



گواهی اطلاع بیمه گذاران از کلیات شرایط عمومی

بیمه درمان خانواده

1. موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان است که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.
2. بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.
3. حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.
4. بیمه‌شدگان: بیمه‌شدگان عبارتند از بیمه‌گذار بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری به اتفاق کلیه اعضای خانواده خود (همسر و فرزندان تحت تکفل وی) که به عنوان بیمه‌شده، معرفی شده‌اند.
5. دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن، بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران خسارت بیمه‌شدگان ندارد.
6. فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت است که میزان آن در شرایط و متن بیمه‌نامه تعیین می‌گردد.
7. حداکثر سن بیمه‌شدگان، 70 سال تمام می‌باشد.
8. فرزندان ذکور تا سن 22 سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن 25 سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار، بیمه می‌باشند.
9. بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف هستند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، اصل حسن نیت را رعایت نمایند و کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر 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 بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌نامه باطل و بیمه‌گذار متعهد به استرداد خسارتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد برای خود و سایر اعضای خانواده خود دریافت نموده است و حق بیمه نیز مسترد نخواهد شد.
10. بیمه‌گذار می‌بایست جهت تمام اعضای خانواده خود درخواست بیمه نماید، (مطابق بند 7 و 8). اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پرسش‌نامه سلامتی یا معاینات انجام شده، از بیمه‌کردن فرد یا افرادی از گروه خانواده و یا ارایه برخی از پوشش‌هایی که سابقه قبلی دارد، خودداری نماید.
11. کلیه بیماری‌هایی که منشاء قبلی داشته باشد، مستثنی می‌باشد.
12. پوشش بیمه‌شده در بیمه‌نامه درمان منوط به اعتبار بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری ایشان می‌باشد و در صورت فسخ بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری، ادامه پوشش بیمه‌شده در قرارداد درمان امکان‌پذیر نخواهد بود.
13. چنانچه بیمه‌گذار در بین قرارداد ازدواج نماید و یا صاحب فرزند گردد، نام بیمه‌شده جدید می‌بایست حداکثر ظرف مدت 30 روز از تاریخ ازدواج و یا تاریخ تولد، به بیمه‌گر اعلام گردد.
14. حذف بیمه‌شدگان در طول قرارداد، در صورت فوت هر یک از افراد تحت تکفل، طلاق همسر بیمه‌شده اصلی، ازدواج فرزند و یا اشتغال به کار فرزندان امکان‌پذیر خواهد بود.
15. بیمه‌شدگانی که هزینه درمانی دریافت نموده‌اند، در صورت حذف، ملزم به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد می‌باشند و در صورت عدم دریافت هزینه درمانی، حق بیمه فرد مذکور تا تاریخ پوشش دریافت خواهد شد. (حق بیمه به صورت ماهانه محاسبه می‌گردد)
16. بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا نماید. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ موخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده محسوب می‌شود.
17. در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه، یک ماه تمام منظور خواهد شد). بنابراین در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد نسبت مجموع "خسارت پرداختی" و "موقوف بیمه‌نامه" به "حق بیمه پرداختی تا زمان فسخ بیمه‌نامه" بیشتر از 60% باشد، بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به 60% برسد به بیمه‌گر پرداخت نماید.
18. سقف تعهد بیمه‌گر برای هر یک از اعضای خانواده و هر یک از پوشش‌های مورد تعهد، اعم از جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی‌های عمومی و تخصصی یکسان می‌باشد.
19. دوره انتظار زایمان طبیعی و سزارین مدت نه ماه می‌باشد.
20. جهت صدور معرفی‌نامه و پرداخت خسارت، ارایه اصل شناسنامه بیمه‌گذار (بیمه‌شده اصلی) الزامی است.
21. بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه‌های 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 بیمه‌گر تسلیم نماید.
22. چنانچه بیمه‌شده از خدمات بیمارستان‌های طرف قرارداد استفاده نماید، می‌بایست با ارایه دفترچه بیمه، بیمه‌نامه درمان خانواده، اصل شناسنامه بیمه‌گذار و دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد به ضمیمه درخواست کتبی بیمه‌گذار نسبت به اخذ معرفی‌نامه از بیمه‌گر اقدام نماید.
23. چنانچه بیمه‌شده در بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد بستری شود، می‌بایست بیمه‌نامه درمان خانواده، اصل شناسنامه بیمه‌گذار، نامه انصراف از بیمه‌گر اول و اصل مدارک و صورت حساب‌های بیمارستانی، به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه‌گذار جهت محاسبه هزینه‌های مربوطه برای بیمه‌گر ارسال نمایند.
24. بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تایید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند، در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آن را تایید کند، تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد.
25. فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی و زایمان، در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه، حداقل به میزان فرانشیز اعلام شده در بیمه‌نامه بوده و در غیر این صورت، معادل سهم بیمه‌گر پایه خواهد بود. در مواردی که بیمه‌شده از مزایای پوشش بیمه‌ای بیمه‌گر اول استفاده نماید، مشروط بر این که تعهدات بیمه‌گر اول از حداقل مذکور کمتر نباشد، فرانشیزی کسر نخواهد شد.
26. حق بیمه تعیین شده در این بیمه‌نامه، یکجا می‌باشد و بیمه‌گذار موظف است حق بیمه مربوطه را هم‌زمان با صدور بیمه‌نامه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید. در غیر این صورت بیمه‌گر مسئولیتی در قبال انجام تعهدات خود نخواهد داشت.
27. بنا به ابلاغیه وزارت امور اقتصادی و دارایی (سازمان امور مالیاتی کشور)، "نرخ مالیات بر ارزش افزوده کالا و خدمات عمومی" بر مبنای هر سال محاسبه و به نرخ حق بیمه افزوده خواهد شد.

تایید درخواست و احراز هویت بیمه‌گذار توسط مجتمع بیمه‌ای، شعبه، باجه بیمه‌ای، نمایندگی
اینجانب ضمن احراز هویت بیمه‌گذار محترم آقای/خانم، پیشنهاد وی مبنی بر صدور بیمه‌نامه درمان خانواده را تایید و اعلام می‌دارم. همچنین توضیحات تکمیلی، مطابق با شرایط درخواستی بیمه‌گذار و اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد درمان خانواده، متناسب با قوانین و مقررات بیمه‌ای از جمله شرایط عمومی، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های مرتبط به ایشان ارایه گردید. <input type="checkbox"/> تصویر صفحات شناسنامه بیمه‌گذار و فرم پیشنهاد بیمه‌شدگان، به پیوست در سامانه ثبت گردید. تاریخ، مهر و امضای مجتمع بیمه‌ای/شعبه/باجه بیمه‌ای/نمایندگی

گواهی بیمه‌گذار
بدین وسیله گواهی می‌گردد که اطلاعات مندرج در این فرم را در عین صحت و سلامت، و به طور کامل و دقیق مطالعه نموده‌ام. همچنین ضمن اطلاع کامل و قبول کلیه شرایط مندرج در این فرم و بعد از استماع توضیحات تکمیلی نماینده، پیشنهاد خود را مبنی بر صدور بیمه‌نامه درمان خانواده اعلام می‌دارم. نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضای بیمه‌گذار: