

فصل اول - کلیات

(سهامی عام)

ماده ۱- اساس بیمه نامه

این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه گر و بیمه گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده اند:

۲-۱- بیمه گر: موسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه نامه درج شده است.

۲-۲- بیمه گر پایه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

۲-۳- بیمه گذار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه است.

۲-۴- گروه بیمه شدگان:

۲-۴-۱- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان. تبصره ۱- بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معسر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲- حداقل ۵۰ درصد کارکنان بیمه گذار باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۳- بیمه گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه می تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

تبصره ۴- ارائه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه گر بلامانع می باشد.

۲-۴-۲- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه ها (از قبیل اصناف، اتحادیه ها و انجمن ها) به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه گذار تضمین شده باشد و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به طور هم زمان بیمه شوند.

۲-۴-۳- موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۲-۴-۴- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

۲-۴-۵- بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

۲-۴-۶- Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

۲-۴-۷- حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد.

۲-۴-۸- حق بیمه شناور: وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه نامه توسط بیمه گر برآورد می شود و متغیران قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه گذار اعلام می گردد.

۲-۴-۹- دوره انتظار: دوری است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

۲-۴-۱۰- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.

۲-۴-۱۱- فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می شود.

۲-۴-۱۲- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

۲-۴-۱۳- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یکسال شمسی است. تاریخ شروع و اتمام آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می شود.

فصل دوم - هزینه های درمانی قابل پرداخت

ماده ۳- پوشش های قابل ارائه عبارتست از:

الف- پوشش های اصلی:

جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

تبصره: سایر اعمال جراحی مشابه این بند یا پیشنهاد سندیکای بیمه گران ایران و تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران قابل پوشش است.

۲- هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- پوشش های اضافی:

بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد ذیل را حسب توافق با بیمه گذار تحت پوشش قرار دهد:

۱- افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش های اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، معز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانیفای، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.

تبصره - هزینه های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش های اصلی پرداخت می شود.

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

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

تبصره ۲- چنانچه بیمه شده سابقه پوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

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

۴- هزینه های پاراکلینیک:

۱-۴-۱- جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۲-۴-۱- جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، ECCP، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG) (NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی پرودینامیک (توار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پرمتری، بیوتامی و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۳-۴-۱- جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و زنتیک پزشکی، تست های ارژیک در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۴-۴-۱- جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات زنتیک جنین در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۵-۴-۱- جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۶-۴-۱- جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۱- هزینه نگهداری بیماران روان پریش تحت پوشش نیست.

تبصره ۲- جمع تعهدات هر یک از بندهای ۱-۴ تا ۵-۴ برای هر بیمه شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات جمعیتی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.

۵- جبران هزینه های ویزیت دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.

۶- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۷-۴-۱- تبصره - هزینه های دندانپزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و ابلاغ می شود.

۷- جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی و یا اتومتریست حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۸- جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۲ دیوپتر یا بیشتر باشد.

حداکثر تا ۱۵ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر چشم بیمه شده.

۹- جبران هزینه مربوط به خرید سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره - فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطبخ) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می شود.

۱۱- هزینه تهیه اورژانس که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره - سندیکای بیمه گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اورژانس را سالیانه تنظیم و ابلاغ می کند.

۱۲- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

ماده ۴- حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش های اصلی سالیانه موضوع ماده ۳، باید توسط بیمه گر در بیمه نامه درج شود.

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

ماده ۶- تعهد پوشش های اضافی مربوط به بند ۳ ماده ۳، مازاد بر سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه است.

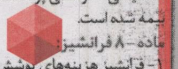
فصل سوم - شرایط

ماده ۷- اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلفند 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 با اضافه حق بیمه را از بیمه گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هر گاه ثابت شود بیمه شده عمداً بوسیله اظهارات کاذب و یا از راه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود یا ب

۸- افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش های اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، معز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانیفای، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.

تبصره - هزینه های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش های اصلی پرداخت می شود.

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



بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان 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 - ۸ - فرانشیز
۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر یا حداکثر ۲۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

بیمه‌گر می‌تواند با توافق طرفین 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 یا به 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 مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده - ۹ - پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید کل حق بیمه تعیین‌شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه‌های مربوطه توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ابفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.

ماده - ۱۰ - بیمه‌گذار یا بیمه‌شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

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

ماده - ۱۳ - چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده - ۱۴ - استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر نیست:
۱- اعمال جراحی که منظور 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 یا تشخیص پزشک معالج.
۴- تروک اعضا.

۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان 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، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.

۹- نقل و اقامات هتسالی.
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- هزینه‌های 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 مربوط به معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی.

۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، استیجیسم 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.

نکته: بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۸، ۷، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوطه، تحت پوشش قرار دهد.

ماده - ۱۵ - بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مراکز 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 یا 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 مراکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل شود. این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

ماده - ۱۶ - 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 انجام‌شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده - ۱۷ - چنانچه بیمه‌شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.

ماده - ۱۸ - حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با شرط پرداخت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

ماده - ۱۹ - در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه شدگان وابسته به وی شرط پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده - ۲۰ - هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور یا تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید 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 تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم اعزاز هر یک از شرایط 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 - ۲۱ - فسخ بیمه نامه:
بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه 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 سونیت 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 بیمه‌گذار که به هر دلیل.

۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که بیمه‌شدگان به دلیل آن بیمه شده‌اند.
ج- نحوه فسخ:

۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ موعودی که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:
۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه‌گر از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
۲- در صورت فسخ بیمه نامه 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 بیمه نامه، 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 میزان که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده - ۲۲ - بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه 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 پیشنهادات و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده - ۲۴ - ارجاع به داور: 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 مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. در صورت نرسیدن داور سوم یا انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داور می‌کنند. هر یک از طرفین حق‌الرحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق‌الرحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

فصل چهارم سایر مقررات

ماده - ۲۵ - بیمه‌گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می‌تواند بیمه‌نامه درمان خانواده و یا بیمه نامه برای مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، ارائه نماید:

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش‌نامه سلامتی ارائه‌شده توسط بیمه‌گر را برآورد و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کنند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز یا هزینه متقاضی انجام می‌شود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پاسخ‌های مندرج در پرسش‌نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه‌ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری‌هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

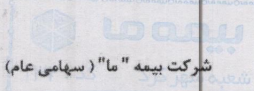
تبصره: بیمه‌گر می‌تواند مشروط به اخذ پرسشنامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

ماده - ۲۶ - بیمه مرکزی ج.ا. ایران می‌تواند با ارائه پوشش برای مواردی که در ماده ۱۳ آیین‌نامه ذکر نشده است و همچنین ارائه پوشش بیمه به گروه‌هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می‌شوند، موافقت کند.

ماده - ۲۷ - بیمه‌گر مجاز به ارائه پوشش خارج از موارد پیش‌بینی شده در این آیین‌نامه و یا مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی ج.ا. ایران تحت عنوانی از قبیل صندوق تکمله درمان و عنوانی مشابه نمی‌باشد.

ماده - ۲۸ - موسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا. ایران ابلاغ خواهد شد می‌تواند بیمه نامه یا حق بیمه شناور صادر نماید.

ماده - ۲۹ - دستورالعمل نحوه رسیدگی به اسناد هزینه‌های تشخیصی - درمانی و الکترونیکی کردن نبال اطلاعات مربوطه به ارزیابی و رسیدگی به اسناد هزینه‌های موضوع این آیین‌نامه حداکثر ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این آیین‌نامه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و پس از تأیید بیمه مرکزی ج.ا. ایران به موسسات بیمه‌مبلغ خواهد شد.



شرکت بیمه "ما" (سهامی عام)

قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

شماره قرارداد: ۱۴۰۳/۱۳۲/د/۱۰۱۹	تاریخ صدور قرارداد: ۱۴۰۳/۱۰/۴
نام بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال بختیاری	تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر مورخ: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶
تعداد بیمه شدگان: ۱۰۲ نفر	تاریخ انقضای قرارداد: تا ساعت ۲۴ مورخ: ۱۴۰۴/۱۰/۱۵
کل حق بیمه صادره مبلغ: طی الحاقیه تعیین میگردد	معرف قرارداد: خانم طیبه قاسمی اشکفتکی کد کارگزاری ۱۴۳۷

این قرارداد بین شرکت بیمه "ما" - سرپرستی استان چهارمحال و بختیاری و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهار محال و بختیاری که پس از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده میشوند براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و آئین نامه های مصوب شورایی بیمه و عرف بیمه در ایران و نیز شرایط عمومی بیمه درمان تکمیلی که پیوست و جزء لاینفک این قرارداد می باشد و با شرایط خصوصی ذیل منعقد می گردد.

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این قرارداد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند:

ماده ۱ - بیمه گر: شرکت بیمه "ما" سرپرستی استان چهارمحال و بختیاری به نشانی: شهرکرد، بلوار ۱۷ شهریور، حدفاصل کوچه ۲۶ و ۲۸ - کدپستی: ۸۸۱۵۹۴۶۷۹۶ تلفن: ۰۳۸۳۲۲۸۸۰۰۵ جبران هزینه های درمان بیمه شدگان مورد تعهد در این قرارداد را به عهده دازد.

ماده ۲ - بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال و بختیاری به نشانی: شهرکرد، خیابان فردوسی شمالی، تقاطع خیابان شریعتی کدپستی ۸۸۱۷۶۱۳۸۳۷ تلفن: ۰۳۸۳۲۲۵۰۱۰۲ پرداخت حق بیمه را به عهده دارد.

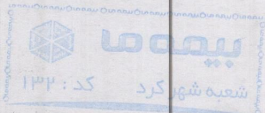
ماده ۳ - بیمه شدگان (اصلی) عبارتند از کارکنان شاغل و تمام وقت (رسمی، پیمانی و قراردادی) بیمه گذار مشروط به ارائه لیست کسورات حق بیمه بابت بازنشستگی برای کارکنان شاغل که لزوماً از طریق یک کارفرمای واحد صادر شده باشد.

و اعضای سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهار محال و بختیاری (به شرط داشتن کارت عضویت و داشتن دفترچه بیمه گر پایه) که به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده طی لیست ارسالی اولیه معرفی شده اند

تبصره ۱: بیمه شدگان این قرارداد صرفاً شامل کارکنان شاغل و تمام وقت در استخدام بیمه گذار، بر اساس مندرجات لیست ارسالی بیمه گذار به بیمه گر اولیه (تأمین اجتماعی) و اعضای سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهار محال و بختیاری طبق لیست ارسالی بیمه گذار می باشند. لذا سایر افراد با هر نوع رابطه استخدامی (موقت، پیمانکار، مدت معین، خرید خدمت، پاره وقت، دانشجویی و ...) که اسامی آنها در لیست مذکور وجود نداشته باشد، تحت پوشش قرار نخواهند گرفت.

تبصره ۲: منظور از خانواده عبارتست از هر یک از کارکنان شاغل و یا اعضاء بیمه گذار به عنوان سرپرست خانواده همراه همسر و فرزندان وی و نیز افراد تحت تکفل شامل پدر و مادر و یا هر فرد دیگری که طبق قانون تحت تکفل وی قرار دارد.

تبصره ۳: پوشش افراد تحت تکفل هر بیمه شده در این قرارداد در صورتی معتبر می باشد که افراد مذکور در لیست بیمه گر اولیه نیز تحت تکفل بیمه شده باشند.



Handwritten signatures in blue ink. Below the signatures, the number '۱۱ از ۱۱' is written.



بیمه ما
ma insurance

(سهامی عام)

تبصره ۴: همسر و فرزندان کارکنان اناث مانند سایر بیمه شدگان با رعایت مفاد این قرارداد تحت پوشش می باشند مشروط به اینکه کلیه اعضای خانواده تحت پوشش قرار گیرند. (در صورتیکه پوشش بیمه ای درمان تکمیلی در شرکت بیمه دیگر محرز گردد با ارائه مدرک کتبی قابل حذف میباشد.)

تبصره ۵: ارائه پوششهای درمانی این قرارداد جهت بیمه شدگان اصلی، تحت تکفل یا غیرتحت تکفل صرفاً بر اساس مفاد قرارداد مشخص می گردد.

تبصره ۶: والدین بیمه شده اصلی در صورتی که از طریق مراجع قانونی تحت تکفل وی قرار گرفته باشند یا از طریق بیمه گر اول دفترچه درمانی با شماره بیمه شده اصلی دریافت نموده باشند، تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

تبصره ۷: ارائه پوشش بیمه ای جهت والدین غیر تحت تکفل منوط به درخواست کتبی بیمه گذار و موافقت بیمه گر و درابتدای بیمه نامه می باشد.

تبصره ۸: بیمه شدگان اصلی الزاماً باید تحت پوشش بیمه گر اولیه ای مانند بیمه خدمات درمانی و یا سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان بیمه سلامت و نیروهای مسلح و... باشند و دفترچه بیمه داشته باشند.

تبصره ۹: شرط سنی بیمه شدگان به شرح زیر می باشد:

بیمه شدگان این قرارداد حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام تحت پوشش می باشند. چنانچه سقف سنی بیمه شدگان در مدت قرارداد کامل گردد مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد تحت پوشش می باشند. بیمه شدگان ۶۰ سال تا ۷۰ سال تمام با حداقل ۵۰٪ افزایش حق بیمه و بیمه شدگان بالای ۷۰ سال با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش می باشند و والدین غیر تحت تکفل این قرارداد با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش می باشند. چنانچه سقف سنی بیمه شدگان در مدت قرارداد کامل گردد مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد تحت پوشش می باشند. هرگونه تغییر در شرایط اضافه نرخ قرارداد منوط به موافقت کتبی بیمه گریه و از طریق الحاقیه اعمال خواهد شد.

تبصره ۱۰: چنانچه بیمه شده اصلی فوت نماید مشروط به پرداخت حق بیمه، خانواده تحت تکفل متوفی تا پایان قرارداد تحت پوشش می باشند.

تبصره ۱۱: شرایط سنی جهت فرزندان بیمه شده اصلی به شرح ذیل می باشد:

الف) فرزندان پسر حداکثر تا سن ۲۲ سال تمام تحت پوشش می باشند.

ب) دانشجویان کارشناسی حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام و دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و دکتری تا سن ۲۶ سال تمام با ارائه گواهی تحصیلی معتبر تحت پوشش هستند.

د) فرزندان دختر تا زمان اولین ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.

ه) فرزندان دختر مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.

و) فرزندان که معلول ذهنی و جسمی هستند بدون رعایت شرط سنی تحت پوشش می باشند. (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

ماده ۴ - موضوع قرارداد: عبارتست از جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است. تعهدات اصلی قرارداد شامل موارد ذیل می باشد:

۱- جبران هزینه های بستری، جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care.

۲- هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.



۱۱ از ۱۲



بیمه ما
ma insurance

(سهامی عام)

ماده ۵- فرانشیز :

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۱۰ درصد خسارت ارزیابی شده می‌باشد.

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 ۶- بیماری عبارتست از وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

ماده ۷- حادثه عبارتست از هرواقعه 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.

ماده ۸- 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.

تبصره ۱: دوره انتظار برای زایمان اعم از طبیعی، سزارین ۹ ماه تمام و دوره انتظار برای بیماری‌های خاص ۳ ماه تمام می‌باشد.

تبصره ۲: چنانچه تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای این قرارداد بلافاصله بعد از تاریخ انقضا قرارداد نزد بیمه‌گر دیگر باشد ارائه یک نسخه از قرارداد قبلی به همراه لیست بیمه‌شدگان آن قرارداد که به تأیید بیمه‌گر قبلی رسیده باشد الزامی است.

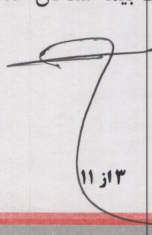
تبصره ۳: چنانچه این قرارداد بلافاصله بعد از انقضا قرارداد قبلی نزد این شرکت صادر شده باشد بیمه‌شدگان مشروط به گذراندن دوره انتظار در قرارداد قبلی مشمول دوره انتظار نخواهند شد.

تبصره ۴: در صورتی که بیمه‌نامه جدید بلافاصله بعد از انقضای بیمه‌نامه قبلی (نزد شرکت بیمه "ما" یا سایر شرکتهای بیمه) صادر نگردد؛ کلیه بیمه‌شدگان شامل دوره انتظار مشخص شده می‌گردند.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده

ماده ۹- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند 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 اظهار نشده 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. هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه 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




۱۱ ز ۱۳



بیمه ما
mo insurance

(سهامی عام)

به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ماده ۱۰- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد لیست اسامی و مشخصات کامل بیمه شدگان به طور خوانا و بدون خط خوردگی و یا در قالب لوح فشرده حاوی فایل کسل این اطلاعات تهیه نموده و با نامه رسمی تحویل بیمه گر نماید. تبصره ۱: بیمه گذار موظف است فهرست مشخصات بیمه شدگان مورد نظر را طی قالب اعلام شده از جانب بیمه گر در اختیار بیمه گر قرار دهد. شروع پوشش ها و تعهدات بیمه اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی مشخصات بیمه شدگان خواهد بود.

ماده ۱۱- لیست کلیه بیمه شده ها در ابتدای قرارداد دریافت و در طی مدت قرارداد، الحاقیه حذف و اضافه صادر نخواهد شد مگر نوزادان، همسر بیمه شدگانی که تازه ازدواج کرده اند. مشروط به ارائه مدارک مرتبط مانند: شناسنامه نوزاد، و همسر تازه ازدواج کرده و ...

تبصره ۱: حداکثر مهلت جهت اعلام اسامی همسر و فرزندان ۳ ماه و تاریخ شروع پوشش بیمه ای موضوع این ماده اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

تبصره ۲: پوشش بیمه ای نوزادان بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد صاحب فرزند می شوند مشروط بر اینکه حداکثر ظرف مدت ۳ ماه پس از تاریخ تولد نوزاد تصویر شناسنامه را جهت بیمه گر ارسال نمایند، از بدو تولد برقرار می گردد.

تبصره ۳: حق بیمه کمتر از یکماه کلیه بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه، اضافه و یا حذف می شوند معادل حق بیمه یکماه تمام منظور خواهد شد.

تبصره ۴: در خصوص بیمه شدگانی که از قرارداد حذف می شوند مانند بازنشستگان و فوت شدگان و ... تاریخ قطع پوشش بیمه ای همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد. در این حالت در صورتی که تا تاریخ قطع پوشش بیمه ای خسارتی دریافت ننموده باشند، حق بیمه بقیه مدت قرارداد برگشت شده و تاریخ محاسبه حق بیمه برگشتی اولین روزماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

تبصره ۵: کاهش در تعداد بیمه شدگان، در طول مدت بیمه نامه باید حداکثر تا یک ماه پس از خروج مشمولین به بیمه گر اعلام شود که از همان تاریخ حذف انجام پذیرد.

تبصره ۶: ارائه پوشش بیمه ای به کلیه افراد اعم از اصلی، تحت تکفل یا غیر تحت تکفل در طول مدت قرارداد به اعتبار از قلم افتادگی یا اشتباه در ارسال اسامی از جانب بیمه گذار امکان پذیر نمی باشد.

ماده ۱۲- میزان و نحوه پرداخت حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید به بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه تعیین شده در سررسیدهای مقرر این بیمه نامه است که با توجه به تعهدات بیمه گر حق بیمه به شرح ذیل می باشد:

تبصره ۱: حق بیمه ماهانه هر بیمه شده ۱۲,۰۷۰,۰۰۰ ریال می باشد. لذا به استناد تعداد ۱۰۲ نفر از بیمه شدگان طبق اعلام بیمه گذار حق بیمه صادره سالیانه این قرارداد طی الحاقیه تعیین میگردد.

تبصره ۲: نرخ حق بیمه بر مبنای تعداد بیمه شدگان تعیین گردیده، لذا چنانچه تعداد بیمه شدگان در طول قرارداد بیش از ۱۰ درصد کاهش یابند نرخ حق بیمه تعدیل خواهد شد.



۱۱/۱۴

چگونگی پرداخت حق بیمه: بیمه گذار موظف است حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شده ها بصورت ۲۵ در صد نقد هنگام مبادله قرارداد و مابقی حق بیمه را در ۳ قسط مساوی با فاصله ۳ ماه در سر سیدهای ۱۴۰۴/۰۱/۱۰، ۱۴۰۴/۰۴/۱۰، ۱۴۰۴/۰۷/۱۰، در وجه بیمه گر پرداخت نماید؛ حق بیمه های بیمه نامه می بایست به شماره حساب ۳۴۰۰۰۱۰۰۴۸ شرکت بیمه ما نزد بانک ملت شعبه ونک تک واریز گردد و رسید آن جهت درج در حساب فی مابین به شرکت بیمه ما ارسال گردد. بدیهی است هرگونه واریز وجه به سایر حساب ذینفعان فاقد اعتبار می باشد.

تبصره ۳: پرداخت حق بیمه: بیمه گذار باید کل 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.

تبصره ۴: 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 ۵: مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد و بیمه گر می تواند در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه در سر سید مقرر بیمه نامه را تعلیق نماید و بیمه گر در زمان تعلیق هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارات بیمه شدگان نخواهد داشت و بروز هرگونه مشکل در این رابطه به عهده بیمه گذار خواهد بود. رفع تعلیق منوط به پرداخت حق بیمه معوق و موافقت بیمه گر می باشد.

تبصره ۶: در صورت رفع تعلیق از قرارداد، خسارات اعلام شده در مدت تعلیق صرفاً در صورت تأیید بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود. در هر صورت انجام تعهدات بیمه گر و تداوم پرداخت خسارت منوط به پرداخت حق بیمه در سر سید مقرر و فقدان هرگونه بدهی از سوی بیمه گذار می باشد.

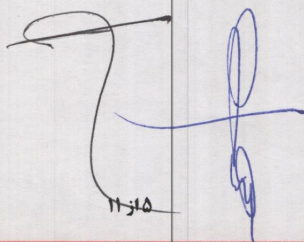
تبصره ۷: حق بیمه مربوط به بیمه شدگانی که در مدت قرارداد اعلام انصراف نمایند قابل برگشت نمی باشد. عبارت دیگر بیمه شدگان نمی توانند بعد از شروع پوشش بیمه ای انصراف دهند.

تبصره ۸: حق بیمه تغییر در تعداد بیمه شدگان (افزایشی) که طی الحاقیه تعیین می گردد حداکثر تا یک ماه از زمان صدور الحاقیه باید تسویه شود. ضمناً حق بیمه تغییر در تعداد بیمه شدگان (کاهشی) که طی الحاقیه تعیین می گردد در پایان قرارداد تسویه می گردد.

تبصره ۹: محاسبه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض تابع قوانین کشوری بوده و در صورت تغییر در قوانین از زمان ابلاغ بر روی بیمه نامه اعمال می گردد.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده ۱۳ - حدود تعهدات بیمه گر: بیمه گر در اداء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است در صورت وقوع هر یک از خطرات موضوع ماده ۴ و تبصره های آن هزینه درمانی بیمه شدگان را طبق بندهای ذیل جبران نماید:



۱۱۳۵

شرح تعهدات (به ریال)	عنوان پوشش	سقف تعهدات
شرح تعهدات (برای هر نفر میباشد)		
هزینه های بستری، جراحی، و Day Care در بیمارستان و مراکز جراحی محدود	جراحی های عمومی و بستری	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های 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. (با احتساب بند ۱)	جراحی های تخصصی	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰
داروهای بیماری خاص طبق تعاریف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی شامل MS، تالاسمی، نارسایی کلیه هموفیلی و دیالیز و داروهای مربوط به شیمی درمانی به شرط بستری و بیمارهای صعب العلاج شامل: کانسر، پارکینسون، آلزایمر، ایدز، شیمی درمانی، انواع پیوند ها مغز استخوان (BMT) کبد و ریه و کلیه		
جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	زایمان	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط GIFT, ZIFT, IUI, میکرواینجکشن و IVF	نازایی و ناباروری	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهد برای هر دو چشم.	رفع عیوب انکساری چشم	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری	پاراکلینیکی گروه ۱	
جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	پاراکلینیکی گروه ۲	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (به استثناء چکاپ) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک.	پاراکلینیکی گروه ۳	
جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	پاراکلینیکی گروه ۴	
جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)، لیزر درمانی، شک ویو	پاراکلینیکی گروه ۵	
جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.	جراحی های مجاز سرپایی	۱۱



۴۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های ویزیت (طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت)، دارو (طبق فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً پس از کسر سهم بیمه گر پایه) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری داروی خارجی با تجویز پزشک متخصص و با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود (به استثناء داروهای پوست و مو و زیبایی و داروهای مکمل، ویتامین ها و تقویتی و گیاهی)	ویزیت و دارو	۱۲
۶۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، جرم گیری و بروساز، روکش و جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان مصنوعی، (به استثنای اعمال زیبایی) طبق تعرفه سندیکای بیمه گران ایران	دندانپزشکی	۱۳
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک برای هردو گوش	سمعک	۱۴
۵,۰۰۰,۰۰۰	هزینه تهیه اروتر بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر	اروتر	۱۵
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک یا لنز تماس طبی	عینک و لنز طبی	۱۶
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	داخل شهری	آمیولانس	۱۷
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	خارج شهری		
۷۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات بند ۱ و ۱۷ جمعاً		۱۸
۷۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات بند ۱ و ۲ و ۱۷ جمعاً		۱۹

تبصره ۱: هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.

تبصره ۲: دوره انتظار برای زایمان اعم از طبیعی، سزارین ۹ ماه تمام و دوره انتظار برای بیماری های خاص ۳ ماه تمام میباشد.

تبصره ۳: در هزینه های دندانپزشکی: هزینه های دندانپزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط شورایعالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس شرایط و تعرفه ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و ابلاغ می شود.

تبصره ۴: کلیه هزینه های زیبایی دندانپزشکی جزء استثنائات می باشد و قابل پرداخت نخواهد بود.

تبصره ۵: پرداخت هزینه پروتز منوط به دریافت سهم بیمه گر اول می باشد.

تبصره ۶: فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می شود.

تبصره ۷: ارائه پرینت ادیومتری و تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی وجعبه سمعک در زمان پرداخت خسارت سمعک ضروری است.

ماده ۱۴ - استثنائات قرارداد: 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 تایید 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، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.

۱۱ از ۱۷

- 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 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 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.

فصل چهارم - نکات مهم (سایر شرایط و ملاحظات)

- ماده ۱۵- چگونگی استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز:**
- بیمه شدگان در انتخاب پزشک و بیمارستان در سراسر کشور آزاد است و می‌توانند به روش زیر عمل نمایند:
- بند ۱: بیمه شدگان جهت بستری در بیمارستان‌های طرف قرارداد می‌توانند به واحد صدور معرفی‌نامه بیمه‌گر مراجعه نموده و معرفی‌نامه بستری در بیمارستان دریافت دارند.
- بند ۲: بیمه شدگان می‌توانند بدون استفاده از معرفی‌نامه به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مراجعه نمایند و پس از پرداخت هزینه‌ها به بیمه‌گر مراجعه نمایند.
- بند ۳: بیمه‌گذار یا بیمه‌شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

تبصره ۱: مدارک لازم برای دریافت معرفی‌نامه بستری به شرح ذیل می‌باشد:

- ۱- تقاضای کتبی بیمه‌گذار جهت صدور معرفی‌نامه.
 - ۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر نیاز به بستری و نوع بیماری یا عمل جراحی با ذکر نام مرکز درمانی و تاریخ بستری.
 - ۳- کپی شناسنامه و دفترچه بیمه شده اصلی و بیمه شده بیمار.
 - ۴- گواهی اشتغال به تحصیل برای فرزندان پسر ۲۲ تا ۲۶ سال.
 - ۵- اصل شناسنامه فرزندان دختر.
 - ۶- اصل شناسنامه بیمه شده اصلی و بیمه شده بیمار (فقط جهت تعهد زایمان)
 - ۷- کارت عضویت دارای اعتبار یا جواز کسب (فقط اعضاء)
- تبصره ۲: مهلت تحویل اسناد و مدارک پزشکی به بیمه‌گر جهت دریافت خسارت حداکثر ۶ ماه از تاریخ انجام هزینه‌ها و صرفاً در طول مدت اعتبار قرارداد می‌باشد. در صورت انقضای قرارداد این مهلت حداکثر ۳ ماه از زمان انقضای قرارداد خواهد بود. بدیهی است پس از گذشت مدت تعیین شده بیمه‌گر هیچگونه تعهدی در قبال پرداخت خسارت نخواهد داشت.
- تبصره ۳: احراز پوشش بیمه‌ای بیمه شده در زمان رسیدگی به هزینه‌های اعلام شده منوط به بررسی مدارک بیمه شده و انطباق آن با شرایط بیمه‌نامه می‌باشد. در صورتی که براساس بررسی‌های به عمل آمده و در هر زمان از مدت بیمه‌نامه 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.

بند ۴: 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.

ماده ۱۶ - روش دریافت خسارت: بیمه شدگانی که برای معالجه به طور مستقیم و بدون معرفی نامه در بیمارستان بستری شده و هزینه های دوران بستری در بیمارستان را رأساً پرداخت نموده اند برای دریافت خسارت از بیمه گر باید به روش زیر عمل نمایند.

- ۱- از کلیه مدارک بیمارستانی کپی تهیه نمایند.
- ۲- به بیمه گر اولیه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و...) مراجعه کرده اصل مدارک را تحویل داده و چک خسارت خود را دریافت نمایند.
- ۳- کپی مدارک بیمارستانی را توسط بیمه گر اولیه برابر اصل نموده و همراه رونوشت چک خسارت و کپی شناسنامه و دفترچه (بیمه شده اصلی و بیمار) و درخواست کتبی بیمه گذار یا کارت درمانی بیمه شده تحویل بیمه گر نمایند.

ماده ۱۷ - بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی - درمانی را بر اساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید.

