



این قرارداد بین شرکت بیمه نوین شعبه کرمان و دانشگاه ولیعصر رفسنجان پس از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده میشوند براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و آئین نامه های مصوب شورایی بیمه و عرف بیمه در ایران و نیز شرایط عمومی و خصوصی بیمه درمان تکمیلی که پیوست و جزء لاینفک این قرارداد است، منعقد می گردد.

شماره قرارداد: ۱۶۲۸ / دت / ۶۴۳۱ / ۵۲۰ / ۱۳۹۷	تاریخ صدور:	واحد صدور: شعبه کرمان نماینده / کارگزار: هوشیار ابوطالبی عدل آبادی (۶۴۳۱)
مدت بیمه: یک سال تمام خورشیدی	تاریخ شروع: ساعت ۲۴ روز: ۱۳۹۷/۰۳/۰۱	تاریخ انقضاء: ساعت ۲۴ روز: ۱۳۹۸/۰۳/۰۱
بیمه گر	شرکت بیمه نوین شعبه کرمان به نشانی کرمان بلوار جمهوری ابتدای هوشنگ مرادی کرمانی تلفن: ۳۲۱۲۶۸۷۰-۷۳	
بیمه گذار	نام بیمه گذار: دانشگاه ولیعصر رفسنجان کد ۲۴۸۶۲۲۷ کد اقتصادی: شناسه ملی: ۱۴۰۰۲۸۸۴۷۱۰ نشانی: کرمان - رفسنجان ابتدای بلوار ۲۲ بهمن کد پستی: ۷۷۱۸۸۱۷۱۱۱ تلفن:	
بیمه شدگان	بیمه شدگان (اصلی) عبارتند از کارکنان شاغل و تمام وقت بیمه گذار (رسمی، پیمانی و قراردادی) که به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان (تحت تکفل) از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده اند و ۵۰٪ درصد آنان مطابق لیست ارسال به بیمه گر پایه باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند. تعداد بیمه شدگان اصلی: نفر تعداد کل بیمه شدگان: ۱۰۰۰ نفر	
حق	حق بیمه ماهانه هر نفر: ۵۷۵,۰۰۰ ریال حق بیمه کل: ۶,۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال روش پرداخت حق بیمه: بصورت ماهانه طی اقساط مساوی	

### تعهدات بیمه گر

درصد	حداکثر تعهدات سالیانه (به ریال)		شرح تعهدات بیمه گر
	خانواده	نفر	
۳۰		۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	(۱) جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care.
۳۰		۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	(۲) جبران هزینه اعمال جراحی تخصصی: شامل سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (با استثناء دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان (با احتساب تعهدات بند یک) جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن
۳۰		۴۰,۰۰۰,۰۰۰	(۳) جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین: تعهد بیمه گر صرفاً جهت بیمه شده اصلی یا همسر می باشد. - جبران هزینه های نازایی و ناباروری: هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT, ZIFT, IUI, میکرواینجکشن و IVF
۳۰		۱۵,۰۰۰,۰۰۰	(۴) جبران هزینه های پاراکلینیکی (۱): شامل سونوگرافی (به استثناء NB, NT)، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، انواع سی تی اسکن ام آر ای، اکوکاردیوگرافی، استرس آکو، دانسیتومتری
۳۰		۵,۰۰۰,۰۰۰	(۵) جبران هزینه های پاراکلینیکی (۲): شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار منانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم
۳۰		۱۰,۰۰۰,۰۰۰	(۶) جبران هزینه های پاراکلینیکی (۳): شامل اعمال مجاز سربایمانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیسوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (با استثناء رفع عیوب دید چشم)
۳۰		۷,۰۰۰,۰۰۰	(۷) جبران هزینه های آزمایشگاهی: شامل آزمایشهای تشخیصی پزشکی، باتولوژی یا آسیب شناسی و زنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی (به استثناء چکاپ و آزمایشات غربالگری جنین)
۳۰		۲۵,۰۰۰,۰۰۰	(۸) هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم، چنانچه نقص بینایی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) "۳ دیوپتر" یا بیشتر باشد. جمعاً برای هر دو چشم
۱۰		۷,۰۰۰,۰۰۰	(۹) جبران هزینه دندانپزشکی به استثناء ( ایمپلنت، ارتودنسی، زیبایی، دست دندان مصنوعی ) براساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران قابل جمع برای افراد یک خانواده
۳۰		۷,۵۰۰,۰۰۰	(۱۰) جبران هزینه ویزیت مطابق تعرفه های مصوب و دارو ( براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهیم بیمه گر اول ) خدمات اورژانس در موارد غیر بستری و ترزقیات
۳۰		۲,۵۰۰,۰۰۰	(۱۱) جبران هزینه عینک شامل عینک طبی و لنز تماس طبی
۳۰		۶,۰۰۰,۰۰۰	(۱۲) هزینه تامین سمعک شامل (سمعک، کفش طبی، عصا، واکر، جوراب واریس، ویلچر، کمربند طبی، زانو بند طبی، مخ بند طبی )
۳۰		۲۰,۰۰۰,۰۰۰	(۱۳) جبران هزینه های تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین
۳۰		۶۰۰,۰۰۰	(۱۴) جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در مراکز (داخل شهر)
۳۰		۱,۲۰۰,۰۰۰	درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج (خارج شهر)

