

# قرارداد درمان تروما دوره ۹۸-۹۷

قرارداد سال ۹۷

به نام خدا

بیمه‌نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه‌های درمان و بوسه هزینه‌های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه‌ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه‌های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان (دو بخش این قرارداد کاملاً مستقل از یکدیگر بوده و پوشش برای بازنشستگان در یک بخش می‌تواند شامل بخش دیگر بشود). این قرارداد بین شرکت **کب سلفقاری تهران** یک طرف بعنوان بیمه‌گذار و شرکت **پارسان** از طرف دیگر بعنوان بیمه‌گر بر اساس قانون بیمه خدمات درمانی، آئین‌نامه‌های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته‌های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره ۹۷/۶۰۱/۲۷۸۹۶ مورخ ۹۷/۴/۱۳۹۷/۴/۰۲ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد می‌گردد.

شماره قرارداد:

تاریخ صدور:

درمان شاغلین:

تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر باعداد ۹۷/۰۳/۳۱

عمر و حادثه بازنشستگان:

تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر باعداد ۹۸/۰۳/۳۱

درمان تکمیلی بازنشستگان:

بخش یک: قرارداد بیمه درمان کارکنان (شاغلین و بازنشستگان) 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 بیمه‌شدگان و مسئولیت کارفرما در بیماریهای ناشی از کار به شرح مندرج در این بخش از قرارداد.

ماده ۲- بیمه‌گر: شرکت به نشانی

ماده ۳- بیمه‌گذار: به نشانی

ماده ۴- بیمه‌شدگان: عبارتند از کسبه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی دائم و مدت معین، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرارداد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات

کشوری و کلیه کارکنانی که در لیست بیمه‌گر پایه شرکت بیمه‌گذار قرار دارند، بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران به همراه اعضاء خانواده و افراد تحت تکفل آنان مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی.

قبضه‌ها: بیمه‌گذاران موظف به اعلام اسمی بیمه‌شدگان بر طبق حکم کارگزینی (و یا قرارداد) و ردیف مربوط به حق عائله‌مندی و اولاد کارکنان به بیمه‌گر می‌باشند.

۴-۱- فرزندان پسر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۲- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۳- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۴- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۵- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۶- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۷- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۸- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۹- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۱۰- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۱۱- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۱۲- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۱۳- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۱۴- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

۴-۱۵- فرزندان دختر کارکنان شاغل، باردار، و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و به‌در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

تبصره ۱: در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل فرزندان پسر مجرد کارکنان شاغل و بازنشسته و از کار افتاده بعد از محدوده سنی موضوع بند ۴-۱ و نیز فرزندان پسر متأهل آنان که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و در هر صورت بطور پیوسته در طی دوره‌های قبل از این پوشش بیمه‌ای استفاده می‌کردند صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می‌توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل (پوشش فرزندان غیر تحت تکفل بازنشستگان همانند بیمه شده اصلی خواهد بود) استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه‌ای طبق مفاد قرارداد بوده اما شامل پوشش‌های بیمه‌ای نازایی، زایمان، سقط، کورتاژ و اقدامات تشخیصی درمانی مرتبط نمی‌باشند.

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

۴-۳- فرزندان کارکنان اناث وفق ارائه گواهی توسط شاغل و بر اساس تمهید نامه پیوست که هیچگونه دفترچه بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان مطابق ماده ۴ تلقی شود به شرط تحت پوشش بودن کلیه فرزندان (بررسی صحت و سقم موضوع توسط بیمه‌گر انجام می‌شود، تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای از ابتدای قرارداد مشروط به ارائه تمهیدنامه به همراه لیست اولیه)

۴-۴- فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده‌اند 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 ضوابط الاجل مندرج در بند ۵-۱)

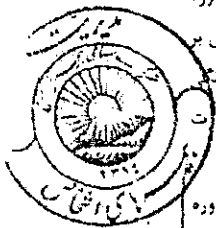
۴-۵- پوشش نوزادان از بدو تولد اجباری بوده و بیمه‌گذار موظف است با ارسال اسامی و مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضوابط الاجل مندرج در بند ۵-۱ اقدام نماید لازم بذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت‌های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می‌توانند از دفترچه درمانی بیمه شده (مادر) استفاده نمایند.

۴-۶- پدر و مادر غیر تحت تکفل کارکنان شاغل و نیز همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان شاغل اناث، با توجه به شرایط پیش‌بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه‌گر معرفی شده باشند.

تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه شده اصلی و همسر کارکنان اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می‌شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی مانند سوابق داشتن دفترچه بیمه درمانی از طرف بیمه شده اصلی (در مورد کارکنان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت داشتن دفترچه درمانی تبعی ۱) و یا مستندات مراجع قضایی میسر بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه شده اصلی و یا سایر مستندات مطابق مقررات صندوق بایه بازنشستگان به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.

تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه‌شدگان غیر تحت تکفل که سابقه بیمه‌ای در قرارداد دوره قبل را نداشته باشند، تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تائید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه ۱ قرارداد) در ابتدای شروع قرارداد الزامی است.

۴-۷- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شده اصلی که قانوناً تحت تکفل آنها می‌باشند با ارائه مدارک مثبته از مراجع ذصلاح و با تأیید بیمه‌گذار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.



## فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده

ماده ۵ - ترتیب اعلام اسامی بیمه‌شدگان:

۵-۱- بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه‌شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (کارافتاده)، وظیفه‌بگیر، مستمری‌بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و با افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه‌شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ماه/سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه‌شدگان اصلی و کد ملی ملی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و به بیمه‌گر ارسال نماید. ضمناً بیمه‌گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز در تعداد بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه به روال فوق‌الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه‌شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث به همراه خانواده مطابق ماده ۴ و با افراد تحت تکفل به جز افراد مربوط به لیست سوم.

لیست دوم: افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی اناث شامل همسر و فرزندان.

لیست سوم: پدر و مادر تحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست چهارم: پدر و مادر غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی به همراه همسر (افراد موضوع نمره ۱ ماده ۴).

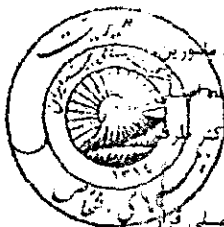
لیست ششم: بازنه‌شدگان، وظیفه‌بگیران و مستمری‌بگیران به همراه افراد خانواده مطابق ماده ۴ و با افراد تحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل به همراه همسر.

لیست هفتم: کارکنان انتقالی به بیمه‌گذار از تاریخ انتقال.

تبصره ۱: هرگونه افزایش سی از مهلت مقرر در ماده فوق شامل مواردی مانند جدیدالا استخدام، انتقالی، مأموریت (به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان) و سایر افرادی که در طول قرارداد تحت تکفل بیمه‌شده قرار می‌گیرند بوده و لازم است مستندات آن (احکام مربوطه، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر برای بیمه‌گر ارسال گردد.

تبصره ۲: در مورد والدین و همسر شاغلین ذکوری که در طول اجرای قرارداد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند در صورت عدم رعایت ضرب‌الاجل بند ۵-۱ ملاک زمان پوشش تاریخ ثبت درخواست بیمه‌گذار تا دبیرخانه شعبه بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل مواردی مانند استعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی، انفصال از خدمت، اخراجی، مأمور، خروج از کفالت و با قطع هرگونه همکاری می‌باشد که با ارائه مستندات آن (تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام مربوطه) میسر خواهد بود.



Handwritten signature and initials.

۵-۲- در صورتیکه کاهش تعداد بیمه شدگان به علت انتقال بیمه‌بیین شرکتهای صنعت آب و برق باشد جلسه حق بیمه و خدمات بیمه‌گر صرفاً تا تاریخ پایان پوشش و براساس مفاد مندرج در بند ۵-۴ اعمال می‌شود و در موارد انتقال به خارج از صنعت آب و برق در صورت دریافت خدمات، حق بیمه بیمه شده و افراد تحت تکفل وی تا پایان دوره قرارداد محاسبه و مطالبه می‌گردد.

۵-۳- شروع پوشش بیمه‌ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و ناموفق به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان، تاریخ شروع به کار بیمه شده اصلی در شرکت (بیمه‌گذار) خواهد بود. در مورد حذف بیمه‌شدگان، زمان مؤثر تاریخ قطع همکاری بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گذار و ناعایت ضرب‌الاجل بند ۵-۱ است.

۵-۴- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه‌شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه‌گذار مکلف به تحویل دفترچه‌ها و کارتهای درمانی بیمه‌شدگان حذف شده از قرارداد از ابتدای ماه بعد می‌باشد و بیمه‌گر نیز خدمات خود را ماهانه ارائه خواهد داد.

۵-۵- در مورد بیمه شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه‌های مقرر می‌باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه‌شده بدون ایجاد وقفه به عهده بیمه‌گذار است.

۵-۶- در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند ادامه پوشش بیمه درمانی منوط به پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرارداد توسط بیمه شده و از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه‌گر تعهدی در خصوص جبران هزینه‌های درمان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

۵-۷- در صورتی که بیمه‌شدگان مذکور در طول مرخصی بدون حقوق تحت پوشش بیمه قرار نگیرند بیمه‌گذار مکلف است نسبت به جمع‌آوری و تحویل دفترچه‌ها و کارتهای درمانی مربوط به آنان همزمان با صدور حکم مرخصی اقدام نماید در غیر اینصورت هزینه‌های طول مدت مرخصی به عهده بیمه‌گذار خواهد بود.

ماده ۶- حق بیمه: حق بیمه هر یک از بیمه‌شدگان به ازای تعهدات مندرج در این قرارداد به طریق ذیل محاسبه می‌شود:

۶-۱- شاغلین:

۶-۱-۱- مبلغ ۳۰۰۰ ریال سرانه ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی.

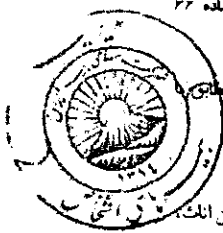
۶-۱-۲- مبلغ ۶۲۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

۶-۲- افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی.

۶-۲-۱- مبلغ ۱۸۱۵۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان انک، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان.

۶-۲-۲- مبلغ ۱۲۸۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی (هزینه‌های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی‌شود).

۶-۳- مبلغ ۵۹۰۰۰ ریال سرانه ماهانه برای هر یک از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته و نیز فرزندان ذکور غیرتحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه.



Handwritten signature and initials in blue ink.

تبصره ۱: بجز بند ۱۲-۸ و ماده ۹ قرارداد، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ۸ و کلیه بندگان آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۳ از ماده ۸ می‌باشد.

تبصره ۲: پوشش بیمه‌ای مشمولین بند فوق صرفاً از ابتدای قرارداد و همراه با ارسال لیست اولیه خواهد بود.

تبصره ۳: کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می‌شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می‌شوند از زمان بازنشستگی یا از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده اصلی می‌توانند ضمن تحویل دفترچه‌های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوطه به بازنشستگان، پوشش‌های همانند شاغلین به استثنای هزینه‌های مربوط به عینک و دندانپزشکی را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش‌های همانند شاغلین حداقل تا انتهای قرارداد یا سه ماه از شروع بازنشستگی را دریافت نمایند.

ماده ۷- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه و تسویه حساب:

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه‌شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت پانزده روز از پایان هر ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت 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 بیمه‌گر طرف قرارداد 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: بیمه‌گر و بیمه‌گذار موظف به ارسال تصویر یک نسخه از تمام الحاقیه‌های احتمالی که مبنای هر گونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرارداد می‌باشد 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](mailto:hrd@moe.gov.ir) دفتر توسعه منابع انسانی وزارت نیرو و بصورت جداگانه از سوی بیمه‌گر و بیمه‌گذار ارسال می‌شود. در صورت عدم ارسال، گزارش‌های هزینه و عملکرد بیمه‌گر در مورد خسارت‌های پرداختی و معوق در دوره قرارداد ۹۷-۹۸ مورد محاسبه قرار خواهد گرفت. همچنین وزارت نیرو می‌تواند نام شرکت‌های زیرمجموعه صنعت آب و برق که از ارسال گزارش امتناع کرده‌اند را برای دوره‌های آتی از لیست واگذاری درمان سازمان تأمین اجتماعی خارج نماید.

### فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه‌گر: در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر بیمه‌شدگان با رعایت تبصره‌های ذیل عبارت است از:

تبصره ۱: درمورد کلیه تعهدات بیمه‌گر پرداخت هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که تعرفه مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق محسوبات مثبت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود).

تبصره ۲: در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه‌شده صفر خواهد بود.

تبصره ۳: در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر بابت توسط بیمه‌شدگان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان، از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات در کتبه بندگان ماده ۸ (با رعایت تبصره ۱ از بند ۳-۶) با

اعمال ۲۵٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتیکه این فیل از بیمه‌شدگان متبوع پذیرد از ۸-۱ بوده و بیمه‌گر پایه تعهدی نداشته باشد و یا هزینه‌های دارویی که سهم بیمه‌گر پایه در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه‌گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ انجام خواهد شد.

تبصره ۴: در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقیمانده هزینه‌های مورد تعهد را بدون رعایت همترازی پرداخت نماید در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغ بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۵: مبنای محاسبه هزینه‌های پرداخت نشده، تعرفه اعلامی مصوب وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه می‌باشد.

۸-۱- تأمین هزینه‌های 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 اطلاق ایزوله به شرح زیر می‌باشد:

الف - تعهدات بیمه‌گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی‌نامه از بیمه‌گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب- تعهدات بیمه‌گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی‌نامه 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 کاری باز پرداخت خواهد شد و در موارد سربایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت هفت روز کاری پس از دریافت مدارک هزینه‌ها بازپرداخت خواهد شد.

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

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

ب- هزینه‌های 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 می‌باشد.

ج- پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری‌های خاص (منظور از بیماری‌های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که شامل ام اس، تالاسمی، هموفیلی، نارسایی مزمن کلیه و دیالیز) و بیماری‌های صعب‌العلاج (شامل کانسر، پارکینسون، هیپاتیت، ایدز، شیمی درمانی و پیوند مغز استخوان BMT) بر اساس تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص سایر بیماری‌های صعب‌العلاج با نظر مشترک وزارت نیرو و کمیسیون پزشکی بیمه‌گر اقدام خواهد شد.

د- هزینه‌های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری، سقوط یا برخورد شی در حین انجام کار (در صورت اعلام مراتب به بیمه‌گر حداکثر ظرف مدت سه روز کاری پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

۸-۲- در خصوص هزینه‌های تشخیصی- درمانی سربایی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی، استن، MRI، سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، فیزیوتراپی، ادریستری، ایتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی و لیزر درمانی ابتدا ۲۰٪ فرانشیز از هزینه پرداختی کسر و حداکثر تا سقف تعرفه‌های مصوب بخش خصوصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد پرداخت می‌شود. در صورت اعمال حق فنی، پرداخت هزینه آن به عهده بیمه‌شده می‌باشد.

۸-۳- انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سربایی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می‌پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، برای هر چشم که ۲ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۱۰۰۰۰/۰۰۰ ریال (ده میلیون ریال) قابل پرداخت است.

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

۸-۵- هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه‌های همترازی بیمه‌گر و اعمال فرانشیز مقرر یا رعایت تبصره ۱ از ماده ۸ قابل جبران خواهد بود.

۸-۶- ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه‌دار در بخش خصوصی با اعمال ۲۰٪ فرانشیز به حق ویزیت پرداختی و سپس حداکثر تا تعرفه بخش خصوصی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است (تعرفه‌های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی‌گردد).

۸-۷- هزینه داروهای درمانی (تسبیایی 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 بیمه‌گر لزوم مصرف و میزان آن را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می‌باشد) از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد) با کسر ۳۰٪ 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 تجاری دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط بیمه‌گر، بررسی می‌باشد) از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سبزه آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای) قابل جبران است.

تبصره ۳- حق فنی داروخانه به عهده بیمه‌شده می‌باشد.

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

تبصره ۵- هزینه نوار تست قند خون بیماران دیابتی وابسته به انسولین در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۷۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۶- بیمه‌گر تعهد می‌نماید تا کلیه داروخانه‌های طرف قرارداد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نماید:

۱- داروخانه‌های معتمد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه‌گذار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف چهار میلیون (۴/۰۰۰/۰۰۰) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه‌گر سایر بیماران تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (۲/۵۰۰/۰۰۰) ریال.

۲- در مورد سایر داروخانه‌ها تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (۲/۵۰۰/۰۰۰) ریال برای کلیه تسخ دارویی.

۸-۸- هزینه مربوط به وسایل کمک پزشکی که در داخل بدن بکار می‌رود با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز متناسب با شرائط این تفاهم‌نامه محاسبه و پرداخت می‌شود همچنین وسایل کمک پزشکی دیگر که در خارج از بدن کار گذاشته می‌شود مانند سمیک، واکر و ... یا تأیید پزشک معالج و بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر محاسبه و حداکثر تا ۵ برابر جدول تعرفه سازمان تأمین اجتماعی مربوط به سال ۹۲ پرداخت می‌شود.

۸-۹- تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، فرنیه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه‌گر با کسر فرانشیز همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیمارهای صعب‌العلاج تا سقف ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (یکصد میلیون ریال) در سال در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

۸-۱۰- تأمین هزینه درمان نازایی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی، ZIFT, GIFT, IUI, IVF و هزینه‌های دارویی مانند HMG, HCG با اعمال ۲۰٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (پنجاه میلیون ریال) جهت هر یک از زوجین می‌باشد (حتی اگر متجر به معالجه نگردد).

۸-۱۱- تعهدات بیمه‌گر 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 CCU, ICU گردد و همچنین در مورد شکستگی‌ها (از جمله لگن، ران، گردن و ستون فقرات)، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز یا تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال (سه میلیون ریال) در هر مورد قابل پرداخت می‌باشد.

۸-۱۱-۲- در مواردی که بیمار در بیمارستان، ستري و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد یا تأیید بیمارستان مبدأ و یا تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی تا سقف ۷/۵۰۰/۰۰۰ ریال (هفت میلیون و پانصد هزار 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 بیمارستان‌های همتراز طرف قرارداد بیمه‌گر پرداخت می‌گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

۸-۱۲- در هر دو دوره قرارداد تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) حداکثر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ (دو میلیون و پانصد هزار) ریال. در مورد لنز تماسی طبی یا تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۳/۲۷۵/۰۰۰ (سه میلیون و سیصد و هفتاد و پنج هزار) ریال.

تبصره: در صورت تمایل بیمه‌گذار در ابتدای قرارداد، کل بیمه‌شدگان با پرداخت حق بیمه بر اساس فرمول ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۵/۵۰۰/۰۰۰ (پنج میلیون و پانصد هزار) ریال برای عینک یک دید و سقف ۳۵٪ بیشتر از تعهد یک دید برای عینک دو دید، می‌تواند پوشش اخذ نمایند:

(سقف عینک یک دید)  $\times ۰.۱۶۷۱ =$  حق بیمه ماهانه هر نفر مازاد بر تعهدات بند ۸-۱۲

۸-۱۲-۱- جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینایی علاوه بر موارد فوق حداکثر 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- هزینه‌های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه‌های انجام شده به بیمه‌گر ارائه نماید، بیمه‌گر به آنها ارائه نموده باشد، بیمه‌گر تعهدات خود را (مازاد هزینه‌ها) پس از دریافت تصویر مصدق مذکور ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد.

۸-۱۴- بیمه‌گر متعهد می‌گردد لیست کلیه مراکز طرف قرارداد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتبی به بیمه‌گذار اطلاع دهد و همچنین بیمه‌گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه‌های 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 بیمه‌گر مکلف است تمامی مراکز مذکور را طرف قرارداد خود قرار دهد.

۸-۱۵- بیمه‌گر می‌تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه‌گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید. در این رابطه بیمه‌گر موظف است همزمان با مبادله قرارداد مدارک و مستندات عمومی مورد نیاز در ارتباط با موضوعات قرارداد را به بیمه‌گذار اطلاع رسانی کند.

۸-۱۶- هزینه‌های خارج از کشور:

الف) هزینه‌های 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 بیمه‌گر در تهران طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

ب) پرداخت هزینه‌های آزمایشات تشخیصی که امکان انجام آن در ایران وجود نداشته و فاقد تعرفه مصوب می‌باشد در کمیسیون موضوع بند "ج" ماده ۸-۱ مطرح و تصمیم‌گیری خواهد شد.

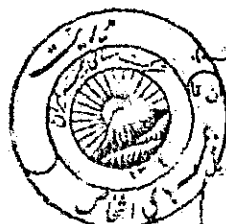
تبصره - در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه‌گر هزینه‌های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ تحویل مدارک، به بیمه‌شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می‌گردد.

۸-۱۷- بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را بر اساس جدول پیوست ۲ تهیه و در اختیار وی قرار دهد.

۸-۱۸- بیمه‌گر موظف است سبب به ارسال رونوشت دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌ها و تعرفه‌های این بخش از قرارداد که به شب و واحدهای اجرایی ارسال می‌نماید به وزارت نیرو و بیمه‌گذاران محلی اقدام نماید.

ماده ۹- خدمات دندانپزشکی

۹-۱- تعهدات مربوط به دندانپزشکی منجمه کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، پروتز، کانال (درمان ریشه)، ارتودنسی و ایمپلنت با اعمال ۷۲٪ فرانشیز به هزینه پرداختی براساس آخرین تعرفه ابلاغی بستدیکای بیمه‌گذار تا سقف ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ (بیست میلیون) ریال برای هر خانوار در طول مدت قرارداد مورد تعهد بیمه‌گر می‌باشد. تبصره: در صورت تمایل بیمه‌گذار در ابتدای قرارداد، کل بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه براساس جدول ذیل مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ (ده میلیون) ریال، می‌تواند پوشش اخذ نمایند.



| حق بیمه مازاد ماهانه هر بیمه‌شده اصلی (ریال) | حداکثر سقف دندانپزشکی مازاد بر تعهدات بند ۹-۱ (ریال) |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| ۳۵۷۰۰                                        | ۱/۰۰۰/۰۰۰                                            |
| ۶۹۷۰۰                                        | ۲/۰۰۰/۰۰۰                                            |
| ۱۰۴۵۰۰                                       | ۳/۰۰۰/۰۰۰                                            |
| ۱۴۰۰۰۰                                       | ۴/۰۰۰/۰۰۰                                            |
| ۱۶۵۰۰۰                                       | ۵/۰۰۰/۰۰۰                                            |
| ۱۹۸۰۰۰                                       | ۶/۰۰۰/۰۰۰                                            |
| ۲۳۰۰۰۰                                       | ۷/۰۰۰/۰۰۰                                            |
| ۲۶۰۰۰۰                                       | ۸/۰۰۰/۰۰۰                                            |
| ۲۹۷۰۰۰                                       | ۹/۰۰۰/۰۰۰                                            |
| ۳۲۰۰۰۰                                       | ۱۰/۰۰۰/۰۰۰                                           |

توجه: حق بیمه سرانه موارد مازاد بر سقف بیست میلیون ریال مربوط به تعهدات دندانپزشکی خانوار به ازاء هر بیمه‌شده اصلی است.

۹-۲- بیمه‌گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه‌شدگان به تناسب تعداد بیمه‌شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور با کلینیک‌های دندانپزشکی و با دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود.

۹-۳- چنانچه بیمه‌گر 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 بیمه‌گذار کماکان نسبت به تسویه هزینه‌های دندانپزشکی بیمه‌شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می‌آید با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه‌گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

تبصره ۱: در هر صورت بیمه‌گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبت تعهدات خود را در پرداخت هزینه‌های مربوط به دندان انجام دهد.

تبصره ۲: پرداخت هزینه دندان مصنوعی از محل هزینه‌های وسائل کمک پزشکی بند ۸-۸ پرداخت می‌شود.

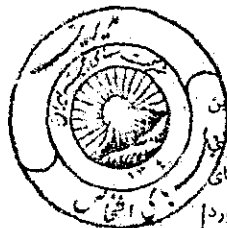
ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه‌ها:

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی به بیمه‌گر در مورد هزینه‌های دندانپزشکی که قبل از انقضای این قرارداد طرح درمان آن به تأیید بیمه‌گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد و همچنین ارائه هزینه‌های پاراکلینیکی ۲ ماه و در مورد هزینه‌های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه‌های مربوطه می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. لیکن در مورد هزینه‌های بیمارستانی در صورت موجه بودن تأخیر به شرط اعلام بیمه‌گذار به بیمه‌گر در طول مدت تعیین شده فوق‌الذکر تا مدت ۶ ماه مورد پذیرش خواهد بود.

ماده ۱۱- استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر جنبه درمانی داشته و بیمه‌شده حداقل یکسال سابقه بیمه‌ای نزد بیمه‌گر داشته باشد در خصوص نوزادان در صورت داشتن پوشش بیمه‌ای از بدو تولد نیازی به یک سال سابقه نمی‌باشد.



Handwritten signature and initials in black ink.

- ۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی طی پوشش بیمه‌ای 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 هسته‌ای.
- ۵- هزینه‌های واکسیناسیون و سایر خدمات بهداشتی و پیشگیری که از وظایف شبکه‌های بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است مگر در مواردی که در صورت حساب بیمارستان منعکس باشد.
- ۶- هزینه‌های مربوط به عقیم سازی مانند وازکتومی و TL.
- ۷- هزینه‌های 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، شکم‌بند 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 بیمه‌گر برسد). کلیه هزینه‌های مربوط به لوازم مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده می‌شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی‌شود.
- ۸- هزینه‌های ترک اعتیاد.
- ۹- هر نوع جک‌آپ و آزمایشات دورمائی (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).
- ۱۰- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- ۱۱- هزینه‌های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل، بیمه‌شده باشد.
- ۱۲- هزینه‌های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه‌شده مقصر حادثه نیست.
- ۱۳- جنون (در صورت عدم آگاهی بیمه‌شده نسبت به بیماری خود و همچنین به غیر از مواردی که تحت پوشش بیمه پایه قرار دارد)

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

### فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- مو ضوع قرارداد: عبارتست از بیمه عمر (فوت به هر علت) و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، در تمام اوقات شبانه‌روز.

ماده ۲- بیمه‌شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه‌گذار.

تبصره ۱) بازنشستگان تنها در یک نوبت و در ابتدای قرارداد می‌توانند تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرند. صرفاً کارکنان شاغلی که در طول مدت این قرارداد بازنشسته می‌گردند تا سه ماه بعد از تاریخ ابلاغ حکم بازنشست می‌توانند به این قرارداد اضافه گردند و تاریخ شروع پوشش از تاریخ ثبت درخواست در دبیرخانه بیمه‌گر می‌باشد. تبصره ۲) بیمه‌شدگانی که به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه‌نامه استفاده نموده‌اند از شمول این قرارداد خارج می‌باشند.

تبصره ۳) بیمه‌شدگان حداکثر تا سن ۸۵ سال تمام تحت پوشش بیمه عمر (فوت به هر علت) و نقص عضو دائم ناشی از حادثه می‌باشند و بعد از ۸۵ سالگی صرفاً تحت پوشش بیمه فوت و نقص عضو دائم ناشی از حادثه می‌باشند.

تبصره ۴) بیمه‌شدگانی که در طول مدت قرارداد در بیمه عمر - سن آنها از ۸۵ سال تمام تجاوز نماید کماکان تا پایان سال بیمه‌ای تحت پوشش خواهند بود.

ماده ۳ - تعریف حادثه: عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که منجر به فوت یا فوت بیمه شده گردد.  
ماده ۴ - تعریف نقص عضو و از کار افتادگی: عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

### فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۵ - بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد یک نسخه ایست حاوی مشخصات کامل کلیه بیمه شدگان 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.

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

۱-۶ - پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۱۲۲۹۳۶ (یکصد و بیست و دو هزار و نهصد و سی و شش) ریال به همراه پرداخت مالیات بر ارزش افزوده به میزان ۱۱۰۶۴ (یازده هزار و شصت و چهار) ریال جمعاً به میزان ۱۳۴۰۰۰ (صد و سی و چهار هزار) ریال تا سن ۸۵ سالگی بابت پوشش بیمه عمر و نقص عضو ناشی از حادثه و از سن ۸۵ سالگی به بعد ماهیانه ۱۱۹۲۷ (یازده هزار و نهصد و بیست و هفت) ریال به همراه مالیات بر ارزش افزوده به میزان ۱۰۷۳ (یک هزار و هفتاد و سه) ریال جمعاً به میزان ۱۳۰۰۰ (سیزده هزار) ریال بابت پوشش بیمه حادثه محاسبه و اعمال خواهد شد.

تبصره ۱) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه: حق بیمه هر ماه بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد می بایست 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 گذار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه گر می باشد.

ماده ۷ - وظایف بیمه شده و بیمه گذار در صورت وقوع حادثه:

به محض وقوع حادثه غیر از فوت، بیمه شده موظف است به پزشک مراجعه و دستورات وی را رعایت نماید. بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند. در صورت فوت بیمه شده، بیمه گذار باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند.

تبصره: بیمه گذار 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 خلاصه مرگ 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 برابر اصل کارت ملی بیمه شده متوفی.
  ۶. تصویر مصدق اولین حکم بازنشستگی صادره توسط سازمان تأمین اجتماعی یا سازمان بازنشستگی کشوری.
- ب) در صورت نقص عضو و از کارافتادگی 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 از کارافتادگی دائم بیمه شده.
  ۳. تصویر شناسنامه بیمه شده.
  ۴. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه شده.
  ۵. تصویر برابر اصل کارت ملی 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 به عهده داشته باشد، در این صورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تأییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی بر داشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

#### فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸- بیمه گر متعهد است در صورت وقوع هر یک 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 وراثت قانونی وی پرداخت نماید.

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل می باشد:

- ۱- فوت به هر علت صرفاً برای بیمه شدگان تا سن ۸۵ سال ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
  - ۲- فوت ناشی از حادثه صرفاً برای بیمه شدگان بیش از ۸۵ سال ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
  - ۳- نقص عضو دائم کلی ناشی از حوادث مشمول بیمه ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
  - ۴- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
- (براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه گذاران 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 نماید.

#### بخش سوم - مقررات گوناگون

ماده ۱- بیمه گر و بیمه گذار 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 گذار محفوظ می باشد.

ماده ۳- در صورت حذف مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی توسط سازمان امور مالیاتی کشور مبالغ مذکور در ماده ۶ قابل پرداخت نخواهد بود.

ماده ۴- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیته‌ی مشترک متشکل از نمایندگان بیمه‌گر و بیمه‌گذار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.

ماده ۵- موارد مسکوت یا پیش‌بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه‌های درمان، عمر و حوادث و قانون، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده ۶- مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۹۷/۴/۱ شروع و هر ساعت صفر بامداد ۹۸/۴/۱ منقضی می‌گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بند سراسر این قرارداد جدید عملی خواهد بود.

ماده ۷- در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه‌گذار و یا بیمه‌گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای قیامین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقاته کماکان به حال و قوت خود باقی است.

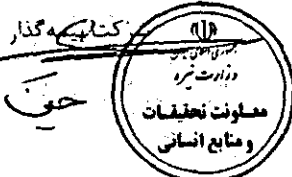
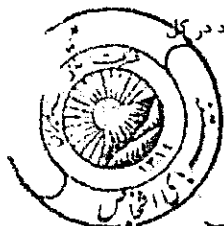
ماده ۸- بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از نقصاء مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.

ماده ۹- بیمه‌گر موظف است میزان دسترس بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی کاهش ندهد در غیر این صورت موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرارداد با بخش‌های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرارداد نیز می‌شود) را به وزارت نیرو و بیمه‌گذار اعلام نماید.

ماده ۱۰- سهم بیمه‌شده در مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد بیمه‌گر تنها فرانشیز مربوطه می‌باشد (به استثنای حق فنی). چنانچه مبلغ مازاد بر فرانشیز از بیمه‌شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه‌گر موظف به جبران آن می‌باشد.

ماده ۱۱- بیمه‌گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده دفترچه بیمه‌شده در هر کجای کشور بدون انجام فرایندهای اداری اضافی مهیا شده و هزینه درمانی بیمه‌شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه‌گذار در هر شهر مورد مراجعه بیمه‌شده به شعب بیمه‌گر قابل پرداخت باشد.

ماده ۱۲- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۳۰ تبصره، در بخش دو شامل ۹ ماده و ۹ تبصره و در بخش سه شامل ۱۲ ماده و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی‌باشند.



شرکت سهامی بیمه ایران

محمد پارسا

شغلین  
کارکنان رسمی  
و قراردادی  
و مدد معیشت  
و طریقی

## قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

شماره قرار داد: ۱۳۹۷/۱۳۱/۱۳۱/۱۱  
شماره قرار داد سال قبل:  
بیمه گذار: شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان شاغلین  
تعداد بیمه شدگان ۱۲۵ نفر  
حق بیمه صادره ۵,۸۹۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال  
الحاقی تغییر تعهدات: شماره:  
ساعت شروع قرارداد: ساعت صفر روز ابتدای قرارداد  
تاریخ صدور ۱۳۹۷/۰۵/۳۰  
تاریخ شروع: ۱۳۹۷/۰۴/۰۱  
تاریخ انقضا: ۱۳۹۸/۰۴/۰۱  
کد نمایندگی:  
کد و نام کار گزار  
تاریخ موثر: ۱۳۹۷/۴/۲۲  
ساعت پایان قرارداد: ساعت ۲۴ روز پایان قرارداد

\*\*\*\*\*

### فصل اول : کلیات

#### ماده ۱-

این بیمه نامه بین شرکت سهامی بیمه ایران به عنوان بیمه گر و شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان شاغلین با شناسه ملی و کد اقتصادی به عنوان بیمه گذار نامیده می شود ، براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ . آئین نامه های شورای عالی بیمه و عرف و عادت در ایران و به پیشنهاد کتبی بیمه گذار ( که جز لاینفک بیمه نامه است ) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است که با شرایط خصوصی ذیل منعقد می گردد :  
بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه به صورت کتبی به بیمه گذار اعلام شده است . تعهدات این قرارداد ذکر نشده است . جز تعهدات بیمه گر محسوب نمی شود .

#### ماده ۲-

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد با این مفاهیم استفاده شده اند :

##### (۱) بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران - مجتمع / شعبه به نشانی: سمنان تلفن فاکس ۲۳۲۲۸۶۴۵ که جبران هزینه های بیمارستانی ، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد .

##### (۲) بیمه گر پایه

سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی ، سازمان تأمین اجتماعی ، نیروهای مسلح و سازمان های مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگام موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند . بنابر این بیمه گرهای پایه بیمه گر اول و شرکت سهامی بیمه ایران بیمه گر دوم محسوب می شوند

##### (۳) بیمه گذار

شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان شاغلین به نشانی: سمنان تلفن ۲۳۲۲۳۳۲۲ فاکس ۲۳۲۲۳۳۲۲ که متعهد به پرداخت حق بیمه و سایر وظایف بیمه گذار به شرح این بیمه نامه می باشد .

##### (۴) گروه بیمه شدگان

عبارتند از کارکنان رسمی ، پیمانی و قراردادی بیمه گذار و اعضای خانواده ایشان که با معرفی و تایید بیمه گذار و به شرح ماده ۳ این بیمه نامه به عنوان بیمه شده به بیمه گر معرفی شده و حداقل پنجاه درصد کارکنان به همراه کلیه اعضای خانواده شان باید همزمان تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند . منظور از اعضای خانواده : شامل همسر ، فرزندان ، پدر ، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی است که به تبع بیمه شده اصلی نام دارند . دفترچه بیمه گر پایه می باشد .

