



تاریخ: ۱۴۰۰/۴/۲۲

شماره: ۱۴۰۰، ۲۴، ۳۷

پیوست:

اطلاعیه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث

بدینوسیله به اطلاع تمامی اعضای محترم سازمان می‌رساند که ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث از ساعت ۱۴ الی ۱۸ مورخ‌های ۱۴۰۰/۴/۲۲ لغایت ۱۴۰۰/۵/۶ (بجز ایام تعطیل رسمی) انجام خواهد گرفت. لذا علاقمندان می‌توانند پس از مطالعه شرایط و هزینه های پوشش بیمه ای و اطلاعات مندرج در فرم های (۱، ۲، ۳ و ۴) پرینت فرم های ۵ و ۶ را از سایت سازمان به آدرس www.azarnezam.ir دریافت نموده و پس از تکمیل فرم های مزبور آنها را به پیوست مدارک مندرج در فرم ۴، در طبقه سوم ساختمان مرکزی سازمان (دبیرخانه)، واقع در بلوار استاد شهریار به سرکار خانم حکیمی نماینده بیمه تحویل فرمایند. بدیهی است بعلت شرایط بیمه طرف قرارداد، مهلت مذکور تمدید نخواهد شد. ق ۴/۲۱

فرم شماره ۱

شرایط و مبلغ حق بیمه :

ردیف	عنوان	مبلغ سالیانه (به ریال) به ازای هر بیمه شده
۱	بازای هر نفر بیمه شده اصلی (کمتر از ۶۰ سال) و خانواده تحت تکفل (همسر، فرزندان و والدین) برای بیمه درمان تکمیلی	۱۶۶۸۷۹۰۰
۲	هزینه بیمه شده اصلی، همسر و والدین تحت تکفل (هر کدام مابین ۶۱ تا ۷۰ سال) برای بیمه درمان تکمیلی	۲۵۰۳۱۸۵۰
۳	هزینه بیمه شده اصلی، همسر و والدین تحت تکفل (هر کدام بالای ۷۰ سال) برای بیمه درمان تکمیلی	۳۳۳۷۵۸۰۰
۴	هزینه بیمه والدین غیر تحت تکفل کمتر از ۶۰ سال سن به ازای هر نفر برای بیمه درمان تکمیلی	۲۵۰۳۱۸۵۰
۵	هزینه بیمه والدین غیر تحت تکفل مابین ۶۱ تا ۷۰ سال به ازای هر نفر برای بیمه درمان تکمیلی	۳۳۳۷۵۸۰۰
۶	هزینه بیمه والدین غیر تحت تکفل بالای ۷۰ سال سن به ازای هر نفر برای بیمه درمان تکمیلی	۴۱۷۱۹۷۵۰
۷	هزینه بیمه عمر و حوادث (فقط برای بیمه شده اصلی)	۹۹۸۰۰۴

نکته قابل توجه :

- به اطلاع اعضای محترمی که سال گذشته تحت پوشش بیمه تکمیل درمان نبوده‌اند و امسال تحت پوشش قرار می‌گیرند، می‌رساند (به شرطی که تعداد ثبت نام کنندگان بیش از ۱۰۰۰ نفر باشد) حداقل زمان انتظار برای هزینه زایمان ۳ ماه از تاریخ ۱۴۰۰/۳/۳۱ می‌باشد.



سازمان نظام مهندسی ساختمان استان

نامه های صادره بدون مهر سازمان فاقد اعتبار می باشند.

