

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 و حمایت از بیمه های تکمیلی و بیمه های عمر و حادثه بازنشستگان ، 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 و عمرو حادثه ، قانون مسئولیت مدنی ، قانون تامین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره 92/13811 مورخ 1392/04/05 بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد می گردد .

شماره قرارداد : ۱۳۹۲/۱۳۱/۱۳۱/۵

درمان کارکنان :

تاریخ صدور : ۱۳۹۲/۴/۳۱

عمر و حادثه بازنشستگان :

تاریخ شروع قرارداد : از ساعت صفر بامداد ۹۲/۵/۱

درمان تکمیلی بازنشستگان :

تاریخ انقضای قرارداد : از ساعت صفر بامداد ۹۳/۵/۱

بخش یک : قرارداد بیمه درمان کارکنان صنعت آب و برق

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 مشمولین تصویب نامه شماره ۸۴۵۱۵/ت ۳۴۶۱۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۵ هیات محترم وزیران و اصلاحیه های بعد از آن) 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 و بازنشسته تحت پوشش حداکثر تا سن ۲۲ سالگی و در غیر اینصورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کار افتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه 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 پسر متاهل که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و در هر صورت بطور پیوسته در طی

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 و حمایت از بیمه های تکمیلی و بیمه های عمر و حادثه بازنشستگان ، 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 و عمرو حادثه ، قانون مسئولیت مدنی ، قانون تامین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره 92/13811 مورخ 1392/04/05 بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد می گردد.

شماره قرار داد: ۱۳۹۲/۱۳۱/۱۳۱/۵

درمان کارکنان :

عمر و حادثه بازنشستگان :

درمان تکمیلی بازنشستگان :

تاریخ صدور: ۱۳۹۲/۴/۳۱

تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۹۲/۵/۱

تاریخ انقضای قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۹۳/۵/۱

بخش یک: قرارداد بیمه درمان کارکنان صنعت آب و برق

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 تامین 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 مشمولین تصویب نامه شماره ۸۴۵۱۵/ت/۳۴۶۱۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۵ هیات محترم وزیران و اصلاحیه های بعد از آن) 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 و بازنشسته تحت پوشش حداکثر تا سن ۲۲ سالگی و در غیر اینصورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کار افتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه 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 پسر متاهل که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و در هر صورت بطور پیوسته در طی

دوره های قبل از این پوشش بیمه ای استفاده می کرده اند صرفاً 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 سونوگرافی 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 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 ۴-۱)، 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: 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 ۱ 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 مثبته 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.

دوره های قبل از این پوشش بیمه ای استفاده می کرده اند صرفاً 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 کورتاز) و سونوگرافی 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 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 ۴-۱)، 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: 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 ۱ 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، مأمورین، (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، مأمور، 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.

۵-۲- شروع پوشش بیمه ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور 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 ۵-۱ است.

۵-۳- 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.

۵-۴- 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.

۵-۶- 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 عبارت است از:

۶-۱- شاغلین:

۶-۱-۱- مبلغ دویست و بیست هزار ریال (۲۲۰۰۰۰ ریال) سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی و هر یک از افراد تحت تکفل آنها.

۶-۱-۲- مبلغ یک میلیون ریال (۱۰۰۰۰۰۰ ریال) به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هریک از بیمه شدگان اصلی

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

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، مأمورین (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، مأمور، 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.

۵-۲- شروع پوشش بیمه ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور 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 یا رعایت ضرب الاجل بند ۵-۱ است.

۵-۳- 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.

۵-۴- 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 شدگانیکه 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.

۵-۶- 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 عبارت است از:
۶-۱- شاغلین:

۶-۱-۱- مبلغ دویست و بیست هزار ریال (۲۲۰۰۰۰ ریال) سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی و هر یک از افراد تحت تکفل آنها.

۶-۱-۲- مبلغ یک میلیون ریال (۱۰۰۰۰۰۰ ریال) به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هریک از بیمه شدگان اصلی

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

الف : همسرو فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث و فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل مبلغ چهارصد و چهل و پنج هزار ریال (۴۴۵۰۰۰ ریال)

ب : پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی سیصد و پنجاه هزار ریال (۳۵۰۰۰۰ ریال)
(هزینه های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی شود)

۳-۶- مبلغ دویست هزار ریال (۲۰۰۰۰۰ ریال) حق بیمه ماهانه ، برای هر یک از بازنشستگان (از کار افتادگان) ، مستمری بگیران ، 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 ۱۳-۸ 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 کار افتاده می شوند از زمان بازنشستگی یا از کار افتادگی 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.

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) : در صورت عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط طرفین و اعلام آن به شرکت مادر تخصصی ذربط (در صورت نداشتن شرکت مادر تخصصی از طریق وزارت نیرو) جهت پیگیری موضوع ، شرکت مادر تخصصی در صورت عدم حصول نتیجه مراتب را 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) : وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می توانند گزارش هزینه عملکرد بیمه گرانی که ماده ۱۱ از مقررات گوناگون را رعایت نکرده اند برای تعیین حق بیمه دوره آینده در نظر نگرفته و از ادامه همکاری آن بیمه گر با شرکتهای بیمه گزار مشمول این توافقنامه در دوره های آتی جلوگیری به عمل آورند.

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 :

الف : همسرو فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث و فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل مبلغ چهارصد و چهل و پنج هزار ریال (۴۴۵۰۰۰ ریال)

ب : پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی سیصد و پنجاه هزار ریال (۳۵۰۰۰۰ ریال)
(هزینه های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی شود)

۳-۶- مبلغ دویست هزار ریال (۲۰۰۰۰۰ ریال) حق بیمه ماهانه ، برای هر یک از بازنشستگان (از کار افتادگان) ، مستمری بگیران ، 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 ۱۳-۸ 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 ماهه 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.

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) : در صورت عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط طرفین و اعلام آن به شرکت مادر تخصصی ذیربط (در صورت نداشتن شرکت مادر تخصصی از طریق وزارت نیرو) جهت پیگیری موضوع ، شرکت مادر تخصصی در صورت عدم حصول نتیجه مراتب را 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) : وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می توانند گزارش هزینه عملکرد بیمه گرانی که ماده ۱۱ از مقررات گوناگون را رعایت نکرده اند برای تعیین حق بیمه دوره آینده در نظر نگرفته و از ادامه همکاری آن بیمه گر با شرکتهای بیمه گزار مشمول این توافقنامه در دوره های آتی جلوگیری به عمل آورند.

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 زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر، ICU، CCU و اتاق ایزوله بشرح زیر می باشد :

الف - تعهدات بیمه گر در مورد اعمال جراحی و درمان 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 مراکز درمانی 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 (منظور 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 قرارداد 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 ، آزمایشگاه ، پاتولوژی ، فیزیوتراپی ، ادیومتری ، اپتومتری ، گفتار درمانی ، لیزر درمانی با اعمال ۲۰٪ فرانشیز (در صورت اعمال حق فنی پرداخت هزینه آن بهمه 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 سرپایی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۱۵۰۰۰۰ ریال (یک میلیون و پانصد هزار ریال) قابل پرداخت است .

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

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 درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گردر طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی نامه از بیمه گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی 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 مدیسک 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 (منظور از بیماریهای خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد) و شیمی درمانی و بیماریهای صعب العلاج (مانند کلسر ، MS ، پارکینسون ، هپاتیت وایدز) بر اساس تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد 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 ، آزمایشگاه ، پاتولوژی ، فیزیوتراپی ، ادیومتری ، اپتومتری ، گفتار درمانی ، لیزر درمانی با اعمال ۲۰٪ فرانشیز (در صورت اعمال حق فنی پرداخت هزینه آن بعهد 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 سرپایی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۱۵۰۰۰۰ ریال (یک میلیون و پانصد هزار ریال) قابل پرداخت است .

۸-۴- لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماریهای چشم (خونریزی شبکیه ، جداسدگی شبکیه ، قوز قرنیه و ...) 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 تأیید 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 تأیید 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 تأیید ضرورت مصرف و نام دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه گر (در صورت عدم تأیید 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 (۳۰۰۰۰۰) ریال، برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه گر سایر بیماران تا سقف دو میلیون (۲۰۰۰۰۰) ریال

۲- در مورد سایر داروخانه ها تا سقف دو میلیون (۲۰۰۰۰۰) ریال برای کلیه نسخ دارویی

۸-۸- هزینه مربوط به پروتزهای مصنوعی که در داخل بدن بکار میرود و انواع اروتز و وسایل کمک پزشکی با تأیید 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 تأمین اجتماعی).

۸-۹- تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر با کسر فرانشیز همتراز بیمارستان مورد عمل، تا سقف ۵۰۰۰۰۰۰ ریال (پنج میلیون ریال) در سال در تعهد بیمه گر می باشد.

۸-۱۰- تأمین هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی، IVF، IUI، GIFT، ZIFT و هزینه های داروئی مانند HCG، HMG با اعمال ۲۰٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۴۸۰۰۰۰۰ ریال (چهار میلیون و هشتصد هزار ریال) جهت زوجین میباشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

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

۵-۸- 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.

۶-۸- 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).

۷-۸- هزینه داروهای درمانی (شیمیایی-گیاهی) که در دفترچه درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید 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 تأیید 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 تأیید ضرورت مصرف و نام دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه گر (در صورت عدم تأیید 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 تأیید 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 پروتزهای مصنوعی که در داخل بدن بکار میرود و انواع اروتز و وسایل کمک پزشکی با تأیید 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 تأمین اجتماعی).

۹-۸- تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قریه، قلب، ریه و... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر با کسر فرانشیز همتراز بیمارستان مورد عمل، تا سقف ۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال (پنجاه میلیون ریال) در سال در تعهد بیمه گر می باشد.

۱۰-۸- تأمین 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 ۴۸۰۰۰۰۰ ریال (چهار میلیون و هشتصد هزار ریال) جهت زوجین میباشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

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

۸-۱۱-۱- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله CCU، ICU گردد و همچنین در مورد شکستگیها از جمله (لگن، پا و گردن، ستون فقرات)، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۱۰۰۰۰۰۰ ریال (یک 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 تأیید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیص درمانی تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰ ریال (دو 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 همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

۸-۱۲- تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) هر دو سال یک بار حداکثر تا سقف ۳۰۰۰۰۰ (سیصد هزار) ریال در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۴۰۰۰۰۰ (چهار صد 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 ۳۰۰۰۰۰۰ (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) $\times 0.1671 =$ 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 حداقل هر شش ماه یکبار حداکثر تا 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- لازمست تا در ابتدای قرار داد بیمه گر لیست کلیه مراکز طرف قرار داد خود را کتبا به بیمه گزار اطلاع دهد و همچنین بیمه گرطبق 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.

۸-۱۵- بیمه گرمیتوانند 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.

۸-۱۱-۱- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله CCU، ICU گردد و همچنین در مورد شکستگیها از جمله (لگن، پا و گردن، ستون فقرات)، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۱۰۰۰۰۰۰ ریال (یک 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 تأیید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰ ریال (دو 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 همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

۸-۱۲- تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) هر دو سال یک بار حداکثر تا سقف ۳۰۰۰۰۰ (سیصد هزار) ریال در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۴۰۰۰۰۰ (چهار صد 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 ۳۰۰۰۰۰۰ (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) $\times 1671 = 0/0$ 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 حداقل هر شش ماه یکبار حداکثر تا 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- لازمست تا در ابتدای قرار داد بیمه گر لیست کلیه مراکز طرف قرار داد خود را کتبا به بیمه گزار اطلاع دهد و همچنین بیمه گرطبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین 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.

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 تأیید 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 .

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

۱۸-۸- 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 منجمه کشیدن ، پر کردن ، جراحی لثه ، بریج ، روت کانال (درمان ریشه) ، ارتودنسی با اعمال ۲۵ درصد فرانشیز در هر مورد و تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰ (دو 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 مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۱۸۰۰۰۰۰ (هیجده میلیون) ریال قابل پرداخت است :

حداکثر سقف دندانپزشکی مازاد بر تعهدات بند ۹-۱ (ریال)	حق بیمه مازاد ماهانه هر بیمه شده اصلی (ریال)
۱۰۰۰۰۰۰	۶۲۰۰۰
۲۰۰۰۰۰۰	۱۳۰۰۰۰
۳۰۰۰۰۰۰	۱۹۴۰۰۰
۴۰۰۰۰۰۰	۲۵۳۰۰۰
۵۰۰۰۰۰۰	۳۰۷۰۰۰
۶۰۰۰۰۰۰	۳۵۷۰۰۰
۷۰۰۰۰۰۰	۴۰۴۰۰۰
۸۰۰۰۰۰۰	۴۴۷۰۰۰
۹۰۰۰۰۰۰	۴۸۶۰۰۰
۱۰۰۰۰۰۰۰	۵۲۲۰۰۰
۱۱۰۰۰۰۰۰	۵۵۵۰۰۰
۱۲۰۰۰۰۰۰	۵۸۶۰۰۰
۱۳۰۰۰۰۰۰	۶۱۴۰۰۰
۱۴۰۰۰۰۰۰	۶۴۰۰۰۰
۱۵۰۰۰۰۰۰	۶۶۴۷۰۰
۱۶۰۰۰۰۰۰	۶۸۷۰۰۰
۱۷۰۰۰۰۰۰	۷۰۸۸۰۰
۱۸۰۰۰۰۰۰	۷۲۹۰۰۰

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 با 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

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 .

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

۱۸-۸- 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 :

۱-۹- کلیه هزینه های مربوط به دندانپزشکی منجمه کشیدن ، پر کردن ، جراحی لثه ، بریج ، روت کانال (درمان ریشه) ، ارتودنسی با اجمال ۲۵ درصد فرانشیز در هر مورد و تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰ (دو 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 مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۱۸۰۰۰۰۰ (هیجده میلیون) ریال قابل پرداخت است :

حداکثر سقف دندانپزشکی مازاد بر تمهلات بند ۱-۹ (ریال)	حق بیمه مازاد معامله هر بیمه شده اصلی (ریال)
۱۰۰۰۰۰۰	۶۲۰۰۰
۲۰۰۰۰۰۰	۱۳۰۰۰۰
۳۰۰۰۰۰۰	۱۹۴۰۰۰
۴۰۰۰۰۰۰	۲۵۴۰۰۰
۵۰۰۰۰۰۰	۳۰۷۰۰۰
۶۰۰۰۰۰۰	۳۵۷۰۰۰
۷۰۰۰۰۰۰	۴۰۴۰۰۰
۸۰۰۰۰۰۰	۴۴۷۰۰۰
۹۰۰۰۰۰۰	۴۸۶۰۰۰
۱۰۰۰۰۰۰۰	۵۲۲۰۰۰
۱۱۰۰۰۰۰۰	۵۵۵۰۰۰
۱۲۰۰۰۰۰۰	۵۸۶۰۰۰
۱۳۰۰۰۰۰۰	۶۱۴۰۰۰
۱۴۰۰۰۰۰۰	۶۴۰۰۰۰
۱۵۰۰۰۰۰۰	۶۶۲۷۰۰
۱۶۰۰۰۰۰۰	۶۸۷۰۰۰
۱۷۰۰۰۰۰۰	۷۰۸۸۰۰
۱۸۰۰۰۰۰۰	۷۲۹۰۰۰

۲-۹- 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 با کلینیکهای دندانپزشکی و یا دندانپزشکان ، قرارداد منعقد خواهد نمود .

۳-۹- 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 مأموریت پیش می آید با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه گرمطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

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 انقضای این قرارداد طرح درمان آن به تأیید 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 می باشد. 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، بویا تأیید 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 تأیید 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 صورتحساب بیمارستان منعکس باشد.

۶- هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی) صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب واریس، 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 تأیید 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 آپ و آزمایشات دوره ای (برابر قانون کاراین هزینه ها به عهده کارفرما می باشد).

۹- هرگونه هزینه ای که عرفاً در رابطه با درمان نمی باشند.

۱۰- هزینه های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که بیمه عامل شده باشد.

بخش دو - قرارداد بیمه عمر و حادثه برای بازنشستگان صنعت آب و برق کشور

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱ - بیمه شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه گزار.

دندانپزشکی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود. (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می آید با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

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 انقضای این قرارداد طرح درمان آن به تأیید 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 می باشد. 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، بویا تأیید 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 صورتحساب 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 تأیید 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 آپ و آزمایشات دوره ای (برابر قانون کاراین هزینه ها به عهده کارفرما می باشد).

۹- هرگونه هزینه ای که عرفاً در رابطه با درمان نمی باشند.

۱۰- هزینه های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که بیمه عامل شده باشد.

بخش دو - قرارداد بیمه عمر و حادثه برای بازنشستگان صنعت آب و برق کشور

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱ - بیمه شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه گزار.

تبصره ۱) بازنشستگان با در نظر گرفتن وضعیت جسمانی (سن و سلامتی) براساس معاینات پزشکی (در صورت ضرورت) و تأیید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

تبصره ۲) بیمه شدگانیکه به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه نامه استفاده نموده اند از شمول این قرارداد خارج میباشند.

تبصره ۳) بیمه شدگان در بیمه عمر حداکثر تا اتمام سن ۷۰ سالگی و در بیمه حادثه تکمیلی بعد از ۷۰ سالگی نیز براساس مفاد این قرارداد تحت پوشش میباشند.

تبصره ۴) بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد در بیمه عمر سن آنها از ۷۰ سال تمام تجاوز نماید کماکان تا پایان سال بیمه ای تحت پوشش خواهند بود.

ماده ۲ - تعریف حادثه : عبارتست از پیش آمد ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده منجر به فوت یا صدمه بدنی وی شود.

ماده ۳ - تعریف نقص عضو و ازکارافتادگی : عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و طبق تشخیص پزشک متخصص وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

ماده ۴ - موضوع قرارداد : عبارتست از بیمه عمر و حادثه و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، بیمه شدگان در تمام اوقات شبانه روز

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار

ماده ۵ - بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه مشمولین بیمه خود را شامل : نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه و محل صدور و کد ملی را تهیه و جهت بیمه گر ارسال دارد و در پایان هر ماه تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) را به روال فوق اعلام نماید.

تبصره : چنانچه اعلام تغییرات در تعداد بیمه شدگان (افزایش) در طول قرارداد پیش از مدت تعیین شده (موضوع ماده ۵) باشد بیمه گر هیچگونه تعهدی در پرداخت غرامات احتمالی نخواهد داشت.

ماده ۶ - حق بیمه : حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه

۶-۳ - پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۱۰۰۰۰ ریال تا سن ۷۰ سالگی بابت پوشش بیمه عمر و حادثه و از سن ۷۰ سالگی به بعد ماهیانه ۵۵۰۰ ریال بابت پوشش بیمه حادثه محاسبه و اعمال خواهد شد.

تبصره ۱) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه - حق بیمه هرماه بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد میبایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود.

تبصره ۲) غرامت بیمه شدگانیکه در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱) بازنشستگان با در نظر گرفتن وضعیت جسمانی (سن و سلامتی) براساس معاینات پزشکی (در صورت ضرورت) و تأیید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

تبصره ۲) بیمه شدگانی که به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه نامه استفاده نموده اند از شمول این قرارداد خارج میباشند.

تبصره ۳) بیمه شدگان در بیمه عمر حداکثر تا اتمام سن ۷۰ سالگی و در بیمه حادثه تکمیلی بعد از ۷۰ سالگی نیز براساس مفاد این قرارداد تحت پوشش میباشند.

تبصره ۴) بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد در بیمه عمر سن آنها از ۷۰ سال تمام تجاوز نماید کماکان تا پایان سال بیمه ای تحت پوشش خواهند بود.

ماده ۲- تعریف حادثه : عبارتست از پیش آمد ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده منجر به فوت یا صدمه بدنی وی شود.

ماده ۳- تعریف نقص عضو و ازکارافتادگی : عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و طبق تشخیص پزشک متخصص وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

ماده ۴- موضوع قرارداد : عبارتست از بیمه عمر و حادثه و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، بیمه شدگان در تمام اوقات شبانه روز

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار

ماده ۵- بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه مشمولین بیمه خود را شامل : نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه و محل صدور و کد ملی را تهیه و جهت بیمه گر ارسال دارد و در پایان هر ماه تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) را به روال فوق اعلام نماید.

تبصره : چنانچه اعلام تغییرات در تعداد بیمه شدگان (افزایش) در طول قرارداد بیش از مدت تعیین شده (موضوع ماده ۵) باشد بیمه گر هیچگونه تعهدی در پرداخت غرامات احتمالی نخواهد داشت.

ماده ۶- حق بیمه : حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه

۶-۳- پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۱۰۰۰۰ ریال تا سن ۷۰ سالگی بابت پوشش بیمه عمر و حادثه و از سن ۷۰ سالگی به بعد ماهیانه ۵۵۰۰ ریال بابت پوشش بیمه حادثه محاسبه و اعمال خواهد شد. تبصره ۱) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه - حق بیمه هرماه بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد میبایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود.

تبصره ۲) غرامت بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳) تعهدات بیمه گزار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه گر میباشد.

ماده ۷ - بیمه گزار متعهد است به محض اطلاع از رخ داد خطر مشمول بیمه مراتب را ظرف مدت دو ماه از تاریخ وقوع حادثه کتباً به بیمه گر اعلام نموده و متعاقباً اصل یا فتوکپی تایید شده مدارک مشروحه ذیل را برای بیمه گر ارسال نماید.

تبصره بیمه گزار موظف است مدارک مورد نیاز ذیل را در صورت وقوع حادثه به همراه درخواست کتبی جهت بیمه گر ارسال نماید. در غیر اینصورت بیمه گر حداکثر تا دو سال از گذشت وقوع حادثه متعهد به جبران غرامت متعلقه می باشد.

الف) در صورت فوت :

- ۱- اصل یا تصویر مصدق رونوشت گواهی وفات صادره توسط سازمان ثبت احوال.
- ۲- اصل یا تصویر مصدق گواهی پزشکی قانونی یا آخرین پزشک معالج مبنی بر تعیین علت فوت و تاریخ آن.
- ۳- اصل یا تصویر مصدق گزارش مشروح در صورت فوت ناشی از حادثه که توسط مراجع ذیصلاح انتظامی یا قضائی تنظیم و نام بیمه شده متوفی در آن قید شده باشد.
- ۴- تصویر مصدق کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی.
- ۵- تصویر مصدق اولین حکم بازنشستگی صادره توسط سازمان تامین اجتماعی یا سازمان بازنشستگی کشوری

ب) در صورت نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه :

- ۱- گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مامور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد.
- ۲- گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم بیمه شده.
- ۳- تصویر شناسنامه بیمه شده.
- ۴- تصویر دفترچه بیمه درمانی، بیمه شده.

تبصره - در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را در هنگام سانحه بمعده داشته باشد، در اینصورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تاییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی برداشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامیست.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸- بیمه گر متعهد است در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم (جزئی و کلی) بیمه شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت شده، موضوع ماده ۷ فوق، غرامت ذیل را حسب مورد صرفاً در وجه بیمه شده یا ذینفع و در صورت عدم تعیین ذینفع به وراثت قانونی وی پرداخت نماید.

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل میباشد :

تبصره ۳) تعهدات بیمه گزار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه گر میباشد.

