

به نام خدا

قرارداد بیمه تکمیل درمان اعضا و کارکنان سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کرمان

این قرارداد بین سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کرمان به نشانی: کرمان، شهرک باهنر، خیابان بحرالعلوم به نمایندگی از طرف کارکنان و اعضای سازمان که در این قرارداد "بیمه گذار" نامیده می شود، از یک طرف و شرکت بیمه به نمایندگی و به نشانی: با کد پستی که در این قرارداد "بیمه گر" نامیده می شود، از طرف دیگر، براساس قانون بیمه و سایر قوانین جاری کشور به شرح زیر منعقد می گردد:

ماده ۱- تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصراً با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار میگیرند:

بیمه گر: شرکت سهامی بیمه به نشانی صدرالذکر و تلفن که جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده میگیرد.

بیمه گر پایه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند. بنابراین بیمه گرهای پایه بیمه گر اول و شرکت بیمه بیمه گر دوم محسوب می گردند.

بیمه گذار: شخصی است حقوقی که مشخصات وی در این بیمه نامه عبارت است از نظام مهندسی ساختمان استان کرمان به نشانی: کرمان، شهرک باهنر، خیابان بحرالعلوم و شماره تلفن: ۳۱۲۴۴۶۰۰-۳۴ که متعهد به پرداخت حق بیمه است.

بیمه شدگان: عبارتند از آن دسته از اعضا و کارکنان بیمه گذار و هر تعداد از اعضاء خانواده ایشان که از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده اند.

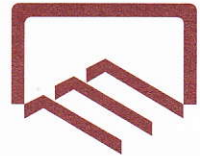
تبصره یک: منظور از اعضاء خانواده همسر، فرزندان و والدین می باشند. سایر افراد تحت تکفل که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه بیمه گر پایه باشند نیز میتوانند بیمه شوند.

تبصره دو: فرزندان ذکور تا سن بیست و دو سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان آنها تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه می باشند. دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام بیمه میشوند. پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

تذکر: ارائه پوشش بیمه ای به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل ارائه میباشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

ماده ۲- مدت قرارداد: مدت این قرارداد یک سال تمام شمسی از ساعت ۲۴ روز ۱۳۹۷/۰۵/۰۱ لغایت ساعت ۲۴ روز ۱۳۹۸/۰۵/۰۱ می باشد.

ماده ۳- موضوع بیمه: عبارتست از تعهد بیمه گر به جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی هر یک از بیمه شدگان که در تعهد بیمه گر پایه نیست یا تعهدات بیمه گر پایه به طور کامل آنرا پوشش نمی دهد و طبق این قرارداد در تعهد بیمه گر قرار گرفته است را شامل می شود.



حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اداره بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

بیماری: هر گونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.

ماده ۴- رعایت اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده متعهداند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسشهای بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند یا عمداً بر خلاف واقع مطلبی را اظهار کند و آن مطالب طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن بکاهد، بیمه نامه ابطال خواهد شد.

۱- بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت پانزده روز پس از امضاء و مبادله قرارداد یک نسخه فهرست اسامی بیمه شدگان را تهیه و جهت استحضار بیمه گر ارسال نماید. بیمه گر موظف است ظرف مدت حداکثر یک هفته نسبت به بررسی لیست ارائه شده اقدام و در صورت وجود نقص یا هر گونه تغییری در لیست، مراتب را به صورت مکتوب به بیمه گذار اعلام نماید. بدیهی است عدم اظهارنظر در این خصوص توسط بیمه گر در مهلت مقرر شده، به منزله پذیرش تمام افراد معرفی شده می باشد.

تبصره یک: لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان باید حاوی اطلاعات زیر در ستون های جداگانه باشد: نام - نام خانوادگی - شماره شناسنامه (فقط عدد) - سال تولد (چهار رقمی) - روز تولد - ماه تولد - کد ملی (۱۰ رقم، فقط عدد) - جنسیت (زن/مرد) - نوع بیمه شده (اصلی / فرعی) - نسبت بیمه شده (اصلی / همسر / فرزند / پدر / مادر) - وضعیت تکفل - آدرس - شماره موبایل - شماره حساب بانکی جهت واریز خسارت احتمالی.

تبصره دو: نسخه الکترونیکی فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده با رعایت مراتب تبصره یک برای احراز پوشش بیمه ای بیمه شده گان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت. اشتباهات سهوی صورت گرفته از سوی طرفین قابل برگشت و اصلاح می باشند.

تبصره سه: بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شده گان را مطابق تبصره یک و دو ماده پنج برای بیمه گر ارسال نماید.

۱) افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به اعداد بیمه شده گان اضافه شوند عبارتند از همسر اعضاء تازه ازدواج کرده و افرادی که در اثناء سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت، افراد جدید استخدام و اعضای جدید سازمان به همراه خانواده هایشان با ارائه مستندات (منوط به اعلام کتبی بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از استخدام، عضویت، کفالت یا ازدواج) تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از روز احراز شرایط ورود خواهد بود. (حق بیمه کسرماه معادل یکماه محاسبه میگردد).

۲) افرادی که در ابتدای قرارداد جزو بیمه شدگان قرار نگرفته اند و مشمول بند یک نباشند، در صورتیکه ظرف مدت سه ماه از شروع این قرارداد تقاضای دریافت خدمات بیمه تکمیل درمان را داشته باشند منوط به پرداخت حق بیمه از ابتدای قرارداد می توانند از خدمات بیمه ای این قرارداد استفاده نمایند. دوره انتظار برای این افراد برای بیماریهای مزمن شامل: کاتاراکت، استراییسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی آئریوپلاستی قلب، قلب باز، نارساییهای مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتومی و هیستریکتومی، سیتوسل، رکتوسل، آنتروسل و زایمان چهار ماه از ابتدای این قرارداد می باشد.



۳) نوزادان منوط به آنکه بیمه گذار لیست اسامی آنها را حداکثر تا سه ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید، از بدو تولد بیمه میباشند. حق بیمه مربوطه به نوزادان از زمان تولد پرداخت می گردد.

۴) تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ دریافت نامه وی می باشد. در موارد حذف، بیمه شدگان از تاریخ قطع رابطه حق مطالبه هیچ گونه خسارتی را نخواهد داشت. لازم به ذکر است در صورت پرداخت حق بیمه تا انتهای قرارداد بیمه شده می تواند پوشش خود و خانواده اش را تا انتهای همان قرارداد حفظ نماید. در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم دریافت خسارت، حق بیمه دوره حذف (از تاریخ دریافت نامه بیمه گذار تا انتهای قرارداد) عودت خواهد شد. (حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد)

تذکره: در صورت دریافت خسارت، صرفاً مابه التفاوت حق بیمه تا خسارت دریافتی توسط بیمه شده، عودت می گردد.

۵) در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای بیمه شده اصلی متوفی، به شرط پرداخت حق بیمه، تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد داشت.

۶) بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را با اضافه نمودن علت تغییر و وضعیت و تاریخ تغییر و وضعیت به همراه مستندات مربوطه برای بیمه گر ارسال نماید. در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه کسر ماه، یکماه تمام محاسبه می گردد و در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد.

ماده ۵- میزان حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر و به نمایندگی از جانب هر یک از بیمه شدگان پرداخت نماید.

حق بیمه هر یک از بیمه شدگان طبق درخواست ارسالی بیمه گذار برای تعداد نفر، بر اساس تعهدات جدول پیوست، با احتساب مالیات ارزش افزوده و سایر کسورات قانونی ماهانه مبلغ ریال و سالانه مبلغ ریال می باشد.

تبصره: در صورت افزایش یا کاهش بیمه شدگان بیش از ۲۵٪ تعداد اعلامی، مبلغ حق بیمه تعدیل می گردد.

ماده ۶- نحوه پرداخت حق بیمه: بیمه گذار مکلف است صرف نظر از تامین یا عدم تامین حق بیمه از طرف هر یک از بیمه شدگان بدلایلی نظیر مرخصی بدون حقوق و زایمان و... یک ششم حق بیمه سالانه را در پایان هر دو ماه و ظرف مدت هفت روز کاری پس از اعلام بیمه گر و ارائه لیست موضوع ماده ۷ و تبصره آن، مطابق اعلامیه بدهکاری ارسالی بیمه گر و در صورت انجام تعهدات قراردادی توسط بیمه گذار، پرداخت نماید.

ماده ۷- حدود تعهدات: بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف بیمه گذار، هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای بشرح تعهدات ذکر شده در **جدول شماره ۱**، حداکثر ظرف مدت ده روز پس از ارائه مدارک توسط بیمه شده جبران نماید. در صورتی که مدارک تحویلی ناقص بوده و یا موضوع خارج از تعهدات بیمه گر باشد، بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت ده روز پس از دریافت مدارک، نسبت به اعلام مکتوب موارد نقص یا عدم تعهد به بیمه شده و بیه گزار اقدام نماید، در غیر این صورت مدارک کامل و در تعهد بیمه گر تلقی خواهد شد.



سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کرمان

تبصره: بیمه گر موظف است پس از پرداخت خسارت به بیمه شدگان این قرارداد و در پایان هر ماه مراتب را در یک لیست، به تفکیک شخص ذینفع (بیمه شده)، مبلغ درخواست بیمه شده و مبلغ پرداختی به وی و دلایل عدم پرداخت یا پرداخت ناقص را به صورت مکتوب به بیمه گزار اعلام نماید.

ماده ۸- تعهدات سالیانه: تعهدات سالیانه بیمه گر بر اساس جدول شماره ۱ می باشد.

ماده ۹- دوره انتظار: این قرارداد فاقد دوره انتظار می باشد.

ماده ۱۰- فرانشیز: عبارت است از سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت، که میزان آن در جدول تعهدات شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین گردیده است.

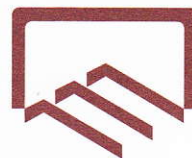
تبصره ۱: در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده نمایند، مابه التفاوت خسارت تا سقف تعهد بیمه گر (طبق ضوابط قرارداد) بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۲: چنانچه بیمه شده هم زمان از پوشش چند شرکت بیمه استفاده نماید (اعم از پایه یا مکمل) مجموع خسارات پرداختی به وی نباید از ۱۰۰٪ هزینه پرداخت شده توسط وی بیشتر گردد. موارد خارج از تعهد به قوت خود باقی است.

تبصره ۳: در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده ننمایند و یا سازمان های مذکور از پرداخت خسارت به هر دلیلی خودداری نمایند میزان سهم خسارت عهده بیمه گذار یا بیمه شده در هر مورد معادل فرانشیز تعیین شده طبق جدول شماره ۱ این قرارداد خواهد بود.

ماده ۱۱- استثنائات: هزینه های این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میشود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴- ترک اعتیاد.
- ۵- اقدام به خودکشی.
- ۶- اقدام به اعمال مجرمانه توسط بیمه شده و عوارض ناشی از اقدام به آن.
- ۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوار اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذیصلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۷ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۲- جنون، مگر اینکه جنون پس از انعقاد این قرارداد حادث شده باشد.



۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.

۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی از کار افتادگی کلی.

۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مجموع درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی دو چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات)، کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

ماده ۱۲- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مزبور باید به صورت حساب مرکز درمانی را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند.
تبصره: بیمه گر موظف است حداکثر ظرف مدت یک هفته پس از امضای قرارداد، مراکز و بیمارستان های طرف قرارداد خود را به بیمه گذار اعلام نماید.

ماده ۱۳- ترتیب بستری شدن بیمه شدگان:

الف) چنانچه بیمه شدگان در بیمارستان های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات ذیل را رعایت نمایند:

۱- پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را راساً تامین نمایند.

۲- اصل مدارک و صورتحساب های بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار و نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال نمایند.

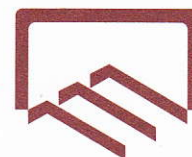
تبصره یک: بیمه شدگان میبایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول مانند سازمان خدمات درمانی یا تامین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان های فوق الذکر، از طریق نماینده بیمه گذار، هزینه های انجام شده را به بیمه گر ارائه نمایند.

تبصره دو: مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت چهار ماه تمام از تاریخ اتمام این قرارداد می باشد پس از انقضای مدت مذکور بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۳- محاسبه هزینه های بیمارستانی بر اساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم طراز از طرف قرارداد با بیمه گر می باشد.

۴- محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی، براساس تعرفه اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و غیر دولتی میباشد.

۵- بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام میگردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحسابهای هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تایید کند تا سقف تعرفه هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورتی عدم احراز هر یک از موارد فوق (یعنی موارد فاقد



تاییدیه از سوی پزشک معالج و بیمه گر یا غیر اورژانسی) هزینه های انجام شده حسب تایید سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، با بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد محاسبه و پرداخت میشود.

تبصره: میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی در زمان ترخیص از بیمارستان خواهد شد.

ب) چنانچه بیمه شدگان از خدمات بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند:

۱- با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد به ضمیمه درخواست کتبی بیمه گذار نسبت به اخذ معرفی نامه از بیمه گر اقدام نمایند.

۲- در اولین فرصت و قبل از ترخیص از بیمارستان مراتب از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع داده شود و اقدام به دریافت معرفی نامه نمایند.

۳- در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری، بیمه شدگان می توانند از طریق کارت بیمه درمانی که در اختیار آنان گذاشته می شود مستقیماً به بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر و بستری گردند و تا ۷۲ ساعت (سه روز) بعد معرفی نامه مربوطه را اخذ و تحویل بیمارستان نمایند.

۴- هرگاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شده گان وابسته به خود نموده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز، مسترد نخواهد شد.

ماده ۱۴- حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد.

ماده ۱۵- حل اختلاف:

۱- در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فی مابین حل و فصل خواهد شد. در غیر این صورت مراتب از طریق رای مراجع قضایی مورد پیگیری می باشد.

۲- در صورت بروز اختلاف بین بیمه گذار یا بیمه شده با بیمه گر در خصوص پرداخت هزینه های درمان موضوع قرارداد به بیمه شدگان، نظر آقای دکتر به عنوان داور قاطع دعوا بوده و طرفین ملزم به رعایت آن می باشند.

ماده ۱۶- شرایط فسخ قرارداد:

بیمه گر یا بیمه گذار میتواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند.

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر (به صورت روزشمار):

۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید، منوط به انجام کلیه تعهدات موضوع قرارداد توسط بیمه گر.

۲- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار (به صورت تعرفه کوتاه مدت):

۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از خسارت به بیمه شده بدون عذر موجه ظرف مدت مقرر در قرارداد.

تاریخ:
شماره:
پیوست:

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کرمان



۳- در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیلی متوقف شود.

ماده ۱۷- تمدید بیمه نامه: تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار و با صدور الحاقی امکان پذیر خواهد بود.

ماده ۱۸- در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده است، بر اساس شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (مصوب شورای عالی بیمه) که جزء لاینفک این قرارداد می باشد، عمل خواهد شد.

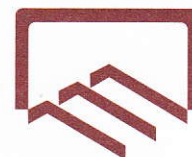
ماده ۱۹- بیمه گر باید برای انجام امور مربوط به این قرارداد ظرف مدت سه روز پس از ابلاغ قرارداد یکی از نمایندگی های خود را که مورد تایید بیمه گذار باشد، به بیمه گذار معرفی نماید. در صورتیکه این نماینده در انجام وظایف خود کوتاهی نماید یا به نحو مناسبی نسبت به انجام امور مربوط به قرارداد عمل نکند در اولین مرحله بیمه گذار به بیمه گر اعلام خواهد نمود و در صورت تکرار بیمه گر موظف است پس از اعلام بیمه گذار، حداکثر ظرف مدت یک هفته نسبت به معرفی شخص دیگری به عنوان نماینده اقدام نماید.

ماده ۲۰- کلیات قرارداد:

این قرارداد در ۲۰ ماده، ۸ صفحه (با جدول ضمیمه) و در ۴ نسخه تنظیم شده است که همه آنها دارای اعتبار واحد می باشند.

بیمه گر

بیمه گذار



ردیف	عنوان پوشش	مبلغ تعهدات سالیانه به ازای هر نفر (ریال)	فرانشیز
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAYCARE تبصره: اعمال جراحی DAYCARE به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مرکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.	داخل شهر ۱,۰۰۰,۰۰۰ خارج شهر ۲,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی مهم مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (باستثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۳	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی یا سزارین	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۴	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر ای، اکو کاردیوگرافی، استراس اکو، دانسیتومتری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۵	جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT)، نوار عضله EMG، نوار مغز EEG، نوار عصب NCV، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۶	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیو، بیوپسی، تخلیه کیست و لیز درمانی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۷	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری هر چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مجموع درجه نزدیک بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی دو چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات)، ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۸	دندانپزشکی (به ازای هر خانوار)	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۹	عینک و لنز طبی	۵,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۱۰	جبران هزینه ویزیت و دارو و خدمات اورژانس	۸,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۱۱	جبران هزینه ویزیت، دارو و خدمات اورژانس برای بیماری های خاص (سرطان، اچ آی وی و ...) برای حداکثر ۱۰ نفر	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۱۲	خدمات آزمایشگاهی، انواع رادیولوژی و پاتولوژی، نوار قلب و فیزیوتراپی، آسیب شناسی	۷,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰

جدول شماره ۱ (حدود تعهدات بیمه گر، موضوع ماده ۸ قرارداد)