



شرح تعهدات		سقف تعهدات (ریال)	
جبران هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی مانند آنژیوگرافی قلب، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن برای هر نفر		۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	
جبران هزینه های تخصصی شامل: سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع/به استثنای دیسک ستون فقرات/ گامناپف، قلب، پیوند کلیه، کبد، ریه و مغز استخوان برای هر نفر		۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین		۵۰,۰۰۰,۰۰۰	
هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی هر نوبت IUI, ZIFT, Gift, IVF، میکرو انجکشن		۱۰,۰۰۰,۰۰۰	
بیمه پاراکلینیکی	هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، الیگاردیوگرافی، استرس اکو، دالتیومتری، هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری- PFT)، نوار عصب (EMG)، نوار مغز (EEG)، نوار عصب/سیستمتری یا سیستموگرام، شنوایی ستجی، بینایی ستجی، هولترماترینگ قلب، آنژیوگرافی چشم، هزینه های جراحی های مجاز سرپایی شامل شکستگی و دررفتگی، گچگیری، ختنه بغیه، کرایونواری، اکسیژن لیوم، پیوستی، لیزر درمانی چشم و تغذیه چیست هزینه های خدمات (آزمایشگاهی/بدون چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پانولوی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	
	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام عمل درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیجمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم/درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیجمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد برای دو چشم	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	
هزینه عینک شامل خرید عینک طبی و لنز تماس طبی برای هر نفر		۲,۰۰۰,۰۰۰	
هزینه های ویزیت و دارو/ براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهیم بیمه گر پایه) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری برای هر نفر		۴,۰۰۰,۰۰۰	
جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر		۱,۰۰۰,۰۰۰	
جبران هزینه های آمبولانس در خارج شهر		۱,۵۰۰,۰۰۰	
فرانشیز تمامی موارد ۲۰٪ می باشد.			
مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر به تومان			
شرح	عمومی	تخفیف ویژه نامزد	تخفیف ویژه خانواده
حق بیمه ماهانه هر نفر بیمه شده اصلی یا بیمه عمر و حادثه	۸۸۰۰۰	۸۳۷۰۰	۷۹۴۰۰
حق بیمه ماهانه هر نفر بیمه شده تحت تکفل و غیر تحت تکفل	۸۶۰۰۰	۸۱۷۰۰	۷۷۴۰۰
تعهدات عمر و حوادث گروهی: فوت: ۵۰ میلیون ریال، حادثه: ۵۰ میلیون ریال			

شماره حساب ها جهت واریز حق بیمه به بانک ملت شماره حساب ۸۷۸۹۶۹۵۶/۱۱ شماره کارت ۶۱۰۴-۳۳۷۴-۴۰۷۲-۸۳۶۶

و شماره کارت بانک رسالت ۵۸۹۲-۱۰۰۶-۷۲۷۰-۵۰۴۱ به نام صندوق تعاون و رفاه

مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام

۱- کپی کارت عضویت سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی یا کپی پروانه (مجوز) بهره برداری.

۲- کپی کارت ملی و شناسنامه (تمام صفحات) نفر اصلی - کپی کارت ملی و شناسنامه تفرات تحت تکفل و غیر تحت تکفل.

۳- یک قطعه عکس ۳۵۴ نفر اصلی.

۴- کپی کارت دانشجویی برای پسران تحت تکفل بالای ۱۸ سال تا ۲۲ سال و برای دانشجویان پزشکی تا ۲۵ سال.

۵- شماره حساب بانکی و شماره شباه حساب نفر اصلی (جهت واریز هزینه های درمان).

۶- کپی صفحه اول دفترچه بیمه پایه (تأمین اجتماعی، سلامت، خدمات درمانی و...).