

جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	00	1397/05/16	صدور اولیه
کلیه صفحات	01	1402/09/25	اصلاح بیماری های خارج از پوشش در بند سرطان، اصلاح موارد مشمول سکنه قلبی، نوع اعضا پیوندی برای گیرنده، روش های درمان در بند تومور، شرایط تشخیص کما، بیماری های های خارج از پوشش و اصلاح بازه سنی پوشش برای کودکان از صفر تا 18 سالگی
کلیه صفحات	02	1403/02/30	حذف عبارت "هزینه درمانی" و اصلاح نام سند از "شرایط پوشش اضافی هزینه های درمانی امراض خاص (ممتاز)" به نام کنونی
کلیه صفحات	03	1404/02/28	اصلاح چیدمان بیماری ها، حذف بیماری های گروه خردسالان و ادغام با بزرگسالان، افزودن بیماری به گروه های بیماری سرطان، قلبی عروقی، اعصاب و گروه سایر بیماری ها، افزودن بیماری (ایدز، عفونت HIV، هپاتیت B و C و هپاتیت مشاغل حاد، جراحی آنوریسم مغزی، کاردیومیوپاتی، آنمی آپلاستیک، مولتیپل میلئوما، مننژیوم، بکتريال، پیس میکر، آنژیو پلاستی عروق قلبی، قرار گیری در لیست پیوند، پیوند قلب، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند ریه

تهیه کننده/بازنگری کننده	تایید کننده	تصویب کننده
غزاله سادات فخارزاده	سینا رشوند 1404/02/29	شیما آراء 1404/04/28
	مهدي فلاح 1404/04/25	
	فرزاد فروغي 1404/04/28	

شرایط پوشش اضافی امراض خاص (طرح ممتاز)

ماده ۱ - تعهد بیمه گر:

به موجب این پوشش، بیمه گر در ازای دریافت حق بیمه اضافی مربوط، متعهد می گردد در صورت ابتلای بیمه شده به بیماری های مندرج در ماده ۲، سرمایه مندرج در جدول بیمه نامه، را پرداخت نماید.

ماده ۲ - بیماری های تحت پوشش:

بیماری های تحت پوشش این بیمه نامه، به چهار گروه تقسیم می شوند.

گروه بیماری های سرطان: سرطان، آنمی آپلاستیک، مولتیپل میلوما، تومور خوش خیم مغزی، پیوند مغز استخوان

گروه بیماری های قلبی و عروقی: اولین سکته قلبی، جراحی قلب باز (CABG)، آنژیوپلاستی، جراحی درجه قلب، جراحی آئورت قلبی، پیس میکر، پیوند قلب، کار دیومپاتی، سکته مغزی، آنوریسم مغزی.

گروه بیماری های اعصاب: وضعیت پایدار نباتی، کما، بیماری آلزایمر، بیماری پارکینسون ایدیوپاتیک، MS، فلج اندام، بیماری عصبی-حرکتی، دیستروفی عضلانی، ناپینایی، عدم توانایی تکلم، ناشنوایی، آنسفالیت ویروسی حاد، ترومای شدید سر (آسیب تروماتیک مغزی).

گروه سایر بیماری ها: ایدز، ایدز مشاغل، هیپاتیت B، هیپاتیت C، هیپاتیت مشاغل، هیپاتیت ویروسی برق آسا، پانکراتیت مزمن، مننژیت باکتریال، سوختگی های شدید، فقدان کامل اندام ها، آرتریت روماتوئید، و خیم، پیوند کبد، پیوند ریه، قرار گیری در لیست پیوند، نارسایی انتهایی کلیوی، نارسایی مزمن ریه، بیماری و خیم کبدی.

ماده ۳ - تعریف بیماری ها:

۱ - سرطان (Cancer):

هر نوع تومور بدخیم که توسط شواهد بافت شناسی به تأیید رسیده و با علائم رشد غیر قابل مهار سلول های بدخیم و تهاجم به بافت همراه است، به عنوان سرطان شناخته می شود.

لوکمی (سرطان خون)، لنفوم بدخیم و سندرم میلودیدپلاستیک، تحت پوشش این تعاریف قرار می گیرند.

تشخیص بیماری می بایست توسط متخصص مشاور تأیید گردد.

برابر تعاریف فوق، مواردی که نیاز به شیمی درمانی، رادیوتراپی و یا شواهدی از متاستاز ندارد مستثنی می گردد و موارد زیر تحت پوشش قرار نمی گیرند:

- هر گونه توموری که توسط بافت شناس به عنوان «پیش سرطانی»، بدون تهاجم و یا سرطان *insitu* تشخیص داده شود.

- هر گونه دیس پلازی سرویکال 1-Cin، 2-Cin و 3-Cin تشخیص داده شود.

- هر نوع سرطان پروستات.

- لوکمی مزمن لنفوسیتیک.

- کارسینوم سلول بازال (BCC)، کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) پوست و ملانوم بدخیم مرحله IA (T1aNO0M0).

- سرطان سلول پاپیلاری تیروئید.

- میکرو کارسینومای پاپیلاری مثانه با طبقه بندی بافت شناسی Ta.

- پلی سیتمی ورا (Polycythemia vera) و ترومبوسیتمی اساسی (Essential).

- گاموپاتی مونوکلونال با درجه اهمیت نامشخص.

- لنفوم معده ای MALT در صورتی که شرایط با ریشه کتی هلیکوباکتر درمان گردد.

- تومور معده ای - روده ای استرومای (GIST).

- لنفوم پوستی

- کارسینومای با تهاجم کم پستان (از نظر بافت شناسی به عنوان T1mic طبقه بندی شده).

- کارسینوم با تهاجم کم رحم.

۲ - آنمی آپلاستیک:

نوعی بیماری است که مغز استخوان قادر به ساختن سلول های خونی و پلاکت نمی باشد (پان سیتوپنی).

تشخیص بر اساس آزمایش خون و نمونه برداری مغز استخوان می باشد.

تعریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی دهد:

- آنمی آپلاستیک گذرا.

- میلو فیبروزیس.

- آنمی آپلاستیک مادرزادی.

۳ - مولتیپل میلوما (MM):

مولتیپل میلوما تکثیر غیر طبیعی سلول های پلاسماسل (گلبول سفید) در مغز استخوان است.

در صورت تأیید بیماری توسط متخصص مربوطه و انجام شیمی درمانی قابل پرداخت خواهد بود.

۴ - تومور خوش خیم مغزی:

تشخیص قطعی تومور خوش خیم مغز، در حفره کرانیال و منشأ گرفته از بافت مغز، مننژ یا اعصاب کرانیال می باشد. تومور بایستی حداقل با یکی از موارد زیر مورد درمان قرار گیرد:

- برداشت کامل یا نسبی توسط جراحی.

Streotactic Radiosurgery -

تشخیص بیماری می بایست توسط نورولوژیست یا جراح مغز و اعصاب مشاور بر اساس یافته های تصویربرداری تأیید گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی دهند:

- تشخیص یا درمان هر نوع کیست، گرانولوم، همارتوما و یا اختلال ساختاری شریان ها یا ورید های مغزی.

- تومور های غده هیپوفیز.

۵ - پیوند مغز استخوان:

فرد گیرنده آلوگرافت یا ایزوگرافت عضو زیر:

- مغز استخوان (کاشت مغز استخوان آلوژنیک هماتوپوئیتیک بافت Stem Cell که از طریق پیوند کامل مغز استخوان صورت پذیرد).

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی دهند:

- پیوند سایر اعضا، فلپ ها یا بافت های بدن (مانند قرنیه و پوست).

- پیوند سایر رده های سلول های بنیادی مثل سلول Islet و همچنین سلول های بنیادی غیر از رده خونساز (هماتوپوئیتیک).

۶ - اولین سکته قلبی:

سکته قلبی به معنای مرگ بافت قلبی ناشی از انسداد طولانی مدت جریان خون می باشد. در این تعریف، سکته قلبی توسط شواهد افزایش یا کاهش مارکر های قلبی (تروپونین یا CKMB) به اندازه ای که به عنوان تشخیص سکته قلبی محسوب شود و حداقل ۳ مورد از موارد زیر را شامل شود:

- علائم ایسکمی (مانند درد قفسه سینه).

- تغییرات الکتروکاردیوگرام (ECG) که نشانگر ایسکمی جدید باشند (تغییرات جدید ST-T و یا بلوک جدید باندل چپ).

- بروز امواج پاتولوژیک Q در ECG.

- وجود شواهد اختلال عضله قلب در اکوکاردیوگرافی.

تشخیص بیماری می بایست توسط متخصص مشاور قلب تأیید گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی دهند:

- سندرم حاد عروق کرونر (آنژین صدری پایدار یا ناپایدار).

- افزایش مقادیر تروپونین در نبود بیماری‌های ایسکمیک قلبی (مانند میوکاردیت، بالون‌گذاری آپیکال، آسیب قلبی (Contusion)، آمبولی پولمونر، مسمومیت دارویی)
- انفارکتوس میوکارد با عروق کرونری طبیعی یا ناشی از وازواسپاسم عروق کرونر Bridging میوکارد و یا سوء مصرف دارو.

- انفارکتوس میوکاردی که به فاصله ۱۴ روز پس از آنژیوپلاستی کرونر و یا عمل جراحی بای‌پس صورت پذیرفته باشد.

۷- جراحی بای‌پس شریان کرونر (CABG):

جراحی گرفت (بافت پیوندی) و بای‌پس شریان کرونر به منظور درمان بیماری عروقی کرونر با درگیری چندرگ استفاده می‌شود.

مداخله جراحی به منظور تصحیح تنگی یا انسداد تعداد ۲ یا بیشتر از شریان‌های کرونر به کمک بای‌پس‌های گرفت شده می‌باشد.

جراحی قلب با استرنوتومی کامل (برش عمودی استخوان قفسه سینه) و انجام عملکردهای با حداقل تهاجم (استرنوتومی نسبی) یا توراکوتومی تحت پوشش قرار می‌گیرند.

تشخیص انجام جراحی توسط کاردیولوژیست یا جراح قلب، براساس یافته‌های آنژیوگرام به تأیید می‌گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- جراحی بای‌پس برای درمان تنگی یا انسداد یک رگ کرونر.

۸- آنژیوپلاستی عروق قلبی:

آنژیوپلاستی به قرار دادن استنت در عروق کرونر به منظور تصحیح تنگی و انسداد تعداد ۳ یا بیشتر از شریان‌های اصلی کرونر که توسط یافته‌های آنژیوگرافی اختلال آن‌ها تأیید شده باشد.

تشخیص درمان می‌بایست توسط کاردیولوژیست تأیید گردد.

قرار دادن بیشتر از یک استنت در یک رگ و یا استنت گذاری در شاخه‌های فرعی رگ اصلی همان یک رگ محسوب می‌گردد.

فاصله زمانی اولین و آخرین استنت گذاری حداکثر یک سال باشد.

۹- جراحی دریچه قلب:

جراحی دریچه قلب شامل موارد با تهاجم حداقلی و با استفاده از کاتتر می‌باشد. عمل جراحی جابجایی یا ترمیم یک یا تعداد بیشتری از دریچه‌های قلبی مبتلا تحت این تعاریف عنوان می‌شوند:

- جایگزینی یا ترمیم دریچه قلبی با استرنوتومی کامل (برش عمودی استخوان قفسه سینه)، استرنوتومی نسبی یا توراکوتومی.

- روش Ross.

- والوپلاستی بر مبنای کاتتر.

- جاگذاری دریچه آئورتیک ترانس کاتتر (TAVI).

تشخیص جراحی می‌بایست توسط مشاور متخصص قلب یا جراح قلب براساس اکوکاردیوگرافیک و یا یافته‌های کاتتراسیون قلبی تأیید گردد.

تعاریف فوق، مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- کلیپ کردن ترانس کاتتر دریچه میترال.

۱۰- جراحی آئورت:

جراحی آئورت شامل روش‌های با حداقل تهاجم است و عمل جراحی با هدف رفع تنگی، انسداد، آنوریسم و یا دیسکسیون آئورت صورت می‌پذیرد. روش‌های با حداقل تهاجم مانند ترمیم اندوواسکولار تحت این عنوان دسته‌بندی می‌شوند. تشخیص انجام جراحی می‌بایست توسط جراح مشاور و براساس تصویربرداری‌های انجام شده تأیید گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- انجام جراحی برای هر یک از شاخه‌های آئورت سینه‌ای (توراسیک) یا شکمی

(ابدومینال) (مشمول بر گرفت‌های بای‌پس آئورتو ایلیاک یا آئورتوفمورال).

- جراحی آئورت مرتبط با اختلالات ارثی بافت همبند (مانند سندروم مارفان، سندرم اهلرز دانلس).

- جراحی ناشی از صدمات تروماتیک به آئورت.

۱۱- پیس‌میکر:

جاگذاری پیس‌میکر (ضربان ساز) قلبی به روش جراحی و داخل بدن که به جهت اصلاح اختلالات ضربان قلب صورت پذیرد.

تشخیص انجام جراحی می‌بایست توسط متخصص قلبی تأیید گردد.

- پیس‌میکرهای موقت و با روش‌های قرارگیری غیر جراحی، تحت پوشش قرار نمی‌گیرند.

تبصره: دوره انتظار این پوشش ۲۷۰ روز از آغاز بیمه‌نامه می‌باشد.

۱۲- پیوند قلب:

انجام عمل جراحی پیوند آلوگرافت قلب، در صورتی که امکان هیچ اقدام درمانی طبی و یا جراحی دیگری وجود نداشته باشد.

تشخیص انجام جراحی می‌بایست باید توسط جراح متخصص تأیید گردد.

۱۳- کاردیومیوپاتی:

هر نوع اختلال عضله قلب که منجر به ناتوانی قلب در پمپاژ مناسب خون می‌گردد «کاردیومیوپاتی» نامیده می‌شود، تشخیص بیماری در صورت وجود با بیوپسی و یا احراز حداقل دو شرط از موارد زیر صورت می‌پذیرد:

۱- میزان برون ده قلبی (EF) براساس یافته‌های اکوکاردیوگرافی کمتر از ۲۵٪ باشد.

۲- افزایش سطح BNP در آزمایش خون.

۳- تأیید اختلال عضله قلب در MRI قلب.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- بروز بیماری بر اثر عوارض دارویی.

- بروز بیماری بر اثر اختلالات دریچه‌ای عروق قلب.

- بروز بیماری بر اثر عفونت‌های ویروسی مانند ایدز و هپاتیت.

۱۴- سکته مغزی (Stroke):

سکته مغزی عبارت است از مرگ بافت مغزی ناشی از حادثه عروق مغزی با منشاء ترومبوز یا خونریزی اینتراکرانیا (به همراه خونریزی ساب آراکنوئید)، یا آمبولی با منشاء اکستراکراکرنال همراه با بروز حاد علائم نورولوژیک که منجر به علائم دائمی گردد.

تبصره: اختلالات نورولوژیک به صورت زیر تعریف می‌شوند:

علائم اختلال عملکرد سیستم عصبی جدید که در معاینات بالینی مشخص باشند.

علائم تحت پوشش شامل موارد زیر است: بی‌حسی هیپراستزی (افزایش حساسیت)،

فلج (پارالزی)، ضعف موضعی، دیس آرتری (اختلال در تکلم)، آفازی (عدم توانایی

تکلم)، دیس فاژی (اشکال در بلع)، اختلالات بینایی، اشکال در راه رفتن، عدم هماهنگی

عضلانی، ترمور، تشنجه‌ها، لتارژی، دمانس (اختلال حافظه)، دلیریوم (توهم) و کما.

اختلال نورولوژیک بایستی به مدت بیش از ۳ ماه از زمان تشخیص ادامه داشته باشد.

تشخیص بیماری توسط نورولوژیست مشاور و همراه براساس تصویربرداری مربوطه تأیید می‌گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- مشاهده نکته غیر طبیعی در سیتی‌اسکن یا MRI یا سایر تکنیک‌های تصویربرداری بدون علائم بالینی مرتبط.

- علائم عصبی که در نبود اشکال جدی عضلانی اسکلتی بروز می‌کنند، مانند واکنش‌های عضلانی بدون سایر علائم.

- علائم نشان‌دهنده منشأ روانی یا سایکولوژیک بیماری.

- حمله‌گذرای ایسکمیک (TIA) و اختلال ایسکمیک نورولوژیک طولانی‌شده قابل

بازگشت (PRIND).

۱- شستشو- قابلیت حمام کردن در وان یا حمام (به همراه قابلیت داخل و خارج شدن از حمام/وان) و یا شستشوی رضایت بخش از طریق سایر روش ها.

۲- لباس پوشیدن و درآوردن لباس- قابلیت پوشیدن، درآوردن و بستن و باز کردن تمام البسه و یا در صورت نیاز هر گونه اعضاء مصنوعی یا تجهیزات الصافی جراحی به بیمار.

۳- قدرت غذا خوردن در فرد، زمانی که غذا تهیه و آماده شده است.

۴- رعایت بهداشت فردی با رعایت موازین مربوطه و استفاده از دستشویی و یا کنترل عملکرد روده و مثانه به شکل مناسب.

۵- تردد بین اتاق ها، قابلیت تردد از یک اتاق به اتاق دیگر در یک طبقه.

۶- قابلیت به بستر رفتن و برخاستن از بستر- قابلیت خروج از بستر و نشستن بر روی صندلی پشتی دار یا ویلچر و برعکس.

تشخیص بیماری می بایست توسط نورولوژیست یا جراح مغز و اعصاب مشاور و بر اساس یافته های تصویربرداری (CT یا MRI) مغزی تأیید گردد.

تعاریف فوق، مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی دهد:

- سایر موارد دمانس ناشی از اختلال مغزی، یا سیستمیک و یا سایر شرایط روانی

۱۹- بیماری پارکینسون ایدیوپاتیک:

مواردی که منجر به از دست دادن دائمی قابلیت های فیزیکی گردد، به عنوان بیماری پارکینسون ایدیوپاتیک شناخته می شود. تشخیص بیماری در صورت وجود حداقل ۲ مورد از موارد بالینی زیر صورت می پذیرد:

- سفتی عضلانی.
- ترمور (لرزش).
- برادی کینزی (آهستگی غیر طبیعی حرکات، آشتگی پاسخ های فیزیکی و روانی).

بیماری پارکینسون ایدیوپاتیک بایستی به عدم توانایی انجام فردی حداقل ۳ مورد از ۶ مورد فعالیت های روزمره در فرد و برای مدت حداقل ۳ ماه متوالی- علیرغم درمان های کافی ارائه شده- بیانجامد.

فعالیت های روزمره مطابق تبصره بند ۱۸ می باشد.

تشخیص می بایست توسط متخصص نورولوژی مشاور تأیید گردد.

قرار دادن یک تحریک کننده عصب برای کنترل علائم تحریک مغزی عمیق، مستقل از فعالیت زندگی روزانه است که تحت تعریف این پوشش قرار داده شده است. این جایگذاری باید توسط یک متخصص نورولوژی یا جراح مغز و اعصاب انجام گیرد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی دهند:

- پارکینسون ثانویه (شامل پارکینسون ناشی از مواد مخدر یا سم).
- لرزش ضروری.
- پارکینسون مرتبط با سایر اختلالات نورودژنراتیو.

۲۰- مولتیل اسکروزیس (MS):

تشخیص MS می بایست توسط نورولوژیست مشاور تأیید گردد و دارا بودن تمامی موارد زیر که منجر به علائم دائمی گردد، به اثبات رسد:

- اختلال موجود در عملکرد حرکتی یا حسی که بایستی به مدت حداقل ۶ ماه تداوم داشته باشد.
- شواهد وجود حداقل ۲ محدوده دمیالینیزاسیون در مغز یا نخاع برابر معیارهای تشخیص MS در تصویربرداری MRI.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی دهند:

- MS احتمالی به همراه علائم منفرد (ایزوله) نورولوژیک یا رادیولوژیک که احتمال وجود MS را مطرح کرده اما آن را به شکل مسلم تأیید نمی کند.
- نوریت اپتیک ایزوله (منفرد) و نورومیلیت اپتیک.

تبصره: دوره انتظار در خصوص این بیماری، ۱۸۰ روز از آغاز پوشش در نظر گرفته می شود.

- آسیب تروماتیک به بافت مغز یا عروق خونی.

- اختلالات نورولوژیک ناشی از هیپوکسمی عمومی، عفونت، بیماری های التهابی، میگرن یا تداخلات پزشکی.

- مرگ بافت عصب اپتیک (سکته چشم) یا رتین و یا سیستم وستیبولار (سکته گوش).

۱۵- جراحی آنوریسم مغزی:

آنوریسم مغزی عبارت است از برآمدگی و بادکنکی شدن عروق مغز، ناشی از پارگی در لایه های عروق مغزی، که در صورت انجام جراحی بنا به تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب قابل پرداخت می باشد.

۱۶- وضعیت پایدار نباتی:

وضعیت نباتی به نبود پاسخ دهی و آگاهی مغزی ناشی از اختلال عملکرد نیم کره های مغزی اطلاق می شود، به شکلی که کنترل تنفس و عملکرد قلبی توسط ساقه مغز دست نخورده باقی می ماند.

تشخیص بیماری می بایست شامل تمامی موارد ذیل باشد:

- عدم آگاهی کامل از وضعیت فردی و محیطی.
- عدم توانایی ایجاد ارتباط با سایرین.
- نبود شواهدی دال بر وجود واکنش های رفتاری در برابر عوامل تحریک کننده خارجی.
- عملکرد طبیعی ساقه مغز.
- کنار گذاشتن سایر اختلالات قابل درمان عصبی یا روانی با کمک آزمون های نوروفیزیولوژیک یا نوروسایکولوژیک یا تکنیک های تصویربرداری.

تشخیص بیماری می بایست توسط نورولوژیست مشاور تأیید گردد و حداقل به مدت یک ماه بدون پیشرفت بالینی باشد.

۱۷- کما (Coma):

کما به حالتی گفته می شود که بیماری منجر به علائم دائمی گردد و تشخیص قطعی حالتی از بیهوشی بدون واکنش به محرک های محیطی یا محرک های داخلی که همه موارد زیر را شامل شود:

- امتیاز ۸ یا کمتر در GCS که حداقل ۱۰ روز به طول انجامد.
- نیازمند به کارگیری سیستم های پشتیبانی حیات باشد.
- منجر به یک اختلال دائم نورولوژیک شده که بایستی حداقل به فاصله ۳۰ روز از شروع کما ادامه یابد.

تشخیص می بایست توسط نورولوژیست مشاور تأیید گردد.

تعاریف فوق، موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی دهد:

- کما ناشی از دارو.
- هر نوع کما ناشی از آسیب به خود، مصرف الکل یا مواد مخدر.

۱۸- بیماری آلزایمر:

تشخیص دقیق بیماری بر اساس شواهد زیر صورت می پذیرد:

- از بین رفتن قابلیت های عقلی مشتمل بر زوال حافظه و اختلال در اعمال و رفتار اجرایی (تداوم، برنامه ریزی، خلاصه سازی و اجرای نقشه ها) که به کاهش بارز عملکرد روانی و اجتماعی می انجامد.
- تغییرات شخصیت، با شروع تدریجی و کاهش مداوم عملکردهای تشخیص.
- نداشتن اختلال هوشیاری نوروسایکولوژیک.
- یافته های معمول نوروفیزیولوژیک و تصویربرداری عصبی (مثل سی تی اسکن).
- بیمار نیازمند مراقبت دائم (۲۴ ساعته) قبل از سن ۶۰ سالگی باشد.
- این بیماری بایستی منجر به عدم قابلیت اجرای ۳ فعالیت از ۶ فعالیت روزمره زندگی توسط خود بیمار به تنهایی و به مدت حداقل ۳ ماه و بدون بهبود در این مدت گردد.
- تشخیص و لزوم مراقبت دائم می بایست توسط نورولوژیست مشاور تأیید گردد.

تبصره: فعالیت های روزمره شامل موارد ذیل می باشد:

۲۱- فلج اندام:

از بین رفتن کامل و غیر قابل بازگشت عملکرد عضلانی هر یک از دو عضو دست یا پای کامل، ناشی از آسیب، یا بیماری طناب نخاعی یا مغزی، به عنوان فلج اندام شناخته می‌شود. عضو به معنی دست یا پای کامل می‌باشد. فلج بایستی به مدت بیش از ۳ ماه ادامه یافته و تشخیص بیماری توسط نورولوژیست مشاور و براساس شواهد بالینی تأیید گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- فلج ناشی از صدمه به خود یا اختلالات روانی.
- سندرم گیلن باره.
- فلج دوره‌ای یا ارثی.
- فلج ناشی از ناهنجاری‌های مادرزادی مغز و یا طناب نخاعی شامل تومور مغزی و طناب نخاعی.

۲۲- بیماری عصبی - حرکتی:

مواردی که منجر به از بین رفتن دائمی قابلیت‌های فیزیکی گردد، به عنوان بیماری عصبی - حرکتی شناخته می‌شود. تشخیص دقیق یکی از بیماری‌های ذیل:
- اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS یا بیماری Lou Gehrig).
- اسکروز جانبی اولیه (PLS).
- آتروفی پیش‌رونده عضلانی (PMA).
- فلج بولبار پیش‌رونده (PBP).

بیماری بایستی به عدم توانایی اجرای حداقل ۳ مورد از ۶ مورد فعالیت‌های روزانه زندگی در فرد به مدت بیش از ۳ ماه و بدون وجود دوره‌هایی از بهبود بینجامد.

فعالیت‌های روزمره مطابق تبصره بند ۱۸ می‌باشد.

تشخیص می‌بایست توسط متخصص مغز و اعصاب تأیید گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- نوروپاتی حرکتی چند طرفه (MMN) و بیماری میوزیت اینکلوزن بادی (IBM)
- سندرم پس از فلج اطفال.
- آتروفی عضلانی نخاعی.
- پلی‌میوزیت و درماتومیوزیت.

۲۳- دیستروفی عضلانی:

دیستروفی عضلانی شامل تشخیص دقیق یکی از دیستروفن‌های عضلانی زیر بوده و منجر به از بین رفتن دائمی قابلیت‌های فیزیکی می‌گردد.

- دیستروفی دوشن (DMD).
- دیستروفی عضلانی بکر (BMD).
- دیستروفی امری دریفوس (EDMD).
- دیستروفی لیمب-گردل (LGMD).
- دیستروفی فاسیواسکاپولوهومرال عضلانی (FSHD).
- دیستروفی میوتونیک تیپ I (MMD) یا بیماری (STEINERT).
- دیستروفی عضلانی اوکولوفارنژیال (OPMD).

بیماری بایستی به عدم کارایی مطلق بیمار، در حداقل ۳ مورد از ۶ مورد فعالیت‌های روزمره منجر گردد و برای مدت حداقل ۳ ماه بدون نشانه‌هایی از بهبودی ادامه یابد.

فعالیت‌های روزمره مطابق تبصره بند ۱۸ می‌باشد.

تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص مغز و اعصاب تأیید گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- میوتونیک تیپ II (PROMM) و هر نوع میوتونی.

۲۴- کاهش بینایی عمیق (Profound):

کاهش یا از دست دادن بینایی دو چشم ناشی از بیماری یا تروما که توسط تصحیح بینایی (عینک)، دارو یا جراحی قابل اصلاح نبوده و کاهش بینایی به صورت غیر قابل بازگشت می‌باشد، به عنوان کاهش بینایی عمیق شناخته می‌شود.

کاهش بینایی با شدت دید ۳/۶۰ یا کمتر (۰/۰۵ یا کمتر در Decimal notation) در چشم سالم‌تر پس از بهترین تصحیح بینایی و یا میدان دید کمتر از دیامتر ۱۰ درجه در چشم سالم‌تر پس از بهترین تصحیح بینایی به عنوان کاهش بینایی عمیق تشخیص داده می‌شود.

تشخیص بیماری می‌بایست توسط چشم پزشک مشاور تأیید گردد.

۲۵- عدم توانایی تکلم:

عدم توانایی تکلم به صورت دائمی و غیر قابل بازگشت که بنا به تشخیص ناشی از صدمات فیزیکی یا بیماری بوده و به شکل مداوم و بیش از ۶ ماه ادامه یابد. تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص گوش و حلق و بینی مشاور تأیید گردد.

تعاریف فوق، مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- عدم توانایی تکلم ناشی از اختلالات روان.

۲۶- ناشنوایی:

ناشنوایی قطعی عبارت از ناشنوایی دائمی و غیر قابل بازگشت در هر دو گوش ناشی از هر گونه بیماری یا صدمات تصادفی می‌باشد.

تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص گوش و حلق و بینی مشاور و براساس شواهد اودیوگرام (PTA) در آستانه ۹۰ DB در فرکانس‌های ۵۰۰، ۱۰۰۰ و ۲۰۰۰ هرتز در گوش سالم‌تر تأیید گردد.

۲۷- آنسفالیت ویروسی حاد:

مواردی که منجر به علائم دائمی گردد و تشخیص قطعی آنسفالیت ویروسی حاد ناشی از اختلال نورولوژیک پایدار که حداقل ۳ ماه پس از تاریخ تشخیص ادامه داشته باشد، به عنوان آنسفالیت ویروسی حاد شناخته می‌شود. تشخیص بیماری می‌بایست توسط نورولوژیست مشاور و براساس علائم بالینی مشخص بیماری و همچنین ارزیابی مایع مغزی نخاعی و یا بیوپسی مغز تأیید گردد.

تعاریف فوق، موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- آنسفالیت در حضور HIV.
- آنسفالیت ناشی از عفونت‌های باکتریایی یا پروتوزوایی.
- آنسفالومیلیت میالژیک یا پارانتیلاستیک.

۲۸- ترومای شدید سر-آسیب تروماتیک مغزی:

ترومای شدید سر-آسیب تروماتیک مغزی شامل مواردی است که منجر به کاهش دائمی قابلیت‌های فیزیکی می‌گردد و تشخیص دقیق اختلال عملکرد مغزی ناشی از آسیب به سر می‌باشد. این آسیب بایستی منجر به عدم قابلیت اجرای ۳ فعالیت از ۶ فعالیت روزمره زندگی توسط خود بیمار به تنهایی و به مدت حداقل ۳ ماه و بدون بهبود در این مدت گردد.

فعالیت‌های روزمره مطابق تبصره بند ۱۸ می‌باشد.

تعاریف فوق، مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- هر نوع ترومای شدید سر ناشی از آسیب به خود، مصرف الکل و دارو.

۲۹- ایدز (سندروم نقص ایمنی اکتسابی):

ایدز مرحله نهایی ابتلا به عفونت HIV است که سیستم ایمنی بدن به علت آثار ویروس به شدت تخریب می‌شود.

تشخیص بیماری می‌بایست با وجود شواهد زیر و حفظ ترتیب باشد:

۱- تست مثبت HIVDNA یا HIVRNA

۲- CD4 کمتر از ۲۰۰ و انجام درمان با داروهای آنتی وایرال

۳- ابتلای مکرر به عفونت‌های فرصت طلب

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش نمی‌دهد:

- فعالیت جنسی پرخطر

- صرف مثبت شدن آنتی بادی

- مصرف مواد مخدر تزریقی

تبصره: دوره انتظار این پوشش ۱۸۰ روز از آغاز پوشش در نظر گرفته شده است.

۳۰- عفونت HIV مشاغل:

- ابتلا به ویروس HIV طی حوادث شغلی مرتبط که در صورت احراز شرایط زیر تحت پوشش قرار می‌گیرند:

- اعلام حادثه ظرف مدت ۱۴ روز به شرکت بیمه‌گر

- ارزیابی اولیه و آزمایش فرد آسیب دیده ظرف مدت ۷۲ ساعت بعد از مواجهه با ویروس و منفی شدن نتیجه این آزمایش

- انجام درمان پیش گیرانه HIV چهار هفته‌ای طبق پروتکل

- تکرار آزمایش بین سه تا شش ماه پس از مواجهه با پاسخ مثبت این آزمایش

تبصره: در صورت احراز شرایط فوق‌الذکر ۲۰٪ سقف پوشش در زمان حادثه قابل پرداخت خواهد بود و در صورت ورود به مرحله ایدز مابقی سرمایه پرداخت خواهد شد.

۳۱- هپاتیت B مزمن:

هپاتیت B تداوم وجود ویروس (HBSAG) مثبت بیشتر از شش ماه بعد از ابتلای به عفونت حاد هپاتیت B است که منجر به اختلال عملکرد کبدی می‌گردد.

در صورت احراز شرایط زیر تحت پوشش می‌باشد:

- HBSAG بیشتر از ۶ ماه مثبت باشد.

- وجود اختلال در آنزیم کبدی طبق یافته‌های آزمایش AST و ALT

- بروز شواهد نارسایی یا سیروز کبدی طبق یافته‌های سونوگرافی و فیبرواسکن کبد.

- ضرورت درمان با داروهای آنتی وایرال براساس مقدار HBV (VIRAL LOAD) بیشتر از ۲۰۰۰۰.

تعاریف فوق، مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- ابتلا به بیماری هپاتیت B ویروسی حاد

- عدم انجام واکسیناسیون طبق پروتکل کشوری

بروز بیماری بر اثر رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف مواد مخدر تزریقی و خالکوبی

تبصره: دوره انتظار این پوشش ۱۸۰ روز از آغاز پوشش در نظر گرفته می‌شود.

۳۲- هپاتیت C:

هپاتیت C تداوم وجود ویروس HCV مثبت بیشتر از شش ماه است که منجر به اختلال عملکرد کبد گردد.

در صورت احراز شرایط زیر تحت پوشش می‌باشد:

- مثبت شدن تست HCVAB

- تداوم افزایش HCV-RNA پلاسما طبق یافته‌های آزمایشگاهی بیش از سه ماه

- بروز شواهد نارسایی یا سیروز کبدی طبق یافته‌های سونوگرافی و فیبرواسکن کبد

- ضرورت درمان با داروهای آنتی وایرال.

تعاریف فوق، مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- بروز بیماری بر اثر رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف مواد مخدر تزریقی و خالکوبی

تبصره: دوره انتظار این پوشش ۱۸۰ روز از آغاز پوشش در نظر گرفته شده است.

۳۳- هپاتیت مشاغل حاد:

ابتلای ویروس هپاتیت حاد طی حوادث شغلی مرتبط که در صورت احراز شرایط زیر تحت پوشش قرار می‌باشد:

- اعلام حادثه ظرف مدت ۱۴ روز به شرکت بیمه‌گر.

- ارزیابی اولیه و آزمایش فرد آسیب دیده ظرف مدت ۷۲ ساعت پس از مواجهه با ویروس و منفی بودن نتیجه این آزمایش.

- تکرار آزمایش دو تا ۶ ماه پس از مواجهه با ارائه پاسخ مثبت این آزمایش.

تبصره: در صورت احراز شرایط فوق‌الذکر ۲۰٪ سقف پوشش در زمان حادثه قابل پرداخت خواهد بود و در صورت ورود به مرحله مزمن مابقی سرمایه پرداخت خواهد شد.

۳۴- هپاتیت ویروسی برق‌آسا (Fulminant):

مواردی که منجر به نارسایی حاد کبد می‌گردد، به‌عنوان هپاتیت ویروسی برق‌آسا شناخته می‌شود. تشخیص هپاتیت برق‌آسای ویروسی شامل تمامی موارد زیر می‌باشد:

- روند کلاسیک تغییرات سرولوژیک در موارد هپاتیت حاد ویروسی.

- ایجاد انسفالوپاتی کبدی.

- کاهش اندازه کبد.

- افزایش مقادیر بیلی روبین.

- گواکولوپاتی با INR بیش از ۱.۵.

- ایجاد نارسایی کبد به فاصله ۷ روز از شروع علائم.

- عدم سابقه قبلی بیماری کبدی.

تشخیص می‌بایست توسط متخصص گوارش مشاور تأیید گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- سایر نارسایی‌های کبدی به علل غیرویروسی (مشمول بر مسمومیت پاراستامول (استامینوفن) و (افلاتوکسین)).

- هپاتیت برق‌آسای ویروسی در همراهی با سابقه استفاده داخل وریدی مواد مخدر.

۳۵- پانکراتیت مزمن:

مواردی که منجر به نارسایی برون‌ریز و درون‌ریز پانکراس می‌گردد، به‌عنوان بیماری پانکراتیت مزمن شناخته می‌شود. تشخیص قطعی پانکراتیت مزمن وخیم می‌بایست شامل تمامی موارد زیر باشد:

- نارسایی پانکراسی اگر و کترین با علائم کاهش وزن و استئاتوره.

- نارسایی پانکراسی اندوکرین با علائم دیابت پانکراتیک.

- نیاز به جایگزین آنزیم پانکراتیک از طریق خوراکی.

- علائم فوق بایستی حداقل به مدت ۳ ماه ادامه داشته باشند.

تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص داخلی مشاور و براساس یافته‌های تصویربرداری و آزمایشگاهی مربوطه (مثل الاستاز مدفوعی) تأیید می‌گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- پانکراتیت مزمن ناشی از سوء مصرف الکل.

- پانکراتیت حاد.

۳۶- مننژیت باکتریال:

نوعی عفونت باکتریال پرده‌های مغز و نخاع است که تشخیص آن براساس علائم بالینی و آزمایش مایع مغزی و نخاعی می‌باشد.
در صورت بروز عوارض نورولوژیک دائمی و تداوم آن بیشتر از ۳ ماه قابل پرداخت خواهد بود.

۳۷- سوختگی‌های شدید:

سوختگی‌هایی که موجب انهدام کامل در تمامی عمق پوست تا مرز بافت‌های زیرین گردد (سوختگی درجه ۳) و حداقل ۲۰٪ از سطح بدن را در برگیرد. (برابر قانون ۹) یا چارت لوند و براودر (Lond and Browder Chart) به عنوان سوختگی شدید شناخته می‌شود.

تعریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- سوختگی‌های درجه ۳ ناشی از آسیب به خود.
- هرگونه سوختگی درجه یک یا دو.

۳۸- فقدان کامل اندام‌ها:

تشخیص بیماری می‌بایست قطعی و کامل دو یا چند عضو بالاتر از مچ دست و پا که در اثر حادثه یا بیماری نیاز به قطع شدن داشته باشد، به عنوان فقدان کامل اندام شناخته می‌شود. تشخیص می‌بایست توسط پزشک متخصص تأیید گردد.

تعریف فوق، مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- هر نوع فقدان اندام که ناشی از آسیب به خود باشد.

۳۹- آرتریت روماتوئید وخیم:

آرتریت روماتوئید وخیم عبارت است از تشخیص قطعی بیماری با دارا بودن کلیه موارد زیر:

- علائم تیپیکال التهاب (درد، تورم، قرمزی، گرمی) در حداقل ۲۰ مفصل در طول بیش از ۶ هفته پس از تشخیص بیماری به همراه افزایش مقادیر CRP.
- فاکتور روماتوئید مثبت (حداقل دو برابر اندازه طبیعی) و یا وجود آنتی‌بادی‌های آنتی سیتروکلین.
- درمان مداوم با کورتیکواستروئیدها.
- درمان با ترکیبی از داروهای ضد روماتوئید تغییردهنده بیماری (مانند متوترکسکات به همراه سولفاسالازین/فلونوماید) و یا مهارکننده TNF در مدت زمانی حداقل ۶ ماه.

تشخیص بیماری می‌بایست توسط روماتولوژیست مشاور تأیید گردد.

تعاریف فوق، موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- آرتریت ری اکتیو.
- آرتریت پسوریاتیک.
- استئوآرتریت فعال شده.

۴۰- پیوند کبد:

انجام عمل جراحی پیوند آلوگرافت کبد، در صورتی که امکان هیچ اقدام درمانی طبی و یا جراحی دیگری وجود نداشته باشد.
تشخیص انجام جراحی می‌بایست توسط جراح متخصص مربوطه تأیید گردد.

۴۱- پیوند کلیه

انجام عمل جراحی پیوند آلوگرافت کلیه، در صورتی که امکان هیچ اقدام درمانی طبی و یا جراحی دیگری وجود نداشته باشد.
تشخیص انجام جراحی می‌بایست توسط جراح متخصص مربوطه تأیید گردد.

۴۲- پیوند ریه:

انجام عمل جراحی پیوند آلوگرافت ریه، در صورتی که امکان هیچ اقدام درمانی طبی و یا جراحی دیگری وجود نداشته باشد.

تشخیص انجام جراحی می‌بایست توسط جراح متخصص مربوطه تأیید گردد.

۴۳- قرارگیری در لیست پیوند:

قرارگیری در لیست پیوند قلب، کلیه، کبد و ریه در یک مرکز معتبر پیوند، در صورتی که نارسایی قطعی ارگان و تشخیص انجام پیوند می‌بایست توسط پزشک متخصص مربوطه تأیید گردد.

تبصره ۱: دوره انتظار این پوشش ۱۸۰ روز از آغاز بیمه‌نامه می‌باشد.

تبصره ۲: در صورت احراز شرایط فوق‌الذکر ۵۰٪ سقف پوشش قابل پرداخت خواهد بود و در صورت انجام عمل جراحی پیوند ۵۰٪ مابقی پرداخت خواهد شد.

۴۴- نارسایی انتهایی کلیوی:

اختلال عملکرد غیرقابل بازگشت و مزمن هر دو کلیه که نیازمند به درمان با دیالیز مداوم است و شامل موارد دیالیز از طریق حفره شکمی، همودیالیز بوده و یا پیوند کلیه ضروری می‌باشد، به عنوان مراحل انتهایی بیماری کلیوی شناخته می‌شود.
تشخیص لزوم انجام دیالیز می‌بایست توسط متخصص نفرولوژی تأیید گردد.

تعاریف فوق، مورد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- نارسایی قابل بازگشت و حاد کلیه به همراه دیالیز کلیوی مقطعی.

۴۵- نارسایی مزمن ریوی:

بیماری ریوی که منجر به نارسایی مزمن تنفسی گردد و تشخیص آن شامل کلیه موارد زیر باشد:

- 1- FEV1 کمتر از ۴۰٪ پیش‌بینی شده در حداقل دو بار اندازه‌گیری با فاصله حداقل یک ماه.
- درمان با اکسیژن برای حداقل ۱۶ ساعت در روز به مدت حداقل ۳ ماه.
- کاهش مداوم فشار نسبی اکسیژن (paO2) به زیر ۵۵ میلی‌متر جیوه (۷.۳ کیلوپاسکال) در خون شریانی بدون تجویز اکسیژن.
- تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص مشاور تأیید گردد.

۴۶- بیماری وخیم کبدی (Severe Liver Disease):

بیماری وخیم کبدی در صورتی که براساس دسته‌بندی CHILD-PUGH بیماری کبدی در گروه B یا C باشد و تشخیص بیماری وخیم کبدی با امتیاز CHILD-PUGH حداقل ۷ (کلاس B یا C) صورت پذیرد.
امتیاز می‌بایست براساس محاسبه تمام موارد زیر باشد:

- سطح کلی بیلی روبین.
- سطح آلبومین سرم.
- شدت آسیب.

INR -

- آنسفالوپاتی کبدی.

تشخیص می‌بایست توسط متخصص گوارش مشاور و براساس یافته‌های تصویربرداری تأیید گردد.

تعاریف فوق، مورد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- بیماری وخیم کبدی ثانویه ناشی از مصرف الکل یا دارو (مشمول بر عفونت هپاتیت B یا C به دنبال تزریق‌های داخلی وریدی).

ماده ۴- وظایف بیمه گزار، بیمه شده و استفاده کنندگان:

۱- بیمه گزار موظف است حق بیمه سالیانه را نقداً بپردازد، مگر اینکه طرفین به نحو دیگری نسبت به پرداخت حق بیمه توافق نموده باشند.

۲- برحسب مورد، بیمه گزار یا بیمه شده، می‌بایست فرم درخواست بیمه گزار، نظریه پزشک معالج و یا پزشک قانونی (کپی برابر اصل)، کلیه مدارک بیمارستانی (کپی برابر اصل)، اصل صورتحساب و یا سایر مدارک مورد درخواست را به بیمه گر تسلیم نموده و به کلیه سؤالاتی که در رابطه با سوابق بیمه شده از ایشان می‌شود، از روی صداقت پاسخ دهند.

۳- استفاده کننده سرمایه بیماری‌های تحت پوشش مندرج در جدول بیمه نامه، بیمه شده می‌باشد. در صورتی که بیمه شده به سن قانونی نرسیده باشد، سرمایه بیماری‌های تحت پوشش مندرج در جدول بیمه نامه به ولی یا قیم قانونی وی پرداخت می‌گردد.

۴- بیمه گزار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از ابتلا به بیماری‌های فوق، مراتب را به بیمه گر اعلام نماید.

تبصره: در صورتی که بیمه گزار یا استفاده کننده بیمه، تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند، بیمه گر می‌تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات قابل پرداخت خود، خودداری نماید.

ماده ۵- مدت پوشش:

مدت این پوشش برابر با یک سال تمام شمسی است و از تاریخ صدور بیمه نامه آغاز و در هر سال بیمه‌ای به‌طور خودکار، براساس جدول بیمه نامه، تمدید می‌گردد، مگر آنکه بین طرفین به نحو دیگری توافق شده باشد.

تبصره: حداکثر سن بیمه شده جهت استفاده از این پوشش برای بزرگسالان ۶۵ سال تمام است.

ماده ۶- حداکثر تعهد بیمه گر:

حداکثر تعهد بیمه گر معادل سرمایه بیماری‌های تحت پوشش مندرج در جدول بیمه نامه برای سال اول و مندرج در گزارش‌های سالانه در سال‌های بعد می‌باشد. پرداخت خسارت به‌صورت سرمایه‌ای است و خسارت براساس گروه بیماری پرداخت می‌شود و در هر گروه فقط یک بار، ۱۰۰٪ سرمایه امراض پرداخت می‌شود. تبصره ۱: خسارت‌های بیش از یک بار در صورتی قابل پرداخت است که منشاء آن از گروه خسارت‌های قبلی نباشد.

ماده ۷- استثنائات:

الف: مبتلا شدن به بیماری‌های مندرج در ماده ۲ و ۳ بر اثر اعتیاد، مستی یا استعمال هرگونه ماده مخدر و یا داروهای محرک بدن بدون تجویز پزشک.
ب: ابتلا به هر نوع بیماری دیگر غیر از موارد مندرج در ماده ۲ و ۳.

ماده ۸- کتمان حقایق:

در صورتی که معلوم گردد بیمه شده یا قیم قانونی وی یا بیمه گزار، قبل از صدور بیمه نامه از وجود بیماری قبلی یا لزوم انجام درمان بیماری‌های مندرج در ماده ۲ و ۳، اطلاع داشته باشد و به بیمه گر اعلام نکرده باشد، بیمه گر تعهدی در جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

ماده ۹- دوره انتظار:

دوره انتظار مدت زمانیهست که در طول آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران خسارت‌های مشمول این الحاقیه ندارد. دوره انتظار پوشش امراض خاص، ۹۰ روز از

آغاز پوشش بوده و در صورت ابتلا بیمه شده به هر یک از بیماری‌های مندرج در ماده‌های ۲ و ۳، بیمه گر تعهدی به جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

تبصره: دوره انتظار در خصوص بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS)، قرارگیری در لیست پیوند، ایدز، پس‌میکر، هیپاتیت B، هیپاتیت C، مطابق شرایط ذکر شده در توضیحات همان بیماری در نظر گرفته می‌شود.

ماده ۱۰- دوره حیات (زنده ماندن):

سرمایه بیماری‌های مندرج در ماده ۲ و ۳ در صورت زنده ماندن بیمه شده پس از ۳۰ روز بعد از تشخیص بیماری قابل پرداخت بوده و در صورت فوت بیمه شده بر اثر ابتلا به هر یک از بیماری‌های مندرج در ماده ۲ و ۳ در کمتر از ۳۰ روز، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت سرمایه بیماری‌ها نخواهد داشت.

شرایط این پوشش اضافی و آثار مترتبه آن، صرفاً با مهر و تأیید شرکت بیمه سامان، قابل اجراء و استناد می‌باشد.



بیمه سامان