

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس بیمه‌نامه:

این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات:

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این آیین‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند:

۱. بیمه‌گر: موسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است. در این بیمه‌نامه بیمه‌گر شرکت سهامی بیمه دی (سهامی عام) می‌باشد.
۲. بیمه‌گر پایه: سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.
۳. بیمه‌گذار: 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. بیمه‌شده: شخص یا اشخاص حقیقی است که وضعیت سلامتی و فوت ناشی از کرونا وی موضوع قرارداد بیمه بوده و سن و وضعیت سلامتی او مبنای محاسبات حق بیمه است.
۵. موضوع بیمه: جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری یا حادثه و فوت ناشی از کرونا، به ترتیبی که در بیمه‌نامه تعیین شده و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

تبصره: ذینفع قانونی بیمه‌نامه برای سرمایه فوت ناشی از کرونا، وراثت قانونی بیمه‌گذار/شده می‌باشد.

۶. بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.
۷. Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه‌روز باشد.
۸. حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.
۹. خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.
۱۰. فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین‌نامه تعیین می‌شود.
۱۱. خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.
۱۲. مدت بیمه: مدت بیمه معادل یک‌سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

فصل دوم: پوشش‌های قابل ارایه

ماده ۳- پوشش‌های قابل ارایه مطابق جدول ارایه شده در سند بیمه‌نامه و بر اساس ضوابط آیین نامه شماره ۹۹ بیمه مرکزی خواهد بود.

ماده ۴- حداکثر سقف ربالی تعهد پوشش‌های اصلی سالانه مطابق بیمه‌نامه صادره خواهد بود.

فصل سوم: شرایط

ماده ۵- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند 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 اظهار نشده 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. هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده‌است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته

به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می شود و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ماده ۶- فرانشیز

فرانشیز هزینه های پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده توسط بیمه گر می باشد.

تبصره ۱: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

تبصره ۲: در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۷- دوره انتظار

دوره انتظار در این بیمه نامه در سال اول قرارداد برای هزینه های مربوط به زایمان و نازایی و نا باروری نه ماه، برای جبران هزینه های مربوط به بستری و جراحی سه ماه و برای خدمات مرتبط به کرونا یک ماه، از تاریخ صدور بیمه نامه می باشد. در صورتی که بیمه گذار سال قبل از صدور این بیمه نامه، دارای بیمه نامه درمان انفرادی و یا درمان خانواده بوده باشد، دوره انتظار برای تعهدات مشابه بیمه نامه قبلی بیمه گذار حذف می گردد.

ماده ۸- پرداخت حق بیمه

بیمه گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه های مربوط توافق شده است به بیمه گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.

تبصره: پرداخت حق بیمه به نماینده و یا واریز به حسابی غیر از شماره حساب اعلامی بیمه گر فاقد اعتبار بوده و تعهدی برای بیمه گر ایجاد نخواهد نمود.

ماده ۹- بیمه گذار یا بیمه شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام نمایند.

ماده ۱۰- بیمه گذار یا بیمه شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه های تشخیصی - درمانی را به بیمه گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری نمایند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه گر است.

ماده ۱۱- بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی - درمانی را براساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۱۲- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۳- هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه گر نیست:

۱. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
۲. عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، 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، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
۶. خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده 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، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.
۹. فعل و انفعالات هسته ای.

۱۰. هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 ۱۱. هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید 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 ازکارافتادگی کلی.
 ۱۶. رفع عیوب انکساری چشم
 ۱۷. تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.
 ۱۸. انواع هزینه‌های غیرپزشکی از قبیل: تلویزیون، کیف بهداشتی (مگر با تایید بیمه‌گر).
 ۱۹. صدمات حاد ناشی از ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای.
 ۲۰. بیماری‌های واگیردار، معالجه بیماری‌های افراد مبتلا به ایدز و معلولین ذهنی در صورتی که بیمه‌شده در تاریخ شروع بیمه‌نامه به آن مبتلا باشد.
 ۲۱. معالجه عضوهای آسیب‌دیده ناشی از حوادثی که تاریخ وقوع آن قبل از تاریخ شروع این قرارداد باشد. (به غیر از خارج کردن پروتز و ترمیم عدم جوش خوردگی یا بدجوش خوردگی استخوان).
 ۲۲. کلیه هزینه‌های مربوط به اعمال جراحی و پروتزهای زیبایی.
 ۲۳. صورتحساب، فاکتور و قبض‌های المثنی (پاراکلینیکی و بیمارستانی).
 ۲۴. هزینه چک‌آپ و آزمایشات دوره‌ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
 ۲۵. حوادث ترافیکی.
 ۲۶. کلیه اعمال زیبایی و اعمال زیبایی مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، بای پس معده و ... و همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه‌نامه است.
 ۲۷. امکان صدور بیمه‌نامه برای متقاضیانی که دارای BMI (شاخص توده بدنی) بالای ۳۵ هستند، وجود ندارد.
 ۲۸. هزینه‌های مربوط به ناهنجاری‌های جنین (غربالگری) غیرقابل پرداخت است.
 ۲۹. در صورتی که منشاء بیماری مورد تعهد این بیمه‌نامه، به قبل از خرید بیمه‌نامه برگردد، خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
 ۳۰. جبران هزینه‌های جراحی و درمان بیماری‌های ناشی از عیوب مادرزادی خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
 ۳۱. جبران هزینه‌های شیمی‌درمانی (بستری) و داروی شیمی‌درمانی و جراحی‌های مرتبط، خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
 ۳۲. فوت بیمه‌شده به علتی غیر از ابتلا به ویروس کرونا.
 ۳۳. هزینه‌های بیمارستانی و دارویی و آزمایشی بدون تجویز پزشک متخصص.
 ۳۴. پرداخت هزینه واکسن کرونا جهت پیشگیری از ابتلا.
- تبصره:** حوادث ترافیکی که در طول بیمه‌نامه حادث شده و ۲ ماه از تاریخ حادثه گذشته باشد، مزاد بر تعهد دانشگاه‌های علوم پزشکی، تحت پوشش خواهد بود.
- ماده ۱۴-** بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ 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 یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل دهد. این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

ماده ۱۵- 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 دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده 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.

ماده ۱۶- چنانچه بیمه‌شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت‌بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۷- فسخ بیمه‌نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر 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:

انتقال پورتنوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.

ج- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

۱. در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
۲. در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار، 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، بیمه‌گذار 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 کند.

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

ماده ۱۹- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۲۰- ارجاع به داوری

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل‌وفصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل‌وفصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل‌وفصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی داوری می‌کنند. هریک از طرفین حق‌الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق‌الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل‌وفصل می‌شود.

مدارک مورد نیاز جهت بررسی و جبران هزینه های درمانی

الف: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت 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 امضاء 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.
۷. ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی و 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 ارایه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
۹. ارسال تأییدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردی که طبق مفاد قرارداد نیاز به تأیید دارد.
۱۰. ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوارعصب و عضله، رادیولوژی، CT،MRI و ...
۱۱. ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می گیرند) 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 با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.

ب: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات پاراکلینیکی:

۱. ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک مرتبط در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...).
۲. اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه ممهور به مهر مرکز درمانی.
۳. تصویر نتیجه و یا جواب هزینه سرپایی موارد درمانی و تشخیصی.

ج: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دندانپزشکی:

۱. هزینه های دندان پزشکی مشروط به قرار گرفتن در تعهدات بیمه گر مطابق با ابلاغیه مراجع ذی صلاح قانونی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۲. هزینه های ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی در تعهد نمی باشد.
۳. ویزیت دندانپزشک در صورتیکه در آن ویزیت، اعمال دندان پزشکی انجام شده باشد غیرقابل پرداخت است.

د: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دارویی:

- هزینه های دارویی براساس فهرست داروهای مجاز کشور (فارماکوپه) طبق برند تجویزی پزشک معالج مطابق با شرایط زیر قابل بررسی و پرداخت است و استفاده از سقف تعهد بیمه گران پایه (داروهای تحت پوشش) الزامیست:
۱. 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 می باشد (اختلاف قیمت در تعهد است).
 ۲. داروهای تقویتی، مکمل، زیبایی، پوستی، ویتامینه و پروتئینه در تعهد نمی باشد.
 ۳. نسخه های ناخوانا یا بدون مهر داروخانه غیرقابل پرداخت می باشد.

تبصره: حق فنی داروخانه پرداخت نمی شود.

۵: مدارک لازم برای پرداخت خسارت تجهیزات پزشکی (ایمپلنت) کارگذاری شده در بدن حین عمل جراحی:

۱. دستور بستری با قید نام بیمه شده، تاریخ جراحی، نام بیمارستان و مهمور به مهر جراح (جهت تایید پیش فاکتور).
۲. دستور تجهیز با قید نام بیمه شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و مهمور به مهر جراح (جهت تایید پیش فاکتور).
۳. پیش فاکتور یا فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی.
۴. مشخصات فاکتور یا پیش 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.
۵. صورت حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی (جهت تایید فاکتور).
۶. شرح جراحی (جهت تایید فاکتور).
۷. کلیه اسناد مثبت مانند گرافی و ... برحسب نوع جراحی صورت گرفته (جهت تایید فاکتور).
۸. تاییدیه جراحی در خصوص جراحی هایی که طبق شیوه نامه نیاز به تایید بیمه دی دارند.
۹. کپی دفترچه بیمه و کارت ملی بیمه شده.

۶: مدارک مورد نیاز برای پرداخت خسارت فوت ناشی از کرونا:

۱. بیمه نامه
۲. گواهی فوت
۳. نظریه پزشک معالج یا جواز دفن صادره از مرجع قانونی درمورد علت فوت در اثر کرونا
۴. پرونده بیمارستانی بیمه شده
۵. گواهی انحصار وراثت در صورت عدم تعیین استفاده کننده
۶. شناسنامه و کارت ملی بیمه شده
۷. مدارک شناسایی استفاده کننده/گان یا وراث قانونی.

سایر موارد:

بیمه گذار متعهد است حق بیمه متعلق به قرارداد را با توجه به شرایط قرارداد و الحاقیه های آن پرداخت نماید. در غیر این صورت تعهدات بیمه گر از تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده به حالت تعلیق درآمده و در زمان تعلیق، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه شدگان را ندارد و بروز هرگونه مشکلی در این خصوص به عهده بیمه گذار خواهد بود.

۱. اعتبار قرارداد منوط به پرداخت اقساط حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه می باشد.

تبصره: در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار این بند نیز اعمال می گردد.

۲. عدم انجام تعهدات بیمه گر به علت تاخیر و یا امتناع بیمه گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه گذار در پرداخت حق بیمه نمی باشد و بیمه گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه گر پرداخت نماید.

۳. چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه صرفاً تا پایان همان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.

۴. این بیمه نامه مکمل بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه گران پایه مشابه می باشد (بیمه گر اول)، لذا بیمه شدگان در صورت داشتن بیمه پایه 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. چنانچه سهم بیمه گر اول از فرانشیز قرارداد کمتر باشد میزان فرانشیز قابل اعمال و محاسبه معادل مابه التفاوت سهم بیمه گر اول از فرانشیز قرارداد خواهد بود.

۶. در خصوص هزینه دستمزد پزشکان، با ارایه معرفی نامه بیمه دی به مراکز طرف قرارداد، مابه التفاوت حق الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی باشد.
۷. کلیه هزینه های پاراکلینیکی و بیمارستانی، طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و کتاب ارزش های نسبی و خدمات مراقبتی های سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخت خواهد شد.
- تبصره:** خدمات دندانپزشکی نیز بر اساس تعرفه های سندیکای بیمه گران ایران قابل پرداخت می باشد.
- تبصره:** هزینه های ویزیت بر اساس آخرین تعرفه های مصوب هیئت وزیران پرداخت می گردد.
۸. 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 به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب های آنان را تایید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مصوب هیئت وزیران محاسبه خواهد شد.
۹. میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
۱۰. چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.
۱۱. اعمال جراحی فتق نافی، فتق شکمی، بلغاروپلاستی، سپتوپلاستی، استرایبسم و عیوب انکساری می بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد.
۱۲. دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان و نازایی و ناباروری ۹ ماه است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان انفرادی و یا خانواده داشته باشد، دوره انتظار اعمال نخواهد شد.
۱۳. خطرات ناشی از انفجار یا عملکرد ادوات جنگی بازمانده از جنگ تحمیلی در شمول تعهدات این قرارداد می باشد، مشروط به اینکه بیمه شده به قصد بازدید از مناطق عملیاتی در دوران جنگ تحمیلی و یا خنثی سازی ادوات جنگی در محل حضور نیافته باشد.
۱۴. در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شبا یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه گذار برای بیمه شده اصلی).
۱۵. اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می باشد.
۱۶. مرور زمان دعوای ناشی از تعهدات بیمه گر یکسال از تاریخ انقضاء مدت قرارداد می باشد.
۱۷. چنانچه موارد مذکور در بیمه نامه و ضوابط و ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر می شود، با نظرات بیمه گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار 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.
۱۸. پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار و قبول آن از طرف بیمه گر به منزله تایید بیمه نامه از ناحیه طرفین می باشد.