

به نام خدا

بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه های درمان و پوشش هزینه های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان، این قرارداد بین شرکت از یک طرف بعنوان بیمه گزار و شرکت از طرف دیگر بعنوان بیمه گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین نامه های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره ۹۴/۲۰۳/۱۴۹۷۵ مورخ ۹۴/۰۴/۰۹ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد میگردد .

شماره قرار داد :

تاریخ صدور:

درمان شاغلین:

تاریخ شروع قرارداد : از ساعت صفر بامداد ۹۴/۰۴/۰۱

عمر و حادثه بازنشستگان:

تاریخ انقضاء قرارداد : تا ساعت صفر بامداد ۹۵/۰۴/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان:

بخش یک : قرارداد بیمه درمان کارکنان (شاغلین و بازنشستگان) صنعت آب و برق

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع قرارداد بیمه :

عبارت است از بیمه خدمات درمانی ناشی از حادثه، بیماری و بارداری بیمه شدگان و مسئولیت کارفرما در بیماریهای ناشی از کار به شرح مندرج در این بخش از قرارداد .

ماده ۲ - بیمه گر: شرکت به نشانی:

ماده ۳ - بیمه گزار : به نشانی :

ماده ۴- بیمه شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان ، کارگران) شاغل (رسمی ، قراردادی ، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص) ، قرار داد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری که در لیست بیمه گر پایه شرکت بیمه گزار قرار دارند، بازنشستگان، از کار افتادگان، مستمری بگیران، وظیفه بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و یا افراد تحت تکفل آنان (طبق قوانین ذیربط).

۴-۱- فرزندان پسر کارکنان شاغل، بازنشسته و از کار افتاده تحت پوشش حداکثر تا سن ۲۲ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه به همراه لیست اولیه از طریق بیمه گزار به بیمه گر ارائه شود.

تبصره ۱: در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل فرزندان پسر مجرد کارکنان شاغل و بازنشسته و از کارافتاده بعد از محدوده سنی موضوع بند ۴-۱ و نیز فرزندان پسر متأهل آنان که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و در هر صورت بطور پیوسته در طی دوره های قبل از این پوشش بیمه ای استفاده می کرده اند صرفاً با

ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه ای طبق مفاد قرار داد بوده اما شامل پوشش های بیمه ای مرتبط با نازایی، زایمان (سقط و کورتاز) و سونوگرافی حاملگی نمی باشند.

۲-۴- فرزندان دختر تا ۱۸ سالگی و پس از آن به شرط عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار.

۳-۴- فرزندان کارکنان اناث که به گواهی شاغل و بر اساس تعهد نامه پیوست هیچگونه دفتر چه بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان مطابق با ماده ۴ تلقی شود به شرط تحت پوشش بودن کلیه فرزندان (بررسی صحت و سقم موضوع توسط بیمه گر انجام می شود، تاریخ شروع پوشش بیمه ای از ابتدای قرار داد مشروط به **ارائه تعهد نامه به همراه لیست اولیه**)

۴-۴- فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال (با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۱-۵)

۴-۵- نوزادان به محض تولد با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۱-۵. لازم بذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می توانند از دفترچه درمانی بیمه شده استفاده نمایند.

۴-۶- پدر و مادر غیرتحت تکفل کارکنان شاغل و نیز همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان شاغل اناث، با توجه به شرایط پیش بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه گر معرفی شده باشند.

تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه شده اصلی و همسر کارکنان اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه گزار به بیمه گر ارائه شود.

تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه شدگان غیر تحت تکفل که سابقه بیمه ای در قرارداد دوره قبل را نداشته باشند، تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه ۱ قرار داد) در ابتدای شروع قرارداد ضروری است.

۴-۷- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شده اصلی که قانوناً تحت تکفل آنها می باشند با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه گزار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود .

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار و بیمه شده

ماده ۵ - ترتیب اعلام اسامی بیمه شدگان :

۵-۱- بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کار افتاده)، وظیفه بگیر، مستمری بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز / ماه / سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه شدگان اصلی و کد ملی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و جهت تحویل به بیمه گر ارسال نماید،

ضمناً بیمه گزار مکلف است با رعایت مفاد این قرار داد تغییرات مجاز در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرار داد را حد اکثر ظرف مدت دو ماه به روال فوق الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث به همراه خانواده مطابق ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل به جز افراد مربوط به لیست سوم.

لیست دوم: بیمه شدگان اصلی اناث به همراه افراد غیر تحت تکفل شامل همسر و فرزندان.

لیست سوم: پدر و مادر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست چهارم: پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی به همراه همسر (افراد موضوع تبصره ۱ ماده ۴).

لیست ششم: بازنشستگان، وظیفه بگیران و مستمری بگیران به همراه افراد خانواده مطابق ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل به همراه همسر.

لیست هفتم: کارکنان انتقالی به وزارت نیرو از تاریخ انتقال.

تبصره ۱: هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق شامل مواردی مانند جدید الاستخدام، انتقالی، مامورین، (به همراه افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان) و سایر افرادی که در طول قرار داد تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند بوده و لازمست مستندات آن (احکام مربوطه، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ مؤثر برای بیمه گر ارسال گردد.

تبصره ۲: در خصوص کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرار داد شامل مواردی مانند مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی، انفصال از خدمت، اخراجی، مأمور، خروج از کفالت و یا قطع هر گونه همکاری می باشد که با ارائه مستندات آن (تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام مربوطه) میسر خواهد بود.

۲-۵- شروع پوشش بیمه ای کارکنان جدید الاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان، تاریخ ورود بیمه شده اصلی به شرکت (بیمه گزار) خواهد بود. در مورد حذف بیمه شدگان، زمان مؤثر تاریخ قطع همکاری بیمه شده اصلی با بیمه گزار و با رعایت ضرب الأجل بند ۱-۵ است.

۳-۵- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، روز شمار خواهد بود و بیمه گزار مکلف به تحویل دفترچه های درمانی بیمه شدگان حذف شده از قرارداد میباشد.

۴-۵- در مورد بیمه شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه های مقرر می باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه شده بدون ایجاد وقفه به عهده بیمه گزار است.

۵-۵- در مورد بیمه شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند، ادامه پوشش بیمه درمانی منوط به پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرار داد توسط بیمه شده و از طریق بیمه گزار به بیمه گر خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در خصوص جبران هزینه های درمان بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

۶-۵- در صورتی که بیمه شدگان مذکور در طول مرخصی بدون حقوق تحت پوشش بیمه قرار نگیرند بیمه گزار مکلف است نسبت به جمع آوری و تحویل دفترچه های درمانی مربوط آنان همزمان با صدور حکم مرخصی اقدام نماید در غیر اینصورت هزینه های طول مدت مرخصی به عهده بیمه گزار خواهد بود.

ماده ۶ - حق بیمه : حق بیمه هر یک از بیمه شدگان به ازای تعهدات مندرج در این قرار داد به طریق ذیل

محاسبه می شود :

۶-۱- شاغلین :

۶-۱-۱- مبلغ ۲/۰۱۰/۰۰۰ ریال ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی.

۶-۱-۲- مبلغ ۴۵۱/۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

۶-۲- افراد غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی:

۶-۲-۱- مبلغ ۱/۲۰۰/۰۰۰ ریال ماهانه بابت هر یک از همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان.

۶-۲-۲- مبلغ ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال ماهانه بابت هر پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی (هزینه های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی شود).

۶-۳- مبلغ ۳۸۰/۰۰۰ ریال حق بیمه ماهانه، برای هر یک از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته و نیز فرزندان ذکور غیر تحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفتر چه درمانی بیمه گر پایه.

تبصره ۱: بجز بند ۱۲-۸ و ماده ۹ قرار داد، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ۸ و کلیه بند های آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۴ می باشد.

تبصره ۲: پوشش بیمه ای مشمولین بند فوق صرفاً از ابتدای قرارداد و همراه با ارسال لیست اولیه خواهد بود.

تبصره ۳: کارکنانی که در طول قرار داد بازنشسته و یا از کارافتاده می شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرار داد فوت می شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده اصلی می توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوطه به بازنشستگان، پوشش های همانند شاغلین به استثنای هزینه های مربوط به عینک و دندانپزشکی را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش های همانند شاغلین حد اکثر تا انتهای قرار داد یا سه ماه از شروع بازنشستگی را دریافت نمایند.

تبصره ۴: در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه، مشمولین بند فوق از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات در کلیه بندهای ماده ۸ (با رعایت تبصره ۱ از بند ۳-۶) با اعمال ۳۵٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۵: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقیمانده هزینه های مورد تعهد را پرداخت نماید، در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۷- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه :

بیمه گزار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را بر اساس لیست اولیه بیمه شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت پانزده روز از پایان هر ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید، در غیر اینصورت علاوه بر اینکه به حق بیمه معوق ۳ درصد جریمه در ماه تعلق خواهد گرفت بیمه گر نیز می تواند از ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان خودداری نماید.

تبصره ۱: با اعلام عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط طرفین به شرکت مادر تخصصی ذریع (و یا وزارت نیرو برای موسسات و مراکز آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکتهای مادر تخصصی، مراتب به وزارت نیرو و بیمه گر طرف قرار داد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نحوه برخورد با موضوع تعیین گردد.

تبصره ۲: بیمه گر و بیمه گزار موظف به ارسال تصویر یک نسخه از تمام الحاقیه های احتمالی که مبنای هر گونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرارداد می باشد خواهند بود، اطلاعات مربوطه با فرمت PDF و حداکثر تا یک هفته کاری بعد از امضای آن به آدرس پست الکترونیکی hrd@moe.gov.ir و بصورت جداگانه از سوی بیمه گر و بیمه گزار ارسال می شود. در صورت عدم ارسال، گزارشهای هزینه و عملکرد بیمه گر در مورد خسارتهای پرداختی و معوق در دوره قرارداد ۹۴-۹۵ مورد محاسبه قرار نخواهد گرفت، همچنین وزارت نیرو می تواند نام شرکتهای زیرمجموعه صنعت آب و برق که از ارسال گزارش امتناع کرده اند را برای دوره های آتی از لیست واگذاری درمان سازمان تأمین اجتماعی خارج نماید.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه گر : در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان (با رعایت تبصره ۴ از ماده ۶) عبارت است از :

۸-۱- تأمین هزینه های بیمارستانی و DAY-CARE شامل اعمال جراحی- درمان طبی و زایمان اعم از زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر، ICU، CCU و اطاق ایزوله به شرح زیر می باشد:

الف - تعهدات بیمه گر در مورد اعمال جراحی و در مان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت 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 و زایمان در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت اصل 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 و در موارد سرپایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت یک هفته پس از دریافت مدارک هزینه ها بازپرداخت خواهد شد.

تبصره: در کلیه موارد فوق هزینه های قابل پرداخت با کسر فرانشیزهای ذیل محاسبه خواهد شد .

الف - هزینه اعمال جراحی قلب، پیوند کلیه و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

ب- هزینه های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در بیمارستانهای درجه یک با ۲۵٪ فرانشیز و در سایر بیمارستان ها با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

ج- پرداخت هزینه های مربوط به بیماری های خاص (منظور از بیماری های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد) و شیمی درمانی و پیوند مغز استخوان (BMT) و بیماری های صعب العلاج (مانند کانسر، MS، پارکینسون، هیپاتیت و ایدز) بر اساس تعرفه مراکز درمانی طرف قرار داد بیمه گر

و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود. در خصوص سایر بیماری های صعب العلاج با نظر مشترک شورای درمان و وزارت نیرو و کمیسیون پزشکی بیمه گر اقدام خواهد شد .

۵- هزینه های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری (در صورت اعلام مراتب به بیمه گر حداکثر ظرف مدت ۷۲ ساعت پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود.

ن- پرداخت هزینه های مربوط به مراکز درمانی که تعرفه مصوب هیئت دولت در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه های انجام شده را طبق مصوبات هیئت دولت محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود).

۲-۸- تامین هزینه های پاراکلینیکی از قبیل هزینه های رادیولوژی، پزشکی هسته ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی و لیزر درمانی با اعمال ۲۰٪ فرانشیز به هزینه (در صورت اعمال حق فنی، پرداخت هزینه آن به عهده بیمه شده می باشد) و حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب بخش خصوصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد خواهد بود.

۳-۸- انواع هزینه های اعمال جراحی که بطور سرپائی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد در صورت تائید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (ده میلیون ریال) قابل پرداخت است.

۴-۸- لیزرتراپی جهت درمان سایر بیماری های چشم (خونریزی شبکیه، جداشدگی شبکیه، قوز قرنیه و ...) با رعایت اصل همترازی و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.

۵-۸- هزینه های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه های همتراز بیمه گر و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت بند ن تبصره ماده ۸ قابل جبران خواهد بود .

۶-۸- ویزیت پزشکان با اعمال ۲۰٪ فرانشیز به حق ویزیت و حداکثر تا تعرفه بخش خصوصی مصوبه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است (تعرفه های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد).

۷-۸- هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که در دفترچه درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند حداکثر بر اساس قیمت داروهای تولید داخلی قابل پرداخت است. چنانچه پزشک متخصص معالج ضرورت مصرف داروی خارجی که مشابه تولید داخلی دارد را در پشت برگ نسخه تصریح نماید و پزشک معتمد بیمه گر لزوم مصرف و میزان آن را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) با کسر ۳۰٪ فرانشیز قابل جبران می باشد.

تبصره ۲- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تأیید ضرورت مصرف و نام دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط بیمه گر، بررسی می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد)، براساس هزینه انجام شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر ، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) قابل جبران است.

تبصره ۳ - حق فنی داروخانه به عهده بیمه شده می باشد .

تبصره ۴- هزینه سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین که جزء ملزومات دارویی محسوب می گردد بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۵- هزینه نوار تست قند خون بیماران دیابتی وابسته به انسولین در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۷۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۶- بیمه گر تعهد می نماید تا کلیه داروخانه های طرف قرار داد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:

۱- داروخانه های معتمد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه گزار برای بیماران خاص تا سقف چهار میلیون (۴/۰۰۰/۰۰۰) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه گر سایر بیماران تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (۲/۵۰۰/۰۰۰) ریال.

۲- در مورد سایر داروخانه ها تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (۲/۵۰۰/۰۰۰) ریال برای کلیه نسخ دارویی.

۸-۸- هزینه مربوط به پروتزهای مصنوعی که در داخل بدن بکار می رود و انواع ارتوز و وسایل کمک پزشکی مانند سمک، واکر و ... با تأیید پزشک معالج و بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر (با توجه به نوع عمل جراحی) و کسر فرانشیز مقرر محاسبه و پرداخت می شود (در مورد ارتوز و وسایل کمک پزشکی با ۲۰٪ فرانشیز و تا سه برابر تمامی موارد مندرج در جدول تعرفه سازمان تأمین اجتماعی).

۸-۹- تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر با کسر فرانشیز همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای خاص تا سقف ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (یکصد میلیون ریال) در سال در تعهد بیمه گر می باشد.

۸-۱۰- تأمین هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی، IVF، IUI، ZIFT، GIFT و هزینه های داروئی مانند HMG، HCG با اعمال ۲۰٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (پنجاه میلیون ریال) جهت هر یک از زوجین می باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

۸-۱۱- تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح زیراست .

۸-۱۱-۱- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله CCU، ICU گردد و همچنین در مورد شکستگی ها (از جمله لگن، پا و گردن، ستون فقرات)، انتقال بیمار ما بین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال (دو میلیون ریال) در هر مورد قابل پرداخت می باشد .

۸-۱۱-۲- 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 ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال (پنج میلیون ریال) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است .

۸-۱۱-۳- هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ 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.

۱۲-۸- تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) هر دو سال یک بار حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ (دو میلیون) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۲/۷۰۰/۰۰۰ (دو میلیون و هفتصد هزار) ریال.

تبصره : در صورت تمایل حداقل ۷۵ درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس روش ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۴/۵۰۰/۰۰۰ (چهار میلیون و پانصد هزار) ریال برای عینک یک دید و سقف ۳۵٪ بیشتر از تعهد یک دید برای عینک دو دید قابل پرداخت است:

(سقف عینک یک دید) $\times ۰/۰۱۶۷۱ =$ حق بیمه ماهانه هر نفر مازاد بر تعهدات بند ۱۲-۸

۱-۱۲-۸- جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینائی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار حداکثر تا نصف سقف تعهد عینک یک دید در بند ۱۲-۸ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود .

۱۳-۸- هزینه های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را جهت 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 مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد.

۱۴-۸- بیمه گر متعهد می گردد لیست کلیه مراکز طرف قرار داد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتباً به بیمه گزار اطلاع دهد و همچنین بیمه گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه گر مکلف است تمامی مراکز مذکور را طرف قرارداد خود قرار دهد.

۱۵-۸- بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گزار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید .

۱۶-۸- هزینه های درمانی خارج از کشور :

هزینه های درمانی خارج از کشور بیمه شدگان در صورت تأیید اصل مدارک توسط سفارت یا کنسولگری و یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در آن کشور پس از ترجمه رسمی مدارک و با موافقت کتبی وزارت نیرو حداکثر برابر بالاترین تعرفه مورد عمل در بیمارستانهای درجه یک طرف قرارداد بیمه گر در تهران طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود .

تبصره - در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه گر هزینه های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ تحویل مدارک، به بیمه شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می گردد.

۱۷-۸- بیمه گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه گزار را بر اساس جدول پیوست تهیه و در اختیار وی قرار دهد .

۱۸-۸- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت دستورالعمل ها و بخشنامه ها و تعرفه های این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می نماید به وزارت نیرو و بیمه گزاران محلی اقدام نماید.

ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

۹-۱- کلیه هزینه های مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، ارتودنسی و ایمپلنت با اعمال ۲۵٪ فرانشیز در هر مورد تا سقف ۶/۰۰۰/۰۰۰ (شش میلیون) ریال برای هر خانوار در طول مدت قرار داد مورد تعهد بیمه گر می باشد.

تبصره: در صورت تمایل حداقل ۷۵ درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس جدول ذیل و مزاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۱۴/۰۰۰/۰۰۰ (چهارده میلیون) ریال قابل پرداخت است.

حق بیمه مزاد ماعانه هر بیمه شده اصلی (ریال)	حداکثر سقف دندانپزشکی مزاد بر تعهدات بند ۹-۱ (ریال)
۷۵/۰۰۰	۱/۰۰۰/۰۰۰
۱۴۸/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰
۲۱۵/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰
۲۷۴/۰۰۰	۴/۰۰۰/۰۰۰
۳۲۷/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰
۳۷۴/۰۰۰	۶/۰۰۰/۰۰۰
۴۱۶/۰۰۰	۷/۰۰۰/۰۰۰
۴۵۴/۰۰۰	۸/۰۰۰/۰۰۰
۴۸۷/۰۰۰	۹/۰۰۰/۰۰۰
۵۱۶/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۵۴۱/۰۰۰	۱۱/۰۰۰/۰۰۰
۵۶۵/۰۰۰	۱۲/۰۰۰/۰۰۰
۵۸۵/۰۰۰	۱۳/۰۰۰/۰۰۰
۶۰۵/۰۰۰	۱۴/۰۰۰/۰۰۰

۹-۲- بیمه گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه شدگان به تناسب تعداد بیمه شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور با کلینیک های دندانپزشکی و یا دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود .

۹-۳- 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 گزار کماکان نسبت به تسویه هزینه های دندانپزشکی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می آید با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است) .

تبصره: در هر صورت بیمه گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبت تعهدات خود را در پرداخت هزینه های مربوط به دندان انجام دهد.

ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه ها:

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی به بیمه گر در مورد هزینه های پاراکلینیکی و همچنین دندانپزشکی که قبل از انقضاء این قرارداد طرح درمان آن به تأیید بیمه گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد ۳ ماه و در مورد هزینه های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه می باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. لیکن در مورد

هزینه های بیمارستانی در صورت موجه بودن تأخیر به شرط اعلام بیمه گزار به بیمه گر در طول مدت تعیین شده فوق الذکر تا مدت ۸ ماه مورد پذیرش خواهد بود .

ماده ۱۱- استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر جنبه درمانی داشته و بیمه شده حداقل یکسال سابقه بیمه ای نزد بیمه گر داشته باشد در خصوص نوزادان در صورت داشتن پوشش بیمه ای از بدو تولد نیازی به یک سال سابقه نمی باشد.

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی طی پوشش بیمه ای قراردادهای درمانی وزارت نیرو.

۳- اتاق خصوصی (یک نفره): هزینه اتاق بیماران با رعایت اصل همترازی حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته بیمارستان محل درمان پرداخت می گردد بجز بیماران بستری در اتاق ایزوله که در صورت تأیید پزشک معالج حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستانهای همتراز پرداخت می شود.

۴- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته ای.

۵- هزینه های واکسیناسیون و سایر خدمات بهداشتی و پیشگیری که از وظایف شبکه های بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است مگر در مواردی که در صورت حساب بیمارستان منعکس باشد.

۶- هزینه های مربوط به عقیم سازی مانند وازکتومی و TL.

۷- هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب واریس، شکم بند و نظایر آن (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تأیید پزشک معتمد بیمه گر برسد). کلیه هزینه های مربوط به لوازم مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی طرف قرار داد استفاده می شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی شود.

۸- هزینه های ترک اعتیاد .

۹- هر نوع چک آپ و آزمایشات دوره ای (برابر قانون کار، این هزینه ها به عهده کارفرما میباشد).

۱۰- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

۱۱- هزینه های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل، بیمه شده باشد.

۱۲- هزینه های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه شده مقصر حادثه نیست.

۱۳- جنون.

بخش دو - قرارداد بیمه عمر و حادثه برای بازنشستگان صنعت آب و برق کشور

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱ - بیمه شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه گزار.

تبصره ۱) بازنشستگان با در نظر گرفتن وضعیت جسمانی (سن و سلامتی) بر اساس معاینات پزشکی (در صورت ضرورت) و تأیید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

تبصره ۲) بیمه شدگانی که به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه نامه استفاده نموده اند از شمول این قرارداد خارج می باشند.

تبصره ۳) بیمه شدگان در بیمه عمر حداکثر تا اتمام سن ۸۵ سالگی و در بیمه حادثه تکمیلی بعد از ۸۵ سالگی نیز بر اساس مفاد این قرارداد تحت پوشش می باشند.

تبصره ۴) بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد در بیمه عمر، سن آنها از ۸۵ سال تمام تجاوز نماید کماکان تا پایان سال بیمه ای تحت پوشش خواهند بود.

ماده ۲ - تعریف حادثه: عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، ازکار افتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

ماده ۳ - تعریف نقص عضو و ازکارافتادگی: عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و طبق تشخیص پزشک متخصص وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

ماده ۴ - موضوع قرارداد: عبارتست از بیمه عمر و حادثه و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، بیمه شدگان در تمام اوقات شبانه روز

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار

ماده ۵ - بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه مشمولین بیمه خود را شامل: نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه و محل صدور و کد ملی را تهیه و جهت بیمه گر ارسال دارد و در پایان هر ماه تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) را به روال فوق اعلام نماید.

تبصره: چنانچه اعلام تغییرات در تعداد بیمه شدگان (افزایش) در طول قرارداد بیش از مدت تعیین شده (موضوع ماده ۵) باشد بیمه گر هیچگونه تعهدی در پرداخت غرامات احتمالی نخواهد داشت.

ماده ۶ - حق بیمه: حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان

۱-۶- پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۱۳۴/۰۰۰ (یکصد و سی و چهار هزار) ریال تا سن ۸۵ سالگی بابت پوشش بیمه عمر و نقص عضو ناشی از حادثه و از سن ۸۵ سالگی به بعد ماهیانه ۱۳/۰۰۰ (سیزده هزار) ریال بابت پوشش بیمه حادثه محاسبه و اعمال خواهد شد.

تبصره ۱) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه - حق بیمه هر ماه بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد می بایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود.

تبصره ۲) غرامت بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳) تعهدات بیمه گزار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه گر می باشد .

ماده ۷- وظایف بیمه شده و بیمه گذار در صورت وقوع حادثه:

به محض وقوع حادثه غیر از فوت ، بیمه شده موظف است به پزشک مراجعه و دستورات وی را رعایت نماید. بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب راکتبا به اطلاع بیمه گر برساند. در صورت فوت بیمه شده، بیمه گذار باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند.

تبصره: بیمه گزار موظف است مدارک مورد نیاز ذیل را در صورت وقوع حادثه به همراه درخواست کتبی جهت بیمه گر ارسال نماید. در غیر اینصورت، بیمه گر حداکثر تا دو سال از گذشت وقوع حادثه متعهد به جبران غرامت متعلقه می باشد .

الف (در صورت فوت :

۱. اصل یا تصویر مصدق رونوشت خلاصه مرگ صادره توسط سازمان ثبت احوال .
۲. اصل یا تصویر مصدق گواهی پزشکی قانونی یا آخرین پزشک معالج مبنی بر تعیین علت فوت و تاریخ آن.
۳. اصل یا تصویر مصدق گزارش مشروح در صورت فوت ناشی از حادثه که توسط مراجع ذیصلاح انتظامی یا قضائی تنظیم و نام بیمه شده متوفی در آن قید شده باشد .
۴. تصویر مصدق کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی .
۵. تصویر مصدق اولین حکم بازنشستگی صادره توسط سازمان تأمین اجتماعی یا سازمان بازنشستگی کشوری.

ب (در صورت نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه :

۱. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مامور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد .
۲. گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم بیمه شده .
۳. تصویر شناسنامه بیمه شده .
۴. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه شده .

تبصره - در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را در هنگام سانحه به عهده داشته باشد، در این صورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تأییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی برداشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است .

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸- بیمه گر متعهد است در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم (جزئی و کلی) بیمه شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبتسه ، موضوع ماده ۷ فوق ، غرامت ذیل را حسب مورد صرفاً در وجه بیمه شده یا ذینفع و در صورت عدم تعیین ذینفع به وراث قانونی وی پرداخت نماید .

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل میباشد :

۱- فوت عادی (بیماری ، کهولت سن) ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال

۲- فوت ناشی از حادثه

۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال

۳- نقص عضو دائم کلی ناشی از حوادث مشمول بیمه

۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال

۴- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
(براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه گزاران در مورد سایر دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحد های اجرایی ارسال می نماید اقدام نماید.

بخش سوم - مقررات گوناگون

ماده ۱- بیمه گر و بیمه گزار سعی خواهند نمود هر گونه اختلاف ناشی از تفسیر یا اجرای این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند.

ماده ۲- به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت خسارت، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد طرفین موضوع این قرارداد جهت بیمه گر و بیمه گزار محفوظ می باشد.

ماده ۳- از آنجائیکه مالیات بر ارزش افزوده بیمه درمان (بخش یک قرارداد) در تعهد شرکت بیمه گر می باشد، لذا در صورت حذف آن توسط سازمان امور مالیاتی کشور، این امر تأثیری بر میزان حق بیمه نخواهد داشت.

ماده ۴- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیون مشترک متشکل از نمایندگان بیمه گر و بیمه گزار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.

ماده ۵- موارد مسکوت یا پیش بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه های درمان، عمر و حوادث و قانون، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده ۶- مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۹۴/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۹۵/۴/۱ منقضی می گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.

ماده ۷- در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه گزار و یا بیمه گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای فیما بین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقنامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.

ماده ۸- بیمه گزار و بیمه گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضای مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.

ماده ۹- بیمه گر موظف است میزان دسترسی بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی کاهش ندهد در غیر اینصورت موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرار داد با بخش های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می شود) را به وزارت نیرو و بیمه گزار اعلام نماید.

ماده ۱۰- سهم بیمه شده در مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد بیمه گر تنها فرانشیز مربوطه می باشد (به استثنای حق فنی). چنانچه مبلغ مزاد بر فرانشیز از بیمه شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه گر موظف به جبران آن می باشد.

ماده ۱۱- بیمه گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده دفترچه بیمه شده در هر کجای کشور بدون انجام فرآیند های اداری اضافی مهیا شده و هزینه درمانی بیمه شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه گزار در هر شهر مورد مراجعه بیمه شده به شعب بیمه گر قابل پرداخت باشد.

ماده ۱۲- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۲۳ تبصره، در بخش دو شامل ۹ ماده و ۱۰ تبصره و در بخش سه شامل ۱۲ ماده و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه گر و بیمه گزار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی باشند.

شرکت بیمه گذار

شرکت سهامی بیمه

ضمیمه تعهدنامه بند ۳-۴ از بخش یک قرارداد

شرکت بیمه

نظر به اینکه فرزندان اینجانب از هیچ گونه پوشش بیمه درمانی از طریق پدر (همسر اینجانب) برخوردار نیستند ، لذا خواهشمند است تمهیدات لازم نسبت به صدور دفترچه درمانی جهت آنان در نظر گرفته شود .
بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا متعهد به پرداخت کلیه خسارات وارده بوده و در این ارتباط موارد مرتبط با ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی در مورد اینجانب از طرف بیمه گر قابل پیگیری خواهد بود .

مدیر امور اداری شرکت
امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه شده
امضاء

ضمیمه (۱)

ضمیمه مربوط به تبصره ۱ از بند ۵-۴ بخش اول قرار داد

نام خانوادگی : نام :

کد ملی : تاریخ تولد :

نسبت با بیمه شده اصلی :

آیا تا به حال از پوشش بیمه وزارت نیرو استفاده می کردید؟

اگر جواب بالا مثبت است لطفاً مدت زمان و آخرین سال دوره پوشش را ذکر فرمایید :

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

پوشش مناسب درمان وزارت نیرو

به دلیل بیماری

به دلیل نیاز به عمل جراحی

لطفاً نوع عمل را ذکر نمایید :

تعهد نامه :

اینجانب اعلام می نمایم که به کلیه سئوالات بدون کتمان حقیقت پاسخ داده و در

صورت اثبات خلاف موضوع ضمن فسخ قرار داد ، ضرر و زیان بیمه گر را جبران خواهم نمود.

امضاء : تأیید بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی :

امضاء :

ضمیمه (۲)

جدول هزینه ۴ ماهه بخش اول قرارداد بیمه جامع تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

توجه : حق بیمه های صادره، دندانپزشکی، عینک و هزینه اداری (در صورت پرداخت) در
جدول ذیل مربوط به کل دوره قرار داد (یک ساله می باشد)

نام شرکت بیمه گزار :										
نام شرکت بیمه گر :										
تعداد بیمه شده اصلی (شاغل) :										
تعداد بیمه شده اصلی (بازنشسته) :										
تعداد افراد تحت تکفل شاغلین :										
تعداد افراد تحت تکفل بازنشستگان :										
ریال		حق بیمه صادره (بجز دندانپزشکی، عینک و هزینه اداری) :		ریال		نفر		حق بیمه دندانپزشکی :		
ریال		حق بیمه عینک :		ریال		نفر		هزینه اداری (در صورت پرداخت) :		
ریال		حق بیمه وصولی :		ریال		نفر		تعداد افراد تحت تکفل بازنشستگان :		
عینک		بیمارستانی		دارو		دندانپزشکی		سریایی و پاراکلینیکی		موارد
هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	وضعیت بیمه شدگان
										شاغلین
										بازنشستگان

امضاء مدیر امور کارکنان شرکت بیمه گزار :

امضاء رئیس شعبه بیمه گر :