

## بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته 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  
بعنوان بیمه‌گذار و شرکت از طرف دیگر بعنوان بیمه‌گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین-  
نامه‌های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته‌های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی،  
قانون تأمین اجتماعی و اخذ موافقتنامه شماره مورخ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با استناد به  
ماده ۲۶ از آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه، 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 قرارداد :

درمان شاغلین: تاریخ صدور:

عمر و حادثه بازنشستگان: تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان: تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۱۴۰۳/۰۵/۰۱

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

#### فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع قرارداد بیمه :

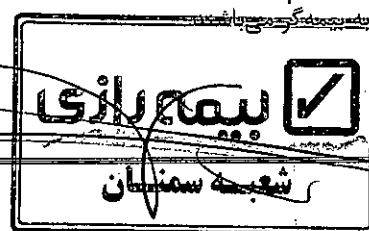
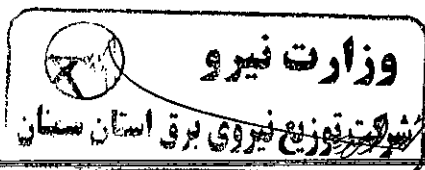
عبارت است از بیمه خدمات درمانی ناشی از حادثه، بیماری، بارداری بیمه‌شدگان و مسئولیت کارفرما در بیماریهای ناشی از کار به شرح  
مندرج در این بخش از قرارداد.

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)، قرارداد 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، وظیفه‌بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده  
۵۸ قانون تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان به تفکیک ذیل.

تبصره: بیمه‌گذاران موظف به اعلام اسامی بیمه‌شدگان (شامل بیمه شده اصلی، همسر و فرزندان) برطبق حکم کارگزینی و یا قرارداد



تبصره: در بخش اول این قرارداد، در همه مواردی که عنوان بازنشسته ذکر شده است منظور بازنشنگان، از کارافتادگان، مستمری- بگیران، وظیفه بگیران به همراه افراد تحت پوشش آنان می باشد.

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 مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر با رعایت ماده ۲۳ قانون خدمت وظیفه عمومی در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی، و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند یا ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه گذار به بیمه گر 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 ۴-۱ و نیز فرزندان پسر متأهل که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و در هر صورت بطور پیوسته در طی دوره های قبل از این پوشش بیمه ای استفاده می کرده اند صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل (پوشش فرزندان غیر تحت تکفل بازنشنگان همانند بیمه شده اصلی خواهد بود) استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه ای طبق مفاد قرارداد بوده اما شامل پوشش های بیمه ای نازایی، زایمان، سقط، کورتاژ و اقدامات تشخیصی درمانی مرتبط نمی باشد.

۴-۲- فرزندان دختر به شرط عدم ازدواج، عدم اشتغال به کار تحت تکفل محسوب می شوند.

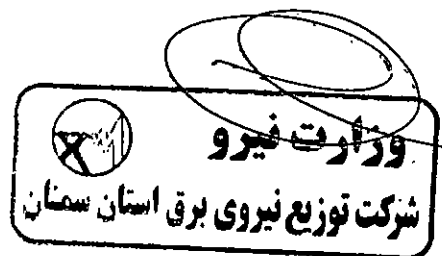
۴-۳- فرزندان کارکنان انات، وفق ارائه گواهی توسط بیمه شده اصلی و بر اساس تعهد نامه پیوست که هیچگونه دفترچه بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان، مطابق با ماده ۴ تلقی شود به شرط تحت پوشش بودن کلیه فرزندان تحت تکفل محسوب می شوند. (بررسی صحت و سقم موضوع توسط بیمه گر انجام می شود، تاریخ شروع پوشش بیمه ای از ابتدای قرارداد مشروط به ارائه تعهد نامه به همراه لیست اولیه).

۴-۴- پوشش فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال یا پرداخت حق بیمه وی متناسب با مدت پوشش و با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۵-۱ برقرار می باشد.

تبصره ۱: در صورتیکه فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند، دارای فرزند یا فرزندی باشند که طبق مستندات مراجع قضایی مبنی بر سرپرستی و یا حضانت از سوی مادر (دختر مطلقه بیمه شده اصلی یا دختر بیمه شده اصلی که همسر خود را از دست داده) باشد می تواند همزمان با برقراری پوشش برای مادر به صورت غیر تحت تکفل با پرداخت حق بیمه وی متناسب با مدت پوشش و با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۵-۱ تحت پوشش قرار گیرد.

۴-۵- پوشش نوزادان از بدو تولد اجباری بوده و بیمه گذار موظف است با ارسال اسامی و مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۵-۱ اقدام نماید. لازم بذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می توانند از پوشش درمانی بیمه شده (مادر) استفاده نمایند.

۴-۶- پدر، مادر، غیر تحت تکفل کارکنان شاغل اعم از مرد و زن و نیز همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان شاغل انات، با توجه به شرایط پیش بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه گر معرفی شده باشند.



تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه شده اصلی و همسر کارکنان اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی برای بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت مانند سوابق داشتن پوشش بیمه درمانی تبمی ۱ از طرف بیمه شده اصلی و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه شده اصلی و در مورد بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه گذار به بیمه گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.

تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه شدگان غیر تحت تکفل که سابقه بیمه ای در قرارداد دوره قبل نداشته باشند، بیمه گر می تواند در ابتدای قرارداد تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه شماره ۱) قرارداد را مطالبه نماید.

۴-۷- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شده اصلی که قانوناً تحت تکفل آنها می باشند با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه گذار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.

۴-۸- افرادی که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشند با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه گذار، از زمان تحت تکفل قرار گرفتن فرد، تحت پوشش خواهند بود.

### فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده

ماده ۵ - ترتیب اعلام اسامی بیمه شدگان و تغییرات مجاز:

۵-۱- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کار افتاده)، وظیفه بگیر، مستمری بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل اناث (پدر و مادر بیمه شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز / ماه / سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه شدگان اصلی و کد ملی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و به بیمه گر ارسال نماید، ضمناً بیمه گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز (افزایش یا کاهش) در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر به روال فوق الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث به همراه خانواده مطلق ماده ۴ و تبصره ذیل آن و سایر افراد تحت تکفل به جز افراد مربوط به لیست سوم.

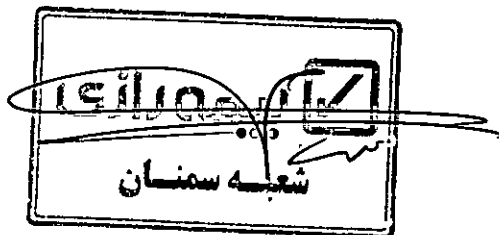
لیست دوم: افراد غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اناث شامل همسر و فرزندان.

لیست سوم: پدر و مادر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست چهارم: پدر، مادر، غیر تحت تکفل بیمه شدگان شاغل اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی به همراه همسر (افراد موضوع تبصره ۱ ماده ۴).

لیست ششم: بازنشستگان، از کار افتادگان، وظیفه بگیران و مستمری بگیران به همراه افراد خانواده مطلق ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل به همراه همسر.



لیست هفتم: کارکنان انتقالی به بیمه‌گذار از تاریخ انتقال.

لیست هشتم: نوه دختری بیمه‌شده اصلی مشروط به طلاق فرزند دختر و یا از دست دادن همسر فرزند دختر (افراد موضوع تبصره ۱ ذیل بند ۴-۴)

تبصره ۱: لازم است در هر کدام از لیستهای فوق افراد دارای بیماری خاص و صعب‌العلاج ضمن ارائه نمودن مدارک مطابق با ضمیمه شماره (۳) قرارداد برای بیمه‌گر مشخص شوند.

تبصره ۲: هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق شامل مواردی مانند جدیدالاستخدام، انتقالی، مأمورین، (به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان) و سایر افرادی که در طول قرارداد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند می‌باشد و لازم است مستندات آن (احکام کارگزینی مربوطه، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی تاریخ ابلاغ حکم می‌باشد) برای بیمه‌گر ارسال گردد. همچنین بابت ازقلم‌افتادگان از لیست اولیه یا لیست افزایشات میان دوره، چنانچه بیمه‌شده ازقلم‌افتاده بیمه‌شده اصلی شاغل و یا افراد تحت تکفل وی باشند، در زمان اعلام بیمه‌گذار به بیمه‌گر و با پرداخت حق بیمه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت تکفل وی، اشتغال بیمه‌شده اصلی یا تاریخ تحت تکفل قرار گرفتن افراد تحت تکفل وی در تاریخ درخواست شروع پوشش توسط بیمه‌گذار می‌باشد) تحت پوشش خواهند بود. اما چنانچه فرد ازقلم‌افتاده بیمه‌شده غیر تحت تکفل باشد در صورتیکه در دوره قبل تحت پوشش بوده است بیمه‌گذار حداکثر یک ماه بعد از ارسال لیست اولیه می‌تواند نسبت به اضافه نمودن نام وی با پرداخت حق بیمه از ابتدای قرارداد اقدام نماید.

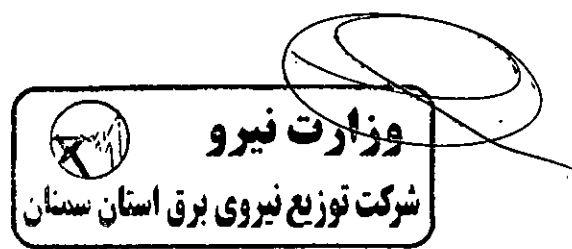
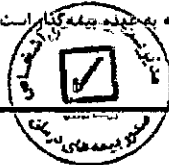
تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل موارد استعفاء، فوت، بازنشسته، انتقال، انفصال از خدمت، اخراج، تعلق، مأمور، خروج از کفالت، مرخصی طولانی مدت (استلاجی و یا بدون حقوق) که بیمه‌شده در طول مدت مرخصی تمایلی به ادامه پوشش ندارد و یا هرگونه قطع همکاری (دائم یا موقت) می‌باشد که با ارائه مستندات مربوطه (تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام کارگزینی) میسر خواهد بود. لازم است مستندات آن از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی تاریخ قطع رابطه همکاری (دائم یا موقت) می‌باشد) برای بیمه‌گر ارسال گردد. در غیر اینصورت تاریخ ثبت موضوع در دبیرخانه بیمه‌گر ملاک عمل خواهد بود.

۲-۵- صرفاً در مواردی که جایجایی بیمه‌شده اصلی شاغل به خارج از شرکتهای صنعت آب و برق باشد (به غیر از موارد موضوع تبصره ۳ بند ۱-۵) حق بیمه بیمه‌شده و افراد تحت تکفل وی در صورت دریافت خدمات، تا پایان دوره قرارداد محاسبه و مطالبه می‌گردد و در سایر موارد کاهش بیمه‌شدگان اصلی (در صورت دریافت و یا عدم دریافت خدمات) حق بیمه و خدمات بیمه‌گر بطور مشخص تا تاریخ قطع همکاری و بر اساس مفاد مندرج در بند ۴-۵ پرداخت و اعمال می‌شود.

۲-۵-۲- 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) با رعایت ضریبالاجل بند ۱-۵ خواهد بود. در مورد کاهش بیمه‌شدگان، زمان موثر تاریخ قطع همکاری بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گذار بوده و بیمه‌گذار موظف است حداکثر یک هفته قبل از تاریخ قطع همکاری موضوع را کتباً به اطلاع بیمه‌گر با ثبت در دبیرخانه بیمه‌گر برساند. بدیهی است در صورت عدم قطع همکاری، در تاریخ اعلام شده، پوشش مجدداً با اعلام کتبی بیمه‌گذار از تاریخ شروع پوشش اولیه بطور مستمر برقرار خواهد شد.

۴-۵- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه‌شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود. و بیمه‌گذار مکلف حذف بیمه‌شدگان 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 استلاجی استفاده می‌کنند، بر خورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه‌های مقرر می‌باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استلاجی برای بیمه‌شده بدون ایجاد وقفه به بیمه‌شده بیمه‌گذار است.



۶-۵- در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند، ادامه پوشش بیمه 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 تمهیدی در خصوص جبران هزینه‌های درمان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

ماده ۶-۶- حق بیمه: به استناد جزء ۱۵ از قسمت "ب" مرتبط با بند ۴ از ماده ۲ آیین نامه ۹۹ شورای عالی بیمه حق بیمه هر یک از بیمه‌شدگانی که از ابتدای قرارداد در لیست اسامی بیمه‌شدگان مطابق بند ۵-۱ قرار می‌گیرند و تا انتهای دوره از پوشش‌های ارائه شده بهره‌مند می‌گردند به ازای تعهدات مندرج در این قرارداد سالانه بوده که اقساط ماهانه آن به طریق ذیل محاسبه می‌شود. بدیهی است برای سایر بیمه‌شدگان تعداد اقساط ماهانه حق بیمه بر حسب موضوع به ترتیب تعیین شده در ماده ۵ انجام خواهد شد.

۶-۱ شاغلین:

۶-۱-۱ مبلغ ۱۳۵۵۰۰۰۰ (سیزده میلیون و پانصد و پنجاه هزار) ریال سرانه ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی.

۶-۱-۲ مبلغ ۳۰۰۰۰۰۰ (سه میلیون) 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 ۶۱۰۰۰۰۰ (شش میلیون و صد هزار) ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اتا، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان.

۶-۲-۲ مبلغ ۶۱۰۰۰۰۰ (شش میلیون و صد هزار) ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر، غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی.

۶-۳ مبلغ ۴۰۰۰۰۰۰ (چهار میلیون) ریال سرانه ماهانه برای هر یک از بازنشستگان (ازکارافتادگان)، 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.

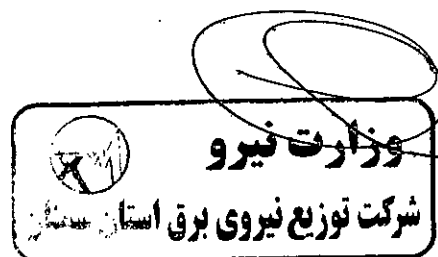
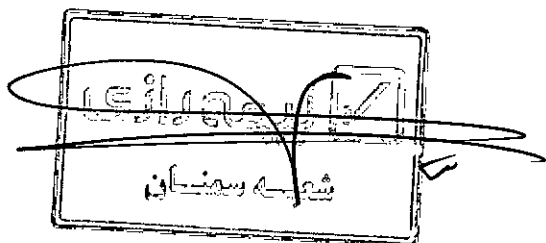
تبصره ۱: بجز ماده ۹ قرارداد، پوشش مشمولین بند ۶-۳ با رعایت ماده ۸ و کلیه بندهای آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۳ از ماده ۸ می‌باشد.

تبصره ۲: کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا ازکارافتاده می‌شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می‌شوند از زمان بازنشستگی یا ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده اصلی می‌توانند ضمن تحویل دفترچه‌های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوط به بازنشستگان پوشش‌های مندرج در تفاهم‌نامه را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش‌های همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد 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 سی روز از پایان هر ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

تبصره ۱: با اعلام کتبی عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط هر کدام از طرفین به شرکت مادر تخصصی ذریع (و یا وزارت نیرو برای سازمانهای تابعه و موسسات آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکتهای مادر تخصصی ظرف مدت دو هفته پس از تاریخ دریافت نامه، مراتب بلافاصله به وزارت نیرو و بیمه‌گر طرف



قرارداد از طریق شرکت مادر تخصصی و یا شرکت بیمه گر طرف قرارداد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و نماینده بیمه گر نحوه برخورد با موضوع ظرف مدت یک ماه پس از دریافت اعلام کتبی شرکت مادر تخصصی یا شرکت بیمه گر تعیین گردد. شرکت بیمه گر بدون طی مراحل فوق، به هیچ عنوان اجازه قلع خدمات به بیمه گذار را ندارد. در صورت حصول نتیجه مثبتی بر پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار براساس زمانبندی تعیین شده در صورتجلسه تنظیمی فی مابین، و عدم پرداخت حق بیمه، بیمه گر در ارتباط با قلع خدمات محق خواهد بود.

### فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه گر: در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان با رعایت تبصره های ذیل عبارت است از:

تبصره ۱: در مورد کلیه تعهدات بیمه گر پرداخت هزینه های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه های دارویی) که آخرین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود).

تبصره ۲: در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه شده با رعایت تعرفه های بخش عمومی غیردولتی صفر خواهد بود.

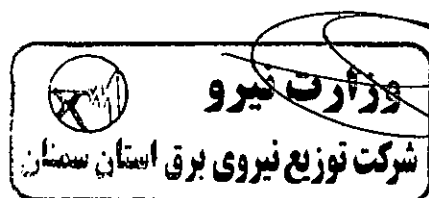
تبصره ۳: در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه توسط بیمه شدگان بازنشسته و افراد تحت پوشش آنان، از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات در کلیه بندهای ماده ۸ (یا رعایت تبصره ۱ از بند ۳-۶) با اعمال ۲۵٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه شدگان مشمول بند چ از ۱-۸ بوده و بیمه گر پایه تمهیدی بابت هزینه پرداختی نفاشته باشد، تعهدات بیمه گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ به تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی انجام خواهد شد و همچنین در خصوص هزینه های دارویی که سهم بیمه گر پایه در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ انجام خواهد شد.

تبصره ۴: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقیمانده هزینه های مورد تمهید را بر اساس تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش خصوصی پرداخت نماید، در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گران (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۵: در کلیه تعهدات بیمه گر، فرانشیز مربوطه به هزینه پرداختی توسط بیمه شده اعمال می گردد.

تبصره ۶: مبنای محاسبه هزینه های پرداخت شده توسط بیمه گر در این فصل، طبق آخرین و بالاترین تعرفه اعلامی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی قابل اجرا در تاریخ انجام هزینه می باشد.

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



الف - تمهیدات بیمه‌گر در مورد اعمال جراحی و درمان قلبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در طول مدت قرارداد و به دفعات با استفاده از معرفی‌نامه بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب- تمهیدات بیمه‌گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان قلبی و زایمان در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی‌نامه برابر تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی و یا اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز باز پرداخت خواهد شد و در موارد سرپیچی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۷ روز کاری پس از دریافت مدارک هزینه‌ها بازپرداخت خواهد شد. در صورت عدم رعایت مهلت مقرر برای بازپرداخت هزینه‌ها، حق بیمه ماه آتی با "۱" درصد کاهش پرداخت خواهد شد.

ج- بیمه‌گر موظف است مدارک و مستندات لازم جهت پرداخت هر مورد خسارتی به بیمه‌شدگان را صرفاً بر اساس شیوه‌نامه اجرایی مشترک با ضمیمه قرارداد از بیمه‌شدگان مطالبه نماید و بیمه‌گذاران نیز موظف به اطلاع‌رسانی این موارد به بیمه‌شدگان می‌باشند. در هر صورت بیمه‌شده موظف به ارائه مدارک بیشتر از آنچه که در ضمیمه آمده است نمی‌باشد.

د- اجرای تغییرات احتمالی در مصوبات و آیین‌نامه‌های مربوطه منوط به تأیید آن توسط وزارت نیرو می‌باشد.

ه- تمامی مواردی که در طی دوره اجرای قرارداد به صورت صورتجلسه فی‌مابین وزارت نیرو و شرکت بیمه‌گر به امضا رسیده و ابلاغ می‌گردد در طول دوره قرارداد از تاریخ صورتجلسه لازم‌الاجرا می‌باشد.

تبصره ۱: 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 ۱۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

ب- هزینه‌های سایر اعمال جراحی و درمان قلبی و زایمان در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود با ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

ج- پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج براساس آخرین لیست وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (منظور از بیماری‌های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که شامل تالاسمی، هموفیلی، دیالیز خونی و صفاتی) و بیماری‌های صعب‌العلاج (از جمله ام‌اس، کانسر، پارکینسون، هپاتیت، ایدز، شیمی‌درمانی، متابولیک، بال پروانه‌ای، اوتیسم، CF، SMA، MPS، نارسایی مزمن کلیه، پمپه، گوشه، نیم‌بیک C/D، دیستروفی عضلات، دوشن، دیستروفی عضلات غیر دوشن، ریتینوپاتی، سکتة مغزی ایسکمیک، سکتة مغزی هموراژیک، سکتة قلبی، بر فشاری شریان ریوی، روانی مزمن و صرع مقاوم به درمان، انواع بیوندها از فیبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، روده، پانکراس، مژلتی و سیرال، ریه و کلیه) بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تمهید بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص اطلاق عنوان صعب‌العلاج به سایر بیماری‌ها و همچنین بیماری‌های ناشی از آن که مورد اختلاف طرفین می‌باشد یا نظر کمیسیون پزشکی مشترک وزارت نیرو و بیمه‌گران اقدام خواهد شد.

د- هزینه‌های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری و همچنین هزینه‌های ناشی از سقوط یا برخورد ناشی در حین انجام کار بدون اعمال فرانشیز تا پایان دوره درمان در تمهید بیمه‌گر جاری خواهد بود. مراتب حداکثر ظرف مدت ۵ روز کاری پس از حادثه به شرکت بیمه اعلام می‌گردد.

تبصره ۲: در صورت اختلاف بیمه‌گر و بیمه‌گذار نسبت به چگونگی اجرای بند فوق (جزء د) این موضوع در جلسات مربوط به موضوع جزء "ج" تبصره ذیل بند ۱-۸ قابل بررسی خواهد بود.



۸-۲ در خصوص هزینه‌های تشخیصی- درمانی سرپایی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع آسکن (از جمله اسکن کف پا)، MRI، انواع سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، آزمایشات غربالگری جنین، فیزیوتراپی، آدیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، لیزر درمانی، لیزرتراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداسازی شبکیه، فوژ-فرتیه و...) و سایر خدمات تشخیصی- درمانی با اعمال ۱۵٪ فرانشیز و تا سقف تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش خصوصی در سال اجرای قرارداد پرداخت می‌شود. در صورت اعمال حق فنی، پرداخت هزینه آن به عهده بیمه‌شده می‌باشد.

۸-۳ انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سرپایی به منظور رفع عيوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می‌پذیرد در صورت نائید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر (درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، استیگمات یا چغنج قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه استیگمات)) باشد، تا سقف ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ (هفتاد میلیون) ریال قابل پرداخت است.

۸-۴ هزینه‌های اقدانات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت تبصره ۱ از ماده ۸ قابل جبران خواهد بود.

۸-۵ ویزیت پزشکان، مشاوران و کارشناسان پروانه‌دار معادل تعرفه در بخش خصوصی با اعمال ۱۵٪ فرانشیز و تا تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش خصوصی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است (تعرفه‌های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی‌گردد).

۸-۶ هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با کسر ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند چنانچه پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر لزوم مصرف و میزان آن داروی خارجی را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر با ارائه مستندات انجام شده باشد) قابل جبران می‌باشد.

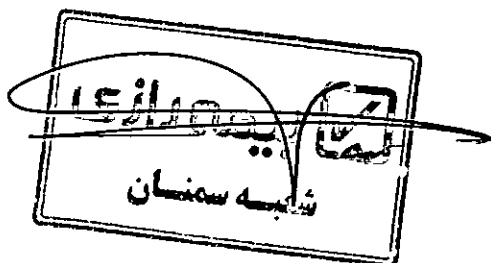
تبصره ۲: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تأیید ضرورت مصرف و نام تجاری دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط بیمه‌گر، بررسی می‌نایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد)، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای) قابل جبران است. در سایر موارد براساس شیوه نامه اجرایی مشترک اقدام خواهد شد.

تبصره ۳ - حق فنی داروخانه به عهده بیمه‌شده می‌باشد.

تبصره ۴ - هزینه سرنگ، قلم و سرسوزن قلم انسولین، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ، وین و انواع پانسمان که جزء ملزومات دارویی محسوب می‌گردد و همچنین هرگونه تزریقات یا جثبه درمانی براساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با کسر ۱۵٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۵ - هزینه نوار تست قند خون بیماران دیابتی در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۱۰۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و با کسر ۱۵٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۶ - بیمه‌گر تمهید می‌نماید تا کلیه داروخانه‌های طرف قرارداد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:





۱- داروخانه‌های منتخب طرف قرارداد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه‌گذار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (صد میلیون) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه‌گر سایر بیماران تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی میلیون) ریال.

۲- در مورد سایر داروخانه‌های طرف قرارداد تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی میلیون) ریال برای کلیه نسخ دارویی.

۷-۸ هزینه مربوط به پروتزی‌هایی که در داخل بدن بکار می‌رود (از جمله پروتز حلزون گوش) با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز متناسب با شرایط این بیمه‌نامه محاسبه و پرداخت می‌شود.

۸-۸ هزینه وسایل کمک‌پزشکی: پروتزها و آروترهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود. حداکثر تا ۱۰ (ده) برابر آخرین جدول تعرفه اعلامی سازمان تأمین اجتماعی بدون اعمال فرانشیز قابل پرداخت می‌شود.

تبصره ۱: هزینه ساخت و تعمیر دندان مصنوعی برای کلیه بیمه‌شدگان مشمول ماده ۴ مطابق بند ۸-۹ پرداخت می‌شود.

۹-۸ تأمین هزینه‌های (تهیه) اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قریه، قلب، ریه و ... در مراکز درمانی و در صورتیکه منجر به انجام پیوند شود (پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه‌گر) با کسر ۱۵٪ فرانشیز (همتراز بیماران مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب‌العلاج) تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (دو میلیارد) ریال در سال در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

۱۰-۸ تأمین هزینه درمان نازایی و ناباروری (اولیه و ثانویه) مانند لاپاراسکوپي، درمانی، ZIFT، GIFT، IUI، IVF با اعمال ۱۵٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (سیصد میلیون) ریال جهت هر یک از زوجین می‌باشد (حتی اگر منجر به ممانجه نگردد).

تبصره: داروهای نازایی از محل تمهیدات دارو پرداخت می‌گردد.

۱۱-۸ تمهیدات بیمه‌گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح ذیل است:

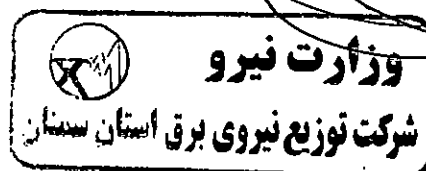
۱-۱۱-۸ در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله ICU، CCU، گردد، همچنین در مورد شکستگی‌ها (از جمله لگن، ران و گردن، ستون فقرات)، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در هر مورد داخل شهری تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی میلیون) ریال قابل پرداخت می‌باشد.

۲-۱۱-۸ در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدأ یا تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر هزینه انتقال بیمار یا آمبولانس با هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی تا سقف ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ (هشتاد میلیون) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است.

۳-۱۱-۸ هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال تمام و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل یا نرخ تعرفه همراه بر اساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی پرداخت می‌گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

۴-۸ در هر دو دوره قرارداد تأمین هزینه عینک طبی (شیشه یا فریم و یا هر دو) حداکثر تا سقف ۱۶,۰۰۰,۰۰۰ (شانزده میلیون) ریال. در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۲۲,۰۰۰,۰۰۰ (بیست و دو میلیون) ریال قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره: در هر دو دوره قرارداد تأمین هزینه عینک طبی (شیشه یا فریم و یا هر دو) بازنشستگان، ازکارافتادگان، مستوری بگیران و وظیفه بگیران و افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان حداکثر تا ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ (یازده میلیون) ریال. در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و برای عینک دو دید حداکثر تا سقف ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ (پانزده میلیون) ریال قابل پرداخت می‌باشد.



۸-۱۲-۱ جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینایی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار حداکثر تا نصف سقف تعهد عینک در بند ۸-۱۲ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود.

۸-۱۲-۲ هزینه‌های انجام شده یا 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.

۸-۱۲-۳ 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 لازم است از طریق عقد قرارداد و یا از طرق دیگر و براساس لیست مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار، امکان استفاده از این مراکز را بدون پرداخت وجهی بر اساس مفاد قرارداد مازاد بر آنچه که افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور می‌پردازند، قبل از ترخیص و در زمان تسویه حساب بیمه‌شده با آن مرکز فراهم نماید.

۸-۱۵-۱ بیمه‌گذار موظف است لیست مراکز بیمارستانی و سایر مراکز درمانی- تشخیصی مورد درخواست خود را همراه با لیست اولیه بیمه‌شدگان به صورت مکتوب به بیمه‌گر ارائه نماید، همچنین بیمه‌گر مکلف است با مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار قرارداد منعقد نماید، در صورتی که در هر زمانی از اجرای قرارداد، بیمه‌گر موفق به انعقاد قرارداد با حداقل ۸۰ درصد مراکز بیمارستانی مورد درخواست بیمه‌گذار نشود و یا به دلیل لغو قرارداد با مراکز درمانی به هر شکل (از سوی هر یک از طرفین)، این موضوع اتفاق افتد (و این مراکز بیمارستانی با حداقل ۲ شرکت بیمه بازرگانی حتی خارج از قرارداد وزارت نیرو قرارداد داشته باشند) و بیمه‌شده به مراکز بیمارستانی (صرفاً بستری و Day Care) مورد درخواستی که غیر طرف قرارداد بیمه‌گر می‌باشد، مراجعه نماید بیمه‌گر مکلف به جبران هزینه‌های وی بدون در نظر گرفتن تعرفه و صرفاً با کسر فرانشیز می‌باشد.

۸-۱۶-۱ 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.

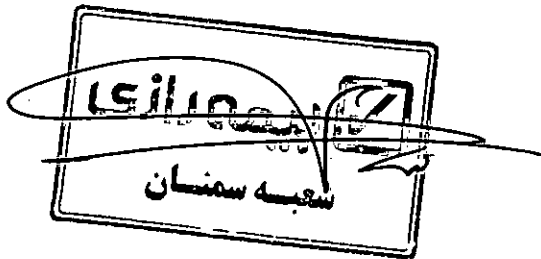
۸-۱۷-۱ بیمه‌گر موظف است حداقل در یکی از بیمارستانهای خصوصی مراکز استانها کلیه خدمات تشخیصی و درمانی را به بیمه‌شدگان صحت آب و برق ارائه دهد.

۸-۱۸-۱ هزینه‌های خارج از کشور:

الف) هزینه‌های درمانی خارج از کشور بیمه‌شدگان در صورت تأیید اصل مدارک توسط سفارت یا کنسولگری یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در آن کشور پس از ترجمه رسمی مدارک و با موافقت کتبی وزارت نیرو حداکثر برابر بالاترین نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

ب) پرداخت هزینه‌های آزمایشات تشخیصی که امکان انجام آن در ایران وجود نداشته و فاقد تعرفه مصوب می‌باشد در کمیسیون موضوع بند "ج" تبصره ۱ ماده ۸-۱ مطرح و تصمیم‌گیری خواهد شد.

تبصره ۱: در صورت کمال بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه‌گر هزینه‌های انجام شده یا رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری از تاریخ تحویل مدارک، به بیمه‌شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می‌گردد.



۸-۱۹ بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را بر اساس جدول پیوست ۲ تهیه و در اختیار وی قرار دهد.

۸-۲۰ بیمه‌گر موظف است امکان دسترسی بیمه‌گذار و کلیه بیمه‌شدگان را به منظور پیگیری خسارتها در سیستم آنلاین خود حداقل به مدت یکسال پس از انقضای قرارداد فراهم نماید.

۸-۲۱ بیمه‌گر موظف است تیم جمع‌آوری نسخ و پزشک معتمد خود را در کلیه شرکت‌های بیمه‌گذار به ساختمانهای اداری مراکز استانها و شهرستانها با هماهنگی بیمه‌گذار اعزام نماید.

۸-۲۲ بیمه‌گر موظف است شیوه‌نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد را جهت اجرا به کلیه شعب خود ابلاغ نماید و آموزش‌های لازم را به آنها ارائه دهد. در صورت ابلاغ بخشنامه مازاد بر آن توسط بیمه‌گر به شعب، رونوشت آن می‌بایست به وزارت نیرو ارسال گردد. بدیهی است صرفاً شیوه‌نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد، مبنای ارائه مستندات بمنظور محاسبات جبران هزینه‌ها و اجرای آن در شعب بیمه‌گر می‌باشد.

#### ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

۹-۱ تمهیدات مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، پروتز کتال (درمان ریشه)، روکش، ارتودنسی و ایمپلنت با اعمال ۲۰٪ فرانشیز به هزینه پرداختی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی تا سقف ۵۱۰,۰۰۰,۰۰۰ (پنجاه و یک میلیون) ریال برای هر فرد در طول مدت قرارداد مورد تعهد بیمه‌گر می‌باشد. سقف فوق برای هر خانواده (افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل) از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران مبلغ ۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی و شش میلیون) ریال می‌باشد.

تبصره ۱: جبران هزینه جراحی لثه به منظور درمان تومور در صورتیکه منجر به بستری شود از محل تعهد بند ۸-۱، و در صورت انجام جراحی به صورت سریایی از محل تعهد بند ۸-۲ قابل پرداخت است.

