فصل دوم

بیمه درمـــان

بخش اول

تعهدات، بیمه تکمیلی، درمان

ردیف	شرح تعهدات
۱	جبران هزینه‌های بستری، جراحی، شیمی درمانی (تزریقی، دارویی، خوراکی و غیره) رادیوتراپی، آنژیو گرافی، قلب، گاما نایف، انواع سنگ شکن، در بیمارستان و مراکز محدود Day Care اعمال جراحی عمومی و جراحی دیسک ستون فقرات، لاراسکوپی، اسکن قلب، اینترونشنال، بیماری‌های اعصاب و روان، اختلال خواب، لیزر PDT، قوز قرنیه، آب مروارید درمان بیماری‌های خاص (تالاسمی، هموفیلی، دیالیزی، ام اس، انواع سرطان) شامل کلیه هزینه‌ها (دارو و سایر خدمات) به صورت سرپایی و بستری
۲	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
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین، کورتاژ
۴	جبران هزینه مربوط به تشخیص و درمان نازایی و نا باروری (زوج)

ردیف	شرح تعهدات
۵	هزینه‌های پاراکلینیکی: خدمات پزشکی تشخیصی و درمانی مانند سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن (از جمله اسکن سه بعدی دندان BT)، انواع آندوسکپی، فلوروسکپی، سی تی اسکن، MRI، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتو متری، خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی، پزشکی هسته‌ای (رادیوایزوتوپ)، TCD، رادیولوژی، آندوسکوپی
۶	**تست ورزش**، تست آلرژی، تست تنفس (اسپیرومتری-PFT)، 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 قرنیه چشم، نوار چشم، اکوچشم، آنژیوگرافی چشم، تست اوردینامیک، تمپانومتری، اپنرمتری، هولترمانیتورینگ قلب، گفتار درمانی، کاردرمانی هزینه‌های **خدمات آزمایشگاهی** شامل: آزمایش تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی(به علاوه گرافی تکی دندان و OPG)، نوار قلب، نوار قلب جنین، فیزیوتراپی، کولوننسکپی، کایرو یراکتیک، تزریق داخل چشم، انواع آزمایش (ژنتیکی و غربالگری به جز چکاپ)، آزمایش‌های هسته‌ای، پاکیمتری، مانومتریک، لیزر چشم، فولدسکوپی، لیزر تراپی، پاپ اسمیر **اعمال مجاز سرپایی**، شکستگی‌ها، در رفتگی، آتل‌گذاری، 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، گرایوتراپی، آبسه، اکسیزیون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی، شتشوی گوش، کوتر، پنتاکم، توبوگرافی، پریمتری، کلیه اقدام و خدمات اورژانس، همانژیوم، انتروپیون، ICD، طب مکمل، Smart Plug-ICG-ORB SENN

ردیف	شرح تعهدات
۷	رفع عیوب انکساری چشم(لیزیک)چنانچه برآیند نقص بینایی هر چشم ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد برای هر چشم(هر فرد)
۸	عینک طبی (شیشه - فریم)، عدسی و لنز (هر فرد)
۹	سمعک (آنالوگ - دیجیتال)
۱۰	جبران کلیه هزینه‌های دندانپزشکی + ایمپلنت و ارتودنسی (هر فرد)
۱۱	جبران هزینه ویزیت پزشکان بر اساس تعرفه نظام پزشکی و تزریقات و سرم
۱۲	جبران هزینه داروی مصرفی بر اساس دستور پزشک و طبق فارماکوپه ایران
۱۳	هزینه آمبولانس جهت جابجایی بیمار مشروط به اینکه منجر به بستری شدن بیمه‌شده در بیمارستان گردد.

شرایط

۱- بدون در نظر گرفتن زمان انعقاد قرارداد، کلیه فاکتورها از تاریخ ۱۳۹۶/۰۴/۰۱ تحت پوشش قرار خواهد گرفت.

۲- با توجه به وجود قرارداد بیمه مکمل درمان در طی سالیان گذشته، دوره انتظار برای هیچ‌یک از پوشش‌ها لحاظ نخواهد شد.

۳- با توجه به منویات مقام معظم رهبری هزینه‌های زایمان شامل محدودیت تعداد فرزندان نمی‌باشد.

۴- پرداخت‌ها مشمول ۱۰٪ فرانشیز می‌باشد.

۵- شرایط پرداخت حق‌بیمه به صورت قسمتی نقد و الباقی اقساط می‌باشد.

۶- زمان پرداخت خسارت حد اکثر تا ۱۰ روز باشد.

۷- بیمه‌گر ملزم به ارائه خدمات کامل (دریافت و پرداخت و پی گیری) از طریق کارتابل الکترونیکی می‌باشد.

۸- مطابق قراردادهای سال قبل حق‌بیمه برای کلیه سنین یکسان در نظر گرفته می‌شود.

۹- الزامی در ارائه دفترچه بیمه درمان (بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی و غیره) برای بیمه‌گذاروجود ندارد.

نام و نام خانوادگی: **نمایندگی بیمه:**

شماره نمایندگی: **شماره همراه:**

تاریخ: **امضاء:**

بخش دوم

تفاهم‌نامه، بیمه تکمیلی، درمان

«تفاهم‌نامه بیمه مکمل درمان شرکت بیمه

و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم»

شماره بیمه‌نامه:	تاریخ صدور:
بیمه‌گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم	تاریخ شروع: ۱۳۹۶/۰۴/۰۱ از ساعت صفر
تعداد بیمه شدگان: طی لیست پیوست ارسالی	تاریخ انقضاء: ۱۳۹۷/۰۳/۳۱ لغایت ساعت ۲۴
حق‌بیمه صادره کل:	نمایندگی:

این تفاهم‌نامه فی مابین شرکت بیمه ..... شعبه قم به سرپرستی آقای ..... که بعد از این بیمه‌گر نامیده می‌شود از یک طرف و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم به نمایندگی رئیس سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم که بعد از این بیمه‌گذار نامیده می‌شود از طرف دیگر بر اساس قانون بیمه مصوب

اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مقررات و آیین‌نامه‌های شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط خصوصی ذیل برای مدت یکسال شمسی منعقد می‌گردد. بیمه‌گر متعهد گردید بر اساس مفاد این تفاهم‌نامه، نسبت به ارائه خدمات بیمه درمان تکمیلی به صورت انفرادی به بیمه شدگان (وفق تعریف زیر) اقدام نماید.

فصل اول – کلیات

ماده۱: تعاریف و اصطلاحات:

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

بیمه‌گر: شرکت بیمه ..... که جبران هزینه‌های درمانی مورد تعهد در این تفاهم‌نامه را به عهده می‌گیرد.

تبصره۱- بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و سازمان‌های مشابه، بیمه‌گر اولیه و شرکت سهامی بیمه، بیمه‌گر دوم محسوب می‌شوند. هیچ الزامی بر وجود بیمه‌گر اولیه برای انعقاد قرارداد با بیمه شدگان وجود ندارد و در صورت فقدان بیمه‌گر اولیه تبصره ۸ اعمال خواهد شد.

بیمه‌گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم به نشانی: قم، بلوار امین نبش ، کوچه ۲۰، تلفن: ۳۲۹۱۹۲۸۴ که متعهد به معرفی بیمه‌شدگان طبق شرایط مندرج در تفاهم‌نامه می‌باشد.

مجری تفاهم‌نامه: براساس این تفاهم‌نامه جناب آقای..... نمایندگی بیمه ..... جهت پیگیری کلیه فرآیندهای صدور بیمه‌نامه، تنظیم لیست بیمه‌شدگان، اخذ حق بیمه، دریافت مدارک پزشکی و ارائه به واحد اسناد پزشکی شرکت و پیگیری دریافت خسارت بیمه شدگان، مجری تفاهم‌نامه و رابط بیمه‌گر و بیمه‌گذار تعیین می‌گردد.

