

ماده (۵) - تعهدات بیمه گر:

قرارداد

شماره :
تاریخ :

۱۳۵۳

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

| ردیف | سقف تعهدات بیمه گر | سقف تعهد | | توضیحات |
|------|--------------------|----------|------------|--|
| | | نفر | تعداد برای | |
| ۱ | ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه‌های بستری، جراحی و اعمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد - داروی بیماری های صعب العلاج شیمی درمانی در مطب داروی خاص داروی بیماری هموفیلی بیماری ام اس |
| ۲ | ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز |
| ۳ | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین |
| ۴ | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط Gift zift iui میکرواینجکشن و Ivf |
| ۵ | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری تزریق داخل ضایعه |
| ۶ | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل: انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECp، نیلت تست (خدمات تشخیصی تنفسی شامل اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و بنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) - تست خواب - تست پاپ اسمیر |
| ۷ | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل: انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست هایب آلژیک) |
| ۸ | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل: تست های غربالگری جنین مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین |
| ۹ | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل: فیزیوتراپی (PT) - گفتاردرمانی St کاردرمانی Ot |
| ۱۰ | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بیخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد - تزریقات و پانسمان |
| ۱۱ | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیجمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. |
| ۱۲ | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور باستثناء داروهای خارجی) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری |
| ۱۳ | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه سرپایی و بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه شامل: کشیدن، جرم گیری، برساز، برکردن، درمان ریشه، روکش، ارتودنسی، ایمپلنت و (دست دندان مصنوعی باستثنا والدین) براساس تعرفه سالیانه سندیکای بیمه گران |
| ۱۴ | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی یا تجویز چشم پزشک یا اپتومتریست |
| ۱۵ | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه مربوط به خرید سمعک |
| ۱۶ | ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن |
| ۱۷ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | هزینه تهیه ارتوز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد (طبق تعرفه وزارت بهداشت) |
| ۱۸ | ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | جبران داروی بیماری های خاص و صعب العلاج |
| ۱۹ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | داخل شهری |
| | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۲۰ | بین شهری |



قرارداد

حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد، بدیهی است هنگام حذف بیمه شده شماره:
تاریخ:
پیوست:

به هردلیل 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.

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 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 با ارائه مدارک مثبتیه از مراجع ذیصلاح همانند سایر بیمه شدگان بیمه خواهند بود (باتوجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

۷-۱۳) چنانچه کارکنان شاغل در طول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده گردند ادامه پوشش آنان به همراه اعضاء خانواده با درخواست بیمه گزار با دریافت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجا بلامانع 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 انضمام 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.



قرارداد

مطمن و توانا **حادثه**: عبارتست از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده منجر به جرح، نقص عضو از کارافتادگی و یا قتل بیمه شده گردد.

شماره :
تاریخ :
پیوست :

ماده ۶ - خسارت ارزیابی شده: مبلغی است که پس از بررسی اسناد و اعمال شرایط بیمه نامه و هم چنین اعمال تعرفه 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 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 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) ادامه 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 جبران 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 شود بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بموقع 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 سپاد از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه دانا استفاده مینمایند 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 با سند فیش واریزی مربوطه و تصویر دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) بهمراه درخواست کتبی بیمه گزار و یا کارت درمانی معتبر بیمه دانا جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نماید.



قرارداد

مستندات لازم جهت بررسی و پرداخت اسناد جراحی های مجاز سرپایی :

- شماره :
- تاریخ :
- پیوست :
- ۱-۱- ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر اندازه ، محل ضایعه و کپی جواب پاتولوژی بابت اکسیژون لیپوم .
- ۱-۲- ارائه گواهی پزشک معالج بابت اندازه ، میزان و با عمق پارگی ، محل آناتومیکی دقیق بخیه و با تعداد بخیه های انجام شده .
- ۱-۳- 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 میباشد .
- ۱-۴- 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 .
- ۱-۵- در خصوص تخلیه کیست یا دورناژ 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 سمعک :

- ۱۱-۱- دستور پزشک متخصص ENT (گوش ، حلق و بینی)
- ۱۱-۲- نوارگوش 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 ممهور 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 ممهور 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 :

تاریخ :

پیوست :

تبصره: بیمه‌گر می‌تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید.

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

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

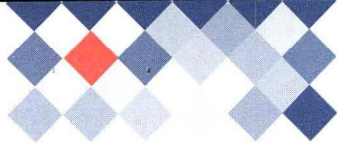
ماده ۱۴- بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم نماید. لذا چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوطه براساس تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه رسیدگی خواهد شد و در صورتیکه بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوطه براساس تعرفه‌های قانونی مصوب شده از طرف مراجع ذیصلاح جهت آن مرکز تشخیصی-درمانی در زمان تحقق هزینه‌ها رسیدگی خواهد شد.

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

۱۴-۲) چنانچه بیمه‌شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هرکدام از شرکتهای بیمه مخیر است. لذا در صورت استفاده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۵- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، 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 مطالب 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 بیمه‌نامه را ابقاء کند یا آن را فسخ نماید.



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) هزینه‌های دندان پزشکی براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می‌شود که سالیانه سندیکای بیمه‌گران ایران با هماهنگی شرکت‌های بیمه، تنظیم و به شرکت‌های بیمه ابلاغ می‌نمایند.

۵-۳) هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج جبران می‌گردد.

۵-۴) بیمه گر تعهد مینماید از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت‌ه 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 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 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 شباهت، 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 امضاء به 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 ، صرفاً شامل افراد جدید الاستخدام ، انتقالی ، مامورین ، فرزندان که در طول قرارداد بدنی می آیند و همسر بیمه شدگانیکه درطول مدت قرارداد ازدواج مینمایند ، 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 درطول 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.

تبصره بند ۳-۶ : حق بیمه بیمه شدگان در صورت دریافت خدمات (اخذ خسارت ، اخذ معرفینامه و ثبت هزینه در کاردکس) قابل برگشت نبوده و بیمه گزار موظف به پرداخت آن تا پایان قرارداد می باشد .



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

۳-۹- ژنیکوماستی

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

- ۴-۱ تصویر صفحه اول دفترچه بیمار.
- ۴-۲ اصل یا تصویر (با رعایت تبصره ۱ ذیل بند 10-4) صورتحسابهای بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان که در آن هزینه تخت روز (هتلینگ)، اتاق عمل، همراه، دارو، آزمایش، لوازم مصرفی، و تشکیل پرونده درج گردیده است.
- ۴-۳ اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان ممهور 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).
- ۴-۵ اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور.
- ۴-۶ اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل.
- ۴-۷ اصل یا تصویر ریز یا قبوض آزمایشات، رادیولوژی و
- ۴-۸ اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح، اتاق عمل مبنی بر استفاده پروتز)
- ۴-۹ اصل یا تصویر برگه سیر بیماری و یا order دارویی جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت.
- ۴-۱۰ 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.
- تبصره ۱: تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده در بند 2-4 الی 10-4 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 بلامانع 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 ممهور به مهر و امضا گردد.
- ۴-۱۱ ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی
- ۴-۱۲ ارائه گزارش CT SCAN بابت آندوسکوپی سینوسهای پاراناژال.



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

پیوست یک : فهرست اعمال غیر مجاز در مطب

| | |
|----|--|
| ۱ | کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توام 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 طویل بدن |
| ۴ | اعمال جراحی داخل قفسه صدری ، کاتتریسیم قلب و عروق |
| ۵ | اعمال روی عضلات ، اوتار ، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس |
| ۶ | اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادارار 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 ، لوزتین و سینوس ها) |
| ۹ | بیوپسی انساج داخل مری ، تراشه ، برونش ها ، روده ها ، مثانه ، کبد و طحال |
| ۱۰ | عمل کاتاراکت ، گلوکوم ، پارگی شبکیه ، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم |
| ۱۱ | عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و ... |
| ۱۲ | عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (open reduction) |
| ۱۳ | بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین |
| ۱۴ | رزکسیون فک |
| ۱۵ | رزکسیون کندیل فک |
| ۱۶ | رزکسیون زبان |
| ۱۷ | عمل جراحی باز در آرچ زایگما |
| ۱۸ | جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی |
| ۱۹ | جا انداختن در رفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی |
| ۲۰ | عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی |
| ۲۱ | بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است |



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 بامفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۱ - تعریف بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا که جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد 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 بیمه‌گزار می باشند به همراه اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گزار 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 بازنشسته بیمه گزار را صرفاً "درابتدای 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 هریک 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.

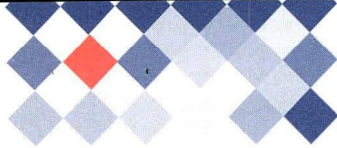
۴-۳) پوشش بیمه ای بیمه شدگان کمتر از ۱۰۰۰ نفر حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام می باشد. لکن در خصوص افراد بالای ۶۰ سال بیمه گر می تواند با افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد در صورتیکه سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

۴-۴) ادامه پوشش بیمه ای برای بازماندگان بیمه شده اصلی متوفی، بشرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد بصورت یکجابه 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 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 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

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 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 تائید 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 میباید و بیمه گزار موظف است در این زمینه همکاریهای لازم را بعمل آورد.

۱۶-۶) مقرر گردید هر ۶ ماه یکبار نسبت خسارت های پرداختی بررسی و چنانچه بیش از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار متعهد به جبران مابه التفاوت خواهد شد.

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 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 (مونث و مذکر) با پرداخت حق بیمه یکسان و صرفاً" در ابتدای قرارداد و با شرایط پیش بینی شده در این قرارداد، میتوانند تحت پوشش قرار گیرند.

۳-۷) کلیه کارکنان شاغل مونث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه یکسان 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 ۳۵ 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 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، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، نارسائی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، ماستیوئیدکتومی، کاتاراکت، امراض مزمن قلبی، عروقی دیابت، (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو. آی سی یو بشود) می باشد.



قرارداد

شماره :

تاریخ :

پیوست :

تبصره: هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً و یا سهواً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر، 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 تفاسیر مفاد قرارداد)

ماده ۱۷ - ارجاع به داوری: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نماید و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می‌توانند یک نفر داور 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 می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می‌کنند هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

ماده ۱۸ - استثنائات: هزینه‌های درمانی موارد زیر و یا ناشی از موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

- ۱- عیوب مادرزادی، مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر 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.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج
- ۴- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.
- ۵- حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل و آتشفشان.
- ۶- فعل و انفعالات هسته‌ای
- ۷- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر
- ۸- جنون و بیماری‌های سایکوتیک در صورت عدم پوشش هزینه‌های بستری بیماری‌های 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 بیمه‌گر



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

مطمن و توانا **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

پروتزها و پارسیل ها : ۱- **مراکز طرف قرارداد** : 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

ترمیم : جهت ترمیم ۳ یا بیش از ۳ دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد

جراحی های لثه : 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 .

تبصره : پرداخت هزینه فیزیوتراپی برای هر ناحیه تا ۱۰ جلسه قابل پرداخت میباشد. پرداخت هزینه فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه و یک ناحیه به بالا میبایست قبل از اقدام به انجام فیزیوتراپی با همراه داشتن مدارک مثبت (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 .



قرارداد

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 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 گرمی 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 .

۳-۱- جراحی های انحراف بینی (سپتوپلاستی)

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

۳-۳- ماموپلاستی کاهنده

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

۳-۵- بلغاروپلاستی یا افتادگی پلک

۳-۶- استرایپسیم (انحراف چشم)

۳-۷- فتق (هرنی) شکمی

۳-۸- ارتودنسی



قرارداد

مطمئن و توانا هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگردر موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر در سقف تعهد پایه قابل
 شماره :
 تاریخ :
 پیوست :

جبران می باشد .

