



۴-۶ شرایط بیمه تکمیل درمان سازمان نظام مهندسی

❖ شرایط خصوصی بیمه تکمیل درمان

۱. کلیه کارمندان، اعضای سازمان نظام مهندسی و اعضای کاردان ها و خانواده محترم ایشان (همسر، فرزندان، پدر و مادر تحت تکفل) معرفی شده توسط سازمان نظام مهندسی مشمول این قرارداد می باشند.
۲. متقاضیان شرکت در این طرح حدود ۳۰۰ نفر می باشند.
۳. تاریخ شروع این بیمه نامه ۱۴۰۱/۱۰/۱۶ به مدت یکسال شمسی می باشد.
۴. شرکت بیمه گر مکلف به انعقاد قرارداد با مراکز درمانی مد نظر بیمه گذار (در صورت موافقت مرکز درمانی) می باشد.
۵. بیمه گر برنده در استعلام، شرایط خود را به صورت کتبی همراه اسناد استعلام جهت بررسی به مشاور اعلام و در صورت موافقت کتبی سازمان نظام مهندسی و مشاور، موارد تأیید شده را در قرارداد بیمه نامه ثبت نماید در غیر این صورت شرایط خصوصی بیمه نامه صرفاً موارد ذکر شده می باشد.

تعهدات درخواستی (اجرایی)

۱. شرکت بیمه گر موظف است ظرف مدت ۷ روز کاری پس از دریافت و بررسی اسناد پاراکلینیکی و ۱۵ روز کاری پس از دریافت و بررسی اسناد بیمارستانی، نسبت به پرداخت آن (واریز به حساب بیمه بیمه شده اصلی) مطابق با شرایط قرارداد اقدام نماید.
نکته: در صورت وجود هزینه های خاص که نیاز به بررسی بیشتر از طرف شرکت بیمه گر دارد، به مهلت پرداخت خسارت با هماهنگی و موافقت مشاور تا ۱۰ روز افزایش یابد.
۲. شرکت بیمه گر موظف است در قبال کلیه اسناد و هزینه های درمانی (فاکتور) دریافتی از بیمه گذار ها رسید با درج مشخصات دقیق فاکتورها، مهر و امضا و تاریخ، تعداد فاکتور و جمع مبالغ هزینه شده تحویل گردد و در صورت مفقود شدن یا عدم عودت فاکتورهای ناقص، بیمه گر مکلف به پرداخت کلیه هزینه های اعلام شده توسط بیمه گذار با ارائه رسید خواهد بود.
۳. بیمه گر موظف است در زمان تحویل اسناد، نسبت به بررسی آنها اقدام و در همان زمان کلیه نواقص موجود در قبوض، اسناد، فاکتور پرداخت وجه را به اطلاع بیمه گذار برساند و از تحویل گرفتن اسناد ناقص خوداری نماید و در صورتی که پس از دریافت اسناد و بررسی آنها توسط بیمه گر مشخص شود اسناد دریافتی از بیمه گذار به هر دلیل قابل پرداخت نمی باشد، بیمه گر موظف به عودت اسناد به بیمه گذار با ذکر دلیل جهت رفع نواقص به بیمه گذار پس از گذشت ۱۰ روز کاری از دریافت مدارک (تاریخ درج شده در رسید)، می باشد.
۴. شرکت بیمه مکلف می باشد حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز کاری پس از درخواست بیمه گذار نسبت به صدور معرفی نامه مراکز طرف قرارداد اقدام نماید.
۵. شرکت بیمه گر مکلف می باشد جهت رفاه بیمه گذار توسط سایت، اپلیکیشن یا پیامک، بیمه گذار را در جریان مراحل رسیدگی و پرداخت خسارت درمان خود قرار دهد.
۶. شرکت بیمه گر موظف است کلیه شرایط و دستورالعمل های پرداخت خسارت درمان را مطابق با شرایط قرارداد به همراه مشخصات کامل پزشک معتمد (نام و نام خانوادگی، آدرس مطب، شماره مطب، ساعات و روزهای حضور و ...)، روز انعقاد قرارداد به بیمه گذار یا مشاور به صورت کتبی اعلام نماید.
۷. بیمه گر مکلف است، نمایندگان یا رابط خود را یک روز در هفته جهت بررسی و جمع آوری اسناد با ارسال نامه به سازمان نظام مهندسی معرفی نماید، محل و روز و ساعت دریافت اسناد به صورت کتبی به برنده مناقصه اعلام میگردد. لازم به ذکر است بیمه گر موظف به تامین



کلیه تجهیزات و ملزومات مورد نیاز نیروهای معرفی شده جهت خدمات دهی به پرسنل سازمان نظام مهندسی می باشد و سازمان نظام مهندسی هیچ مسئولیتی در این خصوص ندارد.

۸. شرکت بیمه گر می بایست در صورت جذب مهندسان جدید ورود، استخدام یا به کارگیری نیروی جدید در سازمان، ازدواج یا تولد فرزند جدید بیمه شده اصلی، با صلاح دید و معرفی بیمه گذار در طول مدت قرارداد، نسبت به تحت پوشش قراردادن افراد معرفی شده و ثبت نام آنان در لیست بیمه شدگان تکمیل درمان، از تاریخ (استخدام، ازدواج، تولد و ...) به مدت ۲ ماه اقدام نماید و حق بیمه نفقات جدید مطابق با شرایط قرارداد از تاریخ استخدام یا به کارگیری یا اخذ پروانه اشتغال یا ... با نامه بیمه گذار به شرکت بیمه پرداخت می گردد.
۹. در صورت قطع همکاری، بیمه گذار میتواند با هماهنگی و موافقت بیمه گذار و با پرداخت حق بیمه تحت پوشش این بیمه نامه باقی بماند.
۱۰. در صورتی که شرکت بیمه به تعهدات خود در این قرارداد عمل ننماید، بیمه گذار در ابتدا نواقص، معایب و مشکلات موجود را جهت اصلاح به صورت کتبی به شرکت بیمه ابلاغ می نماید و در صورت عدم اصلاح موارد ذکر شده ظرف مدت ۲ هفته پس از ابلاغ، بیمه گذار میتواند به صورت یک طرفه (بدون عمل به قسمت ۲ بند ماده ۲۱ آیین نامه ۹۹) و بدون پرداخت هیچ گونه وجهی با هر عنوانی اقدام به فسخ بیمه نامه نماید، بدیهی است بیمه گر حق هرگونه اعتراض و ادعا در این خصوص را از خود سلب و ساقط می نماید و حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می گردد. شرکت بیمه موظف است کلیه اسناد خسارات درمان بیمه گذار هارا تا زمان فسخ بیمه نامه پرداخت نماید.
۱۱. پرداخت حق بیمه ۲۵٪ نقد و الباقی طی ۳ فقره چک با مهلت ۳ ماهه به صلاح دید بیمه گذار می باشد.
۱۲. بررسی هرگونه مغایرت در حق بیمه های پرداختی بر عهده بیمه گر بوده و بیمه گر مکلف می باشد مغایرت ها را به صورت ماهانه و حداکثر پنج روز بعد از دریافت مستندات پرداختی به سازمان اعلام نماید، در غیر این صورت بیمه گر حقی نسبت عدم پرداخت خسارت به بیمه شدگان و مسدود کردن و یا بستن کد کارگزار را ندارد.
۱۳. بیمه گر موظف به پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان در داخل و خارج از کشور بوده و مغایرت های موجود در حق بیمه پرداخت نباید مانع از ارایه خدمات و پرداخت خسارات و هزینه درمان و صدور معرفی نامه بستری بیمه شدگان گردد، بدیهی است در صورت اعلام شرکت بیمه گر مبنی بر عدم پرداخت اقساط بیمه نامه، ناظرین قرارداد متعهد به پیگیری و رفع مشکل می باشد.
۱۴. چنانچه فرزندان بیمه گذار دچار معلولیت ذهنی یا از کار افتادگی کلی باشند (بدون محدودیت سنی) هزینه درمان سایر بیماری های آنها (بجز معلولیت و از کار افتادگی) تحت پوشش خواهد بود.
۱۵. شرکت بیمه مکلف است بستر نرم افزاری جهت رویت نسخ الکترونیک را فراهم آورد و بیمه گذار هیچ گونه تعهدی در ارائه نسخ الکترونیک به شرکت بیمه ندارد.
۱۶. در صورت نارضایتی بیمه گذار از میزان خسارت پرداخت شده، شرکت بیمه گر موظف به ارجاع پرونده با هماهنگی با مشاور سازمان جهت بررسی مجدد به کارشناسان ذی صلاح و مورد اعتماد طرفین می باشد.
۱۷. جدول پیوستی جزء لاینفک قرارداد بوده و پوشش های ذکر شده از شرایط خصوصی و تعهد آور بیمه نامه می باشد.
۱۸. کلیه تغییرات در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد، نهایتاً ظرف مدت ۴۵ روز از زمان تغییرات با نامه بیمه گذار جهت انجام اقدامات لازم به اطلاع بیمه گر رسانده می شود.
۱۹. در صورت فوت بیمه گذار اصلی افراد تحت پوشش وی (پدر، مادر، همسر، فرزند) در صورت موافقت کتبی بیمه گذار و پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد تحت پوشش می باشند.
۲۰. در کلیه موارد تعهد بیمه گر در پرداخت هزینه در جدول تعهدات بر مبنای تعرفه مصوب هیئت محترم وزیران از تاریخ اجرا در بخش خصوصی و بر اساس شهر محل دریافت خدمات می باشد.
۲۱. لیست اولیه متقاضیان بیمه تکمیل درمان حداکثر ظرف مدت ۴۰ روز و لیست نهایی ظرف مدت ۶۰ روز از تاریخ اعلام برنده برای بیمه گر ارسال خواهد شد.



۲۲. نرخ و شرایط برای بیمه شدگان اصلی، افراد تحت تکفل (همسر و فرزندان ذکور) یکسان می باشد.
۲۳. مهلت تحویل اسناد و مدارک درمانی توسط بیمه گذار در طول مدت قرارداد شش ماه و حداکثر سه ماه پس از پایان قرارداد (به شرط شروع درمان در مدت قرارداد) می باشد و ارزیابی و پرداخت خسارات درمانی پرسنل نیز از شروع قرارداد تا ۳ ماه پس از پایان قرارداد (به شرط آنکه شروع درمان در طول مدت قرارداد باشد) ادامه خواهد داشت. در صورت تحویل مدارک به بیمه گر پایه، مدت زمان سه ماه به تاریخ فوق اضافه می گردد.
۲۴. شرکت بیمه گر موظف به همکاری کامل جهت پیگیری خسارات و شکایات بیمه گذار ها با کارگزار یا مشاور می باشد.
۲۵. شرکت بیمه باید امکان انعقاد دو قرارداد مجزا اقساط داشته باشد.
۲۶. تعداد مهندسان و افراد تحت تکفل ایشان حدود ۳۰۰ نفر می باشد و تغییر کمتر از ۲۰٪ در تعداد بیمه گذار های اعلامی در هر طرح یا در مجموع منجر به هیچگونه افزایش در حق بیمه اعلامی بیمه گر نخواهد شد و مهندسان در انتخاب نحوه پرداخت حق بیمه مخیر می باشند.
۲۷. پوشش های درخواستی جدول پیوستی در ردیف های ۶-۷-۸-۹-۱۰ به صورت تجمیعی می باشند.
۲۸. متقاضیان بیمه تکمیل درمان می بایست دارای دفترچه بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، ...) باشند.
۲۹. افزایش حق بیمه برای بیمه شده گان بالای ۶۰ سال تا ۷۰ سال تمام ۵۰٪ و برای بیمه شدگان بیش از ۷۰ سال تمام ۱۰۰٪ می باشد.
۳۰. دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه و بیماری مزمن ۳ ماه می باشد.
- تبصره: چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان و بیماری مزمن اعمال نخواهد شد.
۳۱. سایر شرایط مطابق آخرین آیین نامه بیمه درمان تکمیلی مصوب شورای عالی بیمه خواهد بود.

تعهدات درخواستی (درمانی)

۱. هزینه اتاق ایزوله با تجویز پزشک متخصص معالج و تایید پزشک معتمد و از محل تعهدات مربوطه (سقف تعهدات جراحی و بستری) مطابق و فرانشیز پیشنهادی سازمان پرداخت می گردد.
 ۲. انتخاب نوع زایمان اعم از طبیعی یا سزارین در اختیار بیمه گذارها بوده و در صورت انجام زایمان به صورت سزارین نیازی به ارائه گواهی مبنی بر علت عدم انجام زایمان طبیعی نمی باشد و هزینه های انجام شده اعم از استفاده بیمه گذار از مراکز درمانی طرف قرارداد یا غیر طرف قرارداد مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز پیشنهادی سازمان پرداخت خواهد شد.
 ۳. در صورت انتقال بیمار از مراکز طرف قرارداد یا غیر طرف قرارداد جهت انجام امور پاراکلینیکی مانند انواع تصویربرداری، آزمایش و... هزینه انجام هر مورد مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز پیشنهادی سازمان پرداخت می گردد.
 ۴. کلیه هزینه های مربوط به کارشناس، ماما، پزشک، روانپزشک، پزشک مشاور، روان شناس، کارشناس و پزشک تغذیه (صرفاً در موارد درمانی با ارائه مدارک مثبت و تجویز پزشک متخصص) و ... که تحت عناوین ویزیت، حضور پزشک، مشاوره و سایر عناوین مشابه ثبت شده باشد، مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز پیشنهادی سازمان پرداخت خواهد شد.
 ۵. هزینه پروتز که در حین عمل جراحی استفاده می شود مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان از محل تعهدات جراحی ها در تعهد بیمه گر می باشد.
 ۶. جراحی فک به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه، مطابق مفاد مندرج در بخش تعهدات بیمارستانی و از همان محل در تعهد بیمه گر است.
 ۷. رفع عیوب مادرزادی در صورتیکه به تشخیص پزشک معتمد شرکت بیمه و متخصص جنبه درمانی داشته باشد، در تعهد بیمه گر است.
 ۸. کلیه موارد ذیل الذکر در سقف پوشش ها و تعهدات مربوطه در تعهد بیمه گر است:
- پرداخت کلیه هزینه های جراحی سرپایی و پاراکلینیکی مانند شکستگی و دررفتگی، ختنه، کرایوتراپی، بخیه، گچ گیری و باز کردن آن، جراحی میخچه، برداشتن زگیل، خال و ضایعات گوشتی (در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد و با ارائه پاتالوژی)، بیوپسی، تخلیه کیست، تزریقات، سنجش تراکم استخوان، سیستوسکپی، شستشوی گوش، توپوگرافی، خارج کردن جسم خارجی، کوتر، انواع هزینه تصویر برداری، ماموگرافی، آندوسکوپي، انواع اکو، پزشکی هسته ای، انواع اسکن، پت اسکن، MRI، سونوگرافی، ماموگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، انواع آنژیوگرافی، انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)



آزمایش، پاتولوژی، آسیب شناسی، کلیه آزمایش های ژنتیک، تشخیص بیماریها و ناهنجاریهای جنین، آزمایشهای غربالگری و آمینوسنتز، آزمایشات بیوشیمی، تریپل مارکر و کوادرپل (کوادر مارکر)، تست پاپ اسمیر، انواع روش های فیزیوتراپی، تکرار تراپی، انواع روشهای لیزر تراپی، لیزر پرتوان و کم توان، ادیومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، لیزر درمانی، سنگ شکن، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفس، CBCT، نوار عصب، نوار عضله، نوار مغز، نوار مثانه، سیستومتری یا سیستوگرام، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، بیومتری، رادیوتراپی، تست خواب، آنژیوگرافی چشم، نوار چشم، NST نوزاد، هولترمانیتورینگ قلب، اکو، اکو اطفال و جنین، ERCP، تراکم استخوان، پزشکی هسته ای، فوتوگرافی، شوک ویو، هولترمانیتورینگ، آنالیز پیس میکر، EECG، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصب (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) رفتار درمانی، روان درمانی، اپتومتری، ویژوال فیلد، کایروپراکتیک (بدون محدودیت در اعضای بدن)، اوزون تراپی، مگنت تراپی، تست تیلت، بایوفیدبک، نوروفیدبک، تعویض پانسمان، پانسمان های آماده، تست های IGM و IGG، کلیه تست های مربوط به کرونا و بیماری های جدید در کلیه مراکز درمانی (مانند مطب پزشکان، مراکز بیمارستانی، پاراکلینیکی و...) با دستور پزشک معالج و ارائه صورت حساب، مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان در تعهد بیمه گر می باشد.

