

اطلاعیه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی ، عمر و حوادث

سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

بدینوسیله به اطلاع تمامی اعضای محترم سازمان استان می‌رساند که ثبت نام بیمه درمان تکمیلی ، عمر و حوادث از ساعت ۱۴ ظهر لغایت ۱۷ بعد از ظهر روز دوشنبه بتاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۲۰ لغایت ۱۴۰۴/۰۶/۰۵ (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 دریافت نموده و پس از تکمیل کامل و خوانای فرم مزبور بییوست مدارک مندرج در فرم ، با مراجعه به طبقه دوم ساختمان مرکزی سازمان (اتاق بیمه) واقع در بلوار استاد شهریار اقدام فرمایند.

بعلت امکان ارائه خدمات بموقع 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 ۱۴۰۴/۰۵/۰۱ تا پایان روز ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ می باشد.
- در صورت عدم تکمیل کامل فرم و بصورت خوانا و اطلاعات ناقص ، مسیولیت عدم ثبت بعهده 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 امور مالی سازمان ، بعد از اتمام زمان ثبت نام ، مهلت فوق تمدید نخواهد گردید . و قطعا" 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 ، صرفا" داروهایی که تحت تعهد بیمه تامین اجتماعی بوده تحت پوشش میباشد و داروهایی ویتامین و آزاد و.. تحت پوشش قرارداد نمی باشد. حتما pos و سندپرداختی به جهت اخذ خسارت نگهداری شود که تحویل گرفته خواهد شد.
- پروهماهنگی با شرکت بیمه و نمایندگی طرف قرارداد ؛ بجهت رفاه حال اعضا و همکاران شهرستان و کاهش مراجعه و عودت مدارک خسارتی ، کلیه خسارتهای قرارداد فوق از طریق نرم افزار و اپلیکیشن یاقوت البرز ویا سایت سیناد بیمه البرز <https://sinad.ealborzins.ir> بارگزاری و بعد از تایید شرکت بیمه ، مدارک تحویل گرفته خواهد گردید . و امکان استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه البرز بصورت آنلاین هم طبق روال قبلی قابل انجام میباشد. و فقط هزینه های بیمارستانی بدون بارگزاری تحویل داده میشود.
- باتوجه به مصوبه ۱۱ / ۵ / ۱۴۰۴ هیات مدیره محترم در خصوص سوبسید رفاهی و سلامت به اعضای اصلی درمان تکمیلی برای افراد دارای پروانه ۱۵٪ و برای عضو عادی سازمان ۱۰٪ . لذا ارائه کپی پروانه اشتغال الزامی میباشد و برای عضو اصلی بیمه شده مبلغ سوبسید به مبالغ جدول حق بیمه در فرم شماره ۲ اعمال گردیده است .
- تمامی اطلاع رسانی در طول قرارداد از طریق سایت سازمان - کانال واتساپ یا تلگرام نمایندگی بیمه طبق شماره اعلامی بیمه شده در فرم ثبت نام و یا در محل دفتر بیمه در سازمان درج و اعلام خواهد شد . لذا خواهشمند است برای کسب اطلاع از آخرین اخبار و شرایط اخذ خدمات به تمامی موارد فوق عنایت فرمائید .

تبصره توضیح : در صورتی که هریک از جدول طرح ۱ یا ۲ کمتر از ۱۰۰۰ نفر (هزار نفر) ثبت نام انجام گرفته باشد . به جهت عدم اعمال قانون بیمه (دوره انتظار) نفرت به جدول بعدی انتقال و تفاوت افزایش یا کاهش حق بیمه دریافت و یا استرداد خواهد شد.



فرم شماره ۲

فرم ثبت نام طرح یک جدول درمان

مشخصات نفر بیمه شده اصلی (عضو سازمان)



نام	نام خانوادگی	کد ملی	سال تولد	جنسیت	وضعیت تاهل	شماره نظام مهندسی	رشته
شماره قابل عضویت در کانال واتساپ و تلگرام جهت اطلاع رسانی							
شماره موبایل							
آدرس منزل / محل کار :							
سال گذشته در بیمه درمان تکمیلی سازمان نظام مهندسی عضو بوده اید ؟							
بیمه پایه : تامین اجتماعی ☐ سلامت ☐ سایر ☐ ندارم ☐							

شماره شب	شماره شب فقط برای افرادی جدید ثبت نام کننده لازم میباشد و کسانی که قبلا در بیمه البرز درمان تکمیلی دارند لازم نمیشود	تغییر شماره حساب برای افراد دارای سابقه با این فرم میسر نمیشود.	IR
----------	--	---	----

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 دارای پروانه با ۱۵٪ تخفیف و عمر حادثه	۹۳ / ۳۳۰ / ۰۰۰/-	۱۳۵ / ۹۱۵ / ۰۰۰/-	۱۷۸ / ۵۰۰ / ۰۰۰/-	
حق بیمه نفر اصلی بدون پروانه با ۱۰٪ تخفیف و عمر حادثه	۹۸ / ۳۴۰ / ۰۰۰/-	۱۴۳ / ۴۳۰ / ۰۰۰/-	۱۸۸ / ۵۲۰ / ۰۰۰/-	
حق بیمه نفرات تحت تکفل	۱۰۰ / ۲۰۰ / ۰۰۰/-	۱۵۰ / ۳۰۰ / ۰۰۰/-	۲۰۰ / ۴۰۰ / ۰۰۰/-	
حق بیمه نفرات غیر تحت تکفل	۱۵۰ / ۳۰۰ / ۰۰۰/-	۲۰۰ / ۴۰۰ / ۰۰۰/-	۲۵۰ / ۵۰۰ / ۰۰۰/-	

مراحل و نحوه ثبت نام

(۱) انتخاب طرح درمان تکمیلی (یک یا دو) (۲) دانلود و چاپ فرم و شرایط کامل از سایت نظام مهندسی (۳) تکمیل کامل و خوانا فرم و پیوست مدارک لازم (مهم)	(۴) مراجعه در ساعات اعلام شده به مسئول بیمه مستقر در سازمان جهت تأیید حق بیمه و کنترل مدارک (۵) مراجعه به امور مالی و تسویه حق بیمه (نقد و چک) (۶) تحویل اصل رسید مالی به انضمام کلیه مدارک به مسئول بیمه (خیلی مهم)
--	--

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

دقت : چنانچه ثبت نام این طرح (جدول) کمتر از هزار نفر متقاضی باشد موافقت خود را با انتقال به جدول طرح ۲ اعلام و هیچگونه اعتراضی نداشته و حق بیمه اضافی رو پرداخت خواهیم کرد.

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 .
باتوجه به مصوبه ۱۴۰۴ / ۵ / ۱۱ هیات مدیره محترم در خصوص سوبسید رفاهی و سلامت به اعضای اصلی درمان تکمیلی برای افراد دارای پروانه ۱۵٪ و برای عضو عادی سازمان ۱۰٪ میباشد . لذا ارائه کپی پروانه اشتغال الزامی میباشد .
کلیه شرایط ، مقررات ، فرانشیزها و جدول تعهدات پیوست این بیمه نامه مورد تأیید اینجانب میباشد .

مهر و امضاء مسئول بیمه

مهر و امضاء بیمه شده

کلیه موارد بصورت کامل و خوانا و تکمیل گردد . (در صورت ناقص بودن و ناخوانا بودن هیچ گونه اثر پذیر نیست)

ردیف	پوشش ها	سقف تعهدات جدول طرح یک (ریال)	سقف تعهدات جدول طرح دو (ریال)	فرانشیز 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	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۲	هزینه های بیمارستانی	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۳	زامیان اعم از طبیعی و سزارین «سزارین اختیاری و غیر اختیاری»	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۴	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۱: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن، انواع آندسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، انواع غربالگری جنین و ناهنجاری های جنین، سیتی آنژیو	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	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	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	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	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۷	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق بینایی هر چشم از ۳ دیوپتر بیشتر باشد	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۸	جبران خدمات آزمایشگاهی شامل چک آپ پزشکی، آزمایش های تشخیص پزشکی، انواع پاتولوژی، انواع رادیوگرافی، نوار قلبی، فیزیوتراپی با ارائه دستور پزشک و پوز بانکی	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۹	جبران هزینه های ویزیت (پزشک عمومی و متخصص و فوق تخصص) و دارو بارانه گواهی پزشکی و پوز بانکی	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۰	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی پس از تایید پزشک معتمد و تایید بیمه گر از هر دوسال یکبار با فاکتور رسمی و پوز بانکی	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۱	هزینه های درمان ناباروری و نازایی (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی محدود-میکرو اینجکشن THMG-HCG-IVF-IUI-GIFT-ZIFT-TTSC	۲۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۲	هزینه های دارویی شیمی درمانی، هزینه های دارو درمانی MS و داروهای مربوط به بیماری های خود ایمنی	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	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) روکش دندان - پوشش برای هر نفر خانوار بصورت انفرادی (پرداخت هزینه ها براساس تعرفه مصوب) و با ارائه پوز بانکی و ارائه عکس قبل و بعد	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۴	جبران هزینه آمبولاسی 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	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
	درون شهری			
	بیرون شهری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۵	حق بیمه ماهانه هر نفر زیر ۶۰ سال	۸,۳۵۰,۰۰۰	۹,۷۵۰,۰۰۰	

افراد تحت تکفل عبارتند از: همسر، فرزند، پدر و مادر که بیمه ایشان از محل بیمه تامین اجتماعی عضو اصلی باشند.

افراد غیر تحت تکفل عبارتند از: همسر، فرزند، پدر و مادر که بیمه ایشان از محل بیمه تامین اجتماعی عضو اصلی نباشند.

به موارد لازم تحویلی از قبیل POS و گرافی و گواهی پزشکی و تأیید پزشک معتمد بیمه گر دقت فرمائید.



فرم شماره ۴



فرم ذینفع بیمه نامه عمر و حوادث گروهی

تکمیل توسط عضو اصلی بیمه شده نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان شرقی

نام کامل بیمه شده اصلی : شماره عضویت : کد ملی : تاریخ :

نام و نام خانوادگی ذینفع سرمایه	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱					
۲					
۳					
۴					

بیمه عمر و حادثه صرفاً برای بیمه شدگان اصلی میباشد. سرمایه فوت عادی مبلغ دومیلیارد ریال و سرمایه فوت بر اثر حادثه دوبرابر سرمایه عمر خواهد بود.

امضاء و اثر انگشت بیمه شده اصلی

مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام در درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

- ۱) نفر اصلی (پرسنل یا عضو اصلی سازمان) : کپی پروانه اشتغال (جهت استفاده از ۱۵٪ تخفیف مصوبه هیئت مدیره محترم)
کپی شناسنامه تمام صفحات (صفحه ازدواج و توضیحات) ، کپی کارت ملی ، کپی کارت عضویت - شماره بیمه یا گواهی تأیید بیمه تأمین اجتماعی (تصویرسند واریزی حق بیمه تأمین اجتماعی)
 - ۲) نفقات فرعی (همسر ، فرزند ؛ مادر ، پدر) : برای هر کدام از اعضای خانواده کپی تمام صفحات شناسنامه (صفحه ازدواج و توضیحات) کپی کارت ملی ، (برای پدر و مادر کپی بیمه پایه ، دفترچه یا پرینت از سازمان تأمین اجتماعی (تحت تکفل و غیر تحت تکفل مشخص باشد)
- توضیحات :** جهت مشخص شدن تحت تکفل یا غیر تحت تکفل بودن برای بیمه شده اصلی ضمیمه شود) و فرزندان ذکور به شرط عدم اشتغال به کار تا سن ۲۰ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۳ سال تمام . فرزند ذکور که در شروع قرارداد ، مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت. فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار ، بیمه می باشند . فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد و به شرط عدم اشتغال تحت پوشش میباشند.

مراحل ثبت نام درمان تکمیلی

فرم شماره های یک تا چهار از سایت سازمان داندود و پرینت گرفته شود . با دقت مطالعه ، خوانا ، تکمیل و مهر و امضا شود . و به پیوست مدارک درخواستی کامل در ساعات اعلامی اگهی به طبقه دوم سازمان مراجعه گردد. (همراه داشتن دسته چک صیادی جهت تسویه مالی با امور مالی سازمان الزامی میباشد)

با آرزوی توفیقات روز افزون