

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲  
کد پستی ۱۵۱۲۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۸۰۸۷۷۰۹۷۱ - نمبر ۸۸۷۹۲۶۹۹۷

ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۲۲  
به نام خداکد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۰۴۱-۶۶۷۰۹۰۴۱ - نمبر ۶۶۷۲۶۲۴۸

## 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 رشتہ های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره ۹۴/۲۰۳/۱۴۹۷۵ ۹۴/۴/۹ مورخ ۹۴/۰۵/۰۱ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد میگردد.

شماره قرارداد:

درمان شاغلین ۹۶/۱۳۰۱ تاریخ صدور:

عمر و حادثه بازنشستگان: ۹۴/۰۵/۰۱ تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد

درمان تکمیلی بازنشستگان: ۹۵/۰۵/۰۱ تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد

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 پیارهای ناشی از کار به شرح آنچه 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 راسخون-تلفن ۳۸۲۵۱۷۵۱-۴

ماده ۴ - بیمه شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی، بیمانی و قرارداد انجام کار معین (شخص)، قرارداد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری که در لیست بیمه گر پایه شرکت بیمه گزار قرار دارد، 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 ذیربخط).

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 مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کار افتاده 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.





Φ Φ

ساختمن مركزي: نهران، خيابان گاندي، خيابان پائزدهم، پلاک ۲  
کد پستي: ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۸۱-۸۸۷۷۰۹۷۱ - سال: ۱۳۹۷

ساختمان مرکزی: نهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲  
کد بسته: ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۸۱-۹۷۱۸۸۷۷-۷۹۹۷ نهاد

-۵-۵ در مورد بیمه شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده نمی‌کنند و اینها پس از تشخیص بانی اتفاقاً در بلاتکلیفی محدود به کد پستی ۱۱۱۸۵۶۱۱۱-۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱-۱۱۳۹-تلفن: ۰۹۱۴۷۰۹۰۶۷۲۶۴۸۴-تاریخ: ۱۳۹۰.۰۹.۰۶-در توسط بیمه شده و از طریق پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداقل ترا نتهای قرار داد توسط بیمه شده و از طریق بیمه گزار به بیمه گر خواهد بود. در غیر این صورت بیمه گر تعییدی در خصوص جبران هزینه‌های درمان بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

۶-۵- در صورتی که بیمه شدگان مذکور در طول مرخصی بدون حقوق تحت پوشش بیمه قرار نگیرند بیمه گزار مکلت است نسبت به جمع آوری و تحويل دفترچه های درمانی مربوط آنان همzمان با صدور حکم مرخصی اقدام نماید در غیر اینصورت هزینه های طول مدت مرخصی، به عهده بیمه گزار خواهد بود.

ماده ۶ - حق بیمه : حق بیمه هر یک از بیمه شدگان به ازای تعهدات مندرج در این قرارداد به طریق ذیل محاسبه و با الحاقیه تعیین می گردد :

۱-۶-۴- مبلغ ۱۰۰۰ ریال ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی.

۴۵۱۰۰۰ سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ۶-۱-۲ مبلغ ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

#### ۶-۲- افراد غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی:

۱-۶-۲-۱- مبلغ ۲۰۰ ریال ماهانه بایت هر یک از همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اثاث، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متاهل و همسر آنان.

۲-۶-۱- مبلغ ۰۰۰.۰۰۰ ریال ماهانه بابت هر پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی (هزینه های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی شود).

۶-۳- مبلغ ۳۸۰۰۰ ریال حق بیمه ماهانه، برای هر یک از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته و نیز فرزندان ذکور غیر تحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفتر چه درمانی بیمه گرد پایه.

تبصره ۱: بجز بند ۱۲-۸ و ماده ۹ قرار داد. پویش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ۸ و کلیه بند های آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۴ می باشد.

تبصره ۲: پوشش بیمه ای مشمولین بند فوق صرفاً از ابتدای قرارداد و همراه با ارسال لیست اولیه خواهد بود.

تبصره ۳: کارکنانی که در طول قرار داد بازنشسته و یا از کارافتاده می شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرار داد فوت می شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده اصلی می توانند ضمن تحويل دفترچه های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوطه به بازنشستگان، پوشش های همانند شاغلین به استثنای هزینه های مربوط به عینک و دندانپزشکی را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش های همانند شاغلین حد اکثر تا انتهای قرار داد یا سه ماه از شروع بازنشستگی را دریافت نمایند.

تبصره ۴: در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه، مشمولین بند فوق از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات در کلیه بندهای ماده ۸ (با رعایت تبصره ۱ از بند ۶-۳) با اعمال ۳۵٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۵: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهیم بیمه گران مکمل.

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲  
کد سست: ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۸-۸۸۷۷-۹۷۱ - نهاد: ۸۸۷۹۲۹۹۷

کد بسته ۱۰۷۸۹۱۱۶۷ - تلفن: ۰۲۱-۸۷۷۰۹۷۱ - ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پاتر زدهم، پلاک ۲

بیمه گر موظف است باقیمانده هزینه های مورد تعهد را پرداخته تعلیم نشانهار محو: پیهود از خیلی کن تقاضا می خواهد که بیمه گران خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. 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 عموق 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 ذیربیط (و یا وزارت نیرو برای موسسات و مراکز آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکتهای 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 خسارتهاي پرداختي و معوق در دوره قرارداد ۹۴-۹۵ مورد محاسبه قرار نخواهد گرفت. همچنین وزارت نیرو می تواند نام شرکتهای 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 یمه گر

ماده ۸ - تعهدات بيمه گر : در ازاي دريافت حق بيمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بيمه گر برای هر يك از بيمه شدگان (با عايت تبصه ۴ از ماده ۶) عبارت است از :

-۱-۸- 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 اطاق ایزوله به شرح زیر

الف - تعهدات بیمه گر در مورد اعمال جراحی و در مان 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، بلوک ۲  
کد پست: ۱۵۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۹۱۱-۸۸۷۷-۸۸۷۷

تبصره: در کلیه موارد فوق هزینه های قابل پرداخت با کسر فرانشیز های ذیل محاسبه خواهد شد.

الف - هزینه اعمال جراحی قلب، پیوند کلیه و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال فاشیت قابل برداخت می باشد.

ب- هزینه های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در بیمارستانهای درجه یک با ۲۵٪ فرانشیز و در سایر بیمارستانها با اعما ۱۵٪ فرانشیز قابل رداخت می باشد.

ج- پرداخت هزینه های مربوط به بیماری های خاص (منظور از بیماری های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد) و شیمی درمانی و پیوند مغز استخوان (BMT) و بیماری های صعب العلاج (مانند کانسر، MS، پارکینسون، هپاتیت و ایدز) بر اساس تعریف مراکز درمانی طرف قرار داد بیمه گر و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود. در خصوص سایر بیماری های صعب العلاج با نظر مشترک شورایی درمان وزارت نیرو و کمیسیون پزشکی، بیمه گر اقدام خواهد شد.

۵- هزینه های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری (در صورت اعلام مراتب به بیمه گر حداقل ظرف مدت ۷۲ ساعت رس از حادثه) بدءن اعمالا. فاشنیش د، طها، سنا د، تعهد سمه گ خواهد بود.

ن - پرداخت هزینه های مربوط به مراکز درمانی که تعرفه مصوب هیئت دولت در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه های انجام شده را طبق مصوبات هیئت دولت محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه ها با احتساب :٪ فرانشیز خواهد بود).

۲-۸- تامین هزینه های پاراکلینیکی از قبیل هزینه های رادیولوژی، پزشکی هسته ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی و لیزر درمانی با اعمال ۰/۲۰٪ فرانشیز به هزینه (در صورت اعمال حق فنی، پرداخت هزینه آن به عهده بیمه شده می باشد) و حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب بخش خصوصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد خواهد بود.

۳-۸- انواع هزینه های اعمال جراحی که بطور سرپائی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر، برای هر چشم که ۲ دیویتر و بیشتر باشد تا سقف ۱۰۰۰۰۰۰ ریال (ده میلیون ریال) قابل برداخت است.

