

Encl.: دارد No.: ۱۶۰/۳۲/۱۱۱۵۷ شماره: ۱۳۹۹/۲/۲۴ تاریخ:

بسمه تعالی

«نمبر فوری»

بخشنامه

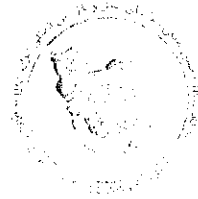
شرکت محترم حمل و نقل بین‌المللی (عضو و غیرعضو)

موضوع: قرارداد بیمه تکمیلی درمان گروهی
با تقدیم درود و احترام،

پیرو بخشنامه شماره ۱۶۰/۳۲/۱۰۹۹۶ مورخ ۹۹/۲/۸ به استحضار کلیه شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی عضو و غیرعضو می‌رساند؛ قرارداد بیمه تکمیلی درمان گروهی با سقف تعهدات و حق بیمه ذیل از طریق شرکت سهامی بیمه البرز آماده بهره برداری می‌باشد. لذا کلیه شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی، کشتیرانی و هوایی می‌توانند جهت تحت پوشش قرار دادن کلیه کارکنان خود و خانواده‌های آنان با شرح ذیل اقدام و بموجب نامه رسمی، پس از مهر و امضاء مدیریت شرکت به انضمام تصویر آخرین لیست تأمین اجتماعی به همراه حق بیمه مربوطه به این انجمن تحویل نمایند.

"طرح بیمه درمان تکمیلی شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی"

ردیف	شرح پوشش	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، آنژیو گرافی قلب گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day care	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۲	هزینه‌های جراحی تخصصی با احتساب بند یک شامل جراحی‌های مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) گامانایف قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند معز استخوان	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۳	هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین فرزند اول الی سوم	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه‌های پاراکلینیکی شامل: سونوگرافی، ماموگرافی انواع اسکن انواع آندوسکپی، ام آر آی، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری			
۵	هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیو گرافی چشم	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	هزینه‌های جراحی مجاز سرپایی شامل شکستگی‌ها گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی هزینه خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ) شامل آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی و پاتولوژی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی			
۷	جبران هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم مشروط بر اینکه ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، برای هر چشم	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰



Encl.: دارد No.: ۱۶۰/۳۲/۱۱۱۵۷ شماره: ۱۳۹۹/۲/۲۴ تاریخ: پیوست:

ردیف	شرح پوشش	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳
۸	هزینه آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج داخل شهر	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰
۹	هزینه آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج بین شهری	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰
۱۰	ویزیت و دارو	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	دندان پزشکی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	عینک	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	بیماریهای جنین	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪		۵۷۷,۰۴۴	۸۰۸,۳۲۴	۱,۳۱۲,۰۰۰

شرایط قرارداد

- حداقل ۵۰٪ از کل کارکنان هر شرکت عضو به همراه کلیه افراد تحت تکفل آنان می‌بایست جهت اخذ پوشش بیمه‌ای در شروع قرارداد معرفی گردند.
- شرکت‌هایی که تعداد نفرات لیست تأمین اجتماعی ایشان ۱۰ نفر و یا کمتر باشد، تنها در صورتی قرارداد درمان تکمیلی ارائه می‌شود که کل نفرات حاضر در لیست تأمین اجتماعی پوشش درمان تکمیلی را دریافت کنند.
- ارائه لیست بیمه گر اول (مانند دفترچه تأمین اجتماعی) در شروع قرارداد الزامی می‌باشد.
- فرانشیز قرارداد ۱۰٪ می‌باشد.
- هزینه‌های ویزیت طبق تعرفه وزارت بهداشت پرداخت می‌گردد.
- هر یک از شرکت‌های متقاضی تنها مجاز به انتخاب یکی از طرح‌ها می‌باشند.
- افراد بازنشسته جزو این طرح نیستند.
- به افراد بالای ۶۰ سال ۵۰٪ و افراد بالای ۷۰ سال ۱۰۰٪ حق بیمه اضافه خواهد شد.
- فرانشیز والدین غیر تحت تکفل ۳۰٪ می‌باشد.
- والدین تحت پوشش بیمه دندان پزشکی نمی‌باشند.
- از جمع حق بیمه‌های اشخاص بیمه شده مبلغ ۳۰٪ به صورت چک به تاریخ روز و الباقی طی سه فقره چک به صورت مساوی به تاریخ ۹۹/۵/۱، ۹۹/۷/۱ و ۹۹/۹/۱
- در صورت لزوم جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانند با شرکت کارگزاری بیمه حامیان پوشش فردا با شماره ۸۸۱۴۰۰۷۱ داخلی ۱۱۲ سرکار خانم ربیعیان و یا آقای ازگلی با شماره ۸۸۸۴۵۲۵۶ تماس حاصل فرمایند. /

با تقدیم احترام

دبیر انجمن صنفی شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی ایران

زنوزی

www.itca.ir

ita_ob@itca.ir

