

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات سالیانه هر نفر - ریال - طرح ۱
۱	جبران هزینه‌های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	تعهدات برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به‌استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	زایمان اعم از طبیعی و سزارین و کورتاژ تخلیه ای محصول حاملگی	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عضله (EMG)، نوارعصب (NCV)، نوارمغز (EEG)، نوارمخانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوارقلب، فیزیوتراپی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جبران هزینه خرید عینک و لنز طبی	۶,۰۰۰,۰۰۰
	جبران هزینه خرید سمعک	۴,۵۰۰,۰۰۰
۹	هزینه ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول)	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه‌های دندانپزشکی به استثناء ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی و اعمال زیبایی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	ناهنجاری‌های جنین	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
	حق بیمه ماهیانه هر نفر از بیمه شدگان (ریال) - فرانشیز ۳۰ درصد	
		۲,۴۶۰,۰۰۰

نحوه پرداخت حق بیمه: پرداخت بصورت نقدی و یا ۵۰ درصد نقد و الباقی طی ۲ قسط به تاریخهای (۱۴۰۱/۱۰/۳۰ - ۱۴۰۱/۱۲/۲۵)

تاریخ شروع ثبت نام: ۱۴۰۱/۰۸/۱۵

تاریخ پایان ثبت نام: ۱۴۰۱/۰۸/۳۰

محل ثبت نام: ساختمان مرکزی سازمان نظام مهندسی ساختمان استان اصفهان - طبقه اول

تماس: ۳۲۱۱۱ داخلی ۲۰۴

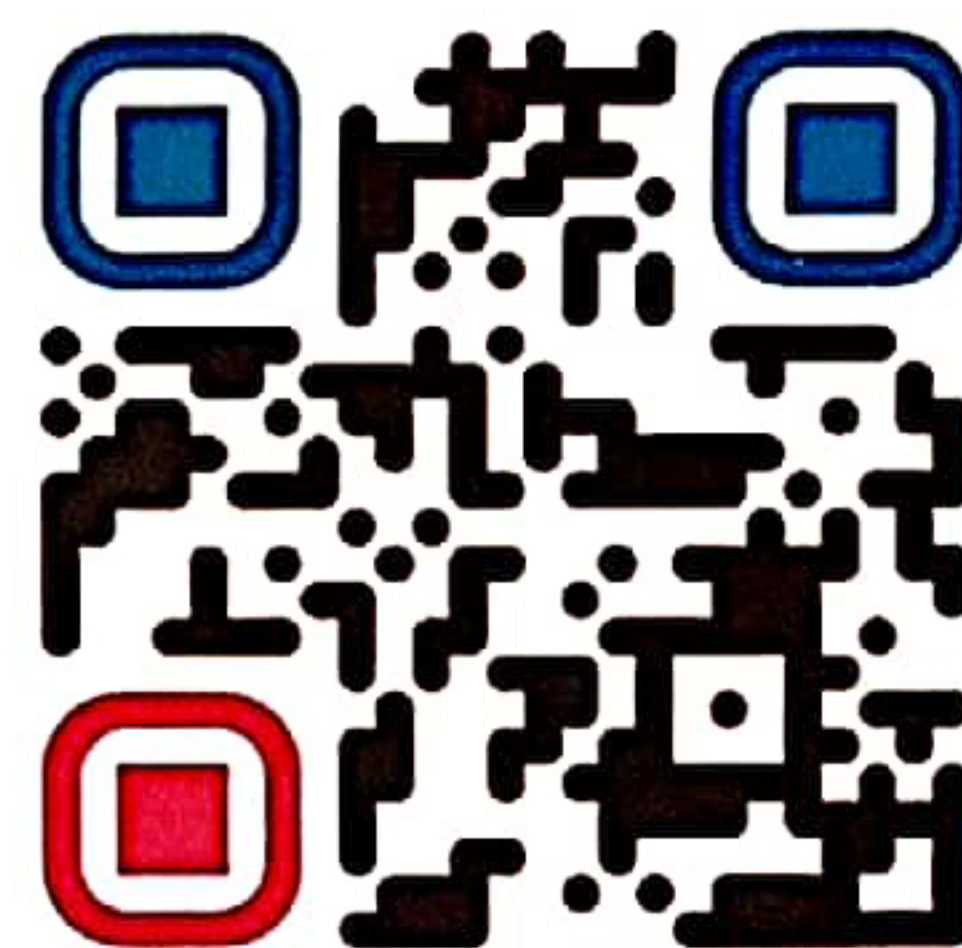


دستیار

جهت استفاده از وب اپلیکیشن دی‌دار یکی از QR code های زیر را با تلفن همراه خود اسکن کنید.



