

ردیف	تعداد بیمه گر	تعهد برای		حداکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر	ردیف
		خانواده	نفر		
۱	هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری، سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیو-گرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY care-جراحی دیسک ستون فقرات-پرتو درمانی-گامانینف گوش حلق و بینی	*		۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۲	سایر اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) گامانایت، قلب، پیوند کبد، ریه، کلیه و مغزاستخوان (با احتساب بند یک)	*		۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۳	زایمان (طبیعی- سزارین)-کورتاژ تشخیصی	*		۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۴	هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، رادیوتراپی، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری- نوار قلب، فیزیوتراپی-رادیوگرافی-پاپ اسمیر	*		۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۵	هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری)-نوار عطله-نوار عصب-نوار مغز-نوار مئانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	*		۴,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۶	هزینه جراحیهای مجاز سرپایی شامل شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، لیزر درمانی و تخلیه کیست-شنوایی سنجی-خارج نمودن جسم خارجی از بدن	*		۴,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۷	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳دیوپتر یا بیشتر باشد برای هر چشم	*		۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۸	هزینه های خدمات آزمایشگاهی (به استثناء چکاب) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، آزمایش ناهنجاری های جنین	*		۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۹	هزینه های ویزیت و دارو	*		۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۱۰	هزینه دندان پزشکی	*		۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۱۱	هزینه عینک شامل خرید عینک طبی و لنز تماس طبی	*		۴,۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
۱۲	هزینه های آمبولانس	*		۱,۵۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد
		*		۳۰۰۰,۰۰۰	۲۰ درصد