

قرارداد بیمه درمان جمعی

این قرارداد فیما بین شرکت سهامی بیمه داناو... که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده میشود بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران و شرایط زیر متعهد میگردد:

بخش اول (شرایط خصوصی)

ماده ۱۵) مشخصات قرارداد

تاریخ صدور:	۱۳۹۷/ /	شماره سریال قرارداد:	۳۳۰۱/۷۵/۹۷/۱۴۹۹
تاریخ شروع:	۱۳۹۷/۰۸/۰۱	تعداد بیمه شدگان:	۵۶۷ نفر
تاریخ انقضاء:	۱۳۹۸/۰۸/۰۱	شماره سریال قرارداد دوره قبل:	۱۳۹۶/۱۴۲/۹۶۲۳/۹ بیمه ایران
نمايندگی:	حمیدرضا جي		۱۴۹۹

ماده ۱۶) مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار: دانشگاه گلستان (طرح ۱)
نشانی بیمه گذار: گرگان - کیلومتر ۸ گنبد(کمرنگی گرگان - سرخنگلاته) دانشگاه گلستان
تلفن: ۰۴۹۱۲۸۱۵۷۵۹ کد پستی: ۳۲۲۰۳۹۹۰ فاکس: ۳۲۲۰۳۹۹۳
شناخته ملی: ۱۴۰۰۲۸۳۴۱۵۲ شماره اقتصادی: ۴۱۱۳۳۹۵۱۳۱۳۷

ماده ۱۷) مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا (شعبه گنبد کاووس)
نشانی بیمه گر: گنبد کاووس - بلوار ۱۷ شهریور غربی بعداز چهارراه نامجو
تلفن: ۰۴۹۱۷۹۳۷۱۶۷ کد پستی: ۳۲۳۳۸۴۵۰ فاکس: ۳۲۳۳۸۴۲۱

ماده ۱۸) وضعیت حق بیمه

حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۹۸۷,۰۰۰ ریال تعیین میگردد. حق بیمه صادره یکساله ۶,۷۱۵,۵۴۸,۰۰۰ ریال می باشد (در صورت تغییر در تعداد بیمه شدگان نرخ حق بیمه تعديل می یابد).

ماده ۱۹) نحوه پرداخت حق بیمه

بیمه گذار موظف است مبلغ ۵۵۹,۶۲۹,۰۰۰ ریال به هنگام امضاء مبالغه قرارداد و مابقی را در ۱۱ قسط مساوی هر یک به مبلغ ۴۶۰,۱۹۳۱۶ بانک ملت شعبه فردوسی شمالی تهران پرداخت نماید.
--

ماده ۲۰) دوره انتظار

دوره انتظار برای زایمان (اعم از طبیعی و سزارین) ۶ ماه و بیماریهای مزمن ۳ ماه می باشد.

ماده ۲۱) مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است، که از ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۰۱ شروع و تاسوعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۸/۰۸/۰۱ خاتمه می یابد و هر یک از طرفین میباید لااقل یک ماه قبل از انقضاء قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتاب "بطرف دیگر اعلام نمایند.
--

بیمه‌های تعادل

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.

