



## بیمه آسماری، بیمه جوان انتخاب اول بیمه‌های درمان

شرکت بیمه آسماری با همکاری سهامدار اصلی خود شرکت کمک‌رسان ایران (SOS) مزایای رقابتی پایداری در ارائه خدمات درمان به ارمغان آورده است که از جمله آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- بهره‌مندی از بیش از ۳۰۰۰ مرکز درمانی طرف قرارداد در سراسر کشور
- حق بیمه مناسب با ارائه بهترین خدمات و بالاترین کیفیت
- فرآیند پرداخت خسارت آسان و سریع
- امکان صدور معرفی‌نامه ۲۴ ساعته و آنلاین
- امکان ارائه خدمات در سراسر کشور با بهره‌مندی از ۳۶ شعبه کمک‌رسان ایران

سایر مزیت‌های بیمه آسماری عبارت است از:

- سهولت فرآیند صدور بیمه‌نامه
- امکان پرداخت اقساطی حق بیمه: امکان انتخاب روش پرداخت با توجه به وضعیت مالی هر سازمان تا حداکثر ۸ قسط
- امکان بهره‌مندی از تخفیف برای پرداخت‌های نقدی: در صورت پرداخت حق بیمه سالیانه به صورت نقدی در ابتدای بیمه‌نامه، ۱۰٪ تخفیف در حق بیمه لحاظ می‌گردد.
- امکان انتخاب ۲ طرح برای بیمه‌شدگان بالای ۷۰ نفر: متقاضیان با تعداد بیش از ۷۰ نفر امکان انتخاب دو طرح از طرح‌های برنزی، طلایی، پلاتینی، پلاتینی پلاس و vip را دارند.
- استفاده از حداقل فرانشیز: جهت رفاه حال مشتریان در عمده پوشش‌های بیمه درمان تکمیلی آسماری، فرانشیز یعنی: سهم بیمه‌شده از مبلغ خسارت، حداقل (۱۰٪) می‌باشد.



جدول ۱ - پوشش های پایه (قیمت ها به ریال)

عنوان پوشش	طرح برنزی	طرح طلایی	طرح پلاتینی	طرح پلاتینی پلاس	طرح VIP	فرانشیز
بستری، جراحی عمومی	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
جراحی های تخصصی	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
زایمان	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
نازایی و ناباروری	-	-	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
پاراکلینیکی ۱	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
پاراکلینیکی ۲	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
پاراکلینیکی ۳	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
پاراکلینیکی ۴ و ۵	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
رفع عیوب انکساری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
آمبولانس درون شهری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
آمبولانس برون شهری	۳,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪

جدول ۲ - پوشش های اضافی (قیمت ها به ریال)

عنوان پوشش	طرح برنزی	طرح طلایی	طرح پلاتینی	طرح پلاتینی پلاس	طرح VIP	فرانشیز
ویزیت - دارو	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
دندانپزشکی	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰٪
غربالگری جنین	-	-	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
گرامت بستری (به ازای هر شب)	-	-	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	-

جدول ۳ - حق بیمه به ازای هر نفر ماهیانه (ریال)

عنوان پوشش	طرح برنزی	طرح طلایی	طرح پلاتینی	طرح پلاتینی پلاس	طرح VIP
پوشش پایه	۸۹۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰	۱,۱۷۰,۰۰۰	۱,۴۸۰,۰۰۰	۱,۷۴۰,۰۰۰
پوشش اضافه	۳۴۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰	۱,۲۵۰,۰۰۰
کل	۱,۲۳۰,۰۰۰	۱,۴۹۰,۰۰۰	۱,۸۹۰,۰۰۰	۲,۳۹۰,۰۰۰	۲,۹۹۰,۰۰۰

• به حق بیمه های اعلام شده ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده اضافه می گردد.



