

## شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های درمان (آئین نامه ۹۹)

### فصل اول: کلیات

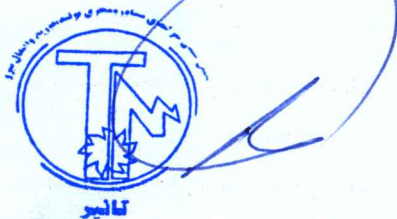
**ماده ۱- اساس قرارداد:** این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که جزء لاینفک بیمه‌نامه است، تنظیم شده و مورد توافق طرفین است بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده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

**ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات:** تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه 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، از کارافتادگی 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 بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده است که میزان آن در بیمه نامه ذکر می گردد.
- ۱۳- **خسارت قابل پرداخت:** مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده، حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.
- ۱۴- **مدت:** مدت بیمه نامه یک سال کامل شمسی است، تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می گردد.

### فصل دوم : شرایط

**ماده ۳- اصل حسن نیت:** بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا 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 بیمه گر بکاهد، بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید.

**تبصره:** هرگاه ثابت شود 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، نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می شود و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

### ماده ۴- فرانشیز:

- ۱- فرانشیز هزینه های پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۱۵ 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 بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- ۳- در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

**ماده ۵- پرداخت حق بیمه:** بیمه گذار باید حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه های مربوط توافق شده است به بیمه گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.

**ماده ۶-** بیمه گذار و یا بیمه شده موظف اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کند.

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

**ماده ۸-** بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی - درمانی را براساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید.

**ماده ۹-** چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

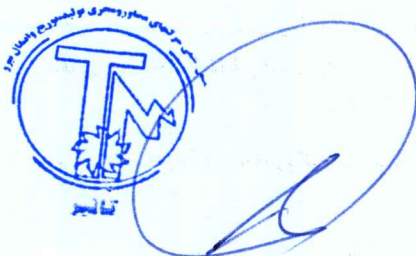
**ماده ۱۰-** استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.

۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، 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، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
  - ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده 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 بیمه‌گر.
  - 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 بیمه‌گر.
  - ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
  - ۱۵- هزینه‌های مربوطه 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 کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
  - ۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آن‌ها را اعلام نکرده است.
- تبصره:** بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق‌بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

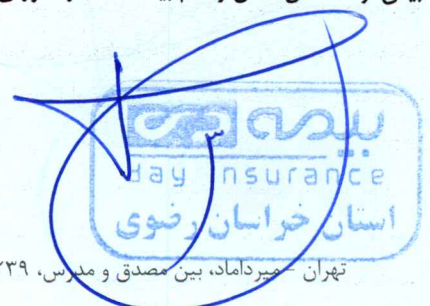
**ماده ۱۱-** بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی 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 سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط براساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

**تبصره:** 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 هر 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.

**ماده ۱۲-** 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 میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه‌های باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

**ماده ۱۳-** چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به هر کدام از شرکتهای بیمه منخیر است.

**ماده ۱۴-** حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق‌بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.



مشمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان‌پذیر است.  
**ماده ۱۵-** در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

**ماده ۱۶-** بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

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

### ماده ۱۷- فسخ بیمه‌نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام نمایند:

#### الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
- ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

#### ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتنوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

#### ج- نحوه فسخ:

- ۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به‌وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک‌ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌گردد.
- ۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌گردد.

#### د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- ۱- در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به‌صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
- ۲- در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد)؛ در صورتی که تا زمان فسخ بیمه‌نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

**ماده ۱۸-** بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به‌وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

**ماده ۱۹-** شرکت بیمه‌گر مکلف است در صدور بیمه‌نامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد،





بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

۲۱

**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 بیمه گری بیمه دی

#### ماده اول: بیمه شدگان

۱- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار 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) می باشد که به تبع بیمه شده اصلی دارای بیمه گر پایه باشند.

۱-۱- افراد مشروح زیر تحت پوشش این قرارداد می باشند، مشروط بر آنکه در زمان انعقاد قرارداد لیست اسامی آنان به بیمه گر ارائه و حق بیمه آنها براساس شرایط مندرج در متن و یا ضمایم آن پرداخت شود.

۱-۲- 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، می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره: فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد و به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می باشند.

۱-۴- 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 بیمه گر 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 و فرزندان اناث مطلقه می باشد (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" می باشد (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 می باشد.



- ۴- پس از انقضای بیمه نامه افزایش و کاهش در بیمه شدگان امکانپذیر نمی باشد 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 بیمه گر ارائه نماید.
- ۷- بیمه گذار متعهد است اصل صورت هزینه های 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 بیمه گر 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 بیمه گر 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.

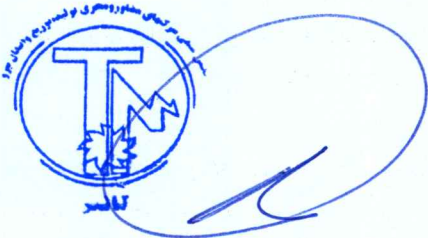
**۱- مدارک و اسناد مورد نیاز جهت پرداخت خسارات درمانی**

**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 تائید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ۹- ارسال تائیدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تائید دارد.
- ۱۰- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب 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 سرپایی موارد درمانی و تشخیصی.  
تبصره: با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه‌گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه‌پایه 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 بیمه‌گران 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 بیمه‌گران پایه در خصوص داروهای تحت پوشش الزامی است):

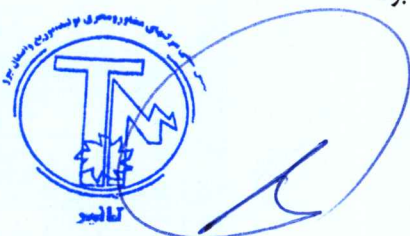
- ۱- داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه‌گر پایه پس از کسر سهم بیمه‌گر پایه قابل بررسی و پرداخت می باشد (اختلاف قیمت در تعهد است).
- ۲- داروهای داخلی و وارداتی در صورت عدم پوشش بیمه پایه با کسر فرانشیز بیمه نامه قابل بررسی و پرداخت می باشد (در خصوص داروهای تخصصی تجویز توسط متخصص مربوطه الزامی است).
- ۳- حق فنی داروخانه پرداخت نمی شود.
- ۴- داروهای تقویتی، مکمل، زیبایی، پوستی، ویتامینه و پروتئینه در تعهد نمی باشد.
- ۵- نسخه های ناخوانا یا بدون مهر داروخانه غیر قابل پرداخت می باشد

### ه: 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 مثبته 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، مزاد بر تعهد دانشگاه‌های علوم پزشکی، تحت پوشش خواهد بود.

### ۴- دریافت حق بیمه و عدم وصول حق بیمه:

بیمه‌گذار 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.

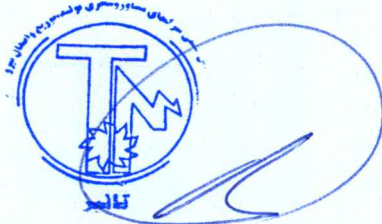
۱- با توجه به این که نرخ حق بیمه براساس تعداد بیمه‌شدگان اعلامی از طرف بیمه‌گذار می‌باشد، لذا هر گونه افزایش و یا کاهش در طول مدت قرارداد که در تغییر نرخ حق بیمه موثر باشد، موجب تعدیل آن خواهد شد.



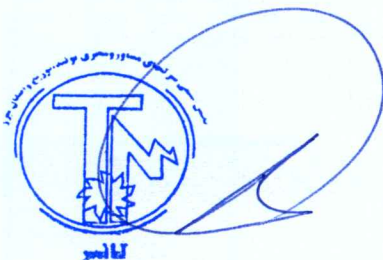
۲- پوشش والدین غیر تحت تکفل، همسر و فرزندان غیر تحت تکفل با دو برابر حق بیمه امکان پذیر است.

#### 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، رونوشت برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام رونوشت چک دریافتی، به بیمه دی 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 معرفی‌نامه بیمه‌دی به مراکز طرف قرارداد، مابه‌التفاوت حق‌الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی‌باشد.
- کلیه هزینه‌های پاراکلینیکی و بیمارستانی، طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و کتاب ارزش‌های نسبی و خدمات مراقبتی‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخت خواهد شد.
- **تبصره ۱:** خدمات دندانپزشکی نیز براساس تعرفه‌های سندیکای بیمه‌گران ایران قابل پرداخت می‌باشد.
- **تبصره ۲:** هزینه‌های ویزیت براساس آخرین تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران پرداخت می‌گردد.
- هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تایید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های آنان را تایید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم هر یک از شرایط فوق، هزینه‌های 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، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.
- اعمال جراحی فقط نافی، فتق شکمی، بلفاروپلاستی، سپتوپلاستی، استرابیسم، عیوب انکساری و چاقی مفرط می‌بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد.
- هزینه‌های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی با ارائه اسناد مربوطه هر دو سال یکبار قابل پرداخت می‌باشد.
- دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است. چنانچه بیمه‌شده 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 بیمه‌گر دیگری باشد، ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه‌شدگانی که به تایید بیمه‌گر 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 می‌باشد، مشروط به اینکه بیمه‌شده 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، خسارت‌های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه‌شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شبا یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه گذار برای بیمه‌شده اصلی)
- اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می‌باشد.
- مرور زمان دعاوی ناشی از تعهدات بیمه‌گر یکسال از تاریخ انقضای مدت قرارداد می‌باشد.
- چنانچه موارد مذکور در بیمه نامه و ضمائم و ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر می‌شود، با نظرات بیمه‌گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه‌گذار 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 بیمه‌گر خواهد بود.
- پرداخت حق بیمه از سوی بیمه‌گذار و قبول آن از طرف بیمه‌گر به منزله تایید بیمه‌نامه از ناحیه طرفین می‌باشد.
- 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 بیمه‌شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.
- بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند 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 داور یا مراجع به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داور، طرفین می‌توانند 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 می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آراء اقدام به صدور رای داور می‌کنند. هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجع به دادگاه حل و فصل می‌شود.
- شرایط عمومی منحصراً در موارد پیش‌بینی نشده نافذ خواهد بود. در صورت مغایرت در تفسیر و اجرای قرارداد "متن، الحاقیه‌ها و شرایط عمومی بیمه‌گری "قرارداد حاکم است.



نامبر