



شرکت بیمه کوثر

(سهامی عام)

تاریخ:

شماره:

پیوست:

بیمه نامه درمان گروهی

شماره قرارداد: متعاقباً اعلام خواهد شد	تاریخ صدور: ۱۴۰۴/..../...	شماره پیشنهاد:
کد رایانه امنیتی: متعاقباً اعلام خواهد شد	واحد صدور: سرپرستی تهران شمال	آدرس: استان تهران، اقدسیه، بلوار ارتش، خیابان ولیعصر، کوچه مژده غربی، پلاک ۲۲
معرف/نماینده: کارگزاری مستقیم برخط ارژن	مدت اعتبار قرارداد ۳۶۵ روز می باشد که از ساعت ۰۰:۰۰ روز ۱۴۰۴/۰۳/۰۱ شروع و در ساعت ۰۰:۰۰ روز ۱۴۰۵/۰۳/۰۱ خاتمه می یابد.	
بیمه گر	شرکت بیمه کوثر به نشانی: بزرگراه شهید سلیمانی غرب به شرق، بعد از پل سیدخندان، پلاک ۱۳۲۴	کد اقتصادی: ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۳۹۳ تلفن: ۰۲۱-۸۹۳۸۲
بیمه گذار	بیمه گذار: سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران کد اقتصادی: ۴۱۱۱۹۸۳۷۱۴۸	به نشانی: تهران-خیابان فلسطین-بعد از بزرگمهر-کوچه استاد شریعتمداری-پلاک ۵ تلفن: ۰۲۱-۶۱۰۶۱
حق بیمه بیمه شدگان	حق بیمه ماهانه هر بیمه شده در طول مدت بیمه نامه با فرانشیز ۱۰٪: طرح طلایی: ۱۴.۸۰۰.۰۰۰ ریال طرح برنزی: ۹.۷۵۰.۰۰۰ ریال روش پرداخت حق بیمه: الگوی عمومی ۱۲ ماهه (درمان) - تعداد کل بیمه شدگان طی الحاقیه مشخص می گردد.	

ردیف	تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهدات سالانه (ریال)	حداکثر تعهدات سالانه (ریال) طرح طلایی
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و day care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. (اعمال جراحی day care به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد). هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد	بدون سقف	۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۲	جبران هزینه اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، شیمی درمانی، رادیوتراپی (با احتساب بند ۱) داروهای بیماران خاص و تزریقی	بدون سقف	۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۳	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج.	داخل شهری: ۱۰.۰۰۰.۰۰۰ بین شهری: ۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰ ۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۴	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۲۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۵	جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF.	۲۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰



۸۹۳۸۲ (۰۲۱)

۸۸۶۷۰۷۹۲ (۰۲۱)

www.kins.ir

بزرگراه شهید سلیمانی غرب به شرق، بعد از پل سیدخندان، پلاک ۱۳۲۴



شرکت بیمه کوثر

(سهامی عام)

تاریخ:

شماره:

پیوست:

ردیف	تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهدات سالانه (ریال) طرح طلایی	حداکثر تعهدات سالانه (ریال) طرح برنزی
۶	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس‌میکر، EECp، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG,NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) جبران هزینه انواع خدمات آزمایش‌های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آلرژیک (به استثنای چکاپ، طب کار، آزمایش‌های قبل از ازدواج و آزمایش‌های مربوط به پزشکی قانونی) جبران هزینه تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT) جبران هزینه اعمال مجاز سرپائی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای کاربرد جهت زیبایی)	۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۷	جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	۹۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰
۸	جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به همراه ایمپلنت و ارتودنسی)	۱۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰
۹	جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی با تجویز چشم‌پزشک و یا اپتومتریست	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۰	هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. (برای دو چشم)	۱۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۱	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک برای هر دو گوش	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۲	هزینه تهیه اورتز بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۳	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰

*در صورت افزایش ضریب خسارت به بیش از ۹۰ درصد حق بیمه اعلامی افزایش میابد.

مهر و امضاء بیمه گر
شرکت بیمه کوثر
کد اقتصادی: ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۳۹۳



مهر و امضاء بیمه گذار
سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران
کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۹۸۳۷۱۴۸

۸۹۳۸۲ (۰۲۱)

۸۸۶۷۰۷۹۲ (۰۲۱)

www.kins.ir

بزرگراه شهید سلیمانی غرب به شرق، بعد از پل سیدخندان، پلاک ۱۳۲۴

بیمه نامه بیمه مازاد درمان گروهی

این بیمه نامه فی مابین "شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)"، سرپرستی استان تهران شمال به نشانی: تهران، میدان ارتش، بزرگراه ارتش، قبل از ورودی اتوبان امام علی (ع) جنوب، خیابان اراج (خیابان ولیعصر)، کوچه مژده غربی، جنب پزشکی قانونی، پلاک ۲۲ به تلفن: ۸۹۳۸۲-۰۲۱ و "سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران" به نشانی: تهران-خیابان فلسطین-بعد از بزرگمهر-کوچه استاد شریعتمداری-پلاک ۵ تلفن: ۶۱۰۶۱-۰۲۱ که در این بیمه نامه اختصاراً به ترتیب "بیمه گر" و "بیمه گذار" نامیده می شود بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط زیر منعقد می گردد.

شرایط خصوصی بیمه نامه درمان گروهی

فصل اول - کلیات

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

جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در شرایط بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

ماده ۲- گروه بیمه شدگان

عبارتند از کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی تمام وقت و اعضا و کارکنان مراکز و شرکت های مرتبط بیمه گزار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان که از طرف بیمه گزار به عنوان بیمه شده معرفی می شوند.

تبصره ۱: کارکنان فصلی، موقت و دارای قرارداد کوتاه مدت با بیمه گزار، تحت پوشش بیمه قرار نمی گیرند. چنانچه حق بیمه کل متعلقه کارکنان مذکور در تبصره ۱ ماده ۲ از طریق نامه رسمی بیمه گزار تضمین گردد، صرفاً مشمولین تحت پوشش بیمه پایه و به شرط تائید بیمه گر، تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

۲-۱: حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه گزار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

۲-۲: پوشش همزمان بیمه شده، همسر و فرزندان وی در یک بیمه نامه و طرح الزامی است.

تبصره ۲: بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را به طور همزمان در ابتدای بیمه نامه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست. در صورت عدم پوشش بیمه ای این افراد از تاریخ شروع بیمه نامه، برقراری پوشش بیمه ای در طول بیمه نامه امکان پذیر نخواهد بود.

۲-۳: اعضای خانواده شامل همسر دائم، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل سرپرست می باشد.

تبصره ۳: افراد تبعی شامل پدر، مادر، خواهر و برادر مشمولین تحت پوشش بیمه سلامت و خدمات درمانی نیروهای مسلح، به عنوان افراد تحت تکفل محسوب نخواهند شد.



۲-۴: پوشش همزمان همسر و فرزندان کارکنان اناث نیز همانند سایر بیمه‌شدگان تحت تکفل، با حق بیمه یکسان در ابتدای بیمه‌نامه الزامی می‌باشد.

۲-۵: بیمه‌شدگان اصلی می‌توانند صرفاً در ابتدای قرارداد (لیست اولیه) والدین غیر تحت تکفل خود را با حداقل ۳۰ درصد اضافه نرخ (مازاد بر اضافه نرخ سنی) تحت پوشش قرار دهند.

تبصره ۴: اضافه نرخ والدین غیر تحت تکفل تا ۶۰ سال تمام، ۳۰ درصد، ۶۱ سال تا ۷۰ سال تمام، ۶۰ درصد و بالای ۷۱ سال، ۷۵ درصد می‌باشد.

۲-۶: کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان، فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه‌نامه، تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

۲-۷: افراد با تابعیت غیر ایرانی، تنها در صورت ارائه مجوز اقامت با حق کار مشخص (پروانه کار) می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.

۲-۸: فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه می‌باشند.

۲-۹: فرزندان اناث مطلقه در صورت عدم اشتغال به کار و تا زمان ازدواج مجدد، مشروط به تحت تکفل بودن از طریق سرپرست، می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.

۲-۱۰: 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 با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تحت پوشش بیمه می‌باشند.

تبصره ۵: فرزندان معلول ذهنی و جسمی تحت تکفل بیمه‌شده اصلی، بدون در نظر گرفتن شرط سنی بیمه خواهند بود (با توجه به مفاد بیمه‌نامه و رعایت استثنائات در شرایط عمومی پیوست).

تبصره ۶: در صورت فوت، بازنشستگی و یا از کار افتادگی بیمه‌شده اصلی، پوشش بیمه‌ای بازماندگان متوفی، بازنشستگان و بیمه‌شدگان تبعی از کارافتاده مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان مدت بیمه‌نامه ادامه خواهد یافت.

تبصره ۷: بیمه‌شدگانی که از مرخصی استعلاجی و یا مرخصی بدون حقوق استفاده می‌نمایند، چنانچه حق بیمه کل ایام مرخصی سرپرست و اعضای تحت تکفل آنها تا پایان بیمه‌نامه، از جانب بیمه‌گذار تضمین و پرداخت گردد، تحت پوشش خواهند بود.

تبصره ۸: در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت بیمه‌نامه کامل شود، پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه‌نامه ادامه خواهد یافت.

تبصره ۹: در صورت مغایرت شرایط خصوصی با شرایط عمومی بیمه‌نامه، شرایط خصوصی ارجحیت دارد.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

ماده ۳: بیمه‌گذار موظف است بیمه‌نامه را حداکثر پس از گذشت ۱۵ روز از تاریخ دریافت، امضاء و به بیمه‌گر ارسال نماید، سپس لیست اولیه بیمه‌شدگان را به صورت یکجا، در قالب اکسل مورد تأیید بیمه‌گر و از طریق لوح فشرده، حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز بعد از تاریخ امضاء بیمه‌نامه، به همراه نامه رسمی بیمه‌گذار (مهر و امضاء شده) که در آن تعداد نفرات و تاریخ شروع بیمه‌نامه قید شده است، ارسال نماید.

۳-۱: لیست اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان می‌بایست حاوی اطلاعات زیر باشد:

نام، نام خانوادگی، محل صدور، شماره شناسنامه، سال تولد، تاریخ تولد، کد ملی، جنسیت، نوع بیمه‌شده، نسبت، نوع تحت تکفل، شماره شبا و تلفن همراه سرپرست، کد کارگاهی بیمه تأمین اجتماعی و ... و برای اتباع خارجی، کد اقامت و پروانه کار الزامی می‌باشد. بدیهی است انجام تعهدات بیمه‌گر (صدور معرفی‌نامه و پرداخت خسارت) صرفاً در مورد بیمه‌شدگانی خواهد بود که اسامی و مشخصات آنان در لیست ارائه شده توسط بیمه‌گذار درج شده باشد.

تبصره ۱: اکسل لیست اولیه بیمه‌شدگان از طریق پورتال بیمه کوثر به نشانی kins.ir بیمه درمان قابل استفاده و بهره‌برداری می‌باشد.



تبصره ۲: داشتن بیمه پایه (تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ...) برای کلیه بیمه شدگان الزامی می باشد.

۳-۲: پس از ثبت لیست اولیه بیمه شدگان، بیمه گزار موظف است لیست بیمه شدگان تحت پوشش را (در قالب لوح فشرده) از بیمه گر دریافت و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مغایرت احتمالی را از طریق نامه کتبی به بیمه گر اعلام نماید.

تبصره ۳: با توجه به اینکه تعیین نرخ حق بیمه بر اساس تعداد نفرات اعلام شده از سوی بیمه گزار به هنگام استعلام نرخ صورت می پذیرد، لذا در صورت کاهش تعداد بیمه شدگان در لیست اولیه، نرخ حق بیمه بر اساس تعداد بیمه شدگان تحت پوشش افزایش خواهد یافت.