تبصره ۲: چنانچه برای انجام هر یک از خدمات دندانپزشکی، بیمه‌شده نیاز به بیهوشی و یا بستری داشته باشد هزینه‌های آن از محل تمهیدات بند ۸-۱ با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

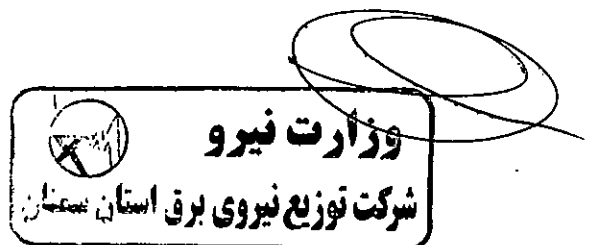
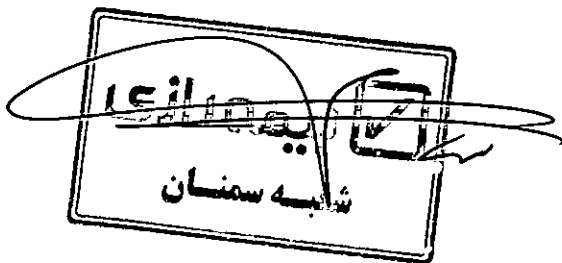
۹-۲ بیمه‌گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه‌شدگان به تناسب تعداد بیمه‌شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور با کلینیک‌های دندانپزشکی و یا دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود.

۹-۳ چنانچه بیمه‌گر در هر شهر یا شهرستانی دندانپزشک و یا مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد نداشته باشد تا انعقاد قرارداد با مراکز دندانپزشکی و دندانپزشکان و اعلام مراتب به بیمه‌گذار کماکان نسبت به تسویه هزینه‌های دندانپزشکی بیمه‌شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می‌آید یا تأیید دندانپزشک معتمد بیمه‌گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

تبصره ۱: در هر صورت بیمه‌گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبت تمهیدات خود را در پرداخت هزینه‌های مربوط به دندان انجام دهد.

ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه‌ها:

حاکمیت جهت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی به بیمه‌گر در مورد هزینه‌های دندانپزشکی که قبل از انقضای این قرارداد طرح درمان آن به تأیید بیمه‌گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد و همچنین ارائه هزینه‌های پاراکلینیکی ۳ ماه و در مورد هزینه‌های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ اتمام بررسی و پرداخت سهم بیمه‌گر بایه (صرفاً برای پوشش بازنشستگان) می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت،



بیمه‌گر تمهیدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. لیکن در مورد هزینه‌های بیمارستانی در صورت  
موجه بودن تأخیر به شرط اعلام بیمه‌گذار به بیمه‌گر در طول مدت تعیین شده فوق‌الذکر تا مدت ۶ ماه مورد پذیرش خواهد بود.

ماده ۱۱- استثنائات:

موارد زیر از شمول تمهیدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و یا تأیید پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر جنبه درمانی  
داشته و بیمه شده حداقل یکسال سابقه بیمه‌ای نزد بیمه‌گر داشته باشد در خصوص نوزادان در صورت داشتن پوشش بیمه‌ای از بدو تولد  
نیازی به یک سال سابقه نمی‌باشد.

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی طی پوشش بیمه‌ای قراردادهای  
درمانی وزارت نیرو.

۳- اتاق خصوصی (یک نفره): هزینه اتاق بیماران بر اساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در مورد اتاق دو تخته بیمارستان محل  
درمان پرداخت می‌گردد بجز بیمارانی که در اتاق ایزوله که در صورت تأیید پزشک معالج حداکثر برابر اتاق یک تخته براساس نرخ  
مصوب مراجع ذیصلاح قانونی پرداخت می‌شود.

۴- حوادث ناشی از آتش‌فشان و فعل و انفعالات هسته‌ای.

۵- هزینه‌های واکسیناسیون و سایر خدمات بهداشتی و پیشگیری که از وظایف شبکه‌های بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش  
پزشکی است مگر در مواردی که در صورت حساب بیمارستان منعکس باشد.

۶- 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، 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 نظیر  
قرارداد استفاده می‌شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی‌شود.

۷- هزینه‌های ترک اعتیاد.

۸- هر نوع چک آپ و آزمایشات دوره‌ای (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).

۹- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام  
نگردیده است.

۱۰- هزینه‌های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل بیمه‌شده باشد.

۱۱- جنون (به جز هزینه‌های بستری)



## بخش دوم: 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 - بیمه شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه گذار.

تبصره ۱: بازنشستگان تنها در یک نوبت و در ابتدای قرارداد می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند. صرفاً کارکنان شاغلی که در طول مدت این قرارداد بازنشسته می گردند تا سه ماه بعد از تاریخ ابلاغ حکم بازنشستگی می توانند به این قرارداد اضافه گردند و تاریخ شروع پوشش از تاریخ ثبت درخواست در دبیرخانه بیمه گر می باشد.

تبصره ۲: بیمه شدگانی که به هر دلیل از کار افتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه نامه استفاده نموده اند از شمول این قرارداد خارج می باشند.

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، از کار افتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

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

### فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۵ - بیمه گذار موظف است حداقل 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 هر یک از بیمه شدگان

۶-۱ - پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۴۶۱.۰۱۰ (چهارصد و شصت و یک هزار و ده) ریال

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.

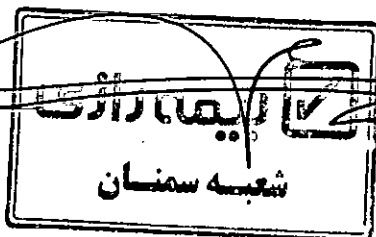
تبصره ۲: غرامت بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد.

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 را کتیباً 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 کتیباً 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.



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 آخرین 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 مأمور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد.
  ۲. گواهی پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان مالمجات 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 برداشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

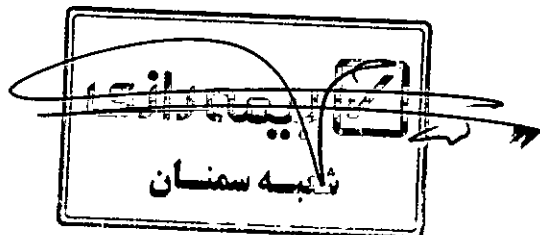
فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸- بیمه گر متعهد است در صورت وقوع هر یک 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 و نقص عضو دائم کلی ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (چهارصد میلیون) ریال
  - ۲- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (چهارصد میلیون) ریال
- (براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه گذاران در مورد سایر دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می نماید اقدام نماید.



### بخش سوم: شرایط فسخ قرارداد

به دلیل اجرای سراسری این توافقنامه یا شرایط یکسان در کل کشور که به تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران رسیده است، بیمه‌گر نمی‌تواند یکطرفه براساس بندهای ۲ و ۳ از قسمت "الف" ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه اقدام به فسخ قرارداد بدون تأیید وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نماید. همچنین بیمه‌گذار نیز نمی‌تواند یکطرفه به استناد بند ۱ از قسمت "ب" ماده ۲۱ آیین‌نامه مذکور اقدام به فسخ قرارداد نماید ضمناً علاوه بر رعایت بند ۱ از قسمت "الف" و بندهای ۲ و ۳ از قسمت "ب" آیین‌نامه مورد اشاره لازم است مواد ذیل هنگام اجرای نحوه فسخ قرارداد در نظر گرفته شود:

ماده ۱- در صورت عدم رعایت وظایف بیمه‌گذار مطابق فصل دوم از بخش اول و دوم این قرارداد، و تمایل بیمه‌گر به فسخ قرارداد، لازم است تا موضوع نخست کتیباً به شرکت مادر تخصصی مربوطه یا ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادر تخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه‌گر موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتیبی بیمه‌گر به شرکت مادر تخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادر تخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادر تخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه‌گر و بیمه‌گذار اعلام خواهد نمود.