ماده ۷ - بیمه گزار متعهد است به محض اطلاع از رخ داد خطر مشمول بیمه مراتب را ظرف مدت دو ماه از تاریخ وقوع حادثه کتباً به بیمه گر اعلام نموده و متعاقباً اصل یا فتوکپی تایید شده مدارک مشروحه ذیل را برای بیمه گر ارسال نماید.

تبصره بیمه گزار موظف است مدارک مورد نیاز ذیل را در صورت وقوع حادثه به همراه درخواست کتبی جهت بیمه گر ارسال نماید. در غیر اینصورت بیمه گر حداکثر تا دو سال از گذشت وقوع حادثه متعهد به جبران غرامت متعلقه می باشد.

الف) در صورت فوت :

- ۱- اصل یا تصویر مصدق رونوشت گواهی وفات صادره توسط سازمان ثبت احوال.
- ۲- اصل یا تصویر مصدق گواهی پزشکی قانونی یا آخرین پزشک معالج مبنی بر تعیین علت فوت و تاریخ آن.
- ۳- اصل یا تصویر مصدق گزارش مشروح در صورت فوت ناشی از حادثه که توسط مراجع ذیصلاح انتظامی یا قضائی تنظیم و نام بیمه شده متوفی در آن قید شده باشد.
- ۴- تصویر مصدق کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی.
- ۵- تصویر مصدق اولین حکم بازنشستگی صادره توسط سازمان تامین اجتماعی یا سازمان بازنشستگی کشوری

ب) در صورت نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه :

- ۱- گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مأمور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد.
- ۲- گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم بیمه شده.
- ۳- تصویر شناسنامه بیمه شده.
- ۴- تصویر دفترچه بیمه درمانی، بیمه شده.

تبصره - در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را در هنگام سانحه بمعده داشته باشد، در اینصورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تاییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی بر داشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامیست.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸- بیمه گر متعهد است در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم (جزئی و کلی) بیمه شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، موضوع ماده ۷ فوق، غرامت ذیل را حسب مورد صرفاً در وجه بیمه شده یا ذینفع و در صورت عدم تعیین ذینفع به وراث قانونی وی پرداخت نماید.

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل میباشد :

۱۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال

۲۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال

۲۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال

۲۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال

۱- فوت عادی (بیماری ، کهولت سن)

۲- فوت ناشی از حادثه

۳- نقص عضو دائم کلی ناشی از حوادث مشمول بیمه

۴- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ

(براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹ - بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه گزاران در مورد سایر دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحد های اجرایی ارسال می نماید اقدام نمایند .

۱- فوت عادی (بیماری ، کهولت سن)

۱۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال

۲- فوت ناشی از حادثه

۲۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال

۳- نقص عضو دائم کلی ناشی از حوادث مشمول بیمه

۲۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال

۴- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ

۲۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال

(براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹ - بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه گزاران در مورد سایر دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می نماید اقدام نمایند .

بخش سوم - 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 قرارداد 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 ۹۳/۴/۱ 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 گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضای مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرار داد اقدام نمایند.
- ماده ۸- بیمه گر موظف 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 قرار داد با بخش های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می شود) را به وزارت نیرو و بیمه گزار اعلام نماید.
- ماده ۹- سهم بیمه شده در مراکز پاراکلینیکی 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 ۲۱ تبصره و در بخش دو شامل ۹ ماده و ۱۰ تبصره و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. بدلیل اجرای سراسری این قرار داد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه گر و بیمه گزار مشمول این قرار داد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی باشند.

بیمه گزار

شرکت آب منطقه ای استان سمنان

بیمه گر

شرکت بیمه ایران استان سمنان



بخش سوم - 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 ۹۳/۴/۱ 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 قرار داد اقدام نمایند.
- ماده ۸- بیمه گر موظف 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 قرار داد با بخش های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می شود) را به وزارت نیرو و بیمه گزار اعلام نماید.
- ماده ۹- سهم بیمه شده در مراکز پاراکلینیکی 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 ۲۱ تبصره و در بخش دو شامل ۹ ماده و ۱۰ تبصره و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. بدلیل اجرای سراسری این قرار داد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه گر و بیمه گزار مشمول این قرار داد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی باشند.

بیمه گزار

شرکت آب منطقه ای استان سمنان

بیمه گر

شرکت بیمه ایران استان سمنان



ضمیمه (۱):

ضمیمه مربوط به تبصره ۲ از بند ۵-۴ بخش اول قرار داد

نام خانوادگی :

نام :

کد ملی :

تاریخ تولد :

نسبت با بیمه شده اصلی :

آیا تا به حال از پوشش بیمه وزارت نیرو استفاده می کردید؟

اگر جواب با لا مثبت است لطفا مدت زمان و آخرین سال دوره پوشش را ذکر فرمایید :

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

☐ پوشش مناسب درمان وزارت نیرو

☐ به دلیل بیماری

☐ به دلیل نیاز به عمل جراحی

لطفا نوع عمل را ذکر نمایید :

تعهد نامه :

اینجانب
اعلام می نمایم که به کلیه سئوالات بدون کتمان حقیقت پاسخ داده و در صورت اثبات خلاف موضوع ضمن فسخ قرار داد ، ضرر و زیان بیمه گر را جبران خواهم نمود.

تأیید بیمه شده اصلی :

امضاء :

نام و نام خانوادگی:

امضاء :

ضمیمه (۲)

جدول هزینه ۹ ماهه اول بخش اول قرارداد بیمه جامع تامین و حفظ سلامت
کارکنان صنعت آب و برق

توجه: حق بیمه های صادره، دندانپزشکی، عینک و هزینه اداری (در صورت پرداخت) در جدول
ذیل مربوط به کل دوره قرار داد (یک ساله می باشد)

نام شرکت بیمه گزار: نام شرکت بیمه گر: تعداد بیمه شده اصلی (شاغل): تعداد بیمه شده اصلی (بازنشسته): حق بیمه صادره (بجز دندانپزشکی، عینک و هزینه اداری): حق بیمه دندانپزشکی: حق بیمه عینک: هزینه اداری (در صورت پرداخت): حق بیمه وصولی: تعداد افراد تحت تکفل شاغلین: تعداد افراد تحت تکفل بازنشستگان:									
ریال		ریال		ریال		ریال		ریال	
نفر		نفر		نفر		نفر		نفر	
عینک		بیمارستانی		دارو		دندانپزشکی		برای و پاراکلینیکی	
هزینه	بار مراجعه	هزینه	بار	هزینه	بار	هزینه	بار مراجعه	هزینه	بار مراجعه
(ریال)		(ریال)	مراجعه	(ریال)	مراجعه	(ریال)		(ریال)	

امضاء مدیر امور کارکنان شرکت بیمه گزار:

امضاء رئیس شعبه بیمه گر:

ضمیمه (۲)

جدول هزینه ۹ ماهه اول بخش اول قرارداد بیمه جامع تامین و حفظ سلامت
کارکنان صنعت آب و برق

توجه: حق بیمه های صادره، دندانپزشکی، عینک و هزینه اداری (در صورت پرداخت) در جدول
ذیل مربوط به کل دوره قرار داد (یک ساله می باشد)

نام شرکت بیمه گزار: نام شرکت بیمه گر: تعداد بیمه شده اصلی (شامل): تعداد بیمه شده اصلی (بازنشسته): حق بیمه صادره (بجز دندانپزشکی، عینک و هزینه اداری): حق بیمه دندانپزشکی: حق بیمه عینک: هزینه اداری (در صورت پرداخت): حق بیمه وصولی: تعداد افراد تحت تکفل شاغلین: تعداد افراد تحت تکفل بازنشستگان:									
ریال		ریال		ریال		ریال		ریال	
نفر		نفر		نفر		نفر		نفر	
عینک		بیمارستانی		دندانپزشکی		سرپایی و پاراکلینیکی		مولود	
هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه

امضاء مدیر امور کارکنان شرکت بیمه گزار:

امضاء رئیس شعبه بیمه گر: