

قرارداد بیمه مازاد درمان گروهی شاغلین و بازنشستگان (طرح ۲)

ردیف	شرح تعهدات	حداکثر تعهدات (ریال)	فراانشیز (درصد)
۱-۱	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، انواع آندوسکوپی، سونوگرافی، ماموگرافی، رادیولوژی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای، دانستومتری، انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی و استرس اکو، انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی، پاتولوژی و ژنتیک پزشکی و آسیب شناسی	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۲-۱	جبران هزینه خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل: انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، نوار قلب، خدمات تشخیصی تنفسی شامل اسپرومتری و PFT، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی، نوار عضله (EMG) و نوار عصب (NVC)، تست آلرژی، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، نوار مغز (الکتروانسفالوگرافی) (EEG)، انواع فیزیوتراپی PT (لیزر پرتوان، اولترا سوند، میوفا سیال، تراکشن، مگنت تراپی، شاک ویو، طب سوزنی و...) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)، آنژیوگرافی چشم، فیبرو اسکن.	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۳-۱	جبران هزینه انواع گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) و شاخه های بیوفیدبک (نورو فیدبک و...) و مشاوره های روانشناسی (کارشناس، کارشناس ارشد و دکتری)	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۴-۱	جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل ناهنجاری ها، مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین برای تعداد ۵۰ نفر در طول مدت قرارداد	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۲	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه دندان پزشکی، ارتودنسی، ایمپلنت، ساخت دندان و دست دندان توسط دندانپزشک و کمک دندانپزشک تجربی دارای مجوز از وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی	برای بیمه شده اصلی فاقد زیرمجموعه (۱نفر) تا سقف ۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲۰
		برای بیمه شده اصلی به همراه ۱ نفر (۲نفر) تا سقف ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به صورت شناور	۱۰
		برای بیمه شدگان ۳ نفر و به بالا به ازای هر نفر (حداکثر ۴ نفر) ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به صورت شناور	۱۰
۳	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه های عینک طبی و لنز تماس طبی برای هر نفر (هر دو سال یکبار) برای تعداد ۳۰۰۰ نفر در طول مدت قرارداد	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	۲۰
۴	رفع عیوب انکساری چشم که درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه آستیگمات) به میزان ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، برای تعداد ۵۰ نفر در طول مدت قرارداد	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰
۵	جبران هزینه های ویزیت طبق تعرفه وزارت بهداشت و دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور (صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	-	۱۵
۶	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس داخل شهری برای تعداد ۲۰ نفر در طول مدت قرارداد	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰

۷	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس بین شهری برای تعداد ۱۰ نفر در طول مدت قرارداد	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۸	حداکثر سقف تعهد سالیانه هزینه های جراحی مجاز سرپایی مانند : شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، آتل بندی و بازکردن آنها، ختنه، بخیه و کشیدن آن، سرم تراپی، اوزون تراپی، PRP و...، برداشتن زگیل و ضایعات پوستی، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، SKIN TAG، تخلیه کیست و لیزر های درمانی با ارائه مستندات بیماری (به استثنای عیوب انکساری چشم)، پانسمان، پانسمان نوین، تزریقات (عضلانی، وریدی، داخل مفصل و ضایعات پوستی و ...)	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۹	حداکثر سقف تعهدات سالیانه برای اعمال جراحی مربوط به مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغزاستخوان، پروتز های مصنوعی که در داخل بدن به کار می روند، کلیه هزینه های مربوط به درمان سوختگی و لیزر تراپی	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۰	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه های بستری، جراحی (عمومی و تخصصی) و بخش مراقبتهای ویژه، اتاق ایزوله، هزینه های جراحی، انواع سنگ شکن، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب (عمومی و تخصصی) و گامانایف در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE و هزینه همراه افراد زیر ۱۰ سال و بالای ۷۰ سال و در موارد خاص با دستور پزشک معالج در بیمارستانها	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ برای تعداد حداکثر ۱۰ نفر تا سقف ۷ میلیارد ریال	۱۰
۱۱	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین برای تعداد ۲۰۰ نفر در طول مدت قرارداد	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰
۱۲	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه مربوط به نازایی اولیه و ثانویه و ناباروری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) شامل اعمال جراحی مرتبط ZIFT، GIFT، IUI، میکروانجکشن و IVF برای تعداد ۷۰ نفر در طول مدت قرارداد	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۳	کلیه هزینه های درمانی و تشخیصی مانند ویزیت، داروها، ویتامین ها و مکمل های تولید داخلی و خارجی، آزمایش های تشخیصی و تکمیلی، فیزیوتراپی، انواع رادیولوژی، تصویربرداری، سونوگرافی، ماموگرافی، کاردی مان، گف تاردی مان، نوار مغز، نقشه مغزی، کپسول اکسیژن، انواع اروتز و وسایل کمک پزشکی مانند آتل، واکر، ویلچر و نیز اعمال جراحی مربوط به سرطان، شیمی درمانی (بستری و سرپایی) تمامی بیمارهای خاص و صعب العلاج و دارای شرایط خاص طبق لیست اعلامی بیمه گزار بدون در نظر گرفتن تعرفه های وزارت بهداشت و بخش خصوصی برای تعداد ۱۰۰ نفر در طول مدت قرارداد	-	۱۰
۱۴	تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً با تأیید انجمن حمایتی مربوطه) برای حداکثر ۱۰ نفر در طول مدت قرارداد و برای هر نفر تا مبلغ	۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰
۱۵	جبران هزینه های مربوط به داروها، ویتامین ها و داروهای گیاهی (طبق آیین نامه دارویی پیوست)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵
۱۶	هزینه مکمل ها ویتامین های خارجی با تجویز پزشک متخصص و فوق تخصص (طبق آیین نامه دارویی پیوست)	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰
۱۷	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه خرید سمک (با تجویز پزشک متخصص) برای حداکثر ۲۰ نفر در طول مدت قرارداد و صرفاً برای بیمه شدگان اصلی و افراد تحت تکفل برای هر نفر تا مبلغ	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰
۱۸	هزینه انواع اروتز و وسایل کمک پزشکی مانند آتل، واکر، ویلچر، قوزبند، میچ بند، جوراب واریس، کفش طبی، کفی طبی، صندل طبی، کمربند طبی، گردن بند طبی، عصای طبی، بریس زانو بند، پد جنتامایسین، گچ و سیمان ارتوپدی، تیغه اره جراحی (عمل تعویض مفصل زانو و...)، کیسه کلسومی، نوار تست قند خون و غیره (با تجویز پزشک متخصص و فوق تخصص)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰

این قرارداد بین " شرکت بیمه ... " ، سرپرستی شعبه استان زنجان ، به نشانی :
..... تلفن : و "شرکت ایران ترانسفو" به نشانی : زنجان - کیلومتر
۴ جاده قدیم تهران شرکت ایران ترانسفو تلفن : ۰۲۴۳۳۷۹۰۸۱ در این قرارداد اختصاراً به ترتیب "بیمه گر" و
"بیمه گذار" نامیده می شوند و " شرکت کارگزاری رسمی بیمه مستقیم بر خط زنجان صبا ترانس " (کد
۱۶۳۰) به آدرس: زنجان-کوچمشکی-۱۲ متری سوم جنوبی-خیابان شهید رهبری-پلاک ۵۲۰-طبقه دوم-واحد
۴(که از این پس مجری نامیده می شود)، بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای
عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط زیر منعقد می گردد.

شرایط خصوصی بیمه مازاد درمان گروهی

فصل اول :

تعاریف و اصطلاحات مندرج 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 - موضوع بیمه :

عبارت است از جبران هزینه های تشخیصی و درمانی ناشی از بیماری و یا حوادث این بیمه نامه و مازاد بر سهم
بیمه سازمان تامین اجتماعی ، خدمات درمانی و یا سایر بیمه گران اول ، طبق شرایط مقرر که در این قرارداد
است .

ماده ۲ - بیمه شدگان قرارداد:

بیمه شدگان عبارتند از کلیه کارکنان رسمی ، قراردادی ، پیمانی بیمه گزار و کلیه اعضای خانواده تحت تکفل و
غیر تحت تکفل آن ها که از طرف بیمه گزار به عنوان بیمه شده معرفی می شوند .

۱-۲) حداقل ۷۰ درصد از مجموع کارکنان به همراه کلیه افراد تحت تکفل آنان می بایست جهت اخذ پوشش بیمه
ای معرفی گردند .

۲-۲) منظور از اعضای خانواده ، همسر ، فرزندان و سایر افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشند که به تبع
بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه گر اول (تامین اجتماعی ، خدمات درمانی و ...) باشند (افراد غیر تحت تکفل
اعضا خانواده محسوب نمی شوند) .

۳-۲) بیمه شدگان اصلی می توانند صرفاً در ابتدای قرارداد (لیست اولیه) والدین غیر تحت تکفل خود را با همان نرخ تحت پوشش قرار دهند .

۴-۲) فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار ، بیمه می باشند .

۵-۲) فرزندان اناث مطلقه در صورت عدم اشتغال و تا زمان ازدواج مجدد مشروط به پوشش توسط سازمان بیمه گر اول ، انجام می پذیرد .

۶-۲) فرزندان ذکور مجرد به شرط داشتن پوشش بیمه پایه به تبع بیمه شده اصلی و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی ، تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی خواهند بود .

۷-۲) پوشش های بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند ، چنانچه در طول مدت بیمه نامه سن کامل شود ، تا پایان سال ، قرارداد ادامه خواهد داشت .

۸-۲) فرزندان معلول ذهنی و جسمی تحت تکفل بیمه شدگان با تایید پزشک معتمد بیمه گر بدون در نظر گرفتن شرط سنی و با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات بیمه خواهند بود .

۹-۲) در صورت فوت ، بازنشستگی و یا از کارافتادگی بیمه شده اصلی ، پوشش بیمه ای بازماندگان متوفی ، بازنشستگان و از کارافتادگان و بیمه شدگان تبعی وی مشروط به پرداخت حق بیمه ، صرفاً تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت .

۱۰-۲) کارکنان اناث می توانند همسر و فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه یکسان در طول مدت قرارداد با رعایت مفاد این قرارداد بیمه نمایند .

۱۱-۲) 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 باشند و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه شده بدون ایجاد وقفه و به عهده بیمه گزار می باشد .

۱۲-۲) در مورد بیمه شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند ، ادامه پوشش بیمه منوط به پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرارداد توسط بیمه شده و از طریق بیمه گزار به بیمه گر خواهد بود . در غیر این صورت بیمه گر تعهدی در خصوص جبران هزینه های درمان بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

فصل دوم – وظایف و تعهدات بیمه گزار :

ماده ۳: بیمه گزار متعهد است پس از امضا و مبادله بیمه نامه ، ۲ لوح فشرده حاوی اسامی بیمه شدگان طبق فرمت اکسل تعیین شده از سوی شرکت بیمه و اکسل لیست بیمه پایه کارکنان (تامین اجتماعی ،خدمات درمانی و ...) حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد به بیمه گزار سال نماید . پس از انقضای مهلت مقرر بیمه گزار از بیمه نمودن کارکنان معرفی شده بعدی خودداری خواهد نمود. بدیهی است انجام تعهدات بیمه گر (صدور معرفی نامه و پرداخت خسارت) صرفا در مورد بیمه شدگانی خواهد بود که اسامی و مشخصات آنان در لیست ارائه شده توسط بیمه گزار درج شده باشد.

۳-۱) لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می بایست حاوی اطلاعات زیر باشد : نام ، نام خانوادگی ، محل صدور ، شماره شناسنامه ، سال تولد ، تاریخ تولد ، کدملی ، جنسیت ، نوع بیمه شده ، نسبت ، نوع تحت تکفل ، شماره شبا و تلفن همراه سرپرست .

۳-۲) بیمه گزار مکلف است در طول مدت قرارداد ، در تاریخ یکم ماه بعد، تغییرات ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را برای بیمه گزار ارسال نماید .

۳-۳) افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام کتبی بیمه گزار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال) همسر کارکنانی که ازدواج کرده اند (منوط به اعلام کتبی بیمه گزار حداکثر یک ماه پس از تاریخ عقد و با ارائه کپی صفحه اول و دوم شناسنامه) و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام کتبی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت یکماه پس از احراز کفالت) تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از **اولین روز ماه و وصول نامه بیمه گزار** خواهد بود. بیمه گزار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان را همزمان با ارائه لیست تغییرات به بیمه گزار ارائه نماید .

۳-۴) موارد حذف بیمه شدگان عبارت است از : فوت ،خروج از کفالت ، قطع همکاری (استعفا ، اخراج) و بازنشستگی . تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گزار و از ابتدای ماه بعد از تاریخ وصول نامه بیمه گزار خواهد بود. بیمه گزار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل حکم بازنشستگی ، نامه جهت قطع همکاری ، گواهی فوت ، کپی تمام صفحات شناسنامه فرد متوفی ، کپی صفحات اول و دوم شناسنامه فرد مطلقه را به بیمه گزار ارائه نماید.

۳-۵) چنانچه بیمه شدگان از خدمات بیمه درمان گروهی استفاده نموده باشند (دریافت هرگونه خسارت بیمارستانی و سرپایی و معرفی نامه) در هنگام حذف ، حق بیمه ماه های باقیمانده از قرارداد برگشت داده نخواهد شد و بیمه گزار موظف به پرداخت حق بیمه ایشان تا پایان قرارداد خواهد بود.

۳-۶) در صورتیکه در طول مدت قرارداد هرگونه تخلفی از سوی بیمه شده صورت پذیرد که پس از بررسی تخلف آن تایید گردد، می بایست تمام خسارت پرداخت شده به بیمه گر عودت گردد و همچنین بیمه شده به همراه کلیه اعضا خانواده از پوشش بیمه مازاد درمان گروهی حذف گردیده و بیمه گزار متعهد می گردد کلیه حق بیمه ماه های باقی مانده تا پایان قرارداد را پرداخت نماید.

۳-۷) نوزادان از بدو تولد تحت پوشش بیمه تکمیلی خواهند بود و در صورت بیماری نوزاد در بدو تولد تا زمان صدور دفترچه پایه و ثبت مشخصات در لیست بیمه درمان تکمیلی، از دفترچه مادر نوزاد جهت طی مراحل درمانی استفاده خواهد شد و بیمه گزار موظف است لیست آنان را حداکثر تا یک ماه پس از تاریخ تولد به بیمه گر اعلام نماید در غیر اینصورت، به قرارداد سال بعد موکول می گردند.

۳-۸) چنانچه نوزاد پس از تولد فوت نماید، در صورت دارا بودن هزینه های درمانی، کاهش آن از لیست بیمه شدگان بدون برگشت حق بیمه امکان پذیر می باشد.

۳-۹) در ماه پایانی بیمه نامه امکان افزایش و کاهش بیمه شدگان بجز نوزادان تازه متولد شده امکان پذیر نمی باشد.

۳-۱۰) در تمدید کوتاه مدت بیمه نامه به هر دلیل، افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثنای نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی باشد.

تبصره ۱: بیمه گر موظف به ارسال یک نسخه از تمام الحاقیه های صادره که مبنی بر هرگونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرارداد می باشند خواهد بود.

ماده ۴ - شرایط پرداخت حق بیمه :

بیمه گزار مکلف است حق بیمه مندرج در قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان از تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۱ بصورت اقساط ۱۲ ماهه پرداخت نماید و تسویه حق بیمه همزمان تا پایان اعتبار بیمه نامه انجام خواهد شد که بایستی بیمه گزار همراه حداکثر تا دهم همان ماه به حساب جاری بانک شعبه با شناسه پرداخت به نام بیمه واریز نماید. لازم به ذکر است در صورت واریز به حسابی غیر از شرکت بیمه وکد شناسه پرداخت فوق الذکر، شرکت بیمه هیچ مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت احتمالی نخواهد داشت همچنین حق بیمه ی هر ماه، پس از دو ماه از پایان ماه مذکور پرداخت خواهد شد.

۴-۱) اعتبار این بیمه نامه منوط به پرداخت بدهی براساس اعلامیه بدهکار که به همراه ارائه لیست اولیه صادر می گردد که جز لاینفک بیمه نامه است می باشد و در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه، بیمه گر فقط به تناسب

حق بیمه دریافتی مسئول جبران خسارت خواهد بود. بدیهی است در مواردی که هیچ حق بیمه ای از جانب بیمه گزار پرداخت نشده باشد، بیمه نامه از درجه اعتبار ساقط است و بیمه گر تعهدی نسبت به جبران خسارات احتمالی نخواهد داشت.

۴-۲) مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد. در صورت عدم پرداخت حق بیمه ۱۵ روز پس از سررسید، نامه یادآوری تعیین وضعیت بدهی ارسال می گردد. یک ماه پس از نامه یادآوری، نامه اخطار بابت عدم پرداخت خسارت برای بیمه گزار ارسال می گردد. دو ماه بعد از ارسال نامه فوق در صورت عدم رسیدگی بیمه گزار، بیمه نامه تعلیق می گردد که بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت نخواهد داشت. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق قرارداد با صدور الحاقیه رفع تعلیق، مجدداً به حالت اول درخواهد آمد.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

بیمه گر موظف است در ازاء پرداخت حق بیمه و انجام سایر تعهدات از طرف بیمه گزار طبق جداول پیوست هزینه های بیمارستانی شامل: اعمال جراحی و سایر هزینه های پزشکی، تشخیصی - درمانی تحت پوشش هر یک از بیمه شدگان را در طول مدت بیمه نامه با رعایت مفاد و شرایط این بیمه نامه رسیدگی و پرداخت نماید.

ماده ۵: شرایط پرداخت خسارتهای بیمارستانی:

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورتحساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند و یا بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه بر اساس بالاترین تعرفه مصوب محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۵-۱) بیمارستان های طرف قرارداد:

بیمه شدگان می توانند با ارائه مدارک مورد نیاز، ضمن رعایت مفاد اعلامیه مربوطه به نحوه سرویس دهی درمان بصورت آنلاین مستقیماً از طریق مراکز درمانی طرف قرارداد، کیوسک صدور معرفی نامه و یا مراجعه حضوری به شعب بیمه جهت دریافت معرفی نامه به منظور بستری در بیمارستان اقدام نمایند.

۵-۲) بیمارستان های غیر طرف قرارداد:

۵-۲-۱) بیمه شده می بایست به منظور بستری در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد، هرگونه هزینه های بیمارستانی را راساً تامین نماید.

۵-۲-۲) بیمه شده ترجیحاً مدارک مورد نیاز موضوع بند ۱-۲-۵ (مدارک لازم جهت پرداخت خسارت) را از طریق نماینده بیمه گزار جهت اخذ هزینه های درمان برای بیمه گر ارسال نماید.

۵-۲-۳) بیمه شدگان باید ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر پایه (سازمان خدمات درمانی، تامین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح) اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و ارائه نامه و یا پرینت از سایت سازمان فوق الذکر، مبنی بر مبلغ خسارت پرداختی راساً و یا از طریق نماینده به بیمه گر تحویل نماید و هزینه های انجام شده تا سقف مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند.

۵-۲-۴) در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر پایه استفاده نمی نماید، با کسر سهم بیمه گر پایه، تا سقف مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند.

۵-۲-۵) محاسبه هزینه های بیمارستانی و پاراکلینیکی، بر اساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم تراز طرف قرارداد با بیمه گر بوده و در صورت عدم وجود قرارداد با مراکز درمانی هم تراز، تعرفه های تعیین شده توسط شرکت های بیمه و بیمه مرکزی و سندیکای بیمه گران، هیات وزیران، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ملاک عمل خواهد بود.

توجه: هزینه های خارج از تعهد و خارج از سقف برعهده بیمه شده می باشد و در صورت پرداخت اینگونه هزینه ها توسط بیمه گر، از تاریخ اعلام کتبی آن به بیمه گزار، مبلغ اعلام شده می بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه در وجه بیمه گر پرداخت شود.

۵-۳) هزینه های خارج از کشور:

۵-۳-۱) بیمه شدگانی که با تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امکان معالجه آنها در داخل کشور میسر نباشد، در صورت اعلام قبلی به بیمه گر، اعزام آنان به خارج از کشور بلامانع است. در صورتی که سفارت یا کنسولگری و یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه صورتحساب هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگان را تایید نماید، بیمه گر تعهد خود را بر اساس مفاد و سقف تعهدات قرارداد و حداکثر تا سه برابر بالاترین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی داخل کشور محاسبه و ایفا خواهد نمود.

۵-۳-۲) پرداخت هزینه های آزمایش های تشخیصی که امکان انجام آن در ایران وجود نداشته باشد و فاقد تعرفه مصوب می باشند، در اعلام قبلی به بیمه گر، محاسبه و ایفا خواهد نمود.

تبصره ۲: میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و با رعایت دستورالعملها و بخشنامه های بیمه مرکزی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

تبصره ۳: خسارات (هزینه های) مربوط به کارکنان با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار را دریافت نموده باشند.

۴-۵) مدارک لازم جهت پرداخت خسارت:

بیمه شدگان می بایست قبل از بستری و انجام اعمال زیر، توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه و تأییدیه دریافت نمایند:

- کلیه اعمال جراحی که می توانند جنبه زیبایی داشته باشند.
- هزینه وسایل کمک آموزشی، پروتزها و اروتزهایی که خارج از بدن استفاده می شوند با تایید پزشک متخصص معالج قابل پرداخت می باشد.
- هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تایید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

۴-۵-۱) بستری و جراحی بیمارستانی:

- ۱- اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان و صندوق
 - ۲- اصل صورتحساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان و صندوق
 - ۳- اصل گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی گزارش اتاق عمل الزامی می باشد).
 - ۴- اصل گواهی سایر پزشکان معالج و مشاوره
 - ۵- اصل گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل
 - ۶- اصل قبوض یا ریز آزمایشات، رادیولوژی، سی تی اسکن و ...
 - ۷- اصل نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح مبنی بر استفاده)
- ۴-۵-۲) شیمی درمانی در مطب:**

- ۱- گواهی پزشک فوق تخصص انکولوژی مبنی بر نوع شیمی درمانی و مبلغ دریافتی.
- ۲- فاکتور داروهای خریداری شده
- ۳- جواب پاتولوژی

۴-۵-۳) هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی (آندوسکوپی، سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی):

- ۱- اصل قبض (فاکتور) ممهور به مهر مرکز و صندوق
- ۲- دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج
- ۳- تصویر جواب

۵-۴-۴) هزینه آزمایش

- ۱- اصل قبض آزمایشگاه ممهور به مهر پزشک معالج
- ۲- دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج
- ۳- تصویر جواب آزمایش (در صورتی که پرداخت هزینه آزمایش منوط به تجویز پزشک متخصص باشد ، ارائه گواهی پزشک معالج الزامی است).

۵-۴-۵) هزینه ویزیت:

- اصل گواهی پزشک مبنی بر مبلغ دریافتی جهت ویزیت به همراه تاریخ و ذکر نام بیمار و ممهور به مهر پزشک معالج در سر نسخه

۵-۴-۶) هزینه فیزیوتراپی:

- ۱- اصل قبض (فاکتور) ممهور به مهر مرکز فیزیوتراپی (ذکر تعداد جلسات و اندام ها الزامی می باشد).
 - ۲- کاردکس جلسات فیزیوتراپی با درج تاریخ و ممهور به مهر مرکز فیزیوتراپی .
 - ۳- دستور پزشک معالج (مغز و اعصاب، متخصص طب فیزیکی و متخصص ارتوپدی) برای انجام فیزیوتراپی .
- توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک الزامیست . (برای بیش از ۲ اندام و بالای ۱۰ جلسه ارائه گزارش MRI و یا شرح حادثه الزامی است).

۵-۴-۷) هزینه دارو:

- ۱- ارائه نسخه دارو و ممهور به مهر داروخانه و پزشک معالج و درج قیمت توسط داروخانه و ارائه ریز فاکتور داروخانه.
 - ۲- داروهای خارجی تجویز شده توسط پزشک معالج متخصص ، با ارائه مدارک مطابق بند ۱ قابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۴:** جهت دریافت هزینه داروهای تزریقی خاص (ام اس ، شیمی درمانی و...) ارائه گواهی تزریق با مهر بیمارستان و یا کلینیک معتبر الزامی است. در صورت انجام تزریق داروهای خاص در مطب تحت نظر پزشک ، صرفاً "فاکتور و نسخه دارویی کفایت می کند.

۵-۴-۸) هزینه عینک:

- ۱- اصل قبض (فاکتور) عینک سازی با سربرگ معتبر ممهور به مهر مرکز مربوطه .
- ۲- اصل درخواست پزشک معالج ممهور به مهر پزشک معالج .

۵-۴-۹) هزینه های جراحی مجاز سرپایی، ختنه، لیزر درمانی و ... که جنبه درمانی داشته باشد با ارائه مدارک مثبت:

- گواهی پزشک معالج با ذکر توضیحات کامل مبنی بر نوع جراحی و یا خدمت انجام شده جهت بیمار و ذکر مبلغ دریافت شده از بیمار .
- هزینه جراحی ناخنک و یا بلفاروپلاستی قبل از عمل باید به تأیید پزشک معتمد برسد.

۵-۴-۱۰) رادیوتراپی:

- ۱- دستور پزشک متخصص طب هسته ای یا متخصص انکولوژی
 - ۲- فاکتور صادر شده توسط مرکز با ذکر تعداد شان های مصرفی
 - ۳- جواب پاتولوژی
- تبصره ۶: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه گر پایه در صورت حساب، مراجعه به بیمه گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق ممهور به مهر بیمه گر اول ، نامه و یا پرینت از سایت بیمه گر پایه الزامیست.

۵-۴-۱۱) دندانپزشکی:

- ۱- ارائه ریز خدمات در سر نسخه دندانپزشک دارای مبلغ هر خدمت بصورت جداگانه و ممهور به مهر دندانپزشک
- ۲- ارائه رادیوگرافی قبل طبق دستور العمل ارائه شده به بیمه گزار (طبق ضوابط بخش خصوصی دندان پزشکی)

ماده ۶: فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی به شرح ذیل می باشد.

- ۱-۶) کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توام باشد.
- ۲-۶) اعمالی که برای جراحی آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق ها)
- ۳-۶) اعمال جراحی روی استخوان های بزرگ و طویل بدن
- ۴-۶) اعمال جراحی داخل قفسه سینه صدری، کاتریسم قلب و عروق
- ۵-۶) اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب، عروق مگر در مواقع اورژانس
- ۶-۶) اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادراری زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان های غیر طبیعی و طبیعی
- ۷-۶) کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه.
- ۸-۶) اعمال جراحی وسیع استخوان های فک و صورت و داخل حلق (منجمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس ها)

۹-۶) بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد و طحال

۱۰-۶) عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم.

۱۱-۶) عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و ..

۱۲-۶) عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (open reduction)

۱۳-۶) بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین

۱۴-۶) رزکسیون فک

۱۵-۶) رزکسیون کندیل فک

۱۶-۶) رزکسیون زبان

۱۷-۶) عمل جراحی باز در آچ زایگما.

۱۸-۶) جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی.

۱۹-۶) جا انداختن در رفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی.

۲۰-۶) عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی.

۲۱-۶) بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

ماده ۷- استثنائات - هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

۱-۷) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۲-۷) عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشند.

۳-۷) سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج

۴-۷) ترک اعتیاد

۵-۷) عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی

۶-۷) خودکشی و آسیب عمدی به خود

۷-۷) اعمال مجرمانه بیمه شده

۷-۸) حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان

۷-۹) جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خراب کارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح

۷-۱۰) فعل و انفعالات هسته ای

۷-۱۱) اقدامات تروریستی

۷-۱۲) هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص و تایید پزشک معتمد بیمه گر

۷-۱۳) هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر

۷-۱۴) هزینه نگهداری بیماران اعصاب و روان (مانند سایکوز یا روان پریشی) در بیمارستان ها یا آسایشگاه های روانی

۷-۱۵) هزینه جراحی لثه زمانی که جنبه درمانی داشته باشد از محل سقف دندانپزشکی قابل پرداخت می باشد.

۷-۱۶) لوازم بهداشتی و آرایشی جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر

۷-۱۷) جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش این بیمه نامه باشد.

۷-۱۸) هزینه های نگهداری مربوط به معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی .

۷-۱۹) هزینه های مربوط به طب کار و معاینات دوره ای و آزمایش ازدواج .

۷-۲۰) 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 گردد .

۷-۲۱) هزینه های مربوط به عقیم سازی مانند وازکتومی و TL .

۷-۲۲) کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است .

ماده ۸ : مهلت ارائه اسناد هزینه های درمانی و پرداخت خسارت

بیمه گزار متعهد است صورتحساب هزینه های درمانی موضوع این قرارداد را شش ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه در طول مدت اعتبار قرار داد و سه ماه پس از انقضای قرارداد تحویل بیمه گر نماید، بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت آن نخواهد داشت .

بیمه گر موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز پس از دریافت اسناد بیمارستانی و ۷۲ ساعت پس از دریافت اسناد پاراکلینیکی و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت نماید .

فصل چهارم – مقررات گوناگون

ماده ۹ : تعلیق بیمه نامه

مهلت پرداخت حق بیمه قطعی است در صورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه ، قرارداد بلافاصله با صدور الحاقیه و ابلاغ آن به بیمه گذار به حالت تعلیق در می آید و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی نسبت به جبران خسارت ندارد. بدیهی است بمحض پرداخت حق بیمه های معوق قرارداد با صدور الحاقیه رفع تعلیق ، مجدداً به حالت اول در خواهد آمد .

ماده ۱۰- فسخ بیمه نامه : موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تسویه حق بیمه

بیمه گر یا بیمه گزار میتوانند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند :

الف) موارد فسخ از طرف بیمه گر:

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سر رسید با رعایت بند (۴-۲) ماده ۴ .
- ۲- هرگاه بیمه گزار سهواً یا بدون سوء نیت مطالبی مخالف واقع صادر نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند بنحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود .
- ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گزار با افزایش حق بیمه .

ب) موارد فسخ از طرف بیمه گزار :

- ۱- در صورتیکه خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف بر حق بیمه نشود .
- ۲- در صورتیکه فعالیت بیمه گر به هر دلیلی متوقف شود .
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گزار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است .
- ۴- در صورت عدم رعایت بند ۸ توسط بیمه گر، بیمه گزار با ارسال ۲ نوبت اخطاریه کتبی حق فسخ قرارداد را خواهد داشت.

ج) نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ :

- ۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر ، حق بیمه تا زمان فسخ بصورت روز شمار محاسبه می گردد .
- ۲- در صورت فسخ از طرف بیمه گزار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه میشود(کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد) بنابراین در صورتیکه تا زمان فسخ قرارداد ، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد ، بیمه گزار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا ميزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر میتواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید .

ماده ۱۱- نحوه فسخ:

۱۱-۱) در صورتیکه بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید ، موظف است موضوع را بوسیله نامه سفارشی به بیمه گزار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گزار ، فسخ شده تلقی می گردد .

۱۱-۲) بیمه گزار میتواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ موخری که در درخواست معین شده است بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد .

ماده ۱۲- حل اختلاف:

در صورت بروز هر گونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد ، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فی مابین حل و فصل خواهد شد. در غیر این صورت رای دادگاه نافذ می باشد .

ماده ۱۳- مدت بیمه:

مدت این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر تاریخ شروع قرارداد ۱۴۰۴/۰۶/۰۱ آغاز و در ساعت صفر تاریخ انقضا قرارداد ۱۴۰۵/۰۶/۰۱ خاتمه می یابد .

ماده ۱۴- شرایط تمدید قرارداد: تمدید قرارداد برای سال های بعد با توافق بیمه گر و بیمه گزار انجام خواهد شد .

ماده ۱۵- این قرارداد مشتمل بر ۱۵ ماده و ۶ تبصره و در سه نسخه تنظیم و مبادله گردیده است . در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکر از آنها به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی پیوست که جز لاینفک بیمه نامه میباشد بر طبق قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد .

نکات قرارداد:

۱. مدت انتظار در پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

۲. اودیومتری و اپتومتری از سقف آزمایش قابل پرداخت می باشد .
۳. پرداخت هزینه سمک با تایید پزشک معتمد بیمه گر با درخواست کتبی بیمه گزار حداکثر تا سقف ۲۰ نفر قابل پرداخت می باشد و برای هر نفر ۱۰۰ میلیون ریال می باشد .
۴. پرداخت اعضای طبیعی با تایید پزشک معتمد بیمه گر با درخواست کتبی بیمه گزار حداکثر تا سقف ۱۰ نفر قابل پرداخت می باشد و برای هر نفر ۱ میلیارد و ۱۰۰ میلیون ریال می باشد .
۵. هزینه های مربوط به ویتامین های تولید داخل و داروهای گیاهی که جنبه درمانی داشته باشد با فرانشیز ۱۵ درصد تا سقف ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد .
۶. دارو و مکمل های خارجی مانند ویتامین ها با تجویز پزشک متخصص یا فوق تخصص که جنبه درمانی داشته باشد با فرانشیز ۳۰ درصد تا سقف ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد. این بند شامل بیماری های صعب العلاج، خاص و دارای شرایط خاص نمی باشد، همچنین پرداخت به ایشان بدون فرانشیز و بدون در نظر گرفتن سهم بیمه گر پایه بدون در نظر گرفتن آیین نامه های دارویی و سایر موارد می بایست پرداخت شود.
۷. پرداخت داروهای خارجی در صورتیکه معادل ایرانی آن وجود داشته باشد با کسر فرانشیز ۱۵ درصد قابل پرداخت می باشد. این بند شامل بیماری های صعب العلاج، خاص و دارای شرایط خاص نمی باشد و در صورتی که پزشک معالج تاکید به استفاده از آن دارو (کشور سازنده یا برند خاص) داشته باشد، بدون در نظر گرفتن معادل ایرانی دارو و آیین نامه های دارویی و سایر موارد، نسخه پزشک ملاک عمل خواهد بود .
۸. ساخت دندان و دست دندان توسط دندانپزشک و کمک دندانپزشک تجربی دارای مجوز از وزارت بهداشت و درمان با فرانشیز ۱۰ درصد قابل پرداخت می باشد .
۹. روش پرداخت حق بیمه بصورت ۱۲ قسط ماهانه یکسان تاریخ شروع آن از ۱۴۰۴/۰۷/۰۱ خواهد بود و تسویه حق بیمه ها همزمان تا پایان اعتبار بیمه نامه انجام خواهد شد .
۱۰. کارکنان اناث نیز می توانند همسر و فرزندان خود را همانند کارکنان ذکور با حق بیمه یکسان تحت پوشش قرار دهند.
۱۱. استفاده کنندگان از پوشش بیمه ای دندانپزشکی و عینک حداکثر ۲۰ درصد بصورت رندم به پزشک معتمد بیمه گر با انتخاب بیمه گر معرفی می گردد. جهت وجود آمار صحیح از ارجاع پزشک معتمد می بایست به صورت ماهیانه آمار ارجاع به پزشک معتمد توسط بیمه..... به شرکت ایران ترانسفو اعلام گردد. جهت وجود آمار صحیح از ارجاع به پزشک معتمد می بایست به صورت ماهیانه آمار ارجاع به پزشک معتمد و به تفکیک نفر توسط بیمه گر به شرکت کارگزاری زنجان صبا ترانس اقدام نماید .

۱۲. شرکت بیمه گر موظف می باشد به درخواست بیمه گزار ماهیانه آمار خسارت درمان در طول مدت قرارداد و نیز عملکرد خسارت بر اساس جدول شرح تعهدات، تعداد موارد خسارت، مبلغ پرداختی کل، میانگین و سقف خسارت را به تفکیک نفر گزارش نماید.
۱۳. انعقاد قرارداد درمانی تکمیلی کارکنان شرکت ایران ترانسفو و شرکتهای اقماری آن (به تعداد طبق الحاقیه نفر بیمه شده اصلی و تبعی) منوط به تجمیع بیمه های اتومبیل، مسئولیت، آتش سوزی، عمر، حوادث، باربری، مهندسی، هزینه های حقوقی (بیمه حامی) و صدور بیمه نامه بار صندوق عقب خودرو شرکت ایران ترانسفو و تمام شرکتهای اقماری آن نزد شرکت بیمه می باشد.
۱۴. هزینه جراحی لثه زمانی که جنبه درمانی داشته باشد از محل سقف دندانپزشکی قابل پرداخت می باشد.
۱۵. مهلت بررسی نسخ پزشکی و پرداخت هزینه های درمانی به بیمه شدگان توسط شرکت بیمه گر حداکثر تا ۷۲ ساعت مدنظر می باشد.
۱۶. سقف پرداخت بهای داروها به بیمه شدگان بدون نیاز به تایید شرکت بیمه گر بشرح ذیل خواهد بود:
۱۷. الف) پزشک عمومی: ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال.
۱۸. ب) پزشک متخصص: ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال.
۱۹. ج) داروهای بیماران خاص و صعب العلاج: ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال.
۲۰. توضیح: نسخ دارویی که مبالغ آنها بالاتر از موارد فوق الذکر باشد با تایید کارشناسان شرکت بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.
۲۱. کلیه داروهای ناتوانی جنسی با تجویز پزشک متخصص اورولوژیست قابل پرداخت خواهد بود.
۲۲. کلیه داروهای پوستی با تجویز پزشک متخصص پوست و مو قابل پرداخت خواهد بود.
۲۳. کلیه داروهای رژیمی با تجویز پزشک متخصص تغذیه قابل پرداخت خواهد بود.
۲۴. ارائه خدمات درمانی در منزل (مانند ویزیت، تزریق، فیزیوتراپی، پانسمان، پانسمان نوین و...) برای بیماران خاص و دارای شرایط خاص که لیست آنها از سوی امور بیمه شرکت ایران ترانسفو به شرکت بیمه گر اعلام خواهد شد بدون در نظر گرفتن تعرفه های وزارت بهداشت و بخش خصوصی قابل پرداخت خواهد بود.
۲۵. کلیه هزینه های دندان پزشکی در نسخ آزاد و برای پزشکان غیر طرف قرارداد با شرایط یک و نیم برابر نرخ تعرفه بخش خصوصی محاسبه و پرداخت خواهد شد.
۲۶. کل حق فنی داروخانه ها طبق مصوبه سازمان غذا و دارو بر عهده شرکت بیمه گر می باشد.

۲۷. انواع کار درمانی، گفتار درمانی، مشاوره های روانشناسی که جنبه درمانی دارند طبق بند ۱-۳ جدول شرح تعهدات بدون محدودیت تعداد جلسات با تجویز پزشک متخصص و فوق تخصص مربوطه تا سقف ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت خواهد بود .
۲۸. پذیرش بیمه شدگان در کلیه مراکز طرف قرارداد اعم از کلیه بیمارستانها، مراکز تصویر برداری، دندان پزشکی و عینک فروشی ها و... بدون نیاز به اخذ معرفی نامه فیزیکی انجام خواهد شد .
۲۹. کلیه هزینه های درمانی (بجز مواردی که بصورت شفاف در قرارداد اشاره شده است) مطابق بالاترین تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سندیکای بیمه گران محاسبه و پرداخت خواهد شد .
۳۰. کلیه هزینه های مربوط به نمونه برداری اندو سرویکال (پاپ اسمیر) طبق مبلغ پرداختی بیمار با فrazشیز ۱۰ درصد و برای هر نسخه تا سقف ۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت خواهد بود .
۳۱. هزینه نسخ دارویی آزاد (دارو هایی که از داروخانه های غیر طرف قرارداد بیمه تامین اجتماعی تهیه شده است) با کسر فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است .
۳۲. هزینه کلیه آزمایشهایی که در تعهد بیمه پایه نمی باشند با کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود .
۳۳. هزینه های آزمایشات NIPT یا cell-free DNA در نسخ آزاد با شرایط یک و نیم برابر نرخ تعرفه بخش خصوصی محاسبه و پرداخت خواهد شد .
۳۴. با توجه به امکان شیوع بیماری های پاندومیک کلیه هزینه های درمانی مانند: آزمایش، دارو و ... از سوی شرکت بیمه گر قابل پرداخت بوده و در صورت عدم لحاظ سهم بیمه پایه هزینه های مربوطه با کسر فرانشیز ۱۰٪ قابل پرداخت خواهد بود .
۳۵. تعرفه خدمات روانشناسی و مشاوره برای کارشناس ارشد و دکتری بدون قید و شرط طبق مصوبه هیات وزیران (مختص روانشناسی و مشاوره) هر سال پرداخت خواهد شد ، به استثناء مشاوره تحصیلی ، شغلی ، ازدواج و طلاق
۳۶. هزینه ویزیت پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص، کارشناس، کارشناس ارشد و دکتری بدون قید و شرط و برطبق آخرین مصوبه هیات وزیران پرداخت خواهد شد ، هزینه ویزیت هر پزشک در یک روز فقط در یک نوبت قابل پرداخت خواهد بود.
۳۷. هزینه خدمات درمانی و تشخیصی بیماران دارای شرایط خاص (از جمله کودکان اوتیسمی، معلول ذهنی و جسمی و ...) مانند کار درمانی، گفتار درمانی، فیزیوتراپی، دارو، ویتامین ها و مکمل های تولید داخل و خارجی، ویزیت، آزمایشات تشخیصی و تکمیلی ، سونوگرافی، نوار مغز، نقشه مغزی، انواع اروتز و وسایل کمک پزشکی مانند واکر، آتل، ویلچر و... تا سقف ۱۰۰ نفر بدون محدودیت جلسات ، بدون در نظر گرفتن تعرفه های وزارت بهداشت و بخش خصوصی محاسبه و پرداخت خواهد شد.
۳۸. هزینه ساخت دندان و دست دندان توسط دندانپزشک و کمک دندانپزشک تجربی دارای مجوز از وزارت بهداشت و درمان با فرانشیز ۱۰ درصد قابل پرداخت می باشد.

۳۹. آمار خسارت درمان پرداختی (مبالغ پرداختی به تفکیک نفر - هزینه) به صورت ماهیانه توسط بیمه گر می بایست به بیمه گزار از طریق شرکت کارگزاری زنجان صبا ترانس اعلام گردد.
۴۰. تایید کارشناس ارزیاب کلیه خدمات درمانی توسط بیمه گزار انجام خواهد شد.
۴۱. کلیه هزینه های درمانی و تشخیصی مانند کار درمانی، گفتار درمانی، فیزیوتراپی، دارو، ویتامین ها و مکمل های تولید داخل و خارجی، ویزیت، آزمایشات تشخیصی و تکمیلی، سونوگرافی، نوار مغز، نقشه مغزی، انواع اروتز و وسایل کمک پزشکی مانند واکر، آتل، ویلچر و... تا سقف ۱۰۰ نفر بدون محدودیت جلسات، بدون در نظر گرفتن تعرفه های وزارت بهداشت و بخش خصوصی محاسبه و پرداخت خواهد شد.
۴۲. انتخاب دکتر معتمد جهت تایید هزینه های چشم پزشکی و دندان پزشکی با تایید بیمه گزار انجام خواهد شد.

آئین نامه داروئی شرکت ایران ترانسفو جهت ابلاغ به داروخانه های طرف قرارداد (قرارداد سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴)

۱- کل حق فنی داروخانه ها طبق مصوبه سازمان غذا و دارو بر عهده شرکت بیمه گر می باشد.

۲- سقف پرداخت بهای داروها برای بیمه شدگان ایران ترانسفو به شرح ذیل می باشد:

الف) پزشک عمومی: ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال .

ب) پزشک متخصص: ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال .

ج) داروهای بیماران خاص و صعب العلاج : ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال .

توضیح: نسخ دارویی که مبالغ آنها بالاتر از موارد فوق الذکر باشد با تأیید کارشناسان شرکت بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

۳- هزینه داروهای تخصصی برای مصرف ۳ ماه قابل پرداخت می باشد.

۴- هر گونه خط خوردگی در نسخه شامل تعداد ، نوع دارو و تاریخ بایستی توسط پزشک پشت نویسی و مهر و امضاء شود.

۵- دستیاران گروه تخصصی پزشکی (رزیدنت ها) که در بیمارستان بیماران را ویزیت می نمایند معادل متخصص محسوب می گردند.

۶- در محاسبه هزینه داروها در صورتیکه از بیمه گر پایه استفاده شود مازاد سهم بیمه پایه از طرف شرکت بیمه گر تکمیلی پرداخت خواهد شد در غیر اینصورت با کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود. به استثناء بیماران صعب العلاج، خاص و دارای شرایط خاص که پرداخت خسارتهای ایشان بدون در نظر گرفتن تعرفه قابل پرداخت می باشد.

۷- هزینه کلیه داروهای ایرانی و خارجی و گیاهی که در لیست فارماکوپه دارویی می باشند با ۱۵٪ فرانشیز و سایر داروها با فرانشیز ۳۰٪ قابل پرداخت می باشند.

۸- هزینه انواع قطره های مکمل و ویتامین ها در هر نسخه به تعداد ۳ عدد برای هر کدام با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۹- هزینه کلیه داروهای ناتوانی جنسی با تجویز پزشک متخصص اورولوژیست قابل پرداخت خواهد بود.

۱۰- هزینه کلیه دارو های پوستی با تجویز پزشک متخصص پوست و مو در صورتی که ساخت شرکت دارویی باشند قابل پرداخت خواهد بود.

۱۱- هزینه داروهای ترکیبی قابل پرداخت بوده ولی حق ساخت بر عهده بیمار می باشد.

۱۲- هزینه کلیه داروهای نازایی تا سقف ۴۰ میلیون ریال از سهم شرکت بیمه گر نیاز به تأییدیه ندارد و مبلغ بالاتر از سقف ۴۰ میلیون ریال بایستی توسط شرکت بیمه گر تأیید گردد.

۱۳- هزینه شامپوهای درمانی حداکثر به تعداد ۲ عدد در هر نسخه قابل پرداخت می باشد.

۱۴- هزینه سرنگ، پدالکلی، ست سرم و آنژیوکت، آب مقطر، اسکالپ وین و انواع پانسمان، پانسمان نوین طبق داروهای تجویز شده بر عهده شرکت بیمه گر می باشد.

۱۵- هزینه کلیه داروهای رژیمی با تجویز پزشک متخصص تغذیه و بدون قید و شرط قابل پرداخت خواهد بود.

۱۶- هزینه کلیه مکمل ها و ویتامین های ایرانی برای مصرف ۳ ماه در هر نسخه پزشک عمومی با کسر فرانشیز ۱۵ درصد قابل پرداخت می باشد.

۱۷- هزینه مکمل ها و ویتامین های خارجی با تجویز پزشک متخصص و فوق تخصص برای مصرف ۳ ماه، با کسر فرانشیز ۳۰٪ قابل پرداخت می باشد.

۱۸- هزینه داروهای بیمارستانی مانند سفتریاکسون، کتورولاک، استامینوفن و... بدون احتساب سهم بیمه گر پایه و با کسر فرانشیز ۱۵ درصد قابل پرداخت می باشد.

۱۹- هزینه کلیه داروهایی که در تعهد بیمه گر پایه نمی باشند با کسر فرانشیز طبق قرارداد قابل پرداخت می باشد. به استثناء بیماران صعب العلاج، خاص و دارای شرایط خاص که پرداخت خسارتهای ایشان بدون در نظر گرفتن آیین نامه های دارویی و سایر موارد قابل پرداخت می باشد.

۲۰- هزینه انواع اروتز و وسایل کمک پزشکی مانند گاز استریل، باند، چسب، گچ و سیمان ارتوپدی، نوار تست قند خون، آتل، واکر، قوزبند، میچ بند، جوراب واریس، کفش طبی، کفی طبی، صندل طبی، کمربند طبی، گردن بند طبی، زانو بند، عصای طبی، بریس ویلچر و غیره با تجویز پزشک متخصص و فوق تخصص با کسر فرانشیز ۳۰ درصد قابل پرداخت می باشد.

۲۱- هزینه داروهای خارجی که مشابه ایرانی دارند در صورت مشخص شدن برند آن در نسخه، طبق مفاد قرارداد با فرانشیز ۱۵ درصد قابل پرداخت است. این بند شامل بیماری های صعب العلاج، خاص و دارای شرایط خاص نمی باشد و در صورتی که پزشک معالج تاکید به استفاده از آن دارو (کشور سازنده یا برند خاص) داشته باشد، بدون در نظر گرفتن معادل ایرانی دارو و آیین نامه های دارویی و سایر موارد، نسخه پزشک ملاک عمل خواهد بود.

۲۲- هزینه داروهای OTC با کسر فرانشیز و در صورت داشتن مشخصات در فاکتور قابل پرداخت می باشد.

الحاقیه قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروه صنعتی ایران ترانسفو (سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴)

۱. با توجه به حذف دفترچه های درمانی از سوی بیمه های پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و...) شرکت بیمه گر موظف است رویه اجرایی خود جهت ایجاد ارتباط نرم افزاری مناسب با بیمه های پایه (بخصوص تأمین اجتماعی) به منظور تسهیل در ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان گروه صنعتی ایران ترانسفو را ارائه نماید.
۲. در نسخه های الکترونیکی هزینه های دارو، سونوگرافی، تصویربرداری و آزمایشات در صورتیکه در فاکتور ارائه شده سهم بیمه پایه مشخص شده باشد بدون نیاز به ارائه دستور پزشک هزینه ها قابل پرداخت خواهد بود.
۳. پرداخت هزینه ویزیت پزشکان و کارشناسان بدون قید و شرط و بر طبق بالاترین مصوبه هیات وزیران پرداخت خواهد شد.
۴. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرها (بیمه گر پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.
۵. هزینه نسخ دارویی آزاد (دارو هایی که از داروخانه های غیر طرف قرارداد بیمه تامین اجتماعی تهیه شده است) با کسر فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است.
۶. کلیه هزینه های دندان پزشکی در نسخ آزاد و برای پزشکان غیر طرف قرارداد با شرایط یک و نیم برابر نرخ تعرفه بخش خصوصی محاسبه و پرداخت خواهد شد.
۷. کلیه هزینه های مربوط به نمونه برداری اندوسرویکال (پاپ اسمیر) طبق مبلغ پرداختی بیمار با فرانشیز ۱۰ درصد و برای هر نسخه تا سقف ۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت خواهد بود.
۸. هزینه کلیه آزمایشهایی که در تعهد بیمه پایه نمی باشند با کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود، به استثناء بیماران صعب العلاج، خاص و دارای شرایط خاص که در خصوص ایشان بدون در نظر گرفتن تعرفه های وزارت بهداشت و بخش خصوصی خواهد بود.
۹. هزینه های آزمایشات NIPT یا cell-free DNA در نسخ آزاد با شرایط یک و نیم برابر نرخ تعرفه بخش خصوصی محاسبه و پرداخت خواهد شد.
۱۰. با توجه به امکان شیوع بیماری های پاندومیک کلیه هزینه های درمانی مانند: آزمایش، دارو و ... از سوی شرکت بیمه گر قابل پرداخت بوده و در صورت عدم لحاظ سهم بیمه پایه هزینه های مربوطه با کسر فرانشیز ۱۰٪ قابل پرداخت خواهد بود.
۱۱. پرداخت هزینه های لوازم و تجهیزات جراحی مانند پدجنتامپسین، گاز استریل، باند، چسب، گچ و سیمان ارتوپدی، تیغه اره جراحی (عمل تعویض مفصل زانو و...)، کیسه کلستومی، نوار تست قند خون و... با ارائه مدارک لازم قابل پرداخت می باشد.

۱۲. تعرفه خدمات روانشناسی و مشاوره برای کارشناس ارشد و دکتری بدون قید و شرط طبق مصوبه هیات وزیران (مختص روانشناسی و مشاوره) هر سال پرداخت خواهد شد بغیر از مشاوره تحصیلی و شغلی و مشاوره های ازدواج و طلاق .
۱۳. هزینه ویزیت پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص، کارشناس، کارشناس ارشد و دکتری بدون قید و شرط و برطبق بالاترین مصوبه هیات وزیران پرداخت خواهد شد. هزینه های ویزیت که طی بازه زمانی (یک روز) از یک پزشک خارج از بیمارستان و در چند نوبت ارائه گردد، تنها یک ویزیت آن روز قابل پرداخت می باشد.
۱۴. پرداخت هزینه های درمانی و تشخیصی مربوط به بیماری های خاص (مانند تالاسمی، هموفیلی، دیالیز خونی، صفاقی و...) و بیماریهای صعب العلاج و دارای شرایط خاص (از جمله ام اس، انواع سرطان، پارکینستون، هپاتیت، ایدز، شیمی درمانی، متابولیک بال پروانه ای، اوتیسم، CF, SMA, PPH، نارسایی مزمن کلیه و دیالیز، انواع پیوند ها، از قبیل مغز استخوان (BMT)، کبد قلب ، روده، پانکراس، ریه ، کلیه و...) بر اساس بالاترین تعرفه های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی، در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در تعهد شرکت بیمه گر خواهد بود.
۱۵. ارائه خدمات درمانی در منزل (مانند ویزیت، تزریق، فیزیوتراپی، پانسمان، پانسمان نوین و...) برای بیماران خاص و دارای شرایط خاص که لیست آنها از سوی امور بیمه شرکت ایران ترانسفو به شرکت بیمه گر اعلام خواهد بدون در نظر گرفتن تعرفه های وزارت بهداشت قابل پرداخت خواهد بود.
۱۶. هزینه خدمات درمانی و تشخیصی بیماران دارای شرایط خاص (از جمله کودکان اوتیسمی، معلول ذهنی و جسمی و ...) مانند کار درمانی، گفتار درمانی، دارو، ویزیت، آزمایشات، کپسول اکسیژن، شارژ کپسول اکسیژن و... تا سقف ۱۰۰ نفر بدون محدودیت جلسات بدون در نظر گرفتن تعرفه های وزارت بهداشت و بخش خصوصی محاسبه و پرداخت خواهد شد.
۱۷. لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری های چشم (خونریزی شبکیه، جداشتگی شبکیه، قوز قرنیه و...) و همچنین هزینه لنز برای کارگزاری لنز های دائمی طبق تعرفه های مصوب محاسبه و قابل پرداخت است.
۱۸. هزینه ساخت دندان و دست دندان توسط دندانپزشک و کمک دندانپزشک تجربی دارای مجوز از وزارت بهداشت و درمان با فرانشیز ۱۰ درصد قابل پرداخت می باشد.
۱۹. هزینه ویزیت همراه با خدمات جانبی قابل پرداخت خواهد بود به استثنا نوار عصب و عضله.
۲۰. ویزیت متخصص طب سنتی معادل تعرفه پزشک متخصص محاسبه و پرداخت خواهد شد.
۲۱. هزینه تزریقات، پانسمان، پانسمان نوین، بخیه بدون نسخه دارویی و شرح حادثه مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۲۲. هزینه نورو فیدبک و بیوفیدبک با توجه به بالا بودن تعرفه به تعداد ۴۰ جلسه پرداخت می گردد و در صورت نیاز بیشتر، تأیید پزشک معتمد الزامی می باشد.
۲۳. هزینه تزریق PRP برای هر اندام با ارائه مدارک مثبت نه‌ایتاً تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد.
۲۴. هزینه های مربوط به غربالگری نوزادان تازه متولد شده قابل بررسی می باشد.
۲۵. تجهیزات پزشکی مانند دستگاه اکسیژن، دستگاه قند خون، دستگاه فشارسنج، کپسول اکسیژن برای هر بیمه شده قابل پرداخت می باشد.
۲۶. نقشه مغزی و نوار مغز هر دو بر اساس تعرفه نوار مغز قابل پرداخت خواهد بود.
۲۷. در اعمال جراحی که پزشک نیازمند استفاده از مانیتورینگ حین جراحی می باشد، هزینه مانیتورینگ برای هر بیمه شده تا سقف ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد.
۲۸. ویزیت های آنلاین با ارائه رسید انتقال وجه و کپی پذیرش برای هر بیمه شده قابل پرداخت می باشد.
۲۹. شرکت بیمه گر متعهد است صورتحساب هزینه های درمانی موضوع این قرارداد را شش ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه در طول مدت اعتبار قرار داد و سه ماه پس از انقضای قرارداد پرداخت نماید.
۳۰. شرکت بیمه گر موظف است در بدو قرارداد، با مراکز درمانی درخواستی شرکت ایران ترانسفو در استانهای زنجان، تهران، تبریز و البرز قرارداد منعقد نماید.
۳۱. شرکت بیمه گر موظف است با مراکز درمانی طبق تعرفه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آخرین ویرایش کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت جمهوری اسلامی ایران و تعرفه بخش خصوصی برای دندان پزشکان قرارداد منعقد نماید.
۳۲. پذیرش بیمه شدگان در کلیه مراکز طرف قرارداد اعم از کلیه بیمارستانها، مراکز تصویر برداری، دندان پزشکی و عینک فروشی ها و... بدون نیاز به اخذ معرفی نامه فیزیکی انجام خواهد شد.
۳۳. پوشش بیمه نامه شامل کارکنان گروه صنعتی ایران ترانسفو و اعضای خانواده ایشان (همسر، فرزندان و سایر افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی) می باشد که به تبع بیمه شده اصلی دارای پوشش بیمه پایه باشند.
۳۴. بیمه شدگان اصلی می توانند در ابتدای قرارداد والدین غیر تحت تکفل خود را با همان نرخ سرانه مورد توافق در بیمه نامه تحت پوشش قرار دهند.
۳۵. کارکنان اناث می توانند همسر و فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با همان نرخ سرانه مورد توافق در بیمه نامه تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار دهند.
۳۶. فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی خواهند بود.

۳۷. فرزندان اناث مطلقه در صورت عدم اشتغال و تا زمان ازدواج مجدد مشروط به پوشش توسط بیمه گر اول تحت پوشش درمان تکمیلی خواهند بود.
۳۸. فرزندان ذکور مجرد به شرط داشتن پوشش بیمه پایه به تبع بیمه شده اصلی و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی، تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی خواهند بود.
۳۹. فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان اصلی بدون در نظر گرفتن شرط سنی تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی خواهند بود.
۴۰. در صورت فوت، بازنشستگی و یا از کارافتادگی بیمه شده اصلی، پوشش بیمه ای بازماندگان متوفی، بازنشستگان و از کارافتادگان و بیمه شدگان تبعی وی مشروط به پرداخت حق بیمه، تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.
۴۱. افراد ذیل می توانند در طول مدت قرارداد به لیست بیمه شدگان اضافه شده و از خدمات بیمه درمان تکمیلی استفاده نمایند: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی، همسر کارکنانی که ازدواج می نمایند و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار می گیرند.
۴۲. در موارد ذیل در طول مدت قرارداد افراد از لیست بیمه شدگان حذف خواهند شد: فوت، خروج از کفالت، قطع همکاری (استعفا یا اخراج) و بازنشستگی.
۴۳. نوزادان از زمان تولد بیمه می باشند و در صورت بیماری نوزاد در بدو تولد، تا زمان ثبت مشخصات وی در سیستم بیمه گر پایه و لیست بیمه درمان تکمیلی، جهت اقدامات درمانی نوزاد از بیمه مادر استفاده خواهد شد.
۴۴. مهلت بررسی نسخ پزشکی و پرداخت هزینه های درمانی به بیمه شدگان توسط شرکت بیمه گر حداکثر تا ۷۲ ساعت می باشد.
۴۵. کلیه هزینه های درمانی (بجز مواردی که بصورت شفاف در قرارداد اشاره شده است) مطابق بالاترین تعرفه بخش خصوصی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سندیکای بیمه گران محاسبه و پرداخت خواهد شد.
۴۶. بیمه شدگانی که با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امکان معالجه آنها در داخل کشور میسر نباشد، اعزام آنان به خارج از کشور بلامانع است. در صورتیکه سفارت یا کنسولگری و یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه صورتحساب هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگان را تأیید نماید، بیمه گر تعهد خود را بر اساس مفاد و سقف تعهدات قرارداد و حداکثر تا سه برابر بالاترین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی داخل کشور محاسبه و ایفا خواهد نمود.
۴۷. پرداخت هزینه آزمایش های تشخیصی که امکان انجام آن در ایران وجود نداشته و فاقد تعرفه مصوب می باشند، براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و با

رعایت دستورالعمل ها و بخشنامه های بیمه مرکزی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۴۸. هزینه های پاراکلینیکی (جدول تعهدات قرارداد درمان) به شرح ذیل محاسبه و پرداخت خواهد شد :

بخش ۱-۱ جدول : حداکثر تعهدات بر اساس بالاترین تعرفه بخش خصوصی

بخش ۲-۱ جدول : حداکثر تعهدات براساس بالاترین تعرفه بخش خصوصی

بخش ۳-۱ جدول : طبق آخرین تعرفه مصوب هیات وزیران برای خدمات روانشناسی

۴۹. تیپ قرارداد یک ماه قبل از انعقاد قرارداد تحویل شرکت بیمه گر خواهد شد.

مبالغ پیشنهادی مطابق طرح دوم (ریال)		
بازنشستگان ۴,۰۰۰ نفر	شاغلین ۱۴,۱۱۳ نفر	عنوان مبلغ پیشنهادی
		به عدد :
		به حروف :