



آیین نامه ۴۳ و ۴۴ بیمه مرکزی

محراب عتیقی
استاد حیدری

فهرست مطالب

(1)	فصل اول - کلیات
(1)	ماده ۱ - اساس قرارداد
(2)	ماده ۲ - تعاریف
(2)	فصل دوم - شرایط
(1)	ماده ۳ - اصل حسن نیت
(2)	ماده ۴ - هزینه های بیمارستانی و جراحی قابل پرداخت
(3)	ماده ۵ - پرداخت حق بیمه
(4)	ماده ۶ - استثنائات
(3)	فصل سوم - مقررات مختلف
(1)	ماده ۷ تا ۱۶
(4)	اصلاحات
(5)	تعرفه بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی
(1)	حداقل نرخ ها و سقف های بیمه ای
(2)	پوشش های اضافی
(3)	فرانشیز
(4)	تخفیفات
(5)	حق بیمه ی اضافی
(6)	حداقل نرخ پوشش های اضافی

فصل اول کلیات

ماده ۱: اساس قرارداد

این بیمه نامه براساس قانون بیمه، پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جز لاینفک بیمه نامه می باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد.
آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه کتباً به بیمه گذار اعلام شده است جز تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.

فصل اول کلیات

ماده ۲: تعاریف

بیمه گر:

شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در این بیمه نامه قید گردیده و جبران هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه بعهده می‌گیرد .

بیمه گذار :

بیمه گذار شخص حقوقی است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر گردیده و متعهد پرداخت حق بیمه می‌باشد.

بیمه شدگان :

کارکنان رسمی ، قراردادی، پیمانی، و... بیمه گذار می‌باشند که حداقل یکسال نزد بیمه‌گذار سابقه کار داشته و به اتفاق کلیه اعضای خانواده خود از طرف بیمه گذار بعنوان بیمه شده معرفی گردیده‌اند و حداقل ۷۰ درصد آنان می‌باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

منظور از اعضای خانواده ، همسر ، فرزندان و افراد تحت تکفل بیمه شدگان می باشد .
ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها مشروط به آنکه با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه ای موضوع این بیمه‌ای موضوع این بیمه نامه متشکل شده و حداقل ۷۰ درصد آنان جزء بیمه شدگان قرار گیرند با تائید بیمه مرکزی ایران امکان‌پذیر خواهد بود.

فصل اول کلیات

ماده ۲: تعاریف

موضوع بیمه: موضوع بیمه پرداخت هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث احتمالی طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه می‌باشد.

حادثه: حادثه عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده روی داده و موجب وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه‌گر شده گردد.

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

حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بایستی بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه‌گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده می‌باشد.

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

فرانشیز: درصد معینی از هزینه های مورد تعهد است که تامین آن بعهده بیمه شده یا بیمه گذار است و میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می‌شود.

مدت: مدت این بیمه نامه یکسال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضاء آن با توافق طرفین در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

فصل دوم شرایط

ماده ۳: اصل حسن نیت

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند .

اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنماید، بیمه نامه باطل و بلااثر خواهد بود ولو اینکه مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده ، هیچگونه تاثیری در وقوع بیماری یا حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد، بلکه بیمه‌گر می‌تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

تبصره: چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده است.

فصل دوم شرایط

ماده ۴ - هزینه های بیمارستانی و جراحی قابل پرداخت :

- (۱) هزینه های بیمارستانی ، درمانی و جراحی طی دوران بستری در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود .
- (۲) هزینه های مربوط به سایر پوششهای اضافی توافق شده در قرارداد یا شرایط خصوصی .
- (۳) هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی در صورتیکه نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان گردد .

ماده ۵ - پرداخت حق بیمه :

- (۱) بیمه گذار موظف است حق بیمه تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه نامه را در ابتدای همراه پرداخت و قبض رسیدی که به مهر و امضاء بیمه گر رسیده باشد دریافت نماید و یا وجه حق بیمه را به حساب معرفی شده از طرف بیمه گر واریز و رسید آنرا برای بیمه گر ارسال نماید.

ماده ۶ - استثنائات :

هزینه بیمارستانی و جراحی در موارد زیر از شمول تعهد بیمه گر خارج می باشد:

- (۱) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میگردد، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث بیمه شده در طی مدت بیمه باشد.

- (۲) عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد قرارداد بیمه مشخص بوده و بیمه گذار از آن مطلع شده باشد.

- (۳) سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک

- (۴) ترک اعتیاد

- (۵) خودکشی ، قتل و جنایت

- (۶) حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان مگر اینکه در شرایط خصوصی به نحو دیگری توافق شده باشد.

- (۷) جنگ ، شورش ، اغتشاش ، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

- (۸) فعل و انفعالات هسته ای

- (۹) اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج

- (۱۰) زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر

و ...

فصل سوم مقررات مختلف

ماده ۷: بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوطه می‌بایستی صورتحساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم نماید. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند صورتحساب بیمارستان اساس محاسبه هزینه‌های مورد تعهد خواهد بود در غیر اینصورت هزینه‌های مربوط براساس قراردادهای منعقد شده بیمه‌گر با بیمارستان‌های همتراز صورت خواهد گرفت.

ماده ۸: بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳ روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان، مراتب را به بیمه‌گر اعلام نماید.

ماده ۹: حداکثر سن بیمه شده برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال می‌باشد و از آن به بعد بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمان‌ها و صندوقهای بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر خواهد بود. در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۰: در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت نماید پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی مشروط به پرداخت حق بیمه، ادامه خواهد داشت.

ماده ۱۱: هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً بوسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده است دراین حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان بابت هزینه‌های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت نموده است.

ماده ۱۲: هزینه‌های بیمارستانی بیمه شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تائید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند در صورت تائید صورتحسابهای مربوط توسط سفارت ایران، براساس ضوابط این بیمه نامه پرداخت خواهد شد. تبصره □ نرخ ارز در محاسبه میزان خسارت معادل نرخ ارز اعلام شده از سوی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

فصل سوم مقررات مختلف

ماده ۱۳: موارد فسخ بیمه نامه :

موارد فسخ از طرف بیمه گر:

- بیمه گر در موارد زیر می تواند بیمه نامه را فسخ نماید. در این صورت برگشت حق بیمه بصورت روز شمار محاسبه خواهد شد.
 - (۱) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در موعد یا مواعد معین .
 - (۲) هرگاه بیمه گذار سهواً و یا بدون سوء نیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد .
 - (۳) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه .

موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

- بیمه گذار میتواند در هر زمان بیمه نامه را فسخ نماید، در این صورت بیمه گر حق بیمه تا زمان فسخ را براساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می نماید مع هذا در صورتیکه ضریب خسارت قرارداد (با احتساب حق بیمه کوتاه مدت) تا زمان فسخ بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار موظف است ما به التفاوت درصد مذکور تا میزان خسارت واقع شده را به بیمه گر پرداخت نماید .
 - (۱) در مواردی که فسخ بیمه نامه توسط بیمه گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد حق بیمه تا زمان فسخ بطور روز شمار محاسبه خواهد شد.
 - (۱) انتقال پرتفوی بیمه گر.
 - (۲) در صورتیکه گروه بیمه شده بعلت توقف در کار و یا مشکلات پیش بینی نشده دیگر ترکیب گروهی خود را از دست بدهد.

ماده ۱۴: نحوه فسخ:

- (۱) در صورتیکه بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله نامه یا تلفنگرام و سایر وسائل مقتضی به بیمه گذار اطلاع دهد در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می گردد.
- (۲) بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضای فسخ بیمه نامه را بنماید در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه گر بیمه نامه فسخ شده محسوب می شود چنانچه در درخواست بیمه گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد، اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

فصل سوم مقررات مختلف

ماده ۱۵: مهلت پرداخت خسارت :

بیمه گر موظف است حداکثر ظرف یکماه پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند بوسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت نماید.

ماده ۱۶: کتبی بودن اظهارات :

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه بایستی کتباً به آخرین نشانی اعلام شده ارسال گردد.

اصلاحات

در آیین‌نامه‌ی ۴۳/۱ که مکمل آیین‌نامه‌ی ۴۳ می‌باشد، شورای عالی بیمه در اجرای بند ۱ ماده ۱۰ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۸۴/۱۲/۱۵ تصویب نمود آئین‌نامه شماره ۴۳ به شرح زیر اصلاح شود.

در پایین نیز فقط و فقط نام مواردی که اصلاحات در آن صورت گرفته را آورده‌ام و برای توضیحات بیشتر می‌توانید به اینجا مراجعه بکنید.

(۱) نام آئین‌نامه به «شرایط عمومی بیمه گروهی مازاد درمان» تغییر یابد.

(۲) تعریف بیمه‌گر تغییر یافته است.

(۳) موضوع بیمه تغییر یافته است.

(۴) تغییراتی در ماده‌ی ۶ مربوط به هزینه‌ها ...

(۵) ماده ۱۲ و ۱۳

(۶) بند دوم ماده‌ی ۱۴

تعارف بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری آئین نامه زیر را که مشتمل بر ۷ ماده است در جلسه ۱۳۸۱/۰۶/۱۹ تصویب نمود که از تاریخ ۱۳۸۱/۰۷/۰۱ جایگزین آئین نامه شماره ۲۱/۲ و مکمل های بعد آن می گردد.

ماده موسسات بیمه مکلفند بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی موضوع آئین نامه شماره ۴۳ را براساس مقررات و نرخهای تعیین شده در این آئین نامه صادر نمایند .

ماده ۲: شرایط، میزان تعهدات و حداقل حق بیمه جهت جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (Day Care) با بیشتر از ۶ ساعت بستری) و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن برای گروههایی که تحت پوشش بیمه های درمانی سازمان بیمه درمان همگانی، سازمان تامین اجتماعی و.... می باشند بشرح زیر تعیین می گردد:

ردیف	حدافل نرخ حق بیمه ماهانه (در هزار)	سقف تعهد سالیانه برای هر بیمه شده به میلیون ریال
۱	۱/۵۵	۵
۲	۰/۷۵ در هزار نسبت به مازاد تعهد ردیف ۱	بیش از ۵ الی ۱۰
۳	۰/۳ در هزار نسبت به مازاد تعهد ردیف ۲	بیش از ۱۰ الی ۵۰

پوشش‌های اضافی

ماده ۳: پوششهای اضافی

- (۱) هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا میزان ۳۰ درصد سقف تعهد سالیانه و حداکثر تا مبلغ ۵ میلیون ریال با نرخ حق بیمه ماهانه حداقل ۱ در هزار مبلغ تعهد شده در این مورد قابل بیمه شدن می باشد.
- (۲) افزایش سقف تعهد، برای اعمال جراحی مغز و اعصاب (به استثناء دیسک ستون فقرات) ، قلب، پیوند کلیه و مغز استخوان حداکثر تا دو برابر مبلغ تعهد پذیرفته شده ، با حق بیمه اضافی به میزان ۲۰ درصد حق بیمه پایه مجاز می باشد.
- (۳) هزینه های پاراکلینیکی به ترتیب زیر قابل پوشش می باشد:
جبران هزینه های سونوگرافی ، ماموگرافی، رادیوتراپی ، انواع اسکن، انواع سیتی اسکن ، انواع اندوسکوپی، ام آر ای ، اکوکاردیوگرافی با سقف حداکثر ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ای معادل ۱/۶ در هزار مبلغ تعهد شده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه شدن می باشد.
- جبران هزینه های مربوط به تست ورزش ، نوار عضله، نوار عصب ، نوار مغز ، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۵ درصد تعهد پایه با حق بیمه ۰/۶ در هزار در ماه قابل بیمه شدن می باشد.
- (۴) جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم تا میزان حداکثر ۳ میلیون ریال (یک میلیون و پانصد هزار ریال برای هر چشم) با نرخ حق بیمه ماهانه ای معادل ۲/۰ در هزار تعهد پذیرفته شده قابل بیمه شدن می باشد.
- (۵) هزینه جراحیهای مجاز سرپائی مانند شکستگی ها، گچ گیری، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم ، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۵ درصد تعهدات پایه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ای معادل ۰/۸ در هزار مبلغ تعهد شده قابل تامین می باشد.
- فهرست اعمال غیر مجاز سرپائی (در مطب) پیوست می باشد.
- (۶) هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروههای بالای ۱۰ هزار نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه با نرخ حق بیمه ای معادل ۰/۵ در هزار مبلغ تعهد شده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه شدن می باشد.
- (۷) ارائه پوشش بیمه ای جهت خطرات طبیعی (به استثناء زلزله) با حق بیمه اضافی به میزان ۵ درصد حق بیمه پوششهای اخذ شده مجاز است .
- (۸) هزینه هائی که در اجرای ماده ۳ پرداخت می گردد مازاد بر سقف تعهدات سالیانه می باشد.

فرانشیز – تحفیفات

ماده ۴: فرانشیز:

- (۱) حداقل فرانشیز در کلیه موارد بابت سهم بیمه گر اول معادل ۳۰ درصد هزینه های درمان مورد تعهد است در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نماید مشروط بر اینکه تعهدات بیمه گر اول از حداقل مذکور کمتر نباشد فرانشیزی کسر نخواهد شد.
- (۲) علاوه بر فرانشیز موضوع بند فوق برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر ۱۰ درصد فرانشیز اضافی از هزینه های مورد تعهد بیمه گر کسر خواهد شد.

ماده ۵: تخفیفات:

- (۱) شرکت های بیمه می توانند با توجه به تعداد بیمه شدگان تخفیف های زیر را در حق بیمه منظور نمایند.

تعداد بیمه شدگان	درصد تخفیف
۴۰۰۱ الی ۲۰۰۰۰	۵
۲۰۰۰۱ الی ۱۰۰۰۰۰	۱۰
۱۰۰۰۰۱ الی ۵۰۰۰۰۰	۱۵
۵۰۰۰۰۱ به بالا	۲۰

- (۲) در صورتیکه حداکثر تعهد سالیانه موضوع مواد ۲ و یا بند ۳ الی ۵ عنوان سقف تعهد برای خانواده در نظر گرفته شود شرکت بیمه می تواند ۱۰ درصد تخفیف در حق بیمه پوشش محدود شده منظور نماید.

حق بیمه اضافی و حداقل نرخ پوششهای اضافی آئین نامه شماره ۴۴

ماده ۶: حق بیمه اضافی

- (۱) حداقل اضافه نرخ برای افراد بالای ۶۰ سال تمام در گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر به شرح زیر است
 - (۱) برای افرادی که بین ۶۰ الی ۷۰ سال سن دارند با ۵۰ درصد حق بیمه اضافی.
 - (۲) برای افرادی که بیش از ۷۰ سال سن دارند با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی.
- (۲) ارائه پوشش درمان به صندوقها و سازمانهای بازنشستگی و امثال آن با دریافت حداقل ۳۰ درصد حق بیمه اضافی مجاز می باشد.

(۱) حداقل نرخ پوششهای اضافی آئین نامه شماره ۴۴:

- ۱- نرخ هزینه زایمان موضوع ماده ۳ معادل ۱/۱۵ در هزار
- ۲- نرخ هزینه پاراکلینیکی موضوع ماده ۳، معادل ۱/۸۵ در هزار مبلغ مورد تعهد
- ۳- نرخ هزینه پاراکلینیکی موضوع ماده ۳ معادل ۰/۷ در هزار مبلغ مورد تعهد
- ۴- نرخ هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم موضوع ماده ۳ معادل ۰/۲۳ در هزار مبلغ مورد تعهد
- ۵- نرخ هزینه های جراحیهای مجاز سرپایی موضوع ماده ۵ معادل ۰/۹۲ در هزار مبلغ مورد تعهد

End

Thanks For Your Attention