

## اطلاعیه شماره ۵۷ قرارداد بیمه تکمیلی درمان شرکت بیمه دانا ۱۳۹۶

بسمه تعالی

با سلام و احترام به اطلاع کلیه اعضای هیأت علمی و کارکنان می‌رساند تیپ تعهدات قرارداد **بیمه تکمیلی درمان شرکت دانا** پیوست می‌باشد. لذا همکاران بطور دقیق مطالعه نمایند و در صورت تمایل جهت تکمیل فرم به ستاد رفاهی مراجعه نمایند و یا فرم را از سایت مجتمع دانلود، تکمیل، امضا و پس از اسکن به آدرس الکترونیک (Refah.Saravan@Gmail.com) ارسال نمایند، جهت هر گونه سوال به شماره ۳۷۶۴۱۰۱۳ تماس حاصل فرمائید. تذکر: با توجه به اینکه لیست متقاضیان بایستی به حوزه مالی مجتمع ارسال گردد لذا محدودیت زمانی صورت گرفته و **مهلت ارسال تقاضا تا پایان وقت اداری روز دوشنبه مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۲۰** می‌باشد. از کلیه ی واحدها و همکاران گرامی که در تسریع این اقدام، ستاد رفاهی را مورد حمایت قرار می‌دهند با تقدیم شایسته‌ترین احترامات پیشاپیش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### **تذکر: «همکاران در نظر داشته باشند تاخیر بوجود آمده در انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی درمان به دلیل**

#### **تاخیر در اعلام نظر منطقه ۸ و از طرف دیگر بررسی جهت انعقاد بهترین قرارداد بیمه ای بوده است»**

ضمناً افرادی که در قرارداد بیمه تکمیلی سال ۹۷-۹۶ ثبت نام نموده اند و متقاضی انصراف می‌باشند بایستی بصورت مکتوب اعلام نمایند. جهت هر گونه سوال و کسب اطلاعات بیشتر به آدرس الکترونیک (refah.saravan@gmail.com) پیام ارسال نمایید. تعرفه این قرارداد مبلغ ۸۹۳۸۰۰ ریال (هشتصد و نود و سه هزار و هشتصد ریال) می‌باشد از جمع کل این مبلغ ۵۰۰ هزار ریال بر عهده اعضای هیأت علمی و کارکنان می‌باشد و مبلغ ۳۹۳۸۰۰ ریال بر عهده موسسه نیز است.

جمع کل حق بیمه به ازای هر نفر	سهم دانشگاه	سهم کارکنان و اعضای هیأت علمی
۸۹۳۸۰۰ ریال	۳۹۳۸۰۰ ریال	۵۰۰۰۰۰ ریال
۱۰۰ درصد	۴۴ درصد	۵۶ درصد

**تبصره‌های ماده (۸) تبصره ۱)** جمع تعهدات بیمه گر در خصوص هزینه های بیمارستانی اعم از جراحی تخصصی، جراحی عمومی و درمان طبی حداکثر معادل سقف جراحی تخصصی و بدون سقف خواهد بود.

**تبصره ۲)** اعمال جراحی day care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

**تبصره ۳)** هزینه های دندان پزشکی براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه ، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می کند.

**تبصره ۴)** هزینه اعضاء طبیعی بدن صرفاً برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر ارائه می گردد.

**تبصره ۵)** پوشش حوادث طبیعی با دریافت حق بیمه اضافی امکان پذیر خواهد بود.

**تبصره ۶)** هزینه تهیه اروتر که بلافاصله بعد از عمل جراحی مورد نیاز باشد با تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

