

(تروپونین یا CKMB) به اندازه‌هایی که در سکنه قلبی تشخیصی محسوب می‌شوند همراه با حداقل ۲ مورد از موارد زیر تأیید می‌شود:

- علائم ایسکمی (مانند درد قفسه سینه)
- تغییرات الکتروکاردیوگرام (ECA) که نشانگر ایسکمی جدید باشند (تغییرات جدید ST-T و یا بلوک جدید باندل چپ)
- بروز امواج پاتولوژیک Q در ECG

تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص مشاور قلب تأیید گردد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- 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، مسـمومیت دارویی)

- آنفارتوس میوکارد با عروق کرونری طبیعی یا ناشی از وازواسپاسم عروق کرونر، Bridging میوکارد و یا سوء مصرف دارو

- آنفارتوس میوکاردی که به فاصله ۱۴ روز پس از آنژیوپلاستی کرونر، و یا عمل جراحی بای پس صورت پذیرفته باشد

۳- سکنه مغزی (Stroke):

موارد زیر در صورتی که منجر به علائم دائمی گردد به عنوان سکنه مغزی تعریف می‌شود.

سکنه مغزی عبارت است از مرگ بافت مغزی ناشی از حادثه عروق مغزی با منشأ ترومبوز یا خونریزی اینتراکرانیا (به همراه خونریزی ساب آراکنوئید)، یا آمبولی با منشأ اکستراکرانیا (به بروز حاد علائم نورولوژیک و اختلالات نورولوژیک جدید در معاینه عصبی که منجر به علائم دائمی گردد).

اختلال نورولوژیک بایستی به مدت بیش از ۳ ماه از زمان تشخیص ادامه داشته باشد. تأیید تشخیص توسط نورولوژیست مشاور و همراه با شواهد تصویربرداری مربوطه الزامی است.

تعاریف فوق موارد زیر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- حمله گذرای ایسکمیک (TIA) و اختلال ایسکمیک نورولوژیک طولانی شده قابل بازگشت (PRIND)

- آسیب تروماتیک به بافت مغز یا عروق خونی

- اختلالات نورولوژیک ناشی از هیپوکسمی عمومی، عفونت، بیماری‌های التهابی، میگرن، یا تداخلات پزشکی

- شواهد مشکوک تصویربرداری (CT یا MRI) در نبود علائم بالینی مرتبط (سکنه خاموش)

- مرگ بافت عصب اپتیک یا رتین و یا سیستم وستیبولار

۴- جراحی گرافت و بای پس شریان کرونر (CABG):

جراحی گرافت و بای پس شریان کرونر به منظور درمان بیماری عروقی کرونر با درگیری چند رگ استفاده می‌شود.

مداخله جراحی به منظور تصحیح تنگی یا انسداد تعداد ۲ یا بیشتر از شریان‌های کرونر به کمک بای پس‌های گرافت شده می‌باشد.

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

لزوم انجام جراحی توسط کاردیولوژیست یا جراح قلب و همراه با یافته‌های آنژیوگرام به تأیید می‌رسد.

شرایط پوشش اضافی امراض خاص (طرح پایه)

ماده ۱- تعهد بیمه گر:

به موجب این پوشش، بیمه گر در ازای دریافت حق بیمه اضافی مربوط، متعهد می‌گردد در صورت ابتلای بیمه شده به بیماری‌های مندرج در ماده ۲، سرمایه مندرج در جدول بیمه‌نامه، را پرداخت نماید.

ماده ۲- بیماری‌های تحت پوشش:

بیماری‌های تحت پوشش این بیمه‌نامه، به صورت زیر به تفکیک بزرگسالان و کودکان تقسیم می‌شوند.

الف. بیماری‌های تحت پوشش برای بزرگسالان (افراد بالای ۱۸ سال) به شرح زیر است:

- سرطان، پیوند اعضا (قلب / کلیه، پیوند مغز استخوان، کبد، ریه، روده کوچک، پانکراس، بافت همبند)، سکنه مغزی، اولین سکنه قلب، جراحی آئورت، جراحی گرافت و بای پس شریان کرونر، جراحی درجه قلب، مولتیپل اسکلروزیس (MS)

ب. بیماری‌های تحت پوشش برای کودکان (افراد بین ۲ تا ۱۸ سال) به شرح زیر است:

- سرطان، پیوند اعضا (قلب / کلیه، پیوند مغز استخوان، کبد، ریه، روده کوچک، پانکراس، بافت همبند)، مولتیپل اسکلروزیس (MS)

ماده ۳- تعریف بیماری‌ها:

تعریف بیماری‌های مندرج در بند الف ماده ۲ (بیماری‌های بزرگسالان) به شرح زیر است:

۱- سرطان (Cancer):

هر نوع تومور بدخیم که توسط شواهد بافت شناسی به تأیید رسیده و با علائم رشد غیرقابل مهار سلول‌های بدخیم و تهاجم به بافت همراه است، به عنوان سرطان شناخته می‌شود.

تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص مشاور تأیید گردد.

به غیر از مواردی که به شکل تخصصی کنار گذاشته می‌شوند، لوکمی (سرطان خون)، لنفوم بدخیم و سندرم میلودیپلاستیک تحت پوشش این تعاریف قرار می‌گیرند. برابر تعاریف فوق، موارد ذیل تحت پوشش قرار نمی‌گیرند.

- هرگونه توموری که توسط بافت‌شناس به عنوان «پیش سرطانی»، بدون تهاجم، و یا سرطان insitu (مشتمل بر کارسینومای داکتال لوبولار insitu پستان و دیس پلازی سرویکال ۱- Cin, ۲- Cin و ۳- Cin) تشخیص داده شود

- هر نوع سرطان پروستات مگر آنکه روش طبقه‌بندی بافت‌شناسی Gleason دارای امتیاز بیش از ۶ باشد و یا حداقل در دسته‌بندی Tnm به مرحله T2N0M0 رسیده باشد

- لوکمی مزمن لنفوسیتیک، مگر آنکه به مرحله B دسته‌بندی Binet رسیده باشد

- کارسینوم سلول بازال (BCC) و کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) پوست و ملانوم بدخیم مرحله IA (T1aN0M0)، مگر آنکه شواهدی از متاستاز وجود داشته باشد

- سرطان سلول پاپیلاری تیروئید با قطر کمتر از 1cm و تشخیص بافت‌شناسی T1N0M0

- میکروکارسینومای پاپیلاری مثانه با طبقه‌بندی بافت‌شناسی Ta

- پلی‌سیتمی ورا (Polycythemia vera) و ترومبوسیتمی اساسی (Essential)

- گاموپاتی مونوکلونال با درجه اهمیت نامشخص

۲- سکنه قلبی - حمله قلبی (Heart Attack-Myocardial Infarction):

سکنه قلبی به معنای مرگ بافت قلبی ناشی از انسداد طولانی مدت جریان خون می‌باشد. در این تعریف، سکنه قلبی توسط شواهد افزایش و یا کاهش مارکرهای قلبی

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- جراحی بای پس برای درمان تنگی یا انسداد یک رگ کرونر
- آنژیوپلاستی کرونر یا قرار دادن استنت

۵- پیوند اعضا اصلی، بافت همبند، مغز استخوان (Major Organ, Composite Tissue or Bone Marrow Transplantation):

در صورتیکه فرد گیرنده آلوگرافت یا ایزوگرافت یک یا چند عضو از اعضا زیر باشد، پیوند اعضا اصلی در نظر گرفته می‌شود:

- قلب
- کلیه
- کبد (مشمتمل بر اهدا لوب کبد یا دریافت عضو از فرد زنده)
- ریه (مشمتمل بر اهدا لوب ریه یا دریافت عضو از فرد زنده) و یا دریافت یک ریه
- مغز استخوان (کاشت مغز استخوان آلونژنیک هماتوپوئیتیک که قبل از پیوند کامل
- بافت Stem Cell صورت پذیرد)
- روده کوچک
- پانکراس

انجام ترمیم و بازسازی نسبی یا کامل صورت، دست، بازو و یا پا (کاشت بافت آلوگرافت) در این تعریف جای می‌گیرد. لازم است این روش درمانی به عنوان تنها روش درمانی مؤثر توسط پزشک مشاور و متخصص به تأیید برسد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- پیوند سایر اعضا، سقف‌ها یا بافت‌های بدن (مانند قرنیه و پوست)
- پیوند سایر رده‌های سلول‌های بنیادی مثل سلول Islet و همچنین سلول‌های بنیادی غیر از رده خون‌ساز (هماتوپوئیتیک)

۶- جراحی دریچه قلب:

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

- جایگزینی یا ترمیم دریچه قلبی با استرونوتومی کامل (برش عمودی استخوان قفسه سینه)، استرونوتومی نسبی یا توراگوتومی
- روش Ross
- والوپلاستی بر مینای کاتتر
- جاگذاری دریچه آئورتیک ترانس کاتتر (TAVI)

لزوم جراحی بایستی توسط مشاور متخصص قلب یا جراح قلب به تأیید رسیده و همچنین با شواهد اکو کاردیوگرافیک و یا یافته‌های کاتتراسیون قلبی تأیید گردد.

تعاریف فوق مورد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- کلیپ کردن ترانس کاتتر دریچه میترال

۷- 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. لزوم انجام جراحی بایستی توسط جراح مشاور و همراه با شواهد مربوط به تصویربرداری‌های صورت پذیرفته به تأیید برسد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهند:

- انجام جراحی برای هر یک از شاخه‌های آئورت سینه‌ای (توراسیک) یا شکمی (ابدومینال) (مشمتمل بر گرافت‌های بای پس آئورتو ایلیاک یا آئورتوفمورال)
- جراحی آئورت مرتبط با اختلالات ارثی بافت همبند (مانند سندروم مارفان،

سندرم اهلرز دانلوس)

- جراحی ناشی از صدمات تروماتیک به آئورت

۸- مولتیپل اسکلروزیس (MS):

تشخیص MS می‌بایست توسط نورولوژیست مشاور و دارا بودن تمامی موارد زیر 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 دمی‌لینزاسیون در مغز یا نخاع برابر معیارهای تشخیص MS در تصویربرداری MRI

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

MS احتمالی به همراه علائم منفرد (ایزوله) نورولوژیک یا رادیولوژیک که احتمال وجود MS را مطرح کرده اما آن را به شکل مسلم تأیید نمی‌کند

- نوریت اپتیک ایزوله (منفرد) و نورومیلیت اپتیکا

تعریف بیماری‌های مندرج در بند ب ماده ۲ (بیماری‌های کودکان) به شرح زیر است:

۱- سرطان:

هر نوع تومور بدخیم که توسط شواهد بافت‌شناسی به تأیید رسیده و با علائم رشد غیرقابل مهار سلول‌های بدخیم و تهاجم به بافت همراه است، به عنوان سرطان شناخته می‌شود.

تشخیص بیماری می‌بایست توسط متخصص مشاور تأیید گردد. لوکمی (سرطان خون)، لنفوم بدخیم، سندرم میلودیپلاستیک، پلی سیتمی ورا (Polycythemia vera) و ترومبوسیتمی اساسی (Essential) تحت پوشش این تعاریف قرار می‌گیرند.

برابر تعاریف فوق، موارد ذیل تحت پوشش قرار نمی‌گیرند:

- هرگونه توموری که از نظر بافت‌شناسی به عنوان «پیش سرطانی»، بدون تهاجم، و یا سرطان insitu (شامل ۱- Cin, ۲- Cin و ۳- Cin)

- سرطان سلول پایلاری تیروئید با قطر کمتر از 1 cm و تشویرج بافت‌شناسی T1N0M0

- کارسینوم سلول بازال (BCC) و کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) پوست و ملانوم بدخیم مرحله IA (T1aN0M0)، مگر آنکه شواهدی از متاستاز وجود داشته باشد.

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

- تومور معده ای- روده ای استرومایی (GIST) مرحله ۱ و ۲ بر اساس طبقه بندی سرطان AJCC Cancer Staging Manual, Seventh EDITION, (AJCC 2010)

- تومور ویلمز (Wilms) مرحله ۱ و بافت‌شناسی بهتر (غیر آناپلازی)

۲- پیوند اعضا اصلی بدن:

در صورتیکه فرد گیرنده آلوگرافت یا ایزوگرافت یک یا چند عضو از اعضا زیر باشد، پیوند اعضا اصلی در نظر گرفته می‌شود:

- قلب
- کلیه
- کبد (مشمتمل بر اهدا لوب کبد یا دریافت عضو از فرد زنده)
- ریه (مشمتمل بر اهدا لوب ریه یا دریافت عضو از فرد زنده و یا دریافت یک ریه)
- مغز استخوان (کاشت مغز استخوان آلونژنیک هماتوپوئیتیک بافت Stem Cell که از طریق پیوند کامل مغز استخوان صورت پذیرد)
- روده کوچک
- پانکراس

ماده ۶ - حداکثر تعهد بیمه‌گر:

حداکثر تعهد بیمه‌گر معادل سرمایه بیمه بیماری‌های تحت پوشش مندرج در جدول بیمه‌نامه برای سال اول و مندرج در گزارش‌های سالانه در سالهای بعد می‌باشد. پرداخت خسارت به صورت سرمایه‌ای و بر اساس ۱۰۰٪ سرمایه امراض است. خسارت فقط یک بار معادل ۱۰۰٪ سرمایه امراض پرداخت می‌شود و بعد از یک بار پرداخت خسارت، پوشش امراض حذف می‌شود.

ماده ۷ - استثنائات:

الف: مبتلا شدن به بیماری‌های مندرج در ماده ۲ و ۳ در اثر اعتیاد، مسستی یا استعمال هر گونه 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 صورتیکه معلوم گردد بیمه‌شده یا قیم قانونی وی یا بیمه‌گذار، قبل از صدور بیمه‌نامه از وجود بیماری قبلی یا لزوم انجام درمان بیماری‌های مندرج در ماده ۲ و ۳، اطلاع داشته باشد و به بیمه‌گر اعلام نکرده باشد، بیمه‌گر تعهدی در جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

ماده ۹ - دوره انتظار:

دوره انتظار مدت زمانیکه است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران خسارت‌های مشمول این الحاقیه ندارد. دوره انتظار پوشش امراض خاص، ۹۰ روز از آغاز پوشش بوده و در صورت ابتلا بیمه‌شده به هر یک از بیماری‌های مندرج در ماده‌های ۲ و ۳، بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

تبصره: دوره انتظار در خصوص بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS)، ۱۸۰ روز از آغاز پوشش در نظر گرفته می‌شود.

ماده ۱۰ - دوره بقا (زنده ماندن):

سرمایه بیماری‌های مندرج در ماده ۲ و ۳ در صورت زنده ماندن بیمه‌شده پس از ۳۰ روز بعد از تشخیص بیماری قابل پرداخت بوده و در صورت فوت بیمه‌شده در اثر ابتلا به هر یک از بیماری‌های مندرج در ماده ۲ و ۳ در کمتر از ۳۰ روز، بیمه‌گر 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.

انجام ترمیم و بازسازی نسبی یا کامل صورت، دست، بازو و یا پا (کاشت بافت آلوگرافت) در این تعریف جای نمی‌گیرد. لازم است این روش درمانی به عنوان تنها روش درمانی مؤثر توسط پزشک مشاور و متخصص به تأیید برسد.

تعاریف فوق موارد ذیل را تحت پوشش قرار نمی‌دهد:

- پیوند سایر اعضا، قسمت‌ها یا بافت‌های بدن (مانند قرنیه و پوست)
- پیوند سایر سلول‌ها (شامل سلول‌های Islet و سلول‌های بنیادی دیگر به غیر از رده خونساز (هماتوپوئیک))

- پیوند به علت بدفـر مـی‌ها (malformations) و ناهنجاری‌های (abnormalities) مادرزادی

۳-مولتیپل اسکلروزیس (MS):

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

۰ اختلال موجود در عملکرد حرکتی یا حسی که بایستی به مدت حداقل ۶ ماه تداوم داشته باشد

۰ شواهد وجود حداقل ۲ محدوده دمی‌لینزاسیون در مغز یا نخاع برابر معیارهای تشخیص MS در تصویربرداری MRI

تعاریف فوق موارد زیر را پوشش نمی‌دهد:

- IMS احتمالی به همراه علائم منفرد (ایزوله) نورولوژیک یا رادیولوژیک که احتمال وجود MS را مطرح کرده اما آن را به شکل مسلم تأیید نمی‌کند

- نوریت اپتیک ایزوله (منفرد) و نورومیلیت اپتیکا

ماده ۴ - وظایف بیمه‌گذار، بیمه‌شده و استفاده‌کنندگان:

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

۲. بر حسب مورد، بیمه‌گذار یا بیمه‌شده، می‌بایست فرم درخواست بیمه‌گذار، نظریه پزشک معالج و یا پزشک قانونی (کپی برابر اصل)، کلیه مدارک بیمارستانی (کپی برابر اصل)، اصل صورتحساب هزینه‌های درمانی و یا سایر مدارک مورد درخواست را به بیمه‌گر تسلیم نموده و به کلیه سئوالاتی که در رابطه با سوابق بیمه‌شده از ایشان می‌شود، از روی صداقت پاسخ دهند.

۳. استفاده‌کننده سرمایه بیماری‌های تحت پوشش مندرج در جدول بیمه‌نامه، بیمه‌شده می‌باشد. در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، سرمایه بیماری‌های تحت پوشش مندرج در جدول بیمه‌نامه به ولی یا قیم قانونی وی پرداخت می‌گردد.

۴. بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از ابتلا به بیماری‌های فوق، مراتب را به بیمه‌گر اعلام نماید.

تبصره: در صورتیکه بیمه‌گذار یا استفاده‌کننده بیمه، تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند، بیمه‌گر 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 بیمه‌نامه آغاز و در هر سال بیمه‌ای به طور خودکار، بر اساس جدول بیمه‌نامه، تمدید می‌گردد، مگر آنکه بین طرفین به نحو دیگری توافق شده باشد.

تبصره: حداکثر سن بیمه‌شده جهت استفاده از این پوشش برای بزرگسالان ۶۰ سال تمام و برای کودکان ۱۸ سال تمام است.