

شرایط مکمل خصوصی بیمه مازاد درمان گروهی

پیوست قرار داد شماره :

ماده 1- بیمه شدگان قرارداد

کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار و کلیه اعضای خانواده‌شان که بیمه گذار آنها را به عنوان بیمه شده معرفی نموده حداقل 50 درصد آنان همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره یک- منظور از اعضای خانواده تحت تکفل: همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد یکفانونا^۱ تحت تکفل بیمه شده اصلی می‌باشند که به تبع وی (بیمه شده اصلی) دارای دفترچه تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی باشند.

تبصره دو - فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه می‌باشند.

تبصره سه - فرزندان ذکور مجرد تا سن بیست سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تاسن بیست و پنج سال تمام بیمه می‌باشند.

3/1/1 (ت)- فرزندان ذکور مجرد دانشجوی مقطع دکترا تا سن بیست و شش سال تمام بیمه می‌باشند.

3/1/2 (ت) - چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی باشند هزینه درمان سایر بیمه‌های آنها (به جزء معلولیت و از کارافتادگی) باتااید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش خواهد بود.

3/1/3 (ت)- پوشش بیمه‌ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده‌اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

تبصره چهار - در صورت فوت، بازنشستگی و یا از کار افتادگی بیمه شده اصلی، پوشش بیمه‌ای بازماندگان متوفی، خود و بیمه شدگان تبعی بازنشستگان و از کارافتادگان مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

ماده 2-وظایف و تعهدات بیمه گذار

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت 30 روز از تاریخ شروع قرارداد اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، براساس فرمت CD که در اختیار بیمه گذار قرارداد شده است تکمیل و جهت بیمه گر ارسال نماید.

بدیهی است انجام تعهدات بیمه گر (صدور معرفی نامه و پرداخت خسارت) صرفاً در مورد بیمه شدگانی خواهد بود که اسامی و مشخصات آنان در لیست ارائه شده توسط بیمه گذار درج شده باشد.

تبصره یک - لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان میباید حاوی اطلاعات زیر باشد: شماره ردیف که همان شماره بیمه‌ای بیمه شده می‌باشد، نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز / ماه / سال)، شماره شناسنامه، شماره کد ملی، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول. (برای اتباع خارجی، کد اقامت و پروانه کار)

تبصره دو - دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده، میبایست به امضاء طرفین رسیده ممهور و مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت.

تبصره سه - بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد، همراهه تغییرات ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق تبصره های یک و دو ماده دو برای بیمه گر ارسال نماید.

3/2/1 (ت) - افرادی که در طول مدت قرارداد میتوانند به عداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدید الاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که ازدواج کرده‌اند و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از احراز کفالت). تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه‌ای نامبردگان از اولین روز ماه بعد بیمه‌ای مستند به اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

3/2/2 (ت) - باتوجه به ماده 2-3 شرایط عمومی پیوست، کارکنان فصلی، دوره ای موقت و نمی‌توانند تحت پوشش این قرارداد قرار گیرند.

3/2/3) نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند منوط به آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه‌گراعلام نماید.
3/2/4 ت-) موارد حذف بیمه‌شدگان عبارتست از: فوت، خروج از کفالت و نیز قطع رابطه همکاری بیمه‌گذار و کارکنانیکه از تاریخ شروع قرارداد به استناد تبصره 2 ماده یک تحت پوشش بوده‌اند. تاریخ مؤثر برای حذف بیمه‌شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه‌گذار و از تاریخ وصول نامه وی خواهد بود .

تبصره چهار- چنانچه بیمه شده ای درطول مدت پوشش بیمه ای خود، خسارت دریافت نموده باشد و به هریک از دلایل ذکر شده از لیست بیمه‌شدگان حذف گردد، حق بیمه مربوطه تا پایان قرارداد به طور کامل محاسبه و از بیمه‌گذار دریافت می‌گردد.

تبصره پنج - کارکنانیکه اسامی و مشخصات آنان و هریک از اعضای خانواده‌شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره‌های دو و سه ماده دو قرارداد درج نشده باشد **باستناداً از قلم افتادگی** نمی‌توانند در عداد بیمه‌شدگان این قرارداد قرار بگیرند. مگر بیمه‌گذار دلایل موجهی ارائه و مورد تأیید بیمه‌گر واقع گردد .

ماده 3- چنانچه پس از ارائه لیست بیمه‌شوندگان از طرف بیمه‌گذار، مشخص گردد تعداد بیمه‌شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است بیمه‌گر متناسب به تعداد بیمه‌شدگان واقعی، مجاز به اعمال تغییرات در میزان تعهدات، حق بیمه و شرایط قرارداد خواهد بود .

ماده 4- شرایط پرداخت حق بیمه

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه مندرج در قرارداد را با توجه به تعداد بیمه‌شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا پانزدهم همان ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید .

تبصره یک - مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می‌باشد. در صورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه، قرارداد بلافاصله با صدور الحاقی به حالت تعلیق درمی‌آید و بیمه‌گر در زمان تعلیق تعهدی نسبت به جبران خسارت ندارد . بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق قرارداد با صدور "الحاقی رفع تعلیق" مجدداً به حالت اول در خواهد آمد.

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

2/4/1 ت-) - در مورد افزایش تعداد بیمه‌شدگان حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه می‌شود .

2/4/2 ت-) - در مورد کاهش تعداد بیمه‌شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد .

ماده 5- شرایط و میزان تعهدات بیمه‌گر

بیمه‌گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه‌گذار ، در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، هزینه‌های موضوع بیمه بشرح مندرج در قرارداد (بارعاایت مفاد مندرج در شرایط عمومی پیوست) را در وجه بیمه‌گذار یا بشرح توافق شده در قرارداد پرداخت نماید.

تبصره یک - تعهدات این قرارداد برای معالجاتی است که تاریخ شروع آنها در صورتحساب بیمار، مربوط به مدت تعیین شده در قرارداد باشد.

تبصره دو- مدارک لازم جهت بستری بیمه‌شده در بیمارستان طرف قرارداد یا پرداخت خسارت متفرقه اعم از بیمارستانی یا پاراکلینیکی:
1- درخواست کتبی بیمه‌گذار.

2- دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم و علت بستری یا نوع عمل جراحی در بیمارستان طرف قرارداد با ذکر نام بیمارستان (جهت بستری بیمار در بیمارستانهای طرف قرارداد).

3- اصل مدارک و صورتحسابهای بیمارستان بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده (در صورت استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد).

4- اصل صورتحساب هزینه‌های پاراکلینیکی تأیید شده توسط مراجع درمانی به همراه گواهی پزشک معالج به انضمام گزارش یا نتیجه آن

5- فتوکپی تمام صفحات شناسنامه بیمه‌شده اصلی.

6- فتوکپی دفترچه بیمه (بیمه‌گر اول) بیمه‌شده اصلی و بیمار.

7- برای فرزندان ذکور بالای 20 سال، گواهی اشتغال به تحصیل و برای فرزندان انث بالای 18 سال، اصل شناسنامه.

ماده 6- فرانشیز

در مواردی که بیمه‌شده از مزایای پوشش بیمه‌ای بیمه‌گر اول استفاده نماید، از بیمه‌شده فرانشیزی کسر نخواهد شد در غیراینصورت فرانشیز قابل پرداخت بیمه‌شده، معادل فرانشیز مندرج در قرارداد خواهد بود .

ماده 7-

بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستانها و مراکز درمانی مجاز مختار بوده و در اینصورت پس از پرداخت هزینه‌های مربوطه میبایستی صورتحساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گرتسلیم نماید .

ماده 8 - ترتیب بستری شدن بیمه‌شدگان

8/1- چنانچه بیمه‌شدگان در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند .

8/1/1- بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظفاند حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص ، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

8/1/2 - پیش پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی راساً تأمین نمایند.

8/1/3- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه‌های انجام شده حداکثر مدت دوماه بعدازترخیص بیمه‌شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک بیمه‌گراول می باشد و درمورد هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر یک ماه بعدازانجام آن خواهد بود. تبصره یک - بیمه‌شدگان می‌بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از سازمان خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمانهای فوق‌الذکر از طریق نماینده بیمه‌گذار به بیمه‌گر، هزینه‌های انجام شده را (با رعایت ماده 7) تا سقف‌های مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند .

تبصره دو - در مواردی که بیمه‌شده از مزایای پوشش بیمه‌ای بیمه‌گر اول استفاده نمی‌نماید ، مشمول فرانشیز موضوع این قرارداد خواهدگردید .

8/1/4 محاسبه هزینه‌های بیمارستانی، براساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم درجه طرف قرارداد با بیمه‌گر بوده و در صورت عدم وجود قرارداد با بیمارستانهای هم‌مطراز، تعرفه‌های تعیین شده توسط شرکت‌های بیمه و بیمه مرکزی ایران ملاک عمل خواهد بود. در صورت حسابهایی که حق العمل جراح در آنها تعیین نگردیده این هزینه حداکثر معادل پنج برابر تعرفه خدمات درمانی مشروط به اینکه از تعهدات بیمه‌گر بیشتر نباشد محاسبه و پرداخت خواهد شد .

8/1/5- محاسبه هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی، براساس تعرفه‌های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و خصوصی می باشد .

8/1/6- محاسبه هزینه‌های دندانپزشکی(درصورت داشتن پوشش دندانپزشکی)، براساس تعرفه‌های اعلام شده سندیکای بیمه‌گران ایران می‌باشد.

8/2- چنانچه بیمه‌شدگان بخواهند از خدمات بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده نمایند موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند .

8/2/1- با ارائه مدارک مورد نیاز موضوع تبصره دو ماده 5، بیمه‌شدگان می توانند ضمن رعایت مفاد اعلامیه مربوط به نحوه سرویس دهی درمان در این شرکت (تصویر پیوست) مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد مراجعه و بستری گردند.

8/2/3- هزینه‌های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهده بیمه‌شده می‌باشد. در صورت پرداخت اینگونه هزینه‌ها توسط بیمه‌گر، از تاریخ اعلام کتبی آن به بیمه‌گذار، مبلغ اعلام شده می بایست حداکثر ظرف مدت یکماه در وجه بیمه‌گر پرداخت شود.

ماده 9 - هزینه‌های بیمارستانی بیمه‌شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تأیید کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و پزشک معتمد بیمه‌گر به خارج اعزام میگردند براساس ضوابط و تعهدات این قرارداد و حداکثر تا بالاترین تعرفه درجه هم تراز طرف قرارداد بیمه‌گر در ایران موضوع بند 8/1/4 این قرارداد و به پول رایج ایران پرداخت خواهد شد. تبصره - نرخ ارز در محاسبه میزان خسارت معادل نرخ ارز اعلام شده از سوی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده 10 - مهلت پرداخت خسارت:

بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت **پانزده روز کاری** پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده 11- بیمه‌گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تام‌الاختیار خود را به بیمه‌گر معرفی نماید، این نماینده رابط بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه‌گذار و بیمه‌شده را بعهده دارد. بدین ترتیب بیمه‌شدگان میبایست امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و حتی الامکان از مراجعه مستقیم به بیمه‌گر خودداری نمایند.

ماده 12 - مدارک پزشکی بیمه‌شدگان **حداکثر به مدت سه ماه** از تاریخ پرداخت هزینه و یا ترخیص بیمه‌شدگان از بیمارستان نزد بیمه‌گر نگهداری می‌شود لذا بیمه‌گذار می‌تواند کلیه درخواستهای خود را که نیاز به رجوع پرونده پزشکی بیمه‌شدگان را دارد حداکثر ظرف مدت یاد شده به بیمه‌گر ارائه نماید. در غیر این صورت این شرکت هیچگونه تعهدی در قبال ارائه مدارک پزشکی پس از زمان تعیین شده نخواهد داشت.

ماده 13 - بیمه‌گر نسبت به موارد زیر هیچگونه تعهدی نخواهد داشت :

1- هزینه های اعلام شده در **ماده هفت** استثنائات شرایط عمومی بیمه مازاد درمان پیوست قرارداد.

2- هزینه های مربوط به چکاپ

3- پرداخت خسارت اتباع خارجی بیمه‌شده که دارای اقامت با حق کار مشخص نبوده و فاقد پروانه کار باشند.

ماده 14 - بمنظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه‌شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.

ماده 15- حل اختلاف نظر

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فی‌مابین حل و فصل خواهد شد. در غیر این صورت رای مراجع ذیصلاح نافذ می‌باشد.

ماده 16- هرگونه تغییری در شرایط قرارداد با توافق طرفین و بوسیله صدور الحاقی که جزء لاینفک قرارداد می‌باشد انجام خواهد پذیرفت.

ماده 17- مدت بیمه

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت 24 تاریخ شروع قرارداد آغاز و در ساعت 24 تاریخ انقضاء قرارداد خاتمه می‌یابد.

ماده 18- شرایط تمدید قرارداد

تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار انجام خواهد شد.

ماده 19- در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری از آنها به میان نیامده برطبق شرایط عمومی پیوست که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

بیمه‌گر

بیمه‌گذار