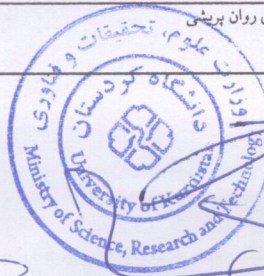


بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

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.

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۴/۷۰/۱۳۸/۱۳۸/۳۵۰۹	تاریخ صدور: ۱۴۰۴/۰۶/۲۶	تاریخ پیشنهاد: ۱۴۰۴/۰۶/۲۶	واحد صدور: سندج کد ۱۳۸
نام بیمه گذار: دانشگاه کردستان کد ۶۶۴۲۳۴	نشانی بیمه گذار: استان کردستان، شهر سندج-استان کردستان، شهرستان سندج، بخش مرکزی، شهر سندج، دانشگاه کردستان، خیابان دانشگاه، کوچه گلستان	کد پستی: ۶۶۱۷۷۱۵۱۷۵	تلفن: ۰۸۷۳۳۶۲۴۰۲۵
شماره قرارداد: ۴۸۲۸	تاریخ شروع قرارداد: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱	تاریخ پایان قرارداد: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱	نام سازمان: دانشگاه کردستان کد ۶۶۴۲۳۴
از ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱	تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱	به مدت: ۳۶۵ روز	

ردیف	شرح تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهدات سالیانه (ریال)	درصد فرانشیز
نفر	خانواده		
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.	بدون سقف	بدون سقف
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی، 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 داخلی مغز. (با احتساب ردیف ۱).	بدون سقف	بدون سقف
۳	جبران هزینه های پاراکلینیکی (۱) شامل انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر ای، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانسیتومتری.	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	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، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترو میلوگرافی و هدایت عصبی (NCV EMG)، الکترو انسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع اپیوتمتری).	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۵	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء زیبایی).	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	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 ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۷	جبران هزینه های فیزیوتراپی (pt)، گفتاردرمانی (st)، کار درمانی (ot).	۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۸	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی (به استثناء چکاپ)، تست های آلرژی.	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۹	جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماریهای روان پریشی	بدون سقف	بدون سقف



بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت	۱۰
۱۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	دارو	۱۱
۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۱۲
۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز است.	۱۳
۱۰	۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن.	۱۴
۱۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به کلیه خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به استثناء اعمال زیبایی).	۱۵
۱۰	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	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).	۱۶
۱۰	۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	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).	۱۷
۱۰	۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین.	۱۸
۱۰	بدون سقف	بدون سقف	حداکثر تعهدات گروه بستری، اعمال جراحی تخصصی و آمبولانس ها.	۱۹
۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات گروه ویزیت و اورژانس در موارد غیر بستری.	۲۰

ردیف	شرح سایر تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهدات سالیانه (ریال)		فرانشیز درصد
		نفر	خانواده	
۱	جبران هزینه های مربوط به داروی بیماری های خاص و صعب العلاج	۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰
۲	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست.	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۳	جبران هزینه های مربوط به اوزون تراپی، نوار تست قند خون و خدمات پرستاری در منزل	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰
۴	جبران هزینه های مربوط به کایروپراکتیک، نوروفیدبک، تحریک الکتریکی مغزی و رفتار درمانی	۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰
۵	جبران هزینه های مربوط به عصا، واکر، ویلچر و کپسول اکسیژن	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰
۶	جبران هزینه مربوط به تهیه واکسن	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰

ردیف	نوع تعهد	مدت
۱	زایمان	۰
۲	بیماری های خاص	۰
۳	سایر بیماری ها	۰

ردیف	نوع تکفل	از سن	تا سن	درصد اضافه نرخ	حق بیمه ماهانه هر نفر
۱	تحت تکفل	۰	۲۰	۰	۱۲,۱۰۰,۰۰۰
۲	غیر تحت تکفل	۰	۲۰	۰	۱۲,۱۰۰,۰۰۰

بیمہ تجارتی
Tejaratno Insurance

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

حق بیمه ماهانه هر نفر:	۱۲,۱۰۰,۰۰۰	حق بیمه سالیانه هر نفر:	۱۴۵,۲۰۰,۰۰۰
تعداد بیمه شدگان:	۲۱۰۰	جمع کل حق بیمه سالیانه:	۳۰۴,۹۲۰,۰۰۰,۰۰۰
مالیات بر ارزش افزوده:	*	عوارض شهرداری:	*
جمع کل حق بیمه قابل پرداخت:	۳۰۴,۹۲۰,۰۰۰,۰۰۰	روش محاسبه حق بیمه:	ماه شمار
روش پرداخت حق بیمه:	اقساط ماهانه		

ماده یکم- شرایط پرداخت حق بیمه:

بیمه گذار موظف است نسبت به پرداخت مبلغ ۲۵,۴۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بابت قسط اول به سررسید ۱۴۰۴/۰۹/۰۱ و الباقی حق بیمه طی یازده قسط ماهانه و متوالی به سررسید های ۱۴۰۴/۱۰/۰۱، ۱۴۰۴/۱۱/۰۱، ۱۴۰۴/۱۲/۰۱، ۱۴۰۵/۰۱/۰۱، ۱۴۰۵/۰۲/۰۱، ۱۴۰۵/۰۳/۰۱، ۱۴۰۵/۰۴/۰۱، ۱۴۰۵/۰۵/۰۱، ۱۴۰۵/۰۶/۰۱، ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ و ۱۴۰۵/۰۸/۰۱ اقدام نماید.

[illegible]

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

توضیح 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 یا حق بیمه ای که مطابق اعلامیه بدهکار می بایست نازمان 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:

(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.

۱-۲) کارکنان بازنشسته بیمه گذار مشروط بر اینکه اولاً کلیه بازنشستگان مشمول بیمه واقع شوند، ثانیاً 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) 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 مثبت) 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 مجدداً تحت پوشش پدر خود فرار گرفته اند می توانند تا پایان همان قرارداد مشروط به تجدد بیمه شده و عدم اشتغال به کار، تحت پوشش بیمه نامه قرار گیرند.

۱-۲-۲) همسر و فرزندان کارکنان اناث همانند بیمه شدگان اصلی می توانند صرفاً در ابتدای قرارداد همراه با لیست اولیه تحت پوشش قرار گیرند.

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

شرایط خصوصی

تهران، خیابان شریعتی، پایین تراز حسینیہ ارشاد، خیابان دیباج، شماره ۴ - کد پستی: ۱۵۴۴۹۴۳۱۱۱، تلفن: ۹۶۹۹۰۰۱۱ - www.Tejaratnoins.ir

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

۲-۲-۵) فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان، در صورت تحت تکفل بودن بدون در نظر گرفتن شرط سنی تحت پوشش بیمه نامه خواهند بود.
۲-۲-۶) 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:

۳-۱) 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 تأیید 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 شبا، نام بانک، شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی، می باشد را به بیمه گر ارائه نماید.

۳-۱-۱) افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه منوط به افراد جدیدی استخدام، ازدواج، تولد و کلیه افرادی که 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.

۳-۱-۲) 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 انقضای 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 مثبت 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 هر گونه تغییرات ناشی از افزایش و کاهش بیمه شدگان را در لیست ارائه شده اعلام نماید، لازم به ذکر است در صورت انقضای مهلت تعیین شده تغییر در تعداد بیمه شدگان امکان پذیر نمی باشد.

۳-۱-۴) 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 استخدای 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 انقضای مهلت تعیین شده، از تاریخ ورود نامه و ثبت در دبیرخانه بیمه گر می باشد.

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

۳-۱-۶) 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 باشند 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.

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

۳-۲) بیمه گذار موظف است برای دریافت هزینه های درمانی مشمولین بند های (۲-۲-۲) و (۲-۲-۴) 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.

۳-۴) 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 نامه درمان تکمیلی گروهی

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 انقضای قرارداد تحویل بیمه تجارت نو نماید، بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه تجارت نو هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت آن نخواهد داشت.

تبصره - در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه، بیمه شده می بایست حداکثر ظرف مدت یکماه پس از تاریخ ترخیص اسناد مربوط به هزینه های درمانی خود را به بیمه گر پایه ارائه و پس از دریافت هزینه های درمانی خود از بیمه گر پایه، حداکثر ظرف مدت یکماه تحویل شرکت 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 Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، انواع سنگ شکن در بیمارستان، کرونا (کوید ۱۹)، آنژیوگرافی قلب و مغز (عمومی و تخصصی)، لاپاراسکوپي تشخیصی، تعویض مفصل، جراحی لگن، جراحی مفصل ران و فمور، مفصل زانو، گامانایف، انواع پروتز در حین عمل جراحی، پلی سونوگرافی (تست خواب)، جراحی چشم، تزریق آواستین، کورتاژ تشخیصی، سیستوسکوپی، سیستوپلاستی، عمل قوز قریه، 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، جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماریهای روان پریشی (باستثناء سایکوتیک و جنون)، 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 تأیید 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 صرفاً 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 تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۳- هزینه نگهداری بیماران روان پریش (مجنون) تحت پوشش نمی 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 یا تأیید 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، صرفاً 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، صرفاً 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 با IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن، IVF، داروهای تخصصی مربوط به

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

نازایی و ناباروری و فریز جنین، صرفاً 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 یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالانه بابت هر نفر یا 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)، پد درمانی و دانسیتومتری ستجش 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- صرفاً 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.

۱۰-۷) جبران هزینه های مربوط به پاراکلینیکی (۲): شامل انواع آندوسکوپی، انواع اسکوپ (با و بدون بیهوشی)، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، نوار قلب، انواع اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، اکو داپلر مغزی، انواع هولتر مانیتورینگ، هولتر فشار خون، تست ورزش، انواع تست، آنالیز بیس میک، شارژ باتری قلب، EECp، تلیت تست، تست تنفسی اوهر، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، پلتسموگرافی، ارگو اسپیرومتری، برونکوفگرافی، بادی پاکس، تست تعادل، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (NCV EMG)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، نقشه مغزی، خدمات تشخیصی یورو دینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتزی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، مانومتری، بیومتری و پنتاکم، 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 دررفتگی، گچ گیری، بازکردن گچ، بیرون آوردن پین، خسته، بنجیه، کشیدن بنجیه، کشیدن ناخن، کرایوتراپی، اکسیژن لپوم، بیوپسی، آمینوستز، بیوپسی مغز استخوان، پونکسیون مایع نخاع و کمر، تست پاپ اسمیر، درمان خونریزی بینی و سوزاندن تامپوناد و موارد مشابه، تخلیه کیست، خارج کردن جسم خارجی از بدن، شستوشوی گوش، ساکشن گوش، برداشتن خال یا ارائه جواب پاتولوژی، تخریب زگیل، میخچه، تزریق بین مفاصل، بانسمان، نوار تست قندخون (بر اساس آزمایش سه ماهه) بابت بیماران دیابتی، خدمات پرستاری در منزل، اوزون تراپی، تزریق سلول های بنیادی و تزریق PRP، سونداز و لیزر درمانی (به استثناء زیبایی)، حداکثر تا سقف ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرائشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱- اقدامات سلول درمانی (PRP و غیره ...) صرفاً 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.

تصویر 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.

۱۲-۷) جبران هزینه های مربوط به انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، آزمایش هسته 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 آلرژی، تست متاکولین، حداکثر تا سقف ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرائض ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۳-۷) جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتر 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.

تصبره- صرفاً هزینه مربوط به فیزیوتراپی حداکثر تا دو برابر تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

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

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

۷-۱۵) جبران هزینه های مربوط به پوشش ویزیت، مشاوره، ویزیت حین خدمت، ویزیت طب سنتی و ویزیت طب سوزنی، ماما، روانپزشک، ویزیت متخصص تغذیه، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، تزریقات و وصل سرم، بصورت تجمیع حداکثر تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره- هزینه ویزیت پزشکان:

- ۱) هزینه ویزیت پزشکان در مراکز درمانی خصوصی، اعم از مطب، بیمارستانها و سایر مراکز حداکثر تا دو برابر تعرفه 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 ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱- هزینه داروهای قابل پرداخت:

- 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، همچنین 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 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 مبلغ داروی ایرانی خواهد بود.
- ۶) پرداخت هزینه داروهای مربوط به دیابت الزاما منوط به ارائه کپی جواب آزمایش (HbA1C) می باشد.
- ۷) داروهای پوستی 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 سرنگ، اسکالپ وین، ست سرم، آب مقطر، آنژیوتک، 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 و ویروس پاپیلوماوی 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 گرم 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 تناسب 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؛

۷-۱۷) جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه، کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، پروتز و روکش، جرم گیری و بروساز، جراحی

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

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 سندیکای 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- تمامی اعضای خانواده میتوانند به صورت شناور از سقف یکدیگر استفاده نمایند.

۷-۱۸) جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز پزشک یا اپتومتریست، حداکثر تا سقف ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ 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 یا 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.

۷-۱۹) 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 ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر با درخواست کتبی بیمه گذار پس از کسر فرانشیز ۱۰ درصد، مطابق صورتحساب قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۲۰) جبران هزینه مربوط به تهیه اوروتز که به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز است، (شامل: کمر بند طبی، گرسه طبی، جوراب واریس، گردنبند طبی، کتف بند، آرنج بند، قوزک بند، شصت بند، بريس، مچ بند طبی، زانو بند 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، بدون اعمال تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۲۱) جبران هزینه های مازاد بر سقف تعهدات اصلی و خارج از تعهدات بیمه نامه، جمعا تا سقف ۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال با نامه کتبی بیمه گذار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ماده هشتم- سایر تعهدات بیمه گر:

۸-۱) 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.

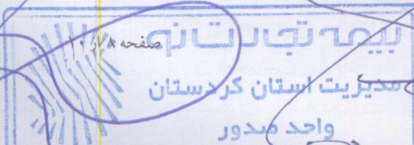
تبصره ۲- جبران هزینه های مربوط به اوروتز بدون اعمال تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۳- جبران هزینه های مربوط به تعمیر و خرید سمعک طبق صورتحساب ارائه شده قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۸-۲) 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.



بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

۹-۱) 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.

۹-۱-۱) 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 یا ارائه کارت ملی و گواهی پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری و یا ضرورت انجام اقدام مربوطه، معرفی نامه را دریافت نماید.

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

۹-۲) 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 تمهیدیمه-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 صورت حساب 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 معرفی نامه:

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

۱۰-۱-۱) 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

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

۱۰-۱-۳) فرزندان ذکور بالای ۲۲ سال، ارائه گواهی اشتغال به تحصیل الزامی می باشد.

۱۰-۱-۴) 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.

۱۱-۱) جراحی بینی (مانند: آندوسکوپی، سینوس، سیتوپلاستی، شکستگی بینی به غیر از موارد اورازانسی و...)

۱۱-۲) جراحی فک؛

۱۱-۳) بلوک های عصبی؛

۱۱-۴) جراحی معده بابت چاقی مفرط (بای پس معده واسلیو)؛

۱۱-۵) جراحی پلک (بلفاروپلاستی و بلفاروپتوز)؛

۱۱-۶) جراحی و یا لیزر واریس پا؛

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

۱۱-۷) جراحی ترمیم فتن نافی و یا شکمی (به غیر از موارد اورژانسی)؛

۱۱-۸) ماموپلاستی؛

۱۱-۹) ژنیکوماستی؛

۱۱-۱۰) رینگ گذاری قرنيه؛

۱۱-۱۱) عمل جراحی کمر با لیزر؛

ماده دوازدهم- مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های بیمارستانی:

۱۲-۱) اصل کل پرونده بستری شامل اصل صورتحساب، فاکتور داروها، وسایل مصرفی آزمایشگاه، تصویربرداری و ...؛

۱۲-۲) گزارش اتاق عمل و بیهوشی ممهور به مهر پزشکان؛

۱۲-۳) برگ خلاصه پرونده و سایر معالجات بیمار؛

۱۲-۴) در صورت 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؛

۱۲-۵) ریز لوازم مصرفی داخل اتاق عمل، ریز لوازم دارویی و ...؛

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

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

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

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

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

۱۳-۲-۲) در مورد داروهای خاص (کanser، 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.

۱۳-۲-۳) در صورت آزاد بودن دارو ارائه سر برگ نسخه پزشک الزامی می باشد.

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

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

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

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

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

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

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

۱۳-۶-۱) 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 اوتز و پروتز):

۱۳-۷-۱) دستور پزشک در دفترچه یا سر نسخه پزشک مبنی بر لزوم استفاده از موارد مذکور ممهور به مهر پزشک متخصص آزمایشات یا تصویر برداری های مربوطه، اصل

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

فاکتور خرید لوازم، فاکتور خرید می بایست دارای کد اقتصادی باشد.

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

۸-۱۳) دستور پزشک در سربرگ پزشک مبنی بر لزوم استفاده از موارد مذکور مهوور به مهر دندانپزشک متخصص، اصل فاکتور پرداختی مهوور 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:

۱-۱۵) 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 فتوکی برای اصل مدارک مربوطه را بانضمام کپی استعلام خسارت پرداختی بیمه گر اول را به شرکت بیمه تجارت نو تحویل نمایند.

۲-۱۵) هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور یا 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 تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

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

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

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

۴-۱۵) 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.

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

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

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

۸-۱۵) 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.

۹-۱۵) 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.

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

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

بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

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 صرفاً در چارچوب 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.

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

بیمه گر

شرکت بیمه تجارت نو

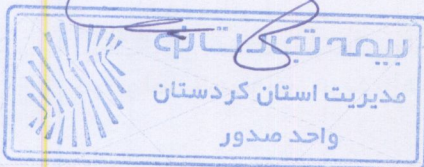
کد پستی: ۱۵۴۷۹۳۳۳۱۴

شماره اقتصادی بیمه گر: ۱۴۰۰۵۷۲۵۲۳۷

بیمه گذار

دانشگاه کردستان کد ۶۶۴۲۳۴

کد اقتصادی:



شرایط عمومی بیمه نامه 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 صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده اند:

۱- بیمه گر: مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است.
۲- بیمه گر پایه: سازمان هایی 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- بیمه گذار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه است.

۴- گروه بیمه شدگان:

الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار 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 قرار گیرند.

تبصره ۳- بیمه گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه می تواند 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 می باشد.

ب- ارایه پوشش بیمه درمان به سایر گروه ها (از قبیل اصناف، اتحادیه ها و انجمن ها) به این شرط مجاز است که بیمه گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه بطور همزمان بیمه شوند.

۵- موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

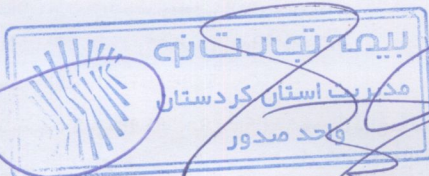
۶- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

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 می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

۹- حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد.

۱۰- حق بیمه شناور: وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه نامه توسط بیمه گر برآورد می شود و میزان قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه گذار اعلام می گردد.



۱۱- دوره انتظار: دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

۱۲- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.

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

۱۴- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.

۱۵- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یک سال 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 Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

تبصره- 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 بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- پوشش‌های اضافی:

بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد زیر را حسب توافق با بیمه‌گذار تحت پوشش قرار دهد:

۱- افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه‌شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش‌های اصلی برای شیمی درمانی، 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.

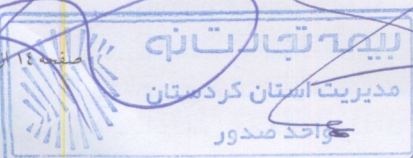
تبصره - هزینه‌های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش‌های اصلی پرداخت می‌شود.

۲- جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۱- دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.

تبصره ۲- چنانچه بیمه‌شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

۳- جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.



۴- هزینه‌های پاراکلینیکی:

۴-۱- جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۲- جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکسر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل اسپیرومتری و PFT، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۳- جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آلرژیک در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۴- جبران هزینه تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۵- جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۶- جبران هزینه‌های بستری جهت درمان بیماری‌های روان‌پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۱- هزینه نگهداری بیماران روان‌پریش تحت پوشش نیست.

تبصره ۲- تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۴-۱ تا ۴-۵ برای هر بیمه‌شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.

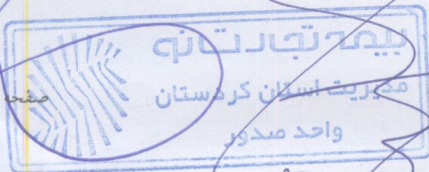
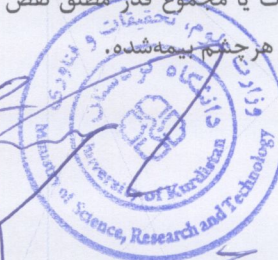
۵- جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.

۶- جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان‌پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

تبصره - هزینه‌های دندان‌پزشکی تا زمانی که تعرفه‌ای در این خصوص توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه‌ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و ابلاغ می‌شود.

۷- جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم‌پزشک و یا اپتومتریست حداکثر تا ۲ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۸- جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.



- ۹- جبران هزینه مربوط به خرید سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- ۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- تبصره- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می‌شود.
- ۱۱- هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- تبصره - سندیکای بیمه‌گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اروتز را سالیانه تنظیم و ابلاغ می‌کند.
- ۱۲- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- ماده ۴- حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه موضوع ماده ۳، باید توسط بیمه‌گر در بیمه نامه درج شود.
- ماده ۵- در صورتی که تعهدات پوشش‌های اصلی نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش‌های اضافی نیز می‌تواند نامحدود در نظر گرفته شود.
- ماده ۶- تعهد پوشش‌های اضافی مربوط به بند ب ماده ۳، مازاد بر سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه است.

فصل سوم: شرایط

ماده ۷- 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، بیمه‌گر 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 بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

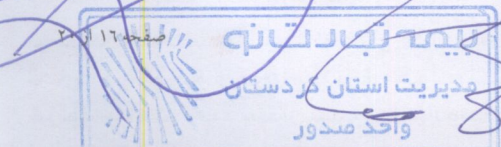
ماده ۸- فرانشیز

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های 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 این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

بیمه‌گر می‌تواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین نامه شماره ۹۴ مصوب شورای عالی 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 بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.



۱۶۰۵۲۱۶

تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۱۳- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۴- استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه گر نیست:

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

۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید 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- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان 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 هسته ای.

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

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

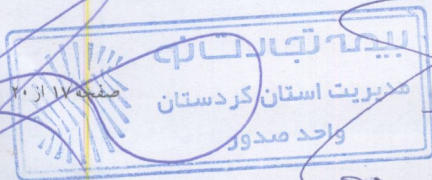
۱۲- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

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

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

۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.

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



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 حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۱۵ - 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، صورت حساب 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 بیمه‌گر پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر 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 انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل شود، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

ماده ۱۶ - در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌گر پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۷ - چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۸ - حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

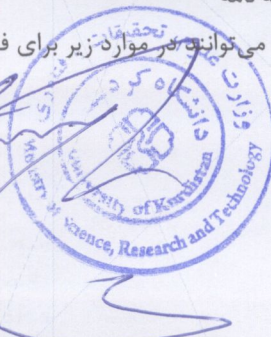
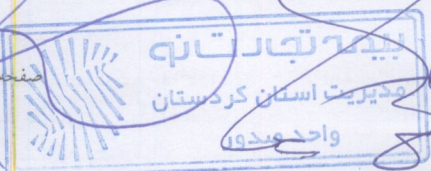
ماده ۱۹ - در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه شدگان وابسته وی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۲۰ - هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده 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 هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام‌شده 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 ۲۱ - فسخ بیمه‌نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در موارد زیر برای فسخ بیمه‌نامه اقدام نمایند:



الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

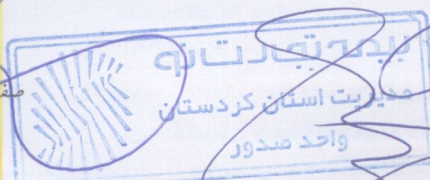
- ۱ - عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲ - هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
- ۳ - در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.
- ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:
- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتنوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هردلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده‌اند.
- ۴- حق فسخ یکطرفه بیمه‌گذار در صورت عدم انجام تعهدات از جانب بیمه گر

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 فسخ شده تلقی می‌گردد.
- د- نحوه تسویه حق بیمه 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، حق بیمه تا زمان فسخ براساس 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 ۲۲- 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 ۲۳- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۲۴- 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 حق الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق الزحمه



داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

فصل چهارم: سایر مقررات

ماده ۲۵- بیمه گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می‌تواند بیمه‌نامه درمان خانواده و یا بیمه نامه برای مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، ارایه نماید:

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش‌نامه سلامتی ارایه‌شده توسط بیمه‌گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می‌شود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پاسخ‌های مندرج در پرسش‌نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارایه پوشش بیمه‌ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری‌هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

تبصره: بیمه‌گر می‌تواند مشروط به اخذ پرسش‌نامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید

ماده ۲۶- 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 گروه‌هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می‌شوند، موافقت کند.

ماده ۲۷- بیمه گر مجاز به ارایه پوشش خارج از موارد پیش‌بینی شده در این آیین‌نامه و یا مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی ج.ا. ایران تحت عناوینی از قبیل صندوق تکمله درمان و عناوین مشابه نمی‌باشد.

ماده ۲۸- 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 ۲۹- دستورالعمل نحوه رسیدگی به اسناد هزینه‌های تشخیصی - درمانی و الکترونیکی کردن تبادل اطلاعات مربوط به ارزیابی و رسیدگی به اسناد هزینه‌های موضوع این آیین‌نامه حداکثر ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این آیین‌نامه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و پس از تایید بیمه مرکزی ج.ا. ایران به موسسات بیمه ابلاغ خواهد شد.

شرکت بیمه تجارت نو

