

قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

شماره قرارداد: ۱۳۹۱/۱۳۱/۱۰۳۱/۲۰۸۱/۴
شماره سال قبل:
تاریخ صدور: ۱۳۹۱/۰۸/۰۱
تاریخ شروع: ۱۳۹۱/۰۸/۰۱
تاریخ انقضاء: ۱۳۹۲/۰۸/۰۱
بیمه گزار: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان
تعداد بیمه شدگان: طی الحاقیه تعیین می گردد
حق بیمه صادره: طی الحاقیه تعیین می گردد

این قرارداد بین شرکت بیمه سینا (سهامی عام) که متبعد بیمه گر نامیده میشود از یکطرف و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری که بعد از این بیمه گزار نامیده میشود از طرف دیگر براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶، مقررات و آئین نامه های شورا عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط خصوصی ذیل منعقد میگردد:

فصل اول - کلیات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصرأ با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار میگیرند:

ماده ۱- بیمه گر

" شرکت بیمه سینا (سهامی عام) سرپرستی استان چهار محال و بختیاری "، بنشانی: شهرکرد - خیابان فارابی- روبروی شرکت گاز- نبش کوچه چهارم که در این قرارداد ما بازاء تعهدات بیمه گزار مسئولیت جبران خسارت را بعهده دارد.

تبصره - بیمه خدمات درمانی، بیمه تامین اجتماعی و سازمانهای مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند " بیمه گر اول " و شرکت سهامی بیمه سینا " بیمه گر دوم " محسوب میشوند.

ماده ۲- بیمه گزار

" دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری " بنشانی: شهرکرد- خیابان آیت اله کاشانی که شخصیت حقوقی آن برای بیمه گر محرز گردیده و متعهد پرداخت حق بیمه قرارداد در وجه بیمه گر میباشد.

ماده ۳ - بیمه شدگان

عبارتند از کارکنان رسمی، قراردادی و پیمانی بیمه گذار که به اتفاق کلیه اعضاء خانواده خود (تحت تکفل) از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی گردیده اند.

تبصره یک - حداقل ۷۰٪ از کل کارکنان بهمراه افراد تحت تکفل آنان میبایست همزمان جهت اخذ

پوشش بیمه ای معرفی گردند.

دفتر مرکزی: تهران، بلوار میرداماد، نبش خیابان نقشه شمالی

تلفن گویا و نمابر: ۰۲۱-۲۸۰۷۰۲۱ و نمابر: ۰۲۱-۲۸۰۷۰۱۱۳۰

۰۲۱-۲۸۳۷۷

شماره:

تاریخ:

پیوست:

تبصره دو - منظور از اعضای خانواده همسر ، فرزندان ، پدر ، مادر و افرادی که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار دارند می باشند.

تبصره سه - فرزندان ذکور به شرط عدم اشتغال به کار تا سن بیست سالو در صورت تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه میباشند.

۳/۳/۱) دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام بیمه می شود.

۳/۳/۲) پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت .

۳/۳/۳) چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی یا از کارافتادگی کلی باشند هزینه درمان سایر بیماریهای آنها (به جز معلولیت و از کارافتادگی) با تایید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش خواهد بود.

تبصره ۴) کلیه کارکنان مونث می توانند همسر و فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.

ماده ۴ - موضوع بیمه

عبارتست از جبران هزینه درمانی - تشخیصی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث مشمول این بیمه نامه و مازاد بیمه خدمات درمانی ، بیمه تامین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول بر طبق شرایط مقرر در این قرارداد .

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار

ماده ۵

بیمه گزار موظف است هنگام عقد قرارداد وحداکثر ظرف مدت مدت **یکماه** پس از امضاء قرارداد سی دی حاوی لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان مطابق با اطلاعات درخواستی بیمه گر را ارائه نماید و همچنین این لیست را از طریق پست الکترونیکی رسمی بیمه گذار به پست الکترونیکی بیمه گر (شعبه شهرکرد) ارسال نماید. بدیهی است ملاک صدور معرفینامه یا پرداخت هزینه های پزشکی منوط به ارائه این لیست و وجود نام بیمه شده در لیست مذکور میباشد .

تبصره یک - لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می باید حاوی اطلاعات زیر باشد : شماره ردیف که همان شماره بیمه ای بیمه شده میباشد- نام و نام خانوادگی- نام پدر - تاریخ تولد(روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه - کد ملی هر یک از بیمه شدگان (مهمترین شاخص) - کد پرسنلی - جنسیت بیمه شده - نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی - تعیین وضعیت کفالت بیمه شدگان فرعی با بیمه شده اصلی (کفالت یا عدم کفالت) .

تبصره دو - بیمه گزار مکلف است درطول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق تبصره های یک ماده پنج برای بیمه گر ارسال نماید.

دفتر مرکزی: تهران ، بلوار میرداماد ، نبش خیابان نفت شمالی ، پلاک ۲۲۵

تلفن گویا و نمابر : ۰۲۱-۲۸۰۷۰۷ تلفن و نمابر: ۰۲۱-۲۲۹۱۶۰۱۱-۳۰

۰۲۱-۲۸۳۷۷

۲/۵/۱ت) - افرادی که درطول مدت قرارداد میتوانند به گروه بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از : افراد جدید الاستخدام و یا کارکنان انتقالی منوط به اعلام کتبی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از تاریخ استخدام و یا انتقال بیمه شده ، همسرکارکنانی که پس از شروع قرارداد ازدواج نموده اند و یا افرادی که از تاریخ شروع قرارداد تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گزار حداکثر ظرف یکماه پس از تاریخ عقد و یا شروع پوشش کفالت) .

در تمام موارد فوق تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان و ارائه خدمات به آنان ، از اولین روز ماه بعد از تاریخ ثبت درخواست کتبی بیمه گذار توسط دبیرخانه بیمه گر خواهد بود.

۲/۵/۲ت) نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند مشروط به آنکه بیمه گزار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد کتباً به بیمه گراعلام نماید و در صورت انقضای ضرب الاجل تعیین شده ، نوزاد از تاریخ ثبت درخواست کتبی بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر ، پوشش داده خواهد شد .

۳/۵/۳ت) تاریخ مؤثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گزار و از تاریخ ثبت درخواست کتبی بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر میباشد موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از فوت شدگان - خروج بیمه شده از کفالت بیمه شده اصلی و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گزار قطع میشود. بدیهی است چنانچه بیمه شده ای در طول مدت پوشش بیمه ای خود خسارت دریافت نموده باشد و به هر یک از دلایل ذکر شده از لیست بیمه شدگان حذف گردد حق بیمه مربوطه تا پایان قرارداد به طور کامل محاسبه و از بیمه گذار دریافت می گردد.

۴/۵/۲ت) بیمه شده اصلی چنانچه درطول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی و چنانچه بازنشسته گردد پوشش بیمه ای خود و اعضای خانواده فرد بازنشسته، "مشروط به پرداخت حق بیمه متعلقه" ، صرفاً تا پایان همان سال بیمه ای ادامه خواهد یافت.

تبصره سه - کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان درلیست اسامی اولیه وتغییرات،موضوع تبصره دو ماده پنج قرارداد درج نباشد باستناد از قلم افتادگی نمیتوانند در لیست بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند.

ماده ۶- میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان به شرح ذیل اعلام می گردد که بیمه گذار موظف است بر اساس تعداد کل بیمه شدگان محاسبه و مطابق با ماده ۷ در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

به حق بیمه خالص مالیات بر ارزش افزوده اضافه خواهد شد.

بیمه شدگان تا سن ۶۰ سال تمام:

حق بیمه خالص معادل ۱۸۰.۶۶۶/۷ ریال + ۵٪ مالیات بر ارزش افزوده معادل ۹۰.۳۳/۳ریال. جمع کل حق بیمه معادل ۱۸۹.۷۰۰ ریال.



