



طرح ۱ - اندام



قرارداد

بیمه نامه درمان گروهی

شماره ۱۴۰۰/۳۷.۳۹۴۹۱

تاریخ ۱۴۰۰/۰۸/۳۰

پوست +

این بیمه نامه فیما بین شرکت سهامی بیمه دانا شعبه گنبد کاووس و شرکت/سازمان/دانشگاه گلستان که به موجب پیشنهاد کتبی (که جزو لاینفک بیمه نامه است) به شماره ۹۷۲۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۷/۲۶ که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گزار نامیده میشوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران به شرح ذیل منعقد میگردد:

مشخصات قرارداد

شماره سریال بیمه نامه: ۳۳۰۱/۷۵/۱۴۹۹/۱۴۰۰/	تاریخ صدور: ۱۴۰۰/ /
تعداد بیمه شدگان: ۶۵۰ نفر	تاریخ شروع: ۱۴۰۰/۰۸/۰۱
شماره سریال بیمه نامه دوره قبل: ۳۳۰۱/۷۵/۱۴۹۹/۹۹/۳	تاریخ انقضای: ۱۴۰۱/۰۸/۰۱
نماینده: حمیدرضا رجایی	کد: ۱۴۹۹

مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا	شماره ثبت: -
نشانی بیمه گر: گنبد کاووس - بلوار ۱۷ شهریور غربی بعد از چهارراه نامجو	کد پستی: ۲۹۱۷۹۳۷۱۶۷
تلفن و فاکس: ۲۲۲۲۸۲۱۱ - ۲۲۲۲۸۲۲۲	شناسه ملی: ۱۰۱۰۶۲۱۹۶۶
شماره اقتصادی: ۹۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹	

مشخصات بیمه گزار

نام بیمه گزار: دانشگاه گلستان (طرح ۱)	شماره ثبت: ۶۵۸۲
نشانی بیمه گزار: گرگان - خیابان شهید بهشتی دانشگاه گلستان	کد پستی: ۴۹۱۷۱۸۴۳۶۹۷
تلفن و فاکس: ۰۱۷۲۲۲۲۹۰۶۸	شناسه ملی: ۱۴۰۰۴۷۸۷۴۸۸
شماره اقتصادی: ۹۱۱۲۸۶۱۷۷۸۳۷	



شماره سریال ۳۷۳۹۴۹۱ - ۱۴۰۰/۰۸/۳۰ تاریخ صدور

۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱

۸۸۷۹۲۹۹۷

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان ۱۵، پلاک ۳ - کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

بیمه دانا
مطمئن و توانا
۱۳۵۳

بخش اول - (شرایط خصوصی)

ماده (۱) - حق بیمه

حق بیمه ماهانه هریک از کارکنان و افراد تحت تکفل با احتساب ۹٪ مالیات و عوارض برارزش افزوده به مبلغ ۱,۹۶۲,۰۰۰ ریال تعیین می گردد. از مبلغ مذکور به تفکیک ، مبلغ ۸۰۰,۰۰۰ ریال بابت حق بیمه مصوب و مبلغ ۱,۱۶۲,۰۰۰ ریال بابت ۹٪ مالیات و عوارض برارزش افزوده (۶٪ مالیات و ۳٪ عوارض) خواهد بود . بدین ترتیب حق بیمه صادره یکساله با توجه به تعداد بیمه شدگان در پندو قرارداد با احتساب ۹٪ مالیات و عوارض برارزش افزوده به مبلغ ۱۵,۳۰۳,۶۰۰,۰۰۰ ریال تعیین می گردد .

ماده (۲) - روش پرداخت حق بیمه

مبلغ ۱,۲۷۵,۳۰۰,۰۰۰ ریال از حق بیمه به هنگام امضاء و مبادله قرارداد توسط بیمه گزار پرداخت و مابقی آن در ۱۱ قسط مساوی هر قسط به مبلغ ۱,۲۷۵,۳۰۰,۰۰۰ ریال در سررسیدهای ۱۴۰۰/۰۹/۰۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۷/۰۱ در وجه شرکت بیمه دانا به شماره حساب ۴۶۰۱۹۳۱۶ به‌عده بانک ملت به کد شعبه فردوسی شمالی تهران حق بیمه مصوب پرداخت و رسید آنرا به بیمه گر تسلیم نماید.

ماده (۳) - دوره انتظار

دوره انتظار برای تعهد زایمان (اعم از طبیعی و سزارین) ۶ ماه و در خصوص بیماریهای مزمن (موضوع بند ۷-۷ ماده ۷ از بخش شرایط خصوصی) ۳ ماه می باشد.

ماده (۴) - مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال کامل شمسی است که از صفر باعداد مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۰۱ شروع و در ساعت صفر باعداد مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۰۱ خاتمه می یابد.





قـــرارآرداد



ماده ۵) - تعهدات بیمه گر:

شماره :

بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گزار متعهد است هزینه تشخیصی - درمانی بیمه شدگان را مطابق شرایط ذیل جبران نماید - تاریخ :

ردیف	سقف تعهدات بیمه گر	سقف تعهد		تعداد برای	تعداد
		بیمه گر	نفر		
۱	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه های بستری - جراحی و اعمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد
۲	۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گشای قلب، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق شریانی مغز
۳	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین
۴	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه درمان نازایی و نابریوری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، GiftZift، میکروپایمنکشن و IVF
۵	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه پاراکلینیک گروه اول شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، منوگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، تشخیصی
۶	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه پاراکلینیک گروه دوم شامل: انواع آلدوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر هولتر، تست ورزش، آلتیز پس میکر، EECF، تست تست (خدمات تشخیصی تنفسی شامل اسپرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV، EMG)، الکترواستیوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی پرونده نامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتزهای چشم مانند اپتومتری، پریمیتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سمعی (انواع اپتومتری، کار درمانی و گفتار درمانی)
۷	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه پاراکلینیک گروه سوم شامل: انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های الکترونیک) و فیزیوتراپی
۸	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه پاراکلینیک گروه چهارم شامل: تست های غربالگری جنین (مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین)
۹	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه های اعمال مجاز سرطانی مانند شستنی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، پیوند، کرایوتراپی، لاسزین لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، لیزر پلاکت و پلاسمان (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد)
۱۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع صوب فکتری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر طرح نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۱۱	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه های ویزیت، دارو، (فوق العاده) فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً "مابعد بر سهیم بیمه گر اول" و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری
۱۲	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه های سرپایی و بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه هزینه های دندان پزشکی شامل: کشیدن، جرم گیری، پروتز، پر کردن، درمان ریشه، روکش، اورتوگنسی، ایمپلنت و دست دندان مصنوعی (به استثنای دندان مصنوعی برای دندانین) هزینه های دندان پزشکی صرفاً بر اساس تعرفه سالیانه سندیکی بیمه گر پرداخت خواهد شد
۱۳	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی یا اپتومتریست
۱۴	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک
۱۵	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن
۱۶	۶,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	هزینه تهیه (لنز) (طبق تعرفه وزارت بهداشت) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد
۱۷	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	جبران داروی بستری های خاص و صعب العلاج در سقف جراحی عمومی
۱۸	۳,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	داخل شهری
	۶,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	بین شهری





قـــرار داد

شماره :
تاریخ :
پنویست : ۱ :

- ۵-۱) جمع نهمدت بیمه گر در خصوص هزینه های بیمارستانی اعم از جراحی تخصصی ، جراحی عمومی و درمان طبی و همچنین هزینه های آمبولانس (درون شهری و برون شهری) حداکثر معادل سقف جراحی تخصصی خواهد بود .**
- ۵-۲) هزینه های دندان پزشکی براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که سالانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه ، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می نمایند .**
- ۵-۳) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج جبران می گردد .**
- ۵-۴) بیمه گر تعهد می نماید از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارک مشتمل درمانی بیمه شدگان که فاقد نقص مدرک بوده باشند حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید .**
- ۵-۵) بیمه گر خسارت (هزینه های) مربوط به کارکنان یا تابعیت غیر ایرانی را تنها در صورتی پرداخت می نماید که دارای مجوز قانونی اقامت یا حق کار مشخص و پروانه کار بوده باشند .**

ماده ۶ - وظایف بیمه گزار و بیمه شده

- ۶-۱) بیمه گزار می بایست حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد (منظور زمان امضاء و تایید قرارداد) لیست اسامی و مشخصات نهایی بیمه شدگان را مطابق با لیست بیمه گر پایه به صورت 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 شیشه شماره ملی و شناسنامه ، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با بیمه شده اصلی ، جنسیت ، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تامین اجتماعی و یا سایر بیمه گران پایه باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه لوح فشرده حاوی اطلاعات مذکور) و پس از مهر و امضای انضمام نامه رسمی با ذکر تعداد بیمه شدگان اصلی و تحت تکفل و غیر تحت تکفل جهت بیمه گر صرفا طی یک مرحله با درج شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی به بیمه گر تسلیم نماید ، شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر ، برقراری پوشش جهت افراد که از سوی بیمه گزار تحت عناوینی از جمله از قلم افتاده اعلام می گردد قابل بررسی و انجام نمی باشد .**
- ۶-۲) اعلام تغییرات ناشی از افزایش بیمه شدگان ، صرفا شامل افراد جدید استخدام ، انتقالی ، مأمورین ، فرزندی که در طول قرارداد بدینا می آیند و همسر بیمه شدگان که در طول مدت قرارداد ازدواج می نمایند ، خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام تصویر شناسنامه و ...) ازسوی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ وقوع موارد فوق الذکر طی نامه کتبی و معتبر به بیمه گر تسلیم گردد .**
- ۶-۳) اعلام تغییرات ناشی از کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد ، صرفا شامل افراد مستعفی ، فوتی ، بازنشسته ، انتقالی ، اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبت (مانند حکم قطع همکاری ، حکم انتقال و ...) طی نامه کتبی و معتبر میسر خواهد بود .**
- تیمه بند ۶-۴ : بیمه به بیمه شدگان در صورت دریافت خدمات (اخذ خسارت ، اخذ معرفی نامه و ثبت هزینه در کاردکس) قابل برگشت نبوده و بیمه گزار موظف به پرداخت آن تا پایان قرارداد می باشد .**



قرارداد

شماره :

تاریخ :

پیوست :

نیمه پند ۲-۶: شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گزار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گزار می باشد. در ضمن حق بیمه برگشتی مشروط به عدم دریافت خسارت، ناشستن معرفی نامه و عدم ثبت تحویل مدارک در کاردکس نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گزار محاسبه و اعمال خواهد شد.

۴-۶) در صورت تشخیص و صلاح دید پزشک و دندان پزشک معتمد بیمه گرمبنی بر ضرورت معاینه بیمار جهت پرداخت خسارت مربوطه در هر مقطع زمانی، بیمه شده و بیمه گذار موظفند در این خصوص همکاری های لازم را به عمل آورند.

۵-۶) مهلت تحویل اسناد و مدارک مربوط به هزینه های درمانی موضوع این قرارداد از سوی بیمه شده و یا بیمه گزار، شش ماه از تاریخ انجام آن و حداکثر تا سه ماه پس از انقضاء و یا فسخ قرارداد می باشد. براین اساس پس از سپری شدن مهلت مذکور بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پذیرش، بررسی و پرداخت هزینه های درمانی را نخواهد داشت.

۶-۶) نوزادان به محض تولد تحت پوشش می باشند مشروط به اینکه بیمه گزار حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز از تاریخ تولد تصویر شناسنامه وی را جهت صدور احاطیه برقراری پوشش ملی نامه کتبی معتبر به بیمه گر تسلیم نماید.

۷-۶) حق بیمه بیمه شدگانی که درخواست انصراف از پوشش را داشته باشند به هیچ وجه قابل برگشت نبوده و بیمه گذار متعهد به پرداخت آن می باشد.

۸-۶) بیمه شدگانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام اسامی آنها ظرف مدت حداکثر یک ماه توسط بیمه گزار از تاریخ مرخصی به بیمه گر و پرداخت یکجای کلیه حق بیمه های مربوطه حداکثر تا ۱۵ روز پس از اعلام کتبی، می توانند تا انقضای بیمه نامه تحت پوشش باقی بمانند.

۹-۶) بیمه گزار می بایست یکماه پس از تاریخ صدور الحاقیه اضافی مبلغ حق بیمه اضافه شده را به بیمه گر پرداخت نماید و چنانچه الحاقیه صادره مورد قبول بیمه گزار 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 اینصورت الحاقیه صادره مورد قبول تلقی شده و بیمه گزار موظف به پرداخت حق بیمه صادره با رعایت ماده ۱ و ۲ شرایط خصوصی خواهد بود.

۱۰-۶) چنانچه بیمه شدگان معرفی نامه دریافتی جهت بهره مندی از خدمات مراکز طرف قرارداد بیمه دانا را استفاده نمایند می بایست نسبت به عودت آن (جهت حذف از سوابق درمانی بیمه شده) حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ صدور اقدام نمایند در غیر اینصورت مسئولیت هر گونه استفاده از معرفی نامه بعهده بیمه شده بوده لذا بیمه گزار موظف می باشد موضوع مذکور را به اطلاع بیمه شدگان برساند.

۱۱-۶) بیمه شده و بیمه گزار موظفند در خصوص اتمال مربوط به جراحی فتق نالی و شکمی (هرنی)، جراحی کلشنه سینه (ماموپلاستی)، پالن منده، چالی مفرط (لسلیو منده و بابیس منده)، انحراف بینی (سینوپلاستی)، افتادگی پلک چشم (بلفاروپلاستی)، بیماری های مربوط به رفع عیوب اشکاری چشم، زائیکو ماستی و استراییسم، قبل از هرگونه اقدام، توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردیده و در صورت تأیید اقدام به درمان نمایند، در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در خصوص پرداخت هزینه های مذکور نخواهد داشت.

۱۲-۶) بیمه گزار موظف می باشد مستندات و مدارک مورد نیاز جهت دریافت معرفی نامه و خسارت اسناد متفرقه (مستقیم) بشرح (پیوست ۲) را در اختیار کارکنان تحت پوشش درمان تکمیلی قرار دهد.