نسخه اندروید



نسخه تحت وب (PWA)

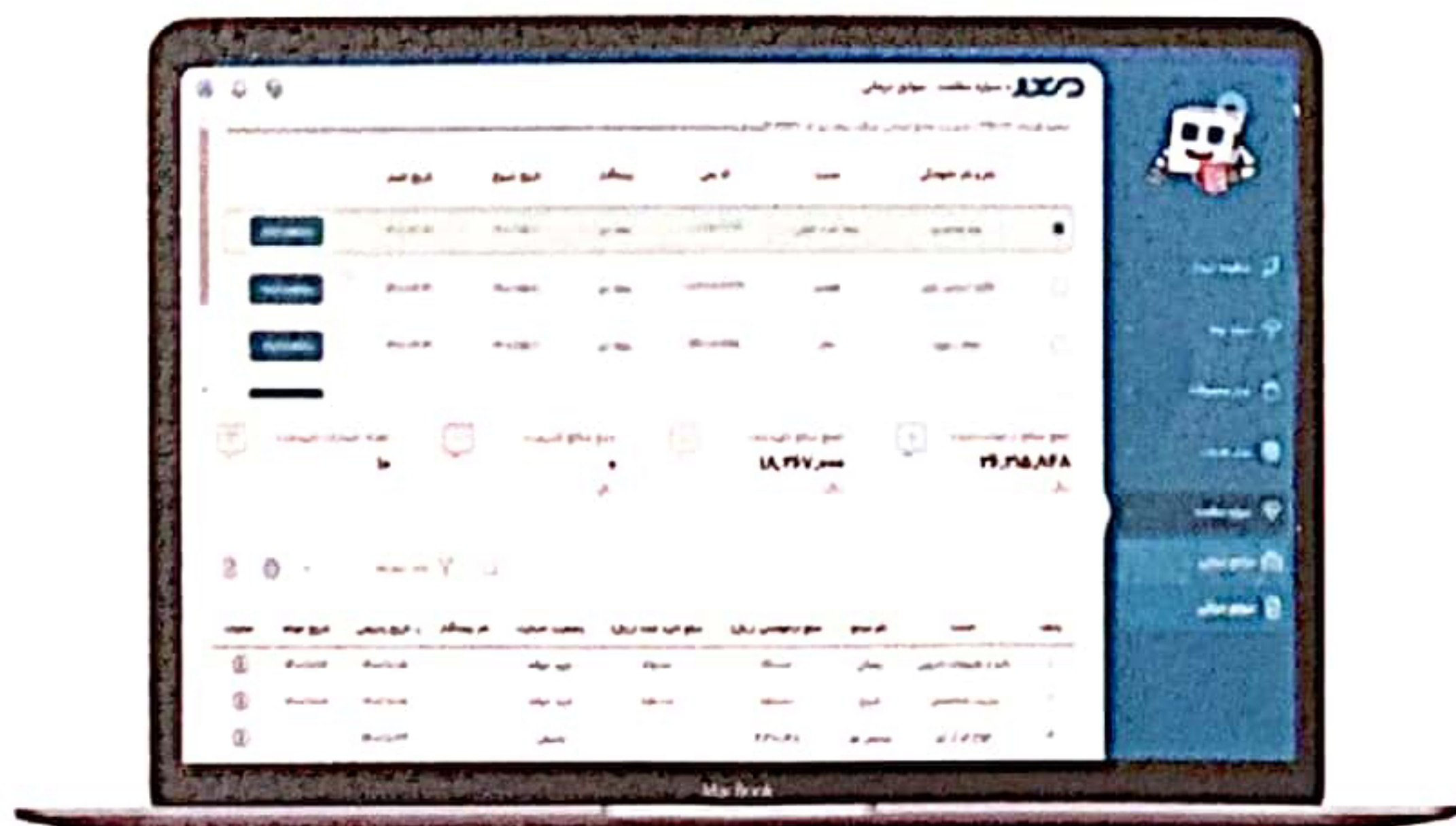
مشاهده سوابق درمانی



- ✓ مشاهده جمع مطالب درخواست شده
- ✓ مشاهده جمع مطالب تایید شده و پرداخت شده به بیمه‌شده
- ✓ مشاهده تعداد خسارات تایید شده
- ✓ مشاهده آیتم به آیتم خسارت درمانی ثبت شده به تفکیک
- ✓ امکان جستجو به تفکیک نام بیمه شده، وضعیت، نوع سند، مبلغ و ...
- ✓ امکان مشاهده عملیات صورت گرفته روی هر خسارت درمانی

برای استفاده از این امکان کافیسیت با شماره همراه و کد ملی بیمه شده اصلی وارد سامانه دی‌دار شوید و از قسمت سیاره سلامت سوابق درمانی را انتخاب نمایید.

<https://dayins24.com>



مشخصات بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل

نام و نام خانوادگی..... کد ملی..... نام پدر..... شماره شناسنامه..... شغل.....
نشانی.....
تلفن منزل..... تلفن محل کار..... تلفن همراه.....
نام بانک..... شماره حساب بیمه شده اصلی.....
شماره شبای بیمه شده اصلی.....

مشخصات بیمه شده و افراد تحت تکفل				
ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	تاریخ تولد	شماره ملی

پیش پرداخت حق بیمه به مبلغ..... ریال با شماره پیگیری..... در تاریخ..... واریز گردید و
اینجانب..... متعهد می گردم الباقی حق بیمه به مبلغ..... ریال را تا تاریخ ۱۴۰۱/۱۲/۲۵ به حساب
شماره ۵۶۳۷۰۶۳۸۷۳ شبا ۵۶۳۷۰۶۳۸۷۳ IR بانک تجارت - به نام سازمان نظام مهندسی ساختمان استان
اصفهان واریز نمایم. در صورت عدم واریز به موقع، حق بیمه قرارداد به صورت ۶ ماهه لغو می گردد.

عضو محترم در صورت عدم تکمیل کلیه اطلاعات مورد درخواست در فرم، ثبت نام امکان پذیر نمی باشد.

تاریخ و امضا:

نام و نام خانوادگی :