



اتحادیه تولیدکنندگان و صادرکنندگان مبلمان ایران  
Iran Furniture Manufacturers & Exporters Union

**۱) بیمه گر: شرکت سهامی بیمه ایران**

شعبه ممتاز شرق : بعداز سه راه تهرانپارس کیلومتری یک جاده آبعلی پلاک ۱۴۸۶

تلفن : ۶-۷۷۸۸۳۱۸۴ نمایر : ۷۷۷۱۳۶۳۵

**۲) رابط و مشاور بیمه ای قرارداد: شرکت کارگزاری رسمی بیمه حامی چشم انداز فردا (سهامی خاص)**

مدیریت : فریدون صفرخانلو

آدرس: تهران – خیابان کارگر شمالی بلوار کشاورز پلاک ۱۱۷۲ مجتمع طلوع طبقه دوم واحد ۸

کدپستی: ۱۴۱۸۸۸۴۱۶۹ تلفن: ۶۶۴۳۲۸۱۳ نمایر: ۸۹۷۷۴۴۰۴ تلفن همراه: ۰۹۱۲۴۰۵۵۸۱۶

**۳) بیمه گذار: اتحادیه تولیدکنندگان و صادرکنندگان مبلمان ایران**

آدرس: تهران – خیابان سیدجمال الدین اسدآبادی نبش خیابان پنجاه و ششم پلاک ۴۱۴ طبقه اول واحد یک

تلفن ۸۸۶۱۵۷۹۷ نمایر: ۸۸۶۱۴۷۴۹

**۴) مدت پوشش قرارداد:**

تاریخ شروع: ۱۳۹۹/۳/۱۵ تاریخ انقضاء: ۱۴۰۰/۳/۱۵

**۵) حق بیمه ماهانه هریک از بیمه شدگان:**

حق بیمه ماهانه هر نفر (بدون احتساب مالیات بر ارزش افزوده) : ۹۷۷۰۰۰ ریال

مالیات و عوارض ارزش افزوده : ۸۷۹۳۰ ریال

جمع حق بیمه ماهانه هر نفر (با احتساب مالیات بر ارزش افزوده) : ۱۰۶۴۹۳۰ ریال

**۶) ارائه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شده اصلی و سایر بیمه شدگان:**

**حداکثر زمان ارسال فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان متقاضیان تا تاریخ ۱۳۹۹/۰۳/۳۰ به شرح ذیل خواهد بود:**

الف) حداقل ۵۰ درصد از کارکنان اعضا هر یک از شرکت های عضو اتحادیه به همراه کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آنان بایستی در ابتدای قرارداد بیمه شوند .

ب) فقط اسامی و مشخصات بیمه شدگان اصلی و تحت تکفل و غیرتحت تکفل کارکنان (همسر، فرزندان، پدر، مادر) کارکنان مورد تایید و تعهد اعضای محترم اتحادیه تولیدکنندگان و صادرکنندگان مبلمان ایران و درلیست تامین اجتماعی و در سربرگ شرکت عضو اتحادیه و با امضای مقام مجاز و مسئول عضو اتحادیه به شرح زیر میسر است:



اتحادیه تولیدکنندگان و صادرکنندگان مبلمان ایران  
Iran Furniture Manufacturers & Exporters Union

- ۱- اطلاعات دقیق بیمه شده اصلی شامل : نام و نام خانوادگی، جنسیت، نام پدر، تاریخ تولد، رقمی (روز، ماه، سال) ، شماره شناسنامه، کد ملی، نوع بیمه پایه، شماره دفترچه بیمه پایه، وضعیت تاهل، شماره تلفن همراه، شماره حساب شبا و نام بانک
- ۲- اطلاعات دقیق مربوط به سایر بیمه شدگان تبعی بیمه شده اصلی شامل : نسبت با بیمه شده اصلی نام و نام خانوادگی، جنسیت، نام پدر، تاریخ تولد، رقمی (روز، ماه، سال) ، شماره شناسنامه، کد ملی، نوع بیمه پایه، شماره دفترچه بیمه پایه،

#### ۷) مدارک لازم جهت ثبت نام :

- ارسال درخواست به صورت مکتوب در سربرگ با مهر و امضای بالاترین مقام مسئول شرکت عضو اتحادیه تولیدکنندگان و صادرکنندگان مبلمان ایران
- تصویر کارت ملی منقازی و افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه گر پایه با قید نام شرکت متبوع و دارای اعتبار در طول مدت قرارداد بیمه شدگان اصلی و تحت تکفل و غیرتحت تکفل.
- شماره حساب شبای بیمه شده اصلی
- شماره دقیق تلفن همراه بیمه شده اصلی
- تصویر فیش واریزی قسط اول حق بیمه
- ارائه سه فقره چک صیادی به مبلغ جمع اقساط سه ماهه حق بیمه کل بیمه شدگان عضو در وجه فریدون صفرخانلو

#### **\*\*\* نکات مهم :**

- ۱- خواهشمند است قبل از ارسال لیست آخرین تغییرات اسامی نسبت به کامل بودن اطلاعات موجود در جدول اطمینان حاصل نمائید و از ارسال اسامی بدون بازبینی مجدد خودداری فرمائید، مبنای استفاده از خدمات درمان تکمیلی در مراجع درمانی و واریز هزینه های پزشکی اطلاعات صحیح فردی به خصوص کد ملی می باشد و مسئولیت صحت اطلاعات بر عهده بیمه شده و آن عضو محترم میباشد.
- ۲- بر اساس دستور العمل شرکت بیمه ایران مشابه روند قرارداد سال گذشته ، در قرارداد سال ۱۳۹۹ نیز باید کلیه نفرات اصلی شماره شبا و نام بانک به نام خود را اعلام نمایند و کلیه واریز هزینه ها از طرف اداره کل حسابداری بیمه ایران فقط به حساب نفر اصلی واریز می گردد ، لطفا توجه فرمائید که ثبت شماره شبا به صورت تکراری و گروهی برای سیستم امکانپذیر نمی باشد.
- ۳- فرزندان دختر تا پیش از ازدواج و به شرط این که شاغل نباشند تحت تکفل محسوب می شوند.
- ۴- فرزندان پسر تا ۲۰ سالگی به شرط عدم اشتغال به کار می توانند از مزایای بیمه درمان تکمیلی برخوردار شوند و در صورتیکه بالای ۲۰ سال سن داشته باشند در صورتی اراپه گواهی اشتغال به تحصیل تحت تکفل محسوب می شوند.



اتحادیه تولیدکنندگان و صادرکنندگان مبلمان ایران  
Iran Furniture Manufacturers & Exporters Union

#### ۸) اضافه و کسر نمودن نفرات:

از آن جایی که امکان حذف و اضافه نمودن نفرات فقط در زمان ثبت نام و تا واریز حق بیمه قسط اول میسر بوده لذا صرفا افراد زیر مشمول اضافه و کسر نمودن نفرات در طی مدت قرارداد می باشند و سایر موارد امکان پذیر نخواهد بود:

الف) نوزاد به شرط ارائه کپی شناسنامه تا یکماه پس از تولد.

ب) همسر بیمه شدگان در صورت ازدواج بر اساس تصویر شناسنامه و حداکثر تا یکماه پس از تاریخ عقد.

ج) موارد کاهش بیمه شدگان فقط عبارت است از فوت بیمه شده به استناد مدارک مثبت از تاریخ فوت ، در صورت که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه نامه فوت نمایند پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده ایشان به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.

لذا موکدا اعلام می گردد که به هیچ عنوان امکان حذف بیمه شدگان به دلیل قطع رابطه کاری، اخراج، ترک خدمت ، انصراف، استعفا ، بازنشسته شدن و غیره در طول مدت قرارداد وجود نداشته و حق بیمه این افراد تمامی باید تا اتمام قرارداد محاسبه و پرداخت گردد.

#### ۹) ترتیب پرداخت حق بیمه:

پرداخت حق بیمه بیمه شدگان به صورت یکجا و در ابتدای قرارداد خواهد بود که در صورت تایید شرکت بیمه گر و با توجه به مبلغ حق بیمه ماهیانه هر نفر به صورت اقساط و به شرح ذیل قابل پرداخت خواهد بود.

الف) واریز حق بیمه سه ماه اول حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۰۳/۳۰ و هم زمان با ارسال اسامی بیمه شدگان و همزمان ارائه سه فقره چک بابت اقساط حق بیمه سه ماه دوم ، سوم و چهارم به شرح زیر:

ب) یک فقره چک در وجه فریدون صفرخانیلو به سر رسید ۱۳۹۹/۶/۱۵ بابت حق بیمه سه ماه دوم

ج) یک فقره چک در وجه فریدون صفرخانیلو به سر رسید ۱۳۹۹/۹/۱۵ بابت حق بیمه سه ماه سوم

د) یک فقره چک در وجه فریدون صفرخانیلو به سر رسید ۱۳۹۹/۱۲/۱۵ بابت حق بیمه سه ماه چهارم

از آن جایی که بیمه گذار (اتحادیه تولیدکنندگان و صادرکنندگان مبلمان ایران) موظف است حق بیمه را باتوجه به تعداد بیمه شدگان پرداخت نماید و در صورت عدم وصول و پرداخت به موقع حق بیمه قرارداد بیمه گر می تواند بلافاصله با صدور الحاقی قرارداد را به حالت تعلیق درآورد و در زمان تعلیق تعهدی در جبران خسارت نخواهد داشت. ، لذا مقتضی است جهت سهولت در امور پرداخت خسارت و هزینه های درمان اعضای محترم مبلغ حق بیمه را به شماره حساب ۲۰۴۱۷۷۴۷۶۳ نزد بانک ملت شعبه سازمان صنایع ملی

**شماره شبیا: ۶۳ ۷۷۴۷ ۲۰۴۱ ۰۰۰۰ ۰۲۰۰ ۰۱۲۰ ۰۱۲۵ IR۴۵**

**شماره کارت: ۶۱۰۴۳۳۷۸۶۴۹۲۸۳۴۴**

به نام فریدون صفرخانیلو واریز نموده و مستند پرداختی با ذکر مشخصات کامل جهت درج در سوابق به شماره نمابر ۸۹۷۷۴۴۰۴ فاکس یا به آدرس کارگزار ارسال که متعاقبا پس از جمع آوری کلیه بیمه شدگان معرفی شده نسبت به واریز آن به حساب شرکت سهامی بیمه ایران اقدام گردد



اتحادیه تولیدکنندگان و صادرکنندگان مبلمان ایران  
Iran Furniture Manufacturers & Exporters Union

### نکته بسیار مهم :

به استناد قرارداد منعقد و بواسطه تعداد و پراکندگی اعضا رابط امور بیمه ای به عنوان نماینده تام الاختیار بیمه گذار به بیمه گرم معرفی شده است و کلیه امور مربوط به وظائف بیمه گذار و بیمه گر از جمله جمع آوری حق بیمه و واریز آن به حساب شرکت سهامی بیمه ایران را به عهده دارد لذا رابط بیمه ای (فریدون صفرخانلو) صرفاً مسئول جمع آوری حق بیمه شرکت های عضو قرارداد بوده که ایشان پس از جمع آوری حق بیمه ها نسبت به واریز آن به حساب شرکت سهامی بیمه ایران اقدام می نمایند.

لذا شناسه ملی و شماره اقتصادی شرکت سهامی بیمه ایران به شرح زیر است :

شماره شناسه ملی : ۱۰۱۰۳۸۵۸۷۴۲

شماره اقتصادی : ۴۱۱۱۱۳۷۱۳۸۷

### ۱۰) نحوه ارسال مدارک هزینه درمانی :

به استناد قرارداد منعقد ، شرکت کارگزاری رسمی بیمه حامی چشم انداز فردا (سهامی خاص) به عنوان نماینده تام الاختیار بیمه گذار به بیمه گرم معرفی شده است و کلیه امور مربوط به وظائف بیمه گذار و بیمه گر را به عهده دارد و بیمه شدگان عزیز می بایست ارسال مدارک درمانی خود را در قالب قرارداد به کمک ایشان به شرح زیر انجام دهند :

الف) بیمه شدگان در انتخاب هر یک از بیمارستان ها و مراجع درمانی داخل کشور طرف قرارداد شرکت سهامی بیمه ایران تا سقف حداکثر تعهدات آزاد هستند و چنانچه بیمه شدگان عزیز در خصوص هزینه های درمانی خود از بیمارستانها و مراجع درمانی غیر طرف قرارداد استفاده نمایند می بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم هزینه خود از بیمه گر اول مانند سازمان تامین اجتماعی ، خدمات درمانی و یا سازمان های مشابه اقدام نموده و سپس با ارائه کپی برابر اصل نمودن مدارک بیمارستانی و تصویر چک دریافتی از بیمه گر پایه (سازمان های فوق الذکر) و حداکثر ظرف مدت یکماه بعد از ترخیص از بیمارستان و پس از دریافت چک بیمه گر اول و پرداخت هزینه های صورتحساب مرکز درمانی نسبت به جمع آوری مدارک درمانی بیمه شده اصلی و یا افراد تحت پوشش قرارداد و نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده اقدام و با الصاق نمودن تصویر صفحه اول دفترچه بیمه گر پایه (تامین اجتماعی) بیمه شده اصلی و بیمه شده بیمار تحت پوشش نسبت به ارسال مدارک فوق طی نامه دسربرگ شرکت متبوع خود با ذکر شماره و تاریخ و صرفاً در روزها و ساعات اداری به آدرس شرکت کارگزاری رسمی بیمه حامی چشم انداز فردا اقدام نمایند و لازم به ذکر است که هزینه های با اصل صورتحساب بر اساس تعرفه بیمارستان های طرف قرارداد همتراز محاسبه می گردد.

