

 ساختمان مركزي: تهران، خيابان گاندی، خيابان پانزدهم، پلاک ۲
 کد پستي ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۸-۸۸۷۷۰۹۷۱ - ۰۸-۸۸۷۹۲۹۹۷
 ساختمان شماره دو: تهران، خيابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
 کد پستي ۱۱۳۱۸۵۶۱۱ - تلفن: ۰۹۰-۶۶۷۷۲۶۳۴۸

قرارداد نیمه درمان جمعی

• • • • • • • •

این قرارداد فیما بین شرکت سهامی بیمه داناو... که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده میشوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورایعالی بیمه و عرف بیمه در ایران و شرایط زیر منعقد میگردد:

بخش اول (شرط خصوصی)

ماده ۱) مشخصات قرارداد

تاریخ صدور: ۱۳۹۵/۰۸/۰۱	شماره سریال قرارداد: ۱۴۹۹۶/۱/۵
تاریخ شروع: ۱۳۹۵/۰۸/۰۱	تعداد بیمه شدگان: با الحاقیه تعیین می گردد.
تاریخ انقضایا: ۱۳۹۶/۰۸/۰۱	شماره سریال قرارداد دوره قبل: بیمه ایران
نمايندگي آفای رجي: کد ۱۴۹۹	

ماده ۲) مشخصات یمه گذار

نام بیمه گذار: دانشگاه گنید کاووس(طرح یک)

نشانی بیمه گذار: استان گلستان- گنبد کاووس- خیابان شهید فلاحی، سلوار، پصیرت

کد پستی: 1633815739
شناسه ملی: 14003083070

تلفن : 33225021 فاکس: 33224060
شماره اقتصادی : 411394853394

مادہ ۳) مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا (شعبه گرگان)

نشانی بیمه گر: گرگان - خیابان ۵ آذر جنب سازمان انتقال خون شرکت سهامی بیمه دانا شعبه گرگان

کد پستی: 4917636175

32224546

32231026 :

شماره اقتصادی : 411394853394

مادہ ۴) وضعیت حقوق پیغمبر

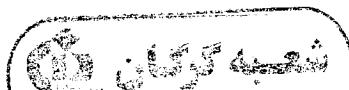
حق بیمه ماهانه هریک از بیمه شدگان با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده مبلغ ۵۶۱/۳۵۰ ریال تعیین میگردد که از مبلغ مذکور به تفکیک ۵۱۵/۰۰۰ ریال بابت حق بیمه مصوب و ۴۶/۳۵۰ ریال بابت ۹ درصد مالیات بر ارزش افزوده خواهد بود بدین ترتیب حق بیمه صادره یکساله با توجه به تعداد بیمه شدگان در بدو قرارداد با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده با الحاقیه تعیین میگردد که از مبلغ مذکور به تفکیک با الحاقیه بابت حق بیمه صادره یکساله و با الحاقیه بابت ۹ درصد مالیات بر ارزش افزوده میباشد(در صورت تغییر در تعداد بیمه شدگان نرخ حق بیمه تعدیل می یابد).

ماده ۵) نحوه پرداخت حقوق بیمه

بیمه گذار موظف است مبلغ با الحاقیه به هنگام امضاء مبالغه قرارداد و مابقی را در الحاقیه قسط مساوی هریک به مبلغ الحاقیه ریال در سراسریدهایها الحاقیه لغایت الحاقیه در وجه شرکت بیمه دانا به شماره حساب 0046019316 ملت به تفکیک حق بیمه مصوب و ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده پرداخت نماید.

ماده ۶) دوره انتظار

دوره انتظار برای زایمان (اعم از طبیعی و سزارین) 6 ماه و بیماریهای مزمن 3 ماه می باشد.



Dana insurance DD-FR-722-14

بیمه گر

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۸۸۷۷۰۹۷۱ - ۰۸۸۷۹۲۹۹۷ نامبر ۲
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۲۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱ - تلفن: ۰۶۶۷۰۹۰۴۱ - ۰۶۶۷۲۶۳۴۸ نامبر ۶

ماده ۵) مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است، که از ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۵/۰۸/۰۱ شروع و تاسعات ۲۴ مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ خاتمه می‌یابد. و هر یک از طرفین میباید لااقل یک ماه قبل از انقضای قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتبی "بطرف دیگر اعلام نمایند.

ماده ۶) تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق جدول ذیل جبران نماید.

ردیف	تعهدات بیمه گر	حداکثر مبلغ تعهد سالانه بیمه گر			تعهد براي
		سالانه بیمه گر	نفر	نفر	
۱	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان، قلب، مغز و اعصاب مركزي و نخاع (به استثنای ديسك ستون فقرات) ، گامانايف، پيوند كليه، پيوند كيد، پيوند ريه و پيوند مغز استخوان	120/000/000	*	*	20
۲	ساير اعمال جراحی دربیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE (بايشتر از ۲۴ ساعت بستري) او نيز آنژيوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و جراحی ديسك ستون فقرات و شيمى درمانی، راديوتراپي، گامانايف و همچنين بستری جهت درمان طبي در بیمارستان	60/000/000	*	*	20
۳	هزينه پاراكلينيکي گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسكن، انواع سی تی زايمان (طبیعی - سزارین)	20/000/000	*	*	20
۴	هزينه پاراكلينيکي گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسكن، انواع سی تی اسكن، انواع آندوسکوپي، ام آر اي، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسيتو متري گفتار درمانی روان درمانی	10/000/000	*	*	20
۵	هزينه پاراكلينيکي گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژي، تست تنفسی (اسپيرومetri - PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (EEG)، نوار مغز (NCV)، نوار مثانه (سيستومترى يا سيسنوتورگرام)، شنوایي سنجي، بینایي سنجي، هولتر مانیتورينگ قلب، آنژيوگرافی چشم	5/000/000	*	*	20
۶	هزينه جراحیهای مجاز سرپائی شامل شکستگی و دررفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کراوبوتراپي، اکسیزیون لیبوم، بیوپسي، لیزر درمانی و تخیله کیست	5/000/000	*	*	20
۷	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی، آسینیگمات یا جمع قدر مطلق نقش بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آسینیگمات) ۳ دبوتر یا بیشتر باشد برای هر چشم	8/000/000	*	*	20
۸	هزينه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپي	5/000/000	*	*	20
۹	هزينه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرف "مازاد" برسپه姆 بیمه گر اول) و خدمات اورژانس درموارد غیربسطري	5/000/000	*	*	20
۱۰	هزينه دندان پزشکي (شامل کشیدن - جرم گيري - برساز - پر کردن - درمان ريشه و روکشو ايمپلنت وارتودنسی) به استثناء والدين بیمه شده	5/000/000	*	*	20
۱۱	هزينه عينک شامل خرد عینک طبي، و لنز تماس طبي	2/000/000	*	*	20
۱۲	هزينه مربوط به خريد سمعك برای ۱۰۰۰ نفر به بالا ۵ نفر	10/000/000	*	*	20
۱۳	هزينه های مربوط به درمان نازابي و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط برای ۱۰۰۰ نفر به بالا ۳ نفر	30/000/000	*	*	20
۱۵	جبران هزینه های داروهای خاص برای تعداد ۱۰۰۰ نفر به بالا ۴ نفر	50/000/000	*	*	20
۱۷	هزينه های آمبولانس درون شهری بروون شهری	800/000	*	*	20
	هزينه های آمبولانس	1/300/000	*	*	





ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۲۰-۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۸۷۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱-۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۰۴۱-۶۶۷۲۶۳۴۸ نامبر ۶۶۷۲۶۳۴۸

تبصره ۱) جمع تعهدات بیمه گر در خصوص هزینه های بیمارستانی اعم از جراحی تخصصی ، جراحی عمومی و درمان طبی و همچنین هزینه های آمبولانس (درون شهری و برون شهری) حداکثر معادل سقف جراحی تخصصی خواهد بود .

تبصره ۲) اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

تبصره ۳) هزینه های دندانپزشکی براساس تعریف ای محاسبه و پرداخت می شود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می کند.

تبصره ۴) هزینه های اعضا طبیعی بدن صرفا برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر ارائه می گردد.

تبصره ۵) پوشش حوادث طبیعی با دریافت حق بیمه اضافی امکان پذیر خواهد بود

تبصره ۶) هزینه تهییه اروتوز که بلا فاصله بعد از عمل جراحی مورد نیاز باشد با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۷) هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان و به عنوان پوشش مستقل می باشد.

تبصره ۸) سقف تعهد بیمه گر در خصوص هزینه های زایمان (طبیعی - سزارین) نمی تواند از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر تجاوز کند

تبصره ۹) هزینه همراه افراد زیر ۷۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان ها)

تبصره ۱۰) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستره شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج

ماده ۹) سایر شرایط

تبصره ۱) در مورد حادثه تصادف با وسائل نقلیه چنانچه بیمه شده مقصود حادثه باشد با ارائه مدارک مورد نیاز از جمله گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران هزینه های درمانی طبق مفاد قرارداد برسی و پرداخت می شود .

تبصره ۲) چنانچه بیمه شده ، مقصود حادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی نامبرده غیرقابل پرداخت می باشد.

تبصره ۳) چنانچه بیمه شده زیان دیده باشد، هزینه های درمان وی می بایست از طریق مقصود حادثه جبران گردد.

این قرارداد دارای بخش اول (شرایط خصوصی) مشتمل بر ^۹ ماده و ^{۱۳} تبصره به انضمام بخش دوم (شرایط عمومی) پیوست دارای ^{۱۹} ماده و ^{۳۷} تبصره در دو نسخه تنظیم یافته و هر دو نسخه حکم واحد را داشته که تمامی صفحات آن توسط بیمه گر و بیمه گذار مهر و امضاء می گردد .

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱ - نمبر ۸۸۷۹۳۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۲۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۰۹۰۴۱-۶۶۷۲۶۳۴۸ نمبر ۶۶۷۲۶۳۴۸

بخش دوم (شرایط عمومی)

فصل اول (تعاریف و اصطلاحات)

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می‌تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ماده ۱: تعریف بیمه گز: شرکت سهامی بیمه دانا که جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۲: تعریف بیمه گذار: شخصی است که متعهد به پرداخت حق بیمه است و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۳: بیمه شدگان: کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حدائق پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۱) بیمه گز می‌تواند کارکنان بازنشسته بیمه‌گذار را صرف "درابتدا قرارداد" یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکلف آنان بیمه کند

تبصره ۲) خانواده: منظور از خانواده عبارتست از هریک از کارکنان شاغل بیمه‌گذار بعنوان سرپرست خانواده و همسر یا همسران دائمی و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.

تبصره ۳) فرزندان ذکور موضوع بند ب تبصره ۵ همین ماده و والدین کارکنان (مونت و مذکور) با پرداخت حق بیمه دوبرابر صرف "درابتدا قرارداد" و با شرایط پیش‌بینی شده در این قرارداد، میتوانند تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره ۴) کلیه کارکنان مونت می‌توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه دوبرابر و رعایت مفاد این قرارداد صرف در ابتدای قرارداد بیمه نمایند (پوشش تمام اعضاء خانواده اجباری می‌باشد)

تبصره ۵) شرط سنی بیمه شدگان:

(الف) فرزندان ذکور مجرد تحت تکلف حداکثر تاسن ۲۲ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می‌باشند. در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تاسن ۲۵ سال تمام و درمورد دانشجویان مقطع دکترا حداکثر تاسن ۲۶ سال تمام

(ب) فرزندان ذکور مجرد حداکثر تا سن ۳۰ سال تمام به شرط عدم اشتغال بکار و ازدواج با رعایت تبصره ۳ همین ماده مشمول تعهدات این قرارداد می‌باشند.

(ج) فرزندان مونت تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش این قرارداد هستند.

(د) فرزندان مونت متعلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بشرط عدم اشتغال بکار تحت پوشش می‌باشند.

(ه) فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان، بدون در نظر گرفتن شرط سنی با ارائه مدارک مثبته از مراجع ذیصلاح بیمه خواهند بود (باتوجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنایات)

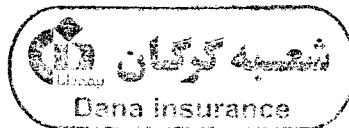
و) چنانچه سقف سنی بیمه شدگان (موضوع تبصره های ۵ و ۶ همین ماده) در طول مدت قرارداد کامل گردد تعهدات بیمه گز مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان مدت قرارداد به قوت خود باقی خواهد بود

(ز) پوشش بیمه ای بیمه شدگان حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام می‌باشد.

تبصره ۶) بیمه گز موافقت می‌نماید بیمه شدگان بالای ۶۰ سال تمام را با ۵۰٪ افزایش و افراد بالای ۷۰ سال را با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد.

تبصره ۷) ادامه پوشش بیمه ای به بازماندگان متوفی و افرادی که در طول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می‌شوند به همراه اعضا، تحت پوشش به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود.

تبصره ۸) کارکنان شاغل بیمه‌گذار و افراد تحت تکلف آنان وقتی بیمه شده تلقی می‌شوند که دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و نیروهای مسلح و یا هر سازمانی که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند باشند.



ماده ۱: معرفی شرایط خصوصی بیمه

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲ کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۰-۸۸۷۷۰۹۷۱ - نمبر ۸۸۷۹۴۹۹۷ ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲ کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۰۰-۶۶۷۰۹۰۴۱ - نمبر ۶۶۷۲۶۳۴۸

ماده ۴: موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی شرایط خصوصی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

تبصره ۱) بیماری: عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.

تبصره ۲) حادثه: عبارتست از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

ماده ۵: فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه‌گذار یا بیمه شده میباشد. تأمین آن به عهده بیمه شدگان یا بیمه شده میباشد.

تبصره ۱) در صورتیکه بیمه شدگان بنا به علیه مایل به استفاده از سهم خسارت درمان بیمه‌گر اول نباشند یا بیمه‌گر اول از پرداخت هزینه ها به هر دلیل خودداری نماید هزینه های درمانی در تعهد بیمه‌گر پس از کسر فرانشیزهای مندرج در این قرارداد با ارائه اصل مدارک از هزینه های قابل پرداخت، محاسبه خواهد شد.

تبصره ۲) چنانچه والدین و فرزندان ذکور مجرد و همچنین همسرو فرزندان کارکنان انان (تبصره ۵ و ۶) قادر دفترچه بیمه‌گر اول باشند هزینه های درمانی در تعهد بیمه‌گر با ارائه اصل مدارک و پس از کسر فرانشیز مربوطه از هزینه های قابل پرداخت، محاسبه خواهد شد.

ماده ۶: حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر پردازد و نحوه پرداخت آن بنحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده است و انجام تعهدات بیمه‌گر منوط به رعایت کامل آن خواهد بود.

تبصره ۱) در صورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه در سرسیدهای معین بیمه‌گر هیچگونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت به بیمه‌گذار یا بیمه شده ندارد و اگر بیمه‌گر در این راستا به هر دلیلی از جمله اقدام قانونی بیمه شدگان و به موجب رای مراجعت ذیصلاح خسارتنی پرداخت کند، بیمه‌گذار در صورت عدم پرداخت حق بیمه معوق، مسئول بازپرداخت خسارت پرداختی به بیمه‌گر می باشد.

تبصره ۲) عدم انجام تعهدات بیمه‌گر بعلت تأخیر یا امتناع بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه‌گذار در پرداخت حق بیمه نمی باشد و بیمه‌گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه‌گر پرداخت نماید.

تبصره ۳) حق بیمه بیمه شدگان بدلیل اعلام انصراف آنها از ادامه قرارداد، قابل برگشت نمی باشد.

تبصره ۴) بیمه‌گذارمی بایست یکماه پس از تاریخ صدور الحاقیه اضافی مبلغ حق بیمه اضافه شده را به بیمه‌گر یکجا پرداخت نماید و چنانچه الحاقیه صادره مورد قبول بیمه‌گذار واقع نگردد در مدت یاد شده فرصت خواهد داشت که کتاباً اعتراض خود را با ارسال مدارک مثبته به بیمه‌گر اعلام نماید در غیر اینصورت الحاقیه صادره مورد قبول تلقی شده و بیمه‌گذار موظف به پرداخت حق بیمه صادره خواهد بود.

ماده ۷: دوره انتظار: مدتی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران هزینه های ذیل ندارد. تاریخ شروع آن همان تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر بیمه شده میباشد که میزان آن در شرایط خصوصی تعیین میشود.

دوره انتظار برای گروههای زیر ۲۵۰ نفر ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه و بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار می باشد.

(الف) زایمان (اعم از طبیعی و سزارین و کورتاژ تخلیه ای)

ب) بیماریهای مزمن شامل: فقط، لوزه و گواتر، انواع سل، صرع، بروستات، دیسک ستون فقرات، بیماریهای نوبلاستیک، پولیپ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیسترکتومی، سیستوسل و رکتوسل، نارسائی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفراء، ماستیوئیدکتومی، کاتاراکت، امراض مزمن قلبی، عروقی، دیابت، (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستره بیمار در سی سی یو و آی سی بو بشود)

تبصره ۱) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه‌گر باشد و یا بلاгласله بعد از انقضای نزد بیمه‌گر دیگر در این شرکت منعقدشود بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بموضع و طی نمودن دوره انتظار بطور کامل، مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

تبصره ۲) در صورتیکه شروع این قرارداد بلاгласله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه‌گر دیگر باشد ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگان که به تأیید بیمه‌گر قبلی رسیده باشد الزامیست.



Pana Insurance

صفحه ۵ از ۶ شماره بازنگری

DD-FR-722-14

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

ماده ۸: اصل حسن نیت : بیمه گذار و بیمه شده مکلفاند در پاسخ به پرسش های بیمه گزیر با رعایت دقیق و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گزیر قرار دهند.

اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گزیر عمداً از اظهارات مطلبی خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهارنشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گزیر بگاهد، بیمه نامه فسخ خواهد شد.

تبصره ۱: چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گزیر یا بیمه گذار عمداً از اظهارات مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعدد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است

تبصره ۲: هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گزیر محق به دریافت وجهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد با بت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گزیر، نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۹: بیمه گذار می باشد حداقل طرف مدت ۳۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد لیست اسامی و مشخصات نهایی بیمه شدگان را به صورت یکجا و بطور خوانا و بدون قلم خودگزی که حاوی اطلاعاتی از جمله: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز /ماه /سال ، شماره حساب بیمه شده اصلی شماره شبا، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضاء خانواده پایه شده اصلی، جنسیت، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تامین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه فلایپی) و پس از مهر و امضاء به انضمام نامه رسمی جهت بیمه گزیر ارسال نماید، شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، بیمه گزیر چگونه تعهدی نسبت به پوشش بیمه ای افراد اعلامی از سوی بیمه گذار تحت عنوان از قلم افتاده وبا غیره نخواهد داشت.

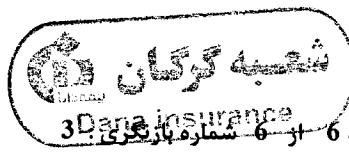
تبصره ۱) هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق صرفاً " شامل افراد جدید الاستخدام ، انتقالی ، مامورین ، نوزادان و همسر بیمه شدگانیکه در طول مدت قرارداد ازدواج مینمایند خواهد بود که می باشد مستندات آن (مانند حکم استخدام ، تصویر شناسنامه و...) از سوی بیمه گذار حداقل ظرف مدت یکماه از تاریخ استخدام ، تولد و... برای بیمه گزیر ارسال گردد .

تبصره ۲) کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد صرفاً " شامل افراد مستعفی ، فوتی ، بازنیشتگی ، انتقالی و اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبته و با رعایت تبصره ۳ و ۴ همین ماده میسر خواهد بود.

تبصره ۳) شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید موضوع تبصره ۱ ماده ۹ قرارداد ، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد ، حق بیمه برگشتی (مشروط به عدم دریافت خسارت) نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار محاسبه خواهد شد .

تبصره ۴) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد ، بدیهی است هنگام حذف بیمه شده به هر دلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه میگردد .

تبصره ۵) نوزادان به محض تولد بیمه می پاشند و آنسته از بیمه شدگان که صاحب فرزند میشوند می باشد از تاریخ تولد نوزاد حداقل ظرف مدت ۶۰ روز تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقی از طریق بیمه گذار طی نامه کتبی برای بیمه گزیر ارسال نمایند.



فصل سوم - (تعهدات بیمه گر)

ماده ۱۰: حدود تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق شرایط تعیین شده در بخش خصوصی بیمه نامه جبران نماید.

تبصره ۱) تعهدات بیمه گر در مورد بیمارانی که با معرفینامه کتبی بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه دانا استفاده مینمایند برابر صور تحسابهای مراکز فوق الذکر مورد رسیدگی و تسویه قرار میگیرد و در صورتیکه بیمه شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفینامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، می باشد تصویر استاد و مدارک و صور تحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی استاد بیمه سازمان خدمات دولتی کارکنان دولت یا سازمان تامین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گراول رسیده باشد را به ضمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) بهمراه درخواست کتبی بیمه گذار و یا کارت درمانی معتبر بیمه دانا جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسليم نماید. در اینصورت هزینه های درمانی طبق ماده ۱۱ قرارداد و مقررات مربوطه محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود و بیمه شدگان می باشد در صورت عدم استفاده از معرفینامه دریافتی جهت مراکز طرف قرارداد بیمه دانا نسبت به عودت معرفینامه جهت حذف از سوابق درمانی اقدام نمایند.

تبصره ۲) بیمه گر تعهد می نماید به محض دریافت کلیه استادو مدارک مثبته حداقل طرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۳) هزینه های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه گرمی باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تامین اجتماعی و سایر شرکتها و سازمانهای بیمه ای نمی تواند از صد در صد هزینه های انجام شده تجاوز نماید. بعبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمانها و شرکتها مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد میباشد.

تبصره ۴) هزینه های پزشکی ناشی از عملکرد مهامات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحملی بعنوان مناطق جنگی شناخته شده اند در زمان صلح مشمول بیمه می باشند.

تبصره ۵) بیمه گر میتواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید.

تبصره ۶) بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور بهدلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعریفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

* میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان تاریخی از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
تبصره ۷) خسارات (هزینه های) مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و بروانه کار دریافت نموده باشند.

ماده ۱۱: بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را به اقسام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسليم کند. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود، چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعت نماید، هزینه های مربوطه حداقل تا تعریفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعت نماید هزینه های مربوط بر اساس بالاترین تعریفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرهای (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲: بیمه گذار یا بیمه شده موظف اند حداقل طرف مدت ۵ روز از زمان بستrij شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراقب را به بیمه گر اعلام کند.

تبصره ۳: چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولیت مراجعته به هر کدام از شرکتهای بیمه مخیر است.

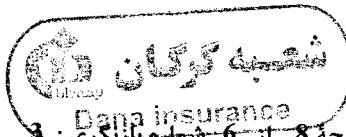


ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۲۰-۸۸۷۷۰۹۷۱ - ۸۸۷۷۰۹۷۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۲۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱ - تلفن: ۰۲۰-۶۶۷۰۹۰۴۱ - ۶۶۷۲۶۳۴۸ نامبر

- ماده ۱۲: استثنایات:** موارد زیراً شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد:
- * عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
 - * اعمال جراحی که به منظور زیبائی انجام میگیرد مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
 - * سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.
 - * حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل و آتشفسان.
 - * فعل و افعال هسته ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ
 - * لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جراحی لته
 - * جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور ویا وقوع حادثه تحت پوشش باشد
 - * ترک اعتیاد.
 - * هزینه اتاق خصوصی (یکنفره) مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر
 - * هزینه همراه بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر
 - * بیماریهای سایکوتیک (روانی) مگر ناشی از حادثه باشد (منظور از بیماریهای سایکوتیک آنسته از بیماری هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد).
 - * خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
 - * رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیکی بینی، دوربینی، آستینگمات یا جمع قدر مطلق نقش بینایی هر چشم (درجه نزدیکی بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستینگمات) کمتر از ۳ دیوبتر باشد.
 - * هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
 - * کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعریفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
 - * جنون .
 - * هزینه های مشمولان غایب و سربازان فراری
 - * هزینه چک آپ
 - * هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی
 - * بیمارهای فراغیر (اپیدمی)
 - * سپتوبلاستی (انحراف بینی) مگر اینکه قبل از عمل جراحی به تأیید پزشک معتمد بیمه گر رسیده باشد.

فصل چهارم - مقررات گوناگون

- ماده ۱۳: نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور:**
- بیمه شدگان در انتخاب پزشکان و بیمارستانهای مجاز کشور اختاربوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهند نمود.
- (الف) بیمه شدگان در صورت تمایل به استفاده از بیمارستانهای طرف قرارداد میتوانند با ارائه مدارک مورد نیاز به شرکت بیمه دانا مراجعه و معرفی نامه لازم جهت استفاده از بیمارستان را دریافت دارند.
- (ب) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه ها و ارائه استناد، مازاد هزینه ها طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.
- تبصره) مدارک لازم جهت صدور معرفی نامه به بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد:
- نامه بیمه گذار و یا کارت درمان معتبر بیمه دانا.
 - گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی .
 - تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده و بیمار



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۹۷ - تلفن: ۰۸۸۷۹۳۹۹۷ - ۰۸۸۷۷۰۹۷۱ - نامبر ۸۳۲
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۰۶۶۷۲۶۴۴۸ - ۰۶۶۷۰۹۰۴۱ - نامبر ۶۶۷۲۶۴۴۸

۴- برای فرزندان ذکور تحت تکفل تا سن ۲۶ سال ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و برای فرزندان انان بالای ۱۷ سال و مطلقه و همچنین جهت عمل زیمان کارکنان انان ارائه اصل شناسنامه الزامیست.

ماده ۱۴: حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی موضوع این قرارداد به بیمه گر ۶ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد میباشد (در صورت خاتمه قرارداد حداکثر ۵ ماه پس از پایان قرارداد استناد مذکور دریافت و مورد رسیدگی قرارخواهد گرفت) بدینه است بعد از انقضاء این مدت بیمه گر هیچگونه تهبدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده خواهد داشت.

ماده ۱۵: حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین، برای بیمه گر و بیمه گذار محفوظ است.

تصبره؛ چنانچه موارد مذکور در قرارداد و یا ملحقاتیکه بعداً و در صورت لزوم صادر خواهد شد با نظریات بیمه گذار طبق تقاضا نامه بیمه مطابقت نداشته باشد بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تصحیح آنها را تقاضا نماید، در غیر اینصورت مراتب تائید شده تلقی خواهد شد ۰ هر گونه عمل خلاف این شرط منوط به تائید کتبی بیمه گر خواهد بود.

ماده ۱۶: در موارد پیش بینی نشده در این قرارداد، بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

ماده ۱۷: حل اختلاف؛ بیمه گر و بیمه گذار کوشش خواهند نمود، هر گونه اختلاف نظر ناشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. چنانچه از این طریق به توافق نرسند، رفع اختلاف با مراجع ذیصلاح خواهد بود.

ماده ۱۸: به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد، در صورت نیاز، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گذار در رابطه با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ میباشد و بیمه گذار موظف است در این زمینه همکاریهای لازم را بعمل آورد.

ماده ۱۹: شرایط فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق بخشندامه ها و آئین نامه های بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می باشد.

بیمه گزیر
شرکت سهامی بیمه دانا - شعبه عکان
اسلامیل میری محسن

بیمه گذار
دانشگاه گنبد کاووس