جدول ۴- شرح خدمات و پوشش های بیمه درمان تکمیلی		
ردیف	عنوان	شرح
۱	بستری، جراحی محدود	هزینه های بستری-جراحی - مراکز جراحی محدود و DAY CARE
۲	جراحی های تخصصی	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 عروق داخل مغز پیوند کبد و مغز استخوان
۳	پاراکلینیکی ۱	انواع رادیوگرافی - آنژیوگرافی عروق محیطی - آنژیوگرافی چشم - سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - ام آر آی - پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ) دانسیتومتری
۴	پاراکلینیکی ۲	هزینه انواع آندوسکوپی - خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی - انواع اکو کاردیوگرافی - انواع هولتر مانیتورینگ - تست ورزش - آنالیز پیس میکر - EECp - 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 پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری - پریمتری - بیومتری و پنتاکم - شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)
۵	پاراکلینیکی ۳ (جراحی های سرپایی)	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
۶	پاراکلینیکی ۴ و ۵	هزینه های خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی - تست های آلرژیک- فیزیوتراپی-گفتار درمانی-کاردرمانی
۷	آمبولانس درون شهری	هزینه های آمبولانس مشروط به بستری شدن درون شهری
۸	آمبولانس برون شهری	انتقال با آمبولانس بین شهری
۹	رفع عیوب انکساری چشم	لیزیک و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا با جمع قدر مطلق نقص بینایی (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۱۰	زایمان	هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین
۱۱	نازایی و ناباروری	هزینه های نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی IVF ، GIFT,ZIFI ، IUI و میکرواینجکشن
۱۳	غربالگری جنین	جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین
۱۴	ویزیت-دارو	هزینه ویزیت پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص، فرانشیز دارو و ملزومات دارویی بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، انواع تزریق-سرم درمانی
۱۵	دندان پزشکی	هزینه های دندان پزشکی صرفاً محدود به کشیدن، جرم گیری، بروساژ، ترمیم، پر کردن، درمان ریشه و روکش با ارائه گرافی قبل و بعد از درمان
۱۶	عینک و لنز طبی	عینک و لنز طبی با تجویز پزشک و یا اپتومتریست
۱۷	گرامت (بستری)	حداکثر تعهد بیمه گر در بیمه نامه غرامت روزانه بستری در طول سال ۷ روز می باشد. حداکثر سن برای استفاده از مزایای غرامت روزانه بستری ۶۰ سال می باشد



## شرایط استفاده از طرح‌های بیمه درمان تکمیلی آسماری

چنانچه متقاضی بخواهد هر یک از پوشش‌های پایه در جدول ۱ را انتخاب نماید، می‌تواند پوشش‌های اضافی مختص به طرح انتخابی خود در جدول ۲ و یا طرح‌های پایین‌تر را نیز جهت دریافت خدمات بیش‌تر تهیه نماید.

لازم به ذکر است پوشش‌های پایه به‌صورت جداگانه قابل خریداری است اما پوشش‌های اضافی منوط به تهیه پوشش‌های پایه است.

### • برخورداري از بیمه پایه:

برخورداری از بیمه‌گر پایه (خدمات درمانی، تأمین اجتماعی و...) و ارائه لیست بیمه مربوطه الزامی است.

### • حداقل تعداد بیمه شدگان:

- ✓ حداقل تعداد بیمه شدگان ۱۵ نفر (به همراه اعضای تحت تکفل).
- ✓ جهت گروه‌های زیر ۶۰ نفر: حداقل ۷۰ درصد لیست تأمین اجتماعی شرکت می‌بایست متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشند.
- ✓ جهت گروه‌های بالای ۶۰ نفر: حداقل ۵۰ درصد لیست تأمین اجتماعی شرکت می‌بایست متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشند.

### • فرانشیز

- ✓ فرانشیز تمامی پوشش‌های پایه ۱۰ درصد بوده اما پوشش‌های اضافی دارای فرانشیز متفاوتی هستند که در جدول ۲ ذکر شده است.
- ✓ فرانشیز طرح‌های پایه قابل تغییر به فرانشیزهای بالاتر می‌باشد که به ازای هر ۱۰٪ افزایش فرانشیز، ۱۰٪ از حق بیمه کسر می‌گردد.
- ✓ فرانشیز پوشش‌های اضافی جهت گروه‌های زیر ۵۰ نفر غیر قابل تغییر می‌باشد.

### • انتخاب طرح:

- ✓ تعداد طرح انتخابی حداکثر ۲ طرح می‌باشد.
- ✓ جهت گروه‌های زیر ۷۰ نفر، صرفاً انتخاب یک طرح میسر می‌باشد.
- ✓ طرح VIP به صورت طرح مازاد برای تمامی گروه‌ها با تکمیل پرسشنامه سلامت قابل انتخاب و ارائه می‌باشد.

### • دوره انتظار پوشش زایمان:

دوره انتظار پوشش زایمان ۹ ماه است.

### • دوره انتظار بیماری‌های مزمن:



دوره انتظار پوشش‌های بستری، جراحی عمومی و جراحی تخصصی ۳ ماه است. (یعنی بیمه‌شده در این مدت نمی‌تواند از خدمات مربوطه استفاده نماید)

#### • حذف دوره انتظار

در صورتی که بیمه‌گذار سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی (در هر شرکتی) بوده باشد، دوره انتظار به شرط تأیید بیمه‌گر قبلی و حداکثر گذشت زمان ۳۰ روز از پایان قرارداد بیمه درمان تکمیلی قبلی، لحاظ نخواهد شد.

#### • محدودیت سن:

حق بیمه‌های ارائه‌شده در جدول ۱ و ۲ مختص افراد تا سن ۶۰ سال است. حق بیمه افراد ۶۱ تا ۷۰ سال ۵۰ درصد و افراد ۷۱ تا ۸۰ سال ۱۰۰ درصد افزایش پیدا خواهد کرد.

#### • پوشش پدر و مادر:

✓ صدور بیمه نامه جهت پدران و مادران تحت تکفل و یا در صورت داشتن بیمه نامه در سال قبل بدون اضافه نرخ (تکفل) امکان پذیر می باشد.

✓ صدور بیمه نامه جهت پدران و مادران غیر تحت تکفل که سال قبل بیمه نامه نداشته باشند، با اضافه نرخ ۵۰٪ علاوه بر اضافه نرخ سنی امکان پذیر می باشد.

✓ حداکثر تعداد پدر و مادر غیر تحت تکفل جهت ارائه خدمات درمانی ۴ درصد از تعداد بیمه شدگان می باشند.

✓ حداکثر سن پوشش پدران و مادران ۷۵ سال می باشد.

#### • استثنائات:

در مورد بیمه‌شدگان با تعداد کمتر از ۵۰ نفر، اعمال مربوط به چاقی مانند: اسلیو معده، بای پس معده و همچنین تعویض مفصل زانو پوشش داده نمی‌شود.

#### • تسویه حق بیمه:

✓ در صورت تسویه کل حق بیمه به صورت نقدی ۱۰٪ تخفیف ارائه می‌گردد.

✓ تسویه اقساطی حق بیمه: بیمه‌گذار می‌تواند یکی از روش‌های ذیل را جهت تسویه حق بیمه انتخاب نماید.

○ ۳۰٪ نقد ابتدای قرارداد و مابقی طی حداکثر ۸ قسط ماهانه متوالی

○ ۲۰٪ نقد ابتدای قرارداد و مابقی طی حداکثر ۷ قسط ماهانه متوالی

○ ۱۰٪ نقد ابتدای قرارداد و مابقی طی حداکثر ۶ قسط ماهانه متوالی



• پوشش غرامت در پوشش اضافه طرح پلاتینی:

در صورتی که بیمه شده در بیمارستان بستری شود، به ازای هر شب بستری به میزان مبلغ درج شده در جدول تعهدات علاوه بر هزینه های بستری به بیمه شده جهت غرامت نقداً پرداخت خواهد شد. این پوشش حداکثر برای ۷ شب بستری در طول مدت بیمه نامه لحاظ خواهد شد. ضمن اینکه پوشش غرامت برای افراد تا سن ۶۰ سال قابل ارائه خواهد بود.

• کلیه هزینه های پزشکی مشمول بیمه نامه فوق بر اساس تعرفه های مصوب سندیکای بیمه گران محاسبه و پرداخت می گردد.

### موارد جهت تنظیم و صدور قرارداد های درمان

- ۱- اخذ درخواست رسمی از نماینده یا کارگزار بیمه مطابق با شرایط مورد نظر قرارداد.
- ۲- ارسال کلیه اطلاعات "تفاهم نامه درمان" از جمله:
  - نرخ و حق بیمه تأیید شده، جدول تعهدات و شرایط پرداخت حق بیمه
  - تأییدیه کتبی تمامی شرایط خصوصی مورد توافق از جمله ثبت پدر و مادر غیر تحت تکفل با اضافه نرخ و غیره...
  - دریافت اطلاعات ثبتی شرکت و ارگان ها
  - دریافت مدارک لازم از جمله "روزنامه رسمی" در خصوص قراردادهای یک هدلدینگ
  - دریافت آخرین لیست مهمور و امضا شده تامین اجتماعی شرکت و ارگان ها
  - ارسال نامه کتبی بیمه گذار در خصوص افراد تازه استخدام با ذکر نام و کد ملی فرد مورد نظر که در لیست تامین وارد نشده اند با مهر و امضای مدیر عامل شرکت و ملزم کردن شرکت به ارسال لیست مورد نظر پس از رد شدن بیمه ماه آتی.
  - لیست بیمه تکمیلی سال گذشته جهت حذف دوره انتظار
  - دریافت لیست اکسل اسامی نفرات اصلی و تحت تکفل با توجه به استانداردهای ثبتی سیستم صدور که پیشتر در اختیار نماینده و شرکت ها قرار گرفته است. بر اساس نام و نام خانوادگی، جنسیت خانم عدد صفر و آقا عدد یک براساس ثبت احوال، نام پدر، تاریخ تولد روز و ماه و سال به عدد به طور کامل کد ملی ۱۰ رقم و شماره شناسنامه، آدرس و کد ملی بیمه شده اصلی، نسبت (اصلی، همسر، پدر و مادر، فرزند) شماره شبا ۲۴ رقم به همراه IR بزرگ بدون فاصله - بیمه نامه تکمیلی سال قبل: در صورت داشتن بیمه نامه سال قبل عدد ۱ و در صورت نداشتن عدد ۰ ثبت گردد.
  - در لیست اکسل ارسالی ثبت شماره موبایل بیمه شدگان الزامی می باشد.
  - دریافت مدارک تحت تکفل بودن از جمله تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه پدر و مادر بیمه شده اصلی و تصویر صفحه اول دفترچه بیمه تامین اجتماعی یا سلامت و ارتش.
  - دریافت نامه کتبی از بیمه گذار در خصوص تغییر کد و نماینده در خصوص صدور قرارداد های درمان.



## موارد جهت پرداخت خسارت درمان

- \* بیماری‌هایی که دوره انتظار ۳ ماهه برای آنها لحاظ می‌گردد شامل:  
کاتاراکت - استرابیسم - پولیپ و انحراف بینی - جراحی سینوس - لوزه - آنژیوپلاستی - قلب باز - نارسایی مزمن کلیه - دیسک ستون فقرات - پروستات - واریکوسل - میومکتومی - هیستریکتومی - سیستوسل - رکتوسل . آنتروسل
- \* هزینه‌های فیزیوتراپی با دستور پزشک متخصص پرداخت می‌گردد و در صورتیکه بیش از ۱۰ جلسه انجام پذیرد، ارسال MRI الزامی می‌باشد.
- \* ارائه سی تی اسکن قبل از جراحی انحراف بینی جهت پرداخت خسارت الزامی می‌باشد.
- \* جراحی های اسلیو و تعویض مفصل زانو در گروه‌های زیر ۵۰ نفر غیرقابل پرداخت می‌باشد.
- \* تست کرونا در صورت مثبت بودن PCR قابل پرداخت می‌باشد و در صورتیکه جواب تست منفی باشد تنها در صورتیکه پزشک عفونی و متخصص ریه تجویز نماید، قابل پرداخت است.
- \* ارائه گزارش بادی آنالیز قبل از جراحی اسلیو معده الزامی می‌باشد. اعتبار گزارش بادی آنالیز ۱۵ روز از تاریخ صدور آن می‌باشد.
- \* هرنی نافی و شکمی با تایید پزشک معتمد بیمه قبل از جراحی به همراه آخرین سونوگرافی قابل پرداخت است.
- \* پرداخت هزینه سمعک طبق دستورالعمل وزارت بهداشت در خصوص خرید سمعک، فاکتو و شماره کد اقتصادی شرکت وارد کننده الزامی می‌باشد.
- \* تمامی پرداختی ها طبق تعرفه وزارت بهداشت و سندیکا بیمه‌گران صورت می‌پذیرد.