

تعهدات بسته شماره ۴ (طرح سبز)

ردیف	نام تعهد	توضیحات	برای هر نفر (ریال)	حداکثر تعهدات
۱	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	حداکثر سقف تعهدات سالانه بابت جبران هزینه های بسترهای جراحی محدود Day Car (با پیشتر از ۶ ساعت بسترهای) اتفاق خصوصی و انواع سنج شکن، بروتوفاهی مورده استفاده در حین عمل جراحی، بسترهای سرپایی (در بیمارستان و اورژانس)، بسترهای اعصاب و روان، کاتاراکت و پیرچشمی، انواع لایراسکوپی، هزینه همراه بیمه شدگان کمتر از ۷ سال با پیشتر از ۷۰ سال برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	بدون سقف	
۲	جراحی تخصصی	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی مربوط به سرطان، قلب و غرور، مغز و اعصاب و نخاع، ستون فقرات، مغز، قلب، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان، هزینه عمل دیسک ستون فقرات، رادیوپرای، شبیه درمانی، گامانایف، آنتیوگرافی قلب، بیماریهای خاص و صعب العلاج و تعهدات خاص دارویی با اختساب ردیف یک برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	بدون سقف	
۳	زایمان	جبران هزینه های نازاری و ناباروری و هزینه های داروی مربوطه شامل لایراسکوپی تشخیصی، درمانی، IVF-ZIFT- GIFT- IUF- میکرواینجنگشن به صورت بسترهای و سرپایی، هزینه های کوتراز و همچنین هزینه های انجان زایمان طبیعی و سوزارین- تعهد بیمه گر برای هزینه های زایمان بدون محدودیت در تعداد فرزندان برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	
۴	پاراکلینیکی و خدمات آزمایشگاهی و جراحی های محاز سریابی	جبران هزینه های انواع اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی (داخل مطب و سایر مراکز)، ارم آی، انواع اندوسکوپی (در مراکز و مطب)، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیستومتری، لیزر تراپی ته چشم، سنجش تراکم استخوان، انواع رادیوگرافی، OPG طب هسته ای، انواع تست ورزش، نوار عصب، نوار غضروفه کلکتروکاردیوگرافی (نوار EKG)، نوار مثانه (سیستومی با سیستومی)، شناوهای سنتی، بینایی سنتی، انواع آنتیوگرافی (غیر از قلب)، آنتیوگرافی چشم، اسپرورومتری، تست آرزوی هولتر مانیتورینگ قلب، شکستگیها، چم گیری، ختنه، بخیه (زن و مرد) و برداشتند (بغیر از قلب)، آنتیوگرافی اسپیزیز لیپوم، بیوبسی، تخلیه کیست لیزر درمانی، به استثناء چکاب و آزمایش های تشخیصی (با استثناء چکاب و آزمایش های مربوط به ناهماری های جنین پاتولوژی یا آسیب شناسی و زنگنه برشکی)، تست خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی (با استثناء چکاب و آزمایش های مربوط به ناهماری های جنین پاتولوژی یا آسیب شناسی و زنگنه برشکی)، تست OCT قلب، ارجو NST، پاپ اسیر، انواع ادیوگرافی (با همراه انواع لیزر کم توان، برتوان و مگنت تراپی)، سیستوز کوبی، رکتسکوبی، تست OCT rain Mapping، آستروگرافی (تست ماتاکولین)، ان سی تی نوزاد، مگنت تراپی، اپتومتری و اسپرورومتری، اورودینامیک، ارجوگاسپرورومتری، برسی عصب شناوهای، انوا OCT، آستروگرافی (تست ماتاکولین)، گایروپرایکنیک، تست هسته کلیه انواع نوارنگاری و سایر موارد مشابه که توسط پزشک معالج نجوبی گردد، تمایزاتی، تست پریتمتری چشم (اندازه گیری میان بینایی)، گایروپرایکنیک، تست هسته ای، کاردرومتری، گفتار درمانی، توابیغشی قلب، تست های تعادل، تبل تست، تست خواه، مانومتری، بیوفیدیک، نوروفیدیک، ارتوبیدی، بروتوفیدی های مصنوعی با تایید پزشک مصالح ارتوز، فوتونگرافی، سونوگرافی در مطب به همراه هزینه و وزیر پراسان نوخ مصوب، نوار تست قند خون، فتوگرافی، سرمه تراپی، هزینه های اورتوز بلا فاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک بیمه گر، شستشوی گوش، پاسمندان، انواع تزریقات و تزریق مفصل، تزریق داخل سرمه، خردی سمعک و سابل کمک توابیغشی شامل عصا، واک، جواراب و اسپریس، گردنبند طبی، انواع آتل، هج بنده طبی، زاویند طبی، کمربند طبی، کفی طبی، بیلچر، واکسیناسیون (کلیه واکسن ها)، کیسه کلوستومی و هزینه های مربوط به پرستاری در منزل با دستپور پزشک متخصص، تزریق داخل ضایعه کوترا و OCT، ORB SCAN SMART PLUG JCG، پرستاکم، فوندوسکوپی، کانفو اسکن و انترپوین و اوپتیسم، پالس اکسیمتری، سیستوستکوپی (در مراکز مجاز و کلیه مطب های توسط کلیه پزشکان متخصص و فوق تخصص) فصد خون، تزریق داخل سرم، اوزون تراپی، کلیه لواز مصرفی برای اعمال بارا کلینیکی، RTMS، الاستو گرافی، پسورد آن برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	
۵	دارو و ویزیت	جبران هزینه های دارو (حتی ویتامین و مکمل) براساس فهرست اقلام مجاز دارویی کشور با اختساب حق فنی، ویزیت، هزینه سرنگ، آب مقطر، آنتیوکت، ستر سرم، اسکاب وین، کلیه لواز مصرفی دارویی، داروهای ترکیبی دارو خانه ها، داروهای تقویتی تالاسمی مینور و بیماریهای مرطبط با خون، که جزء ملزمات دارویی محسوب می گردد بر اساس تعریف مصوب به همراه نسخه دارویی پزشک و هزینه های مربوط به مشاوره و روان درمانی و روانشناسی، طب سوزنی، داروهای گیاهی، هزینه داروهای خارجی که دارای تولید داخلی می باشند، هزینه ویزیت همراه با خدمات، در صورت تجویز و تاکید پزشک مبنی بر ضرورت استفاده از آنها برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	
۶	دندانپزشکی	جبران هزینه های دندانپزشکی به استثناء زیبایی شامل کلیه عملیات دندانپزشکی اعم از جرم گیری، پرکردن، کشیدن، ترمیم، درمان ریشه و عصب، عصب کشی، روکش ارتودننسی، ایمپلنت، درمان لثه، جراحی لثه، دست دندان، انواع بروتز های برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد (برای اعفاء خلواده بصورت شناور محاسبه می گردد).	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	
۷	عینک طبی	جبران هزینه تهیه عینک بالنز تماсی طبی با تجویز اپتیومتریست و یا چشم پزشک برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	
۸	عیوب انکساری چشم	هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در موادی که به تشخیص پزشک معتقد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی و آستینگمات یا مجموع قدر مطلق نقش بینایی هر چشم ۳ دیوبتر با پیشتر ایشاد (برای هر چشم) برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد (برای دید ریاضیاتی مطابق با تعریف تعیین شده از سوی وزارت بهداشت و درمان پرداخت می گردد).	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	
۹	آزمایشات غربالگری	جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	
۱۰	داروهای خاص	هزینه داروهای خارجی که معادل داخلی ندارند و داروهای هورمون رشد (افراش و کاهش هورمون رشد)، داروهای شمی درمانی، داروهای آرتربوت روماتونیند، داروهای پوکی استخوان، رادیوپرای، داروی های ام اس، هپاتیت، دیابت، دیالیز، داروهای بیماریهای قلبی، سندرم تالااسمی مازور، هزینه های دارویی بسترهای اعصاب و روان، هزینه درمان افراد دارای بیماری خاص و صعب العلاج و بیماران خاص و لیزر PDT تا سقف تعهدات بیمارستانی برای درمان هر یک از بیمه شدگان قابل پرداخت خواهد بود.	۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰	
۱۱	هزینه های آمبولانس	هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بسترهای شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی داخل شهر	۲۵/۰۰۰/۰۰۰	
۱۲	هزینه های آمبولانس	هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بسترهای شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی خارج از شهر	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	
		حق بیمه ماهیانه هر نفر با اختساب مالیات، ارزش افزوده بوده و وجه آن نیز غیرقابل برگشت می باشد.	۸/۵۰۰/۰۰۰	

همکار گرامی لطفاً ضمن مطالعه تعهدات مربوط به هر یک از بسته های بیمه نامه تکمیلی درمان با تناویں طرح ۱(قرمز)، طرح ۲(زرد)، طرح ۳(آبی) و طرح ۴(سیاه)، با اختیاب طرح مورد نظر برای خود و خانواده محترم نسبت به تکمیل مشخصات زیر، اضاء و تحول، آن به رابطه بینه ای مستقر در سازمان نظام مهندسی، ساختمان، استان آذربایجان، غربی، در اسرع وقت اقدام فرمائید.

بدیهی است تکمیل فرم سیز رنگ به معنی انتخاب طرح سیز با تعهدات مندرج در همین صفحه خواهد بود.

در سطر اول جدول نام و مشخصات بیمه شده اصلی و در سطرهای بعدی مشخصات خانواده بصورت کامل و خوانا درج و در ستون تحت تکفل برای افراد غیر تحت تکفل کلمه «*غیر*» بنویسید.

مشخصات سمه شدگان

شماره شبا سرپرست (با هدف تسريع در پرداخت خسارت درمانی خواهشمند است از فعل بودن حساب بانکی اعلامی اطمینان حاصل نمائید)

حساب شبا بیمه شده اصلی	R	۱																								
------------------------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

لطفاً از ارائه شماره حساب مربوط به بانکهای **مسکن، سپه و بانک کشاورزی** خود را نمایید. در صورت اعلام شماره حساب بانکهای اعلامی و عودت وجهه مربوط به خسارت‌ها این شرکت مسئولیتی را عهده دار نمی‌باشد.

* تلفن همراه بیمه شده اصلی (جهت تماس ضروری): تماس مجازی : (تشکیل گروه همکاری)

نام شهرستان: شماره عضویت سازمان نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان غربی:

شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱ آخرين مهلت ثبت نام: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

** برای ثبت نام در شهرستان‌ها به محل سازمان و در ارومیه به ساختمان مرکزی سازمان نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان غربی و یا دفتر مرکزی شرکت به آدرس تقاطع خیابان‌های امینی و ۲۲ بهمن (دره چائی) **طبقه دوم** ساختمان امید **واحد ۳** (طبقه فوکانی فروشگاه جانبو) مراجعه فرمائید.

توصیهات:

- ارائه کمی کارت ملی برای کلیه بیمه شدگان الزامی است.
- بیمه گر تعهد می‌نماید پوشش همسر و فرزندان کارکنان اثاث و پوشش پدر و مادر غیر تحت تکفل بدون شرایط سنی را نیز با حق بیمه یکسان تحت پوشش قرار دهد.
- خانواده: منظور از خانواده عبارتست از هر یکی از کارکنان شاغل در خدمت بیمه گزار بعنوان سپریت خانواده و همسر یا همسران دائمی و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی باشد.
- کلیه کارکنان موثر می‌توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه یکسان صرف از ابتدای قرارداد بیمه نمایند.
- شرایط سنی افراد تحت تکفل:

• فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل تا سن ۲۳ سال تمام به شرط عدم استغلال به کار

• فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل در صورت استغلال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال تمام

• داشجوان مقلعه دکتر تا سن ۲۶ سال تمام با ارائه گواهی استغلال به تحصیل

• فرزندان اثاث تا زمان ازدواج و با استغلال به کار

• فرزندان موثق متعلقه تا زمان رجوع و با ازدواج مجدد بشرط عدم استغلال بکار

- ادامه پوشش بیمه ای به بازماندگان متوفی و افرادی که در طول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می‌شوند به همراه اعضاء، تحت پوشش به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود.
- در صورت استفاده از پوشش‌های بیمه ای حق بیمه دندگان بدایل اعلام انصاف آنها از ادامه قرارداد، قابل برگشت نبوده و تا پایان قرارداد دریافت می‌گردد.

- هرگونه افزایش به لیست پس از مهلت مقرر در ماده فوق "صرف" شامل افراد جدید استخدام، انتقالی، مامورین، تو زادان (۳۰ روز پس از تولد) و ازدواج در طول مدت قرارداد خواهد بود که می‌باشد مستندات آن (مانند حکم استخدام، تصویر شناسامه...) ازوی بیمه گذار حداکثر طرف مدت ۳۰ روز از تاریخ استخدام، تولد ... طی نامه کتبی و معتبر برای بیمه گر ارسال گردد.

- کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد "صرف" شامل افراد فومنی می‌باشد که با ارائه مدارک مثبته طی نامه کتبی و معتبر میسر خواهد بود.
- شروع پوشش بیمه ای بیمه دندگان جدید اولین روز هر ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار در مورد حتف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطعه همکاری بیمه شده با بیمه گذشت (مشروطه ب عدم دریافت خسارت) نز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار محسنه خواهد شد و حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار می‌گیرد، بدینه است هنگام حذف بیمه شده به هر دلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه می‌گردد.

- شرایط پرداخت هزینه‌های دندانپزشکی به شرح ذیل می‌باشد:

• در مورد خدمات درمان ریشه دندان (صب کشی)، روکش، انسوایپر، ایمپلنت، ارتودنسی، ترمیم چند سطحی ۴ دندان و بیشتر و جراحی‌های دندان در نسج نرم و سخت ارائه رادیوگرافی (عکس دندان) قبل و بعد از انجام درمان الزامی است.

• پرداخت هزینه‌های سرپایی با دستور پزشک متخصص و فاکتور ارائه شده قابل پرداخت می‌باشد.

• مدارک لازم چهت پرداخت هزینه‌های عینک: دستور پزشک متخصص با ایتومنتریست + پرینت نمره چشمی + فاکتور رسمی (در موقع خاص بنا به تشخیص کارشناس پرونده رویت عینک و تایید پزشک معتمد ضروری می‌باشد)

• مدارک لازم چهت پرداخت هزینه‌های پاراکلینیکی: فاکتور مععتبر، کمی جواب مربوطه

• مهلت تحویل مدارک هزینه‌های درمانی: پاراکلینیکی، بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه‌های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد و ۴ ماه پس از انقضای قرارداد خواهد بود.

• کلیه اعضا خانواده با حق بیمه یکسان و بدون لحاظ شرط سنی تحت پوشش می‌باشند.

• بیمه نامه فاقد دوره انتظار می‌باشد.

• فراغتیز بیمه نامه ۱۰ درصد می‌باشد.

• بیمه شدگان می‌توانند پدر و مادر خود را با حق بیمه یکسان و بدون لحاظ شرط سنی تحت پوشش می‌باشند.

*** مبنای محاسبه و پرداخت هزینه‌های درمانی **دو برابر** تعریفه مصوب سندیکای بیمه گران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

تسهیلات سایر رشته‌های بیمه ای

زمان انعام بیمه نامه‌های قبلی [خودرو (نالت) خودرو (بدنه) خودرو (بدنه)]

- صدور بیمه نامه بدنی با تخفیف ویژه نقدی مختص سازمان نظام مهندسی استان آذربایجان غربی و اعمال تخفیف بیمه نامه شخص ثالث

- صدور بیمه شخص ثالث خودرو بدون پیش پرداخت و طی ۱۰ قسط متوالی با ارائه یک فقره چک ضمانت

- صدور بیمه بدنده خودرو بدون پیش پرداخت و طی ۱۰ قسط متوالی با ارائه یک فقره چک ضمانت و ۵۰ درصد تخفیف گروهی

- صدور بیمه نامه آتش سوزی منازل مسکونی و تجاری و صنعتی و مرهونات بانکی با ۷۰ درصد تخفیف

- صدور بیمه نامه مسئولیت حرفة ای پیراپزشکان با اعمال ۷۰ درصد تخفیف گروهی و صدور بیمه نامه مسئولیت حرفة ای پزشکان با اعمال ۵۰ درصد تخفیف گروهی

- صدور بیمه های حوادث اتفاقی با ۴۰ درصد تخفیف گروهی

- صدور بیمه نامه سافرتی تا ۷۰ درصد تخفیف

- صدور بیمه نامه های عمر و سرمایه گذاری با اعمال تخفیف گروهی

- صدور بیمه های مسئولیت مدنی کارفرما در قیال کارکنان با ارائه همراه پوشش های اضافی ویژه و انحصاری

- اینجانب در خواست صدور بیمه نامه آتش سوزی مسافرتی عمرو سرمایه گذاری را دارم.

تلفن: امضاء

مبلغ حق بیمه می‌باشد به شماره حساب ۴۴۵۰۰۰۳۸۰ بنام ملت با شناسه واریز ۹۰۳۰۰۰۱۹۸۹۴۸۸۱۱۱ در صورت پرداخت اقساطی ۳۰ درصد حق بیمه به مبلغ ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال بصورت نقدی و الباقی به صورت ۳ فقره چک با سری دهای ۱۰/۰۱ و ۱۰/۰۶ و ۱۰/۰۲/۲۵ در ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال در وجه شرکت بیمه سینا با شناسه ملی ۱۰۱۰۵۲۹۰۶ ثبت و تحویل می‌گردد.

شماره تماس رابط بیمه ای مستقر در سازمان جهت ارائه خدمات بیمه ای:

سکار خانم جانعمو ۰۹۱۴۰۴۴۶۷۱۰