- ۱۳- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح .
- ۱۴- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۱۵- هزینه های مربوط به رفع معلولیت ذهنی و از کارافتادگی 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 الکی به تشخیص پزشک معالج .
- ۱۸- هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی (تحت عنوان پروتزهای خارج از بدن)
- ۱۹- بیماریهای فراگیر (اپیدمی)
- ۲۰- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار .
- ۲۱- هزینه های مربوط به اعمال جراحی غیر مجاز در مطب (بشرح پیوست یک بیمه نامه)
- ۲۲- هزینه نگهداری بیماران روان پریش

ماده ۱۹- شرایط فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق آئین نامه ۹۹ مصوب شورایعالی بیمه بشرح 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- انتقال پورتنفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هردلیل .
- 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.



قرارداد

شماره: ۱۲۴۸۶
تاریخ: ۱۴۰۱/۰۷/۳۰
پیوست:

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 ۱۱۸۵۹ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۳۰ 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: ۳۳۰۱/۱۴۹۹/۱۴۰۱/۲ | تاریخ صدور: ۱۴۰۱/۰۸/۰۱ |
| تعداد بیمه شدگان: ۷۵۰ نفر | تاریخ شروع: ۱۴۰۱/۰۸/۰۱ |
| شماره سریال بیمه نامه دوره قبل: | تاریخ انقضاء: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱ |
| نماینده: حمیدرضا رجیبی 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: ۴۹۱۷۹۳۷۱۶۷ |
| تلفن و فاکس: ۳۳۳۳۸۴۲۴ - ۳۳۳۳۸۴۲۱ | شناسه ملی: ۱۰۱۰۰۶۴۱۹۶۶ |
| شماره اقتصادی: ۴۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹ | |

مشخصات بیمه گزار

| | |
|---|------------------------|
| نام بیمه گزار: دانشگاه گلستان {طرح ۱} | |
| نشانی بیمه گزار: گرگان - کمربندی گرگان - سرخنکلاته - پردیس دانشگاه سازمان مرکزی | |
| تلفن و فاکس: ۳۸۷۳۲۰۰۰ | کد پستی: ۴۹۷۱۸۴۳۶۹۷ |
| شماره اقتصادی: ۴۱۱۴۸۶۱۷۷۸۳۷ | شناسه ملی: ۱۴۰۰۴۷۸۷۴۸۸ |



قرارداد

شماره :

تاریخ :

پیوست :

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 ...
۲- بیمه نامه 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 گزار ، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه همراه 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 تمدید بیمه نامه : تمدید 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.



قرارداد

شماره :

تاریخ :

پیوست :

بخش اول - (شرایط خصوصی)

ماده (۱) - حق بیمه

حق بیمه ماهانه هریک از نمایندگان و افراد تحت تکفل مبلغ ۳.۴۵۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد، بدین ترتیب حق بیمه صادره یکساله با توجه به تعداد بیمه شدگان در بدو قرارداد به مبلغ ۳۱.۰۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.

ماده (۲) - روش پرداخت حق بیمه

مبلغ ۲.۵۸۷.۵۰۰.۰۰۰ 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 ۲.۵۸۷.۵۰۰.۰۰۰ ریال در سررسیدهای ۱۴۰۱/۰۸/۰۱ لغایت ۱۴۰۲/۰۷/۰۱ در وجه شرکت بیمه دانا به شماره حساب ۴۶۰۱۹۳۱۶ بعهده بانک ملت به کد ۶۲۲۴۰ 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) برای بیمه شدگان جدید 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 بامداد مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۰۱ شروع و در ساعت صفر بامداد مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۱ خاتمه می یابد.



قرارداد

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.

شماره :
تاریخ :
پیوست :

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 گزار ، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هرماه 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 تمدید بیمه نامه : تمدید 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 گر
شرکت سهامی بیمه دانا
رسول اونق
دانیال میرزاخانی

مجری قرارداد
حمیدرضا رجبی

بیمه گذار
دانشگاه گلستان