

پیوست ۴ – قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی کارکنان صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر

این قرارداد فی مابین صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر به شماره ثبت ۱۸۱۳۵ شناسه ملی ۱۰۱۰۰۶۲۵۰۷۰ و کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۹۸۳۴۳۷۳ به نمایندگی آقایان حامد قادرمزی با کد ملی ۵۵۸۹۰۹۲۶۷۱ به عنوان مدیرعامل صندوق و آقای نادر شیدایی دوست مدیرکل امور مالی با کد ملی ۳۳۲۹۸۰۷۶۲۸ به نشانی: تهران، میدان هفت تیر، خیابان بهار شیراز، پلاک ۱۷۰ به شماره تلفن ۰۲۱۸۴۶۸۰۰۰۰ به عنوان (بیمه‌گذار) از یک طرف و شرکت بیمه گر به نمایندگی آقای با کد ملی بعنوان مدیرعامل و عضو هیئت مدیره و کد ملی بعنوان عضو هیئت مدیره به نشانی که من بعد در این قرارداد بیمه‌گر نامیده می‌شوند منعقد و طرفین متعهد و ملزم به اجرای تمامی مفاد قرارداد می‌گردند.

ماده ۱: موضوع قرارداد:

ارائه پوشش بیمه درمان تکمیلی گروهی برای کارکنان صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر مطابق با شرایط اختصاصی و تعهدات این قرارداد. (پیوست ۱ تا ۷ اسناد)

ماده ۲: مدت قرارداد:

مدت این قرارداد از تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۱ به مدت یک سال شمسی می‌باشد.

ماده ۳: تعاریف و اصطلاحات:

بیمه‌گر: شرکت بیمه ای که دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی می باشد و مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج شده است و جبران هزینه‌های مندرج در این قرارداد و جدول تعهدات پیوست و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این قرارداد به عهده می‌گیرد.

بیمه‌گر پایه: سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، بیمه سلامت، بیمه نیروهای مسلح، خدمات درمانی، که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه‌اند.

بیمه‌گذار: شخصی است که مشخصات وی در این قرارداد ذکر شده و در قبال انجام تعهدات بیمه‌گر در این قرارداد متعهد به پرداخت حق بیمه است.

گروه بیمه‌شدگان: کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار که با ارائه رضایت‌نامه مبنی بر موافقت با پوشش بیمه‌ای هر یک به تنهایی و یا به اتفاق هر کدام اعضای خانواده‌شان و نیز پدر و مادر تحت تکفل و یا غیر تحت تکفل بیمه شده از طرف بیمه‌گذار به بیمه‌گر معرفی شده‌اند.

تبصره ۱: دوره انتظار برای بیمه‌شدگان که به‌طور پیوسته از سایر شرکت‌های بیمه ای انتقال می‌یابند اعمال نمی‌گردد.

تبصره ۲: افراد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی عبارتند از: همسر، (همسران دائم) بیمه‌شده اصلی، فرزندان و والدین تحت تکفل و یا غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی، فرزندان ذکور مجرد حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی اعم از داخل و خارج از کشور



تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج، مشروط به عدم اشتغال به کار فرزندان، اعم از مذکر و مؤنث می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره ۳: پوشش مجدد فرزندان اناث مطلقه مشروط به پوشش توسط سازمان بیمه‌گر پایه و عدم اشتغال به کار امکان پذیر می‌باشد.

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

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

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

حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات به بیمه‌گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه‌گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده است.

خسارت: هزینه‌های تشخیصی و درمانی مورد تعهد این قرارداد.

دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهد به جبران خسارت در موارد مشخص شده آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی ندارد.

فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت است که میزان آن در جدول تعهدات درخواستی صندوق تعیین می‌شود. (در این قرارداد ۱۰٪)

Day Care: به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت‌زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز، کمتر از یک روز باشد.

ماده ۴ : مبلغ قرارداد و نحوه پرداخت :

۴-۱- مبلغ قرارداد : بدون در نظر گرفتن تعداد دفعات مراجعه مشمولین این قرارداد به مراکز تشخیصی، درمانی مبلغ حق بیمه برای هر فرد ماهانه به مبلغ ریال به تعداد تقریبی ۱۰۰۰ نفر ریال و جمعا در طول یکسال به مبلغ می‌باشد.