۹. هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین، مطابق تجویز پزشک معالج در تعهد بیمه گر است.
۱۰. تمامی هزینه های پاراکلینیکی و سربایی که در داخل مطب پزشکان، مراکز پاراکلینیکی انجام می شوند با ارائه مدارک مثبت و مستندات مورد نیاز طبق عرف، در تعهد بیمه گر است.
۱۱. پرداخت هزینه های پاراکلینیکی که توسط پزشکان مربوطه در مطب تجویز و انجام می شوند با گواهی پزشک متخصص مربوطه و ارائه صورت حساب، طبق تعرفه مصوب و تا سقف تعهدات در تعهد بیمه گر است.
۱۲. پرداخت هزینه های پرتودرمانی و شیمی درمانی طبق تعرفه مصوب، حداکثر تا سقف تعهدات جراحی و از همان محل و مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان در تعهد بیمه گر خواهد بود.
۱۳. حق ویزیت کلیه پزشکان و کارشناسان پروانه دار، حداکثر تا سقف تعهدات، از محل هزینه های ویزیت و دارو و مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان قابل پرداخت است.
۱۴. هزینه انواع مشاوره و روان کاوی با تجویز و یا اجرا توسط پزشک متخصص و یا کارشناسان مربوطه (مغز و اعصاب، روان پزشک، روان شناس، کارشناسان روان شناسی) طبق تعرفه مصوب و یا اصل همترازی، حداکثر تا سقف تعهدات پاراکلینیکی و از همان محل قابل پرداخت است.
۱۵. نکته: جهت پرداخت هزینه مشاوره توسط کارشناس مربوطه، تجویز پزشک متخصص مبنی بر علت بیماری و تعداد جلسات مورد نیاز است.
۱۶. هزینه کلیه داروهای شیمیایی و گیاهی، که توسط پزشک معالج تجویز شده است مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز پیشنهادی پرداخت میگردد.
۱۷. در صورت تجویز داروهای تقویتی، ویتامینه، مکمل، ایرانی و خارجی توسط پزشک متخصص مرتبط، هزینه داروهای مذکور پرداخت میگردد.
۱۸. هزینه داروهای آزاد منوط به تجویز پزشک از محل هزینه ویزیت و دارو پرداخت می گردد.
۱۹. در صورت ارائه گواهی پزشک متخصص مبنی بر مصرف دارو برای مدت شش ماه، تجویز مجدد نسخه توسط پزشکان عمومی بلامانع خواهد بود و بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه مربوطه مطابق شرایط تجویز پزشک متخصص است. صرفاً با تشکیل پرونده نزد بیمه گر.
۲۰. کلیه ملزومات دارویی و پانسمان شامل سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین، تزریقات، گاز استریل و... حداکثر تا سقف تعهدات در تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان در تعهد بیمه گر است.
۲۱. تمامی هزینه های مربوط به خرید انواع پروتز که در داخل بدن به کار می رود به همراه هزینه کارشناسی و با تایید پزشک جراح و بیمارستان مطابق با سقف تعهدات بستری و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان پرداخت میگردد.
۲۲. تمامی هزینه های مربوط به خرید تمام یا انواع اورتز، وسایل کمک رسانی پزشکی شامل عصا، واکر، کپسول اکسیژن، جوراب واریس، گردن بند، مچ بند، پا بند، گچ و موارد درمانی که توسط پزشک معتمد بیمه گر تایید میگردد که در خارج بدن به کار می رود به همراه هزینه کارشناسی و حق فنی با تجویز پزشک متخصص مرتبط، مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان پرداخت میگردد.
۲۳. تمامی هزینه های تشخیصی، دارویی و درمان نازایی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی، IVF، IUI، GIFT، ZIFT و هزینه های دارویی مانند HCG، HMG، مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان در تعهد بیمه گر است.



۲۴. هزینه عینک طبی یک دید یا دو دید (شیشه و فریم) و نیز هزینه لنز تماسی طبی، بدون محدودیت در نمره چشم، در هر سال با کسر فرانشیز مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان برای هر بیمه گذار پرداخت می گردد.
۲۵. هزینه عینک با دستور چشم پزشک و یا کارشناس اپتومتری و ارائه صورت حساب فروشنده پرداخت می گردد.
۲۶. کلیه هزینه های اپتومتری، پریمتری، ویزیت چشم پزشکی و موارد مشابه، خارج از سقف پوشش عینک هر بیمه گذار بوده و از محل تعهدات ویزیت و دارو در تعهد بیمه گر است.
۲۷. انواع هزینه های اعمال جراحی که به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) شامل لیزیک، لازک، فمتولیزیک و ... در مواردی که درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد مطابق تعرفه با رعایت سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان در تعهد بیمه گر است.
۲۸. لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری های چشم (مانند خونریزی شبکیه، جداسدگی، قوز قرنیه و...) مطابق با تعرفه مصوب با رعایت سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان در تعهد بیمه گر است.
۲۹. هزینه انواع سمعک معمولی و هوشمند و تجهیزات جانبی آن با تجویز متخصص گوش، حلق و بینی و گزارش ادیومتری برای هر گوش مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان پرداخت می گردد.
۳۰. کلیه هزینه های مربوط به دندان پزشکی مانند کشیدن، پرکردن، بریج، روت کانال، ایمپلنت، پروساژ، ترمیمی، درمان ریشه و روکش، عصب کشی، فیشور سیلندر، جرم گیری، ارتودنسی، دندان مصنوعی مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان و طبق تعرفه در تعهد بیمه گر است.
۳۱. انجام کلیه خدمات دندان پزشکی نیازه اخذ تأییدیه قبلی از بیمه گر ندارد.
۳۲. برای بیمه گذار تا سن ۱۰ سال کامل و خانم های باردار و بیماران خاص همچنین در موارد خاص با اعلام مشاور نیاز به ارائه عکس قبل و بعد از کار نیست، در سایر موارد بیمه گذار نسبت به ارائه عکس قبل و بعد اقدام نماید.
۳۳. هزینه جراحی و کورتاژ لثه از محل تعهدات دندان پزشکی بیمه گذار قابل پرداخت است.
۳۴. کلیه هزینه های ویزیت، تصویر برداری، CBCT و سایر موارد مشابه مربوط به امور دندان پزشکی توسط مراکز پاراکلینیکی انجام می شود خارج از سقف پوشش دندان پزشکی هر بیمه گذار بود و از محل تعهدات مرتبط دیگر (پاراکلینیکی ۱ و ۲) و در تعهد بیمه گر است.
۳۵. تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه به شرح زیر است:
- هزینه انتقال بیمار با آمبولانس از یک مرکز درمانی به بیمارستان ها و مراکز تشخیص درمانی و مراکز پاراکلینیکی، با تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری در هر مورد مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان در تعهد بیمه گر است. در مواردی که بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدأ هزینه انتقال بیمار با آمبولانس به بیمارستان ها و مراکز تشخیص درمانی در هر مورد برون شهری مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان در تعهد بیمه گر است.
۳۶. در موارد ذیل بیمه گر میتواند مدارک قبل از اقدام درمانی بیمار را از بیمه گذار مطالبه نماید:
- عمل بینی * جراحی ها مرتبط با کوچک کردن معده * افتادگی پلک * فتق و اعمال جراحی شکمی * انواع کورتاژ و سقط جنین
۳۷. محاسبه و پرداخت کلیه هزینه های درمانی بیمه شدگان در طرح ارائه شده توسط سازمان نظام مهندسی در تمامی موارد، بالاترین تعرفه در زمان اجرای قرارداد مصوب وزارت بهداشت و درمان کشور ایران در بخش خصوصی در شهر محل درمان است. تعرفه هر سال از زمان تصویب و ابلاغ اجرای آن در هیات محترم وزیران در همان سال محسوب می گردد و بیمه گر می بایست بلافاصله پس از انتشار مصوبه جدید هیات وزیران تمامی خدمات و تعهدات خود را بر اساس آن انجام دهد، در خصوص هزینه های دندان پزشکی تعرفه این خدمات توسط آخرین تعرفه سندیکای بیمه گران ایران اجرا خواهد شد.
۳۸. کلیه هزینه های بیمارستانی مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد که تاریخ شروع یا پذیرش آن در محدوده زمانی این قرارداد باشد، مشمول این قرارداد می شوند حتی اگر بیمه گذار پس از انقضای قرارداد از مراکز درمانی ترخیص گردد.
۳۹. در صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد بیمه گر و عدم انجام کامل تعهدات توسط مرکز درمانی مطابق شرایط این مناقصه، پرداخت مانده تعهدات با ارائه صورت حساب مراکز مذکور بر عهده بیمه گر است.
۴۰. بیمه گر نمیتواند محدودیتی در پرداخت هزینه های درمانی به دلیل اثربخش نبودن روش درمانی پزشکان معالج اعمال نماید.