تبصره ۴: کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه درج نشده باشد به استناد از قلم افتادگی نمی توانند جزء بیمه شدگان این بیمه نامه قرار بگیرند و در صورت تمایل، به بیمه نامه سال بعد موکول می گردند.

تبصره ۵: بیمه گزار مکلف است در طول مدت بیمه نامه، تا تاریخ **بیست و پنجم هر ماه**، تغییرات ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را در قالب لوح فشرده همراه با نامه کتبی ارسال نماید.

۳-۳: افرادی که در طول مدت بیمه نامه می توانند به بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، همسر بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه نامه ازدواج کرده اند (تا یک ماه پس از تاریخ عقد) و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام کتبی بیمه گزار حداکثر ظرف یک ماه پس از احراز کفالت) تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از **اولین روز ماه اعلام کتبی بیمه گزار** خواهد بود. بیمه گزار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل حکم کارگزینی، تصویر صفحات شناسنامه و ... را در صورت تقاضای بیمه گر ارائه نماید.

۳-۴: نوزادان از بدو تولد، بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گزار لیست آنان را حداکثر تا **یک ماه پس از تاریخ تولد** به بیمه گر اعلام نماید در غیر این صورت، به بیمه نامه سال بعد موکول می گردند.

تبصره ۶: صرفاً "در شرایطی که نوزاد تازه متولد شده نیاز به بستری دارد و امکان دسترسی به نامه بیمه گزار وجود ندارد، صدور معرفی نامه بیمارستانی جهت مراکز طرف قرارداد برای نوزادان، تا **یک هفته** پس از تاریخ تولد بدون نامه بیمه گزار صرفاً با ارائه گواهی ولادت از سوی بیمه شده سرپرست، امکان پذیر می باشد. بدیهی است در این حالت پرداخت حق بیمه ماه های تحت پوشش توسط بیمه گزار قطعی خواهد بود.

تبصره ۷: ارائه کلیه خدمات پس از مدت فوق الذکر، منوط به ارائه نامه رسمی بیمه گزار و شناسنامه نوزاد خواهد بود.

تبصره ۸: 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.

۳-۵: موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از:

فوت، طلاق، خروج از کفالت و نیز کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گزار قطع می شود، تاریخ مؤثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گزار و از **ابتدای ماه بعد از تاریخ وصول نامه بیمه گزار** خواهد بود.

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 باقی مانده از بیمه نامه برگشت داده نخواهد شد و بیمه گزار موظف به پرداخت حق بیمه ایشان تا پایان بیمه نامه خواهد بود.

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

۳-۸: بیمه گزار موظف است بابت ارسال هرگونه مکاتبه با بیمه گر (از جمله اعلام لیست اولیه، افزایش، کاهش و سایر موارد)، رسید دریافت نماید.





شرکت بیمه کوثر

(سهامی عام)

تاریخ:

شماره:

پیوست:

۹-۳: بیمه‌گذار موظف است بابت ثبت هر گونه تغییرات درخواستی، الحاقیه‌ی مربوط را جهت بررسی و تأیید از بیمه‌گر دریافت و رسید آن را تحویل نماید.

۱۰-۳: هر گونه تغییر در لیست بیمه‌شدگان و سایر شرایط صرفاً با نامه کتبی از سوی نماینده یا کارگزار امکان پذیر نمی‌باشد و دریافت نامه بیمه‌گذار نیز الزامی خواهد بود.

۱۱-۳: در صورت فوت بیمه‌شده اصلی (سرپرست)، بیمه‌گذار می‌تواند به شرط پذیرفتن کلیه عواقب حقوقی موضوع، صرفاً همسر بیمه شده متوفی را به عنوان سرپرست به بیمه‌گر معرفی نماید و پوشش بیمه‌ای افراد تحت پوشش، مشروط به پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار صرفاً تا پایان مدت بیمه‌نامه ادامه خواهد داشت.

