



تاریخ: ۱۳۹۸/۲/۲۵ شماره: ۱۶۰/۳۲/۸۴۶۶ No.: پست: ندارد Encl.:

به نام خدا

### بخشنامه

## شرکت حمل و نقل بین المللی (عضو و غیر عضو)

موضوع: قرارداد بیمه تکمیلی درمان گروهی از طریق شرکت کارگزاری بیمه ایران حامی

با نثار درود و احترام ،

بدینوسیله به استحضار کلیه شرکت های حمل و نقل بین المللی عضو و غیر عضو میرساند که به موجب اطلاعیه واصله از شرکت کارگزاری بیمه ایران حامی ، قرارداد بیمه تکمیل درمان گروهی با سقف تعهدات و حق بیمه ذیل ، آماده تنظیم و بهره برداری از طریق انجمن صنفی شرکتهای حمل و نقل بین المللی ایران است . لذا کلیه شرکت های حمل و نقل بین المللی ، کشتیرانی و هوایی میتوانند جهت تحت پوشش قرار دادن کلیه کارکنان خود و خانواده های آنان به شرح ذیل اقدام و به موجب نامه رسمی ، پس از مهر و امضا مدیریت شرکت به انضمام تصویر آخرین لیست تامین اجتماعی به همراه حق بیمه مربوطه ، به دفتر شرکت کارگزاری بیمه ایران حامی ، واقع در خیابان ایرانشهر نبش خیابان سمیه پلاک ۱۰۲ ، طبقه سوم ، واحد ۱۱ تحویل نمایند .  
(الف) میزان تعهدات قرارداد مذکور به شرح ذیل اعلام میگردد:

### \*\* هر شرکت مجاز به انتخاب یک طرح میباشد\*\*

| ردیف | نوع پوشش   | طرح یک- ریال | طرح دو- ریال  |
|------|--|--------------|---------------|
| ۱    | جبران هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ( به استثنای دیسک ستون فقرات ) گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه و پیوند مغز و استخوان. | ۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | ۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ |
|      | سایر اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی  |              |               |



Encl.:      ندارد      No.:      ۱۶۰/۳۲/۸۴۶۶      شماره:      Date:      ۱۳۹۸/۲/۲۵      تاریخ:

|             |             |  |   |
|-------------|-------------|--|---|
| ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | محدود day care ( با بیشتر از ۶ ساعت بستری )<br>و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و جراحی،<br>دیسک ستون فقرات و شیمی درمانی ، رادیوتراپی،<br>گامانایف، و همچنین بستری جهت درمان طبی در<br>بیمارستان .            | ۲ |
| ۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | ۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین  | ۳ |
| ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | هزینه های پاراکلینیکی ۱ انواع اسکن ، انواع سی<br>تی اسکن ، ماموگرافی ، سونوگرافی ، ام آر آی ، انواع<br>آندوسکوپی و اکوکاردیوگرافی، استرس اکو،<br>دانسیتومتری.  | ۴ |
| ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | هزینه های پاراکلینیکی ۲ شامل تست ورزش ،<br>تست آلرژی ، تست تنفسی، نوار عضله ، نوار عصب<br>، نوار مغز ، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی،<br>هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم                                | ۵ |
| ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | هزینه جراحی های مجاز سرپایی مانند شکستگی و<br>دررفتگی، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ،<br>اکسیژون ، لیپوم ، بیوبسی، تخلیه کیست و لیزر<br>درمانی (به استثناء رفع عیوب دید چشم)، هزینه<br>های پانسمان و تزریقات | ۶ |
| ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ | هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در<br>مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه<br>نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق<br>نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی                          | ۷ |



Encl.: ندارد No.: ۱۶۰/۳۲/۸۴۶۶ شماره: Date: ۱۳۹۸/۲/۲۵ تاریخ: پیوست:

|                 |                 |  |    |
|-----------------|-----------------|--|----|
|                 |                 | به علاوه نصف آستیگمات ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد<br>(برای هر چشم)  |    |
| ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی (به استثناء چکاپ پزشکی) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیولوژی، نوار قلب، فیزیوتراپی: | ۸  |
| ۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال  | ۰               | جبران هزینه های دندانپزشکی (به استثناء ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان و اعمال زیبایی و دندان مصنوعی)   | ۱۰ |
| ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال  | ۰               | جبران هزینه خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی<br>جبران هزینه های مربوط به عینک طبی و لنز تماسی طبی با تجویز پزشک متخصص   | ۱۱ |
| ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | ۰               | هزینه های تشخیص ناهنجاری جنین (غربالگری)   | ۱۲ |
| ۱,۱۰۰,۰۰۰ ریال  | ۷۵۰,۰۰۰ ریال    | حق بیمه ماهانه هر نفر مبلغ:  |    |

\*\*\*طبق درخواست مکرر و جهت رفاه بیمه گذاران پوشش های دندان پزشکی، عینک

طبی و لنز تماسی طبی و هزینه های تشخیص ناهنجاری جنین (غربالگری) اضافه گردید.

• هزینه های انجام شده طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان پرداخت میگردد.

• بازنشستگان تحت پوشش این قرارداد میباشند. (با ارائه مدارک مثبته)



تاریخ: ۱۳۹۸/۲/۲۵ Date: شماره: ۱۶۰/۳۲/۸۴۶۶ No.: پیوست: ندارد Encl.:

- تصویر مدارک بیمه گر اول (مانند دفترچه درمان تأمین اجتماعی) در زمان صدور معرفی نامه و تسویه خسارت الزامی میباشد (داشتن بیمه پایه برای بیمه گذاران الزامی است).
- به حق بیمه هر یک از افراد از سن ۶۰ تا ۷۰ سال ۵۰٪ و ۷۰ سال به بالا ۱۰۰٪ اضافه خواهد شد.

| ردیف | سن             | حق بیمه سالانه طرح یک | حق بیمه سالانه طرح دو |
|------|----------------|-----------------------|-----------------------|
| ۱    | ۰ تا ۶۰ سال    | ۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال        | ۱۳,۲۰۰,۰۰۰ ریال       |
| ۲    | ۶۰ تا ۷۰ سال   | ۱۳,۵۰۰,۰۰۰ ریال       | ۱۹,۸۰۰,۰۰۰ ریال       |
| ۳    | ۷۰ سال به بالا | ۱۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال       | ۲۶,۴۰۰,۰۰۰ ریال       |

- فرانشیز برای تمامی آیتم ها ۱۰ درصد میباشد.
- دوران انتظار: مدت زمانی که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت های مشروحه ذیل را ندارد:
- بیماری های مزمن: تاریخ شروع دوره انتظار از تاریخ شروع اولین پوشش برای بیمه شده خواهد بود و مدت آن سه ماه تمام است و موارد آن عبارت است از: کاتارکت، استرایپسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی آنژیوپلاستی قلب، قلب باز، نارسایی های مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتوتومی و هیستریکتومی، سیتوسل، رکتوسل، آنتروسل
- زایمان: دوران انتظار ۶ ماه تمام میباشد.
- \*تذکر ۱: دوران انتظار شامل کسانی که سال قبل سابقه بیمه درمان تکمیلی داشته باشند نمیشود.



تاریخ: ۱۳۹۸/۲/۲۵ Date: شماره: ۱۶۰/۳۲/۸۴۶۶ No.: پست: ندارد Encl.:

\* تذکر ۲: تمامی عمل هایی که نوع زیبایی آن وجود دارد قبل از انجام عمل میبایست بیمه گذار معاینه شده و پزشک معتمد بیمه آن را تایید نماید. (مانند عمل بینی، اعمال جراحی چاقی، فتق نافی و موارد مشابه)

\* چنانچه تعداد بیمه شدگان قرارداد به بالای ۱۰۰۰ نفر برسد دوران انتظار برای تمامی افراد بلا اثر میشود.

(۱) شرکت های متقاضی لیست افراد با مشخصات زیر به صورت CD در محیط excel، ظرف مدت ۷۲ ساعت اداری به شرکت کارگزاری ایران حامی تحویل نمایند.  
\* متقاضیان میتوانند از طریق تلگرام با شماره ۰۹۰۲۸۲۷۴۰۶۷ فرمت مورد نظر را دریافت نمایند.

(۲) کد ملی، نام و نام خانوادگی - به صورت جدا از هم هر کدام در ستون مجزا -، نام پدر، تاریخ تولد، روز، ماه، سال - به صورت جدا از هم هر کدام در ستون مجزا - شماره شناسنامه، جنسیت، وضعیت تاهل، شماره شبا سرپرست، شماره تلفن همراه نفر اصلی و نسبت (اصلی، همسر، فرزند، مادر و پدر - خواهر و برادر امکان اضافه شدن را ندارند -)

\* والدین تحت تکفل و غیر تحت تکفل کارکنان (بیمه شدگان اصلی) بشرط اینکه تحت پوشش یکی از بیمه گران اولیه باشند، میتوانند از مزایای بیمه نامه استفاده نمایند.

(۳) حق بیمه ماهانه همسر و فرزندان و والدین تحت تکفل و غیر تحت تکفل کارمندان اناث و ذکور مشابه طرح عادی اصلی میباشد، به حق بیمه هر یک از افراد از سن ۶۰ تا ۷۰٪ و ۷۰٪ سال به بالا ۱۰۰٪ (هم نفرات اصلی وهم افراد تبعی) اضافه خواهد شد.

(۴) برای ثبت نام فرزندان دختر بالای ۱۷ سال صفحه اول و دوم شناسنامه و صفحه اول دفترچه بیمه تامین اجتماعی (مبنی بر مجرد بودن) و برای پسران بالای ۱۸ سال گواهی اشتغال به تحصیل و نداشتن سابقه بیمه تامین اجتماعی به صورت شخصی)



تاریخ: ۱۳۹۸/۲/۲۵ Date: شماره: ۱۶۰/۳۲/۸۴۶۶ No.: پیوست: ندارد Encl.:

۵) افرادی که در طول قرارداد میتوانند به اعداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از همسر اعضای تازه ازدواج کرده و افرادی که در اثناء سال بیمه ای تحت کفالت قرار خواهند گرفت و افراد جدیدالاستخدام به همراه خانواده شان با ارائه مستندات (منوط به اعلام کتبی بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از کفالت و یا ازدواج) تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از روز احراز شرایط ورود خواهد بود. (حق بیمه کسر ماه معادل یکماه محاسبه میگردد) نوزادان از بدو تولد بیمه میباشند منوط به آنکه بیمه گذار لیست اسامی آنها را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید.

۶) تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ دریافت نامه وی می باشد. موارد حذف بیمه شدگان عبارت است از فوت و یا خروج از کفالت و یا قطع همکاری با ارائه مستندات میباشد. بدیهی است این دسته از بیمه شدگان از تاریخ قطع رابطه حق مطالبه هیچ گونه خسارتی را نخواهند داشت.

\* لازم به ذکر است در صورت پرداخت حق بیمه تا انتهای قرارداد بیمه شده میتواند پوشش خود و خانواده اش را تا انتهای همان قرارداد حفظ نماید. در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم دریافت خسارت، حق بیمه دوره حذف (از تاریخ دریافت نامه بیمه گذار تا انتهای قرارداد) عودت خواهد شد. (حق بیمه ماه اعلام ترک کار قابل برگشت نمیباشد)

\* تذکره: در صورت دریافت خسارت حق بیمه ای عودت نمیگردد.

۷) از جمع مبلغ حق بیمه های اشخاص بیمه شده، مبلغ ۳۰٪ به صورت چک به تاریخ روز در وجه شرکت سهامی بیمه دانا و الباقی سه فقره چک به صورت مساوی به تاریخ ۱۳۹۸/۵/۱ و ۱۳۹۸/۷/۱ و ۱۳۹۸/۹/۱ در وجه شرکت سهامی بیمه دانا به همراه سایر مدارک، تحویل گردد. \*اطلاعات شرکت بیمه دانا جهت ارسال صورت معاملات فصلی به شرح ذیل اعلام میگردد:

انجمن صنفی شرکتهای حمل و نقل بین المللی ایران

ITCA of IRAN

Int'l. Transport Companies Association of IRAN

تاسیس ۱۳۴۸ • ۱۹۶۹



تاریخ: ۱۳۹۸/۲/۲۵ Date: شماره: ۱۶۰/۳۲/۸۴۶۶ No.: پیوست: ندارد Encl.:

شرکت بیمه دانا (سهامی عام) به شناسه ملی: ۱۰۱۰۰۶۴۱۹۶۶ کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹ به نشانی: تهران-گاندی جنوبی-خیابان پانزدهم-پلاک ۲- طبقه نهم کدپستی ۱۵۱۷۸۹۵۶۳۳

در خاتمه لازم به ذکر است بیمه گذاران قرارداد جاری (طرح یک و دو بیمه سامان) با عنایت به منقضی شدن قرارداد در تاریخ ۱۳۹۸/۰۳/۰۱ مهلت ارسال مدارک هزینه های پاراکلینیکی و بیمارستانی یک ماه بعد از اتمام قرارداد میباشد. (پرونده های بیمارستانی که نزد بیمه پایه-تأمین اجتماعی- میباشد بعد از پرداخت بیمه پایه تا ۷۲ ساعت میتوانند- با ارائه گواهی پرداخت بیمه پایه- مدارک را ارسال نمایند.

در صورت لزوم، جهت اخذ اطلاعات بیشتر، میتوانند با شرکت کارگزاری بیمه ایران حامی با شماره ۸۸۸۴۰۵۱۸ - ۸۸۳۰۹۳۹۳ داخلی ۱۰۲ سرکار خانم حدادی و آقای ازگلی با شماره ۸۸۸۴۵۲۵۶ تماس حاصل فرمایید. /ج

محمد جواد عطرچیان  
دبیر