

بسمه تعالی



مجری تخصصی بیمه های تکمیلی درمان
وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

«قرارداد بیمه نامه مکمل درمان سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور»

شماره قرارداد:/..../.....	تاریخ صدور:/..../.....
تاریخ شروع قرارداد: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱	تاریخ اتمام قرارداد: ۱۴۰۵/۰۹/۳۰
تعداد بیمه شدگان: حداقل بر ۲۴,۰۰۰ نفر (به حروف: بیست و چهار هزار نفر)	حق بیمه سالیانه: بالغ بر ریال (به حروف: ریال)
کد نمایندگی / بازاریابی: ۱۶۰۴۰۰۱	مالیات بر ارزش افزوده: بالغ بر ریال (به حروف: ریال)

این قرارداد بین شرکت آتیه سازان حافظ (سهامی خاص) به شماره ثبت ۱۷۴۹۸۷، وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران، با نمایندگی آقایان دکتر حسین رنجبران به عنوان عضو هیئت مدیره و مدیرعامل و دکتر محمدرضا جباری به عنوان رئیس هیئت مدیره، دارای کد اقتصادی به شماره ۴۱۱۱۱۴۳۹۷۸۵۱ بعنوان بیمه گر و سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور با نمایندگی آقای سجاد احمدوند به عنوان معاون توسعه مدیریت و منابع و دارای شناسه ملی ۱۴۰۰۲۰۹۹۴۸ و کد اقتصادی به شماره ۴۱۱۳۳۳۴۹۸۹۸۴ بعنوان بیمه گزار و با استناد به مصوبه هیئت محترم وزیران به شمار ۱۵۸۶/ت ۲۴۲۴۶ مورخه ۱۳۸۱/۰۱/۲۱ و ابلاغ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت طی نامه شماره ۱۴۲/۲۰۱ مورخه ۱۳۹۷/۰۸/۱۰ و نامه شماره ۲۰۰۰/۳۸۵ مورخه ۱۳۹۰/۰۶/۰۶ دیوان محاسبات شرکت و نیز مطابق با مفاد آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط زیر منعقد گردید:

فصل اول - کلیات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصراً با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند:

ماده (۱) بیمه گر:

شرکت آتیه سازان حافظ به نشانی: تهران، خیابان نلسون ماندلا (آفریقا)، بلوار شهید موسوی (صبا)، پلاک ۱۵، تلفن: ۶۳۴۷۲۵۰۲-۶۳۴۷۲۵۰۳ و نمابر: ۶۳۴۷۲۱۳۱، که بر اساس قوانین و مقررات و شرایط این قرارداد در ازای دریافت حق بیمه متعهد به انجام مفاد این قرارداد است.
تبصره: سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان های مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند، بیمه گر اول و شرکت آتیه سازان حافظ بیمه گر دوم محسوب می شود.

کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir
Email: Info@atiyehsazan.ir
آدرس ستاد مرکزی: تهران-خیابان نلسون ماندلا (آفریقا)-بلوار شهید موسوی (صبا)-پلاک ۱۵
مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳
دستورالعمل: ...
دستورالعمل: ...
دستورالعمل: ...

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

ماده (۲) بیمه‌گذار:

سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور به نشانی: تهران، خیابان آزادی، نبش خیابان خوش شمالی، تلفن: ۶۶۵۸۳۶۰۲، که متعهد به معرفی و پرداخت حق بیمه، بیمه‌شدگان و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه‌نامه می‌باشد.

ماده (۳) بیمه‌شدگان:

- ۱-۳- کارکنان شاغل رسمی، پیمانی یا قراردادی در استخدام بیمه‌گذار به اتفاق تمامی افراد تحت تکفل، که از طرف بیمه‌گذار بعنوان بیمه شده معرفی گردند و حداقل ۵۰٪ آنان (بیمه‌شدگان اصلی) می‌بایست همزمان تحت پوشش بیمه مکمل درمان قرار گیرند.
- تبصره ۱: بیمه شده اصلی مکلف است کلیه افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.
- تبصره ۲: منظور از افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی، همسر و یا همسران دائمی، فرزندان و نیز سایر افراد تحت تکفل قانونی بیمه شده اصلی (با ارائه مستندات از مراجع قانونی ذیربط مبنی بر تحت تکفل بودن) می‌باشند که دارای دفترچه بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان‌های بیمه‌گر اول می‌باشند.
- تبصره ۳: بیمه‌گذار جهت احراز و کنترل معرفی ۵۰٪ مشمولین می‌بایست لیست بیمه‌گر اول و یا سایر مستندات درخواستی را جهت کارکنان خود در اختیار بیمه‌گر قرار دهد.
- ۲-۳- والدین غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی می‌توانند با پرداخت حق بیمه مربوطه تعیین شده در ماده ۱۴ قرارداد، تحت پوشش قرار گیرند.
- ۳-۳- فرزندان قانونی بیمه شده اصلی تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار می‌گیرند و فرزندان اثاث در صورت طلاق یا فوت همسر، با ارائه مستندات قانونی، می‌توانند در صورت درخواست، مشمول بیمه مکمل درمان گردند.
- تبصره: فرزندان ذکور به شرط عدم اشتغال به کار و یا عدم ازدواج تحت پوشش می‌باشند. حداکثر جهت ۵۰ نفر
- ۴-۳- کارکنان اثاث می‌توانند همسر، فرزندان، پدر و مادر خود را (مشروط به اعلام کتبی بیمه‌گذار مبنی بر معرفی کلیه افراد تبعی مشمول این ماده) همانند کارکنان ذکور بیمه نمایند.
- ۵-۳- حداکثر جهت ۳۰۰ نفر داشتن بیمه پایه الزامی نمی‌باشد.

ماده (۴) موضوع بیمه:

موضوع بیمه: جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه‌نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیر طبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور

که پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

آدرس ستاد مرکزی: تهران-خیابان نلسون ماندلا (آفریقا)-بلوار شهید موسوی (صبا)-پلاک ۱۵
مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۸۱۳

Email: Info@atiyehsazan.ir

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

ماده (۵) حق بیمه :

وجهی است که بیمه گزار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در قرارداد توافق شده است .

ماده (۶) فرانشیز :

سهم بیمه شده یا بیمه گزار از از خسارت ارزیابی شده است و میزان آن در شرایط قرارداد تعیین شده است .
خسارت قابل پرداخت : مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.
خسارت ارزیابی شده : مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.

ماده (۷) دوره انتظار :

دوره ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

ماده (۸) خسارت :

خسارت ارزیابی شده مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می شود و خسارت قابل پرداخت، مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

ماده (۹) مدت :

مدت قرارداد یکسال تمام شمسی است و تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در قرارداد درج گردیده است .

فصل دوم - شرایط و تعهدات

الف : تعهدات بیمه گر

ماده (۱۰) حدود تعهدات :

بیمه گر متعهد است در ازای انجام وظایف و تعهدات بیمه گزار، مزاد هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای برای هر فرد خانواده / واحد خانواده بشرح ذیل جبران نماید :

کد پستی: ۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

آدرس ستاد مرکزی: تهران-خیابان نلسون ماندلا (آفریقا)-بلوار شهید موسوی (صلبا)-پلاک ۱۵
مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳



۱-۱- جبران هزینه های اعمال جراحی تخصصی: جبران هزینه های اعمال جراحی تخصصی بیمارستانی شامل درمان جراحی سرطان مغز و اعصاب مرکزی و نخاع به استثنای جراحی ستون فقرات، جراحی های عروق بزرگ نظیر کاروتید و آئورت، جراحی قلب آنژیوپلاستی عروق بزرگ نظیر کاروتید آئورت و عروق کرونر، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز و استخوان گامانایف حفره های قلب، والوپلاستی، تزریق سلول های بنیادی، دیالیز و هزینه اتاق ایزوله داروهای خوراکی و تزریقی، شیمی درمانی، فریسکوپی

۱-۲- جبران هزینه های بیمارستانی: تامین و پرداخت هزینه های بیمارستانی، DAY CARE شامل اعمال جراحی تشخیصی درمان طبی و هزینه بستری در بخش مراقبت های ویژه نظیر ICU, CCU و اتاق ایزوله و پرداخت هزینه های آنژیوگرافی کلیه، قلب و سایر انواع اعمال جراحی مربوط به چشم انواع سلول درمانی جراحی دیسک ستون فقرات هزینه عمل انواع سنگ شکن و لیزر درمانی در حین عمل و بستری بیمار هزینه های درمانی انواع تومورها خوش خیم و بدخیم، کلیه هزینه های ناشی از سوختگی هزینه های جراحی و بستری انواع کانسر عوارض ناشی از کانسر معالجات مربوط به شیمی درمانی سرپایی بستری و دارویی در مطب، بیمارستان رادیوتراپی بستری و سرپایی، ید درمانی و همچنین هزینه های استفاده از دستگاه مربوطه هولتر قلب، باطری قلب، همراه بیمار زیر ۱۰ سال و بالای ۷۰ سال قوز فرنی، کورتاز تخلیه ای و تشخیصی، عقیم سازی، واکتومی، فتوتراپی در بیمارستان هزینه های درمانی رومانیسیم (لوپوس آرتریت روماتوئید هزینه های درمانی هیاتیت نوع ABC جراحی اسلیو و بای پس برای BMI ۴۰ به بالا، هزینه نوزادان از بدو تولد و نوزادان نارس لوازم و داروهای پیوندی سی تی آنژیوگراف، کوتریزاسیون، انواع بیماریهای روماتولوژی بستری بیماران روانی و ادواری و اعصاب در تمامی موارد نظیر شیروفرنی و سواس و موارد مشابه روان پریشی و نگهداری آن سایکوتیک هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی ناشی از بستری در بیمارستان و هزینه درمان بیماران با سکتته های وسیع مغزی و بیماران در حالت کما، کاشت حلزون، جراحی فک و دهانی که جنبه درمانی دارد کلیه هزینه های درمان سرپایی و دارویی و بستری بیماران خاص و صعب العلاج شامل بیماران سرطانی تالاسمی، دیالیز، نارسایی کلیه، ایدز، هموفیلی و نقص سیستم ایمنی، صرع، تحلیل عضلات، آلزایمر، ام اس، کتونومی پارکینسون، ای بی (پروانه ای) و سایر مواردی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان بیماری صعب العلاج شناخته می شود پرداخت هزینه داروهای پیوند اعضا تجهیزات و لوازم استفاده شده در اتاق عمل و حین عمل مانند استنت و پیس میگر قلب پمپ درد انواع پروتز هزینه خرید عضو مصنوعی بدن تعویض مفصل و لنزهای داخل چشمی در اعمال جراحی چشم و لاپاروسکوپی و با لیزر درمانی و کلیه لوازم مورد نیاز برای اعمال جراحی مانند پگ جراحی، ست لوازم جراحی فیبرنوری، هندپیس، آندوبگ، کنتتر، کیت ناواکس درابلیشن شارژ اره و دریل استفاده از دستگاه لیگاشور CARM، لاپاراسکوپ آرتروسکوپ سیستوسکوپ و سایر موارد مشابه و هزینه اجاره دستگاه اوزن تراپی کلیه لوازم مصرفی در اتاق عمل اعم از اینکه توسط بیمه گر پایه پوشش داده شده یا نباشد سیتوپلاستی (انحراف)، بیمه کلیه هزینه های مربوط به بیماری کرونا اعم از دارو آزمایش و کلیه خدمات بیمارستانی که در کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت است. نورپاتی، استئوتومی، پلی سومنوگرافی جراحی فک، جراحی لثه.

۱-۳- جبران هزینه های پاراکلینیکی: کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت است اعم از جبران هزینه های مربوط به انواع اسکن، سی تی اسکن، سی تی اسکن ریه در صورت مثبت بودن بیماری کرونا، گاما اسکن، کانفو اسکن، پت اسکن ارب اسکن، آنژیوگرافی به جز چشم و قلب سی تی آنژیوگرافی آنژیو اسکن قلب نوار قلب، انواع سونوگرافی، سونوگرافی در مطب با تشخیص پزشک فلو شیپ نازایی و متخصص زنان و زایمان غربالگری ماموگرافی انواع رادیولوژی و رادیوگرافی، CBCT ام آر آی انواع اسکوپ با بیهوشی و بدون بیهوشی حسی در مطب و بیمارستان اندوسکوپی، کلونوسکوپی سیستوسکوپی، رکتوسکوپی کولپوسکوپی ناز و فارنگوسکوپی، اکوکاردیوگرافی قلب و مری استرس اکو، اکو جنین، سی تی آنژیوگرافی، آنالیز پیس میکر، روان درمانی، رفتار درمانی، تحریک مغزی نقشه مغزی، تحریک الکتریکی مغز TUCS تحریک مغناطیسی مغز RTMS و الکترو میوگرافی و فلومتری الکترومیوگرافی مثانه، مگنت تراپی تصویربرداری FNA تیروئید و سینه، انواع اکو، کالرداپلر مغزی سنجش تراکم استخوان، پزشکی هسته ای باز توانی قلبی و ریوی دانسیتومتری انواع مشاوره های درمانی و خانوادگی پرداخت هزینه بستری کمتر از شش ساعت نوار قلب جنین، اسکن کف پا، فیبر اسکن ایمونولوژی، الکترو آنسفالوگرافی (EEG)، گفتار درمانی ST کار درمانی OT، که جنبه درمانی دارد. انواع

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

فیزیوتراپی PT. مانند شوک و یوتراپی، مانورهای دستی لیزر، لیزر پرتوان، هیدرو تراپی و تمرین درمانی، درای نیدلینگ، مگنت تراپی، کایرو پراکتیک، ماساژ تراپی و آب درمانی موارد درمانی در مراکز فیزیوتراپی اسکروتراپی وریدهای عمقی، هزینه پاراکلینیکی گروه دوم: جبران هزینه های انواع تست ها مانند تست ورزش، تست درمان افسردگی، تست خواب و بیداری، تست قند خون پلی سونوگرافی، تست الرژی، استرس اکو، تست ریه تست تنفسی بادی باکس بادی، هولتر فشار خون، پلتیسموگرافی ارگواسپیرومتری رینو مانومتري برونکوگرافی و تیلت تست، جبران اکسیژن هایپر بار تست پاپ اسمیر تست پوستی، تست پوستی مانتو، متاکولین درمان آلرژی و ایمونوتراپی اپتومتري اسپيرومتری، PFT، ادیومتري، پریمتری چشم OCT، اندازه گیری میزان بینایی، پاتولوژی، نوار عضله EMG، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی نوار عصب EMG NCV، نوار مغز EEG و نوار گوش نوار مثانه، سیستومتري و سیستوگرام و موارد مشابه نوار چشم، شنوایی سنجی کلیه تست های عصب و عضله و مکانیکال بررسی عصب شنوایی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب انواع آنژیوگرافی چشم استروگرافی و توپوگرافی، پنتاکم، انواع تست های بینایی سنجی (IOL MASTER, GDX) تمپانومتري تونومتري پاکیمتری چشم فوندوسکوپي انتروپیون شستشو و جرم گیری گوش تزریق دارو BCG سرطان مثانه، تزریق IVIG حجامت توان بخشی هزینه اورژانس درمان ناتوانی جسمی حرکتی وسایل کمک درمانی در مبتلایان به اختلالات عضلانی طب سوزنی طب فیزیکی مانومتري شالازیون تزریق داخل ضایعه، تزریق مفاصل، فصد خون، اوزن تراپی، هزینه های کلینیک درد، انواع نمونه برداری، لارنگوسکوپي، کنفواسکن، استوگرافی

۴-۱۰- جبران جراحی های سرپایی: جبران هزینه کلیه اعمال جراحی مجاز سرپایی و بدون بستری مانند بیوپسی مغز کرایو تراپی اکسیژون لیپوم تخلیه و برداشت کیست انواع لیزر درمانی شکستگی ها، شکستگی بینی، در رفتگی گچ گیری باز کردن گچ لوازم گچ گیری آتل گذاری لوازم آتل، هزینه لوازم سوند و سوزن بیوپسی شکافتن و تخلیه آبسه و آبسه سقف دهان، ناخنک چشم کلیه تزریقات اعم از تزریقات عمومی و تزریق داخل مفاصل و تزریق تخصصی توسط پزشک متخصص تزریق داخل چشم مانند آواستین و موارد مشابه سرم پانسمان سوختگی بیماران خاص در منزل هزینه سونداژ هزینه اتاق عمل جراحی های سرپایی اعم از برداشتن زگیل خال و میخچه و نظیر آن که جنبه درمانی دارد. بخیه نمودن و باز کردن بخیه، ختن، گذاشتن و برداشتن ای یودی و هزینه سر سوزن و سرنگ کلیه وسایل مصرفی در اعمال جراحی سرپایی در مطب و مراکز درمانی و هزینه خارج نمودن اجسام خارجی از گوش حلق بینی چشم و موارد مشابه هزینه لوازم تشخیص بیماریها، نوار قند و سرنگ انسولین انواع قلم انسولین چسب زخم بستر ایرانی و خارجی و باند و گاز و مایع ضد عفونی کننده سوند و یورین بگ و موارد مشابه انواع کیسه کلستومی و یوروستومی کشیدن ناخن آمیوسنتز، خارج کردن جسم خارجی، اکسیژن تراپی هزینه انواع واکسن، فریز کردن، پونکسیون مایع نخاع و کمر IHC، ERG مارکر تست فیش سیتولوژی و ایمنوهیستوشیمی، پروگرامینگ، درمان خونریزی بینی و سوزاندن تامپوناد و موارد مشابه ارزیابی پیس میکر، پرداخت کلیه هزینه های سرپایی اورژانس بیمارستان پرداخت هزینه های درمان در منزل برای بیماران زمین گیر شامل کلیه اقدامات درمانی از جمله ویزیت در منزل نمونه گیری برای آزمایش انواع تزریقات سوند گذاری یا برداشتن سوند، موارد شستشوی معده و سایر موارد هزینه کلینیک درد درمانی، درمان درد با انجام تمامی موارد فوق در مطب و مراکز درمانی هزینه فوتوگرافی، نوار قند خون سفالومتري رادیولوژی رنگی دندان رینومانومتري، کوتریزاسیون.

جبران کلیه هزینه های مربوط به خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی و پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک شناسی و پزشکی غربالگری آزمایش های قبل و حین بارداری آزمایش AFP و آمیوسنتز پروسیجر و آزمایشات مربوطه تعیین نارسائی های جنین پاتولوژی سندروم داون بیماری ها و ناهنجاری های جنین انواع آزمایش مطالعه خون محیطی آزمایش کرونا در صورت مثبت منفی بودن. انواع آزمایش (تشخیص طبی، آسیب شناسی، میکروب شناسی، ژنتیک پزشکی، غربالگری) - سونوگرافی - سونوگرافی در مطب - سونوگرافی سه بعدی و NT، NB مالفورماسیونها - ماموگرافی - انواع اسکن - اسکن سه بعدی - انواع سی تی اسکن - اکواسکن - مانومتري - مگنت تراپی - دانسیتومتري - انواع آندوسکوپي - ام آر آی - سی تی آنژیوگرافی - گامانایف - هسیترسالپنگوگرافی - انواع اکو - هولترمانیتورینگ - نوار عضله (EMG) - نوار عصب (NCV) - الکتروکاردیوگرافی (EKG) - نوار مغز (EEG) - شالازیون - پنتاکم - پیس میکر - لیزر درمانی - انواع پانسمان - تزریق داخل مفصل - تزریق

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور

کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

آدرس: ستاد مرکزی: تهران-خیابان نلسون ماندلا (آفریقا)-بلوار شهید موسوی (صبا)-پلاک ۱۵
مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳

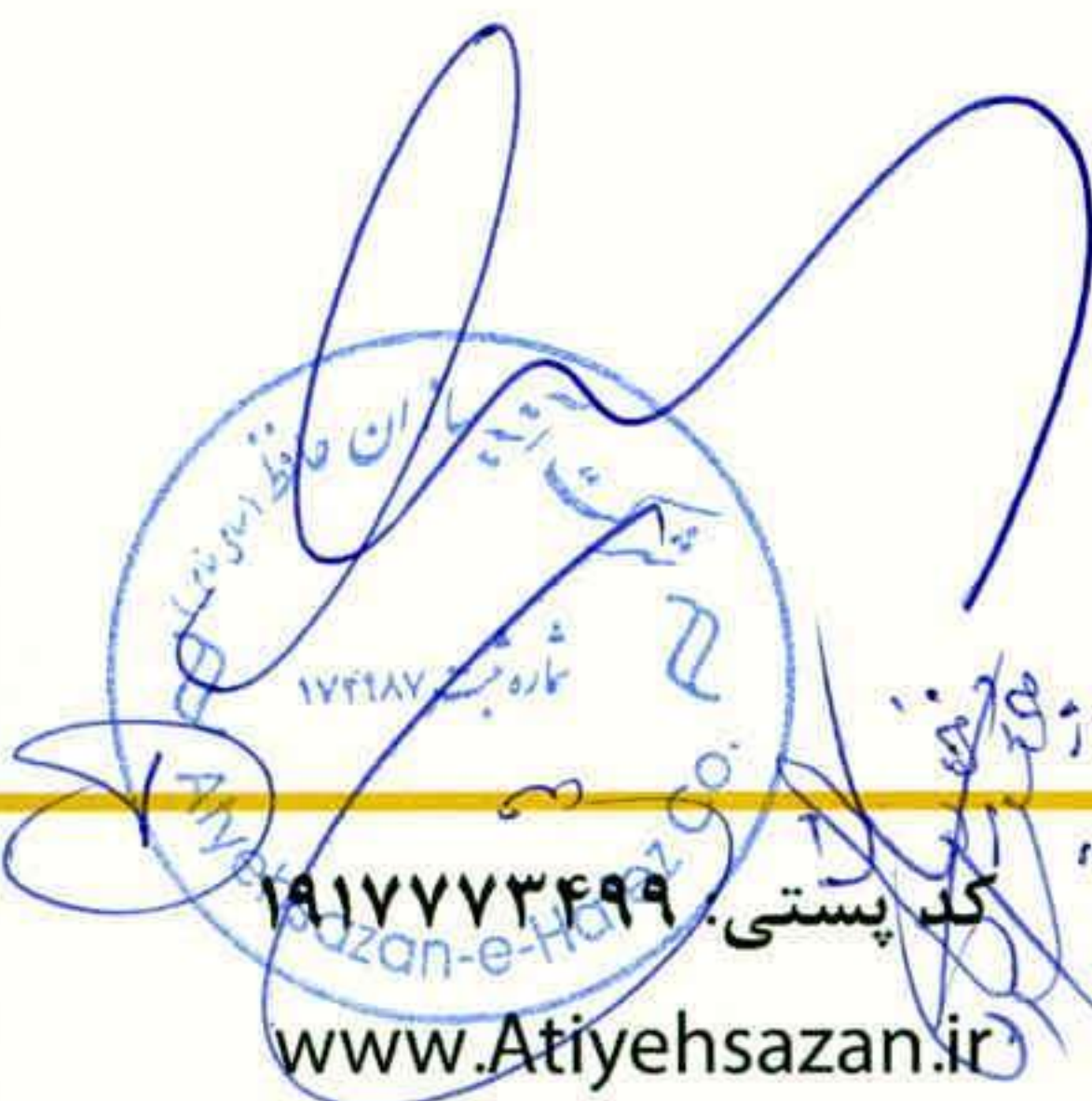
Email: Info@atiyehsazan.ir

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

واکسن - سرم تراپی - تست ورزش - تست غربالگری (NT) - تست آمنیوسنتز و ژنتیکی - میخچه - تست پاپ اسمیر - تست خواب - تست UBT - تست و درمان آلرژی - توپوگرافی - پاکمتری - اسپیرومتری - بادی باکس - تست متاکولین - تست عملکرد ریه - دررفتگی و گچ گیری و باز کردن گچ - فلوروسکوپي - رادیوایزوتوپ - نوار چشم (ERG-EOG) - رادیوگرافی - فوتوگرافی - پاتولوژی - پریمتری - ادیومتری - شستشوی گوش - نوار گوش - نوار مثانه - اپتومتری - آنژیوگرافی چشم - OCT چشم - IOLM MASTER چشم - لیزر درمانی چشم و ناخنک چشم - ختنه - زدن بخیه - کشیدن بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن لیپوم - کشیدن ناخن - تخلیه و برداشت کیست و آبسه - کایروپراکتیک - فیزیوتراپی - لیزر فیزیوتراپی - نقشه مغزی (BRAIN MAPPING) - آتل گذاری - تزریق IVIG سوختگی - کوتر - بیرون آوردن جسم خارجی از گوش و بینی - درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان - برداشتن گل مژه - تست ارودینامیک - اکسیژن تراپی - تست تیلت - شکستگی - الکترومیوگرافی مثانه - رکتوسکوپي و کلیه روش های درمانی سرپایی و تشخیصی که بنابر دستور پزشک معالج تجویز شده و در این لیست نیامده است .

جدول (بیمارهای خاص و بیماری های صعب العلاج)

ردیف	عنوان
۱	نارسایی کلیوی مزمن
۲	تالاسمی ماژور
۳	هموفیلی
۴	MS-ILS
۵	دیابت وابسته به انسولین
۶	پیوند اعضا
۷	سرطان
۸	اتوایمون
۹	هیپاتیت
۱۰	بیماری سایکوتیک منجر به بستری
۱۱	بیماری مزمن رماتیسمی (لوپوس - آرتریت روماتوئید)
۱۲	آلزایمر - پارکینسون - داروی اوتیسم - CP
۱۳	CF - صرع - بهجت
۱۴	بیماری نادر



آدرس ستاد مرکزی: تهران - خیابان نلسون ماندلا (آفریقا) - بلوار شهید موسوی (صبا) - پلاک ۱۵
مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳
Email: Info@atiyehsazan.ir

بسمه تعالی



تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

طرح های درخواستی بیمه تکمیلی درمان کارکنان سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور در سال ۱۴۰۴/۱۴۰۵

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات طرح ۱	فرانشیز	سقف تعهدات طرح ۲	فرانشیز	سقف تعهدات طرح ۳	فرانشیز	سقف تعهدات طرح ۴	فرانشیز
۱	هزینه های اعمال جراحی تخصصی بیمارستانی (طبق عناوین مندرج در جدول الف)	بدون سقف	%۱۰	بدون سقف	%۱۰	بدون سقف	%۱۰	بدون سقف	%۱۰
۲	جبران هزینه های بیمارستانی Day Care (طبق عناوین مندرج در جدول ب)	بدون سقف	%۱۰	بدون سقف	%۱۰	بدون سقف	%۱۰	بدون سقف	%۱۰
۳	زایمان اعم از طبیعی و یا سزارین	بدون سقف	%۱۰	۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰ (شناور)	%۱۰	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	بدون سقف	%۱۰
۴	جبران هزینه های درمان ناباروری و نازایی زوجین	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	-----	-----	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰
۵	جبران هزینه های پاراکلینیکی (طبق عناوین مندرج در جدول ج)	بدون سقف	%۱۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ (شناور)	%۱۰	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	بدون سقف	%۱۰
۶	جبران هزینه ویزیت و دارو	بدون سقف	%۱۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	بدون سقف	%۱۰
۷	جبران هزینه های خرید و تعمیر سمک های آنالوگ و دیجیتال برای هر دو گوش	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	-----	-----	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰
۸	جبران هزینه های بیماران خاص و صعب العلاج - کمک توانبخشی	از محل بند یک	%۱۰	از محل بند یک	%۱۰	از محل بند یک	%۱۰	از محل بند یک	%۱۰
۹	جبران هزینه های عیوب انکساری چشم	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	-----	-----	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰
۱۰	تهیه اعضاء طبیعی بدن	بدون سقف	%۱۰	بدون سقف	%۱۰	-----	-----	بدون سقف	%۱۰
۱۱	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	-----	-----	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور

آدرس ستاد مرکزی: تهران، خیابان نلسون ماندلا (آفریقا) - بلوار شهید موسوی (صبا) - پلاک ۱۵
مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳

کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

آتی‌سازان جافز



مجری تخصصی بیمه‌های تکمیلی درمان
وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

۱۲	جبران هزینه‌های آمبولانس خارج شهر	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰
۱۳	جبران هزینه‌های خرید عینک، فریم، شیشه و لنز طبی با تجویز چشم پزشک و اپتومتریست	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰
۱۴	جبران هزینه‌های دندانپزشکی (ارتودنسی، ایمپلنت، عصب کشی، روکش، پرکردن، کشیدن، جرم گیری، ترمیم، بروساز، ویزیت، دست دندان مصنوعی)	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ (شناور)	%۱۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ (شناور)	%۱۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ (شناور)	%۱۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ (شناور)	%۱۰

- * طرح یک (ردیف ۱۴ - شناور)
- * طرح دو (ردیف های ۳، ۵ و ۱۴ - شناور)
- * طرح چهار (جبران هزینه‌های دندانپزشکی با ۶ برابر تعرفه، محاسبه و پرداخت می‌شود. جبران هزینه‌های درمانی با ۴ برابر تعرفه مصوب وزارت بهداشت و درمان محاسبه و پرداخت می‌شود.) (ردیف ۱۴ - شناور)
- * استفاده ۱۰۰ نفر از خدمات ویزیت در منزل صورت پذیرد.
- * استفاده ۶۰ نفر از خدمات فیزیوتراپی در منزل صورت پذیرد.
- * پرداخت هزینه آمبولانس ۶۰ نفر از بیمارستان به منزل صورت پذیرد.
- * برقراری طرح بی نام تجمیعی (صندوق) ۵ درصد از حق بیمه.
- * پرداخت داروهای مکمل تقویتی و خارجی با تشخیص پزشک متخصص مربوطه در سقف داروها پرداخت شود.
- * علاوه بر ۵ درصد صندوق، برقراری صندوق به مبلغ ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال نیز به ازای هر فرد بیمه شده.
- * مانده اعتبار صندوق ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریالی در پایان قرارداد به صندوق بیماران خاص سازمان فنی و حرفه ای واریز می‌شود.
- * کاشت حلزون از ماده ۱۰ بند ۲ قابل پرداخت می‌باشد.
- * فرانشیز کلیه خدمات ۱۰ درصد می‌باشد.
- * ارسال لیست متمم بیمه‌شدگان تا ۲ ماه پس از انعقاد قرارداد.

ماده (۱۱) فرانشیز:

درصد معینی از هزینه‌های درمانی است که در صورت عدم استفاده از بیمه پایه تأمین آن به عهده بیمه شده می‌باشد و به شرح زیر تعیین می‌گردد:

۱-۱۱- فرانشیز در کلیه تعهدات و طرح‌ها ۱۰ درصد می‌باشد.

ماده (۱۲) دوره انتظار:

دوره انتظار به این قرارداد تعلق نمی‌گیرد.

دوره انتظار زایمان و بیماری‌های مزمن به این قرارداد تعلق نمی‌گیرد.



کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹

www.Atiyehsazan.ir

آدرس: ستاد مرکزی، تهران، خیابان نلسون ماندلا (آفریقا)، بلوار صبا، پلاک ۱۵

مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۷

Email: Info@atiyehsazan.ir

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

ب: تعهدات بیمه گزار

ماده (۱۳) نحوه اعلام اسامی بیمه شدگان:

۱-۱۳- بیمه گزار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز کاری پس از امضا و مبادله قرارداد دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بدون قلم خوردگی و با خط خوانا، به همراه یک نسخه CD اطلاعات خواسته شده، بر اساس فرمت ارائه شده از سوی بیمه گر، تهیه نموده و برای بیمه گر ارسال نماید.

تبصره ۱: لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان بایستی حاوی اطلاعات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ماه/سال)، شماره شناسنامه، کد ملی، شماره دفترچه بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان های بیمه گر اول، نسبت هریک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی و وضعیت تکفل قانونی بیمه شده تبعی، کد پرسنلی/کد ملی بیمه شده اصلی (کد مشترکی بین اعضای خانواده)، شماره حساب/شماره شبا. تبصره ۲: دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گزار تهیه گردیده، می بایست به امضای طرفین رسیده، ممهور و مبادله گردد و صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام صدور معرفی نامه و پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت. تبصره ۳: از تاریخ شروع قرارداد تا زمان دریافت لیست اولیه ارائه خدمت به بیمه شدگان صرفاً با نامه رسمی بیمه گزار که در آن فرد اصلی به اتفاق کلیه اعضای خانواده به عنوان بیمه شده معرفی گردیده اند، امکان پذیر خواهد بود. بیمه گزار موظف است در لیست اولیه کلیه افرادی که قبلاً با نامه معرفی نموده و در لیست اولیه به بیمه گر معرفی شده اند.

۲-۱۳- افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به تعداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه گزار حداکثر ۲ ماه پس از تاریخ استخدام و یا انتقال)، همسر کارکنانی که در اثنای سال بیمه ای از دواج می نمایند (منوط به اعلام بیمه گزار حداکثر ظرف ۲ ماه پس از تاریخ ثبت ازدواج) و همچنین افرادی که در طی دوره قرارداد تحت تکفل قانونی بیمه شده اصلی قرار می گیرند (با ارائه مستندات قانونی و منوط به اعلام بیمه گزار حداکثر ظرف ۲ ماه پس از تغییر وضعیت کفالت).

تبصره: تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبرداران از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گزار خواهد بود.

۳-۱۳- نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند، منوط به آنکه بیمه گزار لیست آنان را حداکثر دو ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید.

۴-۱۳- موارد حذف بیمه شدگان با نامه کتبی بیمه گزار و عبارت است از فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گزار قطع می شود.

۵-۱۳- تاریخ موثر برای حذف فوت شدگان از تاریخ فوت، قطع رابطه همکاری و یا تاریخ خروج از کفالت فرد با ارائه مستندات قانونی می باشد، مشروط بر آنکه در فاصله زمانی حذف تا وصول نامه بیمه گزار، فرد مشمول از خدمات شرکت استفاده نکرده باشد. حداکثر مهلت تحویل نامه حذف بیمه شدگان به بیمه گر، ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ وقوع خواهد بود.

تبصره: جبران کلیه خسارت های وارده به بیمه گر که پس از تاریخ موثر برای حذف مترتب می گردد، بر عهده بیمه گزار می باشد.

۶-۱۳- چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه ای اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان سال بیمه ای قرارداد ادامه خواهد یافت.

۷-۱۳- چنانچه بیمه شده اصلی بازنشسته شود، پوشش بیمه ای خود و اعضای خانواده وی، مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان قرارداد ادامه خواهد یافت.

کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

آدرس ستاد مرکزی: تهران-خیابان نلسون ماندلا (آفریقا)-بلوار شهید موسوی (صبا)-پلاک ۱۵

Email: Info@atiyehsazan.ir

مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳

بسمه تعالی



مجری تخصصی بیمه‌های تکمیلی درمان
وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

تبصره ۵: بیمه‌گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه‌شدگان را مطابق مفاد ماده ۱۳ برای بیمه‌گر ارسال نماید.

۸-۱۳- کارکنانی که اسامی و مشخصات خود و یا هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع ماده ۱۳ قرارداد، قید نشده باشد، به استناد از قلم افتادگی نمی‌توانند جزء بیمه‌شدگان این قرارداد قرار بگیرند.

۹-۱۳- بیمه‌گذار مکلف است کلیه شرایط و مفاد قرارداد فیما بین را به اطلاع بیمه‌شدگان برساند و در صورت عدم اطلاع و آگاهی بیمه‌شدگان، مسئولیتی متوجه بیمه‌گر نخواهد بود.

تبصره ۶: در صورت هرگونه ابهام یا نیاز به توضیح در رابطه با مفاد قرارداد و اعلام کتبی بیمه‌گذار، بیمه‌گر مکلف به پاسخگویی و شفاف‌سازی خواهد بود.

ماده ۱۴) میزان حق بیمه:

با توجه به تعهدات بیمه‌گر،

حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان در طرح یک: ۱۸,۹۱۲,۰۰۰ ریال - (هجده میلیون و نهصد و دوازده هزار ریال)

حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان در طرح دو: ۱۶,۹۱۲,۰۰۰ ریال - (شانزده میلیون و نهصد و دوازده هزار ریال)

حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان در طرح سه: ۹,۹۸۴,۰۰۰ ریال - (نه میلیون و نهصد و هشتاد و چهار هزار ریال)

حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان در طرح چهار: ۲۵,۱۸۱,۳۰۶ ریال - (بیست و پنج میلیون و یکصد و هشتاد و یک هزار و سیصد و شش ریال)

تبصره ۱: در صورتیکه این قرارداد مشمول مالیات بر ارزش افزوده اضافه می‌گردد، پرداخت آن در طی دوره قرارداد بر عهده بیمه‌گذار می‌باشد.

تبصره ۲: حق بیمه کلیه بیمه‌شدگان بصورت یکسان تعیین می‌گردد.

ماده ۱۵) ترتیب پرداخت حق بیمه:

بیمه‌گذار می‌بایست حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در این ماده توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند.

۱-۱۵- بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه را با توجه به تعداد بیمه‌شدگان در پایان هر ماه و حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

۲-۱۵- بیمه‌گذار مکلف است اقساط حق بیمه را در سررسیدهای تعیین شده، صرفاً در وجه شماره حساب ۷۷۵۱۷۵۱۷۱۰ بانک ملت - شعبه

گلستان پاسداران کد ۶۵۵۷۳ به نام شرکت آتی‌ه‌سازان حافظ کارسازی نموده و اصل چک صادره و یا رسید حق بیمه واریزی را به بیمه‌گر تحویل نماید.

تبصره ۱: مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می‌باشد و در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه، نهایتاً پس از ۲ ماه تاخیر با اعلام کتبی بیمه‌گر، به

حالت تعلیق در می‌آید و بیمه‌گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت ندارد. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق، قرارداد رفع

تعلیق و مجدداً به حالت اول برمی‌گردد و بیمه‌گر موظف به اجرای تعهدات خود در زمان تعلیق می‌باشد.

تبصره ۲: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان (افزایش و کاهش) به وسیله الحاقیه تعیین می‌گردد و بایستی همراه با حق بیمه سایر

بیمه‌شدگان در ماه‌های آتی تسویه شود.

تبصره ۳: در مورد افزایش تعداد بیمه‌شدگان، حق بیمه کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می‌شود.

کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

آدرس ستاد مرکزی: تهران-خیابان فلسون ماندلا (آفریقا)-بلوار شهید موسوی (صبا)-پلاک ۱۵

Email:Info@atiyehsazan.ir

مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

تبصره ۴: در مورد کاهش تعداد بیمه‌شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد.
تبصره ۵: بیمه‌گزار و بیمه‌گر مکلف‌اند هر دو ماه یکبار بر اساس لیست اولیه و تغییرات اعلامی نسبت به مغایرت گیری لیست بیمه‌شدگان اقدام نمایند.
تبصره ۶: بیمه‌گزار و بیمه‌گر مکلف‌اند هر سه ماه یکبار نسبت به شفاف سازی مطالبات حق بیمه و امضای صورتجلسه‌ای که در آن حق بیمه قابل وصول (با توجه به تعداد بیمه‌شدگان) و حق بیمه وصول شده تعیین و مورد توافق طرفین است، اقدام نمایند.
تبصره ۷: بیمه‌گزار مکلف است حداکثر یک ماه پس از اتمام مهلت ارائه اسناد خسارت درمان به بیمه‌گر (موضوع تبصره های ۱ و ۲ ذیل بند ۳ از ماده ۲۱ قرارداد) نسبت به تسویه حساب کتبی مربوط به قرارداد فیما بین، با بیمه‌گر اقدام نماید.
چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده (۱۶):

بیمه‌گر و بیمه‌گزار مکلفند قبل از شروع قرارداد نمایندگان تام‌الاختیار خود را بصورت کتبی به یکدیگر معرفی نمایند. این نمایندگان رابطان بین بیمه‌گر و بیمه‌گزار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه‌گزار و بیمه‌گر را به عهده دارد. بدین ترتیب بیمه‌شدگان می‌توانند امور درمانی خود را در قالب این قرارداد، علاوه بر مراجعه مستقیم، به کمک آنان نیز انجام دهند.

ج: سایر شرایط

ماده (۱۷) اصل حسن نیت:

بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا 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، بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه‌نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ماده (۱۸) استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

- ۱- رفع عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج، جنبه درمان الزامی داشته باشد و قبل از عمل به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد.
- ۲- اعمال جراحی، که بمنظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی، با تشخیص پزشک معالج، تأیید مراجع قانونی و با ارائه مستندات مربوطه.
- ۴- درمان بیماری‌های ایدز و بیماری‌های فراگیر (اپیدمی و ...).

کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور

آدرس ستاد مرکزی: تهران - خیابان نلسون ماندلا (آفریقا) - بلوار شهید موسوی (صبا) - پلاک ۱۵
مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳

Email: Info@atiyehsazan.ir

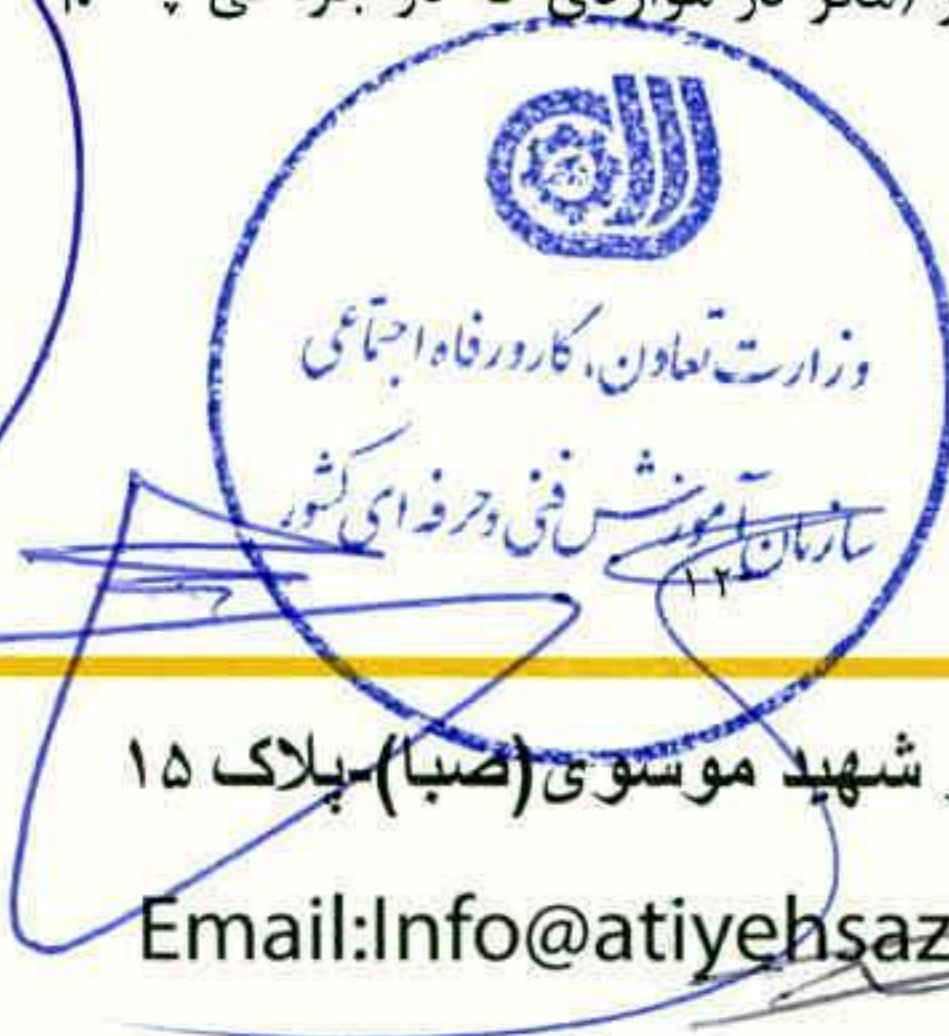
بسمه تعالی



مجری تخصصی بیمه‌های تکمیلی در مان
وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

- ۵- هزینه آزمایشات دوره ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می باشد .
- ۶- هزینه های واکسیناسیون، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج، در زمان بستری بیمه شده تجویز شود .
- ۷- ترک اعتیاد .
- ۸- حوادث طبیعی مانند: سیل، زلزله و آتشفشان .
- ۹- فعل و انفعالات هسته ای .
- ۱۰- جنگ، شورش، اغتشاش، نزاع ، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه و هرگونه آسیب ناشی از سلاح گرم و سرد تحت هر عنوان و علت .
- ۱۱- اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .
- ۱۲- داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه ای دارد از جمله مکمل های غذایی و شیرخشک .
- ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند (مانند: شامپو، صابون، خمیردندان و ...)، مگر این که با توجه به ماده ۱۰ قرارداد جزء تعهدات باشد و با گواهی پزشک با تخصص مرتبط و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .
- ۱۴- هزینه های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی های جسمی بدن .
- ۱۵- کلیه هزینه های مربوط به بیماری های روانی (جنون): منظور از جنون آن دسته از بیماری هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.
- ۱۶- کاشت حلزون و پیوند اعضا (به استثنای موارد مندرج در ماده) و نیز کاشت اجزاء اعضای بدن .
- ۱۷- عمد بیمه شده در تحقق خطر .
- ۱۸- اعمال جراحی عقیم سازی در آقایان و بستن لوله ها در خانم ها (بجز در مواردی که بعنوان عمل دوم در جراحی های داخل شکم انجام شود).
- ۱۹- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده، قتل، جنایت .
- ۲۰- کلیه هزینه های مربوط به تصادفات رانندگی که بر عهده بیمه شخص ثالث و صندوق تأمین خسارات بدنی می باشد. مگر با تعهد کتبی بیمه گزار مبنی بر بازپرداخت هزینه های درمانی به بیمه گر ظرف مدت حداکثر یک ماه از اعلام کتبی بیمه گر به بیمه گزار .
- ۲۱- کلیه خدماتی که عناوین آن در خدمات موضوع ماده ۱۰ ذکر نگردیده است قابل پرداخت نمی باشد.
- ۲۲- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال (۱۰ سال) تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .
- ۲۳- لیزیک/لازک چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد .
- ۲۴- 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 .
- ۲۵- هزینه انواع اورتز مانند: جوراب واریس، ویلچر، عصا، لنز (مگر در مواردی که در جراحی چشم استفاده می شود)، شکم بند، کمربند طبی، کمرست طبی و موارد مشابه .



کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

آدرس ستاد مرکزی: تهران-خیابان فلسون ماندلا (آفریقا)-بلوار شهید موسوی (صبأ)-پلاک ۱۵
مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳

Email:Info@atiyehsazan.ir

۲۶- اعمال غیرمجاز سرپایی در مطب بر اساس مصوب پنجاه و پنجمین جلسه شورای عالی نظام پزشکی: ۱- القای بیهوشی عمومی یا بی حسی نخاعی (به استثنای آرام بخشی تزریقی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارایه خدمت مورد تأیید وزارت بهداشت) ۲- انجام الکتروشوک درمانی (ECT) ۳- اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد (من جمله انواع فتق ها) ۴- هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد. ۵- هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوانهای بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور" و "جراحی های مجاز بر روی استخوانهای فکین از طریق برشهای مخاطی" ۶- جراحیهای ترمیم عروق بزرگ، جراحی های ترمیم اعصاب بزرگ، جراحی های ترمیم کلیه تاندونها (به جز تاندونهای اکستانسور پشت دست Hand و روی پا Foot) ۷- جراحی سندرم تونل کارپال ۸- وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز منجمله (پروتز سینه) در هر جای بدن ۹- تخلیه بافت چربی زیر جلدی در هر نقطه ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و PAL به جز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰۰ سی سی توسط سرنگ جهت استفاده به عنوان فیلر ۱۰- ابدومینوپلاستی، براکیوپلاستی، ماموپلاستی ۱۱- تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سرینی و سینه ۱۲- اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی منجمله لیزر ۱۳- کلیه اعمال جراحی بر روی کره چشم منجمله کراس لینک (به استثنای تزریق هوا در اطاق قدامی، تپ اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک) ۱۴- اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد (به استثنای شالازیون) ۱۵- هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاتیسم لازم باشد. ۱۶- بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل مری، تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد، و طحال ۱۷- اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل لاله و کانال گوش میانی و گوش داخلی ۱۸- تزریق هرگونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون ۱۹- جراحی پرینورافی ۲۰- ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل ۲۱- هر نوع زایمان ۲۲- هر نوع سقط جنین ۲۳- اعمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است ۲۴- برونکوسکوپ، لارنگوسکوپ، مستقیم، لاپاراسکوپ و هیستروسکوپ (به استثنای Office Hysteroscopy) ۲۵- کلیه اعمال جراحی روی استخوان های فک و صورت که نیازمند انسزیون های پوستی باشد ۲۶- اعمال جراحی روی غدد بزاقی که نیازمند انسزیون های پوستی است ۲۷- جراحی روی سپتوم بینی و توربینیت ها ۲۸- هر نوع راینوپلاستی یا سپتوپلاستی به جز اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفاً بر روی بافت نرم Alae Nasi ۲۹- اعمال جراحی روی سینوسهای پارانازال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیون های خارج دهانی دارد ۳۰- ترمیم اولیه شکاف لب و کام ۳۱- اعمال جراحی رزکسیون فکی که یکپارچگی فک را از بین می برد ۳۲- رزکسیون و بیوپسی ضایعات عروقی ۳۳- هر نوع رزکسیون زبان ۳۴- فلپ های پوستی بیش از ۵*۵ سانتی متر و کلیه فلپهای عضلانی ناحیه صورت ۳۵- برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحی های سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی متر باشد ۳۶- جراحی های شکستگی فکین و صورت که جهت جا اندازی یا فیکساسیون نیازمند دسترسی باز باشد. ۳۷- اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندام های مجاور دهان می شود و درمان آن نیاز به جراحی ترکیبی در فضاهای مجاور دارد ۳۸- اعمال جراحی بازسازی استخوان های فک و صورت که نیازمند تهیه گرافت از منابع خارج دهانی است ۳۹- انواع استئوتومی لفورت اعم از توتال یا سگمنتال که Base فک بالا را در بر می گیرد ۴۰- انواع استئوتومی های فک تحتانی جهت اعمال ارتوگناتیک ۴۱- اعمال جراحی های ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کندیلکتومی ۴۲- انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد ۴۳- انجام لیفت ابرو به روش غیرمستقیم که نیازمند Dissection باشد. ۴۴- ترمیم پارگی و laceration های صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجاری غدد بزاقی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد. ۴۵- نصب دیستراکتور خارج دهانی ۴۶- برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی لیتر.

۲۷- کلیه هزینه های پزشکی مربوط به چک آپ، مگر بنا به ضرورت و تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.

۲۸- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.

آتیه سazan حافظ
کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور
Email: Info@atiyehsazan.ir

آدرس ستاد مرکزی: تهران-خیابان نلسون ماندلا (آفریقا)-بلوار شهید موسوی (صبا)-پلاک ۱۵
مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

ماده (۱۹) نحوه محاسبه و پرداخت هزینه ها:

۱۹-۱- هزینه های مربوط به بیمارانی که با معرفی نامه کتبی بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت آتیه سازان حافظ استفاده می نمایند، بر اساس مفاد قرارداد برابر تعرفه توافقی مراکز فوق الذکر و تا سقف قرارداد مورد رسیدگی و تسویه قرار می گیرند و در صورتی که بیمه شدگان بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، هزینه ها حداکثر بر اساس تعرفه مراکز درمانی همتراز طرف قرارداد قابل پرداخت خواهد بود. (هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهند شد)

بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی - درمانی را بر اساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید.

چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تاریخ ترخیص است. بدیهی است، چنانچه تاریخ شروع بستری و یا انجام خدمات موضوع این بیمه نامه در بازه زمانی قبل از شروع و یا بعد از پایان بیمه نامه باشد، پرداخت هزینه آن در قالب این بیمه نامه در تعهد بیمه گر نمی باشد.

۱۹-۲- هزینه های درمانی مورد تعهد بیمه گر با احتساب مبالغ دریافتی از محل سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکت ها و سازمان های بیمه گر، نمی تواند از صد در صد هزینه های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر، مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان ها و شرکت های مذکور طبق مفاد قرارداد می باشد. بدیهی است در صورتی که بیمه شده از مزایای بیمه تکمیلی سایر شرکت های بیمه گر استفاده نماید، هزینه های درمانی مورد تعهد بیمه گر، پس از کسر مبالغ دریافتی از سازمان های بیمه گر اول و با در نظر گرفتن مبالغ پرداختی توسط سایر بیمه گران تکمیلی به گونه ای که بیمه شده منتفع نگردد، تا سقف قرارداد، قابل پرداخت خواهد بود. (در صورت استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن 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 مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.)

تبصره: هزینه اتاق بیماران با رعایت اصل همترازی بیمارستان های خصوصی طرف قرارداد بیمه گر حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته بیمارستان محل درمان بیمه شده قابل پرداخت می باشد، بجز مواردی که به دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر بیمار در اتاق ایزوله بستری شود که حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستان های همتراز پرداخت می گردد.

۱۹-۳- هزینه های درمانی بستری (پزشکی و بیمارستانی) بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور، با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و تأیید بیمه گر) به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور 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 نماید، تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر، مندرج در قرارداد، محاسبه و پرداخت می شود. (در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.) و میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از مراکز درمانی محاسبه خواهد شد.

تبصره: هزینه های بستری با توجه به درجه ارزشیابی بیمارستان با تعرفه مصوب هیئت وزیران محاسبه گردد. میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

آدرس ستاد مرکزی تهران: خیابان نلسون ماندلا (آفریقا) - بلوار شهید موسوی (صبا) - پلاک ۱۵

Email: Info@atiyehsazan.ir

مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

۴-۱۹- بیمه گر تعهد می نماید حداکثر ظرف مدت ۷ 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.

۵-۱۹- در ستاد مرکزی سازمان و ادارات کل آموزش فنی و حرفه ای کشور، جمع آوری اسناد هزینه های درمانی بیمه شدگان، توسط نماینده مستقر اقدام می شود.

۶-۱۹- ارائه شیوه نامه اجرائی در هر یک از بخش های درمانی به همراه نرخ تعرفه.

۷-۱۹- داشتن اپلیکیشن فعال ثبت اسناد الکترونیک و گزارش رصد الکترونیکی هزینه های درمانی توسط بیمه شده

ماده (۲۰):

بیمه شده در انتخاب هر یک از مراکز تشخیصی و درمانی داخل کشور آزاد است. در صورت استفاده بیمه شده از مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه گر، پس از پرداخت هزینه ها بایستی اسناد و مدارک مثبت را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده، به بیمه گر تسلیم نماید.

تبصره: مراکز درمانی که از سوی بیمه گزار معرفی می گردد، برای انعقاد قرارداد و استفاده از خدمات آنلاین اقدام می گردد.

ماده (۲۱) ترتیب بستری شدن بیمه شدگان:

۱-۲۱- چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات مراکز تشخیصی و درمانی طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند، موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند:

۱-۱-۲۱- در خصوص خدمات درمانی نظیر: جراحی های درمان چاقی، لیزیک، جراحی های بینی، فتق های شکمی، جراحی فک، جراحی عروق واریسی، جراحی های پلک، جراحی استرابیسم، جراحی عیوب انکساری، جراحی ماموپلاستی، کورتاژ تشخیصی و درمانی، شکستگیها، درمان بیماری های اعصاب و روان، مسمومیت های دارویی، کاهش سطح هوشیاری ... بیمه شدگان می باید پیش از بستری جهت دریافت تاییدیه پزشک معتمد به بیمه گر مراجعه نمایند.

۲-۱-۲۱- هزینه های خارج از تعهد بیمه گر و مازاد بر سقف تعهدات، بعهده بیمه شده می باشد و بیمه گر هیچگونه تعهدی در این خصوص ندارد.

۳-۱-۲۱- در صورت وجود قرارداد فیما بین مراکز تشخیصی و درمانی و بیمه گر اول و کسر سهم بیمه گر اول از صورتحساب توسط خود مراکز تشخیصی و درمانی، بیمه گر متعهد به پرداخت مازاد هزینه مورد تأیید تا سقف تعهدات، پس از کسر فرانشیز اجزاء عدم تعهد بیمه گر اول و موارد عدم تعهد بیمه تکمیلی می باشد.

۲-۲۱- چنانچه بیمه شدگان در مراکز تشخیصی و درمانی غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند:

۱-۲-۲۱- اصل مدارک و صورتحساب های مراکز تشخیصی و درمانی، به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده و سایر مدارک پرونده را راساً و یا از طریق نماینده بیمه گزار، جهت محاسبه و پرداخت هزینه های مربوطه، برای بیمه گر ارسال نمایند.

تبصره ۱: بیمه شدگان بایستی ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه گر اول (سازمان بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و سازمان های مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می باشند) و سایر بیمه گران مکمل اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک مربوطه و کپی چک دریافتی از سازمان های فوق الذکر، هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر بر اساس مفاد قرارداد دریافت نمایند و در صورت عدم

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

استفاده از سهم بیمه گر اول، حداقل فرانشیز معادل ۱۰ درصد از هزینه‌های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر می‌باشد. بدیهی است در صورت عدم پرداخت سهم بیمه گر اول، اصل مدارک بایستی به بیمه گر تحویل داده شود.
تبصره ۲: مهلت تحویل مدارک هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان حداکثر شش ماه پس از انجام خدمت و دو ماه بعد از اتمام قرارداد خواهد بود.
۲-۲۱- محاسبه هزینه‌های درمانی بر اساس تعرفه مراکز تشخیصی و درمانی توافقی می‌باشد.

ماده (۲۲):

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه‌شدگان از طرف بیمه‌گزار، مشخص گردد تعداد بیمه‌شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است و یا اینکه شرط معرفی ۵۰٪ مشمولین مطابق ماده ۳ قرارداد رعایت نگردیده باشد، بیمه گر مجاز به اعمال تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد، با رعایت قوانین و مقررات بیمه ای جاری کشور بوده و بیمه‌گزار ملزم به تبعیت خواهد بود.

فصل سوم: سایر مقررات

ماده (۲۳) مدت قرارداد:

مدت این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر مورخه ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ شروع و در ساعت بیست و چهار مورخه ۱۴۰۵/۰۹/۳۰ خاتمه می‌یابد.

ماده (۲۴):

حق هرگونه تحقیق، معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه‌شده به منظور تأیید هزینه‌های انجام شده، در چارچوب مفاد و شرایط قرارداد، برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.

ماده (۲۵) حل اختلاف و ارجاع به داوری:

در صورت بروز هرگونه اختلاف در خصوص اجرای قرارداد یا اختلاف در تفسیر و تعبیر مفاد، موضوع ابتدا از طریق مذاکره فی‌مابین حل و فصل خواهد شد و در صورت عدم نتیجه از طریق داوری مرضی الطرفین قابل حل خواهد بود و در صورت عدم پذیرش داوری موضوع از طریق مراجع قانونی ذیصلاح پیگیری خواهد شد.

ماده (۲۶) موارد فسخ قرارداد و نحوه تسویه حق بیمه:

بیمه‌گر و یا بیمه‌گزار می‌توانند در موارد زیر برای فسخ قرارداد اقدام نمایند:

۱-۲۶- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

۱-۱-۲۶- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر در قرارداد.

کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir

آدرس ستاد مرکزی: تهران خیابان تلسمون ماندلا (آفریقا) - بلوار شهید موسوی (صبأ) - پلاک ۱۵
Email: Info@atiyehsazan.ir

مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۲

سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

۱-۲- هرگاه بیمه گزار سهواً و یا بدون سوء نیت، مطالبی خلاف واقع اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند، به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود. بدیهی است در صورت احراز سوء نیت یا عمد در این خصوص نیز حق فسخ ایجاد خواهد شد.
۱-۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه به نحوی که افزایش حق بیمه قابل محاسبه نباشد و یا بیمه گزار با افزایش حق بیمه موافقت ننماید.
۱-۴- در صورت محقق نشدن شرط معرفی ۵۰٪ مشمولین مطابق مفاد ماده ۳ قرارداد.

۲- ۲۶- موارد فسخ از طرف بیمه گزار :

۱-۲۶- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
۲-۲۶- انتقال پرتفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.
۳-۲۶- در صورت توقف فعالیت بیمه گزار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.
۴-۲۶- در صورت عدم رضایت بیمه گزار، پس از اعلام کتبی به بیمه گر و عدم رفع موارد مطرح شده قرارداد به صورت یک طرفه از جانب بیمه گزار فسخ می گردد.

۳- ۲۶- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ :

۱-۲۶-۳- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می گردد.
۲-۲۶-۳- در صورت فسخ از طرف بیمه گزار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه می شود و کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد.
تبصره : در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد بیمه گزار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد، حداکثر ظرف مدت دو ماه پس از اعلام کتبی، به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده ۲۷) نحوه فسخ :

۱-۲۷- در صورتیکه بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گزار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گزار، فسخ شده تلقی می شود.
۲-۲۷- بیمه گزار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضای فسخ قرارداد را بنماید در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه گر و یا تاریخ موخری که در درخواست قید شده باشد قرارداد فسخ شده محسوب می شود.

ماده ۲۸) شرایط تمدید قرارداد :

تمدید قرارداد برای سال های بعد با توافق کتبی بیمه گر و بیمه گزار و با صدور الحاقیه انجام خواهد شد.

ماده ۲۹) اقامتگاه :

آدرس قانونی طرفین قرارداد، همان آدرس مندرج در مواد ۱ و ۲ قرارداد بوده و کلیه مکاتبات و مراسلات به آن آدرس ها ارسال خواهد شد.
تبصره : در صورت هرگونه تغییر در آدرس، هر یک از طرفین مکلف به اعلام مکتوب به طرف مقابل می باشد (حداکثر ظرف مدت ده روز پس از وقوع تغییر آدرس).

کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹
www.Atiyehsazan.ir
آدرس ستاد مرکزی: تهران-خیابان نلسون ماندلا (آفریقا)-بلوار شهید موسوی (صبا)-پلاک ۱۵
Email: Info@atiyehsazan.ir
مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳

بسمه تعالی

آتیه سازان حافظ



مجری تخصصی بیمه‌های تکمیلی درمان
وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

تاریخ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲
شماره: ۱۴۰۴/۸۱۰۶۷
پیوست:

ماده (۳۰):

در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی، آیین نامه‌های شورایعالی بیمه خدمات درمانی و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

ماده (۳۱) نسخ قرارداد:

این قرارداد مشتمل بر ۳۱ ماده و در ۳ نسخه متحدالشکل که هر کدام حکم واحد را دارند، تنظیم گردیده و با علم و آگاهی طرفین در تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ امضا و مبادله شده و از تاریخ امضا برای طرفین لازم الاجرا و لازم الاتباع می‌باشد.

شرکت بیمه آتیه سازان حافظ

دکتر حسین رنجبران

دکتر محمدرضا جباری

مدیر عامل

رئیس هیئت مدیره

شماره ثبت ۱۷۴۱۸۷

Atiyehsazan-e-Hafez Co

سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور

سجاد احمدوند

معاون توسعه مدیریت و منابع



کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹

www.Atiyehsazan.ir

آدرس ستاد مرکزی: تهران - خیابان نلسون ماندلا (آفریقا) - بلوار شهید موسوی (صبأ) - پلاک ۱۵

Email: Info@atiyehsazan.ir

مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