مهندسین مشاور
هامون
گستر صنعت

فرم درخواست بیمه تکمیلی درمان ، عمر و حادثه بیمه دانا

جدول تعهدات سالیانه

سایر اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) و نیز آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن ، دیسک ستون فقرات، شیمی درمانی ، رادیو تراپی ، گامانایف و همچنین بستری جهت درمان در بیمارستان	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به : سرطان ، قلب ،مغز و اعصاب مرکزی ونخاع(باستثناء دیسک ستون فقرات) ،پیوند کبد ، پیوندریه ،پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان	هزینه های مربوط به زایمان (طبیعی - سزارین)	هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل جراحی مرتبط IUI، Zift ،Gift ،Ivf و میکرواینجکشن	هزینه های پاراکلینیکی شامل : سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - انواع سی تی اسکن - انواع آندوسکپی - MRI - اکوکاردیوگرافی - استرس اکو - دانسیتومتری	هزینه های پاراکلینیکی گروه دوم شامل : تست ورزش ، تست آلرژی ، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عضله ، نوار عصب ، نوار مغز ، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، بینائی و شنوائی سنجی ، هولتر مانیتورینگ قلب ،آنژیوگرافی چشم	جراحیهای مجاز سرپای شامل: شکستگیها ، دررفتگی، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیزیون لیپوم، بیوپسی،تخلیه کیست ولیزر درمانی(به استثناء زیبائی)	هزینه های آزمایش (بجزچکاپ) ، فیزیوتراپی و رادیولوژی و نوار قلب برای هر نفر	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی ، دوربینی بعلاوه نصف آستیگمات) ۳دیوپتر یا بیشتر باشد برای دو چشم	هزینه های ویزیت و داروها (اعم از خارجی و ایرانی) به استثناء زیبائی ، مکمل ، آرایشی و بهداشتی وخدمات اورژانس در موارد غیر بستری	هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی در مواردی که منجر به بستری بیمار در بیمارستان و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی گردد	**جمع قابل پرداخت برای هرنفر (ریال)**
فرانشیز ۱۰٪	**فرانشیز ۱۰٪**	**فرانشیز ۱۰٪**	**فرانشیز ۱۰٪**	**فرانشیز ۱۰٪**	**فرانشیز ۱۰٪**	**فرانشیز ۱۰٪**	**فرانشیز ۱۰٪**	**فرانشیز ۱۰٪**	**فرانشیز ۱۰٪**	داخل شهر : ۱،۰۰۰،۰۰۰ریال		
۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	خارج شهر : ۲،۰۰۰،۰۰۰ریال	۶۶۸,۹۳۵
بیمه عمر زمانی (فوت به هر علت)				۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	**نقص عضو واز کار افتادگی دائم (کلی وجزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه**			۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰			۳۱,۰۶۵
۷۰۰,۰۰۰											

امور اداری شرکت مهندسین مشاور هامون گستر صنعت

احتراماً اینجانب..... **تقاضا دارم در زمره بیمه شدگان ، بیمه درمان ، عمروحوادث بیمه دانا قرارگیرم.لذا بدینوسیله مشخصات خود وافراد خانواده ام را (همسر، فرزندان ، پدرومادر)**

بشرح ذیل اعلام می نمایم، خواهشمند است اقدامات لازم رامبذول وهزینه را بازای هر نفر ۷۰۰،۰۰۰ ریال از حقوق ومزایای ماهیانه اینجانب کسر نمائید.

ردیف	نام ونام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کدملی	تاریخ تولد	نسبت	**نام ونام خانوادگی در خواست کننده:**
۱							
۲							**امضا ء و تاریخ :**
۳							
۴							
۵							**شماره تلفن همراه متقاضی :**
۶							**شماره حساب :**