

اطلاعیه بیمه مازاد درمان سینا سال ۹۶

شرکت تعاونی مصرف کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

احتراماً، به اطلاع کلیه کارکنان و اعضای هیات علمی می‌رساند قرارداد بیمه تکمیلی سینا به مدت یکسال از تاریخ ۹۶/۱۱/۱ تا ۹۷/۱۰/۳۰ تمدید گردید، متقاضیان عضویت جدید یا اعضای قرارداد سال قبل که متقاضی تغییر در تعداد اعضا تحت تکفل خود می‌باشند می‌توانند نسبت به تکمیل فرم درخواست عضویت اقدام و تا پایان وقت اداری روز ۹۷/۱۱/۳ مورخ ۹۷/۱۱/۳ به تعاونی مصرف کارکنان به صورت دستی تحویل نمایند.

اعضاء سال قبل در صورت عدم انصراف مجدداً عضو خواهند شد و نیازی به تکمیل فرم عضویت ندارند.

تذکره ۱: درخواست انصراف از عضویت باید کتباً و به صورت حضوری (فقط در زمان تجدید قرارداد) به تعاونی مصرف کارکنان تحویل داده شود در غیر اینصورت به منزله تمدید قرارداد خواهد بود.

تذکره ۲: فرزندان ذکور فقط تا ۲۰ سالگی و در صورت اشتغال به تحصیل تا ۲۵ سالگی و فرزندان اناث نیز فقط تا زمان ازدواج به شرط اینکه تحت پوشش بیمه پایه بیمه شده اصلی باشند می‌توانند عضو شوند، در غیر اینصورت باید نسبت به حذف آنان با درخواست کتبی اقدام نموده و در صورت عدم اطلاع به موقع مسئولیت آن به عهده بیمه شده اصلی می‌باشد.

موارد الزامی جهت تکمیل فرم درخواست عضویت:

(۱) درخواست عضویت برای اولین بار

(۳) درخواست افزایش یا کاهش اعضا تحت تکفل (ازدواج - تولد - مشمولین خدمت سربازی - فوت و ...) که جهت تکمیل فرم عضویت می‌بایست به صورت حضوری به تعاونی مصرف کارکنان مراجعه فرمایند. به درخواست هایی که از طریق اتوماسیون اداری یا دبیرخانه ارسال گردد ترتیب اثر داده نخواهد شد.

مدارک لازم:

※ فقط صفحات اول دفترچه بیمه پایه و کارت ملی بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل

توجه ۱: اعضای که عضو بیمه های تکمیلی درمان می‌باشند همزمان فقط می‌توانند از یک بیمه خسارت دریافت نمایند مگر در دو مورد:

۱- تکمیل نمودن سقف خسارت
۲- دریافت مابه التفاوت هزینه های انجام شده

توجه ۲: حق بیمه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ ماهانه مبلغ ۴۳۰/۰۰۰ ریال طبق جدول تعهدات ضمیمه می‌باشد.

بدیهی است به درخواست های ارائه شده بعد از تاریخ فوق الذکر ترتیب اثر داده نخواهد شد و مسئولیت کلیه عواقب آن به عهده شخص متقاضی می‌باشد.

باتشکر

تعاونی مصرف کارکنان

لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر به اتوماسیون اداری یا سایت دانشگاه با مراحل کارکنان / بخشنامه های اداری و رفاهی مراجعه نمایند.

ردیف	تعهدات شرکت بیمه سینا	واحد	معدی سقف تعهدات (ریال)
۱	جراحی عمومی - هزینه های بیمارستانی و اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (با بیش از ۶ ساعت بستری) آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن - جراحی دیسک ستون فقرات - شیمی درمانی - گامانایف - پیوند قرنیه چشم - رادیوتراپی - بستری جهت درمان طبی	نفر	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جراحی تخصصی شامل انواع سرطان - قلب - مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک و ستون فقرات) گامانایف - پیوند قلب - کلیه - ریه - کبد و پیوند مغز استخوان	نفر	۱۶۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	نفر	۴۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	پاراکلینیکی ۱: سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن و سی تی اسکن - انواع آندوسکوپی - ام آر آی - اکوکاردیوگرافی - استرس اکو - دانسیتومتری	نفر	۲۰/۰۰۰/۰۰۰ بصورت تجمیع شده (بدون اعمال تعرفه)
۵	پاراکلینیکی ۲: تست ورزش - تست آلرژی - تست تنفسی - نوار عضله - نوار عصب - نوار مغز - نوار مثانه - آنژیوگرافی چشم - شنوایی سنجی - بینایی سنجی - هولتر مانیتورینگ قلب	نفر	
۶	جراحی سرپایی: شامل شکستگی ها - گچ گیری - ختنه - بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن لیوم - لیزر درمانی (بجز زیبایی) - تخلیه و برداشت کیست - بیوپسی	نفر	
۷	خدمات آزمایشگاهی (به استثناء چک آپ) شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی - بائولوژی یا آسیب شناسی - ژنتیک پزشکی - انواع رادیوگرافی - نوار قلب و فیزیوتراپی	نفر	
۸	پرداخت هزینه های رفع انکساری چشم (در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نقص بینایی هر چشم ۲ دیوپتر یا بیشتر باشد)	نفر	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	هزینه آمبولانس داخل شهر به شرط بستری	نفر	۱/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	هزینه آمبولانس خارج از شهر به شرط بستری	نفر	۱/۵۰۰/۰۰۰
۱۱	هزینه های مربوط به سینک و لنز طبی	نفر	۱/۰۰۰/۰۰۰
نرخ مصوب هر نفر با فرانشیز ۱۰٪		۴۳۰/۰۰۰/ - ریال	

**فرم درخواست عضویت بیمه درمان تکمیلی سینا و شرکت تعاونی مصرف کارکنان
دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج**

جدول مشخصات بیمه گذار

بیمه شده اصلی

نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: / / ۱۳ شماره شناسنامه: شماره تلفن ثابت: همراه: شماره داخلی واحد:

کد ملی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

کارمند/ هیات علمی : دانشکده / گروه / معاونت:

افراد تحت تکفل

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	کد ملی	نسبت		تحت تکفل	غیر تحت تکفل
			روز	ماه	سال			اصلی	فرعی		

مهر و امضاء نماینده

امضاء و اثر انگشت بیمه گذار

آدرس بیمه شده:

مدارک لازم جهت عضویت بیمه سینا (اعضاء جدید) :

۱ - کپی صفحه اول دفترچه بیمه تامین اجتماعی بیمه شده اصلی و اعضاء تحت تکفل

۲ - کپی کارت ملی بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل

تذکرات

تمامی موارد خواسته شده فوق بایستی به طور کامل و خوانا تکمیل گردد در غیر اینصورت مسئولیت عدم توجه به تکمیل

گزینه ها به عهده شخص بیمه گذار خواهد بود .