

فرم شماره (۱)

*** ستاد رفاهی دانشگاه ***

تعهد نامه بیمه درمان تکمیلی ۹۳/۳/۱ تا ۹۴/۲/۳۱

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی ویژه افرادی که جدیداً قصد عضویت داشته و در قرارداد قبلی (۹۳/۳/۱ تا ۹۳/۲/۳۱) بیمه نمی باشند

*** تذکر مهم قبل از تکمیل فرم:**

افرادی که در قرارداد قبلی (۹۳/۳/۱ تا ۹۳/۲/۳۱) تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی می باشند به هیچ وجه این فرم را تکمیل ننمایند و چنانچه قصد تغییر در افراد تحت پوشش خود یا پوشش دندانی پزشکی را دارند، بایستی نسبت به تکمیل فرم شماره ۲ اقدام فرمایند.

اینجانب:

نام پدر:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

تاریخ تولد: / / محل تولد و صدور: ☐ عضو هیأت علمی ☐ کارمند ☐ با وضعیت استخدامی رسمی: ☐

پیمانی ☐ روزمزدبیمه ای ☐ انجام کار مشخص ☐ با وضعیت ایثارگری: جانباز ☐ درصد جانبازی ☐ شاغل در دانشکده/واحد:

تاریخ استخدام:

دارای کدشناسایی حقوق (مندرج در فیش حقوقی)

که دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی ☐ تأمین اجتماعی ☐ به شماره می باشم، موافقت خود و افراد تحت تکفلم بشرح

جدول ذیل را به منظور استفاده از بیمه درمان تکمیلی با تعهد دندانی پزشکی ☐ بدون تعهد دندانی پزشکی ☐ مطابق توافق نامه ای که با شرکت بیمه طرف

قرارداد با دانشگاه بعمل آمده (مندرجات پشت برگ) اعلام می دارم. بدینوسیله متعهد می شوم حق بیمه یاد شده مندرج در قرارداد منعقد را پرداخت نمایم.

بنابراین به موجب این تعهدنامه و شرایط مندرج در پشت برگه به مدیریت مالی دانشگاه و کالت می دهم تا به جهت تسریع در کار و پس از اعلام دانشگاه حق

بیمه سرانه را متناسب با تعداد افراد مشمول از حقوق و مزایای اینجانب کسر و به حساب شرکت طرف قرارداد واریز نمایند.

مشخصات افراد تحت تکفل قانونی (همسر، فرزندان، سایرین)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره ملی	تاریخ تولد	شماره دفترچه بیمه	نسبت
۱					/ /		
۲					/ /		
۳					/ /		
۴					/ /		
۵					/ /		
۶					/ /		
۷					/ /		
۸					/ /		
۹					/ /		
۱۰					/ /		

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

شماره تلفن:

امضا:

آدرس:

بشرح فوق مورد تأیید است.

بدینوسیله مشخصات و امضای جناب آقای / سرکار خانم

مهر و امضای امور اداری دانشکده / واحد

(شرایط و تعهدات بیمه درمان تکمیلی از ۹۳/۳/۱ تا ۹۴/۲/۳۱)

۱- افرادی می‌توانند به صورت وابسته به فرد اصلی و استخدامی دانشگاه یا فردی که توسط کارگزینی دانشگاه برایش حکم صادر شده باشد تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گیرند که شامل یکی از موارد ذیل باشند:

الف) همسر (ذکور یا اناث)

ب) فرزندان ذکور تا سن ۲۳ سال تمام، در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال تمام، فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و اشتغال به کار و دانشجویان رشته‌های پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام و نوزادان تازه متولد شده منوط به اینکه حداکثر ظرف مدت پنجاه روز پس از تولد به ستاد رفاهی معرفی شوند بیمه می‌باشند، در غیر اینصورت از تاریخ دریافت نامه، تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

ج) پدر و مادر صرف داشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی کفایت می‌نماید.

د) سایرین شامل: خواهر - برادر و ... که تحت تکفل قانونی فرد بیمه شده اصلی «استخدامی دانشگاه» باشند. ارائه کفالتنامه قانونی و دفترچه بیمه که از طریق فرد بیمه شده اصلی اخذ شده باشد الزامی است.

هـ) پرسنل جدیدالاستخدام، انتقالی، همسر پرسنلی که ازدواج کرده‌اند و یا افرادی که در طول مدت قرارداد تحت کفالت قانونی بیمه شده اصلی درآمده‌اند منوط به اینکه حداکثر تا بیست و پنج روز بعد به ستاد رفاهی معرفی شوند، می‌توانند تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی از ماه بعد قرار گیرند.

۲- تاریخ مذکور برای حذف بیمه‌شدگان منوط به اعلام کتبی و از تاریخ دریافت نامه بوده و شامل فوت‌شدگان، خروج از کفالت قانونی و پرسنلی که رابطه استخدامی آنان با دانشگاه قطع گردیده است می‌باشد. بدیهی است چنانچه بیمه‌شده‌ای به هر یک از دلایل ذکر شده حذف گردد و هزینه دریافت نموده باشد، حق بیمه تا پایان قرارداد محاسبه و دریافت می‌گردد.

۳- فقط پرسنل شاغلی که از دانشگاه حقوق دریافت می‌نمایند و برای آنان حکم کارگزینی صادر شده باشد می‌توانند تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

۳/۱- با توجه به اینکه بیمه‌شده به محض بازنشسته شدن توسط سازمان بازنشستگی بیمه درمان تکمیلی می‌گردد لذا متعهد است چنانچه در طول مدت قرارداد بازنشسته گردید مراتب را سریعاً به ستاد رفاهی دانشگاه اعلام نماید تا نسبت به حذف نام ایشان از لیست بیمه‌شدگان اقدام شود.

۴- تاریخ قرارداد از ۹۳/۳/۱ لغایت ۹۴/۲/۳۱ با حق بیمه ماهیانه ۳۴/۰۲۰ تومان جهت هر نفر با تعهد دندانپزشکی و مبلغ ۲۳/۷۶۰ تومان جهت هر نفر بدون تعهد دندانپزشکی ۵- شرط سنی و دوره انتظار در تمامی موارد حذف می‌باشد.

۶- واضح است تبعات مالی و غیره ناشی از اطلاعات غیردقیق به عهده بیمه شده اصلی می‌باشد.

۷- تعهدات بیمه بشرح ذیل می‌باشد.

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات	توضیحات
۷/۱	پرداخت هزینه‌های بستری و اعمال جراحی درمانی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	به شرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day - Care (با) بیشتر از ۶ ساعت بستری)، آنژیوگرافی قلب، هزینه عمل دیسک ستون فقرات، انواع سنگ‌شکن، جبران هزینه رادیوتراپی، شیمی‌درمانی و کورتاژ
۷/۲	جبران هزینه اعمال جراحی مهم	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	شامل: اعمال جراحی مربوط به بیماری سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (با استثناء دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان که تعهدات این بند با احتساب بند ۷/۱ می‌باشد
۷/۳	جبران هزینه‌های زایمان طبیعی - عمل سزارین	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	تعهد بیمه‌گر برای هزینه زایمان شامل فرزند اول الی سوم و بیشتر می‌باشد.
۷/۴	هزینه‌های پاراکلینیکی (۱)	۳/۰۰۰/۰۰۰	انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، ام آر آی، انواع آندوسکوپی و اکو کاردیوگرافی، دانسیتومتری، طب هسته‌ای، سی تی آنژیوگرافی، سیستوسکوپی، کلوتوسکوپی، رکتوسکوپی، آنوسکوپی، سیگموئیدسکوپی، گاستروسکوپی، و استرس، اکو- پرداخت با توجه به تعرفه
۷/۵	هزینه‌های پاراکلینیکی (۲)	۳/۰۰۰/۰۰۰	شامل: تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، آنژیوگرافی (به جز قلب)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، تست آلرژی، تست تنفس، نوار مثانه، آنژیوگرافی چشم، تست قند خون و گفتاردرمانی پرداخت با توجه به تعرفه
۷/۶	(هزینه‌های جراحی‌های مجاز سرپایی)	۳/۰۰۰/۰۰۰	مانند: شکسته‌بندی و در رفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن‌لیوم، تخلیه کیست و لیزردرمانی با استثناء رفع عیوب دید چشم، تست پاپ اسمیر پرداخت با توجه به تعرفه
۷/۷	جبران هزینه ویزیت و دارو	۲/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً سهم مازاد بر بیمه‌گر اول و خدمات اورژانس در موارد غیربستری - تزریقات و پانسمان
۷/۸	جبران هزینه‌های آمبولانس	داخل شهر ۵۰۰/۰۰۰ خارج شهر ۱/۰۰۰/۰۰۰	مشروط به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان و نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج از محل بند ۷/۱
۷/۹	هزینه دندانپزشکی	۵/۰۰۰/۰۰۰	شامل: ارتودنسی، ایمپلنت، روکش، کلیه ترمیم‌ها، عصب کشی، درمان ریشه، بروساژ، جرم‌گیری، پر کردن و کشیدن پس از کسر سی درصد فرانشیز
۷/۱۰	جبران هزینه‌ها	۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال	شامل: آزمایشهای تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی
۷/۱۱	هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم	۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال جمعاً برای دو چشم تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	چنانچه نقص بینایی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر (قبل از عمل) «۳ دیوپتر» یا بیشتر باشد