

شرایط عمومی بیمه نامه گروهی درمان

- ۲-۲- مدت انتظار جهت استفاده از پوشش این بند برای گروه‌های ریز ۲۵۰ نفر ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه و برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.
- ۳- هزینه‌های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:
- ۳-۱- جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس آکو، دانسیتومتری تا حداکثر ۲۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده
- ۳-۲- جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، سونوای سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه برای هر بیمه شده
- ۳-۳- جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پریشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پریشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.
- ۳-۴- جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه (حداقل ۵۰۰,۰۰۰/- ریال و حداکثر ۲,۵۰۰,۰۰۰/- ریال)
- ۳-۵- جبران هزینه‌های دندانپزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده. تبصره ۱: چنانچه هزینه‌های دندانپزشکی صرفاً محدود به خدمات کشیدن، جرم‌گیری، بروساز، ترمیم، برکردن، درمان ریشه و روکش شود، مشروط به انتخاب سقف تعهد سالیانه بیش از ۱,۰۰۰,۰۰۰/- ریال مشمول تخفیف در حق بیمه می‌شود.
- تبصره ۲: هزینه‌های دندانپزشکی بر اساس تعرفه خدمات دندانپزشکی محاسبه و پرداخت می‌شود که سالیانه سدیکی بیمه‌گران ایران با هماهنگی شرکت‌های بیمه، تنظیم و به شرکت‌های بیمه ابلاغ می‌کند
- ۳-۶- جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی تا سقف ۲ درصد تعهد پایه برای بیمه شده
- ۳-۷- جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمک تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰/- ریال برای هر بیمه شده
- ۴- جبران هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک متعهد بیمه‌گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف استیگمات) ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا مبلغ ۱۰,۰۰۰,۰۰۰/- ریال (۵,۰۰۰,۰۰۰/- ریال برای هر چشم) برای هر بیمه شده.
- ۵- جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپایی مانند شکسته بندی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کراپوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تحلیه کیست و نیز درمانی تا سقف ۱۰ درصد تعهدات پایه برای هر بیمه شده.
- ۵-۱- فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطلب) به شرح جدول پیوست ذکر می‌شود
- ۶- جبران هزینه‌های اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده
- ۷- ارائه پوشش بیمه‌ای جهت خطرات طبیعی (به استثنای زلزله) مشروط به دریافت حق بیمه اضافی.
- تبصره ۱: هزینه‌های که در اجرای بند ب پرداخت می‌شود، مزاد بر سقف تعهدات سالیانه است
- تبصره ۲: ارائه پوشش هزینه‌های درمانی به جز مواردی که در این آئین نامه ذکر شده است مجاز نمی‌باشد مگر آنکه قبلاً موافق بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در مورد نوع پوشش و حدود تعهدات کسب شده باشد.

فصل سوم: شرایط

ماده ۴- اصل حسن نیت

- بیمه‌گذار و بیمه شده مکلف اند 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 عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌نامه فسخ خواهد شد.
- تبصره: چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه‌گذاران در پاسخ به پرسش بیمه‌گر یا بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه‌گذاران حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است.
- ماده ۵- فرانشیز
- ۵-۱- فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد کل هزینه‌های درمانی مربوط و در غیر این صورت معادل سهم بیمه‌گر پایه و حداقل ۳۰ درصد خواهد بود.
- ۵-۲- بیمه‌گرمی‌تواند صرفاً فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی عمومی و تخصصی و زایمان را با دریافت حق بیمه اضافی پوشش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود که قابل بیمه شدن نیست.
- ماده ۶- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در قرارداد بیمه موافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند.
- 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 طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد:

این بیمه‌نامه بر اساس 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 به صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات:

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، باین معاهیم استفاده شده‌اند:

- ۲-۱- بیمه‌گر: شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج شده است و جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد
- ۲-۲- بیمه‌گر پایه: سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه‌اند.
- ۲-۳- بیمه‌گذار: شخصی است که مشخصات وی در این بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.
- ۲-۴- گروه بیمه‌شدگان

۲-۴-۱- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار که با ارائه رضایت‌نامه صبی بر موافقت با پوشش بیمه‌ای به اتفاق کلیه اعضای خانواده‌شان از طرف بیمه‌گذار به عنوان بیمه‌شده معرفی شده‌اند و حداقل ۵۰ درصد آنان باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره: بیمه‌گر می‌تواند کارکنان بازنشسته بیمه‌گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

۲-۴-۲- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها (از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها) به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه‌نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه‌گذار تضمین شده باشد و بیش از ۵۰ درصد بیمه‌شدگان به طور همزمان بیمه شوند.

