



بیمه سارمد

شماره قرارداد :

شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۲۱/۱۶/۱۶/۲۱/۲۱

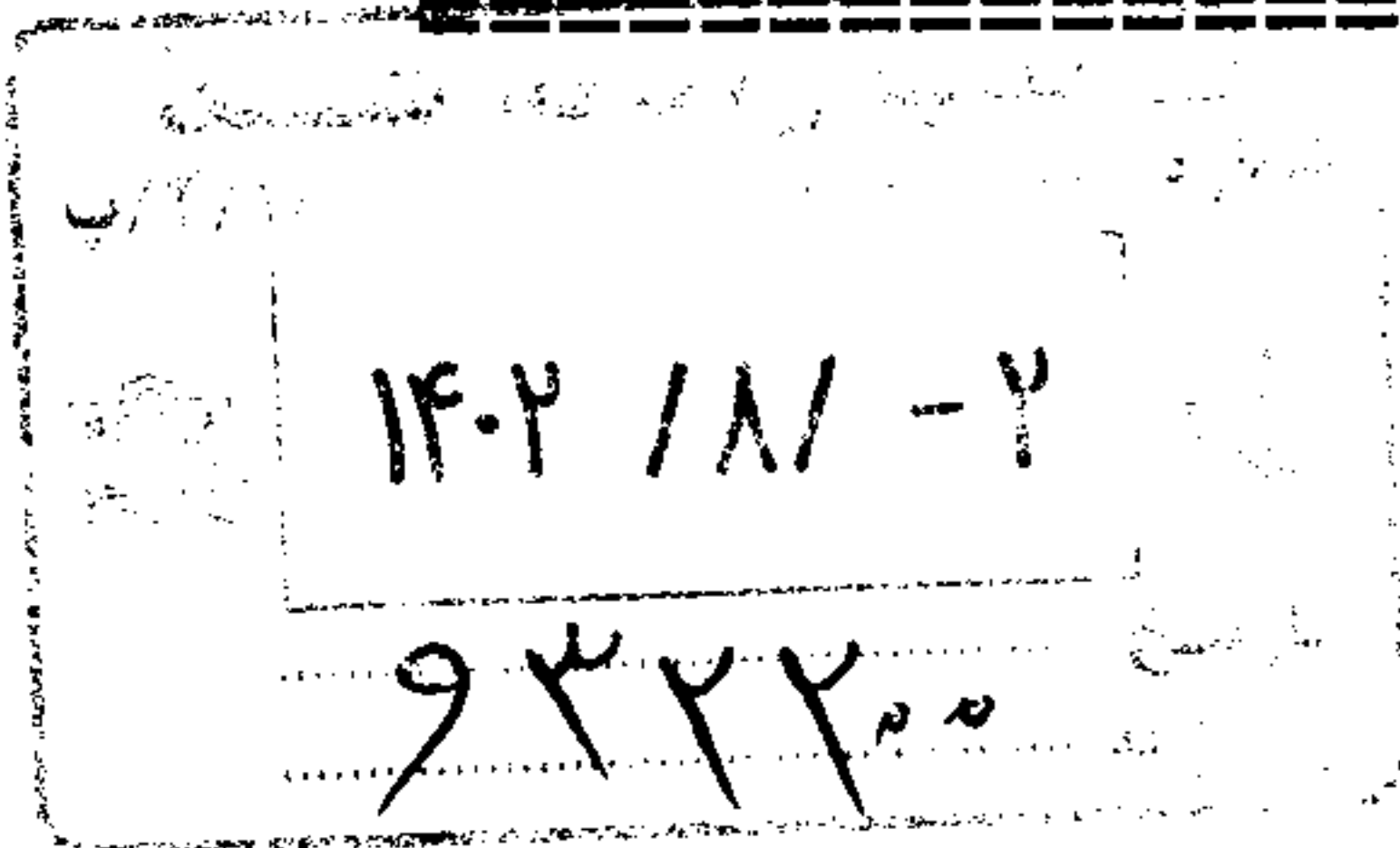
تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تعداد بیمه شدگان: ۶۰۰ نفر



قرارداد بیمه درمان گروهی

این قرارداد فیما بین شرکت سهامی **بیمه سارمد** ثبت شده به شماره ۴۴۴۰۶۷ و شناسه ملی ۱۰۳۲۰۹۰۳۵۷۰ و کد اقتصادی ۴۱۱۴۳۹۸۹۹۹۹۴۹ به نشانی اراک، خیابان امام خمینی، تقاطع بلوار میرزای شیرازی، طبقات فوقانی بانک صادرات و شماره تلفن ۰۸۶۳۲۲۲۵۵۲۴ که بیمه گر نامیده میشود و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان مرکزی به نمایندگی آقای دکتر علیرضا امانی به نمایندگی از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان مرکزی به شناسه ملی ۱۴۰۰۲۵۸۷۳۳۴ و کد اقتصادی ۴۱۱۲۷۲۱۸۵۷ به نشانی استان مرکزی، اراک، خیابان شهید شیروودی، خیابان علم الهدی، میدان پرستار و شماره تلفن ۰۸۶۳۳۱۳۶۰۵۵ که منبهد بیمه گذار نامیده می شود، براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مقررات و آیین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه (آیین نامه بیمه های درمان) و شرایط عمومی و خصوصی مورد توافق طرفین در زمینه بیمه درمان گروهی با شرایط زیر منعقد گردیده است:

بخش 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:**

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

- تبصره ۱- بیمه شده اصلی افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش بیمه ای خود در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.
- تبصره ۲- بیمه گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه می تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

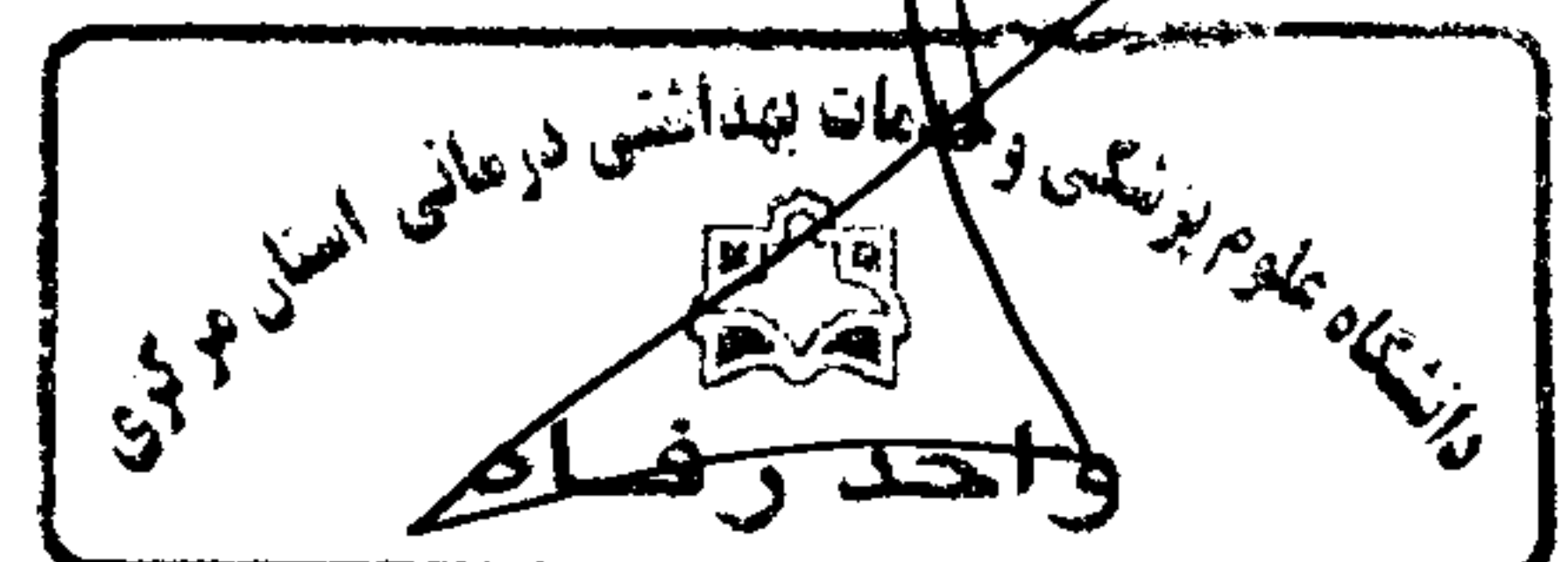


شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۰۲/۱۶/۲۱۹۷/۲۱/ شماره قرارداد :
شعبه صادر کننده: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶ تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱
معرف بیمه نامه: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶ تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱
تعداد بیمه شدگان: 6000 نفر

- ۵- موضوع بیمه: جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.
- ۶- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.
- ۷- بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.
- ۸- Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.
- ۹- حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.
- ۱۰- 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.
- ۱۱- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.
- ۱۲- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می‌نماید.
- ۱۳- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می‌شود.
- ۱۳-۱- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- ۱۳-۲- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- ۱۴- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یک‌سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق کتبی طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

بخش دوم: شرایط خصوصی

- ماده ۱ - بیمه شدگان: کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی که به طور تمام وقت در استخدام بیمه‌گذار می‌باشند و اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است.
- ۱-۱- بیمه شدگان اصلی (کارکنان شاغل بیمه‌گذار)
- ۲-۱- بیمه‌گر می‌تواند کارکنان بازنشسته بیمه‌گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل بیمه کند.





شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۰۲/۱۶/۲۱۹۷/۲۱/

شماره قرارداد :

شعبه صادر کننده: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

تعداد بیمه شدگان: 6000 نفر

۳-۱- **اعضای خانواده** بیمه شده اصلی: منظور از اعضای خانواده هر یک از کارکنان شاغل بیمه گذار (به عنوان سرپرست خانواده) شامل همسر یا همسران دائمی و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.

۴-۱- **فرزندان** بیمه شده اصلی: **فرزندان ذکور** مجرد حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند. در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی اعم از داخل و یا خارج از کشور، تا سن 30 سالگی تمام و جهت دانشجویان مقطع دکترا تا سن 30 سالگی تمام (با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل معتبر دانشگاهی) و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج، مشروط به عدم اشتغال به کار فرزندان اعم از مذکر و مؤنث می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند. **تبصره ۱:** فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند. **تبصره ۲:** فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند در صورت گذشتن از سنین موضوع بند ۱-4 در مدت اعتبار بیمه نامه، به شرط استمرار پرداخت حق بیمه می توانند پوشش بیمه ای خود را ادامه دهند.

تبصره ۳: چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی و جسمی یا از کارافتادگی کلی باشند تامین هزینه درمان سایر بیماریهای آنها به جز معلولیت و از کارافتادگی (بند ۱۵ ماده ۷ استثنائات) با تایید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش خواهد بود.

۵-۱- کلیه کارکنان مؤنث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان و با رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش قرار می گیرند.

۶-۱- پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی با افزایش ۱۰۰٪ حق بیمه تحت پوشش قرار می گیرند و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش قرار می گیرند.

۷-۱- حداکثر سن بیمه شده در گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال تمام است. در صورتی که سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت. در گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، بیمه شدگان بیش از ۶۰ سال تمام با ۵۰٪ افزایش و بیمه شدگان بیش از ۷۰ سال تمام با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار میگیرند.

۸-۱- ادامه پوشش بیمه ای **بازماندگان متوفی** و افرادی که در طول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کارافتاده می شوند به همراه اعضای تحت پوشش به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود.

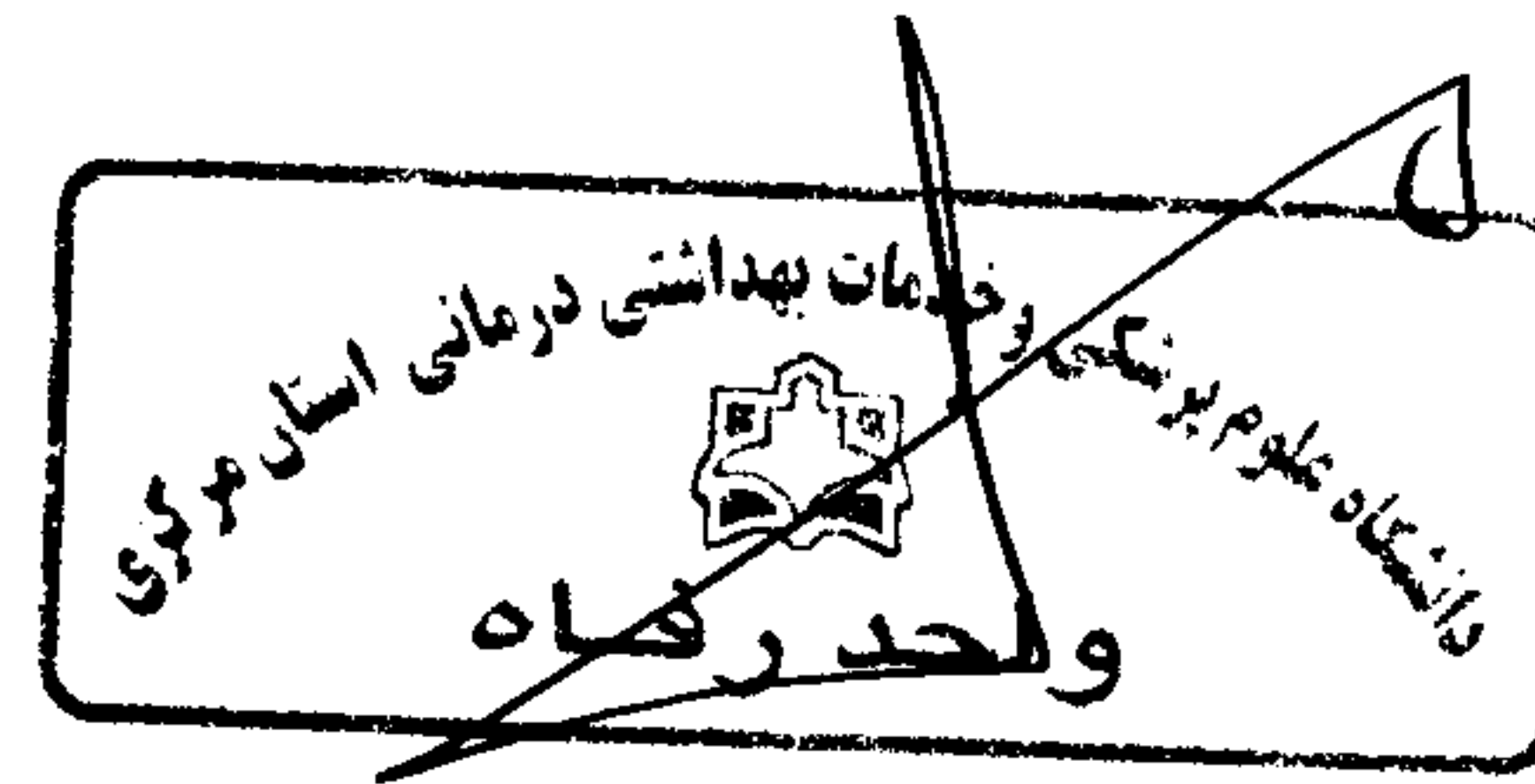
۹-۱- کارکنان با تابعیت غیرایرانی تنها و فقط وقتی که دارای اقامت با حق کار مشخص و پروانه کار باشند می توانند تحت پوشش قرار گیرند در غیر اینصورت تعهدی به پرداخت خسارت به این دسته از افراد را ندارد.

ماده ۲- تعهدات بیمه گذار:

۱-۲- بیمه گذار متعهد است همزمان با امضاء و مبادله قرارداد، حداکثر ظرف مدت 40 روز از تاریخ صدور بیمه نامه لیست اسامی و مشخصات نهایی بیمه شدگان را به صورت یکجا و به طور خوانا که حاوی اطلاعاتی از جمله: نام و نام خانوادگی (طبق اطلاعات درج شده در کارت ملی)، تاریخ تولد (به روز، ماه، سال و طبق اطلاعات درج شده در



(Handwritten signature)





شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۰۲/۱۶/۲۱۹۷/۲۱/

شماره قرارداد :

شعبه صادر کننده : مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه : مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

تعداد بیمه شدگان : 6000 نفر

کارت ملی، شماره شبای بیمه شده اصلی، کد ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، جنسیت، شماره تلفن همراه بیمه شدگان اصلی را در قالب اکسل نمونه اعلام شده (اکسل بارگذاری شرکت بیمه سرمد) از سوی بیمه گر و طی نامه رسمی ارائه نماید. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پوشش بیمه ای افراد اعلامی از سوی بیمه گذار تحت عنوان از قلم افتادگی و یا غیره را نخواهد داشت و هرگونه ادعایی را از خود سلب و ساقط می نماید ضمناً، در صورت درخواست بیمه گر ارسال فایل یا لیست بیمه، بیمه گر پایه جهت بیمه شدگان اصلی به تبعیت از بیمه گذار ارائه گردد.

2-2- در صورت از قلم افتادگی بیمه شدگان در لیست اولیه، چنانچه بیمه گذار با ارسال نامه رسمی به دبیرخانه بیمه گر ودلائیل موجه و مستند مبنی بر از قلم افتادگی ارائه نماید بیمه گر می تواند افراد از قلم افتاده را به لیست بیمه شدگان اضافه نماید و شروع پوشش بیمه ای برای این دست از بیمه شدگان تاریخ اعلام قبول کتبی بیمه گر به بیمه گذار خواهد بود

3-2- بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهیانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را با قید نمودن علت و تاریخ تغییر و وضعیت بیمه شده برای بیمه گر تعیین نماید.

4-2- افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه نامه دال بر ارائه مدارک مثبت منوط به افراد جدیدالاستخدام، انتقالی، مامورین، ازدواج (همسر بیمه شده اصلی)، تولد نوزادان و یا افرادی که پس از شروع بیمه نامه تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند، خواهد بود و اسامی آنان باید حداکثر تا ۲ ماه بعد از تاریخ استخدام، عقد رسمی و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن، اعلام شود. ملاک تاریخ پوشش بیمه ای برای مستخدمین جدید، مزدوجین و تحت تکفلین جدید از تاریخ درخواست کتبی بیمه گذار در مهلت مقرر (۲ ماهه) و ارائه پوشش به نوزادان از بدو تولد میباشد. در غیر این صورت افراد مذکور تا پایان قرارداد نمی توانند تحت پوشش بیمه ای قرار گیرند.

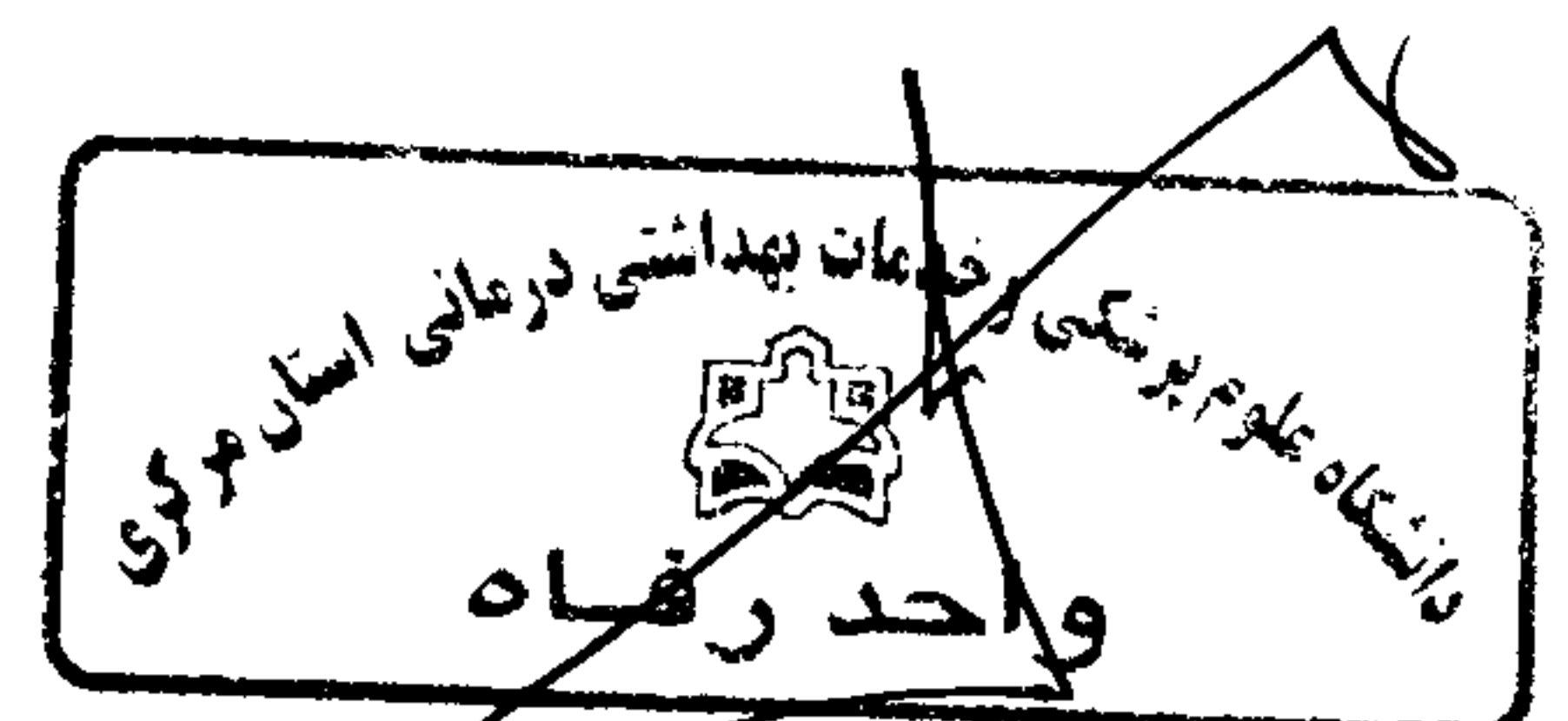
5-2- تاریخ حذف بیمه شدگان همان تاریخ قطع همکاری با بیمه گذار، بازنشستگی، فوت، طلاق، خروج از کفالت می باشد که حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از خروج مشمولین می بایست به بیمه گر اعلام گردد و در صورتیکه این موضوع اعلام نگردد به تشخیص بیمه گر هرگونه خسارت مادی و معنوی بر عهده بیمه شده اصلی میباشد. در صورتیکه درخواست کتبی بیمه گذار پس از مهلت تعیین شده ارسال گردد، تاریخ حذف از تاریخ نامه ورود به دبیرخانه بیمه گر بوده و حق بیمه تا آن تاریخ (ورود به دبیرخانه بیمه گر) محاسبه و اخذ میگردد و بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت از تاریخ قطع همکاری بیمه شده بابت بیمه گذار نخواهد داشت.

6-2- حق بیمه کمتر از یکماه بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه، اضافه و یا حذف می شوند معادل حق بیمه یکماه منظور خواهد شد.

7-2- بیمه گذار متعهد است حق بیمه را با توجه به شرایط مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید. در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه در سررسید های تعیین شده، بیمه گر هیچگونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت به بیمه گذار یا بیمه شده ندارد و ادعا و حقی در این خصوص برای بیمه گذار متصور نیست. در هر صورت شرط انجام تعهدات بیمه گر و تداوم پرداخت خسارت منوط به پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و نبود بدهی معوق از سوی بیمه گذار می باشد.



Handwritten signature





بیمه سرمد

شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۰۲/۱۶/۲۱۹۷/۲۱/

شماره قرارداد :

شعبه صادر کننده: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

تعداد بیمه شدگان: 6000 نفر

۲-۸- حق بیمه‌های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه‌نامه به بستانکار حساب قرارداد درمان منظور و در پایان سال بیمه، بطور یکجا محاسبه و تسویه می گردد.

۲-۹- حق بیمه مربوط به افزایش بیمه شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین می گردد میبایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان تسویه شود.

تبصره ۴: با حذف هر یک از بیمه شدگان، در صورت دریافت هزینه های درمانی، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد می باشد.

۲-۱۰- احراز پوشش بیمه‌ای بیمه شده در زمان رسیدگی به هزینه های اعلام شده منوط به بررسی مدارک بیمه شده و انطباق آن با شرایط بیمه‌نامه می باشد. در صورتی که براساس بررسی های به عمل آمده و در هر زمان از مدت بیمه‌نامه مشخص شود شرایط فرد بیمه شده و افراد تحت تکفل آن منطبق بر شرایط مندرج در بیمه‌نامه نیست، بیمه گر نسبت به حذف از شروع پوشش اقدام می نماید. در این صورت کلیه حق بیمه های پرداختی بیمه شده و افراد تحت تکفل تا تاریخ رسیدگی در وجه بیمه گذار مسترد نمی گردد و بیمه گذار متعهد به پرداخت خسارت های دریافتی می باشد.

۲-۱۱- بیمه گذار موظف است قبل از شروع قرارداد، فردی را به عنوان رابط بیمه ای جهت انجام امور بیمه ای به بیمه گر معرفی نماید

ماده ۳ - مدت قرارداد:

مدت قرارداد از ساعت صفر بامداد تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۱ لغایت ساعت صفر بامداد تاریخ ۱۴۰۳/۰۸/۰۱ به مدت یک سال شمسی می باشد.

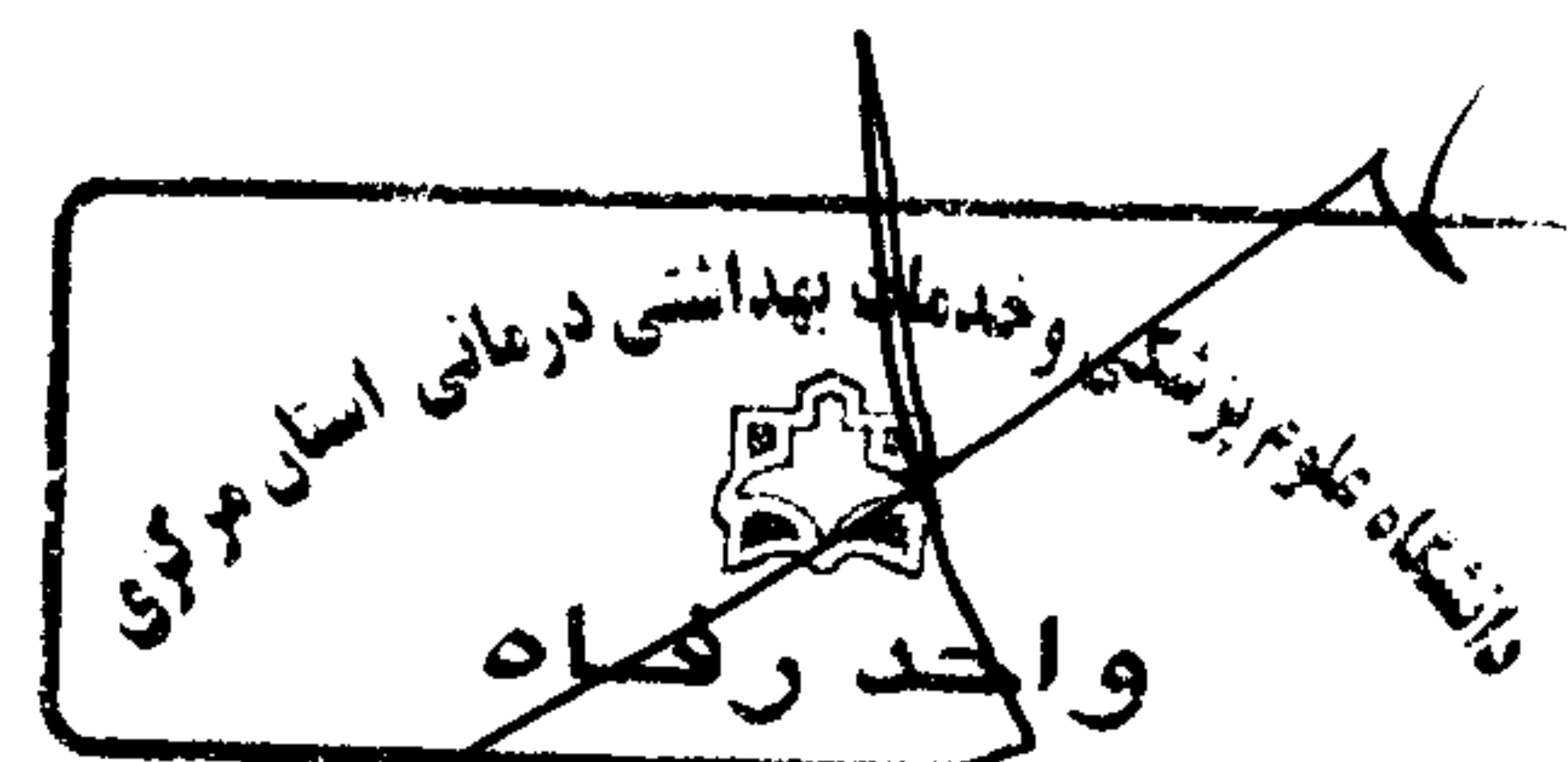
ماده ۴- میزان حق بیمه و روش پرداخت آن:

باتوجه به تعهدات بیمه گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان طرح ۱: مبلغ ۴,۴۹۰,۰۰۰ ریال، طرح ۲: مبلغ ۳,۲۰۰,۰۰۰ و طرح ۳: مبلغ ۸۰۰,۰۰۰ ریال می باشد که بیمه گذار موظف است حق بیمه را براساس تعداد کل بیمه شدگان محاسبه و طی ۱۲ قسط مساوی به شرح اعلامیه بدهکار ارسالی از سوی بیمه گر در وجه بیمه گر و یا به حساب شرکت بیمه سرمد واریز و پرداخت نماید.

طبق قانون مصوب سال ۱۴۰۰ بیمه های درمان از تاریخ ۱۳/۱۰/۱۴۰۰ مشمول معافیت پرداخت مالیات و عوارض شد. ۴-۱- پرداخت حق بیمه: بیمه گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه های مربوط توافق شده است به بیمه گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.



(Handwritten signature)





شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۲۱۹۷/۲۱/۲۱۹۶۶۰۴۹۹۶

شماره قرارداد: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

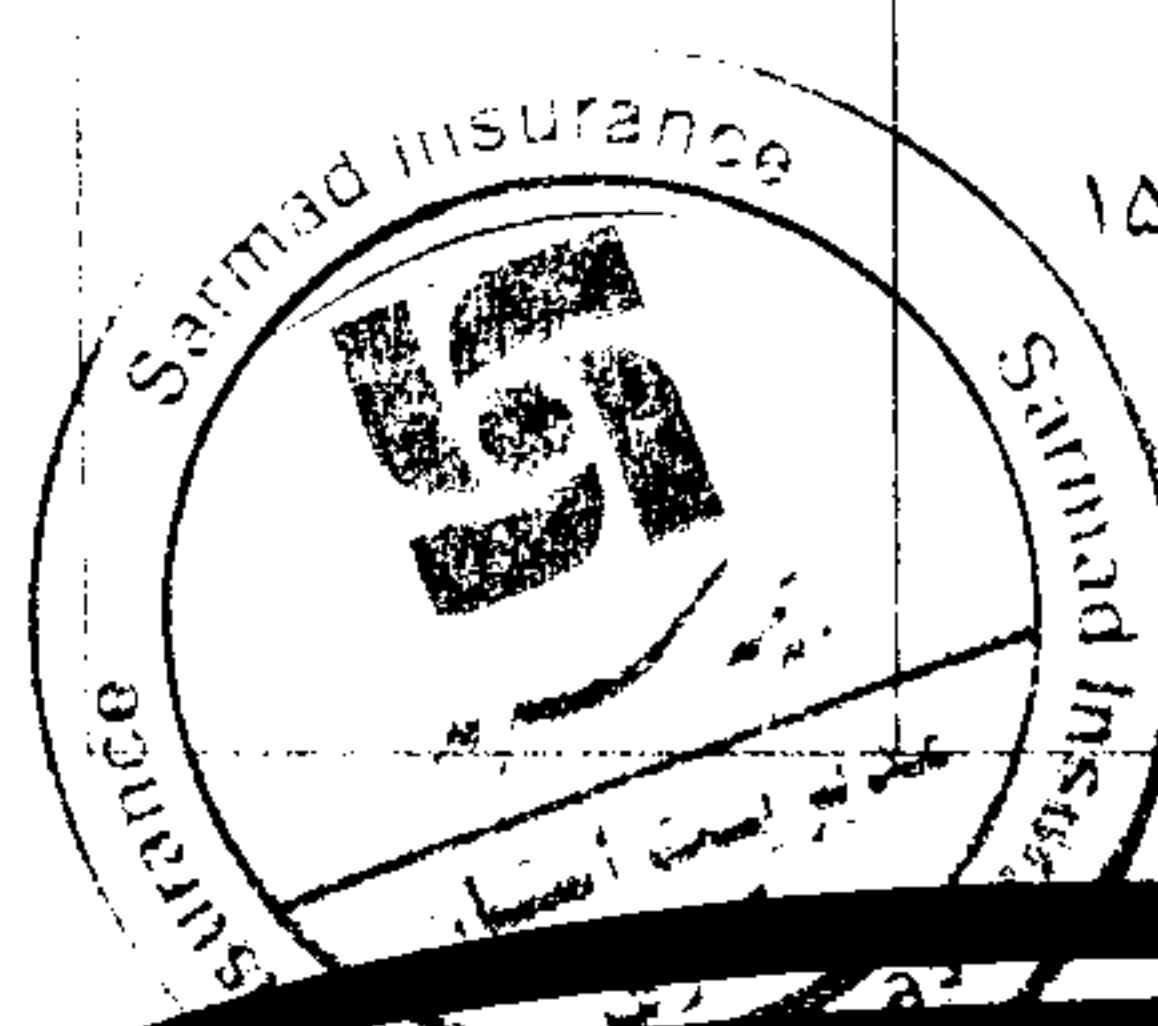
تعداد بیمه شدگان: ۶۰۰۰ نفر

ماده ۵ - تعلیق بیمه نامه:

در صورت عدم پرداخت اقساط حق بیمه در مهلت تعیین شده بیمه گر می تواند با اعلام کتبی ۳۰ روزه نسبت به تعلیق قرارداد اقدام نماید.

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

دیف	شرح تعهدات	سقف سالیانه طرح ۱ با فرانشیز ۱۰٪ هر نفر - به ریال	سقف سالیانه طرح ۲ با فرانشیز ۲۰٪ هر نفر - به ریال	سقف سالیانه طرح ۳ با فرانشیز ۳۰٪ هر نفر - به ریال
۱	جبران هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی (بستری و سرپای بیمارستان و مطب)، رادیوتراپی ، آنژیوگرافی قلب، جراحی دیسک و ستون فقرات، تعویض مفصل ، ازوتراپی حین عمل ، پروتز داخل بدن در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد و با تایید پزشک معتمد بیمه ، کاشت حلازون، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DayCare ، تزریق آواستاتین، تست خواب، هزینه همراه افراد زیر ۱۰ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۲	جبران هزینه اعمال جراحی مربوط به سرطان ، مغز و اعصاب (به استثنای جراحی دیسک و ستون فقرات)، گمانایف ، قلب ، پیوند کلیه پیوند قرنیه، پیوند ریه، پیوند کبد ، پیوند مغز استخوان ، جراحی فک صورت و لثه در مواردی که جنبه زیبایی نداشته باشد و جراحی سرطان با احتساب بند ۱	۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و عمل سزارین	۱۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۴	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی (هزینه های تشخیصی - درمانی و مرتبط دارویی) شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT, ZIFT, IUI, میکرواینجکشن و IVF و آمینو سنتز (در مطب یا مراکز درمانی)	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	-----
۵	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع اول : جبران هزینه انواع سونوگرافی - انواع رادیوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن و سیتی اسکن، MRI - اکو کاردیوگرافی - استرس اکو - دانستومتری - انواع گرافی و اسکن چشم و دهان - انواع آنژیوگرافی - سی تی آنژیوگرافی - پنتاکم - کانفو اسکن - باکیمتری - کلیه تست های بینایی سنجی - ICG- IOL- MASRER- HRT - انواع اسکوبی با یا بدون بی هوشی ، هزینه پزشکی هسته ای - انواع اکو - ارب اسکن - بررسی یورودینامیک - الکترومیوگرافی - انتروپین - NST - بیوفیریک - کایروپراکتیک - نوروفیریک RTMD-ERCPC	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	-----
۶	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع دوم : انواع آندوسکوپی با یا بدون بیهوشی ، کولونوسکوپی ، فوندوسکوپی ، تست آلرژی ، تست ورزش - تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT) - نوار عضله (EEG) - نوار عصب (NCV) نوار مغز (EEG) - نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام) - کلیه تست های شنوایی سنجی - کلیه خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری - پریمتری - بیومتری - EECPC نوار چشم - نوار گوش - بینایی سنجی - هولترمانیتورینگ قلب و فشار خون - پیمانومتری - تمپانومتری - بادی باکس - پلنسیموگرافی - ارگواسپیرومتری - رینوماتومتری - تیلت PFT برونکوگرافی - تست متاکولین بررسی اثر بینایی - تست و ارزیابی پیس میکر - بینایی سنجی - آنژیوگرافی چشم OCT - نمونه برداری پاپ اسمیر	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۷	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع سوم: اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی - گچ گیری - ختنه - بخیه - آتل گذاری - کشیدن بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن لیوم - تخلیه کیست - بیوپسی - لیزر درمانی در مواردی که فاقد جنبه زیبایی باشد - شستشوی گوش - برداشتن خال و زگیل (فاقد جنبه زیبایی) ، میخچه - خارج نمودن جسم خارجی از بدن - کشیدن ناخن - اکسیژن تراپی - اکسیژن هایپر - پانسمان - پالس اکسی متری - درمان خونریزی بینی - سوزاندن تامپوناد، شکافتن آبسه و درناژ در مطب و مراکز درمانی - بستری اورژانس کمتر از ۶ ساعت شامل تعویض پانسمان و تزریقات شامل اف ان تی تیروئید و سینه - بیوپسی مغز و استخوان - پونکسیون مایع نخاع و کمرب EOG تزریق دارو داخل مفاصل	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	-----



شماره های تماس: ۰۸۶-۳۲۲۲۲۴۰۱۳-۳۲۲۲۲۵۵۲۲

استان مرکزی اراک، خیابان امام خمینی (ره)، نیش بلوار میرزای شیرازی، طهات فوقانی بانک صادرات کد پستی: ۳۸۱۳۷۷۳۸۴۸

شماره های تماس: ۰۸۶-۳۲۲۲۲۴۰۱۳-۳۲۲۲۲۵۵۲۲ | نامبر: ۰۸۶-۳۲۲۲۴۰۱۳ | BO16@sarmadins.ir



شماره قرارداد :

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۰۲/۱۶/۲۱۹۷/۲۱۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

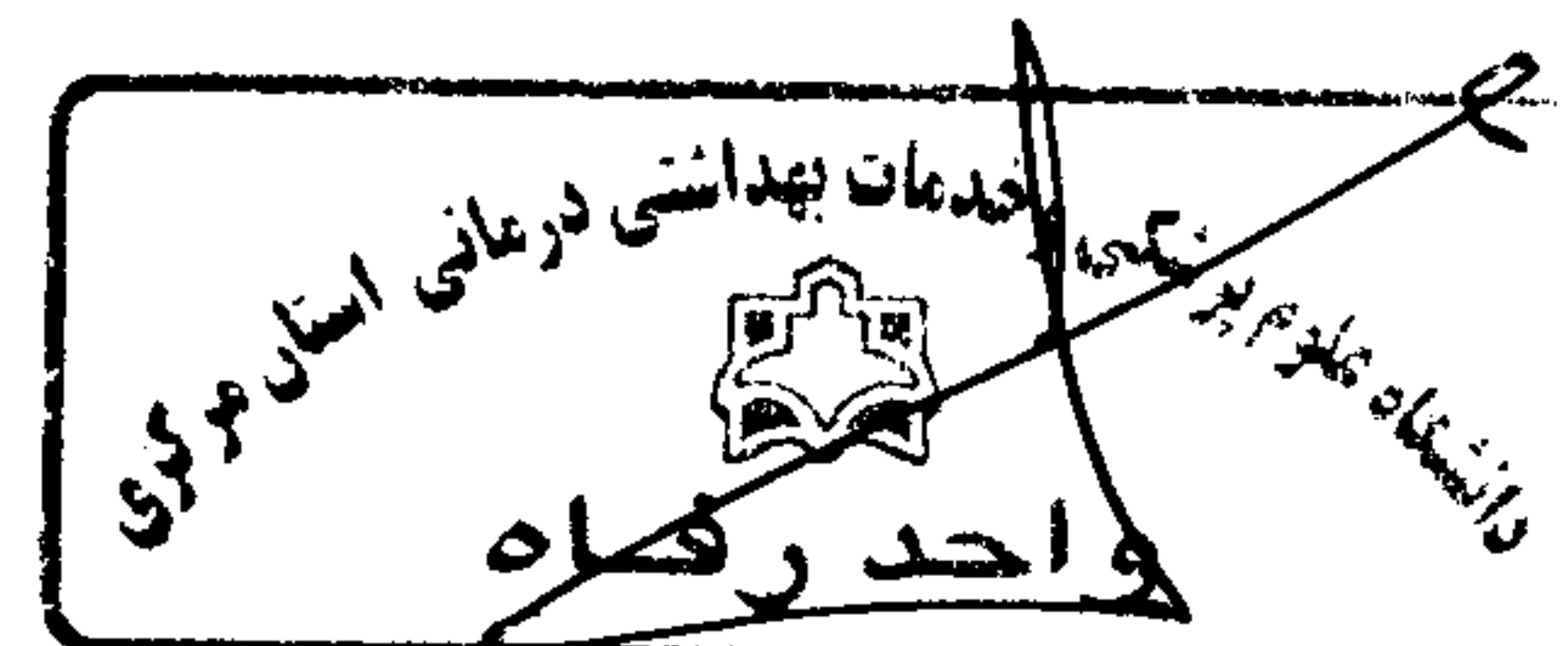
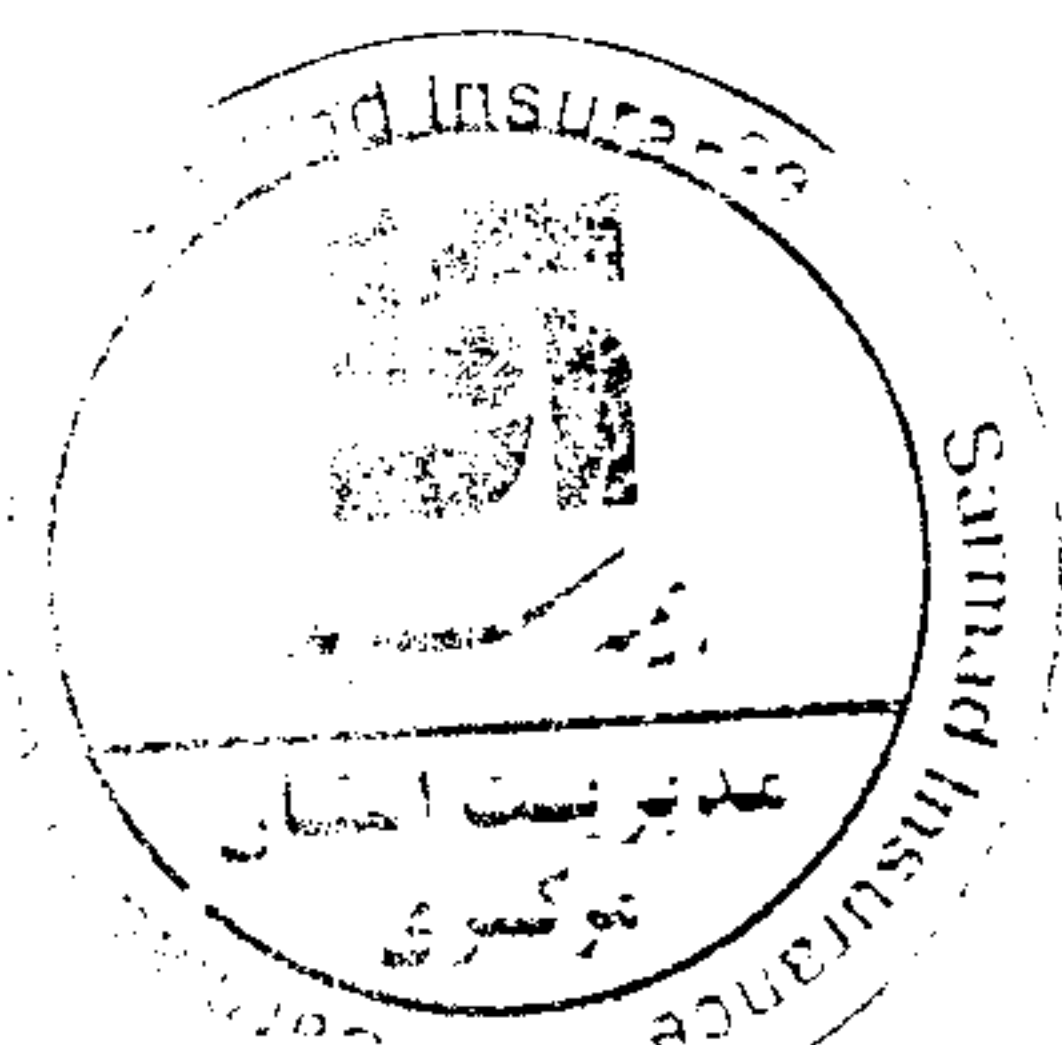
معرف بیمه نامه: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تعداد بیمه شدگان: 6000 نفر

۸	جبران هزینه های خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی و درمانی، سیتولوژی، تست آنژی . UBT، ید تراپی- نوار قلب و رادیولوژی، نوار قند(ارائه تست قند خون)، طب سوزنی توسط متخصص طب سوزنی- بازتوانی قلب - مگنت تراپی -لنفوترابی غربالگری و چکاب مطابق آیین نامه	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتاردرمانی(ST) کاردرمانی(OT)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	ویزیت دارو: هزینه های ویزیت طبق تعرفه بخش خصوصی و شامل ویزیت کارشناس تغذیه-ماما- پزشک عمومی- متخصص- فوق تخصص- روانپزشک - پزشک طب سنتی هزینه دارو شامل هزینه مزاد بر سهم بیمه گر پایه به اضافه حق فنی داروخانه می باشد خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، ست سرم، سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت و هزینه های مربوط مشاوره و روان درمانی و روان شناسی که جنبه درمانی داشته و توسط روانپزشک انجام پذیرد، دارو های خارجی که دارای ماشبه داخلی باشد یا نباشد، داروی هپاتیت، داروهای گیاهی و دیابت که در فارماکوپه موجود و توسط متخصص تجویز شده باشد، داروهای بیماری ام اس، دارو های مکمل و خود ایمنی و هورمون رشد با دستور پزشک متخصص و ارائه آزمایش مربوطه، داروهای سرطان، داروهای پارکینسون، دارو های بیماری کلیوی	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	دندانپزشکی محدود به خدمات کشیدن و جرم گیری، بروساز، ترمیم، پر کردن، روکش و درمان ریشه و ایمپلنت-ارتودنسی (زیر ۱۴ سال و مطابق آیین نامه)، دندان دستی، بریج	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	هزینه عینک شامل فریم، عینک و شیشه، لنز	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	هزینه ارتوز قبل بعد از عمل (با تایید پزشک معتمد بیمه گر) شامل: قوزبند- مچ بند- آرنج بند -شانه بند- گردن بند- کفش و کفی طبی و پد پاشنه با اسکن پا و دستور پزشک معتمد و متخصص و تهیه از ارتوپد فنی- عصا- ویلجر- تشک مواج و تخت طبی با دستور پزشک معتمد بیمه گر، جوراب واریس با دستور پزشک متخصص قلب و عروق- کمربند طبی نرم و سخت با تشخیص و تجویز پزشک	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	بیماری ها و ناهنجاری های جنین شامل کلیه موارد تشخیصی و درمانی	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۶	جبران هزینه داروی بیماری خاص و صعب العلاج طبق تعرفه وزارت بهداشت	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۷	جبران هزینه های آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز درمانی طبق دستور پزشک معالج	10.000.000 7.000.000	2.000.000 3.000.000
حق بیمه ماهیانه هر نفر:		4.490.000	800.000

تبصره ۵- 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 ۶- هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه وزارت بهداشت محاسبه و پرداخت می گردد و در صورت تشخیص و صلاحدید پزشک معتمد بیمه گر مبنی بر ضرورت معاینه بیمار جهت پرداخت هزینه مربوطه در هر مقطع زمانی معاینه بیمار توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر الزامی است.



استان مرکزی، اراک، خیابان امام خمینی (ره)، نیش بلوار مبرزای شیرازی، طبقات فوقانی، بانک صادرات کد پستی: ۳۸۱۳۷۷۳۸۴۸

شماره های تماس: ۰۸۶-۳۲۲۲۴۰۱۳-۳۲۲۲۵۵۲۴

نمابر: ۰۸۶-۳۲۲۲۴۰۱۳

BO16@sarmadins.ir



شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۲۱۹۷/۲۱۹۶/۲۱۹۶

شماره قرارداد :

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تعداد بیمه شدگان: ۶۰۰۰ نفر

=====

ماده ۷- 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 ۷ 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- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- ۱۵- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

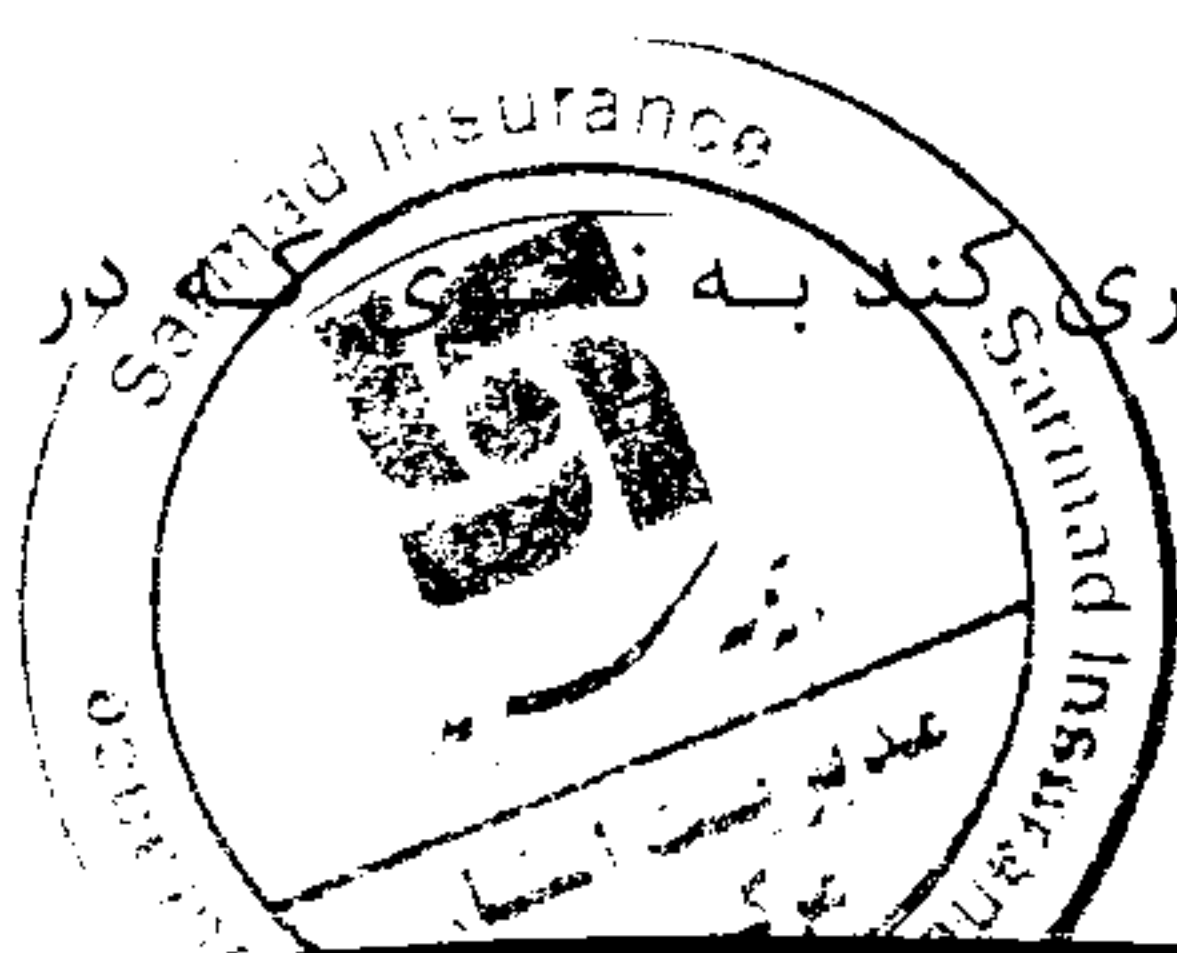
تبصره ۷- بیمه گر می تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با توافق طرفین و با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۸- فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲- هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که منجر به فسخ بیمه نامه شود.
- ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.





بیمه سرمد

شماره قرارداد :

شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۰۲/۱۶/۲۱۹۷/۲۱/

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تعداد بیمه شدگان: 6000 نفر

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

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

۲- انتقال پور تفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.

۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

ج- نحوه فسخ:

۱- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار فسخ شده تلقی می گردد.

۲- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، 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 می گردد.

۳- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار فسخ شده تلقی می گردد.

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می شود.

۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (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، بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

۳- در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

۴- در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۹- رفع اختلاف:

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند 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 ماده ۹۴ آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاه حل و فصل نمایند.

ماده ۹۴ آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه علوم پزشکی: اختلافات ناشی معاملات موضوع این آیین نامه که بین طرفین معامله ایجاد می شود در کمیسیونی مرکب از حداقل سه نفر که از رییس موسسه تعیین خواهد شد مطرح می گردد و تصمیم حداکثر افراد کمیسیون لازم الاجرا است.

ماده ۹۴ آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه علوم پزشکی: اختلافات ناشی معاملات موضوع این آیین نامه که بین طرفین معامله ایجاد می شود در کمیسیونی مرکب از حداقل سه نفر که از رییس موسسه تعیین خواهد شد مطرح می گردد و تصمیم حداکثر افراد کمیسیون لازم الاجرا است.

ماده ۹۴ آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه علوم پزشکی: اختلافات ناشی معاملات موضوع این آیین نامه که بین طرفین معامله ایجاد می شود در کمیسیونی مرکب از حداقل سه نفر که از رییس موسسه تعیین خواهد شد مطرح می گردد و تصمیم حداکثر افراد کمیسیون لازم الاجرا است.

لازم الاجرا است.

بخش سوم - مقررات گوناگون

۱- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید اصل 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.

۲- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید اصل 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.

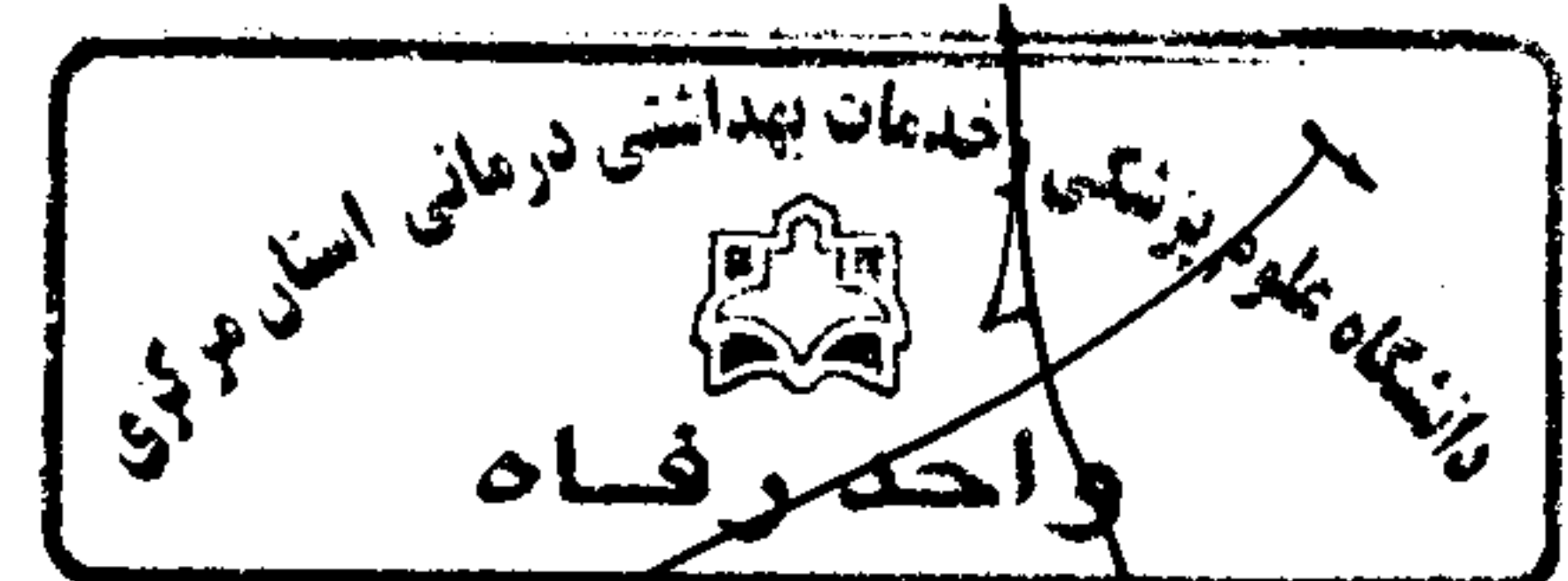
۳- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید اصل 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.

۴- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید اصل 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.

۵- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید اصل 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.

۶- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید اصل 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.

۷- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید اصل 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.



شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۰۲/۱۶/۲۱۹۷/۲۱/

شماره قرارداد :

شعبه صادر کننده : مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه : مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

تعداد بیمه شدگان : 6000 نفر

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

۳- چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه های بیمه مخیر است

۴- هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور و به صورت اورژانسی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های آنان را تأیید 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.

تبصره 1- میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

۵- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص خواهد بود.

۶- بیمه گذار متعهد است اصل صورت هزینه های پاراکلینیکی را حداکثر ظرف مدت ۳ ماه و بیمارستانی را حداکثر ظرف مدت ۵ ماه پس از تاریخ تنظیم صورت حساب (چنانچه توسط بیمه شده هزینه پرداخت شده باشد) به بیمه گر تحویل نماید در غیر این صورت پس از انقضاء مهلت مذکور، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

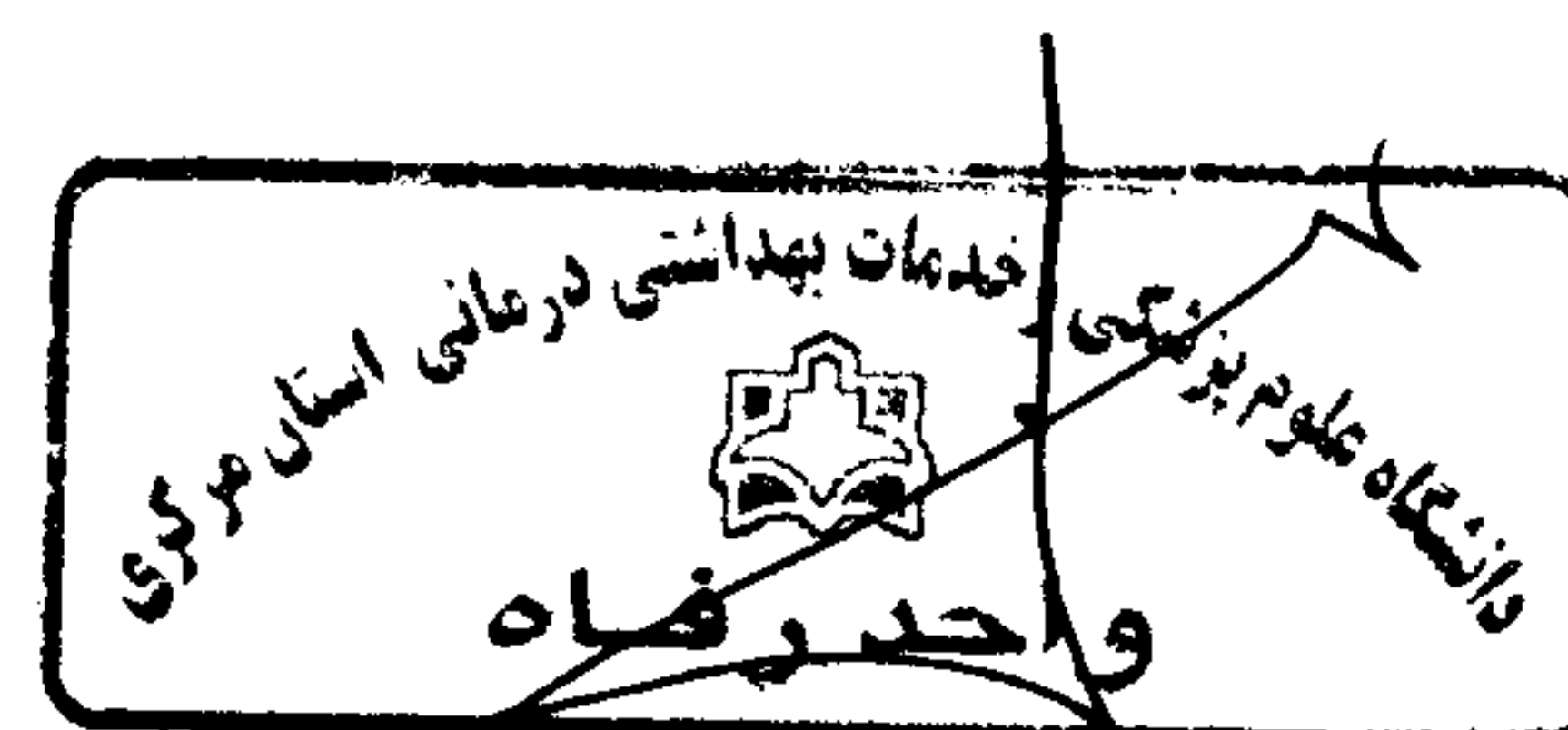
۷- بیمه گر تعهد می نماید به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبتة حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

۸- در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت های بیمارستانی و پاراکلینیکی به شماره شبای بیمه شده اصلی واریز خواهد شد.

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

۱۰- هر گونه هزینه های درمان ناشی از نزاع و درگیری خارج از تعهد بیمه گر می باشد مگر اینکه طبق تاییدیه مراجع قضایی و انتظامی صرفاً اقدام به دفاع مشروع باشد.

۱۱- دوره انتظار زایمان و بیماری مزمن





بیمه سرمد

شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۰۲/۱۶/۲۱۹۷/۲۱/

شماره قرارداد :

شعبه صادر کننده : مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه : مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

تعداد بیمه شدگان : 6000 نفر

۱۱-۱- دوره انتظار جهت جبران هزینه زایمان به مدت ۹ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه مربوطه نخواهد داشت. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار زایمان اعمال نخواهد شد.

۱۱-۲- دوره انتظار برای بیماری های مزمن و یا بیماری هایی که منشاء آن قبل از تاریخ شروع پوشش این بیمه نامه باشد، بیماری های فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، پولیپ، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، جراحی کلیه، ماستوئیدکتومی، کاتاراکت، جراحی های قلبی و عروقی، دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری شدن در بخش C.C.U و I.C.U گردد به تائید پزشک معتمد بیمه گر) برای هریک از بیمه شدگان از تاریخ شروع پوشش بیمه ای ۳ ماه خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه های مربوطه نخواهد داشت. تبصره ۱- در صورتیکه بیمه شدگان سابقه پوشش بیمه ای، نزد بیمه گر قبلی و بدون وقفه داشته باشند دوره انتظار اعمال نمی گردد. ارائه و ارسال لیست بیمه شدگان با مهر و امضا بیمه گر قبلی برای حذف دوره انتظار الزامی است. (برای بیمه شدگانی که فاقد شرایط بالا باشند دوره انتظار رعایت و منظور می شود)

تبصره ۲- در صورتی که این قرارداد تمدید قرارداد بیمه درمان تکمیلی سال قبل و بدون وقفه نزد بیمه سرمد می باشد، بیمه شدگان قرارداد قبلی مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

۱۲- مبنای محاسبه خسارت های پاراکلینیکی، تعرفه های ابلاغی وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه خواهد بود.

۱۳- حق هرگونه تحقیق، معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه شده به منظور تائید هزینه های انجام شده مطابق با شرایط بیمه نامه برای بیمه گر محفوظ می باشد.

۱۴- رسیدگی به اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت پرداختی حداکثر تا یکسال

پس از مدت انقضای بیمه نامه با درخواست کتبی بیمه گر یا بیمه گذار قابل پیگیری و انجام می باشد.

۱۵- پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان در زمان مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی منوط به پرداخت حق بیمه ایام مرخصی به صورت مستمر و بدون وقفه می باشد.

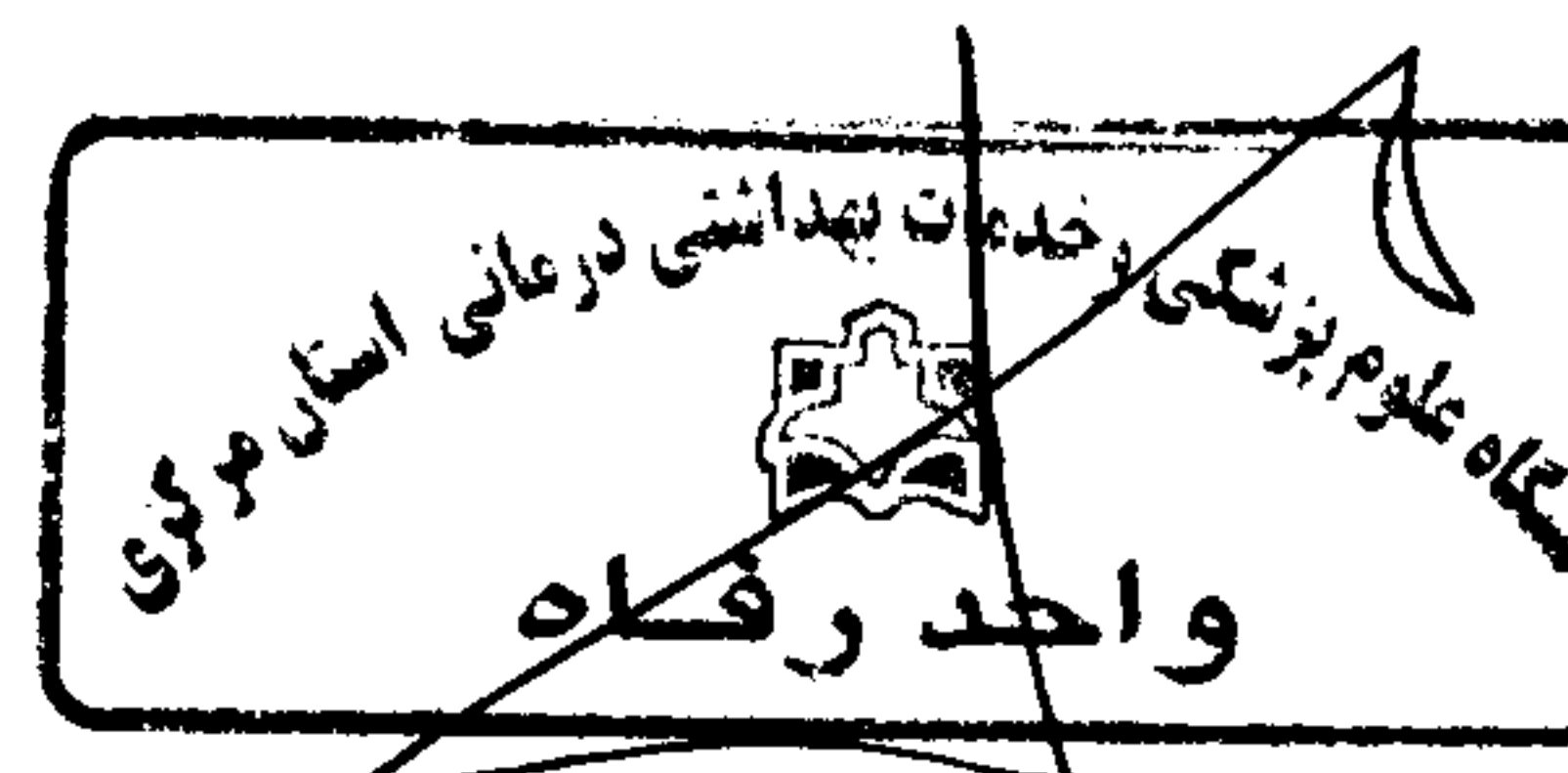
۱۶- چنانچه موارد مذکور در قرارداد و یا الحاقیه های صادره، با نظرات بیمه گذار طبق تقاضا نامه بیمه گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تصحیح آنها را تقاضا نماید. در غیر اینصورت مراتب تائید شده تلقی خواهد شد. هر گونه عمل خلاف این شرط منوط به تائید کتبی بیمه گر خواهد بود.

۱۷- شرایط مندرج در متن بیمه نامه و الحاقیه بیمه نامه، حاکم بر شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه و همچنین شرایط خصوصی حاکم بر شرایط عمومی پیوست بیمه نامه می باشد.

۱۸- مسئولیت بیمه گر فقط در چارچوب بیمه نامه و الحاقیه های آن، شرایط خصوصی، شرایط عمومی بیمه نامه بوده و بیمه گذار از ادعای هر گونه خسارت بر علیه بیمه گر خارج از آنچه در تمامی شرایط بیمه نامه تعهد شده خودداری می نماید.



Handwritten signature and stamp





شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۲۱۶/۱۶/۲۱/۲۱

شماره قرارداد: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

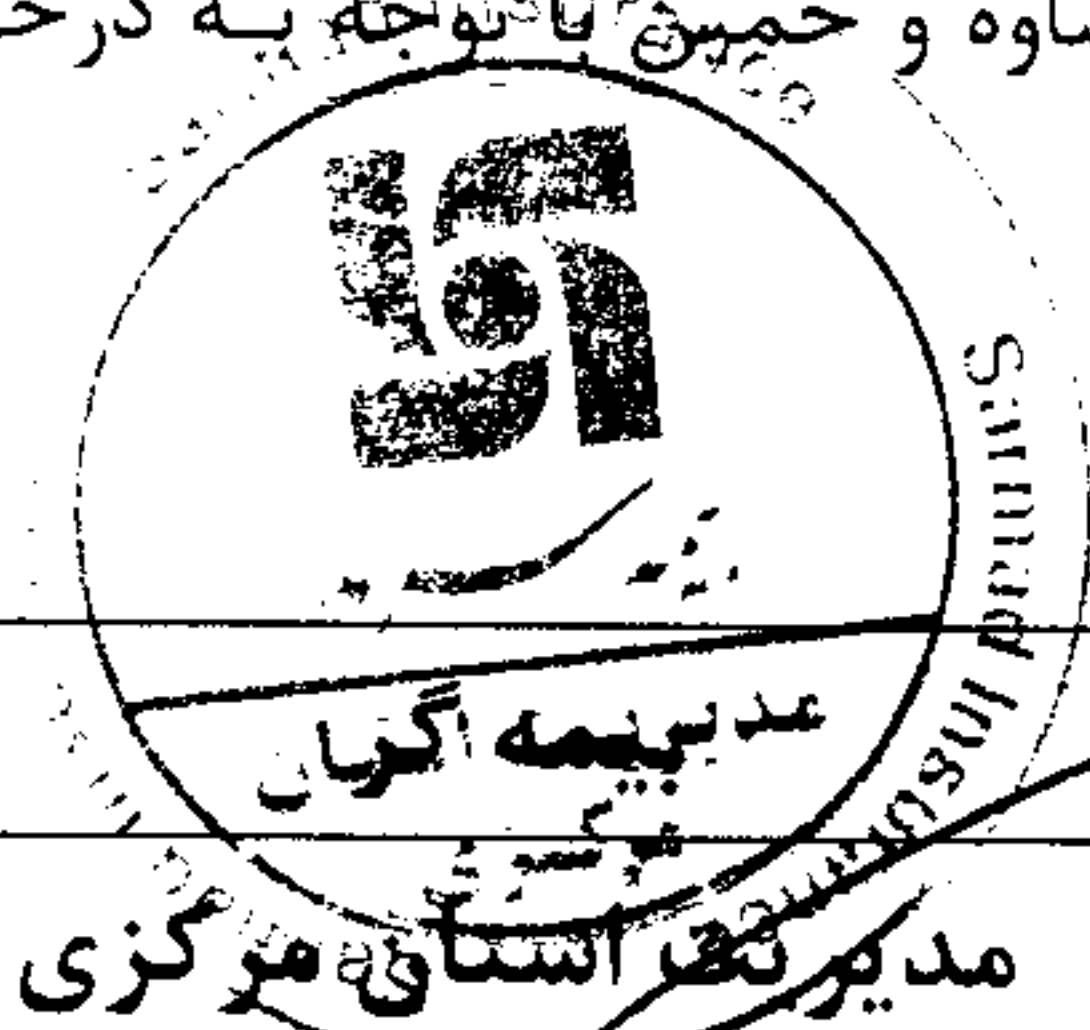
تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تعداد بیمه شدگان: ۶۰۰۰ نفر

الحاقیه قرارداد:

- ۱- تعهدات تکمیلی به شرح ذیل می باشد:
- ۲- این قرارداد فاقد دوره انتظار می باشد و کلیه تبصره های بند ۱۱ بخش سوم حذف می گردد.
- ۳- هزینه داروهای شیمی درمانی برای هر نفر تا سقف ۱۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال و مجموعاً برای ۲۰ نفر تا ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال از محل بند یک با معرفی کتبی بیمه گذار قابل پرداخت می باشد.
- ۳- جراحی لثه مورد استفاده افرادیست که طرح ۱ و ۲ را انتخاب نمایند.
- ۴- در بند ویزیت دارو یک فرد می تواند از یک مورد یا هر دو مورد به صورت ترکیبی استفاده نماید و بدون قید و شرط می باشد. داروهای خارجی با تجویز پزشک متخصص قابل پرداخت است. داروهای تزریقی بیماران خاص از محل تعهدات بند ۱ و سایر داروهای خوراکی بیماران خاص از محل تعهدات بند ۲ تا سقف ۱۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال با معرفی کتبی بیمه گذار قابل پرداخت است.
- ۵- اضافه نرخ سنی به طور کلی از این قرارداد حذف می گردد.
- ۶- بیمه گر موظف است جهت ارائه خدمات بهتر با مراکز درمانی، آزمایشگاه ها، درمانگاه های دولتی و خصوصی و داروخانه و مواردی که بیمه گذار در خواست می نماید، در صورت موافقت مرکز درمانی فوق نسبت به عقد قرارداد اقدام نماید.
- ۷- بیمه گذار موظف است اسامی افراد بیمه شده را طبق فایل اکسل ارائه شده به تفکیک هر مرکز و شهر تکمیل نماید و باتوجه به فراوانی مراکز زیر مجموعه آن دانشگاه محترم جهت کاهش مغایرت در اسامی، لیست افراد تحت پوشش هر مرکز قبل از ثبت نهایی به تایید مدیر مالی هر مرکز برسد.
- ۸- بیمه گر موظف است یک نفر نماینده جهت پیگیری امور بیمه شدگان طبق نامه اعلامی قبلی در مراکز محل خدمت بیمه شدگان حضور یافته و پاسخگوی آنها باشد.
- ۹- افزایش سقف تعهدات بیمارستانی تا سقف دو برابر تعهدات بستری مجموعاً جهت ۲۰ نفر در دو طرح یک و دو
- ۱۰- پرداخت خسارت به ۱۵ نفر با اعلام کتبی بیمه گذار بدون سقف جهت پاراکلینیکی ۱ و ۲ و ۳، ویزیت دارو طبق جدول تعهدات، و خدمات اورژانس، جهت بیمه شدگان طرح یک و دو
- ۱۱- افزایش سقف تعهدات نازایی تا سقف ۲ برابر جهت ۱۵ نفر جهت بیمه شدگان طرح یک و دو
- ۱۲- در خصوص سایر رشته های بیمه ای بیمه گذار، مقرر گردید بعد از طی نمودن مراحل قانونی در صورت ارائه شرایط مساوی اولویت با شرکت بیمه سرمد می باشد.
- ۱۳- بیمه گر موظف است در هنگام دریافت مدارک خسارت بیمه شده ها، به آن ها رسید تحویل نماید.
- ۱۴- فرانشیز طبق تعریف قرارداد در سه طرح متفاوت و قابل اجرا است.
- ۱۵- بیمه گر موظف است جدول حضور کارشناسان خود را در اماکن وابسته به دانشگاه طبق جدول اعلام نماید.
- ۱۶- طبق شرایط مندرج در استعلام بیمه گر موظف است ذیل این قرارداد با دانشکده های ساوه و خمین باتوجه به درخواست خودشان قرارداد تنظیم نماید.
- ۱۷- جبران هزینه های رفع عیوب انکساری بدون محدودیت می باشد.



مدیریت استان مرکزی

مهر و امضا

بیمه گذار

دانشگاه علوم پزشکی اراک

مهر و امضا

شماره قرارداد :

شماره بیمه نامه صادره در فناوران: ۰۲/۱۶/۲۱۹۷/۲۱/

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

معرف بیمه نامه: مدیریت استان مرکزی کد: ۱۶

تعداد بیمه شدگان: 6000 نفر

۱۹- نشانی و محل اقامت بیمه گر و بیمه گذار و نماینده آنها در ایران که در بیمه نامه و یا ضمائم آن درج گردیده است، برای هر یک از طرفین نشانی قانونی و رسمی است. هر یک از طرفین موظف هستند تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتباً به طرف مقابل اطلاع دهند، در غیراین صورت آخرین نشانی اعلام شده موجود معتبر خواهد بود.

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

این قرارداد در ۳ بخش، بخش اول کلیات (۲ ماده و ۳ تبصره)، بخش دوم شرایط خصوصی (۹ ماده و ۷ تبصره) و بخش سوم مقررات گوناگون (۲۰ بند و ۳ تبصره) و در دو نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۱ به امضای طرفین قرارداد رسیده است.


بیمه سمرق
مدیریت استان مرکزی
اراک
مهر و امضا

بیمه گذار
دانشگاه علوم پزشکی اراک
مهر و امضا

علیرضا...

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی
واحد رفاه