



"خلاصه شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه درمان خانواده"

فصل اول- کلیات

- ۱- اساس قرارداد: این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزو غیر قابل تفکیک بیمه نامه است) بین بیمه گر و بیمه گذار تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین است. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که بیمه گر قبول نکرده و قبل از صدور بیمه نامه به بیمه گذار اعلام کرده است جزو تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.
- ۲- بیمه گر: بیمه گر شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در بیمه نامه درج گردیده است و جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده دارد .
- ۳- بیمه شدگان : عبارتند از بیمه گذار به همراه افراد خانواده متقاضی بیمه گذار (شامل همسر و فرزندان).
- ۴- حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه گذار موظف است طبق شرایط خصوصی بیمه نامه به بیمه گر بپردازد.
- ۵- بیمه شدگان: عبارتند از بیمه گذار به همراه اعضای خانواده بر اساس صفحات شناسنامه .
 - ۱-۵- حد اکثر سن مورد پذیرش ۷۰ سال تمام می باشد. (اضافه حق بیمه سنی برای افراد ۶۰ تا ۷۰ معادل ۵۰٪ می باشد)
 - ۲-۵- پوشش نوزادان از بدو تولد به شرط اعلام به بیمه گر حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از زمان تولد بلامانع میباشد و بیمه گذاری باید از تاریخ تولد نسبت به ارسال مشخصات نوزاد و گواهی غربالگری وی اقدام نماید.
 - ۳-۵- بیمه شده مذکری که در طول مدت قرارداد متاهل می گردد می بایست حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ ثبت در دفترخانه نسبت به ارائه تصویر صفحات شناسنامه و برگه پرسش نامه سلامتی به منظور پوشش همسر خود اقدام نماید، در غیر اینصورت پوشش نامبرده از ابتدای قرارداد آتی خواهد بود.
 - ۴-۵- در صورت فوت هر یک از بیمه شدگان و یا طلاق همسر، نامبرده از زمان فوت یا طلاق از پوشش بیمه حذف می گردد و در صورت عدم استفاده از مزایای بیمه ای در هر سطحی حق بیمه ماههای باقی مانده تا پایان سال بیمه محاسبه و به بیمه گذار مسترد می گردد .
 - ۵-۵- در صورت فوت بیمه گذار در صورت موافقت بیمه گر و پرداخت حق بیمه توسط اعضاء و خانواده بیمه گذار قرارداد تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد داشت .
- ۶- تعهد بیمه گر : تعهد بیمه گر جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش مطابق مفاد آیین نامه ۷۴ مصوب شورایی عالی بیمه می باشد.
- ۷- حادثه: حادثه موضوع این بیمه عبارت است هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده و در مدت بیمه بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو و از کار افتادگی دائم جزئی و یا کلی و یا فوت بیمه شده گردد.
- ۸- بیماری: بیماری عبارت است از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.
- ۹- دوره انتظار : دوره انتظار مدت زمان مشخصی پس از شروع پوشش بیمه ای می باشد که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و تاریخ شروع آن همان تاریخ شروع پوشش بیمه ای بیمه شده می باشد .
- ۱۰- فرانشیز: سهم بیمه شده و یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در بیمه نامه تعیین شده است و تامین آن به عهده بیمه شده می باشد .
- ۱۱- مدت بیمه نامه : مدت این بیمه نامه یک سال شمسی است و تاریخ شروع و انقضای آن در بیمه نامه مشخص می گردد.

فصل دوم -وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده :



۱۲- اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر طی پیشنهاد بیمه نامه و برگه پرسشنامه سلامتی با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار و بیمه شده عمداً از اظهار مطلبی در پاسخ به پرسش های بیمه گر خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده و یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد پوشش بیمه گذار و بیمه شدگان تبعی وی در بیمه نامه فسخ خواهد شد و حق بیمه قرارداد قابل برگشت نمی باشد.

۱۳- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار: نحوه پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار یکجا در ابتدای قرارداد می باشد. لازم به توضیح است چنانچه حق بیمه به صورت یکجا پرداخت گردد ۱۵٪ تخفیف در حق بیمه هر یک از بیمه شدگان اعمال خواهد شد. چنانچه بیمه گذار تمایل به پرداخت اقساطی حق بیمه داشته باشد ۵۰٪ حق بیمه در ابتدای قرارداد و مابقی طی سه قسط متوالی از ماه دوم تا ماه چهارم می بایست مورد تسویه واقع گردد.

تبصره: در صورت عدم پرداخت اقساط بیمه گذار می تواند تا ۵ روز نسبت به تسویه حق بیمه اقدام نماید و در غیر این صورت قرارداد درمان به حالت تعلیق در آمده، در مدت زمان تعلیق بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به جبران خسارت نخواهد داشت و چنانچه ظرف مدت ۱۵ روز حق بیمه مربوطه پرداخت نشود، قرارداد فسخ و حق بیمه قابل برگشت نمی باشد.

۱۴- پوشش جبران هزینه های زایمان با مدت دوره انتظار ۹ ماه همراه می باشد. لازم به توضیح است در صورت ارائه سوابق بدون وقفه درمان تکمیلی دوره انتظار قابل حذف خواهد شد.

فصل سوم- خسارتهای خارج از تعهد بیمه گر

۱۵- استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهد بیمه گر خارج می باشد:

- ۱۵-۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۱۵-۲- عیوب مادرزادی، مگر اینکه که طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۱۵-۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۱۵-۴- ترک اعتیاد.
- ۱۵-۵- هزینه های درمانی ناشی از خودکشی و اعمال مجرمانه.
- ۱۵-۶- هزینه های درمانی ناشی از حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۱۵-۷- هزینه های درمانی ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح.
- ۱۵-۸- هزینه های درمانی ناشی از فعل و انفعالات هسته ای.
- ۱۵-۹- هزینه اتاق خصوصی، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۵-۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۵-۱۱- جنون.
- ۱۵-۱۲- جراحی لثه.
- ۱۵-۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۵-۱۴- جراحی فک، مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵-۱۵- هزینه های درمانی مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- ۱۵-۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.



۱۷-۱۵- 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.

۱۸-۱۵- هر گونه هزینه ای که در جدول تعهدات بیمه گر ذکر نگردیده است.

۱۹-۱۵- هزینه های اعمال غیر مجاز در مطب به شرح موارد ۲۱ گانه ذیل:

ردیف	توضیحات	ردیف	توضیحات
۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توام باشد.	۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فک ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان های بزرگ و طول بدن	۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاتریسم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در موارد اورژانس	۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسیس و زایمان های غیر طبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و معز و نخاع و جمجمه	۸	اعمال جراحی وسیع استخوانهای فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس ها)
۹	بیوسی انساج داخل مری، تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد و طحال	۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرایسم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش داخلی و میانی از قبیل تمانویلاستی و ...	۱۲	عمل جراحی استنو ستیز 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 آرج زایگما	۱۸	جراحی پریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن در رفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی	۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
۲۱	بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.		

فصل چهارم-مقررات مختلف

۱۶- بیمه شده در موارد بستری در انتخاب هر یک از بیمارستانهای کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه های مربوط می بایستی اصل صورتحساب بیمارستان را به انضمام نظریه یز شک یا یز شکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و پس از دریافت سهم بیمه گر پایه خود (سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی و یا ...) تصویر برابر اصل شده مدارک خود را به همراه تصویر چک و یا حواله بیمه گر پایه به بیمه گر تکمیلی تسلیم نماید. لازم بذکر است در صورت مراجعه مستقیم بیمار به بیمارستان طرف قرارداد و پرداخت هزینه های بیمارستانی توسط بیمه شده/ بیمه گذار، هزینه های قابل پرداخت پس از دریافت سهم بیمه گر پایه، توسط شرکت بیمه بازرگانی بر اساس تعرفه قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه پرداخت خواهد شد و در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد و همچنین بیمه گر هیچ گونه تعهدی در پرداخت وجوهی که بیمه شده خارج از صورتحساب بیمارستان به یز شک و یا مراکز درمانی پرداخت نموده است را ندارد، محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سربایی بر اساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی می باشد.

۱۷- در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مشمول 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 نمی باشد در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های قابل پرداخت صورت حساب کسر خواهد شد، در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرها (بیمه گر پایه و یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.



۱۸- حداکثر زمان قابل قبول در خصوص پذیرش اصل اسناد و مدارک پزشکی بیمه شدگان بصورت مستقیم، مدت ۹۰ روز از تاریخ دریافت تصویر سهم بیمه گر پایه (طبق تصویر چک دریافتی) بابت هزینه های بستری و یا تاریخ انجام هزینه های پاراکلینیکی توسط بیمه شده می باشد. بدیهی است بیمه گر در خصوص آندسته از صورتحساب های پزشکی که خارج از ضرب الاجل فوق به وی تحویل گردد تعهدی به عهده نخواهد داشت. حداکثر مهلت برای بازگرداندن اصل مدارک پزشکی به بیمه شدگان سه ماه از تاریخ ترخیص بیمه شده از بیمارستان می باشد، بدیهی است پس از گذشت مهلت مذکور این شرکت از اعاده مدارک مربوطه معذور بوده و مسئولیتی از این بابت به عهده نخواهد داشت. در خصوص مدارک پزشکی مربوط به موارد غیر بستری (بیمارستانی) مدت زمان مربوطه حداکثر سه ماه از تاریخ تحویل مدارک به شرکت بیمه کارآفرین می باشد.

فصل پنجم - نحوه فسخ بیمه نامه

۱۹- بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند

۱۹-۱- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

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

۱-۱-۲- هر گاه بیمه گذار سهواً و بدون سوء نیت 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.

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

۱۹-۲- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

۱-۲-۱- در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود.

۱-۲-۳- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ:

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

۱-۳-۲- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور میشود) بنابراین در صورتی که 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 کند.

آخرین تغییرات لیست اسامی و مشخصات مراجع طرف قرارداد (جاری) در سایت شرکت بیمه کارآفرین www.karafarin-insurance.ir به همراه راهنمای استفاده از خدمات و پشتیبانی شرکت بیمه کارآفرین در دسترس بیمه گذاران و بیمه شدگان می باشد.

مواردی که اعلام نشده تابع شرایط عمومی بیمه درمان مورد عمل بیمه گر (متن کامل آن در سایت شرکت به آدرس www.karafarin-insurance.ir موجود می باشد) عرف بیمه و قانون جاری مملکت خواهد بود.

