**باسمه تعالی**

با سلام

 احتراماً به اطلاع کلیه اعضاء هیأت علمی و یاوران علمی می رساند تیپ تعهدات قرارداد بیمه تکمیلی درمان شرکت **سینا مطابق سال گذشته بعلاوه موارد تکمیلی** به شرح ذیل می باشد، لذا همکاران بطور دقیق مطالعه نمایند و در صورت تمایل می توانند با تکمیل فرم یا ارسال نامه کتبی و اعلام مشخصات موردنیاز از طریق کارتابل به مدیریت امور اداری و پشتیبانی اقدام به ثبت نام فرمایند. با توجه به اینکه لیست متقاضیان بایستی جهت اقدامات مالی به امور مالی مجتمع ارسال گردد، لذا محدودیت زمانی صورت گرفته و مهلت ارسال تقاضا تا پایان وقت اداری روز چهارشنبه مورخ 09/08/1403 می باشد.

مبلغ این قرارداد به ازای هر نفر **7.830.000 ریال** می باشد. (50 درصد سهم موسسه ( 3.915000 ریال) و 50 درصد سهم پرسنل متقاضی ( 3.915000 ریال)

**فرم ثبت نام در صفحه 4 به پیوست می باشد. ملاک تکمیل فرم ثبت نام و ارسال می باشد.**

ماده 13- حدود تعهدات

بیمه گر در طول اعتبار قرارداد در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار متعهد به جبران هزینه های مندرج در جدول ذیل می باشد:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع پوشش | ردیف | شرح پوشش | سقف پوشش | واحد | درصد فرانشیز |
| اصلی پایه | 1 | جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. (به استثنای زایمان، نازایی و لیزیک) | 1.000.000.000 | نفر | 10 |
| 2 | هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالجدرون شهری - برون شهری | 1.500.0003.000.000 | نفر | 10 |
| پوشش های اضافی | 3 | جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز. | 1.500.000.000 | نفر | 10 |
| 4 | جبران هزینه زایمان (طبیعی و سزارین) | 30.000.000 | نفر | 10 |
| 5 | هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI, ZIFT, GIFT,IVF و میکرواینجکشن  | 50.000.000 | نفر | 10 |
| 6 | جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژوگرافی عروق محیطی، آنژوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیو گرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانستیومتری  | 100.000.000 | نفر | 10 |
| 7 |  خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، eecp، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و pft)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (emg ncv) الکتروانسفالوگرافی (eeg)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتریو پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) | 30.000.000 | نفر | 10 |
| 8 | هزینه انواع خدمات آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی و ژنتیک پزشکی و تست های آلرژیک | 70.000.000 | نفر | 10 |
| 9 | جبران هزینه فیزیوتراپی (PT) | 50.000.000 | نفر | 10 |
| 10 | جبران هزینه ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً سهم مازاد بر بیمه گر پایه) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری | 35.000.000 | نفر | 10 |
| 11 | جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی، جراحی لثه (جراحی لثه در صورت اخذ پوشش دندا نپزشکی قابل ارائه می باشد) | 35.000.000 | نفر | 10 |
| 12 | جبران هزینه خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست | 8.000.000 | نفر | 10 |
| 13 | جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هرچشم ، سه دوپتر یا بیشتر باشد | 30.000.000 | نفر | 10 |
|  | 14 | جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکسنگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیزیون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی ( به استثنای رفع عیوب انکساری چشم) | 25.000.000 | نفر | 10 |

سایر موارد:

* در خصوص جبران هزینه های دندانپزشکی، (بند 11 از ماده 13 جدول تعهدات) استفاده هر نفر از سقف سایر اعضاء خانواده امکانپذیر می باشد.
* جبران خدمات دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، روکش، ایمپلنت و جرم گیری و ارتودنسی و دندان مصنوعی می باشد.
* در خصوص جبران هزینه خرید عینک، (بند 12 از ماده 13 جدول تعهدات) استفاده هر نفر از سقف سایر اعضاء خانواده امکانپذیر می باشد.
* دوره انتظار جهت جبران هزینه های زایمان حذف می گردد.
* هزینه سمعک جهت 2 نفر از بیمه شدگان هر نفر تا سقف 10.000.000 ریال در طول قرارداد با معرفی بیمه گذار قابل پرداخت می باشد.
* هزینه اروتز صرفاً (عصا، واکر و کفش طبی) جهت 3 نفر از بیمه شدگان هر نفر تا سقف 5.000.000 ریال در طول قرارداد با معرفی بیمه گذار قابل پرداخت می باشد.
* هزینه مربوط به گفتار درمانی و کار درمانی جهت 2 نفراز بیمه شدگان هر نفر تا سقف 2.000.000ریال در طول قرارداد با معرفی بیمه گذار قابل پرداخت می باشد..
* مهلت پرداخت حق بیمه هر ماه حداکثر تا پایان ماه بعد می باشد.
* حق بیمه ماهیانه برای افراد 60 تا 70 سال بدون اضافه نرخ سنی محاسبه می گردد.

**سایر شروط و مقررات بیمه نامه به حال خود و قوت خود باقیست.**

بسمه تعالی

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی درمان شرکت بیمه سینا

شورای رفاهی مجتمع آموزش عالی سراوان

با سلام

به استحضار می رساند اینجانب .................................. عضو هیأت علمی ..../ کارمند ..... به همراه اعضاء خانواده و افراد تحت تکفل به تعداد ........ (نفر) متقاضی بیمه تکمیلی درمان شرکت بیمه سینا می باشم.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **نام پدر** | **تاریخ تولد** | **شماره شناسنامه** | **کد ملی** | **محل تولد** | **نسبت** | **شماره حساب بانک ملی**  | **شماره تلفن** |
| 1 |  |  |  |  |  |  | بیمه شده (سرپرست) |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

امضاء متقاضی

..../ .... /1403