



انجمن پیمانکاران عمرانی آذربایجان شرقی
ثبت اداره کار: ۱۰۱

تاریخ: ۱۴۰۳/۰۵/۲۷

شماره: ۱۴/۱۲/۱۷۶۲

پیوست: دارد

شرکت های عضو انجمن

با سلام و احترام،

باستحضار می‌رساند این انجمن در نظر دارد در سالجاری نیز به روال سالهای قبل و جهت رفاه بیشتر اعضا نسبت به تحت پوشش قراردادن اعضای هیئت مدیره، سهامداران و پرسنل شرکت‌های عضو، کارکنان شاغل در پروژه‌های شرکت و خانواده آنها که دارای بیمه تامین اجتماعی باشند، در قالب بیمه گروهی مازاد درمان (درمان تکمیلی) اقدام نماید. شرایط پرداختی مبلغ حق بیمه: ۵۰٪ آن طی فیش واریزی بحساب شماره ۷۰۰۱۰۰۰۷۶۶۴۲۷ بانک شهر بنام انجمن پیمانکاران عمرانی استان آذربایجان شرقی و ۲۵٪ آن طی یک فقره چک به سررسید ۱۴۰۳/۰۸/۳۰ و ۲۵٪ الباقی به سررسید ۱۴۰۳/۱۱/۳۰ دریافت خواهد گردید. (چک‌ها می‌بایست از شرکت متبوع بوده یا در صورت ارائه چک اشخاص، الصاق مهر شرکت در پشت چک الزامی است). (چک‌ها در وجه انجمن پیمانکاران عمرانی استان به شناسه ۱۴۰۰۸۸۱۶۱۹۶ درج گردد).

از اعضای محترمی که تمایل دارند تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گیرند، تقاضا می‌شود ضمن مطالعه دقیق پیوست‌ها و تکمیل فرم ثبت نام نسبت به ارائه یکبرگ کپی از کلیه صفحات شناسنامه بیمه شده اصلی، کپی کارت ملی کلیه نفرات بیمه شدگان و یک قطعه عکس از بیمه شده اصلی و تحویل آن به دفتر انجمن حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۳/۰۶/۲۵ نسبت به ثبت نام اقدام نموده و از مزایای آن بهره مند گردند.

ضمناً فرم ثبت نام قرارداد می‌بایست ممهور به مهر و امضای شرکت و نیز امضای بیمه شده اصلی

باشد.

حداقل تعداد معرفی شدگان توسط هر شرکت ۵ نفر تعیین گردید و در صورت معرفی بیش از ۱۰ نفر تخفیف‌های بشرح ذیل تصویب گردید:

بیش از ۱۰ تا ۲۰ نفر ۳٪ تخفیف

بیش از ۲۰ تا ۳۰ نفر ۴٪ تخفیف

بیش از ۳۰ تا ۵۰ نفر ۵٪ تخفیف

بیش از ۵۰ نفر ۷٪ تخفیف

در خاتمه از اعضای محترم تقاضا می‌گردد جهت عقد قرارداد بیمه و جلوگیری از هرگونه سوء استفاده صرفاً از طریق مراجعه به انجمن اقدام نمایند./

مهدی نسیانی
دبیر و عضو هیات مدیره انجمن

با احترام

انجمن پیمانکاران عمرانی
آذربایجان شرقی

THE ASSOCIATION CONTRACTORS
OF EAST AZARBAIJAN



ISO9001:2008

تبریز • شهرک باغمیشه • ابتدای الهیه • ساختمان اداری دیداس • طبقه ۴ • پلاک ۴۰۲

کدپستی: ۵۱۵۵۹۵۱۳۹۷ • تلفن: ۳ - ۳۶۶۷۹۵۴۲ • فاکس: ۳۶۶۷۹۵۴۴

ea.abadgar.org ea@abadgar.org



جدول تعهدات قرارداد بیمه تکمیلی صندوق حمایت درمانی
انجمن پیمانکاران عمرانی آذربایجان شرقی، دوره شانزدهم

کد مدرک: ANJ-FM47/01

پیوست یک

کد	عنوان پوشش	توضیحات	سقف تعهدات (ریال)
۱	هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: 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. - هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان ها) - هزینه آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج داخل شهر -/۴۰۰۰/۰۰۰ ریال و خارج شهر -/۸۰۰۰/۰۰۰ ریال	۳۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	هزینه های عمل جراحی مهم	جبران هزینه های جراحی مهم مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (باستثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان	۶۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۱۴۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری	۸۵/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT)، نوار عضله EMG، نوار عصب NCV، نوار مغز EEG، نوار مئانه، (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۵۶/۰۰۰/۰۰۰
۶	هزینه های پاراکلینیکی (۳)	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، شالازیون و لیزر درمانی	۵۶/۰۰۰/۰۰۰
۷	هزینه رفع عیوب انکساری دید دو چشم	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات)، ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۵۶/۰۰۰/۰۰۰
۸	هزینه های آزمایشگاهی	جبرای هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	هزینه های ناباروری	جبران هزینه های تشخیصی، درمانی، دارویی و اعمال جراحی محدود-میکرو اینجکشن THMG-HCG-IVF-IUI-GIFT-ZIFT-TTSC-دارویی	۱۴۰/۰۰۰/۰۰۰
فرانشیز			۳۰٪
حق بیمه سالانه هر نفر تا ۶۰ سال			۴۲/۰۰۰/۰۰۰
حق بیمه سالانه هر نفر ۶۱ سال تا ۷۰ سال			۶۳/۰۰۰/۰۰۰
حق بیمه سالانه هر نفر بالای ۷۰ سال			۸۴/۰۰۰/۰۰۰

ضمیمه قرارداد بیمه تکمیلی صندوق حمایت درمانی انجمن پیمانکاران عمرانی آذربایجان شرقی

پیوست دو

۱. در صورت دارا بودن شرایط ذیل در طول مدت دوره پوشش بیمه ای، اعضای محترم می توانند نسبت به بیمه نمودن افراد ذیل نیز اقدام نمایند:
 - ۱-۱ همسر بیمه شدگانی که پس از عقد قرارداد اقدام به ازدواج نموده اند. (حداکثر تا دو ماه بعد از تاریخ عقد نامه)
 - ۲-۱ فرزند بیمه شدگانی که پس از عقد قرارداد متولد می شوند. (حداکثر تا دو ماه بعد از تاریخ تولد)
 ۲. مشخصات فردی باید مطابق شناسنامه تکمیل شده باشد.
 ۳. دوره انتظار برای ردیف های ۱، ۲، ۳، ۹ جدول پیوستی **سه ماه** خواهد بود.
 - تبصره: برای اعضایی که در دوره قبلی از طریق این انجمن بیمه بوده اند دوره انتظار منظور نخواهد گردید.**
 ۴. سقف مجموع پرداختی بیمه برای بیمه شده در طی این دوره حداکثر ۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال می باشد.
 ۵. فرانشیز بابت سهم بیمه گذار برای کلیه تعهدات ۳۰ درصد می باشد.
 ۶. اسناد کلیه مبالغ درمانی هزینه شده بیمه گذار، حداکثر تا **سه ماه** از تاریخ پرداخت، توسط بیمه قابل رسیدگی می باشد. بدیهیست بعد از مهلت فوق اسناد ارائه شده قابل رسیدگی و پرداخت نخواهد بود.
 ۷. هزینه داروهای شیمی درمانی به شرط تزریق در بیمارستان یا کلینیکهای تخصصی شیمی درمانی (از گروه ردیف یک جدول تعهدات) قابل پرداخت است.
 ۸. در مورد حادثه تصادف با وسائط نقلیه چنانچه بیمه شده مقصر حادثه نباشد با ارائه مدارک مورد نیاز از جمله گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران هزینه های درمانی طبق مفاد قرارداد بررسی و پرداخت می شود.
 - تبصره ۱: چنانچه بیمه شده، مقصر حادثه یا فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی وی قابل پرداخت نمی باشد.**
 - تبصره ۲: چنانچه بیمه شده، زیان دیده باشد، هزینه های درمان وی می بایست از طریق مقصر حادثه جبران گردد.**
 ۹. بیمه شدگان ۶۱ سال تا ۷۰ سال ۵۰ درصد و بیمه شدگان بالای ۷۰ سال با ۱۰۰ درصد حق بیمه مازاد تحت پوشش قرار میگیرند.
- **استثنائات:**
- موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:
 ۱. عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
 ۲. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد
 ۳. سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
 ۴. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.
 ۵. حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل و آتشفشان.
 ۶. فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.
 ۷. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
 ۸. جراحی لثه.
 ۹. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
 ۱۰. ترک اعتیاد
 ۱۱. هزینه اتاق خصوصی (یکنفره) مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
 ۱۲. هزینه همراه بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
 ۱۳. بیماریهای سایکوتیک (روانی) مگر ناشی از حادثه باشد (منظور از بیماریهای سایکوتیک آن دسته از بیماریهایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد).
 ۱۴. خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده.
 ۱۵. رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
 ۱۶. هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی.
 ۱۷. کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه های درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
 ۱۸. جنون.
 ۱۹. هزینه های مشمولان غایب و سربازان فراری.
 ۲۰. هزینه چک آپ (آزمایشات استخدامی و کارت سلامت).
 ۲۱. هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتی های جسمی.
 ۲۲. بیماریهای فراگیر (اپیدمی).
 ۲۳. سپتوپلاستی (انحراف بینی) مگر اینکه قبل از عمل جراحی به تأیید پزشک معتمد بیمه گر رسیده باشد.



فرم درخواست ثبت نام و جدول تعهدات قرارداد بیمه تکمیلی
صندوق حمایت درمانی انجمن پیمانکاران عمرانی دوره شانزدهم

کد مدرک: ANJ-FM47/01

نام شرکت:

شماره عضویت:

شماره تماس بیمه شده اصلی:

شماره بیمه	نسبت	تاریخ تولد	کد ملی	نام و نام خانوادگی	مشخصات
					بیمه شده اصلی
					بیمه شده تحت تکفل
					بیمه شده تحت تکفل
					بیمه شده تحت تکفل
					بیمه شده تحت تکفل
					بیمه شده تحت تکفل
					بیمه شده تحت تکفل

• شماره حساب شبا و نام بانک بیمه شده اصلی:

• شماره کارت بانکی بیمه شده اصلی و نام بانک:

کد	عنوان پوشش	مدت این قرارداد از تاریخ ۱۴۰۳/۰۶/۰۱ لغایت ۱۴۰۴/۰۵/۳۱	سقف تعهدات (ریال)
۱	هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	توضیحات در پیوست بیمه نامه / فرانشیز ۳۰٪	۳۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	هزینه های عمل جراحی مهم	توضیحات در پیوست بیمه نامه / فرانشیز ۳۰٪	۶۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	توضیحات در پیوست بیمه نامه / فرانشیز ۳۰٪	۱۴۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	توضیحات در پیوست بیمه نامه / فرانشیز ۳۰٪	۸۵/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	توضیحات در پیوست بیمه نامه / فرانشیز ۳۰٪	۵۶/۰۰۰/۰۰۰
۶	هزینه های پاراکلینیکی (۳)	توضیحات در پیوست بیمه نامه / فرانشیز ۳۰٪	۵۶/۰۰۰/۰۰۰
۷	هزینه رفع عیوب انکساری دید دو چشم	توضیحات در پیوست بیمه نامه / فرانشیز ۳۰٪	۵۶/۰۰۰/۰۰۰
۸	هزینه های آزمایشگاهی	توضیحات در پیوست بیمه نامه / فرانشیز ۳۰٪	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	هزینه های ناباروری	توضیحات در پیوست بیمه نامه / فرانشیز ۳۰٪	۱۴۰/۰۰۰/۰۰۰
-	حق بیمه سالانه هر نفر تا ۶۰ سال		۴۲/۰۰۰/۰۰۰
-	حق بیمه سالانه هر نفر ۶۱ سال الی ۷۰ سال		۶۳/۰۰۰/۰۰۰
-	حق بیمه سالانه هر نفر بالای ۷۰ سال		۸۴/۰۰۰/۰۰۰

• کلیه شرایط، مقررات، فرانشیز و جدول تعهدات پیوست او ۲ این بیمه نامه مورد تأیید اینجانب میباشد.

مهر و امضای شرکت :

امضاء بیمه شده اصلی: