



شماره: ۰۲/۰۲۴/۳۳۰۰۲

تاریخ: ۱۳/۰۹/۱۴۰۲

پیوست:



روسای محترم نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی کشور و جنوب کرمان

موضوع: فراخوان ثبت نام بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۳

با سلام،

احتراماً، با توجه به نزدیک شدن به موعد سررسید قرارداد بیمه درمان تکمیلی اعضاء و بهره برداران، به استحضار می رساند با در نظر گرفتن شرایط و تعرفه های وزارت بهداشت و درمان در سال جدید صندوق همانند سال گذشته اقدام به استعلام طرح درمان از چند شرکت بیمه گر معتبر نموده که پس از بررسی های مختلف و با توجه به بررسی میزان بررسی رضایت و نارضایتی استان ها و بررسی های مختلف، شرایط و خدمات دهی شرکت بیمه ما وابسته به بانک ملت مورد تایید قرار گرفت. لازم به ذکر است با توجه به ضریب خسارت بالای هزینه های درمان بیمه های مختلف قیمت های بسیار بالا و گزافی اعلام شده که در همین راستا تلاش گردیده طرحهای پیشنهادی از نظر سقف تعهدات بهبود و ارتقاء یافته و بهترین تعهدات با مناسب ترین حق بیمه مورد استفاده اعضاء و بهره برداران محترم گیرد.

لذا مستدعی است با عنایت به موارد ذکر شده ضمن اطلاع رسانی مطلوب به اعضاء و بهره برداران محترم، فراخوان ثبت نام و نام نویسی از تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۱۴ در سایت سازمان نظام مهندسی کشاورزی و منابع طبیعی کشور (سانکا) آغاز و تقاضاهای عضویت را حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۳۰ در سایت ثبت نمایند.

شرایط اولیه قرارداد بیمه ی درمان تکمیلی به شرح ذیل می باشد:

- ۱- مدت قرارداد یکساله و از تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۰۱ لغایت ۱۴۰۳/۰۹/۳۰ و دارای دو طرح مجزا با سقف تعهدات متفاوت می باشد.
- ۲- امکان انصراف و کاهش نفقات پس از ثبت نام در بیمه امکانپذیر نیست.
- ۳- فقط افراد جدید الاستخدام و همچنین نوزاد از بدو تولد و در صورت ازدواج افراد ثبت نام و افزایش نفقات پس از شروع قرارداد امکان پذیر می باشد.
- ۴- پرداخت حق بیمه هر نفر سالیانه طبق لیست پیوست بصورت نقد و اقساط و با شرایط فوق قابل پرداخت می باشد (حق بیمه بصورت نقدی که به حساب شماره ۱۵۵۴۸۴۸۴۹۲ بانک ملت بنام صندوق تعاون و رفاه (پرداخت از طریق سایت سانکا و درگاه الکترونیکی) و پرداخت اقساطی با واریز ۴۰ درصد نقد و مابقی طی ۳ فقره چک هر دوماه یک فقره در وجه صندوق تعاون و رفاه با شناسه ثبت ۱۰۱۰۰۶۲۳۵۳۶ و به تاریخ ۱۵ اسفند ۱۴۰۲ - ۱۵ اردیبهشت و ۱۵ تیر ماه ۱۴۰۳ صادر و ارسال گردد).
- ۵- در صورتی که تا یک هفته بعد از ثبت نام سایت چک ها به این صندوق ارسال نگردد ثبت نام کن لم یکن اعلام می گردد.



شماره: ۰۲/۳۲۴/ص-ت

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۹/۱۳

پیوست:



۶- ثبت نام بصورت غیر سیستمی در محل خود سازمان استان ها به همراه لیست اکسل و فرم ثبت نام و مدارک شناسایی افراد به همراه چک قابل قبول می باشد. در صورت نقص پرونده ثبت نام امکان پذیر نمی باشد و پرونده به استان عودت داده می شود.

۷- ثبت نام شخص مجرد به همراه صفحه ی دوم شناسنامه در سایت و ثبت نام غیر سیستمی با دریافت تصویر صفحه دوم شناسنامه از طریق استان بلامانع می باشد

۸- ثبت نام افراد متاهل همراه با (همسر یا فرزند و افراد تحت تکفل) مورد تایید این صندوق می باشد.

۹- دور انتظار برای استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه تمام است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

۱۰- نرخ و شرایط برای بیمه شدگان اصلی و افراد تحت تکفل تا ۶۰ سال تمام می باشد لذا بیمه شدگان ۶۱ الی ۷۰ سال با ۵۰ درصد حق بیمه اضافی و بیمه شدگان بالای ۷۰ سال با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

۱۱- کلیه امور بیمه ای اعم از بیمارستان ها و مراکز طرف قرار داد و همچنین دریافت معرفی نامه از طریق سایت شرکت بیمه ما قبل دسترس می باشد. برای اطلاع از مراکز درمانی طرف قرارداد به سایت <https://www.bimehma.com> مراجعه کنید.

۱۲- کلیه بهره برداران و کارکنان آنها با ارائه مدارک معتبر می توانند در این دوره از مزایای بیمه ی درمان تکمیلی استفاده نمایند

۱۳- دختران بالای ۱۸ سال باید صفحه ی اول و صفحه اطلاعات ازدواج و پسران باید گواهی اشتغال به تحصیل داشته باشند. در غیر اینصورت ثبت نام آنها ملغی می شود.

همچنین به پیوست لیست تعهدات، شرایط ثبت نام و فرم ثبت نام برای اعضای که به صورت حضوری ثبت نام می نمایند، جهت بهره برداری به حضور ارسال می گردد.

ضمناً برای کسب اطلاعات بیشتر با شماره تلفن ۳-۸۸۹۹۳۸۵۱ امور بیمه صندوق سرکار خانم معصومی تماس حاصل فرمائید.

پیشاپیش ضمن سپاس و تشکر از مساعدت جنابعالی، امید است با توجه به تلاشهای صورت گرفته و با همت و همراهی تمامی همکاران محترم در امر اطلاع رسانی به اعضاء و بهره برداران شاهد مشارکت حداکثری باشیم.

سعید صدیق

مدیر عامل صندوق تعاون و رفاه