۲-۴-۳- منظور از اعضای خانواده، شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه‌شدگان است

۲-۵- 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 بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۲-۵-۱- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو یا کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۲-۵-۲- بیماری: هر گونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

۲-۶- حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه‌گر موقوف به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده باشد.

۲-۷- دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد

۲-۸- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

۲-۹- مدت: مدت بیمه‌نامه یک سال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در شرایط بیمه‌نامه درج می‌شود.

فصل دوم: هزینه‌های درمانی قابل پرداخت

ماده ۳- هزینه‌های درمانی قابل پرداخت موضوع این آئین‌نامه عبارت است از:

الف- تعهدات اصلی

۱- جبران هزینه‌های بستری، جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care.

تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت مان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

۲- هزینه‌های همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان‌ها)

۳- هزینه‌های آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- هزینه‌های مربوط به پوشش‌های اضافی ذیل که در قرارداد یا شرایط بیمه‌نامه درج شده‌اند:

۱- افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کلیه و پیوند منحنی استخوان.

۲- هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پانجاه درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند الف - فوق. سقف تعهد بیمه‌گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر تجاوز کند.

۲-۱- در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و نابری شام اعمال جراحی مرتبطاً IUT، ZIFT، ITSC، GIFT، میکرواینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است.

۳

مستخدمین جدید، مزدوجین و تحت تکفلین جدید از تاریخ ورود نامه درخواست کتبی به دبیرخانه بیمه گر و ارائه پوشش به نوزادان از بدو تولد می باشد.

۲-۱-۲) 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.

۲-۱-۳) حق بیمه های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه نامه در پایان سال بیمه بطور یکجا محاسبه و به بیمه گذار مسترد خواهد شد.

۲-۱-۴) با حذف هریک از بیمه شدگان، در صورت دریافت هزینه های درمانی، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد می باشد.

۲-۱-۵) کاهش در تعداد بیمه شدگان، در طول مدت بیمه نامه باید حداکثر تا یک ماه پس از خروج مشمولین به بیمه گراعلام شود که از همان تاریخ حذف انجام پذیرد

۲-۲) احراز پوشش بیمه ای بیمه شده در زمان رسیدگی به هزینه های اعلام شده مسوط 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 تأمین پوشش بیمه شده و افراد تحت تکفل آن منطبق بر شرایط مندرج در بیمه نامه نیست بیمه گرنسبت به حذف از لیست بیمه شدگان از شروع پوشش اقدام می نماید. در این صورت حق بیمه های پرداختی بیمه شده و افراد تحت تکفل مسترد نمی گردد و بیمه گذار متعهد به پرداخت خسارت های دریافتی می باشد.

۲-۳) بیمه گذار، موظف است برای دریافت هزینه های درمانی و یا استفاده از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد جهت مشمولین بندهای ۱-۲ ماده اول، مدارک دال بر عدم ازدواج و یا گوهی ادامه تحصیل معتبر و یا تحت تکفل بودن را در زمان اعلام خسارت ارائه نماید.

۲-۴) بیمه گذار موظف است برای دریافت هزینه زایمان و یا اخذ معرفنامه مراکز درمانی طرف قرارداد (در صورت وجود تعهدات بیمه گر) نسبت به ارائه اصل شناسنامه بیمه شده اصلی و همسر در زمان اعلام خسارت اقدام نماید.

۲-۵) بیمه گذار متعهد است حق بیمه را با توجه به شرایط مندرج در بیمه نامه و تبصره بک و دو این ماده پرداخت نماید. در هر صورت انجام تعهدات بیمه گراز تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده به حالت تعلیق درآمده و تنفیذ اعتبار مجدد آن با موافقت بیمه گر امکان پذیر بوده که بیمه گر جهت اعلام موافقت، مجاز به تعیین زمان شروع مجدد در بیمه نامه و اعمال شرایط جدید می باشد.

