

## بیمه نامه درمان خانواده

|                                                                                      |                          |                                                                                                              |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| این قرارداد بنا بر پیشنهاد مورخ<br>و همچنین در ازای دریافت حق بیمه مقرر صادر می شود. |                          | بیمه گذار و بر اساس قانون و مقررات بیمه در ایران و شرایط خصوصی و عمومی مندرج در متن و ظهر قرارداد و پیوست آن |                         |
| مشخصات<br>بیمه نامه                                                                  | شماره بیمه نامه:         | ۰۵/۱۰۲۱/۳۵۹۷/۲۲۳/۲                                                                                           | مدت بیمه: ۳۶۵ روز       |
|                                                                                      | کد رایانه بیمه نامه:     | ۴۹۸۶۸۰۸                                                                                                      | تاریخ صدور: ۱۴۰۵/۰۵/۰۵  |
|                                                                                      | واحد صدور:               | زنجان کد ۱۰۲۱                                                                                                | تاریخ شروع: ۱۴۰۵/۰۵/۰۵  |
|                                                                                      |                          |                                                                                                              | تاریخ انقضا: ۱۴۰۶/۰۵/۰۵ |
| بیمه گذار                                                                            | نام بیمه گذار:           | کد ۴۲۹۹۳۳۶                                                                                                   | نام پدر:                |
|                                                                                      | شماره شناسنامه:          | ۴۲۷۰۱۵۶۱ کد ملی:                                                                                             | شماره همراه: ۰۹۱۹۱۴۵    |
|                                                                                      | شماره حساب:              |                                                                                                              |                         |
|                                                                                      | شماره اقتصادی بیمه گذار: | ۴۲۷۰۱۵۶۱۷۱                                                                                                   | کد پستی: ۴۵۱۴۸۱۶۵۵۸     |
| نشانی: زنجان-خیابان کلانتری-ک جلیلی-پلاک ۷۱-مجتمع آموزشی                             |                          | تلفن:                                                                                                        |                         |
| حق بیمه                                                                              | حق بیمه سالانه هر نفر:   | ۲۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال                                                                                             | مالیات: ۰ ریال          |
|                                                                                      | عوارض: ۰ ریال            | کل حق بیمه قرارداد:                                                                                          | ۲۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال        |

### مشخصات بیمه شدگان شامل اعضای خانواده:

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | طرح                                           | کد ملی     | شماره شناسنامه | تاریخ تولد | نسبت   | حق بیمه یکسال |
|------|--------------------|---------|-----------------------------------------------|------------|----------------|------------|--------|---------------|
| ۱    | اصغر دینی          | علی     | طرح نقره ای -<br>عمر و سرمایه<br>گذاری - ۱۴۰۵ | ۴۲۷۰۱۵۶۱۷۱ | ۴۲۷۰۱۵۶۱۷۱     | ۱۳۶۸/۱۰/۰۲ | سرپرست | ۲۶۰,۰۰۰,۰۰۰   |

تعداد ماه های دوران انتظار برای زایمان ۹ ماه  
تعداد ماه های دوران انتظار برای بیماری های خاص و مزمن ۳ ماه  
تعداد ماه های دوران انتظار برای سایر بیماری ها ۳ ماه

### تعهدات بیمه گر

| ردیف | شرح تعهدات بیمه گر                                                                                                                                                                                                                                                                       | حداکثر تعهدات سالیانه |               | درصد<br>فرانشیز |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|-----------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | خانواده               | نفر           |                 |
| ۱    | گروه ترکیبی بستری، اعمال جراحی مهم، آمبولانس ها                                                                                                                                                                                                                                          | ۰                     | ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰              |
| ۲    | هزینه زایمان طبیعی                                                                                                                                                                                                                                                                       | ۰                     | ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰   | ۲۰              |
| ۳    | هزینه زایمان سزارین                                                                                                                                                                                                                                                                      | ۰                     | ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰   | ۲۰              |
| ۴    | گروه ترکیبی بستری و آمبولانس ها                                                                                                                                                                                                                                                          | ۰                     | ۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰   | ۲۰              |
| ۵    | دارو                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ۰                     | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰    | ۲۰              |
| ۶    | ویزیت                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ۰                     | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰    | ۲۰              |
| ۷    | هزینه اورژانس در موارد غیر بستری                                                                                                                                                                                                                                                         | ۰                     | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰    | ۲۰              |
| ۸    | گروه ترکیبی پاراکلینیکی گروه اول، دوم، سوم و فیزیو تراپی، کار درمانی و گفتار درمانی                                                                                                                                                                                                      | ۰                     | ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰   | ۲۰              |
| ۹    | جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.                                                                                                                                                                                                               | ۰                     | ۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰   | ۲۰              |
| ۱۰   | زایش سقف تعهدات برای هر بیمه-شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش-های اصلی برای 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 | ۰                     | ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰              |

بیمه گر  
شرکت بیمه تعاون (سهامی عام)  
زنجان کد ۱۰۲۱  
شماره اقتصادی بیمه گر ۱۰۳۲۰۸۳۹۶۵۱

بیمه گذار  
اصغر دینی کد ۴۲۹۹۳۳۶

## بیمه نامه درمان خانواده

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |   |    |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|
| ۱۱ | جبران هزینه زایمان طبیعی و سزارین                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۰ | ۲۰ |
| ۱۲ | پاراکلینیکی گروه اول: جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، موگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته-ای (شامل اسکن هسته-ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری                                                                                                                                                                                                                                                                   | ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۰ | ۲۰ |
| ۱۳ | پاراکلینیکی گروه دوم: جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی 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 ادیومتری) | ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۰ | ۲۰ |
| ۱۴ | جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰  | ۰ | ۲۰ |
| ۱۵ | جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست-های آلرژیک                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۰ | ۲۰ |
| ۱۶ | هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۰ | ۲۰ |
| ۱۷ | جبران هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰  | ۰ | ۲۰ |
| ۱۸ | جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان-پزشکی و جراحی لثه (به استثنا اعمال زیبایی)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۰ | ۲۰ |
| ۱۹ | ۲ جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر حداکثر برای هردو چشم تا مبلغ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۰ | ۲۰ |
| ۲۰ | هزینه 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 شهر)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ۳,۰۰۰,۰۰۰   | ۰ | ۲۰ |
| ۲۱ | هزینه 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. (بین شهری)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ۷,۰۰۰,۰۰۰   | ۰ | ۲۰ |

امضاء و مبادله شده است.

این قرارداد با شرایط خصوصی و عمومی پیوست آن در دو نسخه که هر یک دارای ارزش یکسان می باشد تنظیم و به امضای طرفین رسیده است و در تاریخ

**بیمه گر**  
شرکت بیمه تعاون (سهامی عام)  
زنجان کد ۱۰۲۱  
شماره اقتصادی بیمه گر ۱۰۳۲۰۸۳۹۶۵۱

**بیمه گذار**  
اصغر دینی کد ۴۲۹۹۳۳۶



## شرایط عمومی بیمه درمان خانواده (انفرادی) شرکت بیمه تعاون

این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می‌باشد. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر واقع نگردیده و هم زمان یا قبل از صدور یا در طول مدت بیمه‌نامه کتباً به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌گردد.

### فصل اول - تعاریف و کلیات

**ماده ۱- تعاریف:** تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می‌تواند داشته باشد، با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

**۱-۱- بیمه‌گر:** شرکت بیمه تعاون دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در 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.

**۱-۲- بیمه‌گذار:** بیمه‌گذار شخص حقیقی است که مشخصات وی و اعضاء خانواده در بیمه‌نامه ذکر گردیده و متعهد پرداخت حق بیمه خود و اعضاء خانواده می‌باشد.

**۱-۳- بیمه‌شدگان:** عبارتند از سرپرست خانواده، همسر و فرزندان مجرد کمتر از ۱۸ سال

**۱-۴- موضوع بیمه:** جبران بخشی از هزینه‌های تشخیصی و درمانی مازاد بر سهم بیمه پایه، که منشاء آن بعد از شروع بیمه نامه باشد. شامل هزینه های جراحی و بستری در بیمارستان (حداکثر تا ۶۰ روز بستری) و پاراکلینیکی، ناشی از بیماری ها و حوادث مشمول بیمه نامه.

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

**\*بیماری:** عبارت است از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.

**\*هزینه های پاراکلینیکی:** عبارتند از خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی شامل: انواع رادیوگرافی و سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن و سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، MRI، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، دانستیموتری، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، پاکیمتری، پریمتری، اپتومتری، نوار عصب و عضله، نوار قلب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، هولتر فشار، آنژیوگرافی چشم، شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی درمانی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، فیزیوتراپی، انواع آزمایش (به جز چک آپ، ژنتیک و غربالگری)، ویزیت پزشکان، دارو مطابق لیست داروهای مجاز کشور

**۱-۵- حق بیمه:** وجهی است که بایستی بیمه‌گذار در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه‌گر موقوف به پرداخت حق بیمه در سررسید تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه‌نامه می‌باشد.

**۱-۶- دوره انتظار:** دوره انتظار مدتی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

جبران هزینه های بیمارستانی و پاراکلینیکی ناشی از زایمان و انواع ختم بارداری، درمان نازایی و ناباروری مشمول ۹ ماه تمام دوره انتظار از تاریخ شروع بیمه نامه می باشد.

**۱-۷- فرانشیز:** عبارت است از درصد معینی از خسارت ارزیابی شده، که تأمین آن به عهده بیمه‌شده و یا بیمه‌گذار می‌باشد و میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین شده است.

### فصل دوم - شرایط

**ماده ۲- اصل حسن نیت:** بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت به تمام سوالات مندرج در پرسشنامه پزشکی پاسخ داده و کلیه اطلاعات و سوابق پزشکی در رابطه با وضعیت سلامتی خود را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. هرگاه مشخص گردد، بیمه‌گذار/بیمه‌شده در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا مطلبی را برخلاف واقع اظهار نموده است، که موجب تعدیل ریسک در نظر بیمه‌گر گردد، بیمه‌نامه به صورت یکجانبه از طرف بیمه‌گر فسخ خواهد شد و بیمه‌گر مجاز و محق به اعاده مبالغی که تحت هر عنوان بابت هزینه های درمانی بیمه گذار یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت نموده است، می باشد. به بیان دیگر در صورتیکه ثابت شود بیمه‌شده در شروع قرارداد مبتلا به بیماریهایی بوده که از اظهار آن بطور عمد یا غیر عمد خودداری نموده است، بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران هزینه های ناشی از آن بیماری نخواهد داشت.

**ماده ۳- حدود تعهدات بیمه‌گر:** مطابق جدول پوشش های بیمه نامه و با استناد به آیین نامه های شورای عالی بیمه می باشد.

**تبصره:** جبران هزینه های شیمی درمان، رادیوتراپی و بیماری های خاص تا سقف ۵۰٪ بستری عمومی در سال برای هر بیمه شده می باشد.

**ماده ۴- پرداخت حق بیمه:** بیمه‌گذار موظف است حق بیمه تعیین شده را یکجا و یا برابر شرایط خصوصی بیمه‌نامه پرداخت نماید. بدیهی است در زمان پرداخت هرگونه خسارت، تسویه اقساط آتی حق بیمه ضرورت داشته و یا راساً از مبلغ خسارت کسر و تسویه می‌گردد.

**ماده ۵- استثنائات:** پرداخت هزینه های زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می باشد:

۱- اعمال جراحی زیبایی

۲- عیوب مادرزادی

۳- هزینه همراه بیماران ۱۰ تا ۶۰ سال و هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۴- انواع حوادث ورزشی، ترافیکی، ناشی از کار و ضرب و شتم

۵- جراحی ها و هزینه های مربوط به چاقی مفرط (حتی در صورت تایید بیمه پایه و BMI بالا)

نام و امضا بیمه شده/ بیمه گذار  
تاریخ



## شرایط عمومی بیمه درمان خانواده (انفرادی) شرکت بیمه تعاون

- ۶- جراحی های ماموپلاستی (کوچک کردن سینه بانوان)، ژنیکوماستی (کوچک کردن سینه آقایان)، بلفارو پلاستی (افتادگی پلک)، سپتیورینوپلاستی (انحراف نبغه بینی)
- ۷- هزینه های تشخیصی و درمانی ناشی از هرگونه بیماری مزمن با منشأ قبل از شروع بیمه نامه مانند کاتاراکت، استرابیسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، آنژیوگرافی قلب، آنژیوپلاستی قلب، جراحی قلب باز، تعویض دریچه قلب، انواع سرطان، نارسایی های مزمن کلیه، سنگ کلیه، بیماری های گوارشی، دیسک ستون فقرات، آرتروز و تعویض مفصل، سنگ کیسه صفرا، پروستات، واریکوسل، میومکتومی و هیستروکتومی، سیتوسل، رکتوسل، آنتروسل (مگر آنکه با تایید پزشک معتمد بیمه گر، منشأ شروع آنها، پس از تاریخ پوشش بیمه ای باشد)
- ۸- جنون و به طور کلی بیماری های روان که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.
- ۹- هزینه های چکاپ و واکسن
- ۱۰- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور یا وقوع حوادث مشمول بیمه نامه و در طی مدت بیمه باشد.
- ۱۱- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- ۱۲- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- ۱۳- عقیم سازی
- ۱۴- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک.
- ۱۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف موارد مخدر، روانگردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج
- ۱۶- ترک اعتیاد.
- ۱۷- خودکشی یا اقدام به آن، قتل و جنایت و اعمال مجرمانه.
- ۱۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.
- ۱۹- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۲۰- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان
- ۲۱- لوازم بهداشتی و آرایشی.
- ۲۲- تهیه اعضا مصنوعی بدن

### فصل سوم - مقررات مختلف

- ماده ۶- دریافت معرفینامه و شرایط پرداخت خسارت: با عنایت به ماهیت بیمه های درمان خانواده، استفاده از هرگونه معرفینامه برای مراجعه به مراکز طرف قرارداد، اعم از بیمارستانی و پاراکلینیکی، منوط به تأییدیه بیمه گر می باشد. به همین منظور معرفینامه آنلاین برای بیمه شدگان قبل از تأیید بیمه گر فراهم نخواهد بود. پس از دریافت معرفینامه تسویه خسارت مستقیماً توسط بیمه گر با مرکز درمانی انجام خواهد شد. در صورت عدم استفاده از معرفینامه، بیمه شده پس از پرداخت هزینه مربوطه می بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه پایه اقدام و پس از آن اصل یا کپی برابر اصل صورتحساب بیمارستان بانضمام پرونده کامل بیمارستانی شامل خلاصه پرونده، شرح عمل، سیر بستری، نظریه پزشک معالج و ... به بیمه گر تسلیم نماید.
- بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان های سراسر کشور مخیر بوده لیکن مبنای پرداخت خسارت توسط بیمه گر تعرفه های اعلامی وزارت بهداشت در مراکز هم درجه با مرکز مورد استفاده بیمه شده خواهد بود.
- تبصره ۱- هزینه های بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان مراجعه در داخل کشور با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند، در صورت تأیید صورت حساب های مربوط توسط سفارت ایران، معادل بالاترین تعرفه درمانی داخل کشور تا سقف بیمه نامه پرداخت خواهد شد.
- تبصره ۲- نرخ ارز در محاسبه میزان خسارت معادل نرخ ارز اعلام شده از سوی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در تاریخ صورتحساب خواهد بود.
- ماده ۷- مهلت تحویل اسناد: بیمه گذار یا بیمه شده موظف هستند حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز از تاریخ صورتحساب یا تاریخ تسویه بیمه پایه با وی، نسبت به تسلیم اسناد خسارت به بیمه گر اقدام نماید.
- ماده ۹- پرسشنامه سلامت: تکمیل فرم پرسشنامه سلامت توسط بیمه شده یا بیمه گذار الزامیست و در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر بر انجام آزمایشات تکمیلی، هزینه برعهده بیمه گذار می باشد. بدیهی است اطلاعات اعلام شده در این پرسشنامه مبنای عملکرد بیمه گر در خصوص پذیرش بیمه شده، صدور بیمه نامه و پرداخت خسارت خواهد بود.
- ماده ۱۰- محدوده سنی: حداکثر سن بیمه شدگان این بیمه نامه ۶۰ سال تمام می باشد. بدیهی است در صورتی که بیمه شده ای در طول مدت بیمه نامه به این سقف سنی برسد، پوشش او تا انتهای بیمه نامه برقرار خواهد بود.
- ماده ۱۱- موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تسویه حق بیمه: بیمه گر و یا بیمه گذار می تواند در این موارد نسبت به فسخ بیمه نامه اقدام نمایند.
- الف) موارد فسخ از طرف بیمه گر: در موارد ذیل بیمه گر میتواند طی ۱۵ روز پس از اعلام کتبی به بیمه شده نسبت به فسخ بیمه نامه اقدام نماید. در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گر، حق

نام و امضا بیمه شده/ بیمه گذار  
تاریخ



## شرایط عمومی بیمه درمان خانواده (انفرادی) شرکت بیمه تعاون

بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می شود.

۱. عدم پراخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید

۲. هرگاه 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 ریسک تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

۳. در صورت تشدید ریسک موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه یا صدور الحاقیه برای حذف پوشش ریسک جدید

ب) موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار: در موارد ذیل بیمه‌گذار می تواند با ارائه درخواست کتبی به بیمه‌گر، درخواست به فسخ بیمه نامه را نماید. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه‌گر بیمه‌نامه فسخ شده محسوب می شود. چنانچه در درخواست بیمه‌گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد، اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

۱. در صورت کاهش ریسک موضوع بیمه و عدم موافقت بیمه‌گر حاضر با تخفیف در حق بیمه.

۲. انتقال پورتنوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.

در فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسر ماه، یک ماه تمام منظور خواهد شد): در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن 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. بیمه‌گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده ۱۲ - مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر موظف است حداکثر ظرف ۱۵ روز پس از دریافت شماره شبا از بیمه‌گذار به همراه کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارت های مورد تعهد را پرداخت نماید.

ماده ۱۳ - کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گر و بیمه‌گذار، در رابطه با این بیمه‌نامه، بایستی کتباً به آخرین نشانی اعلام شده در بیمه نامه صادره ارسال گردد. و هریک از طرفین موظف به اعلام تغییر در نشانی و شماره تماس خود، حداکثر طی ۱۵ روز می باشند.

نام و امضا بیمه شده/ بیمه‌گذار  
تاریخ