

۱۱/۰۱/۲۰۱۴/۱۱۱

قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

تاریخ صدور:

تاریخ شروع: ۱۳۹۲/۰۳/۰۱

تاریخ انقضاء: ۱۳۹۳/۰۳/۰۱

شماره قرارداد:

شماره سال قبل:

بیمه‌گذار: دانشکده پزشکی علوم پزشکی استان کرمانشاه

تعداد بیمه‌شده‌گان: حداقل نفر

حق بیمه صادره: علی‌الحساب مبلغ ریال

مالیات بر ارزش افزوده و عوارض شهرداری: مبلغ ریال

این قرارداد بین شرکت بیمه میهن (سهامی عام) که من بعد بیمه‌گر نامیده می‌شود از یک طرف و دانشکده پزشکی علوم پزشکی استان کرمانشاه که بعد از این بیمه‌گذار نامیده می‌شود از طرف دیگر بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶، مقررات و آئین نامه‌های شورایعالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط خصوصی ذیل منعقد می‌گردد:

فصل اول - کلیات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصرأ با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می‌گیرند:

ماده ۱- بیمه‌گزار

"شرکت بیمه میهن (سهامی عام)" به نشانی کرمانشاه بلوار شهید مصطفی امامی جنب پارک معلم که در این قرارداد بازاء تعهدات بیمه‌گذار مسئولیت جبران خسارت را به عهده دارد.
تبصره- بیمه خدمات درمانی، بیمه تأمین اجتماعی و سازمانهای مشابه " بیمه‌گر اول" و شرکت سهامی بیمه میهن "بیمه‌گر دوم" محسوب می‌شوند.

ماده ۲- بیمه‌گذار

دانشکده پزشکی علوم پزشکی استان کرمانشاه به نشانی: کرمانشاه - نرسیده به بیمارستان امام رضا(ع) که شخصیت حقوقی آن برای بیمه‌گر محرز گردیده و متعهد پرداخت حق بیمه قرارداد در وجه بیمه‌گر می باشد.

ماده ۳- گروه بیمه‌شده‌گان

عبارتند از کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است.

تبصره ۱- حداقل ۵۰٪ اعضای گروه می‌باشد جهت اخذ پوشش بیمه‌ای معرفی گردد.

تبصره ۲- منظور از اعضای خانواده همسر، فرزندان، پدر، مادر و افرادی که قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار دارند می باشد.



تبصره ۳- فرزندان ذکور به شرط عدم اشتغال به کار تا سن بیست سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال تمام و فرزندان انان تا هنگام ازدواج یا اشتغال به کار بیمه می باشند.

(۲۳/۳/۱) دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام بیمه می شوند.

(۲۳/۳/۲) پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

(۲۳/۳/۳) چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی یا از کارافتادگی کلی باشند هزینه درمان سایر بیماریها ای آنها (به جز معلولیت و از کارافتادگی) با تایید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش خواهد بود.

تبصره ۴- کلیه کارکنان مؤنث می توانند همسر و فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با رعایت مفاد این قرارداد صرفآ در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.

ماده ۴ - موضوع بیمه

عبارة تست از جبران هزینه های درمانی- تشخیصی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث این بیمه نامه و مازاد بر بیمه خدمات درمانی، بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول بر طبق 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 یک ماه پس از امضاء و مبادله قرار داد فلاپی یا دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بدون قلم خوردگی و با خط خوانا ترجیحاً بوسیله رایانه تهیه نموده و جهت بیمه گر ارسال نماید. بدینه ای است ملاک صدور معرفینامه یا پرداخت هزینه های پزشکی اسامی مندرج در لیست مذکور می باشد.

تبصره ۱- لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می باید حاوی اطلاعات زیر باشد: شماره ردیف که همان شماره بیمه ای بیمه شده می باشد- نام و نام خانوادگی - نام پدر- تاریخ تولد (روز/ماه/سال)- شماره شناسنامه نسبت هریک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی- شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول.

تبصره ۲- پس از تکمیل اسامی در نرم افزار دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده می باشد به اضاء 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 های ۱ و ۲ ماده ۵ برای بیمه گر ارسال نماید.

(۲۳/۵/۱) افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به عدد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدید الاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که ازدواج کرده اند و افرادی که در ابتدای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از شروع پوشش کفالت). تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبرگان از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.



۲/۵/۳) نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند مشروط به آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را حداکثر تا ۲ ماه پس از تولد به بیمه‌گر اعلام نماید و در صورت انقضای ضرب‌الاجل تعیین شده، از تاریخ دریافت نامه بیمه‌گذار پوشش داده خواهد شد.
۳/۵/۳) تاریخ مؤثر برای حذف بیمه‌شده‌گان مستند به اعلام کتبی بیمه‌گذار و از تاریخ دریافت نامه بیمه‌گذار می باشد موارد حذف بیمه‌شده‌گان عبارتست از فوت شدگان - خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع می شود، بدیهی است چنانچه بیمه‌شده‌ای در طول مدت پوشش بیمه‌ای خود خسارت دریافت نموده باشد و به هر یک از دلایل ذکر شده از لیست بیمه‌شده‌گان حذف گردد حق بیمه مربوطه تا پایان قرارداد به طور کامل محاسبه و از بیمه‌گذار دریافت می گردد.(در صورت فوت بیمه شده اصلی حق بیمه باقیمانده پس از ارائه انحصار و راثت توسط بیمه‌گذار از مطالبات بیمه شده اصلی کسر و به حساب بیمه‌گر واریز گردد)

۴/۵/۳) بیمه‌شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه‌ای اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی و چنانچه بازنشسته گردد پوشش بیمه‌ای خود و اعضای خانواده فرد بازنشسته، مشروط به پرداخت حق بیمه متعلقه، صرفاً تا پایان سال بیمه‌ای ادامه خواهد یافت.

تبصره ۴- کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده‌شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات، موضوع تبصره ۲ و ۳ ماده ۵ قرارداد درج نباشد باستناد "از قلم افتادگی" نمی توانند در عدد بیمه‌شده‌گان این قرار داد قرار بگیرند.

ماده ۶- میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه‌گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شده‌گان بدون احتساب مالیات بر ارزش افزوده و عوارض شهرداری مبلغ ۱۶۰.۰۰۰ ریال می باشد که بیمه‌گذار موظف است براساس تعداد کل بیمه‌شده‌گان محاسبه و مطابق با ماده ۷ در وجوه بیمه‌گر پرداخت نماید.

تبصره- در گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر، برای بیمه‌شده‌گان بین ۷۰-۶۰ سال ۵۰٪ حق بیمه پایه و برای بیمه‌شده‌گان بالای ۷۰ سال تمام ۱۰۰٪ حق بیمه پایه اعلام شده، حق بیمه اضافی منظور می گردد.

تبصره- چنانچه در طول مدت قرارداد ضریب خسارت بیش از ۸۰٪ گردد، بیمه‌گر مختار خواهد بود با اخطار قبلی نسبت به تعديل حق بیمه و یا فسخ قرارداد اقدام نماید.

ماده ۷- ترتیب پرداخت حق بیمه

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه‌شده‌گان در ابتدای هر ماه حداکثر تا پانزدهم همان ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

تبصره ۱- مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد. در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه قرارداد بلافصله با صدور الحاقیه به حالت تعليق در می آید و بیمه‌گر در زمان تعليق تعهدی به جبران خسارت ندارد.

بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق قرارداد با صدور "الحاقیه رفع تعليق" مجدداً به حالت اول بر می گردد.

تبصره ۲- حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شده‌گان (افزایش و کاهش) که به وسیله الحاقیه تعیین می گردد که می بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شده‌گان در ماههای آتی حداکثر تا پانزدهم ماه بعد تسویه شود.

۲/۷/۱) - در مورد افزایش تعداد بیمه‌شده‌گان حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه می شود.

۲/۷/۲) - در مورد کاهش تعداد بیمه‌شده‌گان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد.

فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - حدود تعهدات

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

ارقام(به ریال)

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات	واحد	توضیحات
۸/۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	ریال	بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز DAY CARE جراحی محدود (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) آنژیوگرافی قلب، هزینه عمل دیسک ستون فقرات، و نوع سنگ شکن
۸/۲	جبران هزینه چهار عمل جراحی مهم	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	ریال	شامل اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثنای دیسک ستون فقرات)، پیوند کلیه و مغز استخوان، که تعهدات این بند با احتساب بند ۸/۱ می باشد.
۸/۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۲.۰۰۰.۰۰۰	ریال
۸/۴	هزینه پارا کلینیکی (۱)	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	ریال	انواع اسکن نوع سی تی اسکن، ماموگرافی سونو گرافی، ام آر آی، انواع آندوسکوپی و آکو کار دیو گرافی
۸/۵	هزینه های پارا کلینیکی (۲)	۵.۰۰۰.۰۰۰		شامل تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، آنژیوگرافی چشم
۸/۶	هزینه جراحی های مجاز سریابی	۵.۰۰۰.۰۰۰	ریال	مانند شکستگیها، گج گیری، ختنه، بخیه کرایوتراپی، اکسیزیون لیبوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم)
۸/۷	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای دو چشم)	۷.۰۰۰.۰۰۰	ریال	چنانچه نقص بینائی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر (قبل از عمل) چهار دیو پتر یا بیشتر باشد
۸/۸	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۸۰۰.۰۰۰ ۱.۲۰۰.۰۰۰	ریال	و سایر فوریتها که پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان میگردد.

تبصره ۱- فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) مطابق ماده ۱۴ شرایط عمومی پیوست می‌باشد که درخصوص انجام اینگونه اعمال در مطب بیمه‌گر تعهدی به عهده نخواهد داشت.

تبصره ۲- خسارت‌های درمانی مربوط به ادامه معالجات حادثی که قبل از تاریخ شروع پوشش این قرارداد برای بیمه‌شده اتفاق افتاده باشد در تعهد نمی‌باشد.

تبصره ۳- برای بیماریهای مزمن و یا بیماریهایی که منشاء آن قبل از تاریخ شروع پوشش این بیمه‌نامه باشد برای هر یک از بیمه‌شده‌گان از تاریخ پوشش بیمه‌ای ۳ ماه خواهد بود که در این دوره بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نسبت به هزینه‌های مربوطه نخواهد داشت.

تبصره ۴- جهت جبران هزینه زایمان: در گروههای کمتر از ۲۵۰ نفر به مدت ۹ ماه و در گروههای ۲۵۰ الی ۱۰۰۰ نفر به مدت ۶ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای هر یک از بیمه‌شده‌گان خواهد بود که در این دوره بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران هزینه مربوطه نخواهد داشت و گروه بالاتر از ۱۰۰۰ نفر مشمول دوره انتظار نمی‌گردد.

چنانچه بیمه‌شده‌گان دارای بیمه‌نامه در سال قبل بوده و بدون وقفه این بیمه‌نامه تمدید گردد شرط فوق کان لم یکن تلقی می‌گردد.

تبصره ۵- جهت جبران هزینه نازایی: در گروه کمتر از ۱۰۰۰ نفر به مدت ۳ ماه از شروع پوشش بیمه‌ای هر یک از بیمه‌شده‌گان خواهد بود که در این دوره بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نسبت به جبران هزینه مربوطه نخواهد داشت.

ماده ۹

مجموع تعهدات سالیانه بیمه‌گر در مورد بندهای ۱/۱ و ۸/۸ برای هر یک از بیمه‌شده‌گان همان مبلغ ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال و حداقل تعهد بیمه‌گر در خصوص بند ۸/۲ با احتساب تعهدات بند ۸/۱ مبلغ ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال و تعهد بندهای ۸/۳، ۸/۴، ۸/۵، ۸/۶، ۸/۷ بصورت مستقل در نظر گرفته می‌شود.

ماده ۱۰- فرانشیز

در صد معینی از هزینه‌های درمانی است که تأمین آن به عهد بیمه‌شده می‌باشد و میزان آن به شرح زیر تعیین می‌گردد:
فرانشیز بابت سهم بیمه‌گر اول برای کلیه بندها معادل ۳۰٪ هزینه‌های مورد تعهد موضوع ماده ۸ می‌باشد.

ماده ۱۱- استثنایات

جبران هزینه‌های بیمارستانی و جراحی و پاراکلینیکی مندرج در ماده ۶ شرایط عمومی پیوست از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد.

ماده ۱۲

بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستانها و مراکز درمانی مجاز مختار است. در اینصورت بیمه‌شده پس از پرداخت هزینه‌های مربوطه می‌بایستی اصل صورتحساب بیمارستان را باضمای نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر تسلیم نماید.

ماده ۱۳- ترتیب بسته شدن بیمه‌شده‌گان

(۱۳/۱) چنانچه بیمه‌شده‌گان در بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند.

(۱۳/۱/۱) حداقل ظرف مدت سه روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب را از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر اطلاع دهد.

(۱۳/۱/۲) پیش‌پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی را راساً تأمین نمایند.

(۱۳/۱/۳) اصل مدارک و صورتحساب‌های بیمارستانی با نضمam نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه‌گذار و نماینده وی جهت محاسبه هزینه‌های مربوطه برای بیمه‌گر ارسال نمایند.
تبصره ۱- بیمه‌شدگان می‌باشد ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از سازمان خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برای اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمانهای فوق الذکر، از طریق نماینده بیمه‌گذار به بیمه‌گر مراجعه و هزینه‌های انجام شده را تا سقف‌های مقرر براساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند. در غیر اینصورت شامل فرانشیز موضوع ماده ۱۰ خواهد شد.

تبصره ۲- مهلت تحويل مدارک بیمارستانی جهت تسويه هزینه‌های انجام شده حداکثر مدت دو ماه بعد از ترخيص بیمه‌شده از بیمارستان و حداکثر یکماه پس از دریافت چک بیمه‌گر اول می‌باشد و در مورد هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر یکماه بعد از انجام آن خواهد بود.

(۱۳/۱/۴) محاسبه هزینه‌های درمان براساس تعریف بیمارستان یا مرکز درمانی همطراز طرف قرارداد با بیمه‌گر می‌باشد. در صورت عدم تعیین حق العمل جراح در صورتحساب بیمارستان و ارائه گواهی مبنی بر دریافت حق الرحمه توسط پزشک معالج این هزینه حداکثر معادل پنج برابر تعرفه خدمات درمانی محاسبه و پرداخت خواهد شد.

(۱۳/۲) چنانچه بیمه‌شدگان بخواهند از خدمات بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده نمایند موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند.

(۱۳/۲/۱) با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد به ضمیمه درخواست کتبی بیمه‌گذار نسبت به اخذ معرفینامه از بیمه‌گر اقدام نمایند.

(۱۳/۲/۲) حداکثر طرف مدت ۴۸ ساعت از زمان بستری شدن بیمه‌شده در بیمارستان، مراتب از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر اطلاع داده شود.

(۱۳/۲/۳) در موارد اورژانس و یا ساعت‌های غیر اداری، بیمه‌شدگان می‌توانند از طریق کارت بیمه در مانی که در اختیار آنان گذاشته می‌شود مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه و بستری گردند و متعاقباً در اولین ساعت‌های اداری روز بعد معرفینامه مربوطه را اخذ و تحويل بیمارستان نمایند.

(۱۳/۲/۴) هزینه‌های تشخیصی- درمانی خارج از تعهد و خارج از سقف تعهد بیمه‌شده می‌باشد.

(۱۳/۲/۵) هزینه‌های بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تائید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تائید بیمه‌گر به خارج از کشور اعزام می‌گردد و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کند در صورتیکه سفرات یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه صورتحساب هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تائید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر در قرارداد و همطراز با بیمارستانهای درجه یک کشور پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۴

بیمه‌گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تمام اختیار خود را به بیمه‌گر معرفی نماید. این نماینده رابط بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه‌گذار و بیمه‌شده را تعهد دارد. بدین ترتیب بیمه‌شدگان می‌باشد امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه‌گر خودداری نمایند.

۱۵ ماده

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

۱۶ ماده

خسارات مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می‌باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

۱۷ ماده

بمنظور تسريع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه‌شدن، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.

۱۸- حل اختلاف نظر

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فيما بین حل و فصل خواهد شد. در غیراینصورت رأی مراجع ذیصلاح نافذ می‌باشد.

۱۹- مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۲/۰۳/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۳/۰۳/۰۱ خاتمه می‌باشد.

۲۰- شرایط فسخ قرارداد

بیمه‌گر و بیمه‌گذار می‌توانند صرفاً با شرایط تعیین شده در شرایط عمومی این بیمه، در خواست فسخ قرارداد در طول مدت بیمه را بنمایند.

۲۱- شرایط تمدید قرارداد

تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار و با صدور الحقیقه انجام خواهد شد.

۲۲ ماده

در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (تصویب شورای عالی بیمه) که جزو لاینفک این قرارداد می‌باشد و تحويل بیمه‌گذار شده است و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

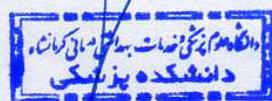
۲۳ ماده

این قرارداد در ۲۳ ماده و ۲۰ تبصره و سه نسخه تنظیم و به امضاء طرفین رسیده که هر یک حکم واحد را دارد.

بیمه گر
شرکت بیمه میهن (سهامی عام)
سوابقی استان کرمانشاه



دانشکده پژوهشی علوم پژوهشی استان کرمانشاه



شرایط عمومی بیمه‌نامه مازاد درمان گروهی

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد

این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می‌باشد. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر واقع نگردیده و همزمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه کتابی بیمه‌گذار اعلام شده است جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌گردد.

ماده ۲- تعاریف

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرفنظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می‌تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

۱- بیمه‌گر: شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درگردیده است و جبران هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه بعهده می‌گیرد.

۲- بیمه‌گر پایه: سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه‌اند.

۳- بیمه‌گذار: بیمه‌گذار شخصی است که مشخصات وی در این بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

۴- گروه بیمه‌شده‌گان: کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل ۵۰ درصد آنها باید همزمان تحت پوشش قرار گیرند.

تصره- بیمه‌گر می‌تواند کارکنان بازنیسته بیمه‌گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنان، بیمه کند.

۱-۳-۲- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروهها (از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها) به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه‌نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه‌گذار تضمین شده باشد و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به طور همزمان بیمه شوند.

۲-۳-۲- منظور از اعضاء خانواده، همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه‌شده‌گان می‌باشد.

۴- موضوع بیمه: جبران آن بخش از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و نیز سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شده‌گان است که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۱-۴-۱- حادثه: حادثه عبارتند از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده روی داده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

۲-۴-۲- بیماری: بیماری عبارتند از، هر گونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن بر طبق تشخیص پزشک.

۲-۵- حقبیمه: حقبیمه وجهی است که بایستی بیمه‌گذار در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه‌گر موقول به پرداخت حقبیمه به نحوی که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده می‌باشد.

۶- دوره انتظار: دوره انتظار مدتی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران خسارت ندارد.

۲-۷- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

۲-۸- مدت: مدت این بیمه‌نامه یکسال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضائ آن با توافق طرفین در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

فصل دوم - شرایط

ماده ۳- هزینه‌های درمانی قابل پرداخت عبارتند از:

الف- تعهدات اصلی

۱- جبران هزینه‌های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره- اعمال جراحی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

۲- هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان‌ها).

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- هزینه‌های مربوط به پوشش‌های اضافی ذیل که در قرارداد یا شرایط بیمه‌نامه درج شده باشد:

۱- افزایش سقف تعهد 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- هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا ۵۰ درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند الف-۱ فوق.

۱-۲- در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه‌های مربوط به درمان نازیبی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط UII، GIFT ZIFT، میکرواینچکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است.

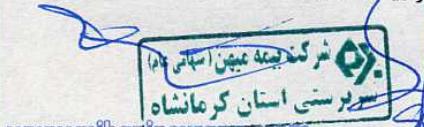
۲-۲- مدت انتظار جهت استفاده از پوشش این بند برای گروههای زیر ۲۵۰ نفر، ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر، ۶ ماه و برای گروههای بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

۳- هزینه‌های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:

۳-۱- جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندسکوپی، ام آر ای، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری تا حداقل ۲۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۳-۲- جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه برای هر بیمه‌شده.

۳-۳- جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و زنتیک 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 غیر بستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه.
- ۳-۵- جبران هزینه‌های دندانپزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- تبصره- هزینه‌های دندانپزشکی براساس تعریفهای 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 برای هر بیمه‌شده.
- ۳-۷- جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمعک تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۴- جبران هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیکی‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر چشم هر بیمه‌شده.
- ۵- جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپایی مانند شکسته‌بندی، گج‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیزیون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۱۰ درصد تعهدات پایه برای هر بیمه‌شده.
- ۵-۱- فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (درمطب) به شرح جدول پیوست ذکر می‌شود.
- ۶- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرف‌آوری 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 تائید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پایه سالیانه.
- ۸- هزینه تشخیص بیماریها و ناهنجاری‌های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر ۵۰ درصد تعهد زایمان به عنوان پوشش مستقل.

تبصره-۱- هزینه‌هایی که در اجرای بند ب پرداخت می‌شود، مازاد بر سقف تعهدات سالیانه است.

تبصره-۲- در صورتیکه تعهدات اصلی (پایه) نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش‌های اضافی نیز می‌تواند نامحدود در نظر گرفته شود.

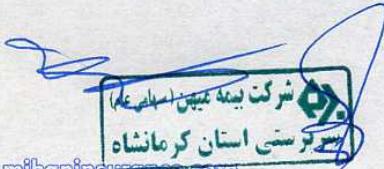
ماده ۴- اصل حسن نیت

بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌نامه فسخ خواهد شد.

تبصره- چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه‌شده‌گان 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 بیمه‌شده‌گان حذف گردیده و متعهد استرداد خسارتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده است.

ماده ۵- فرانشیز:

۵-۱- فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد کل هزینه‌های درمانی مربوط و در غیر اینصورت معادل سهم بیمه‌گر پایه و حداقل ۳۰ درصد خواهد بود.



۱۰-۵- بیمه‌گر می‌تواند فرانشیز هزینه‌های تحت پوشش را با دریافت حق بیمه اضافی کاهش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود.

ماده ۶- پرداخت حق بیمه:

۱-۶- بیمه‌گذار موظف است حق بیمه تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه‌نامه را در ابتدای هرماه پرداخت و قبض رسیدی که به مهر و امضاء بیمه‌گر رسیده باشد در یافت نماید و یا وجه حق بیمه را به حساب معرفی شده از طرف بیمه‌گر واریز و رسید آنرا برای بیمه‌گر ارسال نماید.

۲-۶- نحوه پرداخت حق بیمه موضوع بند ۲-۳-۲ در هر مورد توسط بیمه مرکزی ایران تعیین خواهد شد.

ماده ۷- استثنایات:

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

۱-۷- اعمال جراحی که به منظور زیبائی انجام می‌گیرد، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۲-۷- عیوب مادرزادی، مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۳-۷- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۴-۷- ترک اعتیاد.

۵-۷- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده.

۶-۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشسوزان.

۷-۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذیصلاح.

۸-۷- فعل و انفعالات هسته‌ای.

۹-۷- هزینه اتاق خصوصی، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ تا ۲۰ سال، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۱- ۷- جنون.

۱۲- ۷- جراحی لثه.

۱۳- ۷- رفع عیوب انساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم (درجه نزدیکبینی یا دوربینی بهاضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیو پتر باشد.

۱۴- ۷- جراحی فک، مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۵- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعریفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

۱۶- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.

۱۷- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۸- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعریفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

تبصره- موارد استثنای مندرج در بندهای ۷-۶، ۷-۷، ۷-۹، ۷-۱۰، ۷-۱۲، ۷-۱۵ و ۷-۱۶ با پرداخت حق بیمه اضافی، قبل بیمه شدن است.



فصل سوم - مقررات مختلف

ماده ۸

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستانهای داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه های مربوطه می باشیستی صورتحساب بیمارستان را با نضمam نظریه پژوهش یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسليم نماید. در مواردی که بیمه شده با معرفینامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند صورتحساب بیمارستان اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود. در غیر اینصورت هزینه های مربوط براساس قراردادهای منعقده بیمه گر با بیمارستانهای همتراز صورت خواهد گرفت.

تبصره - در صورت استفاده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقیمانده 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 مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرانها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۹

بیمه گذار یا بیمه شده موظفاند حداقل ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام نماید.

ماده ۱۰

چنانچه بیمه شده همزمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الیت مراجعه به هر کدام از شرکتهای بیمه مخیر است.

ماده ۱۱

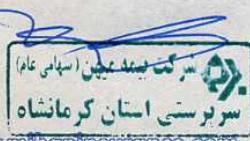
حداکثر سن بیمه شده برای گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال می باشد و از آن به بعد بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمانها و صندوق های بازنیستگیتابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر خواهد بود. در صورتی که سن بیمه شده در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

ماده ۱۲

در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت نماید پوشش بیمه ای سایر اعضا خانواده بیمه شده متوفی مشروط به پرداخت حق بیمه، ادامه خواهد داشت.

ماده ۱۳

هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده است، در اینحالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر حق به دریافت وجهی است که تحت هر عنوان بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت نموده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.



۱۴۵ ماده

هزینه‌های بیمارستانی نیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تائید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورت تائید صورتحساب‌ها آن توسط سفارت ایران و یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در غیر اینصورت هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعریفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره- میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده از سوی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

۱۴۶ ماده

موارد فسخ بیمه‌نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ نامه اقدام کند:

۱-۱۵- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

۱-۱۵-۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۱-۱۵-۲- هرگاه بیمه‌گذار سهوای بدون سوء نیت، مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

۱-۱۵-۳- در صورت تشديد خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

۲-۱۵- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

۲-۱۵-۲-۱- در صورتیکه خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲-۱۵-۲-۲- در صورتیکه فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود.

۲-۱۵-۲-۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

۳-۱۵- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ:

۳-۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.

۳-۲- در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه خواهد شد)، بنابراین در صورتیکه تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی تا زمان فسخ بیمه‌نامه 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.

۱۶- نحوه فسخ:

۱-۱۶- در صورتیکه بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله نامه یا تلفنگرام و سایر وسائل مقتضی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در اینصورت بیمه‌نامه یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌گردد.

۲-۱۶- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر تقاضای فسخ بیمه‌نامه را بنماید، در اینصورت از تاریخ تسلیم درخواست مذبور به بیمه‌گر بیمه‌نامه فسخ شده محسوب می‌شود. چنانچه در درخواست بیمه‌گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد، اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

۱۷- مهلت پرداخت خسارت:

بیمه‌گر موظف است حداقل طرف مدت ۱۵ روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه استناد و مدارکی که بتواند بوسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارت را پرداخت نماید.



ماده ۱۸- کتبی بودن اظهارات

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه بایستی کتاباً به آخرین نشانی اعلام شده ارسال گردد.

ماده ۱۹

بیمه مرکزی ج.ا. ایران می‌تواند با ارائه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آئین نامه ذکر نشده است و همچنین کاهش فرانشیز بیش از حد مقرر در این آئین نامه موافقت نماید.

ماده ۲۰

این آئین نامه از تاریخ ۱۳۹۱/۰۷/۰۱ لازم‌اجراء خواهد بود و جایگزین آئین نامه شماره ۶۴ مصوب شورای عالی بیمه با عنوان شرایط عمومی بیمه‌های درمان خواهد شد.

بیمه گر

شرکت بیمه میهن (سهامی عام)



بیمه گذار

دانشکده پزشکی علوم پزشکی استان کرمانشاه



فهرست اعمال غیر مجاز سپایی در مطب

- ۱- کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
- ۲- اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد. (از جمله انواع فتق)
- ۳- اعمال جراحی روی استخوانهای بزرگ و طویل بدن.
- ۴- اعمال جراحی داخل قفسه صدری- کاتریسم قلب و عروق
- ۵- اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در موقع اورژانس.
- ۶- اعمال جراحی داخل دستگاههای تناسلی و ادراری زن و مرد، گذاردن فورمیس و زایمانهای غیر طبیعی و طبیعی
- ۷- کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه.
- ۸- اعمال جراحی وسیع استخوانهای فک و صورت و داخل حلق (منجمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوسها)
- ۹- بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونشهای روده ها، مثانه، کبد، طحال.
- ۱۰- عمل کاتاراكت، گلوكوم، پارکی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استراتیسم چشم.
- ۱۱- عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی.
- ۱۲- (Open reduction) عمل جراحی استئوستنتز در شکستگی فکین.
- ۱۳- بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین.
- ۱۴- رزکسیون فک.
- ۱۵- رزکسیون کندیل فک.
- ۱۶- رزکسیون زبان
- ۱۷- عمل جراحی باز در ارج زیگما
- ۱۸- جراحی بریدن و برداشتن غده بزاوی
- ۱۹- جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی- فکی
- ۲۰- عمل جراحی روی عصب دندانی- تحتانی
- ۲۱- بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.