

قرارداد بیمه مازاد درمان گروهی

این قرارداد بین "شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)"، سرپرستی شعبه استان بوشهر به نشانی: بوشهر خیابان باهنر نبش نیلوفر ۷ تلفن ۰۷۷۳۳۵۴۲۳۶۰ و "سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر کد ۱۱۹۱۹۲۵" به نشانی: خیابان توحید-پلاک ۹۳ تلفن: ۰۷۷۳۳۵۴۴۰۹۰ که در این قرارداد اختصاراً به ترتیب "بیمه گر" و "بیمه گذار" نامیده می شود بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورایعالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط زیر منعقد می گردد.

شرایط خصوصی بیمه مازاد درمان گروهی:

فصل اول

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

ماده ۱ - موضوع بیمه:

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

ماده ۲ - بیمه شدگان قرارداد:

عبارتند از کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی تمام وقت بیمه گذار به همراه خانواده تحت تکفل آنان که توسط بیمه گذار معرفی می شوند.

تبصره یک: حداقل ۵۰ درصد از مجموع کارکنان به همراه کلیه افراد تحت تکفل آنان می بایست جهت اخذ پوشش بیمه ای معرفی گردند.

تبصره دو: منظور از اعضای خانواده، همسر، فرزندان و سایر افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشند که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه گر اول (تامین اجتماعی، خدمات درمانی) باشند.

تبصره سه: بیمه شدگان اصلی میتوانند صرفاً در ابتدای قرارداد (لیست اولیه) والدین غیر تحت تکفل خود را با حداقل ۱۰۰ درصد اضافه نرخ تحت پوشش قرار دهند.

تبصره چهار: فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار، بیمه می باشند.

تبصره پنج: فرزندان ذکور مجرد تا سن ۲۲ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال تمام و در مورد دانشجوی مقطع دکترا تا سن ۲۶ سال تمام تحت پوشش بیمه می باشند.

۱-۲-۵ (ت) فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شدگان، در صورت تحت تکفل بودن، بدون در نظر گرفتن شرط سنی بیمه خواهند بود (با توجه به مفاد قرارداد و رعایت استثنائات در شرایط عمومی پیوست).

۲-۲-۵ (ت) پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

۳-۲-۵ (ت) در صورت فوت، بازنشستگی و یا از کار افتادگی بیمه شده اصلی، پوشش بیمه ای بازماندگان متوفی، بازنشستگان و بیمه شدگان تبعی وی و از کار افتادگی مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

۴-۲-۵ (ت) 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 قرارداد، بیمه نمایند.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۳: بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد می بایست لیست بیمه پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) کارکنان و اعضاء خود را که به تائید سازمان مربوطه رسانده شده، همراه با اسامی و مشخصات بیمه شدگان را بوسیله لوح فشرده و ترجیحاً بطریقی که بیمه گر پیشنهاد می نماید، در دو نسخه تهیه و جهت بیمه گر ارسال نماید، بدیهی است انجام تعهدات بیمه گر (صدور معرفی نامه و پرداخت خسارت) صرفاً در مورد بیمه شدگانی خواهد بود که اسامی و مشخصات آنان در لیست ارائه شده توسط بیمه گذار درج شده باشد.

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان بوشهر

۵ - ۱۳۹۷ / ۸ /

شماره دبیرخانه:

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان بوشهر



تبصره یک: لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می بایست حاوی اطلاعات زیر باشد: نام، نام خانوادگی، محل صدور، شماره شناسنامه، سال تولد، تاریخ تولد، کد ملی، جنسیت، نوع بیمه شده، نسبت، نوع تحت تکفل، شماره حساب و تلفن همراه سرپرست، شماره دفترچه بیمه گر اول (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، ۰۰۰) و برای اتباع خارجی، کد اقامت و پروانه کار الزامی می باشد.

تبصره دو: دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده می بایست به امضاء طرفین رسیده و مهور گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت.

تبصره سه: بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد، در تاریخ بیست و پنجم هر ماه، تغییرات ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق تبصره های ۱ و ۲ ماده ۳ برای بیمه گر ارسال نماید.

