

۱۳۹۷/۰۹/۱۷

تاریخ:

۳۳۹۳/۹۷/۱۷۷

شماره:

پیوست:

**قائم مقام محترم دبیر کل خانه صنعت، معدن و تجارت ایران**

**جناب آقای خالقی**

**باسلام**

بازگشت به درخواست شماره ۲۲۵۴۸-۵۴۰۳ مورخ ۹۷/۰۸/۲۶ باستحضاری رساند نرخ و شرایط پیشنهادی جهت تعداد ۲۵۵ نفر از کارکنان و افراد تحت تکفل به شرح ذیل می باشد .

**جدول پوشش و سقف تعهدات بیمه تکمیل درمان**

فرانشیز	طرح ۱	شرح تعهدات بیمه گر
۳۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱- جبران هزینه اعمال جراحی و بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود در اثر حادثه یا بیماری، آنژیوگرافی، انواع سنگ شکن و دیسک ستون فقرات، هزینه های (بستری)، شیمی درمانی، گامانایف حداکثر در سال تامبلغ:
۳۰	۴۵/۰۰۰/۰۰۰	۲- جبران هزینه های زایمان، اعم از طبیعی و سزارین حداکثر در سال تا مبلغ:
۳۰	۱۸۰/۰۰۰/۰۰۰	۳- جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (باستثناء دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان با احتساب ردیف ۱ حداکثر در سال تامبلغ:
۳۰	۱۸/۰۰۰/۰۰۰	۴- جبران هزینه رفع عیوب انکساری چشم، در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. حداکثر در سال برای هر دو چشم مبلغ:
۳۰	۱۸/۰۰۰/۰۰۰	۵- پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکار دیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری حداکثر در سال تامبلغ:
۳۰	۹/۰۰۰/۰۰۰	۶- پاراکلینیکی ۲: جبران هزینه های تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر، مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم حداکثر در سال تامبلغ:
۳۰	۹/۰۰۰/۰۰۰	۷- جبران هزینه های جراحی های مجاز سرپایی مانند شکسته بندی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر در سال تامبلغ:
۳۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	۸- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی (باستثناء چکاپ پزشکی): شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی، حداکثر در سال تامبلغ:
۳۰	۵۰۰/۰۰۰	۹- جبران هزینه آمبولانس بشرط بستری در بیمارستان داخل شهر حداکثر در سال تامبلغ:
۳۰	۱/۰۰۰/۰۰۰	۱۰- جبران هزینه آمبولانس بشرط بستری در بیمارستان خارج شهر حداکثر در سال تامبلغ:
۳۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۱- هزینه تشخیص ناهنجاریهای جنین (غربالگری)، منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر در سال تامبلغ:
-	۶۲۰/۰۰۰ ریال	مبلغ حق بیمه هر نفر ماهیانه:

۱۳۹۷/۰۹/۱۷

تاریخ:

۳۳۹۳/۹۷/۱۷۷

شماره:

پیوست:

تعهدات و حق بیمه قرارداد عمر و حوادث گروهی (جهت بیمه شده اصلی)

پوشش فوت به هر علت	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
پوشش فوت به علت حادثه	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
مبلغ حق بیمه سالیانه (برای هر نفر بیمه شده اصلی) با احتساب مالیات و عوارض	۶۹۸/۰۰۰ ریال

توضیحات:

- ۱- برای ارائه پوشش درمان گروهی، می بایست حداقل ۷۰٪ کل کارکنان بیمه گذار به اتفاق اعضاء خانواده خود همزمان تحت پوشش قرار گیرند. در غیر این صورت این نرخ فاقد اعتبار است.
- ۲- چنانچه تعداد بیمه شدگان قرارداد کمتر از ۲۵۰ نفر باشد دوره انتظار زایمان ۹ ماه، از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه و سایر بیمه بها ۳ ماه منظور میگردد و گروههای بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.
- ۳- در صورتیکه این قرارداد، تمدید قرارداد درمانی سال قبل باشد و یا بلافاصله بعد از انقضای قرارداد نزدیکتر در این شرکت منعقد شود (بارائه مستندات) دوره انتظار فقط جهت بیمه شدگانی که این دوران طی نموده اند منظور میگردد.
- ۴- والدین تحت تکفل و غیر تحت تکفل کارکنان (بیمه شده گان اصلی) بشرط اینکه تحت پوشش یکی از بیمه گران اولیه باشند، میتوانند از مزایای این بیمه نامه استفاده نمایند.
- ۵- حداکثر مهلت اعتبار نرخ و شرایط حداکثر ۳۰ روز از تاریخ نامه خواهد بود.
- ۶- شرط داشتن بیمه گر اول برای کلیه کارکنان و بیمه شدگان از طریق بیمه گذار، که دارای کد کارگاهی یکسان برای کارکنان باشد و صدور همزمان بیمه های عمر و حوادث گروهی کارکنان، الزامی است. لذا ارائه لیست بیمه گراول ممهور به مهر سازمان بیمه در زمان صدور قرارداد ضروری می باشد.
- ۷- چنانچه در تاریخ شروع قرارداد تعداد بیمه شدگان کمتر از ۱۰۰۰ نفر باشند، اضافه نرخ سنی جهت بیمه شدگان ۶۹-۶۱ سال (۵۰ درصد) و ۷۰ سال به بالا (۱۰۰ درصد) اعمال میگردد.
- ۸- بیمه شده اصلی موظف است برای تمام اعضاء خانواده خود در خواست بیمه نماید، لیکن بیمه گر میتواند از بیمه کردن فرد یا افرادی از خانواده خودداری نماید.

با تشکر

یاسر اکبری - کد ۲۴۵۰۶



بسمه تعالی



## فرم مشخصات شخصی متقاضی

### بیمه تکمیل درمان و عمر و حوادث گروهی

ضمن آرزوی سلامتی و توفیق روز افزون ، در راستای تحقق تفاهم نامه ی منعقدده خانه ی صنعت ، معدن و تجارت ایران با شرکت بیمه ی آسیا به شماره ی ۲۲۲۶-۸۳۵۱ مورخ ۱۳۹۷/۷/۱۶ در نظر است کارکنان محترم خانه های صنعت ، معدن و تجارت و انجمن های صنفی \_ تخصص ذیربط در سراسر کشور، از امکان استفاده از بیمه های تکمیل درمان و عمر و حوادث گروهی برخوردار گردند . این امر مستلزم ارائه ی فهرست اسامی و مشخصات شخصی کارکنان محترم و اعضای گرامی خانواده ی ایشان می باشد . لذا خواهشمند است با توجه به ماده ی ۴ آیین نامه ی شماره ی ۹۴ مصوب ۱۳۹۱/۰۵/۲۴ بیمه های درمان ، که مبنی بر رعایت اصل حسن نیت می باشد ، پرسشنامه ی ذیل با دقت و صداقت و به طور کامل و خوانا تکمیل گردد.

نام ..... نام خانوادگی..... محل تولد ..... محل صدور ..... نام پدر .....

روز	ماه	سال شمسی

تاریخ تولد .....

جنسیت ..... زن  مرد

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کد پرسنلی بیمه شده ی اصلی .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کد ملی .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره شناسنامه .....

واحد سازمانی (خانه/انجمن).....

استان .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره بیمه گر پایه (به طور مثال تأمین اجتماعی )

تاریخ شروع پوشش بیمه / / ۱۳ / / تاریخ پایان پوشش بیمه / / ۱۳

در صورتی که سال گذشته با الحاقیه به بیمه ی تکمیل درمان قبلی افرادی اضافه شدند و هنوز دوران انتظارشان طی نشده، تاریخ شروع الحاقیه سال گذشته را وارد نمایید / / ۱۳

لطفا جهت واریز هزینه های تکمیل درمان یک شماره حساب و شماره کارت متصل به آن و شماره شبای مربوط به آن آن را اعلام فرمایید.

--

شماره حساب

--

شماره کارت

--

شماره شبا

نام بانک..... کد شعبه .....

تلفن همراه ( همیشه در دسترس باشد) .....



تلفن ثابت ( با ذکر کد شهرستان ).....  
نشانی محل کار .....  
تلفن محل کار .....  
رایانامه (ایمیل).....

افراد تحت تکفل بیمه گذار اصلی :

شماره	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	محل تولد	محل صدور	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی	نوع تکفل	شماره شناسنامه	شماره ملی
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											

تاریخ تکمیل: / / ۱۳

نام و نام خانوادگی:

امضا