ب) صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود و هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد و در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نمی نماید مشمول فرانشیز تعیین شده در قرارداد خواهد شد و چنانچه پس از بررسی اسناد و مدارک ارسالی با توجه به حدود تعهدات بیمه گر مندرج در قرارداد (شرایط و میزان تعهدات بیمه گر) مواردی خارج از تعهد یا مزاد بر تعهد باشد موارد محاسبه نخواهد شد و توسط بیمه گر مدارک خارج از تعهد عودت داده خواهد شد.



اتحادیه تولیدکنندگان و صادرکنندگان مبلمان ایران  
Iran Furniture Manufacturers & Exporters Union

ج) بیمه گریس از بررسی اسناد ومدارک ارسالی هزینه های درمانی انجام شده بیمه شده ، نسبت به محاسبه مبلغ هزینه های قابل پرداخت وواریز آن به حساب شماره شبای اعلام شده بیمه شده اصلی اقدام خواهند نمود.

#### ۱۱) معرفی رابط امور بیمه ای اعضاء :

ترتیبی اتخاذ گردد جهت پاسخگویی وپیگیری امور بیمه شدگان مشمول این قرارداد بیمه ، هر یک از اعضاء نسبت به معرفی یک نفر فرد مطلع و واجد شرائط با ذکر مشخصات وتلفن ثابت وهمراه به صورت مکتوب به شرکت کارگزاری اقدام و صرفا کلیه امور مرتبط با این قرارداد از طریق ایشان بررسی وپیگیری شود.

#### درخاتمه نکات مهم زیر لازم به ذکر است:

به موجب قرارداد منعقد شده و آیین نامه بیمه های درمان مصوب شورای عالی بیمه حداقل تعداد بیمه شدگان معرفی شده از سوی کل اعضاء متقاضی بایستی بیش از هزار نفر باشد در غیر این صورت :

۱- برای گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر حق بیمه بیمه شدگان تا ۶۰ سال مطابق با حق بیمه اعلامی و برای بیمه شدگان ۶۰ تا ۷۰ سال به بالا با ۵۰ درصد افزایش و بالای ۷۰ سال ۱۰۰ درصد افزایش نسبت به حق بیمه اعلامی محاسبه می گردد.

۲- بیمه شدگان جدید الورود مشمول دوره انتظار به شرح ذیل خواهند شد که دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.

۳- چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

۴- فرانشیز افراد غیر تحت تکفل ۱۰ درصد بیشتر از سایر بیمه شدگان خواهد بود.



اتحادیه تولیدکنندگان و صادرکنندگان مبلمان ایران  
Iran Furniture Manufacturers & Exporters Union

۱۲) جدول تعهدات:

نوع تعهدات	حداکثر سقف تعهدات (ریال) سال ۱۳۹۸	حداکثر سقف تعهدات (ریال) سال ۱۳۹۹	توضیحات
پرداخت بابت هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) هزینه های بستری جراحی، رادیوتراپی هر نوع آنژیوگرافی (به جز چشم) انواع سنگ شکن در بیمارستان، مراکز جراحی محدود و هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان	۸۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	افزایش ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع دیسک و ستون فقرات، پیوند ریه، کبد، کلیه، مغز استخوان (با احتساب بند یک)	۱۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	افزایش ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	افزایش ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
پاراکلینیکی (۱) انواع اسکن، انواع رادیوگرافی، سونوگرافی، دانسیتومتری، ام آر آی، پزشکی هسته ای	۹/۰۰۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	افزایش ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال
پاراکلینیکی (۲) شامل انواع آندوسکوپی، ERCP، تست ورزش، نوار قلب، نوار عصب، نوار مغز، آنژیوگرافی	۳/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	-
پاراکلینیکی (۳) خدمات آزمایشگاهی، پاتولوژی، تست های آلرژیک	۴/۰۰۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	افزایش ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال
جراحی های مجاز سرپایی مانند شکستگی، گچ گیری، ختنه، کرایوتراپی، لیپوم، تخلیه کیست، لیزر درمانی	۳/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	-
هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی که نهایتا منجر به بستری شدن طبق دستور پزشک معالج در مراکز درمانی می گردد.	۸۰۰/۰۰۰	۸۰۰/۰۰۰	-
هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی که نهایتا منجر به بستری شدن طبق دستور پزشک معالج در مراکز درمانی می گردد.	۱/۳۰۰/۰۰۰	۱/۳۰۰/۰۰۰	-
فرانشیز	۳۰%	۳۰%	-