



پوشش آریا

کد نمایندگی ۲۱۹۹۷

شرکت محترم

موضوع: اعلام نرخ بیمه درمان گروهی

با سلام و احترام

بدینوسیله نرخ و شرایط بیمه درمان گروهی جهت تعداد ۳۰۰۰ نفر کارکنان و افراد تحت تکفل به شرح زیر اعلام می گردد.

الف- جدول پوشش و سقف تعهدات بیمه تکمیل درمان برای هر نفر (ریال)

فرانشیز	طرح ۳		طرح ۲		طرح ۱		پوشش	
	مبلغ تعهد	فرانشیز	مبلغ تعهد (سال گذشته)	فرانشیز	مبلغ تعهد	فرانشیز		
۱۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه اعمال جراحی و بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود در اثر حادثه یا بیماری، آنژیوگرافی، انواع سنگ شکن و دیسک ستون فقرات، هزینه های بستری، شیمی درمانی، گامانایف حداکثر در سال تا مبلغ	۱
۱۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های زایمان، اعم از طبیعی و سزارین حداکثر در سال تا مبلغ	۲
۱۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع به استثناء دیسک ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان با احتساب ردیف ۱ حداکثر در سال تا مبلغ	۳
۱۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد حداکثر در سال برای هر دو چشم تا مبلغ	۴
۱۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های پاراکلینیکی و هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، سونوگرافی، ام.آر.آی، انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، ماموگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، آنژیوگرافی چشم، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، تست آلرژیک، تست تنفسی، آزمایشات تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب و ژنتیکی پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی، جراحی های مجاز سرپایی مانند شکسته بندی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم) حداکثر در سال تا مبلغ	۵

۱۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۶	جبران هزینه آمبولانس به شرط بستری در بیمارستان داخل شهر حداکثر در سال تا مبلغ
۱۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۷	جبران هزینه آمبولانس به شرط بستری در بیمارستان در خارج شهر حداکثر در سال تا مبلغ
۱۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۸	هزینه تشخیص ناهنجاریهای جنین (غربالگری)، منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر در سال تا مبلغ :
۸۶۳,۹۵۱		۶۸۹,۵۷۶		۴۶۶,۳۷۶		حق بیمه ماهانه هر نفر مبلغ بدون احتساب عوارض و مالیات	

برای ارئه پوشش درمان گروهی، می بایست حداقل ۷۰٪ کل کارکنان بیمه گذار، به اتفاق اعضاء خانواده خود همزمان تحت پوشش قرار گیرند. در غیر اینصورت این نرخ فاقد اعتبار است.

در صورتی که این قرارداد درمانی سال قبل باشد و یا بلافاصله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه گر دیگر، در این شرکت منعقد شود (با ارائه مستندات) دوره انتظار فقط جهت بیمه شدگانی که این دوران را طی نموده اند منظور می گردد. گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر دوره انتظار حذف می گردد. والدین تحت تکفل و غیر تکفل کارکنان (بیمه شدگان اصلی) بشرط اینکه تحت پوشش یکی از بیمه گران اول باشند و با پرداخت حق بیمه برابر می توانند از مزایای این بیمه استفاده نمایند.

کلیه کارکنان مونث می تواند همسر و فرزندان خود را با پرداخت حق بیمه، همانند سایر بیمه شدگان تحت پوشش قرار دهند.

حداکثر مهلت اعتبار نرخ و شرایط حداکثر ۳۰ روز از تاریخ نامه خواهد بود.

داشتن بیمه گر با کد کارگاهی یکسان جهت کلیه بیمه شدگان و از طریق بیمه گذار الزامی است. لذا ارائه لیست بیمه گر اول ممهور به مهر سازمان بیمه گر در زمان صدور قرارداد ضروری می باشد.

به منظور رفاه حال بیمه شدگان، شرکت سهامی بیمه آسیا (به عنوان دومین شرکت بزرگ بیمه، بزرگترین شرکت بیمه خصوصی در کشور) ترتیبی اتخاذ نموده تا در موارد اورژانس و یا ساعات غیر اداری بیمه شدگان بتوانند از طریق کارت بیمه درمانی که در اختیار آنان گذاشته می شود مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر مراجعه و بستری گردند و متعاقباً در اولین ساعات اداری روز بعد معرفی نامه مربوطه را اخذ و تحویل بیمارستان نمایند.

به استحضار بیمه گذار محترم می رساند موارد فوق پیشنهاد اولیه می باشد و در هر حال ملاک عمل هنگام صدور بیمه نامه و پرداخت خسارت موارد مندرج در بیمه نامه و قرارداد صادره خواهد بود و در صورت مغایرت این پیشنهاد با بیمه نامه و قرارداد صادره، ملاک مورد توافق بیمه نامه و قرارداد صادره می باشد.