دفتر مرکزی: تهران ، بلوار میرداماد ، نبش خیابان نفت شمالی ، پلاک ۲۲۵

تلفن گویا و نمابر : ۰۲۱-۲۸۰۷۰۷ تلفن و نمابر: ۰۲۱-۲۲۹۱۶۰۱۱-۳۰

۰۲۱-۲۸۳۷۷

شماره:

تاریخ:

پیوست:

بیمه شدگان از سن ۶۱ تا ۷۰ سال تمام:

حق بیمه خالص معادل ۲۷۱.۰۰۰ ریال + ۵٪ مالیات بر ارزش افزوده معادل ۱۳.۵۵۰ ریال. جمع کل حق

بیمه معادل ۲۸۴.۵۵۰ ریال

بیمه شدگان از سن ۷۱ سال به بالا:

حق بیمه خالص معادل ۳۶۱.۳۳۳ ریال + ۵٪ مالیات بر ارزش افزوده معادل ۱۸.۰۶۷ ریال. جمع کل حق

بیمه معادل ۳۷۹.۴۰۰ ریال

ماده ۷- ترتیب پرداخت حق بیمه

با توجه به عدم امکان ارائه لیست بیمه شدگان همزمان با شروع بیمه نامه، به منظور رفاه حال بیمه شدگان و امکان پذیر بودن صدور معرفی نامه بستری در بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گزار می باید نسبت به پرداخت مبلغی معادل جمع تعهدات یک بیمه شده مطابق با سرمایه های مندرج در جدول ماده ۸ این قرارداد به عنوان ودیعه اقدام نماید و پس از ارائه لیست بیمه شدگان ظرف مدت تعیین شده در ماده ۵ این قرارداد بیمه گزار مکلف است حداقل ۲۵٪ از حق بیمه سالیانه قرارداد را (مبلغ ودیعه از این میزان کسر می گردد) همزمان با دریافت الحاقیه تعیین تعداد بیمه شدگان در وجه بیمه گر پرداخت نماید. بدیهی است امکان پرداخت هرگونه خسارت قبل از وصول مبلغ پیش پرداخت امکان پذیر نمی باشد. همچنین مابه التفاوت حق بیمه قرارداد پس از کسر مبلغ پیش پرداخت می بایست حداکثر طی ۱۰ قسط در ابتدای هر ماه و حداکثر تا پانزدهم همان ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید. مهلت تسویه کل حق بیمه حداکثر یک ماه قبل از تاریخ انقضاء قرارداد می باشد.

مالیات بر ارزش افزوده قرارداد قابل تقسیط نمی باشد و می بایست به صورت یکجا و همزمان با تاریخ صدور الحاقیه تعیین تعداد بیمه شدگان به بیمه گر نقداً پرداخت گردد.

تبصره یک- مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد. در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه، قرارداد بلافاصله با صدور الحاقی به حالت تعلیق در می آید و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت ندارد. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق قرارداد با صدور " الحاقی رفع تعلیق " مجدداً به حالت اول بر میگردد.

تبصره دو- حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (اعم از افزایش و یا کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین میگردد که میبایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماههای آتی و حداکثر تا پانزدهم ماه بعد تسویه شود.

۲/۷/۱) - در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه میشود .

۲/۷/۲) - در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمیشود .

دفتر مرکزی: تهران، بلوار میرداماد، نبش خیابان نفت شمالی، پلاک ۲۲۵

تلفن و نمابر: ۰۲۱-۲۸۰۷۰۱۱-۳۰

تلفن گویا و نمابر: ۰۲۱-۲۸۰۷

۰۲۱-۲۸۳۷۷

شماره:
تاریخ:
پیوست:

فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - حدود تعهدات

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گزار مازاد هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای بشرح تعهدات زیر جبران نماید :

(ارقام به ریال)

| ردیف | نوع تعهدات | حداکثر تعهدات | توضیحات |
|------|--|----------------------|---|
| ۸/۱ | پرداخت هزینه های بستری و اعمال جراحی درمانی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود | ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ | بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) ، آنژیوگرافی قلب ، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن |
| ۸/۲ | جبران هزینه اعمال جراحی مهم | ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ | شامل اعمال جراحی مغز و اعصاب (با استثناء دیسک ستون فقرات) قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان که تعهدات این بند با احتساب بند ۸/۱ میباشد. |
| ۸/۳ | جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین | ۸.۰۰۰.۰۰۰ | |
| ۸/۴ | هزینه های پاراکلینیکی (۱) | ۵.۰۰۰.۰۰۰ | انواع اسکن - انواع سی تی اسکن - ماموگرافی - سونوگرافی - رادیوتراپی - ام آر آی - انواع آندوسکوپی و اکوکاردیوگرافی |
| ۸/۵ | هزینه های پاراکلینیکی (۲) | ۴.۰۰۰.۰۰۰ | شامل تست ورزش ، نوار عضله ، نوار عصب ، نوار مغز ، آنژیوگرافی چشم |
| ۸/۶ | ● هزینه جراحیهای مجاز سرپایی | ۴.۰۰۰.۰۰۰ | مانند شکستگیها - گچ گیری - ختنه - بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن لیپوم - تخلیه کیست و لیزر درمانی (با استثناء رفع عیوب دید چشم) |
| ۸/۷ | هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای دو چشم) | ۷.۰۰۰.۰۰۰ | چنانچه نقص بینائی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر (قبل از عمل) "سه دیوپتر" یا بیشتر باشد. |
| ۸/۸ | جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر | ۶۰۰.۰۰۰ ۱.۰۰۰.۰۰۰ | و سایر فوریتهای پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان میگردد |
| ۸/۹ | خدمات دندانپزشکی | ۲.۵۰۰.۰۰۰ | |

- تبصره ۱- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) پیوست میباشد که در خصوص انجام اینگونه اعمال در مطب بیمه گر تعهدی به عهده نخواهد داشت .

ماده ۹ - مجموع تعهدات سالیانه بیمه گر در مورد بندهای ۸/۱ و ۸/۸ برای هر یک از بیمه شدگان همان مبلغ ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال و حداکثر تعهد بیمه گر در خصوص بند ۸/۲ با احتساب تعهدات بند ۸/۱ مبلغ ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال و تعهد سایر بندها بصورت مستقل در نظر گرفته می شود .

دفتر مرکزی: تهران ، بلوار میرداماد ، نبش خیابان نفت شمالی ، پلاک ۲۲۵

تلفن گویا و نمابر : ۰۲۱-۲۸۰۷۰۷۰۷ تلفن و نمابر: ۰۲۱-۲۲۹۱۶۰۱۱-۳۰

۰۲۱-۲۸۳۷۷

شماره:

تاریخ:

پیوست:

ماده ۱۰- دوره انتظار

۱۰-۱- جبران هزینه زایمان و نازایی: در گروههای کمتر از ۲۵۰ نفر به مدت ۹ ماه و در گروههای ۲۵۰ الی ۱۰۰۰ نفر به مدت ۶ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر یک از بیمه شدگان خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه مربوطه نخواهد داشت.

۱۰-۲- چنانچه بیمه شدگان دارای پوشش بیمه درمان در سال قبل بوده و بدون وقفه این بیمه نامه تمدید گردد شرط فوق (۱-۱۰) حذف می گردد.

۱۰-۳- گروههای بالای ۱۰۰۰ نفر مشمول دوره انتظار نمی گردند.

ماده ۱۱- فرانشیز

درصد معینی از هزینه های درمانی است که تامین آن به عهده بیمه شده می باشد و میزان آن به شرح زیر تعیین می گردد:

فرانشیز بابت سهم بیمه گر اول معادل ۲۰ درصد هزینه های مورد تعهد موضوع ماده ۸ میباشد.

ماده ۱۲- استثنائات

جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی و پاراکلینیکی مندرج در ماده ۷ شرایط عمومی که پیوست است از شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد.

ماده ۱۳

بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستانها و مراکز درمانی داخل کشور آزاد است. در اینصورت بیمه شده پس از پرداخت هزینه های مربوطه باید اصل صورتحساب مرکز درمانی را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم نماید. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گذار از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نماید صورتحساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود. چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی مربوطه پرداخت خواهد شد در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۴- ترتیب بستری شدن بیمه شدگان

۱۴/۱- چنانچه بیمه شدگان در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند.

۱۴/۱/۱) می بایست پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را راساً تامین نمایند.

۱۴/۱/۲) حداکثر ظرف مدت سه روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب را از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع دهد.



دفتر مرکزی: تهران، بلوار میرداماد، نیش خیابان نفت شمالی، پلاک ۲۲۵

تلفن گویا و نمابر: ۰۲۱-۲۸۰۷۰۷۰۷ تلفن و نمابر: ۰۲۱-۲۲۹۱۶۰۱۱-۳۰

۰۲۱-۲۸۳۷۷

www.sinainsurance.com

شماره:
تاریخ:
پیوست:

در صورت عدم تمایل بیمه شده به دریافت سهم بیمه گر اول و یا سایر بیمه گران مکمل اصل مدارک و صورتحسابهای بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گزار و نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال نمایند.

تبصره یک - بیمه شدگان می توانند ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از سازمان خدمات درمانی یا تامین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمانهای فوق الذکر ، از طریق نماینده بیمه گزار به بیمه گر مراجعه و هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر براساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند. در غیراینصورت شامل فرانشیز موضوع ماده ۱۱ خواهد شد .

تبصره دو - مهلت در صورت استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت نماید. در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغ بیش از هزینه های انجام شده نیست.

تبصره سه - مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یکماه پس از دریافت چک بیمه گر اول میباشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر یک ماه بعد از انجام آن خواهد بود .

۱۴/۱/۴ - محاسبه هزینه های بیمارستانی براساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم طراز طرف قرارداد با بیمه گر میباشد . در صورت عدم تعیین حق العمل جراح در صورتحساب بیمارستان و ارائه گواهی مبنی بر دریافت حق الزحمه توسط پزشک معالج ، این هزینه حداکثر معادل تعرفه کتاب کالیفرنیا و بر اساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم طراز طرف قرارداد با بیمه گر محاسبه و پرداخت خواهد شد .

۱۴/۱/۵ محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی بر اساس تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی اعلام شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور در بخش دولتی و خصوصی در سال اجرای قرارداد می باشد.

۱۴/۲ - چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند.

۱۴/۲/۱) با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد به ضمیمه درخواست کتبی بیمه گزار نسبت به اخذ معرفینامه از بیمه گر اقدام نمایند.

۱۴/۲/۲ بیمه گذار یا بیمه شده موظفند حداکثر **ظرف مدت ۵ روز** از تاریخ بستری و قبل از ترخیص شدن بیمه شده از بیمارستان جهت دریافت معرفی نامه از بیمه گر اقدام نماید .



شماره:

تاریخ:

پیوست:

۱۴/۲/۳) در موارد اورژانس و یاساعات غیراداری، بیمه شدگان میتوانند از طریق کارت بیمه درمانی که در اختیار آنان گذاشته میشود مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر مراجعه و بستری گردند و متعاقباً در اولین ساعات اداری روز بعد معرفینامه مربوطه را اخذ و تحویل بیمارستان نمایند.

۱۴/۲/۴) بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور به تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج از کشور اعزام می گردند 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 صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد خسارت پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

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

ماده ۱۵

بیمه گزار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تام الاختیار خود را به بیمه گر معرفی نماید . این نماینده رابط بین بیمه گر و بیمه گزار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه گزار و بیمه شده را به عهده دارد . بدین ترتیب بیمه شدگان میبایست امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه گر خودداری نمایند.

ماده ۱۶

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شوندهگان از طرف بیمه گزار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است بیمه گر مجاز به تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود .

ماده ۱۷

هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان 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 یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت گردیده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد گردید.

