

ماده (۱) تعاریف :

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 :

- ۱-۱) **بیمه گر** : شرکت سهامی بیمه ایران که متعهد است سرمایه مندرج در بیمه نامه یا ضامنه احتمالی آن را طبق شرایط مقرر در بیمه نامه پرداخت نماید.
- ۱-۲) **بیمه گذار** : شخص حقیقی یا حقوقی 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 باشد، چنانچه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی نباشند، رضایت کتبی بیمه شده الزامی است و امضای وی در فرم پیشنهاد به عنوان رضایت کتبی تلقی می شود.
- ۱-۳) **بیمه شده** : شخص حقیقی است که مشخصات وی در قرارداد بیمه درج گردیده و ابتلای نامبرده به یکی از بیماریهای تحت پوشش بیمه نامه باعث می گردد تا بیمه گر سرمایه مندرج در بیمه نامه را پرداخت نماید.
- ۱-۴) **حق بیمه** : وجهی است که بیمه گذار متعهد است در مقابل اخذ این پوشش تکمیلی به بیمه گر بپردازد.
- ۱-۵) **سرمایه بیمه** : سرمایه بیمه یا غرامت وجهی است که بیمه گر متعهد می گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول این پوشش تکمیلی و حداکثر تا مبلغ مندرج در بیمه نامه به بیمه شده یا ذینفع آن بپردازد.

ماده (۲) اساس قرارداد :

اظهارات کتبی بیمه گذار و بیمه شده در فرم پیشنهاد بیمه و پیوسته های احتمالی آن، قوانین و مقررات بیمه، آئین نامه های مصوب شورای عالی بیمه، گزارش پزشک معاینه کننده و تایید بیمه گر (که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد) اساس صدور بیمه نامه می باشد.

ماده (۳) اصل حسن نیت :

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش های بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به وضعیت سلامت بیمه شده، سوابق یا لزوم انجام درمان هر یک از بیماریهای مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) جهت بیمه شده را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطالبی خودداری نمایند و یا عمداً بر خلاف واقع اظهار بنمایند، بیمه نامه باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطالبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچ گونه تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که موثر بر تعهدات بیمه گر و وظایف بیمه گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت خواهد بود. اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی شود. در این صورت هرگاه مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقا کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند. در صورت فسخ، بیمه گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ده روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه گذار مسترد دارد. در صورتی که مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع بعد از وقوع حادثه معلوم شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

ماده (۴) بیماریهای تحت پوشش :

بیماریهای تحت پوشش عبارتند از ابتلا به هرگونه عارضه جسمی و یا اختلال در اعمال طبیعی اعضا و جهاز مختلف بدن در طول مدت بیمه که ناشی از بروز سکت قلبی، سکت مغزی، جراحی عروق کرونر قلب، سرطان و پیوند اعضای اصلی بدن بر طبق تشخیص پزشک معتمد بیمه گر و با رعایت ماده ۶ به شرح زیر می باشد :

۴-۱) **سکت قلبی (Myocardial Infarction)** : عبارت است از آسیب یا از بین رفتن بخشی از اعضای قلب در نتیجه خون رسانی ناکافی.

این تشخیص براساس وجود مجموعه ی یافته های زیر صورت می گیرد :

۴-۱-۱) وجود درد سینه ای

۴-۱-۲) تغییرات جدید در نوار قلب (E.C.G)

۴-۱-۳) افزایش آنزیم های قلبی

۴-۲) **سکت مغزی (Stroke)** : عبارت است از هر واقعه عروقی مغز یا ترومای سر که باعث نتایج و عوارض عصبی (نورولوژیک) به مدت بیش از ۲۴ ساعت شود و شامل انفارکتوس مغزی، خونریزی یا آمبولی از یک منبع خارجی مغز بوده مشروط بر اینکه با سی تی اسکن یا M.R.I تأیید گردد و شواهد نقایص عصبی به مدت حداقل سه ماه موجود باشد.

۴-۳) **جراحی عروق کرونر قلب (Coronary Artery Surgery)** : عبارت است از انجام عمل جراحی قلب باز به وسیله گرافت عروق کرونر (CABG)، برای ترمیم رگ یا بیشتر از عروق قلبی که تنگ و یا مسدود شده باشند. لزوم انجام عمل جراحی باید به وسیله آنژیوگرافی عروق کرونر تأیید شده باشد. آنژیوپلاستی یا هر نوع اقدام دیگری که از طریق روش های داخل عروقی انجام می گیرد از تعریف فوق مستثنی هستند.

۴-۴) **پیوند اعضای اصلی بدن (Main - Organ - Graft)** : پیوند اعضای اصلی بدن عبارت است از دریافت عضو از طریق پیوند یکی از اندامهای زیر : قلب، ریه، کبد، کلیه و مغز. استخوان

۴-۵) **سرطان (Cancer)** : عبارت است از بیماریهایی که به وسیله حضور یک تومور بدخیم نشان داده شده و با رشد و انتشار غیرقابل کنترل سلول های بدخیم و تهاجم بافتی (متاستاز) مشخص می شود. اصطلاح سرطان (Cancer) همچنین لوسمی (انواع سرطان خون) و بیماریهای بدخیم سیستم لنفاتیکی همانند بیماری های هودجکین (Hodgkin) را نیز شامل می شود. هرگونه سرطان در جای غیر مهاجم (In Situ) و کلیه سرطان های پوست به استثنای ملانوم بدخیم از تعریف فوق مستثنی هستند

ماده (۵) مدت بیمه :

مدت بیمه برابر با مدت بیمه نامه زندگی مان می باشد. منوط بر آنکه مجموع سن بیمه شده و مدت بیمه از ۶۰ سال تمام تجاوز ننماید.

ماده ۶) پرداخت حق بیمه :

بیمه گذار موظف است حق بیمه این پوشش را مطابق بند ۱ ماده ۶ از شرایط عمومی بیمه زندگی مان پرداخت نماید.

تبصره : چنانچه حق بیمه های مقرر در سررسید تعیین شده در بیمه نامه یا پیوست های آن، توسط بیمه گذار پرداخت نشده باشد و نیز تامین حق بیمه پوشش های تکمیلی از محل ذخیره ریاضی امکان پذیر نباشد و بیمه شده به یکی از بیماریهای مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) مبتلا شده و یا به دلیل هر یک از این بیماریها فوت نماید، بیمه گر هیچگونه تعهدی برای جبران خسارت مرتبط با این پوشش تکمیلی نخواهد داشت.

ماده ۷) تعهدات بیمه گر :

بیمه گر متعهد است در صورت ابتلای بیمه شده به بیماریهای تحت پوشش یا فوت ناگهانی وی به علت یکی از بیماریهای مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) پس از سپری شدن دوره انتظار، مبلغ مندرج در بیمه نامه یا ضمائم احتمالی را به شرح زیر پرداخت نماید:

۱-۷) پرداخت سرمایه بیماریهای تحت پوشش مندرج در بیمه نامه به بیمه شده به محض ابتلا به یکی از بیماریهای مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) و اثبات آن به وسیله آزمایش های پزشکی و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.

۲-۷) در صورت فوت بیمه شده به علت ابتلا به یکی از بیماریهای مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵)، سرمایه بیماریهای تحت پوشش علاوه بر سرمایه فوت به هر علت به وراث قانونی و یا استفاده کننده (گان) تعیین شده در قرارداد بیمه پرداخت می گردد.

۳-۷) پرداخت سرمایه در نظر گرفته شده جهت بیماریهای تحت پوشش تنها برای یکی از ۴ بیماری ذکر شده در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۴) بوده و پس از یک بار دریافت سرمایه، خسارت مجدد قابل پرداخت نخواهد بود.

ماده ۸) دوره انتظار :

دوره انتظار هر یک از بیماریهای مندرج در ماده ۴ (بند های ۱ تا ۴) سه ماه و برای پوشش سرطان برابر با شش ماه از آغاز قرارداد بیمه می باشد که در این مدت بیمه گر هیچگونه تعهدی برای جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

ماده ۹) استثنائات :

۱-۹) ابتلا به بیماری ایدز.

۲-۹) مبتلا شدن به بیماری های مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) در اثر اعتیاد، مستی و نوشیدن مشروبات الکلی، استعمال هرگونه مواد مخدر، دخانیات و یا داروهای محرک بدون تجویز پزشک.

۳-۹) در صورتیکه بیماری های مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) قبل از شروع این پوشش در قرارداد، آغاز شده باشد.

ماده ۱۰) موارد فسخ پوشش تکمیلی :

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

۱-۱۰) موارد فسخ از طرف بیمه گر :

۱-۱-۱۰) عدم پرداخت تمام و یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید یا سررسیدهای معین.

۲-۱-۱۰) در صورتی که بیمه گر قبل از وقوع خطر به اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از سوی بیمه شده یا بیمه گذار پی برد.

۲-۱۰) فسخ از طرف بیمه گذار :

بیمه گذار می تواند این پوشش 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 ۱۱) نحوه فسخ :

چنانچه بیمه گر بخواهد این پوشش را فسخ نماید، موظف است موضوع را به صورت اظهارنامه کتبی یا پست سفارشی به نشانی بیمه گذار ارسال نماید. در این صورت این پوشش یکماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می گردد. بدیهی است همین منوال برای فسخ از جانب بیمه گذار نیز رعایت خواهد شد.

ماده ۱۲) وظایف بیمه گذار، بیمه شده و استفاده کنندگان :

۱-۱۲) بیمه گذار، بیمه شده یا استفاده کننده حسب مورد، باید مستندات پرونده بالینی و نظر پزشک معالج بیمه شده، صورتحساب های بیمارستانی و یا سایر مدارک مورد درخواست را به بیمه گر تسلیم نموده و به کلیه سوالاتی که در رابطه با سوابق بیمه شده از ایشان می شود با صداقت پاسخ دهند.

۲-۱۲) در صورتی که بیمه گذار، بیمه شده و یا استفاده کننده بیمه تکالیف مقرر در این ماده و مواد ۳ و ۶ را انجام ندهند، بیمه گر از پرداخت تعهدات این پوشش تکمیلی به بیمه گذار و یا استفاده کننده بیمه نامه خودداری می نماید.

ماده ۱۳) مهلت پرداخت خسارت :

بیمه گر موظف است به محض دریافت گزارش تأیید شده پزشک معتمد بیمه گر به همراه آزمایش های پزشکی، که مؤید ابتلای بیمه شده به یکی از بیماریهای مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) باشد، سرمایه مندرج در بیمه نامه را در وجه بیمه گذار، بیمه شده و یا ذینفع تعیین شده پرداخت نماید.

ماده ۱۴) کتبی بودن اظهارات :

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این پوشش تکمیلی باید به صورت کتبی به آخرین نشانی اعلام شده طرفین ارسال گردد.

ماده ۱۵) سایر موارد :

در مواردی که در این قرارداد نسبت به آن ذکرى به میان نیامده است طبق آیین نامه های مصوب شورایعالی بیمه، قانون بیمه و سایر قوانین جاری کشور عمل خواهد شد.