



بیمه ملت

بیمه نامه گروهی مازاد درمان

این بیمه نامه بین شرکت بیمه ملت و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان که پس از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده می شوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت سال ۱۳۱۶ و آئین نامه های مصوب شورایی بیمه و عرف بیمه در ایران و نیز شرایط عمومی و خصوصی بیمه درمان تکمیلی که به رویت بیمه گزار رسیده و جزء لاینفک بیمه نامه است ، صادر گردیده است

بیمه نامه	شماره بیمه نامه: ۱۴۰۴/۸۰۸/۵۰۲۵/۱۴ تاریخ صدور: ۱۴۰۴/۰۹/۱۰ کارگزار: آندیا سوشیانت به کد ۶۶۳۵
بیمه گزار	نام بیمه گزار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان آدرس: استان زنجان بلوار شیخ اشراق تقاطع مهندسی کد پستی: ۴۵۱۵۷۹۹۶۹۶
بیمه گر	شرکت بیمه ملت به نشانی: استان زنجان خیابان خرمشهر روبروی بانک مهرایران جنب آقای میل تلفن: ۰۲۴۳۳۷۴۱۷۰۹
بیمه شدگان	بیمه شدگان (اصلی) عبارتند از کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گزار و اعضای خانواده شان که از طرف بیمه گزار به عنوان بیمه شده معرفی می شوند. تعداد کل بیمه شدگان متعاقبا اعلام خواهد شد.
مدت	از ساعت صفر بامداد مورخ ۱۴۰۴/۰۸/۳۰ تا ساعت ۲۴ مورخ ۱۴۰۵/۰۸/۲۹ به مدت: ۳۶۵ روز
حق بیمه	حق بیمه ماهانه هر نفر: طرح ۱: ۱۴۰۳۰۰۰۰۰ ریال و طرح ۳: ۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال روش پرداخت حق بیمه بصورت ماهانه طی اقساط مساوی و متوالی .

تعهدات بیمه گر

درصد فرانشیز	حداکثر تعهدات سالیانه (به ریال)		شرح تعهدات بیمه گر
	طرح ۱	طرح ۲	
۱۰	۱۷۰۰۰۰۰۰۰۰	۸۵۰۰۰۰۰۰۰۰	۱) جبران هزینه های بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care (Day Care) به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد. هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۷ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.
۱۰	۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۷۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۲) اعمال جراحی اصلی و تخصصی، مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کلیه، پیوند کلیه و پیوند منفر استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز و شیمی درمانی و رادیوتراپی (با احتساب بند ۱)
۱۰	۳۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰	-	۳) جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین
۱۰	۳۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰	-	۴) جبران هزینه های نابری و نابریوری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI, ZIFT, GIFT, میکرواینجکشن و IVF
۱۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۵) جبران هزینه های انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانستومتری جبران هزینه های پاراکلینیکی شامل: انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EEC, تیت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل اسپیرومتری و PFT، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV, EMG)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی پروردینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) جبران هزینه فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی
۱۰	۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۶) جبران هزینه آزمایشهای تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های الیزبیک
۱۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	-	۷) 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 ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۱۰	۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۸) جبران هزینه های ویزیت و داره شامل ویزیت کلیه پزشکان طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و پرداخت دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول و خدمات اورژانس در موارد غیربستری
۱۰	۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	-	۹) جبران هزینه خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه و بر اساس تعرفه سالانه سندیکای بیمه گران ایران
۱۰	۱۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	-	۱۰) جبران هزینه خرید عینک و لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی و یا اپتومتریست (کمتر از ۱ دیوپتر یا تجویز عینک توسط پزشک متخصص)
۱۰	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	-	۱۱) جبران هزینه تست های ناهنجاریهای جنین و غربالگری شامل مارکهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین
۱۰	۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	-	۱۲) جبران هزینه تهیه اورژانس که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد
۱۰	۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	داخل شهر
۱۰	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	خارج شهر

- این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط عمومی و شرایط خصوصی پیوست در دو نسخه صادر و هریک از نسخ دارای ارزش یکسان می باشد.
- مجموع تعهدات بیمه گر در مورد بندهای ۲۰۱ و ۱۳ برای هر یک از بیمه شدگان در طرح ۱: ۳۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال و در طرح ۲: ۱۷۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال می باشد.
- خسارت مربوط به هزینه های بیمارستانی و سایر هزینه ها در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد.
- بیمه گذار موظف است حق بیمه را بر اساس اعلامیه بدهکار به شماره حساب مشخص شده به نام شرکت بیمه ملت وارز نماید. ضمناً هر گونه پرداخت به سایر حساب ها و اشخاص مورد تأیید نمی باشد.

مهر و امضاء بیمه گذار
سرپرست استان زنجان
کد ۵۰۲۵

مهر و امضاء بیمه گذار
سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان

نوع بیمه : درمان گروهی

شماره بیمه نامه : ۱۴۰۴/۸۰۸/۵۰۲۵/۱۴

بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان
به نشانی: استان زنجان-بلوار شیخ اشراقی-تقاطع مهندسی

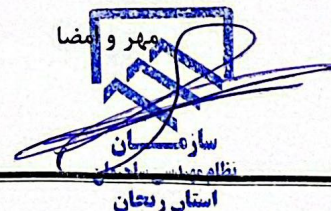
تاریخ شروع بیمه نامه : از ساعت صفر بامداد روز: ۱۴۰۴/۰۸/۳۰
تاریخ انقضاء بیمه نامه : تا ساعت بیست و چهار روز: ۱۴۰۵/۰۸/۲۹

با عنایت به توافقات انجام گرفته میان بیمه گر و بیمه گذار مقرر گردید :

۱. جبران هزینه کورتاژ تشخیصی از محل زایمان تحت پوشش می باشد.
۲. جبران هزینه داروهای نازایی از محل نازایی و ناباروری تحت پوشش می باشد.
۳. جبران هزینه های نوار قلب جنین NT ، NST ، NB سونوگرافی دو بعدی و سه بعدی، سونوآنومالی، تمپانومتري، رینومانومتري، برتونوگرافی، کانفواسکن، انتروپيون، استرس اکو، انواع آنژیوگرافی (به جز چشم و قلب)، بادی باکس، پلتیسموگرافی، ارگواسپرومتری، تست متاکولین، سیستمتری یا سیستموگرام، نوار چشم EOG، پاکیمتری، بینایی سنجی، پالس اکسی متری، اکواسکن، فونوسکپی، توپوگرافی چشم از محل پاراکلینیکی گروه دوم تحت پوشش می باشد.
۴. جبران هزینه تزریق آواستین، نوروفیدبک، کایروپراکتیک (با تایید پزشک معتمد بیمه گر) و برداشتن زگیل و خال (با ارائه گزارش پاتولوژی و تایید پزشک معتمد) از محل پاراکلینیکی تحت پوشش می باشد.
۵. جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی، در رفتگی، گچ گیری، آتل بندی، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، آکسیژون لیپوم، کوتر، کشیدن ناخون، شستشوی گوش، خارج کردن جسم خارجی، کشیدن بخیه، BCG و تزریق داخل چشم و مفصل و داخل ضایعه، تزریق IVIG، پونکسیون، PRP، زانو، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی (به غیر از زیبایی) به صورت تجمیعی از محل پاراکلینیکی تحت پوشش می باشد.
۶. جبران هزینه تزریقات، پانسمان، هزینه مشاوره و روانشناسی به استثناء مشاوره تغذیه، تحصیلی، خانوادگی و ازدواج از محل بند ویزیت و دارو تحت پوشش میباشد.
۷. ارتودنسی تا ۱۶ سال تحت پوشش می باشد.
۸. جبران هزینه ارتوز شامل گردنبنند طبی، کمربند طبی، کفی طبی (در صورت ناهنجاری پا)، جوراب واریس و کلیه ارتوزها و پروتزها با دستور پزشک متخصص و ارائه مستندات و تایید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش می باشد.
۹. جبران هزینه سمعک از محل ارتوز تحت پوشش می باشد.
۱۰. جبران هزینه های آزمایش پاپ اسمیر، نمونه برداری پاپ اسمیر و آسیب شناسی از بند آزمایشگاه تحت پوشش می باشد.
۱۱. جبران هزینه های کشیدن دندان، جراحی های دندان، جرمگیری و بروساز، ترمیم های دندان، درمان ریشه، پروتز های ثابت و متحرک، روکش و ایمپلنت از محل دندانپزشکی تحت پوشش می باشد.
۱۲. اختصاص صندوق به مبلغ ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال جهت جبران هزینه های درمانی مازاد با ارائه درخواست بیمه گر تحت پوشش می باشد.



سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان



نشانی دفتر مرکزی: تهران، میدان ونک، بزرگراه حقانی، پلاک ۵۱

e-mail: info@mellatinsurance.com insurance www.melat.com

شرایط خصوصی

ماده ۱ - بیمه شدگان

- بیمه شدگان عبارتند از حداقل ۷۰٪ کسانی که مشخصات کلی آنان در بند ۴، ماده دوم شرایط عمومی ذکر گردیده است شامل اشخاص زیر
- ۱- بیمه شدگان اصلی عبارتند از کلیه کارکنان رسمی، قراردادی، پیمانی بیمه گذار بر اساس مندرجات لیست ارسالی بیمه گذار به بیمه گر پایه
 - ۲- اعضای خانواده بیمه شده اصلی عبارتند از:
 - ۱- همسر (همسران) دائم بیمه شده اصلی .
 - ۲- فرزندان بیمه شده اصلی : فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی اعم از داخل و یا خارج از کشور، تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام (با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل) و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج، مشروط به عدم اشتغال به کار فرزندان اعم از مذکر و مؤنث می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند.
 - تبصره ۱ - پوشش مجدد فرزندان اناث مطلقه، مشروط به پوشش توسط سازمان بیمه گر اول و عدم اشتغال بکار می باشد.
 - تبصره ۲ - فرزندان ذکور که در شروع بیمه نامه مشمول بیمه شده اند در صورت گذشتن از ستین موضوع بند ۲-۲ در مدت اعتبار بیمه نامه، به شرط استمرار پرداخت حق بیمه می توانند پوشش بیمه ای خود را ادامه دهند .
 - تبصره ۳- چنانچه فرزندان بیمه شده دچار معلولیت ذهنی یا از کارافتادگی کلی باشند تامین هزینه درمان سایر بیماریهای آنها (به جز معلولیت و از کارافتادگی) با تایید پزشک معتمد بیمه گر تحت پوشش خواهد بود.
 - ۲-۳ پدر و مادر بیمه شده اصلی مشروط بر اینکه دارای بیمه گر اول باشند به طور همزمان با بیمه شده اصلی در زمان صدور بیمه نامه انجام می پذیرد.
 - ۲-۴ کلیه کارکنان مؤنث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان و با رعایت مفاد این بیمه نامه مشروط بر اینکه دارای بیمه گر اول باشند، صرفاً در ابتدای بیمه نامه، بیمه نمایند .
 - ۲-۵ ارائه پوشش به کارکنان بازنشسته بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان صرفاً در ابتدای بیمه نامه با حق بیمه اضافی مشروط به اخذ موافقت کتبی از بیمه گر امکان پذیر می باشد .
 - تبصره ۴- پوشش افراد تحت تکفل هر بیمه شده اصلی در صورتی معتبر می باشد که افراد مذکور به تبع بیمه شده اصلی دارای بیمه گر پایه باشند.
 - تبصره ۵- ارائه پوشش بیمه ای جهت والدین غیر تحت تکفل صرفاً در صورت موافقت مکتوب بیمه گر در ابتدای بیمه نامه امکان پذیر خواهد بود.
 - تبصره ۶- حق بیمه برای سنین ۶۰-۷۰ سال با ۵۰٪ افزایش و برای سنین ۷۰-۸۰ سال با ۱۰۰٪ افزایش محاسبه می گردد. (حداکثر سن بیمه شدگان ۸۰ سال تمام می باشد) این شرایط برای قرارداد های بالای ۱۰۰۰ نفر شامل نمیشود.
 - ۲-۵-۱ چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه نامه فوت نماید پوشش بیمه ای اعضاء خانواده متوفی و چنانچه بازنشسته گردد پوشش بیمه ای خود و اعضای خانواده وی مشروط به اعلام کتبی بیمه گذار و پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان بیمه نامه می تواند ادامه یابد.
 - تبصره ۷ - کارکنان با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی که دارای اقامت با حق کار مشخص و پروانه کار باشند می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

ماده ۲- تعهدات بیمه گذار :

- ۲-۱ بیمه گذار متعهد است همزمان با امضاء و مبادله بیمه نامه و حداکثر تا یک ماه از تاریخ صدور ، لیست بیمه شدگان اصلی بیمه گر اول (پایه) و همچنین مشخصات کامل بیمه شدگان و افراد خانواده آنان را با ذکر شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، شماره حساب بانکی بیمه شده اصلی ، تاریخ دقیق تولد، محل صدور، نام پدر ، نسبت فرد با بیمه شده اصلی و شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی را در قالب فرمت اعلام شده از سوی بیمه گر، در قالب فایل الکترونیکی و طی نامه رسمی به بیمه گر ارائه و نسبت به اخذ تأییدیه آن اقدام نماید.



سازمان
نظام مهندسی ساختمان
استان زنجان

تبصره ۸ - شروع تعهدات بیمه گرمونوب به امضاء و تایید گزارش از بیمه شدگان (خروجی سیستم مکانیزه بیمه گر) از سوی بیمه گذار خواهد بود.
تبصره ۹ - همزمان با ارسال فایل ارائه لیست اولیه ، ارسال فایل یا لیست بیمه بیمه گر پایه جهت بیمه شدگان اصلی به تبعیت از بیمه گذار الزامیست.
تبصره ۱۰ - شرط اولیه بیمه درمان تکمیلی، داشتن بیمه پایه می باشد. لذا ارائه شماره بیمه جهت افراد تبعی در هنگام ارائه خدمات اعم از صدور معرفینامه و یا پرداخت خسارت الزامیست.

تبصره ۱۱ - در صورتی که اسامی افراد معرفی شده از طرف بیمه گذار در لیست بیمه پایه موجود نباشد، مشخصات افراد مذکور به لیست بیمه شدگان بیمه گذار با نقص مدارک اضافه گردیده و در صورت عدم ارائه اسناد معتبر (بیمه گر پایه به تبعیت از بیمه گذار) ارائه خدمات غیرممکن می باشد.

