

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۹/۲۸

شماره: ۹۷/۴۲۴۱۵/۵۰۰

پیوست:



باسمه تعالی

جناب آقای مهندس متولی زاده
مدیر عامل محترم شرکت توانیر
جناب آقای مهندس جانباز
مدیر عامل محترم شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور
جناب آقای مهندس حاج رسولیها
مدیر عامل محترم شرکت مدیریت منابع آب ایران
جناب آقای مهندس طرزطلب
مدیر عامل محترم شرکت مدیریت تولید برق حرارتی

با سلام و احترام

پیرو نامه شماره ۹۷/۳۸۷۹۵/۵۳۰ مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۷ و در راستای اجرای مصوبه شماره ۹۲۱۳۸/ت/۵۵۷۸۳ مورخ ۱۳۹۷/۷/۱۴ هیئت محترم وزیران و به منظور رعایت حقوق بازنشستگان ایثارگر معزز، با عنایت به نامه‌های شماره ۹۷/۲۰۰/۲۳۶۹۸ مورخ ۱۳۹۷/۹/۲۰ و شماره ۹۷/۱۰۰/۸۸ مورخ ۱۳۹۷/۹/۲۷ شرکت بیمه دی لطفاً ترتیبی اتخاذ نمایید تا آن شرکت و شرکتهای تابعه (دولتی) زیرمجموعه که در شمول تعریف دستگاه اجرایی مطابق موضوع مصوبه مورد اشاره هستند و یا شرکتهای غیردولتی زیرمجموعه که اسامی آنها در آخرین فهرست واگذاری شرکتهای مشمول اصل ۴۴ قانون اساسی قرار دارند، با عنایت به نامه شماره ۵۴۰/۸۲۰/۹۸۵۸ مورخ ۹۷/۹/۲۶ معاون محترم حقوقی و امور مجلس بنیاد شهید و امور ایثارگران، مستند به ماده (۶۶) قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت - مصوب ۱۳۹۳، اقدام به عقد قرارداد بیمه درمانی بازنشستگان ایثارگر با شرکت بیمه دی و در قالب قرارداد ابلاغی (پیوست) نمایند. شایان ذکر است آن شرکت و شرکتهای زیرمجموعه می‌توانند جهت تسریع در اطلاع‌رسانی به سایت دفتر توسعه منابع انسانی به آدرس <http://hrd.moe.gov.ir> مراجعه نمایند.

علی اکبر مهاجری

معاون تحقیقات و منابع انسانی

شماره: ۹۷/۰۸/۰۱
تاریخ: ۹۷/۰۹/۲۰
پیوست:

قرارداد بیمه مازاد درمان ایثارگران بازنشسته

شماره قرارداد: تاریخ صدور: تاریخ شروع: ۹۷/۰۸/۰۱
بیمه‌گذار: تاریخ انقضاء: ۹۸/۰۷/۳۰

تعداد بیمه‌شدگان پایه نفر می‌باشد و تعداد بیمه‌شدگان در پایان قرارداد مطابق الحاقیه‌های صادره محاسبه خواهد گردید.

این قرارداد بین شرکت سهامی بیمه دی به نمایندگی آقای محمد رضا کشاورز فرزند حسین به شماره ملی ۳۵۴۹۸۳۹۷۶۶ به عنوان مدیر عامل به نشانی میرداماد بین نفت و مدرس که از این پس بیمه‌گر نامیده می‌شود از یک طرف و به نمایندگی آقای فرزند به شماره ملی به عنوان و به نشانی که از این پس بیمه‌گذار نامیده می‌شود از طرف دیگر براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶، مقررات و آئین نامه‌های شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط خصوصی ذیل منعقد می‌گردد:

بیمه‌گر

بیمه‌گذار

شرکت بیمه دی

محمد رضا کشاورز



1

Handwritten signatures and stamps, including a date stamp ۹۷/۰۹/۲۰.

فصل اول: کلیات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصراً با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند:

ماده ۱- بیمه گر

شرکت سهامی بیمه دی در این قرارداد مابازاء تعهدات بیمه گذار مسئولیت جبران خسارت را بعهده دارد.

تبصره یک: بیمه خدمات درمانی یا بیمه های پایه دیگر بعنوان بیمه گر اول و شرکت سهامی بیمه دی بعنوان بیمه گر دوم محسوب می شوند.

ماده ۲- بیمه گذار

..... در این قرارداد متعهد پرداخت حق بیمه می باشد.

ماده ۳- بیمه شدگان

عبارتند از بازنشستگان ایثارگر (جانبازان ، آزادگان و شهدا) به همراه افراد تحت تکفل آنان که اسامی آنان به بیمه گر ارائه می گردد.

تبصره یک: فرزندان مجرد ذکور جانبازان و آزادگان تا سن ۴۲ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا زمان تحصیل بیمه می شوند.

تبصره دو: پوشش بیمه ای فرزندان ذکور جانبازان و آزادگان که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

تبصره سه : فرزندان اناث بیمه شده اصلی تا زمان مجرد و یا اشتغال به کار، می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره چهار: فرزندان مجرد و غیرشاغل اعم از مونث و مذکر بیمه شده اصلی موضوع ماده ۳ که دارای معلولیت یا بیماری خاص، بیماری صعب العلاج یا محجوریت می باشند با تائید بیمه گذار و ارائه مستندات و بدون سقف سنی می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

ماده ۴- موضوع بیمه

عبارتست از جبران هزینه های پزشکی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث مشمول بیمه مازاد بر بیمه خدمات درمانی و حوادث ترافیکی طبق شرایط مقرر در این قرارداد.



۹۷۹۹۱

تایید

ماده ۵ - مشخصات بیمه شدگان

بیمه‌گذار موظف است هنگام عقد قرارداد پس از امضاء و مبادله قرارداد فهرست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان را به شرکت بیمه گر ارسال نماید. بدیهی است ملاک صدور معرفی‌نامه یا پرداخت هزینه‌های پزشکی اسامی مندرج در لیست مذکور می‌باشد.

تبصره یک: مهلت اصلاح کلی لیست بیمه‌شدگان حداکثر ۳ ماه از تاریخ قرارداد می‌باشد.

تبصره دو: لیست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان می‌باید حاوی اطلاعات زیر و نمونه فایل اکسل ضمیمه باشد:

نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز، ماه، سال)، شماره شناسنامه، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه‌شده اصلی، کد ملی و شماره شبای بیمه شده اصلی، شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی

تبصره سه: بیمه‌گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه‌شدگان را به صورت کتبی ظرف مدت ۱ ماه برای بیمه‌گر ارسال نماید و بعد از مهلت مقرر، تاریخ موثر افزایش و کاهش از تاریخ دریافت نامه بیمه‌گذار (ثبت در دبیرخانه شرکت بیمه دی) امکان پذیر می‌باشد.

۱/۳/۵/ت تاریخ موثر برای حذف بیمه‌شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه‌گذار و ظرف مدت ۱ ماه و از تاریخ دریافت نامه وی می‌باشد. موارد حذف بیمه‌شدگان عبارتست از فوت بیمه‌شدگان و خروج از کفالت به جزء افراد تبصره ۵ ماده ۳

۲/۳/۵/ت بیمه‌شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه‌ای اعضای خانواده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد یافت.

۳/۳/۵/ت افرادی که در طول مدت قرارداد می‌توانند به تعداد بیمه‌شدگان اضافه شوند عبارتند از کسانی که در طول مدت قرارداد با تأیید کمیسیون پزشکی بنیاد تحت پوشش قرار می‌گیرند و جانباز شناخته می‌شوند به همراه افراد تحت تکفل آنان (والدین، همسران و فرزندان) از زمان تأیید درصد توسط کمیسیون پزشکی بنیاد و افرادی که در اثنای سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه‌شده اصلی قرار خواهند گرفت.