۳-۳-۱) افرادیکه در طول مدت قرارداد می توانند به بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدید الا استخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال) همسر کارکنانی که ازدواج کرده اند و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر ظرف یک ماه پس از احراز کفالت) تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از اولین روز ماه اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود. بیمه گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل حکم کارگزینی و ... را در صورت تقاضای بیمه گر ارائه نماید.

۳-۳-۲) نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا یک ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید در غیر اینصورت، به قرارداد سال بعد موکول می گردند.

۳-۳-۳) ارائه خدمات به کلیه نوزادان بدو تولد، تا یک هفته پس از تاریخ ولادت بدون نامه بیمه گذار امکان پذیر می باشد و بیمه گذار متعهد می گردد حق بیمه ماهی مورد عمل را به حساب شرکت بیمه کوثر واریز نماید، لازم به ذکر است ارائه کلیه خدمات بیمه ای به اینگونه بیمه شدگان پس از مدت ذکر شده منوط به ارائه نامه رسمی بیمه گذار و شناسنامه نوزاد می باشد.

۳-۳-۴) چنانچه نوزاد پس از تولد فوت نماید، در صورت دارا بودن هزینه های درمانی کاهش آن از لیست بیمه شدگان بدون برگشت حق بیمه امکان پذیر می باشد.

۳-۳-۵) موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از: فوت، خروج از کفالت و نیز کارکنانی که رابطه همکاری با استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود، تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از ابتدای ماه بعد از تاریخ وصول نامه بیمه گذار خواهد بود.

۳-۳-۶) چنانچه بیمه شدگان از خدمات بیمه مازاد درمان گروهی استفاده نموده باشند (خسارت دریافت کرده باشند اعم از معرفی نامه، بیمارستانی و سرپایی) در هنگام حذف، حق بیمه ماه های باقیمانده از قرارداد برگشت داده نخواهد شد و بیمه گذار موظف به پرداخت حق بیمه ایشان تا پایان قرارداد خواهد بود.

۳-۳-۷) در ماه پایانی بیمه نامه امکان افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی باشد.

۳-۳-۸) در تمدید کوتاه مدت بیمه نامه به هر دلیل، افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی باشد.

تبصره چهار: کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره های ۲ و ۳ ماده ۳ شرایط خصوصی قرارداد درج نشده باشد باستناد از قلم افتادگی نمیتوانند جزء بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند و در صورت تمایل، به قرارداد سال بعد موکول می گردند.

تبصره پنج: چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه گذار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است بیمه گر مجاز به اعمال تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.

ماده ۴- شرایط پرداخت حق بیمه:

بیمه گذار مکلف است حق بیمه مندرج در قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا دهم همان ماه به حساب جاری ۴۴۲۷۸۲۴۶۹۴ بانک ملت تهران نو با شناسه پرداخت ۱۷۰۰۰۸۰۵۰۱۱۳۰ بنام شرکت بیمه کوثر واریز نماید، لازم به ذکر است در صورت واریز به حسابی غیر، شرکت بیمه کوثر و کد شناسه پرداخت فوق الذکر، شرکت بیمه هیچ مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت احتمالی نخواهد داشت.

سازمان نظام مهندسی
استفان پور

۱۳۹۷/۸/۵

شماره دبیرخانه ۹۷۲/۱/۱۴۸۲۸



تبصره یک: مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد در صورت عدم پرداخت بموقع حق بیمه، قرارداد بلا فاصله با صدور الحاقی به حالت تعلیق در می آید و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی نسبت به جبران خسارت ندارد بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق قرارداد با صدور الحاقی رفع تعلیق، مجدداً به حالت اول در خواهد آمد.

تبصره دو: بیمه گذار متعهد می گردد جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان محترم از سوی بیمه گر قسط اول حق بیمه صادره را در ابتدای تاریخ شروع قرارداد در وجه شرکت بیمه کوثر به صورت علی الحساب واریز نماید.

تبصره سه: اعتبار این بیمه نامه منوط به پرداخت بدهی بر اساس اعلامیه بدهکار که به همراه ارائه لیست اولیه صادر می گردد که جزء لاینفک بیمه نامه است می باشد و در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه یا عدم وصول و نکول اسناد تجاری، بیمه گر فقط به تناسب حق بیمه دریافتی با حق بیمه ای که مطابق اعلامیه بدهکار می بایست تازمان وقوع حادثه پرداخت می شد، مسئول جبران خسارت خواهد بود. بدیهی است در مواردی که هیچ حق بیمه ای از جانب بیمه گذار تا زمان موقع حادثه پرداخت نشده باشد، بیمه نامه از درجه اعتبار ساقط و بیمه گر تعهدی نسبت به جبران خسارات احتمالی نخواهد داشت.

تبصره چهار: 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 می گردد.

تبصره پنج: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش - کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین میگردد میبایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماههای آتی حداکثر تا دهم ماه بعد تسویه شود.

۱-۴-۵ (ت) در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه می شود.

۲-۴-۵ (ت) در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده ۵ - حدود تعهدات:

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار، در صورت وقوع هر یک از خطرات مشمول بیمه، پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، هزینه های موضوع بیمه به شرح جدول تعهدات پیوست، در قرارداد (با رعایت مفاد مندرج در شرایط عمومی پیوست) را در وجه بیمه گذار یا به شرح توافق شده در قرارداد پرداخت نماید.

تبصره یک: تعهدات این قرارداد برای معالجاتی است که تاریخ شروع آنها در صورتحساب بیمار، مربوط به مدت تعیین شده در قرارداد باشد، لازم به ذکر است خسارت های درمانی مربوط به ادامه معالجات حوادثی که قبل از تاریخ شروع پوشش این قرارداد برای بیمه شده اتفاق افتاده باشد در تعهد نمی باشد.

تبصره دو: دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت های ذیل ندارد.

۱-۵-۲ (ت) زایمان (اعم از طبیعی و سزارین)

که مدت آن در گروههای زیر ۲۵۰ نفر-۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر، ۶ ماه و برای گروههای بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

۲-۵-۲ (ت) بیماری های مزمن:

شامل فتق، لوزه و گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماریهای نئوپلاستیک، پولیپ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، نارسایی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، ماستیونیدکتومی، کاتاراکت، امراض مزمن قلبی، عروقی، دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در سی سی یو و آی سی یو می شود) که مدت آن در گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر ۳ ماه و برای گروههای بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

ماده ۶ - 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 اینصورت فرانشیز قابل پرداخت بیمه شده، معادل فرانشیز مندرج در قرارداد خواهد بود.

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان پوشهر

۱۳۹۷ / ۸ / ۵

شماره دبیرخانه: ۹۷۲۱/۱۴۸۲۸



ماده ۷- بیمه شدگان موظفند قبل از بستری و انجام اعمال زیر توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردند.

۷-۱) رفع عیوب انکساری چشم مانند: لیزیک، لازک، PRK ..

۷-۲) استراییسم (انحراف چشم)

۷-۳) سیتو پلاستی (انحراف بینی)

ماده ۸:

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستانها و مراکز درمانی مجاز مختار بوده و در اینصورت پس از پرداخت هزینه های مربوطه می بایستی صورتحساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده از طریق بیمه گذار به بیمه گر تسلیم نماید.

ماده ۹- ترتیب بستری شدن بیمه شدگان:

۹-۱) بیمارستانهای غیر طرف قرارداد:

۹-۱-۱) حداکثر ظرف مدت ۴۸ ساعت از زمان بستری در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را از طریق بیمه گذار به بیمه گر اطلاع دهند

۹-۱-۲) پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را رأساً تامین نمایند.

۹-۱-۳) مدارک مورد نیاز موضوع بند ۹-۳ را ترجیحاً از طریق نماینده بیمه گذار جهت اخذ خسارت درمان برای بیمه گر ارسال نمایند.

۹-۱-۴) بیمه شدگان می توانند ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول (سازمان خدمات درمانی، تامین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح) اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک در یافتی از سازمان فوق الذکر از طریق نماینده بیمه گذار به بیمه گر، هزینه های انجام شده را با رعایت ماده ۷ تا سقف مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند.

