

بسمه تعالی

بیمه نامه جامع تامین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه های درمان و پرداخت غرامت فوت و نقص عضو ناشی از حوادث و مسئولیت حرفه ای کارفرما در مقابل کارکنان ، این قرارداد بین شرکت از یک طرف بعنوان بیمه گذار و شرکت از طرف دیگر بعنوان بیمه گر براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی آئین نامه های بیمه مکمل درمان و شرایط عمومی بیمه های درمانی و عمر و حادثه ، قانون مسئولیت مدنی ، قانون تامین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره ۸۹/۱۲۱۹۵ بیمه مرکزی ایران با شرایط ذیل منعقد میگردد .

شماره قرار داد : درمان :	تاریخ صدور:
عمر :	تاریخ شروع قرارداد : از ساعت صفر بامداد ۸۹/۴/۱
حادثه :	تاریخ انقضاء قرارداد : از ساعت صفر بامداد ۹۰/۴/۱

بخش یک : قرارداد بیمه درمان کارکنان 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 حوادث کاری بشرح مندرج در این بخش از قرارداد .

تبصره - محدوده مورد بیمه در مسئولیت کارفرما در حوادث کاری عبارتست از کلیه مکانهای متعلق به بیمه گذار و مکانهایی که به درخواست بیمه گذار کارکنان در آنجا مشغول کار میشوند و نیز کلیه تاسیساتی که به اقتضای کار متعلق به کار گاه یا محل کار تلقی میشود از قبیل نماز خانه ، ناهار خوری ، تعاونی های مصرف ، تعاونی های مسکن ، شیر خوار گاه ، مهد کودک ، درمانگاه ، آموزشگاههای حرفه ای ، ورزشگاه ها ، دانشکده ومراکز آموزشی مربوط ، اماکن مربوط به شورا و انجمن اسلامی و بسیج و وسایل ایاب و ذهاب و نظایر آن در سراسر کشور.

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 ، پیمانی و مشمولین تصویب نامه شماره ۸۴۵۱۵/ت/۳۴۶۱۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۵ هیات محترم وزیران) بازنشسته (از کار افتاده) ، مستمری بگیران ، وظیفه بگیره همراه اعضاء خانواده تحت تکفل آنان (طبق قوانین ذیربط) .

۴-۱- فرزندان پسر کارکنان شاغل و بازنشسته تحت پوشش حداکثر تا سن ۲۰ سالگی و در صورت ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی تا سن ۲۵ سالگی و یا در صورت بلوغ بیمه ای در وزارت نیرو

کارافتادگی کلی به تشخیص کمیسیون پزشکی طی ارسال لیست اولیه در ابتدای قرارداد.



تبصره ۱: در صورت عدم اشتغال به کار فرزندان پسر مجرد بعد از محدوده سنی موضوع بند ۱-۴ و یا فرزندان پسرمتاهل به همراه افراد تحت تکفل که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر غیر تحت تکفل موضوع تبصره یک مشمول پوشش بیمه ای خدمات درمانی مرتبط با نازایی، زایمان (سقط و کورتاژ) و سونوگرافی حاملگی نمی باشند.

۴-۲- فرزندان دختر تحت تکفل تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار .

۴-۳- فرزندان دختر مطلقه همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار میگیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال .

۴-۴- نوزادان تحت تکفل به محض تولد با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۱-۵.

۴-۵- پدر و مادر غیر تحت تکفل کارکنان شاغل و نیز همسر و فرزندان کارکنان شاغل انان و فرزندان بازنشسته انان، با توجه به شرایط پیش بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه گر معرفی شده باشند .

تبصره: در صورتیکه پدر و مادر بیمه شده اصلی به عنوان افراد تحت تکفل معرفی می شوند لازمست تا مدارک و مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه از طریق بیمه گزار به بیمه گر ارائه شود.

۴-۶- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شده اصلی که قانوناً تحت تکفل آنها میباشند با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تائید بیمه گذار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود .

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده

ماده ۵ - ترتیب اعلام اسامی بیمه شدگان :

۵-۱- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کار افتاده) ، وظیفه بگیر، مستمری بگیر و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه شده اصلی ، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان کارکنان انان) شامل : نام و نام خانوادگی ، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) ، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفباء و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه شدگان اصلی و کد ملی طی لیست جداگانه بشرح زیر را تهیه و جهت بیمه گر ارسال نماید ، در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در قبال افراد مذکور نخواهد داشت . ضمناً بیمه گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش و یا کاهش) را حداکثر ظرف مدت یکماه به روال فوق الذکر اعلام نماید .

لیست اول : بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و انان به همراه افراد تحت تکفل شامل همسر و فرزندان .

لیست دوم : بیمه شدگان اصلی انان به همراه افراد غیر تحت تکفل شامل همسر و فرزندان .

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

لیست چهارم : پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اعم از انان و ذکور .

لیست پنجم : فرزندان ذکور مجرد و متاهل غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی به همراه همسر و فرزندان افراد وزارت نیرو

موضوع تبصره ۱ ماده ۴)



لیست ششم: بازنشستگان، وظیفه بگیران و مستمری بگیران همراه افراد تحت تکفل آنان.

لیست هفتم: کارکنان انتقالی به وزارت نیرو از تاریخ انتقال.

۲-۵- شروع پوشش بیمه ای کارکنان جدید الاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مامور به همراه افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان، تاریخ ورود بیمه شده اصلی به شرکت (بیمه گذار) خواهد بود. در مورد حذف بیمه شدگان، زمان موثر تاریخ قطع همکاری بیمه شده اصلی با بیمه گذار است.

۳-۵- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، روز شمار خواهد بود و بیمه گذار مکلف به تحویل دفترچه های درمانی بیمه شدگان حذف شده از قرار داد میباشد.

۴-۵- بیمه شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه های مقرر می باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه شده بدون ایجاد وقفه بعهدہ بیمه گذار است.

۵-۵- بیمه شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند ادامه پوشش بیمه درمانی آنها منوط به پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرار داد توسط بیمه شده و از طریق بیمه گذار به بیمه گر خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در خصوص جبران هزینه های درمان بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

۶-۵- در صورتی که بیمه شدگان مذکور در طول مرخصی بدون حقوق تحت پوشش بیمه قرار نگیرند بیمه گذار مکلف است نسبت به جمع آوری و تحویل دفترچه های درمانی مربوط آنان همزمان با صدور حکم مرخصی اقدام نمایند در غیر اینصورت هزینه های طول مدت مرخصی به عهده بیمه گذار خواهد بود.

ماده ۶- حق بیمه: حق بیمه هر یک از بیمه شدگان به ازای تعهدات مندرج در این قرار داد عبارت است از:

۱-۶- شاغلین: مبلغ ۲۰۰۰۰۰ ریال (دویست هزار ریال) سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی و هر یک از افراد تحت تکفل آنها.

۲-۶- حق بیمه ماهانه هر یک از افراد غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی به شرح ذیل می باشد:

الف: همسر فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث و فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل مبلغ ۲۰۰۰۰۰ ریال (دویست هزار ریال)

ب: پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی ۱۵۰۰۰۰ ریال (یکصد و پنجاه هزار ریال)
(هزینه های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی شود.)

۳-۶- مبلغ ۶۰۰۰۰ ریال (شصت هزار ریال) حق بیمه ماهانه، برای هر یک از بازنشستگان (از کار افتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته اناث در صورت داشتن دفترچه درمانی بیمه گر اول از طرف بیمه شده اصلی.

تبصره ۱: بجز بند ۱۳-۸ و ماده ۹ قرار داد، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ۸ همانند شاغلین می باشد.

تبصره ۲: پوشش بیمه ای مشمولین بند فوق صرفاً از ابتدای قرار داد و همراه با ارسال لیست اولیه خواهد بود.

تبصره ۳: کارکنانی که در طول قرار داد بازنشسته و یا از کارافتاده می شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی می توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوطه به بازنشستگان، پوششهای همانند

شاغلین به استثنای هزینه های مربوط به عینک و دندانپزشکی را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوششهای همانند شاغلین حد اکثر تا انتهای قرار داد یا سه ماه از شروع بازنشستگی را دریافت می نمایند.

نمایند



تبصره ۴: در صورت استفاده از سهم بیمه گر اول ، مشمولین بند فوق از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت فرانشیزهای مقرر همانند شاغلین اعمال خواهد شد.

ماده ۷- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه :

بیمه گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را بر اساس لیست اولیه بیمه شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت پانزده روز از پایان هر ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید ، در غیر اینصورت علاوه بر اینکه به حق بیمه معوق ۳ درصد جریمه در ماه تعلق خواهد گرفت بیمه گر نیز می تواند از پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان خودداری نماید .

تبصره : در صورت عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط طرفین و اعلام آن به شرکت مادر تخصصی ذیربط جهت پیگیری موضوع ، شرکت مادر تخصصی در صورت عدم حصول نتیجه مراتب را به وزارت نیرو و بیمه گر طرف قرار داد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نحوه برخورد با موضوع تعیین گردد.

فصل سوم- تعهدات بیمه گر

ماده ۸- تعهدات بیمه گر : درازاء دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان (انجام تعهدات بیمه گر این قرار داد برای بازنشستگان مشروط و ملزم به انجام تعهدات بیمه گر پایه می باشد) عبارت است از :

۸-۱- تامین هزینه های بیمارستانی و DAY CARE شامل اعمال جراحی - درمان طبی و زایمان اعم از زود رس ، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر ، ICU ، CCU اطاق ایزوله بشرح زیر می باشد :

الف - تعهد بیمه گر در مورد اعمال جراحی و در مان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی نامه از بیمه گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود .

ب- تعهدات بیمه گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه 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 باز پرداخت خواهد شد و در موارد سرپایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت یک هفته پس از دریافت مدارک هزینه ها بازپرداخت خواهد شد .

تبصره - در کلیه موارد فوق هزینه های قابل پرداخت با کسر فرانشیزهای ذیل محاسبه خواهد شد .

الف - هزینه اعمال جراحی قلب ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

ب- هزینه های 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 می باشد .



ج- پرداخت هزینه های مربوط به بیماریهای خاص (منظور از بیماریهای خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد) و شیمی درمانی و بیماریهای صعب العلاج (مانند کانسر ، MS، پارکینسون، هپاتیت وایدز) بر اساس تعرفه مراکز درمانی طرف قرار داد بیمه گر و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود. در خصوص سایر بیماریهای صعب العلاج با نظر مشترک شورای درمان وزارت نیرو و کمیسیون پزشکی بیمه گر اقدام خواهد شد.

د- هزینه های ناشی از سوختگی (در صورت اعلام مراتب به بیمه گر حداکثر ظرف مدت ۷۲ ساعت پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود.

ن - پرداخت هزینه های مربوط به مراکز درمانی که تعرفه مصوب هیئت دولت در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود. (در صورتیکه مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه های انجام شده را طبق مصوبات هیئت دولت محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود.)

۲-۸- تامین هزینه های پاراکلینیکی از قبیل هزینه های رادیولوژی، پزشکی هسته ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، لیزر درمانی با اعمال ۲۰٪ فرانشیز (در صورت اعمال حق فنی پرداخت هزینه آن بعهده بیمه شده میباشد) و حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب نظام پزشکی در بخش خصوصی سال جاری خواهد بود.

۳-۸- انواع هزینه های اعمال جراحی که بطور سربائی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۱۵۰۰۰۰۰ ریال (یک میلیون و پانصد هزار ریال) قابل پرداخت است.

۴-۸- لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماریهای چشم (خونریزی شبکیه، جداشتگی شبکیه، قوز قرنیه و ۰۰۰) با رعایت اصل همترازی و با اعمال ۲۰ درصد فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.

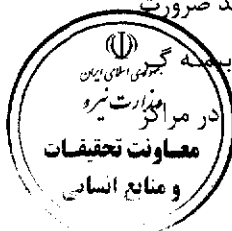
۵-۸- هزینه های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه های همتراز بیمه گر و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت بند ن تبصره ماده ۸ قابل جبران خواهد بود.

۶-۸- ویزیت پزشکان با اعمال ۲۰٪ فرانشیز حداکثر طبق تعرفه سازمان نظام پزشکی در بخش خصوصی قابل پرداخت است (تعرفه های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد).

۷-۸- هزینه داروهای درمانی (شمیایی-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 بیمه گر لزوم مصرف و میزان آنرا تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) با کسر ۳۰ درصد 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 دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط بیمه گر) در مراکز تخصصی و فوق تخصصی معتمد بیمه گر انجام شده، براساس هزینه انجام شده در مراکز تخصصی و فوق تخصصی معتمد بیمه گر (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) قابل جبران است.



نام

تبصره ۳ - حق فنی داروخانه به عهده بیمه شده می باشد .

تبصره ۴ - هزینه سرنگ ، آب مقطر، آنژیوکت ، ست سرم ، اسکالپ وین که جزو ملزومات دارویی محسوب میگردد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک ، با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است .

تبصره ۵ - بیمه گر تعهد می نماید تا کلیه داروخانه های طرف قرار داد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند :

۱- داروخانه های معتمد باتوزیع مناسب بر اساس نظربیمه گذار برای بیماران خاص تا سقف یک میلیون و دویست هزار ریال (۱۲۰۰۰۰۰ ریال) ، برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه گر سایر بیماران تا سقف هفتصد هزار ریال (۷۰۰۰۰۰ ریال)

۲- در مورد سایر داروخانه ها تا سقف پانصد هزار ریال (۵۰۰۰۰۰ ریال) برای کلیه نسخ دارویی

۸-۸ - هزینه مربوط به پروتزهای مصنوعی که در داخل بدن بکار میرود با تأیید پزشک معالج و براساس نرخ مراکز مجاز و معتبر (با توجه به نوع عمل جراحی) و کسر فرانشیز مقرر محاسبه و پرداخت می شود .

۸-۹ - تامین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه ، کبد ، قرنیه ، قلب ، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر با کسر فرانشیز همتر از بیمارستان مورد عمل ، تا سقف ۴۵۰۰۰۰۰۰ ریال (چهل و پنج میلیون ریال) در سال در تعهد بیمه گر می باشد .

۸-۱۰ - تامین هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی ، درمانی ، IVF ، IUI ، GIFT ، ZIFT و هزینه های داروئی مانند HCG ، HMG با اعمال ۲۰٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۴۸۰۰۰۰۰۰ ریال (چهار میلیون و هشتصد هزار ریال) جهت زوجین میباشد. (حتی اگر منجر به معالجه نگردد) ..

۸-۱۱ - تعهدات بیمه گر در رابطه با اعمال جراحی عقیم سازی بیمه شدگان طبق تعرفه های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود .

۸-۱۲ - تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح زیر است .

۸-۱۲-۱ - 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 ، پا و گردن ، ستون فقرات) ، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۳۰۰۰۰۰۰ ریال (سیصد هزار ریال) در هر مورد قابل پرداخت می باشد .

۸-۱۲-۲ - در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدأ و یا تأیید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی تا سقف ۶۰۰۰۰۰۰ ریال (ششصد هزار ریال) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است .

۸-۱۲-۳ - هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال ، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستان های همتر از طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است .

۸-۱۳ - تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) هر دو سال یک بار حداکثر تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰ ریال (دویست هزار ریال) در مورد لنز طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۲۵۰۰۰۰۰ ریال (دویست و پنجاه هزار ریال)



۸-۱۳-۱ جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینائی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار تا مبلغ ۱۰۰۰۰۰ ریال (یکصد هزار ریال) صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود .

۸-۱۴- هزینه های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورتحسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است . در مواردیکه بیمه شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد ، بیمه گرتعهدات خود را (مازاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه انجام خواهد داد .

۸-۱۵- بیمه گرطبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی و در چارچوب تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند .

۸-۱۶- بیمه گرمیتواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید .

۸-۱۷- هزینه های درمانی خارج از کشور :

هزینه های درمانی خارج از کشور بیمه شدگان در صورت تایید سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در آن کشور پس از ترجمه رسمی مدارک و با موافقت کتبی شورای درمان وزارت نیرو حداکثر برابر بالاترین تعرفه مورد عمل در بیمارستانهای درجه یک طرف قرارداد بیمه گر در تهران طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود . تبصره - در صورت تکمیل بودن مدارک مورد نیاز و تایید آن توسط پزشک بیمه گر هزینه های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ تحویل مدارک ، به بیمه شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز گردد .

۸-۱۸- بیمه گرموظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه گذار را بر اساس جدول پیوست تهیه و در اختیار قرار دهد .

۸-۱۹- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت دستورالعمل ها و بخشنامه ها و تعرفه های این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می نماید به وزارت نیرو و بیمه گذاران محلی اقدام نماید .

ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی :

۹-۱- کلیه هزینه های مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن، پرکردن ، جراحی لثه ، بریج ، روت کانال (درمان ریشه) ، ارتودنسی با اعمال ۲۵ درصد فرانشیز در هر مورد و تا سقف ۱۵۰۰۰۰۰ ریال برای هر خانوار در طول مدت قرارداد مورد تعهد بیمه گر میباشد .

تبصره : باستثنای هزینه های مربوط به کشیدن و پانسمان دندان یکصد هزار ریال (۱۰۰۰۰۰۰ ریال) دربقیه مواردبیمه شده میبایست قبلاً طرح درمان را به تأیید پزشک معتمد بیمه گر برساند .



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

۳-۹- چنانچه بیمه گر در هر شهر یا شهرستانی دندانپزشک و یا مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد نداشته باشد تا انعقاد قرارداد با مراکز دندانپزشکی و دندانپزشکان و اعلام مراتب به بیمه گذار کماکان نسبت به تسویه هزینه های دندانپزشکی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود . (در موارد اورژانس که در مسافرت و ماموریت پیش می آید با تائید دندانپزشک معتمد بیمه گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است) .

ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه ها:

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی به بیمه گر در مورد هزینه های پاراکلینیکی و همچنین دندانپزشکی که قبل از انقضای این قرارداد طرح درمان آن به تائید بیمه گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد ۳ ماه و در مورد هزینه های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه میباشد . بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت . لیکن در مورد هزینه های بیمارستانی در صورت موجه بودن تاخیر بشرط اعلام بیمه گذار به بیمه گر در طول مدت تعیین شده فوق الذکر تا مدت ۸ ماه مورد پذیرش خواهد بود .

ماده ۱۱ - استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد :

۱- از بین بردن عیوب مادرزادی ، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج ، بوا تائید پزشک معتمد بیمه گر جنبه درمانی داشته و بیمه شده حداقل یکسال سابقه بیمه ای نزد بیمه گر داشته باشد در خصوص نوزادان در صورت داشتن پوشش بیمه ای از بدو تولد نیازی به یکسال سابقه نمی باشد .

۲- اعمال جراحی که بمنظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی .

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

۴- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته ای .

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

۶- هزینه های 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 ، شکم بند و نظایر آن (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تائید پزشک معتمد بیمه گر برسد) .

۷- هزینه های ترک اعتیاد .

۸- هر نوع چک آپ و آزمایشات دوره ای (برابر قانون کار این هزینه ها به عهده کارفرما میباشد) .

۹- هرگونه هزینه ای که عرفاً در رابطه با درمان نمی باشند .

۱۰- هزینه های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل بیمه شده باشد .



نام

بخش دو - قرارداد بیمه عمر و حادثه (تکمیلی) و مسئولیت حرفه ای کارفرما در قبال

حوادث ناشی از کار برای کارکنان صنعت آب و برق کشور

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱ - بیمه شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان - کارگران) شاغل بیمه گذار شامل رسمی - ثابت - پیمانی و عناوین مشابه وافرادی که بصورت خرید خدمت اشتغال دارند و بازنشستگان و سربازان وظیفه .

تبصره ۱) بازنشستگان با در نظر گرفتن وضعیت جسمانی (سن و سلامتی) براساس معاینات پزشکی (در صورت ضرورت) و تأیید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش قرار خواهند گرفت .

تبصره ۲) بیمه شدگانیکه به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه نامه استفاده نموده اند از شمول این قرارداد خارج میباشند.

تبصره ۳) بیمه شدگان در بیمه عمر حداکثر تا اتمام سن ۷۰ سالگی و در بیمه حادثه تکمیلی بعد از ۷۰ سالگی نیز براساس مفاد این قرارداد تحت پوشش میباشند .

تبصره ۴) بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد در بیمه عمر سن آنها از ۷۰ سال تمام تجاوز نماید کماکان تا پایان سال بیمه ای تحت پوشش خواهند بود .

ماده ۲ - تعریف حادثه: عبارتست از پیش آمد ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده منجر به فوت یا صدمه بدنی وی شود .

ماده ۳ - تعریف نقص عضو و ازکارافتادگی: عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و طبق تشخیص پزشک متخصص وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

ماده ۴ - موضوع قرارداد: عبارتست از بیمه عمر و حادثه تکمیلی و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، بیمه شدگان در تمام اوقات شبانه روز و ماموریت در مقابل خطرات ناشی از کار و خدمت و حوادث ناشی از رانندگی و سرنشین بودن وسائط نقلیه (هوایی - زمینی - دریایی) در داخل و خارج از کشور و پوشش بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان ناشی از حوادث کاری تا سقف های مقرر در این قرارداد .

نام



فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۵ - بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود را شامل : نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه و محل صدور و کد ملی را تهیه و جهت بیمه گر ارسال دارد در پایان هر ماه تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) را به روال فوق اعلام نماید .

ضمناً بیمه گذار موظف است آمار و اطلاعات درخواستی طبق جدول پیوست را تهیه و ماهیانه در اختیار بیمه گر قرار دهد .

تبصره : شروع پوشش بیمه ای کارکنان جدید بیمه گذار (اعم از جدید الاستخدام - مامور - انتقالی) تاریخ ورود آنان به شرکت خواهد بود . چنانچه اعلام تغییرات در تعداد بیمه شدگان (افزایش) در طول قرارداد بیش از مدت تعیین شده (موضوع ماده ۵) باشد بیمه گر هیچگونه تعهدی در پرداخت غرامات احتمالی نخواهد داشت ، در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار است .

ماده ۶ - حق بیمه : حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان (شاغلین) معادل ۱/۹۲ درصد حقوق و مزایای مشمول کسور حق بیمه تا سقف تعیین شده در مورد مشمولین قانون تامین اجتماعی و در مورد سایر کارکنان مجموع حقوق و مزایای مستمر مشمول کسر بازنشستگی به موجب قانون مربوطه خواهد بود .

حق بیمه (بازنشستگان) صرفاً با لیست اولیه ماهیانه هفت هزار (۷۰۰۰) ریال تا سن ۷۰ سالگی بابت پوشش بیمه حادثه و از سن ۷۰ سالگی به بعد ماهیانه سه هزار ریال (۳۶۰۰) ریال بابت پوشش بیمه حادثه محاسبه و اعمال خواهد شد .

تبصره ۱) ملاک محاسبه حق بیمه کسر سال ، ماهیانه میباشد . بدیهی است در مورد بیمه شدگانیکه کارکرد ماهیانه آنها کمتر از ۳۰ روز باشد حق بیمه بر مبنای کارکرد یکماه محاسبه و پرداخت میگردد .

تبصره ۲) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه - حق بیمه همراه بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد براساس لیستهای حقوق و مزایای مشمول کسور حق بیمه و تعداد بیمه شدگان به همراه یک نسخه از لیست پرداخت حق بیمه که به سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان بازنشستگی کشور ارسال میگردد میبایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود .

تبصره ۳) تفاوت حق بیمه های ناشی از افزایش حقوق از تاریخ اجرای احکام با رعایت مفاد ماده پنج قرارداد در وجه بیمه گر پرداخت خواهد شد .

تبصره ۴) غرامت بیمه شدگانیکه در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده و یا بدلیل حوادث ناشی از کار و غیر ناشی از کار از کارافتاده میشوند پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال ، به آنان پرداخت خواهد شد .

تبصره ۵) بیمه گذار مکلف است لیست بیمه شدگانیکه در مرخصی استعلاجی بسر میبرند و یا بازنشسته میشوند و از لیست حقوقی حذف شده اند را ظرف ۳۰ روز از تاریخ اجراء به بیمه گر اعلام نموده و متعاقباً طی لیست جداگانه ای همراه با حق بیمه مربوطه در وجه بیمه گر پرداخت نماید در غیر اینصورت و همچنین در صورت عدم رعایت مفاد تبصره ۸ همین ماده بیمه گر نسبت به افراد مذکور تعهدی نخواهد داشت .

تبصره ۶) چنانچه کارکنان در طی اعتبار قرارداد از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند در صورت پرداخت حق بیمه دوران مرخصی بدون حقوق بصورت یکجا ، تعهدات بیمه گر در طول مدت قرارداد بقوت خود باقیست .



بیمه گزار موظف است لیست و حق بیمه این دسته از بیمه شدگان را در اسرع وقت به بیمه گر اعلام و پرداخت نماید.

تبصره ۷) کارکنانیکه در طول قرار داد بازنشسته می شوند می توانند با پرداخت حق بیمه یک جا تا انتهای قرار داد و مطابق با آخرین لیست ارسالی حق بیمه زمان شاغل بودن از طریق بیمه گذار آزمایشی قرار داد همانند شاغلین بهره مند شوند.

تبصره ۸) تعهدات بیمه گذار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه گر میباشد .

تبصره ۹) علاوه بر حق بیمه مقرر موضوع این ماده ، بیمه گذار متعهد است مبلغ چهل میلیون ریال (۴۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال) بعنوان سپرده جهت حق بیمه افراد جدیدالاستخدام که اسامی آنان با اطلاع بیمه گر نرسیده است و همچنین افرادی که به سبب مرخصی استعلاجی از لیست حقوقی حذف شده اند در وجه بیمه گر پرداخت نماید . بدیهی است در طول مدت قرارداد و در صورت بروز خطرات مشمول بیمه ، با ارائه مدارک مثبت دال بر اشتغال و یا وضعیت استعلاجی افراد مذکور بیمه گر متعهد به جبران خسارت خواهد بود .

تبصره ۱۰) در صورت عدم تمدید قرارداد سپرده فوق الذکر عیناً به بیمه گذار مسترد میگردد .

ماده ۷ - بیمه گذار متعهد است هنگام بروز خطرات مشمول بیمه مراتب را ظرف مدت دو ماه از تاریخ وقوع حادثه کتباً به بیمه گر اعلام نموده و متعاقباً اصل یا فتوکپی تایید شده مدارک مشروحه ذیل را برای بیمه گر ارسال نماید .

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

الف) در صورت فوت :

- 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 بیمه شده متوفی در آن قید شده باشد .
- ۴- تصویر مصدق کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی .
- ۵- تصویر مصدق فیش حقوقی ماه قبل از فوت با رعایت تبصره ۴ ماده ۶. (به استثناء بازنشستگان موضوع ماده ۶)
- ۶- در مورد بازنشستگان تصویر مصدق اولین حکم بازنشستگی صادره توسط سازمان تامین اجتماعی یا سازمان بازنشستگی کشوری (کسانیکه در طول این قرارداد بازنشسته میشوند) .
- ۷- تصویر مصدق اعلام مراتب بیمه گذار به سازمان تامین اجتماعی و یا ابلاغ بازنشستگی صادره توسط شرکت در مورد مشمولین بازنشستگی کشوری (کسانیکه در طول این قرارداد بازنشسته می شوند) .
- ۸- در مورد حوادث ناشی از کار یا ماموریت مدارک مربوطه به احراز مسئولیت کارفرما توسط مراجع ذیصلاح قانونی .



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

- ۱- گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مامور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد .
- ۲- گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم بیمه شده .
- ۳- تصویر شناسنامه بیمه شده .
- ۴- تصویر دفترچه بیمه درمانی ، بیمه شده .
- ۵- اصل یا تصویر گزارش حادثه تهیه و تکمیل شده توسط کارفرما در صورتیکه حادثه در محل کار اتفاق افتاده باشد به همراه گزارش تهیه شده توسط مراجع قانونی بازرسی کار وزارت کار و امور اجتماعی .
- ۶- فیش حقوقی ماه قبل از حادثه و حکم کارگزینی صادره قبل از حادثه با ذکر تاریخ استخدام با رعایت تبصره ۳ ماده ۶ فوق .

تبصره - در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را در هنگام سانحه بعهدده داشته باشد ، در اینصورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تاییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی بر داشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامیست .

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

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

الف) شاغلین :

- ۱- در صورت فوت بیمه شده بهر علت معادل ۴۰ برابر میانگین حقوق و مزایای مشمول کسور حق بیمه ماههای قبل از فوت تا سقف تعیین شده در مورد مشمولین قانون تامین اجتماعی و در مورد سایر کارکنان مجموع حقوق و مزایای مستمر مشمول کسر بازنشستگی .
- ۲- در صورت فوت ناشی از حادثه غیر از کار با احتساب بند ۱ حداکثر معادل $50 = (40 + 10)$ برابر میانگین حقوق و مزایای مشمول کسور حق بیمه ماههای قبل از فوت تا سقف تعیین شده در مورد مشمولین قانون تامین اجتماعی و در مورد سایر کارکنان مجموع حقوق و مزایای مستمر مشمول کسر بازنشستگی .
- ۳- در صورت نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حادثه تمام اوقات زندگی تعهدات بیمه گر معادل ۶۰ برابر میانگین حقوق و مزایای مشمول کسورات حق بیمه ماههای قبل از حادثه تا سقف تعیین شده در مورد مشمولین قانون تامین اجتماعی و در مورد سایر کارکنان مجموع حقوق و مزایای مستمر مشمول کسر بازنشستگی (در خصوص نقص عضو جزئی با رعایت بند ۴)
- ۴- در صورت نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه ، درصدی از مبلغ غرامت نقص عضو دائم و کلی براساس جداول نقص عضو مورد عمل بیمه گر ، مصوب شورای عالی بیمه (تصویر پیوست) و با تایید پزشک معتمد پرداخت میگردد.

تبصره : حداکثر حقوق ملاک محاسبه برای تعیین غرامت ، میانگین حقوق (به ماخذ لیستهای ارسال شده به وزارت تعاون ، معارف و امور اسلامی) و منابع انسانی بیمه گروسازمان تامین اجتماعی و تطابق آنها) ۵ ماه آخر ، از ماههای اشتغال به کار بیمه شده می باشد .



۵- چنانچه فوت بعلت حوادث ناشی از کار (با رعایت ماده ۶۰ قانون تامین اجتماعی) و یا مأموریت باشد (در صورت وقوع حادثه در حین مأموریت و احراز مسئولیت مدنی قانونی کار فرما) علاوه بر مبلغ غرامت فوت موضوع بند یک همین ماده، تعهدات بیمه گر در رابطه با مسئولیت کارفرما حداکثر تا سقف ديه سال وقوع حادثه و نهایتاً سال انقضاء قرارداد به نسبت میزان هر نفر در طول سال صرفاً با رأی دادگاه خواهد بود.

۶- در صورتیکه نقص عضو دائم (کلی یا جزئی) بعلت حادثه ناشی از کار (با رعایت ماده ۶۰ قانون تامین اجتماعی) و یا مأموریت ایجاد شده باشد در صورتیکه مسئولیت قانونی کارفرما توسط دادگاه محرز گردد) علاوه بر مبلغ غرامت موضوع بند سه همین ماده، تعهدات بیمه گر در رابطه با مسئولیت کارفرما، حداکثر تا سقف ديه سال وقوع حادثه یا نهایتاً سال انقضاء قرارداد به نسبت میزان مسئولیت ایجاد شده صرفاً با رأی دادگاه خواهد بود.

۷- به منظور ایجاد تسهیلات برای خانواده متوفی (بیمه شده) در صورت رعایت مفاد قرارداد از سوی بیمه گذار و با درخواست کتبی بیمه گذار و ارائه اصل و یا تصویر برابر اصل خلاصه رونوشت وفات و گواهی پزشک معالج مبنی بر علت فوت، بیمه گر حداکثر مبلغ بیست میلیون ریال (۲۰۰۰۰۰۰۰ ریال) ظرف مدت یک هفته بعنوان علی الحساب (تا تعیین تکلیف پرداخت کلی) در وجه ذینفع پرداخت مینماید. بدیهی است در صورتیکه طبق اسناد ارائه شده موضوع ماده ۷ قرارداد و بررسی آن توسط بیمه گر مشخص گردد غرامت فوت متوفی غیر قابل پرداخت بوده است، مراتب از شمول تعهدات بیمه گر خارج خواهد بود. ضمناً بیمه گذار موظف است ظرف مدت ۱۵ روز نسبت به استرداد مبلغ دریافتی (علی الحساب) در وجه بیمه گراقدام نماید.

ب) بازنشستگان :

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل میباشد :

- ۱- فوت عادی (بیماری، کهولت سن) ۱۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال
- ۲- فوت ناشی از حادثه ۲۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال
- ۳- نقص عضو دائم کلی ناشی از حوادث مشمول بیمه ۲۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال
- ۴- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ (براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹ - بیمه گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه گذار را بر اساس جدول پیوست تهیه و در اختیار قرار دهد.

ماده ۱۰ - بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه گذاران در مورد سایر دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می نماید اقدام نمایند.

نام



بخش سوم - مقررات گوناگون

- ماده ۱- بیمه گر و بیمه گذار 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 بیمه ای و پرداخت خسارت، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد طرفین موضوع این قرار داد جهت بیمه گر و بیمه گذار محفوظ میباید.
- ماده ۳- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیونی مشترک متشکل از نمایندگان بیمه گر و بیمه گذار مطرح و پس از توافق انجام، و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.
- ماده ۴- موارد مسکوت یا پیش بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه های درمان، عمر و حوادث و قانون، مقررات و مصوبات بیمه در ایران خواهد بود.
- ماده ۵- مدت اعتبار این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی از ساعت صفر بامداد ۸۹/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۹۰/۴/۱ منقضی می گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یکساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.
- ماده ۶: در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یکساله اعم از اینکه بیمه گذار و یا بیمه گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای فیما بین و با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقتنامه کما کان به حال و قوت خود باقی است.
- ماده ۷- بیمه گذار و بیمه گرمکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضای مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرار داد اقدام نمایند.
- ماده ۸- بیمه گرموظف است میزان دسترسی بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی کاهش ندهد.
- ماده ۹- سهم بیمه شده در مراکز پاراکلینکی طرف قرارداد بیمه گر تنها فرانشیز مربوطه می باشد. (به استثنای حق فنی) چنانچه مبلغ مازاد بر فرانشیز از بیمه شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه گر موظف به جبران آن می باشد.
- ماده ۱۰- بیمه گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده دفترچه بیمه شده در هر کجای کشور بدون انجام فرآیند های اداری اضافی مهیا گردد.
- ماده ۱۱- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۱۷ تبصره و در بخش دو شامل ۱۰ ماده و ۱۸ تبصره و در بخش سه مشتمل بر ۱۱ ماده می باشد و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. بدلیل اجرای سراسری این قرار داد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه گر و بیمه گذار مشمول این قرار داد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی باشند.

ناصر

بیمه گذار

بیمه گر