۴-۸- لیزرتراپی جهت درمان سایر بیماری های چشم (خونریزی شبکیه، جداسدگی شبکیه، قوز قرنیه و ...)  
بارعایت اصل همترازی و با اعمال ۰.۲٪ فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.

۵-۸- هزینه های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعریفه های همتراز سیمه گر و اعمال فرانشیز مقرون، رعایت بند ن، تصریه ماده ۸ قابلاً، حسنه، خواهد بود.





# بیمه مراکز طرف خود را در خواهد داد

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، بلاک ۲

کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۸۰۷۷۰۹۷۱ - ۰۸۸۷۷۰۹۷۱ - نهار ۸۸۷۹۲۹۹۹۷

ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، بلاک ۸۲

کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱ - تلفن: ۰۹۰۴۱۹ - نهار ۶۶۶۷۰۹۰۴۱۹

مراجع ذیربیط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه گر تعهدات خود را (مازاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر مصدق

مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد.

۸-۱۴- بیمه گر متعهد می گردد لیست کلیه مراکز طرف قرار داد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتبأ به بیمه گزار اطلاع دهد و همچنین بیمه گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه شدگان بتوانند مشایه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه گر مکلف است تمامی مراکز مذکور را طرف قرارداد خود قرار دهد.

۸-۱۵- بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گزار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید.

۸-۱۶- هزینه های درمانی خارج از کشور:

هزینه های درمانی خارج از کشور بیمه شدگان در صورت تایید اصل مدارک توسط سفارت یا کنسولگری و یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران ذر آن گشور پس از ترجمه رسمنی مدارک و با موافقت کتبی وزارت نیرو حداکثر برابر بالاترین تعرفه مورد عمل در بیمارستانهای درجه یک طرف قرارداد بیمه گر در تهران طبق مفاد فرادراد قابل پرداخت خواهد بود.

تصره - در صورت کامل بودن مدارک موردنیاز و ثابتی آن توسط پزشک بیمه گر هزینه های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ تحویل مدارک، به بیمه شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می گردد.

۸-۱۷- بیمه گر موظف است آثار و اطلاعات مورد درخواست بیمه گزار را بر اساس جدول پیوست تهیه و در اختیار وی قرار دهد.

۸-۱۸- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت دستورالعمل ها و بخشانمه ها و تعرفه های این بخش از قرارداد که به شعب و واجدهای اجرایی ارسال می نماید به وزارت نیز و بیمه گزاران محلی اقدام نماید.

## ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

۹-۱- کلیه هزینه های مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، ارتودنسی و ایمپلنت، با اعمال ۲۵٪ فرانشیز در هر مورد تا سقف ۰۰۰۰۰/۰۶ (شش میلیون) ریال برای هر خانوار در طول مدت قرار داد مورد تعهد بیمه گر می باشد.

تصره : در صورت تمایل حداقل ۷۵ درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس جدول ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۱۴/۰۰۰۰۰۰ (چهارده میلیون) ریال قابل پرداخت است. بدیهی است در این صورت، هزینه های دندانپزشکی مازاد بر سقف شش میلیون ریال، مشمول اعمال تعرفه بر اساس تعرفه های مصوب سندیکای بیمه گران خواهد گردید.

# بیمه گر ممنوع تسلیم اسناد هزینه ها

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان یازدهم، پلاک ۲  
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۸۰-۸۸۷۷-۹۷۱ - ۰۸۸۷۹۲۹۹۷

حق بیمه ملایم تغایری در شهر، خیابان انقلاب، پلاک ۸۲۲  
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۰۹۰-۶۶۷۰-۹۴۱ - ۰۶۶۷۲۶۳۴۸

حداکثر سقف تدبیرپذیرشکی مازاد بر  
تعهدات بند ۱-۹ (ریال)

شماره ثبت	تاریخ ثبت
۷۵...	۱/۰۰/۰۰۰
۱۴۸...	۲/۰۰/۰۰۰
۲۱۵...	۳/۰۰/۰۰۰
۲۷۴...	۴/۰۰/۰۰۰
۲۲۷...	۵/۰۰/۰۰۰
۳۷۴...	۶/۰۰/۰۰۰
۴۱۶...	۷/۰۰/۰۰۰
۴۵۴...	۸/۰۰/۰۰۰
۴۸۷...	۹/۰۰/۰۰۰
۵۱۶...	۱۰/۰۰/۰۰۰
۵۴۱...	۱۱/۰۰/۰۰۰
۵۶۵...	۱۲/۰۰/۰۰۰
۵۸۵...	۱۳/۰۰/۰۰۰
۶۰۵...	۱۴/۰۰/۰۰۰

۹-۱- بیمه گر ممنوع تسلیم در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه شدگان به تناسب تعداد بیمه شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور با کلینیک های دندانپزشکی و یا دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود.

