



بیمه البرز

نماینده مهندس محمد علی لیل آبادی (عمران)

کد ۳۶۴۴

شروع ثبت نام

بیمه درمان تکمیلی اعضای محترم

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان شرقی

از تاریخ ۱۴۰۵/۴/۲۰ تا ۱۴۰۵/۵/۵

(مهلت ثبت نام غیر قابل تمدید میباشد)

هر روز از ساعت ۱۴ الی ۱۷ عصر (بجز ایام تعطیل رسمی و پنجشنبه ها)

نحوه ثبت نام: (۱) دانلود و چاپ مدارک ثبت نام و شرایط بیمه درمان از سایت سازمان به آدرس www.azarnezam.ir (یا از طبقه منفی یک اتاق کپی) (۲) مراجعه طبقه دوم اتاق بیمه (۳) تسویه امور مالی سازمان طبقه سوم (۴) تحویل مدارک طبقه دوم اتاق بیمه

باتوجه به مصوبه ۱۴۰۵ / ۴ / ۱۳ هیئت 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.

بیمه البرز نمایندگی لیل آبادی طرف قرارداد امور بیمه ای سازمان

بیمه تضمین کیفیت (عیوب اساسی ساختمان) بیمه مسئولیت مدنی مجریان ذیصلاح با بالاترین سطح تعهدات و طول مدت قرارداد مجری (در صورت واریز سهم سازمان) - بیمه سنوات گذشته مکمل مسئولیت مدنی ناظرین رشته های هفت گانه بیمه مسئولیت مدنی ساختمانی با تخفیف ویژه برای اعضای سازمان - بیمه خودرو (ثالث - بدنه) با اقساط بلند مدت و بدون بهره آدرس دفتر مرکزی: تبریز - خیابان صائب - مابین تقاطع ابوریحان و قطران - ساختمان سپید - طبقه دوم

تلفن دفتر: ۰۴۱۳۴۷۹ ۷۹۰۱ - ۰۹۹۱ ۱۰۵ ۸۰۴۶

صدور بیمه نامه: بدون نیاز به مراجعه از طریق واتساپ، بله یا رویکا و جهت بازدید بیمه بدنه خودرو با هماهنگی قبلی در محل

اطلاعیه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی ، عمر و حوادث

سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶

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 شنبه بتاریخ ۱۴۰۵/۰۴/۲۰ لغایت ۱۴۰۵/۰۵/۰۵ (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 ، پرینت تمام فرم های مربوطه را از سایت سازمان به آدرس www.azarnezam.ir دریافت نموده و یا از اتاق منفی یک (کیبی) ، پس از تکمیل کامل و خوانای فرم مزبور پیوست 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 ثبت نام تمدید نخواهد شد.

توضیحات تکمیلی :

- 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 ۱۴۰۵/۰۴/۱۶ تا پایان روز ۱۴۰۵/۰۹/۱۶ می باشد.
- در صورت عدم تکمیل کامل فرم و بصورت خوانا واطلاعات 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 وکنترل توسط شرکت بیمه و امورمالی سازمان ، 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 وداروهای ویتامین و آزاد و.. تحت پوشش قرارداد نمی باشد. حتماً pos بانکی به جهت اخذ خسارت نگهداری شود که تحویل گرفته خواهد شد.
- پیرو هماهنگی 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.alborzinsurance.ir> بارگذاری و نزد بیمه شده مدارک نگهداری تا در صورت درخواست بیمه گر حتما تحویل نماید . و امکان استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه البرز بصورت آنلاین هم طبق روال قبلی قابل انجام میباشد. فقط هزینه های بیمارستانی بدون بارگذاری تحویل فیزیکی داده میشود.
- باتوجه به مصوبه ۱۳ / ۴ / ۱۴۰۵ 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 بله نمایندگی بیمه 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 .
- عضویت در گروه های اطلاع رسانی نمایندگی بیمه اجباری میباشد و هرگونه عدم اطلاع از نحوه اخذ خدمات و خسارت بعهده بیمه شده میباشد.

برای پیوستن به گروه درواتساپ این پیوند را دنبال کنید <https://chat.whatsapp.com/KcfFLqBbjcm8GbMwIDHfLO.com>

برای پیوستن به گروه دربله این پیوند را دنبال کنید [Ble/ alborzleilabody.ir](https://ble.alborzleilabody.ir)

فرم شماره ۲ فرم ثبت نام جدول درمان

مشخصات نفر بیمه شده اصلی (عضو سازمان)

نام	نام خانوادگی	کد ملی	سال تولد	جنسیت	وضعیت تاهل	شماره نظام مهندسی	رشته
			۱۳				
شماره موبایل				شماره قابل عضویت در کانال واتساپ و بله جهت اطلاع رسانی			
آدرس منزل / محل کار :							
در سنوات گذشته در بیمه البرز بیمه درمان تکمیلی داشته اید؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر بیمه پایه : <input type="radio"/> تامین اجتماعی <input type="radio"/> سلامت <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> ندارم							