۹-۱-۵) در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نمی نمایند، مشمول فرانشیز موضوع این قرارداد خواهد گردید.

۹-۱-۶) محاسبه هزینه های بیمارستانی، بر اساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم درجه طرف قرارداد با بیمه گر بوده و در صورت عدم وجود قرارداد با بیمارستانهای همتراز، تعرفه های تعیین شده توسط شرکت های بیمه و بیمه مرکزی ایران ملاک عمل خواهد بود. در صورتحسابهایی که حق العمل جراح در آنها تعیین نگردیده این هزینه ها حداکثر معادل ۵ برابر تعرفه خدمات درمانی مشروط به اینکه از تعهدات بیمه گر بیشتر نباشد محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۹-۲) بیمارستانهای طرف قرارداد:

۹-۲-۱) با ارائه مدارک مورد نیاز موضوع بند ۹-۳، بیمه شدگان می توانند ضمن رعایت مفاد اعلامیه مربوط به نحوه سرویس دهی درمان در این شرکت مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد مراجعه و بستری گردند.

۹-۲-۲) هزینه های خارج از تعهد و خارج از سقف برعهده بیمه شده می باشد و در صورت پرداخت اینگونه هزینه ها توسط بیمه گر، از تاریخ اعلام کتبی آن به بیمه گذار، مبلغ اعلام شده می بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه در وجه بیمه گر پرداخت شود.

۹-۳) مدارک لازم جهت پرداخت خسارت:

۹-۳-۱) دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم و علت بستری یا نوع عمل جراحی (در بیمارستانهای طرف قرارداد با ذکر نام بیمارستان جهت بستری بیمار در این بیمارستانها).

۹-۳-۲) اصل مدارک و صورتحساب بیمارستان به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده (در صورت استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد).

۹-۳-۳) ارائه اصل شناسنامه، برای فرزندان اناث بالای ۱۸ سال و برای فرزندان ذکور بالای ۲۲ سال، ارائه گواهی اشتغال به تحصیل الزامی می باشد.

۹-۳-۴) فتوکپی دفترچه بیمه (بیمه گر اول) بیمه شده اصلی و بیمار.

۹-۳-۵) فتوکپی کارت ملی بیمار و سرپرست

۹-۴) بیمه شدگان جهت دریافت عینک از مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه کوثر می بایست صرفاً به مراکز ثبت شده در سایت شرکت مراجعه نمایند.

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان بوشهر

۱۳۹۷/۱/۵

شماره دبیرخانه:

۹۷۲۱/۱۴۸۲۸



۹-۴-۱ 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.

۹-۴-۲ در صورت مراجعه بیمه شدگان به مراکز عینک سازی و اپتومتری، غیر طرف قرارداد، می بایست به همراه نسخه چشم پزشک یا اپتومتریست غیر طرف قرارداد، به علاوه فاکتور معتبر هزینه انجام شده (ممهور به مهر و امضا، عینک سازی) و نیز عینک خریداری شده، به اپتومتریست معتمد بیمه کوثر (که بر روی سایت بیمه کوثر اعلام شده است) مراجعه نموده و پس از تاییدیه وی، اسناد و هزینه را به بیمه کوثر جهت دریافت خسارت ارائه نماید.

۹-۵ پوشش دندانپزشکی، فقط با شرایط ذیل در این قرارداد امکان پذیر می باشد.

۹-۵-۱ 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.

۹-۵-۲ بیمه شدگان میتوانند 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 هر گونه وجهی در مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد که خارج از ضوابط این قرارداد باشد وجه مذکور عینا به بیمه شده مسترد می گردد.

۹-۵-۳ پوشش دندانپزشکی بصورت مجزا قابل ایتیاغ نمی باشد.

۹-۵-۴ پوشش دندانپزشکی همچون بیمه مکمل درمان، برای تمام اعضاء خانواده و بر اساس بند های این قرارداد می باشد.

۹-۵-۵ 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.

۹-۶ بیمه شدگان می توانند با رعایت موارد ذیل به مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد با بیمه گر مراجعه نمایند.

۹-۶-۱ بیمه شدگان میبایست پس از اتمام خدمت در مراکز غیر طرف قرارداد دندانپزشکی، با مراجعه به دندانپزشک معتمد بیمه گر، تاییدیه انجام کار را دریافت نمایند. در غیر اینصورت هزینه انجام شده، قابل پرداخت نمیباشد.

۹-۶-۲ 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 میگردد.

۹-۶-۳ هزینه ویزیت تایید انجام کار توسط دندانپزشک معتمد، بر عهده شرکت بیمه گر می باشد.

۹-۶-۴ هزینه های انجام شده در مراکز غیر طرف قرارداد دندانپزشکی از تاریخ انجام خدمت، در طول قرارداد بمدت شش ماه و پس از پایان قرارداد، بمدت سه ماه معتبر بوده و پس از این مدت به هیچ عنوان قابل پرداخت نمیباشد.

۹-۷ نسخه صادره از سوی دندانپزشک غیر طرف قرارداد میبایست شامل موارد ذیل باشد:

۹-۷-۱ نام و نام خانوادگی کامل بیمار بدون خط خوردگی

۹-۷-۲ تاریخ انجام خدمت بدون خط خوردگی

۹-۷-۳ توضیح کامل جزئیات و شرح درمان صورت گرفته به همراه مبلغ دریافتی، بدون خط خوردگی

۹-۷-۴ مهر نظام پزشکی و امضاء دندانپزشک ارائه دهنده خدمت

۹-۷-۵ تمامی موارد ذکر شده بالا میبایست در سربرگ رسمی دندانپزشک ارائه دهنده خدمت، که شامل آدرس مطب ایشان میباشد، ثبت و ذکر گردد.

۹-۷-۶ 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 نمیباشد.

۹-۷-۷ 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.

۹-۷-۸ برای جراحی لثه، رادیوگرافی OPG الزامی بوده و این عمل صرفا میبایست توسط متخصص لثه (پریودنتیست) صورت بگیرد.

۹-۷-۹ خدمات فضا نگهدارنده ثابت و متحرک صرفا توسط متخصصین دندانپزشکی کودکان (اطفال) قابل انجام میباشد.

۹-۷-۱۰ هزینه های جرم گیری و بروساز کامل هرفک یکبار در سال قابل پرداخت است.

۹-۷-۱۱ خدمات پروتزهای متحرک طبق ضوابط تنها یکبار در طول عمر در مراکز غیر طرف قرارداد قابل پرداخت است.

۹-۷-۱۲ تمامی خدمات دندانپزشکی ارائه شده در مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد در سیستم مکانیزه ثبت میگردد. لذا خدمات تکراری قابل پرداخت نمیباشد.

۱۳۹۷ / ۸ / ۵

شماره دبیرخانه:

۹۷۲۱۱۴۸۲۸



۱۳-۷-۹) 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.

۱۴-۷-۹) حداکثر پنج واحد روکش دندان در مراکز غیر طرف قرارداد در طول مدت قرارداد قابل پرداخت می باشد.

۱۵-۷-۹) بیمه شدگان هر پنج سال یکبار مجاز به دریافت هزینه های مربوط به دست دندان می باشند.

۱۶-۷-۹) در صورت انجام درمان دندانپزشکی و پرداخت سهم بیمه گر اول (همچون بیمه مکمل درمان) فرانشیز کسر نمی گردد.

۸-۹) استثنائات دندانپزشکی:

۱-۸-۹) ایمپلنت (کاشت دندان)

۲-۸-۹) ارتودنسی

۳-۸-۹) عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد قرارداد بیمه مشخص بوده و بیمه گذار از آن مطلع شده باشد.

۴-۸-۹) خدمات تکراری قابل پرداخت نمی باشد.

ماده ۱۰- تعهد بیمه گر در مورد تصادفات:

۱-۱۰) چنانچه بیمه شده مقصر حادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی نامبرده غیر قابل پرداخت می باشد.

۲-۱۰) در مورد حادثه تصادف با وسائل 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.

۳-۱۰) چنانچه بیمه شده زیان دیده باشد هزینه های درمان وی می بایست از طریق مقصر حادثه جبران گردد.

ماده ۱۱:

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

ماده ۱۲: بیمه گر نسبت به موارد زیر هیچگونه تعهدی نخواهد داشت:

۱-۱۲) هزینه های اعلام شده در ماده ۷ استثنائات شرایط عمومی بیمه مازاد درمان گروهی که به پیوست ضمیمه می باشد.

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

سه 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.

ماده ۱۴: مهلت پرداخت هزینه های درمانی:

بیمه گر موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز 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.

ماده ۱۵: نحوه معرفی نماینده از سوی بیمه گذار:

بیمه گذار موظف است قبل از شروع قرارداد نماینده رسمی سازمان خود را به بیمه گر معرفی نماید، این نماینده رابط بین بیمه گر و بیمه گذار بوده و

کلیه امور مربوط به وظایف بیمه گذار و بیمه شده را بهعهده دارد. بدین ترتیب بیمه شدگان میبایست امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک

ایشان انجام دهند و حتی الامکان از مراجعه مستقیم به بیمه گر خودداری نمایند.

ماده ۱۶: 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.

ماده ۱۷:

به منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و

مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد.

مدیران نظام مهندسی
استان یوشهب

۵ - ۱۱ / ۱۳۹۷

شماره دبیرخانه: ۹۷۲/۱۴۸۲۸



ماده ۱۸- حل اختلاف نظر :

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 اینصورت رای مراجع ذیصلاح نافذ می باشد.

ماده ۱۹- مدت بیمه :

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت ۲۴ تاریخ شروع قرارداد آغاز و در ساعت ۲۴ تاریخ انقضاء قرارداد خاتمه می یابد .

ماده ۲۰- شرایط تمدید قرارداد :

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

ماده ۲۱:

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 ۲۲- شرایط گوناگون :

۱-۲۲ در صورتیکه در طول مدت قرارداد هر گونه تخلفی از سوی بیمه شده صورت پذیرفته شود ، که پس از بررسی تخلف آن بیمه شده تأیید گردد ، می بایست تمام خسارت پرداخت شده به شرکت بیمه گر عودت گردد و همچنین بیمه شده به همراه کلیه اعضاء خانواده از پوشش بیمه مزاد درمان گروهی حذف گردیده و بیمه گذار متعهد می گردد کلیه حق بیمه ماه های باقی مانده تا پایان قرارداد را پرداخت نماید .

۱-۲۲ هر گونه تغییری در شرایط قرارداد با توافق طرفین و بوسیله صدور الحاقی که جزء لاینفک قرارداد می باشد انجام خواهد پذیرفت .
۱-۲۲ تعداد کل نفرات بیمه شدگان (لیست اولیه درمان) و حق بیمه متعلقه پس از اعلام رسمی بیمه گذار به وسیله الحاقیه از سوی بیمه گر اعلام می گردد . بدیهی است مهلت اعلام لیست اولیه توسط بیمه گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ شروع قرارداد می باشد .

۲-۲۲ 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

مهر و امضاء بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر کد ۱۱۹۱۹۲۵



سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر

مهر و امضاء بیمه گر
شرکت سهامی بیمه کوثرمحمد روزگاری
مدیریت بازرسی بوشهر

مخازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر

۱۳۹۷ / ۱ / ۵

شماره دبیرخانه:

۹۷۲۱۱۴۸۲۸

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 است. بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه به صورت کتبی به بیمه گذار اعلام شده است جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.

ماده ۲- تعاریف:

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد با این مفاهیم استفاده شده اند.

۲-۱) 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، 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.

۲-۳) بیمه گذار:

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

۲-۴) گروه بیمه شدگان:

الف) کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار و اعضای خانواده شان که بیمه گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان 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.

ب) 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 اعضای گروه بطور همزمان بیمه شوند.

اعضاء خانواده، شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شدگان می باشد.

۲-۵) 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.

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.

