

به نام خدا

بیمه نامه تامین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه های درمان و پوشش هزینه های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه ای کارفرما در مقابل کارکنان ، این قرارداد بین شرکت آب منطقه ای استان سمنان از یک طرف بعنوان بیمه گزار و شرکت سهامی بیمه ایران استان سمنان از طرف دیگر بعنوان بیمه گر براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین نامه های بیمه مکمل درمان و شرایط عمومی بیمه های درمانی ، قانون مسئولیت مدنی ، قانون تامین اجتماعی و با استناد موافقتنامه بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد می گردد

شماره قرار داد: ۱۳۹۳/۱۳۱/۱۳۱/۵ شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان شاغلین

شماره قرار داد: ۱۳۹۳/۱۳۱/۱۳۱/۶ شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان تحت تکفل

شماره قرار داد: ۱۳۹۳/۱۳۱/۱۳۱/۷ شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان پدر و مادر غیر تحت تکفل

شماره قرار داد: ۱۳۹۳/۱۳۱/۱۳۱/۸ شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان بازنشستگان

شماره قرار داد: ۱۳۹۳/۱۳۱/۱۳۱/۹ شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان غیرتحت تکفل کارکنان اناث و فرزندان ذکورمجرد

تاریخ صدور: ۱۳۹۳/۴/۲۳

تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۹۲/۴/۱ تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۹۴/۴/۱

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع قرارداد بیمه :

عبارت است از بیمه خدمات درمانی ناشی از حادثه ، بیماری و بارداری بیمه شدگان و مسئولیت کارفرما در بیماریهای ناشی از کار به شرح مندرج در این بخش از قرارداد .

ماده ۲ - بیمه گر : شرکت سهامی بیمه ایران استان سمنان به نشانی : سمنان خیابان تأمین اجتماعی

ماده ۳ - بیمه گزار : شرکت آب منطقه ای استان سمنان به نشانی : سمنان بلوار ۱۷ شهریور

ماده ۴ - بیمه شدگان : عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان ، کارگران) شاغل (رسمی ، قراردادی ، پیمانی و قرار داد انجام کار معین (مشخص) ، قرار داد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری که در لیست بیمه گر پایه شرکت بیمه گزار قرار دارند ، بازنشستگان ، از کار افتادگان ، مستمری بگیران ، وظیفه بگیران به همراه اعضاء خانواده تحت تکفل آنان (طبق قوانین ذیربط) .

۴-۱- فرزندان پسر کارکنان شاغل ، بازنشسته و از کار افتاده تحت پوشش حداکثر تا سن ۲۲ سالگی و در غیر اینصورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبرهمراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه به همراه لیست اولیه از طریق بیمه گزار به بیمه گر ارائه شود.

تبصره ۱ : در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل فرزندان پسر مجرد بعد از محدوده سنی موضوع بند ۴-۱ و یا فرزندان پسرمتاهل که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و درهر صورت بطور پیوسته در طی دوره های قبل از این پوشش بیمه ای استفاده می کرده اند صرفا با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند.



تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه ای طبق مفاد قرار داد بوده اما شامل پوشش های بیمه ای مرتبط با نازایی، زایمان (سقط و کورتاژ) و سونو گرافی حاملگی نمی باشند.

۴-۲- فرزندان دختر تا ۱۸ سالگی و پس از آن به شرط عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار.

۴-۳- فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً "تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار میگیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال (با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۱-۵)

۴-۴- نوزادان به محض تولد با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۱-۵. (به غیر از نوزادان مربوط به موضوع تبصره های ۱ و ۲ از بند ۱-۴)، لازم به ذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبتهای بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می توانند از دفترچه درمانی بیمه شده استفاده نمایند.

۴-۵- پدر و مادر غیر تحت تکفل کارکنان شاغل و نیز همسر و فرزندان کارکنان شاغل اناث و فرزندان بازنشسته اناث، با توجه به شرایط پیش بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه گر معرفی شده باشند.

تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه شده اصلی به عنوان افراد تحت تکفل معرفی می شوند لازمست تا مدارک و مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه از طریق بیمه گزار به بیمه گر ارائه شود.

تبصره ۲: در صورتیکه فرزندان کارکنان شاغل اناث دارای پوشش از طرف بیمه شده اصلی بصورت مستمر تا زمان بازنشستگی باشند می توانند با حفظ استمرار و رعایت ضوابط مربوط به پوشش های فرزندان غیر تحت تکفل در این بیمه نامه از مزایای آن استفاده کنند.

تبصره ۳: بیمه شدگان غیر تحت تکفل که سابقه بیمه ای در قرارداد دوره قبل را نداشته باشند برای تحت پوشش قرار گرفتن تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه یک قرار داد) در ابتدای شروع قرارداد ضروری است.

