

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس بیمه نامه:

این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه گر و بیمه گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات:

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

۱. بیمه گر: موسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است. در این بیمه نامه بیمه گر شرکت سهامی بیمه دی (سهامی عام) می باشد.
۲. بیمه گر پایه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.
۳. بیمه گذار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه است.
۴. بیمه شده: شخص یا اشخاص حقیقی است که وضعیت سلامتی وی موضوع قرارداد بیمه بوده و سن و وضعیت سلامتی او مبنای محاسبات حق بیمه است.
۵. موضوع بیمه: جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری یا حادثه، به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین شده و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.
۶. بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.
۷. Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد.
۸. حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد.
۹. خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.
۱۰. فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می شود.
۱۱. خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.
۱۲. مدت بیمه: مدت بیمه معادل یک سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می گردد.

فصل دوم: پوشش های قابل ارایه

ماده ۳- پوشش های قابل ارایه مطابق جدول ارایه شده در سند بیمه نامه و بر اساس ضوابط آیین نامه شماره ۹۹ بیمه مرکزی خواهد بود.

تبصره: در صورتی که منشاء بیماری مورد تعهد، به قبل از خرید بیمه نامه برگردد، خارج از تعهد می باشد.

ماده ۴- حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش های اصلی سالانه مطابق بیمه نامه صادره خواهد بود.

- توجه داشته باشید که سه تعهد دارو و ملزومات دارویی، خدمات اورژانس و انواع ویزیت یک سقف پرداختی مشترک دارند.
- همچنین تعهدات "هزینه های بیمارستانی(جراحی عمومی)، جراحی تخصصی (شش عمل اصلی) و آمبولانس" به صورت مشترک از یک سقف قابل پرداخت می باشند.
- هزینه های دندانپزشکی صرفاً محدود به خدمات کشیدن، جرمگیری، بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش می باشد.

فصل سوم: شرایط

ماده ۵- اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلفند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا 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 بیمه گر بکاهد، بیمه گر حق دارد یا اضافه

حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه‌نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده‌است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی-درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه‌شده است.

ماده ۶- فرانشیز

فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده توسط بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره ۱: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

تبصره ۲: در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۷- دوره انتظار

دوره انتظار در این بیمه‌نامه در سال اول قرارداد برای هزینه‌های مربوط به زایمان و نازایی و نا باروری نه ماه، برای جبران هزینه‌های مربوط به بستری و جراحی سه ماه، برای خدمات مرتبط به کرونا یک ماه و برای خدمات سونوگرافی سه ماه، از تاریخ صدور بیمه‌نامه می‌باشد. در صورتی که بیمه‌گذار سال قبل از صدور این بیمه‌نامه، دارای بیمه‌نامه درمان انفرادی و یا درمان خانواده از **بیمه دی** بوده باشد، دوره انتظار برای تعهدات مشابه بیمه نامه قبلی و در صورتی که دارای بیمه نامه درمان انفرادی و یا درمان خانواده از **سایر شرکت های بیمه** باشد دوره انتظار برای تعهد بستری و جراحی حذف می‌گردد.

ماده ۸- پرداخت حق بیمه

بیمه‌گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.

تبصره: پرداخت حق بیمه به نماینده و یا واریز به حسابی غیر از شماره حساب اعلامی بیمه‌گر فاقد اعتبار بوده و تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نخواهد نمود.

ماده ۹- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی-درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری نمایند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

ماده ۱۰- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی-درمانی را براساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۱۱- چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۲- هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر نیست:

۱. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
۲. سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
۳. ترک اعتیاد.
۴. عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
۵. خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
۶. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

