



شرایط عمومی پوشش اعمال جراحی (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) بیمه نامه زندگی سپاس ایران

فصل اول - کلیات

ماده (۱) اساسی قرارداد:

این پوشش تکمیلی بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه، قوانین و مقررات بیمه، اظهارات کتبی بیمه گذار و بیمه شده در فرم پیشنهاد بیمه و پیوست های احتمالی آن، گزارش پزشک معاینه کننده و تایید بیمه گر، شرایط عمومی و شرایط خصوصی بیمه نامه که جزو لاینفک آن بوده، تنظیم گردیده و مورد توافق بیمه گر و بیمه گذار می باشد.

ماده (۲) تعاریف و اصطلاحات:

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این شرایط عمومی صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می توانند داشته باشند با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند:

- ۱-۲) **بیمه گر:** شرکت سهامی بیمه ایران می باشد که جبران هزینه های اعمال جراحی (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) مندرج در بیمه نامه یا جداول پیوست آن را طبق شرایط مقرر در بیمه نامه زندگی سپاس ایران بر عهده می گیرد.
- ۲-۲) **بیمه گر پایه:** سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی و ... می باشند که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارایه خدمات درمان پایه هستند.
- ۲-۳) **بیمه گذار:** شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می نماید. بیمه گذار و بیمه شده ممکن است یک نفر باشند، چنانچه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحد نباشند، رضایت کتبی بیمه شده الزامی است و امضا و اثر انگشت وی در فرم پیشنهاد به عنوان رضایت کتبی تلقی می شود.
- ۱-۳-۲) در مواردی که بیمه شده اهلیت قانونی نداشته باشد، اظهارات کتبی ولی یا قیم قانونی او قابل استناد خواهد بود.
- ۲-۴) **بیمه شده:** شخص حقیقی است که مشخصات وی در قرارداد بیمه درج گردیده و ابتلای نامبرده به یکی از بیماری ها موجب می گردد تا بیمه گر هزینه اعمال جراحی وی را (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) مطابق این شرایط عمومی و شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید.
- ۲-۵) **بیماری:** هرگونه عارضه جسمی یا تغییر نامساعد و اختلال در اعمال طبیعی اعضا و جهاز مختلف بدن که به وسیله پزشک تشخیص داده می شود.
- ۲-۶) **عمل جراحی:** یکی از شیوه های درمان بیماری در پزشکی است که در این روش معمولاً از برش برای ترمیم یا برداشتن بخشی از بدن یا بافت عفونی یا سرطانی یا کارگذاشتن وسیله ای یا اصلاح نقصی در اعضای بدن، استفاده می شود.
- ۲-۷) **حادثه:** عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی یا فوت بیمه شده گردد.
- ۲-۸) **حق بیمه:** وجهی است که بیمه گذار متعهد است مطابق شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه، در مقابل اخذ این پوشش تکمیلی به بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.
- ۲-۹) **دوره انتظار:** مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.
- ۲-۱۰) **فرانشیز:** سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در ماده ۶ همین شرایط عمومی تعیین می شود.
- ۲-۱۱) **فرم پیشنهاد:** فرمی است حاوی مجموعه ای از سوالات و پرسشها که بیمه گر آن را در اختیار بیمه گذار قرار می دهد و بیمه گذار و بیمه شده موظف به تکمیل آن بوده و بیمه گر بر اساس آن نسبت به ارزیابی شرایط بیمه شده و تعیین خطر و در صورت قبول آن نسبت به صدور بیمه نامه اقدام می نماید. آن قسمت از فرم پیشنهاد که بیمه گر قبول نکرده و همزمان یا پیش از صدور بیمه نامه به بیمه گذار اعلام کرده است، جزو تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد. فرم پیشنهاد تکمیل شده جزو لاینفک بیمه نامه می باشد.
- تبصره:** در هر حال امضای فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار و بیمه شده به منزله قبول کلیه مفاد مندرج در آن می باشد.
- ۲-۱۲) **مدت بیمه:** مدت بیمه این پوشش تکمیلی برابر با مدت بیمه نامه سپاس ایران می باشد. منوط بر آنکه مجموع سن بیمه شده و مدت بیمه از ۶۰ سال تمام تجاوز ننماید.

