

# شرایط عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده



ماده ۴- فرانشیز

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه معادل درصد فرانشیز درج شده در بیمه‌نامه می‌باشد و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

**ماده ۵-** پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.

**ماده ۶-** بیمه‌گذار یا بیمه‌شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

**ماده ۷-** بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی-درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

**ماده ۸-** بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی - درمانی را براساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

**ماده ۹-** چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

**ماده ۱۰-** استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر نیست:

۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.

۲- عیوب مادرزادی

۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۴- ترک اعتیاد.

۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.

۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.

۹- فعل و انفعالات هسته‌ای.

۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۲- هزینه‌های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی

۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.

فصل اول: کلیات

**ماده ۱- اساس بیمه‌نامه:** این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

**ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات:** تعاریف و اصطلاحات مذکور در این آیین‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند:

۱- **بیمه‌گر:** مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است.

۲- **بیمه‌گر پایه:** سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

۳- **بیمه‌گذار:** شخصی حقیقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه‌نامه است.

۴- **موضوع بیمه:** جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه‌نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۵- **حادثه:** هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۶- **بیماری:** وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

۷- **Day Care:** به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

۸- **حق بیمه:** وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.

۹- **دوره انتظار:** دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

۱۰- **خسارت ارزیابی شده:** مبلغی که بر اساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.

۱۱- **فرانشیز:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این سند تعیین می‌شود.

۱۲- **خسارت قابل پرداخت:** مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.

۱۳- **مدت بیمه:** مدت بیمه معادل یک سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

فصل دوم: شرایط

**ماده ۳- اصل حسن نیت:** بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند.

اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد،

بیمه‌گر حق دارد آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از

فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است.

همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه‌شده است.

صورتی که تا زمان فسخ بیمه‌نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

**ماده ۱۶-** بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارت را پرداخت کند.

**ماده ۱۷-** هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

**ماده ۱۸-** ارجاع به داوری: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می‌کنند. هر یک از طرفین حق‌الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق‌الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

#### فصل سوم: سایر مقررات

**ماده ۱۹-** بیمه‌گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می‌تواند بیمه‌نامه درمان خانواده و یا بیمه‌نامه برای مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، ارایه نماید:

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش‌نامه سلامتی ارایه شده توسط بیمه‌گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می‌شود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پاسخ‌های مندرج در پرسش‌نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارایه پوشش بیمه‌ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری‌هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

تبصره: بیمه‌گر می‌تواند مشروط به اخذ پرسش‌نامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

**ماده ۲۰-** بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر، به خارج از کشور اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه، به ایشان پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره- میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد

۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

**ماده ۱۱-** بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه‌گر تحویل شود، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

**ماده ۱۲-** در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

**ماده ۱۳-** چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت‌بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.

**ماده ۱۴-** در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه شدگان وابسته وی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.

**ماده ۱۵-** فسخ بیمه‌نامه  
بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در موارد زیر برای فسخ بیمه‌نامه اقدام نمایند:  
الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.  
۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:  
انتقال پورتنفوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هردلیل.

ج- نحوه فسخ:

۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار فسخ شده تلقی می‌گردد.

۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌گردد.

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

۱- در صورت فسخ بیمه‌نامه بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.

۲- در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در

# شرایط خصوصی بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده



این بیمه نامه صرفاً براساس اطلاعات ارائه شده توسط بیمه شده در فرم پرسشنامه گواهی سلامت (PIF ۰۰۴) صادر گردیده و در صورت کتمان حقایق و عدم ارائه اطلاعات صحیح در خصوص سلامت و سابقه بیماری، بیمه گر تعهدی در قبال پرداخت خسارت نخواهد داشت.

#### فرانشیز:

فرانشیز عبارتست از سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است. فرانشیز کلیه هزینه های تحت پوشش این بیمه نامه در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه ۱۰٪ می باشد.

#### دوره انتظار:

دوره انتظار مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد. دوره انتظار در این بیمه نامه بصورت زیر می باشد:

○ ۹ ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF منظور می گردد.

○ ۳ ماه دوران انتظار برای بیماری های مزمن

در این موارد امکان حذف دوران انتظار وجود دارد:

۱. در صورت تمدید بیمه نامه درمان تکمیلی سامان اعم از گروهی یا خانواده (با فاصله حداکثر یک ماه بعد از انقضای بیمه نامه قبلی) برای

بیمه شدگان حقیقی

۲. در صورت ارائه آخرین لیست تأیید شده توسط بیمه گر سال قبل (ممهور به مهر شعبه و مشروط به آنکه بیش از یک ماه از بیمه نامه

منقضی سپری نشده باشد) برای گروه های کوچک و متوسط (SME)، صرفاً برای افراد نامبرده در لیست.

#### بیماری های مزمن:

رفع عیوب انکساری چشم (شامل لیزیک، لازک، در صورتیکه به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، در غیر اینصورت غیر قابل پرداخت می باشد)، سمک، کاتاراکت، استرابیسم (فقط جنبه درمانی برای افراد زیر ۷ سال)، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوزیت، جراحی لوزه، بیماری های قلبی - عروقی، بیماری های گوارشی (زخم های گوارشی، کولیت روده - گاستریت معده و ...)، بیماری های مزمن کلیوی، سکتة مغزی، جراحی دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میمومکتومی، هیستروکتومی، سیستوسل، رکتوسل، آنتروسل، فتق، اختلالات تیروئیدی، اختلالات ریوی، آسم و آلرژی، ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی)، صرع، دیابت، سیروز کبدی، انواع سرطان، هپاتیت، استومی های طولانی، اسکیزوفرنی، تومور مغزی خوش خیم عارضه دار، معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰، فلج دائمی حداقل دو عضو در بیماران CP و قطع نخاع، بیماری های متابولیک ناتوان کننده، آلزایمر بالای ۶۰ سال که نیازمند به نگهداری باشد، حوادثی مانند سوختگی یا تصادف که منجر به قطع عضو یا بدفرم شدن صورت یا بدن یا اختلال عملکرد عضو می گردد، بیماری های مزمن استخوانی و مفصلی (آرتروز و روماتیسم)، کاشت حلزون شنوایی، بیماری مغزی ALS، معلولیت های جسمی غیر مادرزادی که جنبه درمانی دارند مانند نابینایی، ناشنوایی، لالی و هر نوع بیماری طولانی مدتی که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد و کارکردهای بیمار را محدود می گرداند، با تشخیص پزشک معتمد، منظور می گردد.

#### استثنائات:

کلیه هزینه های چکاپ و واکسن، عقیم سازی (مگر آنکه جنبه درمانی داشته باشد)، کلیه اعمال جراحی مربوط به چاقی همانند اسلیو معده، بای پس معده و ... و همچنین تعویض مفصل زانو جزء **استثنائات** این بیمه نامه بوده و غیر قابل پرداخت می باشد.

**نکته:** هزینه های مربوط به ناهنجاری جنین (غربالگری) صرفاً در طرح های دارای این پوشش قابل پرداخت می باشد.

#### افزایش قیمت:

این بیمه نامه بر اساس تغییرات تعرفه های از طریق مقامات ذیصلاح بصورت سالیانه مشمول افزایش قیمت خواهد شد.

**تذکر:** شرایط فسخ درج شده در شرایط عمومی مطابق با بندهای زیر در این بیمه نامه مصداق ندارد:

۱: در صورتی که خطر موضوع مورد بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲: انتقال پورتنوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.

۳: در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

**نکته:** با فسخ بیمه نامه و یا حذف هر یک از بیمه شدگان، در صورت دریافت هزینه های درمانی، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه نامه می باشد.

#### مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی:

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر **چهار ماه** تمام از تاریخ تنظیم صورتحساب می باشد.