

قرارداد بیمه درمان گروهی تکمیلی کارکنان دفاتر نمایندگی

شماره قرارداد :	
شماره سال قبل:	۹۳/۰۵/۰۱
تاریخ صدور:	
بیمه گذار: کانون سراسری انجمن های صنفی کارفرمایی نمایندگان بیمه ایران	تاریخ شروع:
	۹۳/۰۵/۰۱
تعداد بیمه شدگان:	تاریخ انقضاء:
۹۴/۰۵/۰۱	
حق بیمه صادره:	مالیات بر ارزش
افزوده:	

این قرارداد فی مابین شرکت سهامی بیمه ایران که منبع بیمه گر نامیده می شود از يك طرف کانون سراسری انجمن های صنفی کارفرمایی نمایندگان بیمه ایران که بعد از این بیمه گذار نامیده می شود از طرف دیگر براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه ۱۳۱۶ ، مقررات و آئین نامه های شورایی عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط خصوصی ذیل منعقد می گردد:

فصل اول – (تعاریف و اصطلاحات)

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

ماده ۱ - (بیمه گر: شرکت سهامی بیمه ایران به نشانی: تهران خیابان سعدی - چهارراه مخبرالدوله

ماده ۲) بیمه گذار: کانون سراسری انجمن های صنفی کارفرمایی نمایندگان بیمه ایران به نشانی خیابان فلسطین بین طالقانی و بزرگمهر پلاک ۳۷۲ ساختمان ۱۱۰ طبقه ۷ واحد ۷۰۳

ماده ۳ (بیمه شدگان:

عبارتند از کارکنان شاغل نمایندگان بیمه ایران و اعضاء خانواده تحت تکفل ایشان که توسط بیمه گذار معرفی میشوند.

تبصره ۱- منظور از اعضاي خانواده همسر، فرزندان و سایر افراد تحت تکفل بیمه شده اصلي میباشد که به تبع بیمه شده اصلي داراي دفترچه تامین اجتماعي یا خدمات درمانی میباشد.

تبصره ۲ - کارکنان نمایندگی در صورتی مشمول این قرارداد قرار می گیرند که حداقل یکسال سابقه رسمی و تمام وقت در دفاتر نمایندگی بیمه داشته و لیست مشخصات آنها به سازمان تامین اجتماعی یا بیمه ایران اعلام شده باشد مرجع تایید کننده در این خصوص مدیریت واحدهای اجرایی ذیربط شرکت سهامی بیمه ایران خواهد بود.

تبصره ۳ - صرفاًوالدین غیر تحت تکفل نمایندگان در صورت اعلام اسامی در یک نوبت و یکجا با رعایت ضرب الاجل ماده پنجم قرارداد تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره ۴- فرزندان ذکور تا سن بیست سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه میشوند.

۱/۳/۴) دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام بیمه میشوند.

۲/۳/۴) پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.
تبصره ۵- همسر، فرزندان و والدین تحت تکفل کارکنان اناث دفاتر نمایندگی با شرایط بالا تحت پوشش این قرارداد می باشند.
تبصره ۶- صرفاً آن دسته از کارکنان دفاتر و نمایندگان و افراد تحت تکفل آنان تحت پوشش این قرارداد می باشند که نماینده مربوطه عضو انجمن صنفی استان بوده و انجمن صنفی نیز عضو کانون سراسری باشد.

ماده ۴ - موضوع بیمه

عبارتست از جبران هزینه های پزشکی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث مشمول بیمه مازاد بر بیمه خدمات درمانی، بیمه تامین اجتماعی و یا هر نوع بیمه گر اول برطبق شرایط مقرر در این قرارداد.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

(ماده ۵)

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز پس از امضاء و مبادله قرارداد دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بدون قلم خوردگی و با خط خوانا بوسیله رایانه، تهیه نموده و جهت بیمه گر ارسال نماید. بدیهی است ملاک صدور معرفی نامه یا پرداخت هزینه های پزشکی اسامی مندرج در لیست مذکور می باشد.

تبصره ۱) لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان میباید حاوی اطلاعات زیر باشد: شماره ردیف که همان شماره بیمه ای بیمه شده می باشد - نام و نام خانوادگی - تاریخ تولد (روز/ ماه/ سال) - شماره شناسنامه - نسبت و کد ملی هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی - در صورت دارا بودن شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی یا بیمه تامین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول.

تبصره ۲) دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده میبایست به امضاء طرفین رسیده ممهور و مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت.

