



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان

معاونت توسعه مدیریت و منابع

تاریخ: ۱۳۹۲/۰۸/۲۹
شماره: ۱۶/۳۱/۸۳۴۷/پ/اد
پوست: ۵ دار ۵

مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان اسدآباد
مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان رزن
مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان ملایر
مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان تویسرکان
مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان کبودرآهنگ
مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان فامنین
مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان نهاوند
موضوع: ارسال قرارداد مکمل کارکنان

با سلام و احترام

به پیوست تصویر قرارداد منعقد شده با شرکت بیمه آتیه سازان حافظ به شماره ۹۲/۳۰/۱۰۷۱ مورخه ۹۲/۸/۸ در خصوص انجام بیمه مکمل درمان کارکنان شاغل و افراد تحت تکفل آنان بمدت یکسال از تاریخ ۹۲/۸/۱ تا تاریخ ۹۳/۷/۳۰ با سرانه همر نفر ماهیانه بدون ارزش افزوده ۸۸/۰۰۰ ریال با احتساب ارزش افزوده ۹۳/۲۸۰ ریال ارسال می گردد لذا مقتضی است دستور فرمایید ترتیبی اتخاذ گردد موضوع تعهدات بیمه خریداری شده به اطلاع کلیه همکاران محترم رسانده شود و کارکنان از مفاد قرارداد و تعهدات شرکت مذکور مطلع شوند و همچنین لیست افراد متقاضی و واجد شرایط با تغییرات انجام شده را در قالب CD تا پایان وقت اداری ۹۲/۹/۱۵ رأساً توسط نماینده واحد به مدیریت شرکت آتیه سازان حافظ شعبه همدان ارسال نمایند. /ب

دکتر علی رضا کرمیپناه
از طرف
معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه
مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان همدان



تاریخ: ۹۲/۸/۸
شماره: ۹۵۴/۱۰۸۱
پیوست:



قرارداد بیمه درمان مکمل

تاریخ صدور: ۹۲/۸/۸	تاریخ شروع قرارداد: ۱۳۹۲/۰۸/۰۱
شماره قرارداد: ۹۲/۳۰/۱۰۸۱	تاریخ انقضاء قرارداد: ۱۳۹۳/۰۷/۳۰
تعداد بیمه شده (با خانواده): بالغ بر ۱۵۰۰۰ نفر	حق بیمه صادره (سالانه): بالغ بر ۱۵/۸۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
کد نمایندگی:-	مالیات بر ارزش افزوده: بالغ بر ۹۵۰/۴۰۰/۰۰۰ ریال

این قرارداد بین شرکت آتیه سازان حافظ وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران دارای کد اقتصادی به شماره ۷۸۵۱-۱۴۳۹-۴۱۱۱ بعنوان بیمه گر و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان همدان بعنوان بیمه گذار بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳، مقررات و آئین نامه های شورا عالی بیمه و شرایط عمومی بیمه درمان با شرایط زیر منعقد گردید:

فصل اول - کلیات

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

ماده ۱: بیمه گر

شرکت آتیه سازان حافظ به نشانی: همدان - سی متری شکریه - بالاتر از میدان شکریه - روبروی خیابان شهید یحییوی - پلاک ۱۳۹ شماره تلفن ۴-۸۳۲۷۵۴۰ که بر اساس قوانین و مقررات و شرایط این قرارداد در ازاء دریافت حق بیمه متعهد به انجام مفاد این قرارداد است.

تبصره: بیمه سلامت، تامین اجتماعی و سازمانهای مشابه بیمه گر اول و شرکت آتیه سازان حافظ بیمه گر دوم محسوب می شود.

ماده ۲: بیمه گذار

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان همدان که متعهد به معرفی و پرداخت حق بیمه بیمه شدگان میباشد

ماده ۳: بیمه شدگان

۱-۳- کارکنان شاغل (رسمی، قراردادی، پیمانی، تبدیل وضعیت) که بطور تمام وقت در استخدام بیمه گذار می باشند به اتفاق تمامی اعضاء خانواده (شامل همسر، فرزندان و افراد تحت تکفل) که می بایست از طرف بیمه گذار بعنوان بیمه شده معرفی گردند.

شماره کد آتیه سازان حافظ
شماره حساب: ۷۴۸۸۷
شماره حساب: ۷۴۸۸۷

تاریخ: ۹۳/۱/۱
 شماره: ۹۵۳/۱۰۸۱
 پیوسته:

- تبصره ۱:** منظور از اعضای خانواده، همسر و یا همسران دائمی، فرزندان و نیز افراد تحت تکفل قانونی (با ارائه مستندات از مراجع قضایی) بیمه شده اصلی می باشند و به تبع وی (بیمه شده اصلی) دارای دفترچه بیمه سلامت و یا تامین اجتماعی می باشند.
- تبصره ۲:** نوزادان از لحظه تولد بیمه هستند منوط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا یک ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید.
- تبصره ۳:** فرزندان ذکور تا سن بیست و دو سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه می باشند و در صورت طلاق یا فوت همسر می توانند در صورت درخواست مشمول بیمه تکمیلی گردند.
- تبصره ۴:** دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام بیمه می شوند.
- تبصره ۵:** پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.
- تبصره ۶:** فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان اصلی بدون سقف سنی تحت پوشش می باشند.
- تبصره ۷:** پدر و مادر غیر تحت تکفل (به شرط داشتن دفترچه بیمه پایه) می توانند با پرداخت حق بیمه مندرج در قرارداد تحت پوشش قرار گیرند. همچنین در صورت عدم پوشش بیمه ای در سال قبل، شروع بیمه درمان مشمول دوره انتظار خواهد شد.
- ۲-۳-** کارکنان اناث می توانند همسر و فرزندان خود را همانند سایر افراد شاغل بیمه نمایند.

ماده ۴: موضوع بیمه:

عبارتست از جبران هزینه های خدمات تشخیصی ویژه و دوران بستری در بیمارستان شامل زایمان، خدمات درمانی طبی و اعمال جراحی ناشی از بیماری مشمول بیمه مازاد بر بیمه سلامت، بیمه تامین اجتماعی نیروهای مسلح و سایر شرکت و سازمانهای بیمه گر بر طبق شرایط مقرر در این قرارداد.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۵- اصل حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات مورد نیاز را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنماید، بیمه نامه باطل و بلااثر خواهد بود ولو اینکه مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تاثیری در وقوع بیماری یا حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد، بلکه بیمه گر میتواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

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

ماده ۶ - نحوه اعلام اسامی بیمه شدگان:

۱-۶- بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت سی روز پس از امضاء و مبادله قرارداد دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بدون قلم خوردگی و با خط خوانا همراه یک نسخه CD اطلاعات خواسته شده بر اساس فرم پیوست، تهیه نموده و جهت بیمه گر ارسال نماید. بدیهی است ملاک صدور معرفی نامه یا پرداخت هزینه های پزشکی اسامی مندرج در لیست مذکور می باشد.

تبصره ۱: لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می باید حاوی اطلاعات زیر باشد: نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه - نسبت هریک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی - وضعیت تکفل قانونی بیمه شده تبعی - کد ملی - شماره دفترچه بیمه سلامت یا تامین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گر اول و شماره حساب و شماره کارت بانک رفاه کارگران پیوست اصلی.

سازمان تامین اجتماعی
 بیمه تکمیل درمان
 وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

تاریخ: ۹۲/۸/۸
شماره: ۹۶۵/۱۰۸۱
پیوست:



تبصره ۲: دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان که توسط بیمه‌گذار تهیه گردیده می‌بایست به امضاء طرفین رسیده منهور و مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه‌شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه‌گر قرار خواهد گرفت.

۲-۶- افرادی که در طول مدت قرارداد می‌توانند به تعداد بیمه‌شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدید الاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که ازدواج کرده‌اند (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر ظرف یکماه پس از ازدواج). تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه‌ای نامبردگان از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار خواهد بود.

۳-۶- نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند منوط به آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را حداکثر یک ماه پس از تولد به بیمه‌گر اعلام نماید.

۴-۶- تاریخ موثر برای حذف بیمه‌شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه‌گذار و از تاریخ وصول نامه مزبور می‌باشد. موارد حذف بیمه‌شدگان عبارتست از فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع می‌شود.

۵-۶- چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه ای اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان سال بیمه‌ای قرارداد ادامه خواهد یافت.

۶-۶- چنانچه بیمه شده اصلی بازنشسته گردد، پوشش بیمه ای خود و اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان قرارداد ادامه خواهد یافت.

تبصره ۳: بیمه‌گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه‌شدگان را مطابق تبصره یک و دو ماده ۶ برای بیمه‌گر ارسال نماید.

۷-۶- کارکنانی که اسامی و مشخصات هر یک از اعضای خانواده اشان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره ۲ و ۳ ماده ۶ قرارداد قید نشده باشد، به استناد از قلم افتادگی نمی‌توانند جزو بیمه‌شدگان این قرارداد قرار بگیرند.

ماده ۷: میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه‌گر، حق بیمه ماهیانه هر یک از بیمه‌شدگان مبلغ ۸۸/۰۰۰ ریال می‌باشد. (که با احتساب ۶٪ ارزش افزوده مبلغ ۹۳/۲۸۰ ریال می‌باشد)

تبصره ۱: افزایش نرخ حق بیمه برای افراد ۶۰ تا ۷۰ سال، ۵۰٪ و برای افراد بالاتر از ۷۰ سال، ۱۰۰٪ حق بیمه خواهد بود.

تبصره ۲: حق بیمه ماهیانه هر یک از بیمه‌شدگان غیر تحت تکفل دو برابر می‌باشد

تبصره ۳: به حق بیمه فوق بمیزان ۶٪ مالیات بر ارزش افزوده اضافه می‌گردد و افزایش مالیات در طی دوره قرارداد بر عهده بیمه‌گذار می‌باشد

ماده ۸: ترتیب پرداخت حق بیمه

۱-۸- بیمه‌گذار مکلف است اولین قسط حق بیمه را یک ماه بعد از امضاء قرارداد و مابقی حق بیمه را با توجه به تعداد بیمه‌شدگان در انتهای هر ماه حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

تبصره ۱: مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می‌باشد. در صورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه قرارداد بلافاصله با صدور الحاقی به حالت تعلیق در می‌آید و بیمه‌گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت ندارد. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق قرارداد با صدور الحاقی رفع تعلیق مجدداً به حالت اول برمی‌گردد و بیمه‌گر موظف به اجرای تعهدات خود در زمان تعلیق می‌باشد.

تاریخ: ۹۲، ۸، ۸
شماره: ۹۲، ۲، ۱۰۸۱
پیوست:



تبصره ۲: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) بوسیله الحاقی تعیین می گردد که می بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماههای آتی حداکثر تا پانزدهم ماه بعد تسویه شود.

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

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

تبصره ۵: بیمه گذار مکلف است حداکثر یک ماه پس از اتمام مهلت ارائه اسناد خسارت درمان به بیمه گر، مندرج در تبصره ۲ ماده ۱۴ نسبت به تسویه حساب کتبی با بیمه گر اقدام نماید.

۱-۲- بیمه گذار اقساط حق بیمه را صرفاً در وجه شماره حساب جام ۳۶۴۰۴۸۶۵۹۱ بانک ملت - شعبه گلستان پاسداران کد ۶۵۵۷۳ به نام شرکت آتیه سازان حافظ واریز نموده و رسید آنرا به شعبه تحویل نماید.

ماده ۹ - دوره انتظار: دوره انتظار مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و در قراردادهایی اعمال می گردد که در سال گذشته هیچگونه پوشش بیمه درمان مکمل نداشته اند.

تبصره ۱: دوره انتظار برای زایمان و سزارین سه ماه و برای بیماریهای مزمن ۴۵ روز خواهد بود.

تبصره ۲: بیماریهای مزمن شامل: فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماری های نئوپلاستیک، پولیپ، انحراف بینی، سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیستریکومی، سیستوسل و رکتوسل، نارسایی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، مادنتیوئیدکتومی، کاتاراکت، امراض مزمن قلبی و عروقی، دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در CCU و ICU شود).

تبصره ۳- این قرارداد مشمول دوره انتظار می باشد

فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۱۰ - حدود تعهدات

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار مازاد هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای برای هر فرد خانواده شرح ذیل جبران نماید:

- هزینه های بستری در بیمارستانها و مراکز جراحی محدود DAY CARE (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) شامل بندهای: ۱-۱، ۱-۲، ۱-۳، ۱-۴

۱-۱- جبران هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثنای دیسک ستون فقرات) قلب، پیوند ریه، کبد، پیوند کلیه و مغزاستخوان تا سقف ۵۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

۱-۲- پرداخت هزینه های درمانی و بیمارستانی و اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) و نیز آنژیوگرافی قلب، EPS، ICD، جراحی چشم (پیوند قرینه، ویتراکتومی و دکولمان رتین)، هزینه عمل دیسک ستون فقرات، لاپاراسکوپی، انواع سنگ شکن - جراحی فک و لثه تا سقف ۲۵۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

۱-۳- جبران هزینه های سزارین، زایمان طبیعی، کورتاژ تشخیصی - درمانی حداکثر تا سقف ۸۰۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در شمول تعهدات بیمه گر می باشد **تبصره:** هزینه های زایمان و سزارین فرزند چهارم و بیشتر در تعهد بیمه می باشد.

۱-۴- هزینه کلیه روشهای درمان نازایی اعم از بستری و یا سرپایی حداکثر تا سقف ۷۰۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال. از محل بند ۲-۱۰

۱-۵- جبران هزینه های شیمی درمانی (سرپایی و بستری)، داروهای MS و هزینه رادیو تراپی تا سقف ۲۰۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال از محل بند ۲-۱۰

تیمه سازان جان
www.tmsa.ir
info@tmsa.ir

تاریخ: ۹۲/۸/۸
 شماره: ۹۲/۳/۱۰۸۱
 پیوست:

- هزینه خدمات پاراکلینیک و جراحیهای مجاز سرپایی شامل بندهای: ۱۰-۶، ۱۰-۷، ۱۰-۸، ۱۰-۸

۶-۱۰ - هزینه های خدمات تشخیصی ویژه شامل: انواع اسکن ، ماموگرافی ، سونوگرافی ، ام آر آی ، انواع آندوسکوپی ، اکو کاردیو گرافی قلب ، اکو کاردیو گرافی مری ، استرس اکو ، بررسی های اورودینامیک ، الکترومیوگرافی مثانه ، پزشکی هسته ای ، آزمایش ، پاتولوژی ، رادیولوژی ، فیزیوتراپی و لیزر فیزیوتراپی حداکثر تا سقف ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

۷-۱۰ - جبران هزینه های خدمات تشخیصی ویژه شامل ، تست ورزش ، اسپرو متری ، نوارنگاری (نوار مغز ، نوار قلب ، نوار عصب ، نوار عضله و غیره) ، پروگرامینگ ، آنژیوگرافی چشم ، سنجش تراکم استخوان ، تمپانومتري ، تست V.E.P.S هولتر مونیتورینگ قلب ، OCT ، پریمتري چشم ، اندازه گیری میدان بینایی ، تست آلرژي ، آمینوستز ، مگنت تراپی ، ارکواسپیرومتری ، بررسی عصب شنوایی ، تست متاکولین ، تریوگرافی چشم ، (پنتاگم تا سقف ۳۰۰/۰۰۰ ریال) ، CT آنژیوگرافی حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

۸-۱۰ - جبران هزینه های جراحیهای مجاز سرپایی و بدون بستری مانند: ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژون لیپوم ، تخلیه کیست و لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و به استثنای رفع عیوب انکساری چشم) و هزینه مربوط به کلیه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانها ی بیمه گر توسط دبیرخانه شورایعالی بیمه شامل : شکستگیها ، دررفتگیها ، آتل گذاری ، انواع گچ گیری ، بیرون آوردن جسم خارجی فرو رفته در گوشت ، کشیدن ناخن ، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپولمان ، شکافتن آسه کف دهان ، شالازیون ، بیوپسی ، کوتر ، ناخنک چشم ، بیرون آوردن جسم خارجی از گوش و بینی ، تزریق در داخل مفاصل و سایر موارد مشابه که در مطب ، مراکز بهداشتی و درمانی ، درمانگاه ، پلی کلینیک ، دی کلینیک و بیمارستان های انجام می شود حداکثر تا سقف ۳/۵۰۰/۰۰۰ ریال

۹-۱۰ - جبران هزینه های لیزیک به منظور رفع عیوب انکساری چشم به شرطی که شماره هر چشم ۴ دیوپتر و بالاتر باشد، با معاینه و تأیید پزشک معتمد بیمه گر برای هر چشم تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال و ۶/۰۰۰/۰۰۰ ریال برای دو چشم

۱۰-۱۰ - جبران هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) با تجویز چشم پزشک تا سقف ۷۰۰/۰۰۰ ریال برای هر نفر (به استثناء افرادی که طی سال گذشته وجه عینک از این شرکت دریافت نموده اند). (از محل بند ۶-۱۰)

۱۱-۱۰ - جبران هزینه های آمبولانس (خصوصی و دولتی) برای فوریتهای پزشکی که منجر به بستری بیمه شده در بیمارستان می شود، داخل شهری تا سقف ۵۰۰/۰۰۰ ریال و بین شهری ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

ماده ۱۱: فرانشیز

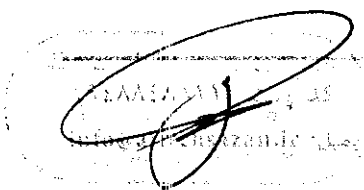
درصد معینی از هزینه های درمانی است که تامین آن بعهده بیمه شده می باشد و به شرح زیر تعیین می گردد:

۱-۱۱ - حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع بند ۱-۱۰ و ۲-۱۰ و ۳-۱۰ و ۵-۱۰ و ۱۰-۱۰ بابت سهم بیمه گر اول ۲۵٪ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است بدیهی است چنانچه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نماید و یا به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده کند، فرانشیزی از صورت حساب کسر نخواهد شد.

۲-۱۱ - حداکثر تعهد بیمه گر در مورد آندسته از خدمات موضوع بند ۶-۱۰ و ۷-۱۰ و ۸-۱۰ برابر با تعرفه های اعلام شده توسط مراجع ذیصلاح قانونی و یا سازمان نظام پزشکی در بخش خصوصی و دولتی استان پس از کسر سهم بیمه گر اول می باشد.

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

۳-۱۱ - فرانشیزی به هزینه عمل لیزیک و عینک (بندهای ۹-۱۰ و ۱۰-۱۰ و ۱۰-۱۰) و هزینه آمبولانس (بند ۱۱-۱۰) تعلق نمی گیرد .



تاریخ: ۹۲/۸/۸
شماره: ۹۲۳۰/۱۰۸۱
پیوست:

ماده ۱۲:

۱-۱۲- هزینه اتاق بیماران با رعایت اصل همترازی بیمارستانهای خصوصی طرف قرارداد بیمه گر حداکثر بر اساس نرخ اتاق عمومی بیمارستان محل درمان بیمه شده قابل پرداخت می باشد. بجز مواردی که به دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر بیمار در اتاق ایزوله بستری شود که حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستانهای همتراز پرداخت می گردد.

۲-۱۲- هزینه های درمانی مورد تعهد بیمه گر با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی و سایر شرکتهای و سازمانهای بیمه گر نمی تواند از صد در صد هزینه های انجام شده تجاوز نماید. عبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمانها و شرکت های مذکور طبق مفاد قرارداد می باشد. بدیهی است در صورتیکه بیمه شده از مزایای بیمه تکمیلی سایر شرکتهای بیمه گر استفاده نماید هزینه های درمانی مورد تعهد بیمه گر، پس از کسر مبالغ دریافتی از سازمانهای بیمه گر اول و شرکتهای بیمه ای مزبور، قابل پرداخت خواهد بود.

۳-۱۲- هزینه های مربوط به بیمارانی که با معرفینامه کتبی بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت آتیه سازان حافظ استفاده می نمایند، بر اساس مفاد قرارداد برابر تعرفه توافقی مراکز فوق الذکر و تا سقف قرارداد مورد رسیدگی و تسویه قرار می گیرند و در صورتیکه بیمه شدگان بدون معرفینامه به مراکز درمانی طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، هزینه ها حداکثر بر اساس تعرفه بیمارستانهای همتراز طرف قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

۴-۱۲- هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی خارج از کشور بیمه شدگان بر حسب نوع خدمت و تعرفه مورد عمل بیمارستانی درجه یک طرف قرارداد با شرکت آتیه سازان حافظ پس از کسر سهم بیمه گر اول طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت است منوط به اینکه بیمه شده قبل از اعزام به خارج مراتب را کتبا به اطلاع بیمه گر برساند و مدارک پزشکی به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن به تأیید وزارت امور خارجه در ایران رسیده باشد.

۵-۱۲- بیمه گر تعهد می نماید که به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۷ روز نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

ماده ۱۳:

بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستانها و مراکز درمانی مجاز مختار است. در اینصورت بیمه شده پس از پرداخت هزینه های مربوطه باید صورتحساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده از طریق بیمه گذار به بیمه گر تسلیم نماید.

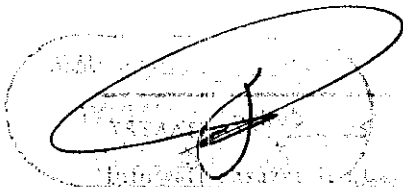
ماده ۱۴: ترتیب بستری شدن بیمه شدگان

۱-۱۴- چنانچه بیمه شدگان در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند:

۱-۱-۱۴- حداکثر ظرف مدت سه روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب را از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع دهند.

۲-۱-۱۴- پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را رأساً تامین نمایند.

۳-۱-۱۴- اصل مدارک و صورتحسابهای بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار و نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال نمایند.



تاریخ: ۹۳/۸/۸
 شماره: ۹۶۳۰/۱۰۸۱
 پیوست:

تبصره ۱: بیمه شدگان می‌بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه گر اول از سازمان بیمه سلامت یا تامین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمانهای فوق‌الذکر به بیمه‌گر، هزینه‌های انجام شده را تا سقف‌های مقرر بر اساس مفاد قرارداد دریافت نمایند. در غیر اینصورت شامل فرانشیز موضوع ماده ۱۱ خواهند شد. بدیهی است در صورت عدم پرداخت سهم بیمه گر اول، اصل مدارک بیمارستانی باید به بیمه گر تحویل داده شود.

تبصره ۲: مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه‌های انجام شده حداکثر ظرف مدت سه ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یکماه پس از دریافت چک بیمه‌گر اول می‌باشد و در مورد هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر چهار ماه بعد از انجام آن خواهد بود.

۴-۱-۱- محاسبه هزینه‌های درمانی بر اساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی همتراز طرف قرارداد با بیمه‌گر می‌باشد.

۴-۲- چنانچه بیمه‌شدگان بخواهند از خدمات بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده نمایند، موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند.

۱-۴-۳- با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد نسبت به اخذ معرفینامه از بیمه‌گر اقدام نمایند.

۲-۴-۳- حداکثر ظرف مدت دو روز از زمان بستری شدن بیمه شده در بیمارستان مراتب به بیمه‌گر اطلاع داده شود.

۳-۴-۳- در موارد اورژانس و یا ساعات غیر اداری، بیمه‌شدگان می‌توانند از طریق کارت بیمه‌درمانی که در اختیار آنان گذاشته می‌شود مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه و بستری گردند و متعاقباً در اولین ساعات اداری روز بعد معرفینامه مربوطه را اخذ و تحویل بیمارستان نمایند.

۴-۴-۳- هزینه‌های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهده بیمه‌شده می‌باشد. و بیمه‌گر هیچگونه تعهدی در این خصوص ندارد.

۵-۴-۳- در صورت وجود قرارداد فیمابین بیمارستانها و بیمه‌گر اول و کسر سهم بیمه‌گر اول از صورتحساب توسط خود بیمارستان، بیمه‌گر متعهد به پرداخت مازاد هزینه مورد تأیید تا سقف تعهدات می‌باشد.

ماده ۱۵:

مقرر گردید بیمه‌گر در صورت نیاز بیمه گذار نماینده ای جهت پرداخت وجه صورتحساب اسناد پزشکی رسیدگی شده به صورت مقیم در ستاد دانشگاه و یا سایر مراکز مدنظر مستقر نماید.

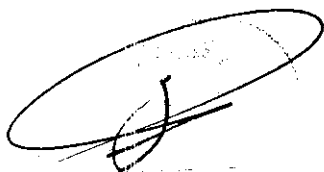
بیمه‌گر تعهد می‌نماید در صورت نیاز بیمه شدگان به صدور معرفی نامه جهت بستری شدن در بیمارستان‌های طرف قرارداد در کوتاهترین زمان نسبت به صدور معرفی نامه آنان اقدام نمایند.

ماده ۱۶:

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه‌گذار، مشخص گردد تعداد بیمه‌شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است بیمه‌گر مجاز به تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.

ماده ۱۷:

بمنظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه‌شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.



تاریخ: ۹۵/۱/۸
شماره: ۹۵۳/۱۰۸۱
پیوست:



ماده ۱۸:

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل خواهد شد؛ در غیر اینصورت از طریق داور مرضی الطرفین و در صورت عدم حصول نتیجه، با ارجاع اختلاف به مراجع قضایی ذیصلاح اقدام خواهد شد.

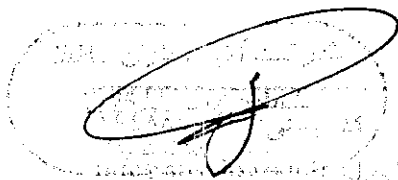
ماده ۱۹: مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۳۹۲/۰۸/۰۱ شروع و در ساعت بیست و چهار مورخ ۱۳۹۳/۰۷/۳۰ خاتمه می یابد.

ماده ۲۰- موارد فسخ قرارداد و نحوه تسویه حق بیمه:

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

- ۱- ۲۰- موارد فسخ از طرف بیمه گر:
 - ۱- ۱- ۲۰- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.
 - ۲- ۱- ۲۰- هرگاه بیمه گذار سهواً و یا بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار نماید و یا از مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود. بدیهی است در صورت احراز سوء نیت در این خصوص نیز حق فسخ ایجاد خواهد شد.
 - ۳- ۱- ۲۰- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه.
 - ۴- ۱- ۲۰- عدم توانایی بیمه گر در انجام تعهدات خود و ایجاد نارضایتی بیمه شدگان
 - ۲- ۲۰- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:
 - ۱- ۲- ۲۰- بیمه گذار می تواند در مدت قرارداد برای فسخ قرارداد اقدام نماید.
 - ۳- ۲۰- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:
 - ۱- ۳- ۲۰- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می گردد.
 - ۲- ۳- ۲۰- در صورت فسخ از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد) مع هذا در صورتیکه تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی بیشتر از هفتاد درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانیکه نسبت مذکور به هفتاد درصد برسد به بیمه گر پرداخت نماید.
- تبصره:** در مواردی که فسخ بیمه نامه توسط بیمه گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد حق بیمه تا زمان فسخ بطور روز شمار محاسبه خواهد شد.
- الف -** انتقال پرتفوی بیمه گر.
- ب -** در صورتیکه گروه بیمه شده بعلت توقف در کار و یا مشکلات پیش بینی نشده دیگر ترکیب گروهی خود را از دست بدهد.



تاریخ: ۹۳/۸/۸
شماره: ۹۳۷۱۰۸۱
پیوست:



ماده ۲۱ - نحوه فسخ:

۱-۲۱ - در صورتیکه بیمه گر بخواهد قرارداد را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله نامه یا تلفنگرام و سایر وسائل مقتضی به بیمه گذار اطلاع دهد در این صورت قرارداد یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می گردد.
۲-۲۱ - بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضای فسخ قرارداد را بنماید در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه گر قرارداد فسخ شده محسوب می شود چنانچه در درخواست بیمه گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد، اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

ماده ۲۲: شرایط تمدید قرارداد

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

ماده ۲۳:

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

ماده ۲۴: استثنائات

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

- ۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردیکه با تشخیص پزشک معالج، جنبه درمانی داشته باشد و قبل از عمل به تأیید پزشک معتمد بیمه گر برسد.
- ۲- اعمال جراحی که بمنظور زیبایی انجام می شود. مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج یا تأیید مراجع قانونی.
- ۴- درمان بیماری ایدز و بیماریهای فراگیر (اپیدمی).
- ۵- هزینه چک آپ و آزمایشات دوره ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می باشد.
- ۶- هزینه های واکسیناسیون، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج تجویز شود و در صورت حساب بیمارستانی موجود باشد.
- ۷- ترک اعتیاد.
- ۸- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان مگر اینکه در شرایط خصوصی بنحو دیگر توافق شده باشد.
- ۹- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۱۰- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.
- ۱۱- اتاق خصوصی مگر در خصوص بیماریهای عفونی با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گریمه شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.
- ۱۲- خدمات دندانپزشکی.
- ۱۳- داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه ای دارد از جمله مکمل های غذایی و شیرخشک.
- ۱۴- لوازم بهداشتی - آرایشی نظیر شامپو، صابون، خمیردندان و وسایل کمک توانبخشی از جمله جوراب واریس، ویلچر، عصا، لنز (مگر در مواردی که در جراحی چشم استفاده می شود) سمعک، شکم بند، کمربند طبی. کرسرست طبی، اورترز و موارد مشابه.
- ۱۵- هزینه های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن.

کد پستی: ۱۹۲۸۸۶
پتبل: info@azisazaran.ir

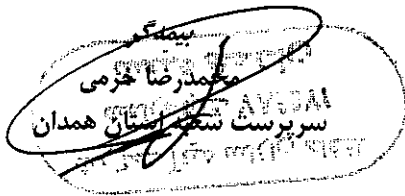
تاریخ: ۸، ۸، ۹۳
شماره: ۹۳۳/۱۰۸۱
پیوست:



- ۱۶- کلیه هزینه های مربوط به بیماران روانی سرزن
- ۱۷- کلیه هزینه های درمانی مربوط به بیمه شدگانی که مشمول بیمه حادثه و غیره می شود.
- ۱۸- پیوند اعضا و کاشت حلقون (به غیر از پیوند ریه ، کبد ، پیوند کلیه ومغزاستخوان).
- ۱۹- عمد بیمه شده در تحقق خطر.
- ۲۱- اعمال جراحی عقیم سازی مردان و TL (بجز در مواردیکه بعنوان عمل دوم انجام شود).
- ۲۲- خودکشی- قتل- جنایت.
- ۲۳- کلیه هزینه های مربوط به تصادفات رانندگی که بر عهده بیمه شخص ثالث و صندوق تامین خسارات بدنی می باشد. مگر با تعهد کتبی بیمه گذار مبنی بر بازپرداخت هزینه های درمانی به بیمه گر.
- ۲۴- خدمات سرپائی نظیر ویزیت، دارو (به جز داروهای شیمی درمانی) ، تزریقات و غیره.
- ۲۵- سایر خدمات پزشکی که در تعهدات ماده ۱۰ قید نگردیده است

ماده بیست و پنج :

این قرارداد مشتمل بر ۲۵ ماده ۲۶ تبصره و یک برگ الحاقیه پیوست و در ۳ نسخه که در حکم واحد می باشند تنظیم گردیده و در تاریخ ۹۳/۸/۸ امضاء و مبادله شده است.



Handwritten signature of the insurer