

تاریخ: ۱۳۹۹/۷/۱۰
شماره: ۷۲۲۹/۸۲۰۷
پست: ۴۱۵



بنیاد
شهید
و امور ایثارگران

اداره کل استان همدان

ایمان خمینی «روز»

هر چه انقلاب اسلامی دارد از برکت مجاهدت شهداء و ایثارگران است

روسای محترم دستگاه های اجرایی استان همدان

سلام علیکم

احتراما"- به استحضار می رساند با عنایت به انعقاد قرارداد جدید بیمه مازاد بردرمان ایثارگران (بیمه طلایی) برای دوره زمانی ۱۳۹۶/۷/۱ لغایت ۱۳۹۷/۶/۳۱ برای { کلیه جانبازان و آزادگان به همراه خانواده تحت تکفل آنان طبق ضوابط قانونی ، والدین و نامادری شهید ، همسران و فرزندان شهدا } و با استناد به تبصره پنج و شش ماده ۳ قرارداد بیمه مازاد بردرمان ایثارگران در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ ، فرزندان متاهل جانبازان و آزادگان ، خواهر و برادر شهید و همچنین افراد تحت تکفل فرزندان شاهد با پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی بصورت یکجا و یکساله به مبلغ ۱۱/۸۵۳/۸۴۰ ریال می توانند به قرارداد الحاق شوند و تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند .

لذا جهت پوشش بیمه ای افراد مشمول تبصره مذکور باستی:

اصل شناسنامه و کارت ملی و تصویر تمامی صفحات شناسنامه و کارت ملی و صفحه اول دفترچه درمانی خود و اعضای خانواده و نیز اصل فیش واریزی به شماره شبای IR 620120020000004362667267 نزد بانک ملت شعبه میرداماد به نام شرکت بیمه دی به همراه معرفی نامه صادره تا ۱۳۹۶/۹/۳۰ از طریق (معاونت بهداشت و درمان ستاد استان خطاب به شرکت سهامی بیمه دی استان واقع در خیابان میرزاده عشقی روبروی کمال آباد) اقدام نمایند .

ناصر عارف

مدیرکل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان همدان

شکریه

رئیس بیمه

عبدالله میرزاوردی

۱۳۹۷/۷/۱۰

(به معاون بهداشت و درمان استان قمیدان (سیدین شجریان)

https://192.168.200.8/automation/letterShowFromCartable.do?activityId=-ta.sk@144... 09/27/2017

۹۶/۱۷/۱۱۹۹۱

۱۳۹۶/۰۷/۰۵

ننبرد

بیمه
day insurance

بیمه نامه های متنوع و متنوع
www.dayins.com

بسمه تعالی

جناب آقای دکتر عربی
مدیر کل محترم درمان و توانبخشی بنیاد شهید و امور ایثارگران

باسلام و احترام

ضمن عرض تسلیت ایام سوگواری صید سالار شهیدان
بازگشت به ماده ۳ تبصره ۵ و ۶ قرارداد فی مابین در خصوص قرار دا بیمه تکمیلی درمان جامعه معزز ایثارگری
طبق شرایط مدارک مورد نیاز معرفی میگردد.
۱. نامه بنیاد شهید استان مبنی بر تایید فرد مورد نظر جهت اضافه شدن به بیمه نامه با مهر و امضاء
۲. کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی و صفحه اول دفترچه بیمه پایه
۳. واریز حق بیمه سالانه بصورت یکجا به مبلغ کل ۱۱,۸۵۳,۸۴۰ ریال به شما شبا
IR ۴۳۶۲۶۶۷۲۶۷ ۶۲۰۱۲۰۰۲۰۰۰۰۰۰۰ و ارائه فیش واریزی به شرکت بیمه
۴. مهلت ثبت نام و اضافه شدن افراد به بیمه نامه در کل سه ماه از تاریخ شروع قرارداد تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۹/۳۰ می
باشد، در غیر اینصورت پذیرش افراد غیرقابل قبول است
۵. همسر و فرزندان (فرزند شهید و جانبازان متاهل) می بایست کلیه اعضا خانواده بیمه شوند.

سید فرید میرموسوی

مدیر طرح قرارداد درمان جامع ایثارگری



فصل اول: کلیات

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

ماده ۱- بیمه گر

شرکت سهامی بیمه دی در این قرارداد مابازاء تعهدات بیمه گذار مسئولیت جبران خسارت را بعهده دارد.

تبصره یک: بیمه خدمات درمانی یا بیمه های پایه دیگر بعنوان بیمه گر اول و شرکت سهامی بیمه دی بعنوان بیمه گر دوم محسوب می شوند.

ماده ۲- بیمه گزار

بنیاد شهید و امور ایثارگران در این قرارداد متعهد پرداخت حق بیمه می باشد.

ماده ۳- بیمه شدگان

عبارتند از کلیه جانبازان و آزادگان به همراه خانواده تحت تکفل آنان (شامل والدین، همسران و فرزندان طبق ضوابط قانونی)، والدین و نامادری شهید، همسران و فرزندان شهدا که توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران اسامی آنان به بیمه گر ارائه می گردد.

تبصره یک: فرزندان مجرد ذکور جانبازان و آزادگان تا سن ۲۲ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا زمان تحصیل بیمه می شوند.

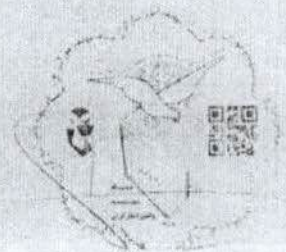
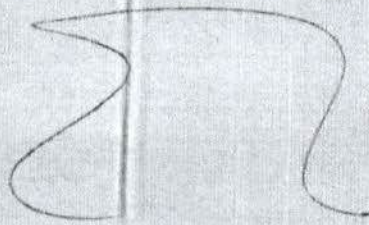
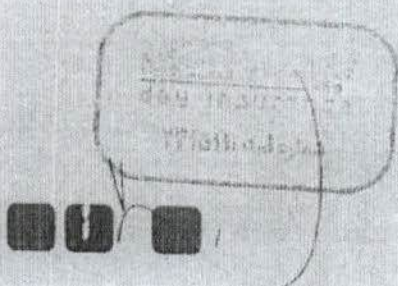
تبصره دو: پوشش بیمه ای فرزندان ذکور جانبازان و آزادگان که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

تبصره سه: تعیین مصداق بیمه شدگان از حدود اختیارات بیمه گذار بوده و در صورت تشخیص بیمه گزار جهت پوشش بیمه شده، بیمه گر موظف به تامین خدمات بیمه درمان تکمیلی گروهی جهت افراد مذکور می باشد.

تبصره چهار: فرزندان مجرد و غیرشاغل اعم از مونث و مذکر جانبازان و آزادگان که دارای معلولیت یا بیماری خاص، بیماری صعب العلاج یا محجوریت می باشند با تأیید بنیاد و بدون سقف سنی می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره پنج: فرزندان متأهل جانبازان و آزادگان با پرداخت حق سرانه بیمه از سوی خودشان می توانند به این قرارداد الحاق می شوند.

تبصره شش: خواهر و برادر شهید و همچنین افراد تحت تکفل فرزندان شهدا با پرداخت سرانه حق بیمه از سوی خودشان به این قرارداد می توانند الحاق شوند.



ماده ۴- موضوع بیمه

عبارتست از جبران هزینه های پزشکی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث مشمول بیمه منقاد بر بیمه خدمات درمانی و حوادث ترافیکی طبق شرایط مقرر در این قرارداد.

ماده ۵- مشخصات بیمه شدگان

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد پس از امضاء و مبادله قرارداد فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را که از سوی مرکز آمار و فن آوری اطلاعات بنیاد شهید و امور ایثارگران تهیه شده است به شرکت بیمه گر ارسال نماید. بدیهی است ملاک صدور معرفی نامه یا پرداخت هزینه های پزشکی اسامی مندرج در لیست مذکور می باشد.

تبصره یک: مهلت اصلاح کلی لیست بیمه شدگان حداکثر ۹ ماه از تاریخ قرارداد می باشد.

تبصره دو: لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز، ماه، سال)، شماره شناسنامه، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، کد ملی

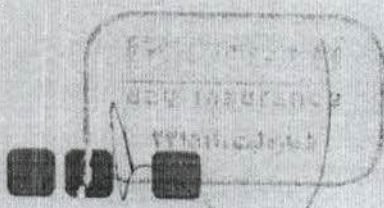
تبصره سه: بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات مافوق ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را برای بیمه گر ارسال نماید.

۱/ ۳/ ۵/ ۱ (ت) تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ دریافت نامه وی می باشد. موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از فوت بیمه شدگان و خروج از کفالت به جزء افراد تبصره ۴ ماده ۳

۲/ ۳/ ۵/ ۲ (ت) بیمه شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه ای اعضای خانواده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد یافت.

۳/ ۳/ ۵/ ۳ (ت) افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به تعداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از کسانی که در طول مدت قرارداد با تأیید کمیسیون پزشکی بنیاد تحت پوشش قرار می گیرند و جانباز شناخته می شوند به همراه افراد تحت تکفل آنان (والدین، همسران و فرزندان و همچنین همسر، فرزندان و پدر و مادر کسانی که در طول مدت قرارداد به درجه رفیع شهادت نائل می شوند و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گذار) و نیز افرادی که در لیست اولیه اعلام نشده و در طول زمان اعتبار قرارداد پس از تأیید معاونت بهداشت و درمان استان بشرط پرداخت حق سرانه از ابتدای قرارداد، تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

۴/ ۳/ ۵/ ۴ (ت) نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گذار اسامی آنها را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید.



[Handwritten signature]



۳/۵/۵ در صورت اعلام هر یک از واجدین شرایط بند ۳/۵/۳ ت برای اضافه شدن در لیست بیمه تکمیلی، بیمه گر باید با راهکارها و سازکار مناسب جهت ثبت نهایی، اضافه شدن این اساسی به لیست مزبور را ظرف مدت یک هفته صورت دهد.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۶ - میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه گر، حق بیمه ماهانه قرارداد هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۹۸۷,۸۲۰ ریال تعیین می گردد که بیمه گذار موظف است براساس تعداد بیمه شدگان محاسبه و ماهانه در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

ماده ۷ - ترتیب پرداخت حق بیمه

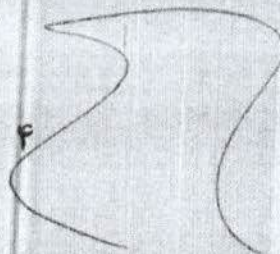
بیمه گذار مکلف است حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا پانزدهم همان ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

تبصره یک: حق بیمه مربوطه به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین می گردد که می بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماههای آتی حداکثر تا پانزده ماه بعد تسویه شود.

۱/۷/۱ در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می شود.

۱/۷/۲ در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد.





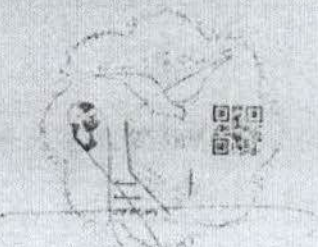
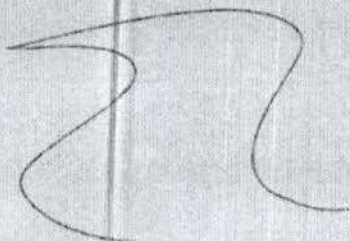
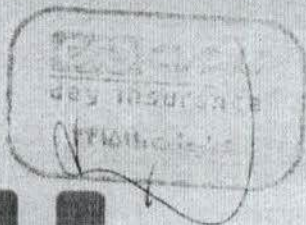


ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات	توضیحات
۱	هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	بدون سقف	بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی (day care) بیشتر از ساعت بستری (آنژیوگرافی قلب و کلیه و سایر عروق، هزینه های عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن، بستری اعصاب و روان، درمان سرطان ها و شیمی درمانی، بستری بیمارستانی و سرپایی و در مطب) - زایمان و سزارین - رادیوتراپی و تهیه و تامین کلیه تجهیزات، داروها و پروتزهای مورد نیاز در حین جراحی و بستری - استثنای اقلام بهداشتی
۲	جبران هزینه شش عمل جراحی (مهم اصلی)	بدون سقف	شامل قلب مغزو اعصاب (بایستثنای دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه، کبد، ریه و مغز استخوان
۳	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	بدون سقف	شامل انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی ام آر ای، انواع آندوسکوپی و اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتری و سایر تستهای تنفسی، پاپی سوسکوگرافی و کلیه اقدامات پاراکلینیکی جدید که دارای تعرفه وزارت بهداشت و درمان می باشند.
۴	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	بدون سقف	تست ورزش، هولتر مانیتورینگ، نوار عصب، نوار مغز، آنژیوگرافی چشم، بازتوانی قلبی - ریه و فیزیوتراپی در مراکز درمانی و منزل طبق دستورالعمل بنیاد
۵	هزینه جراحیهای مجاز سرپایی و بدون بستری	بدون سقف	مانند شکستگیها، گچ گیری، ختنه، خرد، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، تخلیه کیست و سایر درمانی (بایستثناء رفع عیوب دید چشم) و کلیه جراحی های مجاز سرپایی که تعرفه نظام پزشکی و وزارت بهداشت و درمان دارند.
۶	هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم (برای هر چشم) بدون بستری	بدون سقف	چنانچه نقص بینایی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر (قبل از عمل) سه دیوپتر و پادیه بیشتر باشد
۷	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	بدون سقف	و سایر فوریه های پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می گردد و یا ترخیص از بیمارستان با نظر پزشک معالج (جانبازان ۷۰٪ و افراد بالای ۷۰ سال و همچنین بیماران صعب العلاج از شرط بستری و ترخیص از بیمارستان مستثنی می باشند)

تبصره ۱: بیمه گر موظف به اخذ سهم بیمه گر اول با هماهنگی بیمه گذار از سازمان های بیمه ای (سازمان بیمه سلامت، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و ...) می باشد.

تبصره ۲: ارائه خدمات در مراکز طرف قرارداد بیمه گر بصورت کامل و بدون در نظر گرفتن فرانشیز می باشد.

تبصره ۳: در صورتی که هرگونه سیاست و آئین نامه ای از سوی هیئت وزیران قبل از انعقاد قرارداد ابلاغ شود، قابل اجرا می باشد.



سایر تعهدات:

این تعهدات در مورد هزینه های تامین سلامت بیمه شدگان طبق تعرفه های مورد تأیید و ابلاغی بنیاد در حوزه تولید سند پرداخت می گردد.

1) انواع ویزیت های سرپایی و ویزیت های کنترل سلامتی افراد دارای خطر بیماری بالا در منزل و مطب

2) انواع مشاوره های پزشکی و درمانی

3) انواع خدمات آزمایشگاهی

الف) جبران هزینه انواع آزمایشات تشخیصی طبی و انواع آزمایشات آسیب شناسی و تست های آلرژی

ب) جبران هزینه آزمایشات ژنتیک جهت بیمه شدگان قبل و حین بارداری

ج) جبران هزینه آزمایشات ژنتیک از قبیل آمینوسنتز، پی جی دی و غیره

د) جبران هزینه آزمایشات چکاپ و دوره ای برای کل بیمه شدگان

4) جبران هزینه انواع خدمات تصویر برداری به همراه داروهای مصرفی و ست مربوطه

5) جبران هزینه اقدامات پاراکلینیکی شامل تزریقات، انواع پانسمان (از جمله پانسمان ویژه جهت بیماران دارای زخم بستر و دیابت)، سنداژ، ساکشن، فیزیوتراپی و توانبخشی، اکسیژن ترابی در منزل و مرکز درمانی

6) جبران هزینه انواع خدمات تشخیصی چشم پزشکی

7) جبران هزینه های روان درمانی، مشاوره، کاردرمانی، آب درمانی (صرفاً در مراکز درمانی)، گفتار درمانی و شنوایی شنجی در مراکز درمانی، توانبخشی، روزانه و منزل

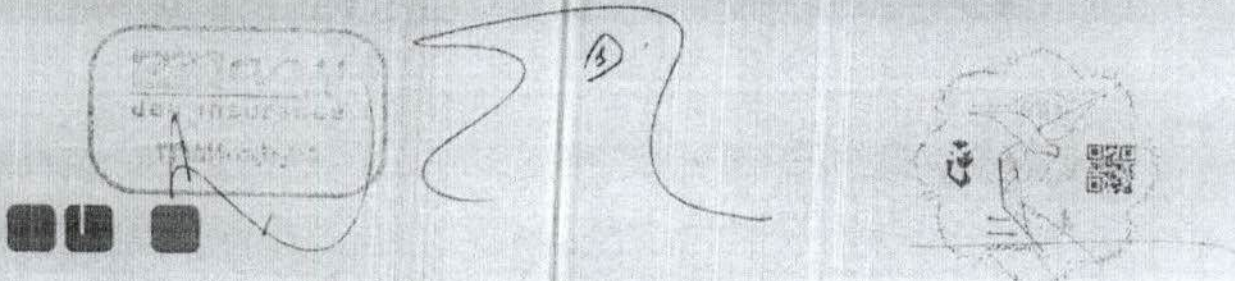
8) جبران هزینه های درمان ناباروری (بستری، سرپایی و دارو) و نگهداری اسپرم و فریز جنین تا یکسال

9) جبران هزینه های لیزر درمانی پوست از نظر زیبایی و ترمیم اسکار جهت جانباز در موارد مرتبط با مجروحیت و جبران هزینه های لیزر درمانی پوست برای بیمه شدگان با تأیید بنیاد

10) جبران هزینه های طب سوزنی و کاپروپراکتیک و طب سنتی و نوروفیدبک در سقف ویزیت پزشک عمومی

11) جبران هزینه خرید پیوند اعضا حداکثر تا سقف ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای دهنده با تأیید بنیاد

12) جبران هزینه های جراحی فک و صورت بیمه شدگان با تأیید بنیاد



(۱۳) جبران هزینه همراه و اتاق خصوصی جانبازان ۷۰٪، والدین و همسران شهید بالای ۶۰ سال و بیمه شدگان دارای معلولیت شدید (بدون نیاز به دستور پزشک و همچنین بدون نیاز به تأیید بیمه گر)

(۱۴) مسمومیتهای دارویی جهت جانبازان اعصاب و روان بدون نیاز به تأیید بنیاد و برای سایر بیمه شدگان با تأیید بنیاد

(۱۵) جبران کلیه هزینه های داروهای عمومی و تخصصی اعم از بستری و سرپایی طبق فارماکوپه دارویی کشور، فارماکوپه داروهای گیاهی کشور و پرداخت حق فنی نسخ و پرداخت اختلاف قیمت داروها با برندهای مختلف و هزینه لوازم مصرفی درمانی مانند سرنگ و ست سرم

(۱۶) جبران هزینه داروهای شیمی درمانی، داروهای پیوند اعضا و اختلالات رشد و همچنین داروهای اعصاب و روان، قلبی، آنتی بیوتیک ها مطابق با تجویز پزشک متخصص (نوع وارداتی و نوع داخلی) و داروهای وارداتی فقط با تجویز پزشک معالج متخصص و طبق دستور العمل بنیاد (۱۷) جبران هزینه صابون ها، شامپوها که جنبه درمانی دارند و کرم های ضد آفتاب و کرم و لوسیون های مرطوب کننده با تجویز پزشک معالج برای جانبازان در مواردی که جنبه درمانی داشته و مرتبط با مجروحیت باشد

(۱۸) جبران هزینه های ICU در منزل

(۱۹) جبران هزینه انواع تستهای تنفسی شامل بادی پلتیسموگرافی، ارگواسپیرومتری، رینومانومتري، استفاده از BODYBOX، DLCO، IOS، MCT، UBT، IDACOMPACT، RV-TIC، SBO2، PIMAX، PEMAX

(۲۰) هزینه درمانی بیماران بیمه شده در خارج از کشور جهت درمان پس از تأیید سفارت ایران در آن کشور و طبق تعرفه بیمارستان درجه یک خصوصی محاسبه و پرداخت شود.

(۲۱) علی الحساب خرید دارو و تجهیزات پزشکی و هزینه مراکز درمانی غیرطرف قرارداد می بایست در قبال ارائه پیش فاکتور در وجه مرکز مربوطه پرداخت گردد.

(۲۲) جبران هزینه تهیه و کاشت حلزون شنوایی و تجهیزات جانبی مرتبط

(۲۳) جبران هزینه جراحی و کاشت سلولهای بنیادی

(۲۴) جبران هزینه اکسیژن هایپر بار و ازن تراپی

(۲۵) جبران هزینه های تغییر جنسیت با مجوز پزشکی قانونی

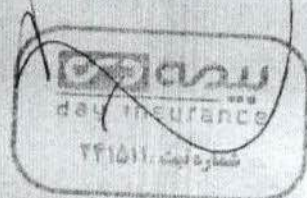
(۲۶) جبران هزینه ست کارشناسی و کلیه تجهیزات مصرف شده حین جراحی بطور کامل و طبق فاکتور

(۲۷) جبران هزینه جراحی نوکلئوپلاستی همراه با ست کامل ازن

(۲۸) جبران هزینه پرستاری یا مراقب در بیمارستان (غیر از هزینه همراه)

(۲۹) جبران هزینه های ارتز و پروتز در مراکز مربوط به بنیاد شهید و امور ایثارگران و در صورت مراجعه به مراکز غیر بنیادی با تأیید و تعرفه بنیاد

(۳۰) جبران هزینه ویزیت های تخصصی کمیسیون های پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران



تبصره یک: کلیه الحاقیه ها و متمم های قرارداد تحت شمول عام تعهدات طرفین قرارداد بوده و جزء لاینفک این قرارداد می باشد.

تبصره دو: بیمه گر متعهد می شود براساس اسامی دریافتی نسبت به تسهیل و تسریع در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی و توانبخشی و بازتوانی اقدام نماید.

۸/۲/۱) طبق اطلاعات جمع آوری شده ، بیمه گر متعهد می شود بر اساس شاخصهای موجود اطلاعات را جمع بندی و تحلیل آنها را جهت بهره برداری و برنامه ریزی بعدی به بیمه گذار نیز ارائه نماید.

تبصره سه: بیمه گر متعهد می گردد جهت تسهیل در ارائه خدمات و رضایتمندی بیمه شدگان شعبه اختصاصی و مستقل جهت ایثارگران در تهران تاسیس نماید.

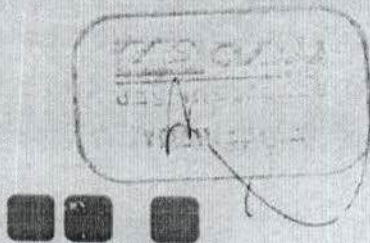
تبصره چهار: بیمه گر متعهد می گردد خسارتهای مستقیم بیمه شده را ، حداکثر تا ۱۵ روز پس از دریافت اسناد مثبته پرداخت نماید.

تبصره پنج: بیمه گر متعهد می گردد نسبت به تشکیل کمیته فنی رسیدگی به موارد خاص با حضور نماینده ناظر تخصصی قرارداد و پزشک معتمد بیمه گر در هر استان اقدام نموده و رای این کمیته در رسیدگی به موارد خاص خارج از تعهدات بیمه گر جهت پرداخت خسارت نافذ خواهد بود.

تبصره شش: بیمه گر متعهد می گردد نسبت به ارائه هر گونه اطلاعات مالی ، سوابق درمانی و تشخیصی و یا پرداخت خسارت بیمه شدگان در صورت درخواست ناظر تخصصی بیمه گذار اقدام نماید.

تبصره هفت: بیمه گر متعهد می گردد نسبت به ارائه گزارشات دوره ای بر مبنای اطلاعات پرداخت خسارت و یا اطلاعات مورد نیاز بیمه گذار اقدام نماید.

تبصره هشت: بیمه گر متعهد می شود آمار ثبت شده بیمه شدگان را بصورت ماهانه به اداره کل درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران ارسال نماید.



ماده ۹ دوره انتظار:

بیمه شدگان این قرارداد مشمول دوره انتظار نمی گردند

ماده ۱۰- ترتیب بستری شدن بیمه شدگان

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان ها و مراکز درمانی مجاز، مختار است.

۱۰/۱) چنانچه بیمه شدگان در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند.

۱۰/۱/۱) پیش پرداخت در وجه بیمارستان توسط بیمه گر و در قبال پیش فاکتور پرداخت شود
۱۰/۱/۲) اصل مدارک و صورتحسابهای بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج - خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را شخصا و یا از طریق بیمه گذار جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال نمایند.

توضیح: مهلت تحویل مدارک بیمارستانی به بیمه گر جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت هشت ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر شش ماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر شش ماه بعد از انجام آن خواهد بود.

۱۰/۱/۳) محاسبه هزینه های بیمارستانی، براساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم درجه طرف قرارداد با بیمه گر می باشد. در صورت عدم تعیین حق العمل جراح در صورتحساب بیمارستان این هزینه حداکثر معادل پنج برابر تعرفه خدمات درمانی محاسبه و پرداخت خواهد شد.
۱۰/۱/۴) محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی در بخش سرانه، براساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حسب مورد برای بخش دولتی و خصوصی.

۱۰/۲) چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند.

۱۰/۲/۱) کلیه بیمه شدگان مشمول این قرارداد می توانند به همراه دفترچه خدمات درمانی و یا بیمه های پایه دیگر بدون نیاز به اخذ معرفی نامه مستقیما به مراجع درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه گرمراجعه نمایند.

۱۰/۲/۲) هزینه های خارج از تعهد درمانی و غیر بیمه ای بعهده بیمه شده می باشد.

ماده ۱۱: ناظر فنی و تخصصی قرارداد

بیمه گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تام الاختیار و ناظر فنی و تخصصی خود را در هر استان به بیمه گر معرفی نماید. این نمایندگان ناظر فنی و تخصصی و رابط بین بیمه گر و بیمه گذار بوده و وظیفه هماهنگی اجرای قرارداد را بر عهده خواهند داشت.



تبصره: تفسیر و استنباط قطعی از مفاد این قرارداد به عهده نماینده بیمه گذار بوده که در ماده ۱۱ بعنوان ناظر فنی تخصصی به بیمه گر معرفی شده و همه استانها موظف به استعلام از نماینده فوق الذکر می باشند.

ماده (۱۲) سایر توافقات

هر گونه تغییر در شرایط و مقررات این قرارداد با توافق کتبی طرفین و طی تدوین و ابلاغ الحاقیه که جز لاینفک این قرارداد محسوب می شود انجام خواهد پذیرفت.

فصل چهارم : مقررات گوناگون

ماده ۱۳ (قرارداد با مراکز درمانی)

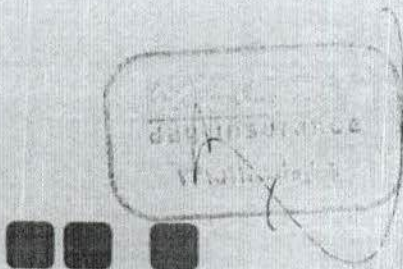
بیمه گر مکلف است با تمام مراکز درمانی ، بیمارستانها ، واحدهای پاراکلینیک و پزشکانی که بیمه گذار اعلام می نماید در خصوص ارائه خدمات به بیمه شدگان مبادرت به انعقاد قرارداد نماید. مگر اینکه مرکز یا واحد مورد نظر کتبا عدم تمایل خود را اعلام نماید.

تبصره یک: به منظور سهولت استفاده بیمه شده از خدمات مراجع درمانی در اختیار بیمه گذار ، بیمه گر مکلف است با این مراکز (من جمله مراکز تحت پوشش بنیاد استانها) قرارداد منعقد نماید. ضمناً سطح خدمات مراکز درمانی مورد نظر با توافق طرفین تعیین می گردد همچنین بیمه گر موظف است نسبت به ایجاد شعبه اختصاصی جهت ایثارگران مبادرت نماید.

تبصره دو: به منظور تسهیل ارائه خدمات به بیمه شدگان موضوع این قرارداد، بیمه گر موافقت می نماید با نظر بیمه گذار نسبت به استقرار نماینده در بیمارستانهایی که اغلب بیمه شدگان به آن مراکز مراجعه می نمایند در تهران و سایر استانها اقدام نماید.

تبصره سه: بیمه گر متعهد می گردد نسبت به عقد قرارداد با مراکز درمانی و تشخیصی مورد درخواست بیمه گذار اقدام نماید.

تبصره چهار: بیمه گر مکلف است پس از ثبت اطلاعات ایثارگر در سیستم بیمه ، نسبت به ارائه خدمات با کد ملی و از طریق سیستم یکپارچه و سامانه درمان اقدام نماید.



ماده ۱۴: شرایط و مقررات

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شوندهگان از طرف بیمه گذار مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است بیمه گر مجاز به تغییرات در میزان و شرایط قرارداد طبق مصوبات شورایعالی بیمه و مقررات مربوطه خواهد بود.

ماده ۱۵- کنترل عملیات

با توجه به شان و منزلت بیمه شدگان این قرارداد و به منظور اجرای صحیح مفاد آن بیمه گر و بیمه گذار موظفند تمهیدات و امکانات لازم را به شرح ذیل فراهم نمایند.

۱۵/۱) بیمه گر قرارداد موظف است نسبت به رفع مشکلات و ابهامات احتمالی قرارداد در استانها و تهران بزرگ اقدام و با بیمه گزار هماهنگی لازم مبذول نماید.

۱۵/۲) نماینده و رابط بیمه گذار در کلیه استانها انتخاب و بعنوان ناظر و مفسر قرارداد معرفی گردد.

۱۵/۳) با توجه به اینکه موضوع استقرار اینترگران و خانواده تحت تکفل آنان در تهران و مراکز استانها از نظر نوع و کیفیت معالجه از اهمیت خاصی برخوردار است لازم است ترتیبی اتخاذ گردد تا تمامی مراجع و مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت هماهنگی لازم را با مجری قرارداد مبذول نمایند.

۱۵/۴) بیمه گر مکلف است نسبت به انتخاب دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی بیمه شدگان در کلیه شهرستانها با هماهنگی بنیاد استانها اقدام نماید.

ماده ۱۶- حل اختلاف نظر

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل خواهد شد. حضور نمایندگان حوزه های حقوقی طرفین قرارداد در جلسه حل اختلاف الزامی و در صورت عدم توفیق، موضوع به مراجع قضائی ذی صلاح ارجاع خواهد شد.

ماده ۱۷- مدت قرارداد

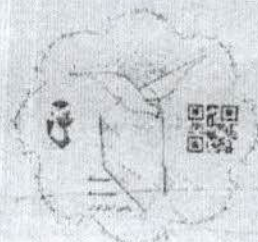
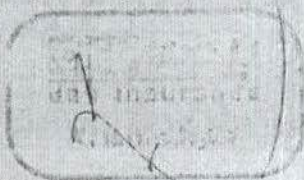
مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر بامداد مورخ ۹۶/۷/۱ شروع و در ساعت بیست و چهار مورخ ۹۷/۶/۳۱ خاتمه می یابد.

ماده ۱۸- شرایط فسخ قرارداد

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

ماده ۱۹

کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (مصوب شورایعالی بیمه) که جزء لاینفک این قرارداد می باشد و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.



ماده ۲۰ شرایط غیر قابل پیش بینی

در صورت بروز شرایط غیر مترقبه با توافق طرفین و طبق قوانین بیمه مرکزی اقدام خواهد شد.

ماده ۲۱ اصل حسن نیت

اصل حسن نیت از سوی بیمه گر و بیمه گذار رعایت شود.

ماده ۲۲ نحوه فسخ قرارداد

در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید، موظف است موضوع را کتبا به بیمه گذار اطلاع دهد. در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار می تواند با ارائه درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ موخری که در درخواست معین شده است بیمه نامه فسخ شده تلقی می شود. چنانچه درخواست بیمه گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

ماده ۲۳ - اقامتگاه طرفین

نشانی طرفین قرارداد بشرح ذیل است که هرگونه ارسال مراسلات و مکاتبات به آدرس آن معتبر و قانونی می باشد و طرفین متعهد می گردند هرگونه تغییر آدرس و نشانی جدید خود را حداکثر ظرف مدت ... ساعت کتبا به طرف دیگر اعلام نمایند و تا زمانیکه آدرس جدید اعلام نشده، هر گونه مکاتبه و ابلاغیه به آدرس قید شده معتبر خواهد بود.

الف: نشانی بیمه گذار: تهران خ طالقانی بعد از خ مفتاح بن بست شهید طالبیان ساختمان شهدای گمنام کد پستی تلفن ۸۸۳۱۳۲۱۷

ب: نشانی بیمه گر: میرداماد بین نخت و مدرس شماره ۲۳۹ کد پستی ۱۹۱۸۹۵۵۳۱۱
تلفن کویا ۲۳۱۳ - ۰۲۱

ماده ۲۴

این قرارداد مشتمل بر ۲۴ ماده و ۲۸ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد می باشند
تفخیم گردیده و در تاریخ امضاء و مبادله شده است.

بیمه گر
مدیر عامل شرکت بیمه دی

بیمه گذار
معاونت بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران

ناظر تخصصی قرارداد

مدیر کل دفتر برنامه و بودجه بنیاد شهید و امور ایثارگران



شماره: ۱۱۶۲۳

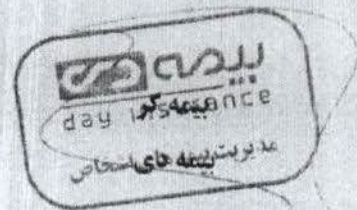
تاریخ: ۹۶/۶/۱

بیمه روز
day insurance

بسمه تعالی

الحاقیه قرارداد درمان تکمیلی

الحاقیه شماره ۱ قرارداد بیمه مازاد درمان ایثارگران سال ۹۶-۹۷ در خصوص بند ۳/۵/۳/ت قرارداد فوق الذکر کسائیکه در طول مدت قرارداد با تایید کمیسیون پزشکی بنیاد تحت پوشش قرار می گیرند و جانباز شناخته می شوند (به همراه افراد تحت تکفل آنان شامل والدین، همسران و فرزندان) از زمان تایید درصد توسط کمیسیون پزشکی بنیاد، همسر فرزندان و پدر و مادر کسائیکه در طول مدت قرارداد به درجه رفیع شهادت نائل شده اند از زمان تایید شهادت توسط بنیاد و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت، (منوط به اعلام بیمه گذار) از زمان تحت کفالت قرار گرفتن ایشان محاسبه و پرداخت می نماید.



ناظر

