

فرم تعهدات بیمه

۱) فرزندان ذکور تا سن بیست و دو سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه می باشند. دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام بیمه میشوند. پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

۲) افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به اعداد بیمه شده گان اضافه شوند عبارتند از همسر اعضای تازه ازدواج کرده و افرادی که در اثناء سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت، افراد جدید الاستخدام و اعضای جدید سازمان به همراه خانواده هایشان با ارائه مستندات (منوط به اعلام کتبی بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از استخدام، عضویت، کفالت یا ازدواج) تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از روز احراز شرایط ورود خواهد بود. (حق بیمه کسرماه معادل یکماه محاسبه می گردد).

۳) افرادی که در ابتدای قرارداد جزو بیمه شدگان قرار نگرفته اند و مشمول بند یک نباشند، در صورتیکه ظرف مدت سه ماه از شروع این قرارداد تقاضای دریافت خدمات بیمه تکمیل درمان را داشته باشند منوط به پرداخت حق بیمه از ابتدای قرارداد می توانند از خدمات بیمه ای این قرارداد استفاده نمایند. دوره انتظار برای این افراد برای بیماریهای مزمن شامل: کاتاراکت، استراییسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی آنژیوپلاستی قلب، قلب باز، نارساییهای مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتومی و هیستریکتومی، سیتوسل، رکتوسل، آنتروسل و زایمان چهار ماه از ابتدای این قرارداد می باشد.

۴) نوزادان منوط به آنکه بیمه گذار لیست اسامی آنها را حداکثر تا سه ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید، از بدو تولد بیمه میباشند. حق بیمه مربوطه به نوزادان از زمان تولد پرداخت می گردد.

۵) تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ دریافت نامه وی می باشد. در موارد حذف، بیمه شدگان از تاریخ قطع رابطه حق مطالبه هیچ گونه خسارتی را نخواهد داشت. لازم به ذکر است در صورت پرداخت حق بیمه تا انتهای قرارداد بیمه شده می تواند پوشش خود و خانواده اش را تا انتهای همان قرارداد حفظ نماید. در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم دریافت خسارت، حق بیمه دوره حذف (از تاریخ دریافت نامه بیمه گذار تا انتهای قرارداد) عودت خواهد شد. (حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد)

تذکره: در صورت دریافت خسارت، صرفاً مابه التفاوت حق بیمه تا خسارت دریافتی توسط بیمه شده، عودت می گردد.

۶) در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای بیمه شده اصلی متوفی، به شرط پرداخت حق بیمه، تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد داشت.

۷) **حدود تعهدات:** بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف بیمه گذار، هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای بشرح تعهدات ذکر شده در **جدول شماره ۱**، (که توسط بیمه گر کامل گردیده است) حداکثر ظرف مدت ده روز پس از ارائه مدارک توسط بیمه شده جبران نماید. در صورتی که مدارک تحویلی ناقص بوده و یا موضوع خارج از تعهدات بیمه گر باشد، بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت ده روز پس از دریافت مدارک، نسبت به اعلام مکتوب موارد نقص یا عدم تعهد به بیمه شده و بیمه گزار اقدام نماید، در غیر این صورت مدارک کامل و در تعهد بیمه گر تلقی خواهد شد.

۸) **تعهدات سالیانه:** تعهدات سالیانه بیمه گر بر اساس **جدول شماره ۱** (که توسط بیمه گر کامل گردیده است) می باشد.
۹) **دوره انتظار:** دوره انتظار این قرارداد برای کسانی که دارای بیمه تکمیلی در سال گذشته بوده اند فاقد دوره انتظار می باشد.
برای سایر دوره انتظار زایمان ۴ ماه می باشد.

۴- **فرانشیز:** عبارت است از سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت، که میزان آن در جدول تعهدات شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین گردیده است.

تبصره ۱: در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده نمایند، مابه التفاوت خسارت تا سقف تعهد بیمه گر (طبق ضوابط قرارداد) بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۲: چنانچه بیمه شده هم زمان از پوشش چند شرکت بیمه استفاده نماید (اعم از پایه یا مکمل) مجموع خسارات پرداختی به وی نباید از ۱۰٪ هزینه پرداخت شده توسط وی بیشتر گردد. موارد خارج از تعهد به قوت خود باقی است.

تبصره ۳: در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده نمایند و یا سازمان های مذکور از پرداخت خسارت به هر دلیلی خودداری نمایند میزان سهم خسارت عهده بیمه گذار یا بیمه شده در هر مورد معادل فرانشیز تعیین شده طبق **جدول شماره ۱** این قرارداد خواهد بود.

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

۱۰-۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میشود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۱۰-۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۱۰-۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۱۰-۴- ترک اعتیاد.

۱۰-۵- اقدام به خودکشی.

۱۰-۶- اقدام به اعمال مجرمانه توسط بیمه شده و عوارض ناشی از اقدام به آن.

۱۰-۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

۱۰-۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوار اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذیصلاح.

۱۰-۹- فعل و انفعالات هسته ای.

۱۰-۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.

۱۰-۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۷ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.

۱۰-۱۲- جنون، مگر اینکه جنون پس از انعقاد این قرارداد حادث شده باشد.

۱۰-۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.

۱۰-۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۰-۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی از کار افتادگی کلی.

۱۰-۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مجموع درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات)، کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۱- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مزبور باید به صورت حساب مرکز درمانی را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه-گر تسلیم کند.

۱۲- ترتیب بستری شدن بیمه شدگان:

الف) چنانچه بیمه شدگان در بیمارستان های غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات ذیل را رعایت نمایند:

- ۱- پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را راساً تامین نمایند.
- ۲- اصل مدارک و صورتحساب های بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار و نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال نمایند.
- تبصره یک:** بیمه شدگان میبایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول مانند سازمان خدمات درمانی یا تامین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان های فوق الذکر، از طریق نماینده بیمه گذار، هزینه های انجام شده را به بیمه گر ارائه نمایند.
- تبصره دو:** مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت چهار ماه تمام از تاریخ اتمام این قرارداد می باشد پس از انقضاء مدت مذکور بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.
- ۳- محاسبه هزینه های بیمارستانی بر اساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی همتراز از طرف قرارداد با بیمه گر می باشد.
- ۴- محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی، بر اساس تعرفه اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و غیر دولتی می باشد.
- ۵- بیمه شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حسابهای هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تایید کند تا سقف تعرفه هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورتی عدم احراز هر یک از موارد فوق (یعنی موارد فاقد تاییدیه از سوی پزشک معالج و بیمه گر یا غیر اورژانسی) هزینه های انجام شده حسب تایید سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، با بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد محاسبه و پرداخت میشود.

تبصره: میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی در زمان ترخیص از بیمارستان خواهد شد.

ب) چنانچه بیمه شدگان از خدمات بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند:

- ۱- با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد به ضمیمه درخواست کتبی بیمه گذار نسبت به اخذ معرفی نامه از بیمه گر اقدام نمایند.
- ۲- در اولین فرصت و قبل از ترخیص از بیمارستان مراتب از طریق بیمه گذار به اطلاع داده شود و اقدام به دریافت معرفی نامه نمایند.
- ۳- در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری، بیمه شدگان می توانند از طریق کارت بیمه درمانی که در اختیار آنان گذاشته میشود مستقیماً به بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر و بستری گردند و تا ۷۲ ساعت (سه روز) بعد معرفی نامه مربوطه را اخذ و تحویل بیمارستان نمایند.
- ۴- هر گاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شده گان وابسته به خود نموده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز، مسترد نخواهد شد.

جدول شماره ۱ (حدود تعهدات بیمه گر، موضوع ماده ۸ قرارداد)

ردیف	عنوان پوشش	مبلغ تعهدات سالانه به ازای هر نفر (ریال)	فرانشیز
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAYCARE تبصره: اعمال جراحی DAYCARE به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مرکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.	داخل شهر ۳,۰۰۰,۰۰۰ خارج شهر ۶,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی مهم مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (بااستثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان و جبران هزینه ویزیت، دارو و خدمات اورژانس برای بیماری های خاص (سرطان، اچ آی ویو ...)	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۳	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی یا سزارین	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۴	سونوگرافی-سونو غربالگری - ماموگرافی - انواع اسکن - ام آر ای - اکوکاردیوگرافی - استرس اکو - انواع آنژیوگرافی (بجز چشم و قلب) - آندوسکوپی- هزینه های پزشکی هسته ای- سی تی آنژیوگرافی - پنتاکم - فوندسکوپی- کانفواسکن- انترویپون- پاکیمتری و کلیه تست های بینایی سنجی - دانسیتومتری- ICG انواع اسکوبی با یا بدون بیهوشی HRT- IOL master	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۵	جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT)، نوار عضله EMG، نوار مغز EEG، نوار عصب NCV، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۶	جراحیهای مجاز سرپایی شامل: ختنه - بخیه و کشیدن بخیه - شکستگی و دررفتگی - گچ گیری اکسیژن - لیپوم - بیوپسی - تخلیه کیست و لیزردرمانی (به استثنای - بخیه - کرایوتراپی رفع عیوب انکساری دید چشم) - کشیدن ناخن - تزریق داخل مفصل - پاپ اسمیر - درمان خونریزی بینی و سوزاندن تامپوناد و شکافتن آبسه و سایر موارد مشابه در مطب و مراکز بستری اورژانس کمتر از ۶ ساعت شامل: تزریقات و تعویض پانسمان - اف ان ای بهداشتی - تیروئید و سینه - بیوپسی مغز استخوان - تزریق اوستین و پونکسیون مایع نخاع و کمری سیتولوژی - تست های ارزیابی پیس میکر - آمونیوسنتز(پروسیجر)	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۷	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری هر چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مجموع درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی دو چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات)، ۳ دیتوپتر یا بیشتر باشد.	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۸	دندانپزشکی (به ازای هر خانوار)	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۹	عینک و لنز طبی	۵,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۱۰	جبران هزینه ویزیت و دارو و خدمات اورژانس	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰
۱۱	خدمات آزمایشگاهی، انواع رادیولوژی و پاتولوژی، نوار قلب و فیزیوتراپی، آسیب شناسی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	%۳۰