

ماده دوم - بیمه شدگان:

(۲-۱) بیمه شدگان اصلی: عبارتند از کلیه کارکنان شاغل رسمی، پیمانی یا قراردادی، بیمه گذار که لیست بیمه آنان از طریق بیمه گذار ارائه شده باشد.

(۲-۱-۱) کارکنان بازنشسته بیمه گذار مشروط بر اینکه اولاً کلیه بازنشستگان مشمول بیمه واقع شوند، ثانیاً اسامی آنان در تاریخ شروع اعتبار قرارداد به بیمه گر ارائه شده باشد، در صورتی که پایان خدمت، در طول مدت قرارداد باشد لازم نیست درخواست کتبی ادامه پوشش بیمه بلافاصله و از تاریخ بازنشستگی صورت پذیرد.

(۲-۲) افراد مشروحه ذیل به عنوان افراد تحت تکفل، تحت پوشش این بیمه نامه می باشند مشروط بر آنکه در زمان انعقاد بیمه لیست اسامی آنان به بیمه گر ارائه و حق بیمه آنها بر اساس شرایط مندرج در متن بیمه نامه پرداخت شده باشد.

(۲-۲-۱) همسر (همسران) بیمه شده اصلی.

(۲-۲-۲) در خصوص فرزندان بیمه شده اصلی، فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی تا سن ۲۵ سالگی و در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری تا ۳۰ سالگی (مشروط به ارائه مدارک مثبت) و فرزندان اناث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند.

تبصره- در خصوص فرزندان اناث که حکم طلاق بر آنها در طول مدت قرارداد صادر گردیده و مجدداً تحت پوشش پدر خود قرار گرفته اند می توانند تا پایان همان قرارداد مشروط به تجرد بیمه شده و عدم اشتغال به کار، تحت پوشش بیمه نامه قرار گیرند.

(۲-۲-۳) همسر و فرزندان کارکنان اناث همانند بیمه شدگان اصلی می توانند صرفاً در ابتدای قرارداد همراه با لیست اولیه تحت پوشش قرار گیرند.

۴-۲-۲) والدین، فرزندان و همسران تحت و غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی (به شرط داشتن دفترچه بیمه گر اول)، صرفاً در ابتدای بیمه نامه همراه با ارائه لیست اولیه با پرداخت حق بیمه برابر با بیمه شدگان اصلی می توانند از مزایای قرارداد استفاده نمایند.

۵-۲-۲) در صورت فوت و یا از کار افتادگی بیمه شده اصلی، پوشش بیمه ای بازماندگان متوفی مشروط به پرداخت باقی مانده حق بیمه، صرفاً تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

ماده سوم - وظایف بیمه گذار:

۱-۳) بیمه گذار موظف است از تاریخ شروع بیمه نامه، حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز لیست بیمه پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) کارکنان و اعضاء خود را که به تأیید سازمان مربوطه رسانده شده، همراه با لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان، در دو نسخه به بیمه گر ارائه نمایند، بدیهی است انجام تعهدات بیمه گر (صدور معرفی نامه و پرداخت خسارت) صرفاً در مورد بیمه شدگانی خواهد بود که اسامی و مشخصات آنان در لیست ارائه شده توسط بیمه گذار درج شده باشد. بیمه گذار موظف است مشخصات کامل بیمه شدگان و افراد تحت تکفل آنان را که شامل نام و نام خانوادگی، ملیت، محل صدور، شماره شناسنامه، سال /ماه/روز تولد، کد ملی، جنسیت، نام پدر، نسبت با بیمه شده اصلی، تحت تکفل / غیر تحت تکفل بودن، شماره شبا، نام بانک، شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی، می باشد را به بیمه گر ارائه نماید.

تبصره - ارائه لیست تأمین اجتماعی در ابتدای قرارداد الزامی می باشد.

۱-۱-۳) افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه منوط به افراد استخدام جدید یا ازدواج، تولد و یا کلیه افرادی که پس از شروع بیمه تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند خواهد بود و اسامی آنان باید حداکثر تا ۳۰ روز بعد از تاریخ استخدام، عقد رسمی، تولد و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن اعلام گردد که ملاک تاریخ پوشش بیمه ای برای مستخدمین جدید، مزدوجین و تحت تکفلین از همان تاریخ ورود نامه و ثبت دبیرخانه می باشد، لازم به ذکر است ثبت مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل حکم کارگزینی و ... در سیستم الزامی می باشد که می بایست به بیمه گر ارائه گردد.

۳-۱-۲) نوزادان مشروط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا ۳۰ روز پس از تولد بصورت مکتوب به بیمه گر اعلام نماید از بدو تولد تحت پوشش می باشند و در صورت انقضای مهلت تعیین شده تاریخ پوشش بیمه ای نوزادان از همان تاریخ ورود نامه و ثبت دبیرخانه می باشد، لازم به ذکر است ارائه مدارک مثبت به جهت تحت پوشش قرار گرفتن نوزادان الزامی می باشد.

۳-۱-۳) بیمه گذار می بایست حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، پس از ارائه لیست اولیه هر گونه تغییرات ناشی از افزایش و کاهش بیمه شدگان را در لیست ارائه شده اعلام نماید، لازم به ذکر است در صورت انقضای مهلت تعیین شده تغییر در تعداد بیمه شدگان امکان پذیر نمی باشد.

۳-۱-۴) کاهش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه باید حداکثر تا ۳۰ روز پس از فوت، خروج از کفالت و نیز قطع رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار، منوط به ارائه مدارک مکتوب به بیمه گر می باشد، لازم به ذکر است تاریخ حذف بیمه شدگان به شرط رعایت مهلت تعیین شده از همان تاریخ درخواست بیمه گذار و در صورت انقضای مهلت تعیین شده، از همان تاریخ ورود و ثبت دبیرخانه بیمه گر می باشد.

۳-۱-۵) کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع بندهای (۳-۱-۱ و ۳-۱-۲) شرایط خصوصی قرارداد درج نشده باشد باستناد از قلم افتادگی نمیتوانند جزء بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند و در صورت تمایل، به قرارداد سال بعد موکول می گردند، مگر آنکه توافقات دیگری بین بیمه گذار و بیمه گر صورت پذیرفته باشد.

۳-۱-۶) حق بیمه کمتر از یکماه بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه نامه اضافه و یا حذف می شوند معادل حق بیمه یکماه منظور خواهد شد و چنانچه بیمه شدگان حذفی در طول مدتی که تحت پوشش می باشند از خدمات بیمه مازاد درمان گروهی استفاده نموده باشند (خسارت دریافت کرده باشند اعم از معرفی نامه، بیمارستانی و سرپایی) موظفند حق بیمه یکساله را پرداخت نمایند.

۳-۱-۷) حق بیمه های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه نامه در پایان سال بیمه ای بطور یکجا محاسبه و به بیمه گذار مسترد خواهد شد.

۳-۲) بیمه گذار موظف است برای دریافت هزینه های درمانی مشمولین بند های (۲-۲-۲) از ماده دوم مدارک دال بر عدم ازدواج یا گواهی ادامه تحصیل را در زمان اعلام خسارت ارائه نماید.

۳-۳) بیمه گذار موظف است برای دریافت هزینه زایمان در صورت وجود تعهدات بیمه گر در این رابطه، نسبت به ارائه اصل شناسنامه بیمه شده اصلی و همسر در زمان اعلام خسارت اقدام نماید.

۳-۴) بیمه گذار یا بیمه شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کند.

۳-۵) چنانچه هزینه ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی است.

ماده چهارم - دوره انتظار:

۴-۱) دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.

تبصره: هزینه های درمان نوزاد تا زمان پوشش بیمه ای، حداکثر به مدت ۱۰ روز بعد از تاریخ تولد از محل بیمه تکمیلی مادر قابل پوشش می باشد.

۴-۲) دوران انتظار بیماریهای استرابیسم، سینوزیت، واریکوسل، میومکتومی، آنتروسل، فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، بیماریهای نئوپلاستیک، صرع، پروستات، پولیپ، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، کیست تخمدان، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، جراحی کلیه، سنگ کلیه، نارسائی مزمن کلیه، ماستوئیدکتومی، کاتاراکت، جراحی های قلبی و عروقی، آنژیوپلاستی عروق کرونر، دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری شدن در بخش C.C.U و I.C.U گردد به تأیید پزشک معتمد بیمه گر) و سایر بیماریهایی که دارای زمینه قبلی هستند ۳ ماه می باشد.

تبصره - دوران انتظار برای بیمه شدگانی که بطور پیوسته از شرکت بیمه دیگر انتقال می یابند اعمال نمی گردد.

ماده پنجم- مهلت تحویل مدارک هزینه های درمانی:

بیمه گذار متعهد است صورتحساب هزینه های پاراکلینیکی و هزینه های بیمارستانی موضوع این قرارداد را بدون محدودیت زمانی در طول مدت اعتبار قرارداد و دو ماه پس از انقضای قرارداد تحویل بیمه تجارت نو نماید، بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه تجارت نو هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت آن نخواهد داشت.

تبصره- در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه، بیمه شده می بایست حداکثر ظرف مدت یکماه پس از تاریخ ترخیص اسناد مربوط به هزینه های درمانی خود را به بیمه گر پایه ارائه و پس از دریافت هزینه های درمانی خود از بیمه گر پایه، حداکثر ظرف مدت یکماه تحویل شرکت بیمه تجارت نو نماید.

ماده ششم- شرایط و میزان تعهدات بیمه گر:

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار، هزینه های پزشکی موضوع این قرارداد را برای یکسال بیمه ای بشرح ذیل جبران نماید.

۱-۶) جبران هزینه های بستری، جراحی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Daye care، درمان طبی، کورتاژ تشخیصی، بستری بیماران کرونا، آنژیوگرافی عروق کرونر و قلب، تزریق ماده فارماکولوژیک داخل ویتره مانند (آوستین، لوسنتیس، آیلا و سایر موارد مشابه)، (CROSS LINKING (UVX، TTT، هزینه بستری در بخش مراقبت های ویژه نظیر ICU، CCU و RF نقاط مختلف بدن و سوزن آن و همچنین استفاده از RF از طریق آندوسکوپ، ERCP به تنهایی و یا توام با استنت گذاری، انواع هزینه های دارویی و بستری و جراحی MS، هزینه های دارویی خوارکی بیماران سرطان، هزینه های بستری و دارویی اعم از خوراکی و تزریقی، اعمال جراحی بیماری های خاص و صعب العلاج، تالاسمی ماژور، هموفیلی، دیالیزی مزمن، پارکینسون، آلزایمر، انواع هپاتیت، بیماری های ضعف عصب و عضله (از جمله ALS، MLS، پولی میوزیت، دوشن) پونکسیون مایع نخاع کمری، بیماری های خود ایمنی (از جمله آرتریت، روماتوئیت، لوپوس، پنیگوس) بیماری پسوریازیس، بیماری های نوروپاتی، جراحی فک (صرفاً طبق آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی)، پروتز، دارو و تجهیزات مصرفی درحین عمل جراحی و زمان بستری، تزریق BCG، IVIG، پیوند قرنیه چشم، ناخنک چشم، جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی، بیماران اعصاب روان (به استثناء جنون و سایکوتیک و هزینه نگهداری بیماران روان پریشی)، تست خواب، پروتز های مصرفی

حین عمل جراحی، هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن، هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان (سن بیمار کمتر از ۱۰ سال و یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.)، حداکثر تا سقف ۸۷۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر قابل پرداخت می باشد.

- جبران هزینه داروی آیلا صرفاً مشروط به داشتن بیماری دیابت قابل پرداخت می باشد.

- جبران هزینه بستری در منزل استثناء بوده و خارج از شمول تعهدات بیمه گر می باشد.

تبصره ۱- جبران هزینه های مربوط به اتاق ایزوله با دستور پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۲- هزینه های مربوط به چاقی مفرط، اسلیو معده یا بای پس معده صرفاً در افراد با BMI بالای ۴۲ منوط به تأیید پزشک معتمد بیمه گر و پرداخت سهم بیمه گر پایه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۳- هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد، قابل پرداخت می باشد.

۲-۶) - جبران هزینه های شیمی درمانی، 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، هزینه های تزریق مرتبط با مرتبط با بیماری سرطان در مطب یا بیمارستان - پری کانسر، پری لوسمی، انواع بدخیمی ها (کانسر ها و پری کانسرها)، هزینه های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش های اصلی پرداخت می شود. (با احتساب ردیف ۱)، حداکثر تا سقف ۱,۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر قابل پرداخت می باشد.

۳-۶) جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری و بین شهری) ، حداکثر تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر قابل پرداخت می باشد.

۴-۶) جبران هزینه های مربوط به زایمان اعم از (طبیعی، سزارین و زودرس)، کورتاژ تخلیه ای، جبران هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط IUI, Gift, Zift, ICSI, میکرواینجکشن، Ivf و داروهای تخصصی مربوط به نازایی و ناباروری، حداکثر تا سقف ۱۸۷,۵۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر قابل پرداخت می باشد.

۵-۶) - جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۲,۵ دیوپتر یا بیشتر باشد. حداکثر تا سقف ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر قابل پرداخت می باشد.

۶-۶) جبران هزینه های انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، پت اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری، - 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 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 اودیومتری) - جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک، شیمی بالینی، تومور مارکرها، میکروب شناسی، تشخیص پیش از تولد بیماری های ژنتیک، سیتوپاتولوژی، گلوبال خدمات ژنتیک، جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکر های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین، جبران هزینه سیستم اسکوپ و رکتوسکوپ، فالن تست، کورتون تراپی (جهت کلیه بیماری ها)، ژل، تمپانومتری، تست استرس، اکومری TEE، فوندوسکوپ، کانفو اسکن، رب اسکن توپوگرافی، پاکیمتری، IOL MASTER، بادی باکس، رینومانومتری، برونکوگرافی، شستشوی گوش، آمیوسنتز، کلیه هزینه های مربوط به تست کرونا مطابق با دستورالعمل وزارت بهداشت، DLCO, UBT, FNA، استوگرافی BRAIN MAPPING, HRT, GDX, EVOK, ABR, ASTHOGRAPHY، متاکولین تست، PDT، آندوسونوگرافی، فلوروسکوپ، سنجش تراکم استخوان، OCT, EDD, UBM, HTR، مانومتری، نوار چشم، EOG, ERG، پلتیسموگرافی، تست حجم بویایی ASL, SMT، پروگرامینگ، فیبرو اسکن کبد، نوار عصب و عضله، بررسی عصب بینایی و شنوایی، فتوگرافی جهت هزینه دندان پزشکی، لوازم مصرفی پاراکلینیکی، - فیزیو تراپی در منزل، جبران هزینه فیزیوتراپی PT و انواع آن، تحریک مغناطیسی مغز TMS و RTMS، تحریکات مغز TDCS، نوروفیدبک و نوروفیدبک اورولوژی، کایروپراکتیک، گفتار درمانی ST، کار درمانی OT، لیزر فیزیوتراپی، مگنت تراپی، طب فیزیکی، شاک ویو تراپی SHOK WAVE، بیش فعالی، ORA، الکترو شوک درمانی، - هزینه تست کرونا در هر صورت (مثبت یا منفی) و بدون در نظر گرفتن نوع پزشک (اعم از عمومی یا متخصص) و بدون در نظر گرفتن نتیجه آزمایش قابل پرداخت می باشد. بصورت تجمیع حداکثر تا سقف ۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر قابل پرداخت می باشد.

۶-۷) جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری و باز کردن گچ، ختنه، بخیه، کشیدن بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی و بیوپسی سوزنی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، جبران هزینه کوتر، کشیدن ناخن، خارج کردن جسم خارجی از بدن، خارج کردن جسم خارجی از گوش و چشم، برداشتن زگیل، پاپ اسمیر، شالازیون، رادیو فرکونسی SMART PLUG.RF، درمان خونریزی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبسه دهان، BODY COMPOSITION، آتل گذاری، اکسیژون جسم خارجی، اکسیژون تومورهای خوش خیم، اکسیژون و برداشتن میخچه، شستشوی معده، اکسیژن تراپی، برداشتن خال (مشروط به ارائه نتیجه پاتولوژی)، آسپیراسیون مغز استخوان، نمونه برداری از ارگان های مختلف بدن به وسیله سوزن نظیر (پروستات، پستان و سایر موارد مشابه تحت هدایت سونوگرافی، نمونه برداری تحت سونوگرافی و سی تی اسکن، تراپی چشم (نظیر ضایعات شبکیه، یاگ لیزر)، SLT (لیزر گلوکوم) انواع تزریقات، تزریق داخل ضایعه، سرم تراپی، پانسمان، تزریق داخل مفصل اعم از اقدامات سلول درمانی (PRP و غیره ...) صرفا در مراکز و بخش های پزشکی بازساختی و سلول درمانی که با ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاسیس و مجوز بهره برداری دریافت نموده اند، قابل پرداخت می باشد، (لازم به ذکر هزینه درمانی فوق الذکر در مطب غیر قابل پرداخت می باشد) حداکثر تا سقف ۶۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه برای هر نفر قابل پرداخت می باشد .

۸-۶) - جبران هزینه های انواع ویزیت مطابق با آخرین تعرفه بخش خصوصی (پزشک عمومی - متخصص - فوق تخصص - کارشناسان تغذیه و مامایی - ویزیت ماما - مشاوره های پزشکی - انواع کارشناسان پروانه دار)، مشاوره (روانشناس - روانپزشک - متخصص اعصاب و روان) ، داروهای آزاد، نسخه های آزاد، کلیه داروهای ایرانی و خارجی، مکمل - تقویتی، گیاهی، داروهای مرتبط با بیماری کرونا، داروهای هورمونی، داروهای پوستی غیر از موارد زیبایی و بهداشتی بر اساس فهرست دارویی فارماکوپه که بصورت مجاز و قانونی وارد کشور شده باشند صرفا" با کسر فرانشیز، حق فنی و اختلاف قیمت ناشی از نوع برند دارویی (با ذکر نوع برند در نسخه پزشک)، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری حداکثر تا سقف ۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر قابل پرداخت است.

تبصره ۱- هزینه ویزیت پزشکان:

۱) هزینه ویزیت پزشکان در مراکز درمانی اعم از مطب، بیمارستانها و سایر مراکز طبق تعرفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با اعمال فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۲) در صورت انجام دو ویزیت توسط یک پزشک در یک روز تنها یک ویزیت محاسبه میگردد.

۳) در صورت درج عبارت ویزیت و مشاوره، در نسخ صادره توسط پزشک صرفا هزینه یک ویزیت قابل پرداخت است.

۴) هزینه ویزیت دندانپزشک در مواردیکه همراه با انجام سایر اقدامات دندانپزشکی باشد قابل پرداخت نمی باشد.

تبصره ۲- هزینه داروهای قابل پرداخت:

۱) پرداخت هزینه تمامی داروها بر اساس نرخ رسمی و مصوب اعلامی توسط معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد، همچنین بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت هزینه داروهای خارج از شبکه قانونی کشور را ندارد.

۲) هزینه داروهایی که صرفاً توسط پزشک تجویز می گردد قابل پرداخت است و هزینه داروهایی که بیمار بدون تجویز پزشک خریداری می کند قابل پرداخت نمی باشد.

۳) هزینه داروهای خارجی مشروط به تجویز پزشک متخصص مرتبط با نوع بیماری و با کسر فرانشیز قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۴) هزینه های مربوط به مکمل، اقلام تقویتی و ویتامین ها در صورت داشتن جنبه درمانی و تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط با نوع بیماری، با ارائه آزمایش مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۵) هزینه داروهای گیاهی صرفاً منوط به دارا بودن پروانه ساخت وزارت بهداشت و تجویز پزشک معالج و تهیه از داروخانه قابل پرداخت است.

۶) اگر پزشک متخصص داروی ایرانی تجویز کرده باشد و بیمار داروی خارجی خریداری کرده باشد، تعهد بیمه صرفاً معادل با مبلغ داروی ایرانی خواهد بود.

۷) پرداخت هزینه داروهای مربوط به دیابت الزاماً منوط به ارائه کپی جواب آزمایش (فاکتور HbA1C) می باشد.

۸) داروهای پوستی که جنبه درمانی دارند (مانند داروهای مربوط به بیماریهای پسوریازیس، ویتیلیگو، لیکن پلان و موارد مشابه) با هماهنگی و پس از معاینه و تایید پزشک معتمد بیمه قابل پرداخت می باشد. سایر اقلام پوست و مو که جنبه درمانی و دارویی ندارند قابل پرداخت نیست.

۹) پرداخت هزینه داروهای بیماران خاص از قبیل کانسر و ms ملزم به ارائه مدارک درمانی می باشد.

۱۰) در خصوص پرداخت هزینه های دارویی ارائه گواهی مبنی بر علت تجویز یا ضرورت مصرف توسط پزشک متخصص الزامی می باشد.

۱۱) هزینه های دارویی با ذکر نوع برند توسط پزشک متخصص بر اساس قیمت مصوب سازمان غذا و دارو حداکثر تا سقف تعهدات پس از اعمال فرانشیز قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- ۱۲) هزینه داروهای رشد با تجویز پزشک متخصص صرفاً در صورت پرداخت بیمه گر پایه قابل جبران می باشد.
- ۱۳) هزینه انواع داروهای غضروف ساز و گلوکوزامین با ذکر نوع برند توسط پزشک متخصص مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۱۴) هزینه سرنگ، اسکالپ وین، آنژیوکت، ست سرم، میکروست، به تعداد آمپول و سرم تجویز شده قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۳- هزینه داروهای خارج از تعهد:

- ۱) هزینه داروهای خارج از فارماکوپه غیر قابل پرداخت می باشد؛
- ۲) کلیه اقلامی که جنبه زیبایی، بهداشتی و یا آرایشی داشته باشند صرف نظر از سن و جنس؛
- ۳) نسخ دارویی که عدم تطبیق با سن و جنس بیمه شده داشته باشد؛
- ۴) کلیه کرم های پاک کننده، مرطوب کننده، لایه بردار، ضدلک، ضدآفتاب؛
- ۵) شامپو و صابون و اقلام بهداشتی؛
- ۶) داروهای جلوگیری و یا درمان ریزش مو؛
- ۷) داروهای تقویت کننده قوای جنسی و درمان ناتوانی جنسی؛
- ۸) داروهای درمان چاقی، ضد اشتها و چربی سوز و لاغری؛
- ۹) هرگونه دارویی که خارج از داروخانه و یا در مطب پزشک تهیه شده باشد؛
- ۱۰) هزینه داروهای ضد بارداری؛
- ۱۱) داروهای گیاهی فاقد پروانه ساخت وزارت بهداشت؛

۹-۶) جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی (به استثنا اعمال زیبایی) و جراحی لثه به انضمام ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان (دندان مصنوعی)، نیم ست مصنوعی، جرم گیری، روکش، بروساژ، ترمیم، عصب کشی حداکثر تا سقف ۷۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بصورت شناور قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱- کلیه هزینه های مربوط به خدمات دندانپزشکی بر اساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۲- جبران هزینه های مربوط به ارتودنسی با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۴- پرداخت هزینه های مربوط به کودکان زیر ۱۰ سال و بیمه شدگان باردار (با ارائه مدارک مثبت) بدون ارائه عکس بعد از انجام کار با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل محاسبه و بررسی می باشد.

۱۰-۶) جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک متخصص یا اپتومتریست، حداکثر تا سقف ۳۷,۵۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱- جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی صرفاً یکبار در طول مدت بیمه نامه قابل بررسی و پرداخت می باشد بدیهی است هزینه های اعلامی جهت عینک خریداری شده، در بار دوم تحت هر عنوان اعم از عینک های دو دید، نزدیک بین، دوربین یا تعویض فرم و شیشه و ... خارج از تعهدات بیمه گر می باشد.

تبصره ۲- در صورت تمدید مجدد بیمه نامه، جبران هزینه عینک بصورت دوسال یکبار در تعهد بیمه گر خواهد بود.

تبصره ۳- ارائه رسید pos بانکی به انضمام دستور پزشک متخصص یا اپتومتریست، پرینت کامپیوتری نمره چشم و اصل قبض معتبر الزامی می باشد.

تبصره ۴- پرداخت هزینه عینک آفتابی استثنای بوده و خارج از تعهد بیمه گر می باشد.

۱۱-۶) جبران هزینه های مربوط به تعمیر و خرید سمعک جهت هر دو گوش، حداکثر تا سقف ۷۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر قابل پرداخت می باشد.

۱۲-۶) جبران هزینه های مربوط به تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز است؛ شامل هزینه تهیه اوروتز و لوازم ارتوپدی بلافاصله بعد از عمل جراحی و یا به تشخیص پزشک معالج بدون نیاز به عمل جراحی مانند عصای طبی-گردنبند طبی-واکر-کفش طبی-کفی طبی-جوراب واریس-مچ بند طبی-زانوبند طبی-کمربند طبی-آتل انگشت حداکثر تا سقف ۶۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال سالیانه بابت هر نفر قابل پرداخت می باشد.

