

قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

کمرح شماره ۲

تاریخ صدور: ۱۳۹۷/۰۸/۰۱

تاریخ شروع: ۱۳۹۷/۰۸/۰۱

تاریخ انقضا: ۱۳۹۸/۰۷/۳۰

کد نمایندگی:

کد و نام کارگزار:

شماره قرارداد: ۱۳۹۷/۳۳۲/۳۰۲۰/۲۰

شماره قرارداد سال قبل:

بیمه‌گذار: سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس کشور

تعداد بیمه‌شدگان ۵۵۰۰ نفر

حق بیمه صادره: ۴,۶۱۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال

ساعت پایان قرارداد: ساعت ۲۴ روز پایان قرارداد

ساعت شروع قرارداد: ساعت صفر روز ابتدای قرارداد

\*\*\*\*\*

فصل اول: کلیات

ماده ۱-

این بیمه‌نامه بین شرکت سهامی بیمه ایران به عنوان بیمه‌گر و سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس کشور یا شناسه ملی ۱۴۰۰۲۴۵۹۲۱۰ کد اقتصادی ۴۱۱۳۶۹۷۸۴۱۵۳ به عنوان بیمه‌گذار نامیده می‌شود، بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶، آئین‌نامه‌های شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جز لاینفک بیمه‌نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است که با شرایط خصوصی ذیل منعقد می‌گردد: بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده یا در تعهدات این قرارداد ذکر نشده است، جز تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

ماده ۲-

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد با این مفاهیم استفاده شده‌اند:

(۱) بیمه‌گر

شرکت سهامی بیمه ایران - مجتمع / شعبه به نشانی: پاسداران تلفن فاکس ۲۲۸۸۸۷۰۰ که جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

(۲) بیمه‌گرو پایه

سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و سازمان‌های مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می‌باشند، بنابراین بیمه‌گرهای پایه بیمه‌گر اول و شرکت سهامی بیمه ایران بیمه‌گر دوم محسوب می‌شوند.

(۳) بیمه‌گذار

سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس کشور به نشانی: تهران خیابان دکتر علی شریعتی، خیابان قیصریه (بلوار صبا)، کوچه شهید سید عباس حسینی (نجم سابق)، سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس کشور کد پستی ۱۹۳۳۸۸۴۸۸۳ تلفن ۲۴۴۵۷۲۰۰۰ که متعهد به پرداخت حق بیمه و سایر وظایف بیمه‌گذار به شرح این بیمه‌نامه می‌باشد.

(۴) گروه بیمه‌شدگان

عبارتند از کارکنان رسمی، پیمائی و قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده ایشان که با معرفی و تأیید بیمه‌گذار و به شرح ماده ۳ این بیمه‌نامه به عنوان بیمه شده به بیمه‌گر معرفی شده و حداقل پنجاه درصد کارکنان به همراه کلیه اعضای خانواده‌شان باید همزمان تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرند. منظور از اعضای خانواده: شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی است که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه‌گر پایه می‌باشند.

دبیر خانه سازمان نوسازی مدارس کشور	
شماره ثبت:	
ارجاع:	سلام ای سی
تاریخ:	۹۷/۸/۲
سوابق ده‌تایی ارسال شد <input checked="" type="checkbox"/>	

فرزندان ذکور تا سن بیست سال تمام، در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام تحت پوشش این بیمه بوده و در صورتی که در ابتدای قرارداد مشمول این بیمه‌نامه باشند، پوشش بیمه‌ای ایشان تا پایان قرارداد ادامه خواهد داشت.

**نمبره ۲-**

فرزندان اناث تا هنگام ازدواج یا اشتغال به کار تحت پوشش این بیمه‌نامه می‌باشند.

**نمبره ۳-**

بیمه‌گذار می‌تواند در صورت موافقت بیمه‌گر، کارکنان بازنشسته خود را به همراه اعضای خانواده ایشان صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش این بیمه‌نامه درآورد.

