



بیمه آرمان

قرارداد درمان گروهی

قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان دانشگاه فرهنگیان

شماره قرارداد: طی الحاقیه اعلام می گردد	تاریخ صدور: ۱۳۹۴/۰۳/۱۲
تعداد بیمه شدگان: ۱۰,۰۰۰ نفر	مدت قرارداد: یکسال
کد معرف: ۸۷۶	تاریخ شروع: ۱۳۹۴/۰۳/۰۱
کد صدور: شعبه آزادی - کد ۹۰	تاریخ انقضاء: ۱۳۹۵/۰۲/۳۱

این قرارداد بین شرکت بیمه آرمان (سهامی عام) به نشانی بلوار میرداماد خیابان شمس تبریزی جنوبی که بعد از این بیمه گر نامیده می شود از یک طرف و دانشگاه فرهنگیان که منبع بیمه گذار نامیده می شود از طرف دیگر به منظور جبران هزینه های درمان کارکنان بیمه گذار و اعضای خانواده آنان در سه فصل شامل شرایط عمومی، شرایط خصوصی و جدول تعهدات (که جزء لاینفک این قرارداد می باشد) منعقد گردید و بر اساس آن بیمه گر متعهد می شود در ازای انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار، هزینه های درمان اشخاص فوق الاشاره را درچار چوب ضوابط و مقررات مندرج در شرایط عمومی و خصوصی حداکثر تا سقف پوششهای درج شده جدول تعهدات پرداخت نماید.

فصل اول: شرایط عمومی

کلیات
ماده ۱: اساس قرارداد

این بیمه نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده و هم زمان یا قبل از صدور بیمه نامه کتباً به بیمه گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد، با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند:

۱-۲) بیمه گر: شرکت بیمه آرمان (سهامی عام) که مشخصات آن در این بیمه نامه درج شده است و 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.

بیمه پایه: سازمان هایی از قبیل بیمه خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی و غیره که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمت درمان پایه اند.

۲-۲) بیمه گذار: دانشگاه فرهنگیان به نشانی: شهرک قدس، بلوار شهید فرحزادی، خیابان تربیت معلم که شخصیت حقوقی آن برای بیمه گر محرز گردیده و متعهد به پرداخت حق بیمه قرارداد در وجه بیمه گر می باشد.

۲-۳) گروه بیمه شدگان:

الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار و اعضای خانواده شان که بیمه گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل ۵۰٪ آنها باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۱: بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گذار را صرفاً "در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.



اعضای خانواده: شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شدگان است.

۴-۲) موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۵-۲) حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

۶-۲) بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

۷-۲) حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر موقوف به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

۸-۲) دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

۹-۲) فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.

۱۰-۲) مدت: مدت بیمه نامه یکسال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می شود.

ماده ۳ - هزینه های درمانی قابل پرداخت عبارتند از:

الف - پوشش های اصلی (پایه):

۱) جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care.

تبصره - اعمال جراحی Day Care 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.

۲) هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان ها)

۳) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب - پوشش های اضافی:

بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد ذیل را حسب توافق با بیمه گذار تحت پوشش قرار دهد:

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

۲) هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند الف-۱ فوق. سقف تعهد بیمه گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر تجاوز کند.

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

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

۳- هزینه های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:

۱-۳) جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی استرس اکو، دانسیتومتری تا حداکثر ۲۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.



صفحه ۳ از ۱۳



- ۳-۲) جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوارمthane (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۳-۳) جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۳-۴) جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.
- ۳-۵) جبران هزینه‌های دندان پزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- تبصره - هزینه‌های دندان پزشکی براساس تعرفه‌ای محاسبه و پرداخت می‌شود که سالیانه سندیکای بیمه‌گران ایران با هماهنگی شرکت‌های بیمه، تنظیم و به شرکت‌های بیمه ابلاغ می‌کند.
- ۳-۶) جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی تا سقف ۲ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۳-۷) جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمعک تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۴) جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر چشم بیمه‌شده.
- ۵) جبران هزینه اعمال مجاز سربایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن‌لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۱۰ درصد تعهدات پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۶) جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۷) هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پایه سالیانه.
- تبصره ۱- هزینه‌هایی که در اجرای بند ب پرداخت می‌شود، مازاد بر سقف تعهدات پایه سالیانه است.

ماده ۴ = اصل حسن نیت

بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند.

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

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

ماده ۵ - پرداخت حق بیمه

بیمه‌گذار موظف است حق بیمه تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه نامه را به نحوی که در قرارداد بیمه توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت نماید.

ماده ۶ - استثنائات

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:



- (۱) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- (۲) عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، 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 تأیید مقامات ذیصلاح.
- (۸) فعل و انفعالات هسته‌ای.
- (۹) هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
- (۱۰) هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
- (۱۱) جنون.
- (۱۲) جراحی لثه.
- (۱۳) لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر
- (۱۴) جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- (۱۵) هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- (۱۶) رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- (۱۷) کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

ماده ۷- مقررات مختلف شرایط عمومی

بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های 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 انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورتحساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱) در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده 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 ۲) بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظف‌اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.



ماده ۸

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

ماده ۹

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

ماده ۱۰

بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا 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 هریک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود. تبصره - میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۱ - موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تسویه 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 و یا اقساط آن در سررسید
- (۲) هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و 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 براساس آن منعقد شده است.

ج - نحوه تصفیه 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 براساس حق بیمه هر ماه 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

ملفچه ۶ از ۱۳



آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده ۱۲- نحوه فسخ

- ۱) در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌شود.
- ۲) بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌شود.

ماده ۱۳- مهلت پرداخت خسارت

بیمه‌گر 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.

ماده ۱۴- کتبی بودن اظهارات

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

فصل دوم: شرایط خصوصی

ماده ۱- بیمه شدگان

بیمه شدگان عبارتند از حداقل ۷۰٪ کسانی که مشخصات کلی آنان در بند ۳، ماده دوم شرایط عمومی ذکر گردیده است شامل اشخاص زیر:

۱-۱) بیمه شدگان اصلی (کارکنان بیمه‌گذار)

۱-۲) اعضای خانواده بیمه شده اصلی عبارتند از:

۱-۲-۱) همسر (همسران) دائم بیمه شده اصلی.

۱-۲-۲) فرزندان بیمه شده اصلی: فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی اعم از داخل و یا خارج از کشور، تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام (با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل) و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج می‌توانند تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرند.

تبصره ۱: پوشش مجدد فرزندان اناث مطلقه، مشروط به پوشش توسط سازمان بیمه‌گر اول، انجام می‌پذیرد.

تبصره ۲: فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند در صورت گذشتن از سنین موضوع بند ۱-۲-۲ در مدت اعتبار بیمه‌نامه، به شرط استمرار پرداخت حق بیمه می‌توانند پوشش بیمه‌ای خود را ادامه دهند.

تبصره ۳: چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی یا از کارافتادگی کلی باشند تامین هزینه درمان سایر بیماریهای آنها (به جز معلولیت و از کارافتادگی) با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر تحت پوشش خواهد بود.



۳-۲-۱) پدر و مادر بیمه شده اصلی مشروط بر اینکه دارای بیمه گر اول باشند.

۴-۲-۱) کلیه کارکنان مؤنث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان و با رعایت مفاد این بیمه نامه مشروط بر اینکه دارای بیمه گر اول باشند، صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.

۵-۲-۱) چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه ای اعضاء خانواده متوفی و چنانچه بازنشسته گردد پوشش بیمه ای خود و اعضای خانواده وی مشروط به اعلام کتبی بیمه گذار و پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد می تواند ادامه یابد.

تبصره: کارکنان با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی که دارای اقامت با حق کار مشخص و پروانه کار باشند می توانند تحت پوشش قرار گیرند

ماده ۲- تعهدات بیمه گذار

۱-۲) بیمه گذار متعهد است همزمان با امضاء و مبادله قرارداد، لیست بیمه شدگان اصلی بیمه گر اول (پایه) و همچنین مشخصات کامل بیمه شدگان و افراد خانواده آنان را با ذکر شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، شماره حساب بانکی بیمه شده اصلی، تاریخ دقیق تولد، محل صدور، نام پدر، نسبت فرد با بیمه شده اصلی و شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی را در قالب فرمت اعلام شده از سوی بیمه گر، در قالب فایل الکترونیکی وطنی نامه رسمی به بیمه گر ارائه و نسبت به اخذ تأییدیه آن اقدام نماید.

تبصره ۱: شروع تعهدات بیمه گر منوط به امضاء و تأیید گزارش از بیمه شدگان (خروجی سیستم مکانیزه بیمه گر) از سوی بیمه گذار خواهد بود

تبصره ۲: همزمان با ارسال فایل ارائه لیست اولیه، ارسال فایل یا لیست بیمه بیمه گر پایه جهت بیمه شدگان اصلی به تبعیت از بیمه گزار الزامیست.

تبصره ۳: شرط اولیه بیمه درمان تکمیلی، داشتن بیمه پایه می باشد. لذا ارائه کپی صفحه اول دفترچه بیمه گر پایه جهت افراد تبعی در هنگام ارائه خدمات اعم از صدور معرفی نامه و یا پرداخت خسارت الزامیست.

تبصره ۴: در صورتی که اسامی افراد معرفی شده از طرف بیمه گذار در لیست بیمه پایه موجود نباشد، مشخصات افراد مذکور به لیست بیمه شدگان بیمه گذار با نقص مدارک اضافه گردیده و در صورت عدم ارائه اسناد معتبر (بیمه گر پایه به تبعیت از بیمه گذار) ارائه خدمات غیرممکن می باشد.

تبصره ۵: در صورتیکه بیمه گذار مشخصات افراد بازنشسته یا مشاورین خود را که در لیست بیمه گر پایه وجود ندارند ارسال نماید، بیمه گزار میبایست علاوه بر کپی صفحه اول دفترچه بیمه گر پایه افراد مذکور، قرارداد همکاری آنها را ارسال نماید. ضمناً این افراد فقط در ابتدای دوره پوشش داده می شوند.



تبصره ۶: در صورت از قلم افتادگی بیمه شدگان در لیست اولیه، چنانچه بیمه گذار با ارسال نامه رسمی به دبیرخانه بیمه گر ودلائل موجه ومستند مبنی بر از قلم افتادگی ارائه نماید بیمه گر می توان افراد از قلم افتاده را به لیست بیمه شدگان اضافه نماید وشروع پوشش بیمه ای برای این دست از بیمه شدگان تاریخ اعلام قبول کتبی بیمه گر به بیمه گذار خواهدبود.

۲-۲) بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را با اضافه نمودن علت و تاریخ تغییر و وضعیت بیمه شده برای بیمه گر تعیین نماید.

۲-۲-۱) افزایش درتعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه نامه منوط به استخدام جدید، ازدواج، تولد و یا افرادی که پس از شروع بیمه نامه تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند، خواهد بود و اسامی آنان باید حداکثر تا ۳ ماه بعد از تاریخ تولد، استخدام، عقد رسمی و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن، اعلام شود. ملاک تاریخ پوشش بیمه ای برای مستخدمین جدید، مزدوجین وتحت تکفلین جدید از تاریخ ورود نامه درخواست کتبی بیمه گذار به دبیرخانه بیمه گر وارائه پوشش به نوزادان از بدو تولد میباشد. درغیراین صورت افراد مذکور تاپایان قرارداد نمی توانند تحت پوشش بیمه ای قرار گیرند.

۲-۲-۲) تاریخ حذف بیمه شدگان همان تاریخ قطع همکاری با بیمه گذار، بازنشستگی، فوت، طلاق می باشد که حداکثر ظرف مدت ۱ ماه می بایست به بیمه گر اعلام گردد. در صورتیکه درخواست کتبی بیمه گذار پس از مهلت تعیین شده ارسال گردد بیمه گر درقبال هزینه های درمانی مربوط به زمان پس از تاریخ قطع همکاری نخواهد داشت وحق بیمه های دریافتی از زمان قطع همکاری تا زمان اعلام قطع همکاری به بیمه گذار قابل استرداد نخواهدبود.

۲-۳) بیمه گذار مکلف است حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا ۳۰ روز در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

۲-۳-۱) حق بیمه های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه نامه در پایان سال بیمه، بطور یکجا محاسبه و به بیمه گذار مسترد خواهد شد.

۲-۳-۲) حق بیمه کمتر از یکماه بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه، اضافه و یا حذف می شوند معادل حق بیمه یکماه منظور خواهد شد.

۲-۳-۳) حق بیمه مربوط به افزایش بیمه شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین می گردد میبایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان تسویه شود.

۲-۴) احراز پوشش بیمه ای بیمه شده در زمان رسیدگی به هزینه های اعلام شده منوط به بررسی مدارک بیمه شده و انطباق آن با شرایط بیمه نامه می باشد. در صورتی که براساس بررسی های به عمل آمده و در هر زمان از مدت بیمه نامه مشخص شود شرایط فرد بیمه شده و افراد تحت تکفل آن منطبق بر شرایط مندرج در بیمه نامه نیست، بیمه گر نسبت به حذف از شروع پوشش اقدام می نماید. در این صورت کلیه حق بیمه های پرداختی بیمه شده وافراد تحت تکفل تا تاریخ رسیدگی در وجه بیمه گذار مسترد نمی گردد و بیمه گذار متعهد به پرداخت خسارت های دریافتی می باشد.

۲-۵) بیمه گذار موظف است برای دریافت هزینه های درمانی و یا استفاده از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد جهت مشمولین بند (۱-۲-۲) ماده اول، مدارک دال بر عدم ازدواج و یا گواهی ادامه تحصیل معتبر و یا تحت تکفل بودن را در زمان اعلام خسارت ارائه نماید.

۲-۶) بیمه گذار موظف است حق بیمه قرارداد درسررسیدهای مقرر پرداخت نماید در هر صورت شرط انجام تعهدات بیمه گر و تداوم پرداخت خسارت منوط به پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و نبود هرگونه بدهی از سوی بیمه گذار می باشد.



۷-۲) بیمه‌گذار متعهد است صورت هزینه‌های پاراکلینیکی را حداکثر ظرف مدت ۳ ماه و بیمارستانی را حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از تاریخ تنظیم صورت حساب (چنانچه توسط بیمه شده هزینه پرداخت شده باشد) به بیمه‌گر تحویل نماید در غیر این صورت پس از انقضاء مهلت مذکور، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۸-۲) بیمه‌گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه‌شدگان از قبیل لیست پرداخت حق بیمه سهم بیمه‌گر اول، رونوشت حکم کارگزینی، سوابق پزشکی و معالجات انجام شده و سایر مدارک مرتبط را در صورت تقاضای بیمه‌گر ارائه نماید.

۹-۲) بیمه‌گذار موظف است همزمان با بستری شدن بیمه شده در مرکز درمانی مراتب را به نحو مقتضی به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۱۰-۲) چنانچه هزینه‌ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی است.

۱۱-۲) در صورت مشارکت بیمه شده در هرگونه درگیری و نزاع فردی و یا دسته جمعی، پرداخت خسارت و هزینه‌های درمانی منوط به ارائه تأییدیه کلانتری محل وقوع نزاع و یا مراجع قضائی مبنی بر عدم دخالت مستقیم بیمه شده در شروع نزاع و درگیری و صرفاً اقدام به دفاع از خود می‌باشد.

۱۲-۲) بیمه‌گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نمایندگی تام الاختیار خود را به بیمه‌گر معرفی نماید، این نماینده رابط بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه‌گذار و بیمه شده را به عهده دارد، بدین ترتیب بیمه‌شدگان بایستی امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه‌گر خودداری نمایند.

ماده ۳ - مدت

مدت قرارداد از تاریخ ۱۳۹۴/۰۳/۰۱ تا تاریخ ۱۳۹۵/۰۲/۳۱ به مدت یک سال شمسی می‌باشد.

ماده ۴ - میزان حق بیمه و روش پرداخت آن:

باتوجه به تعهدات بیمه‌گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان با احتساب مالیات برارزش افزوده سال ۱۳۹۴ مبلغ ۷۵۰,۰۰۰ ریال می‌باشد که بیمه‌گذار موظف است حق بیمه را براساس تعداد کل بیمه‌شدگان محاسبه و حق بیمه هر ماه را ۱۵ روز پس از پایان هرماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

حق بیمه در ۱۲ قسط مساوی قابل پرداخت می‌باشد.

ماده ۵ - تعلیق و فسخ بیمه نامه

در صورت عدم پرداخت اقساط حق بیمه در مهلت تعیین شده و یا وجود بدهکاران بازداشت بیمه‌گر می‌تواند با اعلام کتبی ۱۰ روزه نسبت به تعلیق قرارداد اقدام نماید. و همزمان یا پس از آن حسب مفاد ۱۰ شرایط عمومی قرارداد افسخ نماید در اینصورت در زمان تعلیق بیمه‌گر تعهدی در قبال خسارات وارده نخواهد داشت و در صورت تعلیق یا فسخ قرارداد تنفیذ اعتبار مجدد آن منوط به درخواست بیمه‌گذار و موافقت بیمه‌گر می‌باشد که در اینصورت بیمه‌گر جهت اعلام موافقت مجاز به اعمال شرایط جدید خواهد بود.

ماده ۶ - مقررات مختلف شرایط خصوصی

۶-۱) این بیمه‌نامه براساس آیین‌نامه‌های مصوب شورایعالی بیمه به عنوان مکمل خدمات سازمان تأمین اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، خدمات درمانی، ارائه می‌گردد. لذا بیمه‌شدگان باید در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این مؤسسات فتوکپی برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام فتوکپی چک دریافتی به بیمه‌گر تحویل نمایند.



صفحه ۱۰ از ۱۳



۶-۱-۲) الزامیست بیمه شدگان ابتدا از مزایای بیمه گر پایه استفاده نمایند لیکن بعضی از خدمات که با علامت * در کتاب ارزشهای نسبی مشخص گردیده و فاقد پوشش بیمه ای، بیمه گر پایه می باشند با رعایت مفاد قرارداد و در صورت داشتن پوشش بیمه ای با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشند.

۶-۱-۳) کلیه اعمال جراحی به منظور زیبایی غیر قابل پرداخت می باشد. لیکن در صورتیکه بعضی از اعمال جراحی از قبیل مامو پلاستی، استاپلینگ معده، بلفاروپلاستی و ژینکوماستی و ... از طرف بیمه گر پایه مورد تایید و قابل پرداخت باشد پس از تایید بیمه گر پایه قابل ارائه معرفینامه و پرداخت می باشد.

۶-۱-۵) مبنای محاسبه صورت خسارت های پاراکلینیکی، تعرفه های وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه خواهد بود. ۶-۲) دوران انتظار برای بیماری های مزمن و یا بیماری هایی که منشاء آن قبل از تاریخ شروع پوشش این بیمه نامه باشد، بیماری های فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، پولیپ، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، جراحی کلیه، ماستوئیدکتومی، کاتاراکت، جراحی های قلبی و عروقی، دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری شدن در بخش I.C.U و C.C.U گردد به تائید پزشک معتمد بیمه گر) برای هریک از بیمه شدگان از تاریخ شروع پوشش بیمه ای ۳ ماه خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه های مربوطه نخواهد داشت.

۶-۲-۱) جهت جبران هزینه زایمان در گروه های کمتر از ۲۵۰ نفر به مدت ۹ ماه و در گروه های ۲۵۰ الی ۱۰۰۰ نفر به مدت ۶ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه مربوطه نخواهد داشت.

تبصره ۱: گروه بالای ۱۰۰۰ نفر مشمول دوره انتظار نمی گردند.

۶-۲-۳) گروه زیر ۱۰۰۰ نفر در صورتیکه بیمه شدگان سابقه پوشش بیمه ای بدون وقفه داشته باشند دوران انتظار اعمال نمی گردد. ارسال لیست تایید شده از بیمه گر قبلی الزامیست. (برای بیمه شدگانی که فاقد شرط بالا باشند دوران انتظار منظور می شود)

۶-۳) حق هرگونه تحقیق، معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه شده به منظور تائید هزینه های انجام شده مطابق با شرایط بیمه نامه برای بیمه گر محفوظ می باشد.

۶-۴) با توجه به تعیین نرخ حق بیمه مطابق تعداد بیمه شدگان اعلام شده از طرف بیمه گذار، کاهش تعداد قابل توجه بیمه شدگان به میزان بیش از ۲۵٪ تعداد اولیه، بیمه گر را مجاز به تعدیل نرخ حق بیمه براساس تعداد بیمه شدگان جدید می نماید.

۶-۵) رسیدگی به اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارات پرداختی حداکثر تا یکسال پس از مدت انقضاء بیمه نامه با درخواست کتبی بیمه گر یا بیمه گذار قابل پیگیری و انجام می باشد.

۶-۶) پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان در زمان مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی منوط به پرداخت حق بیمه ایام مرخصی به صورت مستمر و بدون وقفه می باشد.

۶-۷) در صورتی که بیمه شده دارای هرگونه بدهی به بیمه گر باشد، بیمه گذار موظف به تسویه آن پس از اخذ مدارک و مستندات مربوطه، حداکثر ظرف مدت یک هفته می باشد.

۶-۸) شرایط مندرج در متن بیمه نامه حاکم بر شرایط خصوصی و عمومی پیوست بیمه نامه و همچنین شرایط خصوصی حاکم بر شرایط عمومی پیوست بیمه نامه می باشد.

۶-۹) مسئولیت بیمه گر فقط در چارچوب بیمه نامه و ملحقات آن، شرایط خصوصی، شرایط عمومی بیمه نامه بوده و بیمه گذار از ادعای هرگونه خسارت بر علیه بیمه گر خارج از آنچه در تمامی شرایط بیمه نامه تعهد شده خودداری می نماید.

۶-۱۰) نشانی و محل اقامت بیمه گر و بیمه گذار و نماینده آنها در ایران که در بیمه نامه و یا ضمیمه آن درج گردیده است، برای هریک از طرفین نشانی قانونی و رسمی است. هر یک از طرفین موظف هستند تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتباً به طرف مقابل اطلاع دهند، در غیراین صورت آخرین نشانی اعلام شده موجود معتبر خواهد بود.



ماده ۷- رفع اختلاف

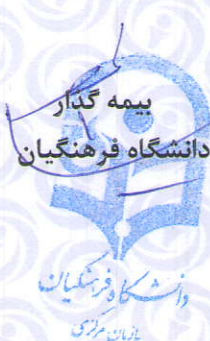
در صورت بروز هر گونه اختلاف در مفاد قرارداد و یا انجام تعهدات ، طرفین قرارداد اعم از اینکه مربوط به اجرای عملیات موضوع قرارداد و یا تفسیر و یا تعبیر هر یک از موارد قرارداد باشد ، طرفین ابتدا از طریق مذاکره اقدام می نمایند . و در صورت به توافق نرسیدن ، مراتب به هیئت داوری متشکل از یک داور از طرف بیمه گر ، یک داور از طرف بیمه گذار و یک داور مرضی الطرفین ارجاع خواهد شد . رای اکثریت هیات داوری برای طرفین لازم الاجرا و قطعی خواهد بود .

فصل سوم : جدول تعهدات بیمه گر

نوع تعهدات	حداکثر تعهدات	واحد	توضیحات
جبران هزینه های بستری و اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care	بدون سقف	نفر	به شرط بستری، جراحی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن، رادیوتراپی و گمانایف (با بیش از ۶ ساعت بستری)
جبران هزینه های اعمال جراحی مهم	بدون سقف	نفر	شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به بیماری سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، قلب ، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان
جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	تعهد بیمه گر برای هزینه زایمان شامل فرزند اول الی سوم بیمه شده می باشد.
جبران هزینه های نازایی و ناباروری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	تامین هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری و اعمال جراحی مرتبط IUI, ITSC, ZIFT, GIFT, IVF، و میکرواینجکشن.
جبران هزینه رفع عیون انکساری دوچشم	۶,۰۰۰,۰۰۰	نفر	چنانچه نقص بینایی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر قبل از عمل ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۶۰۰,۰۰۰ ۱,۰۰۰,۰۰۰	نفر	و سایر فوریت‌های پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می گردد
جبران هزینه اروتز و پروتز	بدون سقف	نفر	طبق تعرفه و تعریف وزارت بهداشت

انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، ام آر آی، انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو و دانسیتومتری، هزینه های گفتار درمانی ناشی از کاشت حلزون، کایروپراکتیک، سایر خدمات پاراکلینیکی تشخیصی و سرپایی، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری pft)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیتوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب و آنژیوگرافی چشم شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)، خدمات آزمایشهای تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی	۲۰	نفر	بدون سقف	جبران هزینه های پاراکلینیکی و جراحی های مجاز سرپایی
هزینه ویزیت ماما و پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص	۲۰	نفر	بدون سقف	جبران هزینه های ویزیت
فرانشیز هزینه دارو مازاد بر سهم بیمه گر اول	۲۰	نفر	بدون سقف	جبران هزینه فرانشیز دارو و ملزومات دارویی (سرنگ، آنژیوکت، ست سرم)
هزینه های دندان پزشکی شامل کشیدن، جرم گیری، پروساز، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش ایمپلنت، ارتودنسی با ارائه گرافی	۳۰	نفر	۳,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه خدمات دندانپزشکی
جبران هزینه عینک و لنز طبی با تجویز چشم پزشک.	۲۰	نفر	۱,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه عینک و لنز طبی
با تایید انجمن های مربوطه.	۲۰	نفر	بدون سقف	جبران هزینه تهیه اعضای پیوندی
				جمع کل تعهدات

این قرارداد در ۳ فصل شرایط عمومی (۱۴ ماده و ۷ تبصره)، فصل خصوصی (۷ ماده و ۱۲ تبصره)، جدول تعهدات و سه نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ ۱۳۹۴/۰۳/۱۲ امضاء و مبادله شده است.



صفحه ۱۳ از ۱۳