بیمه شدگان: عبارتند از کلیه اعضاء حقیقی دارای شماره عضویت نظام مهندسی یا نظام کاردانی، چارت اداری، اعضای حقوقی، پرسنل و هیئت مدیره سازمان نظام مهندسی ساختمان و سازمان نظام کاردانی ساختمان استان قم به همراه تمامی اعضاء خانواده که توسط بیمه‌گذار معرفی می‌شوند.

تبصره ۲- منظور از اعضای خانواده همسر، فرزندان و سایر افراد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی می‌باشند.

تبصره ۳- پدر و مادر، غیر تحت تکفل نیز می‌توانند در عداد بیمه شدگان قرارگیرند.

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 می‌باشند.

ـ پوشش بیمه‌ای فرزندان ذکور که در شروع تفاهم‌نامه

مشمول بیمه‌شده اند تا پایان سال تفاهم‌نامه ادامه خواهد داشت.

ـ فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بیمه می‌باشند.

تبصره ۵- نوزادان به محض تولد مشروط به ارسال مدارک ظرف مدت ۶۰ روز تحت پوشش قرار می‌گیرند. بدیهی است در این صورت کلیه هزینه‌های درمانی که ظرف این ۶۰ روز انجام شده است در چارچوب قرارداد ناشی از این تفاهم‌نامه به بیمه‌شده 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 تفاهم‌نامه و رعایت استثنائات).

تبصره ۷- در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه شده اصلی در طول مدت تفاهم‌نامه، مفاد آن برای بازنشستگان و افراد خانواده و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه‌ای متوفی به شرط پرداخت حق‌بیمه متعلقه تا پایان تفاهم‌نامه 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 بیمه‌شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

دوره‌ی انتظار: مدت زمانی است که در طول مدت آن بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران هزینه‌ها ندارد. تاریخ شروع آن همان تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای هر بیمه‌شده می‌باشد. دوره انتظار جهت زایمان ۶ ماه و برای بیماری‌های مزمن شامل فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، پولیپ، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، هیسترکتومی، سیستوسل و رکتوسل، جراحی کلیه، سنگ کلیه، ماستوئیدکتومی، کاتاراکت، جراحی‌های قلبی و عروقی، دیابت ۳ ماه می‌باشد (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری شدن در بخش C. C. U و I. C. U گردد به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر).

✓ دوران انتظار برای بیمه شدگانی که سال گذشته دارای بیمه مکمل درمان از هر یک از شرکت‌های بیمه‌گر بوده اند اعمال نمی‌گردد.

فرانشیز: درصد معینی از هزینه‌های درمانی مشمول تعهدات این تفاهم‌نامه که تأمین آن به عهده بیمه شده می‌باشد.

تبصره ۸- درصورتی که هر یک از بیمه شدگان فاقد بیمه‌گر اولیه باشند و یا مایل به استفاده از سهم خسارت درمان بیمه‌گر اولیه نباشند؛ حین عودت هزینه‌ها (به غیر از ردیف‌های ۷ و ۸ و ۹ و ۱۲ جدول شرح تعهدات) سهم بیمه‌گر اولیه حد اکثر تا ۲۰٪ لحاظ و کسر خواهد شد.

در صورتی‌که بیمه‌گر اولیه از پرداخت هزینه‌ها به هر دلیلی خودداری نماید، هزینه‌های مورد تعهد مندرج درتفاهم‌نامه و تبصره‌های آن با ارائه اصل مدارک، محاسبه و پرداخت خواهد شد. ردیف‌های ۷، ۸، ۹ و ۱۲ مشمول سهم بیمه‌گر اولیه نمی‌باشند و وجود یا فقدان بیمه‌گر اول در آنها تأثیر ندارد.

ماده ۲: موضوع تفاهم‌نامه

عبارت است از جبران و پرداخت هزینه‌های بیمارستانی، پزشکی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث مشمول و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه شدگان تا سقف تعهدات مندرج در این تفاهم‌نامه.

بیمه‌گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه‌شده، در صورت وقوع هر یک از خطرات مشمول بیمه پس از دریافت اسناد و مدارک مثبته، هزینه‌های موضوع بیمه به شرح مندرج در تفاهم‌نامه را در وجه بیمه‌شده یا به‌شرح توافق شده فی مابین پرداخت نماید.

فصل دوم – وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

ماده ۳: اصل حسن نیت

بیمه‌گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر، کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه‌گر قراردهند، چنانچه قانوناً ثابت شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر 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 تفاهم‌نامه بیمه، نسبت به وی و سایر اعضاء خانواده باطل و از درجه اعتبار ساقط است و بیمه‌گر می‌تواند وجوهی را که بابت هزینه‌های درمانی به بیمه شده یا بیمه شدگان وابسته پرداخت نموده، علاوه بر بدهی حق‌بیمه آنان مطالبه نماید.

ماده ۴: نحوه اعلام اسامی بیمه شدگان

۱- ۴) لیست اسامی پرسنل سازمان نظام مهندسی ساختمان و نظام کاردانی و خانواده ایشان توسط سازمان مربوطه ارسال خواهد شد.

تبصره ۹- لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می‌بایست حاوی اطلاعات زیر باشد:

✓شماره ردیف که همان شماره بیمه‌ای بیمه‌شده می‌باشد، نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد(روز/ماه/سال)، شماره شناسنامه، نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه‌شده اصلی، کد ملی، شماره عضویت نظام مهندسی و یا نظام کاردانی(در صورت وجود)، شماره حساب بانکی(بانک ملت)

۲- ۴) در مورد باقی نفرات، لیست نهایی بر اساس کارت عضویت معتبر و مدارک هویتی توسط مجری تفاهم‌نامه تهیه و تنظیم می‌شود.

تبصره ۱۰- دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان تهیه

شده می‌بایست به امضاء طرفین رسیده ممهور و مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت، مورد عمل و استناد بیمه‌گر قرار خواهد گرفت.

تبصره ۱۱- بیمه‌گذار مکلف است در طول مدت تفاهم‌نامه تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را برای بیمه‌گر ارسال نماید.

افزایش بیمه شدگان شامل افرادی که جدید به عضویت سازمان در می‌آیند، کارکنان انتقالی(منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسرکارکنانی که ازدواج کرده اند، افرادی که در اثنای سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه‌شده اصلی قرار خواهند گرفت که می‌بایست مستندات آن (تصویر شناسنامه، کارت عضویت و. .) ظرف مدت یکماه برای بیمه‌گر ارسال شود.

تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه‌ای نامبردگان از اولین روز ماه بعد بیمه‌ای از اعلام کتبی بیمه‌گذار خواهد بود.

تاریخ مؤثر برای حذف بیمه شدگان مستند با اعلام کتبی بیمه‌گذار و از تاریخ دریافت‌نامه وی می‌باشد. موارد حذف بیمه شدگان عبارت است از فوت شدگان، خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه‌ی همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع شده است. حق‌بیمه برگشتی پس از محاسبه مقدار خسارت از تاریخ قطع همکاری به صورت ماه شمار محاسبه خواهد شد.

تبصره ۱۲- بیمه شدگانی که نام آنها در لیست اسامی اولیه و تغییرات

تفاهم‌نامه درج نباشد به استناد از قلم افتادگی نمی‌توانند در عداد بیمه شدگان این تفاهم‌نامه قرار بگیرند، مگر بیمه‌گذار دلایل موجهی ارائه و مورد تائید بیمه‌گر واقع گردد.

ماده ۵: میزان حق‌بیمه

۱-۵) با توجه به تعهدات بیمه‌گر حق‌بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان، با هر سن و سال و جنسیت، با احتساب مالیات بر ارزش افزوده و سایر کسورات احتمالی مبلغ ..... ریال برای تعهدات طرح یک می‌باشد که در خصوص پرسنل، بیمه‌گذار موظف است بر اساس تعداد کل بیمه شدگان محاسبه و براساس سررسیدهای اعلامی از سوی بیمه‌گر پرداخت نماید.

۲-۵) حق‌بیمه افرادی که در اثنای سال بیمه‌ای به استناد تبصره ۱۱ تحت پوشش قرار گیرند به صورت ماه شمار مدت زمان باقی مانده از سال بیمه‌ای محاسبه و اعمال می‌شود.

تبصره ۱۳- در مورد نوزادان و نیز افزایش تعداد بیمه شدگان حق‌بیمه‌ی کسر ماه، یک ماه تمام محاسبه می‌شود و در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان حق‌بیمه‌ی ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد.

ماده ۶: ترتیب پرداخت حق‌بیمه

۱-۶) بیمه‌شده مکلف است ۵۰ درصد حق‌بیمه‌ی متعلقه را در ابتدای تفاهم‌نامه و مابقی را طی ۲ فقره چک هر یک به فاصله ۳ ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

۲-۶) در صورت عدم پرداخت به موقع حق‌بیمه توسط هر کدام از بیمه شدگان به مدت ۳۰ روز پس از سررسید بیمه‌گذار موظف است نسبت به تأمین آن اقدام نماید در غیر این صورت تفاهم‌نامه بلافاصله با صدور الحاقی به حالت تعلیق در آمده و بیمه‌گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت برای همان فرد ندارد. بدیهی است به محض پرداخت حق‌بیمه، موارد معوق تفاهم‌نامه با صدور الحاقی رفع تعلیق، مجدداً به حالت اول برمی‌گردد و بیمه‌گر مکلف به جبران کلیه هزینه‌های زمان تعلیق خواهد بود.

فصل سوم – شرایط و تعهدات بیمه‌گر

ماده ۷: خدمات الکترونیک

بیمه‌گر موظف است در صورت نداشتن بستر خدمات الکترونیک، حداکثر ظرف مدت ۳ ماه از انعقاد تفاهم‌نامه ترتیبات لازم جهت ارائه کلیه خدمات بیمه‌ای از طریق کارتابل شخصی برای تک تک بیمه شدگان اقدام نماید.

ماده ۸: حدود تعهدات

بیمه‌گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه‌گذار، هزینه‌های پزشکی موضوع این تفاهم‌نامه را برای مدت یک سال به شرح تعهدات مندرج در جدول شماره یک و با شرایط زیر جبران نماید:

۱-۸- پرداخت خسارت توسط بیمه‌گر صرفاً موجب کاهش تعهدات ریالی به همان مقدار در همان ردیف از جدول می‌شود.

۲-۸) بیمه‌شده می‌تواند از تعهدات مندرج در تفاهم‌نامه در یک یا چند مرتبه استفاده نماید ولی در هر صورت سقف تعهدات بیمه‌گر در سال بیمه‌ای از اعداد مندرج در جدول (برای هر ردیف) بیشتر نخواهد بود.

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

ماده ۹: فرانشیز

۱-۹) فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی عمومی و تخصصی و هزینه‌های درمانی ۱۰٪ می‌باشد.

۲-۹) هیچ‌گونه فرانشیز به هزینه‌هایی که در مراکز درمانی طرف قرارداد با تعهدات این تفاهم‌نامه صورت گرفته است، تعلق نمی‌گیرد.

ماده ۱۰:

بیمه‌گر موظف است ظرف مدت ۷ روز کاری پس از دریافت مدارک مثبته بیمه‌شده، نسبت به محاسبه و پرداخت هزینه‌ها اقدام نماید.

