

## شرایط عمومی بیمه گروهی مزاد درمان

### فصل اول: کلیات

#### ماده ۱- اساس قرارداد

این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه کتباً به بیمه گذار اعلام شده است جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.

#### ماده ۲- تعاریف

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند.

۲-۱- **بیمه گر:** شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است و جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه بعهده می گیرد.

۲-۲- **بیمه گر پایه:** سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمانی پایه اند.

۲-۳- **بیمه گذار:** بیمه گذار شخص حقوقی است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر گردیده و متعهد به پرداخت حق بیمه می باشد.

#### ۲-۴- بیمه شدگان:

۲-۴-۱- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار که به اتفاق کلیه اعضاء خانواده خود از طرف بیمه گذار بعنوان بیمه شده معرفی شده اند و حداقل ۵۰ درصد آنان باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

۲-۴-۲- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروهها (از قبیل اصناف، اتحادیه ها و انجمن ها) مشروط به آنکه باهدفی غیر از اخذ پوشش بیمه ای موضوع این بیمه نامه متشکل شده و حداقل ۵۰ درصد آنان جزء بیمه شدگان قرار گیرند صرفاً با تأیید اداره مرکزی بیمه پارسیان امکان پذیر خواهد بود.

۲-۴-۳- منظور از اعضاء خانواده، شامل همسر، فرزندان، پدر و مادر تحت تکفل بیمه شدگان می باشد.

۲-۵- موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۲-۵-۱- **حادثه:** هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

۲-۵-۲- **بیماری:** هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

۲-۶- **حق بیمه:** وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و پرداخت حق بیمه مقدم بر تعهدات بیمه گر بوده و انجام تعهدات بیمه گر موقوف به پرداخت حق بیمه به نحوی که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

۲-۷- **دوره انتظار:** مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

۲-۸- **فرانشیز:** سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می گردد.

۲-۹- **مدت:** مدت بیمه نامه یکسال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضاء آن با توافق طرفین در شرایط خصوصی بیمه نامه درج می شود.

#### فصل دوم: هزینه های درمانی قابل پرداخت

ماده ۳- هزینه های درمانی قابل پرداخت موضوع این آئین نامه عبارت است از:

#### الف) تعهدات اصلی

۱- جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود یا Day Care.

**تبصره:** اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد.

۲- هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستانها).

۳- 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.

ب) هزینه های مربوط به پوششهای اضافی ذیل به شرط آنکه در بیمه نامه یا الحاقیه پیوست بیمه نامه درج و حق بیمه مربوط به آن دریافت شده باشد:

۱- افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع

(به استثنای ریسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان.

۲- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین. سقف تعهد بیمه گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر تجاوز کند.

۲-۱- در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان نازائی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI, IVF, ZIFT, GIFT، میکرو انیجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است.

۲-۲- مدت انتظار جهت استفاده از پوشش این بند برای گروههای زیر ۲۵۰ نفر، ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه و برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

۳- هزینه های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:

۳-۱- جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری.

۳-۲- جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق).

۳-۳- جبران هزینه های آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی

۳-۴- جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری.

۳-۵- جبران هزینه های دندانپزشکی.

۳-۶- جبران هزینه های مربوط به خرید عینک.

۳-۷- جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک.

۴- جبران هزینه های رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به اضافه نصف استیگمات) ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد.

۵- جبران هزینه عمال مجاز سرپایی مانند شکستگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن، لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.

فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (درمطب) به شرح جدول پیوست ذکر می شود.

۶- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه.

۷- ارائه پوشش بیمه های جهت خطرات طبیعی (به استثنای زلزله) مشروط به دریافت حق بیمه اضافی.

**تبصره ۱:** هزینه هایی که در اجرای بند پرداخت می شود، مزاد بر سقف تعهدات سالیانه می باشد.

**تبصره ۲:** ارائه پوشش هزینه های درمانی به جز مواردی که در این آئین نامه ذکر شده است، مجاز نمی باشد مگر آنکه قبلاً توافق بیمه مرکزی ج.ا. در مورد نوع پوشش و حدود تعهدات کسب شده باشد.

#### ماده ۴- اصل حسن نیت

بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقعی طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه نامه فسخ خواهد شد.

**تبصره -** چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است.

#### ماده ۵- فرانشیز

۵-۱- فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۳۰ درصد کل هزینه های درمانی مربوط و در غیر اینصورت معادل سهم بیمه گر پایه و حداقل ۳۰ درصد خواهد بود.

۵-۲- بیمه گر می تواند صرفاً فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی عمومی و تخصصی و زایمان را با دریافت حق بیمه اضافی پوشش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود که قابل بیمه شدن نیست.

#### ماده ۶- پرداخت حق بیمه

بیمه گذار موظف است حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در قرارداد بیمه توافق شده است به بیمه گر پرداخت نمایند.

## ماده ۷- استثنائات

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است :

۷-۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میگردد مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث بیمه شده در طی مدت بیمه باشد.

۷-۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه به طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد .

۷-۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج .

۷-۴- ترک اعتیاد.

۷-۵- خودکشی، اعمال مجرمانه.

۷-۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان .

۷-۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.

۷-۸- فعل و انفعالات هسته ای .

۷-۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.

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

۷-۱۱- جنون.

۷-۱۲- جراحی لثه.

۷-۱۳- زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر

۷-۱۴- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.

۷-۱۵- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۷-۱۶- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.

۷-۱۷- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هرچشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به اضافه نصف استیگمات) کمتر از ۴ دیوپتر باشد.

۷-۱۸- 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 .

**تبصره:** موارد استثنای مندرج در بندهای ۶-۷، ۷-۷، ۹-۷، ۱۰-۷، ۱۲-۷، ۱۵-۷، با پرداخت حق بیمه اضافی ، قابل بیمه شدن است .

## ماده ۸- نحوه بستری در بیمارستان:

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستانهای داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه های مربوط باید 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 نماید. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند صورت حساب مرکز درمانی اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود در غیر این صورت هزینه های مربوط بر اساس قراردادهای منعقد شده بیمه گر با بیمارستانهای هم تراز پرداخت خواهد گرفت.

**تبصره ۱:** در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل ، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد 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 صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه ، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد.

**تبصره ۲:** بیمه گذار و یا بیمه شده موظف اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کنند.

## ماده ۹- حق بیمه اضافی:

حداکثر سن بیمه شده برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال ، بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمانها و صندوقهای بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر خواهد بود. در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

## ماده ۱۰- پوشش افراد تحت تکفل بیمه شده ای که در بین قرارداد فوت نمایند:

در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت نماید پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه ای، ادامه خواهد داشت.

## ماده ۱۱- اظهارات کاذب:

هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً بوسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام

به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان 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 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.

## ماده ۱۳- هزینه اعمال جراحی خارج از کشور:

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 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 حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آن را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد 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 ۱۴- موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه:

بیمه گر و یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند:

### ۱-۱۴- موارد فسخ از طرف بیمه گر

۱-۱-۱۴- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۲-۱-۱۴- هرگاه بیمه گذار سهواً و یا بدون سوء نیت 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.

۳-۱-۱۴- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه .

### ۲-۱۴- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

۱-۲-۱۴- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲-۲-۱۴- در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود.

۳-۲-۱۴- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است.

### ۳-۱۴- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ

۱-۳-۱۴- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه شود .

۲-۳-۱۴- در صورت فسخ 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 ) بنابراین در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی تا زمان فسخ بیمه نامه بیشتر از ۷۰ درصد باشد، بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند .

### ماده ۱۵- نحوه فسخ:

۱-۱۵- در صورتیکه بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله 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 شود.

۲-۱۵- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کند، در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور با تاریخ موخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده محسوب می شود .

### ماده ۱۶- مهلت پرداخت خسارت:

بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند بوسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت کند.

### ماده ۱۷- کتبی بودن اظهارات:

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه بایستی کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال گردد.

### ماده ۱۸-

این آئین نامه از ابتدای سال ۱۳۹۰ لازم الاجراء خواهد بود و از تاریخ مذکور ، آئین نامه های شماره ۴۴ و ۴۳ مصوب شورای عالی بیمه به ترتیب با عنوان (شرایط عمومی بیمه گروهی مازاد درمان ) و ( تعرفه بیمه گروهی مازاد درمان ) و اصلاحات بعدی آن لغو می شود .