



بیمه نامه درمان گروهی

این بیمه نامه را بر اساس قوانین و مقررات بیمه در ایران و شرایط خصوصی و عمومی مندرج در متن و پیوست آن صادر گردیده است.

شماره بیمه نامه: ۱۳۹۵/۱۵۱۰/۱۹۳	تاریخ صدور: ۱۳۹۵/۰۷/۱۴	شماره پیشنهاد: ۶۲۱
کد رایانه سمه نامه: ۳۶۷۶	واحد صدور: بوشهر کد ۸۱۰	واحد معرف: زبیده محمدی کد ۵۵۶۷
مدت اعتبار بیمه نامه ۳۶۶ روز می باشد که از ۱۳۹۵/۰۷/۰۱ شروع و در روز ۱۳۹۶/۰۷/۰۱ خاتمه می یابد.		
مشخصات بیمه گر شرکت بیمه کوثر به نشانی: تهران- میدان آرژانتین- خیابان الوند- شماره ۲۴ تلفن: ۸۹۳۸۲		مشخصات بیمه گذار بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر کد ۱۱۹۱۹۲۵ به نشانی: استان بوشهر، شهر بوشهر- خیابان توحید- پلاک ۹۳ کد ملی/ کد اقتصادی: ۴۱۱۳۵۹۶۱۴۹۱۱ تلفن: ۰۷۷۳۳۵۴۴۰۹۰
<p>نوع بیمه: نداد بیمه شدگان: طی الحاقیه</p> <p>حق بیمه هر بیمه شده در طول مدت بیمه نامه: ۲,۶۲۰,۰۰۰ ریال</p> <p>حق بیمه علی الحساب سالیانه: طی الحاقیه</p> <p>عوارض شهرداری: ۱۳۸,۶۰۰ ریال</p> <p>روش پرداخت حق بیمه: اقساط ماهانه</p> <p>مالیات بر ارزش افزوده: ۲۷۷,۲۰۰ ریال</p> <p>شدهگان 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 بیمه شدگان بین ۶۰ تا ۶۰ غیر تحت تکفل با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی بیمه شدگان بین ۶۱ تا ۷۰ سال غیر تحت تکفل با ۱۵۰ درصد حق بیمه اضافی بیمه شدگان بین ۷۱ تا ۱۲۰ سال غیر تحت تکفل با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی</p>		

تعهدات بیمه گر

ردیف	شرح تعهدات	حداکثر تعهدات سالیانه	
		خانواده	نفر
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامایانف، و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و day care (اعمال جراحی day care به جراحی های انقلاقی می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد)	---	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	هزینه اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) قلب، پیوند کبد، ریه، کلیه و معز استخوان (یا احتساب بند یک)	---	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	هزینه زایمان (طبیعی، سزارین)	---	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیک شامل: انواع سونوگرافی، مانوگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، دانستومتری	---	۵,۰۰۰,۰۰۰
۵	هزینه های مربوط به تست ورزشی، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب و نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی، بینایی، سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	---	۵,۰۰۰,۰۰۰
۶	هزینه جراحیهای مجاز سرپایی صرفاً شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایو تراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و نیز درمانی	---	۵,۰۰۰,۰۰۰
۷	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 بین یا دور بین) به به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. حداکثر تعهد برای هر دو چشم	---	۱,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر	---	۵۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه های آمبولانس بین شهر	---	۱,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	حداکثر تعهدات ردیفهای ۱ و ۲ و ۸ و ۹	---	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰

این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط خصوصی و عمومی پیوست آن در دو نسخه صادر و هر یک از نسخ دارای ارزش یکسان می باشد.

مهر و امضای بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر کد ۱۱۹۱۹۲۵

(Signature)

مهر و امضای بیمه گر

شرکت سهامی بیمه کوثر



شرکت بیمه کوثر، سهامی عام، شعبه بوشهر

(Signature)



اسکن شد

بیمه نامه درمان گروهی

۳۰	۳۰	---	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعینات ردیفهای ۸ و ۹	۱۱
۳۰	۳۰	---	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان - طبیعی	۱۲
۳۰	۳۰	---	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان - سزارین	۱۳

این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط خصوصی و عمومی پیوست آن در دو نسخه صادر و هر یک از نسخ دارای ارزش یکسان می باشد.

مهر و امضای بیمه گر

شرکت سهامی بیمه کوثر



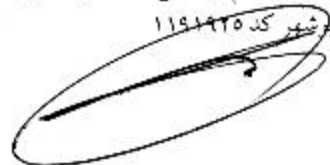
 شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)
 شعبه پوشش

محمدبرزگری

مهر و امضای بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان

شماره کد ۱۱۹۱۹۲۵





بیمه نامه درمان گروهی

ردیف		بیماری تحت پوشش	تعداد استفاده در سال	سقف هر نوبت خسارت	سرمایه خانواده	سرمایه هر بیمه شده اصلی	حق بیمه ماهانه	درصد فرانشیز
		تحت پوشش						فرانشیز مراکز غیر طرف قرارداد
نام گروه سایر: سایر ۱		سرمایه هر بیمه شده اصلی: ۳,۰۰۰,۰۰۰ سرمایه هر یک از اعضا خانواده: ۳,۰۰۰,۰۰۰						
نوع گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی		سرمایه خانواده: ۰						
۱	نوار قلب	۰	۰	۰	۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۰	۳۰
۲	تست ژنتیک	۰	۰	۰	۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۰	۳۰
۳	انواع فیزیوتراپی	۰	۰	۰	۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۰	۳۰
۴	آزمایش	۰	۰	۰	۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۰	۳۰
نام گروه سایر: سایر ۲		سرمایه هر بیمه شده اصلی: ۳,۰۰۰,۰۰۰ سرمایه هر یک از اعضا خانواده: ۳,۰۰۰,۰۰۰						
نوع گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی		سرمایه خانواده: ۰						
۱	هزینه ویزیت	۰	۰	۰	۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۰	۳۰
۲	هزینه اورژانس	۰	۰	۰	۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۰	۳۰
۳	هزینه دارو	۰	۰	۰	۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۰	۳۰
نام گروه سایر: سایر ۳		سرمایه هر بیمه شده اصلی: ۲,۰۰۰,۰۰۰ سرمایه هر یک از اعضا خانواده: ۲,۰۰۰,۰۰۰						
نوع گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی		سرمایه خانواده: ۰						
۱	عینک و لنز	۰	۰	۰	۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۰	۳۰
نام گروه سایر: سایر ۴		سرمایه هر بیمه شده اصلی: ۲,۵۰۰,۰۰۰ سرمایه هر یک از اعضا خانواده: ۲,۵۰۰,۰۰۰						
نوع گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی		سرمایه خانواده: ۰						
۱	دندانپزشکی	۰	۰	۰	۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۰	۳۰

بیمه نامه گروهی سایر

این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط خصوصی و عمومی پیوست آن در دو نسخه صادر و هر یک از نسخ دارای ارزش یکسان می باشد.

مهر و امضای بیمه گر
شرکت سهامی بیمه کوثر

مهر و امضای بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان
پوشه کد ۱۱۶۱۹۲۵

شرکت بیمه کوثر (مجاز عام)
شعبه پوشش

ماده ۱۳:

بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و یا 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 هر یک 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 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 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 بینشهاد 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 (سرپایی) در مطلب که بیمه گر تعهدی نسبت به آنها نخواهد داشت:

- ۱- (۱۸) کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم 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 طولیل بدن
- ۴- (۱۸) اعمال جراحی داخل قفسه صدی، کاترسم قلب و عروق



