

کلیه اعضای خانواده می‌بایست تنها یک طرح را انتخاب نمایند. طرح‌های درمانی مربوط به خانواده‌ها را از شبکه فروش ما بخواهید. لطفاً طرح درمان موردنظر خانواده خود را انتخاب نمایید.

طرح ۱ طرح ۲ طرح ۳ طرح ۴ طرح ۵

مشخصات چک‌های 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 می‌گردم که به کلیه پرسش‌های این فرم پیشنهاد و قرارداد با صداقت کامل پاسخ داده و همچنین جهت بررسی سوابق پزشکی به بیمه‌گر مجوز و اختیار می‌دهم تا هرگونه اطلاعات مورد نیاز را از پزشک یا پزشکان معالج و مربوطه یا بیمارستان محل بستری اینجانبان به صورت محرمانه دریافت نماید. همچنین اعلام می‌دارم که بیماری‌ها و سوابق کامل آنها مرتبط به خود و سایر افراد خانواده که متقاضی پوشش بیمه درمان تکمیلی هستند را تماماً و بدون هیچ‌گونه کم و کاستی ذکر و اعلام نموده‌ام و از محدودیت عدم پوشش بیماری‌های قبل از شروع پوشش بیمه که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر می‌باشد نیز مطلع و آگاه هستم.

نکته: در صورتی که بیمه‌گذار ۳ سال پی در پی در نزد بیمه آسباری بیمه‌نامه درمان خریداری نموده باشد، محدودیت فوق الذکر اعمال نخواهد شد.

تاریخ:

امضاء و اثر انگشت بیمه‌گذار:



شماره بیمه نامه:

جدول مشخصات

شرایط بیمه نامه

تذکر: لازم به ذکر است بیمه نامه بایستی برای تمامی اعضای خانواده (به جز افراد بالای ۷۰ سال) تهیه شود، منظور از اعضای خانواده همسر، 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 کتبی بیمه شده (که جزء لاینفک بیمه نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه شده که مورد قبول بیمه گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه به صورت کتبی به بیمه گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه گر 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 مفاهیم استفاده شده اند.
- ۱- بیمه گر: 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 مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد.
- 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.
- 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 متعهد 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 گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.
- ۶- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.
- ۷- بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.
- ۸- حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در جدول مشخصات آمده است، می باشد.
- ۹- دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی 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 انقضاء 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 بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود day care تبصره ۱: اعمال جراحی DAY CARE به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.
- تبصره ۲: هزینه همراه افراد زیر ۷ سال (در بیمارستان)
- تبصره ۳: جبران هزینه های انتقال بیمار با آمبولانس در صورتی که منجر به بستری بیمار در بیمارستان و یا مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی باشد و یا به هنگام ترخیص وی از بیمارستان بر اساس دستور پزشک معالج و پس از تأیید پزشک بیمه گر باشد قابل پرداخت خواهد بود.
- ماده 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 گر 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) درصدی 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 منظور مساعدت با این بیمه شدگان به ازاء استفاده از تعرفه های دولتی، فرانشیز اعمال نخواهد شد.
- ماده ۷- استثنائات: هزینه های این موارد از شمول کلیه تعهدات بیمه گر خارج می باشد:
 - ۱- بیماری های مربوط به قبل از شروع پوشش بیمه به تشخیص پزشک متعمد بیمه گر تا دو سال از تاریخ شروع پوشش این بیمه نامه (در صورت تمدید بیمه نامه در سال سوم از آن سال به بعد این مورد جزء استثنائات نخواهد بود).
 - ۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد. مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
 - ۳- عیوب مادرزادی.
 - ۴- سقط جنین.
 - ۵- ترک اعتیاد.
 - 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، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.

۹- هزینه‌های درمانی ناشی از فعل و انفعالات هسته‌ای.

۱۰- هزینه اتاق خصوصی، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال، مگر در موارد ضروری به تشخیص 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 تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد

۱۶- هزینه‌های درمانی مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.

۱۷- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به‌اضافه نصف آستیگمات) کمتر از سه دیوپتر باشد.

۱۸- هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان مصدوم در حوادث رانندگی (در صورتی که بیمه‌شده خود مقصر حادثه نباشد).

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

۲۰- هزینه‌های اعمال غیرمجاز در مطب.

ماده ۸- بیمه متضاف: در مواردی که بیمه‌شده دارای پوشش درمانی دیگری نیز باشد و از مزایای آن بیمه استفاده نماید و سهم بیمه‌گر درمانی دیگر معادل 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 قابل پرداخت، معادل مابه‌التفاوت سهم بیمه‌گر درمانی دیگر و فرانشیز موضوع ماده ۵ خواهد بود.

فصل سوم (مقررات مختلف)

ماده ۹- پرداخت حق بیمه به‌صورت نقد و اقساط امکان پذیر است. در صورت پرداخت حق بیمه سالانه به‌صورت نقدی، ۱۰٪ تخفیف اعمال خواهد شد. در پرداخت اقساطی ۲۵٪ از حق بیمه به‌صورت نقدی در ابتدای بیمه‌نامه و مابقی می‌بایست طی ۳ قسط متوالی و مساوی ماهانه تسویه گردد.

ماده ۱۰- بیمه‌شده در موارد بستری در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه‌های مربوط می‌بایستی اصل صورتحساب بیمارستان را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه خود (سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی و یا...) تصویر برابر اصل شده مدارک خود را به همراه تصویر چک و یا حواله بیمه‌گر پایه و بیمه‌گر تکمیلی تسلیم نماید. لازم به ذکر است در صورت مراجعه مستقیم بیمار به بیمارستان و پرداخت هزینه‌های بیمارستانی توسط بیمه‌شده، هزینه‌های قابل پرداخت پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه، توسط شرکت بیمه بازگانی بر اساس تعرفه قرارداد بیمه یا بیمارستان‌های هم‌درجه (هم‌تراز) محاسبه و پرداخت می‌گردد و همچنین بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی در پرداخت وجوهی که بیمه‌شده خارج از صورتحساب بیمارستان به پزشک یا مراکز درمانی پرداخت‌نموده است را ندارد، محاسبه هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی بر اساس تعرفه‌های اعلام‌شده توسط وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی هست.

ماده ۱۱- حداکثر زمان قابل قبول در خصوص پذیرش اصل اسناد و مدارک پزشکی بیمه‌شدگان به‌صورت مستقیم، مدت ۹۰ روز از تاریخ دریافت تصویر سهم بیمه‌گر پایه (طبق تصویر چک دریافتی) بابت هزینه‌های بستری و یا تاریخ انجام هزینه‌های پاراکلینیکی توسط بیمه‌شده می‌باشد. همچنین حداکثر زمان دریافت مدارک از بیمه‌شدگان یک ماه پس از تاریخ انقضای بیمه‌نامه خواهد بود. بدیهی است بیمه‌گر در خصوص آن دسته از صورتحساب‌های پزشکی که خارج از ضرب‌الاجل فوق به وی تحویل گردد تعهدی به عهده نخواهد داشت.

ماده ۱۲- بیمه‌شده موظف است حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری شدن در بیمارستان، مراتب را به بیمه‌گر اعلام نماید.

ماده ۱۳- حداکثر مهلت برای بازگرداندن اصل مدارک پزشکی بیمارستانی به بیمه‌شده‌ای که از مراکز طرف قرارداد استفاده نموده‌اند، دو ماه از تاریخ ترخیص بیمه‌شده از بیمارستان (در خصوص معرفی‌شدگان به بیمارستان‌های طرف قرارداد) است. بدیهی است پس از گذشت مدت مذکور این شرکت از اعاده مدارک مربوطه معذور بوده و مسئولیتی از این بابت به عهده نخواهد داشت.

تبصره ۵: در خصوص مدارک پزشکی مربوط به موارد غیر بستری (بیمارستانی) مدت‌زمان مربوطه حداکثر سه ماه از تحویل مدارک به بیمه‌گر می‌باشد.

ماده ۱۴- هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به‌وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است بیمه‌نامه فسخ و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۱۵- هزینه بیمارستانی بیمه‌شده که به علت عدم معالجه در داخل کشور یا تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به معالجه پیدا می‌کنند در صورت تأیید صورتحساب‌های آن توسط سفارت جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوط تا سقف تعهدات هزینه‌های بیمارستانی و اعمال جراحی مندرج در قرارداد و معادل با تعرفه‌های ایران پرداخت خواهد شد در غیر این صورت هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

ماده ۱۶- اخذ پذیرش و تأمین هزینه‌های مستقیم، در صورت عدم انجام هماهنگی لازم از سوی بیمه‌شده یا بیمه‌گر (اخذ معرفی‌نامه) در رابطه با پذیرش در بیمارستان‌های طرف قرارداد، هزینه‌های درمانی مذکور انجام‌شده مطابق با قرارداد فی‌مابین بیمه‌گر با بیمارستان و یا مراکز درمانی تأمین می‌گردد و بیمه‌گر تعهدی در قبال پرداخت سایر هزینه‌های انجام‌شده در مراکز درمانی مذکور را ندارد. همچنین در صورت عدم درج حق‌العمل جراح و دست‌مزد پزشک در صورتحساب بیمارستانی و یا پرداخت هرگونه وجهی خارج از صورتحساب بیمارستان توسط بیمه‌شده به پزشک و یا کاردرمانی (اعم از بیمارستان‌های طرف قرارداد و یا غیر طرف قرارداد) بیمه‌گر تعهدی در تأمین و جبران هزینه‌های مذکور را نداشته و هزینه‌های قابل پرداخت توسط بیمه‌گر بر اساس تعرفه قرارداد بیمه‌گر با بیمارستان‌های هم‌تراز (هم‌درجه) وی انجام می‌گیرد.

ماده ۱۷- 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 قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۲- هرگاه بیمه‌شده سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی 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 درخواست فسخ بیمه‌نامه را بدهد که خسارتی 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 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.

ماده ۱۸- نحوه فسخ:

۱-۱۸- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند موظف است موضوع را به‌وسیله نامه سفارشی به بیمه‌شده اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌شده فسخ‌شده تلقی می‌شود.

۲-۱۸- بیمه‌شده می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین‌شده است، بیمه‌نامه فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

ماده ۱۹- مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر موظف است در خصوص صورتحساب هزینه‌های پاراکلینیکی، بستری و جراحی که مستقیماً به واحد ذی‌ربط بیمه‌گر ارائه می‌گردد حداکثر ظرف مدت سی روز کاری پس از دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به‌وسیله آن‌ها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارت را تسویه و پرداخت نماید.

ماده ۲۰- نحوه رفع اختلاف: کلیه اختلافات ناشی از این بیمه‌نامه از طریق ارجاع امر به هیأت کارشناسی حل و فصل خواهد شد. در این صورت هر یک از طرفین ظرف مدت ۱۵ روز کارشناس منتخب خود را معرفی کرده و کارشناس منتخب متفقاً نسبت به تعیین کارشناس سوم اقدام خواهند نمود. در صورتی که یکی از طرفین کارشناس منتخب خود را در مدت ۱۵ روز از تاریخ اعلام طرف دیگر انتخاب ننماید و یا کارشناس منتخب در تعیین کارشناس سوم ظرف مدت یک ماه از تاریخ انتخاب و اعلام آن به توافق نرسند درخواست تعیین کارشناس یا کارشناسان تأیید شده به دادگاه ذیصلاح تقدیم خواهد شد. نظر هیأت کارشناسی برای هر یک از طرفین لازم‌الاجرا خواهد بود.

هر یک از طرفین حق‌الزحمه کارشناس منتخب خود را می‌پردازد و حق‌الزحمه کارشناس سوم به‌تساوی بین طرفین تقسیم می‌شود.

ماده ۲۱- کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌شده و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه بایستی کتبی به آخرین نشانی اعلام‌شده وی ارسال گردد.

ماده ۲۲- چنانچه موارد مذکور در بیمه‌نامه و یا ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر خواهد شد مورد توافق نباشد. بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آن را بنماید در غیر این صورت مراتب تأیید شده تلقی خواهد شد و هرگونه تغییراتی در این خصوص منوط به تأیید کتبی بیمه‌گر خواهد بود.

