

به نام خدا

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

همکاران محترم شرکت خدمات اول مخابرات در سراسر کشور

با سلام

به آگاهی می‌رساند، قرارداد بیمه درمان تکمیلی شرکت خدمات اول مخابرات با شرکت بیمه ملت با ارائه خدمات (SOS) از تاریخ ۱۴۰۰/۰۶/۰۱ به مدت یک سال منعقد گردید.

• بیمه شدگان برای رؤیت ریز هزینه‌های خسارت پرداختی خویش می‌توانند به سایت www.iranassistance.com (شرکت بیمه کمک رسان) رجوع کنند. (نام کاربری و رمز عبور باید توسط خود شخص تعریف شود).
قرارداد فوق به ازای هر نفر به مبلغ ۸۲۵,۰۰۰ ریال با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده رسیده که به صورت ماهانه از حقوق بیمه شده کسر می‌گردد.
با توجه به شرایط بسیار مناسب این قرارداد در خصوص جبران هزینه‌های سنگین بیمارستانی و پاراکلینیکی که بیش از ۸۰٪ بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به صورت آنلاین بدون ارائه معرفی نامه فقط با داشتن کارت ملی می‌توانند از مزایای طرح SOS 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 عضویت خود را دقیقاً از ابتدای قرارداد اعلام نموده و با رعایت نکات زیر نسبت به تکمیل و ارسال درخواست خود اقدام نمایند:

۱. کلیه پروسه انجام ثبت نام و اصلاحات (حذف و اضافه) در سال جاری صرفاً از طریق سایت شرکت به آدرس www.tci1.ir امکان پذیر می‌باشد.

تبصره: 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 زیرمجموعه بدون نفر اصلی (سرپرست) امکان پذیر نیست.

۲. 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).
- 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 می‌باشند.

۳. همکاران متقاضی باید دارای دفترچه تأمین اجتماعی باشند و نفرات زیرمجموعه نیز می بایست دارای یکی از دفترچه‌های بیمه‌ای خدمات درمانی باشند.
۴. تمامی کسانی که در قرارداد سال قبل تحت پوشش بوده اند و نفرات زیرگروه آنها نیز دچار تغییر نشده اند، نیازی به تکمیل و ثبت نام ندارند و عضویت ایشان به قوت خود باقی خواهد بود، (لازم به ذکر است به دلیل نیاز اطلاعات صحیح لازم است یکبار برای بررسی اطلاعات و زیر مجموعه، وارد سامانه شده و کد رهگیری دریافت نمایند.) افرادی که متقاضی جدید بوده و یا تمایل دارند فردی را به نفرات زیرگروه خود اضافه نمایند، می بایست اطلاعات فرد مدنظر خود را در قسمت مربوطه در برنامه ثبت نام درج نمایند، افرادی که در سال گذشته تحت پوشش بوده و در دوره ی جدید تمایل به حذف خود یا بعضی از افراد زیرگروه خود را دارند، می بایست اطلاعات فرد حذف شده را در قسمت مربوطه در برنامه ثبت نام درج نمایند.
۵. به منظور آگاهی بیشتر، جدول تعهدات قرارداد درمان سال ۱۴۰۰ (تصویر پیوست ۱) موجود است، کارکنان بیمه شده می توانند در طول قرارداد طبق جدول مذکور تا سقف هر یک از ردیف های شرح تعهدات بیمه گر از مزایای بیمه تکمیلی استفاده نمایند.
۶. متقاضیان می بایست تا پایان وقت اداری روز چهارشنبه مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۳۱ اطلاعات مربوطه را در سایت شرکت تکمیل و ارسال نمایند. (انجام پروسه ثبت نام و تغییرات نفرات از طریق تلفن همراه نیز امکان پذیر می باشد)
۷. امکان اضافه نمودن متقاضی و اعضای خانواده ایشان در حین قرارداد و 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 می باشد.
۸. 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.
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 واحد بیمه شرکت خدمات اول به شماره ۰۲۱-۸۷۸۷۰۰۰۰ داخلی ۳۲۵۲-۳۳۱۷-۳۲۱۱ و ۳۲۵۱ تماس فرمایید، لذا در صورتی که برای ارسال مشخصات از طریق سیستم با مشکلی مواجه شده اید، می توانید به منظور رفع مشکل با شماره ۰۲۱-۸۷۸۷۰۰۰۰ داخلی ۳۵۲۷ رئیس واحد بیمه شرکت (آقای فلاح) تماس حاصل نمایند.

۱۲. به تمامی بیمه شدگان (استان تهران) 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 ۲) در ضوابط اعلام شده تحویل دفتر ستادی نمایند تا در خصوص دریافت خسارت خود با مشکلی مواجه نشوند و همچنین جهت پیگیری می بایست برگه رسید خویش را ارائه نمایند، همچنین بیمه شدگان استانها نیز می بایست هزینه خسارت ها را مرتب و منظم به نمایندگی های شرکت بیمه ملت تحویل دهند.

نکات مهم:

الف: اعضای سال قبل که تا تاریخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ هزینه درمانی داشته اند اما مدارک خود را به منظور دریافت خسارت ارسال ننموده اند، طی هماهنگی با شرکت بیمه معلم می توانند برای دریافت هزینه خسارت (قرارداد سال قبل) تا تاریخ ۱۴۰۰/۰۷/۰۱ اقدام نمایند، بدیهی است بعد از اتمام زمان تعیین شده این شرکت و شرکت بیمه معلم مسئولیتی در قبال پرداخت خسارات درمان را نخواهد داشت.

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

به منظور کسب اطلاعات بیشتر می توانید به سایت tci1.ir مراجعه نمایید.

علیرضا اصغر نژاد

عضو هیئت مدیره



اقدام کننده: واحد بیمه - فلاح

داخلی: ۳۵۲۷