۲٤۱۰۷٤

سازمان نظام مهندسی ساختمان زنجان
شماره ۹۶/۱۶۱۹۹
تاریخ ۹۶/۸/۲۴

مطمئن و توانا
بیمه دانا

قرارداد بیمه درمان جمعی

****

این قرارداد فیمابین شرکت سهامی بیمه دانا (شعبه زنجان)و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان که بعد از این به ترتیب بیمه گر و بیمه گذار نامیده میشوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورایعالی بیمه و عرف بیمه در ایران و شرایط زیر منعقد میگردد.

بخش اول (شرایط خصوصی)

ماده۱)مشخصات قرارداد

شماره سریال قرارداد:	تاریخ صدور:
تعداد بیمه شدگان : با الحاقیه تعیین می گردد شماره سریال قرارداد دوره قبل: ---	تاریخ شروع:۱۳۹۶/۰۸/۱ تاریخ انقضاء: ۱۳۹۷/۰۷/۳۰ نمایندگی /کارگزاری: ندارد

ماده ۲) مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار: **سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان(اعضای نظام)**
نشانی بیمه گذار: زنجان انتهای خیابان پروین اعتصامی تقاطع بلوار شیخ اشراق
تلفکس:
شماره اقتصادی : ۴۱۱۱۳۴۴۳۹۷۱۹ شناسه ملی : ۱۴۰۰۰۲۶۱۵۴۹

ماده ۳) مشخصات بیمه گر

نام بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا استان زنجان
نشانی بیمه گر: زنجان خیابان امام جنب کوچه گیلک
تلفکس :۳۳۳۳۷۷۷۷

ماده٤)وضعیت حق بیمه

حق بیمه ماهانه هریک از بیمه شدگان مبلغ ۱٫۰۲۰٫۰۰۰ ریال تعیین میگردد که حق بیمه صادره یکساله در بدو قرارداد با الحاقیه اولیه تعیین می گردد .

ماده۵) نحوه پرداخت حق بیمه

بیمه گذار موظف است حق بیمه را با احتساب تعداد بیمه شدگان در ۱۲ قسط مساوی در بازه های ۱۳۹۶/۰۸/۳۰ لغایت ۱۳۹۷/۷/۳۰ را در وجه شرکت بیمه دانا به شماره حساب ۰۲۱۵۱۵۱۵۱۵۰۰۵ بانک آینده شعبه گاندی پرداخت نماید.

شعبه زنجان صدور بیمه دانا

۸/۳۲-سری اول- ۱۱/۹۵-۱۰۰۰۰۰۰ برگ

ماده٦) دوره انتظار

دوره انتظار برای زایمان (اعم از طبیعی و سزارین) ۹ ماه و بیماریهای مزمن۶ ماه می باشد.

ماده۷) مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است، که ازساعت ۰ مورخ ۹۶/۰۸/۰۱ شروع و تاساعت ۲۴ مورخ ۹۷/۰۷/۳۰ خاتمه می یابد و هریک از طرفین میباید لااقل یک ماه قبل از انقضاء قرارداد نظر خود را مبنی بر تمدید و تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد کتبا" بطرف دیگر اعلام نمایند.

ماده۸) تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق جدول ذیل جبران نماید .

ردیف	تعهدات بیمه گر	حداکثرمبلغ تعهد سالیانه بیمه گر	تعهد برای نفر	تعهد برای خانوار	فرانشیز
۱	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) ، گامانایف ،پیوند کلیه ، پیوندکبد ، پیوند ریه و پیوند مغز استخوان	۲۰۰٫۰۰۰٫۰۰۰	*		۱۰
۲	سایر اعمال جراحی دربیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE (بابیشتر از ۶ساعت بستری)و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن و جراحی دیسک ستون فقرات و شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، گامانایف وهمچنین بستری جهت درمان طبی در بیمارستان	۱۰۰٫۰۰۰٫۰۰۰	*		۱۰
۳	زایمان (طبیعی – سزارین) -	۳۵٫۰۰۰٫۰۰۰		*	۱۰
۴	هزینه پاراکلینیکی گروه اول انواع سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، انواع سی تی اسکن ، انواع آندوسکوپی ، ام آرآی،اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو، دانسیتومتری	۱۰٫۰۰۰٫۰۰۰	*		۱۰
۵	هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری–PFT)، نوار عضله (EMG) ، نوارعصب (NCV)، نوارمغز (EEG)، نوارمثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۱۰٫۰۰۰٫۰۰۰	*		۱۰
۶	هزینه جراحیهای مجازسرپائی شامل شکستگی و دررفتگی ، گچگیری ، خنته ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیزیون لیپوم ، بیوپسی ، لیزردرمانی و تخلیه کیست	۳٫۰۰۰٫۰۰۰	*		۱۰
۷	هزینه های خدمات آزمایشگاهی انواع آزمایش های تشخیص پزشکی ، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی ، انواع رادیوگرافی ، نوارقلب ، فیزیوتراپی	۵٫۰۰۰٫۰۰۰	*		۱۰
۸	هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا" مازاد برسهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس درموارد غیربستری	۵٫۰۰۰٫۰۰۰	*		۱۰
۹	هزینه عینک شامل خرید عینک طبی ، و لنز تماس طبی	۱٫۵۰۰٫۰۰۰	*		۱۰
۱۰	هزینه دندان‌پزشکی(به استثناء ارتودنسی، دندان مصنوعی، ایمپلنت)	۹٫۰۰۰٫۰۰۰	*		۱۰
۱۱	جبران هزینه‌های جراحی مربوطبه رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به‌علاوه نصف آستیگمات) ۲ دیوپتر یا بیشتر باشد برای دو چشم	۲۰٫۰۰۰٫۰۰۰	*		۱۰
۱۲	هزینه های آمبولانس – درون شهری	۱٫۰۰۰٫۰۰۰	*		
	هزینه های آمبولانس – برون شهری	۱٫۵۰۰٫۰۰۰			

۸/۳۲-سری اول-۱۱/۹۵-۱۰۰۰۰۰۰۰ برگ

تبصره ۱) جمع تعهدات بیمه گر در خصوص هزینه های بیمارستانی اعم از جراحی تخصصی , جراحی عمومی و درمان طبی و همچنین هزینه های آمبولانس (درون شهری و برون شهری) حداکثر معادل سقف جراحی تخصصی خواهد بود .

تبصره ۲) اعمال جراحی Day Careبه جراحی‌هایی اطلاق می‌شودکه مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

تبصره۳) هزینه‌های دندان‌پزشکی به براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می‌شود که سالیانه سندیکای بیمه‌گران ایران با هماهنگی شرکت‌های بیمه، تنظیم و به شرکت‌های بیمه ابلاغ می‌کند، ضمنا خدمات دندانپزشکی صرفا در صورت معاینه توسط پزشک معتمد بیمه گر بعد از پایان کار مورد تایید می باشد.

بصره٤)هزینه های اعضای طبیعی بدن صرفاً برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر ارائه می گردد.

تبصره ٥)پوشش حوادث طبیعی با دریافت حق بیمه اضافی امکان پذیر خواهد بود

تبصره ٦) هزینه تهیه اروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی مورد نیاز باشد با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گرقابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۷)هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان و به عنوان پوشش مستقل می باشد.

تبصره ۸) سقف تعهد بیمه‌گر در خصوص هزینه های زایمان (طبیعی - سزارین) نمی تواند از بالاترین هزینه توافق‌شده با بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر تجاوز کند

تبصره ۹) هزینه همراه افراد زیر۷سال و بالاتر از۷۰ سال (در بیمارستان‌ها)

تبصره ۱۰) هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری‌شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل‌وانتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج

این قرارداد دارای بخش اول (شرایط خصوصی)مشتمل بر ۸ ماده و ۱۰ تبصره به انضمام بخش دوم(شرایط عمومی) پیوست دارای۱۹ماده و ۳۹ تبصره در دو نسخه تنظیم یافته و هر دو نسخه حکم واحد را داشته که تمامی صفحات آن توسط بیمه گر و بیمه گذار مهر و امضاء می گردد. /۱۳۵

بیمه گذار	بیمه گر
سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان	مدیریت شرکت سهامی بیمه دانا استان زنجان
حسن مجتبی زاده	خلیل صفری
رئیس سازمان نظام مهندسی ساختمان	مدیر استان زنجان

شعبه زنجان کارشناس اشخاص صادر

بخش دوم (شرایط عمومی)
فصل اول(تعاریف و اصطلاحات)

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این بیمه نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرد.

ماده ۱:تعریف بیمه گر: شرکت سهامی بیمه دانا که جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

ماده ۲: تعریف بیمه گذار: شخصی است که متعهد به پرداخت حق‌بیمه است و مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است.

مـاده۳ : بیمه شدگان : کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصـره ۱)بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گذار را صرفا" درابتدای قرارداد و یا درزمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند

تبصـره ۲) خانواده : منظور از خانواده عبارتست از هریک از کارکنان شاغل بیمه گذار بعنوان سرپرست خانواده و همسر یا همسران دائمی و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانونا" تحت تکفل بیمه شده اصلی قرارگرفته باشد.

تبصـره ۳) فرزندان ذکور موضوع بند ب تبصره ۵ همین ماده و والدین کارکنان (مونث ومذکر) با پرداخت حق بیمه دوبرابرو صرفا" در ابتدای قرارداد و با شرایط پیش بینی شده در این قرارداد ، میتوانند تحت پوشش قرارگیرند.

تبصـره ۴) کلیه کارکنان مونث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه دوبرابرو رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.(پوشش تمام اعضاءخانواده اجباری می باشد)

تبصـره۵) شرط سنی بیمه شدگان :

الف) فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل حداکثر تاسن ۲۲سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.(در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تاسن ۲۵ سال تمام و درمورد دانشجویان مقطع دکترا حداکثر تاسن ۲۶ سال تمام)

ب) فرزندان ذکورمجرد حداکثرتا سن ۳۰ سال تمام به شرط عدم اشتغال بکار و ازدواج با رعایت تبصره ۳ همین ماده مشمول تعهدات این قرارداد می باشند .

ج) فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش این قرارداد هستند.

د) فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجددبشرط عدم اشتغال بکارتحت پوشش میباشند.

ه) فرزندان معلول ذهنی وجسمی بیمه شدگان ، بدون در نظر گرفتن شرط سنی با ارائه مدارک مثبته از مراجع ذیصلاح بیمه خواهند بود(باتوجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات)

و) چنانچه سقف سنی بیمه شدگان (موضوع تبصره های ۵ و ۶ همین ماده) در طول مدت قرارداد کامل گردد تعهدات بیمه گر مشروط به پرداخت حق بیمه تا پایان مدت قرارداد به قوت خود باقی خواهد بود

ز) پوشش بیمه ای بیمه شدگان حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام می باشد.

تبصره ۶) بیمه گر موافقت می نماید بیمه شدگان غیر تحت تکفل بالای ۶۰ سال تا ۷۰ سال تمام را با ۵۰٪ افزایش و افراد بالای ۷۰ سال را با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد.

تبصـره ۷) ادامه پوشش بیمه ای به بازماندگان متوفی و افرادی که درطول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می شوند به همراه اعضا، تحت پوشش به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود .

تبصـره ۸) کارکنان شاغل بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت ، سازمان تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و نیروهای مسلح و یا هر سازمانی که طبق قانون بیمه درمان همگانی ، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند باشند.

مـاده۴ : موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان است که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی شرایط خصوصی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

تبصـره ۱) بیماری : عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک .

تبصـره ۲) حادثه : عبارتست از هر گونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح ، نقص عضو از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

مـاده۵ : فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود و تامین

شعبه زنجان صدور بیمه دانا
تلفن گویا: ۰۲۴۱-۸۲۲۶۸

۸/۳۲، سری اول- ۱۱/۹۵/۰۰۰۰۰۰۱ برگ

آن به عهده بیمه گذار یا بیمه شده میباشد.

تبصره۱) در صورتیکه بیمه شدگان بنا به عللی مایل به استفاده ازسهم خسارت درمان بیمه گر اول نباشند و یا بیمه گر اول از پرداخت هزینه ها به هر دلیلی خودداری نماید هزینه های درمانی در تعهد بیمه گر پس از کسر فرانشیزهای مندرج در این قرارداد با ارائه اصل مدارک از هزینه های قابل پرداخت ، محاسبه خواهد شد

تبصره ۲) چنانچه والدین و فرزندان ذکور مجرد و همچنین همسروفرزندان کارکنان اناث(تبصره ۳و۴ماده۳) فاقد دفترچه بیمه گر اول باشند هزینه های درمانی در تعهد بیمه گر با ارائه اصل مدارک و پس از کسر فرانشیز مربوطه از هزینه های قابل پرداخت ، محاسبه خواهد شد.

ماده ۶: حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و نحوه پرداخت آن بنحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده است و انجام تعهدات بیمه گر منوط به رعایت کامل آن خواهد بود.

تبصره۱) درصورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه در سررسیدهای معین بیمه گر هیچگونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت به بیمه گذار یا بیمه شده ندارد و اگربیمه گردر این راستا به هردلیلی از جمله اقدام قانونی بیمه شدگان و به موجب رای مراجع ذیصلاح خسارتی برداخت کند ، بیمه گذار در صورت عدم پرداخت حق بیمه معوق ، مسئول بازپرداخت خسارت پرداختی به بیمه گر می باشد.

تبصره ۲) عدم انجام تعهدات بیمه گر بعلت تأخیر یا امتناع بیمه گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه گذار در پرداخت حق بیمه نمی باشد و بیمه گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه گر پرداخت نماید .

تبصره ۳) حق بیمه بیمه شدگان بدلیل اعلام انصراف آنها از ادامه قرارداد ، قابل برگشت نمی باشد.

تبصره ۴) بیمه گذارمی بایست یکماه پس ازتاریخ صدور الحاقیه اضافی مبلغ حق بیمه اضافه شده را به بیمه گر یکجا پرداخت نماید و چنانچه الحاقیه صادره مورد قبول بیمه گذار واقع نگردد در مدت یاد شده فرصت خواهد داشت که کتباً اعتراض خود را با ارسال مدارک مثبته به بیمه گر اعلام نماید در غیر اینصورت الحاقیه صادره مورد قبول تلقی شده و بیمه گذار موظف به پرداخت حق بیمه صادره خواهد بود.

ماده۷: دوره انتظار : مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران هزینه های ذیل ندارد . تاریخ شروع آن همان تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر بیمه شده میباشد که میزان آن در شرایط خصوصی تعیین میشود.

دوره انتظار برای گروههای زیر ۲۵۰ نفر ۹ ماه و از ۲۵۰نفر الی ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه و بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار می باشد .

الف)) زایمان (اعم از طبیعی و سزارین و کورتاژ تخلیه ای)

ب)) بیماریهای مزمن شامل : فتق ، لوزه و گواتر،انواع سل ، صرع ، پروستات ، دیسک ستون فقرات ، بیماریهای نئوپلاستیک ، پولیپ ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن ، کیست تخمدان ، هیسترکتومی، سیستوسل و رکتوسل ، نارسائی مزمن کلیه ، سنگ کلیه وکیسه صفرا ، ماستیونیدکتومی ، کاتاراکت ، امراض مزمن قلبی ، عروقی ، دیابت ،(به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو و آی سی یو بشود)

تبصره ۱) چنانچه این قرارداد تمدید قرارداد درمانی سال قبل نزد بیمه گر باشد ویا بلافاصله بعد از انقضاء نزد بیمه گر دیگر در این شرکت منعقدشود بیمه شدگان قرارداد قبلی مشروط به تمدید بموقع و طی نمودن دوره انتظار بطور کامل ، مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

تبصره ۲) در صورتیکه شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضاء قرارداد نزد بیمه گر دیگر باشدارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگان که به تائید بیمه گر قبلی رسیده باشد الزامیست .

