

قرارداد بیمه درمان جمعی

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

بخش اول (شرایط خصوصی)

ماده (۱) مشخصات قرارداد

شماره سریال قرارداد: ۳۳۰۱/۷۵/۹۶/۱۴۹۹/	تاریخ صدور: ۱۳۹۶/ /
تعداد بیمه شدگان: ۳۲۰ نفر	تاریخ شروع: ۱۳۹۶/۰۸/۰۱
شماره سریال قرارداد دوره قبل: ۱/۹۵/۱۴۹۹/۳۳۰۱	تاریخ انقضاء: ۱۳۹۷/۰۸/۰۱
نماینده: حمیدرضارجبی ۱۴۹۹	

ماده (۲) مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار: دانشگاه گنبد کاووس (طرح ۱)	نشانی بیمه گذار: گنبد کاووس - خیابان شهید فلاحی - بلوار بصیرت
تلفن: ۳۳۲۶۰۲۲۴	کد پستی: ۴۹۷۱۷۹۹۱۵۱
فاکس: ۳۳۲۶۴۰۶۰	شناسه ملی: ۱۴۰۰۲۸۳۴۱۴۸
شماره اقتصادی: ۴۱۱۳۹۴۸۵۳۳۹۴	

ماده (۳) مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا (شعبه گنبد کاووس)	نشانی بیمه گر: گنبد کاووس - بلوار ۱۷ شهر یورگرایی بعد از چهارراه نامجو
تلفن: ۳۳۳۳۸۴۵۰	کد پستی: ۴۹۱۷۹۳۷۱۶۷
فاکس: ۳۳۳۳۸۴۲۱	

ماده (۴) وضعیت حق بیمه

حق بیمه ماهانه هریک از بیمه شدگان با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده مبلغ -/۸۳۹.۳۰۰ ریال تعیین میگردد که از مبلغ مذکور به تفکیک -/۷۷۰.۰۰۰ ریال بابت حق بیمه مصوب و -/۶۹.۳۰۰ ریال بابت ۹ درصد مالیات بر ارزش افزوده (۶ درصد مالیات -/۴۶.۲۰۰ ریال، ۳ درصد عوارض -/۲۳.۱۰۰ ریال) خواهد بود. بدین ترتیب حق بیمه صادره یکساله با توجه به تعداد بیمه شدگان در بدو قرارداد با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده مبلغ -/۳.۲۲۲.۹۱۲.۰۰۰ ریال تعیین میگردد که از مبلغ مذکور به تفکیک -/۲.۹۵۶.۸۰۰.۰۰۰ ریال بابت حق بیمه صادره یکساله و -/۲۶۶.۱۱۲.۰۰۰ ریال بابت ۹ درصد مالیات بر ارزش افزوده (۶ درصد مالیات -/۱۷۷.۴۰۸.۰۰۰ ریال، ۳ درصد عوارض -/۸۸.۷۰۴.۰۰۰ ریال) می باشد (در صورت تغییر در تعداد بیمه شدگان نرخ حق بیمه تعدیل می یابد).

ماده (۵) نحوه پرداخت حق بیمه

بیمه گذار موظف است مبلغ -/۲۶۸.۵۷۶.۰۰۰ ریال به هنگام امضاء مبادله قرارداد و مابقی را در ۱۱ قسط مساوی هریک به مبلغ -/۲۶۸.۵۷۶.۰۰۰ ریال در سررسیدهای ۱۳۹۶/۰۹/۰۱ لغایت ۱۳۹۷/۰۷/۳۰ در وجه شرکت بیمه دانا به شماره حساب ۴۶۰۱۹۳۱۶ بانک ملت شعبه فردوسی شمالی تهران به تفکیک حق بیمه مصوب و ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده پرداخت نماید.

ماده (۶) دوره انتظار

دوره انتظار برای زیان (اعم از طبیعی و سزارین) ۶ ماه و بیماریهای مزمن ۳ ماه می باشد.

ماده (۷) مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است، که از ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ شروع و تا ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۰۱ خاتمه می یابد و هریک از طرفین میباید لاقلاً یک ماه قبل از انقضاء قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتبا " بطرف دیگر اعلام نمایند.

DD-FR-۷۲۲-۱۴ صفحه ۱ از ۶ شماره بازنگری: ۳

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 می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۱: تعریف بیمه گر: 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 حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۱) بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گذار را صرفاً "در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند

تبصره ۲) خانواده: منظور از خانواده عبارتست از هریک از کارکنان شاغل بیمه گذار 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 مذکر) با پرداخت حق بیمه دوبرابرو صرفاً" در ابتدای قرارداد و با شرایط پیش بینی شده در این قرارداد، میتوانند تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره ۴) کلیه کارکنان مونت می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه دوبرابرو رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند. (پوشش تمام اعضاء خانواده اجباری می باشد)

تبصره ۵) شرط سنی بیمه شدگان:

الف) فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل حداکثر تا سن ۲۲ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند. (در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام و در مورد دانشجویان مقطع دکترا حداکثر تا سن 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 می باشند.

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

د) فرزندان مونت مطلقه 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 مثبتیه از مراجع ذیصلاح بیمه خواهند بود (باتوجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

و) چنانچه سقف سنی بیمه شدگان (موضوع تبصره های ۵ و ۶ همین ماده) در طول مدت قرارداد کامل گردد تعهدات بیمه گر 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 می باشد.

تبصره ۶) بیمه گر موافقت می نماید بیمه شدگان بالای ۶۰ سال تا ۷۰ 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 می شوند 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 بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند 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 ۴: موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان 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 بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود و تامین آن به عهده بیمه گذار یا بیمه شده می‌باشد.

تبصره ۱) در صورتیکه بیمه شدگان بنا به عللی مایل به استفاده از سهم خسارت درمان بیمه گر اول نباشند و یا بیمه گر اول از پرداخت هزینه ها به هر دلیلی خودداری نماید هزینه های درمانی در تعهد بیمه گر 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 همسر فرزندان کارکنان اناث (تبصره ۳ و ماده ۴) فاقد دفترچه بیمه گر اول باشند هزینه های درمانی در تعهد بیمه گر 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 بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و نحوه پرداخت آن بنحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده است و انجام تعهدات بیمه گر منوط به رعایت کامل آن خواهد بود.

تبصره ۱) در صورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه در سررسیدهای معین بیمه گر هیچگونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت به بیمه گذار یا بیمه شده ندارد و اگر بیمه گردد این راستا به هر دلیلی از جمله اقدام قانونی بیمه شدگان و به موجب رای مراجع ذیصلاح خسارتی پرداخت کند ، بیمه گذار در صورت عدم پرداخت حق بیمه معوق ، مسئول بازپرداخت خسارت پرداختی به بیمه گر می باشد.

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

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

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

ماده ۷: دوره انتظار : مدتی است که در طول آن بیمه گر 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 : فتق ، لوزه و گواتر، انواع سل ، صرع ، پروستات ، دیسک ستون فقرات ، بیماریهای نئوپلاستیک ، پولیپ ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن ، کیست تخمدان ، هیستریکتومی ، سیستموسل و رکتوسل ، نارسائی مزمن کلیه ، سنگ کلیه و کیسه صفرا ، ماستویئیدکتومی ، کاتاراکت ، امراض مزمن قلبی ، عروقی ، دیابت ، (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو و آی سی یو بشود)

تبصره ۱) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه گر باشد و یا بلافاصله بعد از انقضاء نزد بیمه گر دیگر در این شرکت منعقد شود بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بموقع و طی نمودن دوره انتظار بطور کامل ، مشمول دوره انتظار نخواهند بود .

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

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 گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند .

اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً 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 بیمه گر بکاهد، بیمه نامه فسخ خواهد شد .

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

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

بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر، نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۹: بیمه‌گذار می‌بایست حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد لیست اسامی و مشخصات نهائی بیمه‌شدگان را به صورت یکجا و بطور خوانا و بدون قلم خوردگی که حاوی اطلاعاتی از جمله: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز / ماه / سال، شماره حساب بیمه شده اصلی شماره شب، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با بیمه‌شده اصلی، جنسیت، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه‌گران اول باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه فلاپی) و پس از مهر و امضاء به انضمام نامه رسمی جهت بیمه‌گر ارسال نماید، شایان ذکر است پس از انقضاء مهلت مقرر، بیمه‌گر هیچگونه تعهدی نسبت به پوشش بیمه‌ای افراد اعلامی از سوی بیمه‌گذار تحت عنوان از قلم افتاده و یا غیره نخواهد داشت.

تبصره ۱) هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق صرفاً شامل افراد جدید الاستخدام، انتقالی، مامورین، نوزادان و همسر بیمه‌شدگانیکه در طول مدت قرارداد ازدواج مینمایند خواهد بود که می‌بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه و...) از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ استخدام، تولد و... برای بیمه‌گر ارسال گردد.

تبصره ۲) کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد صرفاً شامل افراد مستعفی، فوتی، بازنشستگی، انتقالی و اخراجی و یا قطع همکاری می‌باشد که با ارائه مدارک مثبت و با رعایت تبصره ۳ و ۴ همین ماده میسر خواهد بود.

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

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

تبصره ۵) نوزادان به محض تولد بیمه‌می‌باشند و آندسته از بیمه‌شدگان که صاحب فرزند میشوند می‌بایست از تاریخ تولد نوزاد حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقی از طریق بیمه‌گذار طی نامه کتبی برای بیمه‌گر ارسال نمایند.

فصل سوم - (تعهدات بیمه‌گر)

ماده ۱۰: **حدود تعهدات بیمه‌گر:** بیمه‌گر در ازاء انجام تعهدات بیمه‌گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه‌شدگان را مطابق شرایط تعیین شده در بخش خصوصی بیمه‌نامه جبران نماید.

تبصره ۱) تعهدات بیمه‌گر در مورد بیماری که با معرفی‌نامه کتبی بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌دانا استفاده مینمایند برابر صورتحسابهای مراکز فوق‌الذکر مورد رسیدگی و تسویه قرار می‌گیرد و در صورتیکه بیمه‌شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، می‌بایست تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه‌گراول رسیده باشد را به ضمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه‌شده اصلی و بیمار) به همراه درخواست کتبی بیمه‌گذار و یا کارت درمانی معتبر بیمه‌دانا جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه‌گر تسلیم نماید. در اینصورت هزینه‌های درمانی طبق ماده ۱۱ قرارداد و مقررات مربوطه محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود و بیمه‌شدگان می‌بایست در صورت عدم استفاده از معرفی‌نامه دریافتی جهت مراکز طرف قرارداد بیمه‌دانا نسبت به عودت معرفی‌نامه جهت حذف از سوابق درمانی اقدام نمایند.

تبصره ۲) بیمه‌گر تعهد می‌نماید به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه‌های مربوط به بیمه‌شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۳) هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه‌گر می‌باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکتهای سازمانهای بیمه‌ای نمی‌تواند از صد در صد هزینه‌های انجام شده تجاوز نماید. بعبارت دیگر هزینه‌های مورد قبول بیمه‌گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمانها و شرکتهای مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد میباشد.

تبصره ۴) هزینه‌های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی بعنوان مناطق جنگی شناخته شده‌اند در زمان صلح مشمول بیمه‌می‌باشند.

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

تبصره ۶) 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 به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری

جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم‌اجراز هر یک از موارد فوق، هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

* میزان خسارت براساس نرخ ارزش اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد. تبصره ۷) خسارات (هزینه‌های) مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می‌باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

ماده ۱۱): بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی اساس محاسبه هزینه‌های مورد تعهد خواهد بود، چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲: بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظف‌اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

تبصره ۳: چنانچه بیمه‌شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به به هر کدام از شرکت‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۲: استثنائات: موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

- * عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد
- * اعمال جراحی که به منظور زیبایی 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 آتشفشان *
- * فعل و انفعالات هسته‌ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ
- * لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر
- * جراحی لثه
- * جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد
- * ترک اعتیاد *
- * هزینه اتاق خصوصی (یکنفره) مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر
- * هزینه همراه بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر
- * بیماریهای سایکوتیک (روانی) مگر ناشی از حادثه باشد (منظور از بیماریهای سایکوتیک آندسته از بیماری‌هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد) *
- * خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده
- * رفع عیوب آنکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- * هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- * کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- * جنون *
- * هزینه‌های مشمولان غایب و سربازان فراری
- * هزینه چک آپ
- * هزینه‌های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی
- * بیمارهای فراگیر (اپیدمی)
- * سپتوپلاستی (انحراف بینی) مگر اینکه قبل از عمل جراحی به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر 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 مختار بوده 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 اسناد ، مازاد هزینه ها طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود •

تبصره (مدارک لازم جهت صدور معرفی نامه به بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد:

- ۱- نامه بیمه گذار و یا کارت درمان معتبر بیمه دانا •
- ۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی •
- ۳- تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده و بیمار •
- ۴- برای فرزندان ذکور تحت تکفل تا سن ۲۶ سال ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و برای فرزندان اناث بالای ۱۷ سال و مطلقه و همچنین جهت عمل زایمان کارکنان اناث ارائه اصل شناسنامه الزامیست .

ماده ۱۴: حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی موضوع این قرارداد به بیمه گر هر ۶ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد میباشد (در صورت خاتمه قرارداد حداکثر ۳ ماه پس از پایان قرارداد اسناد مذکور دریافت و مورد رسیدگی قرار خواهد گرفت) بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد 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 •

تبصره (؛ 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 تأیید شده تلقی خواهد شد • هر گونه عمل خلاف این شرط منوط به تأیید 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 اسنادبیمه 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 بخشنامه ها و آئین نامه های بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می باشد.

بیمه گر
شرکت سهامی بیمه دانا
محمد حسین دیانی
حمید شریعتی

شعبه گنبد
Dana insurance

مجری قرارداد
نمایندگی کد ۱۴۹۹
حمیدرضا رجیبی

نمایندگی رجیبی کد ۱۴۹۹

بیمه گذار
دانشگاه گنبد کاووس

