



جمهوری اسلامی ایران
وزارت نیرو

باسمه تعالی

تاریخ: ۱۳۹۵/۴/۱

شماره: ۹۵/۱۸۸۹۳/۵۰۰

پیوست:

شرکتهای مادر تخصصی، مراکز آموزشی و پژوهشی وابسته

پیرو بند یک از روش اجرایی قرارداد گروهی بیمه تامین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق دوره ۹۵-۹۶ به شماره ۹۵/۱۸۵۸۶/۵۰۰ تاریخ ۱۳۹۵/۳/۲۹ و با عنایت به درخواست شماره ۹۵/د/م/۲۲۵ مورخ ۱۳۹۵/۳/۲۴ بیمه دانا به پیوست نمونه قرارداد مرتبط ارسال می گردد. آن شرکت و شرکتهای زیر مجموعه با توجه به رضایتمندی بیمه شدگان از نحوه عملکرد بیمه گر و با در نظر گرفتن اطلاعات ذیل می توانند از نمونه قرارداد ضمیمه بهره برداری نمایند:

۱- درصد توانگری مالی در سال ۹۴ بر اساس گزارش بیمه مرکزی: ۱۱۱ درصد (سطح یک توانگری)

۲- میزان افت یا افزایش سهم شرکت در قرارداد بیمه تامین و حفظ سلامت کارکنان در دوره قبل: ۱۱ درصد افزایش

۳- عملکرد شرکت بیمه گر در بیمه های درمان بر اساس سالنامه آماری صنعت بیمه که در سال ۹۳ توسط بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران منتشر شده است: ۳۴ درصد از کل حق بیمه های تولیدی آن شرکت

علی اکبر مهاجری

معاون وزیر در امور تحقیقات و منابع انسانی

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

به نام خدا

بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه های درمان و پوشش هزینه های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان (دو بخش این قرارداد کاملاً منفک از یکدیگر بوده و پوشش برای بازنشستگان در یک بخش می تواند شامل بخش دیگر نشود)، این قرارداد بین شرکت از یک طرف بعنوان بیمه گزار و شرکت از طرف دیگر بعنوان بیمه گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین نامه های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و با استناد موافقتنامه شماره ۹۵/۲۰۳/۱۵۳۸۳ مورخ ۱۳۹۵/۰۳/۲۳ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد میگردد .

شماره قرار داد :

درمان شاغلین:

تاریخ صدور:

عمر و حادثه بازنشستگان:

تاریخ شروع قرارداد : از ساعت صفر بامداد ۹۵/۰۴/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان:

تاریخ انقضاء قرارداد : تا ساعت صفر بامداد ۹۶/۰۴/۰۱

بخش یک : قرارداد بیمه درمان کارکنان (شاغلین و بازنشستگان) صنعت آب و برق

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع قرارداد بیمه :

عبارت است از بیمه خدمات درمانی ناشی از حادثه، بیماری و بارداری بیمه شدگان و مسئولیت کارفرما در بیماریهای ناشی از کار به شرح مندرج در این بخش از قرارداد .

ماده ۲ - بیمه گر: شرکت به نشانی:

ماده ۳ - بیمه گزار : به نشانی :

ماده ۴- بیمه شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرار داد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری) و کلیه کارکنانی که در لیست بیمه گر پایه شرکت بیمه گزار قرار دارند، بازنشستگان، از کار افتادگان، مستمری بگیران، وظیفه بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و یا افراد تحت تکفل آنان (طبق قوانین ذیربط).

مهر

نام



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

۴-۱- فرزندان پسر کارکنان شاغل، بازنشسته و از کار افتاده تحت پوشش حداکثر تا سن ۲۲ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه گزار به بیمه گر 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 ۱-۴ و نیز فرزندان پسر متأهل آنان که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و در هر صورت بطور پیوسته در طی دوره های قبل از این پوشش بیمه ای استفاده می کرده اند صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه ای طبق مفاد قرار داد بوده اما شامل پوشش های بیمه ای مرتبط با نازایی، زایمان (سقط و کورتاژ) و سونوگرافی حاملگی نمی باشند.

۴-۲- فرزندان دختر تا ۱۸ سالگی و پس از آن به شرط عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار.



۴-۳- فرزندان کارکنان انات که به گواهی شاغل و بر اساس تعهد نامه پیوست هیچگونه دفتر چه بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان مطابق با ماده ۴ تلقی شود به شرط تحت پوشش بودن کلیه فرزندان (بررسی صحت و سقم موضوع توسط بیمه گر انجام می شود، تاریخ شروع پوشش بیمه ای از ابتدای قرار داد مشروط به ارائه تعهد نامه به همراه لیست اولیه)

۴-۴- فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال (با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۱-۵)

۴-۵- نوزادان به محض تولد با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۱-۵. لازم بذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می توانند از دفترچه درمانی بیمه شده (مادر) استفاده نمایند.

۴-۶- پدر و مادر غیرتحت تکفل کارکنان شاغل و نیز همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان شاغل انات، با توجه به شرایط پیش بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه گر معرفی شده باشند.

تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه شده اصلی و همسر کارکنان انات بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی مانند سوابق داشتن دفترچه بیمه درمانی از طرف بیمه شده اصلی (در مورد کارکنان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت داشتن دفتر چه درمانی تبعی ۱) و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه شده اصلی و یا سایر مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه گزار به بیمه گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.



ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷ - تلفن: ۸۰ - ۸۸۷۷۰۹۷۱ - نامبر ۸۸۷۹۲۹۹۷
ساختمان شماره دو: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۳
کد پستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱ - تلفن: ۹ - ۶۶۷۰۹۰۴۱ - نامبر ۶۶۷۲۶۳۴۸

تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه شدگان غیر تحت تکفل که سابقه بیمه ای در قرارداد دوره قبل را نداشته باشند، تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه ۱ قرار داد) در ابتدای شروع قرارداد ضروری است.

۴-۷- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شده اصلی که قانوناً تحت تکفل آنها می باشند با ارائه مدارک مثبته از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه گزار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار و بیمه شده

ماده ۵ - ترتیب اعلام اسامی بیمه شدگان :

۵-۱- بیمه گزار 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 طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و جهت تحویل به بیمه گر ارسال نماید، ضمناً بیمه گزار مکلف است با رعایت مفاد این قرار داد تغییرات مجاز در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرار داد را حداکثر ظرف مدت دو ماه به روال فوق الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث به همراه خانواده مطابق ماده ۴ و یا 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: پدر و مادر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست چهارم: پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شدگان 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، 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 گزار از تاریخ انتقال.

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

تبصره ۱: هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق شامل مواردی مانند جدید الاستخدام، انتقالی، مأمورین، (به همراه افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان) و سایر افرادی که در طول قرار داد تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند بوده و لازمست مستندات آن (احکام مربوطه ، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر برای بیمه گر ارسال گردد.

تبصره ۲: کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد ، شامل مواردی مانند مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی، انفصال از خدمت، اخراجی، مأمور، خروج از کفالت و یا قطع هر گونه همکاری می باشد که با ارائه مستندات آن (تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام مربوطه) میسر خواهد بود.

۲-۵- شروع پوشش بیمه ای کارکنان جدید الاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان، تاریخ ورود بیمه شده اصلی به شرکت (بیمه گزار) خواهد بود. در مورد حذف بیمه شدگان، زمان مؤثر تاریخ قطع همکاری بیمه شده اصلی با بیمه گزار و با رعایت ضرب الأجل بند ۱-۵ است.

۳-۵- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه گزار مکلف به تحویل دفترچه های درمانی بیمه شدگان حذف شده از قرارداد از ابتدای ماه بعد میباشد و بیمه گر نیز خدمات خود را ماهانه ارائه خواهد داد .

۴-۵- 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 گزار است .

۵-۵- 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 قرار داد توسط بیمه شده و از طریق بیمه گزار 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.

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

ماده ۶ - حق بیمه : هر یک از بیمه شدگان به ازای تعهدات مندرج در این قرار داد به طریق ذیل محاسبه می شود :

۱-۶- شاغلین :

۱-۱-۶ - مبلغ ۲,۴۷۰,۰۰۰ ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص ۲,۲۶۶,۰۵۵ ریال به علاوه مالیات برارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ ۲۰۳,۹۴۵ ریال) به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی.

رئیس

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

۶-۱-۲ - مبلغ ۵۴۰,۰۰۰ ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص ۴۹۵,۴۱۳ ریال به علاوه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ ۴۴,۵۸۷ ریال) بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

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

۶-۲-۱ - مبلغ ۱,۴۴۰,۰۰۰ ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص ۱,۳۲۱,۱۰۱ ریال به علاوه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ ۱۱۸,۸۹۹ ریال) بابت هر یک از همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان.

۶-۲-۲ - مبلغ ۱,۲۰۰,۰۰۰ ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص ۱,۱۰۰,۹۱۸ ریال به علاوه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ ۹۹,۰۸۲ ریال) بابت هر پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی (هزینه های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی شود).

۶-۳ - مبلغ ۴۶۰,۰۰۰ ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص ۴۲۲,۰۱۹ ریال به علاوه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ ۳۷,۹۸۱ ریال) برای هر یک از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته و نیز فرزندان ذکور غیر تحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفتر چه درمانی بیمه گر پایه.

تبصره ۱: بجز بند ۱۲-۸ و ماده ۹ قرار داد، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ۸ و کلیه بند های آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۲ از ماده ۸ می باشد.

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

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

ماده ۷- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه و تسویه حساب :

بیمه گزار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را بر اساس لیست اولیه بیمه شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت پانزده روز از پایان هر ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید، در غیر اینصورت علاوه بر اینکه به حق بیمه معوق ۳ درصد جریمه در ماه تعلق خواهد گرفت بیمه گر نیز می تواند از ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان خودداری نماید.

تبصره ۱: با اعلام عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط طرفین به شرکت مادر تخصصی ذیربط (و یا وزارت نیرو برای موسسات و مراکز آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکتهای مادر تخصصی، مراتب به وزارت نیرو و بیمه گر طرف قرار داد اعلام تا

۱۵
مهر



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

بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نحوه برخورد با موضوع تعیین گردد.

تبصره ۲: بیمه گر و بیمه گزار موظف به ارسال تصویر یک نسخه از تمام الحاقیه های احتمالی که مبنای هر گونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرارداد می باشد خواهند بود، اطلاعات مربوطه با فرمت PDF و حداکثر تا یک هفته کاری بعد از امضای آن به آدرس پست الکترونیکی hrd@moe.gov.ir و بصورت جداگانه از سوی بیمه گر و بیمه گزار ارسال می شود. در صورت عدم ارسال، گزارشهای هزینه و عملکرد بیمه گر در مورد خسارتهای پرداختی و معوق در دوره قرارداد ۹۶-۹۵ مورد محاسبه قرار نخواهد گرفت، همچنین وزارت نیرو می تواند نام شرکتهای زیرمجموعه صنعت آب و برق که از ارسال گزارش امتناع کرده اند را برای دوره های آتی از لیست واگذاری درمان سازمان تأمین اجتماعی خارج نماید.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه گر : در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان با رعایت تبصره های ذیل عبارت است از :

تبصره ۱: درمورد کلیه تعهدات بیمه گر پرداخت هزینه های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه های دارویی) که تعرفه مصوب هیئت دولت در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه های انجام شده را طبق مصوبات هیئت دولت محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود).

تبصره ۲: در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه توسط بیمه شدگان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان، از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات در کلیه بندهای ماده ۸ (با رعایت تبصره ۱ از بند ۳-۶) با اعمال ۲۵٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه شدگان مشمول بند ج از ۱-۸ بوده و بیمه گر پایه تعهدی نداشته باشد و یا هزینه های دارویی که سهم بیمه گر اول در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ انجام خواهد شد.

تبصره ۳: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقیمانده هزینه های مورد تعهد را بدون رعایت همترازی پرداخت نماید، 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 ۴ : مبنای محاسبه هزینه های پرداخت نشده، تعرفه اعلامی مصوب وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه می باشد.

مهر و امضاء

۸۹ - ۹۲ - ۹۳ - ۹۴ - ۹۵ - ۹۶ - ۹۷ - ۹۸ - ۹۹ - ۱۰۰ - ۱۰۱ - ۱۰۲ - ۱۰۳ - ۱۰۴ - ۱۰۵ - ۱۰۶ - ۱۰۷ - ۱۰۸ - ۱۰۹ - ۱۱۰ - ۱۱۱ - ۱۱۲ - ۱۱۳ - ۱۱۴ - ۱۱۵ - ۱۱۶ - ۱۱۷ - ۱۱۸ - ۱۱۹ - ۱۲۰





ساختمان مرکزی: تهران، خیابان کاندی، 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

۱-۸- تأمین هزینه های بیمارستانی و DAY-CARE شامل اعمال جراحی- درمان طبی و زایمان اعم از زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر، ICU، CCU و اطاق ایزوله به شرح زیر می باشد:

الف - تعهدات بیمه گر در مورد اعمال جراحی و در مان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی نامه از بیمه گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب- تعهدات بیمه گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت اصل همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در منطقه و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز باز پرداخت خواهد شد و در موارد سرپایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت یک هفته پس از دریافت مدارک هزینه ها بازپرداخت خواهد شد.

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

الف - هزینه اعمال جراحی قلب، پیوند کلیه و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

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

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

د- هزینه های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری، سقوط یا بر خورد شی در حین انجام کار (در صورت اعلام مراتب به بیمه گر حداکثر ظرف مدت ۷۲ ساعت پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود.

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



مهر و امضاء

تبصره: در صورت تمایل حداقل ۷۵ درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس روش ذیل و
مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۵/۵۰۰/۰۰۰ (پنج میلیون و پانصد هزار) ریال برای عینک یک دید و
سقف ۳۵٪ بیشتر از تعهد یک دید برای عینک دو دید قابل پرداخت است:

۸-۱۲-۱- جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینایی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار
حداکثر تا نصف سقف تعهد عینک یک دید در بند ۸-۱۲ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل
پرداخت خواهد بود.

۸-۱۳- هزینه های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل
پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر
مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه گر تعهدات خود را (مازاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر مصدق
مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد.

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

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

۸-۱۶- هزینه های درمانی خارج از کشور :

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

تبصره - 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 از تاریخ تحویل مدارک، به بیمه شده پرداخت و یا به حساب بانکی
وی واریز می گردد.

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

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

مهر و امضای سازمان

مهر و امضای سازمان

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

دندانپزشکی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می آید با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

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

ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه ها:

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

ماده ۱۱- استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر جنبه درمانی داشته و بیمه شده حداقل یکسال سابقه بیمه ای نزد بیمه گر داشته باشد در خصوص نوزادان در صورت داشتن پوشش بیمه ای از بدو تولد نیازی به یک سال سابقه نمی باشد.

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی طی پوشش بیمه ای قراردادهای درمانی وزارت نیرو.

۳- اتاق خصوصی (یک نفره): هزینه اتاق بیماران با رعایت اصل همترازی حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته بیمارستان محل درمان پرداخت می گردد بجز بیماران بستری در اتاق ایزوله که در صورت تأیید پزشک معالج حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستانهای همتراز پرداخت می شود.

۴- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته ای.

۵- هزینه های واکسیناسیون و سایر خدمات بهداشتی و پیشگیری که از وظایف شبکه های بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است مگر در مواردی که در صورت حساب بیمارستان منعکس باشد.

۶- هزینه های مربوط به عقیم سازی مانند وازکتومی و TL.

۷- هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب واریس، شکم بند و نظایر آن (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تأیید پزشک معتمد بیمه گر برسد). کلیه هزینه های مربوط به لوازم مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی طرف قرار داد استفاده می شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی شود.



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

۸- هزینه های ترک اعتیاد .

۹- هر نوع چک آب و آزمایشات دوره ای (برابر قانون کار، این هزینه ها به عهده کارفرما میباشد).

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

۱۱- هزینه های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل، بیمه شده باشد.

۱۲- هزینه های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه شده مقصر حادثه نیست.

۱۳- جنون.

بخش دو - قرارداد بیمه عمر و حادثه برای بازنشستگان صنعت آب و برق کشور

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

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

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

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.

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

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

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

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

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

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار



Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

۸۰ - ۸۱ - ۸۲ - ۸۳ - ۸۴ - ۸۵ - ۸۶ - ۸۷ - ۸۸ - ۸۹ - ۹۰



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 ۱۱۳۱۸۵۶۱۱ - تلفن: ۹-۶۶۷۰۹۰۴۱-۶۶۷۲۳۴۸

ب) در صورت نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه:

- ۱. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مأمور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد.
 - ۲. گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم بیمه شده.
 - ۳. تصویر شناسنامه بیمه شده.
 - ۴. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه شده.
- تبصره -** در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را در هنگام سانحه به عهده داشته باشد، در این صورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تأییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی برداشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

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

- غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل میباشد:
- ۱- فوت عادی (بیماری، کهولت سن) ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
 - ۲- فوت ناشی از حادثه ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
 - ۳- نقص عضو دائم کلی ناشی از حوادث مشمول بیمه ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال
 - ۴- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال (براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

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

بخش سوم - مقررات گوناگون

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

امضاء
قرارداد

۸۹ - مبانی اول ۱۳۰۳ - ۹۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰

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

ضمیمه (۱)

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

نام خانوادگی : نام :

کد ملی : تاریخ تولد :

نسبت با بیمه شده اصلی :

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

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

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

پوشش مناسب درمان وزارت نیرو

به دلیل بیماری

به دلیل نیاز به عمل جراحی

لطفاً نوع عمل را ذکر نمایید :

تعهد نامه :

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 :



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

ضمیمه (۲)

جدول هزینه ۴ ماهه بخش اول قرارداد بیمه جامع تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

توجه: حق بیمه های صادره، دندانپزشکی، عینک و هزینه اداری (در صورت پرداخت) در
جدول ذیل مربوط به کل دوره قرار داد (یک ساله می باشد)

نام شرکت بیمه گزار:										
شرکت بیمه گر:										
تعداد بیمه شده اصلی (شاغل):										
تعداد بیمه شده اصلی (بازنشسته):										
تعداد افراد تحت تکفل شاغلین:										
تعداد افراد تحت تکفل بازنشستگان:										
عینک		بیمارستانی		دارو		دندانپزشکی		سرپایی و پاراکلینیکی		موارد
هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	وضعیت بیماران شاغلین بازنشستگان

امضاء مدیر امور کارکنان شرکت بیمه گزار:

امضاء رئیس شعبه بیمه گر: