

آدرس واحد صدور:
گنبد کاووس - خیابان امام خمینی جنوبی - نبش سمیه -
طبقه دوم - پاساژ طباطبایی

تلفن واحد صدور:
۳۳۳۴۴۱۱

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

شرکت بیمه دانا به موجب پیشنهاد کتبی مورخ بیمه گذار، این قرارداد را بر اساس قانون و مقررات و عرف بیمه در ایران و شرایط خصوصی مندرج در متن و شرایط عمومی پیوست که جزء لاینفک آن می باشد، تنظیم نموده و بیمه شدگان مندرج در لیست اسامی ارسالی از طرف بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان را در ازاء دریافت حق بیمه مقرر، در مقابل بیماری ها و حوادث مشمول بیمه تحت پوشش قرار می دهد.

شماره قرارداد: ۳۳۰۱/۱۴۹۹/۹۵/۱ شماره بیمه نامه: ۳۳۰۱/۱۴۹۹/۹۵/۱ واحد صدور: حمیدرضا رجیبی کد ۱۴۹۹ - ۱۴۹۹ شماره پیشنهاد:		تاریخ صدور: ۱۳۹۵/۰۸/۱۹ کد رایانه بیمه نامه: ۷۰۶۸ نماینده بیمه/کارگزار: حمیدرضا رجیبی کد ۱۴۹۹-۱۴۹۹ شماره قرارداد سال قبل: ۹۴/۰۰۱	
نام: دانشگاه گنبد کاووس کد ۳۸۸۳۰۸۹ نشانی: استان تهران، شهر تهران - گنبد کاووس - خ شهید فلاحی بلوار بصیرت		شماره ملی/کد اقتصادی: ۴۱۱۳۶۸۷۶۴۱۵۴ تلفن: ۳۳۲۲۰۲۲۴	
مدت اعتبار قرارداد ۳۶۶ روز می باشد که از ساعت ۲۴ تاریخ ۱۳۹۵/۰۸/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ خاتمه می یابد.			
تعداد بیمه شدگان: طی الحاقیه مالیات بر ارزش افزوده: ۰ ریال عوارض شهرداری: ۰ ریال کل حق بیمه: صفر ریال		حق بیمه ماهانه هر نفر: ۵۱۵,۰۰۰ ریال حق بیمه علی الحساب پرداختی: طی الحاقیه	
۱. روش پرداخت حق بیمه: بصورت ماهانه طی اقساط مساوی با لحاظ حق بیمه های اضافی و یا برگشتی در ابتدای هر ماه می باشد. ۲. این بیمه نامه فاقد اضافه نرخ می باشد. ۳. خسارتهای بیمارستانی در وجه بیمه شده اصلی و خسارتهای پاراکلینیکی در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد			
شرح تعهدات بیمه گر			
فرانشیز	حداکثر تعهدات سالیانه	هر نفر به ریال	خانواده به ریال
۲۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰
۲۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰
۲۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
۲۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
۲۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
۲۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰
۲۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰
۲۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
۲۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰
۲۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰
۲۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰

این قرارداد با شرایط خصوصی فوق الذکر و شرایط عمومی و خصوصی پیوست که جزء لاینفک آن می باشد در دو نسخه تنظیم و به امضای طرفین رسیده است و هر نسخه دارای ارزش و اعتبار یکسان می باشد

شرکت بیمه دانا



امضاء کننده دوم

امضاء کننده اول

شناسه ملی: ۱۰۱۰۶۴۱۹۶۶
 کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹
 آدرس: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
 کد پستی: ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷
 تلفنخانه: ۸۷۷۰۹۷۱-۸۰

آدرس واحد صدور:
گنبد کاووس - خیابان امام خمینی جنوبی - نیش سمیه -
طبقه دوم - پاساژ طباطبایی

تلفن واحد صدور:
۳۳۳۴۴۴۱۱

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

شرکت بیمه دانا به موجب پیشنهاد کتبی مورخ بیمه گذار، این قرارداد را بر اساس قانون و مقررات و عرف بیمه در ایران و شرایط خصوصی مندرج در متن و شرایط عمومی پیوست که جزء لاینفک آن می باشد، تنظیم نموده و بیمه شدگان مندرج در لیست اسامی ارسالی از طرف بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان را در ازاء دریافت حق بیمه مقرر، در مقابل بیماری ها و حوادث مشمول بیمه تحت پوشش قرار می دهد.

فرانشیز	حداکثر تعهدات سالیانه		شرح تعهدات بیمه گر
	خانواده به ریال	هر نفر به ریال	
۲۰	۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	هزینه های آمبولانس بین شهری
۲۰	۰	۸۰۰,۰۰۰	هزینه های آمبولانس داخل شهری
۲۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) ، گامانایف ، پیوند کلیه ، پیوند کبد ، پیوند ریه و پیوند مغز استخوان
۲۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی (به استثناء چکاپ)، انواع رادیوگرافی ، نوار قلب ، فیزیوتراپی
۲۰	۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	هزینه دندان پزشکی
۲۰	۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت
۲۰	۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت و دارو
	۰	۱۸۵,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات سالیانه بیمه گر

این قرارداد با شرایط خصوصی فوق الذکر و شرایط عمومی و خصوصی پیوست که جزء لاینفک آن می باشد در دو نسخه تنظیم و به امضای طرفین رسیده است و هر نسخه

شرکت بیمه دانا



امضاء کننده دوم

امضاء کننده اول

دارای ارزش و اعتبار یکسان می باشد

شناسه ملی: ۱۰۱۰۶۴۱۹۶۶

کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹

آدرس: تهران ، خیابان گاندی ، خیابان پانزدهم ، پلاک ۲

کد پستی: ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷

تلفنخانه : ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