ماده ۱۸

خسارات مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.



دفتر مرکزی: تهران ، بلوار میرداماد ، نیش خیابان نفت شمالی . پلاک ۲۲۵

تلفن گویا و نمابر : ۰۲۱-۲۸۰۷۰۷۰۷ تلفن و نمابر: ۰۲۱-۲۲۹۱۶۰۱۱-۳۰

۰۲۱-۲۸۳۷۷

www.sinainsurance.com

شماره:
تاریخ:
پیوست:

ماده ۱۹

بمنظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان ، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد .

ماده ۲۰ - حل اختلاف نظر

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد ، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل خواهد شد . در غیر اینصورت رای مراجع ذیصلاح نافذ می باشد .

ماده ۲۱ - مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۳۹۱/۰۸/۰۱ شروع و در ساعت صفر مورخ ۱۳۹۲/۰۸/۰۱ خاتمه مییابد.

ماده ۲۲ - شرایط فسخ قرارداد

بیمه گر و بیمه گزار می توانند صرفاً " با شرایط تعیین شده در شرایط عمومی این بیمه ، درخواست فسخ قرارداد در طول مدت بیمه را بنمایند .

ماده ۲۳ - شرایط تمدید قرارداد

تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه گر و بیمه گزار و با صدور الحاقی انجام خواهد شد .

ماده ۲۴

در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (مصوب شورایعالی بیمه) که جزء لاینفک این قرارداد میباشد و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

ماده ۲۵

این قرارداد مشتمل بر ۲۵ ماده و در سه نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ ۱۳۹۱/۰۸/۳۰ امضاء و مبادله شده است .

بیمه گر

شرکت بیمه سینا (سهامی عام)
استان چهارمحال و بختیاری

بیمه گزار

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان چهارمحال و بختیاری



دفتر مرکزی: تهران ، بلوار میرداماد ، نیش خیابان نفت شمالی . پلاک ۲۲۵

تلفن گویا و نمابر : ۰۲۱-۲۸۰۷۰۷ تلفن و نمابر: ۰۲۱-۲۲۹۱۶۰۱۱-۳۰

۰۲۱-۲۸۳۷۷



شرکت بیمه سینا

(سهامی عام)

خسارتهایی که از محل تکمله قرارداد بیمه درمان گروهی و بدون دریافت حق بیمه توسط بیمه گر به دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری پرداخت می شود (مورد الحاقی به جدول تعهدات بیمه گر):

۱- جبران هزینه جراحی دیسک و لیزر درمانی ته چشم (سرپائی، بستری) و بستری در مراکز روانپزشکی از محل تعهدات بند ۱.

۲- جبران هزینه جراحی ستون فقرات (غیر از دیسک جراحی فوق تخصصی ارتوپدی) و هزینه بیماریهای خاص (شامل تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، MS و داروهای تخصصی مربوطه به شیمی درمانی و عوارض آن در مراکز درمانی و داخل مطب به صورت سرپایی یا بستری شامل کلیه هزینه های (دارو و سایر خدمات) طبق تعرفه از محل تعهدات بند ۲.

۳- پرداخت هزینه های مربوط به رادیوتراپی، اسپیرومتری، انواع بیوپسی، نوار قلب، پاپ اسمیر، پست میکرو از محل تعهدات پاراکلینیک ۱ و مطابق با تعرفه های مصوب در بخش خصوصی پس از کسر فرانشیز در طول مدت قرارداد قابل پرداخت می باشد.

۴- پرداخت هزینه های مربوط به: انواع گرافی، فیزیوتراپی، انواع آزمایشات و پاتولوژی و جرم گیری گوش از محل تعهدات پاراکلینیک ۲ و مطابق با تعرفه های مصوب در بخش خصوصی پس از کسر فرانشیز در طول مدت قرارداد قابل پرداخت می باشد.

۵- جبران هزینه دارو و ویزیت پزشک از محل تعهدات پاراکلینیک ۲ بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی با کسر ۲۰ درصد فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۶- پرداخت هزینه عینک و سمعک از محل تعهدات پاراکلینیک ۲.

۷- پرداخت هزینه توپوگرافی از محل تعهدات پاراکلینیک ۳.

۸- پرداخت هزینه های دندانپزشکی تا سقف ۲.۵۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر شامل کلیه خدمات درمانی دندانپزشکی عمومی و تخصصی، ایمپلنت، ارتودنسی، جراحی فک، دهان و دندان، دست دندان طبق تعرفه، مشروط به ارائه گرافی قبل و بعد از اقدام و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز.

۹- مهلت ارسال مدارک مربوط به انجام هزینه های پاراکلینیک از تاریخ صدور قبض به مدت ۲ ماه و هزینه های بیمارستانی ۳ ماه می باشد.

۱۰- بیمه شدگان بالای سن ۶۰ سال تمام با پرداخت حق بیمه برابر و والدین غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی با پرداخت ۲ برابر حق بیمه و به شرط ارائه لیست اسامی مربوطه به صورت یکجا و در ابتدای قرارداد تحت پوشش قرار می گیرند.

۱۱- حدود تعهدات ماده ۸ قرارداد جهت هر نفر از بیمه شدگان می باشد.

بیمه گر
شرکت بیمه سینا (سهامی عام)

بیمه گزار
دانشگاه علوم پزشکی

استان چهارمحال و بختیاری

استان چهارمحال و بختیاری

دفتر مرکزی: تهران، بلوار میرداماد، نیش خیابان بعد از سه پله

تلفن گویا و نمابر: ۰۲۱-۲۸۰۷۰۲۱

تلفن و نمابر: ۰۲۱-۲۸۳۷۷۰۲۱

www.sinainsurance.com

شماره:

تاریخ:

پیوست:

ماده ۶ شرایط عمومی - استثنائات قرارداد درمان

هزینه موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میگیرد، 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.
- ۴- ترک اعتیاد.
- ۵- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده.
- ۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان .
- ۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.
- ۸- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۱- جنون
- ۱۲- جراحی لثه.
- ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه داروئی ندارد مگر به تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی.
- ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مؤاردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۱۷- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.



دفتر مرکزی: تهران ، بلوار میرداماد ، نش خیابان نفت شمالی ، پلاک ۲۲۵

تلفن گویا و نمابر : ۰۲۱-۲۸۰۷۰۷ تلفن و نمابر: ۰۲۱-۲۲۹۱۶۰۱۱-۳۰

۰۲۱-۲۸۳۷۷

www.sinainsurance.com

فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی در مطب

- ۱- کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توام باشد .
- ۲- اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد . (از جمله انواع فتق ها)
- ۳- اعمال جراحی روی استخوانهای بزرگ و طویل بدن .
- ۴- اعمال جراحی داخل قفسه صدری - کاتریسم قلب و عروق .
- ۵- اعمال روی عضلات ، اوتار ، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس .
- ۶- اعمال جراحی داخل دستگاههای تناسلی و ادراری زن و مرد ، گذاردن فورمیس و زایمانهای غیرطبیعی و طبیعی .
- ۷- کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه .
- ۸- اعمال جراحی وسیع استخوانهای فک و صورت و داخل حلق (منجمله شکاف کام و لب شکری ، لوزتین و سینوسها) .
- ۹- بیوپسی انساج داخل مری ، تراشه ، برونشها ، روده ها ، مثانه ، کبد ، طحال .
- ۱۰- عمل کاتاراکت ، گلوکوم ، پارگی شبکیه ، تومورهای حفره چشم و استرایبسم چشم .
- ۱۱- عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و غیره .
- ۱۲- (Open Reduction) عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین .
- ۱۳- بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین .
- ۱۴- رزکسیون فک .
- ۱۵- رزکسیون کندیل فک .
- ۱۶- رزکسیون زبان .
- ۱۷- عمل جراحی باز در ارج زیگما.
- ۱۸- جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی.
- ۱۹- جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی .
- ۲۰- عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی .
- ۲۱- بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

