

بیمه نامه های درمان



دفتر مرکزی: تهران، خیابان سهروردی شمالی کوچه باغ ، پلاک ۲۶، واحد ۹ / تلفن: ۸۸۳۰۴۵۹۵

www.aradbime.com

کارگزاری بیمه آراد ، همیار صنعت با افتخار اعلام می دارد که محصول ویژه خود **بیمه درمان تکمیلی + حوادث کرونا** را با همکاری شرکت بیمه ملت و مشخصات ذیل ارائه میدهد .

جدول تعهدات بیمه گر - شماره ۱					
طرح ۵	طرح ۴	طرح ۳	طرح ۲	طرح ۱	پوشش
۵۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	بستری، عمومی، جراحی
۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی های تخصصی
۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	زایمان
۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۱
۳۳,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۲
۳۳,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	جراحی های سرپایی
۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	خدمات آزمایشگاهی
۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	رفع عیوب انکساری چشم
۹,۹۰۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	۴,۴۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	هزینه آمبولانس / درون شهری
۱۲,۱۰۰,۰۰۰	۹,۹۰۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	هزینه آمبولانس / برون شهری
۳۰٪					فرانشیز
۱۴,۳۰۰,۰۰۰	۱۰,۷۸۰,۰۰۰	۸,۷۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	حق بیمه سالانه به ازای هر نفر بدون احتساب مالیات
ریال	ریال	ریال	ریال	ریال	

جدول تعهدات بیمه گر - شماره ۲					
طرح ۵	طرح ۴	طرح ۳	طرح ۲	طرح ۱	پوشش
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	خدمات دندانپزشکی
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت و دارو
۳۰٪					فرانشیز
۲۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۹۲۰,۰۰۰	۱۳,۶۲۵,۰۰۰	۱۱,۸۰۵,۰۰۰	۹,۸۸۵,۰۰۰	حق بیمه سالانه کل به ازای هر نفر با احتساب مالیات
ریال	ریال	ریال	ریال	ریال	
به شرح زیر					بیمه حوادث کرونا

طرح اول: برنزی برای فروش همراه طرحهای شماره های ۱ تا ۳ درمان

فوت ناشی از حادثه ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
نقص عضو و از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه تا سقف ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
گرامت روزانه بستری در بیمارستان (بیمه بیکاری) روزانه ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال و حداکثر به مدت ۹۰ روز
حق بیمه هر نفر سالانه با احتساب مالیات ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال

طرح دوم : نقره ای برای فروش همراه طرح شماره ۴ درمان

فوت ناشی از حادثه ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
نقص عضو و از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه تا سقف ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
گرامت روزانه بستری در بیمارستان (بیمه بیکاری) روزانه ۱,۵۰۰,۰۰۰ ریال و حداکثر به مدت ۹۰ روز
حق بیمه هر نفر سالانه با احتساب مالیات ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال

طرح سوم: طلایی برای فروش همراه طرح شماره ۵ درمان

فوت ناشی از حادثه ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
نقص عضو و از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه تا سقف ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
گرامت روزانه بستری در بیمارستان (بیمه بیکاری) روزانه ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال و حداکثر به مدت ۹۰ روز
حق بیمه هر نفر سالانه با احتساب مالیات ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال

ویژگی ها :

برخی از شاخصه های طرح مذکور عبارتند از؛

- ✓ دریافت خدمات درمانی با سقف تعهدات و پوشش های کم نظیر در ازای پرداخت حق بیمه کاملا اقتصادی
- ✓ صدور معرفی نامه آنلاین
- ✓ پرداخت خسارت در کمترین زمان
- ✓ بیمه گذار همراه با بیمه درمان بیمه حوادث کرونا دریافت خواهد کرد.
- ✓ بهره مندی کسب و کارهای کوچک با تعداد پرسنل کمتر از ۵۰ نفر (افراد اصلی و تحت تکفل)
- ✓ امکان انتخاب ۲ طرح مجزا برای شرکت های بزرگ با بیش از ۵۰ نفر پرسنل
- ✓ پرداخت اقساطی بیمه نامه (بصورت ۳۰ درصد نقدی و الباقی ۶ قسط ماهیانه مساوی و متوالی)
- ✓ امکان تغییر تعهدات مالی، روش پرداخت و نیز فرانشیز طرح ها با درخواست رسمی بیمه گذار

الزامات مشتری (بیمه گذار)

۱- بیمه گذار موظف است با فرمت زیر و بر روی سربرگ رسمی درخواست صدور قرارداد خود را به نماینده تحویل دهد:

نماینده محترم بیمه ملت کد

باسلام

خواهشمند است نسبت به صدور قرارداد بیمه درمان گروهی ملت طرح برای مجموعه
با مشخصات مندرج در جدول زیر اقدامات مقتضی را مبذول بفرمائید.

کد اقتصادی	شناسه ملی	کد پستی	تعداد نفرات ۶۰ تا ۷۰ سال	تعداد کل بیمه شدگان	تعداد نفرات تبعی	تعداد نفرات اصلی
نشانی :						
شماره تماس :						

نکته:

- در مورد کارگاه ها، سوپر مارکتها، درمانگاهها، گروه های مشاورین املاک، آموزشگاههای مختلف و مشاغل ازین دست که ممکن است فاقد شناسه ملی و یا کد اقتصادی باشند می بایست کد کارگاه تامین اجتماعی را در جدول فوق وارد نمایند.

با تشکر

مهر و امضای صاحب امضای مجاز

۲- بیمه گذار موظف است نماینده خود را با ارائه معرفی نامه رسمی به شرکت بیمه ملت معرفی نماید.

شرکت محترم بیمه ملت

باسلام

احتراما به استحضار می رساند ازین پس آقای / خانم با کد ملی فرزند بعنوان نماینده این شرکت در امور مربوط به قرارداد بیمه درمان این شرکت به حضور معرفی می گردد.

با تشکر

مهر و امضای صاحب امضای مجاز

۳- بیمه گذار موظف است لیست تامین اجتماعی پرسنل خود را به نماینده تحویل دهد.

۴- بیمه گذار موظف است اطلاعات پرسنل خود را بر روی فرمت زیر و بصورت اکسل ثبت نموده و ارائه دهد.

O	N	M	L	K	J	I	H	G	F	E	D	C	B
													نام
													نام خانوادگی
													کد ملی
													نسبت
													تحت تکفل
													تاریخ تولد
													سن
													شماره شناسنامه
													شماره تعیین اجتماعی
													تاریخ استخدام
													شماره موبایل
													شماره شبانه کارت
													نام بانگ
													پرواخت به شبانه کارت
													رت ۹ رقم ذکر گردیده‌چون مثال: ۸۹۰۱۰۱
													درج تاریخ استخدام برای کلیه پرسنل و افراد تحت پوشش الزمی است. تاریخ استخدام تاریخ انضامی قرارداد قیده گردد.
													شماره تعیین اجتماعی کلیه افراد تحت پوشش قیده نموده‌شماره تعیین اجتماعی افراد تحت تکفل همان شماره تعیین اجتماعی بیمه شده اصلی می باشد.
													در ستون نسبت پرسنل اصلی تحت عنوان اصلی قیده شود و دیگر نسبتها یا ماهین همسر شامل پدر-میر-مادر-مادرزاده-مادرزاده-مادرزاده شود
													ترتیب ستون رعایت شود
													در مورد فرمت تاریخها (تولد و استخدام) وقت نشود تاریخها به صورت
													قراردی که کلیه اطلاعات لازم را داشته باشند تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار نمی گیرند
													درج گمنامی افراد الزمی می باشد معرفی اولی جتنا قیده گردد. حقه قلمه های کد ملی حمله شود
													شماره پرسنلی شخصی قیده گردد باین صورت که هر خانواده شماره پرسنلی مشترک داشته باشند در صورت نامتشن کد پرسنلی به ترتیب از شماره ۱ شروع و تا آخر ادامه می دهیم
													شماره شبانه کارت پرسنل حقوق برارک و بدون اضافه و یا خط تیره باشد