

بیمه نامه درمان گروهي

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۱/۱۳/۴/۵۳
تاریخ صدور: ۱۴۰۲/۱۰/۰۳

واحد معرف: کارگزاری رسمی بیمه مستقیم کاریز-کد ۲۰۰۰
واحد صدور: شیراز - ۴

بیمه گراز : شهرداری نی ریز نشانی: بازار – کوچه طالقانی – خیابان طالقانی – شهرداری نی ریز تلفن: ۰۷۱۵۲۸۳۰۵۳۳		کد اقتصادی: ۴۱۱۴۱۴۵۸۹۷۴۷ کد پستی: ۷۴۹۱۶۱۴۳۴۴	
شماره قرارداد: ۱۴۰۲/۱۹/۱۷/۲۵۴۲	تاریخ قرارداد: ۱۴۰۲/۱۰/۰۳		نام سازمان: بیمه دی
از ساعت صفر بامداد تاریخ: ۱۴۰۲/۰۹/۰۱	تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۳/۰۸/۳۰		به مدت: ۳۶۵ روز
حداکثر تعهدات بیمه گر			
توضیحات اضافی 			

نشانی واحد صدور: شیراز - بلوار پاسداران نیش کوچه ۷۰
تلفن واحد صدور: ۱۶۷۱



الحاقیه درمان گروهی

شماره بیمه نامه : ۱۴۰۲/۱۳/۴/۵۳ بیمه گزار: شهرداری نی ریز معرف : کارگزاری رسمی بیمه مستقیم کاریز-کد ۲۰۰۰
الحاقیه : ۱ تاریخ صدور الحاقیه : ۱۴۰۲/۱۰/۰۴ کد صدور : شیراز کد ۴

شرح الحاقیه :

بدینوسیله مراتب ذیل از تاریخ شروع قرارداد ۱۴۰۲/۱۰/۰۴ تایید و موافقت می گردد :

- ۱- جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری (بند ۹) از ۱۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال به ۲۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال به ازای هر نفر افزایش می یابد.
 - ۲- جبران هزینه های لنز و عینک (بند ۱۱) از ۶.۰۰۰.۰۰۰ ریال به ۱۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال به ازای هر نفر افزایش می یابد.
 - ۳- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه از ۴۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال به ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال افزایش می یابد.
 - ۴- جبران هزینه های فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی از ۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال به ۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال افزایش می یابد.
 - ۵- تعهد مرجع هزینه های خدمات آزمایشگاهی از خدمات آزمایشگاهی به توانبخشی تغییر می یابد.
 - ۶- پرداخت حق بیمه بصورت ۱۲ قسط ماهانه می باشد که تاریخ اولین قسط یک ماه بعد از شروع بیمه نامه می باشد.
- سایر شرایط و مقررات بیمه نامه به اعتبار و قوت اولیه خود باقی است.

مدیریت بیمه های اشخاص

شرکت بیمه دی



بیمه گزار

شهرداری نی ریز



هانی

شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های درمان (آئین نامه ۹۹)

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد: این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که جزء لاینفک بیمه‌نامه است، تنظیم شده و مورد توافق طرفین است بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به‌صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند.

- ۱- **بیمه‌گر:** شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است.
- ۲- **بیمه‌گر پایه:** سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوطه موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.
- ۳- **بیمه‌گذار:** شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه‌نامه است.

۴- گروه بیمه‌شدگان:

- الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به عنوان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.
- تبصره ۱-** بیمه‌شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را به‌طور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل براساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.
- تبصره ۲-** حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه‌گذار باید به‌طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.
- تبصره ۳-** بیمه‌گر فقط در ابتدا یا در زمان تمدید بیمه‌نامه می‌تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.
- تبصره ۴-** ارائه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه‌شده اصلی به تشخیص بیمه‌گر بلامانع است.
- ب- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها به این شرط مجاز است که بیمه‌گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به‌طور همزمان بیمه شوند.
- ۵- 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.
- ۶- حادثه:** هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.
- ۷- بیماری:** وضعیت جسمی یا روانی غیر طبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.
- ۸- حق بیمه:** وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.
- ۹- حق بیمه شناور:** وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه‌نامه توسط بیمه‌گر برآورد می‌شود و میزان قطعی آن براساس عملکرد هر بیمه‌نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه‌گذار اعلام می‌گردد.
- ۱۰- دوره انتظار:** دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.
- ۱۱- خسارت ارزیابی شده:** مبلغی که براساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی تعیین می‌گردد.
- ۱۲- فرانشیز:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده است که میزان آن در بیمه‌نامه ذکر می‌گردد.
- ۱۳- خسارت قابل پرداخت:** مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده، حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.
- ۱۴- مدت:** مدت بیمه‌نامه یک‌سال کامل شمسی است، تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.



فصل دوم: شرایط

ماده ۳- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند 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 اظهارنشده 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.

تبصره: هرگاه ثابت شود 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، 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 بیمه‌شده است.

ماده ۴- فرانشیز:

- ۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه‌درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.
- ۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- ۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۵- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید حق بیمه تعیین‌شده در شرایط بیمه‌نامه را به‌نحوی که در بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.

ماده ۶- بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظف‌اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری‌شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

ماده ۷- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی - درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

ماده ۸- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی - درمانی را براساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۹- چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۰- استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

- ۱- اعمال جراحی که به‌منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، 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، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
- ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده 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 و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته‌ای.
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید 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 از کارافتادگی کلی.
- ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات 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 آن ها را اعلام نکرده است.
- تبصره:** بیمه گر می تواند استثنائات مندرج در بندهای ۸، ۷، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.
- ماده ۱۱-** بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر ظرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط براساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.
- تبصره:** در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد 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 صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرها، بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.
- ماده ۱۲-** 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 میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه های باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.
- ماده ۱۳-** چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به هر کدام از شرکت های بیمه مخیر است.
- ماده ۱۴-** حداکثر سن بیمه شده در گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه شده در مدت ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت. مشمولین سازمان ها و صندوق های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر است.
- ماده ۱۵-** در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.
- ماده ۱۶-** 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 و 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 حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه های انجام شده باتوجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.



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

ماده ۱۷- فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد 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 پورتنوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

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 آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده ۱۸- بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده 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.

ماده ۱۹- شرکت بیمه گر مکلف است در صدور بیمه نامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، این ضوابط را رعایت کند:

- ۱- هریک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسشنامه سلامتی تهیه شده توسط بیمه گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.
- ۲- بیمه گذار موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه گر می تواند با توجه به پاسخ های مندرج در پرسشنامه سلامت یا معاینات انجام شده و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا ارائه پوشش هزینه زایمان و بیماری هایی که سابقه قبلی آنها براساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

تبصره: بیمه گر می تواند مشروط به اخذ پرسشنامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

۳- سقف تعهد بیمه گر برای هریک از اعضای گروه یا خانواده و هریک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

ماده ۲۰- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.



ماده ۲۱- این آئین نامه از تاریخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۵ لازم الاجراء خواهد بود و جایگزین آئین نامه شماره ۷۴ مصوب شورای عالی بیمه با عنوان شرایط عمومی بیمه های درمان خواهد شد.

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان های بزرگ و طولیل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاتتریسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان های غیرطبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس ها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و...
۱۲	عمل جراحی استئوستنوز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرچ زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
۲۱	بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

تبصره: علاوه بر موارد فوق، کلیه اعمالی که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز به عنوان اعمال غیر مجاز در مطب و مراکز جراحی محدود باشند، به فهرست فوق اضافه می گردند.



شرایط بیمه‌گری بیمه دی

ماده اول: بیمه شدگان

- ۱- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به اتفاق اعضای خانواده (افراد تحت تکفل) آنها به شرح زیر: منظور از اعضای خانواده، افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی شامل (همسر (همسران) دائمی، فرزندان و پدر و مادر) می‌باشد که به تبع بیمه شده اصلی دارای بیمه‌گر پایه باشند.
- ۱-۱- افراد مشروح زیر تحت پوشش این قرارداد می‌باشند، مشروط بر آنکه در زمان انعقاد قرارداد لیست اسامی آنان به بیمه‌گر ارائه و حق بیمه آنها براساس شرایط مندرج در متن و یا ضمیمه آن پرداخت شود.
- ۲-۱- فرزندان ذکور حداکثر تا ۲۰ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل (دوره دانشگاهی) تا ۲۵ سالگی تمام، دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام مشمول بیمه خواهند بود "به شرط مجرد بودن و عدم اشتغال به کار".
- ۱-۳- فرزندان اناث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار، می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.
- تبصره: فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد و به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می‌باشند.
- ۴-۱- پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند، تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.

ماده دوم: وظایف بیمه گذار

- ۱- مشخصات کامل بیمه شدگان و افراد تحت تکفل آنان را با ذکر شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، تاریخ تولد (روز، ماه، سال)، نام پدر و نسبت فرد با بیمه شده اصلی و همچنین شماره شبای حساب بانکی بیمه شده اصلی (فرم ضمیمه) در قالب لوح فشرده (حداکثر تا یک ماه پس از صدور بیمه نامه) به بیمه‌گر ارائه و تأیید آن را دریافت نماید.
- ۲- افزایش در گروه بیمه شدگان در طول مدت بیمه منوط به استخدام جدید، افراد انتقالی، ازدواج، تولد، فرزندان اناث مطلقه و افرادی که در طول سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند، می‌باشد. (به شرط اعلام کتبی مشخصات بیمه شدگان حداکثر ظرف مدت ۱ ماه بعد از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج، تولد و طلاق) تاریخ موثر برای افزایش این بیمه شدگان از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج، تولد و طلاق خواهد بود.
- ۳- کاهش از گروه بیمه شدگان از قبیل "افراد مستعفی، اخراج، پایان خدمت، متوفی، خروج از کفالت" می‌باشد (منوط به اعلام کتبی مشخصات لازم بیمه شدگان حداکثر ظرف مدت ۱ ماه بعد از تاریخ استعفا، اخراج، پایان خدمت، فوت و خروج از کفالت) تاریخ موثر برای کاهش این بیمه شدگان از تاریخ استعفا، اخراج، پایان خدمت، فوت و خروج از کفالت خواهد بود.
- تبصره: بعد از مهلت مقرر، تاریخ کاهش، از تاریخ دریافت نامه بیمه گذار (ثبت در دبیرخانه شرکت بیمه دی) امکان پذیر می‌باشد.
- ۴- پس از انقضای بیمه نامه افزایش و کاهش در بیمه شدگان امکان‌پذیر نمی‌باشد و تعداد بیمه شدگان در آخرین الحاقیه ثبت شده قبل از انقضای بیمه نامه ملاک محاسبه حق بیمه خواهد بود. (ضمن رعایت بند ۲ و ۳ ماده دوم)
- ۵- چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه صرفاً تا پایان همان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.
- ۶- بیمه گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل: حکم کارگزینی، سوابق پزشکی و معالجات و ... را در صورت تقاضای بیمه‌گر ارائه نماید.
- ۷- بیمه گذار متعهد است اصل صورت هزینه‌های درمانی را حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از مرخص شدن بیمار از بیمارستان یا تسویه با مراکز تشخیصی و درمانی (چنانچه توسط بیمه شده هزینه پرداخت شده باشد) و یا یکماه بعد از دریافت وجه خسارت از بیمه‌گر اول به بیمه دی و پس از انقضای بیمه نامه به مدت ۴ ماه تحویل نماید، در غیر این صورت پس از انقضای مهلت مذکور بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

تبصره: مهلت تکمیل مدارک و ارسال مجدد آن پس از عودت، حداکثر دو ماه از تاریخ عودت مدارک می‌باشد.

