

ماده 4- فرانشیز

۱- فرانشیز هزینه های پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه معادل درصد فرانشیز درج شده در بیمه نامه می باشد و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده 5- پرداخت حق بیمه: بیمه گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه های مربوط توافق شده است به بیمه گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.

ماده 6- بیمه گذار یا بیمه شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کند.

ماده 7- بیمه گذار 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 کند. 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 8- بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی - درمانی را براساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده 9- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده 10- استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه گر نیست:

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴- ترک اعتیاد.

۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان 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 و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.

۹- فعل و انفعالات هسته ای.

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

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

۱۲- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی

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

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

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس بیمه نامه: این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه گر و بیمه گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: تعاریف و اصطلاحات مذکور در این آیین نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده اند:

1- بیمه گر: مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است.

2- 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 مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

3- بیمه گذار: شخصی حقیقی است که مشخصات وی در بیمه نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه است.

4- موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

5- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

6- بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

7- Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

8- حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد.

9- 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.

10- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.

11- فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این سند تعیین می شود.

12- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

13- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یک سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می گردد.

فصل دوم: شرایط

ماده 3- اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلفند 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 از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف 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 بیمه گر بکاهد، بیمه گر حق دارد آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می شود و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده 16- بیمه گر 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 17- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده 18- ارجاع به داور: بیمه گر یا بیمه گذار می توانند 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 مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داور، طرفین می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داور می کنند. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

فصل سوم: سایر مقررات

ماده 19- بیمه گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می تواند بیمه نامه درمان خانواده و یا بیمه نامه برای مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، ارایه نماید:

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش نامه سلامتی ارایه شده توسط بیمه گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می شود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه گر می تواند با توجه به پاسخ های مندرج در پرسش نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارایه پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

تبصره: بیمه گر می تواند مشروط به اخذ پرسش نامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

ماده 20- بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر، به خارج از کشور 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 آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه، به ایشان پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک 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

۱۶- 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 کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

ماده 11- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند 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 انجام شده را به بیمه گر تحویل شود، این هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهند شد.

ماده 12- 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 (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده 13- 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.

ماده 14- در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه شدگان وابسته وی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده 15- فسخ بیمه نامه
بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:
الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

- 1- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲- هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سوءنیت 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.
- ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:
- انتقال پورتنوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هردلیل.
- ج- نحوه فسخ:

۱- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله 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 گردد.

۲- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:
۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می شود.

۲- در صورت فسخ بیمه نامه 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). در

PIC ۰۰۸	شرکت بیمه سامان	
تجدید نظر: ۰۲	شرایط خصوصی بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده	
صفحه: ۱ از ۱		

این بیمه نامه صرفاً براساس اطلاعات ارائه شده توسط بیمه شده در فرم پرسشنامه گواهی سلامت (PIF ۰۰۴) صادر گردیده و در صورت کتمان حقایق و عدم ارائه اطلاعات صحیح در خصوص سلامت و سابقه بیماری، بیمه گر تعهدی در قبال پرداخت خسارت نخواهد داشت.

فرانشیز:

فرانشیز عبارتست از سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است. فرانشیز کلیه هزینه های تحت پوشش این بیمه نامه در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه ۱۰٪ می باشد.

دوره انتظار:

دوره انتظار مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد. دوره انتظار در این بیمه نامه بصورت زیر می باشد:

- ۹ ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF منظور می گردد.

- ۳ ماه دوران انتظار برای بیماری های مزمن

در این موارد امکان حذف دوران انتظار وجود دارد:

۱. در صورت تمدید بیمه نامه درمان تکمیلی سامان اعم از گروهی یا خانواده (با فاصله حداکثر یک ماه بعد از انقضای بیمه نامه قبلی) برای

بیمه شدگان حقیقی

۲. در صورت ارائه آخرین لیست تأیید شده توسط بیمه گر سال قبل (ممهور به مهر شعبه و مشروط به آنکه بیش از یک ماه از بیمه نامه

منقضی سپری نشده باشد) برای گروه های کوچک و متوسط (SME)، صرفاً برای افراد نامبرده در لیست.

بیماری های مزمن:

رفع عیوب انکساری چشم (شامل لیزیک، لازک، در صورتیکه 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 علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، در غیر اینصورت غیر قابل پرداخت می باشد)، سمک، کاتاراکت، استرایسم (فقط جنبه درمانی برای افراد زیر ۷ سال)، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوزیت، جراحی لوزه، بیماری های قلبی - عروقی، بیماری های گوارشی (زخم های گوارشی، کولیت روده - گاستریت معده و ...)، بیماری های مزمن کلیوی، سکتة مغزی، جراحی دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میمومکتومی، هیستریکتومی، سیستوسل، رکتوسل، آنتروسل، فتق، اختلالات تیروئیدی، اختلالات ریوی، آسم و آلرژی، ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی)، صرع، دیابت، سیروز کبدی، انواع سرطان، هپاتیت، استومی های طولانی، اسکیزوفرنی، تومور مغزی خوش خیم عارضه دار، معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰، فلج دائمی حداقل دو عضو در بیماران CP و قطع نخاع، بیماری های متابولیک ناتوان کننده، آلزایمر بالای ۶۰ سال که نیازمند به نگهداری باشد، حوادثی مانند سوختگی یا تصادف که منجر به قطع عضو یا بدفرم شدن صورت یا بدن یا اختلال عملکرد عضو می گردد، بیماری های مزمن استخوانی و مفصلی (آرتروز و روماتیسم)، کاشت حلزون شنوایی، بیماری مغزی ALS، معلولیت های جسمی غیرمادرزادی که جنبه درمانی دارند مانند نابینایی، ناشنوایی، لالی و هر نوع بیماری طولانی مدتی که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد و کارکردهای بیمار را محدود می گرداند، با تشخیص پزشک معتمد، منظور می گردد.

استثنائات:

کلیه هزینه های چکاپ و واکسن، عقیم سازی (مگر آنکه جنبه درمانی داشته باشد)، کلیه اعمال جراحی مربوط به چاقی همانند اسلیو معده، بای پس معده و ... و همچنین تعویض مفصل زانو جزء **استثنائات** این بیمه نامه بوده و غیر قابل پرداخت می باشد.

نکته: هزینه های مربوط به ناهنجاری جنین (غربالگری) صرفاً در طرح های دارای این پوشش قابل پرداخت می باشد.

افزایش قیمت:

این بیمه نامه بر اساس تغییرات تعرفه های از طریق مقامات ذیصلاح بصورت سالیانه مشمول افزایش قیمت خواهد شد.

تذکر: شرایط فسخ درج شده در شرایط عمومی مطابق با بندهای زیر در این بیمه نامه مصداق ندارد:

۱: در صورتی که خطر موضوع مورد بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲: انتقال پورتفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.

۳: در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

نکته: با فسخ بیمه نامه و یا حذف هر یک از بیمه شدگان، در صورت دریافت هزینه های درمانی، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه نامه می باشد.

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی:

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر **چهار ماه** تمام از تاریخ تنظیم صورتحساب می باشد.