

بیمه گروهی مکمل درمان (بیمه تکمیلی)

عنوان پوشش	طرح ۱ سقف تعهدات (ریال)	طرح ۲ سقف تعهدات (ریال)
جبران هزینه های بستری و جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و day care	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
جراحی تخصصی (شش عمل اصلی)، جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند کلیه، پیوند ریه، پیوند کبد و پیوند مغز استخوان	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین و نازائی و ناباروری	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
لیزیک چشم راست و چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری هر چشم به میزان ۳ دیپوتر، جمعاً مبلغ	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر ای و اکوکاردیوگرافی و پاپ اسمیر جمعاً به مبلغ	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب و آنژیوگرافی چشم جمعاً به مبلغ	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های جراحی مجاز سرپایی شامل شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی جمعاً به مبلغ	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
خدمات آزمایشگاهی (آزمایش، پاتولوژی یا آسیب شناسی، انواع رادیولوژی، نوار قلب و فیزیوتراپی (از محل بند پاراکلینیکی)، چکاپ و غربالگری	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
عینک و انواع لنز و عدسی	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه مربوط به خرید سمعک	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های دندانپزشکی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های آمبولانس بین شهری	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰
تامین هزینه های خرید دارو و ویزیت پزشک، روانپزشک، انواع مشاوره و گفتار درمانی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
هزینه های اروتز	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰
فرانشیز بستری و پاراکلینیکی ۲۰٪		

دستور العمل و نحوه پرداخت طرح های بیمه تکمیلی درمان بشرح ذیل می باشد:

دستورالعمل پرداخت حق بیمه طرح ۱_ بیمه تکمیلی

تعداد نفرات	مبلغ بیمه سالانه	پیش پرداخت	قسط اول ۹۸/۰۳/۳۱	قسط دوم ۹۸/۰۶/۳۱	قسط سوم ۹۸/۰۹/۳۰
۱	۱۸,۴۸۰,۰۰۰	۴,۶۲۰,۰۰۰	۴,۶۲۰,۰۰۰	۴,۶۲۰,۰۰۰	۴,۶۲۰,۰۰۰
۲	۳۶,۹۶۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰
۳	۵۵,۴۴۰,۰۰۰	۱۳,۸۶۰,۰۰۰	۱۳,۸۶۰,۰۰۰	۱۳,۸۶۰,۰۰۰	۱۳,۸۶۰,۰۰۰
۴	۷۳,۹۲۰,۰۰۰	۱۸,۴۸۰,۰۰۰	۱۸,۴۸۰,۰۰۰	۱۸,۴۸۰,۰۰۰	۱۸,۴۸۰,۰۰۰
۵	۹۲,۴۰۰,۰۰۰	۲۳,۱۰۰,۰۰۰	۲۳,۱۰۰,۰۰۰	۲۳,۱۰۰,۰۰۰	۲۳,۱۰۰,۰۰۰

دستورالعمل پرداخت حق بیمه طرح ۲_ بیمه تکمیلی

تعداد نفرات	مبلغ بیمه سالانه	پیش پرداخت	قسط اول ۹۸/۰۳/۳۱	قسط دوم ۹۸/۰۶/۳۱	قسط سوم ۹۸/۰۹/۳۰
۱	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰
۲	۲۶,۴۰۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰
۳	۳۹,۶۰۰,۰۰۰	۹,۹۰۰,۰۰۰	۹,۹۰۰,۰۰۰	۹,۹۰۰,۰۰۰	۹,۹۰۰,۰۰۰
۴	۵۲,۸۰۰,۰۰۰	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۲۰۰,۰۰۰
۵	۶۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰

❖ شروع تعهدات شرکت بیمه گر از تاریخ ۱۳۹۷/۱۱/۱ تا ۱۳۹۸/۱۰/۳۰ به مدت ۱۲ ماه می باشد.

❖ میزان یک چهارم مبلغ بیمه درابتدای ثبت نام دریافت می گردد.

❖ برای اعضای پروانه دار مابقی مبلغ حداکثر طی ۳ فقره چک تا پایان آذرماه ۹۸ دریافت می گردد.

❖ برای اعضای بدون پروانه مابقی مبلغ حداکثر طی ۳ فقره چک و یک فقره چک بصورت امانت به مبلغ کل بدهی

که متعلق به یکی از اعضای پروانه دار سازمان می باشد تا انجام تسویه کامل اخذ و نزد واحد مالی سازمان

نگهداری می گردد.

❖ ضمناً مبالغ فوق بدون احتساب تفکیک سنی می باشد.

حق بیمه طرح ۱_ بیمه تکمیلی

❖ افراد عادی (تا ۶۰ سال) : مبلغ ۱,۵۴۰,۰۰۰ ریال به ازای هر نفر برای یک ماه ، برای ۱۲ ماه معادل مبلغ ۱۸,۴۸۰,۰۰۰ ریال

❖ افراد بین ۶۱ تا ۷۰ سال : مبلغ ۲,۳۱۰,۰۰۰ ریال به ازای هر نفر برای یک ماه ، برای ۱۲ ماه معادل مبلغ ۲۷,۷۲۰,۰۰۰ ریال

❖ افراد بالای ۷۰ سال : مبلغ ۳,۰۸۰,۰۰۰ ریال به ازای هر نفر برای یک ماه ، برای ۱۲ ماه معادل مبلغ ۳۶,۹۶۰,۰۰۰ ریال

حق بیمه طرح ۲_ بیمه تکمیلی

❖ افراد عادی (تا ۶۰ سال) : مبلغ ۱,۱۰۰,۰۰۰ ریال به ازای هر نفر برای یک ماه ، برای ۱۲ ماه معادل مبلغ ۱۳,۲۰۰,۰۰۰ ریال

❖ افراد بین ۶۱ تا ۷۰ سال : مبلغ ۱,۶۵۰,۰۰۰ ریال به ازای هر نفر برای یک ماه ، برای ۱۲ ماه معادل مبلغ ۱۹,۸۰۰,۰۰۰ ریال

❖ افراد بالای ۷۰ سال: مبلغ ۲,۲۰۰,۰۰۰ ریال به ازای هر نفر برای یک ماه، برای ۱۲ ماه معادل مبلغ ۲۶,۴۰۰,۰۰۰ ریال.

لطفاً مبلغ مورد نظر را به حساب شماره ۵۲۴۶۴۶۴۶۰۱ به شناسه واریز ۲۰۰۰۱۸۰۳۲۱۹۵ بانک ملت بنام

سازمان نظام مهندسی ساختمان واریز نمایید.

توضیحات:

❖ در صورتیکه هریک از اعضای سازمان که به واسطه این مناقصه تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان قرار گیرند علاوه بر این بیمه تکمیلی درمان توسط هریک از بیمه گران، دارای بیمه تکمیلی درمان دیگری نیز باشند، بیمه گر (بیمه سامان) ملزم به انجام تعهدات خود می باشد.

❖ حداکثر مهلت بیمه گر جهت پرداخت خسارات به اعضای این سازمان ۱۵ روز می باشد.

❖ در خصوص بیمه تکمیلی درمان اعتبار فاکتورهای درمانی ۶ ماه می باشد و بیمه گر ملزم به پرداخت آنها می باشد.

❖ بیمه گر متعهد می گردد فاکتورهای درمانی دوره قرارداد را تا سه ماه بعد از پایان قرارداد نیز پرداخت نماید.

❖ فرانشیز درمان به منزله کسر ۲۰ درصد از سقف تعهدات نمی باشد بلکه معنی کسر ۲۰ درصد از هر فاکتور است.

❖ این قرارداد شامل دوره انتظار نمی باشد.

❖ جهت ثبت نام بیمه تکمیلی اعتبار عضویت الزامی است.

❖ در صورتی که طرح های بیمه تکمیلی درمان (طرح های یک و دو) به حد نصاب لازم نرسد یک طرح ارائه می گردد. (حد نصاب لازم هر طرح ۲۵۰ نفر می باشد).

❖ در صورتی که متقاضیان ثبت نام بیمه تکمیلی به حد نصاب مقرر (۵۰۰ نفر) نرسد مبلغ تا ۲۵ درصد افزایش می یابد.