ماده سوم: سایر شرایط

۱- مدارک و اسناد مورد نیاز جهت پرداخت خسارات درمانی

الف: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات بیمارستانی (در صورت مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد و یا پرداخت مستقیم توسط بیمه شده):

- ۱- اصل گواهی پرداخت سهم بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...).
- ۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممهور به مهر و امضاء پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر بیمارستان.
- ۴- اصل صورت حساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان.
- ۵- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- ۶- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و ممهور به مهر پزشک و کمک جراح.
- ۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۸- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه پایه از ارتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ۹- ارسال تأییدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تأیید دارد.
- ۱۰- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوارعصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و ...
- ۱۱- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.
- ۱۲- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.

ب: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات پاراکلینیکی

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک.
 - ۲- اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه ممهور به مهر مرکز درمانی.
 - ۳- تصویر نتیجه و یا جواب هزینه سربایی موارد درمانی و تشخیصی.
- تبصره: با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.

ج: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دندانپزشکی

- ۱- مدارک مورد نیاز مطابق با موارد موجود در ابلاغیه سندیکای بیمه گران قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- ۲- هزینه های ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی در تعهد نمی باشد.
- ۳- ویزیت دندانپزشک در صورتیکه در آن ویزیت، اعمال دندان پزشکی انجام شده باشد غیر قابل پرداخت است.

د: هزینه دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور طبق برند تجویزی پزشک معالج مطابق با شرایط زیر قابل

بررسی و پرداخت می باشد. (استفاده از سهم بیمه گران پایه در خصوص داروهای تحت پوشش الزامی است):

- ۱- داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه گر پایه پس از کسر سهم بیمه گر پایه قابل بررسی و پرداخت است. (اختلاف قیمت در تعهد است).
- ۲- حق فنی داروخانه و هزینه واکسن پرداخت نمی شود.
- ۳- داروهای مکمل، زیبایی و پوستی در تعهد نمی باشد.
- ۴- نسخه های ناخوانا یا بدون مهر داروخانه غیرقابل پرداخت می باشد.

۵: مدارک لازم برای پرداخت خسارت تجهیزات پزشکی (ایمپلنت) کارگذاری شده در بدن حین عمل جراحی:

- ۱- دستور تجهیز با قید نام بیمه‌شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و مهمور به مهر جراح
- ۲- فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی
- * مشخصات فاکتور معتبر: در سربرگ رسمی که در آن نام، آدرس و تلفن شرکت، کد اقتصادی، شماره ثبت شناسه ملی شرکت تجهیزات پزشکی، نام و مشخصات کامل خریدار (کد ملی، آدرس، تلفن و...) و مشخصات کالا (شرح کالا، مدل، کد IRC، شماره سریال، تعداد، شرکت سازنده، کشور سازنده، قیمت واحد، قیمت کل) ذکر شده و مهمور به مهر و امضای فروشنده باشد.
- ۳- صورت حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی
- ۴- شرح جراحی
- ۵- کلیه اسناد مثبت مانند گرافی و ... برحسب نوع جراحی صورت گرفته
- ۶- تاییدیه جراحی در خصوص جراحی‌هایی که طبق شیوه‌نامه نیاز به تایید بیمه دی دارند.
- ۷- کپی دفترچه بیمه و کارت ملی بیمه‌شده

۲- بررسی مدارک درمانی:

- ۱- به منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت بیمه‌شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.
- ۲- در خصوص هزینه‌های عینک در صورت نیاز و تشخیص بیمه‌گر لازم است بیمه‌شدگان جهت معاینه و کنترل عینک خریداری شده به اپتومتریست معتمد بیمه‌گر ارجاع و خسارت عینک پس از تایید اپتومتریست معتمد قابل رسیدگی خواهد بود.
- ۳- در خصوص سایر هزینه‌های درمانی ارائه شده توسط بیمه‌شدگان در صورت نیاز و تشخیص بیمه‌گر، خسارت مربوطه طبق تایید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل رسیدگی خواهد بود.

۳- استثنائات عمومی:

- علاوه بر استثنائات ماده ۱۰ شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های درمان (آیین‌نامه شماره ۹۹ بیمه‌های درمان)، مصوب شورای عالی بیمه، کلیه هزینه‌های زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:
- ۱- تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.
 - ۲- انواع هزینه‌های غیر پزشکی از قبیل: تلویزیون، کیف بهداشتی (مگر با تایید بیمه‌گر).
 - ۳- صدمات حاد ناشی از ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای.
 - ۴- بیماری‌های واگیردار، معالجه بیماری‌های افراد مبتلا به ایدز و معلولین ذهنی در صورتی که بیمه‌شده در تاریخ شروع بیمه‌نامه به آن مبتلا باشد.
 - ۵- معالجه عضوهای آسیب دیده ناشی از حوادثی که تاریخ وقوع آن قبل از تاریخ شروع این قرارداد باشد. (به غیر از خارج کردن پروتز و ترمیم عدم جوش خوردگی یا بدجوش خوردگی استخوان).
 - ۶- کلیه هزینه‌های مربوط به اعمال جراحی و پروتزهای زیبایی.
 - ۷- صورتحساب، فاکتور و قبض‌های المثنی (پاراکلینیکی و بیمارستانی)
 - ۸- هزینه چک‌آپ و آزمایشات دوره‌ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
 - ۹- حوادث ترافیکی
- تبصره:** حوادث ترافیکی که در طول بیمه‌نامه حادث شده و ۲ ماه از تاریخ حادثه گذشته باشد، مازاد بر تعهد دانشگاه‌های علوم پزشکی، تحت پوشش خواهد بود.

۴- دریافت حق بیمه و عدم وصول حق بیمه:

بیمه گذار متعهد است حق بیمه متعلق به قرارداد را با توجه به شرایط قرارداد و الحاقیه‌های آن پرداخت نماید. در غیر این صورت تعهدات بیمه‌گر از تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده به حالت تعلیق درآمده و در زمان تعلیق بیمه‌گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه‌شدگان را ندارد و بروز هرگونه مشکلی در این خصوص به عهده بیمه‌گذار خواهد بود.

۱- اعتبار قرارداد منوط به پرداخت اقساط حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه می‌باشد.

۲- حق بیمه بیمه‌شدگانی که در طول هر ماه به صورت اسامی بیمه‌شدگان اضافه و یا حذف خواهند شد بدون توجه به کسر ماه بر مبنای یک ماه کامل محاسبه خواهد شد.

۳- حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین می‌گردد، می‌بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان پرداخت گردد.

۴- با حذف هر یک از بیمه‌شدگان و در صورت دریافت هزینه درمانی، بیمه‌گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد می‌باشد. (به استثناء بیمه‌شدگانی که در طول مدت قرارداد فوت می‌نمایند).

تبصره: در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار این بند نیز اعمال می‌گردد.

۵- عدم انجام تعهدات بیمه‌گر به علت تاخیر و یا امتناع بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه‌گذار در پرداخت حق بیمه نمی‌باشد و بیمه‌گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه‌گر پرداخت نماید. حق بیمه متعلق به بیمه‌شدگانی که اعلام انصراف نموده‌اند، قابل استرداد نمی‌باشد.

۶- در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، برای بیمه‌شدگان ۶۰ تا ۷۰ سال ۵۰ درصد حق بیمه پایه و برای بیمه‌شدگان بالای ۷۰ سال تمام ۱۰۰ درصد حق بیمه پایه اعلام شده، به عنوان حق بیمه اضافی منظور می‌گردد.

۷- حق بیمه بازنشستگان دو برابر حق بیمه اعلامی می‌باشد.

۱- با توجه به این که نرخ حق بیمه براساس تعداد بیمه‌شدگان اعلامی از طرف بیمه‌گذار می‌باشد، لذا هر گونه افزایش و یا کاهش در طول مدت قرارداد که در تغییر نرخ حق بیمه موثر باشد، موجب تعدیل آن خواهد شد.

۲- پوشش والدین غیر تحت تکفل، همسر و فرزندان غیر تحت تکفل با دو برابر حق بیمه امکان پذیر است.

۵- سایر موارد:

• این بیمه‌نامه مکمل بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه‌گران پایه مشابه می‌باشد (بیمه‌گر اول)، لذا بیمه‌شدگان باید در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این مراکز، رهنوشته برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام رهنوشته چک دریافتی، به بیمه‌دی تحویل نمایند.