**(۱) موضوع بیمه:**

عبارتست از جبران بخشی از هزینه‌های درمانی ناشی از بیماری و حوادث بیمه‌شدگان که مازاد بر تعهد بیمه‌گر پایه بوده یا در تعهد بیمه‌گر پایه نباشد و طی این بیمه‌نامه به شرح ماده ۶ این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

**(۲) حادثه:**

هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در طول مدت بیمه‌نامه اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

**(۳) بیماری:**

هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک معالج می‌باشد.

**(۴) دوره انتظار:**

مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و مدت آن مطابق با ماده ۷ این بیمه‌نامه است.

**(۵) فرانشیز:**

فرانشیز سهم بیمه شده یا بیمه‌گذار از خسارت قابل پرداخت است که بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نسبت به جبران آن ندارد و میزان آن در این قرارداد طبق مندرجات جدول موضوع ماده ۶ تعیین می‌گردد. (در صورت استفاده از بیمه‌گر پایه فرانشیز صفر و در غیر اینصورت ۱۰٪ خواهد بود.)

**فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار**

**ماده ۳- لیست اسامی بیمه‌شدگان:**

بیمه‌گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از امضا و مبادله قرارداد یک نسخه از فهرست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان را، بصورت فایل الکترونیکی طبق قالب تعیین شده از سوی بیمه‌گر، به طور صحیح و کامل مطابق با بندهای ۱ و ۲ از ماده ۳ این بیمه‌نامه تهیه نموده و به صورت مکتوب صحت اطلاعات را تأیید و با مهر و امضا رسمی به بیمه‌گر تحویل نماید. صرفاً چنین لیستی برای احراز پوشش بیمه‌ای بیمه‌شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه‌گر قرار خواهد گرفت. بدیهی است جبران هرگونه ضرر و زیان ناشی از ارائه اطلاعات نادرست در خصوص بیمه‌شدگان به عهده بیمه‌گذار خواهد بود.

**تیصره -**

کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده ایشان در لیست اسامی اولیه موضوع ماده ۳ درج نگردیده باشد، به استناد از قلم افتادگی نمی‌توانند در تعداد بیمه‌شدگان این بیمه‌نامه قرار گیرند. مگر اینکه بیمه‌گذار دلایل موجهی ارائه نموده و مورد تأیید بیمه‌گر واقع گردد. در صورت تأیید بیمه‌گر، شروع پوشش بیمه‌ای این دسته از بیمه‌شدگان از اولین روز ماه بیمه‌ای بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار خواهد بود. لیست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان می‌بایست حاوی اطلاعات زیر باشد:

**(۱) اطلاعات مربوط به بیمه شده اصلی شامل:**

کد پرستلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی (روز / ماه / سال) - شماره شناسنامه - کد ملی - تاریخ استخدام نام بیمه‌گر پایه - شماره دفترچه بیمه پایه - زیرگروه - وضعیت تأهل شماره شبا (جهت واریز هزینه‌های درمان) شماره تلفن همراه (جهت ارسال پیامک و اطلاعات لازم به بیمه‌شدگان) و سایر اطلاعات درخواستی.

**(۲) اطلاعات مربوط به بیمه شده تبعی شامل:**

نسبت با بیمه شده اصلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی (روز / ماه / سال) - شماره شناسنامه - کد ملی نام بیمه‌گر پایه - شماره دفترچه بیمه‌گر پایه - زیرگروه - وضعیت تأهل - وضعیت تکفل و سایر اطلاعات درخواستی.

### ۳۳) افزایش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد

افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی، همسر کارکنانی که در طول مدت قرارداد ازدواج نموده‌اند و افرادی که در طول سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار گیرند (منوط به اعلام کتبی بیمه‌گذار حداکثر ظرف یک ماه پس از کفالت یا ازدواج) می‌توانند از اولین روز ماه بیمه‌ای بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرند.  
- تبصره نوزادان از بدو تولد تحت پوشش می‌باشند، مشروط به آنکه حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ تولد توسط بیمه‌گذار به بیمه‌گر معرفی

### ۴) کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد

موارد کاهش بیمه‌شدگان عبارتست از فوت بیمه شده و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع می‌شود. تاریخ مؤثر برای حذف این دسته از بیمه‌شدگان منوط به اعلام کتبی بیمه‌گذار و به استناد مدارک مثبتیه از تاریخ فوت و یا قطع همکاری می‌باشد.  
\* بیمه‌گذار متعهد می‌گردد در موارد حذف بیمه‌شدگانی که از محل تعهدات این بیمه‌نامه خسارتی دریافت کرده‌اند، حق بیمه باقی‌مانده تا پایان بیمه‌نامه را پرداخت نماید.  
\* در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه‌نامه فوت کند، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده ایشان به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه‌ای ادامه خواهد داشت.

### ۵) تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان

بیمه‌گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه‌شدگان را همراه با ذکر علت و تاریخ تغییر وضعیت بیمه شده، حداکثر تا یک ماه پس وقوع تغییر برای بیمه‌گر ارسال نماید.

### ماده ۴- نماینده قانونی بیمه‌گذار

بیمه‌گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده تام‌الاختیار خود را به بیمه‌گر معرفی نماید. این نماینده رابط بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان را به عهده دارد. بدین ترتیب بیمه‌شدگان می‌بایست امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه‌گر خودداری نمایند.

### ماده ۵- حق بیمه قرارداد

#### ۱) میزان حق بیمه:

حق بیمه وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه‌گر موکول به پرداخت حق بیمه تعیین شده در این بیمه‌نامه است که با توجه به تعهدات بیمه‌گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان به شرح ذیل می‌باشد.

ارقام به ریال						گروه‌های سنی			
حق بیمه ماهانه هر نفر با احتساب	حق بیمه ماهانه هر نفر با احتساب ۹	عوارض	مالیات سلامت	مالیات	حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان بدون احتساب مالیات				
۹ درصد مالیات سال ۱۳۹۷	درصد مالیات سال ۱۳۹۶ و مالیات سلامت	.	.	.	۹۷۹,۰۰۰	سال	۶۰	تا	-
۹۷۹,۰۰۰	۹۷۹,۰۰۰	.	.	.	۹۷۹,۰۰۰	سال	۷۰	تا	۶۱
۹۷۹,۰۰۰	۹۷۹,۰۰۰	.	.	.	۹۷۹,۰۰۰	سال	۲۰۰	تا	۷۱

\* لازم به توضیح است حق بیمه برای همه بیمه‌شدگان یکسان می‌باشد.

### ۲) نحوه پرداخت حق بیمه

حق بیمه به صورت یکجا در ابتدای قرارداد دریافت می‌گردد. در صورت تأیید بیمه‌گر مبنی بر پرداخت حق بیمه به صورت اقساط، بیمه‌گذار مکلف است قسط اول حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه‌شدگان در شروع قرارداد و مابقی را در ابتدای هر سررسید حداکثر ظرف مدت پانزده روز در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

\* مهلت پرداخت حق بیمه قطعی بوده و در صورت عدم پرداخت حق بیمه قرارداد در مهلت مقرر، سیستم به صورت خودکار قرارداد را با صدور الحاقی به حالت تعلیق درآورده و بیمه‌گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت نخواهد داشت. پس از پرداخت حق بیمه‌های معوق، بیمه‌گر مخیر است نسبت به رفع تعلیق یا فسخ قرارداد مطابق با ماده ۲۰ این قرارداد اقدام نماید.

### ۳) حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان (افزایش و کاهش)

حق بیمه تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان توسط بیمه‌گر و به شرح ذیل محاسبه شده و در اقساط تعیین شده اعمال می‌گردد که می‌بایست در موعد سر رسید در وجه بیمه‌گر پرداخت شود.

- \* در مورد افزایش تعداد بیمه‌شدگان، حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه می‌شود
- \* در مورد کاهش تعداد بیمه‌شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد

#### تبصره ۵ -

افرادی که در طول مدت بیمه نامه خسارتی دریافت کرده باشند، حتی در صورت قطع همکاری با بیمه گذار می‌بایست حق بیمه یکسال را به طور کامل پرداخت نمایند.

### فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه‌گر

#### ماده ۶ - حدود تعهدات بیمه‌گر:

ردیف	نام تعهدات	واحد	حداکثر تعهدات	فرانشیز (درصد)		
				قرارداد	تحت تکفل	غیر تحت تکفل
۱	هزینه‌های بیمارستانی (جراحی عمومی) - هزینه‌های بستری، جراحی، شیمی‌درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و تبصره: اعمال جراحی به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان موردنیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان‌ها به جز زایمان	نفر	نامحدود	۲۰	۲۰	۲۰
۶/۱۲	جراحی تخصصی (شش عمل اصلی) - هزینه اعمال جراحی اصلی - مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دپسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱)	نفر	نامحدود	۲۰	۲۰	۲۰
۶/۱۳	زایمان - هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	نفر	۴۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶/۱۴	پاراکلینیکی ۱ - پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - انواع آندوسکوپی - ام‌آرای - اکوکاردیوگرافی - استرس اکو - دانسیتومتری - انواع آنژیوگرافی (به جز چشم و قلب)	نفر	۲۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶/۱۵	پاراکلینیکی ۲ - هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری)، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، آنژیوگرافی چشم و هولترماتیتورینگ قلب	نفر	۲۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶/۱۶	جراحی‌های مجاز سرپایی - جراحی‌های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و دررفتگی - گچ گیری - ختنه‌بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن لیوم - بیوپسی - تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم)	نفر	۲۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰

۶۱۷	هزینه‌های آمبولانس داخل شهر -هزینه‌های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۱۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۸	هزینه‌های آمبولانس خارج شهر -هزینه‌های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۲۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۹	هزینه های دندانپزشکی (به استثناء هزینه های مربوط به ارتودنسی، ایمپلنت، دست دندان و اعمال زیبایی) هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه ای محاسبه می شود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می کند	نفر	۱۵۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۱۰	سمعک گوش راست و چپ	نفر	۷۵۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۱۱	تشخیص بیماریها و ناهنجاریهای جنین	نفر	۱۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۱۲	هزینه های درمان نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی)، اعمال جراحی مرتبط ، GIFT, ZIFT, IUI ، میکرواینجکشن و IVF	نفر	۴۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۱۳	ویزیت (طبق تعرفه وزارت بهداشت ) و دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و داروهای خارجی که جنبه درمانی داشته باشد و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	نفر	۲۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۱۴	هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله پس از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد. ( طبق تعرفه وزارت بهداشت )	نفر	۷۵۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۱۵	لنز، عینک انواع لنز، عینک، عدسی	نفر	۲۵۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۱۶	خدمات آزمایشگاهی -هزینه خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ و غربالگری) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی	نفر	۲۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۱۷	لیزیک چشم راست -لیزیک چشم راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات ۳) دیوپتر یا بیشتر باشد.	نفر	۱۵۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۱۸	لیزیک چشم چپ -لیزیک چشم چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات ۳) دیوپتر یا بیشتر باشد.	نفر	۱۵۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۱۹	گفتار درمانی و کار درمانی	نفر	۲۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۲۰	داروی بیماری های خاص و بیماران صعب العلاج طبق تعریف وزارت بهداشت	نفر	۱۵۰۰۰۰۰۰	۲۰	۲۰	۲۰
۶۱۲۱	هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن ، صرفا با تایید انجمن حمایتی مربوطه	نفر	نامحدود	۲۰	۲۰	۲۰

## تبصره ۱

بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نسبت به جبران هزینه‌های اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) مندرج در شرایط عمومی آیین‌نامه ۷۴ بیمه‌های درمان ندارد.

## تبصره ۲

هزینه‌های آمبولانس داخل شهر و خارج شهر از محل تعهد هزینه‌های بیمارستانی (بند ۱) و مجموع تعهد بیمه‌گر برای تعهدات ردیف‌های ۱ تا ۴ جدول فوق حداکثر معادل سقف تعهد جراحی تخصصی خواهد بود. سایر تعهدات به صورت مستقل در نظر گرفته می‌شود.

## ماده ۷- دوره انتظار:

مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و مدت آن مطابق با ماده ۷ این بیمه‌نامه است.

## ماده ۸- فرانشیز:

فرانشیز در این بیمه‌نامه مطابق با جدول تعهدات موضوع ماده ۶ محاسبه خواهد شد. لازم به توضیح است در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز معادل میزان تعیین شده در قرارداد و در غیر این صورت معادل سهم بیمه‌گر پایه خواهد بود.

## تبصره

در صورتی که سهم بیمه‌گر پایه کمتر از فرانشیز مقرر در قرارداد باشد، مابه‌التفاوت سهم بیمه‌گر پایه و فرانشیز از خسارت مورد تأیید بیمه‌گر کسر خواهد شد.

## ماده ۹- استثنائات:

هزینه این موارد مطابق با ماده ۷ از آیین‌نامه ۷۴ بیمه‌های درمان شورای عالی بیمه از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

- ۱) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۲) عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳) سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴) ترک اعتیاد.
- ۵) خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- ۶) حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۷) جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی‌صلاح.
- ۸) فعل و انفعالات هسته‌ای.
- ۹) هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۱۰) هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۱۱) جنون.
- ۱۲) لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۱۳) جراحی فک مگر به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش.

۱۴) هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.

۱۵) رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

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

#### ماده ۱۰- مهلت پرداخت خسارت:

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

### فصل چهارم: نحوه ارائه خدمات به بیمه‌شدگان

#### ماده ۱۱- نحوه استفاده بیمه‌شدگان از خدمات و تعهدات بیمه‌نامه:

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های 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 بیمه‌گر تسلیم کند. لیکن در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر، نیازی به اخذ معرفی‌نامه یا مراجعه حضوری به بیمه‌گر نبوده و بیمه‌شدگان می‌توانند با ارائه اصل کارت ملی و دستور پزشک در مراکز درمانی طرف قرارداد از خدمات و تعهدات این بیمه‌نامه استفاده نمایند. لذا اولویت، استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر می‌باشد. (فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد در سایت رسمی بیمه‌گر به نشانی

<http://www.iraninsurance> سربرگ مراکز ارائه خدمات - در دسترس تمامی بیمه‌شدگان می‌باشد.)

۱) در مواردی که بیمه شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورتحساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

۲) چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد.

۳) در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد (اصل هم‌ترازی).

#### تبصره

محاسبه هزینه‌های پاراکلینیکی و اعمال جراحی سرپایی، بر اساس تعرفه اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی در پرداخت خسارت‌های مستقیم و حداکثر معادل تعرفه‌های اعلام شده از طرف بیمه ایران در پرداخت خسارت‌های غیرمستقیم می‌باشد.

۴) چنانچه بیمه شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هر کدام از شرکت‌های بیمه مخیر است.

۵) در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده 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 از هزینه‌های مربوطه کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

۶) در مواردی که طبق تشخیص کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور انجام معالجات در داخل کشور امکان‌پذیر نباشد، یا بیمه شده هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند، در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند، تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق (یعنی موارد فاقد تأییدیه از سوی کمیسیون پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور یا موارد غیر اورژانسی)، هزینه‌های انجام شده حسب تأیید سفارت یا کنسولگری ج.ا.ا. در کشور مربوطه، حداکثر معادل بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

#### تبصره

میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان برحسب ریال محاسبه و پرداخت خواهد شد.

#### ماده ۱۲- ترتیب پذیرش بیمه‌شدگان در مراکز درمانی:

- ۱) چنانچه بیمه‌شدگان بخواهند از خدمات بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده نمایند، لازم است موارد زیر را رعایت فرمایند:
  - الف - با همراه داشتن اصل دستور پزشک معالج و اصل کارت ملی به یکی از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه فرمایند.
  - ب - هزینه‌های درمانی مربوطه توسط بیمه‌گر به مرکز درمانی طرف قرارداد طبق قرارداد فی‌مابین پرداخت خواهد شد مگر هزینه‌های خارج از تعهد، خارج از سقف یا فرانشیز سهم بیمه شده که به عهده بیمه شده و بیمه‌گذار بوده و لازم است توسط بیمه شده پرداخت گردد.
- ۲) چنانچه بیمه‌شدگان در بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند:
  - الف - حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر اطلاع داده شود.
  - ب - پیش‌پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی توسط بیمه‌شدگان یا بیمه‌گذار تأمین و پرداخت گردد.
  - ج - اصل صورتحساب، ریز صورت هزینه‌ها و فاکتورهای مربوطه و گواهی‌های بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه‌گذار یا نماینده وی جهت محاسبه هزینه‌های مربوطه برای بیمه‌گر ارسال فرمایند.

#### تبصره ۱-

بیمه‌شدگان می‌بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه‌گر اول مانند سازمان خدمات درمانی، تأمین اجتماعی یا سازمان‌های مشابه اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان‌های یاد شده، از طریق نماینده بیمه‌گذار به بیمه‌گر، هزینه‌های انجام شده را تا سقف‌های مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند.

#### تبصره ۲-

در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه‌ای بیمه‌گر اول استفاده نمی‌نماید مشمول فرانشیز موضوع بند ۹ از ماده ۲ این بیمه‌نامه خواهد شد.

#### ماده ۱۳- مهلت تحویل مدارک:

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه‌های انجام شده حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک بیمه‌گر اول می‌باشد و در مورد هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر یک ماه بعد از انجام آن خواهد بود.

## فصل پنجم: سایر شرایط

### ماده ۱۴ اتباع غیر ایرانی:

خسارت مربوط به کارکنانی با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می‌باشد که دارای مجوز اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

### ماده ۱۵- اصل حسن نیت:

بیمه‌گذار و بیمه شده مکلفاند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. (۱) اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند 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 بیمه‌گر بکاهد بیمه‌نامه فسخ خواهد شد. (۲) هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده یا به وسیله اظهارات کاذب و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.

### ماده ۱۶- حق تحقیق:

به منظور حفظ حقوق طرفین و همچنین شفافیت در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه‌شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه‌گرو بیمه‌گذار محفوظ می‌باشد.

### ماده ۱۷-

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه‌شدگان از طرف بیمه‌گذار، مشخص گردد تعداد بیمه‌شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است، بیمه‌گر مجاز به تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.

### ماده ۱۸- حل اختلاف نظر:

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی‌الامکان از طریق مذاکرات فی‌مابین حل و فصل خواهد شد. در غیر این صورت رأی مراجع ذیصلاح نافذ می‌باشد. ( در صورت بروز هرگونه اشکال در تغییر و نحوه اجرای قرارداد موضوع حتی‌الامکان از طریق مذاکرات فی‌مابین و در نهایت از طریق مواد ۸ و ۷ و الحاقیه پیوست حل و فصل خواهد شد.

### ماده ۱۹- مدت بیمه‌نامه:

مدت بیمه‌نامه یک سال تمام شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۰۱ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۸/۰۷/۳۰ خاتمه می‌یابد.

### ماده ۲۰- شرایط فسخ قرارداد:

موارد فسخ بیمه‌نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام کند:

#### **الف - موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:**

- (۱) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسید مقرر
- (۲) هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سونیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع 'خطر' تغییر یابد یا از اهمیت آن کاسته شود.

#### **ب - موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار**

- (۱) در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- (۲) در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود.
- (۳) در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است.

#### **ج - نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:**

- (۱) در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می‌شود.
- (۲) در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه بیمه‌ای محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند و بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

#### **د - نحوه فسخ:**

- (۱) در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد. در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شد تلقی می‌شود.
- (۲) بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌شود.

#### **ماده ۲۱ - شرایط تمدید قرارداد:**

تمدید قرارداد برای سال بعد با توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار و با صدور الحاقی یا تنظیم قرارداد جدید انجام خواهد شد. به منظور استمرار ارائه خدمات به بیمه‌شدگان، بیمه‌گر و بیمه‌گذار اقدامات لازم جهت تمدید قرارداد را ترجیحاً یک ماه قبل از اتمام قرارداد جاری انجام خواهند داد.

#### **ماده ۲۲ - سایر موارد:**

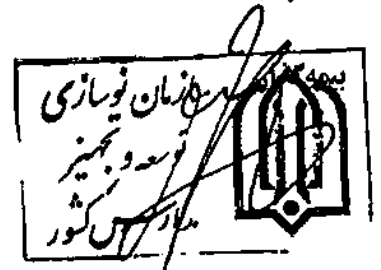
در کلیه مواردی که در این قرارداد از آن‌ها ذکری به میان نیامده باشد، مطابق با شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (آئین‌نامه شماره ۷۴ مصوب شورای عالی بیمه) که جز لاینفک این بیمه‌نامه بوده و به بیمه‌گذار تحویل گردیده است و همچنین قوانین جاری کشور عمل خواهد شد.

**ماده ۲۳ - خاتمه:**

۱۳۹۷/۰۸/۰۲

این قرارداد مشتمل بر ۲۳ ماده و ۱۷ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد می‌باشند تنظیم گردیده و در تاریخ امضا و مبادله شده است.

بیمه‌گر  
شرکت سهامی بیمه ایران  
مجتمع / شعبه



مجری قرارداد:  
نماینده/کارگزار - نام و کد



**بیمه ایران**

کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۱۳۷۱۳۸۷  
شناسه ملی ۱۰۱۰۳۸۵۸۷۴۲



شرکت خدمات بیمه ای آتیه سازان  
کد ۳۰۲۰

بسمه تعالی

## الحاقیه و متمم قرارداد

پیرو قرارداد درمان تکمیل شماره ۲۰ و ۲۱/۳۰۲۰/۳۳۲/۱۳۹۷ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۰۱ بنا به درخواست بیمه گذار و با توجه به نیاز بیمه گذار و موافقت بیمه گر به افزایش خدمات مرتبط با قرارداد فی مابین به موجب این متمم اصلاحات ذیل در مفاد قرارداد اعمال و از تاریخ ۱۳۹۷/۰۸/۰۱ برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود و با استناد به توافقات فی مابین طرفین قرارداد فوق الذکر موارد زیر به قرارداد اصلی الحاق و اضافه میگردد.

حق بیمه این الحاقیه و متمم قرارداد مسترد حق بیمه قرارداد اصلی میباشند و این الحاقیه فاقد بار مالی اضافی بر قرارداد اصلی میباشد.

## طرفین قرارداد

**الف - بیمه گذار:** سازمان نوسازی، تجهیز و توسعه مدارس کشور

**ب - بیمه گر:** شرکت خدمات بیمه ای آتیه سازان کد ۳۰۲۰ بیمه ایران

## موارد الحاقی:

- ۱- هزینه های پاراکلینیکی یک (بند ۴ تعهدات قرارداد اصلی) برای حداکثر ۷ نفر و حداکثر تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال مازاد بر قرارداد اصلی با معرفی بیمه گذار بر اساس تعرفه مصوب وزارت بهداشت و آموزش پزشکی و سندیکای بیمه گران پرداخت میگردد.
- ۲- هزینه های سمک حداکثر برای ۵ نفر و تا سقف ۱۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال مازاد بر قرارداد اصلی با معرفی بیمه گذار و بر اساس تعرفه مصوب وزارت بهداشت و آموزش پزشکی و سندیکای بیمه گران پرداخت میگردد.
- ۳- هزینه های مازاد علاوه بر پرداختی بیمه ایران و بیمه گر پایه در مورد بیماران سرطانی موضوع بند یک تعهدات، برای ۷ نفر با معرفی بیمه گذار بر اساس توافقات فی مابین پرداخت میگردد.



شرکت خدمات بیمه ای آتبه سازان

کد ۳۰۲۰



بیمه ایران

کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۱۲۷۱۳۸۷

شناسه ملی ۱۰۱۰۲۸۵۸۷۴۲

- ۴- بیمه گر نماینده خود را برای تسهیل در ارائه خدمات و رضایتمندی بیمه شدگان به صورت تمام وقت در طول هفته در ساعات اداری سازمان، در محل تعیین شده در محل سازمان مرکزی سازمان مستقر می نماید.
- ۵- یک نفر کارشناس ارشد درمان به عنوان نماینده بیمه گر در خصوص راهنمایی و استفاده بهینه از قرارداد درمان فوق الذکر به صورت آنکال در طول ۲۴ ساعت شبانه روز جوابگوی بیمه شدگان میباشد.
- ۶- مملکت بررسی و پرداخت خسارت در کلیه اسناد و هزینه های پزشکی بیمه شدگان بر اساس جدول تعهدات قرارداد شماره ۲۰ و ۲۱/۳۰۲۰/۳۳۲/۱۳۹۷ و این الحاقیه و نیز تعرفه های قانونی و مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در هر دو بخش خصوصی و دولتی است.
- ۷- مدت زمان پرداخت خسارت درمانی سرپایی پاراکلینیکی حداکثر ۱۰ تا ۱۲ روز کاری و خسارت بیمارستانی (با ارائه فیش پرداختی بیمه گر پایه) یک ماه پس از تسلیم مدارک به بیمه گر خواهد بود.
- ۸- تحویل مدارک و اسناد هزینه های درمانی و پزشکی اعضای بیمه گذار به بیمه گر بدون محدودیت زمان و در طول قرارداد معتبر بوده و لازم الاجرا است.
- ۹- حق بیمه جهت کلیه بیمه شدگان (پدر و مادر، همسر و فرزندان کارکنان مونث و مذکر) یکسان محاسبه میگردد.
- ۱۰- دوره انتظار جهت کلیه بیمه شدگان حذف میگردد.
- ۱۱- بیمه گر متعهد است به طور ماهانه گزارش پرداخت میزان خسارت ها را اعلام نماید.
- ۱۲- در مواردی که بیمه شده از مراکز طرف قرارداد بیمه گر استفاده نماید، در صورتی که طرف قرارداد با بیمه گر پایه نیز باشد فرانشیز صفر و در صورت عدم قرارداد، فرانشیز ۱۰٪ اعمال میگردد و بیمه شده پس از پرداخت ۱۰٪ به بیمه پایه مراجعه و سهم بیمه پایه را دریافت مینماید.



شرکت خدمات بیمه ای آتیه سازان  
کد ۳۰۲۰



**بیمه ایران**

کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۱۳۷۱۳۸۷  
شناسه ملی ۱۰۱۰۳۸۵۸۷۴۲

۱۳- بیمه گر متعهد است در راستای ارائه خدمات هر چه بهتر نسبت به پرداخت هزینه های ۵ نفر خارج از تعهدات قرارداد اصلی و این متمم اقدام نماید. بدیهی است این بند با عنایت به حسن رابطه فی مابین و به پیشهاد بیمه گر جهت جلب رضایت بیمه گذار در موارد پیش بینی نشده می باشد.

تبصره: این بند قابل تعمیم در کلیه رشته های بیمه ای میباشد.

۱۴- بیمه گذار متعهد میگردد پیرو قرارداد درمان تکمیلی، کلیه بیمه نامه های خود اعم از آتشسوزی، مسئولیت خودرو و ... در نزد بیمه ایران بصورت متمرکز انجام دهد.

۱۵- این قرارداد در ۱۴ ماده و یک تبصره تنظیم و به امضای طرفین رسیده و مبادله شد.

بیمه گر:

شرکت خدمات بیمه ای آتیه سازان

کد ۳۰۲۰ بیمه ایران

بیمه گذار  
سازمان نوسازان  
مدیر عامل  
کد ۳۰۲۰ بیمه ایران  
مدارنس کشور