

فرم اطلاع از شرایط و ثبت نام تکمیل درمان قرارداد انجمن شرکت های ساختمانی و تأسیساتی خراسان رضوی از ۱۳۹۸/۰۸/۰۱ لغایت ۱۳۹۹/۰۷/۳۰

تعداد قرارداد برای هر نفر در سال به این حد است

۱- جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف 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	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ 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	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۳- هزینه های زایمان (طبیعی و سزارین) هر نفر تا سقف	۳۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۴- هزینه های پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام. آر. آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانستومتری، هزینه تشخیصی بیماری و ناهنجاری های جنین هر نفر تا سقف	۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۵- هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آزرزی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی شنجی، بینایی شنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم هر نفر تا سقف	۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۶- هزینه های جراحی های مجاز سرپایی شامل: سنگسنگی ها، گچ گیری، ختنه، بغیه، گرایوتراپی، اکسیژن، لیوم، بیوسی، تخلیه کیست، و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم) و کشیده بغیه هر نفر تا سقف	۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۷- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیصی پزشکی، بائولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی تا سقف	۴/۰۰۰/۰۰۰ 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	۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال
۹- هزینه آمبولانس 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 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 در خصوص کارکنان و اعضای هیئت مدیره شرکت می بایست حداقل ۵۰٪ آنان متقاضی این پوشش باشند. ۳- اعضای نظام مهندسی ساختمان خراسان رضوی به شرط آن که تا ۱۳۹۸/۰۸/۰۱ 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 اعضای 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 ۱۰۰٪ اضافه نرخ تحت پوشش قرار گیرند. و همچنین از افراد بالای ۶۰ سال ۵۰٪ و بالای ۷۰ سال ۱۰۰٪ اضافه نرخ حق بیمه دریافت می شود.

**دوره انتظار:** دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان در گروه های زیر ۲۵۰ نفر ۹ ماه و گروه های بیش از ۲۵۰ نفر ۶ ماه و پوشش بیماریهای مزمن ۳ ماه می باشد و در گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر فاصله دوره انتظار می باشد. ضمناً در صورتی که بیمه نامه تمدید سال قبل باشد با ارائه مدارک مثبت دوره انتظار جهت بیمه شدگانی که این دوران را ننموده اند منظور می گردد.

حق بیمه برای هر نفر در ماه بابت پوشش تکمیل درمان با تعهدات فوق در شرکت بیمه ۷۴۰/۰۰۰ ریال (سالانه ۸/۸۸۰/۰۰۰ ریال) میباشد، که حق بیمه کل بیمه شدگان از هر شرکت بصورت ۳۰٪ نقد و الباقی طی ۴ فقره بصورت اسناد پرداختنی به تاریخ های ۹۸/۱۱/۱، ۹۹/۱/۱، ۹۹/۳/۱ و ۹۹/۵/۱ دریافت می گردد. شرکت هایی که سابقه اسناد پرداختنی برگشتی دارند می بایست کل حق بیمه را نقدی پرداخت کنند

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 بر این ضوابط شرکت بیمه کلیه بیمه شدگان اصلی (سرپرست خانواده) تا مبلغ ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال تحت پوشش بیمه عمر (فوت به هر علت) و ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (فوت در اثر حادثه) قرار می گیرند.

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 شای بیمه شده اصلی (شماره شا ۲۴ رقم می باشد. از روی دهنه چک و یا از بانک خود دریا)

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

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. 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: تلگرام: 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 ۵ تلفن ۳۸۴۱۹۳۴۲ (خط ۵) داخلی ۲ و مستقیم ۳۸۴۷۰۲۹۴