

بیمه نامه درمان گروهی

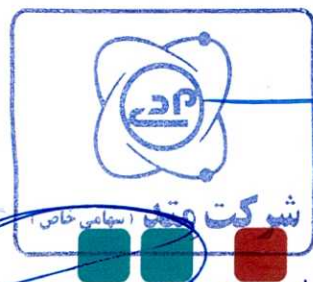
شماره بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۳/۷۷/۳۷۷
تاریخ صدور: ۱۴۰۴/۰۷/۰۸

واحد معرف: ایثار - ۷۷
واحد صدور: ایثار - ۷۷

نام بیمه گزار: مرکز تصویر نگاری درمانی متد کد ۷۸۹۰۳۶	کد ملی/کد اقتصادی: ۴۱۱۱۵۶۸۹۸۹۵۶			
نشانی: تهران خ پاسداران نبش بهستان ۴	کد پستی: ۱۹۴۶۷۴۵۷۳			
تلفن: ۰۲۱۲۳۵۵۱۰۶۵				
از ساعت صفر بامداد تاریخ: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱ تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۵/۰۶/۳۱	به مدت: ۳۶۵ روز			
تعهدات اصلی	حداکثر تعهدات بیمه گر			
	تعداد مرجع	سقف سالیانه هر نفر (ریال)	فراانشیز (درصد)	
سایر تعهدات	۱ - جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود	---	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	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	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۳ - جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آرتروپلاستی عروق کرونر و عروق داخل	---	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۴ - هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	---	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰
	۵ - ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازائی شامل اعمال جراحی مرتبط، IVF، ZIFT، GIFT و میکرواینجکشن	---	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۶ - جبران هزینه های رادیو گرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، داینوسونتری	---	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۷ - جبران هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PPT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV/EMG)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پتناکم، شنوایی شنجی (انواع ادیومتری)	---	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۸ - جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	---	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۹ - هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	---	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۱۰ - جبران هزینه های سربایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه	---	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۱۱ - جبران هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی یا اپتومتریست	---	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۱۲ - جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک	---	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۱۳ - 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؛ لیزیک چشم چپ(۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰)، لیزیک چشم راست(۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰)، لیزیک دو چشم	---	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۱۴ - جبران هزینه اعمال مجاز سربایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	---	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۱۵ - جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	---	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۱۶ - جبران هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی	---	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۱۷ - روان پریشی	---	۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۱۸ - جبران هزینه های اورژس که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	---	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۱۹ - جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارک های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	---	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
	۲۰ - حداکثر تعهدات ردیف های ۱ و ۲			
جمع کل تعهدات				
۱۱,۷۷۵,۰۰۰,۰۰۰				
حق بیمه	مبلغ حق بیمه خالص ماهیانه هر نفر (ریال)	تعداد بیمه شده	مبلغ کل حق بیمه سالیانه با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده (ریال)	روش پرداخت
	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	طی الحاقیه	طی الحاقیه	مبلغ پیش پرداخت:
				تعداد اقساط: ۱۲
توضیحات	اردیف هایی که دارای تعهد مرجع مشابه هستند به صورت تجمیعی از یک محل (تعهد مرجع) تا سقف مشترک مشخص شده، در تعهد است			
	واحد صدور			
واحد صدور	نشانی واحد صدور:			
	تلفن واحد صدور:			

مهر و امضاء بیمه گزار:

مهر و امضاء بیمه گر/واحد صدور:



www.dayins.com

کد اقتصادی: ۴۱۱-۱۱۶۱-۵۹۳۱

تلفن: ۱۶۷۱

۲۳۹

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس

الحاقیه درمان گروهی

شماره بیمه نامه: 1403/13/77/377

واحد صدور: ایشار-77

شرح الحاقیه:

بدینوسیله مراتب ذیل از تاریخ شروع قرارداد

1404/07/01

مورد تایید و موافقت این شرکت می باشد:

- * بیمهگذار تعهد می نماید امور بیمه ای خود را در طول مدت قرارداد نزد شرکت بیمه دی تجمیع نماید.
- * لیزر پرتوان، مگنت تراپی، اوزون 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 آمبولانس از هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) از 125.000.000 ریال به 300.000.000 ریال تغییر یافت.
- * سقف پوشش پاراکلینیکی 1 و 2، خدمات آزمایشگاهی و غربالگری جنین از سقف پاراکلینیکی 1 از 250.000.000 ریال به سقف 750.000.000 ریال تغییر یافت.
- * هزینه اجاره ی دستگاه فوتوتراپی نوزاد در منزل برا 10 نفر تا سقف 300.000.000 ریال از تعهد توانبخشی در طول قرارداد قابل بررسی و پرداخت است.
- * سقف پوشش انواع ویزیت و دارو و اورژانس از 250.000.000 ریال به 300.000.000 ریال تغییر یافت.
- * سقف پوشش اوروتز از 50.000.000 ریال به 200.000.000 ریال تغییر یافت.
- * سقف پوشش عینک از 50.000.000 ریال به 100.000.000 ریال تغییر یافت.
- * سقف پوشش سمعک از 250.000.000 ریال به 400.000.000 ریال تغییر یافت.
- * سقف پوشش اعمال مجاز سرپایی از 250.000.000 ریال به 300.000.000 ریال تغییر یافت.
- * سقف پوشش خدمات توانبخشی از 250.000.000 ریال به 300.000.000 ریال تغییر یافت.
- * جبران هزینه های اوروتز به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد. عصا، واکر، کفش طبی و کفی طبی در تعهد بیمه گر است.
- * پرداخت هزینه عینک هر دوسال یکبار 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.
- * جزئیات پوشش پاراکلینیکی 2 شامل انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر، مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر EECF، 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، پکی متری، پنتاکم شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) و ECT می باشد.
- * PRP و تزریق در مفصل در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد مطابق با شناسنامه استاندارد مصوب وزارت بهداشت و سلامت از بند مربوط قابل بررسی و پرداخت است.
- * در تعهدات دندانپزشکی امکان ارائه فرانشیز متفاوت در مراجع مستقیم و غیرمستقیم وجود ندارد.
- * ویلچر صرفا دستی قابل بررسی و پرداخت است. - تشک مواج در موارد خاص و با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل بررسی و پرداخت است.
- * جبران هزینه 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 3 دیوپتر یا بیشتر باشد قابل بررسی و پرداخت است و سقف این پوشش برای مجموع دو چشم است.
- * در خصوص خدمات توانبخشی از قبیل فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی حداکثر به تعداد 10 جلسه در ماه و صرفا برای یک اندام با ارائه دستور پزشک متخصص مربوطه، ریز تعداد جلسات همراه تاریخ و مهر و فیش پرداختی همراه مهر قابل بررسی و پرداخت است.
- * کورتاژ چنانچه قانونی باشد مورد تایید می باشد.
- * نوار تست قندخون 100 عدد در ماه صرفا برای بیماران دیابتی نوع یک (وابسته به انسولین) قابل بررسی و پرداخت است.
- * آزمایشات ژنتیک با جنبه پیشگیری مورد تایید نیست.
- * این بیمه نامه شامل دوره انتظار نمی باشد.
- * هزینه کلیه خدمات مطابق با تعرفه های مصوب مراجع ذیصلاح محاسبه و پرداخت خواهد شد.



مدیریت شعبه ایشار

واحد صدور

شعبه ایشار



قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده 17- فسخ بیمهنامه

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

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

- 1- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- 2- 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.
- 3- در صورت تشدید خطر موضوع بیمهنامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

- 1- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- 2- انتقال پورتنوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.
- 3- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

ج- نحوه فسخ:

1- 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 یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌گردد.

2- 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:

- 1- در صورت فسخ بیمهنامه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می‌شود.
- 2- در صورت فسخ بیمهنامه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه يك 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 75 درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به 75 درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده 18- بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده 19- شرکت بیمه‌گر مکلف است در صدور بیمهنامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در يك گروه کمتر از 50 نفر باشد، این ضوابط را رعایت کند:

1- هر يك از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسشنامه سلامتی تهیه شده توسط بیمه‌گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.

2- 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 انجام شده 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 9: بیمه‌گر می‌تواند مشروط به اخذ پرسشنامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

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

ماده 20- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمهنامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده 21- این آیین‌نامه از تاریخ 1398/10/25 لازم الاجراء خواهد بود و جایگزین آیین‌نامه شماره 74 مصوب شورای عالی بیمه با عنوان «تدوین آیین‌نامه عمومی بیمه‌های درمان خواهد شد.



قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

فهرست اعمال غیرمجاز در مطب

1	القای بیهوشی عمومی یا بی‌حسی نخاعی (به‌استثنای آرام‌بخشی تزریقی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارائه خدمت مورد تأیید وزارت بهداشت)
2	انجام الکتروشوک درمانی (ECT)
3	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد (منجمله انواع فتق‌ها)
4	هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد
5	هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوان‌های بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور" و "جراحی‌های مجاز بر روی استخوان‌های فکین از طریق برش‌های مخاطی"
6	جراحی‌های ترمیم عروق بزرگ، جراحی‌های ترمیم اعصاب بزرگ جراحی‌های ترمیم کلیه تاندون‌ها (به جز تاندون‌های اکستانسور پشت‌دست Hand و روی پا Foot)
7	جراحی سندرم تونل کارپال
8	وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز (منجمله پروتز سینه) در هر جای بدن
9	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 100 سی‌سی توسط سرنگ جهت استفاده به‌عنوان فیلر
10	ابدومینوپلاستی، براکیوپلاستی، ماموپلاستی
11	تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سرینی و سینه
12	اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی منجمله لیزر
13	اعمال جراحی بر روی کره چشم منجمله کراس‌لینک (به‌استثنای تزریق هوا در اتاق قدامی، تپ اتاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک)
14	اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد (به‌استثنای شالازیون)
15	هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاتیسم لازم باشد
16	بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل تراشه، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
17	اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل لاله و کانال گوش میانی و گوش داخلی
18	تزریق هرگونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون
19	جراحی پری‌نورافی
20	ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل
21	هر نوع زایمان
22	هر نوع سقط جنین
23	اعمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است
24	برونکوسکوپ، لارنگوسکوپ، لاپاراسکوپ و هیستروسکوپ (به‌استثنای Office Hysteroscopy)
25	کلیه اعمال جراحی روی استخوان‌های فک و صورت که نیازمند انسزیون‌های پوستی باشد
26	اعمال جراحی روی غدد بزاقی که نیازمند انسزیون‌های پوستی است
27	جراحی روی سپتوم بینی و توربینیت‌ها
28	هر نوع رابینوپلاستی یا سیتوپلاستی به جز اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفاً بر روی بافت نرم Alae
29	اعمال جراحی روی پیوس‌های پارانازال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیون‌های خارج دهانی دارد
30	ترمیم اولیه شکاف لب و کام

قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

فهرست اعمال غیرمجاز در مطب

31	اعمال جراحی رزکسیون فکی که یکپارچگی فک را از بین می‌برد
32	رزکسیون و بیوپسی ضایعات عروقی
33	هر نوع رزکسیون زبان
34	فلپ‌های پوستی بیش از ۵x۵ سانتی‌متر و کلیه فلپ‌های عضلانی ناحیه صورت
35	برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحی‌های سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی‌متر باشد
36	جراحی‌های شکستگی فکین و صورت که جهت جاناندازی یا فیکساسیون نیازمند دسترسی باز باشد
37	اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندام‌های مجاور دهان می‌شود و درمان آن نیاز به جراحی ترکیبی در فضاهای مجاور دارد
38	اعمال جراحی بازسازی استخوان‌های فک و صورت که نیازمند تهیه گرفت از منابع خارج دهانی است
39	انواع استئوتومی لفورت اعم از توتال یا سگمنتال که Base فک بالا را در برمی‌گیرد
40	انواع استئوتومی‌های فک تحتانی جهت اعمال ارتوگناتیک
41	اعمال جراحی‌های ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کندیلکتومی
42	انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد
43	انجام لیفت ابرو به روش غیرمستقیم که نیازمند Dissection باشد.
44	ترمیم پارگی و laceration‌های صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجاری غدد بزاقی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد
45	نصب دیستراکتور خارج دهانی
46	برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی‌لیتر

تبصره 10: 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.



قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

شرایط بیمه‌گری بیمه دی

ماده اول: بیمه‌شدگان

- 1- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار 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 به‌تبع بیمه شده اصلی دارای بیمه‌گر پایه باشند.
- 1-1- افراد مشروح زیر تحت 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 ضمیمه آن پرداخت شود.
- 2-1- فرزندان ذکور حداکثر تا 20 سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل (دوره دانشگاهی) تا 25 سالگی تمام، دانشجویان رشته پزشکی تا سن 26 سال تمام مشمول بیمه خواهند بود "به شرط مجرد بودن و عدم اشتغال به کار".
- 3-1- فرزندان اناث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار، می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.
- تبصره 1: فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد و به‌شرط عدم اشتغال تحت پوشش هستند.
- 4-1- پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند، تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.

ماده دوم: وظایف بیمه‌گذار

- 1- 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.
- 2- 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. (به‌شرط اعلام کتبی مشخصات بیمه‌شدگان حداکثر ظرف مدت 1 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.
- 3- 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 1 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 2: بعد از مهلت مقرر، تاریخ کاهش، از تاریخ دریافت نامه بیمه‌گذار (ثبت در دبیرخانه شرکت بیمه دی) امکان‌پذیر است.
- 4- 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 2 و 3 ماده دوم)
- 5- 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.
- 6- بیمه‌گذار 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.
- 7- بیمه‌گذار متعهد است اصل صورت هزینه‌های درمانی را حداکثر ظرف مدت 4 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 انقضاء بیمه نامه به مدت 4 ماه تحویل نماید، در غیر این‌صورت پس از انقضای مهلت مذکور بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.
- تبصره 3: مهلت تکمیل مدارک و ارسال مجدد آن پس از عودت، حداکثر دو ماه از تاریخ عودت مدارک است.

ماده سوم: سایر شرایط

- 1- 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):
- 1- اصل گواهی پرداخت هزینه بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و...)
- 2- ارسال دستور پولیکه‌بندی بر علت بستری مهور به مهر و امضای پزشک.

قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

- 3- اصل صورت حساب مهپور شده به مهر بیمارستان.
- 4- اصل صورت حساب پزشکان مهپور به مهر بیمارستان.
- 5- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- 6- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و مهپور به مهر پزشک و کمک جراح.
- 7- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل مهپور به مهر و امضای پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- 8- 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 لیل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضای مسئول اتاق عمل.
- 9- ارسال تأییدیه کتبی پزشک معتمد جهت مواردی که طبق مفاد قرارداد نیاز به تأیید دارد.
- 10- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و....
- 11- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه سیر بیماری (جهت بیماری که تحت درمان طبی قرار می گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.
- 12- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده باتوجه درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.

ب: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات پاراکلینیکی

- 1- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت مهپور به مهر و امضای پزشک.
 - 2- اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه مهپور به مهر مرکز درمانی.
 - 3- تصویر نتیجه و یا جواب هزینه سرپایی موارد درمانی و تشخیصی.
- تبصره 4:** باتوجه حذف دفترچه های 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

- 1- مدارک مورد نیاز مطابق با موارد موجود در ابلاغیه سندیکای بیمه گران قابل بررسی و پرداخت است.
 - 2- هزینه های ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی در تعهد نمی باشد.
 - 3- 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 بیمه گران پایه در خصوص داروهای تحت پوشش الزامی است):**

- 1- 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).
- 2- داروهای داخلی و وارداتی در صورت عدم پوشش بیمه پایه با کسر فرانشیز بیمه نامه قابل بررسی و پرداخت است (در خصوص داروهای تخصصی تجویز توسط متخصص مربوطه الزامی است).
- 3- حق فنی داروخانه و هزینه واکسن پرداخت نمی شود.
- 4- داروهای مکمل (به استثناء زیبایی و پوستی، افزایش یا کاهش وزن، تقویت قوای جنسی) با تجویز پزشک متخصص قابل بررسی و پرداخت است.
- 5- نسخه های ناخوانا یا بدون مهر داروخانه غیر قابل پرداخت می باشد.
- د- دارو گیاهی: داروهای گیاهی موجود در فهرست اعلامی داروهای طبیعی گیاهی سازمان غذا و دارو که توسط پزشک متخصص تجویز و از مراکز دارای مجوز وزارت بهداشت و درمان تهیه شده باشد بررسی و در صورت تأیید پرداخت می گردد.

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

- 1- دستور تجهیز با قید نام بیمه شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و مهپور به مهر جراح
 - 2- فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی
- * مشخصات فاکتور معتبر و رسمی که در آن نام درس و تلفن شرکت، کد اقتصادی، شماره ثبت شناسه ملی شرکت تجهیزات پزشکی، نام و مشخصات کامل خریدار (کل ملی، درس، تلفن و...) و مشخصات کالا (شرح کالا، مدل، کد IRC، شماره سریال، تعداد، شرکت سازنده، کشور سازنده، قیمت واحد، قیمت کل) ذکر شده و مهپور به مهر و امضای فروشنده باشد.



شرکت بیمه دی
www.dayins.com

شرکت بیمه دی (سهامی خاص)

کد اقتصادی: ۵۹۳۲-۱۱۶۱-۴۱۱۱

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱

قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

- 4-5. عدم انجام تعهدات بیمه‌گر به علت تأخیر و یا امتناع بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه 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.
- 4-6. در گروه‌های کمتر از 1000 نفر، برای بیمه‌شدگان 60 تا 70 سال 50 درصد حق بیمه پایه و برای بیمه‌شدگان بالای 70 سال تمام 100 درصد حق بیمه پایه اعلام شده، به عنوان حق بیمه اضافی منظور می‌گردد.
- 4-7. 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.
- 4-8. حق بیمه بازنشستگان دوبرابر حق بیمه اعلامی است.
- 4-9. پوشش والدین غیر تحت تکفل، همسر و فرزندان غیر تحت تکفل با دو برابر حق بیمه امکان پذیر است.
- 5- سایر موارد:

- 5-1. 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.
- 5-2. 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.
- 5-3. 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.
- 5-4. 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 بیمه شده 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 از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.
- 5-5. در خصوص هزینه دستمزد پزشکان، با ارائه معرفی‌نامه بیمه دی به مراکز طرف قرارداد، مابه التفاوت حق الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی‌باشد.
- 5-6. 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 7: خدمات دندانپزشکی نیز براساس تعرفه‌های سندیکای بیمه‌گران ایران قابل پرداخت می‌باشد.
- تبصره 8: هزینه‌های ویزیت براساس آخرین تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران پرداخت می‌گردد.
- 5-7. 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، صورت حساب‌های 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.
- 5-8. میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
- 5-9. چنانچه در صورت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.
- 5-10. اعمال جراحی قلبی، قلب شکی، بلفاروپلاستی، سپتوپلاستی، استرابیسم، عیوب انکساری و چاقی مفرط می‌بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد.
- 5-11. هزینه‌های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی با ارائه اسناد مربوطه هر دو سال یکبار قابل پرداخت می‌باشد.

قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

- 5-12. دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان 9 ماه است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.
- 5-13. دوره انتظار استفاده از پوشش‌های بستری، جراحی عمومی و جراحی تخصصی 3 ماه است.
- 5-14. در صورتی که شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضاء و یا حداکثر 30 روز پس از پایان قرارداد بیمه درمان تکمیلی سال گذشته نزد بیمه گر قبلی باشد، ارائه تصویر قرارداد و لیست شدگانی که به تایید بیمه گر قبلی رسیده باشد، جهت حذف دوره انتظار الزامی است.
- 5-15. در صورتی که شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضاء قرارداد نزد بیمه گر دیگری باشد، ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگانی که به تایید بیمه گر قبلی رسیده باشد، جهت حذف دوره انتظار الزامی است.
- 5-16. 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.
- 5-17. خطرات ناشی از انفجار یا عملکرد ادوات جنگی بازمانده از جنگ تکمیلی در شمول تعهدات این قرارداد می‌باشد، مشروط به اینکه بیمه شده به قصد بازدید از مناطق عملیاتی در دوران جنگ تکمیلی و یا خنثی سازی ادوات جنگی در محل حضور نیافته باشد.
- 5-18. در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت‌های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شب یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه گذار برای بیمه شده اصلی).
- 5-19. اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می‌باشد.
- 5-20. مرور زمان دعاوی ناشی از تعهدات بیمه گر یکسال از تاریخ انقضاء مدت قرارداد می‌باشد.
- 5-21. چنانچه موارد مذکور در بیمه نامه و ضmann و ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر می‌شود، با نظرات بیمه گزار مطابقت نداشته باشد، بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت 15 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 بیمه گر خواهد بود.
- 5-22. پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گزار و قبول آن از طرف بیمه گر به منزله تایید بیمه نامه از ناحیه طرفین می‌باشد.
- 5-23. در صورتی که هریک از طرفین حداقل یکماه قبل از انقضاء 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 می‌باشد.
- 5-24. بیمه گر یا بیمه گزار می‌توانند 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 داور یا مراجع به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داور، طرفین می‌توانند 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 می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آراء اقدام به صدور رای داور می‌کنند. هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجع به دادگاه حل و فصل می‌شود.
- 5-25. در اجرای ماده 75 آیین نامه الحاقی ماده 14 قانون مبارزه با پولشویی بیمه گزار متعهد می‌شود ضمن عدم استفاده از مبالغ دریافتی از محل بیمه نامه در امر پولشویی و تروریزم 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 5 روز به شرکت بیمه دی اعلام نماید.
- 5-26. شرایط عمومی منحصراً در موارد پیش بینی نشده نافذ خواهد بود. در صورت مغایرت در تفسیر و اجرای قرارداد "متن، الحاقیه‌ها و شرایط عمومی بیمه گری" قرارداد حاکم است.
- 5-27. این قرارداد در بخش شرایط عمومی بیمه نامه‌های درمان شامل 21 ماده و 10 تبصره و در بخش شرایط بیمه گری بیمه دی شامل 3 ماده و 8 تبصره در دو نسخه متحدالمتن تنظیم و بین طرفین قرارداد مبادله گردید و پس از امضاء قطعی و لازم الاجرا می‌باشد. هر یک از نسخ دارای حکم واحد است.