ماده ۱۱:

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

ماده ۱۲:

بیمه‌گر مکلف است به منظور تسهیل در ارائه خدمات مناسب و کسب رضایت مندی بیمه شدگان با نظر و درخواست بیمه‌گذار اقدام به عقد تفاهم‌نامه با بیمارستان‌ها ومراکز درمانی و دندان پزشکی مجاز به تعداد کافی و توزیع مناسب در سطح استان و کلیه شهرهای کشور نموده و لیست آنرا در اختیار بیمه‌گذار قراردهد و همچنین نسبت به توجیه بیمارستان‌های طرف تفاهم‌نامه مبنی بر عدم دریافت وجه اضافه از بیمه شدگان (خارج از مقررات) اقدام کند.

ماده ۱۳: گزارش عملکرد:

بیمه‌گر موظف است آمار عملکرد تفاهم‌نامه را بنا بر فرمت اعلامی بیمه‌گذار و حداکثر هر ۳ ماه یکبار در اختیار بیمه‌گذار قرار دهد.

فصل چهارم – شرایط و نحوه استفاده بیمه شدگان از

خدمات مراکز درمانی مجاز

بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مجاز طرف تفاهم‌نامه با بیمه‌گر یا غیر طرف تفاهم‌نامه مختار است.

ماده ۱۴: ترتیب بستری بیمه شدگان

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

۱-۱-۱۴) حداکثر ظرف مدت ۳ روز از زمان بستری در بیمارستان مراتب را از

طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر و یا مجری تفاهم‌نامه اطلاع دهد.

۲-۱-۱۴) پیش پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی را راساً تأمین نماید.

۳-۱-۱۴) اصل مدارک و صورتحساب‌های بیمارستانی به پیوست نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه‌گذار و یا مجری تفاهم‌نامه جهت محاسبه‌ی هزینه‌های مربوطه برای بیمه‌گر ارسال نماید.

تبصره ۱۴- بیمه شدگان می‌بایست در صورت وجود ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه‌گر اول اقدام و سپس با ارائه رونوشت برابر اصل مدارک بیمارستانی و تصویر چک دریافتی از سازمان‌های فوق الذکر، از طریق نماینده‌ی بیمه‌گذار به بیمه‌گر، هزینه‌های انجام شده را تا سقف‌های مقرر براساس مفاد این تفاهم‌نامه دریافت نماید.

تبصره ۱۵- هزینه‌های درمانی موضوع این تفاهم‌نامه که در تعهد بیمه‌گر می‌باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه‌های اولیه(در صورت وجود) و سایر شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای نمی‌تواند از صددرصد هزینه‌های انجام شده تجاوز نماید.

۴-۱-۱۴) محاسبه‌ی هزینه‌های بیمارستانی براساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم درجه طرف تفاهم‌نامه با بیمه‌گر در همان استانی که بیمارستان در آن قرار دارد می‌باشد. محاسبه هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی، بر اساس تعرفه‌های اعلام شده توسط

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و خصوصی (نظام پزشکی) می‌باشد.

۵-۱-۱۴) هزینه‌ی اعمال جراحی و بیمارستانی خارج از کشور بیمه شدگان حداکثر براساس تعرفه مورد عمل بیمارستان‌های درجه یک طرف تفاهم‌نامه با بیمه‌گر معادل هم ارز ریالی صورتحساب در زمان بستری (تاریخ صورتحساب) طبق مفاد تفاهم‌نامه پس از اخذ سهم بیمه‌گر اول قابل پرداخت می‌باشد؛ منوط بر آنکه بیمه شده قبل از اعزام به خارج از کشور مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر طرف تفاهم‌نامه 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 می‌شوند باید برای دریافت خسارت به صورتی که ذکر شده عمل نمایند) در صورت عدم احراز موارد فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

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

۱-۲-۱۴) با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر علت و تاریخ بستری در بیمارستان طرف تفاهم‌نامه به همراه کارت بیمه درمان نسبت به

اخذ معرفی‌نامه از بیمه‌گر اقدام نماید.

۲-۲-۱۴) در موارد اورژانس و یا ساعات غیر اداری بیمه شدگان می‌توانند از طریق کارت بیمه‌ی درمانی که در اختیار آنان گذاشته میشود مستقیماً به بیمارستان‌های طرف تفاهم‌نامه بیمه‌گر مراجعه و بستری گردند متعاقباً در اولین ساعات اداری روز بعد معرفی‌نامه مربوطه را اخذ و تحویل بیمارستان نمایند.

ماده ۱۵: مهلت ارائه مدارک

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و هزینه‌های پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه‌های انجام شده حداکثر ظرف مدت شش ماه و یا یک ماه پس از دریافت چک بیمه‌گر اول و همچنین ۲ ماه پس از پایان تفاهم‌نامه (هر کدام که دیرتر باشد) می‌باشد.

ماده ۱۶: مدارک مورد نیاز جهت اخذ خسارت

- ✓ تصویردفترچه‌بیمار و سرپرست(در صورت وجود) به همراه کارت‌درمان بیمه‌گر
- ✓ 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

۱-۱۷) در خصوص هزینه‌های دندان پزشکی، گرافی قبل و بعد از خدمت الزامی است و هزینه‌ها بر اساس نرخ‌های سندیکای بیمه‌گران ایران محاسبه و پرداخت می‌گردد.

۲-۱۷) در خصوص عینک طبی و سمعک تجویز توسط پزشک معالج مرتبط و تائید پزشک بیمه‌گر الزامی است.

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 بیمه‌شده می‌باشد.

۴ - ۱۷) هزینه مربوط به پروتزهای مصنوعی که در داخل بدن بکار می‌رود با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک بیمه‌گر براساس نرخ مراکز مجاز و معتبر با توجه به نوع عمل جراحی پرداخت می‌شود.

۵ - ۱۷) هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و. . . پس از تایید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

۶ - ۱۷) هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی، ZIFT,GIFT,IUI,IVF و هزینه‌های داروئی مانند HMG,HCG پرداخت می‌شود.

۷-۱۷) تعهدات بیمه‌گر در رابطه با هزینه آمبولانس به شرح فوق است:

✓ در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار گردد و همچنین در مورد شکستگی‌ها، انتقال بیمار مابین بیمارستان‌ها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز در موارد داخل شهری در هر مورد قابل پرداخت می‌باشد.

✓ در مواردی که امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت فراهم نباشد با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستان‌ها و مراکز تشخیص درمانی بین شهری قابل پرداخت است.

✓ کلیه هزینه‌های جابجایی بین کشوری با وسایل نقلیه زمینی، دریایی و هوایی تا سقف اعداد جدول با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت است.

۸ - ۱۷) در خصوص مواردی که نیاز به تایید پزشک معتمد دارد (لیزیک و انحراف بینی) در واحد درمان شرکت بیمه‌گر قابل انجام است.

فصل پنجم - سایر مقررات

ماده 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 بیمه‌گر محفوظ می‌باشد. ولی حداکثر زمان برای عودت مبالغ وفق مفاد همین تفاهم‌نامه خواهد بود.

ماده ۱۹: استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

✓ اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌گردد مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت تفاهم‌نامه باشد.

✓ عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد تفاهم‌نامه بیمه، مشخص بوده و بیمه‌گذار از آن مطلع بوده باشد. مگر در مواردی که حیات بیمه‌شده را تهدید نماید و یا در مواردی که طبق تشخیص پزشک معتمد رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

✓ سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج.

✓ ترک اعتیاد

✓ خودکشی، قتل و جنایت.

✓ حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

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

✓ فعل و انفعالات هسته‌ای، میکروبی و شیمیایی

✓ اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد.

✓ هزینه همراه بیماران به جز اطفال زیر ۷ سال و افراد بالای ۶۵ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج.

