



بیمه ایران

تاریخ

شماره

به نام خدا

پیوست بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه‌های درمان و پوشش هزینه‌های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه‌ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه‌های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان (دو بخش این قرارداد کاملاً منفک از یکدیگر بوده و پوشش برای بازنشستگان در یک بخش می‌تواند شامل بخش دیگر نشود)، این قرارداد بین شرکت از یک طرف بعنوان بیمه‌گذار و شرکت از طرف دیگر بعنوان بیمه‌گر براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین‌نامه‌های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته‌های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره 96/203/36284 مورخ 1396/3/30 بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد میگردد.

شماره قرار داد :

درمان شاغلین:

تاریخ صدور:

عمر و حادثه بازنشستگان:

تاریخ شروع قرارداد : از ساعت بیست و چهار ۳۱ ر ۰۳ ۱۳۹۶

درمان تکمیلی بازنشستگان:

تاریخ انقضاء قرارداد : تا ساعت بیست و چهار ۳۱ ر ۰۳ ۱۳۹۷

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

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده 1- موضوع قرارداد بیمه :

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

ماده 2 - بیمه گر: شرکت به نشانی:

ماده 3 - بیمه گزار: به نشانی:

ماده 4- بیمه شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرار داد کار موقت (کارگری) موضوع ماده 124 قانون مدیریت خدمات کشوری) و کلیه کارکنانی که در لیست بیمه‌گر پایه شرکت بیمه‌گذار قرار دارند، بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌بگیران، وظیفه بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده 58 قانون تأمین اجتماعی و یا افراد تحت تکفل آنان (طبق قوانین ذیربط).

4-1- فرزندان پسر کارکنان شاغل، بازنشسته و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن 20 سالگی و در غیر اینصورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی و



Handwritten signature in blue ink

نام و نام خانوادگی
Handwritten signature



بیمه ایران

تاریخ

شماره

پیوست

یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

تبصره 1: در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل فرزندان پسر مجرد کارکنان شاغل و بازنشسته و از کارافتاده بعد

از محدوده سنتی موضوع بند 1-4 و نیز فرزندان پسر متأهل آنانکه بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و در هر صورت بطور پیوسته در طی دوره‌های قبل از این پوشش بیمه‌ای استفاده می‌کرده‌اند صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می‌توانند از پوشش بیمه‌شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند.

تبصره 2: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه‌ای طبق مفاد قرارداد بوده اما شامل پوشش‌های بیمه‌ای مرتبط با نازایی، زایمان (سقط و کورتاژ) و سونوگرافی حاملگی نمی‌باشند.

4-2- فرزندان دختر تا 18 سالگی و پس از آن به شرط عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار.

4-3- فرزندان کارکنان اناث وفق گواهی شاغل و بر اساس تعهد نامه پیوست هیچگونه دفترچه بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان مطابق با ماده 4 تلقی شود به شرط تحت پوشش بودن کلیه فرزندان (بررسی صحت و سقم موضوع توسط بیمه‌گر انجام می‌شود، تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای از ابتدای قرارداد مشروط به ارائه تعهد نامه به همراه لیست اولیه)

4-4- فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال (با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند 1-5)

4-5- پوشش نوزادان از بدو تولد اجباری بوده و بیمه‌گذار موظف است با ارسال اسامی و مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند 1-5 اقدام نماید. لازم بذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبتهای بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می‌توانند از دفترچه درمانی بیمه‌شده (مادر) استفاده نمایند.

4-6- پدر و مادر غیرتحت تکفل کارکنان شاغل و نیز همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان شاغل اناث، با توجه به شرایط پیش‌بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه‌گر معرفی شده باشند.

تبصره 1: در صورتیکه پدر و مادر بیمه‌شده اصلی و همسر کارکنان اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می‌شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی مانند سوابق داشتن دفترچه بیمه درمانی از طرف بیمه‌شده اصلی (در مورد کارکنان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت داشتن دفترچه درمانی تبعی 1) و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه‌شده اصلی و یا سایر مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.

تبصره 2: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل که سابقه بیمه‌ای در قرارداد دوره قبل را نداشته باشند، تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تائید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه 1 قرار داد) در ابتدای شروع قرارداد الزامی است.