ماده ۲۳- مدت بیمه‌نامه: مدت این بیمه‌نامه یک سال تمام هجری خورشیدی است که از ساعت ۲۴ تاریخ شروع بیمه‌نامه آغاز و در ساعت ۲۴ تاریخ انقضا بیمه‌نامه خاتمه می‌یابد بیمه‌شده می‌تواند با ارسال تقاضای کتبی درخواست تمدید بیمه‌نامه را برای یک سال دیگر بنماید در صورت موافقت بیمه‌گر بیمه‌نامه برای مدت مورد درخواست تمدید می‌گردد.

ماده ۲۴- 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.

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

شرکت بیمه آسماری

بیمه‌گر

جدول مشخصات

شماره بیمه نامه:

شرایط بیمه نامه

تذکر: لازم به ذکر است بیمه نامه بایستی برای تمامی اعضای خانواده (به جز افراد بالای ۷۰ سال) تهیه شود. منظور از اعضای خانواده همسر، 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 کتبی بیمه شده (که جزء لاینفک بیمه نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه شده که مورد قبول بیمه گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه به صورت کتبی به بیمه گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه گر 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 مفاهیم استفاده شده اند.
 - بیمه گر: 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 مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد.
 - 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.
 - 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.
 - بیمه گذار: شخصی است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.
 - 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 گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.
 - حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.
 - بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.
 - حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در جدول مشخصات آمده است، می باشد.
 - دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.
 - فرانشیز: سهم بیمه شده از خسارت قابل پرداخت است.
 - مدت: مدت بیمه نامه یک سال شمسی تمام است. تاریخ شروع و انقضاء آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می شود.

فصل دوم: هزینه های درمانی قابل پرداخت

- ماده ۲- هزینه های درمانی قابل پرداخت موضوع این بیمه طبق جدول مشخصات و تعهدات پیوست می باشد. جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود day care تبصره ۱: اعمال جراحی DAY CARE به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. تبصره ۲: هزینه همراه افراد زیر ۷ سال (در بیمارستان)
- تبصره ۳: جبران هزینه های انتقال بیمار با آمبولانس در صورتی که منجر به بستری بیمار در بیمارستان و یا مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی باشد و یا به هنگام ترخیص وی از بیمارستان بر اساس دستور پزشک معالج و پس از تایید پزشک بیمه گر باشد قابل پرداخت خواهد بود.
- ماده 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 گر 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) درصدی 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 منظور مساعدت با این بیمه شدگان به ازاء استفاده از تعرفه های دولتی، فرانشیز اعمال نخواهد شد.
- ماده ۷- استثنائات: هزینه های این موارد از شمول کلیه تعهدات بیمه گر خارج می باشد:
 - بیماری های مربوط به قبل از شروع پوشش بیمه به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر تا دو سال از تاریخ شروع پوشش این بیمه نامه (در صورت تمدید بیمه نامه در سال سوم از آن سال به بعد این مورد جزء استثنائات نخواهد بود).
 - اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد. مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
 - عیوب مادرزادی.
 - سقط جنین.
 - ترک اعتیاد.
 - هزینه های درمانی ناشی از خودکشی و اعمال مجرمانه.
 - هزینه های درمانی ناشی از حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتش فشان.
 - هزینه های درمانی ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.

۹- هزینه‌های درمانی ناشی از فعل و انفعالات هسته‌ای.

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

۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید 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 تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۶- هزینه‌های درمانی مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.

۱۷- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به‌اضافه نصف آستیگمات) کمتر از سه دیوپتر باشد.

۱۸- هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان مصدوم در حوادث رانندگی (در صورتی که بیمه‌شده خود مقصر حادثه نباشد).

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

۲۰- هزینه‌های اعمال غیرمجاز در مطب.

ماده ۸- بیمه مضاعف: در مواردی که بیمه‌شده دارای پوشش درمانی دیگری 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 قابل پرداخت، معادل مابه‌التفاوت سهم بیمه‌گر درمانی دیگر و فرانشیز موضوع ماده ۵ خواهد بود.

فصل سوم (مقررات مختلف)

ماده ۹- پرداخت حق بیمه به‌صورت نقد و اقساط امکان‌پذیر است. در صورت پرداخت کل حق بیمه سالانه به‌صورت نقدی، ۱۰٪ تخفیف اعمال خواهد شد در پرداخت اقساطی ۲۵٪ از حق بیمه به‌صورت نقدی در ابتدای بیمه‌نامه و مابقی می‌بایست طی ۳ قسط متوالی و مساوی ماهانه تسویه گردد.

