



شرکت سراسری آتیه سازان حافظ  
معاون تخصصی بیمه های تکمیلی و جراحات سلامت  
وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

بسمه تعالی

تاریخ: ۹۹، ۱۲، ۰۲  
شماره: ۹۹، ۱۳۳۸۱۹۷  
پیوست:

« قرارداد بیمه نامه مزاد درمان وزارت آموزش و پرورش (گروه الف) ۴۰۰-۱۳۹۹ »

شماره قرارداد: / /	تاریخ صدور: ۱۳۹۹/۱۲/۰۲
تاریخ شروع قرارداد: ۱۳۹۹/۱۲/۰۲	تاریخ اتمام قرارداد: ۱۴۰۰/۱۱/۳۰
تعداد بیمه شدگان: بالغ بر ۲۰,۰۰۰ هزار نفر (به حروف: بیست هزار نفر)	حق بیمه سالیانه: بالغ بر ۲۰۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (به حروف: دویست و چهار میلیارد ریال)
کد بازاریابی: *****	مالیات بر ارزش افزوده: ۱۸,۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (به حروف: هیجده میلیارد و سیصد و شصت میلیون ریال)

این قرارداد بین شرکت آتیه سازان حافظ (سهامی خاص) به شماره ثبت ۱۷۴۹۸۷، وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران، با نمایندگی آقایان: افشین مقصودی با سمت مدیر عامل و عضو هیئت مدیره و محمدرضا محسنی بندپی با سمت عضو هیئت مدیره شرکت آتیه سازان حافظ دارای کد اقتصادی به شماره ۷۸۵۱-۱۴۳۹-۴۱۱۱ بعنوان بیمه گر و وزارت آموزش و پرورش با نمایندگی آقای: علی الهیار ترکمن با سمت معاون برنامه ریزی و توسعه منابع، دارای شناسه ملی ۱۴۰۰۲۹۰۱۹۵ و کد اقتصادی به شماره ۶۷۶۴-۱۳۸۷-۴۱۱۴، بعنوان بیمه گزار به استناد قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳، مقررات و آیین نامه های شورای عالی بیمه خدمات درمانی و شرایط عمومی بیمه درمان و تفاهم نامه شماره ۱۰۹۲۷۳ با شرایط زیر منعقد گردید:

فصل اول - کلیات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصرًا با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند:

ماده (۱) بیمه گر:

شرکت آتیه سازان حافظ به نشانی: تهران، خیابان نلسون ماندلا، بلوار صبا پلاک ۱۵ تلفن ۲۲۰۲۳۷۶۸ و نمابر ۲۲۰۲۳۶۷۷

ماده (۲) بیمه گذار:

وزارت آموزش و پرورش به نشانی: تهران، خیابان شهید سپهبدقمرنی، نرسیده به خیابان سمیه، نبش کوچه شهید محمدی،

پلاک ۵۶ ساختمان شهیدرجایی، معاونت توسعه مدیریت و پشتیبانی تلفن ۸۲۲۸۷۰۱۰ و نمابر ۸۲۲۸۷۰۱۱

ماده (۳) تعاریف و اصطلاحات:



۳-۱- حادثه: عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده قبلی بیمه شده بروز کرده باشد و باعث وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد. با عنایت به اختصاص ۱۰ درصد از حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد بابت هزینه های درمان مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیر دولتی، هزینه های مزبور بعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد و در تعهد این قرارداد نمی باشد.

۳-۲- بیماری: عبارتست از هرگونه عارضه جسمی، روحی و یا اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.

۳-۳- خسارت متفرقه (مستقیم): هزینه های تشخیصی، درمانی مورد تعهدی است که راسا توسط بیمه شده پرداخت و اسناد آن جهت انجام رسیدگی به بیمه گر ارائه و سپس از طریق بیمه گر به طور سیستمی به حساب بانک ملی بیمه شده واریز می گردد.

۳-۴- خسارت غیر مستقیم: هزینه تشخیصی، درمانی مورد تعهدی است که مستقیما از سوی مراکز تشخیصی، درمانی طرف قرارداد برای بیمه گر ارسال تا وفق قرارداد منعقد با آن مرکز مورد رسیدگی قرار گرفته و توسط بیمه گر پس از تامین اعتبار لازم در وجه مرکز مزبور پرداخت می گردد.

۳-۵- فرانشیز: سهم بیمه شده از هزینه های مورد تعهد است که میزان آن در قرارداد تعیین گردیده است.

۳-۶- دوره انتظار: دوره انتظار مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و شامل بیمه شدگانی می گردد که در سال گذشته هیچگونه پوشش بیمه درمان مکمل بصورت ممتد نداشته اند.

۳-۷- حق بیمه: وجهی است که بیمه گزار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در قرارداد توافق شده است.

۳-۸- مدت: مدت قرارداد یکسال تمام شمسی است و تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در قرارداد درج گردیده است.

تبصره ۱: دوره انتظار مشمول این قرار داد نمی گردد.

#### ماده ۴) افراد تحت پوشش:

عبارتند از کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) که به طور تمام وقت در استخدام وزارت آموزش و پرورش می باشند به همراه کلیه افراد خانواده آنها بدون حق انتخاب. همچنین والدین تحت تکفل که از سنوات گذشته تحت پوشش بیمه بوده و اسامی ایشان در فهرست بیمه تکمیلی می باشد و والدین کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) که در سنوات گذشته تحت پوشش بیمه تکمیلی نبوده اند و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی) صرفا می توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی نوع دوم قرار بگیرند.



تبصره ۱) خانواده: منظور از خانواده عبارت است از هر یک از کارکنان شاغل و همسر یا همسران دائمی و فرزندان بدون حق انتخاب .

تبصره ۲) کارکنان مؤث می‌توانند به تنهایی و یا به اتفاق تمامی فرزندان خود (بدون حق انتخاب) تحت پوشش قرارگیرند. حتی اگر دفترچه بیمه پایه آنها به تبع بیمه‌شده اصلی نباشد.

تبصره ۳) کلیه فرهنگیان و افراد تحت تکفل آنان که در سال گذشته تحت پوشش بیمه بوده اند از تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۲ می‌توانند از خدمات مراکز درمانی و مزایای این قرارداد بهره‌مند گردند. کارکنانی که تمایل به عضویت و بهره‌مندی از پوشش درمان تکمیلی سال جاری را دارند نیز می‌توانند ضمن مراجعه به کارشناس‌های تعاون و امور رفاهی اداره آموزش و پرورش محل خدمت خود، با تکمیل فرم مخصوص تحت پوشش خدمات و تعهدات قرار بگیرند.

تبصره ۵) شرط سنی:

الف) فرزندان در صورت اعلام اسامی در موعد مقرر بدون در نظر گرفتن شرط سنی مشروط به عدم ازدواج و اشتغال به کار تحت پوشش می‌باشند.

ب) فرزندان مؤث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می‌باشند.

ج) نوزادان از بدو تولد مشروط به ارسال مدارک حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ تولد تحت پوشش قرار می‌گیرند.

د) چنانچه فرزندان نفر اصلی دچار معلولیت ذهنی - جسمی - نقص عضو دائم یا موقت باشند، تأمین هزینه‌های درمان آنها بدون در نظر گرفتن شروط مندرج در بند «الف» تبصره ۵ تحت پوشش خواهند بود. لازم به توضیح است که افراد تبعی فرزندان معلول فوق‌الذکر مشمول این قرارداد نمی‌گردند.

ه) کارکنانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام اسامی آنها در لیست اولیه و پرداخت حق بیمه متعلقه به صورت یکجا تا پایان قرارداد می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند. ضمناً کسانی که مرخصی آنها بعد از مهلت عضوگیری به پایان می‌رسد و در لیست اولیه اعلام نشده‌اند تا ۴۵ روز پس از انقضای مرخصی با ارائه مستندات و نامه کتبی بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه مربوطه می‌توانند از ابتدای قرارداد به عضویت درآیند و افرادی که نمی‌خواهند بعد از مرخصی در لیست بیمه‌شدگان باقی بمانند مشروط به عدم دریافت هزینه، معرفی‌نامه، ضمن تکمیل فرم تعهدنامه مبنی بر عدم استفاده از خدمات مندرج در این قرارداد می‌توانند به تاریخ شروع مرخصی، پایان پوشش یابند. تأمین پرداخت سرانه کسانی که در طی مدت قرارداد از مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی استفاده می‌نمایند تا پایان قرارداد بر عهده ادارات کل آموزش و پرورش استان می‌باشد (پرداخت توسط افراد مشمول به صورت یکجا از شروع مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی تا پایان قرارداد خواهد بود).



در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه شده اصلی در طول مدت تفاهم نامه، افراد تحت تکفل و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه ای متوفی از پوشش این قرارداد خارج و ادارات کل آموزش و پرورش می بایست برای بهره مندی از خدمات و تعهدات بیمه درمان تکمیلی ایشان را به سازمان بازنشستگی کشوری و یا کانونهای بازنشستگی تامین اجتماعی معرفی نمایند.

تبصره ۶) کارکنان شاغل بیمه گذار و اعضاء خانواده به همراه افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه کارکنان دولت سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تامین اجتماعی، خدمات درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی (ره) و یا سایر بیمه گران پایه باشند.

تبصره ۷) افراد تحت تکفل فرزندان شاهد (همسر، فرزندان، پدر و مادر) مشروط به پرداخت حق بیمه می توانند در فهرست بیمه شدگان قرار و از خدمات بهره مند شوند.

#### ماده ۵) موضوع بیمه :

عبارتست از جبران بخشی از هزینه های درمانی ناشی از بیماری که در تعهد بیمه گر پایه (مازاد بر بیمه سلامت ایران، تامین اجتماعی و سازمانهای مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند) نبوده و بر طبق شرایط مقرر در این قرارداد در تعهد قرار گرفته است

ماده ۶) تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول:  
خلاصه جدول تعهدات به شرح ذیل می باشد.

فراشیز و توضیحات	سقف تعهدات (ریال)	تعهدات
۲۰٪	بدون سقف	جراحی های تخصصی
۲۰٪	بدون سقف	درمان طبی و سایر اعمال جراحی
۲۰٪	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	زایمان (طبیعی و سزارین، کورتاژ تشخیصی درمانی و تخلیه ای)
۲۰٪	بدون سقف	هزینه های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری جهت بیمه شدگان (بجز هزینه های مرتبط با تعیین جنسیت)
تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم پرداخت بیمه گر اول با اعمال ۲۰٪ فراشیز	بدون سقف	هزینه های پاراکلینیکی
تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم پرداخت بیمه گر اول با اعمال ۲۰٪ فراشیز	بدون سقف	ویزیت پزشکان
-----	بدون سقف	فراشیز داروی در تعهد بیمه همگانی و ملزومات دارویی (سرنگ، آنژیوتک، ست سرم)
۲۰٪	بدون سقف	هزینه تهیه اعضای طبیعی پیوندی با تأیید انجمن های مربوطه
۲۰٪	تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	هزینه رفع هیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم
۲۰٪	بدون سقف	هزینه های آروزر و پروتز (طبق تعرفه و تعریف وزارت بهداشت)
۲۰٪	تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال	عینک و لنز طبی
-	داخل شهر ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال خارج شهر ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال	آمبولانس در هر مورد



- تعهدات و خدمات برای هر یک از افراد تحت پوشش کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول عبارت است از:

تبصره ۱) جبران هزینه‌های بستری و جراحی و شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف (مرتبط با جراحی‌های خوش خیم و بدخیم) و انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و **DAY CARE** درمان طبی و زایمان‌های زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نظیر **CCU, ICU** اطاق ایزوله، هزینه بستری و داروهای اختصاصی بیماری کرونا، تزریق ماده فارماکولوژیک داخل هر دو چشم مانند (آواستین، لوستیس، ایلبا و سایر موارد مشابه) به شرح زیر می‌باشد.

الف) تعهد در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت ارائه کارت ملی یا دریافت معرفی‌نامه از بیمه گر بر اساس صورتحساب بیمه‌ای مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب) تعهدات در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی‌نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در استان محل دریافت خدمت و با کسر سهم بیمه پایه و در موارد عدم تعهد بیمه پایه با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری باز پرداخت خواهد شد.

ج) بیماری‌های خاص این تفاهم نامه:

- شامل: بیماریهای هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند ها مانند کلیه، کبد و سایر پیوندها (به جز پیوند اندام‌ها و قرنیه) و بیماریهای صعب‌العلاج شامل انواع سرطان، بیماریهای پره کانسر، **ALS, MS** پارکینسون، کتونومی ناشی از بیماری‌های متابولیک وارثی، هپاتیت، آرتريت روماتوئید، لوپوس اریتماتوز، بیماریهای کرون و بهجت و ایدز می باشد، که بر اساس این قرارداد پرداخت هزینه تمامی داروهای درمان این بیماریها، اعم از داخل و خارج فارماکوپه بیمه با اعمال فرانشیز مقرر در متن قرارداد و در صورت عدم تعهد بیمه پایه، بدون فرانشیز می‌باشد.

- پرداخت هزینه کیسه کولستومی در بیماران مبتلا به سرطان پس از کسر سهم بیمه پایه و یا فرانشیز مقرر در متن قرارداد.

شایان ذکر است هزینه داروهای مکمل و تغذیه‌ای به استثناء آلومین که در درمان عوارض بیماری و یا عوارض ناشی از درمان به کار می‌روند، قابل پرداخت نمی‌باشند.

د) جبران هزینه‌های بیماریهای ضعف عصب و عضله از جمله (پولی میوزیت، دوشن و ...) و بیماریهای خود ایمن از جمله (گیلن باره، پمفیگوس، پسوریازیس، شوگر و ...)، بیماریهای نوروپاتی (به استثناء نوروپاتی های ثانویه به بیماری نظیر دیابت و غیره) و سندروم نفروتیک، سوختگی، بیماران اوتیسم و سیستمیک



فیبروزیس (Cystic Fibrosis) بر اساس این قرارداد هزینه تمامی داروهای درمان این بیماریها که در فهرست دارویی رسمی کشور و در تعهد بیمه پایه باشند پس از کسر سهم بیمه پایه و داروهای خارج از فارماکوپه بیمه با اعمال ۲۰٪ درصد فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۲) پرداخت هزینه‌های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین و کورتاژ تشخیصی و تخلیه‌ای) در طول مدت قرارداد تا سقف ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۳) جبران هزینه‌های پاراکلینیکی مانند انواع اسکن انواع سی تی اسکن، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)، آنژیوگرافی، انواع ماموگرافی، انواع رادیولوژی، انواع ام آر ای، انواع اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی، پزشکی هسته‌ای، FNA (تیروئید و سینه)، آندو آنال سونوگرافی، اسکن کف پا، رینوسکوپ، رکتوسکوپ و غیره. تزریق (IVIG)، RF نقاط مختلف بدن، انواع سونوگرافی، طب سوزنی، خدمات کایروپراکتیک، اوزون تراپی، مگنت تراپی (حداکثر ۱۰ جلسه برای هر اندام در ماه)، فیزیوتراپی، لیزر فیزیوتراپی و سایر موارد مشابه و هم چنین جبران هزینه‌های: تست ورزش، نوارنگاری (مانند: نوارعضله، نوارعصب، نوارمغز، نوارقلب، نوار چشم و نوار مثانه)، تست V.E.P، هولترمونیتورینگ قلب، پریمتری چشم (اندازه گیری میدان بینایی)، تست های تنفسی (اسپیرومتری، بادی باکس، DELCO، متاکولین و ...)، پلتسموگرافی، آب درمانی، تست آلرژی، تست اورودینامیک، الکترومیوگرافی مثانه، ادیومتری، تمپانومتری، ارگواسپیرومتری، بینایی‌سنجی، بررسی عصب شنوایی، بررسی عصب بینایی، Brain Mapping، توپوگرافی چشم، ICG، ORB SCAN، ERG، GDX، OCT، IOLMASTER، مانومتری، پنتاکم، HRT، گفتاردرمانی و کاردرمانی (حداکثر ۲۰ جلسه در ماه) و سایر موارد مشابه و جبران هزینه‌های جراحی‌های مجاز سرپایی و بدون بستری مانند: ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم) و هزینه‌های مربوط به کلیه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمان های بیمه گر توسط دبیرخانه شورایعالی بیمه خدمات درمانی مانند: شکستگی‌ها، دررفتگی‌ها، آتل گذاری، انواع گچ گیری، بیرون آوردن جسم خارجی فرورفته در گوشت، کشیدن ناخن، فوندوسکوپ، کانفواسکن، انترپیون، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبسه کف دهان، شالازیون، بیوپسی، کوتر، ناخنک چشم، بیرون آوردن جسم خارجی از گوش و بینی، تزریق در داخل مفاصل، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری (ویزیت، دارو، تزریق و ...)، انواع آزمایش و انواع پاتولوژی و سایر موارد مشابه تا سقف تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می‌باشد.

تبصره ۴) جبران هزینه‌های رفع عیوب انکساری (لیزیک و لازیک) در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا



- دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، برای هر چشم حداکثر تا سقف ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و برای دو چشم حداکثر تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت است.
- تبصره ۵) جبران هزینه ارتوز و پروتز مطابق تعریف وزارت بهداشت، پروتزهایی در تعهد می باشد که داخل بدن به کار رفته و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر تجهیزات پزشکی که در سایت وزارت بهداشت و درمان موجود باشد و در خصوص ارتوز صرفاً آتل هایی همچون گردن بند، کمر بند، زانوبند و بریس که توسط پزشک متخصص ارتوپدی و مغز و اعصاب تجویز گردد مورد تعهد می باشد. در نتیجه مواردی همچون عصا، واکر، سمعک، ویلچر، کفش و کفی طبی، دستگاه فشارسنج و سایر موارد در تعهد این قرارداد نمی باشد.
- تبصره ۶) تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قریه، قلب، ریه پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر.
- تبصره ۷) تأمین هزینه های مرتبط با هزینه های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری جهت بیمه شدگان (بجز هزینه های مرتبط با تعیین جنسیت) بر مبنای تعرفه همترازی در مراکز طرف قرارداد بیمه گر با کسر ۲۰٪ فرانشیز و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می باشد. شایان ذکر است جبران هزینه دارویی این گروه مطابق تبصره ۱۶ همین ماده می باشد.
- تبصره ۸) تعهدات در رابطه با آمبولانس و همراه به شرح زیر است:
- الف) 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.
- ب) در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبداء و یا تأیید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستان و مراکز تشخیص درمانی تا سقف ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال (چهار میلیون ریال) در هر مورد بین شهری و در موارد آمبولانس شهری تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ (دو میلیون) ریال در هر مورد قابل پرداخت می باشد.
- ج) هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستانهای همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در هر مورد دستور پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.
- تبصره ۹) تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) و لنز طبی در طول یک سال بیمه ای حداکثر تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال (یک میلیون هزار ریال) مشروط به تجویز چشم پزشک (بدون ارائه برگه کامپیوتری) یا اپتومتریست یا ارائه برگه کامپیوتری نمره چشم توسط عینک فروشی معتبر.
- در صورت تجویز عینک توسط اپتومتریست در صورتی که شماره چشم کوچکتر و یا مساوی ۰/۵ باشد علاوه بر مدارک فوق ارائه گواهی چشم پزشک نیز الزامی می باشد.



تبصره ۱۰) هزینه‌های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحساب‌های درمانی و بر اساس مفاد شیوه‌نامه قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه‌های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، مازاد هزینه‌ها، پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۱) جبران هزینه ویزیت پزشک عمومی، متخصص و فوق‌تخصص مشروط به درج دستور پزشک معالج در دفترچه بیمه‌گر پایه و حداکثر براساس تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی و خصوصی و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۱۲) هزینه خدمات طب مکمل (طب سنتی، هومیوپاتی، طب سوزنی و...) در صورت انجام توسط پزشک حداکثر معادل تعرفه ویزیت پزشک عمومی قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱۳) جبران فرانشیز داروهای در تعهد بیمه‌پایه.

تبصره ۱۴) نسخ آزاد قابل پرداخت نمی‌باشد.

تبصره ۱۵) حق فنی داروخانه به عهده فرد تحت پوشش می‌باشد.

تبصره ۱۶) جبران هزینه داروهای ناباروری مشروط به درج دستور پزشک در دفترچه بیمه‌گراول با کسر فرانشیز ۲۰٪ امکان‌پذیر خواهد بود.

تبصره ۱۷) جبران سی درصد (۳۰٪) هزینه آزمایشات ژنتیک و آزمایش‌های ارسالی به خارج از کشور (در کتاب ارزش نسبی خدمات ارزش‌گذاری نگردیده) مشروط بر ارائه دلیل علمی برای انجام آزمایش.

تبصره ۱۸) بیمه‌گر طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم افراد تحت پوشش به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و... (بجز ویزیت و عینک) در راستای تعرفه‌های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که افراد تحت پوشش بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمان‌های مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند.

ماده ۷) فرانشیز تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول:

منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه‌های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد است که تأمین آن به عهده بیمه شده می‌باشد.

۱-۷- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۶، ۵، ۷ و ۹ از ماده ۶ این شیوه‌نامه (انواع بستری، زایمان،

لیزیک، اورتز و پروتز، اعضای پیوندی، نازائی و ناباروری، عینک) بابت سهم بیمه‌گر اول، ۲۰٪ درصد از هزینه‌های

درمانی مورد تأیید و تعهد است. بدیهی است چنانچه افراد تحت پوشش به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی

مراجعه نمایند و یا به هر نحوی از سهم بیمه‌گر اول استفاده کنند، فرانشیزی از صورتحساب بیمه‌ای ایشان کسر

نخواهد شد.





۷-۲- حداکثر تعهد در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۱۲ و ۱۱ ماده ۶ این قرارداد (ویزیت) که دارای تعرفه مصوب و جاری در بخش خصوصی و دولتی از سوی هیئت وزیران می باشند معادل تعرفه مصوب پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز می باشد. همچنین حداکثر تعهد در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۳ ماده ۶ این قرارداد (انواع خدمات پاراکلینیک و اعمال مجاز سرپایی) که تابعی از k می باشند، حداکثر تا سقف ضریب خدمات در بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز می باشد و در مواردی که فاقد تعرفه و ضریب مشخص باشد بر اساس تعرفه های بیمه گر و با ۲۰٪ فرانشیز می باشد.

استثناء: در صورت مراجعه کارکنان تحت پوشش به مراکز درمانی دولتی و دانشگاهی جهت دریافت خدماتی که تعرفه مصوب شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را رعایت می نمایند، فرانشیز پرداختی ایشان طبق مفاد شیوه نامه قابل پرداخت می باشد.

۷-۳- خدمات پاراکلینیکی که طبق مفاد قرارداد، مورد توافق طرفین هستند بر اساس خدمات تشخیصی و درمانی و اعمال سرپایی که ارزش گذاری شده و به تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد قابل پرداخت می باشند.

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

تبصره ۲) در صورت مراجعه افراد تحت پوشش به مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه گر 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 رأساً نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نماید.

تبصره ۳) در هر صورت هزینه های خارج از تعهد به عهده افراد تحت پوشش بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی گردد.

۷-۴- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۴ از ماده ۶ قرارداد هزینه های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) ۲۰ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است

۷-۵- از خدمات موضوع تبصره ۸ ماده ۶ فرانشیزی کسر نخواهد شد.

ماده ۸) استثنائات تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول:  
موارد زیر از شمول تعهدات این گروه خارج می باشد.



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 به منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد و در خصوص اعمال درمانی توأم با اعمال زیبایی نظیر سبتوپلاستی همراه با رینوپلاستی، پرداخت هزینه مشروط به پرداخت سهم بیمه‌گر اول می‌باشد.
۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج، تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و تأیید مراجع قانونی.
۴. بیماری‌های فراگیر (اپیدمی).
۵. هزینه چک‌آپ و آزمایشات دوره‌ای و سایر هزینه‌های درمانی که طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
۶. هزینه‌های واکسیناسیون، مگر در موارد بستری 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.
۱۱. اتاق خصوصی مگر در خصوص بیماری‌های عفونی که با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر بیمه شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.
۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۱۰ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
۱۳. جراحی فک و جراحی لثه. مگر جراحی فک که به علت حوادث تحت پوشش و با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر انجام شود.
- تبصره: بیمه شدگان زیر ۲۰ سال در صورت ایجاد اختلال رشد، تکلم، تغذیه و تنفس، هزینه جراحی مربوطه با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر در صورت تعهد بیمه‌گر اول قابل پرداخت خواهد بود.
۱۴. داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه‌ای دارد از جمله مکمل‌های غذایی و شیرخشک.
۱۵. لوازم بهداشتی - آرایشی نظیر شامپو، صابون، خمیردندان و وسایل کمک توانبخشی از جمله جوراب واریس، ویلچر، عصا، عینک آفتابی، سمعک، و موارد مشابه.
۱۶. هزینه‌های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.
۱۷. عمد بیمه شده در تحقق خطر بر اساس نظریه پزشکی قانونی.
۱۸. خودکشی، قتل و جنایت.



۱۹. هزینه نگهداری بیماری‌های سایکوتیک، منظور از بیماری‌های سایکوتیک (روانی و جنون) آن دسته از بیماری‌هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.
۲۰. اعمال جراحی عقیم‌سازی در آقایان و بستن لوله‌ها در خانم‌ها (به جز در مواردی که به عنوان عمل دوم در جراحی‌های داخل شکم انجام شود).
۲۱. کلیه هزینه‌های مربوط به تصادفات رانندگی که بر عهده بیمه شخص ثالث و صندوق تأمین خسارات بدنی می‌باشد.
۲۲. خدمات سرپائی نظیر تزریقات، پانسمان، اکسیژن‌تراپی، پرستاری در منزل و کلیه خدماتی که عناوین آن در خدمات موضوع ماده ۶ ذکر نگردیده است.
۲۳. ویزیت و مشاوره روانشناس، ویزیت اپتومتریست، ماما و سایر کارشناسان و PHDهای پروانه‌دار نظیر تغذیه و ...
۲۴. کلیه خدمات دندان‌پزشکی اعم از ویزیت دندان‌پزشکان، کلیه تصویربرداری‌ها و سایر خدمات مربوطه.
۲۵. هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت تدوین و اعلام نگردیده است نظیر هزینه‌های درمان با سلول‌های بنیادی و خدمات جدید که فاقد تعرفه مشخص می‌باشند.
۲۶. اقدامات درمانی جهت آسیب‌های ناشی از سلاح‌های سرد و گرم تحت هر عنوان و علت.

ماده ۹ - تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان انانث (رسمی، پیمانی و قراردادی):

درازا دریافت حق بیمه مقرر موضوع قرارداد تعهدات برای یکسال بیمه‌ای برای هر یک از بیمه‌شدگان عبارت است از: تبصره ۱) جبران هزینه‌های بستری اعمال جراحی تخصصی بیمارستانی شامل: درمان جراحی سرطان (جراحی‌های تومورهای بدخیم)، اعمال جراحی قلب، مغز و نخاع (به استثنای جراحی ستون فقرات)، آنژیوپلاستی قلب، هزینه کلیه اهدانی، دیالیز مزمن، پیوند کلیه، پیوند قلب، پیوند مغز استخوان، پیوند کبد، پیوند ریه حداکثر تا سقف ۱۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۲) جبران هزینه‌های بستری اعمال جراحی عمومی و درمان طبی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE، شیمی‌درمانی (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 و کورتاژ تشخیصی و تخلیه‌ای حداکثر تا سقف ۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال از محل تعهدات تبصره ۱ ماده ۹ می‌باشد.

تبصره ۳) پرداخت هزینه‌های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین) در طول مدت قرارداد حداکثر تا سقف ۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۴) بیماریهای خاص قرارداد شامل انواع سرطان و شیمی‌درمانی، MS، بیماریهای هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، پیوند کبد، ریه می‌باشد. تعهد جهت این بیماران شامل پرداخت هزینه داروهای اختصاصی درمان اعم از داخل و خارج فارماکوپه بیمه از محل تعهدات تبصره ۲ ماده ۹ می‌باشد.



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 به آنها ارائه نموده باشد، مازاد هزینه ها پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.

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

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

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

تبصره ۹) تعهدات 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 ۱۵ روز کاری 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 آنژیوگرافی، TCD، آنژیوگرافی چشم و دانسیتومتری تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۱) تامین هزینه های پاراکلینیکی گروه دوم از قبیل تست ورزش، نوار مغز، نوار قلب، نوار عصب و عضله، اسپرومتری، 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 ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۲) تامین هزینه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در آخرین ویرایش کتاب تعرفه ارزش نسبی خدمات مانند: شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایو تراپی، تخلیه کیست، اکسیژون 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 ۲/۵۰۰/۰۰۰ 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 آستیکمات و یا هر یک به تنهایی) ۳ دیوپتر و بیشتر باشد برای هر چشم حداکثر تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ (پنج میلیون 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 ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال و بین شهری ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۵) تامین هزینه های آزمایش و پاتولوژی تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

خلاصه جدول تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):

تعهدات	سقف تعهدات (ریال)	فراشیز و توضیحات
هزینه های بیمارستانی	جراحی های تخصصی	پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فراشیز ۲۰٪
	درمان طبی و سایر اعمال جراحی	پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فراشیز ۲۰٪
	زایمان، سزارین، کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای	پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فراشیز ۲۰٪
هزینه های پاراکلینیکی (۱) انواع اسکن-انواع سی تی اسکن-ماموگرافی-سونوگرافی-ام ار ای-انواع آندوسکوپی-اکوکاردیوگرافی، سی تی آنژیوگرافی و دانسیتومتری، TCD، آنژیوگرافی چشم	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول
هزینه های پاراکلینیکی (۲) هزینه های تست ورزش، نوار عصب عضله، نوار مغز، نوار قلب، اسپرومتری، رادبولوژی و فیزیوتراپی، اودیومتری، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی و شنوایی، تمپانومتری	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول
هزینه جراحی مجاز سرپایی و بدون بستری مانند شکستگیها-گج گیری-خسته-بغیه-کرایوتراپی-تخلیه کیست-اکسیژن خون ضایعات بدنی و تومور-لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)، تست آلرژی و سایر موارد مشابه	۵,۰۰۰,۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول
هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم	تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال	فراشیز ۲۰٪
هزینه آمبولانس	داخل شهر ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال خارج شهری ۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال	-
هزینه های آزمایش و پاتولوژی	۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال	پس از کسر سهم بیمه گر اول

ماده ۱۰) فراشیز تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):



منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه‌های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد می‌باشد که تأمین آن به عهده بیمه شده می‌باشد.

۱-۱۰-۱ حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۳، از ماده ۹ قرارداد (انواع بستری تخصصی و عمومی و زایمان) بابت سهم بیمه گر اول، ۲۰٪ درصد از هزینه‌های 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.

۱-۱۰-۲ حداکثر تعهد بیمه گر در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۵ ماده ۹ این شیوه نامه (انواع خدمات پاراکلینیک، اعمال مجاز سرپایی و هزینه‌های آزمایش و پاتولوژی) که که تابعی از k می‌باشند، حداکثر تا سقف ضریب خدمات در بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۲۰٪ فرانشیزی می‌باشد و در مواردی که فاقد تعرفه و ضریب مشخص باشد بر اساس تعرفه‌های بیمه گر و با ۲۰٪ فرانشیز می‌باشد.

۱-۱۰-۳ حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱۳ از ماده ۹ قرارداد هزینه‌های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) ۲۰٪ درصد از هزینه‌های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است

۱-۱۰-۴ از خدمات موضوع تبصره ۱۴ ماده ۹ فرانشیزی کسر نخواهد شد.

استثناء: در صورت مراجعه بیمه شده جهت دریافت خدمات به مراکز درمانی دولتی دانشگاهی که تعرفه‌های مصوب را رعایت می‌نمایند، فرانشیز پرداختی بیمه شده طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت می‌باشد.

۱-۱۰-۵ خدمات پاراکلینیکی که طبق مفاد قرارداد، مورد توافق طرفین هستند بر اساس خدمات تشخیصی و درمانی و اعمال سرپایی که ارزش گذاری شده و به تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد قابل پرداخت می‌باشند.

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 می‌باشند، 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 می‌گردد. بیمه شده می‌تواند پس از ارسال مدارک از سوی مراکز درمانی فوق‌الذکر به واحد اجرایی مربوطه مراجعه و ضمن دریافت اصل مدارک راساً نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نماید. تبصره ۳) در هر صورت هزینه‌های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهده بیمه شده بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی‌گردد.

ماده ۱۱) استثنائات تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):



موارد زیر از شمول تعهدات برای این گروه خارج می باشد.

۱. از بین بردن 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 بمنظور زیبایی انجام می شود و یا همراه با اعمال زیبایی می باشند.
۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج، تأیید پزشک معتمد بیمه گر و تأیید مراجع قانونی.
۴. درمان بیماری ایدز و بیماریهای فراگیر ( ایدمی ).
۵. هزینه چک آپ و آزمایشات دوره ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می باشد.
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 هسته ای، 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 بیمه گر بیمه شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.
۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۱۰ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .
۱۳. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه ای که در زمان قرارداد رخ داده و تحت پوشش باشد.
- تبصره: بیمه شدگان زیر ۲۰ سال در صورت ایجاد اختلال رشد، تکلم، تغذیه و تنفس، هزینه جراحی مربوطه با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر در صورت تعهد بیمه گر اول قابل پرداخت خواهد بود .
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 اورتز(وسایل کمک توانبخشی) مانند: جوراب واریس، ویلچر، عصا، لنز(مگر در مواردی که در جراحی چشم استفاده می شود)، سمعک، شکم بند، کمربند طبی، کمرست طبی و موارد مشابه.
۱۷. هزینه های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن.
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 لوله‌ها در خانم‌ها (بجز در مواردیکه بعنوان عمل دوم در جراحی‌های داخل شکم انجام شود).
۲۲. کلیه هزینه های مربوط به تصادفات رانندگی.
۲۳. خدمات سرپائی نظیر دارو، عینک، ویزیت، مشاوره، گفتاردرمانی، کاردرمانی، تزریقات، پانسمان، اکسیژن تراپی، پرستاری در منزل 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 دندانپزشکی 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، و ...
۲۷. کلیه خدماتی که در تعهدات ماده ۹ قید نگردیده است.

#### ماده ۱۲) نحوه ارسال لیست افراد تحت پوشش:

بیمه گذار مکلف است حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۳۰ نسبت به اعلام اسامی نهایی افراد تحت پوشش که حاوی اطلاعاتی از جمله نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) شماره شناسنامه، نام پدر، کد ملی، کد ملی سرپرست، کد پرسنلی، شماره حساب بانک ملی کارکنان اصلی تحت پوشش، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با نفر اصلی، وضعیت تکفل قانونی فرد تحت پوشش تبعی، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و ... باشد اقدام نماید. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، بیمه گر فقط نسبت به تحت پوشش قرار دادن کارکنان بیمه گذار شامل: افراد جدیدالاستخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین، نوزادان و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت تفاهم نامه ازدواج می‌نمایند (مشروط به ارسال مستندات مربوطه مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه) و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ وقوع از سوی بیمه گذار برای بیمه گر با نامه کتبی، اقدام خواهد نمود. بدیهی است پوشش بیمه‌ای کارکنانی که در سال بیمه‌ای گذشته تحت پوشش قرار داشته‌اند، در صورت عدم انصراف، کماکان به حال و قوت خود باقی است. تبصره ۱) ارائه خدمت به اعضای جدید (افراد جدیدالاستخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت تفاهم نامه ازدواج می‌نمایند) با رعایت ضرب‌الاجل تعیین شده، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذاری باشد. ضمناً موارد حذف شامل فوت افراد تحت پوشش و کارکنانی که رابطه همکاری یا





استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود، خواهد بود. در مورد حذف افراد تحت پوشش، زمان مؤثر جهت حذف، تاریخ وقوع (در صورت عدم دریافت خسارت پس از تاریخ وقوع) خواهد بود.  
تبصره ۲: دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گزار تهیه گردیده، می بایست به امضای طرفین رسیده، مهور و مبادله گردد و صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام صدور معرفینامه و پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت.

تبصره ۲) کارکنانی که اسامی و مشخصات هر یک از اعضای خانواده آنان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره ۱ ماده ۸ این قرارداد قید نگردیده به استناد از قلم افتادگی نمی توانند تحت پوشش قرار گیرند، مگر آنکه حداکثر ۴۵ روز پس از اتمام مهلت ارسال لیست نهایی با نامه کتبی بیمه گذار و ارائه مستندات مبنی بر پوشش بیمه ای سال قبل به بیمه گر اعلام گردد.

تبصره ۳- بیمه گزار مکلف است کلیه شرایط و مفاد قرارداد فیما بین را به اطلاع بیمه شدگان برساند و در صورت عدم اطلاع و آگاهی بیمه شدگان، مسئولیتی متوجه بیمه گر نخواهد بود.

تبصره ۴- در صورت هرگونه ابهام یا نیاز به توضیح در رابطه با مفاد قرارداد و اعلام کتبی بیمه گزار، بیمه گر مکلف به پاسخگویی و شفاف سازی خواهد بود.

#### ماده ۱۳) میزان حق بیمه:

۱۳-۱- با توجه به تعهدات بیمه گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول مبلغ ۸۵۰,۰۰۰ ریال (به حروف: هشتصد و پنجاه هزار ریال) می باشد.

۱۳-۲- با توجه به تعهدات بیمه گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان انان (رسمی، پیمانی و قراردادی): مشمول مبلغ ۷۶۰,۰۰۰ ریال (به حروف: هفتصد و شصت هزار ریال) می باشد.

تبصره: حق بیمه های فوق با احتساب مالیات بر ارزش افزوده می باشد.

#### ماده ۱۴) ترتیب پرداخت حق بیمه:



بیمه گزار می بایست حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در این ماده توافق شده است به بیمه گر پرداخت کند .

۱-۱۴- بیمه گزار مکلف است مبلغی معادل ۵۰٪ قسط اول را به عنوان پیش پرداخت بلافاصله ظرف مدت یک هفته بعد از امضای قرارداد پرداخت نماید و مابقی اولین قسط حق بیمه را نیز مانند سایر اقساط با توجه به تعداد بیمه شدگان در پایان هر ماه و حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر پرداخت نماید .

۲-۱۴- بیمه گزار مکلف است اقساط حق بیمه را در سررسید های تعیین شده، صرفاً در وجه شماره حساب جام ۳۶۴۰۴۸۶۵۹۱ بانک ملت شعبه گلستان پاسداران کد ۶۵۵۷۳ به نام شرکت آتیه سازان حافظ کارسازی نموده و اصل چک صادره و یا رسید حق بیمه واریزی را به بیمه گر تحویل نماید .

تبصره ۱: مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد و در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه، قرارداد بلافاصله با اعلام کتبی بیمه گر، به حالت تعلیق در می آید و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت ندارد. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق، قرارداد رفع تعلیق و مجدداً به حالت اول برمی گردد و بیمه گر موظف به اجرای تعهدات خود در زمان تعلیق می باشد .

تبصره ۲: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) بوسیله الحاقیه تعیین می گردد و بایستی همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماه های آتی تسویه شود .

تبصره ۳: در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می شود .

تبصره ۴: در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد .

تبصره ۵: بیمه گزار و بیمه گر مکلف اند هر دو ماه یکبار بر اساس لیست اولیه و تغییرات اعلامی نسبت به مغایرت گیری لیست بیمه شدگان اقدام نمایند .

تبصره ۶: بیمه گزار و بیمه گر مکلف اند هر سه ماه یکبار نسبت به شفاف سازی مطالبات حق بیمه و امضای صورتجلسه ای که در آن حق بیمه قابل وصول (با توجه به تعداد بیمه شدگان) و حق بیمه وصول شده تعیین و مورد توافق طرفین است، اقدام نمایند .

تبصره ۷: بیمه گزار مکلف است حداکثر یک ماه پس از اتمام مهلت ارائه اسناد خسارت درمان به بیمه گر (موضوع تبصره های ۱ و ۲ ذیل بند ۳ از ماده ۲۰ قرارداد) نسبت به تسویه حساب کتبی مربوط به قرارداد فیما بین، با بیمه گر اقدام نماید.



ماده (۱۵):

بیمه گر و بیمه گزار مکلفند قبل از شروع قرارداد نمایندگان نام‌الاختیار خود را بصورت کتبی به یکدیگر معرفی نمایند. این نمایندگان رابطان بین بیمه گر و بیمه گزار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه گزار و بیمه گر را به عهده دارد. بدین ترتیب بیمه شدگان می توانند امور درمانی خود را در قالب این قرارداد، علاوه بر مراجعه مستقیم، به کمک آنان نیز انجام دهند.

ماده (۱۶) اصل حسن نیت:

بیمه گزار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش های بیمه گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه گر قرار دهند.

اگر بیمه گزار در پاسخ به پرسش های بیمه گر سهواً و یا عمدتاً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمدتاً برخلاف واقع اظهار بنماید، بیمه نامه باطل و بلااثر خواهد بود ولو اینکه مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تأثیری در وقوع بیماری یا حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گزار مسترد نخواهد شد، بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

تبصره ۱: چنانچه هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمدتاً و یا سهواً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده باشد و یا عمدتاً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده باشد، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه حذف گردیده و متعهد به استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده است و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.

تبصره ۲: چنانچه به هر دلیلی بیمه شده مشمول تبصره ۱ از پرداخت خسارت وارده به بیمه گر خودداری نماید، بیمه گزار موظف به جبران آن خواهد بود.

فصل دوم: شرایط و میزان تعهدات

ماده (۱۷) حدود تعهدات:



- تبصره ۱) ملاک عمل بیمه گر برای پرداخت هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر تا سقف تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز برای تعهدات ماده ۷ و تعهدات ماده ۹ خواهد بود.
- تبصره ۲) بیمه گر تعهد می‌نماید که پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۱۵ روزکاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه‌های مربوط به افراد تحت پوشش مطابق با مفاد این شیوه نامه اقدام نماید.
- تبصره ۳) بیمه گر می‌بایست هزینه بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گر و یا کارت ملی از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر استفاده می‌نمایند، برابر صورتحساب‌های بیمه ای مراکز فوق‌الذکر پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا اعمال فرانشیز مربوطه مورد رسیدگی و تسویه قرار می‌گیرد و در صورتی که افراد تحت پوشش مستقیماً و بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، هزینه‌های درمانی حداکثر بر اساس تعرفه بیمارستان‌های همتراز طرف قرارداد با بیمه گر در استان محل انجام خدمت ضمن رعایت سایر ضوابط قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.
- تبصره ۴) هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد می‌باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکتها و سازمان‌های بیمه‌ای نمی‌تواند از صد در صد هزینه‌های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه‌های مورد قبول بیمه گر مزاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان‌ها و شرکت‌های مذکور در این تبصره طبق مفاد شیوه نامه می‌باشد.
- تبصره ۵) بیمه گر می‌بایست بیمارستان‌های طرف قرارداد خود را ملزم نماید تا از دریافت هر گونه وجه اضافی از بیمار خارج از مفاد این شیوه نامه فی‌مابین بیمه گر و بیمارستان خودداری و مبالغ دریافتی از بیماران را تحت هر عنوان در صورتحساب قید نماید و در صورت اخذ هر گونه وجه اضافی با ارائه مدارک مثبت، هزینه محاسبه و پس از کسر از صورتحساب بیمارستان طرف قرارداد به بیمار پرداخت گردد.
- تبصره ۶) بیمه گر متعهد می‌گردد که به منظور کاهش دغدغه‌ها و نگرانی‌های افراد تحت پوشش و همچنین جلب رضایت‌مندی آنان نسبت به توسعه و انعقاد قرارداد با مراکز درمانی خصوصی و دولتی بر اساس تعرفه‌های مصوب هیات محترم وزیران و تلاش مضاعف جهت خرید راهبردی خدمات اقدام نماید. تا افراد تحت پوشش با اخذ معرفی‌نامه از بیمه گذار از مزایای این قرارداد بهره‌مند شوند. ضمناً بیمه گر متعهد می‌گردد حداکثر توان خود را در عقد قرارداد با اکثر بیمارستان‌ها و ارسال لیست آن جهت اطلاع رسانی به افراد تحت پوشش به کار گیرد.
- تبصره ۷) هزینه‌های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده‌اند در زمان صلح مشمول بیمه می‌باشند.
- تبصره ۸) هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی (خدمات بستری) خارج از کشور افراد تحت پوشش حداکثر بر اساس تعرفه مورد عمل بیمارستان‌های 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 شیوه نامه پس از اخذ



سهم بیمه پایه قابل پرداخت می باشد. مشروط بر این که مدارک پزشکی به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن به تأیید وزارت امور خارجه در ایران رسیده باشد (افراد تحت پوششی که در خارج از کشور با فوریت پزشکی مواجه می شوند باید برای دریافت خسارت به صورتی که ذکر شده عمل نمایند).

تبصره ۹) بیمه گر مکلف است با بیمارستان ها و مراکز درمانی سرپایی و پاراکلینیکی طرف قرارداد به منظور پذیرش با کارت ملی و یا معرفی نامه در اسرع وقت هماهنگی نماید. همچنین لیست بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد مذکور در کل کشور را در اختیار بیمه گذار قرار دهد.

تبصره ۱۰) بیمه گر می بایست در شهرها و مراکز که فاقد شعبه اجرایی می باشد، نسبت به ارائه سرویس به افراد تحت پوشش اقدام لازم را معمول نماید.

تبصره ۱۱) ابلاغ تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی مصوب هیات محترم وزیران برای بخش دولتی و خصوصی و تعرفه های توافقی به شعب و اجرای دقیق تعرفه های مذکور بر اساس مواد و تبصره های این قرارداد.

تبصره ۱۲) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و نظارت بر چگونگی پرداخت هزینه های درمانی افراد تحت پوشش، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گر برای بیمه گذار محفوظ می باشد.

### فصل سوم: نحوه استفاده افراد تحت پوشش از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور

ماده ۱۸) افراد تحت پوشش در انتخاب پزشکان و بیمارستان های مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهند نمود.

تبصره ۱) افراد تحت پوشش در صورت نیاز به استفاده از بیمارستان های طرف قرارداد می توانند با ارائه کارت معتبر یا معرفی نامه لازم، از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند.

تبصره ۲) افراد تحت پوشش در استفاده از بیمارستان های غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه ها و ارائه اسناد، هزینه ها متعلقه طبق مفاد شیوه نامه بر اساس درجه بندی بیمارستان های طرف قرارداد با بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۳) مدارک لازم برای صدور معرفی نامه به بیمارستان ها و مراکز طرف قرارداد قبل از صدور کارت درمانی:

۱. معرفی نامه از طرف دوم

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

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

۴. کارت ملی



بسمه تعالی

تاریخ: ۹۹، ۱۲، ۲۵  
شماره: ۹۹، ۱۲۳۱۱۹۷  
پیوست:

ماده ۱۹) افراد تحت پوشش می‌بایست هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد را در صورت عدم استفاده از معرفی‌نامه یا کارت ملی راساً پرداخت نموده و تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد سازمان بیمه سلامت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان‌های بیمه گر اولیه رسیده باشد را به انضمام تصویر چک و یا حواله دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) کارت ملی بیمه شده اصلی به همراه درخواست کتبی بیمه گذار و یا کارت درمانی بیمه گر برای دریافت مازاد خسارت طبق مفاد این شیوه نامه به بیمه گر تسلیم نماید. در مواردی که بیمه‌گر پایه از پرداخت هزینه‌های مورد تعهد خود داری نماید، هزینه‌ها با ارائه اصل مدارک محاسبه و پس از کسر فرانشیز با رعایت سایر مفاد شیوه نامه پرداخت خواهد شد.

ماده ۲۰) حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی توسط افراد تحت پوشش، در طول قرارداد و حداکثر تا سه ماه پس از اتمام قرارداد و تا تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۳۱ می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

ماده ۲۱) مدت قرارداد :

مدت این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر مورخه ۱۳۹۹/۱۲/۰۲ شروع و در ساعت بیست و چهار مورخه ۱۴۰۰/۱۱/۳۰ خاتمه می‌یابد .

ماده ۲۲) :

حق هرگونه تحقیق، معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه شده به منظور تأیید هزینه های انجام شده، در چارچوب مفاد و شرایط قرارداد، برای بیمه گر محفوظ می‌باشد .

ماده ۲۳) حل اختلاف :

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع با ارجاع اختلاف به مراجع قضایی، اقدام خواهد شد .

ماده ۲۴) موارد فسخ قرارداد و نحوه تسویه حق بیمه :

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

۱-۲۴- موارد فسخ از طرف بیمه گر :

۱-۱-۲۴- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر در قرارداد .



۱-۲- ۲۴- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و یا بدون سوء نیت، مطالبی خلاف واقع اظهار نماید و یا از اظهار 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 یا عمد در این خصوص نیز حق فسخ ایجاد خواهد شد.

۱-۳- ۲۴- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه به نحوی که افزایش حق بیمه قابل محاسبه نباشد و یا بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه موافقت ننماید.

۲- ۲۴- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

۱-۲-۲۴- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲-۲-۲۴- در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود.

۳-۲-۲۴- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است.

۳- ۲۴- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ:

۱-۳-۲۴- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می‌گردد.

۲-۳-۲۴- در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه می‌شود و کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد.

تبصره: در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد، حداکثر ظرف مدت دو ماه پس از اعلام کتبی، به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده (۲۵) نحوه فسخ:

۱-۲۵- در صورتیکه بیمه‌گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌شود.



شرکت سهامی آتیه سازان حافظه  
معرفی تخصصی بیمه های تکمیلی و مراقبت سلامت  
وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

بسمه تعالی

تاریخ: ۵، ۱۲، ۹۹  
شماره: ۹۹، ۱۲۳۱۸۹۷  
پیوست:

۲-۲۵- بیمه گزار 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 و یا تاریخ موخری که در درخواست قید شده باشد قرارداد فسخ شده محسوب می شود.

ماده (۲۶) شرایط تمدید قرارداد:

تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق کتبی بیمه گر و بیمه گذار و با صدور الحاقیه انجام خواهد شد.

ماده (۲۷) اقامتگاه:

آدرس قانونی طرفین قرارداد، همان آدرس مندرج در مواد ۱ و ۲ قرارداد بوده و کلیه مکاتبات و مراسلات به آن آدرسها ارسال خواهد شد.

تبصره: در صورت هرگونه تغییر در آدرس، هر یک از طرفین مکلف به اعلام مکتوب به طرف مقابل می باشد (حداکثر ظرف مدت ده روز پس از وقوع تغییر آدرس).

ماده (۲۸) بیمه گذار متعهد می گردد در صورتیکه نسبت ضریب خسارت ترکیبی قرارداد در طی قرارداد و یا پس از اتمام قرارداد بیشتر از صد درصد شد، نسبت به کارسازی و جبران هزینه خسارت مازاد حداکثر ظرف مدت یکماه پس از گزارش کتبی بیمه گر اقدام نماید.

ماده (۲۹) در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی، آیین نامه های شورایی عالی بیمه خدمات درمانی و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

ماده (۳۰) این قرارداد مشتمل بر ۳۰ ماده و ۸۷ بند و ۸۰ تبصره و در سه نسخه تنظیم گردیده و با امضاء طرفین مبادله و لازم الاجرا می باشد.

بیمه گر

دکتر افشین مقصودی  
مدیر عامل و عضو هیئت مدیره شرکت  
آتیه سازان حافظه



بیمه گزار

محمد رضا محسنی نندی  
عضو هیئت مدیره شرکت  
آتیه سازان حافظه

بیمه گزار

علی الهیار توکمن  
معاون برنامه ریزی و توسعه منابع  
وزارت آموزش و پرورش