#### تبصره ۱-

فرزندان ذکور تا سن بیست سال تمام، در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و دانشجویان رست پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام تحت پوشش این بیمه بوده و در صورتی که در ابتدای قرارداد مشمول این بیمه نامه باشند، پوشش بیمه ای ایشان تا پایان قرارداد ادامه خواهد داشت.

#### تبصره ۲-

فرزندان اثاث تا هنگام ازدواج یا اشتغال به کار تحت پوشش این بیمه نامه می باشند

#### تبصره ۳-

بیمه گذار می تواند در صورت موافقت بیمه گر، کارکنان بازنشسته خود را به همراه اعضای خانواده ایشان صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش این بیمه نامه درآورد.

#### (۵) موضوع بیمه:

عبارتست از جبران بخشی از هزینه های درمانی ناشی از بیماری و حوادث بیمه شدگان که مازاد بر تعهد بیمه گر پایه بوده یا در تعهد بیمه گر پایه نباشد و طی این بیمه نامه به شرح ماده ۶ این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

#### (۶) حادثه:

هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در طول مدت بیمه نامه اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

#### (۷) بیماری:

هر گونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک می باشد.

#### (۸) دوره انتظار:

مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و مدت آن مطابق ب ماده ۷ این بیمه نامه است.

#### (۹) فرانشیز:

فرانشیز سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران آن ندارد و میزان آن در این قرارداد طبق مندرجات جدول موضوع ماده ۶ تعیین می گردد.

### فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

#### ماده ۳- لیست اسامی بیمه شدگان:

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از امضا و مبادله قرارداد یک نسخه از فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بصورت فایل الکترونیکی طبق قالب تعیین شده از سوی بیمه گر، به طور صحیح و کامل مطابق با بند های ۱ و ۲ از ماده ۳ این بیمه نامه تهیه نموده و به صورت مکتوب صحت اطلاعات را تایید و با مهر و امضا رسمی به بیمه گر تحویل نماید. صرفاً چنین لیستی برای احراز پرسش بیمه ای بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت. بدیهی است جبران هرگونه ضرر و زیان ناشی از ارائه اطلاعات نادرست در خصوص بیمه شدگان به عهده بیمه گذار خواهد بود.

#### تبصره -

کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده ایشان در لیست اسامی اولیه موضوع ماده ۳ درج نگردیده باشد، به استناد از قلم افتادگی نمی توانند در عداد بیمه شدگان این بیمه نامه قرار گیرند. مگر اینکه بیمه گذار دلایل موجهی ارائه نموده و مورد تایید بیمه گر واقع گردد در صورت تایید بیمه گر، شروع پوشش بیمه ای این دسته از بیمه شدگان از اولین روز ماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

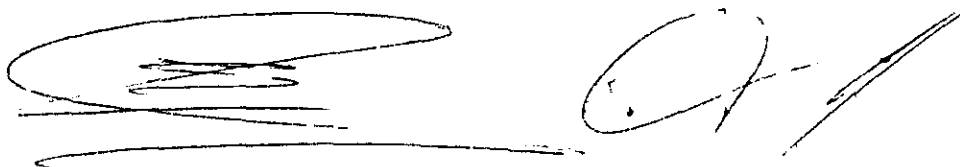
لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می بایست حاوی اطلاعات زیر باشد

#### (۱) اطلاعات مربوط به بیمه شده اصلی شامل:

کد پرسنلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی (روز / ماه / سال) - شماره شناسنامه - کد ملی - تاریخ استخدام - بیمه گر پایه - شماره دفترچه بیمه پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل - وضعیت تاهل (جهت واریز هزینه های درمان) - شماره تلفن همراه (جهت ارسال پیامک و اطلاعات لازم به بیمه شدگان) و سایر اطلاعات درخواستی.

#### (۲) اطلاعات مربوط به بیمه شده تبعی شامل:

نسبت با بیمه شده اصلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی (روز / ماه / سال) - شماره شناسنامه - کد ملی - بیمه گر پایه - شماره دفترچه بیمه گر پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل - وضعیت تاهل و سایر اطلاعات درخواستی.



### ۳) افزایش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد

افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی، همسر کارکنانی که در طول مدت قرارداد ازدواج نموده اند و افرادی که در طول سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار گیرند (منوط به اعلام کتبی بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از کفالت یا ازدواج) می توانند از اولین روز ماه بیمه ای بدو از اعلام کتبی بیمه گذار تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند.  
تبصره: نوزادان از بدو تولد تحت پوشش می باشند، مشروط به آنکه حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ تولد توسط بیمه گذار به بیمه گر معرفی

### ۴) کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد

موارد کاهش بیمه شدگان عبارتست از فوت بیمه شده و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود. تاریخ موثر برای حذف این دسته از بیمه شدگان منوط به اعلام کتبی بیمه گذار و به استناد مدارک مثبته از تاریخ فوت و یا قطع همکاری می باشد.  
\* بیمه گذار متعهد می گردد در موارد حذف بیمه شدگانی که از محل تعهدات این بیمه نامه خسارتی دریافت کرده اند، حق بیمه باقی مانده تا پایان بیمه نامه را پرداخت نماید.  
\* در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه نامه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده ایشان به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.

### ۵) تغییرات ماهانه بیمه شدگان

بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را همراه با ذکر علت و تاریخ تغییر وضعیت بیمه شده، حداکثر تا یکماه پس وقوع تغییر برای بیمه گر ارسال نماید.

### ماده ۴- نماینده قانونی بیمه گذار

بیمه گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تام الاختیار خود را به بیمه گر معرفی نماید. این نماینده رابط بین بیمه گر و بیمه گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه گذار و بیمه شدگان را به عهده دارد. بدین ترتیب بیمه شدگان می بایست امور درمانی خود را در قالب ایر قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه گر خودداری نمایند.

### ماده ۵- حق بیمه قرارداد

#### ۱) میزان حق بیمه:

حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه تعیین شده در این بیمه نامه است که با توجه به تعهدات بیمه گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان به شرح ذیل می باشد.

| ارقام به ریال                  |                                               |                                                  |                            |                            |                       |                      |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|
| مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر     |                                               | مبلغ ماهانه مالیات بر ارزش افزوده و مالیات سلامت |                            |                            |                       |                      |
| باحتساب ۰ درصد مالیات سال ۱۳۹۸ | باحتساب ۰ درصد مالیات سال ۱۳۹۷ و مالیات سلامت | درصد                                             | مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر | مبلغ مالیات سلامت (۰ درصد) | مبلغ هر درصد (۰ درصد) | مبلغ مالیات (۰ درصد) |
|                                |                                               | درصد                                             | ۲۹۳۰۰۰۰                    | ۰                          | ۰                     | ۰                    |
| ۲۹۳۰۰۰۰                        | ۲۹۳۰۰۰۰                                       | ۰                                                | ۰                          | ۰                          | ۰                     | ۰                    |

\* لازم به توضیح است مالیات در این بیمه نامه مطابق با مصوبات سازمان امور مالیاتی کشور محاسبه می گردد.

#### ۲) نحوه پرداخت حق بیمه

حق بیمه به صورت یکجا در ابتدای قرارداد دریافت می گردد. در صورت تأیید بیمه گر مبنی بر پرداخت حق بیمه به صورت اقساط، بیمه گذار مکلف است قسط اول حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در شروع قرارداد و باقی را در ابتدای هر سررسید حداکثر ظرف مدت پانزده روز در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

\* مهلت پرداخت حق بیمه قطعی بوده و در صورت عدم پرداخت حق بیمه قرارداد در مهلت مقرر، سیستم به صورت خودکار قرارداد را با صدور الحاقی به حالت تعلیق درآورده و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت نخواهد داشت. پس از پرداخت حق بیمه های معوق، بیمه گر منخیر است نسبت به رفع تعلیق یا فسخ قرارداد مطابق با ماده ۲۰ این قرارداد اقدام نماید.

۳

**۳) حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش)**

حق بیمه تغییرات ماهانه بیمه شدگان توسط بیمه گر و به شرح ذیل محاسبه شده و در اقساط تعیین شده اعمال می گردد که می بایست در موعد سر رسید در وجه بیمه گر پرداخت شود.

\* در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان ، حق بیمه کسر مباد یک ماه تمام محاسبه می شود

\* در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان ، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد  
تبصره -

افرادی که در طول مدت بیمه نامه خسارتی دریافت کرده باشند ، حتی در صورت قطع همکاری با بیمه گذار می بایست حق بیمه یکسال را به طور کامل پرداخت نمایند

۴) بیمه گذار مکلف است وجوه حق بیمه را بر اساس شناسه های اعلام شده از سوی بیمه گر صرفاً به شماره حساب ۴۳۲۲۲۲۴۱۲

نزد بانک بانک منت به نام ملت مطهری واریز نماید .

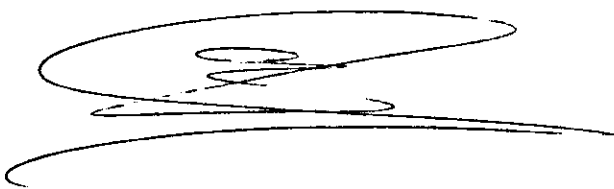
۵) بیمه گذار موظف است در صورت درخواست بیمه گر مستندات پرداخت حق بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهد

**فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر**

**ماده ۶ - حدود تعهدات بیمه گر:**

| ردیف | نام تعهدات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | واحد    | حداکثر تعهدات | قرارداد | تحت تکفل | غیر تحت تکفل |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|---------|----------|--------------|
| ۱    | هزینه های سمراستانی (جراحی عمومی) - هزینه های بستری - جراحی - شیمی درمانی (بستری و سرپایی) - رادیوتراپی - آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و تبصره : اعمال جراحی به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی ، کمتر از یک روز باشد . هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستانها به جر زایمان | نفر     | نامحدود       | ۲۵      | *        | *            |
| ۲    | جراحی تخصصی (شش عمل اصلی) - هزینه اعمال جراحی اصلی - منور اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) ، گالمانایف ، قلب پیونداری ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان با احتساب بند ۱)                                                                                                                                                                                           | نفر     | نامحدود       | ۱۵      | *        | *            |
| ۳    | زایمان - هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | نفر     | نامحدود       | ۲۵      | *        | *            |
| ۴    | پاراکلینیکی ۱ - پاراکلینیکی شامل : انواع سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - انواع اندوسکوپی - ام آر ای - اکوگرافی - استرس اکو - کاتیسومتری - انواع آنژیوگرافی (بجز چشم و قلب) - گفتار درمانی - کاردرمانی                                                                                                                                                                                     | نفر     | نامحدود       | ۲۰      | *        | *            |
| ۵    | پاراکلینیکی ۲ - هزینه های مربوط به تست ورزش ، تست ورزشی ، تست تنفسی (اسپیرومتری) ، نوار عضله ، نوار عصب ، نوار مغز ، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام) ، شنوایی منجی ، بینایی منجی ، آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیتورینگ قلب                                                                                                                                                                   | نفر     | نامحدود       | ۲۰      | *        | *            |
| ۶    | جراحی های مجاز سرپایی - جراحی های مجاز سرپایی شامل : شکستگی بودروفکتی - گچ گیری - ختنه - سخیه - کرایوتراپی - اکسیژن لیوم - بیوبسی - تخلیه کیست و لیتر درمانی (به استثنای رفع عیوب انگساری دید چشم)                                                                                                                                                                                             | نفر     | نامحدود       | ۲۰      | *        | *            |
| ۷    | هزینه های امبولاس داخل شهر - هزینه های امبولاس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج                                                                                                                                                                                          | نفر     | ۳۰۰۰۰۰۰       | ۲۵      | *        | *            |
| ۸    | هزینه های امبولاس خارج شهر - هزینه های امبولاس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج                                                                                                                                                                                          | نفر     | ۷۵۰۰۰۰۰       | ۲۵      | *        | *            |
| ۹    | دندان پزشکی - کتبه هزینه های مربوط به دندان پزشکی منجمه گسستن - بر کردن - جراحی لثه - سنج - روت کانال (درمان ریشه) - ارتودنسی - ایمپلنت هزینه های دندان پزشکی بر اساس تعرفه ای محاسبه می شود که سالانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه ، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می کند                                                                                                | خانواده | ۳۳۰۰۰۰۰       | ۲۵      | *        | *            |
| ۱۰   | خرید اعضای طبیعی بدن - تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً باتائید انجمن حمایتی مربوطه)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | نفر     | ۱۰۰۰۰۰۰۰      | ۲۵      | *        | *            |

| ردیف | نام بهداشت                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | واحد | حداکثر تعداد | قرارداد | تحت تکفل | تحت تکفل |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|---------|----------|----------|
| ۱۱   | عینک طبی - هزینه عینک دو دید هر دو سال یکبار                                                                                                                                                                                                                                                                 | نفر  | ۵۰۰۰۰۰۰      | ۰       | *        | *        |
| ۱۲   | درمان بیماریهای خاص (بیماران صعب العلاج - شیمی درمانی ، ام اس و بیماریهای خاص) باستثنا دارو - دارو بیماریهای خاص (بیماران صعب العلاج) مانند کانسرو ، پارکینسون ، هیپاتیت و ایدز ، شیمی درمانی ، ام اس ، جراحی های ناشی از سرطان و بیماریهای خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد | نفر  | نامحدود      | ۰       | *        | *        |
| ۱۳   | هزینه های درمان نازایی و ناباروری - هزینه های درمان نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیصی ، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط ... ، میکرواینجکشن و                                                                                                                                                          | نفر  | ۱۰۰۰۰۰۰۰     | ۲۰      | *        | *        |
| ۱۴   | پویریت دارو و خدمات اورژانس - ویریت ( طبق تعرفه وزارت بهداشت ) و دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و خدمات اورژانس در موارد غیربستری و هزینه های سرنگ ، آب مقطر ، آنژیوکت ، ست سرم ، اسکالپ جز هزینه های ملزومات دارویی محسوب می گردد                                                                     | نفر  | نامحدود      | ۲۰      | *        | *        |
| ۱۵   | هزینه های اروتز - هزینه های اروتز (طبق تعریف وزارت بهداشت) با تایید پزشک معالج با توجه به نوع عمل جراحی سمعک ، واکر                                                                                                                                                                                          | نفر  | نامحدود      | ۲۰      | *        | *        |
| ۱۶   | خدمات آزمایشگاهی - هزینه خدمات آزمایشگاهی ( بغیر از چکاب و غربالگری ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ، با تولوژی ، آسیب شناسی ، ژنتیک پزشکی ، انواع رادیوگرافی ، نوار قلب و فیزیوتراپی                                                                                                                          | نفر  | نامحدود      | ۲۰      | *        | *        |
| ۱۷   | رفع عیوب انکساری چشم راست - لیزیک چشم راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی استیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد                    | نفر  | ۲۵۰۰۰۰۰۰     | ۲۰      | *        | *        |
| ۱۸   | رفع عیوب انکساری چشم چپ - لیزیک چشم چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی استیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد                        | نفر  | ۲۵۰۰۰۰۰۰     | ۲۰      | *        | *        |
| ۱۹   | عینک یک دید - هزینه عینک یک دید هر دو سال یکبار                                                                                                                                                                                                                                                              | نفر  | ۵۰۰۰۰۰۰      | ۰       | *        | *        |
| ۲۰   | هزینه های ناشی از سوختگی - هزینه های ناشی از سوختگی                                                                                                                                                                                                                                                          | نفر  | نامحدود      | ۰       | *        | *        |




#### تبصره ۱

بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه های اعمال غیر مجاز سرپایی ( در مطب ) مندرج در شرایط عمومی آیین نامه ۷۴ بیمه های درمان ندارد.

#### تبصره ۲

هزینه های آمبولانس داخل شهر و خارج شهر از محل تعهد هزینه های بیمارستانی ( بند ۱ ) و مجموع تعهد بیمه گر برای تعهدات ردیف های ۱ تا ۴ جدول فوق حداکثر معادل سقف تعهد جراحی تخصصی خواهد بود . سایر تعهدات به صورت مستقل در نظر گرفته می شود .

#### ماده ۷- دوره انتظار:

دوره انتظار برای تعهد زایمان به مدت ۰ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان خواهد بود . که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه مربوطه نخواهد داشت . مگر اینکه بیمه شده به صورت متوالی و مستمر قبلاً تحت پوشش بیمه نامه درمان تکمیلی بوده و مستندات آن را به بیمه گر تحویل نماید .

#### ماده ۸- فرانشیز:

فرانشیز در این بیمه نامه مطابق با جدول تعهدات موضوع ماده ۶ محاسبه خواهد شد . لازم به توضیح است در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه ، فرانشیز معادل میزان تعیین شده در قرارداد و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه خواهد بود

#### تبصره

در صورتی که سهم بیمه گر پایه کمتر از فرانشیز مقرر در قرارداد باشد ، ما به التفاوت سهم بیمه گر پایه و فرانشیز از خسارت مورد تایید بیمه گر کسر خواهد شد .

#### ماده ۹- استثنائات:

هزینه این موارد مطابق با ماده ۷ از آئین نامه ۷۴ بیمه های درمان شورای عالی بیمه از شمول تعهدات بیمه گر خارج است :

- ( ۱ ) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد .
- ( ۲ ) عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد
- ( ۳ ) سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج .
- ( ۴ ) ترک اعتیاد .
- ( ۵ ) خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- ( ۶ ) حوادث طبیعی مانند سیل ، زلزله و آتشفشان .
- ( ۷ ) جنگ ، شورش ، اغتشاش ، بلوا ، اعتصاب ، قیام ، آشوب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به دید مقامات ذی صلاح .
- ( ۸ ) فعل و انفعالات هسته ای .
- ( ۹ ) هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر .
- ( ۱۰ ) هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر
- ( ۱۱ ) جنون .
- ( ۱۲ ) جراحی لثه .
- ( ۱۳ ) لزوم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر

۱۴) جراحی فک مگر به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش

۱۵) هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی

۱۶) رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا جمع قدر مخلوق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف استیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷) کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است

#### ماده ۱۰ - مهلت پرداخت خسارت:

بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت کند.

### فصل چهارم: نحوه ارائه خدمات به بیمه شدگان

#### ماده ۱۱ - نحوه استفاده بیمه شدگان از خدمات و تعهدات بیمه نامه:

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورتحساب 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. لیکن در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر، نیازی به اخذ معرفی نامه یا مراجعه حضوری به بیمه گر نبوده و بیمه شدگان می توانند با ارائه اصل کدت منی و دستور پزشک در مراکز درمانی طرف قرارداد از خدمات و تعهدات این بیمه نامه استفاده نمایند. لذا اولویت، استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر می باشد. (فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد در سایت رسمی بیمه گر به نشانی

<http://www.iraninsurance.com> سربرگ مراکز ارائه خدمات - در دسترس تمامی بیمه شدگان می باشد.)

۱) در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورتحساب مرکز درمانی منبای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود.

۲) چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد.

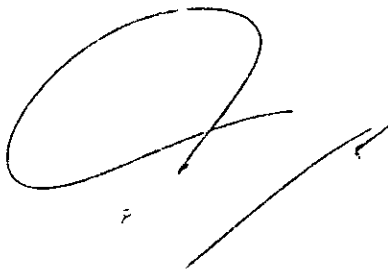
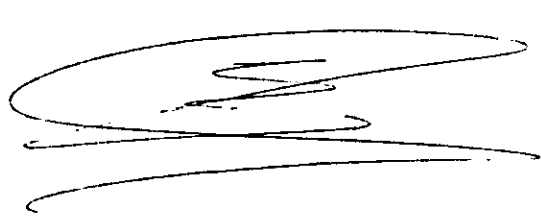
۳) در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد (اصل همتراری).

#### تبصره

محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و اعمال جراحی سرپایی، بر اساس تعرفه اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی در پرداخت خسارت های مستقیم و حداکثر مدادال تعرفه های اعلام شده از طرف بیمه ایران در پرداخت خسارت های غیر مستقیم می باشد.

۴) چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هر کدام از شرکت های بیمه مخیر است

۵) در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاد از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبنای بیش از هزینه های انجام شده نیست.



در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه ، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مربوطه کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه سنج سایر بیمه گرها ( بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل ) معادل یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد

۶) در مواردی که طبق تشخیص کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور انجام معالجات در داخل کشور امکان پذیر نباشد ، یا بیمه شده هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند ، در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه ، صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند ، تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد . در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق ( یعنی موارد فقد تأییدیه از سوی کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور یا موارد غیر اورژانسی ) ، هزینه های انجام شده حسب تأیید سفارت یا کنسولگری ج ۱۱ در کشور مربوطه ، حداکثر معادل بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

#### تبصره

میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان بر حسب ریال محاسبه و پرداخت خواهد شد .

#### ماده ۱۲ - ترتیب پذیرش بیمه شدگان در مراکز درمانی :

۱) چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند ، لازم است موارد زیر را رعایت فرمایند :

الف - با همراه داشتن اصل دستور پزشک معالج و اصل کارت ملی به یکی از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه فرمایند.

ب - هزینه های درمانی مربوطه توسط بیمه گر به مرکز درمانی طرف قرارداد طبق قرارداد فی ما بین پرداخت خواهد شد مگر هزینه های خارج از تعهد ، خارج از سقف یا فرانشیز سهم بیمه شده که به عهده بیمه شده و بیمه گذار بوده و لازم است توسط بیمه شده پرداخت گردد

۲) چنانچه بیمه شدگان در بیمارستان های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند :

الف - حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری در بیمارستان ، مراتب از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع داده شود .

ب - پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی توسط بیمه شدگان یا بیمه گذار تأمین و پرداخت گردد .

ج - اصل صورت حساب ، ریز صورت هزینه ها و فاکتورهای مربوطه و گواهی های بیمارستانی یا انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار یا نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال فرمایند .

#### تبصره ۱-

بیمه شدگان می بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول مانند سازمان خدمات درمانی ، تأمین اجتماعی یا سازمان های مشابه اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان های یاد شده ، از طریق نماینده بیمه گذار به بیمه گر ، هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند .

#### تبصره ۲-

در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نمی نماید مشمول فرانشیز موضوع بند ۹ از ماده ۲ این بیمه نامه خواهد شد

#### ماده ۱۳ - مهلت تحویل مدارک :

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یکماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر یکماه بعد از انجام آن خواهد بود .

## فصل پنجم: سایر شرایط

### ماده ۱۴ اتباع غیر ایرانی:

خسارت مربوط به کارکنانی با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای مجوز اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

### ماده ۱۵ - اصل حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات شان را در اختیار بیمه گر قرار دهند

( ۱ ) اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد بیمه نامه فسخ خواهد شد

( ۲ ) هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده یا به وسیله اظهارات کاذب و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود 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 بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد .

### ماده ۱۶ - حق تحقیق:

به منظور حفظ حقوق طرفین و همچنین شفافیت در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان ، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد .

### ماده ۱۷ -

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه گذار ، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان ( جهت محاسبه حق بیمه قطعی ) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است ، بیمه گر مجاز به تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود .

### ماده ۱۸ - حل اختلاف نظر:

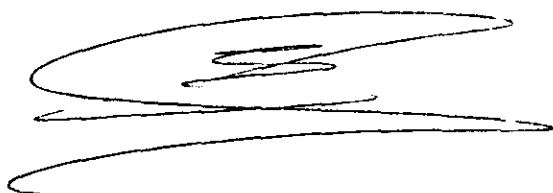
در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد ، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل خواهد شد . در غیر اینصورت رای مراجع ذیصلاح نافذ می باشد .

### ماده ۱۹ - مدت بیمه نامه:

مدت بیمه نامه یک سال تمام شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۳۹۷/۰۴/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ خاتمه می یابد .

### ماده ۲۰ - شرایط فسخ قرارداد:

موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه : بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند



#### الف - موارد فسخ از طرف بیمه گر :

(۱) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسید مقرر  
(۲) هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سونیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد یا از اهمیت آن کاسته شود .

(۳) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه .

#### ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار

(۱) در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود .

(۲) در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود .

(۳) در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است .

#### ج- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ :

(۱) در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر ، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود .

(۲) در صورت فسخ از طرف بیمه گذار حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه بیمه ای محاسبه می شود ( کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد ) . در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد ، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانند حق بیمه سالانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند و بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید .

#### د - نحوه فسخ :

(۱) در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد . در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار ، فسخ شد تلقی می شود .

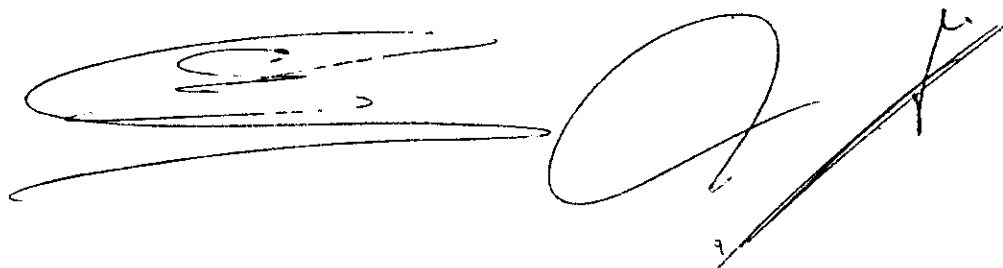
(۲) بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کند . در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است ، بیمه نامه فسخ شده تلقی می شود .

#### ماده ۲۱ - شرایط تمدید قرارداد :

تمدید قرارداد برای سال بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار و با صدور الحاقی یا تنظیم قرارداد جدید انجام خواهد شد به منظور استمرار ارائه خدمات به بیمه شدگان ، بیمه گر و بیمه گذار اقدامات لازم جهت تمدید قرارداد را ترجیحاً یک ماه قبل از اتمام قرارداد جاری انجام خواهند داد .

#### ماده ۲۲ - سایر موارد :

در کلیه مواردی که در این قرارداد از آنها ذکر به میان نیامده باشد ، مطابق با شرایط عمومی بیمه درمان گروهی ( آئین نامه شماره ۷۴ مصوب شورای عالی بیمه ) که جز لاینفک این بیمه نامه بوده و به بیمه گذار تحویل گردیده است و همچنین قوانین جاری کشور عمل خواهد شد



**ماده ۲۳ - خاتمه :**

این قرارداد مشتمل بر ۲۳ ماده و ۱۷ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ ۱۳۹۷/۰۵/۳۰ امضا و مبادله شده است .

بیمه گذار



مجری قرارداد:

امضا

بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران

مجمع / شعبه

تهران



قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

|                                                        |                                               |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| شماره قرار داد: ۱۳۹۷/۱۳۱/۱۳۱/۱۲                        | تاریخ صدور: ۱۳۹۷/۰۵/۳۰                        |
| شماره قرار داد سال قبل:                                | تاریخ شروع: ۱۳۹۷/۰۴/۰۱                        |
| بیمه گذار: شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان تحت تکفل | تاریخ انقضا: ۱۳۹۸/۰۴/۰۱                       |
| تعداد بیمه شدگان ۲۰۹ نفر                               | کد نمایندگی:                                  |
| حق بیمه صادره ۱.۵۵۴.۹۶۰.۰۰۰ ریال                       | کد و نام کار گزار:                            |
| الحاقی تغییر تعهدات                                    | تاریخ منبر: ۱۳۹۷/۴/۲۴                         |
| ساعت شروع قرارداد: ساعت صفر روز ابتدای قرارداد         | ساعت پایان قرارداد: ساعت ۲۴ روز پایان قرارداد |

\*\*\*\*\*

فصل اول: کلیات

ماده ۱-

این بیمه نامه بین شرکت سهامی بیمه ایران به عنوان بیمه گر و شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان تحت تکفل با شناسه ملی و کد اقتصادی به عنوان بیمه گذار نامیده می شود. براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶. آئین نامه های شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران و به پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جز لاینفک بیمه نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است که با شرایط خصوصی ذیل منعقد می گردد:

بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه به صورت کتبی به بیمه گذار اعلام شده یا در تعهدات این قرارداد ذکر نشده است. جز تعهدات بیمه گر محسوب نمی شود.

ماده ۲-

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد با این مفاهیم استفاده شده اند:

۱) بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران - مجتمع / شعبه به نشانی: سمنان تلفن فاکس ۲۲۲۲۸۶۴۵ کد جبران هزینه های بیمارستانی. جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد.

۲) بیمه گر پایه

سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و سازمان های مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند. بنابر این بیمه گرهای پایه بیمه گر اول و شرکت سهامی بیمه ایران بیمه گر دوم محسوب میشوند.

۳) بیمه گذار

شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان تحت تکفل به نشانی: سمنان تلفن فاکس ۲۲۲۲۲۲۳۳ که متعهد به پرداخت حق بیمه و سایر وظایف بیمه گذار به شرح این بیمه نامه می باشد.

۴) گروه بیمه شدگان

عبارتند از کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی بیمه گذار و اعضای خانواده ایشان که با معرفی و تایید بیمه گذار و به شرح ماده ۳ این بیمه نامه به عنوان بیمه شده به بیمه گر معرفی شده و حداقل پنجاه درصد کارکنان به همراه کلیه اعضای خانواده شان باید همزمان تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند. منظور از اعضای خانواده: شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی است که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه گر پایه میباشند.



#### تبصره ۱-

فرزند ان ذکور تا سن بیست سال تمام ، در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام تحت پوشش این بیمه بوده و در صورتی که در ابتدای قرارداد مشمول این بیمه نامه باشند ، پوشش بیمه ای ایشان تا پایان قرارداد ادامه خواهد داشت .

#### تبصره ۲-

فرزند اناث تا هنگام ازدواج یا اشتغال به کار تحت پوشش این بیمه نامه می باشند .

#### تبصره ۳-

بیمه گذار می تواند در صورت موافقت بیمه گر ، کارکنان بازنشسته خود را به همراه اعضای خانواده ایشان صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش این بیمه نامه درآورد .

#### (۵) موضوع بیمه:

عبارتست از جبران بخشی از هزینه های درمانی ناشی از بیماری و حوادث بیمه شدگان که مازاد بر تعهد بیمه گر پایه بوده یا در تعهد بیمه گر پایه نباشد و طی این بیمه نامه به شرح ماده ۶ این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است .

#### (۶) حادثه:

هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در طول مدت بیمه نامه اتفاق افتاده و منجر به جرح ، نقص عضو ، از کارافتادگی یا فوت بیمه شده گردد .

#### (۷) بیماری:

هر گونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک می باشد .

#### (۸) دوره انتظار:

مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و مدت آن مطابق با ماده ۷ این بیمه نامه است .

#### (۹) فرانشیز:

فرانشیز سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران آن ندارد و میزان آن در این قرارداد طبق مندرجات جدول موضوع ماده ۶ تعیین می گردد .

### فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

#### ماده ۳- لیست اسامی بیمه شدگان:

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از امضا و مبادله قرارداد یک نسخه از فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را ، بصورت فایل الکترونیکی طبق قالب تعیین شده از سوی بیمه گر ، به طور صحیح و کامل مطابق با بند های ۱ و ۲ از ماده ۳ این بیمه نامه تهیه نموده و به صورت مکتوب صحت اطلاعات را تایید و با مهر و امضا رسمی به بیمه گر تحویل نماید . صرفاً چنین لیستی برای احراز پوشش بیمه ای بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت . بدیهی است جبران هرگونه ضرر و زیان ناشی از ارائه اطلاعات نادرست در خصوص بیمه شدگان به عهده بیمه گذار خواهد بود .

#### تبصره -

کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده ایشان در لیست اسامی اولیه موضوع ماده ۳ درج نگردیده باشد ، به استناد از قلم افتادگی نمی توانند در عداد بیمه شدگان این بیمه نامه قرار گیرند . مگر اینکه بیمه گذار دلایل موجهی ارائه نموده و مورد تایید بیمه گر واقع گردد در صورت تایید بیمه گر ، شروع پوشش بیمه ای این دسته از بیمه شدگان از اولین روز ماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود .

لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می بایست حاوی اطلاعات زیر باشد :

#### (۱) اطلاعات مربوط به بیمه شده اصلی شامل:

کد پرسنلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی ( روز / ماه / سال ) - شماره شناسنامه - کد ملی - تاریخ استخدام - نام بیمه گر پایه - شماره دفترچه بیمه پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل - شماره ثنا ( جهت واریر هزینه های درمان ) - شماره تلفن همراه ( جهت ارسال پیامک و اطلاعات لازم به بیمه شدگان ) و سایر اطلاعات درخواستی .

#### (۲) اطلاعات مربوط به بیمه شده تبعی شامل:

نسبت با بیمه شده اصلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی ( روز / ماه / سال ) - شماره شناسنامه - کد ملی - نام بیمه گر پایه - شماره دفترچه بیمه گر پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل - وضعیت تکفل و سایر اطلاعات درخواستی .



#### ۳) افزایش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد

افراد جدیدالاستخدام ، کارکنان انتقالی ، همسر کارکنانی که در طول مدت قرارداد ازدواج نموده اند و افرادی که در طول سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار گیرند ( منوط به اعلام کتبی بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از کفالت یا ازدواج ) می توانند از اولین روز ماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گذار تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند .  
تبصره: هنوزادان از بدو تولد تحت پوشش می باشند ، مشروط به آنکه حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ تولد توسط بیمه گذار به بیمه گر معرفی

#### ۴) کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد

موارد کاهش بیمه شدگان عبارتست از فوت بیمه شده و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود . تاریخ مؤثر برای حذف این دسته از بیمه شدگان منوط به اعلام کتبی بیمه گذار و به استناد مدارک مثبته از تاریخ فوت و یا قطع همکاری می باشد .  
\* بیمه گذار متعهد می گردد در موارد حذف بیمه شدگانی که از محل تعهدات این بیمه نامه خسارتی دریافت کرده اند ، حق بیمه باقی مانده تا پایان بیمه نامه را پرداخت نماید .  
\* در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه نامه فوت کند ، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده ایشان به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت .

#### ۵) تغییرات ماهانه بیمه شدگان

بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را همراه با ذکر علت و تاریخ تغییر وضعیت بیمه شده ، حداکثر تا یکماه پس وقوع تغییر برای بیمه گر ارسال نماید .

#### ماده ۴- نماینده قانونی بیمه گذار

بیمه گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تام الاختیار خود را به بیمه گر معرفی نماید . این نماینده رابط بین بیمه گر و بیمه گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه گذار و بیمه شدگان را به عهده دارد . بدین ترتیب بیمه شدگان می بایست امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه گر خودداری نمایند .

#### ماده ۵- حق بیمه قرارداد

##### ۱) میزان حق بیمه:

حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه تعیین شده در این بیمه نامه است که با توجه به تعهدات بیمه گر ، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان به شرح ذیل می باشد .

| ارقام به ریال                                    |                    |                            |                            |        |                            |
|--------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|--------|----------------------------|
| مبلغ ماهانه مالیات بر ارزش افزوده و مالیات سلامت |                    |                            | مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر |        |                            |
| مبلغ ماهانه (درصد ۱)                             | مبلغ هراس (درصد ۱) | مبلغ مالیات سلامت (درصد ۱) | مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر | درصد   | مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر |
|                                                  |                    |                            | ۶۲۰.۰۰۰                    | ۰ درصد | ۶۲۰.۰۰۰                    |
|                                                  |                    |                            |                            | ۰ درصد | ۶۲۰.۰۰۰                    |
|                                                  |                    |                            |                            | ۰ درصد | ۶۲۰.۰۰۰                    |
|                                                  |                    |                            |                            | ۰ درصد | ۶۲۰.۰۰۰                    |
|                                                  |                    |                            |                            | ۰ درصد | ۶۲۰.۰۰۰                    |

\* لازم به توضیح است مالیات در این بیمه نامه مطابق با مصوبات سازمان امور مالیاتی کشور محاسبه می گردد .

##### ۲) نحوه پرداخت حق بیمه

حق بیمه به صورت یکجا در ابتدای قرارداد دریافت می گردد . در صورت تأیید بیمه گر مبنی بر پرداخت حق بیمه به صورت اقساط ، بیمه گذار مکلف است قسط اول حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در شروع قرارداد و مابقی را در ابتدای هر سررسید حداکثر ظرف مدت پانزده روز در وجه بیمه گر پرداخت نماید .

\* مهلت پرداخت حق بیمه قطعی بوده و در صورت عدم پرداخت حق بیمه قرارداد در مهلت مقرر ، سیستم به صورت خودکار قرارداد را با صدور الحاقی به حالت تعلیق درآورده و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت نخواهد داشت . پس از پرداخت حق بیمه های موقوف ، بیمه گر مخیر است نسبت به رفع تعلیق یا فسخ قرارداد مطابق با ماده ۲۰ این قرارداد اقدام نماید

### ۳) حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش)

حق بیمه تغییرات ماهانه بیمه شدگان توسط بیمه گر و به شرح ذیل محاسبه شده و در اقساط تعیین شده اعمال می گردد که می بایست در موعد سر رسید در وجه بیمه گر پرداخت شود.

\* در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان ، حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه می شود

\* در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان ، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد

تبصره -

افرادی که در طول مدت بیمه نامه خسارتی دریافت کرده باشند ، حتی در صورت قطع همکاری با بیمه گذار می بایست حق بیمه یکسال را به طور کامل پرداخت نمایند .

۴۳۲۲۲۲۴۱۴

۴) بیمه گذار مکلف است وجوه حق بیمه را بر اساس شناسه های اعلام شده از سوی بیمه گر صرفاً به شماره حساب

نزد بانک ملت به نام ملت مطهری واریز نماید .

۵) بیمه گذار موظف است در صورت درخواست بیمه گر مستندات پرداخت حق بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهد

### فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

#### ماده ۶ - حدود تعهدات بیمه گر:

| ردیف | نام تعهدات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | واحد | حداکثر تعهدات | قرارداد | تحت تکفل | غیر تحت تکفل |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|---------|----------|--------------|
| ۱    | هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) - هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود تبصره: اعمال جراحی به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی ، کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستانها به جز زایمان | نفر  | نامحدود       | ۲۵      | ۲۵       | *            |
| ۲    | جراحی تخصصی (شش عمل اصلی) - هزینه اعمال جراحی اصلی - مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱)                                                                                                                                                                            | نفر  | نامحدود       | ۱۵      | ۱۵       | *            |
| ۳    | زایمان - هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | نفر  | نامحدود       | ۲۵      | ۲۵       | *            |
| ۴    | پاراکلینیکی ۱ - پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - انواع آندوسکوپی - ام آر ای - آکوکاردیوگرافی - استرس اکو - داکتیلمتری - انواع آنژیوگرافی (بجز چشم و قلب)                                                                                                                                                                                                      | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | ۲۰       | *            |
| ۵    | پاراکلینیکی ۲ - هزینه های مربوط به تست ورزش ، تست ورزشی ، تست تنفسی (اسپیرومتری) ، نوار عضله ، نوار عصب ، نوار مغز ، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام) ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیتورینگ قلب                                                                                                                                                              | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | ۲۰       | *            |
| ۶    | جراحی های مجاز سرپایی - جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و دررفتگی - گچ گیری - ختنه - خیه - کرایوتراپی - لاکسیز یون لیوم - بیوپسی - تخلیه کیست و لیتر در درمانی (به استثنای رفع عیوب انگاری دید چشم)                                                                                                                                                                                    | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | ۲۰       | *            |
| ۷    | هزینه های امبولاس داخل شهر - هزینه های امبولاس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج                                                                                                                                                                                     | نفر  | ۳۰۰۰۰۰        | ۲۵      | ۲۵       | *            |
| ۸    | هزینه های امبولاس خارج شهر - هزینه های امبولاس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج                                                                                                                                                                                     | نفر  | ۷۵۰۰۰۰        | ۲۵      | ۲۵       | *            |
| ۹    | خرید اعضای طبیعی بدن - تهیه اعضای طبیعی بدن ( صرفاً با تایید انجمن حمایتی مربوطه )                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | نفر  | ۱۰۰۰۰۰۰       | ۲۵      | ۲۵       | *            |
| ۱۰   | عینک طبی - هزینه عینک دو دید هر دو سال یکبار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | نفر  | ۵۰۰۰۰۰        | ۰       | ۰        | *            |
| ۱۱   | درمان بیماریهای خاص (بیماران صعب العلاج ، شیمی درمانی ، ام اس و بیماریهای خاص) با استناد دارو - درمان بیماریهای خاص (بیماران صعب العلاج ، شیمی درمانی ، ام اس و بیماریهای خاص) با استناد دارو                                                                                                                                                                                             | نفر  | نامحدود       | ۰       | ۰        | *            |

| ردیف | نام تعهدات                                                                                                                                                                                                                                                                                  | واحد | حداکثر تعهدات | قرارداد | تحت تکفل | غیر تحت تکفل |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|---------|----------|--------------|
| ۱۲   | هزینه های درمان نازایی و ناباروری - هزینه های درمان نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط ... میکرواینجکشن و ...                                                                                                                                        | نفر  | ۱۰۰۰۰۰۰۰      | ۲۰      | ۲۰       | ۰            |
| ۱۳   | ویزیت دارو و خدمات اورژانس - ویزیت (طبق تعرفه وزارت بهداشت) و دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری                                                                                                                                                        | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | ۲۰       | ۰            |
| ۱۴   | هزینه های اروتز - هزینه های اروتز (طبق تعرفه وزارت بهداشت)                                                                                                                                                                                                                                  | نفر  | ۱۰۰۰۰۰۰۰      | ۲۰      | ۲۰       | ۰            |
| ۱۵   | خدمات آزمایشگاهی - هزینه خدمات آزمایشگاهی (بفیرازچکاپ و غربالگری شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی)                                                                                                                   | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | ۲۰       | ۰            |
| ۱۶   | رفع عیوب انکساری چشم راست - لیزیک چشم راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی، استیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. | نفر  | ۲۵۰۰۰۰۰۰      | ۲۰      | ۲۰       | ۰            |
| ۱۷   | رفع عیوب انکساری چشم چپ - لیزیک چشم چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی، استیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.     | نفر  | ۲۵۰۰۰۰۰۰      | ۲۰      | ۲۰       | ۰            |
| ۱۸   | عینک یک دید - هزینه عینک یک دید هر دو سال یکبار                                                                                                                                                                                                                                             | نفر  | ۵۰۰۰۰۰۰       | ۰       | ۰        | ۰            |



#### تبصره ۱

بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه های اعمال غیر مجاز سرپایی ( در مطب ) مندرج در شرایط عمومی آیین نامه ۷۴ بیمه های درمان ندارد .

#### تبصره ۲

هزینه های آمبولانس داخل شهر و خارج شهر از محل تعهد هزینه های بیمارستانی ( بند ۱ ) و مجموع تعهد بیمه گر برای تعهدات ردیف های ۱ تا ۴ جدول فوق حداکثر معادل سقف تعهد جراحی تخصصی خواهد بود . سایر تعهدات به صورت مستقل در نظر گرفته می شود .

#### ماده ۷- دوره انتظار:

دوره انتظار برای تعهد زایمان به مدت ۰ . ماد از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان خواهد بود . که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه مربوطه نخواهد داشت ، مگر اینکه بیمه شده به صورت متوالی و مستمر قبلاً تحت پوشش بیمه نامه درمان تکمیلی بوده و مستندات آن را به بیمه گر تحویل نماید .

#### ماده ۸- فرانشیز:

فرانشیز در این بیمه نامه مطابق با جدول تعهدات موضوع ماده ۶ محاسبه خواهد شد . لازم به توضیح است در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه ، فرانشیز معادل میزان تعیین شده در قرارداد و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه خواهد بود .

#### تبصره

در صورتی که سهم بیمه گر پایه کمتر از فرانشیز مقرر در قرارداد باشد ، ما به التفاوت سهم بیمه گر پایه و فرانشیز از خسارت مورد تایید بیمه گر کسر خواهد شد .

#### ماده ۹- استثنائات:

هزینه این موارد مطابق با ماده ۷ از آیین نامه ۷۴ بیمه های درمان شورای عالی بیمه از شمول تعهدات بیمه گر خارج است :

- ۱ ( اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد .
- ۲ ( عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد .
- ۳ ( سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج .
- ۴ ( ترک اعتیاد .
- ۵ ( خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- ۶ ( حوادث طبیعی مانند سیل ، زلزله و آتشفشان .
- ۷ ( جنگ ، شورش ، اغتشاش ، بلوا ، اعتصاب ، قیام ، آشوب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح .
- ۸ ( فعل و انفعالات هسته ای .
- ۹ ( هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر .
- ۱۰ ( هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر .
- ۱۱ ( جنون .
- ۱۲ ( جراحی لثه .
- ۱۳ ( لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند . مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر .



۱۴) جراحی فک مگر به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش .

۱۵) هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی .

۱۶) رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ( درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات ) کمتر از ۳ دیوپتر باشد .

۱۷) کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تنوین و اعلام نگردیده است .

#### ماده ۱۰ - مهلت پرداخت خسارت :

بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت کند .

### فصل چهارم : نحوه ارائه خدمات به بیمه شدگان

#### ماده ۱۱ - نحوه استفاده بیمه شدگان از خدمات و تعهدات بیمه نامه :

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورتحساب 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 . لیکن در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر ، نیازی به اخذ معرفی نامه یا مراجعه حضوری به بیمه گر نبوده و بیمه شدگان می توانند با ارائه اصل کارت ملی و دستور پزشک در مراکز درمانی طرف قرارداد از خدمات و تعهدات این بیمه نامه استفاده نمایند . لذا اولویت ، استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر می باشد . ( فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد در سایت رسمی بیمه گر به نشانی

<http://www.iraninsurance.com> سربرگ مراکز ارائه خدمات - در دسترس تمامی بیمه شدگان می باشد . )

۱) در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند ، صورتحساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود .

۲) چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید ، هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد .

۳) در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد ( اصل همترازی ) .

#### تبصره

محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و اعمال جراحی سریایی ، بر اساس تعرفه اعلام شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی در پرداخت خسارت های مستقیم و حداکثر معادل تعرفه های اعلام شده از طرف بیمه ایران در پرداخت خسارت های غیر مستقیم می باشد .

۴) چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هر کدام از شرکت های بیمه مخیر است .

۵) در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاد از سهم سایر بیمه گران مکمل ، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند ؛ 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 قرارداد از هزینه های مربوطه کسر خواهد شد. هر مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گر ها ( بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل ) معادل یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

۶) در مواردی که طبق تشخیص کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور انجام معالجات در داخل کشور امکان پذیر نباشد ، یا بیمه شده هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند ، در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه ، صورتحساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند ، تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد . در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق ( یعنی موارد فاقد تأییدیه از سوی کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور یا موارد غیر اورژانسی ) ، هزینه های انجام شده حسب تأیید سفارت یا کنسولگری ج ۱۱ در کشور مربوطه ، حداکثر معادل بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

#### تبصره

میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان بر حسب ریال محاسبه و پرداخت خواهد شد .

#### ماده ۱۲ - ترقیب پذیرش بیمه شدگان در مراکز درمانی :

۱) چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند ، لازم است موارد زیر را رعایت فرمایند :

الف - با همراه داشتن اصل دستور پزشک معالج و اصل کارت ملی به یکی از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه فرمایند.

ب - هزینه های درمانی مربوطه توسط بیمه گر به مرکز درمانی طرف قرارداد طبق قرارداد فی ما بین پرداخت خواهد شد مگر هزینه های خارج از تعهد ، خارج از سقف یا فرانشیز سهم بیمه شده که به عهده بیمه شده و بیمه گذار بوده و لازم است توسط بیمه شده پرداخت گردد .

۲) چنانچه بیمه شدگان در بیمارستان های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند :

الف - حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری در بیمارستان ، مراتب از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع داده شود .

ب - پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی توسط بیمه شدگان یا بیمه گذار تامین و پرداخت گردد .

ج - اصل صورتحساب ، ریز صورت هزینه ها و فاکتورهای مربوطه و گواهی های بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار یا نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال فرمایند .

#### تبصره ۱-

بیمه شدگان می بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول مانند سازمان خدمات درمانی ، تأمین اجتماعی یا سازمان های مشابه اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان های یاد شده ، از طریق نمایندگی بیمه گذار به بیمه گر ، هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند .

#### تبصره ۲-

در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نمی نماید مشمول فرانشیز موضوع بند ۹ از ماده ۲ این بیمه نامه خواهد شد .

#### ماده ۱۳ - مهلت تحویل مدارک :

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یکماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر یکماه بعد از انجام آن خواهد بود .



## فصل پنجم: سایر شرایط

### ماده ۱۴. اتباع غیر ایرانی:

خسارت مربوط به کارکنانی با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای مجوز اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

### ماده ۱۵ - اصل حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات شان را در اختیار بیمه گر قرار دهند.  
(۱) اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد بیمه نامه فسخ خواهد شد.

(۲) هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده یا به وسیله اظهارات کاذب و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود 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 بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.

### ماده ۱۶ - حق تحقیق:

به منظور حفظ حقوق طرفین و همچنین شفافیت در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد.

### ماده ۱۷ -

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه گذار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است، بیمه گر مجاز به تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.

### ماده ۱۸ - حل اختلاف نظر:

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل خواهد شد. در غیر اینصورت رای مراجع ذیصلاح نافذ می باشد.

### ماده ۱۹ - مدت بیمه نامه:

مدت بیمه نامه یک سال تمام شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۳۹۷/۰۴/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ خاتمه می یابد.

### ماده ۲۰ - شرایط فسخ قرارداد:

موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند:



#### الف - موارد فسخ از طرف بیمه گر :

- (۱) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسید مقرر
- (۲) هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سو نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد یا از اهمیت آن کاسته شود .
- (۳) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه .

#### ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار

- (۱) در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود .
- (۲) در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود .
- (۳) در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است .

#### ج- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ :

- (۱) در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر ، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود .
- (۲) در صورت فسخ از طرف بیمه گذار حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه بیمه ای محاسبه می شود ( کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد ) . در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد ، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند و بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید .

#### د - نحوه فسخ :

- (۱) در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد . در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار ، فسخ شد تلقی می شود .
- (۲) بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کند . در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است ، بیمه نامه فسخ شده تلقی می شود .

#### ماده ۲۱ - شرایط تمدید قرارداد :

تمدید قرارداد برای سال بعد یا توافق بیمه گر و بیمه گذار و با صدور الحاقی یا تنظیم قرارداد جدید انجام خواهد شد . به منظور استمرار ارائه خدمات به بیمه شدگان ، بیمه گر و بیمه گذار اقدامات لازم جهت تمدید قرارداد را ترجیحاً یک ماه قبل از اتمام قرارداد جاری انجام خواهند داد .

#### ماده ۲۲ - سایر موارد :

در کلیه مواردی که در این قرارداد از آنها ذکری به میان نیامده باشد ، مطابق با شرایط عمومی بیمه درمان گروهی ( آئین نامه شماره ۷۴ مصوب شورای عالی بیمه ) که جز لاینفک این بیمه نامه بوده و به بیمه گذار تحویل گردیده است و همچنین قوانین جاری کشور عمل خواهد شد



**ماده ۲۳ - خاتمه :**

این قرارداد مشتمل بر ۲۳ ماده و ۱۷ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ ۱۳۹۷/۰۵/۳۰ امضا و مبادله شده است .

بیمه گذار

بیمه گر  
شرکت سهامی بیمه ایران  
مجمع / شعبه



مجری قرارداد:

امضا

قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

شماره قرار داد: ۱۳۹۷/۱۳۱/۱۳۱/۱۴ تاریخ صدور: ۱۳۹۷/۰۵/۳۰  
 شماره قرار داد سال قبل: تاریخ شروع: ۱۳۹۷/۰۴/۰۱ ساعت: ۰۰:۰۰  
 بیمه گذار: شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان پدر و مادر غیر تحت تکفل تاریخ انعقاد: ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ ساعت: ۲۴:۰۰  
 تعداد بیمه شدگان: ۱۰ نفر کد نمایندگی:  
 حق بیمه صادره: ۱۷۷,۶۰۰,۰۰۰ ریال کد و نام کار گزار:  
 الحاقی تغییر تعهدات: شماره: تاریخ موثر: ۱۳۹۷/۴/۲۴  
 ساعت شروع قرارداد: ساعت صفر روز ابتدای قرارداد ساعت پایان قرارداد: ساعت ۲۴ روز پایان قرارداد

\*\*\*\*\*

فصل اول: کلیات

ماده ۱-

این بیمه نامه بین شرکت سهامی بیمه ایران به عنوان بیمه گر و شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان پدر و مادر غیر تحت تکفل با شناسه می و کد اقتصادی به عنوان بیمه گذار نامیده می شود ، براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ ، آئین نامه های سوزایعالی بیمه و عرش بیمه در ایران و به پیشنهاد کتبی بیمه گذار ( که جز لاینفک بیمه نامه است ) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است که با شرایط خصوصی دیل منعقد می گردد :  
 بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه به صورت کتبی به بیمه گذار اعلام شده یا در تعهدات این قرارداد ذکر نشده است ، جز تعهدات بیمه گر محسوب نمی شود .

ماده ۲-

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد با این مفاهیم استفاده شده اند

(۱) بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران - مجتمع / شعبه به نشانی: سمنان تلفن فاکس ۳۳۳۲۸۶۴۵ که جبران هزینه های بیمارستانی ، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد .

(۲) بیمه گر پایه

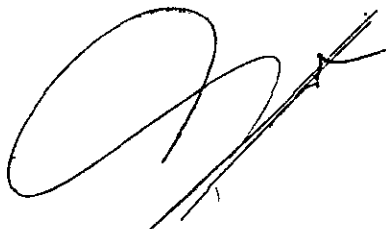
سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی ، سازمان تأمین اجتماعی ، نیروهای مسلح و سازمانهای مشابه که طبق قانون بیمه درمان امکانی ، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند . بنابر این بیمه گرهای پایه بیمه گر اول و شرکت سهامی بیمه ایران بیمه گر دوم محسوب میشوند

(۳) بیمه گذار

شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان پدر و مادر غیر تحت تکفل به نشانی: سمنان تلفن ۳۳۳۳۳۳۳۳ فاکس ۳۳۳۳۳۳۳۳ که متعهد به پرداخت حق بیمه و سایر وظایف بیمه گذار به شرح این بیمه نامه می باشد .

(۴) گروه بیمه شدگان

عبارتند از کارکنان رسمی ، پیمانی و قراردادی بیمه گذار و اعضای خانواده ایشان که با معرفی و تایید بیمه گذار و به شرح ماده ۳ این بیمه نامه به عنوان بیمه شده به بیمه گر معرفی شده و حداقل پنجاه درصد کارکنان به همراه کلیه اعضای خانواده شان باید همزمان تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند . منظور از اعضای خانواده ؛ شامل همسر ، فرزندان ، پدر ، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی است که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه گر پایه میباشند .



### تبصره ۱-

فرزندانی ذکور تا سن بیست سال تمام ، در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام تحت پوشش این بیمه بوده و در صورتی که در ابتدای قرارداد مشمول این بیمه نامه باشند ، پوشش بیمه‌ای ایشان تا پایان قرارداد ادامه خواهد داشت .

### تبصره ۲-

فرزندانی اناث تا هنگام ازدواج یا اشتغال به کار تحت پوشش این بیمه نامه می باشند .

### تبصره ۳-

بیمه گذار می تواند در صورت موافقت بیمه گر ، کارکنان بازنشسته خود را به همراه اعضای خانواده ایشان صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش این بیمه نامه درآورد .

### (۵) موضوع بیمه:

عبارتست از جبران بخشی از هزینه های درمانی ناشی از بیماری و حوادث بیمه شدگان که مازاد بر تعهد بیمه گر پایه بوده یا در تعهد بیمه گر پایه نباشد و طی این بیمه نامه به شرح ماده ۶ این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است .

### (۶) حادثه:

هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در طول مدت بیمه نامه اتفاق افتاده و منجر به جرح ، نقص عضو ، از کارافتادگی یا فوت بیمه شده گردد .

### (۷) بیماری:

هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک می باشد .

### (۸) دوره انتظار:

مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و مدت آن مطابق با ماده ۷ این بیمه نامه است

### (۹) فرانشیز:

فرانشیز سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران آن ندارد و میزان آن در این قرارداد طبق مندرجات جدول موضوع ماده ۶ تعیین می گردد .

## فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

### ماده ۳- لیست اسامی بیمه شدگان:

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از امضا و مبادله قرارداد یک نسخه از فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را ، بصورت فایل الکترونیکی طبق قالب تعیین شده از سوی بیمه گر ، به طور صحیح و کامل مطابق با بند های ۱ و ۲ از ماده ۳ این بیمه نامه تهیه نموده و به صورت مکتوب صحت اطلاعات را تایید و با مهر و امضا رسمی به بیمه گر تحویل نماید . صرفاً چنین لیستی برای احراز پوشش بیمه ای بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت . بدیهی است جبران هرگونه ضرر و زیان ناشی از ارائه اطلاعات نادرست در خصوص بیمه شدگان به عهده بیمه گذار خواهد بود .

### تبصره ۱-

کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده ایشان در لیست اسامی اولیه موضوع ماده ۳ درج نگردیده باشد ، به استناد از قلم افتادگی نمی توانند در عداد بیمه شدگان این بیمه نامه قرار گیرند . مگر اینکه بیمه گذار دلایل موجهی ارائه نموده و مورد تایید بیمه گر واقع گردد . در صورت تایید بیمه گر ، شروع پوشش بیمه ای این دسته از بیمه شدگان از اولین روز ماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود

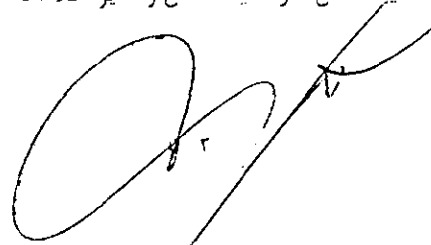
لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می بایست حاوی اطلاعات زیر باشد :

### (۱) اطلاعات مربوط به بیمه شده اصلی شامل:

کد پرسنلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی ( روز / ماه / سال ) - شماره شناسنامه - کد ملی - تاریخ استخدام نام بیمه گر پایه - شماره دفترچه بیمه پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل شماره شباهت ( جهت واریز هزینه های درمان ) شماره تلفن همراه ( جهت ارسال پیامک و اطلاعات لازم به بیمه شدگان ) و سایر اطلاعات در خواستی .

### (۲) اطلاعات مربوط به بیمه شده تبعی شامل:

نسبت با بیمه شده اصلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی ( روز / ماه / سال ) - شماره شناسنامه - کد ملی نام بیمه گر پایه - شماره دفترچه بیمه گر پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل - وضعیت تکفل و سایر اطلاعات در خواستی .



### ۳) افزایش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد

افراد جدیداً استخدام ، کارکنان انتقالی ، همسر کارکنانی که در طول مدت قرارداد ازدواج نموده اند و افرادی که در طول سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار گیرند ( منوط به اعلام کتبی بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از کفالت یا ازدواج ) می توانند از اولین روز ماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گذار تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند .  
تبصره: هنوزادان از بدو تولد تحت پوشش می باشند ، مشروط به آنکه حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ تولد توسط بیمه گذار به بیمه گر معرفی

### ۴) کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد

موارد کاهش بیمه شدگان عبارتست از فوت بیمه شده و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود . تاریخ مؤثر برای حذف این دسته از بیمه شدگان منوط به اعلام کتبی بیمه گذار و به استناد مدارک مثبته از تاریخ فوت و یا قطع همکاری می باشد .  
\* بیمه گذار متعهد می گردد در موارد حذف بیمه شدگانی که از محل تعهدات این بیمه نامه خسارتی دریافت کرده اند . حق بیمه باقی مانده تا پایان بیمه نامه را پرداخت نماید .  
\* در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه نامه فوت کند ، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده ایشان به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت .

### ۵) تغییرات ماهانه بیمه شدگان

بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را همراه با ذکر علت و تاریخ تغییر وضعیت بیمه شده ، حداکثر تا یکماه پس وقوع تغییر برای بیمه گر ارسال نماید .

### ماده ۴- نماینده قانونی بیمه گذار

بیمه گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تام الاختیار خود را به بیمه گر معرفی نماید . این نماینده رابط بین بیمه گر و بیمه گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه گذار و بیمه شدگان را به عهده دارد . بدین ترتیب بیمه شدگان می-بایست امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه گر خودداری نمایند .

### ماده ۵- حق بیمه قرارداد

#### ۱) میزان حق بیمه:

حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موقوف به پرداخت حق بیمه تعیین شده در این بیمه نامه است که با توجه به تعهدات بیمه گر ، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان به شرح ذیل می باشد .

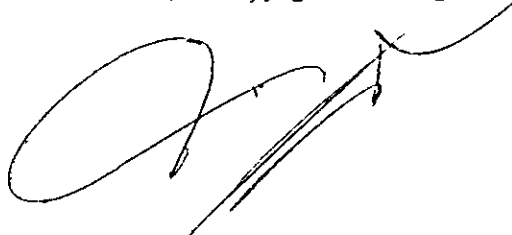
| ارقام به ریال                                    |                   |                          |                            |                                                  |                                   |
|--------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|
| مبلغ ماهانه مالیات بر ارزش افزوده و مالیات سلامت |                   |                          | مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر |                                                  |                                   |
| مبلغ مالیات (درصد)                               | مبلغ عوارض (درصد) | مبلغ مالیات سلامت (درصد) | مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر | پای احتساب ۰ درصد مالیات سال ۱۳۹۷ و مالیات سلامت | پای احتساب ۰ درصد مالیات سال ۱۳۹۸ |
|                                                  |                   |                          | ۱۴۸۰۰۰۰                    | ۰ درصد سال ۱۳۹۸                                  | ۰ درصد سال ۱۳۹۸                   |
|                                                  |                   |                          |                            | ۱۴۸۰۰۰۰                                          | ۴۸۰۰۰۰                            |

\* لازم به توضیح است مالیات در این بیمه نامه مطابق با مصوبات سازمان امور مالیاتی کشور محاسبه می گردد .

#### ۲) نحوه پرداخت حق بیمه

حق بیمه به صورت یکجا در ابتدای قرارداد دریافت می گردد . در صورت تایید بیمه گر مبنی بر پرداخت حق بیمه به صورت اقساط ، سهم گذار مکلف است قسط اول حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در شروع قرارداد و مابقی را در ابتدای هر سررسید حداکثر ظرف مدت پانزده روز در وجه بیمه گر پرداخت نماید .

\* مهلت پرداخت حق بیمه قطعی بوده و در صورت عدم پرداخت حق بیمه قرارداد در مهلت مقرر ، سیستم به صورت خودکار قرارداد را با صدور الحاقی به حالت تعلیق درآورده و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت نخواهد داشت . پس از پرداخت حق بیمه های معوق ، بیمه گر متخیر است نسبت به رفع تعلیق یا فسخ قرارداد مطابق با ماده ۲۰ این قرارداد اقدام نماید .



۳) حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش)

حق بیمه تغییرات ماهانه بیمه شدگان توسط بیمه گر و به شرح ذیل محاسبه شده و در اقساط تعیین شده اعمال می گردد که می بایست در موعد سر رسید در وجه بیمه گر پرداخت شود.

\* در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه می شود

\* در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد

تبصره -

افرادی که در طول مدت بیمه نامه خسارتی دریافت کرده باشند، حتی در صورت قطع همکاری با بیمه گذار می بایست حق بیمه یکسال را به طور کامل پرداخت نمایند.

۴) بیمه گذار مکلف است وجه حق بیمه را بر اساس شناسه های اعلام شده از سوی بیمه گر صرفا به شماره حساب ۴۳۲۲۲۲۴۱۴

نزد بانک بانک ملت به نام ملت مطهری واریز نماید.

۵) بیمه گذار موظف است در صورت درخواست بیمه گر مستندات پرداخت حق بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهد

فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۶ - حدود تعهدات بیمه گر:

| ردیف | نام تعهدات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | واحد | حداکثر تعهدات | قرارداد | تحت تکفل | غیر تحت تکفل |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|---------|----------|--------------|
| ۱    | هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) - هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و تبصره اعمال جراحی به جراحی های اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستانها به جز زایمان | نفر  | نامحدود       | ۲۵      | *        | ۲۵           |
| ۲    | جراحی تخصصی (شش عمل اصلی) - هزینه اعمال جراحی اصلی - منزه اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گالمانیف قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند منزه استخوان و جراحی سرطان با احتساب بند ۱)                                                                                                                                                                           | نفر  | نامحدود       | ۱۵      | *        | ۱۵           |
| ۳    | زایمان - هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | نفر  | نامحدود       | ۲۵      | *        | ۲۵           |
| ۴    | پاراکلینیکی ۱ - پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - انواع اندوسکوپی - ام آر ای - اکوکاردیوگرافی - استرس اکو - دانسیتومتری - انواع آنژیوگرافی (بجز چشم و قلب)                                                                                                                                                                                                  | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | *        | ۲۰           |
| ۵    | پاراکلینیکی ۲ - هزینه های مربوط به تست ورزش، تست ورزش، تست تنفسی (اسپیرومتری)، نوار عضله (نوار عصب)، نوار مغز (نوار مغز)، نوار مثانه (سیستو متر)، یاسیستوگرام، شنوایی شنجی، بینایی شنجی، آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیتورینگ قلب                                                                                                                                                         | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | *        | ۲۰           |
| ۶    | جراحی های مجاز سرپایی - جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و دررفتگی - گچ گیری - ختنه - بیخیه - کرایوتراپی - کسیر یون لیوم - بیوپسی - تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم)                                                                                                                                                                                   | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | *        | ۲۰           |
| ۷    | هزینه های آمبولاس داخل شهر - هزینه های آمبولاس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی و قلبی - دستور پزشک معالج                                                                                                                                                                             | نفر  | ۳۰۰۰۰۰۰       | ۲۵      | *        | ۲۵           |
| ۸    | هزینه های آمبولاس خارج شهر - هزینه های آمبولاس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی و قلبی - دستور پزشک معالج                                                                                                                                                                             | نفر  | ۷۵۰۰۰۰۰       | ۲۵      | *        | ۲۵           |
| ۹    | درمان بیماریهای خاص (بیماران صعب العلاج، شیمی درمانی، ام اس و بیماریهای خاص) با استثنای دارو - دارو بیماریهای خاص (بیماران صعب العلاج) مانند کانسر - پارکینسون، هپاتیت و ایدز، شیمی درمانی، ام اس، جراحی های ناشی از سرطان و بیماریهای خاص بر اساس تاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد.                                                                                | نفر  | نامحدود       | .       | *        | .            |
| ۱۰   | ویزیت دارو و خدمات اورژانس - ویزیت (طبق تعرفه وزارت بهداشت و دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور) صرفا ازاد بر سهیم بیمه گر اول (خدمات اورژانس در موارد غیر بستری و هزینه های سرنگ، آب مقطر، آنژیوگراف، ست سرم، اسکالپ جز هزینه های ملزومات دارویی محسوب می گردد).                                                                                                                    | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | *        | ۲۰           |

| ردیف | نام تعهدات                                                                                                                                                                                                                                                                              | واحد | حداکثر تعهدات | قرارداد | تحت تکفل | غیر تحت تکفل |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|---------|----------|--------------|
| ۱۱   | هزینه های اروترز- هزینه های مربوط به اروترز با تایید پزشک معالج و بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر باتوجه به نوع عمل جراحی- سمک - واکر                                                                                                                                                    | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | *        | ۲۰           |
| ۱۲   | خدمات آزمایشگاهی- هزینه خدمات آزمایشگاهی ( تغییرازچکاپ و غربالگری شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ، پاتولوژی ، آسیب شناسی ، ژنتیک پزشکی ، انواع رادیوگرافی ، نوارقلب و فیزیوتراپی                                                                                                           | نفر  | نامحدود       | ۲۰      | *        | ۲۰           |
| ۱۳   | رفع عیوب انکساری چشم راست- لیزیک چشم راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی استیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات) ۳دیوپتر یا بیشتر باشد | نفر  | ۲۵۰۰۰۰۰۰      | ۲۰      | *        | ۲۰           |
| ۱۴   | رفع عیوب انکساری چشم چپ- لیزیک چشم چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی استیگمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات) ۳دیوپتر یا بیشتر باشد     | نفر  | ۲۵۰۰۰۰۰۰      | ۲۰      | *        | ۲۰           |



#### تبصره ۱

بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه های اعمال غیر مجاز سرپایی ( در مطب ) مندرج در شرایط عمومی آیین نامه ۷۴ بیمه های درمان ندارد .

#### تبصره ۲

هزینه های آمبولانس داخل شهر و خارج شهر از محل تعهد هزینه های بیمارستانی ( بند ۱ ) و مجموع تعهد بیمه گر برای تعهدات ردیف های ۱ تا ۴ جدول فوق حداکثر معادل سقف تعهد جراحی تخصصی خواهد بود . سایر تعهدات به صورت مستقل در نظر گرفته می شود .

#### ماده ۷- دوره انتظار:

دوره انتظار برای تعهد زایمان به مدت ۰ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان خواهد بود . که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه مربوطه نخواهد داشت ، مگر اینکه بیمه شده به صورت متوالی و مستمر قبلاً تحت پوشش بیمه نامه درمان تکمیلی بوده و مستندات آن را به بیمه گر تحویل نماید .

#### ماده ۸- فرانشیز:

فرانشیز در این بیمه نامه مطابق با جدول تعهدات موضوع ماده ۶ محاسبه خواهد شد . لازم به توضیح است در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه ، فرانشیز معادل میزان تعیین شده در قرارداد و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه خواهد بود .

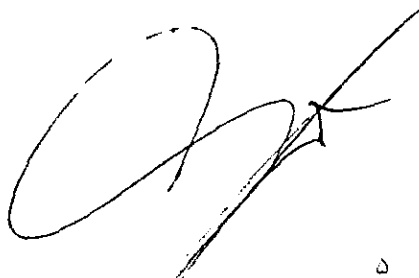
#### تبصره

در صورتی که سهم بیمه گر پایه کمتر از فرانشیز مقرر در قرارداد باشد ، ما به التفاوت سهم بیمه گر پایه و فرانشیز از خسارت مورد تایید بیمه گر کسر خواهد شد .

