

ص ۳۹۸۵

۱۳۹۷ / ۷ / ۲۵



بیمه رازی

## قرارداد بیمه تکمیل درمان دانشگاه علوم پزشکی

\*\*\*\*\*

شماره:	تاریخ صدور:
بیمه گذار: دانشگاه علوم پزشکی	تاریخ شروع: ۱۳۹۷ / ۸ / ۱
تعداد بیمه شدگان: ۳۰۰۰	تاریخ انقضاء: ۱۳۹۸ / ۸ / ۱
حق بیمه صادره: .....ریال	نماینده: کد: ۲۲۱۳۶۸

این قرارداد فیما بین شرکت سهامی بیمه رازی و دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده می شوند براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جز لاینفک بیمه نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. مقررات و آیین نامه شورای عالی بیمه و عرف بیمه گری در ایران و بر اساس قرارداد بیمه درمان گروهی فی مابین با شرایط ذیل منعقد می گردد.

### فصل اول: شرایط عمومی قرارداد بیمه درمان گروهی

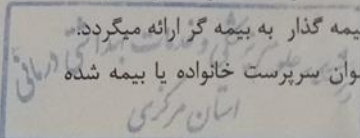
تعاریف و اصطلاحات مندرج در این قرارداد صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشند با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند.

ماده (۱) بیمه گر: شرکت سهامی بیمه رازی به نشانی: تهران - خیابان گاندی کوچه سیزدهم پلاک ۱۴ تلفن ۸۶۷۵۷۰۰۰ دورنگار ۸۸۶۶۴۲۷۲ کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۳۹۹۹۳۵ که جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش در این قرارداد را با رعایت مفاد قرارداد به عهده می گیرد. شرکت سهامی بیمه رازی به نمایندگی آقای محسن جعفری - مدیر سرپرستی استان مرکزی

ماده (۲) بیمه گذار: دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی به نشانی: اراک میدان راه آهن - کوی علم الهدی - جنب بیمارستان امیر کبیر. تلفن: ۲۳۱۳۶۰۵۵-۵۸ که پرداخت حق بیمه را تعهد نموده و سایر وظایفی که در این قرارداد به عهده او میباشد را انجام خواهد داد. به نمایندگی آقایان دکتر علی علیمحمدی معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی و محسن جیریایی مدیر مالی دانشگاه.

تبصره: هیات حل اختلاف: این هیئت طبق ماده ۹۴ آیین نامه مالی معاملاتی متشکل از یک نفر نماینده ریاست دانشگاه و یک نفر کارشناس در رشته مربوط و یک نفر به عنوان نماینده بیمه گر می باشد.

ماده (۳) گروه بیمه شدگان و شرایط مربوط به آن: عبارتند از کلیه کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی یا قراردادی) که با ارائه رضایت نامه مبنی بر موافقت با پوشش بیمه ای که در استخدام بیمه گذار می باشند، به همراه کلیه افراد خانواده آنها که لیست اسامی و مشخصات شناسنامه ای، کد ملی و سایر اطلاعات مورد نیاز از آنان توسط بیمه گذار به بیمه گر ارائه میگردد. (۳-۱) منظور از اعضای خانواده عبارتست از هر یک از کارکنان شاغل بیمه گذار بعنوان سرپرست خانواده یا بیمه شده





اصلی و همسر یا همسران دائمی و فرزندان، پدر و مادر تحت تکفل و غیر تحت تکفل از ابتدای قرارداد و سایر افراد تحت کفالت قانونی بیمه شده اصلی است.

۳-۲) بیمه گر پایه : سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و... که طبق قانون بیمه خدمات درمان همگانی موظف به ارائه خدمات درمان پایه میباشند.

۳-۳) فرزندان ذکور مجرد حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل با ارائه گواهی تحصیلی در مورد دانشجویان تا سن ۲۶ سال ، و دانشجویان پزشکی مقطع دکتری تا سن ۳۲ سال تمام با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تحت پوشش قرار میگیرند.

۳-۴) فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه هستند. ضمناً "فرزندان مونث مطلقه نیز تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می باشند.

۳-۵) نوزادان به محض تولد تحت پوشش قرار می گیرند. (با رعایت بند ۳-۸ می باشد)

۳-۶) مفاد این قرارداد برای افرادی که در طول مدت قرارداد بازنشسته یا از کار افتاده می شوند به همراه اعضاء تحت پوشش خود و همچنین در صورت فوت بیمه شده اصلی برای بازماندگان وی به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی و تا خاتمه قرارداد ادامه خواهد داشت.

۳-۷) کارکنان غیر ایرانی زمانی تحت پوشش بیمه درمان قرار می گیرند که دارای اجازه اقامت و پروانه کار از اداره کل اشتغال اتباع خارجی وزارت کار و امور اجتماعی باشند.

ماده ۴) موضوع قرارداد بیمه عبارتست از جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حادثه و سایر پوششهای اضافی درمانی بیمه شدگان که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این قرارداد تحت پوشش قرار گرفته است. (در هر حال میزان پرداخت خسارت درمانی بیمه شدگان ، مازاد بر سهم پرداختی توسط بیمه گر پایه و حداکثر تا سقف تعهدات قرارداد خواهد بود).

۴-۱) بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک می باشد.

۴-۲) حادثه: عبارتست از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح ، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

ماده ۵) دوره انتظار: این قرارداد مشمول دوره انتظار نمی باشد .

ماده ۶) فرانشیز : درصد معینی از هزینه های درمانی انجام شده مشمول تعهدات این قرارداد است که تامین آن به عهده بیمه پایه بوده و در صورت عدم استفاده بیمه شده از بیمه پایه بعهد بیمه شده می باشد . و بیمه گر هیچ تعهدی نسبت به جبران آن ندارد. ضمناً "چنانچه مبالغ پرداخت شده توسط بیمه گر پایه برای هریک از هزینه های درمانی مشمول این قرارداد از رقم محاسبه شده بر اساس درصد فرانشیز کمتر، باشد، جبران مابه التفاوت مبلغ پرداخت شده بیمه گر پایه و مبلغ فرانشیز متعلقه طبق تعرفه وزارت بهداشت بخش دولتی یا خصوصی به عهده بیمه گر می باشد.

ماده ۷) اصل حسن نیت : این قرارداد بر اساس اصل حسن نیت بین بیمه گر و بیمه گذار منعقد می گردد .

۷-۱) 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 ، به تشخیص هیات حل اختلاف نام وی و افراد خانواده از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است .

ماده ۸) بیمه گر متعهد است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از برگزاری استعلام سامانه ثبت نام را به بیمه گذار تحویل نموده و مدارک مورد نیاز و اطلاعات لازم را در سامانه بگنجاند . بدیهی است پس از انقضای این مهلت ، بیمه گر فقط نسبت به





بیمه رازی

بیمه نمودن کارکنان بیمه‌گذار شامل افراد جدید الاستخدام، انتقالی، مامورین، نوزادان و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد ازدواج یا تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می‌گیرند را با ارائه مستندات لازم آن (مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه و ...) اقدام می‌نماید.

۸-۱) مهلت بیمه گذار جهت اعلام و ارسال اسامی بیمه شدگان جدید به همراه مستندات لازم برای اضافه شدن به لیست قبلی بیمه شدگان حداکثر سه ماه از تاریخ ورود این افراد به گروه بیمه شدگان بیمه گذار می‌باشد و پس از اتمام این مهلت تحت پوشش قرار نخواهند گرفت. و تعهد شرکت نسبت به انجام خدمات به این دسته از افراد از تاریخ اعلام بیمه گذار می‌باشد

۸-۲) شروع پوشش بیمه‌ای بیمه شدگان جدید موضوع ماده ۹ قرارداد اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار و در مورد حذف بیمه شدگان نیز زمان موثر اولین روز ماه بعد از تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه‌گذار می‌باشد، حق بیمه برگشتی نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار محاسبه خواهد شد. در پایان قرارداد نیز تا پایان ماه جاری خدمات بیمه‌ای بیمه شده تحت پوشش می‌باشد. بدیهی است آندسته از بیمه شدگانی که در طول مدت پوشش بیمه‌ای خود از محل تعهدات قرارداد خسارت دریافت کرده باشند به هنگام حذف از لیست بیمه شدگان حق بیمه‌ای در محاسبات برگشت داده نمی‌شود

۸-۳) آن دسته از بیمه شدگان که صاحب فرزند می‌شوند و یا ازدواج می‌کنند باید از تاریخ تولد نوزاد یا ازدواج، حداکثر ظرف مدت سه ماه نسبت به ارسال تصویر شناسنامه وی جهت صدور الحاقیه مربوطه از طریق بیمه‌گذار و طی نامه کتبی به بیمه گر اقدام نمایند. و خدمات بیمه گر به بیمه شده از تاریخ اعلام کتبی بیمه گذار به بیمه گر جاری می‌گردد.

ماده ۹) حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بصورت ماهیانه بپردازد.

۹-۱) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار می‌گیرد (کسر ماه یکماه تمام محاسبه می‌گردد) و پس از صدور الحاقیه تغییرات بیمه شدگان و اعلام آن توسط بیمه گر به بیمه گذار بلافاصله بایستی حق بیمه اضافی مشخص شده در برگه الحاقیه به شرکت بیمه پرداخت شود و هنگام حذف بیمه شده به هر دلیل قانونی، حق بیمه تا پایان ماه حذف بیمه شده محاسبه و دریافت می‌شود. تعهدات بیمه گر نیز تا پایان ماه جاری می‌باشد.

۹-۲) حق بیمه بیمه شدگان به دلیل اعلام انصراف آنها از ادامه قرارداد، با نظر هیات حل اختلاف تعیین تکلیف می‌شود.

ماده ۱۰) هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه گر می‌باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه گر پایه نمیتواند از صد درصد هزینه‌های انجام شده بیشتر باشد. به عبارت دیگر هزینه‌های مورد قبول بیمه گر، مازاد بر مبالغ دریافت شده از بیمه گر پایه می‌باشد.

۱۰-۱) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور: بیمه شدگان در انتخاب پزشک و بیمارستانهای مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو شکل زیر عمل خواهند کرد:

الف) بیمه شدگان در صورت تمایل به استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه رازی می‌توانند با دریافت معرفی نامه کتبی از بیمه‌گذار به شرکت بیمه رازی مراجعه و معرفی نامه لازم جهت استفاده از خدمات را دریافت نمایند.

\* مدارک لازم جهت صدور معرفی نامه به بیمارستانها و مراکز درمانی طرف قرارداد:

۱- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی و مرکز مورد بستری

۲- کپی صفحه اول دفترچه درمانی بیمه شده و بیمار

ب) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و می‌توانند پس از پرداخت هزینه‌ها و ارائه اسناد و مدارک به بیمه‌گر پایه و دریافت سهم مربوطه، نسبت به دریافت هزینه‌های درمان تکمیلی طبق مفاد قرارداد به بیمه رازی مراجعه نمایند.

رئیس هیات مدیره و خدمات بهداشتی درمانی  
استان مرکزی



۱۰-۲) تعهدات بیمه‌گر در مورد بیمارانی که با معرفی‌نامه کتبی بیمه‌گربه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه رازی جهت انجام اقدامات درمانی خود مراجعه می‌کنند برابر صورتحسابهای مراکز فوق‌الذکر مورد رسیدگی و تسویه قرار می‌گیرد و هزینه های خارج از تعهد و اضافه ای که توسط بیمه شده پرداخت میشود از قبیل حق الزحمه پزشکان که بیشتر و خارج از صورتحساب اعلامی مرکز درمانی به بیمه رازی، از بیمه شده دریافت گردیده است، قابل پرداخت نمی باشد. ضمناً در صورتیکه بیمه شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد و یا غیر طرف قرارداد بیمه رازی مراجعه نمایند، در این صورت هزینه‌های درمانی برابر تعرفه وزارت بهداشت در بخش دولتی یا خصوصی طبق ارزش نسبی خدمات و مراقبت سلامت محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۰-۳) بیمه شدگان، هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد را در صورت عدم استفاده از معرفی نامه بیمه رازی میبایستی رسماً پرداخت نمایند و پس از آن تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را جهت دریافت خسارت مطابق مفاد قرارداد به بیمه‌گر تسلیم نمایند.

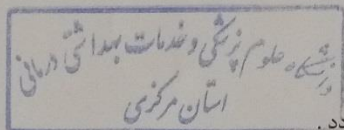
۱۰-۴) هزینه‌های بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تائید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به معالجه پیدا می‌کنند در صورت تائید صورتحسابهای مربوطه توسط سفارتخانه و یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در آن کشور، تا سقف تعهد سالیانه هزینه‌های بیمارستانی و اعمال جراحی مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد در غیر این صورت هزینه‌های انجام شده بر اساس بند ۱۰-۲ پس از کسر سهم بیمه‌گر پایه یا فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۱۰-۵) حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد به بیمه‌گر تا پایان قرارداد از تاریخ انجام هزینه‌های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد می‌باشد و 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 بیمه‌گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

۱۰-۶) مهلت پرداخت خسارت بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارک موضوع قرارداد خسارت را پرداخت نماید.

