

## اطلاعیه بیمه مازاد درمان آسیا سال ۹۸

احتراماً، به اطلاع کلیه کارکنان و اعضای هیات علمی می‌رساند قرارداد بیمه تکمیلی آسیا به مدت یکسال از تاریخ ۹۸/۱۱/۱ تا ۹۹/۱۰/۳۰ 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 سه شنبه مورخ ۹۸/۱۱/۱۵ به نمایندنده مستقر در اداره رفاه کارکنان به صورت دستی تحویل نمایند.

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

**تذکراً:** درخواست انصراف از عضویت باید کتباً و به صورت حضوری (فقط در زمان تجدید قرارداد) به اداره رفاه کارکنان تحویل داده شود در غیر اینصورت به منزله تمدید قرارداد خواهد بود.

**تذکراً 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 و یا دارای بیمه پایه از سوی خویش 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

(۲) درخواست افزایش یا کاهش اعضا تحت تکفل (ازدواج - تولد - مشمولین خدمت سربازی - فوت و ...)

که جهت تکمیل فرم عضویت می‌بایست به صورت حضوری به اداره رفاه کارکنان مراجعه فرمایند.

به درخواست هایی که از طریق اتوماسیون اداری یا دبیرخانه ارسال گردد ترتیب اثر داده نخواهد شد.

### مدارک لازم:

\* فقط صفحه اول دفترچه بیمه پایه بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل و شماره حساب بانکی بیمه شده اصلی.

\* هر نوع بیمه پایه از سوی افراد تحت تکفل مورد پذیرش می‌باشد و اعضای بالای قرارداد ۱۰۰۰ نفری فاقد دوره انتظار و شرایط سنی و تحت تکفلی می‌باشند.

**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:** کل حق بیمه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ ماهانه مبلغ ۸۰۰/۰۰۰ ریال طبق جدول تعهدات ضمیمه می‌باشد.

البته مشروط بر اینکه عضو صندوق بیمه تکمیلی دانشگاه نباشید، از مبلغ کل برای بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل ایشان (ملاک تکفل دارا بودن دفترچه بیمه از سوی بیمه شده اصلی می‌باشد) مبلغ ۱۷۰/۰۰۰ ریال توسط دانشگاه و مابقی (۶۳۰/۰۰۰ ریال) توسط بیمه شده پرداخت خواهد شد.

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.

آدرس شرکت بیمه آسیا کد ۲۲۶۲۵: کرج - سه راه گوهردشت - ابتدای کمربندی - ساختمان صدف ۱ - واحد ۸، ۷، ۶، ۲

تلفن دفتر: ۰۲۶-۳۲۷۵۵۵۵۳ - ۳۲۷۵۳۱۳۱

لطفاً جهت کسب اطلاعات در خصوص نحوه ارائه مدارک و استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد به سایت نمایندگی عصاره کد ۲۲۶۲۵ مراجعه فرمایید.

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



# فرم درخواست عضویت بیمه درمان تکمیلی آسیا و دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

( سال ۹۹ - ۹۸ )

## جدول مشخصات بیمه شده

### بیمه شده اصلی

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

کد ملی: شماره حساب شبای بانک

کارمند/ هیات علمی: دانشکده / گروه / معاونت:

### افراد تحت تکفل

روز / ماه / سال	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	کد ملی	نسبت		تحت تکفل	غیرتحت تکفل
			روز	ماه	سال			پدر	مادر		

اعضاء و اثر انگشت بیمه شده

مهر و امضاء بیمه گر

آدرس بیمه شده:

مدارک لازم جهت عضویت بیمه آسیا (اعضاء جدید):

فقط کپی صفحه اول دفترچه بیمه پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح و...) بیمه شده اصلی و اعضاء تحت تکفل

آدرس شرکت بیمه آسیا کد ۲۲۶۲۵: کرج - سد راه گوهردشت - ابتدای کمربندی - ساختمان صدف ۱ - واحد ۲،۶،۷،۸

تلفن دفتر نمایندگی: ۳۲۷۵۳۱۳۱ - ۳۲۷۵۵۵۵۳

تذکر: 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.

ردیف	تعهدات شرکت بیمه آسیا سال ۹۹ - ۹۸	واحد	عادی 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 رادیوتراپی - بستری جهت درمان طبی	نفر	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰
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	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	نفر	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	پارا کلینیکی ۱: سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن و سی تی اسکن - انواع آندوسکوپی - ام آر آی - اکوکاردیوگرافی - استرس اکو - دانسیتومتری	نفر	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	پارا کلینیکی ۲: تست ورزش - تست آلرژی - تست تنفسی - نوار عضله - نوار عصب - نوار مغز - نوار ستانه - آنژیوگرافی چشم - شنوایی سنجی - بینایی سنجی - هولتر مانیتورینگ قلب	نفر	بصورت تجمیع شده
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 - پاپ اسمیر - بانولوژی یا آسیب شناسی - ژنتیک پزشکی - انواع رادیوگرافی - نوار قلب - نوار قلب جنین - انواع فیزیوتراپی	نفر	
۸	پرداخت هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم ( در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نقص بینایی هر چشم به اضافه نصف آستیگمات ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد )	نفر	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	هزینه آمبولاس داخل شهر به شرط بستری	نفر	۱/۵۰۰/۰۰۰
۱۰	هزینه آمبولاس خارج از شهر به شرط بستری	نفر	۲/۵۰۰/۰۰۰
۱۱	هزینه های مربوط به عینک و لنز طبی	نفر	۲/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	هزینه تشخیص بیماریها و ناهنجاریهای جنین منوط به داشتن پوشش زایمان	نفر	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۳	هزینه دندانپزشکی ( به استثناء دندان مصنوعی )	نفر	۷/۰۰۰/۰۰۰
۱۴	هزینه ویزیت	نفر	۲/۰۰۰/۰۰۰
<b>نرخ مصوب هر نفر با فرانشیز ۱۰٪</b>			<b>۸۰۰/۰۰۰- ریال</b>

**توجه :** کل حق بیمه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ ماهانه مبلغ ۸۰۰/۰۰۰ ریال طبق جدول تعهدات فوق می باشد. البته مشروط بر اینکه عضو صندوق بیمه تکمیلی دانشگاه نباشید. از کل مبلغ برای بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل ایشان (ملاک تکفل دارا بودن دفترچه بیمه از سوی بیمه شده اصلی می باشد) مبلغ ۱۷۰/۰۰۰ ریال توسط دانشگاه و مابقی (۶۳۰/۰۰۰ ریال) توسط بیمه شده پرداخت خواهد شد. ضمانتسقف تعهدات بین ۳۰ تا ۱۰۰ درصد نسبت به قرارداد سال گذشته افزایش داشته و هزینه ویزیت و دندانپزشکی به آن اضافه شده است.

امضاء بیمه شده اصلی