

ثبت نام بیمه درمان تکمیلی :

۱	مبلغ ماهیانه هر نفر بیمه شده اصلی (تا ۶۰ سال سن) به مبلغ :	۸۲۰,۰۰۰ ریال
۲	مبلغ ماهیانه هر نفر بیمه شده اصلی (بالای ۶۰ سال سن) به مبلغ:	۱,۲۲۰,۰۰۰ ریال
۳	مبلغ ماهیانه هر نفر افراد تحت تکفل (تا ۶۰ سال سن) به مبلغ:	۸۰۰,۰۰۰ ریال
۴	مبلغ ماهیانه هر نفر افراد تحت تکفل (بالای ۶۰ سال سن) به مبلغ :	۱,۲۲۰,۰۰۰ ریال
۵	حق بیمه <u>سالیانه</u> هر نفر (تا ۶۰ سال سن) به مبلغ :	۹,۶۰۰,۰۰۰ ریال
۶	حق بیمه <u>سالیانه</u> هر نفر (بالای ۶۰ سال سن) به مبلغ :	۱۴,۴۰۰,۰۰۰ ریال

❖ شرایط متقاضیان بیمه درمان تکمیلی :

- الف) دارای عضویت معتبر سازمان (ارائه تصویر کارت عضویت)
 ب) اعضای متاهل در صورت درخواست پوشش بیمه درمان برای فرزندان خود با لحاظ پوشش درمان برای همسر ، پوشش بیمه درمان برای فرزندان امکانپذیر است .
 ج) بهره برداران دارای پروانه معتبر از سازمان (ارائه تصویر پروانه بهره برداری) می توانند خود و اعضای خانواده را جهت پوشش بیمه درمان معرفی نمایند .
 د) در صورت درخواست بهره بردار جهت پوشش بیمه درمان برای کارکنان می بایست بیمه تامین اجتماعی کارکنان ذیل کد کارفرما ارائه گردد.

❖ شرایط پرداخت حق بیمه درمان تکمیلی :

- الف) پرداخت نقدی : مبلغ کل حق بیمه سالانه برای هر نفر به حساب موسسه صندوق تعاون و رفاه در زمان ثبت نام واریز می گردد.
 ب) پرداخت قسطی:
 - پیش پرداخت : مبلغ ۳۰٪ کل حق بیمه در زمان ثبت نام به حساب موسسه صندوق و تعاون و رفاه واریز گردد.

۱	بیمه شده اصلی تا ۶۰ سال	مبلغ کل حق بیمه ۹,۸۴,۰۰۰ ریال	پیش پرداخت : ۲,۹۵۲,۰۰۰	مبلغ اقساط : ۲,۲۹۶,۰۰۰
۲	بیمه شده اصلی بالای ۶۰ سال	مبلغ کل حق بیمه ۱۴,۶۴۰,۰۰۰ ریال	پیش پرداخت : ۴,۳۹۲,۰۰۰	مبلغ اقساط : ۳,۴۱۶,۰۰۰
۳	افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل تا ۶۰ سال	مبلغ کل حق بیمه ۹,۶۰۰,۰۰۰ ریال	پیش پرداخت : ۲,۸۸۰,۰۰۰	مبلغ اقساط : ۲,۲۴۰,۰۰۰
۴	افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل بالای ۶۰ سال	مبلغ کل حق بیمه ۱۴,۴۰۰,۰۰۰ ریال	پیش پرداخت : ۴,۳۲۰,۰۰۰	مبلغ اقساط : ۳,۳۶۰,۰۰۰

- اقساط:

مابه التفاوت مبلغ کل حق بیمه از پیش پرداخت طی ۳ قسط در تاریخ های ۹۸/۰۱/۲۵ - ۹۸/۰۴/۲۵ - ۹۸/۰۶/۲۵ به صورت چک بانکهای معتبر در وجه صندوق تعاون و رفاه در ابتدای قرارداد ارائه گردد.