

ارائه نماید. در این صورت نام بیمه‌شده از تاریخ فوت از لیست بیمه‌شدگان حذف و به شرط عدم دریافت خسارت، حق بیمه از ابتدای ماه بیمه‌ای بعد از تاریخ فوت، به صورت ماه شمار محاسبه و عودت می‌گردد.

تبصره ۲: در صورت فوت بیمه‌شده اصلی، پوشش بیمه‌ای افراد تحت تکفل وی، به شرط پرداخت حق بیمه، تا پایان مدت بیمه‌نامه، ادامه داشته ولی بیمه‌نامه تمدید نخواهد شد.

۵.۴. طلاق: در صورت طلاق، بیمه‌شده اصلی حداکثر یک ماه از تاریخ طلاق فرصت دارد مدارک مورد نیاز را طبق اعلام بیمه‌گر، ارائه نماید. در این صورت نام همسر از تاریخ طلاق ثبت شده در شناسنامه، از لیست بیمه‌شدگان حذف و به شرط عدم دریافت خسارت، حق بیمه از ابتدای ماه بیمه‌ای بعد از تاریخ طلاق، به صورت ماه شمار محاسبه و عودت می‌گردد.

تبصره ۳: در صورت حذف هر یک از بیمه‌شدگانی که هزینه درمانی دریافت نموده‌اند، بیمه‌گذار ملزم به پرداخت حق بیمه ایشان تا پایان قرارداد می‌باشد.

ماده ۶: پرداخت حق بیمه:

۶.۱. حق بیمه این بیمه‌نامه به صورت یک‌جا و همزمان با صدور آن دریافت می‌گردد.

۶.۲. در مواردی که بیمه‌گر با تقسیط حق بیمه موافقت نماید، قسط اول همزمان با صدور بیمه‌نامه دریافت می‌گردد. همچنین بیمه‌گذار می‌بایست حق بیمه متعلق به این قرارداد را در سررسید(های) تعیین شده، طبق جدول مربوطه و با اخذ شناسه واریز از واحد صدور بیمه‌نامه در وجه شرکت بیمه پارسیان پرداخت نماید.

۶.۳. در صورت عدم واریز حق بیمه در سررسید(های) تعیین شده، قرارداد از تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده، تعلیق شده و بیمه‌گر می‌تواند از همان تاریخ، قرارداد را فسخ نماید. همچنین در صورتی که بیمه‌شده دارای اقساط معوق باشد، پرداخت خسارت و صدور معرفی‌نامه امکان‌پذیر نمی‌باشد.

تبصره ۴: در مواردی که میزان خسارت بالاتر از مبلغ حق بیمه پرداخت شده باشد، بیمه‌شده می‌بایست پیش از دریافت خسارت و یا صدور معرفی‌نامه، کل مبلغ حق بیمه سالانه را تسویه نماید.

تبصره ۵: در صورت عدم واریز حق بیمه در سررسید(های) تعیین شده و عدم فسخ قرارداد توسط بیمه‌گر، بیمه‌گذار می‌بایست حق بیمه دوران تعلیق را پرداخت نماید.

۶.۴. حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ صدور الحاقیه، حق بیمه‌های اضافی متعلق به تغییرات این قرارداد می‌بایست پرداخت شود. در غیر این صورت تاریخ موثر الحاقیه، ساعت ۲۴ روز دریافت حق بیمه اضافی در نظر گرفته می‌شود.

تبصره ۶: حق بیمه مربوط به الحاقیه‌های برگشتی از مبلغ قسط بعدی کسر می‌گردد.

تبصره ۷: در مورد افزایش تعداد بیمه‌شدگان، حق بیمه کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می‌شود.

تبصره ۸: در مورد کاهش تعداد بیمه‌شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل، قابل برگشت نمی‌باشد.

ماده ۱: بیمه‌گر: شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام) به نشانی: تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان غربی، پلاک ۲۲ تلفن ۸۲۵۹، که در این قرارداد در ازای اجرای تعهدات بیمه‌گذار، جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان را که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است، بر عهده دارد.

تبصره ۱: سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی و نیروهای مسلح که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمانی می‌باشند، "بیمه‌گر پایه" و شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام) "بیمه‌گر دوم" محسوب می‌شود.

ماده ۲: بیمه‌گذار: بیمه‌گذار شخصی حقیقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه‌نامه می‌باشد.

ماده ۳: بیمه‌شدگان:

۳.۱. بیمه‌شده اصلی: شخص بیمه‌گذار می‌باشد.

۳.۲. بیمه‌شده تبعی: بیمه‌شدگان معرفی شده از طرف بیمه‌شده اصلی شامل همسر، فرزندان پسر تا سن ۲۰ سال تمام به شرط اشتغال به تحصیل تمام وقت و فرزندان دختر تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار دارای بیمه.

ماده ۴: موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان که در تعهد بیمه‌گر پایه نبوده و طی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

ماده ۵: حذف و اضافه بیمه‌شدگان: در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه، حذف یا اضافه نمودن بیمه‌شدگان بر اساس شرایط زیر صورت می‌گیرد:

۵.۱. تولد نوزاد: بیمه‌شده اصلی حداکثر تا دو ماه شمسی از تاریخ تولد نوزاد فرصت دارد مدارک زیر را ارائه و در صورت نیاز، مراحل معاینه پزشکی را طی نماید. در صورت پذیرش پوشش بیمه‌ای از جانب بیمه‌گر، نوزاد از تاریخ تولد تحت پوشش بیمه‌نامه قرار گرفته و حق بیمه به صورت ماه شمار دریافت خواهد شد:

○ رونوشت برابر اصل شده قانونی شناسنامه نوزاد

○ رونوشت برابر اصل شده قانونی شناسنامه پدر و مادر نوزاد

○ فرم تکمیل شده پرسش‌نامه سلامت

۵.۲. ازدواج: بیمه‌شده اصلی حداکثر یک ماه از تاریخ عقد فرصت دارد مدارک زیر را ارائه و در صورت نیاز، مراحل معاینه پزشکی را طی نماید. در صورت پذیرش پوشش بیمه‌ای از جانب بیمه‌گر، همسر بیمه‌شده از ابتدای ماه بیمه‌ای بعد از اعلام، به لیست بیمه‌شدگان تبعی بیمه‌گذار، اضافه و حق بیمه به صورت ماه شمار محاسبه خواهد شد:

○ رونوشت برابر اصل شده قانونی شناسنامه بیمه‌شده

○ رونوشت برابر اصل شده قانونی شناسنامه همسر بیمه‌شده

○ فرم تکمیل شده پرسش‌نامه سلامت

۵.۳. فوت: در صورت فوت هر یک از بیمه‌شدگان، بیمه‌شده اصلی حداکثر یک ماه از تاریخ فوت بیمه‌شده فرصت دارد مدارک مورد نیاز را طبق اعلام بیمه‌گر،



۹.۲.۳. هزینه‌های خارج از تعهد و خارج از سقف، به عهده بیمه‌شده و بیمه‌گذار می‌باشد و در صورتی که این هزینه‌ها توسط بیمه‌گر پرداخت گردد، بیمه‌گذار می‌بایست حداکثر ظرف مدت پانزده روز از تاریخ اعلام کتبی بیمه‌گر، آن را در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

۹.۲.۴. در صورت وجود قرارداد فی‌مابین بیمارستان و بیمه‌گر پایه و کسر سهم بیمه‌گر پایه از صورت حساب توسط بیمارستان، فرانشیز از بیمه‌شده کسر نخواهد شد.

ماده ۱۰: دوره انتظار: دوره انتظار این بیمه‌نامه برای استفاده از پوشش‌های بیمه‌ای، به شرح زیر می‌باشد:

۱۰.۱. دوره انتظار برای استفاده از پوشش زایمان و نازایی، یک‌سال از تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده می‌باشد.

۱۰.۲. دوره انتظار بیماری‌های زیر نیز سه ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده می‌باشد:

- رفع عیوب انکساری، کاتاراکت، استرابیسم، پولیپ و انحراف بینی، سینوزیت، لوزه، جراحی قلب باز، بیماری‌های مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتومی و هیسترتومی، سیستوسل، رکتوسل، آنتروسل، لیزیک، تعویض مفصل، پیوند قرنیه، کاشت حلزون، واریس، هزینه‌های درمانی ناشی از حوادث مربوط به ادامه معالجاتی که حادثه، قبل از تاریخ شروع اولین پوشش بیمه‌ای برای بیمه‌شده اتفاق افتاده باشد.

ماده ۱۱: بررسی مدارک درمانی: به منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت بیمه‌شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام‌شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.

ماده ۱۲: حل اختلاف نظر: بیمه‌گر و بیمه‌گذار کوشش خواهند نمود هرگونه اختلاف نظر ناشی از اجرای این قرارداد را از طریق مذاکرات فی‌مابین حل و فصل نمایند.

در صورت عدم توافق، موضوع مطابق با ماده ۱۶ شرایط عمومی بیمه‌نامه درمان انفرادی، به داوری ارجاع خواهد شد.

ماده ۱۳: شرایط فسخ قرارداد: بیمه‌گر و بیمه‌گذار می‌توانند بر اساس شرایط تعیین شده در ماده ۱۳ شرایط عمومی بیمه‌نامه درمان انفرادی، نسبت به فسخ قرارداد اقدام نمایند.

ماده ۱۴: سایر موارد: در موارد اشاره نشده در شرایط خصوصی بیمه‌نامه درمان انفرادی، مطابق با آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه و عرف بیمه، عمل خواهد شد.

ماده ۱۵: نسخ قرارداد: این قرارداد مشتمل بر ۱۵ ماده و ۸ تبصره در دو نسخه که در حکم واحد می‌باشند تنظیم، امضاء و مبادله شده است.

بیمه‌گر:

شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)

ماده ۷: چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی گردد، بیمه‌گر تنها متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ انقضای بیمه‌نامه خواهد بود.

ماده ۸: استثنائات: علاوه بر استثنائات درج شده در ماده ۸ شرایط عمومی پیوست بیمه‌نامه درمان انفرادی، جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی و پاراکلینیکی به شرح زیر نیز از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

- هر گونه اعمال جراحی زیبایی
- هزینه‌های درمانی مرتبط با بیماری‌های دارای سابقه قبلی که در زمان صدور بیمه‌نامه، مستثنی گردیده است.

ماده ۹: ترتیب بستری شدن بیمه‌شدگان:

۹.۱. چنانچه بیمه‌شدگان در بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد بستری شوند می‌بایست نکات زیر را رعایت نمایند:

- مراتب را از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر اطلاع دهند.
- پیش‌پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی را خودشان تامین نمایند.
- اصل مدارک و صورت حساب‌های بیمارستانی به همراه نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه‌گذار و نماینده وی جهت محاسبه هزینه‌های مربوطه برای بیمه‌گر ارسال نمایند.

۹.۱.۱. بیمه‌شده می‌بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه‌گر پایه اقدام نماید. سپس با ارایه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از بیمه‌گر پایه، هزینه‌های انجام شده را تا سقف‌های مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نماید.

۹.۱.۲. مهلت تحویل مدارک بیمارستانی برای تسویه هزینه‌های انجام‌شده، حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از ترخیص بیمه‌شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک بیمه‌گر اول می‌باشد و در مورد هزینه‌های پاراکلینیکی، حداکثر یک ماه بعد از انجام آن خواهد بود.

۹.۱.۳. محاسبه غرامات براساس تعرفه مراکز درمانی یا بیمارستان هم‌درجه طرف قرارداد با بیمه‌گر می‌باشد. در صورت عدم تعیین حق‌العمل جراح در صورت حساب بیمارستان، این هزینه بر اساس قراردادهای منعقد شده با بیمارستان‌های هم‌تراز پرداخت خواهد شد.

۹.۱.۴. محاسبه هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی بر اساس تعرفه‌های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و خصوصی در تاریخ انجام هزینه خواهد بود.

۹.۲. بیمه‌شده در هنگام استفاده از بیمارستان‌های طرف قرارداد با بیمه‌گر، می‌بایست نکات زیر را رعایت نماید:

۹.۲.۱. بیمه‌شده برای دریافت معرفی‌نامه می‌بایست درخواست کتبی خود را به همراه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد، به بیمه‌گر ارایه نماید.

۹.۲.۲. بیمه‌گذار می‌بایست حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام نماید.