- ۱۸-۵ اعمال روی عضلات ، اوتار ، اعصاب ، عروق مگر در مواقع اورژانس
- ۱۸-۶ اعمال جراحی داخل دستگاههای تناسلی و ادراری زن و مرد ، گذاردن فورسبس و زایماتهای غیر طبیعی و طبیعی .
- ۱۸-۷ کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه .
- ۱۸-۸ اعمال جراحی وسیع استخوانهای فک و صورت و داخل حلق (منجمله شکاف کام و لب شگری ، لوزتین و سینوسها)
- ۱۸-۹ بیوپسی انساج داخل مری ، تراشه ، برونش ها ، روده ها ، مثانه ، کبد و طحال .
- ۱۸-۱۰ عمل کاتاراکت ، گلوکوم ، پارگی شبکیه ، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم .
- ۱۸-۱۱ عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و ...
- ۱۸-۱۲ عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (Open reduction) .
- ۱۸-۱۳ بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین .
- ۱۸-۱۴ رزکسیون فک .
- ۱۸-۱۵ رزکسیون کندیل فک .
- ۱۸-۱۶ رزکسیون زبان .
- ۱۸-۱۷ عمل جراحی یاز در آرج زایگما .
- ۱۸-۱۸ جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی .
- ۱۸-۱۹ جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی .
- ۱۸-۲۰ عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی .
- ۱۸-۲۱ 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 ۱۳۹۵/۰۷/۰۱ به امضاء طرفین رسیده و مبادله شده است .

مهر و امضاء بیمه گر
 شرکت سهامی بیمه کوثر
 محمدبرزگری
 شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)
 شعبه بوشهر

مهر و امضاء بیمه گذار
 سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر ۱۱۹۱۹۲۵

شرایط مکمل خصوصی بیمه مازاد درمان گروهی

ماده ۱ - 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.

۱-۱) کارکنان در صورتی تحت پوشش هستند که قرارداد استخدام آنها با بیمه گذار حداقل یکسال تداوم داشته باشد.

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 تحت تکفل، 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 یا خدمات درمانی نیروهای مسلح) باشند.

تبصره سه: بیمه شدگان اصلی می توانند 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 اثاث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار، بیمه می باشند.

تبصره پنج: فرزندان ذکور مجرد تا سن ۲۲ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال تمام بیمه می باشند.

۱-۴-۱) فرزندان ذکور مجرد دانشجوی مقطع دکترا تا سن ۲۶ سال تمام بیمه می باشند.

۱-۴-۲) 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).

۱-۴-۳) پوشش بیمه ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

۱-۴-۴) 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.

۱-۴-۵) کلیه کارکنان اثاث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان یا پرداخت حق بیمه یکسان و رعایت مفاد این قرارداد صرفاً در ابتدای قرارداد، بیمه نمایند.

ماده ۲- فرانشیز: 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.

ماده ۳- دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت های ذیل ندارد.

۳-۱) زایمان (اعم از طبیعی و سزارین)

که مدت آن در 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.

۳-۲) بیماری های مزمن.

شامل فتق، لوزه و گواتر، انواع سل، صرع، پروستات، دیسک ستون فقرات، بیماری های نئوپلاستیک، پولیپ، انحراف بینی و سینوزیت مزمن، کیست تخمدان، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، نارسایی مزمن کلیه، سنگ کلیه و کیسه صفرا، ماستیوئیدکتومی، 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 گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر ۳ ماه و برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

ماده ۴- وظایف و تعهدات بیمه گذار :

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت **۶۰ روز** تاریخ شروع قرارداد اسامی و مشخصات بیمه شدگان را بوسیله رایانه 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.

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، ...) و برای اتباع خارجی، کد اقامت و پروانه کار الزامی می باشد.

تبصره دو: یک نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده می بایست به امضاء طرفین رسیده و مهرور 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 مورخ بیست و پنجم هر ماه، تغییرات ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق تبصره های یک و دو و ماده ۲ برای بیمه گر ارسال نماید.

۴-۳-۱) افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به عداد 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 بعد بیمه ای مستند به اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود.

۴-۳-۲) با توجه به ماده ۴-۴ شرایط عمومی پیوست کارکنان فصلی، دوره ای و موقت نمی توانند تحت پوشش این قرارداد قرار گیرند.

۴-۳-۳) 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.