تبصره ۳) بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق تبصره یک و تبصره دو ماده پنج برای بیمه گر ارسال نماید.

۳/۵/۱) ت) افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به عداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: نمایندگان جدید ورود (با حداقل ۳ ماه سابقه فعالیت بیمه ای) و افراد تحت تکفل آنان و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت، نوزادان و افرادی که تازه ازدواج نموده اند (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر ظرف یک ماه پس از کفالت و یا ازدواج و یا تولد). تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از اولین روز ماه بعد بیمه ای از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

۳/۵/۲) ت) نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید.

۳/۵/۳) تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ دریافت نامه وی می باشد موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از فوت شدگان - خروج از کفالت و نمایندگانی که رابطه همکاری آنان با شرکت قطع می شود .

۳/۵/۴) بیمه شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی مشروط به پرداخت حق بیمه ، صرفاً تا پایان سال بیمه ای قرارداد ادامه خواهد یافت .

تبصره چهار- کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات ، موضوع تبصره دو و سه ماده پنج قرارداد درج نباشد باستناد از قلم افتادگی نمی توانند در عداد بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند . مگر بیمه گزار دلایل موجهی ارائه و مورد تائید بیمه گر واقع گردد .

ماده ۶- میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه گر حق بیمه ماهانه هر يك از بیمه شدگان مبلغ ۲۴۸,۳۰۰ ریال میباشد .
به مبلغ مذکور ۸ درصد مالیات بر ارزش افزوده اضافه خواهد شد .

ماده ۷ ترتیب پرداخت حق بیمه

بیمه گذار مکلف است حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا پانزدهم همان ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید .

تبصره يك- مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه ، قرارداد بلافاصله با صدور الحاقی به حالت تعلیق در می آید و بیمه گر در زمان تعهدی به جبران خسارت ندارد بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق قرار داد با صدور الحاقی رفع تعلیق مجدداً به حالت اول بر می گردد .

تبصره دو- حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین میگردد که می بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماههای آتی حداکثر تا پانزدهم ماه بعد تسویه شود .

۲/۷/۱) - در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه کسر ماه يك ماه تمام محاسبه میشود .

۲/۷/۲) - در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمیشود

فصل سوم : شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۸- تعهدات بیمه گر

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذارمآزاد هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای بشرح تعهدات زیر جبران نماید:

تعهدات		سقف تعهدات	فرانشیز و توضیحات
هزینه های	جراحی های تخصصی	بدون سقف	معادل سهم بیمه گراول و حداقل

بیمارستانی		۱۰٪ هزینه های مورد تایید
درمان طبی و سایر اعمال جراحی	بدون سقف	معادل سهم بیمه گراول و حداقل ۱۰٪ هزینه های مورد تایید
زایمان (طبیعی، سزارین)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	معادل سهم بیمه گراول و حداقل ۱۰٪ هزینه های مورد تایید
هزینه های درمان نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی)	۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال	معادل سهم بیمه گراول و حداقل ۲۰٪ هزینه های مورد تایید
هزینه های پاراکلینیکی	بدون سقف	معادل سهم بیمه گراول و حداقل ۲۰٪ هزینه های مورد تایید
ویزیت پزشکان (براساس تعرفه جاری شرکت)	بدون سقف	پایه حداقل ۲۰٪ هزینه های مورد تایید
دارو براساس فهرست داروهای فارماکوپه کشوری مازاد بر سهم بیمه گراول مگر به تشخیص پزشک متخصص مصرف داروی خارجی لازم باشد یا معادل ایرانی نداشته باشد.	بدون سقف	پایه حداقل ۲۰٪ هزینه های مورد تایید
هزینه های تهیه اعضاء طبیعی پیوندی	بدون سقف	۲۰٪ بابت بیمه گر اول - با تایید انجمن حمایتی مربوطه
هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه نقص بینایی ۳ دیوپتر برای هر چشم	۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال	معادل سهم بیمه گراول و حداقل ۲۰٪ هزینه های مورد تایید
عینک و لنز طبی (هر ۲ سال یکبار)	۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال	حداقل ۲۰٪ هزینه های مورد تایید
آمبولانس	داخل شهر ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال خارج شهر ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال	—
بیماری های خاص و صعب العلاج	بدون سقف	

خلاصه جدول تعهدات به شرح ذیل می باشد :

در ازاء دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان عبارت است از :

تبصره ۱) تامین هزینه های بیمارستانی و DAY CARE شامل اعمال جراحی- درمان طبی و هزینه بستری در بخش مراقبتهای ویژه نظیر ، CCU، ICU اطاق ایزوله به شرح زیر می باشد :

الف - تعهد بیمه گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت ارائه کارت یا دریافت معرفی نامه از بیمه گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق خواهد بود.

ب - تعهدات بیمه گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم در جبه طرف قرارداد در منطقه و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف ۱۵ روز باز پرداخت خواهد شد.

ج - در خصوص کلیه هزینه های بستری مربوط به بیماریهای خاص (شامل بیماری های هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند کلیه) و بیماریهای صعب العلاج (شامل انواع سرطان و شیمی درمانی ناشی از سرطان، MS، پارکینسون، کتونومی ناشی از بیماریهای متابولیک و ارثی، ایدز و سوختگی) در صورت استفاده از سهم بیمه گر اول، فرانشیز اعمال نخواهد گردید.

د - پرداخت هزینه های مربوط به مراکز درمانی که تعرفه مصوب هیات دولت در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۲) پرداخت هزینه های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین و کورتاژ تخلیه ای) تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در طول مدت این قرارداد خواهد بود.

تبصره ۳) تامین هزینه های پاراکلینیکی از قبیل هزینه های رادیولوژی، پزشکی هسته ای (انواع اسکن MRI، سونوگرافی، خدمات آزمایشگاهی و پاتولوژی، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، لیزر درمانی) با اعمال ۲۰٪ فرانشیز بیمه گر اول و بر اساس تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش دولتی حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب نظام پزشکی در بخش خصوصی خواهد بود.

تبصره ۴) هزینه اعمال مربوط به رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) نظیر عمل لیزیک در صورت تایید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر، در صورتی که نمره هر چشم ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال (شش میلیون ریال) برای هر چشم قابل پرداخت است .

تبصره ۵) تامین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تایید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر.

تبصره ۶) تامین تمامی هزینه درمان نازائی و ناباروری تا سقف تعهدات قرارداد.

تبصره ۷) تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح زیر است:

الف - در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله CCU، ICU گردد و همچنین در مورد شکستگیها، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تایید

بیمارستان مبدا در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال (دومیلیون ریال) در هر مورد قابل پرداخت میباشد.

ب - در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تایید بیمارستان مبدا و یا تایید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیص درمانی تا سقف ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال (سه میلیون ریال) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است.

ج - هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۷ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستان های همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

تبصره ۸) تامین هزینه عینک (شیشه و فریم) و لنز طبی در طول یکسال بیمه ای حداکثر تا سقف ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال (دومیلیون ریال) مشروط به تجویز توسط اپتومتریست طرف قرارداد یا چشم پزشک و در مراکز اپتومتری غیر طرف قرارداد با تایید قبلی توسط پزشک معتمد بیمه گر خواهد بود.

تبصره ۹) هزینه های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحساب های درمانی و براساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردیکه بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه گر تعهدات خود را (مازاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه انجام خواهد داد.

تبصره ۱۰) جبران هزینه ویزیت پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص مشروط به درج دستور پزشک معالج در دفترچه بیمه گر پایه و بر اساس تعرفه مصوب وزارت بهداشت و درمان در بخش دولتی و تعرفه مورد عمل شرکت سهامی بیمه ایران قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۱۱) جبران هزینه داروهای موجود در فهرست داروهای فارماکوپه کشوری و براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت خواهد بود.

تبصره ۱۲) حق فنی داروخانه بعهده بیمه شده میباشد.

تبصره ۱۳) جبران هزینه داروهای ناباروری مشروط به درج دستور پزشک در دفترچه بیمه گر اول با کسر ۲۰ درصد فرانشیز امکانپذیر خواهد بود.

تبصره ۱۴) بیمه گر طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی و در راستای تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود. به نحویکه بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند.

تبصره ۱۵) بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد مدارک درمانی و معالجه وی تحقیق نماید.

ماده ۹) اصل حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش های بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهند چنانچه ثابت شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا با اظهارات کاذب و خلاف واقع و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده باشند، در این صورت قرارداد بیمه نسبت به وی و سایر اعضای خانواده باطل و از درجه اعتبار ساقط خواهد بود. در موارد مذکور بیمه گر می تواند وجوهی را که بابت هزینه های درمانی به بیمه شده یا بیمه شدگان وابسته پرداخت نموده علاوه بر بدهی حق بیمه آنان را مطالبه نماید.

ماده ۱۰) حدود تعهدات بیمه گر:

تبصره ۱) بیمه گر تعهد می نماید که به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید

تبصره ۲) هزینه های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه گر می باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تامین اجتماعی و سایر شرکتها و سازمان های بیمه ای نمی تواند از صددرصد هزینه های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان ها و شرکت های مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد می باشد.

تبصره ۳) بیمه گر متعهد می گردد که به منظور کاهش دغدغه ها و نگرانی های بیمه شدگان و همچنین جلب رضایت مندی آنان نسبت به توسعه و انعقاد قرارداد با مراکز درمان خصوصی و دولتی با رعایت آیین نامه های بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران (اقدام نماید تا بیمه شدگان با اخذ معرفی نامه یا کارت از بیمه گر از مزایای بیمه درمان تکمیلی بهره مند شوند ضمناً بیمه گر متعهد می گردد حداکثر توان خود در عقد قرارداد با کلیه بیمارستان ها و ارسال لیست آن جهت اطلاع رسانی به بیمه شدگان قبل از شروع قرارداد به کار گیرد.

تبصره ۴) هزینه های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده اند، در زمان صلح مشمول بیمه می باشند.

تبصره ۵) هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی خارج از کشور بیمه شدگان حداکثر بر اساس تعرفه مورد عمل بیمارستان های درجه یک طرف قرارداد با بیمه گر معادل هم ارز ریالی صورتحساب در زمان بستری (تاریخ صورتحساب) طبق مفاد قرارداد پس از اخذ سهم بیمه گر اولیه قابل پرداخت می باشد منوط بر آنکه بیمه شده قبل از اعزام به خارج از کشور مراتب را به صورت مکتوب به اطلاع بیمه گر طرف قرارداد برساند و مدارک پزشکی به تایید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن به تایید وزارت امور خارجه در ایران رسیده باشد. بیمه شدگانی که در خارج از کشور با فوریت پزشکی مواجه می شوند باید برای دریافت خسارت به صورتی که ذکر شده عمل نمایند. بدیهی است در صورت عدم اخذ سهم بیمه گر پایه پس از اعمال فرانشیز مربوطه هزینه ها محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۶) بیمه گر مکلف است پس از پایان مهلت عضو گیری طبق توافق فیما بین بیمه گر و بیمه گزار کارتهای ویژه درمان بیمه شدگان جدید و یا کارتهای مخدوش شده را مجدداً صادر و کارتهای سالم را پس از لحاظ نمودن شرایط مندرج در ماده هشت با مهر یا بر چسب تمدید نماید .

تبصره ۷) بیمه گر مکلف است با بیمارستان های طرف قرارداد به منظور پذیرش با کارت های صادره در موارد فوریتهای پزشکی و اخذ معرفی نامه در اسرع وقت هماهنگی نماید همچنین لیست بیمارستان های مذکور در کل کشور را در اختیار بیمه گذار قرار دهد.

تبصره ۸) بیمه گر می بایست بیمارستانهای طرف قرارداد خود را ملزم نماید تا از دریافت هر گونه وجه اضافه از بیمار خارج از مفاد قرارداد فیما بین بیمه گر و بیمارستان خودداری نموده و مبالغ دریافتی از بیماران تحت هر عنوان در صورت حساب قید نماید و در صورت دریافت هر گونه وجه اضافی با ارائه مدارک مثبت بیمه گر ملزم به پرداخت آن بر اساس قرارداد منعقد بیمه گر با بیمارستان به بیمه شده می باشد .

تبصره ۹) بیمه گر موظف خواهد بود نسبت به توجیه موکد بیمارستانهای طرف قرارداد مبنی بر عدم دریافت وجه اضافی (خارج از مقررات) از بیمه شده اقدام نموده و چنانچه پزشک معالج، طرف قرارداد با شرکت بیمه گر نباشد.

بیمه شده با ارائه گواهی مربوطه از پزشک معالج نسبت به اخذ حق العمل براساس تعرفه های جاری از بیمه گر اقدام نماید .

تبصره ۱۰) در صورت امکان بیمه گر سعی خواهند نمود در مراکزی که فاقد شعبه اجرایی می باشد نسبت به ارائه سرویس به بیمه شدگان اقدام لازم معمول نماید .

ماده ۱۱) استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد.

* افرادی که در هنگام انعقاد قرارداد از کار افتاده کامل و دائم باشند.

* اشخاصی که در زمان انعقاد قرارداد مجنون باشد .

* عیوب مادرادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد .

* اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گردد مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد .

* سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج و پزشک معتمد بیمه گر.

* حوادث و بیماری های ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، آشوب، اعتصاب، قیام، کودتا، حکومت نظامی و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذیصلاح.

* حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان

* فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ

* هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایشی، بهداشتی و متفرقه در بیمارستان از قبیل شیر خشک، صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب و اریس شکم بند و نظایر آن که جنبه دارویی ندارند ..
* ترک اعتیاد .

* اتاق خصوصی (یک نفره) و هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۷ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر (در صورتی که بیمه شدگان از اتاق خصوصی استفاده نمایند هزینه ها بر اساس اتاق دو تخته پرداخت میگردد).

* بیماری های سایکوتیک (روانی و جنون) مگر ناشی از حادثه باشد (منظور از بیماری های سایکوتیک آن دسته از بیماری هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد .)
* خودکشی و اعمال مجرمانه

* جنون

* جراحی فک مگر بعلت وقوع ناشی از حادثه در طول مدت قرارداد باشد .

* هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی.

* 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.

فصل چهارم : نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور

ماده ۱۲: بیمه شدگان در انتخاب پزشکان و بیمارستان های مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهند نمود.

تبصره ۱) بیمه شدگان در صورت نیاز به استفاده از بیمارستان های طرف قرارداد می توانند با ارائه کارت معتبر و یا معرفی نامه لازم از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند .

تبصره ۲) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستان های غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه ها و ارائه اسناد، مازاد هزینه ها طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۳) مدارک لازم برای صدور معرفی نامه به بیمارستان ها و مراکز طرف قرارداد قبل از صدور کارت درمانی :

۱. معرفی نامه بیمه گذار و یا کارت درمان معتبر بیمه گر ..

۲. گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری با عمل جراحی

۳. تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده اصلی و بیمار.

۴. برای فرزندان بالای ۱۸ سال ارائه اصل شناسنامه الزامی است .

۵. کارت ملی

بدیهی است پس از صدور کارت درمان بیمه شدگان می توانند با ارائه کارت ملی یا شناسنامه و کارت درمان از مراجع درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند .

ماده ۱۳) حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی موضوع این قرارداد به بیمه گر ۶ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه می باشد بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت .

فصل پنجم: سایر مقررات

ماده ۱۴) حل اختلاف:

بیمه گر و بیمه گذار کوشش خواهند نمود هر گونه اختلاف نظر ناشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند . در غیر این صورت بر اساس مراجع ذیصلاح اقدام خواهد شد .
تبصره ۱) در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکر شده به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (مصوب شورایی عالی بیمه) که جز لاینفک این قرارداد بوده و تحویل بیمه گذار گردیده است بر اساس قوانین جاری کشور عمل خواهد نمود . بدیهی است جهت حفظ وحدت رویه و رفع ابهامات احتمالی در صورت نیاز همکاران اجرائی دستورالعمل مربوطه متعاقباً تنظیم و ارسال خواهد شد .

ماده ۱۵) با توجه به این که مفاد این قرارداد به صورت استانی و غیر متمرکز انجام می شود ، در استان ها انجمن های استانی ، و در شعبات تهران ، شورای هماهنگی شعب به نمایندگی از بیمه گذار صرفاً مسئولیت وی را در ایفای تعهدات و تکالیف ماده ۵ این قرارداد را به عهده خواهند داشت . بیمه گر استانی می بایست در پایان دوره قرارداده راساً نسبت به تسویه حساب با نمایندگان مربوطه اقدام نمایند .

ماده ۱۶) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد در صورت نیاز ، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این قرارداد برای طرفین محفوظ می باشد .

ماده ۱۷) بیمه گر متعهد است آمار عملکرد قرارداد مطروحه را بر اساس نیاز بیمه گذار در اختیار قرار دهد .

ماده ۱۸) مدت این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر بامداد ۹۳/۰۵/۰۱ تا ساعت ۲۴ روز ۹۴/۰۵/۰۱ می باشد و هر یک از طرفین می باید حداقل یک ماه قبل از انقضای قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتباً به طرف دیگر اعلام نمایند .
ماده ۱۹) این قرارداد مشتمل بر نوزده ماده و چهل و پنج تبصره در سه نسخه تنظیم شده و هر سه نسخه حکم واحد را دارد .

بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران
مدیریت بیمه های اشخاص

بیمه گذار

کانون سراسری انجمن های صنفی کارفرمایی
نمایندگان بیمه ایران