

“

کلیات بیمه

بیمه تکمیل درمان – بیمه مسئولیت – آئین نامه 99 بیمه مرکزی

”

گردآوری: استاد سعید ناصری

جهت مقطع عالی پسادکتری POST DBA دانشگاه تربیت مدرس

زمستان 1399



دانشگاه تربیت مدرس



بیمه

قانون کار

قرارداد

تاریخچه پیدایش بیمه

ضریب نفوذ بیمه در ایران ۲/۵ درصد با احتساب بیمه های خدمات درمانی و تامین اجتماعی و صندوق بازنشستگی ضریب نفوذ بیمه در ایران به ۴/۵ درصد می رسد و با توجه به این ارقام، ایران در بین ۲۰۰ کشور جهان، حائز رتبه ۳۲ می باشد.



در حال حاضر ۳۳ شرکت بیمه در ایران مشغول به فعالیت هستند که مشتمل بر ۱ شرکت دولتی و ۳۲ شرکت خصوصی می باشد.

قرن
هفدهم

اولین رشته بیمه در زمینه حمل و نقل بود که در کافه های به نام لویدز در لندن میان کشتی داران و بازرگانان شکل گرفت.



سال
۱۶۶۶

دومین رشته بیمه بعد از آتش سوزی بزرگ لندن در کافه لویدز میان مسئولان و سرمایه داران شهر با هدف تقسیم کردن خسارت های سنگین بین تعداد زیادی از مردم شکل گرفت.



سال
۱۳۱۰

ایده تشکیل یک شرکت بیمه ایرانی اولین بار توسط دکتر شهریار عابدی مطرح شد.



سال
۱۳۱۴

بیمه ایران با سرمایه ۲ میلیون تومان آغاز به کار کرد و اولین بیمه آتش سوزی به نام علی اکبر داور، وزیر مالیه ثبت شد.



سال
۱۳۵۰

بیمه مرکزی ایران با هدف تنظیم، تعمیم و هدایت امر بیمه و حمایت از بیمه گذاران، بیمه شدگان و اعمال نظارت دولت بر فعالیت های بیمه ای تأسیس شد.



انواع بیمه

اموال - اشخاص - مسئولیت

بیمه اموال

در بیمه اموال ، اموال و دارایی‌های افراد بیمه می‌شود.

بیمه اموال شامل 4 نوع بیمه است:

بیمه‌های مربوط به ماشین و موتورسیکلت

(بیمه شخص ثالث و بیمه بدنه)

بیمه آتش سوزی (که زلزله و سرقت هم جزئی از این بیمه است)

بیمه مهندسی

بیمه حمل و نقل کالا (صادرات ، واردات ، ترانزیت ، داخلی)



اشخاص : بیمه اشخاص ، مربوط به
جان و سلامتی اشخاص است.
شامل 3 نوع بیمه می شود: بیمه عمر -
بیمه حادثه - بیمه درمان (بیمه
تکمیلی)



بیمه مسئولیت

اگر بر اثر فعالیت شما خسارت (جانی و یا مالی) به فرد یا افرادی وارد شود و طبق رأی دادگاه شما محکوم گردید ، بیمه مسئولیت جایگزین شما شده و خسارت را پرداخت می کند.

بیمه مسئولیت 4 دسته کلی دارد:

بیمه مسئولیت عمومی

بیمه مسئولیت حرفه ای

بیمه مسئولیت تولیدکنندگان کالا

بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان



بیمه اشخاص — بیمه تکمیل درمان

بیمه درمان تکمیلی ریسک های مربوط به سلامتی و هزینه بیماری های انسان ، داروها - عمل های جراحی و خدمات پزشکی مازاد بر بیمه گر اول (تامین اجتماعی ، خدمات درمانی و... را پوشش می دهد.

در گذشته برای خرید بیمه تکمیلی ، داشتن بیمه پایه (تامین اجتماعی ، خدمات درمانی نیروهای مسلح و سلامت ایرانیان) در اکثر شرکت های بیمه الزامی بوده است. اما هم اکنون بعضی از شرکت های بیمه برای رفاه حال خریداران بیمه تکمیلی خود ، لزوم داشتن بیمه پایه را حذف نموده اند و در صورتی که خریدار بیمه تکمیلی ، بیمه پایه نداشته باشد ، تنها 18 درصد به مبلغ حق بیمه او افزوده خواهد شد و تغییر دیگری در بیمه نامه تکمیلی او به علت نداشتن بیمه پایه رخ نخواهد داد.



بیمه‌های درمان پایه ؛ الزام یا اختیار؟!

نکته مهمی که قبل از پرداختن به بحث بیمه درمان تکمیلی باید به آن توجه داشت این است که اغلب شرکت‌های بیمه خدمات بیمه درمان تکمیلی را مازاد بر بیمه‌های پایه ارائه می‌دهند ؛ یعنی بیمه‌گذار باید یکی از بیمه‌های پایه مثل بیمه تامین اجتماعی ، بیمه خدمات درمانی ، بیمه نیروهای مسلح و... را داشته باشد و هنگام استفاده از خدمات پزشکی اول از آن‌ها استفاده کند. بیمه درمان تکمیلی هزینه مازاد بر بیمه‌های پایه را مطابق بیمه‌نامه تقبل می‌کند. پس داشتن بیمه پایه برای داشتن بیمه درمان تکمیلی برای بعضی از شرکت‌های بیمه الزامی است.

انواع بیمه درمانی که می‌تواند در شرکت‌های بیمه وجود داشته باشد عبارت است از:

بیمه درمان تکمیلی گروهی

اغلب بیمه‌های درمان تکمیلی به صورت گروهی ارائه می‌شوند. بدین صورت که کارفرمای یک کارگاه می‌تواند اعضای سازمان خود را بیمه تکمیلی کند. شرط این کار این است که بیمه تامین اجتماعی آن‌ها از یک کارگاه رد شود و تعدادشان از یک حد مشخصی بیشتر باشد. به همین خاطر اغلب شنیده‌ایم که شرکت‌ها و ادارات اقدام به ارائه بیمه درمان تکمیلی برای کارکنان خود می‌کنند. البته غالباً بدین صورت است که کارکنان سازمان اقوام درجه اول خود را هم می‌توانند در این طرح بیمه کنند.



بیمه درمان تکمیلی خانواده

اخيراً علاوه بر خرید بیمه درمان تکمیلی به صورت گروهی ، امکان خرید انفرادی آن هم در بعضی از شرکت های بیمه میسر شده است. بدین صورت که در بعضی از شرکت های بیمه طرحی تحت عنوان بیمه درمان تکمیلی خانواده به وجود آمده است که در آن لازم نیست بیمه تامین اجتماعی افراد متقاضی از یک جا رد شده باشد و همچنین تعداد افراد متقاضی برای این بیمه مهم نیست. اما حق بیمه در این طرح کمی بالاتر از بیمه درمان تکمیلی گروهی بوده و پوشش های آن هم کمتر از حالت گروهی این بیمه است. در کل خرید گروهی این بیمه بهتر و به صرفه تر از خرید طرح خانواده است.



بیمه درمان تکمیلی انفرادی

اخیراً بعضی از شرکت‌های بیمه اقدام به ارائه بیمه درمان تکمیلی انفرادی هم می‌کنند. تفاوت بیمه درمان تکمیلی انفرادی با بیمه درمان تکمیلی خانواده در این است که پوشش‌های بیمه درمان تکمیلی خانواده نسبت به بیمه درمان تکمیلی گروهی (شرکتی) کمتر است. اما در بیمه درمان تکمیلی انفرادی این اتفاق نمی‌افتد و پوشش‌های کاملی در اختیار بیمه‌گزار قرار می‌گیرد. حتی در بعضی از شرکت‌های بیمه مثل بیمه داشتن بیمه پایه برای دریافت بیمه تکمیلی نیز لزومی ندارد. یعنی حتی اگر بیمه تامین اجتماعی، خدمات درمانی و... نداشته باشید هم می‌توانید بیمه تکمیلی خریداری کنید.



بیمه درمان مسافران خارج از کشور

اگر در سایت‌های بیمه‌ای درباره بیمه درمان بگردیم قطعاً با بیمه درمان مسافران خارج از کشور هم برخورد می‌کنیم. این بیمه همان بیمه مسافرتی خارج از کشور است که بعضی جاها آن را در دسته بیمه‌های درمانی جای می‌دهند. درحالی‌که این بیمه جزو بیمه اشخاص محسوب می‌شود و علاوه بر پوشش‌های درمان پوشش‌های دیگری هم دارد و فقط یک بیمه درمان نیست.



پوشش های بیمه درمان تکمیلی

پوشش های بیمه درمان تکمیلی بدین صورت است که در برابر بروز بیماری هایی خدماتی ارائه می دهد یا برای دریافت خدمات پزشکی خاصی ، طبق ضوابطی این خدمات را به بیمه گزاران خود ارائه دهد. پوشش های بیمه درمان تکمیلی در شرکت های مختلف بیمه می تواند متفاوت باشد. بعضی از شرکت های بیمه پوشش های اختیاری و فرعی هم علاوه بر پوشش های اصلی ارائه می دهند. پوشش هایی که می تواند در این بیمه توسط شرکت های مختلف ارائه گردد عبارت است از:

Day Care جبران هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، آنژیوگرافی قلب ، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و جبران هزینه های اعمال جراحی های مهم مربوط به سرطان ، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) ، گامانایف ، قلب ، پیوند ریه ، کبد ، کلیه و مغز استخوان

جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین

هزینه های پاراکلینیکی (اقدام های تشخیصی که برای سنجش میزان پیشرفت یا بهبود بیماری و اطمینان از احیای سلامتی بیمار انجام می شود) شامل هزینه های سونوگرافی ، PFT ، اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو و دانسیتومتری ، تست ورزش ، تست آلرژی ، تست تنفسی شامل اسپرومتری و MRI ماموگرافی ، انواع اسکن و آندوسکوپی ، نوار مئانه (سیستومتری یا سیستوگرام) ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، هولتر مانیتورینگ قلب و EEG ، نوار مغز NCV ، نوار عصب EMG نوار عضله ، آنژیوگرافی چشم

جبران هزینه عمل های سرپایی مثل شکستگی و در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیپوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی



هزینه جراحی عیوب انکساری چشم

جبران هزینه خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی (به استثنای چکاپ)

هزینه‌های ویزیت، دارو و خدمات اورژانس غیر بستری

هزینه‌های آمبولانس شهری و بین شهری

دندانپزشکی (به استثنای ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی و جراحی لثه)

هزینه همراه افراد زیر 7 سال و بالای 70 سال در بیمارستان‌ها

و میکرواینجکشن IUI، ITSC، IVF، ZIFT، GIFT هزینه‌های درمان نازایی و ناباروری،

هزینه‌های خرید عینک و سمعک

ارائه پوشش برای بلایای طبیعی

جبران هزینه ناهنجاری‌ها و بیماری‌های جنین (تست‌های غربالگری)

تهیه اروتز

یک بیمه درمان تکمیلی می‌تواند بعضی از این پوشش‌ها یا همه این‌ها را داشته باشد. می‌تواند بعضی از این پوشش‌ها را جزو پوشش‌های اصلی و بعضی را تحت عنوان پوشش فرعی با پرداخت حق بیمه بیشتر قرار دهد.

بیمه‌های درمان تکمیلی در شرکت‌های مختلف معمولاً در قالب طرح‌های بیمه‌ای ارائه می‌شود. در این طرح‌ها معمولاً پوشش‌ها ثابت هستند اما سقف تعهدات آن‌ها با یکدیگر فرق دارد. هر چه سقف تعهدات یک بیمه بیشتر باشد، بیمه در صورت بروز حادثه و خسارت، هزینه بیشتری می‌پردازد. بنابراین بهتر است بیمه‌ای با سقف پوشش بالاتر برای خود خریداری کرده تا در صورت نیاز خسارت بیشتری پرداخت شود.



محدودیت‌های سنی در بیمه درمان تکمیلی

بیمه‌های اشخاص غالباً دارای محدودیت سنی هستند. یعنی اگر سن متقاضی بیشتر از حد مشخصی باشد، بیمه‌گر او را بیمه نکرده یا با شرایط خاصی ریسک وی را به عهده می‌گیرد. در بیمه درمان تکمیلی نیز این موضوع برقرار است. شرکت‌هایی که بیمه درمان تکمیلی انفرادی ارائه می‌دهند ریسک افراد بالای 70 سال را قبول نمی‌کنند. برای حالت گروهی نیز نرخ بیمه درمان تکمیلی برای افراد تا سن 60 سال یکسان است. برای افراد 61 تا 70 سال 50% این نرخ افزایش می‌یابد. برای افراد بالای 70 سال نیز این نرخ تا 100% افزایش پیدا می‌کند.

برای مثال اگر نرخ یک بیمه درمان تکمیلی برای افراد زیر 60 سال 20 هزار تومان باشد، برای افراد بین 61 تا 70 سال این نرخ به 30 هزار تومان و برای افراد بالای 70 سال به 40 هزار تومان افزایش پیدا می‌کند. نکته قابل توجه در اینجا این است که این افزایش نرخ‌ها برای گروه‌های بالای 1000 نفر هم وجود ندارد و برای همه افراد یکسان است.

البته توجه داشته باشید که ممکن است بعضی از شرکت‌های بیمه در دوره‌های زمانی مشخصی این قوانین را به صورت درون شرکتی تغییر دهند و محدودیت‌های سنی را در نظر نگیرند یا آن را با نرخ‌های دیگر منظور کنند.



حق بیمه درمان تکمیلی

عواملی که در بیمه درمان تکمیلی بر حق بیمه تاثیرگذارند عبارت است از:

سقف تعهدات طرح انتخابی

همان طور که گفته شد هر چه سقف تعهدات طرح انتخابی بالاتر باشد ، حق بیمه بیشتری باید بابت بیمه درمان تکمیلی خود بپردازید.

سن بیمه گزار

سن بیمه گزار یا بیمه گزاران در تعیین حق بیمه درمان تکمیلی تاثیر می گذارد. معمولاً شرکت های بیمه دسته بندی برای سن متقاضیان بیمه درمان تکمیلی ارائه می دهند و حق بیمه هر یک از این دسته بندی ها متفاوت است.

تعداد بیمه گزاران

در بیمه درمان تکمیلی گروهی معمولاً دسته بندی برای تعداد افراد متقاضی هم وجود دارد. معمولاً تعداد متقاضیان از یک حدی بیشتر باشد حق بیمه درمان تکمیلی کمتر خواهد شد.



فرانشیز بیمه درمان تکمیلی

نام بیمه در اغلب مواقع با مفهوم فرانشیز همراه است. فرانشیز بخشی از هزینه خسارت است که توسط بیمه پرداخت نمی‌شود و بیمه‌گزار باید بپردازد. برای مثال اگر 10 درصد، مبلغ فرانشیز یک بیمه باشد یعنی مطابق بیمه‌نامه 10 درصد از مبلغ خسارت را بیمه‌گزار باید بپردازد و بقیه آن را بیمه تا سقف پوشش پرداخت می‌کند. فرانشیز بیمه درمان تکمیلی برای گروه‌های مختلف هر طرح و در شرکت‌های مختلف بیمه می‌تواند متفاوت باشد. هر چه فرانشیز یک بیمه درمان تکمیلی کمتر باشد در برابر بروز خسارت‌ها، هزینه بیشتری می‌پردازد و هزینه کمتری به دوش بیمه‌گزار می‌افتد.



دوره انتظار در بیمه درمان تکمیلی

یکی از اصطلاحاتی که در بیمه درمان تکمیلی قطعاً با آن روبرو می‌شوید مدت انتظار است. مدت انتظار مدت زمانی است که در آن بیمه‌گر نسبت به جبران خسارت بیمه‌گذار تعهدی ندارد. این مدت زمان از آغاز قرارداد شروع می‌شود. برای مثال اگر دوره انتظار یک بیمه تکمیلی 5 ماه باشد یعنی از شروع قرارداد بیمه به مدت 5 ماه بیمه‌گر پوششی به بیمه‌گذار ارائه نمی‌دهد و بعد از آن، خدمات بیمه قابل استفاده است.

موضوع دوره انتظار درباره استفاده از بیمه درمان تکمیلی برای زایمان خیلی چالش برانگیز است. افرادی که می‌خواهند از بیمه درمان تکمیلی خود موقع زایمان استفاده کنند باید قبل از بارداری اقدام به خرید این بیمه کنند؛ چرا که این بیمه برای پوشش زایمان غالباً دارای دوره انتظار 9 ماهه الی 1 ساله است. با این وجود فردی که باردار است اگر اقدام به خرید بیمه درمان تکمیلی کند نمی‌تواند از آن استفاده کند و قبل از اتمام دوره انتظار، زمان زایمان او خواهد رسید.



استثناها و خدمات خارج از تعهد بیمه درمان تکمیلی

در تمام بیمه‌ها مواردی خارج از تعهدات است و اگر خسارت در آن حالت اتفاق بیفتد، بیمه هیچ تعهدی در برابر بیمه‌گزار ندارد. در بیمه درمان تکمیلی نیز این موضوع برقرار است. مواردی که خارج از تعهدات بیمه درمان تکمیلی است در شرکت‌های مختلف بیمه می‌تواند متفاوت باشد. استثناهای بیمه درمان تکمیلی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

جراحی‌های زیبایی؛ مگر اینکه ناشی از حادثه‌ای بیمه شده در طی مدت بیمه باشد.

عیب‌های مادرزادی؛ مگر اینکه به تشخیص پزشک معتمد بیمه رفع این عیب جنبه درمانی داشته باشد.

سقط جنین؛ مگر در مواقع قانونی و با تشخیص پزشک معالج.

ترک اعتیاد

خودکشی

اعمال مجرمانه

خسارات ناشی از حوادث طبیعی مثل سیل، زلزله، آتش‌فشان و...

خسارات ناشی از جنگ، شورش، بلوا، اعتصاب، آشوب و...

خسارات ناشی از فعل و انفعالات هسته‌ای



هزینه اتاق خصوصی در مراکز درمانی ؛ مگر اینکه به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه این امر ضروری باشد.

هزینه فرد همراه برای بیمار بین 7 تا 70 سال ؛ مگر اینکه به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه این امر ضروری باشد.

جنون

جراحی لثه ، ارتودنسی ، ایمپلنت و کاشت دندان مصنوعی

زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر

لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی دارند

جراحی فک ؛ مگر اینکه به علت وجود تومور یا حادثه‌ای تحت پوشش باشد.

هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی

کلیه هزینه‌های پزشکی که در مرحله تحقیقات بوده و هنوز تعرفه‌ای از وزارت بهداشت درباره آن ارائه نشده باشد.

در بعضی از شرکت‌های بیمه با پرداخت حق بیمه بیشتر ، این موارد استثنا تبدیل به پوشش می‌شود و در برابر این خسارات هم از بیمه‌گذار پشتیبانی می‌کند.



آئین نامه 99 بیمه مرکزی

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۵ در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، «آیین‌نامه بیمه‌های درمان» را مشتمل بر ۲۹ ماده و ۱۶ تبصره به شرح ذیل تصویب و از تاریخ ابلاغ جایگزین آیین نامه شماره ۷۴ و مکمل‌های آن نمود:

ماده ۱-اساس بیمه نامه: 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 آیین نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند:

۱-بیمه‌گر: مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است.

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 بیمه نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه است.

4- گروه بیمه شدگان:

الف- کارکنان رسمی ، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.

تبصره ۱- بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک ، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲- حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه گذار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرارگیرند.

تبصره ۳- بیمه گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه می تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

تبصره ۴- ارایه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه گر بلامانع می باشد.

ب- ارایه پوشش بیمه درمان به سایر گروه ها (از قبیل اصناف ، اتحادیه ها و انجمن ها) به این شرط مجاز است که بیمه گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه بطور همزمان بیمه شوند.

5- موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

۶- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده رخ دهد و منجر به جرح ، نقص عضو ، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

۷- بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

۸- Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

۹- حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گرپردازد.

10- **حق بیمه شناور:** وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه نامه توسط بیمه‌گر برآورد می‌شود و میزان قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه‌گذار اعلام می‌گردد.

11- **دوره انتظار:** دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

12- **خسارت ارزیابی شده:** مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی — درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.

13- **فرانشیز:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می‌شود.

14- **خسارت قابل پرداخت:** مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می‌نماید.

15- **مدت بیمه:** مدت بیمه معادل یک سال 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 عبارت است از:

الف- پوشش‌های اصلی:

- ۱- جبران هزینه‌های بستری ، جراحی و **Day Care** در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. تبصره- سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندیکای بیمه‌گران ایران و تایید بیمه مرکزی ج.ا.ایران قابل پوشش است.
- ۲- هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.
- ۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- پوشش‌های اضافی:

بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد زیر را حسب توافق با بیمه‌گذار تحت پوشش قرار دهد:

۱- افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه‌شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش‌های اصلی برای شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.

تبصره — هزینه‌های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش‌های اصلی پرداخت می‌شود.

۲- جبران هزینه‌های زیان‌ان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۱- دوره انتظار استفاده از پوشش زیان‌ان ۹ ماه است.

تبصره ۲- چنانچه بیمه‌شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زیان‌ان اعمال نخواهد شد.

۳- جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی

سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

- هزینه‌های پاراکلینیکی:

- ۱-۴- جبران هزینه انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، ماموگرافی و انواع اسکن ، ام آر آی ، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ) ، دانسیتومتری در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۲-۴- جبران هزینه انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، EECp ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) ، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۳-۴- جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی ، تست‌های آلرژیک در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۴-۴- جبران هزینه تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۵-۴- جبران هزینه فیزیوتراپی ((PT ، گفتار درمانی (ST) ، کار درمانی (OT) در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

- 4-6- جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری‌های روان‌پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳. تبصره ۱- هزینه نگهداری بیماران روان‌پریش تحت پوشش نیست.
- تبصره ۲- تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۴-۱ تا ۴-۵ برای هر بیمه شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.
- ۵- جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.
- ۶- جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان‌پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده. تبصره — هزینه‌های دندان‌پزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و ابلاغ می‌شود..
- ۷- جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم‌پزشک و یا اپتومتریست حداکثر تا ۲ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- ۸- جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هرچشم بیمه‌شده.

۹- جبران هزینه مربوط به خرید سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

تبصره- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می‌شود.

۱۱- هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره — سندیکای بیمه‌گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اوروتز را سالیانه تنظیم و ابلاغ می‌کند.

۱۲- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

ماده ۴- حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه موضوع ماده ۳، باید توسط بیمه‌گر در بیمه‌نامه درج شود.

ماده ۵- در صورتی که تعهدات پوشش‌های اصلی نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش‌های اضافی نیز می‌تواند نامحدود در نظر گرفته شود.

ماده ۶- تعهد پوشش‌های اضافی مربوط به بند ب ماده ۳، مازاد بر سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه است.

فصل سوم: شرایط

ماده ۷- 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 کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی — درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه‌شده است.

ماده ۸- فرانشیز

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

بیمه‌گر می‌تواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین‌نامه شماره ۹۴ مصوب شورای عالی بیمه و دریافت حق بیمه اضافی، فرانشیز را کاهش دهد.

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۹- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید کل حق بیمه تعیین‌شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.

ماده ۱۰- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

- ماده ۱۱- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارك و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی — درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.
- ماده ۱۲- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی — درمانی را براساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.
- ماده ۱۳- چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.
- ماده ۱۴- استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر نیست:
- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
 - ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
 - ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
 - ۴- ترك اعتیاد.
 - ۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
 - ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده 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.

- فعل و انفعالات هسته‌ای.

۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۲- هزینه های 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 فك 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 در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

تبصره — بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط ، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۱۵- بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل شود، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

ماده ۱۶- 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 ۱۷- چنانچه بیمه‌شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هرکدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۸- حداکثر سن بیمه شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۹- در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه شدگان وابسته وی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۲۰- هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، 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 محاسبه خواهد شد.

ماده ۲۱- فسخ بیمه نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه 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:

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

۲- انتقال پورتنوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هردلیل.

۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که بیمه‌شدگان به دلیل آن بیمه شده‌اند.

ج- نحوه فسخ:

- ۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند ، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد ، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار فسخ شده تلقی می‌گردد.
 - ۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر ، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است ، بیمه نامه فسخ شده تلقی می‌گردد.
- د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:
- ۱- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه‌گر ، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
 - ۲- در صورت فسخ بیمه نامه 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 بیمه نامه ، 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 ۲۲- 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 ۲۳- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۲۴- ارجاع به داوری: بیمه گر یا بیمه گذار می توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد ، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری ، طرفین می توانند يك نفر داور مرضي الطرفين را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضي الطرفين هريك از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می کنند. هريك از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

فصل چهارم: سایر مقررات

ماده ۲۵- بیمه گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می تواند بیمه نامه درمان خانواده و یا بیمه نامه برای مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد ، ارایه نماید:

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش نامه سلامتی ارایه شده توسط بیمه گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر ، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می شود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل ، پوشش این بیمه را درخواست کند ؛ اما بیمه گر می تواند با توجه به پاسخ های مندرج در پرسش نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی ، از ارایه پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است ، خودداری کند.

تبصره: بیمه گر می تواند مشروط به اخذ پرسش نامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز ، بیمه درمان انفرادی صادر نماید

ماده ۲۶- بیمه مرکزی ج.ا. ایران می تواند با ارایه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین نامه ذکر نشده است و همچنین ارایه پوشش بیمه به گروه هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می شوند ، موافقت کند.

ماده ۲۷- بیمه گر مجاز به ارایه پوشش خارج از موارد پیش بینی شده در این آیین نامه و یا مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی ج.ا. ایران تحت عناوینی از قبیل صندوق تکمله درمان و عناوین مشابه نمی باشد.

ماده ۲۸- موسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا. ایران ابلاغ خواهد شد می‌تواند بیمه نامه با حق بیمه شناور صادر نماید.

ماده ۲۹- دستورالعمل نحوه رسیدگی به اسناد هزینه های تشخیصی – درمانی و الکترونیکی کردن تبادل اطلاعات مربوط به ارزیابی و رسیدگی به اسناد هزینه های موضوع این آیین نامه حداکثر ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این آیین نامه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و پس از تایید بیمه مرکزی ج.ا. ایران به موسسات بیمه ابلاغ خواهد شد.

بیمه مسئولیت

بیمه مسئولیت همان طور که از نام آن مشخص است ، مسئولیت بیمه گزار در برابر خسارات مالی و جانی به اشخاص ثالث است. البته بیمه مسئولیت صرفاً خسارت‌هایی را پوشش می‌دهد که مسئولیت خسارات آن به عهده بیمه‌گزار باشد.

اگر بخواهیم بیمه مسئولیت را در یک جمله معرفی کنیم باید این نکته را بیان کرد که این بیمه تعهد بیمه‌گزار در برابر دیگران است. مطابق آن بیمه‌گزاران می‌توانند مسئولیت خود را در قبال دیگران بیمه کنند.



انواع بیمه مسئولیت

بیمه مسئولیت دارای چند دسته بندی کلی است. انواع بیمه مسئولیت
به شرح زیر است:

مسئولیت مدنی

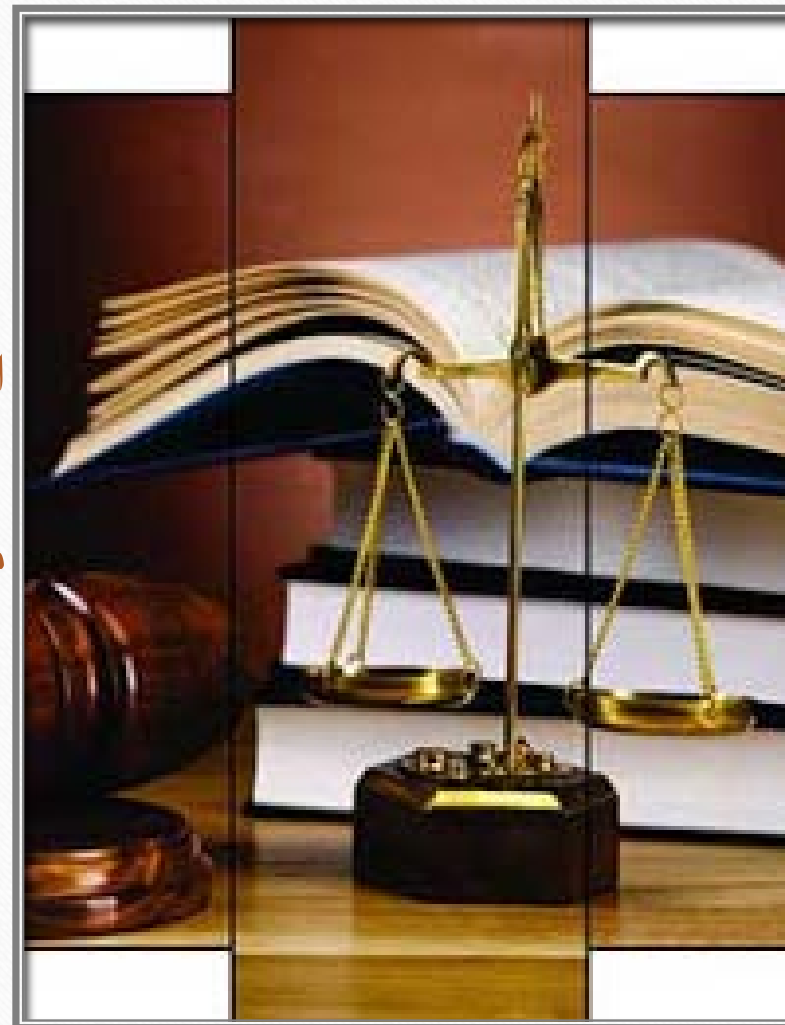
مسئولیت قراردادی

مسئولیت متقابل



بیمه مسئولیت مدنی

بیمه مسئولیت مدنی شامل مسئولیت‌هایی می‌شود که مطابق قانون به عهده بیمه‌گذار است و در صورت بروز حادثه بیمه‌گذار باید جوابگو باشد. این بیمه دارای انواع بسیار زیادی است و تقریباً هر جا که مسئولیتی به عهده کسی تعریف می‌شود، بیمه مسئولیت نیز می‌تواند وجود داشته باشد. به علت وجود تفاوت بسیار زیاد در میزان ریسک مسئولیت‌های مختلف، انواع بسیار زیادی از بیمه مسئولیت به وجود آمده است. بعضی از پرکاربردترین انواع بیمه مسئولیت به شرح زیر است:



1. بیمه مسئولیت مدنی عمومی

به موجب این بیمه افراد در برابر خسارات مالی و جانی که در فعالیت‌های روزمره در برابر اشخاص ثالث به صورت غیرعمدی وارد می‌کنند، بیمه می‌شوند.

2. بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای

بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای مسئولیت افراد در برابر اشخاص ثالث در ارتباط با مشاغل است. این نوع بیمه دارای انواع مختلفی همچون بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، بیمه مسئولیت پزشکان و... است.

3. بیمه مسئولیت مدنی تولیدکنندگان کالا

این بیمه، مسئولیت تولیدکننده در برابر مصرف‌کننده است. به موجب این بیمه در صورتی که کالای تولیدی منجر به بروز خسارت مالی یا جانی برای مصرف‌کننده شود، این نوع از بیمه مسئولیت مطابق بیمه‌نامه خسارت را جبران می‌کند. البته این بیمه می‌تواند برای فروشندگان و توزیع‌کنندگان نیز استفاده شود.



4. بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان و پیراپزشکان

این بیمه یکی از انواع بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای است که مسئولیت خطا، اشتباه و قصور پزشکان و پیراپزشکان را در عمل‌های جراحی، آزمایش‌ها و... مطابق بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

5. بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

این بیمه یکی از انواع بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای است که مسئولیت کارفرمایان را در قبال خسارات وارده به کارکنان و کارمندان به عهده می‌گیرد. به موجب این بیمه در صورت بروز حادثه‌ای، بیمه خسارت‌های مالی و جانی وارد شده را جبران می‌کند. در این بیمه کارکنان استخدامی، قراردادی، روزمزد و... تفاوتی ندارد و هر نوعی از کارمند یا کارگر، تحت پوشش این بیمه هستند. این بیمه می‌تواند دارای پوشش‌های اضافی از جمله مسئولیت در قبال اشخاص ثالث، مسئولیت در قبال کارکنان حین مأموریت و... باشد.

6. بیمه مسئولیت مدنی متصدیان حمل‌ونقل

این بیمه از انواع بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای است که موضوع آن مسئولیت متصدیان حمل‌ونقل در برابر صاحبان یا ارسال‌کنندگان بار می‌باشد. در صورت وقوع هر حادثه‌ای که به بار خسارت وارد شود، این بیمه جبران خسارت می‌کند. این بیمه برای انواع حمل‌ونقل دریایی، زمینی، بین‌المللی و... برقرار است.



7. بیمه مسئولیت مدنی سازندگان ساختمان در قبال اشخاص ثالث

این بیمه یکی از انواع بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای است که به موجب آن خسارات مالی و جانی وارد بر کارکنان ساختمانی و یا اشخاص ثالث را می‌تواند تحت پوشش قرار دهد. در صورت نشست ساختمان در حال ساخت، صدمه به پیاده‌رو یا فضای سبز، صدمه دیدن رهگذر یا همسایگان و... این بیمه خسارت وارد شده را جبران می‌کند.

8. بیمه مسئولیت مدنی شرکت‌های مسافرتی

این بیمه نیز یکی از انواع بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای محسوب می‌شود و به موجب آن اگر مشکلی برای مسافران در سفر اعم از بیماری، نقص عضو و فوت رخ دهد، آژانس مسافرتی مطابق بیمه‌نامه مسئولیت آن را در قبال مسافران به عهده دارد.

9. بیمه مسئولیت مدنی مدیران مجموعه‌های ورزشی

این بیمه یکی از انواع بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای است. در صورتی که ورزشکارانی که در مجموعه ورزشی فعالیت می‌کنند دچار حادثه‌ای شوند که به موجب قانون مسئول آن مجموعه ورزشی باشد، این بیمه مسئولیت جبران خسارت را مطابق بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

10. بیمه مسئولیت مدنی دارندگان و نگه‌دارندگان آسانسور

شرکت‌های خدمات نصب آسانسور و مدیران ساختمان می‌توانند مسئولیت خود را در برابر استفاده‌کنندگان آسانسور بیمه کنند. در صورتی که آسانسورها به صورت دوره‌ای بازدید نشوند، مسئولیت هرگونه آسیب جانی به عهده مالکان و مدیر ساختمان است. بیمه مسئولیت در برابر خسارات جانی اعم از فوت، نقص عضو دائم و موقت و هرگونه خسارات پزشکی مطابق بیمه‌نامه از خسارت‌دیدگان پشتیبانی می‌کند.



11. بیمه مسئولیت حرفه‌ای مهندسين در ساختمان‌ها

این بیمه نوعی از بیمه مسئولیت حرفه‌ای است که مطابق با قوانین بیمه، نظام مهندسی در ساختمان‌ها، شهرداری و دستورالعمل‌های اجرایی می‌باشد. این بیمه مطابق بیمه‌نامه خسارت‌های جانی و مالی مالکان و ساکنین ساختمان، اشخاص ثالث (همسایگان، عابرین پیاده و...) و کارکنان پروژه احداث ساختمان را پوشش می‌دهد.

12. بیمه‌نامه مسئولیت مدنی ناشی از آتش‌سوزی

این بیمه، مسئولیت افراد در برابر هرگونه آتش‌سوزی، ترکیدگی لوله، انفجار و... است به شرطی که مسئولیت حادثه به عهده بیمه‌گذار باشد.

13. بیمه‌نامه مسئولیت مدنی شهرداری

طبق این بیمه، مسئولیت شهرداری در برابر خسارات مالی و جانی وارد شده به شهروندان پشتیبانی می‌شود. شهرداری در برابر خساراتی مثل افتادن درخت، عدم استفاده از شن در معابر برفی و لیز و... مسئولیت دارد و باید به خسارت دیدگان پاسخگو باشد و جبران خسارت کند.



14. بیمه نامه مسئولیت مدنی دارندگان ماشین آلات راه سازی ، ساختمانی و کشاورزی

این بیمه ، مسئولیت دارندگان ماشین آلات راه سازی ، ساختمانی و کشاورزی در برابر اشخاص ثالث است. مطابق بیمه نامه راننده این ماشین آلات باید دارای گواهینامه متناسب با نوع ماشین باشد. این بیمه در محدوده پروژه مسئولیت افراد را تحت پوشش قرار می دهد ؛ زیرا این ماشین آلات پلاک شهربانی نداشته و حق تردد در سطح شهر را ندارند.

15. بیمه مسئولیت مدنی پارکینگ های عمومی

در صورتی که خسارت مالی یا جانی وارد بر استفاده کنندگان یا کارکنان پارکینگ عمومی به خاطر کم کاری بیمه گزار باشد ، این بیمه مسئولیت جبران خسارت را به عهده می گیرد.

16. بیمه مسئولیت مدنی نصب و نگهداری تابلوهای تبلیغاتی

این بیمه ، مسئولیت دارندگان یا استفاده کنندگان تابلوهای تبلیغاتی در برابر خسارات مالی و جانی وارد بر اشخاص ثالث است ؛ به شرطی که به لحاظ قانونی مسئولیت خسارت به عهده بیمه گزار دارنده یا استفاده کننده تابلو باشد.



بیمه مسئولیت قراردادی

این نوع از بیمه مسئولیت به موجب قانون نیست ؛ بلکه توافقی قراردادی بین طرفین است. این بیمه ، مسئولیت افراد در برابر قرارداد ضمنی و صریحی است که فرد به علت کم کاری و کوتاهی عهده دار می شود.

بیمه مسئولیت متقابل

این نوع از بیمه مسئولیت در واقع مسئولیتی متقابل در برابر سایرین است ؛ یعنی مسئولیتی یک طرفه از جانب فردی به فرد دیگر نیست. این بیمه دارای پوشش های بسیار نامحدودی است و انعطاف زیادی با شرایط بیمه گزار دارد. به دلیل نامحدود و باز بودن شرایط و پوشش های این بیمه غالباً شرکت های بیمه این تعرفه را اصلاً ارائه نداده یا از قبول این نوع بیمه خودداری می کنند.



کلوزهای کامل بیمه مسئولیت

ساختمانی ، عمرانی ، مشاغل خدماتی ، صنعتی ،
تجاری ،

کلوز1- به موجب این کلوز مسئولیت بیمه گذار ناشی از تعدد دیات (بیش از یک دیه) به ازاء هردیه اضافی ، برابر باتعهد ریالی فوت وتقص عضو مندرج درشرایط خصوصی بیمه نامه برای یک دیه تحت پوشش قرار دارد.

کلوز2- جبران صدمات جسمانی وارده به کارکنان بیمه گذار درماموریت خارج ازکارگاه ، اازمان اعلام اسامی افراد به بیمه گر مشمول تعهدات بیمه گر می باشد. درهرحال صدمات جسمانی کارکنان ناشی ازوسایل نقلیه موتوری استثناء می باشد.

کلوز3- صدمات جسمانی وارده به کارکنان بیمه گذار در اماکن وابسته به پروژه که خارج ازمحل مورد بیمه بوده وفعالیت کاری درآن انجام نپذیرد وتوسط بیمه گذار حدود آن تعیین گردد تحت پوشش می باشد(حوادث ناشی ازاستفاده وسایل حرارتی وبرودتی غیراستاندارد ویانصب غیراستاندارد درمحل وزمان استراحت تحت پوشش نمی باشد)

کلوز4- مسئولیت مجری ذیصلاح درخصوص خسارت جانی بارعایت شرایط این بیمه نامه تحت پوشش قرار می گیرد.

کلوز5- پوشش بیمه ای حوادث ناشی ازوسایل نقلیه موتوری برخلاف بند دو ماده بیست ویکم شرایط عمومی بیمه نامه ناشی از وسایل نقلیه موتوری زمینی چه در زمان استفاده وحركت یادرزمان سکون وخاموشی تحت پوشش بیمه نامه می باشدودرصورتمحكومیت بیمه گذار به پرداخت خسارت ، تعهد بیمه گر دراین کلوز از 50 درصد حداکثر تعهد بیمه گر درطول مدت بیمه نامه تجاوز نخواهد کرد. تبصره: منظور ازوسيله نقلیه موتوری زمینی تمام دستگاه هایی است که دارای چرخ وقدرت حرکت وانتقال نیرو ازقبیل: تراکتور، گریدر، لودر، لیفتراک، کمباین، دامپر، میکسر، جرثقیل و امثالهم می باشند.

5-1- در صورتیکه وسیله نقلیه در اختیار ویامتعلق به بیمه گذار بوده و دارای بیمه نامه شخص ثالث باشد تعهد بیمه گر محدود به مازاد تعدات بیمه نامه مذکور می باشد.
5-2- در صورتیکه وسیله نقلیه در اختیار ویامتعلق به بیمه گذار بوده و فاقد بیمه نامه شخص ثالث باشد علیرغم اخذ کلوز 8 بیمه نامه , جبران خسارت وارده در صورت ارائه رای مراجع ذیصلاح مبنی بر احراز مسئولیت بیمه گذار در تعهد بیمه گر خواهد بود.

5-3- در صورتیکه وسیله نقلیه در اختیار ویامتعلق به بیمه گذار نباشد فقط در صورت احراز مسئولیت بیمه گذار و صدور رای توسط مراجع قضایی قابل پرداخت خواهد بود.
کلوز 6- صدمات جسمانی وارده به کارکنان بیمه گذار و پیمانکاران فرعی ناشی از مسئولیت بیمه گذار تحت پوشش قرار گیرد.
کلوز 7- صدمات جسمانی وارده به کارکنان بیمه گذار ناشی از مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور تحت پوشش قرار گیرد
کلوز 8- صدمات جسمانی وارده به کارکنان بیمه گذار ناشی از مسئولیت بیمه گذار بدون رای دادگاه جبران می گردد.

• درصد نقص عضو زیان دیده توسط پزشک معتمد بیمه گر تعیین می گردد.

کلوز 9- هزینه های پزشکی ناشی از صدمات جسمانی وارده به کارکنان بیمه گذار با ارائه صورتحساب مراجع درمانی خصوصی جبران می گردد.

کلوز 10- مطالبات سازمان تامین اجتماعی یا سازمان خدمات درمانی از بیمه گذار بابت مستمری موضوع "تبصره یک ماده 66 قانون تامین اجتماعی" که ناشی از حادثه منجر به فوت ، بروز جراحت و نقص عضو کارکنان بیمه گذار می باشد جبران می گردد.

• تعهد بیمه گر برای هرنفر به مبلغریال و در طول مدت بیمه نامه معادل تعداد افراد تحت پوشش غرامتهای فوت و نقص عضو مندرج در بیمه نامه خواهد بود.

کلوز 11- صدمات جسمانی وارده به شخص بیمه گذار ، کارفرما ، پیمانکار ، مهندسین ناظر ، طراح ، مشاور و مجری ذیصلاح (بیمه حوادث) در اثر خطرات مورد بیمه فقط در محل مورد بیمه تحت پوشش بیمه نامه می باشد.

• تعهد بیمه گر صرفاً از محل بیمه حادثه (این کلوز) و یا مسئولیت ، به انتخاب زیان دیده خواهد بود.

کلوز 12- صدمات جسمانی وارده به اشخاص ثالث بر اساس تعهدات فوت و نقص عضو هرنفر در هر حادثه در محدوده مورد بیمه در تعهد بیمه گر می باشد و تعهد بیمه گر در این کلوز از 50 درصد حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت بیمه نامه تجاوز نخواهد کرد.

کلوز 13- تعهد بیمه گر به ارزش روز دیه در زمان پرداخت خسارت:

13-1- تعهد بیمه گر جهت افزایش دیه روز از تاریخ وقوع حادثه و حداکثر به میزان یک بار افزایش دیه (در یکسال) که توسط مراجع قضایی معین می گردد خواهد بود.

- 13-2- تعهد بیمه گر جهت افزایش ديه روز از تاريخ وقوع حادثه و حداكثر به میزان دوبار افزایش ديه (در دو سال) که توسط مراجع قضایی معین می گردد خواهد بود
- 13-3- تعهد بیمه گر جهت افزایش ديه روز از تاريخ وقوع حادثه و حداكثر به میزان سه بار افزایش ديه (در سه سال) که توسط مراجع قضایی معین می گردد خواهد بود
- کلوز 14- مسئولیت بیمه گذار در ارتباط با غرامت دستمزد روزانه ناشی از حوادث مورد بیمه جهت کارکنان بیمه گذار به شرح زیر تحت پوشش بیمه نامه قرار می گیرد و تعهد بیمه گر از محل این کلوز از 50 درصد حداكثر تعهد بیمه گر در طول مدت بیمه نامه تجاوز نخواهد کرد.
- غرامت دستمزد روزانه از روز چهارم وقوع حادثه و حداكثر به مدت 90 روز در تعهد بیمه گر می باشد
- حداكثر غرامت دستمزد روزانه کارکنان برای هرنفر مبلغ ریال می باشد
- کلوز 15- صدمات جسمانی وارده به کارکنان بیمه گذار در محل مورد بیمه ناشی از حوادثی که ارتباطی بانوع فعالیت بیمه شده ندارد تحت پوشش بیمه نامه قرار می گیرد
- منظور از فعالیت غیرمرتبط , کلیه امور اعم از جزئی یا کلی است که خارج از فرآیند شرح کار مورد بیمه می باشد

بیمه = اطمینان و آرامش

