

تاریخ: ۹۳/۴/۲۷
شماره: ۹۳،۳۱،۲۵۸۱
پیوست:



قرارداد بیمه مازاد گروهی فرهنگیان (قرارداد دوم)

تاریخ صدور: ۹۳/۴/۲۷	تاریخ شروع قرارداد: ۱۳۹۳/۳/۱
شماره قرارداد: ۹۳،۳۱،۲۵۸۱	تاریخ انقضاء قرارداد: ۱۳۹۴/۲/۳۱
تعداد بیمه شده با خانواده در کل کشور: بالغ بر ۱۵۰/۰۰۰ نفر	حق بیمه صادره سالیانه در کل کشور: بالغ بر ۲۶۶/۶۶۸/۲۰۰/۰۰۰ ریال
کد نمایندگی: -----	مالیات بر ارزش افزوده: بالغ بر ۲۱/۳۳۱/۸۰۰/۰۰۰ ریال

این قرارداد بین دانشگاه فرهنگیان که منبع بیمه‌گذار نامیده می‌شود از یک طرف و شرکت آتیه سازان حافظ سهامی خاص به شماره ثبت ۱۷۴۹۸۷ که بعد از این بیمه‌گر نامیده می‌شود منعقد گردید.

فصل اول تعاریف و اصطلاحات

ماده (۱) بیمه‌گر: شرکت آتیه سازان حافظ وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران دارای کد اقتصادی به شماره ۴۱۱۱۱۴۳۹۷۸۵۱ به نشانی: خیابان استاد نجات الهی جنوبی - نرسیده به خیابان سمیه - کوچه محمدی پلاک ۵۰ تلفن ۸۸۹۳۷۵۵۲ و فاکس ۸۸۹۲۴۳۸۹ که بر اساس قوانین و مقررات و شرایط این قرارداد در ازاء دریافت حق بیمه متعهد به انجام مفاد این قرارداد است.

تبصره (۱) بیمه سلامت ایران، تامین اجتماعی و سازمانهای مشابه بیمه‌گر اول و شرکت آتیه سازان حافظ بیمه‌گر دوم محسوب می‌شود.

ماده (۲) بیمه‌گذار: دانشگاه فرهنگیان به نشانی شهرک غرب - بلوار شهید فرحزادی - بالاتر از چهارراه ارغوان - روبروی اریکه ایرانیان - خیابان تربیت معلم - سازمان مرکزی دانشگاه فرهنگیان تلفن ۸۷۷۵۱۲۱۸ و فاکس ۸۸۶۹۸۵۹۵ با نمایندگی آقای دکتر محمود مهر محمدی به سمت سرپرست دانشگاه، به عنوان عوامل اجرایی بیمه‌گذار اصلی (وزارت آموزش و پرورش) که متعهد پرداخت حق بیمه می‌باشد (ادارات کل آموزش و پرورش به عنوان عوامل اجرایی بیمه‌گذار در هریک از استانهای کشور متولی انعقاد قرارداد با مدیریت های استانی بیمه گر می باشند که متعهد به معرفی و پرداخت حق بیمه، بیمه شدگان می باشد).

ماده (۳) بیمه شدگان:

عبارتند از کارکنان قراردادی و نیز کارکنان مدارس غیرانتفاعی به همراه کلیه اعضای خانواده (اعم از تحت تکفل و غیر تحت تکفل شامل همسر، فرزندان و والدین) والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی و پیمانی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی و پیمانی) که توسط بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده معرفی می گردند، مشروط بر آنکه تعداد کل بیمه شدگان مشمول این قرارداد در کل کشور کمتر از ۱۵۰/۰۰۰ نفر نباشد. معرفی خود فرد شاغل (رسمی و پیمانی) در قرارداد بیمه طلایی جهت پوشش والدین غیر تحت تکفل ایشان و نیز همسر کارکنان اناث الزامی می باشد.

تبصره (۱) معرفی خود فرد شاغل (رسمی و پیمانی) به همراه کلیه افراد تحت تکفل در قرارداد طلایی فرهنگیان جهت پوشش والدین غیر تحت تکفل و همسر کارکنان اناث الزامی می باشد.



تاریخ: ۹۳/۴/۷
شماره: ۹۳، ۴۱، ۲۵۸۱
پیوست: —

تبصره ۲) **خانواده:** منظور از خانواده عبارتست از همسر یا همسران دائمی کارکنان و فرزندان که دارای دفترچه بیمه پایه می باشند.
تبصره ۳) حداقل ۷۰٪ از کل کارکنان هر مدرسه غیرانتفاعی به همراه اعضای خانواده می بایست جهت اخذ پوشش بیمه ای به بیمه گر معرفی گردند.

تبصره ۴) چنانچه مدارس غیرانتفاعی لیست اسامی و مشخصات کلیه کارکنان و اعضای خانواده ایشان را در مهلت اعلام شده مقرر در ماده ۵ قرارداد همراه با حق بیمه سالانه به صورت یکجا پرداخت نمایند می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره ۵) شرط سنی بیمه شدگان:

الف) فرزندان ذکور تا سن بیست و دو سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه می باشند.

ب) دانشجویان رشته پزشکی تا بیست و شش سال تمام تحت پوشش بیمه می باشند.

ج) پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

تبصره ۶) مشمولین این قرارداد وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه کارکنان دولت سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح یا کمیته امداد امام خمینی (ره) یا سایر بیمه گران پایه باشند.

ماده ۴ - تعهدات بیمه گر:

درازا دریافت حق بیمه مقرر موضوع قرارداد تعهدات بیمه گر برای یکسال بیمه ای برای هر یک از بیمه شدگان عبارت است از:

تبصره ۱) جبران هزینه های بستری **اعمال جراحی تخصصی** بیمارستانی شامل: درمان جراحی سرطان (جراحی تومورهای بدخیم)، اعمال جراحی قلب، مغز و نخاع (به استثنای جراحی ستون فقرات)، آنژیوپلاستی قلب، هزینه کلیه اهدائی، دیالیز مزمن، پیوند کلیه، پیوند قلب، پیوند مغز استخوان، پیوند کبد، پیوند ریه حداکثر تا سقف ۶۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۲) جبران هزینه های بستری **اعمال جراحی عمومی و درمان طبی** در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE، شیمی درمانی (بستری و سرپایی، داروهای تخصصی)، جراحی ستون فقرات، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر ICU، CCU حداکثر تا سقف ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال از محل تعهدات تبصره ۱ ماده ۴ می باشد
تبصره ۳) پرداخت هزینه های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین) و کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای در طول مدت قرارداد حداکثر تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۴) بیماریهای خاص قرارداد شامل انواع سرطان و شیمی درمانی، MS، بیماریهای هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، پیوند کبد، ریه می باشد. تعهد شرکت جهت این بیماران شامل پرداخت هزینه داروهای اختصاصی درمان اعم از داخل و خارج فارماکوپه بیمه از محل تعهدات تبصره ۲ ماده ۴ می باشد.

تبصره ۵) هزینه های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحسابهای درمانی و براساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردیکه بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط بآنها ارائه نموده باشد، بیمه گر تعهد خود را (مازاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه انجام خواهد داد.

تبصره ۶) بیمه گر طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و در راستای تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود بدینحویکه بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند.

تاریخ: ۹۳/۶/۷
شماره: ۲۵۸۱، ۴۱-۹۳
پیوست:

تبصره ۷) بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد مدارک درمانی و معالجه وی تحقیق نماید.

تبصره ۸) تعهد بیمه گر در مورد اعمال جراحی و در مان طبی در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد پس از دریافت معرفی نامه از بیمه گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

تبصره ۹) تعهدات بیمه گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در استان محل دریافت خدمت و پس از کسر سهم بیمه پایه و یا اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز باز پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۰) تامین هزینه های پاراکلینیکی گروه اول از قبیل انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، ماموگرافی، ام آر آی، انواع آندوسکوپی، اکو کاردیوگرافی، سی تی آنژیو گرافی، TCD، آنژیو گرافی چشم و دانسیتومتری تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۱) تامین هزینه های پاراکلینیکی گروه دوم از قبیل تست ورزش، نوار مغز، نوار قلب، نوار عصب و عضله، اسپیرومتری، رادیولوژی، فیزیوتراپی، اودیومتری، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی و شنوایی و تمپانومتری تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۲) تامین هزینه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانهای بیمه گر توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه مانند: شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایو تراپی، تخلیه کیست، اکسیزیون ضایعات بدنی و تومور، لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)، تست آلرژی و سایر موارد مشابه حداکثر تا سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۳) هزینه های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) نظیر لیزیک و RK، برای هر چشم که بر اساس پرینت کامپیوتری چشم و گواهی پزشک (درجه دوربینی یا نزدیک بینی به اضافه نصف درجه آستیگمات) ۳ دیوپتر و بیشتر باشد برای هر چشم حداکثر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ (دو میلیون و پانصد هزار ریال) قابل پرداخت است.

