



شرایط عمومی بیمه‌های درمان

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 این بیمه‌نامه درج شده است و جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

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.

۳- بیمه‌گذار: شخصی است که مشخصات وی در این بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

۴- گروه بیمه‌شدگان:

الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان 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 اعضای خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

ب- 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 اعضای گروه به طور هم‌زمان بیمه شوند.

اعضای خانواده: شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه‌شدگان است.

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.

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

بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

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

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

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

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

هزینه‌های درمانی قابل پرداخت

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

الف- پوشش‌های اصلی (پایه):

۱- جبران هزینه‌های بستری جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

امضاء معرف:

شرکت کارگزاری رسمی بیمه مستقیم پزشکی  
مشاوران بیمه نوپیک  
کد ۱۸۹۰

امضاء بیمه‌گر:

شرکت بیمه آسماری  
1  
باجه کرج

امضاء بیمه‌گذار:

وارنسا PVC  
۵۵۲۴۶۳۳۱-۵۵۲۴۷۱۱۹  
شهرک صنعتی چهار دانگه



تبصره ۱- سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندبگای بیمه گران ایران و تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران قابل پوشش است.  
تبصره ۲- اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

۲- هزینه همراه افراد زیر 10 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- پوشش‌های اضافی:

بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد ذیل را حسب توافق با بیمه‌گذار تحت پوشش قرار دهد:

۱- افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه‌شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش‌های اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.

تبصره- هزینه‌های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش‌های اصلی پرداخت می‌شود.

تبصره- جبران هزینه‌های روان‌پریشی تا حداکثر ۲۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده. (هزینه نگهداری بیماران روان‌پریش تحت پوشش نیست)

۲- هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۱- دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.

تبصره ۲- چنانچه بیمه‌شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

۳- جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

۴- هزینه‌های پاراکلینیکی:

۴-۱- جبران هزینه‌های انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ) دانسیتومتری در مجموع حداکثر ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۲- جبران هزینه‌های آندوسکوپی، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکرو، EECF، تیلیت تست، خدمات تشخیص الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EEG - NCV)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پیرمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی‌سنجی (انواع ادیومتری)، در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۳- جبران هزینه‌های انواع خدمات آزمایشگاهی تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آلرژی در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۴- جبران هزینه‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۵- جبران هزینه‌های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۶- جبران هزینه‌های بستری جهت درمان بیماری‌های روان‌پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۱- هزینه نگهداری بیماران روان‌پریش تحت پوشش نیست.

امضاء معرف:

شرکت کارگزاری رسمی بیمه مستقیم برخط  
مشاوران بیمه موبوک  
کد: ۱۸۹۰

امضاء بیمه‌گر:

شرکت بیمه آسماری  
باجه کرج ۲

امضاء بیمه‌گذار:

وارنسا PVC  
شهرک صنعتی چهار دانگه  
۵۵۲۴۶۳۳۱-۵۵۲۴۷۱۱۹



- تبصره ۲- تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۱-۴ تا ۵-۴ برای هر بیمه شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.
- ۵- جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.
- ۶- جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان‌پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا میزان ۱۵ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- تبصره- پرداخت هزینه تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه سندیکای بیمه گران قابل پرداخت می باشد.
- ۷- جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست حداکثر تا سقف ۲ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۸- جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به‌علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر چشم هر بیمه‌شده.
- ۹- جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن‌لیچوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- تبصره- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) بر اساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می شود.
- ۱۱- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۱۲- هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- تبصره- سندیکای بیمه گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اروتز را سالیانه تنظیم و ابلاغ می کند.

۱۳-

(ماده ۴-) حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه موضوع ماده ۳، باید توسط بیمه‌گر در بیمه نامه درج شود.

(ماده ۵-) در صورتی که تعهدات پوشش‌های اصلی نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش‌های اضافی نیز می تواند نامحدود در نظر گرفته شود.

(ماده ۶-) تعهد پوشش اضافی مربوط به بند ب ماده ۳، مزاد بر سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه است.

#### شرایط

(ماده ۷-) 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 بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می شود 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 بیمه شده است.

