

قرارداد (بیمه نامه) گروهی مازاد درمان (ویژه اعضا)

کد نماینده و یا کارگزار: ۲۷۰۰

تاریخ صدور: ۱۳۹۲/۱۱/۰۱	شماره بیمه نامه: ۱۱۴/۷/۲۷۰۰/۹۲/۱
تاریخ شروع: ۱۳۹۲/۱۰/۰۱	بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر کد ۱۲۳۸۱۷۴
تاریخ انقضاء: ۱۳۹۳/۱۰/۰۱	تعداد اولیه بیمه شدگان: ۳۰۰ نفر

ماده ۱- این بیمه نامه بین شرکت بیمه کارآفرین به شماره ثبت ۲۰۰۸۴۵ به مدیریت غلامرضا آرین نژاد و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر به شماره اقتصادی ۴۱۱۳۵۹۶۱۴۹۱۱ به نمایندگی سنایی دشتی که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده می شوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران طبق شرایط ذیل منعقد می گردد.

فصل اول (تعاریف و اصطلاحات)

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرفنظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد با این مفاهیم استفاده شده اند.

ماده ۲- موضوع بیمه :

جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی های ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که توسط بیمه گر پایه (از قبیل تامین اجتماعی و خدمات درمانی و ...) جبران نشده است (با رعایت مفاد ماده ۱۹ این قرارداد) و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر (بر اساس ماده ۱۶ این قرارداد) قرار گرفته است .

ماده ۳- بیمه گر:

بیمه گر شرکت بیمه کارآفرین به نشانی: بوشهر ، خیابان فرودگاه ، روبروی خشکبار مجلسی و فروشگاه امپراطور و شماره تلفن ۰۷۷۱-۵۵۶۰۷۷۰ می باشد که جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده دارد .

ماده ۴- بیمه گر پایه :

سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی ، سازمان تامین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی ، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند .

ماده ۵- بیمه گذار:

بیمه گذار سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر به نشانی: بوشهر ، خیابان امام خمینی ، خیابان توحید و شماره تلفن : ۰۷۷۱-۲۵۳۴۰۹۰-۹۲ و شماره اقتصادی : ۴۱۱۳۵۹۶۱۴۹۱۱ که متعهد به پرداخت حق بیمه قرارداد بوده و می بایست آن را مطابق با تعهدات تبصره ۱ ماده ۱۵ در وجه بیمه گر پرداخت نماید .

ماده ۶- بیمه شدگان:

عبارتند از کلیه اعضای بیمه گذار به همراه کلیه افراد خانواده تحت تکفل وی ، که می بایست حداقل ۵۰ درصد از کل اعضای بیمه گذار به همراه کلیه افراد تحت تکفل ایشان، توسط بیمه گذار در هنگام عقد قرارداد بعنوان بیمه شدگان معرفی گردند .
تبصره ۱ : خانواده تحت تکفل : منظور از خانواده تحت تکفل عبارتست از هر یک از اعضای بیمه گذار به عنوان سرپرست خانواده و همسر یا همسران دائمی و فرزندان وی و والدین تحت تکفل که از طریق بیمه شده اصلی قبلاً تحت پوشش بیمه گر پایه قرار گرفته اند .

تبصره ۲ : کلیه فرزندان اعضاء مؤنث همانند سایر بیمه شدگان با رعایت مفاد این قرارداد میتوانند طی یک نوبت و در شروع قرارداد و یا همزمان با شروع پوشش بیمه شده اصلی تحت پوشش قرار گیرند .

تبصره ۳ : شرط سنی بیمه شدگان:

الف) فرزندان ذکور مجرد حداکثر تا سن ۲۲ سال تمام مشمول قرارداد هستند (در مورد فرزندان ذکور بالای ۲۲ سال نیز با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا زمانی که به تحصیل مشغول می باشند) .

ب) فرزندان مؤنث تا زمان ازدواج یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه هستند.

ج) فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می باشند.

د) فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان با تایید پزشک بیمه گر بدون در نظر گرفتن شرط سنی بیمه خواهند بود (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت سایر استثنائات)

ه) ادامه این قرارداد در صورت فوت بیمه شده اصلی برای اعضاء خانواده که قبلاً از طریق متوفی تحت پوشش بوده اند به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان اعتبار قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود.

و) سایر بیمه شدگان حداکثر تا سن ۵۹ سال تمام بیمه می باشند.

تبصره ۴ : بیمه گر موافقت می نماید بیمه شدگان بیش از ۶۰ سال تا ۷۰ سال را با ۵۰ درصد افزایش و افراد بالای ۷۰ سال را با حق بیمه دو برابر تحت پوشش قرار دهد.

تبصره ۵ : چنانچه سقف سنی بیمه شدگان موضوع تبصره ۳ همین ماده در طول مدت قرارداد کامل گردد مشروط به پرداخت حق بیمه ، تعهدات بیمه گر تا پایان مدت سال قرارداد به قوت خود باقی خواهد بود.

ماده ۷- حق بیمه :

حق بیمه وجهی است که بایستی بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موقوف به پرداخت حق بیمه به نحوی که در ماده ۱۵ بیمه نامه توافق شده است ، می باشد.

ماده ۸- تعهد بیمه گر:

تعهد بیمه گر وجهی است که بیمه گر متعهد می گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول بیمه طبق شرایط این بیمه نامه به ذینفع بپردازد.

ماده ۹- حادثه:

حادثه موضوع این بیمه عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح ، نقص عضو ، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد .

ماده ۱۰- بیماری:

بیماری عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک .

ماده ۱۱- دوره انتظار:

دوره انتظار مدت زمان مشخصی پس از شروع پوشش بیمه ای می باشد که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

تبصره ۱ : همچنین این مدیریت موافقت خود را با حذف دوره انتظار آندسته از بیمه شدگانی که سال گذشته تا تاریخ ۱۳۹۲/۰۵/۰۱ تحت پوشش درمان بوده اند اعلام می دارد.

ماده ۱۲- فرانشیز: سهم بیمه شده و یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در بیمه نامه تعیین شده است .



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

ماده ۱۳: اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسشهای بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً بر خلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده و یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد بیمه نامه فسخ خواهد شد.

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

ماده ۱۴- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از انعقاد قرارداد CD حاوی مشخصات کلیه بیمه شدگان و افراد تحت تکفل آنان را بشرح: (نام، نام خانوادگی، شماره ملی، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، نام پدر، نسبت بیمه شدگان با بیمه شده اصلی) تهیه و همراه با یک نسخه از لیست مذکور در اختیار بیمه گر قرار دهد. بدیهی است پس از انقضای مهلت مقرر بیمه گر از بیمه نمودن اعضاء معرفی شده بعدی خودداری نموده و بیمه گر هیچگونه تعهدی نخواهد داشت.

ماده ۱۵- حق بیمه:

حق بیمه ماهیانه هر یک از بیمه شدگان در این قرارداد مبلغ ۳۸۳.۷۲۰ ریال (مبلغ ۳۶۲.۰۰۰ ریال حق بیمه هر نفر و مبلغ ۲۱.۷۲۰ ریال بابت ۶ درصد مالیات بر ارزش افزوده و عوارض شهرداری) تعیین می گردد بدین ترتیب حق بیمه ماهانه برای تعداد ۳۰۰ نفر جمعاً مبلغ ۱۱۵.۱۱۶.۰۰۰ ریال و حق بیمه سالانه جمعاً مبلغ ۱.۳۸۱.۳۹۲.۰۰۰ ریال می باشد، حق بیمه اعلام شده طی این ماده بدون اعمال تبصره ۴ ماده ششم قرارداد منظور گردیده است.

تبصره ۱: ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار:

بیمه گذار موظف است حق بیمه قرارداد را به صورت یکجا و همزمان با شروع قرارداد در وجه بیمه گر با توجه به مفاد صورتحساب بدهی با شماره ۱۲۳۴۰ که به پیوست این قرارداد ارائه شده است پرداخت نماید.

تبصره ۲: عدم پرداخت حق بیمه به ترتیبی که در تبصره ۱ ماده ۱۵ پیش بینی شده موجب تعلیق قرارداد (بیمه نامه) خواهد شد به طوریکه بیمه گر در زمان تعلیق هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه شدگان را ندارد و بروز هرگونه مشکل به عهده بیمه گذار خواهد بود.

تبصره ۳: حق بیمه بیمه شدگان به دلیل اعلام انصراف انفرادی آنها از ادامه بیمه قابل برگشت نمی باشد و حق بیمه مربوط به این گونه بیمه شدگان و افراد تحت پوشش تا پایان سال قرارداد محاسبه و اخذ خواهد شد.

تبصره ۴: بموجب قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۳۸۷/۰۲/۱۷ مجلس شورای اسلامی و نامه شماره ۸۶۵ مورخ ۱۳۸۷/۰۸/۲۶ سندیکای بیمه گران ایران و عطف به تبصره ۲ ماده ۱۱۷ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، در تمامی حق بیمه های صادره موضوع این قرارداد، معادل شش درصد حق بیمه (۳/۶ درصد به عنوان مالیات بر ارزش افزوده و ۲/۴ درصد به عنوان عوارض شهرداری) اضافه محاسبه و به حساب بیمه گذار منظور خواهد شد.

ماده ۱۶- حدود تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازای انجام تعهدات بیمه گذار متعهد به جبران هزینه های مشروح ذیل برای هر نفر در طول قرارداد می باشد.

سقف تعهدات	شرح	ردیف	نوع
۴۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه های بستری ، جراحی (عمومی و تخصصی)، انواع سنگ شکن ، شیمی درمانی ،رادیوتراپی ، آنژیوگرافی قلب (عمومی و تخصصی) و گامانایف در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE برای هر نفر تا مبلغ	۱	اصلی (پایه)
۵۰۰,۰۰۰	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس داخل شهری	۲	
۱,۰۰۰,۰۰۰	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس بین شهری	۳	
۷۰,۰۰۰,۰۰۰	افزایش حداکثر سقف تعهدات سالانه برای اعمال جراحی مربوط به سرطان ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (باستثناء دیسک ستون فقرات) گامانایف ، قلب ، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان برای هر نفر تا مبلغ	۴	
۷,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا مبلغ	۵	
۳,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه های پاراکلینیکی نوع اول شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیو گرافی، استرس اکو و دانسیتو متری برای هر نفر تا مبلغ	۶	
۲,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه های پاراکلینیکی نوع دوم شامل: تست ورزش، تست آلرژی ، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT) ، نوار عضله (EMG) ، نوارعصب (NCV) ، نوار مغز (EEG) ، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام) ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، هولترمانیتورینگ قلب و آنژیوگرافی چشم برای هر نفر تا مبلغ	۷	
۲,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه های جراحی مجاز سرپائی مانند: شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست، لیزر درمانی و بیوپسی برای هر نفر تا مبلغ	۸	
۲,۵۰۰,۰۰۰	رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دور بینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات) به میزان ۳ دیوپتر یا بیشتر برای هر چشم حداکثر ۱.۲۵۰.۰۰۰ ریال	۹	
۷۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه های ویزیت دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری برای هر نفر تا مبلغ	۱۰	
۱,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه های آزمایش تشخیص پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی انواع رادیوگرافی ، نوار قلب و فیزیوتراپی برای هر نفر تا مبلغ	۱۱	
۳۶۲,۰۰۰	حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۳۰ درصد بیمارستانی و ۳۰ درصد پاراکلینیکی		

تبصره ۱: 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 روز باشد .

تبصره ۲: جبران هزینه های انتقال بیمار با آمبولانس در صورتی که منجر به بستری بیمار در بیمارستان و یا مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی باشد و یا به هنگام ترخیص وی از بیمارستان بر اساس دستور پزشک معالج و پس از تایید پزشک بیمه گر دال بر ضرورت پزشکی قابل پرداخت می باشد .

تبصره ۳: به منظور هر چه بهتر ارائه خدمات مورد نیاز به بیمه شدگان ، بیمه گر علاوه بر موارد مندرج در موضوع این ماده و در چار چوب تعهدات آن مزایایی به شرح ۲۴ برگ تحت عنوان راهنمای استفاده از خدمات و پشتیبانی شرکت بیمه کارآفرین و لیست اسامی و آدرس مراجع طرف قرارداد در کل کشور که ضمیمه و جزء لاینفک این قرارداد تلقی می گردد را ارائه می نماید.

ماده ۱۷- دوره انتظار:

مدت انتظار جهت استفاده از پوشش ردیف ۵ جدول تعهدات بیمه گر برای گروه مربوطه ۶ ماه است.

همچنین برای سایر بیماریهای مشروحه زیر به مدت ۳ ماه منظور می گردد.

فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، امراض مزمن قلبی عروقی (به استثناء سکته و عوارض ناشی از آن) بیماری دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو و آی سی یو می شود) صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، پولیپ، سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیستروکتومی، سیستوسل، رکتوسل، نارسائی مزمن کلیه، سنگ کلیه، کاتاراکت، بیماریهای نئوپلاستیک، ماسیتوئیدکتومی، سرطان، انحراف بینی (با تایید پزشک بیمه گر).

تبصره: در صورتیکه اعضای بیمه گذار در سال گذشته نزد بیمه گر بازرگانی دیگری از پوشش درمان تکمیلی برخوردار بوده با ارائه رونوشت معتبر بیمه نامه و ارائه مستندات مبنی بر بیمه بودن بیمه شدگان (بدون وقفه) از شمول دوران انتظار موضوع ماده فوق خارج می باشند.

ماده ۱۸- حداکثر مجموع تعهدات بیمه گر در خصوص پوشش هزینه های بیمارستانی موارد مندرج در ردیف ۱، ۲، ۳ و ۴ ماده ۱۶ حداکثر تا سقف ۸۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال در سال می باشد.

ماده ۱۹- میزان سهم خسارت عهده بیمه گذار (فرانشیز):

میزان سهم خسارت عهده بیمه گذار (فرانشیز) این بیمه در هر مورد معادل فرانشیز ۳۰ درصد هزینه های بستری، انتقال پزشکی، جراحی و زایمان (به استثناء هزینه های مربوط به درمان نازائی) و ۳۰ درصد هزینه های سایر موارد، محاسبه و اعمال می گردد. در صورتی که هزینه های ارائه شده بیمه شده برابر با تعرفه های دولتی باشد به منظور مساعدت با این بیمه شدگان به ازاء استفاده از تعرفه های دولتی، فرانشیز اعمال نخواهد شد.

ماده ۲۰- استثنائات:

هزینه این موارد از شمول تعهد بیمه گر خارج می باشد:

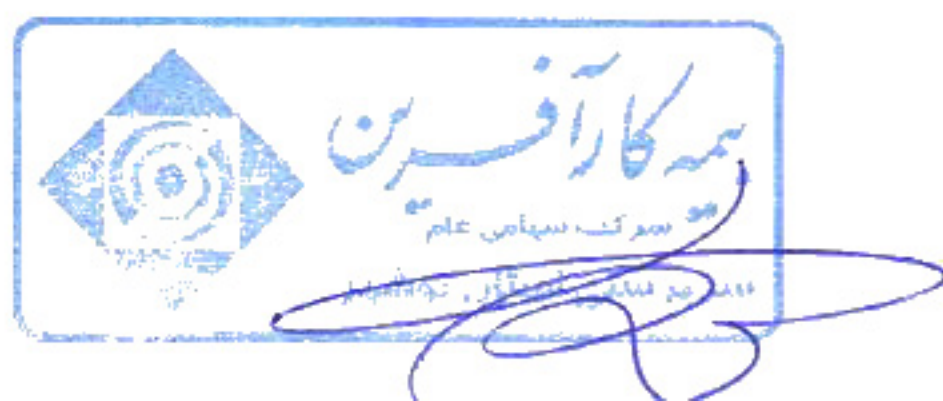
- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی، مگر اینکه که طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۴- ترک اعتیاد.

۵- هزینه های درمانی ناشی از خودکشی و اعمال مجرمانه.

۶- هزینه های درمانی ناشی از حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.



- ۷- جبران هزینه های درمانی ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح .
- ۸- هزینه های درمانی ناشی از فعل و انفعالات هسته ای.
- ۹- هزینه اتاق خصوصی ، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۱- جنون .
- ۱۲- جراحی لثه.
- ۱۳- زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر.
- ۱۴- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند .
- ۱۵- جراحی فک ، مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشند .
- ۱۶- هزینه های درمانی مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی .
- ۱۷- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر ، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی و دور بینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۴ دیوپتر باشد .
- ۱۸- هزینه های درمانی بیمه شدگان مصدوم در حوادث رانندگی (در صورتی که بیمه شده خود مقصر حادثه نباشد)
- ۱۹- 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 .
- ۲۰- هزینه های اعمال غیر مجاز در مطب به شرح موارد ۲۱ گانه ذیل :

ردیف	توضیحات
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 صدري ، کاتتریسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات ، اوتار ، اعصاب و عروق مگر در موارد اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار 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 استخوانهای 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 داخلی و میانی از قبیل تمانوپلاستی 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 آرج زیگما
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 .

تبصره : جبران هزینه های بیمارستانی و درمانی مربوط به بیمه شدگانی که تابعیت غیر ایرانی دارند (اتباع خارجی) تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار و پروانه کار باشند .

فصل چهارم (مقررات مختلف)

ماده ۲۱- بیمه شده در موارد بستری در انتخاب هر یک از بیمارستانهای کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه های مربوط می بایستی اصل صورتحساب بیمارستان را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و پس از دریافت سهم بیمه گر پایه خود (سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی و یا ...) تصویر برابر اصل شده مدارک خود را به همراه تصویر چک و یا حواله بیمه گر پایه به بیمه گر تکمیلی تسلیم نماید. لازم بذکر است در صورت مراجعه مستقیم بیمار به بیمارستان طرف قرارداد و پرداخت هزینه های بیمارستانی توسط بیمه شده/ بیمه گذار ، هزینه های قابل پرداخت پس از دریافت سهم بیمه گر پایه، توسط شرکت بیمه بازرگانی بر اساس تعرفه قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه پرداخت خواهد شد و در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد و همچنین بیمه گر هیچ گونه تعهدی در پرداخت وجوهی که بیمه شده خارج از صورتحساب بیمارستان به پزشک و یا مراکز درمانی پرداخت نموده است را ندارد ، محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی بر اساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی می باشد .

ماده ۲۲- در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل ، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مشمول مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند . در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نمی باشد در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه ، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های قابل پرداخت صورت حساب کسر خواهد شد ، در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرها (بیمه گر پایه و یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد .

ماده ۲۳- حداکثر زمان قابل قبول در خصوص پذیرش اصل اسناد و مدارک پزشکی بیمه شدگان بصورت مستقیم، مدت ۹۰ روز از تاریخ ترخیص از بیمارستان و یا انجام هزینه های مربوطه توسط بیمه شده می باشد. بدیهی است بیمه گر در خصوص آندسته از صورتحساب های پزشکی که خارج از ضرب الاجل فوق به وی تحویل گردد تعهدی به عهده نخواهد داشت.

ماده ۲۴- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه شدگان در بیمارستان، مراتب را به بیمه گر اعلام نماید.

ماده ۲۵- حداکثر مهلت برای بازگرداندن اصل مدارک پزشکی بیمارستانی به بیمه شدگانی که از مراجع طرف قرارداد استفاده نموده اند، سه ماه از تاریخ ترخیص بیمه شده از بیمارستان (در خصوص معرفی شدگان به بیمارستانهای طرف قرارداد) می

باشد، بدیهی است پس از گذشت مهلت مذکور این شرکت از اعاده مدارک مربوطه معذور بوده و مسئولیتی از این بابت به عهده نخواهد داشت.

تبصره: در خصوص مدارک پزشکی مربوط به موارد غیر بستری (بیمارستانی) مدت زمان مربوطه حداکثر سه ماه از تاریخ تحویل مدارک به واحد کمک رسان می باشد.

ماده ۲۶- هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده 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.

ماده ۲۷- هزینه های بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به معالجه پیدا می کنند در صورت تایید صورتحسابهای آن توسط سفارت جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوط تا سقف تعهدات سالیانه هزینه های بیمارستانی و اعمال جراحی مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد، در غیر این صورت هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره: میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان و یا پرداخت خسارت هر کدام کمتر باشد محاسبه خواهد شد.

ماده ۲۸- تهیه و ارسال داروی کمیاب:

در صورت بستری شدن بیمه شده در بیمارستان و نیاز به داروی کمیاب، بیمه گر با دریافت نسخه پزشک معالج، داروی فوق را تهیه و در اختیار پزشک معالج وی قرار خواهد داد. سقف تعهدات در تأمین هزینه دارو محدود و در قالب سقف تعهد هزینه های بیمارستانی (بند یک تعهدات)، و شرایط مندرج در این قرارداد می باشد. چنانچه قیمت داروی کمیاب از کل سقف تعهدات هزینه های بیمارستانی مندرج در این قرارداد بیشتر باشد بیمه گر نسبت به تهیه و ارسال داروی یاد شده اقدام و متعاقباً صورتحساب مربوطه را برای بیمه گذار ارسال می نماید، در مقابل بیمه گذار نیز متعهد است حداکثر ظرف مدت یک هفته بعد از دریافت صورتحساب نسبت به تسویه مبلغ یاد شده به بیمه گر اقدام نماید.

ماده ۲۹- اخذ پذیرش و تأمین هزینه های مستقیم:

در صورت عدم انجام هماهنگی لازم از سوی بیمه شده با بیمه گر (اخذ معرفی نامه) در رابطه با پذیرش در بیمارستانهای طرف قرارداد، هزینه های درمانی مذکور انجام شده مطابق با قرارداد فی مابین بیمه گر با بیمارستان و یا مراکز درمانی تأمین می گردد و بیمه گر تعهدی در قبال پرداخت سایر هزینه های انجام شده در مراکز درمانی مذکور را ندارد. همچنین در صورت عدم درج حق العمل جراح و دستمزد پزشک در صورتحساب بیمارستانی و یا پرداخت هرگونه وجهی خارج از صورتحساب بیمارستان توسط بیمه شده به پزشک و یا کادر درمانی (اعم از بیمارستانهای طرف قرارداد و یا غیر طرف قرارداد) بیمه گر تعهدی در تأمین و جبران هزینه های مذکور را نداشته و هزینه های قابل پرداخت توسط بیمه گر بر اساس تعرفه قرارداد بیمه گر با بیمارستانهای همپراز (هم درجه) وی انجام می گیرد.

ماده ۳۰- موارد فسخ بیمه نامه:

موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند:

۳۰-۱- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

۳۰-۱-۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سر رسید.

۳۰-۱-۲- هر گاه بیمه گذار مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود .

۳۰-۱-۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه .

۳۰-۲- موارد فسخ از طرف بیمه گذار :

۳۰-۲-۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود .

۳۰-۲-۲- در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود .

۳۰-۲-۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است .

۳۰-۳- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ :

۳۰-۳-۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر ، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود.

۳۰-۳-۲- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گذار ، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود

(کسر ماه یک ماه تمام منظور می شود) بنابراین در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد ، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق

قرارداد به حق بیمه پرداختی تا زمان فسخ بیمه نامه بیشتر از ۷۰ درصد باشد ، بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه

متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند .

ماده ۳۱- نحوه فسخ :

۳۱-۱- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع

دهد در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار فسخ شده تلقی می شود.

۳۱-۲- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کند در این صورت از تاریخ تسلیم

درخواست مزبور یا تاریخ موخری که در درخواست معین شده است بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.

ماده ۳۲- مهلت پرداخت خسارت:

بیمه گر موظف است در خصوص صورتحساب هزینه های پاراکلینیکی و بستری و جراحی که مستقیماً به واحد ذیربط بیمه گر

ارائه میگردد حداکثر ظرف مدت ده روز کاری پس از دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده

و حدود مسئولیت خود را تشخیص دهد ، خسارات را تسویه و پرداخت نماید.

تبصره : بدیهی است در صورت وجود نقص و یا هر نوع کسری مدارک، تسویه صورتحساب مربوطه موکول به تاریخ رفع نقص

و ایراد مذکور خواهد بود.

ماده ۳۳- نحوه رفع اختلاف :

کلیه اختلافات ناشی از این قرارداد از طریق ارجاع امر به هیات کارشناسی حل و فصل خواهد شد. در این صورت هر یک از

طرفین ظرف مدت ۱۵ روز کارشناس منتخب خود را معرفی کرده و کارشناسان منتخب متفقاً نسبت به تعیین کارشناس سوم

اقدام خواهند نمود. در صورتی که یکی از طرفین کارشناس منتخب خود را در مدت ۱۵ روز از تاریخ اعلام طرف دیگر انتخاب

ننماید و یا کارشناس منتخب در تعیین کارشناس سوم ظرف مدت یکماه از تاریخ آخرین انتخاب و اعلام آن به توافق نرسند

درخواست تعیین کارشناس یا کارشناسان تأیید شده به دادگاه ذیصلاح تقدیم خواهد شد. نظر هیات کارشناسی برای هر یک از

طرفین لازم الاجرا خواهد بود.

هر یک از طرفین حق الزحمه کارشناس منتخب خود را می پردازد و حق الزحمه کارشناس سوم به تساوی بین طرفین تقسیم

می شود.

ماده ۳۴- کتبی بودن اظهارات:

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه بایستی کتباً به آخرین نشانی اعلام شده وی ارسال گردد.

ماده ۳۵- چنانچه موارد مذکور در قرارداد و یا ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر خواهد شد با نظرات مطابقت نداشته باشد بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آن را بنماید در غیر اینصورت مراتب تأیید شده تلقی خواهد شد و هرگونه تغییراتی در این خصوص منوط به تأیید کتبی بیمه گر خواهد بود.

ماده ۳۶- به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه بیمارستانی بیمه شدگان این قرارداد حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گذار از سوی بیمه گر محفوظ بوده و بیمه گذار موظف است نسبت به ارائه اطلاعات صحیح و انجام همکاریهای لازم در این زمینه اقدام نماید. لازم بذکر است اسناد و مدارک ارسالی بیمه شدگان از سوی بیمه گذار از تاریخ تحویل به دبیرخانه بیمه گر، ملاک انجام محاسبات و اقدامات اجرایی قرار خواهد گرفت.

ماده ۳۷- مدت قرارداد:

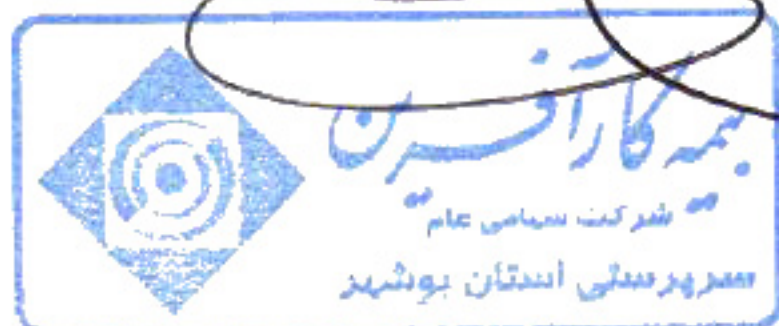
مدت این قرارداد یکسال تمام هجری خورشیدی است که از ساعت ۲۴ تاریخ شروع قرارداد آغاز و در ساعت ۲۴ تاریخ انقضاء قرارداد خاتمه می یابد و هر یک از طرفین می بایست حداقل یکماه قبل از انقضای قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتباً به طرف دیگر اعلام نمایند.

ماده ۳۸- سایر موارد و شرایطی که در این قرارداد ذکر نشده است بر اساس آخرین شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه و قانون بیمه ایران عمل خواهد شد.

ماده ۳۹- این بیمه نامه مشتمل بر ۳۹ ماده و ۱۸ تبصره و در سه نسخه تنظیم گردیده که هر یک از نسخ حکم واحد را دارد.

شرکت بیمه کارآفرین

بیمه گر



سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر

بیمه گذار

