



۸. این بیمه نامه صرفاً خسارات بیشتر (مازاد) از سقف تعهدات بیمه نامه مسئولیت حرفه ای انفرادی مهندسین مقصر حادثه را تحت پوشش قرارداد داده و پرداخت مینماید این بدین معنا است که ابتدا خسارت از محل بیمه نامه مسئولیت حرفه ای انفرادی مهندس مقصر حادثه پرداخت میگردد و الباقی خسارت از سقف این بیمه نامه به زیان دیده پرداخت میگردد.
۹. پوشش تعدد دیات (پوشش تا دیه سوم) که سالیانه بر اساس دیه روز و اعلام شده توسط قوه قضاییه، اعلام نرخ گردد.

نوع پوشش ها بیمه نامه مسئولیت (حامی مهندسین) سازمان نظام مهندسی ساختمان استان	سرمایه بیمه (ریال)
حد اکثر هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
حد اکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه	۳.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه (ماه عادی)	۱۶.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
حد اکثر غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه (ماه حرام)	۲۱.۳۳۰.۰۰۰.۰۰۰
حد اکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه	۱۰۶.۶۵۰.۰۰۰.۰۰۰
حد اکثر خسارت مالی در هر حادثه	۲۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
حد اکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه	۶۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
مبلغ پیشنهادی حق بیمه به ریال با احتساب مالیات و عوارض و ... (بابت هر نفر)	۲.۴۱۵.۰۰۰ ریال

۱۰. این بیمه نامه مهندسی را تحت پوشش قرار میدهد که بیمه نامه مسئولیت حرفه ای انفرادی خود را از شرکت بیمه طرف قرارداد سازمان خریداری کرده باشند. (مهندسی که اقدام به خرید بیمه مسئولیت از سایر شرکت های بیمه نموده اند تحت پوشش نمی باشند)
۱۱. مهندسی که تحت پوشش این بیمه نامه قرار میگیرند در حدود ۱۰۰۰ نفر می باشند.

شرایط بیمه تکمیل درمان سازمان نظام مهندسی

شرایط خصوصی بیمه تکمیل درمان:

۱. کلیه کارمندان، اعضای سازمان نظام مهندسی و خانواده محترم ایشان (همسر، فرزندان، پدر و مادر) تحت تکفل و غیر تحت تکفل معرفی شده توسط سازمان نظام مهندسی مشمول این قرارداد می باشند.
۲. متقاضیان شرکت در این طرح حدود ۷۰ نفر می باشند.
۳. تاریخ شروع این بیمه نامه ۱۴۰۴/۱۰/۱۶ 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. معرف این بیمه نامه کارگزار رسمی بیمه مرکزی به شماره پروانه ۹۲۷ می باشد که وظیفه نظارت بر اجرای این قرارداد و پیگیری خسارت را برعهده دارد.
۶. شرایط خصوص بیمه نامه صرفا موارد ذکر شده می باشد.

تعهدات درخواستی (اجرایی)



شرکت بیمه آرمان

سازمان نظام مهندسی



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 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 (ازدواج، تولد) به مدت ۲ ماه اقدام نماید و حق بیمه نفرات جدید مطابق با شرایط قرارداد از تاریخ تولد و یا ازدواج با نامه بیمه گذار به شرکت بیمه پرداخت میگردد.
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 ابتدای 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 د 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 میگردد. شرکت بیمه موظف است کلیه اسناد خسارات درمان بیمه گذار ها را تا زمان فسخ بیمه نامه پرداخت نماید.

۱۱. بیمه نامه گروهی یا انفرادی (پرداخت حق بیمه به صورت نقدی و در ابتدای قرارداد) و یا گروهی (پرداخت حق بیمه به صورت اقساطی، ۲۵٪ نقد و الباقی طی ۳ فقره چک با مهلت ۳ ماهه) به صلاحدید بیمه گذار می باشد.

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 اینصورت بیمه گر حقی نسبت عدم پرداخت خسارت به بیمه شدگان و مسدود کردن و یا بستن کد کارگزار را ندارد.

۱۲. 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.

۱۳. 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.

۱۴. 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.

۱۵. 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.

۱۶. جدول پیوستی جزء لاینفک قرارداد بوده و پوشش های ذکر شده از شرایط خصوصی و تعهد آور بیمه نامه می باشد.

۱۷. 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.

۱۸. 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.

۱۹. 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.

۲۰. 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.

۲۱. نرخ و شرایط برای بیمه شدگان اصلی، افراد تحت تکفل (همسر و فرزندان ذکور) یکسان می باشد.

تبصره: 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



شرکت بیمه آرمان

سازمان نظام مهندسی



۲۲. 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 میگردد.

۲۳. شرکت بیمه گر موظف به همکاری کامل جهت پیگیری خسارات و شکایات بیمه گذار ها با کارگزار یا مشاور می باشد.

۲۴. شرکت بیمه باید امکان انعقاد دو قرارداد مجزا اقساط داشته باشد.

۲۵. تعداد مهندسان و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل ایشان حدود ۷۰ نفر می باشد و تغییر بیشتر از ۲۰٪ در تعداد بیمه گذار های اعلامی منجر به هیچگونه افزایش در حق بیمه اعلامی بیمه گر نخواهد شد و نحوه پرداخت حق بیمه مهندسان ۲۵٪ در ابتدای قرارداد و الباقی حق بیمه طی ۳ فقره چک صیادی ثبت شده با فاصله زمانی ۹۰ روز در وجه بیمه گر می باشند.

۲۶. پوشش های درخواستی جدول پیوستی در ردیف های ۶-۷-۸-۹-۱۱-۱۰ به صورت تجمیعی می باشند.

۲۷. متقاضیان بیمه تکمیل درمان می بایست حتماً دارای دفترچه بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، ...) باشند.

۲۸. 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.

۲۹. ثبت نام متقاضیان بیمه تکمیل درمان صرفاً با ارائه کارت عضویت یا معرفی نامه از سازمان برای نفرات اصلی (و اعضای خانواده ایشان) امکان پذیر است.

۳۰. 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 میگردد.

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 میگردد.

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 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، تزییقات، سنجش تراکم استخوان، سیستوسکوپی، شستشوی گوش، توپوگرافی، خارج کردن جسم خارجی، کوتر، انواع هزینه تصویر برداری، ماموگرافی، آندوسکوپی، 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، انواع روشهای لیزرتراپی، لیزر 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، هولترمانیتورینگ، آنالیز پیس میکر، EECG، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی 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)، روان درمانی، اپتومتری، ویزوال فیلد، تست تیلت، تعویض پانسمان، پانسمان های آماده، تست های IGG و IGM، کلیه تست های مربوط به 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 سرپایی 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، 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، که توسط پزشک معالج تجویز شده است مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز پیشنهادی پرداخت میگردد.



۱۷. در صورت تجویز داروهای، 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 می‌گردد.

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 هزینه‌های مربوط به خرید انواع پروتز که در داخل بدن به کار می‌رود 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 هزینه‌های مربوط به خرید تمام یا انواع اورتز، وسایل کمک رسانی پزشکی شامل عصا، واکر، کیسول 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 می‌رود 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 هزینه‌های تشخیصی، دارویی و درمان نازایی و ناباروری مانند لاپاراسکوپي، ZIFT، GIFT، JUI، IVF و هزینه‌های دارویی مانند HMG، HCG 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 کسرفرانشیز مطابق با سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان برای هر بیمه گذار پرداخت می‌گردد.

۲۵. هزینه عینک با دستور چشم پزشک و یا کارشناس اپتومتری و ارائه صورت حساب فروشنده پرداخت می‌گردد.

۲۶. کلیه هزینه‌های 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 هزینه‌های اعمال جراحی که به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) شامل لیزیک، لازک، 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. لیزرترابی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (مانند خونریزی شبکیه، جداشتگی، قوز قرنیه و...) مطابق با تعرفه مصوب با رعایت سقف تعهدات و فرانشیز طرح پیشنهادی سازمان در تعهد بیمه گر است.

۲۹. هزینه انواع سمک 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 می‌گردد.

۳۰. کلیه هزینه‌های مربوط به دندان پزشکی در هر سال مانند کشیدن، پرکردن، بریج، روت کانال، ایمپلنت، پروساز، ترمیمی، درمان ریشه و روکش، عصب کشی، فیشورسیلندر، 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 نیاز به اخذ تأییدیه قبلی از بیمه گر ندارد.

۳۲. برای بیمه گذار تا سن ۱۰ سال کامل و خانم‌های 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. کلیه هزینه‌های ویزیت، تصویر برداری، CBCT و سایر موارد مشابه مربوط به امور دندان پزشکی توسط مراکز پاراکلینیکی انجام می‌شود 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.



۳۴. 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 مبدا 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 مبدا 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.

۳۵. 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

۳۶. محاسبه و پرداخت کلیه هزینه های درمانی بیمه شدگان در طرح ارائه شده توسط سازمان نظام مهندسی در تمامی موارد، 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 دندانپزشکی تعرفه این خدمات توسط آخرین تعرفه سندیکای بیمه گران ایران اجرا خواهد شد.

۳۷. 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.

۳۸. 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.

۳۹. بیمه گر نمیتواند محدودیتی در پرداخت هزینه های درمانی به دلیل اثربخش نبودن روش درمانی پزشکان معالج اعمال نماید.

۴۰. 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.

۴۱. 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 ...) رادریافت نموده باشد، پرداخت خسارت بدون اعمال فرانشیز خواهد بود.

۴۲. انواع روش های درمانی موجود در کتاب ارزش نسبی و مراقبت های سلامت مشمول این قرارداد است.

۴۳. پرداخت کلیه هزینه تشخیصی، دارویی و درمانی بیماری های 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.

۴۴. 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.

۴۵. سایر پوشش ها که در بالا ذکر نشده مطابق آییننامه ۹۹ بیمه مرکزی می باشد.





عنوان پوشش	چکیده شرح تعهدات	سقف تعهدات برای هر نفر
۱ جراحی های عمومی و بستری	جبران کلیه هزینه های بستری، انواع سنگ شکن، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، داروها و لوازم مصرفی و تجهیزات مربوطه	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۲ جراحی های تخصصی	جبران کلیه هزینه ها برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، بیماری های خاص مانند ام اس، اس ام ای، تالاسمی، هموفیلی، نارسایی مزمن کلیه، دیالیز، کانسر، پارکینسون، هیپاتیت، ایدز، پرتو درمانی، 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. (سقف جدا از بستری)	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۳ زایمان	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۴ ناباروری و نازایی	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط IUI, IVF, ICSI, GIFT, ZIFT	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۵ رفع عیوب انکساری چشم	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم مانند انواع لیزر، لازک، لیزیک در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهد برای هر چشم.	۸۰.۰۰۰.۰۰۰
۶ پاراکلینیکی گروه ۱	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته-ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری.	
۷ پاراکلینیکی گروه ۲	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، تیلت 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).	تجمع تعهدات ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۸ آزمایش	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (به استثناء چکاپ گروهی) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک.	
۹ فیزیوتراپی	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، لیزر درمانی، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT).	