4-7- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه‌شده اصلی که قانوناً تحت تکفل آنها می‌باشند با ارائه مدارک مثبتیه از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت نیرو

معاونت تحقیقات
و منابع انسانی

بیمه‌ای

Handwritten signatures in blue ink

نام
مهر



بیمه ایران

تاریخ

شماره

پیوست

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار و بیمه شده

ماده 5- ترتیب اعلام اسامی بیمه شدگان:

1-5- بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت 30 روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کار افتاده)، وظیفه بگیر، مستمری بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده 4 و یا افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز / ماه / سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه شدگان اصلی و کد ملی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و جهت تحویل به بیمه گر ارسال نماید، ضمناً بیمه گزار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه به روال فوق الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث به همراه خانواده مطابق ماده 4 و یا افراد تحت تکفل به جز افراد مربوط به لیست سوم.

لیست دوم: افراد غیرتحت تکفل بیمه شدگان اصلی اناث شامل همسر و فرزندان.

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

لیست چهارم: پدر و مادر غیرتحت تکفل بیمه شدگان اصلیاعم از ذکور و اناث.

لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیرتحت تکفل بیمه شدگان اصلی به همراه همسر (افراد موضوع تبصره 1 ماده 4).

لیست ششم: بازنشستگان، وظیفه بگیران و مستمری بگیران به همراه افراد خانواده مطابق ماده 4 و یا افراد تحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل به همراه همسر.

لیست هفتم: کارکنان انتقالی به بیمه گزار از تاریخ انتقال.

تبصره 1: هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق شامل مواردی مانند جدیدالاستخدام، انتقالی، مامورین، (به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان) و سایر افرادی که در طول قرار داد تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند بوده و لازمست مستندات آن (احکام مربوطه، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر برای بیمه گر ارسال گردد.

تبصره 2: در مورد والدین و همسر شاغلین ذکوری که در طول اجرای قرار داد تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند در صورت عدم رعایت ضرب الاجل بند 1-5 ملاک زمان پوشش تاریخ ثبت درخواست بیمه گزار در دبیرخانه شعبه بیمه گر می باشد.

تبصره 3: کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد، شامل مواردی مانند مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی، انفصال از خدمت، اخراجی، مامور، خروج از کفالت و یا قطع هرگونه همکاری می باشد که با ارائه مستندات آن (تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام مربوطه) میسر خواهد بود.



کبری صادقی

مالی

نام



بیمه ایران

تاریخ

شماره

5-2- شروع پوشش بیمه‌ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت

پیوست تکفل و غیرتحت تکفل آنان، تاریخ ورود بیمه‌شده اصلی به شرکت (بیمه‌گزار) خواهد بود. در مورد حذف بیمه

شدگان، زمان مؤثر تاریخ قطع همکاری بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گزار و با رعایت ضرب‌الأجل بند 1-5 است.

5-3- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه‌شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه-

گزار مکلف به تحویل دفترچه‌ها و کارت های درمانی بیمه‌شدگان حذف شده از قرارداد از ابتدای ماه بعد می‌باشد و

بیمه‌گر نیز خدمات خود را ماهانه ارائه خواهد داد.

5-4- در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع

قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه‌های مقرر می‌باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه-

شده بدون ایجاد وقفه به عهده بیمه‌گزار است.

5-5- در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند، ادامه پوشش بیمه درمانی منوط به

پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرارداد توسط بیمه‌شده و از طریق

بیمه‌گزار به بیمه‌گر خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه‌گر تعهدی در خصوص جبران هزینه‌های درمان بیمه‌شده

اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

5-6- در صورتی که بیمه‌شدگان مذکور در طول مرخصی بدون حقوق تحت پوشش بیمه قرار نگیرند بیمه‌گزار

مکلف است نسبت به جمع‌آوری و تحویل دفترچه‌ها و کارتهای درمانی مربوط به آنان همزمان با صدور حکم

مرخصی اقدام نماید در غیر اینصورت هزینه‌های طول مدت مرخصی به عهده بیمه‌گزار خواهد بود.

ماده 6 - حق بیمه : حق بیمه هر یک از بیمه‌شدگان به ازای تعهدات مندرج در این قرارداد به طریق ذیل

محاسبه می‌شود:

6-1- شاغلین :

6-1-1- مبلغ 2,750,000 ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص 2,522,930 ریال به علاوه

مالیات برارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ 227,070 ریال به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از

تعهدات ماده 66 قانون تامین اجتماعی بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی.

6-1-2- مبلغ 580,000 ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص 532,110 ریال به علاوه مالیات

برارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ 47,890 ریال) بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده

مطابق با ماده 4 و یا افراد تحت تکفل آنها.

6-2- افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

6-2-1- مبلغ 1,620,000 ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص 1,486,238 ریال به علاوه

مالیات برارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ 133,762 ریال) بابت هر یک از همسر و فرزندان غیرتحت تکفل

کارکنان انات، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان.

6-2-2- مبلغ 1,320,000 ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص 1,211,009 ریال به علاوه

مالیات برارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ 108,991 ریال) بابت هر پدر و مادر غیرتحت تکفل بیمه‌شده

اصلی (هزینه‌های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی‌شود).



برامینا

نام



بیمه ایران

3-6- مبلغ 520,000 ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص 477,064 ریال به علاوه مالیات

بر ارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ 42,936 ریال) برای هر یک از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته و نیز فرزندان ذکور غیر تحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفترچه درمانی بیمه گر پایه.

تاریخ

شماره

پیوست

تبصره 1: بجز بند 12-8 و ماده 9 قرار داد، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده 8 و کلیه بند های آن همانند شاغلین با رعایت تبصره 3 از ماده 8 می باشد.

تبصره 2: پوشش بیمه ای مشمولین بند فوق صرفاً از ابتدای قرارداد و همراه با ارسال لیست اولیه خواهد بود.

تبصره 3: کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کارافتاده می شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرار داد فوت می شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده اصلی می توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوطه به بازنشستگان، پوشش های همانند شاغلین به استثنای هزینه های مربوط به عینک و دندان پزشکی را دریافت نمایند در غیر این صورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش های همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد یا سه ماه از شروع بازنشستگی را دریافت نمایند.

ماده 7- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه و تسویه حساب:

بیمه گزار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه شدگان (موضوع ماده 6 قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت پانزده روز از پایان هر ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید.
تبصره 1: با اعلام عدم رعایت موضوع فوق و ماده 7 از مقررات گوناگون توسط طرفین به شرکت مادر تخصصی ذیربط (و یا وزارت نیرو برای موسسات و مراکز آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکت های مادر تخصصی، مراتب به وزارت نیرو و بیمه گر طرف قرار داد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نحوه برخورد با موضوع تعیین گردد.

تبصره 2: بیمه گر و بیمه گزار موظف به ارسال تصویر یک نسخه از تمام الحاقیه های احتمالی که مبنای هرگونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرارداد می باشد خواهند بود، اطلاعات مربوطه با فرمت PDF و حداکثر تا یک هفته کاری بعد از امضای آن به آدرس پست الکترونیکی hrd@moe.gov.ir و بصورت جداگانه از سوی بیمه گر و بیمه گزار ارسال می شود. در صورت عدم ارسال، گزارش های هزینه و عملکرد بیمه گر در مورد خسارت های پرداختی و معوق در دوره قرارداد 96-97 مورد محاسبه قرار نخواهد گرفت، همچنین وزارت نیرو می تواند نام شرکت های زیرمجموعه صنعت آب و برق که از ارسال گزارش امتناع کرده اند را برای دوره های آتی از لیست واگذاری درمان سازمان تأمین اجتماعی خارج نماید.

فصل سوم: تعهدات بیمه گر

ماده 8 - تعهدات بیمه گر: در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده 6 قرارداد تعهدات بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان با رعایت تبصره های ذیل عبارت است از:



پریامادی

Handwritten signatures in blue ink.

نام
مهر



بیمه ایران

تاریخ

شماره

پیوست

تبصره 1: در مورد کلیه تعهدات بیمه‌گر پرداخت هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که تعرفه مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود. (در صورتیکه مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب 10٪ فرانشیز خواهد بود).

تبصره 2: در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه‌شده صفر خواهد بود.

تبصره 3: در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه توسط بیمه‌شدگان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان، از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات در کلیه بندهای ماده 8 (با رعایت تبصره 1 از بند 3-6) با اعمال 35٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه‌شدگان مشمول بند ج از 1-8 بوده و بیمه‌گر پایه تعهدی نداشته باشد و یا هزینه‌های دارویی که سهم بیمه‌گر اول در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه‌گر با اعمال فرانشیز 10٪ انجام خواهد شد.

تبصره 4: در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقیمانده هزینه‌های مورد تعهد را بدون رعایت همترازی پرداخت نماید، 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.

تبصره 5: مبنای محاسبه هزینه‌های پرداخت نشده، تعرفه اعلامی مصوب وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه می‌باشد.

1-8: تأمین هزینه‌های بیمارستانی و DAY-CARE شامل اعمال جراحی - درمان طبی و زایمان اعم از زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نظیر، ICU، CCU و اطاق ایزوله به شرح زیر می‌باشد:

الف - تعهدات بیمه‌گر در مورد اعمال جراحی و در مان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی‌نامه از بیمه‌گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب - تعهدات بیمه‌گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد بیمه‌گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی‌نامه با رعایت اصل همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در منطقه و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت 15 روز کاری باز پرداخت خواهد شد و در موارد سرپایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت هفت روز کاری پس از دریافت مدارک هزینه‌ها بازپرداخت خواهد شد.

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

الف - هزینه اعمال جراحی قلب، پیوند کلیه و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال 15٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

ب - هزینه‌های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در بیمارستانهای درجه یک با 25٪ فرانشیز و در سایر بیمارستانها با اعمال 15٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.



پریماتی
نامی
نامی

نامی
نامی



بیمه ایران

ج- پرداخت هزینه های مربوط به بیماریهای خاص (منظور از بیماریهای خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد که شامل ام اس ، تالاسمی ، هموفیلی ، نارسایی مزمن کلیه و دیالیز) و بیماری های صعب العلاج (شامل کانسر، پارکینسون، هیپاتیت، ایدز، شیمی درمانی و پیوند مغز استخوان BMT) بر اساس تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود. در خصوص سایر بیماری های صعب العلاج با نظر مشترک وزارت نیرو و کمیسیون پزشکی بیمه گر اقدام خواهد شد.

د- هزینه های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری، سقوط یا بر خورد شیدر حین انجام کار (در صورت اعلام مراتب به بیمه گر حداکثر ظرف مدت سه روز کاری پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه-گر خواهد بود.

2-8- در خصوص هزینه های تشخیصی- درمانی سرپایی از قبیل هزینه های رادیولوژی، پزشکی هسته ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی و لیزر درمانی ابتدا 20٪ فرانشیز از هزینه پرداختی (در صورت اعمال حق فنی، پرداخت هزینه آن به عهده بیمه شده میباشد) کسر و حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب بخش خصوصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد پرداخت می شود.

3-8- انواع هزینه های اعمال جراحی که بطور سرپایی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر، برای هر چشم که 3 دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف 10,000,000 ریال (ده میلیون ریال) قابل پرداخت است.

4-8- لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری های چشم (خونریزی شبکیه، جداشدگی شبکیه، قوز قرنیه و ...) با رعایت اصل همترازی و با اعمال 20٪ فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.

5-8- هزینه های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه های همترازی بیمه گر و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت تبصره 1 از ماده 8 قابل جبران خواهد بود.

6-8- ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش خصوصی با اعمال 20٪ فرانشیز به حق ویزیت پرداختی و سپس حداکثر تا تعرفه بخش خصوصی مصوبه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است (تعرفه های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد).

7-8- هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که در دفترچه درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با کسر 20٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

تبصره 1- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند حداکثر بر اساس قیمت داروهای تولید داخلی قابل پرداخت است. چنانچه پزشک متخصص معالج ضرورت مصرف داروی خارجی که مشابه تولید داخلی دارد را در پشت برگ نسخه تصریح نماید و پزشک معتمد بیمه گر لزوم مصرف و میزان آن را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) با کسر 30٪ فرانشیز قابل جبران می باشد.

تبصره 2- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تأیید ضرورت مصرف و نام تجاری دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط



نام

معاونت تحقیقات و منابع انسانی

وزارت نیرو

جمهوری اسلامی ایران



بیمه ایران

بیمه گر، بررسی می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر ، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) قابل جبران است. تبصره 3 - حق فنی داروخانه به عهده بیمه شده می باشد .

تاریخ

شماره

پیوست

تبصره 4 - هزینه سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین که جزء ملزومات دارویی محسوب می گردد بیمه ایران و همچنین تزریقات بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با کسر 20٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره 5 - هزینه نوار تست قند خون بیماران دیابتی وابسته به انسولین در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا 70 عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و با کسر 20٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره 6 - بیمه گر تعهد می نماید تا کلیه داروخانه های طرف قرار داد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:

1- داروخانه های معتمد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه گزار برای بیماران خاص و صعبالعلاج تا سقف چهار میلیون (4/000/000) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه گر سایر بیماران تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (2/500/000) ریال.

2- در مورد سایر داروخانه ها تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (2/500/000) ریال برای کلیه نسخ دارویی.

8-8- هزینه مربوط به وسایل کمک پزشکی که در داخل بدن بکار می رود با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز متناسب با شرایط تفاهم نامه محاسبه و پرداخت می شود همچنین وسایل کمک پزشکی دیگر که در خارج از بدن کار گذاشته می شود مانند سمعک، واکر و ... با تأیید پزشک معالج و بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر محاسبه و حداکثر تا 5 برابر جدول تعرفه سازمان تامین اجتماعی مربوط به سال 93 پرداخت می شود.

9-8- تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر با کسر فرانشیز همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعبالعلاج تا سقف 100/000/000 ریال (یکصد میلیون ریال) در سال در تعهد بیمه گر می باشد.

10-8- تأمین هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی، IVF، JUI، GIFT، ZIFT هزینه های دارویی مانند HMG، HCG با اعمال 20٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف 50/000/000 ریال (پنجاه میلیون ریال) جهت هر یک از زوجین می باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

11-8- تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح زیر است .

1-11-8- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله CCU، ICU گردد و همچنین در مورد شکستگی ها (از جمله لگن، پا و گردن، ستون فقرات)، انتقال بیمار ما بین بیمارستان ها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف 2/000/000 ریال (دو میلیون ریال) در هر مورد قابل پرداخت می باشد .

2-11-8- در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدأ و یا تأیید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی تا سقف 6/500/000 ریال (شش میلیون و پانصد هزار ریال) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است .



Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.

Handwritten signature and stamp on the right side of the page.



بیمه ایران

3-11-8- هزینه همراه کودک بیمار تا سن 10 سال کامل و افراد بالای 70 سال، حداکثر معادل یک نرخ تعرفه همراه در بیمارستان های همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

تاریخ

شماره

پیوست

12-8- تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) هر دو سال یک بار حداکثر تا سقف 2/500/000 (دو میلیون و پانصد هزار) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف 3/375/000 (سه میلیون و سیصد و هفتاد و پنج هزار) ریال.

تبصره: در صورت تمایل حداقل 75 درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس روش ذیل و مزاد بر حق بیمه ماده 6 حداکثر تا سقف 5/500/000 (پنج میلیون و پانصد هزار) ریال برای عینک یک دید و سقف 35٪ بیشتر از تعهد یک دید برای عینک دو دید قابل پرداخت است:

(سقف عینک یک دید) $\times 0/01671 =$ حق بیمه ماهانه هر نفر مزاد بر تعهدات بند 8-12

1-12-8- جهت افراد زیر 18 سال تمام در صورت تغییر دید بینائی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار حداکثر تا نصف سقف تعهد عینک یک دید در بند 8-12 صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود .

13-8- هزینه های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حساب های درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه گر تعهدات خود را (مزاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد.

14-8- بیمه گر متعهد می گردد لیست کلیه مراکز طرف قرار داد خود را حداکثر ظرف 15 روز کاری کتباً به بیمه گزار اطلاع دهد و همچنین بیمه گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمان های مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه گر مکلف است تمامی مراکز مذکور را طرف قرارداد خود قرار دهد.

15-8- بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گزار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید .

16-8- هزینه های درمانی خارج از کشور :

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

تبصره - در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه گر هزینه های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت 15 روز از تاریخ تحویل مدارک، به بیمه شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می گردد.

17-8- بیمه گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه گزار را بر اساس جدول پیوست تهیه و در اختیار وی قرار دهد .



معاونت تحقیقات و منابع انسانی

Handwritten signatures in blue ink

Handwritten notes and signatures on the right margin



بیمه ایران

تاریخ

شماره

پیوست

18-8- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت دستورالعمل ها و بخشنامه ها و تعرفه های این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می نماید به وزارت نیرو و بیمه گزاران محلی اقدام نماید.

ماده 9 - خدمات دندانپزشکی

9-1- تعهدات مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، ارتودنسی و ایمپلنت با اعمال 25٪ فرانشیز در هر مورد تا سقف 10/000/000 (دهمیلیون) ریال برای هر خانوار در طول مدت قرار دادو بر اساس آخرین تعرفه ابلاغی سندیکای بیمه گران مورد تعهد بیمه گر می باشد. تبصره: در صورت تمایل حداقل 75 درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس جدول ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده 6 حداکثر تا سقف 10/000/000 (ده میلیون) ریال قابل پرداخت است.

حداکثر سقف دندانپزشکی مازاد بر تعهدات بند 9-1 (ریال)	حق بیمه مازاد ماهانه هر بیمه شده اصلی (ریال)
1,000,000	48000
2,000,000	95000
3,000,000	108000
4,000,000	140000
5,000,000	165000
6,000,000	190000
7,000,000	210000
8,000,000	230000
9,000,000	270000
10,000,000	300000

توجه: حق بیمه سرانه موارد مازاد بر سقف 5 میلیون ریال مربوط به تعهدات دندان پزشکی خانوار به ازاء هر بیمه شده اصلی است.

9-2- بیمه گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه شدگان به تناسب تعداد بیمه شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور با کلینیک های دندانپزشکی و یا دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود.

9-3- چنانچه بیمه گر در هر شهر یا شهرستانی دندانپزشک و یا مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد نداشته باشد تا انعقاد قرارداد با مراکز دندانپزشکی و دندانپزشکان و اعلام مراتب به بیمه گزار کماکان نسبت به تسویه هزینه های دندانپزشکی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می آید با تائید دندانپزشک معتمد بیمه گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

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



پریامحیی

الوند

نیم



ماده 10 - ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه ها:

تاریخ

شماره

پیوست

بیمه ایران

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی به بیمه گر در مورد هزینه های دندانپزشکی که قبل از انقضاء این قرارداد طرح درمان آن به تأیید بیمه گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد و همچنین ارائه هزینه های پاراکلینیکی 3 ماه و در مورد هزینه های بیمارستانی 5 ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه می باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. لیکن در مورد هزینه های بیمارستانی در صورت موجه بودن تأخیر به شرط اعلام بیمه گزار به بیمه گر در طول مدت تعیین شده فوق الذکر تا مدت 8 ماه مورد پذیرش خواهد بود.

ماده 11 - استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

- 1- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر جنبه درمانی داشته و بیمه شده حداقل یکسال سابقه بیمه ای نزد بیمه گر داشته باشد در خصوص نوزادان در صورت داشتن پوشش بیمه ای از بدو تولد نیازی به یک سال سابقه نمی باشد.
- 2- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی طی پوشش بیمه ای قراردادهای درمانی وزارت نیرو.
- 3- اتاق خصوصی (یک نفره): هزینه اتاق بیماران با رعایت اصل همترازی حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته بیمارستان محل درمان پرداخت می گردد بجز بیماران بستری در اتاق ایزوله که در صورت تأیید پزشک معالج حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستانهای همتراز پرداخت می شود.
- 4- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته ای.
- 5- 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 صورتحساب بیمارستان منعکس باشد.
- 6- هزینه های مربوط به عقیم سازی مانند وازکتومی و TL.
- 7- هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده 69 قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب واریس، شکم بند و نظایر آن (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تأیید پزشک معتمد بیمه گر برسد). کلیه هزینه های مربوط به لوازم مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی طرف قرار داد استفاده می شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی شود.
- 8- هزینه های ترک اعتیاد.
- 9- هر نوع چک آپ و آزمایشات دوره ای (برابر قانون کار، این هزینه ها به عهده کارفرما میباشد).
- 10- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- 11- هزینه های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل، بیمه شده باشد.
- 12- هزینه های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه شده مقصر حادثه نیست.
- 13- جنون (در صورت عدم آگاهی بیمه شده نسبت به بیماری خود)



نام
شماره



بیمه ایران

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

تاریخ

شماره

پیوست فصل اول - تعاریف و اصطلاحات:

ماده 1 - بیمه شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه گزار.

تبصره 1) بازنشستگان با در نظر گرفتن وضعیت جسمانی (سن و سلامتی) بر اساس معاینات پزشکی (در صورت ضرورت) و تأیید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

تبصره 2) بیمه شدگانی که به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه نامه استفاده نموده اند از شمول این قرارداد خارج می باشند.

تبصره 3) بیمه شدگان در بیمه عمر حداکثر تا اتمام سن 85 سالگی و در بیمه حادثه تکمیلی بعد از 85 سالگی نیز بر اساس مفاد این قرارداد تحت پوشش می باشند.

تبصره 4) بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد در بیمه عمر، سن آنها از 85 سال تمام تجاوز نماید کماکان تا پایان سال بیمه ای تحت پوشش خواهند بود.

ماده 2 - تعریف حادثه: عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، ازکار افتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

ماده 3 - تعریف نقص عضو و ازکارافتادگی: عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

ماده 4 - موضوع قرارداد: عبارتست از بیمه عمر و حادثه و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، بیمه شدگان در تمام اوقات شبانه روز

فصل دوم: وظایف و تعهدات بیمه گزار

ماده 5 - بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت 30 روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه مشمولین بیمه خود را شامل: نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه و محل صدور و کد ملی را تهیه و جهت بیمه گر ارسال دارد و در پایان هر ماه تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) را به روال فوق اعلام نماید.

تبصره: چنانچه اعلام تغییرات در تعداد بیمه شدگان (افزایش) در طول قرارداد بیش از مدت تعیین شده (موضوع ماده 5) باشد بیمه گر هیچگونه تعهدی در پرداخت غرامات احتمالی نخواهد داشت.

ماده 6 - حق بیمه - حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان:

1-6- پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه 122936 (یکصد و بیست و دو هزار و سی و شش) ریال به همراه پرداخت مالیات بر ارزش افزوده به میزان 11064 (یازده هزار و شصت و چهار) ریال جمعاً به میزان 134000 ریال تا سن 85 سالگی بابت پوشش بیمه عمر و نقص عضو ناشی از حادثه و از سن 85 سالگی به بعد ماهیانه 11927 (یازده هزار و نهصد و بیست و هفت) ریال به همراه مالیات بر ارزش افزوده به میزان 1073 (یک



پرامندی

بهره

نصر



بیمه ایران

تاریخ هزار و هفتاد و سه) ریال جمعا به میزان 13000 (سیزده هزار) ریال بابت پوشش بیمه حادثه محاسبه و اعمال خواهند شد.

شماره

پیوست

تبصره 1) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه : حق بیمه هر ماه بیمه شدگان، موضوع ماده 6 قرارداد می بایست

حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود .

تبصره 2) غرامت بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد .

تبصره 3) تعهدات بیمه‌گزار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه گر می باشد .

ماده 7- وظایف بیمه شده و بیمه گذار در صورت وقوع حادثه:

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

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

الف) در صورت فوت :

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

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

1. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مامور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد .
2. گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم بیمه شده .
3. تصویر شناسنامه بیمه شده .
4. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه شده .
5. تصویر برابر اصل کارت ملی بیمه شده



چک صحت

البرق

میل

نام



بیمه ایران

تبصره - در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی

وسایله نقلیه را در هنگام سانحه به عهده داشته باشد، در این صورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله

نقلیه و یا تأییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی برداشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

تاریخ

شماره

پیوست فصل سوم - تعهدات بیمه گر:

ماده 8- بیمه گر متعهد است در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم

(جزئی و کلی) بیمه شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، موضوع ماده 7 فوق، غرامت ذیل را

حسب مورد صرفاً در وجه بیمه شده یا ذینفع و در صورت عدم تعیین ذینفع به وراث قانونی وی پرداخت نماید.

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل میباشد:

1- فوت عادی (بیماری، کهولت سن) 80/000/000 (هشتاد میلیون) ریال

2- فوت ناشی از حادثه 80/000/000 (هشتاد میلیون) ریال

3- نقص عضو دائم کلی ناشی از حوادث مشمول بیمه 80/000/000 (هشتاد میلیون) ریال

4- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ 80/000/000 (هشتاد میلیون) ریال

(براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده 9- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه گزاران در مورد سایر دستورالعمل ها و

بخشنامه های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحد های اجرایی ارسال می نماید اقدام نماید.

بخش سوم - مقررات گوناگون:

ماده 1- بیمه گر و بیمه گزار سعی خواهند نمود هر گونه اختلاف ناشی از تفسیر یا اجرای این قرارداد را از طریق

مذاکره حل و فصل نمایند.

ماده 2- به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت خسارت، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد

طرفین موضوع این قرارداد جهت بیمه گر و بیمه گزار محفوظ می باشد.

ماده 3- در صورت حذف مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی توسط سازمان امور مالیاتی کشور مبالغ مذکور

در ماده 6 قابل پرداخت نخواهد بود.

ماده 4- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیون

مشترک متشکل از نمایندگان بیمه گر و بیمه گزار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت

اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.

ماده 5- موارد مسکوت یا پیش بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه های درمان، عمر و حوادث و

قانون، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده 6- مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت بیست و چهار ۳۱/۰۳/۱۳۹۶ شروع تا

ساعت بیست و چهار ۳۱/۰۳/۱۳۹۷ منقضی می گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک

ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.

ماده 7- در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه گزار و یا بیمه گر مایل

به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای فیما بین با توجه به کلیه مفاد این

قرارداد و توافقنامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.



Handwritten signatures in blue ink

Handwritten signature in blue ink



بیمه ایران

ماده 8- بیمه گزار و بیمه گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت 4 ماه پس از انقضای مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.

تاریخ

شماره

ماده 9- بیمه گر موظف است میزان دسترسی بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی

پیوست

کاهش ندهد در غیر اینصورت موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرار داد با بخش های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می شود) را به وزارت نیرو و بیمه گزار اعلام نماید.

ماده 10- سهم بیمه شده در مراکز پاراکلینکی طرف قرارداد بیمه گر تنها فرانشیز مربوطه می باشد (به استثنای حق فنی). چنانچه مبلغ مازاد بر فرانشیز از بیمه شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه گر موظف به جبران آن می باشد.

ماده 11- بیمه گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده دفترچه بیمه شده در هر کجای کشور بدون انجام فرآیند های اداری اضافی مهیا شده و هزینه درمانی بیمه شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه گزار در هر شهر مورد مراجعه بیمه شده به شعب بیمه گر قابل پرداخت باشد.

ماده 12- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر 11 ماده و 30 تبصره، در بخش دو شامل 9 ماده و 10 تبصره و در بخش سه شامل 12 ماده و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرار داد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه گر و بیمه گزار مشمول این قرار داد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی باشند.

شرکت بیمه گزار

شرکت سهامی بیمه



Handwritten signatures in blue ink

نام
مهر



بیمه ایران

تاریخ
شماره
ضمیمه تعهدنامه بند 3-4 از بخش یک قرارداد

پیوست
شرکت سهامی بیمه ایران

نظر به اینکه فرزندان اینجانب از هیچ گونه پوشش بیمه درمانی از طریق پدر (همسر اینجانب) برخوردار نیستند ، لذا خواهشمند است تمهیدات لازم نسبت به صدور دفترچه درمانی جهت آنان در نظر گرفته شود .
بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا متعهد به پرداخت کلیه خسارات وارده بوده و در این ارتباط موارد مرتبط با ماده 97 قانون تامین اجتماعی در مورد اینجانب از طرف بیمه گر قابل پیگیری خواهد بود .

مدیر امور اداری شرکت
امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه شده
امضاء



برنامه حقوقی
[Handwritten signatures and stamps]

ناصر
[Handwritten signature]



بیمه ایران

ضمیمه (1)

ضمیمه مربوط به تبصره 1 از بند 6-4 بخش اول قرار داد

تاریخ
شماره
پیوست

نام خانوادگی : نام :

کد ملی : تاریخ تولد :

نسبت با بیمه شده اصلی :

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

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

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

پوشش مناسب درمان وزارت نیرو

به دلیل بیماری

به دلیل نیاز به عمل جراحی

لطفاً نوع عمل را ذکر نمایید :

تعهد نامه :

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

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

امضاء : تأیید بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی:

امضاء :



پیرامانی
البرز
مهر

ناصر
مهر



بیمه ایران

ضمیمه (2)

جدول هزینه 4 ماهه بخش اول قرارداد بیمه جامع تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

تاریخ

شماره

پیوست

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

عینک		بیمارستانی		دارو		دندانپزشکی		سریایی و پاراکلینیکی		موارد
هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	وضعیت بیمه شدگان شاغلین بازنشستگان
ریال		حق بیمه خالص صادره در دوره :								نام شرکت بیمه گزار :
ریال		حق بیمه بابت تبصره بند 9 دندانپزشکی :								نام شرکت بیمه گر :
ریال		حق بیمه بابت تبصره 8-12 عینک :								تعداد بیمه شده اصلی (شاغل) :
ریال		حق بیمه وصولی :								تعداد بیمه شده اصلی (بازنشسته) :
										تعداد افراد تحت تکفل شاغلین :
										تعداد افراد تحت تکفل بازنشستگان : نفر
										تعداد پدر و مادر غیر تحت تکفل : نفر
										تعداد افراد غیر تحت تکفل : نفر

امضاء مدیر امور کارکنان شرکت بیمه گزار :

امضاء رئیس شعبه بیمه گر :



معاونت تحقیقات و منابع انسانی

میرزا محسنی

Handwritten signatures and stamps

نام و امضاء