

## قرارداد بیمه گروهی درمان

### ماده 4- مشخصات گروه بیمه شدگان

1. کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی بیمه گزار به عنوان بیمه شده اصلی و تمامی اعضای خانواده ایشان شامل همسر(ان) دائمی، فرزندان، پدر، مادر و همچنین افرادی که کفالت آنها به صورت قانونی به بیمه شده اصلی واگذار شده است و به تبع بیمه شده اصلی دارای پوشش بیمه گر پایه می باشند.

### ماده 6- تعهدات بیمه گر

ردیف	نام طرح	شماره طرح				
1	<b>طرح 2</b>	1403/1/20/12/2033/0				
<b>تعهدات طرح</b>						
ردیف	شرح	سقف نفر	سقف خانواده	درصد فرانشیز بیمه شده اصلی / تحت تکفل	درصد فرانشیز غیر تحت تکفل	
1	هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیوتراپی ، هر نوع آنژیوگرافی ( بجز چشم ) ، انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از 10 سال و بالاتر از 70 سال در بیمارستان بجز زایمان؛	600,000,000	ندارد	20	30	
2	هزینه آمبولانس داخل شهری و بین شهری 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؛ آمبولانس خارج شهر (20,000,000)، آمبولانس داخل شهر (10,000,000).	30,000,000	ندارد	20	30	
3	اعمال جراحی تخصصی شامل : افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی ، رادیو تراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز ( با احتساب بند 1 )؛	600,000,000	ندارد	20	30	
4	داروهای خوراکی بیمارهای خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری ، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل سقف تعهد اعمال جراحی تخصصی؛	150,000,000	ندارد	20	30	
5	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین؛	125,000,000	ندارد	20	30	
6	هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن ، IVF ، GIFT ، ZIFT ، IUI؛	100,000,000	ندارد	20	30	
7	هزینه های پاراکلینیکی گروه 4 خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : اکوی قلب جنین ، مارکرهای جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین؛	50,000,000	ندارد	20	30	

30	20	ندارد	150,000,000	پاراکلینیک تجمیعی شامل گروه های: هزینه های پاراکلینیکی گروه 1 شامل : انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام ار ای، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانستومتری (سنجش تراکم استخوان) - هزینه های پاراکلینیکی گروه 2 شامل : انواع آندوسکوپی، ERCP، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپرومتری و PFT و ...) 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، پانکام و ...)، خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتری، انواع ادیومتری و - هزینه های پاراکلینیکی گروه 3 (آزمایش ها) مانند: خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکهای جنینی)، پاتولوژی، تستهای آرزیک، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین) - هزینه های پاراکلینیکی گروه 5 (توان بخشی): فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT) -
30	20	ندارد	50,000,000	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند: شکستگی، در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه ی کیست، لیزر درمانی؛
30	20	ندارد	25,000,000	جبران هزینه ویزیت، دارو (بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری؛
30	20	ندارد	50,000,000	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی، جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی (به استثناء اعمال زیبایی). هزینه های دندان پزشکی بر اساس تعرفه مصوب هیات وزیران محاسبه و پرداخت می گردد؛
30	20	ندارد	10,000,000	جبران هزینه عینک طبی، لنز تماسی طبی (صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)؛
30	20	ندارد	150,000,000	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیجمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد؛ رفع عیوب انکساری چشم راست (75,000,000)، رفع عیوب انکساری چشم چپ (75,000,000).
30	20	ندارد	6,000,000	هزینه ی خرید اوروتز (طبق تعریف وزارت محترم بهداشت) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد. (فهرست و تعرفه انواع