تبصره ۱۲ - در صورتیکه بیمه گذار مشخصات افراد بازنشسته یا مشاورین خود را که در لیست بیمه گر پایه وجود ندارند ارسال نماید، بیمه گذار میبایست علاوه بر پوشش بیمه گر پایه افراد مذکور، قرارداد همکاری آنها را ارسال نماید.

تبصره ۱۳ - در صورت از قلم افتادگی بیمه شدگان در لیست اولیه ، چنانچه بیمه گذار با ارسال نامه رسمی به دبیرخانه بیمه گر و دلایل موجه و مستند مبنی بر از قلم افتادگی ارائه نماید و در صورت تایید بیمه گر افراد از قلم افتاده به لیست بیمه شدگان اضافه می گردد و شروع پوشش بیمه ای برای این دست از بیمه شدگان تاریخ اعلام قبول کتبی بیمه گر به بیمه گذار خواهد بود.

۲-۲ - بیمه گذار مکلف است در طول مدت بیمه نامه تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را با اضافه نمودن علت و تاریخ تغییر و وضعیت بیمه شده برای بیمه گر تعیین نماید.

۲-۲-۱ - افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمهنامه منوط به استخدام جدید، ازدواج، تولد و یا افرادی که پس از شروع بیمهنامه تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار میگیرند، خواهد بود. اسامی آنان (به جز تازه متولدین) باید حداکثر تا ۱ ماه بعد از تاریخ استخدام، عقد رسمی و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن، اعلام شود ملاک تاریخ پوشش بیمه‌ای برای مستخدمین جدید، مزدوجین و افراد تحت تکفل جدید از تاریخ استخدام، ازدواج و یا تحت کفالت قرار گرفتن می‌باشد. مهلت ارسال نامه رسمی جهت افزایش نوزادان تا حداکثر ۲ ماه بعد از تولد می‌باشد. ارائه پوشش به نوزادان از بدو تولد می‌باشد. در صورت عدم رعایت موارد فوق، افراد مذکور تا پایان مدت بیمه‌نامه نمی‌توانند تحت پوشش بیمه‌ای قرار گیرند. ارائه قرارداد کار و لیست بیمه‌گر پایه برای مستخدمین جدید، کپی صفحات اول و دوم شناسنامه زوجین جهت ازدواج، ارائه مدرکی دال بر کفالت و کپی صفحه اول شناسنامه نوزاد در تازه متولدین الزامیست.

۲-۲-۲ - تاریخ حذف بیمه شدگان همان تاریخ قطع همکاری با بیمه گذار ، بازنشستگی ، فوت ، طلاق و خروج از کفالت می باشد که حداکثر ظرف مدت ۱ ماه از خروج مشمولین می بایست به بیمه گر اعلام گردد. در صورتیکه درخواست کتبی بیمه گذار پس از مهلت تعیین شده ارسال گردد تاریخ حذف از تاریخ ورود نامه درخواست کتبی بیمه گذار به دبیرخانه بیمه گر بوده و حق بیمه تا آن تاریخ (ورود به دبیرخانه بیمه گر) محاسبه و اخذ میگردد و بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت از تاریخ قطع همکاری بیمه شده بایمه گذار نخواهد داشت. ارائه نامه جهت قطع همکاری، گواهی فوت و کپی تمام صفحات شناسنامه فرد متوفی، کپی صفحات اول و دوم شناسنامه فرد مطلقه و همچنین حکم بازنشستگی برای افراد بازنشسته جهت حذف الزامیست.

تبصره ۱۴ - با حذف هر یک از بیمه شدگان، در صورت دریافت هزینه درمانی، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان بیمه نامه می باشد.
۲-۳ - بیمه گذار مکلف است حق بیمه را با توجه به تعداد بیمه شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا ۳۰ روز در وجه بیمه گر پرداخت نماید. حق بیمه قبل از انقضای بیمه نامه می بایست تسویه گردد.

۲-۳-۱ - حق بیمه‌های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه‌نامه در پایان سال بیمه، بطور یکجا محاسبه و به بیمه‌گذار مسترد خواهد شد.

۲-۳-۲ - حق بیمه کمتر از یکماه بیمه‌شدگانی که در طول مدت بیمه، اضافه و یا حذف می شوند معادل حق بیمه یکماه تمام منظور خواهد شد.

۲-۳-۳ - حق بیمه مربوط به افزایش بیمه شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین میگردد، میبایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان تسویه شود.

۲-۴ - 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 شرایط فرد بیمه شده و افراد تحت تکفل آن منطبق بر شرایط مندرج در بیمه‌نامه نیست، بیمه‌گر نسبت به حذف از شروع پوشش اقدام می نماید. در اینصورت کلیه حق بیمه‌های پرداختی بیمه شده و افراد تحت تکفل تا تاریخ رسیدگی در وجه بیمه‌گذار مسترد نمیگردد و بیمه‌گذار متعهد به پرداخت خسارت‌های دریافتی می‌باشد.

۲-۵ - بیمه‌گذار موظف است برای دریافت هزینه‌های درمانی و یا استفاده از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد جهت مشمولین بند (۲-۲) ماده اول، مدارک دال بر عدم ازدواج و یا گواهی ادامه تحصیل معتبر و یا تحت تکفل بودن را در زمان اعلام خسارت ارائه نماید.

بیمه گذار متعهد است حق بیمه را با توجه به شرایط مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید. در اینصورت بیمه گر می تواند از تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده، بیمه نامه را به حالت تعلیق در آورد و تنفیذ اعتبار مجدد آن منوط به پرداخت اقساط معوق و پذیرش بیمه گر می باشد.



تبصره ۱۵- اعتبار بیمه نامه منوط به پرداخت اولین قسط حق بیمه از طرف بیمه گذار خواهد بود چنانچه بیمه گذار و بیمه شده بدون امضا 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 ۱۶- بیمه گذار متعهد است سایر اقساط حق بیمه را در سررسید آن (تاریخ مندرج در اعلامیه بدهکار) پرداخت نماید.

تبصره ۱۷- شرط انجام تعهدات بیمه گروندادوم پرداخت خسارت منوط به پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و نبود بدهی بیمه گذار می باشد.

۲-۶- بیمه گذار متعهد است صورت هزینه های پاراکلینیکی را حداکثر ظرف مدت ۳ ماه و بیمارستانی را حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از تاریخ تنظیم صورت حساب (چنانچه توسط بیمه شده هزینه پرداخت شده باشد) به بیمه گر تحویل نماید در غیر این صورت پس از انقضای مهلت مذکور، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

تبصره ۱۸- در صورت انقضای این مهلت حداکثر ۲ ماه از زمان انقضای بیمه نامه جهت کلیه تعهدات خواهد بود. بدیهی است پس از گذشت مدت تعیین شده بیمه گر هیچ گونه تعهدی در قبال پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۲-۷- بیمه گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل لیست پرداخت حق بیمه سهم بیمه گر اول ، رونوشت حکم کارگزینی، سوابق پزشکی و معالجات انجام شده و سایر مدارک مرتبط را در صورت تقاضای بیمه گر ارائه نماید.

۲-۸- بیمه گذار موظف است همزمان با بستری شدن بیمه شده در مرکز درمانی مراتب را به نحو مقتضی به اطلاع بیمه گر برساند.

۲-۹- چنانچه هزینه ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی است.

۲-۱۰- جبران خسارت های ناشی از حوادث وسائط نقلیه موتوری تحت پوشش نمی باشد.

۲-۱۱- جبران خسارت های ناشی از حوادث ورزشی تحت پوشش نمی باشد.

۲-۱۲- در صورت مشارکت بیمه شده در هرگونه درگیری و نزاع فردی و یا دسته جمعی، جبران خسارت در تعهد نمی باشد.

۲-۱۳- هزینه های 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 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 محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره ۱۹- میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۳- تعلیق و فسخ بیمه نامه

در صورت عدم پرداخت اقساط حق بیمه در سررسید های مقرر و یا برگشت و نکول اسناد تجاری تسلیم شده بابت حق بیمه و وجود بدهکاران، بیمه گر می تواند با اعلام کتبی ۱۰ روزه نسبت به تعلیق بیمه نامه اقدام نماید. و همزمان یا پس از آن حسب ماده ۲۱ شرایط عمومی بیمه نامه را فسخ نماید در این صورت در زمان تعلیق بیمه گر تعهدی در قبال خسارات وارده نخواهد داشت و چنانچه بیمه گذار ظرف مدت ۱۰ روز کاری نسبت به تعیین تکلیف بدهی سررسیده شده یا اسناد دریافتی برگشت یا نکول شده خود اقدام ننماید بیمه گر مجاز به هرگونه اقدام قانونی جهت وصول مطالبات خود و همچنین فسخ بیمه نامه خواهد بود در صورت تعلیق یا فسخ بیمه نامه تنفیذ اعتبار مجدد آن منوط به درخواست بیمه گذار و موافقت بیمه گر می باشد.

ماده ۴- مقررات مختلف شرایط خصوصی

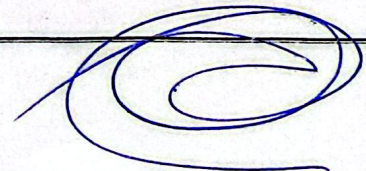
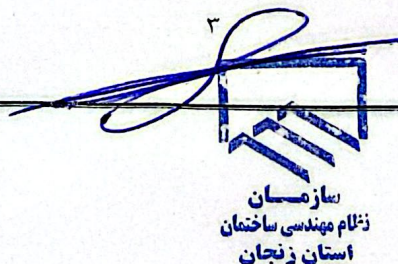
۴-۱- این بیمه نامه براساس آیین نامه های مصوب شورایی بیمه به عنوان مکمل خدمات گران پایه نظیر بیمه سلامت کارکنان دولت، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح و خدمات درمانی ارائه می گردد. لذا بیمه شدگان پس از انجام هزینه های درمانی باید در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت بیمه پایه از این مؤسسات کپی برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام تصویر چک دریافتی به بیمه ملت تحویل نمایند.

