



تاریخ: ۱۴۰۱/۴/۹

شماره: ۱۴۰۱/۲۴۷۱۰

پیوست:

اطلاعیه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث

بدینوسیله به اطلاع تمامی اعضای محترم سازمان میرساند که ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث از ساعت ۱۳:۳۰ لغایت ۱۷ بعد از ظهر مورخ های ۱۴۰۱/۰۴/۱۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۴/۲۶ (بجز ایام تعطیل رسمی) انجام خواهد گرفت. لذا علاقمندان میتوانند پس از مطالعه شرایط و هزینه های پوشش بیمه‌ای و اطلاعات مندرج در فرم‌های (۱-۲-۳-۴) و پرینت فرم های ۵ و ۶ را از سایت سازمان به آدرس www.azarnezam.ir دریافت نموده و پس از تکمیل فرم‌های مزبور آنها را بپیوست مدارک مندرج در فرم ۴ در طبقه سوم ساختمان مرکزی سازمان (دبیرخانه) واقع در بلوار استاد شهریار به دبیرخانه سازمان تحویل فرمایند.

بدیهی است بعلت شرایط بیمه طرف قرارداد مهلت مذکور تمدید نخواهد شد.

فرم شماره (۱)

شرایط و مبلغ حق بیمه :

ردیف	عنوان	مبلغ سالیانه (به ریال) به ازای هر بیمه شده
۱	به ازای هر نفر بیمه شده اصلی (کمتر از ۶۰ سال) و خانواده تحت تکفل (همسر و فرزندان و والدین) برای بیمه درمان تکمیلی	۲۴,۷۴۶,۷۸۴
۲	هزینه بیمه شده اصلی، همسر و والدین تحت تکفل (هر کدام مابین ۶۱ تا ۷۰ سال) برای بیمه درمان تکمیلی	۳۷,۱۲۰,۱۷۶
۳	هزینه بیمه شده اصلی، همسر و والدین تحت تکفل (هر کدام بالای ۷۰ سال) برای بیمه درمان تکمیلی	۴۹,۴۹۳,۵۶۸
۴	هزینه بیمه والدین غیر تحت تکفل کمتر از ۶۰ سال به ازای هر نفر برای بیمه درمان تکمیلی	۳۷,۱۲۰,۱۷۶
۵	هزینه بیمه والدین غیر تحت تکفل مابین ۶۱ تا ۷۰ سال به ازای هر نفر برای بیمه درمان تکمیلی	۴۹,۴۹۳,۵۶۸
۶	هزینه بیمه والدین غیر تحت تکفل بالای ۷۰ سال به ازای هر نفر برای بیمه درمان تکمیلی	۶۱,۸۶۶,۹۶۰
۷	هزینه بیمه عمر و حوادث (فقط برای بیمه شده اصلی)	۲,۵۸۰,۸۰۰

نکته قابل توجه

به اطلاع اعضاء محترمی که درسال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی نبوده‌اند و امسال تحت پوشش قرار می‌گیرند، می‌رساند (به شرطی که تعداد ثبت نام کنندگان بیش از ۱۰۰۰ نفر باشد) حداقل زمان انتظار برای هزینه زایمان ۵ ماه از تاریخ ۱۴۰۱/۰۳/۳۱ می‌باشد.



سازمان نظام مهندسی ساختمان استان

نامه های صادره بدون مهر سازمان فاقد اعتبار می باشد.

تبریز - چایکنار - بلوار استاد شهریار - بعد از پل گلکار - پایین تراز بنیاد شهید و امور ایثارگران

Web: www.azarnezam.ir

تلفن: ۰۴۱-۳۶۵۹۸۳۰۰

جدول تعهدات بیمه‌گر (فرم شماره ۲)