تبصره ۱: تعداد مشمولین تحت پوشش این قرارداد تقریباً ۱۰۰۰ نفر، می‌باشند که مشخصات آنان توسط بیمه‌گذار به بیمه‌گر ابلاغ می‌گردد. تعداد فوق تا ۲۵ درصد قابل افزایش و کاهش می‌باشد.

۴-۲- **نحوه پرداخت :** کل مبلغ حق بیمه طی ۱۲ قسط در صورت ایفای کامل تعهدات بیمه‌گر و تأیید ناظر قرارداد (اداره کل توسعه منابع انسانی) مبنی بر انجام کامل موضوع قرارداد به‌صورت ماهیانه و پس از کسر کسورات قانونی و قراردادی قابل پرداخت می‌باشد.

۴-۳- آخرین مرحله پرداخت در صورت اجرای دقیق و کامل تعهدات و تحویل اسناد باقیمانده رسیدگی شده به بیمه‌گذار قرارداد، ۶ ماه پس از پایان مدت قرارداد به بیمه‌گر پرداخت خواهد شد.

ماده ۵ : تعهدات بیمه‌گر

۵-۱- بیمه‌گر متعهد است در اداء انجام وظایف و تعهدات بیمه‌گذار هزینه‌های پزشکی موضوع این قرارداد را در طول مدت قرارداد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت (بصورت الکترونیکی یا فیزیکی) مطابق با شرایط اختصاصی بیمه‌گذار و جدول تعهدات این قرارداد جبران نماید.

۵-۲- بررسی و رسیدگی به اسناد تشخیصی و درمانی مورد تعهد در بخش خسارت بر اساس مفاد این قرارداد.

۵-۳- رسیدگی و پاسخگویی به موقع به شکایات و اعتراضات مشمولین این قرارداد از مراکز طرف قرارداد، بررسی مجدد اسناد در صورت لزوم، راهنمایی صحیح و کامل مراجعین و عدم ارجاع آنان به مدیریت‌های استانی و ستادی بیمه‌گذار.

۵-۴- انجام اصلاحات مورد نیاز و ایجاد سطح دسترسی به سامانه‌های بیمه‌گر برای مشمولین و کاربران این قرارداد طبق درخواست بیمه‌گذار.

۵-۵- بیمه‌گر متعهد است زیرساخت‌های مورد نیاز جهت امکان صدور معرفی‌نامه آنلاین را در مراکز درمانی طرف قرارداد خود را در سطح کشور فراهم نماید.

۵-۶- بیمه‌گر متعهد می‌باشد ترتیبی اتخاذ نماید که ارائه خدمات سریع به مشمولین این قرارداد در سراسر کشور در همه ایام سال امکان‌پذیر باشد. به‌منظور کاهش دغدغه‌ها و نگرانی‌های مشمولین این قرارداد و همچنین جلب رضایتمندی آنان حتی‌الامکان نسبت به توسعه و انعقاد قرارداد با کلیه مراکز درمان خصوصی، خیریه، نهادهای عمومی غیردولتی و دولتی و بیمارستان‌های مجری طرح تحول سلامت و سایر ارگان‌ها و نهادها در سطح کشور که مورد درخواست بیمه‌گذار می‌باشد اقدام نماید تا بیماران با مراجعه به آنان از مزایای این قرارداد بهره‌مند گردند.

۵-۷- بیمه‌گر متعهد می‌باشد متن کلیه بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به اجرای موضوع این قرارداد را قبل از صدور و ارسال به شعب و نمایندگی‌های خود را جهت تأیید به بیمه‌گذار ارسال نماید.

۵-۸- بیمه‌گر متعهد می‌باشد هرگونه تغییر در فرایند اجرای موضوع قرارداد اعم از شکلی، ماهوی (ازجمله تغییر در نرم‌افزار، نحوه ارزیابی خسارت و...) را با کسب مجوز و رضایت بیمه‌گذار انجام دهد. در غیر این صورت بیمه‌گر مسئول جبران هرگونه خسارت احتمالی ناشی از این تغییرات خواهد بود.

۵-۹- بیمه‌گر متعهد می‌باشد هزینه خدمات درمانی سرپائی و بستری که رأساً توسط افراد در طول دوره قرارداد پرداخت شده باشد (خسارت مستقیم) را حداکثر تا ۶ ماه پس از پایان این قرارداد پذیرش نماید. (با توجه به طولانی بودن فرایند بررسی سهم سازمان تأمین اجتماعی، پرونده‌های بستری حداکثر تا ۸ ماه پس از قرارداد قابل پذیرش خواهد بود).