۱- حداکثر تعهدات ردیفهای ۱۴ و ۲۱ ریال می باشد.  
 ۲- دوره انتظار زایمان برای گروههای کمتر از ۲۵۰ نفر ۹ ماه و بیماریهای مزمن ۶ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای بیمه شده، دوره انتظار زایمان برای گروههای بیش از ۲۵۱ نفر الی ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه و بیماریهای مزمن ۳ ماه از تاریخ پوشش بیمه ای بیمه شده و دوره انتظار گروههای بیش از ۱۰۰۰ نفر صفر می باشد.  
 ۳- خسارت مربوط به هزینه های بیمارستانی و سایر هزینه ها در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد.  
 ۴- بیمه گذار موظف است حق بیمه قرارداد را بر اساس اعلامیه به دهکار پیوست به شماره حساب مشخص شده به نام شرکت بیمه نوین وارز نماید. ضمناً هرگونه پرداخت به سایر حساب ها و اشخاص مورد تایید نمی باشد.

این قرارداد با شرایط خصوصی و عمومی پیوست آن در دو نسخه که هر یک دارای ارزش یکسان می باشد، تنظیم و به امضای طرفین رسیده و مبادله شده است.  
 مهر و امضاء بیمه گذار  
 مهر و امضاء بیمه گر





## شرایط مکمل خصوصی بیمه درمان گروهی

## فصل اول - تعاریف و اصطلاحات:

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

ماده ۱- بیمه گر

شرکت بیمه نوین به آدرس تهران- بلوار میرداماد- خیابان شهید سنجابی- پلاک یازده که در این قرارداد جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر و در ازای اجرای تعهدات از جانب بیمه گذار؛ برعهده دارد.

• تبصره یک- سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی و نیروهای مسلح که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمانی می باشند بیمه گر پایه و شرکت بیمه نوین (سهامی عام) "بیمه گر دوم" محسوب می شوند.

ماده ۲- بیمه گذار

بیمه گذار شخصی حقوقی است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر گردیده و متعهد به پرداخت حق بیمه در سررسیدهای تعیین شده در مدت اعتبار بیمه نامه می باشد.

ماده ۳- بیمه شدگان قرارداد

بیمه شدگان (اصلی) عبارتند از کارکنان شاغل و تمام وقت بیمه گذار (رسمی، پیمانی و قراردادی) که به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان (تحت تکفل) از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده اند و حداقل ۵۰٪ درصد آنان مطابق لیست ارسالی به بیمه گر اولیه باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

• تبصره یک- در صورتی که تعداد کل بیمه شدگان کمتر از ۲۰۰ نفر باشد می بایست ۷۰٪ کارکنان شاغل بیمه گذار مطابق لیست ارسالی به بیمه گر پایه به همراه افراد خانواده تحت پوشش قرار گیرند.

• تبصره دو- بیمه شدگان این قرارداد صرفاً شامل کارکنان شاغل و تمام وقت در استخدام بیمه گذار، بر اساس مندرجات لیست ارسالی بیمه گذار به بیمه گر پایه (تامین اجتماعی) می باشند. لذا سایر افراد با هر نوع رابطه استخدامی (بیمانکار، خرید خدمت، پاره وقت، دانشجویی و ...) که اسامی آنها در لیست مذکور وجود نداشته باشد، تحت پوشش قرار نخواهند گرفت.

• تبصره سه- منظور از خانواده عبارت است از هر یک از کارکنان شاغل بیمه گذار به عنوان بیمه شده اصلی به همراه همسر و فرزندان وی و نیز افراد تحت تکفل شامل پدر و مادر و یا هر فرد دیگری که طبق قانون تحت تکفل وی قرار دارند.

• تبصره چهار- پوشش افراد تحت تکفل هر بیمه شده اصلی در این قرارداد در صورتی معتبر می باشد که افراد مذکور به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه گر پایه باشند.

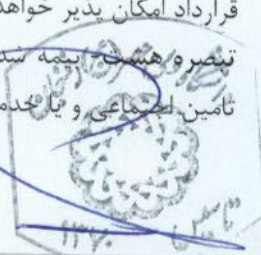
• تبصره پنج- همسر و فرزندان کارکنان اناث مانند سایر بیمه شدگان با رعایت مفاد این قرارداد با حق بیمه یکسان تحت پوشش می باشند، مشروط به موافقت کتبی بیمه گر و اینکه کلیه اعضای خانواده تحت پوشش قرار گیرند.

• تبصره شش- ارائه پوششهای درمانی این قرارداد جهت بیمه شدگان اصلی، تحت تکفل یا غیرتحت تکفل صرفاً بر اساس مفاد قرارداد مشخص می گردد.

• تبصره هفت- ارائه پوشش بیمه ای جهت والدین غیر تحت تکفل صرفاً در صورت موافقت مکتوب بیمه گر در ابتدای قرارداد امکان پذیر خواهد بود.

• تبصره هشتم- بیمه شدگان اصلی الزاماً باید تحت پوشش بیمه گر اولیه ای مانند بیمه خدمات درمانی و یا سازمان تامین اجتماعی و یا خدمات درمانی نیروهای مسلح و... بوده که به تبع آن دفترچه بیمه داشته باشند.

• تبصره نهم- بیمه شدگان اصلی الزاماً باید تحت پوشش بیمه گر اولیه ای مانند بیمه خدمات درمانی و یا سازمان تامین اجتماعی و یا خدمات درمانی نیروهای مسلح و... بوده که به تبع آن دفترچه بیمه داشته باشند.







کد: FO-LG-32-01

• تبصره نه- چنانچه بیمه شده اصلی فوت نماید مشروط به پرداخت حق بیمه کلیه بیمه شدگان، خانواده تحت تکفل متوفی تا پایان قرارداد تحت پوشش می باشند.

• تبصره ده- شرایط سنی جهت فرزندان بیمه شده اصلی به شرح ذیل می باشد:

الف) فرزندان پسر حداکثر تا سن ۲۲ سال تمام تحت پوشش می باشند.  
ب) دانشجویان کارشناسی حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام و دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و دکترا تا سن ۲۷ سال تمام با ارائه گواهی تحصیلی معتبر و مشروط به عدم اشتغال به کار تحت پوشش هستند.  
د) فرزندان دختر تا زمان اولین ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.  
ه) فرزندان دختر مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال به کار و صدور دفترچه بیمه گر پایه به تبع بیمه شده اصلی تحت پوشش می باشند.

و) چنانچه فرزندان بیمه شده اصلی دارای معلولیت ذهنی و جسمی باشند بدون رعایت شرط سنی هزینه درمان سایر بیماری های آنها (بجز معلولیت و از کارافتادگی) با تایید پزشک معتمد بیمه گرتحت پوشش خواهد بود. (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات).

• تبصره یازده- پوشش والدین به طور همزمان با بیمه شده اصلی در زمان صدور بیمه نامه انجام می پذیرد.

• تبصره دوازده- ارائه پوشش به کارکنان بازنشسته بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان صرفاً در ابتدای بیمه نامه با حق بیمه اضافی مشروط به اخذ موافقت کتبی از بیمه گر امکان پذیر می باشد.

ماده ۴- موضوع قرارداد

عبارت است از جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

ماده ۵- فرانشیز

درصد معینی از هزینه های درمان مشمول تعهدات این قرارداد است که پرداخت آن به عهده بیمه گذار و یا بیمه شده می باشد، فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه گر پایه معادل فرانشیز مندرج در قرارداد از کل هزینه های درمانی ارزیابی شده و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه و حداقل معادل فرانشیز مندرج در قرارداد خواهد بود.

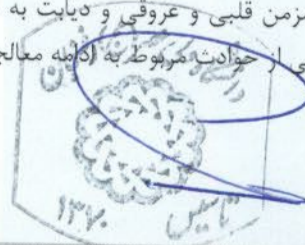
• تبصره یک- در صورتی که بیمه شدگان مایل به استفاده از مزایای بیمه گر اولیه خود نباشند هزینه های پزشکی مندرج در این قرارداد و تبصره های آن با ارائه اصل مدارک پس از کسر مبلغی معادل سهم بیمه گر اولیه و طبق تعرفه های نظام پزشکی قابل پرداخت خواهد بود. ضمناً چنانچه بیمه گر اولیه (سازمان تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) به هر دلیلی هزینه های درمانی را پرداخت نکند معادل فرانشیز مندرج در قرارداد از مبلغ هزینه های قابل پرداخت کسر خواهد شد.  
در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نماید مشروط بر اینکه تعهدات بیمه گر اول از حداقل مذکور کمتر نباشد فرانشیزی کسر نخواهد شد.

ماده ۶- دوره انتظار

مدتی است که در طول آن بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به جبران هزینه ها به شرح ذیل ندارد. ضمناً تاریخ شروع دوره انتظار همان تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر بیمه شده خواهد بود که در این قرارداد دوره انتظار به شرح زیر می باشد:

الف) دوره انتظار برای زایمان اعم از طبیعی، سزارین

ب) دوره انتظار برای بیماری های مزمن شامل: فتق، لوزه و گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماری های نئوپلاستیک، پولیپ، انحراف بینی، سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیستریکتومی، واریکوسل، سیسوسل و رکتوسل، استرابیسم، انواع سرطان، آنتروسل، هیدروسل، نارسائی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، ماستیوئیدکتومی، کاتاراکت، آب پوچلاستی، جراحی قلب باز و امراض مزمن قلبی و عروقی و دیابت به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی.سی.یو و آی.سی.یو شود و هزینه درمان ناشی از حوادث مشروط به ارائه معالجاتی که حادثه قبل از اولین تاریخ پوشش بیمه شده اتفاق افتاده باشد.





کد: FO-LG-32-01

- تبصره یک- چنانچه تاریخ شروع پوشش بیمه ای این قرارداد بلافاصله بعد از تاریخ انقضا قرارداد نزد بیمه گر دیگر باشد ارائه یک نسخه از قرارداد قبلی به همراه لیست بیمه شدگان آن قرارداد که به تأیید بیمه گر قبلی رسیده باشد الزامی است.
- تبصره دو- چنانچه این قرارداد بلافاصله بعد از انقضا قرارداد قبلی نزد این شرکت صادر شده باشد بیمه شدگان مشروط به گذراندن دوره انتظار در قرارداد قبلی به طور کامل، مشمول دوره انتظار نخواهند شد و دوره انتظار صرفاً جهت کارکنان جدیدالاستخدام لحاظ می گردد.
- تبصره سه- در صورتی که بیمه نامه جدید بلافاصله بعد از انقضای بیمه نامه قبلی نزد شرکت بیمه نوین صادر نگردد؛ کلیه بیمه شدگان شامل دوره انتظار مشخص شده در این قرارداد می گردند.

## فصل دوم- وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده

ماده ۷- ارائه لیست اسامی بیمه شدگان

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، براساس فرمت CD که در اختیار بیمه گذار قرار داده شده است تکمیل و جهت بیمه گر ارسال نماید. بدیهی است انجام تعهدات بیمه گر (صدور معرفی نامه و پرداخت خسارت) صرفاً در مورد بیمه شدگانی خواهد بود که اسامی و مشخصات آنان در لیست ارائه شده توسط بیمه گذار درج شده باشد.

- تبصره یک- لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می بایست حاوی اطلاعات زیر باشد: شماره ردیف که همان شماره بیمه ای بیمه شده می باشد، نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز / ماه / سال)، شماره شناسنامه، شماره کد ملی نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، شماره دفترچه بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول، (برای اتباع خارجی، کد اقامت و پروانه کار)، شماره حساب، کد پستی، آدرس و شماره همراه
- تبصره دو- دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده می بایست 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، همراه تغییرات ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق تبصره های یک و دو ماده ۹ برای بیمه گر ارسال نماید.
- تبصره چهار- بیمه گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل لیست پرداخت حق بیمه سهم بیمه گر اول، رونوشت حکم کارگزینی، سوابق پزشکی و معالجات انجام شده و سایر مدارک مرتبط را در صورت تقاضای بیمه گر ارائه نماید.
- تبصره پنج- پس از انقضاء مهلت ۳۰ روزه، بیمه گر فقط نسبت به پوشش بیمه ای افراد مشروح ذیل اقدام خواهد نمود: کارکنان (جدیدالاستخدام، انتقالی، مأمور)، نوزادان، همسر بیمه شدگانی که ازدواج می کنند؛ مشروط به ارائه مدارک مرتبط مانند حکم و یا قرارداد استخدامی، حکم انتقال، رونوشت دفترچه بیمه گر پایه، شناسنامه نوزاد، عقدنامه و ...
- تبصره شش- حداکثر مهلت جهت اعلام اسامی کارکنان موضوع تبصره پنج این ماده و همسر بیمه شدگانی که ازدواج کرده اند یک ماه می باشد و تاریخ شروع پوشش بیمه ای این افراد مشروط به رعایت مدت زمان اعلام شده از اولین روز ماه بیمه ای بعد از دریافت درخواست کتبی بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر خواهد بود.
- تبصره هفت- پوشش بیمه ای نوزادان بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد صاحب فرزند می شوند مشروط بر اینکه حداکثر ظرف مدت ۲ ماه پس از تاریخ تولد نوزاد درخواست و تصویر شناسنامه را جهت بیمه گر ارسال نمایند، از بدو تولد برقرار می گردد.
- تبصره هشت- حق بیمه کمتر از یکماه کلیه بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه، اضافه و یا حذف می شوند معادل حق بیمه یکماه تمام منظور خواهد شد.
- تبصره نه- بیمه شدگانی که می توانند از قرارداد حذف شوند صرفاً شامل بازنشستگان، فوت شدگان، خروج از کفالت و قطع رابطه همکارانی با بیمه گذار می باشند. در این حالت در صورتی که تا تاریخ قطع پوشش بیمه ای خسارتی دریافت ننموده



کد: FO-LG-32-01

باشند، حق بیمه مدت باقی مانده از قرارداد از بیمه شده دریافت نخواهد شد. (بدیهی است امکان انصراف بیمه شده به هر دلیلی در طول مدت اعتبار بیمه نامه وجود ندارد)

- تبصره ده- کاهش در تعداد بیمه شدگان، در طول مدت بیمه نامه می بایست حداکثر تا یک ماه پس از خروج مشمولین به بیمه گر اعلام شود در صورتی که درخواست طی مدت زمان مقرر برای بیمه گر ارسال گردد تاریخ حذف بیمه شده از لیست بیمه شدگان بیمه نامه همان تاریخ مورد درخواست بیمه گذار خواهد بود. در غیر اینصورت تاریخ حذف، ماه بیمه ای بعد از تاریخ دریافت درخواست بیمه گذار، در دبیر خانه بیمه گر خواهد بود. بدیهی است این دسته از بیمه شدگان از تاریخ قطع رابطه استخدامی با بیمه گذار حق مطالبه هیچ گونه خسارتی را نخواهند داشت.
- تبصره یازده- در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد.
- تبصره دوازده- ارائه پوشش بیمه ای به کلیه افراد اعم از اصلی، تحت تکفل یا غیر تحت تکفل در طول مدت قرارداد به اعتبار از قلم افتادگی یا اشتباه در ارسال اسامی از جانب بیمه گذار صرفاً با ارائه اسناد و مدارک مثبت و تایید بیمه گر امکان پذیر می باشد.
- تبصره سیزده- چنانچه بیمه شده ای که در طول مدت پوشش بیمه ای خود، خسارت دریافت نموده باشد و به هر یک از دلایل ذکر شده از لیست بیمه شدگان حذف گردد، حق بیمه مربوطه تا پایان قرارداد به طور کامل محاسبه و از بیمه گذار دریافت می گردد.
- تبصره چهارده- چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شوندهگان از طرف بیمه گذار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) بیشتر از بیست درصد نسبت به تعداد اولیه کاهش داشته است، بیمه گر متناسب با تعداد بیمه شدگان واقعی، مجاز به اعمال تغییرات در میزان تعهدات، حق بیمه و شرایط قرارداد خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه نامه با توجه به شرایط مندرج در آیین نامه بیمه نامه درمان تکمیلی بیمه مرکزی فسخ می گردد.

ماده ۸- شرایط پرداخت حق بیمه

بیمه گذار مکلف است حق بیمه مندرج در 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- اعتبار بیمه نامه منوط به پرداخت اولین قسط حق بیمه از طرف بیمه گذار خواهد بود. چنانچه بیمه گذار و بیمه شده بدون امضاء بیمه نامه یا پرداخت حق بیمه، از خدمات بیمه گر استفاده نمایند، بیمه گذار موظف است کلیه هزینه های پرداخت شده توسط بیمه گر را جبران نماید.
- تبصره دو- عدم پرداخت حق بیمه قرارداد موجب تعلیق قرارداد خواهد شد و بیمه گر در زمان تعلیق هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارات بیمه شدگان نخواهد داشت و بروز هرگونه مشکل در این رابطه به عهده بیمه گذار خواهد بود.
- تبصره سه- در صورت رفع تعلیق از قرارداد، خسارات اعلام شده در مدت تعلیق صرفاً در صورت تأیید مکتوب بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود. در هر صورت انجام تعهدات بیمه گر و تداوم پرداخت خسارت منوط به پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و فقدان هرگونه بدهی از جانب بیمه گذار خواهد بود.
- تبصره چهار- حق بیمه مربوط به بیمه شدگانی که در مدت قرارداد اعلام انصراف نمایند قابل برگشت نمی باشد. به عبارت دیگر بیمه شدگان نمی توانند بعد از شروع پوشش بیمه ای انصراف دهند.
- تبصره پنج- حق بیمه تغییر در تعداد بیمه شدگان (افزایشی) که طی الحاقیه تعیین می گردد حداکثر تا یک ماه از زمان صدور الحاقیه باید تسویه شود. ضمناً حق بیمه تغییر در تعداد بیمه شدگان (کاهشی) که طی الحاقیه تعیین می گردد در خاتمه اعتبار بیمه نامه تسویه می گردد.
- تبصره شش- در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه کسر ماه یک تمام محاسبه می شود.
- تبصره هفت- در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد.





## فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده ۹- شرایط و میزان تعهدات بیمه گر بیمه گر متعهد است در ازای انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار، در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، هزینه های موضوع بیمه بشرح مندرج در قرارداد (بارعایت مفاد مندرج در شرایط عمومی پیوست) را در وجه بیمه شده اصلی یا به شرح توافق شده در قرارداد پرداخت نماید.

• تبصره یک- تعهدات این قرارداد برای معالجاتی است که تاریخ شروع آنها در صورت حساب بیمار، مربوط به مدت اعتبار قرارداد باشد.

ماده ۱۰- استثنائات قرارداد

جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی و پاراکلینیکی طبق ماده ۷ شرایط عمومی پیوست از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد. علاوه بر استثنائات ماده ۷ شرایط عمومی هزینه های زیر نیز از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

- ۱- کلیه هزینه های اعضاء مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن. (مگر با پرداخت حق بیمه اضافی و تایید بیمه گر)
- ۲- کلیه هزینه های مربوط به داروهای تقویتی و غذایی.
- ۳- هزینه های متفرقه از قبیل: تلفن، تلویزیون، همراه بیمار (مگر با تایید بیمه گر).
- ۴- بیماریهای اپیدمی (فراگیر).
- ۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- ۶- عقیم سازی

۷- هزینه مربوط به چکاپ و واکسن  
ضمناً فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) به شرح مندرج در ماده ۳ فصل دوم شرایط عمومی پیوست ذکر می شود.

## فصل چهارم - نکات مهم (سایر شرایط و ملاحظات)

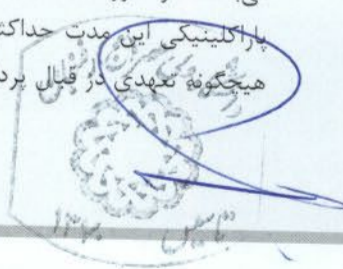
ماده ۱۱- چگونگی استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز

مدارک لازم برای دریافت معرفینامه بستری به شرح ذیل می باشد:

- ۱- تقاضای کتبی بیمه گذار جهت صدور معرفینامه.
- ۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر نیاز به بستری و نوع بیماری یا عمل جراحی با ذکر نام مرکز درمانی و تاریخ بستری.
- ۳- کپی شناسنامه و دفترچه بیمه شده اصلی و بیمه شده بیمار.
- ۴- گواهی اشتغال به تحصیل برای فرزندان پسر ۲۲ تا ۲۷ سال.
- ۵- اصل شناسنامه فرزندان دختر.
- ۶- اصل شناسنامه بیمه شده اصلی و بیمه شده بیمار (فقط جهت تعهد زایمان).

• تبصره یک- در موارد اورژانس و یا ساعات غیر اداری، بیمه شدگان میتوانند از طریق تماس با مرکز شبانه روزی صدور معرفی نامه شرکت بیمه نوین معرفینامه خود را دریافت نمایند و یا با استفاده از 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.

• تبصره دو- مهلت تحویل اسناد و مدارک پزشکی به بیمه گر جهت دریافت خسارت های بیمارستانی حداکثر ۶ ماه از تاریخ ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از تاریخ دریافت چک بیمه گر اول در طول مدت اعتبار قرارداد می باشد. در صورت انقضای قرارداد این مهلت حداکثر ۳ ماه از زمان انقضای قرارداد خواهد بود و در خصوص هزینه های پاراکلینیکی این مدت حداکثر ۳ ماه از تاریخ انجام هزینه می باشد. بدیهی است پس از گذشت مدت تعیین شده بیمه گر هیچگونه تعهدی در قبال پرداخت خسارت نخواهد داشت.





کد: FO-LG-32-01

- تبصره سه- احراز پوشش بیمه ای بیمه شده در زمان رسیدگی به هزینه های اعلام شده منوط به بررسی مدارک بیمه شده و انطباق آن با شرایط بیمه نامه می باشد. در صورتی که براساس بررسی های به عمل آمده و در هر زمان از مدت بیمه نامه مشخص شود تأمین پوشش بیمه شده و افراد تحت تکفل آن منطبق بر شرایط مندرج در بیمه نامه نیست، بیمه گر نسبت به حذف افراد از لیست بیمه شدگان از شروع پوشش اقدام می نماید. در این صورت حق بیمه های پرداختی بیمه شده و افراد تحت تکفل مسترد نمی گردد و بیمه گذار متعهد به پرداخت خسارت های دریافتی می باشد.

ماده ۱۲- روش دریافت خسارت

- بیمه شدگانی که برای معالجه به طور مستقیم و بدون معرفی نامه در بیمارستان بستری شده و هزینه های دوران بستری در بیمارستان را رأساً پرداخت نموده اند برای دریافت خسارت از بیمه گر باید به روش زیر عمل نمایند.
- ۱- از کلیه مدارک بیمارستانی کپی تهیه نمایند.
  - ۲- به بیمه گر اولیه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و...) مراجعه کرده اصل مدارک را تحویل داده و چک خسارت خود را دریافت نمایند.
  - ۳- کپی مدارک بیمارستانی را توسط بیمه گر اولیه برابر اصل نموده و همراه رونوشت چک خسارت و کپی شناسنامه و دفترچه (بیمه شده اصلی و بیمار) و درخواست کتبی بیمه گذار یا کارت درمانی بیمه شده تحویل بیمه گر نمایند.
  - ۴- در صورتی که بیمه شده به هر علت تمایل به استفاده از سهم بیمه پایه نداشته باشد، می بایست این موضوع را به صورت مکتوب به بیمه گر اعلام نماید. بدیهی است پس از انصراف بیمه شده و پرداخت خسارت از جانب بیمه گر، امکان برگشت مدارک وجود نخواهد داشت.
  - ۵- محاسبه غرامات براساس تعرفه مراکز درمانی یا بیمارستان هم درجه طرف قرارداد با بیمه گر می باشد. در صورت عدم تعیین حق العمل جراح در صورت حساب بیمارستان این هزینه براساس قراردادهای منعقد شده بیمه گر با بیمارستانهای هم تراز پرداخت خواهد شد.
  - ۶- 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.
  - ۷- چنانچه بیمه شده مقصر حادثه بوده و یا فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی نامبرده در تعهد بیمه گر نمی باشد.
  - ۸- چنانچه بیمه شده زیان دیده باشد، هزینه های درمان بیمه شده از طریق بیمه گر قابل پرداخت نخواهد بود.
- ماده ۱۳- بیمه گر تعهد می نماید که پس از دریافت اسناد و مدارک مندرج در قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های درمانی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.
- تبصره یک- بیمه گر صورت حساب های هزینه درمانی بیمه شدگانی را که با معرفی نامه بیمه گر در بیمارستان بستری می شوند، طبق قرارداد منعقد شده با آن بیمارستان ها مورد رسیدگی و تسویه قرار می دهد. در صورتی که بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه از بیمه گر و مستقیماً به مراکز درمانی مراجعه نماید، هزینه های درمانی وی همتراز با درجه بندی بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر و رعایت تعرفه های مصوب هیئت دولت و آئین نامه های بیمه مرکزی و مقررات مربوطه محاسبه و پرداخت می گردد.
  - تبصره دو- محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی، براساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و خصوصی می باشد.
  - تبصره سه- محاسبه و پرداخت هزینه های دندانپزشکی (در صورت داشتن پوشش دندانپزشکی)، براساس تعرفه های اعلام شده سندیکای بیمه گران ایران که با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و به شرکت ها ابلاغ می گردد، می باشد و همچنین در صورت تشخیص و صلاح دید پزشک معتمد بیمه گر مبنی بر ضرورت معاینه جهت پرداخت هزینه مربوطه در مقطع زمانی معاینه بیمه توسط پزشک معتمد بیمه گر الزامی است. لذا بیمه شده و بیمه گذار موظفند در این خصوص همکاریهای لازم را بعمل آورند.



از ۶

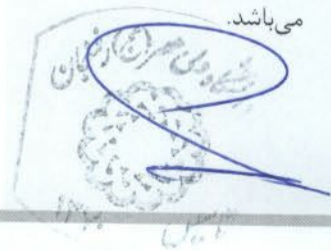






کد: FO-LG-32-01

- تبصره چهار- جمع هزینه های درمانی مورد تعهد بیمه گر با احتساب سهم بیمه گر اولیه و سهم سایر شرکت ها و سازمان های بیمه ای نباید از صد در صد هزینه های انجام شده توسط بیمه شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر سهم دریافت شده از سازمان ها و شرکت های مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد می باشد.
  - تبصره پنج- بیمه گذار، موظف است برای دریافت هزینه های درمانی و یا استفاده از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد جهت مشمولین تبصره ۱۰ ماده سه این قرارداد، مدارک معتبر مبنی بر عدم ازدواج و یا گواهی ادامه تحصیل معتبر و یا تحت تکفل بودن را در زمان اعلام خسارت ارائه نماید.
  - تبصره شش- پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان در زمان مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی منوط به پرداخت حق بیمه ایام مرخصی به صورت مستمر و بدون وقفه می باشد.
  - تبصره هفت- بیمه گر می تواند صورتحساب های بیمارستانی و اسناد و مدارک درمانی ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه آنان تحقیق نماید.
  - تبصره هشت- هزینه های بیمارستانی در تعهد بیمه گر که توسط بیمه شدگان در خارج از کشور انجام می شود حداکثر معادل تعرفه های مورد عمل بیمارستان های درجه یک طرف قرارداد با بیمه گر و معادل هم ارز ریالی صورتحساب بیمه شده در زمان بستری (تاریخ صورتحساب) طبق مفاد قرارداد پس از دریافت سهم بیمه گر اولیه توسط بیمه شده قابل پرداخت می باشد. مشروط به آنکه بیمه شده قبل از عزیمت به خارج از کشور موضوع معالجه خود را به اطلاع بیمه گر برساند و مدارک پزشکی وی به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه رسیده باشد. بیمه شدگانی که به طور اورژانس در خارج از کشور معالجه می شوند باید برای دریافت خسارت به روشی که ذکر شد عمل نمایند.
  - تبصره نه- هزینه درمان بیمه شدگانی که تابعیت غیر ایرانی دارند در صورتی در تعهد بیمه گر می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار داشته باشند.
  - تبصره ده- 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 می بایست امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و حتی الامکان از مراجعه مستقیم به بیمه گر خودداری نمایند.
  - تبصره یازده- مدارک پزشکی بیمه شدگان حداکثر به مدت ۶ ماه از تاریخ پرداخت هزینه و یا ترخیص بیمه شدگان از بیمارستان نزد بیمه گر نگهداری می شود لذا بیمه گذار می تواند کلیه درخواستهای خود را که نیاز به رجوع پرونده پزشکی بیمه شدگان را دارد حداکثر ظرف مدت یاد شده به بیمه گر ارائه نماید. در غیر این صورت بیمه گر هیچگونه تعهدی در قبال ارائه مدارک پزشکی پس از زمان تعیین شده نخواهد داشت.
- ماده ۱۴- حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن با توافق طرفین برای بیمه گر و بیمه گذار محفوظ است و بوسیله صدور الحاقی که جزء لاینفک قرارداد می باشد، انجام خواهد پذیرفت.
- ماده ۱۵- چنانچه مفاد قرارداد و الحاقیه های آن با درخواست کتبی بیمه گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تغییر و اصلاح آنرا تقاضا نماید. در غیر این صورت مفاد قرارداد تأیید شده تلقی خواهد شد. هرگونه عمل خلاف این شرط منوط به تقاضای بیمه گذار و تأیید کتبی بیمه گر خواهد بود.
- ماده ۱۶- شرایط عمومی منحصراً در موارد پیش بینی نشده در متن بیمه نامه و شرایط خصوصی بیمه نامه و ضامنه بیمه نامه نافذ خواهد بود.
- تبصره یک- شرایط مندرج در متن بیمه نامه حاکم بر شرایط خصوصی و عمومی پیوست بیمه نامه و همچنین شرایط خصوصی حاکم بر شرایط عمومی پیوست بیمه نامه می باشد. بدیهی است هرگونه توافق نباید با قوانین جاری مغایرت داشته باشد.
  - تبصره دو- مسئولیت بیمه گر فقط در چارچوب شرایط خصوصی مندرج در متن و پیوست و شرایط عمومی بیمه نامه می باشد.





کد: FO-LG-32-01

ماده ۱۷- حل اختلاف: بیمه گر و بیمه گذار در ابتدا کوشش خواهند نمود کلیه اختلافات احتمالی ناشی از تفسیر و اجرای مفاد این قرارداد را از طریق مذاکره و در صورت عدم حصول توافق مراتب اختلاف را از طریق داوری حل و فصل نمایند در غیر اینصورت رفع اختلاف با مراجع ذیصلاح خواهد بود.

ماده ۱۸- در صورت نیاز، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گذار و مدارک مربوط به بیمه شدگان در رابطه با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ می باشد و بیمه گذار موظف است در این زمینه همکاری های لازم را به عمل آورد.

ماده ۱۹- شرایط عمومی فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق مصوبات شورایعالی بیمه و آئین نامه های بیمه مرکزی می باشد.

• تبصره یک- در صورت عدم پرداخت اقساط حق بیمه در مهلت تعیین شده ضمن توقف هرگونه خدمات و پرداخت خسارت های احتمالی، بیمه نامه از تاریخ سررسید قسط پرداخت نشده فسخ می گردد که متعاقب آن:

۱. بیمه گذار موظف است ظرف مدت ۷ روز از تاریخ صدور الحاقیه فسخ بیمه نامه نسبت به پرداخت بدهکاری حق بیمه و بازپایان احتمالی اقدام نماید. بدیهی است درغیراین صورت و درپایان مهلت مذکور، نسبت به پیگیری وصول مطالبات از طریق مراجع قضایی اقدام میگردد.

۲. تنفیذ اعتبار مجدد بیمه نامه با درخواست کتبی بیمه گذار پس از فسخ بیمه نامه مشروط به موافقت بیمه گر امکان پذیر می باشد

که در این صورت بیمه گر جهت اعلام موافقت مجاز به تعیین زمان شروع اعتبار مجدد در بیمه نامه و اعمال شرایط جدید میباشد.

۳. در صورت فسخ بیمه نامه از سوی بیمه گذار حق بیمه به صورت کوتاه مدت و در صورت فسخ بیمه نامه از سوی بیمه گر حق بیمه به صورت روز شمار محاسبه خواهد شد.

• تبصره دو- بدیهی است پس از تاریخ فسخ بیمه گر هیچگونه تعهدی درخصوص دریافت، محاسبه و پرداخت هرگونه هزینه درمانی بیمه شدگان را (حتی مربوط به قبل از تاریخ فسخ بیمه نامه) نخواهد داشت.

ماده ۲۰- مرور زمان کلیه دعاوی ناشی از تعهدات بیمه گر دو سال از تاریخ وقوع خسارت می باشد.

ماده ۲۱- نشانی و محل اقامت بیمه گر و بیمه گذار و نماینده آنها در ایران که در بیمه نامه و یا ضمیمه آن درج گردیده است، برای هر یک از طرفین نشانی قانونی و رسمی است. هریک از طرفین موظف هستند تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتباً به طرف

مقابل اطلاع دهند، درغیراین صورت آخرین نشانی اعلام شده موجود معتبر خواهد بود.

ماده ۲۲- در موارد پیش بینی نشده در این قرارداد بر طبق اصول، مبانی و قانون بیمه و قوانین جاری کشور جمهوری اسلامی ایران عمل خواهد شد.

ماده ۲۳- مدت قرارداد: مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت ۲۴ تاریخ شروع قرارداد آغاز و در ساعت ۲۴ تاریخ انقضاء قرارداد خاتمه می یابد.

• تبصره یک- تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار انجام خواهد شد و هر یک از طرفین باید

حداقل یک ماه قبل از انقضاء قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و یا تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتباً به طرف دیگر اعلام نمایند.

این شرایط مکمل خصوصی مشتمل بر ۲۳ ماده و ۵۸ تبصره و در ۲ نسخه تنظیم و مبادله گردید و هر یک از ۲ نسخه حکم واحد را دارد.

مهر و امضاء  
بیمه گر



بیمه نوین  
شعبه کرمان - کد ۰۳۰

مهر و امضاء  
بیمه گذار

