

**بیمه نامه درمان گروهی**

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۳/۷۷/۳۲۰۰

واحد معرف: ایثار- ۷۷

تاریخ صدور: ۱۴۰۳/۰۷/۲۲

واحد صدور: ایثار- ۷۷

کد ملی / کد اقتصادی: ۱۰۱۰۱۴۲۳۱۲۴

بیمه گذار: مرکز تصویرنگاری درمانی متسد کد ۷۸۹۰۳۶

کد پستی: ۱۹۴۶۷۴۳۵۷۲

نشانی: پاسداران، روبروی گلستان چهارم (شهید توحیدی) جنب بانک دی، مرکز تصویربرداری کوثر  
تلفن: ۸-۲۲۵۵۱۰۶۵

قرارداد		شماره قرارداد: ۱۴۰۳/۱۳/۱۹/۳۹۰۰		تاریخ قرارداد: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱		نام سازمان بیمه دی	
مدت بیمه		از ساعت صفر باامداد تاریخ: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱		تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۴/۰۶/۳۱		به مدت: ۳۶۵ روز	
در صد فرانشیز	سقف سالیانه (هز نفر) ریال	تعهد مرجع	حداکثر تعهدات بیمه گر				
۱۰	۲۵۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود				
۱۰	۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰ داخل شهری ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰ بیرون شهری	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	۲- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج				
۱۰	۲۵۰۰۰۰۰۰۰۰	جراحی تخصصی (شش) عمل اصلی	۳- جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی، و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامناایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند منفر استخوان و آرتروپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.				
۱۰	۳۵۰۰۰۰۰۰۰۰	زایمان	۴- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.				
۱۰	۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰	درمان نازایی و ناباروری	۵- ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، IVF، ZIFT، GIFT و میکرواینجکشن.				
۱۰	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰		۶- جبران هزینه های رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری.				
۱۰	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	از محل تعهدات بند ۶	۷- جبران هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هوارترمانی، توریونگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی نفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG، NCV)، الکترواستفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پیتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری).				
۱۰	۳۵۰۰۰۰۰۰۰۰	از محل تعهدات بند ۶	۸- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های الژیک.				
۱۰	۳۵۰۰۰۰۰۰۰۰	از محل تعهدات بند ۶	۹- جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایش ها ژنتیک جنین.				
۱۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰		۱۰- جبران هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی.				
۱۰	۱۲۵۰۰۰۰۰۰۰۰	انواع ویزیت و دارو	۱۱- جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً ازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری.				
۱۰	۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	دندانپزشکی	۱۲- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لته.				
۱۰	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	لنز، عینک	۱۳- جبران هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشکی یا اپتومتریست. (هر دو سال یکبار)				
۱۰	۲۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	رفع عیوب انکساری دید دو چشم	۱۴- جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.				
۱۰	۷۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	سمعک	۱۵- جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک.				
۱۰	۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	جراحی های مجاز سرپایی	۱۶- جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.				
۱۰	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	اورتز	۱۷- جبران هزینه های اورتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد.				
۱۰	۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	تهیه اعضای طبیعی بدن	۱۸- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن.				
۱۰	۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	بیماری های روان پریشی	۱۹- هزینه های بستری بیماری های روان پریشی به جز هزینه نگهداری.				
			۲۰- حداکثر تعهدات ردیف های ۱، ۲.				
روش پرداخت		مبلغ کل حق بیمه سالیانه (ریال)	تعداد بیمه شدگان	مبلغ حق بیمه خالص ماهیانه هر نفر (ریال)			
۱۱ ماهه		طی الحاقیه	طی الحاقیه	۷۰۰۰۰۰۰۰			
نشانی واحد صدور: خیابان سپهبد قرنی نرسیده به پل کریمخان نبش خیابان باقری قصرالدشتی پلاک ۱۷۹ تلفن واحد صدور: ۱۶۷۱-۶۶۰۰							

مهر و امضاء بیمه گذار:

مهر و امضاء بیمه گر واحد صدور:



www.dayins.com

کد اقتصادی: ۵۹۱۱-۱۶۶۱-۱۱۱۱

تلفن: ۱۶۷۲

تهران، میرداماد، بین مصلح و مدرس، ۱۶۷۱

مدیر عامل: محمد مهدی...

کسر شده

## الحاقیه درمان گروهی

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۳/۷۷/۳۲۰

واحد صدور: ایثار-۷۷

بیمه گذار: مرکز تصویرنگاری درمانی متد

شرح الحاقیه:

بدینوسیله مراتب ذیل از تاریخ شروع قرارداد ۱۴۰۳/۰۷/۰۱ مورد تایید و موافقت این شرکت می باشد:

\* بیمه گزار تعهد می نماید امور بیمه ای خود را حداکثر تا ۳ ماه پس از شروع قرارداد درمان تکمیلی نزد شرکت بیمه دی جمع نماید.  
\* لیزر پرتوان، مگنت تراپی، آوزون تراپی براساس شناسه استاندارد خدمت و ابلاغیه وزارت بهداشت و درمان قابل بررسی و پرداخت می باشد

\* پوشش دندانپزشکی با تعهدات ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

\* سقف پوشش غربالگری جنین از سقف پاراکلینیکی ۱ از ۲۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال به سقف ۵۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال تغییر یافت

\* سقف پوشش انواع ویزیت و دارو و اورژانس از ۱۲۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال به ۲۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال تغییر یافت.

\* سقف پوشش خدمات آزمایشگاهی از سقف پاراکلینیکی ۱ از ۲۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال به ۵۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال تغییر یافت.

\* سقف پوشش اوروتز از ۵۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال به ۶۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال تغییر یافت.

\* جبران هزینه های اوروتز به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد.

\* پرداخت هزینه عینک هر دو سال یکبار می باشد (صرفاً برای ۱۵ نفر هر سال یکبار)

\* ارسال لیست افرادی که در سال گذشته عینک دریافت نموده اند جهت محدود سازی به بیمه دی الزامی است.

\* جزئیات پوشش پاراکلینیکی ۲ شامل انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر، مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکر EECR، تبلت تست، انواع خدمات تشخیصی تنفسی و اسپیرومتری و PFT، خدمات الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG.NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک

نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری، پاناکم شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) و ECT می باشد.

\* هزینه مشاوره تنها در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد مورد پذیرش است و مواردی از قبیل مشاوره تحصیلی و ازدواج و ... مورد پذیرش نیست.

\* PRP صرفاً براساس شناسنامه استاندارد و ابلاغیه های وزارت بهداشت برای موارد صرفاً درمانی قابل بررسی و پرداخت است.

\* این بیمه نامه شامل دوره انتظار نمی باشد.

مدیریت شعبه ایثار

بیمه گزار



حبیب شریف زاده



### قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

این قرارداد فی مابین مرکز تصویر نگاری درمانی متد کد ۷۸۹۰۳۶ به شناسه ملی ۱۰۱۰۱۴۳۳۱۳۴ و به نمایندگی آقای رحمت الله حافظی به شماره ملی ۱۲۸۵۶۵۵۹۹۰ به سمت مدیر عامل که در این قرارداد به اختصار «بیمه‌گذار» نامیده می‌شود از یک طرف و شرکت بیمه دی به شناسه ملی ۱۰۱۰۲۸۲۲۵۹۶ و شماره ثبت ۲۴۱۵۱۱ به نمایندگی آقای محمد فرح زادی به شماره ملی ۰۴۵۱۴۳۶۵۳۹ به سمت مدیر شعبه ایثار بیمه دی از طرف دیگر که از این پس «بیمه‌گر» نامیده می‌شود به شرح مواد آتی منعقد می‌گردد.

### مشخصات قرارداد:

بیمه‌گذار: مرکز تصویر نگاری درمانی متد کد ۷۸۹۰۳۶  
واحد معرف: ایثار- ۷۷  
تاریخ صدور: ۱۴۰۳/۰۷/۲۲  
شماره قرارداد: ۱۴۰۳/۱۳/۷۷/۳۲۰  
واحد صدور: ایثار- ۷۷  
تاریخ شروع: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱  
تاریخ پایان: ۱۴۰۴/۰۶/۳۱

### شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های درمان (آئین نامه ۹۹)

#### فصل اول: کلیات

**ماده ۱- اساس قرارداد:** این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که جزء لاینفک بیمه‌نامه است، تنظیم شده و مورد توافق طرفین است بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

**ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات:** تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند.

- ۱- **بیمه‌گر:** شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است.
- ۲- **بیمه‌گر پایه:** سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوطه موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.
- ۳- **بیمه‌گذار:** شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه‌نامه است.

#### ۴- گروه بیمه‌شدگان:

- الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به عنوان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.**
- تبصره ۱- بیمه‌شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را به‌طور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل براساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.
  - تبصره ۲- حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه‌گذار باید به‌طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.
  - تبصره ۳- بیمه‌گر فقط در ابتدا یا در زمان تمدید بیمه‌نامه می‌تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.
  - تبصره ۴- ارائه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه‌شده اصلی به تشخیص بیمه‌گر بلامانع است.
- ب- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها به این شرط مجاز است که بیمه‌گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به‌طور همزمان بیمه شوند.**
- ۵- موضوع بیمه:** جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه‌نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۶- **حادثه:** هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت گردد.

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۰ کد اقتصادی: ۱۶۱-۱۱۱-۵۹۱۱

www.dayins.com

شعبه ایثار

## قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

بیمه شده گردد.

- ۷- **بیماری:** وضعیت جسمی یا روانی غیر طبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.
- ۸- **حق بیمه:** وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.
- ۹- **حق بیمه شناور:** وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه‌نامه توسط بیمه‌گر برآورد می‌شود و میزان قطعی آن براساس عملکرد هر بیمه‌نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه‌گذار اعلام می‌گردد.
- ۱۰- **دوره انتظار:** دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.
- ۱۱- **خسارت ارزیابی شده:** مبلغی که براساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی تعیین می‌گردد.
- ۱۲- **فرانشیز:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده است که میزان آن در بیمه‌نامه ذکر می‌گردد.
- ۱۳- **خسارت قابل پرداخت:** مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده، حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.
- ۱۴- **مدت:** مدت بیمه‌نامه یک‌سال کامل شمسی است، تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

### فصل دوم: شرایط

**ماده ۳- اصل حسن نیت:** بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفاند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهارنشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌گر حق دارد با اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه‌نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید.

**تبصره ۵:** هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه‌شده است.

### ماده ۴- فرانشیز:

- ۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه‌درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.
- ۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- ۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

**ماده ۵- پرداخت حق بیمه:** بیمه‌گذار باید حق بیمه تعیین‌شده در شرایط بیمه‌نامه را به‌نحوی که در بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.

**ماده ۶-** بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظفاند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری‌شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

**ماده ۷-** بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی - درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مشتملزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

**ماده ۸-** بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی - درمانی را براساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها،

## قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

تعیین و پرداخت نماید.

**ماده ۹-** چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

**ماده ۱۰-** استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

- ۱- اعمال جراحی که به‌منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴- ترک اعتیاد.
- ۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
- ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
- ۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته‌ای.

۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۲- هزینه‌های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۴- جراحی فک مگر آنکه به‌علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۵- هزینه‌های مربوطه معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.

۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آن‌ها را اعلام نکرده است.

**تبصره ۶:** بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

**ماده ۱۱-** بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط براساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

**تبصره ۷:** در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها، بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

**ماده ۱۲-** در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند، در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر میزان فرانشیز

## قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

مندرج در بیمه‌نامه‌های باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

**ماده ۱۳-** چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به هر کدام از شرکت‌های بیمه مخیر است.

**ماده ۱۴-** حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت. مشمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

**ماده ۱۵-** در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

**ماده ۱۶-** بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

**تبصره ۸:** میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

### ماده ۱۷- فسخ بیمه‌نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام نمایند:

#### الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
- ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

#### ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتنفوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

#### ج- نحوه فسخ:

- ۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک‌ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌گردد.
- ۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌گردد.

#### د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- ۱- در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
- ۲- در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد)؛ در صورتی که تا زمان فسخ بیمه‌نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

**ماده ۱۸-** بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کپی اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و



### قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

**ماده ۱۹-** شرکت بیمه‌گر مکلف است در صدور بیمه‌نامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، این ضوابط را رعایت کند:

۱- هریک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسشنامه سلامتی تهیه‌شده توسط بیمه‌گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به‌طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.

۲- بیمه‌گذار موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پاسخ‌های مندرج در پرسشنامه سلامت یا معاینات انجام‌شده و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه‌ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا ارائه پوشش هزینه زایمان و بیماری‌هایی که سابقه قبلی آنها براساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

**تبصره ۹:** بیمه‌گر می‌تواند مشروط به اخذ پرسشنامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

۳- سقف تعهد بیمه‌گر برای هریک از اعضای گروه یا خانواده و هریک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

**ماده ۲۰-** هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به‌طور کتبی به آخرین نشانی اعلام‌شده ارسال شود.

**ماده ۲۱-** این آئین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۵ لازم‌الاجراء خواهد بود و جایگزین آئین‌نامه شماره ۷۴ مصوب شورای عالی بیمه با عنوان شرایط عمومی بیمه‌های درمان خواهد شد.



حیب شریف زاده

### قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

۱	القای بیهوشی عمومی یا بی‌حسی نخاعی (به‌استثنای آرام‌بخشی تزریقی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارائه خدمت مورد تأیید وزارت بهداشت)
۲	انجام الکتروشوک درمانی (ECT)
۳	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد (من جمله انواع فتق‌ها)
۴	هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد
۵	هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوان‌های بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن بین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور" و "جراحی‌های مجاز بر روی استخوان‌های فکین از طریق برش‌های مخاطی"
۶	جراحی‌های ترمیم عروق بزرگ، جراحی‌های ترمیم اعصاب بزرگ جراحی‌های ترمیم کلیه تاندون‌ها (به جز تاندون‌های اکستانسور پشت‌دست Hand و روی پا Foot)
۷	جراحی سندرم تونل کارپال
۸	وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز (من جمله پروتز سینه) در هر جای بدن
۹	تخلیه بافت چربی زیر جلدی در هر نقطه‌ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و PAL به جز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰۰ سی‌سی توسط سرنگ جهت استفاده به‌عنوان فیلر
۱۰	ابدومینوپلاستی براکیوپلاستی، ماموپلاستی
۱۱	تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سرینی و سینه
۱۲	اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی من جمله لیزر
۱۳	اعمال جراحی بر روی کره چشم من جمله کراس‌لینک (به‌استثنای تزریق هوا در اطاق قدامی، تپ اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک)
۱۴	اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد (به‌استثنای شالازیون)
۱۵	هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاتیسم لازم باشد
۱۶	بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل تراشه، بروش‌ها، روده‌ها، منانه، کبد و طحال
۱۷	اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل لاله و کانال گوش میانی و گوش داخلی
۱۸	تزریق هرگونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون
۱۹	جراحی پری‌نورافی
۲۰	ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل
۲۱	هر نوع زایمان
۲۲	هر نوع سقط جنین
۲۳	اعمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است
۲۴	برونکوسکوپ، لارنگوسکوپ مستقیم، لاپاراسکوپ و هیستروسکوپ (به استثنای Office Hysteroscopy)
۲۵	کلیه اعمال جراحی روی استخوان‌های فک و صورت که نیازمند انسزیون‌های پوستی باشد
۲۶	اعمال جراحی روی غدد بزاقی که نیازمند انسزیون‌های پوستی است
۲۷	جراحی روی سپتوم بینی و توربینیت‌ها
۲۸	هر نوع راینوپلاستی یا سیتوپلاستی به جز اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفاً بر روی بافت نرم Alae Nasi
۲۹	اعمال جراحی روی سینوس‌های پارانازال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیون‌های خارج دهانی دارد
۳۰	ترمیم اولیه تک‌کاف لب و کام



حسب شریف زاده  
کد ملی: ۵۹۶۰۱۱۶-۳۱۱۱  
تلفن: ۴۶۳۴۱

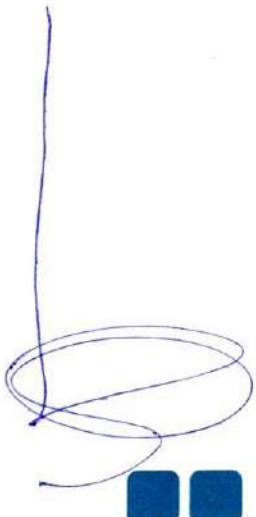
تهران، میرداماد، مدرس و مدرس، ۳۳۹



### قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

۳۱	اعمال جراحی رزکسیون فکی که یکپارچگی فک را از بین می‌برد
۳۲	رزکسیون و بیوپسی ضایعات عروقی
۳۳	هر نوع رزکسیون زبان
۳۴	فلپ‌های پوستی بیش از ۵×۵ سانتی‌متر و کلیه فلپ‌های عضلانی ناحیه صورت
۳۵	برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحی‌های سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی‌متر باشد
۳۶	جراحی‌های شکستگی فکین و صورت که جهت جاناندازی یا فیکساسیون نیازمند دسترسی باز باشد
۳۷	اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندام‌های مجاور دهان می‌شود و درمان آن نیاز به جراحی ترکیبی در فضاهای مجاور دارد
۳۸	اعمال جراحی بازسازی استخوان‌های فک و صورت که نیازمند تهیه گرافت از منابع خارج دهانی است
۳۹	انواع استئوتومی لفورت اعم از توتال یا سگمنتال که Base فک بالا را در برمی‌گیرد
۴۰	انواع استئوتومی‌های فک تحتانی جهت اعمال ارتوگناتیک
۴۱	اعمال جراحی‌های ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کندیلکتومی
۴۲	انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد
۴۳	انجام لیفت ابرو به روش غیرمستقیم که نیازمند Dissection باشد.
۴۴	ترمیم پارگی و laceration‌های صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجاری غدد بزاقی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد
۴۵	نصب دیستراکتور خارج دهانی
۴۶	برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی‌لیتر

تبصره ۱۰: علاوه بر موارد فوق، کلیه اعمالی که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز به عنوان اعمال غیر مجاز در مطب و مراکز جراحی محدود باشند، به فهرست فوق اضافه می‌گردند.




حبیب شریفزاده



## قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

### شرایط بیمه‌گری بیمه دی

#### ماده اول: بیمه‌شدگان

۱- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گزار به اتفاق اعضای خانواده (افراد تحت تکفل) آنها به شرح زیر: منظور از اعضای خانواده، افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی شامل (همسر (همسران) دائمی، فرزندان و پدر و مادر) است که به تبع بیمه شده اصلی دارای بیمه‌گر پایه باشند.

۱-۱- افراد مشرور زیرتحت پوشش این قرارداد می‌باشند، مشروط بر آنکه در زمان انعقاد قرارداد لیست اسامی آنان به بیمه‌گر ارائه و حق بیمه آنها براساس شرایط مندرج در متن و یا ضمایم آن پرداخت شود.

۱-۲- فرزندان ذکور حداکثر تا ۲۰ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل (دوره دانشگاهی) تا ۲۵ سالگی تمام، دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام مشمول بیمه خواهند بود "به شرط مجرد بودن و عدم اشتغال به کار".

۱-۳- فرزندان اناث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار، می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.

**تبصره ۱:** فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد و به شرط عدم اشتغال تحت پوشش هستند.

۱-۴: پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند، تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.

#### ماده دوم: وظایف بیمه‌گزار

۱- مشخصات کامل بیمه‌شدگان و افراد تحت تکفل آنان را با ذکر شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، تاریخ تولد (روز، ماه، سال)، نام پدر و نسبت فرد با بیمه شده اصلی و همچنین شماره شبای حساب بانکی بیمه شده اصلی (فرم ضمیمه) در قالب لوح فشرده (حداکثر تا یک ماه پس از صدور بیمه‌نامه) به بیمه‌گر ارائه و تأیید آن را دریافت نماید.

۲- افزایش در گروه بیمه‌شدگان در طول مدت بیمه منوط به استخدام جدید، افراد انتقالی، ازدواج، تولد، فرزندان اناث مطلقه و افرادی که در طول سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند، است. (به شرط اعلام کتبی مشخصات بیمه‌شدگان حداکثر ظرف مدت ۱ ماه بعد از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج، تولد و طلاق) تاریخ موثر برای افزایش این بیمه‌شدگان از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج، تولد و طلاق خواهد بود.

۳- کاهش از گروه بیمه‌شدگان از قبیل "افراد مستعفی، اخراج، پایان خدمت، متوفی، خروج از کفالت" است (منوط به اعلام کتبی مشخصات لازم بیمه‌شدگان حداکثر ظرف مدت ۱ ماه بعد از تاریخ استعفا، اخراج، پایان خدمت، فوت و خروج از کفالت) تاریخ موثر برای کاهش این بیمه‌شدگان از تاریخ استعفا، اخراج، پایان خدمت، فوت و خروج از کفالت خواهد بود.

**تبصره ۲:** بعد از مهلت مقرر، تاریخ کاهش، از تاریخ دریافت نامه بیمه‌گزار (ثبت در دبیرخانه شرکت بیمه دی) امکان‌پذیر است.

۴- پس از انقضای بیمه‌نامه افزایش و کاهش در بیمه‌شدگان امکان‌پذیر نمی‌باشد و تعداد بیمه‌شدگان در آخرین الحاقیه ثبت شده قبل از انقضای بیمه‌نامه ملاک محاسبه حق بیمه خواهد بود. (ضمن رعایت بند ۲ و ۳ ماده دوم)

۵- چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه‌ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه صرفاً تا پایان همان سال بیمه‌ای ادامه خواهد داشت.

۶- بیمه‌گزار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه‌شدگان از قبیل: حکم کارگزینی، سوابق پزشکی و معالجات و... را در صورت تقاضای بیمه‌گر ارائه نماید.

۷- بیمه‌گزار متعهد است اصل صورت هزینه‌های درمانی را حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از مرخص شدن بیمار از بیمارستان یا تسویه با مراکز تشخیصی و درمانی (چنانچه توسط بیمه شده هزینه پرداخت شده باشد) و یا یکماه بعد از دریافت وجه خسارت از بیمه‌گر اول به بیمه دی و پس از انقضای بیمه نامه به مدت ۴ ماه تحویل نماید، در غیر این صورت پس از انقضای مهلت مذکور بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

**تبصره ۳:** مهلت تکمیل مدارک و ارسال مجدد آن پس از عودت، حداکثر دو ماه از تاریخ عودت مدارک است.

## قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

### ماده سوم: سایر شرایط

#### ۱- مدارک و اسناد مورد نیاز جهت پرداخت خسارات درمانی

الف: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات بیمارستانی (در صورت مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد و یا پرداخت مستقیم توسط بیمه شده):

- ۱- اصل گواهی پرداخت سهم بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و...).
- ۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممه‌ور به مهر و امضای پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممه‌ور شده به مهر بیمارستان.
- ۴- اصل صورت حساب پزشکان ممه‌ور به مهر بیمارستان.
- ۵- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- ۶- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و ممه‌ور به مهر پزشک و کمک جراح.
- ۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممه‌ور به مهر و امضای پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۸- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه پایه از ارتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضای مسئول اتاق عمل.
- ۹- ارسال تأییدیه کتبی پزشک معتمد جهت مواردی که طبق مفاد قرارداد نیاز به تأیید دارد.
- ۱۰- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و....
- ۱۱- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می‌گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.
- ۱۲- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده بانوجهبه درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.

#### ب: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات پاراکلینیکی

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممه‌ور به مهر و امضای پزشک.
- ۲- اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه ممه‌ور به مهر مرکز درمانی.
- ۳- تصویر نتیجه و یا جواب هزینه سربایی موارد درمانی و تشخیصی.
- تبصره ۴: بانوجهبه حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.

#### ج: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دندانپزشکی

- ۱- مدارک مورد نیاز مطابق با موارد موجود در ابلاغیه سندیکای بیمه‌گران قابل بررسی و پرداخت است.
- ۲- هزینه‌های ایمپلنت، ارتودنسی و دست‌دندان مصنوعی در تعهد نمی‌باشد.
- ۳- ویزیت دندانپزشک در صورتی که در آن ویزیت، اعمال دندانپزشکی انجام شده باشد غیر قابل پرداخت است.

#### د: هزینه دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور طبق برند تجویزی پزشک معالج مطابق با شرایط زیر

قابل بررسی و پرداخت است. (استفاده از سهم بیمه‌گران پایه در خصوص داروهای تحت پوشش الزامی است):

۱- داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه گر پایه پس از کسر سهم بیمه گر پایه قابل بررسی و پرداخت است. (اختلاف قیمت در تعهد است).

۲- حق فنی داروخانه و هزینه واکسن پرداخت نمی‌شود.

۳- داروهای مکمل، زیبایی، پوستی و پروتئینه در تعهد نمی‌باشد.

## قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

۴- نسخه های ناخوانا یا بدون مهر داروخانه غیرقابل پرداخت می باشد.

ه: مدارک لازم برای پرداخت خسارت تجهیزات پزشکی (ایمپلنت) کارگذاری شده در بدن حین عمل جراحی:

۱- دستور تجهیز با قید نام بیمه شده و اقلام موردنیاز جهت جراحی و تعداد موردنیاز و ممهور به مهر جراح

۲- فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی

\* مشخصات فاکتور معتبر: در سربرگ رسمی که در آن نام، آدرس و تلفن شرکت، کد اقتصادی، شماره ثبت شناسه ملی شرکت تجهیزات پزشکی، نام و مشخصات کامل خریدار (کد ملی، آدرس، تلفن و...) و مشخصات کالا (شرح کالا، مدل، کد IRC، شماره سریال، تعداد، شرکت سازنده، کشور سازنده، قیمت واحد، قیمت کل) ذکر شده و ممهور به مهر و امضای فروشنده باشد.

۳- صورت حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی

۴- شرح جراحی

۵- کلیه اسناد مثبته مانند گرافی و... برحسب نوع جراحی صورت گرفته

۶- تأییدیه جراحی در خصوص جراحی هایی که طبق شیوه نامه نیاز به تأیید بیمه دی دارند.

۷- کپی دفترچه بیمه و کارت ملی بیمه شده

## ۲- بررسی مدارک درمانی:

۱-۲. به منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت بیمه شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ است.

۲-۲. در خصوص هزینه های عینک در صورت نیاز و تشخیص بیمه گر لازم است بیمه شدگان جهت معاینه و کنترل عینک خریداری شده به اپتومتریست معتمد بیمه گر ارجاع و خسارت عینک پس از تأیید اپتومتریست معتمد قابل رسیدگی خواهد بود.

۳-۲. در خصوص سایر هزینه های درمانی ارائه شده توسط بیمه شدگان در صورت نیاز و تشخیص بیمه گر، خسارت مربوطه طبق تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل رسیدگی خواهد بود.

## ۳- استثنائات عمومی:

علاوه بر استثنائات ماده ۱۰ شرایط عمومی بیمه نامه های درمان (آیین نامه شماره ۹۹ بیمه های درمان)، مصوب شورای عالی بیمه، کلیه هزینه های زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

۱-۳. اعمال مربوط به چاقی مانند: اسلیو معده، بای پس معده و تعویض مفصل زانو در گروه های کمتر از ۵۰ نفر.

۲-۳. تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی های جسمی بدن.

۳-۳. انواع هزینه های غیرپزشکی از قبیل: تلویزیون، کیف بهداشتی (مگر با تأیید بیمه گر).

۴-۳. صدمات حاد ناشی از ورزش های رزمی و حرفه ای.

۵-۳. بیماری های واگیردار، معالجه بیماری های افراد مبتلا به ایدز و معلولین ذهنی در صورتی که بیمه شده در تاریخ شروع بیمه نامه به آن مبتلا باشد.

۶-۳. معالجه عضوهای آسیب دیده ناشی از حوادثی که تاریخ وقوع آن قبل از تاریخ شروع این قرارداد باشد. (به غیر از خارج کردن پروتز و ترمیم عدم جوش خوردگی یا بدجوش خوردگی استخوان).

۷-۳. کلیه هزینه های مربوط به اعمال جراحی و پروتزهای زیبایی.

۸-۳. صورت حساب، فاکتور و قبض های المثنی (پاراکلینیکی و بیمارستانی)

۹-۳. هزینه چکاپ و آزمایش های دوره ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما است.

۱۰-۳. حوادث ترافیکی

تبصره ۵: حوادث ترافیکی که در طول بیمه نامه حادث شده و ۲ ماه از تاریخ حادثه گذشته باشد، مازاد بر تعهد دانشگاه های علوم پزشکی، تحت پوشش خواهد بود.

حبیب شریف زاده



### قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

#### ۴- دریافت حق بیمه و عدم وصول حق بیمه:

بیمه‌گذار متعهد است حق بیمه متعلق به قرارداد را به حساب بانک ملت به شماره ۰۴۴۵۵۴۴۵۵۸۷ به نام شرکت بیمه دی پرداخت نماید. در غیر این صورت تعهدات بیمه‌گر از تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده به حالت تعلیق درآمده و در زمان تعلیق بیمه‌گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه‌شدگان را ندارد و بروز هرگونه مشکلی در این خصوص به عهده بیمه‌گذار خواهد بود.

۴-۱. اعتبار قرارداد منوط به پرداخت اقساط حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.

۴-۲. حق بیمه بیمه‌شدگانی که در طول هر ماه به صورت اسامی بیمه‌شدگان اضافه و یا حذف خواهند شد بدون توجه به کسر ماه بر مبنای یک ماه کامل محاسبه خواهد شد.

۴-۳. حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین می‌گردد، می‌بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان پرداخت گردد.

۴-۴. با حذف هر یک از بیمه‌شدگان و در صورت دریافت هزینه درمانی، بیمه‌گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد است. (به استثناء بیمه‌شدگانی که در طول مدت قرارداد فوت می‌نمایند).

**تبصره ۶:** در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار این بند نیز اعمال می‌گردد.

۴-۵. عدم انجام تعهدات بیمه‌گر به علت تأخیر و یا امتناع بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ‌وجه رافع مسئولیت بیمه‌گذار در پرداخت حق بیمه نمی‌باشد و بیمه‌گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه‌گر پرداخت نماید. حق بیمه متعلق به بیمه‌شدگانی که اعلام انصراف نموده‌اند، قابل استرداد نمی‌باشد.

۴-۶. در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، برای بیمه‌شدگان ۶۰ تا ۷۰ سال ۵۰ درصد حق بیمه پایه و برای بیمه‌شدگان بالای ۷۰ سال تمام ۱۰۰ درصد حق بیمه پایه اعلام شده، به عنوان حق بیمه اضافی منظور می‌گردد.

۴-۷. باتوجه به این که نرخ حق بیمه بر اساس تعداد بیمه‌شدگان اعلامی از طرف بیمه‌گذار است، لذا هر گونه افزایش و یا کاهش در طول مدت قرارداد که در تغییر نرخ حق بیمه موثر باشد، موجب تعدیل آن خواهد شد.

۴-۸. حق بیمه بازنشستگان دوبرابر حق بیمه اعلامی است.

۴-۹. پوشش والدین غیر تحت تکفل، همسر و فرزندان غیر تحت تکفل با دو برابر حق بیمه امکان پذیر است.

#### ۵- سایر موارد:

۵-۱. این بیمه‌نامه مکمل بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه‌گران پایه مشابه می‌باشد (بیمه‌گر اول)، لذا بیمه‌شدگان باید در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این مراکز، رونوشت برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام رونوشت چک دریافتی، به بیمه دی تحویل نمایند.

۵-۲. چنانچه سهم بیمه‌گر اول از فرانشیز قرارداد کمتر باشد میزان فرانشیز قابل اعمال و محاسبه معادل مابه التفاوت سهم بیمه‌گر اول از فرانشیز قرارداد خواهد بود.

۵-۳. بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود. چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به (مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر) مراجعه کند، پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک و یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه‌گر تحویل دهد، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهد شد.

۵-۴. در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند. در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت



حبیب شریف زاده

### قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

۵-۵. در خصوص هزینه دستمزد پزشکان، با ارائه معرفی‌نامه بیمه دی به مراکز طرف قرارداد، مابه‌التفاوت حق‌الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی‌باشد.

۵-۶. کلیه هزینه‌های پاراکلینیکی و بیمارستانی، طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و کتاب ارزش‌های نسبی و خدمات مراقبتی‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخت خواهد شد.

**تبصره ۷:** خدمات دندانپزشکی نیز براساس تعرفه‌های سندیکای بیمه‌گران ایران قابل پرداخت می‌باشد.

**تبصره ۸:** هزینه‌های ویزیت براساس آخرین تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران پرداخت می‌گردد.

۵-۷. هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تایید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب‌های آنان را تایید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم هر یک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مصوب هیئت وزیران محاسبه خواهد شد.

۵-۸. میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

۵-۹. چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

۵-۱۰. اعمال جراحی فتق نافی، فتق شکمی، بلفاروپلاستی، سیتوپلاستی، استرایپس، عیوب انکساری و چاقی مفرط می‌بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد.

۵-۱۱. هزینه‌های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی با ارائه اسناد مربوطه هر دو سال یکبار قابل پرداخت می‌باشد.

۵-۱۲. دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

۵-۱۳. دوره انتظار استفاده از پوشش‌های بستری، جراحی عمومی و جراحی تخصصی ۳ ماه است.

۵-۱۴. در صورتی که شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضای ۳۰ روز پس از پایان قرارداد بیمه درمان تکمیلی سال گذشته نزد بیمه‌گر قبلی باشد، ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه‌شدگانی که به تایید بیمه‌گر قبلی رسیده باشد، جهت حذف دوره انتظار الزامی است.

۵-۱۵. در صورتی که شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه‌گر دیگری باشد، ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه‌شدگانی که به تایید بیمه‌گر قبلی رسیده باشد، جهت حذف دوره انتظار الزامی است.

۵-۱۶. خسارات مربوط به کارکنان شاغل با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت است که دارای پروانه کار معتبر از مراجع ذی‌صلاح، جمهوری اسلامی ایران باشند.

۵-۱۷. خطرات ناشی از انفجار یا عملکرد ادوات جنگی بازمانده از جنگ تحمیلی در شمول تعهدات این قرارداد می‌باشد، مشروط به اینکه بیمه‌شده به قصد بازدید از مناطق عملیاتی در دوران جنگ تحمیلی و یا خنثی‌سازی انزوات جنگی در محل حضور نیافته باشد.

۵-۱۸. در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت‌های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه‌شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شبا یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه‌گذار برای بیمه‌شده اصلی).

۵-۱۹. اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می‌باشد.

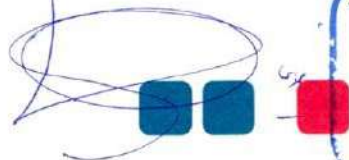
۵-۲۰. مرور زمان دعوی ناشی از تعهدات بیمه‌گر یکسال از تاریخ انقضای مدت قرارداد می‌باشد.

۵-۲۱. چنانچه موارد مذکور در بیمه‌نامه و ضوابط و ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر می‌شود، با نظرات بیمه‌گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آن را بنماید. در غیر این صورت مراتب، تایید شده تلقی خواهد شد. هر گونه عملی خلاف این شرط منوط به تایید کتبی بیمه‌گر خواهد بود.

۵-۲۲. پرداخت حق بیمه از سوی بیمه‌گذار و قبول آن از طرف بیمه‌گر به منزله تایید بیمه‌نامه از ناحیه طرفین می‌باشد.



حبیب شریف زاده



### قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

- ۵-۲۳. در صورتی که هریک از طرفین حداقل یکماه قبل از انقضا قرارداد عدم تمایل خود را نسبت به ادامه آن کتبی به طرف دیگر اعلام ننماید قرارداد برای مدت یک سال دیگر تجدید شده (با حق بیمه جدید) و از تاریخ پرداخت حق بیمه معتبر شناخته خواهد شد. حق تحقیق، بررسی و تائید در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می باشد.
- ۵-۲۴. بیمه گر یا بیمه گزار می تواند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آراء اقدام به صدور رای داوری می کنند. هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.
- ۵-۲۵. در اجرای ماده ۷۵ آیین نامه الحاقی ماده ۱۴ قانون مبارزه با پولشویی بیمه گزار متعهد می شود ضمن عدم استفاده از مبالغ دریافتی از محل بیمه نامه در امر پولشویی و تروریسم مالی و محافظت از بیمه نامه در صورت تغییر هویتی و یا اطلاع از استفاده اشخاص دیگر از خدمات بیمه نامه صادره مراتب را ظرف حداکثر ۵ روز به شرکت بیمه دی اعلام نماید.
- ۵-۲۶. شرایط عمومی منحصرأ در موارد پیش بینی نشده نافذ خواهد بود. در صورت مغایرت در تفسیر و اجرای قرارداد "متن، الحاقیه ها و شرایط عمومی بیمه گری" قرارداد حاکم است.
- ۵-۲۷. این قرارداد در بخش شرایط عمومی بیمه نامه های درمان شامل ۲۱ ماده و ۱۰ تبصره و در بخش شرایط بیمه گری بیمه دی شامل ۳ ماده و ۸ تبصره در دو نسخه متحدالمتن تنظیم و بین طرفین قرارداد مبادله گردید و پس از امضاء قطعی و لازم الاجرا می باشد. هر یک از نسخ دارای حکم واحد است.

مهر و امضاء بیمه گزار



مهر و امضاء بیمه گر/واحد صدور



www.dayins.com