فصل دوم - (وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده)

ماده۸ : اصل حسن نیت : بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند .

اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً" از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً" برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهارنشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌نامه فسخ خواهد شد .

تبصره۱: چنانچه معلوم شود هریک از بیمه‌شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر یا بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه‌شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است

۸/۳۲ - سری اول - ۱/۱۰۰۰۰۰۰۰۹۵/ برگ

تلفن گویا: ۸۲۱۶۶۸۰-۰۲۱

تبصره۲: هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، دراین‌حالت نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه‌های درمانی به بیمه‌شده و یا بیمه‌شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق‌بیمه‌های پرداختی به بیمه گر، نیز مسترد نخواهد شد.

ماده۹ : بیمه گذار می بایست حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ انعقاد قرارداد لیست اسامی و مشخصات نهائی بیمه شدگان را به صورت یکجا و بطور خوانا و بدون قلم خوردگی که حاوی اطلاعاتی از جمله : نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز /ماه/سال ، شماره حساب بیمه شده اصلی شماره شبا، شماره ملی و شناسنامه، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با بیمه شده اصلی ، جنسیت ، باشد را در دو نسخه تنظیم نموده (به همراه سی دی) و پس از مهر و امضاء به انضمام نامه رسمی با ذکر تعداد بیمه شدگان اصلی و تحت تکفل و غیر تحت تکفل جهت بیمه گر ارسال نماید،

شایان ذکر است پس از انقضاء مهلت مقرر، بیمه گرهیچگونه تعهدی نسبت به پوشش بیمه ای افراد اعلامی از سوی بیمه گذار تحت عنوان از قلم افتاده ویا غیره نخواهد داشت .

تبصره ۱/ هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق صرفا" شامل افراد جدید الاستخدام ، انتقالی ، مامورین ، نوزادان و همسر بیمه شدگانیکه درطول مدت قرارداد ازدواج مینمایند خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام ،تصویر شناسنامه و۰۰۰) ازسوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت ۴۵روز از تاریخ استخدام ، تولد و۰۰۰ طی نامه کتبی و معتبر برای بیمه گر ارسال گردد ۰

تبصره ۲) کاهش بیمه شدگان درطول مدت قرارداد صرفا" شامل افراد مستعفی ، فوتی ، بازنشسته ، انتقالی و اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبته میسر خواهد بود.

تبصره ۳) شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید موضوع تبصره ۱ ماده۹ قرارداد ، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد ، حق بیمه برگشتی (مشروط به عدم دریافت خسارت) نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار محاسبه خواهد شد.

تبصره ۴) حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد ، بدیهی است هنگام حذف بیمه شده به هردلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه میگردد ۰

تبصره ۵) نوزادان به محض تولد بیمه می باشند و آندسته از بیمه شدگان که صاحب فرزند میشوند می بایست از تاریخ تولد نوزاد حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقی از طریق بیمه گذار طی نامه کتبی معتبر برای بیمه گر ارسال نمایند۰

فصل سوم – (تعهدات بیمه گر)

ماده ۱۰: حدود تعهدات بیمه گر: بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار متعهد است هزینه درمانی بیمه شدگان را مطابق شرایط تعیین شده در بخش خصوصی بیمه نامه جبران نماید.

تبصره ۱) تعهدات بیمه گردر مورد بیمارانی که با معرفینامه کتبی بیمه گر از مراکزدرمانی طرف قرارداد بیمه دانا استفاده مینمایند براساس صورتحسابهای مراکزفوق الذکرمورد رسیدگی و تسویه قرار میگیرد و در صورتیکه بیمه شدگان مستقیما" و بدون اخذ معرفینامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند ، می بایست تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تائید مرکز بررسی اسناد بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تامین اجتماعی و یا سایرسازمانهای بیمه گر پایه رسیده باشد را به ضمیمه تصویر چک دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی وبیمار) بهمراه درخواست کتبی بیمه گذار و یا کارت درمانی معتبر بیمه دانا جهت دریافت مازاد خسارت طبق مفاد قرارداد به بیمه گر تسلیم نماید۰در اینصورت هزینه های درمانی طبق ماده ۱۱ قرارداد و مقررات مربوطه محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود وبیمه شدگان می بایست درصورت عدم استفاده از معرفینامه دریافتی جهت مراکزطرف قراردادبیمه دانا نسبت به عودت معرفینامه جهت حذف ازسوابق درمانی اقدام نمایند.

