



شماره ثبت: ۱۰۱

انجمن شرکتهای ساختمانی و تاسیساتی استان آذربایجان شرقی

مدیر عامل محترم شرکتهای عضو انجمن

باسلام

احتراماً، باستحضار می رساند در سال جاری نیز بروال سالهای قبل و جهت رفاه بیشتر اعضای محترم، این انجمن نسبت به تحت پوشش قرار دادن اعضای هیئت مدیره، سهامداران و پرسنل شرکتهای عضو و خانواده آنها در قالب بیمه گروهی مزاد درمان (درمان تکمیلی) اقدام نموده است از اعضای محترمی که تمایل دارند تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گیرند تقاضا می شود ضمن تکمیل فرم پیوستی نسبت به ارائه یکبرگ کپی از صفحات اول و دوم شناسنامه و کپی صفحه اول دفتر تامین اجتماعی و یک قطعه عکس از بیمه شده اصلی (سرپرست خانواده) و تحویل آن بدفتر انجمن حداکثر تا تاریخ ۸۸/۱۱/۱۵ نسبت به ثبت نام اقدام نموده و از مزایای آن بهره مند گردند. مبلغ بیمه ماهیانه بازای هر نفر شصت و پنج هزار ریال می باشد که ۵۰٪ آن بصورت نقدی و مابقی بصورت یک فقره چک به سررسید چهارماه دریافت خواهد شد. از مزایای بیمه مذکور در سال جاری حذف شرط سنی می باشد.

لازم بذکر است در صورت دارا بودن شرایط ذیل در طول مدت یکساله پوشش بیمه ای، اعضای محترم می توانند نسبت به بیمه نمودن افراد ذیل نیز اقدام نمایند:

- ۱- همسر بیمه شدگانی که پس از عقد قرارداد اقدام به ازدواج نموده اند.
 - ۲- فرزند بیمه شدگانی که پس از عقد قرارداد متولد می شوند.
- هم چنین در صورتی که تعداد بیمه شدگان هر شرکت بیش از ۵۰ نفر باشد علاوه بر موارد فوق از تخفیف ده درصدی نسبت به مبلغ بیمه ماهیانه برخوردار خواهند گردید.
- در خاتمه از اعضای محترم تقاضا می گردد جهت عقد قرارداد بیمه و جلوگیری از هرگونه سوء استفاده صرفاً از طریق مراجعه به انجمن اقدام نمایند.

با احترام
رضا حکمت شعار
عضو هیئت مدیره و دبیر

**فرم درخواست عضویت در قرارداد درمان تکمیلی گروهی**

کد مدرک: ANJ-FM48/00

نام شرکت:

شماره عضویت در انجمن:

شماره تماس:

➤ قابل توجه همکاران گرامی:

مشخصات	نام و نام خانوادگی	متولد	ش - شناسنامه
بیمه شده اصلی			
همسر			
فرزند			
فرزند			
فرزند			
فرزند			
فرزند			
فرزند			
پدر			
مادر			

- ۱- مشخصات فردی باید مطابق شناسنامه تکمیل شده باشد
- ۲- فرزندان ذکور تا سن ۲۰ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال تمام و برای دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه می باشند.
- ۳- حق بیمه ماهیانه هر نفر از بیمه شدگان ۶۵۰۰۰ ریال می باشد.
- ۴- تاریخ شروع قرارداد از مورخه ۸۸/۱۰/۱۷ و خاتمه آن مورخه ۸۹/۱۰/۱۷ می باشد.

- ۵- برای افرادی که برای اولین بار عضو صندوق هزینه درمان تکمیلی انجمن می شوند دوره مدت انتظار ۳ ماهه برای زایمان در نظر گرفته خواهد شد.
- ۶- سقف پرداختی بیمه برای بیمه شده از تمامی موارد مورد تعهد در طی این دوره حداکثر ۵۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال می باشد.

امضاء بیمه شده اصلی**مهر و امضاء شرکت ساختمانی**

(از متقاضیان محترم استدعا دارد پس از تکمیل فرم نسبت به تحویل آن حداکثر تا مورخ ۸۷/۱۱/۱۵ به دفتر انجمن اقدام عاجل معمول دارند.)

کد	عنوان پوشش	حداکثر تعهدات سالانه برای هر نفر	توضیحات
۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری)، آنژیوگرافی قلب، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن
۲	جبران هزینه های شش عمل جراحی مهم (اصلی)	۵,۰۰۰,۰۰۰	شامل: قلب - مغز و اعصاب (باستثناء دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه و مغز استخوان، پیوند کبد و ریه تعهدات این بند با احتساب تعهدات بند یک می باشد.
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۸,۰۰۰,۰۰۰	تعهد بیمه گر برای هزینه زایمان شامل فقط فرزند اول الی سوم بیمه شده می باشد.
۴	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	۲,۵۰۰,۰۰۰	شامل انواع سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، رادیوتراپی، ام آر ای، انواع آندوسکپی و اکوکاردیوگرافی
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۱,۲۵۰,۰۰۰	شامل: تست ورزش - نوار عضله - نوار عصب - نوار مغز و آنژیوگرافی چشم
۶	هزینه های جراحیهای مجاز سرپایی و بدون بستری	۱,۲۵۰,۰۰۰	مانند: شکستگیها، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست، و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم)
۷	هزینه رفع عیوب انکساری دید دو چشم (برای دو چشم بدون بستری)	۵,۰۰۰,۰۰۰	چنانچه نقص بینائی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر (قبل از عمل) "چهار دیوپتر" یا بیشتر باشد.
۸	جبران هزینه ای آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۳۰۰,۰۰۰ ۶,۰۰۰,۰۰۰	و سایر فوریتهای پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می گردد. تعهد این بند از محل تعهدات بند ۱ می باشد.

❁ فرانشیز ۳۵٪ در نظر گرفته شده است.