

[illegible]

ماده اول: بیمه‌شدگان

- ۱-۱) بیمه‌شدگان عبارتند از کلیه کارکنان رسمی، قراردادی، پیمانی بیمه‌گذار و کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آن‌ها که از طرف بیمه‌گذار به عنوان بیمه‌شده معرفی گردیده‌اند. ملاک ارائه پوشش بیمه‌های درمان به کارکنان بیمه‌گذار دارا بودن پوشش بیمه‌ای نزد بیمه‌گر پایه می‌باشد. حداقل ۵۰٪ از کارکنان باید تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گیرند.
- تبصره ۱: کارکنان با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی که دارای اقامت با حق کار مشخص و پروانه کار باشند می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.
- ۱-۲) اعضای خانواده بیمه شده اصلی عبارتند از:
- ۱-۲-۱) همسر (همسران) دائم بیمه شده اصلی.
- ۱-۲-۲) فرزندان بیمه شده اصلی: فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی اعم از داخل و یا خارج از کشور، تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام (با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل) و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج مشروط به عدم اشتغال به کار می‌توانند تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرند.
- تبصره ۱: پوشش مجدد فرزندان اناث مطلقه، مشروط به پوشش توسط سازمان بیمه‌گر اول، انجام می‌پذیرد.
- تبصره ۲: فرزندان ذکور که در شروع بیمه نامه مشمول بیمه شده‌اند در صورت گذشتن از سنین موضوع بند ۱-۲-۲ در مدت اعتبار بیمه‌نامه، به شرط استمرار پرداخت حق بیمه می‌توانند پوشش بیمه‌ای خود را ادامه دهند.
- تبصره ۳: چنانچه فرزندان بیمه‌شده دچار معلولیت ذهنی یا از کارافتادگی کلی باشند تامین هزینه درمان سایر بیماری‌های آن‌ها (به جز معلولیت و از کارافتادگی) با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر تحت پوشش خواهد بود.
- ۱-۲-۳) پدر و مادر بیمه‌شده اصلی مشروط بر اینکه دارای بیمه‌گر اول به تبعیت از بیمه‌شده اصلی باشند.
- ۱-۲-۴) کلیه کارکنان مؤنث می‌توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه‌شدگان و با رعایت مفاد این بیمه‌نامه مشروط بر اینکه دارای بیمه‌گر اول باشند، صرفاً در ابتدای بیمه نامه بیمه نمایند.
- ۱-۲-۵) پوشش بیمه‌ای بیمه‌شدگان حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام می‌باشد.
- تبصره ۱: بیمه‌گر موافقت می‌نماید بیمه‌شدگان ۶۱ سال تا ۷۰ سال تمام را با ۵۰٪ افزایش و افراد بالای ۷۱ سال را با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد.
- تبصره ۲: برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر، اضافه نرخ سنی در نظر گرفته نمی‌شود.
- ۱-۲-۶) چنانچه بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه نامه فوت نماید پوشش بیمه‌ای اعضای خانواده متوفی و چنانچه بازنشسته گردد پوشش بیمه‌ای خود و اعضای خانواده وی مشروط به اعلام کتبی بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان بیمه نامه می‌تواند ادامه یابد.

ماده دوم: تعهدات بیمه‌گذار

- ۲-۱) بیمه‌گذار متعهد است پس از امضاء و مبادله بیمه نامه یک حلقه لوح فشرده حاوی اسامی بیمه‌شدگان طبق فرمت اکسل (Excell) تعیین شده از سوی بیمه سامان (فرم اطلاعات بیمه‌شدگان در درمان تکمیلی (PIF041))، عاری از اطلاعات نادرست، مغایرت و خطا تهیه و جهت بیمه‌گر ارسال نماید.
- بیمه‌گذار می‌بایست لیست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان را که حاوی اطلاعات زیر در ستون‌های جداگانه باشد: نام - نام خانوادگی - شماره شناسنامه (فقط عدد) - سال تولد (۴ رقمی - کد ملی (۱۰ رقم، فقط عدد) - جنسیت (زن/مرد) - نوع بیمه‌شده (اصلی/فرعی) - نسبت بیمه‌شده (اصلی/همسر/دختر/پسر/پدر/مادر) - تاریخ شروع و پایان بیمه نامه - وضعیت تکفل - شماره موبایل - شماره شبا و سایر اطلاعات مربوطه، به صورت کامل را در قالب فرمت اعلام شده از سوی بیمه‌گر، به صورت مکتوب و با نامه رسمی ظرف مدت ۱۵ روز به دبیرخانه

شرایط خصوصی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

بیمه‌گر ارائه و نسبت به اخذ تأییدیه آن اقدام نماید. لازم به ذکر است ارائه هرگونه تسهیلات و خدمات درمان تکمیلی موضوع بیمه نامه، منجمله ارائه معرفی نامه و پرداخت خسارت منوط به ارائه لیست با فرمت کامل خواسته شده می‌باشد.

تبصره ۱: همزمان با ارسال فایل تکمیل شده اطلاعات بیمه‌شدگان در درمان تکمیلی (PIF041) ارسال لیست بیمه‌گر پایه جهت بیمه‌شدگان اصلی به تبعیت از بیمه‌گذار الزامیست.

تبصره ۲: شرط اولیه بیمه درمان تکمیلی، داشتن بیمه پایه می‌باشد. لذا ارائه کپی صفحه اول دفترچه بیمه‌گر پایه جهت افراد تبعی در هنگام صدور معرفی نامه الزامیست.

تبصره ۳: پس از تکمیل اسامی در نرم افزار مربوطه دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان که توسط بیمه‌گر تهیه گردیده، می‌بایست به امضاء طرفین رسیده ممه‌ور و مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه‌شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه‌گر قرار خواهد گرفت.

تذکر: چنانچه موارد مندرج در بیمه نامه و ضامم آن و یا ملحقاتی که به موجب الحاقیه‌ها صادر و به آن اضافه خواهد شد، با نظریات بیمه‌گذار و یا با پیشنهاد بیمه‌نامه مطابقت نداشته باشد، بیمه‌گذار می‌بایست حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری از تاریخ دریافت، تصحیح آن‌ها را تقاضا نماید. در غیر اینصورت مراتب تأیید شده تلقی خواهد شد و هرگونه عملی خلاف این شرط منوط به تأیید کتبی بیمه‌گر خواهد بود.

تبصره ۴: نام بیمه‌شدگانی که در لیست اولیه موضوع بند ۱ ماده ۲ شرایط خصوصی درج نگردیده باشد به استناد از قلم افتادگی نمی‌توانند در لیست اولیه بیمه نامه، قرار بگیرند. مگر اینکه بیمه‌گذار دلایل موجهی ارائه نماید که مورد تأیید بیمه‌گر واقع شود. در این صورت شروع پوشش بیمه‌ای این دسته از بیمه‌شدگان از اولین روز ماه بعد بیمه‌ای بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار خواهد بود.

۲-۲) بیمه‌گذار مکلف است در طول مدت بیمه نامه تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه‌شدگان را با اضافه نمودن علت، تاریخ تغییر و وضعیت بیمه‌شده به همراه مستندات مربوطه برای بیمه‌گر ارسال نماید.

۱-۲-۲) افزایش در تعداد بیمه‌شدگان در طول مدت بیمه‌نامه منوط به استخدام جدید، ازدواج، تولد و یا افرادی که پس از شروع بیمه‌نامه تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می‌گیرند، خواهد بود. اسامی آنان (به جز تازه متولدین) باید حداکثر تا ۱ ماه بعد از تاریخ استخدام، عقد رسمی و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن، اعلام شود. ملاک تاریخ پوشش بیمه‌ای برای مستخدمین جدید، مزدوجین و افراد تحت تکفل جدید از تاریخ استخدام، ازدواج و یا تحت کفالت قرار گرفتن می‌باشد. مهلت ارسال نامه رسمی جهت افزایش نوزادان تا حداکثر ۲ ماه بعد از تولد می‌باشد. ارائه پوشش به نوزادان از بدو تولد می‌باشد. در صورت عدم رعایت موارد فوق، افراد مذکور تا پایان مدت بیمه‌نامه نمی‌توانند تحت پوشش بیمه‌ای قرار گیرند. ارائه قرارداد کار و لیست بیمه‌گر پایه برای مستخدمین جدید، کپی صفحات اول و دوم شناسنامه زوجین جهت ازدواج، ارائه مدرکی دال بر کفالت و کپی صفحه اول شناسنامه نوزاد در تازه متولدین الزامیست.

۲-۲-۲) تاریخ حذف بیمه‌شدگان همان تاریخ قطع همکاری با بیمه‌گذار، بازنشستگی، فوت، طلاق و... می‌باشد که حداکثر ظرف مدت ۱ ماه می‌بایست به بیمه‌گر اعلام گردد. در صورتیکه درخواست کتبی بیمه‌گذار پس از مهلت تعیین شده ارسال گردد تاریخ حذف بیمه‌شدگان از تاریخ ورود درخواست بیمه‌گذار به دبیرخانه بیمه‌گر خواهد بود. با حذف هریک از بیمه‌شدگان در صورت دریافت هزینه‌های درمانی، بیمه‌گذار ملزم به پرداخت حق بیمه ایشان تا پایان مدت بیمه‌نامه می‌باشد. ارائه نامه جهت قطع همکاری، گواهی فوت و کپی تمام صفحات شناسنامه فرد متوفی، کپی صفحات اول و دوم شناسنامه فرد مطلقه و همچنین حکم بازنشستگی برای افراد بازنشسته جهت حذف الزامیست.

۳-۲) بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه بیمه‌نامه را با توجه به تعداد بیمه‌شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا ۳۰ روز در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

۱-۳-۲) حق بیمه‌های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه‌نامه در پایان سال بیمه، بطور یکجا محاسبه و به بیمه‌گذار مسترد خواهد شد.

۲-۳-۲) حق بیمه کمتر از یک ماه بیمه‌شدگانی که در طول مدت بیمه، اضافه و یا حذف می‌شوند معادل حق بیمه یک ماه منظور خواهد شد.

۳-۳-۲) حق بیمه مربوط به افزایش بیمه‌شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین می‌گردد می‌بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان تقسیت شده و در ماه‌های آتی حداکثر تا ۳۰ روز تسویه شود.

۴-۲) بیمه‌گذار متعهد است حق بیمه را با توجه به شرایط مندرج در بیمه‌نامه پرداخت نماید. در صورتی که بیش از ۲ قسط پرداخت نشود بیمه‌نامه به حالت تعلیق درخواهد آمد و بیمه‌گر متعهد به پرداخت خسارت و صدور معرفی‌نامه نخواهد بود.

در هر صورت شرط انجام تعهدات بیمه‌گر و تداوم پرداخت خسارت منوط به پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و نبود هرگونه بدهی از سوی بیمه‌گذار می‌باشد.

تبصره ۱: بیمه‌نامه پس از پرداخت اولین قسط حق بیمه از سوی بیمه‌گذار و در شروع بیمه‌نامه اعتبار می‌یابد. چنانچه بیمه‌گذار و بیمه‌شده بدون امضا بیمه‌نامه و یا پرداخت حق بیمه، از خدمات بیمه‌گر استفاده نمایند در صورت عدم امضای بیمه‌نامه، بیمه‌گذار موظف است کلیه هزینه‌های پرداخت شده توسط بیمه‌گر را جبران نماید.

تبصره ۲: بیمه‌گذار متعهد است سایر اقساط حق بیمه را در سررسید آن (تاریخ‌های مندرج در اعلامیه بدهکار بیمه‌نامه) پرداخت نماید.

۵-۲) بیمه‌گذار متعهد است صورت هزینه‌های پاراکلینیکی و بیمارستانی را حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از تاریخ تنظیم صورت حساب (چنانچه توسط بیمه شده هزینه پرداخت شده باشد) به بیمه‌گر تحویل نماید در غیر این صورت پس از انقضای مهلت مذکور، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۶-۲) بیمه‌گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه‌شدگان از قبیل لیست پرداخت حق بیمه سهم بیمه‌گر اول، رونوشت حکم کارگزینی، سوابق پزشکی و معالجات انجام شده و سایر مدارک مرتبط را در صورت تقاضای بیمه‌گر ارائه نماید.

۷-۲) بیمه‌گذار موظف است همزمان با بستری شدن بیمه شده در مرکز درمانی مراتب را به نحو مقتضی به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۸-۲) چنانچه هزینه‌ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت، گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی است.

۹-۲) در صورت مشارکت بیمه شده در هرگونه درگیری و نزاع فردی و یا دسته جمعی، پرداخت خسارت و هزینه‌های درمانی منوط به ارائه تأییدیه کلانتری محل وقوع نزاع و یا مراجع قضائی مبنی بر عدم دخالت مستقیم بیمه شده در شروع نزاع و درگیری و صرفاً اقدام به دفاع از خود می‌باشد.

۱۰-۲) بیمه‌گذار مکلف است صرف نظر از تامین یا عدم تامین حق بیمه از طرف هر یک از بیمه‌شدگان (بدلائلی نظیر مرخصی بدون حقوق، زایمان و...) حق بیمه بیمه‌نامه را مطابق اعلامیه بدهکار ارسالی بیمه‌گر پرداخت نماید به شرط آنکه حق بیمه حداکثر یک ماه پیش از پایان بیمه‌نامه تسویه گردد. مهلت پرداخت حق بیمه غیر قابل تغییر می‌باشد. (برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰ نفر حق بیمه می‌بایست حداکثر ۳ ماه قبل از پایان بیمه‌نامه تسویه گردد) در صورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه، بیمه‌گر می‌تواند بلافاصله با صدور الحاقیه، بیمه‌نامه را به حالت تعلیق درآورد و در زمان تعلیق تعهدی در جبران خسارت نخواهد داشت. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق، بیمه‌نامه با صدور الحاقیه رفع تعلیق خواهد شد.

۱۱-۲) بیمه‌گذار موظف است قبل از شروع بیمه‌نامه نماینده تام‌الاختیار خود را به بیمه‌گر معرفی نماید، این نماینده رابط بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه‌گذار و بیمه‌شده را به عهده دارد، بدین ترتیب بیمه‌شدگان بایستی امور درمانی خود را در قالب این بیمه‌نامه به کمک ایشان انجام دهند و از مراجعه مستقیم به بیمه‌گر خودداری نمایند.

ماده سوم: تعلیق و فسخ بیمه‌نامه

در صورت عدم پرداخت اقساط حق بیمه در مهلت تعیین شده، ضمن توقف هرگونه خدمات و پرداخت خسارت‌های احتمالی، بیمه‌نامه از تاریخ سررسید قسط پرداخت نشده فسخ می‌گردد که متعاقب آن :

۱-۳) بیمه‌گذار موظف است ظرف مدت ۷ روز از تاریخ فسخ بیمه‌نامه نسبت به پرداخت بدهکاران حق بیمه اقدام نماید. بدیهی است در غیراین صورت و در پایان مهلت مذکور، نسبت به پیگیری وصول مطالبات از طریق مراجع قضایی اقدام می‌گردد.

شرایط خصوصی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

۲-۳) تنفیذ اعتبار مجدد بیمه نامه با در خواست کتبی بیمه گذار پس از فسخ بیمه نامه مشروط به موافقت بیمه گر امکان پذیر می باشد که در این صورت بیمه گر جهت اعلام موافقت، مجاز به تعیین زمان شروع اعتبار مجدد در بیمه نامه و اعمال شرایط جدید می باشد.

تبصره ۱: دریافت چک به معنی وصول حق بیمه نمی باشد؛ در صورتیکه در سررسید هر یک از اقساط چک حق بیمه برگشت شود به معنی عدم وصول حق بیمه تلقی شده و قرارداد به حالت تعلیق در می آید و بیمه گر تعهدی در قبال بیمه شدگان برای پرداخت خسارت و یا معرفی بیمه شدگان به مراکز درمانی نخواهد داشت.

ماده چهارم: سایر مقررات

۱-۴) این بیمه نامه براساس آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه به عنوان مکمل خدمات سازمان تأمین اجتماعی، سازمان نیروهای مسلح، خدمات درمانی و... ارائه می گردد. لذا بیمه شدگان بهتر است در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این مؤسسات کپی برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام کپی چک دریافتی به بیمه گر تحویل نمایند.

۱-۴-۱) در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده نمایند مابه التفاوت خسارت پس از انجام کارشناسی و متناسب با تعرفه مورد عمل اصل همترازی تا سقف تعهدات بیمه گر، بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود، مشروط بر اینکه مجموع هزینه های پرداختی بیمه گر اول و بیمه سامان از ۱۰۰٪ هزینه های مورد تعهد تجاوز ننماید.

۲-۴-۱) کلیه اعمال جراحی به منظور زیبایی غیر قابل پرداخت می باشد. لیکن در صورتیکه بعضی از اعمال جراحی از قبیل ماموپلاستی، استاپلینگ معده، بلفاروپلاستی و ژینکوماستی و... از طرف بیمه گر پایه مورد تایید و قابل پرداخت باشد پس از تایید بیمه گر پایه قابل ارائه معرفی نامه و پرداخت می باشد.

۳-۴-۱) چنانچه بیمه شده بدون دریافت معرفی نامه از شرکت بیمه سامان مستقیماً به مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه و هزینه های مربوط را شخصاً پرداخت نماید خسارت های پرداختی معادل تعرفه های مورد عمل بیمه گر طبق قرارداد با مراکز درمانی مزبور خواهد بود.

۴-۴-۱) مبنای محاسبه صورت خسارت های پاراکلینیکی، تعرفه های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در تاریخ انجام هزینه خواهد بود.

۲-۴) دوران انتظار به شرح زیر می باشد:

- دوران انتظار برای بیماری های مزمن و یا بیماری هایی که منشاء آن قبل از تاریخ شروع پوشش این بیمه نامه باشد، بیماری هایی مانند جراحی های سرطان، فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، پولیپ، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، جراحی کلیه، ماستوئیدکتومی، کاتاراکت، جراحی های قلبی و عروقی، دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری شدن در بخش C.C.U و I.C.U گردد به تائید پزشک معتمد بیمه گر) برای هریک از بیمه شدگان از تاریخ شروع پوشش بیمه ای ۳ ماه خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه های مربوطه نخواهد داشت.
- دوران انتظار برای جهت جبران هزینه زایمان و نازایی و ناباروری در گروه های کمتر از ۲۵۰ نفر به مدت ۹ ماه و در گروه های ۲۵۰ الی ۱۰۰۰ نفر به مدت ۶ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان خواهد بود که در این دوره بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به جبران هزینه مربوطه نخواهد داشت.

تبصره ۱: گروه بالای ۱۰۰۰ نفر مشمول دوره انتظار نمی گردند.

تبصره ۲: خسارت های درمانی مربوط به ادامه معالجاتی که پیش از شروع پوشش بیمه شده به وقوع پیوسته باشد، در تعهد بیمه گر نمی باشد.

تبصره ۳: چنانچه این بیمه نامه تمدید بیمه نامه درمانی سال قبل باشد و یا بلافاصله بعد از انقضاء بیمه نامه نزد بیمه گر دیگر در این شرکت منعقد شود در این صورت دوره انتظار فقط جهت بیمه شدگانی که این دوران راطی ننموده اند منظور می گردد. بدیهی است ارائه رونوشت بیمه نامه و لیست بیمه شدگان که به تایید بیمه گر قبلی رسیده باشد الزامی است.

PIC006	شرکت بیمه سامان	
تجدید نظر: 00	شرایط خصوصی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی	Saman Insurance
صفحه: ۵ از ۵		

۴-۳ حق هرگونه تحقیق، معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه شده به منظور تأیید هزینه‌های انجام شده مطابق با شرایط بیمه‌نامه برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.

۴-۴ با توجه به تعیین نرخ حق بیمه مطابق تعداد بیمه‌شدگان اعلام شده از طرف بیمه‌گذار، کاهش تعداد قابل توجه بیمه‌شدگان به میزان بیش از ۲۰٪ تعداد اولیه، بیمه‌گر را مجاز به تعدیل نرخ حق بیمه براساس تعداد بیمه‌شدگان جدید می‌نماید.

۴-۵ رسیدگی به اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارات پرداختی حداکثر تا یکسال پس از مدت انقضای بیمه‌نامه با درخواست کتبی بیمه‌گر یا بیمه‌گذار قابل پیگیری و انجام می‌باشد.

۴-۶ پرداخت هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان در زمان مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی منوط به پرداخت حق بیمه ایام مرخصی به صورت مستمر و بدون وقفه می‌باشد.

۴-۷ شرایط مندرج در متن بیمه‌نامه حاکم بر شرایط خصوصی و عمومی پیوست بیمه‌نامه و همچنین شرایط خصوصی حاکم بر شرایط عمومی پیوست بیمه‌نامه می‌باشد.

۴-۸ مسئولیت بیمه‌گر فقط در چارچوب بیمه‌نامه، ملحقیات آن، شرایط خصوصی و شرایط عمومی بیمه‌نامه بوده و بیمه‌گذار از ادعای هر گونه خسارت بر علیه بیمه‌گر خارج از آنچه در تمامی شرایط بیمه‌نامه تعهد شده خودداری می‌نماید.

۴-۹ نشانی و محل اقامت بیمه‌گر و بیمه‌گذار و نماینده آن‌ها در ایران که در بیمه‌نامه و یا ضامنه آن درج گردیده است، برای هریک از طرفین نشانی قانونی و رسمی است. هر یک از طرفین موظف هستند تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتباً به طرف مقابل اطلاع دهند، در غیراین صورت آخرین نشانی اعلام شده موجود معتبر خواهد بود.

ماده پنجم: رفع اختلاف

در صورت بروز هر گونه اختلاف در مفاد بیمه نامه و یا انجام تعهدات، طرفین بیمه نامه اعم از اینکه مربوط به اجرای عملیات موضوع بیمه نامه و یا تفسیر و یا تعبیر هر یک از موارد بیمه نامه باشد، طرفین ابتدا از طریق مذاکره اقدام می‌نمایند و در صورت به توافق نرسیدن، مراتب به هیئت داورى متشکل از یک داور از طرف بیمه‌گر، یک داور از طرف بیمه‌گذار و یک داور مرضی الطرفین ارجاع خواهد شد. رای اکثریت هیئت داورى برای طرفین لازم الاجرا و قطعی خواهد بود.

ماده ششم

شرایط خصوصی درمان گروهی در ۶ ماده، ۱۶ تبصره و دو نسخه تنظیم گردیده و به امضاء طرفین رسیده است و هر دو نسخه نیز در حکم واحد می‌باشد.

بیمه‌گر

بیمه‌گذار

شرکت بیمه سامان