



شرکت آتیه‌سازان حافظ
وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

قوانین بیمه‌گری و اسناد پزشکی قرارداد بیمه تکمیلی درمان سازمان بهزیستی کشور

۱۳۹۹/۰۷/۰۱ لغایت ۱۴۰۰/۰۶/۳۱

بیمه‌شدگان

❖ بیمه‌شدگان عبارتند از کارکنان متقاضی شاغل که بطور تمام وقت در استخدام سازمان بهزیستی می‌باشند و مأمورین، به اتفاق تمامی اعضای خانواده (شامل همسر یا همسران دائمی، فرزندان و افراد تحت تکفل) که می‌بایست از طرف بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده معرفی گردند.

تبصره ۱	منظور از اعضای خانواده، همسر و یا همسران دائمی، فرزندان و نیز افراد تحت تکفل قانونی (با ارائه مستندات از مراجع ذیصلاح قانونی) بیمه شده اصلی می‌باشند و دارای دفترچه بیمه سلامت ایران و یا تأمین اجتماعی می‌باشند.
تبصره ۲	فرزندان ذکور و اناث بیمه شده اصلی تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار می‌گیرند و فرزندان اناث در صورت طلاق یا فوت همسر، با ارائه مستندات قانونی می‌توانند در صورت درخواست، مشمول بیمه تکمیلی گردند.
تبصره ۳	پوشش بیمه ای فرزندان پسر که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.
تبصره ۴	فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان اصلی با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح قانونی (اعم از سازمان بهزیستی، مراجع قضایی و کمیسیون‌های پزشکی مرتبط و وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) تحت پوشش قرار می‌گیرند.
تبصره ۵	افراد تبعی فرزندان معلول فوق الذکر مشروط به اینکه قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی باشند نیز مشمول قرارداد می‌گردند. بیمه شدگان این تبصره مشمول قانون همه یا هیچ می‌باشند و معرفی تمام افراد مشمول این بند از سوی بیمه گذار الزامی است.
تبصره ۶	پدر و مادر غیر تحت تکفل می‌توانند با پرداخت حق بیمه مندرج در قرارداد تحت پوشش قرار گیرند.

❖ کارکنان زن می‌توانند همسر، فرزندان و والدین خود را (مشروط به اعلام کتبی بیمه گذار مبنی بر معرفی کلیه افراد تبعی مشمول این تبصره) همانند پرسنل مرد بیمه نمایند.

موضوع بیمه

عبارتست از جبران بخشی از هزینه‌های درمانی ناشی از بیماری و یا حادثه که در تعهد بیمه‌گر پایه (مازاد بر بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و سازمان‌های مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می‌باشند) نبوده و بر طبق شرایط مقرر در این قرارداد در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

اصل حسن نیت

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنماید، بیمه نامه باطل و بلااثر خواهد بود ولو اینکه مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تاثیری در وقوع بیماری یا حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد، بلکه بیمه گر می‌تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

تبصره: چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً و یا سهواً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده است.



شرکت آتیه‌سازان حافظ
وابسته به سازمان بیمه‌سازان ایران

ماده ۶) نحوه اعلام اسامی بیمه شدگان

❖ بیمه‌گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت ۷۵ روز کاری پس از امضا و مبادله قرارداد دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را بدون قلم خوردگی و با خط خوانا همراه یک نسخه CD اطلاعات خواسته شده بر اساس فرم پیوست، تهیه نموده و جهت بیمه‌گر ارسال نماید. بدیهی است ملاک صدور معرفینامه یا پرداخت هزینه‌های پزشکی اسامی مندرج در لیست مذکور می‌باشد.

تبصره ۱: لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان حاوی اطلاعات زیر می‌باشد: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ماه/سال)، شماره شناسنامه، کد ملی، شماره دفترچه بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان‌های بیمه‌گر اول، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه‌شده اصلی و وضعیت تکفل قانونی بیمه‌شده تبعی.

تبصره ۲: دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه‌گذار تهیه گردیده می‌بایست به امضاء طرفین رسیده و تمامی اوراق آن مهور و مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه‌گر قرار خواهد گرفت.

❖ افرادی که در طول مدت قرارداد می‌توانند به تعداد بیمه‌شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدید الاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که در اثنای سال بیمه‌ای ازدواج می‌نمایند (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر ظرف یک ماه پس از تاریخ ثبت ازدواج) و همچنین افرادی که در طی دوره قرارداد تحت تکفل قانونی بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند (با ارایه مستندات قانونی و منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر ظرف یک ماه پس از تغییر وضعیت کفالت).

