



فصل اول / کلیات

۱- اساس قرارداد: این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گزار (که جزو غیرقابل تفکیک بیمه نامه است) و با توافق بین بیمه گر و بیمه گزار تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین است. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گزار که بیمه گر قبول نکرده و قبل از صدور بیمه نامه به بیمه گزار اعلام کرده است جزو تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.

۲- بیمه گر: بیمه گر شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در بیمه نامه درج گردیده است و جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده دارد.

۳- بیمه شدگان: عبارتند از بیمه گزار به همراه افراد خانواده متقاضی بیمه گزار (شامل همسر و فرزندان)

۴- حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه گزار موظف است طبق شرایط خصوصی بیمه نامه به بیمه گر بپردازد.

۵- بیمه شدگان: عبارتند از بیمه گزار به همراه اعضای خانواده بر اساس صفحات شناسنامه.

۱-۵- حداکثر سن مورد پذیرش ۷۰ سال تمام می باشد. (اضافه حق بیمه سنی برای افراد در کلیه طرح ها به استثنای طرح تمدیدی حمایتی، ۶۰ تا ۷۰ سال معادل ۵۰٪ می باشد. در طرح تمدیدی حمایتی معادل ۲۵ درصد می باشد.)

۲-۵- تمدید بیمه نامه برای بیمه شدگان این شرکت با بیش از ۷۰ سال سن، با اضافه نرخ انجام می پذیرد.

۳-۵- پوشش نوزادان به شرط اعلام به بیمه گر پس از ارسال مشخصات نوزاد و تکمیل برگه پرسش نامه سلامتی و پرداخت حق بیمه آغاز میگردد.

۴-۵- بیمه شده مذکوری که در طول مدت قرارداد متاهل می گردد پس از ثبت در دفترخانه نسبت به ارائه تصویر صفحات شناسنامه و برگه پرسش نامه سلامتی به منظور پوشش همسر خود اقدام نماید، شایان ذکر است پوشش بیمه ای پس از پرداخت حق بیمه شروع می گردد.

۵-۵- در صورت فوت هر یک از بیمه شدگان و یا طلاق همسر، نامبرده از زمان فوت یا طلاق از پوشش بیمه حذف می گردد و در صورت عدم استفاده از مزایای بیمه ای در هر سطحی حق بیمه ماه های باقی مانده تا پایان سال بیمه محاسبه و به بیمه گزار مسترد می گردد.

۶-۵- در صورت فوت بیمه گزار در صورت موافقت بیمه گر و پرداخت حق بیمه توسط اعضاء و خانواده بیمه گزار قرارداد تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد داشت.

۶- تعهد بیمه گر: تعهد بیمه گر جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش مطابق مفاد آیین نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه و طرح خریداری شده می باشد.

۷- حادثه: حادثه موضوع این بیمه عبارت است هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده و در مدت بیمه بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو و از کار افتادگی دائم جزئی و یا کلی و یا فوت بیمه شده گردد.

۸- بیماری: بیماری عبارت است از وضعیت جسمی یا روانی غیر طبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن می گردد.

۹- دوره انتظار: دوره ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معین ادامه دارد. جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ می دهد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

۱۰- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی و درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.

۱۱- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

۱۲- فرانشیز: سهم بیمه شده و یا بیمه گزار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن در بیمه نامه تعیین شده و تامین آن به عهده بیمه شده 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.

۱۳- مدت بیمه نامه: مدت این بیمه نامه یک سال شمسی است و تاریخ شروع و انقضای آن در بیمه نامه مشخص می گردد.

خلاصه شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه درمان خانواده

۱۴- مدت اعتبار این بیمه نامه ۳۶۵ روز (یکسال تمام شمسی) می باشد و پس از پایان بیمه نامه هر یک از طرفین قرارداد (بیمه گر و بیمه گزار) در انتخاب طرف قرارداد و تمدید بیمه نامه مختار می باشند. لذا الزامی به تمدید بیمه نامه جهت سال آتی برای طرفین نمی باشد و بیمه گر نیز در تائید یا رد فرم پیشنهاد جدید به منظور پوشش در سال جدید بیمه نامه مختار می باشد.

فصل دوم -وظایف و تعهدات بیمه گزار و بیمه شده

۱۴-۱ اصل حسن نیت: بیمه گزار و بیمه شده مکلفاند در پاسخ به پرسش های بیمه گر طی پیشنهاد بیمه نامه و برگه پرسشنامه سلامتی با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گزار و بیمه شده عمداً از اظهار مطلبی در پاسخ به پرسش های بیمه گر خودداری کند و یا عمداً بر خلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده و یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد پوشش بیمه بیمه گزار و بیمه شدگان تبعی وی در بیمه نامه ابطال خواهد شد و حق بیمه قرارداد قابل برگشت نمی باشد. همچنین بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه های تشخیصی -درمانی پرداخت کرده است.

۱۵- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار: نحوه پرداخت حق بیمه به صورت اقساطی و میزان تخفیف بیمه نامه در فرم پیشنهاد بیمه نامه توضیح داده شده است و تاریخ سررسید پرداخت حق بیمه به صورت شفاف در چاپ بیمه نامه وجود دارد.

تبصره: در صورت عدم پرداخت اقساط، بیمه گزار می تواند تا ۵ روز نسبت به تسویه حق بیمه اقدام نماید و در غیر اینصورت قرارداد درمان به حالت تعلیق درآمده؛ در مدت زمان تعلیق بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به جبران خسارت نخواهد داشت و چنانچه ظرف مدت ۱۵ روز حق بیمه مربوطه پرداخت نشود، قرارداد فسخ و حق بیمه قابل برگشت نمی باشد.

۱۶- پوشش جبران هزینه های زایمان و هزینه های مرتبط با بارداری، پوشش جبران هزینه های نازائی و ناباروری و پوشش ناهنجاری جنین با مدت دوره انتظار ۹ ماه همراه می باشد.

تبصره: در صورت ارائه سوابق بدون وقفه درمان تکمیلی مربوط به شرکت بیمه کار آفرین دوره انتظار صرفاً تعهد زایمان قابل حذف خواهد شد.

فصل سوم - خسارت های خارج از تعهد بیمه گر

۱۷- استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهد بیمه گر خارج می باشد:

۱- ۱۷-۱ اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۲- ۱۷-۲ عیوب مادرزادی.

۳- ۱۷-۳ سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۴- ۱۷-۴ ترک اعتیاد.

۵- ۱۷-۵ هزینه های درمانی ناشی از خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.

۶- ۱۷-۶ هزینه های درمانی ناشی از حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

۷- ۱۷-۷ هزینه های درمانی ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذیصلاح.

۸- ۱۷-۸ هزینه های درمانی ناشی از فعل و انفعالات هسته ای.

۹- ۱۷-۹ هزینه اتاق خصوصی، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.

۱۰- ۱۷-۱۰ هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال، مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.

۱۱- ۱۷-۱۱ عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

۱۲- ۱۷-۱۲ هزینه چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.



خلاصه شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه درمان خانواده

۱۳-۱۷- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.

۱۴-۱۷- جراحی فک، مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه در طول مدت بیمه نامه تحت پوشش باشد.

۱۵-۱۷- هزینه‌های درمانی مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.

۱۶-۱۷- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷-۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

۱۸-۱۷- هر گونه هزینه‌ای که در جدول تعهدات بیمه گر ذکر نگردیده است.

۱۹-۱۷- هزینه‌های اعمال غیر مجاز در مطب به شرح موارد ۲۱ گانه ذیل:

ردیف	توضیحات	ردیف	توضیحات
۱	کلیه اعمالی که با بیپوشی عمومی توام باشد.	۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طویل بدن	۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاتترسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در موارد اورژانس	۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسیس و زایمان های غیر طبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه	۸	اعمال جراحی وسیع استخوان‌های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس‌ها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال	۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش داخلی و میانی از قبیل تمانوپلاستی و ...	۱۲	عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (OPEN REDUCTION)
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین	۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک	۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرج زایگما	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.		

جراحی‌های زیر در سال اول صدور بیمه‌نامه قابل پرداخت نمی‌باشد:

- کلیه جراحی‌های چشم مگر در صورت اورژانسی بودن
- جراحی‌های ارتوپدی و ستون فقرات مگر در اثر حادثه (تروما)
- جراحی‌های چاقی (Bariatric)
- جراحی تعویض مفصل (زانو-هیپ)
- واریکوسل
- سپتوپلاستی

تبصره ۱: جراحی‌های رفع چسبندگی و هرنی انسیزیونال در صورت سابقه سزارین قبل از شروع پوشش بیمه ای درمان خانواده، تحت هیچ عنوانی قابل پرداخت نمی‌باشد.

تبصره ۲: در صورتیکه طرح انتخابی فاقد پوشش نازائی و ناباروری باشد، هزینه پزشکی جهت تشخیص و یا درمان ناباروری و نازائی تحت پوشش نمی‌باشد. همچنین چنانچه مشخص شود نازائی و ناباروری بیمه شده قبل از شروع بیمه نامه سال اول است، خسارت قابل رسیدگی نمی‌باشد.

تبصره ۳: هزینه مربوط به ناهنجاری جنین (غربالگری جنین) در صورت عدم وجود تعهد ناهنجاری در طرح انتخابی قابل پرداخت نمی‌باشد.

فصل چهارم- مقررات مختلف

۱۸- بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه‌گر از مرکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورتحساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود، چنانچه بیمه شده بدون معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند هزینه‌های قابل پرداخت پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه، توسط شرکت بیمه بازرگانی بر اساس تعرفه قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی تا سقف تعرفه مندرج پرداخت خواهد که



شد. در صورتیکه بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، پس از پرداخت هزینه‌های مربوط می بایستی اصل صورتحساب بیمارستان را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه خود (سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی و یا ...) تصویر برابر اصل شده مدارک خود را به همراه تصویر چک و یا حواله بیمه گر پایه به بیمه گر تکمیلی تسلیم نماید و در اینگونه موارد هزینه‌های مربوطه بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد و همچنین بیمه گر هیچ گونه تعهدی در پرداخت وجوهی بیمه شده خارج از صورتحساب بیمارستان به پزشک و یا مراکز درمانی پرداخت نموده است را ندارد، محاسبه هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی بر اساس تعرفه‌های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی می باشد.

۱۹- در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه‌های مشمول مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند. در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نمی‌باشد در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های قابل پرداخت صورت حساب کسر خواهد شد، در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه و یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

۲۰- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیص- 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.

۲۱- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیص- درمانی را بر اساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

۲۲- حداکثر زمان قابل قبول در خصوص پذیرش اصل اسناد و مدارک پزشکی بیمه‌شدگان بصورت مستقیم، مدت ۹۳ روز از تاریخ دریافت تصویر سهم بیمه‌گر پایه (طبق تصویر چک دریافتی) بابت هزینه‌های بستری و یا تاریخ انجام هزینه‌های پاراکلینیکی توسط بیمه شده می‌باشد. بدیهی است بیمه‌گر در خصوص آندسته از صورتحساب‌های پزشکی که خارج از ضرب الاجل فوق به وی تحویل گردد تعهدی به عهده نخواهد داشت. حداکثر مهلت برای بازگرداندن اصل مدارک پزشکی به بیمه‌شدگان سه ماه از تاریخ ترخیص بیمه شده از بیمارستان می‌باشد، بدیهی است پس از گذشت مهلت مذکور این شرکت از اعاده مدارک مربوطه معذور بوده و مسئولیتی از این بابت به عهده نخواهد داشت. در خصوص مدارک پزشکی مربوط به موارد غیر بستری (بیمارستانی) مدت زمان مربوطه حداکثر سه ماه از تاریخ تحویل مدارک به شرکت بیمه کارآفرین می‌باشد.

فصل پنجم- نحوه فسخ بیمه نامه

۲۳- بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند

۱-۲۳-۲۳- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

۱-۱-۲۳- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۱-۲-۲۳- هر گاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوء نیت 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.

۱-۳-۲۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

۲-۲۳-۲۳- موارد فسخ از طرف بیمه گزار:

۱-۲-۲۳- در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود.

۳-۲۳-۲۳- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ:

۱-۳-۲۳- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می‌شود.

۲-۳-۲۳- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور می‌شود) بنابراین در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی تا زمان فسخ بیمه نامه 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.

آخرین تغییرات لیست اسامی و مشخصات مراجع طرف قرارداد (جاری) در سایت شرکت بیمه کارآفرین www.karafarin-insurance.ir به همراه راهنمای استفاده از خدمات و پشتیبانی شرکت بیمه کارآفرین در دسترس بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان می‌باشد.

مواردی که اعلام نشده تابع شرایط عمومی بیمه درمان مورد عمل بیمه‌گر (متن کامل آن در سایت شرکت به آدرس www.karafarin-insurance.ir موجود می‌باشد) عرف بیمه و قانون جاری مملکت خواهد بود.