۴-۱-۱- پس از ارزیابی و محاسبه پرونده طبق تعرفه مصوب هیات دولت و اصل همترازی مابه التفاوت خسارت تا سقف تعهدات بیمه گر ، بدون کسرفرانسز قابل پرداخت خواهد بود، مشروط بر اینکه مجموع هزینه های پرداختی بیمه گر اول و بیمه ملت از ۱۰۰٪ هزینه های مورد تعهد تجاوز ننماید .

۴-۱-۲- در صورت عدم تمایل بیمه شده نسبت به اخذ سهم بیمه پایه، می بایست فرم انصراف را امضا نماید و بیمه گر هزینه درمانی را پس از کسر سهم بیمه گر پایه به بیمه شده پرداخت نماید.

۴-۱-۳- کلیه اعمال جراحی به منظور زیبایی غیر قابل پرداخت می باشد . لیکن در صورتیکه بعضی از اعمال جراحی از قبیل مامو پلاستی، اسلیو یا استاپلینگ معد ، بلفاروپلاستی و ژینکوماستی و ...از طرف بیمه گریابه مورد تأیید بوده و سهم خود را پرداخت نماید با ارایه رسید پرداخت بیمه گر پایه پس از محاسبه طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۲۰- برای کلیه اعمال جراحی مربوط به چاقی ، می بایست BMI بیمار ۴۰ و بالاتر باشد.



- ۴-۱-۴- مبنای محاسبه صورت خسارت های بیمارستانی و پاراکلینیکی، تعرفه های وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه خواهد بود.
- ۴-۱-۵- مبنای محاسبه صورت خسارت های دندانپزشکی، تعرفه سالیانه سندیکا بیمه گران ایران در تاریخ انجام هزینه خواهد بود.
- تبصره ۲۱- دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.
- ۴-۲- حق هرگونه تحقیق، معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه شده بمنظور تأیید هزینه انجام شده مطابق شرایط بیمه نامه برای بیمه گر محفوظ می باشد.
- ۴-۳- با توجه به تعیین نرخ حق بیمه مطابق تعداد بیمه شدگان اعلام شده از طرف بیمه گذار، در صورتیکه تعداد بیمه شدگان بیشتر از بیست درصد نسبت به تعداد اولیه کاهش داشته باشد، بیمه گر متناسب با تعداد بیمه شدگان واقعی، مجاز به اعمال تغییرات در میزان تعهدات، حق بیمه و شرایط خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه گر می تواند بیمه نامه را با توجه به شرایط مندرج در آیین نامه بیمه نامه درمان تکمیلی بیمه مرکزی فسخ می نماید.
- ۴-۴- خسارت مربوط به هزینه های درمانی در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد.
- ۴-۵- اشتباه در محاسبه حق بیمه و پرداخت خسارت حداکثر تا یکسال پس از مدت انقضاء بیمه نامه با درخواست کتبی بیمه گر یا بیمه گذار قابل پیگیری و انجام می باشد.
- ۴-۶- پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان در زمان مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی منوط به پرداخت حق بیمه ایام مرخصی به صورت مستمر و بدون وقفه می باشد.
- ۴-۷- در صورتی که بیمه شده دارای هرگونه بدهی به بیمه گر باشد، بیمه گزار موظف به تسویه آن پس از اخذ مدارک و مستندات مربوطه، حداکثر ظرف مدت یک هفته می باشد.
- ۴-۸- شرایط خصوصی حاکم بر شرایط عمومی می باشد.
- ۴-۹- مسئولیت بیمه گر فقط در چارچوب این بیمه نامه و ملحقات آن، شرایط خصوصی، شرایط عمومی بیمه نامه بوده و بیمه گزار از ادعای هرگونه خسارت بر علیه بیمه گر خارج از آنچه در تمامی شرایط بیمه نامه تعهد شده خودداری می نماید.
- ۴-۱۰- نشانی و محل اقامت بیمه گر و بیمه گذار و نماینده آنها در ایران که در بیمه نامه و یا ضمیمه 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.
- ۴-۱۱- استثنائات بر مبنای ماده ۱۴ شرایط عمومی می باشد.
- ۴-۱۲- سایر مواردی که در شرایط خصوصی مسکوت مانده و یا به آن اشاره نشده است، مطابق با آیین نامه شماره ۹۹ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می باشد.

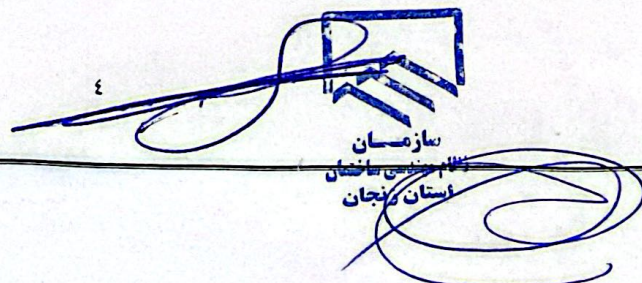
ماده ۵- رفع اختلاف :

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند 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 داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می توانند 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 می کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می کنند. هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

شرایط خصوصی شامل ۵ ماده و ۲۱ تبصره می باشد و طی دو نسخه که در حکم واحد میباشند تنظیم گردیده و در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۰ به امضای طرفین رسیده است.



بیمه گذار
سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان



سازمان
نظام مهندسی ساختمان
استان زنجان

شرایط عمومی بیمه های درمان تکمیلی گروهی

شماره: تهران- اتوبان حقانی-
نرسیده به میدان ونک- پلاک ۵۱
کدپستی: ۱۹۶۹۷۳۴۵۳
تلفن: ۰۲۱-۸۵۳۳۳
www.melat.ir

فصل اول کلیات

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:
تاریف، اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صریح، نظیر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده است.
۲-۱- بیمه گر: مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در 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، پیمانه ای یا قراردادی بیمه گذار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.
تصوه ۱- بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان ازجمله نیست.
تصوه ۲- بیمه گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه می تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.
تصوه ۳- هزینه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه گر بلایع می باشد.
۲-۴-۲- هزینه پوشش بیمه درمان به سایر گروه ها (از قبیل استادان، اتحادیه ها و انجمن ها) به این شرط محار است که بیمه گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تعیین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه بطور همزمان بیمه شوند.
۲-۴-۳- موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه نه ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تپد 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، ازکار 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 مزاج می 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 شایر: وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه نامه توسط بیمه گر برآورد می شود و میزان فعلی آن بر اساس عملکرد هر بیمه نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه گذار اعلام می گردد.
۲-۴-۹- دوره انتظار: دورهای است که در 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 ذصلاح قانونی تعیین می گردد.
۲-۴-۱۱- تسلیت: 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 کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می گردد.

تصوه ۱- هزینه نگهداری بیماران روان پریش تحت پوشش نیست.
تصوه ۲- تسخیم تعهدات هر یک از سدهای ۱-۴ تا ۵-۴ برای هر بیمه شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تسخیمی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه نباشد، ملاتع است.
۵- جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز صرفاً صرفاً مراد به سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.
۶- جبران هزینه های سرباهی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
تصوه ۳- هزینه های دندان پزشکی 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 اینتیمزست حداکثر تا ۲ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
۸- جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عبور انگساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا مجموع قدر مطلق قوس بینایی هر چشم ۲ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
۹- جبران هزینه مربوط به خرید سمک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرباهی مانند شکستگی و دررفتگی کج گیری، ختنه، نخچه، کربونوترایی، آکسزبون لیوم، بیومی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

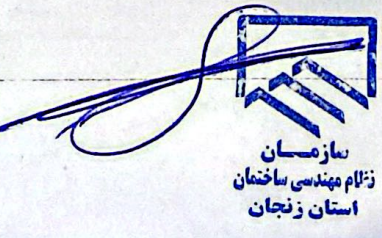
تصوه ۴- فهرست اعمال غیرمجاز سرباهی در مطب (بر اساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می شود.)
۱۱- هزینه تهیه اورژانس که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
تصوه ۵- سدهای 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 تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
ماده ۳- 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، ماد ۳، ماد ۳ 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

فصل دوم هزینه های درمانی قابل پرداخت

ماده ۳- پوشش های قابل ارائه عبارت است از:
الف- پوشش های جلی
۱- دوران های بارداری، جراحی، Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.
تصوه ۱- سایر اعمال جراحی مشابه این بند یا پیشنهاد سندیکای بیمه گران ایران و تأیید بیمه مرکزی ج ایران قابل پوشش است.
۲- هزینه همراهِ 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 زیر را حسب توافق با بیمه گذار تحت پوشش قرار دهد:
۱- افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا در برابر سقف تعهدات پوشش های اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، منور و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، کامپانی، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند معز استخوان و امیزوبالستی، عروقی کروتر و عروقی داخل مغز.



شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۵ در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، «آیین نامه بیمه های درمان» را مشتمل بر ۲۹ ماده و ۱۶ تبصره به شرح ذیل تصویب و از تاریخ ابلاغ جایگزین آیین نامه شماره ۷۴ و مکمل های آن نمود:

فصل اول: کلیات

- 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 آیین نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده اند:
 - ۱- بیمه گر: مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است.
 - 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.
 - 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:
 - الف- 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 معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.
 - تبصره ۲- حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه گذار باید به طور 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- ارایه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه گر بلامانع نمی باشد.



- ب- ارایه 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 بطور 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 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 غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.
- ۸- Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.
- ۹- حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.
- ۱۰- حق بیمه شناور: وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه‌نامه توسط بیمه‌گر برآورد می‌شود و میزان قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه‌نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه‌گذار اعلام می‌گردد.
- ۱۱- 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.
- ۱۲- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.
- ۱۳- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین‌نامه تعیین می‌شود.
- ۱۴- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.
- ۱۵- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یک‌سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.



فصل دوم: پوشش های قابل ارایه

ماده ۳- پوشش های قابل ارایه عبارت است از:

الف- پوشش های اصلی:

- ۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. تبصره- سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندیکای بیمه گران ایران و تایید 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 زیر 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، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.
 - تبصره - 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 پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.
 - ۳- جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط ، IUI ، ZIFT ، GIFT ، میکرواینجکشن و IVF تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.



۴- هزینه های پاراکلینیکی:

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 تعهد پوشش های 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، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی 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) در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

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

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

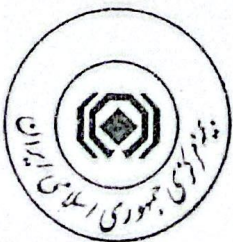
۴-۶- جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

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

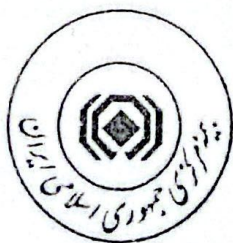
تبصره ۲- تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۱-۴ تا ۵-۴ برای هر بیمه شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.

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 تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.



- 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 با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست حداکثر تا ۲ درصد 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، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر چشم بیمه شده.
- ۹- جبران هزینه مربوط به خرید سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- ۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- تبصره- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می شود.
- ۱۱- هزینه تهیه اوروتز 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 اروتز را سالیانه تنظیم و ابلاغ می کند.
- ۱۲- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان 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 ب ماده ۳، مازاد بر سقف تعهدات پوشش های 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 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 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 پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

بیمه‌گر می‌تواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین نامه شماره ۹۴ مصوب شورای عالی بیمه و دریافت حق بیمه اضافی، فرانشیز را کاهش دهد.

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در 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 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 بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق- بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه 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.





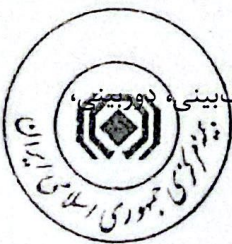
ماده ۱۱- بیمه گذار یا بیمه شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه های تشخیصی - درمانی را به بیمه گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه گر است.

ماده ۱۲- 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 ۱۳- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۴- استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه گر خارج نیست:

- 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، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
- 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 بیمه گر.
- ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.



آیین نامه شماره ۹۹

آیین نامه بیمه های درمان



شورای عالی بیمه

۱۷- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

تبصره - بیمه گر می تواند 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- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. 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.

ماده ۱۶- 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.

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

ماده ۱۸- حداکثر سن بیمه شده در گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۹- در صورتی که بیمه شده 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- 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، از کشور خارج





بسمه تعالی

بیمه مرکزی

جمهوری اسلامی ایران

آمین نامه شماره ۹۹

آمین نامه بیمه های درمان

شورای عالی بیمه

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 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 محاسبه و پرداخت می شود.

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

ماده ۲۱- فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

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

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتنفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

ج- نحوه فسخ:

۱- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار فسخ شده تلقی می گردد.

۲- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می شود.





۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۲۲- بیمه گر 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 پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۲۴- ارجاع به داوری: بیمه گر یا بیمه گذار می توانند 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 داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می توانند 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 می کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می کنند. هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

فصل چهارم: سایر مقررات

ماده ۲۵- بیمه گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می تواند بیمه نامه 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 پرسش نامه سلامتی ارائه شده توسط بیمه گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می شود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه گر می تواند با توجه به پاسخ های مندرج در پرسش نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه های تشخیصی، از





بسمه تعالی

بیمه مرکزی

جمهوری اسلامی ایران

آیین نامه شماره ۹۹

آیین نامه بیمه های درمان

شورای عالی بیمه

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 ارایه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین‌نامه ذکر نشده است و همچنین ارایه پوشش بیمه به گروه‌هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می‌شوند، موافقت کند.

ماده ۲۷- بیمه‌گر مجاز به ارایه 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- موسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا. ایران ابلاغ خواهد شد می‌تواند بیمه‌نامه 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 تایید بیمه مرکزی ج.ا. ایران به موسسات بیمه ابلاغ خواهد شد.

