



شماره بیمه نامه صادره در فناوران:

شعبه صادر کننده: مدیریت استان کردستان کد ۲۷

معرف بیمه نامه: کارگزاری کد ۱۱۰۸۳

شماره قرارداد:

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

قرارداد بیمه درمان گروهی

این قرارداد فیما بین شرکت سهامی بیمه سرمد (سرپرستی شعبه استان کردستان) ثبت شده به شماره ۴۴۴۰۶۷ و شناسه ملی ۱۰۳۲۰۹۰۳۵۷۰ و کد اقتصادی ۴۱۱۴۳۹۸۹۹۹۴۹ به نشانی سنندج، خیابان امام، بالاتر از استانداری، نبش کوچه صلاح الدین ایوبی، پلاک ۴۰۲ و شماره تلفن ۱۵۱۶ داخلی ۸۳۰ الی ۸۳۴ که بیمه گر نامیده میشود و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کردستان به شماره ثبت ۸۳۰ و شناسه ملی ۱۴۰۰۹۸۳۹۸۶۰ و کد اقتصادی ۴۱۱۳۵۸۷۷۱۱۱۵ به نشانی سنندج، خیابان آبدیر، میدان کوهنورد و شماره تلفن ۰۸۷۳۳۵۶۴۸۷۶ که منبع بیمه گذار نامیده میشود، براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مقررات و آیین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه (آیین نامه های درمان) و شرایط عمومی و خصوصی مورد توافق طرفین در زمینه بیمه درمان گروهی با شرایط زیر منعقد گردیده است:

بخش اول: کلیات

ماده ۱- اساس بیمه نامه: این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه گر و بیمه گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: تعاریف و اصطلاحات مذکور در این آیین نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده اند:

۱- بیمه گر: مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است.

۲- بیمه گر پایه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

۳- بیمه گذار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه است.

۴- گروه بیمه شدگان:

- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی، اعضا بیمه گذار، کارکنان دفاتر طراحی حقیقی و حقوقی، آزمایشگاه های خاک و بتن، شرکت های مشاور و ذیصلاح حقیقی و حقوقی به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.

تبصره ۱- بیمه شده اصلی مکلف است 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- حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه گذار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۳- بیمه گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه می تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

۵- موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۶- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.





بیمه سرمد

شماره بیمه نامه صادره در فناوریان:

شماره قرارداد:

شعبه صادر کننده: مدیریت استان کردستان کد ۲۷

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

معرف بیمه نامه: کارگزاری کد ۱۱۰۸۳

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

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

۸- Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

۹- حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد.

۱۰- 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.

۱۱- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.

۱۲- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

۱۳- فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می شود.

۱۳-۱- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۱۳-۲- در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۱۴- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یکسال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق کتبی طرفین در بیمه نامه درج می گردد.

بخش دوم: شرایط خصوصی

ماده ۱ - بیمه شدگان: کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و اعضای سازمان که به طور تمام وقت در استخدام بیمه گذار می باشند و اعضای خانواده شان که بیمه گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل ۵۰ درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

۱-۱- بیمه شدگان اصلی (کارکنان شاغل بیمه گذار)

۱-۲- بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل بیمه کند.

۱-۳- اعضای خانواده بیمه شده اصلی: منظور از اعضای خانواده هر یک از کارکنان شاغل بیمه گذار (به عنوان سرپرست خانواده) شامل همسر یا همسران دائمی و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته باشد.

۱-۴- فرزندان بیمه شده اصلی: فرزندان ذکور مجرد حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند. در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی اعم از داخل و یا خارج از کشور، تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان مقطع دکترا تا سن ۲۶ سالگی تمام (با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل معتبر دانشگاهی) و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج، مشروط به عدم اشتغال به کار فرزندان اعم از مذکر و مونث می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند.





بیمه سرمد

شماره قرارداد: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

شماره بیمه نامه صادره در مشاوران

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان کردستان کد ۲۷

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

معرف بیمه نامه: کارگزاری کد ۱۱۰۸۳

تبصره ۱: فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.

