

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:

۱. بیمه گر: موسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است. در این بیمه نامه بیمه گر شرکت سهامی بیمه دی (سهامی عام) می باشد.
۲. 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.
۳. بیمه گذار: شخصی حقیقی یا حقوقی 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.
۴. بیمه شده: شخص یا اشخاص حقیقی است که وضعیت سلامتی و فوت ناشی از کرونای وی موضوع قرارداد بیمه بوده و سن و وضعیت سلامتی او مبنای محاسبات حق بیمه است.
۵. موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری یا حادثه و فوت ناشی از کرونا، به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین شده و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

تبصره: ذینفع قانونی بیمه نامه برای سرمایه فوت ناشی از کرونا، وراثت قانونی بیمه گذار/شده می باشد.

۶. بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.
۷. Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد.
۸. حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد.
۹. خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.

۱۰. فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می شود.
۱۱. خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.
۱۲. 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: پوشش های قابل ارایه

ماده ۳- پوشش های قابل ارایه مطابق جدول ارایه شده در سند بیمه نامه و بر اساس ضوابط آیین نامه شماره ۹۹ بیمه مرکزی خواهد بود.

ماده ۴- حداکثر سقف ربالی تعهد پوشش های اصلی سالیانه مطابق بیمه نامه صادره خواهد بود.

فصل سوم: شرایط

ماده ۵- 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 یا اضافه حق بیمه را از بیمه گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا 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 وجهی 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.

ماده ۶- فرانشیز

فرانشیز هزینه های پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده توسط بیمه گر می باشد.

تبصره ۱: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

تبصره ۲: 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 ۷- دوره انتظار

دوره انتظار در این بیمه نامه در سال اول قرارداد برای هزینه های مربوط به زایمان و نازایی و نا باروری نه ماه، برای جبران هزینه های مربوط به بستری و جراحی سه ماه و برای خدمات مرتبط به کرونا یک ماه، از تاریخ صدور بیمه نامه می باشد. در صورتی که بیمه گذار سال قبل از صدور این بیمه نامه، دارای بیمه نامه درمان انفرادی و یا درمان خانواده بوده باشد، دوره انتظار برای تعهدات مشابه بیمه نامه قبلی بیمه گذار حذف می گردد.

ماده ۸- 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.

تبصره: پرداخت حق بیمه به نماینده و یا واریز به حسابی غیر از شماره حساب اعلامی بیمه گر فاقد اعتبار بوده و تعهدی برای بیمه گر ایجاد نخواهد نمود.

ماده ۹- 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 نمایند.

ماده ۱۰- 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 نمایند. 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 ۱۱- 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 ۱۲- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۳- 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 مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، 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، 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 تایید پزشک معتمد بیمه گر.
 ۱۱. هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
 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 بیمه گر.
 ۱۴. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
 ۱۵. هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
 ۱۶. رفع عیوب انکساری چشم
 ۱۷. تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی های جسمی بدن.
 ۱۸. انواع هزینه های غیرپزشکی از قبیل: تلویزیون، کیف بهداشتی (مگر با تایید بیمه گر).
 ۱۹. صدمات حاد ناشی از ورزش های رزمی و حرفه ای.
 ۲۰. بیماری های واگیردار، معالجه بیماری های افراد مبتلا به ایدز و معلولین ذهنی در صورتی که بیمه شده در تاریخ شروع بیمه نامه به آن مبتلا باشد.
 ۲۱. معالجه عضوهای آسیب دیده ناشی از حوادثی که تاریخ وقوع آن قبل از تاریخ شروع این قرارداد باشد. (به غیر از خارج کردن پروتز و ترمیم عدم جوش خوردگی یا بدجوش خوردگی استخوان).
 ۲۲. کلیه هزینه های مربوط به اعمال جراحی و پروتزهای زیبایی.
 ۲۳. صورتحساب، فاکتور و قبض های المثنی (پاراکلینیکی و بیمارستانی).
 ۲۴. هزینه چک آپ و آزمایشات دوره ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می باشد.
 ۲۵. حوادث ترافیکی.
 ۲۶. کلیه اعمال زیبایی و اعمال زیبایی مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، بای پس معده و ... و همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه نامه است.
 ۲۷. امکان صدور بیمه نامه برای متقاضیانی که دارای BMI (شاخص توده بدنی) بالای ۳۵ هستند، وجود ندارد.
 ۲۸. هزینه های مربوط به ناهنجاری های جنین (غربالگری) غیرقابل پرداخت است.
 ۲۹. در صورتی که منشاء بیماری مورد تعهد این بیمه نامه، به قبل از خرید بیمه نامه برگردد، خارج از تعهد این بیمه نامه است.
 ۳۰. جبران هزینه های جراحی و درمان بیماری های ناشی از عیوب مادرزادی خارج از تعهد این بیمه نامه است.
 ۳۱. جبران هزینه های شیمی درمانی (بستری) و داروی شیمی درمانی و جراحی های مرتبط، خارج از تعهد این بیمه نامه است.
 ۳۲. فوت بیمه شده به علتی غیر از ابتلا به ویروس کرونا.
 ۳۳. هزینه های بیمارستانی و دارویی و آزمایشی بدون تجویز پزشک متخصص.
 ۳۴. پرداخت هزینه واکسن کرونا جهت پیشگیری از ابتلا.
- تبصره:** حوادث ترافیکی که در طول بیمه نامه حادث شده و ۲ ماه از تاریخ حادثه گذشته باشد، مازاد بر تعهد دانشگاه های علوم پزشکی، تحت پوشش خواهد بود.
- ماده ۱۴-** بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ 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 دهد. این هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذی صلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهند شد.

ماده ۱۵- 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 ۱۶- چنانچه بیمه شده همزمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه های بیمه مخیر است.

ماده ۱۷- 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:

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

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

انتقال پورتنوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.

ج- 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 کند.

ماده ۱۸- 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 ۱۹- 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 ۲۰- ارجاع به داوری

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 داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، 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 رأی داوری 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.

مدارک مورد نیاز جهت بررسی و جبران هزینه های 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 بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...).
۲. ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری مأمور به مهر و امضاء پزشک.
۳. اصل صورت حساب مأمور شده به مهر بیمارستان.
۴. اصل صورت حساب پزشکان مأمور 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 مأمور به مهر پزشک و کمک جراح.
۷. ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل مأمور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی و 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 ارایه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
۹. ارسال تأییدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردی که 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 می گیرند) 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 مأمور 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 مأمور به مهر مرکز درمانی.
۳. تصویر نتیجه و یا جواب هزینه سرپایی موارد درمانی و تشخیصی.

ج : مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دندانپزشکی:

۱. هزینه های دندان پزشکی مشروط به قرار گرفتن در تعهدات بیمه گر مطابق با ابلاغیه مراجع ذی صلاح قانونی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۲. هزینه های ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی در تعهد نمی باشد.
۳. ویزیت دندانپزشک در صورتیکه در آن ویزیت، اعمال دندان پزشکی انجام شده باشد غیرقابل پرداخت است.

د : مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دارویی:

- هزینه های 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 بیمه گران پایه (داروهای تحت پوشش) الزامیست:
۱. داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه گر پایه پس از کسر سهم بیمه گر پایه قابل بررسی و پرداخت می باشد (اختلاف قیمت در تعهد است).
 ۲. داروهای تقویتی، مکمل، زیبایی، پوستی، ویتامینه و پروتئینه در تعهد نمی باشد.
 ۳. نسخه های ناخوانا یا بدون مهر داروخانه غیرقابل پرداخت می باشد.

تبصره: حق فنی داروخانه پرداخت نمی شود.

ه: مدارک لازم برای پرداخت خسارت تجهیزات پزشکی (ایمپلنت) کارگذاری شده در بدن حین عمل جراحی:

۱. دستور بستری با قید نام بیمه شده، تاریخ جراحی، نام بیمارستان و ممهور به مهر جراح (جهت تایید پیش فاکتور).
۲. دستور تجهیز با قید نام بیمه شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و ممهور به مهر جراح (جهت تایید پیش فاکتور).
۳. پیش فاکتور یا فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی.
۴. مشخصات فاکتور یا پیش فاکتور معتبر: در سربرگ رسمی که در آن نام، آدرس و تلفن شرکت، کد اقتصادی، شماره ثبت، شناسه ملی شرکت تجهیزات پزشکی، نام و مشخصات کامل خریدار (کد ملی، آدرس، تلفن و...) و مشخصات کالا (شرح کالا، مدل، کد IRC، شماره سریال، تعداد، شرکت سازنده، کشور سازنده، قیمت واحد، قیمت کل) ذکر شده و ممهور به مهر و امضای فروشنده باشد.
۵. صورت حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی (جهت تایید فاکتور).
۶. شرح جراحی (جهت تایید فاکتور).
۷. کلیه اسناد مثبت مانند گرافی و ... برحسب نوع جراحی صورت گرفته (جهت تایید فاکتور).
۸. تاییدیه جراحی در خصوص جراحی هایی که طبق شیوه نامه نیاز به تایید بیمه دی دارند.
۹. کپی دفترچه بیمه و کارت ملی بیمه شده.

و: مدارک مورد نیاز برای پرداخت خسارت فوت ناشی از کرونا:

۱. بیمه نامه
۲. گواهی فوت
۳. نظریه پزشک معالج یا جواز دفن صادره از مرجع قانونی درمورد علت فوت در اثر کرونا
۴. پرونده بیمارستانی بیمه شده
۵. گواهی انحصار وراثت در صورت عدم تعیین استفاده کننده
۶. شناسنامه و کارت ملی بیمه شده
۷. مدارک شناسایی استفاده کننده/گان یا وراث قانونی.

سایر موارد:

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.

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

۲. 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.
۳. چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه صرفا تا پایان همان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.
۴. این بیمه نامه مکمل بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه گران پایه مشابه می باشد (بیمه گر اول)، لذا بیمه شدگان در صورت داشتن بیمه پایه 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.
۵. 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.

۶. در خصوص هزینه دستمزد پزشکان، با ارایه معرفی نامه بیمه دی به مراکز طرف قرارداد، مابه التفاوت حق الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی باشد.
۷. 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.
- تبصره:** خدمات دندانپزشکی نیز بر اساس تعرفه های سندیکای بیمه گران ایران قابل پرداخت می باشد.
- تبصره:** هزینه های ویزیت بر اساس آخرین تعرفه های مصوب هیئت وزیران پرداخت می گردد.
۸. 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، صورتحساب 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.
۹. میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
۱۰. چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.
۱۱. اعمال جراحی فتق نافی، فتق شکمی، بلفاروپلاستی، سپتوپلاستی، استرایپسم و عیوب انکساری می بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد.
۱۲. دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان و نازایی و ناباروری ۹ ماه است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان انفرادی و یا خانواده داشته باشد، دوره انتظار اعمال نخواهد شد.
۱۳. 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.
۱۴. در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شبا یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه گذار برای بیمه شده اصلی).
۱۵. اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می باشد.
۱۶. مرور زمان دعاوی ناشی از تعهدات بیمه گر یکسال از تاریخ انقضاء مدت قرارداد می باشد.
۱۷. چنانچه موارد مذکور در بیمه نامه و ضmann 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.
۱۸. پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار و قبول آن از طرف بیمه گر به منزله تایید بیمه نامه از ناحیه طرفین می باشد.