

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۲۲
به نام خداکد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹ - ۶۶۷۰۹۰۴۱ - نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه های درمان و پوشش هزینه های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان، این قرارداد بین شرکت برق منطقه ای استان یزد از یک طرف بعنوان بیمه گزار و شرکت بیمه دانا استان یزد از طرف دیگر بعنوان بیمه گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین نامه های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره ۹۴/۲۰۳/۱۴۹۷۵ مورخ ۹۴/۴/۹ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد میگردد.

شماره قرار داد :

درمان شاغلین: ۳۰۳/۹۴/۹ تاریخ صدور:

عمر و حادثه بازنشستگان: تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۹۴/۵/۱

درمان تکمیلی بازنشستگان: تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۹۵/۵/۱

بخش یک: قرارداد بیمه درمان کارکنان (شاغلین و بازنشستگان) صنعت آب و برق

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع قرارداد بیمه :

عبارت است از بیمه خدمات درمانی ناشی از حادثه، بیماری و بارداری بیمه شدگان و مسئولیت کارفرما در بیماریهای ناشی از کار به شرح مندرج در این بخش از قرارداد.

ماده ۲ - بیمه گر: شرکت بیمه دانا به نشانی: یزد- خ مطهری -تلفن ۳۵۲۵۱۱۴۱

ماده ۳ - بیمه گزار: شرکت برق منطقه ای استان، استان یزد- به نشانی: یزد- بلوار راسخو -تلفن ۲۸۲۵۱۷۵۱-۴

ماده ۴- بیمه شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرار داد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری که در لیست بیمه گر پایه شرکت بیمه گزار قرار دارند، بازنشستگان، از کار افتادگان، مستمری بگیران، وظیفه بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و یا افراد تحت تکفل آنان (طبق قوانین ذیربط).

۴-۱- فرزندان پسر کارکنان شاغل، بازنشسته و از کار افتاده تحت پوشش حداکثر تا سن ۲۲ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه به همراه لیست اولیه از طریق بیمه گزار به بیمه گر ارائه شود.

کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹-۶۶۷۰۹۰۴۱ - نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

حداکثر تا انتهای قرار داد توسط بیمه شده و از طریق

معدنی در خصوص جبران هزینه های درمان بیمه شده

بدون حقوق تحت پوشش بیمه فرار نکنند بیمه گزار

انی مربوط آنان همزمان با صدور حکم مرخصی اقدام

نده بیمه گزار خواهد بود.

ازای تعهدات مندرج در این قرار داد به طریق ذیل

ی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون

ه شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده

سر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اثاث، فرزندان

ستاهل و همسر آنان.

و غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی (هزینه های

بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه

مازندشسته و نیز فرزندان ذکور غیر تحت تکفل و همسر

ن بند فوق با رعایت ماده ۸ و کلیه بندهای ان همانند

فرار داد و همراه با ارسال لیست اولیه خواهد بود.

ارافتاده می شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی

کارافتادگی و یا فوت بیمه شده اصلی می توانند ضمن

بازنشستگان، پوشش های همانند شاغلین به استثنای

بد در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین

سه ماه از شروع بازنشستگی را دریافت نمایند.

بند فوق از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر

صره ۱ از بند ۳-۶) با اعمال ۳۵٪ فرانشیز خواهد بود.

طرف قرارداد و استفاده از سهم نیمه گران مکمل.

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
بیمه گر موظف است باقیمانده هزینه های مورد تعهد را پرداخت نماید. بیمه گر موظف است در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۷- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه :

بیمه گزار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را بر اساس لیست اولیه بیمه شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت پانزده روز از پایان هر ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید، در غیر اینصورت علاوه بر اینکه به حق بیمه معوق ۳ درصد جریمه در ماه تعلق خواهد گرفت بیمه گر نیز می تواند از ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان خودداری نماید.

تبصره ۱: با اعلام عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط طرفین به شرکت مادر تخصصی ذریبط (و یا وزارت نیرو برای موسسات و مراکز آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکت های مادر تخصصی، مراتب به وزارت نیرو و بیمه گر طرف قرار داد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نحوه برخورد با موضوع تعیین گردد.