۴/۳/۵/ت نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند منوط به آنکه بیمه‌گذار اسامی آنها را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه‌گر اعلام نماید.

۵/۳/۵/ت در صورت اعلام هر یک از واجدین شرایط بند ۳/۵/۳/ت برای اضافه شدن در لیست بیمه تکمیلی، بیمه‌گر باید با راهکارها و سازکار مناسب جهت ثبت نهایی، اضافه شدن این اسامی به لیست مزبور را ظرف مدت یک هفته صورت دهد.



۹۷۹۹۱

نام

شماره: ۲۳۶۹۸
تاریخ: ۹۷/۹/۲۰
پیوست:

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۶- میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه گر، حق بیمه خالص ماهانه قرارداد هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۱,۵۶۰,۹۷۰ ریال تعیین می گردد که بیمه گذار موظف است براساس تعداد بیمه شدگان محاسبه و ماهانه در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

ماده ۷- ترتیب پرداخت حق بیمه

بیمه گذار مکلف است حق بیمه سالیانه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان محاسبه و تا تاریخ انتهای سال ۱۳۹۷ در وجه بیمه گر پرداخت و یا به شماره شبای ۴۳۶۲۶۶۷۲۶۷ ۶۲۰۱۲۰۰۲۰۰۰۰۰۰ (شماره حساب IR ۴۳۶۲۶۶۷۲۶۷) بانک ملت واریز نموده و تسویه نماید و مراتب را بابت موضوع پرداخت که شامل اطلاعات مربوط به تعداد بیمه شدگان مرتبط با مبلغ پرداختی و ماه بیمه پردازی است، کتبا به اطلاع بیمه گر برساند.

تبصره یک: حق بیمه مربوطه به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین می گردد، می بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماه های آتی حداکثر تا پانزده ماه بعد تسویه شود.

۱/۷/۱) در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می شود.

۲/۷/۱) در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد.

۳/۷/۱) با حذف هریک از بیمه شدگان و در صورت دریافت هزینه ی درمانی، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد می باشد به استثناء بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد فوت می نمایند.

فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۸: حدود تعهدات

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات	توضیحات
۱	هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	بدون سقف	بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی day care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) آنژیوگرافی قلب و کلیه و سایر عروق، هزینه های عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن، بستری اعصاب و روان، درمان سرطان ها و شیمی درمانی (بستری بیمارستانی و سرپایی و در مطب) - زایمان و سزارین - رادیوتراپی و تهیه و تامین کلیه تجهیزات، داروها و پروتوزهای مورد نیاز در حین جراحی و بستری به استثنای اقلام بهداشتی
۲	جبران هزینه شش عمل جراحی مهم (اصلی)	بدون سقف	شامل قلب، مغز و اعصاب (باستثنای دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه، کبد، ریه و مغز استخوان
۳	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	بدون سقف	شامل انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، ام آر آی، انواع آندوسکوپی و اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتری و سایر تست های تنفسی، پلی سومنوگرافی و کلیه اقدامات پاراکلینیکی جدید که دارای تعرفه وزارت بهداشت و درمان می باشند.
۴	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	بدون سقف	تست ورزش، هولترمانیتورینگ نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، آنژیوگرافی چشم، باز توانی قلبی - ریه و فیزیوتراپی در مراکز درمانی و منزل طبق دستورالعمل بیمه گر



۹۷۹۰۱

شماره: ۲۳۶۹۸
تاریخ: ۹۷/۹/۲۰
پیوست:

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات	توضیحات
۵	هزینه جراحیهای مجاز سرپایی و بدون بستری	بدون سقف	مانند شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم) و کلیه جراحیهای مجاز سرپایی که تعرفه نظام پزشکی و وزارت بهداشت و درمان دارند.
۶	هزینه رفع عیوب انکسار دید چشم (برای هر چشم) بدون بستری	بدون سقف	چنانچه نقص بینایی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر (قبل از عمل) سه دیوپتر و یا بیشتر باشد
۷	جبران هزینههای آمبولانس داخل شهر خارج شهر	بدون سقف	وسایر فوریتهای پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می گردد و یا ترخیص از بیمارستان با نظر پزشک معالج (جانبازان ۷۰٪ و افراد بالای ۷۰ سال و همچنین بیماران صعبالعلاج از شرط بستری و ترخیص از بیمارستان مستثنی می باشند).

تبصره ۱: استفاده از دفترچه بیمه گر پایه و سهم بیمه گر اول به هر نحو الزامی است، در غیر اینصورت تعهدات مالی لازم از بیمه شده بابت سهم بیمه گر اول دریافت خواهد شد که بعد از تسویه حساب سهم بیمه گر اول توسط بیمه شده با بیمه دی تعهدات عودت داده می شود.

تبصره ۲: ارائه خدمات در مراکز طرف قرارداد بیمه گر بصورت کامل و بدون در نظر گرفتن فرانشیز می باشد.

تبصره ۳: در صورتی که هرگونه سیاست و آئین نامه ای از سوی هیئت وزیران قبل از انعقاد قرارداد ابلاغ شود، قابل اجرا می باشد.

سایر تعهدات:

(۱) انواع ویزیت های سرپایی و ویزیت های کنترل سلامتی افراد دارای خطر بیماری بالا در منزل و مطب طبق شیوه نامه بیمه دی و بنیاد شهید

(۲) انواع مشاوره های پزشکی و درمانی

(۳) انواع خدمات آزمایشگاهی

(الف) جبران هزینه انواع آزمایشات تشخیصی طبی و انواع آزمایشات آسیب شناسی و تست های آلرژی

(ب) جبران هزینه آزمایشات ژنتیک جهت بیمه شدگان قبل و حین بارداری

(ج) جبران هزینه آزمایشات ژنتیک از قبیل آمینوسنتز، پی جی دی و غیره

(د) جبران هزینه آزمایشات چکاپ و دوره ای برای کل بیمه شدگان

(۴) جبران هزینه انواع خدمات تصویربرداری به همراه داروهای مصرفی و ست مربوطه

(۵) جبران هزینه اقدامات پاراکلینیکی شامل تزریقات، انواع پانسمان (از جمله پانسمان ویژه جهت بیماران دارای زخم

بستر و دیابت)، سنداژ، ساکشن، فیزیوتراپی و توانبخشی، اکسیژن تراپی در منزل و مرکز درمانی

(۶) جبران هزینه انواع خدمات تشخیصی چشم پزشکی

(۷) جبران هزینه های روان درمانی، مشاوره، کاردرمانی، آب درمانی (صرفاً در مراکز درمانی)، گفتار درمانی و شنوایی

سنجی در مراکز درمانی، توانبخشی، روزانه و منزل

(۸) جبران هزینه های درمان ناباروری (بستری، سرپایی و دارو) و نگهداری اسپرم و فریز جنین تا یکسال

(۹) جبران هزینه های لیزر درمانی پوست از نظر زیبایی و ترمیم اسکار جهت جانباز در موارد مرتبط با مجروحیت.



۹۷۹۶۱

شماره: ۹۷/۲۰۰/۲۳۴۹۸
تاریخ: ۹۷/۹/۲۰
پیوست:

- (۱۰) جبران هزینه‌های طب سوزنی و کایروپراکتیک و طب سنتی و نوروفیدبک در سقف ویزیت پزشک عمومی
- (۱۱) جبران هزینه خرید پیوند اعضا حداکثر تا سقف ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای دهنده با تالید بیمه گر.
- (۱۲) جبران هزینه‌های جراحی فک و صورت جهت جانبازان در موارد مرتبط با مجروحیت و سایر بیمه‌شدگان با تالید بیمه گر صرفاً در موارد تومور و شکستگی جدید
- (۱۳) جبران هزینه همراه و اتاق خصوصی جانبازان ۷۰٪، والدین و همسران شهید بالای ۶۰ سال و بیمه‌شدگان دارای معلولیت شدید (با دستور پزشک معالج و تالید بیمه گر)
- (۱۴) مسمومیتهای دارویی جهت جانبازان اعصاب و روان بدون نیاز به تالید و برای سایر بیمه‌شدگان با تالید بیمه گر
- (۱۵) جبران کلیه هزینه‌های داروهای عمومی و تخصصی اعم از بستری و سرپایی طبق فارماکوپه دارویی کشور، فارماکوپه داروهای گیاهی کشور و پرداخت حق فنی نسخ و پرداخت اختلاف قیمت داروها با برندهای مختلف و هزینه لوازم مصرفی درمانی مانند سرنگ و ست سرم
- (۱۶) جبران هزینه داروهای شیمی درمانی، داروهای پیوند اعضا و اختلالات رشد و همچنین داروهای اعصاب و روان، قلبی، آنتی بیوتیک‌ها مطابق با تجویز پزشک متخصص (نوع وارداتی و نوع داخلی) و داروهای وارداتی که از مراکز مجاز تهیه می شود فقط با تجویز پزشک معالج متخصص
- (۱۷) جبران هزینه صابون‌ها، شامپوها که جنبه درمانی دارند و کرم‌های ضد آفتاب و کرم و لوسیون‌های مرطوب‌کننده با تجویز پزشک معالج برای جانبازان در مواردی که جنبه درمانی داشته و مرتبط با مجروحیت باشد.
- (۱۸) جبران هزینه‌های ICU در منزل
- (۱۹) جبران هزینه انواع تستهای تنفسی شامل بادی پلتیسموگرافی، ارگواسپیرومتری، رینومانومتري، استفاده از RV-TIC, SBO2, PIMAX, PEMAX, BODYBOX, DLCO, IOS, MCT, UBT, IDACOMPACT
- (۲۰) هزینه درمانی بیماران بیمه‌شده در خارج از کشور جهت درمان پس از تالید سفارت ایران در آن کشور و طبق تعرفه بیمارستان درجه یک خصوصی محاسبه و پرداخت شود.
- (۲۱) علی الحساب خرید دارو و تجهیزات پزشکی و هزینه مراکز درمانی غیرطرف قرارداد می‌بایست در قبال ارائه پیش فاکتور در وجه مرکز مربوطه پرداخت گردد.
- (۲۲) جبران هزینه تهیه و کاشت حلزون شنوایی و تجهیزات جانبی مرتبط
- (۲۳) جبران هزینه جراحی و کاشت سلولهای بنیادی
- (۲۴) جبران هزینه اکسیژن هایپر بار و ازن تراپی
- (۲۵) جبران هزینه‌های تغییر جنسیت با مجوز پزشکی قانونی
- (۲۶) جبران هزینه ست کارشناسی و کلیه تجهیزات مصرف شده حین جراحی بطور کامل و طبق فاکتور
- (۲۷) جبران هزینه جراحی نوکلئوپلاستی همراه با ست کامل ازن
- (۲۸) جبران هزینه پرستاری یا مراقب در بیمارستان (غیر از هزینه همراه)
- (۲۹) جبران هزینه‌های ارتز و پروتز با تالید طبق دستورالعمل بیمه دی و بنیاد شهید



ناصر

شماره: ۲۳۹۹۸
تاریخ: ۹۷/۹/۲۰
پیوست:

۳۰ در صورت نیاز به مراجعه بیمه شده به کمیسیون پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران به تشخیص بیمه گر، جبران هزینه ویزیت های تخصصی کمیسیون های پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران و مشاوره قبل از کمیسیون توسط پزشکان مشاور ایثارگران

تبصره یک: کلیه الحاقیه ها و متمم های قرارداد تحت شمول عام تعهدات طرفین قرارداد بوده و جزء لاینفک این قرارداد می باشد.

تبصره دو: بیمه گر متعهد می شود براساس اسامی دریافتی نسبت به تسهیل و تسریع در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی و توانبخشی و بازتوانی اقدام نماید.

۸/۲/۱ (ت) طبق اطلاعات جمع آوری شده، بیمه گر متعهد می شود بر اساس شاخصهای موجود اطلاعات را جمع بندی و تحلیل آنها را جهت بهره برداری و برنامه ریزی بعدی به بیمه گذار نیز ارائه نماید.

تبصره سه: بیمه گر متعهد می گردد خسارتهای مستقیم بیمه شده را، حداکثر تا ۱۵ روز پس از دریافت اسناد مثبته پرداخت نماید.

تبصره چهار: در صورت وجود شعبه اختصاصی و مستقل بیمه گر جهت ایثارگران در تهران و یا سایر استانها، بیمه شدگان برای ارائه خدمات می توانند از شعب مذکور استفاده نمایند.

تبصره پنج: بیمه گر متعهد می گردد نسبت به ارائه گزارشات دوره ای بر مبنای اطلاعات پرداخت خسارت و یا اطلاعات مورد نیاز بیمه گذار اقدام نماید.

ماده ۹ دوره انتظار:

بیمه شدگان این قرارداد مشمول دوره انتظار نمی گردند.

ماده ۱۰- ترتیب بستری شدن بیمه شدگان

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان ها و مراکز درمانی مجاز، مختار است.

۱۰/۱) چنانچه بیمه شدگان در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند.

۱۰/۱/۱) پیش پرداخت در وجه بیمارستان توسط بیمه گر تا حداکثر ۷۰ درصد پیش فاکتور پرداخت شود.

۱۰/۱/۲) اصل مدارک و صورتحسابهای بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را با رعایت تبصره یک از ماده ۸ شخصا به بیمه گر پایه ارائه و تصویر اسناد را با تاییدیه دریافت از سهم بیمه گر اول و یا تصویر چک جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال نمایند.

تبصره: مهلت تحویل مدارک بیمارستانی به بیمه گر جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت هشت ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر شش ماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر شش ماه بعد از انجام آن خواهد بود.

۱۰/۱/۳) محاسبه هزینه های بیمارستانی، براساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم درجه طرف قرارداد با بیمه گر می باشد. در صورت عدم تعیین حق العمل جراح در صورتحساب بیمارستان این هزینه حداکثر معادل پنج برابر تعرفه خدمات درمانی محاسبه و پرداخت خواهد شد.



۹۷۹۵۱

Handwritten signatures and initials.

شماره: ۲۳۹۹۸
تاریخ: ۹/۹/۲۰
پیوست:

۱۰/۱/۴ محاسبه هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی در بخش سرانه، براساس تعرفه‌های اعلام شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حسب مورد برای بخش دولتی و خصوصی.

۱۰/۲ چنانچه بیمه‌شدگان بخواهند از خدمات بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده نمایند موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند.

۱۰/۲/۱ کلیه بیمه‌شدگان مشمول این قرارداد می‌توانند به همراه دفترچه خدمات درمانی و یا بیمه‌های پایه دیگر بدون نیاز به اخذ معرفی‌نامه مستقیماً به مراجع درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه‌گر مراجعه نمایند.

۱۰/۲/۲ هزینه‌های خارج از تعهد درمانی و غیربیمه‌ای بعهده بیمه‌شده می‌باشد.

ماده ۱۱) سایر توافقات

هر گونه تغییر در شرایط و مقررات این قرارداد با توافق کتبی طرفین و طی تدوین و ابلاغ الحاقیه که جز لاینفک این قرارداد محسوب می‌شود انجام خواهد پذیرفت.

فصل چهارم: مقررات گوناگون

ماده ۱۲: ارائه خدمات به صورت آنلاین

بیمه‌گر مکلف است پس از ثبت اطلاعات ایتارگر در سیستم بیمه، نسبت به ارائه خدمات با کد ملی و از طریق سیستم یکپارچه و سامانه درمان اقدام نماید.

