

شرایط بیمه

و

نحوه پرداخت خسارت

سپرده گذاران بانک آینده

بیمه حوادث

بیمه آتش سوزی

بیمه درمان تکمیلی

قابل توجه سپرده گذاران محترم بانک آینده :

سپرده گذارانی که مشمول بیمه حوادث ، درمان و آتش سوزی بیمه رازی قرار گرفته اند در صورت نیاز به خدمات بیمه ای مشمول قرارداد بیمه رازی و بانک آینده در چارچوب شرایط مشروح ذیل می توانند از خدمات بیمه ای بیمه رازی استفاده نمایند

بیمه نامه حوادث انفرادی

با توسعه و گسترش صنعت در کشورهای جهان و کاربرد ماشین آلات پیچیده و ناآشنا، آمار حوادث ناشی از کار در کارگاه و مؤسسات صنعتی و کارخانجات فزونی گرفته است و همچنین استفاده روزافزون از وسایل نقلیه باعث افزایش روزافزون حوادث ناشی از حوادث رانندگی شده است که کلیه این عوامل باعث گسترش بیمه های حوادث در بین گروه های کارگری جامعه شده است. در واقع بیمه های حوادث به منظور ارائه تأمین مورد نیاز بیمه گزار در زمان فوت ناشی از حادثه یا نقض عضو، از کارافتادگی دائم کامل یا جزئی بوده که به صورت گروهی و یا انفرادی ارائه می گردد.

بیمه حوادث سپرده گذاران بانک آینده طرحی است با مشارکت شرکت سهامی بیمه رازی و بانک آینده که بیمه گرجبران خسارت و پرداخت غرامت فوت و نقض عضو و از کارافتادگی بیمه شده ناشی از حوادث احتمالی را طبق شرایط مقرر در این طرح به عهده می گیرد و تعهد می نماید.

بیمه حوادث انفرادی:

این بیمه نامه هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه بروز کرده و منجر به جرح، نقض عضو، از کارافتادگی و یا فوت شده است را تحت پوشش پرداخت خسارت نقدی تا سقف تعیین شده قرار می دهد.

طرح های بیمه حوادث انفرادی

ردیف	مدت بیمه نامه	سرمایه فوت بر اثر حادثه/برپال	سرمایه نقض عضو بر اثر حادثه /برپال
۱	۳۶۵ روز	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰

نحوه دریافت خدمات بیمه ای

در صورت وقوع حادثه حداکثر ظرف مدت ۵ روز-در صورت تاخیر در اعلام خسارت باید عذر موجه داشته باشید- به شعب بیمه رازی مراجعه و بصورت مکتوب اعلام خسارت نمایید. علاوه بر این برای دریافت اطلاعات بیشتر می توانید با سامانه ارتباط با مشتریان بیمه رازی با شماره های ۰۲۱-۸۱۹۴۰ و ۰۲۱-۸۱۹۴۲ تماس بگیرید.

مدارک مورد نیاز به منظور پرداخت غرامت فوت

- تصویر برابر اصل صفحات شناسنامه باطل شده بیمه شده
- تصویر برابر اصل شده کارت ملی باطل شده بیمه شده
- اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی پزشکی یا پزشکی قانونی مبنی بر علت فوت (جواز دفن)
- گواهی آخرین پزشک معالج مبنی بر اتمام معالجات
- اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی پزشکی یا پزشکی قانونی مبنی بر علت فوت
- اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش حادثه تنظیمی توسط مراجع ذیصلاح و در صورت حادثه رانندگی گزارش افسر کاردان راهنمایی و رانندگی

مدارک مورد نیاز به منظور پرداخت غرامت نقض عضو و از کارافتادگی ناشی از حادثه

- تصویر برابر اصل کارت ملی
- تصویر برابر اصل صفحه اول شناسنامه بیمه شده

- تصویر گزارش اولین مرجع درمانی از قبیل گزارش پذیرش اورژانس بیمارستان به همراه کپی مدارک بیمارستانی شامل شرح عمل، خلاصه پرونده و عکسهای رادیولوژی
- اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی پزشک معالج مبنی بر اتمام معالجات واحراز نقص عضو و یا از کار افتادگی و در نهایت تأیید میزان نقص عضو و یا از کار افتادگی طبق نظر پزشک معتمد الزامی است (پزشک قانونی)
- اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش حادثه مراجع ذیصلاح
- تصویر برابر اصل شده گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه در صورتیکه بیمه شده در هنگام وقوع حادثه رانندگی وسیله نقلیه را بعهدہ داشته است .

جهت دریافت اطلاعات بیشتر با تلفن ۸۱۹۴۲ و ۸۱۹۴۰ تماس بگیرید

شرایط عمومی بیمه نامه حوادث اشخاص

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد: این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزو غیرقابل تفکیک بیمه نامه است) بین بیمه گر و بیمه گذار تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین است. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که بیمه گر قبول نکرده و قبل از صدور بیمه نامه به بیمه گذار اعلام کرده است جزو تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد. در صورتی که بیمه شده و بیمه گذار شخص واحد نباشد بیمه گذار باید رضایت کتبی بیمه شده و در مورد بیمه شده ای که اهلیت قانونی نداشته باشد موافقت ولی یا قیم او را به بیمه گر ارایه نماید و گرنه بیمه نامه باطل است.

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- بیمه گر: بیمه گر شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در بیمه نامه درج گردیده است و جبران خسارت و یا پرداخت غرامت ناشی از حوادث تعیین شده را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد.

۲- بیمه گذار: بیمه گذار شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه درج گردیده و موظف به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه می باشد.

۳- بیمه شده: بیمه شده شخصی است که مشخصات وی در بیمه نامه درج شده است و بیمه گر متعهد به پرداخت خسارت و یا غرامت بدنی او به علت تحقق خطرات مشمول این بیمه نامه است.

۴- ذینفع: ذی نفع شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی هستند که مشخصات آنان در بیمه نامه درج گردیده است و خسارت و یا غرامت مربوط به بیمه نامه به آنها پرداخت می شود. در صورتی که ذی نفع در بیمه نامه تعیین نشده باشد غرامت به بیمه شده و در صورت فوت بیمه شده، غرامت به نسبت سهم الارث، به وراث قانونی بیمه شده پرداخت می گردد.

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

۶- سرمایه بیمه و یا غرامت بیمه: سرمایه بیمه و یا غرامت بیمه وجهی است که بیمه گر متعهد می گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول بیمه طبق شرایط بیمه نامه به ذی نفع بپردازد.

۷- حادثه: حادثه موضوع این بیمه، هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی است که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

۸- نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی): منظور از نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن است که به علت حادثه تحت پوشش بیمه نامه به وجود آید و حداکثر تا دو سال بعد از وقوع حادثه، بروز نماید و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

۹- مدت بیمه: جز در مواردی که در بیمه‌نامه به نحو دیگری توافق شده باشد مدت این بیمه‌نامه یک سال شمسی است و تاریخ شروع و انقضای آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه مشخص می‌گردد.

ماده ۳- خطرات بیمه‌شده: تأمین غرامت مورد تعهد از سوی بیمه‌گر با رعایت استثنائات و محدودیت‌های مندرج در بیمه‌نامه، شامل تحقق خطر (حادثه) موضوع بند ۷ ماده ۲ این بیمه‌نامه است. همچنین خسارت یا غرامت ناشی از موارد زیر جزو تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌شود:

الف- غرق شدن، مسمومیت، تاثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید.

ب- ابتلا به هاری، کزاز، سیاه‌زخم و گزیدگی.

ج- دفاع مشروع بیمه‌شده.

د- اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر و حادثه.

فصل دوم- وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

ماده ۴- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار و بیمه‌شده در پاسخ به پرسش بیمه‌گر عمداً از اظهار مطالبی خودداری نمایند و یا عمداً بر خلاف واقع اظهار بنمایند، بیمه‌نامه باطل و بی‌اثر خواهد بود ولو مطالبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچ‌گونه تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه‌گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه‌گر می‌تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه‌گذار در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه و یا هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که موثر بر تعهدات بیمه‌گر و وظایف بیمه‌گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت خواهد بود. اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی‌شود. در این صورت هرگاه مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقا کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند- در صورت فسخ، بیمه‌گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ده روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه‌گذار شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار مسترد دارد. در صورتی که مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع بعد از وقوع حادثه معلوم شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه‌ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

تبصره- در قراردادهای گروهی در صورتیکه هر یک از بیمه‌شدگان اظهارات خلاف واقع عمدی داشته باشند بیمه‌نامه نسبت به وی باطل خواهد شد.

ماده ۵- پرداخت حق بیمه: بیمه‌نامه با تقاضای بیمه‌گذار و قبول بیمه‌گر صادر می‌شود ولی شروع پوشش بیمه‌ای و اجرای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در بیمه‌نامه پیش‌بینی شده است. چنانچه پرداخت حق بیمه به صورت قسطی باشد و بیمه‌گذار هر یک از اقساط موعود رسیده را به هر دلیل پرداخت نکند بیمه‌گر می‌تواند بیمه‌نامه را با رعایت ماده ۱۲ این آیین‌نامه فسخ نماید. چنانچه بیمه‌گر بیمه‌نامه را فسخ نکرده باشد در صورت وقوع حادثه، خسارت را به

نسبت حق بیمه پرداخت شده به حق بیمه‌ای که تا زمان وقوع حادثه باید پرداخت می‌شد پرداخت خواهد کرد مگر آنکه در شرایط خصوصی بیمه‌نامه ضوابط دیگری درج شده باشد.

ماده ۶- تغییر خطر: هر گاه در مدت بیمه، در شغل یا فعالیت‌های بیمه‌شده تغییری بوجود آید بیمه‌شده یا بیمه‌گذار موظفند حداکثر ظرف ده روز بیمه‌گر را آگاه سازند. در صورت تغییر خطر، بیمه‌گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقی‌مانده پیشنهاد می‌نماید. در صورتی که طرفین نتوانند درباره میزان حق بیمه تعدیل‌شده توافق نمایند هر یک از طرفین می‌تواند حداکثر ظرف ده روز بیمه‌نامه را فسخ نماید. در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه‌گر و وقوع حادثه، غرامت با اعمال قاعده نسبی حق بیمه پرداخت خواهد شد.

ماده ۷- وظایف بیمه‌شده، بیمه‌گذار و ذینفع در صورت وقوع حادثه:

الف- به محض وقوع حادثه غیر از فوت، بیمه‌شده موظف است به پزشک مراجعه و دستوره‌های وی را رعایت نماید و بیمه‌شده یا بیمه‌گذار موظفند حداکثر ظرف پانزده روز بعد از وقوع حادثه، مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برسانند.

ب- در صورت فوت بیمه‌شده، بیمه‌گذار و یا ذی‌نفع باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع از فوت بیمه‌شده مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برسانند.

ج- بر حسب مورد بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی‌نفع باید مدارک لازم را به بیمه‌گر تسلیم نمایند و به سئوالات او در رابطه با حادثه از روی صداقت پاسخ دهند.

د- بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی‌نفع ملزم به قبول هرگونه تحقیقات و یا معاینه پزشکی که هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است، هستند.

تبصره- در صورتی که بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی‌نفع تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند بیمه‌گر می‌تواند به نسبت تاثیر قصور در افزایش خسارت، خسارت قابل پرداخت را کاهش دهد مگر اینکه ثابت نمایند به علت خارج از اراده خود قادر به انجام تکالیف نبوده است.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸- خسارات مورد تعهد: این بیمه‌نامه، غرامت فوت، نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) را که بطور مستقیم ناشی از موارد مذکور در ماده ۳ این شرایط عمومی باشد تأمین می‌نماید. در صورت توافق طرفین و پرداخت حق بیمه مربوط، هزینه پزشکی و غرامت روزانه ناشی از حوادث و سایر پوشش‌های اضافی نیز قابل تأمین است.

تبصره- شرکت بیمه مجاز است که در صورت تمایل بیمه‌گذار، خطرات فوت و از کارافتادگی و نقص عضو کامل و دائم (کلی یا جزئی) را به صورت مجزا ارائه نماید.

ماده ۹- مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر باید بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید و در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور

مکتوب به بیمه‌گذار یا ذی‌نفع اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، آن را پرداخت نماید. در مواردی که پرداخت خسارت پس از تکمیل مدارک مثبت از سوی بیمه‌گر به تاخیر می‌افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می‌شود.

ماده ۱۰- تعیین میزان غرامت بیمه

۱- غرامت فوت

در صورتی که بیمه‌شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول این بیمه‌نامه فوت کند بیمه‌گر متعهد است سرمایه بیمه را طبق شرایط این بیمه‌نامه و الحاقیه آن و یا هرگونه توافق کتبی دیگر به ذی‌نفع بپردازد.

۲- غرامت نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی)

در صورتی که بیمه‌شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول بیمه دچار نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم شود بیمه‌گر متعهد است غرامت مربوطه را طبق شرایط این بیمه‌نامه و ضوابط آن و جدول نقص عضو به شرح ذیل بپردازد.

الف - نقص عضو و از کارافتادگی دائم کلی:

موارد زیر نقص عضو و از کارافتادگی دائم کلی محسوب می‌شود و غرامت این موارد معادل صددرصد سرمایه بیمه‌شده خواهد بود.

۱- نابینایی کامل و دائم هر دو چشم.

۲- از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع دو دست، حداقل از مچ.

۳- از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع دو پا، حداقل از مچ.

۴- از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست و یک پا، حداقل از مچ.

۵- از دست دادن هر دو پنجه‌ها.

۶- قطع کامل نخاع.

۷- ناشنوایی کامل و دائم هر دو گوش.

۸- برداشتن فک پایین.

ب- موارد زیر نقص عضو و از کارافتادگی دائم و جزئی محسوب می‌شود و غرامت این موارد معادل درصدی از سرمایه بیمه نقص عضو و از کارافتادگی است.

(ارقام به درصد)

۸۰	از دست دادن قدرت و توانایی حرف زدن (لالی) اعم از کارافتادگی دائم و کامل حنجره یا قطع زبان	۱
۷۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از بازو	۲
۶۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از ساعد	۳
۵۵	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از مچ	۴
۵۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع کامل انگشتان هر دست	۵
۳۶	انگشت شست	۵/۱
۲۴	بند اول شست	۵/۲
۲۵	سیابه	۵/۳
۱۲	بند اول سیابه	۵/۴
۲۰	بند اول و دوم سیابه	۵/۵
۱۵	هر یک از دو انگشت میانه	۵/۶
۱۰	انگشت کوچک	۵/۷
در هر حال حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت مجموع نقص عضو انگشتان هر دست از ۵۰ درصد سرمایه بیمه شده تجاوز نخواهد کرد و در صورتی که مجموع انگشتان هر دو دست قطع و یا از کارافتاده دائم گردد حداکثر معادل ۸۰ درصد سرمایه بیمه قابل پرداخت خواهد بود.		
۲۸	فقدان دندان‌ها حداکثر	۶
۷۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مفصل ران	۷
۶۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از ساق	۸
۵۵	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مچ	۹
۳۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع انگشتان پا	۱۰
۱۰	شست پا	۱۰/۱
۵	هر یک از سایر انگشتان	۱۰/۲
۵۰	نابینا شدن یک چشم (در صورتی که بیمه‌شده قبل از حادثه از بینایی کامل یک چشم محروم بوده باشد درصد نقص عضو نابینا شدن چشم دیگر ۸۰ درصد خواهد بود.)	۱۱
۳۵	از دست دادن شنوایی یک گوش (در صورتی که بیمه‌شده قبل از وقوع حادثه مشمول بیمه از شنوایی کامل یک گوش محروم بوده باشد درصد نقص عضو ناشنوا شدن گوش دیگر ۶۵ درصد خواهد بود.)	۱۲
۱۰	از دست دادن لاله گوش	۱۳
۱۵	از دست دادن حس بویایی	۱۴
۱۵	از دست دادن حس چشایی	۱۵
غرامت نقص عضو سایر اعضای سر (جمعیه) و صورت از حداکثر ۴۰ درصد سرمایه بیمه تجاوز نخواهد کرد.		
۳۰	یک کلیه	۱۷
۷	طحال	۱۸
۵	بیضه	۱۹
سایر اعضای داخل بدن به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر		
		۲۰

پ- در موارد غیر از بندهای الف و ب فوق، نقص عضو و از کارافتادگی دائم اعم از کلی یا جزئی و همچنین میزان غرامت مربوط با نظر پزشک معتمد بیمه گر تعیین می گردد.

تبصره- بیمه مرکزی می تواند با بررسی تخصصی لازم، جدول نقص عضو و از کارافتادگی دائم و جزئی را اصلاح یا تکمیل نماید.

فصل چهارم- خسارتهای خارج از تعهدات بیمه گر

ماده ۱۱- موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

الف- خودکشی و یا اقدام به آن.

ب- صدمات بدنی که بیمه شده عمداً موجب آن شود.

ج- مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و روان گردان.

د- استفاده از داروهای کاهنده هوشیاری و خواب آور بدون تجویز پزشک.

ه- ارتکاب بیمه شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن.

و- هر نوع دیسک و یا فتق بیمه شده.

ز- بیماری و ابتلا به جنون بیمه شده مگر آن که ابتلا به جنون ناشی از تحقق خطر موضوع این بیمه باشد.

ح- فوت بیمه شده به علت حادثه ناشی از عمد ذی نفع (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت). در این صورت بیمه گر فقط متعهد به پرداخت سهم سایر افراد ذی نفع در سرمایه بیمه خواهد بود.

ط- جنگ (به جز انفجار و یا عملکرد ادوات نظامی که بعد از جنگ بجا مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

ی- زمین لرزه، آتش فشان و فعل و انفعالات هسته ای.

ک- ورزش های رزمی و حرفه ای، شکار، سوار کاری، قایق رانی، هدایت موتورسیکلت، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی، اکتشافی و غیر تجاری، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات و هدایت کایت یا سایر وسائل پرواز بدون موتور.

تبصره ۱- خطرات مندرج در بندهای ط، ی و ک با موافقت کتبی بیمه گر و اخذ حق بیمه مربوطه قابل پوشش است و برای پوشش بند ط رعایت موارد زیر ضروری است:

۱- بیمه شده نباید در تحقق خطر بیمه شده مشارکت داشته باشد.

۲- بیمه‌گر می‌تواند با ارسال اخطار کتبی ۱۰ روزه پوشش بیمه‌ای موضوع بند مذکور را لغو نماید.

تبصره ۲- مؤسسات بیمه می‌توانند با اخذ موافقت قبلی از بیمه مرکزی خطرات اضافی دیگری را بیمه نمایند.

فصل پنجم- فسخ و انفساخ بیمه نامه

ماده ۱۲- موارد فسخ بیمه‌نامه: در موارد زیر هر یک از طرفین بیمه‌نامه می‌توانند بیمه‌نامه را فسخ نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

بیمه‌گر در موارد زیر می‌تواند بیمه‌نامه را فسخ نماید. در این صورت حق بیمه مدت اعتبار بیمه‌نامه به صورت روزشمار محاسبه خواهد شد.

۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در موعد یا مواعد معین.

۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و یا بدون سوءنیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد.

۳- در صورت تشدید خطر موضوع ماده ۶ این شرایط و عدم موافقت بیمه‌گذار با تعدیل حق بیمه و یا تغییر وضعیت بیمه‌شده به نحوی که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد بود بیمه‌گر حاضر به انعقاد قرارداد با شرایط مذکور در قرارداد فعلی نمی‌شد.

تبصره ۵- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ نماید موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد. در این صورت، ده روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه‌گذار بیمه‌نامه فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

بیمه‌گذار می‌تواند بیمه‌نامه را فسخ نماید در این صورت بیمه‌گر حق بیمه تا زمان فسخ را براساس تعرفه کوتاه‌مدت محاسبه می‌نماید. مگر در مواردی که فسخ توسط بیمه‌گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد که در این صورت حق بیمه تا زمان فسخ به طور روز شمار محاسبه خواهد شد:

۱- انتقال پرتفوی بیمه‌گر.

۲- کاهش خطر موضوع بیمه و عدم موافقت بیمه‌گر با تعدیل حق بیمه.

تبصره ۶- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر تقاضای فسخ بیمه‌نامه را بنماید. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه‌گر، بیمه‌نامه فسخ‌شده محسوب می‌شود. چنانچه در درخواست بیمه‌گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

ماده ۱۳- موارد انفساخ بیمه‌نامه: در صورت فوت بیمه‌شده به علت تحقق خطری که تحت پوشش این بیمه‌نامه نباشد بیمه‌نامه از زمان فوت بیمه‌شده منفسخ می‌گردد. در موارد انفساخ، حق بیمه مدت منقضی شده براساس تعرفه روزشمار محاسبه می‌شود.

تبصره- در قراردادهای گروهی پوشش بیمه‌نامه فقط برای بیمه شده متوفی لغو خواهد شد.

فصل ششم- سایر موارد

ماده ۱۴- کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با بیمه‌نامه باید به طورکتبی با رعایت مقررات مربوط به آخرین نشانی اعلام‌شده به طرف مقابل اعلام گردد.

ماده ۱۵- در موارد خاص، شرکت بیمه می‌تواند با اخذ مجوز از بیمه مرکزی، سرمایه نقص عضو جزئی یک یا چند عضو را به صورت دیگری تعیین نماید.

ماده ۱۶- در همه موارد، تشخیص نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی و یا دائم جزئی و همچنین حداکثر میزان آن با رعایت جدول ذیربط یا پزشک معتمد بیمه‌گر می‌باشد و مجموع سرمایه‌های هر یک از موارد مذکور در مدت بیمه بابت فوت، نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) موضوع این بیمه‌نامه نمی‌تواند از مجموع سرمایه بیمه هر یک از پوشش‌های مذکور تجاوز نماید.

ماده ۱۷- نحوه حل و فصل اختلاف: طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. اگر اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد می‌توانند از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه موضوع را حل و فصل کنند. در صورت انتخاب روش داوری، طرفین قرارداد می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین، هر یک از طرفین باید داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی کند. داوران منتخب، داور سوم را به عنوان سرداور انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می‌کنند. در صورتی که هر یک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از معرفی داور طرف مقابل، داور منتخب خود را معرفی نکنند و یا داوران منتخب، برای انتخاب سرداور به توافق نرسند هر یک از طرفین می‌تواند حسب مورد تعیین داور یا سرداور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق‌الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق‌الزحمه سرداور را می‌پردازد و در خاتمه، همه هزینه‌های داوری بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می‌شود.

ماده ۱۸- مدت بیمه یک سال است .

ماده ۱۹- پوشش‌های این بیمه‌نامه برای حوادث داخل و خارج قلمرو جمهوری اسلامی ایران است مگر آنکه به صورت دیگری توافق شده باشد.

ماده ۲۰- این آیین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۲/۰۵/۰۱ جایگزین آیین‌نامه‌های شماره ۲۳ و ۲۴ (شرایط عمومی و تعرفه بیمه حوادث انفرادی) مصوب شورای عالی بیمه خواهد شد و لازم الاجرا خواهد بود.

شرایط اختصاصی بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه
ضمیمه بیمه‌نامه حوادث اشخاص

ماده ۱- هزینه‌های پزشکی عبارت است از هزینه‌هایی که بیمه‌شده یا بیمه‌گذار به علت تحقق خطرات موضوع بیمه‌نامه، بابت دریافت خدمات درمانی پرداخت می‌نماید.

ماده ۲- هزینه پزشکی قابل پرداخت توسط بیمه‌گر عبارت است از مبلغ مندرج در صورت حساب درمانی مربوطه و یا حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه‌گر هر کدام که کمتر باشد. مشروط بر آنکه حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز پس از پرداخت هزینه، صورتحساب آن به بیمه‌گر تسلیم شده باشد و با رعایت شرایط زیر پرداخت می‌شود:

۱- درمان بیمه شده باید حداکثر ظرف دو سال از پایان مدت بیمه شروع شده باشد.

۲- حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه‌گر برای هر حادثه معادل بیست درصد سرمایه فوت یا نقص عضو کامل و دائم (هر کدام بیشتر باشد) خواهد بود.

ماده ۳- مجموعه حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتد یک حادثه محسوب می‌گردد.

ماده ۴- بیمه‌گر می‌تواند اسناد و مدارک پزشکی بیمه‌شده را بررسی و در مورد چگونگی درمان و معالجه بیمه‌شده تحقیق نماید.

ماده ۵- هزینه انتقال بیمه‌شده به منظور معالجه در مواردی که طبق تشخیص پزشک معالج جنبه اورژانس داشته و یا امکان معالجه وی در محل وقوع حادثه نباشد جزء هزینه‌های پزشکی محسوب شده و قابل پرداخت است.

بیمه آتش سوزی

وظایف بیمه گذار در صورت وقوع حادثه:

بر اساس ماده ۲۳ شرایط عمومی بیمه نامه آتش سوزی در صورت وقوع حادثه بیمه گذار موظف است:

- (۱) حداکثر ظرف ۵ روز از زمان اطلاع وقوع حادثه بیمه گر را مطلع نماید.
- (۲) حداکثر ظرف ۱۰ روز از زمان اطلاع وقوع حادثه بایستی کیفیت حادثه، فهرست اشیاء نجات داده شده، محل جدید آن ها و مبلغ تقریبی خسارت را برای بیمه گر ارسال دارد.
- (۳) برای جلوگیری از توسعه خسارت در موقع خسارت یا بعد از وقوع حادثه کلیه اقدامات لازم را به عمل آورد.
- (۴) بدون اجازه بیمه گر در مورد بیمه تغییراتی ندهد که تعیین علت حادثه یا ارزیابی خسارت را دچار اشکال نماید، مگر آنکه تغییرات در جهت تقلیل خسارت و با رعایت منافع عمومی ضروری باشد.
- (۵) ضمن همه گونه همکاری که بیمه گر برای تعیین حدود تعهدات خود بدان نیاز دارد حداکثر تا ۱۵ روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه فهرست اموال از بیمه رفته و آسیب دیده و در صورت درخواست بیمه گر بهای آنها بلافاصله قبل از تاریخ حادثه را در اختیار بیمه گر قرار دهد.

مواردی که موجب کاهش جبران خسارت میشود:

مطابق ماده ۲۷ شرایط عمومی بیمه نامه آتش سوزی در موارد زیر بیمه گر میتواند پرداخت خسارت را رد نماید یا این که آن را به نسبت درجه تقصیر ذوی الحقوق اعم از بیمه گذار یا قائم مقام وی کاهش دهد.

- (۱) هرگاه حادثه در اثر تقصیر ذوی الحقوق اعم از بیمه گذار و یا قائم مقام وی روی داده باشد.
- (۲) هر گاه بیمه گذار به وظایف مندرج در ماده ۲۳ شرایط عمومی عمل ننموده باشد و در نتیجه میزان خسارت افزایش یافته و یا به حقوق بیمه گر خدشه وارد آید.

مدارک مورد نیاز جهت تکمیل و بررسی پرونده خسارت آتش سوزی و خطرات تبعی:

- (۱) اخذ مبلغ مورد ادعای بیمه گذار به صورت ریالی به همراه صورت ریز آن به تفکیک اقلام خسارت دیده.
- (۲) صورت ریز اقلام نجات داده شده.
- (۳) تایید موارد خسارت واخذ گزارشات مربوطه از سوی مراجع ذیصلاح با توجه به نوع حادثه در پرونده به شرح ذیل ضروری است:

(۳-۱) خسارت ناشی از آتش سوزی، صاعقه و انفجار: گزارش آتش نشانی، فرمانداری، بخشداری و کلانتری.

(۴-۱) خسارت ناشی از سیل، طغیان آب، ضایعات برف و باران: گزارش هواشناسی.

(۵-۱) خسارت ناشی از سرقت و شکست شیشه: گزارش کلانتری و اداره آگاهی.

- ۶-۱) خسارت ناشی از زلزله و آتشفشان: یکی از گزارشات مراکز علمی دانشگاهی یا گزارش زمین شناسی و یا مراکز سیاسی از جمله فرمانداری، استانداری، وزارت کشور، بخشداری.
- ۴) همکاری لازم با کارشناس منتخب بیمه گر جهت بررسی خسارت از سوی زیان دیده و عند الزوم:
- ۵) تصویر کارت ملی و شناسنامه
- ۶) تصویر سند مالکیت، قولنامه یا اجاره نامه ملک در صورت خسارت وارده به ساختمان و همچنین اخذ یک نسخه از قبوض آب، برق، گاز و یا تلفن به منظور تایید نشانی و عدم وجود بیمه های حوادث خریداری شده احتمالی توسط سازمانهای برق و گاز
- ۷) استعلام از سایر شرکتهای بیمه

استثنائات Exclusions :

تعیین خسارت هایی که از شمول بیمه نامه آتش سوزی خارج است:

معمولاً خسارت های زیر از شمول بیمه نامه های آتش سوزی خارج است:

- خسارت هایی که نمی تواند از آتش سوزی ناشی شده باشد مانند شیئی که در بخاری افتاده باشد.
- خسارت هایی که عمداً از طرف بیمه گذار یا ذوی الحقوق و یا با مشارکت و معاونت آنان وارد آید.
- خسارت های غیر آتش سوزی که از عیب ذاتی یا اکسیداسیون مورد بیمه ناشی شود.
- خسارتهای ناشی از جنگ، جنگ داخلی، شورش، انقلاب، تروریسم و غیره.
- خسارتهای ناشی از زلزله، آتشفشان، ریزش زمین، سیل و طغیان آب، حریق تحت الارضی و یا آفات سماوی، مگر توافق خاصی در این زمینه شده باشد.
- خسارتهای ناشی از تشعشعات اتمی.

تاریخ شروع تعهد بیمه گر The Beginning Of Insurance :

واضح است که تاریخ دقیق شروع و مدت اعتبار بیمه نامه در شرایط خصوصی قید می شود لیکن بطور کلی بمحض صدور بیمه نامه و در مواردیکه قرارداد عمومی از طرف بیمه گذار نیز امضاء می شود بمحض امضاء آن از طرف بیمه گر و بیمه گذار، بیمه گر می تواند اجرای قرارداد را از طرف دیگر بخواهد لیکن آثار قرارداد از ساعت ۲۴.... روز پرداخت حق بیمه محقق خواهد شد مگر اینکه در شرایط خصوصی شرط دیگری شده باشد.

بیمه درمان تکمیلی

بیمه درمان گروهی

بیمه درمان گروهی قراردادی است که به موجب آن و در ازای پرداخت حق بیمه هزینه‌های پزشکی گروهی از بیمه شدگان که بیمه‌گذار نمایندگی آنها را به عهده دارد تحت پوشش قرار می‌گیرد. تعریف گروه در این بیمه‌نامه عبارت است از جمعی که به دلیلی غیر از موضوع بیمه و برای رسیدن به یک هدف واحد و یا به دلیل داشتن شغل یکسان گرد هم آمده و گروه آنها دارای ثبت و شناسنامه باشد. در بیمه‌های درمان گروهی تعداد بیمه‌شدگان به همراه خانواده آنها باید بیش از ۵۰ نفر باشد.

اساس قرارداد: بیمه‌نامه درمان بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک بیمه‌نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و هم زمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

تعاریف و اصطلاحات:

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده اند:

بیمه‌گر: شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج شده است و جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

بیمه‌گر پایه: سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند.

بیمه‌گذار: شخصی است حقیقی یا حقوقی که مشخصات وی در این بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

گروه بیمه‌شدگان: عبارت اند از:

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

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.

حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه‌گر موقوف به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده باشد.

سقف تعهدات: حداکثر مبلغی که به ازای هر پوشش بیمه‌ای توسط بیمه‌گر در قبال هزینه‌های درمانی در طی مدت بیمه‌نامه پرداخت می‌گردد.

دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

مدت بیمه: مدت بیمه‌نامه یک سال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در شرایط بیمه‌نامه درج می‌شود.

پوشش بیمه‌ای در بیمه‌های درمان (هزینه‌های درمانی قابل پرداخت)

آنچه که به عنوان هزینه‌های قابل پرداخت در این بیمه‌نامه تعیین شده است، حداکثر تعهداتی است که بیمه‌گر می‌تواند ارائه دهد. در این خصوص باید توجه نمود که بر اساس تصمیم‌گیری مدیریت‌های بیمه‌های درمان ممکن است برخی از پوشش‌های درمانی به دلیل ریسک بالا به تعدادی از بیمه‌گذاران ارائه نشود. همچنین به جز تعهد اصلی (بخش الف) که ارائه و خرید آن اجباری است، سایر پوشش‌های اضافی (بخش ب) اختیاری بوده و بیمه‌گذار می‌تواند برخی یا همه تعهدات اضافی را خریداری نکند.

الف- تعهدات اصلی:

۱- جبران هزینه‌های بستری به منظور درمان طبی، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care. منظور از شیمی درمانی یعنی استفاده از داروهای خاص جهت درمان انواع سرطان‌ها. رادیوتراپی عبارت است از استفاده از اشعه‌های پر قدرت و با نفوذ برای از بین بردن تومورهای سرطانی. آنژیوگرافی قلب عبارت است از وارد کردن ابزارهای ویژه از طریق شریانهای بزرگ و عبور آنها از میان شریانها تا رسیدن به ابتدای شریان آئورت و تزریق ماده حاجب به داخل شریانهای کرونر (شریانهایی که خون رسانی به عضلات قلب را به عهده دارند) به منظور آشکار سازی شریانها برای تصویر برداری و بررسی بیماری تنگی شریانهای کرونر. گامانایف عبارت است از استفاده از اشعه پر قدرت گاما برای از بین بردن تومورهای مغزی. اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

۲- هزینه همراه بیمه‌شدگان زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان‌ها.

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- تعهدات اضافی به شرح زیر:

۱- 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. با خرید این پوشش بدون آنکه لازم باشد سقف تعهدات اصلی (الف) افزایش یابد، هزینه‌های جراحی‌های مذکور افزایش می‌یابد. طبیعتاً با خرید این پوشش بدون آنکه لازم باشد حق بیمه زیادی پرداخت شود، صرفاً با افزایش مختصر حق بیمه جراحی‌های پرهزینه مذکور با سقف تعهدات بالاتری (۲، ۳، ... برابر تعهد اصلی) تحت پوشش قرار می‌گیرد.

۲- هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.

۳- هزینه‌های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:

۳-۱- جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی استرس اکو، دانسیتومتری.

۳-۲- جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق).

۴- جبران هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد.

منظور از رفع عیوب انکساری، مجموعه اقدامات جراحی برای برطرف کردن ضعف بینایی و برداشتن عینک در بیمه‌شدگان است.

۵- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکسته بندی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپومف بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی. دقت فرمایید که انجام برخی از جراحی‌ها به صورت سرپایی و در مطب ممنوع بوده و هزینه این موارد قابل پرداخت نمی‌باشد.

۵-۱- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) به شرح جدول پیوست ذکر می‌شود.

سایر شرایط:

اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف اند 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 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 فسخ خواهد شد.

همچنین هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر نیز مسترد نخواهد شد.

فرانشیز:

فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد کل هزینه‌های درمانی خواهد بود.

استثنائات: منظور از استثنائات عبارت است از موارد که هزینه آنها از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی 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- ترک اعتیاد.

۵- خودکشی و اعمال مجرمانه.

- ۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
 - 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- فعل و انفعالات هسته ای.
 - ۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۱- جنون. منظور از جنون گروهی از بیماریهای روانی است که فرد نسبت به بیماری خود بینش و آگاهی نداشته باشد.
 - ۱۲- جراحی لته.
 - ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.
 - ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
 - ۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
 - ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۴ دیوپتر باشد.
 - 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.
- روش همترازی در پرداخت خسارت:** 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 کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی اساس محاسبه هزینه ای مورد تعهد خواهد بود؛ در غیر این صورت هزینه‌های مربوط بر اساس قراردادهای منعقد شده با بیمه‌گر با بیمارستان‌های هم تراز پرداخت خواهد شد. با توجه به این روش لازم است تا به بیمه‌شدگانی که نیاز به بستری در بیمارستان هستند توصیه نماییم که حتماً از مراکز طرف قرار شرکت بیمه و با ارائه معرفی نامه بیمه‌گر استفاده نمایند. در غیر این صورت شرکت بیمه طبق تعرفه خود هزینه‌های درمانی را پرداخت خواهد نمود و بخش قابل توجهی از هزینه‌های پرداخت شده که بیش از تعرفه بیمه باشد جبران نخواهد شد.

فهرست اعمال غیر مجاز در مطب:

۱	کلیه اعمالی که با بی هوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طولیل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدی، کاتتریسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان‌های 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 استرایبیسیم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی
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 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.

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های بیمارستانی و پاراکلینیکی

هزینه های بیمارستانی

- مدارک مورد نیاز جهت بررسی پرونده های بیمارستانی
 ۱. اصل صورتحساب ممهور به مهر بیمارستان
 ۲. برگ گزارش عمل جراحی (در صورتی که بیمار مورد عمل جراحی قرار گرفته باشد)
 ۳. برگ بیهوشی (در صورتی که بیمار مورد عمل جراحی قرار گرفته باشد)
 ۴. ریز لوازم مصرفی بخش
 ۵. ریز لوازم مصرفی اتاق عمل
 ۶. گزارش اقدامات انجام شده حین بستری (اعم از آزمایش، تصویربرداری و...)
 ۷. ارائه گزارش پاتولوژی در صورت ارسال نمونه به آزمایشگاه
- جهت پرداخت هزینه های شیمی درمانی و پرتودرمانی (اعم از جلسات و داروهای شیمی درمانی) ارائه گزارش پاتولوژی اولیه تشخیص کانسر (سرطان) الزامی است.
- جهت دریافت داروهای بیماری MS ارائه گزارش MRI اولیه الزامی است.
- جهت دریافت هزینه های کورتاژ تخلیه ای و تشخیصی ارائه گزارش پاتولوژی الزامی است.
- بیمه شدگان می بایست در صورت بستری در بیمارستانهای خصوصی، ابتدا به بیمه گر اولیه مراجعه نمایند و در صورت عدم مراجعه، مراتب انصراف خود را از دریافت سهم مربوطه به صورت کتبی اعلام نمایند.
- پذیرش کپی صورتحساب در صورتی امکانپذیر می باشد که بیمه شده اصل اسناد را به سازمانهای مرتبط دیگر (بیمه گر اولیه و یا مکمل دیگر) ارائه داده باشد و رسید دریافتی از آن سازمان ضمیمه گردیده باشد.
- هزینه پروتز و تجهیزات پزشکی مورد استفاده حین عمل جراحی می بایست ممهور به مهر اتاق عمل، پزشک جراح و شرکت فروشنده باشد.

هزینه های پاراکلینیکی

- مدارک مورد نیاز جهت بررسی پرونده های پاراکلینیکی
 ۱. اصل دستور پزشک
 ۲. اصل قبض پرداختی ممهور به مهر مرکز درمانی
 ۳. کپی گزارش خدمات درمانی انجام شده
- جهت پرداخت هزینه های بیوپسی، برداشتن خال و کیست و موارد مشابه ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است.
- هزینه لیزردرمانی در موارد زیبایی غیرقابل پرداخت می باشد.

مدارک و نحوه دریافت معرفینامه

- اصل دستور پزشک (برای خدمات بستری و یا سرپایی) و اصل طرح درمان (برای خدمات دندانپزشکی)
- اصل و کپی صفحه اول دفترچه تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ... بیمه شده اصلی و بیمار
- کپی کارت درمان

• صورتحساب خدمات بیمارستانی و یا سرپایی برای بیمه شدگانی که قبل از تسویه معرفینامه اول قصد دریافت معرفینامه دوم را دارند.

• بیمه شدگان محترم می توانند جهت دریافت معرفینامه با در دست داشتن مدارک به شعبه آپادانا بیمه رازی (واقع در خیابان خرمشهر(آپادانا) - بعد از پمپ بنزین - روبروی بانک اقتصاد نوین - پلاک ۸۹) و همچنین ساختمان شماره دو بیمه رازی (واقع در خیابان جردن - بالاتر از بلوار اسفندیار - بلوار صبا - پلاک ۴۴ - طبقه دوم) مراجعه نمایند.