تبصره ۲: بیمه گر و بیمه گزار موظف به ارسال تصویر یک نسخه از تمام الحاقیه های احتمالی که مبنای هر گونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرارداد می باشد خواهند بود، اطلاعات مربوطه با فرمت PDF و حداکثر تا یک هفته کاری بعد از امضای آن به آدرس پست الکترونیکی hrd@moe.gov.ir و بصورت جداگانه از سوی بیمه گر و بیمه گزار ارسال می شود. در صورت عدم ارسال، گزارشهای هزینه و عملکرد بیمه گر در مورد خسارتهای پرداختی و معوق در دوره قرارداد ۹۴-۹۵ مورد محاسبه قرار نخواهد گرفت، همچنین وزارت نیرو می تواند نام شرکت های زیرمجموعه صنعت آب و برق که از ارسال گزارش امتناع کرده اند را برای دوره های آتی از لیست واگذاری درمان سازمان تأمین اجتماعی خارج نماید.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه گر : در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان (با رعایت تبصره ۴ از ماده ۶) عبارت است از :

۸-۱- تأمین هزینه های بیمارستانی و DAY-CARE شامل اعمال جراحی- درمان طبی و زایمان اعم از زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر، ICU، CCU و اطلاق ایزوله به شرح زیر می باشد:

الف - تعهدات بیمه گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت 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 و زایمان در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱ - نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹-۶۶۷۰۹۰۴۱ - نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸
۸-۶- ویزیت پزشکان با اعمال ۲۰٪ فرانشیز به حق ویزیت و حداکثر تا تعرفه بخش خصوصی مصوبه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است (تعرفه های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد).

۸-۷- هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که در دفترچه درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند حداکثر بر اساس قیمت داروهای تولید داخلی قابل پرداخت است. چنانچه پزشک متخصص معالج ضرورت مصرف داروی خارجی که مشابه تولید داخلی دارد را در پشت برگ نسخه تصریح نماید و پزشک معتمد بیمه گر لزوم مصرف و میزان آن را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) با کسر ۳۰٪ فرانشیز قابل جبران می باشد.

تبصره ۲- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تأیید ضرورت مصرف و نام دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط بیمه گر، بررسی می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد)، براساس هزینه انجام شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) قابل جبران است.

تبصره ۳- حق فنی داروخانه به عهده بیمه شده می باشد.
تبصره ۴- هزینه سرنگ، آب مقطر، آنژیوتک، ست سرم، اسکالپ وین که جزء ملزومات دارویی محسوب می گردد بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۵- هزینه نوار تست قند خون بیماران دیابتی وابسته به انسولین در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۷۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۶- بیمه گر تعهد می نماید تا کلیه داروخانه های طرف قرار داد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:

۱- داروخانه های معتمد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه گزار برای بیماران خاص تا سقف چهار میلیون (۴/۰۰۰/۰۰۰) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه گر سایر بیماران تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (۲/۵۰۰/۰۰۰) ریال.

۲- در مورد سایر داروخانه ها تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (۲/۵۰۰/۰۰۰) ریال برای کلیه نسخ دارویی.

۸-۸- هزینه مربوط به پروتزیهای مصنوعی که در داخل بدن بکار می رود و انواع ارتوز و وسایل کمک پزشکی مانند سمک، واکر و ... با تأیید پزشک معالج و بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر (با توجه به نوع عمل جراحی) و کسر فرانشیز مقرر محاسبه و پرداخت می شود (در مورد ارتوز و وسایل کمک پزشکی با ۲۰٪ فرانشیز و تا سه برابر تمامی موارد مندرج در جدول تعرفه سازمان تأمین اجتماعی).

۱۱-۸- تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح زیر است .

۱-۱۱-۸- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه از جمله CCU ، ICU گردد و همچنین در مورد شکستگی ها (از جمله لگن ، با و گردن ، ستون فقرات)، انتقال بیمار ما بین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال (دو میلیون ریال) در هر مورد قابل پرداخت می باشد.

۲-۱۱-۸- 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 بیمارستانها و مراکز تشخیص درمانی تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال (پنج میلیون ریال) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است .

۳-۱۱-۸- هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستان های همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

۱۲-۸- تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) هر دو سال یک بار حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ (دو میلیون) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۲/۷۰۰/۰۰۰ (دو میلیون و هفتصد هزار) ریال.

تبصره : در صورت تمایل حداقل ۷۵ درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس روش ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۴/۵۰۰/۰۰۰ (چهار میلیون و پانصد هزار) ریال برای عینک یک دید و سقف ۳۵٪ بیشتر از تعهد یک دید برای عینک دو دید قابل پرداخت است:

(سقف عینک یک دید) $\times 0.1671 =$ حق بیمه ماهانه هر نفر مازاد بر تعهدات بند ۱۲-۸

۱-۱۲-۸- جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینائی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار حداکثر تا نصف سقف تعهد عینک یک دید در بند ۱۲-۸ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود .

۱۳-۸- هزینه های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر

۱ (مازاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر مصدق

کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱ - تلفن: ۹-۰۴۱-۶۶۷۰۹۰۴۸ نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸
سند اصلی (۶)

ساحمیان و سهامداران حق بیمه سازمان تأمین اجتماعی کد پستی شماره اصلی (ریال)	حداکثر سقف دندانپزشکی مازاد بر تعمهات بند ۹-۱ (ریال)
۷۵۰۰۰	۱/۰۰۰/۰۰۰
۱۴۸۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰
۲۱۵۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰
۲۷۴۰۰۰	۴/۰۰۰/۰۰۰
۳۳۷۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰
۳۷۴۰۰۰	۶/۰۰۰/۰۰۰
۴۱۶۰۰۰	۷/۰۰۰/۰۰۰
۴۵۴۰۰۰	۸/۰۰۰/۰۰۰
۴۸۷۰۰۰	۹/۰۰۰/۰۰۰
۵۱۶۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۵۴۱۰۰۰	۱۱/۰۰۰/۰۰۰
۵۶۵۰۰۰	۱۲/۰۰۰/۰۰۰
۵۸۵۰۰۰	۱۳/۰۰۰/۰۰۰
۶۰۵۰۰۰	۱۴/۰۰۰/۰۰۰

۳-۹- چنانچه بیمه گر در هر شهر یا شهرستانی دندانپزشک و یا مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد نداشته باشد تا انعقاد قرارداد با مراکز دندانپزشکی و دندانپزشکان و اعلام مراتب به بیمه گزار کماکان نسبت به تسویه هزینه های دندانپزشکی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می آید یا تأیید دندانپزشک معتمد بیمه گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه ها:

ماده ۱۱- استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

از اینجا به بعد همه کارها را با خودتان انجام دهید، اما باید بدانید که در این بازی هیچ چیز واقعی نیست.

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - شماره ۸۸۷۹۲۹۹۷

ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲

کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱ - تلفن: ۹-۶۶۷۰۹۰۴۱ - نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

بیمه گر جنبه درمانی داشته و بیمه شده حداقل یکسال سابقه بیمه ای نزد بیمه گر داشته باشد در خصوص نوزادان

در صورت داشتن پوشش بیمه ای از بدو تولد نیازی به یک سال سابقه نمی باشد.

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی طی پوشش بیمه ای قراردادهای درمانی وزارت نیرو.

۳- اتاق خصوصی (یک نفره): هزینه اتاق بیماران با رعایت اصل همترازی حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته بیمارستان محل درمان پرداخت می گردد بجز بیماران بستری در اتاق ایزوله که در صورت تأیید پزشک معالج حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستانهای همتراز پرداخت می شود.

۴- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته ای.

۵- هزینه های واکسیناسیون و سایر خدمات بهداشتی و پیشگیری که از وظایف شبکه های بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است مگر در مواردی که در صورت حساب بیمارستان منعکس باشد.

۶- هزینه های مربوط به عقیق سازی مانند وازکتومی و TL

۷- هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب واریس، شکم بند و نظایر آن (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قیّد شده و به تأیید پزشک معتمد بیمه گر برسد). کلیه هزینه های مربوط به لوازم مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی طرف قرار داد استفاده می شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی شود.

۸- هزینه های ترک اعتیاد .

۹- هر نوع چک آپ و آزمایشات دوره ای (برابر قانون کار، این هزینه ها به عهده کارفرما می باشد).

۱۰- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

۱۱- هزینه های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل، بیمه شده باشد.

۱۲- هزینه های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه شده مقصر حادثه نیست.

۱۳- جنون.

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - نمابر ۸۸۷۹۲۹۹۷

تبصره ۲) غرامت بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نمودند، در تهران، خیابان پانزدهم، پلاک ۲، به آنان
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹۰۴۱۰۹ - ۶۶۷۰۹۰۴۱ - نمابر ۶۶۷۲۶۳۴۸

پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳) تعهدات بیمه گزار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه گر می باشد.

ماده ۷ - وظایف بیمه شده و بیمه گذار در صورت وقوع حادثه:

به محض وقوع حادثه غیر از فوت، بیمه شده موظف است به پزشک مراجعه و دستورات وی را رعایت نماید. بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب راکتبا به اطلاع بیمه گر برساند. در صورت فوت بیمه شده، بیمه گذار باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند.

تبصره: بیمه گزار موظف است مدارک مورد نیاز ذیل را در صورت وقوع حادثه به همراه درخواست کتبی جهت بیمه گر ارسال نماید. در غیر اینصورت، بیمه گر حداکثر تا دو سال از گذشت وقوع حادثه متعهد به جبران غرامت متعلقه می باشد.

الف) در صورت فوت:

۱. اصل یا تصویر مصدق رونوشت خلاصه مرگ صادره توسط سازمان ثبت احوال.
۲. اصل یا تصویر مصدق گواهی پزشکی قانونی یا آخرین پزشک معالج مبنی بر تعیین علت فوت و تاریخ آن.
۳. اصل یا تصویر مصدق گزارش مشروح در صورت فوت ناشی از حادثه که توسط مراجع ذیصلاح انتظامی یا قضائی تنظیم و نام بیمه شده متوفی در آن قید شده باشد.
۴. تصویر مصدق کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی.
۵. تصویر مصدق اولین حکم بازنشستگی صادره توسط سازمان تأمین اجتماعی یا سازمان بازنشستگی کشوری.

ب) در صورت نقص عضو و از کارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه:

۱. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مأمور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد.
۲. گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم بیمه شده.
۳. تصویر شناسنامه بیمه شده.
۴. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه شده.

تبصره - در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را در هنگام سانحه به عهده داشته باشد، در این صورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تأییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی بر داشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

بخش سوم - مقررات گوناگون

ماده ۸- بیمه گزار و بیمه گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضاء

ماده ۴- بیمه گر موظف است میزان دسترسی بیمه شدگان به مرکز درمانی در طرح اراضی و اقلان، برای ۸۳۲ کیلومتر به پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱ - تلفن: ۶۶۷۰۹۰۴۱۹ - ۶۶۷۲۶۳۴۸

ماده ۹۰- سهم بیمه شده در مراکز پاراکلینکی طرف قرارداد بیمه گر تنها فرائشیز مربوطه می باشد (به استثنای حق فنی). چنانچه مبلغ مازاد بر فرائشیز از بیمه شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه گر موظف به جبران آن می باشد.

ماده ۱۱- بیمه گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده دفترچه بیمه شده در هر کجای کشور بدون انجام فرآیند های اداری اضافی مهیا شده و هزینه درمانی بیمه شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه گزار در هر شهر مورد مراجعه بیمه شده به شعب بیمه گر قابل پرداخت باشد.

ماده ۱۲- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۲۳ تبصره، در بخش دو شامل ۹ ماده و ۱۰ تبصره و در بخش سه شامل ۱۱ ماده و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه گر و بیمه گزار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی باشند.

شرکت برق منطقه ای استان یزد

شرکت سهامی بیمه دانا



سری اول ۹۳/۰۵ - ۵۰۰۰۰۰۰۰ - ۸/۹

[illegible]