

۱۴۰۰/۹۹۲/۲۲
۱۴۰۳/۱

شماره:
تاریخ:
پیوست:

بیمه دی
day insurance

شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های درمان (آئین نامه ۹۹):

فصل اول: کلیات

تهران - میرداماد، بین نفت و مدرس، ۳۳۹
تلفن گویا: ۰۲۱ ۲۳۱۳ www.dayins.com

ماده ۱-اساس قرارداد: این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که جزء لاینفک بیمه‌نامه است، تنظیم شده و مورد توافق طرفین است بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به‌صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند.

۱- بیمه‌گر: شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است.
۲- بیمه‌گر پایه: سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

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

۴- گروه بیمه‌شدگان:

الف- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به اتفاق اعضای خانواده (افراد تحت تکفل) آنها به شرح زیر:

منظور از اعضای خانواده، افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی شامل (همسر (همسران) دائمی، فرزندان و پدر و مادر) می باشد که به تبع بیمه شده اصلی دارای بیمه گر پایه باشند.

تبصره ۱- بیمه‌شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هریک از افراد تحت تکفل براساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲- حداقل پنج‌درصد از کارکنان بیمه‌گذار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۳- بیمه‌گر فقط در ابتدا یا در زمان تمدید بیمه‌نامه می‌تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

تبصره ۴- ارائه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه‌شده اصلی به تشخیص بیمه‌گر بلامانع است.

ب- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها به این شرط مجاز است که بیمه‌گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به طور همزمان بیمه شوند.

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 یک 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- حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.

۹- حق بیمه شناور: وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه‌نامه توسط بیمه‌گر برآورد می‌شود و میزان قطعی آن براساس عملکرد هر بیمه‌نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه‌گذار اعلام می‌گردد.

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.



شماره: ۱۴۰۹۹۲۲۶
تاریخ: ۱۴۰۳/۳/۱
پیوست:

۱۲- **فرانشیز:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده است که میزان آن در بیمه‌نامه ذکر 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:** مدت بیمه‌نامه یک سال کامل شمسی است، تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

فصل دوم: شرایط

ماده ۳- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهارنشده 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.

تبصره: هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً 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 ۴- فرانشیز:

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

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۵- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به‌نحوی 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 ۶- بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظف‌اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

ماده ۷- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت 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.

ماده ۸- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی- درمانی را براساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۹- چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۰- استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

۱- اعمال جراحی که به‌منظور 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.

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 بیمه‌شده 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 و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مراجع



۱۴۰۰/۹۹۲/۲۲۰
۱۴۰۰/۳/۱

شماره:

تاریخ:

پیوست:



ذیصلاح: تهران - میرداماد، بین نفت و مدرس، ۳۳۹

۹- فعلی و انفعالی: www.dayins.com

- 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- هزینه های 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 از کارافتادگی 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- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آن‌ها را اعلام نکرده است.
- تبصره:** بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج 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 ۱۱- بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط براساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره: در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها، بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

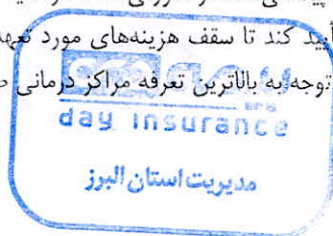
ماده ۱۲- در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند، در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه‌های باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۳- چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به هر کدام از شرکت‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۴- حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت. مشمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر است.

ماده ۱۵- در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۱۶- بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه



شماره: ۱۴۰۰۹۹۲/۲۴
تاریخ: ۱۴۰۰/۳/۱
پیوست:



شرایط بیمه‌گری بیمه دی:

تهران - میرداماد، بین نفت و مدرس، ۲۳۹

۱- مدارک و اسناد مورد نیاز جهت پرداخت خسارات درمانی

الف: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات بیمارستانی (در صورت مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد و یا پرداخت مستقیم توسط بیمه شده):

- ۱- اصل گواهی پرداخت سهم بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...).
- ۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری مهمور به مهر و امضاء پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب مهمور شده به مهر بیمارستان.
- ۴- اصل صورت حساب پزشکان مهمور به مهر بیمارستان.
- ۵- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- ۶- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و مهمور به مهر پزشک و کمک جراح.
- ۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل مهمور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۸- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه پایه از ارتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ۹- ارسال تأییدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تأیید دارد.
- ۱۰- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوارعصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و ...
- ۱۱- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می‌گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.
- ۱۲- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.

ب: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات پاراکلینیکی

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت مهمور به مهر و امضاء پزشک مرتبط در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...).
- ۲- اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه مهمور به مهر مرکز درمانی
- ۳- تصویر نتیجه و یا جواب هزینه سرپایی موارد درمانی و تشخیصی
- ۴- بین بند ۱ یا ۳ یک مورد کفایت می‌کند.

