

فرم اطلاع از جدول تعهدات سالانه و ثبت نام در قرارداد تکمیل درمان سال ۱۳۹۷ انجمن شرکت های تولید، توزیع و انتقال نیرو و ساختمانی با بیمه رازی از ۱۳۹۷/۰۱/۰۱ لغایت ۱۳۹۷/۱۲/۲۹

شرح خدمات قرارداد	ملاحظات
۱- جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع اعمال جراحی Day Care سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی هر نفر ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ 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 اکو، دانسیتومتری هر نفر تا سقف ۳/۵۰۰/۰۰۰ ریال
۵- جبران هزینه های باراکلینیک (تست ورزش، تست آزرزی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی ستجی، بینایی ستجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی 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، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن، لیپوم، بیوسپی، 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، اداپولوزی، فیزیوتراپی، رادیوگرافی، ژنتیک پزشکی تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ 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 آمبولانس داخل شهر تا سقف ۵۰۰/۰۰۰ ریال و خارج از شهر ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال از محل بند یک	۱۰- پوشش بیمه عمر و حوادث با سرمایه ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ (صد میلیون ریال) بابت بیمه عمر تا سن ۷۰ (هفتاد) سال و ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ (صد میلیون ریال) بابت بیمه حوادث تا سن ۷۵ (هفتاد و پنج) برای بیمه شده اصلی طبق ضوابط قرارداد همراه با قرارداد تکمیل درمان ارائه می گردد.

حق بیمه برای هر نفر در ماه بابت پوشش تکمیل درمان برای بیمه شده اصلی (بیمه درمان و بیمه عمر و حوادث) با تعهدات فوق در شرکت بیمه رازی ۳۴۵/۰۰۰ ریال (سالانه ۴/۱۴۰/۰۰۰ ریال) و ۳۱۳/۰۰۰ ریال (سالانه ۳/۷۵۶/۰۰۰ ریال) برای افراد تحت تکفل (فقط بیمه تکمیل درمان) میباشد، که حق بیمه کل بیمه شدگان از هر شرکت بصورت ۳۰٪ نقد در زمان ثبت نام و مابقی بصورت اسناد پرداختنی طی ۴ قسط به تاریخ ۱۳۹۷/۰۳/۰۱، ۱۳۹۷/۰۵/۰۱، ۱۳۹۷/۰۷/۰۱ و ۱۳۹۷/۰۹/۰۱ دریافت می گردد. شرکت هایی که سابقه اسناد پرداختنی برگشتی دارند می بایست حق بیمه را نقدی پرداخت کنند.

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 ماهه دوره انتظار برای کلیه اعمال جراحی طبق ضوابط قرارداد و ۶ ماهه برای زایمان از تاریخ ۱۳۹۷/۰۱/۰۱ لحاظ 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.

ارائه کپی کارت ملی کلیه متقاضیان جدید و شماره شبای یکی از حسابهای بانکی بیمه شده اصلی الزامی می باشد. مهلت ثبت نام حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۷/۰۲/۲۰ می باشد.

قبل از تکمیل مشخصات در این جدول به نکات زیر توجه فرمایید: ۱- داشتن دفترچه بیمه بیمه گر اول برای کلیه بیمه شدگان از شرکت محل اشتغال ضروری است. ۲- امکان حذف بیمه شده در طول مدت قرارداد میسر نمی باشد. بیمه شدگان می توانند: شامل کارکنان شاغل در شرکت های عضو انجمن برابر لیست تأمین اجتماعی و نیز مدیر عامل و اعضای هیأت 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- 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. ۴- در صورتی که یکی از افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی تحت پوشش قرار بگیرد، سایر اعضاء خانواده (همسر و فرزندان) می بایست با رعایت شرایط سنی تحت پوشش قرار گیرند. ۵- صرفاً پدر و مادر بیمه شده اصلی نیز با رعایت میزان حق بیمه شرایط سنی می توانند به اختیار بیمه شوند.

اینجانب شاغل در شرکت به شماره ثبت 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 شبا ۲۴ رقم می باشد. از روی دسته چک و یا از بانک خود دریافت نمایید). نزد یکی از بانک ها جهت واریز هزینه های خسارت ضروری است)

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

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

اینجانب به عنوان بیمه شده اصلی ضمن ارائه مشخصات فوق آگاهی دارم در صورتی که مغایرت 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. (فرم می بایست به تأیید شرکت برسد). برای اعضای نظام مهندسی که تا ۱۳۹۷/۰۱/۰۱ دارای بیمه تکمیل درمان بوده اند فقط ارائه کارت عضویت الزامی است.

تلفن تماس ثابت: تلفگرام: امضاء متقاضی: مهر و امضاء شرکت:

جهت دریافت پاسخ سئوالات می توانید با واحد درمان شرکت کارگزاری رسمی بیمه کامیاران کیهان تماس حاصل فرمایید. مهلت ثبت نام حداکثر تا ۱۳۹۷/۰۲/۲۰ می باشد. تلفن ۳۸۴۱۹۳۴۲ (خط ۵) داخلی ۲ و مستقیم ۳۸۴۷۰۲۹۴