

به نام خدا

بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه های درمان و پوشش هزینه های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان (دو بخش این قرارداد کاملاً منفک از یکدیگر بوده و پوشش برای بازنشستگان در یک بخش می تواند شامل بخش دیگر نشود)، این قرارداد بین شرکت از یک طرف بعنوان بیمه گذار و شرکت از طرف دیگر بعنوان بیمه گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین نامه های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره مورخ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد می گردد.

شماره قرارداد:

درمان شاغلین:

تاریخ صدور:

عمر و حادثه بازنشستگان:

تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۹۷/۰۴/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان:

تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۹۸/۰۴/۰۱

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

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- 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 ۲- بیمه گر: شرکت به نشانی:

ماده ۳- بیمه گذار: به نشانی:

ماده ۴- بیمه شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی **دائم و مدت معین**)، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرارداد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری و کلیه کارکنانی که در لیست بیمه گر پایه شرکت بیمه گذار قرار دارند، بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری بگیریان، وظیفه بگیریان **به همراه اعضاء خانواده و افراد تحت تکفل آنان مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی.**

تبصره: بیمه گذاران موظف به اعلام اسامی بیمه شدگان بر طبق حکم کارگزینی (و یا قرارداد) و ردیف مربوط به حق عائله مندی و اولاد کارکنان به بیمه گر می باشند.

۱-۴- فرزندان پسر کارکنان شاغل، بازنشسته و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و 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 بیمه گذار به بیمه گر ارائه شود.

تبصره ۱: در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل فرزندان پسر مجرد کارکنان شاغل و بازنشسته و از کارافتاده بعد از محدوده سنی موضوع بند ۱-۴ و نیز فرزندان پسر **متأهل** آنان که 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 غیرتحت تکفل (**پوشش فرزندان غیرتحت تکفل بازنشستگان همانند بیمه‌شده اصلی خواهد بود**) استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه‌ای طبق مفاد قرارداد بوده اما شامل پوشش‌های بیمه‌ای نازایی، **زایمان، سقط، کورتاژ و اقدامات تشخیصی درمانی مرتبط** نمی‌باشند.

۲-۴- فرزندان دختر تا ۱۸ سالگی و پس از آن به شرط عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار.

۳-۴- فرزندان کارکنان اناث وفق **ارائه** گواهی **توسط** شاغل و بر اساس تعهد نامه پیوست **که** هیچگونه دفترچه بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان مطابق با ماده ۴ 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 تعهدنامه به همراه لیست اولیه)

۴-۴- فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده‌اند و قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال (با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۵)

۵-۴- 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 ۱-۵ 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.

۶-۴- 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 ۱: 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 ۱) 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 شرائط 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 ۲: 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 تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه ۱ قرارداد) در ابتدای شروع قرارداد الزامی است.

۷-۴- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه‌شده اصلی که قانوناً تحت تکفل آنها می‌باشند با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده

ماده ۵ - ترتیب اعلام اسامی بیمه‌شدگان:

۵-۱- بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه‌شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کارافتاده)، وظیفه‌بگیر، مستمری‌بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه‌شده 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 بیمه‌شدگان اصلی و کد ملی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و به بیمه‌گر ارسال نماید، ضمناً بیمه‌گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز در تعداد بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه به روال فوق‌الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه‌شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث به همراه خانواده مطابق ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل به جز افراد مربوط به لیست سوم.

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

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

لیست چهارم: پدر و مادر غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی به همراه همسر (افراد موضوع تبصره ۱ ماده ۴).

لیست ششم: بازنشستگان، وظیفه‌بگیران و مستمری‌بگیران به همراه افراد خانواده مطابق ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل به همراه همسر.

لیست هفتم: کارکنان انتقالی به بیمه‌گذار از تاریخ انتقال.

تبصره ۱: 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 قرارداد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند بوده و لازمست مستندات آن (احکام مربوطه، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر برای بیمه‌گر ارسال گردد.

تبصره ۲: در مورد والدین و همسر شاغلین ذکوری که در طول اجرای قرارداد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند در صورت عدم رعایت ضرب‌الاجل بند ۱-۵ ملاک زمان پوشش تاریخ ثبت درخواست بیمه‌گذار در دبیرخانه شعبه بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل مواردی مانند مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی، انفصال از خدمت، اخراجی، مامور، خروج از کفالت و یا قطع هرگونه همکاری می‌باشد که با ارائه مستندات آن (تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام مربوطه) میسر خواهد بود.

۲-۵- در صورتیکه کاهش تعداد بیمه‌شدگان به علت انتقال فیما بین شرکتهای صنعت آب و برق باشد محاسبه حق بیمه و خدمات بیمه‌گر صرفاً تا تاریخ پایان پوشش و براساس مفاد مندرج در بند ۴-۵ اعمال می‌شود و در موارد انتقال به خارج از صنعت آب و برق در صورت دریافت خدمات، حق بیمه بیمه‌شده و افراد تحت تکفل وی تا پایان دوره قرارداد محاسبه و مطالبه می‌گردد.

۳-۵- شروع پوشش بیمه‌ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان، تاریخ **شروع به کار** بیمه‌شده اصلی در شرکت (بیمه‌گذار) خواهد بود. در مورد حذف بیمه‌شدگان، زمان مؤثر تاریخ قطع همکاری بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گذار و با رعایت ضرب‌الاجل بند ۱-۵ است.

۴-۵- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه‌شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه‌گذار مکلف به تحویل دفترچه‌ها و کارتهای درمانی بیمه‌شدگان حذف شده از قرارداد از ابتدای ماه بعد می‌باشد و بیمه‌گر نیز خدمات خود را ماهانه ارائه خواهد داد.

۵-۵- 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 بیمه‌شده بدون ایجاد وقفه به عهده بیمه‌گذار است.

۶-۵- 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 بیمه‌گذار به بیمه‌گر خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه‌گر تعهدی در خصوص جبران هزینه‌های درمان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

۷-۵- در صورتی که بیمه‌شدگان مذکور در طول مرخصی بدون حقوق تحت پوشش بیمه قرار نگیرند بیمه‌گذار 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 بیمه‌گذار خواهد بود.

ماده ۶ - حق بیمه : حق بیمه هر یک از بیمه‌شدگان به ازای تعهدات مندرج در این قرارداد به طریق ذیل محاسبه می‌شود:

۱-۶- شاغلین:

۱-۱-۶- مبلغ ۳۱۵۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هریک از بیمه‌شدگان اصلی.

۲-۱-۶- مبلغ ۶۲۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

۲-۶- افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

۱-۲-۶- مبلغ ۱۸۱۵۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان.

۲-۲-۶- مبلغ ۱۴۸۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی (هزینه‌های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی‌شود).

۳-۶- مبلغ ۵۹۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه برای هر یک از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته و نیز فرزندان ذکور غیرتحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه.

تبصره ۱: بجز بند ۱۲-۸ و ماده ۹ قرارداد، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ۸ و کلیه بندهای آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۳ از ماده ۸ می‌باشد.

تبصره ۲: پوشش بیمه‌ای مشمولین بند فوق صرفاً از ابتدای قرارداد و همراه با ارسال لیست اولیه خواهد بود.

تبصره ۳: کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کارافتاده می‌شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می‌شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده اصلی می‌توانند ضمن تحویل دفترچه‌های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوطه به بازنشستگان، پوشش‌های همانند شاغلین به استثنای

هزینه‌های مربوط به عینک و دندانپزشکی را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش‌های همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد یا سه ماه از شروع بازنشستگی را دریافت نمایند.

ماده ۷- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه و تسویه حساب:

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه‌شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت پانزده روز از پایان هر ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید. **تبصره ۱:** با اعلام عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ 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 شرکت‌های مادر تخصصی، مراتب به وزارت نیرو و بیمه‌گر طرف قرارداد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نحوه برخورد با موضوع تعیین گردد.