تبصره چهار: 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 کلیه خدمات بیمه ای به اینگونه بیمه شدگان پس از تاریخ ذکر شده منوط به ارائه نامه رسمی بیمه گذار و شناسنامه نوزاد می باشد.

۴-۴-۱) موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از: فوت، خروج از کفالت و نیز قطع رابطه همکاری بیمه گذار و کارکنانی که، از تاریخ شروع قرارداد به استناد تبصره دو، ماده یک تحت پوشش بوده اند. تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ وصول نامه وی خواهد بود ضمناً حق بیمه با استناد به ماده ۶ دریافت خواهد شد.

تبصره پنج: کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره های دو و سه ماده ۲ شرایط خصوصی قرارداد درج نشده باشد با استناد از قلم افتادگی نمیتوانند در عداد بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند و در صورت تمایل، به قرارداد سال بعد موکول میگردند.

۴-۵-۱) 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 ۵- بیمه شدگان موظفند قبل از بستری و انجام اعمال زیر توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردند.

۵-۱) رفع عیوب انکساری چشم مانند: لیزیک، لازک، PRK.

۵-۲) استراییسم (انحراف چشم)

۵-۳) سینو پلاستی (انحراف بینی)

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

۶-۱) 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 بیمه شده، امکان پذیر خواهد بود.

ماده ۷: چنانچه هزینه ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی می باشد.

ماده ۸: 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.

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 موقوف 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: 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.

۸-۳-۱) در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه کسر ماه یک ماه تمام محاسبه می شود.

۲-۳-۸) در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان ، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد.

۳-۳-۸) در ماه پایانی بیمه نامه امکان افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی باشد .

۴-۳-۸) در تمدید کوتاه مدت بیمه نامه به هر دلیل ، افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی باشد .

۵-۳-۸) به بیمه شدگانی که از خدمات بیمه مازاد درمان گروهی استفاده نموده باشند (خسارت دریافت کرده باشند اعم از 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 .

ماده ۹- شرایط و میزان تعهدات بیمه گر :

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 مندرج در قرارداد (با رعایت مفاد مندرج در شرایط عمومی پیوست) را در وجه بیمه گذار یا بشرح توافق شده در قرارداد پرداخت نماید.

نیمصده یک : تعهدات این قرارداد برای معالجاتی است که تاریخ شروع آنها در صورت حساب بیمار ، مربوط به مدت تعیین شده در قرارداد باشد .

نیمصده دو : مدارک لازم جهت پرداخت خسارت :

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.

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) .

۳- ارائه اصل شناسنامه ، برای فرزندان اناث بالای ۱۸ سال و برای فرزندان مذکور بالای ۲۰ سال، ارائه گواهی اشتغال به تحصیل لازمی باشد .

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

۵- فتوکپی کارت ملی بیمار و سرپرست .

ماده ۱۰- 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 ۱۱- ترتیب بستری شدن بیمه شدگان :

الف) بیمارستانهای غیر طرف قرارداد :

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 .

۲- پیش پرداخت و هزینه های بیمارستانی را راساً تامین نمایند.

۳- مدارک مورد نیاز موضوع تبصره ۲ ماده ۹ را ترجیحاً از طریق نماینده بیمه گذار جهت اخذ خسارت درمان برای بیمه گر ارسال نمایند .

تبصره یک : 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 یا ارئه 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.

نیمصده دو : در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نمی نمایند ، مشمول فرانشیز موضوع این قرارداد خواهد گردید.

۴- 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.

ب) بیمارستانهای طرف قرارداد:

۱- با ارائه مدارک مورد نیاز موضوع تبصره ماده ۹ ، 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.

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.

ماده ۱۲: 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 انقضای قرارداد تحویل بیمه کوثر نماید ، بدیهی است بعد از انقضای این مدت بیمه کوثر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت آن نخواهد داشت .

ماده ۱۳- تعهد بیمه گر در مورد تصادفات :

۱۳-۱) چنانچه بیمه شده مقصر حادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی نامبرده غیر قابل پرداخت می باشد.



- ۱۳-۲) 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.
- ۱۳-۳) چنانچه بیمه شده زیان دیده باشد هزینه های درمان وی می بایست از طریق مقصر حادثه جبران گردد .
- ماده ۱۴:** بیمه گر موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند بوسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت نماید.
- ماده ۱۵:** 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 بعهده 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:** 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:** بیمه گر نسبت به موارد زیر هیچگونه تعهدی نخواهد داشت :
- ۱-۱۷) هزینه های اعلام شده در ماده ۷ استثنائات شرایط عمومی بیمه مازاد درمان بیوست قرارداد.
- ماده ۱۸:** 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.
- ماده ۱۹- 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 ۲۰:** هر گونه تفسیری در شرایط قرارداد با توافق طرفین و بوسیله صدور الحاقی که جزء لاینفک قرارداد می باشد انجام خواهد پذیرفت.
- ماده ۲۱:** بیمه شدگان جهت دریافت عینک از مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه کوثر می بایست صرفاً به مراکز ثبت شده در سایت شرکت مراجعه نمایند .
- تبصره یک : در صورت مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد عینک و اپتومتری ، بیمه شده می بایست جهت دریافت هزینه خود ابتدا نسخه و قبض هزینه و عینک خود را جهت تائید به اپتومتریست معتمد شرکت بیمه کوثر اعلام و سپس جهت دریافت خسارت به شرکت بیمه گر اقدام نماید .
- تبصره دو : 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.
- تبصره سه : در صورت مراجعه بیمه شدگان به مراکز عینک سازی و اپتومتری، غیر طرف قرارداد ، می بایست به همراه نسخه چشم پزشکی با اپتومتریست غیرطرف قرارداد ، علاوه فاکتور معتبر هزینه انجام شده (مهور 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.
- ماده ۲۲- 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 ۲۳- شرایط تمدید قرارداد :** تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار انجام خواهد شد.
- ماده ۲۴:** در کلیه مواردیکه در این قرارداد ذکر از آنها به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیوست که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد بر طبق قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.
- ماده ۲۵:** تعداد کل نفقات 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 .

مهر و امضاء بیمه گر

شرکت سهامی بیمه کوثر

مدیرعامل



شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)
شعبه بوشهر

مهر و امضاء بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان بوشهر ۱۱۹۱۹۲۵

www.kowsarinsurance.ir

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 با 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 صرفنظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد با این مفاهیم استفاده شده 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، 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 :

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.

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.

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.

۶-۲) 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.

۷-۲) دوره انتظار :

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

۸-۲) فرانشیز :

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

۹-۲) 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.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 امبولانس 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 IUI, ZIFT, GIFT, 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 اندوسکوپي، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی استرس اکو، دانستومتری تا حداکثر بیست درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۳-۲) جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آئری، تست تنفسی (اسپیرومتری -PFT) ، نوار عضله (EMG) ، نوار عصب (NCV) ، نوار مغز (EMG) ، نوار منانه (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 مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری 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 .

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 انگساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی ، دور بینی ، استیجمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به اضافه نصف استیجمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر چشم هر بیمه شده .



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

فهرست اعمال غیرمجاز سربایی (در مطلب) 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) هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پایه سالیانه.

۸) هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین متوط 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.

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

نیمه 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 مکلفند 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.

تعمره: 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 خسارتی 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.

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

۸- ۷) فعل و انفعالات هسته ای.

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

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

۱۱- ۷) جنون.

۱۲- ۷) جراحی لته.

۱۳- ۷) لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.

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



۷-۱۵) هزینه‌های مربوطه معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی .

۷-۱۶) رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف استیگمات) 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 (۶-۷ ، ۷-۷ ، ۷-۹ ، ۷-۱۰ ، ۷-۱۲ ، ۷-۱۴) این ماده 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 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 غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد . در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد .

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 .

تبصره ۳: چنانچه بیمه‌شده 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 بیمه‌شده برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مضمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان‌پذیر است. در صورتی که سن بیمه‌شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت .

ماده ۱۱:

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

ماده ۱۲:

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