

**فرم ثبت نام درمان تکمیلی ، عمر و حوادث ۹۹-۹۸**

**اعضاء جدید محترم سازمان نظام مهندسی ساختمان استان تهران**

**مدت بیمه نامه از تاریخ ثبت نام لغایت ۱۳۹۹/۱۰/۰۶**

<b>شماره فرم ثبت نام:</b>	<b>شماره رسید وجه پرداختی:</b>	<b>کل حق بیمه پرداختی:</b>
---------------------------	--------------------------------	----------------------------

نام خانوادگی:	نام:
شماره بیمه پایه:	شماره نظام مهندسی: تاریخ عضویت:
شماره حساب بانک:	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>
شماره شبا (۲۴ رقمی):	نام بانک:
آدرس:	
تلفن ثابت:	تلفن همراه:
متقاضی ثبت نام طرح دو <input type="checkbox"/>	متقاضی ثبت نام طرح یک <input type="checkbox"/>

\* توجه : جهت پرداخت خسارت ، ارائه شماره حساب و شبا و نام بانک و شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی الزامی می باشد.

متقاضی بیمه	نام خانوادگی	نام پدر	نام (زن یا مرد)	شناسنامه شماره	کدملی	تاریخ تولد			نوع تکفل		متقاضی بیمه عمر
						روز	ماه	سال	تحت	غیر تحت	
											الزامی

\* ۱\* برای متقاضیانی که دارای دفترچه بیمه پایه هستند ، ارائه کپی صفحه اول دفترچه ( فرد اصلی و افراد تبعی ) الزامی می باشد . \* ۲\* ثبت نام بیمه شدگان مشروط به پوشش کلیه افراد تحت تکفل می باشد . \* ۳\* فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی اعم از داخل ویا خارج از کشور تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام (ارائه گواهی اشتغال به تحصیل) و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج ، مشروط به عدم اشتغال به کار فرزندان اعم از مذکر و مونث می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند. \* ۴\* پرداخت کل حق بیمه یکسال به صورت یکجا مطابق با طرح انتخابی می باشد. \* ۵\* ثبت نام بیمه درمان تکمیلی به همراه بیمه نامه عمر و حوادث جهت بیمه شده اصلی حداکثر تا سن ۷۰ سال الزامی میباشد. \* ۶\* در بیمه های عمر و حوادث جهت (بیمه شده اصلی ، همسر و والدین) وراث قانونی بعنوان ذینفع تعیین شده و سرمایه به نسبت بین آنان تقسیم می گردد و جهت فرزندان ، بیمه شده اصلی بعنوان ذینفع تعیین شده است. \*

**\* پس از تکمیل ثبت نام تغییر طرح مقدور نمی باشد \***

<p>اینجانب با آگاهی کامل از شرایط تعهدات و حق بیمه با اذعان به صحت اطلاعات ثبت شده خود و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل و مدارک مربوطه نسبت به ثبت نام اقدام و قبول نموده ام در صورت انصراف ، هیچ گونه حق بیمه ای مطالبه ننمایم. <input type="checkbox"/></p> <p><b>نام و نام خانوادگی متقاضی :</b></p> <p><b>تاریخ:</b></p> <p><b>امضاء:</b></p>	<p><b>نام و نام خانوادگی متصدی ثبت نام :</b></p> <p><b>تاریخ:</b></p> <p><b>امضاء:</b></p>
--	--

### جدول تعهدات بیمه تکمیل درمان

ردیف	شرح تعهدات برای اعضای سازمان	طرح اسقف تعهدات (ریال)	طرح ۲ اسقف تعهدات (ریال)
۱	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)، هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، پروتز (حین جراحی داخل بدن)، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد، هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها به جز زایمان، بستری اورژانس کمتر از ۶ ساعت	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جراحی تخصصی (شش عمل اصلی)، هزینه اعمال جراحی اصلی، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گاما نایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱)	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	زایمان، هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین، هزینه های درمان نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط GIFT, ZIFT, IUI، میکرواینجکشن و IVF (سقف برای هر نفر)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	پاراکلینیکی ۱- انواع سونوگرافی، انواع غربالگری جنینی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانستومتری، انواع آنژیوگرافی، انواع رادیولوژی، سنجش تراکم استخوان، اکوچشم، پاپ اسمیر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۵	پاراکلینیکی ۲- هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، آنژیو گرافی چشم و هولترمانیتورینگ قلب و فشارخون	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰
۶	پاراکلینیکی ۳- جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم)، جبران هزینه های خارج کردن جسم خارجی از بدن، نوار گوارش، شنوایی سنجی، اکو چشم، شستشوی گوش تا سقف تعهدات بند (پاراکلینیکی و جراحی مجاز سرپایی)	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰
۷	هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های 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	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
۸	هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های 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	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰
۹	عینک، انواع لنز، عدسی	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	لیزیک چشم چپ و راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) سه دیوپتر یا بیشتر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	هزینه خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیو گرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی، آزمایشات غربالگری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	سمعک	۸,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	خدمات دندانپزشکی به استثنای دندان مصنوعی و زیبایی (طبق تعرفه سندیکا)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	-
۱۵	ویزیت، دارو (به استثنای داروهای زیبایی بهداشتی و لاغری و مکمل ها) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	-
	حق بیمه سالیانه بیمه شده اصلی، همسر و فرزندان با فرانشیز ۲۰٪ هر نفر	۲۰,۴۰۰,۰۰۰	۱۱,۸۸۰,۰۰۰
	حق بیمه سالیانه والدین تحت تکفل و غیر تحت تکفل با فرانشیز ۲۰٪ هر نفر	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	۱۹,۲۰۰,۰۰۰
	مجموع حق بیمه دریافتی درمان		

### جدول تعهدات بیمه نامه عمر و حوادث

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات (ریال)	حق بیمه دریافتی
۱	پوشش بیمه عمر (فوت به هر علت)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	حق بیمه دریافتی
۲	پوشش بیمه حوادث (فوت به علت حادثه)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۳	پوشش بیمه حوادث (غرامت نقص عضو اعم از کلی و جزئی بر اثر حادثه)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
	حق بیمه سالیانه عمر و حوادث بیمه شده اصلی حداکثر تا سن ۷۰ سال	۸۸۲,۹۰۰	
	حق بیمه سالیانه عمر و حوادث همسر حداکثر تا سن ۷۰ سال (هر نفر)	۷۶۸,۴۵۰	
	حق بیمه سالیانه عمر و حوادث فرزندان از سن ۴ تا ۲۵ سال (هر نفر)	۶۵۴,۰۰۰	
	حق بیمه سالیانه عمر و حوادث والدین حداکثر تا سن ۷۰ سال (هر نفر)	۹۶۴,۶۵۰	
	مجموع حق بیمه دریافتی عمر و حوادث		

نام و نام خانوادگی متقاضی:

تاریخ

امضاء

نام و نام خانوادگی متصدی ثبت نام:

تاریخ

امضاء

## مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام اعضا جدید

- ۱- اصل و کپی شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل ایشان (تمام صفحات)
- ۲- اصل و کپی کارت ملی بیمه شده و افراد تحت تکفل ایشان
- ۳- اصل و کپی کارت عضویت معتبر یا پروانه اشتغال بیمه شده اصلی
- ۴- تصویب صفحه اول دفترچه (فرد اصلی و افراد تبعی برای متقاضیان که دارای دفترچه بیمه پایه هستند)
- ۵- ارائه شماره حساب و شماره شبای بیمه شده اصلی، به همراه بانک و شعبه
- ۶- تکمیل فرم ثبت نام

### توضیحات مهم

- ۱- ثبت نام و بیمه افراد تحت تکفل عضو جدید بنا به درخواست و تمایل عضو انجام میشود. (حق بیمه برای مدت زمان پوشش بیمه به تناسب یکسال می شود.)
- ۲- فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی اعم از داخل و یا خارج از کشور تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام (با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل) و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج، مشروط به عدم اشتغال به کار فرزندان اعم از مذکر و مؤنث می توانند تحت پوشش بیمه قرار گیرند. (فرزندان اناث مطلقه مشروط به عدم اشتغال تحت پوشش قرار می گیرند.)
- ۳- والدین تحت تکفل و غیر تحت تکفل با حق بیمه متفاوت از بیمه شده اصلی می توانند تحت پوشش قرار بگیرند.
- ۴- همسر و فرزندان اعضاء و کارکنان اناث می توانند با حق بیمه یکسان با بیمه شده اصلی تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان قرار بگیرند.
- ۵- نرخ حق بیمه برای کلیه رده های سنی، ثابت و یکسان می باشد.
- ۶- پوشش بیمه مازاد تکمیل درمان برای اعضا و خانواده محترم ایشان از تاریخ ثبت نام لغایت ۹۹/۱۰/۶ می باشد.
- ۷- حق بیمه کل اعضاء ثبت نام شده به همراه افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل بصورت نقد اخذ می گردد.
- ۸- برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص بیمه مازاد درمان به نمایندگان شرکت بیمه نوید رفاه ایرانیان مستقر در طبقه (۲-) سازمان در ساعات اداری روزهای شنبه تا چهارشنبه مراجعه نمایند و یا با شماره ۸۸۵۸۵۰۹۰ تماس حاصل فرمایند.

خواهشمند است با در دست داشتن کلیه مدارک مذکور جهت ثبت نام مراجعه فرمائید.