تبصره ۱۴) جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار از بیمارستان به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج، داخل شهری تا سقف ۶۰۰/۰۰۰ ریال و بین شهری ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

خلاصه جدول تعهدات بیمه گر به شرح ذیل می باشد.

تعهدات	سقف تعهدات	فرانشیز و توضیحات
--------	------------	-------------------

۳

تاریخ: ۹۳/۷/۲۷
شماره: ۹۳/۴۱/۲۵۸
پیوست:

هزینه های بیمارستانی	جراحی های تخصصی	۶۰۰۰۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فرانشیز ۳۰٪
درمان طبی و سایر اعمال جراحی		۳۰۰۰۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فرانشیز ۳۰٪
زایمان ، سزارین ، کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای		۵۰۰۰۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فرانشیز ۳۰٪
هزینه های پاراکلینیکی (۱) انواع اسکن-انواع سی تی اسکن-ماموگرافی-سونوگرافی-ام ار ای-انواع آندوسکوپی-اکوکاردیوگرافی، سی تی آنژیوگرافی و دانسیتومتری، TCD ، آنژیو گرافی چشم		۲/۵۰۰/۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول
هزینه های پاراکلینیکی (۲) هزینه های تست ورزش، نوار عصب عضله، نوار مغز، نوار قلب ، اسپیرومتری، رادیولوژی و فیزیوتراپی ، اودیومتری، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی و شنوایی، تمپانومتری		۱/۵۰۰/۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول
هزینه جراحی مجاز سرپایی و بدون بستری مانند شکستگیها-گچ گیری-ختنه-بخیه-کرایوتراپی-تخلیه کیست-اکسیژن ضایعات بدنی و تومور-لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)، تست آلرژی و سایر موارد مشابه		۱/۵۰۰/۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول
هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم		تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال	فرانشیز ۳۰٪
هزینه آمبولانس		داخل شهر ۶۰۰/۰۰۰ ریال خارج شهر ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال	

ماده ۵) فرانشیز:

منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد می باشد که تأمین آن به عهده بیمه شده می باشد.

۱-۵- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۳، ۱۳ از ماده ۴ قرارداد (انواع بستری تخصصی و عمومی و لیزیک) بابت سهم بیمه گر اول، ۳۰٪ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است بدیهی است چنانچه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نماید و یا به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده کند، فرانشیزی از صورت حساب کسر نخواهد شد.

۲-۵- حداکثر تعهد بیمه گر در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۱۰ و ۱۱ و ماده ۱۲ قرارداد (انواع خدمات پاراکلینیکی گروه اول و دوم، اعمال مجاز سرپایی) که دارای تعرفه مصوب و جاری در بخش خصوصی و دولتی از سوی هیئت وزیران می باشند معادل

تاریخ: ۹۳/۴/۷
شماره: ۹۳، ۴۱، ۲۵۸۱
پیوست:

تعرفه بخش خصوصی هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه گر اول می باشد و در خصوص خدماتی که تابعی از ک جراحی و داخلی می باشند بر اساس جدول توافقی پیوست و حداکثر تا سقف ضریب جراحی و داخلی بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه گر اول می باشد. و در خصوص خدماتی که فاقد ضریب جراحی یا داخلی و یا تعرفه مشخص می باشند بر اساس جدول توافقی پیوست و حداکثر بر اساس تعرفه های مورد عمل بیمه گر و پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز می باشد.

۳-۵- از خدمات موضوع تبصره ۱۴ ماده ۴ فرانشیزی کسر نخواهد شد.

شایان ذکر است در مواردی که نحوه محاسبه خدمتی نا مشخص و یا نیاز به تغییر در مبانی محاسبه خدمات مطابق با بند چهار تفاهم نامه مورخه ۹۳/۰۲/۲۸ باشد، موضوع در جلسه ای متشکل از دو تن از کارشناسان ستاد مرکزی بیمه گر و دو تن از کارشناسان بیمه گذار (وزارتخانه) مطرح و تصمیم این جلسه قابل اجرا جهت کل قرارداد خواهد بود.

استثناء: در صورت مراجعه بیمه شده جهت دریافت خدمات به مراکز درمانی دولتی دانشگاهی که تعرفه مصوب شورایی بیمه خدمات درمانی کشور (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را رعایت می نمایند، فرانشیز پرداختی بیمه شده از طرف بیمه گر طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت می باشد.

۳-۴- خدمات پاراکلینیکی که طبق مفاد قرارداد، مورد توافق طرفین هستند بر اساس ردیف ها و عناوین مراجع تعرفه ای ذیل تحت پوشش قرار می گیرند:

۱-۳-۴- خدمات موجود در کتاب تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی مصوب شورایی بیمه خدمات درمانی کشور.

۲-۳-۴- خدمات تشخیصی و درمانی و اعمال سرپایی که ارزش گذاری شده و به تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد.

تبصره ۱) در خصوص خدمات جدید که در طول قرارداد ارائه گردد در صورت تایید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معادل خدمات مشابه که دارای تعرفه مصوب می باشند، پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲) در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد با شرکت بیمه که فاقد قرارداد با بیمه گر پایه باشند، فرانشیز سهم بیمار توسط ایشان پرداخت می گردد. بیمه شده می تواند پس از ارسال مدارک از سوی مراکز درمانی فوق الذکر به واحد اجرایی مربوطه مراجعه و ضمن دریافت اصل مدارک راسا نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نماید.

تبصره ۳) در هر صورت هزینه های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهده بیمه شده بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی گردد.

فصل دوم: وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۶) اصل حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش های بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهند چنانچه ثابت شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا با اظهارات کاذب و خلاف واقع و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده باشند در



تاریخ: ۹۳، ۴، ۷
شماره: ۹۳، ۴۱، ۲۵۸۱
پیوست:



این صورت قرارداد بیمه نسبت به وی و سایر اعضاء خانواده باطل و از درجه اعتبار ساقط است و بیمه گر می تواند وجوهی را که بابت هزینه های درمانی به بیمه شده یا بیمه شدگان وابسته پرداخت نموده علاوه بر بدهی حق بیمه آنان مطالبه نماید.

ماده (۷) نحوه ارسال لیست بیمه شدگان:

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت سی روز پس از امضاء و مبادله قرارداد دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بدون قلم خوردگی و با خط خوانا همراه یک نسخه CD اطلاعات خواسته شده بر اساس فرمت درخواستی بیمه گر، تهیه نموده و جهت بیمه گر ارسال نماید. بدیهی است ملاک صدور معرفی نامه یا پرداخت هزینه های پزشکی اسامی مندرج در لیست مذکور می باشد.

تبصره (۱) لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می باید حاوی اطلاعات زیر باشد: شماره ردیف - نام و نام خانوادگی - نام پدر - شماره شناسنامه - تاریخ تولد به تفکیک (روز/ماه/سال) - کد ملی بیمه شده - جنسیت - نسبت هریک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی - وضعیت تکفل قانونی بیمه شده تبعی - کد پرسنلی بیمه شده اصلی - کد ملی بیمه شده اصلی - شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی یا تامین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گر اول.

تبصره (۲) لیست اسامی کارکنان مدارس غیر انتفاعی و اعضای خانواده ایشان می بایست به صورت مستقل و قابل تفکیک از لیست کارکنان قراردادی و اعضای خانواده ایشان و نیز لیست والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی و پیمانی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی و پیمانی) به بیمه گر تحویل گردد.

تبصره (۳) نوزادان کارکنان مدارس غیر انتفاعی از بدو تولد بیمه می باشند مشروط بر آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه گر با نامه رسمی و مستندات به همراه فیش واریز کل مبلغ حق بیمه متعلقه (از تاریخ تولد تا پایان قرارداد) به بیمه گر ارسال گردد. همچنین نوزادان کارکنان قراردادی نیز مشروط بر آنکه لیست آنان به همراه مستندات حداکثر ظرف مدت دوماه به بیمه گر اعلام گردد از زمان تولد تحت پوشش خواهند بود.

تبصره (۴) در خصوص کارکنان مدارس غیر انتفاعی حذف بیمه شدگان تا پایان قرارداد امکان پذیر نمی باشد ولی در خصوص کارکنان قراردادی و اعضا خانواده ایشان و نیز والدین کارکنان (رسمی و پیمانی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی و پیمانی) موارد حذف شامل فوت بیمه شدگان و قطع رابطه استخدامی فرد شاغل می باشد، در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر جهت حذف از تاریخ دریافت نامه کتبی بیمه گذار می باشد.

تبصره (۵) جبران کلیه خسارتهای وارده به بیمه گر ناشی از تاخیر بیمه گذار در ارسال نامه کتبی حذف بیمه شدگان بر عهده بیمه گذار خواهد بود.

تبصره (۶) چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی و چنانچه بیمه شده اصلی بازنشسته گردد، پوشش بیمه ای خود و اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه بصورت یکجا صرفا تا پایان سال بیمه ای قرارداد ادامه خواهد یافت.

