

## بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه‌های درمان و پوشش هزینه‌های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه‌ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه‌های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان، این قرارداد بین **شرکت برق منطقه ای یزد** از یک طرف بعنوان بیمه‌گذار و **شرکت بیمه دی** از طرف دیگر بعنوان بیمه‌گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین‌نامه‌های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته‌های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و اخذ موافقتنامه شماره ۱۴۰۳/۶۰۱/۶۶۱۵۸ مورخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۶ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با استناد به ماده ۲۶ و رعایت بند ۶ از ماده ۲ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه، با شرایط ذیل و بدون دخالت کارگزار یا نماینده بیمه (صدور و معرف بصورت مستقیم) منعقد می‌گردد (کارکنان بازنشسته می‌توانند یک یا هر دو بخش قرارداد را انتخاب نمایند).

شرکت‌های بیمه مجری این قرارداد مجاز به تغییر در هیچ یک از بخش‌های این قرارداد (اعم از سقف تعهدات، فرانشیز، ضوابط ارزیابی و ...) و ضمائم آن نبوده و در صورت هرگونه تغییر در قالب الحاقیه و یا متمم قرارداد و یا هر عنوان دیگر چه بصورت کتبی و چه توافق شفاهی به منزله تخلف بیمه‌گر محسوب شده و مدیران ذیربط در شرکت بیمه‌گر به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران پاسخگو خواهند شد.

شماره قرارداد: 1403/13/41/71

درمان شاغلین

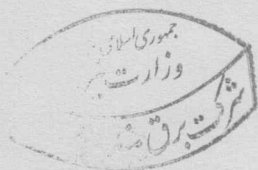
تاریخ صدور: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱

عمر و حادثه بازنشستگان

تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۳/۰۵/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان

تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۱۴۰۴/۰۴/۳۱



## بخش اول: 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، بارداری بیمه‌شدگان و مسئولیت کارفرما در بیماری‌های ناشی از کار به شرح مندرج در این بخش از قرارداد.

ماده ۲- بیمه‌گر: شرکت به نشانی: یزد-بلوار جمهوری-رو به روی بیمارستان افشار شرکت بیمه دی

ماده ۳- بیمه‌گذار: به نشانی: یزد-بلوار دانشجو-جنب پارک شادی-شرکت برق منطقه ای یزد

ماده ۴- بیمه‌شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی دائم و مدت معین، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرارداد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری) و کلیه کارکنانی که در لیست بیمه‌گر پایه شرکت بیمه‌گذار قرار دارند، بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان به تفکیک ذیل.

تبصره ۱: بیمه‌گذاران موظف به اعلام اسامی بیمه‌شدگان (شامل بیمه شده اصلی، همسر و فرزندان) برطبق حکم کارگزینی و یا قرارداد کارکنان به بیمه‌گر می‌باشند.

تبصره ۲: در بخش اول این قرارداد، در همه مواردی که عنوان بازنشسته ذکر شده است منظور بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران به همراه افراد تحت پوشش آنان می‌باشد.

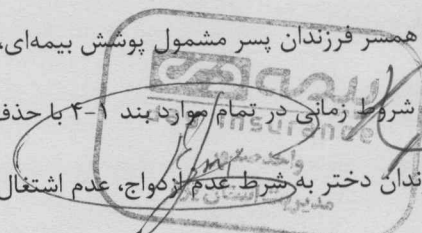
۱-۴- فرزندان پسر کارکنان شاغل، بازنشسته و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر با رعایت ماده ۳۳ قانون خدمت وظیفه عمومی در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

تبصره ۱: در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل، فرزندان پسر مجرد کارکنان شاغل و بازنشسته و از کارافتاده بعد از محدوده سنی موضوع بند ۴-۱ و نیز فرزندان پسر متأهل که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و بطور پیوسته در طی دوره‌های قبل از این پوشش بیمه‌ای استفاده می‌کرده‌اند صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می‌توانند از پوشش بیمه‌شدگان غیر تحت تکفل (پوشش فرزندان غیرتحت تکفل بازنشستگان همانند بیمه‌شده اصلی خواهد بود) استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه‌ای، طبق مفاد قرارداد دارای پوشش می‌باشد.

تبصره ۳: شروط زمانی در تمام موارد بند ۴-۱ با حذف دوره سربازی و بدون احتساب آن می‌باشند.

۲-۴- فرزندان دختر به شرط عدم ازدواج، عدم اشتغال به کار تحت تکفل محسوب می‌شوند.





۳-۴- فرزندان کارکنان شاغل اناث وفق ارائه گواهی توسط بیمه‌شده اصلی و بر اساس تعهد نامه پیوست که هیچگونه پوشش بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان مطابق با ماده ۴ تلقی شود به شرط تحت پوشش بودن کلیه فرزندان، تحت تکفل محسوب می‌شوند. (بررسی صحت و سقم موضوع توسط بیمه‌گر انجام می‌شود، تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای از ابتدای قرارداد مشروط به ارائه تعهد نامه (ضمیمه شماره ۲) قرارداد) به همراه لیست اولیه).

۴-۴- پوشش فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده‌اند و قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال با پرداخت حق بیمه وی متناسب با مدت پوشش و با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۶ برقرار می‌باشد.

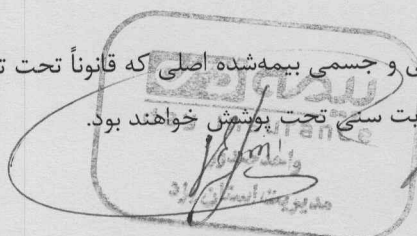
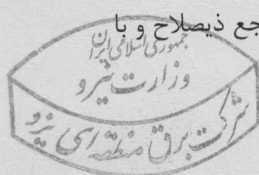
تبصره ۱: در صورتیکه فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده‌اند و قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند، دارای فرزند یا فرزندان باشند که طبق مستندات مراجع قضایی مبنی بر سرپرستی و یا حضانت از سوی مادر (دختر مطلقه بیمه‌شده اصلی یا دختر بیمه‌شده اصلی که همسر خود را از دست داده) باشد، می‌تواند همزمان با برقراری پوشش برای مادر به صورت غیرتحت تکفل با پرداخت حق بیمه وی متناسب با مدت پوشش و با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۶ تحت پوشش قرار گیرد.

۵-۴- پوشش نوزادان از بدو تولد اجباری بوده و بیمه‌گذار موظف است با ارسال اسامی و مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۶ اقدام نماید. لازم بذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت‌های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می‌توانند از پوشش درمانی بیمه‌شده (مادر) استفاده نمایند.

۶-۴- هر یک از والدین غیرتحت تکفل کارکنان شاغل اعم از مرد و زن و نیز همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان شاغل اناث، با توجه به شرایط پیش‌بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه‌گر معرفی شده باشند.

تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه‌شده اصلی و همسر کارکنان شاغل اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می‌شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی برای بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه سلامت مانند سوابق داشتن پوشش بیمه درمانی تبعی ۱ از طرف بیمه‌شده اصلی و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه‌شده اصلی و در مورد بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.

تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل که سابقه بیمه‌ای در قرارداد دوره قبل نداشته باشند، بیمه‌گر می‌تواند در ابتدای قرارداد تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه شماره ۳) قرارداد را مطالبه نماید.



۴-۸- افرادی که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشند با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه گذار، از زمان تحت تکفل قرار گرفتن فرد، تحت پوشش خواهند بود.

ماده ۵- موارد خارج از تعهد بیمه گر: صرفاً کلیه مواردی که در این بیمه نامه ذکر از عناوین آن در فصل سوم نشده مورد تعهد بیمه گر نمی باشد و کلیه عناوین تعهداتی که در فصل سوم ذکر شده با رعایت ماده ۱۲ بخش اول قرارداد در تعهد بیمه گر است.

## فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده

ماده ۶ - ترتیب اعلام اسامی بیمه شدگان و تغییرات مجاز:

۶-۱- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کار افتاده)، وظیفه بگیر، مستمری بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز / ماه / سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه شدگان اصلی و کد ملی و شماره شبا و یا شماره حساب به همراه نام بانک و تلفن همراه بیمه شده اصلی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و به بیمه گر ارسال نماید، ضمناً بیمه گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز (افزایش یا کاهش) در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر به روال فوق الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث به همراه خانواده مطابق ماده ۴ و تبصره ذیل آن و سایر افراد تحت تکفل به جز افراد مربوط به لیست سوم.

لیست دوم: افراد غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اناث شامل همسر و فرزندان.

لیست سوم: والدین تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست چهارم: والدین غیر تحت تکفل بیمه شدگان شاغل اصلی اعم از ذکور و اناث.

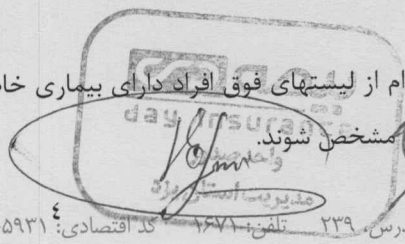
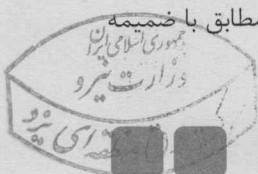
لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی به همراه همسر (افراد موضوع تبصره ۱ ماده ۴).

لیست ششم: بازنشستگان، از کار افتادگان، وظیفه بگیران و مستمری بگیران به همراه افراد خانواده مطابق ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل به همراه همسر.

لیست هفتم: کارکنان انتقالی به بیمه گذار از تاریخ انتقال.

لیست هشتم: نوه دختری بیمه شده اصلی مشروط به طلاق فرزند دختر و یا از دست دادن همسر فرزند دختر (افراد موضوع تبصره ۱ ذیل بند ۴-۴)

تبصره ۱: لازم است در هر کدام از لیستهای فوق افراد دارای بیماری خاص و صعب العلاج ضمن ارائه نمودن مدارک مطابق با ضمیمه شماره (۱) قرارداد برای بیمه گر مشخص شوند.



**تبصره ۲:** هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق شامل مواردی مانند جدیدالاستخدام، انتقالی، مأمورین، (به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان)، سایر افرادی که در طول قرارداد تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند و فرزندان ذکور پس از اتمام خدمت سربازی، می باشد و لازم است مستندات آن (احکام کارگزینی مربوطه، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه شده اصلی تاریخ ابلاغ حکم می باشد) برای بیمه گر ارسال گردد، همچنین بابت ازقلم افتادگان از لیست اولیه یا لیست افزایشات میان دوره، چنانچه بیمه شده ازقلم افتاده بیمه شده اصلی شاغل و یا افراد تحت تکفل وی باشند، در زمان اعلام بیمه گذار به بیمه گر و با پرداخت حق بیمه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل وی، اشتغال بیمه شده اصلی یا تاریخ تحت تکفل قرار گرفتن افراد تحت تکفل وی در تاریخ درخواست شروع پوشش توسط بیمه گذار می باشد). تحت پوشش خواهند بود اما چنانچه فرد ازقلم افتاده بیمه شده غیرتحت تکفل باشد در صورتیکه در دوره قبل تحت پوشش بوده است بیمه گذار حداکثر یک ماه بعد از ارسال لیست اولیه می تواند نسبت به اضافه نمودن نام وی با پرداخت حق بیمه از ابتدای قرارداد اقدام نماید.

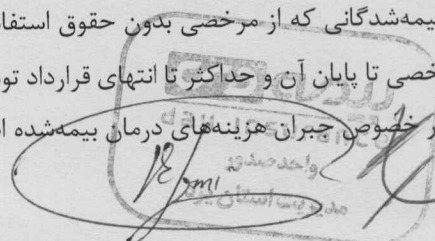
**تبصره ۳:** کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد، شامل موارد استعفاء، فوت، بازنشسته، انتقال، انفصال از خدمت، اخراج، تعلیق، مأمور، خروج از کفالت، مرخصی طولانی مدت (استعلاجی و یا بدون حقوق) که بیمه شده در طول مدت مرخصی تمایلی به ادامه پوشش ندارد و یا هرگونه قطع همکاری (دائم یا موقت) می باشد که با ارائه مستندات مربوطه (از جمله تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام کارگزینی) میسر خواهد بود. لازم است مستندات آن از سوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه شده اصلی تاریخ قطع رابطه همکاری (دائم یا موقت) می باشد) برای بیمه گر ارسال گردد. در غیر اینصورت تاریخ ثبت موضوع در دبیرخانه بیمه گر ملاک عمل خواهد بود.

**۶-۲- شروع پوشش بیمه ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان، تاریخ شروع به کار بیمه شده اصلی در شرکت (بیمه گذار) با رعایت ضرب الأجل بند ۱-۶ خواهد بود. در مورد کاهش بیمه شدگان، زمان مؤثر، ماه قطع همکاری بیمه شده اصلی با بیمه گذار بوده و بیمه گذار موظف است حداکثر یک هفته قبل از تاریخ قطع همکاری موضوع را کتباً به اطلاع بیمه گر با ثبت در دبیرخانه بیمه گر برساند. بدیهی است در صورت عدم قطع همکاری در تاریخ اعلام شده، پوشش مجدداً با اعلام کتبی بیمه گذار از تاریخ شروع پوشش اولیه بطور مستمر برقرار خواهد شد.**

**۶-۳- در مورد افزایش یا کاهش بیمه شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه گذار مکلف به حذف بیمه شدگان از قرارداد از ابتدای ماه بعد می باشد و بیمه گر نیز خدمات خود را ماهانه ارائه خواهد داد. بدیهی است در صورت حذف بیمه شدگان، حق بیمه صرفاً تا زمان مؤثر (مطابق تبصره ۳ ذیل بند ۱-۶) به صورت ماه شمار توسط بیمه گر محاسبه و مطالبه می شود.**

**۶-۴- در مورد بیمه شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه های مقرر می باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه شده بدون ایجاد وقفه به عهده بیمه گذار است.**

**۶-۵- در مورد بیمه شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند، ادامه پوشش بیمه درمانی منوط به پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرارداد توسط بیمه شده و از طریق بیمه گذار به بیمه گر خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در خصوص جبران هزینه های درمان بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.**







طریق پیگیری شرکتهای مادرتخصصی ظرف مدت دو هفته پس از تاریخ دریافت نامه، مراتب بلافاصله به وزارت نیرو و بیمه‌گر طرف قرارداد از طریق شرکت مادرتخصصی و یا شرکت بیمه‌گر طرف قرارداد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و نماینده بیمه‌گر نحوه برخورد با موضوع ظرف مدت یک ماه پس از دریافت اعلام کتبی شرکت مادرتخصصی یا شرکت بیمه‌گر تعیین گردد. شرکت بیمه‌گر بدون طی مراحل فوق، به هیچ عنوان اجازه قطع خدمات به بیمه‌گذار را ندارد. در صورت حصول نتیجه مبنی بر پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار براساس زمانبندی تعیین شده در صورتجلسه تنظیمی فی‌مابین، و عدم پرداخت حق بیمه، بیمه‌گر در ارتباط با قطع خدمات محق خواهد بود.

### فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

**ماده ۹ - تعهدات بیمه‌گر:** در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۷ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان با رعایت تبصره‌های ذیل عبارت است از:

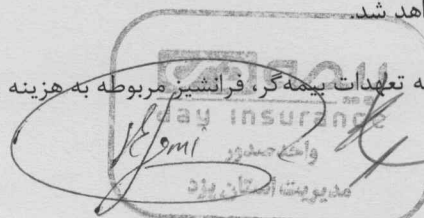
**تبصره ۱:** در کلیه بندهای ماده ۹ و ۱۰، برای کلیه بیمه‌شدگان موضوع ماده ۴، فرانشیز قابل اعمال ۵ درصد می‌باشد. در صورت عدم ذکر اعمال فرانشیز بر روی هر تعهدی، بیمه‌گر مکلف به اعمال فرانشیز صفر می‌باشد. و یا در سایر موارد چنانچه مقدار فرانشیز دیگری صراحتاً ذکر شده باشد مورد عمل خواهد بود.

**تبصره ۲:** درمورد کلیه تعهدات بیمه‌گر پرداخت هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که آخرین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش دولتی و عمومی غیردولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب فرانشیز خواهد بود).

**تبصره ۳:** در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه توسط بیمه‌شدگان بازنشسته و افراد تحت پوشش آنان، از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات مشمول فرانشیز در کلیه بندهای ماده ۹ (با رعایت تبصره ۱ از بند ۳-۷) با اعمال ۲۵٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه‌شدگان مشمول جزء "ح" از بند ۱-۹ بوده و بیمه‌گر پایه تعهدی بابت هزینه پرداختی نداشته باشد، تعهدات بیمه‌گر با اعمال فرانشیز به تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی انجام خواهد شد و همچنین درخصوص هزینه‌های دارویی که سهم بیمه‌گر پایه در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه‌گر با اعمال فرانشیز انجام خواهد شد.

**تبصره ۴:** در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقیمانده هزینه‌های مورد تعهد را پرداخت نماید، در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد (۲۵٪) از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

**تبصره ۵:** در کلیه تعهدات بیمه‌گر، فرانشیز مربوطه به هزینه پرداختی توسط بیمه‌شده اعمال می‌گردد.



**تبصره ۶:** مبنای محاسبه هزینه‌های بیمه‌شدگان توسط بیمه‌گر در این فصل، طبق آخرین تعرفه اعلامی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش مرتبط با مراجعه بیمه‌شده (دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی، خیریه) قابل اجرا در تاریخ انجام هزینه و با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ (تبصره‌های ۱ تا ۵) می‌باشد.

**۱-۹** تأمین هزینه‌های 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 اتاق ایزوله به شرح زیر می‌باشد:

**الف -** تعهدات بیمه‌گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در طول مدت قرارداد و به دفعات با استفاده از معرفی‌نامه بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق با اعمال فرانشیز و با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ خواهد بود.

**ب -** بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارت را پرداخت کند.

**ج -** بیمه‌گر موظف است مدارک و مستندات لازم جهت پرداخت هر مورد خسارتی به بیمه‌شدگان را صرفاً بر اساس شیوه نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد از بیمه‌شدگان مطالبه نماید و بیمه‌گذاران نیز موظف به اطلاع‌رسانی این موارد به بیمه‌شدگان می‌باشند. در هر صورت بیمه‌شده موظف به ارائه مدارک بیشتر از آنچه که در ضمیمه آمده است نمی‌باشد.

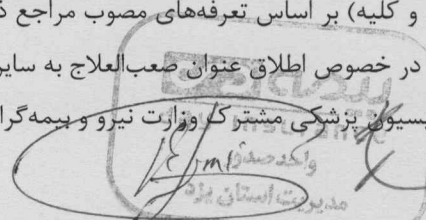
**د -** اجرای تغییرات احتمالی در مصوبات، آیین‌نامه‌های مربوطه و شیوه نامه اجرایی، منوط به تأیید آن توسط مراجع ذیصلاح می‌باشد.

**ه -** تمامی مواردی که در طی دوره اجرای قرارداد به صورت صورتجلسه فی‌مابین وزارت نیرو و شرکت بیمه‌گر به امضا رسیده و ابلاغ می‌گردد در طول دوره قرارداد از تاریخ صورتجلسه لازم‌الاجرا می‌باشد.

**و -** هزینه اعمال جراحی قلب و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

**ز -** هزینه‌های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ قابل پرداخت می‌باشد.

**ح -** پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج براساس آخرین لیست وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و عناوین بیماری‌های مندرج در ضمیمه (۱) قرارداد (منظور از بیماری‌های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که شامل تالاسمی، هموفیلی، دیالیز خونی و صفاقی) و بیماری‌های صعب‌العلاج (از جمله ام اس، کانسر، پارکینسون، هپاتیت، ایدز، شیمی درمانی، متابولیک، بال پروانه‌ای، اوتیسم، CF، SMA، MPS، نارسایی مزمن کلیه، پمپه، گوشه، نیمین پیک C/D، دیستروفی عضلات دوشن، دیستروفی عضلات غیر دوشن، رتینوپاتی، سکتة مغزی ایسکمیک، سکتة مغزی هموراژیک، سکتة قلبی، پرفشاری شریان ریوی، روانی مزمن و صرع مقاوم به درمان، انواع پیوندها از قبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، روده، پانکراس، مولتی ویسرال، ریه و کلیه) بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص اطلاق عنوان صعب‌العلاج به سایر بیماری‌ها و همچنین بیماری‌های ناشی از آن که مورد اختلاف طرفین می‌باشد با نظر کمیسیون پزشکی مشترک وزارت نیرو و بیمه‌گران اقدام خواهد شد.





ط- هزینه‌های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری و همچنین هزینه‌های ناشی از هر گونه حادثه حین انجام کار بدون اعمال فرانشیز تا پایان دوره درمان در تعهد بیمه‌گر جاری خواهد بود. مراتب حداکثر ظرف مدت ۵ روز کاری پس از حادثه به شرکت بیمه اعلام می‌گردد.

تبصره: در صورت اختلاف بیمه‌گر و بیمه‌گذار نسبت به چگونگی اجرای بند فوق (جزء ط) این موضوع در جلسات مربوط به موضوع جزء "ح" تبصره ذیل بند ۱-۹ قابل بررسی خواهد بود.

ی- هزینه‌های بستری (بجز نگهداری) جهت درمان بیماری‌های روانپریشی با اعمال فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

۲-۹ در خصوص هزینه‌های تشخیصی- درمانی سرپایی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن (از جمله اسکن کف پا)، MRI، انواع سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، آزمایشات غربالگری جنین، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، لیزر درمانی، لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداشدگی شبکیه، قوز قرنیه و ...) و سایر خدمات تشخیصی- درمانی با اعمال فرانشیز و با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ پرداخت می‌شود.

۳-۹ انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سرپایی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می‌پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر (درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه آستیگمات)) باشد، با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ و اعمال فرانشیز قابل پرداخت است.

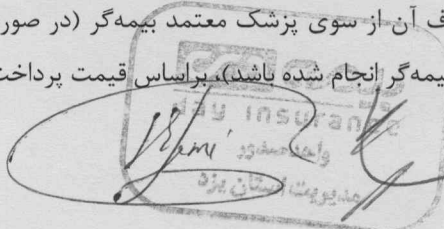
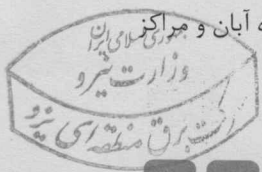
۴-۹ هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با اعمال فرانشیز و با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ قابل جبران خواهد بود.

۵-۹ ویزیت پزشکان، مشاوران و کارشناسان پروانه‌دار معادل تعرفه در بخش مربوطه با اعمال فرانشیز قابل پرداخت است (تعرفه‌های بخش دولتی، خیریه و عمومی غیردولتی شامل فرانشیز نمی‌گردد).

۶-۹ هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با اعمال فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند چنانچه پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر لزوم مصرف و میزان آن داروی خارجی را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر با ارائه مستندات انجام شده باشد) با اعمال فرانشیز قابل جبران می‌باشد.

تبصره ۲: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تأیید ضرورت مصرف و نام تجاری دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط بیمه‌گر، بررسی می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد) براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز درمانی) قابل جبران می‌باشد.



دارویی تک نسخه‌ای) با اعمال فرانشیز قابل جبران است. در سایر موارد با اعمال فرانشیز و براساس شیوه نامه اجرایی مشترک اقدام خواهد شد.

**تبصره ۳-** هزینه سرنگ، قلم و سرسوزن قلم انسولین، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین و انواع پانسمان که جزء ملزومات دارویی محسوب می‌گردد و همچنین هرگونه تزریقات با جنبه درمانی براساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با اعمال فرانشیز قابل جبران است.

**تبصره ۴-** هزینه دستگاه تست قند خون (صرفاً برای بیماران دیابتی وابسته به انسولین یکبار در دوره قرارداد برای هر خانواده) حداکثر تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰ (پنج میلیون) ریال بدون فرانشیز و نوار تست قند خون برای هر بیمار دیابتی در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۱۰۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل جبران است.

**تبصره ۵-** بیمه‌گر تعهد می‌نماید تا کلیه داروهای طرف قرارداد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:

۱- داروهای منتخب طرف قرارداد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه‌گذار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (دویست میلیون) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه‌گر سایر بیماران تا سقف ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ (هفتاد میلیون) ریال.

۲- در مورد سایر داروهای طرف قرارداد تا سقف ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ (هفتاد میلیون) ریال برای کلیه نسخ دارویی.

۷-۹ هزینه مربوط به پروتزیسهایی که در بدن بکار می‌رود (از جمله پروتز حلق و گوش و پروتزیسهایی که به دلیل بیماری و یا حوادث جایگزین عضو اصلی می‌شوند) با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و رعایت ماده ۵ محاسبه و پرداخت می‌شود.

**تبصره:** هزینه اعمال جراحی که به منظور رفع نقص درمانی در اندام بیمه‌شده از طریق ایمپلنت (بجز دندان) و یا استفاده از پروتز انجام می‌شود با رعایت بند ۱ از ماده ۱۲ با کسر فرانشیز بر عهده بیمه‌گر می‌باشد.

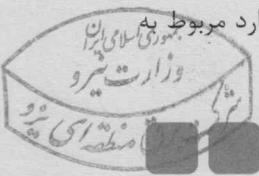
۸-۹ هزینه خرید وسایل کمک توانبخشی، پروتزا و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، براساس ۱۰ برابر آخرین تعرفه اعلامی سازمان تأمین اجتماعی قابل پرداخت می‌باشد.

**تبصره ۱:** هزینه ساخت و تعمیر دندان مصنوعی برای کلیه بیمه‌شدگان مشمول ماده ۴ با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، براساس ۱۰ برابر آخرین تعرفه اعلامی سازمان تأمین اجتماعی پرداخت می‌شود.

**تبصره ۲:** هزینه کرایه وسایل کمک توانبخشی، پروتزا و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، براساس فاکتور معتبر قابل پرداخت می‌باشد.

۹-۹ تأمین هزینه‌های (تهیه) اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... در مراکز درمانی و در صورتیکه منجر به انجام

پیوند شود (پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه‌گر) (همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب‌العلاج) در مهد بیمه‌گر می‌باشد.



۹-۱۰ هزینه درمان نازائی و ناباروری (اولیه و ثانویه) مانند لاپاراسکوپی درمانی، IVF، JUI، GIFT، ZIFT با اعمال فرانشیز جهت هر یک از زوجین قابل پرداخت می‌باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

تبصره: داروهای نازایی از محل تعهدات دارو پرداخت می‌گردد.

۹-۱۱ تعهدات بیمه‌گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح ذیل است:

۹-۱۱-۱ در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله CCU، ICU گردد، همچنین در مورد شکستگی‌ها (از جمله لگن، ران و گردن، ستون فقرات)، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در هر مورد داخل شهری ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ (پنجاه میلیون) ریال قابل پرداخت می‌باشد.

۹-۱۱-۲ 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 بیمه‌گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی ۱۳۰.۰۰۰.۰۰۰ (یکصد و سی میلیون) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است.

۹-۱۱-۳ هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال تمام و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه بر اساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی پرداخت می‌گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

۹-۱۲ هزینه عینک و یا لنز طبی حداکثر تا ۳۵.۰۰۰.۰۰۰ (سی و پنج میلیون) ریال برای هر یک از بیمه‌شدگان قابل پرداخت می‌باشد.

۹-۱۳ هزینه‌های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه‌شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه‌های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه‌گر تعهدات خود را (مازاد هزینه‌ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد. همچنین بیمه‌گر متعهد به ارائه اصل مدارک و یا تصویر مصدق آن برای ارائه به سایر مراجع ذیربط بر اساس درخواست بیمه‌شده و نیاز آن مراجع می‌باشد.

۹-۱۴ بیمه‌گر متعهد می‌گردد لیست کلیه مراکز طرف قرارداد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتباً به بیمه‌گذار اطلاع دهد و همچنین بیمه‌گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه‌شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه‌های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه‌شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه‌گر لازم است از طریق عقد قرارداد و یا از طرق دیگر و براساس لیست مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار، امکان استفاده از این مراکز را بدون پرداخت وجهی بر اساس مفاد قرارداد مازاد بر آنچه که افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور می‌پردازند، قبل از ترخیص و در زمان تسویه حساب بیمه‌شده با آن مرکز فراهم نماید.

۹-۱۵ بیمه‌گذار موظف است لیست مراکز بیمارستانی و سایر مراکز درمانی - تشخیصی مورد درخواست خود را همراه با لیست اولیه بیمه‌شدگان به صورت مکتوب به بیمه‌گر ارائه نماید، همچنین بیمه‌گر مکلف است با مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار قرارداد منعقد نماید، در صورتی که در هر زمانی از اجرای قرارداد، بیمه‌گر موفق به انعقاد قرارداد با حداقل ۸۰ درصد مراکز بیمارستانی مورد درخواست بیمه‌گذار نشود و یا به دلیل لغو قرارداد یا مراکز درمانی به هر شکل (از سوی هر یک از طرفین)، این موضوع اتفاق افتد (و این وزارت پرو



مراکز بیمارستانی با حداقل ۲ شرکت بیمه بازرگانی حتی خارج از قرارداد وزارت نیرو قرارداد داشته باشند) و بیمه شده به مراکز بیمارستانی (صرفاً بستری و Day care) مورد درخواستی که غیر طرف قرارداد بیمه گر می باشند، مراجعه نماید بیمه گر مکلف به جبران هزینه های وی بدون در نظر گرفتن تعرفه و صرفاً با کسر فرانشیز با رعایت تبصره های ذیل ماده ۹ می باشد.

۹-۱۶ بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را با رعایت جزء های "ج" و "د" از بند ۹-۱ بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید. در این رابطه بیمه گر موظف است همزمان با مبادله قرارداد مدارک و مستندات عمومی مورد نیاز در ارتباط با موضوعات قرارداد را مطابق جزء های "ج" و "د" از بند ۹-۱ به بیمه گذار اطلاع رسانی کند.

۹-۱۷ بیمه گر موظف است حداقل در یکی از بیمارستانهای خصوصی مراکز استانها کلیه خدمات تشخیصی و درمانی را به بیمه شدگان صنعت آب و برق ارائه دهد.

#### ۹-۱۸ هزینه های خارج از کشور:

الف) هزینه های درمانی خارج از کشور بیمه شدگان در صورت تأیید اصل مدارک توسط سفارت یا کنسولگری و یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در آن کشور پس از ترجمه رسمی مدارک و با موافقت کتبی وزارت نیرو حداکثر برابر بالاترین نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

ب) پرداخت هزینه های آزمایشات تشخیصی که امکان انجام آن در ایران وجود نداشته و فاقد تعرفه مصوب می باشد در کمیسیون موضوع جزء "ح" بند ۹-۱ مطرح و تصمیم گیری خواهد شد.

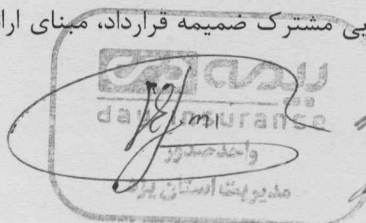
تبصره ۱: در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه گر هزینه های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری از تاریخ تحویل مدارک، به بیمه شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می گردد.

۹-۱۹ بیمه گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه گذار را در اختیار وی قرار دهد.

۹-۲۰ بیمه گر موظف است امکان دسترسی بیمه گذار و کلیه بیمه شدگان را به منظور پیگیری خسارتها در سیستم آنلاین خود حداقل به مدت یکسال پس از انقضای قرارداد فراهم نماید.

۹-۲۱ بیمه گر موظف است تیم جمع آوری نسخ و پزشک معتمد خود را در کلیه شرکتهای بیمه گذار به ساختمانهای اداری مراکز استانها و شهرستانها با هماهنگی بیمه گذار اعزام نماید.

۹-۲۲ بیمه گر موظف است شیوه نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد را جهت اجرا به کلیه شعب خود ابلاغ نماید و آموزش های لازم را به آنها ارائه دهد. در صورت ابلاغ بخشنامه مازاد بر آن توسط بیمه گر به شعب، رونوشت آن می بایست به وزارت نیرو ارسال گردد. بدیهی است صرفاً شیوه نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد، مبنای ارائه مستندات بمنظور محاسبات جبران هزینه ها و اجرای آن در شعب بیمه گر می باشد.



## ماده ۱۰ - خدمات دندانپزشکی

۱-۱۰ تعهدات مربوط به ایمپلنت تا سقف ۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰ (یکصد و بیست میلیون) ریال و تعهدات مربوط به گروه دندانپزشکی عمومی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، روکش، ارتودنسی، جرم‌گیری و بروساژ با اعمال فرانشیز و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی ملاک محاسبه می‌باشد، برای هر یک از بیمه‌شدگان (بیمه‌شده اصلی شاغل و افراد تحت تکفل وی و همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل متأهل و همسر آنان) در طول مدت قرارداد مورد تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

تعهدات دندانپزشکی برای خانوار بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران (افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل) و والدین غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی شاغل (در مجموع) تا سقف مبلغ ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (یکصد میلیون) ریال با اعمال فرانشیز و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی ملاک محاسبه است، در طول مدت قرارداد در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

**تبصره ۱:** جبران هزینه جراحی لثه به منظور درمان تومور در صورتیکه منجر به بستری شود از محل تعهد بند ۱-۹، و در صورت انجام جراحی به صورت سرپایی از محل تعهد بند ۲-۹ قابل پرداخت است.

**تبصره ۲:** چنانچه برای انجام هر یک از خدمات دندانپزشکی، بیمه‌شده نیاز به بیهوشی و یا بستری داشته باشد هزینه‌های آن از محل تعهدات بند ۱-۹ با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

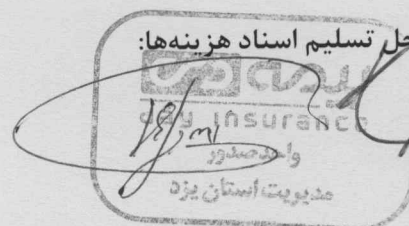
**تبصره ۳:** جبران هزینه‌های ارتودنسی، جرم‌گیری و بروساژ با ارائه مدارک مثبت اعلامی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر است.

۲-۱۰ بیمه‌گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه‌شدگان به تناسب تعداد بیمه‌شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور با کلینیک‌های دندانپزشکی و یا دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود.

۳-۱۰ چنانچه بیمه‌گر 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 بیمه‌گذار کماکان نسبت به تسویه هزینه‌های دندانپزشکی بیمه‌شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می‌آید با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه‌گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

**تبصره ۱:** در هر صورت بیمه‌گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبت تعهدات خود را در پرداخت هزینه‌های مربوط به دندان انجام دهد.

## ماده ۱۱- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه‌ها:



حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی به بیمه‌گر در مورد هزینه‌های سرپایی ۳ ماه و در مورد هزینه‌های بیمارستانی ۶ ماه از تاریخ هزینه می‌باشد. در صورت استفاده از پوشش سایر بیمه‌ها مهلت فوق از تاریخ دریافت سهم از سایر بیمه‌ها توسط بیمه‌شده، مورد عمل می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

#### ماده ۱۲- استثنائات:

استثنائات این قرارداد در چارچوب ماده ۱۴ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه می‌باشد و بر این اساس، صرفاً موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج هستند:

۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر جنبه درمانی داشته باشد.

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد.

تبصره: هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از حادثه و مواردی که بر عملکرد اندام بیمه‌شده تأثیرگذار است از شمول این بند خارج است.

۳- حوادث ناشی از آتش‌فشان و فعل و انفعالات هسته‌ای.

۴- هزینه‌های مربوط به تهیه داروهای مکمل، لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، و ... (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد).

تبصره: کلیه هزینه‌های مربوط به لوازم اساسی مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی استفاده می‌شود و یا جزء ملزومات درمانی است و مربوط به موارد جانبی، بهداشتی و امثالهم (مثل: ماسک، دستکش، گان، دمپایی ...) نیست، مشمول استثنائات نمی‌شود.

۵- هزینه‌های ترک اعتیاد.

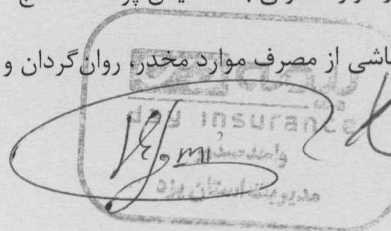
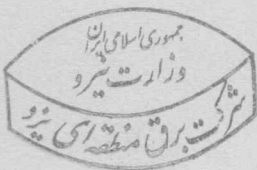
۶- هر نوع چکاپ و آزمایشات دوره‌ای (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).

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

۸- هزینه‌های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی مگر اینکه طبق نظر مراجع ذیصلاح قانونی ناشی از دفاع از خود باشد.

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

۱۰- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.





## بخش دوم: قرارداد بیمه عمر و حادثه برای بازنشستگان صنعت آب و برق کشور

### فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

**ماده ۱ - موضوع قرارداد:** عبارتست از بیمه عمر (فوت به هر علت) و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه، در تمام اوقات شبانه روز

**ماده ۲ - بیمه شدگان:** عبارتند از بازنشستگان بیمه گذار.

**تبصره ۱:** بازنشستگان تنها در یک نوبت و در ابتدای قرارداد می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند. صرفاً کارکنان شاغلی که در طول مدت این قرار داد بازنشسته می گردند تا سه ماه بعد از تاریخ ابلاغ حکم بازنشستگی می توانند به این قرار داد اضافه گردند و تاریخ شروع پوشش از تاریخ ثبت درخواست در دبیرخانه بیمه گر می باشد.

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

**ماده ۳ - 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 عضو، از کار افتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

**ماده ۴ - تعریف نقص عضو و از کار افتادگی:** عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

### فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

**ماده ۵ -** بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه بیمه شدگان 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.

**ماده ۶ - حق بیمه:** حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان

۱-۶ پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۹۲۲۰۲۰ (نهصد و بیست و دو هزار و بیست) ریال

**تبصره ۱: ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه:** حق بیمه هر ماه بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد می بایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود.

**تبصره ۲:** غرامت بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد.

**تبصره ۳:** تعهدات بیمه گذار 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. بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند. در صورت فوت بیمه‌شده، بیمه‌گذار باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند.

**تبصره:** بیمه‌گذار موظف است مدارک مورد نیاز ذیل را در صورت وقوع حادثه به همراه درخواست کتبی جهت بیمه‌گر ارسال نماید. در غیر این صورت، بیمه‌گر حداکثر تا دو سال از گذشت وقوع حادثه متعهد به جبران غرامت متعلقه می‌باشد.

#### 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 برابر اصل کارت ملی بیمه‌شده متوفی.
  ۶. تصویر مصدق آخرین 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 بیمه‌شده مصدوم در آن قید شده باشد.
  ۲. گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر 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 بیمه‌شده.
  ۴. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه‌شده.
  ۵. تصویر برابر اصل کارت ملی بیمه‌شده.
- تبصره:** در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه‌شده 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.

### فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

**ماده ۸-** بیمه‌گر متعهد است در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم (جزئی و کلی) بیمه‌شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، موضوع ماده ۷ فوق، غرامت ذیل را حسب مورد صرفاً در وجه بیمه‌شده یا ذینفع و در صورت عدم تعیین ذینفع به وراث قانونی وی پرداخت نماید.

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل می‌باشد:



۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال

۱- فوت به هر علت و نقص عضو دائم کلی

۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال

۲- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ

(براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

**ماده ۹-** بیمه‌گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه‌گذاران در مورد سایر دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می‌نماید اقدام نماید.





## بخش سوم: شرایط فسخ قرارداد

به دلیل اجرای سراسری این توافقنامه با شرایط یکسان در کل کشور که به تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران رسیده است، بیمه‌گر نمی‌تواند یکطرفه براساس بندهای ۲ و ۳ از قسمت "الف" ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه اقدام به فسخ قرارداد بدون تأیید وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نماید، همچنین بیمه‌گذار نیز نمی‌تواند یکطرفه به استناد بند ۱ از قسمت "ب" ماده ۲۱ آیین‌نامه مذکور اقدام به فسخ قرارداد نماید. ضمناً علاوه بر رعایت بند ۱ از قسمت "الف" و بندهای ۲ و ۳ از قسمت "ب" آیین‌نامه مورد اشاره لازم است مواد ذیل هنگام اجرای نحوه فسخ قرارداد در نظر گرفته شود:

**ماده ۱-** در صورت عدم رعایت وظایف بیمه‌گذار مطابق فصل دوم از بخش اول و دوم این قرارداد، و تمایل بیمه‌گر به فسخ قرارداد لازم است تا موضوع نخست کتباً به شرکت مادر تخصصی مربوطه با ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادر تخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه‌گر موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتبی بیمه‌گر به شرکت مادر تخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادر تخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادر تخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه‌گر و بیمه‌گذار اعلام خواهد نمود.

**ماده ۲-** در صورت عدم رعایت وظایف بیمه‌گر مطابق فصل سوم از بخش اول و دوم این قرارداد، و تمایل بیمه‌گذار به فسخ قرارداد لازم است تا موضوع نخست کتباً به شرکت مادر تخصصی مربوطه با ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادر تخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه‌گذار موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتبی بیمه‌گذار به شرکت مادر تخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادر تخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادر تخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه‌گر و بیمه‌گذار اعلام خواهد نمود.

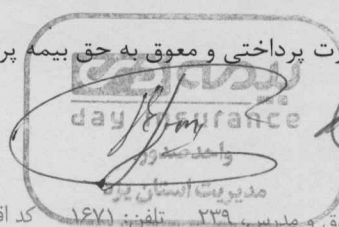
**ماده ۳-** با رعایت مواد ۱ و ۲ این بخش و در صورت اعلام تصمیم نهایی مبنی بر فسخ قرارداد، نحوه تسویه حق بیمه، زمانبندی تسویه و پرداخت غرامات در جلسات مشترک فی‌مابین نمایندگان بیمه‌گذار، بیمه‌گر، شرکت مادر تخصصی و وزارت نیرو با رعایت موارد ذیل انجام خواهد شد.

- اجرای بندهای ۱ و ۲ از قسمت "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه
- به منظور رعایت نسبت ۷۵ درصد از خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد، موضوع بند ۲ از قسمت "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه مذکور:

الف) تکمیل جدول ضمیمه (۲) به منظور محاسبه خسارت پرداختی در چارچوب این قرارداد

ب) محاسبه خسارت معوق بیمه‌گر براساس آخرین جدول IBNP یا خسارات معوق مربوط به سال جاری، ارسال شده به وزارت نیرو

ج) محاسبه نسبت خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد براساس موارد الف و ب



**ماده ۴-** در صورت تمایل به ادامه همکاری طرفین به رغم عدم رعایت وظایف یک یا هر دو طرف براساس بخشهای اول و دوم این تفاهم‌نامه، مبنای محاسبه ارزش ریالی ارقام، در زمان تسویه، تاریخ قطع همکاری فی‌مابین خواهد بود. لذا در صورت عدم رعایت هر یک از مواد ۱ و ۲ در این بخش به ترتیب توسط بیمه‌گر و بیمه‌گذار، ضرر و زیان ناشی از جرائم و ارزش ریالی ارقام (حق بیمه و غرامات) از لحاظ حقوقی به عهده شاکی خواهد بود.

### بخش چهارم: مقررات گوناگون

**ماده ۱-** بیمه‌گر و بیمه‌گذار سعی خواهند نمود هر گونه اختلاف ناشی از تفسیر یا اجرای این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند.

**ماده ۲-** به منظور تسریع در انجام امور بیمه‌ای و پرداخت خسارت، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد طرفین موضوع این قرارداد جهت بیمه‌گر و بیمه‌گذار محفوظ می‌باشد.

**ماده ۳-** در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیونی مشترک متشکل از نمایندگان بیمه‌گر و بیمه‌گذار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.

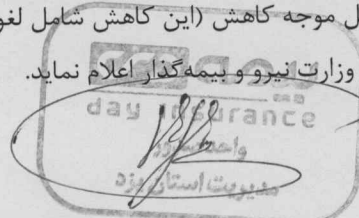
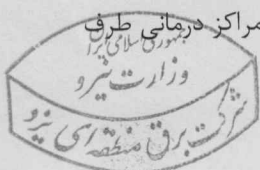
**ماده ۴-** موارد مسکوت یا پیش‌بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه‌های درمان، عمر و حوادث و قانون، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

**ماده ۵-** مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۳/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۱۴۰۴/۴/۱ منقضی می‌گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.

**ماده ۶-** در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه‌گذار و یا بیمه‌گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای فی‌مابین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافق‌نامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.

**ماده ۷-** بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضاء مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.

**ماده ۸-** بیمه‌گر موظف است میزان دسترسی بیمه‌شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی کاهش ندهد در غیر اینصورت موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرار داد با بخش‌های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرارداد نیز می‌شود) را به وزارت نیرو و بیمه‌گذار اعلام نماید.



**ماده ۹-** سهم بیمه شده در مراکز طرف قرارداد بیمه گر تنها فرانشیز و موارد مرتبط با ماده ۵ بخش اول بیمه نامه می باشد. چنانچه مبلغ مازاد بر آن از بیمه شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه گر موظف به جبران آن می باشد.

**ماده ۱۰-** در صورت نیاز به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر موظف به در نظر گرفتن تمهیدات لازم جهت پرداخت اولیه وجه مورد درخواست مرکز در زمان اقدام به بستری بیمه شده با هماهنگی بیمه گذار می باشد.

**ماده ۱۱-** بیمه گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده از پوشش درمانی در هر کجای کشور بدون انجام فرآیندهای اداری اضافی و مستقل از محل شعبه و واحد اجرایی بیمه گر برای بیمه شده مهیا شده و هزینه درمانی بیمه شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه گذار در هر شهر مورد مراجعه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد پرداخت شود.

**ماده ۱۲-** بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه شده مقصر حادثه نیست را با رعایت اصل جانشینی پرداخت نماید.

**ماده ۱۳-** کلیه هزینه های مربوط به شیوع بیماری و آلودگی (از قبیل واکسیناسیون، آزمایشات و ...) تحت پوشش بیمه خواهد بود.

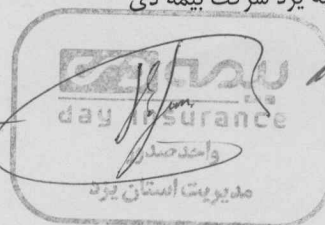
**ماده ۱۴-** حق بیمه رشته های مختلف بیمه ای از یکدیگر منفک و مجزا می باشند و تبعات عدم اجرای تعهدات بیمه گذار در یک رشته به سایر رشته های بیمه ای قابل تسری نمی باشد.

**ماده ۱۵-** این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۲ ماده و ۳۶ تبصره و ۴۱ بند، در بخش دو شامل ۷ ماده و ۷ تبصره، در بخش سه شامل ۴ ماده و در بخش چهار شامل ۱۵ ماده 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 گذار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی باشند.

شرکت بیمه گر

سید حسین صالحی نژاد

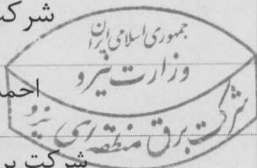
مدیر شعبه یزد شرکت بیمه دی



شرکت بیمه گذار

احمد کردستانی

شرکت برق منطقه ای یزد





### ضمیمه (۱)

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تأیید
۱	تالاسمی	ارائه جواب آزمایش خون و الکترولیز هموگلوبین (الکتروفورزسیر)
۲	هموفیلی	ارائه تست فاکتورهای انعقادی، جواب آزمایش خون، تست فعال شدن نسبی ترومبوپلاستین، تست زمان پروترومبین، تست فیبرینوژن
۳	دیالیز (خونی و صفاتی)	ارائه کارت انجمن دیالیز و یا آزمایش نشان دهنده عدم فعالیت کلیه‌ها
۴	مالتیپل اسکلروزیس - ام اس	جواب ام آر آی مغز و نخاع و یا کارت انجمن ام اس
۵	سرطان‌ها (cancer)	جواب پاتولوژی + نسخ تجویزی
۶	پارکینسون	ارائه نسخه پزشک متخصص مغز و اعصاب
۷	هپاتیت	ارائه جواب آزمایش‌های هپاتیت
۸	ایدز	ارائه جواب آزمایش ایدز
۹	شیمی درمانی و رادیو تراپی	ارائه جواب پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد + نسخه‌های تجویزی
۱۰	متابولیک موکوپلی سایکاریدوز	ارائه جواب آزمایش ادرار که نشان دهنده میزان زیاد موکوپلی ساکارید در آن هست و نسخ پزشک متخصص، ارائه جواب پاتولوژی بافت درگیر
۱۱	بال پروانه ای	ارائه جواب نمونه‌برداری از پوست بیمار
۱۲	صرع مقاوم به درمان	نوار مغز + نسخه پزشک معالج مغز و اعصاب
۱۳	SMA	نوار عصب و عضله و آزمایشات + نسخه پزشک معالج مغز و اعصاب
۱۴	اوتیسم	نسخه پزشک معالج روانپزشک فوق تخصصی کودکان
۱۵	CF (سیستیک فیبروزیس)	آزمایشات تخصصی
۱۶	پمپه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۷	گوشه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۸	نیمن پیک C/D	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۹	دیستروفی عضلات دوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۰	دیستروفی عضلات غیردوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۱	پیوند کلیه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۲	پیوند کبد	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۳	پیوند قلب	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۴	پیوند ریه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی



ردیف	بیماری	مدرک مورد نیاز جهت تائید
۲۵	پیوند پانکراس	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۶	پیوند روده	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۷	پیوند قرینه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۸	پیوند مولتی ویسرال	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۹	پیوند سلولهای بنیادی خون ساز ( مغز استخوان )	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۳۰	سکته قلبی	نوار قلب + آزمایشات + مدارک بیمارستانی + نسخ تجویزی
۳۱	سکته مغزی ایسکمیک	CT Scan در نوبتهای متوالی + نسخ تجویزی
۳۲	سکته مغزی هموراژیک	MRI + CT Scan یا آنژیوگرافی مغزی + نسخ تجویزی
۳۳	پرفشاری شریان ریوی	آنژیو اسکن + تشخیص پزشک + داروهای تجویزی
۳۴	رتینوپاتی	عکسبرداری تخصصی شبکیه چشم + نسخ تجویزی
۳۵	روانی مزمن	نسخ تجویزی روانپزشک
۳۶	دیسترونی کمر بند شانه و لگن ، دیسترونی FSHD دیسترونی مادرزادی و میوپاتی ( غیردوشن )	نوار عصب و عضله + نسخ داروهای تجویزی
۳۷	نارسایی مزمن کلیه	سونوگرافی + اسکن کلیه‌ها + نسخ تجویزی
۳۸	متابولیک ام پی اس	آزمایش اختصاصی
۳۹	نقص سیستم ایمنی اولیه	آزمایش اختصاصی
۴۰	فنیل کتونوری کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۱	فنیل کتونوری غیر کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۲	تیروزینمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۳	بیماری ادرار شربت افرا (MSUD)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۴	اختلال سیکل اوره (NAGS deficiency)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۵	اختلال اکسیداسیون اسیدهای چرب (MCADD)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۶	گلو تاریک اسیدآوری	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۷	هموسیستنوری کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۸	هموسیستنوری غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۹	متیل مالونیک اسیدآوری کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۰	متیل مالونیک اسیدآوری غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۱	پروپیونیک اسیدمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۲	ایزووالریک اسیدمی (IVA)	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۳	اختلال ارگانیک اسیدمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۴	آدرنولکودیسترونی (ALD)	اسکن + آزمایش
۵۵	گالاکتوزمی	آزمایش



ردیف	بیماری	مدرک مورد نیاز جهت تأیید
۵۶	سوء جذب گلوکز گالاکتوز (GGMA)	آزمایش
۵۷	هایپرلیپوپروتینما	آزمایش
۵۸	هیپوتالپوپروتینما	آزمایش
۵۹	آبتالپوپروتینمی	آزمایش
۶۰	کمبود آدنوزین کیناز ( Adenosine kinase deficiency)	آزمایش اختصاصی
۶۱	سلیاک اطفال	آزمایش + اسکن یا MRI + آندوسکوپی و کولونوسکوپی





## ضمیمه (۲)

ضمیمه تعهدنامه بند ۳-۴ از بخش یک قرارداد

شرکت بیمه .....

نظر به اینکه فرزندان اینجانب ..... از هیچگونه پوشش بیمه درمانی از طریق پدر (همسر اینجانب) برخوردار نیستند، لذا خواهشمند است تمهیدات لازم نسبت به برقراری پوشش جهت آنان در نظر گرفته شود. بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا متعهد به پرداخت کلیه خسارات وارده بوده و در این ارتباط موارد مرتبط با ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی در مورد اینجانب از طرف بیمه‌گر قابل پیگیری خواهد بود.

مدیر امور اداری شرکت

امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده

امضاء



### ضمیمه (۳)

ضمیمه مربوط به تبصره ۲ از بند ۶-۴ بخش اول قرار داد

نام خانوادگی : نام :

تاریخ تولد : کد ملی :

نسبت با بیمه شده اصلی :

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

اگر جواب بالا مثبت است لطفا 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 :

اینجانب 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 بیمه گر را جبران خواهم نمود.

امضاء : تأیید بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی : امضاء :

