

بسمه تعالی

تاریخ: ۱۳۹۸/۰۲/۲۱

اطلاعیه شماره ۱ سازمان نظام صنفی رایانه‌ای استان تهران
در خصوص بیمه تکمیلی درمان، عمر و حادثه

سازمان نظام صنفی رایانه‌ای استان تهران پس از بررسی‌های به عمل آمده به منظور تهیه بهترین نرخ و شرایط بیمه تکمیلی درمان، عمر و حادثه برای اعضای سازمان، قراردادی با بیمه ایران (نمایندگی نگین کد ۵۱۶۸) در بازه زمانی ساعت صفر مورخه ۱۳۹۸/۰۲/۲۵ لغایت ساعت ۲۴ مورخه ۱۳۹۹/۰۲/۲۴ منعقد نموده است. انجام مراحل اجرایی ثبت‌نام با همکاری شما عضو محترم، دبیرخانه سازمان نظام صنفی رایانه‌ای استان تهران و بیمه ایران (نمایندگی نگین کد ۵۱۶۸) انجام خواهد شد. توجه شما را به موارد مشروحه ذیل جلب می‌نماید:

نحوه ثبت نام:

- ✚ ابتدا اعضای محترم به منظور استفاده از خدمات بیمه تکمیلی می‌بایست نسبت به درخواست کتبی در سربرگ شرکت، همراه با مهر و امضاء مجاز به دبیرخانه سازمان اقدام نمایند.
 - ✚ دبیرخانه سازمان پس از بررسی درخواست شرکت متقاضی، نسبت به تهیه و ارائه معرفی‌نامه خطاب به شرکت بیمه ایران (نمایندگی نگین) با موضوع معرفی شرکت متقاضی جهت استفاده از خدمات بیمه تکمیلی اقدام می‌نماید.
 - ✚ اعضای محترم می‌بایست فایل‌های موردنیاز بیمه ایران (نمایندگی نگین) که در پیوست اطلاعیه نیز توضیح داده شده است (اصل نامه درخواست شرکت مربوطه ممه‌ور به مهر شرکت، به همراه نامه عضویت در سازمان، لیست بیمه تامین اجتماعی فروردین ماه ۹۸ و فایل اکسل (پیوستها) حاوی اسامی بیمه‌شدگان اصلی و خانواده ایشان) را به نشانی پست الکترونیکی **irannegin5168@gmail.com** ارسال و سپس اصل آن را برای بیمه ایران (نمایندگی نگین) ارسال نمایند.
- ارسال نامه درخواست پوشش بیمه و انتخاب طرح حداکثر تا تاریخ ۹۸/۰۳/۰۴ و ارسال اطلاعات تا تاریخ ۱۳۹۸/۰۳/۲۰ مقدور می‌باشد.

لازم به ذکر است نماینده شرکت بیمه ایران (نمایندگی نگین) از ساعت ۹ الی ۱۳ روزهای یکشنبه هر هفته در محل دبیرخانه سازمان مستقر بوده و اعضای محترم می‌توانند طوری برنامه‌ریزی نمایند که در این زمان به منظور اخذ معرفی‌نامه به دبیرخانه سازمان مراجعه و سپس به نماینده شرکت بیمه ایران (نمایندگی نگین) مراجعه و مدارک خواستاری را تحویل ایشان نمایند.

جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با بیمه ایران (نمایندگی نگین) به شماره تلفن ۴۴۰۴۴۰۴۳ و ۴۴۰۴۴۰۵۹ و ۴۴۰۷۱۵۹۰ تماس حاصل فرمایید. همچنین در صورتی که در زمان‌های غیر از حضور نماینده بیمه ایران (نمایندگی نگین)

معرفی نامه و CD حاوی اطلاعات بیمه شدگان را ارسال می‌فرمایید، این اطلاعات را به نشانی تهران، اتوبان همت، بزرگراه ستاری جنوبی، بعد از پیامبر غربی، نرسیده به پل حکیم، نبش کوچه پنجم شرقی، مجتمع گل‌ها، پلاک ۸۰، طبقه ۵، واحد ۱۷ ارسال فرمایید.

شرایط ثبت نام:

- + شرکت متقاضی می‌بایست دارای مجوز فعالیت معتبر از سازمان نظام صنفی رایانه‌ای استان تهران باشد.
- + پرسنل متقاضی (افراد سرپرست) حتماً در لیست بیمه تامین اجتماعی (آخرین لیست ارائه شده) شرکت باشند.
- + ثبت نام افراد سرپرست خانواده در بیمه عمر و حادثه الزامی می‌باشد.
- + ثبت نام حداقل ۵۰ درصد افراد لیست بیمه تامین اجتماعی الزامی است .
- + (جهت شرکتهای کمتر از ۱۰ نفر، حداقل نفقات تحت پوشش ۷۰٪ لیست بیمه تامین اجتماعی باشد)

نحوه پرداخت حق بیمه درمان تکمیلی:

- + پس از دریافت اطلاعات توسط بیمه‌گر با توجه به طرح انتخابی، مبلغ کل حق بیمه شرکت محاسبه و طی صورت‌حساب حداکثر طی یک هفته پس از ثبت نام، توسط بیمه‌گر به شرکت ارسال خواهد شد.
- + براساس توافقات انجام شده با بیمه‌گر، نحوه پرداخت حق بیمه به شرح جدول ذیل خواهد بود:

| ردیف | میزان پرداخت | تاریخ چک |
|------|--------------|------------|
| ۱ | ۲۵٪ | ۱۳۹۸/۰۲/۲۷ |
| ۲ | ۲۵٪ | ۱۳۹۸/۰۵/۱۵ |
| ۳ | ۲۵٪ | ۱۳۹۸/۰۸/۱۵ |
| ۴ | ۲۵٪ | ۱۳۹۸/۱۰/۱۵ |

- + در صورت عدم وصول چک‌ها، ارائه خدمات توسط بیمه‌گر فقط به آن شرکت متوقف خواهد شد.

نحوه پرداخت حق بیمه عمر و حادثه:

- + این حق بیمه طی یک فقره چک در تاریخ ۱۳۹۸/۲/۲۷ پرداخت خواهد شد.



تعهدات سازمان نظام صنفی رایانه ای استان تهران سال ۹۸

تعهدات برای بیمه شدگان بیشتر از ۱۰۰۰ نفر

بیمه درمان تکمیلی

| نوع تعهدات بیمه درمان تکمیلی | تعهدات طرح ۱ | تعهدات طرح ۲ | تعهدات طرح ۳ | فرانشیز | نوع تعهدات بیمه درمان تکمیلی |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱ هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) | ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰٪ | هزینه بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day care به جراحی اطلاق میشود که مدت مورد نیاز برای مراقبت بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال) در بیمارستان به جزء زایمان |
| ۲ جراحی تخصصی (شش عمل اصلی) | | | | ۱۰٪ | هزینه اعمال جراحی اصلی - مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱) |
| ۳ زایمان | ۳۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰٪ | جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین |
| ۴ پاراکلینیکی ۱ | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۸,۰۰۰,۰۰۰ | ۷,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۰٪ | هزینه های پاراکلینیکی (۱) انواع سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - انواع آندوسکوپی - ام آر آی - اکوکاردیوگرافی - استرس اکو - دانسیتومتری - انواع آنژیوگرافی (بجز چشم و قلب) |
| ۵ پاراکلینیکی ۲ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۳,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۰٪ | هزینه های پاراکلینیکی (۲) تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری PFT) شنوایی سنجی، بینایی سنجی، آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیتورینگ قلب، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام) |
| ۶ جراحی های مجاز سرپایی | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۳,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۰٪ | جراحی های مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن یون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب انکساری دید چشم) |
| ۷ خدمات آزمایشگاهی | ۷,۰۰۰,۰۰۰ | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | ۴,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۰٪ | شامل خدمات آزمایشگاهی (به استثناء چکاپ و غربالگری) شامل آزمایشگاههای تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی |
| ۸ بیماریها و ناهنجاریهای جنین | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | - | ۳۰٪ | هزینه تشخیص بیماریها و ناهنجاریهای جنین |
| ۹ دندانپزشکی | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | - | - | ۳۰٪ | دندان پزشکی (به استثناء هزینه های مربوط به ارتودنسی، ایمپلنت، دست دندان و اعمال زیبایی) هزینه ای دندان پزشکی براساس تعرفه ای محاسبه میشود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران یا هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ میکند. |
| ۱۰ ویزیت دارو و خدمات اورژانس | ۳,۰۰۰,۰۰۰ | ۲,۰۰۰,۰۰۰ | ۲,۰۰۰,۰۰۰ | ۳۰٪ | ویزیت (طبق تعرفه وزارت بهداشت) و دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور (فقط فرانشیز بیمار) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری |
| ۱۱ لنز، عینک | ۱,۰۰۰,۰۰۰ | - | - | ۳۰٪ | انواع لنز، عینک طبی و عدسی طبی |
| ۱۲ رفع عیوب انکساری هر دو چشم | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ | - | - | ۳۰٪ | لیزر چشم و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دوربینی یا بیشتر باشد |
| ۱۳ هزینه های آمبولانس داخل شهر | ۸۰۰,۰۰۰ | ۸۰۰,۰۰۰ | ۸۰۰,۰۰۰ | ۱۰٪ | هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج |
| ۱۳ هزینه های آمبولانس خارج شهر | ۱,۳۰۰,۰۰۰ | ۱,۳۰۰,۰۰۰ | ۱,۳۰۰,۰۰۰ | ۱۰٪ | هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر مراکز تشخیص درمانی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج |
| جمع کل حق بیمه | ۱,۲۹۸,۰۰۰ | ۹۰۴,۰۰۰ | ۶۹۸,۰۰۰ | | |

