

شرایط عمومی بیمه های درمان

مصوب ۱۳۸۹،۱۱،۲۰



شورای عالی بیمه در اجرای بند ۳ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و بیمه گری و با توجه به پیشرفت روشهای نوین درمانی، افزایش هزینه های پزشکی و تقاضای روزافروز جهت افزایش پوشش و تنوع خدمات بیمه مازاد درمان به ویژه در بخش هزینه های درمان سرپایی، ضمن بازنگری آیین نامه های شماره ۴۳ و ۴۴ مصوب شورای عالی بیمه و اصلاحات بعدی آن به ترتیب با عنوان «شرایط عمومی بیمه گروهی مازاد درمان» و «تعرفه بیمه گروهی مازاد درمان» و به منظور دستیابی به اهداف زیر:

افزایش خدمات تحت پوشش بیمه درمان؛

تعمیم پوشش بیمه درمان به خانواده ها؛

افزایش سقف تعهدات پوشش های درمانی آئین نامه متناسب با افزایش هزینه خدمات پزشکی؛

تعیین برخی ضوابط به منظور شفاف سازی عبارات مندرج در آئین نامه های فوق و اجتناب از تفاسیر مختلف شرکتهای بیمه؛

در جلسات مورخ ۵/۸/۱۳۸۹ و ۲۰/۱۱/۱۳۸۹، «شرایط عمومی بیمه های درمان» را در سه فصل، هجده ماده و یازده تبصره، منضم به یک پیوست، به این شرح تصویب نمود:

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد: این بیمه نامه براساس 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 هم زمان 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:

۱- ۲- 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 ای بیمه استانی، 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 گریه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند.

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

۴- ۲- گروه بیمه شدگان

۲- ۴- ۱- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار که با ارائه رضایت نامه مبنی بر موافقت با پوشش بیمه ای به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده اند و حداقل ۵۰ درصد آنان باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گذار را صرفاً در ابتدای قرار داد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد 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 بیمه شدگان به طور هم زمان بیمه شوند.

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

۵- ۲- 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 گر قرار گرفته است.

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

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

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

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

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

۹- ۲- مدت: مدت بیمه نامه یک سال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در شرایط بیمه نامه درج می شود.



آئین نامه شماره 64 در خصوص شرایط عمومی بیمه های درمان - مصوب 1389/11/20

فصل دوم: هزینه های درمانی قابل پرداخت

ماده 3- هزینه های درمانی قابل پرداخت موضوع این آئین نامه عبارت است از:

الف- تعهدات اصلی

- 1- 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 اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.
- 2- هزینه همراه افراد زیر 7 سال و بالاتر از 70 سال (در بیمارستان ها).
- 3- 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.
- ب- هزینه های مربوط به پوشش های اضافی ذیل که در قرارداد یا شرایط بیمه نامه درج شده باشد:
 - 1- افزایش سقف تعهد 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.
 - 2- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند الف - 1 فوق.
 - سقف تعهد بیمه گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر تجاوز کند.
 - 1- 2- در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ITSC، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است.
 - 2- 2- مدت انتظار جهت استفاده از پوشش این بند برای گروه های زیر 250 نفر، 9 ماه و از 250 نفر الی 1000 نفر، 6 ماه و برای گروه های بالای 1000 نفر فاقد دوره انتظار است.
 - 3- هزینه های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:
 - 1- 3- جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیوگرافی استرس اکو، دانسیومتری تا حداکثر 20 درصد تعهد سالیانه برای هر بیمه شده.
 - 2- 3- جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد 10 درصد تعهد پایه برای هر بیمه شده.
 - 3- 3- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی یا سقف تعهد 10 درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.
 - 4- 3- 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 تا سقف 5 درصد تعهد پایه (حداقل 500,000 ریال و حداکثر 2,500,000 ریال).
 - 5- 3- جبران هزینه های دندان پزشکی حداکثر تا میزان 10 درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره 1: چنانچه هزینه های دندان پزشکی صرفاً محدود به خدمات کشیدن، جرم گیری، بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش شود، مشروط به انتخاب سقف تعهد سالانه بیش از 1,000,000 ریال، مشمول تخفیف در حق بیمه می شود.

تبصره 2: هزینه های دندان پزشکی بر اساس تعرفه خدمات دندان پزشکی 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.

- 6- 3- جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی تا سقف 2 درصد تعهد پایه برای هر بیمه شده.
- 7- 3- جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک تا سقف 5,000,000 ریال برای هر بیمه شده.
- 4- 4- جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی به اضافه نصف آستیگمات) 4 دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا مبلغ 10,000,000 ریال (5,000,000 ریال برای هر چشم) برای هر بیمه شده.
- 5- 5- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکسته بندی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف 10 درصد تعهدات پایه برای هر بیمه شده.
- 1- 5- فهرست اعمال غیر سرپایی (در مطب) به شرح جدول پیوست ذکر می شود.
- 6- 6- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه های بالای 1000 نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.



آئین نامه شماره 64 در خصوص شرایط عمومی بیمه های درمان - مصوب 1389/11/20

۷- ارائه پوشش بیمه ای جهت خطرات طبیعی (به استثنای زلزله) مشروط به دریافت حق بیمه اضافی.

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

تبصره ۲: ارائه پوشش هزینه های درمانی به جز مواردی که در این آئین نامه ذکر شده است، مجاز نمی باشد؛ مگر آنکه قبلاً توافق بیمه مرکزی ج.ا.ا در مورد نوع پوشش و حدود تعهدات کسب شده باشد.

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 هر یک 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- ۵- فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه گر پایه به 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- ۵- بیمه گر می تواند صرفاً فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی عمومی و تخصصی و زایمان را با دریافت حق بیمه اضافی پوشش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود که قابل بیمه شدن نیست.

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 است به بیمه گر پرداخت کند.

ماده ۷: استثنائات: هزینه این مورد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

۱- ۷- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۲- ۷- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، رفع عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۳- ۷- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۴- ۷- ترک اعتیاد.

۵- ۷- خودکشی و اعمال مجرمانه.

۶- ۷- 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.

۸- ۷- فعل و انفعالات هسته ای.

۹- ۷- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.

۱۰- ۷- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر

۱۱- ۷- جنون.

۱۲- ۷- جراحی لثه.

۱۳- ۷- زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر.

۱۴- ۷- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.

۱۵- ۷- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۶- ۷- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.

۱۷- ۷- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۴ دیوپتر باشد.

۱۸- ۷- 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.



آئین نامه شماره ۶۴ در خصوص شرایط عمومی بیمه های درمان - مصوب ۱۳۸۹/۱۱/۲۰

تبصره ۵: موارد استثنایی مندرج در بندهای ۶-۷، ۷-۷، ۹-۱۰، ۷-۱۲، ۷-۱۵ و ۷-۱۵، با پرداخت حق بیمه اضافی، قابل بیمه شدن است.

ماده ۸: 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 خودداری کند.

۸-۳- ارائه پوشش هزینه های رفع عیوب انکساری چشم مجاز نیست.

۸-۴- سقف تعهد بیمه گر برای هر یک از اعضای گروه یا خانواده و هر یک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

۸-۵- در سال اول قرارداد، جبران هزینه های زایمان و هزینه های درمان بیماری هایی که سابقه درمان قبلی دارد، استثنا شود.

ماده ۹: بیمه شده در انتخاب هر یک 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 اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود؛ در غیر این صورت هزینه های مربوط بر اساس قراردادهای منعقد شده بیمه گر با بیمارستان های هم تراز 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.

تبصره ۲: بیمه گذار یا بیمه شده موظف اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه شدگان بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کنند.

ماده ۱۰: حداکثر سن بیمه شده برای گروه های 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 سازمان ها و صندوق های 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: 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: هر گاه 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: 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 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 های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

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

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

۱۴-۱- موارد فسخ از طرف بیمه گر

۱۴-۱-۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سر رسید.

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

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

۱۴-۲- موارد فسخ از طرف بیمه گذار

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

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

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

۱۴-۳- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ

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

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)؛ بنابراین در



آئین نامه شماره 64 در خصوص شرایط عمومی بیمه های درمان - مصوب 1389/11/20

صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی تا زمان فسخ بیمه نامه بیشتر از ۷۰ درصد باشد، بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند.

ماده ۱۵ - نحوه فسخ

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

۲- ۱۵. 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 به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۱۷ - کتبی بودن اظهارات: هر گونه 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 - این آئین نامه از ابتدای سال ۱۳۹۰ لازم الاجراء خواهد بود و از تاریخ مذکور، آئین نامه های شماره ۴۳ و ۴۴ مصوب شورای عالی بیمه به ترتیب با عنوان «شرایط عمومی بیمه گروهی مازاد درمان» و «تعرفه بیمه گروهی مازاد درمان» و اصلاحات بعدی آن لغو می شود.

فهرست اعمال غیر مجاز در مطب

پیوست جزء (۱- ۵) بند ب ماده ۳ آیین نامه «شرایط عمومی بیمه های درمان»

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان های بزرگ و طویل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدري، کاتتریسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاہ تناسلی زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان های غیر طبیعی و طبیعی



آئین نامه شماره 64 در خصوص شرایط عمومی بیمه های درمان - مصوب 1389/11/20

۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان های فك و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوز تین و سینوس ها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و ...
۱۲	عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فك
۱۵	رزکسیون کندیل فك



آئین نامه شماره 64 در خصوص شرایط عمومی بیمه های درمان - مصوب 1389/11/20

۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرچ زیگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن در رفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
۲۱	بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

معاونت تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات - معاونت حقوقی ریاست جمهوری (Qavanin.ir)