۹-۲- 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 مرائب به بیمه گزار کماکان نسبت به تسویه هزینه های دندانپزشکی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافت و مأموریت پیش می آید با تائید دندانپزشک معتمد بیمه گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

تبصره: در هر صورت بیمه گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبته تعهدات خود را در پرداخت هزینه های مربوط به دندان انجام دهد.

## ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه ها:

حداکثر مهلت تحويل اسناد هزینه های درمانی به بیمه گر در مورد هزینه های پاراکلینیکی و همچنین دندانپزشکی که قبل از انقضای این قرارداد طرح درمان آن به تأیید بیمه گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد ۳ ماه و در مورد هزینه های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه می باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. لیکن در مورد هزینه های بیمارستانی در صورت موجه بودن تأخیر به شرط اعلام بیمه گزار به بیمه گر در طول مدت تعیین شده فوق الذکر تا مدت ۸ ماه مورد پذیرش خواهد بود.

## ماده ۱۱- استثنایات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

از پذیرش برخیز علیوبادی داریم، در پذیرش برخیز علیوبادی با پذیرش برخیز علیوبادی



# بیمه شدگان قرارداد

بخش دو - قرارداد بیمه عمر و حادثه برای بازنشستگان ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲۸۸۷۹۲۹۹۷  
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۲۲ ۱۱۳۵۰۴۱۹ - تلفن: ۶۶۷۲۶۲۴۸ نامبر ۶۶۷۲۶۲۴۸

## فصل اول - تعاریف و مصطلحات

ماده ۱ - بیمه شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه گزار.

تبصره ۱) بازنشستگان با در نظر گرفتن وضعیت جسمانی (سن و سلامتی) بر اساس معاینات پزشکی (در صورت ضرورت) و تأیید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش قرار خواهد گرفت.

تبصره ۲) بیمه شدگانی که به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبل از مزایای این نوع بیمه نامه استفاده نموده اند از شمول این قرارداد خارج می باشند.

تبصره ۳) بیمه شدگان در بیمه عمر حداقل تا اتمام سن ۸۵ سالگی و در بیمه حادثه تکمیلی بعد از ۸۵ سالگی نیز بر اساس مفاد این قرارداد تحت پوشش می باشند.

تبصره ۴) بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد در بیمه عمر، سن آنها از ۸۵ سال تمام تجاوز نماید کماکان تا پایان سال بیمه ای تحت پوشش خواهد بود.

ماده ۲ - تعریف حادثه: عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص غضو، از کارافتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

ماده ۳ - تعریف نقص عضو و از کارافتادگی: عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و طبق تشخیص پزشک متخصص وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

ماده ۴ - موضوع قرارداد: عبارتست از بیمه عمر و حادثه و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، بیمه شدگان در تمام اوقات شبانه روز

## فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار

ماده ۵ - بیمه گزار موظف است حداقل ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه مشمولین بیمه خود را شامل: نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه و محل صدور و کد ملی را تهیه و جهت بیمه گر ارسال دارد و در پایان هر ماه تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) را به روال فوق اعلام نماید.

تبصره: چنانچه اعلام تغییرات در تعداد بیمه شدگان (افزایش) در طول قرارداد بیش از مدت تعیین شده (موضوع ماده ۵) باشد بیمه گر هیچگونه تعهدی در پرداخت غرامات احتمالی نخواهد داشت.

ماده ۶ - حق بیمه: حق بیمه ماهیانه هر یک از بیمه شدگان

۱- پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۱۲۴/۰۰۰ (یکصد و سی و چهار هزار) ریال تا سن ۸۵ سالگی بابت پوشش بیمه عمر و نقص عضو ناشی از حادثه و از سن ۸۵ سالگی به بعد ماهیانه ۱۳/۰۰۰ (سیزده هزار) ریال بابت پوشش بیمه حادثه محاسبه و اعمال خواهد شد.

تبصره ۱) ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه - حق بیمه هر ماه بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد می باشد حداقل تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود.

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲  
کد بسته: ۱۵۷۸۹۱۹۷ - تلفن: ۰۹۱-۸۸۷۷-۹۷۱ - نامار: ۷۹۲۹۹۷

تبصره ۲) غرامت بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوتساختمانی شماره دو: تغیرنحو خیالی اینقلابانه بلایاک ۸۳ به آنان کد پستی ۱۱۱۸۵۶۱۱۱-تلن: ۰۹۰۴۱-۶۶۷۰۹۴۱ نمبر ۶۶۷۲۶۳۴۸ پرداخت خواهد شد.

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

#### **ماده ۷—وظایف پیمه شده و پیمه گذار در صورت وقوع حادثه:**

به محض وقوع حادثه غیر ازفوت ، بيمه شده موظف است به پزشك مراجعه و دستورات وي را رعایت نماید. بيمه گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب راكتبا به اطلاع بيمه گر برساند. درصورت قوت بيمه شده، بيمه گذار باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع مراتب راكتبا به اطلاع بيمه 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 نیمه شده متوفی در آن قید شده باشد.
  ۴. تصویر مصدق کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی.
  ۵. تصویر مصدق اولین حکم بارنشستگی صادره توسط سازمان تأمین اجتماعی یا سازمان بارنشستگی 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 دانم 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 برداشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

# بیمه گزاری ایران

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲  
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۲۰-۸۸۷۷۰۹۷۱۷ - نامبر ۸۸۷۷۰۹۷۱۷  
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۲۲  
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۰۲۰-۶۶۷۰۹۰۴۱۹ - نامبر ۶۶۷۲۶۳۴۸

## فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۱- بیمه گر متعهد است در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم (جزئی و کلی) بیمه شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبته، موضوع ماده ۷ فوق، غرامت ذیل را حسب مورد صرفأ در وجه بیمه شده یا ذینفع و در صورت عدم تعیین ذینفع به ورا ث قانونی وی پرداخت نماید.

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل میباشد:

۱- فوت عادی (بیماری، کهولت سن) ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال

۲- فوت ناشی از حادثه ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال

۳- نقص عضو دائم کلی ناشی از حوادث مشمول بیمه ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال

۴- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال (برآناس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال روزنامه تبرای بیمه گزاران در مورد سایر دستورالعمل ها و بخشندامه های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحد های اجرایی ارسال می نماید اقدام نماید.

## بخش سوم - مقررات گوناگون

ماده ۱- بیمه گر و بیمه گزار سعی خواهند نمود هر گونه اختلاف ناشی از تفسیر یا اجرای این قرارداد را از طریق مذکوره حل و فصل نمایند.

ماده ۲- به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت خساره، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد طرفین موضوع این قرارداد جهت بیمه گر و بیمه گزار محفوظ می باشد.

ماده ۳- از آنجانیکه مالیات برآرزوش افزوده بیمه درمان (بخش یک قرارداد) در تعهد شرکت بیمه گر میباشد، لذا در صورت حذف آن توسط سازمان امور مالیاتی کشور، این امر تاثیری بر میزان حق بیمه نخواهد داشت.

ماده ۴- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است جهت حسب ضرورت موضوع در کمیسیونی مشترک مشکل از نمایندگان بیمه گر و بیمه گزار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.

ماده ۵- موارد مسکوت یا پیش بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه های درمان، عمر و حوادث و قانون، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده ۶- مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۹۴/۵/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۹۵/۵/۱ منقضی می گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.

ماده ۷- در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد دریابان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه گزار و یا بیمه گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای فیما بین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقنامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.

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

# بیمه گر موقوفه ای شرکت برق منطقه ای استان یزد

ب

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲  
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۸-۸۸۷۷-۹۷۱ - تاپ: ۸۸۷۹۲۹۹۷

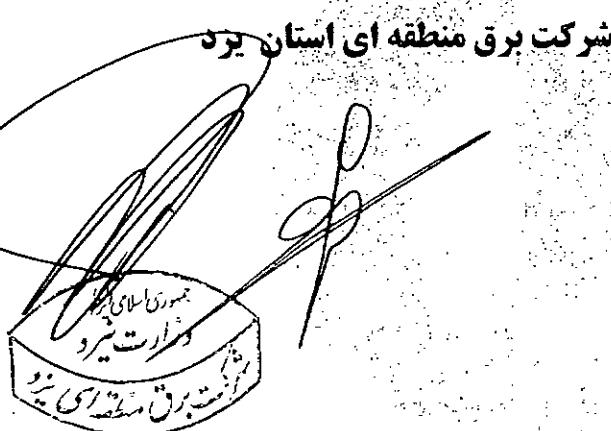
**ماده ۴-** بیمه گر موظف است میزان دسترسی بیمه شدگان به ساختمان پیمانه دوچرخه ای از خیابان اقلایی، پلاک ۸۳۲ کد پستی ۱۳۱۸۵۶۱۱۰ - تلفن: ۰۹۱-۶۴۷۰۹۷۶۴۸ نهار ۶۴۷۲۶۳۴۸ کفه ۶۵

کاهش ندهد در غیر اینصورت موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرارداد با بخش های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرارداد نیز می شود) را به وزارت نیرو و بیمه گزار اعلام نماید.

**ماده ۵-** سهم بیمه شده در مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد بیمه گر تنها فرانشیز مربوطه می باشد (به استثنای حق فنی). چنانچه مبلغ مازاد بر فرانشیز از بیمه شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه گر موظف به جبران آن می باشد.

**ماده ۱۱-** بیمه گر موظف است تمهداتی 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 شب 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 متألفه گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شب بیمه گر و بیمه گزار مستحول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی باشد.



ساختمن مرتزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲  
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۰۷۱-۸۸۷۷-۹۷۱ نتمایر ۱۷۹۷۲۹۹۷  
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲  
کد پستی ۱۱۲۱۸۵۶۱۱ - تلفن: ۰۹۴-۶۶۷-۶۶۰ نتمایر ۶۶۷۷۲۶۳۴۸

(١) ضمیر

ضمیمه مربوط به تبصره ۱ از بند ۵-۴ بخش اول قرار داد

نام:

تاریخ تولد:

نسبت با بیمه شده اصلی :

آیا تا به حال از پوشش بیمه وزارت نیرو استفاده می کردید؟

اگر جواب بالا مثبت است لطفاً مدت زمان و آخرین سال دوره پوشش را ذکر فرمایید:

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

پوشش مناسب درمان وزارت نیرو

به دلیل بیماری

به دلیل نیاز به عمل جراحی

لطفاً نوع عمل را ذکر نمایید:

تعهد نامه :

پنجاہ

اعلام می نمایم که به کلیه سئوالات بدون کتمان حقیقت پاسخ داده و در

صورت اثبات خلاف موضوع ضمن فسخ قرار داد، ضرر و زیان بسمه گر احیان خواهم نمود.

تأیید بیمه شده اصلی :

امضاء :

ساختهان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پاتزدهم، پلاک ۲  
کد پستی: ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰-۰۷۱-۸۸۷۷۰۹۷۱ نامایر ۸۷۹۲۹۹۷  
ساختهان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۲۲  
کد پستی: ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹۰۴۱-۶۶۷۰۶۶۰۷ نامایر ۶۶۷۲۶۳۴۸

(۲) *دعاوی*

## جدول هزینه ۴ ماهه بخش اول فرارداد بیمه جامع تأمین و حفظ سلامت

توجه: حق پیمه های صادره، دندانپزشکی، عینک و هزینه اداری (در صورت پرداخت) در

جدول ذیل مربوط به کل دوره قرارداد (یک ساله می باشد)

امضاء مدیر امور کارکنان شرکت سمه گز آذ:

امضاء رئيس شعبه بیمه سکر: