



شماره ثبت: ۵۱۶۶  
تاسیس: ۱۳۴۲



ردیف	سقف تعهدات بیمه گر		سقف تعهد بیمه گر	تعدد برای	نفر	نوع
	نوع	نفر				
۱	۳۰	*	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های بستری، جراحی و اعمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.		
۲	۳۰	*	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغزاستخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز		
۳	۳۰	*	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین		
۴	۳۰	*	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، Gift.Zift، میکرواینجکشن و Ivf		
۵	۳۰	*	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آرآی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانستومتری		
۶	۳۰	*	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل: انواع اندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست) خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG، NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنٹاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)		
۷	۳۰	*	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل: انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک)		
۸				جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل: تست های غربالگری جنین (مارکهای جنینی و آزمایشات زنتیک جنین)		
۹				جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل: فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT)		
۱۰	۳۰	*	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های اعمال مجازسرپائی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه،بخیه،کرایوتراپی،اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد)		
۱۱	۳۰	*	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳دیوپتر یا بیشتر باشد.		
۱۹	۳۰	*	۴,۰۰۰,۰۰۰	هزینه آمبولاس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و	داخل شهری	
	۳۰	*	۸,۰۰۰,۰۰۰	انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج	بین شهری	

\* حق بیمه ماهانه هر بیمه شده مبلغ ۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال و سالانه معادل ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

\* حق بیمه ماهانه افراد بالای ۶۰ سال ۲,۷۵۰,۰۰۰ ریال و سالانه معادل ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

\* حق بیمه ماهانه افراد بالای ۷۰ سال ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال و سالانه معادل ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

\* حق بیمه ماهانه افراد غیر تحت تکفل ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال و سالانه معادل ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

### نحوه پرداخت حق بیمه

۱- پرداخت یکجا (واریز فیش نقدی با شناسه پرداخت به حساب شرکت بیمه دانا)

۲- نقد و اقساط (یک سوم نقد و مابقی طی ۲ فقره چک به تاریخ های ۱۴۰۲/۱۰/۰۱ و ۱۴۰۲/۱۲/۰۱)

\* پس از پرداخت حق بیمه اولیه و ارائه فیش، چک و برگه چاپ شده تأییدیه ثبت چک و نیز تأیید شرکت بیمه دانا ثبت نام تکمیل می گردد.

\* عدم ارائه مستندات واریز به منزله انصراف از ثبت نام می باشد.