

شماره ۱۰۱۱۸۸

خواهشمند است ضمن مطالعه دقیق به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. لازم به ذکر است اطلاعات کلیه اعضای خانواده می‌باشد در این فرم تکمیل شده و بیمه‌نامه برای همه آنها خریداری شود. شایان ذکر است که اعضای خانواده عبارت است از: همسر، فرزندان و سرپرست خانواده.

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:	تاریخ تولد: روز ماه سال کد ملی: شماره شناسنامه:	
محل صدور:	جنسیت:	کد پستی: کد ملی: وضعيت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input checked="" type="checkbox"/>
نشانی محل سکونت:	تلفن:	همراه: شغل:
تلفن محل کار:	نشانی محل کار: شماره شبا سرپرست: IR	

نام و نام خانوادگی اعضای خانواده	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	جنسیت	تاریخ تولد	محل صدور	نام و نام خانوادگی
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

بیمه گر اول:	کد بیمه: بیمه تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> بیمه خدمات درمانی <input type="checkbox"/> بیمه شرکت نفت <input type="checkbox"/> بیمه بانک <input type="checkbox"/> سایر
بیمه گر تكميلی:	شرکت بیمه قبلی: تاریخ شروع بیمه نامه: تاریخ اتمام بیمه نامه: قبلي در صورت وجود

وضعیت بارداری انان: مثبت منفی در صورت مثبت بودن آن را ذکر نمایید: (اطفا به سوالات زیر پاسخ دهید)

آیا تاکنون خود یا اعضای خانواده‌تان در بیمارستان بستری شده‌اند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
نام شخص	بیمارستان محل بستری	نوع بیماری	تاریخ بستری	وضعیت فعلی

آیا خود یا اعضای خانواده‌تان در پنج سال گذشته به پزشک متخصص مراجعه کرده‌اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
نام	نام و تخصص پزشک	نام بیماری، علت مراجعه	تاریخ مراجعه	وضعیت فعلی

آیا خود یا اعضای خانواده‌تان به بیماری‌هایی از قبیل قلب و عروق، فشار خون، قند، کلیه و مجاری ادراری، استخوانی، دستگاه گوارش، سرطان، بیماری‌های مادرزادی، نقص عضو و نقص چشم مبتلا بوده یا هستید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
نام	بیماری	مدت ابتلا به بیماری	درمان انجام شده	وضعیت فعلی

تاریخ:

امضاء بیمه‌گذار:

کلیه اعضاي خانواده می بايست تنها يك طرح را انتخاب نمايند. طرح های درمانی مربوط به خانواده ها را از شبکه فروش ما بخواهيد.
لطفاً طرح درمان موردنظر خانواده خود را انتخاب نمایید.

طرح ۱ طرح ۲ طرح ۳ طرح ۴ طرح ۵

مشخصات چک های واگذاری بابت حق بیمه

ردیف	شماره چک	تاریخ چک	مبلغ (ریال)
۱			
۲			
۳			
۴			
جمع کل (ریال)			

اینجانب اصالتاً و همچنین به ولایت و نمایندگی از سوی خود و افراد خانواده ضمن مطالعه فرم پیشنهاد درمان تکمیلی و اطلاع و آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی حاکم بر آن متعهد می گردم که به کلیه پرسش های این فرم پیشنهاد و قرارداد با صداقت کامل پاسخ داده و همچنین جهت بررسی سوابق پزشکی به بیمه گر مجوز و اختیار می دهم تا هرگونه اطلاعات مورد نیاز را از پزشک یا پزشکان معالج و مربوطه یا بیمارستان محل بسترهای اینجانب به صورت محترمانه دریافت نماید. همچنین اعلام می دارم که بیماری ها و سوابق کامل آنها مرتبط به خود و سایر افراد خانواده که متقاضی پوشش بیمه درمان تکمیلی هستند را تماماً و بدون هیچ گونه کم و کاستی ذکر و اعلام نموده ام و از محدودیت عدم پوشش بیماری های قبل از شروع پوشش بیمه که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر می باشد نیز مطلع و آگاه هستم.

نکته: در صورتی که بیمه گذار ۳ سال پی در نزد بیمه آسمانی بیمه نامه درمان خریداری نموده باشد، محدودیت فوق الذکر اعمال نخواهد شد.

تاریخ:

امضاء و اثر انگشت بیمه گذار:

بیمه نامه درمان انفرادی

بیمه آسماری



شماره ثبت: ۹۶۵۵

دفتر مرکزی کیش: معتبر با نکها، ساختمان امین (پرهام)
طبقه فوکاتی بانک گردشگری، تلفکس ۰۷۶۴-۴۴۲۱۴۹۱
دفتر اوتباطی: تهران، خیابان گاندی، خیابان یازدهم
پلاک ۱۳۴ کد پستی: ۱۵۱۷۷۵۶۱۱
تلفن: ۰۲۱۴۳۴۱۷ فکس: ۰۲۱۸۶۰۸۸۴۱۰

شماره بیمه نامه:

جدول مشخصات

شرايط بيمه نامه

تذکر: لازم به ذکر است بیمه نامه بایستی برای تمامی اعفای خانواده (به جز افراد بالای ۷۰ سال) تهیه شود، منظور از اعفای خانواده همیش، فرزندان و سرپرست خانواده می باشد و نه افراد تحت تکفل ایشان.

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد: این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کنتی بیمه شده (که جزو لاینک بیمه نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. بخشی از پیشنهاد کنتی بیمه شده که خود قبول بیمه نیست به صدور بیمه نامه بصورت کنتی به بیمه گذار اعلام شده است. جزو تعهدات بیمه گز محسوب نمی شود.

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

۱- بیمه گز: شرکت بیمه آسماری 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 تقریب در این بیمه نامه به عهده می گیرد.

۲- بیمه گز 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.

۳- بیمه شده: شخص یا اشخاص حقیقی است که مشخصات ایشان در این بیمه نامه ذکر شده است، که شامل افراد خانواده بیمه گذار خواهد بود.

۴- بیمه گذار: شخصی است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر شده و متعدد به پرداخت حق بیمه است.

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

۶- حادثه: هر اتفاق ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و متجر به جرج، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

۷- بیماری: هرگونه بارشی جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهار مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

۸- حق بیمه: حق پیمه و چهی است که بیمه گذار اید در مقابل تعهدات بیمه گز موقول به پرداخت حق بیمه بهنحوی که در جدول مشخصات آمده است، می باشد.

۹- دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه گز تمهدی به جبران خسارت ندارد.

۱۰- فرانشیز: سهم بیمه شده از خسارت قابل پرداخت است.

۱۱- مدت: مدت بیمه نامه یک سال شمسی تمام است. تاریخ شروع و انتهاء آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می شود.

فصل دوم: هزینه های درمانی قابل پرداخت

ماده ۳- هزینه های درمانی قابل پرداخت موضوع این بیمه طبق جدول مشخصات و تعهدات پیوست می باشد.

جبران هزینه های اطلاع می شود که مدت مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مرکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

تعصره: اعمال جراحی DAY CARE به جراحی های اطلاع می شود که مدت مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مرکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

تعصره ۲: هزینه همراه افراد زیر ۷ سال (در بیمارستان).

تعصره ۳: جبران هزینه های انتقال بیمار با امکانات درمانی، ادوبت ارایی، آنژیوگرافی قلب، گاماتایف و اندو سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود تصریح شده اند.

تعصره ۴: دوره انتظار: مدت انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان، ۹ ماه است. همچنین در صورت داشتن پوشش دندان پزشکی در طرح انتخابی، دوره انتظار این پوشش ۴ ماه است. (به جز کشیدن دندان و هزینه های ناشی از حادثه)

ماده ۵- مجموع تعهدات بیمه گز در خصوص پوشش هزینه های بیمارستانی حداکثر تا سقف تعیین شده در جدول تعهدات پیوست، در سال می باشد.

ماده ۶- میزان سهم خسارت عهده بیمه شده (فرانشیز):

میزان سهم خسارت عهده بیمه شده (فرانشیز) در صدی از هزینه های درمان به شرح مندرج در جدول مشخصات بیمه نامه می باشد. در صورتی که هزینه های ارائه شده بیمه شده برابر با تعرفه های دولتی باشد به مبلغ متفقین مساعدت با این بیمه شدگان به ازاء استفاده از تعرفه های دولتی، فرانشیز اعمال نخواهد شد.

ماده ۷- استثنایات: هزینه های مربوط به قیل از شروع پوشش بیمه به تشخیص پزشک متعدد بیمه گز تا دو سال از تاریخ شروع پوشش این بیمه نامه در طی مدت بیمه باشد.

۱- بیماری های مربوط به قیل از شروع پوشش بیمه به تشخیص پزشک متعدد بیمه گز تا دو سال از تاریخ شروع پوشش این بیمه نامه در سال سوم از آن سال به بعد این مورد جزء استثنایات نخواهد بود.

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد. مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۳- عووب مادرزادی.

۴- سقط چشم.

۵- ترک اعیانی.

۶- هزینه های درمانی ناشی از خودکشی و اعمال مجرمانه.

۷- هزینه های درمانی ناشی از حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتش فشان.

۸- هزینه های درمانی ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتراض، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تائید مقامات ذی صلاح.

- ۹- هزینه‌های درمانی ناشی از فعل و اتفاعات هستا
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأثید پزشک معتمد بیمه‌گر
- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأثید پزشک معتمد بیمه‌گر
- ۱۲- جنون
- ۱۳- جراحی لته.
- ۱۴- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارد، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۱۵- جراحی فک، مگر آنکه به علت وجود تومور و با وقوع حادثه تحت پوشش باشد
- ۱۶- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارآفرادگی کلی.
- ۱۷- رفع عیوب اکسارتی چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستینگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی) یا دوربینی به‌اضافه نصف آستینگمات) کمتر از سه دیوبتر باشد.
- ۱۸- هزینه‌های درمانی بیمه‌شگان مصدوم در حادث رانندگی (در صورتی که بیمه‌شده خود مقص حادثه باشد)
- ۱۹- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعریفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است
- ۲۰- هزینه‌های اعمال غیرمجاز در مطب
- ماهه ۸- بیمه ماضعف: در مواردی که بیمه‌شده دارای پوشش درمانی دیگر نیز باشد و از مزایای آن بیمه استفاده نماید و سهم بیمه‌گر درمانی دیگر معادل و یا متجاوز از میزان فرانشیز، موضوع ماده ۵ گردد، در این صورت از بیمه فرانشیزی کسر نخواهد شد. چنانچه میزان فرانشیز از درصد موضوع ماده ۵ کمتر باشد میزان فرانشیز بیمه‌گر دیگر و فرانشیز موضوع ماده ۵ خواهد بود.

فصل سوم (مقررات مختلف)

- ماهه ۹- پرداخت حق بیمه به صورت تقدیم و اقساط امکان پذیر است. در صورت پرداخت کل حق بیمه سالانه به صورت نقدی در ابتدای بیمه‌نامه و مابقی می‌باشد طی ۳ قسط متوالی و مساوی ماهانه توسعه گردد.
- ماهه ۱۰- بیمه‌شده در موارد ستری در انتخاب هر کی از بیمارستان‌های کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه‌های مربوط می‌باشد. صورت حساب بیمارستان را به اضمام نظریه پزشک با پزشکان مالح درخصوص علت بیماری و شرح علاجات انجامشده دریافت و پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه خود (سازمان امنی اجتماعی و با سازمان خدمات درمانی و یا) تصویر برای اصل شده مدارک خود را به همراه تصویر چک و یا حواله بیمه‌گر پایه و بیمه‌گر تکمیلی سلسیم نماید لازم به ذکر است در صورت مراجعة مستقیم بیمار به بیمارستانی توسعه بیمه‌شده، هزینه‌های پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه، توسعه سرت کریت بیمه‌گر پایه تاریخ فارداد (هم تراز) محسوسه و پرداخت می‌گردد و همچنین بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی در پرداخت وجوهی که بیمه‌شده خارج از صورت حساب بیمارستان به پزشک با این اعراض تعریفهای پاراکلینیکی و سربیانی بر اساس تعریفهای اعلام شده توسعه وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی هست.
- ماهه ۱۱- حداکثر زمان قابل قبول در صورت پذیرش اصل اسناد و مدارک پزشکی بیمه‌شگان به صورت مستقیم، مدت ۹۰ روز از تاریخ دریافت تصویر سهم بیمه‌گر پایه (طبق تصویر چک دریافتی) بابت هزینه‌های بسترهای یا تاریخ انجام هزینه‌های پاراکلینیکی توسعه بیمه‌شده می‌باشد. همچنین زمان دریافت مدارک از بیمه‌شگان یک ماه پس از تاریخ انقضای بیمه‌نامه خواهد بود بدینه است بیمه‌گر درخصوص آن دسته از صورت حساب بیمارستانی به پزشک که خارج از سرتیفیکات اصل مدارک مربوطه شدن در بیمارستان، مدارک را به بیمه‌گر اعلام نماید.
- ماهه ۱۲- بیمه‌شده موظف است حداکثر طرف مدت پنچ روز از زمان بسترهای یا تاریخ فارداد استفاده نموده باشد، دو ماه از تاریخ فارداد در این مدت پنچ روز از زمان بسترهای که از مراکز طرف فارداد استفاده نموده باشد، دو ماه بعد بیمه‌شده خواهد بود.
- ماهه ۱۳- حداکثر مهلت برای بازگرداندن اصل مدارک پزشکی بیمارستانی به بیمه‌شگان مدت ۹۰ روز از تاریخ فارداد استفاده نموده باشد. به بیمارستان‌های طرف فارداد (هم تراز) بابت پس از گشته مدت مذکور این شرکت از اعاده مدارک مربوطه مذکور بوده و مستولیتی از این بابت به عده نخواهد داشت.
- تصریه ۱۴- در خصوص مدارک پزشکی مربوط به موارد غیر بسترهای (بیمارستانی) مدت زمان مربوطه حداکثر سه ماه از تحویل مدارک به بیمه‌گر می‌باشد.
- ماهه ۱۵- هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمدتاً به سیاست اظهارات کاذب و یا از مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شگان وابسته به خود کرده است بیمه‌نامه فسخ و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای فارداد بایت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.
- ماهه ۱۶- هزینه بیمارستانی بیمه‌شده که به علت عدم مبالغه در داخل کشور با هنگام مسافرت به خارج از اعزام می‌گردد و یا هنگام مسافرت به کشور به دلیل فوریت هزینه‌های پرداختی به علاوه مدارک از این بابت به معالجه پیدا می‌کنند در صورت تأثید صورت حسابهای آن توسعه سفارت جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه تا سقف تعهدات هزینه‌های بیمارستانی به بیمه‌شده از این پرداخت خواهد شد در غیر این صورت هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه این انجام شده می‌شود.
