

## 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 انرژی، 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 با 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.

#### ماده ۳- گروه بیمه‌شدگان

۳-۱- 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.

۳-۲- 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.

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

۳-۵- 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.

۳-۵-۱- 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.

۳-۵-۲- بیماری: هر گونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

۳-۶- 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.

۳-۷- دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

۳-۸- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

۳-۹- 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- هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان‌ها)

۳- هزینه 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 شده باشد:

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 منجر استخوان.

۲- هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پانجاه درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند الف - ۱ فوق. سقف تعهد بیمه‌گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر تجاوز کند.

۳- در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و نابری شانس 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