ردیف	پوشش‌ها	سقف تعهدات (ریال)	فرانشیز در صورت نبود بیمه پایه
۱	جبران هزینه‌های بستری، جراحی شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع جراحی ستون فقرات و انواع سنگ شکن در بیمارستان و بیماری‌های کرونا و مراکز جراحی محدود و DAY CARE	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۲	افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای جراحی ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز و استخوان و جراحی آتروپلاست و استند قلب	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۳	زایمان اعم از طبیعی و سزارین «سزارین اختیاری و غیر اختیاری»	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۴	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی ۱: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، رایوتراپی، انواع اسکن، انواع آندسکوپی، ام‌آر‌آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، انواع غربالگری جنین و ناهنجاری‌های جنین، سیتی آنژیو	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۵	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی ۲: تست ورزش، تست ال‌رزی، تیت تنفسی (اسپیرو متری)، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز (نوار مئانه)، (سیستومتری یا سیستوگرام) شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۶	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی ۳: اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی‌ها، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۷	جبران هزینه‌های رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدر مطلق بینایی دو چشم از ۳ دیوپتر بیشتر باشد	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۸	جبران خدمات آزمایشگاهی شامل چک آپ پزشکی، آزمایش‌های تشخیص پزشکی، انواع پاتولوژی، انواع رادیوگرافی، نوار قلبی، فیزیوتراپی	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۹	جبران هزینه‌های ویزیت (پزشک عمومی و متخصص و فوق تخصص) و دارو	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۱۰	جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی پس از تایید پزشک معتمد و تایید بیمه‌گر	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۱۱	هزینه‌های درمان ناباروری و نازایی (هزینه‌های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی محدود میکرو اینجکشن IVF، IUI، GIFT، ZIFT و TTSC/دارونی THMG و HCG	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۱۲	هزینه‌های دارویی شیمی درمانی، هزینه‌های دارو درمانی MS و داروهای مربوط به بیماری‌های خود ایمنی	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۱۳	هزینه‌های مربوط به دندان پزشکی (شامل کشیدن هر نوع دندان، جراحی دندان، ترمیم کردن دندان جرمگیری دندان، عصب‌کشی، پرکردن دندان، روکش دندان) با طرح تجمیع خانوار	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰
۱۴	جبران هزینه‌های آمبولانسی 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	۵/۰۰۰/۰۰۰	درون شهری
		۱۰/۰۰۰/۰۰۰	برون شهری

(فرم شماره ۳)

۱- مدت قرارداد :

مدت این قرارداد به سبب استمرار قرارداد بیمه در سنوات قبل یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت ۲۴ روز مورخ ۱۴۰۱/۰۳/۳۰ شروع و در ساعت ۲۴ روز مورخ ۱۴۰۲/۰۳/۳۰ خاتمه می یابد.

۲- شرایط :

- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت ۶ ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر ۶ ماه پس از انجام آن خواهد بود. بدیهی است بعد از انقضا این مهلت، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.
 - جهت صدور معرفی نامه و یا پرداخت خسارت برای فرزندان ذکور از سن ۲۰ تا ۲۶ سال ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و برای فرزندان اناث بالای ۱۶ سال و یا مطلقه ارائه تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه الزامیست.
 - در زمان پرداخت اولین خسارت و یا صدور اولین معرفی نامه بایستی صفحه اول دفترچه بیمه پایه به همراه سایر مدارک به بیمه گر تحویل گردد.
 - جهت صدور معرفی نامه و یا پرداخت خسارت زایمان ارایه تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه و صفحه اول دفترچه بیمه پایه الزامیست.
 - کارکنان و اعضای اناث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را با رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.
 - بازنشستگان بیمه گزار صرفاً در ابتدای قرارداد به اتفاق کلیه اعضای خانواده میتوانند تحت پوشش قرار گیرند.
 - در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت کند. پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.
 - چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه گزار عمداً از اظهار مطالبی خودداری نموده یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است و حق بیمه پرداختی مسترد نخواهد شد.
 - افرادی که در طول مدت قرارداد میتوانند به تعداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، اعضای جدید، کارکنان و اعضای انتقالی، همسر اعضاء و کارکنانی که ازدواج کرده اند و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گزار حداکثر ظرف یکماه)
 - ثبت نام بیمه شدگان (اعم از اصلی و وابسته) در بیمه درمان گروهی به هیچ عنوان مشروط به داشتن بیمه پایه (اول) نخواهد بود.
 - بیمه شدگان بیمه عمر و حادثه تا سن ۷۰ سال تمام تحت پوشش بیمه عمر و تا سن ۷۵ سال تمام تحت پوشش بیمه حادثه خواهند بود.
- بیمه شدگان لیست مراکز درمانی و بیمارستانی آنلاین طرف قرارداد را از سایت بیمه البرز دریافت نمایند