ماده (۱) استثنائات : موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می باشد:

- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام شود، مگر ناشی از وقوع حادثه ای که در طول مدت قرارداد اتفاق افتاده است، باشد.
- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج رفع این عیوب جنبه درمانی داشته و معالجه آن ضروری باشد.
- سقط جنین مگر در موارد قانونی و با تشخیص پزشک معالج
- هزینه های مربوط به ترک اعتیاد
- هزینه های ناشی از خودکشی و اعمال مجرمانه
- هزینه اتاق خصوصی مگردرموارد ضروری به تشخیص پزشک معالج
- در صورت عدم اثبات صحت موضوع در هیات حل اختلاف بررسی می گردد.
- هزینه لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.
- کلیه جراحیهایی که جنبه زیبایی دارد.
- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نقص بینایی هرچشم بیشتر







بیمه رازی

از ۳ دیوینتر باشد.

- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده باشد.
- در خصوص سایر استثنائات اعلام نشده طبق آیین نامه شورای عالی بیمه و شرایط عمومی در رشته درمان تکمیلی که جزء لاینفک این قرارداد می باشد عمل خواهد شد.

ماده (۱۲) هزینه های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده اند در زمان صلح مشمول بیمه می باشند.

ماده (۱۳) حق تجدیدنظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین، برای بیمه گر و بیمه گذار محفوظ است.

ماده (۱۳-۱) هرگونه تغییر در مفاد قرارداد یا الحاقیه و اصلاحیه ، اعلامیه بدون اخذ موافقت کتبی طرفین قابل اجرا نمی باشد

ماده (۱۴) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد، در صورت نیاز، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گذار در رابطه با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ می باشد و بیمه گذار موظف است در این زمینه همکاریهای لازم را به عمل آورد.

ماده (۱۵) حل اختلاف: بیمه گر و بیمه گذار کوشش خواهند نمود هرگونه اختلاف نظر ناشی از این قرارداد را از طریق کمیسیون حل اختلاف ( ماده ۹۴ آئین نامه مالی معاملاتی دانشگاه ) حل و فصل نمایند. چنانچه از این طریق به توافق نرسند، رفع اختلاف با مراجع ذیصلاح خواهد بود.

ماده (۱۶) فسخ قرارداد: بیمه گر و بیمه گذار می توانند تحت شرایط تعیین شده از طرف شورای عالی بیمه و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نسبت به فسخ قرارداد اقدام نمایند به همین منظور می بایست هر یک از طرفین ظرف مدت یکماه بصورت کتبی مراتب را به طرف مقابل اعلام نموده تا مطابق ضوابط تعیین شده اقدام گردد.

رئیس هیئت مدیره پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
استان مرکزی

### فصل دوم : شرایط خصوصی قرارداد بیمه درمان گروهی

بیمه گر در مقابل انجام تعهدات مربوط به این قرارداد از سوی بیمه گذار، متعهد است هزینه های درمانی موضوع این قرارداد را مطابق جدول و شرایط ذیل متعهد گردد :

ردیف	تعهدات بیمه درمان	طرح ۱: سرمایه سالانه بیمه (ریال)	طرح ۲: سرمایه سالانه بیمه (ریال)	درصد فرانشیز	نوع تعهد سالانه ( برای هر فرد یا هر خانواده)
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، جراحی دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۲	جبران هزینه اعمال جراحی مربوط به سرطان معز و اعصاب (به استثنای جراحی دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند کلیه، قشریه، پیوند ریه، پیوند کبد و پیوند معز استخوان	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۳	هزینه های زایمان اعم از طبیعی، سزارین	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۴	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع اول: سونوگرافی، هموگرافی - انواع اسکن و سیتی اسکن - انواع آندوسکوپی - MRI - آکو کاردیوگرافی - استرس آکو - دانسیتومتری	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۵	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع دوم: تست ارژی - تست ورزش - تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT) - نوار عضله (EEG) - نوار عصب - نوار مغز - نوار مثانه - شنوایی - سنجی بینایی - سنجی - هولتر مانیتورینگ - قلب - آنژیوگرافی چشم	۷,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۶	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع سوم: اعمال مجاز سرپایی مانند شکسته بندی - گچ گیری - ختنه - بخیه - کرایو تراپی - اکسیژن لیوم - تخلیه کیست بیوپسی - لیزر درمانی حد اکثر تا مبلغ (فهرست اعمال غیر مجاز به ضمیمه قرارداد میباشد)	۷,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۶	نارایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبطه TSZIFT, IUI, GIFT میکرو اینجکشن و IVF و آمینوسنتز	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۷	رفع عیوب انکساری	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۸	جبران هزینه های خدمات آزمایش، باتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، انواع قلب و فیزیوتراپی، کار درمانی، گفتار درمانی، نوار قند و طب سوزنی	۷,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۱۰	هزینه های عینک شامل فریم، شیشه و لنز طبی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۱۱	دندان پزشکی محدود به خدمات: کشیدن و جرم گیری، بروساز، ترمیم، پرکردن، روکش و درمان ریشه موارد غیر بستری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۱۲	ویزیت و دارو	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	فرد
۱۲	حق بیمه ماهیانه هر یک از بیمه شدگان با فرانشیز ۳۰٪	۶۳۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰		

تبصره ۱: هزینه داروهای شیمی درمانی برای هر نفر تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و مجموعاً برای ۲۰ نفر تا ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال از محل بند ۱ پرداخت گردد.

تبصره ۲: برای بیمارانی که از بیمه گر پایه استفاده می کنند طبق تعرفه بخش خصوصی یا دولتی بیمارستانی و سرپایی مجاز در مورد افرادی که از بیمه گر پایه استفاده نمایند مطابق جدول فوق ۳۰ درصد فرانشیز اعمال می گردد.

تبصره ۳: در خصوص طرح ۱ بند ۱۱ جدول تعهدات یک نفر از اعضای خانواده می تواند از محل تعهدات دندان پزشکی سایر اعضای خانواده حد اکثر با احتساب خودش تا سقف ۳ نفر استفاده نماید.

رشد و سلامت بهداشتی و سلامتی  
استان مرکزی





۱-۱۷) اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای بستری بعد از عمل در مراکز درمانی (به غیر از مطب‌ها، که کلاً "غیر مجاز می‌باشند) کمتر از یکروز است.

۲-۱۷) فهرست اعمال غیر مجاز در مطب‌ها که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی غیر مجاز اعلام شده، پیوست می‌باشد. این موارد حتماً باید در مراکز درمانی مجاز (غیر از مطب‌ها) انجام گیرد تا هزینه‌های آن قابل پرداخت باشد.

ماده ۱۸) حق بیمه: حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان با توجه به تعداد بیمه شدگان اعلام شده در هنگام عقد قرارداد، (طرح ۱: مبلغ ۶۳۰,۰۰۰ ریال و طرح ۲: مبلغ ۴۰۰,۰۰۰ ریال) تعیین می‌گردد، (در صورت تغییر عمده در تعداد بیمه شدگان مبلغ حق بیمه ماهیانه نیز با نظر بیمه گر تغییر می‌یابد).

۱-۱۸) مجموع حق بیمه با توجه به ثبت نام بیمه شدگان در دو طرح متعاقباً پس از تکمیل ثبت نام اعلام خواهد گردید که بیمه گذار موظف به پرداخت بصورت ماهیانه می‌باشد.

تبصره: (بیمه‌گذار حداکثر تا ۳۰ روز بعد از تاریخ هر سررسید تعیین شده مهلت دارد مبلغ حق بیمه را در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید و در صورت عدم پرداخت به موقع، به نحوی که در ماده ۹ شرایط عمومی پیش بینی شده عمل خواهد شد).

ماده ۱۹) در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکر شده به میان نیامده بر طبق شرایط بیمه درمان گروهی (مصوب شورای عالی بیمه) که جز لاینفک این قرارداد می‌باشد و تحویل بیمه گذار شده است و توافق جاری مملکت عمل خواهد شد.

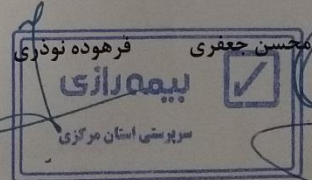
ماده ۲۰) مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است، که از ساعت ۲۴، ۱۳۹۷/۰۸/۰۱ شروع و تا ساعت ۲۴، ۱۳۹۸/۰۸/۰۱ خاتمه می‌یابد. و هر یک از طرفین می‌باید حداقل یک ماه قبل از انقضاء قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدیدنظر در شرایط و مفاد قرارداد کتبی به طرف دیگر اعلام نمایند.

ماده ۲۱) با توجه به اینکه برخی افراد در مرخصی می‌باشند یا به هر دلیلی از ثبت نام جا مانده اند چنانچه بیمه گذار اعلام نماید تا شش ماه پس از شروع قرارداد با در نظر گرفتن دوره انتظار ۳ ماهه برای بستری و اعمال جراحی مهم و زایمان امکان اضافه شدن به لیست بیمه شدگان را با پرداخت حق بیمه ماه‌های گذشته بلامانع می‌باشد

این قرارداد مشتمل بر ۲۱ ماده مربوط به مواد قرارداد می‌باشد و در ۳ نسخه تنظیم گردیده که هر سه نسخه حکم واحد

مجری  
نماینده گی ۲۲۱۳۶۸  
زهره تبرته فراهانی

بیمه گر  
بیمه رازی (شرکت سهامی عام)



بیمه گذار

دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی  
دکتر علی علیمحمدی - محسن جیرایی  
استان مرکزی