پزشک پیمان، بستری در کلبه پدستانهای طرف قرارداد تنها با ارائه کد ملی

مزایای قرارداد:

* حذف دوره انتظار جهت کلبه بیمه شدگان .

* پوشش بیمه جهت افراد غیر تحت تکفل با افزایش ۱۰ درصد فرانشیز (پدر - مادر - همسران و فرزندان کارگزاران انان)

* دریافت حق بیمه یکسان جهت کلبه گروههای سنی .

* ارائه خدمات جهت بیمه شدگان در سراسر کشور .

* انعقاد قرارداد با اکثر بیمارستانها در سراسر کشور با بهترین تعرفه درمانی .

* ارسال اس ام اس همزمان با استفاده از خدمات بیمارستانها و مراکز کلینیکی طرف قرارداد .

* ارسال اس ام اس همزمان با پرداخت خسارت از طریق بانک .


* ارسال ایمیل جهت پرداخت خسارت درمانی .


* واریز هزینه های درمانی به شماره حساب بیمه شدگان .


ب- عمر و حوادث گروهی




| | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|------------------|
| حق بیمه عمر و حوادث گروهی ماهیانه ۴۰/۳۰۰ ریال | ۱ فوت و نقص عضو به هر علت | ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال |
| | ۲ فوت و نقص عضو ناشی از حادثه | ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال |
| | ۳ هزینه پزشکی ناشی از حادثه | ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال |


ج- بیمه نامه ثالث گروهی بصورت اقساط، کسر از حقوق حداکثر ۳ قسط 


د- بیمه نامه بدنه گروهی بصورت اقساط، کسر از حقوق با ۲۰٪ تخفیف گروهی مازاد بر سایر تخفیفات 


ه- بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما با تعهدات ذیل با ۲۰٪ تخفیف گروهی 

| |
|----------------------------------------------------------|
| ۱ هزینه پزشکی: ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال |
| ۲ غرامت فوت و نقص عضو در ماههای عادی: ۲/۷۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال |
| ۳ غرامت فوت و نقص عضو در ماههای حرام: ۳/۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال |

و- بیمه نامه آتش سوزی ساختمان های اداری با پوشش کامل زلزله، سرقت و... با ۱۰٪ تخفیف گروهی 

م- بیمه نامه آتش سوزی منازل مسکونی پرسنل با پوششهای کامل زلزله، سرقت، ترکیدگی لوله آب، هزینه اجاره و اسکان موقت بیمه گزار و اعضای خانواده وی، نوسانات برق، خسارت احتمالی وارده به اتومبیل شخصی متعلق به بیمه گزار یا اعضای خانواده وی و ... با ۱۵٪ تخفیف گروهی 

ل- بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری (مان) با سود روزشمار و پرداخت وام بدون ضامن علاوه بر پوششهای بیمه ای کامل منجمله بیمه سرطان و امراض خاص با حداقل ماهیانه، امکان تبدیل کل یا بخشی از اندوخته بیمه نامه به بیمه بازنشستگی در پایان مدت بیمه نامه، معافیت استفاده کنندگان از مالیات بر درآمد وارث 

ی- بیمه کودک و نوجوان با ۷ مزیت برتر که عبارتند از: ۱- تامین هزینه تحصیلات دانشگاهی ۲- امکان ادامه تحصیل در خارج از کشور ۳- تامین هزینه خرید جهیزیه ۴- تامین هزینه مراسم ازدواج ۵- ایجاد فرصت سرمایه گذاری برای کار و اشتغال ۶- امکان انجام امور خیریه و خدایپسندانه ۷- رفع دغدغه های مالی 

کلیه حق بیمه ها با احتساب مالیات بر ارزش افزوده میباشد

تاریخ: ۹۸/۰۲/۱۸

بسمه تعالی

دستورالعمل اجرایی استفاده از مزایای بیمه درمان تکمیلی

احترما حسب استفاده بهینه از مزایای بیمه درمان تکمیلی بدین وسیله مراتب و نحوه استفاده از تعهدات بشرح ذیل اعلام می گردد خواهشمند است به صورت کامل به اطلاع کلیه بیمه شدگان رسانیده شود.

الف: نحوه استفاده از بیمارستانهای طرف قرارداد:

بیمه شدگان در بیمارستانها و مراکز جراحی محدود در بخش بستری صرفاً از طریق پذیرش درسامانه الکترونیک (سدا) در بیمارستانهای طرف قرارداد با ارائه کارت ملی و دفترچه درمانی بیمار پذیرش میگردند. " لذا پذیرش و بستری بیمه شدگان نیاز به صدور و دریافت معرفی نامه از طرف شرکت سهامی بیمه ایران نمی باشد و کلیه مراحل اجرایی در بیمارستان انجام میگیرد. صرفاً در خصوص بیماریها و موارد ذیل که شامل :

- سیتوپلاستی و رینوپلاستی و اعمال جراحی مربوط به بینی (گرافی قبل از عمل)
- آبدومینوپلاستی و لیپوساکشن و عوارض آنها
- ماموپلاستی و عوارض آنها
- فتق
- چاقی مفرط
- بلفاروپلاستی
- جراحی فک
- استرایسیم
- رفع عیوب انکساری (لیزیک و لازک و ...) پرینت کامپیوتری قبل از عمل به همراه تایید پزشک معالج (طرح ۱)
- جراحی ترمیمی اسکارهای قدیمی در هر جای بدن
- کورتاژ (آخرین جواب سونوگرافی)

***۷۲ ساعت قبل از مراجعه به بیمارستان گواهی پزشک معالج به همراه کپی دفترچه بیمه بیمار و نامه اداری از شرکت مربوطه به این دفتر نامبر و یا ایمیل گردد تا فرم تاییدیه توسط پزشک معتمد بیمه ایران صادر و سپس با ارائه این فرم جهت بستری ، به بیمارستان مورد نظر مراجعه نمایند.

۱- با توجه به اینکه سقف تعهدات بیمه درمان تکمیلی برای هر فرد خانواده مجزا می باشد و نوزاد از زمان تولد و قبل از ترخیص از بیمارستان می تواند از سقف تعهدات بیمه ای مادر استفاده نماید . با توجه به اینکه نوزادان از

بدو تولد تحت پوشش میباشند "جهت برقراری پوشش بیمه ای نامه اداری شرکت به همراه کپی شناسنامه ارسال تا در صورت نیاز صدور معرفی نامه و یا پرداخت هزینه میسر گردد.

۲- گواهی تحصیلی جهت فرزندان ذکور بالای ۲۰ سال (برای دانشجویان پزشکی ۲۶ سال و دانشجویان غیر پزشکی حداکثر ۲۵ سال) و برای فرزندان مونث بالای ۱۸ سال ارائه شناسنامه صفحه اول و دوم الزامی است.
۳- در مواردی که بیمار طی بستری نیاز به پروتز (لوازم مورد استفاده در داخل بدن) داشته باشد فاکتور معتبر که به "تایید پزشک معالج" و "اتاق عمل" و "بیمارستان" رسیده را به این دفتر ارسال و در صورتی که از بیمارستانهای طرف قرارداد استفاده نموده باشد پرداخت فاکتور منوط به مشخص شدن مانده سقف تعهدات پس از سپری شدن زمان مورد نیاز تا ثبت مبلغ صورتحساب میباشد.

ب: مدارک مورد نیاز جهت دریافت هزینه های درمانی که توسط بیمه گذار راسا پرداخت گردیده:

۱- نامه اداری از شرکت ذیربط با ثبت کد ملی بیمار و بیمه شده اصلی
۲- اصل قبض پرداختی ممهور به مهر مرکز مربوطه بابت هزینه انجام شده ضمنا در اکثر بیمارستانها و مراکز درمانی مبادرت به صدور دو قبض مجزا (قبض صندوق- قبض مرکز درمانی) مینمایند که ارسال هر دو قبض الزامیست.

۳- کپی خوانا جواب دریافتی (به عنوان مثال کپی جواب دریافتی آزمایش یا ام آر ای یا گرافی).

۴- کپی خوانا دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار).

۵- کپی خوانا دستور پزشک معالج مبنی بر انجام هزینه ارسالی.

۶- مهلت تحویل مدارک درمانی انجام شده حداکثر ۲ ماه از تاریخ قبض پرداختی می باشد.

۷- چنانچه بیمه شدگان در بیمارستان های غیر طرف قرارداد بستری شوند هزینه را راسا پرداخت و ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از سازمان خدمات درمانی یا تامین اجتماعی (بیمه گر اول) اقدام و سپس کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان های مذکور را به همراه مدارک فوق الاشاره ارسال تا بر اساس مفاد قرارداد و تعرفه های مربوطه و هزینه های متعلقه پرداخت گردد.

(محاسبه هزینه های بیمارستانی بر اساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی همتراز طرف قرارداد با بیمه ایران می باشد) کلیه هزینه های درمانی پس از اعمال تعرفه وزارت بهداشت و کسر فرانشیز مربوطه پرداخت می گردد. فلذا پیشنهاد می گردد جهت بستری حتما از معرفی نامه این شرکت استفاده نمایند.

۸- جهت دریافت هزینه گچگیری و یا شکستگی، ارسال عکس رادیوگرافی و گواهی پزشک مبنی بر نوع و علت محل شکستگی الزامیست.

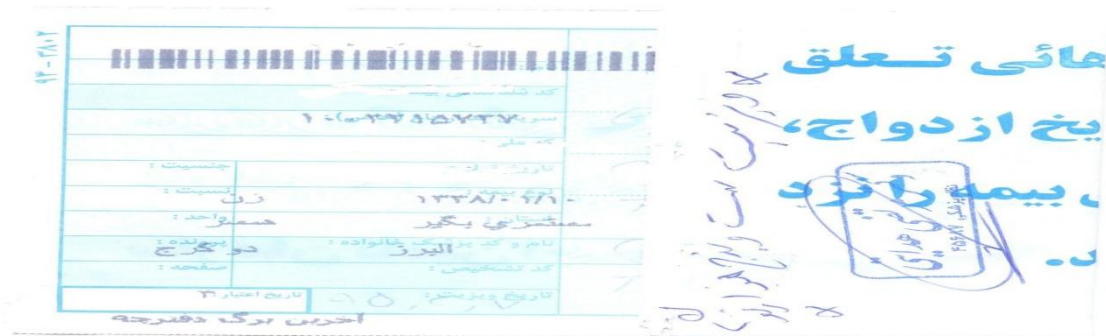
۹- جهت دریافت هزینه بخیه، ارسال گواهی پزشک مبنی بر نوع بخیه، محل بخیه و تعداد بخیه الزامیست.

۱۰- ارسال گزارش پاتولوژی جهت هزینههای برداشتن لیپوم و غده های چربی و مشکلات پوستی دیگر الزامیست.

۱۱- نحوه پرداخت هزینه‌های ویزیت:

۱۱-۱) چنانچه در داخل دفترچه بیمه بیمار ثبت گردد ارسال دوبه‌رگ اول دفترچه (سبز و قرمز رنگ) الزامیست.
۱۱-۲) پرداخت هزینه ویزیت بر روی برگه آزاد منوط به درج هزینه دارو یا سایر اقدامات پاراکلینیکی در دفترچه بیمه پایه همزمان (در یک روز) توسط پزشک معالج با رعایت تعرفه و کسر فرانشیز و سایر مفاد قرارداد امکان پذیر می باشد.

۱۱-۳) پرداخت هزینه ویزیت در پشت نسخه ارسالی به همراه مهر تایید پزشک معالج قابل پرداخت میباشد



۱۲- در موارد اورژانس ارسال اصل صورتحساب اورژانس و ریز لوازم و داروی مصرفی اورژانس و مدارک بستری الزامیست.

۱۳- هزینه‌های دارو در داخل دفترچه بیمه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی به صورت خوانادرج گردد که مبلغ تایید شده توسط داروخانه پرداخت میگردد. (مبلغ مورد تایید داروهای خارجی معادل مبلغ ایرانی میباشد)

۱۴- دندانپزشکی

کلیه هزینه ای دندانپزشکی الزاما در داخل دفترچه بیمه تامین اجتماعی درج و به همراه دوبه‌رگ اول دفترچه (سبز و قرمز رنگ) و عکس رادیوگرافی قبل وبعد آن ارسال گردد (بیمه شدگان طرح ۱)

۱۵- هزینه آمبولانس: هزینه‌های آمبولانس میبایستی همراه مدارک دال بر بستری شدن ارسال گردد (شرح حال و خلاصه پرونده و یا صورتحساب بیمارستانی) هزینه آمبولانس از بیمارستان به منزل غیر قابل پرداخت میباشد

۱۶- لیزیک: ارسال اصل پرینت کامپیوتری چشم قبل از عمل که به تایید پزشک معالج رسیده باشد و در آن نمره چشم آن ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. (بیمه شدگان طرح ۱)

۱۷- هزینه عینک الزاما در داخل دفترچه بیمه تامین اجتماعی درج و به همراه دو به‌رگ اول دفترچه (سبز و قرمز رنگ) و فاکتور پرداختی خرید عینک ارسال گردد. (بیمه شدگان طرح ۱)

خ: عمر و حوادث:

حق بیمه الحاقیه های صادره مربوط به تغییرات طول قرارداد اعم از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان بر اساس جدول تعرفه کوتاه مدت محاسبه خواهد شد.

تبصره: تاریخ موثر برای پوشش بیمه ای کارکنان جدید الاستخدام از تاریخ استخدام و تاریخ موثر برای حذف پوشش بیمه ای کارکنان حذفی از تاریخ قطع همکاری میباشد. منوط به اینکه اسامی آنها حداکثر تا پایان ماه بعد از تاریخ استخدام ، اخراج و فوت از طرف بیمه گذار به صورت کتبی به بیمه گر اعلام شده باشد در غیر اینصورت تاریخ موثر برای انجام تغییرات از تاریخ دریافت تقاضای کتبی بیمه گذار توسط بیمه گر خواهد بود

ج : نحوه اضافه بیمه شدگان تحت پوشش :

- ۱-نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند منوط به اینکه اعلام کتبی بیمه گزار منضم به کپی شناسنامه نوزاد حداکثر تا دو ماه پس از تولد
- ۲-همسر کارکنانی که ازدواج کنند ، حداکثر تا یک ماه از تاریخ عقد میبایست صفحه دوم شناسنامه همسر و نامه کتبی شرکت را ارسال تا نسبت به برقراری پوشش بیمه ای آنان اقدام گردد
- ۳- اعمال تغییرات تا ۱۳۹۹/۰۱/۲۵ قابل قبول میباشد .

د : نحوه محاسبه هزینه های درمانی :

کلیه هزینه های درمانی پس از اعمال تعرفه وزارت بهداشت و کسر فرانشیز مربوطه پرداخت می گردد (تعرفه: مبلغ مشخص شده توسط وزارت بهداشت و درمان کشور می باشد که در قبال هرگونه هزینه درمانیکه از طرف بیمه گذار انجام می گیرد پرداخت میشود)

در پایان یاد آور میگردد به جهت عدم تضییع حقوق بیمه شدگان بعلت نداشتن آگاهی از موارد خدمات تحت پوشش و طریقه استفاده خواهشمند است رابطین محترم شرکت "دستورالعمل ارسالی را به نحوه مقتضی به اطلاع کلیه بیمه شدگان برسانند و در مواردی که در این دستور العمل قید نگردیده خواهشمند با این نمایندگی

هماهنگی فرمایید. شماره تلگرام ۰۹۳۷۰۲۳۳۹۴۷ و ایمیل iranegin5168@gmail.com

جهت آگاهی از لیست بیمارستانهای طرف قرارداد از سایت بیمه ایران به نشانی WWW.iraninsurance.ir و پس از تایید از حسابداری بیمارستان نسبت به انتخاب بیمارستان خود اقدام نمائید

شرکت سهامی بیمه ایران

نمایندگی نگین ۵۱۶۸