۴-۶- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شده اصلی که قانوناً تحت تکفل آنها میباشند با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه گزار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار و بیمه شده

ماده ۵ - ترتیب اعلام اسامی بیمه شدگان :

۵-۱- بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کار افتاده)، وظیفه بگیر، مستمری بگیر و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه شده اصلی، فرزندان ذکور همسر و فرزندان کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ماه/سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفباء و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه شدگان اصلی و کد ملی طی لیست جداگانه بشرح زیر را تهیه و جهت تحویل به بیمه گر ارسال نماید، ضمناً بیمه گزار مکلف است با رعایت مفاد این قرار داد تغییرات مجاز در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرار داد را حداکثر ظرف مدت یک ماه به روال فوق الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث به همراه افراد تحت تکفل شامل همسر و فرزندان.



لیست دوم: بیمه شدگان اصلی اناث به همراه افراد غیر تحت تکفل شامل همسر و فرزندان .
لیست سوم: پدر و مادر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اعم از اناث و ذکور .
لیست چهارم: پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اعم از اناث و ذکور .
لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متاهل غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی به همراه همسر و فرزندان
(افراد موضوع تبصره ۱ ماده ۴)

لیست ششم: بازنشستگان ، وظیفه بگیران و مستمری بگیران به همراه افراد تحت تکفل آنان .
لیست هفتم: کارکنان انتقالی به وزارت نیرو از تاریخ انتقال .

تبصره ۱: هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق شامل مواردی مانند جدیدالاستخدام ، انتقالی ، مامورین
(به همراه افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان) و سایر افرادی که در طول قرار داد تحت تکفل بیمه شده اصلی
قرار می گیرند بوده و لازمست مستندات آن (احکام مربوطه ، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه گزار حد اکثر ظرف
مدت یک ماه از تاریخ موثر برای بیمه گر ارسال گردد.

تبصره ۲: درخصوص کاهش بیمه شدگان ، در طول مدت قرار داد شامل مواردی مانند مستعفی ، فوتی ، بازنشسته
، انتقالی ، انفصال از خدمت ، اخراجی ، مامور ، خروج از کفالت و یا قطع هر گونه همکاری می باشد که با ارائه
مستندات آن (تصویر شناسنامه ، تسویه حساب ، احکام مربوطه) میسر خواهد بود

۲-۵- شروع پوشش بیمه ای کارکنان جدید الاستخدام ، از تاریخ استخدام و انتقالی و مامور به همراه افراد تحت
تکفل و غیر تحت تکفل آنان ، تاریخ ورود بیمه شده اصلی به شرکت (بیمه گزار) خواهد بود. در مورد حذف
بیمه شدگان ، زمان موثر تاریخ قطع همکاری بیمه شده اصلی با بیمه گزار و با رعایت ضرب الاجل بند ۱-۵ است.

۳-۵- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه ، روز شمار خواهد بود و
بیمه گزار مکلف به تحویل دفترچه های درمانی بیمه شدگان حذف شده از قرار داد میباشد .

۴-۵- بیمه شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند ، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد
منوط به پرداخت حق بیمه های مقرر می باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه شده
بدون ایجاد وقفه بعهده بیمه گزار است .

۵-۵- بیمه شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند ادامه پوشش بیمه درمانی آنها منوط به پرداخت
حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرار داد توسط بیمه شده و از طریق
بیمه گزار به بیمه گر خواهد بود . در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در خصوص جبران هزینه های درمان
بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

۶-۵- در صورتی که بیمه شدگان مذکور در طول مرخصی بدون حقوق تحت پوشش بیمه قرار نگیرند بیمه گزار
مکلف است نسبت به جمع آوری و تحویل دفترچه های درمانی مربوط آنان همزمان با صدور حکم مرخصی اقدام
نمایند در غیر اینصورت هزینه های طول مدت مرخصی به عهده بیمه گزار خواهد بود .

ماده ۶ - حق بیمه :

حق بیمه هر یک از بیمه شدگان به ازای تعهدات مندرج در این قرار داد به طریق ذیل محاسبه می شود :

۱-۶- شاغلین :

۱-۱-۶- مبلغ ۳۱۵/۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی و هر یک از افراد تحت تکفل آنها .

۲-۱-۶- مبلغ ۱/۴۴۰/۰۰۰ ریال به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین

اجتماعی بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی

۲-۶- حق بیمه ماهانه هر یک از افراد غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی به شرح ذیل می باشد :



الف : همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث ، فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل متاهل و همسر و فرزندان آنان مبلغ ۶۴۵/۰۰۰ ریال
ب : پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی به همراه افراد تحت تکفل آنان ۵۰۰/۰۰۰ ریال (هزینه های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی شود)
۳-۶- مبلغ ۲۶۰/۰۰۰ ریال حق بیمه ماهانه ، برای هر یک از بازنشستگان (از کار افتادگان) ، مستمری بگیران ، و وظیفه بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان ، فرزندان کارکنان بازنشسته اناث در صورت داشتن دفترچه درمانی بیمه گر اول از طرف بیمه شده اصلی .
تبصره ۱ : بجز بند ۱۲-۸ و ماده ۹ قرار داد ، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ۸ و کلیه بند های آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۴ می باشد.

تبصره ۲ : پوشش بیمه ای مشمولین بند فوق صرفاً از ابتدای قرار داد و همراه با ارسال لیست اولیه خواهد بود.
تبصره ۳ : کارکنانی که در طول قرار داد بازنشسته و یا از کارافتاده می شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی می توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوطه به بازنشستگان ، پوشش های همانند شاغلین به استثنای هزینه های مربوط به عینک و دندانپزشکی را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش های همانند شاغلین حد اکثر تا انتهای قرار داد یا سه ماه از شروع بازنشستگی را دریافت نمایند

تبصره ۴ : در صورت استفاده از سهم بیمه گر اول ، مشمولین بند فوق از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات در کلیه بندهای ماده ۸ (با رعایت تبصره ۱ از بند ۳-۶) با اعمال ۳۵ درصد فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۵ : در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرار داد و استفاده از سهم بیمه گران مکمل ، بیمه گر موظف است باقیمانده هزینه های مورد تعهد را پرداخت نماید، در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه ، فرانشیز مندرج در قرار داد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد . در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گر(ها) (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۷- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه :

بیمه گزار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را بر اساس لیست اولیه بیمه شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت پانزده روز از پایان هر ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید ، در غیر اینصورت علاوه بر اینکه به حق بیمه معوق ۳ درصد جریمه در ماه تعلق خواهد گرفت بیمه گر نیز می تواند از ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان خودداری نماید .

تبصره ۱ : با اعلام عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط طرفین به شرکت مادر تخصصی ذیربط (و یا وزارت نیرو برای موسسات و مراکز آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکتهای مادر تخصصی ، مراتب به وزارت نیرو و بیمه گر طرف قرار داد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نحوه برخورد با موضوع تعیین گردد.

تبصره ۲ : بیمه گر و بیمه گزار موظف به ارسال تصویر یک نسخه از تمام الحاقیه های احتمالی که مبنای هرگونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرار داد می باشد خواهند بود ، اطلاعات مربوطه با فرمت PDF و حداکثر تا یک



هفته کاری بعد از امضای آن به آدرس پست الکترونیکی hrd@moe.gov.ir و بصورت جداگانه از سوی بیمه گر و بیمه گزار ارسال می شود. در صورت عدم ارسال، گزارشهای هزینه و عملکرد بیمه گر در مورد خسارتهای پرداختی و معوق در دوره قرار داد ۹۳-۹۴ مورد محاسبه قرار نخواهد گرفت و همچنین وزارت نیرو می تواند نام شرکتهای زیر مجموعه صنعت آب و برق که از ارسال گزارش امتناع کرده اند را برای دوره های آتی از لیست واگذاری درمان سازمان تامین اجتماعی خارج نماید.

فصل سوم- تعهدات بیمه گر

ماده ۸- تعهدات بیمه گر: درازاء دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان (با رعایت تبصره ۴ از ماده ۶) عبارت است از:

۸-۱- تامین هزینه های بیمارستانی و DAY CARE شامل اعمال جراحی - درمان طبی و زایمان اعم از زود رس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر، ICU، CCU، و اطاق ایزوله بشرح زیر می باشد:

الف - تعهدات بیمه گر در مورد اعمال جراحی و در مان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی نامه از بیمه گر بر اساس صورتحساب مراکزدرمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب- تعهدات بیمه گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت اصل همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در منطقه و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز باز پرداخت خواهد شد و در موارد سرپایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت یک هفته پس از دریافت مدارک هزینه ها بازپرداخت خواهد شد.

تبصره: در کلیه موارد فوق هزینه های قابل پرداخت با کسر فرانشیزهای ذیل محاسبه خواهد شد.

الف - هزینه اعمال جراحی قلب، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

ب- هزینه های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در بیمارستانهای درجه یک با ۲۵٪ فرانشیز و در سایر بیمارستانها با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

ج- پرداخت هزینه های مربوط به بیماریهای خاص (متنظر از بیماریهای خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد) و شیمی درمانی و بیماریهای صعب العلاج (مانند کانسر، MS، پارکینسون، هپاتیت وایدز) بر اساس تعرفه مراکز درمانی طرف قرار داد بیمه گر و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود. در خصوص سایر بیماریهای صعب العلاج با نظر مشترک شورای درمان وزارت نیرو و کمیسیون پزشکی بیمه گر اقدام خواهد شد.

د- هزینه های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری (در صورت اعلام مراتب به بیمه گر حداکثر ظرف مدت ۷۲ ساعت پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود.

ن - پرداخت هزینه های مربوط به مراکز درمانی که تعرفه مصوب هیئت دولت در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود. (در صورتیکه مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه های انجام شده را طبق مصوبات هیئت دولت محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود.)



۸-۲- تامین هزینه های پاراکلینیکی از قبیل هزینه های رادیولوژی ، پزشکی هسته ای ، انواع اسکن ، MRI ، سونوگرافی ، آزمایش ، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک ، فیزیوتراپی ، ادیومتری ، اپتومتری ، گفتار درمانی ، لیزر درمانی ، با اعمال ۲۰٪ فرانشیز (در صورت اعمال حق فنی پرداخت هزینه آن بعهدہ بیمه شده میباشد) و حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب بخش خصوصی مصوبه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد خواهد بود .

۸-۳- انواع هزینه های اعمال جراحی که بطور سرپائی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد در صورت تائید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر ، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۵۰۰۰۰۰۰ ریال (پنج میلیون ریال) قابل پرداخت است .

۸-۴- لیزرتراپی جهت درمان سایر بیماریهای چشم (خونریزی شبکیه ، جداشتدگی شبکیه ، قوز قرنیه و ۰۰۰) با رعایت اصل همترازی و با اعمال ۲۰ درصد فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود .

۸-۵- هزینه های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه های همتراز بیمه گر و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت بند ن تبصره ماده ۸ قابل جبران خواهد بود .

۸-۶- ویزیت پزشکان با اعمال ۲۰٪ فرانشیز حداکثر طبق تعرفه بخش خصوصی مصوبه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است (تعرفه های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد) .

۸-۷- هزینه داروهای درمانی (شیمیایی-گیاهی) که در دفترچه درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تائید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت میباشد .

تبصره ۱- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند حداکثر بر اساس قیمت داروهای تولید داخلی قابل پرداخت است . چنانچه پزشک متخصص معالج ضرورت مصرف داروی خارجی که مشابه تولید داخلی دارد را در پشت برگ نسخه تصریح نماید و پزشک معتمد بیمه گر لزوم مصرف و میزان آنرا تائید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) با کسر ۳۰ درصد فرانشیز قابل جبران میباشد .

تبصره ۲- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تائید ضرورت مصرف و نام دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه گر (در صورت عدم تائید نسخه توسط بیمه گر بررسی می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) ، براساس هزینه انجام شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر ، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) قابل جبران است .

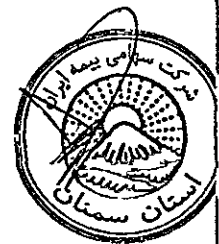
تبصره ۳- حق فنی داروخانه به عهده بیمه شده می باشد .

تبصره ۴- هزینه سرنگ ، آب مقطر ، آنژیوکت ، ست سرم ، اسکالپ وین که جزو ملزومات دارویی محسوب میگردد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک ، با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است .

تبصره ۵- بیمه گر تعهد می نماید تا کلیه داروخانه های طرف قرار داد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند :

۱- داروخانه های معتمد باتوزیع مناسب بر اساس نظربیمه گزار برای بیماران خاص تا سقف سه میلیون (۳۰۰۰۰۰۰) ریال ، برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تائید بیمه گر سایر بیماران تا سقف دو میلیون (۲۰۰۰۰۰۰) ریال

۲- در مورد سایر داروخانه ها تا سقف دو میلیون (۲۰۰۰۰۰۰) ریال برای کلیه نسخ دارویی .



۸-۸- هزینه مربوط به پروتزه‌های مصنوعی که در داخل بدن بکار میرود و انواع اروتز و وسایل کمک پزشکی با تائید پزشک معالج و براساس نرخ مراکز مجاز و معتبر (با توجه به نوع عمل جراحی) و کسر فرانشیز مقرر محاسبه و پرداخت می شود (در مورد اروتز و وسایل کمک پزشکی با ۲۰ درصد فرانشیز و تا سه برابر جدول تعرفه سازمان تامین اجتماعی) .

۸-۹- تامین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه ، کبد ، قرنیه ، قلب ، ریه و ... پس از تائید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر با کسر فرانشیز همتر از بیمارستان مورد عمل ، تا سقف ۷۰۰۰۰۰۰۰ ریال (هفتاد میلیون ریال) در سال در تعهد بیمه گر می باشد .

۸-۱۰- تامین هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی ، درمانی ، IVF ، IUI ، GIFT ، ZIFT و هزینه های داروئی مانند HMG ، HCG با اعمال ۲۰٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰۰ ریال (بیست میلیون ریال) جهت هر یک از زوجین میباشد. (حتی اگر منجر به معالجه نگردد)

۸-۱۱- تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح زیر است .

۸-۱۱-۱- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله ICU ، CCU گردد و همچنین در مورد شکستگیها از جمله (لگن ، پا و گردن ، ستون فقرات) ، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تائید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰ ریال (دو میلیون ریال) در هر مورد قابل پرداخت می باشد .

