بیمه تجارت نو
Tejaratno Insurance

۲۳۱۶۶۰

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

شرکت بیمه تجارت نو به استناد اظهارات کتبی بیمه گذار و بر اساس قوانین، مقررات و عرف بیمه در ایران و به موجب شرایط مندرج در متن بیمه نامه، شرایط خصوصی و عمومی پیوست که جزء لاینفک این بیمه نامه می باشد در ازاء دریافت حق بیمه مقرر، هزینه پزشکی و درمانی بیمه شدگان به شرح مندرج در جدول تعهدات بیمه گر را جبران می نماید.

مشخصات بیمه نامه

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۵/۷۰۰/۱۳۸/۱۳۸/۴۴۰۵ — کارشناس فروش:

تاریخ صدور: ۱۴۰۵/۰۶/۲۱ — تاریخ پیشنهاد:

واحد صدور: سنندج کد ۱۳۸ — واحد معرف: سنندج کد ۱۳۸

مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار: دانشگاه کردستان کد ۶۶۴۲۳۴ — شماره اقتصادی بیمه گذار: ۱۴۰۰۲۷۴۹۹۵۳

نشانی بیمه گذار: استان کردستان .شهر سنندج-استان کردستان، شهرستان سنندج، بخش مرکزی، شهر سنندج، دانشگاه کردستان، خیابان دانشگاه، کوچه گلستان

تلفن: ۰۸۷۳۳۶۲۴۰۲۵ — کد پستی: ۶۶۱۷۷۱۵۱۷۵

مشخصات قرارداد

شماره قرارداد: ۵۹۷۰ — تاریخ شروع قرارداد: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

تاریخ پایان قرارداد: ۱۴۰۶/۰۷/۰۱

نام سازمان: دانشگاه کردستان کد ۶۶۴۲۳۴

مدت بیمه نامه

از ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۶/۰۷/۰۱ به مدت: ۳۶۵ روز

تعهدات بیمه گر

ردیف	شرح تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهدات سالیانه (ریال) نفر	حداکثر تعهدات سالیانه (ریال) خانواده	درصد فرانشیز
۱	جبران هزینه های بستری ، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.	بدون سقف	بدون سقف	۱۰
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب به مرکزی و بخش ، دیسک و ستون فقرات ، گاستانایف ، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخلی مغز.(با احتساب ردیف ۱)	بمون سقف	بدون سقف	۱۰
۳	جبران هزینه های پاراکلینیکی (۱) شامل انواع رادیوگرافی ، انژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، مسوگرافی و انواع اسکن ، ام آرای، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ) ، دانسیتومتری.	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۴	جبران هزینه های پاراکلینیکی (۲) شامل انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، EECP ، تست تست ، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) ، خدمات تشخیصی الکترو میلوگرافی و هدایت عصبی (NCV EMG) ، الکترو انسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی مورودینامیک (نوار مثانه) ، خدمات تشخیصی و پزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پتانکم ، شنوایی سنجی (ابواع ادیومتری)	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۵	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، خنثه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن تراپی، نبولیزر، بیوپسی، تخلیه کیست و تزریق درمانی (به استثناء زیبایی).	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۶	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۲ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۷	جبران هزینه های فیزیوتراپی(pt)، گفتاردرمانی(st)،کار درمانی(ot)	۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۸	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی با آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی (به استثناء چکاپ). تست های الرژی.	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۹	ویزیت	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰

بیمه تجارت نو
مدیریت استان کردستان
واحد صدور

۲۳۱۶۶۱

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

	۱۰	دارو	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۱۱	خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۱۲	جبران هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز است.	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۱۳	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن.	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۱۴	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به کلیه خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به استثناء اعمال زیبایی).	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۱۵	جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری) .	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۱۶	جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج (بین شهری) .	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۱۷	جبران هزینه دست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین.	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۱۸	حداکثر تعهدات گروه بستری ، اعمال جراحی تخصصی و آمبولانس ها	بدون سقف	بدون سقف	۱۰
	۱۹	حداکثر تعهدات گروه ویزیت و اورژانس در موارد غیر بستری.	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰

سایر تعهدات بیمه گر	ردیف	شرح سایر تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهدات سالیانه (ریال)		درصد فرانشیز
			نفر	خانواده	
	۱	جبران هزینه های مربوط به داروی بیماری های خاص و صعب العلاج	۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۱۰
	۲	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست.	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۳	جبران هزینه های مربوط به تواز تست قند خون (بر اساس آزمایش فند خون سه ماهه) و خدمات پرستاری در منزل	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۴	جبران هزینه های مربوط به کایروپراکتیک، تورفیدبک، تحریک الکتریکی مغزی و رفتار درمانی	۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۵	جبران هزینه های مربوط به عصا، واکر، ویلچر و کپسول اکسیژن	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
	۶	جبران هزینه مربوط به تهیه واکسن	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰

دوره انتظار	ردیف	نوع تعهد	مدت
	۱	زایمان	۹
	۲	بیماریهای خاص	۳
	۳	سایر بیماری ها	۰

لیست اضافه نرخ سنی	ردیف	نوع تکفل	از سن	تا سن	درصد اضافه نرخ	حق بیمه ماهانه هر نفر
	۱	تحت تکفل	۰	۱۲۰	۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰
	۲	غیر تحت تکفل	۰	۱۲۰	۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰

بیمه تجارت نو
مدیریت استان کردستان
واحد صدور

۲۳۱۶۶۲

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

حق بیمه

حق بیمه ماهانه هر نفر: ۱۸,۰۰۰,۰۰۰	حق بیمه سالیانه هر نفر: ۲۱۶,۰۰۰,۰۰۰
تعداد بیمه شدگان: ۲۰۰۰	جمع کل حق بیمه سالیانه: ۴۳۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
مالیات برارزش افزوده: ۰	عوارض شهرداری: ۰
جمع کل حق بیمه قابل پرداخت: ۴۳۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	روش محاسبه حق بیمه: ماه شمار
روش پرداخت حق بیمه: اقساط ماهانه	

شرایط خصوصی

ماده یکم- شرایط پرداخت حق بیمه:

بیمه گذار موظف است نسبت به پرداخت مبلغ ۳۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بابت قسط اول به سررسید ۱۴۰۵/۰۹/۰۱ و الباقی حق بیمه طی یازده قسط ماهیانه و متوالی به سررسید های ۱۴۰۵/۱۰/۰۱، ۱۴۰۵/۱۱/۰۱، ۱۴۰۵/۱۲/۰۱، ۱۴۰۶/۰۱/۰۱، ۱۴۰۶/۰۲/۰۱، ۱۴۰۶/۰۳/۰۱، ۱۴۰۶/۰۴/۰۱، ۱۴۰۶/۰۵/۰۱، ۱۴۰۶/۰۶/۰۱ و ۱۴۰۶/۰۷/۰۱ و ۱۴۰۶/۰۸/۰۱ اقدام نماید.

تبصره ۱- بیمه گذار متعهد است مبلغ حق بیمه را با توجه به تعداد بیمه شدگان و شرایط مندرج در متن بیمه نامه، در سر رسیدهای مشخص شده به حساب شماره ۹۶۳۱۳۹۹۷۴۳ و شبای IR۱۰۰۱۲۰۰۲۰۰۰۰۰۰۹۶۳۱۳۹۹۷۴۳ به نام شرکت بیمه تجارت نو نزد بانک ملت شعبه میرداماد شرقی واریز نماید. در غیر اینصورت تعهدات بیمه گر از تاریخ سر رسید حق بیمه پرداخت نشده، به حالت تعلیق در آمده و تنفیذ اعتبار مجدد آن با موافقت بیمه گر پس از صدور الحاقیه رفع تعلیق امکان پذیر بوده و بیمه نامه به حالت جاری در خواهد آمد.

تبصره ۲- تسویه قسط آخر حق بیمه منوط به تسویه کامل بیمه گر در پرداخت خسارت می باشد.

تبصره ۳- اعتبار این بیمه نامه منوط به پرداخت بدهی بر اساس اعلامیه بدهکار که به همراه ارائه لیست اولیه صادر می گردد و جزء لاینفک بیمه نامه است می باشد مگر آنکه توافق دیگری بین بیمه گر و بیمه گذار صورت پذیرد در هر صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه یا عدم وصول و نکول اسناد تجاری، بیمه گر فقط به تناسب حق بیمه دریافتی با حق بیمه ای که مطابق اعلامیه بدهکار می بایست تازمان وقوع حادثه پرداخت می شد، مسئول جبران خسارت خواهد بود. بدیهی است در مواردی که هیچ حق بیمه ای از جانب بیمه گذار تا زمان وقوع حادثه پرداخت نشده باشد، بیمه نامه از درجه اعتبار ساقط و بیمه گر تعهدی نسبت به جبران خسارات احتمالی نخواهد داشت.

ماده دوم - بیمه شدگان:

۱-۲) بیمه شدگان اصلی: عبارتند از کلیه کارکنان شاغل در دانشگاه و پارک علم و فناوری، که لیست بیمه آنان از طریق بیمه گذار ارائه شده باشد.

۱-۱-۲) کارکنان بازنشسته بیمه گذار مشروط بر اینکه اولا کلیه بازنشستگان مشمول بیمه واقع شوند، ثانیا اسامی آنان در تاریخ شروع اعتبار قرارداد به بیمه گر ارائه شده باشد، در صورتی که پایان خدمت، در طول مدت قرارداد باشد، ادامه پوشش بیمه، بلافاصله و از تاریخ بازنشستگی بدون درخواست کتبی صورت می پذیرد.

۲-۲) افراد مشروحه ذیل به عنوان افراد تحت تکفل، تحت پوشش این بیمه نامه می باشند مشروط برآنکه در زمان انعقاد بیمه لیست اسامی آنان به بیمه گر ارائه و حق بیمه آنها بر اساس شرایط مندرج در متن بیمه نامه پرداخت شده باشد.

۱-۲-۲) همسر (همسران) بیمه شده اصلی

۲-۲-۲) در خصوص فرزندان بیمه شده اصلی، فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی تا سن ۲۵ سالگی و در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری تا سن ۲۸ سالگی (مشروط به ارائه مدارک مثبته) و فرزندان اناث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند.

تبصره- در خصوص فرزندان اناث که حکم طلاق برای آنها در طول مدت قرارداد صادر گردیده و مجددا تحت پوشش پدر خود قرار گرفته اند می توانند تا پایان همان قرارداد مشروط به تجرد بیمه شده و عدم اشتغال به کار، تحت پوشش بیمه نامه قرار گیرند.

۳-۲-۲) همسر و فرزندان کارکنان اناث همانند بیمه شدگان اصلی می توانند صرفا در ابتدای قرارداد همراه با لیست اولیه تحت پوشش قرار گیرند.

۴-۲-۲) والدین تحت و غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی (به شرط داشتن دفترچه بیمه گر اول)، صرفا در ابتدای بیمه نامه همراه با ارائه لیست اولیه و پرداخت حق بیمه یکسان می توانند از مزایای قرارداد استفاده نمایند.

۵-۲-۲) فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان، در صورت تحت تکفل بودن بدون در نظر گرفتن شرط سنی تحت پوشش بیمه نامه خواهند بود.

۶-۲-۲) در صورت فوت و یا از کار افتادگی بیمه شده اصلی، پوشش بیمه ای بازماندگان متوفی مشروط به پرداخت باقی مانده حق بیمه، صرفاً تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

ماده سوم- وظایف بیمه گذار:

۱-۳) بیمه گذار موظف است از تاریخ شروع بیمه نامه، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز لیست بیمه پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و...) کارکنان و اعضاء خود را که به تائید

بیمه تجارت نو
مدیریت استان کردستان
واحد صدور

۲۳۱۶۶۳

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

سازمان مربوطه رسانده شده، همراه با لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان، در دو نسخه به بیمه گر ارائه نمایند، بدیهی است انجام تعهدات بیمه گر (صدور معرفی نامه و پرداخت خسارت) صرفاً در مورد بیمه شدگانی خواهد بود که اسامی و مشخصات آنان در لیست ارائه شده توسط بیمه گذار درج شده باشد. بیمه گذار موظف است مشخصات کامل بیمه شدگان و افراد تحت تکفل آنان را که شامل نام و نام خانوادگی، ملیت، محل صدور، شماره شناسنامه، سال/ماه/روز تولد، کد ملی، جنسیت، نام پدر، نسبت با بیمه شده اصلی، تحت تکفل/ غیر تحت تکفل بودن، شماره شباء، نام بانک، شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی، می باشد را به بیمه گر ارائه نماید.

۱-۱-۳) افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه منوط به افراد جدید الاستخدام، ازدواج، تولد و کلیه افرادیکه پس از شروع بیمه تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند خواهد بود و مهلت اعلام اسامی آنان از تاریخ استخدام، عقد رسمی، تولد و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن تا زمان ثبت در دبیرخانه بیمه گر حداکثر ۳۰ روز مورد پذیرش می باشد که ملاک، تاریخ پوشش بیمه ای برای مستخدمین جدید، مزدوجین و تحت تکفلین به شرط رعایت مهلت اعلام شده از تاریخ استخدام یا تحت کفالت قرار گرفتن می باشد، لازم به ذکر است ارائه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل حکم کارگزینی و ... الزامی می باشد.

۲-۱-۳) نوزادان مشروط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا ۳۰ روز پس از تولد بصورت مکتوب به بیمه گر اعلام نماید از بدو تولد تحت پوشش می باشند و در صورت انقضاء مهلت تعیین شده تاریخ پوشش بیمه ای نوزادان از تاریخ ورود نامه و ثبت در دبیرخانه بیمه گر می باشد، لازم به ذکر است ارائه مدارک مثبته جهت تحت پوشش قرار گرفتن نوزادان الزامی می باشد.

۳-۱-۳) بیمه گذار می بایست حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز پس از ارائه لیست اولیه هرگونه تغییرات ناشی از افزایش و کاهش بیمه شدگان را در لیست ارائه شده اعلام نماید. لازم به ذکر است در صورت انقضاء مهلت تعیین شده تغییر در تعداد بیمه شدگان امکان پذیر نمی باشد.

۴-۱-۳) کاهش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه باید حداکثر تا ۳۰ روز پس از فوت، خروج از کفالت ، طلاق و نیز قطع رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار، منوط به ارائه مدارک مکتوب به بیمه گر می باشد، لازم به ذکر است تاریخ حذف بیمه شدگان به شرط رعایت مهلت تعیین شده از تاریخ درخواست بیمه گذار و در صورت انقضاء مهلت تعیین شده، از تاریخ ورود نامه و ثبت در دبیرخانه بیمه گر می باشد.

۵-۱-۳) کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع بندهای (۱-۱-۳ و ۲-۱-۳) شرایط خصوصی قرارداد درج نشده باشد بایستی از قلم افتادگی نمیتوانند جزء بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند و در صورت تمایل به قرارداد سال بعد موکول می گردند، مگر آنکه توافقات دیگری بین بیمه گذار و بیمه گر صورت پذیرفته باشد.

۶-۱-۳) حق بیمه کمتر از یکماه بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه نامه اضافه و یا حذف می شوند معادل حق بیمه یکماه منظور خواهد شد و چنانچه بیمه شدگان حذفی در طول مدتی که تحت پوشش می باشد از خدمات بیمه مازاد درمان گروهی استفاده نموده باشند (خسارت دریافت کرده باشند اعم از معرفی نامه، بیمارستانی و سرپایی) موظفند حق بیمه یکساله را پرداخت نمایند.

۷-۱-۳) حق بیمه های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه نامه در پایان سال بیمه ای بطور یکجا محاسبه و به بیمه گذار مسترد خواهد شد.

۲-۳) بیمه گذار موظف است برای دریافت هزینه های درمانی مشمولین بند های (۲-۲-۲) و (۴-۲-۲) از ماده دوم مدارک دال بر عدم ازدواج، گواهی ادامه تحصیل یا تحت تکفل بودن را در زمان اعلام خسارت ارائه نماید.

۳-۳) بیمه گذار یا بیمه شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کند.

۴-۳) چنانچه هزینه ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی است.

ماده چهارم- دوره انتظار:

بیمه نامه شماره فوق فاقد دوران انتظار می باشد.

ماده پنجم- مهلت پرداخت هزینه های درمانی:

بیمه گر موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری پس از تکمیل اسناد بیمارستانی و ۱۰ روز کاری پس از تکمیل اسناد پاراکلینیکی و مدارکی که بتواند بوسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت نماید.

ماده ششم- مهلت تحویل مدارک هزینه های درمانی:

بیمه گذار متعهد است صورتحساب هزینه های پاراکلینیکی موضوع این قرارداد را سه ماه و هزینه های بیمارستانی موضوع این قرارداد را چهار ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد و سه ماه پس از انقضاء قرارداد تحویل بیمه تجارت نو نماید، بدیهی است بعد از انقضاء این مدت بیمه تجارت نو هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت آن نخواهد داشت.

تبصره - در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه، بیمه شده فقط لیست حداکثر ظرف مدت یکماه پس از تاریخ ترخیص اسناد مربوط به هزینه های درمانی خود را به بیمه گر پایه ارائه و

۲۳۱۶۶۴

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

پس از دریافت هزینه های درمانی خود از بیمه گر پایه، حداکثر ظرف مدت یکماه تحویل شرکت بیمه تجارت نو نماید.
بیمه تجارت نو نماید.

ماده هفتم- شرایط و میزان تعهدات بیمه گر:

- بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار، هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای بشرح ذیل جبران نماید.

۷-۱) جبران هزینه های مربوط به بستری عمومی و تخصصی، جراحی و Care Day در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، انواع سنگ شکن در بیمارستان، کرونا(کوید ۱۹)، آنژیوگرافی قلب و مغز (عمومی و تخصصی)، لاپاراسکوپی تشخیصی، تعویض مفصل، جراحی لگن، جراحی مفصل ران و فمور، مفصل زانو، گامانایف، انواع پرونز در حین عمل جراحی، پلی سومنوگرافی (تست خواب)، جراحی چشم، تزریق آواستین، کورناژ تشخیصی، سیستوسکوپی، سیستوپلاستی، عمل قوز قرنیه، جبران هزینه های مربوط به شیمی درمانی (بستری، خوراکی ،تزریقی)، جبران هزینه های مربوط به دارو و درمان بیماریهای خاص و صعب العلاج، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، بصورت بدون سقف سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱- هزینه های مربوط به چاقی مفرط، اسلیو معده یا بای پس معده در افراد با BMI بالای ۴۲، منوط به تائید پزشک معتمد بیمه گر و پرداخت سهم بیمه گر پایه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۲- هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان صرفا جهت بیمارانی که سن آنان کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد قابل محاسبه و پرداخت می باشد و در خصوص بیمه شدگانی که بین ۱۰ تا ۷۰ سال می باشند، در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۲) جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی با یا بدون بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری)، حداکثر تا سقف ۱۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۳) جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی با یا بدون بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج (بین شهری)، حداکثر تا سقف ۲۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۴) جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن با تایید انجمن حمایتی مربوطه، حداکثر تا سقف ۱،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۵) جبران هزینه مربوط به پوشش زایمان طبیعی، صرفا جهت ۵۰ نفر از بیمه شدگان حداکثر تا سقف ۳۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با درخواست کتبی بیمه گذار پس از کسر فرانشیز ۱۰ درصد، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۶) جبران هزینه مربوط به پوشش زایمان سزارین، صرفا جهت ۵۰ نفر از بیمه شدگان حداکثر تا سقف ۵۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با درخواست کتبی بیمه گذار پس از کسر فرانشیز ۱۰ درصد، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۷) جبران هزینه مربوط به پوشش درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط GIFT، ZIFT، IUI، میکرواینجکشن، IVF، داروهای تخصصی مربوط به نازایی و ناباروری و فریز جنین، صرفا جهت ۵۰ نفر از بیمه شدگان حداکثر تا سقف ۳۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با درخواست کتبی بیمه گذار پس از کسر فرانشیز ۱۰ درصد، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۸) جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات با مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا سقف ۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۹) جبران هزینه های مربوط به پاراکلینیکی (۱): شامل انواع رادیوگرافی و رادیولوژی، فوتوگرافی دندان، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، انواع سونوگرافی (دو بعدی، سه بعدی و چهار بعدی)، انواع ماموگرافی و انواع اسکن، اسکن بیماران مادرزادی، انواع سی تی اسکن، کتو اسکن، فیبرواسکن، انواع ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، بد درمانی و دانسیتومتری سنجش تراکم استخوان، حداکثر تا سقف ۲۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱- صرفا هزینه مربوط به سونوگرافی حداکثر تا دو برابر تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
تبصره ۲- کلیه خدمات تشخیصی - درمانی در کتاب ارزش نسبی مشروط بر اینکه جنبه درمانی داشته باشند با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۱۰) جبران هزینه های مربوط به پاراکلینیکی (۲): شامل انواع آندوسکوپی، انواع اسکوپی (با و بدون بیهوشی)، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، نوار قلب، انواع اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، اکو دایلر مغزی، انواع هولتر مانیتورینگ، هولتر فشار خون، تست ورزش، انواع تست، آنالیز پیس میکر، شارژ باطری قلب، EECP، تیلت تست، تست تنفسی اوره، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیروستری و PFT)، پلتیسموگرافی، ارگو اسپیروستری، فرونکوگرافی، بادی باکس، تست تعادل، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکترواسفالوگرافی (EEG)، نقشه مغزی، خدمات تشخیصی پورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم

مدیریت استان کردستان
واحد صدور

۲۳۱۶۶۵

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

مانند اپتومتری، پریمتری، مانومتری، بیومتری و پیناکم، فوندوسکوپی، انواع اسکن چشم، oct، انواع تست های بینایی سنجی، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)، تمپانومتری، نوار گوش، هزینه های اکسیژن، حداکثر تا سقف ۲۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره- کلیه خدمات تشخیصی - درمانی در کتاب ارزش نسبی مشروط بر اینکه جنبه درمانی داشته باشند با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۱۱) جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و درونشگی، گچ گیری، بازکردن گچ، بیرون آوردن پین، خته، بخیه، کشیدن بخیه، کشیدن ناخن، کرایوتراپی، اکسیزیون لیپوم، بیوپسی، آمینوسنتز، بیوپسی مغز استخوان، پونکسیون مایع نخاع و کمر، تست پاپ اسمیر، درمان خونریزی پس و سوزاندن نامیوناد و موارد مشابه، تخلیه کیست، خارج کردن جسم خارجی از بدن، شستوشوی گوش، ساکشن گوش، برداشتن خال با ارائه جواب پاتولوژی، تخریب زگیل، میخچه، تزریق بین مفاصل، پانسمان، نوار تست قندخون (بر اساس آزمایش سه ماهه) بابت بیماران دیابتی، خدمات پرستاری در منزل، اوزون تراپی، تزریق سلول های بنیادی و تزریق prp، سوندار و لیزر درمانی (به استثناء زیبایی)، حداکثر تا سقف ۱۲۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱- اقدامات سلول درمانی (PRP و غیره ...) صرفا در مراکز و بخش های پزشکی بازساختی و سلول درمانی که با ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاسیس و مجوز بهره برداری دریافت نموده اند، قابل پرداخت می باشد، لازم به ذکر است هزینه درمانی فوق الذکر در مطب غیر قابل پرداخت می باشد.

تبصره۲- کلیه خدمات تشخیصی - درمانی در کتاب ارزش نسبی مشروط بر اینکه جنبه درمانی داشته باشند یا تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۱۲) جبران هزینه های مربوط به انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی: آزمایش عمده ای شیمی بالینی و اختصاصی، هورمون شناسی، تومور مارکرها، خون شناسی، بانک خون، سرولوژی، ایمونولوژی، میکروب شناسی، آزمایشات ژنتیک مولکولی، آزمایش کوید ۱۹، تست های آلرژیک، تست متاکولین، حداکثر تا سقف ۱۵۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۱۳) جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST) و کار درمانی (OT)، طب فیزیکی، طب سوزنی، کایروپراکتیک، فیزیوتراپی با لیزر و مگنت تراپی، رفتار درمانی بدون محدودیت زمانی (با تایید پزشک معتمد بیمه گر)، تحریک الکتریکی مغز rtms و نوروفیدبک،حداکثر تا سقف ۱۷۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره- صرفا هزینه مربوط به فیزیوتراپی حداکثر تا دو برابر نعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۱۴) جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین، ناهنجاریهای جنین و سونوالد، حداکثر تا سقف ۲۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۱۵) جبران هزینه های مربوط به پوشش ویزیت، مشاوره، ویزیت حین خدمت، ویزیت طب سنتی و ویزیت طب سوزنی، مامایی، روانپزشک، ویزیت متخصص تغذیه، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، تزریقات و وصل سرم، بصورت تجمیع حداکثر تا سقف۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره- سایر توضیحات مربوط به هزینه ویزیت پزشکان:

۱) هزینه ویزیت پزشکان در مراکز درمانی خصوصی،اعم از مطب، بیمارستانها و سایر مراکز حداکثر تا دو برابر نعرفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.
۲) در صورت انجام دو ویزیت توسط یک پزشک در یک روز تنها یک ویزیت محاسبه میگردد.
۳) در صورت درج عبارت ویزیت و مشاوره، در نسخ صادره توسط پزشک صرفا هزینه یک ویزیت قابل پرداخت است.
۴) هزینه ویزیت دندانپزشک در مواردیکه همراه با انجام سایر اقدامات دندانپزشکی باشد قابل پرداخت نمی باشد.

۷-۱۶) جبران هزینه های مربوط به داروهای ایرانی، شیمیایی، گیاهی، داروی خارجی، داروهای با نسخه آزاد، داروی هورمون رشد، تهیه واکسن (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور)، اقلام مکمل: تقویتی، ویتامین ها و حداکثر تا سقف ۲۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱- سایر توضیحات مربوط به هزینه های دارو:

۱) پرداخت هزینه تمامی داروها بر اساس نرخ رسمی و مصوب اعلامی توسط معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد، ضمنحتین بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت هزینه داروهای خارج از شبکه قانونی کشور را ندارد.
۲) هزینه داروهایی که صرفا توسط پزشک تجویز می گردد قابل پرداخت است و هزینه داروهایی که بیمار بدون تجویز پزشک خریداری می کند قابل پرداخت نمی باشد.
۳) هزینه داروهای خارجی، اقلام مکمل، تقویتی و ویتامین ها مشروط به تجویز پزشک متخصص بر اساس نرخ رسمی و مصوب اعلامی توسط معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کسر فرانشیز قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
۴) هزینه داروهای گیاهی (به استثناء داروهای طب سنتی) صرفا منوط به دارا بودن پروانه ساخت وزارت بهداشت و تجویز پزشک متخصص مربوطه و موجود بودن در لیست فارماکوپه کشور قابل پرداخت می باشد.
۵) اگر پزشک متخصص داروی ایرانی تجویز کرده باشد و بیمار داروی خارجی خریداری کرده باشد، تعهد بیمه گر صرفا معادل با میلغ داروی ایرانی خواهد بود.
۶) پرداخت هزینه داروهای مربوط به دیابت الزاما منوط به ارائه نتیجه جواب آزمایش (فاکتور HBA1C) می باشد.

۲۳۱۶۶۶

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

۷) داروهای بوستی که جنبه درمانی دارند (مانند داروهای مربوط به بیماریهای پسوریازیس، ویتیلیگو، لیکن پلان و موارد مشابه) با هماهنگی و پس از معاینه و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد. سایر اقلام پوست و مو که جنبه درمانی و دارویی ندارند قابل پرداخت نیست.
۸) پرداخت هزینه داروهای بیماران خاص از قبیل کانسر و ms ملزم به ارائه مدارک درمانی می باشد.
۹) هزینه های مربوط به سونگ، اسکانیب وین، ست سرم، آب مقطر، آنژیوکت، میکروست، به تعداد آمپول و سرم تجویز شده، هزینه مربوط به انواع باند و غیره که دارای جنبه درمانیست قابل پرداخت می باشد.
۱۰) در خصوص جبران هزینه های مربوط به تهیه واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)، بیمه گر صرفا موظف به پرداخت برند ایرانی آن از نوع ۴ ظرفیتی با ارائه دستور پزشک متخصص مربوطه و تایید پزشک معتمد بیمه گر می باشد.

تبصره ۲- هزینه داروهای خارج از تعهد:

۱) هزینه داروهای خارج از فارماکوپه غیر قابل پرداخت می باشد؛
۲) کلیه اقلامی که جنبه زیبایی، بهداشتی و یا آرایشی داشته باشند صرف نظر از سن و جنس؛
۳) نسخ دارویی که عدم تطبیق با سن و جنس بیمه شده داشته باشد؛
۴) کلیه کرم های پاک کننده، مرطوب کننده، لایه بردار، ضدلک، ضدآفتاب و ...؛
۵) اقلام بهداشتی از قبیل شامپو و صابون؛
۶) داروهای جلوگیری و یا درمان ریزش مو؛
۷) داروهای تقویت کننده قوای جنسی و درمان ناتوانی جنسی؛
۸) داروها و مکمل های مربوط به متناسب اندام از قبیل کاهش یا افزایش وزن، چربی سوز و ...؛
۹) هرگونه دارویی که خارج از داروخانه و یا از مطب پزشک تهیه شده باشد؛
۱۰) هزینه داروهای ضد بارداری؛
۱۱) داروهای گیاهی فاقد پروانه ساخت وزارت بهداشت و داروهای گیاهی طب سنتی؛
۱۲) حق فنی داروخانه؛

۱۷-۷) جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه مانند کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، پروتز و روکش، جرم گیری و بروساژ، جراحی نسج نرم و سخت، ارتودنسی، ایمپلنت، دندان مصنوعی و جراحی لثه (به استثناء اعمال زیبایی)، حداکثر تا سقف ۱۵۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱- کلیه هزینه های مربوط به خدمات دندانپزشکی حداکثر تا دو برابر تعرفه و ضوابطی محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط صندیکای بیمه گران ایران تنظیم و ابلاغ می شود.

تبصره ۲- جبران هزینه های مربوط به ارتودنسی با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۳- صرفا یک نفر از اعضای خانواده پس از تکمیل سقف می تواند از سقف دو نفر دیگر از اعضای خانواده بصورت شناور با نامه کتبی بیمه گذار استفاده نمایند، سایر اعضا از سقف پوشش خود بهره مند خواهند بود.

۱۸-۷) جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز پزشک یا اپتومتریست، حداکثر تا سقف ۵۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱- جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی صرفا یکبار در طول مدت بیمه نامه قابل بررسی و پرداخت می باشد بدیهی است هزینه های اعلامی جهت عینک خریداری شده، در بار دوم تحت هر عنوان اعم از عینک های دو دید، نزدیک بین، دوربین با تعویض فرم و شیشه و ... خارج از تعهدات بیمه گر می باشد.

تبصره ۲- ارائه رسید pos بانکی به انضمام دستور پزشک متخصص یا اپتومتریست، پرینت کامپیوتری نمره چشم و اصل قبض معتبر الزامی می باشد.

تبصره ۳- بیمه شدگانی که سال گذشته از پوشش عینک طبی یا لنز تماسی طبی استفاده نموده اند؛ پرداخت هزینه های مربوطه مشروط به ارائه تایید اپتومتریست معتمد بیمه گر می باشد.

۱۹-۷) جبران هزینه های مربوط به تعمیر و خرید سمعک همراه با ارائه کارت گارانتی و فاکتور رسمی دارای کد اقتصادی، صرفا جهت ۲۰ نفر از بیمه شدگان حداکثر تا سقف ۴۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با درخواست کتبی بیمه گذار پس از کسر فرانشیز ۱۰ درصد، مطابق صورتحساب قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲۰-۷) جبران هزینه مربوط به تهیه اورورتز که به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر دوره نیاز است. (شامل: کمربند طبی، کرست طبی، جوراب واریس، گردنبند طبی، کف بند، آرنج بند، قوزک بند، شصت بند، بریس، مچ بند طبی، زانوبند طبی، آتل، کفی طبی، کفش طبی، عصا، واکر، ویلچر، کپسول اکسیژن) حداکثر تا سقف ۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد، با اعمال تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲۱-۷) جبران هزینه های مازاد بر سقف تعهدات اصلی بیمه نامه و خارج از تعهدات بیمه نامه، جمعا تا سقف ۱،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال سالیانه قابل محاسبه و پرداخت

مدیریت استان کردستان
واحد صدور

۲۳۱۶۶۷

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

می باشد.

ماده هشتم- سایر تعهدات بیمه گر:

۱-۸) کلیه هزینه های درمانی به استثناء موارد به شرح ذیل بر اساس آیین نامه شماره ۹۹ بیمه های درمان تکمیلی مصوب شورای عالی بیمه، با رعایت اصل همترازی و مطابق تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱- جبران هزینه های مربوط به پوشش دندانپزشکی، ویزیت، سونوگرافی و فیزیوتراپی حداکثر تا دو برابر تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۲- جبران هزینه های مربوط به تعمیر و خرید سمعک طبق صورتحساب ارائه شده قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲-۸) جهت اطلاع بیمه شدگان مبنی بر پرداخت هزینه های درمانی، ارسال پیامک به شماره همراه اعلام شده از سوی بیمه گذار امکان پذیر می باشد.

ماده نهم- نحوه استفاده از خدمات:

بیمه شده در انتخاب هر یک از مراکز تشخیصی درمانی داخل کشور آزاد است و به اختیار خود میتواند از مراکز طرف قرارداد با بیمه گر و یا غیر طرف قرارداد استفاده نماید.

۱-۹) استفاده از مراکز طرف قرارداد:

در موارد سرپایی قبل از اقدام و در موارد بستری، بیمه شده می بایست قبل از بستری و یا حداکثر ظرف مدت پنج روز از تاریخ بستری و تا قبل از ترخیص نسبت به دریافت معرفی نامه به یکی از دو روش ذیل اقدام نماید.

۱-۱-۹) در صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد که به سامانه وب بیمه تجارت نو متصل می باشند بیمه شده بدون نیاز به مراجعه به شعب بیمه تجارت نو، میتواند با مراجعه مستقیم به مراکز و با ارائه کارت ملی و گواهی پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری و یا ضرورت انجام اقدام مربوطه، معرفینامه را دریافت نماید.

۲-۱-۹) در صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد که فاقد سامانه وب می باشند نماینده بیمه گذار و یا بیمه شده جهت دریافت معرفینامه به شعب بیمه تجارت نو مراجعه نمایند.

۲-۹) استفاده از مراکز غیر طرف قرارداد:

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان-های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه-گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه -نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه گر تحویل شود؛ این هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی— درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه -ها محاسبه خواهند شد.

تبصره ۱- در صورت استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه های مصوب مراجع ذی صلاح محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت نماید در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده از بیمه گران نمی باشد در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گران (پایه) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲- در مواردی که حق العمل جراح در صورتحساب بیمارستانی درج نشده باشد در صورت ارائه گواهی توسط پزشک معالج مبنی بر تعیین حق الزحمه دریافتی، این هزینه حداکثر بر اساس کدهای مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت و بر اساس تعرفه مراکز درمانی همتراز طرف قرارداد با بیمه گر و مصوبات قانونی محاسبه و پرداخت خواهد شد و بیمه گر تعهدی در جبران هزینه های غیر بیمه ای نخواهد داشت.

ماده دهم- مدارک لازم جهت صدور معرفینامه:

۱-۱۰) اکثر مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه تجارت نو آنلاین می باشد و با ارائه کارت ملی بیمه شده اصلی و بیمار و دفترچه بیمه باید پذیرش را انجام می دهند، در صورت غیر آنلاین بودن مراکز درمانی طرف قرارداد مدارک زیر را به نمایندگی بیمه مستقر در این اداره کل ارائه فرمائید.

۱-۱-۱۰) برگه دستور پزشک که می بایست موارد ذیل در آن رعایت گردد:

الف) نام بیمار ب) تاریخ، مهر و امضاء پزشک ج) ذکر نوع عمل د) نام مرکز درمانی طرف قرارداد

۲-۱-۱۰) ارائه اصل شناسنامه، برای فرزندان اناث بالای ۲۵ سال الزامی می باشد.

بیمه تجارت نو
مدیریت استان کردستان
واحد صدور

۲۳۱۶۶۸

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

۳-۱-۱۰) فرزندان ذکور بالای ۲۲ سال. ارائه گواهی اشتغال به تحصیل الزامی می باشد.
۴-۱-۱۰) فتوکپی دفترچه بیمه (بیمه گر اول) بیمه شده اصلی و بیمار.

ماده یازدهم- بیمه شدگان میبایست قبل از بستری و انجام اعمال ذیل توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردند.

۱-۱۱) جراحی بینی (مانند: آندوسکوپی، سینوس، سپتوپلاستی، شکستگی بینی به غیر ازموارد اورژانسی و ...)؛
۲-۱۱) جراحی فک؛
۳-۱۱) بلوک های عصبی؛
۴-۱۱) جراحی معده یابت چاقی مفرط (بای پس معده واسلیو)؛
۵-۱۱) جراحی پلک (بلفاروپلاستی و بلفاروپتوز)؛
۶-۱۱) جراحی و یا لیزر واریس پا؛
۷-۱۱) جراحی ترمیم فتق نافی و یا شکمی (به غیر از موارد اورژانسی)؛
۸-۱۱) ماموپلاستی؛
۹-۱۱) ژنیکوماستی؛
۱۰-۱۱) رینگ گذاری قرنیه؛
۱۱-۱۱) عمل جراحی کمر با لیزر؛

ماده دوازدهم- مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های بیمارستانی:

۱-۱۲) اصل کل پرونده بستری شامل اصل صورتحساب، فاکتور داروها، وسایل مصرفی آزمایشگاه، تصویربرداری و ...؛
۲-۱۲) گزارش اتاق عمل و بیهوشی ممهور به مهر پزشکان؛
۳-۱۲) برگ خلاصه پرونده و سایر معالجات بیمار؛
۴-۱۲) درصورت استفاده از سهم بیمه گر اول، کپی برابر اصل پرونده ممهور به مهر بیمه گر پایه به همراه کپی برگه استعلام خسارت پرداختی بیمه گر اول؛
۵-۱۲) ریز لوازم مصرفی داخل اتاق عمل، ریز لوازم دارویی و...؛

ماده سیزدهم- مدارک مورد نیاز هزینه های پاراکلینیکی جهت پرداخت خسارت:

۱-۱۳) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های ویزیت:

۱-۱-۱۳) سرنسخه پزشک با اصل قبض دریافتی مرکز درمانی شامل نام بیمار، تاریخ ویزیت، مهر و امضاء پزشک معالج و مبلغ دریافتی از بیمار.

۲-۱۳) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های دارویی:

۱-۲-۱۳) در مواردی که داروخانه فاکتور دهد باید ممهور به مهر داروخانه باشد.

۲-۲-۱۳) در مورد داروهای خاص (کانسر، ام اس، بیماریهای قلبی و ...) گواهی پزشک مبنی بر طول مدت درمان، دوز مصرفی دارو، علت بیماری و آخرین مدارک پزشکی بیماری خاص (آزمایش، سونوگرافی، پاتولوژی، گزارش آنژیوگرافی و ...) ضمیمه شود.

۳-۲-۱۳) درصورت آزاد بودن دارو ارائه سربرگ نسخه پزشک الزامی می باشد.

۳-۱۳) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های پاراکلینیکی (آزمایشات، تصویربرداری، نوارسنجی و...)

۱-۳-۱۳) دستور پزشک در دفترچه بیمه پایه با سرنسخه پزشک ممهور به مهر، اصل فاکتور پرداختی ممهور به مهر مرکز و کپی جواب مربوطه

۴-۱۳) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های جراحی سرپایی:

۱-۴-۱۳) سرنسخه پزشک شامل نام بیمار، تاریخ انجام جراحی، ذکر نوع جراحی، مهر و امضاء پزشک، همراه با اصل فاکتور پرداختی.

۵-۱۳) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های عینک:

۱-۵-۱۳) دستور پزشک متخصص با اپتومتریست، پرینت کامپیوتری نمره چشم، رسید pos بانکی، اصل فاکتور خرید عینک ممهور به مهر مرکز خرید، فاکتور خرید می بایست دارای مشخصات مرکز خریداری شده باشد.

۶-۱۳) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی و ...

بیمه تجارت نو
مدیریت استان کردستان
واحد صدور

۲۳۱۶۶۹

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

۱-۶-۱۳) دستور پزشک متخصص مبنی بر لزوم انجام (فیزیوتراپی، کاردرمانی و ...) و ذکر علت انجام کار ممهور به مهر پزشک، اصل فاکتور پرداختی ممهور به مهر مرکز درمانی، ریز جلسات انجام شده به همراه تاریخ جلسات و مستندات لازم.

۱۳-۷) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های تجهیزات پزشکی (انواع اروتز و پروتز):

۱-۷-۱۳) دستور پزشک در دفترچه یا سربسته پزشک مبنی بر لزوم استفاده از موارد مذکور ممهور به مهر پزشک متخصص آزمایشات با تصویر برداری های مربوطه، اصل فاکتور خرید لوازم، فاکتور خرید می بایست دارای کد اقتصادی باشد.

۱۳-۸) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های دندانپزشکی:

۱-۸-۱۳) دستور پزشک در سربرگ پزشک مبنی بر لزوم استفاده از موارد مذکور ممهور به مهر دندانپزشک متخصص، اصل فاکتور پرداختی ممهور به مهر پزشک، یا مرکز، ارائه کلیشه قبل و بعد از درمان.

ماده چهاردهم- حل اختلاف نظر:

در صورت بروز هر گونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فی مابین حل و فصل خواهد شد در غیر اینصورت رای مراجع ذی صلاح نافذ می باشد.

ماده پانزدهم- مقررات مختلف:

۱۵-۱) این بیمه نامه مازاد درمان بیمه سلامت، تامین اجتماعی، خدمات درمانی و بیمه گران مشابه می باشد (بیمه گر اول)، لذا بیمه شدگان می بایست در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این سازمان ها فتوکپی برابر اصل مدارک مربوطه را بانضمام کپی استعلام خسارت پرداختی بیمه گر اول را به شرکت بیمه تجارت نو تحویل نمایند.

۱۵-۲) هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تائید بیمه گر به خارج اعزام میگردند یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتیکه سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب های آنان را تائید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد، در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین نرخ مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

۱۵-۲-۱) میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

۱۵-۲-۲) تعهدات این بیمه نامه بجز موارد اشاره شده در بند (۱۵-۲) ماده پانزدهم در محدوده جغرافیائی ایران معتبر می باشد.

۱۵-۳) هزینه های چکاپ (شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی دوره ای) از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد.

۱۵-۴) محاسبه و پرداخت کلیه هزینه های مورد تعهد بیمه گر (پاراکلینیکی) در زمان وقوع بیماری یا حادثه بر اساس تعرفه مصوب هیئت وزیران قابل بررسی و پرداخت می باشد.

۱۵-۵) حق تحقیق و بررسی و تائید در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می باشد.

۱۵-۶) اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می باشد.

۱۵-۷) مرور زمان دعاوی ناشی از تعهدات بیمه گر یکسال از تاریخ انقضاء مدت بیمه نامه می باشد.

۱۵-۸) در صورت بروز حادثه ترافیکی، تعهدات بیمه گر تکمیلی منوط به مراجعه بیمه شده (مصدوم حادثه) به بیمارستان های دولتی از طریق آمبولانس خواهد بود، در غیر اینصورت (مراجعه بیمه شده به بیمارستانهای بخش خصوصی) هزینه های درمانی ایشان پس از مراجعه بیمه شده به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و اخذ سهمیه یارانه ترافیک قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۱۵-۹) چنانچه موارد مذکور در شرایط خصوصی مندرج در متن بیمه نامه و ملحقاتیکه بعداً و در صورت لزوم صادر می شود با نظرات بیمه گذار، مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آنرا بنماید، در غیر این صورت مراتب تائید شده تلقی خواهد شد و هرگونه تغییراتی در این خصوص منوط به تائید کتبی بیمه گر خواهد بود.

۱۵-۱۰) تمدید بیمه نامه منوط به تقاضای بیمه گذار و بررسی و اعلام نرخ و شرایط از طرف بیمه گر و توافق طرفین خواهد بود.

بیمه تجارت نو
شعبه امیتان کردستان
واحد صدور

۲۳۱۶۷۰

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

۱۱-۱۵) شرایط عمومی بیمه نامه منحصراً در موارد پیش بینی نشده در متن قرارداد بیمه نامه نافذ خواهد بود.

۱۲-۱۵) درخصوص مواردی که در این بیمه نامه دارای ابهام و هرگونه مغایرت می باشد به ترتیب، شرایط خصوصی مندرج در متن بیمه نامه بر شرایط عمومی بیمه نامه ملاک تعهدات بیمه گر خواهد بود.

۱۳-۱۵) حدود تعهدات و مسئولیت بیمه گر صرفا در چار چوب شرایط خصوصی مندرج در متن و شرایط عمومی بیمه نامه بوده و بیمه گذار از ادعای هرگونه خسارت بر علیه بیمه گر خارج از آنچه در تمامی شرایط بیمه نامه تعهد شده خودداری می نماید.

۱۴-۱۵) بیمه گذار/ بیمه شده متعهد می شوند، مفاد قانون های مبارزه با پولشویی و تأمین مالی تروریسم را در خصوص بیمه نامه صادره، رعایت نمایند.

این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط عمومی پیوست و اسناد مناقصه در دو نسخه صادر و هریک از نسخ دارای اوزش یکسان می باشد.

بیمه گذار

دانشگاه کردستان کد ۶۶۲۲۴

کد اقتصادی

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دانشگاه کردستان
University of Kurdistan
Ministry of Science, Research and Technology

بیمه گر

شرکت بیمه تجارت نو

کد پستی ۱۵۷۴۹۴۳۱۱۱
شماره اقتصادی بیمه گر ۱۴۰۰۵۷۴۵۲۳۷
مدیریت استان کردستان
واحد مورد

۲۳۱۶۷۵

شرایط عمومی بیمه نامه درمان درمان تکمیلی گروهی

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس بیمه نامه: این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه گر و بیمه گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: تعاریف و اصطلاحات مذکور در این آیین نامه صرفنظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند:

۱- **بیمه‌گر :** مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است.

۲- **بیمه‌گر پایه :** سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارایه خدمات درمان پایه هستند.

۳-**بیمه‌گذار :** شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق‌بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه است.

۴ -**گروه بیمه‌شدگان:**

الف کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.

تبصره ۱- بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲- حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه گذار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرارگیرند.

تبصره ۳- بیمه‌گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه‌نامه می‌تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

تبصره ۴- ارایه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه گر بلامانع می‌باشد.

ب- ارایه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها (از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها) به این شرط مجاز است که بیمه‌گذار پرداخت حق‌بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه بطور هم‌زمان بیمه شوند.

۵- **موضوع بیمه :** جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۶ - **حادثه :** هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۷- **بیماری :** وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

۸- **Day Care :** به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

۹ - **حق‌بیمه :** وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.

۱۰ - **حق بیمه شناور :** وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه نامه توسط بیمه‌گر برآورد می‌شود و میزان قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه گذار اعلام می‌گردد.

۱۱ - **دوره انتظار :** دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

۱۲ - **خسارت ارزیابی شده :** مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی – درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.

۱۳ - **فرانشیز :** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می‌شود.

۱۴ - **خسارت قابل پرداخت :** مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می‌نماید.

۱۵ - **مدت بیمه :** مدت بیمه معادل یکسال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

فصل دوم :پوشش‌های قابل ارایه

ماده ۳ - پوشش‌های قابل ارایه عبارت است از:

الف- پوشش‌های اصلی:

۱- جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Careدر بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

۲۳۱۶۷۸

تصوه- سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندیکای بیمه‌گران ایران و تایید بیمه مرکزی ج.ا.ایران قابل پوشش است.

۲ - هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری‌شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- هزینه های مربوط به سایر پوشش های اضافی توافق شده در بیمه نامه.

فصل سوم: شرایط

ماده ۴- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر مکلف به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی – درمانی پرداخت کرده است.

همچنین، بیمه گر مکلف به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ماده ۵- فرانشیز

۱ -فرانشیز هزینه‌های پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این‌صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

بیمه گر می‌تواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین نامه شماره ۹۴ مصوب شورای‌عالی بیمه و دریافت حق بیمه اضافی، فرانشیز را کاهش دهد.

۲ - در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳ - در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۶- پرداخت حق‌بیمه: بیمه‌گذار باید کل حق‌بیمه تعیین‌شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.

ماده ۷- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

ماده ۸- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه های تشخیصی – درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه گر است.

ماده ۹- بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی – درمانی را براساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۱۰- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۱- استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر نیست:

۱ - اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.

۲ - عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

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

۴ - ترک اعتیاد.

۵ - عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.

۷ - حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

۸ - جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذی‌صلاح.

۹ - فعل و انفعالات هسته‌ای.

بیمه تجارت نو
مدیریت استان کردستان
واحد صدور

۲۳۱۶۸۰

۱۰ - هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۱ - هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۲ - هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۴ - جراحی فک مگر انکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۵ - هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.

۱۶ - رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷ - کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

تبصره – بیمه گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق‌بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۱۳- بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی‌که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک با پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل شود. این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی– درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهند شد.

ماده ۱۴- در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی – درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۵- چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هرکدام از مؤسسه های بیمه مخیر است.

ماده ۱۶- حداکثر سن بیمه شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق‌بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی‌که سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۶- درصورتی‌که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه شدگان وابسته وی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۱۷- هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره – میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۸- فسخ بیمه نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

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

۲ - هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

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

ب- موارد فسخ ازطرف بیمه‌گذار:

بیمه تجارت نو
مدیریت استان کردستان
واحد صدور

۲۳۱۶۸۱

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

۲ - استقال یورتفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هردلیل.

۳ - در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده‌اند.

ج- نحوه فسخ:

۱ - در صورتی که 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 می‌گردد.

۲ - بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

د- نحوه تسویه حق‌بیمه در موارد فسخ:

۱ - در صورت فسخ بیمه نامه بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.

۲ - در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه‌گذار، حق‌بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۱۹- بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۲۰- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۲۱- ارجاع به داوری: بیمه گر یا بیمه گذار می‌توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می‌کنند. هریک از طرفین حق‌الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق‌الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

فصل چهارم: سایر مقررات

ماده ۲۲- بیمه مرکزی ج.ا ایران می‌تواند با ارایه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین‌نامه ذکر نشده است و همچنین ارایه پوشش بیمه به گروه هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می‌شوند، موافقت کند.

ماده ۲۳- بیمه گر مجاز به ارایه پوشش خارج از موارد پیش‌بینی شده در این آیین نامه و با مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی ج.ا.ایران تحت عناوینی از قبیل صندوق تکمله درمان و عناوین مشابه نمی‌باشد.

ماده ۲۴- موسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا ایران ابلاغ خواهد شد می‌تواند بیمه نامه با حق بیمه شناور صادر نماید.

ماده ۲۵- دستورالعمل نحوه رسیدگی به اسناد هزینه های تشخیصی – درمانی و الکترونیکی کردن تبادل اطلاعات مربوط به ارزیابی و رسیدگی به اسناد هزینه های موضوع این آیین‌نامه حداکثر ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این آیین‌نامه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و پس از تائید بیمه مرکزی ج.ا.ایران به موسسات بیمه ابلاغ خواهد شد.

شرکت بیمه تجارت نو

بیمه تجارت نو
مدیریت استان خراسان
واحد صدور