

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 یک سال 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

۱. جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

۲. هزینه همراه بیمه‌شدگان بستری شده در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال باشد.

۳. هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی 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 ۴: سقف تعهد بیمه‌گر در هزینه‌های تحت پوشش این بند با احتساب سقف تعهدات پوشش‌های اصلی درج‌شده در بند الف این ماده می‌باشد.

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

تبصره ۴: چنانچه بیمه‌شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی خانواده نزد شرکت بیمه پارسیان را داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

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

تبصره ۵: 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)، دانستومتری.

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

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:

۱. 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.

۲. 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.

۳. بیمه‌گذار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه‌نامه است.

#### ۴. گروه بیمه‌شدگان:

۴.۱. بیمه‌شده اصلی: همان بیمه‌گذار حقیقی یا فرد معرفی شده از طرف بیمه‌گذار حقوقی است که به تنهایی یا به همراه افراد تبعی خود تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار می‌گیرد.

۴.۲. بیمه‌شده تبعی: فرد یا افراد معرفی شده از طرف بیمه‌شده اصلی که شامل همسر/ همسران دایم، فرزندان دختر تا زمان ازدواج و فرزندان پسر تا سن ۲۰ سال و به شرط اشتغال به تحصیل تمام وقت می‌باشند.

۵. موضوع بیمه: جبران هزینه‌های مرتبط با پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری 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 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 و 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.

**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 می‌باشد. و در غیر این صورت طبق بند ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.
۲. در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز درج‌شده در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
۳. در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه، چنانچه سهم ذکر شده کمتر از فرانشیز درج‌شده در بیمه‌نامه باشد، مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

**ماده ۷: استثنائات:** هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر نیست:

۱. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود.
۲. عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- تبصره ۸: 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 خانواده 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 معتمد بیمه‌گر.
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. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
۱۳. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
۱۴. هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
۱۵. 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.
۱۶. تمامی هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

**ماده ۸: نحوه بستری در بیمارستان و پرداخت خسارت:**

- ۸.۱. نحوه بستری، به دو صورت بستری در مراکز طرف قرارداد با معرفی‌نامه و بستری در مراکز فاقد قرارداد می‌باشد که مراحل آن در شرایط خصوصی، ذکر شده است.

- (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتوپزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی‌سنجی (انواع ادیومتری).
- ۴.۳. جبران هزینه انواع خدمات آزمایش‌های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آلرژیک.
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 مربوط به خدمات دندان‌پزشکی و جراحی لثه.
- تبصره ۶: هزینه‌های دندان‌پزشکی تا زمانی که تعرفه‌ای توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه‌ای که سالانه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و ابلاغ می‌شود، محاسبه و پرداخت خواهد شد.
۷. 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.
۸. جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی.
- تبصره ۷: فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) بر اساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می‌شود.
- ماده ۴: شرایط صدور بیمه‌نامه درمان خانواده:** بیمه‌گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می‌تواند این بیمه‌نامه را برای هر خانواده ارائه نماید.
۱. بیمه‌گذار باید فرم پرسش‌نامه سلامتی ارائه‌شده توسط بیمه‌گر را برای خود و افراد تبعی 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 افراد تبعی، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پاسخ‌های درج‌شده در پرسش‌نامه سلامت یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه‌ای به فرد یا افرادی از گروه تبعی وی یا پوشش هزینه زایمان یا بیماری‌هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.
- ماده ۵: اصل حسن نیت:** بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف هستند 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 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 یا ارائه مدارک نادرست، اقدام به دریافت وجوهی برای خود 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 ۱۱: 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 ۱۲: 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 ۱۳: ارجاع به داوری:** 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 داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، 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 داوری 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 ۱۴: نسخ قرارداد:** این قرارداد در ۱۴ ماده و ۹ تبصره تنظیم شده است.

#### بیمه‌گر:

شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)

۸.۲. 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.

۸.۳. 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.

**ماده ۹: هزینه‌های پزشکی خارج از کشور:** هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تایید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند 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 تایید کند، تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر که در بیمه‌نامه درج شده است، پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از شرایط بالا، هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در کشور ایران و با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر، محاسبه و پرداخت می‌شود.

**تبصره ۹:** میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

**ماده ۱۰: 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 حق‌بیمه یا اقساط آن در سررسید مقرر.
۲. هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت، مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری کند، به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد 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 فسخ‌شده تلقی می‌گردد.
۲. بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست ذکرشده یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

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

۱. در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گر، حق‌بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
۲. در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار، حق‌بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق‌بیمه 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 حق‌بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵٪ باشد، بیمه‌گذار متعهد است مانده حق‌بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت ذکرشده به ۷۵٪ برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ ذکرشده اقدام کند.