



ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
 کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - ۸۸۷۹۲۹۹۷
 ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
 کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹ - ۶۶۷۰۹۰۴۱ - ۶۶۷۲۶۳۴۸

قرارداد بیمه درمان جمعی

این قرارداد فیما بین شرکت سهامی بیمه دانا... که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده میشوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران و شرایط زیر منعقد میگردد:

بخش اول (شرایط خصوصی)

ماده ۱) مشخصات قرارداد

شماره سریال قرارداد: 3301/1499/95/1	تاریخ صدور: 1395/08/01
تعداد بیمه شدگان: با الحاقیه تعیین می گردد .	تاریخ شروع: 1395/08/01
شماره سریال قرارداد دوره قبل: بیمه ایران	تاریخ انقضاء: 1396/08/01
	نماینده آقای رجیبی: کد 1499

ماده ۲) مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار: دانشگاه گنبد کاووس (طرح یک)	
نشانی بیمه گذار: استان گلستان - گنبد کاوس - خیابان شهید فلاحی - بلوار بصیرت	
تلفن: 33225021	فاکس: 33224060
شماره اقتصادی: 411394853394	کد پستی: 1633815739
	شناسه ملی: 14003083070

ماده ۳) مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا (شعبه گرگان)	
نشانی بیمه گر: گرگان - خیابان ۵ آذر جنب سازمان انتقال خون شرکت سهامی بیمه دانا شعبه گرگان	
تلفن و فاکس: 32231026	کد پستی: 4917636175
	32224546

ماده ۴) وضعیت حق بیمه

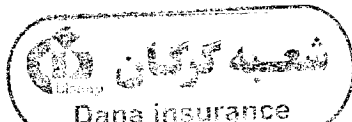
حق بیمه ماهانه هریک از بیمه شدگان با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده مبلغ 561/350 ریال تعیین میگردد که از مبلغ مذکور به تفکیک 515/000 ریال بابت حق بیمه مصوب و 46/350 ریال بابت ۹ درصد مالیات بر ارزش افزوده خواهد بود بدین ترتیب حق بیمه صادره یکساله با توجه به تعداد بیمه شدگان در بدو قرارداد با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده با الحاقیه تعیین میگردد که از مبلغ مذکور به تفکیک با الحاقیه بابت حق بیمه صادره یکساله و با الحاقیه بابت ۹ درصد مالیات بر ارزش افزوده می باشد (در صورت تغییر در تعداد بیمه شدگان نرخ حق بیمه تعدیل می یابد).

ماده ۵) نحوه پرداخت حق بیمه

بیمه گذار موظف است مبلغ با الحاقیه به هنگام امضاء مبادله قرارداد و مابقی را در الحاقیه قسط مساوی هریک به مبلغ الحاقیه ریال در سررسیدهای الحاقیه لغایت الحاقیه در وجه شرکت بیمه دانا به شماره حساب 0046019316 بانک ملت به تفکیک حق بیمه مصوب و ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده پرداخت نماید.

ماده ۶) دوره انتظار

دوره انتظار برای زایمان (اعم از طبیعی و سزارین) ۶ ماه و بیماریهای مزمن ۳ ماه می باشد.



DD-FR-722-14 صفحه ۱ از ۶ - شماره بازنگری: 3



ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
 کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - نامبر ۸۸۷۹۲۹۹۷
 ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
 کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹ - ۶۶۷۰۹۰۴۱ - نامبر ۶۶۷۲۶۳۴۸

ماده (7) مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است، که از ساعت 24 مورخ 1395/08/01 شروع و تا ساعت 24 مورخ 1396/08/01 خاتمه می یابد. و هریک از طرفین میباید لااقل یک ماه قبل از انقضای قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتبا" بطرف دیگر اعلام نمایند.

ماده (8) تعهدات بیمه گر: بیمه گر در اداء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق جدول ذیل جبران نماید.

ردیف	تعهدات بیمه گر		حد اکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر	تعهد برای	
	نفر	خانوار		نفر	خانوار
1	*	*	120/000/000	*	*
2	*	*	60/000/000	*	*
3	*	*	20/000/000	*	*
4	*	*	10/000/000	*	*
5	*	*	5/000/000	*	*
6	*	*	5/000/000	*	*
7	*	*	8/000/000	*	*
8	*	*	5/000/000	*	*
9	*	*	5/000/000	*	*
10	*	*	5/000/000	*	*
11	*	*	2/000/000	*	*
12	*	*	10/000/000	*	*
13	*	*	30/000/000	*	*
15	*	*	50/000/000	*	*
17	*	*	800/000	*	*
	*	*	1/300/000	*	*





ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
 کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - نامبر ۸۸۷۹۲۹۹۷
 ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
 کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹ - ۶۶۷۰۹۰۴۱ - نامبر ۶۶۷۲۶۳۴۸



ماده 4: موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان است که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی شرایط خصوصی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

تبصره (1) بیماری: عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.
 تبصره (2) حادثه: عبارتست از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

ماده 5: فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود و تامین آن به عهده بیمه‌گذار یا بیمه‌شده می‌باشد.

تبصره (1) در صورتیکه بیمه‌شدگان بنا به عللی مایل به استفاده از سهم خسارت درمان بیمه‌گر اول نباشند و یا بیمه‌گر اول از پرداخت هزینه‌ها به هر دلیلی خودداری نماید هزینه‌های درمانی در تعهد بیمه‌گر پس از کسر فرانشیزهای مندرج در این قرارداد با ارائه اصل مدارک از هزینه‌های قابل پرداخت، محاسبه خواهد شد.

تبصره (2) چنانچه والدین و فرزندان ذکور مجرد و همچنین همسر و فرزندان کارکنان اناث (تبصره و واماده) فاقد دفترچه بیمه‌گر اول باشند هزینه‌های درمانی در تعهد بیمه‌گر با ارائه اصل مدارک و پس از کسر فرانشیز مربوطه از هزینه‌های قابل پرداخت، محاسبه خواهد شد.

ماده 6: حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد و نحوه پرداخت آن بنحوی است که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده است و انجام تعهدات بیمه‌گر منوط به رعایت کامل آن خواهد بود.

تبصره (1) در صورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه در سررسیدهای معین بیمه‌گر هیچگونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت به بیمه‌گذار یا بیمه‌شده ندارد و اگر بیمه‌گر در این راستا به هر دلیلی از جمله اقدام قانونی بیمه‌شدگان و به موجب رای مراجع ذیصلاح خسارتی پرداخت کند، بیمه‌گذار در صورت عدم پرداخت حق بیمه معوق، مسئول بازپرداخت خسارت پرداختی به بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره (2) عدم انجام تعهدات بیمه‌گر بعلت تأخیر یا امتناع بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه‌گذار در پرداخت حق بیمه نمی‌باشد و بیمه‌گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه‌گر پرداخت نماید.

تبصره (3) حق بیمه بیمه‌شدگان بدلیل اعلام انصراف آنها از ادامه قرارداد، قابل برگشت نمی‌باشد.

تبصره (4) بیمه‌گذار می‌بایست یکماه پس از تاریخ صدور الحاقیه اضافی مبلغ حق بیمه اضافه شده را به بیمه‌گر یکجا پرداخت نماید و چنانچه الحاقیه صادره مورد قبول بیمه‌گذار واقع نگردد در مدت یاد شده فرصت خواهد داشت که کتباً اعتراض خود را با ارسال مدارک مثبت به بیمه‌گر اعلام نماید در غیر اینصورت الحاقیه صادره مورد قبول تلقی شده و بیمه‌گذار موظف به پرداخت حق بیمه صادره خواهد بود.

ماده 7: دوره انتظار: مدتی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران هزینه‌های ذیل ندارد. تاریخ شروع آن همان تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای هر بیمه‌شده می‌باشد که میزان آن در شرایط خصوصی تعیین می‌شود.

دوره انتظار برای گروههای زیر 250 نفر 9 ماه و از 250 نفر الی 1000 نفر 6 ماه و بالای 1000 نفر فاقد دوره انتظار می‌باشد.

الف)) زایمان (اعم از طبیعی و سزارین و کورتاژ تخلیه ای)

ب)) بیماریهای مزمن شامل: فتق، لوزه و گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماریهای نئوپلاستیک، پولیپ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، نارسائی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، ماستیوئیدکتومی، کاتاراکت، امراض مزمن قلبی، عروقی، دیابت، (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو و آی سی یو بشود)

تبصره (1) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه‌گر باشد و یا بلافاصله بعد از انقضاء نزد بیمه‌گر دیگر در این شرکت منعقد شود بیمه‌شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بموقع و طی نمودن دوره انتظار بطور کامل، مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

تبصره (2) در صورتیکه شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضاء قرارداد نزد بیمه‌گر دیگر باشد ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه‌شدگان که به تأیید بیمه‌گر قبلی رسیده باشد الزامیست.





ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
 کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - نامبر ۸۸۷۹۲۹۹۷
 ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
 کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱ - تلفن: ۹ - ۶۶۷۰۹۰۴۱ - نامبر ۶۶۷۲۶۳۴۸

فصل دوم - (وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده)

ماده ۸: اصل حسن نیت : بیمه گذار و بیمه شده مکلفاند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند .

اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه نامه فسخ خواهد شد.
 تبصره ۱: چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است

تبصره ۲: هر گاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر، نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۹: بیمه گذار می بایست حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد لیست اسامی و مشخصات نهائی بیمه شدگان را به صورت یکجا و بطور خوانا و بدون قلم خوردگی که حاوی اطلاعاتی از جمله: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز /ماه/سال، شماره حساب بیمه شده اصلی شماره شب، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، جنسیت، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و یا سایر بیمه گران اول باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه فلاپی) و پس از مهر و امضاء به انضمام نامه رسمی جهت بیمه گر ارسال نماید، شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پوشش بیمه ای افراد اعلامی از سوی بیمه گذار تحت عنوان از قلم افتاده و یا غیره نخواهد داشت .

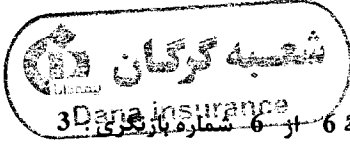
تبصره ۱/ هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق صرفاً شامل افراد جدید الاستخدام، انتقالی، مامورین، نوزادان و همسر بیمه شدگانیکه درطول مدت قرارداد ازدواج مینمایند خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه و...) از سوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ استخدام، تولد و... برای بیمه گر ارسال گردد.

تبصره ۲) کاهش بیمه شدگان درطول مدت قرارداد صرفاً شامل افراد مستعفی، فوتی، بازنشستگی، انتقالی و اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبت و با رعایت تبصره ۳ و ۴ همین ماده میسر خواهد بود.

تبصره ۳) شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید موضوع تبصره ۱ ماده ۹ قرارداد، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد، حق بیمه برگشتی (مشروط به عدم دریافت خسارت) نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار محاسبه خواهد شد .

تبصره ۴) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد، بدیهی است هنگام حذف بیمه شده به هردلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه میگردد .

تبصره ۵) نوزادان به محض تولد بیمه می باشند و آندسته از بیمه شدگان که صاحب فرزند میشوند می بایست از تاریخ تولد نوزاد حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقی از طریق بیمه گذار طی نامه کتبی برای بیمه گر ارسال نمایند.





ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
 کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - نامبر ۸۸۷۹۲۹۹۷
 ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
 کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹ - ۶۶۷۰۹۰۴۱ - نامبر ۶۶۷۲۶۳۴۸

فصل سوم - (تعهدات بیمه گر)

ماده ۱۰: حدود تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق شرایط تعیین شده در بخش خصوصی بیمه نامه جبران نماید.

تبصره (۱) تعهدات بیمه گر در مورد بیماری که با معرفینامه کتبی بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه دانا استفاده مینمایند برابر صورتحسابهای مراکز فوق الذکر مورد رسیدگی و تسویه قرار میگیرد و در صورتیکه بیمه شدگان مستقیماً و بدون اخذ معرفینامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، می بایست تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانهای بیمه گراول رسیده باشد را به ضمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) به همراه درخواست کتبی بیمه گذار و یا کارت درمانی معتبر بیمه دانا جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نمایند. در اینصورت هزینه های درمانی طبق ماده ۱۱ قرارداد و مقررات مربوطه محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود و بیمه شدگان می بایست در صورت عدم استفاده از معرفینامه دریافتی جهت مراکز طرف قرارداد بیمه دانا نسبت به عودت معرفینامه جهت حذف از سوابق درمانی اقدام نمایند.

تبصره (۲) بیمه گر تعهد می نماید به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

تبصره (۳) هزینه های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه گرمی باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکتهای سازمانهای بیمه ای نمی تواند از صد در صد هزینه های انجام شده تجاوز نماید. بعبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمانها و شرکتهای مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد میباشد.

تبصره (۴) هزینه های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی بعنوان مناطق جنگی شناخته شده اند در زمان صلح مشمول بیمه می باشند.

تبصره (۵) بیمه گر میتواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید.

تبصره (۶) بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

* میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
 تبصره (۷) خسارات (هزینه های) مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

ماده ۱۱: بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورتحساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورتحساب مرکز درمانی اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود، چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت 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.

تبصره ۲: بیمه گذار و یا بیمه شده موظف اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کنند.

تبصره ۳: چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به هر کدام از شرکتهای بیمه مخیر است.





ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان یازدهم، پلاک ۲
 کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۸۷۹۲۹۹۷
 ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲
 کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹-۶۶۷۰۹۰۴۱-۶۶۷۲۶۳۴۸



ماده 12: استثنائات: موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد:

- * عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد
- * اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میگردد مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- * سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج
- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.
- * حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل و آتشفشان.
- * فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ
- * لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر
- * جراحی لثه
- * جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد
- * ترک اعتیاد.
- * هزینه اتاق خصوصی (یکنفره) مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر
- * هزینه همراه بین 7 سال تا 70 سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر
- * بیماریهای سایکوتیک(روانی) مگر ناشی از حادثه باشد(منظور از بیماریهای سایکوتیک آندسته از بیماری های است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد).
- * خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- * رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- * هزینه های مربوطه معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- * کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

* جنون .

- * هزینه های مضمولان غایب و سربازان فراری
- * هزینه چک آپ
- * هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی
- * بیمارهای فراگیر (اپیدمی)
- * سپتوپلاستی (انحراف بینی) مگر اینکه قبل از عمل جراحی به تأیید پزشک معتمد بیمه گر رسیده باشد.

فصل چهارم - مقررات گوناگون

ماده 13: نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور:

- بیمه شدگان درانتخاب پزشکان و بیمارستانهای مجاز کشور مختار بوده و به یکی ازدو صورت ذیل عمل خواهند نمود .
- الف)) بیمه شدگان در صورت تمایل به استفاده از بیمارستانهای طرف قرارداد میتوانند با ارائه مدارک مورد نیاز به شرکت بیمه دانا مراجعه و معرفی نامه لازم جهت استفاده از بیمارستان را دریافت دارند .
- ب)) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه ها و ارائه اسناد ، مازاد هزینه ها طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.
- تبصره) مدارک لازم جهت صدور معرفی نامه به بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد:
- 1- نامه بیمه گذار و یا کارت درمان معتبر بیمه دانا.
- 2- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی .
- 3- تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده و بیمار

