

شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های درمان (آئین نامه ۹۹)

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد: این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که جزء لابنفک بیمه‌نامه است، تنظیم شده و مورد توافق طرفین است بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند.

۱- **بیمه‌گر:** شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است.

۲- **بیمه‌گر پایه:** سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوطه موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

۳- **بیمه‌گذار:** شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف، تعیین شده در بیمه‌نامه است.

۴- گروه بیمه‌شدگان:

الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به عنوان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.

تبصره ۱- بیمه‌شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را به‌طور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل براساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲- حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه‌گذار باید به‌طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۳- بیمه‌گر فقط در ابتدا یا در زمان تمدید بیمه‌نامه می‌تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

تبصره ۴- ارائه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه‌شده اصلی به تشخیص بیمه‌گر بلامانع است.

ب- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها به این شرط مجاز است که بیمه‌گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به‌طور همزمان بیمه شوند.

۵- **موضوع بیمه:** جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه‌نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۶- **حادثه:** هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۷ **بیماری:** وضعیت جسمی یا روانی غیر طبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

۸ **حق بیمه:** وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.

۹- **حق بیمه شناور:** وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه‌نامه توسط بیمه‌گر برآورد می‌شود و میزان قطعی آن براساس عملکرد هر بیمه‌نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه‌گذار اعلام می‌گردد.

۱۰- **دوره انتظار:** دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

۱۱- **خسارت ارزیابی شده:** مبلغی که براساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.

۱۲- **فرانشیز:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده است که میزان آن در بیمه‌نامه ذکر می‌گردد.

۱۳- **خسارت قابل پرداخت:** مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده، حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.

۱۴- **مدت:** مدت بیمه‌نامه یک‌سال کامل شمسی است، تاریخ شروع و انقضای آن به توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.



سازمان
نظام عهده‌سی ساختمان
استان تهران



تهران- میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن گویا: ۱۶۷۱ کد پستی ۱۹۱۸۹۵۵۳۱۱ www.dayins.com



فصل دوم: شرایط

ماده ۳- 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 از اظهار مطلبی خودداری کند و یا 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، بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه‌نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید.

تبصره: هرگاه ثابت شود 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، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه‌شده است.

ماده ۴- فرانشیز:

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه‌درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۵- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به‌نحوی که در بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.

ماده ۶- بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظفاند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

ماده ۷- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی - درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

ماده ۸- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی - درمانی را براساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۹- چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۰- استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

- ۱- اعمال جراحی که به‌منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴- ترک اعتیاد.
- ۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
- ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
- ۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته‌ای.
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.



سازمان
نظام مهندسی ساختمان
استان تهران



تهران - میرکمالی، بن مصدق و هدرس، ۲۳۹ تلفن گویا: ۱۶۷۱ کد پستی ۱۹۱۸۴۵۳۱۶۲ www.dayins.com

- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۱۲- هزینه‌های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
- ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵- هزینه‌های مربوطه معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، استیجمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آن‌ها را اعلام نکرده است.
تبصره: بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۱۱- 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 منبای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط براساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره: 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؛ در صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها، بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۲- در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی-درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند، در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه‌های باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۳- چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به هر کدام از شرکت‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۴- حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت. مشمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان‌پذیر است.

ماده ۱۵- در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۱۶- بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان 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 به دلیل 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 بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هزیک از موارد فوق، هزینه‌های انجام‌شده باتوجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.



سازمان
نظام مهندسی ساختمان



تبصره: میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۷- فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲- هرگاه بیمه گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
- ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پور تقوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

ج- نحوه فسخ:

۱- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می گردد.

۲- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- ۱- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می شود.
- ۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد)؛ در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده ۱۸- بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۱۹- شرکت بیمه گر مکلف است در صدور بیمه نامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، این ضوابط را رعایت کند:

- ۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسشنامه سلامتی تهیه شده توسط بیمه گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.
 - ۲- بیمه گذار موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه گر می تواند با توجه به پاسخ های مندرج در پرسشنامه سلامت یا معاینات انجام شده و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا ارائه پوشش هزینه زایمان و بیماری هایی که سابقه قبلی آنها براساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.
- تبصره: بیمه گر می تواند مشروط به اخذ پرسشنامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.
- ۳- سقف تعهد بیمه گر برای هر یک از اعضای گروه یا خانواده و هر یک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

ماده ۲۰- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.



سازمان
استار رنجان

تهران- میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن گویا: ۱۶۷۱ کد پستی ۱۵۵۳۱۱ www.dayinsurance.com



ماده ۲۱- این آئین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۵ لازم‌الاجراء خواهد بود و جایگزین آئین‌نامه شماره ۷۴ مصوب شورای عالی بیمه با عنوان شرایط عمومی بیمه‌های درمان خواهد شد.

فهرست اعمال غیرمجاز در مطب

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طویل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاتتریسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان‌های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس‌ها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرایسیم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و...
۱۲	عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳	بیرون‌آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرج زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
۲۱	بیرون‌آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

تبصره: علاوه بر موارد فوق، کلیه اعمالی که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز به عنوان اعمال غیر مجاز در مطب و مراکز جراحی محدود باشند، به فهرست فوق اضافه می‌گردند.





شرایط بیمه‌گری بیمه دی

ماده اول: بیمه شدگان

۱- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به اتفاق اعضای خانواده (افراد تحت تکفل) آنها به شرح زیر؛ منظور از اعضای خانواده، افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی شامل (همسر (همسران) دائمی، فرزندان و پدر و مادر) می‌باشد که به تبع بیمه شده اصلی دارای بیمه‌گر پایه باشند.

۱-۱- افراد مشروح زیر تحت پوشش این قرارداد می‌باشند، مشروط بر آنکه در زمان انعقاد قرارداد لیست اسامی آنان به بیمه‌گر ارائه و حق بیمه آنها براساس شرایط مندرج در متن و یا ضمیمه آن پرداخت شود.

۱-۲- فرزندان ذکور حداکثر تا ۲۰ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل (دوره دانشگاهی) تا ۲۵ سالگی تمام، دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام مشمول بیمه خواهند بود "به شرط مجرد بودن و عدم اشتغال به کار".

۱-۳- فرزندان اناث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار، می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره: فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد و به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می‌باشند.

۱-۴- پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند، تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.

ماده دوم: وظایف بیمه گذار

۱- مشخصات کامل بیمه شدگان و افراد تحت تکفل آنان را با ذکر شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، تاریخ تولد (روز، ماه، سال)، نام پدر و نسبت فرد با بیمه شده اصلی و همچنین شماره شبای حساب بانکی بیمه شده اصلی (فرم ضمیمه) در قالب لوح فشرده (حداکثر تا یک ماه پس از صدور بیمه نامه) به بیمه‌گر ارائه و تأیید آن را دریافت نماید.

۲- افزایش در گروه بیمه شدگان در طول مدت بیمه منوط به استخدام جدید، افراد انتقالی، ازدواج، تولد، فرزندان اناث مطلقه و افرادی که در طول سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار می‌گیرند، می‌باشد. (به شرط اعلام کتبی مشخصات بیمه شدگان حداکثر ظرف مدت ۱ ماه بعد از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج، تولد و طلاق) تاریخ موثر برای افزایش این بیمه شدگان از تاریخ استخدام، انتقال، ازدواج، تولد و طلاق خواهد بود.

۳- کاهش از گروه بیمه شدگان از قبیل "افراد مستعفی، اخراج، پایان خدمت، متوفی، خروج از کفالت" می‌باشد (منوط به اعلام کتبی مشخصات لازم بیمه شدگان حداکثر ظرف مدت ۱ ماه بعد از تاریخ استعفا، اخراج، پایان خدمت، فوت و خروج از کفالت) تاریخ موثر برای کاهش این بیمه شدگان از تاریخ استعفا، اخراج، پایان خدمت، فوت و خروج از کفالت خواهد بود.

تبصره: بعد از مهلت مقرر، تاریخ کاهش، از تاریخ دریافت نامه بیمه گذار (ثبت در دبیرخانه شرکت بیمه دی) امکان پذیر می‌باشد.

۴- پس از انقضای بیمه نامه افزایش و کاهش در بیمه شدگان امکانپذیر نمی‌باشد و تعداد بیمه شدگان در آخرین الحاقیه ثبت شده قبل از انقضای بیمه نامه ملاک محاسبه حق بیمه خواهد بود. (ضمن رعایت بند ۲ و ۳ ماده دوم)

۵- چنانچه بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت نماید، پوشش بیمه ای اعضای خانواده بیمه شده متوفی، مشروط به پرداخت حق بیمه صرفاً تا پایان همان سال بیمه ای ادامه خواهد داشت.

۶- بیمه گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل: حکم کارگزینی، سوابق پزشکی و معالجات و ... را در صورت تقاضای بیمه‌گر ارائه نماید.

۷- بیمه گذار متعهد است اصل صورت هزینه‌های درمانی را حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از مرخص شدن بیمار از بیمارستان یا تسویه با مراکز تشخیصی و درمانی (چنانچه توسط بیمه شده هزینه پرداخت شده باشد) و یا یکماه بعد از دریافت وجه خسارت از بیمه‌گر اول به بیمه دی و پس از انقضای بیمه نامه به مدت ۴ ماه تحویل نماید، در غیر این صورت پس از انقضای مهلت مذکور بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

تبصره: مهلت تکمیل مدارک و ارسال مجدد آن پس از عودت، حداکثر دو ماه از تاریخ عودت مدارک می‌باشد.



سازمان
نظام مهندسی ساختمان



تهران - میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن گویا: ۱۶۷۱ کد پستی: ۱۹۱۳۵۲۱۱ www.dayins.com

ماده سوم: سایر شرایط

۱- مدارک و اسناد مورد نیاز جهت پرداخت خسارات درمانی

الف: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات بیمارستانی (در صورت مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد و یا پرداخت مستقیم توسط بیمه شده):

- ۱- اصل گواهی پرداخت سهم بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...).
- ۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممه‌ور به مهر و امضاء پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممه‌ور شده به مهر بیمارستان.
- ۴- اصل صورت حساب پزشکان ممه‌ور به مهر بیمارستان.
- ۵- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- ۶- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و ممه‌ور به مهر پزشک و کمک جراح.
- ۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممه‌ور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۸- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه پایه از ارتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تائید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ۹- ارسال تائیدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تائید دارد.
- ۱۰- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوارعصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و....
- ۱۱- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می‌گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.
- ۱۲- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.

ب: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات پاراکلینیکی

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممه‌ور به مهر و امضاء پزشک.
 - ۲- اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه ممه‌ور به مهر مرکز درمانی.
 - ۳- تصویر نتیجه و یا جواب هزینه سرپایی موارد درمانی و تشخیصی.
- تبصره: با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه‌گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه‌پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.

ج: مدارک و اسناد لازم برای پرداخت خسارات دندانپزشکی

- ۱- مدارک مورد نیاز مطابق با موارد موجود در ابلاغیه سندیکای بیمه‌گران قابل بررسی و پرداخت می‌باشد.
- ۲- هزینه‌های ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی در تعهد نمی‌باشد.
- ۳- ویزیت دندانپزشک در صورتیکه در آن ویزیت، اعمال دندان پزشکی انجام شده باشد غیر قابل پرداخت است.

د: هزینه دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور طبق برند تجویزی پزشک معالج مطابق با شرایط زیر قابل بررسی و پرداخت می‌باشد. (استفاده از سهم بیمه‌گران پایه در خصوص داروهای تحت پوشش الزامی است):

- ۱- داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه‌گر پایه پس از کسر سهم بیمه‌گر پایه قابل بررسی و پرداخت است. (اختلاف قیمت در تعهد است).
- ۲- حق فنی داروخانه و هزینه واکسن پرداخت نمی‌شود.
- ۳- داروهای مکمل، زیبایی و پوستی در تعهد نمی‌باشد.
- ۴- نسخه‌های ناخوانا یا بدون مهر داروخانه غیرقابل پرداخت می‌باشد.



سازمان
نظام مهدی‌سازگان



تهران - میدان‌ماده بین‌مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن گویا: ۱۶۷۱ کد پستی ۱۹۵۵۳۱۱ تهران www.dayins.com

۵: مدارک لازم برای پرداخت خسارت تجهیزات پزشکی (ایمپلنت) کارگذاری شده در بدن حین عمل جراحی:

- ۱- دستور تجهیز با قید نام بیمه شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و مهمور به مهر جراح
- ۲- فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی
- ۳- مشخصات فاکتور معتبر: در سربرگ رسمی که در آن نام، آدرس و تلفن شرکت، کد اقتصادی، شماره ثبت شناسه ملی شرکت تجهیزات پزشکی، نام و مشخصات کامل خریدار (کد ملی، آدرس، تلفن و...) و مشخصات کالا (شرح کالا، مدل، کد RC، شماره سریال، تعداد، شرکت سازنده، کشور سازنده، قیمت واحد، قیمت کل) ذکر شده و مهمور به مهر و امضای فروشنده باشد.
- ۴- صورت حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی
- ۵- شرح جراحی
- ۶- کلیه اسناد مثبت مانند گرافی و ... برحسب نوع جراحی صورت گرفته
- ۷- تاییدیه جراحی در خصوص جراحی‌هایی که طبق شیوه‌نامه نیاز به تایید بیمه دی دارند.
- ۸- کپی دفترچه بیمه و کارت ملی بیمه شده

۲- بررسی مدارک درمانی:

- ۱- به منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت بیمه‌شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.
- ۲- در خصوص هزینه‌های عینک در صورت نیاز و تشخیص بیمه‌گر لازم است بیمه‌شدگان جهت معاینه و کنترل عینک خریداری شده به اپتومتریست معتمد بیمه‌گر ارجاع و خسارت عینک پس از تایید اپتومتریست معتمد قابل رسیدگی خواهد بود.
- ۳- در خصوص سایر هزینه‌های درمانی ارائه شده توسط بیمه‌شدگان در صورت نیاز و تشخیص بیمه‌گر، خسارت مربوطه طبق تایید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل رسیدگی خواهد بود.

۳- استثنائات عمومی:

- علاوه بر استثنائات ماده ۱۰ شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های درمان (این نامه شماره ۹۹ بیمه‌های درمان)، مصوب شورای عالی بیمه، کلیه هزینه‌های زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:
- ۱- تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.
 - ۲- انواع هزینه‌های غیر پزشکی از قبیل: تلویزیون، کیف بهداشتی (مگر با تایید بیمه‌گر).
 - ۳- صدمات حاد ناشی از ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای.
 - ۴- بیماری‌های واگیردار، معالجه بیماری‌های افراد مبتلا به اینز و معلولین ذهنی در صورتی که بیمه‌شده در تاریخ شروع بیمه‌نامه به آن مبتلا باشد.
 - ۵- معالجه عضوهای آسیب دیده ناشی از حوادثی که تاریخ وقوع آن قبل از تاریخ شروع این قرارداد باشد. (به غیر از خارج کردن پروتز و ترمیم عدم جوش خوردگی یا بدجوش خوردگی استخوان).
 - ۶- کلیه هزینه‌های مربوط به اعمال جراحی و پروتزهای زیبایی.
 - ۷- صورت حساب، فاکتور و قبض‌های المثنی (پاراکلینیکی و بیمارستانی)
 - ۸- هزینه چک‌آپ و آزمایشات دوره‌ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
 - ۹- حوادث ترافیکی
- تبصره: حوادث ترافیکی که در طول بیمه‌نامه حادث شده و ۲ ماه از تاریخ حادثه گذشته باشد، مازاد بر تعهد دانشگاه‌های علوم پزشکی، تحت پوشش خواهد بود.



سارمان
نظام همدی سازمان
استان زنجان



تهران - میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن گویا: ۱۶۷۱ کد پستی ۱۹۱۸۹۵۵۳۱۱ www.dayins.com

۴- دریافت حق بیمه و عدم وصول حق بیمه:

- بیمه گذار متعهد است حق بیمه متعلق به قرارداد را با توجه به شرایط قرارداد و الحاقیه‌های آن پرداخت نماید. در غیر این صورت تعهدات بیمه‌گر از تاریخ سررسید حق بیمه پرداخت نشده به حالت تعلیق درآمده و در زمان تعلیق بیمه‌گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده به بیمه‌شدگان را ندارد و بروز هرگونه مشکلی در این خصوص به عهده بیمه‌گذار خواهد بود.
- ۱- اعتبار قرارداد منوط به پرداخت اقساط حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه می‌باشد.
 - ۲- حق بیمه بیمه‌شدگانی که در طول هر ماه به صورت اسامی بیمه‌شدگان اضافه و یا حذف خواهند شد بدون توجه به کسر ماه بر مبنای یک ماه کامل محاسبه خواهد شد.
 - ۳- حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان که به وسیله الحاقیه تعیین می‌گردد، می‌بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان پرداخت گردد.
 - ۴- با حذف هر یک از بیمه‌شدگان و در صورت دریافت هزینه درمانی، بیمه‌گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد می‌باشد. (به استثناء بیمه‌شدگانی که در طول مدت قرارداد فوت می‌نمایند).
- تبصره: در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار این بند نیز اعمال می‌گردد.
- ۵- عدم انجام تعهدات بیمه‌گر به علت تاخیر و یا امتناع بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه‌گذار در پرداخت حق بیمه نمی‌باشد و بیمه‌گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه‌گر پرداخت نماید. حق بیمه متعلق به بیمه‌شدگانی که اعلام انصراف نموده‌اند، قابل استرداد نمی‌باشد.
 - ۶- در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، برای بیمه‌شدگان ۶۰ تا ۷۰ سال ۵۰ درصد حق بیمه پایه و برای بیمه‌شدگان بالای ۷۰ سال تمام ۱۰۰ درصد حق بیمه پایه اعلام شده، به عنوان حق بیمه اضافی منظور می‌گردد.
 - ۷- حق بیمه بازنشستگان دو برابر حق بیمه اعلامی می‌باشد.
 - ۱- با توجه به این که نرخ حق بیمه براساس تعداد بیمه‌شدگان اعلامی از طرف بیمه‌گذار می‌باشد، لذا هر گونه افزایش و یا کاهش در طول مدت قرارداد که در تغییر نرخ حق بیمه موثر باشد، موجب تعدیل آن خواهد شد.
 - ۲- پوشش والدین غیر تحت تکفل، همسر و فرزندان غیر تحت تکفل با دو برابر حق بیمه امکان پذیر است.

۵- سایر موارد:

- این بیمه‌نامه مکمل بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه‌گران پایه مشابه می‌باشد (بیمه‌گر اول)، لذا بیمه‌شدگان باید در ابتدا به مراجع مذکور مراجعه نموده و پس از دریافت سهم خسارت از این مراکز، رونوشت برابر اصل مدارک مربوطه را به انضمام رونوشت چک دریافتی، به بیمه‌دی تحویل نمایند.
- چنانچه سهم بیمه‌گر اول از فرانشیز قرارداد کمتر باشد میزان فرانشیز قابل اعمال و محاسبه معادل مابه‌التفاوت سهم بیمه‌گر اول از فرانشیز قرارداد خواهد بود.
- بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود. چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به (مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر) مراجعه کند، پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک و یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه‌گر تحویل دهد، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهد شد.
- در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند. در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.



سارمان
نظام مهدی ساختمان
استان زنجان



تهران - میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن گویا: ۱۶۷۱ کد پستی ۱۹۱۸۹۵۵۳۱۱ www.dayins.com

- در خصوص هزینه دستمزد پزشکان، با ارائه معرفی نامه بیمه دی به مراکز طرف قرارداد، مابه التفاوت حق الزحمه دریافتی پزشکان قابل پرداخت نمی باشد.
- کلیه هزینه های پاراکلینیکی و بیمارستانی، طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و کتاب ارزش های نسبی و خدمات مراقبتی های سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخت خواهد شد.
- تبصره ۱: خدمات دندانپزشکی نیز براساس تعرفه های سندیکای بیمه گران ایران قابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۲: هزینه های ویزیت براساس آخرین تعرفه های مصوب هیئت وزیران پرداخت می گردد.
- هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحساب های آنان را تایید کند تا سقف هزینه های مورد تمهید بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مصوب هیئت وزیران محاسبه خواهد شد.
- میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.
- اعمال جراحی فتق نافی، فتق شکمی، بلفاروپلاستی، سبتوپلاستی، استریپس، عیوب انکساری و چاقی مفرط می بایست قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد.
- هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی با ارائه اسناد مربوطه هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد.
- دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.
- در صورتی که شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضای قرارداد نزد بیمه گر دیگری باشد، ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگانی که به تایید بیمه گر قبلی رسیده باشد، جهت حذف دوره انتظار الزامی است.
- خسارات مربوط به کارکنان شاغل با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت است که دارای پروانه کار معتبر از مراجع ذیصلاح، جمهوری اسلامی ایران باشند.
- خطرات ناشی از انفجار یا عملکرد ادوات جنگی بازمانده از جنگ تحمیلی در شمول تعهدات این قرارداد می باشد، مشروط به اینکه بیمه شده به قصد بازدید از مناطق عملیاتی در دوران جنگ تحمیلی و یا خنثی سازی ادوات جنگی در محل حضور نیافته باشد.
- در صورت بروز خطرات موضوع بیمه، خسارت های بیمارستانی و پاراکلینیکی به حساب بیمه شده اصلی واریز خواهد شد (شماره شب یا شماره حساب اعلام شده از سوی بیمه گذار برای بیمه شده اصلی).
- اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت از ناحیه طرفین قابل برگشت می باشد.
- مرور زمان دعوی ناشی از تعهدات بیمه گر یکسال از تاریخ انقضای مدت قرارداد می باشد.
- چنانچه موارد مذکور در بیمه نامه و ضامنه و ملحقاتی که بعداً و در صورت لزوم صادر می شود، با نظرات بیمه گذار مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، تقاضای تصحیح آن را بنماید. در غیر این صورت مراتب، تایید شده تلقی خواهد شد. هر گونه عملی خلاف این شرط منوط به تایید کتبی بیمه گر خواهد بود.
- پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار و قبول آن از طرف بیمه گر به منزله تایید بیمه نامه از ناحیه طرفین می باشد.
- در صورتی که هریک از طرفین حداقل یکماه قبل از انقضای قرارداد عدم تمایل خود را نسبت به ادامه آن کتبی به طرف دیگر اعلام ننماید قرارداد برای مدت یک سال دیگر تجدید شده (با حق بیمه جدید) و از تاریخ پرداخت حق بیمه معتبر شناخته خواهد شد. حق تحقیق، بررسی و تأیید در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می باشد.
- بیمه گر یا بیمه گذار می توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داورى یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داورى، طرفین می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب



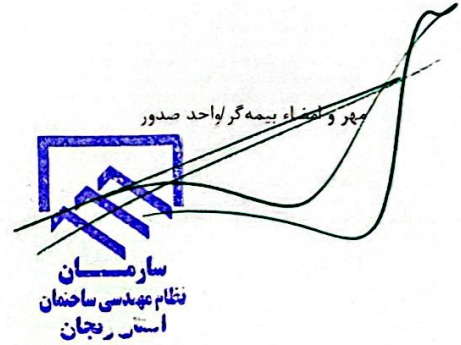
سارمان
گروه بیمه های سارمان



تهران - میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۲۳۹ تلفن گویا: ۱۶۷۱ کد پستی ۱۹۱۵۳۱۱۹۱۵۳۱۱ www.dayins.com

داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آراء اقدام به صدور رای داوری می کنند. هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

- شرایط عمومی منحصراً در موارد پیش بینی نشده نافذ خواهد بود. در صورت مغایرت در تفسیر و اجرای قرارداد "متن، الحاقیه ها و شرایط عمومی بیمه گری" قرارداد حاکم است.



بیمه نامه درمان گروهی

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۲/۱۳/۱۵/۱۰
تاریخ صدور: ۱۴۰۲/۰۸/۲۷

واحد معرف: کارگزاری بیمه آندیا سوشیانت - ۱۱۶۳۵
واحد صدور: زنجان ۱۵

مشخصات بیمه گذار	بیمه گذار: نظام مهندسی ساختمان استان زنجان نشانی: شیخ اشراق - تقاطع مهندسی		
قرارداد	شماره قرارداد: ۱۴۰۲/۱/۱۹/۱۷/۲۱۵۰ تاریخ قرارداد: ۱۴۰۲/۰۸/۳۰ نام سازمان: نظام مهندسی ساختمان استان زنجان		
مدت بیمه	از ساعت صفر بامداد تاریخ: ۱۴۰۲/۰۸/۳۰ تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۳/۰۸/۲۹ به مدت: ۳۶۵ روز		
کد ملی / کد اقتصادی: ۴۵۱۵۷۹۹۶۶۹ تلفن: ۰۲۴۳۳۰۴۹۴۰۱	کد ملی / کد اقتصادی: ۴۵۱۵۷۹۹۶۶۹ تلفن: ۰۲۴۳۳۰۴۹۴۰۱		
درصد فرانشیز	سقف سالیانه (هر نفر) ریال	تعهد مرجع	حداکثر تعهدات بیمه گر (طرح ۱ فرانشیز ۱۰ درصد)
۱۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.
۱۰	داخل شهری بیرون شهری	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	۲- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.
۱۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی تخصصی (شش عمل اصلی)	۳- جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، منز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند منفر استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل منفر.
۱۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	زایمان	۴- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.
۱۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	درمان نازایی و ناباروری	۵- ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط: IUI, IVF, ZIFT, GIFT و میکرواینجکشن.
۱۰	۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۱	۶- جبران هزینه های رادیولوژی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن. ام آر ای، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دلستومتری.
۱۰	۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۱	۷- جبران هزینه های انواع لندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتریگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند لیتومتری، پرمتری، بیومتری و پیناکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری).
۱۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	آزمایشگاه	۸- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی، آزمایش پاپ اسمیر و نمونه برداری پاپ اسمیر و ژنتیک پزشکی، تست های الژنیک.
۱۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	تست غربالگری چینین	۹- جبران هزینه های تست های غربالگری و نا هنجاری چینین.
۱۰	۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۱	۱۰- جبران هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی.
۱۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	انواع ویزیت و دارو	۱۱- جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات لورژنس در موارد غیر بستری. - داروهای مکمل، زیبایی، پوستی و پروتئینه در تعهد نمی باشد.
۱۰	۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی	۱۲- جبران هزینه های سریایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه و ارتودنسی، ایمپلنت، دست دندان.
۱۰	۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	لنز، عینک	۱۳- جبران هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشکی یا اپتومتریست.
۱۰	۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	رفع عیوب انکساری دید دو چشم	۱۴- جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگما، یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. لیزیک چشم راست: ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال • لیزیک چشم چپ: ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال.
۱۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	اروتز	۱۵- جبران هزینه های مربوط به خرید سمک ((سمک گوش راست: ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال و سمک گوش چپ: ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال)).
۱۰	۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکلینیکی ۱	۱۶- جبران هزینه اعمال مجاز سرباهی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کریوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.
۱۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	اوروتز	۱۷- جبران هزینه های اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد شامل گردن بند، زقویند، کمربند، کتشی و کفی طبی، بریس و جوراب وارپس، واکر و ویلچر، عصا، کیسول اکسیژن، تشک مواج یا نافر و دستور پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد شرکت بیمه دی.
۱۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۸- حداکثر تعهدات ردیف های ۱ تا ۱۷.
حقی بیمه	مبلغ حق بیمه خالص ماهانه هر نفر (ریال)	تعداد بیمه شدگان	مبلغ کل حق بیمه سالانه (ریال)
	۵,۹۵۸,۰۰۰ ریال	طی الحاقیه	طی الحاقیه
نشان	نشانی واحد صدور: زنجان انصاریه - نیش بوستان دهم غربی پلاک ۷۲۲. تلفن واحد صدور: ۱۶۷۱-داخلی ۶۲۸۶.		

بهر و امضاء بیمه گر لواحقین

بیمه روز
day insurance
مدیریت استان زنجان

سازمان
نظام مهندسی ساختمان
استان زنجان

تهران - میرداماد، بین مصدق و مدرس، ۱۳۹ تلفن گویا: ۱۶۷۱ کد پستی ۱۹۱۸۹۵۵۳۱۱ www.dayins.com

بیمه نامه درمان گروهی

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۲/۱۳/۱۵/۱۰

واحد معرف: کارگزاری بیمه آندیا سوشیانت - ۱۱۶۳۵

تاریخ صدور: ۱۴۰۲/۰۸/۲۷

واحد صدور: زنجان ۱۵

معلومات بیمه گذار		بیمه گذار: نظام مهندسی ساختمان استان زنجان	
نشانی: شیخ اشراق - تقاطع مهندسی		کد پستی: ۴۵۱۵۷۹۹۶۶۹	
تلفن: ۰۲۴۳۳۰۴۹۴۰۱		کد ملی / کد اقتصادی: ۴۱۱۱۲۴۴۴۹۷۱۹	
شماره قرارداد: ۱۴۰۲/۱۹/۱۷/۲۱۵۰		تاریخ قرارداد: ۱۴۰۲/۰۸/۳۰	
نام سازمان: نظام مهندسی ساختمان استان زنجان		به مدت: ۳۶۵ روز	
از ساعت صفر باامداد تاریخ: ۱۴۰۲/۰۸/۳۰		تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۳/۰۸/۲۹	
درصد	سقف سالیانه (هر نفر) ریال	تعهد مرجع	حداکثر تعهدات بیمه گر ((طرح ۲ فرانشیز ۳۰ درصد))
۳۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.
۳۰	۵,۰۰۰,۰۰۰ داخل شهری ۵,۰۰۰,۰۰۰ بیرون شهری	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	۲- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.
۳۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی تخصصی (شش) عمل اصلی	۳- جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند منفر استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل منفر.
۳۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	زایمان	۴- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.
۳۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	درمان نازایی و ناباروری	۵- ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبدا، IUI, IVF, ZIFT, GIFT و میکرواینجکشن.
۳۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پارااکلیتیکی ۱	۶- جبران هزینه های رادیولوژی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، داسیتومتری.
۳۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پارااکلیتیکی ۱	۷- جبران هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکرو، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری).
۳۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	آزمایشگاه	۸- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل باتولوژی، آزمایش پاپ اسمیر و نمونه برداری پاپ اسمیر و ژنتیک، پزشکی، تست های آلرژیک.
۳۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پارااکلیتیکی ۱	۹- جبران هزینه های فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی.
۳۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	انواع ویزیت و دارو	۱۰- جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات لورژانس در موارد غیر بستری. • داروهای مکمل، زیبایی، پوستی و پروتئینه در تعهد نمی باشد.
۳۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	لنز عینک	۱۱- جبران هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشکی یا اپتومتریست.
۳۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	رفع عیوب انکساری دید دو چشم	۱۲- جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک، متعهد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. لیزیک چشم راست: ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال • لیزیک چشم چپ: ۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۳۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پارااکلیتیکی ۱	۱۳- جبران هزینه اعمال مجاز سربای مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.
			۱۴- حداکثر تعهدات ردیف های ۱، ۲.
روش پرداخت	مبلغ کل حق بیمه سالیانه (ریال)	تعداد بیمه شدگان	مبلغ حق بیمه خالص ماهیانه هر نفر (ریال)
ماهانه	طی الحاقیه	طی الحاقیه	ریال ۱,۸۳۳,۵۰۰

نشانی واحد صدور: زنجان - انصاریه نیش بوستان دهم غربی پلاک ۷۲۲.
تلفن واحد صدور: ۱۶۷۱ داخلی ۶۳۸۶

مهر و امضاء بیمه گذار:



الحاقیه درمان گروهی

بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان
کد صدور: ۱۵

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۲/۱۳/۱۵/۱۰
معرف: آندیا سوشیانته - ۱۱۶۳۵

شرح الحاقیه:

بدینوسیله مراتب ذیل از تاریخ شروع قرارداد ۱۴۰۲/۰۸/۰۱ مورد تایید و موافقت این شرکت می باشد:

۱. جبران هزینه های خدمات پاراکلینیکی گروه ۱ تا سقف ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال طرح ۱ و تا سقف ۳۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال طرح ۲ قرارداد فی ما بین ، قابل بررسی و پرداخت است . ریز هزینه های به شرح ذیل به حضور ایفاد می گردد :

* شامل : انواع سونوگرافی، سونو آنومالی، نوار قلب جنین NT ، NST ، NB، سونوگرافی دو بعدی و سه بعدی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، تمپانومتري، انواع انژیوگرافی (به جز چشم و قلب)، مشاوره روان درمانی، گفتار درمانی، کاردرمانی، نورو فیدبک، هزینه های مربوط به تست ورزش، تست الرژی، انواع تست های تنفسی، (اسپیرومتري PFT) ، بادی باکس، پلنسیموگرافی، ارگواسپیرومتري، ریئومانومتري، برونکوگرافی و تست متاکولین، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه، شنوایی سنجی، پنتاکم، پریمتری چشم، نوار چشم EOG، پاکی متری، بینایی سنجی، پالس اکسی متری، اکواسکن، فونداکسی، کانفواسکن، انتروپيون، تعیین میزان بینایی، بررسی عصب بینایی و کلیه تست های بینایی سنجی، توبوگرافی چشم، هولتر مانیتورینگ قلب، کوتر، شکستگی و درزفتگی، گچ گیری به همراه مواد مصرفی، آتل بندی، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم)، هیدروتراپی، کشیدن ناخن، شستشوی گوش، تزریقات و پانسمان، خارج کردن جسم خارجی (FB)، کشیدن بخیه و برداشتن میخچه و زگیل و خال و انواع تزریقات تخصصی دارو، BCG و تزریق داخل چشم و مفصل و داخل ضایعه، تزریق IVIG، تزریق BCG، تزریق آوستین و پونکسیون، نوار تست قند خون، فیزیوتراپی

حق بیمه برگشتی خالص درمان: ۰ ریال
حق بیمه برگشتی ناخالص درمان: ۰ ریال
عوارض شهرداری: ۰ ریال

حق بیمه اضافی خالص درمان: ۰ ریال
حق بیمه اضافی ناخالص درمان: ۰ ریال
مالیات ارزش افزوده: ۰ ریال