در هر صورت شرط انجام تعهدات بیمه گر و تداوم پرداخت خسارت منوط به پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و نبود هرگونه بدهی از سوی بیمه گذار می باشد.

تبصره ۱) اعتبار بیمه نامه منوط به پرداخت اولین قسط حق بیمه از طرف بیمه گذار خواهد بود چنانچه بیمه گذار و بیمه شده بدون امضاء بیمه نامه یا پرداخت حق بیمه، از خدمات بیمه گر استفاده نمایند بیمه گذار موظف است کلیه هزینه های پرداخت شده توسط بیمه گر را جبران نماید.

تبصره ۲) بیمه گذار متعهد است سایر اقساط حق بیمه را در سررسید آن (تاریخ مندرج در اعلامیه بدهکار بیمه نامه) پرداخت نماید.

۲-۶) بیمه‌گذار موظف می‌باشد پس از یکماه از تاریخ ارسال یا تحویل اصل مدارک در صورت وجود احتمالی باز یافت بیمه‌شدگان نسبت به تسویه حساب آن اقدام نماید.

۲-۷) بیمه‌گذار متعهد است صورت هزینه‌های درمانی، تشخیصی را حداکثر ظرف مدت ۹ ماه از تاریخ انجام هزینه (چنانچه توسط بیمه‌شده هزینه پرداخت شده باشد) به بیمه‌گر تحویل نماید در غیر این صورت پس از انقضای مهلت مذکور، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۲-۸) بیمه‌گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه‌شدگان ارباب‌لیست 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.

۲-۹) بیمه‌گذار موظف است همزمان با بستری شدن بیمه‌شده در مرکز درمانی مراتب را به نحو مقتضی به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۲-۱۰) چنانچه هزینه‌ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی است.

۲-۱۱) در صورت مشارکت بیمه‌شده در هرگونه درگیری و نزاع فردی و یا دسته‌جمعی، پرداخت خسارت و هزینه‌های درمانی منوط به ارائه تائیدیه کلاتری محل وقوع و یا مراجع قضایی مبنی بر عدم دخالت مستقیم بیمه‌شده در شروع نزاع و درگیری و صرفاً اقدام به دفاع از خود می‌باشد.

ماده سوم : فسخ بیمه‌نامه

در صورت عدم پرداخت اقساط حق بیمه در مهلت تعیین شده ضمن توقف هرگونه خدمات و پرداخت خسارت‌های احتمالی، بیمه‌نامه از تاریخ سررسید قسط پرداخت نشده فسخ می‌گردد که متعاقب آن :

۳-۱) بیمه‌گذار موظف است ظرف مدت ۷ روز از تاریخ صدور الحاقیه فسخ بیمه‌نامه نسبت به پرداخت بدهکاران حق بیمه و باز یافت احتمالی اقدام نماید.

بدیهی است در غیر این صورت و در پایان مهلت مذکور، نسبت به پیگیری وصول مطالبات از طریق مراجع قضایی اقدام می‌گردد.

۳-۲) تنفیذ اعتبار مجدد بیمه‌نامه با درخواست کتبی بیمه‌گذار پس از فسخ بیمه‌نامه مشروط به موافقت بیمه‌گر امکانپذیر می‌باشد که در این صورت بیمه‌گر جهت اعلام موافقت، مجاز به تعیین زمان شروع اعتبار مجدد در بیمه‌نامه و اعمال شرایط جدید می‌باشد.

تبصره) بدیهی است پس از تاریخ فسخ بیمه‌گر هیچگونه تعهدی در خصوص دریافت، محاسبه و پرداخت هرگونه هزینه درمانی بیمه‌شدگان را (حتی مربوط به قبل از تاریخ فسخ بیمه‌نامه) نخواهد داشت

ماده چهارم : مقررات مختلف

۴-۱) بیمه‌شدگان باید در ابتدا به بیمه‌گران پایه (سازمان تأمین اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، سایر سازمان‌های مشابه) و شرکت‌های بیمه‌گر اول مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این مؤسسات فتوکپی برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام تصویر چک دریافتی به این شرکت تحویل نمایند.

۴-۱-۱) در صورتی که بیمه‌شدگان از مزایای بیمه‌گر پایه و اول استفاده نمایند مابه‌التفاوت خسارت پس از انجام کارشناسی و متناسب با تعرفه‌های مورد عمل (بند هم‌ترازی) تا سقف تعهدات بیمه‌گر بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد

بود، مشروط بر اینکه مجموع هزینه های پرداختی بیمه گر پایه و اول بیمه البرز از ۱۰۰٪ هزینه های مورد تعهد تجاوز ننماید.

۴-۱-۲) در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر پایه یا اول استفاده نمایند میزان سهم بیمه شده از خسارت معادل فرانشیز بیمه نامه خواهد بود.

۴-۱-۳) کلیه هزینه های بیمه شدگان اعم از بستری، سرپائی مطابق تعرفه های بیمه گر پرداخت می گردد. ۴-۲) دوران انتظار برای زایمان جهت استفاده گروه های زیر ۲۵۰ نفر ۹ ماه و برای سایر گروه ها ۶ ماه و برای بیماری های فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، پولیپ، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، هیسترکتومی، 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 متعمد بیمه گر) ۳ ماه می باشد.

۴-۲-۱) دوران انتظار برای بیمه شدگانی که بطور پیوسته از سایر شرکت های بیمه بازرگانی انتقال می یابند اعمال نمی گردد. ۴-۲-۲) هزینه های چکاپ و واکسن از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد.

۴-۳) 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.

۴-۴) 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 بر اساس تعداد بیمه شدگان جدید می نماید.

۴-۵) رسیدگی به اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارات پرداختی حداکثر تا یکسال پس از مدت انقضاء بیمه نامه با درخواست کتبی بیمه گر یا بیمه گذار قابل پیگیری و انجام می باشد.

۴-۶) چنانچه موارد مذکور در شرایط خصوصی مندرج در متن بیمه نامه و شرایط خصوصی پیوست و الحاقیه هائی 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 تائید شده تلقی خواهد شد و هرگونه تغییراتی در این خصوص منوط به تائید کتبی بیمه گر خواهد بود.

۴-۷) پرداخت اولین قسط حق بیمه از سوی بیمه گذار و در شروع بیمه نامه و قبول آن از طرف بیمه گر به منزله تنفیذ بیمه نامه از ناحیه طرفین می باشد.

۴-۸) خسارات مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کارمشمخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

۴-۹) 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.

۴-۱۰) 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.

۴-۱) در صورتی که هر یک از طرفین حداقل یکماه قبل از انقضاء بیمه نامه عدم تمایل خود را مبنی بر ادامه آن کتباً اعلام نمایند بیمه نامه با همان شرایط برای یکسال دیگر خود بخود تمدید می گردد.

۴-۱۲) شرایط عمومی منحصراً در موارد پیش بینی نشده در متن بیمه نامه و شرایط خصوصی بیمه نامه و ضامنامه بیمه نامه نافذ خواهد بود.

۴-۱۳) شرایط مندرج در متن بیمه نامه حاکم بر شرایط خصوصی و عمومی پیوست بیمه نامه و همچنین شرایط خصوصی حاکم بر شرایط عمومی پیوست بیمه نامه می باشد.

۴-۱۴) مسئولیت بیمه گر فقط در چارچوب شرایط خصوصی مندرج در متن و پیوست و شرایط عمومی بیمه نامه می باشد.

۴-۱۵) مرور زمان دعاوی ناشی از تعهدات بیمه گر دو سال از تاریخ انقضاء مدت بیمه نامه می باشد.

۴-۱۶) نشانی و محل اقامت بیمه گر و بیمه گذار و نماینده آنها در ایران که در بیمه نامه و یا ضامنامه 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.

ماده پنجم: شرایط خاص

موارد ذیل خارج از تعهدات بیمه گر می باشد و ارائه آن مشروط به تقاضای کتبی بیمه گذار و موافقت کتبی بیمه گر با آن در شرایط خاص جزء تعهدات بیمه گر محسوب خواهد شد در غیر این صورت جزء استثنائات بیمه نامه باقی مانده و قابل ارائه و پرداخت نخواهد بود.

۵-۱) جبرن هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن

۵-۲) پوشش بیمه ای جهت خطرات طبیعی

۵-۳) حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان

۵-۴) بیمه نامه درمان خانواده و گروه های کمتر از ۵۰ نفر

ماده ششم: رفع اختلاف

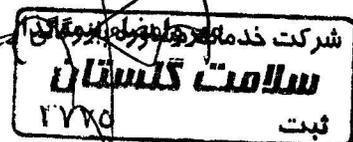
۶-۱) در جهت حل اختلاف در تفسیر شرایط، مقررات، مسائل اجرایی و ابهامات موجود در بیمه نامه و شرایط خصوصی و عمومی آن ابتدا مذاکرات اصلاحی معمول و در صورت عدم حصول نتیجه موضوع از طریق کارشناس مرضی طرفین حل و فصل خواهد شد.

بدیهی است در صورت عدم حصول نتیجه مراتب به مراجع دیصلاح قانونی ارجاع و رای مرجع اخیر برای طرفین لازم الاجرا خواهد شد.

ماده هفتم: شرایط خصوصی بیمه نامه درمان در ۷ ماده، ۳ تبصره و دو نسخه تنظیم گردیده و به امضاء طرفین رسیده است و هر دو نسخه نیز در حکم واحد بوده و حاکم بر شرایط عمومی بیمه نامه می باشد.

مهر و امضاء بیمه گر

شرکت بیمه البرز (سهامی عام)



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 ذی صلاح .
۷-۸- فعل و انفعالات هسته ای .

۷-۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .
۷-۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .

۷-۱۱- جنون .
۷-۱۲- جراحی لته .
۷-۱۳- زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر .
۷-۱۴- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند .

۷-۱۵- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد .
۷-۱۶- هزینه های مربوط به ملولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی .
۷-۱۷- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف استیگمات) کمتر از ۴ دیوپتر باشد .

۷-۱۸- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است .
تبصره : موارد استثنای مندرج در بندهای ۶-۷، ۷-۷، ۷-۹، ۷-۱۰، ۷-۱۲، ۷-۱۵، ۷-۱۶ و پرداخت حق بیمه اضافی ، قابل بیمه شدن است .

۸- شرکت بیمه 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 .
۸-۱- هریک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش نامه 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 .

۸-۲- بیمه گذار موظف است برای تمام اعضای گروه یا خانواده در خواست بیمه کند ، اما بیمه گر می تواند توجه به پرسش نامه سلامتی یا ماینات انجام شده ، از بیمه کردن فرد یا افرادی از گروه یا خانواده خودداری کند .

۸-۳- ارائه پوشش هزینه های رفع عیوب انکساری چشم مجاز نیست .
۸-۴- 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 .

۸-۵- در سال اول قرارداد ، جبران هزینه های زایمان و هزینه درمان بیماری هایی که سابقه درمان قبلی دارد استثناء شود .
۹- بیمه شده در انتخاب هر یک 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 اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود . در غیر این صورت هزینه های مربوط بر اساس قراردادهای منعقد شده بیمه گر با بیمارستان های همتراز پرداخت خواهد شد .

تبصره ۱: 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 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 .

تبصره ۲: بیمه گذار و یا بیمه شده موظف اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان سسری شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص ، مراتب را به بیمه گر اعلام کنند .
۱۰- حداکثر سن بیمه شده برای گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر ، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال ، بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی ، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد . مشمولین سازمان ها و صندوق های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر است . در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت .

۱۱- در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت کند ، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده موظف به شراط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت .
۱۲- هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است ، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد .

۱۳- 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 و 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 قرارداد پرداخت خواهد شد . در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق ، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود .

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

ماده ۱۴- موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه :

بیمه گر یا بیمه گذار می بواند در این مورد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند :
۱-۱-۱۴- موارد فسخ از طرف بیمه گر

۱-۱-۱-۱۴- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید .
۱-۱-۲- هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند نه نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود .

۱-۱-۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه
۱-۱-۴- موارد فسخ از طرف بیمه گذار

۱-۱-۴-۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تحفیف در حق بیمه نشود .
۱-۱-۴-۲- در صورتی که فعالیت بیمه گر نه هر دلیل متوقف شود .
۱-۱-۴-۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است .

۱-۱-۴-۴- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ
۱-۱-۴-۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر ، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می شود .

۱-۱-۴-۲- در صورت فسخ از طرف بیمه گذار ، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسرماه یک ماه تمام منظور خواهد شد) بنابراین در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد ، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی تا زمان فسخ بیمه نامه بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند .

ماده ۱۵- نحوه فسخ

۱-۱-۵- 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 شود .

۱-۱-۵-۲- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر ، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند . در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست مین شده است ، بیمه نامه فسخ شده تلقی می شود .

ماده ۱۶- مهلت پرداخت خسارت :

بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت ، وارد و حدود تعهد خود را تشخیص دهد ، خسارت را پرداخت کند

ماده ۱۷- کتبی بودن اظهارات :

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 .

مهر و امضاء بیمه گر
شرکت بیمه البرز (سهامی عام)

مهر و امضاء بیمه گذار
[نام و نام خانوادگی]

تاریخ: ۰۴/۰۴/۱۳۸۵

شماره قرارداد: ۲۷۷۵

ثبت

شماره مدرک: ۰۱/۵۱

فهرست اعمال غیر مجاز در مطب
پیوست جزء (۵-۱) بند ب ماده ۳ آیین (شرایط عموم

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

۳ از ۳
محمد سعید رزاد

شرایط خصوصی پیوست بیمه‌های درمان

شرکت بیمه البرز (سهامی عام)

بیمه‌نامه شماره ۹۴۵/۲۵۴۵/۲۵۴۵/۹

ماده اول: بیمه شدگان

- ۱-۱) بیمه شدگان عبارتند از کلیه کارکنان شاغل تمام وقت رسمی، بیمانی یا قراردادی بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنها که حداقل ۵۰٪ آنان باید تحت پوشش قرار گیرند ملاک ارائه پوشش بیمه‌های درمان به کارکنان بیمه گذار دارا بودن پوشش بیمه‌ای نزد بیمه گراول می‌باشد.
- ۱-۲) افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی عبارتند از:
 - ۱-۲-۱) همسر (همسران) دائم بیمه شده اصلی.
 - ۱-۲-۲) فرزندان بیمه شده اصلی، فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی اعم از داخل و یا 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 این بیمه‌نامه قرار گیرند.
 - ۱-۲-۳) پدر و مادر بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل مشروط بر اینکه از طریق مراجع قانونی تحت تکفل بیمه شده قرار گیرند و یا این که از طرف سازمان تأمین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی و یا سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح و یا شماره بیمه شده اصلی برای آنان دفترچه بیمه صادره شده باشد، تحت پوشش قرار می‌گیرند لازم به تأکید است پوشش والدین بیمه شده اصلی می‌بایست بطور همزمان اقدام شود.
 - ۱-۲-۴) پوشش مجدد فرزندان اناث مطلقه مشروط به پوشش توسط سازمان بیمه گر پایه و عدم اشتغال به کار می‌باشد.
 - ۱-۲-۵) ارائه پوشش به کارکنان بازنشسته بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان صرفاً در ابتدای بیمه‌نامه با حق بیمه اضافی مشروط به اخذ موافقت کتبی از بیمه گر امکان پذیر می‌باشد.

ماده دوم: تعهدات بیمه گذار

- ۲-۱) بیمه گذار متعهد است مشخصات کامل بیمه شدگان و افراد تحت تکفل آنان را با ذکر شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، تاریخ دقیق تولد، محل صدور، نام پدر و نسبت فرد با بیمه شده اصلی را در شروع اعتبار بیمه‌نامه به صورت مکتوب و رسمی به دبیرخانه بیمه گر ارائه و نسبت به اخذ تأییدیه آن اقدام نماید.
- ۲-۱-۱) افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه‌نامه منوط به استخدام جدید، ازدواج، تولد و یا افرادی که پس از شروع بیمه‌نامه تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می‌گیرند، خواهد بود و اسامی آنان باید حداکثر تا ۳ ماه بعد از تاریخ استخدام، عقد رسمی، تولد و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن اعلام شود ملاک تاریخ پوشش بیمه ای برای