ردیف	تعهدات بیمه گر	تعداد بیمه گر	نام	حداکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر	تعداد بیمه گر
۱	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مركزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) ، گاماتایف ، پیوند کلیه ، پیوند کبد ، پیوند ریه و پیوند مغز استخوان	۲۰	*	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۲	ساپر اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE (پاییشتر از ساعت پسترنی و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات و شیمی درمانی (پسترنی و سرپایی) ، رادیوتراپی ، گاماتایف و همچنین پسترنی جهت درمان طبی در بیمارستان ، پرداخت هزینه درمان بیماران خاص و صعب العلاج	۲۰	*	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۳	زایمان (طبیعی - سازاری)	۲۰	*	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	
۴	هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI ، IVF ، Gift.Zift	۲۰	*	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	
۵	هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، انواع سی تی اسکن ، انواع آندوسکوپی ، ام آر آی ، اکو کاردیوگرافی ، استرس اکو ، دانسیتو متري ، سنجش تراکم استخوان انواع آنژیوگرافی (جزء جسم و قلب)	۲۰	*	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	
۶	هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش ، تست آرزوی ، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT) ، نوار عضله (EMG) ، نوار عصب (NCV) ، نوار مغز (EEG) ، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام) ، شناوبی سنجی ، پیتایپ سنجی ، هولتر مانیتورینگ قلب ، آنژیوگرافی چشم ، گفتار درمانی	۲۰	*	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	
۷	هزینه جراحیهای مجاز سرپایی شامل شکستگی و دررفتگی ، گچگیری ، ختنه ، بخیه ، کراپوتراپی ، اکسیزیون لیپوم ، بیوپسی ، لیزر درمانی و تخلیه کبیست و تزریقات و پاتسمنان	۲۰	*	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	
۸	جهران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشغیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بیمه ، دوربینی ، استیگمات یا جمع قدر مطلق لنفع بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی با دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۲ دیوبتر یا پیشتر باشد برای دو چشم	۲۰	*	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	
۹	هزینه های خدمات آزمایشگاهی (غیر از چکاپ و غربالگری) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ، پاتولوژی یا آسیب شناسی و زنگی پزشکی ، انواع رادیوگرافی ، نوار قلب ، فیزیوتراپی	۲۰	*	۸,۰۰۰,۰۰۰	
۱۰	هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در مواد غیربرسترنی	۲۰	*	۷,۰۰۰,۰۰۰	
۱۱	هزینه دندان پزشکی (شامل کشیدن جرم گیری ، بوساز ، برکردن ، درمان ریشه و روکش ، ایمیلننت ، ارد تودنی و دندان مصنوعی) (باستثناء دندان مصنوعی برای والدین) هزینه دندان پزشکی براساس تعریف سالیانه سندیگای بیمه گوان	۲۰	*	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	
۱۲	هزینه عینک شامل خرید عینک طبی ، و لنز تماس طبی (سالی یکبار)	۲۰	*	۳,۰۰۰,۰۰۰	
۱۳	خرید اعضای طبیعی بدن	۲۰	*	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۱۴	سمعک	۲۰	*	۶,۰۰۰,۰۰۰	
۱۵	هزینه تهیه اروتز (طبق تعریف وزارت بهداشت)	۲۰	*	۲,۴۰۰,۰۰۰	
۱۶	تشخیص ناهنجاریهای جنین و غربالگری	۲۰	*	۵,۰۰۰,۰۰۰	
۱۷	درون شهری	۲۰	*	۸۰۰,۰۰۰	
	برون شهری	۲۰	*	۱,۳۰۰,۰۰۰	هزینه های آمبولانس

تبصره 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 .

تبصره ۲) اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، گمتر از یک روز باشد.

تبصره ۳) هزینه های دندان پزشکی براساس تعریفه ای محاسبه و پرداخت می شود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می کند.

تبصره ۴) هزینه های اعضا طبیعی بدن صرفاً برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر ارائه می گردد.

تبصره ۵) پوشش حوادث طبیعی با دریافت حق بیمه اضافی امکان پذیر خواهد بود.

تبصره ۶) هزینه تهیه اروتوز که بلا فاصله بعد از عمل جراحی مورد نیاز باشد با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۷) هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان و به عنوان پوشش مستقل می باشد.

تبصره ۸) سقف تعهد بیمه گر در خصوص هزینه های زایمان (طبیعی - سزارین) نمی تواند از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر تجاوز کند.

تبصره ۹) هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان ها)

تبصره ۱۰) هزینه آمبولاتس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستره شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج

ماده ۹) سایر شرایط

تبصره ۱) در مورد حادثه تصادف با وسائل نقلیه چنانچه بیمه شده مقصو حادثه باشد با ارائه مدارک مورد نیاز از جمله گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران هزینه های درمانی طبق مفاد قرارداد بررسی و پرداخت می شود.

تبصره ۲) چنانچه بیمه شده، مقصو حادثه و فاقد گواهینامه معتبر مناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی نامبرده غیرقابل پرداخت می باشد.

تبصره ۳) چنانچه بیمه شده زیان دیده باشد، هزینه های درمان وی می بایست از طریق مقصو حادثه جبران گردد.

این قرارداد دارای بخش اول (شرایط خصوصی) مشتمل بر ۹ ماده و ۱۳ تبصره به انصمام بخش دوم (شرایط عمومی) بیوست دارای ۱۹ ماده و ۳۷ تبصره در سه نسخه تنظیم یافته و هر سه نسخه حکم واحد را داشته که تمامی صفحات آن توسط بیمه گر و بیمه گذار مهر و امضاء می گردند.

بخش دوم (شرایط عمومی)



تعاریف و اصطلاحات مندرج در این بیمه نامه صرف تنظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می‌تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ماده ۱۰: تعریف بیمه گز: شرکت سهامی بیمه دانا که جیران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش اطلاعاتی شرکت می باشد.

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

ماده ۳: بيمه شدگان: کارکنان رسمی، پيماتی یا قواردادی بيمه‌گذار و اعضاي خانواده‌شان که بيمه‌گذار آنها را به عنوان اعضاي گروه معرفی نموده است و حداقاً، بنجاه د صد آنها باید همان تحقیق بويش. بيمه قرار، گف تند.

تیمساره (۱)بممه گر می تواند کارکنان بازنیشته بممه گذار را صرفًا درابتدا قرارداد و یا درزمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکف آنها بمهه کنند.

تیصه ۲) خانواده : منظور از خانواده عبارتست از هر یک از کارکنان شاغل، بمهنّه گذار، یعنیان می‌درست خانواده و همسر با هم‌سازان داشته‌اند.

فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکلف بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.

نیمسرمه ۲) کلیده کار تکان مونت می توافتند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه دوباره رو رعایت مفاد این قرارداد مرفقاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند. (پوشش تمام اعضاء خانواده اجباری می باشد)

تیصره ۵) شرط سنی ییمه شدگان:

الف) فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل حداکثر تاسین ۲۲ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت بیوشن می باشند. (در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تاسین ۲۵ سال تمام و درمورد دانشجویان مقطعه دکتری حداکثر تاسین ۲۶ سال تمام)

ب) فرزندان ذكور مجرد حداکثر تا سن ۳۰ سال تمام یه شرط عدم اشتغال بکار و ازدواج با رعایت تبصره ۳ همین ماده مشمول تعهدات این قرارداد مم پاشند.

ج) فرزندان موتت تا زمان ازدواج و یا استغال به کار تحت پوشش این قرارداد هستند.
د) فرزندان معمق مطالقه تا زمان ازدواج مددگاری می‌خواهند.

(ه) فرزندان معلول ذهنی و جسمی بهم شدگان ، بدون در نظر گرفتن شرط سنی یا رانه مدارک مثبته از مراجع ذیصلاح بیمه خواهند بود(باتوجه

و) چنانچه سقف سنتی ییمه شدگان (موضوع تبصره های ۵ و ۶ همین ماده) در طول مدت قرارداد کامل گردد تعهدات ییمه کی مشروط به برداخت

حق بیمه تا یابان مدت قرارداد به قوت خود باقی خواهد بود

تصریف ۶۰ بیمه گرفتار می باشد که اینها در سال ۷۰ تمام را با ۵۰٪ افزایش و افراد بالای ۷۰ سال را با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه

تبصره ۷) ادای پوشش ییمه‌ای به بازماندگان متوفی و افرادی که در طول مدت قرارداد بازنیسته و یا از کار افتاده عی شوند به همراه اعضا.

تحت پوشش به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود.

دولت، سازمان تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و نیروهای مسلح یا هر سازمانی که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موقوف به ارائه خدمات

در عمان یا به اند پاشند.

نست که در تعهد بیمه‌گر رایه تیست و طی شرایط خصوصی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

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

حقن عضو از کارافتادگی و یا قوت پیمeh شده گردید.

ماده ۵: فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود و

نامن آن به عهده بیمه گذار یا بیمه شده میباشد.
بعضی از صور تکه بیمه شدگان، متأثه علیه استفاده انسان خواسته داشتند که در این اتفاقات



تبصره ۲) چنانچه والدین و فرزندان ذکور مجرد و همچنین همسرو فرزندان کارکنان انان (تبصره ۳ و ۴ ماده ۳) قادر دفترچه بیمه گر اول باشند هزینه های درمانی در تعیید بیمه گر با ارانه اصل مدارک و پس از کسر فراتشیز مربوطه از هزینه های قابل پرداخت، محاسبه خواهد شد.

ماده ۶: حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر پرداخت و نحوه پرداخت آن بخوبی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده است و انجام تعهدات بیمه گر منوط به رعایت کامل آن خواهد بود.

تبصره ۱) در صورت عدم پرداخت موقع حق بیمه در سراسری های معین بیمه گر هیچگونه تعیید و مسئولیت نسبت به پرداخت خسارت به بیمه گذار یا بیمه شده ندارد و اگر بیمه گر در این راستا به هر دلیلی از جمله اقدام قاتوی بیمه شدگان و به موجب رای مراجعت ڈیصلاح خسارتی پرداخت کند، بیمه گذار در صورت عدم پرداخت حق بیمه عوقق، مسئول بازپرداخت خسارت پرداختی به بیمه گر می باشد.

تبصره ۲) عدم انجام تعهدات بیمه گر بعلت تأخیر یا امتناع بیمه گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه گذار در پرداخت حق بیمه نمی باشد و بیمه گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه گر پرداخت نماید.

تبصره ۳) حق بیمه بیمه شدگان بدلیل اعلام انصراف آنها از ادامه قرارداد، قابل برگشت نمی باشد.

تبصره ۴) بیمه گذاری باشیست یکماهه پس از تاریخ صدور الحاقیه اضافی مبلغ حق بیمه اضافه شده را به بیمه گر یکجا پرداخت نماید و چنانچه الحاقیه صادره مورد قبول بیمه گذار واقع نگردد در مدت یاد شده فرست خواهد داشت که کتابخانه اعتراف خود را با ارسال مدارک مثبته به بیمه گر اعلام نماید در غیر اینصورت الحاقیه صادره مورد قبول تلقی شده و بیمه گذار موظف به پرداخت حق بیمه صادره خواهد بود.

ماده ۷: دوره انتظار: مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران هزینه های ذیل ندارد. تاریخ شروع آن همان تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر بیمه شده مبایشد که میزان آن در شرایط خصوصی تعیین میشود.

دوره انتظار برای گروههای زیر ۲۵۰ نفر ۹ ماه و از ۲۵۱ نفر تا ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار می باشد.

الف)) زایمان (اعم از طبیعی و سزارین و کورتاژ تخلیه ای)

ب)) بیماریهای مزمن شامل: فتق، لوزه و گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماریهای نیوبلاستیک، بولیسیب، احراف بینی و سینوزیت مزمن، کبیست تخمگان، هیستوتکومی، سیستوسول و رکتوسل، نارسانی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفراء، ماستیوئیدکتومی، کاتازاکت، امراض مزمن قلبی، عروقی، دیابت، (به استثناء موارد اورژانس که منجر به پسترنیکی در سی یو و آی سی یو بسود)

تبصره ۱) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه گر باشد و یا بالا فاصله بعد از انقضای نزد بیمه گر دیگر در این شرکت منعقدشود بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بموضع و طی نمودن دوره انتظار بطور کامل، مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

تبصره ۲) در صورتیکه شروع این قرارداد بالا فاصله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه گر دیگر باشدارانه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگان که به تأیید بیمه گر قبلی رسیده باشد الزامیست.

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

ماده ۸: اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلفاند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند.

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

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

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

ماده ۹: بیمه گذار می باشد حداقل طرف مدت ۳۰ روز از تاریخ اتفاق افتاد لیست اسامی و مشخصات نهانی بیمه شدگان را به صورت یکجا و بطور

مط - می و بینوں قلم خوردگی کے حاوی اطلاعاتی از جملہ : نام و نام خاتوادگی، تاریخ تولد به روز /ماه/سال ، شماره حساب بیمه شده اصلی شماره ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضاء خاتواده با بیمه شده اصلی ، جنسیت ، شماره بیمه خدمات درمانی با بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه فلایپ) و پس از مهر و اعضاء به انضمام نامه رسمی جهت بیمه گر ارسال نماید، شایان ذکر است پس از انتقاله مهلت مقرر، بیمه گرهیچگونه تعهدی نسبت به پوشش بیمه ای افراد اعلامی از سوی بیمه گذار تحت عنوان از قلم افتاده و یا غیره نخواهد داشت.

تبصره ۱) هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر دو ماده فوق صرفًا " شامل افراد جدید الاستخدام ، انتقالی ، مامورین ، نوزادان و همسر بیمه شدگانیکه در طول مدت قرارداد ازدواج مینمایند خواهد بود که می باشد مستندات آن (عائد حکم استخدام ، تصویر شناسنامه و...) از سوی بیمه گذار حداقل ظرف مدت یکماه از تاریخ استخدام ، تولد و ... برای بیمه گر ارسال گردد .

تبصره ۲) کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد صرفًا " شامل افراد مستعفی ، فوتی ، بازنشستگی ، انتقالی و اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با اوانه مدارک مثبته و با رعایت تبصره ۳ و ۴ همین ماده میسر خواهد بود.

تبصره ۳) شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید موضوع تبصره ۱ ماده ۹ قرارداد ، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده باشد ، حق بیمه برگشتی (مشروط به عدم دریافت خسارت) نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار محاسبه خواهد شد.

تبصره ۴) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد ، بدینهی است هنگام حذف بیمه شده به هر دلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه میگردد .

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

فصل سوم - (تعهدات بیمه گر)

ماده ۱۰: حدود تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعدد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق شرایط تعیین شده در بخش خصوصی بیمه نامه جبران نماید.

تبصره ۱) تعهدات بیمه گور مرور بیمارانی که با معرفینامه کتبی بیمه گر از هر آکرڈرمانی طرف قرارداد بیمه دانا استفاده مینمایند برآبر صورتحسابهای مراکز فوق الذکر مرور رسیدگی و تسویه قرار رسیدگی و در صورتیکه بیمه شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفینامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند ، می باشد تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تائید مرکز بررسی استاد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تامین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گذار اول رسیده باشد را به فرمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) بهمراه درخواست کتبی بیمه گذار و یا کارت درمانی معتبر بیمه دانا جهت دریافت مازاد خسارت طبق مقادیر قرارداد به بیمه گر تسلیم نماید در اینصورت هزینه های درمانی طبق ماده ۱۱ قرارداد و مقررات مربوطه محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود و بیمه شدگان می باشد در صورت عدم استفاده از معرفینامه دریافتی جهت مراکز طرف قرارداد بیمه دانا نسبت به عوادت معرفینامه جهت حذف از سوابق درمانی اقدام نمایند.

تبصره ۲) بیمه گر تعهد می نماید به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبته حداقل ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده پر طبق مقادیر قرارداد اقدام نماید .

تبصره ۳) هزینه های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه گرمی باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت ، سازمان تامین اجتماعی و سایر سکتها و سازمانهای بیمه ای نمی تواند از صد در صد هزینه های انجام شده تجاوز نماید . بعبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمانها و شرکتهای مذکور در این تبصره طبق مقادیر قرارداد میباشد .

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

تبصره ۵) بیمه گر میتواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نصوده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید .

تبصره ۶) بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردد و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور بهدلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه ، صورت حسابهای هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مذکور در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعریفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

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

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

ماده ۱۱: بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پژوهش یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه شده با معنی نامه بیمه گر از مرکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی اساس محاسبه هزینه های مورد تهدید خواهد بود. چنانچه بیمه شده بدون اخذ معنی نامه به مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه حداقل تا تعریفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مرکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس بالاترین تعریفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: در صورت استفاده بیمه شده از مرکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سیم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارتخانه های مربوطه کسر خواهد شد. در مواردی که سیم 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 خواهد شد.

