

آئین نامه شماره ۴۳

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۳ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری آئین نامه ای را مشتمل بر ۱۶ ماده و ۲ تبصره در جلسه مورخ ۱۳۸۱/۵/۲۲ تصویب نمود که از تاریخ ۱۳۸۱/۷/۱ جایگزین آئین نامه شماره ۲۶/۱ و مکمل های بعدی آن می گردد.

فصل اول کلیات

ماده ۱ - اساس قرارداد

این بیمه نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار(که جز لاینفک بیمه نامه می باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد.

آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه کتباً به بیمه گذار اعلام شده است جز تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.

ماده ۲ - تعاریف :

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرفنظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند.

۱-۲- بیمه گر:

شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در این بیمه نامه قید گردیده و جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه بعهده میگیرد.

۲-۲- بیمه گذار :

بیمه گذار شخص حقوقی است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر گردیده و متعهد پرداخت حق بیمه می باشد.

۲-۳- بیمه شدگان :

کارکنان رسمی ، قراردادی، پیمانی، و... بیمه گذار میباشند که حداقل یکسال نزد بیمه گذار سابقه کار داشته و به اتفاق کلیه اعضاء خانواده خود از طرف بیمه گذار بعنوان بیمه شده معرفی گردیده اند و حداقل ۷۰ درصد آنان می باید تحت پوشش بیمه قرارگیرند

۲-۳-۱ منظور از اعضاء خانواده ، همسر ، فرزندان و افراد تحت تکفل بیمه شدگان می باشد .
۲-۳-۲-ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروهها مشروط به آنکه با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه ای موضوع این بیمه ای موضوع این بیمه نامه متشکل شده و حداقل ۷۰ درصد آنان جزء بیمه شدگان قرار گیرند با تأیید بیمه مرکزی ایران امکان پذیر خواهد بود.

۲-۴- موضوع بیمه :

موضوع بیمه پرداخت هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث احتمالی طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه می باشد.

۲-۴-۱ - حادثه : حادثه عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد واراده بیمه شده روی داده و موجب وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد.

۲-۴-۲- بیماری : بیماری عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک .

۲-۵- حق بیمه : حق بیمه وجهی است که بایستی بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر پردازد و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده می باشد.

۲-۶- دوره انتظار: دوره انتظار مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

۲-۷- فرانشیز درصد معینی از هزینه های مورد تعهد است که تامین آن بعهده بیمه شده یا بیمه گذار است و میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.

۲-۸- مدت : مدت این بیمه نامه یکسال تمام شمسی است . تاریخ شروع و انقضاء آن با توافق طرفین در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.

فصل دوم - شرایط

Insuranceinfo.ir
بازگاہ جامع اطلاعات بیمه (اینشورنس اینفو)
ماده ۳- اصل حسن نیت :

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه گر قرار دهند .

اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنماید، بیمه نامه باطل و بلااثر خواهد بود ولو اینکه مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تاثیری در وقوع بیماری یا حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد، بلکه بیمه گر میتواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

تبصره - چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر 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 نموده است.

ماده ۴- هزینه های بیمارستانی و جراحی قابل پرداخت :

۱- هزینه های بیمارستانی، درمانی و جراحی طی دوران بستری در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

۲- هزینه های مربوط به سایر پوششهای اضافی توافق شده در قرارداد یا شرایط خصوصی.

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی در صورتیکه نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان گردد.

ماده ۵- پرداخت حق بیمه :

۵-۱- بیمه گذار موظف است حق بیمه تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه نامه را در ابتدای همراه پرداخت و قبض رسیدی که به مهر وامضاء بیمه گر رسیده باشد دریافت نماید و یا وجه حق بیمه را به حساب معرفی شده از طرف بیمه گر واریز و رسید آنرا برای بیمه گر ارسال نماید.

۵-۲- نحوه پرداخت حق بیمه موضوع بند ۲-۳-۲ در هر مورد توسط بیمه مرکزی ایران تعیین خواهد شد.

ماده ۶- استثنائات :

هزینه بیمارستانی و جراحی در موارد زیر از شمول تعهد بیمه گر خارج می باشد:
۶-۱ اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میگردد، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث بیمه شده در طی مدت بیمه باشد

۶-۲- عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد قرارداد بیمه مشخص بوده و بیمه گذار از آن مطلع شده باشد.

۶-۳- سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک.

۶-۴- ترک اعتیاد.

۶-۵- خودکشی ، قتل و جنایت .

۶-۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان مگر اینکه در شرایط خصوصی به نحو دیگری توافق شده باشد.

۶-۷- جنگ ، شورش ، اغتشاش ، بلوا،اعتصاب، قیام، آشوب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

۶-۸- فعل و انفعالات هسته ای .

۶-۹- اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج .

۶-۱۰- بیماری روانی یا سایکو تیک : منظور از بیماریهای سایکوتیک آن دسته از بیماریهایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.

۶-۱۱- دندانپزشکی مگر جراحی فک به علت وقوع حادثه تحت پوشش .

۶-۱۲- زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر

۶-۱۳- وسایل کمک توانبخشی از قبیل جوراب واریس ، لنز و سمک ، شکم بند و لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارد.

۶-۱۴- رفع عیوب انکساری چشم مگر در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر نقص بینائی هر چشم ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد.

فصل سوم - مقررات مختلف

ماده ۷- بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستانهای داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوطه میبایستی صورتحساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم نماید. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند صورتحساب بیمارستان اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود در غیر اینصورت هزینه های مربوط براساس قراردادهای منعقد شده بیمه گر با بیمارستانهای همتراز صورت خواهد گرفت .

ماده ۸- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳ روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان ، مراتب را به بیمه گر اعلام نماید.

ماده ۹- حداکثر سن بیمه شده برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال می باشد و از آن به بعد بیمه گر میتواند 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 خواهد بود. 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 ۱۰ - در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت نماید پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی مشروط به پرداخت حق بیمه ، ادامه خواهد داشت .

ماده ۱۱- هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً بوسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده 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 بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت نموده است .

ماده ۱۲- هزینه های بیمارستانی بیمه شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تأیید بیمه گر به خارج اعزام میگردند در صورت تأیید صورتحسابهای مربوط توسط سفارت ایران ، براساس ضوابط این بیمه نامه پرداخت خواهد شد.

تبصره - نرخ ارز در محاسبه میزان خسارت معادل نرخ ارز اعلام شده از سوی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده ۱۳- موارد فسخ بیمه نامه :

بیمه گر و یا بیمه گذار میتوانند در موارد زیر اقدام به فسخ بیمه نامه نمایند:

۱-۱۳- موارد فسخ از طرف بیمه گر.

بیمه گر در موارد زیر میتواند بیمه نامه را فسخ نماید. در این صورت برگشت حق بیمه بصورت روز شمار محاسبه خواهد شد.

۱-۱۳-۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در موعد یا مواعد معین .

۱-۱۳-۲- هرگاه بیمه گذار سهواً و یا بدون سوء نیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند بنحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد .

۱-۱۳-۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه .

۱-۱۳-۲- موارد فسخ از طرف بیمه گذار.

بیمه گذار میتواند در هر زمان بیمه نامه را فسخ نماید، در این صورت بیمه گر حق بیمه تا زمان فسخ را براساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می نماید معهدا در صورتیکه ضریب خسارت قرارداد (با احتساب حق بیمه کوتاه مدت) تا زمان فسخ بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار موظف است ما به التفاوت درصد مذکور تا میزان خسارت واقع شده را به بیمه گر پرداخت نماید.

در مواردی که فسخ بیمه نامه توسط بیمه گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد حق بیمه تا زمان فسخ بطور روز شمار محاسبه خواهد شد.

۱۳-۲-۱ - انتقال پرتفوی بیمه گر.

۱۳-۲-۲ - در صورتیکه گروه بیمه شده بعلت توقف در کار و یا مشکلات پیش بینی نشده دیگر ترکیب گروهی خود را از دست بدهد.

ماده ۱۴ - نحوه فسخ :

۱۴-۱ - در صورتیکه بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله نامه یا تلفنگرام و سایر وسائل مقتضی به بیمه گذار اطلاع دهد در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می گردد.

۱۴-۲ - بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضای فسخ بیمه نامه را بنماید در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه گر بیمه نامه فسخ شده محسوب می شود چنانچه در درخواست بیمه گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد، اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

ماده ۱۵ - مهلت پرداخت خسارت :

بیمه گر موظف است حداکثر ظرف یکماه 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 نماید.

ماده ۱۶ - کتبی بودن اظهارات : جامع اطلاعات بیمه (اینشورنس اینفو)

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه بایستی کتباً به آخرین نشانی اعلام شده ارسال گردد.

آئین نامه شماره ۴۳/۱

(مکمل آئین نامه شماره ۴۳)

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۳ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۸۴/۱۲/۱۵ تصویب نمود آئین‌نامه شماره ۴۳ به شرح زیر اصلاح شود:

الف - نام آئین‌نامه به «شرایط عمومی بیمه گروهی مازاد درمان» تغییر یابد.

ب - بند ۱-۲ به شرح زیر اصلاح شود:

۱-۲ - بیمه‌گر:

شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج گردیده است و جبران هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

ج - بند ۲-۳-۲ حذف و متن‌های زیر به عنوان بندهای ۲-۳-۲ و ۲-۳-۳ جایگزین آن شود:

۲-۳-۲: چنانچه فرزندان بیمه‌شده دچار معلولیت ذهنی یا ازکارافتادگی کلی باشند تأمین هزینه درمان سایر بیماریهای آنها (به جز معلولیت و ازکارافتادگی) با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر تحت پوشش خواهد بود.

۲-۳-۳: ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروهها مشروط به آنکه با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه‌نامه تشکیل شده باشند و حداقل هفتاد درصد اعضای هر گروه تحت پوشش قرار گیرند در چارچوب ضوابطی که بیمه مرکزی ایران تعیین و ابلاغ خواهد نمود مجاز است.

د - بند ۲-۴ به شرح زیر اصلاح شود:

۲-۴ - موضوع بیمه :

موضوع بیمه، پرداخت آن بخش از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و نیز سایر هزینه‌های اضافی تحت پوشش است که توسط بیمه‌گر اول (مانند سازمان‌های بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی) جبران نشده است.

ه - متن زیر به عنوان بند ۱-۷-۲ ذیل بند ۷-۲ اضافه شود.

۱-۷-۲: فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، اعمال جراحی و زایمان با پرداخت حق بیمه اضافی قابل کاهش خواهد بود.
و- عنوان ماده ۴ به «هزینه‌های درمانی قابل پرداخت» تغییر یابد و بند ۳ این ماده به شرح زیر اصلاح شود:
۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی.

ز- برخی از بندهای ذیل ماده ۶ به شرح زیر اصلاح یا اضافه شود:

۲-۶: عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته و معالجه آن ضروری باشد.

۳-۶: سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۹-۶: هزینه اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۰-۶: جنون و به طور کلی بیماریهایی که شخص بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.

۱۱-۶: دندانپزشکی و جراحی لثه .

۱۴-۶: جراحی فک مگر آنکه به علت وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۵-۶: هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی.

۱۶-۶: لقاح مصنوعی

۱۷-۶- عقیقه‌سازی مگر آنکه جنبه درمانی داشته باشد.

ح - ماده ۱۲ و تبصره ذیل آن به شرح زیر اصلاح شود:

ماده ۱۲ - هزینه‌های بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به معالجه پیدا می‌کنند در صورت تأیید صورتحسابهای آن توسط سفارت جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوط تا سقف تعهد سالیانه هزینه‌های بیمارستانی و اعمال جراحی مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در غیر این صورت هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره : میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان و یا زمان پرداخت خسارت هر کدام کمتر باشد محاسبه خواهد شد.

ط - ماده ۱۳ به شرح زیر اصلاح شود:

ماده ۱۳ : موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه:

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

۱-۱۳ : موارد فسخ از طرف بیمه گر:

۱-۱-۱۳ : عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۱-۲-۱۳ : هر گاه بیمه گذار سهواً و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود .

۱-۳-۱۳ : در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه.

۲-۱۳ : موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

بیمه گذار می تواند در هر زمان برای فسخ بیمه نامه اقدام نماید.

۳-۱۳ : نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ :

۱-۳-۱۳ - در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می گردد.
۲-۳-۱۳ - در صورت فسخ از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد) معهداً در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی بیشتر از هفتاد درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به هفتاد درصد برسد به بیمه گر پرداخت نماید.

ی - بند ۲-۱۴ به شرح زیر اصلاح شود:

۲-۱۴ - 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.

پیشنهاد قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

نوع فعالیت :

نام بیمه گذار :

آدرس :

تعداد کل کارکنان : تعداد کارکنان متقاضی پوشش : مجموع تعداد بیمه شوندگان اعم از اصلی و تبعی:

تعداد بیمه شوندگان ۶۰ تا ۷۰ ساله: تعداد بیمه شوندگان بیش از ۷۰ ساله: نام سازمان بیمه گر اول :

تعهدات مورد درخواست براساس موارد مربوط در آئین نامه تعرفه بیمه نامه گروهی درمان (شماره ۴۴)

لیزیک هرچشم بند ۳-۴

پاراکلینیکی ۳

بند ۳-۵

پاراکلینیکی ۲

بند ۳-۳-۲

پاراکلینیکی ۱

بند ۳-۳-۱

زایمان

بند ۳-۱ جراحی تخصصی

بند ۳-۲

بیمارستانی و جراحی عمومی

آیا کارکنان آن سازمان قبلاً پوشش بیمه درمان مازاد داشته اند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ ، ضمن بیان علت درخواست انتقال قرارداد به این شرکت جدول زیر را تکمیل و گواهی تسویه حساب بیمه گر قبلی را ارائه فرمائید:

تعهدات قرارداد قبلی :

تاریخ شروع قرارداد

تاریخ انقضاء قرارداد

نام بیمه گر قبلی

تعهدات سالیانه و پاراکلینیکی

حق بیمه پرداختی

خسارت دریافتی و در جریان

بدهی حق بیمه به شرکت بیمه گر قبلی

(۱)

(۲)

(۳)

(۴)

اطلاعات ارائه شده را در نهایت صداقت و امانت اعلام نموده‌ام و در صورتیکه خلاف آن ثابت شود مسئولیت آنرا بعهده می‌گیرم.
امضاء بیمه گذار

Insuranceinfo.ir

پایگاه جامع اطلاعات بیمه (اینشورنس اینفو)