

" شرایط ثبت نام تکمیل درمان ویژه اعضای محترم انجمن شرکت های ساختمانی و تأسیساتی استان خراسان رضوی "

به منظور فراهم آوردن شرایط استفاده بهینه اعضای محترم از خدمات بیمه های مورد نیاز بویژه بیمه نامه تکمیل درمان که به صورت گروهی از سوی شرکت های بیمه ارائه می شود، انجمن طبق سنوات گذشته با انعقاد این قرارداد زمینه استفاده اعضای محترم از این بیمه نامه را فراهم آورده است. لذا با توجه به محدودیت فرصت ثبت نام، از اعضای محترم خواهشمند است ضمن مطالعه شرایط ذیل و فرم ثبت نام در صورت تقاضا و دارا بودن شرایط اقدامات لازم را درخصوص ثبت نام به عمل آورند:

۱- اعتبار قرارداد تکمیل درمان از ۹۰/۰۸/۰۱ به مدت یکسال تا تاریخ ۹۱/۰۸/۰۱ و با شرایط مندرج در فرم ثبت نام خواهد بود. مهلت ثبت نام از تاریخ ۹۰/۰۷/۱۳ لغایت ۹۰/۰۸/۱۰ در نظر گرفته شده است که بعد از بسته شدن لیست ثبت نام، اضافه شدن به بیمه شدگان در طول مدت قرارداد میسر نمیباشد.

۲- میزان حق بیمه هنر نفر در ماه معادل ۹۸۰۰۰ ریال می باشد که تعهدات و شرایط بیمه نامه، در فرم ثبت نام آورده شده است.

۳- بیمه شدگان می توانند شامل مدیرعامل، اعضای هیأت مدیره و کارکنان هر شرکت به همراه اعضای خانواده تحت تکفل ایشان باشند.

۳-۱- مدیرعامل و اعضای هیأت مدیره با ارائه آگهی آخرین تغییرات و کارکنان شرکت با ارائه آخرین لیست تأمین اجتماعی می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند.

۳-۲- در صورت تقاضای پوشش تکمیل درمان برای مدیرعامل و اعضای هیأت مدیره، می بایست حداقل ۷۰٪ این تعداد و افراد تحت تکفل ایشان و در صورت تقاضا برای کارکنان می بایست حداقل ۷۰٪ افراد مندرج در لیست بیمه تأمین اجتماعی به همراه افراد تحت تکفل ایشان متقاضی بیمه تکمیل درمان باشند.

۴- نحوه ثبت نام: هر شرکت می تواند با تهیه یک نمونه از فرم ثبت نام و تکثیر آن به تعداد بیمه شدگان اصلی (هر خانواده) آنرا را در اختیار متقاضیان در شرکت قرار داده و بعد از تکمیل و جمع آوری فرم ها، همراه با مدارک ثبت نام به دفتر کارگزاری خدمات بیمه انجمن به آدرس مندرج در ذیل تحویل نماید. (پشت این برگه)

۵- مدارک مورد نیاز ثبت نام:

۵-۱- فرم ثبت نام تکمیل شده مشخصات بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل (فرم ثبت نام) که به تأیید شرکت رسیده باشد.

۵-۲- کپی آگهی آخرین تغییرات جهت ثبت نام مدیرعامل و اعضای هیأت مدیره و لیست بیمه تأمین اجتماعی آخرین ماه جهت ثبت نام کارکنان

۵-۳- نامه تقاضای شرکت مبنی بر پوشش بیمه تکمیل درمان کارکنان خطاب به کارگزار خدمات بیمه انجمن

۵-۴- تسویه حساب حق بیمه کل بیمه شدگان شرکت در ۴ قسط به تاریخ ۸/۱، ۱۰/۱، ۹۰/۱۲/۱ و ۹۱/۳/۱ با پرداخت چک معتبر بانکی عضو انجمن یا پرداخت نقدی حق بیمه سالانه بطور یکجا یا واریز به حساب سپهر شماره ۰۱۰۳۰۰۶۲۷۹۰۰۶ بنام شرکت کارگزاری بیمه کامیاران کیهان و تحویل فیش مربوطه به کارگزاری

۶- نحوه تهیه و دریافت فرم های ثبت نام در مهلت مقرر:

۱- چاپ گرفتن از سایت انجمن به آدرس www.kh-syn.org

۲- دریافت از محل دفتر انجمن در ساعات اداری

۳- دریافت از شرکت کارگزاری بیمه کامیاران (از ساعت ۸ صبح لغایت ۵ بعدازظهر)

لازم به ذکر است صرفاً ثبت نام هایی که از طریق کارگزار خدمات بیمه انجمن و ذیل تفاهمنامه مربوطه انجام شود مورد تأیید و نظارت انجمن خواهد بود و ثبت نام احتمالی در سایر لیست های بیمه تکمیل درمان شرکت های بیمه مشمول نظارت انجمن نمی باشد.

