

همکار گرامی

با سلام و احترام؛

بدینوسیله به اطلاع می‌رساند سازمان نظام صنفی رایانه ای یزد به نمایندگی از طرف کلیه اعضای قرارداد بیمه تکمیل درمان را نزد شرکت سهامی بیمه ایران (نماینده رضوی) منعقد نموده است.

خواهشمند است در صورت تمایل به استفاده از خدمات بیمه تکمیلی فوق، آخرین مشخصات پرسنلی کارکنان آن شرکت محترم را تا پایان وقت اداری روز یکشنبه ۸۸/۱۲/۲۳ طبق جدول ذیل تکمیل و به آدرس یزد، خیابان مطهری، مرکز فناوری اقبال، جنب بانک تجارت و یا به شماره فاکس ۷۲۵۶۰۴۲ ارسال فرمایید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با شماره ۳-۷۲۵۶۰۴۱ (دبیرخانه سازمان) تماس حاصل نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	شماره ملی	تاریخ تولد	شماره بیمه	نسبت
------	--------------------	----------------	-----------	------------	------------	------

جدول مربوط به حق بیمه تکمیل درمان با سقف تعهدات

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات
الف	حداکثر تعهدات سالانه بابت جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری)، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن برای هر نفر در سال	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
ب	افزایش سقف تعهدات سالانه برای اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثناء دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند کلیه و مغز و استخوان حداکثر تا دو برابر مبلغ تعهد ردیف الف برای هر سال	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
ج	حداکثر سقف تعهدات زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
د	حداکثر سقف هزینه های پاراکلینیکی شامل سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، MRI، اکوکاردیوگرافی برای هر نفر در سال	۴,۰۰۰,۰۰۰
هـ	حداکثر سقف هزینه های مربوط به تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، آنژیوگرافی چشم برای هر نفر در سال	۲,۰۰۰,۰۰۰
و	حداکثر سقف هزینه جراحی های مجاز سرپایی شامل شکستگی ها، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی برای هر نفر در سال	۲,۰۰۰,۰۰۰
ز	حداکثر سقف هزینه رفع عیوب انکساری چشم (با نقص بینایی هر چشم ۴ دیوپتر یا بیشتر) برای هر دو چشم (هر چشم ۲,۵۰۰,۰۰۰)	۵,۰۰۰,۰۰۰

حق بیمه تکمیل درمان به ازای هر نفر با تعهدات فوق ماهانه: ۷۵,۰۰۰ ریال (سالانه: ۹۰۰,۰۰۰ ریال)

توضیحات:

- دوره انتظار زایمان برای افرادی که جدیداً تحت پوشش بیمه تکمیل درمان قرار می‌گیرند، به مدت ۶ ماه می‌باشد.
- حداقل اضافه نرخ برای افراد بالای ۶۰ سال بشرح ذیل می‌باشد:
 - ۲-۱) حداقل اضافه نرخ برای افراد ۶۰ تا ۷۰ سال تمام با ۵۰٪ حق بیمه اضافی
 - ۲-۲) حداقل اضافه نرخ برای افراد بیشتر از ۷۰ سال تمام با ۱۰۰٪ حق بیمه اضافی
- حداکثر تعهد سالانه برای جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان گردد، در داخل شهر ۳۰۰,۰۰۰ ریال و بین شهری ۶۰۰,۰۰۰ ریال می‌باشد.