



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

شماره بیمه نامه:	تاریخ صدور:
بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم	تاریخ شروع: ۱۴۰۰/۰۴/۰۱ از ساعت صفر
تعداد بیمه شدگان: طی لیست پیوست ارسالی	تاریخ انقضاء: ۱۴۰۱/۰۳/۳۱ لغایت ساعت ۲۴
حق بیمه صادره کل:	نمایندگی:

این توافق نامه فی مابین شرکت بیمه شعبه قم به سرپرستی آقای که منبع بیمه گر نامیده می شود از یک طرف و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم به نمایندگی آقای مهندس امین مقومی که بعد از این بیمه گذار 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 به آدرس قم. که جبران هزینه های درمانی مورد تعهد در این توافق نامه را به عهده می گیرد.

تبصره ۱- بیمه خدمات درمانی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و سازمانهای مشابه، بیمه گر اولیه و شرکت سهامی بیمه، 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 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، بلوار امین، نبش کوچه بیست تلفن: ۳۲۹۱۹۲۸۴ که متعهد به معرفی بیمه شدگان طبق شرایط مندرج در توافق نامه می باشد.

مجری تفاهم نامه: بر اساس این توافق نامه نمایندگی بیمه 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 عودت داده 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 بازنسنجی و یا فوت بیمه شده اصلی در طول مدت تفاهم نامه، مفاد آن برای بازنسنجی 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 زایمان ۶ ماه و برای بیماریهای مزمن شامل فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، سرع، 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 I.C.U و C.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. 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 قرار دهند، چنانچه قانوناً ثابت شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطالبی 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

۱-۴- 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 ۱۴۰۰/۰۴/۰۱ 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 (.

۲-۴- 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 مهیور 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 اتنای 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 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 سالیانه هریک از بیمه شدگان، با هر سن و سال و جنسیت، با احتساب مالیات بر ارزش افزوده و سایر کسورات احتمالی طرح ماهانه ۱ بمیلیغ ۷۰۰۰۰۰ ریال (هفت صد هزار ریال) و طرح ۲ ماهانه بمیلیغ ۹۸۰۰۰۰ ریال (نهصد و هشتاد هزار ریال) برای تعهدات 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.

فصل سوم - شرایط و تعهدات بیمه گر

ماده ۷: خدمات الکترونیک

بیمه شدگان می توانند با استفاده از کد ملی و کد بیمه شده مندرج در کارت درمان از کار تابل شخصی بیمه جهت رویت خسارت پرداختی به آدرس MIC.CO.IR 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 متویات 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 پس از کسر ۰.۳٪ فرانشیز قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

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

ماده ۱۰: بیمه گر موظف است ظرف مدت ۱۵ روز کاری پس از دریافت مدارک مثبت بیمه شده، نسبت به محاسبه و پرداخت هزینه ها اقدام نماید.

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

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

۱۴-۱-۱- 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.

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

۱۴-۱-۳- 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 ۱۵- 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 ۱۶- 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.

۱۴-۴- 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 سربایی، بر اساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و خصوصی (نظام پزشکی) می باشد.

۱۴-۵- 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 کتبا 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- 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 معرفینامه 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



ردیف	شرح تعهدات (هر فرد)	سقف تعهدات ۱	سقف تعهدات ۲
۱	اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) جراحی قلب و عروق، پیوند ریه، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند مغز استخوان، اینترنشنال، ICD	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه های بستری، جراحی در بیمارستان و مراکز محدود Day Care، شیمی درمانی (تزریقی، دارویی، خوراکی و غیره) رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گاما نایف، انواع سنگ شکن، اعمال جراحی عمومی و جراحی دیسک ستون فقرات، لاپاراسکوپی، بیماریهای اعصاب و روان، اختلال خواب، لیزر PDT، قوز قریبه، 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	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	هزینه آمبولاس جهت جابجایی بیمار مشروط به اینکه منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان گردد.	داخل شهر	۱,۵۰۰,۰۰۰
		خارج شهر	۳,۰۰۰,۰۰۰
۴	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین، کورتاژ	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	جبران هزینه مربوط به تشخیص و درمان نازایی و ناباروری (زوج)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	رفع عیوب آنکساری چشم (لیزیک) چنانچه برآیند نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد برای دو چشم (هر فرد) *پرداخت هزینه فوق منوط به تایید پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام خدمت می باشد	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰
۷	انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، فلوروسکوپی، سی تی اسکن، MRI، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، اسکن قلب دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)، خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی، پزشکی هسته ای (رادیوایزوتوپ)، TCD، انواع رادیولوژی، OPG، اسکن سه بعدی دندان، انواع آندوسکوپی، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفس (اسپیرومتری)، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، سیستومتری یا سیستوگرام، شنوایی سنجی، اودیومتری، بررسی عصب شنوایی، بینایی سنجی، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی، اندازه گیری قرینه چشم، نوار چشم، اکوچشم، آنژیوگرافی چشم، تست اوردینامیک، تمپانومتري، اپتومتري، هولترماتیتورینگ قلب - فشار خون، گفتار درمانی، کاردرمانی هر گونه آزمایش تشخیص پزشکی (به جز چکاپ)، پاتولوژی با آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، نوار قلب، نوار قلب جنین، تشخیص ناهنجاریهای جنین، فیزیوتراپی، کولونوسکوپی، کایروپراکتیک، تزریق داخل چشم، یاکیمتری، مانومتري، لیزر چشم، فوندوسکوپی، لیزر تریابی، باب اسمیر، اعمال مجاز سرپایی، شکستگی ها، در رفتگی، آتل گیری، انواع گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی بیرون آوردن جسم خارجی در نسج نرم، بیرون آوردن تومورهای سطحی خوش خیم، برداشتن میخچه، کشیدن ناخن، جراحی ناخن فرورفته در گوشت، کشیدن بخیه، کرایوتراپی، آسسه، اکسیژن لیوم، بیوبسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی، شستشوی گوش، پنتاکم، توپوگرافی، پریمتری، کلیه اقدامات و خدمات اورژانس بصورت سرپایی، همانژیوم، انتروپیون، طب مکمل، Smart Plug-ICG-ORB (آنالوگ - دیجیتال) SCAN، سمعک (آنالوگ - دیجیتال)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه ویزیت پزشکان بر اساس تعرفه وزارت بهداشت و درمان، تزریقات و سرم، هزینه داروی مصرفی بر اساس دستور پزشک و طبق فارماکوپه ایران	۳,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران کلیه هزینه های دندانپزشکی + ایمپلنت و ارتودنسی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	عینک طبی (شیشه - فریم)، لنز طبی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰

ماده ۱۷:

- ۱-۱۷- 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.
- ۲-۱۷- هزینه عینک طبی، با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست صرفاً با ارائه برگ پرینت کامپیوتری قابل پرداخت خواهد بود.
- ۳-۱۷- 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.
- ۴-۱۷- 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.
- ۵-۱۷- 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.
- ۶-۱۷- هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی، ZIFT, GIFT, IUI, IVF و هزینه های داروئی مانند HMG, HCG پرداخت می شود.
- ۷-۱۷- تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس به شرح زیر است:
- ۸-۱۷- 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.
- ۹-۱۷- 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.
- ۱۰-۱۷- 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.
- ۱۱-۱۷- 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:

- ۱-۱۸- به منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان، حق تحقیق 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.
- ۲-۱۸- 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:

- ۱-۱۹- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گردد مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت توافق نامه باشد.
- ۲-۱۹- 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.
- ۳-۱۹- سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج.
- ۴-۱۹- ترک اعتیاد
- ۵-۱۹- خودکشی، قتل و جنایت .
- ۶-۱۹- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۷-۱۹- حوادث و بیماریهای ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، آشوب، اعتصاب، قیام، کودتا، حکومت نظامی و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.
- ۸-۱۹- فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی
- ۹-۱۹- اثنای خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد.
- ۱۰-۱۹- 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.
- ۱۱-۱۹- اشخاصی که در زمان انعقاد توافق نامه مجنون باشند.
- ۱۲-۱۹- 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).
- ۱۳-۱۹- بیماریهای همه گیر (اپیدمی)
- ۱۴-۱۹- هزینه تهیه اعضا مصنوعی بدن.
- ۱۵-۱۹- هزینه چک آپ
- ۱۶-۱۹- 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).
- ۱۷-۱۹- سپتوبلاستی، مگر آنکه قبل از انجام به تایید پزشک معتمد بیمه گر رسیده باشد.

ماده ۲۰: 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 دآوری ملاک عمل خواهد بود. شورای دآوری 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 دآوری 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 ۲۱: شرایط و نحوه فسخ توافق نامه

۱-۲۱- 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. معیناً 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.

۲-۲۱- 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.
- ۳-۲۱- در صورتی که بیمه گذار بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید موضوع را یکماه قبل به نحو مقتضی به بیمه گر اطلاع دهد.
- ۴-۲۱- 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 ۲۲: مدت توافق نامه

مدت این توافق نامه یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر بامداد ۱۱۴۰۰/۰۴/۰۱ شروع و لغایت ساعت ۲۴ روز ۱۴۰۱/۰۳/۳۱ خاتمه می یابد و هر یک از طرفین می بایست لااقل 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 ۲۳:

این توافق نامه مشتمل بر ۲۳ ماده و ۱۶ تبصره و در سه 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 بیمه شعبه قم

بیمه گر:

بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم

مجری:

۱۰ / ۱۰

