



قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

شماره قرار داد: ۱۴۰۱/۷/۲۷۴/۲۷۴/۳	تاریخ صدور: ۱۴۰۱/۰۲/۲۵
شماره قرار داد سال قبل:	تاریخ شروع: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱
بیمه گذار: دانشگاه شهید چمران اهواز	تاریخ انقضا: ۱۴۰۲/۰۱/۳۱
تعداد بیمه شدگان ۲,۰۱۱ نفر	کد نمایندگی:
حق بیمه صادره ۷۶,۲۴۸,۵۲۹,۰۰۸ ریال	کد و نام کار گزار:

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 دانشگاه شهید چمران اهواز یا شناسه ملی ۱۴۰۰۲۹۱۷۴۲۰ و کد اقتصادی ۴۱۱۳۷۱۳۹۵۶۶۵ 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: دوم اهواز تلفن فاکس ۰۶۱۳۲۲۲۱۷۷۵ 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 گرهای پایه بیمه گر اول و شرکت سهامی بیمه ایران بیمه گر دوم محسوب میشوند.

۳) بیمه گذار

دانشگاه شهید چمران اهواز به نشانی: اهواز بلوار گلستان تلفن ۰۶۱۳۳۳۳۵۰۲۲ فاکس ۰۶۱۳۳۳۳۶۳۱۵۰ 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، 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 ۵-

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 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 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 گردند.

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 شدگانی که در طول مدت بیمه نامه خسارتی دریافت کرده باشند صرفاً در صورتیکه واجد شرایط مندرج در مفاد قرارداد (شرایط حذف پوشش بیمه ای) باشند حق بیمه باقیمانده تا پایان سال بیمه ای قابل برگشت خواهد بود.
* 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 حق بیمه ماهانه هر نفر		مبلغ ماهانه مالیات بر ارزش افزوده و مالیات سلامت				حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان بدون احتساب مالیات
با احتساب ۰ درصد مالیات سال ۱۴۰۲	با احتساب ۰ درصد مالیات سال ۱۴۰۱ و مالیات سلامت	درصد	مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر	مبلغ مالیات سلامت (درصد)	مبلغ هوارزش (درصد)	
		درصد سال ۱۴۰۲	۳۱۵۹۶۴۴	۰	۰	
۳۱۵۹۶۴۴	۳,۱۵۹,۶۴۴	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 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 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 -

بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه نامه خسارتی دریافت کرده باشند صرفاً در صورتیکه واجد شرایط مندرج در مفاد قرارداد (شرایط حذف پوشش بیمه ای) باشند حق بیمه باقیمانده تا پایان سال بیمه ای قابل برگشت خواهد بود.

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

نزد بانک ملت به نام ملت هفتم تیر 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 تعهد	شرح تعهد	حداکثر تعهدات	فرانشیز (درصد)		
				بیمه شده اصلی	تحت تکفل	غیر تحت تکفل
۱	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیوتراپی ، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) ، انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان بجز زایمان	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۲	جراحی های تخصصی	اعمال جراحی تخصصی شامل : افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱).	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۳	داروی بیمارهای خاص	داروهای خوراکی بیمارهای خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری ، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل سقف تعهد اعمال جراحی تخصصی	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۴	مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۳	جدول حاضر معادل سقف جراحی های تخصصی می باشد	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۵	زایمان	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۶	نازایی و ناباروری	هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن ، IUI ، ZIFT ، GIFT ، IVF	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۷	پاراکلینیکی تجمیعی	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۱ شامل : انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم ، انواع سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، ام ار ای ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان) هزینه های پاراکلینیکی گروه ۲ شامل : انواع آندوسکوپی ، ERCP ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پس میکرو ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپرومتری و PFT و ...) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG ، NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی بورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری ، پانکری متری ، پنتاکم و ...) ، خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتری ، انواع ادیومتری و ...)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۸		هزینه های پاراکلینیکی گروه ۳ (آزمایش ها) مانند : خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکرهای جنینی) ، پاتولوژی ، تستهای آلرژیک ، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)				
۹		هزینه های پاراکلینیکی گروه ۴ خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : اکوی قلب جنین ، مارکرهای جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین				
۱۰		هزینه های پاراکلینیکی گروه ۵ (توان بخشی) : فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کاردرمانی (OT)				
۱۱		هزینه های مجاز سرپایی : شکستگی ، در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیپوم ، بیوپسی ، تخلیه ی کیست ، لیزر درمانی	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۱۲	جراحی های مجاز سرپایی	جبران هزینه ویزیت ، دارو (بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۱۳	ویزیت ، دارو و خدمات اورژانس	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی ، جراحی لثه ، ایمپلنت ، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی (به استثناء اعمال زیبایی) - هزینه های دندان پزشکی	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰

ردیف	نام تعهد	شرح تعهد	حداکثر تعهدات	فرانشیز (درصد)		
				بیمه شده اصلی	تحت تکفل	غیر تحت تکفل
۱۴	دندان پزشکی	تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط هیات محترم دولت ابلاغ نشده باشد بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که به صورت سالیانه توسط سندبکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و به شرکت های بیمه گر ابلاغ می نماید.	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۱۵	عینک	جبران هزینه عینک طبی، لنز تماسی طبی (صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۱۶	رفع عیوب انکساری چشم راست	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری چشم راست مانند لیزیک، لازک، RK، PRK، PHAKIC یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان (طبق فاکتور رسمی و معتبر) - هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی قابل پرداخت است 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 علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۱۷	رفع عیوب انکساری چشم چپ	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری چشم چپ مانند لیزیک، لازک، RK، PRK، PHAKIC یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان (طبق فاکتور رسمی و معتبر) - هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی قابل پرداخت است 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 علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۱۸	سمعک	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (یک یا دو گوش حداکثر تا سقف مندرج و صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۱۹	اوروتز	هزینه ی خرید اوروتز (طبق تعریف وزارت محترم بهداشت) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد. (فهرست و تعرفه انواع اوروتز سالیانه توسط سندبکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و ابلاغ می گردد).	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۲۰	تهیه اعضای طبیعی بدن	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰	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 ۹ 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 ۹۹ 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 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. در 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 کند ، 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.ا 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 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 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.

تبصره

با توافق طرفین هرگونه دعوی بیمه گذار و ذینفعان علیه بیمه گر باید ظرف ۲ سال از زمان وقوع حادثه طرح گردد و بیمه گذار حق طرح دعوی و مراجعه به محاکم و سایر مراجع بعد از گذشت ۲ سال از زمان وقوع حادثه را از خود سلب و ساقط مینماید.

ماده ۱۹ - مدت بیمه نامه:

مدت بیمه نامه یک سال تمام شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۳۱ 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 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 .

ماده ۲۳ - خاتمه :

این قرارداد مشتمل بر ۲۳ ماده و ۱۸ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ امضا و مبادله شده است .

۱۴۰۱/۰۲/۲۵

بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران

مجتمع / شعبه

پیمان عدالت



بیمه گذار



مجری قرارداد:

امضا

فرش درزانی پور
بیمه ایران - کد ۳۲۱۴۰