

فرم تقاضای عضویت در بیمه مزاد درمان

اینجانب هیات علمی / کارمند دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه به شماره پرسنلی بدینوسیله به امور مالی دانشگاه و کالت می دهم که از مورخ ۹۸/۱۰/۱ لغایت ۹۹/۰۹/۳۰ ماهانه مبلغ ۷۷۰/۰۰۰ ریال به ازاء هر نفر از بابت حق بیمه تکمیلی درمانی از حقوق اینجانب کسر و به حساب شماره شرکت تعاونی کارکنان و اساتید دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه از بابت قرارداد با بیمه دانا پرداخت نماید. ضمناً افراد تحت تکفل اینجانب به شرح ذیل می باشد.

مشخصات افراد تحت تکفل متقاضی					
ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت با سرپرست

تلفن جهت تماس اضطراری:

نام و نام خانوادگی

امضاء تاریخ

ردیف	تعهدات صندوق برای هر بیمه شده	سقف تعهدات بیمه به ریال
۱	جبران هزینه های بیمارستانی شش عمل اصلی (اعمال جراحی تخصصی) شامل جراحی مربوط به سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، (به استثنای دیسک ستون فقرات) پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان و گامانایف	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جبران هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، (بستری و سرپایی) رادیو تراپی، جراحی دیسک ستون فقرات و پیوند قرنیه چشم، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) همچنین بستری جهت درمان طبی در بیمارستان	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران هزینه های پاراکلینیکی - انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر ای، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتو متری، انواع آنژیوگرافی، گفتار درمانی، کاردرمانی و...	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	جبران هزینه های درمانی بیمارستانی و اعمال جراحی مجاز سرپایی	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	جبران هزینه های مربوط به زایمان (طبیعی - سزارین)، کورتاژ تخلیه ای محصول حاملگی	۴۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دید چشم برای هر چشم (نمره هر چشم حداقل ۴ باشد)	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	جبران هزینه های آزمایشگاه های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۸	جبران هزینه های دندانپزشکی	۷/۰۰۰/۰۰۰
۹	ویزیت دارو و خدمات اورژانس - ویزیت (طبق تعرفه وزارت بهداشت) و دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۷/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	جبران هزینه های مربوط به آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی، مشروط به بستری بیمار در بیمارستان برای جابجایی بیمار به سایر مراکز درمانی طبق دستور پزشک	۸۰۰/۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های مربوط به آمبولانس بین شهری و سایر فوریت های پزشکی، مشروط به بستری بیمار در بیمارستان برای جابجایی بیمار به سایر مراکز درمانی طبق دستور پزشک	۳۰۰/۰۰۰