

فرم مشخصات بیمه‌شدگان بیمه درمان تکمیلی اعضاء سازمان نظام مهندسی

بیمه البرز

(فرم شماره ۱)

مقتضای محترم

با آرزوی سلامتی برای شما و خانواده محترم، خواهشمند است ضمن مطالعه دقیق شرایط استفاده از پوشش بیمه‌ای، فرم شماره ۱ و ۲ را تکمیل و ارائه فرمائید.

مشخصات بیمه‌نامه	نام بیمه‌گر: شرکت بیمه البرز شماره بیمه‌نامه:
------------------	--

مشخصات بیمه شده اصلی

مشخصات بیمه شده اصلی	نام و نام خانوادگی:	شماره پرسنلی:
	نام پدر:	شماره شناسنامه:
	تاریخ تولد: سال، ماه، روز	کد ملی:
	محل صدور شناسنامه:	شماره بیمه تأمین اجتماعی:
	شماره حساب:	نزد بانک:
	شماره شبا:	شعبه:
	IR	
	آدرس:	
	شماره تلفن همراه:	
	شماره تلفن ثابت:	

مشخصات افراد خانواده بیمه شده اصلی

نوع بیمه شده	نسبت	کد ملی	محل صدور شناسنامه	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نام خانوادگی	نام	ردیف	مشخصات بیمه شده فرعی (پدر، مادر، همسر و فرزندان)

دارای سابقه بیمه تکمیلی درمان نزد تا تاریخ می‌باشم.

احتراماً، اطلاعات پشت برگ را نیز به منظور صدور سایر رشته‌های بیمه‌ای تکمیل فرمائید.

تاریخ:

مهر و امضاء بیمه‌گذار:

امضاء مقتضای:

فرم تعیین ذینفع استفاده از سرمایه بیمه عمر و حادثه

(فرم شماره ۲)

در صورتیکه فرم فوق توسط بیمه شده تکمیل و ارائه نشود، سرمایه بیمه عمر و حادثه بر حسب قانون وراثت تقسیم خواهد شد.

اطلاعات بیمه شده:

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: ۱۳ / /
کدملی: شماره شناسنامه: نام پدر:
تلفن تماس: تلفن همراه:

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 تقسیم سرمایه بیمه عمر

و حادثه را بشرح فوق تأیید می‌نمایم. ق ۴/۲۹

امضاء

تاریخ

جدول تعهدات بیمه‌گر (طرح شماره یک)

ردیف	پوشش‌ها	سقف تعهدات (ریال)
۱	جبران هزینه‌های بستری، جراحی شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع جراحی ستون فقرات و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE	۱۴۰.۰۰۰.۰۰۰
۲	هزینه‌های بیمارستانی	۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۳	افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغزو 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	۵۵.۰۰۰.۰۰۰
۴	زایمان (طبیعی و سزارین) ((سزارین اختیاری و غیر اختیاری))	۳۵.۰۰۰.۰۰۰
۵	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی ۱: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، رایوتراپی، انواع اسکن، انواع آندسکوپ، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، انواع غربالگری جنین و ناهنجاری‌های جنین، سیتی آنژیو	۱۰.۰۰۰.۰۰۰
۶	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی ۲: تست ورزش، تست آلرژی، تیت تنفسی (اسپیرو متری، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز نوار مثانه)، (سیستومتری یا سیستوگرام) شنوایی ستجی، بینایی ستجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۱۰.۰۰۰.۰۰۰
۷	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی ۳: اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی‌ها، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۵.۰۰۰.۰۰۰
۸	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	۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۹	جبران خدمات آزمایشگاهی شامل چک آپ پزشکی، آزمایش‌های تشخیص پزشکی، انواع پاتولوژی، انواع رادیوگرافی، نوار قلبی، فیزیوتراپی	۵.۰۰۰.۰۰۰
۱۰	جبران هزینه‌های ویزیت (پزشک عمومی و متخصص و فوق تخصص)	-
۱۱	جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی	۱۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۲	جبران هزینه آمبولانسی و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۵۰۰.۰۰۰
	درون شهری	
	برون شهری	۱.۰۰۰.۰۰۰

(فرم شماره ۲)

ردیف	شرح تعهدات شرکت بیمه	سرمایه	حق بیمه سالانه
۱	فوت عادی (به هر علت)	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۹۵۰.۰۰۰ ریال
۲	فوت در اثر حادثه	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۵۰.۰۰۰ ریال
	جمع حق بیمه سالانه هر نفر		۱.۳۰۰.۰۰۰ ریال
	ارزش افزوده		۱۱۷.۰۰۰ ریال
	جمع حق بیمه سالانه هر نفر با ارزش افزوده		۱.۴۱۷.۰۰۰ ریال

فرانشیز

فرانشیز، سهم بیمه‌شده از خسارت است که فرانشیز تعهدات این قرارداد ۳۰ درصد می‌باشد.

۱- مدت قرارداد

مدت این قرارداد به سبب استمرار قرارداد بیمه در سنوات قبل یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت ۲۴ روز ۱۳۹۹/۰۳/۳۱ شروع و در ساعت ۲۴ روز ۱۴۰۰/۰۳/۳۰ خاتمه می یابد.

۲- شرایط

- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت ۲ ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر ۲ 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 ارائه 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 اعضا خانواده می توانند 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، کارکنان انتقالی، همسر 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 آنلاین طرف قرارداد را از سایت بیمه البرز دریافت نمایند.

مدارک مورد نیاز:

- کپی کارت ملی تمام بیمه شوندگان
- کپی شناسنامه تمام بیمه شوندگان
- کپی کارت عضویت نظام مهندسی
- کپی صفحه اول دفترچه بیمه شوندگان

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان آذربایجان شرقی