

" قرارداد بیمه درمان مکمل کارکنان اداره کل استان سازمان بهزیستی کشور "

شماره قرارداد:	۱۴۰۲/	تاریخ صدور :	۱۴۰۲/ /
تاریخ شروع قرارداد :	۱۴۰۲ / ۰۷ / ۰۱	تاریخ اتمام قرارداد :	۱۴۰۳ / ۰۶ / ۳۱
تعداد بیمه شدگان : بالغ بر نفر (به حروف : نفر)	حق بیمه سالیانه : بالغ بر ریال (به حروف : ریال)		
کد بازاریابی : ندارد	مالیات بر ارزش افزوده: -----		

به استناد تفاهم نامه منعقد به شماره ۱۴۰۲/۵۸۸۹۹ ، این قرارداد بین شرکت آتیه سازان حافظ (سهامی خاص) به شماره ثبت ۱۷۴۹۸۷، وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران، با نمایندگی آقای/خانم با سمت ، دارای شناسه ملی و کد اقتصادی به شماره به عنوان بیمه گر و اداره کل بهزیستی استان با نمایندگی آقای/ خانم با سمت ، دارای کد اقتصادی به شماره و شناسه ملی به عنوان بیمه گزار و با استناد به مصوبه هیئت محترم وزیران به شمار ۱۵۸۶/ت/۲۴۲۴۶ مورخه ۱۳۸۱/۱/۲۱ و ابلاغ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت طی نامه شماره ۱۴۲/۲۰۱ مورخه ۱۳۹۷/۸/۱۰ و نامه شماره ۲۰۰۰/۳۸۵ مورخه ۱۳۹۰/۶/۶ دیوان محاسبات کشور و نیز مطابق با مفاد آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط زیر منعقد گردید.

فصل اول – کلیات

ماده (۱) تعاریف و اصطلاحات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصراً" با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند :

۱-۱- بیمه گر :

شعبه استان شرکت آتیه سازان حافظ به آدرس: تلفن : و نمابر : که بر اساس قوانین و مقررات و شرایط این قرارداد در ازای دریافت حق بیمه متعهد به انجام مفاد این قرارداد است .

تبصره : سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و سازمانهای مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند، بیمه گر اول و شرکت آتیه سازان حافظ بیمه گر دوم محسوب می شود .

۱-۲- بیمه گزار :

اداره کل استان سازمان بهزیستی کشور به نشانی: تلفن و نمابر که متعهد به معرفی و پرداخت حق بیمه بیمه شدگان می باشد.

۱-۳- بیمه شدگان :

۱-۳-۱ - بیمه شدگان عبارتند از کارکنان متقاضی شاغل که بطور تمام وقت در استخدام سازمان بهزیستی می باشند و مأمورین، به اتفاق تمامی اعضای خانواده (شامل همسر یا همسران دایمی، فرزندان و افراد تحت تکفل) که می بایست از طرف بیمه گزار بعنوان بیمه شده معرفی گردند .

تبصره ۱: بیمه شده اصلی مکلف است کلیه افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲: منظور از افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی، همسر و یا همسران دائمی، فرزندان و نیز سایر افراد تحت تکفل قانونی بیمه شده اصلی (با ارائه مستندات از مراجع قانونی ذیربط مبنی بر تحت تکفل بودن) می باشند که دارای دفترچه بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان های بیمه گر اول می باشند .

تبصره ۳: فرزندان ذکور و اناث بیمه شده اصلی تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار می گیرند و فرزندان اناث در صورت طلاق یا فوت همسر، با ارائه مستندات قانونی می توانند در صورت درخواست، مشمول بیمه تکمیلی گردند .

تبصره ۴: پوشش بیمه ای فرزندان ذکور و اناث که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت .

تبصره ۵: فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان اصلی با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح قانونی (اعم از سازمان بهزیستی، مراجع قضایی و کمیسیون های پزشکی مرتبط و وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) تحت پوشش قرار می گیرند .

تبصره ۶: افراد تبعی فرزندان معلول فوق الذکر مشروط به اینکه قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی باشند نیز مشمول قرارداد می گردند . بیمه شدگان این تبصره مشمول قانون همه یا هیچ می باشند و معرفی تمام افراد مشمول این بند از سوی بیمه گزار الزامی است .

تبصره ۷: پدر و مادر غیر تحت تکفل می توانند با پرداخت حق بیمه مندرج در قرارداد تحت پوشش قرار گیرند .

۲-۳-۱ - اعضای اناث می توانند همسر، فرزندان و والدین خود را (مشروط به اعلام کتبی بیمه گزار مبنی بر معرفی کلیه افراد تبعی مشمول این بند) همانند کارکنان ذکور بیمه نمایند .

تبصره ۸: بیمه گزار جهت احراز و کنترل معرفی ۵۰٪ مشمولین می بایست لیست بیمه گر اول و یا سایر مستندات درخواستی را جهت اعضای خود در اختیار بیمه گر قرار دهد .

۴-۱- موضوع بیمه :

عبارت است از جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

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

بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیر طبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

۵-۱- فرانشیز :

سهم بیمه شده یا بیمه گزار از از خسارت ارزیابی شده است و میزان آن در شرایط قرارداد تعیین شده است .

- خسارت قابل پرداخت : مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.
- خسارت ارزیابی شده : مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.

۶-۱- دوره انتظار :

دوره ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

۷-۱- خسارت:

خسارت ارزیابی شده مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین میگردد و خسارت قابل پرداخت، مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

۸-۱- مدت :

مدت قرارداد یکسال تمام شمسی است و تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در قرارداد درج گردیده است .

فصل دوم – شرایط و تعهدات

الف : تعهدات بیمه گر

ماده (۲) حدود تعهدات :

بیمه گر متعهد است در ازای انجام وظایف و تعهدات بیمه گزار، مازاد هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای برای هر فرد خانواده بشرح ذیل جبران نماید :

۱-۲- درمان جراحی سرطان (جراحی تومورهای خوشخیم، بدخیم)، اعمال جراحی مغز و نخاع، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و خرید اعضای طبیعی پیوندی (مانند : کلیه و ...)، جبران هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی به شرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (Day Care)، آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی قلب و مغز، اعمال جراحی چشم (پیوند قرنیه، ویتراکتومی، دکولمان رتین، قوز قرنیه و ... به استثنای جراحی های رفع عیوب انکساری)، هزینه های ICU، CCU، هزینه عمل دیسک ستون فقرات، لاپاراسکوپ، گامانایف، انواع سنگ شکن، جبران هزینه های بستری فاز حاد بیماریهای روانی نظیر افسردگی و سایکوز، تأمین هزینه های شیمی درمانی (دارو، بستری، سرپایی)، رادیوتراپی (پرتو درمانی)، داروهای خاص از قبیل کولیت معده و روده، رماتیسم، شیمی درمانی، MS، دیابت، قلبی و عروقی، تالاسمی، هموفیلی، صرع، هزینه بستری بیماران اعصاب و روان، درمان طبی صعب العلاج طبق تعریف وزارت بهداشت، بدون سقف .

تبصره ۱ : اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، بیشتر از ۶ ساعت و کمتر از یک روز باشد .

تبصره ۲ : جبران هزینه همراه افراد در زمان بستری در بیمارستان مشروط به تجویز پزشک معالج مربوطه و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .

تبصره ۳ : هزینه سپتوپلاستی (انحراف بینی) در صورتیکه همراه با رینوپلاستی صورت گرفته باشد، صرفاً در شرایطی قابل پرداخت خواهد بود که انحراف سپتوم و عمل جراحی سپتوپلاستی با گرافی قبل از عمل به تأیید پزشک معتمد بیمه گر رسیده باشد .

۲-۲- جبران هزینه های مربوط به زایمان (طبیعی-سزارین) و کورتاژ تشخیصی - درمانی و یاتخلیه ای محصول حاملگی، بدون سقف .

۲-۳- جبران هزینه های سرپایی و بیمارستانی مربوط به نازایی و ناباروری و اعمال جراحی مرتبط از قبیل ZIFT, GIFT, IUI, میکرواینجکشن و IVF, IVM بدون سقف.

۴-۲- جبران هزینه های پاراکلینیکی مانند : انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع ماموگرافی، انواع رادیوگرافی، انواع ام آر آی، انواع آندوسکوپی، انواع اکوکاردیوگرافی، دیالیز اورژانس، خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی، پزشکی هسته ای، FNA، هولتر مونیتریگ، RF نقاط مختلف بدن، GDX، پاکیمتری، مانومتري، توپوگرافی، سیستوسکپی، پلتیسموگرافی، انواع سونوگرافی (غریبالگری و غیره)، الکترومیوگرافی مثانه، پزشکی هسته ای، تست ورزش، اسپیرومتری، انواع آزمایش (غریبالگری، ژنتیک و غیره)، فیزیوتراپی (لیزر فیزیوتراپی و ...)، نوارنگاری (مانند: نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار قلب و غیره)، آنژیوگرافی چشم، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)، تمپانومتري، تست V.E.P.S, OCT، پریمتری چشم (اندازه گیری میدان بینایی)، تست آلرژي، رکتوسکوپی، تست اورودینامیک، ادیومتری، ارگواسپیرومتری، بینایی سنجی، بررسی عصب شنوایی، استوگرافی (تست متاکولین)، Brain Mapping، آمبولیوتراپی، اوزون تراپی، کاترستومی، وزیکستومی، گذاشتن لوله تغذیه زیرجلدی، انواع رایج رزکسیون، اکسیژون، هزینه های کاردرمانی، گفتاردرمانی و توانبخشی، پاتولوژی، سینوسکوپی، سنجش شنوایی، شستشوی گوش، جراحی ناخن، طب هسته ای، بررسی عصب بینایی، SDS، مگنت تراپی، تست مثانه، پاپ اسمیر، آنژیو اسکن قلب، کایروپراکتیک، تزریق سلولهای بنیادی، تزریق داخل ضایعه، کولونوسکوپی، کارپوتراپی، تزریق درخصوص دردهای مفصلی، سرم تراپی، IOLM، برداشتن میخچه، خونریزی بینی، تست خواب، سوزن و نوار تست قند خون، استرس اکو، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (نوار مثانه، سیستومتری لنزدرمانی، اکوگرافی چشم، ارب اسکن orb)، SMART, ICG، پرستار در منزل (با تأیید پزشک معتمد بیمه گر)، انواع IOLهای ترکیبی، غریبالگری و آزمایشات مربوط به جنین، فرایندهای تشخیصی مربوط به جنین، برون برگشتگی یا اکتروپیون، پنتاکم (توموگرافی قرنیه)، درمان بیماری های ژنتیکی، بیومتری، توپوگرافی چشم، انواع CT آنژیوگرافی، هماتولوژی، جبران

هزینه جراحیهای مجاز سرپایی و بدون بستری مانند: ختنه، بخیه، کشیدن بخیه، کرایوترابی، لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم) و هزینه های مربوط به کلیه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانهای بیمه گر توسط دبیرخانه شورایعالی بیمه خدمات درمانی مانند: شکستگیها، آتل گذاری، انواع گچ گیری، باز کردن گچ، بیرون آوردن جسم خارجی فرورفته در گوشت، کشیدن ناخن، فوندوسکوپی، کانفواسکن، انترپیون، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبسه کف دهان، شالازیون، بیوپسی، کوتر، ناخنک چشم، بیرون آوردن جسم خارجی از گوش، بینی و چشم، بیوفیدبک، نوروفیدبک، فصد خون، انواع تزریق، واکسیناسیون، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، طب سوزنی، پانسمان و تزریقات و سایر خدمات مشابه، بدون سقف.

۵-۲- جبران هزینه عینک و لنز طبی تماسی، هر دو سال بیمه ای یک بار و به ازای هر نفر حداکثر تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

۶-۲- جبران هزینه های انواع ویزیت اعم از عمومی، متخصص، فوق تخصص، مشاوره و ... تزریق هورمون رشد، جلوگیری از بلوغ زودرس و داروهای ایرانی و خارجی (داروهای خارجی با تأیید پزشک متخصص) بدون سقف.

۷-۲- جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، برای هر دو چشم تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

۸-۲- جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار (در زمان بستری) به سایر مراکز تشخیصی و درمانی طبق دستور پزشک معالج، داخل شهری و بین شهری، بدون سقف.

۹-۲- پرداخت هزینه های کاردرمانی، گفتار درمانی و توانبخشی، بدون سقف.

۱۰-۲- تامین هزینه داروهای در تعهد بیمه پایه، غیر بیمه ای و ملزومات دارویی بدون سقف با شرح ذیل:

۱-۱۰-۲- هزینه داروهای در تعهد بیمه پایه که چند قیمتی می باشند و بیمه پایه کمترین نرخ تولید را پرداخت می نماید، مبلغ مورد تعهد بیمه مکمل مجموع پرداختی سهم بیمه شده و ما به التفاوت قیمت دارو می باشد.

۲-۱۰-۲- حق فنی داروخانه قابل پرداخت می باشد.

۳-۱۰-۲- هزینه ملزومات دارویی مانند: سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت، گچ، نوار و سوزن تست قند خون، ست سرم، اسکالپ وین، باتری سمعک و انواع سوند و غیره، پس از کسر ۱۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد. بدیهی است چنانچه هزینه مذکور در تعهد بیمه پایه باشد و بیمه شده به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده کند، بابت خدماتی که سهم بیمه پایه آن محاسبه و پرداخت گردیده، فرانشیزی از صورتحساب کسر نخواهد شد.

۴-۱۰-۲- جبران هزینه داروهای داخل و یا خارج فارماکوپه کشور که در تعهد بیمه پایه نبوده و جنبه درمانی داشته و در چهارچوب ضوابط و مقررات سازمان غذا و دارو از مبادی و مجاری قانونی کشور تهیه شده باشد.

۵-۱۰-۲- ملاک محاسبه و پرداخت داروها، تولید داخلی دارو می باشد، لیکن در صورت عدم وجود تولید داخلی دارو و یا علی رغم وجود تولید داخلی داروها، پزشک متخصص معالج، مصرف داروی خارجی را تجویز نموده و ضرورت مصرف آن را تصریح نماید، داروی خارجی تجویز شده مشروط به رعایت بند ۴-۱۰-۲ بر اساس نام تجاری و با کسر فرانشیز پرداخت خواهد شد.

۶-۱۰-۲- جبران هزینه مکمل هایی مانند گلوکز آمین در صورت تجویز پزشک معالج متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر.

۷-۱۰-۲- در مواردی که دارو در تعهد بیمه پایه نبوده و بیمه شده از سهم بیمه پایه استفاده ننموده باشد، مبلغ قابل پرداخت طبق مفاد این ماده و پس از کسر سهم بیمه پایه خواهد بود.

۸-۱۰-۲- جبران هزینه واکسن آنفولانزا و آلرژی در صورت تجویز پزشک، قابل پرداخت می باشد.

۹-۱۰-۲- جبران هزینه داروهای بیماران خاص که در تعهد بیمه پایه نبوده لیکن داروها در فارماکوپه کشور می باشد، چنانچه داروها مرتبط با بیماری باشد، با رعایت سایر ضوابط پرداخت می گردد.

۱۰-۱-۲- جبران هزینه داروهای ویتامینه خارجی که جنبه درمانی دارند، در صورت تجویز پزشک معالج متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر.

۱۱-۱-۲- جبران هزینه های داروهای بیماران صعب العلاج که در داخل و خارج فارماکوپه کشور باشد.

۱۱-۲- جبران هزینه های اورتر و پروتر شامل عصا، انواع کمر بند، شکم بند، جوراب واریس، کفش طبی، کفی طبی، گردنبند، میچ بند، زانو بند، انواع آتل، واکر، تشک مواج (تعهدات این بند در صورت ارائه گواهی از پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر می باشد) برای هر نفر حداکثر تا سقف ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال .

۱۲-۲- جبران هزینه های ویلچر و سمعک برای هر نفر حداکثر تا سقف ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال .

۱۳-۲- پرداخت هزینه های دندانپزشکی با احتساب ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی و .. حداکثر تا سقف ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به صورت شناور.

ماده (۳) فرانشیز :

فرانشیز درصد معینی از هزینه های درمانی است که تأمین آن بعهده بیمه شده می باشد و به شرح زیر تعیین می گردد :

۱-۳- فرانشیز در خصوص خدمات موضوع بندهای ۱، ۲ و ۳ از ذیل ماده ۲ بابت سهم بیمه گر اول، ۱۰ درصد (۱۰٪) از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است بدیهی است چنانچه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نماید و یا به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده کند، بابت ریز خدماتی که سهم بیمه پایه آن محاسبه و پرداخت گردیده، فرانشیزی از صورتحساب کسر نخواهد شد .

تبصره: رسیدگی آن دسته از خدمات سرپائی موجود در تعهدات بندهای ۱، ۲، ۳ از ذیل ماده ۲ موضوع خدمات بستری بر اساس ضوابط و دستورالعمل های رسیدگی به اسناد پزشکی، گایدلاین های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد. لیکن سقف تعهدات و فرانشیز آن تابع ضوابط بند های مربوطه خواهد بود.

۲-۳- حداکثر تعهد بیمه گر در مورد آن دسته از خدمات موضوع بندهای ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳ از ذیل ماده ۲ که دارای تعرفه ثابت مصوب مراجع قانونی ذیربط در بخش خصوصی و دولتی، خیریه و غیر دولتی می باشند معادل تعرفه فوق پس از کسر سهم بیمه گر اول می باشد و درخصوص خدماتی که تعرفه آنها ضریبی از K می باشد، تعهد بیمه گر حداکثر بر اساس تعرفه جدید خدمات در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت سلامت در جمهوری اسلامی ایران پس از کسر سهم بیمه گر اول خواهد بود و در خصوص سایر خدمات که فاقد تعرفه مشخص می باشند پس از کسر، ۱۰ درصد (۱۰٪) از تعرفه بیمه گر خواهد بود .

۳-۳- کلیه خدمات بیماران خاص و هزینه های فیزیوتراپی جهت بیماران اوتیسم و معلولان جسمی و ذهنی تا ۱/۵ برابر تعرفه های مورد قبول در این قرارداد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۴-۳- در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد ما به التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۵-۳- فرانشیز هزینه عمل لیزیک (بند ۷)، معادل ۱۰ درصد (۱۰٪) هزینه های مورد تأیید و تعهد بیمه گر است .

۶-۳- در خصوص خدمات موضوع بند ۸ از ذیل ماده ۲ فرانشیزی کسر نخواهد شد.

ماده (۴) دوره انتظار :

بیمه شدگان این قرارداد مشمول دوره انتظار نمی باشند .

ب : تعهدات بیمه گزار

ماده (۵) نحوه اعلام اسامی بیمه شدگان :

۵-۱- بیمه‌گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف ۴۵ روز کاری پس از امضا و مبادله قرارداد دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بدون قلم خوردگی و با خط خوانا، به همراه یک نسخه CD اطلاعات خواسته شده، بر اساس فرمت ارائه شده از سوی بیمه گر، تهیه نموده و برای بیمه گر ارسال نماید.

تبصره ۱: لیست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان بایستی حاوی اطلاعات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ماه/سال)، شماره شناسنامه، کد ملی، شماره دفترچه بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گر اول، نسبت هریک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی و وضعیت تکفل قانونی بیمه شده تبعی، کد پرسنلی/کدملی بیمه شده اصلی (کد مشترکی بین اعضای خانواده)، شماره حساب/شماره شبا.

تبصره ۲: دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گزار تهیه گردیده، می بایست به امضای طرفین رسیده، ممهور و مبادله گردد و صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه‌شدگان به هنگام صدور معرفینامه و پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه‌گر قرار خواهد گرفت.

تبصره ۳: از تاریخ شروع قرارداد تا زمان دریافت لیست اولیه ارائه خدمت به بیمه شدگان صرفاً با نامه رسمی بیمه گزار که در آن فرد اصلی به اتفاق کلیه اعضای خانواده به عنوان بیمه شده معرفی گردیده اند، امکان پذیر خواهد بود. بیمه گزار موظف است در لیست اولیه کلیه افرادی که قبلاً با نامه معرفی نموده و در لیست اولیه به بیمه گر معرفی نمایند.

۵-۲- افرادی که در طول مدت قرارداد می‌توانند به تعداد بیمه‌شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدید الاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر دو ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که در اثنای سال بیمه ای ازدواج می نمایند (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر ظرف دو ماه پس از تاریخ ثبت ازدواج) و همچنین افرادی که در طی دوره قرارداد تحت تکفل قانونی بیمه شده اصلی قرار می‌گیرند (با ارایه مستندات قانونی و منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر ظرف دو ماه پس از تغییر وضعیت کفالت).

تبصره: تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه‌ای نامبردگان از تاریخ وقوع، مشروط به اعلام کتبی بیمه‌گذار در مهلت مقرر بند ۲-۵ خواهد بود.

۵-۳- نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گزار لیست آنان را حداکثر دو ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید.

۴-۵- موارد حذف بیمه‌شدگان با نامه کتبی بیمه گزار و عبارت است از فوت شدگان، خروج از کفالت و اعضای که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع می‌شود.

۵-۵- تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گزار و از تاریخ صدور نامه می باشد موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گزار قطع می‌شود. حداکثر مهلت تحویل نامه حذف بیمه شدگان به بیمه گر ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ وقوع خواهد بود.

تبصره ۱: جبران کلیه خسارت های وارده به بیمه گر، ناشی از تاخیر در تحویل نامه کتبی حذف بیمه شدگان بر عهده بیمه گزار می باشد.

تبصره ۲: بیمه گزار در خصوص افزایش و یا کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد مطابق ماده ۶ می بایست کلیه مستندات قانونی مربوطه را بیمه گر ارائه نماید.

۵-۶- چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه ای اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان سال بیمه ای قرارداد ادامه خواهد یافت. همچنین در صورتیکه بیمه شده اصلی در طی مدت قرارداد بازنشسته گردد، در صورت تمایل و مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه ای به همراه اعضای خانواده می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

۵-۷- کارکنانی که اسامی و مشخصات هر یک از اعضای خانواده اشان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره ۲ و ۳ ماده ۵ قرارداد قید نشده باشد، به استناد از قلم افتادگی نمی توانند جزو بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند.

تبصره: بیمه گزار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق تبصره ۱ و ۲ ماده ۵ برای بیمه گر ارسال نماید.

۸-۵- بیمه‌گذار مکلف است کلیه شرایط و مفاد قرارداد فیمابین را به اطلاع بیمه‌شدگان برساند و در صورت عدم اطلاع و آگاهی بیمه‌شدگان، مسئولیتی متوجه بیمه‌گر نخواهد بود.

تبصره: در صورت هرگونه ابهام یا نیاز به توضیح در رابطه با مفاد قرارداد و اعلام کتبی بیمه‌گذار، بیمه‌گر مکلف به پاسخگویی و شفاف‌سازی خواهد بود.

ماده ۶) میزان حق بیمه :

با توجه به تعهدات بیمه‌گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان مطابق با خدمات ماده ۲ قرارداد، مبلغ ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال (به حروف: پنج میلیون ریال) (بدون اعمال مالیات بر ارزش افزوده) می‌باشد.

ماده ۷) ترتیب پرداخت حق بیمه :

۱-۷- بیمه‌گذار موظف است کل حق بیمه ماهیانه قرارداد مبلغ موضوع ماده ۶ را با توجه به تعداد بیمه‌شدگان به صورت ماهانه کسر و حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه‌گر به شماره حساب جام ۳۶۴۰۴۸۶۵۹۱ بانک ملت - شعبه گلستان پاسداران کد ۶۵۵۷۳ به نام شرکت آتیه سازان حافظ واریز و فیش واریزی را به بیمه‌گر تحویل نمایند.

تبصره ۱: مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می‌باشد و در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه، قرارداد بلافاصله با اعلام کتبی بیمه‌گر، به حالت تعلیق در می‌آید و بیمه‌گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت ندارد. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق، قرارداد رفع تعلیق و مجدداً به حالت اول برمی‌گردد و بیمه‌گر موظف به اجرای تعهدات خود در زمان تعلیق می‌باشد. چنانچه در مدت تعلیق، بیمه‌شده‌ای از شرکت آتیه سازان حافظ شکایت نماید و شرکت محکوم به پرداخت خسارت گردد، بیمه‌گذار موظف است مبلغ خسارت تعیین شده در حکم دادگاه را پرداخت نماید.

تبصره ۲: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان (افزایش و کاهش) بوسیله الحاقیه تعیین می‌گردد و بایستی همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان در ماه‌های آتی تسویه شود.

تبصره ۳: در مورد افزایش تعداد بیمه‌شدگان حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه می‌شود.

تبصره ۴: در مورد کاهش تعداد بیمه‌شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد.

تبصره ۵: بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف اند هر دو ماه یکبار بر اساس لیست اولیه و تغییرات اعلامی نسبت به مغایرت‌گیری لیست بیمه‌شدگان اقدام نمایند.

تبصره ۶: بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف اند هر سه ماه یکبار نسبت به شفاف‌سازی مطالبات حق بیمه و امضای صورتجلسه‌ای که در آن حق بیمه قابل وصول (با توجه به تعداد بیمه‌شدگان) و حق بیمه وصول شده تعیین و مورد توافق طرفین است، اقدام نمایند.

تبصره ۷: بیمه‌گذار مکلف است حداکثر یک ماه پس از اتمام مهلت ارائه اسناد خسارت درمان به بیمه‌گر (موضوع تبصره‌های ۱ و ۲ ذیل بند ۳-۲ از ماده ۱۳ قرارداد حداکثر سه ماه پس از پایان قرارداد نسبت به تسویه حساب کتبی مربوط به قرارداد فیمابین، با بیمه‌گر اقدام نماید. چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۸)

بیمه‌گر و بیمه‌گذار مکلفند هم‌زمان با شروع قرارداد، کتباً نمایندگان تام‌الاختیار خود را به بیمه‌گر معرفی نمایند. این نمایندگان رابطین بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه‌گذار و بیمه‌شده را به‌عهده دارد. بدین ترتیب بیمه‌شدگان می‌توانند امور درمانی خود را در قالب این قرارداد علاوه بر مراجعه مستقیم، به کمک ایشان نیز انجام دهند.

ج: سایر شرایط

ماده (۹) 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 از اظهار مطلبی خودداری کند و یا 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 بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه‌نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه‌شده است.

ماده (۱۰) استثنائات :

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد :

- ۱- رفع عیوب مادرزادی (بجز ASD و VSD)، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج، جنبه درمان الزامی داشته باشد و قبل از عمل به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد.
- ۲- اعمال جراحی، که بمنظور زیبایی انجام می‌شود یا همراه با اعمال زیبایی می‌باشند، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی، با تشخیص پزشک معالج، تأیید مراجع قانونی و با ارائه مستندات مربوطه.
- ۴- درمان بیماری‌های فراگیر (اییدمی).
- ۵- هزینه آزمایشات دوره‌ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
- ۶- ترک اعتیاد.
- ۷- حوادث طبیعی مانند: سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۸- فعل و انفعالات هسته‌ای.
- ۹- جنگ، شورش، اغتشاش، نزاع، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه و هرگونه آسیب ناشی از سلاح گرم و سرد تحت هر عنوان و علت.
- ۱۰- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند (مانند: شامپو، صابون، خمیردندان و ...)، مگر این که با توجه به ماده ۲ قرارداد جزو تعهدات باشد و در این صورت با گواهی پزشک با تخصص مرتبط و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت خواهد بود.
- ۱۱- کاشت حلزون و پیوند اعضا (به استثنای موارد مندرج در بندهای ۱ و ۲ از ذیل ماده ۲) و نیز کاشت اجزاء اعضای بدن.
- ۱۲- عمد بیمه‌شده در تحقق خطر.
- ۱۳- اعمال جراحی عقیم‌سازی در آقایان و بستن لوله‌ها در خانم‌ها (بجز در مواردی که بعنوان عمل دوم در جراحیهای داخل شکم انجام شود).
- ۱۴- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده، قتل، جنایت.
- ۱۵- کلیه هزینه‌های مربوط به تصادفات رانندگی که بر عهده بیمه شخص ثالث و صندوق تامین خسارات بدنی می‌باشد. مگر با تعهد کتبی بیمه‌گذار مبنی بر باز پرداخت هزینه‌های درمانی به بیمه‌گر ظرف مدت حداکثر یکماه از اعلام کتبی بیمه‌گر به بیمه‌گذار.
- ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر 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 هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن ازسوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

۱۸- اعمال غیرمجاز سرپایی در مطب بر اساس مصوب پنجاه و پنجمین جلسه شورای عالی نظام پزشکی: ۱- القای بیهوشی عمومی یا بیهوشی نخاعی (به استثنای آرام بخشی تزریقی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارایه خدمت مورد تأیید وزارت بهداشت) ۲- انجام الکتروشوک درمانی (ECT) ۳ - اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد(من جمله انواع فتق ها) ۴-هرعملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد. ۵-هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوانهای بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور و "جراحی های مجاز بر روی استخوانهای فکین از طریق برشهای مخاطی "۶-جراحیهای ترمیم عروق بزرگ، جراحی های ترمیم اعصاب بزرگ، جراحی های ترمیم کلیه تاندونها (به جز تاندونهای اکستانسور پشت دست Hand و روی پا Foot ۷-جراحی سندرم تونل کارپال ۸-وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز منجمله(پروتز سینه) در هر جای بدن ۹-تخلیه بافت چربی زیر جلدی در هر نقطه ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و PAL به جز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰۰ سی سی توسط سرنگ جهت استفاده به عنوان فیلر ۱۰- ابدومینوپلاستی، براکیوپلاستی، ماموپلاستی- ۱۱ - تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سרینی و سینه ۱۲-اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی منجمله لیزر ۱۳-کلیه اعمال جراحی بر روی کره چشم منجمله کراس لینک (به استثنای تزریق هوا در اطاق قدامی، تپ اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک) ۱۴-اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد(به استثنای شالازیون) ۱۵- هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاستیسم لازم باشد. ۱۶- بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل مری، تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد، و طحال ۱۷- اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل کانال گوش میانی و گوش داخلی ۱۸- تزریق هرگونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون ۱۹-جراحی پرنیورافی ۲۰-ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل ۲۱-هر نوع زایمان ۲۲- هر نوع سقط جنین ۲۳- اعمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است ۲۴-برونکوسکوپی، لارنگوسکوپی مستقیم، لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی (به استثنای Office Hysteroscopy) ۲۵- کلیه اعمال جراحی روی استخوان های فک و صورت که نیازمند انسزیون های پوستی باشد ۲۶- اعمال جراحی روی غدد بزاقی که نیازمند انسزیون های پوستی است ۲۷-جراحی روی سیٹوم بینی و توربینیت ها ۲۸- هر نوع راینوپلاستی یا سیتوپلاستی به جز اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفا بر روی بافت نرم Alae Nasi ۲۹- اعمال جراحی روی سینوسهای پاراناژال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیونهای خارج دهانی دارد ۳۰- ترمیم اولیه شکاف لب و کام ۳۱- اعمال جراحی رزکسیون فکی که یکپارچگی فک را از بین می برد ۳۲- رزکسیون و بیوپسی ضایعات عروقی ۳۳- هر نوع رزکسیون زبان ۳۴-فلپ های پوستی بیش از ۵*۵ سانتی متر و کلیه فلپهای عضلانی ناحیه صورت ۳۵-برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحی های سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی متر باشد ۳۶- جراحی های شکستگی فکین و صورت که جهت جا اندازی یا فیکساسیون نیازمند دسترسی باز باشد. ۳۷- اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندام های مجاور دهان می شود و درمان آن نیاز به جراحی ترکیبی در فضاهای مجاور دارد ۳۸- اعمال جراحی بازسازی استخوان های فک و صورت که نیازمند تهیه گرافت از منابع خارج دهانی است ۳۹- انواع استئوتومی لفورت اعم از توتال یا سگمنتال که Base فک بالا را در بر می گیرد ۴۰- انواع استئوتومی های فک تحتانی جهت اعمال ارتوگناتیک ۴۱- اعمال جراحی های ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کندیلکتومی ۴۲- انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد ۴۳- انجام لیفت ابرو به روش غیرمستقیم که نیازمند Dissection باشد. ۴۴- ترمیم پارگی و laceration های صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجاری غدد بزاقی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد. ۴۵-نصب دیستراکتور خارج دهانی ۴۶- برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی لیتر.

۱۹- کلیه هزینه های پزشکی مربوط به چک آپ، مگر بنا به ضرورت و تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .

۲۰- هزینه های مربوط به ازکارافتادگی کلی .

۲۱- اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .

۲۲- هزینه های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی های جسمی بدن .

۲۳- کلیه هزینه های مربوط به نگهداری بیماری های روانی (جنون): منظور از جنون آن دسته از بیماری هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.

۲۴- هزینه همراه بیماران ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .

۲۵- ارائه کلیه خدمات زیبایی دندانپزشکی.

۲۶- سایر خدمات پزشکی که در تعهدات ماده ۲ قید نگردیده است .

ماده (۱۱) نحوه محاسبه و پرداخت هزینه ها :

۱- ۱۱- هزینه اتاق بیماران ضمن رعایت سایر ضوابط قرارداد حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته قابل پرداخت می باشد . بجز مواردی که به دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول بیمار در اتاق ایزوله بستری شود که حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستان های همتراز پرداخت می گردد .

۲- ۱۱- هزینه های درمانی مورد تعهد بیمه گر با احتساب مبالغ دریافتی از محل سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکت ها و سازمان های بیمه گر، نمی تواند از صد در صد هزینه های انجام شده تجاوز نماید. عبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر، مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان ها و شرکت های مذکور طبق مفاد قرارداد می باشد. بدیهی است در صورتی که بیمه شده از مزایای بیمه تکمیلی سایر شرکت های بیمه گر استفاده نماید، هزینه های درمانی مورد تعهد بیمه گر، پس از کسر مبالغ دریافتی از سازمان های بیمه گر اول و با در نظر گرفتن مبالغ پرداختی توسط سایر بیمه گران تکمیلی به گونه ای که بیمه شده منتفع نگردد، تا سقف قرارداد، قابل پرداخت خواهد بود . (در صورت استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران مکمل ، بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن 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 مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.)

تبصره ۱: هزینه های درمانی بیمه شدگان در مراکز غیرطرف قرارداد و یا در صورت مراجعه به مراکز طرف قرارداد بدون استفاده از معرفی نامه شرکت، براساس تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش های مربوطه ، در چهارچوب تعهدات این قرارداد محاسبه و پرداخت می گردد.

تبصره ۲: بیمه گر متعهد می گردد در صورت بستری بیمه شدگان در بیمارستانها و مراکز درمانی مجاز غیر طرف قرارداد با اطلاع بیمه گزار در زمان ترخیص نسبت به تسویه حساب هزینه های درمانی فرد بستری بر اساس مفاد قرارداد اقدام نماید.

۳- ۱۱- هزینه های مربوط به بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت آتیه سازان حافظ استفاده می نمایند، بر اساس مفاد قرارداد برابر تعرفه توافقی مراکز فوق الذکر و تا سقف قرارداد مورد رسیدگی و تسویه قرار می گیرند و در صورتیکه بیمه شدگان بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، هزینه ها براساس ضوابط قرارداد محاسبه خواهد شد .

بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی - درمانی را بر اساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید.

۴- ۱۱- چنانچه در مدت بستری ، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است .

۵- ۱۱- هزینه نسخ دارویی در انتهای قرارداد بدون احتساب تعداد داروی مصرفی تا پایان قرارداد و بصورت کامل در چهارچوب ضوابط قرارداد قابل پرداخت می باشد.

۶- ۱۱- بدیهی است، چنانچه تاریخ شروع بستری و یا انجام خدمات موضوع این بیمه نامه در بازه زمانی قبل از شروع و یا بعد از پایان بیمه نامه باشد، پرداخت هزینه آن در قالب این بیمه نامه در تعهد بیمه گر نمی باشد.

۷- ۱۱- در بستری های بیمارستان های طرف قرارداد در صورتیکه علاوه بر ۱۰ درصد فرانشیز، موارد مورد تعهد بیمه در فاکتور بیمارستان از طریق بیمه شده پرداخت شود بعد از اعلام بیمه شده به بیمه گر در صورت در تعهد بودن قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

۸- ۱۱- مابه التفاوت تجهیزات مصرفی مورد تعهد در زمان بستری که در تعهد بیمه پایه باشد توسط بیمه مکمل و طبق ضوابط قرارداد محاسبه می گردد .

۹- ۱۱- هزینه های درمانی بستری بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تأیید مراجع قانونی ذیربط در داخل کشور، 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 صورتیکه سفارت یا کنسولگری جمهوری

اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید نماید، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر و تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر، مندرج در قرارداد، محاسبه و پرداخت می‌شود و میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از مراکز درمانی محاسبه خواهد شد.

تبصره: هزینه‌های بستری با توجه به تعرفه‌های مصوب بخش خصوصی هیئت وزیران، محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۱۰-۱۱- میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

۱۱-۱۱- بیمه‌گر تعهد می‌نماید حداکثر ظرف مدت ۱۵ 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.

تبصره: بیمه‌گذار می‌تواند در صورت عدم پرداخت خسارت پس از گذشت یک ماه از موعد مقرر توسط بیمه‌گر راساً از محل حق بیمه نسبت به پرداخت هزینه‌های درمانی اقدام نماید و بیمه‌گر حق هیچگونه اعتراضی ندارد.

ماده (۱۲)

بیمه‌شده در انتخاب هریک از مراکز تشخیصی و درمانی داخل کشور آزاد است. در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه‌گر، پس از پرداخت هزینه‌ها بایستی اسناد و مدارک مثبت را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده، به بیمه‌گر تسلیم نماید.

ماده (۱۳) ترتیب بستری شدن بیمه‌شدگان:

۱-۱۳- چنانچه بیمه‌شدگان بخواهند از خدمات مراکز تشخیصی و درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده نمایند، موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند:

۱-۱-۱۳- در مراکز طرف قرارداد شرکت که معرفی‌نامه به صورت آنلاین صادر می‌گردد نیازی به مراجعه به شعبه وجود ندارد. در این موارد بیمارستان ضمن دریافت مستندات مورد نیاز (کارت ملی، شناسنامه و دستور پزشک) نسبت به صدور معرفی‌نامه بیمه‌شدگان اقدام خواهد کرد.

تبصره ۱: در خصوص خدمات درمانی نظیر: جراحی‌های درمان چاقی، لیزیک، جراحی‌های بینی، فتق‌های شکمی، جراحی فک، جراحی عروق واریسی، جراحی‌های پلک، جراحی استراییسم، جراحی عیوب انکساری، جراحی ماموپلاستی، کورتاژ تشخیصی و درمانی، شکستگی‌ها، درمان بیماری‌های اعصاب و روان، مسمومیت‌های دارویی، کاهش سطح هوشیاری ... بیمه‌شدگان می‌باید پیش از بستری جهت دریافت تأییدیه پزشک معتمد به بیمه‌گر مراجعه نمایند.

تبصره ۲: هزینه‌های خارج از تعهد بیمه‌گر و مزاد بر سقف تعهدات، بعهد بیمه‌شده می‌باشد و بیمه‌گر هیچگونه تعهدی در این خصوص ندارد.

۲-۱-۱۳- در صورت وجود قرارداد فی‌مابین مراکز تشخیصی و درمانی و بیمه‌گر اول و کسر سهم بیمه‌گر اول از صورتحساب توسط خود مراکز تشخیصی و درمانی، بیمه‌گر متعهد به پرداخت مزاد هزینه مورد تأیید تا سقف تعهدات، پس از کسر فرانشیز اجزاء عدم تعهد بیمه‌گر اول و موارد عدم تعهد بیمه تکمیلی می‌باشد.

۲-۱۳- چنانچه بیمه‌شدگان در مراکز تشخیصی و درمانی غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند:

۱-۲-۱۳- حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری در مراکز تشخیصی و درمانی و قبل از ترخیص، مراتب را از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر اطلاع دهند.

۲-۲-۱۳- پیش پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی را راساً تأمین نمایند.

۳-۲-۱۳- اصل مدارک و صورتحساب‌های مراکز تشخیصی و درمانی، به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده و سایر مدارک پرونده را راساً و یا از طریق نماینده بیمه‌گذار، جهت محاسبه و پرداخت هزینه‌های مربوطه، برای بیمه‌گر ارسال نمایند.

تبصره ۱: بیمه‌شدگان بایستی ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر اول (سازمان بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و سازمان‌های مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می‌باشند) و سایر بیمه‌گران مکمل اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک مربوطه و کپی چک دریافتی از سازمان‌های فوق‌الذکر، هزینه‌های انجام شده را تا سقف‌های مقرر بر اساس مفاد قرارداد دریافت نمایند و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر اول، حداقل

فرانشیز معادل ۱۰ درصد (۱۰٪) از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر می باشد. بدیهی است در صورت عدم پرداخت سهم بیمه گر اول، اصل مدارک بایستی به بیمه گر تحویل داده شود.

تبصره ۲: مهلت تحویل مدارک هزینه های درمانی بیمه شدگان حداکثر شش ماه پس از انجام خدمت و دو ماه بعد از اتمام قرارداد خواهد بود.

۴-۲-۱۳- محاسبه هزینه های درمانی بر اساس تعرفه مراکز تشخیصی و درمانی همتراز طرف قرارداد با بیمه گر می باشد.

ماده (۱۴)

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه گزار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است و یا اینکه شرط معرفی ۵۰٪ مشمولین مطابق بند ۳ از ذیل ماده ۱ قرارداد رعایت نگردیده باشد، بیمه گر مجاز به اعمال تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد، با رعایت قوانین و مقررات بیمه ای جاری کشور بوده و بیمه گزار ملزم به تبعیت خواهد بود.

فصل سوم: سایر مقررات

ماده (۱۵) مدت قرارداد:

مدت این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر مورخه ۰۱ / ۰۷ / ۱۴۰۲ شروع و در ساعت بیست و چهار مورخه ۳۱ / ۰۶ / ۱۴۰۳ خاتمه می یابد.

ماده (۱۶)

بمنظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان، حق هرگونه تحقیق، معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه شده به منظور تأیید هزینه های انجام شده، مطابق با شرایط قرارداد برای بیمه گر محفوظ می باشد.

ماده (۱۷) حل اختلاف:

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، ابتدا از طریق مذاکره بین طرفین حل و فصل خواهد شد. در صورت عدم حصول نتیجه ظرف مدت یک ماه موضوع با ارجاع اختلاف به مراجع قضایی تهران، پیگیری خواهد شد.

ماده (۱۸) موارد فسخ قرارداد و نحوه تسویه حق بیمه:

بیمه گر و یا بیمه گزار می توانند در موارد زیر برای فسخ قرارداد اقدام نمایند:

۱-۱۸- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

۱-۱-۱۸- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر در قرارداد.

۲-۱-۱۸- هرگاه بیمه گزار سهواً و یا بدون سوء نیت، مطالبی خلاف واقع اظهار نماید 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. بدیهی است در صورت احرار سوء نیت یا عمد در این خصوص نیز حق فسخ ایجاد خواهد شد.

۳-۱-۱۸- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه به نحوی که افزایش حق بیمه قابل محاسبه نباشد و یا بیمه گزار با افزایش حق بیمه موافقت ننماید.

۴-۱-۱۸- در صورت محقق نشدن شرط معرفی ۵۰٪ مشمولین مطابق مفاد ماده ۱ قرارداد.

۲-۱۸- موارد فسخ از طرف بیمه گزار:

۱-۲-۱۸- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲-۲-۱۸- انتقال پرتفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.

۳-۲-۱۸- در صورت توقف فعالیت بیمه گزار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

۳-۱۸- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ :

۱-۳-۱۸- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می گردد .

۲-۳-۱۸- در صورت فسخ از طرف بیمه گزار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه می شود و کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد .

تبصره ۱: در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد بیمه گزار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد، حداکثر ظرف مدت دو ماه پس از اعلام کتبی، به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید .

تبصره ۲: در صورت هر گونه تغییر در نحوه اجرای قرارداد طرفین می توانند نسبت به فسخ قرارداد مطابق ضوابط فوق اقدام نمایند.

ماده (۱۹) نحوه فسخ :

۱۹-۱- در صورتی که بیمه گر بخواهد قرارداد را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله نامه یا تلفنگرام و سایر وسایل مقتضی به بیمه گزار اطلاع دهد در این صورت قرارداد یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه گزار ، فسخ شده تلقی می گردد .

۱۹-۲- بیمه گزار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضای فسخ قرارداد را بنماید. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه گر و یا تاریخ موخری که در درخواست قید شده باشد، قرارداد فسخ شده محسوب می شود .

ماده (۲۰) شرایط تمدید قرارداد :

تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق کتبی بیمه گر و بیمه گزار و با صدور الحاقیه انجام خواهد شد .

ماده (۲۱) اقامتگاه :

آدرس قانونی طرفین قرارداد، همان آدرس مندرج در ماده ۱ قرارداد بوده و کلیه مکاتبات و مراسلات به آن آدرس ها ارسال خواهد شد .

تبصره: در صورت هرگونه تغییر در آدرس، هر یک از طرفین مکلف به اعلام مکتوب به طرف مقابل می باشد (حداکثر ظرف مدت ده روز پس از وقوع تغییر آدرس).

ماده (۲۲)

در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی، آیین نامه های شورایعالی بیمه خدمات درمانی و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد .

ماده (۲۳) : نسخ قرارداد:

این قرارداد مشتمل بر ۲۳ (بیست و سه) ماده، ۳۸ (سی و هشت) تبصره و در ۲ نسخه متحد الشکل که هرکدام حکم واحد را دارند، تنظیم گردیده و با علم و آگاهی طرفین در تاریخ / / امضا و مبادله شده و از تاریخ امضا برای طرفین لازم الاجرا و لازم الاتباع می باشد .

بیمه گزار

اداره کل استانسازمان بهزیستی کشور

بیمه گر

شعبه استان..... شرکت آتیه سازان حافظ