



شرکت آتیه سازان حافظ

بیمه اکمل صندوق کشوری سایر ادارات استان آذربایجان غربی



خلاصه تعهدات طرح

ردیف	نام خدمت	مبلغ (ریال)
۱	دارو	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	دندانپزشکی	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۳	ویزیت	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۴	آزمایش و تصویربرداری	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۵	عینک	۷,۰۰۰,۰۰۰
۶	خدمات تشخیصی درمانی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۷	اعمال مجاز سرپائی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	لیزیک (هر چشم)	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	سمعک	۱۰,۰۰۰,۰۰۰

شرایط ثبت نام

- فعال بودن بیمه تکمیلی در سامانه سازمان صندوق بازنشستگی کشوری
- تمامی اعضای خانواده در این طرح تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

نحوه ثبت نام

- ارسال **کد ملی سرپرست خانوار و یا وظیفه بگیر** از طریق **پیامک** به سرشماره :

۱۰۰۰۷۵۰۱۳۰۲

- بازنشستگان **جدید (سال ۱۴۰۰ به بعد)** ضمن ارسال پیامک می بایست با در دست داشتن مدارک افراد تحت تکفل ، به شعب و نمایندگی های شرکت مراجعه نمایند.

مبلغ حق بیمه

- حق بیمه هر فرد در بیمه اکمل ماهانه مبلغ **۳,۶۵۰,۰۰۰** ریال می باشد