ماده ۲- در صورت عدم رعایت وظایف بیمه‌گر مطابق فصل سوم از بخش اول و دوم این قرارداد، و تمایل بیمه‌گذار به فسخ قرارداد لازم است تا موضوع نخست کتیباً به شرکت مادر تخصصی مربوطه یا ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادر تخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه‌گذار موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتیبی بیمه‌گذار به شرکت مادر تخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادر تخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادر تخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه‌گر و بیمه‌گذار اعلام خواهد نمود.

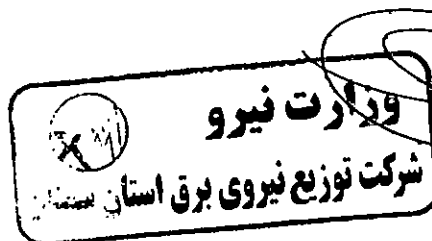
ماده ۳- با رعایت مواد ۱ و ۲ این بخش و در صورت اعلام تصمیم نهایی مبنی بر فسخ قرارداد، نحوه تسویه حق بیمه، زمانبندی تسویه و پرداخت غرامات در جلسات مشترک فی‌مابین نمایندگان بیمه‌گذار، بیمه‌گر، شرکت مادر تخصصی و وزارت نیرو با رعایت موارد ذیل انجام خواهد شد.

- اجرای بندهای ۱ و ۲ از قسمت "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه  
- به منظور رعایت نسبت ۷۵ درصد از خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد، موضوع بند ۲ از قسمت "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه مذکور:  
الف) تکمیل جدول ضمیمه (۲) به منظور محاسبه خسارت پرداختی در چارچوب این قرارداد

ب) محاسبه خسارت معوق بیمه‌گر براساس آخرین جدول IBNP یا خسارات معوق مربوط به سال جاری، ارسال شده به وزارت نیرو

ج) محاسبه نسبت خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد براساس موارد الف و ب

ماده ۴- در صورت تمایل به ادامه همکاری طرفین به رغم عدم رعایت وظایف یک یا هر دو طرف براساس بخشهای اول و دوم این تفاهم‌نامه، مبنای محاسبه ارزش ریالی ارقام، در زمان تسویه، تاریخ قطع همکاری فی‌مابین خواهد بود. لذا در صورت عدم رعایت هر یک از مواد ۱ و ۲ در این بخش به ترتیب توسط بیمه‌گر و بیمه‌گذار، ضرر و زیان ناشی از جرائم و ارزش ریالی ارقام (حق بیمه و غرامات) از لحاظ حقوقی به عهده شاکی خواهد بود.



## بخش چهارم: مقررات گوناگون

ماده ۱- سینه‌گر 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 ابلاغ الزام قانونی به پرداخت مالیات بر ارزش افزوده مرتبط با ماده ۶ از بخش اول قرارداد، نحوه محاسبه مالیات مذکور بعد از توافقات لازم با بیمه‌گر صرفاً از طریق وزارت نیرو به شرکتهای بیمه‌گذار جهت اجرا ابلاغ خواهد شد.

ماده ۴- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیته‌ی 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 ۱۴۰۲/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۱۴۰۳/۴/۱ منقضی می‌گردد 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 فی‌مابین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقنامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.

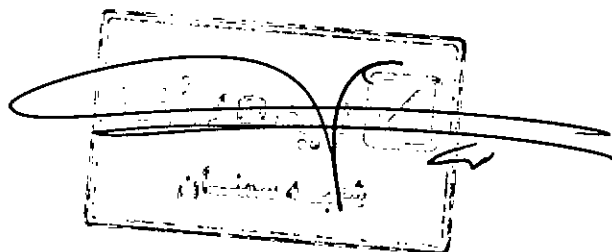
ماده ۸- بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضای مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.

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 قرارداد با بخش‌های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرارداد نیز می‌شود) را به وزارت نیرو و بیمه‌گذار اعلام نماید.

ماده ۱۰- سهم بیمه‌شده در مراکز پاراکلینکی طرف قرارداد بیمه‌گر تنها فرانشیز مربوطه می‌باشد. (به استثنای حق فنی)، چنانچه مبلغ مزاد بر فرانشیز از بیمه‌شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه‌گر موظف به جبران آن می‌باشد.

ماده ۱۱- بیمه‌گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده دقت‌رجه 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 سبب 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- کلیه هزینه‌های مربوط به شیوع بیماری واگیردار (از قبیل واکسیناسیون، آزمایشات و ...) تحت پوشش بیمه خواهد بود.

ماده ۱۴- حق بیمه رشته‌های مختلف بیمه‌ای از بکدیگر متفکک و مجزا می‌باشند و تبعات عدم اجرای تعهدات بیمه‌گذار در یک رشته به سایر رشته‌های بیمه‌ای قابل تسری نمی‌باشند.

ماده ۱۵- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱ ماده و ۳۳ تبصره و ۴۹ بند، در بخش دو شامل ۷ ماده و ۷ تبصره، در بخش سه شامل ۴ ماده و در بخش چهار شامل ۱۵ ماده 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



ضمیمه تعهدنامه بند ۳-۴ از بخش یک قرارداد

شرکت بیمه .....

نظر به اینکه فرزندان اینجانب ..... از هیچ گونه پوشش بیمه درمانی از طریق پدر (مصرف اینجانب) برخوردار نیستند، لذا خواهشمند است تمهیدات لازم نسبت به برقراری پوشش جهت آنان در نظر گرفته شود. بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا، متعهد به پرداخت کلیه خسارات وارده بوده و در این ارتباط موارد مرتبط با ماده ۹۷ قانون تأمین اجتماعی در مورد اینجانب از طرف بیمه گیر قابل پیگیری خواهد بود.

مدیر امور اداری شرکت

امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه شده

امضاء



ضمیمه (۱)

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

نام خانوادگی: نام:

کد ملی: تاریخ تولد:

نسخه یا نسخه شده اصلی:

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

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

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

پوشش متعلقه در زمان وزارت نیرو

به دلیل بیماری

به دلیل نیاز به عمل جراحی

دلالت نوع عمل را ذکر نمایید:

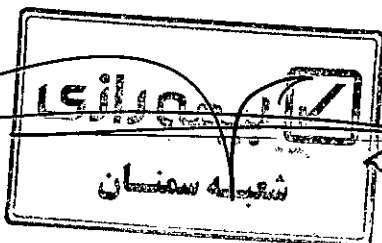
تغیذ نام:

اطلاعاتی نمایم که به کلیه سئوالات بدون کتمان حقیقت پاسخ داده و در صورت اثبات خلاف موضوع ضمن امضای قرار داد:

ضمانت و زیان بیمه گو را جبران خواهیم نمود.

امضاء: تأیید بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی: امضاء:



ضمیمه (۲)

جدول هزینه ۴ ماهه بخش اول قرارداد بیمه جامع تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

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

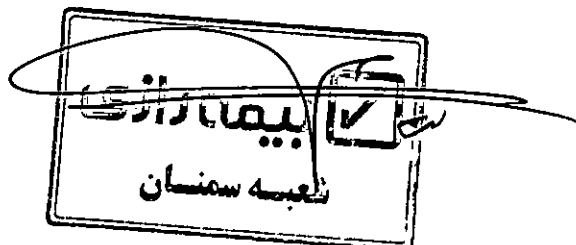
نام شرکت بیمه گذار:		نام شرکت بیمه گر:	
ریال	حق بیمه خالص صادره در دوره:	نفر	تعداد بیمه شده اصلی (شامل)
ریال	حق بیمه بابت تبصره بند ۹ دندانبیشگی:	نفر	تعداد بیمه شده اصلی (بازنشسته)
ریال	حق بیمه بابت تبصره ۸-۱۲ عینک:	نفر	تعداد افراد تحت تکفل شاغلین:
ریال	حق بیمه وصولی:	نفر	تعداد افراد تحت تکفل بازنشستگان:
		نفر	تعداد پدر و مادر غیر تحت تکفل:
		نفر	تعداد افراد غیر تحت تکفل:

عینک		بیمارستانی		نارو		دندانبیشگی		سربانی و پاراکلبیگی		مراود
هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	
										وضعیت بیمه شدگان
										شاغلین
										بازنشستگان

اعضاء مدیر امور کارکنان شرکت بیمه گذار:

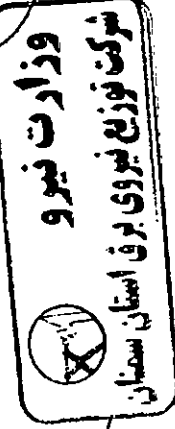
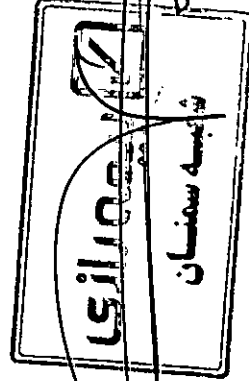
اعضاء رئیس شعبه بیمه گر:



ضمیمه (۳)

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تأیید
۱	تالاسمی	ارائه جواب آزمایش خون و الکتروفرز موگلوبین (الکتروفورزوسپی)
۲	میو میلی	ارائه تست لاکتوژمای انقباضی، جواب آزمایش خون، تست امسال شدن نسبی فرانسویلاستین، تست زمان پرتروزیومین، تست فیبروزیوزان
۳	دیالیز خونریزی و معالجه	ارائه کارت انجمن دیالیز و یا آزمایش نشان دهنده عدم فعالیت کلیه‌ها
۴	ام اس	جواب ام آر آی منو و تنازع و یا کارت انجمن ام اس
۵	سرطان‌ها (cancer)	جواب پاتولوژی + تشخیص تجمیری
۶	پارکینسون	ارائه تشخیص پزشک متخصص منو و اعصاب
۷	میلیت	ارائه جواب آزمایش‌های میلیت
۸	ایبوز	ارائه جواب آزمایش ایبوز
۹	شیمی درمانی و رادیو تراپی	ارائه جواب پاتولوژی که نشان دهنده بدخیم باشد + تشخیص‌های تجمیری
۱۰	میلوپلیک موگوبلی ساکاریدوز	ارائه جواب آزمایش ارار که نشان دهنده میزان زیاد موگوبلی ساکارید در آن هست و تشخیص پزشک متخصص، ارائه جواب پاتولوژی بافت درگیر
۱۱	بال پروژین ای	ارائه جواب نمونه پرتوژی از پوست بیمار
۱۲	سرغ مقام به درمان	نوار منو + تشخیص پزشک صلاح منو و اعصاب
۱۳	SMA	نوار عصب و عضله و آزمایشات + تشخیص پزشک صلاح منو و اعصاب
۱۴	اوتیسم	تشخیص پزشک صلاح روانپزشک لوق تخصص کودکان
۱۵	CF (سینتیک فیروزیس)	آزمایشات تخصصی
۱۶	بیمه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با تشخیص پزشک لوق تخصصی مایلریک کودکان
۱۷	گرفته	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با تشخیص پزشک لوق تخصصی مایلریک کودکان
۱۸	نیم نیک C/D	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با تشخیص پزشک لوق تخصصی مایلریک کودکان
۱۹	دستورالعمل عضلات دوش	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + تشخیص پزشک
۲۰	دستورالعمل عضلات غیردوش	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + تشخیص پزشک
۲۱	پیرید کلیه	امساله پزشک پیوند + تشخیص‌های تجمیری
۲۲	پیرید کبد	امساله پزشک پیوند + تشخیص‌های تجمیری
۲۳	پیرید قلب	امساله پزشک پیوند + تشخیص‌های تجمیری
۲۴	پیرید ریه	امساله پزشک پیوند + تشخیص‌های تجمیری
۲۵	پیرید پانکراس	امساله پزشک پیوند + تشخیص‌های تجمیری
۲۶	پیرید روده	امساله پزشک پیوند + تشخیص‌های تجمیری



ادامه ضمیمه (۳)

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تأیید
۲۷	پیوند موئنی و سیرال	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۸	پیوند سلولهای بنیادی خون سار ( مغز استخوان )	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۹	سکته قلبی	نوار قلب + آزمایشات + مدارک بیمارستانی + نسخ تجویزی
۳۰	سکته مغزی ایسکمیک	CT Scan در نوبتهای متوالی + نسخ تجویزی
۳۱	سکته مغزی هموراژیک	CT Scan یا MRI یا آنژیوگرافی مغزی + نسخ تجویزی
۳۲	پریشاری شریان ریوی	آنژیو اسکن + تشخیص پزشک + داروهای تجویزی
۳۳	دنبویانی	عکسبرداری تخصصی شبکه چشم + نسخ تجویزی
۳۴	روانی مزمن	نسخ تجویزی روانپزشک
۳۵	دیستروفی کمر بند شانه و لگن ، دیستروفی FSHD دیستروفی مادرزادی و میوپاتی (غیردوشن )	نوار عصب و عضله + نسخ داروهای تجویزی
۳۶	تارسای مزمن کلیه	سونوگرافی + اسکن کلیه‌ها + نسخ تجویزی

