

# قرارداد بیمه مزاد درمان گروهی

شماره قرارداد: ۱۳۹۰ / ۱۴۱ / ۸۶۵۱ / ۱  
شماره سال قبل: ۱۳۸۹ / ۱ / ۱۴۱ / ۸۶۵۱ / ۵۰۰۰۰۵  
بیمه گذار: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه  
تعداد بیمه شدگان: بالای ۱۰۰۰ نفر  
حق بیمه صادره: بصورت ماهیانه پرداخت میگردد  
تاریخ صدور: ۱۳۹۰ / ۳ / ۱  
تاریخ شروع: ۱۳۹۰ / ۳ / ۱  
تاریخ انقضاء: ۱۳۹۱ / ۲ / ۳۱  
کد نمایندگی: ۸۶۵۱

این قرارداد بین شرکت سهامی بیمه ایران که منبعد بیمه گر نامیده میشود از یکطرف و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که بعد از این بیمه گذار نامیده میشود از طرف دیگر براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶، مقررات و آئین نامه های شورایی عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط خصوصی ذیل منعقد میگردد:

## فصل اول - کلیات

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

### ماده ۱- بیمه گر

" شرکت سهامی بیمه ایران "، بنشانی: **کرمانشاه خ آیت اله کاشانی** که در این قرارداد ما بازاء تعهدات بیمه گذار مسئولیت جبران خسارت را بعهده دارد.  
تبصره - بیمه خدمات درمانی، بیمه تامین اجتماعی و سازمانهای مشابه " بیمه گر اول " و شرکت سهامی بیمه ایران " بیمه گر دوم " محسوب میشوند.

### ماده ۲- بیمه گذار

" **دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه** " بنشانی: **بلوار شهید بهشتی ساختمان شماره یک** که متعهد پرداخت حق بیمه میباشد.

### ماده ۳ - بیمه شدگان

عبارتند از کارکنان شاغل بیمه گذار و اعضاء خانواده تحت تکفل ایشان که توسط بیمه گذار معرفی میشوند.

تبصره یک - حداقل ۷۰٪ از کل کارکنان به همراه افراد تحت تکفل آنان میبایست جهت اخذ پوشش بیمه ای معرفی گردد.

تبصره دو - منظور از اعضای خانواده همسر، فرزندان و سایر افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی میباشد که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی میباشد.

تبصره سه - فرزندان ذکور تا سن بیست سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت

دانشگاهی تاسن بیست و پنج سال تمام و فرزندان اناث تاهنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه میباشند.

۳/۳/۱ (ت) دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام بیمه میشوند.

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

## ماده ۴ - موضوع بیمه

عبارتست از جبران هزینه های پزشکی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث مشمول بیمه مازاد بر بیمه خدمات درمانی، بیمه تامین اجتماعی و یا هر نوع بیمه، گر اول بر طبق شرایط مقرر در این قرارداد.

## فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار

### ماده ۵

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت پانزده روز پس از امضاء و مبادله قرارداد دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بدون قلم خوردگی و با خط خوانا ترجیحاً بوسیله رایانه، تهیه نموده و جهت بیمه گر ارسال نماید. بدیهی است ملاک صدور معرفی نامه یا پرداخت هزینه های پزشکی اسامی مندرج در لیست مذکور میباشد .

**تبصره یک** - لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان میباید حاوی اطلاعات زیر باشد : شماره ردیف که همان شماره بیمه ای بیمه شده میباشد - نام و نام خانوادگی - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه - نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی - شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی یا بیمه تامین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول .

**تبصره دو** - دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده میبایست به امضاء طرفین رسیده ممهور و مبادله گردد . صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت .

**تبصره سه** - 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 : افراد جدید الاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه گزار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی 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).



تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از اولین روز ماه بعد بیمه ای از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

۳/۵/۴) 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) تاریخ مؤثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ دریافت نامه وی میباشد موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از فوت شدگان - خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع میشود.

۳/۵/۴) - بیمه شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی و چنانچه بازنشسته گردد پوشش بیمه ای خود و اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان سال بیمه ای قرارداد ادامه خواهد یافت.

تبصره چهار - کارکنانیکه اسامی و مشخصات آنان و هریک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات، موضوع تبصره دو و سه ماده پنج قرارداد درج نباشد باستناد 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

با توجه به تعهدات بیمه گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۴۲/۰۰۰ ریال میباشد که بیمه گذار موظف است بر اساس تعداد کل بیمه شدگان محاسبه و بطور یکجا در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

### ماده ۷- ترتیب پرداخت حق بیمه

بیمه گذار مکلف است حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا پانزدهم همان ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

تبصره یک - مهلت پرداخت حق بیمه قطعی میباشد. در صورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه قرارداد بلافاصله با صدور الحاقی به حالت تعلیق درمی آید و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت ندارد. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق قرارداد با صدور "الحاقی رفع تعلیق" مجدداً به حالت اول برمیگردد.

تبصره دو - حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین میگردد که میبایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماههای آتی حداکثر تا پانزدهم ماه بعد تسویه شود.

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 نمیباشد.

## فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

### ماده ۸ - حدود تعهدات

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

ارقام بریال

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات	واحد	توضیحات
۸/۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	۱۵/۰۰۰/۰۰۰		بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) ، نفر آنژیوگرافی قلب ، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن
۸/۲	جبران هزینه چهار عمل جراحی مهم (اصلی)	۳۰/۰۰۰/۰۰۰		شامل قلب- مغز و اعصاب (باستثناء دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه و مغز استخوان تعهدات این بند با احتساب بند ۸/۱ میباشد.
۸/۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۶/۰۰۰/۰۰۰		تعهد بیمه گر برای هزینه زایمان شامل فقط فرزند اول الی سوم بیمه شده میباشد .
۸/۴	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	۱/۵۰۰/۰۰۰		شامل :انواع اسکن -انواع سی تی اسکن - ماموگرافی- سونوگرافی- رادیوتراپی- ام آر آی - انواع آندوسکوپی و اکوکاردیوگرافی
۸/۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۷۵۰/۰۰۰		شامل تست ورزش ، نوار عضله ، نوار عصب ، نوار مغز ، آنژیوگرافی چشم ،
۸/۶	• هزینه جراحیهای مجاز سربایی وبدون بستری	۷۵۰/۰۰۰		مانند شکستگیها - گچ گیری - ختنه - بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن لیپوم - تخلیه کیست و لیزردرمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم)
۸/۷	هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم (برای هر چشم) بدون بستری	۲/۵۰۰/۰۰۰		چنانچه نقص بینائی هرچشم به تشخیص پزشک معتمدبیمه گر (قبل از عمل) چهاردیوپتر یا بیشتر باشد

توجه: رادارهای پزشکی



و سایر فوریت‌های پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می‌گردد. تعهدات این بند از محل تعهدات بند ۸/۱ می‌باشد.		۳۰۰/۰۰۰ ۶۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۸/۸
---	--	--------------------	--	-----

• **تبصره -** فهرست اعمال غیرمجاز 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 -** مجموع تعهدات سالانه بیمه گر در مورد بندهای ۸/۱ و ۸/۸ برای هر یک از بیمه شدگان همان مبلغ ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ و حداکثر تعهد بیمه گر در خصوص بند ۸/۲ با احتساب تعهدات

بند ۸/۱ مبلغ ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و تعهد بندهای ۸/۳، ۸/۴، ۸/۵، ۸/۶ و ۸/۷ بصورت مستقل در نظر گرفته می شود.

### ماده ۱۰ - فرانشیز

فرانشیز بابت سهم بیمه گر اول معادل ۳۰ درصد هزینه های مورد تعهد موضوع ماده ۸ می‌باشد.

### ماده ۱۱ - استثنائات

جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی و پاراکلینیکی طبق ماده ۶ شرایط عمومی پیوست از شمول تعهدات بیمه گر خارج می‌باشد.

### ماده ۱۲

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستانها و مراکز درمانی مجازمختار است. در اینصورت بیمه شده پس از پرداخت هزینه های مربوطه می‌بایستی صورتحساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده از طریق بیمه گذار به بیمه گر تسلیم نماید.

### ماده ۱۳ - ترتیب بستری شدن بیمه شدگان

۱۳/۱ - چنانچه بیمه شدگان در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند.

۱۳/۱/۱) حداکثر ظرف مدت سه روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب را از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع دهد.

۱۳/۱/۲) پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را راساً تامین نمایند.

۱۳/۱/۳) اصل مدارک و صورتحسابهای بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار و نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال نمایند.

**تبصره یک -** بیمه شدگان می بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از سازمان خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی دریافتی از

سازمانهای فوق الذکر، از طریق نماینده بیمه گذار به بیمه گر، هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر براساس مفاد این قرارداد دریافت نماید.، چنانچه سهم بیمه گر اول از فرانشیز قرارداد کمتر باشد میزان فرانشیز قابل پرداخت معادل مابه التفاوت سهم بیمه گر اول از فرانشیز قرارداد خواهد بود.

**تبصره دو -** در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نمی نماید شامل فرانشیز موضوع ماده ۱۰ خواهد شد.

**تبصره سه -** مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یکماه پس از دریافت چک بیمه گر اول میباشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر یکماه بعد از انجام آن خواهد بود.

۱۳/۱/۴ - محاسبه هزینه های بیمارستانی، براساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم درجه طرف قرارداد با بیمه گر میباشد. در صورت عدم تعیین حق العمل جراح در صورت حساب بیمارستان این هزینه حداکثر معادل پنج برابر تعرفه خدمات درمانی محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۱۳/۱/۵ محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی، براساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و خصوصی و یا حداکثر تعرفه های اعلام شده از طرف بیمه ایران می باشد.

۱۳/۲ - چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند.

۱۳/۲/۱ با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد به ضمیمه درخواست کتبی بیمه گذار نسبت به اخذ معرفینامه از بیمه گر اقدام نمایند.

۱۳/۲/۲ حداکثر ظرف مدت سه روز از زمان بستری شدن بیمه شده در بیمارستان، مراتب از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع داده شود.

۱۳/۲/۳ در موارد اورژانس و یاساعات غیراداری، بیمه شدگان میتوانند از طریق کارت بیمه درمانی که در اختیار آنان گذاشته میشود مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر مراجعه و بستری گردند و متعاقباً در اولین ساعات اداری روز بعد معرفینامه مربوطه را اخذ و تحویل بیمارستان نمایند.

۱۳/۲/۴ - هزینه های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهده بیمه شده و بیمه گذار میباشد. اینگونه هزینه ها از تاریخ اعلام کتبی به بیمه گذار حداکثر ظرف مدت یکماه میبایست در وجه بیمه گر پرداخت شود.

## ماده ۱۴

بیمه گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تام الاختیار خود را به بیمه گر معرفی نماید.



این نماینده رابط بین بیمه گر و بیمه گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه گذار و بیمه شده را بعهده دارد. بدین ترتیب بیمه شدگان میبایست امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه گر خودداری نمایند.

### ماده ۱۵

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شوندگان از طرف بیمه گزار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است بیمه گر مجاز به تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.

**ماده ۱۶** - بمنظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ میباشد.

### ماده ۱۷ - حل اختلاف نظر

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل خواهد شد. در غیر اینصورت رای مراجع ذیصلاح نافذ میباشد.

### ماده ۱۸ - مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت بیست و چهار مورخ ۱۳۹۰/۳/۱ شروع و در ساعت بیست و چهار مورخ ۱۳۹۱/۲/۳۱ خاتمه مییابد.

### ماده ۱۹ - شرایط فسخ قرارداد

بیمه گر و بیمه گذاری توانند صرفاً با شرایط تعیین شده در ماده ۱۳ و ۱۴ شرایط عمومی این بیمه، درخواست فسخ قرارداد در طول مدت بیمه را بنمایند.

### ماده ۲۰ - شرایط تمدید قرارداد

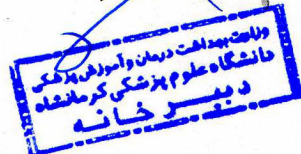
تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار و با صدور الحاقی انجام خواهد شد.

**ماده ۲۱** - در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکر شده در میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (مصوب شورای عالی بیمه) که جزء لاینفک این قرارداد میباشد و تحویل بیمه گذار شده است و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

**ماده ۲۲** - این قرارداد مشتمل بر ۲۲ ماده و ۱۴ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ امضاء و مبادله شده است.

تایید صورتجلسه کمیته مدیریت مورخ ۲۰۳۰/۳/۸ (صورتجلسه)

بیمه گر  
شرکت سهامی بیمه ایران  
واحد



سید کریم بیگی