

## بیمه تکمیلی درمان بیمه دانا :

- ۱- تمامی افرادی که در سال گذشته دارای بیمه درمان تکمیلی بوده و نیز تعداد گروه بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار می باشند .
  - ۲- امکان کاهش افراد (فسخ بیمه نامه ) بعد از بسته شدن لیست ثبت نام در حین قرارداد وجود ندارد .
  - ۳- فرانشیز تمامی بندها ۲۰٪ می باشد .
  - ۴- شروع پوشش بیمه از تاریخ ۹۸/۱۰/۰۱ تا پایان ۹۹/۱۰/۰۱ می باشد .
  - ۵- داشتن یکی از بیمه های پایه (تامین اجتماعی ،خدمات درمانی و...) الزامیست .
- حق بیمه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی:**

### میزان و شرایط حق بیمه درمان تکمیلی اعضاء ، کارکنان و بهره برداران سازمان در سال ۹۸-۹۹

ردیف	طرح بیمه درمان	حق بیمه ماهانه هر نفر اصلی (ریال) - تا ۶۰ سال	حق بیمه سالانه هر نفر اصلی (ریال) - تا ۶۰ سال	حق بیمه ماهانه هر نفر تکفل (ریال) - تا ۶۰ سال	حق بیمه سالانه هر نفر تکفل (ریال) - تا ۶۰ سال
۱	عمومی	۸۸۰.۰۰۰	۱۰.۵۶۰.۰۰۰	۸۶۰.۰۰۰	۱۰.۳۲۰.۰۰۰
۲	۵درصد تخفیف ویژه بیمه شده های تمدیدی	۸۳۷.۰۰۰	۱۰.۰۴۴.۰۰۰	۸۱۷.۰۰۰	۹.۸۰۴.۰۰۰
۳	۱۰درصد تخفیف ویژه خانواده های حداقل دارای ۳ نفر	۷۹۴.۰۰۰	۹.۵۲۸.۰۰۰	۷۷۴.۰۰۰	۹.۲۸۸.۰۰۰

حق بیمه افراد دارای سن ۶۰ تا ۷۰ سال به میزان ۵۰ درصد افزایش و برای افراد بالای سن ۷۰ سال به میزان ۱۰۰ درصد افزایش حق بیمه لحاظ می گردد.

مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام بیمه تکمیلی :

۱. کپی صفحه اول ودوم شناسنامه بیمه گر و افراد تحت تکفل
۲. کپی کارت ملی (پشت و رو) بیمه گر و افراد تحت تکفل
۳. کپی صفحه اول دفترچه بیمه گر پایه و افراد تحت تکفل
۴. کپی کارت نظام مهندسی دارای اعتبار و عضویت در صندوق
۵. کپی پروانه بهره برداری دارای اعتبار و عضویت در صندوق
۶. شماره شبا و یا شماره حساب بانک ملت یا کشاورزی به نام بیمه شده اصلی
۷. عضویت در صندوق تعاون و رفاه الزامی می باشد.

## مزایای بیمه تکمیلی دانا :

۱- شرکت سهامی بیمه دانا از سال ۱۳۵۸ به عنوان تنها شرکت بیمه تخصصی در رشته های بیمه اشخاص (درمان تکمیلی) شروع به فعالیت نموده است. با توجه به ساختار ایجاد شده توسط این شرکت در سراسر کشور یکی از کامل ترین شبکه های ارائه بیمه درمان تکمیلی در تمامی استان ها می باشد.

۲- تمامی بیمه شدگان از طریق سایت بیمه دانا قسمت سامانه دانایار به صورت آنلاین می توانند تمامی مراحل بررسی و پرداخت غرامت های درمان خود را مشاهده و پیگیری نمایند.

## شرایط متقاضی:

الف- دارای عضویت معتبر سازمان (تصویر کارت عضویت)

ب- اعضای متأهل در صورت درخواست پوشش درمان برای همسر یا فرزندان خود توجه نمایند که بیمه فرزندان در صورت پوشش بیمه درمان برای همسر، امکان پذیر می باشد.

ج- بهره برداران دارای پروانه معتبر از سازمان (تصویر پروانه بهره برداری)

د- در صورت درخواست بهره بردار جهت پوشش بیمه درمان برای کارکنان خود، می بایست لیست بیمه تأمین اجتماعی کارکنان ذیل کد کارفرما را ارائه نماید. همچنین می توانند اعضای خانواده خود را نیز جهت پوشش بیمه درمان معرفی نمایند.

## شرایط پرداخت:

۱- پرداخت نقدی: مبلغ کل حق بیمه سالانه برای هر نفر به حساب مؤسسه صندوق تعاون و رفاه کشور در زمان ثبت نام واریز گردد.

۲- پرداخت قسطی :

- پیش پرداخت: مبلغ ۳۰ درصد کل حق بیمه در زمان ثبت نام به حساب مؤسسه صندوق تعاون و رفاه کشور واریز گردد.
- اقساط: مابقی مبلغ کل حق بیمه پس از کسر پیش پرداخت، طی ۳ قسط در تاریخ های ۹۹/۲/۲۵ - ۹۹/۴/۲۵ - ۹۹/۶/۲۵ به صورت چک بانکی معتبر (چک صیاد از بانک های معتبر) در ابتدای قرارداد ارائه می گردد.