



ضوابط بیمه گری قرارداد بیمه نامه طرح خاص مکمل درمان کارکنان شاغل (گروه الف) وزارت آموزش و پرورش ۹۹-۱۳۹۸

ماده ۴) افراد تحت پوشش:

عبارتند از کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) که به طور تمام وقت در استخدام وزارت آموزش و پرورش می‌باشند به همراه کلیه افراد خانواده آنها بدون حق انتخاب. همچنین والدین تحت تکفل که از سنوات گذشته تحت پوشش بیمه بوده و اسامی ایشان در فهرست بیمه تکمیلی می‌باشد و والدین کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) که در سنوات گذشته تحت پوشش بیمه تکمیلی نبوده‌اند و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی) صرفاً می‌توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی نوع دوم قرار بگیرند.

تبصره ۱) خانواده: منظور از خانواده عبارت است از هر یک از کارکنان شاغل و همسر یا همسران دائمی و فرزندان بدون حق انتخاب.

تبصره ۲) کارکنان مؤنث می‌توانند به تنهایی و یا به اتفاق تمامی فرزندان خود (بدون حق انتخاب) تحت پوشش قرارگیرند. حتی اگر دفترچه بیمه پایه آنها به تبع بیمه شده اصلی نباشد.

تبصره ۳) کلیه فرهنگیان و افراد تحت تکفل آنان که در سال گذشته تحت پوشش بیمه بوده‌اند از تاریخ ۱۳۹۸/۱۰/۰۱ می‌توانند از خدمات مراکز درمانی و مزایای این قرارداد بهره‌مند گردند. کارکنانی که تمایل به عضویت و بهره‌مندی از پوشش درمان تکمیلی سال جاری را دارند نیز می‌توانند ضمن مراجعه به کارشناس‌های تعاون و امور رفاهی اداره آموزش و پرورش محل خدمت خود، با تکمیل فرم مخصوص تحت پوشش خدمات و تعهدات قرار بگیرند.

تبصره ۵) شرط سنی:

الف) فرزندان در صورت اعلام اسامی در موعد مقرر بدون در نظر گرفتن شرط سنی مشروط به عدم ازدواج و اشتغال به کار تحت پوشش می‌باشند.

ب) فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می‌باشند.
ج) نوزادان از بدو تولد مشروط به ارسال مدارک حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ تولد تحت پوشش قرار می‌گیرند.

د) چنانچه فرزندان نفر اصلی دچار معلولیت ذهنی - جسمی - نقص عضو دائم یا موقت باشند، تأمین هزینه‌های درمان آنها بدون در نظر گرفتن شروط مندرج در بند «الف» تبصره ۵ تحت پوشش خواهند بود. لازم به توضیح است که افراد تبعی فرزندان معلول فوق‌الذکر مشمول این قرارداد نمی‌گردند.



ه) کارکنانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام اسامی آنها در لیست اولیه و پرداخت حق بیمه متعلقه به صورت یکجا تا پایان قرارداد می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند. ضمناً کسانی که مرخصی آنها بعد از مهلت عضوگیری به پایان می‌رسد و در لیست اولیه اعلام نشده‌اند تا ۴۵ روز پس از انقضای مرخصی با ارائه مستندات و نامه کتبی بیمه گذار و پرداخت حق بیمه مربوطه می‌توانند از ابتدای قرارداد به عضویت درآیند و افرادی که نمی‌خواهند بعد از مرخصی در لیست بیمه‌شدگان باقی بمانند مشروط به عدم دریافت هزینه، معرفی‌نامه و یا هولوگرام، ضمن تکمیل فرم تعهدنامه مبنی بر عدم استفاده از خدمات مندرج در این قرارداد می‌توانند به تاریخ شروع مرخصی، پایان پوشش یابند. تأمین پرداخت سرانه کسانی که در طی مدت قرارداد از مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی استفاده می‌نمایند تا پایان قرارداد بر عهده ادارات کل آموزش و پرورش استان می‌باشد (پرداخت توسط افراد مشمول به صورت یکجا از شروع مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی تا پایان قرارداد خواهد بود).