#### ماده ۹- استثنائات:

هزینه این موارد مطابق با ماده ۷ از آیین نامه ۷۴ بیمه های درمان شورای عالی بیمه از شمول تعهدات بیمه گر خارج است :

- ( ۱ ) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد .
- ( ۲ ) عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد
- ( ۳ ) سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج .
- ( ۴ ) ترک اعتیاد .
- ( ۵ ) خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- ( ۶ ) حوادث طبیعی مانند سیل ، زلزله و آتشفشان .
- ( ۷ ) جنگ ، شورش ، اغتشاش ، بلوا ، اعتصاب ، قیام ، آشوب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح .
- ( ۸ ) فعل و انفعالات هسته ای .
- ( ۹ ) هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر
- ( ۱۰ ) هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر .
- ( ۱۱ ) جگون
- ( ۱۲ ) جراحی لثه .
- ( ۱۳ ) لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند . مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر .



۱۴) جراحی فک مگر به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش .

۱۵) هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی .

۱۶) رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قرن مطلق نقص بینایی هر چشم ( درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات ) کمتر از ۳ دیوپتر باشد .

۱۷) کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است .

#### ماده ۱۰ - مهلت پرداخت خسارت :

بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت کند .

### فصل چهارم : نحوه ارائه خدمات به بیمه شدگان

#### ماده ۱۱ - نحوه استفاده بیمه شدگان از خدمات و تعهدات بیمه نامه :

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورتحساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح منالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند . لیکن در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر ، نیازی به اخذ معرفی نامه یا مراجعه حضوری به بیمه گر نبوده و بیمه شدگان می توانند با ارائه اصل کارت ملی و دستور پزشک در مراکز درمانی طرف قرارداد از خدمات و تعهدات این بیمه نامه استفاده نمایند . لذا اولویت ، استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر می باشد . ( فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد در سایت رسمی بیمه گر به نشانی

<http://www.iraninsurance.com> سربرگ مراکز ارائه خدمات - در دسترس تمامی بیمه شدگان می باشد . )

۱) در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند ، صورتحساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود .

۲) چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید ، هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد .

۳) در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد ( اصل همترازی ) .

#### تبصره

محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و اعمال جراحی سرپایی ، بر اساس تعرفه اعلام شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی در پرداخت خسارت های مستقیم و حداکثر مبادل تعرفه های اعلام شده از طرف بیمه ایران در پرداخت خسارت های غیر مستقیم می باشد .

۴) چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هر کدام از شرکت های بیمه مخیر است .

۵) در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاد از سهم سایر بیمه گران مکمل ، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند ؛ 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 قرارداد از هزینه های مربوطه کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گر ها ( بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل ) معادل یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

۶) در مواردی که طبق تشخیص کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور انجام معالجات در داخل کشور امکان پذیر نباشد یا بیمه شده هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند، در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند، تا سقف هزینه های مورد تمهید بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق ( یعنی موارد فاقد تاییدیه از سوی کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور یا موارد غیر اورژانسی )، هزینه های انجام شده حسب تأیید سفارت یا کنسولگری ج.ا.ا در کشور مربوطه، حداکثر معادل بالاترین تفرقه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

#### تبصره

میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان بر حسب ریال محاسبه و پرداخت خواهد شد.

#### ماده ۱۲ - ترتیب پذیرش بیمه شدگان در مراکز درمانی :

۱) چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند، لازم است موارد زیر را رعایت فرمایند :

- الف - با همراه داشتن اصل دستور پزشک معالج و اصل کارت ملی به یکی از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه فرمایند.
- ب - هزینه های درمانی مربوطه توسط بیمه گر به مرکز درمانی طرف قرارداد طبق قرارداد فی ما بین پرداخت خواهد شد مگر هزینه های خارج از تمهید، خارج از سقف یا فرانشیز سهم بیمه شده که به عهده بیمه شده و بیمه گذار بوده و لازم است توسط بیمه شده پرداخت گردد.
- ۲) چنانچه بیمه شدگان در بیمارستان های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند :
- الف - حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع داده شود.
- ب - پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی توسط بیمه شدگان یا بیمه گذار تأمین و پرداخت گردد.
- ج - اصل صورت حساب، ریز صورت هزینه ها و فاکتورهای مربوطه و گواهی های بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علل بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار یا نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال فرمایند.

#### تبصره ۱-

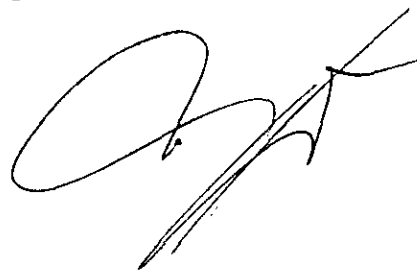
بیمه شدگان می بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول مانند سازمان خدمات درمانی، تأمین اجتماعی یا سازمان های مشابه اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان های یاد شده، از طریق نماینده بیمه گذار به بیمه گر، هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند.

#### تبصره ۲-

در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نمی نماید مشمول فرانشیز موضوع بند ۹ از ماده ۲ این بیمه نامه خواهد شد.

#### ماده ۱۳ - مهلت تحویل مدارک :

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یکماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر یکماه بعد از انجام آن خواهد بود.



## فصل پنجم: سایر شرایط

### ماده ۱۴: اتباع غیر ایرانی:

خسارت مربوط به کارکنانی با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای مجوز اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

### ماده ۱۵ - اصل حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات شان را در اختیار بیمه گر قرار دهند.

۱) اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد بیمه نامه فسخ خواهد شد.

۲) هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده یا به وسیله اظهارات کاذب و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود 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 بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.

### ماده ۱۶ - حق تحقیق:

به منظور حفظ حقوق طرفین و همچنین شفافیت در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد.

### ماده ۱۷ -

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه گذار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است، بیمه گر مجاز به تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.

### ماده ۱۸ - حل اختلاف نظر:

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل خواهد شد. در غیر اینصورت رای مراجع ذیصلاح نافذ می باشد.

### ماده ۱۹ - مدت بیمه نامه:

مدت بیمه نامه یک سال تمام شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۳۹۷/۰۴/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ خاتمه می یابد.

### ماده ۲۰ - شرایط فسخ قرارداد:

موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند.



**الف - موارد فسخ از طرف بیمه گر :**

(۱) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسید مقرر  
(۲) هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سو نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر  
تغییر یابد یا از اهمیت آن کاسته شود .

(۳) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه .

**ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار**

(۱) در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود .

(۲) در صورتی که فعالیت بیمه گر به هردلیل متوقف شود .

(۳) در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است .

**ج- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ :**

(۱) در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر ، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود .

(۲) در صورت فسخ از طرف بیمه گذار حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه بیمه ای محاسبه می شود ( کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد ) . در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد ، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند و بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید .

**د - نحوه فسخ :**

(۱) در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد . در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار ، فسخ شد تلقی می شود .

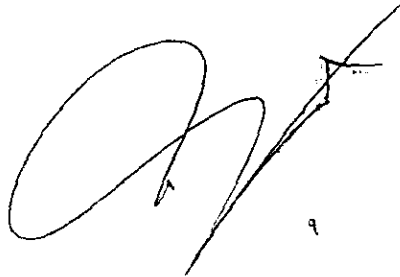
(۲) بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کند . در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است ، بیمه نامه فسخ شده تلقی می شود .

**ماده ۲۱ - شرایط تمدید قرارداد :**

تمدید قرارداد برای سال بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار و با صدور الحاقی یا تنظیم قرارداد جدید انجام خواهد شد .  
به منظور استمرار ارائه خدمات به بیمه شدگان ، بیمه گر و بیمه گذار اقدامات لازم جهت تمدید قرارداد را ترجیحاً یک ماه قبل از اتمام قرارداد جاری انجام خواهند داد .

**ماده ۲۲ - سایر موارد :**

در کلیه مواردی که در این قرارداد از آنها ذکری به میان نیامده باشد ، مطابق با شرایط عمومی بیمه درمان گروهی ( آئین نامه شماره ۷۴ مصوب شورای عالی بیمه ) که جز لاینفک این بیمه نامه بوده و به بیمه گذار تحویل گردیده است و همچنین قوانین جاری کشور عمل خواهد شد .



۱۳۹۷/۰۵/۳۰

**ماده ۲۳ - خاتمه :**  
این قرارداد مشتمل بر ۲۳ ماده و ۱۷ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ  
امضا و مبادله شده است.

بیمه گذار

بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران

مجمع / شعبه



مجری قرارداد:

امضا

*[Handwritten signature]*

# بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان

## قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

|                                                          |                                                 |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| شماره قرار داد: ۱۳۹۷/۱۳۱/۱۳۱/۱۳                          | تاریخ صدور: ۱۳۹۷/۰۵/۳۰                          |
| شماره قرار داد سال قبل:                                  | تاریخ شروع: ۱۳۹۷/۰۴/۰۱                          |
| بیمه گذار: شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان بازنشستگان | تاریخ انقضا: ۱۳۹۸/۰۴/۰۱                         |
| تعداد بیمه شدگان ۷۸ نفر                                  | کد نمایندگی:                                    |
| حق بیمه صادره ۵۵۲,۲۴۰,۰۰۰ ریال                           | کد و نام کار گزار:                              |
| الحاقی تغییر تعهدات                                      | تاریخ موثر: ۱۳۹۷/۴/۲۲                           |
| ساعت شروع قرار داد: ساعت صفر روز ابتدای قرار داد         | ساعت پایان قرار داد: ساعت ۲۴ روز پایان قرار داد |

\*\*\*\*\*

### فصل اول: کلیات

#### ماده ۱-

این بیمه نامه بین شرکت سهامی بیمه ایران به عنوان بیمه گر و شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان بازنشستگان با شناسه ملی و کد اقتصادی به عنوان بیمه گذار نامیده می شود ، براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ ، آئین نامه های شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران و به پیشنهاد کتبی بیمه گذار ( که جز لاینفک بیمه نامه است ) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است که با شرایط خصوصی ذیل منعقد می گردد :

بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه به صورت کتبی به بیمه گذار اعلام شده یا در تعهدات این قرارداد ذکر نشده است ، جز تعهدات بیمه گر محسوب نمی شود .

#### ماده ۲-

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد با این مفاهیم استفاده شده اند :

#### (۱) بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران - مجتمع / شعبه به نشانی: سمنان تلفن فاکس ۳۳۳۲۸۶۴۵ که جبران هزینه های بیمارستانی ، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد .

#### (۲) بیمه گر پایه

سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی ، سازمان تأمین اجتماعی ، نیروهای مسلح و سازمانهای مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی ، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند . بنابر این بیمه گره های پایه بیمه گر اول و شرکت سهامی بیمه ایران بیمه گر دوم محسوب میشوند .

#### (۳) بیمه گذار

شرکت سهامی آب منطقه ای استان سمنان بازنشستگان به نشانی: سمنان تلفن فاکس ۳۳۳۲۲۲۳۳ که متعهد به پرداخت حق بیمه و سایر وظایف بیمه گذار به شرح این بیمه نامه می باشد .

#### (۴) گروه بیمه شدگان

عبارتند از کارکنان رسمی ، پیمانی و قراردادی بیمه گذار و اعضای خانواده ایشان که با معرفی و تایید بیمه گذار و به شرح ماده ۳ این بیمه نامه به عنوان بیمه شده به بیمه گر معرفی شده و حداقل پنجاه درصد کارکنان به همراه کلیه اعضای خانواده شان باید همزمان تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند . منظور از اعضای خانواده : شامل همسر ، فرزندان ، پدر ، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی است که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه گر پایه میباشند .



#### تبصره ۱-

فرزندان ذکور تا سن بیست سال تمام ، در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام تحت پوشش این بیمه بوده و در صورتی که در ابتدای قرارداد مشمول این بیمه نامه باشند ، پوشش بیمه ای ایشان تا پایان قرارداد ادامه خواهد داشت .

#### تبصره ۲-

فرزندان اناث تا هنگام ازدواج یا اشتغال به کار تحت پوشش این بیمه نامه می باشند .

#### تبصره ۳-

بیمه گذار می تواند در صورت موافقت بیمه گر ، کارکنان بازنشسته خود را به همراه اعضای خانواده ایشان صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش این بیمه نامه درآورد .

#### (۵) موضوع بیمه:

عبارتست از جبران بخشی از هزینه های درمانی ناشی از بیماری و حوادث بیمه شدگان که مازاد بر تعهد بیمه گر پایه بوده یا در تعهد بیمه گر پایه نباشد و طی این بیمه نامه به شرح ماده ۶ این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است .

#### (۶) حادثه:

هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در طول مدت بیمه نامه اتفاق افتاده و منجر به جرح ، نقص عضو ، فوت یا فوتی کارافتادگی یا فوت بیمه شده گردد .

#### (۷) بیماری:

هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک می باشد .

#### (۸) دوره انتظار:

مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و مدت آن مطابق با ماده ۷ این بیمه نامه است .

#### (۹) فرانشیز:

فرانشیز سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران آن ندارد و میزان آن در این قرارداد طبق مندرجات جدول موضوع ماده ۶ تعیین می گردد .

### فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

#### ماده ۳- لیست اسامی بیمه شدگان:

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از امضا و مبادله قرارداد یک نسخه از فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را ، بصورت فایل الکترونیکی طبق قالب تعیین شده از سوی بیمه گر ، به طور صحیح و کامل مطابق با بند های ۱ و ۲ از ماده ۳ این بیمه نامه تهیه نموده و به صورت مکتوب صحت اطلاعات را تایید و با مهر و امضا رسمی به بیمه گر تحویل نماید . صرفاً چنین لیستی برای احراز پوشش بیمه ای بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت . بدیهی است جبران هرگونه ضرر و زیان ناشی از ارائه اطلاعات نادرست در خصوص بیمه شدگان به عهده بیمه گذار خواهد بود .

#### تبصره -

کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده ایشان در لیست اسامی اولیه موضوع ماده ۳ درج نگردیده باشد ، به استناد از قلم افتادگی نمی توانند در عداد بیمه شدگان این بیمه نامه قرار گیرند . مگر اینکه بیمه گذار دلایل موجهی ارائه نموده و مورد تایید بیمه گر واقع گردد . در صورت تایید بیمه گر ، شروع پوشش بیمه ای این دسته از بیمه شدگان از اولین روز ماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود .

لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می بایست حاوی اطلاعات زیر باشد :

#### (۱) اطلاعات مربوط به بیمه شده اصلی شامل:

کد پرسنلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی ( روز / ماه / سال ) - شماره شناسنامه - کد ملی - تاریخ استخدام نام بیمه گر پایه - شماره دفترچه بیمه پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل - شماره شبا ( جهت واریز هزینه های درمان ) - شماره تلفن همراه ( جهت ارسال پیامک و اطلاعات لازم به بیمه شدگان ) و سایر اطلاعات در خواستی

#### (۲) اطلاعات مربوط به بیمه شده تبعی شامل:

نسبت با بیمه شده اصلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی ( روز / ماه / سال ) - شماره شناسنامه - کد ملی - نام بیمه گر پایه - شماره دفترچه بیمه گر پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل - وضعیت تکفل و سایر اطلاعات در خواستی .

### ۳) افزایش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد

افراد جدیدالاستخدام ، کارکنان انتقالی ، همسر کارکنانی که در طول مدت قرارداد ازدواج نموده اند و افرادی که در طول سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار گیرند ( منوط به اعلام کتبی بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از کفالت یا ازدواج ) می توانند از اولین روز ماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گذار تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند .  
تبصره: هنوزادان از بدو تولد تحت پوشش می باشند ، مشروط به آنکه حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ تولد توسط بیمه گذار به بیمه گر معرفی

### ۴) کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد

موارد کاهش بیمه شدگان عبارتست از فوت بیمه شده و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود . تاریخ موثر برای حذف این دسته از بیمه شدگان منوط به اعلام کتبی بیمه گذار و به استناد مدارک مثبت از تاریخ فوت و یا قطع همکاری می باشد .  
\* بیمه گذار متعهد می گردد در موارد حذف بیمه شدگانی که از محل تعهدات این بیمه نامه خسارتی دریافت کرده اند ، حق بیمه باقی مانده تا پایان بیمه نامه را پرداخت نماید .  
\* در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه نامه فوت کند ، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده ایشان به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت .

### ۵) تغییرات ماهانه بیمه شدگان

بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را همراه با ذکر علت و تاریخ تغییر وضعیت بیمه شده ، حداکثر تا یکماه پس وقوع تغییر برای بیمه گر ارسال نماید .

### ماده ۴- نماینده قانونی بیمه گذار

بیمه گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تام الاختیار خود را به بیمه گر معرفی نماید . این نماینده رابط بین بیمه گر و بیمه گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه گذار و بیمه شدگان را به عهده دارد . بدین ترتیب بیمه شدگان می بایست امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه گر خودداری نمایند .

### ماده ۵- حق بیمه قرارداد

#### ۱) میزان حق بیمه:

حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه تعیین شده در این بیمه نامه است که با توجه به تعهدات بیمه گر ، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان به شرح ذیل می باشد .

| ارقام به ریال                  |                                               |                                                  |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر     |                                               | مبلغ ماهانه مالیات بر ارزش افزوده و مالیات سلامت |                          |                          |                          |                          |
| مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر     | مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر                    | مبلغ مالیات سلامت (درصد)                         | مبلغ مالیات سلامت (درصد) | مبلغ مالیات سلامت (درصد) | مبلغ مالیات سلامت (درصد) | مبلغ مالیات سلامت (درصد) |
| بالحساب ۰ درصد مالیات سال ۱۳۹۸ | بالحساب ۰ درصد مالیات سال ۱۳۹۷ و مالیات سلامت | ۰ درصد سال ۱۳۹۸                                  | ۵۹۰۰۰۰                   | .                        | .                        | .                        |
| ۵۹۰۰۰۰                         | ۵۹۰۰۰۰                                        | .                                                | .                        | .                        | .                        | .                        |

\* لازم به توضیح است مالیات در این بیمه نامه مطابق با مصوبات سازمان امور مالیاتی کشور محاسبه می گردد .