تبریز - چایکنار - بلوار استاد شهریار - بعد از پل گلکار - پایین تراز بنیاد شهید و امور ایثارگران

Web: www.azarnezam.ir

تلفن: ۰۴۱-۳۶۵۹۸۳۰۰

جدول تعهدات بیمه گر (فرم شماره ۲)

ردیف	بوش ها	سقف تعهدات (ریال)	فراشیز در صورت نبود بیمه پایه
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع جراحی ستون فقرات و انواع سنگ شکن در بیمارستان و بیماری های کرونا و مراکز جراحی محدود و DAY CARE	۱۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۲	افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای جراحی ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز و استخوان و جراحی آتروپلاست و استند قلب	۳۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۳	زایمان اعم از طبیعی و سزارین «سزارین اختیاری و غیر اختیاری»	۶۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۴	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۱: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن، انواع آندسکوپی، ام ار آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، انواع غربالگری جنین و ناهنجاری های جنین، سیتی آنژیو	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۵	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۲: تست ورزش، تست آلرژی، تیت تنفسی (اسپیرو متری، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز نوار مئانه)، (سیستومتری یا سیستوگرام) شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۶	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۳: اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۷	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق بینایی دو چشم از ۳ دیوپتر بیشتر باشد	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۸	جبران خدمات آزمایشگاهی شامل چک آپ پزشکی، آزمایش های تشخیص پزشکی، انواع پاتولوژی، انواع رادیوگرافی، نوار قلبی، فیزیوتراپی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۹	جبران هزینه های ویزیت (پزشک عمومی و متخصص و فوق تخصص)	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۰	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی پس از تایید پزشک معتمد و تایید بیمه گر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۱	هزینه های درمان ناباروری و نازایی (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی محدود	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۲	هزینه های دارویی شیمی درمانی، هزینه های دارو درمانی MS و داروهای مربوط به بیماری های خود ایمنی	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۳	هزینه های مربوط به دندان پزشکی (شامل کشیدن هر نوع دندان، جراحی دندان، ترمیم کردن دندان جرمگیری دندان، عصب کشی، پر کردن دندان)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۴	جبران هزینه آمبولانسی و سایر فوریت های 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	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
	جبران هزینه آمبولانسی و سایر فوریت های 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	۱,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
حق بیمه پیشنهادی برای هر نفر (ریال)			
مالیات بر ارزش افزوده			
جمع (ریال)			

مهر و امضاء شرکت بیمه

فرم شماره ۳

۱- مدت قرارداد

مدت این قرارداد به سبب استمرار قرارداد بیمه در سنوات قبل یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت ۲۴ روز ۱۴۰۰/۰۳/۳۱ شروع و در ساعت ۲۴ روز ۱۴۰۱/۰۳/۳۰ خاتمه می یابد.

۲- شرایط

- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت ۳ ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر ۳ ماه پس از انجام آن خواهد بود. بدیهی است بعد از انقضا این مهلت، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.
- جهت صدور معرفی نامه و یا پرداخت خسارت برای فرزندان ذکور از سن ۲۰ تا ۲۶ سال ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و برای فرزندان اناث بالای ۱۶ سال و یا مطلقه ارائه تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه الزامیست.
- در زمان پرداخت اولین خسارت و یا صدور اولین معرفی نامه بایستی صفحه اول دفترچه بیمه پایه به همراه سایر مدارک به بیمه گر تحویل گردد.
- جهت صدور معرفی نامه و یا پرداخت خسارت زایمان ارائه تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه و صفحه اول دفترچه بیمه پایه الزامیست.
- کارکنان و اعضای اناث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را با رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.
- بازنشستگان بیمه گزار صرفاً در ابتدای قرارداد به اتفاق کلیه اعضا خانواده می توانند تحت پوشش قرار گیرند.
- در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.
- چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه گزار عمداً از اظهار مطالبی خودداری نموده یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است و حق بیمه پرداختی مسترد نخواهد شد.
- افرادی که در طول مدت قرارداد میتوانند به تعداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی، همسر کارکنانی که ازدواج کرده اند و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گزار حداکثر ظرف یکماه)
- ثبت نام بیمه شدگان (اعم از اصلی و وابسته) در بیمه درمان گروهی به هیچ عنوان مشروط به داشتن بیمه پایه (اول) نخواهد بود.
- بیمه شدگان بیمه عمر و حادثه تا سن ۷۰ سال تمام تحت پوشش بیمه عمر و تا سن ۷۵ سال تمام تحت پوشش بیمه حادثه خواهند بود.
- بیمه شدگان لیست مراکز آنلاین طرف قرارداد را از سایت بیمه میهن دریافت نمایند.

فرم شماره ۴

مدارک مورد نیاز:

- اصل و تصویر کارت ملی تمام بیمه‌شوندگان
- اصل و تصویر شناسنامه تمام بیمه‌شوندگان
- اصل و تصویر کارت عضویت سازمان نظام مهندسی ساختمان استان
- اصل و تصویر صفحه اول دفترچه تمام بیمه‌شوندگان

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان آذربایجان شرقی

فرم مشخصات بیمه شدگان بیمه درمان تکمیلی اعضای سازمان نظام مهندسی

بیمه میهن

(فرم شماره ۵)

متقاضی محترم

با آرزوی سلامتی برای شما و خانواده محترم، خواهشمند است ضمن مطالعه دقیق شرایط استفاده از پوشش بیمه‌ای، فرم شماره ۵ و ۶ را تکمیل و ارائه فرمائید.

مشخصات بیمه‌نامه	نام بیمه‌گر: شرکت بیمه میهن شماره بیمه‌نامه:
------------------	---

مشخصات بیمه شده اصلی

مشخصات بیمه شده اصلی	نام و نام خانوادگی:	شماره پرسنلی:
	نام پدر:	شماره شناسنامه:
	تاریخ تولد: سال، ماه، روز	کد ملی:
	محل صدور شناسنامه:	شماره بیمه تأمین اجتماعی:
	شماره حساب:	نزد بانک:
	شماره شبدا:	شعبه:
	IR	
	آدرس:	
	شماره تلفن همراه:	
	شماره تلفن ثابت:	

مشخصات افراد خانواده بیمه شده اصلی

نوع بیمه شده	نسبت	کد ملی	محل صدور شناسنامه	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نام خانوادگی	نام	ردیف	مشخصات بیمه شده فرعی (پدر، مادر، همسر و فرزندان)	
										تحت تکفل

دارای سابقه بیمه تکمیلی درمان نزد تا تاریخ می‌باشم.

احتراماً، اطلاعات پشت برگ را نیز به منظور صدور سایر رشته‌های بیمه‌ای تکمیل فرمائید.

تاریخ:

مهر و امضاء بیمه‌گذار:

امضاء متقاضی:

فرم تعیین ذینفع استفاده از سرمایه بیمه عمر و حادثه

(فرم شماره ۶)

در صورتیکه فرم فوق توسط بیمه شده تکمیل و ارائه نشود، سرمایه بیمه عمر و حادثه بر حسب قانون وراثت تقسیم خواهد شد. اطلاعات بیمه شده:

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: ۱۳ / /
کدملی: شماره شناسنامه: نام پدر:
تلفن تماس: تلفن همراه:

جدول استفاده کنندگان از بیمه عمر و حادثه

نام ذینفع	نام خانوادگی ذینفع	نام پدر	نسبت با بیمه شده اصلی	درصد استفاده از سرمایه

اینجانب بیمه شده عمر و حادثه سازمان نظام مهندسی ساختمان تقسیم سرمایه بیمه عمر و حادثه را بشرح فوق تأیید می‌نمایم. ق. ۳/۲۰

امضاء

تاریخ

(فرم شماره ۶)

ردیف	شرح تعهدات شرکت بیمه	سرمایه
۱	فوت عادی (به هر علت)	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	فوت در اثر حادثه	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰

مهر و امضاء شرکت بیمه

فرانشیز

فرانشیز، سهم بیمه شده از خسارت است که فرانشیز تعهدات این قرارداد ۳۰ درصد می‌باشد.