

قرارداد بیمه گروهی مزاد درمان

شماره قرارداد: ۱۳۹۲/۱۵۸/۳۱۴۸۴/۱

تاریخ صدور: ۱۳۹۲/۱۲/۱۵ تاریخ شروع: ۹۲/۱۲/۰۱

بیمه گذار: دانشگاه علوم پزشکی استان کهگیلویه و بویر احمد تاریخ انقضاء: ۹۳/۱۲/۰۱

تعداد بیمه شدگان (ذکر تعداد تقریبی بیمه شدگان الزامی است): تقریباً ۳۶۰۰ نفر
حق بیمه صادره (تعیین حق بیمه سالانه الزامی است): به ازاء هر نفر ۲۱۰/۲۸۰ ریال (دویست و ده هزار و دویست و هشتاد ریال) و جمعا ۹/۰۸۴/۰۹۶/۰۰۰ ریال (نه میلیارد و هشتاد و چهار میلیون و نود و شش هزار ریال)

این قرارداد بین شرکت سهامی بیمه ایران - استان کهگیلویه و بویر احمد که منبهد بیمه گر نامیده میشود از یکطرف و دانشگاه علوم پزشکی استان کهگیلویه و بویر احمد که بعد از این بیمه گذار نامیده میشود از طرف دیگر براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶، حسب مقررات و آئین نامه های شوراعالی بیمه و عرف بیمه در ایران به پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است که با شرایط خصوصی ذیل منعقد می گردد:

فصل اول - کلیات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصراً با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند:

ماده ۱ - بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران - مجتمع / شعبه یاسوج بنشانی: یاسوج - خیابان شصت متری نبش گلستان هشت. تلفن: ۰۷۴۱۲۲۲۰۰۱۶ فاکس: ۰۷۴۱۲۲۲۲۱۸۵ که جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد.
تبصره - بیمه گر پایه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند. بنابر این بیمه گرهای پایه "بیمه گر اول" و شرکت سهامی بیمه ایران "بیمه گر دوم" محسوب میشوند.

ماده ۲ - بیمه گذار

شخصی است حقوقی که مشخصات وی در این بیمه نامه عبارت است از دانشگاه علوم پزشکی استان کهگیلویه و بویر احمد بَنَشانی : یاسوج - بلوار شهید مطهری تلفن : ۰۷۴۱۳۳۳۷۲۳۰ فاکس : ۰۷۴۱۳۳۳۷۲۵۳ که متعهد به پرداخت حق بیمه است.

ماده ۳ - بیمه شدگان

عبارتند از کارکنان رسمی ، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار به (استثناء کارکنان جانباز و خانواده آنها) که با ارائه رضایت نامه مبنی بر موافقت با پوشش بیمه ای از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده اند و حداقل ۷۰ درصد آنان باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند و بیمه شده اصلی (کارمند) می تواند خانواده خود را نیز بیمه کند .
تبصره یک - منظور از اعضای خانواده ؛ شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شدگان است که به تبع و در خواست بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه گر پایه میباشند .
تبصره دو - در صورت در خواست بیمه شده اصلی فرزندان ذکور تا سن بیست سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار میتوانند بیمه شوند .

۳/۲/۱) دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام می توانند بیمه شوند .

۳/۲/۲) پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت .

۳/۲/۳) کارکنان مونث می توانند همسر و فرزندان خود را که دارای دفترچه بیمه پایه می باشند مشروط به اعلام کتبی بیمه گذار مبنی بر معرفی کلیه افراد تبعی همانند پرسنل مرد بیمه نمایند .

۳/۲/۴) بیمه گذار موظف است در صورت درخواست بیمه گر ، اسناد مثبت دال بر تحت پوشش بودن افراد تبعی بندهای فوق را ارائه نماید .

ماده ۴ - موضوع بیمه

جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حادثه ، و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است . بدیهی است اجرای تعهدات این شرکت پس از کسر سهم بیمه گران پایه (خدمات درمانی، تامین اجتماعی و...) از هزینه ها می باشد .

۴/۱- حادثه : هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح ، نقص عضو ، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد .

۴/۲- بیماری : هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است .

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۵

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت **پانزده روز** پس از امضاء و مبادله قرارداد **یک نسخه** فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بصورت الکترونیکی طبق فرمت اکسس (Access) تعیین شده از سوی بیمه ایران، عاری از اطلاعات نادرست، مغایرت و خطا در موارد مطروحه طی تبصره یک و دو ماده پنج، تهیه نموده و جهت بیمه گر ارسال نماید.

تبصره یک - لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می باید حاوی اطلاعات زیر باشد: وضعیت بیمه شده اصلی - کد ملی - کد پرسنلی - نام - نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه - جنسیت - وضعیت تاهل - تاریخ استخدام - بیمه پایه - شماره دفترچه بیمه پایه - زیر گروه (نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی - وضعیت تکفل و سایر اطلاعات مربوطه بطور کامل).

تبصره دو - نسخه الکترونیکی فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده میبایست طی اقدامات اداری مکتوب بواسطه مهر و امضاء طرفین (بیمه گر و بیمه گذار) مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز پوشش بیمه‌ای بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت و مسئولیت هر گونه اطلاعات مغایر و اشتباه در خصوص هویت بیمه شدگان طی لیست الکترونیکی مذکور به عهده بیمه گذار می باشد.

تبصره سه - بیمه گذار موظف است لیست نهایی بیمه شدگان را حداکثر ظرف مدت دو ماه پس از شروع قرارداد به بیمه گر اعلام نماید بدیهی است بعد از این تاریخ حذف و اضافه فقط طبق شرایط ذیل می باشد.

تبصره چهار - بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق **تبصره یک و تبصره دو ماده پنج** برای بیمه گر ارسال نماید.

۳/۵/۱ (ت) - افرادی که در طول مدت قرارداد میتوانند به عداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: همسر اعضای که ازدواج کرده اند و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از کفالت و ازدواج). تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان **از اولین روز ماه بعد** از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

۳/۵/۲ (ت) نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید.

۳/۵/۳ (ت) بیمه گذار می توانند تا ۱۰٪ بیمه شدگان را در طول قرارداد حذف نموده و به همان نسبت از پرداخت حق بیمه آنان خود داری بعمل آورد، این ۱۰٪ علاوه بر افرادی است که به علت فوت و خروج از کفالت از تعداد بیمه شدگان کسر می گردد. تاریخ مؤثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ دریافت نامه وی می باشد و حق بیمه های پرداختی عودت داده نمی شود.

تبصره: اگر بیمه شده ای حتی یکبار و به هر مبلغی از هزینه بیمه استفاده نموده باشد مشمول این ۱۰٪ نخواهد بود - در اینصورت تنها مکاتباتی که شخص رئیس دانشگاه یا معاون پشتیبانی دانشگاه صادر می نمایند اعتبار دارد و مکاتبات دیگر مسئولین دانشگاه اعتبار قانونی و قضایی نخواهد داشت.

۳/۵/۴) - در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند ، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه شده اصلی متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ، صرفاً تا پایان سال بیمه ای قرارداد ادامه خواهد داشت . بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را با اضافه نمودن علت تغییر وضعیت - تاریخ تغییر وضعیت - وضعیت بیمه شده - برای بیمه گر ارسال نماید . تبصره پنج - اعضای که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه ، موضوع تبصره دو و سه ماده پنج قرارداد درج نباشد باستناداً از قلم افتادگی نمیتوانند در عداد بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند . مگر بیمه گذار دلایل موجهی ارائه و مورد تأیید بیمه گر واقع گردد .

ماده ۶ - میزان حق بیمه

حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موقوف به پرداخت حق بیمه تعیین شده در این بیمه نامه است که با توجه به تعهدات بیمه گر ، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان به شرح ذیل می باشد :

حق بیمه ماهانه هر نفر با احتساب مالیات بر ارزش افزوده سال ۹۳	حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان بدون احتساب مالیات
۲۱۰/۲۸۰	۱۹۶/۵۲۳

* شایان ذکر است حسب دستورالعمل اجرایی از سوی سازمان امور مالیاتی کشور ، درصد مالیات در مدت اعتبار یکساله این قرارداد ، ۷ درصد میباشد که بر پایه حق بیمه اعمال می گردد . ولذا در صورتی که مالیات بر ارزش افزوده در سال ۹۳ از ۷ درصد بالاتر رود تغییری در حق بیمه پرداختی نخواهد شد .

ماده ۷ - ترتیب پرداخت حق بیمه

۱-۷ : بیمه گذار حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان تا پایان همان ماه در وجه بیمه گر پرداخت می نماید و حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایشی) که به وسیله الحاقی تعیین می گردد حتی الامکان در پایان همان ماه در وجه بیمه گر پرداخت گردد . طرفین توافق نمودند که تاخیر در پرداخت حق بیمه مشمول خسارت تادیه نخواهد شد .

۲-۷ : مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد . در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه قرارداد ، بیمه گر می تواند بلافاصله با صدور الحاقی قرارداد را به حالت تعلیق در آورد و در زمان تعلیق تعهدی در جبران خسارت نخواهد داشت . بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق ، قرارداد با صدور الحاقی رفع تعلیق خواهد شد .

تبصره یک - حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین می‌گردد که حتی الامکان در پایان همان ماه در وجه بیمه گر پرداخت گردد .

تبصره دو - حق بیمه مربوط به کاهش یا افزایش تعداد بیمه شدگان :

۲/۷/۱) - در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه میشود .

۲/۷/۲) - در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد .

فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - حدود تعهدات

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار ، هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه‌ای بشرح تعهدات زیر جبران نماید :

ردیف	عنوان پوشش	مبلغ تعهدات سالانه ارقام به ریال	واحد	درصد فرانشیز	
				بیمه شده اصلی	تحت تکفل
۸/۱	جبران هزینه‌های بستری ، جراحی ، ، رادیوتراپی ، درمان بستری و آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره : اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی ، کمتر از یک روز باشد . هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان‌ها	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	نفر	%۳۰	%۳۰
۸/۲	هزینه شش عمل اصلی * مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به‌استثنای دیسک ستون فقرات) که از محل تهادت بند ۸/۱ پرداخت می‌گردد ، گامانایف ، قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان شیمی درمانی و داروهای مربوطه - داروهای بیماران خاص و داروهای ام اس	۱۴۰/۰۰۰/۰۰۰	نفر	%۳۰	%۳۰
۸/۳	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین (حداکثر برای ۴ فرزند) اعم از الکتیو یا غیر الکتیو	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	نفر	%۳۰	%۳۰
۸/۴	هزینه های پاراکلینیکی یک شامل : سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، انواع اندوسکوپی ، رکتوسکوپی ، کلونوسکوپی ، سیستوسکوپی ، ام آر آی ، اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو ، دانسیتومتری آزمایش (تشخیصی ، طبی ، پاتولوژی و ژنتیک)	۵/۰۰۰/۰۰۰	نفر	%۳۰	%۳۰
۸/۵	هزینه‌های پاراکلینیکی دو شامل تست ورزش ، تست آلرژی ، تست تنفسی ، نوار عضله ، نوار عصب ، نوار مغز ، نوار مئانه ، شنوایی‌سنجی ، تست های بینایی ، آنژیوگرافی چشم و هولترمانیتورینگ قلب و نوار قلب ، جراحی های مجاز سرپایی شامل شکستگیها ، در رفتگی ها ، گچگیری ، ختنه ، بخیه ، تخلیه کیست ،	۴/۰۰۰/۰۰۰	نفر	%۳۰	%۳۰

				اکسیزیوم لیپوم ، انژیوگرافی چشم و لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی) رادیولوژی و فیزیوتراپی	
۸/۶		نفر	۷۰۰/۰۰۰ ۱/۴۰۰/۰۰۰	هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج . داخل شهری : بین شهری :	%۳۰
۸/۷		نفر	۲/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه‌های ویزیت ، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مزاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری ملاک پرداخت، دارو های تولید داخل می باشد و چنانچه علی رغم وجود تولید داخلی داروها ، پزشک معالج (متخصص) مصرف داروی خارجی را تجویز نماید حداقل نرخ داروی وارداتی ملاک محاسبه قرار می گیرد . بدیهی است در صورت عدم وجود تولید داخلی، داروی خارجی تجویز شود براساس نام تجاری قابل پرداخت می باشد . نسخی که اقلام دارویی آن واضح نمیباشد قابل پرداخت نیست و کلیه نسخ باید مهمور به مهر پزشک معالج و داروخانه باشد .	%۳۰
۸/۸		نفر	۲/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های دندانپزشکی (به استثناء هزینه های مربوط به ارتودنسی ، ایمپلنت) با تایید دندان پزشک معتمد شرکت بیمه ایران و گرافی قبل و بعد از کار در موارد ضروری .	%۳۰
۸/۹		نفر	۱/۴۰۰/۰۰۰	عینک طبی و لنز تماس طبی با ارائه برگ اول نسخه پزشک متخصص چشم .	%۳۰

تبصره - فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) طبق شرایط عمومی پیوست میباشد که در خصوص انجام اینگونه اعمال در مطب ، بیمه گر تعهدی به عهده نخواهد داشت .

ماده ۹ - تعهدات سالیانه

مجموع تعهدات سالیانه بیمه گر برای هر یک از بندهای فوق به صورت جداگانه در نظر گرفته می شود .

ماده ۱۰ - دوره انتظار

دوره انتظار : مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد .
* این قرارداد دوره انتظار ندارد .

ماده ۱۱ - فرانشیز

فرانشیز سهم بیمه شده یا بیمه‌گذار از خسارت است که فرانشیز تعهدات این قرارداد بابت تمامی بندها ۳۰ درصد میباشد .
شایان ذکر است در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه ، فرانشیز معادل حداقل فرانشیز تعیین شده در قرارداد و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه خواهد بود .

