



نماینده مهندس محمد علی میل آبادی (عمران)  
کد ۳۶۲۲

## اطلاعیه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث

سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳

بدینوسیله به اطلاع تمامی اعضای محترم سازمان میرساند که ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث از ساعت ۱۴ ظهر لغایت ۱۷ بعد از ظهر روزشنبه بتاريخ ۱۴۰۲/۰۴/۰۳ لغایت ۲۱/۰۴/۱۴۰۲ (بجز ایام تعطیل رسمی و پنجشنبه ها) انجام خواهد گرفت. لذا علاقمندان میتوانند پس از مطالعه شرایط و جدول تعهدات پوشش بیمه ای و اطلاعات مندرج در فرم های پیوستی و انتخاب طرح درمان تکمیلی، پرینت تمام فرم های مربوطه را از سایت سازمان به آدرس [www.azarnezam.ir](http://www.azarnezam.ir) دریافت نموده و پس از تکمیل کامل و خوانای فرم مزبور بیوسست مدارک مندرج در فرم، با مراجعه به طبقه اول ساختمان مرکزی سازمان (اتاق ۱۰۴ بیمه) واقع در بلوار استاد شهریار به نماینده بیمه تحویل فرمایند. بدیهی است بعلت شرایط بیمه طرف قرارداد مهلت مذکور تمدید نخواهد شد.

توضیحات تکمیلی:

- هر خانواده فقط از یک طرح درمان تکمیلی امکان بهره مندی و ثبت نام را دارد.
- به اطلاع اعضاء محترمی که در سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی نبوده اند و امسال تحت پوشش قرار میگیرند. می رساند حداقل زمان انتظار برای هزینه زایمان ۵ ماه از تاریخ روز ۱۴۰۲/۰۳/۳۱ تا پایان روز ۱۴۰۲/۰۸/۳۰ می باشد.
- در صورت عدم تکمیل کامل فرم و بصورت خوانا و اطلاعات ناقص، مسیولیت عدم ثبت بعهدده بیمه شده میباشد.
- با توجه به زمان اعلام شده، خواهشمند است ثبت نام را برای روزهای پایانی ثبت نام بدلیل کثرت مراجعه کننده نگه داشته نشود.
- تاکید میگردد بجهت امکان بهره مندی از خدمات بیمه، بصورت آنلاین و دریافت خسارت، توسط اعضاء محترم، مهلت ثبت نام با توجه به نیاز زمان بابت ثبت اسامی و کنترل توسط شرکت بیمه و اموراداری، بعد از اتمام زمان ثبت نام، مهلت فوق تمدید نخواهد گردید. و قطعاً بعد از تاریخ ثبت نام امکان اضافه نمودن نخواهد بود.
- درخصوص تعهدات دندانپزشکی، هزینه های خسارت براساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران و تعرفه مصوب، و در خصوص پوشش دارو، صرفاً داروهایی که تحت تعهد بیمه تامین اجتماعی بوده تحت پوشش میباشد و داروهایی ویتامین و آزاد و.. تحت پوشش قرارداد نمی باشد.
- پیرو هماهنگی با شرکت بیمه و نمایندگی طرف قرارداد؛ بجهت رفاه حال اعضا و همکاران شهرستان و کاهش مراجعه و عدم عودت مدارک خسارتی، کلیه خسارتهای قرارداد فوق از طریق نرم افزار و اپلیکیشن سیناد ویاقوت ویا سایت سیناد بیمه البرز <https://sinad.ealborzins.ir> بارگزاری و بعد از تایید، تحویل گرفته خواهد گردید. و امکان استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه البرز بصورت آنلاین هم طبق روال قبلی قابل انجام میباشد.