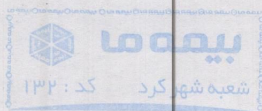
ماده ۱۸ - بیمه گر تعهد می نماید که پس از دریافت اسناد و مدارک مندرج در قرارداد حداکثر ظرف مدت ۷ روز کاری جهت هزینه های پاراکلینیکی و ۱۵ روز کاری جهت هزینه های بیمارستانی، نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های درمانی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۱: 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 معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، 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 درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه گر تحویل شود، این هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهند شد.

تبصره ۲: 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 از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۳: بیمه گذار، موظف است برای دریافت هزینه های درمانی و یا استفاده از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد جهت مشمولین تبصره ۱۰ ماده سه این قرارداد، مدارک معتبر دال بر عدم ازدواج و یا گواهی ادامه تحصیل معتبر و یا تحت تکفل بودن را در زمان اعلام خسارت ارائه نماید.

تبصره ۴: 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.



۱۱ از ۹



بیمه ما
ma insurance

(سهامی عام)

تبصره ۵: بیمه گر می تواند صورتحساب های بیمارستانی و اسناد و مدارک درمانی ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه آنان تحقیق نماید.

تبصره ۶: هزینه های پزشکی و بیمارستانی 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 نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های آنان را تأیید کند و ترجمه رسمی آن به تأیید وزارت امور خارجه در ایران رسیده باشد تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر و معادل هم ارز ریالی صورتحساب بیمه شده در زمان بستری (تاریخ صورتحساب) محاسبه و پرداخت می شود. میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد. بیمه شدگانی که به طور اورژانس در خارج از کشور معالجه می شوند باید برای دریافت خسارت به روشی که ذکر شد عمل نمایند.

تبصره ۷: هزینه درمان بیمه شدگانی که تابعیت غیر ایرانی دارند در صورتی که تعهد بیمه گر می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار داشته باشند.

تبصره ۸: عمل جراحی اسلیو (رفع چاقی مفرط) و جراحی انحراف بینی تنها در صورت مراجعه بیمه شده به تامین اجتماعی و دریافت سهم آن سازمان پرداخت می گردد.

تبصره ۹: هزینه های درمانی مستقیم ناشی از تصادفات رانندگی در تعهد بیمه گر نمی باشد.

ماده ۱۹ - حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن با توافق طرفین برای بیمه گر و بیمه گذار محفوظ است.

ماده ۲۰ - چنانچه مفاد قرارداد و الحاقیه های آن با درخواست کتبی بیمه گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت قرارداد تغییر و اصلاح آنرا تقاضا نماید. در غیر این صورت مفاد قرارداد تأیید شده تلقی خواهد شد. هرگونه عمل خلاف این شرط منوط به تقاضای بیمه گذار و تأیید کتبی بیمه گر خواهد بود.

ماده ۲۱ - شرایط عمومی منحصراً در موارد پیش بینی نشده در متن بیمه نامه و شرایط خصوصی بیمه نامه و ضوابط بیمه نامه نافذ خواهد بود.

تبصره ۱: 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.

تبصره ۲: مسئولیت بیمه گر فقط در چارچوب شرایط خصوصی مندرج در متن و پیوست و شرایط عمومی بیمه نامه می باشد.

ماده ۲۲ - حل اختلاف: بیمه گر و بیمه گذار کوشش خواهند نمود هرگونه اختلاف ناشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نماید. چنانچه از این طریق به توافق نرسند، مطابق مفاد ماده ۲۴ شرایط عمومی اقدام خواهد شد.

ماده ۲۳ - در صورت نیاز، حق بررسی دفاتر و اسناد بیمه گذار و مدارک مربوط به بیمه شدگان در رابطه با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ می باشد و بیمه گذار موظف است در این زمینه همکاری های لازم را به عمل آورد.

ماده ۲۴ - شرایط عمومی فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق مفاد ماده ۲۱ شرایط عمومی پیوست که جزء لاینفک قرارداد است، می باشد.

تبصره ۱: در صورت عدم پرداخت اقساط حق بیمه در مهلت تعیین شده (مطابق تبصره ۳ ماده ۱۲) ضمن توقف هرگونه خدمات و پرداخت خسارت های احتمالی، بیمه گر می تواند بیمه نامه را از تاریخ سررسید قسط پرداخت نشده فسخ نماید که متعاقب آن:

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



۱۱ از ۱۰

۲- تنفیذاً اعتبار مجدد بیمه نامه با درخواست کتبی بیمه گذار پس از فسخ بیمه نامه مشروط به موافقت بیمه گر امکانپذیر می باشد که در این صورت بیمه گر جهت اعلام موافقت مجاز به تعیین زمان شروع اعتبار مجدد در بیمه نامه و اعمال شرایط جدید می باشد.
تبصره ۲: بدیهی است پس از تاریخ فسخ بیمه گر هیچگونه تعهدی در خصوص دریافت، محاسبه و پرداخت هرگونه هزینه درمانی بیمه شدگان را نخواهد داشت.

ماده ۲۵ - مرور زمان کلیه دعای ناشی از تعهدات بیمه گر دو سال از تاریخ وقوع خسارت می باشد.

ماده ۲۶ - نشانی و محل اقامت بیمه گر و بیمه گذار و نماینده آنها در ایران که در بیمه نامه و یا ضمائماً 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 ۲۷ - در موارد پیش بینی نشده در این قرارداد بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی و اصول ، مبانی و قانون بیمه و قوانین جاری کشور جمهوری اسلامی ایران عمل خواهد شد.

ماده ۲۸ - مدت قرارداد : مدت این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۶ شروع و در ساعت ۲۴ مورخ ۱۴۰۴/۱۰/۱۵ خاتمه می یابد. هر یک از طرفین باید حداقل یک ماه قبل از انقضاء قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و یا تجدیدنظر در شرایط و مفاد قرارداد کتباً به طرف دیگر اعلام نمایند.

این قرارداد مشتمل بر ۲۸ ماده و ۵۴ تبصره و در سه نسخه تنظیم و مبادله گردید و هر یک از سه نسخه حکم واحد را دارد.

بیمه گر

شرکت بیمه "ما" - سرپرستی استان چهارمحال و بختیاری

مهر و امضاء

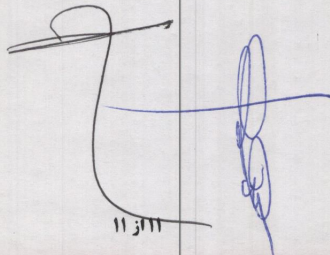


بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال و بختیاری

مهر و امضاء

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان چهارمحال و بختیاری



۱۱ از ۱۱

شماره: ۶۵۲۴۸

تاریخ: ۱۴۰۲/۱۰/۸

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال و بختیاری

فصل اول - کلیات

(سهامی عام)

ماده ۱- اساس بیمه نامه

این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه گر و بیمه گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده اند:

۱- بیمه گر: موسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه نامه درج شده است.

۲- بیمه گر پایه: سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

۳- بیمه گذار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه است.

۴- گروه بیمه شدگان:

۴-۱- کارکن رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.

۴-۲- بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

توضیح: - حداقل ۵۰ درصد کارکنان بیمه گذار باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

توضیح: - بیمه گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه‌نامه می‌تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

توضیح: - ارایه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه گر بلامانع می‌باشد.

۴-۳- ارایه 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 بیمه نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه نماینده توسط بیمه گذار تضمین شده باشد و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به طور هم زمان بیمه شوند.

۴-۴- موضوع بیمه: جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۴-۵- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۴-۶- بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جبهه مختلف بدن گردد.

۴-۷- Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

۴-۸- حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد.

۴-۹- حق بیمه شناور: وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه نامه توسط بیمه گر بزرگ می‌شود و میزان قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه گذار اعلام می‌گردد.

۴-۱۰- دوره انتظار: دوری است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

۴-۱۱- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.

۴-۱۲- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می‌شود.

۴-۱۳- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می‌نماید.

۴-۱۴- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یکسال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می‌شود.

فصل دوم - هزینه های درمانی قابل پرداخت

ماده ۲- پوشش های قابل ارایه عبارتست از:

۱- پوشش های اصلی:

جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

توضیح: سایر اعمال جراحی مشابه این بند یا پیشنهاد سندیکای بیمه‌گران ایران و تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران قابل پوشش است.

۲- هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.

۴- پوشش های اضافی:

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

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

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

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

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

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

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

۴- هزینه‌های پاراکلینیک:

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

۴-۲- جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، ECG، تلمت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG)، (NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی پروردینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرئو پزشکی چشم مانند اتیومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

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

۴-۴- جبران هزینه تست‌های غربالگری چنین شامل مارکرها جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۴-۵- جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

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

تبصره ۱- هزینه نگهداری بیماران روان پریش تحت پوشش نیست.

تبصره ۲- تصمیع تعهدات هر یک از بندهای ۱-۴ تا ۴-۵ برای هر بیمه شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تصمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.

۵- جبران هزینه‌های ویزیت دارو (بر اساس 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 خدمت دندان پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۷- جبران هزینه‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

تبصره ۱- هزینه‌های دندانپزشکی تا زمانی که تعرفه‌ای در این خصوص توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه‌ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و ابلاغ می‌شود.

۷- جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی و اپتومتریست حداکثر تا ۲ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۸- جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، استigmat یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر چشم بیمه‌شده.

۹- جبران هزینه مربوط به خرید سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسپوزیشن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

تبصره - فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در معطل) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می‌شود.

۱۱- هزینه تهیه اورژانس که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره - سندیکای بیمه‌گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اورژانس را سالیانه تنظیم و ابلاغ می‌کند.

۱۲- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

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 می‌تواند نامحدود در نظر گرفته شود.

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

فصل سوم - شرایط

ماده ۷- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند 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 اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌گر حق دارد با اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هر گاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به‌وسیله اظهارات کاذب و یا از ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجهی برای خود یا نا

فریبند ۱ قسمت الف ماده ۳.

بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان 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 بیمه شده است.

ماده ۸ - فرانشیز

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر یا به حداقل ۲۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

بیمه‌گر می‌تواند از طریق تئوریات 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 شد کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت 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 به نحوی 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 یا بیمه‌شده 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 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 ۱۲ - بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی - درمانی را براساس 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.

ماده ۱۴ - استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر نیست:

۱- اعمال جراحی که به منظور 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 یا 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 بیمه‌شده به تشخیص مراجع ذیصلاح

۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتش‌سوزان

۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح

۹- قتل و انفجالات 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- هزینه‌های جکاب 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 مربوط به معلولیت ذهنی و ارتوپدی 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.

توضیح: بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۱۵ - بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده یا مصرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی مبتنی 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 بیمه نامه 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 یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل شود؛ این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۶ - 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 بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۷ - چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۸ - حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در حدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۹ - در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه شدگان وابسته وی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۲۰ - هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور یا تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و یا تأیید 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 تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم‌احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام‌شده یا توجیه 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 ۲۱ - فسخ بیمه نامه:

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه 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 سونیت 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 پورتفوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.

۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده‌اند.

ج- نحوه فسخ:

۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، 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 فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه‌گذار از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.

۲- در صورت فسخ بیمه نامه 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 بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۲۲ - بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارت را پرداخت کند.

ماده ۲۳ - هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام ارسال شود.

ماده ۲۴ - ارجاع به داور: 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 مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داور، طرفین می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داور منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داور می‌کنند. هر یک از طرفین حق ارجاع داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق ارجاع داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

فصل چهارم - سایر مقررات

ماده ۲۵ - بیمه‌گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می‌تواند بیمه‌نامه درمان خانواده و یا بیمه نامه برای مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، ارائه نماید:

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش‌نامه سلامتی ارائه‌شده توسط بیمه‌گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خواند تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می‌شود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پاسخ‌های مندرج در پرسش‌نامه سلامتی و با معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه‌ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری‌هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات مرجع شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

توضیح: بیمه‌گر می‌تواند مشروط به اخذ پرسش‌نامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان افرادی صادر نماید.

ماده ۲۶ - بیمه مرکزی ج.ا. ایران می‌تواند با ارائه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین‌نامه ذکر نشده است و همچنین ارائه پوشش بیمه به گروه‌هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می‌شوند، موافقت کند.

ماده ۲۷ - بیمه‌گر مجاز به مجاز به ارائه پوشش خارج از موارد پیش‌بینی شده در این آیین‌نامه و یا مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی ج.ا. ایران تحت عناوینی از قبیل صندوق تکمله درمان و عناوین مشابه نمی‌باشد.

ماده ۲۸ - مؤسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا. ایران ابلاغ خواهد شد می‌تواند بیمه نامه با حق بیمه شناور صادر نماید.

ماده ۲۹ - دستورالعمل نحوه رسیدگی به اسناد هزینه‌های تشخیصی - درمانی و الکترونیکی کردن تبادل اطلاعات مربوط به ارزیابی و رسیدگی به اسناد هزینه‌های موضوع این آیین‌نامه حداکثر ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این آیین‌نامه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و پس از تأیید بیمه مرکزی ج.ا. ایران به مؤسسات بیمه‌ای ابلاغ خواهد شد.

شرکت بیمه "ما" (سهامی عام)

قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی

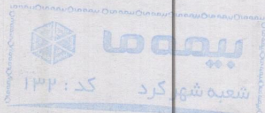
شماره قرارداد: ۱۴۰۳/۱۳۲/ت ۵/۱۰۱۹	تاریخ صدور قرارداد: ۱۴۰۳/۱۰/۴
نام بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال بختیاری	تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر مورخ: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶
تعداد بیمه شدگان: ۱۰۲ نفر	تاریخ انقضای قرارداد: تا ساعت ۲۴ مورخ: ۱۴۰۴/۱۰/۱۵
کل حق بیمه صادره مبلغ: طی الحاقیه تعیین میگردد	معرف قرارداد: خانم طیبه قاسمی شکفتگی کد کارگزاری ۱۴۳۷

این قرارداد بین شرکت بیمه "ما" - سرپرستی استان چهارمحال و بختیاری و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهار محال و بختیاری که پس از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده میشوند براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و آئین نامه های مصوب شورایی بیمه و عرف بیمه در ایران و نیز شرایط عمومی بیمه درمان تکمیلی که پیوست و جزء لاینفک این قرارداد می باشد و با شرایط خصوصی ذیل منعقد می گردد.

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این قرارداد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند:

- ماده ۱ - بیمه گر: شرکت بیمه "ما" سرپرستی استان چهارمحال و بختیاری به نشانی: شهرکرد، بلوار ۱۷ شهریور، حدفاصل کوچه ۲۶ و ۲۸ - کدپستی: ۸۸۱۵۹۴۶۷۹۶ تلفن: ۰۳۸۳۲۲۸۸۰۰۵ جبران هزینه های درمان بیمه شدگان مورد تعهد در این قرارداد را به عهده دارد.
- ماده ۲ - بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال و بختیاری به نشانی: شهرکرد، خیابان فردوسی شمالی، تقاطع خیابان شریعتی کدپستی ۸۸۱۷۶۱۳۸۳۷ تلفن: ۰۳۸۳۲۲۵۰۱۰۲ پرداخت حق بیمه را به عهده دارد.
- ماده ۳ - بیمه شدگان (اصلی) عبارتند از کارکنان شاغل و تمام وقت (رسمی، پیمانی و قراردادی) بیمه گذار مشروط به ارائه لیست کسورات حق بیمه بابت بازنشستگی برای کارکنان شاغل که لزوماً از طریق یک کارفرمای واحد صادر شده باشد.
- و اعضای سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهار محال و بختیاری (به شرط داشتن کارت عضویت و داشتن دفترچه بیمه گر پایه) که به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده طی لیست ارسالی اولیه معرفی شده اند
- تبصره ۱: بیمه شدگان این قرارداد صرفاً شامل کارکنان شاغل و تمام وقت در استخدام بیمه گذار، بر اساس مندرجات لیست ارسالی بیمه گذار به بیمه گر اولیه (تأمین اجتماعی) و اعضای سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهار محال و بختیاری طبق لیست ارسالی بیمه گذار می باشند. لذا سایر افراد با هر نوع رابطه استخدامی (موقت، پیمانکار، مدت معین، خرید خدمت، پاره وقت، دانشجویی و ...) که اسامی آنها در لیست مذکور وجود نداشته باشد، تحت پوشش قرار نخواهند گرفت.
- تبصره ۲: منظور از خانواده عبارتست از هر یک از کارکنان شاغل و یا اعضاء بیمه گذار به عنوان سرپرست خانواده همراه همسر و فرزندان وی و نیز افراد تحت تکفل شامل پدر و مادر و یا هر فرد دیگری که طبق قانون تحت تکفل وی قرار دارد.
- تبصره ۳: پوشش افراد تحت تکفل هر بیمه شده در این قرارداد در صورتی معتبر می باشد که افراد مذکور در لیست بیمه گر اولیه نیز تحت تکفل بیمه شده باشند.



۱۱ از ۱۱

تبصره ۴: همسر و فرزندان کارکنان اناث مانند سایر بیمه شدگان با رعایت مفاد این قرارداد تحت پوشش می باشند مشروط به اینکه کلیه اعضای خانواده تحت پوشش قرار گیرند. (در صورتیکه پوشش بیمه ای درمان تکمیلی در شرکت بیمه دیگر محرز گردد با ارائه مدرک کتبی قابل حذف میباشد.)

تبصره ۵: ارائه پوششهای درمانی این قرارداد جهت بیمه شدگان اصلی، تحت تکفل یا غیرتحت تکفل صرفاً بر اساس مفاد قرارداد مشخص می گردد.

تبصره ۶: والدین بیمه شده اصلی در صورتی که از طریق مراجع قانونی تحت تکفل وی قرار گرفته باشند یا از طریق بیمه گر اول دفترچه درمانی با شماره بیمه شده اصلی دریافت نموده باشند، تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

تبصره ۷: ارائه پوشش بیمه ای جهت والدین غیر تحت تکفل منوط به درخواست کتبی بیمه گذار و موافقت بیمه گر و درابتدای بیمه نامه می باشد.

تبصره ۸: بیمه شدگان اصلی الزاماً باید تحت پوشش بیمه گر اولیه ای مانند بیمه خدمات درمانی و یا سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان بیمه سلامت و نیروهای مسلح و... باشند و دفترچه بیمه داشته باشند.

تبصره ۹: شرط سنی بیمه شدگان به شرح زیر می باشد:

بیمه شدگان این قرارداد حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام تحت پوشش می باشند. چنانچه سقف سنی بیمه شدگان در مدت قرارداد کامل گردد مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد تحت پوشش می باشند. بیمه شدگان ۶۰ سال تا ۷۰ سال تمام با حداقل ۵۰٪ افزایش حق بیمه و بیمه شدگان بالای ۷۰ سال با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش می باشند و والدین غیر تحت تکفل این قرارداد با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش می باشند. چنانچه سقف سنی بیمه شدگان در مدت قرارداد کامل گردد مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد تحت پوشش می باشند. هرگونه تغییر در شرایط اضافه نرخ قرارداد منوط به موافقت کتبی بیمه گرونده و از طریق الحاقیه اعمال خواهد شد.

تبصره ۱۰: چنانچه بیمه شده اصلی فوت نماید مشروط به پرداخت حق بیمه، خانواده تحت تکفل متوفی تا پایان قرارداد تحت پوشش می باشند.

تبصره ۱۱: شرایط سنی جهت فرزندان بیمه شده اصلی به شرح ذیل می باشد:

الف) فرزندان پسر حداکثر تا سن ۲۲ سال تمام تحت پوشش می باشند.

ب) دانشجویان کارشناسی حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام و دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و دکتری تا سن ۲۶ سال تمام با ارائه گواهی تحصیلی معتبر تحت پوشش هستند.

د) فرزندان دختر تا زمان اولین ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.

ه) فرزندان دختر مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.

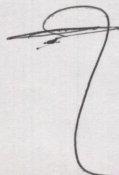
و) فرزندان که معلول ذهنی و جسمی هستند بدون رعایت شرط سنی تحت پوشش می باشند. (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

ماده ۴ - موضوع قرارداد: عبارتست از جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است. تعهدات اصلی قرارداد شامل موارد ذیل می باشد:

۱- جبران هزینه های بستری، جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care.

۲- هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.



۱۱ از ۱۲



بیمه ما
ma insurance

(سهامی عام)

ماده ۵- فرانشیز :

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۱۰ درصد خسارت ارزیابی شده می باشد.

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 ۶- بیماری عبارتست از وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

ماده ۷- حادثه عبارتست از هرواقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده اتفاق افتاده و منجر به جرح ، نقص عضو ، ازکارافتادگی و یافوت بیمه‌شده گردد .

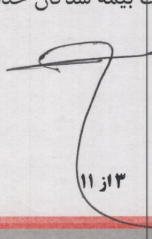
ماده ۸- دوره انتظار : دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

تبصره ۱ : دوره انتظار برای زایمان اعم از طبیعی، سزارین ۹ ماه تمام و دوره انتظار برای بیماری‌های خاص ۳ ماه تمام می‌باشد.
تبصره ۲ : چنانچه تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای این قرارداد بلافاصله بعد از تاریخ انقضا قرارداد نزد بیمه‌گر دیگر باشد ارائه یک نسخه از قرارداد قبلی به همراه لیست بیمه‌شدگان آن قرارداد که به تأیید بیمه‌گر قبلی رسیده باشد الزامی است.
تبصره ۳ : چنانچه این قرارداد بلافاصله بعد از انقضا قرارداد قبلی نزد این شرکت صادر شده باشد بیمه‌شدگان مشروط به گذراندن دوره انتظار در قرارداد قبلی مشمول دوره انتظار نخواهند شد.
تبصره ۴ : در صورتی که بیمه‌نامه جدید بلافاصله بعد از انقضای بیمه‌نامه قبلی (نزد شرکت بیمه "ما" یا سایر شرکتهای بیمه) صادر نگردد؛ کلیه بیمه‌شدگان شامل دوره انتظار مشخص شده می گردند.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده

ماده ۹- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند 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 اظهار نشده 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. هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه 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




۱۱ ز ۱۳

به نأق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ماده ۱۰- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ انعقاد قرارداد لیست اسامی و مشخصات کامل بیمه شدگان به طور خوانا و بدون خط خوردگی و یا در قالب لوح فشرده حاوی فایل اکسل این اطلاعات تهیه نموده و با نامه رسمی تحویل بیمه گر نماید. تبصره ۱: بیمه گذار موظف است فهرست مشخصات بیمه شدگان مورد نظر را طی قالب اعلام شده از جانب بیمه گر در اختیار بیمه گر قرار دهد. شروع پوشش ها و تعهدات بیمه اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی مشخصات بیمه شدگان خواهد بود.

