



قرارداد بیمه درمان گروهی

شماره قرارداد: ۲۱۳۹۵۱۲

تاریخ صدور: ۱۳۹۸/۰۴/۲۹

بیمه گذار: صندوق اعتباری حمایت از هنرمندان، نویسندگان و روزنامه نگاران

تاریخ شروع: ۱۳۹۸/۰۴/۰۱

بیمه گر: شرکت سهامی بیمه سرمد

تاریخ انقضاء: ۱۳۹۹/۰۴/۰۱

این قرارداد فی مابین شرکت سهامی بیمه سرمد و صندوق اعتباری حمایت از هنرمندان، نویسندگان و روزنامه نگاران که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده می شوند براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران و شرایط زیر منعقد می گردد:

فصل اول (تعاریف و اصلاحات)

تعاریف و اصطلاحات در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۱: بیمه گر: شناسه ملی: ۱۰۳۲۰۹۰۳۵۷۰ شماره ثبت: ۴۴۴۰۶۷ و کد اقتصادی ۴۱۱۳۳۹۸۹۹۹۹۴۹ به نمایندگی آقایان مجتبی کاتب به عنوان رئیس هیئت مدیره و مهدی مهدوی به عنوان مدیرعامل به نشانی: تهران بلوار آفریقا تقاطع اسفندیار نبش آرش غربی پلاک ۱۱۳ طبقه اول تلفن: ۰۲۱-۴۳۹۵۴۰۰۰ که جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این قرارداد را به عهده می گیرد.

ماده ۲: بیمه گذار: صندوق اعتباری حمایت از هنرمندان، نویسندگان و روزنامه نگاران با شناسه ملی: ۱۰۱۰۰۵۹۱۳۲۰ شماره ثبت: ۱۶۴۲۴ و کد اقتصادی ۴۱۱۱۴۹۱۳۶۷۷۸ به نمایندگی آقای سید حسین سید زاده به عنوان مدیرعامل و به نشانی: تهران - خیابان قائم مقام - نرسیده به خیابان شهید بهشتی - خیابان ششم - شماره (۱۳) - ساختمان هنر تلفن ۴۲۷۱۳۰۰۰ که پرداخت حق بیمه را تعهد می نماید.

ماده ۳: بیمه شدگان: عبارتند از اعضاء و کارکنان شاغل (رسمی، قراردادی و پیمانی) که از طرف بیمه گذار به طور کتبی معرفی می شوند به همراه افراد خانواده آنها.



تبصره ۱: خانواده : منظور از خانواده عبارتست از هریک از اعضاء و کارکنان شاغل بیمه گذار بعنوان سرپرست خانواده و همسر و فرزندان وی، پدر، مادر (اعم از تحت تکفل و غیر تحت تکفل) و نیز هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.

تبصره ۲: شرایط بیمه شدگان :

الف) فرزندان پسر حداکثر تا سن ۲۰ سالگی تمام و فرزندان دختر تا قبل از ازدواج و یا اشتغال به کار می توانند تحت پوشش قرار گیرند. (در مورد فرزندان پسر بالای ۲۰ سال نیز با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا زمانی که به تحصیل اشتغال کامل دارند حد اکثر تا سن ۲۷ سال و دانشجویان دکترا حداکثر تا سن ۲۸ سالگی بلامانع میباشد)

ب) فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار می توانند تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

ج) فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بشرط عدم اشتغال می توانند تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

د) نوزادان به محض تولد می توانند تحت پوشش قرار گیرند. (با رعایت تبصره ۵ ماده ۸)

ه) چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی یا از کارافتادگی کلی باشند تامین هزینه درمان سایر بیماریهای آنها (به جز معلولیت و از کارافتادگی کلی) با تأیید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش خواهد بود. (بدون در نظر گرفتن شرایط سنی)

و) مفاد این قرارداد برای افرادی که در طول مدت قرارداد بازنشسته می شوند به همراه اعضاء تحت پوشش و در صورت فوت بیمه شده اصلی برای بازماندگان متوفی ادامه پوشش بیمه ای به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود.

تبصره ۳: اعضاء غیر ایرانی زمانی تحت پوشش بیمه درمان قرار می گیرند که دارای اجازه اقامت و پروانه کار از اداره کل اشتغال اتباع خارجی وزارت کار و امور اجتماعی باشند.

تبصره ۴: کلیه اعضاء و کارکنان مونث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با رعایت مفاد این بیمه نامه مشروط بر اینکه دارای بیمه گر اول باشد بیمه نمایند.

تبصره ۵: اعضاء و کارکنان می توانند نسبت به ثبت نام پدر و مادر خود در بیمه تکمیلی نیز اقدام نمایند.

ماده ۴: فرانشیز: درصد معینی از هزینه های درمانی انجام شده مشمول تعهدات این قرارداد است که تامین آن به عهده بیمه گذار یا بیمه شده می باشد.



تبصره ۵: در صورت عدم استفاده بیمه شدگان از سهم بیمه گر اولیه، سهم فرانشیز بیمه شدگان بیمه درمان تکمیلی ۲۰ درصد از هزینه های قابل پرداخت تعیین و کسر می گردد. در صورت استفاده از بیمه گر اولیه فرانشیز کسر نمی گردد. (اجباری به استفاده از بیمه گر پایه نمی باشد)

ماده ۵: موضوع قرارداد بیمه : عبارتست از جبران هزینه های دوران بستری در بیمارستان و هزینه های سرپائی شامل: هزینه های پاراکلینیکی، جراحیهای مجاز سرپائی همچنین زایمان، درمان طبی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و یا حادثه بیمه شدگان در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و همچنین هزینه های آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی (مآزاد بر سهم پرداختی توسط بیمه سازمان تامین اجتماعی، خدمات درمانی کارکنان دولت، خدمات درمانی نیروهای مسلح، بیمه مدارس و یا سایر سازمانها) و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان براساس جدول تعهدات و الحاقیه های قرارداد که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است و سایر موارد مورد اشاره در جدول تعهدات ماده ۹ این قرارداد.

تبصره ۱) بیماری: عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جوارح مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.

تبصره ۲) حادثه: عبارتست از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و باعث وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد.

ماده ۶: دوره انتظار: مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران هزینه های ذیل ندارد. تاریخ شروع آن همان تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر بیمه شده می باشد.

تبصره: بر اساس توافق بعمل آمده دوره انتظار از بیمه نامه های مشمول این قرارداد حذف می گردد.

فصل دوم (وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده)

ماده ۷: طرفین قرارداد ملزم به رعایت اصل حسن نیت می باشد. بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهند، چنانچه ثابت شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطالبی 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 اعضاء خانواده باطل و از درجه اعتبار ساقط است.



ماده ۸: بیمه گذار حداکثر ظرف مدت چهار ماه از تاریخ انعقاد قرارداد یک نسخه لیست اسامی و مشخصات کامل بیمه شدگان را به طور خوانا و بدون قلم خوردگی تنظیم نموده و برای بیمه گر ارسال می نماید. باتوجه به جمعیت زیاد بیمه شدگان بیمه گذار می تواند تا قبل از مهلت چهارماه جهت ارسال لیست نهایی از تاریخ مبادله قرارداد نسبت به ارائه لیست اولیه به صورت مرحله ای و حذف یا اضافه نمودن بیمه شده های خود اقدام نماید.

تبصره ۱: بیمه گذار بعد از مهلت چهار ماهه مندرج در ماده مذکور جهت ارسال لیست اسامی و مشخصات کامل بیمه شدگان تا ۳۰۰ نفر اصلی می تواند به تعداد بیمه شدگان اضافه نماید. افراد مذکور از تاریخ اعلام بیمه گذار یا ۲ ماه دوران انتظار پوشش خواهند یافت.

تبصره ۲: بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را برای بیمه گر ارسال نماید. چنانچه اثبات شد بیمه شده ای در مدت مقرر ثبت نام نموده ولی در زمان استفاده، اسم وی در لیست بیمه شده ها نباشد، بیمه گر با توجه به ارائه لیست بیمه گذار، موظف به اضافه نمودن اسم وی و تحت پوشش قراردادن از ابتدای قرارداد می باشد.

تبصره ۳: هر گونه افزایش و یا کاهش گروهی به مجموع بیمه گذاران با نامه رسمی از بیمه گذار، مورد قبول بیمه گر می باشد. در هر صورت بیمه گر موظف است به ازای واحدهای زیر مجموعه بیمه گذار و نیز تیپ تعهدات مختلف ذکر شده در این قرارداد، بیمه نامه های مستقل صادر و حق بیمه های مربوطه را جداگانه محاسبه و دریافت نماید.

تبصره ۴: شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید موضوع ماده ۸ قرارداد ابتدای انعقاد قرارداد و در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار می باشد موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از فوت شدگان، خروج از کفالت و اعضاء و کارکنانی که رابطه عضویت یا همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود. حق بیمه برگشتی نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار محاسبه خواهد شد.

تبصره ۵: آن دسته از بیمه شدگان که صاحب فرزند می شوند جهت اضافه نمودن نوزاد به بیمه شدگان، از تاریخ تولد حداکثر ظرف دو ماه می بایست تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه وی را جهت صدور الحاقیه از طرف بیمه گذار برای بیمه گر ارسال نمایند.

ماده ۹: حق بیمه: حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان با توجه به طرح تعهدات مختلفی که طبق جدول ذیل تعیین می گردد می باشد در هر صورت بیمه گر حق افزایش حق بیمه و یا کاهش تعهدات را در طول قرارداد ندارد.



درمان تکمیلی

سقف تعهدات برای هر بیمه شده در سال (ریال)			شرح تعهدات بیمه گر
رفاه	آرامش	امید	
بدون سقف	بدون سقف	بدون سقف	جراحی تخصصی شامل: جراحی قلب، مغز و اعصاب مرکزی، گامانایف، قلب، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، پیوند کبد، پیوند ریه و جراحی سرطان اعم از دارویی و بستری هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی اعم از درمانی و دارویی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن، دیسک و ستون فقرات، کاتاراکت، استرابیسم، سینوزیت، لوزه، بیماری های مزمن کلیه، پروستات، واریکوسل، میمکتومی، هیستروکتومی، سیٹوسل، رکتوسل، آنتروسل، تعویض مفصل، پیوند قرنیه، کاشت حلزون، واریش، هزینه های بستری در بخش مراقبت های ویژه CCU، ICU، و مراکز جراحی محدود DAY CARE (پا بیشتر از ۶ ساعت بستری) و هزینه های مربوط به بیماریهای هموفیلی، تالاسمی، ماژور، دیالیز انواع سرطان، شیمی درمانی ناشی از سرطان، ام اس، پارکینسون، کتونومی، ناشی از بیماریهای متابولیک و ارثی و جبران هزینه های داروهای تخصصی مربوط به بیماران ام اس و سرطان و کلیه و بیماریهای خاص و پیوند اعضای طبیعی بدن، هزینه های پروتز در حین عمل
بدون سقف	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های زایمان (طبیعی - عمل سزارین) درمان نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) برای هر یک از زوجین
بدون سقف	بدون سقف	-----	هزینه های پزشکی، تشخیصی و تشخیص درمانی غیر بیمارستانی (پاراکلینیک) و جراحیهای مجاز سرپایی شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، تست استرس اکو، دانسیتومتری. تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، تست خواب، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، مولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم، پاپ اسمیر، بیوپسی. هزینه جراحی های مجاز سرپایی مانند شکستگیها و دررفتگی ها، گچ گیری، ختنه، گرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثنای عیوب انکساری چشم) بخیه، انواع تراپی، ازون تراپی، خارج کردن جسم خارجی و شستشوی گوش و انواع تزریقات. جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیصی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی و انواع رادیو گرافی انواع تزریق و سرم تراپی اورژانس و فوریتهای پزشکی
۵,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	-----	جبران هزینه های ویزیت و دارو
۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	-----	جبران هزینه های خدمات دندانپزشکی (برابر تعرفه های سندیکای بیمه گری ایران)
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	-----	جبران هزینه های تجویز سمعک
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	-----	جبران هزینه های تجویز ارتز و پروتز (بجز اعمال زیبایی)
۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	-----	جبران هزینه ی رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه نقص بینایی ۳ دیوپتر برای دو چشم
۴,۵۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	-----	جبران هزینه های تجویز عینک و لنز طبی
بدون سقف	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	-----	جبران هزینه های تجویز فیزیوتراپی و کاردرمانی، گفتار درمانی و توان بخشی، لیزر درمانی و کایروپراکتیک
۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های انتقال با آمبولانس (درون شهری)
۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های انتقال با آمبولانس (برون شهری)
۱۲,۳۹۷,۶۳۴	۹,۴۳۰,۵۷۵	۲,۸۹۸,۰۰۰	حق بیمه سالیانه به ازای هر نفر

حق بیمه سالیانه طرح ۱ - دو میلیون و هشتصد و نود و هشت هزار ریال

حق بیمه سالیانه طرح ۲ - نه میلیون و چهارصد و سی هزار و پانصد هفتاد و پنج ریال

حق بیمه سالیانه طرح ۳ - دوازده میلیون و سیصد و نود و هفت هزار و شصت و چهل و چهار ریال



تبصره ۱: ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه: حق بیمه بصورت سالانه بدون در نظر گرفتن شرایط سنی محاسبه می گردد، که در تمام مدت قرارداد جاری برای هر نفر حذف و اضافه، ثابت و بدون افزایش خواهد بود و بیمه گذار موظف است براساس تعداد کل بیمه شدگان هر ماه محاسبه و بطور اقساط به شرح تبصره ۲ ماده ۹ پرداخت نماید.

تبصره ۲: بیمه گذار مکلف است اقساط حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در پایان هر ماه، حداکثر تا پایان ماه بعد در وجه بیمه گر پرداخت نماید. پرداخت سه قسط آخر قرارداد سه ماه بعد از خاتمه قرارداد و منوط به تسویه حساب و ارائه گزارشات میزان خسارت های پرداختی خواهد بود.

تبصره ۳: حق بیمه مربوط به تغییرات: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهیانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقیه تعیین می گردد، می بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماه های آتی حداکثر تا ۲ ماه بعد تسویه شود.

در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه از ابتدای قرارداد محاسبه می شود و تاریخ شروع پوشش بیمه شدگان نیز از تاریخ ابتدای قرارداد می باشد.

در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل تا پایان ماه محاسبه می شود.

ماده ۱۰: بیمه شدگان هزینه های درمانی موضوع این قرارداد را در صورت عدم استفاده از معرفی نامه راساً پرداخت نموده و تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را به ضمیمه رسید مبلغ دریافتی از بیمه گر پایه جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نماید. بدیهی است در صورت عدم استفاده از بیمه گر پایه نیازی به ارائه رسید مورد اشاره نمی باشد.

ماده ۱۱: به منظور نظارت در حسن اجرای قرارداد بیمه گذار موظف است به محض انعقاد قرارداد نماینده تام الاختیار خود را به بیمه گر معرفی نماید. این نماینده رابط بین بیمه گر و بیمه گذار بوده و وظیفه پیگیری کلیه امور مربوط به بیمه گذار و بیمه شده را به عهده دارد و بیمه گر موظف به پاسخگویی و همکاری با نماینده مذکور می باشد.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۱۲: حدود تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است در صورت وقوع هریک از خطرات موضوع ماده ۵ و تبصره های آن هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق تبصره های ذیل جبران نماید.

توضیح: مجموع تعهدات بیمه گر در خصوص تعهدات این ماده به صورت سالیانه و برای هر بیمه شده طبق جدول

تعهدات مندرج در ماده ۹ می باشد.



تبصره ۱: بیمه گر تعهد می نماید که به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبتة مندرج در ماده ۱۰ قرارداد، حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۲: تعهدات بیمه گر در مورد بیماری که با معرفی نامه کتبی بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه سرمد استفاده می نمایند برابر صورتحسابهای مراکز فوق الذکر مورد رسیدگی و تسویه می گردد و در صورتیکه بیمه شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفی نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیرطرف قرارداد مراجعه نمایند، در اینصورت هزینه های درمانی معادل بالاترین تعرفه مصوب بیمارستانهای خصوصی هم درجه و کتاب ارزشهای نسبی و ضریب k مصوب دولت محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۳: هزینه های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه گر می باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تامین اجتماعی و سایر شرکتهای و سازمانهای بیمه ای نمی تواند از صددرصد هزینه های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمانها و شرکتهای مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد میباشد.

تبصره ۴: هزینه های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی بعنوان مناطق جنگی شناخته شده اند در زمان صلح مشمول بیمه می باشند.

تبصره ۵: بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را طبق ضوابط و مقررات مربوط بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید.

تبصره ۶: هزینه های بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تأیید بیمه گر به خارج اعزام میگردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریتهای پزشکی نیاز به معالجه پیدا می کنند در صورت تأیید صورتحساب های آن توسط سفارت جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوط تا سقف تعهد سالیانه هزینه های بیمارستانی و اعمال جراحی مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد در غیر این صورت هزینه های انجام با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه گر، معادل هم ارز ریالی صورت حساب در زمان بستری (تاریخ صورت حساب) پس از کسر سهم بیمه گر اولیه یا فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۷: بیمه گر موظف است همزمان با شروع قرارداد پزشکان معتمد خود را جهت تأیید و بررسی موارد درمان به بیمه گذار معرفی نماید.

تبصره ۸: بیمه گر موظف به هماهنگی بین شعب بیمه گر در سراسر کشور جهت عدم دریافت مدارک خسارت، از بیمه شدگان مشمول بیمه نامه های این قرارداد می باشد.



تبصره ۹: بیمه‌گر موظف به کنترل و هدایت کلیه امورات بیمه‌گری و تسهیل و تسریع در ارائه خدمات به بیمه‌شدگان معرفی شده از سوی بیمه‌گذار می‌باشد.

تبصره ۱۰: بیمه‌گر موظف به حفظ اطلاعات و اسرار بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان می‌باشد.

تبصره ۱۱: بیمه‌گر موظف است ترتیبی اتخاذ نماید که صدور بیمه‌نامه‌های موضوع قرارداد در سیستم نرم‌افزاری با شماره قرارداد خاص انجام گیرد.

تبصره ۱۲: بیمه‌گر تلاش خود را مبنی بر انعقاد قرارداد با مراکز درمانی مورد نیاز بیمه‌گذار، تعهد می‌نماید و در این راستا گزارش انعقاد قرارداد را پس از مذاکره با هر مرکز تکمیل و تحویل بیمه‌گذار خواهد داد.

تبصره ۱۳: بیمه‌گر موظف است حداکثر ظرف مدت ۱ ماه پس از ارائه لیست بیمه‌شدگان توسط بیمه‌گذار نسبت به صدور کارت‌های عضویت بیمه‌شدگان، معتبر در تمام مراکز طرف قرارداد اقدام نماید و آن را در اختیار بیمه‌گذار قرار دهد. لازم به ذکر است صدور کارت برای کلیه افرادی که در طول مدت قرارداد اضافه می‌شوند نیز با همان شرایط، برای بیمه‌گر الزامی است.

تبصره ۱۴: به منظور تسریع در امور بیمه‌ای و پرداخت خسارت، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد و تعرفه‌های بیمه‌گر، مراکز درمانی طرف قرارداد و پرونده‌های بیمه‌شدگان در هر زمان برای بیمه‌گذار یا نماینده معرفی شده توسط بیمه‌گذار محفوظ بوده و بیمه‌گر موظف است اسناد را در اختیار بیمه‌گذار قرار دهد.

تبصره ۱۵: قراردادهای منعقد و پرداخت‌های بیمه‌گر برای کلیه موارد پاراکلینیکی و بیمارستانی و دندانپزشکی باید براساس ضوابط و بالاترین تعرفه‌های بخش خصوصی تصویب شده در سال جاری قرارداد می‌باشد و در صورتی که در طول مدت اجرای قرارداد، دولت تعرفه بخش خصوصی و دولتی را افزایش و یا کاهش دهد، تغییرات از زمان تصویب، در پرداخت تعهدات لازم الاجرا خواهد بود.

تبصره ۱۶: 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 نموده و مبالغ دریافتی از بیماران تحت هر عنوان در صورت حساب آنان قید نماید.

تبصره ۱۷: ملاک پرداخت هزینه خدمات پاراکلینیکی برابر سقف تعرفه‌های قانونی مصوب توسط دولت در سال ۱۳۹۸ برای بخش خصوصی می‌باشد.

تبصره ۱۸: بیمه‌گر موظف است یک نسخه از کلیه تعرفه‌های مورد عمل در بیمارستان‌های خصوصی قابل اجرا از ۱۳۹۸/۴/۱ به بعد، به انضمام یک نسخه از کلیه قرارداد‌های فی‌ما بین با هر یک از مراکز درمانی طرف قرارداد را در هنگام مبادله این قرارداد تحویل بیمه‌گذار نماید و بر اساس تغییر تعرفه‌ها در سال ۱۳۹۸ بیمه‌گر موظف



است کلیه تغییرات را بر اساس تصویب نامه هیأت وزیران که در سال ۹۸ مصوب گردیده محاسبه نموده و اجرا نماید در این خصوص و در تمام مفاد این قرارداد همکاری لازم با ناظرین فنی اعزامی از طرف بیمه گذار در ارتباط اموال و اشخاص و مسئولیت یا تحویل پرونده های پزشکی و مدارک مربوط به هزینه درمان بیماران، دسترسی به اطلاعات مشمولین قرارداد بصورت On Line و سایر اطلاعات مورد نیاز جهت بررسی اسناد توسط ناظر الزامی می باشد .

تبصره ۱۹: هزینه خدمات درمانی سرپائی و بستری که راسا توسط بیمه شده انجام شده باشد در طول دوره قرارداد و حداکثر تا ۳ ماه پس از پایان قرارداد قابل پرداخت می باشد. بدیهی است پس از انقضاء این مدت، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

تبصره ۲۰: عودت مدارک ناقص و یا غیر قابل پرداخت از جانب شرکت بیمه گر به بیمه گذار با ذکر علت (کتبی) و حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز الزامی می باشد .

تبصره ۲۱: رایه لیست و دلایل کسورات هزینه های درمانی اعضاء و پرسنل از جانب شرکت بیمه گر به بیمه گذار الزامی می باشد .

تبصره ۲۲: بیمه گذار موظف به ارسال گزارش عملکرد اجرایی قرارداد به مراجع ذیربط می باشد ، بیمه گر متعهد می گردد وب سرویس دریافت اطلاعات لازم از بدو اجرای مفاد این قرارداد را به صورت شفاف و On line در اختیار بیمه گذار قرار دهد تا وی بتواند گزارش عملکرد قرارداد از جمله : آمار بیمه شدگان اصلی و تبعی به همراه نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی با ذکر شماره و کد ملی افراد تحت تکفل با مشخصات هویتی کامل (نام و نام خانوادگی، کد ملی، نسبت و ...) گزارش هزینه خدمات انجام شده برای هر بیمه شده را به تفکیک هر یک از مراکز و بر حسب نوع خدمات ارائه شده (پاراکلینیکی و تشخیصی درمان، اعمال مجاز سرپائی ، اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی ، درمان بستری و جراحی عمومی) و تخصصی ویژه (داروهای تخصصی و غیره) با فرمت تعیین شده توسط بیمه گذار به صورت مکانیزه و آنلاین کل به جز، ایجاد نماید.

تبصره ۲۳: بیمه گر متعهد است تمامی خسارت های بستری (بدون اخذ معرفی نامه) بیمه شدگان را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری و سایر خسارت ها بجز بستری را حداکثر ظرف ۷۲ ساعت پس از تحویل مدارک توسط بیمه شدگان به بیمه گر(در صورت تکمیل بودن مدارک) در وجه بیمه گذار پرداخت نماید.



تبصره ۲۴: با توجه به اینکه بیمه گذار دارای واحدهای تابعه متعددی می باشد و به جهت تجمیع قراردادهای بیمه درمان تکمیلی هرکدام در سررسیدهای متفاوتی به اتمام می رسند، لذا بیمه گر متعهد می باشد در هر زمان از قرارداد نسبت به اضافه یا کسر نمودن گروهی این بیمه شدگان اقدام نماید.

تبصره ۲۵: با توجه به پراکندگی اعضای صندوق در سراسر کشور، بیمه گذار جهت رفع نیاز بیمه شدگان میتواند نسبت به عقد قرارداد پستی با شرکت پست جهت ارسال مدارک خسارت توسط اعضاء به واحد بیمه درمان تکمیلی صندوق اقدام نموده و هزینه این قرارداد را با کسر از حق بیمه های قابل پرداخت تامین و به حساب بیمه گر منظور نماید (هزینه خدمات پستی به عهده بیمه گر می باشد).

تبصره ۲۶: به منظور نظارت بر عملکرد بیمه گر و اطلاع دقیق بیمه گذار از پرداخت خسارت به بیمه شدگان، واریز خسارت بیمه شدگان از طرف بیمه گر به حساب واسط معرفی شده از جانب بیمه گذار خواهد بود و بیمه گذار پس از دریافت لیست های مورد تایید بیمه گر، مبالغ مربوطه را راساً در وجه بیمه شدگان پرداخت خواهد نمود. ملاک محاسبه زمان واریز خسارت تحقق هردو شرط (واریز و ارائه لیست) می باشد.

تبصره ۲۷: بیمه گر موظف است تسهیلات لازم را در خصوص ارائه ودر اختیار گذاشتن نیروی انسانی و سیستم رایانه ای مربوط جهت صدور معرفی نامه های درمانی در محل صندوق را تامین نماید.

ماده ۱۳: استثنائات: موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

- سقط جنین مگر در موارد قانونی و با تشخیص پزشک معالج.
- حوادث و بیماری های ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، آشوب، اعتصاب، قیام، کودتا.
- حکومت نظامی و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.
- حوادث طبیعی مانند زلزله، آتشفشان و سیل.
- فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.
- هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایشی، بهداشتی و متفرقه در بیمارستان از قبیل شیر خشک، صابون، شامپو، خمیردندان، و نظایر آن.
- بیماری های فراگیر (اپیدمی).
- به کار بردن لنز مگر توأم با عمل جراحی چشم نظیر آب مروارید باشد.
- جراحی فک مگر آنکه به علت وقوع حادثه تحت پوشش در طول مدت اعتبار بیمه نامه باشد.
- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی.
- عقیم سازی مگر آنکه جنبه درمانی داشته باشد.



- ترک اعتیاد.
- اتاق خصوصی (یک نفره) و هزینه همراه (در صورتیکه بیمه شدگان از اتاق خصوصی استفاده نمایند هزینه ها براساس اتاق دو تخته پرداخت می گردد)، مگر در موارد ضروری و به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، هزینه همراه بیمار بین ۷ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر
- هزینه چک آپ.
- هر گونه اقدامی که جنبه درمانی نداشته باشد.
- جنون و به طور کلی بیماری هایی که شخص بیمار نسبت به بیماری خویش بیانش نداشته باشد.
- خودکشی، قتل و جنایت.
- مواردی که طبق ماده ۷ (استثنائات) شرایط عمومی بیمه درمان ذکر شده و در این قرارداد قید نشده است.

ماده ۱۴: شرح خدمات بیمه گر و ترتیب بستری شدن بیمه شدگان و مدارک لازم:

- ارائه خدمات بیمه درمانی اعم از سرپایی و بالینی (بستری) عمومی، تخصصی و فوق تخصصی به اعضا و کارکنان بیمه گذار و خانواده آنان در سطح کشور که به مراکز طرف قرار داد بیمه و سایر مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه می کنند.
- در صورتیکه بیمه شدگان نیاز به بستری شدن در بیمارستانهای طرف قرارداد را داشته باشند بیمه گر موظف است کلیه هماهنگی های لازم از قبیل پذیرش بیمار با کارت درمانی یا معرفی نامه را فراهم نماید.
- در صورتیکه بیمه شدگان نیاز به بستری شدن در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد را داشته باشند بیمه گر موظف است پس از ترخیص بیمار، هزینه های درمانی ارائه شده با رعایت مفاد تبصره ۲ ماده ۱۲ محاسبه و پرداخت نماید.
- تبصره: بیمه گر موظف خواهد بود نسبت به توجیه موکد بیمارستان های طرف قرارداد مبنی بر عدم دریافت وجه اضافی (خارج از مقررات) از بیمه شده اقدام نموده و چنانچه پزشک معالج طرف قرارداد با شرکت بیمه گر نباشد بیمه شده با ارائه گواهی مربوطه از پزشک معالج نسبت به اخذ حق العمل بر اساس تعرفه های جاری از بیمه گر اقدام نماید.

فصل چهارم - مقررات گوناگون

ماده ۱۵: نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور:

- الف) بیمه شدگان در صورت تمایل به استفاده از بیمارستان های طرف قرارداد می توانند با دریافت معرفی نامه از ناحیه بیمه گذار به شرکت بیمه گر مراجعه و معرفی نامه لازم جهت استفاده از خدمات را دریافت دارند.



ب) بیمه گر موظف است وب سرویس دریافت و صدور الکترونیک معرفی نامه درمان به همراه ارائه گزارش صدور و تسویه آن را مطابق شرایط توافق شده هم زمان با انعقاد قرارداد در اختیار صندوق قرار دهد و به عملکرد مراجع درمانی مطابق سیستم ارائه شده نظارت کافی داشته باشد.

ج) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستان های غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و می توانند مطابق شرایط قرارداد اسناد آن را جهت دریافت خسارت ارائه نمایند.

تبصره: مدارک لازم جهت صدور معرفی نامه به بیمارستان ها و مراکز طرف قرارداد:

- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی با قید مراکز درمانی.

ماده ۱۶: در خصوص هزینه های دارو:

- طبق فارماکوپه ایران برای داروهایی که معادل ایرانی دارند .

برای داروهایی که معادل ایرانی ندارند و یا پزشک تاکید بر مصرف داروی خارجی دارد هزینه های داروی خارجی با تایید پزشک معتمد پرداخت می شود .

- برای بیماریهای خاص شیمی درمانی و صعب العلاج در صورت استفاده از بیمه گر پایه، مابه التفاوت کامل و بدون همترازی پرداخت می شود.

- کلیه مکملها و ویتامینها با توجه به شرایط سنی بیمار (کمتر از ۷سال و ۵۰ سال به بالا) وضعیت بیماری ، و درمان ناباوروی ها با تایید پزشک معتمد قابل پرداخت است .

دندانپزشکی:

۱- کلیه موارد دندانپزشکی و ایمپلنت و ارتودنسی قابل پرداخت است .

۲- برای ترمیم و پرکردن سه دندان و بیشتر گراف قبل و بعد از درمان ارائه شود.

ماده ۱۷: حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی موضوع این قرارداد به بیمه گر ۶ ماه از تاریخ انجام

هزینه های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد می باشد (در صورت خاتمه قرارداد حداکثر ۳ ماه پس از

پایان قرارداد اسناد مذکور دریافت و مورد رسیدگی قرار خواهد گرفت) بدیهی است بعد از انقضای این مدت

بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.



ماده ۱۸: مدارک لازم جهت دریافت خسارت بیمه تکمیلی درمان؛ جدول مدارک لازم جهت دریافت خسارت درمان تکمیلی:

ردیف	تعهدات بیمه‌گر	مداک درخواستی جهت ارائه
۱	رادیوتراپی	برگ اول دفترچه بیمه پایه (دستور پزشک) + رسید هزینه کاردکس جلسات
۲	آزمایشگاه	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + کپی جواب (برای مبالغ بالای ۳۰۰۰۰۰ ریال)
۳	رادیولوژی (اسکن MRI - سونوگرافی - رادیوگرافی با ماده حاجب - پزشکی هسته ای و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + گزارش + رسید هزینه
۴	فیزیوتراپی و لیزر تراپی و کایروپراکتیک پشت برگ در هر جلسه توسط بیمار امضاء شود (با ذکر تاریخ)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + تعداد جلسات مهر شده
۵	عینک سازی سلف تعهد توسط شعبه مربوطه تعیین شود.	برگ اول دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه
۶	سمعک سازی سلف تعهد توسط شعبه مربوطه تعیین شود.	برگ اول دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + گزارش اودیومتری
۷	CT آنژیوگرافی	برگ اول دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + گزارش
۸	ویزیت (پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص، کارشناس پروانه دار)	برگ دوم دفترچه بیمه پایه (مخصوص پزشک) یا گواهی پزشک با مهر و امضاء (توضیحات)
۹	در مورد نسخی که جمله (ویزیت شد) در روی آن نوشته میشود	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه با مهر و امضاء (توضیحات)
۱۰	خدمات سرپایی (تزریقات، سرم تراپی، اعمال جراحی سرپایی، پانسمان، ختنه، یغیه)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه یا گواهی پزشک + رسید هزینه
۱۱	خدمات سرپایی گزارش (آندوسکوپی، کولونوسکوپی و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + گزارش + رسید هزینه
۱۲	خدمات سرپایی قلبی (اکو - تست ورزش - هولتر مانیتورینگ و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + نتیجه تست + رسید هزینه (یا گواهی مبلغ با مهر و امضاء)
۱۳	خدمات سرپایی ریه (برونکوسکوپی، اسپیرومتری و ...) در مورد اسپیرومتری گزارش الزامی نیست	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + گزارش + رسید هزینه
۱۴	خدمات سرپایی زنان (کرایو - گذاشتن IUD - پاپ اسمیر و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه
۱۵	خدمات سرپایی گوش و حلق و بینی و چشم (اودیومتری - تمپانومتري و بینایی سنجی)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه - گزارش
۱۶	خدمات سرپایی نورولوژی (نوار مغز - نوار عصب و عضله و ...) در مورد نوار مغز ارائه نتیجه تست کافی است.	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه - گزارش + رسید هزینه
۱۷	خدمات سرپایی چشم (OCT و آنژیوگرافی چشم و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه + رسید هزینه + گزارش
۱۸	خدمات سرپایی خون و آنکولوژی (بیوپسی مغز استخوان - مطالعه خون محیطی و ...)	برگ اول یا دوم دفترچه بیمه پایه یا گواهی پزشک + گزارش + رسید هزینه
۱۹	دندانپزشکی	اصل صورتحساب، گراف قبل و بعد برای ترمیم و برگردن برای بیشتر از سه دندان
۲۰	عینک	تعیین نمره توسط اپتومتریست یا پزشک متخصص - اصل فاکتور
۲۱	دارو	دستور پزشک مهر شده در سر برگ یا دفترچه بیمه ریز فاکتور داروخانه الزامی نمی باشد



توضیحات:

- در کلیه موارد قید شده برگه اول یا دوم دفترچه بیمه پایه و در موارد آزاد دستور پزشک در سر نسخه کفایت می کند.
 - در تمام مواردیکه گزارش الزامی است، کپی جواب نیز کفایت می کند.
 - رسید هزینه یا گواهی مبلغ حتما باید اصل و با مهر مرکز درمانی باشد.
- ماده ۱۹:** بیمه گر متعهد است نتایج ارزیابی خسارت ها را با همان شناسه ای که صندوق برای درخواست هزینه اختصاص داده است، به صندوق تحویل دهد.
- ماده ۲۰:** بیمه گر موظف است وب سرویس ثبت درخواست و صدور معرفی نامه را برای استفاده بیمه شدگان از طریق سایت صندوق ، فراهم نماید. همچنین اطلاعات دقیق معرفی نامه های صادر شده را به صورت روزانه و حداکثر دو ماه پس از صدور معرفی نامه، مبلغ هزینه مربوطه را به صندوق اعلام نماید.
- ماده ۲۱:** بیمه گر موظف است امکان دسترسی به اطلاعات کامل بیمه شده اعم از گزارش تراکنش خسارت های پرداخت شده، مراحل پیشرفت کار فرایند ارزیابی درخواست ها و جزئیات پرداخت ها را از طریق وب سرویس به واحد فناوری و اطلاعات صندوق ارائه نماید.
- ماده ۲۲:** بیمه گر موظف است صورت حساب و گزارشات مورد نیاز بیمه گذار از قبیل صورت حساب دقیق و مشخص مالی و آماری مربوط به حق بیمه پرداخت ها و غیره را در مقاطع ماهانه، فصلی و سالانه به صورت انفرادی و تجمیعی و به صورت نرم افزاری (از طریق پنل و وب سرویس) و مکتوب در اختیار صندوق قرار دهد.
- ماده ۲۳:** بیمه گر موظف است لیست مراکز درمانی طرف قرارداد را همزمان با انعقاد قرارداد برای بیمه گذار ارسال و تغییرات آن را ماهیانه اعلام نماید.
- ماده ۲۴:** حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین، برای بیمه گر و بیمه گذار محفوظ است.
- ماده ۲۵:** در مورد کلیه مسائل مربوط به این قرارداد بیمه گر هیچگونه مسئولیتی در ارائه پاسخ به بیمه شدگان نداشته و کلیه مسائل مربوط می بایست فی مابین بیمه گر و بیمه گذار حل و فصل گردد.
- ماده ۲۶:** در کلیه مواردی که در این قرارداد نذری به میان نیامده است برطبق قانون بیمه و ضوابط و مقررات جاری مملکت عمل خواهد شد.
- ماده ۲۷:** حل اختلاف: در صورت بروز هر گونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع بدو از طریق مذاکرات فی مابین حل و فصل خواهد شد در غیر اینصورت موضوع جهت رفع یا حل و فصل اختلاف به مراجع ذیصلاح قضایی منعکس خواهد شد.



ماده ۲۸: موارد فسخ: بیمه گر و بیمه گذار می توانند تحت شرایط تعیین شده از طرف بیمه مرکزی ایران نسبت به فسخ قرارداد اقدام نمایند به همین منظور می بایست هر یک از طرفین به صورت کتبی مراتب را به طرف مقابل اعلام نموده تا مطابق ضوابط تعیین شده توسط بیمه مرکزی ایران اقدام به عمل آید.

ماده ۲۹: مدت قرارداد: مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است، که از ساعت صفر بامداد روز ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ شروع و تا ساعت صفر بامداد روز ۹۹/۰۴/۰۱ خاتمه می یابد.

تبصره: در صورتیکه بیمه گذار جهت جمع بندی امور بیمه ای و مالی درخواست تمدید کوتاه مدت قرارداد نمود، تمدید قرارداد حداکثر به مدت ۲ ماه پس از پایان قرارداد بدون افزایش حق بیمه و مطابق با قرارداد با سال گذشته الزامی می باشد.

ماده ۳۰: این قرارداد مشتمل بر ۳۰ ماده و ۴۷ تبصره و در دو نسخه تنظیم یافته که هر دو نسخه حکم واحد را دارد و در اختیار طرفین قرار گرفت و از تاریخ امضاء برای طرفین و قائم مقام قانونی آنها لازم الاجرا خواهد بود.

بیمه گذار

صندوق حمایت از هنرمندان، نویسندگان و روزنامه نگاران

بیمه گر

شرکت بیمه سارماد



۹۸,۴۲۸