۷- محل مراجعه جهت دریافت فرم ثبت نام، تحویل مدارک و پرداخت حق بیمه ثبت نام در مهلت در نظر گرفته شده:

مشهد- خیابان سناباد- حدفاصل بانک خون تا چهارراه راهنمایی- سناباد ۵۸- ساختمان ۱۷۱- شرکت کارگزاری بیمه

کامیاران- واحد تکمیل درمان تلفن تماس: (خط ۵) ۸۴۱۹۳۴۲ (داخلی ۱)

فرم ثبت نام و جدول تعهدات سالانه قرارداد تکمیل درمان و حوادث سال ۱۳۹۰ انجمن شرکت های ساختمانی و تأسیساتی خراسان رضوی

- ۱- جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات هر نفر تا سقف ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (هزینه های آمبولاس داخل شهر تا سقف ۳۰۰/۰۰۰ ریال و خارج از شهر تا سقف ۶۰۰/۰۰۰ ریال)
- ۲- جبران هزینه جراحی های مغز و اعصاب (به استثناء دیسک ستون فقرات) قلب، پیوند کبد، ریه، پیوند کلیه و مغز استخوان (با احتساب بند ۱) هر نفر تا سقف ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۳- جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین هر نفر تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۴- جبران هزینه های انواع اسکن، سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، MRI، انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری هر نفر تا سقف ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵- جبران هزینه های پاراکلینیکی (تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوارمغز، نوار مئانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم، هر نفر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال)
- ۶- جبران هزینه جراحی های مجاز سرپایی (شکستگی ها، گچگیری، ختنه، بخیه، اکسیژن لیووم، کرایوتراپی، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی هر نفر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال)
- ۷- جبران هزینه های رفع عیوب انکساری چشم (با نمره چهار و یا بیشتر که قبل از عمل به تأیید پزشک معتمد بیمه گر برسد) برای هر چشم ۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال برای هر دو چشم هر نفر تا سقف ۶/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۸- جبران هزینه های آزمایش، نوار قلب، رادیولوژی، فیزیوتراپی، رادیوگرافی، ژنتیک پزشکی تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال از محل بند ردیف ۵
- ۹- جبران هزینه ویزیت و دارو از محل ردیف ۶ هر نفر تا سقف ۵۰۰/۰۰۰ ریال برای هر کدام و جمعا ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۱۰- پوشش سرمایه بیمه حوادث بیمه شدگان (حداکثر تا سن ۷۵ سال) هر نفر تا سقف ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال بابت فوت در اثر حادثه

میزان حق بیمه برای هر نفر در ماه بابت پوشش تکمیل درمان و حوادث با تعهدات فوق ۹۸/۰۰۰ ریال (سالانه ۱/۱۷۶/۰۰۰ ریال) میباشد.

ضمنا همراه با این بیمه نامه پوشش طرح جامع بیمه آتش سوزی منازل مسکونی با تعهدات کامل زیر نیز ارائه می شود که در ازاء این تعهدات مبلغ ماهانه ۱۴/۲۰۰ ریال فقط به حق بیمه سرپرست خانواده اضافه می گردد.

بیمه آتش سوزی، انفجار، صاعقه، ساختمان و اساس منزل تا سقف ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و مسئولیت خسارت های مالی در برابر اشخاص ثالث ناشی از آتش سوزی و انفجار تا سقف ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و نیز خسارت های مالی تا سقف ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و همچنین غرامت فوت یا نقص عضو اشخاص ثالث و همسایگان ناشی از آتش سوزی و انفجار محل تا سقف ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

شرکت بیمه طرف قرارداد شرکت بیمه معلم بوده که طرف قرارداد کلیه بیمارستان ها و مراکز درمانی بوده و خدمات مربوط به پرداخت خسارت تحت نظارت انجمن و توسط کارگزار مجری خدمات بیمه انجمن انجام می شود.

تذکر مهم: برای کلیه بیمه شدگانی که در سال گذشته بیمه تکمیل درمان نداشته اند، ۳ ماه دوره انتظار برای اعمال جراحی و ۶ ماه برای زایمان از تاریخ ۹۰/۸/۱ لحاظ می گردد که که جراحی ها و زایمان های در این دوره زمانی مشمول استفاده از این قرارداد نخواهد بود.

قبل از تکمیل مشخصات در این جدول به فرم شرایط ثبت نام و نکات زیر توجه فرمایید :

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 . در صورتی که یکی از افراد تحت تکفل تحت پوشش قرار میگیرد ، سایر اعضاء خانواده (همسر و فرزندان) می بایست با رعایت شرایط سنی تحت پوشش قرار گیرند. پدر و مادر بیمه شده اصلی در صورتی که تحت تکفل باشند می توانند به اختیار بیمه شوند. اگر بیمه شده اصلی مؤنث باشد حق بیمه مربوط به همسر و فرزندان دو برابر دریافت خواهد شد . همچنین از افراد بالای ۶۰ سال ۵۰٪ و بالای ۷۰ سال ۱۰٪ اضافه نرخ حق بیمه دریافت میشود.

اینجانب شاغل در شرکت ساختمانی و تأسیساتی 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 ضروری است)

نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	ش ش	جنسیت	کد ملی	شماره دفترچه بیمه
			/ /				

مشخصات افراد تحت تکفل :

(درج کد ملی ضروری است)

نام	نام خانوادگی	نسبت	نام پدر	تاریخ تولد	ش ش	جنسیت	کد ملی	شماره دفترچه بیمه
				/ /				
				/ /				
				/ /				
				/ /				
				/ /				

جهت دریافت پاسخ هرگونه ابهام می توانید با واحد درمان شرکت کارگزاری بیمه کامیاران تماس حاصل فرمایید. (خط) ۸۴۱۹۳۴۲ - داخلی ۱

آدرس منزل : تلفن تماس ثابت : همراه : امضاء متقاضی : مهر و امضاء شرکت :