

کارگزاری تداهم زندگی آریا



تداوم زندگی آریا

شرکت کارگزاری رسمی بیمه (سهامی خاص)

دارای کد همکاری از شرکتهای بیمه دولتی و خصوصی



شرایط عمومی فصل اول (تعاریف و اصطلاحات)

- ماده ۱-** تعاریف و اصطلاحات مندرج در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد صرفاً با مفاهیم ذیل مورد استفاده قرار می گیرد.
- ۱-۱-** بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا که مشخصات آن در قرارداد قید گردیده و جبران هزینه های درمانی مورد تعهد در این قرارداد را به عهده می گیرد.
- ۱-۲-** بیمه گذار: شخصی است حقیقی یا سن بیشتر از ۱۸ سال تمام که قرارداد بیمه را قبول و امضاء نموده و حق بیمه تعیین شده خویش و تمام اعضاء خانواده خود را نیز پرداخت می نماید. (مندرج در ماده ۳ شرایط خصوصی)
- ۱-۳-** خانواده: منظور از خانواده عبارتند از بیمه گذار بعنوان سرپرست خانواده، همسر و فرزندان مجرد وی.
- ۱-۴-** بیمه شده: شخصی است حقیقی یا سن حداکثر ۵۵ سال تمام که در این قرارداد شامل بیمه گذار و اعضاء خانواده وی می باشد که پس از تأیید بیمه گر به عنوان بیمه شده تلقی می گردند.
- ۱-۵-** حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بایستی بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در بیمه نامه توافق شده، می باشد.
- ۱-۶-** مدت قرارداد: مدت زمانی است که طی آن بیمه شده می تواند از خدمات و مزایای این بیمه نامه استفاده نماید.
- ۱-۷-** موضوع قرارداد بیمه: عبارت است از، هزینه های دوران بستری بیمه شده در بیمارستان، شامل درمان طبی و جراحی های مجاز ناشی از بیماری وحادثه، اورژانس و هزینه های تشخیصی درمانی (هزینه های پاراکلینیکی) که در چارچوب این قرارداد می باشد.
- ۱-۸-** بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن (طبق تشخیص پزشک معتمد بیمه گر) است.
- ۱-۹-** حادثه: عبارت از هرگونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده طی مدت این قرارداد بروز کرده و باعث وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد. (با رعایت ماده ۸ شرایط عمومی)
- ۱-۱۰-** بیمارستان: موسسه درمانی است که به موجب مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت بستری نمودن و مداوای بیماران تأسیس شده و در خارج از کشور نیز به مفهوم موسساتی است که به همین منظور مجاز به فعالیت می باشند.
- ۱-۱۱-** مرکز جراحی محدود: به موسسه ای دارای مجوزی اطلاق میگردد که بیمار پس از جراحی، حداکثر در طول چند ساعت (کسر از ۲۴ ساعت) قادر به ترک آن باشد.
- ۱-۱۲-** بستری: عبارت است از اقامت حداقل به مدت ۶ ساعت در بیمارستان و مراکز جراحی محدود مجاز به منظور درمان بیماری.
- ۱-۱۳-** پزشک معالج: پزشکی است که بیمه شده، تحت نظر وی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود مجاز معالجه و درمان می شود.
- ۱-۱۴-** معالجه: عبارت است از بستری و درمان بیمه شده در بیمارستان و مراکز جراحی محدود مجاز.
- ۱-۱۵-** خسارت: هزینه های درمانی بیمه شده که در چارچوب این قرارداد به عهده بیمه گر می باشد.
- ۱-۱۶-** اورژانس: به مواردی اطلاق می گردد که بیمه شده در اثر بروز حادثه، مسمومیت و بیماری حاد نیاز فوری به مداوا صرفاً در بخش اورژانس بیمارستان داشته باشد (با تأیید پزشک معتمد بیمه گر).
- ۱-۱۷-** فرانشیز: درصد معینی از هزینه های قابل پرداخت درمانی است که به عهده بیمه شده می باشد و درصد آن در قرارداد تعیین می گردد.
- ۱-۱۸-** دوره انتظار: مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران خسارت های موضوع این بیمه نامه (موضوع ماده ۷ تبصره های شرایط خصوصی) که در همین دوره حادث گردیده است را نخواهد داشت.
- ۱-۱۹-** بیماری های مزمن: بیماریهایی که منشاء یا ابتلاء از نظر زمانی قبل از تاریخ شروع پوشش بیمه ای مندرج در این قرارداد باشد از قبیل: کلیه تومورها، کیست ها و بدخیمی ها، بیماری های مزمن ریه، پروستات، بیماری های روماتولوژی، کاتاراکت، دیابت، فتق، فیستول، پولیپ، سینوزیت مزمن، هیستروکتومی، سبتوسل رکتوسل، ماستوئیدکتومی، منیسک و رباطهای صلیبی زانو، دیسک ستون فقرات، MS، بیماری های مزمن قلبی و مرفوقی، سنگ کلیه، بیماری فشارخون، هایپرلیپیدمی (بالا بودن چربی خون) و اعمال جراحی مربوط به درمان چاقی که براساس این قرارداد قابل پرداخت نمی باشد و بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران آن در چارچوب این قرارداد نخواهد داشت.

فصل دوم (وظایف و تعهدات بیمه گذار)

- ماده ۲:** 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 حقیقت خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار نماید، بیمه نامه باطل و بلا اثر خواهد بود. ولو اینکه مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تأثیری 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 بیمه گذار در پاسخ به پرسش بیمه گر در خصوص خود و اعضاء خانواده خود (مندرج در فرم پرسشنامه سلامت و مفاد شرایط خصوصی) عمداً از اظهار حقیقت خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است قرارداد فوق از تاریخ صدور باطل و بیمه گذار متعهد به استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد جهت خود و سایر اعضاء خانواده خود دریافت نموده است و حق بیمه نیز مسترد نخواهد شد.
- ماده ۳:** بیمه گذار می بایست حق بیمه خود و اعضاء خانواده خویش (مندرج در ماده ۵ و ۶ شرایط خصوصی) را همزمان با شروع بیمه نامه به بیمه گر پرداخت نماید، بیمه گذار در مقابل بیمه گذاری که حق بیمه های فوق را به موقع پرداخت ننماید هیچگونه مسئولیتی در ارائه تعهدات مندرج در این بیمه نامه نخواهد داشت.
- تبصره ۱:** حق بیمه تعیین شده در این بیمه نامه سالیانه می باشد و در صورت قسط بندی، بیمه گذار موظف است هر یک از اقساط را در سررسید آن به بیمه گر پرداخت نماید در غیر اینصورت بیمه گر مسئولیتی در قبال انجام تعهدات خود نداشته و در فاصله ۱۰ روز پس از انقضای سررسید اقساط، پرداخت مابقی اقساط، تبدیل به دین حال شده و بلافاصله باید توسط بیمه گذار به بیمه گر پرداخت شود. خدمات بیمه گر در مورد بیماری یا حادثه ای که منشاء آن بعد از پرداخت اخیر باشد شامل بیمه شده خواهد شد.
- تبصره ۲:** در صورتی که حق بیمه اقساطی باشد ارائه تعهدات موضوع این بیمه نامه پس از کسر مابه التفاوت حق بیمه سالیانه از بیمه گذار انجام خواهد شد.
- ماده ۴:** بیمه گذار می تواند در صورت عدم دریافت خسارت با اعلام قبلی یک ماهه و بصورت کتبی نسبت به فسخ بیمه نامه اقدام نماید که در این صورت حق بیمه براساس جدول کوتاه مدت بیمه گر محاسبه می گردد.
- ماده ۵:** در صورت ازدواج بیمه گذار در طول مدت این قرارداد پوشش همسر وی مشروط به تکمیل فرم پرسشنامه سلامت (فرم شماره ۱) و انجام مراحل آن و با پرداخت حق بیمه براساس جدول کوتاه مدت امکان پذیر می باشد که در این صورت مهلت اعلام درخواست پوشش فوق از زمان ازدواج حداکثر ۳۰ روز تعیین می گردد.
- ماده ۶:** بیمه گذارانی که در مدت این قرارداد صاحب فرزند می شوند می توانند مشروط به تکمیل فرم پرسشنامه سلامت (فرم شماره ۱) و انجام مراحل آن پس از طی حداقل سه ماه دوره انتظار و در صورت تأیید پزشک معتمد بیمه گر و با پرداخت حق بیمه براساس جدول کوتاه مدت نسبت به پوشش بیمه ای وی اقدام نمایند. بدهی است بیمه گذار جهت پوشش نوزاد خود می بایست حداکثر ۳۰ روز از تاریخ تولد مراتب را به بیمه گر اعلام نماید.
- ماده ۷:** در صورت ازدواج هر یک از فرزندان بیمه گذار، ادامه پوشش آنان تا پایان قرارداد مشروط به پرداخت حق بیمه سالیانه بلامانع می باشد. در صورتی که بیمه گذار بخواهد نامبردگان را از پوشش بیمه ای خارج نماید حق بیمه برگشتی بر اساس جدول کوتاه مدت بیمه گر محاسبه و پرداخت می گردد که در هر صورت حداکثر مهلت اعلام مراتب فوق به بیمه گر از تاریخ ازدواج ۳۰ روز می باشد.
- ماده ۸:** در صورت بروز حادثه یا بیماری منجر به بستری شدن بیمه شده، وی نباید باشخص یا اشخاص مسئول بروز حادثه و بیماری ناشی از آن، صلح نماید در صورت صلح از سوی بیمه گذار یا بیمه شده، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه های فوق نخواهد داشت. بیمه گر برای وصول هزینه های پرداخت شده، بابت درمان بیمه شده در مقابل مسئول حادثه و یا بیماری ناشی از آن، قائم مقام بیمه شده می باشد.

کارگزاری تداهم زندگی آریا



تداوم زندگی آریا

شرکت کارگزاری رسمی بیمه (سهامی خاص)

دارای کد همکاری از شرکتهای بیمه دولتی و خصوصی

ماده ۹: بیمه شده می بایست پس از بستری در بیمارستان های طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد بیمه گر ، مراتب را حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت به بیمه گر اعلام نماید. بدیهی است در صورت بستری کمتر از ۲۴ ساعت بیمه گذار موظف می باشد قبل از ترخیص مراتب را به اطلاع بیمه گیرساند. در غیر اینصورت بیمه گر هیچگونه مسئولیتی در قبال پرداخت اینگونه خسارتها نخواهد داشت.

ماده ۱۰: چنانچه بیمه شده بخواهد در خارج از کشور بستری و معالجه شود باید قبل از عزیمت موضوع را کتباً به اطلاع بیمه گر رسانده و موافقت بیمه گر را کتباً دریافت نماید. در این حالت تعرفه های درمان حداکثر براساس تعرفه مورد عمل بیمارستانهای درجه یک طرف قرارداد بیمه گر در تهران و معادل هم اوز ریالی صورت حساب در زمان بستری (تاریخ صورت حساب) طبق مفاد قرارداد پرداخت می شود. مشروط به اینکه صورتحساب و مدارک پزشکی را به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن را به تأیید وزارت امور خارجه در ایران رسانیده باشد.

تبصره: زمانی که بیمه شده در خارج از کشور و به طور اورژانسی بستری و معالجه می شود حداکثر تا دو ماه از تاریخ ترخیص می تواند برای دریافت هزینه های درمانی که ذکر شد عمل نماید.

ماده ۱۱: چنانچه بیمه شده ای دارای بیمه درمان دیگری باشد، بیمه گر پس از کسر فرانشیز برای دریافت هزینه ها از بیمه گراول قائم مقام بیمه شده خواهد بود.

ماده ۱۲: آن دسته از بیمه شدگانی که اهلیت قانونی ندارند کلیه وظایف و مسئولیتهای آنان متوجه بیمه گذار می باشد.

فصل سوم (تعهدات بیمه گر)

ماده ۱۳: پوششهای مورد تعهد عبارت است از: جبران هزینه های بیمارستانی اعم از درمان طبی و اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود مجاز (با بیش از ۶ ساعت بستری) و تشخیص درمانی (پاراکلینیکی) ناشی از بیماری و حادثه در طول مدت این قرارداد که در تعهد بیمه گر خواهد بود.

تبصره ۱: تعهدات بیمه گر در مورد بیمه شده ای که با معرفی نامه کتبی بیمه گر از موسسات درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه دانا استفاده می نماید برابر صورت حسابهای مراکز فوق الذکر، مورد رسیدگی و تسویه فرامی گیرد. در صورت عدم استفاده بیمه شده از بیمارستانهای طرف قرارداد، پرداخت هزینه های درمانی بیمه شده پس از دریافت کلیه اسناد مدارک و صورت حساب حداکثر بر اساس درجه بندی بیمارستانهای همقطر از طرف قرارداد بیمه دانا و مقررات مربوطه محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۲: در صورت عدم استفاده بیمه شده از معرفی نامه جهت مراکز طرف قرارداد بیمه دانا، بیمه شده می بایست نسبت به استرداد معرفی نامه جهت حذف در سوابق درمانی اقدام نماید.

تبصره ۳: حداکثر مدت تحویل اسناد هزینه های درمانی به بیمه گر برای محاسبه و پرداخت، دوماه از تاریخ ترخیص می باشد. بدیهی است پس از مهلت مقرر بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. (با رعایت ماده ۹ شرایط عمومی)

تبصره ۴: بیمه گر هیچگونه مسئولیتی نسبت به عوارض و عواقب ناشی از تجویزات و اعمال پزشکی و عوارض ناشی از آن که برای بیمه شده در بیمارستان و یا مراکز درمانی ایجاد می شود، را نخواهد داشت.

تبصره ۵: بیمه گر تعهد می نماید به محض دریافت اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۶: هزینه های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول جنگ احتمالی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده است. در زمان صلح مشمول بیمه می باشد.

تبصره ۷: بیمه گرمی تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید و بیمه گذار مکلف به کلیه همکاری های لازم می باشد در صورت عدم همکاری بیمه گذار، بیمه گر مسئولیتی در قبال خسارت ادعائی ایشان ندارد.

تبصره ۸: در صورتی که بیمه شده تابعیت غیر ایرانی داشته باشد هزینه های درمانی در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای کارت اقامت، حق کار مشخص و پروانه کار معتبر باشد.

ماده ۱۴: محدودیت ها و استثنائات

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

- ۱- هزینه های درمان اعتیاد و ترک اعتیاد، ایمنز، بیماریهای مقاربتی، چک آپ، ایدمی و بیماریهای روانی، وقع خوب انکساری.
- ۲- هزینه های درمان نابوروری، نازایی، ناتوانی جنسی، عقیم سازی، زایمان، سزارین، کورتاژ تخلیه ای، سقط جنین، نامنجاری های استخوانی - عضلانی، بیماری های مادرزادی، نقص عضو قبلی، پیوند اعضا طبیعی و مصنوعی بدن
- ۳- عوارض ناشی از جنگ، انفشاش بلوا، قیام، اعتصاب، کودتا، انقلاب و حوادث و بلایای فاجعه آمیز مانند: سیل، زلزله، آتشفشان و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی
- ۴- اقدام به خودکشی یا مشارکت، مباشرت در قتل، جنایت، نزاع و موارد ناشی از ورزشهای رزمی و حرفه ای.
- ۵- خدمات مربوط به له و دندانپزشکی
- ۶- جراحی فک و جراحی های ترمیمی (مگر بدلیل وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت این قرارداد پس از تأیید پزشک معتمد بیمه گر) .
- ۷- کلیه هزینه های مربوط به اعمال جراحی زیبایی، سستیلاستی.
- ۸- ائناق خصوصی، همسران، موارد بهداشتی (هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایش، بهداشتی و متفرقه در بیمارستان از قبیل شیر خشک، صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب واریس، شکمبند، چیک و نظایر آن) .
- ۹- کلیه بیماریهایی که مربوط به قبل از پوشش بیمه شده بوده و همچنین بیماریهایی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گرسناسایی گردیده و هرگونه هزینه درمانی و تشخیص درمانی غیرمشمول ماده ۸ شرایط خصوصی و بند ۱۹-۱۰ ماده ۱ شرایط عمومی.

فصل چهارم (سایر مقررات گوناگون)

ماده ۱۵: بیمه شدگان به منظور صدور معرفی نامه جهت استفاده از موسسات درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه دانا در شهر تهران می بایست مدارک مندرج در ذیل را ارائه نمایند.

- اصل بیمه نامه معتبر شرکت بیمه دانا.

- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی

- اصل شناسنامه و دفترچه بیمه گر اولیه بیمار (در صورتی که بیمار دفترچه بیمه گر اولیه داشته باشد)

ماده ۱۶: کلیه مکاتبات و مراسلات بایمه گذار به نشانی محل سکونت وی که در پرسشنامه سلامت درج گردیده ارسال خواهد شد. چنانچه نشانی تغییر کند بیمه گذار موظف است در اسرع وقت موضوع را به صورت کتبی (از طریق نماینده یا مستقیم) به اطلاع بیمه گر برساند. در غیر این صورت هیچ گونه مسئولیتی متوجه بیمه گر نخواهد بود.

ماده ۱۸: مدت قرارداد بیمه درمان انفرادی (خانواده) یکسال تمام هجری شمسی می باشد که شروع و خاتمه آن از ساعت ۲۴ روزی است که در این بیمه نامه تعیین شده است.

تبصره: پس از خاتمه قراردادی توان یا توافق طرفین، قرارداد را برای یک سال دیگر تمدید کرد که این امر تابع شرایط جدید در زمان تمدید خواهد بود.

ماده ۱۹: حق تمدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن یا توافق طرفین (بیمه گر و بیمه گذار) محفوظ است.

ماده ۲۰: حل اختلاف: بیمه گر و بیمه گذار سعی خواهند نمود هرگونه اختلاف نظر ناشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. چنانچه از این طریق به توافق نرسند رفع اختلاف با مراجع قانونی ذیصلاح خواهد بود.

این بیمه نامه به همراه فرم پرسشنامه سلامت و شرایط خصوصی که جزء لاینفک این قرارداد می باشد، در دو نسخه تنظیم و مبادله می گردد و در رابطه با فی مابین طرفین، بیمه شدگان و قائم مقام قانونی آنها قلمی و لازم الاجرا است.

نام و نام خانوادگی بیمه گذار
امضا
تاریخ