

قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرار داد منحصر با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند:

ماده ۱- بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران - مجتمع / شعبه بنشانی: ممتاز شرق تلفن فاکس ۷۷۷۱۳۶۳۵ که جبران هزینه های بیمارستانی ، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد .

تبصره -

بیمه گر پایه: سازمان هایی 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 می باشند . بنابر این بیمه گرهای پایه بیمه گر اول و شرکت سهامی بیمه ایران بیمه گر دوم محسوب میشوند .

ماده ۲- بیمه گذار

شخصی است حقوقی که مشخصات وی در این بیمه نامه عبارت است از : اداره کل درمان استان تهران و اسناد پزشکی و بیمارستانها کلینیک هاز جمله لواسانی - لی کلینیک طوس ۱۱۳ این و ... بنشانی : خ کارگر شمالی روبروی پارک لاله اداره کل دروان استان تهران تلفن : ۶۶۲۵۴۵۲۲ فاکس : ۶۶۲۵۴۴۲۲ که متعهد به پرداخت حق بیمه است.

ماده ۳ - بیمه شدگان

عبارتند از کارکنان رسمی، بیمانی یا قراردادی بیمه گذار و اعضای خانواده‌شان که بیمه گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

بنابراین گروههای انتخابی قرارداد عبارتند از: پدر و مادر غیر تحت تکفل، شاغلین، همسر غیر تحت تکفل، کارکنان اناث و اعضا خانواده تحت تکفل و غیر تحت تکفل شامل همسر و فرزندان پرسنل اناث و والدین کارکنان ایشان که توسط بیمه گذار معرفی می شوند.

تبصره یک -

منظور از اعضای خانواده: شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شدگان است که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه گر پایه میباشند.

تبصره دو -

فرزندان ذکور تا سن بیست سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه میباشند.

۳/۲/۱ (ت) دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام بیمه میشوند.

۳/۲/۲ (ت) پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

ماده ۴ - موضوع بیمه

جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۴/۱ -

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.

۴/۲ -

بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۵

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت پانزده روز پس از امضا و مبادله قرارداد یک نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بصورت الکترونیکی طبق فرمت اکسس تعیین شده از سوی بیمه ایران، عاری از اطلاعات نادرست، مغایرت و خطا در موارد مطروحه طی تبصره یک و دو ماده پنج، تهیه نموده و جهت بیمه گر ارسال نماید.

تبصره یک -

لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

(۵/۱/۱)

اطلاعات مربوط به بیمه شده اصلی شامل: کد پرسنلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه - کد ملی - تاریخ استخدام - بیمه پایه - شماره دفترچه بیمه پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل و سایر اطلاعات در خواستی.

(۵/۱/۲)

اطلاعات مربوط به سایر بیمه شده گان براساس ماده سوم قرارداد شامل: نسبت با بیمه شده اصلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد ۸ رقمی (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه - کد ملی - بیمه پایه - شماره دفترچه بیمه پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل - وضعیت تکفل و سایر اطلاعات در خواستی.

تبصره دو -

نسخه الکترونیکی فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده میبایست طی اقدامات اداری مکتوب بواسطه مهر و امضا طرفین (بیمه گر و بیمه گذار) مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز پوشش بیمه ای بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر فرار خواهد گرفت و مسئولیت هر گونه اطلاعات مغایر و اشتباه در خصوص هویت بیمه شدگان طی لیست الکترونیکی مذکور به عهده بیمه گذار میباشد.

(۳/۵/۱)

افرادی که در طول مدت قرارداد میتوانند به عداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی، همسر تحت تکفل کارکنانی که ازدواج نموده اند و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار می گیرند (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از کفالت و ازدواج). تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

(۳/۵/۲) بوزادان از بدو تولد بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید.

(۳/۵/۳)

موارد حذف بیمه شدگان عبارتند از متوفیان و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود. تاریخ مؤثر برای حذف این دسته از بیمه شدگان منوط به اعلام کتبی بیمه گذار و به استناد مدارک مثبت از تاریخ فوت و یا قطع همکاری میباشد.

(۳/۵/۴)

در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده اصلی متوفی به شرط پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان سال بیمه ای قرارداد ادامه خواهد داشت.

بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را با اضافه نمودن علت تغییر وضعیت - تاریخ تغییر وضعیت - وضعیت بیمه شده - برای بیمه گر ارسال نماید.

تبصره چهار -

کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه موضوع تبصره دو و سه ماده پنج قرارداد درج نباشد باستناد از قلم افتادگی نمیتوانند در عداد بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند. مگر بیمه گذار دلایل موجهی ارائه و مورد تأیید بیمه گر واقع گردد. در صورت تأیید بیمه گر شروع پوشش بیمه ای این دسته از بیمه شدگان از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

ماده ۶ - میزان حق بیمه

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

ارقام به ریال			
حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه‌شدگان بدون احتساب مالیات	مبلغ ماهانه منتهای بر ارزش افزوده و مالیات ملات		مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر
			۴۲۶.۰۰۰
		۲۶.۰۰۰	

ماده ۷ - ترتیب پرداخت حق بیمه

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 می‌باشد. در صورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه قرارداد، بیمه‌گر می‌تواند بلافاصله با صدور الحاقی، قرارداد را به حالت تعلیق درآورد و در زمان تعلیق تعهدی در جبران خسارت نخواهد داشت. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق، قرارداد با صدور الحاقی رفع تعلیق خواهد شد.

تبصره یک-

حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین می‌گردد که میبایست در پایان همان ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت گردد.

تبصره دو-

حق بیمه مربوط به کاهش یا افزایش تعداد بیمه‌شدگان:
 در مورد افزایش تعداد بیمه‌شدگان حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه میشود. (۲/۷/۱ ت)
 در مورد کاهش تعداد بیمه‌شدگان حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد. (۲/۷/۲ ت)

فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - حدود تعهدات

ردیف	نوع تعهدات	واحد	حداکثر تعهدات	پوشش (درصد)		
				تخصص	تخصص	تخصص
۸/۱	هر بیمه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، ابرویترابی، ازیوتراپی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی مصون Day Care نصاب: با اعمال جراحی Day Care به جراحی	نفر	۲۰۰۰۰۰۰۰	۱۰	۱۰	۲۰
۸/۲	هر بیمه اعمال جراحی اصلی - مغز و اعصاب مرکزی و سنجاق (به استثنای نسیج سفید نخاع)، گمانتیب قلب پیونداری، پیوندکبد، پیوندکلیه، پیوندمغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱)	نفر	۵۰۰۰۰۰۰۰	۱۰	۵	۲۰
۸/۳	هر بیمه راهبان طبیعی و عمل سزارین	نفر	۲۰۰۰۰۰۰۰	۱۰	۵	۲۰
۸/۴	پراکتیکی شامل: انواع سونوگرافی - ماموگرافی - انواع ام‌اس - انواع آندوسکوپی - ام‌آر‌آی - کولونوسکوپی - استرین اکتو - دایستومتری - انواع ازیوتراپی (بدر چشم و قلب)	نفر	۶۰۰۰۰۰۰	۲۰	۵	۴۰
۸/۵	هر بیمه های مربوط به تست ورزش، تست انرژی، تست نفسی (اسپرومتری - PFT)، نوار قلب (ECG)، نوار قلب (ECG)، نوار مغز (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مغز (میتومتری یا هیستوگرام)، نوار ام‌اس، بیابنی مغزی	نفر	۲۵۰۰۰۰۰۰	۲۰	۵	۴۰
۸/۶	جراحی های مجاری صفراوی شامل شکستگی و دررفتگی گالچ گیری سخته - پیوند کولونوسکوپی - اکتوزیون لیوم - بیوپسی - تخلیه کیست و لیتر در مری (به استثنای رفع عیوب تکستری لیدچشم)	نفر	۲۵۰۰۰۰۰۰	۲۰	۵	۴۰
۸/۷	هر بیمه های آمبولاس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمه شده سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۸۰۰۰۰۰۰	۲۰	۵	۴۰
۸/۸	هر بیمه های آمبولاس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمه شده سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	نفر	۱۳۰۰۰۰۰۰	۲۰	۵	۴۰
۸/۹	سنگ گوش راست و چپ	نفر	۱۶۰۰۰۰۰۰	۲۰	۵	۴۰
۸/۱۰	انواع لنز، عینک، عصبی	نفر	۱۵۰۰۰۰۰۰	۲۰	۵	۴۰
۸/۱۱	هر بیمه خدمات آزمایشگاهی (بغیر از چکاب و غربالگری) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، سیت شناسی، زنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و سایر یوتراپی	نفر	۴۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۵	۴۰
۸/۱۲	هر بیمه چشم راست و 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، استجمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی	نفر	۵۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۵	۴۰
۸/۱۳	هر بیمه 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، استجمات یا یا جمع قدر مطلق نقص بینایی	نفر	۵۰۰۰۰۰۰۰	۲۰	۵	۴۰

تبصره - بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه های اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) مندرج در شرایط عمومی آیین نامه ۶۴ بیمه مازاد درمان ندارد .

ماده ۹ - تعهدات سالانه

محل پرداخت تعهد هزینه های آمبولانس داخل شهر، هزینه های آمبولانس خارج شهر از محل هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) - هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) از محل جراحی تخصصی (شش عمل اصلی) - و تعهدات جراحی تخصصی (شش عمل اصلی)، زایمان، پاراکلینیکی ۱، پاراکلینیکی ۲، جراحی های مجاز سرپایی، سمعک، لنز، عینک، خدمات آزمایشگاهی، لیزیک چشم راست، لیزیک چشم چپ به صورت مستقل در نظر گرفته می شود.

ماده ۱۰ - دوره انتظار

دوره انتظار : مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد .
* براساس تعداد بیمه شدگان بیش از هزار نفر ، دوره انتظار حذف می گردد .

ماده ۱۱ - فرانشیز

فرانشیز سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت آن ندارد و میزان آن در این قرارداد بابت سهم بیمه گر اول طبق مندرجات جدول موضوع ماده ۸ تعیین می گردد .

شایان ذکر است در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه ، فرانشیز معادل میزان تعیین شده در قرارداد و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه و حداقل برابر فرانشیز تعیین شده در قرارداد خواهد بود .

ماده ۱۲ - استثنائات

جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی و پاراکلینیکی طبق ماده ۷ شرایط عمومی پیوست از شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد .

ماده ۱۳

بیمه‌شده 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 انجام‌شده دریافت و از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود. چنانچه بیمه‌شده 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. در صورتی که بیمه‌شده 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.

ماده ۱۴ - ترتیب بستری شدن بیمه‌شدگان

۱۴/۱ - چنانچه بیمه‌شدگان در بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند:

۱۴/۱/۱ حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر اطلاع داده شود.

۱۴/۱/۲ پیش پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی را رأساً تأمین نمایند.

۱۴/۱/۳

اصل مدارک و صورت‌حساب‌های بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را از طریق بیمه‌گذار و نماینده وی جهت محاسبه هزینه‌های مربوطه برای بیمه‌گر ارسال نمایند.

تبصره یک-

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

تبصره دو- در مواردی که بیمه‌شده از مزایای پوشش بیمه‌ای بیمه‌گر اول استفاده نمی‌نماید مشمول فرانشیز موضوع ماده ۱۰ خواهد شد.

تبصره سه-

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

۱۴/۱/۴

محاسبه هزینه‌های بیمارستانی، بر اساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم‌درجه طرف قرارداد با بیمه‌گر می‌باشد. در صورت عدم تعیین حق العمل جراح در صورت‌حساب بیمارستان این هزینه حداکثر معادل پنج برابر تعرفه خدمات درمانی محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۱۴/۱/۵ محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سربایی ، بر اساس تعرفه اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و خصوصی یا حداکثر تعرفه های اعلام شده از طرف بیمه ایران می باشد .

۱۴/۱/۶

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

تبصره : میزان خسارت بر اساس نرخ ارزش اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد .

۱۴/۲ - چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند :

۱۴/۲/۱

با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد به ضمیمه درخواست کتبی بیمه گذار نسبت به اخذ معرفی نامه از بیمه گر اقدام نمایند .

۱۴/۲/۲ حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری شدن بیمه شده در بیمارستان ، مراتب از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع داده شود .

۱۴/۲/۳ هزینه های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهد بیمه شده و بیمه گذار میباشد . اینگونه هزینه ها از تاریخ اعلام کتبی به بیمه گذار حداکثر ظرف مدت یک ماه میبایست در وجه بیمه گر پرداخت شود .

(۱۴/۲/۴)

هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه‌شده 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 بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۱۵

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 بیمه‌شده را بعهده 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 ۱۶

چنانچه پس از ارائه لیست بیمه‌شوندگان 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 ۱۷

بمنظور تسریع 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 بیمه‌گر محفوظ میباشد.

ماده ۱۸ - حل اختلاف نظیر

در صورت بروز هرگونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فی‌مابین حل و فصل خواهد شد. در غیر اینصورت رای مراجع ذیصلاح نافذ میباشد.

ماده ۱۹ - مدت قرارداد

مدت بیمه نامه یک سال تمام است که از ساعت صفر مورخ ۱۳۹۵/۰۵/۳۱ شروع و در ساعت صفر مورخ ۱۳۹۶/۰۵/۳۱ خاتمه مییابد.

ماده ۲۰ - شرایط فسخ قرارداد

بیمه گر و بیمه گذار می توانند صرفاً با شرایط تعیین شده در ماده ۱۴ و ۱۵ شرایط عمومی این بیمه ، درخواست فسخ قرارداد در طول مدت بیمه را بنمایند.

ماده ۲۱ - شرایط تمدید قرارداد

تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار و با صدور الحاقی یا تنظیم قرارداد جدید انجام خواهد شد.

ماده ۲۲

در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (مصوب شورای عالی بیمه) که جز لاینفک این قرارداد میباشد و تحویل بیمه گذار شده است و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.