تعهدات طرح					
ردیف	شرح	سقف نفر	سقف خانواده	درصد فرانشیز بیمه شده اصلی / تحت تکفل	درصد فرانشیز غیر تحت تکفل
	اوروتز سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران یا هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و ابلاغ می گردد) .؛				
ردیف	نام طرح	شماره طرح			
2	طرح 1	1403/1/20/12/2033/1			
تعهدات طرح					
ردیف	شرح	سقف نفر	سقف خانواده	درصد فرانشیز بیمه شده اصلی / تحت تکفل	درصد فرانشیز غیر تحت تکفل
1	هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیوتراپی ، هر نوع آنژیوگرافی ( بجز چشم ) ، انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از 10 سال و بالاتر از 70 سال در بیمارستان بجز زایمان؛	1,000,000,000	ندارد	20	30
2	هزینه آمبولانس داخل شهری و بین شهری 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؛ آمبولانس خارج شهر (20,000,000) ، آمبولانس داخل شهر (10,000,000) ،	30,000,000	ندارد	20	30
3	اعمال جراحی تخصصی شامل : افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی ، رادیو تراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز ( با احتساب بند 1 )؛	1,200,000,000	ندارد	20	30
4	داروهای خوراکی بیمارهای خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری ، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل سقف تعهد اعمال جراحی تخصصی؛	200,000,000	ندارد	20	30
5	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین؛	200,000,000	ندارد	20	30
6	هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن ، IVF ، GIFT ، ZIFT ، IUI؛	150,000,000	ندارد	20	30
7	هزینه های پاراکلینیکی گروه 4 خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : اکوی قلب جنین ، مارکرهای جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین؛	70,000,000	ندارد	20	30
8	پاراکلینیکی جمعیتی شامل گروه های: هزینه های پاراکلینیکی گروه 1 شامل : انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم ، انواع سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، ام ار ای ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیتومتری ( سنجش تراکم استخوان ) - هزینه های پاراکلینیکی گروه 2 شامل : انواع اندوسکوپی ، ERCP ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی مانند ( اسپرومتری و PFT و ... ) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG ،NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یوردینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم ( مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری ، پکی متری ، پنتاکم و ... ) ، خدمات تشخیصی گوش ( مانند تمپانومتری ، انواع ادیومتری و - هزینه های پاراکلینیکی گروه 3 ( آزمایش ها ) مانند : خدمات آزمایشگاهی ( به استثنای مارکرهای جنینی ) ، پاتولوژی ، تستهای آلرژیک ، ژنتیک پزشکی ( به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین ) - هزینه های پاراکلینیکی گروه 5 ( توان بخشی ) : فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کاردرمانی (OT) -	200,000,000	ندارد	20	30
9	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند : شکستگی ، در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیوم ، بیوپسی ، تخلیه ی کیست ، لیزر درمانی؛	80,000,000	ندارد	20	30

30	20	ندارد	40,000,000	جبران هزینه ویزیت، دارو ( بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه گر اول ) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری؛	10
30	20	ندارد	80,000,000	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی ، جراحی لثه ، ایمپلنت ، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی ( به استثناء اعمال زیبایی ). هزینه های دندان پزشکی بر اساس تعرفه مصوب هیات وزیران محاسبه و پرداخت می گردد.؛	11
30	20	ندارد	20,000,000	جبران هزینه عینک طبی ، لنز تماسی طبی ( صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای )؛	12
30	20	ندارد	300,000,000	جبران هزینه های 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؛ رفع عیوب انکساری چشم راست(150,000,000)، رفع عیوب انکساری چشم چپ(150,000,000).	13
30	20	ندارد	10,000,000	هزینه ی خرید اوروتز ( طبق تعریف وزارت محترم بهداشت ) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد. ( فهرست و تعرفه انواع اوروتز سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و ابلاغ می گردد ) .؛	14

## بخش دوم - شرایط عمومی

**ماده 1-** تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشند با این مفاهیم استفاده شده اند که به همراه ضوابط مربوطه به شرح ذیل بیان می گردد:

(1) **بیمه گر:** شرکت سهامی بیمه ایران که جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

(2) **بیمه گزار:** شخصی است حقیقی یا حقوقی که مشخصات وی در شرایط خصوصی درج شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه می باشد.

(3) **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 مربوطه موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند. بنابر این بیمه گره‌های پایه، بیمه گر اول و شرکت سهامی بیمه ایران، بیمه گر دوم محسوب می شوند.

(4) **موضوع بیمه:** عبارتست از جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و حادثه به ترتیبی که در شرایط خصوصی قرارداد تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

(5) **حادثه:** هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در طول مدت قرارداد اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

(6) **بیماری:** وضعیت جسمی یا روانی غیر طبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

(7) **اصطلاح Day Care:** به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد.

