



قرارداد

به نام خدا

شماره :

تاریخ :

پیوست :

بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه‌های درمان و پوشش هزینه‌های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه‌ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه‌های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان، این قرارداد بین شرکت طرف بعنوان بیمه‌گذار و شرکت بیمه دانا از طرف دیگر بعنوان بیمه‌گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین‌نامه‌های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته‌های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره ۹۸/۶۰۱/۴۰۳۸۴ مورخ ۹۸/۰۴/۰۲ ۱۳۹۸/۰۴/۰۲ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد می‌گردد. (دو بخش این قرارداد کاملاً منفک از یکدیگر بوده و پوشش برای بازنشستگان در یک بخش می‌تواند شامل بخش دیگر نشود)

شماره قرار داد :

تاریخ صدور:

درمان شاغلین:

تاریخ شروع قرارداد : از ساعت صفر بامداد ۹۸/۰۴/۰۱

عمر و حادثه بازنشستگان:

تاریخ انقضاء قرارداد : تا ساعت صفر بامداد ۹۹/۰۴/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان:

بخش یک : قرارداد بیمه درمان کارکنان (شاغلین و بازنشستگان) صنعت آب و برق

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع قرارداد بیمه :

عبارت است از بیمه خدمات درمانی ناشی از حادثه، بیماری و بارداری بیمه‌شدگان و مسئولیت کارفرما در بیماریهای ناشی از کار به شرح مندرج در این بخش از قرارداد.

ماده ۲- بیمه‌گر: شرکت به نشانی:

ماده ۳- بیمه‌گذار: به نشانی:

ماده ۴- بیمه‌شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی دائم و مدت معین، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرار داد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری) و کلیه کارکنانی که در لیست بیمه‌گر پایه شرکت بیمه‌گذار قرار دارند، بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌بگیران، وظیفه بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل آنان.

تبصره: بیمه‌گذاران موظف به اعلام اسامی بیمه‌شدگان برطبق حکم کارگزینی (ویا قرارداد) کارکنان به بیمه‌گر می‌باشند.

۴-۱- فرزندان پسر کارکنان شاغل، بازنشسته و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی



Handwritten signature and stamp.

قرارداد

شماره :

تاریخ :

پیوست :

و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

تبصره ۱: در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل فرزندان پسر مجرد کارکنان شاغل و بازنشسته و از کارافتاده بعد از محدوده سنی موضوع بند ۱-۴ و نیز فرزندان پسر متأهل که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و در هر صورت بطور پیوسته در طی دوره‌های قبل از این پوشش بیمه‌ای استفاده می‌کرده‌اند صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می‌توانند از پوشش بیمه‌شدگان غیر تحت تکفل (پوشش فرزندان غیر تحت تکفل بازنشستگان همانند بیمه شده اصلی خواهد بود) استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه‌ای طبق مفاد قرارداد بوده اما شامل پوشش‌های بیمه‌ای نازایی، زایمان، سقط، کورتاژ و اقدامات تشخیصی درمانی مرتبط نمی‌باشند.

۲-۴: فرزندان دختر تا ۱۸ سالگی و پس از آن به شرط عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار.

۳-۴: فرزندان کارکنان اناث وفق ارائه گواهی توسط شاغل و بر اساس تعهد نامه پیوست که هیچگونه دفترچه بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان مطابق با ماده ۴ تلقی شود به شرط تحت پوشش بودن کلیه فرزندان (بررسی صحت و سقم موضوع توسط بیمه‌گر انجام می‌شود، تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای از ابتدای

قرارداد مشروط به ارائه تعهد نامه به همراه لیست اولیه)

۴-۴: فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال (با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۵)

۵-۴: پوشش نوزادان از بدو تولد اجباری بوده و بیمه‌گزار موظف است با ارسال اسامی و مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۵ اقدام نماید. لازم بذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت‌های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می‌توانند از دفترچه درمانی بیمه‌شده (مادر) استفاده نمایند.

۶-۴: پدر و مادر غیرتحت تکفل کارکنان شاغل و نیز همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان شاغل اناث، با توجه به شرایط پیش‌بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه‌گر معرفی شده باشند.

تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه‌شده اصلی و همسر کارکنان اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می‌شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی برای بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه سلامت مانند سوابق داشتن دفترچه بیمه درمانی تبعی ۱ از طرف بیمه‌شده اصلی و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه‌شده اصلی و در مورد بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرائط تحت تکفل از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

تبصره ۲: در مورد والدین و همسر شاغلین ذکوری که در طول اجرای قرار داد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند در صورت عدم رعایت ضرب‌الاجل بند ۱-۵ ملاک زمان پوشش، تاریخ ثبت درخواست بیمه‌گذار در دبیرخانه شعبه بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل مواردی مانند مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی، انفصال از خدمت، اخراجی، مأمور، خروج از کفالت و یا قطع هر گونه همکاری می‌باشد که با ارائه مستندات آن (تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام کارگزینی مربوطه) میسر خواهد بود.

۲-۵- در صورتیکه کاهش تعداد بیمه‌شدگان به علت انتقال فیما بین شرکتهای صنعت آب و برق باشد محاسبه حق بیمه و خدمات بیمه‌گر صرفاً تا تاریخ پایان پوشش و بر اساس مفاد مندرج در بند ۴-۵ اعمال می‌شود و در موارد انتقال به خارج از صنعت آب و برق در صورت دریافت خدمات، حق بیمه بیمه‌شده و افراد تحت تکفل وی تا پایان دوره قرارداد محاسبه و مطالبه می‌گردد.

۳-۵- شروع پوشش بیمه‌ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان، تاریخ شروع به کار بیمه‌شده اصلی در شرکت (بیمه‌گذار) خواهد بود. در مورد حذف بیمه‌شدگان، زمان مؤثر تاریخ قطع همکاری بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گذار و با رعایت ضرب‌الاجل بند ۱-۵ است.

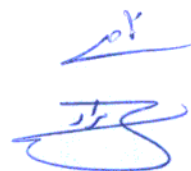
۴-۵- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه‌شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه‌گذار مکلف به تحویل دفترچه‌ها و کارتهای درمانی بیمه‌شدگان حذف شده از قرارداد از ابتدای ماه بعد می‌باشد و بیمه‌گر نیز خدمات خود را ماهانه ارائه خواهد داد.

۵-۵- در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه‌های مقرر می‌باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه‌شده بدون ایجاد وقفه به عهده بیمه‌گذار است.

۶-۵- در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند، ادامه پوشش درمانی منوط به پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرارداد توسط بیمه‌شده و از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه‌گر تعهدی در خصوص جبران هزینه‌های درمان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

۷-۵- در صورتی که بیمه‌شدگان مذکور در طول مرخصی بدون حقوق تحت پوشش بیمه قرار نگیرند بیمه‌گذار مکلف است نسبت به جمع‌آوری و تحویل دفترچه‌ها و کارتهای درمانی مربوط به آنان همزمان با صدور حکم مرخصی اقدام نماید در غیر اینصورت هزینه‌های طول مدت مرخصی به عهده بیمه‌گذار خواهد بود.

ماده ۶ - حق بیمه: حق بیمه هر یک از بیمه‌شدگان به ازای تعهدات مندرج در این قرارداد به طریق ذیل محاسبه می‌شود:



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

۶-۱- شاغلین:

۶-۱-۱- مبلغ ۳۶۵۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هریک از بیمه‌شدگان اصلی.

۶-۱-۲- مبلغ ۸۰۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

۶-۲- افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

۶-۲-۱- مبلغ ۲۰۰۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان.

۶-۲-۲- مبلغ ۱۸۰۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی (هزینه‌های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی‌شود).

۶-۳- مبلغ ۸۰۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه برای هر یک از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته و نیز فرزندان ذکور غیرتحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه.

تبصره ۱: بجز بند ۱۳-۸ و ماده ۹ قرارداد، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ۸ و کلیه بندهای آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۳ از ماده ۸ می‌باشد.

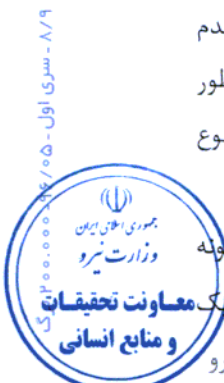
تبصره ۲: پوشش بیمه‌ای مشمولین بند فوق صرفاً از ابتدای قرارداد و همراه با ارسال لیست اولیه خواهد بود.