تبصره (۷) کارکنانی که اسامی و مشخصات هر یک از اعضای خانواده ایشان در لیست اسامی اولیه قرارداد قید نگردیده به استناد از قلم افتادگی نمی توانند تحت پوشش بیمه شدگان این قرارداد قرار گیرند.

ماده (۸) حق بیمه:



تاریخ: ۹۳/۴/۲۸
شماره: ۹۳/۴/۲۵۸۱
پیوست: —

*سرانه ماهانه کارکنان قراردادی و افراد تحت تکفل ایشان مبلغ ۱۳۰/۰۰۰ ریال (۱۲۰/۳۷۱ ریال بابت حق بیمه و ۹/۶۲۹ ریال بابت ۸٪ مالیات بر ارزش افزوده) می باشد و حق بیمه افراد غیر تحت تکفل کارکنان قراردادی (شامل همسر و فرزندان کارکنان اناث و والدین) مبلغ ۱۶۰/۰۰۰ ریال (۱۴۸/۱۴۹ ریال بابت حق بیمه و ۱۱/۸۵۱ ریال بابت ۸٪ مالیات بر ارزش افزوده) می باشد.

*سرانه ماهانه کارکنان مدارس غیر انتفاعی و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل (شامل همسر و فرزندان کارکنان اناث و والدین) ایشان مبلغ ۱۶۰/۰۰۰ ریال (۱۴۸/۱۴۹ ریال بابت حق بیمه و ۱۱/۸۵۱ ریال بابت ۸٪ مالیات بر ارزش افزوده) می باشد.

*سرانه ماهانه همسر کارکنان اناث (رسمی و پیمانی) و والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی و پیمانی) مبلغ ۱۶۰/۰۰۰ ریال (۱۴۸/۱۴۹ ریال بابت حق بیمه و ۱۱/۸۵۱ ریال بابت ۸٪ مالیات بر ارزش افزوده) می باشد.

تبصره (۱) چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شوندگان از طرف بیمه گذار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان در کل کشور کمتر از تعداد مندرج در قرارداد (۱۵۰/۰۰۰ نفر) است بیمه گر مجاز به تغییر در میزان تعهدات، تعدیل حق بیمه و یا فسخ قرارداد خواهد بود.

تبصره (۲) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه :

بیمه گذار موظف است حق بیمه مربوط به کارکنان مدارس غیر انتفاعی و اعضای خانواده ایشان را به صورت یکجا و حداکثر ظرف مدت یک هفته پس از اعلام اسامی ایشان به شرکت بیمه گر پرداخت نماید و حق بیمه کارکنان قراردادی و اعضای خانواده ایشان، والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی و پیمانی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی و پیمانی) اناث را در ۱۲ قسط مساوی در پایان هر ماه و حداکثر تا ششم ماه بعد در وجه بیمه گر پرداخت نماید. بیمه گذار مکلف است اقساط حق بیمه را صرفاً در وجه حساب سپرده کوتاه مدت به شماره ۵۰۰۴۸۱۲۴۱۵ نزد بانک ملت - شعبه گلستان پاسداران کد ۶۵۵۷/۳ به نام شرکت آتیه سازان حافظ واریز نموده و اصل چک صادره و یا رسید حق بیمه واریزی را به بیمه گر تحویل نماید.

تبصره (۳) مهلت پرداخت حق بیمه قطعی بوده و در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسیدهای تعیین شده به ترتیبی که در تبصره ۳ پیش بینی شده قرارداد تعلیق خواهد شد به طوری که بیمه گر در زمان تعلیق هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه شدگان را ندارد و بروز هر گونه مشکلی به عهده بیمه گذار خواهد بود بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق، قرارداد با صدور الحاقی رفع تعلیق، مجدداً به حالت اول باز می گردد و بیمه گر متعهد جبران هزینه های زمان تعلیق خواهد بود.

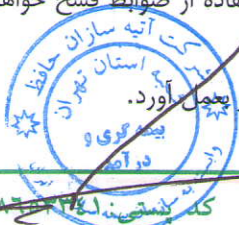
تبصره (۴) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان به صورت ماهانه مورد محاسبه قرار می گیرد بدیهی است هنگام اضافه یا حذف بیمه شده به هر دلیل قانونی حق بیمه تا کسر ماه یکماه تمام محاسبه و دریافت می شود.

تبصره (۵) در مورد کاهش بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد و در خصوص کارکنان مدارس غیر انتفاعی هیچگونه حق بیمه ای عودت نخواهد شد.

تبصره (۶) حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین می گردد می بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در مهلت های مقرر در تبصره ۳ ماده ۸ پرداخت نماید.

