

فرم شماره (۲)

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

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 بیمه‌شدگان تکمیلی خود اضافه می‌نمایم:

| 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 فعلی (۹۲/۳/۱ تا ۹۳/۲/۳۱) تحت پوشش می‌باشند

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 می‌نمایم:

| 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 می‌باشم نمی‌باشم

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 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.

ه) 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 ۳۴/۰۰۰ تومان جهت هر نفر با تعهد دندانپزشکی و مبلغ ۲۴/۰۰۰ 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 به ریال | توضیحات |
|------|---|--|--|
| ۷/۱ | پرداخت هزینه‌های درمان و بیمارستانی و اعمال | 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 و انواع سنگ شکن (جبران هزینه رادیوتراپی برای واحد خانواده باتوجه تعرفه) |
| ۷/۲ | افزایش تعهدات ردیف ۷/۱ جهت جبران هزینه اعمال جراحی مهم | ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ | شامل: قلب، مغز و اعصاب (به استثناء دیسک ستون فقرات)، پیوند کلیه، کبد، ریه، مغز استخوان تعهدات این بند با احتساب بند ۷/۱ می‌باشد (هزینه‌های شیمی‌درمانی برای واحد خانواده) |
| ۷/۳ | جبران هزینه‌های زایمان طبیعی - عمل سزارین | ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ | تعهد بیمه‌گر برای هزینه زایمان فقط شامل فرزند اولی سوم بسمه شده می‌باشد. |
| ۷/۴ | هزینه‌های پاراکلینیکی (۱) | ۳/۰۰۰/۰۰۰ | انواع اسکن، انواع سی‌تی‌اسکن، انواع آندوسکوپی، ماموگرافی، سونوگرافی، ام‌آر‌آی، اکوگاردیوگرافی، سیستوسکوپی، کلونوسکوپی، دانسیتومتری، رکتوسکوپی، آنوسکوپی، سیکموتیدسکوپی، گاستروسکوپی، سی‌تی آنژیوگرافی، رادیولوژی، طب هسته‌ای، رادیوگرافی، آزمایش ژنتیک و پاتولوژی، پرداخت باتوجه تعرفه |
| ۷/۵ | هزینه‌های پاراکلینیکی (۲) | ۳/۰۰۰/۰۰۰ | شامل: تست ورزش، نوارعضله، نوارعصب، نوار مغز، انواع آنژیوگرافی (به جز قلب)، هولتر مانیتورینگ قلب، انواع اکو، تست استرس، تست قندخون، گفتاردرمانی، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، تست پاپ‌اسمیر و فیزیوتراپی، پرداخت باتوجه تعرفه |
| ۷/۶ | هزینه‌های پاراکلینیکی (۳) (هزینه‌های جراحی‌های مجاز سرپائی) | ۳/۰۰۰/۰۰۰ | مانند: شکستگی‌ها، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن‌یون لیوم، تخلیه کیست و لیزردرمانی بااستثناء رفع عبوب دید چشم، تست آلرژی، چکاپ کامل، سنجش تراکم استخوان، بیوپسی، اسپرومتری، ادیومتری، اپتومتری، تزریقات، پانسمان، در رفتگی، نوار قلب و آزمایشات، پرداخت باتوجه تعرفه |
| ۷/۷ | جبران هزینه ویزیت و دارو | ۲/۰۰۰/۰۰۰ | براساس تعرفه و لیست دارویی کشور و صرفاً سهم مازاد بر بیمه‌گر اول |
| ۷/۸ | هزینه دندانپزشکی | ۵/۰۰۰/۰۰۰ | شامل: ارتدوئسی، ایمپلنت، روکش، کلیه ترمیم‌ها، عصب‌کشی، درمان‌ریشه، بروساژ، جرم‌گیری، پرکردن و کشیدن پس از کسر سه درصد فرانشیز |
| ۷/۹ | جبران هزینه‌های آمبولانس | داخل شهر ۵۰۰/۰۰۰ خارج شهر ۱/۰۰۰/۰۰۰ | سایر فوریت‌های پزشکی که منجر به بستری شدن در بیمارستان گردد. |