

# بیمه نامه درمان گروهی



شماره:

تاریخ: ۱۴۰۵/۱۳/۱۴۶  
شماره بیمه نامه: ۱۴۰۵/۱۳/۷۷/۱۴۶  
تاریخ صدور: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲

| بیمه گذار: مرکز تصویر نگاری پیرامی بند<br>نشانی: پاسداران - روبروی گلستان چهارم (شهید نوحی) - جنب بانک دی - مرکز تصویر برداری کوثر - طبقه اول شرکت متد<br>تلفن: ۰۹۱۳۷۱۱۹۳۵۷<br>www.dayins.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 | کد ملی / کد اقتصادی: ۱۰۱۰۱۴۳۳۱۳۴        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|------------|------------------------|----|----------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|--------|--------------------------------------------|---|----------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|----------|-----------------------------------------------------------|----|----------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------|----|-------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|------|-----------------------------------------|----|----------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|----------------|---------------------------------------|----|----------|------------|--------------------------------------------------------------|----|----------|--|---------------------------------|
| شماره قرارداد: ۱۴۰۵/۱۳/۷۷/۱۴۶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | تاریخ قرارداد: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱                       | نام سازمان: مرکز تصویر نگاری درمانی متد |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| از ساعت صفر باامداد تاریخ: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱                    | به مدت: ۳۶۵ روز                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| <table><tr><th>در صد فرانشیز</th><th>سقف سالیانه (هر نفر) ریال</th><th>تعداد مرجع</th><th>حد اکثر تعهدات بیمه گر</th></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>جراحی عمومی</td><td>۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف<br/>داخل شهری<br/>بدون سقف<br/>بیرون شهری</td><td>جراحی عمومی</td><td>۲- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>جراحی تخصصی</td><td>۳- جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، نسیج و ستون فقرات، گماتایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.</td></tr><tr><td>۰</td><td>بدون سقف</td><td>زایمان</td><td>۴- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.</td></tr><tr><td>۰</td><td>بدون سقف</td><td>نازایی و ناباروری</td><td>۵- ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، IVF، ZIFT، GIFT و میکرواینجکشن.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>پاراکلینیک ۱</td><td>۶- جبران هزینه های رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>پاراکلینیک ۲</td><td>۷- جبران هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتریگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EEC، تیلست تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG-NCV)، الکتروانسفلوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریستری، بیومتری و پتاکم، شنوایی سلجی (انواع آدیومتری).</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>آزمایشگاهی</td><td>۸- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>غربالگری جنین</td><td>۹- جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکر های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>توانبخشی</td><td>۱۰- جبران هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کار درمانی.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>هزینه های ویزیت</td><td>۱۱- جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰</td><td>دندانپزشکی</td><td>۱۲- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰</td><td>عینک</td><td>۱۳- جبران هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی یا اپتومتریست. (هر دو سال یکبار)</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>رفع عیوب انکساری</td><td>۱۴- جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینایی، دوربینی، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰</td><td>سمعک</td><td>۱۵- جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>جراحی مجاز سرپایی</td><td>۱۶- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کربوترانی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰</td><td>اورونز</td><td>۱۷- جبران هزینه های اورونز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>اعضا طبیعی بدن</td><td>۱۸- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td>روان پزشکی</td><td>۱۹- هزینه های بستری بیماری های روان پزشکی بجز هزینه نگهداری.</td></tr><tr><td>۱۰</td><td>بدون سقف</td><td></td><td>۲۰- حداکثر تعهدات ردیفهای ۱، ۲.</td></tr></table> |                                                 |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | در صد فرانشیز                           | سقف سالیانه (هر نفر) ریال | تعداد مرجع | حد اکثر تعهدات بیمه گر | ۱۰ | بدون سقف | جراحی عمومی | ۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. | ۱۰ | بدون سقف<br>داخل شهری<br>بدون سقف<br>بیرون شهری | جراحی عمومی | ۲- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج. | ۱۰ | بدون سقف | جراحی تخصصی | ۳- جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، نسیج و ستون فقرات، گماتایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز. | ۰ | بدون سقف | زایمان | ۴- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین. | ۰ | بدون سقف | نازایی و ناباروری | ۵- ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، IVF، ZIFT، GIFT و میکرواینجکشن. | ۱۰ | بدون سقف | پاراکلینیک ۱ | ۶- جبران هزینه های رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری. | ۱۰ | بدون سقف | پاراکلینیک ۲ | ۷- جبران هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتریگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EEC، تیلست تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG-NCV)، الکتروانسفلوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریستری، بیومتری و پتاکم، شنوایی سلجی (انواع آدیومتری). | ۱۰ | بدون سقف | آزمایشگاهی | ۸- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک. | ۱۰ | بدون سقف | غربالگری جنین | ۹- جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکر های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین. | ۱۰ | بدون سقف | توانبخشی | ۱۰- جبران هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کار درمانی. | ۱۰ | بدون سقف | هزینه های ویزیت | ۱۱- جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری. | ۱۰ | ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | دندانپزشکی | ۱۲- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه. | ۱۰ | ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | عینک | ۱۳- جبران هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی یا اپتومتریست. (هر دو سال یکبار) | ۱۰ | بدون سقف | رفع عیوب انکساری | ۱۴- جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینایی، دوربینی، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. | ۱۰ | ۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | سمعک | ۱۵- جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک. | ۱۰ | بدون سقف | جراحی مجاز سرپایی | ۱۶- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کربوترانی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی. | ۱۰ | ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | اورونز | ۱۷- جبران هزینه های اورونز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد. | ۱۰ | بدون سقف | اعضا طبیعی بدن | ۱۸- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن. | ۱۰ | بدون سقف | روان پزشکی | ۱۹- هزینه های بستری بیماری های روان پزشکی بجز هزینه نگهداری. | ۱۰ | بدون سقف |  | ۲۰- حداکثر تعهدات ردیفهای ۱، ۲. |
| در صد فرانشیز                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | سقف سالیانه (هر نفر) ریال                       | تعداد مرجع                              | حد اکثر تعهدات بیمه گر                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | جراحی عمومی                             | ۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف<br>داخل شهری<br>بدون سقف<br>بیرون شهری | جراحی عمومی                             | ۲- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | جراحی تخصصی                             | ۳- جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، نسیج و ستون فقرات، گماتایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.                                                                                                                                                                                                                              |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | بدون سقف                                        | زایمان                                  | ۴- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | بدون سقف                                        | نازایی و ناباروری                       | ۵- ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، IVF، ZIFT، GIFT و میکرواینجکشن.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | پاراکلینیک ۱                            | ۶- جبران هزینه های رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری.                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | پاراکلینیک ۲                            | ۷- جبران هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتریگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EEC، تیلست تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG-NCV)، الکتروانسفلوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریستری، بیومتری و پتاکم، شنوایی سلجی (انواع آدیومتری). |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | آزمایشگاهی                              | ۸- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | غربالگری جنین                           | ۹- جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکر های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | توانبخشی                                | ۱۰- جبران هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کار درمانی.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | هزینه های ویزیت                         | ۱۱- جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰                                     | دندانپزشکی                              | ۱۲- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰                                     | عینک                                    | ۱۳- جبران هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی یا اپتومتریست. (هر دو سال یکبار)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | رفع عیوب انکساری                        | ۱۴- جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینایی، دوربینی، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰                                   | سمعک                                    | ۱۵- جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | جراحی مجاز سرپایی                       | ۱۶- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کربوترانی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰                                     | اورونز                                  | ۱۷- جبران هزینه های اورونز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | اعضا طبیعی بدن                          | ۱۸- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        | روان پزشکی                              | ۱۹- هزینه های بستری بیماری های روان پزشکی بجز هزینه نگهداری.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ۱۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | بدون سقف                                        |                                         | ۲۰- حداکثر تعهدات ردیفهای ۱، ۲.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| روش پرداخت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 | مبلغ کل حق بیمه سالیانه (ریال)          | تعداد بیمه شدگان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | مبلغ حق بیمه خالص ماهیانه هر نفر (ریال) |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |
| ماهانه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 | طی الحاقیه                              | طی الحاقیه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ۳۷,۰۰۰,۰۰۰                              |                           |            |                        |    |          |             |                                                                               |    |                                                 |             |                                                                                                                                                           |    |          |             |                                                                                                                                                                                                                                  |   |          |        |                                            |   |          |                   |                                                                                                                       |    |          |              |                                                                                                                                                                                         |    |          |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |          |            |                                                                                                              |    |          |               |                                                                                      |    |          |          |                                                           |    |          |                 |                                                                                                                                      |    |             |            |                                                                             |    |             |      |                                                                                                            |    |          |                  |                                                                                                                                                                                                   |    |               |      |                                         |    |          |                   |                                                                                                                                          |    |             |        |                                                                                                                        |    |          |                |                                       |    |          |            |                                                              |    |          |  |                                 |

تفاهات احمدی - خیابان طالقانی - نرسیده به خیابان حافظ - جنب کوچه غفارزاده

مأمور

نشانی واحد معرف: خیابان طالقانی - نرسیده به خیابان حافظ - جنب کوچه غفارزاده

بیمه واحد معرف  
day insurance  
واحد صدور  
شعبه ایشار



مهر و امضاء نماینده بیمه (سایه خاص)

مهر و امضاء بیمه گر واحد صدور ایشار

شماره: \_\_\_\_\_  
تاریخ: \_\_\_\_\_  
پیوست: \_\_\_\_\_



تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۴۱۱۱-۱۱۶۱-۵۹۳۱ www.dayins.com

## الحاقیه درمان گروهی

بیمه گزار: مرکز تصویر برداری متد کد ۷۸۹۰۳۶  
کد صدور: ایشار کد ۷۷

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۵/۱۳/۷۷/۰۰

معرف: -

شماره الحاقیه: ۱

### شرح الحاقیه:

بدینوسیله مراتب ذیل از تاریخ شروع قرارداد ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ مورد تایید و موافقت این شرکت می باشد:

- ۱- بیمه گزار تعهد می نماید جهت سایر امور بیمه ای خود شامل اموال، مسئولیت، آتش سوزی، خودرو و عمر و حوادث گروهی مشروط به اینکه حق بیمه شرکت بیمه دی برای آن بیمه نامه از استعلام قیمت اخذ شده از سایر بیمه ها کمتر بود آنان را نزد شرکت بیمه دی تجمیع نماید.
- ۲- لیزر پرتوان، مگنت تراپی، اوزون تراپی و شک ویو بر اساس شناسه استاندارد خدمت و ابلاغیه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قابل بررسی و پرداخت است.
- ۳- پوشش هزینه های دندانپزشکی با تعهدات ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی قابل محاسبه و پرداخت می باشد. یک نفر از اعضای خانواده می تواند (مازاد) از سقف یک نفر دیگر از اعضای خانواده خود استفاده نماید.
- ۴- هزینه اجاره ی دستگاه فتوترابی نوزاد در منزل برای تعداد ۱۰ نفر جمعا تا سقف ۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال در طول مدت قرارداد قابل بررسی و پرداخت است.
- ۵- جبران هزینه های ارتوز و تجهیزات کمک حرکتی (عصا، ویلچر صرفاً دستی، واکر، کفش طبی، کفی طبی، گردن بند طبی، کمربند طبی، جوراب واریس، شکم بند طبی، کمرست طبی، تشک مواج (در موارد خاص) و پروتز به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد قابل بررسی و پرداخت است.
- ۶- جبران کلیه هزینه های دارویی و تخصصی اعم از بستری و سرپایی مطابق فهرست رسمی و ملزومات دارویی کشور طبق برند تجویزی پزشک معالج قابل بررسی و پرداخت است.

### • شروط کلی پوشش دارو:

- 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 است. (اختلاف قیمت در تعهد می باشد. در خصوص داروهای تخصصی وارداتی تجویز پزشک معتمد مربوطه الزامی است).



است. (در خصوص داروهای تخصصی تجویز پزشک متخصص مربوطه الزامی است).

### جزئیات پوشش دارو:

- ملزومات دارویی مطابق با فهرست اعلامی ملزومات دارویی سازمان غذا و دارو و صرفاً در صورت داشتن کاربرد درمانی تحت پوشش میباشند و اقلام مرتبط با پوست و زیبایی، تقویت و کاشت مو، فرآوردههای جنسی (مانند تقویت قوای جنسی، اسپری های تاخیری)، پیشگیری از بارداری، انواع محلول های با کاربرد شستشو و فرآوردههای بهداشتی (مانند محلول شستشوی لنز و انواع دهانشویه) و محلول های ضد عفونی در تعهد نمی باشد. در خصوص ملزومات دارویی تخصصی، تجویز پزشک متخصص مربوطه الزامی است.
- فرآورده های گیاهی - سنتی در صورت پوشش بیمه گر پایه، در تعهد می باشد.
- فرآورده های زیبایی، آرایشی و بهداشتی در تعهد نمی باشد.
- مکمل دارویی و غذایی (به استثناء مکمل های با کاربرد زیبایی، پوست، مو، ناخن، تقویت قوای جنسی و افزایش یا کاهش وزن و شیرخشک) با رعایت شروط کلی پوشش دارو، تجویز پزشک معالج و تهیه از داروخانه های مجاز کشور، قابل بررسی و پرداخت است. در خصوص مکمل های تخصصی (اعم از داخلی و وارداتی)، تجویز پزشک متخصص الزامی است.
- هزینه واکسن در صورت پوشش بیمه گر پایه، در تعهد می باشد.
- همچنین هزینه واکسن آنفلانزا جهت گروه های پر خطر از محل صندوق قابل بررسی و پرداخت می باشد. گروه های پرخطر، شامل: کودکان ( ۶ ماه تا ۵ سال)، بزرگسالان بالای ۶۰ سال، افراد دارای بیماری های مزمن ریوی، کلیوی، قلبی و کبدی، بیماران خاص، بیماران خاص، بیماران متابولیک (دیابت نوع ۱ و ۲) بیماران تحت شیمی درمانی، افراد دچار چاقی شدید (بی ام آی ۴۰ و بالاتر)، همچنین بانوان باردار و کادر بهداشتی و درمانی.
- داروهای تک نسخه ای جهت شیمی درمانی و درمان بیماران خاص با رعایت شروط کلی پوشش دارو، تجویز پزشک متخصص مربوطه، تایید پزشک معتمد بیمه گر، تهیه از داروخانه های دارای مجوز فروش داروی تک نسخه ای از سوی سازمان غذا و دارو و با ارائه اصل نامه مجوز رسمی سازمان غذا و دارو و نامه طرح درمان قابل بررسی و پرداخت می باشد. نامه طرح درمان باید توسط پزشک متخصص مربوطه تکمیل و شامل اطلاعات مربوط به نوع بیماری، داروهای مصرفی، طول دوره درمان، طریقه مصرف دارو باشد.

حق فنی نسخ دارویی مطابق با تعرفه اعلامی سازمان غذا و دارو در تعهد است.



- در تمامی موارد ملاک پرداخت هزینه، ارائه اصل فاکتور معتبر و مهور به مهر داروخانه می باشد. پرداخت هزینه نسخ ناخوانا یا بدون مهر داروخانه و فاکتور دستی داروخانه در تعهد نمی باشد. درخصوص برخی از ملزومات دارویی (مانند داروهای تزریق داخل مفصل)، فاکتور توزیع کنندگان دارای مجوز فروش از وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

#### ۷- سایر موارد :

۷-۱ تمام تعهدات مطابق تعرفه مصوب و مراجع ذیصلاح، وزارت بهداشت و درمان، سندیکای بیمه گران و انجمن دندان پزشکی قابل پرداخت است.

۷-۲ اعتبار معادل ۲ درصد حق بیمه کل قرارداد در طول مدت قرارداد برای تامین هزینه های خارج از تعهد قرارداد درمان به بیمه شدگان تخصیص داده می شود. این هزینه ها با اعلام مشمولین توسط شرکت متد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز توسط بیمه گر در وجه بیمه شده پرداخت می شود.

۷-۳ الزام استفاده از سهم بیمه پایه در تمامی تعهدات وجود دارد.

۷-۴ هزینه مشاوره تنها در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد مورد پذیرش است و مواردی از قبیل مشاوره تحصیلی و ازدواج و ... مورد پذیرش نیست با رعایت تعرفه پیش بینی شده در بند ۷-۱ و ۷-۳ قابل پرداخت می باشد.

۷-۵ در کلیه مفاد قرارداد که تایید پزشک معتمد بیمه گر ذکر شده، تایید پزشک معتمد بیمه گر برای پرداخت هزینه های درمانی مربوطه الزامیست.

۷-۶ هزینه طب کار و آزمایشات دوره ای به صورت گروهی از محل هزینه های خارج از تعهد (صندوق) بلامانع است.

۷-۷ هزینه های درمانی ناشی از حوادث ترافیکی پس از اقدام و دریافت سهم از دانشگاه علوم پزشکی مابه التفاوت قابل بررسی و پرداخت می باشد.

۷-۸ در مواردی که بیمه شده به مراکز درمانی غیرطرف قرارداد مراجعه نموده حداکثر مبلغ پیش پرداخت، تا سقف هفتاد درصد (۷۰٪) برای پرونده های بستری بالای ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال، پس از ارزیابی توسط کارشناس بیمه گر به صورت واریز به حساب مرکز درمانی مورد پذیرش است. همچنین پرداخت علی الحساب خسارت منوط به احراز شرایط زیر است: بیمه گزار موظف است با ارائه نامه کتبی و تعهد به بیمه گر، نسبت به بازگرداندن مازاد خسارت پرداختی (در صورت وجود) و همچنین تعیین تکلیف نهایی پرونده حداکثر ظرف مدت دو (۲) ماه از تاریخ پرداخت،

متعهد گردد در صورت عدم امکان اخذ تعهد کتبی از بیمه گزار، ارائه سفته یا چک تضمین است.

شماره: \_\_\_\_\_  
تاریخ: \_\_\_\_\_  
پیوست: \_\_\_\_\_

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱

کد اقتصادی: ۵۹۳۱-۱۱۶۱-۴۱۱۱ www.dayins.com  
مبلغ مازاد احتمالی، می تواند جایگزین تعهد مذکور گردد. چنانچه بیمه گزار و بیمه شده مهلت مقرر قانونی (دو ماهه) نسبت به تعیین تکلیف نهایی پرونده اقدام نکنند، نام ایشان و اعضای خانواده به لیست سیاه شرکت جهت محدودیت در خدمات آتی اضافه خواهد شد، با رعایت مفاد ۷-۱ و ۷-۳ نسبت به پرداخت اقدام نماید.

۷-۹ در صورت استفاده بیمه شده از سایر بیمه گران مکمل بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را با رعایت مفاد ۷-۱ و ۷-۳ محاسبه و مازاد آن را مطابق با هزینه ارزیابی شده 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، معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

۷-۱۰ این بیمه نامه شامل دوره انتظار نمی باشد.

۷-۱۱ نوار تست قند خون ۱۰۰ عدد در ماه صرفاً برای بیماران دیابتی نوع یک (وابسته به انسولین) قابل بررسی و پرداخت است.

۷-۱۲ جزئیات هزینه های پاراکلینیکی به شرح ذیل و با رعایت مفاد ۷-۱ و ۷-۳ قابل پرداخت می باشد:

جبران هزینه های سرپایی و خدمات تشخیصی و درمانی انواع سونوگرافی - ام آر آی و داروهای مربوطه - آزمایش - رادیولوژی - فیزیوتراپی - انواع سنگ شکن - کولونوسکوپی - تزریقات تخصصی توسط پزشک متخصص داخل مفاصل - تست آلرژی - عکس چشم - GDX , OCT - توپوگرافی، پنتاکم، پانکی متری - Orbscan - انواع اسکن و داروهای مربوطه - فوندو سکوپ - انتروپیون - گفتاردرمانی (ناشی از کشت حلزون) - گفتار درمانی بدون کاشت حلزون - رینومانومتري - کرایوتراپی - برداشتن لیپوم - لیزردرمانی (در موارد غیر زیبایی) - غربالگری - نوروفیدبک - بیوفیدبک - هولتر فشار خون - پونکسیون کمری - تست خواب - ناهنجاری های جنین - کشیدن ناخن - هولتر مانیتورینگ - اکو چشم - شستشوی گوش - خارج کردن جسم خارجی - انواع تست های تنفسی شامل (بادی باکس، اسپیرومتری قبل و بعد، متاکولین، برونکوسکوپی، PIMAX، PEMAX، DLCO، CO، NO، IOS) - ارگواسپیرومتری - تست تیلت، ECT، RTMS، تست پوستی PPD، استرس اکو- کایروپراکتیک - پاپ اسمیر - FNA (تیروئید و سینه) - تمپانومتري - تمپانوپلاستی - انواع مانومتري - مشاوره ژنتیک - تست پوستی PPD - (PH-metry) - آزمایش هلیکوباکتر - سیستم سکوپي - prp و تزریق درمفصل (در صورتیکه جنبه درمان داشته باشد) - هزینه های طب سوزنی - ارزیابی پیس میکر - بیرون آوردن پین

۷-۱۳ کورتاژ چنانچه قانونی باشد در تعهد بیمه است.



شماره: \_\_\_\_\_  
تاریخ: \_\_\_\_\_  
پیوست: \_\_\_\_\_

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱

کد اقتصادی: ۵۹۳۱-۱۱۶۱-۴۱۱۱ www.dayins.com

۷-۲۴ 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 یا مأموریت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحسابهای آنان را تایید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم تحقق هریک از شرایط فوق هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مصوب هیئت وزیران و با رعایت مفاد ۷-۱ و ۷-۳ محاسبه خواهد شد. میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

۷-۱۵ چنانچه پذیرش بیمه شده در طول قرارداد باشد، در مدت بستری بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

۷-۱۶ اعمال جراحی فتق نافی، فتق شکمی، بلفاروپلاستی، سیستوپلاستی، استرابیسم، عیوب انکساری و چاقی مفرط می بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه دی برسد.

۷-۱۷ هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماس طبی و محلول لنز با ارائه اسناد مربوطه هر دو سال یکبار قابل پرداخت است. (صرفاً تا سقف تعداد ۴۰ نفر هر سال یکبار با معرفی نامه از شرکت متد قابل پرداخت است)

۷-۱۸ کلیه اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی جدید که دارای تعرفه رسمی کشور می باشند در تعهد است.

۷-۱۹- آزمایشات ژنتیک با جنبه پیشگیری مورد تایید نیست.

۷-۲۰- انواع پانسمان از جمله پانسمان نوین جهت بیماران دارای زخم های فشاری، زخم بستر و دیابتی و انواع پانسمان سوختگی با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل بررسی و پرداخت است.

۷-۲۱- جبران هزینه های طب سوزنی، کایروپراکتیک تا سقف دوبرابر ویزیت پزشک عمومی در تعهد بیمه است.

۷-۲۲- بیمه گر تعهد می نماید امکان بهره مندی کارکنان جهت ثبت آنلاین اسناد درمانی را فراهم آورد.



مهر و امضاء بیمه گزار:



صفحه ۱ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۴۱۱۱-۱۱۶۱-۵۹۳۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: ایثار

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

این قرارداد فی مابین مرکز تصویر نگاری درمانی متد به شناسه ملی ۱۰۱۰۱۴۳۳۱۳۴ و به نمایندگی آقای دکتر جواد مینویی فر به کد ملی ۰۰۳۷۰۴۷۵۱۵ به سمت مدیرعامل که در این قرارداد به اختصار «بیمه‌گزار» نامیده می‌شود از یک طرف و شرکت بیمه دی به شناسه ملی ۱۰۱۰۲۸۲۲۵۹۶ و شماره ثبت ۲۴۱۵۱۱ به نمایندگی آقای محمد فرح زادی به کد ملی ۰۴۵۱۴۳۶۵۳۹ به سمت مدیر شعبه ایثار از طرف دیگر که از این پس «بیمه‌گر» نامیده می‌شود به شرح مواد آتی منعقد می‌گردد.

## شرایط عمومی قرارداد درمان گروهی

### فصل اول: کلیات

**ماده ۱- اساس قرارداد:** این بیمهنامه براساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گزار که جزء لاینفک بیمهنامه است، تنظیم شده و مورد توافق طرفین است بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گزار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمهنامه به صورت کتبی به بیمه‌گزار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

**ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات:** تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمهنامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند.

۱- **بیمه‌گر:** شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در بیمهنامه درج شده است.

۲- **بیمه‌گر پایه:** سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوطه موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

۳- **بیمه‌گزار:** شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمهنامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمهنامه است.

۴- **گروه بیمه‌شدگان:**

**الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گزار به عنوان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.**

**تبصره ۱-** بیمه‌شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را به‌طور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل براساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

**تبصره ۲-** حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه‌گزار باید به‌طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

**تبصره ۳-** بیمه‌گر فقط در ابتدا یا در زمان تمدید بیمهنامه می‌تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

**تبصره ۴-** ارائه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه‌شده اصلی به تشخیص بیمه‌گر بلامانع است.

بیمه‌گزار

واحد معرف

شعبه سرپرستی/واحد صدور

مهر و امضا:



صفحه ۲ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۴۱۱۱-۱۱۶۱-۵۹۳۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: ایثار

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

ب- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها به این شرط مجاز است که بیمه‌گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به طور هم‌زمان بیمه شوند.

۵- موضوع بیمه: جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه‌نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۶- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۷- بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیر طبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

۸- Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد.

۹- حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.

۱۰- حق بیمه شناور: وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه‌نامه توسط بیمه‌گر برآورد می‌شود و میزان قطعی آن براساس عملکرد هر بیمه‌نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه‌گذار اعلام می‌گردد.

۱۱- دوره انتظار: دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

۱۲- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که براساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.

۱۳- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده است که میزان آن در بیمه‌نامه ذکر می‌گردد.

۱۴- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده، حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.

۱۵- مدت: مدت بیمه‌نامه یک‌سال کامل شمسی است، تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

## فصل دوم: شرایط

ماده ۳- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفاند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهارنشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه‌نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید.

تبصره ۵: هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق

مهر و امضاء:

شعبه سرپرستی واحد صدور  
day insurance  
واحد صدور  
شعبه ایثار

واحد معرف

بیمه‌گذار



صفحه ۳ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۳۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۴۱۱۱-۱۱۶۱-۵۹۳۱ www.dayins.com

شماره بیمهنامه (بیمهگری): ۱۴۰۵/۱۳/۷۷/۱۴۶

شعبه سرپرست: ایثار

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی- درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه‌شده است.

#### ماده ۴- فرانشیز:

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه‌درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۵- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گزار باید حق بیمه تعیین‌شده در شرایط بیمه‌نامه را به‌نحوی که در بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.

ماده ۶- بیمه‌گزار و یا بیمه‌شده موظف‌اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری‌شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

ماده ۷- بیمه‌گزار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی- درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

ماده ۸- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی- درمانی را براساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۹- چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۰- استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

۱- اعمال جراحی که به‌منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.

۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، 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، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده 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 و عملیات خرابکارانه بنا به

واحد معرف

شعبه سرپرستی/واحد صدور  
**بیمه دی**  
day insurance  
واحد صدور  
شعبه ایثار

مهر و امضاء:



صفحه ۴ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۵۹۳۱-۱۱۶۱-۴۱۱۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: ایثار

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

تأیید مراجع ذیصلاح.

۹- 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 ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۲- هزینه‌های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.

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

۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.

۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر

مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آن‌ها را اعلام نکرده

است.

تبصره ۶: بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط،

تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۱۱- بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز

درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند.

در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه

هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید،

هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد

شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط براساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد

بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۷: در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است

باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران

به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور

کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها، بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز

مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۲- در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی-

درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند، در هر صورت بیمه‌شده مجاز به

مهر و امضاء:

شعبه سرپرستی/واحد صدور

واحد معرف

بیمه‌گذار



شعبه سرپرست: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱ واحد صدور: ایثار

دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر میزان فرانشیز مندرج در بیمهنامه‌های باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

**ماده ۱۳-** چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به هرکدام از شرکت‌های بیمه مخیر است.

**ماده ۱۴-** حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت. مشمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشتی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان‌پذیر است.

**ماده ۱۵-** در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

**ماده ۱۶-** بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمهنامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه‌های انجام‌شده باتوجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

**تبصره ۸:** میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

**ماده ۱۷- فسخ بیمهنامه**

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمهنامه اقدام نمایند:

**الف - موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:**

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی 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 بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

**ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:**

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتنوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هردلیل.

واحد معرف

شعبه سرپرستی/واحد صدور

مهر و امضاء:



شماره: \_\_\_\_\_  
تاریخ: \_\_\_\_\_  
پیوست: \_\_\_\_\_

صفحه ۶ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۵۹۳۱-۱۱۶۱-۴۱۱۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: ایثار

معرف: ایثار

شماره بیمهنامه (بیمهگری): ۱۴۰۵/۱۳/۷۷/۱۴۶

واحد صدور: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گزار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

### ج- نحوه فسخ:

۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به‌وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گزار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک‌ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گزار، فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

۲- بیمه‌گزار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

### د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

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

۲- در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گزار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد)؛ در صورتی که تا زمان فسخ بیمه‌نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد بیمه‌گزار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده ۱۸- بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به‌وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۱۹- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گزار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به‌طور کتبی به آخرین نشانی اعلام‌شده ارسال شود.

ماده ۲۰- مطابق با مصوبه شورای عالی نظام پزشکی فهرست اعمال غیر مجاز در مطب/دفاتر کار به شرح ذیل خارج از شمول تعهدات بیمه‌گر است:

|   |                                                                                                                                                 |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱ | القای بیهوشی عمومی یا بی‌حسی نخاعی (به‌استثنای آرام‌بخشی تزریقی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارائه خدمت مورد تأیید وزارت بهداشت) |
| ۲ | انجام الکتروشوک درمانی (ECT)                                                                                                                    |
| ۳ | اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد (من جمله انواع فتق‌ها)                                                            |
| ۴ | هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد                                                                          |

واحد معرف

شعبه سرپرستی/واحد صدور

مهر و امضاء:



شماره: \_\_\_\_\_  
تاریخ: \_\_\_\_\_  
پیوست: \_\_\_\_\_

صفحه ۷ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۳۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۴۱۱۱-۱۱۶۱-۵۹۳۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

واحد صدور: ایثار

|    |                                                                                                                                                                                        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۵  | هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوان‌های بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور" و "جراحی‌های مجاز بر روی استخوان‌های فکین از طریق برش‌های مخاطی" |
| ۶  | جراحی‌های ترمیم عروق بزرگ، جراحی‌های ترمیم اعصاب بزرگ جراحی‌های ترمیم کلیه تاندون‌ها (به جز تاندون‌های اکستانسور پشت‌دست Hand و روی پا Foot)                                           |
| ۷  | جراحی سندرم تونل کارپال                                                                                                                                                                |
| ۸  | وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز (من جمله پروتز سینه) در هر جای بدن                                                                                                                  |
| ۹  | تخلیه بافت چربی زیر جلدی در هر نقطه‌ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و PAL به جز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰۰ سی سی توسط سرنگ جهت استفاده به عنوان فیلر   |
| ۱۰ | ابدومینوپلاستی، براکیوپلاستی، ماموپلاستی                                                                                                                                               |
| ۱۱ | تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سینه و سینه                                                                                                                                             |
| ۱۲ | اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی من جمله لیزر                                                                                                                                       |
| ۱۳ | اعمال جراحی بر روی کره چشم من جمله کراس‌لینک (به استثنای تزریق هوا در اطاق قدامی، تپ اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک)                                                     |
| ۱۴ | اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد (به استثنای شالازیون)                                                                                                  |
| ۱۵ | هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاتیسم لازم باشد                                                                                                                   |
| ۱۶ | بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل تراشه، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال                                                                                                |
| ۱۷ | اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل لاله و کانال گوش میانی و گوش داخلی                                                                                                                     |
| ۱۸ | تزریق هرگونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون                                                                                                                                         |
| ۱۹ | جراحی پربنورافی                                                                                                                                                                        |
| ۲۰ | ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل                                                                                                                                                           |
| ۲۱ | هر نوع زایمان                                                                                                                                                                          |
| ۲۲ | هر نوع سقط جنین                                                                                                                                                                        |
| ۲۳ | اعمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است                                                                                                                                           |
| ۲۴ | برونکوسکوپ، لارنگوسکوپ، مستقیم، لاپاراسکوپ و هیستروسکوپ (به استثنای Office Hysteroscopy)                                                                                               |



واحد معرف

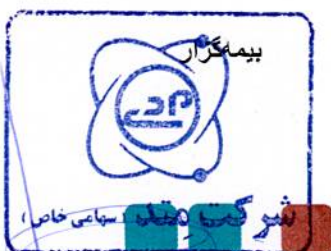
مهر و امضاء: شعبه سرپرستی/واحد صدور



|    |                                                                                                                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۲۵ | کلیه اعمال جراحی روی استخوانهای فک و صورت که نیازمند انسزیونهای پوستی باشد                                                     |
| ۲۶ | اعمال جراحی روی غدد بزاقی که نیازمند انسزیونهای پوستی است                                                                      |
| ۲۷ | جراحی روی سپتوم بینی و توربینیتها                                                                                              |
| ۲۸ | هر نوع راینوپلاستی یا سیتوپلاستی به جز اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفاً بر روی بافت نرم Alae Nasi                           |
| ۲۹ | اعمال جراحی روی سینوسهای پارانازال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیونهای خارج دهانی دارد                        |
| ۳۰ | ترمیم اولیه شکاف لب و کام                                                                                                      |
| ۳۱ | اعمال جراحی رزکسیون فکی که یکپارچگی فک را از بین میبرد                                                                         |
| ۳۲ | رزکسیون و بیوپسی ضایعات عروقی                                                                                                  |
| ۳۳ | هر نوع رزکسیون زبان                                                                                                            |
| ۳۴ | فلپهای پوستی بیش از ۵×۵ سانتی متر و کلیه فلپهای عضلانی ناحیه صورت                                                              |
| ۳۵ | برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحیهای سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی متر باشد                                  |
| ۳۶ | جراحیهای شکستگی فکین و صورت که جهت جاناندازی یا فیکساسیون نیازمند دسترسی باز باشد                                              |
| ۳۷ | اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندامهای مجاور دهان می شود و درمان آن نیاز به جراحی ترکیبی در فضاهای مجاور دارد |
| ۳۸ | اعمال جراحی بازسازی استخوانهای فک و صورت که نیازمند تهیه گرفت از منابع خارج دهانی است                                          |
| ۳۹ | انواع استئوتومی لفورت اعم از توتال یا سگمنتال که Base فک بالا را در برمیگیرد                                                   |
| ۴۰ | انواع استئوتومیهای فک تحتانی جهت اعمال ارتوگناتیک                                                                              |
| ۴۱ | اعمال جراحیهای ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کندیلکتومی              |
| ۴۲ | انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد                                                          |
| ۴۳ | انجام لیفت ابرو به روش غیرمستقیم که نیازمند Dissection باشد.                                                                   |
| ۴۴ | ترمیم پارگی و lacerationهای صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجاری غدد بزاقی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد                           |
| ۴۵ | نصب دیستراکتور خارج دهانی                                                                                                      |
| ۴۶ | برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی لیتر                                                             |

واحد معرف

مهر و امضاء: شعبه سرپرستی/واحد صدور



شماره:  
تاریخ:  
پیوست:

صفحه ۹ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۵۹۳۱-۱۱۶۱-۴۱۱۱ www.dayins.com

شعبه سرپرستی: ایثار

معرف: ایثار

شماره بیمهنامه (بیمهگری): ۱۴۰۵/۱۳/۷۷/۱۴۶

واحد صدور: ایثار

تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲

تبصره ۹: علاوه بر موارد فوق، کلیه اعمالی که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز به عنوان اعمال غیر مجاز در مطب و مراکز جراحی محدود باشند، به فهرست فوق اضافه می گردند.

واحد معرف

مهر و امضاء شعبه سرپرستی/واحد صدور



صفحه ۱۰ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۳۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۴۱۱۱-۱۱۶۱-۵۹۳۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: ایثار

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲

## شرایط خصوصی (بیمه‌گری) قرارداد درمان گروهی

### ماده اول: بیمه‌شدگان

- ۱- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به اتفاق اعضای خانواده (افراد تحت تکفل) آنها به شرح ذیل:
  - ۱-۱- افراد مشروح زیر تحت پوشش این قرارداد می‌باشند، مشروط بر آنکه در زمان انعقاد قرارداد لیست اسامی آنان به بیمه‌گر ارائه و حق بیمه آنها براساس شرایط مندرج در متن و یا ضامناً آن پرداخت شود.
  - ۲-۱- فرزندان ذکور حداکثر تا ۲۰ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل (دوره دانشگاهی) تا ۲۵ سالگی تمام، دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام مشمول بیمه خواهند بود "به شرط مجرد بودن و عدم اشتغال به کار".
  - ۳-۱- فرزندان اناث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار، می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.
- تبصره ۱: فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع، یا ازدواج مجدد و به شرط عدم اشتغال تحت پوشش هستند.
- ۴-۱- پوشش بیمه‌ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده‌اند، تا پایان سال بیمه‌ای ادامه خواهد داشت.
- تبصره ۲: ملاک ارائه پوشش بیمه‌های درمان به کارکنان بیمه‌گذار دارا بودن پوشش بیمه‌گر پایه نزد کارفرما است. ارائه لیست بیمه‌گر پایه قابل استناد، توسط بیمه‌گذار الزامی می‌باشد.
- تبصره ۳: منظور از اعضای خانواده، افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی شامل (همسر (همسران) دائمی، فرزندان و پدر و مادر) است که به تبع بیمه شده اصلی دارای بیمه‌گر پایه باشند.

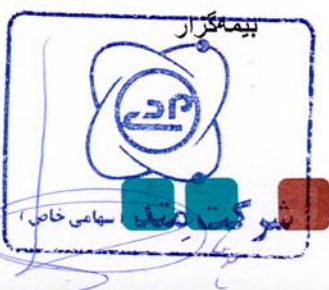
### ماده دوم: وظایف بیمه‌گذار

- ۱- مشخصات کامل بیمه‌شدگان و افراد تحت تکفل آنان را با ذکر شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، تاریخ تولد (روز، ماه، سال)، نام پدر و نسبت فرد با بیمه شده اصلی و همچنین شماره شبای حساب بانکی بیمه شده اصلی (فرم ضمیمه) در قالب لوح فشرده (حداکثر تا یک ماه پس از صدور بیمه‌نامه) به بیمه‌گر ارائه و تأیید آن را دریافت نماید.
- ۲- احراز پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده در زمان رسیدگی به هزینه‌های اعلام شده منوط به بررسی مدارک بیمه‌شده و انطباق آن با شرایط بیمه‌نامه می‌باشد. در صورتیکه بر اساس بررسی‌های به عمل آمده و در هر زمان از مدت بیمه‌نامه مشخص شود تأمین پوشش بیمه‌شده و افراد تحت تکفل آن منطبق بر شرایط مندرج در بیمه‌نامه نیست، بیمه‌گر نسبت به حذف از لیست بیمه‌شدگان از شروع پوشش اقدام می‌نماید. در این صورت حق بیمه‌های پرداختی بیمه‌شده و افراد تحت تکفل مسترد نمی‌گردد و بیمه‌گذار متعهد به پرداخت خسارت‌های دریافتی به بیمه‌گر می‌باشد.
- ۳- افزایش در گروه بیمه‌شدگان در طول مدت بیمه منوط به استخدام جدید، افراد انتقالی، ازدواج، تولد، فرزندان اناث مطلقه و افرادی که در طول سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند، است. (به شرط اعلام کتبی مشخصات بیمه‌شدگان حداکثر ظرف مدت ۱ ماه بعد از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج، تولد و طلاق) تاریخ موثر برای افزایش این بیمه‌شدگان از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج، تولد و طلاق خواهد بود.

واحد معرف

شعبه سرپرستی واحد صدور

مهر و امضاء:



شعبه سرپرست: ایثار

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

- ۴- کاهش از گروه بیمه شدگان از قبیل "افراد مستعفی، اخراج، پایان خدمت، متوفی، خروج از کفالت" است (منوط به اعلام کتبی مشخصات لازم بیمه شدگان حداکثر ظرف مدت ۱ ماه بعد از تاریخ استعفا، اخراج، پایان خدمت، فوت و خروج از کفالت) تاریخ موثر برای کاهش این بیمه شدگان از تاریخ استعفا، اخراج، پایان خدمت، فوت و خروج از کفالت خواهد بود.
- تبصره ۴: بعد از مهلت مقرر، تاریخ کاهش، از تاریخ دریافت نامه بیمه گزار (ثبت در دبیرخانه شرکت بیمه دی) امکان پذیر است.
- تبصره ۵: بیمه شدگان از تاریخ قطع رابطه کاری با بیمه گزار حق مطالبه هیچ گونه خسارتی را نخواهند داشت و در صورت دریافت خسارت یا استفاده از خدمات آنلاین توسط این افراد پس از زمان مزبور، بیمه گزار مسئول جبران هزینه های مدت زمان مذکور خواهد بود.
- ۵- پس از انقضای بیمه نامه افزایش و کاهش در بیمه شدگان امکان پذیر نمی باشد و تعداد بیمه شدگان در آخرین الحاقیه ثبت شده قبل از انقضای بیمه نامه ملاک محاسبه حق بیمه خواهد بود. (ضمن رعایت بند ۲ و ۳ ماده دوم)
- ۶- چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه های اعضای خانواده بیمه شده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه صرفاً تا پایان همان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.
- ۷- بیمه گزار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل: حکم کارگزینی، سوابق پزشکی و معالجات و... را در صورت تقاضای بیمه گر ارائه نماید.
- ۸- بیمه گزار متعهد است اصل صورت هزینه های درمانی را حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از مرخص شدن بیمار از بیمارستان یا تسویه با مراکز تشخیصی و درمانی (چنانچه توسط بیمه شده هزینه پرداخت شده باشد) و یا یکماه بعد از دریافت وجه خسارت از بیمه گر اول به بیمه دی و پس از انقضای بیمه نامه به مدت ۴ ماه تحویل نماید، درغیراینصورت پس از انقضای مهلت مذکور بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.
- تبصره ۳: مهلت تکمیل مدارک و ارسال مجدد آن پس از عودت، حداکثر دو ماه از تاریخ عودت مدارک است.

#### ماده سوم: سایر شرایط

- ۱- مدارک و اسناد موردنیاز جهت پرداخت خسارات درمانی
- الف: 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 ممهور به مهر و امضای پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر بیمارستان.
- ۴- اصل صورت حساب پزشکان ممهور 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 ممهور به مهر پزشک و کمک جراح.

واحد معرف

شعبه سرپرستی/واحد صدور

مهر و امضاء:



بیمه گزار



صفحه ۱۲ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۴۱۱۱-۱۱۶۱-۵۹۳۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: ایثار

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

- ۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممه‌ور به مهر و امضای پزشکان جراح، بیهوشی، 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 ارائه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضای مسئول اتاق عمل.
- ۹- ارسال تأییدیه کتبی پزشک معتمد جهت مواردی که طبق مفاد قرارداد نیاز به تأیید دارد.
- ۱۰- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و....
- ۱۱- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می‌گیرند) 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 باتوجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.

#### ب: خسارات پاراکلینیکی

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممه‌ور به مهر و امضای پزشک.
- ۲- اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه ممه‌ور به مهر مرکز درمانی.
- ۳- تصویر نتیجه و یا جواب هزینه سربایی موارد درمانی و تشخیصی.
- تبصره ۴: باتوجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه‌گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.

#### ج: خسارات دندانپزشکی

- ۱- مدارک موردنیاز مطابق با موارد موجود در ابلاغیه سندیکای بیمه‌گران قابل بررسی و پرداخت است.
- ۲- هزینه‌های ایمپلنت، ارتودنسی و دست‌دندان مصنوعی در تعهد می‌باشد.
- ۳- ویزیت دندانپزشک در صورتی که در آن ویزیت، اعمال دندانپزشکی انجام شده باشد غیرقابل پرداخت است.

د: خسارات دارو: هزینه دارو بر اساس فهرست رسمی دارویی کشور، در صورت داشتن کد IRC معتبر، طبق برند تجویزی پزشک

معالج و مطابق با شروط کلی و جزییات پوشش زیر قابل بررسی و پرداخت است:

#### • شروط کلی پوشش دارو:

- ۱- داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه‌گر پایه پس از کسر سهم بیمه‌گر پایه قابل بررسی و پرداخت است. (اختلاف قیمت در تعهد می‌باشد. در خصوص داروهای تخصصی وارداتی تجویز پزشک متخصص مربوطه الزامی است.)

بیمه‌گذار

واحد معرف

شعبه سرپرستی/واحد صدور

مهر و امضاء:



صفحه ۱۳ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۵۹۳۱-۱۱۶۱-۴۱۱۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: اینار

شماره بیمهنامه (بیمهگری): ۱۴۰۵/۱۳/۷۷/۱۴۶

واحد صدور: اینار

معرف: اینار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

۲- داروهای داخلی و وارداتی در صورت عدم پوشش بیمه پایه با کسر فرانشیز بیمه نامه قابل بررسی و پرداخت است. (در خصوص داروهای تخصصی تجویز پزشک متخصص مربوطه الزامی است).

• جزییات پوشش دارو:

۱- ملزومات دارویی مطابق با فهرست اعلامی ملزومات دارویی سازمان غذا و دارو و صرفاً در صورت داشتن کاربرد درمانی تحت پوشش میباشند و اقلام مرتبط با پوست و زیبایی، تقویت و کاشت مو، فرآوردههای جنسی (مانند تقویت قوای جنسی، اسپری های تاخیری)، پیشگیری از بارداری، انواع محلول های با کاربرد شستشو و فرآوردههای بهداشتی (مانند محلول شستشوی لنز و انواع دهانشویه) و محلول های ضد عفونی در تعهد نمی باشد. در خصوص ملزومات دارویی تخصصی، تجویز پزشک متخصص مربوطه الزامی است.

فرآوردههای گیاهی - سنتی مطابق با فهرست اعلامی فرآورده های طبیعی- سنتی سازمان غذا و دارو با رعایت شروط کلی پوشش دارو، تجویز پزشک معالج و تهیه از داروخانه های مجاز کشور، قابل بررسی و پرداخت است. در خصوص فرآوردههای گیاهی تخصصی (اعم از داخلی و وارداتی)، تجویز پزشک متخصص الزامی است.

۲- فرآوردههای زیبایی، آرایشی و بهداشتی در تعهد نمی باشد.

۳- مکمل دارویی و غذایی (به استثناء مکملهای با کاربرد زیبایی، پوست، مو، ناخن، تقویت قوای جنسی و افزایش یا کاهش وزن و شیرخشک) با رعایت شروط کلی پوشش دارو، تجویز پزشک معالج و تهیه از داروخانه های مجاز کشور، قابل بررسی و پرداخت است. در خصوص مکمل های تخصصی (اعم از داخلی و وارداتی)، تجویز پزشک متخصص الزامی است

۴- هزینه واکسن در صورت پوشش بیمه گر پایه، در تعهد می باشد.

۵- داروهای تک نسخه ای جهت شیمی درمانی و درمان بیماران خاص با رعایت شروط کلی پوشش دارو، تجویز پزشک متخصص مربوطه، تایید پزشک معتمد بیمه گر، تهیه از داروخانه های دارای مجوز فروش داروی تک نسخه ای از سوی سازمان غذا و دارو و با ارائه "اصل نامه مجوز رسمی سازمان غذا و دارو" و "نامه طرح درمان" قابل بررسی و پرداخت می باشد. نامه طرح درمان باید توسط پزشک متخصص مربوطه تکمیل و شامل اطلاعات مربوط به نوع بیماری، داروهای مصرفی، طول دوره درمان، طریقه مصرف دارو باشد.

۶- حق فنی نسخ دارویی مطابق با تعرفه اعلامی سازمان غذا و دارو در تعهد است..

۷- سهم ارز دارو در تعهد نمی باشد.

۸- در تمامی موارد ملاک پرداخت هزینه، ارائه اصل فاکتور معتبر و ممهور به مهر داروخانه می باشد. پرداخت هزینه نسخ ناخوانا یا بدون مهر داروخانه و فاکتور دستی داروخانه در تعهد نمی باشد. درخصوص برخی از ملزومات دارویی (مانند داروهای تزریق داخل مفصل)، فاکتور توزیعکنندگان دارای مجوز فروش از وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

بیمهگذار

واحد معرف

مهر و امضاء: شعبه سرپرستی/واحد صدور



صفحه ۱۴ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۵۹۳۱-۱۱۶۱-۴۱۱۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: ایثار

شماره بیمهنامه (بیمهگری): ۱۴۰۵/۱۳/۷۷/۱۴۶

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

## ۵: خسارت تجهیزات پزشکی (ایمپلنت) کارگذاری شده در بدن حین عمل جراحی:

- ۱- دستور تجهیز با قید نام بیمه‌شده و اقلام موردنیاز جهت جراحی و تعداد موردنیاز و مهمور به مهر جراح
- ۲- فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی
- \* مشخصات 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 مهمور به مهر و امضای فروشنده باشد.
- ۳- صورت‌حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی
- ۴- شرح جراحی
- ۵- کلیه اسناد مثبته مانند گرافی و... برحسب نوع جراحی صورت‌گرفته
- ۶- تأییدیه جراحی در خصوص جراحی‌هایی که طبق شیوه‌نامه نیاز به تأیید بیمه دی دارند.
- ۷- کپی دفترچه بیمه و کارت ملی بیمه‌شده

## ۲- شرایط حذف فیزیک و بررسی اسناد درمانی:

- ۲-۱. مستند به ابلاغیه بیمه مرکزی ج.ا. به شماره ۱۴۰۳/۱۰/۱۵۳۲۳۹ مورخ ۱۴۰۳/۰۷/۲۵ بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی-درمانی (به استثناء هزینه‌های دندانپزشکی و بستری شامل جراحی عمومی، جراحی تخصصی، زایمان، نازایی و ناباروری، رفع عیوب انکساری چشم و...) بر اساس تصاویر و اسکن مدارک مثبته مطابق با بند ۱ ماده سوم (سایر شرایط) قرارداد فی‌مابین (شرایط عمومی و بیمه‌گری) میسر می‌باشد.
- ۲-۲. بیمه‌گزار و بیمه‌شده تعهد می‌نمایند اصل اسناد درمانی موضوع بند یک را تا ۶ ماه پس از ثبت در سامانه دی‌دار نزد خود نگهداری نمایند.
- ۲-۳. بیمه‌گزار متعهد می‌گردد در مواردی که به تشخیص بیمه‌گر و یا سایر مراجع ذی‌صلاح اعم از قضایی و قانونی و... تخلف یا تقلبی از جانب بیمه‌شده صورت پذیرفته و خسارت غیر حق به وی پرداخت شده باشد، ضمن همکاری کامل با بیمه‌گر، مبلغ خسارت واریزی را از بیمه‌شده اصلی به هرنحوی به صورت یکجا اخذ و در وجه بیمه‌گر کارسازی نماید. بدیهی است در این گونه موارد خسارت‌های آتی بیمه‌شده اصلی و تبعی تا پایان قرارداد از جانب بیمه‌گر پرداخت نخواهد شد و بیمه‌شده اصلی، تبعی و بیمه‌گزار حق هرگونه ادعا و اعتراضی را در تمام مراجع قضایی، غیر قضایی و شبه قضایی از خود سلب و ساقط می‌نمایند.
- ۲-۴. به‌منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت بیمه‌شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه‌گر محفوظ است.
- ۲-۵. در خصوص هزینه‌های عینک در صورت نیاز و تشخیص بیمه‌گر لازم است بیمه‌شدگان جهت معاینه و کنترل عینک خریداری شده به اپتومتریست معتمد بیمه‌گر ارجاع و خسارت عینک پس از تأیید اپتومتریست معتمد قابل‌رسیدگی خواهد بود.

بیمه‌گزار

واحد معرف

مهر و امضاء شعبه سرپرستی/واحد صدور



شعبه سرپرست: ایثار

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

۲-۶. در خصوص سایر هزینه‌های درمانی ارائه شده توسط بیمه‌شدگان در صورت نیاز و تشخیص بیمه‌گر، خسارت مربوطه طبق تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل‌رسیدگی خواهد بود.

### ۳- استثنائات عمومی:

- علاوه بر استثنائات ماده ۱۰ شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های درمان (آیین‌نامه شماره ۹۹ بیمه‌های درمان)، مصوب شورای عالی بیمه، کلیه هزینه‌های زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:
- ۳-۱. تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.
  - ۳-۲. انواع هزینه‌های غیرپزشکی از قبیل: تلویزیون، کیف بهداشتی (مگر با تأیید بیمه‌گر).
  - ۳-۳. صدمات حاد ناشی از ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای.
  - ۳-۴. بیماری‌های واگیردار، معالجه بیماری‌های افراد مبتلا به ایدز و معلولین ذهنی در صورتی که بیمه‌شده در تاریخ شروع بیمه‌نامه به آن مبتلا باشد.
  - ۳-۵. معالجه عضوهای آسیب‌دیده ناشی از حوادثی که تاریخ وقوع آن قبل از تاریخ شروع این قرارداد باشد. (به‌غیر از خارج کردن پروتز و ترمیم عدم جوش خوردگی یا بدجوش خوردگی استخوان).
  - ۳-۶. کلیه هزینه‌های مربوط به اعمال جراحی و پروتزهای زیبایی.
  - ۳-۷. صورت‌حساب، فاکتور و قبض‌های المثنی (پاراکلینیکی و بیمارستانی).
  - ۳-۸. هزینه چکاپ و آزمایش‌های دوره‌ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما است.
  - ۳-۹. حوادث ترافیکی
- تبصره ۵: حوادث ترافیکی که در طول بیمه‌نامه حادث شده و ۲ ماه از تاریخ حادثه گذشته باشد، مازاد بر تعهد دانشگاه‌های علوم پزشکی، تحت پوشش خواهد بود.

### ۴- دریافت حق بیمه و عدم وصول حق بیمه:

- بیمه‌گذار متعهد است حق بیمه متعلق به قرارداد را به حساب بانک ملت به شماره حساب ۷۷۷۸۸۸۸۸۸۲۰ یا شبا ۴۱۰۱۲۰۰۲۰۰۰۰۰۷۷۷۸۸۸۸۸۸۲۰ به نام شرکت بیمه دی پرداخت نماید. در غیر این صورت تعهدات بیمه‌گر از تاریخ سررسید (مطابق با بیمه‌نامه) قسط پرداخت نشده به حالت تعلیق درآمده و در زمان تعلیق امکان ارائه خدمات به بیمه‌شدگان وجود نخواهد داشت و مسئولیت بروز هرگونه مشکلی در این خصوص بر عهده بیمه‌گذار خواهد بود.
- ۴-۱. اعتبار قرارداد منوط به پرداخت اقساط حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.
  - ۴-۲. حق بیمه بیمه‌شدگانی که در طول هر ماه به‌صورت اسامی بیمه‌شدگان اضافه و یا حذف خواهند شد بدون توجه به کسر ماه بر مبنای یک ماه کامل محاسبه خواهد شد.



واحد معرف

شعبه سرپرستی/واحد صدور



شعبه سرپرست: ایثار

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲ تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱ تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

۴-۳. حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین می‌گردد، می‌بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان پرداخت گردد.

۴-۴. با حذف هر یک از بیمه‌شدگان و در صورت دریافت هزینه درمانی، بیمه‌گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد است. (به استثناء بیمه‌شدگانی که در طول مدت قرارداد فوت می‌نمایند).

تبصره ۶: در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار این بند نیز اعمال می‌گردد.

۴-۵. عدم انجام تعهدات بیمه‌گر به علت تأخیر و یا امتناع بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه‌گذار در پرداخت حق بیمه نمی‌باشد و بیمه‌گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه‌گر پرداخت نماید. حق بیمه متعلق به بیمه‌شدگانی که اعلام انصراف نموده‌اند، قابل استرداد نمی‌باشد.

۴-۶. باتوجه به این که نرخ حق بیمه بر اساس تعداد بیمه‌شدگان اعلامی از طرف بیمه‌گذار است، لذا هر گونه افزایش و یا کاهش در طول مدت قرارداد که در تغییر نرخ حق بیمه موثر باشد، موجب تعدیل آن خواهد شد.

۴-۷. حق بیمه بازنشستگان دوبرابر حق بیمه اعلامی است.

## ۵- سایر موارد:

۵-۱. این بیمه‌نامه مکمل بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه‌گران پایه مشابه می‌باشد (بیمه‌گر اول)، لذا بیمه‌شدگان 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.

۵-۲. چنانچه سهم بیمه‌گر اول از فرانشیز قرارداد کمتر باشد میزان فرانشیز قابل اعمال و محاسبه معادل مابه التفاوت سهم بیمه‌گر اول از فرانشیز قرارداد خواهد بود.

۵-۳. بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود. چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به (مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر) مراجعه کند، پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورتحساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک و یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه‌گر تحویل دهد، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهد شد.

۵-۴. در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند. در هر صورت بیمه شده مجاز به

واحد معرف

مهر و امضاء: شعبه سرپرستی/واحد صدور



صفحه ۱۷ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۵۹۳۱-۱۱۶۱-۴۱۱۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: اینار

واحد صدور: اینار

معرف: اینار

تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲

دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

۵-۵. در خصوص هزینه دستمزد پزشکان، با ارائه معرفی‌نامه بیمه دی به مراکز طرف قرارداد، مابه‌التفاوت حق‌الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی‌باشد.

۵-۶. کلیه هزینه‌های پاراکلینیکی و بیمارستانی، طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و کتاب ارزش‌های نسبی و خدمات مراقبتی‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخت خواهد شد.

تبصره ۷: خدمات دندانپزشکی نیز براساس تعرفه‌های سندیکای بیمه‌گران ایران قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۸: هزینه‌های ویزیت براساس آخرین تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران پرداخت می‌گردد.

۵-۷. هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تایید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب‌های آنان را تایید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم هر یک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مصوب هیئت وزیران محاسبه خواهد شد.

۵-۸. میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

۵-۹. چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

۵-۱۰. اعمال جراحی فتق نافی، فتق شکمی، بلفاروپلاستی، سیتوپلاستی، استرابیسم، عیوب انکساری و چاقی مفرط می‌بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد.

۵-۱۱. هزینه‌های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی با ارائه اسناد مربوطه هر دو سال یکبار قابل پرداخت می‌باشد.

۵-۱۲. خسارات مربوط به کارکنان شاغل با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت است که دارای پروانه کار معتبر از مراجع ذیصلاح، جمهوری اسلامی ایران باشند.

۵-۱۳. خطرات ناشی از انفجار یا عملکرد ادوات جنگی بازمانده از جنگ تحمیلی در شمول تعهدات این قرارداد می‌باشد، مشروط به اینکه بیمه‌شده به قصد بازدید از مناطق عملیاتی در دوران جنگ تحمیلی و یا خنثی سازی ادوات جنگی در محل حضور نیافته باشد.

۵-۱۴. در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت‌های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه‌شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شبا یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه‌گذار برای بیمه‌شده اصلی).

۵-۱۵. اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می‌باشد.

۵-۱۶. مرور زمان دعاوی ناشی از تعهدات بیمه‌گر یکسال از تاریخ انقضاء مدت قرارداد می‌باشد.

واحد معرف

مهر و امضاء شعبه سرپرستی/واحد صدور



صفحه ۱۸ از ۱۸

تهران، میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد اقتصادی: ۴۱۱۱-۱۱۶۱-۵۹۳۱ www.dayins.com

شعبه سرپرست: ایثار

واحد صدور: ایثار

معرف: ایثار

تاریخ پایان بیمهنامه: ۱۴۰۶/۰۶/۳۱

تاریخ شروع بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

تاریخ صدور بیمهنامه: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲

۵-۱۷. چنانچه موارد مذکور در بیمه نامه و ضمايم و ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر می شود، با نظرات بیمه گزار مطابقت نداشته باشد، بیمه گزار 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.

۵-۱۸. پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گزار و قبول آن از طرف بیمه گر به منزله تایید بیمه نامه از ناحیه طرفین می باشد.

۵-۱۹. بیمه گر یا بیمه گزار 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 داور یا مراجع به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داور، طرفین می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هر یک 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 آراء اقدام به صدور رای داور می کنند. هر یک 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 مراجع به دادگاه حل و فصل می شود.

۵-۲۰. در اجرای ماده ۷۵ آیین نامه الحاقی ماده ۱۴ قانون مبارزه با پولشویی بیمه گزار متعهد می شود ضمن عدم استفاده از مبالغ دریافتی از محل بیمه نامه در امر پولشویی و تروریسم مالی و محافظت از بیمه نامه در صورت تغییر هویتی و یا اطلاع از استفاده اشخاص دیگر از خدمات بیمه نامه صادره مراتب را ظرف حداکثر ۵ روز به شرکت بیمه دی اعلام نماید.

۵-۲۱. بیمه نامه پیوست قرارداد بر شرایط عمومی و خصوصی (بیمه گری) و شرایط خصوصی (بیمه گری) بر شرایط عمومی نافذ می باشد. همچنین در مواردی که در بیمه نامه، شرایط خصوصی (بیمه گری) و عمومی به آن اشاره نشده است، آیین نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه ملاک عمل خواهد بود.

۵-۲۲. نشانی و محل اقامت بیمه گر و بیمه گزار و نماینده آن ها در ایران که در بیمه نامه و یا ضمايم آن درج گردیده است، برای هر یک از طرفین نشانی قانونی و رسمی است. هر یک از طرفین موظف هستند تغییر محل اقامت و آخرین نشانی خود را کتباً به طرف مقابل اطلاع دهند، در غیر این صورت آخرین نشانی اعلام شده موجود معتبر خواهد بود.

۵-۲۳. این قرارداد در بخش شرایط عمومی شامل ۲۱ ماده و ۱۰ تبصره و در بخش شرایط خصوصی (بیمه گری) شامل ۳ ماده و ۸ تبصره در دو نسخه متحدالمتن تنظیم و بین طرفین قرارداد مبادله گردید و پس از امضاء قطعی لازم الاجرا می باشد. هر یک از نسخ دارای حکم واحد است.



بیمه گزار

واحد معرف



مهر و امضاء:

