

۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان‌های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکر، لوزتین و سینوس‌ها)
۹	بیوپسی اسناج داخل صری، تراشه، برش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرایسیم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و...
۱۲	عمل جراحی استونستز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳	ببرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرج زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن در رفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی-فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
۲۱	ببرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

۶- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۷- هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پایه سالیانه.

۸- هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر تا ۵۰ درصد تعهد زایمان به عنوان پوشش مستقل.

تبصره ۱: هزینه هایی که در اجرای بند پرداخت می شود، مازاد بر سقف تعهدات پایه سالیانه است.

تبصره ۲: در صورتی که تعهدات اصلی (پایه) نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش های اضافی نیز می تواند نامحدود در نظر گرفته شود.

**فصل سوم: شرایط**

**ماده ۴- اصل حسن نیت:** بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه نامه فسخ خواهد شد.

تبصره: چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است.

**ماده ۵- فرانشیز:** ۱- فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی زایمان و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۳۰ درصد کل هزینه های درمانی مربوط و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه و حداقل ۳۰ درصد خواهد بود.

۲- بیمه گر می تواند فرانشیز هزینه های تحت پوشش را با در نظر گرفتن حق بیمه اضافی کاهش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۲۰ درصد خواهد بود.

**ماده ۶- پرداخت حق بیمه:** بیمه گذار باید حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در قرارداد بیمه توافق شده، به بیمه گر پرداخت کند.

**ماده ۷- استثنائات:** هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

۱- اعمال جراحی که با بیپوشی عمومی توأم باشد.

۲- اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)

۳- اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طویل بدن

۴- اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاترزیسم قلب و عروق

۵- اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس

۶- اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسیس و زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی

**ب ( پوششهای اضافی :**

بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد ذیل را حسب توافق با بیمه گذار تحت پوشش قرار دهد:

۱- افزایش سقف تعهدات برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان.

۲- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند الف-۱ فوق سقف تعهد بیمه گر در این پوشش نبایند از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر تجاوز کند.

۱-۲- در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI, ZIFT, GIFT، میکرو اینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است.

۲-۲- دوره انتظار جهت استفاده از پوشش این بند برای گروههای زیر ۲۵۰ نفر، ۹۰ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه و برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

۳- هزینه های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:

۳-۱- جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، کاترادیوگرافی، باسترس آکو، دانسیتومتری تا حداکثر ۲۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۳-۲- جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری- PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۱۰ درصد

۳-۳- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیو گرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۳-۴- جبران هزینه های ویزیت، دارو و بر اساس داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول (و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه).

۳-۵- جبران هزینه های دندان پزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره: هزینه های دندان پزشکی بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می کند.

۳-۶- جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی تا سقف ۲ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۳-۷- جبران هزینه های مربوط به خرید سمک تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۴- جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۲ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر چشم هر بیمه شده.

۵- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۱۰ درصد تعهدات پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) به شرح جدول پیوست ذکر می شود.

۱	کلیه اعمالی که با بیپوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طویل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاترزیسم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسیس و زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی

**فصل اول- کلیات**

**ماده ۱- اساس قرارداد:** این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه به صورت کتبی به بیمه گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی شود.

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

۲-۱- بیمه گر: شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه نامه درج شده است و جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد.

۲-۲- بیمه گر پایه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند.

۲-۳- بیمه گذار: بیمه گذار شخصی است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

۲-۴- گروه بیمه شدگان:

۲-۴-۱- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار و اعضای خانواده شان که بیمه گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۱- بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

۲-۴-۲- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه ها (از قبیل اصناف، اتحادیه ها و انجمن ها) به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه گذار تضمین شده باشد و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به طور هم زمان بیمه شوند.

۲-۴-۳- اعضای خانواده: شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شدگان است.

۲-۵- موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۲-۵-۱- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

۲-۵-۲- بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

۲-۶- حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

۲-۷- دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

۲-۸- فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.

۲-۹- مدت: مدت بیمه نامه یکسال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضاء آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می شود.

**فصل دوم: هزینه های درمانی قابل پرداخت**

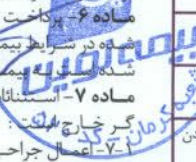
**ماده ۳- هزینه های درمانی قابل پرداخت موضوع این آیین نامه عبارت است از:**

الف) پوششهای اصلی (پایه):

۱- جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care. تبصره ۱: اعمال جراحی Day Care به جراحیهای اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد.

۲- هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستانها).

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.





ایکمه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.  
۷-۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گری رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.  
۷-۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.  
۷-۴- ترک اعتیاد.  
۷-۵- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده.  
۷-۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.  
۷-۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.  
۷-۸- فعل و انفعالات هسته ای.

۷-۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.  
۷-۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.  
۷-۱۱- جنون.  
۷-۱۲- جراحی لثه.  
۷-۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.  
۷-۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.  
۷-۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.

۷-۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.  
۷-۱۷- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.  
تبصره: موارد استثنای مندرج در بندهای ۶-۷، ۷-۹، ۷-۱۰، ۷-۱۲، ۷-۱۴، ۷-۱۵ این ماده با پرداخت حق بیمه اضافی، قابل بیمه شدن است.

**ماده ۸-** درمان گروههای زیر ۵۰ نفر و خانواده: شرکت بیمه مکلف است در صدور بیمه نامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، این ضوابط را رعایت کند:

۸-۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش نامه سلامتی تهیه شده توسط بیمه گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.

۸-۲- بیمه گذار موظف است برای تمام اعضای گروه یا خانواده درخواست بیمه کند؛ اما بیمه گر می تواند با توجه به پرسش نامه سلامتی یا معاینات انجام شده، از بیمه کردن فرد یا افرادی از گروه یا خانواده و یا ارائه پوشش هزینه زایمان و بیماری هایی که سابقه قبلی دارد خودداری کند.  
۸-۳- سقف تعهد بیمه گر برای هر یک از اعضای گروه یا خانواده و هر یک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

**ماده ۹-** نحوه بستری در بیمارستان: بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان های 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 بیمه گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد. تبصره ۱- در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از

سایر بیمه گرها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲- بیمه گذار و یا بیمه شده موظف اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبیل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کنند.  
تبصره ۳- چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به هر کدام از شرکت های بیمه مخیر است.

**ماده ۱۰-** سن بیمه شدگان و موارد حق بیمه اضافی: حداکثر سن بیمه شده برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمانها و صندوقهای بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر است. در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

**ماده ۱۱-** پوشش افراد تحت تکفل بیمه شده ای که در مدت اعتبار قرارداد فوت نماید:

در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

**ماده ۱۲-** اظهارات کاذب: هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.

**ماده ۱۳-** هزینه اعمال جراحی خارج از کشور: بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گرمحاسبه و پرداخت می شود.

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

**ماده ۱۴-** موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه گر و یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند:

۱-۱۴-۱- موارد فسخ از طرف بیمه گر  
۱-۱۴-۱-۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۱-۱۴-۱-۲- هرگاه بیمه گذار سهواً و یا بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر باید و یا از اهمیت آن کاسته شود.

۱-۱۴-۱-۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.

۱-۱۴-۲-۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۱-۱۴-۲-۲- در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود.

۱-۱۴-۲-۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است.

۱-۱۴-۳-۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه شود.

۱-۱۴-۳-۲- در صورت فسخ از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد)؛ در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالپایه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

**ماده ۱۵-** نحوه فسخ: ۱-۱۵- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می شود.

۱۵-۲- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می شود.

**ماده ۱۶-** مهلت پرداخت خسارت: بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند بوسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

**ماده ۱۷-** کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

**ماده ۱۸-** اخذ مجوز از بیمه مرکزی: بیمه مرکزی چ.ا. ایران می تواند با ارائه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین نامه ذکر نشده است و همچنین کاهش فرانشیز بیش از حد مقرر در این آیین نامه موافقت نماید.

**ماده ۱۹-** اجرای آیین نامه: این آیین نامه از تاریخ ۱۳۹۱/۰۷/۰۱ لازمالاجراء خواهد بود و جایگزین آیین نامه شماره ۶۴ مصوب شورای عالی بیمه با عنوان شرایط عمومی بیمه های درمان خواهد شد.

