

## بسمه تعالی

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

همکاران محترم شرکت خدمات اول مخابرات در سراسر کشور

با سلام و احترام

به آگاهی می رساند، قرارداد بیمه درمان تکمیلی شرکت خدمات اول مخابرات با شرکت بیمه ملت از تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۱ به مدت یک سال منعقد گردید.

اولین موضوعی که این قرارداد را از قرارداد های بیمه درمان تکمیلی سنوات گذشته متمایز می نماید این است که امسال موفق شدیم دو طرح مجزا (با احتساب دندانپزشکی - بدون احتساب دندانپزشکی) در قرار داد بیمه درمان تکمیلی جدید ارائه دهیم که موضوع جبران هزینه های استفاده از خدمات دندانپزشکی تا سقف پنجاه میلیون ریال نقطه عطف آن است و انتخاب هر یک از طرح ها به صورت اختیاری می باشد.

در قرارداد فوق به ازای هر نفر مبلغ ۲,۸۰۰,۰۰۰ ریال بدون احتساب دندانپزشکی و مبلغ ۳,۸۰۰,۰۰۰ ریال با احتساب دندانپزشکی به صورت ماهیانه از حقوق بیمه شده کسر می گردد.

با توجه به شرایط بسیار مناسب این قرارداد در خصوص جبران هزینه های سنگین بیمارستانی و پاراکلینیکی که بیش از ۸۰٪ بیمارستان ها و مراکز درمانی به صورت آنلاین بدون ارائه معرفی نامه فقط با داشتن کارت ملی می توان از شرایط این قرارداد بهره مند شد، لذا زمان عضویت همکاران و زیر مجموعه های 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 می بایست 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) صرفاً از طریق سایت شرکت به آدرس [www.tci1.ir](http://www.tci1.ir) امکان پذیر می باشد.

توضیح: جهت ورود به پنل ثبت نام و اصلاحات می توان با نام کاربری (کد ملی بیمه شده اصلی) و رمز عبور (شماره پرسنلی) اقدام نمود.

تبصره ۱: در صورتیکه عضو بیمه تکمیلی و افراد تحت پوشش از خدمات بیمه تکمیلی استفاده کرده باشند و پس از دریافت خسارت، تقاضای انصراف به هر دلیل (قطع همکاری - فوت) داشته باشد مبلغ حق بیمه تکمیلی تا پایان قرارداد از ایشان کسر و یا از آخرین مطالبات وی برداشت خواهد شد.

تبصره ۲: در صورتیکه عضو بیمه تکمیلی و افراد تحت پوشش از خدمات بیمه تکمیلی استفاده نکرده باشند می توانند انصراف خود را به واحد بیمه شرکت به صورت مکتوب اعلام نموده که در اینصورت حق عضویت باقی مانده ایشان از ماه بعد دریافت نخواهد گردید. شایان ذکر است حق عضویت های پرداختی قبل، مسترد نخواهد شد.

۲- کلیه پرسنلی که قرارداد آن ها تأمین خودرو می باشد، در صورت تمایل به عضویت در بیمه تکمیل درمان جدید، می بایست در فرم های ثبت نام و ضمانت نامه ای که برای نمایندگان محترم تهران و استان ها ارسال گردیده (تصویر پیوست) و نیز در سایت شرکت موجود می باشد، اطلاعات خود را ثبت و از طریق نماینده مربوطه به واحد بیمه

- شرکت ارسال نمایندند. و به هیچ وجه از طریق پنل ثبت نام برای عضویت اقدام نشود. بدیهی است به ثبت نام های انجام شده این افراد از طریق پنل ثبت نام ترتیب اثر داده نخواهد شد.
- \* لازم به ذکر است پرسنل مذکور در منطقه تهران که نماینده ندارند، می توانند فرم مورد نظر را از طریق سایت دریافت و تکمیل نموده و به دفتر پاسخگویی این شرکت (آدرس در ذیل نامه) ارسال نمایند.
- ۳- بیمه شده اصلی و افراد زیر مجموعه آن (کل اعضا) صرفاً یک طرح (با احتساب دندانپزشکی یا بدون احتساب دندانپزشکی) را می توانند انتخاب نمایند.
- توضیح:** در پنل ثبت نام بیمه شده اصلی هر طرحی (با احتساب دندانپزشکی یا بدون احتساب دندانپزشکی) را که بپذیرد تمامی افراد زیر مجموعه آن نیز به صورت اتوماتیک تحت آن طرح قرار می گیرند.
- ۴- 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.
- ۵- کارکنان می توانند 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 بودن پدر یا مادر الزامی می باشد).
- فرزندان ذکور تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج، مشروط به عدم اشتغال به کار فرزندان اعم از مذکر و مونث می توانند تحت پوشش این بیمه باشند.
- ۶- همکاران متقاضی باید دارای دفترچه تامین اجتماعی باشند و نفقات زیرمجموعه نیز می بایست دارای یکی از دفترچه های بیمه ای خدمات درمانی باشند.
- ۷- تمامی افرادی که در قرارداد سال قبل تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بوده اند و نفقات زیر مجموعه آنها نیز دچار تغییر نشده اند، در صورتیکه تمایل به استفاده از خدمات دندانپزشکی نداشته باشند، نیازی به مراجعه به سایت و تکمیل ثبت نام ندارند و عضویت ایشان به صورت بدون احتساب دندانپزشکی تمدید خواهد شد، افرادی که تمایل دارند از تعهدات با احتساب دندانپزشکی استفاده نمایند، می بایست درخواست آن را در قسمت مربوطه در پنل ثبت نام درج نمایند. (توصیه می شود به دلیل نیاز به اطلاعات صحیح، یکبار برای مرور و بررسی اطلاعات خود و افراد زیر مجموعه، وارد سامانه شده و کد رهگیری دریافت نمایید). افرادی که تمایل دارند فردی را به نفقات زیر گروه خود اضافه نمایند، می بایست اطلاعات فرد مدنظر خود را در قسمت مربوطه در پنل ثبت نام درج نمایند، افرادی که در سال گذشته تحت پوشش بوده و در دوره ی جدید تمایل به حذف خود یا بعضی افراد زیر گروه خود دارند، می بایست اطلاعات فرد حذف شده را در قسمت مربوطه در پنل ثبت نام درج نمایند.
- ۸- به منظور آگاهی بیشتر، جدول تعهدات قرارداد درمان سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ (تصویر پیوست) 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.
- ۹- متقاضیان می بایست تا پایان وقت اداری روز چهارشنبه مورخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۹ اطلاعات مربوطه را در پنل ثبت نام موجود در سایت شرکت تکمیل و ارسال نمایند. (انجام پروسه ثبت نام و تغییرات نفقات از طریق تلفن همراه نیز امکان پذیر می باشد).
- ۱۰- لازم است تمامی اطلاعات درخواستی به طور کامل، صحیح و در زمان تعیین شده ثبت شود تا در خصوص پرداخت هزینه های درمانی به پرسنل تاخیری ایجاد نگردد.

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۷/۱۰

شماره: ۰۲۳۰۲۵۴۴

پیوست: دارد

۱۱- حق فرانشیز ۳۰٪ می باشد.

۱۲- به منظور کسب اطلاعات بیشتر با واحد بیمه شرکت خدمات اول به شماره ۸۸۲۲۲۲۲۲-۰۲۱ داخلی ۱۴۰۴ سرکار خانم زینلی و داخلی ۱۴۰۵ جناب آقای بیاناتی تماس حاصل فرمایید، لذا در صورتی که برای ارسال مشخصات از طریق سیستم با مشکلی مواجه شده اید، می توانید به منظور رفع مشکل با شماره های اعلامی فوق تماس حاصل نمایید.

۱۳- به تمامی بیمه شدگان (استان تهران) تاکید می گردد در زمان ارائه مدارک به منظور دریافت هزینه های درمانی، می بایست اسناد و مدارک خود را الزاماً طبق اطلاعات، شرایط و ضوابط اعلام شده و مندرج در توضیحات مربوط به مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه خسارت بیمه درمان تکمیلی (تصویر پیوست) تحویل دفتر پاسخگویی نموده و رسید دریافت نمایند تا در خصوص دریافت خسارت خود با مشکلی مواجه نشوند و همچنین جهت پیگیری می بایست برگه رسید خویش را ارائه دهند، همچنین بیمه شدگان استان ها نیز می بایست هزینه خسارت ها را مرتب و منظم به نمایندگی های شرکت بیمه ملت تحویل نمایند.

#### نکات مهم:

الف: بیمه شدگان سال قبل که تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۳۱ هزینه درمانی داشته اند اما مدارک خود را به منظور دریافت خسارت ارسال ننموده اند، طی هماهنگی با شرکت بیمه ملت می توانند برای دریافت هزینه خسارت (قرارداد سال قبل) تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۳۰ اقدام نمایند. بدیهی است بعد از اتمام زمان تعیین شده این شرکت و شرکت بیمه ملت مسئولیتی در قبال پرداخت خسارت درمان را نخواهند داشت.

ب: با توجه به انعقاد قرارداد از تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۱ جهت دریافت هزینه خسارت، همکاران می بایست مدارک را در فرم درخواست هزینه های درمانی تکمیلی و به نمایندگی های بیمه ملت (سایر استان ها) و دفتر پاسخگویی (استان تهران) ارائه نمایند.

\*\*\*لازم است متقاضیان پس از عضویت و کسر اولین حق بیمه، فیش حقوقی خود را بررسی نموده و در صورت وجود هر گونه مشکل با واحد بیمه تماس حاصل فرمایند. (در صورت عدم بررسی، مسئولیت وجود هر گونه اشتباه به عهده بیمه شده می باشد).

به منظور کسب اطلاعات بیشتر می توانید به سایت [tci1.ir](http://tci1.ir) مراجعه نمایید.

علیرضا اصغر نژاد

عضو هیئت مدیره

