



اسکن شد

شرایط عمومی بیمه مازاد درمان گروهی

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد :

این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد.

آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه کتباً به بیمه گذار اعلام شده است جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد .

ماده ۲- تعاریف :

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرفنظر از هر معنی یا مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند

۱-۲) بیمه گر :

شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران ، که مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است و جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد .

۲-۲) بیمه گر پایه :

سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی ، سازمان تأمین اجتماعی و ، که طبق قانون بیمه درمان همگانی ، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند.

۳-۲) بیمه گذار :

شخص است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر گردیده و متعهد به پرداخت حق بیمه می باشد .

۴-۲) گروه بیمه شدگان :

۱-۴-۲) کارکنان رسمی ، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار که با ارائه رضایت نامه مبنی بر موافقت با پوشش بیمه ای به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده اند و حداقل ۵۰ درصد آنان باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند .

تبصره: بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

۲-۴-۲) ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروهها (از قبیل اصناف ، اتحادیه ها و انجمن ها) به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه نامه تشکیل شده باشند ، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه گذار تضمین شده باشد و بیش از ۵۰ درصد بیمه شدگان بطور همزمان بیمه شوند .

۳-۴-۲) منظور از اعضاء خانواده ، شامل همسر، فرزندان ، پدر و مادر و افراد تحت تکفل بیمه شدگان می باشد .

۵-۲) موضوع بیمه :

جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری ، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است .

۱-۵-۲) حادثه :

هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده روی داده و منجر به جرح ، نقص عضو ، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد .

۲-۵-۲) بیماری :

بیماری هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است

۶-۲) حق بیمه :



محمد زنگری

۸-۸۸۸۱



سافتمان مرکزی: تهران- میدان آرژانتین، قیابان الوند، پلاک ۲۴
www.kowsarinsurance.ir

صندوق پستی: ۵۶۱۶ - ۱۵۸۷۵ تلفن گویا: ۸۹۳۸۲ نمابر: ۷۹۲۰۷۹۷۰۸۸۶



بیمه کوثر

حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

۲-۷) دوره انتظار :

دوره انتظار مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

۲-۸) فرانشیز :

سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.

۲-۹) مدت :

مدت بیمه نامه یکسال تمام شمسی است ، تاریخ شروع وانقضای آن با توافق طرفین در شرایط بیمه نامه درج می شود.

فصل دوم - هزینه های درمانی قابل پرداخت

ماده ۳ - هزینه های درمانی قابل پرداخت موضوع این بیمه نامه عبارت است از :

الف) تعهدات اصلی :

۱) جبران هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی ، رادیو تراپی ، آنژیوگرافی قلب ، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره : اعمال جراحی day care به جراحی هایی اطلاق میشود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی ، کمتر از یک روز باشد.

۲) هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان ها).

۳) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج .

ب) هزینه های مربوط به پوشش های اضافی ذیل که در قرارداد یا شرایط بیمه نامه درج شده باشد :

۱) افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مربوط به سرطان ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) ، گامانایف ، قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان .

۲) هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین ، تا پنجاه درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند الف -۱ فوق

سقف تعهد بیمه گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر تجاوز کند .

۲-۱) در صورت اخذ پوشش زایمان ، ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI, ITSC.

GIFT, ZIFT میکرواینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است

۲-۲) مدت انتظار جهت استفاده از پوشش این بند برای گروه های زیر ۲۵۰ نفر ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر ، ۶ ماه و برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است .

۳) هزینه های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است :

۳-۱) جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آرآی، اکوکاردیوگرافی استرس اکو، دانسیتومتری تا حداکثر بیست درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۳-۲) جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ده درصد تعهد پایه برای هر بیمه شده .

۳-۳) جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی با سقف تعهد ده درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۳-۴) جبران هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه (حداقل ۵۰۰.۰۰۰ ریال و حداکثر ۲.۵۰۰.۰۰۰ ریال).

۳-۵) جبران هزینه های دندانپزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده .

اسکن شد

محمد زنگری
شورکت بیمه کوثر (سهامی عام)

۹۸۴۱-۹

مدیر عامل
www.kowsarinsurance.ir

تبصره ۱: چنانچه هزینه های دندانپزشکی صرفاً محدود به خدمات کشیدن، جرم گیری، بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش شود، مشروط به انتخاب سقف تعهد سالیانه بیش از ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال مشمول تخفیف در حق بیمه می شود.

تبصره ۲: هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه خدمات دندان پزشکی ای محاسبه و پرداخت میشود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می کند.

۳-۶) جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی تا سقف ۲ درصد تعهد پایه برای هر بیمه شده.

۳-۷) جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر بیمه شده.

۴) جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به اضافه نصف آستیگمات) ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا مبلغ ۱۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال (۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر چشم) برای هر بیمه شده

۵) جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکسته بندی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۱۰ درصد تعهدات پایه برای هر بیمه شده.

۵-۱) فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) به شرح جدول پیوست ذکر می شود.

۶) جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۷) ارائه پوشش بیمه ای جهت خطرات طبیعی (به استثنای زلزله) مشروط به دریافت حق بیمه اضافی.

تبصره ۱: هزینه هایی که در اجرای بند ب پرداخت می شود، مازاد بر سقف تعهدات سالیانه است.

تبصره ۲: ارایه پوشش هزینه های درمانی به جز مواردی که در این بیمه نامه ذکر شده است، مجاز نمی باشد؛ مگر آنکه قبلاً توافق بیمه مرکزی ج.ا.ا در مورد نوع پوشش و حدود تعهدات کسب شده باشد.

فصل سوم: شرایط

ماده ۴- اصل حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده مکلفاند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه نامه فسخ خواهد شد.

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

ماده ۵- فرانشیز:

۵-۱) فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۳۰ درصد کل هزینه های درمانی مربوط و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه و حداقل ۳۰ درصد خواهد بود.

۵-۲) بیمه گر می تواند صرفاً فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی عمومی و تخصصی و زایمان را با دریافت حق بیمه اضافی پوشش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود که قابل بیمه شدن نیست.

ماده ۶- پرداخت حق بیمه:

بیمه گذار باید حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را در به نحوی که در قرارداد بیمه توافق شده است به بیمه گر پرداخت نماید.

ماده ۷- استثنائات:

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

۷-۱) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

۷-۲) عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۷-۳) سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۷-۴) ترک اعتیاد.

۷-۵) خودکشی و اعمال مجرمانه.



۷-۶) حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

۷-۷) جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.

۷-۸) فعل و انفعالات هسته‌ای.

۷-۹) هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۷-۱۰) هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۷-۱۱) جنون.

۷-۱۲) جراحی لثه.

۷-۱۳) زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر.

۷-۱۴) لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.

۷-۱۵) جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۷-۱۶) هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی

۷-۱۷) رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هرچشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۴ دیوپتر باشد.

۷-۱۸) 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.

تبصره: موارد استثنای مندرج در بندهای (۷-۶، ۷-۷، ۷-۹، ۷-۱۰، ۷-۱۲ و ۷-۱۵) با پرداخت حق بیمه اضافی، قابل بیمه شدن است.

ماده ۸:

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

۸-۱) هریک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش‌نامه سلامتی تهیه‌شده توسط بیمه‌گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به‌طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.

۸-۲) بیمه‌گذار موظف است برای تمام اعضای گروه یا خانواده درخواست بیمه کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پرسش‌نامه سلامتی یا معاینات انجام‌شده، از بیمه کردن فرد یا افرادی از گروه یا خانواده خودداری کند.

۸-۳) ارایه پوشش هزینه‌های رفع عیوب انکساری چشم مجاز نیست.

۸-۴) سقف تعهد بیمه‌گر برای هریک از اعضای گروه یا خانواده و هریک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

۸-۵) در سال اول قرارداد، جبران هزینه‌های زایمان و هزینه درمان بیماری‌هایی که سابقه درمان قبلی دارد، استثنا شود.

ماده ۹:

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، در غیر اینصورت هزینه‌های مربوط بر اساس قراردادهای منعقد شده با بیمارستان‌های هم تراز 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؛ در هر 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.

تبصره ۲: بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظف اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

ماده ۱۰:

(Handwritten signature and stamp)

(Handwritten signature: محمد زنگری)

۹۸۴۱-۱۱



سازمان نظام بیمه‌ای ساختمان

www.kowsarinsurance.ir

ساختمان مرکزی: تهران - میدان آرژانتین، خیابان الوند، پلاک ۲۴

صندوق پستی: ۵۶۱۶ - ۱۵۸۷۵ تلفن گویا: ۸۹۳۸۲ نمابر: ۸۸۶۷۰۷۹۲



بیمه کوثر

حداکثر سن بیمه شده برای گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمان ها و صندوق های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر است.

اسکن شد

در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.
ماده ۱۱:

در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.
ماده ۱۲:

هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۱۳:

بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود. تبصره: میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۱۴- موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه:

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

۱-۱۴) موارد فسخ از طرف بیمه گر:

۱-۱-۱۴) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۱-۲-۱۴) هرگاه بیمه گذار سهواً یا بدون سوء نیت 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.

۱-۳-۱۴) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه.

۲-۱۴) موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

۱-۲-۱۴) در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲-۲-۱۴) در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود.

۳-۲-۱۴) در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد بر اساس آن منعقد شده است.

۳-۱۴) نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

۱-۳-۱۴) در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می گردد.

۲-۳-۱۴) در صورت فسخ از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس 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 تا زمان فسخ بیمه نامه 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 نماید.

ماده ۱۵- نحوه فسخ:

۱-۱۵) 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.

۲-۱۵) بیمه گذاری 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 میشود.

ماده ۱۶- مهلت پرداخت خسارت:

محمد بزرگری
شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)
شعبه پوشش

۹۸۴۱-۱۲

www.kowsar.ir
استان بوشهر



بیمه کوثر

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

ماده ۱۷- کتبی بودن اظهارات :

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه باید به طورکتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال گردد.

ماده ۱۸- فهرست اعمال غیر مجاز (سرپایی) در مطب که بیمه گر تعهدی نسبت به آنها نخواهد داشت : پیوست جزء (۱-۵) بند ب ماده ۳ بیمه نامه

۱-۱۸) کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توام باشد.

۲-۱۸) اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق ها)

۳-۱۸) اعمال جراحی روی استخوانهای بزرگ و طویل بدن

۴-۱۸) اعمال جراحی داخل قفسه صدری - کاتریسم قلب و عروق

۵-۱۸) اعمال روی عضلات - اوتار - اعصاب - عروق مگر در مواقع اورژانس

۶-۱۸) اعمال جراحی داخل دستگاههای تناسلی و ادراری زن و مرد ، گذاردن فورمیس و زایمانهای غیر طبیعی و طبیعی

۷-۱۸) کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه

۸-۱۸) اعمال جراحی وسیع استخوانهای فک و صورت و داخل حلق (منجمله شکاف کام و لب شکری ، لوزتین و سینوسها)

۹-۱۸) بیوپسی انساج داخل مری - تراشه - برونش ها - روده ها - مثانه - کبد - طحال.

۱۰-۱۸) عمل کاتاراکت - گلوکوم - پارگی شبکیه - تومورهای حفره چشم - استرابیسم چشم

۱۱-۱۸) عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و غیره

۱۲-۱۸) عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (reduction Open)

۱۳-۱۸) بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین

۱۴-۱۸) رزکسیون فک

۱۵-۱۸) رزکسیون کندیل فک

۱۶-۱۸) رزکسیون زبان

۱۷-۱۸) عمل جراحی باز در آرچ زیگما

۱۸-۱۸) جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی

۱۹-۱۸) جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی

۲۰-۱۸) عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی

۲۱-۱۸) بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.٪

ماده ۱۹ - این قرارداد مشتمل بر ۴۲ ماده ، ۲۵ تبصره و ۱۳۵ بند به پیوست تعرفه های مربوطه ، در تاریخ ۱۳۹۴/۰۶/۰۱ تنظیم و پس از امضاء بین طرفین مبادله می گردد .

مهر و امضاء بیمه گر

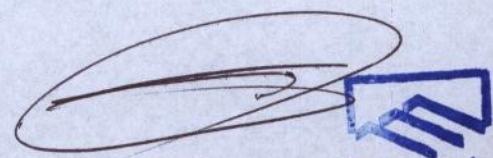
شرکت سهامی بیمه کوثر شعبه بوشهرکد ۸۱۰



شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)
شعبه بوشهر

مهر و امضاء بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر ۱۱۹۱۹۲۵



سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان بوشهر

۹۸۴۱-۱۴

www.kowsarinsurance.ir

ساختمان مرکزی: تهران- میدان آرژانتین، فیابان الوند، پلاک ۲۴

صندوق پستی: ۵۶۱۶ - ۱۵۸۷۵ تلفن گویا: ۸۹۳۸۲ نمابر: ۸۸۶۷۰۷۹۲