✓ اشخاصی که در زمان انعقاد تفاهم‌نامه مجنون باشند.

✓ هزینه‌های 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 بیمه‌گر).

✓ بیماری‌های همه گیر (اپیدمی)

✓ هزینه تهیه اعضاء مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی مگر اینکه ناشی از حادثه باشد.

✓ هزینه چک آپ

✓ 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).

✓ سپتوپلاستی(انحراف بینی) مگر آنکه قبل از انجام به تائید پزشک معتمد بیمه‌گر رسیده باشد.

ماده ۲۰: حل اختلاف نظر

بیمه‌گر و بیمه‌گذار کوشش خواهند نمود هرگونه اختلاف نظر ناشی از این تفاهم‌نامه را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. در صورت اختلاف نظر در تفسیر و یا اجرای شرایط بیمه‌نامه، مراتب حتی الامکان به صورت مسالمت‌آمیز حل و فصل خواهد شد در غیر این صورت رای شورای داوری ملاک عمل خواهد بود.

شورای داوری متشکل از سه نفر می‌باشد که نفر اول نماینده بیمه‌گذار و نفر دوم نماینده بیمه‌گر و نفر سوم فرد مورد توافق نفر اول و دومی 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 تفاهم‌نامه

۱-۲۱) بیمه‌گذار می‌تواند در هر زمان بیمه‌نامه را فسخ نماید، در این صورت بیمه‌گر حق‌بیمه تا زمان فسخ را بر اساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می‌نماید. بنابراین در صورتی که ضریب خسارت تفاهم‌نامه (با احتساب حق‌بیمه کوتاه مدت) تا زمان فسخ بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه‌گذار موظف است مابه التفاوت درصد مذکور تا میزان خسارت واقع شده را به بیمه‌گر پرداخت نماید.

۲-۲۱) در مواردی که فسخ بیمه‌نامه توسط بیمه‌گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد حق‌بیمه تا زمان فسخ به طور روز شمار محاسبه خواهد شد:

- ✓ انتقال پرتفوی بیمه‌گر.
- ✓ در صورتی که گروه بیمه شده به علت توقف در کار و یا مشکلات پیش‌بینی نشده دیگر ترکیب گروهی خود را از دست بدهد.

۳-۲۱) در صورتی که بیمه‌گذار بخواهد بیمه‌نامه را فسخ نماید موضوع را به نحو مقتضی یکماه قبل به بیمه‌گر اطلاع دهد.

۴-۲۱) در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ نماید (به شرط عدم پرداخت حق‌بیمه متعلقه در زمان اعلام شده)، موظف است موضوع را به وسیله نامه یا تلفن‌گرام و سایر وسایل مقتضی به بیمه‌گذار اطلاع دهد. در این صورت بیمه‌نامه سه ماه پس از اعلام مراتب به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌گردد.

ماده ۲۲: مدت تفاهم‌نامه

مدت این تفاهم‌نامه یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر بامداد ۱۳۹۶/۰۴/۰۱ شروع و لغایت ساعت ۲۴ روز ۱۳۹۷/۰۳/۳۱ خاتمه می‌یابد و هر یک از طرفین می‌بایست لااقل یک ماه قبل از انقضاء تفاهم‌نامه نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد تفاهم‌نامه کتباً به طرف دیگر اعلام نمایند.

ماده ۲۳

این تفاهم‌نامه مشتمل بر ۲۳ ماده و ۱۵ تبصره و در سه نسخه تنظیم گردیده که هر کدام حکم واحد دارند و نسخه‌های آن به‌شرح ذیل توزیع می‌گردد:

نسخهٔ ۱: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم

نسخهٔ ۲: شرکت بیمه ..... شعبه قم .....

نسخهٔ ۳: آقای ..... دارای کد نمایندگی شماره .....

بیمه‌گر: شرکت بیمه .....

بیمه‌گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم

مجری: نمایندگی بیمه .....