ج: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دندانپزشکی

- ۱- هزینه‌های دندانپزشکی مشروط به قرار گرفتن در تعهدات بیمه‌گر مطابق با ابلاغیه مراجع ذی صلاح قانونی قابل بررسی و پرداخت می‌باشد.
- ۲- هزینه‌های ایمپلنت، ارتودنسی در تعهد نمی‌باشد.
- ۳- ویزیت دندانپزشک در صورتیکه در آن ویزیت، اعمال دندانپزشکی انجام شده باشد غیر قابل پرداخت است.

د: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دارویی: هزینه‌های دارویی براساس فهرست داروهای مجاز کشور (فارماکوپه) طبق برند

- تجویزی پزشک معالج مطابق با شرایط زیر قابل بررسی و پرداخت است و استفاده از سقف تعهد بیمه‌گران پایه (داروهای تحت پوشش) الزامیست:
- ۱- داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه‌گر پایه پس از کسر سهم بیمه‌گر پایه قابل بررسی و پرداخت می‌باشد (اختلاف قیمت در تعهد است).
 - ۲- داروهای داخلی و وارداتی در صورت عدم پوشش بیمه‌گر پایه با کسر فرانشیز بیمه‌نامه قابل بررسی و پرداخت می‌باشد (در خصوص داروهای تخصصی تجویز توسط متخصص مربوطه الزامی است).





خود

پوشش تحت پوشش پزشکی علوم پزشکی دانشگاه تهران بر اساس ماده ۲۰ قانون نظام پزشکی و آیین نامه اجرایی آن

۱- پوشش خدمات تخصصی

۲- پوشش خدمات تخصصی فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۳- پوشش خدمات تخصصی (پاراکلینیکال) و قیاسی و غیره

۴- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۵- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۶- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۷- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۸- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۹- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۰- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۱- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۲- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۳- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۴- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۵- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۶- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۷- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۸- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۹- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۲۰- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۲۱- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۲۲- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۲۳- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۲۴- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۲۵- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۲۶- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۲۷- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۲۸- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۲۹- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۳۰- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۳۱- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۳۲- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۳۳- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۳۴- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۳۵- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۳۶- پوشش خدمات تخصصی و فوق تخصصی و فوق فوق تخصصی

۱۴۰۲/۰۹/۲۴

شماره: ۱۴۰۰/۹۹۲/۲۲
تاریخ: ۱۴۰۰/۳/۱
پیوست:



ماده ۲۰- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به‌طورکتابی به آخرین نشانی اعلام‌شده ارسال شود.
ماده ۲۱- این آئین‌نامه از تاریخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۵ لازم‌الاجراء خواهد بود و جایگزین آئین‌نامه شماره ۷۴ مصوب شورای عالی بیمه با عنوان شرایط عمومی بیمه‌های درمان خواهد شد.

فهرست اعمال غیرمجاز در مطب

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طویل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاتتریسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان‌های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس‌ها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و...
۱۲	عمل جراحی استئوستنوز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳	بیرون‌آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرج زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
۲۱	بیرون‌آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

تبصره: علاوه بر موارد فوق، کلیه اعمالی که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز به عنوان اعمال غیر مجاز در مطب و مراکز جراحی محدود باشند، به فهرست فوق اضافه می‌گردند.



شماره: ۱۴۰۰/۹۹۲/۲۴۰
تاریخ: ۱۴۰۰/۳/۱
پیوست:



و پرداخت می شود. تهران - میرداماد، بین نفت و مدرس، ۲۳۹

تبصره: میزان خسارت براساس نرخ اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۷- فسخ بیمه نامه

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

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲- هرگاه بیمه گذار سهوا 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.
- ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتنوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هردلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

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 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 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 نماید.

ماده ۱۸- بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۱۹- شرکت بیمه گر مکلف است در صدور بیمه نامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، این ضوابط را رعایت کند:

- ۱- هریک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسشنامه سلامتی تهیه شده توسط بیمه گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.
- ۲- بیمه گذار 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 پرسشنامه سلامت یا معاینات انجام شده و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا ارائه پوشش هزینه زایمان و بیماری هایی که سابقه قبلی آنها براساس مستندات محرز شود و فرد از آن سطاع بوده است، خودداری کند.

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

- ۳- سقف تعهد بیمه گر برای هریک از اعضای گروه یا خانواده و هریک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.



شماره: ۱۳۰۹۹۲۲۴۰
تاریخ: ۱۳۰۳/۱
پیوست:



۳- دریافت حق بیمه و عدم وصول حق بیمه

بیمه گذار متعهد است حق بیمه متعلق به قرارداد را با توجه به شرایط قرارداد و الحاقیه های آن پرداخت نماید. در غیر این صورت تعهدات بیمه گر از تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده به حالت تعلیق درآمده و در زمان تعلیق بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه شدگان را ندارد و بروز هرگونه مشکلی در این خصوص به عهده بیمه گذار خواهد بود.

۱- اعتبار قرارداد منوط به پرداخت اقساط حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه می باشد.

۲- حق بیمه بیمه شدگانی که در طول هر ماه به صورت اسامی بیمه شدگان اضافه و یا حذف خواهند شد بدون توجه به کسر ماه بر مبنای یک ماه کامل محاسبه خواهد شد.

۳- حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین می گردد، می بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان پرداخت گردد.

۴- با حذف هر یک از بیمه شدگان و در صورت دریافت هزینه درمانی، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد می باشد. (به استثناء بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد فوت می نمایند).

تبصره: در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار این بند نیز اعمال می گردد.

۵- عدم انجام تعهدات بیمه گر به علت تاخیر و یا امتناع بیمه گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه گذار در پرداخت حق بیمه نمی باشد و بیمه گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه گر پرداخت نماید. حق بیمه متعلق به بیمه شدگانی که اعلام انصراف نموده اند، قابل استرداد نمی باشد.

۶- پوشش والدین غیر تحت تکفل، همسر و فرزندان غیر تحت تکفل با حق بیمه یکسان امکان پذیر است.

۴- سایر موارد:

۱- مشخصات کامل بیمه شدگان و افراد تحت تکفل آنان را با ذکر شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، تاریخ تولد (روز، ماه، سال)، نام پدر و نسبت فرد با بیمه شده اصلی و همچنین شماره شبای حساب بانکی بیمه شده اصلی (فرم ضمیمه) در قالب لوح فشرده (حداکثر تا یک ماه پس از صدور بیمه نامه) به بیمه گر ارائه و تأیید آن را دریافت نماید.

۲- فرزندان ذکور حداکثر تا ۳۰ سالگی تمام به شرط مجرد بودن و عدم اشتغال به کار.

۳- فرزندان اناث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار، می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

• تبصره: فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد و به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می باشند.

۴- افزایش در گروه بیمه شدگان در طول مدت بیمه منوط به استخدام جدید، افراد انتقالی، ازدواج، تولد و فرزندان اناث مطلقه می باشد (به شرط اعلام کتبی مشخصات بیمه شدگان حداکثر ظرف مدت ۲ ماه بعد از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج، تولد و طلاق) تاریخ موثر برای افزایش این بیمه شدگان از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج، تولد و طلاق خواهد بود.

تبصره- بعد از مهلت مقرر، تاریخ موثر افزایش، از تاریخ دریافت نامه بیمه گذار (ثبت در دبیرخانه شرکت بیمه دی) امکان پذیر می باشد.

۵- کاهش از گروه بیمه شدگان از قبیل "افراد مستعفی، اخراج، پایان خدمت، متوفی، خروج از کفالت" می باشد (منوط به اعلام کتبی مشخصات لازم بیمه شدگان حداکثر ظرف مدت ۲ ماه بعد از تاریخ استعفا، اخراج، پایان خدمت، فوت و خروج از کفالت) تاریخ موثر برای کاهش این بیمه شدگان از تاریخ استعفا، اخراج، پایان خدمت، فوت و خروج از کفالت خواهد بود.

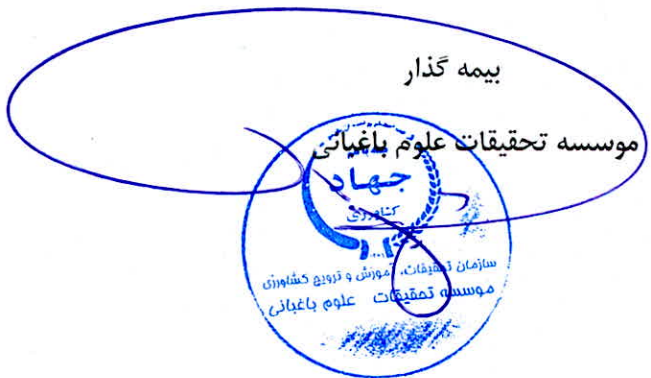
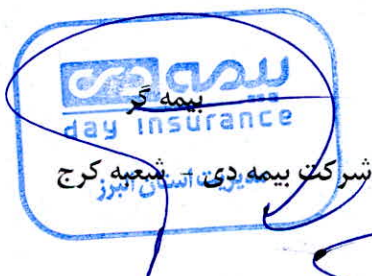
• تبصره: بعد از مهلت مقرر، تاریخ کاهش، از تاریخ دریافت نامه بیمه گذار (ثبت در دبیرخانه شرکت بیمه دی) امکان پذیر می باشد.

۷- پس از انقضای بیمه نامه افزایش و کاهش در بیمه شدگان امکانپذیر نمی باشد و تعداد بیمه شدگان در آخرین الحاقیه ثبت شده قبل از انقضای بیمه نامه ملاک محاسبه حق بیمه خواهد بود.



شماره: ۱۴۰۰/۹۹۲/۲۶
تاریخ: ۱۴۰۰/۳/۱
پیوست:

- ۲۳- اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می باشد.
- ۲۴- مرور زمان دعوای ناشی از تعهدات بیمه گر یکسال از تاریخ انقضاء مدت قرارداد می باشد.
- ۲۵- چنانچه موارد مذکور در بیمه نامه و ضامنه و ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر می شود، با نظرات بیمه گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آن را بنماید. در غیر این صورت مراتب، تایید شده تلقی خواهد شد. هر گونه عملی خلاف این شرط منوط به تایید کتبی بیمه گر خواهد بود.
- ۲۶- پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار و قبول آن از طرف بیمه گر به منزله تایید بیمه نامه از ناحیه طرفین می باشد.
- ۲۷- 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 مراجع 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 هر یک 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 آراء اقدام به صدور رای داور می کنند. هر یک 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.
- ۲۸- این قرارداد به صورت سراسری برای کلیه استانه های بیمه گذار (به تفکیک هر مرکز) و به صورت متمرکز در شعبه ممتاز مرکزی به تعداد ۱۲ هزار نفر بیمه شده یا بیشتر صادر می گردد.
- ۲۹- بیمه گذار می بایست کلیه امور بیمه ای خود را نزد شرکت بیمه دی جمع نماید.
- ۳۰- شرایط عمومی منحصراً در موارد پیش بینی نشده نافذ خواهد بود. در صورت مغایرت در تفسیر و اجرای قرارداد "متن، الحاقیه ها و شرایط عمومی بیمه گری" قرارداد حاکم است.



شماره: ۱۴۰۰/۹۹۲/۲۴
تاریخ: ۱۴۰۰/۳/۱
پیوست:



- ۸- چنانچه بیمه شده اصلی درطول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه صرفاً تا پایان همان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.
- ۹- این بیمه نامه مکمل بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه گران پایه مشابه می باشد (بیمه گر اول)، لذا بیمه شدگان باید در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این مراکز، رونوشت برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام رونوشت چک دریافتی، به بیمه دی تحویل نمایند.
- ۱۰- چنانچه سهم بیمه گر اول از فرانشیز قرارداد کمتر باشد میزان فرانشیز قابل اعمال و محاسبه معادل مابه التفاوت سهم بیمه گر اول از فرانشیز قرارداد خواهد بود.
- ۱۱- بیمه شده در انتخاب هریک 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 و یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه گر تحویل دهد، این هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذی صلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهد شد.
- ۱۲- 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 ذی صلاح 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.
- ۱۳- در خصوص هزینه دستمزد پزشکان، با ارائه معرفی نامه بیمه دی به مراکز طرف قرارداد، مابه التفاوت حق الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی باشد.
- ۱۴- کلیه هزینه های پاراکلینیکی و بیمارستانی، طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و کتاب ارزش های نسبی و خدمات مراقبتی های سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخت خواهد شد.
- ۱۵- هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های آنان را تایید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مصوب هیئت وزیران محاسبه خواهد شد.
- ۱۶- میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
- ۱۷- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.
- ۱۸- اعمال جراحی فتق ناف، فتق شکمی، بلفاروپلاستی، سپتوپلاستی، استرابیسم، عیوب انکساری و چاقی مفرط می بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد.
- ۱۹- در صورتی که شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضاء قرارداد نزد بیمه گر دیگری باشد، ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگانی که به تایید بیمه گر قبلی رسیده باشد، جهت حذف دوره انتظار الزامی است.
- ۲۰- خسارات مربوط به کارکنان شاغل با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت است که دارای پروانه کار معتبر از مراجع ذی صلاح، جمهوری اسلامی ایران باشند.
- ۲۱- خطرات ناشی از انفجار یا عملکرد ادوات جنگی بازمانده از جنگ تحمیلی در شمول تعهدات این قرارداد می باشد، مشروط به اینکه بیمه شده به قصد بازدید از مناطق عملیاتی در دوران جنگ تحمیلی و یا خنثی سازی ادوات جنگی در محل حضور نیافته باشد.
- ۲۲- در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شب یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه گذار برای بیمه شده اصلی)

