



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۱ از ۲۰

انبار نظام مهندسی ساختمان زنجان
شماره ۱۳۰/۱۷۴۵۷
تاریخ ۱۳۰/۱۸/۳۰

شماره قرارداد: ۱۴۰۱/۱۵۱۰/۵۲۵

واحد صدور: سرپرستی استان زنجان - کد ۱۴۱۰

معرف: کارگزاری رسمی بیمه آندیا سوشیانت

مدت اعتبار قرارداد ۳۶۵ روز می باشد که از ساعت صفر تاریخ ۱۴۰۱/۰۸/۳۰ شروع و در ساعت صفر تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۳۰ خاتمه می یابد.

کد اقتصادی: ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۳۹۳

مشخصات بیمه گر

شرکت بیمه کوثر سرپرستی استان زنجان
به نشانی: زنجان- انصاریه - میدان ولیعصر- بوستان ۱۵ و ۱۴ - پلاک ۱۰۹۴

تلفن: ۰۲۴۳۳۷۸۸۰۴۶

کد اقتصادی: ۴۱۱۱۳۴۴۳۹۷۱۹

بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان

به نشانی: زنجان- بلوار شیخ اشراق - تقاطع پروین اعتصامی

تلفن: ۰۲۴-۳۳۷۷۲۲۱۰

تعداد بیمه شدگان: طی الحاقیه

حق بیمه هر بیمه شده در طول مدت بیمه نامه: ۳۴,۵۶۰,۰۰۰ ریال

حق بیمه علی الحساب سالیانه: طی الحاقیه

روش پرداخت حق بیمه: اقساط ماهانه
بیمه شدگان بین ۶۱ تا ۷۰ سال تحت تکفل با ۵۰ درصد حق بیمه اضافی - بیمه شدگان بین ۷۱ تا ۱۲۰ سال تحت تکفل با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی

قرارداد بیمه مازاد درمان گروهی

| فرانشیز | حداکثر تعهدات سالانه برای هر نفر (ریال) | جدول سقف تعهدات مازاد بیمه درمانی کارکنان و افراد تحت پوشش طرح ۱-۱۴۰۲-۱۴۰۱ |
|---------|---|--|
| ۱۰ | ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی) رادیوتراپی، جراحی دیسک ستون فقرات، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care به اعمال جراحی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها. |
| ۱۰ | ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران اعمال جراحی اصلی و تخصصی، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، اعمال جراحی مربوط به سرطان. |
| ۱۰ | ۹۰,۰۰۰,۰۰۰ | زایمان، هزینه زایمان (طبیعی، سزارین) و کورتاژ تشخیص درمانی |
| ۱۰ | ۹۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه های مربوطه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI, ZIFT, GIFT, میکرواینجکشن و IVF |
| ۱۰ | ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ | هزینه های پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی سونوآنومالی، نوار قلب جنین NT, NST, NB، سونوگرافی دو بعدی و سه بعدی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، تمپنومتری، انواع آنژیوگرافی (به جز چشم و قلب)، مشاوره روان درمانی، گفتار درمانی، کاردرمانی، نورو فیدبک، هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، (اسپیرومتری pft)، بادی باکس، پلتیسموگرافی، ارگواسپیرومتری، رینومانومتری، برونکوگرافی، و تست متاکولین، نوار عضله، نوار عصب و نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، پنتاکم، پریمتری چشم، نوار چشم، پانکی متری، بینایی سنجی، پالس اکسی متری، اکواسکن، فوندسکوپی، کانفواسکن، انتروپتون، تعیین |



هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.

محل مهر " دارای اعتبار "



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۲ از ۲۰

| | | |
|----|---|--|
| | | میزان بینایی، بررسی عصب بینایی و کلیه تست های بینایی سنجی، توپوگرافی چشم، هولتر مانیتورینگ قلب، کوثر، شکستگی و در رفتگی، گچ گیری به همراه مواد مصرفی، اتل 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، 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 |
| ۶ | هزینه های مربوط به غربالگری و ناهنجاری جنین | ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۷ | خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آزمایش پاپ اسمیر و نمونه برداری پاپ اسمیر، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، کایروپراکتیک | ۳۵,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۸ | جبران هزینه های ویزیت، دارو، خدمات اورژانس | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۹ | جبران هزینه دندانپزشکی شامل ویزیت، گرافی ها، کشیدن دندان، جراحی دندان، جرم گیری، بروساز، ترمیم های دندان، درمان ریشه و درمان مجدد ریشه، جراحی لثه، جراحی فک و صورت، پروتز ثابت و متحرک، روکش، ارتودنسی، ایمپلنت | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۷ | هزینه های آمبولاس داخل شهری و سایر فوریت های پزشکی | ۵,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۸ | هزینه های آمبولاس خارج شهری و سایر فوریت های پزشکی | ۵,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۹ | جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی | ۷,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۱۰ | لیزرک چشم راست و چپ و جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا با جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ |

مهر و امضاء بیمه گر
 شرکت سهامی بیمه کوثر

مهر و امضاء بیمه گذار
 سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان

مهر و امضاء معرف
 کارگزاری رسمی بیمه آندیا سوشیالت
 شرکت کارگزاری رسمی بیمه آندیا سوشیالت
 کد اقتصادی کارگزاری: ۴۱۱۶۵۸۳۱۶۴۳۵
 آندیا سوشیالت
 ک ۱۶۳۵

محل مهر " دارای اعتبار "

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۳ از ۲۰

شرایط خصوصی قرارداد بیمه مزاد درمان گروهی

این قرارداد بین "شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)"، سرپرستی استان زنجان به نشانی زنجان انصاریه میدان ولیعصر بوستان ۱۴ و ۱۵ قطعه ۱۰۹۴ تلفن ۰۲۴-۳۳۷۸۸۰۴۶ و "سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان" به نشانی: زنجان- بلوار شیخ اشراق - تقاطع پروین اعتصامی تلفن: ۰۲۴-۳۳۷۷۲۲۱۰ که در این قرارداد اختصاراً به ترتیب "بیمه‌گر" و "بیمه‌گذار" نامیده می‌شوند بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط زیر منعقد می‌گردد.

شرایط خصوصی بیمه مزاد درمان گروهی :

فصل اول

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این بیمه‌نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می‌تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد .

ماده ۱- موضوع بیمه:

عبارت است از جبران هزینه های تشخیصی و درمانی ناشی از بیماری و یا حوادث این بیمه نامه و مزاد بر سهم بیمه سازمان تامین اجتماعی ، خدمات درمانی و یا سایر بیمه گران اول ، طبق شرایط مقرر که در این قرارداد است.

ماده ۲- بیمه‌شدگان قرارداد:

بیمه‌شدگان عبارتند از کلیه کارکنان رسمی، قراردادی، پیمانی بیمه‌گذار و کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آن‌ها که از طرف بیمه‌گذار به عنوان بیمه‌شده معرفی می‌شوند.

تبصره ۱: منظور از اعضای خانواده ، همسر ، فرزندان و سایر افراد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی می‌باشند که به تبع بیمه‌شده اصلی دارای دفترچه بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی ، خدمات درمانی) باشند (افراد غیر تحت تکفل اعضاء خانواده محسوب نمی‌شوند).

تبصره ۲: بیمه‌شدگان اصلی می‌توانند صرفاً در ابتدای قرارداد (لیست اولیه) والدین غیر تحت تکفل خود را با حداقل ۳۰ درصد اضافه نرخ (مازاد بر اضافه نرخ سنی) مزاد بر تحت پوشش قرار دهند.

۲-۲) فرزندان اناث و ذکور بیمه شده اصلی تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار، بیمه می‌باشند.



محل مهر " دارای اعتبار

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۴ از ۲۰

تبصره ۳: فرزندان اناث مطلقه در صورت عدم اشتغال و تا زمان ازدواج مجدد مشروط به پوشش توسط سازمان بیمه گر پایه بیمه شده سرپرست، انجام می پذیرد.

تبصره ۳: پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند، چنانچه در طول مدت بیمه نامه سن کامل شود، تا پایان سال، قرارداد ادامه خواهد داشت.

۲-۳) هزینه درمان فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان در صورت تحت تکفل بدون در نظر گرفتن شرط سنی و با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات) تحت پوشش خواهند بود.

تبصره ۴: در صورت فوت، بازنشستگی و یا از کارافتادگی بیمه شده اصلی، پوشش بیمه ای بازماندگان متوفی، بازنشستگان و از کارافتادگان و بیمه شدگان تبعی وی مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

۲-۴) کلیه کارکنان اناث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه یکسان و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای بیمه نامه، بیمه نمایند.

تبصره ۵: در مورد بیمه شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه های مقرر می باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه شده بدون ایجاد وقفه و به عهده بیمه گذار می باشد.

تبصره ۶: در مورد بیمه شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند، ادامه پوشش بیمه درمانی منوط به پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرارداد توسط بیمه شده و از طریق بیمه گذار به بیمه گر خواهد بود. در غیر این صورت بیمه گر تعهدی در خصوص جبران هزینه های درمان بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد. تبصره ۷: در صورت افزایش ضریب خسارت بالای ۹۰ درصد، حق بیمه افزایش خواهد یافت.

ماده ۳- فرانشیز:

درصد معینی از هزینه های درمانی است که تأمین آن بر عهده بیمه شده می باشد و در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نماید، از بیمه شده فرانشیزی کسر نخواهد شد در غیر این صورت فرانشیز قابل پرداخت بیمه شده، معادل فرانشیز مندرج در قرارداد خواهد بود.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۴: بیمه گذار متعهد است پس از امضاء و مبادله بیمه نامه، ۲ حلقه لوح فشرده حاوی اسامی بیمه شدگان طبق فرمت اکسل تعیین شده از سوی شرکت بیمه و اکسل لیست بیمه پایه کارکنان (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...)، حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز از تاریخ شروع قرارداد به بیمه گر ارسال نماید. بدیهی است انجام تعهدات بیمه گر (صدور معرفی نامه و پرداخت



محل مهر " دارای اعتبار "

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۵ از ۲۰

خسارت) صرفاً در مورد بیمه‌شدگانی خواهد بود که اسامی و مشخصات آنان در لیست ارائه شده توسط بیمه‌گذار درج شده باشد.

۴-۱) لیست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان می‌بایست حاوی اطلاعات زیر باشد: نام، نام خانوادگی (بر اساس مشخصات مندرج در کارت ملی)، محل صدور، شماره شناسنامه، سال تولد، تاریخ تولد، کد ملی، جنسیت، نوع بیمه شده، نسبت، نوع تحت تکفل، شماره شبا و تلفن همراه سرپرست. برای اتباع خارجی، کد اقامت و پروانه کار الزامی می‌باشد.

۴-۲) کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده‌شان در لیست اسامی اولیه درج نشده باشد باستناد از قلم افتادگی نمی‌توانند جزء بیمه‌شدگان این قرارداد قرار بگیرند و در صورت تمایل، به قرارداد سال بعد موکول می‌گردند.

۴-۳) بیمه‌گذار مکلف است در طول مدت قرارداد، در تاریخ بیست و پنجم هر ماه، تغییرات ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه‌شدگان را برای بیمه‌گر ارسال نماید.

۴-۴) افرادی که در طول مدت قرارداد می‌توانند به بیمه‌شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام (منوط به اعلام کتبی بیمه‌گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام)، کارکنان انتقالی (منوط به ارائه همزمان نامه از سوی بیمه‌گذار مبدا و مقصد ظرف مدت یک ماه از تاریخ انتقال) همسر کارکنانی که ازدواج کرده‌اند (منوط به اعلام کتبی بیمه‌گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ عقد و با ارائه کپی صفحه اول و دوم شناسنامه)، نوزاد تازه متولد شده (حداکثر تا ۲ ماه پس از تولد به بیمه‌گر اعلام نماید) و افرادی که در اثنای سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه‌شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام کتبی بیمه‌گذار حداکثر ظرف یک ماه پس از احراز کفالت) تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه‌ای نامبردگان از اولین روز ماه اعلام کتبی بیمه‌گذار خواهد بود. بیمه‌گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه‌شدگان از قبیل کپی شناسنامه، صفحه اول دفترچه بیمه و ... را همزمان با ارائه لیست تغییرات به بیمه‌گر ارائه نماید.

تبصره ۱: نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند منوط به آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تاریخ تولد به بیمه‌گر اعلام نماید در غیر اینصورت، به قرارداد سال بعد موکول می‌گردند.

تبصره ۲: صدور معرفی‌نامه بیمارستانی جهت مراکز طرف قرارداد برای نوزادان، تا یک ماه پس از تاریخ تولد بدون نامه و با ارائه گواهی ولادت امکان‌پذیر می‌باشد و بیمه‌گذار متعهد می‌گردد حق بیمه ماه‌های تحت پوشش را به حساب شرکت بیمه کوثر واریز نماید. ارائه کلیه خدمات بیمه‌ای به بیمه‌شدگان پس از مدت ذکر شده منوط به ارائه نامه رسمی بیمه‌گذار و شناسنامه نوزاد می‌باشد.

۴-۵) موارد حذف بیمه‌شدگان عبارتست از: فوت، خروج از کفالت، قطع همکاری (استعفا، اخراج) و بازنشستگی. تاریخ موثر برای حذف بیمه‌شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه‌گذار و از ابتدای ماه بعد از تاریخ وصول نامه بیمه‌گذار خواهد بود. بیمه‌گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه‌شدگان از قبیل حکم بازنشستگی، نامه مبنی بر قطع همکاری، گواهی فوت، کپی تمام صفحات شناسنامه فرد متوفی، کپی صفحات اول و دوم شناسنامه فرد مطلقه را به بیمه‌گر ارائه نماید.



هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می‌باشد.

محل مهر "دارای اعتبار"



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۶ از ۲۰

تبصره ۳: چنانچه بیمه‌شدگان از خدمات بیمه درمان گروهی استفاده نموده باشند (دریافت هرگونه خسارت بیمارستانی و سرپایی و معرفی نامه) در هنگام حذف، حق بیمه ماه‌های باقیمانده از قرارداد برگشت داده نخواهد شد و بیمه‌گذار موظف به پرداخت حق بیمه ایشان تا پایان قرارداد خواهد بود.

تبصره ۴: چنانچه نوزاد پس از تولد فوت نماید، در صورت دارا بودن هزینه‌های درمانی، کاهش آن از لیست بیمه‌شدگان بدون برگشت حق بیمه امکان‌پذیر می‌باشد.

۴-۶) در صورتیکه در طول مدت قرارداد هر گونه تخلفی از سوی بیمه‌شده صورت پذیرد که پس از بررسی تخلف آن تائید گردد، می‌بایست تمام خسارت پرداخت شده به شرکت بیمه‌گر عودت گردد و همچنین بیمه‌شده به همراه کلیه اعضای خانواده از پوشش بیمه مزاد درمان گروهی حذف گردیده و بیمه‌گذار متعهد می‌گردد کلیه حق بیمه ماه‌های باقی مانده تا پایان قرارداد را پرداخت نماید.

۴-۷) در ماه پایانی بیمه نامه امکان افزایش و کاهش بیمه‌شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی‌باشد.

۴-۸) در تمدید کوتاه‌مدت بیمه‌نامه به هر دلیل، افزایش و کاهش بیمه‌شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان‌پذیر نمی‌باشد.

ماده ۵- شرایط پرداخت حق بیمه :

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه مندرج در قرارداد را با توجه به تعداد بیمه‌شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا دهم همان ماه به حساب جاری ۸۶۹۹۳۴۳۵۴۷ بانک ملت شعبه مطهری (کد ۶۰۳۱۶) بنام شرکت بیمه کوثر واریز نماید.

۵-۱: بیمه‌گذار متعهد می‌گردد جهت ارائه خدمات به بیمه‌شدگان محترم از سوی بیمه‌گر، قسط اول حق بیمه صادره را در ابتدای تاریخ شروع قرارداد در وجه شرکت بیمه کوثر به صورت علی‌الحساب واریز نماید.

۵-۲: اعتبار این بیمه‌نامه منوط به پرداخت بدهی بر اساس اعلامیه بدهکار که به همراه ارائه لیست اولیه صادر می‌گردد که جزء لاینفک بیمه‌نامه است می‌باشد و در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه، بیمه‌گر فقط به تناسب حق بیمه دریافتی مسئول جبران خسارت خواهد بود. بدیهی است در مواردی که هیچ حق بیمه‌ای از جانب بیمه‌گذار پرداخت نشده باشد، بیمه‌نامه از درجه اعتبار ساقط است و بیمه‌گر تعهدی نسبت به جبران خسارات احتمالی نخواهد داشت.

تبصره: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان (افزایش-کاهش) که به وسیله الحاقیه تعیین می‌گردد، می‌بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان در ماه‌های آتی حداکثر تا دهم ماه بعد تسویه گردد.

تبصره: در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، حداقل اضافه نرخ برای افراد بالای ۶۰ سال ۵۰ درصد و برای افراد بالای ۷۰ سال ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافه محاسبه می‌گردد

در مورد افزایش بیمه‌شدگان، حق بیمه یک ماه تمام محاسبه می‌شود.

در مورد کاهش تعداد بیمه‌شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گر

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می‌باشد.



محل مهر " دارای اعتبار"



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۷ از ۲۰

بیمه‌گر موظف است در ازاء پرداخت حق بیمه و انجام سایر تعهدات از طرف بیمه‌گذار، هزینه‌های بیمارستانی شامل: اعمال جراحی و سایر هزینه‌های پزشکی، تشخیصی-درمانی تحت پوشش هر یک از بیمه‌شدگان را در طول مدت بیمه‌نامه با رعایت مفاد و شرایط این بیمه‌نامه رسیدگی و پرداخت نماید.

تبصره ۱: تعهدات این قرارداد برای معالجاتی است که تاریخ شروع آنها در صورت حساب بیمار، مربوط به مدت تعیین شده در قرارداد باشد، لازم به ذکر است خسارت‌های درمانی مربوط به ادامه معالجات حوادثی که قبل از تاریخ شروع پوشش این قرارداد برای بیمه شده افتاده باشد در تعهد نمی باشد.

تبصره ۲: بیمه‌گر موظف به ارسال یک نسخه از تمام الحاقیه‌های صادره که مبنی بر هرگونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرارداد می‌باشند خواهد بود.

ماده ۶: شرایط پرداخت خسارت‌های بیمارستانی:

بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر 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 مراکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۶-۱) بیمارستان‌های طرف قرارداد:

بیمه‌شدگان می‌توانند با ارائه مدارک مورد نیاز، ضمن رعایت مفاد اعلامیه مربوط به نحوه سرویس‌دهی درمان بصورت آنلاین مستقیماً از طریق مراکز درمانی طرف قرارداد، کیوسک صدور معرفی‌نامه (چابک) و یا مراجعه حضوری به شعب بیمه کوثر جهت دریافت معرفی‌نامه به منظور بستری در بیمارستان اقدام نمایند.

۶-۲) بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد:

۶-۲-۱) بیمه شده می‌بایست به منظور بستری در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد، هرگونه پیش‌پرداخت و یا هزینه‌های بیمارستانی را راساً تامین نماید.

۶-۲-۲) بیمه شده ترجیحاً "مدارک مورد نیاز موضوع بند ۳-۵ (مدارک لازم جهت پرداخت خسارت) را از طریق نماینده بیمه گذار جهت اخذ هزینه‌های درمان برای بیمه‌گر ارسال نماید.



محل مهر "دارای اعتبار"

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۸ از ۲۰

۳-۲-۶) بیمه‌شدگان باید ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه‌گر پایه (سازمان خدمات درمانی، تامین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح) اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و ارائه نامه و یا پرینت از سایت سازمان فوق‌الذکر، مبنی بر مبلغ خسارت پرداختی راساً و یا از طریق نماینده، به بیمه‌گر، تحویل نماید و هزینه‌های انجام شده تا سقف مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند.

۴-۲-۶) در مواردی که بیمه‌شده از مزایای پوشش بیمه‌ای بیمه‌گر پایه استفاده نمی‌نماید، خسارت را، با کسر سهم بیمه پایه، تا سقف مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت می‌نماید.

۵-۲-۶) محاسبه هزینه‌های بیمارستانی و پاراکلینیکی، بر اساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم‌تراز طرف قرارداد با بیمه‌گر بوده و در صورت عدم وجود قرارداد با مراکز درمانی هم‌تراز، تعرفه‌های تعیین شده توسط شرکت‌های بیمه و بیمه مرکزی و سندیکای بیمه‌گران، هیات وزیران، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ملاک عمل خواهد بود.
توجه: هزینه‌های خارج از تعهد و خارج از سقف برعهده بیمه‌شده می‌باشد و در صورت پرداخت اینگونه هزینه‌ها توسط بیمه‌گر، از تاریخ اعلام کتبی آن به بیمه‌گذار، مبلغ اعلام شده می‌بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت شود.

۳-۶) هزینه‌های خارج از کشور:

۱-۳-۶) بیمه‌شدگانی که با تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امکان معالجه آنها در داخل کشور میسر نباشد، در صورت اعلام قبلی به بیمه‌گر، اعزام آنان به خارج از کشور بلامانع است. در صورتی که سفارت یا کنسولگری و یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه صورت حساب هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگان را تایید نماید، بیمه‌گر تعهد خود را بر اساس مفاد و سقف تعهدات قرارداد و حداکثر تا سه برابر بالاترین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی داخل کشور محاسبه و ایفا خواهد نمود.

۲-۳-۶) پرداخت هزینه‌های آزمایش‌های تشخیصی که امکان انجام آن در ایران وجود نداشته باشد و فاقد تعرفه مصوب می‌باشند، در اعلام قبلی به بیمه‌گر، محاسبه و ایفا خواهد نمود.

تبصره ۱: میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و با رعایت دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های بیمه مرکزی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

تبصره ۲: خسارات (هزینه‌های) مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می‌باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند

۴-۶) مدارک لازم جهت پرداخت خسارت:

بیمه‌شدگان می‌بایست قبل از بستری و انجام اعمال زیر، توسط پزشک معتمد بیمه‌گر معاینه و تأییدیه دریافت نمایند:

- استرایسیم (انحراف چشم)
- سپتوپلاستی (انحراف بینی)



محل مهر " دارای اعتبار "

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۹ از ۲۰

- کلیه اعمال جراحی که می‌توانند جنبه زیبایی نیز داشته باشند.
- رفع عیوب انکساری چشم مانند: لیزیک، لازک، PTK و ...
- بیمه‌شدگان برای دریافت تأییدیه قبل از عمل، جهت اعمال لیزیک، لازک، PRK و ... به اپتومتریست‌های معتمد معرفی شده در سایت مراجعه نمایند.
- هزینه پروتزها و اروتزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شوند با تایید پزشک متخصص معالج قابل پرداخت می‌باشد.
- هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تایید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت می‌باشد.

۱-۴-۶) بستری و جراحی بیمارستانی :

- ۱- اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان و صندوق
- ۲- اصل صورتحساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان و صندوق
- ۳- اصل گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی گزارش اتاق عمل الزامی می‌باشد).
- ۴- اصل گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور
- ۵- اصل گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل
- ۶- اصل قبوض یا ریز آزمایشات، رادیولوژی، سی‌تی‌اسکن و ...
- ۷- اصل نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح مبنی بر استفاده پروتز).
- ۸- تصویر صفحه اول دفترچه بیمار
- ۹- تصویر کارت ملی بیمار
- ۱۰- ارائه اصل شناسنامه ، برای فرزندان اناث بالای ۱۸ سال و برای فرزندان ذکور بالای ۲۲ سال ، ارائه گواهی اشتغال به تحصیل

۲-۴-۶) شیمی‌درمانی در مطب:

- ۱- گواهی پزشک فوق تخصص انکولوژی مبنی بر نوع شیمی‌درمانی و مبلغ دریافتی
- ۲- فاکتور داروهای خریداری شده
- ۳- جواب پاتولوژی
- ۳-۴-۶) هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی (آندوسکوپی، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، ام آر آی):
 - ۱- اصل قبض (فاکتور) ممهور به مهر مرکز و صندوق
 - ۲- دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج
 - ۳- تصویر جواب



محل مهر " دارای اعتبار " ۲۰

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می‌باشد.



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۱۰ از ۲۰

۴- تصویر کارت ملی بیمار

۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

۴-۴-۶) هزینه آزمایش:

۱- اصل قبض آزمایشگاه ممهور به مهر آزمایشگاه

۲- دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج

۳- تصویر جواب آزمایش (در صورتی که پرداخت هزینه آزمایش منوط به تجویز پزشک متخصص باشد، ارائه گواهی پزشک معالج الزامی است).

۴- تصویر کارت ملی بیمار

۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

۵-۴-۶) هزینه ویزیت:

۱- اصل گواهی پزشک مبنی بر مبلغ دریافتی جهت ویزیت به همراه تاریخ و ذکر نام بیمار و ممهور به مهر پزشک معالج در سرنسخه

۲- تصویر کارت ملی بیمار

۳- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

۶-۴-۶) هزینه فیزیوتراپی:

۱- اصل قبض (فاکتور) ممهور به مهر مرکز فیزیوتراپی (ذکر تعداد جلسات و اندامها الزامی می باشد).

