



((بسمه تعالی))

پوشش بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث برای اعضاء محترم سازمان نظام دامپزشکی کشور و اعضاء خانواده تحت تکفل آنان

بیمه شدگان :

- ۱- کلیه اعضاء سازمان نظام دامپزشکی که دارای شماره نظام دامپزشکی می باشند.
- ۲- همسر ۳- فرزندان بیمه شده اصلی * فرزندان مونث تا زمان اولین ازدواج * فرزندان ذکور تا سن ۲۰ سالگی
* در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سالگی و * دانشجویان رشته پزشکی تا ۲۶ سالگی
- ۴- پدر و مادر به شرط داشتن دفترچه درمانی با فرانشیز ۰.۴٪ تحت پوشش قرار می گیرند.
* در زمان ثبت نام تمامی اعضاء خانواده بیمه شده اصلی می بایستی تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گیرند.*

(تاریخ تحت پوشش از ۸۸/۰۲/۱۲ تا ۸۹/۰۲/۱۲)

- ** پس از پایان مهلت ثبت نام فقط افراد زیر به جمع بیمه شدگان اضافه می گردند: **
- فرزندان از بدو تولد (حداکثر دو ماه پس از تولد فرصت دارند تحت پوشش قرار گیرند).
- همسر بیمه شده اصلی که تاریخ ازدواج آنان در طول اعتبار قرارداد بیمه ای باشد (حداکثر دو ماه پس از ازدواج فرصت دارند تحت پوشش قرار گیرند)

۱- قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

در این طرح هزینه های درمانی بیمه شدگان بشرح زیر تحت پوشش می باشد.

سقف تعهدات برای هر نفر	تعهدات
۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱- جبران کلیه هزینه های بیمارستانی و اعمال جراحی
۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲- جبران هزینه های اعمال جراحی قلب ، مغز و اعصاب (به استثنای دیسک ستون فقرات) پیوند کلیه و مغز استخوان، کبدوریه با احتساب بند ۱
۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۳- جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین
۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۴- پاراکلینیکی الف: سونوگرافی ، ماموگرافی ، رادیوتراپی ، انواع اسکن ، انواع آندوسکوپی ، ام . ار . آی ، اکو کاردیوگرافی ، سی تی اسکن
۱,۵۰۰,۰۰۰ ریال	۵- پاراکلینیکی ب: هزینه های اعمال مجاز سرپایی : ختنه ، شکستگی ها، گچ گیری ، بخیه ، تخلیه کیست، خارج کردن لیوم کرایوتراپی و لیزر درمانی
۱,۵۰۰,۰۰۰ ریال	۶- پاراکلینیکی ج : هزینه های تست ورزش ، نوار عصب ، مغز ، عضله و آنژیوگرافی چشم
۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۷- جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دید چشم 4 دیوپتر یا بیشتر برای هر چشم داخل شهر
۳۰۰,۰۰۰ ریال	۸- هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی منجر به بستری در بیمارستان خارج شهر
۶۰۰,۰۰۰ ریال	

جدول حق بیمه درمان ،عمر و حادثه برای هر نفر (سالانه)

زیر ۳ سال	۳ تا ۶۰ سال	۶۰ تا ۷۰	۷۰ تا ۷۵ سال	۷۵ سال به بالا
۶۷۵,۰۰۰	۸۰۷,۰۰۰	۱,۱۴۴,۵۰۰	۱,۴۱۹,۶۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰

الف- نحوه استفاده از خدمات بیمه درمان تکمیلی جهت مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه ایران

بیمه شدگان می توانند جهت استفاده از خدمات بیمه درمان تکمیلی (دریافت معرفی نامه بستری در مراکز طرف قرارداد) به همراه داشتن مدارک ذیل در تهران و شهرستانها به شعب بیمه ایران مراجعه نمایند.

* اصل شناسنامه بیمه شده اصلی و بیمار به همراه کارت بیمه درمانی بیمه ایران

* گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و نام بیمارستان مورد نظر و تاریخ دقیق بستری

* اصل و کپی دفترچه سازمان تامین اجتماعی و یا خدمات درمانی پدر و مادربیمه شده

* در صورت عدم دریافت معرفی نامه حداکثر ظرف مدت ۳ روز از زمان بستری شدن مراتب را به دفتر بیمه سازمان اطلاع داده شود.

* در موارد اورژانس و یا ساعات غیر اداری، بیمه شدگان می توانند از طریق کارت بیمه مستقیماً به بیمارستان طرف قرارداد مراجعه کنند و در اولین ساعات اداری روز بعد معرفی نامه مربوطه را اخذ نمایند.

