



اطلاعیه شماره ۱۲۱

قابل توجه اعضای محترم صنف الکتریک تهران

نظر به تقاضای اعضا و فعالین صنف الکتریک تهران در خصوص ثبت نام بیمه تکمیلی درمان و اخذ موافقت اتحادیه از شرکت سهامی بیمه ایران مقرر گردید: طبق شرایطی نفراتی به عنوان جایگزین و با شرایطی به لیست " قرارداد پنج ساله " سال ۹۰ اضافه گردند. بنابراین متقاضیان جایگزین، تنها تا پایان وقت اداری روز یکشنبه مورخه ۹۱/۰۶/۲۶ می توانند نسبت به ثبت نام اقدام نمایند. ضمناً در صورت پر شدن نفرات جایگزین لیست سال قبل، زمان ثبت نام نیز زودتر از موعد مقرر به پایان می رسد.

الف) چه کسانی می توانند نسبت به ثبت نام اقدام نمایند:

- ۱ - صاحبان جواز و خانواده هایشان (همسر، فرزندان تا سن قانونی، پدر و مادر)
 - ۲ - مباشرین و خانواده هایشان (همسر، فرزندان تا سن قانونی، پدر و مادر)
 - ۳ - کارمندان و کارگران قانونی واحد های صنفی که نامشان در لیست بیمه تامین اجتماعی فروشگاه درج گردیده است به همراه خانواده هایشان (همسر، فرزندان تا سن قانونی، پدر و مادر)
- ب) مدارک ثبت نام که می بایست در محل اتحادیه به واحد بیمه تحویل گردد:

- ۱ - کپی تمام صفحات شناسنامه متقاضیان
- ۲ - کپی کارت ملی
- ۳ - کپی دفترچه بیمه گر پایه (دفترچه بیمه تامین اجتماعی، خدمات درمانی و نیروهای مسلح یا هر نوع دفترچه بیمه ای دیگر)
- ۴ - کپی جواز معتبر محل کسب (جهت مباشرین و شرکاء ارائه مدرک شراکت یا مباشرت)
- ۵ - فرم ثبت نام به صورت پر شده (بپیوست اطلاعیه بوده و در محل اتحادیه نیز موجود است)
- ۶ - اصل فیش واریزی

ج) تعهدات به شرح اطلاعاتیه شماره ۱۱۰ مندرج در سایت اتحادیه (www.eet.ir) می باشد که در سال جدید، تعهدات آزمایشگاه (تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی)، فیزیوتراپی، رادیوگرافی، تست های تنفسی، بینایی و آلرژی، نوار مئانه و قلب، شنوایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب تا مبلغ دویست هزار تومان با فرانشیز ۳۰٪ به آن اضافه گردیده است. ذکر این نکته ضروری است که تعهداتی که در اطلاعاتیه شماره ۱۱۰ و این اطلاعاتیه قید نگردیده در تعهد شرکت بیمه ایران نخواهد بود اما در صورت تقاضای اعضای اتحادیه و شرکت آنها در بیمه های حمایتی در قرارداد آتی گنجانده خواهد شد.

د) مبلغ حق بیمه هر نفر در طول یک سال برابر ۱۷۰/۰۰۰ تومان (هرماه ۱۴/۱۶۶ تومان) خواهد بود که میبایست به حساب ۱۹۰۱۵۶۳۰۴۶ بانک ملت بنام اتحادیه صنف الکترونیک واریز گردد. واریز می تواند از طریق بانک، اینترنت یا دستگاه کارت خوان فروشگاه ها یا دستگاه کارت خوان اتحادیه انجام پذیرد، مشروط به اینکه نام واریز کننده و تلفن تماس در زیر فیش های واریزی بصورت واضح درج گردد. اتحادیه و شرکت بیمه در خصوص فیش های واریزی بدون نام و تلفن تماس، مسئولیتی نخواهد داشت.

ه) جهت افرادی که امسال برای اولین بار در بیمه تکمیل درمان ثبت نام می نمایند مواردی مانند زایمان و بیماری های که منشاء قبلی داشته باشند (بنا به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر) دارای ۹ ماه دوره انتظار بوده اما از ماه دهم به بعد و همچنین از سال آینده (در صورت ثبت نام مجدد) هزینه های مذکور قابل پرداخت خواهد بود.

و) نحوه استفاده از بیمه تکمیل درمان و دریافت کارت بزودی در سایت اتحادیه درج خواهد شد که مطالعه آن جهت ثبت نام کنندگان الزامیست و شرکت بیمه نسبت به کسانی که بدون مطالعه، اقدام به کار درمانی می نمایند تعهدی ندارد.

جهت اخذ راهنمایی های بیشتر با تلفن های ۰۹۱۲ ۲۲۱۶۳۵۷ و ۰۹۳۹ ۱۰۰۱۱۶۵ و ۸۸۳۲۲۶۳۹ تماس حاصل فرمایید.

اتحادیه تولیدکنندگان و فروشندگان لوازم الکتریک شهرستان تهران

www.eet.ir

شماره بیمه	نام بیمه گر اول	متاهل / مجرد	نسبت	تاریخ تولد	کد ملی	شناسنامه	نام پدر	نام خانوادگی	نام	رد	نظر اگلی
				/ /						۱	
				/ /						۲	
				/ /						۳	
				/ /						۴	
				/ /						۵	
				/ /						۶	
				/ /						۷	

نام متقاضی: صاحب جواز هستم مباشر یا شریک هستم کارمند هستم بیمه عمر دارم / ندارم شماره جواز کسب محل اشتغال:
 تلفن: فاکس: تلفن همراه: نشانی:

✓ مدارک مورد نیاز: کپی شناسنامه (و صفحه دوم شناسنامه افراد متاهل) / کپی جواز محل کسب / کپی دفترچه بیمه گر اول (در صورت نداشتن دفترچه بیمه از امور بیمه اتحادیه راهنمایی گرفته شود) / کارت ملی / اصل فیش بانکی واریزی به شماره حساب ۱۹۰۱۵۶۳۰۴۶ بانک ملت بنام اتحادیه صنف الکتریک تهران جهت هر نفر ۱۷۰۰۰ تومان (واریز از طریق اینترنت، دستگاه کارت خوان و روشگاه ها و دستگاه کارت خوان اتحادیه مورد قبول می باشد منوط به اینکه فیش دارای اسم و تلفن متقاضی باشد) / هر خانواده حق بیمه خود را طی یک فیش واریز نماید (به طور مثال یک خانواده سه نفره مبلغ ۵۱۰۰۰ تومان طی یک فیش) / به فیش های بدون اسم و تلفن بدلیل شناسایی نشدن، نمی توان ترتیب اثری داد. / بیمه گر اول شامل: بیمه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی ایرانیان یا نیروهای مسلح یا دیگر بیمه ها.

✓ هر فرم جهت یک سرپرست خانواده تعریف گردیده است / تاریخ تولد به صورت ۶ رقمی مانند ۵۴/۰۷/۲۵ نوشته شود / فرزندان اناث تا قبل از ازدواج و فرزندان ذکور تا بیست سالگی و در صورت تحصیل در دانشگاه، تا سن ۲۴ سالگی میتوانند تحت پوشش سرپرست خانواده قرار بگیرند و در غیر این صورت حتماً می بایست اسم آنان در لیست بیمه تامین اجتماعی واحد صنفی به عنوان پرسنل روشگاه قرار داشته و به عنوان یک خانواده تک نفره مستقل ثبت نام نمایند / نسبت شامل: اصلی، همسر، پسر، دختر، پدر و مادر میباشند / شماره ملی حتماً صحیح نوشته شود / مسئولیت ورود اشتباه اطلاعات، بر عهده متقاضی می باشد

✓ صاحبان جواز، مباشرین و شرکاء در صورتی که دفترچه بیمه ندارند می توانند نسبت به ثبت نام اقدام نموده اما به کمک آقای صدر (مجری بیمه اتحادیه) و در اولین فرصت نسبت به تهیه دفترچه بیمه خدمات درمانی ایرانیان اقدام نمایند و در خصوص پرسنل روشگاه ها و تولیدی ها، نام کارکنان واحد های صنفی می بایست در لیست بیمه تامین اجتماعی همان واحد صنفی قید شده باشد در غیر این صورت اجازه ثبت نام نخواهند داشت / هرگاه محرز شود ثبت نام کننده ای، جزء گروه صاحب جواز، مباشر، شریک، کارمند قانونی روشگاه و خانواده ایشان نبوده است، ثبت نام وی باطل شده و مبلغ ثبت نامی مسترد نخواهد شد.

اینجانب حق بیمه تکمیل درمان مربوط به خود و خانواده ام را طی فیش و به مبلغ جهت در تاریخ به حساب ۱۹۰۱۵۶۳۰۴۶ بنام اتحادیه صنف الکتریک تهران واریز نمودم و اعلام میدارم کلیه مندرجات اطلاعیه های مربوط به بیمه تکمیل درمان (شماره ۱۱۰ و ۱۲۱) را بصورت دقیق مطالعه کرده ام و از موارد مندرجه آگاهی یافته ام و همچنین اعلام می دارم با حسن نیت در طرح بیمه تکمیل درمان ثبت نام نموده ام و قبل از استفاده از بیمه تکمیل درمان، نحوه استفاده از آن را در سایت اتحادیه www.eet.ir مطالعه خواهم نمود تا هنگام مواجه شدن با موارد درمانی و یا دریافت هزینه های درمانی خود و خانواده ام دچار مشکل نشوم / نام و نام خانوادگی متقاضی امضاء