(8) **فرانشیز:** فرانشیز سهم بیمه شده یا بیمه گزار از خسارت ارزیابی شده است که میزان آن در شرایط خصوصی تعیین شده و بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران آن ندارد. لازم به توضیح است در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه، فرانشیز معادل میزان تعیین شده در قرارداد از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

**تبصره 1-** در صورتی که سهم بیمه گر پایه کمتر از فرانشیز مقرر در قرارداد باشد، ما به التفاوت سهم بیمه گر پایه و فرانشیز از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

(9) **خسارت ارزیابی شده:** مبلغی است که بر اساس شرایط قرارداد و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.

(10) **خسارت قابل پرداخت:** مبلغی است که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده، حداکثر تا سقف تعهدات قرارداد پرداخت نماید.

(11) **گروه بیمه شدگان:** کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی بیمه گزار به عنوان بیمه شده اصلی و تمامی اعضای خانواده ایشان شامل همسر (همسران) دائمی، فرزندان، پدر، مادر و افرادی که کفالت آنها به صورت قانونی به بیمه شده اصلی واگذار شده است و به تبع بیمه شده اصلی دارای پوشش بیمه گر پایه می باشند.

• فرزندان ذکور (فرزند پسر بیمه شده اصلی) حداکثر تا سن 30 سال تمام؛ به شرط عدم اشتغال و عدم ازدواج تحت پوشش این قرارداد می باشند. چنانچه فرزند ذکور در طول مدت قرارداد شاغل شود یا ازدواج نماید، در صورت تمایل بیمه شده، پوشش بیمه ای وی تا پایان قرارداد ادامه خواهد یافت و در صورت انصراف مکتوب از ادامه پوشش بیمه ای (توسط بیمه شده اصلی)، از تاریخ اشتغال یا ازدواج حذف پوشش می گردند و چنانچه بعد از تاریخ اشتغال یا ازدواج از خدمات قرارداد استفاده نموده باشند، می بایست مبالغ مربوطه را به بیمه گر عودت نمایند. بدیهی است با توجه به ضوابط این بند، ارائه پوشش بیمه گر پایه برای فرزندان ذکور بالای 20 سال الزامی نمی باشد.

• فرزندان اناث (فرزند دختر بیمه شده اصلی) بدون محدودیت سنی به شرط عدم اشتغال و عدم ازدواج تحت پوشش این قرارداد می باشند. چنانچه این فرزندان در طول مدت قرارداد شاغل شوند یا ازدواج نمایند، در صورت تمایل بیمه شده، پوشش بیمه ای وی تا پایان قرارداد ادامه خواهد یافت، لیکن در صورت ازدواج پوشش بیمه ای وی شامل هزینه های مرتبط با زایمان (از جمله هزینه های دارو و درمان نازایی، داروی مرتبط با بارداری، ویزیت ماما و تخصص های مربوط به زایمان، خدمات تشخیصی مرتبط با زایمان مانند سونوگرافی بارداری، خدمات تشخیص ناهنجاری های جنین و زایمان) نخواهد بود. همچنین در صورت انصراف مکتوب از ادامه پوشش بیمه ای (توسط بیمه شده اصلی) از تاریخ اشتغال یا ازدواج حذف پوشش می گردند و چنانچه بعد از تاریخ اشتغال یا ازدواج از خدمات قرارداد استفاده نموده باشند، می بایست مبالغ مربوطه را به بیمه گر عودت نمایند. بدیهی است با توجه به ضوابط این بند ارائه پوشش بیمه گر پایه برای فرزندان انائی که در طول مدت قرارداد ازدواج کرده باشند، (در هنگام دریافت خسارت) الزامی نمی باشد.

• فرزندان اناث (فرزند دختر بیمه شده اصلی) مطلقه تا زمان رجوع یا ازدواج مجدد مشروط بر عدم اشتغال بدون محدودیت سنی تحت پوشش این قرارداد می باشند.

• ارائه پوشش بیمه ای به پدر و مادر بیمه شده اصلی صرفاً همزمان با عضویت بیمه شده اصلی میسر بوده و در صورتی که فاقد پوشش بیمه گر پایه به تبع بیمه شده اصلی باشند تابع شرایط زیرگروه افراد غیر تحت تکفل خواهند بود.

• شرایط عضویت کلیه افراد تبعی کارکنان ذکور و اناث یکسان خواهد بود.

• بیمه گزار می تواند در صورت موافقت بیمه گر، کارکنان بازنشسته خود به همراه تمامی افراد تحت تکفل و همچنین مستمری بگیران و وظیفه بگیران ایشان را صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش درآورد.

