

آیین نامه و ضوابط بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و مقررات جاری کشور بر قرارداد بیمه تکمیلی ، عمر وحادثه سال جاری و این توافق حاکم می باشد

۱. مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است ، که از ساعت صفر بامداد روز ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ شروع و تا ساعت صفر بامداد روز ۱۳۹۹/۰۴/۰۱ می باشد.
۲. جهت ثبت نام بیمه تکمیلی داشتن بیمه پایه (تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و...) در زمان ثبت نام الزامی است .
۳. اعضای اصلی صندوق جهت ثبت نام بیمه تکمیلی افراد تحت تکفل، می بایست مبلغ حق بیمه را به ازای هر نفر جداگانه پرداخت نمایند .
۴. والدین اعضاء بشرطی می توانند ثبت نام و از خدمات بیمه تکمیلی بهره مند شوند که تحت کفالت عضو اصلی قرار داشته باشند.
- تبصره: در این آئین نامه تحت کفالت (تکفل) به کسی اطلاق می شود که تحت پوشش بیمه پایه فرد اصلی بوده و دارای کد کارگاهی مشترک با بیمه شده اصلی باشد.
۵. اعضاء می توانند یکی از ۳ طرح امید، آرامش و یا رفاه (که براساس سطح خدمات و مبلغ تقسیم بندی شده است) را برای خود و افراد تحت تکفل انتخاب نمایند، اعضاء محترم بایستی دقت داشته باشند که بعد از انتخاب و منقضی شدن مهلت ثبت نام تغییر طرح و یا اضافه و حذف نمودن افراد تحت تکفل (به هیچ وجه) امکان پذیر نمی باشد.
۶. هر فرد به همراه همه افراد تحت تکفل می بایست یکی از طرح های سه گانه را انتخاب نموده و امکان متمایز بودن طرح برای هر کدام از اعضای خانواده وجود ندارد.
۷. فرزندان پسر حداکثر تا سن ۲۰ سالگی تمام و فرزندان دختر تا قبل از ازدواج و یا عدم اشتغال به کار می توانند تحت پوشش قرار گیرند. (در مورد فرزندان پسر بالای ۲۰ سال نیز با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا زمانی که به تحصیل اشتغال کامل دارند حداکثر تا سن ۲۷ سال و دانشجویان دکترا حداکثر تا سن ۲۸ سالگی بلامانع می باشد)
۸. در طول مدت قرارداد نوزادان اعضاء از بدو تولد به شرط ثبت نام بیمه تکمیلی تا ۱ ماه پس از تولد می توانند تحت پوشش قرار گیرند.
۹. فرزندان معلول ذهنی و جسمی اعضاء (بیمه شده اصلی) که قانوناً تحت تکفل آنها می باشند با ارائه مدارک مثبتة از بهزیستی و با تایید صندوق و شرکت بیمه، بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند گرفت.
۱۰. منظور از عبارت بدون سقف برای هزینه های درمانی در جدول سقف تعهدات عبارت است از: پرداخت هزینه های بستری و اعمال جراحی، بدون محدودیت در تعدد استفاده می باشد نه مبلغ. یک بیمه شده در یک سال می تواند به تعداد نامحدود تحت بستری و عمل جراحی قرار گیرد و برای هر بار بستری هزینه طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان پرداخت خواهد شد .
۱۱. ثبت و تایید هزینه درمان توسط اعضاء در سامانه بیمانو بصورت الکترونیک خواهد پذیرفت .
۱۲. اعضا باید پس از ثبت اطلاعات هر مورد خسارت درمان در سامانه بیمانو، کد پیگیری آن را از سامانه دریافت و برای پیگیری نزد خود نگهداری نمایند .
۱۳. فرآیند رسیدگی به اسناد و پرداخت خسارت منوط به دریافت اصل مدارک تایید شده توسط صندوق اعتباری هنر می باشد .
۱۴. نحوه ارسال اصل مدارک پزشکی (از کل کشور) پس از تایید کارشناس در سامانه بیمانو (که به اطلاع بیمه شده می رسد) از طریق پست انجام می پذیرد .
۱۵. از آنجایی که ملاک واریز هزینه های درمانی شماره حساب و شماره شبای مندرج در پروفایل متعلق به نفر اصلی است، می بایست شماره حساب اعلام شده نیز به نام نفر اصلی باشد. لذا از ثبت حساب های مشترک یا به نام بستگان و یا مسدود جدا خودداری نمایید. مسئولیت هرگونه اشتباه و اختلال در مورد اعلام شماره حساب بر عهده بیمه شده می باشد و از واریز خسارت به نام فردی غیر از بیمه شده اصلی جلوگیری بعمل می آید.
۱۶. اطلاعات مربوط به نام کاربری و پسورد اعضاء کاملاً محرمانه بوده و در صورت ارائه رمز به هر شخصی (با هر عنوانی) مسئولیت آن با خود شخص میباشد .
۱۷. مدت زمان ارائه، تایید، ارسال و اخذ فاکتورها جهت دریافت خسارت ها درمانی از تاریخ انجام هزینه حداکثر ۲ ماه می باشد.
۱۸. سایت صندوق اعتباری هنر، مرجع رسمی اطلاع رسانی می باشد بر این اساس درج هرگونه اطلاعیه در آن به منزله ابلاغ رسمی به اعضاء تلقی شده و عدم اطلاع عضو (از مندرجات آن) رافع مسئولیت وی نمی باشد.
۱۹. به هر دلیلی که عضویت فرد در صندوق لغو شد هزینه بیمه تکمیلی مسترد نمی شود.
۲۰. درخصوص بیمه عمر دارا بودن شرایط بیمه مرکزی و شرکت بیمه گر ملاک پرداخت خسارت احتمالی است.

با اطلاع کامل از شرایط بیمه تکمیلی نسبت به درج صحیح اطلاعات خود و افراد تحت تکفل که تحت پوشش بیمه ای بنده می باشند اقدام و متعهد شده ام مدارک و مستندات هزینه های درمان را طبق شرایط و ضوابط اعلامی صندوق ارائه و بر اساس مقررات هزینه ها را دریافت نمایم. در صورت کشف هرگونه اظهارات و اطلاعات خلاف واقع (در هر مقطعی) مسئولیت های مربوطه (اعم از مدنی و کیفری و ...) به عهده اینجانب بوده و صندوق مخیر است بدون مسترد نمودن هرگونه وجهی نسبت به قطع بیمه تکمیلی و ارائه خدمات به اینجانب و افراد معرفی شده اقدام کرده و کلیه خسارت های وارده را به هر طریق ممکن وصول نماید .