ماده (۳) موضوع بیمه:

موضوع بیمه در این پوشش عبارت است از جبران بخشی از هزینه اعمال جراحی ناشی از بیماری یا حادثه بیمه شده در طول مدت بیمه نامه که جنبه درمانی داشته و قطعاً منجر به بستری بیمه شده در مراجع درمانی مجاز می گردد.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده (۴) رعایت اصل حد اعلائی حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده موظف هستند به کلیه پرسش های مندرج در فرم پیشنهاد، در کمال حسن نیت پاسخ داده و با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات راجع به وضعیت سلامت بیمه شده، سوابق یا لزوم انجام درمان هر یک از بیماری های بیمه شده را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش های بیمه گر به طور عمد از اظهار مطلبی خودداری نموده یا برخلاف واقع اظهار نمایند، بیمه نامه صادره باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچ گونه تأثیری در وقوع حادثه یا بیماری بیمه شده نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز از وی مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه یا در هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطلبی که موثر بر تعهدات بیمه گر و وظایف بیمه گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت بوده و در نتیجه بیمه نامه باطل و بی اثر گردیده و بیمه گر نیز تعهدی برای جبران خسارت بیمه شده نخواهد داشت. اگر خودداری از اظهار مطالب یا ارایه اظهارات خلاف واقع از سوی بیمه گذار یا بیمه شده از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی شود. در این صورت بیمه گر محق خواهد بود به یکی از روش های زیر عمل نماید:

- ۱- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می بود باز هم با دریافت حق بیمه اضافی اقدام به صدور بیمه نامه می کرد، بیمه گر حق دارد نسبت به حذف این پوشش تکمیلی یا فسخ بیمه نامه اقدام نماید یا در صورت موافقت بیمه گذار، با دریافت حق بیمه متناسب با خطر اضافه شده، بیمه نامه را ادامه دهد. در صورت فسخ، بیمه گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ۳۰ روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر موظف است اضافه حق بیمه دریافتی



بیمه ایران

شرایط عمومی پوشش اعمال جراحی (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) بیمه نامه زندگی سپاس ایران

تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار مسترد نماید. در صورت حذف این پوشش تکمیلی بیمه‌گر موظف است با صدور الحاقیه مراتب را به بیمه‌گذار اعلام نموده و حق بیمه‌های دریافتی بابت این پوشش را از تاریخ حذف به بیمه‌گذار مسترد نماید.

۲- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه‌ای باشد که اگر بیمه‌گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می‌بود اقدام به صدور بیمه نامه **نمی‌کرد**، بیمه‌گر حق دارد نسبت به ابطال بیمه نامه اقدام نماید. در این صورت بیمه‌گر می‌تواند ۱۰ درصد حق بیمه‌های دریافتی را بابت هزینه‌های بیمه‌گری کسر و باقیمانده حق بیمه را به بیمه‌گذار مسترد نماید.

۳- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده بعد از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه‌ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

ماده ۵) پرداخت حق بیمه :

بیمه‌گذار موظف است حق بیمه این پوشش تکمیلی را مطابق شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه صادره در سررسید مقرر پرداخت نماید. انجام تعهدات بیمه‌گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

تبصره ۱: چنانچه حق بیمه‌های مقرر بیمه نامه در سررسیدهای تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه نامه، توسط بیمه‌گذار پرداخت نشده باشد و تامین حق بیمه پوشش‌های تکمیلی نیز از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه امکان پذیر نباشد و بیمه شده به بیماری مبتلا شود، بیمه‌گر هیچگونه تعهدی برای جبران خسارت مرتبط با این پوشش تکمیلی نخواهد داشت.

تبصره ۲: نحوه پرداخت حق بیمه این پوشش تکمیلی به صورت سالانه می‌باشد.

ماده ۶) فرانشیز :

فرانشیز سهم بیمه شده در این پوشش تکمیلی، در صورت عدم استفاده بیمه شده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه معادل ۲۰ درصد هزینه‌های مربوطه و در غیر این صورت معادل سهم بیمه‌گر پایه می‌باشد.

تبصره ۱: چنانچه بیمه شده دارای بیمه‌گر پایه باشد، بیمه‌گذار یا بیمه شده موظف هستند ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر پایه اقدام نموده و سپس رونوشت برابر اصل شده مدارک را به همراه رونوشت چک یا سند مالی دریافتی از بیمه‌گر پایه، برای دریافت مابه‌التفاوت هزینه عمل جراحی انجام شده به بیمه‌گر ارائه نمایند.

تبصره ۲: چنانچه بیمه شده فاقد بیمه‌گر پایه باشد، بیمه‌گذار یا بیمه شده موظف هستند نسبت به ارائه اصل مدارک بیمارستانی خود به بیمه‌گر اقدام نمایند و بیمه‌گر نیز پس از اعمال تعرفه و کسر فرانشیز، نسبت به پرداخت مبلغ خسارت به بیمه‌گذار یا بیمه شده اقدام خواهد نمود.

تبصره ۳: در صورتی که سهم بیمه‌گر پایه برای هزینه عمل جراحی بیمه شده کمتر از فرانشیز مقرر در بیمه نامه باشد، بیمه‌گر موظف خواهد بود نسبت به کسر مابه‌التفاوت سهم بیمه‌گر پایه و فرانشیز از خسارت مورد تایید بیمه شده، اقدام نماید.

ماده ۷) وظایف بیمه‌گذار و بیمه شده :

۱-۷) بیمه‌گذار یا بیمه شده حسب مورد موظف می‌باشند کلیه مستندات پرونده بالینی بیمه شده و نظر پزشک معالج وی، صورتحساب‌های بیمارستانی یا سایر مدارک مورد درخواست بیمه‌گر را به وی تسلیم نموده و به کلیه سؤالاتی که در رابطه با سوابق پزشکی بیمه شده از ایشان می‌شود با دقت و صداقت پاسخ دهند.

۲-۷) در صورتی که بیمه‌گذار یا بیمه شده تکالیف مقرر در این ماده و مواد ۸ و ۹ این شرایط عمومی را انجام ندهند، بیمه‌گر تعهدی مبنی بر پرداخت هزینه‌های این پوشش تکمیلی به بیمه‌گذار یا بیمه شده یا دینفع وی نخواهد داشت. مگر اینکه بیمه‌گذار یا بیمه شده ثابت نمایند به علتی خارج از تعهد و اراده خود قادر به انجام تکالیف مذکور نبوده‌اند.

تبصره: کلیه بیمه‌شدگان این پوشش تکمیلی قبل از صدور بیمه نامه توسط بیمه‌گر مورد معاینه پزشکی قرار گرفته و ارائه پوشش بیمه‌ای به آنان منوط به تایید پزشک معتمد بیمه‌گر خواهد بود.

ماده ۸) مدارک لازم برای پرداخت هزینه‌های عمل جراحی بیمه شده (مشروط به بستری در بیمارستان) :

بیمه‌گذار یا بیمه شده حسب مورد موظف هستند مدارک مورد نیاز را به شرح زیر تهیه و به بیمه‌گر ارائه نمایند:

۱-۸) اصل دفترچه بیمه‌گر پایه و مدارک پوشش بیمه‌ای تکمیلی بیمه شده (در صورت وجود پوشش بیمه‌ای پایه یا مکمل برای بیمه شده)

۲-۸) هرگونه مدارک بالینی که پزشک معتمد بیمه‌گر برای بررسی و پرداخت هزینه‌های درمانی به آنها نیاز دارد.

۳-۸) اصل صورتحساب، ریز صورت هزینه‌ها و رسیدهای پرداخت مربوطه و گواهی بیمارستان به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری، شرح معالجات و جراحی انجام شده

ماده ۹) مهلت اعلام خسارت و تحویل مدارک

بیمه‌گذار یا بیمه شده موظف می‌باشند حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از تاریخ ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک یا سند مالی از بیمه‌گر پایه، کلیه مدارک بیمارستانی خود را مطابق مفاد ماده ۸ این شرایط عمومی، به بیمه‌گر ارائه نمایند.

ماده ۱۰) نشانی قانونی - تغییر محل اقامت - نماینده در ایران

۱-۱۰) نشانی محل اقامت بیمه‌گذار یا نماینده وی در ایران که توسط بیمه‌گذار در پیشنهاد بیمه نوشته و امضا شده است، برای بیمه‌گر نشانی قانونی و رسمی تلقی می‌گردد.

۲-۱۰) بیمه‌گذار موظف است تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتابا به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۳-۱۰) هر گاه بیمه‌گذار خارج از ایران اقامت نماید باید یک نفر را که مقیم ایران است، به عنوان نماینده خود به بیمه‌گر معرفی نماید و بیمه‌گر موظف است نامه‌ها و مکاتبات مربوطه را به عنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید.

۴-۱۰) در صورت عدم رعایت مقررات فوق توسط بیمه‌گذار، آخرین نشانی اعلام شده از سوی بیمه‌گذار در ایران معتبر خواهد بود.

۵-۱۰) کلیه مکاتبات بیمه‌گذار و نماینده وی در خصوص این قرارداد باید با ذکر شماره بیمه نامه به آدرس واحد صادر کننده آن که در ذیل بیمه نامه درج می‌گردد، فرستاده شود.



شرایط عمومی پوشش اعمال جراحی (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) بیمه نامه زندگی سپاس ایران

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده (۱۱) تعهدات بیمه گر :

بیمه گر متعهد می گردد در صورت پرداخت حق بیمه تعیین شده در بیمه نامه توسط بیمه گذار در سررسید های مقرر ، هزینه های اعمال جراحی قابل پرداخت به شرح زیر را به بیمه گذار پرداخت نماید:

۱-۱۱) جبران هزینه های جراحی ناشی از بیماری یا حادثه که حتما منجر به بستری بیمه شده در مراکز بیمارستانی مجاز گردیده و جنبه درمانی داشته باشد.

۱-۱۲) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری و جراحی بیمه شده در مراکز بیمارستانی مجاز

تبصره ۱: هزینه های جراحی انجام شده ، حسب مورد براساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور برای بخش های دولتی و خصوصی.

تبصره ۲: در صورت انتخاب هر یک از مراکز بیمارستانی مجاز و استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران تکمیلی در مرکز بیمارستانی مذکور ، بیمه گر صرفا موظف به پرداخت باقیمانده هزینه های قابل پرداخت بیمه شده ، تا سقف تعهدات این پوشش تکمیلی خواهد بود ، در هر صورت بیمه گذار یا بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از کلیه شرکت های بیمه گر پایه و تکمیلی جمعا به مبلغی بیش از صورتحساب های انجام شده خود نمی باشد.

تبصره ۳: جبران خسارت های مورد تعهد این پوشش به صورت مستقیم و با دریافت مدارک مندرج در ماده ۸ این شرایط عمومی ، انجام می گیرد.

ماده (۱۲) دوره انتظار

دوره انتظار این پوشش تکمیلی شش ماه (۶ ماه) از تاریخ شروع بیمه نامه بوده و در این مدت بیمه گر هیچ گونه تعهدی برای جبران هزینه های عمل جراحی واقع شده نخواهد داشت.

فصل چهارم - استثنائات و خسارت های غیر قابل جبران

ماده (۱۳) استثنائات

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است :

۱-۱۳) کلیه هزینه های بیمارستانی یا بستری که منجر به انجام جراحی بیمه شده نگردد.

۲-۱۳) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود.

۳-۱۳) مبتلا شدن به هر یک از بیماری های تحت پوشش در اثر اعتیاد، مستی یا نوشیدن مشروبات الکلی، استعمال هرگونه مواد مخدر، دخانیات یا داروهای محرک بدون تجویز پزشک.

۴-۱۳) در صورتی که بیماری بیمه شده قبل از شروع این پوشش تکمیلی ، آغاز شده باشد.

۵-۱۳) عیوب مادرزادی

۶-۱۳) سقط جنین

۷-۱۳) ترک اعتیاد

۸-۱۳) خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده

۹-۱۳) حوادث طبیعی مانند سیل ، زلزله ، آتشفشان

۱۰-۱۳) جنگ ، شورش ، اغتشاش، بلوا ، اعتصاب ، قیام ، آشوب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنابه تایید مقامات ذیصلاح

۱۱-۱۳) عملیات تروریستی و بیو تروریستی

۱۲-۱۳) فعل و انفعالات هسته ای

۱۳-۱۳) هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر

۱۴-۱۳) هزینه همراه بیماران بین ۷ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر

۱۵-۱۳) جنون

۱۶-۱۳) لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند

۱۷-۱۳) جراحی فک ، جراحی لثه ، دندانپزشکی ، کاتاراکت، رفع عیوب انکساری چشم، تعویض مفصل، تنگی کانال نخاعی ، ترمیم پارگی رباط و مینیسک ، فتق و دیسک

۱۸-۱۳) هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی

۱۹-۱۳) کلیه اعمال جراحی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

۲۰-۱۳) زایمان و نازایی

۲۱-۱۳) هرگونه بیماری که بیمه شده قبل از شروع بیمه نامه به آن مبتلا بوده است ، چه در معاینات پزشکی اولیه انجام شده از بیمه شده تشخیص داده شده باشد ، چه نشده باشد.

فصل پنجم - فسخ بیمه نامه

ماده (۱۴) موارد فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر اقدام به فسخ این پوشش تکمیلی نمایند :

۱-۱۴) موارد فسخ از طرف بیمه گر :

۱-۱-۱۴) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسید یا سررسیدهای معین توسط بیمه گذار.



شرایط عمومی پوشش اعمال جراحی (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) بیمه نامه زندگی سپاس ایران

۱-۲-۱) هرگاه بیمه گذار یا بیمه شده سهوا و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری نماید به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود. مطابق ماده ۴ این شرایط عمومی

۱-۲-۳) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.

۱-۲-۴) موارد فسخ از طرف بیمه گذار :

بیمه گذار می تواند این پوشش تکمیلی را فسخ نماید مشروط بر اینکه هیچگونه خسارتی از سوی بیمه گر بابت این پوشش تکمیلی به بیمه گذار یا بیمه شده پرداخت نشده باشد. در این صورت بیمه گر حق بیمه را تا زمان فسخ محاسبه و از بیمه گذار اخذ می نماید.

ماده ۱۵) آثار فسخ

۱-۱۵) چنانچه بیمه گر بخواهد نسبت به فسخ این پوشش اقدام نماید، موظف است مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ این پوشش ۳۰ روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود، و پوشش تکمیلی مذکور از آن تاریخ فسخ شده تلقی می گردد.

۲-۱۵) چنانچه بیمه گذار بخواهد نسبت به فسخ این پوشش اقدام نماید می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ این پوشش تکمیلی را تقاضا کند. بدیهی است در صورت فسخ این پوشش تکمیلی، امکان ایتباع مجدد آن در طول مدت بیمه نامه وجود نخواهد داشت.

فصل ششم - سایر مقررات

ماده ۱۶) تغییر در شرایط پوشش

هرگونه تغییر در شرایط این پوشش تکمیلی به موجب برگه های الحاقیه ای خواهد بود که براساس تقاضای کتبی بیمه گذار و پس از موافقت بیمه گر، صادر می شود و این برگه های الحاقیه جزو لاینفک بیمه نامه است.

تبصره: بیمه گر با رعایت ضوابط و مقررات می تواند در موارد خاص مطابق با شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه بدون تقاضای بیمه گذار نسبت به صدور الحاقیه اقدام نماید. چنانچه مفاد و مطالب مندرج در بیمه نامه و برگه های الحاقیه با شرایط مورد توافق فی مابین بیمه گر و بیمه گذار تطبیق نکند، بیمه گذار می تواند ظرف مدت بیست روز از تاریخ صدور بیمه نامه یا برگه های الحاقیه، تقاضای تصحیح آن را بنماید. پس از سپری شدن این مدت مندرجات اسناد مزبور مورد تصدیق و قبول بیمه گذار تلقی خواهد شد.

ماده ۱۷) نحوه حل و فصل اختلافات

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند در غیر این صورت هریک از طرفین می توانند موضوع را با انتخاب روش داوری یا طرح در مراجع قضایی حل و فصل نمایند. در صورت انتخاب روش داوری، طرفین قرارداد می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین، هر یک از طرفین باید داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی کند. داوران منتخب، داور سومی را به عنوان سرداور انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می کنند. در صورتی که هریک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از معرفی داور طرف مقابل، داور منتخب خود را معرفی نکند یا داوران منتخب، برای انتخاب سرداور به توافق نرسند هر یک از طرفین می تواند حسب مورد تعیین داور یا سرداور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق الزحمه سرداور را می پردازد و در خاتمه، همه هزینه های داوری بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می شود.

تبصره: دعوی حقوقی موضوع این بیمه نامه یا اجرای آن مطابق مقررات به دادگاه های صالحه ایران (دادگاه صلاحیت دار محل اقامت مدعی علیه) ارجاع خواهد شد.

ماده ۱۸) مرور زمان

مدت مرور زمان کلیه دعاوی حقوقی ناشی از این قرارداد بیمه به مدت دو سال از تاریخ وقوع خطر مورد بیمه می باشد.

ماده ۱۹) موارد پیش بینی نشده

در مواردی که در این شرایط عمومی و شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه نسبت به آن ذکری به میان نیامده است مطابق قانون بیمه، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه و سایر قوانین و مقررات جاری کشور عمل خواهد شد.

ماده ۲۰) تایید رویت شرایط عمومی توسط بیمه گذار

بیمه گر موظف است کلیه مواد این شرایط عمومی را به رویت بیمه گذار برساند و امضای بیمه گذار را در زیر تمام صفحات این شرایط عمومی از وی اخذ نماید.

کلیه مواد مندرج در شرایط عمومی اعلام شده توسط اینجانب بیمه گذار پوشش تکمیلی اعمال جراحی (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) بیمه نامه زندگی سپاس ایران شماره خوانده شد و مورد تایید اینجانب می باشد.

امضا و اثر انگشت بیمه گذار

تاریخ