تبصره ۲) بیمه گر تعهد می نماید به محض دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبته حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه های مربوط به بیمه شده بر طبق مفاد قرارداد اقدام و نسبت به واریز خسارت به شماره حساب اعلامی بیمه شدگان اقدام نماید .

تبصره ۳) هزینه های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد بیمه گرمی باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت ، سازمان تامین اجتماعی و سایرشرکتهاو سازمانهای بیمه ای نمی تواند از صد در صد هزینه های انجام شده تجاوز نماید ۰ بعبارت دیگر هزینه های مورد قبول بیمه گر مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمانها و شرکتهای مذکور در این تبصره طبق مفاد قرارداد میباشد ۰

تبصره ۴) هزینه های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی بعنوان مناطق جنگی شناخته شده اند

شعبه زنجان صدور بیمه دانا تلفن گویا: ۸۲۴۶۶۸-۰۲۴

۸/۳۲ - سری اول - ۹۵/۱۱ - ۱۰۰۰۰۰۰۰ برگ

در زمان صلح مشمول بیمه می باشند .
تبصره ۵) بیمه گر میتواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید .
تبصره ۶) بیمه‌شدگانی که به‌علت عدم‌امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به‌دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم‌احراز هریک از موارد فوق، هزینه‌های انجام‌شده باتوجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.
* میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
تبصره۷) خسارات (هزینه های) مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند .
ماده۱۱:بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی اساس محاسبه هزینه‌های مورد تعهد خواهد بود، چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی‌که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با اعمال فرانشیز قرارداد با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.
تبصره ۱: در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ درهرصورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در صورت عدم‌دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.
تبصره ۲: بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظف‌اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری‌شدن هریک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.
تبصره ۳: چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به به هرکدام از شرکتهای بیمه مخیر است.
ماده ۱۲: استثنائات: موارد زیراز شمول تعهدات بیمه گر خارج میباشد:
عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد
*اعمال جراحی که به منظور زیبائی انجام میگیردمگر اینکه ناشی از ,وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد .
*سقط جنین مگر درموارد قانونی با تشخیص پزشک معالج
جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی‌صلاح.
* حوادث طبیعی مانند زلزله ، سیل و آتشفشان .
*فعل و انفعالات هسته ای ، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ
*لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک متعمد بیمه گر
*جراحی لثه
* جراحی فک در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد تعهد میگردد.
*ترک اعتیاد.
*هزینه اتاق خصوصی (یکنفره) مگردر موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر
* هزینه همراه بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگردر موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر
*بیماریهای سایکوتیک(روانی)مگرناشی ازحادثه باشد(منظور از بیماریهای سایکوتیک آندسته از بیماری هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد).
*خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
* رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳دیوپتر باشد.
*هزینه‌های مربوطابه معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
* کلیه هزینه های پزشکی که درمراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است .
* جنون .
* هزینه های مشمولان غایب و سربازان فراری

شعبه زنجان صدور بیمه دانا
تلفن گویا : ۰۲۴۱-۸۲۴۶۸
www.dana-insurance.com

۸/۳۲-سری اول- ۱۱/۹۵-۱.۰۰۰.۰۰۰ برگ

* هزینه چک آپ
* هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی
* بیمارهای فراگیر (اپیدمی)
* سپتوپلاستی (انحراف بینی) در صورتیکه توام با عمل زیبایی نباشد تعهد میگردد (با ارائه رادیولوژی قبل و پس از عمل جراحی به بیمه گر).