ردیف	پوشش ها	سقف تعهدات جدول طرح یک (ریال)	سقف تعهدات جدول طرح دو (ریال)	فراشیز در صورت نبود بیمه پایه
۱	هزینه های بیمارستانی	۳۰۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۲		۵۰۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۳		۱۰۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۴	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۱: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، رابوتراپی، انواع اسکن، انواع آندسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، لسترس اکو، انواع غربالگری جنین و ناهنجاری‌های جنین، سیتی آنژیو	۷۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۵	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی ۲: تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرو متری، نوارعضله، نوار عصب، نوار مغز نوار مثانه)، (سیستومتری یا سیستوگرام) شنوایی ستجی، بینی ستجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۷۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰		۳۰
۶	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی ۳: اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی‌ها، گچ گیری، ختته، بخیه، کراپوتراپی اکسیژن لیپوم، بیوسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۷۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰		۳۰
۷	جبران هزینه‌های رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدر مطلق بنا بر چشم از ۳ دیوپتر بیشتر باشد	۵۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۸	جبران خدمات آزمایشگاهی شامل چک آپ پزشکی، آزمایش های تشخیص پزشکی، انواع پاتولوژی، انواع رادیوگرافی، نوار قلبی، فیزیوتراپی	۵۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۹	جبران هزینه‌های ویزیت (پزشک عمومی و متخصص و فوق تخصص) و دارو	۵۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۰	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی پس از تایید پزشک معتمد و تایید بیمه‌گر در طرح یک از هر دو سال یک بار مگر با تایید پزشک معتمد	۲۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۱	هزینه‌های درمان ناباروری و نازایی (هزینه های تشخیصی ، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی محدود-میکرو اینجکشن THMG-HCG-IVF-IUI-GIFT-ZIFT-TTSC-دارویی	۱۵۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۲	هزینه‌های دارویی شیمی درمانی ، هزینه های دارو درمانی MS و داروهای مربوط به بیماریهای خود ایمنی	۳۰۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۳	هزینه های مربوط به دندان پزشکی(شامل کشیدن هر نوع دندان ، جراحی دندان، ترمیم کردن دندان جرمگیری دندان، عصب کشی، پرکردن دندان) روکش دندان - پوشش برای هر نفر خانوار بصورت انفرادی (پرداخت هزینه ها براساس تعرفه مصوب)	۵۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۴	جبران هزینه آمبولاسی و سایر فورتیهای 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	۵ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
		۱۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰



# فرم نام نویسی طرح (یک) بیمه درمان تکمیلی نظام مهندسی ۱۴۰۲ - ۱۴۰۳



تأمینکننده مهندس محمد علی لیل آبادی (عمران)  
کد ۳۶۲۲

مشخصات نفر بیمه شده اصلی (عضو سازمان)

نام	نام خانوادگی	کد ملی	سال تولد	جنسیت	وضعیت تاهل	شماره نظام مهندسی	رشته
شماره موبایل				تلفن ثابت			
آدرس منزل / محل کار :							
سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام مهندسی عضو بوده اید ؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر							
بیمه پایه : <input type="radio"/> تامین اجتماعی <input type="radio"/> سلامت <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> ندارم							

شماره شبای IR

شماره شبای فقط برای افرادی جدید ثبت نام کننده لازم میباشد و کسانی که قبلا در بیمه البرز درمان تکمیلی دارند لازم نمیشود

## مشخصات نفرات تحت تکفل

شماره شناسنامه	وضعیت تاهل		جنسیت		سال تولد			کد ملی	نسبت	نام خانوادگی	نام
	متاهل	مجرد	مرد	زن	سال	ماه	روز				
											۱
											۲
											۳
											۴
											۵
											۶

## مبلغ حق بیمه برای یکسال به تفکیک سن (بر حسب ریال)

شرح	۰ تا ۶۰ سال	۶۱ سال تا ۷۰ سال	۷۰ سال به بالا	جمع حق بیمه کل نفرات
حق بیمه نفر اصلی با عمر حادثه	۶۲ / ۳۳۴ / ۰۰۰ / -	۹۱ / ۱۴۴ / ۰۰۰ / -	۱۱۹ / ۹۳۴ / ۰۰۰ / -	
حق بیمه نفرات تحت تکفل	۵۷ / ۶۰۰ / ۰۰۰ / -	۸۶ / ۴۰۰ / ۰۰۰ / -	۱۱۵ / ۲۰۰ / ۰۰۰ / -	
حق بیمه نفرات غیر تحت تکفل	۸۶ / ۳۰۰ / ۰۰۰ / -	۱۱۵ / ۲۰۰ / ۰۰۰ / -	۱۷۳ / ۸۰۰ / ۰۰۰ / -	

## مراحل و نحوه ثبت نام

<p>۱) انتخاب طرح درمان تکمیلی</p> <p>۲) داتلود و چاپ فرم و شرایط کامل از سایت نظام مهندسی</p> <p>۳) تکمیل کامل و خوانا فرم</p>	<p>۴) مراجعه در ساعات اعلام شده به مسئول بیمه مستقر در سازمان جهت تأیید حق بیمه و کنترل مدارک</p> <p>۵) مراجعه به امور مالی و تسویه حق بیمه (نقد و چک)</p> <p>۶) تحویل اصل رسید مالی به انضمام کلیه مدارک به مسئول بیمه</p>
--	---

توضیح : هر خانواده فقط از یک طرح درمان تکمیلی میتواند انتخاب نماید .

