

اطلاعیه ثبت نام بیمه تکمیلی درمان ، عمر و حادثه اعضا و کارکنان سازمان

اطلاعیه ثبت نام بیمه تکمیلی درمان ، عمر و حادثه اعضا و کارکنان
سازمان

بدین وسیله به اطلاع می‌رساند ، ثبت نام بیمه تکمیلی درمان ، عمر و حادثه ی اعضا و کارکنان سازمان آغاز شد . متقاضیان در صورت تمایل می‌توانند تا تاریخ 30/10/99 با مطالعه شرایط و تعهدات زیر به سایت سازمان به نشانی (www.kurdnezam.ir) مراجعه نموده و نسبت به ثبت نام اقدام نمایند .

تعهدات :

طرح 1: برای هر نفر سالیانه مبلغ : 5.450.000 ریال دانلود

طرح 2 : برای هر نفر سالیانه مبلغ : 11.700.000 ریال دانلود

توضیحات :

- نام شرکت طرف قرارداد بیمه البرز و شروع تعهدات از تاریخ 01/10/99 لغایت 01/10/1400 می‌باشد .
- تکمیل این فرم به منزله درخواست قطعی و ثبت نام می‌باشد .

- بنابراین در صورت انصراف می بایست به صورت کتبی مراتب به اطلاع سازمان برسد . بدیهی است حق بیمه از زمان پوشش بیمه ای به تاریخ 01/10/99 تا زمان ثبت درخواست انصراف در دبیر خانه سازمان ، محاسبه خواهد شد .
- تحت تکفل به فردی اطلاق می گردد که دفترچه خدمات درمانی (بیمه گر اول) وی به واسطه فرد اصلی صادر شده باشد .
 - فرزندان ذکور 22 سال به بالا فقط با ارائه گواهی تحصیل می توانند تحت پوشش قرار گیرند .
 - فرزندان دختر 22 سال به بالا در صورت عدم ازدواج و با ارائه اصل و تصویر صفحات اول و دوم شناسنامه تحت پوشش قرار می گیرند .
 - برخی از هزینه های درمان برای افرادی که برای اولین بار تحت پوشش قرار می گیرند مشمول دوران انتظار می باشد . (جهت اطلاع از موارد مشمول به قسمت توضیحات جدول تعهدات رجوع گردد)
 - متقاضیان در صورت تمایل ، حق بیمه مربوطه را به شماره کارت 8134 - 0123 - 2313 - 6280 (بانک مسکن به نام پیمان حمیدی) واریز و تصویر اصل فیش پرداختی را در فرم ثبت نام بارگذاری نمایند .
 - افراد با سن 60 تا 70 سال سن مشمول 50 % اضافه نرخ می گردند .
 - تعدادی از تعهدات زیر جهت افرادی که برای اولین بار ثبت نام می نمایند ، مشمول دوران انتظار به شرح زیر خواهند شد :

1-زایمان به مدت 9 ماه

- 2-بیماری های فتق - لوزه- گواتر- انواع سل - صرع - پروستات - پلیپ- دیسک ستون فقرات - انحراف بینی - انواع کیست - هیستریکتومی - سیستم وریکتوسل - جراحی کلیه - ماستوئیدکتومی - کاتارکت - جراحی های قلب و عروق - دیابت (به استثناء موارد اورژانسی که منجر به بستری شدن در بخش CCU , ICU و به تایید پزشک بیمه گر)
- به مدت 3 ماه

- پرداخت هزینه های درمان طبق تعرفه معاونت درمان علوم پزشکی

و هزینه دندانپزشکی طبق تعرفه خدمات دندانپزشکی سندیکای بیمه‌گران محاسبه و پرداخت خواهد شد.
▪ لطفاً در ثبت صحیح اطلاعات وارده نهایت دقت را مبذول فرمایید .

جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره 33566364 تماس حاصل فرمایید

جهت ثبت نام اینجا کلیک نمایید