



شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

## قرارداد بیمه گروهی مزاد درمان

شماره قرارداد: ۱۳۹۲/۱۳۱/۱۰۳۱/۱۰۳۱/۶  
شماره سال قبل: ۱۳۹۱/۱۳۱/۱۰۳۱/۲۰۸۱/۶  
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 منبع بیمه گر نامیده می شود از یک طرف و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری که بعد از این بیمه گزار نامیده می شود از طرف دیگر براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶، مقررات و آئین نامه های شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط خصوصی ذیل منعقد می گردد:

### فصل اول - کلیات

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

#### ماده ۱- بیمه گر

" شرکت بیمه سینا (سهامی عام) سرپرستی استان چهارمحال و بختیاری "، به نشانی: شهرکرد - خیابان فارابی شمالی - روبروی شرکت گاز- نبش کوچه چهارم که در این قرارداد ما بازاء تعهدات بیمه گزار مسئولیت جبران خسارت را بعهدده 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 می شوند.

#### ماده ۲- بیمه گزار

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

#### 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 به همراه افراد تحت تکفل آنان می بایست همزمان جهت اخذ پوشش بیمه ای معرفی گردند.



شهرکرد، خیابان فارابی شمالی، روبروی شرکت گاز، نبش کوچه چهارم، پلاک ۱۳۶ - کد پستی: ۸۸۱۵۷۱۶۸۸۱

تلفن: ۶- ۳۳۴۸۵۱۵ و ۶- ۳۳۴۶۳۳۵ فکس: ۳۳۴۸۵۱۷

[www.sinainsurance.com](http://www.sinainsurance.com)



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 سال و 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 می باشند.

۳/۳/۱ (ت) دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام بیمه می شود.  
۳/۳/۲ (ت) پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت .

۳/۳/۳ (ت) 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 مزاد 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 و حداکثر 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 می باشد .

**تبصره یک -** لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می باید حاوی اطلاعات زیر باشد : شماره ردیف که همان شماره بیمه ای بیمه شده می باشد- 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.



شهرکرد ، خیابان فارابی شمالی ، روبروی شرکت گاز ، نبش کوچه چهارم ، پلاک ۱۳۶ - کد پستی : ۸۸۱۵۷۱۶۸۸۱

تلفن : ۶- ۳۳۴۸۵۱۵ و ۶- ۳۳۴۶۳۳۵ فکس : ۳۳۴۸۵۱۷

[www.sinainsurance.com](http://www.sinainsurance.com)



شماره:

تاریخ:

پیوست:

۲/۵/۱) - افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند 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 ، همسر کارکنانی 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.

۲/۵/۲) 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 گر اعلام 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 .

۲/۵/۳) تاریخ مؤثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گزار و از تاریخ ثبت درخواست کتبی بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر می باشد 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 می شود. 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.

۲/۵/۴) بیمه شده اصلی چنانچه در طول 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 در لیست اسامی اولیه و تغییرات، 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. مبنای محاسبه نرخ مالیات بر ارزش افزوده تاریخ صدور هر الحاقیه به تفکیک می باشد.

بیمه شدگان تا سن ۶۰ سال تمام:

حق بیمه خالص معادل ۲۶۴,۱۵۱ ریال

بیمه شدگان از سن ۶۱ تا ۷۰ سال تمام:

حق بیمه خالص معادل ۳۹۶,۲۲۶ ریال



شهر کرد ، خیابان فارابی شمالی ، روبروی شرکت گاز ، نبش کوچه چهارم ، پلاک ۱۳۶ - کد پستی : ۸۸۱۵۷۱۶۸۸۱

تلفن : ۰۶ - ۳۳۴۸۵۱۵ و ۰۶ - ۳۳۴۶۳۳۵ فکس : ۳۳۴۸۵۱۷

www.sinainsurance.com



شماره :

تاریخ :

پیوست :

بیمه شدگان از سن ۷۱ سال به بالا:

حق بیمه خالص معادل ۵۲۸,۳۰۲ 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 ۱۲ 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.

شماره حساب شرکت بیمه سینا جهت واریز حق بیمه: **۵۵۳۸۲۲۷۴۸ بانک کشاورزی شعبه کاشانی شهرکرد**

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 می گردد.

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

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

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



شهرکرد، خیابان فارابی شمالی، روبروی شرکت گاز، نبش کوچه چهارم، پلاک ۱۳۶ - کد پستی: ۸۸۱۵۷۱۶۸۸۱

تلفن: ۶- ۳۳۴۸۵۱۵ و ۶- ۳۳۴۶۳۳۵ فکس: ۳۳۴۸۵۱۷

[www.sinainsurance.com](http://www.sinainsurance.com)



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 Day Care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری)	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	بشرط بستری، جراحی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی قلب، رادبو تراپی و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری)
۸/۲	جبران هزینه اعمال جراحی مهم	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	شامل اعمال جراحی مربوط به بیماری سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (باستثناء دیسک ستون فقرات)، گامتایف، 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	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	-
۸/۴	نازایی و ناباروری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های مربوط به نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط با GIFT, ZIFT, IUI, IVF و میکروانجکشن
۸/۵	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	۶,۰۰۰,۰۰۰	انواع اسکن - انواع سی تی اسکن - ماموگرافی - سسونوگرافی - ام آر آی - انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، استرسی اکو، دانسیتمتری
۸/۶	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۵,۰۰۰,۰۰۰	شامل تست ورزشی، تست انرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار ممانه، شنوایی، سنجی بینایی، سنجی، هولتر، هولتر ریتم، آرتیگراف قلب، آنژیوگرافی چشم
۸/۷	● هزینه جراحیهای مجاز سرپایی	۵,۰۰۰,۰۰۰	مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کراپوتراپی، اکسیژن لیوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم)
۸/۸	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای دو چشم)	۸,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی 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 علاوه نصف آستیگمات) سه دیوپتر یا بیشتر باشد.
۸/۹	خدمات آزمایشگاهی	۳,۰۰۰,۰۰۰	شامل آزمایشات تشخیص پزشکی، باتولوژی با آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی (به استثناء چکاپ پزشکی)، انواع رادبو گرافی، نوار قلب، فیزیو تراپی.
۸/۱۰	ویزیت و دارو	۳,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه دارو و داروهای اساسی فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً سهم مازاد بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری
۸/۱۱	دندان پزشکی	۲,۰۰۰,۰۰۰	شامل خدمات کشیدن، جرم گیری، پروساز، ترمیم، بر کردن، درمان ریشه و روکش
۸/۱۲	عینک	۱,۰۰۰,۰۰۰	-
۸/۱۳	سمعک	۱,۰۰۰,۰۰۰	-
۸/۱۴	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۵۰۰,۰۰۰ ۱,۰۰۰,۰۰۰	مشروط به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج از محل بند ۸/۱

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



شماره : .....

تاریخ : .....

پیوست : .....

**ماده ۹ -** مجموع تعهدات سالیانه بیمه‌گر در مورد بندهای ۸/۱ و ۸/۸ برای هر یک از بیمه‌شدگان همان مبلغ ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و حداکثر تعهد بیمه‌گر در خصوص بند ۸/۲ با احتساب تعهدات بند ۸/۱ مبلغ ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و تعهد سایر بندها بصورت مستقل در نظر گرفته می‌شود.

#### **ماده ۱۰ - دوره انتظار**

۱-۱- 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 بیمه‌ای هر یک از بیمه‌شدگان خواهد بود که در این دوره بیمه‌گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه مربوطه نخواهد داشت.

۱-۲- چنانچه بیمه‌شدگان دارای پوشش بیمه درمان در سال قبل بوده و بدون وقفه این بیمه‌نامه تمدید گردد شرط فوق (۱-۱) حذف می‌گردد.

۱-۳- گروههای بالای ۱۰۰۰ نفر مشمول دوره انتظار نمی‌گردند.

#### **ماده ۱۱ - فرانشیز**

درصد معینی از هزینه‌های درمانی است که تامین آن به عهده بیمه‌شده می‌باشد و میزان آن به شرح زیر تعیین می‌گردد:

فرانشیز بابت سهم بیمه‌گر اول معادل ۲۰ درصد هزینه‌های مورد تعهد موضوع ماده ۸ می‌باشد.

#### **ماده ۱۲ - استثنائات**

جبران هزینه‌های بیمارستانی و جراحی و پاراکلینیکی مندرج در ماده ۷ شرایط عمومی که پیوست است از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد.

#### **ماده ۱۳**

بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستانها و مراکز درمانی داخل کشور آزاد است. در اینصورت بیمه‌شده پس از پرداخت هزینه‌های مربوطه باید اصل صورتحساب مرکز درمانی را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم نماید. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گذار از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نماید صورتحساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود. چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی مربوطه پرداخت خواهد شد در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.



شهرکرد، خیابان فارابی شمالی، روبروی شرکت گاز، نبش کوچه چهارم، پلاک ۱۳۶ - کد پستی: ۸۸۱۵۷۱۶۸۸۱

تلفن: ۶- ۳۳۴۸۵۱۵ و ۶- ۳۳۴۶۳۳۵ فکس: ۳۳۴۸۵۱۷

[www.sinainsurance.com](http://www.sinainsurance.com)



شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

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 رسماً 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.

۱۴/۱/۳) 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 - 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 می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر دو 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 می باشد. 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.



شهرکرد، خیابان فارابی شمالی، روبروی شرکت گاز، نبش کوچه چهارم، پلاک ۱۳۶ - کد پستی: ۸۸۱۵۷۱۶۸۸۱

تلفن: ۶- ۳۳۴۸۵۱۵ و ۳۳۴۶۳۳۵ - فکس: ۳۳۴۸۵۱۷

www.sinainsurance.com



شماره : .....

تاریخ : .....

پیوست : .....

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 .

۱۴/۲/۳) در موارد اورژانس و یاساعات غیراداری، بیمه شدگان میتوانند از طریق کارت بیمه درمانی که در اختیار آنان گذاشته می شود 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 تایید 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 بعهده 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 شوندها 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



شهرکرد ، خیابان فارابی شمالی ، روبروی شرکت گاز ، نبش کوچه چهارم ، پلاک ۱۳۶ - کد پستی : ۸۸۱۵۷۱۶۸۸۱

تلفن : ۶ - ۳۳۴۸۵۱۵ و ۶ - ۳۳۴۶۳۳۵ فکس : ۳۳۴۸۵۱۷

www.sinainsurance.com



شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

### 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.

### 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 ۱۳۹۲/۰۸/۰۱ شروع و در ساعت صفر مورخ ۱۳۹۳/۰۸/۰۱ خاتمه می یابد.

### 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 .

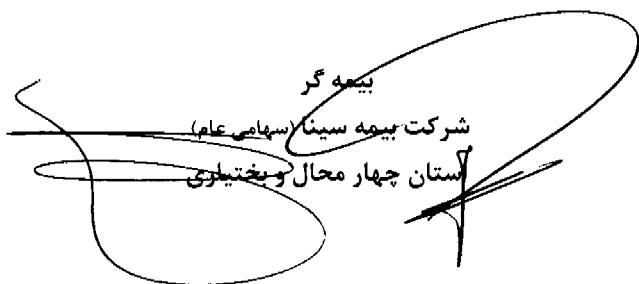
### ماده ۲۴

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

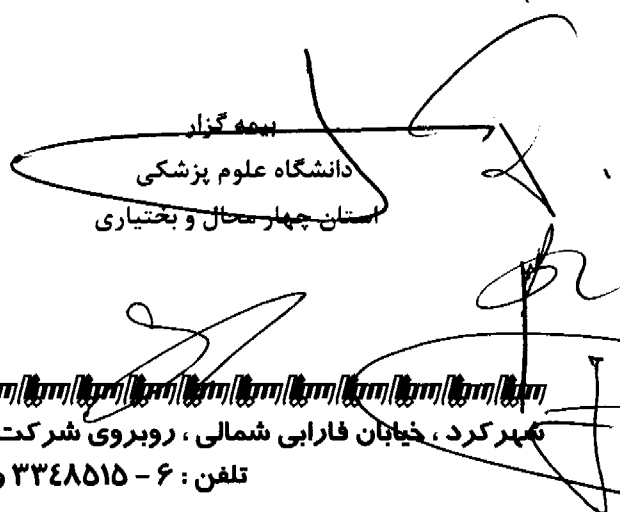
### ماده ۲۵

این قرارداد مشتمل بر ۲۵ ماده و در سه نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ ۱۳۹۲/۰۸/۰۱ امضاء و مبادله شده است .

بیمه گر  
شرکت بیمه سینا (سهامی عام)  
استان چهارمحال و بختیاری



بیمه گزار  
دانشگاه علوم پزشکی  
استان چهارمحال و بختیاری



تلفن: ۰۶-۳۳۴۸۵۱۵ و ۰۶-۳۳۴۶۳۳۵ فکس: ۳۳۴۸۵۱۷ کد پستی: ۸۸۱۵۷۱۶۸۸۱



شماره :  
تاریخ :  
پیوست :

تکمله قرارداد بیمه درمان گروهی دانشگاه علوم پزشکی استان چهار محال و بختیاری (مورد  
الحاقی به قرارداد شماره ۱۳۹۲/۱۳۱/۱۰۳۱/۱۰۳۱/۶):

\*\*\*\*\*

- ۱- 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.
- ۲- حق بیمه بیمه شدگان بالای سن ۶۰ سال تمام بدون اضافه نرخ در نظر گرفته خواهد شد.

بیمه گزار  
دانشگاه علوم پزشکی  
استان چهار محال و بختیاری

بیمه گر  
شرکت بیمه سینا (سهامی عام)  
استان چهار محال و بختیاری



شهرکرد ، خیابان فارابی شمالی ، روبروی شرکت گاز ، نبش کوچه چهارم ، پلاک ۱۳۶ - کد پستی : ۸۸۱۵۷۱۶۸۸۱  
تلفن : ۶- ۳۳۴۸۵۱۵ و ۶- ۳۳۴۶۳۳۵ فکس : ۳۳۴۸۵۱۷

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 تایید 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 مواردی 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.



شهرکرد ، خیابان فارابی شمالی ، روبروی شرکت گاز ، نبش کوچه چهارم ، پلاک ۱۳۶ - کد پستی : ۸۸۱۵۷۱۶۸۸۱

تلفن : ۶- ۳۳۴۸۵۱۵ و ۶- ۳۳۴۶۳۳۵ فکس : ۳۳۴۸۵۱۷

www.sinainsurance.com

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

### 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 صدی - 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 استرایپسم 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 .

# فرم عضویت بیمه درمان مکمل شرکت بیمه سینا

مشخصات بیمه شده اصلی :

نام :

نام پدر :

نوع استخدام :

واحد محل خدمت :

نام خانوادگی :

شماره ملی :

شماره دفتر چه بیمه :

شماره شناسنامه :

تاریخ تولد :

نوع بیمه پایه :

ب) مشخصات بیمه شدگان تبعی

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد روز / ماه / سال	نوع بیمه پایه	شماره دفتر چه بیمه	نسبت به بیمه شده اصلی	شماره ملی
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									

با آگاهی کامل از مفاد قرارداد فی مابین دانشگاه علوم پزشکی و شرکت بیمه سینا شعبه استان چهارمحال و بختیاری این فرم را امضاء نموده و مسئولیت هر گونه

اینجانب

اشتباهی در تکمیل فرم بعهده اینجانب می باشد. / ک

ضمناً با توجه به مفاد قرارداد اینجانب اجازه می دهم حق بیمه سرانه بر اساس قرارداد از حقوق و مزایای اینجانب کسر و به حساب شرکت بیمه واریز گردد .

هر گونه خروج از قرارداد و یا ورود به قرارداد تابع مقررات خاص خود می باشد.

فرزندان ذکور و انات تا زمان ازدواج یا اشتغال بکار تحت پوشش می باشند .

تعداد کل اعضا :

نفر

مهر و امضاء : مسئول نیروی انسانی

امضاء بیمه شده اصلی

تلفن همراه :

آدرس :