در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه‌شده اصلی در طول مدت تفاهم‌نامه، افراد تحت تکفل و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه‌ای متوفی از پوشش این قرارداد خارج و ادارات کل آموزش و پرورش می‌بایست برای بهره‌مندی از خدمات و تعهدات بیمه درمان تکمیلی ایشان را به سازمان بازنشستگی کشوری و یا کانونهای بازنشستگی تأمین اجتماعی معرفی نمایند.

تبصره ۶) کارکنان شاغل بیمه گذار و اعضاء خانواده به همراه افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می‌شوند که دارای دفترچه بیمه کارکنان دولت سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، خدمات درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی(ره) و یا سایر بیمه‌گران پایه باشند.

تبصره ۷) افراد تحت تکفل فرزندان شاهد(همسر، فرزندان، پدر و مادر) مشروط به پرداخت حق بیمه می‌توانند در فهرست بیمه‌شدگان قرار و از خدمات بهره‌مند شوند.

ماده ۱۲) نحوه ارسال لیست افراد تحت پوشش:

بیمه گذار مکلف است حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۸/۱۰/۳۰ نسبت به اعلام اسامی نهایی افراد تحت پوشش که حاوی اطلاعاتی از جمله نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) شماره شناسنامه، نام پدر، کدملی، کدملی سرپرست، کدپرسنلی، شماره حساب بانک ملی کارکنان اصلی تحت پوشش، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با نفر اصلی، وضعیت تکفل قانونی فرد تحت پوشش تبعی، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و ... باشد اقدام نماید. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، بیمه گر فقط نسبت به تحت پوشش قرار دادن کارکنان بیمه گذار شامل: افراد جدیدالاستخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین، نوزادان و همسر بیمه‌شدگانی که در طول مدت تفاهم نامه ازدواج می‌نمایند (مشروط به ارسال مستندات مربوطه مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه) و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ وقوع از سوی بیمه



گذاربرای بیمه گر با نامه کتبی، اقدام خواهد نمود. بدیهی است پوشش بیمه‌ای کارکنانی که در سال بیمه‌ای گذشته تحت پوشش قرار داشته‌اند، در صورت عدم انصراف، کماکان به حال و قوت خود باقی است.

تبصره ۱) ارائه خدمت به اعضای جدید (افراد جدید الاستخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت تفاهم نامه ازدواج می‌نمایند) با رعایت ضرب‌الاجل تعیین شده، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذارمی باشد. ضمناً موارد حذف شامل فوت افراد تحت پوشش و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذارقطع می شود، خواهد بود. در مورد حذف افراد تحت پوشش، زمان مؤثر جهت حذف، تاریخ وقوع (در صورت عدم دریافت خسارت پس از تاریخ وقوع) خواهد بود.

تبصره ۲: دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گزار تهیه گردیده، می بایست به امضای طرفین رسیده، مهور و مبادله گردد و صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام صدور معرفی‌نامه و پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه‌گر قرار خواهد گرفت .

تبصره ۲) کارکنانی که اسامی و مشخصات هر یک از اعضای خانواده آنان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره ۱ ماده ۸ این قرارداد قید نگردیده به استناد از قلم افتادگی نمی توانند تحت پوشش قرارگیرند، مگر آنکه حداکثر ۴۵ روز پس از اتمام مهلت ارسال لیست نهایی با نامه کتبی بیمه گذارو ارائه مستندات مبنی بر پوشش بیمه ای سال قبل به بیمه گر اعلام گردد.

تبصره ۳- بیمه‌گزار مکلف است کلیه شرایط و مفاد قرارداد فیما بین را به اطلاع بیمه شدگان برساند و در صورت عدم اطلاع و آگاهی بیمه شدگان، مسئولیتی متوجه بیمه گر نخواهد بود .

تبصره ۴- در صورت هرگونه ابهام یا نیاز به توضیح در رابطه با مفاد قرارداد و اعلام کتبی بیمه‌گزار، بیمه گر مکلف به پاسخگویی و شفاف سازی خواهد بود .