شماره شباهت IR

شماره شباهت فقط برای افرادی جدید ثبت نام کننده لازم میباشد و کسانی که قبلاً در بیمه البرز درمان تکمیلی دارند لازم نمیشود تغییر شماره حساب برای افراد دارای سابقه با این فرم میسر 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 دارای پروانه با ۱۵٪ تخفیف و عمر حادثه	۲۴۳ / ۳۰۰ / ۰۰۰ / -	۳۵۸ / ۰۵۰ / ۰۰۰ / -	۴۷۲ / ۸۰۰ / ۰۰۰ / -	
حق بیمه نفر اصلی بدون پروانه با ۱۰٪ تخفیف و عمر حادثه	۲۵۶ / ۸۰۰ / ۰۰۰ / -	۳۷۸ / ۳۰۰ / ۰۰۰ / -	۴۹۹ / ۸۰۰ / ۰۰۰ / -	
حق بیمه نفرات تحت تکفل	۲۷۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰ / -	۴۰۵ / ۰۰۰ / ۰۰۰ / -	۵۴۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰ / -	
حق بیمه نفرات غیر تحت تکفل	۴۰۵ / ۰۰۰ / ۰۰۰ / -	۵۴۰ / ۰۰۰ / ۰۰۰ / -	۶۷۵ / ۰۰۰ / ۰۰۰ / -	

مراحل و نحوه ثبت نام

۱) دانلود و چاپ فرم و شرایط کامل از سایت نظام مهندسی (یا اتاق کبی طبقه منفی یک) ۲) تکمیل کامل و خوانا فرم و پیوست مدارک لازم (مهم) ۳) مراجعه در ساعات اعلام شده به مسئول بیمه مستقر در سازمان جهت تأیید حق بیمه و کنترل مدارک	۴) مراجعه به امور مالی و تسویه حق بیمه (نقد و چک) ۵) تحویل اصل رسید مالی به انضمام کلیه مدارک به مسئول بیمه (خیلی مهم) ۶) عضویت در گروههای اطلاع رسانی نمایندگی بیمه اجباری میباشد و هرگونه عدم اطلاع از نحوه اخذ خدمات و خسارت بعد از بیمه شده میباشد.
---	---

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.

باتوجه به مصوبه ۱۳ / ۴ / ۱۴۰۵ 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 کبی پروانه اشتغال الزامی میباشد.
 کلیه شرایط، مقررات، فرانشیزها و جدول تعهدات پیوست این بیمه نامه مورد تأیید اینجانب میباشد.

مهر و امضاء بیمه شده

مهر و امضاء مسئول بیمه

ردیف	پوشش ها	جدول تعهدات (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	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۲	هزینه های بیمارستانی	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۳	زایمان اعم از طبیعی و سزارین «سزارین اختیاری و غیر اختیاری»	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۴	جبران هزینه های پاراکلینیکی ۱: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، رایوتراپی، انواع اسکن، انواع آندسکوپی، ام ار آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، انواع غربالگری جنین و ناهنجاری های جنین، سیتی آنژیو	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	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	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	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	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	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	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۸	جبران خدمات آزمایشگاهی شامل چک آپ پزشکی، آزمایش های تشخیص پزشکی، انواع پاتولوژی، انواع رادیوگرافی، نوار قلبی، فیزیوتراپی با ارائه دستور پزشکی	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۹	جبران هزینه های ویزیت (پزشک عمومی و متخصص و فوق تخصص) و دارو بارانه گواهی پزشکی	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۰	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی پس از تایید پزشک معتمد و تایید بیمه گر از هر دو سال یکبار با فاکتور رسمی و پوز بانکی	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	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-دارویی	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۲	هزینه های دارویی شیمی درمانی، هزینه های دارو درمانی MS و داروهای مربوط به بیماری های خود ایمنی	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	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) و با ارائه پوز بانکی و ارائه عکس قبل و بعد	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	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	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
	درون شهری	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
	بیرون شهری		

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 جهت اخذ خسارت از قبیل pos بانکی 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

تاریخ :

کد ملی :

شماره عضویت :

نام کامل بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی ذینفع سرمایه	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	تلفن ذینفع

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

اینجانب بیمه شده اصلی، کلیه موارد و شرایط در فرم های چهارگانه بامطالعه کامل و علم و آگاهی از شرایط قرارداد بیمه درمان و عمر حوادث سازمان نظام مهندسی بعنوان بیمه گذار، در خواست عضویت را اعلام مینمایم.

امضاء و اثر انگشت بیمه شده اصلی