۱۳-۶) در صورت تغییر درصد مالکیت و عوارض بر ارزش افزوده طبق رای مراجع ذیصلاح قانونی، نتیجه گزارش موظف به اقدام بر طبق رای صادره می باشد.

۱۴-۹) چنانچه موارد ذکر شده در قرارداد و یا ملحقاتیکه بهمانا" و در صورت لزوم صادر خواهد شد با نظر بیمه برابر طبق تقاضا مطابقت نداشته باشد بیمه گزار

موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تصحیح آنها را تلافی نماید، در غیر اینصورت مراتب نالید شده تلقی خواهد شد.

۱۵-۶) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی، موضوع این قرارداد، در صورت نیاز، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گزار در رابطه

با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ می‌باشد و بیمه گزار موظف است در این زمینه همکاریهای لازم را بعمل آورد.

ماده ۷) - سایر شرایط قرارداد

۷-۱) جبران هزینه های درمانی مربوط به حادثه تصادف با وسائط نقلیه صرفاً در صورتیکه بیمه شده مقصر حادثه بوده باشد با ارائه گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و رعایت سایر مفاد صورت خواهد پذیرفت.

۲-۷) فرزندان ذکور مجرد و والدین غیر تحت تکفل کارکنان شاغل (موت و مذکر) یا پرداخت حق بیمه اضافی و صرفاً حق استثنای قرارداد و یا شرایط پیش شده در این قرارداد، میتوانند تحت پوشش قرار گیرند.

۳-۷) کلیه کارکنان شاغل موقت می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه اضافی و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.

۴-۷) فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل حاکمتر تا سن ۲۲ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند. (در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حاکمتر تا سن ۲۵ سال تمام و در مورد دانشجویان مقطع دکترا حاکمتر تا سن ۳۶ سال تمام)

۵-۷) فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام با پرداخت حق بیمه اضافی و صرفاً* در ایستای قرارداد می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

۶-۷) چنانچه سلف سنی بیمه شدگان در طول مدت قرارداد کامل گردد تعهد بیمه گر مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد بقوت خود باقیست.

۷-۷) بیماریهای مزمن از قبیل: فتق، لوزه و گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماریهای نئوپلاستیک، پولیپ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیستریکومی، سیستوسل و رکتوسل، نارسایی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، ماستوئیدیت، کاتاراکت، امراض مزمن قلبی، عروقی، دیابت، (به استثناء موارد اورژانسی که منجر به بستری بیمار در سی.یو. آی.سی.یو. شود) می باشد.

۸-۷) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد. پهنی است هنگام حذف بیمه شده به حداقل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه و در صورت دریافت خدمات تا پایان قرارداد اخذ میگردد.

۷-۹) به موجب ماده ۳۳ قانون بیمه ، بیمه گر نسبت به حق بیمه در مقابل هرگونه طلبکاری برمال بیمه شده و یا بیمه گزار حق تقدم دارد حتی اگر طلب سایرین بموجب سند رسمی باشد .

شماره :

تاریخ :

یوسف :

۷-۱) فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش این قرارداد هستند.

(۷-۱۱) فرزندان موث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بشرط عدم اشتغال بکار تحت پوشش میباشند.

۱۲-۷) پوشش بیمه ای فرزندان معلول ذهنی و جسمی کارکنان تحت پوشش، بدون در نظر گرفتن شرط سنی با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح همانند سایر بیمه شدگان بیمه خواهند بود (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

۱۳-۷) چنانچه کارکنان شاغل در طول مدت قرارداد بازنشته و یا از کار افتاده گردند ادامه پوشش آئین بهمهرا انضام خلایه یا درخواست بیمه گزار با دریافت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجا بلائمه خواهد بود.

۱۴-۷) حتی تجدید نظر در شرایط و مقدار قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین، برای بیمه گر و بیمه مجاز محفوظ است.

این قرارداد که دارای بخش اول (شرایط خصوصی) مشتمل بر ۷ ماده و ۲ تبصره به انضمام بخش دوم (شرایط عمومی) پیوست مشتمل بر ۲۰ ماده و ۳ تبصره می باشد در دو نسخه متحد الا شکل تنظیم و امضاء گردیده و هر دو نسخه حکم واحد را داشته که تمامی صفحات آن توسط بینه گر و بینه گزار مهر و امضاء می گردد.

یہ ہے گر
شکر تہ سہاگہ بیہ وانا
وحد متعاضدی یاسر مفید کو حک

محرمی قرار داد





قـرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

بخش دوم - (شرایط عمومی)

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

ماده ۱ - تعریف بیمه گر: شرکت سهامی بیمه تاناکه جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۲ - تعریف بیمه گزار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که متعهد به پرداخت حق بیمه است و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۳ - بیمه گر پایه: سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات موظف به ارائه خدمات بیمه درمان پایه هستند.

ماده ۴ - گروه بیمه شدگان: کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گزار که به طور تمام وقت در استخدام بیمه گزار می باشند به همراه اعضای خانواده شان که بیمه گزار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پانجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

۴-۱) بیمه گر می تواند کارکنان پانزده سته بیمه گزار را صرفاً "در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

۴-۲) خانواده: منظور از خانواده عبارتست از هر یک از کارکنان شاغل بیمه گزار بعنوان سرپرست خانواده و همسر و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.

۴-۳) پوشش بیمه ای بیمه شدگان کمتر از ۱۰۰۰ نفر حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام می باشد لکن در خصوص افراد بالای ۶۰ سال بیمه گر می تواند با افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد در صورتیکه سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

۴-۴) ادامه پوشش بیمه ای برای بازماندگان بیمه شده اصلی متوفی، بشرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجا به قوت خود باقی خواهد بود.

۴-۵) کارکنان شاغل بیمه گزار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه سلامت یا سازمان تامین اجتماعی یا خدمات درمانی یا پروهای مسلح و یا هر سازمانی که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند باشند.

ماده ۵ - موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۵-۱) بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی که به تشخیص پزشک موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.



شماره :

۵-۲) حادثه : عبارتست از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده منجر به جرح ، نقص عضو یا کالبدی و یا فوت

پیوست :

بیمه شده گردد.

ماده ۶ - خسارت ارزیابی شده : مبلغی است که پس از بررسی اسناد و اعمال شرایط بیمه نامه و هم چنین افعال تفرقه های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی

تعیین میگردد.

ماده ۷ - خسارت قابل پرداخت : مبلغی است که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید .

ماده ۸ - فرانشیز : سهم بیمه شده یا بیمه گزار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین شده و تأمین آن به عهده بیمه گزار یا

بیمه شده میباشد.

۸-۱) در صورتیکه بیمه گر پایه از پرداخت سهم خود به هر دلیلی خودداری نماید کلیه هزینه های درمانی در تعهد بیمه گر ضمن افعال تفرقه مصوب قانونی

مراجع ذیصلاح، پس از کسر فرانشیزهای مندرج در این قرارداد از خسارت ارزیابی شده ، محاسبه و پرداخت خواهد شد .

۸-۲) در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در قرارداد باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت

ارزیابی شده کسر خواهد شد .

ماده ۹ - حق بیمه : وجهی است که بیمه گزار ابتدا باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و نحوه پرداخت آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین و توافق شده

است(بطوریکه در صورت تاخیر و یا امتناع از پرداخت آن قرارداد از سوی بیمه گر بدون نیاز به اعلام به حالت تعلیق درآمده و خسارت و هزینه های درمانی

بیمه شدگان در مدت تعلیق پرداخت نخواهد شد .)

ماده ۱۰ - دوره انتظار : مدت زمانی است که از تاریخ شروع پوشش بیمه ای بیمه شده آغاز می گردد و تا مدت معینی (که در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین

گردیده) انجام می یابد و بیمه گر هیچگونه تعهدی درخصوص پذیرش ، بررسی و پرداخت خسارات درمانی واقع شده در مدت زمان تعیین شده را برای

بیمه شدگان مشمول ماده مذکور نخواهد داشت لذا جریان خسارتهای درمانی رخ داده در آن مدت از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد .

۱۰-۱) 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 نشود

بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بیوقف و طی نمونه دوره انتظار بطور کامل ، مشمول دوره انتظار نخواهند بود .

۱۰-۲) در صورتیکه شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه گر دیگر باشد ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگان که به تأیید بیمه گر قبلی

رسیده باشد الزامیست .

ماده ۱۱ - اعمال جراحی Day Care : به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک شبانه

روز باشد .

ماده ۱۲ - بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گر یا از طریق سلبات سپاد از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه دانا استفاده مینمایند صورتحساب براساس قرارداد

فیمابین با مراکز فوق الذکر مورد رسیدگی قرار میگیرد 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 تأیید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی

کارکنان دولت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گر پایه رسیده باشد را به ضمیمه تصویر اسناد دریافتی معتبر یا سند فیش واریزی مربوطه و

تصویر دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) به همراه درخواست کتبی بیمه گزار و یا کارت درمانی معتبر بیمه دانا جهت دریافت ملزات خسارت طبق مفاد قرارداد

به بیمه گر تسلیم نمایند.

تعداد

ماده ۱۳- هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که علت عدم امکان مراجعه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و یا تأیید قریب که سیون پزشکی بیمه گر به خارج اعزام میگردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتیکه مسافرت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه ، صورتحسابهای هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر متدرج در قرارداد به ریال پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه های انجام شده براساس بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت میشود.

توضیح: میزان خسارت هزینه های مشمول عاده مذکور بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان تخریب از بیمه‌گران محاسبه خواهد شد.

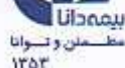
ماده ۱۴ - بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظایر به پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم نماید. لذا چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه براساس تعرفه متدرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه رسیدگی خواهد شد و در صورتیکه بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه براساس تعرفه های کفایتی مصوب شده از طرف مراجع ذیصلاح جهت ارجاع مرکز تشخیصی - درمانی در زمان تحقق هزینه ها رسیدگی خواهد شد.

(۱۴-۱) بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظفانند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

۲-۱۶) چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اوقات مراجعه به هر کدام از شرکت‌های بیمه مخیر است لذا در صورت استفاده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی مصوب مراجعه بصلاح قوتی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند. در صورت بیمه‌شدن مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل یا بیشتر از میزان پرداختی آن شرکت باشد. در صورتی که بیمه‌نامه شود قوتش که نخواهد شد.

ماده ۱۵ - اصل حسن نیت : بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صفاقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند.

اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً و یا سهواً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً و سهواً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطلب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را بقاء کند یا آن را منقضی نماید.



تاریخ :

نکته ۵: هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً و با سهولت به وسیله اظهارات کاذب و با ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان

ماده ۱۶ - سایر موارد پیش بینی نشده در این قرارداد، بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد (در صورت ایجاد ابهام در تفسیر مفاد قرارداد)

ماده ۱۸۵۰ - استثنائات: هزینه های درمانی موارد زیر و یا ناشی از موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

- 11



شماره :

۱۲- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینه، دوربین، استیگمات یا جرمه قصابی و غیره نقص، بیمار، در

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۵/۰۵

حشم گمت از ۳ صوت باشد.

۱۵- هزینه‌های مربوط به رفع معیشت ذهنی و ارتقاء افتادگی کلامی.

۱۶- 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.

۱۷- «بازرسی مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک مداح».

۱۸- هزینه های نهیه انضای مسوعی بدن برای جبران نواقص و نراحتیهای جسمی (تحت عنوان پروژههای خارج از بدن)

۱۹- بیماری‌های فراگیر (پیشگیری)

۲۰- هزینه های چاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

۲۱- هزینه های مربوط به اعمال جراحی غیر مجاز در مطب (بشرح پیوست یک سیمه نامه)

۲۱- هزینه نگهداری بیماران روان پریش

ماده ۱۹ - شرایط فسخ قرارداد از سوی طرفین مطالب: این نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه - شرح ذیل می باشد.

(الف) موارد فسخ از طرف بیمه گر :

۱- عدم پرداخت تعام با قسمتی از حق بیمه و یا القاط آن در سررسید مقرر.

۲- هرگاه بیمه گزار 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 کاست شود.

۲- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گزار با افزایش حق بیمه -

(ب) موارد فسخ از طرف بیمه گزار :

۱. در صورتیکه خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۱- انتقال پورنهای بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل -

۱- در صورت توقف فعالیت بیمه مجاز که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

(ج) نحوه نسخ :

آخر صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گزار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یکی

ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بسمه گزرار فسخ شده تلقی می گردد.

۱- بیمه گزار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ موخری که

در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.

(د) نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ :

۱- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گر - حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود.

۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی

که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه گزار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا مابقی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۲۰ - شرایط تعدید بیمه نامه: تعدید بیمه نامه برای سالهای بعد با توافق طرفین و پس از اخذ درخواست کتبی بیمه گزار انجام خواهد شد.

شایان ذکر است در صورت تغییر آدرس و کد پستی مراتب می بایست به صورت مکتوب اعلام تا نسبت به صدور الحاقیه و انجام تغییرات اقدام گردد.

بیمه عمر
شرکت سهامی بیمه دانا
وحد منقذی باسر مفید کوچک

مجری قرارداد
حمید رضا رجبی





شماره :

تاریخ :

پیوست :



پیوست یک: فهرست اعمال غیر مجاز در مطلب

۱	کلیه اعمالی که با بیپوشی عمومی توأم باشد
۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان های بزرگ و طولی بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری ، کانترسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات ، لیتر باغصاب و عروق مگر در مواقع اورژانسی
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و اندازار زن و مرد ، گذاردن فورسیس و زایمان های غیر طبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مفاصل و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کتیم و لب شکری ، لورتین و سینوس ها)
۹	بیوپسی استاج داخل مری ، تراشه ، برونش ها ، روده ها ، مثانه ، کبد و ملحال
۱۰	عمل کاتاراکت ، گلوکوم ، پارگی شبکیه ، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانولاستی و ...
۱۲	عمل جراحی استوسنتر در شکستگی فکین (open reduction)
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون تبدیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرج زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جراحی برداشتن در رفتگی فدیسی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب شنائی - تحتانی
۲۱	بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است





قارداد

شماره :

تاریخ :

پیوست :

پیوست ۲ - مستندات و مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه و دریافت خسارتهای مستقیم (متفرقه)

(۱) - مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت آنلاین :

فرایند کاری این سامانه به گونه ای برنامه ریزی شده که بیمه شده می تواند در تمام ساعات شبانه روز و ایام هفته در سراسر کشور، کلیه مراحل اجرایی از تایید برگه ی بستری ، احراز هویت تا صدور معرفینامه را به صورت آنلاین و فقط ظرف چند دقیقه با ارائه کارت ملی و گواهی پزشک انجام داده و دیگر نیازی به مراجعه حضوری بیمه شده به شرکت بیمه گر نمی باشد.

(۲) - مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت مراجعه به شعب بیمه دانا :

- کارت ملی

- گواهی پزشک معالج مبنی بر ذکر نوع بیماری و تشخیص اولیه ، نام مرکز پزشکی مورد نظر و تاریخ دقیق بستری.

- اصل شناسنامه فرزندان اناث بالای ۱۷ سال (کنترل عدم تاهل)

(۳) - بیمه شدگان قبل از بستری و انجام اعمال ذیل می بایست توسط پزشک معتمد شرکت بیمه گر معاینه گردند در غیر اینصورت بیمه گرتعهدی در جهت جبران خدمات ذیل نخواهد داشت .

۱-۳- جراحی های انحراف بینی (سینوپلاستی)

۲-۳- رفع عیوب انکساری چشم مانند لاک ، لیزیک و PRK و ...

۳-۳- ماموپلاستی کاهشده

۴-۳- کلیه اعمال جراحی که جهت کاهش وزن مانند اسلیو و بای پس انجام می گردد.

۵-۳- پلفاروپلاستی یا افتادگی پلک

۶-۳- استرایسیم (انحراف چشم)

۷-۳- فتق (هرنی) شکمی

(۴) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت صورتحساب بیمارستانی :

۱-۴ تصویر صفحه اول دفترچه بیمار.

۲-۴ اصل یا تصویر (با رعایت تبصره ۱ ذیل بند ۱۰-۴) صورتحسابهای بیمارستانی معهود به مهر بیمارستان که در آن هزینه تخت روز (هتلینگ)، اتاق عمل، همراه، دارو، آزمایش، لوازم مصرفی و تشکیل یارونده درج گردیده است.

۲-۳ اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان جمهوری مهر بیمارستان که در آن حق العمل جراح، کمک جراح، بیهوشی، مشاوره ویزیت درج گردیده است.

۴-۴ اصل یا تصویر گواهی پزشکی معالجات (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی).

۴-۵ اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور.

۴-۶ اصل یا تصویر گواهی پژوهشی یا برگه پژوهشی اتاق عمل.

۷-۴ اصل یا تصویر ریز یا قبوض آزمایشات، رادیولوژی و ...

۸-۴ اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (مهم‌تر به مهر جراح، اتاق عمل مبنی بر استفاده پروتز)

۹-۴ اصل یا تصویر برآمده سیر پیچاری و یا order دارویی جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت.

۱۰-۴ در صورت انجام رادیوتراپی اصل یا تصویر صورتحساب مرکز ممهور به مهر پزشک معالج و به همراه کارت درمان که شامل تعداد جلسات انجام رادیوتراپی، تعداد فیلدهای درمانی و نوع فیلدها.

توضیح: ۱- تصاویر برای اصل شده مدارک ذکر شده در بند ۲-۴ الی ۱۰-۴ قسمت الف صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمانها از جمله تصویر چک برای اصل شده یا فیش واریزی آن سازمان معتبر می باشد. در غیر این صورت باید اصل مدارک دریافت گردد. (در خصوص ریز دارو، آزمایش، گزارشها و دریافت تصویر بلااثر است).

توضیح: اصل صورتحسابها یا تصاویر آن می‌بایست بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد و در صورت وجود اینگونه موارد می‌بایست توسط حسابداری بیمارستان یا مراکز انجام دهنده خدمات تصحیح و معهود به مهر و امضا گردد.

۱۱- ارائه گزارش ادبی و متری بابت جراحی ثعبان و استئوپدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی

۱۲-۴ ارائه گزارش CT SCAN بابت آندوسکوپی سینوسهای پاراناژال.

(۵) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه یاراکلینیکی و سرانجامی :

۱-۵- اصل قبض پرداختی



تبصره ۱: در خصوص هزینه های دارای کلیشه (مانند: سی تی اسکن، ام آر آی و... رونت کلیشه و درج آن در قبض پرداختی توسط پزشک معتمد شعبه کفایت می کند).

تبصره ۲: در صورتیکه که بیمار از مراکز طرف قرارداد بیمه پایه استفاده نموده و سهم بیمه پایه نیز از کل صورتحساب کسر گردیده باشد مدارک درمانی پس از کسر هزینه های خارج از تعهد بدون کسر فرانشیز قابل بررسی و پرداخت می باشد .

۶) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه عینک :

۱-۶- اصل فاکتور معتبر عینک فروشی

۲-۶- نسخه عینک که حاوی نمره و شماره چشم و مأمور به مهر متخصص چشم پزشک یا اپتومتریست باشد .

۳-۶- در موارد خاص حسب ضرورت معاینه بیمه شدگان در محل شعبه ارائه دهنده خدمات یا هماهنگی بیمه گزار.

تبصره: پرینت تعیین نمره چشم بیمار توسط پزشک و اپتومتریست یا قید مشخصات بیمار (تاریخ ، نام بیمار و مهر پزشک) مورد تأیید قرار گیرد.

۷) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی :

۱-۷- اصل نسخه دندانپزشک مأمور به مهر دندانپزشک و خدمات انجام شده به تفکیک به همراه شماره دندان

۲-۷- الصاق مدارک و گرافی های مورد نیاز و یا در صورت نیاز به تأیید و یا معاینه توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر بابت خدمات به شرح ذیل :

ارتودنسی : ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری ، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از جسیاندن براکت ها و تحویل پلاک

ایمپلنت : ارائه رادیوگرافی پانورکسی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان

فضا نگهدارنده اطفال : معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان

روکش استیل : معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان

پست ریختگی : ارائه رادیوگرافی بعد از درمان

روکش : برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان



قـــرار د ا د ا د

۱۰-۹- در خصوص کرایه و لیزر نیز ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر قید تعداد ضایعه ، محل آنها و نوع آنها مواردی که جنبه زیبایی دارد در تعهد نمی باشد در مورد لیزر چشم گواهی پزشک معالج و کپی گزارش الزامی میباشد .

۱۰-۵- در خصوص تخلیه کیست یا دورناژ گواهی پزشک معالج با قید اندازه ، محل آناتومیک الزام بوده و در صورت ارسال به پاتولوژی جواب آن نیز ارائه گردد .

۱۱) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه سمک :

- ۱۱-۱- دستور پزشک متخصص ENT گوش ، حلق و بینی)
- ۱۱-۲- نوار گوش و ادیومتری (ارائه شنوایی سنجی با کاهش حداقل ۳۰ دسی بل در شنوایی ضروری است)
- ۱۱-۳- فاکتور معتبر جهت هزینه سمک بر اساس دستورالعمل الزامات عمومی فاکتور و پیش فاکتور تجهیزات پزشکی ، اداره کلی تجهیزات پزشکی می باشد .
- ۱۱-۴- الزام ارائه فیزیک سمک به همراه کارت گارانتی به کارشناس بیمه و مطابقت مدل مندرج روی سمک با مدل سمک مندرج در فاکتور .

۱۲) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت اسناد دارویی :

نسخه پزشک (در صورتی که دارو آزاد باشد و در دفترچه نوشته شده باشد ارائه برگه سبز دفترچه معهور به مهر پزشک دارای تاریخ و مهر داروخانه به همراه پرینت ریز دارو که در آن دارو و قیمت به تفکیک قید گردیده ، الزامی است در صورت استفاده از دفترچه و اخذ سهم بیمه پایه برگه دوم دفترچه حاوی اطلاعات قیمت دارویی به تفکیک هر قلم و مهر داروخانه الزامی است .)

در صورتیکه در سر نسخه پزشک دارو تجویز گردیده است نسخه می بایست دارای اطلاعات کامل بیمار، تاریخ ، مهر پزشک و مهر داروخانه که قیمت دارو در آن به تفکیک قید گردیده و یا پرینت دارو معهور به مهر داروخانه باشد .

تبصره : در صورت حذف دفترچه بیمه پایه ارائه سر نسخه دارای کد ملی و فاکتور پرداخت هزینه الزام می باشد.





قرارداد

شماره: ۱۴۰۰/۲۷۵/۱۴۹۹/۱۴۰۰

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۸/۰۱

پیوست: ۱



بیمه نامه درمان گروهی

این بیمه نامه فیما بین شرکت سهامی بیمه دانا شعبه گنبد کاووس و شرکت/سازمان/ دانشگاه گلستان که به موجب پیشنهاد کتبی (که جزو لاینفک بیمه نامه است) به شماره ۹۷۲۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۷/۲۶ که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گزار نامیده میشوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران به شرح ذیل منعقد میگردد:

مشخصات قرارداد

شماره سریال بیمه نامه: ۲۳۰۱/۷۵/۱۴۹۹/۱۴۰۰/۱	تاریخ صدور: ۱۴۰۰/۰۸/۰۱
تعداد بیمه شدگان: ۵۰ نفر	تاریخ شروع: ۱۴۰۰/۰۸/۰۱
شماره سریال بیمه نامه دوره قبل: ۲۳۰۱/۷۵/۱۴۹۹/۹۹/۲	تاریخ انقضاء: ۱۴۰۱/۰۸/۰۱
تعاملندگی: حمیدرضا رجایی	کد: ۱۴۹۹

مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا	شماره ثبت: -
نشانی بیمه گر: گنبد کاووس - بلوار ۷ شهریور غربی بعد از چهارراه تاجرو	کد پستی: ۴۹۱۷۹۳۷۱۶۷
تلفن و فاکس: ۲۲۲۲۸۲۲۲-۲۲۲۲۸۲۱۱	شناسه ملی: ۱۰۱۰۶۴۱۹۶۶
شماره اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹	

مشخصات بیمه گزار

نام بیمه گزار: دانشگاه گلستان (طرح ۳)	شماره ثبت: ۶۵۸۲
نشانی بیمه گزار: گرگان - خیابان شهید بهشتی دانشگاه گلستان	کد پستی: ۴۹۷۱۸۴۳۶۹۷
تلفن و فاکس: ۰۱۷۲۲۲۲۹۰۶۸	شناسه ملی: ۱۴۰۰۴۷۸۷۴۸۸
شماره اقتصادی: ۴۱۱۴۸۶۱۷۷۸۳۷	



بخش اول — (شرایط خصوصی)

ماده ۱) - حق بیعه

شماره :

تاریخ :

پیش رو نیست

حق بیمه ماهانه هریک از کارکنان و افراد تحت تکفل با احتساب ۹٪ مالیات و عوارض برارزش افزوده به مبلغ ۱,۹۶۲,۰۰۰ ریال تعیین می گردد. از مبلغ مذکور به تفکیک ، مبلغ ۸۰۰,۰۰۰ ریال بابت حق بیمه مصوب و مبلغ ۱۶۲,۰۰۰ ریال بابت ۹٪ مالیات و عوارض برارزش افزوده (۶٪ مالیات و ۳٪ عوارض) خواهد بود . بدین ترتیب حق بیمه صادره یکساله با توجه به تعداد بیمه شدگان در بند قرارداد با احتساب ۹٪ مالیات و عوارض برارزش افزوده به مبلغ ۱,۱۷۷,۲۰۰,۰۰۰ ریال تعیین می گردد .

عاده ۲) - روش پرداخت حق بیمه

مبلغ ۹۸,۱۰۰,۰۰۰ ریال از حق بیمه به هنگام انشاء و مبادله قرارداد توسط بیمه گزار پرداخت و مابقی آن در ۱۱ قسط مساوی هر قسط به مبلغ ۹۸,۱۰۰,۰۰۰ ریال در سررسیدهای ۱۴۰۰/۰۹/۰۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۷/۰۱ در وجه شرکت بیمه دانا به شماره حساب ۴۶۰۱۹۳۱۶ به‌عنده بانک ملت به کد شعبه فر دوسر، شمالی، تهران حق بیمه مصوب پرداخت و رسید آنرا به بیمه گر تسلیم نمایند.

ماده ۳) - دوره انتظار

دوره انتظار برای تعهد زایمان (اعم از طبیعی و سزارین) ۶ ماه و در خصوص بیماریهای مزمن (موسوم به ۷-۷ ماده ۷ از بخش شرایط خصوصی) ۳ ماه می باشد.

سادہ (۴) - مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال کامل شمسی است که از صفر بامداد مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۰۱ شروع و در ساعت صفر بامداد مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۰۱ خاتمه می یابد.



قارداد

ماده (۵) - تعهدات بیمه گر:

شماره:

بیمه گر در آراء انجام تعهدات بیمه گزار متعهد است هزینه تشخیصی - درمانی بیمه شدگان را مطابق شرایط ذیل جبران نمایند:

ردیف	سقف تعهدات بیمه گر		سقف تعهد	بیمه گر		نوع	نوع	نوع
۱	جبران هزینه های بستری - جراحی و اتمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد		۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی - رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان - قلب مغز و اعصاب - سرکرتی و نخاع - دیسک و ستون فقرات - کاندید بیمه شدگان - پیوند کلیه - پیوند ریه - پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز		۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین		۷۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۴	جبران هزینه درمان نازایی و نابریزی شامل اعمال جراحی مرتبط: IUI, Gift Zift, میکرواینجکشن و IVF		۷۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۵	جبران هزینه پارکتیک گرو اول شامل: انواع رادیوتراپی - انواع رادیوتراپی عروق محیطی - آنژیوگرافی چشم - سونوگرافی ماموگرافی - انواع اسکن ام آر ای - پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایوتوپ) - فیزیوتراپی		۴۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۶	جبران هزینه پارکتیک گرو دوم شامل: انواع آندوسکپی - خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی - انواع اکوکاردیوگرافی - انواع هالتر مونتورینگ - تست ورزش - آنالیز پس میکر - EECOP - تست تست خدمات تشخیصی تنفسی شامل اسپرومتری و PFT) - خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV, EMG) - الکتروکاردیوگرافی (ECG) - خدمات تشخیصی پروتستیک (توار مثله) - خدمات تشخیصی و پروتستیک چشم مانند اپتومتری - پریمتری - بیومتری و پنتاکم - شبلیه سنجی (انواع ادیومتری - کاتریمتری و گستره فرمتری)		۳۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۷	جبران هزینه پارکتیک گرو سوم شامل: انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی - تست های آنالیز) و فیزیوتراپی		۴۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۸	جبران هزینه پارکتیک گرو چهارم شامل: تست های فیزیوتراپی جنین (مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین)		۲۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۹	جبران هزینه های اتمال مجازاتی مقصد شکستگی و در رفتگی - جغ گیری - ختنه بندی - کراپوتراپی - اکسوزون لیپوم - بیوپسی - تخلیه کبک و لنز درمانی - تزریق های و پلاسما (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب بیمه ۱ می باشد)		۲۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۱۰	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیب شکستگی چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیکی بینایی - دوربینی - استigmatism یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم از ۰.۵۰ بدتر یا بیشتر باشد		۶۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۱۱	جبران هزینه های ویزیت - دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً) - مازاد بر سهم بیمه گر اول - و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری		۲۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۱۲	جبران هزینه های سربازی و بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه به صورت شانور در واحد خانواده صرفاً برای یک نفر		۲۵,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۱۳	هزینه های دندان پزشکی شامل: کشیدن - جرمگیری - پروتز - بزرگ کردن - درمان ریشه - روکش - اورتودنسی - ایمپلنت و دست دندان مصنوعی (به استثنای دندان مصنوعی بزرگ والدین) - هزینه های دندان پزشکی صرفاً بر اساس تعرفه ملیانه ستدیکای بیمه گران پرداخت خواهد شد		۱۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۱۴	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی و یا اپتومتریست		۲۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۱۵	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک		۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۱۶	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن		۶,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۱۷	هزینه تهیه آروتر (طبق تعرفه وزارت بهداشت) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد		۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
۱۸	جبران تالری بستری های خاص و صعب العلاج در سقف جراحی عمومی		۳,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•
	هزینه آمبولاسی و سایر اورژانس های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج		۶,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰	•	•	•



قرارداد

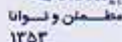
شماره :
تاریخ :
پیوست :



- ۵-۱)** جمع تعهدات بیمه گر در خصوص هزینه های بیمارستانی اعم از جراحی تخصصی ، جراحی عمومی و درمان طبی و همچنین هزینه های آمبولانس (درون شهری و برون شهری) حداکثر معادل سقف جراحی تخصصی خواهد بود .
- ۵-۲)** هزینه های دندان پزشکی براساس تعرفه ای مجانبه و پرداخت می شود که سالانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می نمایند .
- ۵-۳)** هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج جبران می گردد .
- ۵-۴)** بیمه گر تعهد می نماید از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت درمانی بیمه شدگان که فاقد نقص مدرک بوده باشد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید .
- ۵-۵)** بیمه گر خسارات (هزینه های) مربوط به کارکنان یا تابعیت غیر ایرانی را تنها در صورتی پرداخت می نماید که دارای مجوز قانونی اقامت یا حق کار مشخص و پروانه کار بوده باشند .

ماده ۶ - وظایف بیمه گزار و بیمه شده

- ۶-۱)** بیمه گزار می بایست حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد (منظور زمان امضاء و تایید قرارداد) لیست اسامی و مشخصات نهائی بیمه شدگان را مطابق با لیست بیمه گر پایه به صورت 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 شیشه شماره ملی و شناسنامه ، نسبت هر یک از اعضاء خانواده یا بیمه شده اصلی ، جنسیت ، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه گران پایه باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه لوح فشرده حاوی اطلاعات مذکور) و پس از مهر و امضای اقسام نامه رسمی با ذکر تعداد بیمه شدگان اصلی و تحت تکفل و غیر تحت تکفل جهت بیمه گر صرفا طی یک مرحله یا درج شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی به بیمه گر تسلیم نماید . شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر ، برقراری پوشش جهت افراد که از سوی بیمه گزار تحت عناوینی از جمله از قلم افتاده اعلام می گردد قابل بررسی و انجام نمی باشد .
- ۶-۲)** اعلام تغییرات ناشی از افزایش بیمه شدگان ، صرفا* شامل افراد جدید الاستخدام ، انتقالی ، مأمورین ، فرزندان که در طول قرارداد بدین می آیند و همسر بیمه شدگان که در طول مدت قرارداد ازدواج می نمایند ، خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام ، تصویر شناسنامه و ...) از سوی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ وقوع موارد فوق الذکر طی نامه کتبی و معتبر به بیمه گر تسلیم گردد .
- ۶-۳)** اعلام تغییرات ناشی از کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد ، صرفا* شامل افراد مستعفی ، فوتی ، بازنشسته ، انتقالی ، اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبت (مانند حکم قطع همکاری ، حکم انتقال و ...) طی نامه کتبی و معتبر میسر خواهد بود .
- تبصره بند ۶-۲ : حق بیمه بیمه شدگان در صورت دریافت خدمات (اخذ خسارت ، اخذ معرفی نامه و ثبت هزینه در کاردکس) قابل برگشت نبوده و بیمه گزار موظف به پرداخت آن تا پایان قرارداد می باشد .



ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان ۱۵، پلاک ۲ - کد پستی: ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

۱۳-۶) در صورت تغییر درصد مالیات و عوارض بر ارزش افزوده طبق رای مراجع ذیصلاح قانونی، بیمه گزار موظف به اقدام بر طبق رای صادره می باشد.

۱۴-۶) چنانچه موارد ذکر شده در قرارداد و یا ملحقاتیکه بعداً و در صورت لزوم صادر خواهد شد یا نظر بیمه گزار طبق تقاضا مطابقت نداشته باشد بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تصحیح آنها را تقاضا نماید، در غیر اینصورت مراتب تأیید شده تلقی خواهد شد.

۱۵-۶) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد، در صورت نیاز، حق بررسی دقالت و اسناد بیمه گزار در رابطه با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ می باشد و بیمه گزار موظف است در این زمینه همکاریهای لازم را بعمل آورد.

ماده ۷ - سایر شرایط قرارداد

۱-۷) جبران هزینه های درمانی مربوط به حادثه تصادف با وسایط نقلیه صرفاً در صورتیکه بیمه شده مقصر حادثه بوده باشد یا ارائه گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و رعایت سایر مفاد صورت خواهد پذیرفت.

۲-۷) فرزندان ذکور مجرد و والدین غیر تحت تکفل کارکنان شامل (موت و مذکر) با پرداخت حق بیمه اضافی و صرفاً در ابتدای قرارداد و با شرایط پیش بینی شده در این قرارداد، میتوانند تحت پوشش قرار گیرند.

۳-۷) کلیه کارکنان شامل موت می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه اضافی و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.

۴-۷) فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل حداکثر تا سن ۲۲ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند. (در مورد دانشجویان یا ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام و در مورد دانشجویان مقطع دکترا حداکثر تا سن ۲۶ سال تمام)

۵-۷) فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام با پرداخت حق بیمه اضافی و صرفاً در ابتدای قرارداد می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

۶-۷) چنانچه سقف سنی بیمه شدگان در طول مدت قرارداد کامل گردد تمهید بیمه گر مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد بقوت خود باقیست.

۷-۷) بیماریهای مزمن از قبیل: فتنی، لوزه و گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماریهای تنوعلاستیک، پولیپ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیپرکتومی، سبستوسل و رکتوسل، نارسلای مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، ماستوئیدکتومی، کاتاراکت، امراض مزمن قلبی، عروقی، دیابت، (به استثناء موارد لوپوروس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو، آی سی یو بشود) می باشد.

۸-۷) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد، بدینیهی است هنگام حذف بیمه شده به هردلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه و در صورت دریافت خدمات تا پایان قرارداد اخذ میگردد.

۹-۷) به موجب ماده ۲۲ قانون بیمه، بیمه گر نسبت به حق بیمه در مقابل هرگونه طلبکاری برمال بیمه شده و یا بیمه گزار حق تقدم دارد حتی اگر طلب سایرین بموجب سند رسمی باشد.



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :



۷-۱۰) فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش این قرارداد هستند.

۷-۱۱) فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدداً تحت پوشش میباشند.

۷-۱۲) پوشش بیمه ای فرزندان معلول ذهنی و جسمی کارکنان تحت پوشش، بدون در نظر گرفتن شرط سنی یا ارائه مدارک مثبت از مراجع ذمه‌صلاح همانند سایر بیمه شدگان بیمه خواهند بود (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

۷-۱۳) چنانچه کارکنان شاقول در طول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده گردند ادامه پوشش آنان به‌همراه اعضاء خانواده با درخواست بیمه گزار با دریافت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجا پلاقمع خواهد بود.

۷-۱۴) حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین، برای بیمه گر و بیمه گزار محفوظ است.

این قرارداد که دارای بخش اول (شرایط خصوصی) مشتمل بر ۷ ماده و ۲ تبصره به اضماعام بخش دوم (شرایط عمومی) پیوست مشتمل بر ۲۰ ماده و ۳ تبصره می باشد در دو نسخه متحد الاشکل تنظیم و امضاء گردیده و هر دو نسخه حکم واحد را داشته که تمامی صفحات آن توسط بیمه گر و بیمه گزار مهر و امضاء می گردد.

بیمه گر
شرکت سهامی بیمه دانا
وحید متقاعری یاسر مفیدگوچک

مجری قرارداد
حمیدرضا رحیمی
نایبگی برپا
۱۳۹۱



بخش دوم - (شرایط عمومی)

قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

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

ماده ۱ - تعریف بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا که جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۲ - تعریف بیمه گزار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که متعهد به پرداخت حق بیمه است و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۳ - بیمه گر پایه: سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات موافق به ارائه خدمات بیمه درمان پایه هستند.

ماده ۴ - گروه بیمه شدگان: کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گزار که به طور تمام وقت در استخدام بیمه گزار می باشند به همراه اعضای خانواده شان که بیمه گزار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پانجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

۴-۱) بیمه گر می تواند کارکنان بازداشت بیمه گزار را صرفاً "در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

۴-۲) خانواده منظور از خانواده عبارتست از هر یک از کارکنان شاغل بیمه گزار بعنوان سرپرست خانواده و همسر و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.

۴-۳) پوشش بیمه ای بیمه شدگان کمتر از ۱۰۰۰ نفر حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام می باشد لکن در خصوص افراد بالای ۶۰ سال بیمه گر می تواند با افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد در صورتیکه سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

۴-۴) ادامه پوشش بیمه ای برای بازماندگان بیمه شده اصلی متوفی، بشرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجا به فوت خود باقی خواهد بود.

۴-۵) کارکنان شاغل بیمه گزار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه سلامت یا سازمان تامین اجتماعی یا خدمات درمانی یا نیروهای مسلح و یا هر سازمانی که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موافق به ارائه خدمات درمان پایه قند باشند.

ماده ۵ - موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۵-۱) بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی که به تشخیص پزشک موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.





قرارداد



بیمه دانا
مطابق با قانون ۱۳۵۲

بیمه شده گرد. عبارتست از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده منجر به جرح، نقص عضو یا کارافتادگی و یا فوت

تاریخ:

ماده ۶ - خسارت ارزیابی شده: مبلغی است که پس از بررسی اسناد و اعمال شرایط بیمه نامه و هم چنین اعمال تعرفه های مصوب توسط هیأت صلاح قانونی

تعیین میگردد.

ماده ۷ - خسارت قابل پرداخت: مبلغی است که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

ماده ۸ - فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گزار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین شده و تامین آن به عهده بیمه گزار یا

بیمه شده میباشد.

۸-۱) در صورتیکه بیمه گر پایه از پرداخت سهم خود به هر دلیلی خودداری نماید کلیه هزینه های درمانی در تعهد بیمه گر ضمن اعمال تعرفه مصوب قانونی مراجع ذیصلاح، پس از کسر فرانشیزهای مندرج در این قرارداد از خسارت ارزیابی شده، محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۸-۲) در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در قرارداد باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۹ - حق بیمه: وجهی است که بیمه گزار ابتدا باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و نحوه پرداخت آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین و توافق شده است بطوریکه در صورت تاخیر و یا امتناع از پرداخت آن قرارداد از سوی بیمه گر بدون نیاز به اعلام به حالت تعلیق درآمد و خسارت و هزینه های درمانی بیمه شدگان درمدت تعلیق پرداخت نخواهد شد.

ماده ۱۰ - دوره انتظار: مدت زمانی است که از تاریخ شروع پوشش بیمه ای بیمه شده آغاز می گردد و تا مدت معینی (که در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین گردیده) ادامه می یابد و بیمه گر هیچگونه تعهدی درخصوص پذیرش، بررسی و پرداخت خسارات درمانی واقع شده درمدت زمان تعیین نشده را برای بیمه شدگان مشمول ماده مذکور نخواهد داشت لذا جریان خسارتهای درمانی رخ داده در آن مدت از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد.

۱۰-۱) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه گر باشد و یا بلافاصله بعد از انقضای ترتیبی بیمه گر دیگر در این شرکت منعقد شود بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید موضوع و طی نمودن دوره انتظار بطور کامل، مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

۱۰-۲) در صورتیکه شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه گر دیگر باشد ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگان که به تائید بیمه گر قبلی رسیده باشد الزامیست.

ماده ۱۱ - اعمال جراحی Day Care: به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک شبانه روز باشد.

ماده ۱۲ - بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گر یا از طریق سامانه سداد از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه دانا استفاده میکنند، صورتحساب براساس قرارداد فیما بین با مراکز فوق الذکر مورد رسیدگی قرار میگیرد 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 تائید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تامین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گر پایه رسیده باشد را به ضمیمه تصویر اسناد دریافتی معتبر یا سند قبض واریزی مربوطه و تصویر دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمه گر) به همراه درخواست کتبی بیمه گزار و یا کارت درمانی معتبر بیمه دانا جهت دریافت بازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نمایند.





قرارداد

بیمه گر میتواند مذاکره کرده از طرف بیمه گزار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق

تاریخ :

پیوست :

ماده ۱۳- هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور یا تشخیص پزشک معالج بیمه شده و یا تأیید قبلی کمیسیون پزشکی بیمه گر به خارج اعزام میگردد و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتیکه سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه ، صورتحساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد به ریال پرداخت خواهد شد در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق ، هزینه های انجام شده براساس بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

توضیح : میزان خسارت هزینه های مشمول ماده مذکور بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۴- بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم نماید . لذا چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه براساس تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر یا مرکز درمانی مربوطه رسیدگی خواهد شد و در صورتیکه بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه براساس تعرفه های قانونی مصوب شده از طرف مراجع ذیصلاح جهت آن مرکز تشخیصی- درمانی در زمان تحلیف هزینه ها رسیدگی خواهد شد .

۱- ۱۴) بیمه گزار و یا بیمه شده موظفاند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص مراتب را به بیمه گر اعلام کنند.

۲- ۱۴) چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به هرکدام از شرکت های بیمه مخیر است. لذا در صورت استفاده 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 طبق تعرفه تشخیصی درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و موارد آن 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 مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۵- اصل حسن نیت : بیمه گزار و بیمه شده مکلفند در پاسخ به پرسش های بیمه گر یا رعایت دقت و صداقت ، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند .

اگر بیمه گزار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً و یا سهواً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً و سهواً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطلب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گزار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقاء کند یا آن را فسخ نماید .



هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً و با سهواً به وسیله اظهارات کاذب و با اراکه متارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان

..... و باستانه به خود کرده است. در این حالت نام ییمن شده و ییمنندگان وابسته به وی از لیست قرارداد ییمنه خارج شده و ییمنه عمر محقق به تیراویج و جوهن ایندی که

تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر.

نیوز میسرور نخواهد شد.

ماده ۱۶ - سایر موارد پیش بینی نشده در این قرارداد، بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد در صورت ایجاد ابرام در تفسیر مفاد

قار قاد :

ماده ۱۷ - ارجاع به داوری: بیمه گر یا بیمه گز می تواند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره، حل و فصل، تعارض و جنبه اختلاف از طریق

مذاکره حل و فصل تشدد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می توانند یک نفر داور، مرکز طرفین، یا انتخاب

کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کنند.

دائوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داور می کنند هر یک از طرفین حق الزحمه داور

انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از

طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

ماده ۱۸- استثنائات: هزینه های درمانی موارد زیر و یا ناشی از موارد زیر از شعول تعهدات بیمه گر خارج میباشد:

اصحوب مانر زادی، مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۲. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میشود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۲- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج

۲- جنگ، شورش، انتشار، بلای، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتمالی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.

۵- حوادث طبیعی مانند زلزله ، سیل و آتشفشان .

۶- قول و انفعالات هسته ای

۷- ملزم بودنش و آرائش که حقه داروی ندارند مگر به شخص پزشک متعدد بیمه گر

۸- جنون و بیماری های سایکوتیک در صورت عدم پوشش هزینه های بستری بیماری های روان پریش

۹- چرا حیوانی که به علت وجود نومبر و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد

۱۰- ترک اعتیاد.

۱- بهینه‌سازی خصوصیات مواد ضروری به تشخیص، پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر

۱۲- هزینه همراه بیمار از بین ۱- سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر در سقف تعهد پایه قابل

حیوان می باشد.

۱۲- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخيص مراجع ذصلاح





قرارداد



بیمه دانا
مطمئن و سهولان
۱۳۵۲

..... در خصوص موضوع این قرارداد، بیمه دانا به شرح زیر عمل خواهد کرد.

..... تاریخ :

..... پیوسته :

چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۵- هزینه های مربوط به رفع معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی.

۱۶- 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.

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

۱۸- هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران توانایی و تازاچه های جسمی (تحت عنوان پروتزهای خارج از بدن)

۱۹- بیمه های فراگیر (بیمه)

۲۰- هزینه های چکاپ، گروهی و معاینات گروهی و مطب کار.

۲۱- هزینه های مربوط به اعمال جراحی غیر مجاز در مطب (شرح پیوست یک بیمه نامه)

۲۲- هزینه نگهداری بیماران روان پریش

ماده ۱۹- شرایط فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق آیین نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه - شرح ذیل می باشد

الف) موارد فسخ از طرف بیمه گر :

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

۲- هرگاه بیمه گزار سهواً و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که درنظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گزار با افزایش حق بیمه.

ب) موارد فسخ از طرف بیمه گزار :

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

۲- اشتغال بورتقوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.

۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گزار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

ج) نحوه فسخ :

۱- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گزار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گزار فسخ شده تلقی می گردد.

۲- بیمه گزار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور با تاریخ موخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.



۵) نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ :

1251

[illegible]

تاریخ : ۰۰/۰۰/۰۰۰۰

۱- در صورت نسخ بیمه نامه از طریق بیمه محرم، حق بیمه تا زمان نسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود.

..... یونیٹ

۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گزار، حتی بیمه تا زمان فسخ پراساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی

که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه گزار متعهد است مانده حق بیمه

سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۲۰ - شرایط تعدید بیمه نامه : تعدید بیمه نامه برای سالهای بعد با توافق طرفین و پس از اخذ درخواست کتبی بیمه گزار انجام خواهد شد.

• شاہان ذکر است در صورت تغییر آدرس و کد پستی مراتب می بایست به صورت مکتوب اعلام تا نسبت به صدور الحاقیه و انجام تغییرات

اقدام گردد.

بيمه عمر

شرکت سهامی بیمه دانا

باسمہ معینہ کوچک

وحد متفاسکي

مجموعی قرار دیکم

100



پیوست یک: فهرست اعمال غیر مجاز در مطلب



کلبه اعمالی که با پیوستن عمومی توأم باشد

۱	کلیه اعمالی که با بیپوشی عمومی توأم باشد
۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان های بزرگ و طول بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدی . کانترسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات ، لپاز اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و انداز زن و مرد ، گذاردن فورسپس و زایمان های غیر طبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری ، لوزین و سینوس ها)
۹	بیوپسی اسحاق داخل مری - تراشه ، پروش ها ، روده ها ، مثانه ، کبد و ملحال
۱۰	عمل کانالراکت ، گلوکوم بهاری شبکیه ، تومورهای حفره چشم و استرایسم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانولاستی و ...
۱۲	عمل جراحی استوسنتز در شکستگی فکین (open reduction)
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کتدیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرج زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا افتادن در رفتگی قدیمی ملعل گچیگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
۲۱	بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است



پیوست ۲ - مستندات و مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه و دریافت خسارت‌های مستقیم (منفرقه)



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

۱- مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت آنلاین :

فرایند کاری این سامانه به گونه ای برنامه ریزی شده که بیمه شده می تواند در تمام ساعات شبانه روز و ایام هفته در سراسر کشور، کلیه مراحل اجرائی از تایید برگه ی بستری ، احراز هویت تا صدور معرفینامه را به صورت آنلاین و فقط ظرف چند دقیقه با ارائه کارت ملی و گواهی پزشک انجام داده و دیگر نیازی به مراجعه حضوری بیمه شده به شرکت بیمه گر نمی باشد.

۲- مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت مراجعه به شعب بیمه دانا :

- کارت ملی

- گواهی پزشک معالج مبنی بر ذکر نوع بیماری و تشخیص اولیه ، نام مرکز پزشکی مورد نظر و تاریخ دقیق بستری.

- اصل شناسنامه فرزندان اناث بالای ۱۷ سال (کنترل عدم تاهل)

۳- بیمه شدگان قبل از بستری و انجام اعمال ذیل می بایست توسط پزشک معتمد شرکت بیمه گر معاینه گردند در غیر اینصورت بیمه گرتعهدی در جهت جبران خدمات ذیل نخواهد داشت .

۱-۳- جراحی های انحراف بینی (سپتوپلاستی)

۲-۳- رفع عیوب انکساری چشم مانند لاک ، لیزیک و PRK و ...

۳-۳- ماموپلاستی کاهنده

۴-۳- کلیه اعمال جراحی که جهت کاهش وزن مانند اسلیو و بای پس انجام می گردد.

۵-۳- بلغاروپلاستی یا افتادگی پلک

۶-۳- استرابیسم (انحراف چشم)

۷-۳- فتق (هرنی) شکمی

۸-۳- ارتودنسی

۹-۳- زنیگوماسستی

۴) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت صورتحساب بیمارستانی :

مطمن و سوالی-۱ تصویر صفحه اول دفترچه بیمار.

1351

شماره ۱:

۲- اصل یا تصویر (یا رعایت تبصره ۱ ذیل بند ۱۰-۴) صورتحسابهای بیمارستانی معهود به مهر بیمارستان گذاشته شود. هزینه نخست و آخر (هتلینگ)، اتاق، غذا، دارو، آرایش، لباس، مصرف به تشکیلات دولتی، محلی، خصوصی و غیره در صورتی که مستند باشد.

۳-۴ اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان معهور به مهر بیمارستان که در آن حق العمل جراح، کمک جراح، بیهوشی، مشاوره و ویزیت درج گردیده است.

۱-۲ اصل یا تصویر گواهی پزشکی معالج (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی).

۴-۵ اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور.

۶-۴ اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل.

۷-۱۴ اصل یا تصویر ریز یا قبوض آزمایشات، رادیولوژی و ...

۸-۴ اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (معمولاً به مهر جراح، اتاق عمل مبنی بر استفاده پروتز)

۹-۴ اصل یا تصویر برگه سیر پیگیری و یا order دارویی جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت.

۱۰-۴در صورت انجام رادیوتراپی اصل یا تصویر صورتحساب مرکز معهود به مهر پزشک معالج و به همراه کارت درمان که شامل تعداد جلسات انجام رادیوتراپی، تعداد فیلدهای درمانی و نوع فیلدها.

توضیح: ۱: تصاویر برای اصل شده مدارک ذکر شده در بند ۲-۴ الی ۴-۱۰ قسمت الف صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمانها از جمله تصویر چک برای اصل شده یا فیش واریزی آن سازمان معتبر می‌باشد. در غیر این صورت باید اصل مدارک دریافت گردد. (در خصوص ریز دارو، آزمایش، گزارشها و ... دریافت تصویر بلامانع است).

تیمبره ۲: اصل صورتحسابها یا تصاویر آن می‌بایست بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد و در صورت وجود اینگونه موارد می‌بایست توسط حسابداری بیمارستان یا مراکز انجام دهنده خدمات تصحیح و معهود به مهر و امضا گردد.

۱۱- ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپالو ماستوئید کتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی

۱۲-۴ ارائه گزارش CT SCAN بابت آندوسکوپی سینوسهای پاراناژال.

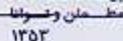
(۵) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه پاراکلینیکی و سربانی :

۱-۵- اصل قبض پر داختی

۲-۵- تصویر گزارش (Report) خدمات پاراکلینیکی و برگه درخواست پزشک معالج معهود به مهر نظام پزشکی.

► تبصره ۱: در خصوص هزینه های دارای کلیشه (مانند: سی تی اسکن، ام آر آی و... رویت کلیشه و درج آن در قبض پرداختی توسط پزشک معتمد شعبه کفایت می کند).

نویسنده: در صورتیکه که بیمار از مراکز طرف قرارداد بیمه پایه استفاده نموده و سهم بیمه پایه نیز از کل صورتحساب کسر گردیده باشد مدارک درمانی پس از کسر هزینه های خارج از تعهد بدون کسر فرانشیز قابل بررسی و پرداخت می باشد.



شماره :
تاریخ :
پوسته :

۱-۶- اصل فاکتور معتبر عینک فروشی

۲-۶- نسخه عینک که حاوی نمره و شماره چشم و مپهور به مهر متخصص چشم پزشک یا اپتومتریست باشد .

۳-۶- در موارد خاص حسب ضرورت معاینه بیمه شدگان در محل شعبه ارائه دهنده خدمات با هماهنگی بیمه گزار.

تبصره: پرینت تعیین نمره چشم بیمار توسط پزشک و اپتومتریست با قید مشخصات بیمار (تاریخ ، نام بیمار و مهر پزشک) مورد تأیید قرار گیرد.

۱-۷- اصل نسخه دندانپزشک مهپور به مهر دندانپزشک و خدمات انجام شده به تفکیک به همراه شماره دندان
۲-۷- الصاق مدارک و گراف‌های مورد نیاز و یا در صورت نیاز به تأیید و یا عاینه توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر بابت
خدمات به شرح ذیل :

ارتودنسی : ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لنرال سفالومتری ، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از جسیانندن براکت ها و تحویل پلاک ایمپلنت : ارائه رادیوگرافی پانورکسی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان فضا نگهدارنده اطفال : معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان روکش استیل : معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان بست ریختگی : ارائه رادیوگرافی بعد از درمان

روکش: برای دو واحد یا بیشتر از آنه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان

نایت گارد : ارائه فوتوگرافی پس از درمان

متفرقه: معاینه بیمار پس از درمان

دوران نشه : ادبیات گفتمانی و بعد از خدمت





جراحی های لته : گرافی قبل از درمان

جراحی نهفته در نسخ نرم و سخت : ارسال رادیوگرافی قبل از درمان

۸) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه ویزیت :

- ۸-۱- درج مبلغ ویزیت در سر نسخه پزشک ممهور به مهر پزشک و با قید تاریخ و نام بیمار
- ۸-۲- در صورت استفاده از دفترچه بیمه گر پایه درج مبلغ ویزیت در دفترچه و تأیید و امضاء پزشک معالج الزامی است.

۹) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه های فیزیوتراپی :

- ۹-۱- فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات فیزیوتراپی
 - ۹-۲- دستور پزشک متخصص معالج ذریبط با ذکر تعداد جلسات و ناحیه مورد فیزیوتراپی.
 - ۹-۳- تأییدیه انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپیست.
- توضیح : پرداخت هزینه فیزیوتراپی برای هر ناحیه تا ۱۰ جلسه قابل پرداخت میباشد. پرداخت هزینه فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه و یک ناحیه به بالا میباشد قبل از اقدام به انجام فیزیوتراپی با همراه داشتن مدارک مثبته (به شرح فوق) به تأیید پزشک معتمد شرکت بیمه دانا رسانده و پس از تأیید ایشان مورد محاسبه و در وجه بیمه شده پرداخت گردد.

