

« قرارداد بیمه نامه مکمل درمان - نیروهای پیمانی توزیع نیروی برق »

شماره قرارداد:	۱۴۰۲/۸۹۷۶۲	تاریخ صدور:	۱۴۰۲/۱۰/۰۵
تاریخ شروع قرارداد:	۱۴۰۲/۱۰/۰۱	تاریخ اتمام قرارداد:	۱۴۰۳/۰۹/۳۰
تعداد بیمه شدگان: بالغ بر ۶۸۵ نفر (به حروف: ششصد و هشتاد و پنج نفر)	حق بیمه سالیانه طرح بالغ بر ۳۵/۸۳۴/۴۰۰/۰۰۰ ریال (به حروف: سی و پنج میلیارد و هشتصد و سی و چهار میلیون و چهارصد هزار ریال)		
کد نمایندگی / بازاریابی: -			

این قرارداد بین شرکت آتیه سازان حافظ (سهامی خاص) وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران استان کردستان به نمایندگی آقای محمد شریعتی با سمت مدیر شعبه بعنوان بیمه گر و شرکت پرستو شهر آرای کردستان به نمایندگی آقای اسماعیل قدیم نژاد با سمت رییس هیات مدیره بعنوان بیمه گذار به استناد قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳، مقررات و آیین نامه های شورایی بیمه خدمات درمانی و شرایط عمومی بیمه درمان با شرایط زیر منعقد گردید:

فصل اول - کلیات

ماده (۱) تعاریف

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

۱-۱- بیمه گر:

شرکت آتیه سازان حافظ (سهامی خاص) وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران، به شماره ثبت ۱۷۴۹۸۷ دارای شماره ملی ۵۲۶۹۶۶۰۸۱۴ و کد اقتصادی به شماره ۷۸۵۱-۱۴۳۹-۴۱۱۱ به نشانی: سنندج - چهار راه فلسطین، خیابان سیدقطب، کوچه معاذی، پلاک ۵ که بر اساس قوانین و مقررات و شرایط این قرارداد در ازای دریافت حق بیمه متعهد به انجام مفاد این قرارداد است.

تبصره: سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و سازمانهای مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند، بیمه گر اول و شرکت آتیه سازان حافظ بیمه گر دوم محسوب می شود.

۱-۲- بیمه گذاران:

شرکت پرستو شهر آرای کردستان دارای شماره ملی ۱۰۶۱۰۰۹۸۰۳۰ و کد اقتصادی به شماره ۴۱۱۳۳۹۶۵۶۳۴۹ به نشانی: سنندج - خیابان مردوخ شمالی - طبقه فوقانی بیمه نوین تلفن: ۰۸۷۳۳۲۴۰۵۲۰ و نامبر: ۰۸۷۳۳۲۴۰۵۲۰ که متعهد به معرفی و پرداخت حق بیمه، بیمه شدگان می باشد.

۱-۳- بیمه شدگان:

۱-۳-۱- کارکنان نیروهای پیمانی در استخدام بیمه گذار به اتفاق تمامی اعضای خانواده، که از طرف بیمه گذار بعنوان بیمه شده معرفی گردند و کلیه (بیمه شدگان اصلی و تبعی) می بایست همزمان تحت پوشش بیمه مکمل درمان قرار گیرند، منظور از کارکنان شامل کارکنان شرکتی می باشد.

تبصره ۱: منظور از اعضای خانواده، همسر و یا همسران دائمی، فرزندان و نیز افراد تحت تکفل قانونی (با ارائه مستندات از مراجع قانونی ذیربط) بیمه شده اصلی می باشند که دارای دفترچه بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان های بیمه گر اول می باشند.

تاریخ:

۱۴۰۲/۱۰/۰۵

شماره:

۱۴۰۲/۸۹۷۶۲

پیوست:

تبصره ۲: منظور از افراد تحت تکفل قانونی بیمه شده اصلی شامل: والدین و ... ، با ارائه مستندات از مراجع قانونی ذریبط، می باشند.

۱-۳-۲- والدین غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی می توانند با پرداخت حق بیمه مربوطه تعیین شده در ماده ۶ قرارداد، تحت پوشش قرار گیرند.

۱-۳-۳- فرزندان قانونی بیمه شده اصلی تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار می گیرند و فرزندان اناث در صورت طلاق یا فوت همسر، با ارائه مستندات قانونی، می توانند در صورت درخواست، مشمول بیمه مکمل درمان گردند.

۱-۳-۴- کارکنان اناث می‌توانند همسر، فرزندان، پدر و مادر خود را (مشروط به اعلام کتبی بیمه‌گذار مبنی بر معرفی کلیه افراد تبعی مشمول این ماده) همانند کارکنان ذکور بیمه نمایند.

۱-۴- موضوع بیمه :

عبارتست از جبران بخشی از هزینه های درمانی ناشی از بیماری و یا حادثه بیمارستانی و جراحی و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان که در تعهد بیمه گر اول (مازاد بر پوشش بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و سازمانهای مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند) نبوده و به ترتیب تعهدات ماده دوم در این قرارداد در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

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.

بیماری: هرگونه عارضه جسمی یا روانی غیرطبیعی که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک گردد.

Day Cay : به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

۱-۵- حق بیمه :

وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در قرارداد توافق شده است.

۱-۶- فرانشیز :

سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است و میزان آن در شرایط قرارداد تعیین شده است.

۱-۷- دوره انتظار :

مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

فصل دوم - شرایط و تعهدات

الف : تعهدات بیمه گر

ماده (۲) حدود تعهدات :

بیمه‌گر متعهد است در ازای انجام وظایف و تعهدات بیمه‌گذار، مازاد هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه‌ای برای هر فرد خانواده بشرح ذیل جبران نماید :



تاریخ:

۱۴۰۲/۱۰/۰۵

شماره:

۱۴۰۲/۸۹۷۶۲

پیوست:

ردیف	شرح	سقف تعهدات (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی) رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن، در بیمارستان و جراحی محدود، DAY CAR، آنژیوگرافی عروق قلبی مغزو کاروتید، سی تی آنژیوگرافی محیطی و دیجیتال، (کد های ۷۰۱۲۳۵-۷۰۱۳۷۵-۷۰۹۱۰۵-۷۰۹۱۰۶-۷۰۹۱۰۶ کتاب ارزش نسبی تزریق ماده فارماکولوژیک (آواستین....) کواسلینک (rf.pdt.prp.tit.uvx) از طریق آندسکوپ، ERC، به تنهایی و یا توام با استند گذاری بیوبسی سوزن، اسپیراسیون مغز استخوان، تواماً سوزن براکی تراپی، بصورت سرپایی و بستری، درمان بیماران خاص شامل تالاسمی مینور و ماژور هموفیلی، دیالیز مزمن ام لس، پارکینسون، آلزایمر، ضعف عضله ALS.MIS، دوشن و....، بیماری پزوریازیس نورپاتی، آنژیواسکن قلب، سی تی آنژیوگرافی قلب، اقدامات اینتر نشنال، بیماریس اعصاب و روان، به استثنای سایکوتیک، آی وی پی.	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی سرطان، قلب و اعصاب مرکزی و نخاع و گامانایف، قلب و پیوند ریه، پیوند کبد، و مغز استخوان، جراحی لگن، و مفصل و ران و فمور، و مفصل زانو، پیوند قرنیه، ویتراکتومی، کولمان رتین (با احتساب بند جراحی های عمومی و بستری)	
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین +درمان نازائی و ناباروری و شامل انواع جراحی IUI/ITSC/GIFT/ZIFT	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	رفع عیوب انکساری چشم لیزیک و لازاک و.... با شماره چشم ۳ دیوپتر و بیشتر برای هر یک چشم	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیک نوع (۱) مانند: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع ام آر ای، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، سنجش تراکم استخوان (BMD) یا دانسیتومتتری، انواع آندوسکوپ، کولونوسکوپ، سیستوسکوپ، رکتوسکوپ، آندوسونوگرافی، رینوسکوپ، انواع اکو (اکو کاردیوگرافی، استرس اکو و غیره)، پزشکی هسته ای، FNA، تست UBT، انواع آنژیوگرافی سرپایی، انواع سی تی آنژیوگرافی و سایر موارد مشابه	۵۵,۰۰۰,۰۰۰
۶	هزینه های پاراکلینیک نوع (۲) مانند: تست ورزش، هولترمونیتورینگ، انواع تستهای تنفسی (مانند: اسپرومتری، بادی باکس، DLCO، استوگرافی (تست متاکولین)، ارگواسپرومتری، پلتسموگرافی و غیره)، انواع نوارنگاری (مانند: نوارعضله، نوارعصب، نوارمغز، نوارقلب، نوارمئانه (الکترومیوگرافی مئانه)، مانومتري و غیره)، انواع تستهای ارزیابی شنوایی (مانند: تمپانومتري، ادیومتری، ABR (بررسی عصب شنوایی)، EVOK (گوش)، انواع تستهای ارزیابی بینایی (مانند: تست V.E.P، OCT، پریمتري چشم (اندازه گیری میدان بینایی)، اپتومتري (بینایی سنجی)، ORBSCAN، GDx، پاکیمتری، IOLMASTER، توپوگرافی، پنتاکم، HRT، JCG، تست یورو دینامیک، Brain Mapping، تست خواب و سایر موارد مشابه	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	مجاز سرپایی: هزینه های مربوط به جراحی های مجاز سرپایی و بدون بستری مانند: ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، SMART PLUG، تزریق IVIG، تخلیه کیست و لیزردرمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم) و هزینه های مربوط به کلیه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانهای بیمه گر توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت مانند: شکستگیها، دررفتگیها، آتل گذاری، انواع گچ گیری (خرید انواع گچ، دستمزد گچ گیری و ...)، بیرون آوردن جسم خارجی فرو رفته در گوشت، کشیدن ناخن، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبسه کف دهان، شالازیون، بیوپسی، کوتر، انواع پاتولوژی، ناخنک چشم، بیرون آوردن جسم خارجی از گوش و بینی،	۴۰,۰۰۰,۰۰۰

۴۵,۰۰۰,۰۰۰	خدمات آزمایشگاهی هسته ای هورمون شناسی تومور مارکر ها خون شناسی بانک خون سرولوژی و ایمونولوژی، میکروب شناسی، آزمایشات ژنتیک مولوکولی	۸
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	عینک و لنز طبی با تجویز پزشک متخصص چشم یا اپتومتریست برای هر نفر در هر دوره (در مراکز طرف قرارداد با ۲۰٪ افزایش تعهدات)	۹
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	گفتار و کاردرمانی - اصلاح درمانی - روان درمانی - روانپزشک - در مراکز دولتی بون فرانشیز در مراکز خصوصی با ۵٪ فرانشیز	۱۰
۲۵,۰۰۰,۰۰۰	اروتز شامل تهیه آروتز طبق تعرفه بخش خصوصی و تایید پزشک معتمد	۱۱
۴۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های دندانپزشکی شامل ایمپلنت ارتودنسی دست دندان مصنوعی و بجز زیبایی هر نفر با همپوشانی تا دو برابر تعرفه مصوب (در مراکز طرف قرارداد با ۲۰٪ افزایش تعهدات)	۱۲
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های دندانپزشکی شامل ایمپلنت ارتودنسی دست دندان مصنوعی و بجز زیبایی برای افراد مجرد . تا دو برابر تعرفه مصوب (در مراکز طرف قرارداد با ۲۰٪ افزایش تعهدات)	۱۳
۶۵,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت هزینه های دارو های ایرانی و خارجی و تخصصی دیابت داروهای تقویتی و مکمل ، داروهای گیاهی ، آرایشی و بهداشتی که جتبه درمانی دارند و داروهای بیماری های پوستی و آلرژی و ... با تجویز پزشک متخصص و با تأیید پزشک معتمد شعبه بیمه گر ، هزینه ویزیت پزشکان ، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری ، هزینه انواع تزریقات (مفصلی ، پلاسما PRP) و سرم تراپی و پانسمان	۱۴
۱۵,۰۰۰,۰۰۰	آمبولانس : درون شهری و فوریتهای پزشکی منجر به بستری در مراکز درمانی و انتقال به مراکز دیگر	۱۵
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	آمبولانس : بیرون شهری و فوریتهای پزشکی منجر به بستری در مراکز درمانی و انتقال به مراکز دیگر	۱۶
۳۵,۰۰۰,۰۰۰	تامین کپسول اکسیژن ، تشک مواج با دستور پزشک متخصص و ارئه فاکتور	۱۷
*	پرداخت هزینه فیزیوتراپی بدون محدودیت تعداد جلسات درماه توسط بیمه گر	۱۸
*	درصد فرانشیز کلیه هزینه های درمانی ۵ درصد میباشد	۱۹
*	پرداخت کلیه هزینه های درمانی در ۵ روز کاری	۲۰
۴,۲۰۰,۰۰۰	حق بیمه ماهانه بدون مالیات بر ارزش افزوده هر نفر (ریال)	*

ماده (۳) فرانشیز :

فرانشیز عبارت است از : ۵ درصد از هزینه های درمانی مورد تایید و تعهد این قرارداد که تأمین آن بر عهده بیمه گذار یا بیمه شده می باشد.

۱-۳- در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده نمایند، مابه التفاوت خسارت تا سقف تعهد بیمه گر (طبق ضوابط قرارداد) با کسر ۵ درصد فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود، مشروط به اینکه جمع هزینه های پرداختی بیمه گر اول و شرکت آتیه سازان حافظ از ۱۰۰٪ هزینه های انجام شده تجاوز ننماید.

۲-۳- در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده نمایند و یا سازمان های مذکور از پرداخت هزینه به هر دلیلی خودداری نمایند میزان سهم هزینه عهده بیمه گذار و یا بیمه شده در هر مورد معادل ۳۰ درصد فرانشیز در خدمات سرپایی و ۱۰ درصد در خدمات بستری قرارداد خواهد بود.

ماده (۴) دوره انتظار :

این قرارداد مشمول دوره انتظار نمی باشد.

تاریخ:

۱۴۰۲/۱۰/۰۵

شماره:

۱۴۰۲/۸۹۷۶۲

پیوست:

ب: تعهدات بیمه‌گذار**ماده (۵) نحوه اعلام اسامی بیمه شدگان:**

۱-۵- بیمه‌گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز کاری، پس از امضا و مبادله قرارداد دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بدون قلم خوردگی و با خط خوانا، به همراه یک نسخه CD اطلاعات خواسته شده، بر اساس فرمت ارائه شده (به تفکیک طرح) از سوی بیمه گر، تهیه نموده و برای بیمه‌گر ارسال نماید.

تبصره ۱: لیست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان بایستی حاوی اطلاعات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ماه/سال)، شماره شناسنامه، کد ملی، شماره دفترچه بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گر اول، نسبت هریک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی و وضعیت تکفل قانونی بیمه شده تبعی، شماره شبا بیمه شده اصلی.

تبصره ۲: دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه‌گذار تهیه گردیده، می‌بایست به امضای طرفین رسیده، ممهور و مبادله گردد و صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه‌شدگان به هنگام صدور معرفینامه و پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه‌گر قرار خواهد گرفت.

تبصره ۳: از تاریخ شروع قرارداد تا زمان دریافت لیست اولیه بر ارائه خدمت به بیمه شدگان صرفاً با نامه رسمی بیمه‌گذار که در آن فرد اصلی به اتفاق کلیه اعضای خانواده به عنوان بیمه شده معرفی گردیده‌اند، امکان پذیر خواهد بود. بیمه‌گذار موظف است در لیست اولیه کلیه افرادی که را قبلاً با نامه معرفی نموده، در لیست اولیه به بیمه‌گر معرفی نمایند.

۲-۵- افرادی که در طول مدت قرارداد می‌توانند به تعداد بیمه‌شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر ۲ ماه پس از تاریخ استخدام و یا انتقال)، همسر کارکنانی که در اثنای سال بیمه‌ای ازدواج می‌نمایند (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر ظرف ۲ ماه پس از تاریخ ثبت ازدواج) و همچنین افرادی که در طی دوره قرارداد، تحت تکفل قانونی بیمه شده اصلی قرار می‌گیرند (با ارائه مستندات قانونی و منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر ظرف ۲ ماه پس از تغییر وضعیت کفالت).

تبصره: تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه‌ای نامبردگان، از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار خواهد بود.

۳-۵- نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند، منوط به آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را حداکثر دو ماه پس از تولد به بیمه‌گر اعلام نماید.

۴-۵- موارد حذف بیمه‌شدگان با نامه کتبی بیمه‌گذار، عبارت است از فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع می‌شود.

۵-۵- تاریخ موثر برای حذف فوت شدگان از تاریخ فوت، تاریخ قطع رابطه همکاری و یا تاریخ خروج از کفالت فرد با ارائه مستندات قانونی می‌باشد، مشروط بر آنکه در فاصله زمانی حذف تا وصول نامه بیمه‌گذار، فرد مشمول از خدمات شرکت استفاده نکرده باشد. حداکثر مهلت تحویل نامه حذف بیمه شدگان به بیمه‌گر، ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ وقوع خواهد بود.

تبصره: جبران کلیه خسارت‌های وارده به بیمه‌گر که پس از تاریخ موثر برای حذف مترتب می‌گردد، بر عهده بیمه‌گذار می‌باشد.

۶-۵- چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه‌ای اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان قرارداد ادامه خواهد یافت.

۷-۵- چنانچه بیمه شده اصلی بازنشسته گردد، پوشش بیمه‌ای خود و اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان قرارداد ادامه خواهد یافت.

تبصره: بیمه‌گذار مکلف است در طول مدت قرارداد، تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه‌شدگان را مطابق مفاد ماده پنجم برای بیمه‌گر ارسال نماید.

۸-۵- کارکنانی که اسامی و مشخصات خود و یا هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع ماده پنجم قرارداد، قید نشده باشد، به استناد از قلم افتادگی نمی‌توانند جزء بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند.

۹-۵- بیمه‌گذار مکلف است کلیه شرایط و مفاد قرارداد فیما بین را به اطلاع بیمه شدگان برساند و در صورت عدم اطلاع و آگاهی بیمه شدگان، مسئولیتی متوجه بیمه‌گر نخواهد بود.

تاریخ:

۱۴۰۲/۱۰/۰۵

شماره:

۱۴۰۲/۸۹۷۶۲

پیوست:

ماده ۶) میزان حق بیمه :

با توجه به تعهدات بیمه‌گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان مبلغ ۴,۲۰۰,۰۰۰ ریال (به حروف: چهارصد و بیست هزار ریال) می‌باشد.

۱-۶- حق بیمه هریک از افراد بالای ۶۰ سال دو برابر به مبلغ ۸,۴۰۰,۰۰۰ ریال (به حروف: هشتصد و چهل هزار ریال) می‌باشد.

۲-۶- حق بیمه والدین غیرتحت تکفل دو برابر به مبلغ ۸,۴۰۰,۰۰۰ ریال (به حروف: هشتصد و چهل هزار ریال) می‌باشد.

تبصره: در صورتیکه مطابق قانون این قرارداد مشمول مالیات بر ارزش افزوده گردد، پرداخت آن بر عهده بیمه گذار خواهد بود.

ماده ۷) ترتیب پرداخت حق بیمه :

بیمه‌گذار می‌بایست حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در این ماده توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند.

۱-۷- بیمه‌گذار مکلف است اقساط حق بیمه را با توجه به تعداد بیمه‌شدگان طی ۱۲ قسط در پایان هر ماه و حداکثر تا پانزدهم ماه بعد پرداخت نماید. موعد پرداخت اولین قسط حداکثر یک ماه بعد از امضای قرارداد می‌باشد.

۲-۷- بیمه‌گذار مکلف است اقساط حق بیمه را در سررسیدهای تعیین شده، صرفاً در وجه شماره حساب جام ۳۶۴۰۴۸۶۵۹۱ بانک ملت - شعبه گلستان پاسداران کد ۶۵۵۷۳ به نام شرکت آتیه سازان حافظ کارسازی نموده و اصل چک صادره و یا رسید حق بیمه واریزی را به بیمه‌گر تحویل نماید.

تبصره ۱: مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می‌باشد و در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه، قرارداد بلافاصله با اعلام کتبی بیمه‌گر، به حالت تعلیق در می‌آید و بیمه‌گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت ندارد. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق، قرارداد رفع تعلیق و مجدداً به حالت اول برمی‌گردد و بیمه‌گر موظف به اجرای تعهدات خود در زمان تعلیق می‌باشد.

تبصره ۲: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان (افزایش و کاهش) بوسیله الحاقیه تعیین می‌گردد و بایستی همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان در ماه‌های آتی تسویه شود.

تبصره ۳: در مورد افزایش تعداد بیمه‌شدگان، حق بیمه کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می‌شود.

تبصره ۴: در مورد کاهش تعداد بیمه‌شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد.

تبصره ۵: بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف اند هر دو ماه یکبار بر اساس لیست اولیه و تغییرات اعلامی نسبت به مغایرت گیری لیست بیمه‌شدگان اقدام نمایند.

تبصره ۶: بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف اند هر سه ماه یکبار نسبت به شفاف سازی مطالبات حق بیمه و امضای صورتجلسه ای که در آن حق بیمه قابل وصول (با توجه به تعداد بیمه‌شدگان) و حق بیمه وصول شده تعیین و مورد توافق طرفین است، اقدام نمایند.

تبصره ۷: بیمه‌گذار مکلف است حداکثر یک ماه پس از اتمام مهلت ارائه اسناد خسارت درمان به بیمه‌گر نسبت به تسویه حساب کتبی مربوط به قرارداد فیما بین، با بیمه‌گر اقدام نماید.

ماده ۸) :

بیمه‌گر و بیمه‌گذار مکلفند قبل از شروع قرارداد نمایندگان تام‌الاختیار خود را بصورت کتبی به یکدیگر معرفی نمایند. این نمایندگان رابطان بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه‌گذار و بیمه‌گر را بعهده خواهند داشت. بدین ترتیب بیمه‌شدگان می‌توانند امور درمانی خود را در قالب این قرارداد، علاوه بر مراجعه مستقیم، به کمک آنان نیز انجام دهند.

ج: سایر شرایط**ماده ۹) اصل حسن نیت :**

بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند.



تاریخ:

۱۴۰۲/۱۰/۰۵

شماره:

۱۴۰۲/۸۹۷۶۲

پیوست:

اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر سهواً و یا عمداً از اظهار مطالبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنماید، بیمه‌نامه باطل و بلااثر خواهد بود و لو اینکه مطالبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تأثیری در وقوع بیماری یا حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه‌گذار مسترد نخواهد شد، بلکه بیمه‌گر می‌تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

تبصره: چنانچه هریک از بیمه‌شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر عمداً و یا سهواً از اظهار مطالبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده باشد و یا عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده باشد، در این حالت نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه حذف گردیده و متعهد به استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده است و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.

ماده (۱۰) استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

- ۱- رفع عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج، جنبه درمان الزامی داشته باشد و قبل از عمل به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد.
 - ۲- اعمال جراحی، که بمنظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد.
 - ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی، با تشخیص پزشک معالج، تأیید مراجع قانونی و با ارائه مستندات مربوطه.
 - ۴- درمان بیماری‌های ایدز و بیماری‌های فراگیر (اپیدمی و ...).
 - ۵- هزینه آزمایشات دوره‌ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
 - ۶- هزینه‌های واکسیناسیون، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج، در زمان بستری بیمه‌شده تجویز شود.
 - ۷- ترک اعتیاد.
 - ۸- حوادث طبیعی مانند: سیل، زلزله و آتشفشان.
 - ۹- فعل و انفعالات هسته‌ای.
 - ۱۰- جنگ، شورش، اغتشاش، نزاع، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه و هرگونه آسیب ناشی از سلاح گرم و سرد تحت هر عنوان و علت.
 - ۱۱- اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۲- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه‌ای که در زمان قرارداد رخ داده و تحت پوشش باشد.
- تبصره:** در بیمه‌شدگان زیر ۱۸ سال در صورت ایجاد اختلال رشد، تکلم، تغذیه و تنفس، هزینه جراحی فک مربوطه با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت خواهد بود.
- ۱۳- داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه‌ای دارد از جمله مکمل‌های غذایی و شیرخشک.
 - ۱۴- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند (مانند: شامپو، صابون، خمیردندان و ...)، مگر این که با توجه به ماده دوم قرارداد جزء تعهدات باشد و با گواهی پزشک با تخصص مرتبط و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۵- هزینه‌های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.
 - ۱۶- کلیه هزینه‌های مربوط به بیماری‌های روانی (جنون): منظور از جنون آن دسته از بیماری‌هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.
 - ۱۷- کاشت حلزون و پیوند اعضا (به استثنای موارد مندرج در بندهای ۱ و ۲ از ذیل ماده دوم قرارداد) و نیز کاشت اجزاء اعضای بدن.
 - ۱۸- عمد بیمه‌شده در تحقق خطر.
 - ۱۹- اعمال جراحی عقیم‌سازی در آقایان و بستن لوله‌ها در خانم‌ها (بجز در مواردی که بعنوان عمل دوم در جراحی‌های داخل شکم انجام شود).

تاریخ:

۱۴۰۲/۱۰/۰۵

شماره:

۱۴۰۲/۸۹۷۶۲

پیوست:

۲۰- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده، قتل، جنایت.

۲۱- کلیه هزینه‌های مربوط به تصادفات رانندگی که بر عهده بیمه شخص ثالث و صندوق تأمین خسارات بدنی می باشد. مگر با تعهد کتبی بیمه‌گذار مبنی بر بازپرداخت هزینه‌های درمانی به بیمه‌گر ظرف مدت حداکثر یک ماه از اعلام کتبی بیمه‌گر به بیمه‌گذار.

۲۲- کلیه خدماتی که عناوین آن در خدمات موضوع ماده دوم قرارداد ذکر نگردیده است.

۲۳- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال ۷۰ سال مگر در موارد ضروری با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۲۴- لیزیک/لازک چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

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

۲۶- اعمال غیرمجاز سرپایی در مطب مانند: کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد، اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)، اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طویل بدن، اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاتتریسیم قلب و عروق، اعمال روی عضلات، تاندون‌ها، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس، اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی، کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه، اعمال جراحی وسیع استخوان‌های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزیتین و سینوس‌ها)، بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برنش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال، عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرایسیم چشم، عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و ...، عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (Open Reduction)، بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین، رزکسیون فک، رزکسیون فک، رزکسیون زبان، عمل جراحی باز در آرج زایگما، جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی، جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی-فکی، عمل جراحی روی عصب دندانی-تحتانی، بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

۲۷- کلیه هزینه‌های پزشکی مربوط به چک آپ، مگر بنا به ضرورت و تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۲۸- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.

ماده (۱۱) نحوه محاسبه و پرداخت هزینه‌ها:

۱-۱۱- هزینه‌های مربوط به بیمارانی که با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده می نمایند، بر اساس مفاد قرارداد برابر تعرفه توافقی مراکز فوق الذکر و تا سقف قرارداد مورد رسیدگی و تسویه قرار می گیرند و در صورتی که بیمه شدگان بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، هزینه‌ها حداکثر بر اساس تعرفه مراکز درمانی هم‌تراز طرف قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

۲-۱۱- هزینه‌های درمانی مورد تعهد بیمه‌گر با احتساب مبالغ دریافتی از محل سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر، نمی تواند از صد در صد هزینه‌های انجام شده تجاوز نماید. عبارت دیگر هزینه‌های مورد قبول بیمه‌گر، مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان‌ها و شرکت‌های مذکور طبق مفاد قرارداد می باشد. بدیهی است در صورتی که بیمه شده از مزایای بیمه تکمیلی سایر شرکت‌های بیمه‌گر استفاده نماید، هزینه‌های درمانی مورد تعهد بیمه‌گر، پس از کسر مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر اول و با در نظر گرفتن مبالغ پرداختی توسط سایر بیمه‌گران تکمیلی به گونه‌ای که بیمه شده منتفع نگردد، تا سقف قرارداد، قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره: هزینه‌های اتاق بیماران با رعایت اصل هم‌ترازی بیمارستان‌های خصوصی طرف قرارداد بیمه‌گر حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته بیمارستان محل درمان بیمه شده قابل پرداخت می باشد، بجز مواردی که به دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر بیمار در اتاق ایزوله بستری شود که حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستان‌های هم‌تراز پرداخت می گردد.

۳-۱۱- هزینه‌های درمانی بستری بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور، به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند، در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و یا وزارت امور خارجه در داخل کشور، صورتحساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید نماید، تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر، مندرج در قرارداد، محاسبه و پرداخت می‌شود و میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از مراکز درمانی محاسبه خواهد شد.

تاریخ:

۱۴۰۲/۱۰/۰۵

شماره:

۱۴۰۲/۸۹۷۶۲

پیوست:

تبصره: هزینه های بستری با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در استان تهران، محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۴-۱۱- بیمه گر تعهد می نماید حداکثر ظرف مدت ۵ روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

تبصره: بیمه گر می بایست اسناد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت ظرف ۳ روز کاری پس از انعقاد قرارداد در اختیار بیمه گذار جهت اطلاع رسانی به بیمه شده قرار دهد.

۵-۱۱- درخصوص اسناد و مدارک دریافتی چنانچه نظر بر عدم پرداخت خسارت از سوی بیمه گر باشد، بیمه گر موظف است حداکثر ظرف مدت یک ماه از زمان دریافت اسناد موضوع را دلایل به بیمه گذار اعلام نماید.

ماده (۱۲):

بیمه شده در انتخاب هریک از مراکز تشخیصی و درمانی داخل کشور آزاد است. در صورت استفاده بیمه شده از مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه گر، پس از پرداخت هزینه‌ها بایستی اسناد و مدارک مثبتانه را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده، به بیمه گر تسلیم نماید.

ماده (۱۳) ترتیب بستری شدن بیمه‌شدگان:

۱-۱۳- چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات مراکز تشخیصی و درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده نمایند، موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند:

۱-۱-۱۳- با عنایت به صدور معرفینامه آنلاین در مراکز طرف قرارداد بیمه گر با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم اخذ خدمت در مراکز تشخیصی و درمانی طرف قرارداد و ارائه سایر مدارک هویتی مبنی بر تحت پوشش بودن بیمه مکمل درمان مستقیماً به مراکز طرف قرارداد مراجعه و خدمت دریافت نمایند.

تبصره ۱: هزینه های خارج از تعهد بیمه گر و مازاد بر سقف تعهدات، بعهده بیمه شده می‌باشد و بیمه‌گر هیچگونه تعهدی در این خصوص ندارد.

تبصره ۲: کلیه بیمه شدگان در هنگام دریافت انواع خدمات اعم از معرفینامه و یا ارائه اسناد هزینه درمان موظفند نسبت به ارائه مدارک هویتی نظیر کارت ملی و در خصوص فرزندان اصل شناسنامه اقدام نمایند.

۲-۱-۱۳- در صورت وجود قرارداد فیما بین مراکز تشخیصی و درمانی و بیمه‌گر اول و کسر سهم بیمه‌گر اول از صورتحساب توسط خود مراکز تشخیصی و درمانی، بیمه‌گر متعهد به پرداخت مازاد هزینه مورد تأیید تا سقف تعهدات، پس از کسر فرانشیز اجزاء عدم تعهد بیمه گر اول و موارد عدم تعهد بیمه تکمیلی می‌باشد.

۲-۱۳- چنانچه بیمه‌شدگان در مراکز تشخیصی و درمانی غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند:

۱-۲-۱۳- حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری در مراکز تشخیصی و درمانی و قبل از ترخیص، مراتب را از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر اطلاع دهند.

۲-۲-۱۳- پیش پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی را راساً تأمین نمایند.

۳-۲-۱۳- اصل مدارک و صورتحساب های مراکز تشخیصی و درمانی، به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده و سایر مدارک پرونده را راساً و یا از طریق نماینده بیمه‌گذار، جهت محاسبه و پرداخت هزینه‌های مربوطه، برای بیمه‌گر ارسال نمایند.

تبصره ۱: بیمه شدگان می توانند ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه گر اول (سازمان بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و سازمانهای مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند) و سایر بیمه‌گران مکمل اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک مربوطه و کپی چک دریافتی از سازمان‌های فوق الذکر، هزینه‌های انجام شده را تا سقف های مقرر بر اساس مفاد قرارداد دریافت نمایند و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، حداقل فرانشیز معادل ده درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر می باشد. بدیهی است در صورت عدم پرداخت سهم بیمه گر اول، اصل مدارک بایستی به بیمه گر تحویل داده شود.

تبصره ۲: مهلت تحویل مدارک هزینه های درمانی بیمه شدگان در طول قرارداد و حداکثر سه ماه بعد از اتمام قرارداد خواهد بود.

تبصره ۳: در صورتی که بیمه شده در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد بیمه گر اول و بیمه گر دوم بستری شوند، بیمه شدگان ملزم می باشند که ظرف مدت ۳ ماه پس از تاریخ ترخیص، نسبت به دریافت سهم بیمه گر اول اقدام نمایند و پس از دریافت سهم بیمه گر اول، تصویر کلیه اسناد برای محاسبه سهم بیمه تکمیلی به بیمه گر دوم تحویل گردد.

تاریخ:

۱۴۰۲/۱۰/۰۵

شماره:

۱۴۰۲/۸۹۷۶۲

پیوست:

ماده (۱۴):

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه‌گذار، مشخص گردد تعداد بیمه‌شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است بیمه‌گر مجاز به اعمال تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد، با رعایت قوانین و مقررات بیمه ای جاری کشور بوده و بیمه‌گذار ملزم به تبعیت خواهد بود.

فصل سوم: سایر مقررات**ماده (۱۵) مدت قرارداد:**

مدت این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۰۱ شروع و در ساعت بیست و چهار مورخ ۱۴۰۳/۰۹/۳۰ خاتمه می‌یابد.

ماده (۱۶):

حق هرگونه تحقیق، معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه شده به منظور تأیید هزینه‌های انجام شده، در چارچوب مفاد و شرایط قرارداد، برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.

ماده (۱۷) حل اختلاف:

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع با ارجاع اختلاف به مراجع قضایی، اقدام خواهد شد.

ماده (۱۸) موارد فسخ قرارداد و نحوه تسویه حق بیمه:

بیمه‌گر و یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر برای فسخ قرارداد اقدام نمایند:

۱-۱۸- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

۱-۱-۱-۱۸- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن پس از پایان زمان تعلیق.

۲-۱-۱-۱۸- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و یا بدون سوء نیت، مطالبی خلاف واقع اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند، به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود. بدیهی است در صورت احراز سوء نیت یا عمد در این خصوص نیز حق فسخ ایجاد خواهد شد.

۳-۱-۱-۱۸- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه (موارد غیر عرف) به نحوی که افزایش حق بیمه قابل محاسبه نباشد و یا بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه موافقت ننماید.

۴-۱-۱-۱۸- در صورت محقق نشدن شرط معرفی حداقل مضمولین.

۲-۱۸- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

۱-۱۸-۲-۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲-۱۸-۲-۲- در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود.

۳-۱۸-۲-۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است.

تبصره: بیمه‌گذار اختیار خواهد داشت با بررسی عملکرد شرکت بیمه‌گر و همچنین ارزیابی رضایت یا عدم رضایت پرسنل در مواردی مانند عمل به تعهدات، پرداخت به موقع خسارات بر اساس گزارش دوره ای (هر دو ماه یکبار) اداره کل بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات به ناظر قرارداد، در صورت عدم رضایت، در ابتدا موضوعات در جلسات مشترک فی مابین مدیران عامل بیمه‌گر و بیمه‌گذار مطرح خواهد شد و در صورت عدم حصول نتیجه بیمه‌گذار موضوع مربوطه به صورت مکتوب اعلام و قرارداد با یک نوبت اخطار و گذشت هفت روز کاری، به صورت یک طرفه از سوی بیمه‌گذار فسخ خواهد شد، فسخ قرارداد، هفت روز کاری پس از اعلام مکتوب به شرکت بیمه‌گر نافذ خواهد بود. بیمه‌گر ضمن تأیید اختیار فوق، فسخ قرارداد را به شرح فوق پذیرفته و حق خود را برای اعتراض، پیگیری و طرح دعوی از طریق مراجع قضایی اسقاط می‌کند.

۳-۱۸- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ:

۱-۱۸-۳-۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می‌گردد.

۲-۱۸-۳-۲- در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه می‌شود و کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد.

تاریخ: ۱۴۰۲/۱۰/۰۵
شماره: ۱۴۰۲/۸۹۷۶۲
پیوست:

تبصره: در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد، حداکثر ظرف مدت دو ماه پس از اعلام کتبی، به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده (۱۹) نحوه فسخ:

۱- در صورتیکه بیمه‌گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌شود.
۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر تقاضای فسخ قرارداد را بنماید در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه‌گر و یا تاریخ موخری که در درخواست قید شده باشد قرارداد فسخ شده محسوب می‌شود.

ماده (۲۰) شرایط تمدید قرارداد:

تمدید قرارداد برای سال‌های بعد با توافق کتبی بیمه‌گر و بیمه‌گذار و با صدور الحاقیه انجام خواهد شد.

ماده (۲۱) اقامتگاه:

آدرس قانونی طرفین قرارداد، همان آدرس مندرج در بندهای ۱ و ۲ ماده یک قرارداد بوده و کلیه مکاتبات و مراسلات به آن آدرس‌ها ارسال خواهد شد.
تبصره: در صورت هرگونه تغییر در آدرس، هر یک از طرفین مکلف به اعلام مکتوب به طرف مقابل می‌باشد (حداکثر ظرف مدت ده روز پس از وقوع تغییر آدرس).

ماده (۲۲):

در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی، آیین‌نامه‌های شورای عالی بیمه خدمات درمانی و قوانین جاری کشور عمل خواهد شد.

ماده (۲۳) نسخ قرارداد:

این قرارداد مشتمل بر ۳۳ (سیست و سه) ماده و در ۲ نسخه متحدالشکل که هر کدام حکم واحد را دارند، تنظیم گردیده و با علم و آگاهی طرفین در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۰۵ امضا و مبادله شده و از تاریخ امضا برای طرفین لازم الاجرا و لازم الاتباع می‌باشد.

بیمه‌گذار

شرکت پرستو شهر آرای کردستان
اسماعیل قدیم نژاد (ریس هیات مدیره)

و

علی حسین آبادی (مدیرعامل)

بیمه‌گر
شرکت آتیه سازان حافظ استان کردستان

محمد شریعتی

مدیر شعبه استان کردستان

