



شماره ۹۹۰۸۴۸۰۰

به نام خدا

سربرگ بیمه نامه



ردیف	تعهدات بیمه گر (طرح شماره یک)	سقف تعهدات سالیانه (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care. تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه و پیوند مغز استخوان	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	کلیه هزینه های دارویی و درمانی نازایی و ناباروری از قبیل اعمال جراحی مرتبط IUI، Zift، Gift، Ivf، میکرواینجکشن	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوارمانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم هزینه جراحیهای مجاز سرپائی شامل شکستگی و دررفتگی، گچگیری، خننه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم) هزینه های خدمات آزمایشگاهی (بدون چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	جبران هزینه های جراحی مربوطه رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام عمل درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد برای دو چشم	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	هزینه های ویزیت و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۵/۰۰۰/۰۰۰
۸	هزینه دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور (در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه معادل ۲۰٪ فرانشیز لحاظ خواهد گردید)	۷/۰۰۰/۰۰۰
۹	خدمات دندانپزشکی (براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و به شرکتهای بیمه ابلاغ میکند) + ایمپلنت، دست دندان مصنوعی (بصورت شناور)	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	هزینه بیماراران مبتلا به بیماریهای خاص و صعب العلاج	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	عینک و لنز تماس طبی	۳/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	سمعک ۲۰ نفر با تجویز متخصص گوش، حلق و بینی و خرید از مراکز معتبر و با ارائه فاکتور و صورتحساب مربوطه با تأیید پزشک معتمد بیمه گر.	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۳	آمبولانس داخل شهری	۳/۰۰۰/۰۰۰
۱۴	آمبولانس خارج شهری	۶/۰۰۰/۰۰۰
۱۵	کار درمانی، گفتار درمانی ۳۰ نفر	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۶	سایر موارد یارا کلینیکی صرفاً (تست خواب، کایروپراکتیک، سرم تراپی، تست پاپ اسمیر)	۴/۵۰۰/۰۰۰
۱۷	جبران هزینه اروتز و پروتز	از محل بند یک
	نرخ حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۲۰٪ در کلیه موارد	۹۷۵/۰۰۰ ریال

۸/۳۲ - سری اول - ۹۷/۳ - ۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ بزرگ

تلفن گویا: ۸۲۴۶۸ - ۰۲۱
www.dana-insurance.com

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان ۱۵، پلاک ۲ - کدپستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷





شماره ۲۱۲۹۰۱

سربرگ بیمه نامه

به نام خدا



ردیف	تعدادات بیمه گر (طرح شماره سه)	سقف تعهدات سالانه (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه و پیوند مغز استخوان	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	کلیه هزینه های دارویی و درمانی نازایی و ناباروری از قبیل اعمال جراحی مرتبط Gift Zift، IUI، Ivf، میکرواینجکشن،	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوارمغز (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم هزینه جراحیهای مجازسریانی شامل شکستگی و دررفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم) هزینه های خدمات آزمایشگاهی (بدون چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام عمل درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد برای دو چشم	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	هزینه بیمارارن مبتلا به بیماریهای خاص و صعب العلاج	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۸	آمبولانس داخل شهری	۱/۰۰۰/۰۰۰
۹	آمبولانس خارج شهری	۲/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	کاردرمانی، گفتار درمانی ۳۰ نفر	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	سایر موارد پاراکلینیکی صرفاً (تست خواب، کاپرویرکتیک، سرم تراپی، تست پاپ اسمیر)	۱/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	جبران هزینه اروتز و پروتز	از محل بند یک
	حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۲۰٪ در کلیه موارد	۳۵۰/۰۰۰

۸/۳۲ - سری اول - ۹۷/۳ - ۰۰۰۰/۵۰۰/۵۰۰ برگ

تلفن گویا: ۸۲۴۶۸ - ۰۲۱
www.dana-insurance.com

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان ۱۵، پلاک ۲ - کدپستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷

