

فرم ثبت نام درمان تکمیلی ، عمر و حوادث
اعضاء محترم سازمان نظام مهندسی ساختمان استان خوزستان
مدت بیمه نامه از تاریخ ۱۴۰۰/۰۴/۰۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۴/۰۱

| | | |
|---------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| شماره فرم ثبت نام: | شماره رسید وجه پرداختی: | حق بیمه پرداختی: |
|---------------------------|--------------------------------|-------------------------|

| | |
|----------------------|--|
| نام خانوادگی: | نام: |
| شماره بیمه پایه: | شماره نظام مهندسی: |
| شماره حساب بانک: | وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد |
| شماره شبا (۲۴ رقمی): | نام بانک: |
| | آدرس: |
| تلفن ثابت: | تلفن همراه: |

* توجه : جهت پرداخت خسارت ، ارائه شماره حساب و شبا و نام بانک و شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی الزامی می باشد.

| متقاضی بیمه | نام | نام خانوادگی | نام پدر | نسبت (زن: مرد) | شماره شناسنامه | کدملی | تاریخ تولد | | | متقاضی بیمه عمر | |
|-------------|----------|--------------|---------|----------------|----------------|-------|------------|-----|-----|-----------------|-------|
| | | | | | | | روز | ماه | سال | هستم | نیستم |
| | فرد اصلی | | | | | | | | | | |
| | همسر | | | | | | | | | | |
| | فرزند ۱ | | | | | | | | | | |
| | فرزند ۲ | | | | | | | | | | |
| | فرزند ۳ | | | | | | | | | | |
| | پدر | | | | | | | | | | |
| | مادر | | | | | | | | | | |

۱* برای متقاضیانی که دارای دفترچه بیمه پایه هستند ، ارائه کپی صفحه اول دفترچه (فرد اصلی و افراد تبعی) الزامی می باشد *۲ فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی اعم از داخل و یا خارج از کشور تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام (ارائه گواهی اشتغال به تحصیل) و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج ، مشروط به عدم اشتغال به کار فرزندان اعم از مذکر و مونث می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند. *۳ پرداخت کل حق بیمه یکسال به صورت یکجا می باشد. *۴ ثبت نام بیمه درمان تکمیلی به همراه بیمه نامه عمر و حوادث جهت بیمه شده اصلی حداکثر تا سن ۷۰ سال میسر میباشد. *۵ در بیمه های عمر و حوادث وراث قانونی بعنوان ذینفع تعیین شده و سرمایه به نسبت بین آنان تقسیم می گردد.*

اینجانب با آگاهی کامل از شرایط تعهدات و حق بیمه با اذعان به صحت اطلاعات ثبت شده خود و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل و مدارک مربوطه نسبت به ثبت نام اقدام و قبول نموده ام در صورت انصراف ، هیچ گونه حق بیمه ای مطالبه ننمایم.

نام و نام خانوادگی متصدی ثبت نام : **نام و نام خانوادگی متقاضی :**

تاریخ: **تاریخ:**

امضاء: **امضاء:**

فرم ثبت نام درمان تکمیلی ، عمر و حوادث
اعضاء محترم سازمان نظام مهندسی ساختمان استان خوزستان
مدت بیمه نامه از تاریخ ۱۴۰۰/۰۴/۰۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۴/۰۱
جدول تعهدات بیمه تکمیل درمان

| ردیف | شرح تعهدات برای اعضای سازمان | طرح اسقف تعهدات (ریال) |
|--|--|------------------------|
| ۱ | هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)، هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی و داروهای تزریقی و غیر تزریقی جهت درمان)، رادیوتراپی، پروتز (حین جراحی داخل بدن)، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: اعمال جراحی Day Care و هزینه همراه افراد زیر ۱۰ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها و بستری اورژانس کمتر از ۶ ساعت | ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۲ | افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش های اصلی برای شیمی درمانی (بستری و سرپایی و داروهای تزریقی و غیر تزریقی جهت درمان)، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز. | ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۳ | زایمان، هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین، هزینه های درمان نازایی و نابرووری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط و GIFT.ZIFT.IUI، میکرواینجکشن و IVF (سقف برای هر نفر) | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۴ | پاراکلینیکی ۱- جبران هزینه انواع رادیوگرافی و رادیولوژی، انواع آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی و اکو چشم، انواع سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن و pet Scan. ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ) دانسیتومتری، انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، سنجش تراکم استخوان، پاپ اسمیر برای هر بیمه شده | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۵ | پاراکلینیکی ۲- جبران هزینه خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی و نوار عضله (EMG NCV)، نوار مغز و الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) (سیستومتری یا سیستوگرام)، خدمات تشخیصی و پروتز پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری، هزینه های مربوط به تست آلرژیک، نوار عصب (NCV)، بینایی سنجی تست های غربالگری جنینی شامل مارک های جنینی آزمایشات ژنتیکی جنین، برای هر بیمه شده | |
| ۶ | پاراکلینیکی ۳- جبران هزینه اعمال و جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، جبران هزینه های خارج کردن جسم خارجی از بدن، نوار گوارش، شستشوی گوش و کلیه تزریقات برای هر بیمه شده | |
| ۷ | هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج | ۴,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۸ | هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج | ۳,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۹ | جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی، انواع لنز، عدسی یا تجویز چشم پزشکی یا اپتومتریست | ۳,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۰ | لنز چشم چپ و راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) سه دیوپتر یا بیشتر | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۱ | هزینه خدمات آزمایشگاهی و چکاپ انفرادی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، نوار قلب و فیزیوتراپی، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۲ | هزینه خرید سمعک | ۸,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۳ | جبران کلیه هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به غیر از اعمال زیبایی و دندان مصنوعی) | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۴ | ویزیت، دارو و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| حق بیمه یکساله بیمه شده اصلی، همسر و فرزندان با فرانشیز ۳۰٪ هر نفر | | ۲۶,۰۱۸,۳۰۰ |
| حق بیمه یکساله والدین تحت تکفل و غیر تحت تکفل با فرانشیز ۳۰٪ هر نفر | | ۴۶,۱۷۲,۴۰۰ |

جدول تعهدات بیمه نامه عمر و حوادث

| ردیف | شرح تعهدات | سقف تعهدات (ریال) |
|---|--|-------------------|
| ۱ | پوشش بیمه عمر (فوت به هر علت) | ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۲ | پوشش بیمه حوادث (فوت به علت حادثه) | ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۳ | پوشش بیمه حوادث (غرامت نقص عضو اعم از کلی و جزئی بر اثر حادثه) | ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| حق بیمه یکساله عمر و حوادث بیمه شده اصلی حداکثر تا سن ۷۰ سال | | ۱,۷۶۵,۸۰۰ |

اینجانب با آگاهی کامل از شرایط تعهدات و حق بیمه با اذعان به صحت اطلاعات ثبت شده خود و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل و مدارک مربوطه نسبت به ثبت نام اقدام و قبول نموده ام در صورت انصراف، هیچ گونه حق بیمه ای مطالبه ننمایم.

نام و نام خانوادگی متصدی ثبت نام:

نام و نام خانوادگی متقاضی:

تاریخ:

امضاء: