

**ماده ۱: کلیات:** این بیمه‌نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد) تنظیم شده و مورد توافق طرفین می‌باشد.

**تبصره ۱:** آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر واقع نگردیده و هم‌زمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌گردد.

**ماده ۲: تعاریف و اصطلاحات:** تعاریف و اصطلاحات ذکر شده در این بیمه‌نامه، صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می‌تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته‌اند:

- بیمه‌گر:** موسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است و جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.
- بیمه‌گر پایه:** سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوطه موظف به ارایه خدمات درمان پایه‌اند.
- 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 است.
- گروه بیمه‌شدگان:**

۴.۱. **بیمه‌شده اصلی:** همان بیمه‌گذار است.

۴.۲. **افراد تحت تکفل:** بیمه‌شدگان تبعی معرفی شده از طرف بیمه‌شده اصلی شامل همسر (زن)، 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.

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، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۷. **بیماری:** وضعیت جسمی یا روانی غیر طبیعی 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 روز باشد.

۹. **حق بیمه:** وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.

**تبصره ۲:** پرداخت حق بیمه مقدم بر تعهدات بیمه‌گر بوده و انجام تعهدات بیمه‌گر، موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده است، می‌باشد.

۱۰. **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.

۱۱. **خسارت ارزیابی شده:** مبلغی که بر اساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.

۱۲. **فرانشیز:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده است که میزان آن در بیمه‌نامه تعیین می‌گردد.

۱۳. **خسارت قابل پرداخت:** مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.

۱۴. **مدت بیمه‌نامه:** مدت بیمه معادل یکسال کامل شمسی است که تاریخ شروع و پایان آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

**ماده ۳: پوشش‌های قابل ارایه:** پوشش‌های قابل ارایه موضوع این بیمه‌نامه عبارت است از:

**الف: پوشش‌های اصلی**

- جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.
- تبصره ۳:** سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندیکای بیمه‌گران ایران و تایید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران قابل پوشش است.
- هزینه همراه بیمه‌شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.

**تبصره ۴:** در صورتی که در خصوص هزینه همراه بیمه‌شدگان بستری در بیمارستان، توافق دیگری بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار صورت گرفته باشد، می‌بایست در شرایط خصوصی بیمه‌نامه درمان انفرادی درج گردد.

۳. هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.

**ب: پوشش‌های اضافی**

بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد زیر را حسب توافق با بیمه‌گذار تا سقف درج‌شده در بیمه‌نامه تحت پوشش قرارداد دهد:

۱. افزایش سقف تعهد برای شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، 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 و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.

**تبصره ۵:** سقف تعهد بیمه‌گر در هزینه‌های تحت پوشش این بند با احتساب سقف تعهدات پوشش‌های اصلی درج‌شده در بند الف ماده ۳ می‌باشد.

۲. جبران هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا سقف تعهد درج شده در بیمه‌نامه.

**تبصره ۶:** چنانچه بیمه‌شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

۳. جبران هزینه‌های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، ZIFT, JUI, GIFT، میکرواینجکشن و IVF.

**تبصره ۷:** مدت انتظار برای استفاده از پوشش بند ۲ و ۳، مطابق با شرایط خصوصی بیمه‌نامه خواهد بود.

۴. **هزینه‌های پاراکلینیکی:**

۴.۱. جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام‌آر‌آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری.

۴.۲. جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)،

خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتوزیستی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنٹاکم، شنوایی‌سنجی (انواع ادیومتری).

۴.۳. جبران هزینه انواع خدمات آزمایش‌های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آلرژیک.

۴.۴. جبران هزینه تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین.

۴.۵. جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT).

۴.۶. جبران هزینه‌های بستری جهت درمان بیماری‌های روان‌پریشی.

**تبصره ۸:** هزینه نگهداری بیمار روان‌پریش تحت پوشش نیست.

**تبصره ۹:** تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۱-۴ تا ۵-۴ برای هر بیمه‌شده، مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای ذکر شده از ۵۰٪ سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، پلامانع است.

۵. جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور فقط مازاد بر سهم بیمه‌گر پایه) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری.

۶. جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مشروط به خدمات دندان‌پزشکی و جراحی لثه.

**تبصره ۱۰:** هزینه‌های دندان‌پزشکی تا زمانی که تعرفه‌ای توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه‌ای که سالیانه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و ابلاغ می‌شود، محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۷. جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم‌پزشک و یا اپتومتریست.

