



# بخشنامه

شماره سند: RG-HR-9908  
تاریخ: ۱۳۹۹/۰۶/۱۸  
پیوست: دارد  
صفحه ۱ از ۱

تمامی پرسنل ستادی و شعب کل کشور

مخاطبین

درمان تکمیلی پرسنل

موضوع

احتراماً با عنایت به انقضای قرارداد بیمه درمان تکمیلی کارکنان در تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۳۱ و لزوم تنظیم لیست نهایی جهت انعقاد قرارداد سال جاری (۱۳۹۹/۰۷/۰۱) تا (۱۴۰۰/۰۶/۳۱)، مقتضی است کلیه همکارانی که مشمول پوشش بیمه درمان تکمیلی می باشند، هرگونه تغییرات اعم از کاهش یا افزایش افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل و نیز آن دسته از همکارانی که دوره آزمایشی ایشان به پایان رسیده است مدارک مورد نیاز (کپی تمام صفحات شناسنامه، کپی کارت ملی و کپی صفحه اول دفترچه بیمه) جهت برقراری پوشش بیمه ای مذکور را حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۲۵ به مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی ارسال نمایند.

لازم به ذکر است در قرارداد جدید رعایت موارد ذیل ضروری بوده و عدم رعایت به منزله انصراف خواهد بود، ضمن اینکه بیمه درمان تکمیلی برای همکاران اختیاری می باشد.

- حق بیمه درمان تکمیلی در سال جدید، مبلغ ۱.۶۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر (شخص بیمه شده و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل) می باشد و به شرح ذیل تخصیص می گردد:
- پرسنل به میزان ۱۰۰٪ به عهده شرکت.
- افراد تحت تکفل پرسنل اعم از همسر، فرزند و پدر و مادر تحت تکفل (کسانی که بیمه تامین اجتماعی با نام همکار داشته باشند با ارائه گواهی کفالت و صفحه اول دفترچه بیمه تامین اجتماعی پدر و مادر) به میزان ۲۵٪ سهم کارمند و ۷۵٪ به عهده شرکت.
- والدین غیر تحت تکفل به میزان ۱۰۰٪ به عهده کارمند.

- برقراری بیمه درمان تکمیلی در طول مدت قرارداد (تا پایان شهریور ماه ۱۴۰۰) فقط برای موارد خاص (تولد فرزند و ازدواج) امکان پذیر می باشد و قطع بیمه درمان نیز فقط با ارائه مدارک خاص (فوت و طلاق) امکان پذیر می باشد.

- لازم به ذکر است در صورت استفاده از هزینه های درمانی مبلغ حق بیمه در شرایط خاص تا پایان قرارداد دریافت می گردد.

- فرزندان پسر تا سن ۱۸ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل با ارائه گواهی تحصیلی (دکتر) تا سن ۲۷ سال و فرزندان دختر تا زمان ازدواج می توانند تحت پوشش بیمه درمان تکمیل قرار بگیرند.

- همکاران محترم می بایست تا تاریخ اعلام شده (۹۹/۰۶/۲۵) حذف و یا اضافه افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل خود را اعلام نمایند و عدم اطلاع رسانی به موقع جهت کاهش و یا افزایش به منزله موافقت با تمدید قرارداد به صورت سابق خواهد بود.

- شایان ذکر است همکاران محترم در این خصوص می بایست فرم "مشخصات بیمه شدگان درمان تکمیلی کارکنان بیمه آرمان" با شماره FM-HR-06/02، بارگزاری شده در قسمت فرم های منابع انسانی سایت شرکت بیمه آرمان را تکمیل نموده و جهت هرگونه پرسش و رفع ابهام با سرکار خانم چگینی کارشناس منابع انسانی با داخلی ۱۱۰۱ تماس حاصل نمایند.

- تعهدات قرارداد به پیوست بخشنامه موجود می باشد.

**\*مسئولیت حسن اجرای موارد فوق بر عهده کلیه روسا و سرپرستان شعب و مدیران ستادی می باشد.\***

مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی

مدیریت طرح و توسعه

معاونت اجرایی



موارد منسوخ شده :-

نام ابلاغ کننده: آقای مهندس حمیدرضا امیرحسنتخانی - معاونت اجرایی

دامنه کاربرد: کلیه همکاران ستادی و شعب

مرجع پاسخگویی: مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی

تاریخ اجراء: از تاریخ ابلاغ

مدت اجراء: تا اطلاع ثانوی

مرجع ناظر: آقای مهندس حمیدرضا امیرحسنتخانی - معاونت اجرایی

نحوه ابلاغ: اتوماسیون

مدارک و مستندات مرتبط و وضعیت: مشخصات بیمه شدگان درمان تکمیلی کارکنان بیمه آرمان با شماره سند FM-HR-06/02 - تعهدات قرارداد

تعهدات پیشنهادی پرسنل و افراد تحت تکفل ( همسر - فرزندان - والدین تحت تکفل ) ( بجز والدین غیر تحت تکفل )			ردیف
فرانشیز ( درصد )	سقف تعهدات ( ریال )	نوع تعهدات	
۱۰	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	بستری	۱
۱۰	۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰	بستری اعمال خاص	۲
۱۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	لیزیک دو چشم	۳
۱۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	آمبولانس داخل شهری	۴
۱۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	آمبولانس بین شهری	۵
۱۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	زایمان ( طبیعی / سزارین )	۶
۱۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	ناباروری و نازایی	۷
۱۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	پارا کلینیکی ۱	۸
۱۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	پارا کلینیکی ۲	۹
۱۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	سایر سرپایی	۱۰
۱۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	آزمایش	۱۱
۱۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	ویزیت / دارو	۱۲
۱۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	مجموع سرپایی ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	۱۳
۱۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	دندانپزشکی	۱۴
۱۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	اورتز	۱۵
۱۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	کپسول اکسیژن / نوار قند خون / تشک موج	۱۶
۱۰	۷.۰۰۰.۰۰۰	عینک و لنز و شیشه طبی سالیانه	۱۷
۱۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	سمعک	۱۸
۱.۶۰۰.۰۰۰ ریال			حق بیمه با مالیات

تعهدات پیشنهادی والدین غیر تحت تکفل			ردیف
فرانشیز (درصد)	سقف تعهدات (ریال)	نوع تعهدات	
۲۰	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	کلیه بستری ها و اعمال جراحی خاص	۱
۰	۰	لیزیک	۲
۲۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	آمبولانس داخل شهری	۳
۲۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	آمبولانس بین شهری	۴
۰	۰	زایمان	۵
۰	۰	ناباروری و نازایی	۶
۲۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	پاراکلینیکی ۱	۷
۲۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	پاراکلینیکی ۲	۸
۲۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	سایر سرپایی	۹
۲۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	آزمایش	۱۰
۲۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	ویزیت / دارو	۱۱
۲۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	مجموع سرپایی بندهای ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱	۱۲
۲۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	دندانپزشکی	۱۳
۲۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	اورتر	۱۴
۲۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	کپسول اکسیژن / نوارقند خون / تشک موج	۱۵
۲۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	عینک و لنز و شیشه طبی سالیانه	۱۶
۲۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	سمعک	۱۷
۱.۶۰۰.۰۰۰ ریال		حق بیمه با مالیات	



## فرم مشخصات بیمه‌شدگان بیمه درمان تکمیلی کارکنان بیمه آرمان

شماره سند: FM-HR-06/02

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱

متقاضی محترم

با آرزوی سلامتی برای شما و خانواده محترمتان، خواهشمند است با دقت و حوصله و بدون قلم خوردگی به تکمیل این فرم اقدام فرمایید

مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی

مشخصات بیمه نامه:

نام بیمه گذار: شرکت بیمه آرمان  
شماره بیمه نامه:

مشخصات بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی: شماره پرسنلی:  
نام پدر: شماره شناسنامه:  
تاریخ تولد: کدملی:  
محل صدور شناسنامه: شماره بیمه تامین اجتماعی:

مشخصات بیمه شده فرعی: (پدر، مادر، همسر و فرزند)

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور شناسنامه	کدملی	نوع بیمه شده	
							نسبت	تحت تکفل / عادی

دارای سابقه بیمه درمان تکمیلی نزد ..... تا تاریخ ..... می باشم.

تاریخ امضای متقاضی  
تاریخ مهر و امضای بیمه گذار