• اتباع غیر ایرانی صرفاً در صورتی که دارای مجوز اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه معتبر کار دریافت نموده باشند، تحت پوشش این قرارداد می باشند.

• بیمه شده اصلی مکلف است تمامی افراد تحت تکفل خود را به طور همزمان با شروع پوشش بیمه ای خود به بیمه گر معرفی نموده و تحت پوشش بیمه نامه قرار دهد.

## ماده 2- حق بیمه: وجهی است که بیمه گزار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد.

الف) حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش): حق بیمه تغییرات ماهانه بیمه شدگان توسط بیمه گر و به شرح ذیل محاسبه شده و در اقساط تعیین شده اعمال می گردد که می بایست در موعد سر رسید، توسط بیمه گزار در وجه بیمه گر پرداخت شود.

1. در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می شود.

2. در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل، قابل برگشت نمی باشد.

3. بیمه گزار موظف است در صورت درخواست بیمه گر، مستندات پرداخت حق بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهد.

ب) مهلت پرداخت حق بیمه، قطعی بوده و در صورت عدم پرداخت حق بیمه قرارداد در مهلت مقرر، سیستم به صورت خودکار قرارداد را با صدور الحاقی به حالت تعلیق در می آورد و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت نخواهد داشت. پس از پرداخت حق بیمه های معوق، بیمه گر مخیر است نسبت به رفع تعلیق و پرداخت خسارت های مربوط به دوره تعلیق اقدام نماید.

**ماده 3- لیست اسامی بیمه شدگان:** بیمه گزار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت 30 روز پس از تاریخ صدور قرارداد یک نسخه از فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را، بصورت فایل الکترونیکی طبق قالب تعیین شده از سوی بیمه گر، به طور صحیح و کامل بر اساس مفاد ذیل تهیه نموده و به صورت مکتوب صحت اطلاعات را تایید و با مهر و امضا رسمی به بیمه گر تحویل نماید. صرفاً چنین لیستی پس از تایید نهایی توسط بیمه گر و بیمه گزار برای احراز پوشش بیمه ای بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت. بدیهی است جبران هرگونه ضرر و زیان ناشی از ارائه اطلاعات نادرست در خصوص بیمه شدگان به عهده بیمه گزار خواهد بود.

**تبصره 2-** کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده ایشان در لیست اسامی اولیه موضوع ماده 3 درج نگردیده باشد، به استناد از قلم افتادگی نمی توانند در عداد بیمه شدگان این قرارداد قرار گیرند، مگر اینکه بیمه گزار دلایل موجهی ارائه نموده و مورد تایید بیمه گر واقع گردد.

در صورت تایید بیمه گر، شروع پوشش بیمه ای این دسته از بیمه شدگان از اولین روز ماه بیمه ای بعد از موافقت بیمه گر خواهد بود.

الف) لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می بایست حاوی اطلاعات زیر باشد:

1. اطلاعات مربوط به بیمه شده اصلی شامل: کد پرسنلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد 8 رقمی (روز / ماه / سال) - شماره شناسنامه - کد ملی - تاریخ استخدام - نام بیمه گر پایه - شماره شناسایی بیمه گر پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل - شماره شبا (جهت واریز هزینه های درمان) - شماره تلفن همراه (جهت ارسال پیامک و اطلاعات لازم به بیمه شدگان) و سایر اطلاعات درخواستی.

2. اطلاعات مربوط به بیمه شدگان تبعی شامل: نسبت با بیمه شده اصلی - نام و نام خانوادگی - جنسیت - نام پدر - تاریخ تولد 8 رقمی (روز / ماه / سال) - شماره شناسنامه - کد ملی - نام بیمه گر پایه - شماره شناسایی بیمه گر پایه - زیر گروه - وضعیت تاهل - وضعیت تکفل و سایر اطلاعات درخواستی

ب) تغییرات ماهانه بیمه شدگان: بیمه گزار مکلف است در طول مدت قرارداد، تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را همراه با ذکر علت و تاریخ تغییر وضعیت بیمه شده، حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ وقوع برای بیمه گر ارسال نماید. این مهلت برای تولد نوزاد حداکثر دو ماه از تاریخ تولد می باشد.