فصل چهارم - مقررات گوناگون

ماده ۱۳: نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور:

بیمه شدگان درانتخاب پزشکان وبیمارستانهای مجازکشور مختاربوده وبه یکی ازدو صورت ذیل عمل خواهند نمود ۰

الف)) بیمه شدگان در صورت تمایل به استفاده از بیمارستانهای طرف قراردادمیتوانند با ارائه مدارک مورد نیاز به شرکت بیمه دانا مراجعه و معرفی نامه لازم جهت استفاده از بیمارستان را دریافت دارند .

ب)) بیمه شدگان در استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه ها و ارائه اسناد ، مازاد هزینه ها طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود۰

تبصره) مدارک لازم جهت صدور معرفی نامه به بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد:

۱- نامه بیمه گذار ویا کارت درمان معتبر بیمه دانا۰

۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی ۰

۳- تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده و بیمار۰

۴- برای فرزندان ذکورتحت تکفل تا سن۲۶ سال ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و برای فرزندان اناث بالای ۱۷ سال و مطلقه ارائه اصل شناسنامه الزامیست .

ماده۱۴: مهلت ارائه اسناد هزینه های درمانی :

تبصره ۱ : حداکثر مهلت تحویل اسناد درمانی موضوع این قرارداد به بیمه گر ۶ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد می باشد .

تبصره ۲ : در صورت خاتمه قرارداد حداکثر ۳ ماه پس از پایان قرارداد اسناد هزینه های درمانی مشروط به رعایت مهلت تعیین شده در تبصره ۱ همین ماده دریافت و مورد رسیدگی قرار خواهد گرفت . بدیهی است پس از انقضاء مهلت های تعیین شده در تبصره های فوق بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت .

ماده۱۵: حق تجدید نظر در شرایط و مفاد قرارداد در مدت اعتبار آن و با توافق طرفین ، برای بیمه گر و بیمه گذار محفوظ است ۰

تبصره): چنانچه موارد مذکور در قرارداد و یا ملحقاتیکه بعدا" و در صورت لزوم صادر خواهد شد با نظریات بیمه گذار طبق تقاضا نامه بیمه مطابقت نداشته باشد بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۷ روز از تاریخ دریافت ، تصحیح آنها را تقاضا نماید ، در غیر اینصورت مراتب تائید شده تلقی خواهد شد ۰ هر گونه عمل خلاف این شرط منوط به تائید کتبی بیمه گر خواهد بود ۰

ماده۱۶: در موارد پیش بینی نشده در این قرارداد ، بر طبق قانون بیمه و قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد ۰

ماده۱۷: حل اختلاف : بیمه گر و بیمه گذارکوشش خواهند نمود ، هر گونه اختلاف نظر ناشی از این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند ۰ چنانچه از این طریق به توافق نرسند ، رفع اختلاف با مراج ذیصلاح خواهد بود۰

ماده۱۸: به منظورتسریع در انجام امور بیمه ای و پرداخت هزینه های درمانی موضوع این قرارداد ، درصورت نیاز ، حق بررسی دفاتر و اسنادبیمه گذار در رابطه با این قرارداد جهت بیمه گر محفوظ میباشد و بیمه گذار موظف است دراین زمینه همکاریهای لازم را بعمل آورد.

ماده۱۹: بیمه گر می تواند نسبت به فسخ قرارداد و با اعلام فسخ به صورت یک ماه قبل نسبت به فسخ قرارداد اقدام نماید و شرایط فسخ قرارداد از سوی طرفین مطابق آخرین بخشنامه ها و آئین نامه های بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می باشد./۱۳۵

بیمه گذار	بیمه گر
سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان	مدیریت شرکت سهامی بیمه دانا استان زنجان
حسن مجتبی زاده	خلیل صفری
رئیس سازمان نظام مهندسی ساختمان	مدیر استان زنجان

زنجان
شمیه رضایی
کارشناس اشخاص

۸/۳۳ - سری اول - ۹۵/۱۱ - ۱۰۰۰۰۰۰ برگ