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

❖ نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند منوط به آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را **حداکثر یک ماه پس از تولد** به بیمه‌گر اعلام نماید.

❖ تاریخ موثر برای حذف بیمه‌شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه‌گذار و از تاریخ صدور نامه می‌باشد موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع می‌شود. **حداکثر مهلت تحویل نامه حذف بیمه شدگان به بیمه‌گر ۳ روز کاری از تاریخ صدور می‌باشد.**

تبصره ۱: جبران کلیه خسارت‌های وارده به بیمه‌گر، ناشی از تاخیر در تحویل نامه کتبی حذف بیمه شدگان بر عهده بیمه‌گذار می‌باشد.

تبصره ۲: بیمه‌گذار در خصوص افزایش و یا کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد مطابق ماده ۶، می‌بایست کلیه مستندات قانونی مربوطه را بیمه‌گر ارائه نماید.

❖ چنانچه بیمه‌شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه‌ای اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه، **صرفاً تا پایان سال بیمه‌ای** قرارداد ادامه خواهد یافت.

❖ کارکنانی که اسامی و مشخصات هر یک از اعضای خانواده ایشان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره ۲ و ۳ ماده ۶ قرارداد قید نشده باشد، به استناد از قلم افتادگی نمی‌توانند جزو بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند.

تبصره: بیمه‌گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق تبصره ۱ و ۲ ماده ۶ برای بیمه‌گر ارسال نماید.

میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه‌گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان و افراد تبعه ایشان با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده مبلغ ۱,۵۲۰,۰۰۰ ریال (به حروف: یک میلیون و پانصد و بیست هزار ریال شامل ۱,۳۹۴,۵۰۰ ریال حق بیمه و ۱۲۵,۵۰۰ ریال مالیات بر ارزش افزوده) می‌باشد و افزایش مالیات در طی مدت قرارداد بر عهده بیمه‌گذار می‌باشد.



شرکت آتیه‌سازان حافظ
وابسته به سازمان بیمه‌سلامت ایران

دوره انتظار

بیمه شدگان این قرارداد مشمول دوره انتظار نمی باشند .

فرانشیز

فرانشیز درصد معینی از هزینه‌های درمانی است که تأمین آن بعهده بیمه شده می‌باشد و به شرح زیر تعیین می‌گردد:

- ❖ هزینه‌های درمانی بیمه شدگان صرفاً با کسر سهم بیمه گر اول و یا اعمال فرانشیز ۱۰٪ از صورتحساب ارائه شده، محاسبه و پرداخت خواهد شد. بدیهی است چنانچه خدمت در تعهد بیمه گر اول باشد و بیمه شده به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده نماید، مبلغ صورتحساب عیناً پرداخت خواهد شد. بدیهی است چنانچه خدمت در تعهد بیمه گر اول باشد و بیمه شده به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده نماید، مبلغ صورتحساب عیناً پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۲

- ❖ هزینه اتاق بیماران ضمن رعایت سایر ضوابط قرارداد حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته قابل پرداخت می‌باشد . بجز مواردی که به دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول بیمار در اتاق ایزوله بستری شود که حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستان های همتراز پرداخت می‌گردد.
- ❖ هزینه‌های درمانی مورد تعهد بیمه گر با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکتهای سازمان های بیمه گر نمی‌تواند از ۱۰۰٪ هزینه‌های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه‌های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان ها و شرکت های مذکور طبق مفاد قرارداد می‌باشد . بدیهی است در صورتیکه بیمه شده از مزایای بیمه تکمیلی سایر شرکت های بیمه گر استفاده نماید هزینه‌های درمانی مورد تعهد بیمه گر، پس از کسر مبالغ دریافتی از سازمانهای بیمه گر اول و شرکت های بیمه ای مزبور، قابل پرداخت خواهد بود . بیمه شدگان در اولویت مراجعه به هر کدام از شرکت ها مخیر است.
- ❖ هزینه‌های مربوط به بیمارانی که با معرفینامه کتبی بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت آتیه‌سازان حافظ استفاده می‌نمایند، بر اساس مفاد قرارداد برابر تعرفه توافقی مراکز فوق‌الذکر و تا سقف قرارداد مورد رسیدگی و تسویه قرار می‌گیرند و در صورتیکه بیمه شدگان بدون معرفینامه به مراکز درمانی طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، هزینه‌ها براساس ضوابط قرارداد محاسبه خواهد شد .
- ❖ در بستری‌های بیمارستان‌های طرف قرارداد در صورتیکه علاوه بر ۱۰ درصد فرانشیز، موارد مورد تعهد بیمه در فاکتور بیمارستان از طریق بیمه شده پرداخت شود بعد از اعلام بیمه شده به بیمه گر در صورت در تعهد بودن قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد .
- ❖ مابه‌التفاوت تجهیزات مصرفی زمان بستری که در تعهد بیمه پایه باشد توسط بیمه مکمل و طبق ضوابط قرارداد محاسبه می‌گردد .
- ❖ در محاسبه تجهیزات پزشکی ملاک عمل نرخ اروپایی تجهیزات که دارای مجوز است می‌باشد .
- ❖ هزینه‌های درمانی بستری بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تأیید مراجع قانونی ذریبط در داخل کشور، به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند، در صورتیکه سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید نماید ، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر و تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه گر، مندرج در قرارداد، محاسبه و پرداخت می‌شود و میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از مراکز درمانی محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۳

- ❖ بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان ها و مراکز درمانی مجاز، مختار است. در این صورت بیمه شده پس از پرداخت هزینه‌های مربوطه می‌بایست صورتحساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده از طریق بیمه گذار به بیمه گر تسلیم نماید.



شرکت آتیه‌سازان حافظ
وابسته به سازمان بیمه‌سلامت ایران

ترتیب بستری شدن بیمه شدگان

❖ چنانچه بیمه شدگان در بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند:

- ✓ حداکثر ظرف مدت سه روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب را از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع دهند.
- ✓ پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را رأساً تأمین نمایند.
- ✓ اصل مدارک و صورتحساب های بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص 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 ۱: بیمه شدگان می‌بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر اول (سازمان بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و ...) اقدام و سپس با ارائه تصویر برابر اصل مدارک بیمارستانی و تصویر چک دریافتی از سازمان های فوق‌الذکر، از طریق نماینده طرف دوم به طرف اول، هزینه‌های انجام شده را تا سقف‌های مقرر براساس مفاد قرارداد دریافت نمایند. بدیهی است در صورت عدم پرداخت سهم بیمه گر اول، اصل مدارک بیمارستانی باید به طرف اول تحویل داده شود. در صورت تعهد بیمه پایه و عدم استفاده از سهم بیمه‌گر اول، ۳۰٪ فرانشیز از هزینه‌های مورد تعهد شرکت کسر می‌گردد.

تبصره ۲: بیمه شدگان می‌بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر پایه (بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و سازمان‌های مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می‌باشند) اقدام نموده و سپس با ارائه کپی مدارک مربوطه و تأییدیه هزینه‌های دریافتی از بیمه‌گر پایه، هزینه‌های انجام شده را تا سقف های مقرر بر اساس مفاد قرارداد دریافت نمایند.

تبصره ۳: بیمه شدگان تبعی که در (قرارداد صندوق بازنشستگی کشور) تحت پوشش نمی‌باشند ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه (بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و سازمان‌های مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می‌باشند) اقدام نموده و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک مربوطه و تأییدیه هزینه‌های دریافتی از سازمان‌های فوق‌الذکر، هزینه‌های انجام شده را تا سقف‌های مقرر بر اساس مفاد قرارداد دریافت نمایند.

تبصره ۴: مهلت تحویل مدارک هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان در طی مدت قرارداد و حداکثر ۳ ماه بعد از اتمام قرارداد خواهد بود.

❖ چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند، موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند:

- ✓ با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد نسبت به اخذ معرفی‌نامه آنلاین از بیمه گر اقدام نمایند.
- ✓ حداکثر ظرف مدت دو روز از زمان بستری شدن بیمه شده در بیمارستان مراتب را از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع داده شود.
- ✓ در موارد اورژانس و یا ساعات غیر اداری، بیمه شدگان می‌توانند از طریق کارت ملی که در اختیار آنان می‌باشد 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.
- ✓ هزینه‌های خارج از تعهد و خارج از سقف به عهده بیمه شده می‌باشد و بیمه گر هیچگونه تعهدی در این خصوص ندارد.
- ✓ در صورت وجود قرارداد فیما بین بیمارستان‌ها و بیمه گر اول و کسر سهم بیمه گر اول از صورتحساب توسط خود بیمارستان، بیمه گر متعهد به پرداخت مازاد هزینه مورد تأیید تا سقف تعهدات می‌باشد.

❖ بیمه‌گر تعهد می‌نماید حداکثر ظرف مدت ۵ روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.