- ماهه ۱۷- مورد فسخ بیمه‌نامه و نحوه تسویه حق بیمه: بیمه‌گر یا بیمه‌شده می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام کند:
- الف) موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:
 - ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمی از حق بیمه و یا اقساط آن در سرسی.
 - ۲- هرگاه بیمه‌شده سه‌ها و بدون سوئیت مطالبه خلاف واقع اظهار مطالبه کند و یا از اظهار مطالبه خودداری کند بهنحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
 - ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافق بیمه‌شده با افزایش حق بیمه بیمه‌شده تهیه در صورت فسخ بیمه نامه را بدهد که خسارانی از بیمه‌گر دریافت نکرده باشد. در این صورت موارد فسخ از طرف بیمه‌شده عبارتند از:
 - ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
 - ۲- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر موقوف شود.
 - ۳- (پ) نحوه تسویه حق بیمه در صورت فسخ:
 - ۱- در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
- ماهه ۱۸- نحوه فسخ:
- ماهه ۱۹- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند موضع را به سیاست اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌شده فسخ شده تلقی می‌شود.
- ماهه ۲۰- بیمه‌شده می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌گردد.
- ماهه ۲۱- مهلت پرداخت خساره: بیمه‌گر موظف است در خصوص صورت حساب هزینه‌های پاراکلینیکی، بسترهای و چارچی که مستقیماً و اhad ذرط بیمه‌گر ارائه می‌گردد حداکثر طرف مدت سی روز کاری پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک کی بتواند به سیاست آنها میزان خسارت وارد و دعوه تمدید خود را تحریصی دهد، خساره را تسویه و پرداخت نماید.
- ماهه ۲۲- نحوه رفع اختلاف: کلیه اختلافات ناشی از این بیمه‌نامه از طرق ارجاع امر به هیأت کارشناسی محل و فصل خواهد شد. در این صورت هر یک از طرقین طرف مدت ۱۵ روز کارشناس منتخب خود را در مدت ۱۵ روز از تاریخ اعلام طرف دیگر انتخاب ننمایند و یا معرفی کرده و کارشناسان منتخب متنقاً نسبت به تعیین کارشناسان سوم اقسام خواهد نمود. در صورتی که یکی از طرفین کارشناس منتخب خود را در مدت ۱۵ روز از تاریخ اعلام طرف دیگر انتخاب ننمایند و یا کارشناس منتخب در تعیین کارشناس سوم طرف مدت یک ماه از تاریخ انتخاب و اعلام آن به توافق نرسند در خواست تعیین کارشناسان یا کارشناسان تائید شده به دادگاه ذیصلاح تقديم خواهد شد. نظر هیات کارشناسی برای هر یک از طرفین از اینجا خواهد بود.
- هر یک از طرفین حق الوجه کارشناس منتخب خود را می‌پردازد و حق الوجه کارشناس سوم به تسویه بین طرفین تقسیم می‌شود.
- ماهه ۲۳- کتبی بودن اظهارات: هرگونه بیشهاد و اظهار بیمه‌شده و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه بایستی کتبی به آخرین نشانی اعلام شده وی ارسال گردد.
- ماهه ۲۴- چنانچه موارد مذکور در بیمه‌نامه و یا ملحقاتی که بعداً در صورت لزوم صادر خواهد شد مورد توافق نباشد. بیمه‌گار موظف است حداکثر طرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای صحیح آن را بنماید در غیر این صورت مراتب تائید شده تلقی خواهد شد و هرگونه تغییراتی در این خصوص متوط به تأثید کتبی بیمه‌گر خواهد بود.
- ماهه ۲۵- مدت بیمه‌نامه: مدت این بیمه‌نامه را برای یک سال دیگر بنماید در صورت موافقت بیمه‌گر بیمه‌نامه برای مدت بیمه‌شده می‌باشد.
- ماهه ۲۶- سایر موارد و شرایطی که در این بیمه‌نامه ذکر نشده است بر اساس آخرین شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه و قانون بیمه ایران عمل خواهد شد.
- ماهه ۲۷- این بیمه‌نامه مشتمل بر ۲۵ ماده و ۵ تبصره و در دو نسخه تنظیم گردیده که هر یک از سخ حکم واحد را دارند.

جدول مشخصات

بیمه نامه درمان انفرادی

دفتر مرکزی کیش: مجتمع بانکها، ساختمان امین (پرها)
طبقه فوقانی بانک گردشگری، تلفکن ۷۶۴-۴۴۲۱۴۹۱
دفتر ارتباطی: تهران، خیابان گاندی، خیابان یازدهم
پلاک ۱۹ کد پستی: ۱۵۱۷۷۵۶۶۱۱
تلفن: ۰۲۱(۴۴۴۱۷) فکس: ۰۲۱(۸۶۰۸۸۴۱)

شعاره بیمه نامه:

۹- هزینه‌های درمانی ناشی از فعل و نفعات هسته‌ای.

۱۰- هزینه‌های اتفاق خصوصی، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۱- هزینه‌های همراه بیماران بین ۷ سال تا ۲۰ سال، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۲- جنون

۱۳- جراحی لثه.

۱۴- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارد، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۵- جراحی فک، مگر آنکه به علت وجود تumor یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۶- هزینه‌های درمانی مربوط به معلولیت ذهنی و از کارآفتدگی کلی.

۱۷- رفع سبوب انسکاری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی بضافه نصف آستینگمات کمتر از سه دیوبیتر باشد.

۱۸- هزینه‌های درمانی بیمه‌شده گان مصدوم در حوادث رانندگی (درصورتی که بیمه‌شده خود مقصراً حادثه نباشد).

۱۹- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعریف درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

۲۰- هزینه‌های اعمال غیرمجاز در طبقه.

۲۱- ماده ۸- بیمه‌ضائف: در مواردی که بیمه‌شده دارای پوشش درمانی دیگر درمانی دیگر بیمه‌گر معادل و یا متجاوز از میزان فرانشیز، موضوع ماده ۵ گردید.

۲۲- ماده ۸- در این صورت از بیمه فرانشیز کسر نخواهد شد. چنانچه میزان فرانشیز از درصد موضوع ماده ۵ کمتر باشد میزان فرانشیز قابل پرداخت، معادل مبالغ اتفاقات سهم بیمه‌گر درمانی دیگر و فرانشیز موضوع ماده ۵ خواهد بود.

فصل سوم (مقرات مختلف)

۲۳- ماده ۹- پرداخت حق بیمه بهصورت نقد و اقساط امکان پذیر است. در صورت پرداخت کل حق بیمه سالانه بهصورت نقدی، ۱۰٪ تخفیف اعمال خواهد شد در پرداخت اقساطی ۷/۲۵ از حق بیمه بهصورت نقدی.

۲۴- ماده ۱۰- بینه‌نامه و مابقی می‌باشد طی ۳ قسط متوالی و مساوی ماهانه تسویه گردد.

۲۵- ماده ۱۱- بیمه‌شده در موارد بسته در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه‌های مربوط می‌باشی اصل صورتحساب بیمارستان را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری و شرح معالجات انجامشده دریافت و پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه خود (سازمان تامین اجتماعی یا سازمان تامین اجتماعی و یا بیمه‌گر) توسط بیمه‌شده مدارک خود را به همراه تصویر چک و یا حواله بیمه‌گر پایه و بیمه‌گر تکمیلی تسلیم نماید. لازم به ذکر است در صورت مراجعة مستقیم بیمار به بیمارستان و پرداخت هزینه‌های بیمه‌شده قابل پرداخت پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه، توسط شرکت بیمه بازارگرانی بر اساس تعرفه قرارداد بیمه با بیمارستان‌های هم‌درجه (هم‌درجه) محاسبه و پرداخت می‌گردد و همچنین بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی در پرداخت وجوهی که بیمه‌شده خارج از صورتحساب بیمارستان یا پرداخت نموده است را ندارد. محاسبه هزینه‌های پارکلینیکی و سرپایی بر اساس تعرفه‌های اعلام شده توسعه وزارت بهداشت و

۲۶- ماده ۱۲- بیمه‌شده کشور برای خوش دولتی و خصوصی است.