۴۱. با درخواست و اعلام سازمان، مشاور و یا بیمه گذار، بیمه گر موظف به ارائه اصل یا رونوشت پرونده بیمارستان طرف قرارداد بیمه گر و یا سایر مستندات مورد نیاز بیمه گذار است.
۴۲. در صورت استفاده بیمه گذار از سهم سایر بیمه گران مکمل، پرداخت خسارت بدون اعمال فرانشیز و تا سقف تعهدات خواهد بود. همچنین در صورتی که بیمه گذار سهم بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح و ...) را دریافت نموده باشد، پرداخت خسارت بدون اعمال فرانشیز خواهد بود.
۴۳. انواع روش‌های درمانی موجود در کتاب ارزش نسبی و مراقبت‌های سلامت مشمول این قرارداد است.
۴۴. پرداخت کلیه هزینه تشخیصی، دارویی و درمانی بیماری‌های جدید و یا اپیدمی، پاندمی، مسری و ... تا سقف تعهدات مرتبط با هر بخش مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان بر عهده بیمه گر می باشد.
۴۵. بیمه گر پذیرش تمامی مراکز درمانی طرف قرارداد خود با ارائه کارت شناسایی توسط بیمه گذار یا صدور معرفی نامه آنلاین، یا ارائه کد ملی در مراکز درمانی توسط همان مراکز را تضمین می نماید.
۴۶. سایر پوشش‌ها که در بالا ذکر نشده مطابق آییننامه ۹۹ بیمه مرکزی می باشد.

عنوان پوشش	چکیده شرح تعهدات	سقف تعهدات طرح ۱ برای هر نفر	طرح ۲ سقف تعهدات برای هر نفر
۱ جراحی‌های عمومی و بستری	جبران کلیه هزینه‌های بستری، انواع سنگ شکن، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، داروها و لوازم مصرفی و تجهیزات مربوطه	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲ جراحی‌های تخصصی	جبران کلیه هزینه‌ها برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، بیمارهای خاص مانند ام اس، اس ام ای، تالاسمی، هموفیلی، نارسایی مزمن کلیه، دیالیز، کانسر، پارکینسون، هیپاتیت، ایدز، پرتو درمانی، بیماریهای متابولیک، پروانه ای و اوتیسم اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، انواع پیوند ها شامل پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز. با احتساب بند ۱)	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳ زایمان	جبران هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴ ناباروری و نازایی	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط ZIFT, IUI, IVF, ICSI, GIFT	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵ رفع عیوب انکساری چشم	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم مانند انواع لیزر، لازک، فمتولیزیک، لیزیک و ... در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهد برای هر چشم.	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۶ پاراکلینیکی گروه ۱	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری.		



تجمع تعهدات ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	تجمع تعهدات ۸۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی یا نوار قلب، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلست تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری).	پاراکلینیکی گروه ۲	۷
		جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (به استثناء چکاپ گروهی) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تستهای آلرژی.	آزمایش	۸
		جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، لیزر درمانی، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)، شک و یو، حرکات اصلاحی	فیزیوتراپی	۹
		جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکر های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین ...	غربالگری جنین	۱۰
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران کلیه هزینه اعمال مجاز سربایی مانند شکستگی و دررفتگی، انواع گچ گیری، آتل، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی. تزریقات، پانسمان، تزریق سرم	پاراکلینیکی گروه ۳	۱۱
۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های ویزیت (طبق تعرفه بخش خصوصی)، انواع دارو - آزاد و دولتی (تقویتی، ویتامینه، گیاهی، مکمل، ایرانی و خارجی) و با احتساب حق فنی داروخانه و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری.	ویزیت و دارو	۱۲
۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	عینک و لنز طبی	۱۳
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های مربوط به خرید انواع سمعک برای هر گوش	سمعک	۱۴
۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	کلیه هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، جرم گیری و بروساز، بریج، روکش دندان، جراحی و کورتاژ لثه، ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی	دندانپزشکی	۱۵
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	گرددن بند. کمر بند. مچ بند و زانو بند و کمرست طبی. عصا. واکر، کفش و کفی طبی، جوراب واریس، بریس، انواع آتل، با تجویز پزشک متخصص	اروتز	۱۶
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	درون شهری:	آمبولانس	۱۷
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	برون شهری:		
ریال ۴,۸۹۰,۰۰۰	ریال ۳,۹۵۰,۰۰۰	حق بیمه تمام شده با شرایط پرداخت به صورت اقساطی (۲۵٪ نقد الباقی طی سه فقره چک با فرصت سه ماهه) به ازای هر نفر به ریال با فرانشیز ۱۰٪ و با احتساب مالیات و عوارض و ...		



