

تاریخ: ۹۳/۳/۱۰
شماره: ۵۴۳۱/ب.ت.۹۳
پیوست:

تفاهم نامه گروهی بیمه درمان تکمیلی فرهنگیان

تاریخ صدور:/...../.....	تاریخ شروع قرارداد: ۱۳۹۳/۳/۱
شماره قرارداد:	تاریخ انقضاء قرارداد: ۱۳۹۴/۲/۳۱
تعداد بیمه شده با خانواده: بالغ بر ۱/۴۰۰/۰۰۰ نفر	حق بیمه صادره سالیانه: بالغ بر ۴/۰۴۴/۴۴۸/۸۰۰/۰۰۰ ریال
کد نمایندگی: -	مالیات بر ارزش افزوده: بالغ بر ۳۲۳/۵۵۱/۲۰۰/۰۰۰ ریال

این تفاهم نامه بین وزارت آموزش و پرورش (معاونت توسعه مدیریت و پشتیبانی) که منبع بیمه‌گذار نامیده می‌شود از یک طرف و شرکت بیمه آتیه سازان حافظ سهامی خاص به شماره ثبت ۱۷۴۹۸۷ که بعد از این بیمه‌گر نامیده می‌شود منعقد گردید.

فصل اول تعاریف و اصطلاحات

ماده (۱) بیمه‌گر: شرکت آتیه سازان حافظ وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران دارای کد اقتصادی به شماره ۷۸۵۱-۱۴۳۹-۴۱۱۱ به نشانی: تهران-خیابان فاطمی غربی-روبروی ساختمانهای ارتش پلاک ۲۱۴ تلفن ۶۳۴۷۲۲۰۱ و فاکس ۶۳۴۷۲۲۳۶ که بر اساس قوانین و مقررات و شرایط این قرارداد در ازاء دریافت حق بیمه متعهد به انجام مفاد این قرارداد است.

تبصره (۱) بیمه سلامت ایران، تامین اجتماعی و سازمانهای مشابه بیمه‌گر اول و شرکت آتیه سازان حافظ بیمه‌گر دوم محسوب می‌شود.

ماده (۲) بیمه‌گذار: وزارت آموزش و پرورش معاونت توسعه مدیریت و پشتیبانی به نشانی تهران خیابان سپهبد قرنی (ادارات کل آموزش و پرورش به عنوان عوامل اجرائی بیمه‌گذار در هریک از استانهای کشور متولی انعقاد قرارداد با مدیریت های استانی بیمه‌گر می باشند که متعهد به معرفی و پرداخت حق بیمه، بیمه شدگان می باشد).

ماده (۳) بیمه شدگان:

عبارتند از کارکنان شاغل (رسمی، قراردادی و پیمانی) به همراه کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنها که به طور تمام وقت در استخدام بیمه‌گذار می‌باشند، مشروط بر آنکه تعداد کل بیمه شدگان مشمول این قرارداد در کل کشور کمتر از ۱/۴۰۰/۰۰۰ نفر نباشد.

تبصره (۱) خانواده: منظور از خانواده عبارتست از هر یک از کارکنان شاغل بیمه‌گذار و همسر یا همسران دائمی و فرزندان. لازم به توضیح اینکه پوشش بیمه ای پدر و مادر و سایر افرادی که از سال قبل جزء بیمه شدگان قرارداد اصلی بوده اند مشروط به اعلام در لیست اولیه بلا مانع می باشد.

تبصره (۲) کارکنان مونث بیمه‌گذار می توانند به تنهایی و یا به اتفاق تمامی فرزندان خود (بدون حق انتخاب) تحت پوشش قرار گیرند. حتی اگر دفترچه بیمه‌گر اول آنها به تبع بیمه شده اصلی نباشد.

تاریخ: ۹۳، ۳، ۱۰
شماره: ۵۴۳۱، سرت ۴۳
پیوست:



تبصره ۳) شرط سنی بیمه شدگان:

الف) فرزندان در صورت اعلام اسامی در موعد مقرر بدون در نظر گرفتن شرط سنی مشروط به عدم ازدواج و اشتغال به کار تحت پوشش بیمه می باشند.

ب) فرزندان مؤنت مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال تحت پوشش بیمه می باشند.

ج) تواران از بدو تولد مشروط به ارسال مدارک از سوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ تولد تحت پوشش قرار می گیرند.

د) چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی - جسمی - نقص عضو دائم یا موقت باشند تامین هزینه های درمان آنها به استثنای هزینه های مربوط به معلولیت با تایید پزشک معتمد بیمه گر بدون در نظر گرفتن شروط مندرج در بند الف تبصره ۳ تحت پوشش خواهند بود. لازم به توضیح اینکه افراد تبعی فرزندان معلول فوق الذکر مشمول قرارداد نمی گردند.

ه) بیمه شدگانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام اسامی آنها در لیست اولیه و پرداخت حق بیمه متعلقه به صورت یکجا می توانند تا پایان قرارداد تحت پوشش قرار گیرند ضمناً کسانی که مرخصی آنها بعد از مهلت عضوگیری به پایان می رسد تا ۴۵ روز پس از انقضای مرخصی با ارائه مستندات و پرداخت حق بیمه مربوطه می توانند از ابتدای قرارداد جدید به عضویت در آیند. تامین پرداخت حق بیمه کسانی که در طی مدت قرارداد از مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی استفاده می نمایند تا پایان قرارداد بر عهده بیمه گذار خواهد بود و در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه شده اصلی در طول سال بیمه ای، افراد تحت تکفل و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه ای متوفی به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

تبصره ۴) کارکنان شاغل بیمه گذار و اعضاء خانواده به همراه افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه کارکنان دولت سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح یا کمیته امداد امام خمینی (ره) یا سایر بیمه گران پایه باشند.

ماده ۴) فرانشیز:

منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد می باشد که تأمین آن به عهده بیمه شده می باشد.

۱-۴- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۹ از ماده ۵ قرارداد (انواع بستری، زایمان، لیزیک، اورتر و پروتز، اعضای پیوندی، نازائی و ناباروری، عینک) بابت سهم بیمه گر اول، ۲۰٪ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است بدیهی است چنانچه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نماید و یا به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده کند، فرانشیزی از صورتحساب کسر نخواهد شد.

۲-۴- حداکثر تعهد بیمه گر در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۳ و ۱۱ و ۱۲ ماده ۵ قرارداد (انواع خدمات پاراکلینیک، اعمال مجاز سرپائی و ویزیت) که دارای تعرفه مصوب و جاری در بخش خصوصی و دولتی از سوی هیئت وزیران می باشند معادل تعرفه بخش خصوصی پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز می باشد و در خصوص خدماتی که تابعی از کجراحی و داخلی می باشند و یا خدماتی که فاقد ضریب جراحی یا داخلی و یا تعرفه مشخص می باشند بر اساس جدول توافقی پیوست و حداکثر تا سقف ضریب جراحی و داخلی بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران با کسر ۲۰٪ فرانشیز می باشد.

شایان ذکر است در مواردی که نحوه محاسبه خدمتی نا مشخص و یا نیاز به تغییر در مبانی محاسبه خدمات مطابق با بند چهار تفاهم نامه مورخه ۹۳/۰۲/۲۸ باشد، موضوع در جلسه ای متشکل از دو تن از کارشناسان ستاد مرکزی بیمه گر و دو تن از کارشناسان بیمه گذار (وزارتخانه) مطرح و تصمیم این جلسه قابل اجرا جهت کل قرارداد خواهد بود.

تاریخ: ۱۳۹۳/۳/۱۰
شماره: ۵۴۳۱ ر.ب.ت. ۹۳
پیوست:



استثناء: در صورت مراجعه بیمه شده جهت دریافت خدمات به مراکز درمانی دولتی دانشگاهی که تعرفه مصوب شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را رعایت می نمایند، فرانشیز پرداختی بیمه شده از طرف بیمه گر طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت می باشد.

۳-۴- خدمات پاراکلینیکی که طبق مفاد قرارداد، مورد توافق طرفین هستند بر اساس ردیف ها و عناوین مراجع تعرفه ای ذیل تحت پوشش قرار می گیرند:

۱-۳-۴- خدمات موجود در کتاب تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی مصوب شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور.
۲-۳-۴- خدمات تشخیصی و درمانی و اعمال سرپایی که ارزش گذاری شده و به تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد.

تبصره ۱) در خصوص خدمات جدید که در طول قرارداد ارائه گردد در صورت تایید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معادل خدمات مشابه که دارای تعرفه مصوب می باشند، پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲) در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد با شرکت بیمه که فاقد قرارداد با بیمه گریه باشند، فرانشیز سهم بیمار توسط ایشان پرداخت می گردد. بیمه شده می تواند پس از ارسال مدارک از سوی مراکز درمانی فوق الذکر به واحد اجرایی مربوطه مراجعه و ضمن دریافت اصل مدارک راسا نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نماید.

تبصره ۳) در هر صورت هزینه های خارج از تعهد بعهد بیمه شده بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی گردد.

ماده ۵- تعهدات بیمه گر:

خلاصه جدول تعهدات بیمه گر به شرح ذیل می باشد.

تعهدات	سقف تعهدات	فرانشیز و توضیحات
هزینه های بیمارستانی	جراحی های تخصصی	بدون سقف
	درمان طبی و سایر اعمال جراحی	بدون سقف
	زایمان (طبیعی و سزارین، کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای)	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
هزینه های نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیص و دارو و درمان)	بدون سقف	بدون سقف
هزینه های پاراکلینیکی	بدون سقف	تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز
ویزیت پزشکان	بدون سقف	بدون سقف
فرانشیز دارو و ملزومات دارویی (سرنگ، آنژیوکت، ست سرم)	بدون سقف	بدون سقف
هزینه تهیه اعضای طبیعی پیوندی با تایید انجمن های مربوطه	بدون سقف	بدون سقف
هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم	تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال	۲۰٪
هزینه های اروتز و پروتز (طبق تعرفه و تعریف وزارت بهداشت)	بدون سقف	بدون سقف
عینک و لنز طبی	تا سقف ۵۰۰/۰۰۰ ریال	۲۰٪
آمبولانس در هر مورد	داخل شهر ۶۰۰/۰۰۰ ریال خارج شهر ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال	-----

درازا دریافت حق بیمه مقرر موضوع قرارداد تعهدات بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان عبارت است از:

تاریخ: ۹۳/۳/۱۰
شماره: ۵۴۴۱، برت ۳
پیوست:



تبصره ۱) جبران هزینه های بستری و جراحی و شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE درمان طبی و زایمان های زود رس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر، ICU، CCU اطاق ایزوله به شرح زیر می باشد.

الف - تعهد بیمه گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی و در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گردد طول مدت تفاهم نامه و به دفعات در صورت ارائه کارت یا 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 در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در استان محل دریافت خدمت و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز باز پرداخت خواهد شد.

ج- در خصوص بیماریهای خاص (شامل بیماریهای هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند ها مانند کلیه، کبد و سایر پیوندها و بیماریهای صعب العلاج (شامل انواع سرطان و شیمی درمانی، MS، ALS، پارکینسون، کتونومی ناشی از بیماریهای متابولیک و ارثی، سوختگی، هیپاتیت وایدز) تعهد شرکت شامل پرداخت هزینه تمامی داروهای درمان اعم از داخل و خارج فارماکوپه بیمه با اعمال فرانشیز مقرر در متن قرارداد و در صورت عدم تعهد بیمه پایه بدون فرانشیز می باشد. شایان ذکر است هزینه داروهای مکمل و تغذیه ای به استثناء آلبومین که در درمان عوارض بیماری و یا عوارض ناشی از درمان بکار می روند قابل پرداخت نمی باشند.

تبصره ۲) پرداخت هزینه های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین و کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای) در طول مدت قرارداد، تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۳) تامین هزینه های پاراکلینیکی از قبیل هزینه های رادیولوژی، پزشکی هسته ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی و لیزر فیزیوتراپی (حداکثر ۱۰ جلسه برای هر اندام در ماه)، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، لیزر درمانی غیر زیبایی، کاردمانی، خدمات اورژانس و سایر اعمال پاراکلینیکی تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می باشد. (ضمناً در صورت اعمال حق قتی پرداخت هزینه آن بعهده بیمه شده میباشد)

تبصره ۴) هزینه های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) نظیر لیزیک و RK، برای هر چشم که بر اساس پرینت کامپیوتری چشم و گواهی پزشک (جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم: درجه دوربینی یا نزدیک بینی به اضافه نصف درجه آستیگمات) ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰ (سه میلیون ریال) با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت است.

تبصره ۵) جبران هزینه اروتز و پروتز مطابق تعریف وزارت بهداشت، پروتزهایی در تعهد می باشد که داخل بدن بکار رفته و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک بیمه گر بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر تجهیزات پزشکی که در سایت وزارت بهداشت و درمان موجود باشد و در خصوص اروتز صرفاً آتل هایی همچون گردن بند، کمربند، زانو بند و... (بر اساس لیست پیوست) که توسط پزشک متخصص ارتوپدی و مغز و اعصاب تجویز گردد مورد تعهد می باشد در نتیجه مواردی همچون عصا، واکر، سمعک، ویلچر، کفش و کفی طبی، دستگاه فشارسنج و سایر موارد در تعهد این تفاهم نامه نمی باشد.

تبصره ۶) تامین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قریه، قلب، ریه و... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر.

تبصره ۷) تامین هزینه های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری جهت بیمه شدگان بر مبنای تعرفه همترازی در مراکز طرف قرارداد بیمه گر با کسر ۲۰٪ فرانشیز و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می باشد. شایان ذکر است جبران هزینه دارویی این گروه مطابق تبصره ۱۵ همین ماده می باشد.

تبصره ۸) تعهدات بیمه گر در رابطه با آمبولانس و همراه به شرح زیر است:

الف) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار از بیمارستان به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک.

ب) 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 بیمارستان و مراکز تشخیص درمانی تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال یک میلیون ریال در هر مورد بین شهری و در موارد آمبولانس شهری تا سقف ۶۰۰/۰۰۰ ریال در هر مورد قابل پرداخت می باشد. ج) هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۷ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستانهای همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در هر مورد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

تبصره ۹) تامین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) و لنز طبی در طول یکسال بیمه ای حداکثر تا سقف ۵۰۰/۰۰۰ ریال پانصد هزار ریال مشروط به تجویز چشم پزشک یا اپتومتریست با ارائه برگه کامپیوتری نمره چشم و فاکتور دارای کد اقتصادی تأیید شده توسط عینک فروشی دارای کد اقتصادی. در صورت تجویز عینک توسط اپتومتریست در صورتیکه شماره چشم کوچکتر و یا مساوی ۰/۵ باشد علاوه بر مدارک فوق ارائه گواهی چشم پزشک نیز الزامی می باشد.

تبصره ۱۰) هزینه های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحسابهای درمانی و براساس مفاد تفاهم نامه قابل پرداخت است. در مواردیکه بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه گر تعهد خود را (مازاد هزینه ها) پس دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه انجام خواهد داد.

تبصره ۱۱) جبران هزینه ویزیت پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص مشروط به درج دستور پزشک معالج در دفترچه بیمه گر پایه و حداکثر براساس تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی و خصوصی و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۱۲) هزینه خدمات طب مکمل (طب سوزنی، طب سنتی، هومیوپاتی و...) در صورت انجام توسط پزشک حداکثر معادل تعرفه ویزیت پزشک عمومی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۳) جبران فرانشیز داروهای در تعهد بیمه پایه.

تبصره ۱۴) نسخ آزاد قابل پرداخت نمی باشد.

تبصره ۱۵) حق فنی داروخانه بعهد بیمه شده می باشد.

تبصره ۱۶) جبران هزینه داروهای ناباروری مشروط به درج دستور پزشک در دفترچه بیمه گراول با کسر فرانشیز ۲۰٪ امکان پذیر خواهد بود.

تبصره ۱۷) بیمه گر طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در راستای تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود و بنحویکه بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند.

تبصره ۱۸) بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه محذر و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد مدارک درمانی و معالجه وی تحقیق نماید.

فصل دوم: وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده (۶) اصل حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش های بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهند چنانچه ثابت شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا با اظهارات کاذب و خلاف واقع و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده باشند در این صورت قرارداد بیمه نسبت به وی و سایر اعضای خانواده باطل و از درجه اعتبار ساقط است و بیمه گر می تواند وجوهی را که بابت هزینه های درمانی به بیمه شده یا بیمه شدگان وابسته پرداخت نموده علاوه بر بدهی حق بیمه آنان مطالبه نماید.

ماده (۷) نحوه ارسال لیست بیمه شدگان:

بیمه گذار مکلف است حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۳/۰۴/۱۵ نسبت به اعلام اسامی نهایی بیمه شدگان که حاوی اطلاعاتی از جمله نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) شماره شناسنامه، نام پدر، کد ملی، کد ملی سرپرست، کد پرسنلی، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول باشد اقدام نماید. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، بیمه گر فقط نسبت به بیمه نمودن کارکنان بیمه گذار شامل افراد جدیداً استخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین، نوزادان و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد ازدواج می نمایند (مشروط به ارسال مستندات مربوطه مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه) و حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ وقوع از سوی بیمه گذار برای بیمه گر با نامه کتبی، اقدام خواهد نمود. بدیهی است بیمه شدگانی که در سال بیمه ای گذشته تحت پوشش قرار داشته اند در صورت عدم انصراف کماکان پوشش بیمه ای آنان به حال و قوت خود باقی است.

تبصره (۱) شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید (افراد جدیداً استخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت توافقنامه ازدواج می نمایند) با رعایت ضرب الاجل تعیین شده، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار می باشد ضمناً موارد حذف شامل فوت بیمه شدگان و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود، خواهد بود. در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر جهت حذف تاریخ وقوع (در صورت عدم دریافت خسارت پس از تاریخ وقوع) خواهد بود.

تبصره (۲) جبران کلیه خسارتهای وارده به بیمه گر ناشی از تأخیر بیمه گذار در اعلام کتبی حذف بیمه شدگان بر عهده بیمه گذار خواهد بود.

تبصره (۳) کارکنانی که اسامی و مشخصات هر یک از اعضای خانواده اشان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره ۱ ماده ۷ قرارداد مگر حداکثر ۴۵ روز پس از اتمام مهلت ارسال لیست نهایی با نامه کتبی بیمه گذار و ارائه مستندات مبنی به پوشش بیمه ای سال قبل به شرکت بیمه گر اعلام گردد.

ماده (۸) حق بیمه:

سزانه ماهانه هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۲۶۰/۰۰۰ ریال (۲۴۰/۷۴۱ حق بیمه و ۱۹/۲۵۹ ریال بابت ۸٪ مالیات بر ارزش افزوده) می باشد.

تبصره (۱) چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شوندگان از طرف بیمه گذار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان در کل کشور کمتر از تعداد مندرج در قرارداد (۱/۴۰۰/۰۰۰ نفر) است بیمه گر مجاز به تغییر در میزان تعهدات، تعدیل حق بیمه و یا فسخ قرارداد خواهد بود.

تبصره (۲) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه:

بیمه گذار موظف است حق بیمه مربوطه را در ۱۲ قسط مساوی در پایان هر ماه و حداکثر تا ششم ماه بعد در وجه بیمه گر پرداخت نماید. بیمه گذار مکلف است اقساط حق بیمه را صرفاً در وجه حساب سپرده کوتاه مدت به شماره ۴۹۴۲۸۵۳۱۸۳ نزد بانک ملت- شعبه گلستان پاسداران کد ۶۵۵۷/۳ به نام شرکت آتیه سازان حافظ واریز نموده و اصل چک صادره و یا رسید حق بیمه واریزی را به بیمه گر تحویل نماید.

تاریخ: ۹۳/۳/۱۰
شماره: ۵۳۳۱-ب-ت-۹۳
پیوست:

تبصره ۳) مهلت پرداخت حق بیمه قطعی بوده و در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسیدهای تعیین شده به ترتیبی که در تبصره ۳ پیش‌بینی شده قرارداد تعلیق خواهد شد به طوری که بیمه‌گر در زمان تعلیق هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه شدگان را ندارد و بروز هر گونه مشکلی به عهده بیمه‌گذار خواهد بود بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق، قرارداد با صدور الحاقی رفع تعلیق، مجدداً به حالت اول باز می‌گردد و بیمه‌گر متعهد جبران هزینه‌های زمان تعلیق خواهد بود.

تبصره ۴) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان به صورت ماهانه مورد محاسبه قرار می‌گیرد بدیهی است هنگام اضافه یا حذف بیمه شده به هر دلیل قانونی حق بیمه تا کسر ماه یکماه تمام محاسبه و دریافت می‌شود.

تبصره ۵) در مورد کاهش بیمه شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد.

تبصره ۶) حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین می‌گردد می‌بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در مهلت‌های مقرر در تبصره ۳ ماده ۸ پرداخت نماید.

تبصره ۷) در صورتیکه در مصوبه دولت تغییری در مبنای ارزش گذاری خدمات صورت پذیرد مطابق بند ۴ تفاهم نامه اولیه مورخ ۹۳/۲/۲۸ در صورت افزایش چشم گیر تعرفه ها که منجر به ضرر و زیان بیمه گر گردد، بیمه گذار متعهد می گردد نسبت به جبران ضرر و زیان بیمه گر بر اساس نظر کارشناسی مشترک اقدام نماید. بدیهی است در صورت عدم توافق طرفین بیمه گر مختار به استفاده از ضوابط فسخ خواهد بود.

تبصره ۸) به استناد بند ۱۳ تفاهم نامه مورخه ۹۳/۲/۲۸ بیمه گذار متعهد می گردد نهایت همکاری را به بیمه گر بعمل آورد.

فصل سوم: شرایط و میزان تعهدات بیمه‌گر

ماده ۹) حدود تعهدات بیمه‌گر:

تبصره ۱) ملاک عمل بیمه‌گر برای پرداخت هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر تا سقف تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۲) بیمه‌گر تعهد می‌نماید که پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه‌های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۳) تعهدات بیمه‌گر در مورد بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه‌گر یا کارت بیمه از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده می‌نمایند برابر صورتحساب‌های مراکز فوق‌الذکر پس از کسر سهم بیمه‌گر اول و یا ۲۰٪ فرانشیز مورد رسیدگی و تسویه قرار می‌گیرد و در صورتی که بیمه شدگان مستقیماً بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند در این صورت هزینه‌های درمانی حداکثر بر اساس تعرفه بیمارستان‌های هم‌تراز طرف قرارداد با بیمه‌گر و ضمن رعایت سایر ضوابط قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۴) هزینه‌های درمانی موضوع این تفاهم نامه که در تعهد بیمه‌گر می‌باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکتها و سازمان‌های بیمه‌ای نمی‌تواند از صددرصد هزینه‌های انجام شده تجاوز نماید به عبارت دیگر هزینه‌های مورد قبول بیمه‌گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان‌ها و شرکت‌های مذکور در این تبصره طبق مفاد تفاهم نامه می‌باشد.

تبصره ۵) بیمه‌گر می‌بایست بیمارستان‌های طرف قرارداد خود را ملزم نماید تا از دریافت هر گونه وجه اضافی از بیمار خارج از مفاد قرارداد فی‌مابین بیمه‌گر و بیمارستان خودداری و مبالغ دریافتی از بیماران را تحت هر عنوان در صورتحساب قید نماید و

در صورت اخذ هر گونه وجه اضافی با ارائه مدارک مثبت، بیمه‌گر ملزم به پرداخت آن بر اساس قرارداد منعقد شده بیمه‌گر با بیمارستان به بیمه شده خواهد بود.

تبصره ۶) بیمه‌گر متعهد می‌گردد که به منظور کاهش دغدغه‌ها و نگرانی‌های بیمه شدگان و همچنین جلب رضایت‌مندی آنان نسبت به توسعه و انعقاد قرارداد با مراکز درمانی خصوصی و دولتی اقدام نماید تا بیمه شدگان با اخذ معرفی‌نامه از بیمه‌گذار از مزایای بیمه درمان تکمیلی بهره‌مند شوند ضمناً بیمه‌گر متعهد می‌گردد حداکثر توان خود را در عقد قرارداد با اکثر بیمارستان‌ها و ارسال لیست آن جهت اطلاع‌رسانی به بیمه شدگان حداکثر تا سه ماه پس از انعقاد قرارداد به کار گیرد.

تبصره ۷) هزینه‌های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده‌اند در زمان صلح مشمول بیمه می‌باشند.

تبصره ۸) هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی (خدمات بستری) خارج از کشور بیمه شدگان حداکثر بر اساس تعرفه مورد عمل بیمارستان‌های درجه یک طرف قرارداد با بیمه‌گر معادل هم‌ارز ریالی براساس نرخ اعلامی توسط بانک مرکزی در زمان ترخیص از بیمارستان خواهد بود و طبق مفاد توافق‌نامه پس از اخذ سهم بیمه‌گر اولیه قابل پرداخت می‌باشد مشروط بر اینکه مدارک پزشکی به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن به تأیید وزارت امور خارجه در ایران رسیده باشد (بیمه شدگانی که در خارج از کشور با فوریت پزشکی معالجه می‌شوند باید برای دریافت خسارت به صورتی که ذکر شده عمل نمایند).

تبصره ۹) بیمه‌گر مکلف است حداکثر یک ماه پس از تحویل لیست نهایی از سوی بیمه‌گذار نسبت به صدور و تحویل کارت بیمه شدگان به بیمه‌گذار اقدام نماید و پذیرش اسناد خسارت متفرقه پس از تحویل کارت انجام خواهد شد.

تبصره ۱۰) بیمه‌گر مکلف است با بیمارستان‌ها و مراکز درمانی سرپایی و پاراکلینیکی طرف قرارداد به منظور پذیرش با کارت‌های صادره در اسرع وقت هماهنگی نماید همچنین لیست بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طرف قرارداد مذکور در کل کشور را در اختیار بیمه‌گذار قرار دهد.

تبصره ۱۱) بیمه‌گر سعی خواهد نمود در شهرها و مراکزی که فاقد شعبه اجرایی می‌باشد نسبت به ارائه سرویس به بیمه شدگان اقدام لازم معمول نماید.

ماده ۱۰) استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد.

۱. از بین بردن عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
۲. اعمال جراحی که بمنظور زیبایی انجام می‌شود مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد و در خصوص اعمال درمانی توأم با اعمال زیبایی نظیر ستنوپلاستی همراه با رینوپلاستی پرداخت هزینه مشروط به پرداخت سهم بیمه‌گر اول می‌باشد.
۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج، تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و تأیید مراجع قانونی.
۴. بیماری‌های فراگیر (ایدی) .
۵. هزینه چک آب و آزمایشات دوره ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
۶. هزینه های واکسیناسیون، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج تجویز شود و در صورت حساب بیمارستانی موجود باشد.
۷. ترک اعتیاد.

۸. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
۹. فعل و انفعالات هسته‌ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.
۱۰. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.
۱۱. اتاق خصوصی مگر در خصوص بیماریهای عفونی که با تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گریه شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.
۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۷ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر
۱۳. جراحی فک و جراحی لثه. مگر جراحی فک که به علت حوادث تحت پوشش و با تایید پزشک معتمد بیمه گر انجام شود.
۱۴. داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه ای دارد از جمله مکمل های غذایی و شیرخشک.
۱۵. لوازم بهداشتی - آرایشی نظیر شامپو، صابون، خمیر دندان و وسایل کمک توانبخشی از جمله جوراب واریس، ویلچر، عصا، عینک آفتابی، سمعک، و موارد مشابه.
۱۶. هزینه های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن.
۱۷. عمد بیمه شده در تحقق خطر بر اساس نظریه پزشکی قانونی.
۱۸. خودکشی - قتل - جنایت.
۱۹. بیماریهای سایکوتیک (روانی و جنون) مگر ناشی از حادثه باشد. (منظور از بیماری های سایکوتیک آن دسته از بیماری هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.
۲۰. اعمال جراحی عقیم سازی در آقایان و بستن لوله ها در خانم ها (بجز در مواردیکه بعنوان عمل دوم در جراحی های داخل شکم انجام شود).
۲۱. کلیه هزینه های مربوط به تصادفات رانندگی که بر عهده بیمه شخص ثالث و صندوق تامین خسارات بدنی می باشد.
۲۲. خدمات سرپائی نظیر تزریقات، پانسمان، پرستاری در منزل، اکسیژن تراپی و سایر موارد مشابه.
۲۳. ویزیت و مشاوره روانشناس، ویزیت اپتومتریست، ماما و سایر کارشناسان و PHD های پروانه دار نظیر تغذیه و ...
۲۴. کلیه خدمات دندان پزشکی اعم از ویزیت دندانپزشکان، کلیه تصویر برداری ها و سایر خدمات مربوطه.
۲۵. هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت تدوین و اعلام نگردیده است نظیر هزینه های درمان با سلولهای بنیادی، PRP و ...

فصل چهارم: نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور

- ماده ۱۱)** بیمه شدگان در انتخاب پزشکان و بیمارستان های مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهند نمود.
- تبصره ۱) بیمه شدگان در صورت نیاز به استفاده از بیمارستان های طرف قرارداد می توانند با ارائه کارت معتبر و یا معرفی نامه لازم از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند.
- تبصره ۲) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستان های غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه ها و ارائه اسناد، مازاد هزینه ها طبق مفاد قرارداد بر اساس درجه بندی بیمارستان های طرف قرارداد با بیمه قابل پرداخت خواهد بود.
- تبصره ۳) مدارک لازم برای صدور معرفی نامه به بیمارستان ها و مراکز طرف قرارداد قبل از صدور کارت درمانی:

تاریخ: ۹۳/۳/۱۰
شماره: ۹۳/۳/۵۴۳۱
پیوست:

۱. معرفی نامه بیمه‌گذار

۲. گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی.

۳. اصل و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده اصلی و بیمار.

۴. کارت ملی

ماده ۱۲) بیمه شدگان می‌بایست هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد را در صورت عدم استفاده از معرفی نامه یا کارت بیمه راساً پرداخت نموده و تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان‌های بیمه‌گر اولیه رسیده باشد را به ضمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) کارت ملی بیمه شده اصلی به همراه درخواست کتبی بیمه‌گذار و یا کارت درمانی بیمه‌گران برای دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه‌گر تسلیم نماید و در مواردی که بیمه‌گر اولیه از پرداخت هزینه‌های مورد تعهد خودداری نماید هزینه‌ها با ارائه اصل مدارک محاسبه و پس از کسر فرانشیز با رعایت سایر مفاد قرارداد پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۳) حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد به بیمه‌گر ۶ ماه از تاریخ انجام هزینه‌های مربوطه می‌باشد بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه‌گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. ضمناً مهلت تحویل اسناد عینک حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۴/۰۳/۳۱ خواهد بود.

فصل پنجم: موارد فسخ قرارداد و نحوه تسویه حق بیمه

بیمه‌گر و یا بیمه‌گذار میتوانند در موارد زیر برای فسخ قرارداد اقدام نمایند:

ماده ۱۴: موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

۱- ۱۴ - عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۲- ۱۴ - هرگاه بیمه‌گذار سهواً و یا بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار نماید و یا از مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود. بدیهی است در صورت احراز سوء نیت از نظر بیمه‌گر در این خصوص نیز حق فسخ ایجاد خواهد شد.

۳- ۱۴ - در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه.

۴- ۱۴ - در صورت محقق نشدن جمعیت بیمه شدگان کل کشور مطابق مفاد ماده ۳ قرارداد.

۵- ۱۴ - در صورت عدم توافق طرفین مطابق مفاد تبصره ۸ ماده ۸ قرارداد

ماده ۱۵ - موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

بیمه‌گذار می‌تواند در مدت قرارداد برای فسخ قرارداد اقدام نماید.

- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می‌گردد.

- در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه می‌شود (کسرماه یک ماه تمام منظور خواهد شد) (معهداً در صورتیکه تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی بیشتر از هفتاد

تاریخ: ۹۳، ۳، ۱۰
شماره: ۹۳، ۲، ۵۴۴۱
پیوست:

درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به هفتاد درصد برسد به بیمه گر پرداخت نماید.

تبصره ۱) در مواردی که فسخ بیمه نامه توسط بیمه گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد حق بیمه تا زمان فسخ بصورت روز شمار محاسبه خواهد شد.

الف - انتقال پرتفوی بیمه گر .

ب - در صورتیکه گروه بیمه شده بعلت توقف در کار و یا مشکلات پیش بینی نشده دیگر ترکیب گروهی خود را از دست بدهد..

ماده ۱۶) نحوه فسخ :

۱-۱۶ - در صورتیکه بیمه گر بخواهد قرارداد را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله نامه کتبی به بیمه گذار اطلاع دهد در این صورت قرارداد یک ماه پس از اعلام کتبی مراتب به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می گردد .

۲-۱۶ - بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضای فسخ قرارداد را بنماید در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه گر قرارداد فسخ شده محسوب می شود چنانچه در درخواست بیمه گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد، اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود .

فصل ششم: سایر مقررات

ماده ۱۷ - حل اختلاف :

بیمه گر و بیمه گذار کوشش خواهند نمود هر گونه اختلاف نظر ناشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. در غیر اینصورت بر اساس رای مراجع ذیصلاح قضائی اقدام خواهد شد.

ماده ۱۸ - طرفین متعهد میگردند چنانچه که در پایان دوره قرارداد از یکدیگر مطالبه ای دارند حداکثر ظرف مدت ۲ ماه پس از پایان قرارداد نسبت به اعلام کتبی به طرف مقابل اقدام نمایند.

ماده ۱۹ - به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد در صورت نیاز، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این قرارداد برای طرفین محفوظ می باشد.

ماده ۲۰ - مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر بامداد ۹۳/۳/۱ تا ساعت ۲۴ روز ۹۴/۲/۳۱ خاتمه می یابد و هر یک از طرفین می باید لااقل یک ماه قبل از انقضاء قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتباً به طرف دیگر اعلام نمایند.

تبصره ۱) بدیهی است چنانچه تاریخ شروع بستری و یا انجام خدمات موضوع قرارداد در بازه زمانی قبل از شروع و یا بعد از پایان قرارداد باشد پرداخت هزینه آن در تعهد شرکت نمی باشد.

ماده ۲۱ - این تفاهم نامه مشتمل بر ۲۱ ماده و ۵۳ تبصره و در چهار نسخه تنظیم یافته که هر چهار نسخه حکم واحد را دارد.

بیمه گر

شرکت آتیه سازان حافظ

بیمه گذار

وزارت آموزش و پرورش

وزارت آموزش و پرورش
معاونت توسعه مدیریت و پشتیبانی