**تبصره ۷)** هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان و به عنوان پوشش مستقل می باشد.

**تبصره ۸)** سقف تعهد بیمه گر در خصوص هزینه های زایمان (طبیعی - سزارین) مطابق تعهدات بیمه گر می باشد.

**تبصره ۹)** هزینه ایاب و ذهاب همراه و بیماران زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان ها)

**تبصره ۱۰)** هزینه آمبولانس و سایر فوریت ها 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 پرداخت خواهد شد.

اطلاعیه شماره ۵۷ قرارداد بیمه تکمیلی درمان شرکت بیمه دانا ۱۳۹۶

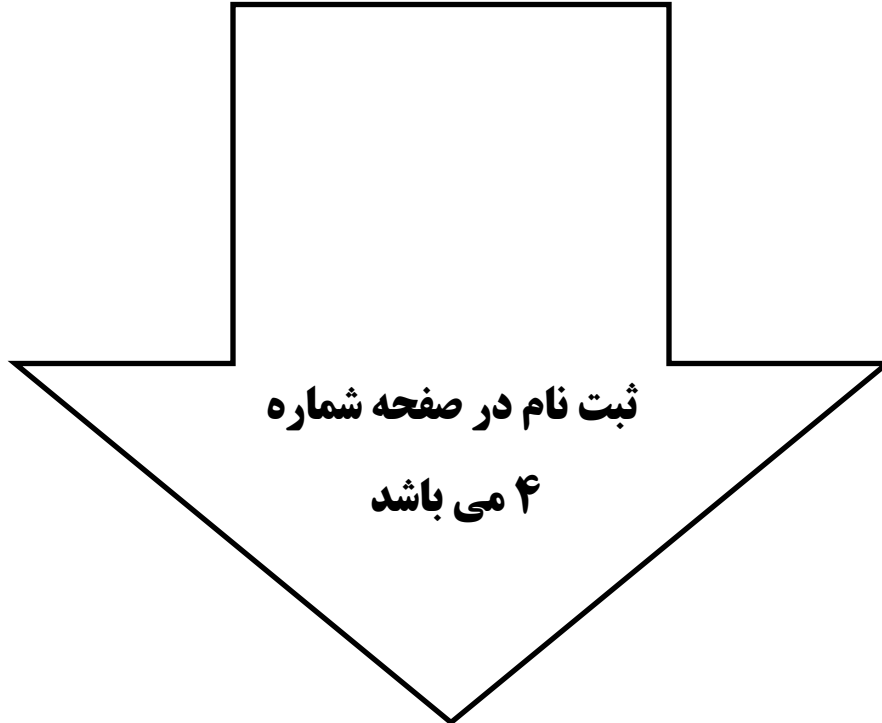
ماده ۸) تعهدات بیمه گر:

فرانشیز	تعهد برای		حداکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر (ریال)	تعهدات بیمه گر	ردیف
	خانواده	نفر			
۱۰		*	بدون سقف	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه و پیوند مغز استخون	۱
۱۰		*	بدون سقف	سایر اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE و نیز آژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات و شیمی درمانی، رادیوتراپی، گامانایف و همچنین بستری جهت درمان طبی در بیمارستان	۲
۱۰	*		۳۰/۰۰۰/۰۰۰	زایمان (طبیعی-عمل سزارین)	۳
۱۰	*		۵۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط UI و ZIFT و GIFT میکرواینجکشن و IVF	۴
۱۰		*	بدون سقف	هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری	۵
۱۰		*	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثنائ (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۶
۱۰		*	بدون سقف	هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی با آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی	۷
۱۰		*	۲/۰۰۰/۰۰۰	عینک و لنز تماس طبی	۸
۱۰		*	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	جبران کلیه خدمات و هزینه های داندانپزشکی (خانواده باز)	۹
۱۰		*	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های جراحی مجاز سرپائی شامل شکستگی و در رفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، لیزر درمانی و تخلیه کیست	۱۰
۱۰		*	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های جراحی مروط به هزینه رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که درجه نقص بینائی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد برای هر دو چشم	۱۱
۱۰		*	۱/۵۰۰/۰۰۰	درون شهری	۱۲
۱۰		*	۳/۰۰۰/۰۰۰	بیرون شهری	
۱۰		*	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه ویزیت و دارو مازاد بر سهم بیمه گر پایه برای هر نفر	۱۳

**ماده ۹) سایر شرایط**

تبصره ۱) در مورد حادثه تصادف با وسائط نقلیه چنانچه بیمه شده مقصر حادثه باشد با ارائه مدارک مورد نیاز از جمله گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران هزینه های درمانی طبق مفاد قرار داد بررسی و پرداخت خواهد شد.  
تبصره ۲) چنانچه بیمه شده، مقصر حادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی نامبرده غیر قابل پرداخت می باشد.  
تبصره ۳) چنانچه بیمه شده زیان دیده باشد هزینه های درمان وی می بایست از طریق مقصر حادثه جبران گردد.

**مبلغ این قرارداد به ازای هر نفر ۸۹۳۸۰۰ ریال می باشد.**



اطلاعیه شماره ۵۷ قرارداد بیمه تکمیلی درمان شرکت بیمه دانا ۱۳۹۶

بسمه تعالی

فرم ثبت نام بیمه تکمیلی درمان شرکت بیمه دانا

ستاد 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 دانا می باشم.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	محل تولد	شناسه استخدامی	شناسه دفترچه بیمه	شماره حساب بانک ملی
۱	سرپرست خانوار								
۲	همسر								
۳	همسر								
۴	فرزند								
۵	فرزند								
۶	فرزند								
۷	فرزند								
۸	پدر								
۹	مادر								
۱۰	سایر افراد تحت تکفل								
۱۱	سایر افراد تحت تکفل								

امضاء متقاضی

۱۳۹۶/۰۸/۰۱