تبصره ۲: بیمه‌گر و بیمه‌گذار موظف به ارسال تصویر یک نسخه از تمام الحاقیه‌های احتمالی که مبنای هر گونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرارداد می‌باشد خواهند بود، اطلاعات مربوطه با فرمت PDF و حداکثر تا یک هفته کاری بعد از امضای آن به آدرس پست الکترونیکی hird@moe.gov.ir **دفتر توسعه منابع انسانی وزارت نیرو** و بصورت جداگانه از سوی بیمه‌گر و بیمه‌گذار ارسال می‌شود. در صورت عدم ارسال، گزارشهای هزینه و عملکرد بیمه‌گر در مورد خسارتهای پرداختی و معوق در دوره قرارداد ۹۸-۹۷ مورد محاسبه قرار نخواهد گرفت، همچنین وزارت نیرو می‌تواند نام شرکت‌های زیرمجموعه صنعت آب و برق که از ارسال گزارش امتناع کرده‌اند را برای دوره‌های آتی از لیست واگذاری درمان سازمان تأمین اجتماعی خارج نماید.

فصل سوم- تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه‌گر: در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان با رعایت تبصره‌های ذیل عبارت است از:

تبصره ۱: درمورد 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 صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هئیت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود).

تبصره ۲: در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه‌شده صفر خواهد بود.

تبصره ۳: 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 ۸ (با رعایت تبصره ۱ از بند ۳-۶) با اعمال ۳۵٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه‌شدگان مشمول بند ج از ۱-۸ بوده و بیمه‌گر پایه تعهدی نداشته باشد و یا هزینه‌های دارویی که سهم بیمه‌گر **پایه** در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه‌گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ انجام خواهد شد.

تبصره ۴: 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 ۵: مبنای محاسبه هزینه‌های پرداخت نشده، تعرفه اعلامی مصوب وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه می‌باشد.

۸-۱- 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 درمان 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 ۱۵ 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 ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

ب- هزینه‌های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در بیمارستانهای درجه یک با ۲۵٪ فرانشیز و در سایر بیمارستان‌ها با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

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

د- هزینه‌های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری، سقوط یا برخورد شی در حین انجام کار (در صورت اعلام مراتب به بیمه‌گر حداکثر ظرف مدت سه روز کاری پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

۸-۲- درخصوص هزینه‌های تشخیصی - درمانی سرپایی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی و لیزر درمانی ابتدا ۲۰٪ فرانشیز از هزینه پرداختی کسر و حداکثر تا سقف تعرفه‌های مصوب بخش خصوصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد پرداخت می‌شود. **در صورت اعمال حق فنی، پرداخت هزینه آن به عهده بیمه‌شده می‌باشد.**

۸-۳- انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سرپایی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می‌پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (ده میلیون ریال) قابل پرداخت است.

- ۴-۸- لیزرتراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداشتگی شبکیه، قوز قریه و ...) با رعایت اصل همترازی و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.
- ۵-۸- هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه‌های همترازی بیمه‌گر و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت تبصره ۱ از ماده ۸ قابل جبران خواهد بود.
- ۶-۸- ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه‌دار در بخش خصوصی با اعمال ۲۰٪ 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 (تعرفه‌های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی‌گردد).
- ۷-۸- هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که در دفترچه درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.
- تبصره ۱-** 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 بیمه‌گر لزوم مصرف و میزان آن را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد) با کسر ۳۰٪ فرانشیز قابل جبران می‌باشد.
- تبصره ۲-** 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 بیمه‌گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط بیمه‌گر، بررسی می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد)، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای) قابل جبران است.
- تبصره ۳-** حق فنی داروخانه به عهده بیمه‌شده می‌باشد.
- تبصره ۴-** هزینه سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین که جزء ملزومات دارویی محسوب می‌گردد و همچنین تزریقات بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.
- تبصره ۵-** 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 ۷۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.
- تبصره ۶-** بیمه‌گر تعهد می‌نماید تا کلیه داروخانه‌های طرف قرارداد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:
- ۱- داروخانه‌های معتمد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه‌گذار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف چهار میلیون (۴/۰۰۰/۰۰۰) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه‌گر سایر بیماران تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (۲/۵۰۰/۰۰۰) ریال.
- ۲- در مورد سایر داروخانه‌ها تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (۲/۵۰۰/۰۰۰) ریال برای کلیه نسخ دارویی.
- ۸-۸- هزینه مربوط به وسائل کمک پزشکی که در داخل بدن بکار می‌رود با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز متناسب با شرایط این تفاهم‌نامه محاسبه و پرداخت می‌شود همچنین وسایل کمک پزشکی دیگر که در خارج از بدن کار گذاشته می‌شود مانند سمعک، واکر و ... با تأیید پزشک معالج و بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر محاسبه و حداکثر تا ۵ برابر جدول تعرفه سازمان تامین اجتماعی مربوط به سال ۹۳ پرداخت می‌شود.

۹-۸- تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه‌گر با کسر فرانشیز همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب‌العلاج تا سقف ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (یکصد میلیون ریال) در سال در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

۱۰-۸- تأمین هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی، IVF، IUI، GIFT، ZIFT و هزینه‌های داروئی مانند HCG، HMG با اعمال ۲۰٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (پنجاه میلیون ریال) جهت هر یک از زوجین می‌باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

۱۱-۸- تعهدات بیمه‌گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح زیراست:

۱-۱۱-۸- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله CCU، ICU گردد و همچنین در مورد شکستگی‌ها (از جمله لگن، ران، گردن و ستون فقرات)، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (سه میلیون ریال) در هر مورد قابل پرداخت می‌باشد.

۲-۱۱-۸- 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 بیمه‌گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیص درمانی تا سقف ۷۵۰۰/۰۰۰ ریال (هفت میلیون و پانصد هزار ریال) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است.

۳-۱۱-۸- هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستانهای همتراز طرف قرارداد بیمه‌گر پرداخت می‌گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

۱۲-۸- در هر دو دوره قرارداد تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) حداکثر تا سقف ۲۵۰۰/۰۰۰ (دو میلیون و پانصد هزار) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۳۳۷۵/۰۰۰ (سه میلیون و سیصد و هفتاد و پنج هزار) ریال.

تبصره: در صورت تمایل بیمه‌گذار در ابتدای قرارداد، کل بیمه‌شدگان با پرداخت حق بیمه بر اساس فرمول ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۵۵۰۰/۰۰۰ (پنج میلیون و پانصد هزار) ریال برای عینک یک دید و سقف ۳۵٪ بیشتر از تعهد یک دید برای عینک دو دید، می‌تواند پوشش اخذ نمایند:

(سقف عینک یک دید) $\times 0.1671 =$ حق بیمه ماهانه هر نفر مازاد بر تعهدات بند ۱۲-۸

۱-۱۲-۸- جهت افراد زیر ۱۸ 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 ۱۲-۸ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود.

۱۳-۸- هزینه‌های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه‌شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه‌های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه‌گر تعهدات خود را (مازاد هزینه‌ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد.

۱۴-۸- بیمه‌گر متعهد می‌گردد لیست کلیه مراکز طرف قرارداد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتباً به بیمه‌گذار اطلاع دهد و همچنین بیمه‌گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه‌شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه‌های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه‌شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه‌گر مکلف است تمامی مراکز مذکور را طرف قرارداد خود قرار دهد.

۸-۱۵- بیمه‌گر می‌تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید. در این رابطه بیمه‌گر موظف است همزمان با مبادله قرارداد مدارک و مستندات عمومی مورد نیاز در ارتباط با موضوعات قرارداد را به بیمه‌گذار اطلاع رسانی کند.

۸-۱۶- هزینه‌های خارج از کشور:

الف) هزینه‌های درمانی خارج از کشور بیمه‌شدگان در صورت تایید 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 بیمارستانهای درجه یک طرف قرارداد بیمه‌گر در تهران طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

ب) پرداخت هزینه‌های آزمایشات تشخیصی که امکان انجام آن در ایران وجود نداشته و فاقد تعرفه مصوب می‌باشد در کمیسیون موضوع بند "ج" ماده ۱-۸ مطرح و تصمیم‌گیری خواهد شد.

تبصره - در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه‌گر هزینه‌های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ تحویل مدارک، به بیمه‌شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می‌گردد.

۸-۱۷- بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را بر اساس جدول پیوست ۲ تهیه و در اختیار وی قرار دهد.

۸-۱۸- بیمه‌گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌ها و تعرفه‌های این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می‌نماید به وزارت نیرو و بیمه‌گذاران محلی اقدام نماید.

ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

۹-۱- تعهدات مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، ارتودنسی و ایمپلنت با اعمال ۲۵٪ فرانشیز به هزینه پرداختی براساس آخرین تعرفه ابلاغی سندیکای بیمه‌گران تا سقف ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ (بیست میلیون) ریال برای هر خانوار در طول مدت قرارداد مورد تعهد بیمه‌گر می‌باشد. تبصره: در صورت تمایل بیمه‌گذار در ابتدای قرارداد، کل بیمه‌شدگان با پرداخت حق بیمه براساس جدول ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ (ده میلیون) ریال، می‌تواند پوشش اخذ نمایند.

حداکثر سقف دندانپزشکی مازاد بر تعهدات بند ۹-۱ (ریال)	حق بیمه مازاد ماهانه هر بیمه‌شده اصلی (ریال)
۱/۰۰۰/۰۰۰	۳۵۷۰۰
۲/۰۰۰/۰۰۰	۶۹۷۰۰
۳/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۴۵۰۰
۴/۰۰۰/۰۰۰	۱۴۰۰۰۰
۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۶۵۰۰۰
۶/۰۰۰/۰۰۰	۱۹۸۰۰۰
۷/۰۰۰/۰۰۰	۲۳۰۰۰۰
۸/۰۰۰/۰۰۰	۲۶۰۰۰۰
۹/۰۰۰/۰۰۰	۲۹۷۰۰۰
۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۲۰۰۰۰

توجه: حق بیمه سرانه موارد مازاد بر سقف بیست میلیون ریال مربوط به تعهدات دندانپزشکی خانوار به ازاء هر بیمه‌شده اصلی است.

۹-۲- بیمه‌گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه‌شدگان به تناسب تعداد بیمه‌شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور با کلینیک‌های دندانپزشکی و یا دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود.

۳-۹- چنانچه بیمه‌گر 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 بیمه‌گذار کماکان نسبت به تسویه هزینه‌های دندانپزشکی بیمه‌شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می‌آید با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه‌گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

تبصره ۱: در هر صورت بیمه‌گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبت‌تعهدهات خود را در پرداخت هزینه‌های مربوط به دندان انجام دهد.

تبصره ۲: پرداخت هزینه دندان مصنوعی از محل هزینه‌های وسائل کمک پزشکی بند ۸-۸ پرداخت می‌شود.

ماده ۱۰- ضرب‌الاجل تسلیم اسناد هزینه‌ها:

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی به بیمه‌گر در مورد هزینه‌های دندانپزشکی که قبل از انقضاء این قرارداد طرح درمان آن به تأیید بیمه‌گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد و همچنین ارائه هزینه‌های پاراکلینیکی ۳ ماه و در مورد هزینه‌های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه‌های مربوطه می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. لیکن در مورد هزینه‌های بیمارستانی در صورت موجه بودن تأخیر به شرط اعلام بیمه‌گذار به بیمه‌گر در طول مدت تعیین شده فوق‌الذکر تا مدت ۶ ماه مورد پذیرش خواهد بود.

ماده ۱۱- استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر جنبه درمانی داشته و بیمه‌شده حداقل یکسال سابقه بیمه‌ای نزد بیمه‌گر داشته باشد در خصوص نوزادان در صورت داشتن پوشش بیمه‌ای از بدو تولد نیازی به یک سال سابقه نمی‌باشد.

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی طی پوشش بیمه‌ای قراردادهای درمانی وزارت نیرو.

۳- اتاق خصوصی (یک نفره): هزینه اتاق بیماران با رعایت اصل همترازی حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته بیمارستان محل درمان پرداخت می‌گردد بجز بیماران بستری در اتاق ایزوله که در صورت تأیید پزشک معالج حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستانهای همتراز پرداخت می‌شود.

۴- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته‌ای.

۵- هزینه‌های واکسیناسیون و سایر خدمات بهداشتی و پیشگیری که از وظایف شبکه‌های بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است مگر در مواردی که در صورتحساب بیمارستان منعکس باشد.

۶- هزینه‌های مربوط به عقیم‌سازی مانند وازکتومی و TL.

۷- هزینه‌های مربوط به تهیه لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب واریس، شکم‌بند 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 بیمه‌گر برسد). کلیه هزینه‌های مربوط به لوازم مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده می‌شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی‌شود.

۸- هزینه‌های ترک اعتیاد.

۹- هر نوع چک‌آپ و آزمایشات دوره‌ای (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).

۱۰- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

۱۱- هزینه‌های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل، بیمه‌شده باشد.

۱۲- هزینه‌های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه‌شده مقصر حادثه نیست.

۱۳- جنون (در صورت عدم آگاهی بیمه‌شده نسبت به بیماری خود و همچنین به غیر از مواردی که تحت پوشش بیمه پایه قرار دارد)

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

فصل اول – تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱ – موضوع قرارداد: عبارتست از بیمه عمر (فوت به هر علت) و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، در تمام اوقات شبانه روز.

ماده ۲ – بیمه شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه گذار.

تبصره ۱) بازنشستگان تنها در یک نوبت و در ابتدای قرارداد می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند. صرفاً کارکنان شاغلی که در طول مدت این قرارداد بازنشسته می گردند تا سه ماه بعد از تاریخ ابلاغ حکم بازنشستگی می توانند به این قرارداد اضافه گردند و تاریخ شروع پوشش از تاریخ ثبت درخواست در دبیرخانه بیمه گر می باشد.

تبصره ۲) 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 ۳) بیمه شدگان حداکثر تا سن ۸۵ سال تمام تحت پوشش بیمه عمر (فوت به هر علت) و نقص عضو دائم ناشی از حادثه می باشند و بعد از ۸۵ سالگی صرفاً تحت پوشش بیمه فوت و نقص عضو دائم ناشی از حادثه می باشند.

تبصره ۴) بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد در بیمه عمر، سن آنها از ۸۵ سال تمام تجاوز نماید کماکان تا پایان سال بیمه ای تحت پوشش خواهند بود.

ماده ۳ – 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، از کارافتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

ماده ۴ – تعریف نقص عضو و از کارافتادگی: 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.

فصل دوم – وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۵ – بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه بیمه شدگان 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.

ماده ۶ – حق بیمه: حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان

۱-۶- پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۱۲۲۹۳۶ (یکصد و بیست و دو هزار و نهصد و سی و شش) ریال به همراه پرداخت مالیات بر ارزش افزوده به میزان ۱۱۰۶۴ (یازده هزار و شصت و چهار) ریال جمعاً به میزان ۱۳۴۰۰۰ (صد و سی و چهار هزار) ریال تا سن ۸۵ سالگی بابت پوشش بیمه عمر و نقص عضو ناشی از حادثه و از سن ۸۵ سالگی به بعد ماهیانه ۱۱۹۲۷ (یازده هزار و نهصد و بیست و هفت) ریال به همراه مالیات بر ارزش افزوده به میزان ۱۰۷۳ (یک هزار و هفتاد و سه) ریال جمعاً به میزان ۱۳۰۰۰ (سیزده هزار) ریال بابت پوشش بیمه حادثه محاسبه و اعمال خواهد شد.

تبصره ۱) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه: حق بیمه هر ماه بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد می بایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود.

تبصره ۲) غرامت بیمه‌شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳) تعهدات بیمه‌گذار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه‌گر می‌باشد.

ماده ۷- وظایف بیمه‌شده و بیمه‌گذار در صورت وقوع حادثه:

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

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

الف (در صورت فوت:

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

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

۱. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مأمور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه‌شده مصدوم در آن قید شده باشد.
 ۲. گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم بیمه‌شده.
 ۳. تصویر شناسنامه بیمه‌شده.
 ۴. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه‌شده.
 ۵. تصویر برابر اصل کارت ملی بیمه‌شده.
- تبصره:** در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه‌شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه‌شده نیز رانندگی وسیله 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 بر داشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸- بیمه‌گر متعهد است در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم (جزئی و کلی) بیمه‌شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، موضوع ماده ۷ فوق، غرامت ذیل را حسب مورد صرفاً در وجه بیمه‌شده یا ذینفع و در صورت عدم تعیین ذینفع به وراث قانونی وی پرداخت نماید.

گرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل می‌باشد:

۱- فوت به هر علت صرفاً برای بیمه‌شدگان تا سن ۸۵ سال ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال

۲- فوت ناشی از حادثه صرفاً برای بیمه‌شدگان بیش از ۸۵ سال ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال

۳- نقص عضو دائم کلی ناشی از حوادث مشمول بیمه ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال

۴- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
(براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹- بیمه‌گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه‌گذاران در مورد سایر دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحد‌های اجرایی ارسال می‌نماید اقدام نماید.

بخش سوم - مقررات گوناگون

ماده ۱- بیمه‌گر و بیمه‌گذار سعی خواهند نمود هر گونه اختلاف ناشی از تفسیر یا اجرای این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند.

ماده ۲- به منظور تسریع در انجام امور بیمه‌ای و پرداخت خسارت، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد طرفین موضوع این قرارداد جهت بیمه‌گر و بیمه‌گذار محفوظ می‌باشد.

ماده ۳- در صورت حذف مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی توسط سازمان امور مالیاتی کشور مبالغ مذکور در ماده ۶ قابل پرداخت نخواهد بود.

ماده ۴- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیونی مشترک متشکل از نمایندگان بیمه‌گر و بیمه‌گذار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.

ماده ۵- موارد مسکوت یا پیش‌بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه‌های درمان، عمر و حوادث و قانون، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده ۶- مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۹۷/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۹۸/۴/۱ منقضی می‌گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.

ماده ۷- در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه‌گذار و یا بیمه‌گر 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.

ماده ۸- بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضای مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.

ماده ۹- بیمه‌گر موظف است میزان دسترسی بیمه‌شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی کاهش ندهد در غیر اینصورت موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرارداد با بخش‌های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرارداد نیز می‌شود) را به وزارت نیرو و بیمه‌گذار اعلام نماید.

ماده ۱۰- سهم بیمه‌شده در مراکز پاراکلینکی طرف قرارداد بیمه‌گر تنها فرانشیز مربوطه می‌باشد (به استثنای حق فنی). چنانچه مبلغ مازاد بر فرانشیز از بیمه‌شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه‌گر موظف به جبران آن می‌باشد.

ماده ۱۱- بیمه‌گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده دفترچه بیمه‌شده در هر کجای کشور بدون انجام فرآیندهای اداری اضافی مهیا شده و هزینه درمانی بیمه‌شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه‌گذار در هر شهر مورد مراجعه بیمه‌شده به شعب بیمه‌گر قابل پرداخت باشد.

ماده ۱۲- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۳۰ تبصره، در بخش دو شامل ۹ ماده و ۹ تبصره و در بخش سه شامل ۱۲ ماده و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی‌باشند.

شرکت بیمه‌گذار

شرکت سهامی بیمه

ضمیمه تعهدنامه بند ۳-۴ از بخش یک قرارداد

شرکت بیمه

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 ۹۷ قانون تامین اجتماعی در مورد اینجانب از طرف بیمه‌گر قابل پیگیری خواهد بود .

مدیر امور اداری شرکت
امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده
امضاء

ضمیمه (۱)

ضمیمه مربوط به تبصره ۲/ از بند ۶-۴ بخش اول قرارداد

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 لطفاً 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 قرارداد ، ضرر و زیان بیمه گر را جبران خواهم نمود.

امضاء : تأیید بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی:

امضاء :

جدول هزینہ ۴ ماہہ بخش اول قرارداد بیمہ جامع تأمین و حفظ سلامت
کارکنان صنعت آب و برق

[illegible]

امضاء رئیس شعبه بیمه گر :