تبصره ۳: کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کارافتاده می‌شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرار داد فوت می‌شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده اصلی می‌توانند ضمن تحویل دفترچه‌های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوطه به بازنشستگان، پوشش‌های همانند شاغلین به استثنای هزینه‌های مربوط به عینک و دندانپزشکی را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش‌های همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد یا سه ماه از شروع بازنشستگی را دریافت نمایند.

ماده ۷- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه و تسویه حساب:

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه‌شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت پانزده روز از پایان هر ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.
تبصره ۱: با اعلام عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط طرفین به شرکت مادر تخصصی ذریبط (و یا وزارت نیرو برای موسسات و مراکز آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکتهای مادر تخصصی، مراتب به وزارت نیرو و بیمه‌گر طرف قرار داد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نحوه برخورد با موضوع تعیین گردد.

تبصره ۲: بیمه‌گر و بیمه‌گذار موظف به ارسال تصویر یک نسخه از تمام الحاقیه‌های احتمالی که مبنای هر گونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرارداد می‌باشد خواهند بود، اطلاعات مربوطه با فرمت PDF و حداکثر تا یک ماه پس از امضای آن به آدرس پست الکترونیکی hrd@moe.gov.ir دفتر توسعه منابع انسانی وزارت نیرو



نام

تاریخ

شماره :

..... : تاریخ

..... : پیوست

و بصورت جداگانه از سوی بیمه‌گر و بیمه‌گذار ارسال می‌شود. در صورت عدم ارسال، گزارشهای هزینه و عملکرد بیمه‌گر در مورد خسارتهای پرداختی و معوق در دوره قرارداد ۹۸-۹۹ مورد محاسبه قرار نخواهد گرفت، همچنین وزارت نیرو می‌تواند نام شرکتهای زیرمجموعه صنعت آب و برق که از ارسال گزارش امتناع کرده‌اند را برای دوره‌های آتی از لیست واگذاری درمان سازمان تأمین اجتماعی خارج نماید.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه‌گر: در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان با رعایت تبصره‌های ذیل عبارت است از:

تبصره ۱: درمورد کلیه تعهدات بیمه‌گر پرداخت هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که تعرفه مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیأت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود).

تبصره ۲: در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه‌شده صفر خواهد بود.

تبصره ۳: در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه توسط بیمه‌شدگان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان، از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات در کلیه بندهای ماده ۸ (با رعایت تبصره ۱ از بند ۳-۶) با اعمال ۳۵٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه‌شدگان مشمول بند ج از ۱-۸ بوده و بیمه‌گر پایه تعهدی نداشته باشد و یا هزینه‌های دارویی که سهم بیمه‌گر پایه در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه‌گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ انجام خواهد شد.

تبصره ۴: در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقیمانده هزینه‌های مورد تعهد را بر اساس بالاترین تعرفه مصوب پرداخت نماید، در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده 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 ۵: مبنای محاسبه هزینه‌های پرداخت نشده، تعرفه اعلامی مصوب وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه می‌باشد.

۸-۱- تأمین هزینه‌های بیمارستانی و DAY-CARE شامل اعمال جراحی- درمان طبی و زایمان اعم از زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر، ICU، CCU و اتاق ایزوله به شرح زیر می باشد:





قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

الف - تعهدات بیمه‌گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی‌نامه از بیمه‌گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب- تعهدات بیمه‌گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد بیمه‌گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی‌نامه با رعایت اصل همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در منطقه و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری باز پرداخت خواهد شد و در موارد سرپایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت هفت روز کاری پس از دریافت مدارک هزینه‌ها بازپرداخت خواهد شد.

تبصره: در کلیه موارد فوق هزینه‌های قابل پرداخت با کسر فرانشیزهای ذیل محاسبه خواهد شد.

الف - هزینه اعمال جراحی قلب و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

ب- هزینه‌های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در بیمارستانهای درجه یک با ۲۵٪ فرانشیز و در سایر بیمارستان‌ها با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

ج- پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری‌های خاص (منظور از بیماری‌های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که شامل ام اس ، تالاسمی ، هموفیلی ، نارسایی مزمن کلیه و دیالیز) و بیماری‌های صعب‌العلاج (شامل کانسر ، پارکینسون، هیپاتیت ، ایدز، شیمی درمانی، انواع پیوندها از قبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، ریه و کلیه) بر اساس تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص سایر بیماری‌های صعب‌العلاج با نظر مشترک وزارت نیرو و کمیسیون پزشکی بیمه‌گر اقدام خواهد شد.

د- هزینه‌های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری، سقوط یا بر خورد شی در حین انجام کار (در صورت اعلام مراتب به بیمه‌گر حداکثر ظرف مدت سه روز کاری پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

۲-۸- در خصوص هزینه‌های تشخیصی- درمانی سرپایی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی و لیزر درمانی ابتدا ۲۰٪ فرانشیز از هزینه پرداختی کسر و حداکثر تا سقف تعرفه‌های مصوب بخش خصوصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد پرداخت می‌شود. در صورت اعمال حق فنی، پرداخت هزینه آن به عهده بیمه‌شده می‌باشد.



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

۳-۸- انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سرپائی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می‌پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر (درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات)) باشد تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (ده میلیون ریال) قابل پرداخت است.

۴-۸- لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداشدگی شبکیه، قوز قرنیه و ...) با رعایت اصل همترازی و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.

۵-۸- هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه‌های همترازی بیمه‌گر و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت تبصره ۱ از ماده ۸ قابل جبران خواهد بود.

۶-۸- ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه‌دار در بخش خصوصی با اعمال ۲۰٪ فرانشیز به حق ویزیت پرداختی و سپس حداکثر تا تعرفه بخش خصوصی مصوبه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است (تعرفه‌های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی‌گردد).

۷-۸- هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که در دفترچه درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند حداکثر بر اساس قیمت داروهای تولید داخلی قابل پرداخت است. چنانچه پزشک معتمد بیمه‌گر لزوم مصرف و میزان آن را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می‌بایست از طرف پزشک معتمد بیمه‌گر با ارائه مستندات انجام شده باشد) با کسر ۳۰٪ فرانشیز قابل جبران می‌باشد.

تبصره ۲- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تأیید ضرورت مصرف و نام تجاری دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط بیمه‌گر، بررسی می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد)، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) قابل جبران است.

تبصره ۳- حق فنی داروخانه به عهده بیمه‌شده می‌باشد.

تبصره ۴- هزینه سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین که جزء ملزومات دارویی محسوب می‌گردد و همچنین تزریقات بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۵- هزینه نوار تست قند خون بیماران دیابتی وابسته به انسولین در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۷۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.

نام
تاریخ

قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

۳-۱۲-۸- هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستان‌های همتراز طرف قرارداد بیمه‌گر پرداخت می‌گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

۱۳-۸- در هر دو دوره قرارداد تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) حداکثر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ (دو میلیون و پانصد هزار) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۳/۳۷۵/۰۰۰ (سه میلیون و سیصد و هفتاد و پنج هزار) ریال

تبصره : در صورت تمایل بیمه‌گذار در ابتدای قرارداد، کل بیمه‌شدگان با پرداخت حق بیمه بر اساس فرمول ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۵/۵۰۰/۰۰۰ (پنج میلیون و پانصد هزار) ریال برای عینک یک دید و سقف ۳/۵٪ بیشتر از تعهد یک دید برای عینک دو دید، می‌توانند پوشش اخذ نمایند:

(سقف عینک یک دید) $\times ۰/۰۱۶۷۱ =$ حق بیمه ماهانه هر نفر مازاد بر تعهدات بند ۱۳-۸

۱-۱۳-۸- جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینائی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار حداکثر تا نصف سقف تعهد عینک یک دید در بند ۱۳-۸ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود.

۱۴-۸- هزینه‌های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه‌شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه‌های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه‌گر تعهدات خود را (مازاد هزینه‌ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد.

۱۵-۸- بیمه‌گر متعهد می‌گردد لیست کلیه مراکز طرف قرارداد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتباً به بیمه‌گذار اطلاع دهد و همچنین بیمه‌گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه‌شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه‌های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه‌شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه‌گر مکلف است تمامی مراکز مذکور را طرف قرارداد خود قرار دهد.

۱۶-۸- 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. در این رابطه بیمه‌گر موظف است همزمان با مبادله قرارداد مدارک و مستندات عمومی مورد نیاز در ارتباط با موضوعات قرارداد به بیمه‌گذار اطلاع‌رسانی شود.

۱۷-۸- هزینه‌های خارج از کشور:

الف) هزینه‌های درمانی خارج از کشور بیمه‌شدگان در صورت تأیید اصل مدارک توسط سفارت یا کنسولگری و یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در آن کشور پس از ترجمه رسمی مدارک و با موافقت کتبی وزارت نیرو حداکثر برابر بالاترین تعرفه مورد عمل در بیمارستانهای درجه یک طرف قرارداد بیمه‌گر در تهران طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.





قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

- ۶- هزینه‌های مربوط به عقیم‌سازی مانند وازکتومی و TL.
- ۷- هزینه‌های مربوط به تهیه لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب واریس، شکم بند و نظایر آن (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد). کلیه هزینه‌های مربوط به لوازم مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده می‌شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی‌شود.
- ۸- هزینه‌های ترک اعتیاد.
- ۹- هر نوع چک آپ و آزمایشات دوره‌ای (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).
- ۱۰- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- ۱۱- هزینه‌های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل، بیمه‌شده باشد.
- ۱۲- جنون (در صورت عدم آگاهی بیمه شده نسبت به بیماری خود و همچنین به غیر از مواردی که تحت پوشش بیمه پایه قرار دارد)

بخش دو - قرارداد بیمه عمر و حادثه برای بازنشستگان صنعت آب و برق کشور

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

- ماده ۱ - موضوع قرارداد :** عبارتست از بیمه عمر (فوت به هر علت) و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، در تمام اوقات شبانه روز
- ماده ۲ - بیمه‌شدگان:** عبارتند از بازنشستگان بیمه‌گذار.
- تبصره ۱)** بازنشستگان تنها در یک نوبت و در ابتدای قرار داد می‌توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند. صرفاً کارکنان شاغلی که در طول مدت این قرار داد بازنشسته می‌گردند تا سه ماه بعد از تاریخ ابلاغ حکم بازنشستگی می‌توانند به این قرار داد اضافه گردند و تاریخ شروع پوشش از تاریخ ثبت درخواست در دبیرخانه بیمه گر می‌باشد.
- تبصره ۲)** بیمه‌شدگانی که به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه‌نامه استفاده نموده‌اند از شمول این قرارداد خارج می‌باشند.
- تبصره ۳)** بیمه‌شدگان حداکثر تا سن ۸۵ سال تمام تحت پوشش بیمه عمر (فوت به هر علت) و نقص عضو دائم ناشی از حادثه می‌باشند و بعد از ۸۵ سالگی صرفاً تحت پوشش بیمه فوت و نقص عضو دائم ناشی از حادثه می‌باشند.
- تبصره ۴)** بیمه‌شدگانی که در طول مدت قرارداد در بیمه عمر، سن آنها از ۸۵ سال تمام تجاوز نماید کماکان تا پایان سال بیمه‌ای تحت پوشش خواهند بود.

نام
مهر



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

ماده ۳ - تعریف حادثه: عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، ازکار افتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

ماده ۴ - تعریف نقص عضو و ازکارافتادگی: عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۵ - بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه بیمه شدگان را شامل: نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه و محل صدور و کد ملی را تهیه و جهت بیمه گر ارسال دارد.

ماده ۶ - حق بیمه : حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان

۱-۶ پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۱۲۲۹۳۶ (یکصد و بیست و دو هزار و نهصد و سی و شش) ریال به همراه پرداخت مالیات بر ارزش افزوده به میزان ۱۱۰۶۴ (یازده هزار و شصت و چهار) ریال جمعاً به میزان ۱۳۴۰۰۰ (صد و سی و چهار هزار) ریال تا سن ۸۵ سالگی بابت پوشش بیمه عمر و نقص عضو ناشی از حادثه و از سن ۸۵ سالگی به بعد ماهیانه ۱۱۹۲۷ (یازده هزار و نهصد و بیست و هفت) ریال به همراه مالیات بر ارزش افزوده به میزان ۱۰۷۳ (یک هزار و هفتاد و سه) ریال جمعاً به میزان ۱۳۰۰۰ (سیزده هزار) ریال بابت پوشش بیمه حادثه محاسبه و اعمال خواهد شد.

تبصره ۱) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه - حق بیمه هر ماه بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد می بایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود .

تبصره ۲) غرامت بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳) تعهدات بیمه گذار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه گر می باشد.

ماده ۷ - وظایف بیمه شده و بیمه گذار در صورت وقوع حادثه:

به محض وقوع حادثه غیر از فوت ، بیمه شده موظف است به پزشک مراجعه و دستورات وی را رعایت نماید. بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب راکتیباً به اطلاع بیمه گر برساند. در صورت فوت بیمه شده، بیمه گذار باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند.

تبصره: بیمه گذار موظف است مدارک مورد نیاز ذیل را در صورت وقوع حادثه به همراه درخواست کتبی جهت بیمه گر ارسال نماید. در غیر اینصورت، بیمه گر حداکثر تا دو سال از گذشت وقوع حادثه متعهد به جبران غرامت متعلقه می باشد.



نام
تاریخ



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

الف (در صورت فوت :

۱. اصل یا تصویر مصدق رونوشت خلاصه مرگ صادره توسط سازمان ثبت احوال .
۲. اصل یا تصویر مصدق گواهی پزشکی قانونی یا آخرین پزشک معالج مبنی بر تعیین علت فوت و تاریخ آن.
۳. اصل یا تصویر مصدق گزارش مشروح در صورت فوت ناشی از حادثه که توسط مراجع ذیصلاح انتظامی یا قضائی تنظیم و نام بیمه شده متوفی در آن قید شده باشد.
۴. تصویر مصدق کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی.
۵. تصویر برابر اصل کارت ملی بیمه شده متوفی.
۶. تصویر مصدق اولین حکم بازنشستگی صادره توسط سازمان تأمین اجتماعی یا سازمان بازنشستگی کشوری.

ب (در صورت نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه:

۱. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مامور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد.
 ۲. گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم بیمه شده.
 ۳. تصویر شناسنامه بیمه شده.
 ۴. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه شده.
 ۵. تصویر برابر اصل کارت ملی بیمه شده.
- تبصره -** در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را در هنگام سانحه به عهده داشته باشد، در این صورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تأییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی بر داشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸- بیمه گر متعهد است در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم (جزئی و کلی) بیمه شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، موضوع ماده ۷ فوق، غرامت ذیل را حسب مورد صرفاً در وجه بیمه شده یا ذینفع و در صورت عدم تعیین ذینفع به وراثت قانونی وی پرداخت نماید.

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل می باشد:

- ۱- فوت به هر علت صرفاً برای بیمه شدگان تا سن ۸۵ سال ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
 - ۲- فوت ناشی از حادثه صرفاً برای بیمه شدگان بیش از ۸۵ سال ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
 - ۳- نقص عضو دائم کلی ناشی از حوادث مشمول بیمه ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
 - ۴- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
- (براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

نام

تاریخ



شماره :

تاریخ :

پیوست :

ماده ۹- بیمه‌گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه‌گذاران در مورد سایر دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می‌نماید اقدام نماید.

بخش سوم - مقررات گوناگون

ماده ۱ بیمه‌گر و بیمه‌گذار سعی خواهند نمود هر گونه اختلاف ناشی از تفسیر یا اجرای این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند.

ماده ۲- به منظور تسریع در انجام امور بیمه‌ای و پرداخت خسارت، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد طرفین موضوع این قرارداد جهت بیمه‌گر و بیمه‌گذار محفوظ می‌باشد.

ماده ۳- در صورت حذف مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی توسط سازمان امور مالیاتی کشور مبالغ مذکور در ماده ۶ قابل پرداخت نخواهد بود.

ماده ۴- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیونی مشترک متشکل از نمایندگان بیمه‌گر و بیمه‌گذار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.

ماده ۵ - موارد مسکوت یا پیش‌بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه‌های درمان، عمر و حوادث و قانون، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده ۶- مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۹۹/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۹۹/۴/۱ منقضی می گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.

ماده ۷- در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه‌گذار و یا بیمه‌گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای فیما بین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقنامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.

ماده ۸- بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضاء مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.

ماده ۹- بیمه‌گر موظف است میزان دسترسی بیمه‌شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی کاهش ندهد در غیر اینصورت موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرار داد با بخش‌های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می‌شود) را به وزارت نیرو و بیمه‌گذار اعلام نماید.

ماده ۱۰- سهم بیمه شده در مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد بیمه گر تنها فرانشیز مربوطه می باشد (به استثنای حق فنی). چنانچه مبلغ مازاد بر فرانشیز از بیمه شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه گر موظف به جبران آن می باشد.





قرازداد

شماره :

تاریخ :

پیوست :

ماده ۱۱- بیمه‌گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده دفترچه بیمه‌شده در هر کجای کشور بدون انجام فرآیندهای اداری اضافی مهیا شده و هزینه درمانی بیمه‌شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه‌گذار در هر شهر مورد مراجعه بیمه‌شده به شعب بیمه‌گر قابل پرداخت باشد.

ماده ۱۲- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه‌شده مقصر حادثه نیست را با رعایت اصل جانشینی پرداخت نماید.

ماده ۱۳- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۳۱ تبصره، در بخش دو شامل ۹ ماده و ۱۰ تبصره و در بخش سه شامل ۱۳ ماده و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی‌باشند.

شرکت بیمه‌گذار

شرکت سهامی بیمه دانا



نام

تاریخ

قرارداد

..... : شماره

..... : تاریخ

..... : پیوست

ضمیمه تعهدنامه بند ۳-۴ از بخش یک قرارداد



..... شرکت پیمه

نظر به اینکه فرزندان اینجانب از هیچ گونه پوشش بیمه درمانی از طریق پدر (همسر اینجانب) برخوردار نیستند ، لذا خواهشمند است تمهیدات لازم نسبت به صدور دفترچه درمانی جهت آنان در نظر گرفته شود .

بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا متعهد به پرداخت کلیه خسارات وارده و در این ارتباط موارد مرتبط، با ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی در مورد اینجانب از طرف بیمه گر قابل پیگیری خواهد بود .

امضاء
مدیر امور اداری شرکت

نام و نام خانوادگی بیمه شده
امضاء



۸/۹ - سری اول - ۹۶/۰۵۰۰۰۰۰۰ برگ

☎ 1177.971-1.
📠 11792997

📍 ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان ۱۵، پلاک ۲ - کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷



قرارداد

شماره :
تاریخ :
پیوست :

ضمیمه (۱)

ضمیمه مربوط به تبصره ۲ از بند ۶-۴ بخش اول قرار داد

نام خانوادگی : نام :

کد ملی : تاریخ تولد :

نسبت با بیمه شده اصلی :

آیا تا به حال از پوشش بیمه وزارت نیرو استفاده می کردید؟

اگر جواب بالا مثبت است لطفا مدت زمان و آخرین سال دوره پوشش را ذکر فرمایید :

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

☐ پوشش مناسب درمان وزارت نیرو

☐ به دلیل بیماری

☐ به دلیل نیاز به عمل جراحی

لطفاً نوع عمل را ذکر نمایید :

تعهد نامه :

اینجانب اعلام می نمایم که به کلیه سئوالات بدون کتمان حقیقت پاسخ داده و در

صورت اثبات خلاف موضوع ضمن فسخ قرار داد ، ضرر و زیان بیمه گر را جبران خواهم نمود.

تأیید بیمه شده اصلی :

امضاء :

نام و نام خانوادگی :

امضاء :



ضمیمہ (۲)

شماره :

تاریخ :

پیوست :

جدول هزینہ ۴ ماہہ بخش اول قرارداد بیمہ جامع تأمین و حفظ سلامت
کارکنان صنعت آب و برق

توجه : حق بیمه های صادره، دندانپزشکی، عینک و هزینه اداری (در صورت پرداخت) در جدول ذیل مربوط به کل دوره قرار داد (یک ساله می باشد)

[illegible]

امضاء رئیس شعبه بیمه گر :

امضاء مدیر امور کارکنان شرکت بیمه گذار :

