰۰	۶,۱۳۵,۰۰۰	۸,۱۸۰,۰۰۰	۸,۱۸۰,۰۰۰	۸,۱۸۰,۰۰۰	
	بالای ۵۰ نفر	پایه و مزاد	۳,۷۲۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	۷,۴۴۰,۰۰۰	۷,۴۴۰,۰۰۰	۷,۴۴۰,۰۰۰	

برای صدور با شماره تلفن ۰۹۱۴۸۰۹۰۸۹ در ارتباط باشید