

۱۳۹۱/۸/۱۰

ص ۲۰۷۲۶

قرارداد بیمه درمان گروهی

تاریخ شروع : 1401/08/01

تعداد بیمه شدگان : 8000 نفر

تاریخ انقضاء : 1402/08/01

معرف قرارداد : مدیریت استان مرکزی کد 16

این قرارداد فیما بین شرکت سهامی بیمه سرمد ثبت شده به شماره 444067 و شناسه ملی 10320903570 و کد اقتصادی 4114398999949 به نشانی اراک خیابان امام خمینی، تقاطع بلوار میرزای شیرازی، طبقات فوقانی بانک صادرات، شرکت بیمه سرمد و شماره تلفن 08632225524 که بیمه گر نامیده میشود و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان مرکزی به نمایندگی آقای دکتر علیرضا امانی با سمت سرپرست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان مرکزی به شناسه ملی 14002587334 و کد اقتصادی 4112721857 به نشانی استان مرکزی، اراک، خیابان شهید شیروودی، خیابان علم الهدی، میدان پرستار و شماره تلفن 08633136055 که منبهد بیمه گذار نامیده میشود، براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مقررات و آیین نامه شماره 99 (آیین نامه بیمه های درمان) شورای عالی بیمه و شرایط عمومی و خصوصی مورد توافق طرفین در زمینه بیمه درمان گروهی با شرایط ذیل 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 ارائه 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.

4- گروه بیمه شدگان:

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

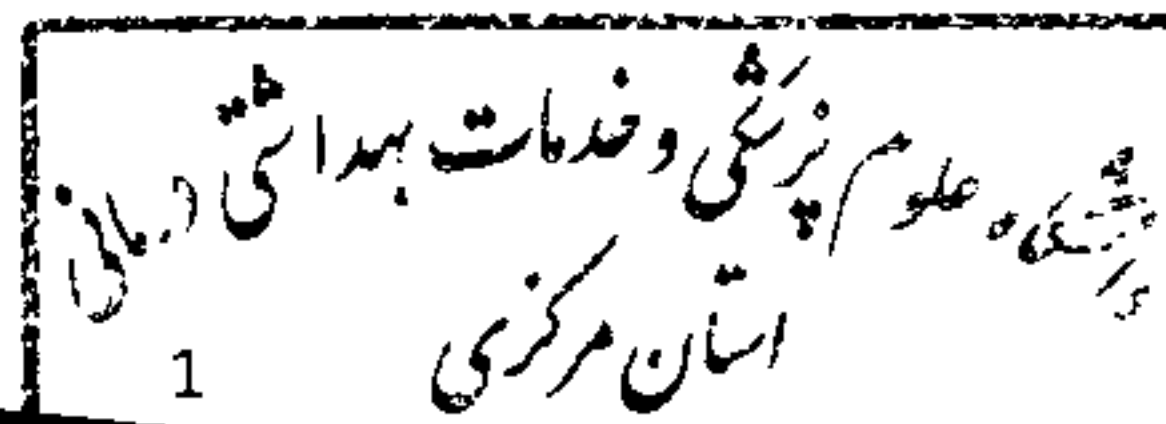
تبصره ۱- بیمه شده اصلی افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲- حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه گذار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۳- بیمه گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه می تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

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

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





- 7- بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.
- 8- Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.
- 9 حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.
- 10- 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.
- 11 - خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.
- 12- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.
- 13- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین‌نامه تعیین می‌شود.
- 13-1- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- 13-2- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- 14- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یک‌سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

بخش دوم: شرایط خصوصی

- ماده 1 - 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 و حداقل 50 درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.
- تبصره 1: 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.
- 1-1- بیمه شدگان اصلی (کارکنان شاغل بیمه‌گذار)
- 1-2- اعضای خانواده بیمه‌شده اصلی: منظور از اعضای خانواده هر یک از کارکنان شاغل بیمه‌گذار به عنوان سرپرست خانواده شامل همسر یا همسران دائمی و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار گرفته باشد.
- 1-3- فرزندان بیمه‌شده اصلی: فرزندان ذکور مجرد حداکثر تا سن 22 سالگی تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می‌باشند. 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) و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج، مشروط به عدم اشتغال به کار فرزندان اعم از مذکر و مؤنث می‌توانند تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرند.
- تبصره 2: فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می‌باشند.
- تبصره 3: فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده‌اند در صورت گذشتن از سنین موضوع بند 1-2 در مدت اعتبار بیمه‌نامه، به شرط استمرار پرداخت حق بیمه می‌توانند پوشش بیمه‌ای خود را ادامه دهند.
- تبصره 4: چنانچه فرزندان بیمه‌شده دچار معلولیت ذهنی و جسمی یا از کارافتادگی کلی باشند تامین هزینه درمان سایر بیماریهای آنها (به جز معلولیت و از کارافتادگی) با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر تحت پوشش خواهد بود.
- تبصره 5- کلیه کارکنان مؤنث می‌توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه‌شدگان و با رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش قرار می‌گیرند.

مستند علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استاد دکتر محمد...



تبصره 6- پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی با افزایش 100٪ حق بیمه تحت پوشش قرار می گیرند و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش قرار می گیرند.

تبصره 7: حداکثر سن بیمه شده در گروه های کمتر از 1000 نفر، 60 سال کامل است. در صورتی که سن بیمه شده در مدت بیمه 60 سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت. ضمناً بیمه گر موافقت می نماید در گروه های کمتر از 1000 نفر، بیمه شدگان 61 سال تا 70 سال تمام را با 50٪ افزایش و افراد بالای 71 سال را با 100٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد.

تبصره 8- 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.

تبصره 9: کارکنان با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی که دارای اقامت با حق کار مشخص و پروانه کار باشند می توانند تحت پوشش قرار گیرند

ماده 2- تعهدات بیمه گذار :

2-1- بیمه گذار متعهد است همزمان با امضاء و مبادله قرارداد، حداکثر ظرف مدت **30 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) (طبق اطلاعات درج شده در کارت ملی)، شماره شبای بیمه شده اصلی، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، جنسیت، شماره تلفن همراه بیمه شدگان اصلی را در قالب فرمت اعلام شده (فرمت اکسل) 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. 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.

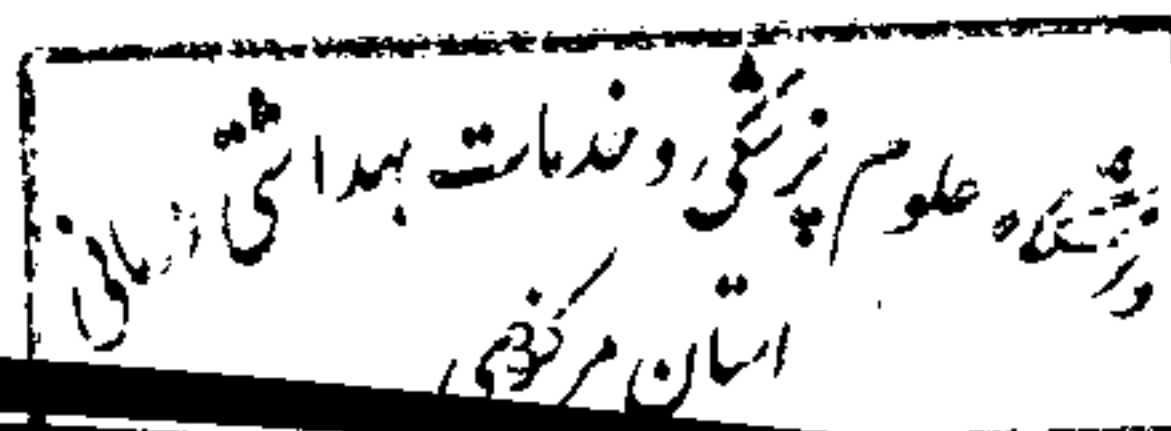
تبصره 1: در صورت از قلم افتادگی بیمه شدگان در لیست اولیه، چنانچه بیمه گذار با ارسال نامه رسمی به دبیرخانه بیمه گر ودلایل موجه و مستند مبنی بر از قلم افتادگی ارائه نماید بیمه گر می توان افراد از قلم افتاده را به لیست بیمه شدگان اضافه نماید و شروع پوشش بیمه ای برای این دست از بیمه شدگان تاریخ اعلام قبول کتبی بیمه گر به بیمه گذار خواهد بود

2-2- بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه 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.

2-3- 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 2 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 (2 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.

2-4- تاریخ حذف بیمه شدگان همان تاریخ قطع همکاری با بیمه گذار، بازنشستگی، فوت، طلاق، خروج از کفالت می باشد که حداکثر ظرف مدت 2 ماه از خروج مشمولین می بایست به بیمه گر اعلام گردد. 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.

2-5- 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.





6-2- بیمه گذار متعهد است حق بیمه را باتوجه 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. 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.

7-2- حق بیمه های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه نامه به بستانکار حساب قرارداد درمان منظور و در پایان سال بیمه، بطور یکجا محاسبه و تسویه می گردد.

8-2- حق بیمه مربوط به افزایش تعداد بیمه شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین می گردد میبایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان تسویه شود.

تبصره 2: 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.

9-2- احراز پوشش بیمه ای بیمه شده در زمان رسیدگی به هزینه های اعلام شده منوط به بررسی مدارک بیمه شده و انطباق آن با شرایط بیمه نامه می باشد. در صورتی که براساس بررسی های به عمل آمده و در هر زمان از مدت بیمه نامه مشخص شود شرایط فرد بیمه شده و افراد تحت تکفل آن منطبق بر شرایط مندرج در بیمه نامه 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.

10-2- 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 3 - مدت قرارداد:

مدت قرارداد از ساعت صفر بامداد تاریخ 1401/08/01 لغایت ساعت صفر بامداد تاریخ 1402/08/01 به مدت یک سال شمسی می باشد .

ماده 4 - میزان حق بیمه و روش پرداخت آن:

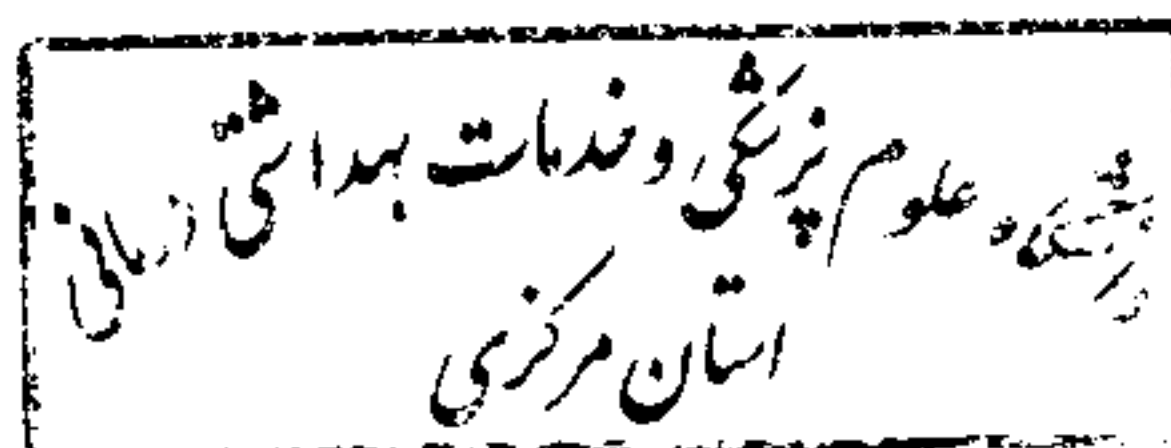
باتوجه به تعهدات بیمه گر ، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان در طرح یک مبلغ 2.950.000 ریال ، طرح دو مبلغ 2.150.000 ریال می باشد که بیمه گذار موظف است حق بیمه را براساس تعداد کل بیمه شدگان محاسبه و طی 12 قسط مساوی به شرح اعلامیه بدهکار ارسالی از سوی بیمه گر در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

طبق قانون مصوب سال 1400 بیمه های درمان از تاریخ 1400/10/13 مشمول معافیت پرداخت مالیات و عوارض شد.

4-1- 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.

ماده 5 - تعلیق بیمه نامه:

در صورت عدم پرداخت اقساط حق بیمه در مهلت تعیین شده بیمه گر می تواند با اعلام کتبی 30 روزه نسبت به تعلیق قرارداد اقدام نماید. و همزمان یا پس از آن حسب مفاد ماده 21 شرایط عمومی قرارداد را فسخ نماید در این صورت در زمان تعلیق بیمه گر تعهدی در قبال خسارات وارده نخواهد داشت .



ماده 6: جدول تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق جدول ذیل جبران نماید.

ردیف	شرح تعهدات	حداکثر سقف سالیانه هر نفر به ریال	
		طرح 1 فرانشیز: 10 درصد	طرح 2 فرانشیز: 10 درصد
1	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپای بیمارستان و مطب)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، جراحی دیسک و ستون فقرات، تعویض مفصل، ازوتراپی (بادرخواست پزشک متخصص مغز و اعصاب جهت جراحی کمر) پروتز داخل بدن در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد و یا تایید پزشک معتمد بیمه، کاشت حلزون، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DayCare، تزریق آواستاتین، تست خواب، هزینه همراه افراد زیر 7 سال و بالای 70 سال در بیمارستان ها	400.000.000	200.000.000
2	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 صورت وجود تومور و یا وقوع حادثه و جراحی سرطان با احتساب بند 1	900.000.000	500.000.000
3	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و عمل سزارین	80.000.000	50.000.000
4	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی (هزینه های تشخیصی - درمانی و مرتبط دارویی) شامل اعمال جراحی مرتبط، IVF، میکرواینجکشن و IUI، ZIFT، GIFT، ITSC	80.000.000	50.000.000
5	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 - پاکیمتری - کلیه تست های بینایی سنجی - ICG - IOL - MASRER - HRT - هزینه پزشکی هسته ای - انواع اکو - ارب اسکن - بررسی یورودینامیک - الکترومیوگرافی - انتروین - NST - بیوفیریک - کایروپراکتیک - نوروفیریک - RTMD-ERCP	40.000.000	20.000.000
6	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع دوم: انواع آندوسکپی با یا بدون بیهوشی، کولونوسکپی، فوندوسکپی، 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 - EECF نوار چشم - نورا گوش - بینایی سنجی - هولترمانیتورینگ قلب و فشار خون - پمپانومتری - تمپانومتری - ادی باکس - پلتیسموگرافی - ارگواسپیرومتری - رینوماتومتری - تیلت PFT - پرونگوگرافی - تست متاکولین بررسی اثر بینایی - تست و ارزیابی پیس میکر بینایی سنجی - آنژیوگرافی چشم - OCT - نمونه برداری پاپ اسمیر - پریمتری	40.000.000	15.000.000
7	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 به استثناء پوست و زیبایی - شستشوی گوش برداشتن خال و زگیل (فقد جنبه زیبایی با ارائه پاتولوژی)، میخچه - خارج نمودن جسم خارجی از بدن - کشیدن ناخن - اکسیژن تراپی - اکسیژن هایپر - پانسمان - پالس اکسی متری - درمان خونریزی بینی - سوزاندن تامپونادشکافتن آبسه و درناژ در مطب و مراکز و درمانی - بستری اورژانس کمتر از 6 ساعت شامل تعویض پانسمان و نوزیقات شامل اف ان تی تیروئید و سینه بیوپسی مغز و استخوان - پونکسون مایع نخاع و کمرب EOG تزریق دارو داخل مفاصل	40.000.000	15.000.000

بیمه سرمد
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی



15.000.000	40.000.000	جبران هزینه های خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی ، پاتولوژی یا آسیب شناسی ، ژنتیک پزشکی و درمانی، سیتولوژی ، تست آلرژی ، 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	8
10.000.000	30.000.000	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT) ، گفتاردرمانی(ST) کاردرمانی(OT)	9
20.000.000	40.000.000	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم	11
20.000.000	30.000.000	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 مازاد بر سهم بیمه گر پایه به اضافه حق فنی داروخانه می باشدو خدمات اورژانس در موارد غیر بستری ، ست سرم، سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت و هزینه های مربوط مشاوره و روان درمانی که جنبه درمانی داشته و توسط روانپزشک انجام پذیرد دارو های خارجی که دارای ماشبه داخلی باشد یا نباشد، داروی هیپاتیت، داروهای گیاهی و دیابت که در فارماکوپه موجودباشد و توسط متخصص و فوق تخصص 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	12
30.000.000	50.000.000	دندانپزشکی محدود به خدمات کشیدن و جرم گیری ، بروساژ، ترمیم، پر کردن، روکش و درمانریشه و ایمپلنت-ارتودنسی (زیر 14 سال و مطابق آیین نامه) ، دندان دستی	13
5.000.000	10.000.000	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی شامل فریم و شیشه ، لنز تماسی طبی	14
10.000.000	20.000.000	هزینه ارتوز بعد از عمل شامل: قوزبند- مچ بند- آرنج بند -شانه بند- گردن بند- کفش و کفی طبی و پد پاشنه با اسکن پا و دستور پزشک متخصص و تهیه از ارتوپد فنی عصا- ویلچر- جوراب واریس با دستور پزشک متخصص قلب و عروق- کمربند طبی نرم و سخت با تشخیص و تجویز پزشک	15
20.000.000	60.000.000	بیماری ها و ناهنجاری های جنین شامل کلیه موارد تشخیصی و درمانی	16
100.000.000	400.000.000	جبران هزینه داروی بیماری خاص و صعب العلاج طبق تعرفه وزارت بهداشت	17
1.000.000 2.000.000	2.000.000 3.000.000	جبران هزینه های آمبولاس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده با سایر مراکز درمانی طبق دستور پزشک معالج داخل شهر: خارج شهر:	18

تبصره 1: 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 2- هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه وزارت بهداشت و درمان 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
وزارت بهداشت و خدمات بهداشتی درمانی



ماده 7- 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 7 تا 70 سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۲- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
- ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
- ۱6- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

تبصره - بیمه گر می تواند استثنائات مندرج در بندهای 7، 8، 10، 11 و 14 این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

ماده 8- 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 در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
- ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.

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 پورتهوی 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.

بیمه سرمد

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- ۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
- ۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۹- رفع اختلاف:

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق ماده ۹۴ آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاه حل و فصل خواهد شد.


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

بخش سوم - مقررات گوناگون

- ۱- بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه‌گر تحویل شود، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی-درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی (همتراز با مرکز درمانی هم درجه) در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.
- ۲- در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی-درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.
- ۳- چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.
- ۴- هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.
- تبصره - 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، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص خواهد بود.
- ۶- بیمه‌گذار متعهد است اصل صورت هزینه‌های پاراکلینیکی را حداکثر ظرف مدت ۳ ماه و بیمارستانی را حداکثر ظرف مدت ۵ ماه پس از تاریخ تنظیم صورت حساب (چنانچه توسط بیمه‌شده هزینه پرداخت شده باشد) به بیمه‌گر تحویل نماید در غیر این صورت پس از انقضاء مهلت مذکور، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

استان مرکزی

- 7- بیمه گر تعهد می نماید به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبتة حداکثر ظرف مدت 15 روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.
 - 8- چنانچه هزینه ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی است.
 - 9- در صورت مشارکت بیمه شده در هرگونه درگیری و نزاع فردی و یا دسته جمعی، پرداخت خسارت و هزینه های درمانی منوط به ارائه تائیدیه کلاتری محل وقوع نزاع و یا مراجع قضائی مبنی بر عدم دخالت مستقیم بیمه شده در شروع نزاع و درگیری و صرفاً اقدام به دفاع مشروع از خود می باشد.
 - 10- مبنای محاسبه صورت خسارت های پاراکلینیکی، تعرفه های وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه خواهد بود.
 - 11- حق هرگونه تحقیق، معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه شده به منظور تائید هزینه های انجام شده مطابق باشرايط بیمه نامه برای بیمه گر محفوظ می باشد.
 - 12- رسیدگی به اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارات پرداختی حداکثر تا یکسال پس از مدت انقضاء بیمه نامه با درخواست کتبی بیمه گر یا بیمه گذار قابل پیگیری و انجام می باشد.
 - 13- 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.
 - 14- 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 15 روز از تاریخ دریافت، تصحیح آنها را تقاضا نماید. در غیر اینصورت مراتب تایید شده تلقی خواهد شد. هر گونه عمل خلاف این شرط منوط به تایید کتبی بیمه گر خواهد بود.
 - 15- شرايط مندرج در متن بیمه نامه و الحاقیه بیمه نامه، حاکم بر شرايط خصوصي و عمومي بیمه نامه و همچنین شرايط خصوصي حاکم بر شرايط عمومي پیوست بیمه نامه می باشد.
 - 16- مسئولیت بیمه گر فقط در چارچوب بیمه نامه و الحاقیه های آن، شرايط خصوصي، شرايط عمومي بیمه نامه بوده و بیمه گذار از ادعای هر گونه خسارت بر علیه بیمه گر خارج از آنچه در تمامی شرايط بیمه نامه تعهد شده خودداری می نماید.
 - 17- 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 غیر این صورت آخرین نشانی اعلام شده موجود معتبر خواهد بود.
 - 18- در موارد پیش بینی نشده در این قرارداد، بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.
- این قرارداد در 3 بخش، بخش اول کلیات (2 ماده و 3 تبصره)، بخش دوم شرايط خصوصي (9 ماده و 17 تبصره) و بخش سوم مقررات گوناگون و در دو نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ 1401/08/01 به امضای طرفین قرارداد رسیده است.

 <p>بیمه سرمد مدیریت استان مرکزی شرکت سهامی بیمه سرمد</p>	<p>بیمه گذار</p> <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان مرکزی</p>
<p>شماره</p> <p>علی رابهرانی</p>	<p>دکتر پروین زنگنه و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی</p>
<p>علیرضا باهنری تبار</p>	



بیمه سرمد

تکمله قرارداد:

- 1- جدول تعهدات تکمیلی به شرح ذیل می باشد.
- 2- این قرارداد فاقد دوره انتظار است
- 3- هزینه داروهای شیمی درمانی برای هر نفر تا سقف 10.000.000 ریال و مجموعاً برای 20 نفر تا 200.000.000 ریال از محل بند یک قابل پرداخت می باشد.
- 4- در خصوص طرح 1 و 2 در بند خدمات دندانپزشکی یک نفر از اعضای خانواده می تواند بصورت کامل از تعهدات دندانپزشکی سایر اعضای خانواده حداکثر با احتساب خودش تا سقف 5 نفر استفاده نماید.
- 5- 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 1 و سایر داروهای خوراکی بیماران خاص از محل تعهدات بند 2 تا سقف 10.000.000 ریال قابل پرداخت است.
- 6- در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر نخواهد شد.
- 7- بیمه گر موظف است جهت ارائه خدمات بهتر با مراکز درمانی، آزمایشگاه ها، درمانگاه های دولتی و خصوصی و مواردی که بیمه گذار درخواست می نماید، در صورت موافقت مرکز درمانی فوق نسبت به عقد قرارداد اقدام نماید.
- 8- بیمه گذار موظف است اسامی افراد بیمه شده را طبق فایل اکس 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.
- 9- 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.
- 10- افزایش سقف تعهدات بیمارستانی تا سقف دو برابر تعهدات بستری مجموعاً جهت 20 نفر در دو طرح یک و دو
- 11- پرداخت خسارت به 15 نفر با اعلام کتبی بیمه گذار بدون سقف جهت پاراکلینیکی 1 و 2 و 3، ویزیت دارو، و خدمات اورژانس جهت بیمه شدگان طرح یک و دو
- 12- افزایش سقف تعهدات نازایی تا سقف 2 برابر جهت 15 نفر جهت بیمه شدگان طرح یک و دو
- 13- سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می شود. قابل ذکر است فرانشیز این قرارداد 10 درصد می باشد.
- 14- اضافه نرخ سنی به طور کلی از این قرارداد حذف می گردد و حق بیمه کلیه افراد یکسان می باشد.
- 15- شرکت بیمه سرمد و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان مرکزی خواهند بود حداکثر تا 15 روز پس از پرداخت حق بیمه هر ماه نسبت به رفع مغایرت فی مابین اقدام نمایند.

شرکت سهامی بیمه سرمد
مدیریت استان مرکزی

علی رانج

علمرضا پاشا

بیمه گذار

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی
استان مرکزی

10