

ماده 8 - حدود تعهدات

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار مازاد هزینه‌های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای به شرح تعهدات زیر جبران نماید

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات	واحد	توضیحات
8/1	پرداخت هزینه‌های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	30.000.000	نفر	بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day care (با بیشتر از 6 ساعت بستری)، آنژیوگرافی قلب، هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن
8/2	جبران هزینه شش عمل جراحی مهم (اصلی)	60.000.000	-	شامل قلب - مغز و اعصاب (باستثناء دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه، کبد، ریه و مغز استخوان تعهدات این با احتساب بند 8/1 میباشد.
8/3	جبران هزینه‌های زایمان طبیعی و عمل سزارین	8.000.000	-	تعهد بیمه گر برای هزینه زایمان شامل فرزند اولی الی سوم بیمه شده میباشد.
8/4	هزینه‌های پاراکلینیکی (1)	3.000.000	-	شامل: انواع اسکن - انواع سی تی اسکن - ماموگرافی - سونوگرافی - رادیوتراپی - ام آر آی - انواع آندوسکوپی و اکوکاردیوگرافی
8/5	هزینه‌های پاراکلینیکی (2)	1.500.000	-	شامل تست ورزش: نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، آنژیوگرافی چشم
8/6	هزینه جراحیهای مجاز سرپایی و بدون بستری	1.500.000	-	مانند شکستگیها - گچ گیری - ختنه - بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن یون لیپوم - تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثناء رفع عیوب دید چشم)
8/7	هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم (برای هر چشم) بدون بستری	2.500.000	-	چنانچه نقص بینائی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر (قبل از عمل) "چهار دیوپتر" یا بیشتر باشد
8/8	جبران هزینه‌های آمبولانس داخل شهر	300.000	-	و سایر فوریت‌های پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان می‌گردد
	خارج شهر	600.000	-	تعهدات این بند از محل تعهدات بند 8/1 میباشد.

تبصره: فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) طبق شرایط ماده 11 - استثنائات می‌باشد که در خصوص انجام اینگونه اعمال در مطب، بیمه‌گر تعهدیبه عهده نخواهد داشت.

ماده 11- استثنائات

هزینه بیمارستانی و جراحی در موارد زیر از شمول تعهد بیمه‌گر خارج می‌باشد:

1-6- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌گیرد، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث بیمه شده در طی مدت بیمه باشد.

2-6- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته و معالجه آن ضروری باشد.

3-6- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

4-6- ترک اعتیاد.

5-6- خودکشی، قتل و جنایت

6-6- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان مگر اینکه در شرایط خصوصی به نحوه دیگر توافق شده باشد.

7-6- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی

8-6- فعل و انفعالات هسته‌ای

9-6- هزینه اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر.

10-6- جنون و به طور کلی بیماریهایی که شخص بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.

11-6- دندانپزشکی و جراحی لثه

12-6- زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر

13-6- وسایل کمک توانبخشی از قبیل جوراب واریس، لنز و سمعک، شکم بند و لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارد

14-6- جراحی فک مگر آنکه به علت وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

15-6- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی

16-6- لقاح مصنوعی.

17-6- عقیم سازی مگر اینکه جنبه درمانی داشته باشد

18-6- رفع عیوب انکساری چشم مگر در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر نقص بینایی هر چشم 4 دیوپتر یا بیشتر باشد.

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان ها و مراکز درمانی مجاز مختار است در اینصورت بیمه شده پس از پرداخت هزینه‌های مربوطه میبایستی صورتحساب بیمارستان را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده از طریق بیمه گذار به بیمه گر تسلیم نماید.

ماده 13 - ترتیب بستری شدن بیمه شدگان

13/1- چنانچه بیمه شدگان در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند.

13/1/1- حداکثر ظرف مدت سه روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب را از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع دهد.

13/1/2- پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را راساً تأمین نمایند.

13/1/3- اصل مدارک و صورتحساب های بیمارستانی به انضمام 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 یک - بیمه شدگان می بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از سازمان خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمانهای فوق الذکر ، از طریق نماینده بیمه گذار به بیمه گر، هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نماید، چنانچه سهم بیمه گر اول از فرانشیز قرارداد کمتر باشد میزان قابل پرداخت معادل ما به التفاوت سهم بیمه گر اول از فرانشیز قرارداد خواهد بود.

تبصره دو - در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نمی نماید شامل فرانشیز ماده 10 خواهد شد.

تبصره سه - مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر یک ماه بعد از انجام آن خواهد بود.

13/1/4 - محاسبه هزینه های بیمارستانی، بر اساس 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.

13/1/5 - محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سربایی، بر اساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و خصوصی و یا حداکثر تعرفه های اعلام شده از طرف بیمه ایران می باشد.

13/2- چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند.

13/2/1 با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد به ضمیمه درخواست کتبی بیمه گذار نسبت به اخذ معرفی نامه از بیمه گر اقدام نمایند.

13/2/2 حداکثر ظرف مدت سه روز از زمان بستری شدن بیمه شده در بیمارستان، مراتب از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع داده شود.

13/2/3 در موارد اورژانس و یا ساعات غیراداری، بیمه شدگان می‌توانند از طریق کارت بیمه درمانی که در اختیار آنان گذاشته می‌شود مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه و بستری گردند و متعاقباً در اولین ساعت اداری روز بعد معرفی‌نامه مربوطه را اخذ و تحویل بیمارستان نمایند.

13/2/4 - هزینه‌های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهده بیمه شده و بیمه‌گذار می‌باشد. اینگونه هزینه‌ها از تاریخ اعلام کتبی به بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت یکماه می‌بایست در وجه بیمه‌گر پرداخت شود.

شرایط منظم به قرارداد مازاد درمان جهاددانشگاهی

شرکت سهامی بیمه ایران بدین‌وسیله مراتب زیر را گواهی می‌نماید :

- 1 - فرانشیز 3 بند اول 10 درصد و سایر بندها 30 درصد می‌باشد .
- 2 - پوشش لیزیک هر چشم از 25/000/000 ریال به 3/000/000 ریال با نقص بینایی هر چشم 3 دیوپتر و بالاتر افزایش می‌یابد .
- 3 - پوشش هزینه‌های آزمایش روتین ، رادیولوژی ، تست الرزی و فیزیوتراپی تا سقف 1/000/000 ریال به شرط استفاده از بیمه‌گر اول از محل بند پاراکلینیکی یک قابل پرداخت می‌باشد .
- 4 - پوشش هزینه‌های عینک طبی تا سقف 500/000 ریال برای واحد خانواده (جهت 20 در هزار جمعیت بیمه شدگان در هر استان)
- 5 - پوشش هزینه زایمان از مبلغ 8/000/000 ریال به مبلغ 10/000/000 ریال افزایش می‌یابد .
- 6 - پوشش هزینه‌های شیمی درمانی بصورت سرپایی حداکثر تا سقف 7/000/000 ریال از محل بند 8/1 .
- 7 - پوشش هزینه داروهای بیماران m-s حداکثر تا سقف 7/000/000 ریال برای هر یک در هزار جمعیت از محل بند 8/1 .
- 8 - پوشش هزینه بستری بیماران روانی و سایکوتیک تا سقف 10/000/000 ریال از محل بند 8/1 برای یک در هزار جمعیت .
- 9 - پوشش هزینه‌های بستری تا سقف 50/000/000 ریال برای یک در هزار جمعیت با معرفی کتبی مدیر کل امور رفاهی بیمه‌گذار در تهران و تائید شعبه راهبر قرارداد (مجتمع آزادی)
- 10 - پوشش هزینه‌های جراحی تخصصی تا سقف 80/000/000 ریال برای یک در هزار جمعیت با معرفی کتبی مدیر کل امور رفاهی بیمه‌گذار در تهران و تائید شعبه راهبر قرارداد (مجتمع آزادی)
- 11 - پوشش بیمه‌ای فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان بدون سقف سنی به استثناء (هزینه‌های مربوط به معلولیت)
- 12 - پوشش بیمه‌ای پدر و مادرهای غیر تحت تکفل و همسر و فرزندان کارکنان اناث (دارای بیمه‌گر اول) به شرط اعلام اسامی در یک نوبت و یکجا و در اول قرارداد.

13 - پوشش بیمه‌شدگانی که در اواسط قرارداد رابطه کاریشان با جهاد قطع می‌شود تا پایان قرارداد و به شرط پرداخت کل حق بیمه (بصورت یکجا از زمان قطع ارتباط).

14 - پرداخت حق بیمه حداکثر تا 15 ام ماه بعد بلامانع می‌باشد .

15 - مدت زمان تحویل مدارک بیمارستانی و سربایی حداکثر تا 4 ماه .

3/5/1 ت) - افرادی که در طول مدت قرارداد میتوانند به عداد بیمه‌شدگان اضافه شوند عبارتند از : افراد جدیدالاستخدام ، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه گزار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که ازدواج کرده‌اند و افرادی که در اثنای سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گزار حداکثر ظرف یک ماه پس از کفالت). تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه‌ای نامبردگان از اولین روز ماه بعد بیمه‌ای از اعلام کتبی بیمه‌گذار خواهد بود .

3/5/2 ت) - نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند منوط به آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه‌گر اعلام نماید .

3/5/3 ت) - تاریخ مؤثر برای حذف بیمه‌شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه‌گذار و از تاریخ دریافت نامه وی میباشد موارد حذف بیمه‌شدگان عبارتست از فوت شدگان - خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع میشود .

3/5/4 ت) - بیمه شده چنانچه در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه‌ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی و چنانچه بازنشسته گردد پوشش بیمه‌ای خود و اعضای خانواده وی ، مشروط به پرداخت حق بیمه ، صرفاً تا پایان سال بیمه‌ای قرارداد ادامه خواهد یافت .

تبصره : کارکنانیکه اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده‌شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات ، موضوع تبصره دو و سه ماده پنج قرارداد درج نباشد بااستناد از قلم افتادگی نمیتوانند در عداد بیمه‌شدگان این قرارداد قرار بگیرند . مگر بیمه‌گزار دلایل موجهی ارائه و مورد تائید بیمه‌گر واقع گردد