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

۲-۶) حق بیمه:

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.
سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان بوشهر

۲-۷) دوره انتظار:

۵ - ۱۱ / ۱۳۹۷

شماره دبیرخانه: ۹۷۲۱/۱۴۸۲۸



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

(۲-۸) فرانشیز:

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

(۲-۹) مدت:

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

فصل دوم - هزینه های درمانی قابل پرداخت:

ماده ۳ - هزینه های درمانی قابل پرداخت موضوع (آئین نامه ۷۴ بیمه های درمان بیمه مرکزی ج.ا.) عبارت است از:

الف) تعهدات اصلی (پایه):

(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) پوشش های اضافی: بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد ذیل را حسب توافق با بیمه گذار تحت پوشش قرار دهد.

(۱) افزایش سقف تعهدات 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 GIFT، ZIFT، IUI، 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 آر ای، 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 (اسپیرومتری -PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EMG)، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ده درصد تعهد پایه سالیانه 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 غیر بستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.

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

سازمان نظام بیمه های سلامت
استان بوشهر

۱۳۹۷ / ۱ / ۵

شماره دبیرخانه: ۹۷۲/۱/۱۴۸۲



تبصره ۱: هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود 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 سمک 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، درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر چشم هر بیمه شده.

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

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) هزینه تهیه اوروتر که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پایه سالیانه.

۸) هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر تا ۵۰ درصد تعهد زایمان به عنوان پوشش مستقل.

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: در صورتی که تعهدات اصلی (پایه) نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش های اضافه نیز می تواند نامحدود در نظر گرفته شود.

فصل سوم: شرایط

ماده ۴- اصل حسن نیت:

بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند 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:

۱-۵) فرانشیز هزینه های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه 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.

۲-۵) بیمه گر می تواند فرانشیز هزینه های تحت پوشش را با دریافت حق بیمه اضافی کاهش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود.

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.

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

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

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

۴-۷) ترک اعتیاد.

۵-۷) خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده.

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

زمان تنظیم مهلت
استان

۱۳۹۷/۱/۱۵

شماره دبیرخانه: ۹۷۲/۱۱۴۸۲۸



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) لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.

۷-۱۴) جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۷-۱۵) هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.

۷-۱۶) رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۷-۱۷) 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 ۷-۱۴) این ماده با پرداخت حق بیمه اضافی، قابل بیمه‌شدن 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 بیمه‌کردن فرد یا افرادی از گروه یا خانواده و یا ارائه پوشش هزینه زایمان و بیماری‌هایی که سابقه قبلی دارد خودداری کند.

۸-۳) 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.

ماده ۹:

بیمه‌شده در انتخاب هریک 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 انجام‌شده 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.

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. 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.

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.

استان بوشهر

۱۳۹۷/۱/۵

شماره دبیرخانه: ۹۷۲۱/۱۴۸۲



تبصره ۳: چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به هر کدام از شرکتهای بیمه مخیر است.

ماده ۱۰:

حداکثر سن بیمه شده برای گروههای 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. 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 براساس 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 تسویه حق بیمه:

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.

۲- 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.

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 روز شمار 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.

سازمان نظام مهندسی ساختمان بوشهر

۱۳۹۷/۱۱/۵

شماره دبیرخانه:

۹۷۲/۱/۱۴۸۲۸



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 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 میشود .

ماده ۱۶- مهلت پرداخت خسارت :

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- 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 گردد .

ماده ۱۸- پیوست جزء ۵ بند ب ماده ۳ شرایط عمومی :

فهرست اعمال غیر مجاز (سرایی) در مطب که بیمه گر تعهدی نسبت به آنها نخواهد داشت :

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 ، کاترسم 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 فورسیس و زایمان های 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 سینوس ها)

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

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

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

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

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 آرج زایگما .

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 با شرایط خصوصی و عمومی آن در دو نسخه که هریک دارای ارزش یکسان می باشد تنظیم و در تاریخ ۱۳۹۷/۰۷/۰۱ به امضاء طرفین رسیده و مبادله شده است .

مهر و امضاء بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر کد ۱۱۹۱۹۲۵

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان بوشهر

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان بوشهر

۵ - ۱۸ / ۱۳۹۷

شماره دبیرخانه: ۹۷۲۱/۱۱۴۸۲۸

مهر و امضاء بیمه گر

شرکت سهامی بیمه کوثر

محمد برزگری

مدیریت سرپرستی استان بوشهر