

ضوابط و شرایط بهره مندی از خدمات بیمه تکمیل درمان، عمر و حوادث و آتش سوزی موسسه خدمات درمانی بسیجیان سال 1403

موضوع خدمات: عبارت است از جبران هزینه های درمانی اعضا، مازاد بر بیمه های پایه درمان طبق شرایط مقرر در قرارداد فی مابین عضو و موسسه خدمات درمانی بسیجیان

* فرد متقاضی می بایست به همراه کلیه اعضاء خانواده خود شامل همسر و فرزندان زیر ۱۸ سال نسبت به عضویت در طرح اقدام نمایند.

* چنانچه در طول عضویت فرد تعداد افراد تحت تکفل ایشان افزایش (ازدواج و ...) یا کاهش یابد عضو مربوطه می بایست مراتب را تا حداکثر پس از 10 روز از تاریخ تغییرات به موسسه خدمات درمانی بسیجیان اعلام نماید.

* فرزندان از بدو تولد تحت پوشش بیمه تکمیل درمان سرپرست می باشند منوط به اینکه عضو مربوطه حداکثر ظرف مدت یک هفته از تاریخ تولد فرزند خود نسبت به اعلام مشخصات نوزاد و پرداخت حق عضویت نامبرده اقدام نماید.

* فرد داوطلب و افراد تحت تکفل ایشان می بایست دارای یکی از بیمه های پایه شامل (بیمه تامین اجتماعی، سلامت، خدمات درمانی و...) باشند.

اطلاعات و مدارک متقاضیان بیمه تکمیل درمان، عمر و حوادث و آتش سوزی پس از بررسی و تایید نهایی در موسسه خدمات درمانی بسیجیان، در سامانه شرکت بیمه گر ثبت و خدمات بصورت آنلاین قابل استفاده می باشد.

* بیمه شدگان در بیمه عمر حداکثر تا سن ۷۰ سال تمام و در بیمه حادثه تا سن ۷۵ سال تمام تحت پوشش می باشند و حداقل سن فرزندان در بیمه عمر و حادثه ۴ سال می باشد. لازم به ذکر است در بیمه نامه های گروهی عمر و حوادث شرط صدور بیمه نامه سن سرپرست (آقا) ملاک می باشد.

* موسسه خدمات درمانی بسیجیان هیچگونه مسئولیتی در قبال بیماری های عارض شده (فرد یا افراد متقاضی عضویت در بیمه عمر و حوادث) پیش از تاریخ انعقاد و اجرای قرارداد فی مابین و همچنین عوارض و هزینه های ناشی از آن را نداشته و تنها مسنول جبران هزینه ها و پرداخت خسارت مشارالیه طبق تعرفه ها و سقف تعهدات اعلام شده پس از تاریخ مذکور می باشد.

* حوادث ناشی از رانندگی: بیمه شده وقتی تحت پوشش این قرارداد (بیمه عمر و حوادث) می باشند که دارای گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه طبق مقررات اداره راهنمایی و رانندگی کشور باشد.

* جهت صدور بیمه نامه آتش سوزی منازل مسکونی ارائه کد پستی در زمان ثبت نام الزامی می باشد. لازم به ذکر است در صورت عدم ارائه کدپستی موسسه هیچگونه مسئولیتی در قبال پرداخت خسارت با موضوع این قرارداد را نخواهد داشت.

جدول حق سرانه سالانه بیمه تکمیل درمان، عمر و حادثه و آتش سوزی منازل مسکونی سال ۱۴۰۳

طرح طلایی		طرح نقره ای		ردیف
به ریال	حق بیمه نفرات	به ریال	حق بیمه نفرات	۱
۶۱/۰۲۰/۰۰۰	سالانه هر نفر	۳۳/۴۲۰/۰۰۰	سالانه هر نفر	۲

مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام

<input type="checkbox"/>	1-کپی کارت ملی سرپرست و افراد تحت تکفل	<input type="checkbox"/>	2-کپی تمام صفحات شناسنامه سرپرست و افراد تحت تکفل	<input type="checkbox"/>	3-کارت یا گواهی عضویت در بسیج
<input type="checkbox"/>	4-پرینت شماره حساب شبا سرپرست	<input type="checkbox"/>	5-پرینت سابقه بیمه تکمیل درمان مربوط به سال 1402-1403 (در صورت داشتن سابقه)	<input type="checkbox"/>	

تعهدنامه

اینجانب	با کد ملی به شماره	کد پستی	ضمن مطالعه و با آگاهی کامل از مفاد ضوابط و شرایط موسسه خدمات درمانی بسیجیان، به همراه اعضاء خانواده متقاضی بهره مندی از بیمه تکمیل درمان و عمر و حوادث طرح می باشم.
---------	--------------------	---------	---

امضاء و اثر انگشت متقاضی