۲- کاردکس جلسات فیزیوتراپی با درج تاریخ و ممهور به مهر مرکز فیزیوتراپی

۳- دستور پزشک معالج (متخصص مغز و اعصاب، متخصص طب فیزیکی و متخصص ارتوپدی) برای انجام فیزیوتراپی

۴- تصویر کارت ملی بیمار

۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگ سبز دفترچه) الزامیست.

۷-۴-۶) هزینه دارو:

۱- هزینه داروهای قابل پرداخت مربوط به داروهایی می باشد که در تعهد بیمه گر اولیه باشد.

۲- ارائه نسخه دارو و ممهور به مهر داروخانه و پزشک معالج و درج قیمت توسط داروخانه و ارائه ریز فاکتور داروخانه

۳- در مورد داروهای خارجی تجویز شده توسط پزشک معالج متخصص، گواهی پزشک معالج جهت ضرورت و طول دوره مصرف آن در پشت نسخه یا سرنسخه پزشک معالج مربوطه الزامی می باشد.

۴- تصویر کارت ملی بیمار

۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

تبصره ۱: جهت دریافت هزینه داروهای تزریقی خاص (MS، شیمی درمانی و ...) ارائه گواهی تزریق با مهر بیمارستان و یا کلینیک معتبر الزامی است.



محل مهر " دارای اعتبار "

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۱۱ از ۲۰

تبصره ۲: ارائه گواهی تزریق توسط پزشک معالج جهت داروهای تزریقی خاص مانند داروی تزریق داخل مفاصل الزامی است.
توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگ سبز دفترچه) الزامیست.

۸-۴-۶) هزینه عینک:

اصل قبض (فاکتور) عینک‌سازی با سربرگ معتبر ممهور به مهر مرکز مربوطه

۱- اصل درخواست پزشک معالج ممهور به مهر پزشک معالج

۲- تصویر کارت ملی بیمار

۳- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

بیمه شدگان می توانند جهت دریافت عینک (همچون خدمات دندانپزشکی) به مراکز طرف قرارداد بیمه کوثر (که بر روی سایت بیمه کوثر اعلام گردید است) مراجعه نمایند و تا سقف قرارداد خود، از تعهد عینک طبی، بهره مند گردند.

بیمه شدگان محترم دارای دفترچه خدمات درمانی نیروهای مسلح ضمن مراجعه به دفاتر ساتا و دریافت سهم بیمه پایه با ارائه تصویر دستور پزشک، تصویر فاکتور عینک ممهور به مهر سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح و مشخص نمودن سهم سازمان مربوطه بدون تائید اپتومتریست معتمد تا سقف مندرج در بیمه نامه می توانند از تعهد عینک استفاده نمایند.

۹-۴-۶) هزینه های جراحی مجاز سرپایی، ختنه، لیزر درمانی و ...:

۱- گواهی پزشک معالج با ذکر توضیحات کامل مبنی بر نوع جراحی و یا خدمت انجام شده جهت بیمار و ذکر مبلغ دریافت شده از بیمار (در خصوص موارد جراحی همراه با اکسیژن و خارج سازی بافت از بدن بیمار، ارسال جواب پاتولوژی الزامیست).

۲- تصویر کارت ملی بیمار

۳- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

توجه: موارد جراحی همراه با اکسیژن و خارج سازی بافت از بدن بیمار ارائه جواب پاتولوژی الزامیست.

۱۰-۴-۶) رادیوتراپی:

۱- دستور پزشک متخصص طب هسته ای یا متخصص آنکولوژی

۲- فاکتور صادر شده توسط مرکز با ذکر تعداد شان های مصرفی

۳- جواب پاتولوژی

۴- تصویر کارت ملی بیمار

۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

تبصره ۳: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه گر پایه در صرت حساب، مراجعه به بیمه گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق ممهور به مهر بیمه گر اول، نامه و یا پرینت از سایت بیمه گر پایه الزامیست.

۱۱-۴-۶) دندانپزشکی:

پوشش دندانپزشکی، فقط با شرایط ذیل در این قرارداد امکان پذیر می باشد:



هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.

محل مهر " دارای اعتبار "



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۱۲ از ۲۰

دندانپزشکی به عنوان یک پوشش اضافه در درمان می باشد که می بایست توسط بیمه گذار خریداری گردد و پرداخت هزینه های آن بر اساس تعرفه دندانپزشکی شرکت بیمه کوثر می باشد. بیمه شدگان می توانند برای استفاده از خدمات دندانپزشکی به مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نمایند. کلیه دندانپزشکانی که در مراکز طرف قرارداد با بیمه گر همکاری دارند (اعم از سهامداران- شرکاء- مهمان - قراردادی- مدعو و) طرف قرارداد می باشند، بدیهی است در صورت دریافت هرگونه وجهی در مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد که خارج از ضوابط این قرارداد باشد وجه مذکور عینا به بیمه شده مسترد می گردد.

نکته: پوشش دندانپزشکی بصورت مجزا قابل اکتیاف نمی باشد و همچون بیمه مکمل درمان، برای تمام اعضاء خانواده و بر اساس بندهای این قرارداد می باشد.

تعرفه دندانپزشکی بدون در نظر گرفتن تاریخ انعقاد و انقضاء این قرارداد بر اساس عرف بیمه در کشور در زمان تغییر تعرفه های مربوطه با در نظر گرفتن میزان تورم، افزایش تعرفه خدمات و مدنظر قراردادن منافع بیمه گذار و بیمه شده، خدمت دهندگان (دندانپزشکان) و بیمه گر اصلاح می گردد. هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه ای که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می کند، محاسبه و پرداخت می گردد.

بیمه شدگان می توانند با رعایت موارد ذیل به مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد با بیمه گر مراجعه نمایند: هزینه های انجام کار، در مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه گر، طبق تعرفه های دندانپزشکی اعلام شده از سوی بیمه گر، محاسبه و پرداخت می گردد.

تبصره ۴: هزینه های مربوط به خدمات دندانپزشکی کودکان از سقف دندانپزشکی و هزینه های مربوط به بیهوشی کودکان در حین انجام خدمات دندانپزشکی (به شرط لزوم) از سقف بیمارستانی قابل پرداخت می باشند .

تبصره ۵: هزینه های مربوط به خدمات ارتودنسی (توسط متخصص مربوطه) و ایمپلنت (جهت کلیه دندانپزشکان) به شرط انجام خدمت در طول مدت بیمه نامه و با ارائه فاکتور انجام خدمت و تأیید پزشک معتمد پس از اتمام خدمت و با ارائه رادیو گرافی قبل و بعد و به شرط وجود اندیکاسیون پزشکی و در صورت انجام ، توسط متخصصین مربوطه تا سقف ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال از محل تعهد دندانپزشکی قابل پرداخت می باشد.

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های دندانپزشکی به شرح ذیل می باشند:

- ۱- ارائه ریز خدمات در سرنسخه دندانپزشک دارای مبلغ هر خدمت بصورت جداگانه و ممهور به مهر دندانپزشک
- ۲- ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت طبق دستورالعمل ارائه شده به بیمه گذار
- ۳- دریافت تأییدیه از دندانپزشک معتمد جهت خدمات انجام شده در مراکز غیر طرف قرارداد
- ۴- تصویر کارت ملی بیمار
- ۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار



محل مهر " دارای اعتبار "

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



تبصره ۶: نسخ صادره از سوی دندانپزشک غیرطرف قرارداد می بایست شامل موارد ذیل باشد:

- ۱- نام و نام خانوادگی کامل بیمار بدون خط خوردگی
 - ۲- تاریخ انجام خدمت بدون خط خوردگی
 - ۳- توضیح کامل جزئیات و شرح درمان صورت گرفته به همراه مبلغ دریافتی، بدون خط خوردگی
 - ۴- مهر نظام پزشکی و امضاء دندانپزشک ارائه دهنده خدمت
- توجه: تمامی موارد ذکر شده بالا میبایست در سربرگ رسمی دندانپزشک ارائه دهنده خدمت ، که شامل آدرس مطب ایشان میباشد، ثبت و ذکر گردد.

نکات قابل توجه:

- ۱- در مواردی که کار صورت گرفته برای بیمار شامل چندین مرحله میباشد، باید پس پایان انجام تمام کارها توسط دندانپزشک، صورتحساب و نسخه صادر گردد و لذا در صورتیکه کار انجام یافته توسط دندانپزشک ناقص باشد، هزینه قابل محاسبه و پرداخت نمیشود.
 - ۲- در مورد خدمات درمان ریشه دندان (عصب کشی) و جراحی های دندان در نسج نرم و سخت ارائه رادیوگرافی (عکس دندان) قبل و بعد از انجام درمان الزامی است.
 - ۳- برای جراحی لثه، رادیوگرافی OPG الزامی بوده و این عمل صرفا میبایست توسط متخصص لثه (پریودنتیست) صورت بگیرد.
 - ۴- خدمات فضا نگهدارنده ثابت و متحرک صرفا توسط متخصصین دندانپزشکی کودکان (اطفال) قابل انجام میباشد.
 - ۵- هزینه های جرم گیری و بروساژ کامل هر فک یکبار در سال قابل پرداخت است.
 - ۶- خدمات پروتزهای متحرک طبق ضوابط تنها یکبار در طول مدت قرارداد در مراکز غیر طرف قرارداد قابل پرداخت است.
 - ۷- تمامی خدمات دندانپزشکی ارائه شده به بیمار در مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد در سیستم مکانیزه ثبت میگردد. لذا خدمات تکراری قابل شناسایی می باشد.
 - ۸- تمامی مدارکی که در لیست جدول شرح خدمات و تعرفه های دندانپزشکی (پیوستی قرارداد) جهت دریافت خسارت توسط مراکز طرف قرارداد ذکر گردیده است برای مراکز غیرطرف قرارداد نیز لازم الاجرا میباشد .
 - ۹- حداکثر پنج واحد روکش دندان در مراکز غیر طرف قرارداد در طول مدت قرارداد قابل پرداخت می باشد.
 - ۱۰- بیمه شدگان مجاز به دریافت هزینه های مربوط به دست دندان می باشند ، در صورتیکه بیمه شده در مدت ۵ سال ، یک مرحله از پوشش دندان مصنوعی استفاده نماید ، در مرحله دوم ، صرفا " مجاز است به مراکز طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید .
 - ۱۱- در صورت انجام درمان دندانپزشکی و پرداخت سهم بیمه گر اول (همچون بیمه مکمل درمان) فرانشیز کسر نمی گردد .
- تبصره ۷: عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد قرارداد بیمه مشخص بوده و بیمه گذار از آن مطلع شده باشد جزء استثنائات بوده و غیر قابل پرداخت می باشند.



محل مهر " دارای اعتبار "

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



ماده ۷: فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی در مطب به شرح ذیل می باشد

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

ماده ۸: استثنائات:

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

- ۸-۱) اعمال جراحی که به‌منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۸-۲) عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشند.
- ۸-۳) سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج



محل مهر "دارای اعتبار"

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



- ۸-۴ ترک اعتیاد
- ۸-۵ خودکشی و آسیب عمدی به خود
- ۸-۶ اعمال مجرمانه بیمه شده
- ۸-۷ حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان
- ۸-۸ جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خراب کارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح
- ۸-۹ فعل و انفعالات هسته‌ای
- ۸-۱۰ اقدامات تروریستی
- ۸-۱۱ هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر
- ۸-۱۲ هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر
- ۸-۱۳ هزینه نگهداری بیماران اعصاب و روان (مانند سایکوز یا روان پریشی) در بیمارستان‌ها یا آسایشگاه‌های روانی
- ۸-۱۴ جراحی لثه
- ۸-۱۵ لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر
- ۸-۱۶ جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش این بیمه‌نامه باشد.
- ۸-۱۷ هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی
- ۸-۱۸ رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۸-۱۹ کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

ماده ۹: مهلت ارائه اسناد هزینه‌های درمانی و پرداخت خسارت:

بیمه‌گذار متعهد است صورت حساب هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد را شش ماه از تاریخ انجام هزینه‌های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد و یک ماه پس از انقضاء قرارداد تحویل بیمه کوثر نماید، بدیهی است بعد از انقضاء این مدت بیمه کوثر هیچ‌گونه تعهدی نسبت به پرداخت آن نخواهد داشت.

بیمه‌گر موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری پس از دریافت اسناد بیمارستانی و ۱۵ روز پس از دریافت اسناد پاراکلینیکی و مدارکی که بتواند بوسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت نماید.



محل مهر " دارای اعتبار "

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



فصل چهارم - مقررات

ماده ۱۰: شرایط خاص پرداخت

- ۱-۱) آزمایش ژنتیک به شرط تجویز پزشک متخصص یا فوق متخصص (ژنتیک، زنان، اطفال و داخلی) و با ذکر تشخیص و علت تجویز و سابقه فامیلی بیمار و تائید پزشک معتمد بیمه گر مبنی بر ضرورت تجویز قابل پرداخت می باشد.
- ۱-۲) در صورتیکه بیمه پایه بابت خدمات پاراکلینیکی اول، دوم و سوم تحت پوشش بیمه نامه سهم خود را بصورت کامل پرداخت نماید و یا سهم بیمه پایه معادل و یا بیشتر از فرانشیز قرارداد باشد مابه‌التفاوت پرداختی بیمار پس از کسر موارد خارج از تعهد بدون اعمال تعرفه قابل پرداخت می باشد، همچنین آن دسته از خدمات پاراکلینیکی که سهم بیمه گر پایه آن محاسبه نگردیده است مشمول ۳۰ درصد فرانشیز می گردد.
- ۱-۳) کلیه داروها به شرط وجود در فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهم بیمه پایه قابل پرداخت می باشد، لازم به ذکر است کلیه دارو های ایرانی که در پوشش بیمه گر پایه نمی باشد مشمول (بند ۲-۱۰) می باشد.
- ۱-۴) هزینه داروهای مکمل برای کودکان زیر ۱ سال و خانم‌های باردار قابل پرداخت می‌باشد.
- ۱-۵) در خصوص داروهای خارجی که معادل ایرانی دارد و جنبه درمانی داشته، به شرط تجویز پزشک متخصص مربوطه با ذکر علت تجویز، ضرورت مصرف داروی خارجی و تعداد داروی تجویز شده معادل ایرانی پرداخت می گردد.
- ۱-۶) در خصوص دارو های خارجی که معادل ایرانی نداشته، به شرط تجویز پزشک متخصص مربوطه با ذکر علت تجویز با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.
- ۱-۷) ارائه نسخه خوانا و مشخص ممهور به مهر پزشک و داروخانه و قیمت مشخص یا ارائه ریز اقلام دارو به همراه دستور پزشک جهت پرداخت هزینه های دارو الزامی است.
- ۱-۸) در مورد هزینه های مربوط به خرید سمعک ارائه فاکتور معتبر از مراکز فروش که دارای کد اقتصادی و مجوز فروش سمعک از وزارت بهداشت و با درج نوع مدل سمعک و قیمت در فاکتور سمعک و همچنین دستور پزشک متخصص و ارائه شنوایی سنجی مبنی بر ناشنوایی یا کم شنوایی و هر ۵ سال یکبار قابل بررسی می باشد.
- ۱-۹) فیزیوتراپی در هر دوره درمانی حداکثر دو اندام و طی ده جلسه قابل بررسی می باشد. در خصوص تجویز بیش از ۳۰ جلسه جهت هر اندام در طول مدت بیمه نامه ارائه گواهی پزشک مبنی بر نوع بیماری و اندیکاسیون و لزوم تجویز فیزیوتراپی توسط متخصص ارتوپدی، نورولوژیست، جراح مغز و اعصاب و متخصص طب فیزیکی جهت پرداخت الزامی می باشد. لازم به ذکر است در موارد تجویز لیزر کم توان، لیزر پرتوان و دیاترمی در صورت پرداخت سهم بیمه پایه، اسناد قابل بررسی و پرداخت می‌باشد.
- ۱-۱۰) هزینه های مربوط به کایروپراکتیک با تجویز متخصص ارتوپدی، مغز و اعصاب و طب فیزیکی معادل تعرفه فیزیوتراپی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- ۱-۱۱) پرداخت هزینه اورتز به شرط تعهد در بیمه نامه و صرفاً با دستور پزشک متخصص ارتوپدی و یا متخصص مربوطه همراه با ذکر علت تجویز و تشخیص بیماری، با ارائه فاکتور مربوط به مراکز ارتوپدی فنی معتبر، قابل پرداخت خواهد بود.

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.

محل مهر " دارای اعتبار " ۲۰۱۴





شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۱۷ از ۲۰

۱۲-۱۰) مطابق آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی هزینه اورتز در صورتی قابل بررسی خواهد بود که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج تجویز گردیده باشد، ثانیاً لزوم استفاده توسط پزشک معتمد یا کارشناس خسارت بیمه مورد تأیید قرار گیرد.

۱۳-۱۰) در خصوص پروتزها و همچنین لنز کاتاراکت و لنزهایی که با روش جراحی کارگذاری می گردند از جمله لنز آرتیزان، حداکثر تا چهار برابر سهم بیمه پایه، محاسبه صورت پذیرد و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه، کسر سهم بیمه پایه الزامی است.

۱۴-۱۰) هزینه‌های مشاوره روان پزشکی و روان‌درمانی با کد ملی ۹۰۰۰۴۵، ۹۰۰۰۴۶، ۹۰۰۰۵۰، ۹۰۰۰۵۱، ۹۰۰۰۹۱، ۹۰۰۰۹۳، ۹۰۰۱۰۰، ۹۰۰۱۰۵ و ۹۰۰۱۱۰، معادل ۱ درصد بیمه‌شدگان با نامه کتبی از سوی بیمه‌گذار و با ارائه طرح درمانی توسط روان‌پزشک متخصص مبنی بر نوع بیماری، تعداد جلسات درمان و نیز داروهای مورد استفاده و پس از تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورت درمان دارویی) از سقف پوشش پاراکلینیکی قابل پرداخت می‌باشند.

تبصره ۱: هزینه‌های مربوط به بیماران سایکوتیک (جنون) قابل پرداخت نمی‌باشند.

تبصره ۲: هزینه‌های مربوط به مشاوره‌هایی که جنبه درمانی ندارند قابل پرداخت نمی‌باشند مانند مشاوره تحصیلی، مشاوره قبل از ازدواج، مشاوره شغلی و ...

تبصره ۳: با توجه به عدم محاسبه نرخ این تعهدات، در صورت تشدید خسارت تعهدات این موضوع، موارد مجدداً در جلسه کارگروه ودجا بررسی و تجدید نظر خواهد شد.

۱۵-۱۰) هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF مربوط به فرزند دوم از سقف درمان نازایی قابل پرداخت می‌باشد.

۱۶-۱۰) از بابت ارائه گزارش از روند خسارت و یا هر گزارش در خواستی دیگر توسط بیمه گذاران این مدیریت، گزارش های کلی ودجا، را بابت تمام سازمانها، صرفاً به معاونت بهداشت و درمان ودجا ارائه خواهد نمود، ولی خود را موظف میداند گزارش مربوط به هر سازمان را در تمام ابعاد جهت اطلاع و اتخاذ تمهیداتی جهت کنترل هزینه های انجام شده، فقط به نماینده تام الاختیار سازمان مربوطه تسلیم نماید و در این خصوص تشکیلاتی ثانوی را به هر عنوان تحت عناوین کمیته جهت نظارت به عملکرد بیمه گری خود نمی پذیرد.

۱۷-۱۰) هر گونه تغییری در شرایط قرارداد با توافق طرفین و تأیید کار گزوه بیمه ودجا، بوسیله صدور الحاقی که جزء لاینفک قرارداد می باشد انجام خواهد پذیرفت.

۱۸-۱۰) شرکت بیمه کوثر به منظور سرعت بخشیدن و سهولت ثبت نام بیمه شدگان محترم اقدام به حذف کارت بیمه مکمل درمان نموده و کلیه خدمات خود را از طریق کارت ملی و با صدور معرفی نامه بیمارستان ارائه می نماید لذا بیمه شده موظف است در نگهداری کارت ملی خود و خانواده نهایت توجه و دقت را بنماید. در صورت مفقود شدن کارت ملی، ادامه سرویس درمانی، در صورت نیاز، طبق نامه رسمی بیمه گذار به بیمه گر، مبنی بر مفقودی کارت ملی بیمه شده، امکان پذیر خواهد بود.



محل مهر " دارای اعتبار " ۲۰۱۰

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۱۸ از ۲۰

۱۹-۱۰) ضمن رعایت شرایط خصوصی بیمه نامه هزینه های در تعهد به غیر از پاراکلینیکی اول ، دوم و سوم با الویت رعایت اصل همترازی ، تعرفه مصوبه هیت وزیران و تعرفه مصوبه سندیکای بیمه گران ایران مورد بررسی قرار خواهد گرفت .

ماده ۱۱: تعهد بیمه گر در مورد تصادفات:

۱-۱) چنانچه بیمه شده مقصر حادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی نامبرده غیر قابل پرداخت می باشد.

۲-۱) در مورد حادثه تصادف با وسایل نقلیه چنانچه بیمه شده مقصر حادثه باشد با ارائه مدارک مورد نیاز از جمله گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران هزینه های درمانی طبق مفاد قرارداد بررسی و پرداخت می شود.

۳-۱) چنانچه بیمه شده زیان دیده باشد هزینه های درمان وی می بایست از طریق مقصر حادثه جبران گردد.

۴-۱) چنانچه هزینه ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی می باشد.

ماده ۱۲- تعلیق بیمه نامه:

مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد. در صورت عدم پرداخت حق بیمه ۱۵ روز پس از سررسید، نامه یادآوری تعیین وضعیت بدهی ارسال می گردد. ۱ ماه بعد از نامه یادآوری، نامه اخطار بابت عدم پرداخت خسارت برای بیمه گذار ارسال میگردد. ۲ ماه بعد از ارسال نامه فوق در صورت عدم رسیدگی بیمه گذار ، بیمه نامه تعلیق می گردد که بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی به جبران خسارت نخواهد داشت. بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق قرارداد با صدورالحاقیه رفع تعلیق، مجدداً به حالت اول در خواهد آمد.

ماده ۱۳: مهلت تحویل مدارک درمانی:

بیمه گذار متعهد است صورتحساب هزینه های درمانی موضوع این قرارداد را شش ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد و یک ماه پس از انقضاء قرارداد تحویل بیمه کوثر نماید، بدیهی است بعد از انقضاء این مدت بیمه کوثر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت آن نخواهد داشت.

ماده ۱۴: مهلت اعتراض:

چنانچه بیمه گذار و یا بیمه شده در خصوص خسارت پرداخت شده با اشکالی مواجه باشند می توانند ظرف مدت ۳ ماه از تاریخ پرداخت خسارت مراتب را از طریق نماینده بیمه گذار به صورت مکتوب به بیمه گر اعلام نمایند ، در غیر اینصورت خسارت پرداخت شده قطعی تلقی خواهد شد.



محل مهر " دارای اعتبار"

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



ماده ۱۵- فسخ بیمه نامه:

موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تسویه حق بیمه:

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند 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.
- ۲- هرگاه بیمه گذار سهواً یا بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار نماید 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- در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است.

ج) نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

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

ماده ۱۶- نحوه فسخ:

- ۱-۱۸) در صورتیکه بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله 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.
- ۲-۱۸) بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ موخری که در درخواست معین شده است بیمه نامه فسخ شده تلقی می شود.

ماده ۱۷- حل اختلاف:

در صورت بروز هر گونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل خواهد شد در غیر این صورت رای مراجع ذیصلاح نافذ می باشد.



محل مهر "دارای اعتبار"

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



شرکت بیمه کوثر

شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی

صفحه ۲۰ از ۲۰

ماده ۱۸ - مدت بیمه:

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر تاریخ شروع قرارداد ۱۴۰۱/۰۸/۳۰ آغاز و در ساعت صفر تاریخ انقضاء قرارداد ۱۴۰۲/۰۸/۳۰ خاتمه می یابد.

ماده ۱۹ - شرایط تمدید قرارداد:

تمدید قرارداد برای سال های بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار انجام خواهد شد.

ماده ۲۰ - در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری از آنها به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی پیوست که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد بر طبق قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

ماده ۲۱ - این قرارداد مشتمل بر ۲۱ ماده و ۲۶ تبصره و در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری از آنها به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی پیوست که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد بر طبق قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.



مهر و امضاء بیمه گر

شرکت سهامی بیمه کوثر

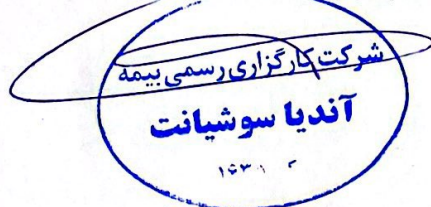
مهر و امضاء بیمه گذار
سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان



مهر و امضاء معرف

کارگزاری رسمی بیمه آندیا سوشیانت کد: ۴۰۷۳۸

کد اقتصادی کارگزاری: ۴۱۱۶۵۸۳۱۶۴۳۵



محل مهر " دارای اعتبار "

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.