۱۰) مستندات لازم جهت بررسی و پرداخت استناد جراحی های مجاز سرپایی :

- ۱۰-۱- ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر اندازه ، محل ضایعه و کپی جواب پاتولوژی بابت اکتیزبون لیوم .
- ۱۰-۲- ارائه گواهی پزشک معالج بابت اندازه ، میزان و یا عمق پارگی ، محل آناتومیکی دقیق پغیه و یا تعداد پغیه های انجام شده .
- ۱۰-۳- در خصوص شکستگی و گچ گیری ، ارائه گواهی پزشک معالج با قید نوع شکستگی ، محل شکستگی ، نوع گچ گیری به همراه گرافی مربوطه در ضمن هزینه وسایل مصرفی گچ ، ویبریل و باند بر اساس فاکتور خرید معتبر قابل پرداخت میباشد .
- ۱۰-۴- در خصوص کرایو و لیزر نیز ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر قید تعداد ضایعه ، محل آنها و نوع آنها مواردی که جنبه زیبایی دارد در تعهد نمی باشد در مورد لیزر چشم گواهی پزشک معالج و کپی گزارش الزامی میباشد .
- ۱۰-۵- در خصوص تخلیه کیست یا دورناز گواهی پزشک معالج با قید اندازه ، محل آناتومیکی الزام بوده و در صورت ارسال به پاتولوژی جواب آن نیز ارائه گردد .

(۱۱) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه سمک :

- ۱-۱- دستور پزشک متخصص ENT (گوش، حلق و بینی)
- ۱-۲- نوار گوش و ادیومتری (ارائه شنوایی سنجی با کاهش حداقل ۳۰ دسی بل در شنوایی ضروری است)
- ۱-۳- فاکتور معتبر جهت هزینه سمعک بر اساس دستورالعمل الزامات عمومی فاکتور و پیش فاکتور تجهیزات پزشکی، اداره کلی تجهیزات پزشکی می باشد.
- ۱-۴- الزام ارائه فیزیک سمعک به همراه کارت گارانتی به کارشناس بیمه و مطابقت مدل مندرج روی سمعک با مدل سمعک مندرج در فاکتور.

(۱۲) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت اسناد دارویی :

نسخه پزشک (در صورتی که دارو آزاد باشد و در دفترچه نوشته شده باشد ارائه برگه سبز دفترچه معذور به مهر پزشک دارای تاریخ و مهر داروخانه به همراه پرینت ریز دارو که در آن دارو و قیمت به تفکیک قید گردیده، الزامی است در صورت استفاده از دفترچه و اخذ سهم بیمه پایه برگه دوم دفترچه حاوی اطلاعات قیمت دارویی به تفکیک هر قلم و مهر داروخانه الزامی است.)

در صورتیکه در سر نسخه پزشک دارو تجویز گردیده است نسخه می بایست دارای اطلاعات کامل بیمار، تاریخ مهر، پزشک و مهر داروخانه که قیمت دارو در آن به تفکیک قید گردیده و یا پرشت دارو معهود به مهر داروخانه باشد.

تبصره: در صورت حذف دفترچه بیمه پایه ارائه سرنسخه دارای کد ملی و فاکتور پرداخت هزینه الزام می باشد.





قرارداد

شماره: ۱۹۰۰/۲۷۳۰۹۲۹۱

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۸/۳۰

پیوست: ۱



بیمه نامه درمان گروهی

این بیمه نامه فیما بین شرکت سهامی بیمه دانا شعبه گنبد کاووس و شرکت/سازمان/ دانشگاه گلستان که به موجب پیشلهاد کتبی (که جزو لاینفک بیمه نامه است) به شماره ۹۷۲۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۷/۲۶ که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گزار نامیده میشوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران به شرح ذیل منعقد میگردد:

مشخصات قرارداد

شماره سریال بیمه نامه: ۳۳۰۱/۷۵/۱۴۹۹/۱۴۰۰/	تاریخ صدور: ۱۴۰۰/
تعداد بیمه شدگان: ۵۰ نفر	تاریخ شروع: ۱۴۰۰/۰۸/۰۱
شماره سریال بیمه نامه دوره قبل: ۳۳۰۱/۷۵/۱۴۹۹/۹۹/۳	تاریخ انقضاء: ۱۴۰۱/۰۸/۰۱
تأمیندگی: حمیدرضا رجایی	کد: ۱۴۹۹

مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا	شماره ثبت: -
نشانی بیمه گر: گنبد کاووس - بلوار ۷ شهریور غربی بعد از چهارراه نامجو	کد پستی: ۴۹۱۷۹۳۷۱۶۷
تلفن و فاکس: ۳۳۳۳۳۳۱۱ - ۳۳۳۳۳۳۲۲	شناسه ملی: ۱۰۱۰۰۶۴۱۹۶۶
شماره اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۴۵۵۱۵۹	

مشخصات بیمه گزار

نام بیمه گزار: دانشگاه گلستان (طرح ۲)	شماره ثبت: ۶۵۸۲
نشانی بیمه گزار: گرگان - خیابان شهید بهشتی دانشگاه گلستان	کد پستی: ۴۹۱۷۹۳۶۹۷
تلفن و فاکس: ۰۱۷۳۲۲۲۹۰۶۸	شناسه ملی: ۱۴۰۰۴۷۸۷۴۸۸
شماره اقتصادی: ۴۱۱۴۸۶۱۷۷۸۳۷	



بخش اول - (شرایط خصوصی)

ماده ۱) - حق بیمه

حق بیمه ماهانه هریک از کارکنان و افراد تحت تکفل با احتساب ۹٪ مالیات و عوارض برارزش افزوده به مبلغ ۱,۴۱۷,۰۰۰ ریال تعیین می گردد، از مبلغ مذکور به تفکیک - مبلغ ۱,۳۰۰,۰۰۰ ریال بابت حق بیمه مصوب و مبلغ ۱۱۷,۰۰۰ ریال بابت ۹٪ مالیات و عوارض برارزش افزوده (۶٪ مالیات و ۳٪ عوارض) خواهد بود. بدین ترتیب حق بیمه صادره یکساله با توجه به تعداد بیمه شدگان در بنو قرارداد با احتساب ۹٪ مالیات و عوارض برارزش افزوده به مبلغ ۸۵۰,۲۰۰,۰۰۰ ریال تعیین می گردد.

ماده ۲) - روش پرداخت حق سعه

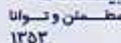
مبلغ ۷۰.۸۵۰.۰۰۰ ریال از حق بیمه به هنگام امضاء و مبادله قرارداد توسط بیمه گزار پرداخت و مابقی آن در ۱۱ قسط مساوی هر قسط به مبلغ ۷۰.۸۵۰.۰۰۰ ریال در سررسیدهای ۱۴۰۰/۹/۱ لغایت ۱۴۰۱/۷/۱ در وجه شرکت بیمه دانا به شماره حساب ۴۶۰۱۹۳۱۶ به‌جده بانک ملت به‌کد شعبه فردوسی شعبه تهران حق بیمه منسوب پرداخت و رسید آنرا به بیمه گر تسلیم نمایند.

ماده ۳) - دوره انتظار،

دوره انتظار برای تعهد زایمان (اغم از طبیعی و سزارین) ۶ ماه و در خصوص بیمارهای مزمن (موضوع بند ۷-۷ ماده ۷ از بخش شرایط خصوصی) ۲ ماه می باشد.

ماده ۲) - مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال کامل شمسی است که از صفر باامداد مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۰۱ شروع و در ساعت صفر باامداد مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۰۱ خاتمه می یابد.



عاده ۵) - تعهدات بسمه گز :

شماره :

بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گزار متعهد است هزینه تشخیصی - درمانی بیمه شدگان را مطابق شرایط ذیل جبران نماید تاریخ :

ردیف	سقف تعهدات بیمه گر	سقف تعهد		فرمانده
		بیمه گر	تعداد برای نفر	
۱	چگون هزینه های بستری ، جراحی و اعمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۲	چگون هزینه های شیمی درمانی ، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب حفر و اعصاب مغز و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گشائیدگی ، پیوند کلیه ، پیوند ریه ، پیوند مفاصل استخوان و ارتوپلاستی غروقی کمر و غروقی داخل مغز	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۳	چگون هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۴	چگون هزینه درمان نازایی و نابریزی شامل اعمال جراحی مرتبط : IUI , Gift Zift , IVF میکروپایندگشن و IVF	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۵	چگون هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل : انواع رادیوگرافی ، آئیزوگرافی غروقی محیطی ، آئیزوگرافی چشم ، سونوگرافی ماموگرافی ، فوایج اسکن ام آرآی، پریشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیواکتیو) و داسیتوستری	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۶	چگون هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل : انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و غروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، فوایج هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آلتیز پیس میکر ، EECG ، تست تنفس) خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپریمتری و PFT) خدمات تشخیصی الکتروميوگرافي و هدایت عصبي NCV ، EMG ، الکتروسالفوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی پرودیلیمیک (نوار مثله) ، خدمات تشخیصی و پروتوزشی چشم مانند اپتامتری ، پرسیزری ، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنتی (انواع ادیومتری ، کاردرمانی و گفتار درمانی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۷	چگون هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل : انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی تست های آلزایمر) و فیزیوتراپی	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۸	چگون هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل : تست های غربالگری جنین (مارکهای جنینی و آزمایشات رتیک جنین)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۹	چگون هزینه های اعمال مجاز سرطانی مقصد شکستگی و فر رفتگی ، معج گیری ، ختنه بخیه ، کرایوتراپی ، آستیزن لیبوم ، بیوسی ، تخلیه کیست و لیژدرمانی ، تزریقات و پیشمان (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پوست ۱ می باشد)	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۱۰	چگون هزینه جراحی مربوط به رفع عيوب قفساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مراجعه نزد یکبینی ، دوربینی ، استجماتسم یا مجموع قدر مطلق نفس بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد .	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۱۱	چگون هزینه های ویژه ، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً "مارک برسهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۱۲	چگون هزینه های سرپایی و بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه هزینه های دندان پزشکی شامل : کشیدن ، جرمگیری ، بوساز ، پر کردن ، درمان ریشه ، روکش ، اورتودنسی ، ایمپلانت و دست دندان مصنوعی (به استثنای دندان مصنوعی برای والدین) هزینه های دندان پزشکی صرفاً بر اساس تعرفه سابقه سندیکای بیمه گران پرداخت خواهد شد	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۱۳	چگون هزینه مربوط به خرید شبکه طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی و یا اپتامتریست	۶,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۱۴	چگون هزینه مربوط به خرید سمعک	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۱۵	چگون هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۱۶	هزینه تهیه (روتز /طبق تعرفه وزارت بهداشت) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	۴,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۱۷	چگون تداوری بستری های خاص و صعب العلاج در سقف جراحی عمومی	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
۱۸	هزینه آمبولاس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	۲,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰
	بین شهری	۴,۰۰۰,۰۰۰	•	۲۰



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

۵-۱) جمع تعهدات بیمه گر در خصوص هزینه های بیمارستانی اعم از جراحی تخصصی، جراحی عمومی و درمان طبی و همچنین هزینه های آمبولانس (درون شهری و برون شهری)، حداکثر معادل سقف جراحی تخصصی خواهد بود.

۵-۲) هزینه های دندان پزشکی براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که سالانه سندیگای بیمه گران ایران یا هماهنگی شرکت های بیمه، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می نمایند.

۵-۳) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج جبران می گردد.

۵-۴) بیمه گر تعهد می نماید از تاریخ دریافت کتبه اسناد و مدارک هزینه درمانی بیمه شدگان که فاقد نقص مندرک بوده باشد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

۵-۵) بیمه گر خسارات (هزینه های) مربوط به کارکنان یا تابعیت غیر ایرانی را تنها در صورتی پرداخت می نماید که دارای مجوز قانونی اقامت با حق کار مشخص و پروانه کار بوده باشند.

ماده ۶ - وظایف بیمه گزار و بیمه شده

۶-۱) بیمه گزار می بایست حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد (منظور زمان اعضاء و تأیید قرارداد) لیست اسامی و مشخصات نهایی بیمه شدگان را مطابق با لیست بیمه گر پایه به صورت یکجا و بطور خوانا و بدون قلم خوردگی که حاوی اطلاعاتی از جمله: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز گاه، سال، شماره حساب بیمه شده اصلی، شماره شید، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با بیمه شده اصلی، جنسیت، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه گران پایه باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه لوح فشرده حاوی اطلاعات مذکور) و پس از مهر و امضای اتمام نامه رسمی یا ذکر تعداد بیمه شدگان اصلی و تحت تکفل و غیر تحت تکفل جهت بیمه گر صرفاً طی یک مرحله با درج شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی به بیمه گر تسلیم نماید. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، برقراری پوشش جهت افراد که از سوی بیمه گزار تحت عنوانی از جمله از قلم افتاده اعلام می گردد قابل بررسی و انجام نمی باشد.

۶-۲) اعلام تغییرات ناشی از افزایش بیمه شدگان، صرفاً شامل افراد جدید استخدام، انتقالی، مأمورین، فرزندی که در طول قرارداد بدینا می آیند و همسر بیمه شدگان که در طول مدت قرارداد ازدواج می نمایند، خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه و...) از سوی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ وقوع موارد فوق الذکر طی نامه کتبی و معتبر به بیمه گر تسلیم گردد.

۶-۳) اعلام تغییرات ناشی از کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد، صرفاً شامل افراد مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی، اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبت (مانند حکم قطع همکاری، حکم انتقال و...) طی نامه کتبی و معتبر میسر خواهد بود.

نیمه پند ۶-۳: حق بیمه بیمه شدگان در صورت دریافت خدمات (اخت خسارت، اخذ معرفی نامه و ثبت هزینه در گزردگی) قابل برگشت نبوده و بیمه گزار موظف به پرداخت آن تا پایان قرارداد می باشد.

تقصیر بند ۲-۶ و ۳-۶: شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید - اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گزار و در مورد حلف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گزار می باشد. در ضمن حق بیمه برگشتی مشروط به عدم دریافت خسارت - ناشی از مرفقیان و عدم ثبت تحول مدارک در کاردکسی نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گزار محاسبه و اعمال خواهد شد.

۴-۶) در صورت تشخیص و صلاحیت پزشک و دندان پزشک معتمد بیمه گرمینی بر ضرورت معاینه بیمار جهت پرداخت خسارت مربوطه در هر مقطع زمانی، بیمه شده و بیمه گذار موظفند در این خصوص همکاری های لازم را به عمل آورند.

۵-۶) مهلت تحویل استاد و مدارک مربوط به هزینه های درمانی موضوع این قرارداد از سوی بیمه شده و یا بیمه گزار - شش ماه از تاریخ انجام آن و حداکثر تا سه ماه پس از انقضاء و یا فسخ قرارداد می باشد. براین اساس پس از سبوری شدن مهلت مذکور بیمه گر هیچ گونه تمهیدی نسبت به پذیرش، بررسی و پرداخت هزینه های درمانی نخواهند داشت.

۶-۶) نوزادان به محض تولد تحت پوشش می باشند مشروط به اینکه بیمه گزار حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز از تاریخ تولد تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقیه برقراری پوشش طی نامه کتبی معتر به بیمه گر تسلیم نماید.

۶-۷) حق بیمه شدگانی که درخواست انصراف از پوشش را داشته باشند به هیچ وجه قابل برگشت نبوده و بیمه گذار متعهد به پرداخت آن می باشد.

۸-۶) بیمه شدگانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام کتبی آنها طرف مدت حداقل یک ماه توسط بیمه گزار از تاریخ مرخصی بیمه گر و پرداخت یکجای کلیه حق بیمه های مربوطه حداقل تا ۱۵ روز پس از اعلام کتبی. مرخصی نداشتن تا اقسای بیمه نامه تحت پوشش باقی میماند.

۹-۶) بیمه‌گذار می‌بایست یکماه پس از تاریخ صدور الحاقیه اضافی مبلغ حق بیمه اضافه شده را به بیمه‌گر پرداخت نماید و چنانچه الحاقیه صادره مورد قبول بیمه‌گذار واقع نگردد در مدت یاد شده فرصت خواهد داشت که کتباً اعتراض خود را با ارسال مدارک مثبت به بیمه‌گر اعلام نماید در غیر اینصورت الحاقیه صادره مورد قبول تلقی شده و بیمه‌گذار موظف به پرداخت حق بیمه صادره با رعایت ماده ۱ و ۳ شرایط خصوصی خواهد بود.

۱۰-۶) چنانچه بیمه شدگان معرفی‌نامه دریافتی جهت بهره‌مندی از خدمات مراکز طرف قرارداد بیمه دانا را استفاده نمایند می‌بایست نسبت به عودت آن (جهت حذف از سوابق درمانی بیمه شده) حفاظت طرف مدت یکماه از تاریخ صدور اقدام نمایند در غیر اینصورت مسئولیت هر گونه استفاده از معرفی‌نامه بعد از بیمه شده بوده لذا بیمه‌گر موظف می‌باشد موضوع مذکور را به اطلاع بیمه شدگان برساند.

۱۱-۶) بیمه شده و بیمه گزار موظفند در خصوص اعمال مربوط به جراحی فتق نالی و شکمی (هرتی) - جراحی کاهنده سینه (ماموپلاستی) - و آلان معده، چاقی مفرط (اسلیو معده و بایپس معده) - انحراف بینی (سیتوپلاستی) - افتادگی پلک چشم (پلاروپلاستی) - بیماری های مربوط به رقع عیوب لکساری چشم - رتیکو ماستی و استراییسم - قبل از هرگونه اقدام - توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردیده و در صورت تأیید اقدام به درمان نمایند، در غیر اینصورت بیمه گر هیچگونه پرداخت هزینه های مذکور نخواهد داشت.

۱۲-۶) بیمه گزار موظف می باشد مستندات و مدارک مورد نیاز جهت دریافت معرفینامه و خسارت اسناد متفرقه (مستقیم) شرح (پیوست ۲) را در اختیار کارکنان تحت پوشش درمان تکمیلی قرار دهد.



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

۱۳-۶) در صورت تغییر درآمد مالیات و عوارض بر ارزش افزوده طبق رای مراجع ذیصلاح قانونی، بیمه گزار موظف به اقدام بر طبق رای صادره می باشد.

۱۴-۶) چنانچه موارد ذکر شده در قرارداد و یا ملحقاتیکه بهنام و در صورت لزوم صادر خواهد شد با نظر بیمه گزار طبق تقاضا مطابقت نداشته باشد بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تصحیح آنها را تقاضا نماید، در غیر اینصورت مراتب تأیید شده تلقی خواهد شد.

۱۵-۶) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی، موضوع این قرارداد، در صورت نیاز، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گزار در رابطه با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ می باشد و بیمه گزار موظف است در این زمینه همکاریهای لازم را بعمل آورد.

ماده (۷) - سایر شرایط قرارداد

۱-۷) جبران هزینه های درمانی مربوط به حادثه تصادف با وسائط نقلیه صرفاً در صورتیکه بیمه شده مقصر حادثه بوده باشد یا ارائه گزارشی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و رعایت سایر مفاد صورت خواهد پذیرفت.

۲-۷) فرزندان ذکور مجرد و والدین غیر تحت تکفل کارکنان شافل (موت و مذکر) با پرداخت حق بیمه اضافی و صرفاً در ابتدای قرارداد و با شرایط پیش بینی شده در این قرارداد، میتوانند تحت پوشش قرار گیرند.

۳-۷) کلیه کارکنان شافل موت می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه اضافی و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.

۴-۷) 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 دکترا حداکثر تا سن ۲۶ سال تمام)

۵-۷) فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام با پرداخت حق بیمه اضافی و صرفاً در ابتدای قرارداد می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

۶-۷) چنانچه سلف سنی بیمه شدگان در طول مدت قرارداد کمال گردد تمهید بیمه گر مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد بقوت خود باقیست.

۷-۷) بیماریهای مزمن از قبیل: فتق، لوزه و گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماریهای تنوعیلاستیک، پواری، انحراف بینی و سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، نارسایی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، ماستوییدکتومی، کاتاراکت، امراض مزمن قلبی، عروقی، دیابت، (به استثناء موارد اورژانسی که متعجب به بستری بیمار در سی سی یو، آی سی یو بشود) می باشد.

۸-۷) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد. پدیهی است هنگام حذف بیمه شده به هردلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه و در صورت دریافت خدمات تا پایان قرارداد اخذ میگردد.

۹-۷) به موجب ماده ۲۲ قانون بیمه، بیمه گر نسبت به حق بیمه در مقابل هرگونه طلبکاری برمال بیمه شده و یا بیمه گزار حق تقدم دارد حتی اگر طلب سایرین بموجب سند رسمی باشد.



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

۷-۱۰) فرزندان موث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش این قرارداد هستند.

۷-۱۱) فرزندان موث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بشرط عدم اشتغال بکار تحت پوشش میباشند.

۷-۱۲) پوشش بیمه ای فرزندان معلول ذهنی و جسمی کارکنان تحت پوشش، بدون در نظر گرفتن شرط سنی یا ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح همانند سایر بیمه شدگان بیمه خواهند بود (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

۷-۱۳) چنانچه کارکنان شامل در طول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده گردند ادامه پوشش آنان به همراه اعضاء خانواده یا درخواست بیمه گزار یا در حالت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجا پلاسمع خواهد بود.

۷-۱۴) حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین، برای بیمه گر و بیمه گزار محفوظ است.

این قرارداد که دارای بخش اول (شرایط خصوصی) مشتمل بر ۷ ماده و ۲ تبصره به اقسام بخش دوم (شرایط عمومی) پیوست مشتمل بر ۲۰ ماده و ۳ تبصره می باشد در دو نسخه متحد الاشکل تنظیم و امضاء گردیده و هر دو نسخه حکم واحد را داشته که تمامی صفحات آن توسط بیمه گر و بیمه گزار مهر و امضاء می گردد.

بیمه گر
شرکت سهامی بیمه دانا
وحد مقتاعدی یاسر مفید کوچک
مجری قرارداد
حمید صابویی
شعبه گنبد
Dana insurance
نایب رییس که ۱۳۱۱



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

بخش دوم - (شرایط عمومی)

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

ماده ۱ - تعریف بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا که جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۲ - تعریف بیمه گزار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که متعهد به پرداخت حق بیمه است و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۳ - بیمه گر پایه: سازمانی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات موظف به ارائه خدمات بیمه درمان پایه هستند.

ماده ۴ - گروه بیمه شدگان: کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گزار که به طور تمام وقت در استخدام بیمه گزار می باشند به همراه اعضای خانواده شان که بیمه گزار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

۴-۱) بیمه گر می تواند کارکنان بازداشت بیمه گزار را صرفاً "در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

۴-۲) خانواده: منظور از خانواده عبارتست از همسر کارکنان شاغل بیمه گزار بعنوان سرپرست خانواده و همسر و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.

۴-۳) پوشش بیمه ای بیمه شدگان کمتر از ۱۰۰۰ نفر حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام می باشد. لکن در خصوص افراد بالای ۶۰ سال بیمه گر می تواند با افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد در صورتیکه سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

۴-۴) ادامه پوشش بیمه ای برای بازماندگان بیمه شده اصلی متوفی، بشرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجا به قوت خود باقی خواهد بود.

۴-۵) کارکنان شاغل بیمه گزار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه سلامت یا سازمان تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی یا نیروهای مسلح و یا هر سازمانی که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند باشند.

ماده ۵ - موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به تریسی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۵-۱) بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی که به تشخیص پزشک موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.





قـرارداد

مطابق با قانون بیمه اجباری : عبارت از هر گونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده منجر به جرح - نقص عضو یا کار ناتوانی و یا فوت

تاریخ :

بیمه شده گردد.

ماده ۶ - خسارت ارزیابی شده : مبلغی است که پس از بررسی اسناد و اعمال شرایط بیمه نامه و هم چنین اعمال تفرقه های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی

تعیین میگردد.

ماده ۷ - خسارت قابل پرداخت : مبلغی است که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

ماده ۸ - فرانشیز : سهم بیمه شده یا بیمه گز از خسارت ارزیابی شده که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین شده و تأمین آن به عهده بیمه گزار یا

بیمه شده میباشد.

۱-۸) در صورتیکه بیمه گر پایه از پرداخت سهم خود به هر دلیلی خودداری نماید کلیه هزینه های درمانی در تعهد بیمه گر ضمن اعمال تفرقه مصوب قانونی مراجع ذیصلاح، پس از کسر فرانشیزهای مندرج در این قرارداد از خسارت ارزیابی شده، محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۲-۸) در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در قرارداد باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۹ - حق بیمه : وجهی است که بیمه گزار ابتدا باید در مقابل تعهدات بیمه گر بردارد و نحوه پرداخت آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین و توافق شده است. به طوریکه در صورت تاخیر و یا امتناع از پرداخت آن قرارداد از سوی بیمه گر بدون نیاز به اعلام به حالت تعلیق درآمد و خسارت و هزینه های درمانی بیمه شدگان در مدت تعلیق پرداخت نخواهد شد.

ماده ۱۰ - دوره انتظار : مدت زمانی است که از تاریخ شروع پوشش بیمه ای بیمه شده آغاز می گردد و تا مدت معینی (که در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین گردیده) ادامه می یابد و بیمه گر هیچگونه تعهدی در خصوص پذیرش، بررسی و پرداخت خسارات درمانی واقع شده در مدت زمان تعیین شده را برای بیمه شدگان مشمول ماده مذکور نخواهد داشت لذا جریان خسارتهای درمانی رخ داده در آن مدت از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد.

۱-۱۰) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه گر باشد و یا بلافاصله بعد از انقضای ترخیص بیمه گر دیگر در این شرکت منعقد شود بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بموقع و طی نمودن دوره انتظار بطور کامل، مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

۲-۱۰) در صورتیکه شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه گر دیگر باشد ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگان که به تأیید بیمه گر قبلی رسیده باشد الزامیست.

ماده ۱۱ - اعمال جراحی Day Care : به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک شبانه روز باشد.

ماده ۱۲ - بیماری : که با معرفی نامه کتبی بیمه گر یا از طریق سلمه سید از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه ناما استفاده می نمایند صورت حساب براساس قرارداد فی مابین با مراکز فوق الذکر مورد رسیدگی قرار میگیرد 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 صورت حساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گر پایه رسیده باشد را به ضمیمه تصویر اسناد دریافتی معتبر یا سند فیش واریزی مربوطه و تصویر دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) به همراه درخواست کتبی بیمه گزار و یا کارت درمانی معتبر بیمه ناما جهت دریافت اعزاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نمایند.



قرارداد



مطابق ماده ۱۳۵۲ بیمه دانا

تاریخ

پیوست

ماده ۱۳- هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور یا تشخیص پزشک معالج بیمه شده و یا تأیید قبلی کمیسیون پزشکی بیمه گر به خارج اعزام میگردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در سورنیکه سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه ، صورتحسابهای هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد به ریال پرداخت خواهد شد در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه‌های انجام شده براساس بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره: میزان خسارت هزینه های مشمول ماده مذکور بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۴- بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به اقسام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده در حالت و به بیمه گر تسلیم نماید . لذا چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه براساس تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر یا مرکز درمانی مربوطه رسیدگی خواهد شد و در صورتیکه بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه براساس تعرفه های قانونی مصوب شده از طرف مراجع ذیصلاح جهت آن مرکز تشخیصی- درمانی در زمان تحقق هزینه ها رسیدگی خواهد شد .

۱-۱۴) بیمه گزار و یا بیمه شده موظفاند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کنند.

۲-۱۴) چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هر کدام از شرکت‌های بیمه مخیر است. لذا در صورت استفاده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گر ها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۵- اصل حسن نیت: بیمه گزار 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 گزار در پاسخ به پرسش‌های بیمه گر عمداً و یا سهواً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً و سهواً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده با اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گزار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقاء کند یا آن را فسخ نماید .





قرارداد



بیمه دانا
مطمئن و پویا

هرگاه ثابت شود که بیمه شده عملاً و یا سهواً 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 ایست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر معقوبت و جبران خسارت را
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،
بیمه است :
نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۱۶ - در موارد پیش بینی نشده در این قرارداد، بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد (در صورت ایجاد ابهام در تفسیر مفاد قرارداد)

ماده ۱۷ - ارجاع به داور: بیمه گر یا بیمه گزار می توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داور یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داور، طرفین می توانند یک نفر داور مرضی طرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی طرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب داور سوم را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داور می کنند هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

ماده ۱۸ - استثنائات: هزینه های درمانی موارد زیر و یا ناشی از موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

- ۱- عیوب مادرزادی، مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۲- اعمال جراحی که به منظور زیبائی انجام میشود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی یا تشخیص پزشک معالج.
- ۴- جنگ، شورش، آتشش، بلایا، اعتصاب، قیام آشوب کودتا و انفجارات احتیاطی، مقررات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.
- ۵- حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل و آتشفشان.
- ۶- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۷- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
- ۸- جنون و بیماری های سایکوتیک در صورت عدم پوشش هزینه های بستری بیماری های روان پریش.
- ۹- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۰- ترک اعتیاد.
- ۱۱- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۲- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر در سقف تعهد پایه قابل جبران می باشد.
- ۱۳- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.



چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

تاریخ :

..... ریونیست ۱

۱۵- هزینه‌های مربوط به رفع معلولیت ذهنی و ارتقاء افتادگی کلی.

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

۱۱- علرض مستقيم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

۱- هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی (تحت عنوان پروتزهای خارج از بدن)

۱۰- سیمارهای فراگیر (ایستمری)

۲۰- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

۲- هزینه های مربوط به اعمال جراحی غیر معجز در مطب (شرح پیوست یک بیمه نامه)

۲۲- هزینه نگهداری بیمارستان روان پریش

ماده ۱۹ - شرایط قسح قرارداد از سوی طرفین مطابق آئین نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه بشرح ذیل می باشد.

الف) موارد فسخ از طرف یسه گر:

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

۲- هرگاه بیمه گزار سهواً و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که درنظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گزار با افزایش حق بیمه .

(ب) موارد فسخ از طرف بیمه گزار :

۱) در صورتیکه خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۱- انتقال پور نفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل .

۲- در صورت توقف فعالیت بیمه گزار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

(ج) نحوه قضا :

۱. در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گزار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک

ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بینه مجاز فسخ شده تلقی می گردد.

۱- بیمه گزار می تواند با تسلیم درخواست کسی به بیمه گر، فتح بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور با تاریخ موثری که

در درخواست معین شده است، پیجه نامه فتح شده تلقی می گردد.



شعبه گنبد

Dana insurance

سطحین و در نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ :

1202

شماره :

تاریخ :

میسٹ : ++++++

۲- در صورت فسخ بیعه نامه از طرف بیعه مجزور، حق بیعه تا زمان فسخ براساس حق بیعه همراه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهند شد). در صورتی

که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد. - بیمه گزار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا مزیلی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. - بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۲۰ - شرایط تمدید بیمه نامه : تمدید بیمه نامه برای سالهای بعد با توافق طرفین و پس از اخذ درجالت کتبی بیمه گزار انجام خواهد شد.

شایان ذکر است در صورت تغییر آدرس و کد پستی مراتب می بایست به صورت مکتوب اعلام تا نسبت به صدور الحاقیه و انجام تغییرات اقدام گردد.

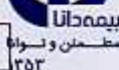
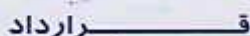
محمد عمر
شركت سهامی بیمه داتا
وحد متقاعدى
ياسر مفيح كوچك

مجموعی قرار داد
حصص شرکت رجبی

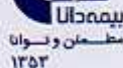
شعبه گنبد
Dana Insurance

ایسٹ کی ریجی کے ۱۴۱۱

نیو ست یک : فهرست اعمال غیر محاز در مطب



پیوست ۲ - مستندات و مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه و دریافت خسارتهای مستقیم (متمم)



(۱) -مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت آنلاین :

(۲) -مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت مراجعہ بہ شعبہ دانا :

- گواهی پزشک معالج مبنی بر ذکر نوع بیماری و تشخیص اولیه، نام مرکز پزشکی مورد نظر و تاریخ دقیق بستری.

- اصل شناسنامه فرزندان ائات بالای ۱۷ سال (کنترل عدم تاهل)

۱-۳- جراحی های انحراف بینی (سپتوپلاستی)

۲-۲- رفع عیوب انکساری چشم مانند لازک، لیزیک و PRK و ...

۲-۳-۳- ماموپلاستی کاهنده

۳-۴- کلیه اعمال جراحی که جهت کاهش وزن مانند اسلیو و بای پس انجام می گردد.

۵-۳- بلفاروبلاستی یا افتادگی پلک

۶-۳- استراییسم (انحراف چشم)

۷-۳- فتق (هرنی) شکمی

۸-۳- ارتودنسی

۹-۲- ژنیکوفاستی

(۴) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت صورتحساب بیمارستانی :



شماره ۱

۴۰ تصویر صفحه اول دفترچه بیمار.

۲-۴ اصل یا تصویر (یا رعایت تبصره ۱ ذیل بند ۱۰-۴) صورتحسابهای بیمارستانی معهور به مهر بیمارستان که آن هزینه تخت روز (هتلینگ)، اتاق عمل، همراه، دارو، آزمایش، لوازم مصرفی، و تشکیل پرونده درج گردیده است. پیوست ۱

۲-۴ اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان معهور به مهر بیمارستان که در آن حق العمل جراح، کمک جراح، بیهوشی، مشاوره و ویزیت درج گردیده است.

۴-۴ اصل یا تصویر گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی).

۵-۴ اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور.

۶-۴ اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل.

۷-۴ اصل یا تصویر ریز یا قبوض آزمایشات، رادیولوژی و ...

۸-۴ اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتژها (معهور به مهر جراح، اتاق عمل مبنی بر استفاده پروتز)

۹-۴ اصل یا تصویر برگه سیر بیماری و یا order دارویی جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت.

۱۰-۴ در صورت انجام رادیوتراپی اصل یا تصویر صورتحساب مرکز معهور به مهر پزشک معالج و به همراه کارت درمان که شامل تعداد جلسات انجام رادیوتراپی، تعداد فیلدهای درمانی و نوع فیلدها.

تبصره ۱: تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده در بند ۲-۴ الی ۱۰-۴ قسمت الف صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمانها از جمله تصویر چک برابر اصل شده یا فیش واریزی آن سازمان معتبر می باشد. در غیر این صورت باید اصل مدارک دریافت گردد. (در خصوص ریز دارو، آزمایش، گزارشها و ... دریافت تصویر پلامانع است).

تبصره ۲: اصل صورتحسابها یا تصاویر آن می بایست بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد و در صورت وجود اینگونه موارد می بایست توسط حسابداری بیمارستان یا مراکز انجام دهنده خدمات تصحیح و معهور به مهر و امضا گردد.

۱۱-۴ ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپالوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی

۱۲-۴ ارائه گزارش CT SCAN بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانازال.

۵) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه پاراکلینیکی و سربائی:

۱-۵ اصل قبض پرداختی

۲-۵ تصویر گزارش (Report) خدمات پاراکلینیکی و برگه درخواست پزشک معالج معهور به مهر نظام پزشکی.

تبصره ۱: در خصوص هزینه های دارای کلیشه (مانند: سی تی اسکن، ام آر آی و ... رویت کلیشه و درج آن در قبض پرداختی توسط پزشک معتمد شعبه کفایت می کند).

تبصره ۲: در صورتیکه بیمار از مراکز طرف قرارداد بیمه پایه استفاده نموده و سهم بیمه پایه نیز از کل صورتحساب کسر گردیده باشد مدارک درمانی پس از کسر هزینه های خارج از تعهد بدون کسر فرانشیز قابل بررسی و پرداخت می باشد.

(۶) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه عسک :

۱-۶- اصل فاکتور معتبر عینک فروشی:

۲-۶- نسخه مینک که حاوی نعره و شعار چشم و مظهر به مهر متخصی چشم بز شک یا ابتوت بست باشد.

۳-۶- در موارد خاص حسب ضرورت معاینه بیمه شدگان در محل شعبه ارائه دهنده خدمات یا هماهنگی بیمه گزار.

تصویر: پریست تعیین توره چشم بیمار توسط پزشک و اپتومتریست با قید مشخصات بیمار (تاریخ ، نام بیمار و مهر پزشک) مورد تأیید قرار گیرد.

(۷) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی:

۷-۱- اصل نسخه دندانپزشک ممهور به مهر دندانپزشک و خدمات انجام شده به تفکیک به همراه شماره دندان

۲-۷- الصاق مدارک و جغرافیای های مورد نیاز و یا در صورت نیاز به تأیید و یا معاینه توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر بابت خدمات به شرح ذیل :

ارتودنسی : ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری ، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از جساتدن براکت ها و تحویل پلاک

ابجلینت: ارائه رادیوگرافی پانورکسی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان

فضا نگهدارنده اطفال : معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان

روکش استیل : معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان

بست ریختگی: ارائه رادیوگرافی بعد از درمان

روکش: برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان

نایت گارد: ارائه فوتوگرافی پس از درمان

۱- مراز طرف قرار داد: معاینه بیمار قبل از درمان و معاینه یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان ۲- خسارت

متفرقه : معاینه بیمار پس از درمان

درمان ریشه : رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت

شماره ۱۰۰

تاریخ :

ليو قسطنطين

جراحی های تنه: مگرانی قبل از درمان

جراحی نهفته در نسخ نرم وسخت: ارسال رادیوگرافی قبل از درمان

(۸) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه ویزیت :

۸-۲- درج مبلغ ویزیت دوسر نسخه پزشک معهود به مهر پزشکی و با قید تاریخ و نام بیمار

۲-۸- در صورت استفاده از دفترچه بیمه گر پایه درج مبلغ ویزیت در دفترچه و تأیید و امضاء پزشک معالج الزامی است.

۹) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه های فیزیوتراپی:

۹-۱- فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات فیزیوتراپی

۹-۲- دستور پزشک متخصص معالج ذی‌ربط با ذکر تعداد جلسات و ناحیه مورد فیزیوتراپی.

۳-۹- تأییدیه انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپیست.

نمونه : پرداخت هزینه فیزیوتراپی برای هر ناحیه تا ۱۰ جلسه قابل پرداخت میباشد. پرداخت هزینه فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه و یک ناحیه به بالا میباشد قبل از اقدام به انجام فیزیوتراپی با همراه داشتن مدارک مثبته (به شرح فوق) به تأیید پزشک معتمد شرکت بیمه دانا رسانده و پس از تأیید ایشان مورد محاسبه و در وجه بیمه شده پرداخت گردد.

۱۰) مستندات لازم جهت بررسی و پرداخت اسناد جراحی های محاز سرایی :

۱۰-۱- ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر اندازه، محل ضایعه و کیوی جواب پاتولوژی بابت اکتیزه یون لیوم.

۱-۲- ارائه گواهی پزشک معالج بابت اندازه، میزان و یا عمق پارگی، محل آناتومیکی دقیق بخیه و یا تعداد بخیه های انجام شده.

۱۰-۳- در خصوص شکستگی و گچ گیری، ارائه گواهی پزشک معالج با قید نوع شکستگی، محل شکستگی، نوع گچ گیری بهمراه گرافی مربوطه در ضمن هزینه وسایل مصرفی گچ، ویبریل و باند بر اساس فاکتور خرید معتبر قابل پرداخت می باشد.

۴-۱۰- درخصوص گزاین و لیزر نیز ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر قید تعداد ضایعه، محل آنها و نوع آنها مواردی که جنبه زیبایی دارد در تعهد نمی باشد در مورد لیزر چشم گواهی پزشک معالج و کپی گزارش الزامی می باشد.

۵-۱- در خصوص تخلیه کیست یا دورناژ گواهی پزشکی معالج با قید اندازه، محل آناتومیک الزام بوده و در صورت ارسال به پاتولوژی جواب آن نیز ارائه گردد.



..... شماره :
..... تاریخ :
..... پیوست :

۱۱) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه سمعک :

- ۱۱-۱- دستور پزشک متخصص ENT (گوش، حلق و بینی)
- ۱۱-۲- نوار گوش و ادیومتری (ارائه شنوایی سنجی با کاهش حداقل ۳۰ دسی بل در شنوایی ضروری است)
- ۱۱-۳- فاکتور معتبر جهت هزینه سمعک بر اساس دستورالعمل الزامات عمومی فاکتور و پیش فاکتور تجهیزات پزشکی، اداره کلی تجهیزات پزشکی می باشد.
- ۱۱-۴- الزام ارائه فیزیک سمعک به همراه کارت گارانتی به کارشناس بیمه و مطابقت مدل مندرج روی سمعک با مدل سمعک مندرج در فاکتور.

۱۲) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت اسناد دارویی :

نسخه پزشک (در صورتی که دارو آزاد باشد و در دفترچه نوشته شده باشد ارائه برگه سبز دفترچه مهمور به مهر پزشک دارای تاریخ و مهر داروخانه به همراه پرینت ریز دارو که در آن دارو و قیمت به تفکیک قید گردیده، الزامی است در صورت استفاده از دفترچه و اخذ سهم بیمه پایه برگه دوم دفترچه حاوی اطلاعات قیمت دارویی به تفکیک هر قلم و مهر داروخانه الزامی است).

در صورتیکه در سر نسخه پزشک دارو تجویز گردیده است نسخه می بایست دارای اطلاعات کامل بیمار، تاریخ، مهر پزشک و مهر داروخانه که قیمت دارو در آن به تفکیک قید گردیده و یا پرینت دارو مهمور به مهر داروخانه باشد.

تبصوه: در صورت حذف دفترچه بیمه پایه ارائه سر نسخه دارای کد ملی و فاکتور پرداخت هزینه الزام می باشد.

بیمه دانا

