



تاریخ : ۱۴۰۳/۰۸/۲۸
شماره : ۱۰۱/۰۳/۱۳۶۸۵
پیوست : دارد
شناسه: ۶۷۴۲۲۵

(شسکام)

شماره ثبت: ۴۳۸۸۸۱ (سهامی خاص)

بسمه تعالی

(اطلاعیه بیمه درمان تکمیلی گروهی برای کارکنان و افراد تحت تکفل)

نمایندگان و همکاران محترم شسکام در سراسر کشور

با سلام

به آگاهی می‌رساند، قرارداد بیمه درمان تکمیلی با شرکت بیمه معلم با ارائه خدمات آنلاین از تاریخ ۱۴۰۳/۰۹/۰۱ به مدت یک سال منعقد گردید که تا تاریخ ۱۴۰۳/۰۹/۱۵ مهلت اعلام تغییر نفقات وجود دارد.

• بیمه شدگان برای رویت ریز هزینه‌های خسارت پرداختی خویش می‌توانند به سایت بیمه معلم mic.co.ir رجوع کنند. (گزینه خدمات الکترونیک ← استعلام خسارت درمان ← ورود کد ملی و تاریخ تولد)

قرارداد فوق به ازای هر نفر به مبلغ ۳.۹۰۰.۰۰۰ ریال رسیده که به صورت ماهانه از حقوق بیمه شده کسر می‌گردد. با توجه به شرایط بسیار مناسب این قرارداد درخصوص جبران هزینه‌های سنگین بیمارستانی و پاراکلینیکی که بیش از ۸۰ درصد بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به صورت آنلاین بدون ارائه معرفی نامه فقط با داشتن کارت ملی می‌توانند از مزایا و شرایط این قرارداد بهره‌مند شوند، لذا زمان عضویت همکاران و زیرمجموعه‌های ایشان محدود و صرفاً در مدت زمان تعیین شده، امکان پذیر بوده و پس از آن هیچگونه ثبت نامی میسر نخواهد بود. از این رو متقاضیان می‌بایست درخواست تغییرات خود را دقیقاً از ابتدای قرارداد اعلام نموده و با رعایت نکات زیر نسبت به تکمیل و ارسال درخواست خود اقدام نمایند: (خدمات دندانپزشکی بین اعضای خانواده شناور است)

۱. کلیه پروسه انجام تغییرات در سال جاری صرفاً از طریق تکمیل فرم ثبت نام (تصویر پیوست ۱) امکان پذیر می‌باشد.

تمامی کسانی که در قرارداد سال قبل تحت پوشش بوده‌اند و نفقات زیرگروه آن‌ها نیز دچار تغییر نشده‌اند، نیازی به تکمیل فرم ندارند و عضویت ایشان به قوت خود باقی خواهد بود، افرادی که متقاضی جدید بوده و با تمایل دارند فردی را به نفقات زیرگروه خود اضافه یا حذف نمایند، می‌بایست اطلاعات

فرد مدنظر خود را در فرم مربوطه (کاهش / افزایش) تکمیل نمایند

۲. به منظور آگاهی بیشتر، جدول تعهدات قرارداد درمان سال ۱۴۰۲ (تصویر پیوست ۲) موجود است، کارکنان بیمه شده می‌توانند در طول قرارداد طبق جدول مذکور تا سقف هر یک از ردیف‌های شرح تعهدات بیمه‌گر جمعاً به مبلغ ۴.۳۳۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال از مزایای بیمه درمان تکمیلی استفاده نمایند.

۳. کارکنان می‌توانند افراد تحت تکفل (همسر، فرزندان، پدر، مادر) خویش را نیز تحت پوشش خود قرار دهند. (دختر و پسر بالای ۱۸ سال، داشتن اشتغال به تحصیل و تحت تکفل پدر یا مادر بودن الزامی می‌باشد).



تاریخ : ۱۴۰۳/۰۸/۲۸
شماره : ۱۰۱/۰۳/۱۳۶۸۵
پیوست : دارد
شناسه: ۶۷۴۲۲۵

(شسکام)

شماره ثبت: ۴۳۸۸۸۱ (سهامی خاص)

- فرزندان ذکور تا سن بیست و دو سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه می باشند.
۴. همکاران متقاضی باید دارای بیمه تأمین اجتماعی باشند و نفرات زیرمجموعه نیز می بایست دارای یکی از بیمه های بیمه گر اول باشند.
۵. به تمامی بیمه شدگان تأکید می گردد در زمان ارائه مدارک به منظور دریافت هزینه های درمانی، می بایست اسناد و مدارک خود را الزاماً طبق اطلاعات و شرایط مندرج (تصویر پیوست ۳) در ضوابط اعلام شده به آدرس شعب (تصویر پیوست ۴) تحویل شعب شرکت بیمه معلم نمایند تا درخصوص دریافت خسارت خود با مشکلی مواجه نشوند و همچنین جهت پیگیری می بایست برگه رسید خویش را دریافت نموده تا در زمان مورد نیاز رسید مربوطه را ارائه نمایند.
۶. امکان اضافه نمودن متقاضی و اعضای خانواده ایشان پس از مهلت مشخص شده میسر نمی باشد و صرفاً موارد استخدام جدید، تولد فرزند (از تاریخ تولد) و ازدواج به مدت یک ماه زمان داشته که فرم مربوطه را به واحد بیمه ارسال نمایند و از اول ماه بعد قابل احتساب و استفاده از شرکت بیمه می باشد.
۷. لازم است تمامی اطلاعات درخواستی به طور کامل، صحیح و در زمان تعیین شده ثبت شود تا درخصوص پرداخت هزینه های درمانی به پرسنل تاخیری ایجاد نگردد.
۸. در صورتی که عضو بیمه تکمیلی پس از دریافت خسارت، تقاضای انصراف داشته باشد و یا قطع همکاری و یا فوت گردد مبلغ حق بیمه تکمیلی تا پایان قرارداد از ایشان کسر و یا از آخرین مطالبات وی برداشت خواهد شد. بدیهی است این دسته از بیمه شدگان از تاریخ قطع رابطه حق مطالبه هیچ گونه خسارتی را نخواهد داشت.
- نکته: حذف زیر مجموعه بدون نفر اصلی (سرپرست) امکان پذیر نیست و به هر علتی امکان حذف وجود ندارد. مگر اینکه دلیل موجهی وجود داشته باشد.
۹. تا زمانی که متقاضیان و افراد تحت پوشش از خدمات بیمه تکمیلی استفاده نکرده باشند، می توانند انصراف خود را به واحد بیمه شرکت اعلام نمایند، که در این صورت حق عضویت باقی مانده ایشان از ماه بعد دریافت نخواهد گردید اما هزینه های قبل نیز مسترد نخواهد شد.
۱۰. حق بیمه با فرانشیز ۱۰٪ می باشد.
۱۱. به منظور کسب اطلاعات بیشتر با شماره ۰۲۱-۴۲۸۶۶۰۰۰ داخلی ۷۰۱ و ۷۰۹ تماس حاصل فرمایید.



تاریخ : ۱۴۰۳/۰۸/۲۸
شماره : ۱۰۱/۰۳/۱۳۶۸۵
پیوست : دارد
شناسه: ۶۷۴۲۲۵

(شسکام)

شماره ثبت: ۴۳۸۸۸۱ (ش.ا.ی) خط تقاضای می بایست تا پایان وقت اداری روز پنج شنبه مورخ ۱۴۰۳/۰۹/۱۵ اطلاعات مربوطه را در فرم ثبت نام

تکمیل و تحویل نماینده استان نمایند و نماینده موظف بوده از طریق فایل اکسل تعیین شده (تصویر پیوست ۵)
اسامی نفرات را کنترل نموده و به دفتر ستاد ارسال نماید.

نکات مهم:

الف: لازم است متقاضیان پس از عضویت و کسر اولین حق بیمه فیش حقوقی خود را کنترل نموده و در صورت وجود هرگونه مشکل با واحد بیمه تماس حاصل فرمایند. (در صورت عدم کنترل و اعلام، مسئولیت وجود هرگونه اشتباه به عهده بیمه شده (پرستل) می باشد.

ب: نحوه تسویه حساب با شرکت بیمه سال قبل (معلم):

اعضای سال قبل که تا تاریخ ۱۴۰۳/۰۸/۳۰ هزینه درمانی داشته اند اما مدارک خود را به شرکت بیمه ارسال ننموده اند، طی هماهنگی با شرکت بیمه معلم (قرارداد سال قبل) دو ماه مهلت گرفته شده که اعضا می توانند برای دریافت هزینه خسارت تا تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۰۱ به شعب بیمه معلم در سطح کشور مراجعه نمایند.

به منظور کسب اطلاعات بیشتر می توانید به آدرس سایت shaskam.ir مراجعه نمایید.

تاریخ : ۱۴۰۳/۰۸/۲۸
شماره : ۱۰۱/۰۳/۱۳۶۸۵
پیوست : دارد
شناسه: ۶۷۴۲۲۵



(شسکام)

شماره ثبت: ۴۳۸۸۸۱ (سهامی خاص)

محمد فلاح پور
کارشناس مسئول بیمه

رونوشت:

جناب آقای مهندس گرزین مدیرعامل محترم شرکت سرمایه کارکنان ارتباطات و مخابرات (شسکام) جهت استحضار
جناب آقای مهندس صفری خویائی مشاور محترم در امور تدارکات جهت استحضار
جناب آقای سنگوری سرپرست محترم مدیریت مالی جهت استحضار
جناب آقای صادقی مدیر محترم منابع انسانی جهت استحضار
جناب آقای اکبری مدیر محترم حقوقی جهت استحضار
اقدام کننده : واحد بیمه-سمانه دهقان پور

