

۷۷۰۱۶۲۰/۵۳۵۵

۳۴/۳/۲۷

## قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

شماره قرارداد:	تاریخ صدور:
شماره قرارداد سال قبل:	تاریخ شروع: ۱۳۹۴/۰۳/۰۱
بیمه‌گذار: دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی استان کرمانشاه	تاریخ انقضاء: ۱۳۹۵/۰۳/۰۱
تعداد بیمه‌شدگان: حداقل..... حداکثر..... نفر	شناسه ملی:

\*\*\*\*\*

این قرارداد بین شرکت بیمه میهن (سهامی عام) که منبذ بیمه‌گر نامیده می‌شود از یک طرف و دانشکده پزشکی دانشگاه 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 آئین‌نامه‌های شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران یا شرایط خصوصی ذیل منعقد میگردد:

### فصل اول - کلیات

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

#### ماده ۱- بیمه‌گر

"شرکت بیمه میهن (سهامی عام)" به نشانی کرمانشاه بلوار مصطفی امامی جنب پارک معلم که در این قرارداد مابازاء 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 دانشگاه علوم پزشکی استان کرمانشاه به نشانی: بلوار شهید شیرودی خیابان دانشگاه دانشکده پزشکی نرسیده به بیمارستان امام رضا (ع) که شخصیت حقوقی آن برای بیمه‌گر محرز گردیده و متعهد به پرداخت حق-بیمه قرارداد در وجه بیمه‌گر می‌باشد.  
تبصره- بیمه‌گذار موظف به ارائه کد اقتصادی و شناسه ملی می‌باشد.

#### ماده ۳- گروه بیمه‌شدگان

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 می‌بایست 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 می‌باشد.

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 اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار، بیمه می‌باشند.

۳۱۲/۱) دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام بیمه می‌شوند.  
 ۳۱۲/۲) پوشش بیمه‌ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده‌اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.  
 ۳۱۲/۳) چنانچه فرزندان بیمه‌شده دچار معلولیت ذهنی یا از کار افتادگی کلی باشند هزینه درمان سایر بیماریهای آنها (به جز معلولیت و از کار افتادگی) با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر تحت پوشش خواهد بود.  
 تبصره ۴- کلیه کارکنان مؤنت می‌توانند همسر و فرزندان خود را همانند سایر بیمه‌شدگان با رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.

#### ماده ۴- موضوع بیمه

عبارتست از جبران هزینه‌های درمانی، تشخیصی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث این بیمه‌نامه و مازاد بر بیمه خدمات درمانی، بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه‌گران اول بر طبق شرایط مقرر در این قرارداد.

### فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

#### ماده ۵

بیمه‌گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از امضاء و مبادله قرارداد لوح فشرده و یک نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان را، بدون قلم خوردگی و با خط خوانا ترجیحاً بوسیله رایانه تهیه نموده و جهت بیمه‌گر ارسال نماید. بدیهی است ملاک صدور معرفی‌نامه یا پرداخت هزینه‌های پزشکی اسامی مندرج در لیست مذکور می‌باشد.

تبصره ۱- لیست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان می‌باید حاوی اطلاعات زیر باشد: شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ماه/سال)، شماره شناسنامه، کد ملی، نسبت هریک از اعضای خانواده با بیمه‌شده اصلی، شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه‌گران اول.

تبصره ۲- پس از تکمیل اسامی در نرم‌افزار یک نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان که توسط بیمه‌گذار تهیه گردیده می‌بایست به امضاء طرفین رسیده ممه‌ور و مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه‌شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه‌گر قرار خواهد گرفت.

تبصره ۳- بیمه‌گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه‌شدگان را مطابق تبصره‌های ۱ و ۲ ماده ۵ برای بیمه‌گر ارسال نماید.

۳۱۵/۱) افرادی که در طول مدت قرارداد می‌توانند به بیمه‌شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که ازدواج کرده‌اند و افرادی که در اثنای سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه‌شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر ظرف یکماه پس از شروع پوشش کفالت). تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه‌ای نامبردگان از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار خواهد بود.

۳۱۵/۲) نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند مشروط به آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را حداکثر تا ۲ ماه پس از تولد به بیمه‌گر اعلام نماید و در صورت انقضاء ضرب‌الاجل تعیین شده، از تاریخ دریافت نامه بیمه‌گذار پوشش داده خواهد شد.

۳۱۵/۳) تاریخ مؤثر برای حذف بیمه‌شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه‌گذار و از تاریخ دریافت نامه بیمه‌گذار می‌باشد موزد حذف بیمه‌شدگان عبارتست از فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با



## فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه‌گر

### ماده ۸ - حدود تعهدات

بیمه‌گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه‌گذار، هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد را در طول مدت قرارداد بیمه‌ای 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	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰	ریال	بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE (با بیشتر از ۶ ساعت بستری)، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گالگاتیف، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن
۸/۲	جبران هزینه جهر عمل جراحی مهم	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	ریال	شامل اعمال جراحی مربوط به سرطان مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (بلاستنای دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند ریه، کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز فتخوان، که تعهدات این بند با احتساب بند ۸/۱ می باشد.
۸/۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۴,۴۰۰,۰۰۰	ریال	تعهد بیمه گر برای هزینه زایمان شامل هزینه اول تا سوم بیمه شده میباشد.
۸/۴	هزینه پزرا کینیسی (۱)	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	ریال	جبران هزینه های سونوگرافی، ساموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر ای، اکوکاردیوگرافی
۸/۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۶,۰۰۰,۰۰۰	ریال	جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عظمه، نوار عصب، نوار مغز، نوار منحنه، شنوایی شنجی، بینایی صحیح، هولتر مانیتورینگ قلب و آنژیوگرافی چشم
۸/۶	هزینه های پاراکلینیکی (۳)	۶,۰۰۰,۰۰۰	ریال	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی، دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بوهیسی، نخچه کیست و لیزر درمانی (بلاستنای رفغ عبوب دید چشم)
۸/۷	هزینه رفغ عبوب انکساری چشم (برای دو چشم)	۸,۴۰۰,۰۰۰	ریال	در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیجمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیجمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.
۸/۸	جبران هزینه های آمبولاس داخل شهر خارج شهر	۱,۰۰۰,۰۰۰ ۱,۵۰۰,۰۰۰	ریال	فورتهای پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان میگردد.
۸/۹	هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، نرومیم (پرکردن) عصب کشی (روت کانال)، حرم گیری و روکش (حداکثر ۳ واحد در سال)	-----	ریال	در صورت مراجعه بیمه شدگان به مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد با بیمه گر با رعایت تعرفه مصوب و ارائه گواهی قبل و بعد از درمان و تأیید دندانپزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.
۸/۱۰	هزینه عینک طبی	-----	ریال	ارائه هزینه کامپیوتری نمره چشم آزما می باشد.
۸/۱۱	آزمایش، فیزیوتراپی و رادیولوژی	۲,۴۰۰,۰۰۰	ریال	آزمایش پاستنای، چکاپ و غربالگری - فیزیوتراپی (حداکثر تعداد جلسات قابل پرداخت در هر نسخه ۲۰ جلسه می باشد) - رادیولوژی با استفاده طب کل
۸/۱۲	ووبت و دارو	-----	ریال	هزینه های دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مزاد بر سهم بیمه گر اول و با کسر حق فنی قابل پرداخت میباشد.

تبصره ۱- فهرست اعمال غیر مجاز (در مطب) بشرح جدول پیوست می‌باشد که درخصوص انجام اینگونه اعمال در مطب بیمه‌گر تعهدی به عهده نخواهد داشت.

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

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

تبصره ۴- دوره انتظار 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 بیمه‌شدگان 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 بیمه‌شدگان دارای بیمه‌نامه در سال قبل بوده و بدون وقفه این بیمه‌نامه تمدید گردد شرط فوق کان لم یکن تلقی می‌گردد.

تبصره ۵- دوره انتظار جهت جبران هزینه نازایی در گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر به مدت ۳ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای هر یک از بیمه‌شدگان 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 ۸/۱ و ۸/۸ برای هر یک از بیمه‌شدگان مبلغ ۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و حداکثر تعهد بیمه‌گر در خصوص بند ۸/۲ با احتساب تعهدات بند ۸/۱ مبلغ ۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و تعهد بندهای ۸/۳، ۸/۴، ۸/۵، ۸/۶، ۸/۷، ۸/۸، ۸/۹، ۸/۱۰ بصورت مستقل در نظر گرفته می‌شود.

#### ماده ۱۰- فرانشیز

درصد معینی از هزینه‌های درمانی است که تأمین آن به عهده بیمه‌شده می‌باشد و میزان آن به شرح زیر تعیین می‌گردد: فرانشیز بابت عدم استفاده از بیمه‌گر اول برای کلیه بندها معادل ۳۰٪ هزینه‌های مورد تعهد پس از اعمال تعرفه موضوع ماده ۸ می‌باشد.

#### ماده ۱۱- استثنائات

جبران هزینه‌های بیمارستانی و جراحی و پاراکلینیکی مندرج در ماده ۷ 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 بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر تسلیم نماید. تا براساس تعرفه درمانی محاسبه و پرداخت گردد.



**ماده ۱۴**

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

**ماده ۱۵**

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

**ماده ۱۶**

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

**ماده ۱۷**

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

**ماده ۱۸ - حل اختلاف نظر**

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی‌الامکان از طریق مذاکرات فی‌مابین حل و فصل خواهد شد. در غیر این صورت رأی مراجع ذیصلاح نافذ می‌باشد.

**ماده ۱۹ - مدت قرارداد**

مدت این قرارداد یکسال تمام عجزی شمسی است که از ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۵/۰۳/۰۱ خاتمه می‌یابد.

**ماده 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.

**ماده ۲۱ - شرایط تمدید قرارداد**

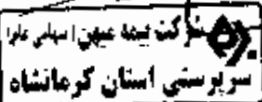
تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار و با صدور الحاقیه انجام خواهد شد.

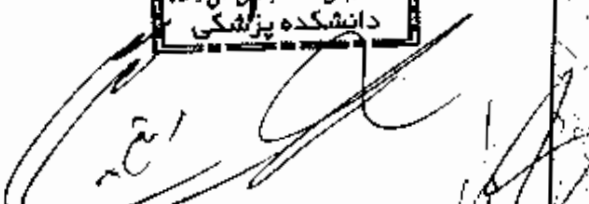
**ماده ۲۲**

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

**ماده ۲۳**

این قرارداد در ۲۴ ماده و ۲۲ تبصره و سه نسخه تنظیم و به امضاء طرفین رسیده که هر یک حکم واحد را دارد.

بیمه‌گر  
 شرکت بیمه میهن (سهامی عام)  
  
 سوپر سنتری استان کرمانشاه

بیمه‌گذار  
 دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی  
  
 دانشکده پزشکی

## شرایط عمومی بیمه‌نامه مزاد 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 کتباً به 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.

۲-۱- بیمه‌گر: شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج گردیده 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.

۲-۲- 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.

۲-۳- بیمه‌گذار: بیمه‌گذار شخصی است که مشخصات وی در این بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

۲-۴- گروه بیمه‌شدگان: 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.

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

۲-۳-۱- 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 اعضا، خانواده، همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه‌شدگان می‌باشد.

۲-۴- موضوع بیمه: جبران آن بخش از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و نیز سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان است که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۲-۴-۱- 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 بیمه‌شده 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- حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بایستی بیمه‌گذار در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه‌گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده می‌باشد.
- ۲-۶- 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 انقضاء آن با توافق طرفین در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

### فصل دوم - شرایط

#### ماده ۳- هزینه‌های درمانی قابل پرداخت:

هزینه‌های درمانی بر اساس شرایط و مفاد قرارداد، شرایط خصوصی و ضمایم قرارداد قابل پرداخت می‌باشد.

#### 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 بر خلاف 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 بیمه‌شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر یا بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه‌شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد 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.

۵-۲- 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:

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

## **ماده ۷- استثنائات:**

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

- ۷-۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌گیرد، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
  - ۷-۲- عیوب مادرزادی، مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
  - ۷-۳- سقف هزینه مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
  - ۷-۴- ترک اعتیاد.
  - ۷-۵- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده.
  - ۷-۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
  - 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.
  - ۷-۸- فعل و انفعالات هسته‌ای.
  - ۷-۹- هزینه اتاق خصوصی، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر.
  - ۷-۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ تا ۷۰ سال، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر.
  - ۷-۱۱- جنون.
  - ۷-۱۲- جراحی لته.
  - ۷-۱۳- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدممطلق نقص بینائی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف استیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
  - ۷-۱۴- جراحی فک، مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
  - ۷-۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
  - ۷-۱۶- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
  - ۷-۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- تصره- موارد استثنای مندرج در بندهای ۷-۶، ۷-۷، ۷-۹، ۷-۱۰، ۷-۱۲ و ۷-۱۴ با پرداخت حقیقه اضافی، قابل بیمه شدن است.

## **فصل سوم- مقررات مختلف**

### **ماده ۸**

بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستانهای داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه‌های مربوطه می‌بایستی صورتحساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم نماید. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند صورتحساب بیمارستان اساس محاسبه هزینه‌های مورد تعهد خواهد بود. درغیراینصورت هزینه‌های مربوط براساس قراردادهای منعقد بیمه‌گر با بیمارستانهای هم تراز صورت خواهد گرفت.

تبصره- در صورت استفاده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقیمانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند. در صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران، به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

#### ماده ۹

بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظف‌اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام نمایند.

#### ماده ۱۰

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

#### ماده ۱۱

حداکثر سن بیمه‌شده برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال می‌باشد و از آن به بعد بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمانها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکانپذیر خواهد بود. در صورتیکه سن بیمه‌شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

#### ماده ۱۲

در صورتیکه بیمه‌شده در طول مدت بیمه فوت نماید پوشش بیمه‌ای سایر اعضا خانواده بیمه‌شده متوقفی مشروط به پرداخت حق بیمه، تا پایان قرارداد ادامه خواهد داشت.

#### ماده ۱۳

هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کذب و با ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود نموده است، در این حالت نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گر محق به دریافت وجهی است که تحت هر عنوان بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت نموده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.

#### ماده ۱۴

هزینه‌های بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و تأیید 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 تأیید صورتحسابهای 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 این صورت هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه 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.

**ماده ۱۵**

موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تسویه حق بیمه: بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ نامه اقدام کند:

۱-۱۵- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

- ۱-۱۵-۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سر رسید.
- ۲-۱۵-۱- هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سوء نیت، مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
- ۳-۱۵-۱- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.
- ۲-۱۵-۲- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:
  - ۱-۱۵-۲-۱- در صورتیکه خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
  - ۲-۱۵-۲-۲- در صورتیکه فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود.
  - ۳-۱۵-۲-۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.
- ۳-۱۵-۲- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- ۱-۱۵-۳-۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود.
- ۲-۱۵-۳-۲- در صورت فسخ از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود ( 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 بیمه نامه بیشتر از ۷۰ درصد باشد، بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا مبرانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

**ماده ۱۶- نحوه فسخ:**

- ۱-۱۶- در صورتیکه بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله نامه یا تلفنگرام و سایر وسایل مقتضی به بیمه گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می گردد.
- ۲-۱۶- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضای فسخ بیمه نامه را بنماید، در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه گر بیمه نامه فسخ شده محسوب می شود. چنانچه در درخواست بیمه گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد، اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

**ماده ۱۷- مهلت پرداخت خسارت:**

بیمه گر موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد 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 بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه بایستی کتباً به آخرین نشانی اعلام شده ارسال گردد.

بیمه گر  
سازمان بیمه میهن (سهامی عام)  
شرکت بیمه میهن آسپاسی علمای  
سرپرستی استان کرمانشاه

بیمه گذار  
دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی  
دانشکده پزشکی  
دانشگاه تهران

### فهرست اعمال غیر مجاز در مطلب

- 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 صدی - کاتتریسم قلب و عروقی.
- ۵- اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس.
- ۶- اعمال جراحی داخل دستگاههای تناسلی و ادراری زن و مرد، گذاردن فورسیس 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 (منجمه شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوسها).
- ۹- بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونشها، روده ها، مثانه، کبد، طحال.
- ۱۰- عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم.
- ۱۱- عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی.
- ۱۲- (Openreduction) عمل جراحی استئوسنتز 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 آرج زایگما.
- ۱۸- جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی.
- ۱۹- جانداختن در رفتگی قدیمی مفصل میجگاهی - فکی.
- ۲۰- عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی.
- ۲۱- بیرون آوردن ریشه قدیمی و حسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.