ماده ۱۱- لیست کلیه بیمه شده ها در ابتدای قرارداد دریافت و در طی مدت قرارداد، الحاقیه حذف و اضافه صادر نخواهد شد مگر نوزادان، همسر بیمه شدگانی که تازه ازدواج کرده اند. مشروط به ارائه مدارک مرتبط مانند: شناسنامه نوزاد، و همسر تازه ازدواج کرده و ...

تبصره ۱: حداکثر مهلت جهت اعلام اسامی همسر و فرزندان ۳ ماه و تاریخ شروع پوشش بیمه ای موضوع این ماده اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

تبصره ۲: پوشش بیمه ای نوزادان بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد صاحب فرزند می شوند مشروط بر اینکه حداکثر ظرف مدت ۳ ماه پس از تاریخ تولد نوزاد تصویر شناسنامه را جهت بیمه گر ارسال نمایند، از بدو تولد برقرار می گردد.

تبصره ۳: حق بیمه کمتر از یکماه کلیه بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه، اضافه و یا حذف می شوند معادل حق بیمه یکماه تمام منظور خواهد شد.

تبصره ۴: در خصوص بیمه شدگانی که از قرارداد حذف می شوند مانند بازنشستگان و فوت شدگان و ... تاریخ قطع پوشش بیمه ای همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد. در این حالت در صورتی که تا تاریخ قطع پوشش بیمه ای خسارتی دریافت ننموده باشند، حق بیمه بقیه مدت قرارداد برگشت شده و تاریخ محاسبه حق بیمه برگشتی اولین روزماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

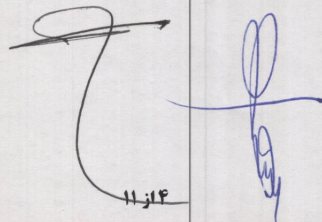
تبصره ۵: کاهش در تعداد بیمه شدگان، در طول مدت بیمه نامه باید حداکثر تا یک ماه پس از خروج مضمولین به بیمه گراعلام شود که از همان تاریخ حذف انجام پذیرد.

تبصره ۶: ارائه پوشش بیمه ای به کلیه افراد اعم از اصلی، تحت تکفل یا غیر تحت تکفل در طول مدت قرارداد به اعتبار از قلم افتادگی یا اشتباه در ارسال اسامی از جانب بیمه گذار امکان پذیر نمی باشد.

ماده ۱۲- میزان و نحوه پرداخت حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید به بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موقوف به پرداخت حق بیمه تعیین شده در سررسیدهای مقرر این بیمه نامه است که با توجه به تعهدات بیمه گر حق بیمه به شرح ذیل می باشد:

تبصره ۱: حق بیمه ماهانه هر بیمه شده ۱۲,۰۷۰,۰۰۰ ریال میبا شد. لذا به استناد تعداد ۱۰۲ نفر از بیمه شدگان طبق اعلام بیمه گذار حق بیمه صادره سالیانه این قرارداد طی الحاقیه تعیین میگردد.

تبصره ۲: نرخ حق بیمه بر مبنای تعداد بیمه شدگان تعیین گردیده، لذا چنانچه تعداد بیمه شدگان در طول قرارداد بیش از ۱۰ درصد کاهش یابند نرخ حق بیمه تعدیل خواهد شد.



چگونگی پرداخت حق بیمه: بیمه گذار موظف است حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شده ها بصورت ۲۵ در صد نقد هنگام مبادله قرارداد و مابقی حق بیمه را در ۳ قسط مساوی با فاصله ۳ ماه در سر سیدهای ۱۴۰۴/۰۱/۱۰، ۱۴۰۴/۰۴/۱۰، ۱۴۰۴/۰۷/۱۰، در وجه بیمه گر پرداخت نماید؛ حق بیمه های بیمه نامه می بایست به شماره حساب ۳۴۰۰۰۱۰۰۴۸ شرکت بیمه ما نزد بانک ملت شعبه ونک تک واریز گردد و رسید آن جهت درج در حساب فی مابین به شرکت بیمه ما ارسال گردد. بدیهی است هرگونه واریز وجه به سایر حساب ذینفعان فاقد اعتبار می باشد.

تبصره ۳: پرداخت حق بیمه: بیمه گذار باید کل 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.

تبصره ۴: 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 ۵: مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد و بیمه گر می تواند در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه در سر سید مقرر بیمه نامه را تعلیق نماید و بیمه گر در زمان تعلیق هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارات بیمه شدگان نخواهد داشت و بروز هرگونه مشکل در این رابطه به عهده بیمه گذار خواهد بود. رفع تعلیق منوط به پرداخت حق بیمه معوق و موافقت بیمه گر می باشد.

تبصره ۶: در صورت رفع تعلیق از قرارداد، خسارات اعلام شده در مدت تعلیق صرفاً در صورت تأیید بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود. در هر صورت انجام تعهدات بیمه گر و تداوم پرداخت خسارت منوط به پرداخت حق بیمه در سر سید مقرر و فقدان هرگونه بدهی از سوی بیمه گذار می باشد.

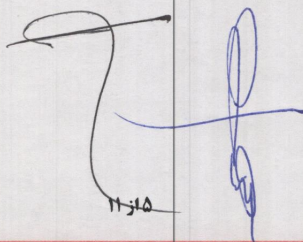
تبصره ۷: حق بیمه مربوط به بیمه شدگانی که در مدت قرارداد اعلام انصراف نمایند قابل برگشت نمی باشد به عبارت دیگر بیمه شدگان نمی توانند بعد از شروع پوشش بیمه ای انصراف دهند.

تبصره ۸: حق بیمه تغییر در تعداد بیمه شدگان (افزایشی) که طی الحاقیه تعیین می گردد حداکثر تا یک ماه از زمان صدور الحاقیه باید تسویه شود. ضمناً حق بیمه تغییر در تعداد بیمه شدگان (کاهشی) که طی الحاقیه تعیین می گردد در پایان قرارداد تسویه می گردد.

تبصره ۹: محاسبه مالیات برارزش افزوده و عوارض تابع قوانین کشوری بوده و در صورت تغییر در قوانین از زمان ابلاغ بر روی بیمه نامه اعمال می گردد.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده ۱۳ - حدود تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است در صورت وقوع هر یک از خطرات موضوع ماده ۴ و تبصره های آن هزینه درمانی بیمه شدگان را طبق بندهای ذیل جبران نماید:



۱۱/۱۵

سقف تعهدات	شرح تعهدات (برای هر نفر میباشد)	عنوان پوشش	ردیف
۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های بستری، جراحی، و Day Care در بیمارستان و مراکز جراحی محدود	جراحی های عمومی و بستری	۱
۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های 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. (با احتساب بند ۱) داروهای بیماری خاص طبق تعاریف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی شامل MS، تالاسمی، نارسایی کلیه هموفیلی و دیالیز و داروهای مربوط به شیمی درمانی به شرط بستری و بیمارهای صعب العلاج شامل: کانسر، پارکینسون، آلزایمر، ایدز، شیمی درمانی، انواع پیوند ها مغز استخوان (BMT) کبد و ریه و کلیه	جراحی های تخصصی	۲
۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	زایمان	۳
۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط ZIFT, IUI, GIFT, میکرواینجکشن و IVF	نازایی و ناباروری	۴
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهد برای هر دو چشم.	رفع عیوب انکساری چشم	۵
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری	پاراکلینیکی گروه ۱	۶
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنٹاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	پاراکلینیکی گروه ۲	۷
	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (به استثناء چکاپ) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک.	پاراکلینیکی گروه ۳	۸
	جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	پاراکلینیکی گروه ۴	۹
	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)، لیزر درمانی، شاک ویو	پاراکلینیکی گروه ۵	۱۰
	جبران هزینه اعمال مجاز سربایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن یون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.	جراحی های مجاز سربایی	۱۱