

نام مشتری (بیمه شده)	شماره مشتری	کد ملی	شماره سپرده سامانی مشتری (جهت واریز خسارات درمانی)

بدین وسیله و با امضای این فرم مشتری محترم تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بیمه سامان قرار می‌گیرد (در این فرم از مشتری با عنوان بیمه شده نیز نام برده می‌شود) که شرایط و ضوابط بیمه‌نامه درمان در زیر آمده است:

- موضوع بیمه‌نامه عبارتست از جبران خسارت‌های درمانی به شرح جدول ارائه شده، مزاد بر تعهدات بیمه‌گر اول (سازمان تأمین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی یا سایر سازمان‌های مشابه)
- این بیمه‌نامه از تاریخ صدور به مدت یکسال معتبر می‌باشد.
- هزینه بیمه‌نامه هر نفر برای یکسال به شرح جدول زیر می‌باشد:

مبلغ حق بیمه سالیانه خالص برای هر نفر		
طرح ۱ (عقیق)	طرح ۲ (طلایی)	طرح ۳ (الماس)
۱۹,۳۵۰,۰۰۰	۲۴,۹۷۴,۴۰۰	۳۰,۵۹۸,۸۰۰

- مشتری که در هر روز از هرماه اقدام به خرید بیمه‌نامه نماید، می‌باید نسبت به پرداخت حق بیمه‌نامه سالیانه مربوط به طرح انتخابی خود اقدام نماید.
- در صورتی که مشتری به هر دلیل قصد انصراف داشته باشد، امکان عودت حق بیمه‌نامه پرداختی به ایشان وجود ندارد اما طبق درخواست بیمه‌نامه ابطال می‌گردد.
- فرانشیز ۱۰ درصد است. فرانشیز عبارتست از درصد معینی از خسارت‌های درمانی مورد تعهد این قرارداد که تأمین آن به عهده بیمه‌شده (مشتری) است. در صورتی که مشتری از مزایای بیمه‌گر اول استفاده کند، مابه‌تفاوت خسارت تا سقف تعهد بیمه‌گر (طبق ضوابط وزارت بهداشت) بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود. مشروط به اینکه جمع خسارت‌های پرداختی بیمه‌گر اول و بیمه سامان از ۱۰۰ درصد هزینه انجام شده بیشتر نشود. در صورتی که بیمه‌شده از مزایای بیمه‌گر اول استفاده نکند و یا بیمه‌گر اول از پرداخت خسارت به هر دلیلی خودداری کند میزان سهم خسارت عهده بیمه‌شده در هر مورد معادل فرانشیز تعیین شده (۱۰٪) خواهد بود.
- بیمه‌شده (مشتری) برای مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌نامه نیاز به معرفی‌نامه دارد. برای دریافت این معرفی‌نامه بیمه‌شده می‌بایست حداقل ۲ روز قبل از مراجعه به مرکز درمانی به یکی از روش‌های زیر اقدام نماید:
- ✓ تماس با مرکز رزرو خدمات سامان به شماره ۰۲۱-۲۲۳۸۹۰۰۰ (داخلی ۳) و هماهنگی جهت ارسال دستور بستری پزشک و دریافت معرفی‌نامه؛
- ✓ ارسال دستور پزشک به آدرس ایمیل booking@sb24.ir و دریافت معرفی‌نامه.
- دریافت این معرفی‌نامه، این مزیت را برای مشتری دارد که در هنگام تسویه حساب، مبلغ کمتری پرداخت می‌کند و دیگر نیازی به ارسال مدارک درمانی ندارد. چنانچه مشتری بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه و هزینه‌های مربوطه را شخصاً پرداخت کند، خسارت‌های پرداختی توسط بیمه، معادل تعرفه‌های مورد عمل طبق قرارداد با مراکز درمانی مزبور خواهد بود.
- معرفی‌نامه صادره در بند قبل، حداکثر ۵ روز کاری پس از صدور معتبر می‌باشد. در صورت عدم مراجعه به مراکز درمانی پس از انقضای این مدت نیاز به صدور معرفی‌نامه جدید هست.

تاریخ و امضای بیمه‌شده

۹. در صورت مراجعه بیمه‌شده به مراکز درمانی غیرطرف قرارداد بیمه، حداکثر خسارت قابل پرداخت معادل تعرفه‌های مربوطه در بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر (طبق قرارداد منعقد و برحسب درجه مرکز درمانی) خواهد بود. ضمناً چنانچه حق‌العمل جراحی و سایر موارد در صورتحساب ارائه‌شده قید نشده باشد، تعهد بیمه‌گر مشروط به ارائه رسید معتبر طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان خواهد بود.

۱۰. مهلت ارائه صورت هزینه‌های بیمه‌شده به بانک حداکثر ۳ ماه تمام از تاریخ تنظیم صورتحساب است. پس از انقضا مدت مذکور بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۱۱. مبنای محاسبه خسارت‌های پاراکلینیکی، تعرفه‌های وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه خواهد بود.

۱۲. موارد زیر از شمول تعهدات خارج است:

- تمامی هزینه‌های اعضا مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن؛
- تمامی هزینه‌های مربوط به داروهای تقویتی و غذایی؛
- هزینه‌های متفرقه شامل: تلفن، تلویزیون، هزینه اتاق خصوصی و همراه بیمار (مگر با تائید پزشک بیمه‌گر)؛
- بیماری‌های اپیدمی (فراگیر)؛
- افرادی که در ابتدای تاریخ پوشش بیمه‌ای خود از کارافتاده کامل و دائم باشند؛
- تمامی خسارات درمانی مربوط به جراحات ناشی از جنگ اعم از اثرات مستقیم یا غیرمستقیم؛
- عیوب مادرزادی (به جز نوزادانی که در طول مدت قرارداد به گروه بیمه‌شدگان اضافه می‌شوند)؛
- هزینه‌های چکاب کلی؛
- اعمال جراحی عقیم‌سازی مردان و TL (به جز مواردی که به‌عنوان عمل دوم انجام شود).

۱۳. سه ماه تمام باید از شروع بیمه گذشته باشد تا بیمه‌شده بتواند از پوشش بیمه برای درمان بیماری‌های کاتاراکت، استرابیسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی قلب باز، نارسائی مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتومی و هیستریکتومی، سیتوسل، رکتوسل، آنتروسل و خسارت‌های درمانی ناشی از حوادث مربوط به ادامه معالجاتی که حادثه قبل از شروع بیمه برای بیمه‌شده اتفاق افتاده باشد، استفاده کند.

۱۴. دوره انتظار برای پوشش هزینه‌های زایمان ۹ ماه می‌باشد.

۱۵. اعضای خانواده تحت تکفل بیمه‌شده شامل همسر، فرزندان، پدر و مادر در صورت خریداری بیمه‌نامه به‌صورت جداگانه مشمول بیمه درمان تکمیلی می‌شوند.

۱۶. فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه در سایت بیمه سامان به نشانی www.SI24.ir موجود است.

۱۷. برای طرح پرسش‌ها، شکایات و پیشنهادات و نیز پیگیری آن، از طریق شماره تلفن مرکز خدمات بیمه‌ای مشتریان برتر: ۰۲۱-۷۲۳۸۹۰۰۰ تماس بگیرید.

تعهدات سالانه (نفر-ریال)			عنوان پوشش	ردیف
طرح ۳ (الماس)	طرح ۲ (طلایی)	طرح ۱ (عقیق)		
۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۷۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مرکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. - هزینه همراه افراد زیر ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان‌ها) - هزینه آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج داخل شهر و خارج از شهر ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱
۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های اعمال جراحی مهم مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی	۲
۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۳
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع رادیوگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری	۴
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های مربوط به انواع آندوسکوپی، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عضله EMG ، نوار عصب NCV ، نوار مغز EEG ، نوار مئانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، نوار قلب، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۵
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی	۶
			جبران هزینه‌های فیزیوتراپی	۷
۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۸
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات)، ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۹
۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور، صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس (غیر بستری)	۱۰
۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های دندان‌پزشکی و جراحی لثه (به جز ایمپلنت، ارتودنسی و دندان مصنوعی)	۱۱
۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه‌های درمان نازائی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط GIFT ، ZIFT ، IUI ، میکرو اینجکشن و IVF	۱۲
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه سمعک	۱۳

اینجانب فرزند درخواست خرید بیمه‌نامه درمان تکمیلی طرح را دارم. همچنین بدینوسیله اعلام می‌دارم تمامی شرایط و ضوابط مندرج در این فرم (هر ۳ صفحه) را به دقت مطالعه نمودم و تمامی مفاد و شرایط آن مورد قبول و پذیرش اینجانب واقع گردید.

تاریخ و امضای بیمه‌شده