**تبصره 3-** درموردی که بیمه گزار اتحادیه، اصناف و... باشد، اضافه شدن بیمه شدگان صرفاً شامل همسر بیمه شده اصلی به شرط ازدواج در طول مدت قرارداد و تولد نوزاد با ضوابط مربوطه می باشد. حذف بیمه شدگان صرفاً شامل فوت بیمه شده در طول مدت قرارداد می باشد.

ج) افزایش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد: افراد جدید الاستخدام (از ابتدای استخدام مطابق حکم کارگزینی)، مامورین و کارکنان انتقالی (از تاریخ انتقال مطابق حکم کارگزینی)، همسر کارکنانی که در طول مدت قرارداد ازدواج نموده اند و افرادی که در طول سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار گیرند، مشروط به اینکه حداکثر ظرف مدت یک ماه از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج و کفالت توسط بیمه گزار به بیمه گر معرفی گردند، در صورت عدم رعایت ضرب الاجل یک ماهه و در صورتی که اعلام وضعیت توسط بیمه گزار با تاخیر صورت گیرد، در صورت پذیرش بیمه گر از اولین روز ماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گزار تحت

پوشش این قرارداد قرار خواهند گرفت. لذا بیمه گزار ملزم به ارائه مدارک مثبت در خصوص موارد فوق می باشد.

• نوزادان از بدو تولد تحت پوشش می باشند، مشروط به آنکه حداکثر ظرف مدت 2 ماه از تاریخ تولد توسط بیمه گزار به بیمه گر معرفی گردند. در صورت عدم رعایت ضرب الاجل و موافقت بیمه گر شروع پوشش بیمه ای از اولین روز ماه بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گزار خواهد بود.

• در صورتی که پس از ترخیص مادر، مراقبت از نوزاد در بیمارستان ضروری باشد، به جهت تسهیل در ارائه خدمات و حفظ سقف تعهدات مادر، لازم است بیمه شده در اسرع وقت نسبت به اخذ شناسنامه برای نوزاد اقدام نموده و معرفی نامه های بعدی از محل پوشش بیمه ای نوزاد صادر گردد.

د) کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد: موارد کاهش بیمه شدگان صرفا شامل فوت بیمه شده، قطع رابطه همکاری - استخدامی کارکنان با بیمه گزار می باشد. تاریخ موثر برای حذف این دسته از بیمه شدگان منوط به اعلام کتبی بیمه گزار حداکثر ظرف مدت یک ماه و به استناد مدارک مثبت از تاریخ فوت یا قطع رابطه همکاری می باشد.

**تبصره 4-** در موارد قطع رابطه همکاری چنانچه در فاصله زمانی قطع رابطه همکاری تا وصول نامه درخواست بیمه گزار به بیمه گر (صرف نظر از رعایت مهلت مقرر توسط بیمه گزار)، بیمه شده از خدمات قرارداد استفاده کرده باشد، حذف پوشش از تاریخ وصول نامه بیمه گزار به بیمه گر اعمال شده و بیمه گزار ملزم به پرداخت حق بیمه مربوطه می باشد

**تبصره 5-** در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده ایشان به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.

**ماده 4-** چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه گزار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است، بیمه گر مجاز به تغییر در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.

**ماده 5- دوره انتظار:** دوره ای 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.

• دوره انتظار بابت تعهد زایمان مطابق با آئین نامه 99 مصوب شورای عالی بیمه، صرف نظر از تعداد بیمه شدگان، 9 ماه می باشد.

• سایر پوشش های بیمه ای فاقد دوره انتظار می باشد مگر اینکه در شرایط خصوصی قرارداد به نحو دیگری توافق شده باشد.

**تبصره 6-** در صورتیکه بیمه شده به صورت مستمر و پیوسته، دارای پوشش بیمه درمان تکمیلی نزد هریک از شرکت های بیمه گر حداقل معادل دوره انتظار تعیین شده در این قرارداد باشد، مشمول دوره انتظار نخواهد شد. مگر آنکه در شرایط خصوصی قرارداد به نحو دیگری توافق شده باشد

**ماده 7- مهلت پرداخت خسارت:** بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت کند. هزینه های تشخیصی - درمانی بر اساس مفاد قرارداد و با رعایت مقررات مربوطه بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت می گردد.

**تبصره 7-** بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه های اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) ندارد. فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) بر اساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می شود

**ماده 8-** بیمه گزار 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 کنند. 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 9- نحوه استفاده بیمه شدگان از خدمات و تعهدات قرارداد:** بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. لیکن در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر، نیازی به اخذ معرفی نامه یا مراجعه حضوری به بیمه گر نبوده و بیمه شدگان می توانند با ارائه اصل کارت ملی و دستور پزشک در مراکز درمانی طرف قرارداد از خدمات و تعهدات این قرارداد استفاده نمایند. لذا اولویت، استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر می باشد. (فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد در سایت رسمی بیمه گر به نشانی <http://www.iraninsurance.ir> - سربرگ مراکز ارائه خدمات - در دسترس تمامی بیمه شدگان می باشد).

1) در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورتحساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود.

2) چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط و تا سقف تعهدات قرارداد پرداخت خواهد شد

3) در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید 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 را به بیمه گر تحویل نماید، این هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهد شد .

4) 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.

5) 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 (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد

6) هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های آنان را تایید 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. میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

## ماده 10- ترتیب پذیرش بیمه شدگان در مراکز درمانی:

1) چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند، لازم است موارد زیر را رعایت فرمایند:

الف- با همراه داشتن اصل دستور پزشک معالج و اصل کارت ملی به یکی از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه فرمایند.

ب- هزینه های درمانی مربوطه توسط بیمه گر به مرکز درمانی طرف قرارداد طبق قرارداد فی ما بین پرداخت خواهد شد مگر هزینه های خارج از تعهد، خارج از سقف یا فرانشیز سهم بیمه شده که به عهده بیمه شده و بیمه گزار بوده و لازم است توسط بیمه شده پرداخت گردد.

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

الف- حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب از طریق بیمه گزار به بیمه گر اطلاع داده شود.

ب- پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی توسط بیمه شدگان یا بیمه گزار تامین و پرداخت گردد. ج- اصل صورتحساب، ریز صورت هزینه ها و فاکتورهای مربوطه و گواهی های بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گزار یا نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال فرمایند.

تبصره 8- بیمه شدگان می توانند ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول مانند سازمان خدمات درمانی، تأمین اجتماعی یا سازمان های مشابه اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان های یاد شده، از طریق نماینده بیمه گزار به بیمه گر، هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند

تبصره 9- در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نکرده باشد، مشمول فرانشیز مطابق با شرایط مندرج در قرارداد خواهد شد.

ماده 11- مهلت تحویل مدارک: مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر یک ماه بعد از انجام آن خواهد بود، مگر آنکه در شرایط خصوصی قرارداد به نحو دیگری توافق شده باشد.

ماده 12- اصل حسن نیت: بیمه گزار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات مرتبط با امور بیمه ای را در اختیار بیمه گر قرار دهند

1) اگر بیمه گزار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع به گونه ای باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گزار در صورت رضایت او دریافت و قرارداد را ادامه دهد یا آن را فسخ نماید.

2) هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده یا به وسیله اظهارات کاذب و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت بیمه گر حق دارد نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی را از لیست قرارداد حذف نماید و محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی تا تاریخ حذف بیمه شده پرداخت نموده باشد. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف پوشش بیمه شده می باشد

ماده 13- حق تحقیق: به منظور حفظ حقوق طرفین و همچنین شفافیت در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد.

## ماده 17- استثنائات:

هزینه این موارد مطابق با ماده 14 از آیین نامه 99 بیمه های درمان شورای عالی بیمه از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

1) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

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

3) سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

4) ترک اعتیاد.

5) عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

6) خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.



- (7) حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان
- (8) جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح.
- (9) فعل و انفعالات هسته ای.
- (10) هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- (11) هزینه همراه بیماران بین 10 سال تا 70 سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- (12) هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
- (13) لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
- (14) جراحی فک مگر به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- (15) هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی
- (16) 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 (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از 3 دیوپتر باشد
- (17) کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- ماده 18- سایر موارد:** در کلیه مواردی که در این قرارداد از آنها ذکری به میان نیامده باشد، مطابق با شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (آئین نامه شماره 99 مصوب شورای عالی بیمه) که جزء جدایی ناپذیر این قرارداد بوده و به بیمه گزار تحویل گردیده است و همچنین قوانین جاری کشور عمل خواهد شد.
- ماده 19-** هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گزار و بیمه گر در رابط با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.