تبصره ۲: بیمه گذار و یا بیمه شده موظف اند حداقل قدر مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کنند.

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

ماده ۱۲: استثنایات: موارد زیراً شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد:

- * عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پژوهش معالج و تائید پژوهش معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد
- * اعمال جراحی که به منظور زیبائی انجام میگیرد مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- * سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پژوهش معالج
- * جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.
- * حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل و آتشسوزان.
- * فعل و افعال هسته ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ
- * لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پژوهش معتمد بیمه گر
- * جراحی لئه
- * جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور وبا وقوع حادثه تحت پوشش باشد
- * ترک اعتیاد.
- * هزینه اتاق خصوصی (یکنفره) مگر در موارد ضروری به تشخیص پژوهش معالج و تائید پژوهش معتمد بیمه گر
- * هزینه همراه بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پژوهش معالج و تائید پژوهش معتمد بیمه گر
- * بیماریهای سایکوتیک (روانی) مگر ناشی از حادثه باشد (منظور از بیماریهای سایکوتیک آندسته از بیماری هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد).
- * خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- * رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پژوهش معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستین گمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به اضافه نصف آستین گمات) کمتر از ۳ دیپتر باشد.
- * هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- * کلیه هزینه های پژوهشی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعریفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پژوهشی تدوین و اعلام نگردیده است.
- * جنون.
- * هزینه های مشمولان غایب و سربازان فراری
- * هزینه چک آپ
- * هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی
- * بیمارهای فراگیر (اپیدمی)
- * سپتوپلاستی (انحراف بینی) مگر اینکه قبل از عمل جراحی به تائید پژوهش معتمد بیمه گر رسیده باشد.

فصل چهارم - مقررات کوناکون

ماده ۱۳: نحوه استفاده بیمه شدگان از مرکز درمانی مجاز سراسر کشور:



ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گلزاری، خیابان ۱۵ بلوک ۲ - کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - صفحه ۷ از ۶ شماره بازنگری: ۳

ساختمان اداری و مالی: تهران، خیابان انقلاب، بلوک ۸۲۴ - کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱

مطابق با بیمه شدگان در انتخاب پزشکان و بیمارستانهای مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهد نمود ،
معرفی نامه لازم جهت استفاده از بیمارستانهای طرف قرارداد میتوانند با ارائه مدارک مورد نیاز به شرکت بیمه دانا مراجعه و

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

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

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

-۲- گواهی بیشک معالج مبین بر نوع بیماری یا عمل جراحی .

-۳- تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده و بیمار .

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

ماده ۱۳: حداکثر مهلت تحويل اسناد هزینه های درمانی موضوع این قرارداد به بیمه گزینه های مربوطه در طول مدت
اعتبار قرارداد میباشد (در صورت خاتمه قرارداد حداکثر ۳ماه پس از پایان قرارداد اسناد مذکور دریافت و مورد رسیدگی قرار خواهد گرفت) بدینه
است بعد از انقضاء این مدت بیمه گزینه هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت .

تبصره) حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین ، برای بیمه گزینه گذار محفوظ است .

مطابقت نداشته باشد بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت ، تصحیح آنها را تلقا نماید ، در غیر اینصورت مراتب
تائید شده تلقی خواهد شد . هر گونه عمل خلاف این شرط منوط به تائید کتبی بیمه گزینه خواهد بود .

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

ماده ۱۵: حل اختلاف : بیمه گزینه گذار کوشش خواهد نمود ، هر گونه اختلاف نظر تاشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند .

ماده ۱۶: به منظور تسريع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد ، در صورت نیاز ، حق بررسی دفاتر و
استنادیمه گذار در رابطه با این قرارداد جهت بیمه گزینه های همکاریهای لازم را بعمل آورد .

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