

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات (ریال)	توضیحات	فرانشیز
۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی (باستثناء زایمان)	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care (با بیش از ۶ ساعت بستری)، آنژیوگرافی قلب، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن	۱۰٪
۲	جبران هزینه چهار عمل جراحی مهم	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	شامل قلب، مغز و اعصاب (باستثناء دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه و مغز استخوان	۱۰٪
۳	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	۵.۰۰۰.۰۰۰	انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، ام آر آی، انواع آندوسکپی و اکوکاردیوگرافی	۴۰٪
۴	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۲.۵۰۰.۰۰۰	شامل تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز و آنژیوگرافی چشم	۴۰٪
۵	هزینه جراحیهای مجاز سرپایی	۲.۵۰۰.۰۰۰	مانند شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپیوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم)	۴۰٪
۶	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هردو چشم)	۵.۰۰۰.۰۰۰	چنانچه نقص بینائی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر (قبل از عمل) چهاردیوپتر یا بیشتر باشد.	۴۰٪
۷	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۳۰۰.۰۰۰ ۶۰۰.۰۰۰	و سایر فوریتهای پزشکی که نهایتا منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان میگردد تعهدات این بند از محل تعهدات بند (۱) میباشد.	۱۰٪

شروع پوشش بیمه از ۸۸/۹/۱ بمدت یکسال تا ۸۹/۹/۱ است.

حق بیمه سالیانه برای اعضای کانون و خانواده ی تحت تکفل ایشان هر نفر ۱/۲۰۰/۰۰۰ ریال می باشد.
تبصره ۱ : افراد ۶۰ تا ۷۰ سال با ۵۰٪ و افراد بالای ۷۰ سال تمام با ۱۰۰٪ حق بیمه اضافی تحت پوشش قرار می گیرند.

تبصره ۲ : پدر و مادر بیمه شدگان با ۲ برابر حق بیمه سالیانه می توانند تحت پوشش قرار گیرند.
تبصره ۳ : دانشجویان، تکمیلین ها و کارکنان شاغل در شرکت های مهندسی با ارائه ی مدرک معتبر از موسسه ی مربوطه ، همچنین اعضای سایر تشکل های مهندسی نیز می توانند بعنوان عضو وابسته ی کانون از پوشش های فوق بهره مند شوند.

تبصره ۴ : متقاضیان می توانند مبلغ حق بیمه را به حساب رفاه کارت ۶۵۰۹ ۰۰۹۸ ۶۳۱۶ ۵۸۹۴ بنام آقای منوچهر آهن خواه حداکثر تا تاریخ ۸۸/۹/۱۵ واریز نمایند.

تبصره ۵ : تکمیل فرم پرسش نامه پیوست برای بیمه شدگان جدید الزامی است.

تبصره ۶ : جهت اطلاع از آخرین لیست بیمارستان های طرف قرارداد به لینک زیر مراجعه فرمایید.

<http://car-sql.bimehasia.com/asiainsurance/fa/Hospital.asp>

برای کسب اطلاعات بیشتر با شماره تلفن ۸۸۴۲۸۶۸۹ یا ایمیل Redaye_Omid@yahoo.com تماس بگیرید.

متقاضی محترم لطفا پرسشنامه پزشکی را با خط خوانا تکمیل و پس از پاسخگویی به کلیه سوالات ، امضا نموده و به بیمه آسیا ارسال نمایید . در صورت عقد قرارداد ، این فرم جز لاینفک قرارداد درمان گروهی محسوب می گردد.

مشخصات متقاضی و اعضا خانواده

تلفن تماس بیمه شده اصلی :

نسبت	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نام پدر	شغل
متقاضی					
همسر					
فرزند					
فرزند					
فرزند					
فرزند					
پدر					
مادر					

اطلاعات پزشکی :

متقاضی محترم می بایست کلیه اطلاعات پزشکی مربوط به خود و خانواده خود را به شرح ذیل در اختیار بیمه آسیا قرار دهد .

۱- در صورتی که خود یا هر یک از اعضاء خانواده مبتلا به یکی از بیماری ها از قبیل : قلب و عروق ، مغز ، فشار خون ، مرض قند ، سرطان بیماری های خونی ، بیماری تنفسی ، کلیه و مجاری ادرار ، بیماری استخوان ، دستگاه گوارش و یا سایر بیماری ها می باشند ، تاریخ و نحوه معالجه توضیح داده شود .

۲- آیا تا به حال خود یا هر یک از اعضاء خانواده تحت عمل جراحی قرار گرفته و یا در بیمارستان بستری شده اید ؟ توضیح دهید.

۳- آیا در حال حاضر و یا در آینده نزدیک ، خود یا اعضاء خانواده نیاز به بستری شدن یا جراحی در بیمارستان دارید ؟ توضیح دهید.

۴- چنانچه خود یا هر یک از اعضاء خانواده آزمایش خون انجام داده اید . آیا موارد غیرعادی دیده شده است ؟ بله ' خیر '

اینجانب
تعهد می نمایم کلیه مطالب فوق منطبق با واقعیت بوده و پوشش بیمه خود و اعضا
خانواده ام بر این اساس می باشد .

تاریخ و امضا متقاضی بیمه

مهر و امضا شرکت