(فرم شماره ۴)

مدارک مورد نیاز :

- ۱) اصل و تصویر کارت ملی تمام بیمه شدگان
 - ۲) اصل و تصویر (تمام صفحات) شناسنامه تمام بیمه شدگان
 - ۳) اصل و تصویر کارت عضویت سازمان نظام مهندسی ساختمان استان
 - ۴) اصل و تصویر صفحه اول دفترچه تمام بیمه شدگان (شماره بیمه پایه بیمه گر اول دریافتی از سامانه بیمه) (در صورت وجود بیمه گر اول)
-

شرکت بیمه البرز

نماینده لیل آبادی

فرم مشخصات بیمه شدگان بیمه درمان تکمیلی اعضاء سازمان نظام مهندسی استان آذربایجان شرقی

شرکت بیمه البرز / نمایندگی لیل آبادی

(فرم شماره ۵)

همکار محترم : با آرزوی سلامتی برای جنابعالی و خانواده محترم ، خواهشمند است ضمن مطالعه دقیق شرایط استفاده از پوشش بیمه ای ، فرم شماره ۵و۶ را خوانا و کامل تکمیل و ارایه فرمایید.

مشخصات بیمه شده اصلی (جدول خوانا و کامل)

نام و نام خانوادگی :	شماره عضویت :	مشخصات بیمه شده اصلی
نام پدر:	شماره شناسنامه :	
تاریخ تولد کامل:	کد ملی:	
محل صدور شناسنامه :	شماره بیمه تامین اجتماعی :	
شماره حساب	بانک:	
شماره شبا کامل و دقیق و خوانا :	شعبه بانک :	
IR		
شماره تلفن همراه :	شماره تلفن ثابت :	

مشخصات افراد خانواده بیمه شده اصلی (خوانا و دقیق و کامل)

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد کامل	شماره شناسنامه	محل صدور	کد ملی	نسبت	نوع بیمه شده عادی / تحت تکفل
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								

دارای سابقه بیمه درمان تکمیلی نزد شرکت بیمه ----- تا تاریخ ----- می باشم.

* همکار محترم بجهت برخورداری از تخفیفات ویژه گروهی و اقساطی در سایر رشته های بیمه اطلاعات جدول زیر را کامل فرمایید.*

ردیف	نوع بیمه	تاریخ اتمام	شرکت بیمه	شماره بیمه نامه	بیمه گذار بیمه نامه	کد ملی	نسبت	شماره تماس
۱	ثالث خودرو							
۲	بدنه خودرو							
۳	آتشسوزی							

شرکت بیمه البرز / نمایندگی لیل آبادی کد ۳۶۴۴

مهر و امضاء بیمه گذار و تاریخ :

فرم تعیین ذینفع استفاده از سرمایه بیمه عمر و حادثه

(فرم شماره ۶)

در صورتیکه فرم فوق توسط بیمه شده تکمیل و ارایه نشود. سرمایه بیمه عمر و حادثه برحسب قانون وراثت تقسیم خواهد شد.

اطلاعات بیمه شده:

نام خانوادگی: / / تاریخ تولد: / / نام پدر: / /
 نام: / / شماره شناسنامه: / / نام تماس: / /
 تلفن همراه: / / تلفن تماس: / / شماره عضویت: / /

جدول استفاده کنندگان از بیمه عمر و حادثه

نام ذینفع	نام خانوادگی ذینفع	نام پدر	نسبت با بیمه شده اصلی	درصد استفاده از سرمایه

اینجانب بیمه شده عمر و حادثه سازمان نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان شرقی تقسیم سرمایه بیمه عمر و حادثه را بشرح جدول فوق تایید می نمایم.

تاریخ مهر و امضاء

(فرم شماره ۶)

ردیف	شرح تعهدات شرکت بیمه	سرمایه
۱	فوت عادی (به هر علت)	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	فوت در اثر حادثه	۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران غرامت نقض عضو و از کار افتادگی ناشی از حادثه	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰

شرکت بیمه البرز
 نمایندگی لیل آبادی