امضاء معرف:

شرکت کارگزاری رسمی بیمه مستقیم مربوطه  
مشاوران بیمه موبیگ  
کد ۱۸۹۰

امضاء بیمه‌گر:

شرکت بیمه آسماری  
باجه کرج

امضاء بیمه‌گذار:

وارنسا PVC  
۵۵۲۴۷۱۱۹-۵۵۲۲۶۳۳۱  
شهرک صنعتی چهار دانگه



ماده ۸- فرانشیز

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد. بیمه‌گر می‌تواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین نامه شماره ۹۴ مصوب شورای عالی بیمه و دریافت حق بیمه اضافی، فرانشیز را کاهش دهد.

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

(ماده ۹-) پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به‌نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.

(ماده ۱۰-) بیمه‌گذار با بیمه شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

(ماده ۱۱-) بیمه‌گذار یا بیمه شده 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 ۱۲-) بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی - درمانی را بر اساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

(ماده ۱۳-) چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است. 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 طی 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- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- ۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی‌صلاح.
- ۸- فعل و انفعالات هسته‌ای.

۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۱- جنون.

۱۲- جراحی لثه.

۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر

۱۴- جراحی فک مگر آنکه به‌علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.

۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

امضاء معرف:

شرکت کارگزاری رسمی بیمه مستقیم برخط  
مشاوران بیمه هوپوک  
کد ۱۸۹۰

امضاء بیمه‌گر:

شرکت بیمه آسماری  
باجه کرج

امضاء بیمه‌گذار:

وارنسا PVC  
۵۵۲۴۶۳۳۱-۵۵۲۴۷۱۱۹  
شهرک صنعتی چهارم مانگه



۱۷- کلیه هزینه‌های 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 ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.  
(ماده ۱۴-) شرکت بیمه مکلف است در صدور بیمه‌نامه 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 تهیه‌شده توسط بیمه‌گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به‌طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.
- ۲- بیمه‌گذار موظف است برای تمام اعضای گروه یا خانواده درخواست بیمه کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پرسش‌نامه سلامتی یا معاینات انجام‌شده، از بیمه‌کردن فرد یا افرادی از گروه یا خانواده و یا ارائه پوشش هزینه زایمان و بیماری‌هایی که سابقه قبلی دارد خودداری کند.
- ۳- سقف تعهد بیمه‌گر برای هریک از اعضای گروه یا خانواده و هریک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

(ماده ۱۵-) بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. 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 اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱- در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲- بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظفانند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری‌شدن هریک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

تبصره ۳- چنانچه بیمه‌شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به به هرکدام از شرکتهای بیمه مخیر است.

(ماده ۱۶-) حداکثر سن بیمه‌شده برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مضمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان‌پذیر است. در صورتی که سن بیمه‌شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

(ماده ۱۷-) در صورتی که بیمه‌شده در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

(ماده ۱۸-) هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به‌وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.

امضاء معرف:

شرکت تکران‌رزی رسمی بیمه مسکونی  
مشاوران بیمه بویگ  
کد: ۱۸۹۰

امضاء بیمه‌گر:

شرکت بیمه آسماری  
5  
باجه کرج

امضاء بیمه‌گذار:

وارنا سا PVC  
۵۵۲۴۷۱-۵۵۲۶۳۲۱  
هرک صنعتی چهارم



(ماده ۱۹-) 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 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 تایید 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 براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

(ماده ۲۰-) موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید
- ۲- هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سوء نیت 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- در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

ج- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ

- ۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود.
- ۲- در صورت فسخ 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 قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و موقوف قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ 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 ۲۱-) 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 شود.
  - 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 معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می شود.
- (ماده ۲۲-) 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 وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.
- (ماده ۲۳-) 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. بیمه مرکزی ج.ا. ایران می تواند با ارائه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین نامه ذکر نشده است و همچنین کاهش فرانشیز بیش از حد مقرر در این آیین نامه موافقت نماید.

امضاء معرف:

شرکت کارگزاری رسمی بیمه مستقیم پر خط  
مشاوران بیمه موبیگ  
کد ۱۸۹۰

امضاء بیمه گر:

شرکت بیمه آسماری  
۶  
باجه گرج

امضاء بیمه گذار:

وارق پلا PVC  
۵۵۲۴۷۱۱-۵۵۲۴۶۳۲۱  
شهرک صنعتی چهار دانگه