۵-۱۰- بیمه‌گر متعهد می‌گردد یک نفر نماینده تام‌الاختیار و متخصص در امور بیمه درمان و اسناد پزشکی را دو روز در هفته با هماهنگی واحد ناظر قرارداد جهت دریافت اسناد هزینه درمان و سایر اقدامات لازم در اجرای موضوع قرارداد در محل بیمه‌گذار مستقر نماید. لازم است فرد مذکور قبلاً به صورت کتبی به بیمه‌گذار معرفی شده باشد.

۵-۱۱- بیمه‌گر متعهد می‌گردد حداکثر ظرف مدت یک هفته کاری (۷ روز) نسبت به بررسی و پرداخت هزینه‌های تشخیصی، درمانی مشمول پرداخت بیمه تکمیلی موضوع این قرارداد از تاریخ دریافت اسناد (بصورت الکترونیکی یا فیزیکی) اقدام نماید. در خصوص اسناد بستری بیمارستانی زمان بررسی و پرداخت خسارت حداکثر تا ۲۰ روز کاری می‌باشد.

۵-۱۲- بیمه‌گذار می‌تواند نسبت به نظارت بر رعایت مفاد قرارداد فی‌مابین و تمامی مراحل پذیرش، صدور حواله، بررسی اسناد و مدارک رسیدگی شده توسط بیمه‌گر، نحوه صدور معرفی‌نامه، نحوه برخورد با ارباب‌رجوع اقدام نماید.

۵-۱۳- بیمه‌گر متعهد به ارائه گزارشات میزان استفاده از خسارات و اعلام ضریب خسارت بیمه‌گذار در دوره‌های سه ماهه در خلال مدت قرارداد و یا مطابق با درخواست بیمه‌گذار می‌باشد.

۵-۱۴- عودت مدارک بیمارستانی بیمه‌شده در اسرع وقت در صورت عدم پرداخت خسارت.

۵-۱۵- امکان حذف بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد به دلیل خروج از کفالت و قطع رابطه استخدامی به هر دلیل با صندوق و پرداخت حق بیمه در صورت استفاده از خسارت. پرداخت حق بیمه در مورد بیمه‌شدگان فوت شده صرفاً تا تاریخ فوت می‌باشد.

۵-۱۴- سقف مبلغ خدمات و تعهدات بیمه‌گر بشرح جدول پیوست شماره ۳ اسناد مناقصه تعیین گردیده است.

ماده ۶- تعهدات بیمه‌گذار:

۶-۱- بیمه‌گذار متعهد است مشخصات کامل بیمه‌شدگان و افراد تحت تکفل آن‌ها را با ذکر شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، تاریخ دقیق تولد، محل صدور و نسبت با فرد بیمه‌شده را در شروع اعتبار بیمه‌نامه به صورت مکتوب و رسمی به دبیرخانه بیمه‌گر ارائه و نسبت به اخذ تأییدیه آن اقدام نماید.

۶-۲- افزایش در تعداد بیمه‌شدگان در طول مدت بیمه‌نامه منوط به استخدام جدید، انتقال و یا مأموریت، ازدواج، طلاق فرزندان اناث و تولد برای افرادی که پس از شروع دوره بیمه، تحت تکفل بیمه‌شده قرار می‌گیرند، خواهد بود و اسامی آنان باید حداکثر تا سه ماه بعد از تاریخ استخدام، انتقال و یا مأموریت، تولد و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن، اعلام شود. ملاک تاریخ پوشش بیمه‌ای برای مستخدمین جدید، مأمورین و یا منتقلین، مزدوجین و تحت تکفلین جدید تاریخ ارائه‌نامه به دبیرخانه بیمه‌گر و ارائه پوشش به نوزادان از بدو تولد می‌باشد.

تبصره ۱: نوزادان مشروط بر آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را حداکثر تا سه ماه پس از تولد بصورت مکتوب به بیمه‌گر اعلام نماید، از بدو تولد تحت پوشش می‌باشند و در صورت انقضای مهلت تعیین شده، تاریخ پوشش بیمه‌ای نوزادان از همان تاریخ ورود نامه و ثبت دبیرخانه شرکت بیمه‌گر می‌باشد. لازم به ذکر است ارائه مدارک مثبت جهت تحت پوشش قرار گرفتن نوزادان الزامی می‌باشد.

۶-۳- حق بیمه کمتر از یک ماه بیمه‌شدگانی که در طول مدت بیمه، اضافه یا حذف می‌شوند معادل یک ماه منظور خواهد شد.

۶-۴- حق بیمه‌های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه‌نامه، در پایان سال به صورت یکجا محاسبه و به بیمه‌گذار مسترد خواهد شد. با حذف هر یک از بیمه‌شدگان در صورت دریافت هزینه‌های درمانی، بیمه‌گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد می‌باشد (در خصوص بیمه‌شدگان فوت شده این موضوع مستثنی می‌باشد).

۶-۵- کاهش در تعداد بیمه‌شدگان در طول مدت بیمه‌نامه باید حداکثر تا یک ماه پس از خروج مشمولین به بیمه‌گر اعلام شود که از همان تاریخ حذف انجام پذیرد.

۶-۶- احراز پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده در زمان رسیدگی به هزینه‌های اعلام‌شده منوط به بررسی مدارک بیمه‌شده و انطباق آن با شرایط بیمه‌نامه می‌باشد در صورتی که بر اساس بررسی‌های به عمل آمده و در هر زمان از مدت بیمه‌نامه مشخص شود، تأمین پوشش بیمه‌شده و افراد تحت تکفل آن منطبق با شرایط مندرج در بیمه‌نامه نیست، بیمه‌گر نسبت به حذف از لیست بیمه‌شدگان از شروع پوشش اقدام می‌نماید در این صورت حق بیمه‌های پرداختی بیمه‌شده و افراد تحت تکفل مسترد نمی‌گردد و بیمه‌گذار متعهد به پرداخت خسارت‌های دریافتی می‌باشد.

۶-۷- بیمه‌گذار متعهد است حق بیمه را با توجه به شرایط مندرج در بیمه‌نامه و تبصره ۱ و ۲ ذیل این بند پرداخت نماید.

تبصره ۱: اعتبار بیمه‌نامه منوط به امضای بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار خواهد بود و چنانچه بیمه‌گذار و بیمه‌شده بدون امضای بیمه‌نامه و یا پرداخت حق بیمه از خدمات بیمه‌گر استفاده نمایند بیمه‌گذار موظف است کلیه هزینه پرداخت‌شده توسط بیمه‌گر را جبران نماید.

تبصره ۲: بیمه‌گذار متعهد است اقساط حق بیمه را در سر رسید آن (تاریخ مندرج در اعلامیه بدهکار بیمه‌نامه) مطابق با اعلامیه بدهکار و صورتحساب تغییرات ماهیانه ارسالی از سوی بیمه‌گر حداکثر تا ۱۵ روز پس از تاریخ سررسید پرداخت نماید.

۶-۸- بیمه‌گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه‌شدگان از قبیل لیست پرداخت حق بیمه سهم بیمه‌گر اول، رونوشت حکم کارگزینی، سوابق پزشکی و معالجات انجام شده و سایر مدارک مرتبط را در صورت تقاضای بیمه‌گر ارائه نماید.

۶-۹- بیمه‌گذار می‌تواند حداکثر ظرف مدت ۹۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد و ارائه لیست اولیه هر گونه تغییرات ناشی از افزایش و کاهش بیمه‌شدگان را در لیست اولیه ارائه شده اعلام نماید.

۶-۱۰- مبنای بیمه‌نامه‌های تکمیلی درمان بر اساس آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه می‌باشد. در مواردی که توافق‌های خاص بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار انجام پذیرد این توافق‌ها مقدم و حاکم بر شرایط عمومی خواهد بود.

۶-۱۱- موارد ذیل خارج از تعهدات بیمه‌گر می‌باشد و ارائه آن مشروط به تقاضای کتبی بیمه‌گذار و موافقت کتبی بیمه‌گر با آن در شرایط خاص، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب خواهد شد در غیر این صورت جزء استثنائات بیمه‌نامه باقی‌مانده و قابل ارائه و پرداخت نخواهد بود.

۶-۱۱-۱- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن.

۶-۱۱-۲- پوشش بیمه‌ای جهت خطرات طبیعی.

۶-۱۱-۳- پوشش حوادث طبیعی مانند سیل زلزله و آتش‌فشان.

۶-۱۱-۴- بیمه‌نامه درمان خانواده در گروه‌های کمتر از ۵۰ نفر.

ماده ۷: استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است

۷-۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود مگر این‌که ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۷-۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۷-۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۷-۴- ترک اعتیاد.

۷-۵- خودکشی و اعمال مجرمانه.

- ۷-۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتش‌فشان.
- ۷-۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.
- ۷-۸- فعل‌وانفعالات هسته‌ای.
- ۷-۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری و به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، هزینه همراه بیماران بین ۷ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۷-۱۰- جنون.
- ۷-۱۱- جراحی لثه.
- ۷-۱۲- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارد.
- ۷-۱۳- جراحی فک مگر آن‌که به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۷-۱۴- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
- ۷-۱۵- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۷-۱۶- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

تبصره ۱: موارد استثنایی مندرج در بندهای ۷-۶ و ۷-۷ و ۷-۹ و ۷-۱۱ و ۷-۱۴ با پرداخت حق بیمه اضافی قابل بیمه شدن است

تبصره ۲: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقیمانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند. در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد.

ماده ۸ - تضمین انجام تعهدات :

ده درصد از مبلغ کل قرارداد بعنوان تضمین انجام تعهدات توسط بیمه‌گر به صورت ضمانت نامه بانکی دوازده ماه بدون قید و شرط و قابل تمدید تا ۶ ماه دیگر به نام صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر هم زمان با امضاء قرارداد از سوی بیمه‌گر تحویل بیمه گذار خواهد شد.

ماده ۹ - در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۱۰ - موارد فسخ بیمه‌نامه و نحوه تسویه حق بیمه:

در صورت عدم انجام تعهدات توسط بیمه‌گر طبق مفاد قرارداد و پس از تذکر واحد ناظر قرارداد به بیمه‌گر و ادامه روند عدم انجام تعهدات، صندوق می‌تواند قرارداد را فسخ نماید و در این حالت مراتب را کتبا حداقل ۳۰ روز قبل از تاریخ فسخ قرارداد به بیمه‌گر اعلام نماید و بیمه‌گر مکلف است تا تاریخ مذکور نسبت به انجام تعهدات خود و پرداخت هزینه‌ها و خسارات بیمه شدگان مربوط به تاریخ شروع قرارداد تا تاریخ فسخ قرارداد اقدام



نماید. ضمناً هزینه درمان مربوط به ایام مذکور مشمولین این قرارداد که تا سه ماه بعد از تاریخ فسخ قرارداد توسط آنان ارائه می‌شود می‌بایست توسط بیمه‌گر پرداخت گردد و آخرین مطالبات ماهیانه پس از خاتمه سه ماه پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۱ : حل اختلاف:

در صورتی که اختلاف بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بروز نماید اعم از اینکه مربوط به اجرای عملیات موضوع قرارداد یا مربوط به تعبیر و تفسیر هر یک از مفاد قرارداد و اسناد و مدارک پیوست آن باشد چنانچه طرفین نتوانند موضوع اختلاف را از راه مذاکره یا مکاتبه حل و فصل نمایند، موضوع از طریق مراجعه به مراجع قضایی صالح شهر تهران حل و فصل خواهد شد. طرفین متعهد هستند که تا حل اختلاف تعهداتی را که به موجب قرارداد به عهده دارند اجرا نمایند.

ماده ۱۲ - شرایط محل اقامت :

نشانی و محل اقامت بیمه‌گر و بیمه‌گذار و نماینده آن‌ها که در این قرارداد درج گردیده است، برای هر یک از طرفین، نشانی قانونی و رسمی است. هریک از طرفین موظف هستند تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتبا به طرف مقابل اطلاع دهند در غیر این صورت آخرین نشانی اعلام شده موجود، معتبر خواهد بود.

ماده ۱۳ - نسخ قرارداد :

این قرارداد مشتمل بر ۱۳ ماده و ۹ تبصره که جز لاینفک قرارداد می‌باشد که هر یک دارای اعتبار واحد می‌باشد. و در دو نسخه تنظیم، امضا و مبادله گردید و طرفین موظف به اجرای کامل و دقیق آن می‌باشند.

بیمه‌گر

بیمه‌گذار

مدیر کل امور مالی

مدیر عامل

نادر شیدایی دوست

حامد قادر مزی