ماده ۱۰- بیمه‌شده در موارد بستری در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه‌های مربوط می‌بایستی اصل صورتحساب بیمارستان را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه خود (سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی و یا...) تصویر برابر اصل شده مدارک خود را به همراه تصویر چک و یا حواله بیمه‌گر پایه و بیمه‌گر تکمیلی تسلیم نماید. لازم به ذکر است در صورت مراجعه مستقیم بیمار به بیمارستان و پرداخت هزینه‌های بیمارستانی توسط بیمه‌شده، هزینه‌های قابل پرداخت پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه، توسط شرکت بیمه بازرگانی بر اساس تعرفه قرارداد بیمه یا بیمارستان‌های هم‌درجه (هم‌تراز) محاسبه و پرداخت می‌گردد و همچنین بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی در پرداخت وجوهی که بیمه‌شده خارج از صورتحساب بیمارستان به پزشک یا مراکز درمانی پرداخت‌نموده است را ندارد، محاسبه هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی بر اساس تعرفه‌های اعلام‌شده توسط وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی هست.

ماده ۱۱- حداکثر زمان قابل قبول در خصوص پذیرش اصل اسناد و مدارک پزشکی بیمه‌شدگان به‌صورت مستقیم، مدت ۹۰ روز از تاریخ دریافت تصویر سهم بیمه‌گر پایه (طبق تصویر چک دریافتی) بابت هزینه‌های بستری و یا تاریخ انجام هزینه‌های پاراکلینیکی توسط بیمه‌شده می‌باشد. همچنین حداکثر زمان دریافت مدارک از بیمه‌شدگان یک ماه پس از تاریخ انقضای بیمه‌نامه خواهد بود. بدیهی است بیمه‌گر در خصوص آن دسته از صورتحساب‌های پزشکی که خارج از ضرب‌الاجل فوق به وی تحویل گردد تعهدی به عهده نخواهد داشت.

ماده ۱۲- بیمه‌شده موظف است حداکثر ظرف مدت پنج روز از زمان بستری شدن در بیمارستان، مراتب را به بیمه‌گر اعلام نماید.
ماده ۱۳- حداکثر مهلت برای بازگرداندن اصل مدارک پزشکی بیمارستانی که بیمه‌شده‌ای که از مراکز طرف قرارداد استفاده نموده‌اند، دو ماه از تاریخ ترخیص بیمه‌شده از بیمارستان (در خصوص معرفی‌شدگان به بیمارستان‌های طرف قرارداد) هست، بدیهی است پس از گذشت مدت مذکور این شرکت از اعاده مدارک مربوطه حداکثر سه ماه از تحویل مدارک به بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره ۵: در خصوص مدارک پزشکی مربوط به موارد غیر بستری (بیمارستانی) مدت‌زمان مربوطه حداکثر سه ماه از تحویل مدارک به بیمه‌گر می‌باشد.

ماده ۱۴- هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به‌وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است بیمه‌نامه فسخ و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۱۵- هزینه بیمارستانی بیمه‌شده که به علت عدم معالجه در داخل کشور یا تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به معالجه پیدا می‌کنند در صورت تأیید صورتحساب‌های آن توسط سفارت جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوط تا سقف تعهدات هزینه‌های بیمارستانی و اعمال جراحی مندرج در قرارداد و معادل با تعرفه‌های ایران پرداخت خواهد شد در غیر این صورت هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

ماده ۱۶- اخذ پذیرش و تأمین هزینه‌های مستقیم: در صورت عدم انجام هماهنگی لازم از سوی بیمه‌شده یا بیمه‌گر (اخذ معرفی‌نامه) در رابطه با پذیرش در بیمارستان‌های طرف قرارداد، هزینه‌های درمانی مذکور انجام‌شده مطابق با قرارداد فی‌مابین بیمه‌گر با بیمارستان و یا مراکز درمانی تأمین می‌گردد و بیمه‌گر تعهدی در قبال پرداخت سایر هزینه‌های انجام‌شده در مراکز درمانی مذکور را ندارد. همچنین در صورت عدم درج حق‌العمل جراح و دستمزد پزشک در صورتحساب بیمارستانی و یا پرداخت هرگونه وجهی خارج از صورتحساب بیمارستان توسط بیمه‌شده به پزشک و یا کاردرمانی (اعم از بیمارستان‌های طرف قرارداد و یا غیر طرف قرارداد) بیمه‌گر تعهدی در تأمین و جبران هزینه‌های مذکور را نداشته و هزینه‌های قابل پرداخت توسط بیمه‌گر بر اساس تعرفه قرارداد بیمه‌گر با بیمارستان‌های هم‌تراز (هم‌درجه) وی انجام می‌گیرد.

ماده ۱۷- 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 قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۲- هرگاه بیمه‌شده سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی 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 درخواست فسخ بیمه نامه را بدهد که خسارتی از بیمه‌گر دریافت نکرده باشد. در این صورت موارد فسخ از طرف بیمه‌شده عبارت‌اند 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.

پ) نحوه تسویه حق بیمه در صورت فسخ:

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

ماده ۱۸- نحوه فسخ:

۱-۱۸- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند موظف است موضوع را به‌وسیله نامه سفارشی به بیمه‌شده اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌شده فسخ‌شده تلقی می‌شود.

۲-۱۸- بیمه‌شده می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین‌شده است، بیمه‌نامه فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

ماده ۱۹- مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر موظف است در خصوص صورتحساب هزینه‌های پاراکلینیکی، بستری و جراحی که مستقیماً به واحد ذی‌ربط بیمه‌گر ارائه می‌گردد حداکثر ظرف مدت سی روز کاری پس از دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به‌وسیله آن‌ها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارت را تسویه و پرداخت نماید.

ماده ۲۰- نحوه رفع اختلاف: کلیه اختلافات ناشی از این بیمه‌نامه از طریق ارجاع امر به هیأت کارشناسی حل و فصل خواهد شد. در این صورت هر یک از طرفین ظرف مدت ۱۵ روز کارشناس منتخب خود را معرفی کرده و کارشناسان منتخب متفقاً نسبت به تعیین کارشناس سوم اقدام خواهند نمود. در صورتی که یکی از طرفین کارشناس منتخب خود را در مدت ۱۵ روز از تاریخ اعلام طرف دیگر انتخاب ننماید و یا کارشناس منتخب در تعیین کارشناس سوم ظرف مدت یک ماه از تاریخ انتخاب و اعلام آن به توافق نرسد درخواست تعیین کارشناس یا کارشناسان تأیید شده به دادگاه ذیصلاح تقدیم خواهد شد. نظر هیأت کارشناسی برای هر یک از طرفین لازم‌الاجرا خواهد بود.

هر یک از طرفین حق‌الزحمه کارشناس منتخب خود را می‌پردازد و حق‌الزحمه کارشناس سوم به‌نسبای بین طرفین تقسیم می‌شود.

ماده ۲۱- کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌شده و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه بایستی کتبی به آخرین نشانی اعلام‌شده وی ارسال گردد.

ماده ۲۲- چنانچه موارد مذکور در بیمه‌نامه و یا ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر خواهد شد مورد توافق نباشد. بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آن را بنماید در غیر این صورت مراتب تأیید شده تلقی خواهد شد و هرگونه تغییراتی در این خصوص منوط به تأیید کتبی بیمه‌گر خواهد بود.

ماده ۲۳- مدت بیمه‌نامه: مدت این بیمه‌نامه یک سال تمام هجری خورشیدی است که از ساعت ۲۴ تاریخ شروع بیمه‌نامه آغاز و در ساعت ۲۴ تاریخ انقضا بیمه‌نامه خاتمه می‌یابد. بیمه‌شده می‌تواند با ارسال تقاضای کتبی درخواست تمدید بیمه‌نامه را برای یک سال دیگر بنماید در صورت موافقت بیمه‌گر بیمه‌نامه برای مدت مورد درخواست تمدید می‌گردد.

ماده ۲۴- 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.

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

شرکت بیمه آسماری

بیمه‌گر