ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ ـ تلفن: ۸۰ ـ۸۸۷۷۰۹۷۱ نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ ـ تلفن: ۹ـ۶۶۷۰۹۰۴۱ نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

قرارداد بیمه درمان جمعی–طرح نقره ای

****

این قرارداد فیمابین **شرکت سهامی بیمه دانا و استانداری خراسان جنوبی** که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده میشوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورایعالی بیمه و عرف بیمه در ایران و شرایط زیر منعقد میگردد :

بخش اول (شرایط خصوصی)

ماده ۱) مشخصات قرارداد

شماره سریال قرارداد:	تاریخ صدور:
تعداد بیمه شدگان : با الحاقیه تعیین میگردد.	تاریخ شروع: ۹۵/۶/۱
شماره سریال قرارداد دوره قبل: بیمه دانا	تاریخ انقضاء: ۹۶/۶/۱
	نمایندگی /کارگزاری:

ماده ۲) مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار: **استانداری خراسان جنوبی**

نشانی بیمه گذار: (نشانی کامل قید شود) بیرجند- خیابان مطهری

تلفن و فاکس: کد پستی:

کد اقتصادی : شناسه ملی :

ماده ۳) مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: **بیمه دانا – شعبه بیرجند**

نشانی بیمه گر: (نشانی کامل قید شود) بیرجند – بلوار معلم – بین معلم ۱۲و۱۴

تلفن و فاکس: ۳۲۲۰۴۳۳۹ و ۸-۳۲۲۰۴۳۳۴ کد پستی:۸۵۶۳۴-۹۷۱۷۶

کد اقتصادی:۴۱۱۱۱۱۶۵۵۱۵۹ شناسه ملی: ۱۰۱۰۰۶۴۱۹۶۶

ماده ٤) وضعیت حق بیمه

حق بیمه ماهانه هریک از بیمه شدگان با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده مبلغ ۳۷۰/۰۰۰ ریال تعیین میگردد که از مبلغ مذکور به تفکیک ۳۳۹/۴۵۰ ریال بابت حق بیمه مصوب و ۳۰/۵۵۰ ریال بابت ۹ درصد مالیات بر ارزش افزوده خواهد بود بدین ترتیب حق بیمه صادره یکساله با توجه به تعداد بیمه شدگان در بدو قرارداد با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده با الحاقیه تعیین میگردد (در صورت تغییر در تعداد بیمه شدگان نرخ حق بیمه تعدیل می یابد.)مالیات بر ارزش افزوده برای ماه های سال آتی به صورت شناور محاسبه خواهد شد

ماده ٥) نحوه پرداخت حق بیمه

بیمه گذار موظف است مبلغ حق بیمه را در۱۲ قسط مساوی و متوالی در سررسیدهای ۹۵/۶/۳۱لغایت ۹۶/۰۵/۳۱در وجه شرکت بیمه دانا به **شماره حساب۰۲۱۵۱۵۱۵۱۵۰۰۵ با نک آینده شعبه مدرس بیرجند** به تفکیک حق بیمه مصوب و۹٪ مالیات بر ارزش افزوده پرداخت نماید.

ماده٦) دوره انتظار

دوره انتظار برای زایمان (اعم از طبیعی و سزارین) ندارد و بیماریهای مزمن ندارد می باشد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است ، که ازساعت ۲۴ مورخ ۹۵/۶/۱ شروع و تاساعت ۲۴ مورخ ۹۶/۶/۱ خاتمه می یابد. و هریک از طرفین میباید لااقل یک ماه قبل از انقضاء قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتبا" بطرف دیگر اعلام نمایند.

ماده۷) مدت قرارداد

(صدور اشخاص)
شعبه بیرجند
بیمه دانا

وزارت کشور
استانداری خراسان جنوبی
دفتر بازرسی ، مدیریت حسابرسی حقوقی
بررسی شد ، مورد تایید میباشد تاریخ :
امضاء کارشناس

۸۹ـ سری اول ۹۳/۰۵ـ ۵۰۰،۰۰۰ برگ

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ ـ تلفن: ۸۰ ـ۸۸۷۷۰۹۷۱ نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ ـ تلفن: ۹ـ۶۶۷۰۹۰۴۱ نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

ماده ۸) تعهدات بیمه گر:بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق جدول ذیل جبران نماید.

ردیف	تعهدات بیمه گر	حداکثرمبلغ تعهد سالیانه بیمه گر	تعهد برای نفر	تعهد برای خانواد	فرانشیز
۱	جبران هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، DAY CARE بستری جهت درمان طبی و درمان بیماری اعصاب و روان (بجز سایکوتیک) در بیمارستان	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	*		۱۰
۲	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف ، پیوند کلیه، پیوند کبد ، پیوند ریه و پیوند مغز استخوان	۱۴۰/۰۰۰/۰۰۰	*		۱۰
۳	زایمان (طبیعی و سزارین) و کورتاژ تخلیه ای (سقط) و داروهای مرتبط با آنها جبران هزینه های مربوط به درمان نازائی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ZIFT, GIFT , IUI میکرو اینجکشن و IVFو داروهای مرتبط با آن	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	*		۱۰
۴	کلیه هزینه های پاراکلینیکی (۱ و ۲ و ۳) هزینه های پاراکلینیکی شامل انواع سونو گرافی، مامو گرافی ، انواع اسکن،انواع سی تی اسکن، انواع ام آر آی،انواع اندوسکوپی ، اکو کاربوگرافی ، استرس اکو، دانسیتومتری(سنجش تراکم استخوان) هولتر مانیتورینگ، انواع تست ورزش، تست آلرژی ، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT) نوار عضله(EMG) ، نوار عصب(NCV) نوار مغز (EEG) نوار قلب، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام) شنوایی سنجی ، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم ، هزینه جراحی های مجاز سرپایی شامل شکستگی و دررفتگی ، گچگیری (گرفتن و بازکردن) ،خته ، بخیه(زدن و کشیدن) کرایوتراپی، اکسیزیون لیپوم، بیوپسی ، تخلیه کیست و آبسه، آزمایش، دارو ، سمعک ، طب سوزنی، فیزیوتراپی، رادیولوژی، انواع تست ، ارتز و پروتز، کاردیوگرافی ، گفتار درمانی، کاردرمانی، لیزردرمانی (بجز زیبایی) ، پاکی متری ، نوبورگافی، ویزیت، پنتاکم، مشاوره، ایمونوتراپی، اسپیرومتری، ادیومتری، آلرژی ، اینومتری تزریقات و سرم تراپی، کلیه هزینه های مربوط به خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش ، پاتولوژی،ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی ، فیزیوتراپی و تمام هزینه های مرتبط با هزینه های پاراکلینیکی گروه۱ و ۲ و ۳ (تجویز تمام خدمات سرپایی و پاراکلینیکی در دفترچه بیمه گر پایه الزامیست)	۱۲/۰۰۰/۰۰۰	*		۱۰
۵	جبران هزینه‌های جراحی مربوط‌به رفع عیوب انکساری چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر قبل از انجام عمل برای هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به‌علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر	۱۲/۰۰۰/۰۰۰	*		۱۰
۶	جبران هزینه عینک طبی و لنز تماس طبی	۱/۰۰۰/۰۰۰	*		۱۰
۷	جبران هزینه دندانپزشکی(ارتودنسی جهت افراد زیر ۱۴ سال)	۳/۰۰۰/۰۰۰	*		۱۰
۸	جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر	۷۰۰/۰۰۰	*		۱۰
۹	جبران هزینه های آمبولانس بین شهری	۱/۰۰۰/۰۰۰	*		۱۰

تبصره ۱) جمع تعهدات بیمه گر در خصوص هزینه های بیمارستانی اعم از جراحی تخصصی ، جراحی عمومی و درمان طبی و

وزارت کشور
استانداری خراسان جنوبی
دفتر بازرسی ، مدیریت عملکرد وامور حقوقی
بررسی شد ، مورد تایید میباشد تاریخ :
امضاء کارشناس حقوقی

(صدور اشخاص)
شعبه بیرجند

۸/۹_سری اول ۹۳/۰۵_۵۰۰۰۰۰ برگ

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ ـ تلفن: ۸۰ ـ۸۸۷۷۰۹۷۱ نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ ـ تلفن: ۹ـ۶۶۷۰۹۰۴۱ نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

همچنین هزینه های آمبولانس (درون شهری و برون شهری) حداکثر معادل سقف جراحی تخصصی خواهد بود .

تبصره ۲) اعمال جراحی Day Careبه جراحی‌هایی اطلاق می‌شودکه مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

تبصره۳) هزینه‌های دندان‌پزشکی براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می‌شود که سالیانه سندیکای بیمه‌گران ایران با هماهنگی شرکت‌های بیمه، تنظیم و به شرکت‌های بیمه ابلاغ می‌کند.و هم چنین در صورت تشخیص و صلاحدید پزشک معتمد بیمه گر مبنی بر ضرورت معاینه بیمار جهت پرداخت هزینه مربوطه در هر مقطع زمانی،معاینه بیمار توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر الزامی است و بیمه شده و بیمه گذار موظف اند در این خصوص همکاریهای لازم را به عمل آورند.

تبصره۴)هزینه های اعضای طبیعی بدن صرفاً برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر ارائه می گردد.

تبصره ۵)پوشش حوادث طبیعی با دریافت حق بیمه اضافی امکان پذیر خواهد بود

تبصره ۶) هزینه تهیه اروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی مورد نیاز باشد با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گرقابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۷)هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان و به عنوان پوشش مستقل می باشد.

تبصره ۸) سقف تعهد بیمه‌گر در خصوص هزینه های زایمان (طبیعی - سزارین) نمی تواند از بالاترین هزینه توافق‌شده با بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر تجاوز کند

تبصره ۹) هزینه همراه افراد زیر۷سال و بالاتر از۷۰ سال (در بیمارستان‌ها) پرداخت می گردد

تبصره ۱۰) هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری‌شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل‌وانتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج پرداخت می گردد

ماده ۹) سایرشرایط

تبصره ۱) در مورد حادثه تصادف با وسائط نقلیه چنانچه بیمه شده مقصر حادثه باشد با ارائه مدارک مورد نیاز از جمله گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران هزینه های درمانی طبق مفاد قرارداد بررسی و پرداخت می شود .

تبصره ۲) چنانچه بیمه شده ، مقصرحادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی نامبرده غیرقابل پرداخت می باشد.

تبصره ۳) چنانچه بیمه شده زیان دیده باشد، هزینه های درمان وی می بایست ازطریق مقصر حادثه جبران گردد.

این قرارداد دارای بخش اول (شرایط خصوصی)مشتمل بر ۹ ماده و ۱۳تبصره به انضمام بخش دوم(شرایط عمومی) پیوست دارای۱۹ماده و ۳۷ تبصره در دو نسخه تنظیم یافته و هر دو نسخه حکم واحد را داشته که تمامی صفحات آن توسط بیمه گر و بیمه گذار مهر و امضاء می گردد ./

بیمه گر ـ بیمه دانا
مهدی سوری حقدادی

بیمه گذار
استانداری خراسان جنوبی

وزارت کشور
استانداری خراسان جنوبی
دفتر بازرسی ، مدیریت عملکرد وامور حقوقی
بررسی شد ، مورد تایید میباشد
تاریخ :
امضاء کارشناس حقوقی

(صدور اشخاص)
شعبه بیرجند

۸/۹ ـ سری اول ۹۳/۰۵ ـ ۵۰۰۰۰۰ برگ

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ ـ تلفن: ۸۰ ـ۸۸۷۷۰۹۷۱ نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ ـ تلفن: ۹ـ۶۶۷۰۹۰۴۱ نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

بخش دوم (شرایط عمومی)

فصل اول(تعاریف و اصطلاحات)

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۱:تعریف بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا که جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۲: تعریف بیمه گذار: شخصی است که متعهد به پرداخت حق‌بیمه است و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

مـــاده۳ : **بیمه شدگان :** کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گذار آنها را به عنوان اعضـای گـروه معرفـی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصـــره ۱)بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گذار را صرفا" درابتدای قرارداد و یا درزمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند

تبصـــره ۲) **خانواده** : منظور از خانواده عبارتست از هریک از کارکنان شاغل بیمه گذار بعنوان سرپرست خانواده و همسر یا همسـران دائمـی و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانونا" تحت تکفل بیمه شده اصلی قرارگرفته باشد.

تبصـــره ۳) فرزندان ذکور موضوع بند ب تبصره ۵ همین ماده و والدین کارکنان (مونث ومذکر) با پرداخت حق بیمه یکسان و صرفا" در ابتـدای قرارداد و با شرایط پیش بینی شده در این قرارداد ، میتوانند تحت پوشش قرارگیرند.

تبصـره ۴) کلیه کارکنان مونث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه یکسان و همانـنـد سـایر بیمه شدگان رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.

تبصـــره۵) شرط سنی بیمه شدگان :

الف) فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل حداکثر تاسن ۲۲سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.(در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تاسن ۲۵ سال تمام و درمورد دانشجویان مقطع دکترا حداکثر تاسن ۲۶ سال تمام)

ب) فرزندان ذکورمجرد حداکثرتا سن ۳۰ سال تمام به شرط عدم اشتغال بکار و ازدواج با رعایت تبصره ۳ همـین مـاده مشـمول تعهـدات ایـن قرارداد می باشند .

ج) فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش این قرارداد هستند.

د) فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجددبشرط عدم اشتغال بکارتحت پوشش میباشند.

ه) فرزندان معلول ذهنی وجسمی بیمه شدگان ، بدون در نظر گرفتن شرط سنی با ارائه مدارک مثبته از مراجع ذیصلاح بیمه خواهند بود(باتوجـه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

و) چنانچه سقف سنی بیمه شدگان (موضوع تبصره های ۵ و ۶ همین ماده) در طول مدت قرارداد کامل گردد تعهدات بیمه گر مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان مدت قرارداد به قوت خود باقی خواهد بود

ز) پوشش بیمه ای بیمه شدگان حداکثر تا سن ۶۵ سال تمام می باشد.

تبصره ۶) بیمه گر موافقت می نماید بیمه شدگان بالای۶۵ سال تا ۷۵ سال تمام را با ۳۰٪ افزایش و افراد بالای ۷۵ سال را بـا ۵۰٪ افـزایش حـق بیمه تحت پوشش قرار دهد.

تبصـره ۷) ادامه پوشش بیمه ای به بازماندگان متوفی و افرادی که درطول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می شوند بـه همـراه اعضـا، تحت پوشش به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود .

تبصـــره ۸) کارکنان شاغل بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه خـدمات درمـانی کارکنـان دولت ، سازمان تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و نیروهای مسلح و یا هر سازمانی که طبق قانون بیمه درمان همگانی ، موظف به ارائه خـدمات درمان پایه اند باشند.

مـــاده۴ : موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان است که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی شرایط خصوصی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

تبصـــره ۱) بیماری : عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک .

تبصـــره ۲) حادثه : عبارتست از هر گونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح ، نقص عضو از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

مـــاده۵ : **فرانشیز:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود و

(صدور اشخاص)
شعبه بیرجند

۸۱۹ـ سری اول ۵ـ۹۳۰۰۰۰ برگ

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ ـ تلفن: ۸۰ ـ۸۸۷۷۰۹۷۱ نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ ـ تلفن: ۹ـ۶۶۷۰۹۰۴۱ نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

تامین آن به عهده بیمه گذار یا بیمه شده میباشد.

تبصـــره۱) در صورتیکه بیمه شدگان بنا به عللی مایل به استفاده ازسهم خسارت درمان بیمه گر اول نباشند و یا بیمه گر اول از پرداخت هزینـه ها به هر دلیلی خودداری نماید هزینه های درمانی در تعهد بیمه گر پس از کسر فرانشیزهای مندرج در این قرارداد با ارائه اصل مدارک از هزینـه های قابل پرداخت ، محاسبه خواهد شد

تبصـــره ۲) چنانچه والدین و فرزندان ذکور مجرد و همچنین همسروفرزندان کارکنان اناث(تبصره ۳و۴ماده۳) فاقد دفترچه بیمه گر اول باشند هزینه های درمانی در تعهد بیمه گر با ارائه اصل مدارک و پس از کسر فرانشیز مربوطه از هزینه های قابل پرداخت ، محاسبه خواهد شد.

ماده ۶: حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و نحوه پرداخت آن بنحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده است و انجام تعهدات بیمه گر منوط به رعایت کامل آن خواهد بود.

تبصـره۱) درصورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه در سررسیدهای معین بیمه گر هیچگونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت به بیمه گذار یا بیمه شده ندارد و اگربیمه گردر این راستا به هردلیلی از جمله اقدام قانونی بیمه شدگان و به موجب رای مراجع ذیصلاح خسارتی پرداخت کند ، بیمه گذار در صورت عدم پرداخت حق بیمه معوق ، مسئول بازپرداخت خسارت پرداختی به بیمه گر می باشد.

تبصره ۲) عدم انجام تعهدات بیمه گر بعلت تأخیر یا امتناع بیمه گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه گذار در پرداخت حق بیمه نمی باشد و بیمه گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه گر پرداخت نماید .

تبصره ۳) حق بیمه بیمه شدگان بدلیل اعلام انصراف آنها از ادامه قرارداد ، قابل برگشت نمی باشد.

تبصره ۴) بیمه گذارمی بایست یکماه پس ازتاریخ صدور الحاقیه اضافی مبلغ حق بیمه اضافه شده را به بیمه گر یکجا پرداخت نماید و چنانچـه الحاقیـه صادره مورد قبول بیمه گذار واقع نگردد در مدت یاد شده فرصت خواهد داشت که کتباً اعتراض خود را با ارسال مدارک مثبته به بیمه گر اعلام نمایـد در غیر اینصورت الحاقیه صادره مورد قبول تلقی شده و بیمه گذار موظف به پرداخت حق بیمه صادره خواهد بود.

ماده۷: **دوره انتظار** : مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران هزینه های ذیل ندارد . تـاریخ شـروع آن همـان تـاریخ شروع پوشش بیمه ای هر بیمه شده میباشد که میزان آن در شرایط خصوصی تعیین میشود.

دوره انتظار برای گروههای زیر ۲۵۰ نفر ۹ ماه و از ۲۵۰نفر الی ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه و بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار می باشد .

الف)) زایمان (اعم از طبیعی و سزارین و کورتاژ تخلیه ای)

ب)) بیماریهای مزمن شامل : فتق ، لوزه و گواتر.انواع سل ، صرع ، پروستات ، دیسک ستون فقرات ، بیماریهای نئوپلاستیک ، پولیـپ ، انحـراف بینی و سینوزیت مزمن ، کیسـت تخمـدان ، هیسـترکتومی، سیستوسـل و رکتوسـل ، نارسـائی مـزمن کلیـه ، سـنگ کلیـه وکیسـه صـفرا ، ماستیوئیدکتومی ، کاتاراکت ، امراض مزمن قلبی ، عروقی ، دیابت ،(به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو و آی سی یو بشود)

تبصره ۱) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه گر باشد ویا بلافاصله بعد از انقضاء نزد بیمـه گـر دیگـر در ایـن شـرکت منعقدشود بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بموقع و طی نمودن دوره انتظار بطور کامل ، مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

تبصره ۲) در صورتیکه شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضاء قرارداد نزد بیمه گر دیگر باشدارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شـدگان کـه بـه تائید بیمه گر قبلی رسیده باشد الزامیست .

فصل دوم - (وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده)

ماده۸ : **اصل حسن نیت** : بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند .

اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهارنشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌نامه فسخ خواهد شد.

تبصره۱: چنانچه معلوم شود هریک از بیمه‌شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر یا بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه‌شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است

تبصره۲: هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به‌وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و

صدور اسناد
شعبه بیرجند

۸۱۹ـ سری اول ۹۳/۰۵ـ ۵۰۰۰۰ برگ

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ ـ تلفن: ۸۰ ـ۸۸۷۷۰۹۷۱ نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ ـ تلفن: ۹ـ۶۶۷۰۹۰۴۱ نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است. دراین‌حالت نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گـر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنـوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌هـای درمانـی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق‌بیمه‌های پرداختی به بیمه گر، نیز مسترد نخواهد شد.

ماده۹ : بیمه گذار می بایست حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد لیست اسامی و مشخصات نهائی بیمه شدگان را به صورت یکجا و بطـور خوانا و بدون قلم خوردگی که حاوی اطلاعاتی از جمله : نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز /ماه/سال ، شماره حساب بیمه شـده اصـلی شـماره شـبا، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با بیمه شده اصلی ، جنسیت ، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تامین اجتماعی و یا سایر بیمـه گران اول باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه فلاپی) و پس از مهر و امضاء به انضمام نامه رسمی جهت بیمه گر ارسال نماید. شـایان ذکـر اسـت پس از انقضاء مهلت مقرر، بیمه گرهیچگونه تعهدی نسبت به پوشش بیمه ای افراد اعلامی از سوی بیمه گذار تحت عنوان از قلم افتاده ویا غیـره نخواهـد داشت .

تبصره ۱) هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق صرفا" شامل افراد جدیـد الاسـتخدام ، انتقـالی ، مـامورین ، نـوزادان و همسـر بیمـه شدگانیکه درطول مدت قرارداد ازدواج مینمایند خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام ،تصویر شناسـنامه و...) ازسـوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ استخدام ،و دو ماه از تاریخ تولد نوزادان و... برای بیمه گر ارسال گردد .

تبصره ۲) کاهش بیمه شدگان درطول مدت قرارداد صرفا" شامل افراد مستعفی ، فوتی ، بازنشستگی ، انتقالی و اخراجی و یا قطع همکـاری مـی باشد که با ارائه مدارک مثبته و با رعایت تبصره ۳ و۴ همین ماده میسر خواهد بود.

تبصره ۳) شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید موضوع تبصره ۱ ماده۹ قرارداد ، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار و در مورد حـذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد ، حق بیمه برگشتی (مشروط به عدم دریافت خسـارت) نیـز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار محاسبه خواهد شد .

تبصره ۴) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیـرد ، بـدیهی اسـت هنگام حذف بیمه شده به هردلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه میگردد .

تبصره ۵) نوزادان به محض تولد بیمه می باشند و آندسته از بیمه شدگان که صاحب فرزند میشوند می بایست از تاریخ تولد نوزاد حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقی از طریق بیمه گذار طی نامه کتبی برای بیمه گر ارسال نمایند.

فصل سوم – (تعهدات بیمه گر)

ماده ۱۰: **حدود تعهدات بیمه گر**:بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق شرایط تعیین شده در بخش خصوصی بیمه نامه جبران نماید.

تبصره ۱) تعهدات بیمه گردر مورد بیمارانی که با معرفینامه کتبی بیمه گر از مراکزدرمانی طرف قرارداد بیمه دانا استفاده مینمایند برابرصورتحسابهای مراکزفوق الذکرمورد رسیدگی و تسویه قرار میگیرد و در صورتیکه بیمه شدگان مستقیما" و بدون اخذ معرفینامه بـه مراکـز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند ، می بایست تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تائید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تامین اجتماعی و یا سایرسازمانهای بیمه گراول رسیده باشـد را بـه ضـمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی وبیمار) بهمراه درخواست کتبی بیمه گذار و یا کارت درمانی معتبر بیمـه دانا جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نماید.در اینصورت هزینه های درمانی طبق ماده ۱۱ قرارداد و مقررات مربوطه محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود وبیمه شدگان می بایست درصورت عدم استفاده از معرفینامه دریافتی جهـت مراکزطـرف قراردادبیمـه دانـا نسبت به عودت معرفینامه جهت حذف ازسوابق درمانی اقدام نمایند.

تبصره ۲) بیمه گر تعهد می نماید به محض دریافت کلیه اسنادو مدارک مثبته حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید .

تبصره ۳)هزینه های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه گرمی باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سـازمان خـدمات درمـانی کارکنان دولت ، سازمان تامین اجتماعی و سایرشرکتهاو سازمانهای بیمه ای نمی تواند از صد در صد هزینه های انجام شده تجاوز نماید . بعبـارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمانها و شرکتهای مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد میباشد.

تبصره ۴) هزینه های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی بعنوان مناطق جنگی شناخته شده انـد در زمان صلح مشمول بیمه می باشند .

تبصره ۵) بیمه گر میتواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نمـوده و در مـورد چگـونگی درمـان و معالجه وی تحقیق نماید .

تبصره ۶) بیمه‌شدگانی که به‌علت عدم‌امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردنـد و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به‌دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری

(صدور اشخاص)
شعبه بیرجند

۸۱۹ـ سری اول ۹۳/۰۵ـ ۵۰۰۰۰۰ برگ

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ ـ تلفن: ۸۰ ـ۸۸۷۷۰۹۷۱ نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ ـ تلفن: ۹ـ۶۶۷۰۹۰۴۱ نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم‌احراز هریک از موارد فوق، هزینه‌های انجام‌شده باتوجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

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

تبصره۷) خسارات (هزینه های) مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند .

ماده۱۱::بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی اساس محاسبه هزینه‌های مورد تعهد خواهد بود، چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی‌که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ درهرصورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در صورت عدم‌دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲: بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظف‌اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری‌شدن هریک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

تبصره ۳: چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به به هرکدام از شرکتهای بیمه مخیر است.

ماده ۱۲: استثنائات: موارد زیراز شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد:

* عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد
* اعمال جراحی که به منظور زیبائی انجام میگیردمگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد .
* سقط جنین مگر درموارد قانونی با تشخیص پزشک معالج
* جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی‌صلاح.
* حوادث طبیعی مانند زلزله ، سیل و آتشفشان .
* فعل و انفعالات هسته ای ، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ
* لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک متعمد بیمه گر
* جراحی لثه
* جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور ویا وقوع حادثه تحت پوشش باشد
* ترک اعتیاد.
* هزینه اتاق خصوصی (یکنفره) مگردر موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر
* هزینه همراه بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگردر موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر
* بیماریهای سایکوتیک(روانی)مگرناشی ازحادثه باشد(منظور از بیماریهای سایکوتیک آندسته از بیماری هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد).
* خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
* رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
* هزینه‌های مربوطبه معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
* کلیه هزینه های پزشکی که درمراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است .

* جنون .
* هزینه های مشمولان غایب و سربازان فراری

(صدور اشخاص)
شعبه بیرجند

۸۱۹ـ سری اول ۹۳۲۰۵ـ ۵۰۰۰۰۰ برگ

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ ـ تلفن: ۸۰ ـ۸۸۷۷۰۹۷۱ نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ ـ تلفن: ۹ـ۶۶۷۰۹۰۴۱ نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

* هزینه چک آپ
* هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی
* بیمارهای فراگیر (اپیدمی)
* سپتوپلاستی (انحراف بینی) مگر اینکه قبل از عمل جراحی به تائید پزشک متعمد بیمه گر رسیده باشد.

فصل چهارم - مقررات گوناگون

ماده ۱۳: نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور:
بیمه شدگان درانتخاب پزشکان وبیمارستانهای مجازکشور مختاربوده وبه یکی ازدو صورت ذیل عمل خواهند نمود ۰
الف)) بیمه شدگان در صورت تمایل به استفاده از بیمارستانهای طرف قراردادمیتوانند با ارائه مدارک مورد نیاز به شرکت بیمه دانا مراجعه و معرفی نامه لازم جهت استفاده از بیمارستان را دریافت دارند .
ب)) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه ها و ارائه اسناد ، مازاد هزینه ها طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود۰
تبصره) مدارک لازم جهت صدور معرفی نامه به بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد:
۱- نامه بیمه گذار ویا کارت درمان معتبر بیمه دانا۰
۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی ۰
۳- تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده و بیمار۰
۴- برای فرزندان ذکورتحت تکفل تا سن۲۶ سال ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و برای فرزندان اناث بالای ۱۷ سال و مطلقه و همچنین جهت عمل زایمان کارکنان اناث ارائه اصل شناسنامه الزامیست .

ماده۱۴: حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی موضوع این قرارداد به بیمه گر۶ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه درطول مدت اعتبار قرارداد میباشد (درصورت خاتمه قرارداد حداکثر ۳ماه پس از پایان قرارداد اسناد مذکور دریافت و مورد رسیدگی قرارخواهد گرفت)بدیهی است بعد از انقضاء این مدت بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت ۰

ماده۱۵: حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین ، برای بیمه گر و بیمه گذار محفوظ است ۰
تبصره): چنانچه موارد مذکور در قرارداد و یا ملحقاتیکه بعدا" و در صورت لزوم صادر خواهد شد با نظریات بیمه گذار طبق تقاضا نامه بیمه مطابقت نداشته باشد بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت ، تصحیح آنها را تقاضا نماید ، در غیر اینصورت مراتب تائید شده تلقی خواهد شد ۰ هر گونه عمل خلاف این شرط منوط به تائید کتبی بیمه گر خواهد بود ۰

ماده۱۶: در موارد پیش بینی نشده در این قرارداد ، بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد ۰

ماده۱۷: حل اختلاف : بیمه گر و بیمه گذارکوشش خواهند نمود ، هر گونه اختلاف نظر ناشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند ۰ چنانچه از این طریق به توافق نرسند ، رفع اختلاف با مراجع ذیصلاح خواهد بود۰

ماده۱۸: به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد ، درصورت نیاز ، حق بررسی دفاتر و اسنادبیمه گذار در رابطه با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ میباشد و بیمه گذار موظف است دراین زمینه همکاریهای لازم را بعمل آورد.

ماده۱۹: شرایط فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق بخشنامه ها و آئین نامه های بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می باشد.

بیمه گر – شرکت بیمه دانا
مهدی سوری حقدادی

بیمه گذار
استانداری خراسان جنوبی

(صدور اشخاص)

۸/۹ ـ سری اول ۹۳/۰۵ـ ۵۰۰۰۰۰ برگ

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ ـ تلفن: ۸۰ ـ۸۸۷۷۰۹۷۱ نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ ـ تلفن: ۹ـ۶۶۷۰۹۰۴۱ نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

بیمه گذار : استانداری خراسان جنوبی -طرح نقره ای

شماره قرارداد :

طبق توافقات صورت گرفته موارد ذیل در طول قرارداد قابل اجرا می باشد:

۱- بیمه گر تعهد می نماید،هر دو طرح بیمه تکمیلی (طلایی و نقره ای) را هم زمان برای کلیه کارکنان بیمه گذار ارائه نمایدو کلیه کارکنان بیمه گذار فقط مجاز به انتخاب یک طرح خواهند بود

۲- شرایط سنی از قرارداد حذف و برای کلیه بیمه شدگان حق بیمه یکسان محاسبه خواهد شد.

۳- بیمه گر تعهد می نماید هزینه دارو های داخلی که توسط پزشک معالج تجویز شده و دارو های خارجی و بیما ریها خاص و صعب العلاج و داروهای مکمل، ویتامینه،مولتی ویتامین که صرفا جنبه درمانی داشته و توسط پزشک متخصص و فوق تخصص تجویز گردد را درصورت ایرانی بودن ۱۰۰ درصد و در صورت خارجی بودن ۵۰درصد محاسبه و پرداخت نماید

۴- پوشش افرادی که بعد از مهلت مقرر به بیمه گر اعلام میگردد در صورت تایید بیمه گذار مبنی بر تاخیر و عدم ادعای خسارت در مدت مذکور، از اولین روز ماه بعد از تاریخ دریافت اعلام کتبی بیمه گذار امکان پذیر خواهد بود

۵- بیمه گر تعهد می نمایدبه محض دریافت اسناد و مدارک پزشکی کامل (هزینه های درمان)حداکثر ظرف مدت ۷ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شدهبر طبق مفاد قرارداد اقدا نماید

۶- بیمه گذار موظف است حق بیمه قرارداد که بر اساس تعداد بیمه شدگان تعیین می گردد را در ۱۲ قسط ماهانه ، مساوی و متوالی از تاریخ ۱۳۹۵/۰۷/۱۵ لغایت پایان قرارداد پرداخت نماید

۷- بیمه گر موظف میباشد یک نسخه از تعرفه های دندانپزشکی مربوط به سندیکای بیمه گران و تعرفه ابلاغی مربوط به خدمات درمانی تشخیصی مربوط به وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی را به بیمه گذار تحویل نماید.

۸- بیمه گر تعهد می نماید به منظور رفاه حال بیمه شدگاندر روز های اداری نماینده ای برای انجام امور بیمه ای در محل استانداری مستقر نماید و برای فرمانداری شهرستان ها نیز تمهیداتی برای دریافت هزینه های درمانی آنها لحاظ نماید

بیمه گذار

استانداری خراسان جنوبی

بیمه گر – شرکت بیمه دانا

مهدی سوری **حقدادی**

وزارت کشور
استانداری خراسان جنوبی
دفتر بازرسی ، مدیریت عملکرد و امور حقوقی
بررسی شد ، مورد تایید میباشد
امضاء کارشناس حقوقی

(صدور اشخاص)
شعبه بیمه دانا

۸/۹ ـ سری اول ۹۳/۰۵ـ ۵۰۰۰۰۰ برگ