ماده هفتم- سایر تعهدات بیمه گر:

کلیه هزینه های درمانی، بر اساس آیین نامه شماره ۹۹ بیمه های درمان تکمیلی مصوب شورای عالی بیمه، با رعایت اصل همترازی و مطابق تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ماده هشتم- نحوه استفاده از خدمات:

بیمه شده در انتخاب هر یک از مراکز تشخیصی درمانی داخل کشور آزاد است و به اختیار خود میتواند از مراکز طرف قرارداد با بیمه گر و یا غیر طرف قرارداد استفاده نماید.

۸-۱) استفاده از مراکز طرف قرارداد:

در موارد سرپایی قبل از اقدام و در موارد بستری، بیمه شده می بایست قبل از بستری و یا حداکثر ظرف مدت پنج روز از تاریخ بستری و تا قبل از ترخیص نسبت به دریافت معرفی نامه به یکی از دو روش ذیل اقدام نماید.

۸-۱-۱) در صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد که به سامانه وب بیمه تجارت نو متصل می باشند بیمه شده بدون نیاز به مراجعه به شعب بیمه تجارت نو، میتواند با مراجعه مستقیم به مراکز و با ارائه کارت ملی و گواهی پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری و یا ضرورت انجام اقدام مربوطه، معرفی نامه را دریافت نماید.

۸-۱-۲) در صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد که فاقد سامانه وب می باشند نماینده بیمه گذار و یا بیمه شده جهت دریافت معرفی نامه به شعب بیمه تجارت نو مراجعه نمایند.

تبصره - در صورتیکه به هر دلیل بیمه شده از خدمات مراکز طرف قرارداد، بدون دریافت معرفینامه استفاده نماید، ملاک ارزیابی هزینه ها، تعرفه فی مابین این شرکت و مرکز درمانی خواهد بود و بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه هایی که بیمه شده خارج از صورتحساب به پزشک یا مراکز پرداخت می نماید نخواهد داشت.

۲-۸) استفاده از مراکز غیر طرف قرارداد:

در صورت استفاده از مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه گر، بیمه شده می بایست راسا تمامی هزینه ها را پرداخت و پس از تسویه و ترخیص ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نماید و پس از آن رونوشت گزارش اقدام انجام شده به همراه صورتحساب مربوطه و در موارد بیمارستانی کلیه مدارک بیمارستانی از قبیل صورتحساب بیمارستان، نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده، صورتحساب لوازم و داروها و سایر اسناد مورد نیاز را به همراه گواهی دریافت سهم از بیمه گر پایه را به این شرکت تسلیم نماید، هزینه های مورد تعهد بر اساس تعرفه های مصوب مراجع ذی صلاح و تعرفه همتراز با مراکز درمانی ارزیابی و تا سقف تعهدات مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد و این شرکت هیچگونه تعهدی در جبران هزینه هایی که بیمه شده خارج از صورتحساب به پزشک یا مراکز درمانی پرداخت نموده نخواهد داشت.

تبصره ۱- در صورت استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه های مصوب مراجع ذی صلاح محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت نماید در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده از بیمه گران نمی باشد در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گران (پایه) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲- در مواردی که حق العمل جراح در صورتحساب بیمارستانی درج نشده باشد در صورت ارائه گواهی توسط پزشک معالج مبنی بر تعیین حق الزحمه دریافتی، این هزینه حداکثر بر اساس کدهای مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت و بر اساس تعرفه مراکز درمانی همتراز طرف قرارداد با بیمه گر و مصوبات قانونی محاسبه و پرداخت خواهد شد و بیمه گر تعهدی در جبران هزینه های غیر بیمه ای نخواهد داشت.

ماده نهم- مدارک لازم جهت صدور معرفینامه:

۹-۱) اکثر مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه تجارت نو آنلاین می باشد و با ارائه کارت ملی بیمه شده اصلی و بیمار و دفترچه بیمه پایه پذیرش را انجام می دهند، در صورت غیر آنلاین بودن مراکز درمانی طرف قرارداد مدارک زیر را به مسئولین بیمه مستقر در این اداره کل ارائه فرمائید.

۹-۱-۱) برگه دستور پزشک که می بایست موارد ذیل در آن رعایت گردد:

الف) نام بیمار ب) تاریخ، مهر و امضاء پزشک ج) ذکر نوع عمل د) نام مرکز درمانی طرف قرارداد

۹-۱-۲) ارائه اصل شناسنامه، برای فرزندان اناث بالای ۲۵ سال الزامی می باشد.

۹-۱-۳) فرزندان ذکور بالای ۲۲ سال، ارائه گواهی اشتغال به تحصیل الزامی می باشد.

۹-۱-۴) فتوکپی دفترچه بیمه (بیمه گر اول) بیمه شده اصلی و بیمار.

ماده دهم- بیمه شدگان میبایست قبل از بستری و انجام اعمال ذیل توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردند.

۱۰-۱) جراحی بینی (مانند: آندوسکوپی، سینوس، سپتوپلاستی، شکستگی بینی به غیر از موارد اورژانسی و ...):

۱۰-۲) جراحی فک؛

۱۰-۳) بلوک های عصبی؛

۱۰-۴) جراحی معده بابت چاقی مفرط (بای پس معده واسلیو)؛

۱۰-۵) جراحی پلک (بلفاروپلاستی و بلفاروپتوز)؛

۱۰-۶) جراحی و یا لیزر واریس پا؛

۱۰-۷) جراحی ترمیم فتن نافی و یا شکمی (به غیر از موارد اورژانسی)؛

۱۰-۸) ماموپلاستی؛

۱۰-۹) ژنیکوماستی؛

۱۰-۱۰) رینگ گذاری قرنيه؛

۱۱-۱۰) عمل جراحی كمر با ليزر؛

ماده يازدهم- مدارك لازم جهت پرداخت هزينه های بیمارستانی:

۱۱-۱) اصل كل پرونده بستري شامل اصل صورتحساب، فاکتور داروها، وسایل مصرفی آزمایشگاه، تصویربرداری و ...؛

۱۱-۲) گزارش اتاق عمل و بیهوشی ممهور به مهر پزشکان؛

۱۱-۳) برگ خلاصه پرونده و سایر معالجات بیمار؛

۱۱-۴) در صورت استفاده از سهم بیمه گر اول، کپی برابر اصل پرونده ممهور به مهر بیمه گر پایه به همراه کپی برگه استعلام خسارت پرداختی بیمه گر اول؛

۱۱-۵) ریز لوازم مصرفی داخل اتاق عمل، ریز لوازم دارویی و...؛

ماده دوازدهم- مدارك مورد نیاز هزينه های پاراکلينيکی جهت پرداخت خسارت:

۱۲-۱) مدارك مورد نیاز در خصوص هزينه های ويزيت:

۱۲-۱-۱) برگه دفترچه بیمه پایه، سرنسخه پزشک یا اصل قبض دریافتی مرکز درمانی شامل نام بیمار، تاريخ ويزيت، مهر و امضاء پزشک معالج و مبلغ دریافتی از بیمار.

۱۲-۲) مدارك مورد نیاز در خصوص هزينه های دارویی:

۱۲-۲-۱) برگه دفترچه بیمه پایه شامل نام بیمار، تاريخ، مهر پزشک و داروخانه، خوانا بودن نسخه (بدون قلم خوردگی)، يادداشت ریز مبالغ دارو، خوانا بودن مبلغ فرانشيز و سهم بیمه پایه.

۱۲-۲-۲) در مواردی که داروخانه فاکتور دهد باید ممهور به مهر داروخانه باشد.

۱۲-۲-۳) در مورد داروهای خاص (کanser، ام اس، بیماریهای قلبی و ...) گواهی پزشک مبنی بر طول مدت درمان، دوز مصرفی دارو، علت بیماری و آخرین مدارک پزشکی بیماری خاص (آزمایش، سونوگرافی، پاتولوژی، گزارش آنژیوگرافی و ...) ضمیمه شود.

۱۲-۲-۴) در صورت آزاد بودن دارو ارائه برگ سبز دفترچه بیمه الزامی می باشد.

۱۲-۳) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های پاراکلینیکی (آزمایشات، تصویربرداری، نوارسنجی و...)

۱۲-۳-۱) دستور پزشک در دفترچه بیمه پایه یا سرنسخه پزشک ممهور به مهر، اصل فاکتور پرداختی ممهور به مهر مرکز و کپی جواب مربوطه

۱۲-۴) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های جراحی سرپایی:

۱۲-۴-۱) برگه دفترچه بیمه پایه یا سرنسخه پزشک شامل نام بیمار، تاریخ انجام جراحی، ذکر نوع جراحی، مهر و امضاء پزشک، همراه با اصل فاکتور پرداختی.

۱۲-۵) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های عینک:

۱۲-۵-۱) دستور پزشک متخصص یا اپتومتریست، پرینت کامپیوتری نمره چشم، رسید pos بانکی، اصل فاکتور خرید عینک ممهور به مهر مرکز خرید همراه با تایید پزشک متخصص، فاکتور خرید می بایست دارای مشخصات مرکز خریداری شده باشد.

۱۲-۶) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی و ...

۱-۶-۱۲) دستور پزشک متخصص مبنی بر لزوم انجام (فیزیوتراپی، کاردرمانی و ...) و ذکر علت انجام کار مهمور به مهر پزشک، اصل فاکتور پرداختی مهمور به مهر مرکز درمانی، ریز جلسات انجام شده به همراه تاریخ جلسات و مستندات لازم.

۱۲-۷) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های تجهیزات پزشکی (انواع اروتز و پروتز):

۱-۷-۱۲) دستور پزشک در دفترچه یا سرنسخه پزشک مبنی بر لزوم استفاده از موارد مذکور مهمور به مهر پزشک متخصص آزمایشات یا تصویر برداری های مربوطه، اصل فاکتور خرید لوازم، فاکتور خرید می بایست دارای کد اقتصادی باشد.

۱۲-۸) مدارک مورد نیاز در خصوص هزینه های دندانپزشکی:

۱-۸-۱۲) دستور پزشک در سربرگ پزشک مبنی بر لزوم استفاده از موارد مذکور مهمور به مهر دندانپزشک متخصص، اصل فاکتور پرداختی مهمور به مهر پزشک یا مرکز، ارائه کلیشه قبل و بعد از درمان.

ماده سیزدهم- حل اختلاف نظر:

در صورت بروز هر گونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فی مابین حل و فصل خواهد شد در غیر اینصورت رای مراجع ذی صلاح نافذ می باشد.

ماده چهاردهم- مقررات مختلف:

۱-۱۴) این بیمه نامه مازاد درمان بیمه سلامت، تامین اجتماعی، خدمات درمانی و بیمه گران مشابه می باشد (بیمه گر اول)، لذا بیمه شدگان می بایست در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این سازمان ها فتوکپی برابر اصل مدارک مربوطه را بانضمام کپی استعلام خسارت پرداختی بیمه گر اول را به شرکت بیمه تجارت نو تحویل نمایند.

۱-۱۴) حداکثر هزینه های درمان قابل پرداخت از هزینه های انجام شده در بیمارستانها یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد معادل هزینه های مرتبط با بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه تجارت نو (طبق قرارداد منعقد شده با توجه به حق العمل جراح، کمک جراح، تخت و بیهوشی بر حسب درجه بیمارستان) خواهد بود، چنانچه حق العمل جراحی و یا سایر موارد در صورت حساب قید نشده باشد تعهد بیمه گر مشروط به ارائه رسید معتبر طبق تعرفه هیئت وزیران خواهد بود.

۲-۱۴) هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام میگردند یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتیکه سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد، در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

۱-۲-۱۴) میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

۲-۲-۱۴) تعهدات این بیمه نامه بجز موارد اشاره شده در بند (۲-۱۴) ماده چهاردهم در محدوده جغرافیائی ایران معتبر می باشد.

۳-۱۴) هزینه های چکاپ (شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی دوره ای) و واکسن از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد.

۴-۱۴) محاسبه و پرداخت کلیه هزینه های مورد تعهد بیمه گر (پاراکلینکی) در زمان وقوع بیماری یا حادثه بر اساس تعرفه مصوب هیئت وزیران قابل بررسی و پرداخت می باشد.

۵-۱۴) حق تحقیق و بررسی و تأیید در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می باشد.

۶-۱۴) با توجه به تعیین نرخ حق بیمه بر اساس تعداد بیمه شدگان اعلام شده از طرف بیمه گذار کاهش تعداد قابل توجه بیمه شدگان به میزان بیش از ۱۰٪ تعداد اولیه، بیمه گر را مجاز به افزایش نرخ حق بیمه بر اساس تعداد بیمه شدگان جدید می نماید.

۷-۱۴) اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می باشد.

۸-۱۴) مرور زمان دعاوی ناشی از تعهدات بیمه گر یکسال از تاریخ انقضاء مدت بیمه نامه می باشد.

۹-۱۴) در صورت بروز حادثه ترافیکی، تعهدات بیمه گر تکمیلی منوط به مراجعه بیمه شده (مصدوم حادثه) به بیمارستان های دولتی از طریق آمبولانس خواهد بود، در غیر اینصورت (مراجعه بیمه شده به بیمارستانهای بخش خصوصی) هزینه های درمانی ایشان پس از مراجعه بیمه شده به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و اخذ سهمیه یارانه ترافیک قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۱۰-۱۴) چنانچه موارد مذکور در شرایط خصوصی مندرج در متن بیمه نامه و ملحقاتیکه بعداً" و در صورت لزوم صادر می شود با نظرات بیمه گذار، مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آنرا بنماید، در غیر این صورت مراتب تأیید شده تلقی خواهد شد و هرگونه تغییراتی در این خصوص منوط به تأیید کتبی بیمه گر خواهد بود.

۱۱-۱۴) تمدید بیمه نامه منوط به تقاضای بیمه گذار و بررسی و اعلام نرخ و شرایط از طرف بیمه گر و توافق طرفین خواهد بود.

۱۲-۱۴) شرایط عمومی منحصرأ" در موارد پیش بینی نشده در متن و ضامم بیمه نامه نافذ خواهد بود.

۱۳-۱۴) درخصوص مواردی که در این بیمه نامه دارای ابهام و هرگونه مغایرت می باشد به ترتیب، شرایط خصوصی مندرج در متن بیمه نامه بر شرایط عمومی بیمه نامه ملاک تعهدات بیمه گر خواهد بود.

۱۴-۱۴) حدود تعهدات و مسئولیت بیمه گر صرفاً در چار چوب شرایط خصوصی مندرج در متن و شرایط عمومی بیمه نامه بوده و بیمه گذار از ادعای هرگونه خسارت بر علیه بیمه گر خارج از آنچه در تمامی شرایط بیمه نامه تعهد شده خودداری می نماید.

این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط عمومی پیوست در دو نسخه صادر و هریک از نسخ دارای ارزش یکسان می باشد.