

جدول سقف تعهدات بیمه درمان تکمیلی خانواده

تعهدات	طرح ۱	حق بیمه	طرح ۲	حق بیمه	طرح ۳	حق بیمه
هزینه بیمارستانی	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۹۶۵۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۴۵۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۲۱.۰۰۰
اعمال جراحی بزرگ	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۲۵۵۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۶۴۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۹۹۷۵
پاراکلینیکی	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۳۱۳۸	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۴۲۷۵	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۳۶۲۵
جراحی های محدود	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۵۵۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۷۰۰	۲۵.۰۰۰.۰۰۰	۹۶۲۵
زایمان	۸.۰۰۰.۰۰۰	۳۲۸۹۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۶۷۵۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۷۰۹۵۰
حق بیمه سالانه با فرانشیز ۳۰٪		۲.۲۰۵.۰۰۰		۲.۷۵۵.۵۰۰		۳.۴۲۲.۵۰۰

جدول سقف تعهدات هزینه های مزاد درمان تکمیلی خانواده

تعهدات	طرح ۱	حق بیمه	طرح ۲	حق بیمه	طرح ۳	حق بیمه
آزمایش	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۲.۵۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۵.۰۰۰
ویزیت دارو	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۵.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۱۲.۵۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰
دندانپزشکی	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۵.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰
حق بیمه سالانه با فرانشیز ۳۰٪		۲.۱۳۰.۰۰۰		۳.۲۱۰.۰۰۰		۴.۲۶۰.۰۰۰
حق بیمه سالیانه سقف تعهدات + هزینه های مزاد		۴/۳۳۵/۰۰۰		۵/۹۶۵/۵۰۰		۷/۶۸۵/۰۰۰