

درصد فراشیر	حداکثر تعهدات سالانه (به ریال)		شرح تعهدات بیمه گر
	خانواده	فرد	
۱۰	۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱) جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.
۱۰	۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲) جبران هزینه اعمال جراحی تخصصی، شامل سرطان، ملز و اعصاب مرکزی و نخاع، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند ملز استخوان، شیمی درمانی، رادیوتراپی، دیسک ستون فقرات، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخلی ملز (با احتساب تعهدات بند یک).
۱۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳) جبران هزینه‌های زایمان طبیعی و عمل سزارین، تمهد بیمه گر صرفاً جهت بیمه شده اصلی یا همسر می باشد.
۱۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴) جبران هزینه‌های تازایی و نابرووری، هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و نابرووری شامل اعمال جراحی مرتبط، IVF, GIFT, ZIFT, JUI, میکروپاینجکشن و IVF.
۱۰	۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵) جبران هزینه‌های پاراکلینیکی (۱)، شامل انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی، عروقی، محلی، آنژیوپلاستی چشم، سونوگرافی (به استثناء NT NB)، ماموگرافی و انواع اسکن ام آر ای، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، فلکتومتری سونوگرافی در مطب.
			۶) جبران هزینه‌های پاراکلینیکی (۲)، شامل انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیترینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکرو، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG)، (NCV)، الکتروفلورگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی پروردینامیک (نوار مثله)، خدمات تشخیصی و پروتوزشکی چشم مانند اپتومتری، پرستری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری).
			۷) جبران هزینه های پاراکلینیکی (۳)، شامل اعمال مجاز سرپای منند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، نخلیه کیست و لیزر درمانی، باز کردن گچ، کشیدن بخیه.
			۸) جبران هزینه های آزمایشگاهی، شامل آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک (به استثناء چکاپ و آزمایشات غربالگری جنین).
۱۰	۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۹) هزینه رفع عیوب لکساری دید چشم، چنانچه نقص بینایی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم "۳ دیوپتر" یا بیشتر باشد برای چشم راست.
۱۰	۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰) هزینه رفع عیوب لکساری دید چشم، چنانچه نقص بینایی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم "۳ دیوپتر" یا بیشتر باشد برای چشم چپ.
۱۰	۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱) جبران هزینه دندانپزشکی به استثناء (ایمپلنت و ارتودنسی، زیبایی، دست دندان مصنوعی) بر اساس تعرفه سندهای بیمه گران ایران.
۱۰	۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲) جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری.
۱۰	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۳) جبران هزینه عینک شامل عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و با اپتومتریست (حداقل ضعف بینایی هر چشم ۰.۵ دیوپتر).
۱۰	۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴) جبران هزینه های تست غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین.
۱۰	۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵) جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT).
۱۰	۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۱۶) جبران هزینه‌های آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.
۱۰	۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	(خارج شهر)

باز
باز
باز

- ۱- حداکثر تعهدات ردیفهای ۱۶ و ۲۰، ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.
- ۲- دوره انتظار زایمان برای گروههای کمتر از ۲۵۰ نفر ۹ ماه و بیماریهای مزمن ۶ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده، دوره انتظار زایمان برای گروههای بیش از ۲۵۱ نفر الی ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه و بیماریهای مزمن ۳ ماه از تاریخ پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده و دوره انتظار گروههای بیش از ۱۰۰۰ نفر صفر می باشد.
- ۳- خسارت مربوط به هزینه‌های بیمارستانی و سایر هزینه‌ها در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد.
- ۴- والدین غیر تحت تکفل صرفاً در صورت تأیید بیمه گر و موافقت با پوشش آنان، با لحاظ اضافه نرخ متناسب، می توانند تحت پوشش قرار گیرند.