۸-۱۱-۲- در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدأ و یا تائید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی تا سقف ۵۰۰۰۰۰۰ ریال (پنج میلیون ریال) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است .

۸-۱۱-۳- هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال ، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستان های همتر از طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است .

۸-۱۲- تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) هر دو سال یک بار حداکثر تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ (یک میلیون) ریال در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۱/۳۵۰/۰۰۰ (یک میلیون و سیصد و پنجاه هزار) ریال .

تبصره : در صورت تمایل حداقل ۷۵ درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس روش ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰ (سه میلیون) ریال برای عینک یک دید و سقف ۳۰ درصد بیشتر از تعهد یک دید برای عینک دو دید قابل پرداخت است :

(سقف عینک یک دید) $\times ۱۶۷۱/۰ =$ حق بیمه ماهانه هر نفر مازاد بر تعهدات بند ۸-۱۲

۸-۱۲-۱- جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینائی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار حداکثر تا سقف نصف سقف تعهد عینک یک دید در بند ۸-۱۲ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود .

۸-۱۳- هزینه های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورتحسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است . در مواردیکه بیمه شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد ، بیمه گرتعهدات خود را (مازاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه انجام خواهد داد .



۸-۱۴ - بیمه گر متعهد می گردد لیست کلیه مراکز طرف قرار داد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتبا به بیمه گزار اطلاع دهد و همچنین بیمه گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند . بدین منظور بیمه گر مکلف است تمامی مراکز مذکور را طرف قرار داد خود قرار دهد.

۸-۱۵ - بیمه گرمیتواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گزار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید .

۸-۱۶ - هزینه های درمانی خارج از کشور :

هزینه های درمانی خارج از کشور بیمه شدگان در صورت تایید اصل مدارک توسط سفارت یا کنسولگری و یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در آن کشور پس از ترجمه رسمی مدارک و با موافقت کتبی وزارت نیرو حداکثر برابر بالاترین تعرفه مورد عمل در بیمارستانهای درجه یک طرف قرارداد بیمه گر در تهران طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود .

تبصره - در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تایید آن توسط پزشک بیمه گر هزینه های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ تحویل مدارک ، به بیمه شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می گردد .

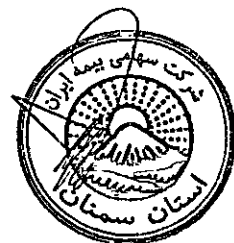
۸-۱۷ - بیمه گرموظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه گزار را بر اساس جدول پیوست تهیه و در اختیار وی قرار دهد .

۸-۱۸ - بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت دستورالعمل ها و بخشنامه ها و تعرفه های این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می نماید به وزارت نیرو و بیمه گزاران محلی اقدام نماید .

ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

۹-۱ - کلیه هزینه های مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن ، پر کردن ، جراحی لثه ، بریج ، روت کانال (درمان ریشه) ، ارتودنسی با اعمال ۲۵ درصد فرانشیز در هر مورد خواهد بود که به صورت ذیل قابل استفاده خواهد بود : در هر دوره قرار داد تا سقف ۶/۰۰۰/۰۰۰ (شش میلیون) ریال برای هر خانوار در طول مدت قرار داد مورد تعهد بیمه گر می باشد.

تبصره : در صورت تمایل حداقل ۷۵ درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس جدول ذیل و مزاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۱۴/۰۰۰/۰۰۰ (چهارده میلیون) ریال قابل پرداخت است :



حداکثر سقف	دندانپزشکی مازاد بر تعهدات بند ۹-۱ (ریال)
۶۴/۰۰۰	۱/۰۰۰/۰۰۰
۱۲۳/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰
۱۷۷/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰
۲۲۷/۰۰۰	۴/۰۰۰/۰۰۰
۲۷۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰
۳۱۶/۰۰۰	۶/۰۰۰/۰۰۰
۳۵۶/۰۰۰	۷/۰۰۰/۰۰۰
۳۹۰۰۰۰	۸/۰۰۰/۰۰۰
۴۲۵/۰۰۰	۹/۰۰۰/۰۰۰
۴۵۶/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۴۸۴/۰۰۰	۱۱/۰۰۰/۰۰۰
۵۱۰/۰۰۰	۱۲/۰۰۰/۰۰۰
۵۳۴/۰۰۰	۱۳/۰۰۰/۰۰۰
۵۵۷/۰۰۰	۱۴/۰۰۰/۰۰۰

۹-۲- بیمه گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و

کسب رضایت بیمه شدگان به تناسب تعداد بیمه شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور یا کلینیکهای دندانپزشکی و یا دندانپزشکان ، قرارداد منعقد خواهد نمود .

۹-۳- چنانچه بیمه گر در هر شهر یا شهرستانی دندانپزشک و یا مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد نداشته باشد تا انعقاد قرارداد با مراکز دندانپزشکی و دندانپزشکان و اعلام مراتب به بیمه گزار کماکان نسبت به تسویه هزینه های دندانپزشکی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود . (در موارد اورژانس که در مسافرت و ماموریت پیش می آید با تائید دندانپزشک معتمد بیمه گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است) .

تبصره : در هر صورت بیمه گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبتته تعهدات خود را در پرداخت هزینه های مربوط به دندان انجام دهد.

ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه ها:

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی به بیمه گر در مورد هزینه های پاراکلینیکی و همچنین دندانپزشکی که قبل از انقضاء این قرارداد طرح درمان آن به تائید بیمه گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد ۳ ماه و در مورد هزینه های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه میباشد . بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت . لیکن در مورد هزینه های بیمارستانی در صورت موجه بودن تاخیر بشرط اعلام بیمه گزار به بیمه گر در طول مدت تعیین شده فوق الذکر تا مدت ۸ ماه مورد پذیرش خواهد بود .



ماده ۱۱ - استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد :

- ۱- از بین بردن عیوب مادرزادی ، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج ، و با تائید پزشک معتمد بیمه گر جنبه درمانی داشته و بیمه شده حداقل یکسال سابقه بیمه ای نزد بیمه گر داشته باشد در خصوص نوزادان در صورت داشتن پوشش بیمه ای از بدو تولد نیازی به یکسال سابقه نمی باشد .
- ۲- اعمال جراحی که بمنظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی طی پوشش بیمه ای قراردادهای درمانی وزارت نیرو .
- ۳- اتاق خصوصی (یک نفره) : هزینه اتاق بیماران با رعایت اصل همترازی حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته بیمارستان محل درمان پرداخت میگردد بجز بیماران بستری در اتاق ایزوله که در صورت تایید پزشک معالج حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستانهای همتراز پرداخت میشود .
- ۴- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته ای .
- ۵- هزینه های واکسیناسیون و سایر خدمات بهداشتی و پیشگیری که از وظایف شبکه های بهداشتی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی است ، مگر در مواردی که در صورت حساب بیمارستان منعکس باشد .
- ۶- هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تامین اجتماعی) صابون ، شامپو ، خمیر دندان ، جوراب و اریس ، شکم بند و نظایر آن (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تائید پزشک معتمد بیمه گر برسد) کلیه هزینه های مربوط به لوازم مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی طرف قرار داد استفاده می شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی شود.
- ۷- هزینه های ترک اعتیاد .
- ۸- هر نوع چک آب و آزمایشات دوره ای (برابر قانون کار این هزینه ها به عهده کارفرما می باشد) .
- ۹- هرگونه هزینه ای که عرفاً در رابطه با درمان نباشد .
- ۱۰- هزینه های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل بیمه شده باشد .

مقررات گوناگون

- ماده ۱- بیمه گر و بیمه گزار سعی خواهند نمود هر گونه اختلاف ناشی از تفسیر یا اجرای این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند .
- ماده ۲- به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت خسارت ، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد طرفین موضوع این قرار داد جهت بیمه گر و بیمه گزار محفوظ می باشد .
- ماده ۳- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیونی مشترک متشکل از نمایندگان بیمه گر و بیمه گزار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد .
- ماده ۴- موارد مسکوت یا پیش بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه های درمان ، عمر و حوادث و قانون ، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود .
- ماده ۵- مدت اعتبار این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی از ساعت صفر بامداد ۹۲/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۹۲/۴/۱ منقضی می گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یکساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود .



ماده ۶: در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یکساله اعم از اینکه بیمه گزار و یا بیمه گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای فیما بین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقنامه کما کان به حال و قوت خود باقی است.

ماده ۷- بیمه گزار و بیمه گرمکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضاء مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.

ماده ۸- بیمه گرموظف است میزان دسترسی بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی کاهش ندهد در غیر اینصورت بیمه گر موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرارداد با بخش های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرارداد نیز می شود) را به وزارت نیرو و بیمه گزار اعلام نماید.

ماده ۹- سهم بیمه شده در مراکز پاراکلینکی طرف قرارداد بیمه گر تنها فرانشیز مربوطه می باشد. (به استثنای حق فنی) چنانچه مبلغ مازاد بر فرانشیز از بیمه شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه گر موظف به جبران آن می باشد.

ماده ۱۰- بیمه گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده دفترچه بیمه شده در هر کجای کشور بدون انجام فرآیند های اداری اضافی مهیا شده و هزینه درمانی بیمه شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه گزار در هر شهر مورد مراجعه بیمه شده به شعب بیمه گر قابل پرداخت باشد.

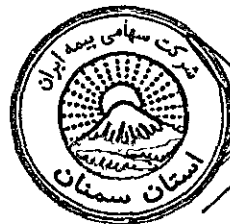
ماده ۱۱- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۲۴ تبصره و در بخش دو شامل ۹ ماده و ۱۰ تبصره و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. بدلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه گر و بیمه گزار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی باشند.

بیمه گزار

شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان

بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران سمنان



عزیزانه مختاری





شرایط عمومی بیمه گروهی مازاد درمان
بر اساس آیین نامه شماره ۶۴ شورای عالی بیمه
قرارداد شماره ۵ و ۷ و ۹ و ۱۳۱/۱۳۱/۱۳۹۳

۴-۲- گروه بیمه شدگان:

۴-۱- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار که با ارائه رضایت‌نامه مبنی بر موافقت با پوشش بیمه‌ای به اتفاق کلیه اعضای خانواده‌شان از طرف بیمه‌گذار به عنوان بیمه‌شده معرفی شده‌اند و حداقل ۵۰ درصد آنان باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره: بیمه‌گر می‌تواند کارکنان بازنشسته بیمه‌گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

۴-۲- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها (از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها) به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه‌نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه‌گذار تضمین شده باشد و بیش از ۵۰ درصد بیمه‌شدگان در مهلت مقرر در بیمه‌نامه و یا به‌طور هم‌زمان بعنوان بیمه‌شده معرفی گردند.

۴-۳- منظور از اعضای خانواده؛ شامل همسر و یا همسران دائمی، فرزندان، پدر، مادر و سایر افراد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی است.

۴-۵- موضوع بیمه:

جبران بخشی از هزینه‌های درمانی ناشی از بیماری و حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان مازاد بر و یا خارج از تعهدات بیمه پایه است طی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۴-۱-۵- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده اتفاق افتاده و

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد:

این بیمه‌نامه بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک بیمه‌نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است.

ماده ۲- تعاریف:

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند:

۲-۱- بیمه‌گر:

شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج شده است و جبران هزینه‌های درمانی Medical Expense ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

۲-۲- بیمه‌گر پایه:

سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، موظف به ارائه بیمه خدمات درمانی پایه‌اند.

۲-۳- بیمه‌گذار:

شخصی حقوقی است که مشخصات وی در این بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.





۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- هزینه‌های مربوط به پوشش‌های اضافی ذیل که در قرارداد یا شرایط بیمه‌نامه درج شده باشد:

۱- افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان.

۲- هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.

۱-۲- در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ITSC، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است.

۲-۲- مدت انتظار جهت استفاده از پوشش این بند برای گروه‌های زیر ۲۵۰ نفر، ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر، ۶ ماه و برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

۳- هزینه‌های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:

۱-۳- جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی استرس اکو.

۲-۳- جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق).

۳-۳- جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیصی پزشکی، پاتولوژی یا

منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۲-۵-۲- بیماری: هرگونه عارضه جسمی، روحی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است که بر اساس مفاد بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۴-۲- حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه‌گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده باشد.

۷-۲- دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

۸-۲- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

۹-۲- مدت: مدت بیمه‌نامه یک سال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در شرایط بیمه‌نامه درج می‌شود.

فصل دوم: هزینه‌های درمانی قابل پرداخت

ماده ۳- هزینه‌های درمانی قابل پرداخت موضوع این آئین‌نامه عبارت است از:

الف- تعهدات اصلی

۱- جبران هزینه‌های بستری شامل درمان طبی و جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care.

تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

۲- هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان‌ها).





فصل سوم: شرایط

ماده ۴- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند.

اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهارنشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌نامه فسخ خواهد شد.

تبصره: چنانچه معلوم شود هریک از بیمه‌شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر یا بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه‌شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است.

ماده ۵- فرانشیز

۵-۱- فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد کل هزینه‌های درمانی مربوط و در غیراین صورت معادل سهم بیمه‌گر پایه و حداقل ۳۰ درصد خواهد بود.

۵-۲- بیمه‌گر می‌تواند صرفاً فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی عمومی و تخصصی و زایمان را با دریافت حق بیمه اضافی پوشش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود که قابل بیمه شدن نیست.

آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی.

۳-۴- جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری.

۳-۵- جبران هزینه‌های دندان‌پزشکی.

۳-۶- جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی.

۳-۷- جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمک.

۴- جبران هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد.

۵- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکسته‌بندی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.

۵-۱- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) به شرح جدول پیوست ذکر می‌شود.

۶- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۷- ارائه پوشش بیمه‌ای جهت خطرات طبیعی (به استثنای زلزله) مشروط به دریافت حق بیمه اضافی. تبصره ۱: هزینه‌هایی که در اجرای بند ب پرداخت می‌شود، مازاد بر سقف تعهدات سالیانه است.

تبصره ۲: ارائه پوشش هزینه‌های درمانی به‌جز مواردی که در این آئین‌نامه ذکر شده است، مجاز نمی‌باشد؛ مگر آنکه قبلاً توافق بیمه مرکزی ج.ا.ا در مورد نوع پوشش و حدود تعهدات کسب شده باشد.





با توجه به پرسش نامه سلامتی یا معاینات انجام شده، از بیمه کردن فرد یا افرادی از گروه یا خانواده خودداری کند.

۳-۸- ارائه پوشش هزینه های رفع عیوب انکساری چشم مجاز نیست.

۴-۸- سقف تعهد بیمه گر برای هریک از اعضای گروه یا خانواده و هریک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

۵-۸- در سال اول قرارداد، جبران هزینه های زایمان و هزینه درمان بیماری هایی که سابقه درمان قبلی دارد، استثنا شود.

۶-۸- قبلاً مجوز مربوطه از مدیریت اشخاص اخذ شود.

ماده ۹- بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، تعرفه مورد توافق مرکز درمانی با شرکت بیمه گر، اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود. بدیهی است در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و یا مراجعه به مرکز درمانی طرف قرارداد بدون معرفی نامه، تعرفه بیمارستان های هم تراز طرف قرارداد بیمه گر مورد عمل بوده و ملاک رسیدگی، صورت حساب هزینه های ارسالی نمی باشد.

تبصره ۱: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده

هزینه های مورد تعهد و تأیید را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد.

تبصره ۲: بیمه گذار و یا بیمه شده موظف اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کنند.

ماده ۱۰- حداکثر سن بیمه شده برای گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت. مشمولین سازمان ها و صندوق های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر است.

ماده ۱۱- در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

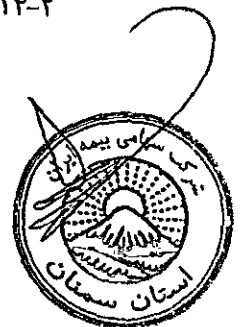
ماده ۱۲- هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان





- ۱-۲-۱۴- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲-۲-۱۴- در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود.
- ۳-۲-۱۴- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.
- ۳-۱۴- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ
- ۱-۳-۱۴- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
- ۲-۳-۱۴- در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد)؛ بنابراین در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه مقرر تا زمان فسخ بیمه‌نامه بیشتر از ۷۰ درصد باشد، بیمه‌گذار متعهد است مبلغی را بابت جبران خسارت تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند.
- ماده ۱۵- نحوه فسخ
- ۱-۱۵- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌شود.
- ۲-۱۵- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌شود.
- ماده ۱۶- مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها

- وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.
- ماده ۱۳- بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که قبل از اعزام مراتب در کمیسیون پزشکی بیمه‌گر تأیید گردد و سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.
- تبصره: میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
- ماده ۱۴- موارد فسخ بیمه‌نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام کند:
- ۱-۱۴-۱- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر
- ۱-۱-۱۴- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.
- ۲-۱-۱۴- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
- ۳-۱-۱۴- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.
- ۲-۱۴- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار





- ۷- کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
- ۸- اعمال جراحی وسیع استخوان‌های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس‌ها)
- ۹- بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
- ۱۰- عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم
- ۱۱- عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و...
- ۱۲- عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (Open reduction)
- ۱۳- بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
- ۱۴- رزکسیون فک
- ۱۵- رزکسیون کندیل فک
- ۱۶- رزکسیون زبان
- ۱۷- عمل جراحی باز در آرج زیگما
- ۱۸- جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
- ۱۹- جانداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
- ۲۰- عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
- ۲۱- بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

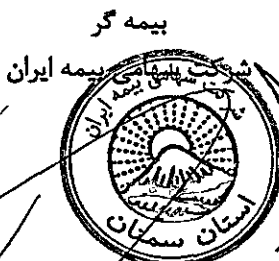
میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۱۷- کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به‌طور کتبی به آخرین نشانی اعلام‌شده ارسال شود.

ماده ۱۸- این آئین‌نامه از ابتدای سال ۱۳۹۰ لازم‌الاجراء خواهد بود و از تاریخ مذکور، آئین‌نامه‌های شماره ۴۳ و ۴۴ مصوب شورای عالی بیمه به ترتیب با عنوان «شرایط عمومی بیمه گروهی مازاد درمان» و «تعرفه بیمه گروهی مازاد درمان» و اصلاحات بعدی آن لغو می‌شود.

فهرست اعمال غیرمجاز در مطب پیوست جزء (۱-۵) بند ب ماده ۲ آیین‌نامه «شرایط عمومی بیمه‌های درمان»

- ۱- کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
- ۲- اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
- ۳- اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طویل بدن
- ۴- اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاتریشم قلب و عروق
- ۵- اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
- ۶- اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی



عزیزاله مختاری

بیمه‌گذار

