

فرم شماره (۲)

فرم تغییرات ویژه افرادی که در قرارداد قبلی (۹۲/۳/۱ تا ۹۳/۲/۳۱) تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی می باشند، جهت حذف و اضافه احتمالی افراد تبعی، انصراف کلی و تمایل یا عدم تمایل به پوشش دندانپزشکی در قرارداد جاری

الف) جدول برای اضافه نمودن افراد تبعی

اینجانب: محل خدمت: شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:

با توجه به شرایط و تعهدات قید شده در پشت برگه افراد تبعی زیر را از تاریخ ۱۳۹۳/۳/۱ به لیست بیمه شدگان تکمیلی خود اضافه می نمایم:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	شماره ملی	تاریخ تولد	شماره دفترچه بیمه	نسبت

ب) جدول برای حذف نمودن افراد تبعی که در قرارداد قبلی (۹۲/۳/۱ تا ۹۳/۲/۳۱) تحت پوشش می باشند

اینجانب: محل خدمت: شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:

با توجه به شرایط و تعهدات قید شده در پشت برگه افراد تبعی زیر را از تاریخ ۱۳۹۳/۳/۱ از لیست بیمه تکمیلی خود حذف می نمایم:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت

ج) انصراف کلی این جانب و افراد تحت پوشش از بیمه درمان تکمیلی ☐

د) با توجه به شرایط اعلام شده در پشت برگه، این جانب به همراه افراد تحت پوشش، متقاضی استفاده از خدمات دندانپزشکی ☐ می باشم ☐ نمی باشم

امضا:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

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 این صورت 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 بیمه شدگان منوط به اعلام کتبی و از تاریخ دریافت نامه بوده و شامل فوت شدگان، خروج از کفالت قانونی و پرسنلی که رابطه استخدامی آنان با دانشگاه قطع گردیده است می‌باشد. بدیهی است چنانچه بیمه شده‌ای 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 بیمه شده 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 بیمه شدگان 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 دندانه پزشکی و مبلغ ۲۳/۷۶۰ تومان جهت هر نفر بدون تعهد دندانه پزشکی

۵ - شرط سنی و دوره انتظار در تمامی موارد حذف می‌باشد.

۶ - واضح است تبعات مالی و غیره ناشی از اطلاعات غیر دقیق 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 سنگ شکن، جبران هزینه رادیوتراپی، شیمی درمانی 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 بیمه گر 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 واکو 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 گفتار درمانی پرداخت با توجه به تعرفه
۷/۶	(هزینه‌های جراحی‌های مجاز سرپائی)	۳/۰۰۰/۰۰۰	مانند: شکسته‌بندی و در رفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی 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 بیمه گر اول و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری - 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 داندانه پزشکی	۵/۰۰۰/۰۰۰	شامل: ارتدوَنسی، ایمپلنت، روکش، کلیه ترمیم‌ها، عصب کشی، درمان ریشه، بروساژ، جرم گیری، پر کردن و کشیدن پس از کسر سی درصد فرانشیز
۷/۱۰	جبران هزینه‌ها	۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال	شامل: آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی 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 بیمه گر (قبل از عمل) «۳ دیوپتر» یا بیشتر باشد