

**فرم اطلاع از شرایط و ثبت نام تکمیل درمان قرارداد انجمن شرکت های ساختمانی و تأسیساتی خراسان رضوی از ۱۳۹۷/۰۸/۰۱ لغایت ۱۳۹۸/۰۷/۳۰**

**تعهدات قرارداد برای هر نفر در سال با رعایت مفاد آن**

۱- جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آزیوتراپی، قلب، گاماناب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care (به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد) هر نفر تا سقف	۸۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۲- هزینه اعمال جراحی مربوط به جراحی مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) قلب - پیوند کبد- ریه و پیوند کلیه و مغز استخوان (با احتساب بند ۱) هر نفر تا سقف	۱۶۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۳- هزینه های زایمان (طبیعی و سزارین) هر نفر تا سقف	۲۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۴- هزینه های پاراکلینیک شامل: انواع سونوگرافی، مایوگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام. آر. آی، اکتوگرافی، استرس اکو، دانهستومتری، هزینه تشخیص بیماری و ناهنجاری های جنین هر نفر تا سقف	۳/۵۰۰/۰۰۰ ریال
۵- هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آزرزی، تست تنگی، نوار عصب، نوار مغز، نوار مته، شوای سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلبه آزیوتراپی چشم هر نفر تا سقف	۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال
۶- هزینه های جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی ها، کج گیری، ختنه، بقیه، گرابوتراپی، اکتیویون، لیوم، میوسس، تخلیه کیست، و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم) و کشیده بقیه هر نفر تا سقف	۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۷- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیصی پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و زنتیک پزشکی، انواع رادیوتراپی، نوار قلب، فیزیوتراپی تا سقف	۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۸- جبران هزینه ویزیت، دارو (بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری برای هر نفر تا سقف	۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال
۹- جبران هزینه های دندانپزشکی، (به استثنای ارتودنسی و ایمپلنت) هر نفر تا سقف	۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۱۰- هزینه آمبولاس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	داخل شهری ۵۰۰/۰۰۰ ریال شهری ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال

**قبل از تکمیل مشخصات در این جدول به نکات زیر توجه فرمایید:**

۱- داشتن دفترچه بیمه بیمه گر اول برای کلیه بیمه شدگان اصلی از شرکت محل اشتغال ضروری است. و سایر بیمه شدگان می بایست بیمه گر پایه داشته باشند 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 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 ۱۳۹۷/۰۸/۰۱ تحت پوشش بیمه تکمیلی باشند 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- پدر و مادر بیمه شده اصلی نیز با رعایت حق بیمه شرایط سنی می توانند بیمه شوند و پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی می توانند با ۱۰٪ اضافه نرخ تحت پوشش قرار گیرند.

**تذکر مهم:** با توجه به پیش بینی تعداد متقاضیان (که احتمالاً کمتر از ۱۰۰۰ نفر خواهند بود) در 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 ۱۳۹۷/۰۸/۰۱ 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.

**حق بیمه برای هر نفر در ماه بابت پوشش تکمیل درمان با تعهدات فوق در شرکت بیمه ۶۶۰/۰۰۰ ریال (سالانه ۷/۹۲۰/۰۰۰ ریال) میباشد، که حق بیمه کل بیمه شدگان از هر شرکت بصورت ۳۰٪ نقد بصورت اسناد پرداختی طی ۴ قسط به تاریخ ۹۷/۱۱/۱، ۹۸/۱/۱، ۹۸/۳/۱ و ۹۸/۵/۱ دریافت می گردد. شرکت هایی که سابقه اسناد پرداختی برگشتی دارند می بایست کل 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**

**شرکت بیمه طرف قرارداد انجمن شرکت بیمه کوثر می باشد که مناسب ترین نرخ و شرایط را اعلام نموده و خدمات آن همانند سنوات گذشته از سوی کارگزاری مجری خدمات انجمن صورت می پذیرد. همچنین برابر ضوابط شرکت بیمه کلیه بیمه شدگان اصلی (سرپرست خانواده) تا مبلغ ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال تحت پوشش بیمه عمر (فوت به هر علت) و ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال (فوت در اثر حادثه) قرار می گیرند.**

**ارائه تصویر صفحه اول دفترچه بیمه والدین تحت تکفل و غیر تحت تکفل الزامی است.**

**مهلت ثبت نام تا تاریخ ۱۳۹۷/۰۸/۲۵ می باشد.**

اینجانب **شاغل در شرکت / سازمان** به شماره ثبت/عضویت **نام خانوادگی:** **نام پدر:** **ش.ش:** **تاریخ تولد:** / / **جنسیت:**

ضمناً 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 تا 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)

کد ملی:  نام بانک:  شماره شبا:

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

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. 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.**

تلفن تماس ثابت: **همراه:** **تلفن همراه:** **امضاء متقاضی:** **مهر و امضاء شرکت:**

آدرس کارگزاری مجری انجمن: **شرکت کارگزاری رسمی بیمه کامیاران کیهان: مشهد- خیابان سناباد- بین سناباد ۵۸ و چهارراه راهنمایی پلاک ۷۷۰ (ساختمان شیرین) طبقه سوم واحد ۳۸۴۷۰۲۹۴** تلفن ۳۸۴۱۹۳۴۲ (خط ۵) داخلی ۲ و مستقیم ۳۸۴۷۰۲۹۴