

قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

شماره قرارداد:	تاریخ صدور:
شماره سال قبل:	تاریخ شروع: ۱۳۹۳/۰۳/۰۱
بیمه‌گذار: دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی استان کرمانشاه	تاریخ انقضاء: ۱۳۹۴/۰۳/۰۱
تعداد بیمه‌شدگان: حداقل..... نفر	شناسه ملی:

این قرارداد بین شرکت بیمه میهن (سهامی عام) که منبع بیمه‌گر نامیده می‌شود از یک طرف و دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی استان کرمانشاه که بعد از این بیمه‌گذار نامیده می‌شود از طرف دیگر براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶، مقررات و آئین‌نامه‌های شورایی عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با 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 مابازاه 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: کرمانشاه - ترسیده 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.

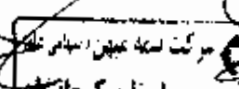
ماده ۳- گروه بیمه‌شدگان

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.

۱



مدرک رسمی استان کرمانشاه

www.mihaninsurance.com

زروش دفتر دانشکده پزشکی

شماره

تاریخ: ۱۳۹۳/۰۳/۰۱

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 یا اشتغال به کار، بیمه می باشند.

۳۳/۳۱) دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام بیمه می شوند.

۳۳/۳۲) پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

۳۳/۳۳) چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی یا از کارافتادگی کلی باشند هزینه درمان سایر بیماریهای آنها (به جز معلولیت و از کار افتادگی) یا تأیید 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 صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.

ماده ۴- موضوع بیمه

عبارتست از جبران هزینه های درمانی- تشخیصی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث این بیمه نامه و مزاد 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. 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 می باید 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 یا 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 بایست به امضاء طرفین رسیده مهیور 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.

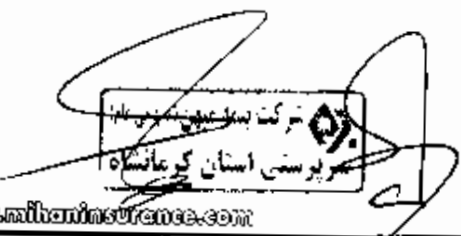
۳۳/۵۱) افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که ازدواج کرده اند و افرادی که در ابتدای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از شروع پوشش کفالت). تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار 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 انقضای 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 موارد حذف بیمه‌شدگان عبارتست از فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع می‌شود. بدیهی است چنانچه بیمه‌شده‌ای در طول مدت پوشش بیمه‌ای خود خسارت دریافت نموده باشد و به هر یک از دلایل ذکر شده از لیست بیمه‌شدگان حذف گردد حق بیمه مربوطه تا پایان قرارداد به طور کامل محاسبه و از بیمه‌گذار دریافت می‌گردد. (در صورت فوت بیمه شده اصلی حق بیمه باقیمانده پس از انحصار وراثت توسط بیمه‌گذار از مطالبات بیمه شده کسر و به حساب بیمه‌گر وارز گردد)

۳۱۵/۴) بیمه‌شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه‌ای اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی و چنانچه بازتنسسته گردد پوشش بیمه‌ای خود و اعضای خانواده فرد بازتنسسته، 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" نمی‌توانند جزء بیمه‌شدگان این قرارداد قرار بگیرند.
ماده ۶- میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه‌گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان مبلغ ۱۸۴/۰۰۰ ریال می‌باشد که بیمه‌گذار موظف است حق بیمه مربوطه را به علاوه مالیات بر ارزش افزوده، مالیات سلامت و عوارض شهرداری براساس تعداد کل بیمه‌شدگان محاسبه و در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.
* ضمناً از تاریخ ۱۳۹۳/۱/۱ مبلغ مالیات بر ارزش افزوده، مالیات سلامت و عوارض شهرداری به ۸٪ افزایش می‌یابد.
تبصره- در صورت تعدیل نرخ مالیات بر ارزش افزوده، مالیات سلامت و عوارض شهرداری از سوی سازمان امور مالیاتی کشور، می‌بایست میزان مالیات و عوارض حق بیمه مربوط به آن دوره زمانی به نسبت تغییرات به بیمه‌گر پرداخت گردد.
تبصره- در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، برای بیمه‌شدگان بین ۶۰-۷۰ سال ۵۰٪ حق بیمه پایه و برای بیمه‌شدگان بالای ۷۰ سال نام ۱۰۰٪ حق بیمه پایه اعلام شده، حق بیمه اضافی منظور می‌گردد.
تبصره- چنانچه در طول مدت قرارداد ضریب خسارت بیش از ۸۰٪ گردد، بیمه‌گر مختار خواهد بود با اخطار قبلی نسبت به تعدیل 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 بیمه‌شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا پانزدهم همان ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.
تبصره ۱- مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می‌باشد. در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه، قرارداد بلافاصله یا صدور الحاقیه به حالت تعلیق در می‌آید و بیمه‌گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت ندارد.
بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق قرارداد با صدور "الحاقیه رفع تعلیق" مجدداً به حالت اول بر می‌گردد.
تبصره ۲- حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان (افزایش و کاهش) که به وسیله الحاقیه تعیین می‌گردد می‌بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان در ماه‌های آتی حداکثر تا پانزدهم ماه بعد تسویه شود.
۲/۷/۱) - در مورد افزایش تعداد بیمه‌شدگان حق بیمه کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می‌شود.
۲/۷/۲) - در مورد کاهش تعداد بیمه‌شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد



فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - حدود تعهدات

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار، هزینه های درمانی موضوع این قرارداد را در طول مدت قرارداد بیمه ای بشرح تعهدات زیر جبران نماید:

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 جراحی محدود DAY CARE (یا بیشتر از ۶ ساعت بستری)، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامایف، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن
۸/۲	جبران هزینه چهار عمل جراحی مهم	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	ریال	شامل اعمال جراحی مربوط به سرطان مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (باستثنای دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند ریه، کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، که تعهدات این بند با احتساب بند ۸/۱ می باشد.
۸/۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	ریال	تعهد بیمه گر برای هزینه زایمان شامل فرزند اول تا سوم بیمه شده میباشد.
۸/۴	هزینه پاراکلینیکی (۱)	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	ریال	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر ای، آکوکاردیوگرافی
۸/۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۵/۰۰۰/۰۰۰	ریال	جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست انرژی، تست تنفسی، نوار عسله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی شنجی، پنهایی شنجی، هولترمانیتورینگ قلب و آنژیوگرافی چشم
۸/۶	هزینه های پاراکلینیکی (۳)	۵/۰۰۰/۰۰۰	ریال	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی، دررفتگی، گچ گیری، ختند، بقیه کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیویسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم)
۸/۷	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای دو چشم)	۷/۰۰۰/۰۰۰	ریال	در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استigmat یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استigmat) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.
۸/۸	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۸۰۰/۰۰۰ ۱/۲۰۰/۰۰۰	ریال	سایر فوریتهای پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان میگردد.
۸/۹	آزمایش، فیزیوتراپی و رادیولوژی	۲/۰۰۰/۰۰۰	ریال	آزمایش باستانه چکاپ و غربالگری - فیزیوتراپی (حداکثر تعداد جلسات قابل پرداخت در هر نسخه ۲۰ جلسه می باشد) - رادیولوژی باستانه، طب کار

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 منشاء 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 سالانه بیمه‌گر در مورد بندهای ۸/۱ و ۸/۸ برای هر یک از بیمه‌شدگان مبلغ ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و حداکثر 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، ۸/۹، ۸/۱۰ بصورت مستقل در نظر گرفته می‌شود.

ماده ۱۰- فرانشیز

درصد معینی از هزینه‌های درمانی است که تأمین آن به عهد 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 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.

ماده ۱۳- ترتیب بستری شدن بیمه‌شدگان

۱۳/۱) چنانچه بیمه‌شدگان در بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند.
۱۳/۱/۱) حداکثر ظرف مدت سه روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب را از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر اطلاع دهد.

شرکت بیمه میان
بیمه‌گر استان گیلان

۱۳/۱/۲) پیش پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی را رأساً تأمین نمایند.

۱۳/۱/۳) اصل مدارک و صورتحساب‌های بیمارستانی بانضمام 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 می‌بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از سازمان خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمانهای فوق‌الذکر، از طریق نماینده بیمه‌گذار به بیمه‌گر مراجعه و هزینه‌های انجام شده را تا سقف‌های مقرر براساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند. در غیر این صورت شامل فرانشیز موضوع ماده ۱۰ خواهد شد.

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

۱۳/۱/۴) محاسبه هزینه‌های درمان براساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم تراز طرف قرارداد با بیمه‌گر می‌باشد. در صورت عدم تعیین حق‌العمل جراح در صورتحساب بیمارستان و ارائه گواهی مبنی بر دریافت حق‌الزحمه توسط پزشک معالج این هزینه حداکثر معادل پنج برابر تعرفه خدمات درمانی محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۱۳/۱/۲) 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 ظرف 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 ساعات غیر اداری، بیمه‌شدگان می‌توانند از طریق کارت بیمه درمانی که در اختیار آنان گذاشته می‌شود مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه و بستری گردند و متعاقباً در اولین ساعات اداری روز بعد معرفی‌نامه مربوطه را اخذ و تحویل 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 یا تأیید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و یا تأیید بیمه‌گر به خارج از کشور اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کند در صورتیکه سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه صورتحساب هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر در قرارداد و هم تراز با بیمارستانهای درجه یک کشور پرداخت خواهد شد.

www.mihaninsurance.com

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 با 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 فیما بین حل و فصل خواهد شد. در غیر این صورت رأی مراجع ذیصلاح نافذ می‌باشد.

ماده ۱۹- مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۳/۰۳/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۰۱ 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

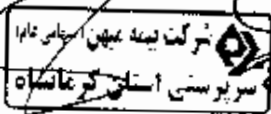
تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار و با صدور الحاقیه انجام خواهد شد.

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 ۲۳ 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)


بیمه‌شده
دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی


بسته


شرایط عمومی بیمه نامه مزاد درمان گروهی

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد

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

ماده ۲- تعاریف

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرفنظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند.

۱-۲- بیمه گر: شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است و جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه بعهده می گیرد.

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

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

۲-۴- گروه بیمه شدگان: کارکنان رسمی، بیمانی یا قراردادی بیمه گذار و اعضای خانواده شان که بیمه گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل ۵۰ درصد آنها باید همزمان تحت پوشش قرار گیرند.
تبصره- بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنان، بیمه کند.

۱-۲-۳- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروهها (از قبیل اصناف، اتحادیه ها و انجمن ها) به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه گذار 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 بیمه شدگان می باشد.

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

۱-۲-۴- حادثه: حادثه عبارتند از، هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده 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- 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 انقضای 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.

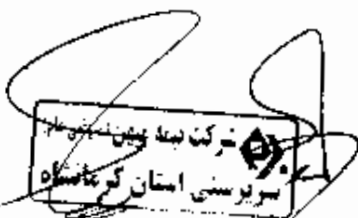
ماده ۵- فرانشیز:

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 همراه 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 تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
 - ۷-۳- سقط جنین 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 تأیید مقامات ذیصلاح.
 - ۷-۸- فعل و انفعالات هسته‌ای.
 - ۷-۹- هزینه اتاق خصوصی، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۷-۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ تا ۷۰ سال، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۷-۱۱- جنون.
 - ۷-۱۲- جراحی لثه.
 - ۷-۱۳- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدرمطلق نقص بینائی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی 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.
- تبصره- موارد استثنای مندرج در بندهای ۷-۶، ۷-۷، ۷-۹، ۷-۱۰، ۷-۱۲ و ۷-۱۴ با پرداخت حق‌بیمه 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

صورت حساب بیمارستان اساس محاسبه هزینه‌های مورد تعهد خواهد بود. در غیر این صورت هزینه‌های مربوط بر اساس قراردادهای منعقد شده 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 بیمه‌شده همزمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هر کدام از شرکتهای بیمه مخیر 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 متوفی مشروط به پرداخت حق بیمه، ادامه خواهد داشت.

ماده ۱۳

هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود نموده است، در اینحالت نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی 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 یا 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 تصفیه 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:

- ۱-۱-۱۵- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.
- ۱-۲-۱۵- 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.
- ۱-۳-۱۵- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.
- ۲-۱۵- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:
- ۱-۲-۱۵- در صورتیکه خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲-۲-۱۵- در صورتیکه فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود.
- ۳-۲-۱۵- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.
- ۳-۱۵- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- ۱-۲-۱۵- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می شود.
- ۲-۳-۱۵- 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 میزانی 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 یا 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 کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال گردد.

بیمه گر

شرکت بیمه میهن (سهامی عام)

بیمه گذار

دانشکده پزشکی گرایش علوم پزشکی

فهرست اعمال غیر مجاز 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 طولیل بدن.
- ۴- اعمال جراحی داخل قفسه صدري- کاتتریسیم قلب و عروق.
- 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 (منجمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوسها).
- ۹- بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونشها، روده ها، مثانه، کبد، طحال.
- ۱۰- عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارکی 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 آرچ زایگما.
- ۱۸- جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی.
- ۱۹- جانداختن در رفتگی 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.



شرکت بیمه میهن استان تهران
سرویس استانی کورگانساز