**تاریخ صدور : نماینده :**

**شماره قرارداد : شماره بیمه نامه :**

**بیمه گذار:خدمات برتر مبین ایمان ایثار 3052729**

**این برگ پیوست جزء لاینفک بیمه نامه شماره فوق وهمزمان با آن صادر گردیده است .**

**الف**- بیمه شدگان عبارتند از كاركنان شاغل وتمام وقت شرکت هایی که دارای شماره ثبت وکد اقتصادی بوده و عضو باشگاه مشتریان بيمه گذار که ازوی کارتهای عضویت خریداری نموده باشندواعضاي خانواده آنها ،که به عنوان بیمه شده کتباً و به تفکیک هر شرکت به بیمه گرمعرفی شده باشند .صورت اسامی می بایست در سر برگ همان شرکت که دارای شماره ثبت وکد اقتصادی و نشانی وشماره تلفن باشد اعلام گردد . کارکنانی که بصورت فصلی، دوره ای، موقت، مشاوران و عناوین مشابه که در این گونه شرکت ها مشغول به کار هستند نمی­توانند مشمول بیمه واقع شوند .

پدر و مادر بیمه شدگان اصلی درصورتی مشمول بیمه قرارخواهند گرفت که ضمن رعایت کلیه شرایط ومقررات بیمه نامه اسامی آنان همزمان با بیمه شده اصلی به بیمه گر ارائه گردد . این گروه مشمول اضافه نرخ نخواهند شد .

ج- حد اقل 50در صد کارکنان می­بایست تحت پوشش بیمه قرار گیرند .

**ب** - روش پرداخت حق بيمه بصورت اقساطي و در 12 قسط ماهانه تعيين میشود بدینرو بیمه گذارميبايست اولين آنرا درتاريخ شروع بیمه نامه و اقساط بعدي رابه فاصله هر یک ماه بعد از تاریخ اولین قسط حق بیمه پرداخت نماید . حداكثرمهلت پرداخت اقساط حق بیمه 45 روزازتاریخ سررسید هر قسط می­باشد .

* حق بیمه های اضافی متعلق به تغییرات بیمه نامه بصورت اقساطی و همزمان با حق بیمه سایر بیمه شدگان و به همان ترتیب می­بایست پرداخت گردد .

**ت**- افزايش درگروه بيمه شدگان در طول مدت بيمه منوط به تولد فرزند( حد اکثر ظرف مدت 45 روز ) و ازدواج بیمه شده اصلی وفرزندان اناث مطلقه (حد اکثر ظرف مدت 30روز ) . كه با ذكر مشخصات لازم و تاريخ تغييرات ظرف مدت تعیین شده كتباً به بيمه گر اعلام نمايد، در غير اينصورت نامبردگان بیمه شده تلقی نشده و تا پایان مدت این بیمه نامه نمیتوانند به صورت اسامی بیمه شدگان اضافه گردنند .

د- چنانجه هریک از شرکت هایی که مشمول بیمه واقع شده اندافرادی خارج از کارکنان خود ویا افرادی که طبق شرایط ومقررات بیمه نامه نمی­توانند مشمول بیمه قرار گیرند به صورت اسامی اضافه و حتی حق بیمه آنان پرداخت و بیمه گر نیز دریافت نموده باشد به محض اطلاع بیمه گر از موضوع علاوه براینکه پوشش بیمه ،بیمه شده اصلی وافرادی که از طریق وی مشمول بیمه شده اند لغو میگردد حق بیمه های پرداختی نیز غیر قابل استرداد خواهد بود ، چنانچه خسارتی دریافت نموده باشند بیمه گذار متعهد استرداد آن به بیمه گر خواهد بود .

**خ**- كاهش ازگروه بيمه شدگان ازقبيل افراد مستعفي ، اخراج و پايان خدمت ، طلاق و ازكفالت خارج شدن فرزندان را با ذكر مشخصات لازم مي بايست پس از خروج مشمولين بيمه ، و حداكثر تا پايان همان ماه كتبا به بيمه گر اعلام گردد .

پایان پوشش بیمه هر یک از بیمه شدگان تاریخ رسمی قطع رابطه بیمه شده اصلی با بیمه گذاروبه تبع آن کلیه افرادی که ازطریق وی مشمول بیمه شده اند وسایر افراد از تاریخ رسمی ثبت در شناسنامه می باشد .

چنانچه ظرف مهلت مقرر اعلام کاهش در گروه بیمه شدگان، بیمه شده صورت هزینه درمانی مربوط به زمان بعد ازخروج از گروه بیمه شدگان را به بیمه گر ارائه و مبلغ خسارت را دریافت نموده باشد، بیمه گذار متعهد دریافت و استرداد آن به بیمه آرمان می باشد.

* درصورت كاهش هريك ازبيمه شدگان مي بايستي كارت هاي درمان تكميلي به بيمه گرمسترد شود . درغيراين صورت عواقب هرگونه سوءاستفاده ازكارت بر عهده بيمه گذار مي باشد.

**خ**- دوران انتظار برای افرادی که مشمول دوران انتظار طبق ماده 4پیوست شماره یک بیمه نامه قرارخواهند گرفت با رعایت شرایط ومقررات قرارداد برای زایمان6 ماه و برای سایر بیماریهای3 ماه تمام میباشد .

**د**- پرداخت هزینه داروهایی که به صورت نسخه آزاد توسط بیمه شدگان پرداخت می گردد با کسر 30درصد فرانشیز قابل پرداخت است.

**ر**- حد اکثر مبلغ قابل پرداخت برای هزینه های سرطان ورادیو تراپی مبلغ 000/000/200ریال می­باشد .

**س**- حد اکثر مبلغ قابل پرداخت برای هزینه های اتاق های ویژه 0 ccuو icu و nicu و . . . ) مبلغ 100.000.000ریال می­باشد  **ص**- هزینه انواع آزمایش به استثاء چکاپ و تشخیص نا هنجاریهای جنین قابل پرداخت است .

**ط**- بند ف از ماده 5 پیوست شماره یک حذف میگردد .

**ع**- حد اکثر مهلت ارائه مدارک مندرج در بند ت از ماده 6 پیوست شماره یک ازدو ماه به سه ماه افزایش می­یابد .

**ف** ـ بيمه گذارموظف است كليه مدارك و اطلاعات مرتبط با بيمه شدگان از قبيل لیست های حقوقی ارسالی به وزارت دارایی مربوط به هرشرکت ، حكم كارگزيني، سوابق پزشكي و معالجات و. . .را درصورت تقاضاي بيمه گر به وی ارائه نمايد.

**ق**- مبلغ خسارت هایي که بیمه شده بصورت آزاد هزینه نموده در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد .

**بيمه گذار بیمه گر**

**خدمات برتر مبین ایمان ایثار 3052729 شرکت بیمه آرمان (سهامی عام )**