

تاریخ

شماره

پیوست



بیمه ایران

قرارداد گروهی بیمه درمان تکمیلی فرهنگیان

شماره قرارداد:	تاریخ شروع: ساعت صفر روز: ۱۳۸۹/۲/۱
بیمه گذار: وزارت آموزش و پرورش	تاریخ انقضاء: ساعت ۲۴ روز: ۱۳۹۰/۱/۳۱
تعداد بیمه شدگان: طی الحاقی تعیین می گردد	تاریخ صدور:
حق بیمه صادره: طی الحاقی تعیین می گردد	

این قرارداد بین شرکت سهامی بیمه ایران که منبع بیمه گر نامیده می شود از یک طرف و وزارت آموزش و پرورش که بعد از این بیمه گذار نامیده می شود از طرف دیگر بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مقررات و آیین نامه های شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط خصوصی ذیل منعقد می گردد.

فصل اول: (تعاریف و اصطلاحات)

ماده (۱) بیمه گر: شرکت سهامی بیمه ایران به نشانی: تهران- خیابان سعدی- چهارراه مخبرالدوله

ماده (۲) بیمه گذار: وزارت آموزش و پرورش- معاونت برنامه ریزی و توسعه مدیریت به نشانی: تهران خیابان شهید سپهبد قری. (ادارات کل آموزش و پرورش به عنوان عوامل اجرائی بیمه گذار در هریک از استانهای کشور متولی انعقاد قرارداد با مدیریت های استانی بیمه ایران بوده و متعهد به پرداخت حق بیمه می باشند.)

ماده (۳) بیمه شدگان:

عبارتند از کارکنان شاغل (رسمی و پیمانی) به همراه افراد خانواده تحت تکفل آنها که به طور تمام وقت در استخدام بیمه گر می باشند.

تبصره (۱) منظور از خانواده عبارتست از کارکنان شاغل سرپرست خانواده بیمه گذار و همسر یا همسران دائمی، فرزندان و سایر افرادی که براساس رأی مراجع ذیصلاح قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی بوده و دارای دفترچه بیمه گر اول به تبع بیمه شده اصلی باشند.

تبصره (۲) فرزندان کارکنان مؤنث به شرط دارا بودن دفترچه بیمه گر اول می توانند تحت پوشش این قرارداد قرار گیرند.

تبصره (۳) شرط سنی بیمه شدگان:

الف) فرزندان در صورت اعلام اسامی در موعده مقرر بدون در نظر گرفتن شرط سنی مشروط به عدم ازدواج و اشتغال به کار تحت پوشش بیمه می باشند.

ب) فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال تحت پوشش بیمه می باشند.

ج) نوزادان از بدو تولد مشروط به ارسال مدارک ظرف مدت ۴۵ روز از سوی بیمه گذار تحت پوشش قرار می گیرند.



✓ (۵) فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان بدون در نظر گرفتن شرط سنی بیمه خواهند بود (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

✓ (۵) بیمه شدگانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام اسامی آنها ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ مرخصی از سوی بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه متعلقه راساً و به صورت یکجا تا انتهای قرارداد می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند. ضمناً کسانی که مرخصی آنها بعد از مهلت عضوگیری به پایان می‌رسد به شرط داشتن پوشش در سال گذشته به همراه افراد خانواده تا ۴۵ روز پس از انقضای مرخصی با پرداخت حق بیمه مربوطه می‌توانند از ابتدای قرارداد جدید به عضویت درآیند.

✓ (۶) در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه شده اصلی در طول سال بیمه ای، افراد مذکور و خانواده تحت تکفل و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه‌ای متوفی به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

قبصره ۴) کارکنان شاغل بیمه‌گذار و اعضاء خانواده به همراه افراد تحت تکفل آنان زمانی بیمه شده تلقی می‌شوند که دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح یا کمیته امداد امام خمینی (ره) و یا سایر بیمه‌گران پایه باشند. (افراد تحت تکفل می‌بایست قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی بوده و به تبع وی دارای دفترچه بیمه باشند).

ماده ۴) فرانشیز:

✓ منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه‌های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد می‌باشد که تأمین آن به عهده بیمه شده می‌باشد.

تبصره ۱) در صورتی که بیمه شدگان بنا به سنی مانیل به استفاده از سهم خسارت درمان بیمه‌گر اولیه (سازمان بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی و ...) نباشند و یا بیمه‌گر اولیه از پرداخت هزینه‌ها به هر دلیلی خودداری نماید هزینه‌های مورد تعهد مندرج در ماده ۵ قرارداد و تبصره‌های آن با ارائه اصل مدارک پس از کسر فرانشیزهای مقرر از هزینه‌های قابل پرداخت محاسبه خواهد شد. بدیهی است چنانچه هزینه‌های باقی‌مانده بیمه شده پس از کسر فرانشیز معادل یا بالاتر از سقف تعهدات باشد بیمه‌گر مکلف به پرداخت هزینه‌ها تا سقف تعرفه‌های مورد عمل در بخش دولتی و یا خصوصی حسب مرجع درمانی مورد استفاده قرارداد می‌باشد. در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر اول طبق آئین نامه شماره ۴۴/۱ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران فرانشیز کسر نخواهد گردید.

قبصره ۲) در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد با شرکت بیمه که فاقد قرارداد با بیمه‌گر پایه بوده و فرانشیز سهم بیمار توسط ایشان پرداخت می‌گردد، بیمه شده می‌تواند پس از ارسال مدارک از سوی مراکز درمانی فوق‌الذکر به واحد اجرایی مربوطه مراجعه و ضمن دریافت اصل مدارک راساً نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر پایه اقدام



بیمه ایران

تاریخ
 شماره
 پیوست

نماید، بدیهی است چنانچه مبلغ دریافتی از بیمه‌گر پایه بیشتر از فرانشیز پرداختی باشد، بیمه شده می‌بایست نسبت به پرداخت مابه‌التفاوت آن در وجه شرکت بیمه اقدام نموده و چنانچه مبلغ دریافتی از بیمه‌گر پایه کمتر از فرانشیز پرداختی باشد، شرکت بیمه نسبت به پرداخت مابه‌التفاوت در وجه بیمه شده اصلی اقدام می‌نماید.

تبصوه: در هر صورت هزینه‌های خارج از تعهد بعهده بیمه شده بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی‌گردد.

ماده ۵ - تعهدات بیمه‌گر :

خلاصه جدول تعهدات به شرح ذیل می‌باشد :

فرانشیز و توضیحات	سقف تعهدات	تعهدات
%۲۰	بدون سقف	جراحی‌های تخصصی
		درمان طبی و سایر اعمال جراحی
		زایمان (طبیعی، سزارین)
%۲۰	بدون سقف	هزینه‌های درمان نازایی و ناباروری (هزینه‌های تشخیصی، درمانی و دارویی)
%۲۰	بدون سقف	هزینه‌های پاراکلینیکی
%۲۰ - پرداخت تا سقف تعرفه‌های نظام پزشکی	بدون سقف	ویزیت پزشکان
%۲۰	بدون سقف	دارو و ملزومات دارویی
%۲۰ - با تأیید انجمن حمایتی مربوطه	بدون سقف	هزینه‌های تهیه اعضاء طبیعی پیوندی
%۲۰	۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال	هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه نقص بینایی ۳ دیوپتر برای هر چشم
%۲۰	بدون سقف	هزینه‌های پروتز
%۲۰	۵۰/۰۰۰ ریال	هینک
%۲۰	هر نفر ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال	دندانپزشکی (به استثناء هزینه‌های مربوط به ارتودنسی، ایمپلنت، دست دندان و اعمال زیبایی)
%۲۰	بدون سقف	هزینه‌های ارتوز
---	داخل شهر ۶۰۰/۰۰۰ ریال خارج شهر ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال	آمبولانس

دوازده دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۹ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان عبارت است از :

۱-۵- تامین هزینه‌های بیمارستانی و **DAY CARE** شامل اعمال جراحی - درمان طبی و هزینه بستری در بخش

مراقبت‌های ویژه نظیر **CCU, ICU**، اتاق ایزوله بشرح زیر می‌باشد :

الف تعهد بیمه گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت ارائه کارت یا دریافت معرفی نامه از بیمه گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود .

ب- تعهدات بیمه گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در منطقه و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز باز پرداخت خواهد شد.

تبصره ۵ - در کلیه موارد فوق هزینه های قابل پرداخت با کسر ۲۰٪ فرانشیز محاسبه خواهد شد.

★ در خصوص هزینه های مربوط به بیماریهای خاص (شامل بیماری های هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند کلیه) و بیماریهای صعب العلاج (شامل انواع سرطان و شیمی درمانی، **MS**، پارکینسون، کتونومی، ایدز و سوختگی) ضمن رعایت تبصره ماده ۴ فرانشیز اعمال نخواهد گردید .

★ پرداخت هزینه های مربوط به مراکز درمانی که تعرفه مصوب هیئت دولت در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود .

✓ **۲-۵-** پرداخت هزینه های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین و کورتاژ تخلیه ای) تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در طول قرارداد خواهد بود. (فرانشیز ۲۰٪)

✓ **۳-۵-** تامین هزینه های پاراکلینیکی از قبیل هزینه های رادیولوژی، پزشکی هسته ای (انواع اسکن، **MRI**، سونوگرافی، خدمات آزمایشگاهی و پانولوژی، فیزیوتراپی، ادیومتری، ایتومتری، گفتار درمانی، لیزر درمانی) با اعمال ۲۰٪ فرانشیز و بر اساس تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش دولتی حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب نظام پزشکی در بخش خصوصی خواهد بود. ضمناً در صورت اعمال حق فنی پرداخت هزینه آن به عهده بیمه شده خواهد بود .

۴-۵- هزینه اعمال مربوط به رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) نظیر عمل لیزیک در صورت تائید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر، در صورتی که بر آیند نمره هرچشم ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۳۰۰۰۰۰ ریال (سه میلیون ریال) قابل پرداخت است. (۲۰ درصد فرانشیز)

۵-۵- هزینه مربوط به اروتز و پروتزهای مصنوعی که در داخل بدن بکار میرود با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک بیمه گر بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر با توجه به نوع عمل جراحی (۲۰ درصد فرانشیز)



۵-۶- تامین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه ، کبد ، قریه ، قلب ، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر، با ۲۰ درصد فرانشیز.

۵-۷- تامین هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپي تشخیصی ، درمانی ، **ZIFT, GIFT, IUI, IVF** و هزینه های داروئی مانند **HMG, HCG** با ۲۰ درصد فرانشیز

۵-۸- تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح زیر است :

۵-۸-۱- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله **CCU, ICU** گردد و همچنین در مورد شکستگیها، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۶۰۰,۰۰۰ ریال (ششصد هزار ریال) در هر مورد قابل پرداخت می باشد .

۵-۸-۲- در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدأ و یا تأیید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی تا سقف ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال (یک میلیون ریال) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است .

۵-۸-۳- هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۷ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال ، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستان های همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است .

۵-۹- تامین هزینه عینک (شیشه و فریم) و لنز طبی هر سال یک بار حداکثر تا سقف ۵۰۰,۰۰۰ ریال (پانصد هزار ریال) مشروط به تجویز توسط چشم پزشک و تأیید پزشک معتمد بیمه گر (با ۲۰ درصد فرانشیز).

۵-۱۰- بدیهی است در کلیه موارد فوق در صورت استفاده از بیمه گر پایه میزان فرانشیز مربوطه اعمال نخواهد شد.

۵-۱۱- هزینه های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است . در مواردیکه بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد ، بیمه گر تعهدات خود را (مازاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه انجام خواهد داد .

۵-۱۲- در کلیه موارد ذکر شده استفاده از دفترچه بیمه گر پایه در مراکز درمانی طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد الزامی بوده و نسخ آزاد قابل پرداخت نخواهد بود .

۵-۱۳- جبران هزینه ویزیت پزشکان عمومی ، متخصص و فوق تخصص مشروط به استفاده از دفترچه بیمه گر پایه بر اساس تعرفه مصوب وزارت بهداشت و درمان در بخش دولتی و تعرفه مصوب نظام پزشکی در بخش خصوصی با ۲۰٪ فرانشیز

۱۴-۵- جبران هزینه داروهای موجود در فهرست دارویی کشور مشروط به استفاده از دفترچه بیمه گر پایه و براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت .

تبصره: حق فنی داروخانه بعهده بیمه شده می باشد . هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند حداکثر براساس قیمت داروهای تولید داخلی قابل پرداخت است .

۱۵-۵- بیمه گر طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی و در راستای تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود . بنحویکه بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند .

۱۶-۵- بیمه گر میتواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نمود و در مورد مدارک درمانی و معالجه وی تحقیق نماید .

ماده ۶- دندانپزشکی :

۱-۶- جبران هزینه های دندانپزشکی بااستثنای: هزینه های مربوط به ارتودنسی (ایمپلنت، دست دندان مصنوعی و اعمال زیبایی) با اعمال ۲۰ درصد فرانشیز در سال و تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰ ریال (دو میلیون ریال) برای هر نفر در طول مدت قرارداد مورد تعهد میباشد .

تبصره (۱): هزینه های دندانپزشکی فقط در صورت مراجعه به مراجع درمانی طرف قرارداد بیمه گر و ارایه گرافی قبل و بعد از انجام کار قابل پرداخت خواهد بود.

۲-۶- بیمه گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه شدگان در صورت صلاحدید با نظر و یا درخواست بیمه گذار به تناسب تعداد بیمه شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرهای کشور با کلینیکهای دندانپزشکی و یا دندانپزشکان و مراکز درمانی وزارت آموزش و پرورش، قرارداد منعقد خواهد نمود .

۳-۶- چنانچه بیمه گر 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 بیمه گذار کماکان نسبت به تسویه هزینه های دندانپزشکی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود . (در موارد اورژانس که در مسافرت و ماموریت بشمار می آید با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است) .

فصل دوم: وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

ماده (۷) اصل حسن‌نیت:

بیمه‌گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند چنانچه ثابت شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا با اظهارات کاذب و خلاف واقع و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده باشند، در این صورت قرارداد بیمه نسبت به وی و سایر اعضای خانواده باطل و از درجه اعتبار ساقط خواهد بود. در موارد مذکور بیمه‌گر می‌تواند وجوهی را که بابت هزینه‌های درمانی به بیمه شده یا بیمه شدگان وابسته پرداخت نموده علاوه بر بدهی حق بیمه آنان را مطالبه نماید.

ماده (۸) مهلت عضوگیری و ارسال لیست:

مهلت عضوگیری بیمه شوندگان جدید از تاریخ شروع قرارداد حداکثر به میزان ۴۵ روز (۸۹/۳/۱۵) می‌باشد. لذا بیمه‌گذار می‌بایست حداکثر ظرف ۳۰ روز پس از پایان مهلت عضوگیری فرم‌های عضویت بیمه شدگان (طبق نمونه پیوست) را به صورت یکجا که حاوی اطلاعاتی شامل (نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) شماره شناسنامه، کد ملی، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه‌گران اول باشد پس از مهر و امضاء برای بیمه‌گر ارسال نماید. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، بیمه‌گر فقط نسبت به بیمه نمودن کارکنان بیمه‌گذار شامل افراد جدیدالاستخدام، انتقالی، مأمورین، نوزادان و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد ازدواج می‌نمایند که مستندات آن (مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه و ...) از سوی بیمه‌گذار ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ وقوع برای بیمه‌گر ارسال می‌گردد اقدام خواهد نمود.

تبصره) شروع پوشش بیمه‌ای بیمه شدگان جدید (افراد جدیدالاستخدام، انتقالی، مأمورین و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت توافقتنامه ازدواج می‌نمایند) با رعایت ضرب‌الاجل تعیین شده، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار و در مورد حذف بیمه شدگان، زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه‌گذار می‌باشد. لذا حق بیمه برگشتی (مشروط به عدم دریافت خسارت) از تاریخ قطع همکاری محاسبه خواهد شد.

ماده (۹) حق بیمه:

حق بیمه سرانه ماهانه هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۱۲۰/۰۰۰ ریال می‌باشد. ۳٪ مالیات بر ارزش افزوده به حق بیمه‌های فوق افزوده خواهد شد.

تبصره (۱) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه:

بیمه‌گذار حداکثر ۲۰ درصد حق بیمه سهم دستگاه را در ابتدای قرارداد بصورت استانی و مابقی آن را حداکثر در ۱۲ قسط متوالی در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

تبصره (۲) عدم پرداخت حق بیمه حداکثر ۴۵ روز پس از سررسیدهای تعیین شده به ترتیبی که در تبصره ۱ پیش‌بینی شده موجب تعلیق قرارداد خواهد شد به طوری که بیمه‌گر در زمان تعلیق هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه‌شدگان را ندارد و بروز هرگونه مشکلی به عهده بیمه‌گذار خواهد بود. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق، قرارداد با صدور الحاقی رفع تعلیق، مجدداً به حالت اول باز می‌گردد و بیمه‌گر متعهد جبران هزینه‌های زیان تعلیق خواهد بود.

تبصره (۳) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه‌شدگان به صورت ماهانه مورد محاسبه قرار می‌گیرد بدیهی است هنگام اضافه یا حذف بیمه شده به هر دلیل قانونی حق بیمه تا کسر ماه یکماه تمام محاسبه و دریافت می‌شود.

تبصره (۴) حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین می‌گردد می‌بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان در مهلت‌های مقرر در تبصره‌های یک و دو ماده ۹ پرداخت نماید.

تبصره (۵) حق بیمه بیمه‌شدگان به دلیل اعلام انصراف آنها از ادامه قرارداد قابل برگشت نمی‌باشد.

ماده (۱۰) در صورت عدم استفاده از مراجع درمانی طرف قرارداد شرکت و یا عدم دریافت معرفی‌نامه بیمه شده موظف است نسبت به پرداخت هزینه‌های مطروحه راساً اقدام نموده و تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان‌های بیمه‌گر اولیه رسیده باشد را به ضمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) به همراه درخواست کتبی بیمه‌گذار و یا کارت درمانی بیمه برای دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه‌گر تسلیم نماید. ضمناً در مواردی که بیمه‌گر اولیه از پرداخت هزینه‌های مورد تعهد خودداری نماید هزینه‌ها با ارائه اصل مدارک درمانی با رعایت سایر مفاد قرارداد محاسبه و پس از کسر فرانشیز مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.

فصل سوم: شرایط و میزان تعهدات بیمه‌گر**ماده (۱۱) حدود تعهدات بیمه‌گر:**

تبصره (۱) ملاک عمل بیمه‌گر برای پرداخت هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر برابر تعرفه‌های مصوب (در بخش دولتی تعرفه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی حداکثر تعرفه‌های سازمان نظام پزشکی خواهد بود.



تبصره ۲) بیمه‌گر تعهد می‌نماید که به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت‌ه حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه‌های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۳) تعهدات بیمه‌گر در مورد بیماری که با معرفی نامه کتبی بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده می‌نمایند برابر صورتحساب‌های مراکز فوق‌الذکر مورد رسیدگی و تسویه قرار می‌گیرد و در صورتی که بیمه‌شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند در این صورت هزینه‌های درمانی حداکثر بر اساس درجه‌بندی بیمارستان‌های هم‌تراز طرف قرارداد با بیمه‌گر و رعایت آیین‌نامه‌های بیمه مرکزی محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۴) هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه‌گر می‌باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکتها و سازمان‌های بیمه‌ای نمی‌تواند از صددرصد هزینه‌های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه‌های مورد قبول بیمه‌گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان‌ها و شرکت‌های مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد می‌باشد.

تبصره ۵) بیمه‌گر متعهد می‌گردد که به منظور کاهش دغدغه‌ها و نگرانی‌های بیمه‌شدگان و همچنین جلب رضایت‌مندی آنان نسبت به توسعه و انعقاد قرارداد با مراکز درمان خصوصی و دولتی (با رعایت آیین‌نامه‌های بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران) اقدام نماید تا بیمه‌شدگان با اخذ معرفی‌نامه یا کارت از بیمه‌گذار از مزایای بیمه درمان تکمیلی بهره‌مند شوند ضمناً بیمه‌گر متعهد می‌گردد حداکثر توان خود در عقد قرارداد با کلیه بیمارستان‌ها و ارسال لیست آن جهت اطلاع‌رسانی به بیمه‌شدگان قبل از شروع توافقنامه به کار گیرد.

تبصره ۶) هزینه‌های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده‌اند، در زمان صلح مشمول بیمه می‌باشند.

تبصره ۷) هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی خارج از کشور بیمه‌شدگان حداکثر بر اساس تعرفه مورد عمل بیمارستان‌های درجه یک طرف قرارداد با بیمه‌گر معادل هم‌ارز ریالی صورتحساب در زمان بستری (تاریخ صورتحساب) طبق مفاد توافقنامه پس از اخذ سهم بیمه‌گر اولیه قابل پرداخت می‌باشد منوط بر آنکه بیمه‌شده قبل از اعزام به خارج از کشور مراتب را بصورت مکتوب به اطلاع بیمه‌گر طرف توافقنامه برساند و مدارک پزشکی به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن به تأیید وزارت امور خارجه در ایران رسیده باشد. بیمه‌شدگانی که در خارج از کشور با فوریت پزشکی معالجه می‌شوند باید برای دریافت خسارت به صورتی که ذکر شده عمل نمایند. بدیهی است در صورت عدم اخذ سهم بیمه‌گر پایه پس از اعمال فرانشیز مربوطه هزینه‌ها محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۸) بیمه‌گر مکلف است حداکثر ۳۰ روز پس از پایان مهلت عضوگیری (اعلام اسامی بیمه شدگان بر اساس فرمت درخواستی بیمه‌گر نسبت به صدور و توزیع کارت بیمه کلیه بیمه شدگان اقدام نماید.

تبصره ۹) بیمه‌گر مکلف است با بیمارستان‌های طرف قرارداد به منظور پذیرش با کارت‌های صادره در موارد فوریت‌های پزشکی و اخذ معرفی‌نامه در اسرع وقت هماهنگی نماید همچنین لیست بیمارستان‌های مذکور در کل کشور را در اختیار بیمه‌گذار قرار دهد.

تبصره ۱۰) بیمه‌گر می‌بایست بیمارستان‌های طرف قرارداد خود را ملزم نماید تا از دریافت هرگونه وجه اضافه از بیمار خارج از مفاد قرارداد فیما بین بیمه‌گر و بیمارستان خودداری و مبالغ دریافتی از بیماران تحت هر عنوان در صورت حساب قید نماید و در صورت دریافت هرگونه وجه اضافی با ارائه مدارک مثبت بیمه‌گر ملزم به پرداخت آن بر اساس قرارداد منعقد بیمه‌گر با بیمارستان به بیمه شده می‌باشد.

تبصره ۱۱) بیمه‌گر و بیمه‌گذار موظف خواهند بود نسبت به توجیه موکد بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه شدگان مبنی بر عدم پرداخت وجه اضافی (خارج از مقررات) اقدام نموده و چنانچه پزشک معالج، طرف قرارداد با شرکت بیمه‌گر نباشد بیمه شده با ارائه گواهی مربوطه از پزشک معالج نسبت به اخذ حق العمل بر اساس تعرفه‌های جاری از بیمه‌گر شده اقدام نماید.

تبصره ۱۲) در صورت امکان بیمه‌گر سعی خواهد نمود در مراکزی که فاقد شعبه اجرایی می‌باشد نسبت به ارائه سرویس به بیمه شدگان اقدام لازم معمول نماید.

ماده ۱۲) استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد.

* افرادی که در هنگام انعقاد قرارداد از کارافتاده کامل و دائم باشند.

* اشخاصی که در زمان انعقاد قرارداد مجنون باشند.

* عیوب مادرزادی مگر در مواردی که حیات بیمه شده را تهدید نماید.

* اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌گردد مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد.

* سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج و پزشک معتمد بیمه‌گر.

* حوادث و بیماری‌های ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، آشوب، اعتصاب، قیام، کودتا، حکومت نظامی و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

* حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

- * فعل و انفعالات هسته‌ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.
- * هزینه‌های مربوط به تهیه لوازم آرایشی، بهداشتی و متفرقه در بیمارستان از قبیل شیرخشک، صابون، شامپو، خمیردندان، جوراب واریس، شکم‌بند و نظایر آن.
- * بیماری‌های واگیردار (اپیدمی).
- * ترک اعتیاد.
- * اتاق خصوصی (یک نفره) و هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۷ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورتی که بیمه شدگان از اتاق خصوصی استفاده نمایند هزینه‌ها بر اساس اتاق دو تخته پرداخت می‌گردد).
- * بیماری‌های سایکوتیک (روانی و جنون) مگر ناشی از حادثه باشد (منظور از بیماری‌های سایکوتیک آن دسته از بیماری‌هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد).
- * خودکشی، قتل و جنایت.
- * زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر.
- * جراحی فک مگر بعلت وقوع ناشی از حادثه در طول مدت قرارداد باشد.

فصل چهارم: نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور

ماده ۱۱۳) بیمه شدگان در انتخاب پزشکان و بیمارستان‌های مجاز کشور مختار بوده و پس از دریافت کارت معتمد عمل خواهند نمود.

الف) بیمه شدگان در صورت نیاز به استفاده از بیمارستان‌های طرف قرارداد می‌توانند با ارائه کارت معتمد و یا معرفی‌نامه لازم از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند.

ب) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه‌ها و ارائه اسناد، مازاد هزینه‌ها طبق مفاد قرارداد بر اساس درجه‌بندی بیمارستان‌های طرف قرارداد با بیمه قابل پرداخت خواهد بود. تبصره) مدارک لازم برای صدور معرفی‌نامه به بیمارستان‌ها و مراکز طرف قرارداد قبل از صدور کارت درمانی:

۱. معرفی‌نامه بیمه‌گذار و یا کارت درمان معتبر بیمه‌گر ..
۲. گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی.
۳. تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده اصلی و بیمار.

۴. برای فرزندان بالای ۱۸ سال ارائه اصل شناسنامه الزامی است.

۵- کارت ملی

بدیهی است پس از صدور کارت درمان بیمه شدگان می توانند با ارائه کارت ملی یا شناسنامه و کارت درمان از مراجع درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند.

ماده ۱۴) حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی موضوع این قرارداد به بیمه گر ۶ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه می باشد بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

فصل پنجم: سایر مقررات

ماده ۱۶) حل اختلاف:

بیمه گر و بیمه گذار کوشش خواهند نمود هر گونه اختلاف نظر ناشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. در غیر این صورت بر اساس رای مراجع ذیصلاح اقدام خواهد شد.

تبصوه ۵: در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکر شده به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (مصوب شورای عالی بیمه) که جزء لاینفک این قرارداد بوده و تحویل بیمه گذار گردیده است بر اساس قوانین جاری کشور عمل خواهد نمود. بدیهی است جهت حفظ وحدت رویه و رفع ابهامات احتمالی در صورت نیاز همکاران اجرایی دستورالعمل مربوطه متعاقباً تنظیم و ارسال خواهد شد.

ماده ۱۷) بیمه گراستانی می بایست در پایان دوره قرارداد راساً نسبت به تسویه حساب با ادارات کل آموزش و پرورش استان مربوطه اقدام نمایند.

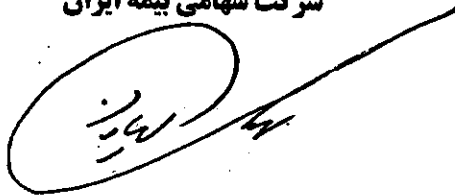
ماده ۱۸) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد در صورت نیاز، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این قرارداد برای طرفین محفوظ می باشد.

ماده ۱۹) بیمه گر متعهد است آمار عملکرد قرارداد مطروحه را بر اساس نیاز بیمه گذار در اختیار قرار دهد.

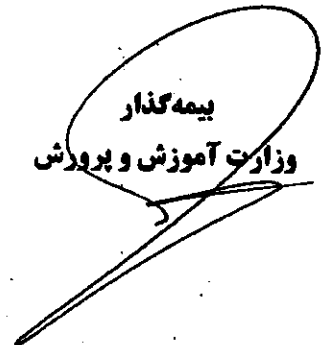
ماده ۲۰ مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر بامداد ۸۹/۲/۱ شروع و تا ساعت ۲۴ روز ۹۰/۱/۳۱ خاتمه می یابد و هر یک از طرفین می باید حداقل یک ماه قبل از انقضاء قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتباً به طرف دیگر اعلام نمایند.

ماده ۲۱ این قرارداد مشتمل بر ۲۱ ماده و ۳۰ تبصره و در سه نسخه تنظیم یافته که هر سه نسخه حکم واحد را دارد.

بیمه گر
شرکت سهامی بیمه ایران

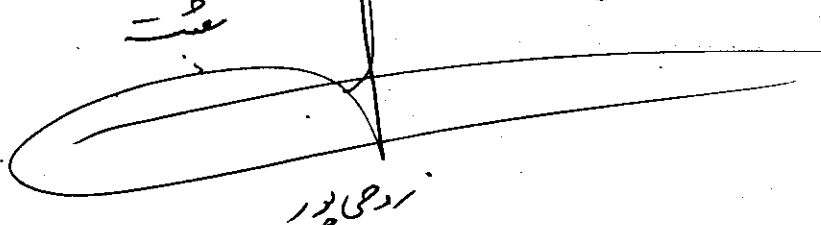


بیمه گذار
وزارت آموزش و پرورش

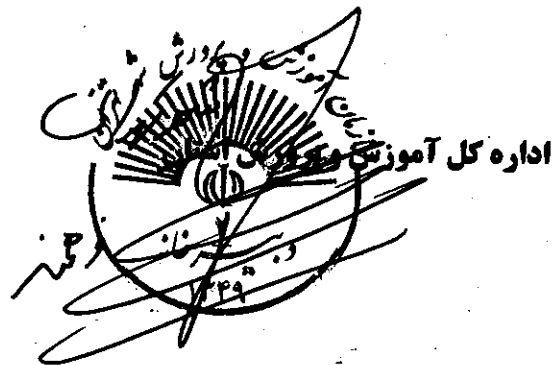


واحد اجرایی

شرکت سهامی بیمه ایران - مجتمع - استان - شعبه



اداره کل آموزش و پرورش
وزارت آموزش و پرورش



بیمه ایران

در جلسه تکمیل شد

فرم درخواست پوشش بیمه درمان تکمیلی کارکنان آموزش و پرورش

استان / تهران شهر / تهران منطقه

اینجانب نام نام خانوادگی تاریخ تولد / / نام پدر شماره شناسنامه جنسیت (مرد زن)
 کدملی کدپستی تاریخ استخفاف شماره دفترچه بیمه نام بیمه گر اول
 اطلاع از قرارداد بیمه درمان تکمیلی سازمان آموزش و پرورش با شرکت بیمه ایران، مشخصات افراد تحت تکفل خویش را به شرح ذیل اعلام می‌دارم.

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کدملی	تاریخ تولد	نام بیمه گر اول	شماره دفترچه بیمه گر اول	نسبت با بیمه شده
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									

توجه: بیمه گزار محترم، اطلاعات را با دقت وارد نمایید. (در صورت وارد نمودن اطلاعات نادرست، هنگام پرداخت خسارت‌های درمان با مشکل مواجه خواهد شد).
 آدرس: تلفن: کدپستی: شماره حساب

سببای بانک ملی جهت واریز هزینه درمانی:
 تاریخ تکمیل فرم:
 این فرم صرفاً برای فرد شاغل به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل شامل (همسر و فرزندان کارکنان ذکور) و فرزندان کارکنان اناث طراحی گردیده و سایر افراد می‌بایست قانوناً تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار داشته و مدارک مثبتیه از مراجع ذیصلاح (رای دادگاه) ضمیمه نماید.
 توجه: برقراری پوشش بیمه‌ای فرزندان مشروط به عدم اشتغال و ازدواج می‌باشد.

اینجانب به حسابداری محل خدمت خود وکالت می‌دهم حق بیمه مربوط به خود و افراد تحت تکفلم را کسر و به حساب شرکت بیمه گر واریز نماید.
 امضاء بیمه شده اصلی

مهر و امضاء محل خدمت

