

«توافق نامه بیمه مکمل درمان شرکت بیمه ایران و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم»

شماره بیمه نامه:	تاریخ صدور: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱
بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم	تاریخ شروع: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱ از ساعت صفر
تعداد بیمه شدگان: طی لیست پیوست ارسالی	تاریخ انقضاء: ۱۴۰۵/۰۳/۳۱ لغایت ساعت ۲۴
حق بیمه صادره کل:	نماینده: آقای مهدی معینی پور به کد ۳۸۷۶۲

این توافق نامه فی مابین شرکت ایران شعبه قم به کد پستی ۳۷۱۶۱۹۳۱۱۲ به سرپرستی آقای اقدام صابری که منبع بیمه گر به شماره شناسه ملی ۱۰۱۰۳۸۵۸۷۴۲ و کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۱۳۷۱۳۸۷ نامیده می شود از یک طرف و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم به نمایندگی آقای مهندس مهدی گلستانی راد که بعد از این بیمه گذار به شماره شناسه ملی ۱۴۰۰۹۷۰۳۲۹۵ و کد اقتصادی ۴۱۱۳۹۳۳۹۷۱۷ نامیده می شود از طرف دیگر بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مقررات و آیین نامه های شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط خصوصی ذیل برای مدت یکسال شمسی منعقد می گردد. بیمه گر متعهد گردید بر اساس مفاد این تفاهم نامه، نسبت به ارائه خدمات بیمه درمان تکمیلی به صورت انفرادی به بیمه شدگان (وفق تعریف زیر) اقدام نماید.

فصل اول - کلیات

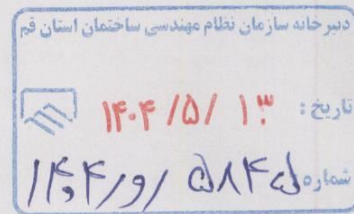
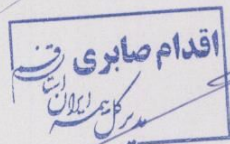
ماده ۱: تعاریف و اصطلاحات:

اصطلاحات زیر صرفنظر از هر معنی و مفهوم دیگری که ممکن است داشته باشند در این توافق نامه با تعریف مقابل آن به کار رفته است:

بیمه گر: شرکت بیمه ایران به آدرس قم، بلوار الغدیر، نبش کوچه شماره ۱۷ که جبران هزینه های درمانی مورد تعهد در این توافق نامه را به عهده می گیرد.

تبصره ۱۵- بیمه خدمات درمانی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و سازمان های مشابه، بیمه گر اولیه و شرکت سهامی بیمه ایران، بیمه گر دوم محسوب می شوند. هیچ الزامی بر وجود بیمه گر اولیه برای انعقاد قرارداد با بیمه شدگان وجود ندارد و در صورت فقدان بیمه گر اولیه تبصره ۱۴ اعمال خواهد شد (نظام مهندسی ساختمان موظف است به اعضاء خود توصیه بنماید تا حتی المقدور نسبت به اخذ پوشش بیمه پایه و استفاده از آن اهتمام ورزند).

بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم، به نشانی- قم، پردیسان، بلوار آزادی، نرسیده به بلوار امام علی(ع) نبش میدان شهدا منا تلفن: ۳۲۲۲۵۱۳۴ که متعهد به معرفی بیمه شدگان طبق شرایط مندرج در توافق نامه می باشد.



مجری تفاهم نامه: بر اساس این توافق نامه سرپرستی ایران شعبه استان قم جهت پیگیری کلیه فرآیندهای صدور بیمه نامه، تنظیم لیست بیمه شدگان، اخذ حق بیمه، دریافت مدارک پزشکی و ارائه به واحد اسناد پزشکی شرکت و پیگیری دریافت خسارت بیمه شدگان، مجری توافق نامه و رابط بیمه گر و بیمه گذار تعیین می گردد. بیمه شدگان: عبارتند از کلیه اعضاء حقیقی دارای شماره عضویت در نظام مهندسی یا نظام کاردانی، چارت اداری اعضاء حقوقی، پرسنل و هیئت مدیره سازمان نظام مهندسی و سازمان نظام کاردانی ساختمان استان قم به همراه تمامی اعضاء خانواده که توسط بیمه گذار معرفی می شوند.

تبصره ۲- منظور از اعضاء خانواده همسر، فرزندان و سایر افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشند.

تبصره ۳- پدر و مادر، غیر تحت تکفل نیز می توانند در عداد بیمه شدگان قرار گیرند.

تبصره ۴- فرزندان ذکور تا سن ۲۵ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی تا سن ۳۰ سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج تحت پوشش بیمه می باشند.

پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع توافق نامه مشمول بیمه گردیده اند تا پایان سال توافق نامه ادامه خواهد داشت.

فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بیمه می باشند.

تبصره ۵- نوزادان به محض تولد مشروط به ارسال مدارک ظرف مدت ۶۰ روز تحت پوشش قرار می گیرند. بدیهی است در این صورت کلیه هزینه های درمانی که ظرف این ۶۰ روز انجام شده است در چارچوب قرارداد ناشی از این توافق نامه به بیمه شده مربوط پرداخت خواهد شد.

تبصره ۶- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان بدون در نظر گرفتن شرط سنی بیمه خواهند بود (با توجه به مفاد توافق نامه و رعایت استثنائات).

تبصره ۷- در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه شده اصلی در طول مدت تفاهم نامه، مفاد آن برای بازنشستگان و افراد خانواده و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه ای متوفی به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان توافق نامه به حال و قوت خود باقی خواهد بود.

بیماری: عبارت است از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی اعضا و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.

حادثه: عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.



دوره ی انتظار: مدت زمانی است که در طول مدت آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران هزینه ها ندارد. تاریخ شروع آن همان تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر بیمه شده می باشد. دوره انتظار جهت زیانمان ۶ ماه و برای بیماریهای مزمن شامل فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، پولیپ، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، جراحی کلیه، سنگ کلیه، ماستوئیدکتومی، کاتاراکت، جراحیهای قلبی و عروقی، دیابت ۳ ماه می باشد (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری شدن در بخش C.C.U و I.C.U گردد به تأیید پزشک معتمد بیمه گر).

- دوران انتظار برای بیمه شدگانی که سال گذشته دارای بیمه مکمل درمان از هر یک از شرکتهای بیمه گر بوده اند اعمال نمی گردد و همچنین در صورتیکه تعداد کل بیمه شدگان بالای ۱۰۰۰ نفر و بالاتر شود هیچ دوره انتظاری وجود نخواهد داشت.

فرانشیز: درصد معینی از هزینه های درمانی مشمول تعهدات این توافق نامه که تامین آن به عهده بیمه شده می باشد.

ماده ۲: موضوع تفاهم نامه

عبارت است از جبران و پرداخت هزینه های بیمارستانی، پزشکی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث مشمول و سایر پوششهای اضافی درمانی بیمه شدگان تا سقف تعهدات مندرج در این تفاهم نامه. بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه شده، در صورت وقوع هر یک از خطرات مشمول بیمه پس از دریافت اسناد و مدارک مثبت، هزینه های موضوع بیمه بشرح مندرج در توافق نامه را در وجه بیمه شده یا بشرح توافق شده فی مابین پرداخت نماید.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۳: اصل حسن نیت

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه گر قراردهند، چنانچه قانوناً ثابت شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا با اظهارات کاذب و خلاف واقع و ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده باشد در این صورت توافق نامه بیمه، نسبت به وی و سایر اعضاء خانواده باطل و از درجه اعتبار ساقط است و بیمه گر می تواند وجوهی را که بابت هزینه های درمانی به بیمه شده یا بیمه شدگان وابسته پرداخت نموده، علاوه بر بدهی حق بیمه آنان مطالبه نماید.



ماده ۴: نحوه اعلام اسامی بیمه شدگان

لیست اسامی پرسنل سازمان نظام مهندسی و نظام کاردانی و خانواده ایشان توسط سازمان مربوطه ارسال خواهد شد. بیمه گذار و مجری توافق نامه موظفند که پس از امضاء و مبادله توافق نامه حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز اسامی و مشخصات بیمه شدگان را به صورت یکجا پس از مهر و تایید اسامی در اختیار بیمه گر قرار دهند. بدیهی است ملاک صدور معرفی نامه و یا پرداخت هزینه های پزشکی، اسامی مندرج در لیست مذکور می باشد. کلیه افراد از تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۰۱ تحت پوشش بیمه ای خواهند بود.

تبصره ۸- لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می بایست حاوی اطلاعات زیر باشد:

شماره ردیف که همان شماره بیمه ای بیمه شده می باشد، نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد(روز/ماه/سال)، شماره شناسنامه، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی، کد ملی، شماره عضویت نظام مهندسی و یا نظام کاردانی(در صورت وجود)، شماره حساب بانکی.

در مورد باقی نفرات، لیست نهایی بر اساس کارت عضویت معتبر و مدارک هویتی توسط مجری توافق نامه تهیه و تنظیم می شود.

تبصره ۹- دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان تهیه شده می بایست به امضاء طرفین رسیده مهمور و مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت، مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت.

تبصره ۱۰- بیمه گذار مکلف است در طول مدت توافق نامه تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را برای بیمه گر ارسال نماید.

افزایش بیمه شدگان شامل افرادی که جدید به عضویت حقیقی یا حقوقی سازمان (مهندسی یا کاردانی) در می آیند، کارکنان انتقالی(منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که ازدواج کرده اند، افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت که می بایست مستندات آن (تصویر شناسنامه، کارت عضویت و ..) ظرف مدت یکماه برای بیمه گر ارسال شود.

تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از اولین روز ماه بعد بیمه ای از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود. تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند با اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ دریافت نامه وی می باشد. موارد حذف بیمه شدگان عبارت است از اخراج، فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه ی همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع شده است. در صورت فقدان خسارت، حق بیمه برگشتی از تاریخ قطع همکاری به صورت ماه شمار محاسبه خواهد شد.



در صورت اخذ هر گونه خسارت بایستی حق بیمه سالانه به صورت کامل به بیمه گر پرداخت شود.

تبصره ۱۱- بیمه شدگانی که نام آنها در لیست اسامی اولیه و تغییرات توافق نامه درج نباشد به استناد از قلم افتادگی نمی توانند در عداد بیمه شدگان این توافق نامه قرار بگیرند، مگر بیمه گذار دلایل موجهی ارائه و مورد تائید بیمه گر واقع گردد.

ماده ۵: میزان حق بیمه

۵-۱- با توجه به تعهدات بیمه گر حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان، با هر سن و سال و جنسیت، با احتساب مالیات بر ارزش افزوده (در صورت مشمول بودن) و سایر کسورات احتمالی برای جدول تعهدات طرح یک به مبلغ ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال و برای جدول تعهدات طرح دو به مبلغ ۹,۶۰۰,۰۰۰ ریال و همچنین برای جدول تعهدات طرح سه به مبلغ ۱۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد که در خصوص پرسنل، بیمه گذار موظف است بر اساس تعداد کل بیمه شدگان محاسبه و براساس سررسیدهای اعلامی از سوی بیمه گر پرداخت نماید.

۵-۲- حق بیمه افرادی که در اثنای سال بیمه ای به استناد تبصره ۱۰ تحت پوشش قرار گیرند به صورت ماه شمار مدت زمان باقی مانده از سال بیمه ای محاسبه و اعمال می شود.

تبصره ۱۲- در مورد نوزادان و نیز افزایش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ی کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می شود و در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه ی ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد.

ماده ۶: ترتیب پرداخت حق بیمه

۶-۱- بیمه شده مکلف است ۵۰ درصد حق بیمه ی متعلقه را در ابتدای قرارداد به شماره حساب و شماره شبا اعلامی و مابقی را طی ۲ فقره چک هر یک به فاصله ۳ ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

۶-۲- در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه توسط هر کدام از بیمه شدگان به مدت ۳۰ روز پس از سررسید بیمه گذار موظف است نسبت به تامین آن اقدام نماید در غیر این صورت قرارداد بلافاصله با صدور الحاقی به حالت تعلیق در آمده و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت برای همان فرد ندارد. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه، موارد معوق قرارداد با صدور الحاقی رفع تعلیق، مجدداً به حالت اول بر می گردد و بیمه گر مکلف به جبران کلیه هزینه های زمان تعلیق خواهد بود.

تبصره ۱۳- پرداخت حق بیمه، بیمه شدگان صرفاً به شماره حساب حساب متمرکز بانک، شماره شبا و شماره شناسه واریز خواهد بود.



ماده ۷: خدمات الکترونیک

بیمه شدگان می توانند با استفاده از کد ملی و کد بیمه شده مندرج در کارت درمان از کارتابل شخصی بیمه جهت رویت خسارت پرداختی به آدرس----- قسمت خدمات الکترونیک، استعلام خسارت درمان استفاده نمایند.

ماده ۸: حدود تعهدات

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار، هزینه های پزشکی موضوع این توافق نامه را برای مدت یک سال به شرح تعهدات مندرج در جدول شماره یک و با شرایط زیر جبران نماید:

۸-۱- پرداخت خسارت توسط بیمه گر صرفاً موجب کاهش تعهدات ریالی به همان مقدار در همان ردیف از جدول می شود.

۸-۲- بیمه شده می تواند از تعهدات مندرج در توافق نامه در یک یا چند مرتبه استفاده نماید ولی در هر صورت سقف تعهدات بیمه گر در سال بیمه ای از اعداد مندرج در جدول (برای هر ردیف) بیشتر نخواهد بود.

۸-۳- نظر به منویات مقام معظم رهبری، هزینه های زایمان (اعم از طبیعی و یا سزارین) شامل محدودیت تعداد فرزندان نمی باشد.

ماده ۹: فرانشیز

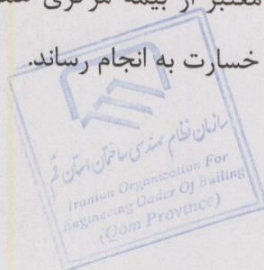
در صورتیکه بیمه شدگان به هر نحو از سهم خسارت درمان بیمه گر اولیه استفاده ننمایند، هزینه با ارائه اصل مدارک و با فرانشیز دندان پزشکی ۲۰ درصد و فرانشیز سایر بخش های جدول به شرط عدم استفاده از پوشش بیمه گر پایه (نه فقدان آن) به میزان ۱۰ درصد خواهد بود.

تبصره ۱۴- در صورت استفاده از سهم بیمه گر اول به هر مقدار، هیچ گونه فرانشیز اعمال نخواهد شد.

ماده ۱۰: دریافت مدارک

بیمه گر موظف است ظرف مدت ۷ روز کاری پس از دریافت مدارک مثبت بیمه شده، نسبت به محاسبه و پرداخت هزینه ها اقدام نماید.

تبصره ۱۵: در صورت عدم پذیرش کامل اسناد ارائه شده ویا هزینه های پرداخت شده توسط بیمه شده به بیمه گر، بیمه گر متعهد میگردد نسبت به معرفی کارشناس ارزیاب دارای پروانه معتبر از بیمه مرکزی همراه با ارائه مستندات لازم اقدام و پس از تایید کتبی بیمه گذار اقدام بعدی جهت پرداخت خسارت به انجام رساند.



ماده ۱۱:

بیمه گر موظف است حداکثر ۳۰ روز پس از انعقاد توافق نامه و اعلام اسامی بیمه شدگان (براساس فرمت درخواستی بیمه گر) نسبت به صدور کارت درمان کلیه بیمه شدگان اقدام نماید.

ماده ۱۲:

بیمه گر مکلف است به منظور تسهیل در ارائه خدمات مناسب و کسب رضایت مندی بیمه شدگان با نظر و درخواست بیمه گذار اقدام به عقد قرارداد با بیمارستانها و مراکز درمانی و دندان پزشکی مجاز به تعداد کافی و توزیع مناسب در سطح استان و کلیه شهرهای کشور نموده و لیست آنها در اختیار بیمه گذار قرار دهد و همچنین نسبت به توجیه بیمارستانهای طرف قرارداد مبنی بر عدم دریافت وجه اضافه از بیمه شدگان (خارج از مقررات) اقدام کند. چنانچه پزشک معالج، طرف قرارداد با شرکت بیمه گر نباشد بیمه شده می تواند با ارائه گواهی مربوطه از پزشک معالج نسبت به اخذ حق العمل براساس اصل همترازی از بیمه گر اقدام نماید و بیمه گر مکلف به پرداخت طبق شرایط این توافق نامه حاضر است.

ماده ۱۳: گزارش عملکرد: بیمه گر موظف است آمار عملکرد توافق نامه را بنا بر فرمت اعلامی بیمه گذار و حداکثر هر ۳ ماه یکبار در اختیار بیمه گذار قرار دهد.

فصل چهارم - شرایط و نحوه استفاده بیمه شدگان از خدمات مراکز درمانی مجاز

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستانها و مراکز درمانی مجاز طرف قرارداد با بیمه گر یا غیر طرف قرارداد مختار است.

ماده ۱۴: ترتیب بستری بیمه شدگان

۱-۱۴ چنانچه بیمه شدگان در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند:
۱-۱۴-۱ حداکثر ظرف مدت ۳ روز از زمان بستری در بیمارستان مراتب را از طریق بیمه گذار به بیمه گر و یا مجری توافق نامه اطلاع دهد.

۱-۱۴-۲ پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را راساً تامین نماید.

۱-۱۴-۳ اصل مدارک و صورتحسابهای بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار و یا مجری توافق نامه جهت محاسبه ی هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال نماید.



تبصره ۱۶- بیمه شدگان می بایست در صورت وجود ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول اقدام و سپس با ارائه رونوشت برابر اصل مدارک بیمارستانی و تصویر چک دریافتی از سازمانهای فوق الذکر، از طریق نماینده ی بیمه گذار به بیمه گر، هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر براساس مفاد این توافق نامه دریافت نماید.

تبصره ۱۷- هزینه های درمانی موضوع این توافق نامه که در تعهد بیمه گر می باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه های اولیه (در صورت وجود) و سایر شرکتها و سازمان های بیمه ای نمی تواند از صددرصد هزینه های انجام شده تجاوز نماید.

۱۴-۱-۴- محاسبه ی هزینه های بیمارستانی براساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم درجه طرف قرارداد با بیمه گر در همان استانی که بیمارستان در آن قرار دارد می باشد. محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی، بر اساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و خصوصی (نظام پزشکی) می باشد.

۱۴-۱-۵- هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی خارج از کشور بیمه شدگان حداکثر براساس تعرفه مورد عمل بیمارستان های درجه یک طرف قرارداد با بیمه گر معادل هم ارز ریالی صورتحساب در زمان بستری (تاریخ صورتحساب) طبق مفاد توافق نامه پس از اخذ سهم بیمه گر اول قابل پرداخت می باشد؛ منوط بر آنکه بیمه شده قبل از اعزام به خارج از کشور مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر طرف توافق نامه برساند و مدارک پزشکی به تائید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن (برای زبانهای غیر از انگلیسی) به تائید وزارت امور خارجه ایران رسیده باشد (بیمه شدگانی که در خارج از کشور به طور اورژانسی معالجه می شوند باید برای دریافت خسارت به صورتی که ذکر شده عمل نمایند) در صورت عدم احراز موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

۱۴-۲-۱- چنانچه بیمه شدگان در بیمارستانهای طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت نمایند:

۱۴-۲-۱- با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر علت و تاریخ بستری در بیمارستان طرف قرارداد به همراه کارت بیمه درمان نسبت به اخذ معرفی نامه از بیمه گر اقدام نماید.

۱۴-۲-۲- در موارد اورژانس و یا ساعات غیر اداری بیمه شدگان می توانند از طریق کارت بیمه ی درمانی که در اختیار آنان گذاشته می شود مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر مراجعه و بستری گردند متعاقباً در اولین ساعات اداری روز بعد معرفی نامه مربوطه را اخذ و تحویل بیمارستان نمایند.

ماده ۱۵: مهلت ارائه مدارک

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و هزینه های پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت



شش ماه و یا یک ماه پس از دریافت چک بیمه گر اول و همچنین ۲ ماه پس از پایان توافق نامه (هر کدام که دیر تر باشد) می باشد .

ماده ۱۶: مدارک مورد نیاز جهت اخذ خسارت

تصویر دفترچه بیمار و سرپرست (در صورت وجود) به همراه کارت درمان بیمه گر
دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم و علت بستری به همراه تاریخ خدمت
تصویر جواب خدمت انجام شده
اصل رسید وجه پرداخت شده

ماده ۱۷:

- ۱۷-۱- در خصوص هزینه های دندان پزشکی، گرافی قبل و بعد از خدمت الزامی است و هزینه ها بر اساس نرخهای سندیکای بیمه گران ایران محاسبه و پرداخت می گردد.
- ۱۷-۲- هزینه عینک طبی، با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست صرفا با ارائه برگ پرینت کامپیوتری قابل پرداخت خواهد بود.
- ۱۷-۳- جهت دریافت هزینه داروهای داخل فارماکوپه ایران نسخه پزشک معالج به صورت خوانا، قیمت مشخص و مهر پزشک و مهر داروخانه الزامی است. پرداخت حق فنی داروخانه برعهده بیمه شده می باشد.
- ۱۷-۴- هزینه مربوط به پروتز که در داخل بدن بکار می رود با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر با توجه به نوع عمل جراحی پرداخت می شود.
- ۱۷-۵- هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تایید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر پرداخت می شود.
- ۱۷-۶- هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی، ZIFT, GIFT, IUI, IVF و هزینه های داروئی مانند HMG, HCG پرداخت می شود.
- ۱۷-۷- تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس به شرح زیر است :
- ۱۷-۸- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار گردد و همچنین در مورد شکستگی ها، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز در موارد داخل شهری در هر مورد قابل پرداخت می باشد.
- ۱۷-۹- در مواردی که امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت فراهم نباشد هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیص درمانی بین شهری قابل پرداخت است.
- ۱۷-۱۰- پرداخت کلیه هزینه های پزشک معتمد بر عهده شرکت بیمه طرف قرارداد می باشد.



۱۷-۱۱- کلیه هزینه های جابجایی بین کشوری با وسایل نقلیه زمینی، دریایی و هوایی تا سقف اعداد جدول با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است.

۱۷-۱۲- در خصوص مواردی که نیاز به تایید پزشک معتمد دارد (لیزیک و انحراف بینی و ...) این کنترل در واحد درمان شرکت بیمه گر قابل انجام است .



جدول تعهدات

ردیف	تعهدات بیمه گر	حداکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر هر نفر		
		طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. (به استثنای زایمان، نازایی و لیزیک)، دیسک و ستون فقرات و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، درمان بیماری های اعصاب و روان به جز سایکوتیک در بیمارستان	بدون سقف	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۲	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج	بدون سقف	۵۰,۰۰۰,۰۰۰ درون شهری ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ برون شهری	بدون سقف
۳	جبران هزینه های شیمی درمانی (تزریقی، دارویی و خوراکی و غیره)، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، (به استثنای دیسک و ستون فقرات)، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، انواع سنگ شکن، اعمال جراحی عمومی و جراحی دیسک ستون فقرات، لاپاراسکوپی، بیماری های اعصاب و روان. پرداخت هزینه های مربوط به اختلال خواب، لیزر PDT، قوز قرینه، آب مروارید، درمان بیماری های خاص (تالاسمی، هموفیلی، دیالیزی، ام اس، انواع سرطان) شامل کلیه هزینه ها (دارو و سایر خدمات) به صورت سرپایی و بستری، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان	بدون سقف	۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۴	جبران هزینه زایمان (طبیعی و سزارین)، کورتاژ تخلیه ای	بدون سقف	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۵	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، سی تی اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان). پرداخت هزینه های مرتبط با خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی، جبران هزینه انواع آندوسکوپی، فلوروسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، انواع هولتر مانیتورینگ قلب، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، TCD، OPG، EEC، انواع رادیولوژی، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری، و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، سیستومتری یا سیستوگرام، ادیومتری، بررسی عصب شنوایی، بینایی سنجی، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی، اندازه گیری قرینه چشم، نوار چشم، اکوچشم، آنژیوگرافی چشم، تست اوردینامیک، تمپانومتری. پرداخت هزینه های مربوط به خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)، پاکیمتری. هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی. پرداخت هزینه های مربوط به تست های آلرژیک و جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل ادامه بند شماره ۵ :	بدون سقف	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف

			مارک‌های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین، نوار قلب جنین، آزمایش تشخیص ناهنجاری جنین، آن سی تی نوزاد، بیوفیدبک، نوروفیدبک. هزینه های مربوط به پرستاری در منزل با دستور پزشک، بیهوشی همراه با آندوسکوپی و کولونوسکوپی و ... اسکن کف پا، بادی اسکن، اسکن قلب، نوار قلب، اسکن سه بعدی دندان، بازتوانی قلب، فشارخون، هزینه های مربوط به اوتیسم. هرگونه آزمایش تشخیص پزشکی (به جز چکاپ)، کایروپراکتیک، تزریق داخل چشم، مانومتري، لیزر چشم، فوندوسکوپی، لیزر تراپی. پرداخت خدمات روانپزشکی و مشاوره روانشناسی، پاپ اسمیر، اعمال مجاز سرپایی. پرداخت هزینه های مربوط به کلیه اقدامات و خدمات اورژانس بصورت سرپایی، همانزیم، انتروپيون، طب مکمل، Smart Plug-ICG-ORB SCAN			
۶	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT) - گفتار درمانی - کار درمانی، لیزر درمانی (به جز زیبایی)	بدون سقف	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف		
۷	جبران هزینه نازایی و ناباروری (اولیه و ثانویه) شامل لاپاراسکوپی درمانی، اعمال جراحی مرتبط IVF-IUI-Zift-Gift و میکرواینجکشن جهت هریک از زوجین قابل پرداخت می باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد)	بدون سقف	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف		
۸	جبران هزینه ویزیت، تزریقات و دارو (تمامی داروهای مورد تایید وزارت بهداشت، داروهای مجاز در فارماکوپه کشور، حق فنی نسخ دارویی) پرداخت داروهای پوستی ناشی از آلرژی و ریزش سکه‌ای مو با نسخه پزشک متخصص پوست و تاییدیه بیماری، پرداختی هزینه های مشاوره روانشناسی، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری *پرداخت هزینه داروهای داخلی و خارجی، داروهای بیماری های صعب العلاج، داروهای ویتامینه به میزان (۱۰۰٪ داخلی، ۷۰٪ خارجی) که توسط پزشک متخصص تجویز می گردد با کسر فرانشیز. همچنین هزینه های مولتی ویتامین هایی که توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص مرتبط تجویز گردد، به میزان (۱۰۰٪ داخلی و ۷۰٪ خارجی) قابل پرداخت می باشد. داروهای گیاهی به شرطی که تایید توسط وزارت بهداشت داشته باشد و مهپور به مهر داروخانه باشند و پزشک متخصص مربوطه تجویز کرده باشد قابل پرداخت می باشد. هزینه داروهای مکمل و ویتامین برای بیماران خاص و خاتم های باردار طبق لیست داروهای مجاز با دستور متخصص قابل پرداخت می باشد. ۱۰۰ درصد حق فنی داروخانه با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد	بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف		
۹	سمعک (آنالوگ - دیجیتال)	بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف		
۱۰	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی (برای کلیه گروه های سنی)، دست دندان مصنوعی (هر فرد) در صورت مراجعه بیمه شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی ملاک محاسبه می باشد.	-	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (هر نفر)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (شناور)		

۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	-	جبران هزینه خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی (شیشه - فریم) با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست بابت هر فرد	۱۱
بدون سقف	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد. تزیینات چشمی، فمتو برای دو چشم	۱۲
بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، انواع گچ گیری، انواع آتل گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء رفع عیوب انکساری چشم)، اوزوم تراپی، بیرون آوردن تومورهای سطحی خوش خیم، برداشتن میخچه، کشیدن ناخن، جراحی ناخن فرورفته در گوشت، کشیدن بخیه، آبسه، کرایوتراپی، شست و شوی گوش	۱۳
بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه خرید انواع پروتز و اروتز (علاوه بر سایر موارد مشمول پروتز و اروتز، سمک، باطری سمک، مچ بند و کمربند طبی، کفی طبی، جوراب واریس، کفش طبی، عصا، واکر، ویلچر با تجویز پزشک متخصص) قابل پرداخت می باشد.	۱۴
۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۹,۶۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	مبلغ برای هر نفر - ریال	

تبصره: در روش شناور، هر فرد در یک خانوار می تواند کل سقف تعهد دندانپزشکی آن خانوار را به تنهایی مصرف کند به عنوان مثال: *در طرح (سه) در یک خانواده ۳ نفره یک فرد می تواند به تنهایی از سقف تعهد استفاده کند در صورت استفاده از کل تعهد باقی مانده افراد صفر خواهد شد.

فرانشیز دندان پزشکی ۲۰٪، فرانشیز سایر بخشهای جدول به شرط عدم استفاده از پوشش بیمه گر پایه (نه فقدان آن) ۱۰٪ خواهد بود.

کلیه هزینه های جابجایی بین کشوری با وسایل نقلیه زمینی، دریایی و هوایی تا سقف اعداد جدول با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است.

در خصوص مواردی که نیاز به تایید پزشک معتمد دارد (لیزیک و انحراف بینی و ...) این کنترل در واحد درمان شرکت بیمه گر قابل انجام است.



فصل پنجم - سایر مقررات

ماده ۱۸:

۱۸-۱- به منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان، در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد. ولی حداکثر زمان برای عودت مبالغ وفق مفاد توافق نامه حاضر خواهد بود.

۱۸-۲- بیمه گر مکلف است از ثبت توافق نامه بنام سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم در صورت معاملات فصلی ماده ۱۶۹ قانون مالیاتهای مستقیم در سایت امور مالیاتی کشور و سایر سازمانها و ارگانهایی که بار مالی برای سازمان نظام مهندسی ساختمان داشته باشد، خوداری نماید بدیهی است در صورت عدم توجه به این بند کلیه مسئولیت های ناشی از آن و جبران هزینه های احتمالی بر عهده بیمه گر خواهد بود.

ماده ۱۹: استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

۱۹-۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گردد مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت توافق نامه باشد.

۱۹-۲- عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد توافق نامه، مشخص بوده و بیمه گذار از آن مطلع بوده باشد. مگر در مواردی که حیات بیمه شده را تهدید نماید و یا در مواردی که طبق تشخیص پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۱۹-۳- سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج.

۱۹-۴- ترک اعتیاد

۱۹-۵- خودکشی، قتل و جنایت .

۱۹-۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

۱۹-۷- حوادث و بیماریهای ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، آشوب، اعتصاب، قیام، کودتا، حکومت نظامی و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

۱۹-۸- فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی

۱۹-۹- اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد.

۱۹-۱۰- هزینه همراه بیماران به جز اطفال زیر ۷ سال و افراد بالای ۶۵ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص

پزشک معالج و تایید پزشک معتمد.



۱۹-۱۱- اشخاصی که در زمان انعقاد توافق نامه مجنون باشند.

۱۹-۱۲- هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایشی، بهداشتی و متفرقه در بیمارستان از قبیل شیرخشک، صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب واریس، شکم بند و نظایر آن (مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر).

۱۹-۱۳- بیماریهای همه گیر (اپیدمی)

۱۹-۱۴- هزینه تهیه اعضاء مصنوعی بدن.

۱۹-۱۵- هزینه چک آپ

۱۹-۱۶- بیماریهای سایکوتیک (روانی و جنون)، مگر ناشی از حادثه باشد (منظور از بیماریهای سایکوتیک آن دسته از بیماریهایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد).

۱۹-۱۷- سپتوپلاستی، مگر آنکه قبل از انجام به تائید پزشک معتمد بیمه گر رسیده باشد.

ماده ۲۰: ناظر قرارداد ناظر قرارداد کارشناس ارزیاب خسارت بیمه مرکزی جناب آقای سید ابراهیم منتظری میباشد.

ماده ۲۱: حل اختلاف نظر

بیمه گر و بیمه گذار کوشش خواهند نمود هرگونه اختلاف نظر ناشی از این توافق نامه را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. در صورت اختلاف نظر در تفسیر و یا اجرای شرایط بیمه نامه، مراتب حتی الامکان بصورت مسالمت آمیز حل و فصل خواهد شد در غیر این صورت رای شورای داورى ملاک عمل خواهد بود. شورای داورى به شرح ذیل و حد اکثر ۵ روز پس از درخواست یکی از طرفین تشکیل و حداکثر تا سه روز پس از تشکیل نظرات خود را اعلام خواهند کرد.

شورای داورى متشکل از سه نفر با ارزشهای یکسان می باشد که نفر اول نماینده بیمه گذار و نفر دوم نماینده بیمه گر و نفر سوم فرد مورد توافق نفر اول و دوم می باشد. در صورت عدم توافق نفر اول و دوم بر سر تعیین نفر سوم، از کارشناس رسمی دادگستری (به انتخاب کانون کارشناسان رسمی دادگستری استان قم) جهت نفر سوم این شورا استفاده خواهد شد. نظر این شورا با ۲ رای موافق برای طرفین لازم الاجراست. هزینه داور سوم بر عهده فردی است که رای علیه او صادر شده باشد.

ماده ۲۲: شرایط و نحوه فسخ توافق نامه

۲۲-۱- بیمه گذار می تواند در هر زمان بیمه نامه را فسخ نماید، در این صورت بیمه گر حق بیمه تا زمان فسخ را بر اساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می نماید. معهذا در صورتی که ضریب خسارت توافق نامه (با احتساب حق بیمه کوتاه مدت) تا زمان فسخ بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار موظف است مابه التفاوت درصد مذکور تا میزان خسارت واقع شده را به بیمه گر پرداخت نماید.



۲۲-۲- در مواردی که فسخ بیمه نامه توسط بیمه گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد حق بیمه تا زمان فسخ به طور روز شمار محاسبه خواهد شد :

انتقال پرتفوی بیمه گر.

در صورتی که گروه بیمه شده به علت توقف در کار و یا مشکلات پیش بینی نشده دیگر ترکیب گروهی خود را از دست بدهد.
۲۲-۳- در صورتی که بیمه گذار بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید موضوع را یکماه قبل به نحو مقتضی به بیمه گر اطلاع دهد.
۲۲-۴- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید (به شرط عدم پرداخت حق بیمه متعلقه در زمان اعلام شده)، موظف است موضوع را به وسیله نامه یا تلفنگرام و سایر وسایل مقتضی به بیمه گذار اطلاع دهد. در این صورت بیمه نامه سه ماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می گردد.

ماده ۲۳: مدت توافق نامه

مدت این توافق نامه به مدت یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۴/۰۴/۰۱ شروع و لغایت ساعت ۲۴ روز ۱۴۰۵/۰۳/۳۱ خاتمه می یابد و هر یک از طرفین می بایست حداقل یک ماه قبل از انقضاء توافق نامه نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد توافق نامه کتباً به طرف دیگر اعلام نمایند.

ماده ۲۴:

این توافق نامه مشتمل بر ۲۴ ماده و ۱۶ تبصره و در دو نسخه تنظیم گردیده که هر کدام حکم واحد دارند و نسخه های آن بشرح ذیل توزیع می گردد :

نسخه ۱ : سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم

نسخه ۲ : شرکت ایران شعبه سرپرستی استان قم

بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم



فسخ قرارداد براساس بخشنامه بیمه مرکزی