تبصره (۷) در صورتیکه در مصوبه دولت تغییری در مبنای ارزش گذاری خدمات صورت پذیرد مطابق بند ۴ تفاهم نامه اولیه مورخ ۹۳/۲/۲۸ در صورت افزایش چشم گیر تعرفه ها که منجر به ضرر و زیان بیمه گر گردد، بیمه گذار متعهد می گردد نسبت به جبران ضرر و زیان بیمه گر بر اساس نظر کارشناسی مشترک اقدام نماید. بدیهی است در صورت عدم توافق طرفین بیمه گر مختار به استفاده از ضوابط فسخ خواهد بود.

تبصره (۸) به استناد بند ۱۳ تفاهم نامه مورخه ۹۳/۲/۲۸ بیمه گذار متعهد می گردد نهایت همکاری را به بیمه گر بعمل آورد.



تاریخ: ۹۳/۴/۷
شماره: ۲۵۸۱، ۴۱-۹۳
پیوست: —



ماده ۹) دوره انتظار :

دوره انتظار مدتی است که در طول آن طرف اول (بیمه گر) تعهدی به جبران خسارت ندارد و جهت بیمه شدگانی اعمال می گردد که در سال گذشته هیچ گونه پوشش بیمه درمان مکمل نداشته اند.
تبصره ۱) دوره انتظار برای زایمان و سزارین ۸ ماه خواهد بود.

فصل سوم: شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۱۰) حدود تعهدات بیمه گر:

تبصره ۱) ملاک عمل بیمه گر برای پرداخت هزینه های پاراکلینیکی حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی پس از کسر سهم بیمه گر اول خواهد بود.

تبصره ۲) بیمه گر تعهد می نماید که پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

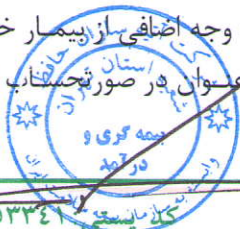
تبصره ۳) تعهدات بیمه گر در مورد بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر استفاده می نمایند برابر صورتحساب های مراکز فوق الذکر پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا ۳۰٪ فرانشیز مورد رسیدگی و تسویه قرار می گیرد و در صورتی که بیمه شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفی نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند در این صورت هزینه های درمانی حداکثر بر اساس تعرفه بیمارستان های همتراز طرف قرارداد با بیمه گر و ضمن رعایت سایر ضوابط قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۴) هزینه های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه گر می باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکتهای و سازمان های بیمه ای نمی تواند از صد درصد هزینه های انجام شده تجاوز نماید به عبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان ها و شرکت های مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد می باشد.

تبصره ۵) هزینه های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده اند در زمان صلح مشمول بیمه می باشند.

تبصره ۶) هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی (خدمات بستری) خارج از کشور بیمه شدگان حداکثر بر اساس تعرفه مورد عمل بیمارستان های درجه یک طرف قرارداد با بیمه گر معادل هم ارز ریالی براساس نرخ اعلامی توسط بانک مرکزی در زمان ترخیص از بیمارستان خواهد بود و طبق مفاد توافق نامه پس از اخذ سهم بیمه گر اولیه قابل پرداخت می باشد مشروط بر اینکه مدارک پزشکی به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن به تأیید وزارت امور خارجه در ایران رسیده باشد (بیمه شدگانی که در خارج از کشور با فوریت پزشکی معالجه می شوند باید برای دریافت خسارت به صورتی که ذکر شده عمل نمایند).

تبصره ۷) بیمه گر می بایست بیمارستان های طرف قرارداد خود را ملزم نماید تا از دریافت هر گونه وجه اضافی از بیمار خارج از مفاد قرارداد فی مابین بیمه گر و بیمارستان خودداری و مبالغ دریافتی از بیماران را تحت هر عنوان در صورتحساب قید



تاریخ: ۹۳/۴/۷
شماره: ۹۳، ۴۱، ۵۸۱
پیوست:

نماید و در صورت اخذ هر گونه وجه اضافی با ارائه مدارک مثبته، بیمه‌گر ملزم به پرداخت آن بر اساس قرارداد منعقدہ بیمه‌گر با بیمارستان به بیمه شده خواهد بود.

تبصره ۸) بیمه‌گر متعهد می‌گردد که به منظور کاهش دغدغه‌ها و نگرانی‌های بیمه شدگان و همچنین جلب رضایت‌مندی آنان نسبت به توسعه و انعقاد قرارداد با مراکز درمانی خصوصی و دولتی اقدام نماید تا بیمه شدگان با اخذ معرفی‌نامه از بیمه‌گذار از مزایای بیمه درمان تکمیلی بهره‌مند شوند ضمناً بیمه‌گر متعهد می‌گردد حداکثر توان خود را در عقد قرارداد با اکثر بیمارستان‌ها و ارسال لیست آن جهت اطلاع‌رسانی به بیمه شدگان حداکثر تا سه ماه پس از انعقاد قرارداد به کار گیرد.

ماده (۱۱) استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد.

۱. از بین بردن عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
۲. اعمال جراحی که بمنظور زیبایی انجام می‌شود و یا همراه با اعمال زیبایی می‌باشند.
۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج، تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و تأیید مراجع قانونی.
۴. درمان بیماری‌های ایدز و بیماری‌های فراگیر (اپیدمی).
۵. هزینه چک آپ و آزمایشات دوره ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
۶. هزینه های واکسیناسیون، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج تجویز شود و در صورت حساب بیمارستانی موجود باشد
۷. ترک اعتیاد.
۸. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
۹. فعل و انفعالات هسته‌ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.
۱۰. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه و هر گونه آسیب ناشی از سلاح سرد و گرم تحت هر عنوان و علت.
۱۱. اتاق خصوصی مگر در خصوص بیماری‌های عفونی که با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گریمه شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.
۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۷ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر
۱۳. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه ای که در زمان قرارداد رخ داده و تحت پوشش باشد.
۱۴. داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه ای دارد از جمله مکمل های غذایی و شیرخشک.
۱۵. لوازم بهداشتی - آرایشی نظیر شامپو، صابون، خمیردندان که جنبه دارویی ندارند
۱۶. هزینه انواع اورتر (وسایل کمک توانبخشی) مانند: جوراب واریس، ویلچر، عصا، لنز (مگر در مواردی که در جراحی چشم استفاده می‌شود)، سمعک، شکم‌بند، کمربند طبی، کمرست طبی و موارد مشابه.
۱۷. هزینه های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن.



تاریخ: ۹۳، ۴، ۷
شماره: ۹۳-۴۱، ۲۵۸۱
پیوست:

۱۸. عمد بیمه شده در تحقق خطر بر اساس نظریه پزشکی قانونی.
۱۹. خودکشی - قتل - جنایت.
۲۰. کلیه هزینه های مربوط به بیماری های روانی.
۲۱. اعمال جراحی عقیم سازی در آقایان و بستن لوله ها در خانم ها (بجز در مواردیکه بعنوان عمل دوم در جراحی های داخل شکم انجام شود).
۲۲. کلیه هزینه های مربوط به تصادفات رانندگی که بر عهده بیمه شخص ثالث و صندوق تامین خسارات بدنی می باشد.
۲۳. خدمات سرپائنی نظیر دارو، عینک، ویزیت، مشاوره، آزمایش، گفتار درمانی، کار درمانی، تزریقات، پانسمان، پرستاری در منزل، اکسیژن تراپی و سایر موارد مشابه.
۲۴. اعمال جراحی مربوط به درمان نازایی و ناباروری نظیر میکرو اینجکشن، IVF، ZIFT، GIFT، IUI، هزینه های دارویی و سایر هزینه های مربوط به درمان نازایی و همچنین کلیه هزینه های مربوط به برگشت اعمال عقیم سازی.
۲۵. کلیه خدمات دندان پزشکی اعم از جراحی لثه و ویزیت دندانپزشکان، کلیه تصویر برداری ها و سایر خدمات مربوطه.
۲۶. هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت تدوین و اعلام نگردیده است
- نظیر هزینه های درمان با سلولهای بنیادی، PRP و ...
۲۷. کلیه خدماتی که در تعهدات ماده ۴ قید نگردیده است.

فصل چهارم: نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور

- ماده ۱۲) بیمه شدگان در انتخاب پزشکان و بیمارستان های مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهند نمود.**
- تبصره ۱) بیمه شدگان در صورت نیاز به استفاده از بیمارستان های طرف قرارداد می توانند با ارائه معرفی نامه لازم از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند.
- تبصره ۲) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستان های غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه ها و ارائه اسناد، مازاد هزینه ها طبق مفاد قرارداد بر اساس درجه بندی بیمارستان های طرف قرارداد با بیمه قابل پرداخت خواهد بود.
- تبصره ۳) مدارک لازم برای صدور معرفی نامه به بیمارستان ها و مراکز طرف قرارداد:

۱. معرفی نامه بیمه گذار

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



تاریخ: ۹۳، ۴، ۱۷
شماره: ۹۳، ۴، ۲۵۸۱
پیوست: —



۳. اصل و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده اصلی و بیمار.

۴. کارت ملی

ماده ۱۳) بیمه شدگان می‌بایست هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد را در صورت عدم استفاده از معرفی‌نامه راساً پرداخت نموده و تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان‌های بیمه‌گر اولیه رسیده باشد را به ضمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) کارت ملی بیمه شده اصلی به همراه درخواست کتبی بیمه‌گذار برای دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه‌گر تسلیم نماید و در مواردی که بیمه‌گر اولیه از پرداخت هزینه‌های مورد تعهد خودداری نماید هزینه‌ها با ارائه اصل مدارک محاسبه و پس از کسر فرانشیز با رعایت سایر مفاد قرارداد پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۴) حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی موضوع این تفاهم‌نامه به بیمه‌گر ۶ ماه از تاریخ انجام هزینه‌های مربوطه می‌باشد بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه‌گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

فصل پنجم: موارد فسخ قرارداد و نحوه تسویه حق بیمه

بیمه‌گر و یا بیمه‌گذار میتوانند در موارد زیر برای فسخ قرارداد اقدام نمایند:

ماده ۱۵) موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

۱-۴ - عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.
۲-۴ - هرگاه بیمه‌گذار سهواً و یا بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار نماید و یا از مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود. بدیهی است در صورت احراز سوء نیت از نظر بیمه‌گر در این خصوص نیز حق فسخ ایجاد خواهد شد.

۳-۴ - در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه.

۴-۴ - در صورت محقق نشدن جمعیت بیمه شدگان کل کشور مطابق مفاد ماده ۳ قرارداد.

۵-۴ - در صورت عدم توافق طرفین مطابق مفاد تبصره ۷ ماده ۸ قرارداد

ماده ۱۶) - موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

بیمه‌گذار می‌تواند در مدت قرارداد برای فسخ قرارداد اقدام نماید.

نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می‌گردد.

- در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد) مع هذا در صورتیکه تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی بیشتر از هفتاد درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به هفتاد درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت نماید.



تاریخ: ۹۳/۴/۷
شماره: ۹۳/۴۱/۲۵۸۱
پیوست: ۱



تبصره ۱) در مواردی که فسخ بیمه نامه توسط بیمه گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد حق بیمه تا زمان فسخ بصورت روز شمار محاسبه خواهد شد .

الف - انتقال پرتفوی بیمه گر .

ب - در صورتیکه گروه بیمه شده بعلت توقف در کار و یا مشکلات پیش بینی نشده دیگر ترکیب گروهی خود را از دست بدهد..

ماده ۱۷) نحوه فسخ :

۱-۱۶ - در صورتیکه بیمه گر بخواهد قرارداد را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله نامه کتبی به بیمه گذار اطلاع دهد در این صورت قرارداد یک ماه پس از اعلام کتبی مراتب به بیمه گذار ، فسخ شده تلقی می گردد .

۲-۱۶ - بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضای فسخ قرارداد را بنماید در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه گر قرارداد فسخ شده محسوب می شود چنانچه در درخواست بیمه گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد ، اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود .

فصل ششم : سایر مقررات

ماده ۱۸) - حل اختلاف :

بیمه گر و بیمه گذار کوشش خواهند نمود هر گونه اختلاف نظر ناشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. در غیر اینصورت بر اساس رای مراجع ذیصلاح قضائی اقدام خواهد شد.

ماده ۱۹) - طرفین متعهد میگردند چنانچه که در پایان دوره قرارداد از یکدیگر مطالبه ای دارند حداکثر ظرف مدت ۲ ماه پس از پایان قرارداد نسبت به اعلام کتبی به طرف مقابل اقدام نماید.

ماده ۲۰) - 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 گذار و بیمه گر در رابطه با این قرارداد برای طرفین محفوظ می باشد.

ماده ۲۱) - مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر بامداد ۹۳/۳/۱ تا ساعت ۲۴ روز ۹۴/۲/۳۱ خاتمه می یابد و هر یک از طرفین می باید لااقل یک ماه قبل از انقضای قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتباً به طرف دیگر اعلام نمایند.

تبصره ۱) بدیهی است چنانچه تاریخ شروع بستری و یا انجام خدمات موضوع قرارداد در بازه زمانی قبل از شروع و یا بعد از پایان قرارداد باشد پرداخت هزینه آن در تعهد شرکت نمی باشد.

ماده ۲۲) - این قرارداد مشتمل بر ۲۲ ماده و ۵۳ تبصره و در چهار نسخه تنظیم یافته که هر چهار نسخه حکم واحد را دارد.