مطابق با شرایط عمومی بیمه های درمان تکمیلی چنانچه اقساط حق بیمه در مهلت سررسید وصول نگردد خسارت ( هزینه های درمان ) احتمالی غیر قابل پرداخت میباشد .

کلیه شرایط ، مقررات ، فرانشیزها و جدول تعهدات پیوست این بیمه نامه مورد تأیید اینجانب میباشد .

مهر و امضاء بیمه شده

مهر و امضاء دریافت کننده فرم و مدارک

کلیه موارد بصورت خوانا و کامل تکمیل گردد . ( در صورت ناقص بودن و ناخوانا بودن هیچ گونه ترتیب اثر داده نخواهد شد .





# فرم نام نویسی طرح (دو ۲) بیمه درمان تکمیلی نظام مهندسی ۱۴۰۲-۱۴۰۳



نمایندگی مهندس محمد علی میل آبادی (عمران)

کد ۳۶۲۲

مشخصات نفر بیمه شده اصلی (عضو سازمان)

نام	نام خانوادگی	کد ملی	سال تولد	جنسیت	وضعیت تاهل	شماره نظام مهندسی	رشته
شماره موبایل				تلفن ثابت			
آدرس منزل / محل کار :							
سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام مهندسی عضو بوده اید ؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر							
بیمه پایه : <input type="radio"/> تامین اجتماعی <input type="radio"/> سلامت <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> ندارد							

شماره شباهت IR

شماره شباهت فقط برای افرادی جدید ثبت نام کننده لازم میباشد و کسانی که قبلا در بیمه البرز درمان تکمیلی دارند لازم نمیباشد

## مشخصات نفرات تحت تکفل

شماره شناسنامه	وضعیت تاهل		جنسیت	سال تولد			کد ملی	نسبت	نام خانوادگی	نام
	متاهل	مجرد		زن	سال	ماه				
										۱
										۲
										۳
										۴
										۵
										۶

## مبلغ حق بیمه برای یکسال به تفکیک سن (بر حسب ریال)

شرح	۶۰ تا ۷۰ سال	۶۱ سال تا ۷۰ سال	۷۰ سال به بالا	جمع حق بیمه کل نفرات
حق بیمه نفر اصلی با عمر حادثه	۸۹ / ۳۴۴ / ۰۰۰ / -	۱۳۱ / ۶۴۴ / ۰۰۰ / -	۱۷۳ / ۹۴۴ / ۰۰۰ / -	
حق بیمه نفرات تحت تکفل	۸۴ / ۶۰۰ / ۰۰۰ / -	۱۲۶ / ۹۰۰ / ۰۰۰ / -	۱۶۹ / ۲۰۰ / ۰۰۰ / -	
حق بیمه نفرات غیر تحت تکفل	۱۲۶ / ۹۰۰ / ۰۰۰ / -	۱۶۹ / ۲۰۰ / ۰۰۰ / -	۲۱۱ / ۵۰۰ / ۰۰۰ / -	

## مراحل و نحوه ثبت نام

<p>۱) انتخاب طرح درمان تکمیلی</p> <p>۲) داللود و چاپ فرم و شرایط کامل از سایت نظام مهندسی</p> <p>۳) تکمیل کامل و خوانا فرم</p>	<p>۴) مراجعه در ساعات اعلام شده به مسئول بیمه مستقر در سازمان جهت تأیید حق بیمه و کنترل مدارک</p> <p>۵) مراجعه به امور مالی و تسویه حق بیمه ( نقد و چک )</p> <p>۶) تحویل اصل رسید مالی به انضمام کلیه مدارک به مسئول بیمه</p>
--	---

توضیح : هر خانواده فقط از یک طرح درمان تکمیلی میتواند انتخاب نماید .

مطابق با شرایط عمومی بیمه های درمان تکمیلی چنانچه اقساط حق بیمه در مهلت سررسید وصول نکرده خسارت ( هزینه های درمان ) احتمالی غیر قابل پرداخت میباشد .

کلیه شرایط ، مقررات ، فرانشیزها و جدول تعهدات پیوست این بیمه نامه مورد تأیید اینجانب میباشد .

مهر و امضاء بیمه شده

مهر و امضاء دریافت کننده فرم و مدارک

کلیه موارد بصورت خوانا و کامل تکمیل گردد . در صورت ناقص بودن و ناخوانا بودن هیچ گونه ترتیب اثر داده نخواهد شد .