

شماره
تاریخ
پیوست
۱۰۲۴/۸۶۱
۱۴۰۱/۶/۱



شعبه سنندج ۱۰۲۴

قرارداد درمان گروهی

شماره قرارداد: ۱۴۰۱/۱۳۱/۱۰۲۴/۴۷۶۱/۳	تاریخ صدور: ۱۴۰۱/۰۶/۰۱
شماره قرارداد سال قبل:	تاریخ شروع: ۱۴۰۱/۰۶/۰۱
بیمه گذار: استانداری کردستان	تاریخ انقضاء: ۱۴۰۲/۰۶/۰۱
شناسه ملی بیمه گذار: ۱۴۰۰۲۰۱۹۴۴۴	شناسه ملی بیمه گر: ۱۰۱۰۲۵۲۹۰۰۶
کد اقتصادی بیمه گذار: ۴۱۱۳۶۸۳۴۹۹۵۳	کد اقتصادی بیمه گر: ۴۱۱۳۳۴۱۶۴۴۶۵
شماره ثبت بیمه گذار: ۱۶۱۸۸	شماره ثبت بیمه گر: ۲۱۱۴۳۹
تعداد بیمه شدگان: طی الحاقیه تعیین می گردد.	
حق بیمه صادره: طی الحاقیه تعیین می گردد.	

این قرارداد بین شرکت بیمه سینا (سهامی عام) به نمایندگی آقای مختار محمدی به کد ملی ۳۳۶۹۷۶۷۴۳۰ که منبع بیمه گر نامیده میشود از یکطرف و آقای عبدالله رشیدی پور به نمایندگی استانداری کردستان به کد ملی ۳۸۲۰۰۶۸۶۰۰ به سمت معاونت توسعه، مدیریت و منابع که بعد از این بیمه گذار نامیده میشود از طرف دیگر براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶، مقررات و آئین نامه های شورایعالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط خصوصی ذیل منعقد میگردد:

فصل اول - تعاریف

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

ماده ۱- بیمه گر

"شرکت بیمه سینا (سهامی عام)" شعبه سنندج به نشانی: خ ادب - نبش بلوار ناریکد پستی ۶۶۱۷۶۳۷۹۴۳ که در این قرارداد ما بازاء تعهدات بیمه گذار مسئولیت جبران خسارت را به عهده دارد.

تبصره یک - بیمه سلامت، بیمه تامین اجتماعی و سازمانهای مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوطه موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند "بیمه گر پایه" و شرکت سهامی بیمه سینا "بیمه گر دوم" محسوب میشوند.

ماده ۲- بیمه گذار

"استانداری کردستان" به نشانی: سنندج - خ امام (ره) کد پستی: ۶۶۱۴۷۲۶۷۹۱ که متعهد به پرداخت حق بیمه در وجه بیمه گر و انجام سایر وظایف تعیین شده در این بیمه نامه میباشد.

عبارتند از کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان که از طرف بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده معرفی گردیده اند.

۴۰۰

تبصره یک - منظور از کارکنان شاغل بیمه‌گذار افرادی هستند که مشمول پرداخت کسور ماهانه بیمه‌گر پایه، توسط بیمه‌گذار می‌باشند.

تبصره دو - بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل قانونی خود را بطور همزمان با شروع بیمه نامه و در لیست اولیه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مستندات قانونی در تاریخ شروع پوشش بیمه ای، بیمه درمان نزد بیمه‌گر دیگری داشته باشند، پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره سه - حداقل ۷۰٪ از کل کارکنان شاغل به همراه افراد تحت تکفل آنان میبایست همزمان جهت اخذ پوشش بیمه ای معرفی گردند.

۴۰۰

تبصره چهار - منظور از اء ضای خانواده، همسر، فرزندان، والدین تحت تکفل و یا سایر اء ضای خانواده که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار دارند و به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه‌گر پایه می‌باشند. در مشمولین تحت پوشش بیمه سلامت صرفاً افراد تبعی درجه یک، تحت تکفل محسوب می‌شوند.

تبصره پنج - همسران شاغل کلیه کارکنان ذکور که دارای دفترچه بیمه‌گر پایه از کارگاه محل اشتغال خود می‌باشند، می‌توانند تحت پوشش این قرارداد قرار گیرند.

تبصره شش - فرزندان ذکور در صورت عدم تأهل و عدم اشتغال به کار تا سن بیست و دو 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 تحت پوشش می‌باشند.

۴۰۰

دانشجویان ذکور رشته پزشکی در صورت عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار تا سن بیست و شش سال تمام تحت پوشش می‌باشند.

تبصره هفت - فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند در صورت گذشتن از شرایط سنی مندرج در تبصره شش ماده ۳، به شرط استمرار پرداخت حق بیمه از سوی بیمه‌گذار می‌توانند تا پایان قرارداد تحت پوشش باشند.

۴۰۰

تب صره ۵ شست - چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی یا از کارافتادگی کلی باشند هزینه درمان سایر بیماری های آنها (به جز معلولیت و از کارافتادگی) با تایید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش خواهد بود.

تب صره نه - همسر و فرزندان کارکنان مونث که دارای دفترچه بیمه گر پایه از کارگاه دیگری هستند می توانند با رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه و یا همزمان با شروع پوشش بیمه شده اصلی تحت پوشش قرار گیرند.

ماده ۴ - موضوع بیمه

جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در این بیمه نامه تعیین^۱ و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

ماده ۵ - دوره انتظار: دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

ماده ۶ - خسارت ارزیابی شده: مبلغی است که پس از بررسی شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.

ماده ۷ - فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده است که میزان آن وفق مقررات آئین نامه بیمه مرکزی، در شرایط خصوصی مندرج در بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

ماده ۸ - خسارت قابل پرداخت: مبلغی است که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهد بیمه نامه پرداخت می نماید.

ماده ۹ - تعرفه مورد عمل ارزیابی خسارت:

ملاک ارزیابی هزینه های تشخیصی- درمانی، تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی، کدهای کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت و تعرفه بیمه گر با مراکز طرف قرارداد در زمان اعتبار بیمه نامه می باشد. در مورد خدمات دندانپزشکی، تعرفه مصوب سندیکای بیمه گران ایران در سال اجرای قرارداد ملاک عمل است.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۱۰

بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از شروع قرارداد لوح فشرده حاوی اسامی و مشخصات کامل بیمه شدگان مطابق با اطلاعات درخواستی بیمه گر را ارائه نماید. صدور معرفینامه یا جبران هزینه های مورد تعهد از سوی بیمه گر منوط به ارائه لیست حاوی اطلاعات کامل و صحیح و نیز وجود نام بیمه شده در لیست مذکور میباشد.

تبصره یک - لیست اسامی و مشخصات اعلامی برای هر یک از بیمه شدگان باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

شماره ردیف یا همان شماره بیمه ای بیمه شده - نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه - کد ملی (مهمترین شاخص) - کد پرسنلی - جنسیت بیمه شده - نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی - تعیین وضعیت کفالت بیمه شدگان فرعی با بیمه شده اصلی (کفالت یا عدم کفالت) - شماره همراه بیمه شده اصلی - شماره شبای بیمه شده اصلی.

همچنین ارائه مدارک مبنی بر کفالت قانونی، اشتغال به تحصیل و عدم تاهل فرزندان الزامی خواهد بود.

تبصره دو - بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق تبصره یک ماده ۱۰ برای بیمه گر ارسال نماید.

۱۰/۲/۱) افرادی که در طول مدت قرارداد میتوانند به فهرست بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدید الاستخدام و کارکنان انتقالی منوط به اعلام کتبی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از تاریخ استخدا م و یا انتقال بیمه شده، همسر کارکنانی که پس از تاریخ شروع قرارداد عقد رسمی نموده اند و یا افرادی که از تاریخ شروع قرارداد تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از تاریخ عقد رسمی و یا شروع پوشش کفالت.

در تمام موارد فوق تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان و ارائه خدمات به آنان، از اولین روز ماه بیمه ای بعد از تاریخ ثبت درخواست کتبی بیمه گذار توسط دبیرخانه بیمه گر خواهد بود.

۱۰/۲/۲) نوزادان مشروط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد و طی مکاتبه رسمی به بیمه گر اعلام نماید از بدو تولد تحت پوشش می باشند و در صورت انقضای مهلت تعیین شده، تاریخ پوشش از تاریخ ثبت درخواست کتبی بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر می باشد.

شماره
تاریخ
پیوست

شعبه سنندج ۱۰۲۴

بیمه‌سینا

۱۰/۲/۳ (ت) تاریخ مؤثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ ثبت درخواست کتبی بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر میبا شد، موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از فوت شدگان - خروج بیمه شده از کفالت بیمه شده اصلی - طلاق و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع میشود،

شرط خروج از کفالت شامل همسران نمی گردد و حذف همسر تنها به دلیل طلاق یا فوت امکان پذیر خواهد بود.

۱۰/۲/۴ (ت) - چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه ای اعضای خانواده متوفی و چنانچه بازنشسته گردد پوشش بیمه ای خود و اعضای خانواده ایشان، "مشروط به پرداخت حق بیمه متعلقه از سوی بیمه گذار" صرفاً تا پایان همان سال بیمه ای ادامه خواهد یافت.

تبصره سه- در تمامی موارد افزایش و کاهش بیمه شدگان ارائه مدارک مثبت الزامی است.

تبصره چهار- کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات، موضوع تبصره دو ماده ۱۰ قرارداد درج نباشد به استناد از قلم افتادگی نمیتوانند در لیست بیمه شدگان این قرارداد فرار بگیرند.

تبصره پنج - چنانچه هر زمان در مدت اعتبار بیمه نامه عدم انطباق شرایط بیمه شده با مفاد بیمه نامه محرز گردد، بیمه گر نسبت به حذف وی اقدام می نماید، در این صورت بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده می باشد و بیمه گذار متعهد به بازپرداخت خسارت های دریافتی ایشان به بیمه گر خواهد بود.

ماده ۱۱- میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه گر، حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان به تفکیک سنی به شرح ذیل اعلام می گردد که بیمه گذار موظف است براساس تعداد کل بیمه شدگان محاسبه و مطابق با ماده ۱۲ در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

طرح اول:

بیمه شدگان تا سن ۶۰ سال تمام حق بیمه معادل ۲,۸۰۰,۰۰۰ ریال

بیمه شدگان از سن ۶۱ تا ۷۰ سال تمام حق بیمه معادل ۴,۲۰۰,۰۰۰ ریال
بیمه شدگان از سن ۷۱ سال به بالا حق بیمه معادل ۵,۶۰۰,۰۰۰ ریال

طرح دوم :

بیمه شدگان تا سن ۶۰ سال تمام حق بیمه معادل ۱,۶۰۰,۰۰۰ ریال
بیمه شدگان از سن ۶۱ تا ۷۰ سال تمام حق بیمه معادل ۲,۴۰۰,۰۰۰ ریال
بیمه شدگان از سن ۷۱ سال به بالا حق بیمه معادل ۳,۲۰۰,۰۰۰ ریال

طرح سوم :

بیمه شدگان تا سن ۶۰ سال تمام حق بیمه معادل ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال
بیمه شدگان از سن ۶۱ تا ۷۰ سال تمام حق بیمه معادل ۱,۵۰۰,۰۰۰ ریال
بیمه شدگان از سن ۷۱ سال به بالا حق بیمه معادل ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال

ماده ۱۲- روش و مهلت پرداخت حق بیمه

روش پرداخت حق بیمه صادره به صورت یک جا می باشد که به جهت ارائه تسهیلات به بیمه گذار به صورت اقساط تعیین می گردد .

حق بیمه باید پیش از انقضای قرارداد به طور کامل تسویه گردد.

بیمه گذار مکلف است حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا پانزدهم همان ماه به شماره حساب ۴۴۵۰۰۰۰۳۸۰ نزد بانک ملت شعبه میرداماد کد ۶۵۷۳۰ به نام شرکت بیمه سینا واریز نماید.

تبصره یک - مهلت پرداخت حق بیمه قطعی است در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه، قرارداد بلا فاصله با صدور الحاقیه به حالت تعلیق درمی آید و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت ندارد .
در صورت پرداخت حق بیمه معوق با صدور "الحاقیه رفع تعلیق" بیمه نامه مجدداً به حالت جاری برمیگردد و پس از رفع تعلیق، بیمه گر موظف به ایفای تعهد می باشد . در غیر این صورت بیمه گر می تواند مطابق با مفاد ماده ۲۱ از شرایط عمومی نسبت به فسخ بیمه نامه اقدام نماید .

تبصره دو - حق بیمه مربوط به الحاقیه های افزایشی باید همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماه آتی و حداکثر تا پانزدهم ماه بعد تسویه شود.

تبصره سه - در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه میشود .

تبصره چهار - در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمیباشد .

تبصره پنج - چنانچه بیمه شده ای در طول مدت پوشش بیمه ای خود از خدمات بیمه نامه استفاده نموده باشد و به هر یک از دلایل ذکر شده از لیست بیمه شدگان حذف گردد ، حق بیمه مربوطه تا پایان اعتبار بیمه نامه به طور کامل محاسبه و بیمه گذار موظف به پرداخت آن می باشد.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۱۳- حدود تعهدات

بیمه گر در طول اعتبار قرارداد در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار متعهد به جبران هزینه های مندرج در جدول ذیل می باشد:

نوع پوشش	ردیف	شرح پوشش	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	واحد	درصد فرانشیز
			سقف پوشش	سقف پوشش	سقف پوشش		
اصلی (تابه)	۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. (به استثنای زایمان، نازایی و لیزیک)	بدون سقف	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰
	۲	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج درون شهری برون شهری	۵۰۰,۰۰۰ ۱,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰ ۱,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰ ۱,۰۰۰,۰۰۰	نفر	۱۰

بیمه‌بنا

شعبه سنندج ۱۰۲۴

شماره
تاریخ

۱۰	نفر	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه های شیمی در مانی، رادیو تراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۳
۱۰	نفر	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه زایمان (طبیعی و سزارین)	۴
۱۰	نفر	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT, ZIFT, IUI, IVF و میکرواینجکشن.	۵
۱۰	نفر	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پز شکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری	۶
۱۰	نفر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی نفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV).	۷

بوشش های اضافی

بیمه سینا

شعبه بیندج ۱۰۲۴

شماره
تاریخ
بیوست

۶					الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار ممانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پد تا کم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)
۱۰	نفر	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پانولوژی و ژنتیک پزشکی، تستهای آنزیمیک
۱۰	نفر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین
۱۰	نفر	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)
۱۰	نفر	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه و بزیته دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً سهم مازاد بر بیمه گر پایه)، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری
۱۰	نفر / خانواده	---	۵۰,۰۰۰,۰۰۰ (خانواده)	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (جراحی لثه در صورت اخذ پوشش دندان پزشکی قابل ارائه می باشد).

بیمه سینا

شعبه سنندج ۱۰۲۴

شماره
تاریخ
پوست

۱۰	نفر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	۱۳
۱۰	نفر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هرچشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد.	۱۴
۱۰	نفر	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه خرید سمعک	۱۵
۱۰	نفر	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایونرایی، اکسیژن، لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء رفع عیوب انکساری چشم)	۱۶
۱۰	نفر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه خرید ارتز که لزوماً استفاده آن بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر گواهی شده باشد.	۱۷
۱۰	نفر	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	بهبه اعضاء طبیعی بدن (با تایید انجمن حمایتی مربوطه)	۱۸

تبصره یک - فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین و به روز رسانی می شود.
در صورت انجام این اعمال در مطب، بیمه گر تعهدی به جبران هزینه ندارد.

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
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 مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادراری زن و مرد، گذاردن نفورسپس و زایمان‌های غیرطبیعی 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 (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس‌ها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرایبسم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل نمیانوپلاستی و ...
۱۲	عمل جراحی استنوستنز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳	بیرون آوردن کیست و نومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی بازدرآرچ زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
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.

۱۴- تعهدات سالیانه بیمه گر برای هر بیمه شده در ردیف ۱ جدول ماده ۱۳ طرح دو معادل ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در مجموع ردیف های ۱ و ۲ جدول ماده ۱۳ حداکثر معادل ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد. همچنین تعهدات سالیانه بیمه گر در مجموع ردیف های ۱ و ۳ جدول ماده ۱۳ حداکثر معادل ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و تعهد سایر بندها بصورت مستقل در نظر گرفته می شود

۱۴-۱- تعهدات سالیانه بیمه گر برای هر بیمه شده در ردیف ۱ جدول ماده ۱۳ معادل ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در مجموع ردیف های ۱ و ۲ جدول ماده ۱۳ حداکثر معادل ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد. همچنین تعهدات سالیانه بیمه گر در مجموع ردیف های ۱ و ۳ جدول ماده ۱۳ حداکثر معادل ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و تعهد سایر بندها بصورت مستقل در نظر گرفته می شود

ماده ۱۵- دوره انتظار

۱۵-۱- دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است، که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه مربوطه نخواهد داشت.

۲-۱۵- دوره انتظار جهت جبران سایر بیماری ها به شرح ذیل می باشد :

در گروه های با تعداد بیمه شدگان کمتر از ۲۵۰ نفر که فاقد سابقه پوشش بیمه درمان پیوسته می باشند سه ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان خواهد بود .

بیماری های مشمول دوره انتظار به شرح ذیل می باشند :

جراحی فتق ، جراحی لوزه ، درمان انواع سل ، درمان بیماری های مزمن قلبی (به استثنای سکته و عوارض ناشی از آن) ، درمان بیماری دیابت (به استثنای موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو و آی سی یو می گردد) ، بیماری صرع ، بیماری های مرتبط با پروستات ، جراحی دیسک ستون فقرات ، جراحی پولیپ و انحراف بینی، درمان سینوزیت مزمن ، جراحی کیست تخمدان ، هیستریکتومی ، جراحی سیستوسل ، رکتوسل ، درمان نارسائی مزمن کلیه ، درمان سسنگ کلیه ، جراحی کاتاراکت ، درمان بیماری های نئوپلاستیک ، جراحی ماستوئیدکتومی ، درمان طبی یا جراحی انواع سرطان .

تبصره یک- چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

تبصره دو - گروه های کمتر از ۲۵۰ نفر که دارای سابقه پوشش بیمه درمان پیوسته می باشند مشمول دوره انتظار سایر بیماری ها نمی گردند.

ماده ۱۶- فرانشیز

در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز معادل ۱۰ درصد از هزینه های موضوع ماده ۱۳ میباشد که از خسارت ارزیابی شده کسر می گردد .

ماده ۱۷ - استثنائات بیمه نامه

هزینه درمان موارد ذیل از شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد :

۱-۱۷- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۲-۱۷- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۳-۱۷- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۴-۱۷- ترک اعتیاد.

۵-۱۷- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

- ۶-۱۷-۶- خودکشی و اعمال مجرمانه و آسیب عمدی بیمه شده به خود به تشخیص مراجع ذیصلاح.
- ۷-۱۷-۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۸-۱۷-۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.
- ۹-۱۷-۹- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۱۰-۱۷-۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۱-۱۷-۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۲-۱۷-۱۲- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
- ۱۳-۱۷-۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه داروئی ندارد مگر به تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۴-۱۷-۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵-۱۷-۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- ۱۶-۱۷-۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۱۷-۱۷-۱۷- دارو و لوازم درمان ناتوانی جنسی Impotency
- ۱۸-۱۷-۱۸- 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.

ماده ۱۸- نحوه استفاده از خدمات

بیمه شده درانتخاب هریک از مراکز تشخیصی درمانی داخل کشور آزاد است و به اختیار خود می تواند از مراکز طرف قرارداد با بیمه گر و یا غیر طرف قرارداد استفاده نماید .

۱-۱۸- استفاده از مراکز طرف قرارداد :

در موارد سرپایی قبل از اقدام و در موارد بستری ، بیمه شده باید قبل از بستری و یا حداکثر ظرف مدت سه روز از تاریخ بستری و تا قبل از ترخیص نسبت به دریافت معرفی نامه به یکی از دو روش ذیل اقدام نماید .

- ۱-۱-۱۸- در صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد که به سامانه وب بیمه سینا متصل می باشند بیمه شده بدون نیاز به مراجعه به شعب بیمه سینا ، می تواند با مراجعه مستقیم به مرکز و با ارائه کارت ملی و گواهی پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری و یا ضرورت انجام اقدام مربوطه ، معرفی نامه را دریافت نماید .

۱-۲-۱۸- در صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد که فاقد سامانه وب می باشند نماینده بیمه گذار یا بیمه شده جهت دریافت معرفی نامه به واحدهای اجرایی بیمه سینا مراجعه نمایند.

۶

تبصره یک- در صورتیکه به هر دلیل بیمه شده از خدمات مرکز طرف قرارداد، بدون دریافت معرفی نامه استفاده نماید، ملاک ارزیابی هزینه ها، تعرفه فیمابین بیمه گر و مرکز درمانی خواهد بود. هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد و بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به جبران هزینه هایی که بیمه شده خارج از صورتحساب به پزشک یا مرکز پرداخت نماید نخواهد داشت.

۱۸-۲- استفاده از مراکز غیر طرف قرارداد :

در صورت استفاده از مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه گر، بیمه شده باید رأساً تمامی هزینه ها را پرداخت و پس از تسویه یا ترخیص ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نماید و پس از آن رونوشت گزارش اقدام انجام شده به همراه صورت حساب مربوطه و در موارد بیمارستانی کلیه مدارک بیمارستانی از قبیل صورتحساب بیمارستان، نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده، صورتحساب لوازم و داروها و سایر اسناد مورد نیاز را به همراه گواهی دریافت سهم از بیمه گر پایه را به این شرکت تسلیم نماید، این هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه و تا سقف تعهدات مندرج در ماده ۱۳ پرداخت خواهد شد و این شرکت هیچ گونه تعهدی در جبران هزینه هایی که بیمه شده خارج از صورتحساب به پزشک یا مرکز درمانی پرداخت نموده نخواهد داشت.

تبصره دو- در صورت استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران مکمل بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت نماید در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده از بیمه گران نمی باشد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گران (پایه یا بازرگانی) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره سه- در مواردیکه حق العمل جراح در صورتحساب بیمارستانی درج نشده باشد در صورت ارائه گواهی توسط پزشک معالج مبنی بر تعیین حق الزحمه دریافتی، این هزینه حداکثر براساس کدهای مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت و براساس تعرفه مراکز درمانی هم طراز طرف قرارداد با بیمه گر و مصوبات قانونی محاسبه و پرداخت خواهد شد و بیمه گر تعهدی در جبران هزینه های غیر بیمه ای نخواهد داشت.

تبصره چهار- در مواردی که بیمه شده جهت بستری در بیمارستان از معرفی نامه استفاده ننموده باشد، مهلت تحویل مدارک بیمارستانی به این شرکت حداکثر تا دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر تا یک ماه پس از تاریخ پرداخت سهم بیمه گر پایه می باشد.

۶

تبصره پنجم - مهلت تحویل مدارک مربوط به هزینه های سرپایی به این شرکت حداکثر تا یک ماه بعد از تاریخ انجام اقدام می باشد.

۳-۱۸- بیمه شدگانیکه با تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی امکان معالجه آنها در داخل کشور میسر نباشد در صورت اعلام قبلی به بیمه گر ، اعزام آنان به خارج از کشور بلامانع است. در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه صورت حساب هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگان را تایید نماید، بیمه گر تعهد خود را براساس مفاد و سقف تعهدات قرارداد و حداکثر تا سه برابر بالاترین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی داخل کشور محاسبه می نماید.

۴-۱۸- بیمه شدگانی که درطول مسافرت به خارج از کشور نیازمند به تشخیص و معالجه بیماری می باشند، هزینه های مربوطه براساس بالاترین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی داخل کشور در سال اجرای قرارداد محاسبه و بیمه گر تعهد خود را براساس مفاد و سقف تعهدات این بیمه نامه ایفا خواهد نمود.

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

۵-۱۸- هزینه های تشخیصی - درمانی بیمارستانی و سرپایی براساس کدهای کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت و تعرفه های مصوب قانونی هر بخش در سال اجرای قرارداد و براساس مفاد قرارداد محاسبه می گردد. در مواردی همچون دندانپزشکی که سندیکای بیمه گران ایران تعرفه مصوب دارد ، ملاک محاسبه و پرداخت هزینه مذکور تعرفه مصوب سندیکای بیمه گران ایران در سال اجرای قرارداد و براساس مفاد قرارداد خواهد بود.

ماده ۱۹

بیمه گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تام الاختیار خود را به بیمه گر معرفی نماید . نماینده رابط بین بیمه گر و بیمه گذار می باشد و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه گذار و بیمه شونده را بعهده دارد. بیمه شدگان باید امور درمانی خود را از طریق ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه گر خودداری نمایند.

ماده ۲۰

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

ماده ۲۱

شماره

تاریخ

بیوست ۶

شعبه سنندج ۱۰۲۴

بیمه‌سینا

هرگاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود نموده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد به ازای هزینه‌های تشخیصی - درمانی (پرداخت مستقیم و یا در وجه مراکز طرف قرارداد) بابت بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخته است هم چنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده نیز می باشد.

ماده ۲۲

ارائه پوشش بیمه ای و پرداخت خسارات مربوط به بیمه شدگان با تابعیت غیر ایرانی صرفاً در صورتی میسر می باشد که بیمه شده دارای اقامت با حق کار مشخص و کد اتباع خارجی بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

ماده ۲۳

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

ماده ۲۴- حل اختلاف نظر

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل خواهد شد. در غیر اینصورت چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می‌کند. هریک از طرفین حق‌الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق‌الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

ماده ۲۵- مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۱ شروع و در ساعت صفر مورخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۱ خاتمه مییابد.

جهت تمدید قرارداد برای سال آتی هر یک از طرفین باید حداقل یک ماه پیش از تاریخ انقضاء قرارداد درخواست خود را مبنی بر تمدید قرارداد طی مکاتبه رسمی به طرف دیگر اعلام نمایند. تمدید بیمه نامه با توافق بیمه گر و بیمه گذار و با صدور قرارداد انجام خواهد شد.

ماده ۲۶ - شرایط فسخ قرارداد

در مدت اعتبار بیمه نامه بیمه گر و بیمه گذار می توانند صرفاً با شرایط تعیین شده در شرایط عمومی بیمه درمان مصوب شورای عالی بیمه، درخواست فسخ نمایند.

ماده ۲۷

در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکر نشده است براساس آخرین شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه و قوانین جاری بیمه ای در کشور عمل خواهد شد.

ماده ۲۸

این قرارداد مشتمل بر ۲۸ ماده و ۲۹ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد می باشند تنظیم گردیده و در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۱ امضاء و مبادله شده است.

بیمه گر

بیمه گذار

شرکت بیمه سینا (سهامی عام)

استاندارد کردستان

شعبه سنندج

معاونت توسعه، مدیریت و منابع

مختار محمدی

عبداله رشیدی پور

بیمه سینا

شعبه سنندج
کد ۱۰۲۴

تکمله منضم به قرارداد درمان گروهی استانداری کردستان

به شماره قرارداد ۱۴۰۱/۱۳۱/۱۰۲۴/۱۰۲۴/۳

- ۱- هزینه های مربوط به زایمان موضوع ردیف ۴ جدول ماده ۱۳ در طرح یک تا سقف مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هریک از بیمه شدگان و در طول مدت قرارداد در تعهد می باشد.
- ۲- هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری موضوع ردیف ۵ جدول ماده ۱۳ در طرح یک، طرح دو و طرح سه تا سقف مبلغ ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هریک از بیمه شدگان در طول مدت قرارداد در تعهد می باشد.
- ۳- هزینه های مربوط به فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) موضوع ردیف ۱۰ جدول ماده ۱۳ در طرح دو تا سقف مبلغ ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در طرح سه تا سقف مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هریک از بیمه شدگان در طول مدت قرارداد در تعهد می باشد.
- ۴- هزینه های مربوط به ویزیت و دارو موضوع ردیف ۱۱ جدول ماده ۱۳ در طرح دو تا سقف مبلغ ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هریک از بیمه شدگان در طول مدت قرارداد در تعهد می باشد.
- ۵- هزینه های مربوط به هزینه خرید اروتز موضوع ردیف ۱۷ جدول ماده ۱۳ در طرح دو، طرح سه تا سقف مبلغ ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هریک از بیمه شدگان در طول مدت قرارداد در تعهد می باشد.
- ۶- جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر و خارج شهر در طرح یک معادل ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در طرح دو معادل ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در طرح سه معادل ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال مشروط به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج تعهد می گردد.
- ۷- هزینه داروی ایرانی و خارجی بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور به تجویز پزشک متخصص و با تایید پزشک معتمد بیمه گر تعهد می گردد.
- ۸- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی، جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان مصنوعی به استثناء اقدامات زیبایی با ارائه رادیوگرافی قبل و بعد اقدام در تعهد بیمه گر می باشد.
- ۹- میزان حق بیمه موضوع ماده ۱۱ قرارداد مذکور برای کلیه بیمه شدگان در طرح یک مبلغ ۲,۸۰۰,۰۰۰ ریال و در طرح دو مبلغ ۱,۶۰۰,۰۰۰ ریال و در طرح سه مبلغ ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال بصورت یکسان اعلام می گردد.
- ۱۰- فرانشیز جدول تعهدات ماده ۱۳ و ماده ۱۶ صفر می باشد.

بیمه گذار

شرکت بیمه سینا (سهامی عام)
شعبه سنندج

مجتار محمدی

بیمه سینا

شعبه سنندج
کد ۱۰۲۴

بیمه گر

استانداری کردستان

معاونت توسعه، مدیریت و منابع

عبداله رشیدی پور