

فرم اطلاع از شرایط و ثبت نام تکمیل درمان قرارداد بیمه ایران با انجمن شرکت های ساختمانی و ناسیانی خراسان رضوی از ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ لغایت ۱۳۹۷/۰۸/۰۱

تعدادات قرارداد برای هر نفر در سال	تعدادات قرارداد برای هر نفر در سال
۱- جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آرتیوگرافی قلب و انواع اعمال جراحی Day Care سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی هر نفر ۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	۲- جبران هزینه های مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) قلب - پیوند کبد - ریه و پیوند کلیه و مغز استخوان، گامانایف، جراحی سرطان (با احتساب بند ۱) هر نفر تا سقف ۱۶۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۳- جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین هر نفر تا سقف ۲۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال	۴- جبران هزینه های انواع اسکن، سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، MRI، انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، استرس اگو، دانسیتومتری هر نفر تا سقف ۳/۵۰۰/۰۰۰ ریال
۵- جبران هزینه های پاراکلتیکی (تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آرتیوگرافی چشم، هر نفر تا سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال	۶- جبران هزینه های جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی ها و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بقیه، گرایوتراپی، اکسیژن یون، لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم) هر نفر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۷- جبران هزینه های آزمایش، نوار قلب، رادیولوژی، فیزیوتراپی، رادیوگرافی، ژنتیک پزشکی تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال	۸- جبران هزینه ویزیت، دارو و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری برای هر نفر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال
۹- جبران هزینه های دندانپزشکی، (به استثنای هزینه های مربوط به ارتودنسی، ایمپلنت، دست دندان و اعمال زیبایی) هر نفر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال	۱۰- جبران هزینه آمبولانس داخل شهر تا سقف ۸۰۰/۰۰۰ ریال و خارج از شهر ۱/۳۰۰/۰۰۰ ریال از محل بند یک

حق بیمه برای هر نفر در ماه بابت پوشش تکمیل درمان با تعهدات فوق در شرکت بیمه ایران ۶۱۶/۳۷۰ ریال (سالانه ۷/۳۹۶/۴۴۰ ریال) میباشد، که حق بیمه کل بیمه شدگان از هر شرکت بصورت ۳۰/۳۰ نقد در زمان ثبت نام و مابقی بصورت اسناد پرداختی طی ۴ قسط به تاریخ ۹۷/۱۱/۱۱، ۹۷/۱۱/۱۱، ۹۷/۱۱/۱۱، ۹۷/۱۱/۱۱ دریافت می گردد. شرکت هایی که سابقه اسناد پرداختی برگشتی دارند می بایست حق بیمه را نقدی پرداخت کنند.

ارائه کپی کارت ملی کلیه متقاضیان جدید و شماره شبای یکی از حسابهای بانکی بیمه شده اصلی در این فرم الزامی است

مهلت ثبت نام تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۹/۱۰ می باشد.

تذکر مهم: با توجه به پیش بینی تعداد متقاضیان (که احتمالاً کمتر از ۱۰۰۰ نفر خواهند بود) این قرارداد برای کلیه بیمه شدگانی که تا تاریخ شروع این قرارداد بیمه تکمیل درمان نداشته اند، ۳ ماه دوره انتظار برای کلیه اعمال جراحی طبق ضوابط قرارداد و ۶ ماه برای زایمان از تاریخ ۹۶/۰۸/۰۱ لغایت می گردد که جراحی ها و زایمان های در این دوره زمانی مشمول استفاده از این قرارداد نخواهد بود. و همچنین از افراد بالای ۶۰ سال ۵۰٪ و بالای ۷۰ سال ۱۰۰٪ اضافه نرخ حق بیمه دریافت می شود. در صورتی که تعداد بیمه شدگان به ۱۰۰۰ نفر برسد دوره انتظار حذف و حق بیمه اضافی دریافتی بابت سن برگشت می شود.

قبل از تکمیل مشخصات در این جدول به نکات زیر توجه فرمایید: ۱- داشتن درجه بیمه بر اول کلیه بیمه شدگان از شرکت محل اشتغال ضروری است. ۲- امکان حذف بیمه شده در طول مدت قرارداد مقرر نیست. بیمه شدگان می توانند: شامل کارکنان شاغل در شرکت های عضو انجمن برابر لیست نامین اجتماعی و نیز مدیر عامل و اعضای هیئت مدیره شرکت برابر آگهی آخرین تغییرات باشند که در خصوص کارکنان و اعضاء هیئت مدیره شرکت می بایست حداقل ۵۰٪ آنان متقاضی این پوشش باشند. ۳- اعضای نظام مهندسی ساختمان خراسان رضوی به شرط آن که تا ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ تحت پوشش بیمه تکمیلی بوده اند می توانند با ارائه کارت نظام مهندسی همانند مدیران عامل و اعضای هیئت مدیره هر شرکت ثبت نام نمایند و حق بیمه مربوط به تکمیل درمان را بصورت انفرادی پرداخت نمایند. ۴- فرزندان پسر حداکثر تا سن ۲۰ سال و در صورت اشتغال به تحصیل با ارائه گواهی تحصیلی حداکثر تا سن ۲۵ سال و فرزندان دختر تا زمان ازدواج می توانند تحت پوشش قرار گیرند. ۵- در صورتی که یکی از افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی تحت پوشش قرار می گیرد، سایر اعضاء خانواده (همسر و فرزندان) می بایست با رعایت شرایط سنی تحت پوشش قرار گیرند. ۶- صرفاً پدر و مادر بیمه شده اصلی نیز با رعایت حق بیمه شرایط سنی می توانند بیمه شوند.

انتخاب شاغل در شرکت / سازمان به شماره ثبت/ عضویت ضمن آگاهی از شرایط و نیز تعهدات مندرج در جدول فوق با تکمیل اطلاعات زیر تقاضای پیوستن به قرارداد تکمیل درمان را دارم.

مشخصات بیمه شده اصلی (سرپرست خانواده): (درج کد ملی و شماره حساب شبای بیمه شده اصلی (شماره شا ۲۱ رقم می باشد. از روی دست چک و یا از بانک خود دریافت نمایند). نزد یکی از بانک ها جهت واریز هزینه های خسارت ضروری است)

نام خانوادگی:	نام پدر:	ش.ش:	تاریخ تولد:	جنسیت:
نام بانک:	شماره شبا:	کد ملی:	IR	

نام	نام خانوادگی	نسبت	نام پدر	ش.ش	تاریخ تولد	جنسیت	کد ملی (درج کد ملی ضروری است)
					/ /		
					/ /		
					/ /		
					/ /		

انتخاب: به عنوان بیمه شده اصلی ضمن ارائه مشخصات فوق آگاهی دارم در صورتی که مفاد در ارائه مشخصات و عدم رعایت شرایط ثبت نام قرارداد درمان موجب عدم دریافت هزینه از محل قرارداد شود هیچگونه اعتراضی در این خصوص نخواهم داشت. ضمناً بعد از تکمیل، این فرم می بایست به همراه مدارک از طریق شرکتی که بیمه شده در آن شاغل می باشد بصورت یکجا با نامه و چک های حق بیمه مربوطه در موعد مقرر به شرکت کارگزاری کامیاران تحویل شود. اعضای نظام مهندسی می توانند بصورت انفرادی مراجعه نمایند. تلفن تماس ثابت: همراه: تلگرام: امضاء متقاضی: مهر و امضاء شرکت: