

شرایط عمومی بیمه گروهی مازاد درمان



شرکت بیمه نوین
(سهامی عام)

F0-LG-23-01

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد :

این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب در دهم شهریور ماه ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه کتباً به بیمه گذار اعلام شده است جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.

ماده ۲- تعاریف :

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند.

۲-۱- بیمه گر: شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه نامه درج شده است و جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد.

۲-۲- بیمه گر پایه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند

۲-۳- بیمه گذار: شخص حقوقی است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر گردیده و متعهد پرداخت حق بیمه می باشد.

۲-۴- گروه بیمه شدگان :

۲-۴-۱- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار با ارائه رضایت نامه مبنی بر موافقت با پوشش بیمه ای به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده اند و حداقل ۵۰ درصد آنان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

۲-۴-۲- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروهها از قبیل اصناف، اتحادیه ها و انجمن ها (به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه گذار تضمین شده باشد و بیش از ۷۰ درصد بیمه شدگان به طور همزمان بیمه شوند.

تبصره: بیمه گرمی تواند کارکنان بازنشسته بیمه گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

۲-۴-۳- منظور از اعضای خانواده، همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شدگان می باشد.

۲-۵- موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۲-۵-۱- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و

منجر به جرح، نقص عضو، کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

۲-۵-۲- بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

۲-۶- حق بیمه: وجهی است که بایستی بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده می باشد.

۲-۷- دوره انتظار: مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد

۲-۸- مدت: مدت این بیمه نامه یک سال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.

۲-۹- فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.

فصل دوم - شرایط

ماده ۳- اصل حسن نیت :

بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند 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 عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً 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 نامه فسخ خواهد شد.

تبصره: چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه شدگان عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده است.

ماده ۴- هزینه های درمانی قابل پرداخت:

۱- جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و

DayCare

۲- هزینه های مربوط به سایر پوشش های اضافی توافق شده در قرارداد یا شرایط خصوصی.

۳- هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستانها).

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

ماده ۵- فرانشیز :

۵-۱- فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از

دفترچه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۳۰٪ کل هزینه های درمانی مربوط و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه و حداقل ۳۰٪ خواهد بود.

۵-۲- بیمه گر می تواند صرفاً فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی عمومی، تخصصی و زایمان را بادیافت حق بیمه اضافی پوشش دهد. در صورت حداقل فرانشیز ۱۰٪ خواهد بود که قابل بیمه شدن نیست.

ماده ۶- پرداخت حق بیمه :

۶-۱- بیمه گذار موظف است حق بیمه تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه نامه را در ابتدای هر ماه پرداخت و قبض رسیدی را که به مهر و امضای بیمه گر رسیده باشد دریافت نماید و یا وجه حق بیمه را به حساب معرفی شده از طرف بیمه گر واریز و رسید آن را برای بیمه گر ارسال نماید.

ماده ۷- استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

۷-۱- اعمال جراحی که بمنظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۷-۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۷-۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۷-۴- ترک اعتیاد.

۷-۵- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده.

۷-۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

۷-۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.

۷-۸- فعل و انفعالات هسته ای.

۷-۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.

۷-۱۰- هزینه همراه بیمار بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر

۷-۱۱- جنون

۷-۱۲- جراحی لثه.

۷-۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.

۷-۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۷-۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و کارافتادگی.

۷-۱۶- رفع عیوب انکساری چشم مگر در مواردیکه به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر نقص بینایی هرچشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.

۷-۱۷- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

تبصره: موارد استثنای مندرج در بندهای ۶-۷، ۷-۹، ۷-۱۰، ۷-۱۲ و ۷-۱۴، با پرداخت حق بیمه اضافی، قابل بیمه شدن است.

فصل سوم - مقررات مختلف

ماده ۸ - بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستانها ی داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه های مربوطه می بایست صورت حساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم نماید. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند صورت حساب بیمارستان اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود، در غیر این صورت محاسبه هزینه های مربوطه بر اساس قراردادهای منعقد شده بیمه گر با بیمارستانهای همتراز صورت خواهد گرفت.

تبصره: در صورت اس تفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران - مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد 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 صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد.

ماده ۹ - بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام نماید.

ماده ۱۰ - حداکثر سن بیمه شده برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال میباشد و از آن به بعد بیمه گر میتواند با دریافت حق بیمه اضافی پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمانها و صندوقهای باز نشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر خواهد بود. در صورتیکه سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۱ - در صورتیکه بیمه شده در طول مدت بیمه فوت نماید پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی مشروط به پرداخت حق بیمه، تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۲ - هر گاه ثابت شود که بیمه شده عمدتاً بوسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان و وابسته به وی پرداخت نموده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد

ماده ۱۳ - بیمه شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام میگردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریتهای پزشکی نیاز به معالجه پیدا می کنند در صورتی سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحسابهای هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گرمحاسبه و پرداخت خواهد شد.

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

ماده ۱۴ - موارد فسخ بیمه نامه ونحوه تصفیه حق بیمه بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند

۱-۱۴ - موارد فسخ از طرف بیمه گر :

۱-۱-۱۴ - عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سر رسید.

۲-۱-۱۴ - هرگاه بیمه گذار سهوا " و یا بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند بنحوی که در نظر بیمه گر موضوع خط ر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

۳-۱-۱۴ - در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه .

۲-۱۴ - موارد فسخ از طرف بیمه گذار :

۱-۲-۱۴ - در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲-۲-۱۴ - در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود.

۳-۲-۱۴ - در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است.

۳-۱۴ - نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ:

۱-۳-۱۴ - در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می گردد.

۲-۳-۱۴ - در صورت فسخ از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه م ه م ا محاسبه می شود (کسر ماه، یک ماه تمام منظور خواهد شد) مع هذا در صورتیکه تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی تا زمان فسخ بیمه نامه بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت نماید .

ماده ۱۵ - نحوه فسخ :

۱-۱۵ - در صورتیکه بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله نامه یا تلفنگرام و سایر وسایل مقتضی به بیمه گذار اطلاع دهد در این

صورت بیمه نامه یکماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار، فسخ شده تلقی میگردد .

۲-۱۵ - بیمه گذار میتواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کن د. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤ خری که در درخواست معین شده است بیمه نامه فسخ شده تلقی می شود.

ماده ۱۶ - مهلت پرداخت خسارت :

بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت ۱۵ 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 نماید .

ماده ۱۷ - کتبی بودن اظهارات :

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه بایستی کتبا" به آخرین نشانی اعلام شده آنها ارسال گردد .

فهرست اعمال غیر مجاز (سرپائی) در مطب که بیمه گر تعهدی نسبت به آنها نخواهد داشت :

- (۱) - کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توام باشد .
- (۲) - اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق ها)
- (۳) - اعمال جراحی روی استخوانهای بزرگ و طویل بدن .
- (۴) - اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کانترسیم قلب و عروق
- (۵) - اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب، عروق مگر در مواقع اورژانس
- (۶) - اعمال جراحی داخل دستگاههای تناسلی و ادراری زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمانهای غیر طبیعی 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 (منجمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوسها)

(۹) - بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونشها، روده ها، مثانه، کبد، طحال

(۱۰) - عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم، استرابیسم چشم

(۱۱) - عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و غیره .

(۱۲) - عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین

(OPEN REDUCTION)

(۱۳) - بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین

(۱۴) - رزکسیون فک

(۱۵) - رزکسیون کندیل فک

(۱۶) - رزکسیون زبان

(۱۷) - عمل جراحی باز در آرچ زیگما

(۱۸) - جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی

(۱۹) - جانداختن، در رفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی، فکی

(۲۰) - عمل جراحی روی عصب دندانی، تحتانی

(۲۱) - بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارج از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.