۴-۷ بیمه نامه شخص ثالث و بدنه خودرو کارکنان و اعضای سازمان و خانواده ایشان (پدر ، مادر ، همسر ، فرزندان و ...):

۱. صدور بیمه نامه های این قراردادها در صورت کسر از حقوق صرفاً با معرفی و اعلام سازمان یا مشاور خواهد بود .
۲. این قراردادها به منظور ارائه خدمات رفاهی به کارکنان سازمان و دفاتر تابعه بوده و الزامی برای ایشان در استفاده از آن نمی باشد.
۳. کلیه بیمه نامه ها که به صورت اقساط (بدون کسر از حقوق) به همکاران یا مهندسان ارائه می گردد ، پیگیری وصول مطالبات اعم از چک به عهده بیمه گر می باشد و سازمان تعهدی در این خصوص ندارد.
۴. شرطی مبنی بر میزان حداقل مبلغ اقساط در این قراردادها وجود نخواهد داشت .
۵. این قرارداد فاقد هرگونه محدودیت نظیر نوع خودرو ، سال ساخت و ... می باشد.
۶. تخفیف گروهی به میزان ۲/۵٪ در بیمه نامه شخص ثالث
۷. تخفیف گروهی برای صدور بیمه نامه بدنه ۴۰٪ و در صورت صدور نقدی بیمه نامه ۲۰٪ به تخفیف ذکر شده اضافه میگردد .
تبصره: تخفیفات فوق الذکر جدا از تخفیفات عدم خسارت بیمه نامه قبلی خودرو بیمه گذار می باشد.
۸. پرداخت حق بیمه در این قرارداد به انتخاب بیمه گذار و به صورت ۲۵٪ نقد و الباقی در ۶ تا ۱۰ قسط خواهد بود.

ماده ۵: رابط بیمه گر:

شرکت بیمه گر مکلف به معرفی یک نفر کارشناس واجد شرایط به عنوان رابط به بیمه گذار جهت صدور، پیگیری و تحویل بیمه نامه ها * ثبت نام متقاضیان بیمه تکمیل درمان پرسنل * دریافت ، بررسی و تحویل اسناد و مدارک و هزینه های بیمه نامه تکمیل درمان * پیگیری کلیه درخواست های بیمه شدگان در امور بیمه ای و قراردادها * تشکیل و تکمیل پرونده های خسارت . همکاری کامل با مشاور و کارگزار سازمان می باشد . رابط می بایست مورد تایید و کاملاً در ارتباط و در دسترس بیمه گذار یا مشاور باشد. رابط موظف به حضور حداقل ۲ روز در هفته و هر روز به مدت دو ساعت در سازمان نظام مهندسی یا محل تعیین شده توسط بیمه گذار یا مشاور می باشد. لازم به ذکر است با عنایت به این که رابط نیروی شرکت بیمه گر می باشد و هیچ گونه رابطه استخدامی با بیمه گذار ندارد شرکت بیمه موظف به تهیه ملزومات و تجهیزات مورد نیاز جهت انجام مأموریت های وی می باشد.

ماده ۶: حل اختلاف :

در صورت اختلاف نظر در تفسیر و یا اجرای شرایط بیمه نامه ها ، مراتب حتی الامکان به صورت مسالمت آمیز حل و فصل خواهد شد، در غیر این صورت رای شورای داوری ملاک عمل خواهد بود. شورای داوری متشکل از سه نفر می باشد که نفر اول نماینده سازمان و نفر دوم نماینده بیمه گر و نفر سوم فرد مورد توافق نفر اول و دوم می باشد که در صورت عدم توافق نفر اول و دوم بر سر تعیین نفر سوم، از کارشناس رسمی دادگستری با تعیین ریاست کانون کارشناسان رسمی دادگستری استان چهارمحال و بختیاری جهت نفر سوم این شورا استفاده خواهد شد. هزینه داور سوم بر عهده فردی است که رای علیه او صادر شده باشد. فسخ این قرارداد با رای شورای داوری امکان پذیر می باشد.

ماده ۷: تعداد موارد نسخ قرارداد

این قرارداد در ۷ ماده و در ۳ نسخه که هر کدام دارای اعتبار واحد می باشد امضاء و مبادله گردیده است .