۲۷- ماده ۱۳- حداقل زمان قابل قبول درخصوص پذیرش اصل اسناد و مدارک پزشکی که خارج از ضرایب معمولی تسویه بیمه‌گر (طبق تصویر چک دریافتی) بابت هزینه‌های بسته و یا تاریخ انجام هزینه‌های پارکلینیکی تسویه بیمه‌شده می‌باشد. همچنین حداقل زمان دریافت مدارک از بیمه‌شده کارهای خواهد بود. بدینهی است بیمه‌گر درخصوص آن دسته از صورتحساب‌های پرداخت شده می‌باشد.

۲۸- ماده ۱۴- بیمه‌شده موظف است حداقل طرف مدت پنج روز از مانستی شدن در بیمارستان، مراتب را به بیمه‌گر اعلام نماید.

۲۹- ماده ۱۵- حداقل مهلت برای بازگرداندن اصل مدارک پزشکی به بیمه‌شده از بیمه‌شده‌ای که از مراکز طرف قرارداد بیمه مذکور مربوطه معدور بوده و مستولیتی از این بابت به بیمه‌گر اعلام نماید.

۳۰- ماده ۱۶- تصریح در خصوص مدارک پزشکی مربوط به موارد غیر بسته (بیمارستانی) مدت زمان موقوفه مدارک سه ماه از تحويل مدارک به بیمه‌گر می‌باشد.

۳۱- ماده ۱۷- هرگاه تابت شود که بیمه‌شده عملاً به سیله اظهارات کاذب و با ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌گر حق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بازیابی می‌باشد و یا بیمه‌شده گان و استه به وی برداشت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.

۳۲- ماده ۱۸- هرگاه بیمارستانی بیمه‌شده که به علت عدم معالجه در داخل کشور با تائید بیمه‌گر به خارج از اعماق می‌گردد و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به فوریت‌های پزشکی نیاز به معالجه پیدا می‌کند در صورت تائید بیمه‌شده سفارت هم‌جنین اسلامی ایران در کشور مربوطه تا سقف تهدیه هزینه‌های بیمارستانی و اعمال جراحی متدرج در قرارداد و مدارک با تغزیه‌های ایران پرداخت خواهد شد در این صورت هزینه‌های انجامشده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

۳۳- ماده ۱۹- اخذ پذیرش و تأیین هزینه‌های مستقیم: در صورت عدم اعتماد هماهنگی لازم از سوی بیمه‌شده (اخذ معروف نامه) در رابطه با پذیرش در بیمارستان‌های طرف قرارداد، هزینه‌های درمانی مذکور انجامشده مطابق با قرارداد می‌باشد و مراکز درمانی تأیین می‌گردد و بیمه‌گر تمهدی در قبال پرداخت سایر هزینه‌های انجامشده در مراکز درمانی مذکور را ندارد. همچنین در صورت عدم در حق العمل جراحت و دستمزد پرداخت هرگونه وجهی خارج از صورتحساب بیمارستانی و یا پرداخت هرگونه وجهی خارج از طرف قرارداد و مدارک با تغزیه‌های هم‌تراز (هم‌درجه) وی انجام می‌گیرد.

۳۴- ماده ۲۰- موارد فسخ بیمه‌نامه و نحوه تسویه حق بیمه: بیمه‌گر یا بیمه‌شده می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام کند:

الف) موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

۱- عدم پرداخت تمام یا قسمی از حق بیمه و یا اقساط آن در سرسیس.

۲- هرگاه بیمه‌شده سهواً و بدون سوبنیت مطالی خلاف اعقاب اظهار کند و یا اظهار مطالی خودداری کند بهنحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌شده با افزایش حق بیمه.

ب) بیمه‌شده تنها در صورتی می‌تواند در خواست فسخ بیمه نامه را ردید که خسارته از بیمه‌گر دریافت نکرده باشد. در این صورت موارد فسخ از طرف بیمه‌شده عبارت اند از:

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

۲- در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود.

ب) نحوه تسویه حق بیمه در صورت فسخ:

۱- در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ بهصورت روزشمار محاسبه می‌شود.

۳۵- ماده ۲۱- نحوه فسخ:

۳۶- ماده ۲۲- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند موظف است موضوع را به سیله نامه سفارشی به بیمه‌شده اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌شده یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌شده فسخ شده تلقی می‌شود.

۳۷- ماده ۲۳- بیمه‌شده می‌تواند برای تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر فسخ بیمه‌نامه را تقداً کند در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌گردد.

۳۸- ماده ۲۴- مهلت پرداخت خساره: بیمه‌گر موظف است درخصوص سورتحساب هزینه‌های پارکلینیکی، بسته و جراحی که مستقیماً به واحد ذیرت بیمه‌گر ازمه می‌گردد حداقل ظرف مدت سی روز کاری پس از دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به سیله اینها میزان خساره وارد و حدود تمهد خود را تشخیص دهد، خساره را تسویه و پرداخت نماید.

۳۹- ماده ۲۵- نحوه رفع اختلاف: کلیه اختلافات ناشی از بینه‌نامه از طرق ارجاع امر به هیأت کارشناسی حل و فصل خواهد شد. در این صورت هر یک از طرفین ظرف مدت ۱۵ روز کارشناسی منتخب خود را در مدت ۱۵ روز از تاریخ اعلام طرف دیگر انتخاب ننمایند و یا کارشناس منتخب در تعیین کارشناس سوم ظرف مدت یک ماه از تاریخ انتخاب و اعلام آن به توافق نرسند در خواست تعیین کارشناسان تائید شده به دادگاه دیصلاح تقديم خواهد شد نظر هیأت کارشناسی برای هر یک از طرفین لازماً اجراء خواهد بود.

۴۰- ماده ۲۶- هر یک از طرفین حق الزحمه کارشناسان منتخب خود را می‌پردازد و حق الزحمه کارشناس سوم بهتساوی بین طرفین تقسیم می‌شود.

۴۱- ماده ۲۷- کنی بوند اظهارات: هرگونه بیشنها و اظهار بیمه‌شده و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باستی کنیا به آخرین نشان اعلام شده وی ارسال گردد.

۴۲- ماده ۲۸- چنانچه موارد مذکور در بیمه‌نامه و یا ملحقاتی که بعداً در صورت لزوم صادر خواهد شد مورد تأویق نیافرست. بیمه‌گذار موظف است حداقل ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تفاضلی تصحیح آن را بنتاید در غیر این صورت مراقب تأیید شده تلقی خواهد شد و هرگونه تغیراتی در این مخصوص منوط به تأیید کنی بیمه‌گر خواهد بود.

۴۳- ماده ۲۹- مدت بیمه‌نامه: مدت این بیمه‌نامه یک سال تمام همچوی خورشیدی است که از ساعت ۲۴ تاریخ شروع بیمه‌نامه باید بیمه‌شده می‌تواند با ارسال تضاضی کنی درخواست تهدید بیمه‌نامه را برای یک سال دیگر بنماید در صورت موافقت بیمه‌گر بیمه‌نامه برای این بیمه‌شده تهدید می‌گردد.

۴۴- ماده ۳۰- سایر موارد و شرایطی که در این بیمه‌نامه ذکر شده است بر اساس آخرین شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه و قانون بیمه ایران عمل خواهد شد.

۴۵- ماده ۳۱- این بیمه‌نامه مشتمل بر ۲۵ ماده و ۵ تبصره و در دو نسخه تنظیم گردیده که هر یک از نسخ حکم واحد را دارند.