• چنانچه سهم بیمه‌گر اول از فرانشیز قرارداد کمتر باشد میزان فرانشیز قابل اعمال و محاسبه معادل مابه‌التفاوت سهم بیمه‌گر اول از فرانشیز قرارداد خواهد بود.

• بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. 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 معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به (مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر) مراجعه کند، پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک و یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه‌گر تحویل دهد، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهد شد.

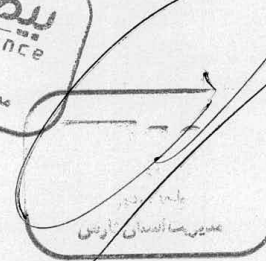
• در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند. در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

- در خصوص هزینه دستمزد پزشکان، با ارائه معرفی نامه بیمه دی به مراکز طرف قرارداد، مابه التفاوت حق الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی باشد.
- کلیه هزینه های پاراکلینیکی و بیمارستانی، طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و کتاب ارزش های نسبی و خدمات مراقبتی های سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخت خواهد شد.
- **تبصره ۱:** خدمات دندان پزشکی نیز براساس تعرفه های سندیکای بیمه گران ایران قابل پرداخت می باشد.
- **تبصره ۲:** هزینه های ویزیت براساس آخرین تعرفه های مصوب هیئت وزیران پرداخت می گردد.
- هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید 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 آنان را تایید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مصوب هیئت وزیران محاسبه خواهد شد.
- میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.
- اعمال جراحی قفق نافی، فتق شکمی، بلفاروپلاستی، سیتوپلاستی، استرایپسم، عیوب انکساری و چاقی مفرط می بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد.
- هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی با ارائه اسناد مربوطه هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد.
- دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.
- در صورتی که شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه گر دیگری باشد، ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگانی که به تایید بیمه گر قبلی رسیده باشد، جهت حذف دوره انتظار الزامی است.
- خسارات مربوط به کارکنان شاغل با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت است که دارای پروانه کار معتبر از مراجع ذیصلاح، جمهوری اسلامی ایران باشند.
- خطرات ناشی از انفجار یا عملکرد ادوات جنگی بازمانده از جنگ تحمیلی در شمول تعهدات این قرارداد می باشد، مشروط به اینکه بیمه شده به قصد بازدید از مناطق عملیاتی در دوران جنگ تحمیلی و یا خنثی سازی ادوات جنگی در محل حضور نیافته باشد.
- در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شبا یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه گذار برای بیمه شده اصلی).
- اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می باشد.
- مرور زمان دعاوی ناشی از تعهدات بیمه گر یکسال از تاریخ انقضای مدت قرارداد می باشد.
- چنانچه موارد مذکور در بیمه نامه و ضمائم و ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر می شود، با نظرات بیمه گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آن را بنماید. در غیر این صورت مراتب، تایید شده تلقی خواهد شد. هر گونه عملی خلاف این شرط منوط به تایید کتبی بیمه گر خواهد بود.
- پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار و قبول آن از طرف بیمه گر به منزله تایید بیمه نامه از ناحیه طرفین می باشد.
- در صورتی که هریک از طرفین حداقل یکماه قبل از انقضای قرارداد عدم تمایل خود را نسبت به ادامه آن کتبی به طرف دیگر اعلام ننماید قرارداد برای مدت یک سال دیگر تجدید شده (با حق بیمه جدید) و از تاریخ پرداخت حق بیمه معتبر شناخته خواهد شد. حق تحقیق، بررسی و تأیید در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می باشد.
- بیمه گر یا بیمه گذار می توانند 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 می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب

- داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آراء اقدام به صدور رای داور می کنند. هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.
- شرایط عمومی منحصرأ در موارد پیش بینی نشده نافذ خواهد بود. در صورت مغایرت در تفسیر و اجرای قرارداد "متن، الحاقیه ها و شرایط عمومی بیمه گری" قرارداد حاکم است.



مهر و امضاء بیمه گر/واحد صدور



Handwritten signature of the insured party.