ماده ۱۳: شرایط و مقررات

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شوندگان از طرف بیمه گذار مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است بیمه‌گر مجاز به تغییرات در میزان و شرایط قرارداد طبق مصوبات شورایعالی بیمه و مقررات مربوطه خواهد بود.

ماده ۱۴ - حل اختلاف نظر

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع از طریق مذاکرات فی‌مابین حل و فصل خواهد شد. حضور نمایندگان حوزه‌های حقوقی طرفین قرارداد در جلسه حل اختلاف الزامی و در صورت عدم توفیق، موضوع به مراجع قضائی ذی صلاح ارجاع خواهد شد.

ماده ۱۵ - مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر بامداد مورخ ۹۷/۸/۱ شروع و در ساعت بیست و چهار مورخ ۹۸/۷/۳۰ خاتمه می‌یابد.

ماده ۱۶ - شرایط فسخ قرارداد

بیمه‌گر و بیمه‌گذار می‌توانند صرفاً با شرایط تعیین شده در ماده ۱۳ و ۱۴ شرایط عمومی بیمه نامه مصوب بیمه مرکزی در این قرارداد، درخواست فسخ قرارداد در طول مدت بیمه را بنمایند.



۹۷۹۲۱

تأیید

شماره: ۲۳۶۹۸
تاریخ: ۹۷/۹/۲۰
پیوست:

ماده ۱۷ حدود قرارداد

کلیه مواردی که در این قرارداد ذکر می باشد به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (مصوب شورای عالی بیمه) که جزء لاینفک این قرارداد می باشد و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

ماده ۱۸ - شرایط غیرقابل پیش بینی

در صورت بروز شرایط غیرمترقبه باتوافق طرفین و طبق قوانین بیمه مرکزی اقدام خواهد شد.

ماده ۱۹ - اصل حسن نیت

اصل حسن نیت از سوی بیمه گر و بیمه گذار رعایت شود.

ماده ۲۰ - نحوه فسخ قرارداد

نحوه فسخ قرارداد مطابق ماده ۱۵ آیین نامه ۷۴ شورای عالی بیمه می باشد.

ماده ۲۱ - اقامتگاه طرفین

نشانی طرفین قرارداد بشرح ذیل است که هرگونه ارسال مراسلات و مکاتبات به آدرس آن معتبر و قانونی می باشد و طرفین متعهد می گردند هرگونه تغییر آدرس و نشانی جدید خود را حداکثر ظرف مدت یک هفته کتباً به طرف دیگر اعلام نمایند و تا زمانیکه آدرس جدید اعلام نشده، هر گونه مکاتبه و ابلاغیه به آدرس قید شده معتبر خواهد بود.

الف: نشانی بیمه گذار: کد پستی
تلفن

ب: نشانی بیمه گر: میرداماد بین نفت و مدرس شماره ۲۳۹ کد پستی: ۱۹۱۸۹۵۵۳۱۱ تلفن گویا ۲۳۱۳-۲۱-

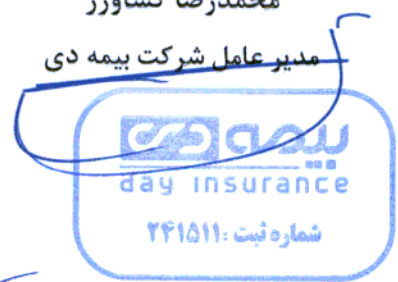
ماده ۲۲:

این قرارداد مشتمل بر ۲۲ ماده و ۱۸ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد می باشند تنظیم گردیده و در تاریخ ۹۷/۰۹/۱۷ امضاء و مبادله شده است.

بیمه گر

محمدرضا کشاورز

مدیرعامل شرکت بیمه دی



بیمه گذار



Handwritten signatures and dates: ۹۷/۹/۲۱