۳. در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه، چنانچه سهم ذکر شده کمتر از فرانشیز درج شده در بیمه‌نامه باشد، مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

**ماده ۷: 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 ۸:** چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود، بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

**تبصره ۱۵:** چنانچه در خصوص پرداخت هزینه‌ها توافق دیگری بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار صورت گرفته باشد، مطابق توافق انجام شده که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه درمان انفرادی درج می‌گردد، عمل خواهد شد.

**ماده ۹: استثنائات:** هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر نیست:

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

۲. عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

**تبصره ۱۶:** در صورتی که در خصوص هزینه‌های درمانی مرتبط با عیوب مادرزادی، توافق دیگری بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار صورت گرفته باشد، می‌بایست در شرایط خصوصی بیمه‌نامه درمان انفرادی درج گردد.

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

۴. ترک اعتیاد.

۵. عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان 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 بنا به تأیید مراجع ذی‌صلاح.

۹. فعل و انفعالات هسته‌ای.

۱۰. هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۱. هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۲. هزینه‌های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

۱۳. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.

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

۱۵. هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.

۱۶. رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷. تمامی هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

**تبصره ۱۷:** بیمه‌گر می‌تواند استثنائات درج شده 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 ۱۰: نحوه بستری در بیمارستان و پرداخت خسارت:**

۱۰.۱ بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه

۸. جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.

۹. جبران هزینه مربوط به خرید سمک.

۱۰. جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن‌لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی.

**تبصره ۱۱:** فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) بر اساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می‌شود.

۱۱. هزینه تهیه اورتوز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد.

**تبصره ۱۲:** سندیکای بیمه‌گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اورتوز را سالیانه تنظیم و ابلاغ می‌کند.

۱۲. جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

**ماده ۴: درمان خانواده:** بیمه‌گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می‌تواند بیمه‌نامه درمان خانواده و یا بیمه‌نامه 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 پرسش‌نامه سلامتی ارائه شده توسط بیمه‌گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می‌شود.

۲. متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پاسخ‌های درج شده در پرسش‌نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه‌ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل وی و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری‌هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

**تبصره ۱۳:** بیمه‌گر می‌تواند مشروط به اخذ پرسش‌نامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

**ماده ۵: اصل حسن نیت:** بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، تمامی اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا بر خلاف 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 به عمد به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه 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 ۶: فرانشیز:**

۱. فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰٪ خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

**تبصره ۱۴:** بیمه‌گر می‌تواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین‌نامه 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 درج شده در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۲. بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست ذکر شده یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌گردد.

**د: نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:**

۱. در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.

۲. در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه، یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی که تا زمان فسخ بیمه‌نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵٪ باشد، بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت ذکر شده به ۷۵٪ برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ ذکر شده اقدام کند.

**ماده ۱۴: مهلت پرداخت خسارت:** بیمه‌گر 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 ۱۵: کتبی بودن اظهارات:** هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به‌طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

**ماده ۱۶: ارجاع به داور:** بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند 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 داور یا مراجع به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داور، طرفین می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هریک از طرفین، داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داور می‌کنند. هریک از طرفین حق‌الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق‌الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

**ماده ۱۷: نسخ قرارداد:** این قرارداد مشتمل بر ۱۷ ماده و ۱۸ تبصره تنظیم شده است.

**بیمه‌گر:****شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)**

حداکثر تا سقف تعرفه درج شده در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به همراه نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده به بیمه‌گر تحویل دهد. این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

۱۰.۲ در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز درج شده در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

۱۰.۳ 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.

۱۰.۴ بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز برای بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی - درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

۱۰.۵ بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی - درمانی را بر اساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

۱۰.۶ چنانچه بیمه‌شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک موسسه بیمه باشد در اولویت‌بندی استفاده از پوشش هر کدام از موسسه‌های بیمه مخیر است.

**ماده ۱۱: پوشش افراد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی که در بین قرارداد فوت نمایند:** در صورتی که بیمه‌شده اصلی، در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه فوت نماید، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه‌ای، ادامه خواهد داشت.

**ماده ۱۲: هزینه‌های پزشکی خارج از کشور:** هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور یا تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های آنان را تأیید کند، تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر، درج شده در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از شرایط بالا، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

**تبصره ۱۸:** میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

**ماده ۱۳: فسخ بیمه‌نامه:** بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه‌نامه اقدام نمایند:

**الف: موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:**

۱. عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.  
۲. هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت، مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند، به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

**ب: موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:**

• در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود.

**ج: نحوه فسخ بیمه‌نامه:**

۱. در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار فسخ شده تلقی می‌گردد.