#### ۲) نحوه پرداخت حق بیمه

حق بیمه به صورت یکجا در ابتدای قرارداد دریافت می گردد . در صورت تأیید بیمه گر مبنی بر پرداخت حق بیمه به صورت اقساط ، بیمه گذار مکلف است قسط اول حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در شروع قرارداد و مابقی را در ابتدای هر سررسید حداکثر ظرف مدت پانزده روز در وجه بیمه گر پرداخت نماید .

\* مهلت پرداخت حق بیمه قطعی بوده و در صورت عدم پرداخت حق بیمه قرارداد در مهلت مقرر ، سیستم به صورت خودکار قرارداد را با صدور الحاقی به حالت تعلیق درآورده و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت نخواهد داشت . پس از پرداخت حق بیمه های معوق ، بیمه گر مخیر است نسبت به رفع تعلیق یا فسخ قرارداد مطابق با ماده ۲۰ این قرارداد اقدام نماید .



**۳) حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش)**

حق بیمه تغییرات ماهانه بیمه شدگان توسط بیمه گر و به شرح ذیل محاسبه شده و در اقساط تعیینی شده اعمال می گردد که می بایست در موعد سر رسید در وجه بیمه گر پرداخت شود .

\* در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان ، حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه می شود

\* در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان ، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد

تبصره -

افرادی که در طول مدت بیمه نامه خسارتی دریافت کرده باشند ، حتی در صورت قطع همکاری با بیمه گذار می بایست حق بیمه یکسال را به طور کامل پرداخت نمایند .

۴۳۲۲۲۲۲۴۱۴

۴) بیمه گذار مکلف است وجوه حق بیمه را بر اساس شناسه های اعلام شده از سوی بیمه گر صرفایه شماره حساب

نزد بانک ملت به نام ملت مطهری واریز نماید .

۵) بیمه گذار موظف است در صورت درخواست بیمه گر مستندات پرداخت حق بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهد

**فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر**

**ماده ۶ - حدود تعهدات بیمه گر:**

| ردیف | نام تعهدات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | واحد | حداکثر تعهدات | فرار داد | تحت تکفل | غیر تحت تکفل |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|----------|----------|--------------|
| ۱    | هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) - هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود تبصره: اعمال جراحی به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستانها به جز زایمان | نفر  | نامحدود       | ۳۵       | ۳۵       | *            |
| ۲    | جراحی تخصصی (نش عمل اصلی) - هزینه اعمال جراحی اصلی - مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف قلب، پیوند ریه، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان با احتساب بند ۱)                                                                                                                                                                                       | نفر  | نامحدود       | ۲۵       | ۳۵       | *            |
| ۳    | زایمان - هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | نفر  | نامحدود       | ۳۵       | ۳۵       | *            |
| ۴    | پاراکلینیکی ۱ - پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - انواع آندوسکوپی - ام آر ای - اکو کاردیوگرافی - استرس اکو - دانسیتومتری - انواع آنژیوگرافی (بجز چشم و قلب)                                                                                                                                                                                                  | نفر  | نامحدود       | ۳۵       | ۳۵       | *            |
| ۵    | پاراکلینیکی ۲ - هزینه های مربوط به تست ورزش ، تست ورزشی، تست تنفسی (اسپیرومتری - )، نوار عصب ( )، نوار عصب ( )، نوار مغز ( )، نوار مغز ( )، تست (سیستمتری با سیستوگرام )، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیتورینگ قلب                                                                                                                                             | نفر  | نامحدود       | ۳۵       | ۳۵       | *            |
| ۶    | جراحی های مجاز سرپایی - جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و دررفتگی - گچ گیری - ختنه سنجی - کرایوتراپی - اکسیژن لیوم - بیوپسی - تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم)                                                                                                                                                                                         | نفر  | نامحدود       | ۳۵       | ۳۵       | *            |
| ۷    | هزینه های امبولاس داخل شهر - هزینه های امبولاس داخل شهر و سایر فوریات های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال و انتقال بیمه به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج                                                                                                                                                                                   | نفر  | ۳۰۰۰۰۰۰       | ۳۵       | ۳۵       | *            |
| ۸    | هزینه های امبولاس خارج شهر - هزینه های امبولاس خارج شهر و سایر فوریات های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال و انتقال بیمه به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج                                                                                                                                                                                   | نفر  | ۷۵۰۰۰۰۰       | ۳۵       | ۳۵       | *            |
| ۹    | خرید اعضای طبیعی بدن - تهیه اعضای طبیعی بدن ( صرفاً با تأیید انجمن حمایتی مربوطه )                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | نفر  | ۱۰۰۰۰۰۰۰      | ۳۵       | ۳۵       | *            |
| ۱۰   | درمان بیماریهای خاص (بیماران صعب العلاج ، شیمی درمانی ، ام اس و بیماریهای خاص) با ستنا دارو - درمان بیماریهای خاص (بیماران صعب العلاج ، مانند کانسر ام اس پارکینسون هپاتیت و ایدز سیمی درمانی ، ام اس و بیماریهای خاص) بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی                                                                                                           | نفر  | نامحدود       | ۳۵       | ۳۵       | *            |

| ردیف | نام تعهدات                                                                                                                                                                                                                                                                                                | واحد | حداکثر تعهدات | قرارداد | تحت تکفل | غیر تحت تکفل |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|---------|----------|--------------|
| ۱۱   | هزینه های درمان نازایی و ناباروری - هزینه های درمان نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط ...<br>بمیکرواینجکشن و ...                                                                                                                                                  | نفر  | ۵۰۰۰۰۰۰۰      | ۳۵      | ۳۵       | *            |
| ۱۲   | ویزیت دارو و خدمات اورژانس - ویزیت (طبق تعرفه وزارت بهداشت) و دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور (صرفاً مزاد بر سهیم بیمه گر اول)<br>(و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری هزینه های سرنگ آب مقطر انژیوکت<br>ست سرم اسکالپ جز هزینه های ملزومات دارویی محسوب می گردند                                      | نفر  | نامحدود       | ۳۵      | ۳۵       | *            |
| ۱۳   | هزینه های اروتز - هزینه های مربوط به اروتز با تایید پزشک معالج و بر<br>اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر با توجه به نوع عمل جراحی - سسک - واکر                                                                                                                                                                  | نفر  | نامحدود       | ۳۵      | ۳۵       | *            |
| ۱۴   | خدمات آزمایشگاهی - هزینه خدمات آزمایشگاهی (بفراز چکاب و غربالگری<br>(شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک<br>پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی                                                                                                                           | نفر  | نامحدود       | ۳۵      | ۳۵       | *            |
| ۱۵   | رفع عیوب انکساری چشم راست - لیزیک چشم راست و جبران هزینه های<br>جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص<br>پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا یا جمع<br>قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه<br>نصف استیگمات) ۳۲ دیوپتر یا بیشتر باشد. | نفر  | ۲۵۰۰۰۰۰۰      | ۳۵      | ۳۵       | *            |
| ۱۶   | رفع عیوب انکساری چشم چپ - لیزیک چشم چپ و جبران هزینه های<br>جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص<br>پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا یا جمع<br>قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه<br>نصف استیگمات) ۳۲ دیوپتر یا بیشتر باشد.     | نفر  | ۲۵۰۰۰۰۰۰      | ۳۵      | ۳۵       | *            |



#### تبصره ۱

بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه های اعمال غیر مجاز سربایی ( در مطب ) مندرج در شرایط عمومی آیین نامه ۷۴ بیمه های درمان ندارد .

#### تبصره ۲

هزینه های آمبولانس داخل شهر و خارج شهر از محل تعهد هزینه های بیمارستانی ( بند ۱ ) و مجموع تعهد بیمه گر برای تعهدات ردیف های ۱ تا ۴ جدول فوق حداکثر معادل سقف تعهد جراحی تخصصی خواهد بود . سایر تعهدات به صورت مستقل در نظر گرفته می شود .

#### ماده ۷- دوره انتظار:

دوره انتظار برای تعهد زایمان به مدت ۰ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان خواهد بود . که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه مربوطه نخواهد داشت ، مگر اینکه بیمه شده به صورت متوالی و مستمر قبلاً تحت پوشش بیمه نامه درمان تکمیلی بوده و مستندات آن را به بیمه گر تحویل نماید .

#### ماده ۸- فرانشیز:

فرانشیز در این بیمه نامه مطابق با جدول تعهدات موضوع ماده ۶ محاسبه خواهد شد . لازم به توضیح است در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه ، فرانشیز معادل میزان تعیین شده در قرارداد و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه خواهد بود .

#### تبصره

در صورتی که سهم بیمه گر پایه کمتر از فرانشیز مقرر در قرارداد باشد ، ما به التفاوت سهم بیمه گر پایه و فرانشیز از خسارت مورد تایید بیمه گر کسر خواهد شد .

#### ماده ۹- استثنائات:

هزینه این موارد مطابق با ماده ۷ از آئین نامه ۷۴ بیمه های درمان شورای عالی بیمه از شمول تعهدات بیمه گر خارج است :

- ( ۱ ) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد .
- ( ۲ ) عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد
- ( ۳ ) سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج .
- ( ۴ ) ترک اعتیاد .
- ( ۵ ) خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- ( ۶ ) حوادث طبیعی مانند سیل ، زلزله و آتشفشان .
- ( ۷ ) جنگ ، شورش ، اغتشاش ، بلوا ، اعتصاب ، قیام ، آشوب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح .
- ( ۸ ) فعل و انفعالات هسته ای .
- ( ۹ ) هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر .
- ( ۱۰ ) هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر .
- ( ۱۱ ) جنون .
- ( ۱۲ ) جراحی لثه .
- ( ۱۳ ) لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند . مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر .



۱۴) جراحی فک مگر به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش .

۱۵) هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی .

۱۶) رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ( درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف استیگمات ) کمتر از ۳ دیوپتر باشد .

۱۷) کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است .

#### ماده ۱۰ - مهلت پرداخت خسارت :

بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت کند .

### فصل چهارم : نحوه ارائه خدمات به بیمه شدگان

#### ماده ۱۱ - نحوه استفاده بیمه شدگان از خدمات و تعهدات بیمه نامه :

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورتحساب 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 . لیکن در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر ، نیازی به اخذ معرفی نامه یا مراجعه حضوری به بیمه گر نبوده و بیمه شدگان می توانند با ارائه اصل کارت ملی و دستور پزشک در مراکز درمانی طرف قرارداد از خدمات و تعهدات این بیمه نامه استفاده نمایند . لذا اولویت ، استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر می باشد . ( فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد در سایت رسمی بیمه گر به نشانی

<http://www.iraninsurance.com> سربرگ مراکز ارائه خدمات - در دسترس تمامی بیمه شدگان می باشد . )

۱) در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند ، صورتحساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود .

۲) چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید ، هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد .

۳) در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد ( اصل همترازی ) .

#### تبصره

محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و اعمال جراحی سرپایی ، بر اساس تعرفه اعلام شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی در پرداخت خسارت های مستقیم و حداکثر معادل تعرفه های اعلام شده از طرف بیمه ایران در پرداخت خسارت های غیر مستقیم می باشد .

۴) چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هر کدام از شرکت های بیمه مخیر است .

۵) در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاد از سهم سایر بیمه گران مکمل ، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند ؛ 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 قرارداد از هزینه های مربوطه کسر خواهد شد. هر مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرها ( بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل ) معادل یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

۶) در مواردی که طبق تشخیص کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور انجام معالجات در داخل کشور امکان پذیر نباشد ، یا بیمه شده هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند ، در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه ، صورتحساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند ، تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد . در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق ( یعنی موارد فاقد تأییدیه از سوی کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور یا موارد غیر اورژانسی ) ، هزینه های انجام شده حسب تأیید سفارت یا کنسولگری ج.ا.ع.ر کشور مربوطه ، حداکثر معادل بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

#### تبصره

میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان بر حسب ریال محاسبه و پرداخت خواهد شد .

#### ماده ۱۲ - ترتیب پذیرش بیمه شدگان در مراکز درمانی :

۱) چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند ، لازم است موارد زیر را رعایت فرمایند :

- الف - با همراه داشتن اصل دستور پزشک معالج و اصل کارت ملی به یکی از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه فرمایند.
- ب - هزینه های درمانی مربوطه توسط بیمه گر به مرکز درمانی طرف قرارداد طبق قرارداد فی ما بین پرداخت خواهد شد مگر هزینه های خارج از تعهد ، خارج از سقف یا فرانشیز سهم بیمه شده که به عهده بیمه شده و بیمه گذار بوده و لازم است توسط بیمه شده پرداخت گردد .
- ۲) چنانچه بیمه شدگان در بیمارستان های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند :
- الف - حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری در بیمارستان ، مراتب از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع داده شود .
- ب - پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی توسط بیمه شدگان یا بیمه گذار تامین و پرداخت گردد .
- ج - اصل صورتحساب ، ریز صورت هزینه ها و فاکتورهای مربوطه و گواهی های بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار یا نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال فرمایند .

#### تبصره ۱-

بیمه شدگان می بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول مانند سازمان خدمات درمانی ، تامین اجتماعی یا سازمان های مشابه اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان های یاد شده ، از طریق نماینده بیمه گذار به بیمه گر ، هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند .

#### تبصره ۲-

در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نمی نماید مشمول فرانشیز موضوع بند ۹ از ماده ۲ این بیمه نامه خواهد شد .

#### ماده ۱۳ - مهلت تحویل مدارک :

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یکماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر یکماه بعد از انجام آن خواهد بود .



## فصل پنجم: سایر شرایط

### ماده ۱۴ اتباع غیر ایرانی:

خسارت مربوط به کارکنانی با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای مجوز اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

### ماده ۱۵ - اصل حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات شان را در اختیار بیمه گر قرار دهند.

(۱) اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد بیمه نامه فسخ خواهد شد.

(۲) هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده یا به وسیله اظهارات کاذب و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود 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 بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.

### ماده ۱۶ - حق تحقیق:

به منظور حفظ حقوق طرفین و همچنین شفافیت در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد.

### ماده ۱۷ -

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه گذار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است، بیمه گر مجاز به تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.

### ماده ۱۸ - حل اختلاف نظر:

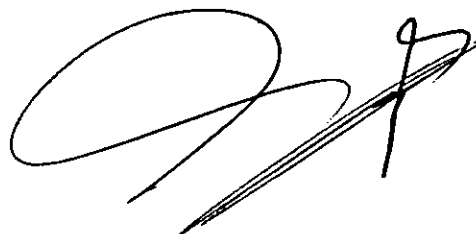
در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل خواهد شد. در غیر اینصورت رای مراجع ذیصلاح نافذ می باشد.

### ماده ۱۹ - مدت بیمه نامه:

مدت بیمه نامه یک سال تمام شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۳۹۷/۰۴/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ خاتمه می یابد.

### ماده ۲۰ - شرایط فسخ قرارداد:

موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند:



**الف - موارد فسخ از طرف بیمه گر :**

(۱) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسید مقرر  
(۲) هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سونیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد یا از اهمیت آن کاسته شود .

(۳) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه .

**ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار**

(۱) در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود .

(۲) در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود .

(۳) در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است .

**ج - نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ :**

(۱) در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر ، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود .

(۲) در صورت فسخ از طرف بیمه گذار حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماد بیمه ای محاسبه می شود ( کسر ماد یک ماه تمام منظور خواهد شد ) . در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد ، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند و بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید .

**د - نحوه فسخ :**

(۱) در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد . در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار ، فسخ شد تلقی می شود .

(۲) بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کند . در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است ، بیمه نامه فسخ شد تلقی می شود .

**ماده ۲۱ - شرایط تمدید قرارداد :**

تمدید قرارداد برای سال بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار و با صدور الحاقی یا تنظیم قرارداد جدید انجام خواهد شد  
به منظور استمرار ارائه خدمات به بیمه شدگان ، بیمه گر و بیمه گذار اقدامات لازم جهت تمدید قرارداد را ترجیحاً یک ماه قبل از اتمام قرارداد جاری انجام خواهند داد .

**ماده ۲۲ - سایر موارد :**

در کلیه مواردی که در این قرارداد از آنها ذکر شده به میان نیامده باشد ، مطابق با شرایط عمومی بیمه درمان گروهی ( آئین نامه شماره ۷۴ مصوب شورایعالی بیمه ) که جز لاینفک این بیمه نامه بوده و به بیمه گذار تحویل گردیده است و همچنین قوانین جاری کشور عمل خواهد شد

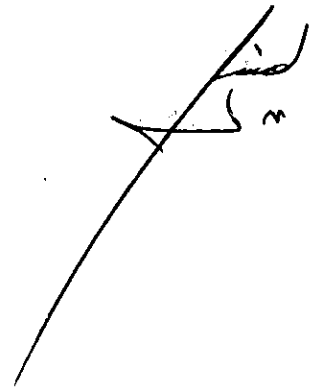


**ماده ۲۳ - خاتمه :**

۳۳۹۷/۰۵/۳۰

این قرارداد مشتمل بر ماده ۲۳ و ۱۷ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و از تاریخ امضا و مبادله شده است .

بیمه گذار



مجری قرارداد:

امضا

بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران

مجتمع / شعبه



مستطیل