۷. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.
۸. فعل و انفعالات هسته‌ای.
۹. هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
۱۰. هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
۱۱. هزینه‌های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
۱۲. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
۱۳. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
۱۴. هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
۱۵. رفع عیوب انکساری چشم
۱۶. تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.
۱۷. انواع هزینه‌های غیرپزشکی از قبیل: تلویزیون، کیف بهداشتی (مگر با تأیید بیمه‌گر).
۱۸. صدمات حاد ناشی از ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای.
۱۹. بیماری‌های واگیردار، معالجه بیماری‌های افراد مبتلا به ایدز و معلولین ذهنی در صورتی که بیمه‌شده در تاریخ شروع بیمه‌نامه به آن مبتلا باشد.
۲۰. معالجه عضوهای آسیب‌دیده ناشی از حوادثی که تاریخ وقوع آن قبل از تاریخ شروع این قرارداد باشد. (به غیر از خارج کردن پروتز و ترمیم عدم جوش خوردگی یا بدجوش خوردگی استخوان).
۲۱. کلیه هزینه‌های مربوط به اعمال جراحی و پروتزهای زیبایی.
۲۲. صورتحساب، فاکتور و قبض‌های المثنی (پاراکلینیکی و بیمارستانی).
۲۳. هزینه چک‌آپ و آزمایشات دوره‌ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
۲۴. حوادث ترافیکی.
۲۵. کلیه اعمال زیبایی و اعمال مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، بای پس معده و ... و همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه‌نامه است.
۲۶. امکان صدور بیمه‌نامه برای متقاضیانی که دارای BMI (شاخص توده بدنی) بالای ۳۵ هستند، وجود ندارد.
۲۷. هزینه‌های مربوط به ناهنجاری‌های جنین (غربالگری) غیرقابل پرداخت است.
۲۸. در صورتی که منشاء بیماری مورد تعهد این بیمه‌نامه، به قبل از خرید بیمه‌نامه برگردد، خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
۲۹. جبران هزینه‌های جراحی و درمان بیماری‌های ناشی از عیوب مادرزادی خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
۳۰. جبران هزینه‌های شیمی‌درمانی (بستری) و داروی شیمی‌درمانی و جراحی‌های مرتبط، در صورتیکه منشاء بیماری به قبل از خرید بیمه‌نامه برگردد، خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
۳۱. جبران هزینه داروهای نازایی و ناباروری خارج از تعهد این بیمه‌نامه است.
۳۲. فوت بیمه‌شده
۳۳. هزینه‌های بیمارستانی و دارویی و آزمایشی بدون تجویز پزشک متخصص.
۳۴. پرداخت هزینه واکسن کرونا جهت پیشگیری از ابتلا.

تبصره: حوادث ترافیکی که در طول بیمه‌نامه حادث شده و ۲ ماه از تاریخ حادثه گذشته باشد، مازاد بر تعهد دانشگاه‌های علوم پزشکی، تحت پوشش خواهد بود.

ماده ۱۳- نحوه جبران هزینه‌های بیمه شده:

بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده قصد مراجعه به بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر را دارد، حداقل ۵ روز قبل از مراجعه، مدارک مربوطه را جهت بررسی توسط پزشک معتمد به نزدیکترین شعبه محل اقامت خود تحویل دهد. صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل دهد. این هزینه‌ها مطابق با شرایط عمومی حاضر و تعرفه تشخیصی-درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

در خصوص دارو و ملزومات دارویی در تعهد این بیمه‌نامه، صرفاً داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه‌گر پایه به استثناء موارد ذکر شده، قابل پرداخت است و بیمه‌شده می‌بایست صورت‌حساب هزینه به انضمام نسخه پزشک معالج (الکترونیک/دفترچه بیمه) را به شعب بیمه‌دی در سراسر کشور جهت جبران خسارت بر اساس تعرفه مصوب، تحویل دهد.

بیمه‌شده در انتخاب و مراجعه به مراکز تشخیصی (تصویربرداری و آزمایشگاه) و درمانگاه‌های طرف قرارداد یا غیر طرف قرارداد آزاد است.

ماده ۱۴- در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی-درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۵- چنانچه بیمه‌شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت‌بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۶- فسخ بیمه‌نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه‌نامه اقدام نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

۱. عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
۲. هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
۳. در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

۱. انتقال پورتنفوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.

۲. انصراف بیمه‌گذار در صورت عدم ثبت هزینه درمانی

ج- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

۱. در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
۲. در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود. (ماه شمار)

ماده ۱۷- بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۱۸- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۱۹- ارجاع به داوری

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل‌وفصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل‌وفصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل‌وفصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب

داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی داور می کنند. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

مدارک مورد نیاز جهت بررسی و جبران هزینه های درمانی

الف: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات بیمارستانی (در صورت مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد و یا پرداخت مستقیم توسط بیمه شده):

- ۱- اصل گواهی پرداخت سهم بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...)
- ۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممهور به مهر و امضاء پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر بیمارستان .
- ۴- اصل صورت حساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان .
- ۵- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- ۶- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و ممهور به مهر پزشک و کمک جراح.
- ۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۸- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه پایه از اورتر و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ۹- ارسال تأییدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تأیید دارد.
- ۱۰- ارسال گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، MRI، CT و....
- ۱۱- ارسال برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.
- ۱۲- ارسال گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.
- ۱۳- در صورت ارسال پرونده به بیمه گر پایه کپی برابر اصل اسناد فوق مورد تأیید می باشد.

ب: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات آزمایشگاه:

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۲- ارسال جواب آزمایشات پاتولوژی و تومور مارکرها با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر آزمایشگاه.

ج: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات تصویربرداری:

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۲- ارسال گزارش تصویربرداری با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک.

۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر مرکز.

د: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دندانپزشکی:

- ۱- اصل ریز صورت حساب با ذکر دقیق نوع خدمات ارائه شده ممهور به مهر و امضاء دندانپزشک با قید مشخصات بیمه شده.
- ۲- مدارک مورد نیاز مطابق با موارد موجود در ابلاغیه تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد. (در صورت درخواست گرافی توسط دندانپزشک معتمد گرافی باید دارای تاریخ و مشخصات بیمه شده باشد).
- ۳- ارسال اصل تاییدیه دندانپزشک معتمد جهت موارد نیازمند تایید، موجود در ابلاغیه تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی

سایر موارد در خصوص خسارت دندانپزشکی:

- هزینه‌های در تعهد دندانپزشکی صرفاً محدود به خدمات کشیدن، جرمگیری، بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش می باشد.
- تبصره ۱- مواردی که در بند فوق به صراحت به آن اشاره نشده است، در تعهد نمی باشد.
- هزینه‌های دندانپزشکی براساس تعرفه و مدارک عنوان شده در بخش خصوصی دندانپزشکی محاسبه و پرداخت می گردد.
- ویزیت دندانپزشک غیر قابل پرداخت است
- هزینه‌های ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی در تعهد نمی باشد.

ه: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دارویی:

۱. تصویر شفاف نسخه پزشک به همراه ریز اقلام و ریز قیمت به همراه مهر پزشک و داروخانه در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی - خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
۲. در نسخ داروهای آزاد ارسال اصل برگه دفترچه درمانی و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است
۳. ارائه برگه پرفورژ داروخانه ممهور به مهر داروخانه
۴. رونوشت توضیحات پزشک معالج در مورد نسخ مخدوش. (تاریخ و تعداد و نام دارو).

شرایط جبران خسارات دارویی:

- هزینه‌های دارویی براساس فهرست داروهای مجاز کشور (فارماکوپه) طبق برند تجویزی پزشک معالج مطابق با شرایط زیر قابل بررسی و پرداخت است و استفاده از سقف تعهد بیمه‌گران پایه (داروهای تحت پوشش) الزامیست:
۱. داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه، مطابق با قوانین بیمه گر پایه پس از کسر سهم بیمه گر پایه قابل بررسی و پرداخت می باشد (اختلاف قیمت در تعهد است).
 ۲. داروهای تقویتی، مکمل، زیبایی، پوستی، ویتامینه و پروتئینه در تعهد نمی باشد.
 ۳. نسخه‌های ناخوانا یا بدون مهر داروخانه غیرقابل پرداخت می باشد.
- تبصره: حق فنی داروخانه پرداخت نمی شود.

و: مدارک لازم برای پرداخت خسارت تجهیزات پزشکی (ایمپلنت) کارگذاری شده در بدن حین عمل جراحی:

- ۱- دستور تجهیز با قید نام بیمه شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و مهمور به مهر جراح.
- ۲- فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی. توضیحات: مشخصات فاکتور معتبر: در سربرگ رسمی که در آن نام، آدرس و تلفن شرکت، کد اقتصادی، شماره ثبت شناسه ملی شرکت تجهیزات پزشکی، نام و مشخصات کامل خریدار (کد ملی، آدرس، تلفن و...) و مشخصات کالا (شرح کالا، مدل، کد IRC، شماره سریال، تعداد، شرکت سازنده، کشور سازنده، قیمت واحد، قیمت کل (ذکر شده و مهمور به مهر و امضای فروشنده باشد).
- ۳- صورت حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی.

- ۴- گزارش عمل جراحی (شرح عمل) با قید مشخصات بیمه شده به همراه مهر جراح و اتاق عمل.
- ۵- کپی صورتحساب بیمارستان با قید مشخصات بیمه شده به همراه مهر بیمارستان.
- ۶- کپی کارت ملی و صفحه اول دفترچه درمانی بیمه شده.
- ۷- ارائه گرافی قبل و بعد از عمل در جراحی های ارتوپدی و ارائه مدارک مثبت دال بر بکارگیری تجهیزات مورد نظر در حین جراحی (علاوه بر شرح جراحی) در خصوص سایر جراحی ها.
- ۸- ارائه تاییدیه جراحی پزشک معتمد بیمه دی در خصوص مواردیکه نیاز به تایید دارد.
- ۹- ارسال پیش فاکتور تایید شده بیمه دی در خصوص مواردیکه نیاز به تایید دارد.

ز: سمعک :

۱. اصل دستور تجویز سمعک توسط پزشک متخصص
۲. اصل فاکتور فروش سمعک ممهور به مهر مرکز شنوایی سنجی.
۳. کپی کارت گارانتی سمعک.
۴. درج نام کالا، برند، تعداد، قیمت، شماره سریال، نام شرکت و کشور تولیدکننده محصول در کلیه فاکتورهای ارسالی شرکت فروشنده سمعک.
۵. ارائه اصل یا تصویر گزارش کامل شنوایی ممهور به مهر و امضاء مرکز شنوایی سنجی با قید مشخصات کامل بیمار.

سایر موارد:

بیمه گذار متعهد است حق بیمه متعلق به قرارداد را با توجه به شرایط قرارداد و الحاقیه های آن پرداخت نماید. در غیر این صورت تعهدات بیمه گر از تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده به حالت تعلیق درآمده و در زمان تعلیق، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه شدگان را ندارد و بروز هرگونه مشکلی در این خصوص به عهده بیمه گذار خواهد بود.

۱. اعتبار قرارداد منوط به پرداخت اقساط حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه می باشد.

تبصره: در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار این بند نیز اعمال می گردد.

۲. عدم انجام تعهدات بیمه گر به علت تاخیر و یا امتناع بیمه گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه گذار در پرداخت حق بیمه نمی باشد و بیمه گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه گر پرداخت نماید.
۳. چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه صرفا تا پایان همان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.

۴. این بیمه نامه مکمل بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه گران پایه مشابه می باشد (بیمه گر اول)، لذا بیمه شدگان در صورت داشتن بیمه پایه باید در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این مراکز، رونوشت برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام رونوشت چک دریافتی، به بیمه دی تحویل نمایند.

۵. چنانچه سهم بیمه گر اول از فرانشیز قرارداد کمتر باشد میزان فرانشیز قابل اعمال و محاسبه معادل مابه التفاوت سهم بیمه گر اول از فرانشیز قرارداد خواهد بود.

۶. در خصوص هزینه دستمزد پزشکان، با ارایه معرفی نامه بیمه دی به مراکز طرف قرارداد، مابه التفاوت حق الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی باشد.

۷. کلیه هزینه های پاراکلینیکی و بیمارستانی، طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و کتاب ارزش های نسبی و خدمات مراقبتی های سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخت خواهد شد.

تبصره: خدمات دندانپزشکی نیز بر اساس تعرفه های سندیکای بیمه گران ایران قابل پرداخت می باشد.

تبصره: هزینه های ویزیت بر اساس آخرین تعرفه های مصوب هیئت وزیران پرداخت می گردد.

۸. هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا

کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب‌های آنان را تایید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم وجود هر یک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مصوب هیئت وزیران محاسبه خواهد شد.

۹. میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
۱۰. چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.
۱۱. اعمال جراحی فتق نافی، فتق شکمی، بلفاروپلاستی، سپتوپلاستی، استرایپسم می‌بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد.
۱۲. خطرات ناشی از انفجار یا عملکرد ادوات جنگی بازمانده از جنگ تحمیلی در شمول تعهدات این قرارداد می‌باشد، مشروط به اینکه بیمه‌شده به قصد بازدید از مناطق عملیاتی در دوران جنگ تحمیلی و یا خنثی سازی ادوات جنگی در محل حضور نیافته باشد.
۱۳. در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت‌های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه‌شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شب یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه‌گذار برای بیمه‌شده اصلی).
۱۴. اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می‌باشد.
۱۵. مرور زمان دعاوی ناشی از تعهدات بیمه‌گر یکسال از تاریخ انقضاء مدت قرارداد می‌باشد.
۱۶. چنانچه موارد مذکور در بیمه‌نامه و ضمايم و ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر می‌شود، با نظرات بیمه‌گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آن را بنماید. در غیر این صورت مراتب، تایید شده تلقی خواهد شد. هر گونه عملی خلاف این شرط منوط به تایید کتبی بیمه‌گر خواهد بود.
۱۷. پرداخت حق بیمه از سوی بیمه‌گذار و قبول آن از طرف بیمه‌گر به منزله تایید بیمه‌نامه از ناحیه طرفین می‌باشد.