ب- نحوه استفاده از خدمات بیمه درمان تکمیلی جهت مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه ایران

الف- بیمه شده موظف است حداکثر ظرف مدت ۳ روز از زمان بستری در بیمارستان مراتب را به دفتر بیمه سازمان اطلاع دهد.
ب- حداکثر هزینه های درمان قابل پرداخت از هزینه های انجام شده در بیمارستانها یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد معادل هزینه های مربوط در بیمارستانها و مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه ایران (طبق قرارداد منعقد) با توجه به حق العمل جراح، کمک جراح، تخت اتاق عمل، بیهوشی و ریکاوری بر حسب درجه بیمارستان خواهد بود چنانچه حق العمل جراحی و سایر موارد در صورت حساب ارائه شده قید نشده باشد تعهد بیمه گر مشروط به ارائه رسید معتبر و طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان خواهد بود.

** مدارک لازم جهت بررسی پرونده و پرداخت صورت هزینه های درمانی مراکز غیر طرف قرارداد: **

* اصل شناسنامه بیمه شده اصلی و بیمار

* گواهی پزشک دال بر علت و تاریخ بستری در بیمارستان با ذکر مشخصات کامل بیمار و نام بیمارستان

* کپی و اصل کارت بیمه درمانی

* اصل کلیه صورت هزینه های درمانی

توجه: این بیمه نامه مکمل بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه گران مشابه می باشد (بیمه گر اول) لذا بیمه شدگان باید ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این موسسات، فتوکپی برابر اصل مدارک مربوطه را بانضمام فتوکپی چک دریافتی تحویل نمایند.

در صورتیکه بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده نمایند ما به التفاوت خسارت تا سقف تعهدات بیمه گر بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود مشروط به اینکه جمع هزینه های پرداختی بیمه گر اول و بیمه ایران از ۱۰۰٪ هزینه های مورد تعهد تجاوز ننماید.

در صورتیکه بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده ننمایند میزان سهم خسارت بر عهده بیمه گذار معادل ۳۰٪ فرانشیز خواهد بود.

استثنائات:

هزینه های درمانی ناشی از موارد زیر تحت پوشش نمی باشد:

* اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث بیمه شده طی درمان باشد.

* عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته و معالجه آن جنبه ضروری داشته باشد.

* زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر، سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج، نازایی و عقیم سازی مگر اینکه جنبه درمانی داشته باشد، لقاح مصنوعی

* ترک اعتیاد، خودکشی، قتل و جنایت، جنون و بطور کلی بیماریهایی که شخص بیمار نسبت به بیماری خویش آگاهی نداشته باشد

* حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله، آتشفشان و جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و فعل و انفعالات هسته ای و شیمیایی

* هزینه اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر

* دندانپزشکی و جراحی لثه

* وسایل کمک توانبخشی از قبیل جوراب واریس، لنز و سمعک، شکم بند، لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند

* هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی

* رفع عیوب انکساری چشم مگر در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر نقص بینایی هر چشم ۵ دیوپتر یا بیشتر باشد

۲- بیمه عمر زمانی: پرداخت غرامت فوت به هر علت برای هریک از بیمه شدگان ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۳- پرداخت غرامت فوت ناشی از حادثه برای هریک از بیمه شدگان ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

+پرداخت غرامت نقص عضو کلی دائم برای هریک از بیمه شدگان ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

+پرداخت غرامت نقص عضو جزئی دائم برای هریک از بیمه شدگان ضربی از ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

+در صورت بروز فوت در اثر حادثه، سرمایه مورد تعهد برای هر یک از بیمه شدگان ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

*** مدارک لازم برای ثبت نام ***

۱- تکمیل فرم عضویت (به شرح نمونه پیوست)

۲- یک قطعه عکس بیمه شده اصلی

۳- کپی صفحه اول و دوم شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل

۴- کپی دفترچه درمانی

۵- گواهی اشتغال به تحصیل برای فرزندان ذکور بین ۲۰-۲۵ سال

۶- کارت بیمه درمان سال قبل

۷- فیش بانکی مبلغ حق بیمه (حساب مهر ۰۱۰۱۵۶۱۶۷۰۰۳ بانک کشاورزی شعبه تالار بورس به نام صندوق تعاون ورفاه سازمان نظام دامپزشکی)