تبصره ۲: فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند در صورت گذشتن از سنین موضوع بند ۱-۴ در مدت اعتبار بیمه نامه ، به شرط استمرار پرداخت حق بیمه می توانند پوشش بیمه ای خود را ادامه دهند .

تبصره ۳: چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی و جسمی یا از کارافتادگی کلی باشند تامین هزینه درمان سایر بیماریهای آنها به جز معلولیت و از کارافتادگی (بند ۱۵ ماده ۷ استثنائات) با تایید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش خواهد بود.

۵-۱- گلینه گازگتن مؤنث می تواند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان و با رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش قرار می گیرند.

۶-۱- پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی با افزایش ۱۰۰٪ حق بیمه تحت پوشش قرار می گیرند و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش قرار می گیرند.

۷-۱- حداکثر سن بیمه شده در گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال تمام است. در صورتی که سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت. در گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر ، بیمه شدگان بیش از ۶۰ سال تمام با ۵۰٪ افزایش و بیمه شدگان بیش از ۷۰ سال تمام با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار میگیرند .

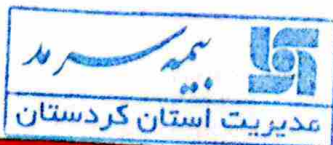
۸-۱- ادامه پوشش بیمه ای بازماندگان متوفی و افرادی که در طول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می شوند به همراه اعضای تحت پوشش به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود.

۹-۱- کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها و فقط وقتی که دارای اقامت با حق کار مشخص و پروانه کار باشند می توانند تحت پوشش قرار گیرند در غیر اینصورت تعهدی به پرداخت خسارت به این دسته از افراد را ندارد.

ماده ۲- تعهدات بیمه گذار :

۱-۲- بیمه گذار متعهد است همزمان با امضاء و مبادله قرارداد ، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ صدور بیمه نامه لیست اسامی و مشخصات نهایی بیمه شدگان را به صورت یکجا و به طور خوانا که حاوی اطلاعاتی از جمله : نام و نام خانوادگی (طبق اطلاعات درج شده در کارت ملی) ، تاریخ تولد (به روز ، ماه ، سال و طبق اطلاعات درج شده در کارت ملی)، شماره شبای بیمه شده اصلی ، کد ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی ، جنسیت ، شماره تلفن همراه بیمه شدگان اصلی را در قالب اکسل نمونه اعلام شده (اکسل بارگذاری شرکت بیمه سرمد) از سوی بیمه گر و طی نامه رسمی ارائه نماید. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر ، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پوشش بیمه ای افراد اعلامی از سوی بیمه گذار تحت عنوان از قلم افتادگی و یا غیره را نخواهد داشت و هرگونه ادعایی را از خود سلب و ساقط می نماید ضمناً ، در صورت درخواست بیمه گر ارسال فایل یا لیست بیمه ، بیمه گر پایه جهت بیمه شدگان اصلی به تبعیت از بیمه گذار ارائه گردد.

۲-۲- بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهیانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را با قید نمودن علت و تاریخ تغییر و وضعیت بیمه شده برای بیمه گر تعیین نماید.





بیمه سمر

شماره قرارداد:

شماره بیمه نامه صادره در فناوریان

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان کردستان کد ۲۷

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

معرف بیمه نامه: کارگزاری کد ۱۱۰۸۳

۲-۳- افزایش و کاهش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه نامه دال بر ارائه مدارک مثبت منوط به فوت، ازدواج (همسر بیمه شده اصلی)، تولد نوزادان و یا افرادی که پس از شروع بیمه نامه تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند، خواهد بود و اسامی آنان باید حداکثر تا ۲ ماه بعد از تاریخ وفات، عقد رسمی، تولد و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن، اعلام شود. ملاک تاریخ پوشش بیمه ای برای مزدوجین و تحت تکفلین جدید از تاریخ درخواست کتبی بیمه گذار در مهلت مقرر (۲ ماهه) و ارائه پوشش به نوزادان از بدو تولد میباشد. در غیر این صورت افراد مذکور تا پایان قرارداد نمی توانند تحت پوشش بیمه ای قرار گیرند.

۲-۴- تاریخ حذف بیمه شدگان همان تاریخ قطع همکاری با بیمه گذار، بازنشستگی، فوت، طلاق، خروج از کفالت می باشد که حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از خروج مشمولین می بایست به بیمه گر اعلام گردد و در صورتیکه این موضوع اعلام نگردد به تشخیص بیمه گر هرگونه خسارت مادی و معنوی بر عهده بیمه گذار میباشد. در صورتیکه درخواست کتبی بیمه گذار پس از مهلت تعیین شده ارسال گردد، تاریخ حذف از تاریخ نامه ورود به دبیرخانه بیمه گر بوده و حق بیمه تا آن تاریخ (ورود به دبیرخانه بیمه گر) محاسبه و اخذ میگردد و بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت از تاریخ قطع همکاری بیمه شده بابت بیمه گذار نخواهد داشت.

۲-۵- حق بیمه کمتر از یکماه بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه، اضافه و یا حذف می شوند معادل حق بیمه یکماه منظور خواهد شد.

۲-۶- بیمه گذار متعهد است حق بیمه را باتوجه به شرایط مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید. در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه در سررسید های تعیین شده، بیمه گر هیچگونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت به بیمه گذار یا بیمه شده ندارد و ادعا و حقی در این خصوص برای بیمه گذار متصور نیست. در صورت شرط انجام تعهدات بیمه گر و تداوم پرداخت خسارت منوط به پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و نبود بدهی معوق از سوی بیمه گذار می باشد.

۲-۷- حق بیمه های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه نامه به بستانکار حساب قرارداد درمان منظور و در پایان سال بیمه، بطور یکجا محاسبه و تسویه می گردد.

۲-۸- حق بیمه مربوط به افزایش بیمه شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین می گردد میبایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان تسویه شود.

تبصره ۴: با حذف هر یک از بیمه شدگان، در صورت دریافت هزینه های درمانی، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد می باشد.

۲-۹- احراز پوشش بیمه ای بیمه شده در زمان رسیدگی به هزینه های اعلام شده منوط به بررسی مدارک بیمه شده و انطباق آن با شرایط بیمه نامه می باشد. در صورتی که براساس بررسی های به عمل آمده و در هر زمان از مدت بیمه نامه مشخص شود شرایط فرد بیمه شده و افراد تحت تکفل آن منطبق بر شرایط مندرج در بیمه نامه نیست، بیمه گر نسبت به حذف از شروع پوشش اقدام می نماید. در این صورت کلیه حق بیمه های پرداختی بیمه شده و افراد تحت تکفل تا تاریخ رسیدگی در وجه بیمه گذار مسترد نمی گردد و بیمه گذار متعهد به پرداخت خسارت های دریافتی می باشد.

تبصره ۵: اعتبار بیمه نامه منوط به پرداخت اولین قسط حق بیمه از طرف بیمه گذار خواهد بود در غیر این صورت هیچ تعهدی به جبران خسارت از طرف بیمه گر متصور نیست.





سارمدینس

شماره بیمه نامه صادره در فناوریان

شماره قرارداد:

شعبه صادر کننده: مدیریت استان کردستان کد ۲۷

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

معرف بیمه نامه: کارگزاری کد ۱۱۰۸۳

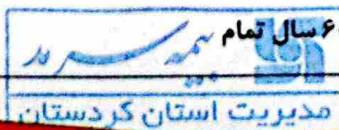
تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

۱-۲- بیمه گذار موظف است قبل از شروع قرارداد، فردی را به عنوان رابط بیمه ای جهت انجام امور بیمه ای به بیمه گر معرفی نماید

۱۱-۲- بعد از ارسال لیست بیمه شدگان از طرف بیمه گذار و ثبت اسامی در سامانه بیمه گر، بیمه شده موظف است نسخ و مدارک درمانی هزینه های سرپایی و پاراکلینیکی (مطابق تعهدات و ضوابط قرارداد) را که در مراکز غیر طرف قرارداد هزینه نموده است برای بارگذاری در سامانه الکترونیکی ثبت مدارک درمانی (سامانه سیناد)، از طریق اپلیکیشن Sinad.sarmadins.ir (برای تلفن همراه) و Sinad.sarmadins.ir (برای سیستم) اقدام نمایند.

ردیف	شرح تعهدات	سقف سالیانه هر نفر- به ریال	درصد فوتانشیز
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و DayCare، در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود	۷۵۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۲	افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش های اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و عمل سزارین	۵۴۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۴	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IVF، GIFT، ZIFT، IUI، میکرواینجکشن و	۲۱۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۵	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سسونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رابوایزوتوپ) (دانسیتومتری)	۷۵۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۶	جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکو کاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، نیت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG، NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات تشخیصی یورودینامیک (تورمانته)، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	۷۵۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۷	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۷۵۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۸	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آنالیز	۲۵۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۹	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)	۲۵۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۱۰	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیجمات با مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. برای دو چشم (هرچشم نصف تعهد)	۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۱۱	جبران هزینه های ویزیت و دارو و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری (بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفا مزاد بر سهم بیمه گر اول)	۳۷۵۰۰۰۰۰۰	۱۰
۱۲	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه	۷۵۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۱۳	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی	۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۱۴	جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرها، جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۲۵۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۰
۱۵	جبران هزینه های آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده با سایر مراکز درمانی طبق دستور پزشک معال	داخل شهر خارج شهر ۱۵۰۰۰۰۰۰۰ ۱۵۰۰۰۰۰۰۰	۱۰

۵۴۰۰۰۰۰۰۰ ریال



حق بیمه ماهیانه هر نفر - بیمه شدگان تا سن ۶۰ سال تمام



استان کردستان، شهرستان سنندج، خیابان امام خمینی، بالاتر از استانداری، نیش کوچه صلاح الدین ایوبی، پلاک ۴۰۲ کد پستی ۶۶۱۳۹۷۴۹۶۴
BO27@sarmadins.ir امور مشتریان: ۱۵۱۶ شماره تماس: ۰۸۷-۳۳۱۷۲۷۴۹-۳۳۱۲۴۶۸۵۲ ۰۸۷-۳۳۱۷۸۱۸۶ ۰۸۷-۳۳۱۶۱۲۱۳



سیمه سرمد

شماره قرارداد:

شماره بیمه نامه صادره در شناوران

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان کردستان کد ۲۷

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

معرف بیمه نامه: کارگزاری کد ۱۱۰۸۳

ماده ۳ - مدت قرارداد:

مدت قرارداد از ساعت صفر بامداد تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۰۱ لغایت ساعت صفر بامداد تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ به مدت یک سال شمسی می باشد.

ماده ۴ - میزان حق بیمه و روش پرداخت آن:

باتوجه به تعهدات بیمه گر، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۵.۴۰۰.۰۰۰ ریال می باشد که بیمه گذار موظف است حق بیمه را براساس تعداد کل بیمه شدگان محاسبه و طی ۱۲ قسط مساوی به شرح اعلامیه بدهکار ارسالی از سوی بیمه گر در وجه بیمه گر و یا به حساب شرکت بیمه سرمد واریز و پرداخت نماید و در صورتی که پرداخت در موعد مقرر صورت نپذیرد بیمه گر تعهدی به پرداخت خسارت ندارد و هرگونه ادعایی در این خصوص از بیمه گذار سلب و ساقط می شود.

طبق قانون مصوب سال ۱۴۰۰ بیمه های درمان از تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۱۳ مشمول معافیت پرداخت مالیات و عوارض شد. ۴-۱- پرداخت حق بیمه: بیمه گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه های مربوط توافق شده است به بیمه گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.

ماده ۵ - تعلیق بیمه نامه:

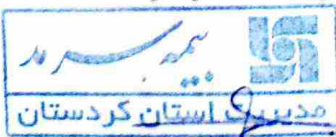
در صورت عدم پرداخت اقساط حق بیمه در مهلت تعیین شده بیمه گر می تواند با اعلام کتبی ۱۰ روزه نسبت به تعلیق قرارداد اقدام نماید و همزمان یا پس از آن حسب مفاد ماده ۲۱ شرایط عمومی قرارداد را فسخ نماید در اینصورت در زمان تعلیق بیمه گر تعهدی در قبال خسارات وارده نخواهد داشت و ادعا و حقی برای بیمه گذار متصور نیست.

ماده ۶: جدول تعهدات بیمه گر: بیمه گر در اداء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق جدول ذیل جبران نماید.

تبصره ۶- هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران محاسبه و پرداخت می گردد و در صورت تشخیص و صلاحدید پزشک معتمد بیمه گر مبنی بر ضرورت معاینه بیمار جهت پرداخت هزینه مربوطه در هر مقطع زمانی معاینه بیمار توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

ماده ۷ - استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه گر نیست:

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴- ترک اعتیاد.
- ۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
- ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
- ۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۱۰- هزینه اتلاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.





بیمه سرمد

شماره قرارداد:

شماره بیمه نامه صادره در فناوریان:

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان کردستان کد ۲۷

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

معرف بیمه نامه: کارگزاری کد ۱۱۰۸۳

- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
 - ۱۲- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
 - ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
 - ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
 - ۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
 - ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیجمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
 - ۱۷- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.
- تبصره ۷ - بیمه گر می تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۸ - فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

الف - موارد فسخ از طرف بیمه گر:

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
 - ۲- هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند 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.
 - ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.
- ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتنفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

ج- نحوه فسخ:

- ۱- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار فسخ شده تلقی می گردد.
- ۲- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.
- د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- ۱- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می شود.
- ۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی





بیمه سمرند

شماره بیمه نامه صادره در داوران

شماره قرارداد:

شعبه صادر کننده: مدیریت استان کردستان کد ۲۷

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

معرف بیمه نامه: کارگزاری کد ۱۱۰۸۳

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا میزان آن که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۹- رفع اختلاف :

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند.

برای اجرای داوری، طرفین می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می‌کنند. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

بخش سوم - مقررات گوناگون

۱- بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید اصل صورت حساب مرکز درمانی را به اضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه‌گر تحویل شود، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی-درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

۲- در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های 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 بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

۳- چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است

۴- هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور و به صورت اورژانسی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تجربه - میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.





بیمه سمره

شماره بیمه نامه صادره در خنابان

شماره قرارداد:

شعبه صادر کننده: مدیریت استان کردستان کد ۲۷

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

معرف بیمه نامه: کارگزاری کد ۱۱۰۸۳

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

۵- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص خواهد بود.

۶- بیمه گذار متعهد است اصل صورت هزینه های پاراکلینیکی را حداکثر ظرف مدت ۳ ماه و بیمارستانی را حداکثر ظرف مدت ۵ ماه پس از تاریخ تنظیم صورت حساب (چنانچه توسط بیمه شده هزینه پرداخت شده باشد) به بیمه گر تحویل نماید در غیر این صورت پس از انقضاء مهلت مذکور، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۷- بیمه گر تعهد می نماید به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبتة حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

۸- در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت های بیمارستانی و پاراکلینیکی به شماره شبای بیمه شده اصلی واریز خواهد شد.

۹- چنانچه هزینه ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی است.

۱۰- هر گونه هزینه های درمان ناشی از نزاع و درگیری خارج از تعهد بیمه گر می باشد مگر اینکه طبق تاییدیه مراجع قضایی و انتظامی صرفاً اقدام به دفاع مشروع باشد.

۱۱- دوره انتظار زایمان و بیماری مزمن

۱۱-۱- دوره انتظار جهت جبران هزینه زایمان به مدت ۹ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه مربوطه نخواهد داشت. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار زایمان اعمال نخواهد شد.

۱۱-۲- دوره انتظار برای بیماری های مزمن و یا بیماری هایی که منشاء آن قبل از تاریخ شروع پوشش این بیمه نامه باشد، بیماری های فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، پولیپ، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، جراحی کلیه، ماستوئیدکتومی، کاتاراکت، جراحی های قلبی و عروقی، دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری شدن در بخش C.C.U و I.C.U گردد به تائید پزشک معتمد بیمه گر) برای هریک از بیمه شدگان از تاریخ شروع پوشش بیمه ای ۳ ماه خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه های مربوطه نخواهد داشت. تبصره ۱ - در صورتیکه بیمه شدگان سابقه پوشش بیمه ای، نزد بیمه گر قبلی و بدون وقفه داشته باشند دوره انتظار اعمال نمی گردد. ارائه و ارسال لیست بیمه شدگان با مهر و امضا بیمه گر قبلی برای حذف دوره انتظار الزامی است (برای بیمه شدگانی که فاقد شرایط بالا باشند دوره انتظار رعایت و منظور می شود)

تبصره ۲ - در صورتی که این قرارداد تمدید قرارداد بیمه درمان تکمیلی سال قبل و بدون وقفه نزد بیمه سرمد می باشد، بیمه شدگان قرارداد قبلی مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

۱۲- مبنای محاسبه خسارت های پاراکلینیکی، تعرفه های ابلاغی وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه خواهد بود.

۱۳- خدماتی که در کتاب ارزش نسبی دارای کد ستاره دار می باشند، در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد و پزشک معتمد بیمه گر تایید نماید قابل پرداخت است.

۱۴- حق هرگونه تحقیق، معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه شده به منظور تائید هزینه های انجام شده مطابق با شرایط بیمه نامه برای بیمه گر محفوظ می باشد.

مدیریت استان کردستان





بیمه سرمد

شماره قرارداد:

شماره بیمه نامه صادره در فتاویان:

تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

شعبه صادر کننده: مدیریت استان کردستان کد ۲۷

تاریخ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

معرف بیمه نامه: کارگزاری کد ۱۱۰۸۳

- ۱۵- رسیدگی به اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت پرداختی حداکثر تا یکسال پس از مدت انقضاء بیمه نامه با درخواست کتبی بیمه گر یا بیمه گذار قابل پیگیری و انجام می باشد.
- ۱۶- با توجه به تعیین نرخ حق بیمه مطابق تعداد بیمه شدگان اعلام شده از طرف بیمه گذار، کاهش تعداد قابل توجه بیمه شدگان به میزان بیش از ۲۵٪ تعداد اولیه، بیمه گر را مجاز به تعدیل نرخ حق بیمه براساس تعداد بیمه شدگان جدید می نماید.
- ۱۷- پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان در زمان مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی منوط به پرداخت حق بیمه ایام مرخصی به صورت مستمر و بدون وقفه می باشد.
- ۱۸- در صورتی که بیمه شده دارای هرگونه بدهی به بیمه گر باشد، بیمه گذار موظف به تسویه آن پس از اخذ مدارک و مستندات مربوطه، حداکثر ظرف مدت یک هفته می باشد.
- ۱۹- چنانچه موارد مذکور در قرارداد و یا الحاقیه های صادره، با نظرات بیمه گذار طبق تقاضا نامه بیمه گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تصحیح آنها را تقاضا نماید. در غیر این صورت مراتب تایید شده تلقی خواهد شد. هر گونه عمل خلاف این شرط منوط به تایید کتبی بیمه گر خواهد بود.
- ۲۰- شرایط مندرج در متن بیمه نامه و الحاقیه بیمه نامه، حاکم بر شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه و همچنین شرایط خصوصی حاکم بر شرایط عمومی پیوست بیمه نامه می باشد.
- ۲۱- مسئولیت بیمه گر فقط در چارچوب بیمه نامه و الحاقیه های آن، شرایط خصوصی، شرایط عمومی بیمه نامه بوده و بیمه گذار از ادعای هر گونه خسارت بر علیه بیمه گر خارج از آنچه در تمامی شرایط بیمه نامه تعهد شده خودداری می نماید.
- ۲۲- نشانی و محل اقامت بیمه گر و بیمه گذار و نماینده آنها در ایران که در بیمه نامه و یا ضامنه آن درج گردیده است، برای هر یک از طرفین نشانی قانونی و رسمی است. هر یک از طرفین موظف هستند تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتباً به طرف مقابل اطلاع دهند، در غیر این صورت آخرین نشانی اعلام شده موجود معتبر خواهد بود.
- ۲۳- در موارد پیش بینی نشده در این قرارداد، بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.
- این قرارداد در ۳ بخش، بخش اول کلیات (۲ ماده و ۳ تبصره)، بخش دوم شرایط خصوصی (۹ ماده و ۷ تبصره) و بخش سوم مقررات گوناگون (۲۳ بند و ۲ تبصره) و در دو نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ..... به امضای طرفین قرارداد رسیده است.

بیمه گر
مدیریت استان کردستان آقای مصطفی شاه آبادی
مهر و امضا

بیمه گذار
مدیریت سازمان نظام مهندسی ساختمان مهندس بهرام گروهی
مهر و امضا

۱۴۳۹/۲۲





تاریخ: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

الحاقیه شماره: ۱

قرارداد درمان گروهی

الحاقیه اصلاحی

بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کردستان

بیمه گر: شرکت سهامی بیمه سرمد

شماره قرارداد:

شرکت سهامی بیمه سرمد، بدین وسیله موارد به شرح زیر را در بیمه نامه فوق الذکر گواهی و تایید می نماید:

۱- جدول تعهدات درخواستی به شرح ذیل تغییر می یابد:

ردیف	شرح تعهدات	سقف سالیانه هر نفر - به ریال	درصد فرانشیز
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و DayCare، در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود	۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۲	افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش های اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان و آنژیو پلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و عمل سزارین، جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT، ZIFT، IUI، میکرواینجکشن و IVF	۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۴	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رابوایزوتوپ) (دانشیومتري)	۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۵	جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکو کاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECp، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG، NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوارماتنه)، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتري، پریمتری، بیومتري و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتري)	۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۶	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، جبران هزینه تزریقات، برداشتن لیپوک، کیست چربی، خال و زگیل بدون نیاز به جواب پاتولوژی	۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۷	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک، جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین و فیزیوتراپی	۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۸	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات با مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. برای دو چشم (هر چشم نصف تعهد)	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۹	جبران هزینه های ویزیت و دارو و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری (بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفا مزاد بر سهم بیمه گر اول)؛ داروهای مکمل و تقویتی ایرانی و خارجی طبق نظر پزشک متخصص و هزینه مشاوره پزشکان	۳۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۱۰	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (شناور)	۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۱۱	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰
۱۲	جبران هزینه های آمبولاس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده با سایر مراکز درمانی طبق دستور پزشک معال	داخل شهر خارج شهر	۱۰
حق بیمه ماهیانه هر نفر - بیمه شدگان تا سن ۶۰ سال تمام		۵.۴۰۰.۰۰۰ ریال	



استان کردستان، شهرستان سنندج، خیابان امام خمینی، بالاتر از استانداری، نبش کوچه صلاح الدین ایوبی، پلاک ۴۰۲ کد پستی ۶۶۱۳۹۷۴۹۶۴
 امور مشتریان: ۱۵۱۶ شماره: ۳۳۱۷۲۷۴۹ - ۰۸۷ شماره تماس: ۳۳۱۲۴۸۵۳ - ۰۸۷ ۳۳۱۷۸۱۸۶ - ۰۸۷ ۳۳۱۶۱۲۱۳ BO27@sarmadins.ir

۲- حق بیمه بیمه‌شدگان ۶۰ الی ۷۰ سال مشمول ۵۰ درصد و بیشتر از ۷۰ سال مشمول ۱۰۰ درصد اضافه نرخ می‌باشد.

۳- با توافق طرفین، مهلت ارائه صورت حساب هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر ظرف مدت ۴ ماه و بیمارستانی حداکثر ظرف مدت ۶ ماه از تاریخ هزینه تعیین می‌گردد. بدیهی است پس از انقضاء مهلت مذکور، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۳- در صورت ارائه لیست از بیمه‌گر سال قبل، دوره انتظار اعمال نخواهد شد.

۴- حق بیمه بیمه‌نامه می‌بایست قبل از اتمام قرارداد تمام و کمال پرداخت گردد.

بیمه‌گر	بیمه‌گذار
شرکت بیمه سرمد مدیریت استان کردستان آقای مصطفی شاه‌آبادی	سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کردستان مهندس بهرام گروهی
مهر و امضا ۲۲/۰۹/۱۴۰۳	مهر و امضا

