

75, 4, 28974

۱۴۰۳/۲/۱

(قرارداد بیمه تکمیلی درمان جمعی)

این قرارداد فی مابین شرکت سهامی بیمه میهن (سهامی عام) به نمایندگی آقای سید هادی شیخ الاسلامی مدیرعامل شرکت بیمه میهن و استانداری کردستان به نمایندگی آقای عبدالله رشیدی پور معاونت توسعه و مدیریت منابع انسانی استانداری کردستان که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده میشوند براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران و شرایط زیر منعقد میگردد:

بخش اول (شرایط خصوصی)

ماده (۱) مشخصات قرارداد

شماره سریال قرارداد: ۰۳/۳۳۰۰/۱۱۱/۱۱۱/۴	تاریخ صدور: ۱۴۰۳/۰۶/۰۱
تعداد بیمه شدگان: با الحاقیه تعیین میگردد	تاریخ شروع: صفر بامداد ۱۴۰۳/۰۶/۰۱
شماره سریال قرارداد دوره قبل: ۰۲/۳۳۰۰/۱۱۱/۱۱۱/۲	تاریخ انقضاء: صفر بامداد ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

ماده (۲) مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار: استانداری کردستان	کد پستی: ۶۶۱۴۷۳۶۷۹۱
نشانی بیمه گذار: سندج خیابان امام خمینی (ره)	شناسه ملی: ۱۴۰۰۲۰۱۹۴۴۴
تلفن و فاکس: ۳۳۱۶۳۸۰۰ - ۲	
شماره اقتصادی: ۴۱۱۳۶۸۳۴۹۵۳۱	

ماده (۳) مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: شرکت سهامی بیمه میهن (سهامی عام) شعبه کردستان به نمایندگی آقای بابک شماع	تلفن: ۳۳۱۶۹۴۷۳ - ۵
نشانی بیمه گر: سندج خیابان امام (ره) روپروی استانداری کردستان نبش کوچه پرستو ۲ پلاک ۳۲۰	شماره اقتصادی: ۴۱۱۳۳۷۵۹۸۶۶۹
	شناسه ملی: ۱۰۱۰۳۶۹۸۱۰۶

ماده (۴) وضعیت حق بیمه

حق بیمه ماهانه هریک از بیمه شدگان در طرح طلائی مبلغ ۱۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال تعیین میگردد.
حق بیمه ماهانه هریک از بیمه شدگان در طرح نقره ای مبلغ ۱۰/۸۰۰/۰۰۰ ریال تعیین میگردد.
حق بیمه ماهانه هریک از بیمه شدگان در طرح عادی مبلغ ۶/۸۰۰/۰۰۰ ریال تعیین میگردد.

ماده (۶) دوره انتظار

دوره انتظار برای زایمان (اعم از طبیعی و سزارین) ندارد و بیماریهای مزمن ندارد می باشد.

ماده (۷) مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است، که از ساعت صفر بامداد مورخ ۱۴۰۳/۰۶/۰۱ شروع و تا ساعت صفر بامداد مورخ ۱۴۰۴/۰۶/۰۱ خاتمه می یابد و هریک از طرفین باید حداقل یک ماه قبل از انقضای قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتباً بطرف دیگر اعلام نمایند.

ماده (۸) تعهدات بیمه گر: بیمه گر در اداء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق جدول ذیل جبران نماید.

ردیف	تعهدات بیمه گر	طرح طلایی		طرح نقره ای		تعهد برای خانواده	
		حداکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر	نوع	حداکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر	نوع	نفر	فائده
۱	خدمات بیمارستانی، اورژانسی، بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، DAY CARE، بستری جهت درمان قلبی و درمان بیماری اعصاب و روان (بجز سایکوتیک)، آرتی ام اس و...	بدون سقف	*	بدون سقف	%۱۰	*	
۲	خدمات بیمارستانی (کلیه جراحی های تخصصی)، سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه و پیوند مغز استخوان و ...	بدون سقف	*	بدون سقف	%۱۰	*	
۳	زایمان (طبیعی - سزارین) و کورتاژ تخلیه ای و داروهای مرتبط با آنها جبران هزینه های مربوط به درمان نازائی و ناباروری IVF-IUI-GIGT-ZIFT، میکرواینجکشن و داروهای مرتبط نازائی و ناباروری، انتقال تخمک، فریز کردن تخمک و ...	بدون سقف	*	بدون سقف	%۱۰	*	
۴	کلیه هزینه های پاراکلینیکی (۱ و ۲ و ۳) ... هزینه های پاراکلینیکی شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتمتری (سنجش تراکم استخوان)، نوع تست: تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار قلب، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی شنجی، بینایی شنجی، مولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم، هزینه جراحی های مجاری سرپایی شامل شکستگی و دررفتگی، گچ گیری (گرفتن و باز کردن)، ختنه، بخیه (زدن و کشیدن)، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوسسی، تخلیه کیست، آرمایش، دارو، سمعک، طب سوزنی، فیزیوتراپی، رادیولوژی، انواع تست، ارتز و پروتز، کاردیوگرافی، گفتار درمانی، کار درمانی، لیزر درمانی (بجز زیبایی)، باکی متری، نوپوگرافی، ویزیت، پشاکم، مشاوره، ایموتراپی، اسپیرومتری، ادیومتری، آلرژی، اپنومتری، تزریقات و سرم تراپی، کلیه هزینه های مربوط به خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش، بانولوژی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، فیزیوتراپی، و ...	بدون سقف	*	بدون سقف	%۱۰	*	
۵	جبران هزینه های جراحی رفع عیوب انکساری چشم لیزیک (۳ دیوپتر یا بیشتر) برای هر چشم با تأیید پزشک معتمد بیمه گر	بدون سقف	*	بدون سقف	%۱۰	*	
۶	جبران هزینه عینک طبی و لنز تماس طبی (به ازای هر نفر)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	*	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	%۱۰	*	
۷	جبران هزینه دندانپزشکی اعم از ایمپلنت، ارتودنسی جهت افراد زیر ۱۸ سال، کلیه اعمال مربوط به درمان دهان و دندان (مشاور با تعرفه خصوصی)	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	*	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	%۱۰	*	
۸	جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر	بدون سقف	*	بدون سقف	%۱۰	*	
۹	جبران هزینه های آمبولانس بین شهری	بدون سقف	*	بدون سقف	%۱۰	*	
۱۰	مبلغ پرداختی برای سمعک (هر گوش)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	*	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	%۱۰	*	
	میزان حق بیمه ماهانه	۱۲,۰۰۰,۰۰۰		۱۰,۸۰۰,۰۰۰		*	

تبصره ۲) اعمال جراحی Daycare به جراحی هایی اطلاق میشود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

تبصره ۳) هزینه های دندانپزشکی براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت میشود که سالیانه سندیکای بیمه گران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و به شرکتهای بیمه ابلاغ میگردد.

تبصره ۴) هزینه های اعضای طبیعی بدن صرفاً برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر ارائه میگردد.

تبصره ۵) هزینه تهیه اروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی مورد نیاز باشد با تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۶) سقف تعهد بیمه گر درخصوص هزینه های زایمان (طبیعی-سزارین) نمی تواند از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر تجاوز کند.

تبصره ۷) هزینه همراه افراد زیر ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستانها) جزء تعهدات بیمه گر (از سقف بستری) میباشد.

تبصره ۸) هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مرکز تشخیص-درمانی طبق دستور پزشک معالج جزء تعهدات بیمه گر (از سقف بستری) میباشد.

این قرارداد دارای بخش اول (شرایط خصوصی) مشتمل بر ۸ ماده و ۸ تبصره به انضمام بخش دوم (شرایط عمومی) پیوست دارای ۱۷ ماده و ۳۲ تبصره در دو نسخه تنظیم یافته و هر دو نسخه حکم واحد را داشته که تمامی صفحات آن توسط بیمه گر و بیمه گزار مهر و امضاء میگردد.

بخش دوم خصوصی (شرایط عمومی)

فصل اول (تعاریف و اصطلاحات)

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۱: تعریف بیمه گر: شرکت سهامی بیمه که جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه ای تحت پوشش را بعهده دارد.

ماده ۲: تعریف بیمه گذار: شخصی است که متعهد به پرداخت حق بیمه است و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۳: بیمه شدگان: کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار و والدین 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 بیمه قرار گیرند.

تبصره ۱) 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 را بیمه کند.

تبصره ۲) خانواده: منظور از خانواده عبارت است از هریک از کارکنان شاغل بیمه گذار به عنوان سرپرست خانواده و همسر یا همسران دائمی و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد. منظور از تحت تکفل قانونی افراد، هستند که به موجب رای مراجع ذیصلاح قانونی به عنوان افراد تحت تکفل معرفی شده اند.

تبصره ۳) کلیه کارکنان مونث میتوانند والدین، همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.

تبصره ۴) شرط سنی بیمه شدگان:

الف) فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل حداکثر تا سن ۲۲ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند. (در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام و در مورد دانشجویان مقطع دکتری حداکثر تا سن ۲۶ سال تمام)

ب) فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش این قرارداد هستند.

ج) فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.

د) فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان، بدون در نظر گرفتن شرط سنی با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح بیمه خواهند بود (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

تبصره ۵) ادامه پوشش بیمه ای به بازماندگان متوفی و افرادی که در طول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می شوند به همراه اعضاء، تحت پوشش به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به قوت خود باقی خواهد بود.

تبصره ۶) کارکنان شاغل بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و نیروهای مسلح و یا هر سازمانی که طبق قانون بیمه درمان همگانی موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند باشند.

ماده ۴: موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی شرایط خصوصی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است

تبصره ۱) بیماری: عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.

تبصره ۲) حادثه: از هرگونه حادثه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

ماده ۵: حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و نحوه پرداخت آن به نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده است و انجام تعهدات بیمه گر منوط به رعایت کامل آن خواهد بود.

تبصره ۱) در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه در سر رسیدهای معین بیمه گر هیچ گونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت به بیمه گذار یا بیمه شده ندارد و اگر بیمه گر در این راستا به هر دلیلی از جمله اقدام قانونی بیمه شدگان و به موجب رای مراجع ذیصلاح خسارتی پرداخت کند، بیمه گذار در صورت عدم پرداخت حق بیمه معوق، مسئول بازپرداخت خسارت پرداختی به بیمه گر می باشد.

تبصره ۲) حق بیمه کسر شده بیمه شدگان به دلیل اعلام انصراف آنها از ادامه قرارداد، قابل برگشت نمی باشد.

تبصره ۳) بیمه گذار می بایست یکماه پس از تاریخ صدور الحاقیه اضافی مبلغ حق بیمه اضافه شده را به بیمه گر یکجا پرداخت نماید و چنانچه الحاقیه صادره مورد قبول بیمه گذار واقع نگردد در مدت یاد شده فرصت خواهد داشت که کتباً اعتراض خود را با ارسال مدارک مثبته به بیمه گر اعلام نماید در غیر این صورت الحاقیه صادره مورد قبول تلقی شده و بیمه گذار موظف به پرداخت حق بیمه صادره خواهد بود.

ماده ۶: دوره انتظار: مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران هزینه های انجام شده در آن دوره ندارد. تاریخ شروع آن همان تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر بیمه شده می باشد که میزان آن در شرایط خصوصی تعیین می شود. دوره انتظار برای گروه های زیر ۲۵۰ نفر ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر لی ۱۰۰ نفر ۶ ماه و بیش از ۱۰۰۰ نفر فقط دوره انقضای (الف) زایمان (اعم از طبیعی، سزارین و کورتاژ تخلیه ای)

(ب) بیماریهای مزمن شامل: فتق، لوزه و گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماریهای تنوبلاستیک، پولیپ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیستریکتومی، سیستول سل و رکتوسل، نارسائی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، ماستیوئیدکتومی، کاتاراکت، امراض مزمن قلبی، عروقی، دیابت، به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در ICU و CCU شود).

تبصره ۱) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه گر باشد و یا بلافاصله بعد از انقضای نزد بیمه گر دیگر در این شرکت منعقد شود بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید به موقع و طی نمودن دوره انتظار به طور کامل مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

تبصره ۲) در صورتیکه شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه گر دیگر باشد ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگان که به تایید بیمه گر قبلی رسیده باشد الزامیست.

فصل دوم - (وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده)

ماده ۷: اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلفند در پاسخ به پرسشهای بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند.

اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسشهای بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه نامه فسخ خواهد شد.

تبصره ۱: چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است.

تبصره ۲: هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر، نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۸: بیمه گذار میبایست حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ انعقاد قرارداد لیست اسامی و مشخصات نهانی بیمه شدگان را بصورت یکجا و بطور خوانا و بدون قلم خوردگی که حاوی اطلاعاتی از جمله: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز / ماه / سال، شماره حساب بیمه شده اصلی، شماره شبا، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هریک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، جنسیت، باشد را در دوشنبه تنظیم نموده (به همراه سی دی) و پس از مهر و امضاء به انضمام نامه رسمی جهت بیمه گر ارسال نماید.

تبصره ۱) هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق صرفاً شامل افراد جدیدالاستخدام، انتقالی، مامورین، نوزادان و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد ازدواج می نمایند خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند تصویر شناسنامه و...) از سوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ استخدام، تولد و... برای بیمه گر ارسال گردد.

تبصره ۲) کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد صرفاً شامل افراد مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی و اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبت میسر خواهد بود.

تبصره ۳) شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید موضوع تبصره ۱ ماده ۹ قرارداد، همان روز اعلام شده در نامه کتبی بیمه گذار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان میسر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد، و در صورت دریافت خسارت از محل قرارداد توسط بیمه شده حق بیمه قابل برگشت نمی باشد.

تبصره ۴) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) به صورت ماهانه مورد محاسبه قرار می گیرد، بدیهی است هنگام حذف بیمه شده به هر دلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه می گردد.

تبصره ۵) نوزادان به محض تولد بیمه می باشند و آندسته از بیمه شدگان که صاحب فرزند می شوند می بایست از تاریخ تولد نوزاد حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقی از طریق بیمه گذار طی نامه کتبی معتبر برای بیمه گر ارسال نمایند.

فصل سوم - (تعهدات بیمه گر)

ماده ۹: حدود تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق تعیین شده در بخش خصوصی بیمه نامه جبران نماید.

تبصره ۱) تعهدات بیمه گر در مورد بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه استفاده می نمایند برابر صورت حسابهای مراکز فوق الذکر مورد رسیدگی و تسویه قرار می گیرد و در صورتیکه بیمه شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفی نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، می بایست تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تایید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تامین اجتماعی و سایر سازمانهای بیمه گر اول رسیده باشد را به ضمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه (بیمه شده اصلی و بیمار) به همراه درخواست کتبی بیمه گذار و یا کارت درمانی معتبر بیمه جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نماید. در این صورت هزینه های درمانی طبق ماده ۱۱ قرارداد و مقررات مربوطه محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود و بیمه شدگان می بایست در صورت عدم استفاده از معرفی نامه دریافتی جهت مراکز صرف قرارداد بیمه نسبت به عودت معرفی نامه جهت حذف از سوابق درمانی اقدام نمایند.

ماده ۸: بیمه گذار میبایست حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ انعقاد قرارداد لیست اسامی و مشخصات نهائی بیمه شدگان را بصورت یکجا و بطور خوانا و بدون قلم خوردگی که حاوی اطلاعاتی از جمله: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز / ماه / سال، شماره حساب بیمه شده اصلی، شماره شب، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هریک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، جنسیت، باشد را در دونسخه تنظیم نموده (به همراه سی دی) و پس از مهر و امضاء به انضمام نامه رسمی جهت بیمه گر ارسال نماید.

تبصره ۱) هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق صرفاً شامل افراد جدیدالاستخدام، انتقالی، مأمورین، نوزادان و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد ازدواج می نمایند خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند تصویر شناسنامه و...) از سوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ استخدام، تولد و برای بیمه گر ارسال گردد.

تبصره ۲) کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد صرفاً شامل افراد مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی و اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبت میسر خواهد بود.

تبصره ۳) شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید موضوع تبصره ۱ ماده ۹ قرارداد، همان روز اعلام شده در نامه کتبی بیمه گذار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان میسر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد، و در صورت دریافت خسارت از محل قرارداد توسط بیمه شده حق بیمه قابل برگشت نمی باشد.

تبصره ۴) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) به صورت ماهانه مورد محاسبه قرار می گیرد، بدیهی است هنگام حذف بیمه شده به هر دلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه می گردد.

تبصره ۵) نوزادان به محض تولد بیمه می باشند و آندسته از بیمه شدگان که صاحب فرزند می شوند می بایست از تاریخ تولد نوزاد حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقی از طریق بیمه گذار طی نامه کتبی معتبر برای بیمه گر ارسال نمایند.

فصل سوم - (تعهدات بیمه گر)

ماده ۹: حدود تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق تعیین شده در بخش خصوصی بیمه نامه جبران نماید.

تبصره ۱) تعهدات بیمه گر در مورد بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه استفاده می نمایند برابر صورت حسابهای مراکز فوق الذکر مورد رسیدگی و تسویه قرار می گیرد و در صورتیکه بیمه شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفی نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، می بایست تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تایید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تامین اجتماعی و سایر سازمانهای بیمه گر اول رسیده باشد را به ضمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه (بیمه شده اصلی و بیمار) به همراه درخواست کتبی بیمه گذار و یا کارت درمانی معتبر بیمه جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نماید. در این صورت هزینه های درمانی طبق ماده ۱۱ قرارداد و مقررات مربوطه محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود و بیمه شدگان می بایست در صورت عدم استفاده از معرفی نامه دریافتی جهت مراکز صرف قرارداد بیمه نسبت به عودت معرفی نامه جهت حذف از سوابق درمانی اقدام نمایند.

تبصره ۲) بیمه گر تعهد می نماید به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبته حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام و نسبت به واریز خسارت به شماره حساب اعلامی بیمه شدگان اقدام نماید.

تبصره ۳) هزینه های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه گر می باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تامین اجتماعی و سایر شرکتها و سازمان های بیمه ای نمی تواند از صد درصد هزینه های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمانها و شرکت های مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد می باشد.

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

تبصره ۵) بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید. اعمال نتیجه تحقیقات و بررسیها، صرفاً در صورت اخذ نظر و موافقت بیمه گذار خواهد بود.

تبصره ۶) بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام میگردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور بدلیل فوریتهای پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه صورتحسابهای هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تایید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت میشود.

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

تبصره ۷) خسارات (هزینه های) مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

ماده ۱۰: بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستانهای داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورتحساب مراکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه شده با معرفینامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورتحساب مرکز درمانی اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود، چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفینامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه براساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد. این منظور بیمه گر موظف است تا نرخ نامه حداکثری تعرفه های مراکز درمانی طرف قرارداد خود را به هنگام صدور بیمه نامه، تسلیم بیمه گذار نموده و چنانچه در طول دوره بیمه نیز این تعرفه ها تغییر یابد، آنرا ارائه نماید.

تبصره ۱: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده 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، سهم بیمه گر پایه از صورت هزینه ها کسر و مابقی مبلغ به حساب بیمه شده واریز خواهد شد.

تبصره ۲: بیمه گذار و یا بیمه شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کند.

تبصره ۳: چنانچه بیمه شده همزمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به هر کدام از شرکتهای بیمه مخیر است.

ماده ۱۱: استثنائات: موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

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

* اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

* سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج

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

* حوادث طبیعی مانند زلزله، و سیل و آتشفشان.

* لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر

* جراحی فک در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد تعهد میگردد.

* ترک اعتیاد

* هزینه اتاق خصوصی (یک نفره) مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر

* هزینه همراه بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر

* بیماری های سایکوتیک (روانی) مگر ناشی از حادثه باشد (منظور از بیماری های سایکوتیک آن دسته از بیماریهایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد).

* خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده

* 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 ۲ دیوپتر باشد.

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

* کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

* جنون

* هزینه های مشمولان غایب و سربازان فراری

* هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتی های جسمی

*سیتوپلاستی (انحراف بینی) در صورتی که توام با عمل زیبایی نباشد تعهد می‌گردد (با ارائه رادیولوژی قبل و پس از عمل جراحی به بیمه گر)

فصل چهارم - مقررات گوناگون

ماده ۱۲: نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور:

بیمه شدگان در انتخاب پزشکان و بیمارستان‌های مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهند نمود.
(الف) بیمه شدگان در صورت تمایل به استفاده از بیمارستانهای طرف قرارداد می‌توانند با ارائه مدارک مورد نیاز به شرکت بیمه مراجعه و معرفی‌نامه لازم جهت استفاده از بیمارستان را دریافت دارند.

(ب) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه‌ها و ارائه اسناد، مازاد هزینه‌ها طبق مفاد قرارداد و طبق تعرفه قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره) مدارک لازم جهت صدور معرفی‌نامه به بیمارستان‌ها و مراکز طرف قرارداد:

۱- نامه بیمه گذار و یا کارت درمان معتبر شرکت بیمه.

۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی.

۳- اصل کارت ملی بیمار

۴- برای فرزندان ذکور تحت تکفل تا سن ۲۶ سال ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و برای فرزندان اناث بالای ۱۷ سال و مطلقه و همچنین جهت عمل زایمان کارکنان اناث ارائه اصل شناسنامه الزامیست.

ماده ۱۳: حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد به بیمه گر ۶ ماه از تاریخ انجام هزینه‌های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد می‌باشد. (در صورت خاتمه قرارداد حداکثر ۳ ماه پس از پایان قرارداد اسناد مذکور دریافت و مورد رسیدگی قرار خواهد گرفت).

بدیهی است بعد از انقضای مهلت‌های تعیین شده بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

تبصره): چنانچه موارد مذکور در قرارداد یا ملحقاتی که در صورت لزوم صادر خواهد شد با نظریات بیمه گذار طبق تقاضانامه بیمه مطابقت نداشته باشد بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت تصحیح آنها را تقاضا نماید، در غیر اینصورت مراتب تایید شده تلقی خواهد شد. هر گونه عمل خلاف این شرط منوط به تایید کتبی بیمه گر خواهد بود.

ماده ۱۴: در موارد پیش بینی نشده در این قرارداد بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

ماده ۱۵: حل اختلاف: بیمه گر و بیمه گذار کوشش خواهند نمود هر گونه اختلاف نظر ناشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. چنانچه از این طریق به توافق نرسند، رفع اختلاف با مراجع ذیصلاح خواهد بود.

ماده ۱۶: بمنظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد ، در صورت نیاز ، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گذار در رابطه با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ می باشد و بیمه گذار موظف است در این زمینه همکاری های لازم را بعمل آورد .

ماده ۱۷: شرایط فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق بختنامه ها و آیین نامه های بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می باشد.

بیمه گذار

عبدالله رشیدی پور

معاونت توسعه و مدیریت منابع انسانی
استاندارداری کردستان

بیمه گر

شرکت بیمه میهن (سهامی عام)

سید هادی شیخ الاسلامی

مدیر عامل و نائب رئیس هیأت مدیره

بابک شماع

مدیر شعبه کردستان

علیرضا ضیائی پور

معاون فنی و عضو هیأت مدیره

سید محمد علی عظیمی

مدیریت بیمه های درمان

موارد درخواستی در الحاقیه مربوط بیمه تکمیلی درمان بیمابین وزارت کشور و شرکت بیمه گر در سال ۱۴۰۳:

- ۱- بدون دوره انتظار و شرایط سنی
- ۲- استقرار نماینده بیمه گر جهت امور مربوط به بیمه در محل ۵ روز کاری (شنبه تا چهارشنبه) از ساعت ۸:۰۰ لغایت پایان وقت اداری
- ۳- انعقاد قرارداد با تعدادی از مراکز درمانی و دارویی جهت مراجعه کارکنان در نقاط مختلف تهران و استان البرز (حداقل یک داروخانه شبانه روزی در مناطق ۲۲ گانه تهران معرفی گردد)
- ۴- امکان افزایش مجدد بیمه شدگان در صورت لغو حکم یا رابطه خدمتی و بعد از مهلت مقرر (پس از ارسال لیست اولیه کارکنان در ابتدای قرارداد) با تایید واحد بیمه تکمیلی وزارت متبوع. پوشش افرادی که بعد از مهلت مقرر به بیمه گر اعلام کردند در صورت تایید بیمه گذار مبنی بر تاخیر و عدم ادعای خسارت در مدت مذکور، از اولین روز بعد از تاریخ دریافت اعلام کتبی بیمه گذار امکان پذیر می باشد.
- ۵- امکان پذیرش در بیمارستان طرف قرارداد جهت بستری بدون اخذ معرفی نامه همچنین پذیرش بیمه شدگان در بیمارستان هایی که ظرف قرارداد با بیمه نمی باشند با هماهنگی مسئولان شرکت بیمه.
- ۶- تعهد پرداخت هزینه های دارویی شامل کلیه داروهای داخلی تجویزی توسط پزشک معالج و داروهای خارجی، داروهای بیماریهای خاص و صعب العلاج، داروهای گیاهی با مجوز وزارت بهداشت، داروهای ویتامینه (۱۰۰٪ ایرانی و ۱۰٪ درصد خارجی) و مکمل ها یا مولتی ویتامین هایی که صرفاً جنبه درمانی دارند و توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص تجویز گردد.
- ۷- هزینه های مربوط به عینک طبی با تایید نماینده مستقر در وزارت متبوع قابل پرداخت است و به مراجعه حضوری کارکنان و یا ارسال اصل عینک به شرکت بیمه گر نیازی نمی باشد.
- ۸- هزینه تهیه اروتز که بعد از عمل جراحی مورد نیاز باشد با تشخیص پزشک معالج قابل پرداخت است.
- ۹- سیتوپلاستی (انحراف بینی) در صورتیکه توأم با عمل زیبایی محسوب نشود مورد تعهد بیمه گر می باشد. (با ارائه رادیولوژی قبل و پس از عمل جراحی به بیمه گر قابل پرداخت است)
- ۱۰- بیمه گر تعهد می نماید در پایان هر سه ماه نسبت به ارسال صورت وضعیت هزینه های درمانی اقدام نماید.
- ۱۱- بیمه گزار مکلف است بیمه شده را ملزم به دریافت سهم بیمه گر اول نماید و در صورت انصراف بیمه شده از دریافت سهم بیمه گر اول (بصورت مکتوب) محاسبه و پرداخت هزینه های درمانی براساس تعرفه وزارت بهداشت و درمان پس از کسر سهم پایه می باشد.
- ۱۲- والدین غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی به شرط پوشش از جانب یکی از بیمه گران اول می توانند از مزایای این بیمه نامه استفاده نمایند.
- ۱۳- بیمه گر تعهد می نماید پرداخت خسارت درمانی و واریز آن به شماره حساب اعلامی بیمه شدگان ظرف ۱۵ روز کاری انجام شود و می بایست حتماً ۲۴ ساعت قبل از واریز مبلغ با ارسال پیامک به بیمه شده اطلاع داده شود.
- ۱۴- امکان افزایش و پوشش افراد متفرقه در طول مدت قرارداد شامل: پدر و مادر، همسر و فرزند (کارکنان مونث)، فرزندان ذکور مجرد تا سن ۳۰ سال به شرط عدم اشتغال به کار و ازدواج.
- ۱۵- هزینه همراه افراد زیر ۱۰ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها قابل پرداخت است.
- ۱۶- شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید، همان روز و تاریخ بعد از اعلام کتبی بیمه گذار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان میسر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد، و در صورت دریافت خسارت از محل قرارداد توسط بیمه شده حق بیمه قابل برگشت نمی باشد.

۱۷- نوزادان به محض تولد بیمه می باشند و بیمه گذار باید ظرف مدت ۶۰ روز تصویر شناسنامه نوزاد را جهت پوشش بیمه تکمیلی به بیمه گر ارسال نماید.

۱۸- بیمه گر موظف است صرف نظر از روزهای باقیمانده تا پایان قرارداد ، تمامی نسخ دارویی بیمه شدگان را از نظر تعداد دارو مطابق با دستور پزشک معالج و همچنین سقف خدمات دندانپزشکی را مطابق با مفاد قرارداد به بیمه شدگان به صورت کامل پرداخت نماید.

۱۹- بیمه گر می بایست نسبت به ارسال تعرفه های ذیل اقدام نماید: الف: یک نسخه از نرخ تعرفه های خدمات درمانی تشخیصی مربوط به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی . ب: یک نسخه از تعرفه های دندانپزشکی مصوب سندیکای بیمه گران بیمه مرکزی .

۲۰- منظور از بند ۹ مربوط به دندانپزشکی بصورت شناور در طرح طلایی و نقره ای یعنی (هر نفر بتواند از سقف تعهدات دیگر اعضای خانواده استفاده کند)

۲۱- سندهایی که برگشتی می باشد حداکثر ظرف ۷۲ ساعت کاری به اطلاع شخص ذینفع برسد.

۲۲- سقف تعهدات دارویی برای داروخانه های طرف قرارداد ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و برای سایر داروخانه ها ۸/۰۰۰/۰۰۰ ریال می باشد.

بیمه گذار

عبدالله رشیدی
معاونت توسعه و مدیریت منابع انسانی
استاندارداری کردستان

بیمه گر

شرکت بیمه میهن (سهامی عام)
سید هادی شیخ الاسلامی
مدیر عامل و نائب رئیس هیأت مدیره

بابک شماع

مدیر شعبه کردستان

علیرضا ضیائی پور

معاون فنی و عضو هیأت مدیره

سید محمد علی عظیمی

مدیریت بیمه های درمان