



| نوع پوشش | طرح ۱ (ریال) | طرح ۲ (ریال) | طرح ۳ (ریال) | طرح ۴ (ریال) |
|---|--------------|--------------|---------------|---------------|
| هزینه های بستری-جراحی - مراکز جراحی محدود و DAY CARE | ۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| هزینه های جراحی تخصصی شامل شیمی درمانی - رادیوتراپی - اعمال جراحی مرتبط با سرطان- مغز و اعصاب مرکزی و نخاع دیسک ستون فقرات - گامانایف قلب-پیوند ریه-پیوند کلیه-پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و آنژیوپلاستی عروق محیطی و عروق داخل مغز پیوند کبد و مغز استخوان | ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۹۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| هزینه های نازائی و نابرواری شامل اعمالی جراحی IUI-ZIFT-GIFT IVF - و میگرو اینجکشن | --- | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| انواع رادیوگرافی شامل: آنژیوگرافی عروق محیطی- آنژیوگرافی چشم - سونوگرافی-ماموگرافی-انواع اسکن- ام آر آی-پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ) دانسیتومتری و | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| هزینه انواع آندوسکوپی شامل - خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی - انواع اکو کاردیوگرافی - انواع هولتر مانیتورینگ - تست ورزش - آنالیز پیس میکر - EECF - تیلت تست - خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری PFT) - خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) - خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی - هدایت عصبی (EMG-NCV) - الکتروانسفالوگرافی (EEG) - خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری - پریمتری - بیومتری و پنتاکم- شنوایی سنجی (انواع ادیومتری و | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی ها - دررفتگی - گچ گیری-ختنه-بخیه-کرایوتراپی-اکسیژن لیوم-بیوسی-تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثنای عیوب انکساری دید چشم | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| هزینه های خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی - تست های آلرژیک- فیزیوتراپی جوراب وارپس،-گفتار درمانی-کاردمانی و ... | ۷,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| لیزیک و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری هرچشم | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۵,۰۰۰,۰۰۰ |
| هزینه های آمبولانس درون شهری | ۴,۰۰۰,۰۰۰ | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| هزینه های آمبولانس برون شهری | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | ۹,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| حق بیمه سالیانه برای هر نفر (فرانشیز ۱۰ درصد) | ۱۸,۷۴۴,۰۰۰ | ۲۰,۸۶۸,۰۰۰ | ۲۵,۴۲۸,۰۰۰ | ۲۸,۰۸۰,۰۰۰ |

جدول پوشش های اضافی کانون دانش آموختگان نیکان - تعاون

| نوع پوشش | طرح ۱ (ریال) | طرح ۲ (ریال) | طرح ۳ (ریال) | طرح ۴ (ریال) |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| جبران هزینه های دندانپزشکی محدود به کشیدن، جرم گیری، بروساژ، ترمیم، پر کردن، درمان ریشه و روکش با ارائه گرافی قبل و بعد از درمان | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| جبران هزینه های مربوط به ویزیت و دارو و خدمات اورژانس | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| حق بیمه سالیانه برای هر نفر (با فرانشیز ۳۰ درصد) | ۱۳,۹۸۰,۰۰۰ | ۲۰,۱۰۰,۰۰۰ | ۲۲,۳۴۴,۰۰۰ | ۲۴,۵۸۸,۰۰۰ |

جمع حق بیمه پوشش های اصلی و اضافی

| طرح ۱ | طرح ۲ | طرح ۳ | طرح ۴ |
|--|------------|------------|------------|
| ۳۲,۷۲۴,۰۰۰ | ۴۰,۹۶۸,۰۰۰ | ۴۷,۷۷۲,۰۰۰ | ۵۲,۶۶۸,۰۰۰ |
| جمع حق بیمه سالیانه نقد برای هر نفر بیمه نقد | | | |



- قرارداد بیمه درمان تکمیلی کانون دانش آموختگان نیکان با شرکت بیمه حافظ (SOS) می باشد.
- **زمان ثبت نام:** تاریخ شروع بیمه نامه ها ۱۴۰۲/۰۳/۰۱، ۱۴۰۲/۰۶/۰۱، ۱۴۰۲/۰۹/۰۱، ۱۴۰۲/۱۲/۰۱، ۱۴۰۲/۰۱/۰۱ می باشد. (تاریخ شروع تمام بیمه نامه ها از ابتدای هر ماه می باشد)
- **بیمه شده ها:** این قرارداد فقط مربوط به اعضای کانون دانش آموختگان نیکان می باشد که همسر، فرزند اجباری، پدر و مادر (تحت تکفل و غیر تحت تکفل) اختیاری تحت پوشش قرار می گیرند.
- **بیمه پایه:** افرادی که بیمه پایه ندارند ثبت نام می شوند و زمان انجام هزینه سهم بیمه پایه از آنها کسر می گردد.
- **دوره انتظار:** افرادی که سال قبل بیمه درمان تکمیلی نداشته اند شامل دوره انتظار ۳ ماه برای بستری و ۹ ماه برای زایمان می باشند، همچنین اسلیو معده در تعهد نمی باشد.
- **شرایط اقساط:** ۳۰ درصد نقد مابقی در ۳ چک هر کدام به فاصله ۳ ماه
- **سن بیمه شده ها:** ۶۰ تا ۷۰ سال ۵۰ درصد و ۷۰ تا ۹۰ سال ۱۰۰ درصد به حق بیمه اضافه می گردد.
- **مهلت ارسال مدارک:** برای هزینه های پاراکلینیکی حداکثر ۲ ماه و هزینه های بیمارستانی ۳ ماه می باشد.
- **مراکز طرف قرارداد:** در سایت SOS لیست تمامی مراکز طرف قرارداد ارائه شده است، جهت سهولت استفاده از بیمه درمان تکمیلی تا جایی که امکان دارد از مراکز طرف قرارداد استفاده نمایید.
- **صدور الحاقیه:** افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به تعداد بیمه شدگان هر خانواده اضافه شوند عبارتند از: همسر افرادی که بعد از صدور بیمه نامه ازدواج کرده اند و نوزادانی که بعد از صدور بیمه به دنیا آمده اند که نهایتاً ۳۰ روز فرصت بیمه شدن دارند تا درخواست خود را به شرکت بیمه ارسال کنند در غیر این صورت بیمه آنها صادر نمی شود، و ابطال قرارداد بیمه نامه در صورتی امکان دارد که هیچ گونه استفاده ای از بیمه درمان تکمیلی وجود نداشته باشد.
- **شماره کارت بانک پاسارگاد جهت واریز حق بیمه** ۵۰۲۲۲۹۱۰۹۳۹۲۸۷۷۶ به نام احمدرضا سازگارنژاد، شماره حساب ۳۲۸،۸۰۰۰،۱۴۳۳۷۴۵۱،۱ شبا ۱۴۳۳۷۴۵۱۱۰۱ IR۱۳۰۵۷۰۰۳۲۸۸۰۰ (بعد از واریز حق بیمه فیش واریزی را به شماره واتساپ اعلام شده ارسال کنید).
- **آدرس و شماره تماس جهت ثبت نام و ارسال مدارک پزشکی:** کریمخان، خیابان استاد نجات الهی، نبش کوچه جرداق، پلاک ۲۶۹ ساختمان پردیس ویلا، طبقه ۳ واحد ۳۰۱ شرکت کارگزاری آتیه سازان سرای امید، ساعت مراجعه ۹ صبح الی ۱۵ بعداز ظهر، شماره تماس ۸۸۹۲۵۵۳۰، ۸۸۹۲۵۲۴۹، واتساپ ۰۹۳۵۱۵۸۶۲۰۳ حاتمیان.
- **مدارک مورد نیاز: پاراکلینیکی (اصل فیش پرداختی مهر شده، کپی دستور پزشک و کپی جواب دندان پزشکی: گرافی قبل و بعد به همراه اصل فیش پرداختی.**
- **دارو (برای داروهای آزاد اصل دستور پزشک اما برای داروهای طرف قرارداد بیمه پایه کپی دستور پزشک به همراه اصل فیش پرداختی مهر شده).**
- **بیمارستانی (تمام مدارک بستری از بیمارستان تحویل و به شرکت بیمه ارائه گردد).**