تبصره ۹: در صورت عدم تحت پوشش بودن همسر، جایگزینی سایر افراد به عنوان سرپرست امکان پذیر نمی‌باشد.

۱۲-۳: در تمدید کوتاه مدت بیمه‌نامه به هر دلیل، افزایش و کاهش بیمه‌شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد و فوت امکان پذیر نمی‌باشد.

ماده ۴- شرایط پرداخت حق بیمه

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه مندرج در بیمه‌نامه را با توجه به تعداد بیمه‌شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا دهم همان ماه به حساب جاری ۴۴۲۷۸۲۴۶۹۴ بانک ملت شعبه مطهری (کد ۶۰۳۱) به نام شرکت بیمه کوثر واریز نماید.

۱-۴: بیمه‌گذار متعهد می‌گردد جهت ارائه خدمات به بیمه‌شدگان محترم از سوی بیمه‌گر قسط اول حق بیمه صادره را در ابتدای تاریخ شروع بیمه‌نامه در وجه شرکت بیمه کوثر به صورت علی‌الحساب واریز نماید.

۲-۴: حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های با جمعیت کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال تمام می‌باشد. بیمه‌گر می‌تواند بیمه‌شدگان ۶۱ سال تا ۷۰ سال تمام را با ۳۰ درصد و افراد بالای ۷۱ سال را با ۴۵ درصد افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد.

۳-۴: در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، حداقل اضافه نرخ برای افراد بازنشسته بین ۶۱ تا ۷۰ سال تمام، ۳۰ درصد و برای افراد بازنشسته بالای ۷۱ سال، ۴۵ درصد حق بیمه اضافه محاسبه می‌گردد.

۴-۴: در صورت تعدیل نرخ مالیات بر ارزش افزوده و عوارض شهرداری از سوی سازمان امور مالیاتی کشور، می‌بایست میزان مالیات و عوارض حق بیمه مربوط به آن دوره زمانی به نسبت تغییرات به بیمه‌گر پرداخت گردد.

۵-۴: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه‌شدگان (افزایش - کاهش) که به وسیله الحاقیه تعیین می‌گردد می‌بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه‌شدگان در ماه‌های آتی حداکثر تا دهم ماه بعد تسویه شود.

ماده ۵- تعلیق بیمه‌نامه

مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می‌باشد؛ در صورت عدم پرداخت حق بیمه تا یک ماه پس از سررسید، بیمه‌نامه بلافاصله با صدور الحاقیه به حالت تعلیق در می‌آید و بیمه‌گر در زمان تعلیق تعهدی نسبت به جبران خسارت ندارد. حق بیمه دین مسلم بیمه‌گذار بوده و به محض پرداخت حق بیمه‌های معوق بیمه‌نامه با صدور الحاقیه رفع تعلیق مجدداً به حالت اول در خواهد آمد. پس از پرداخت حق بیمه، ارائه خدمات از زمان تعلیق تا پایان بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.



فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گر

ماده ۶- حدود تعهدات

بیمه‌گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه‌گزار، در صورت وقوع هر یک از خطرات مشمول بیمه، پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، هزینه‌های موضوع بیمه به شرح جدول تعهدات پیوست در بیمه‌نامه (با رعایت ضوابط و مقررات آیین‌نامه ۹۹ بیمه مرکزی) را در وجه بیمه‌گزار یا به شرح توافق شده در بیمه‌نامه پرداخت نماید.

تبصره ۱: تعهدات این بیمه‌نامه برای معالجاتی است که تاریخ شروع آنها در صورت‌حساب بیمار، مربوط به مدت تعیین شده در بیمه‌نامه باشد، لازم به ذکر است خسارت‌های درمانی مربوط به ادامه معالجات حوادثی که قبل از تاریخ شروع پوشش این بیمه‌نامه برای بیمه‌شده اتفاق افتاده باشد در تعهد نمی‌باشد.

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

۶-۱: زایمان (اعم از طبیعی و سزارین)

دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه می‌باشد.

تبصره ۲: چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

تبصره ۳: هزینه زایمان سزارین‌های درخواستی (به درخواست بیمار) در تعهد نمی‌باشد.

۶-۲: بیماری‌های مزمن

شامل انواع فتق، جراحی‌های لوزه، انواع جراحی‌های پروستات، بیماری‌های مزمن تیروئید، استرابیسم، افتادگی پلک، کاتاراکت، واریکوسل، سیستوسل، رکتوسل، آنتروسل، میومکتومی، جراحی‌های مربوط به فیبروم و پولیپ رحمی و آندومتریوز، جراحی‌های مربوط به دیسک ستون فقرات، جراحی‌های مربوط به انحراف بینی، پولیپ بینی و سینوزیت، جراحی‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم، هزینه‌های مربوط به درمان نازائی و ناباروری (شامل داروهای اختصاصی و اعمال مرتبط)، جراحی‌های مربوط به درمان چاقی (مانند جراحی‌های محدودسازی حجم معده)، کلیه جراحی‌های مربوط به پیوند اعضا طبیعی بدن، جراحی و مداخلات مربوط به درمان واریس و عروق عمقی اندام‌ها، ماموپلاستی کاهنده، ناهنجاری‌های اسکلتی و ستون فقرات، کلیه جراحی‌های مربوط به درمان ناهنجاری‌های مادرزادی که بنا به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر دارای جنبه درمانی می‌باشد، بیماری‌های مزمن قلبی مانند جراحی‌های مربوط به تعویض دریچه (کارگذاری پیس‌میکر دائم)، کاشت حلزون شنوایی و یا کارگذاری V.T (لوله تهویه گوش) و هر نوع بیماری که منشاء وقوع آن مربوط به قبل از شروع بیمه‌نامه می‌باشد، که مدت آن ۳ ماه می‌باشد.

تبصره ۴: چنانچه تعداد بیمه شدگان بیشتر از ۱۰۰۰ نفر باشد، دوره انتظار پوشش بیماری‌های مزمن اعمال نخواهد شد.

تبصره ۵: در صورتی که بیمه‌نامه فاقد دوره انتظار باشد، چنانچه با ارسال لیست بیمه‌شدگان سال گذشته، مشخص گردد بیمه‌شدگانی به اختیار در سال گذشته تحت پوشش بیمه قرار نگرفته‌اند (عدم ثبت در لیست سال گذشته) و صرفاً در سال جاری درخواست بیمه تکمیلی دارند (همچنین در خصوص کارکنان جدیدالاستخدام)، دوره انتظار اعمال خواهد شد. به عبارت دیگر، کارکنانی که فاقد پوشش بیمه تکمیل درمان به صورت مستمر باشند، مشمول دوره انتظار خواهند شد.



ماده ۷- فرانشیز

- ۷-۱: فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۱۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.
- ۷-۲: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- ۷-۳: در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۸- بیمه‌شدگان موظفند قبل از بستری و انجام اعمال جراحی ذیل با ارائه دستور پزشک معالج، توسط پزشک معتمد بیمه‌گر معاینه گردند:

- ۱- رفع عیوب انکساری چشم مانند لیزیک، لازاک و PRK (مراجعه به اپتومتریست‌های معتمد)
- ۲- استرابیسم جهت افراد بالای ۶ سال (مراجعه به پزشکان معتمد عمومی)
- ۳- سپتوپلاستی (انحراف بینی) بیمار (با در دست داشتن ارائه گرافی و یا جواب سی تی اسکن، مراجعه به پزشکان عمومی معتمد)
- ۴- اعمال جراحی مربوط به رباط صلیبی زانو (با در دست داشتن جواب MRI، مراجعه به پزشکان معتمد عمومی)
- ۵- اعمال جراحی مرتبط با انحراف زانو و ساق پا (ژنوواروم و استئوتومی تیبیا) (مراجعه به پزشکان معتمد عمومی)
- ۶- اعمال جراحی‌های انواع فتق‌های شکمی و نافی (با در دست داشتن سونوگرافی مربوطه، مراجعه به پزشکان معتمد عمومی)
- ۷- اعمال جراحی مرتبط با درمان چاقی مفرط (اسلیو و بای پس و ...) (مراجعه به پزشکان معتمد عمومی)
- ۸- اعمال جراحی مرتبط با اسکولیوز، کیفوز (انحراف ستون فقرات)، اسپوندیلولیستریس (سر خوردگی مهره) (با در دست داشتن جواب MRI، مراجعه به پزشکان معتمد عمومی)
- ۹- اعمال جراحی ماستکتومی کاهنده (با در دست داشتن دستور پزشک متخصص ارتوپد مراجعه به پزشکان متخصص زنان)
- ۱۰- همچنین کلیه بیماری‌هایی که جنبه درمانی آنها می‌بایست توسط پزشک معتمد بیمه‌گر تأیید گردد.
- ۱۱- همچنین جهت دریافت هزینه‌های دندانپزشکی- عینک مراجعه به دندانپزشکان معتمد - اپتومتریست‌های معتمد الزامیست (در صورت دریافت سهم بیمه پایه و یا تأیید پزشکان معتمد بیمه‌های پایه نیاز به تأیید معتمدین بیمه کوثر نمی‌باشد).

ماده ۹- بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف بیمه‌نامه استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل شود، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

ماده ۱۰- ترتیب بستری شدن بیمه‌شدگان

۱۰-۱: مراکز درمانی غیر طرف قرارداد

- حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را از طریق بیمه‌گزار به بیمه‌گر اطلاع دهند.



- کلیه هزینه‌های بیمارستانی توسط بیمه‌شده تأمین گردد.
- مدارک مورد نیاز موضوع ماده ۱۱ را ترجیحاً از طریق نماینده بیمه‌گذار جهت اخذ خسارت درمان برای بیمه‌گر ارسال نمایند.
- لازم است بیمه‌شدگان ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه‌گر اول (سازمان بیمه سلامت، تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح و...) اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و تائیدیه پرداخت بیمه‌گر پایه، از طریق نماینده بیمه‌گذار به بیمه‌گر، هزینه‌های انجام شده را با رعایت ماده ۷ تا سقف مقرر بر اساس مفاد این بیمه‌نامه دریافت نمایند.
- در مواردی که بیمه‌شده از مزایای پوشش بیمه‌ای بیمه‌گر اول استفاده نمی‌نماید، حداقل ۳۰ درصد از خسارت ارزیابی شده به عنوان فرانشیز کسر خواهد شد.

۱۰-۲: مراکز درمانی طرف قرارداد

با توجه به راه اندازی سامانه بر خط با مراکز درمانی طرف قرار داد (اعم از دندانپزشکی، عینک‌سازی، بیمارستانی، آزمایشگاه، تصویربرداری، مراکز جراحی محدود و ...)، جهت مراکز درمانی که با علامت OnLine در سایت بیمه کوثر مشخص شده اند نیاز به دریافت معرفی‌نامه حضوری نبوده و صرفاً با ارائه کارت ملی بیمار، مرکز درمانی اقدام به صدور معرفی‌نامه می‌نماید.

ماده ۱۱ - مدارک لازم جهت پرداخت خسارت

۱۱-۱: بستری و جراحی بیمارستانی

- اصل صورت‌حساب‌های بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان و صندوق؛
- اصل صورت‌حساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان و صندوق؛
- اصل گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی گزارش اتاق عمل الزامی می‌باشد)؛
- اصل گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور؛
- اصل گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل؛
- اصل قبوض یا ریز آزمایشات، رادیولوژی، سی تی اسکن و ...؛
- اصل نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح مبنی بر استفاده پروتز)؛
- تصویر کارت ملی بیمار.

تبصره ۱: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه‌گر پایه در صورتحساب، مراجعه به بیمه‌گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق ممهور به مهر بیمه‌گر اول، نامه و یا پرینت از سایت بیمه‌گر پایه الزامیست.

تبصره ۲: در مواردی که صورت حساب بیمارستانی فرانشیزی می‌باشد نیازی به ارائه ریز آزمایش دارو، رادیولوژی و ... نمی‌باشد.

تبصره ۳: هزینه‌های خارج از تعهد و خارج از سقف بر عهده بیمه‌شده می‌باشد و در صورت پرداخت این‌گونه هزینه‌ها توسط بیمه‌گر، از تاریخ اعلام کتبی آن به بیمه‌گذار، مبلغ اعلام شده می‌بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت شود.

۱۱-۲: شیمی درمانی در مطب

- گواهی پزشک فوق تخصص انکولوژی مبنی بر نوع شیمی درمانی و مبلغ دریافتی؛
- فاکتور داروهای خریداری شده؛
- جواب پاتولوژی.

تبصره ۴: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه‌گر پایه در صورتحساب، مراجعه به بیمه‌گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق ممهور به مهر بیمه‌گر اول، نامه و پرینت از سایت بیمه‌گر پایه الزامیست.



۱۱-۳: هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی (آندوسکوپی، سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی)

اصل قبض (فاکتور) ممهور به مهر مرکز و صندوق.

۱۱-۴: هزینه آزمایش

اصل قبض آزمایشگاه ممهور به مهر آزمایشگاه.

۱۱-۵: هزینه ویزیت

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

۱۱-۶: هزینه فیزیوتراپی

• اصل قبض (فاکتور) ممهور به مهر مرکز فیزیوتراپی (ذکر تعداد جلسات و اندام‌ها الزامی می‌باشد)؛

• کاردکس جلسات فیزیوتراپی با درج تاریخ و ممهور به مهر مرکز فیزیوتراپی؛

• ارائه رسید پوز تمام جلسات.

۱۱-۷: هزینه دارو

هزینه داروهای قابل پرداخت فقط مربوط به داروهایی می‌باشد که علاوه بر اینکه در لیست داروهای مجاز وزارت بهداشت می‌باشد، در تعهد بیمه‌گر اولیه نیز قرار گرفته باشد. جهت پرداخت هزینه دارو ارائه فاکتور داروخانه به همراه ریز دارو و قیمت الزامی می‌باشد.

تبصره ۵: در مورد داروهای خارجی تجویز شده توسط پزشک معالج متخصص، گواهی پزشک معالج جهت ضرورت و طول دوره مصرف آن در پشت نسخه، یا سرنسخه پزشک معالج مربوطه الزامی می‌باشد (به شرط تعهد در بیمه‌نامه قابل بررسی خواهد بود).

تبصره ۶: جهت دریافت هزینه داروهای تزریقی خاص (MS، شیمی درمانی و ...) ارائه گواهی تزریق با مهر بیمارستان و یا کلینیک معتبر و یا ارائه پرونده بستری بیمار الزامی است.

تبصره ۷: ارائه گواهی تزریق توسط پزشک معالج جهت داروهای تزریقی خاص مانند داروی تزریق داخل مفاصل الزامی است.

۱۱-۸: هزینه اروتز

هزینه وسایل کمک آموزشی، پروتزها و اروتزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شوند بلافاصله بعد از عمل جراحی و با تأیید پزشک متخصص معالج، تأیید پزشک معتمد و به شرط تعهد در بیمه‌نامه، قابل پرداخت می‌باشد.

۱۱-۹: تهیه اعضاء طبیعی بدن

هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه‌گر و سایر مستندات، به شرط تعهد در بیمه‌نامه قابل پرداخت می‌باشد.

۱۱-۱۰: هزینه عینک

۱- اصل قبض (فاکتور) عینک سازی با سر برگ معتبر ممهور به مهر مرکز مربوطه و دارای تأیید اپتومتریست معتمد؛

۲- ارائه رسید دستگاه کارتخوان مرکز درمانی مورد نظر؛

بیمه‌شدگان می‌بایست با در دست داشتن عینک، فاکتور خرید عینک و نیز دستور پزشک برای دریافت تأییدیه به اپتومتریست‌های معتمد معرفی شده در سایت مراجعه نموده و پس از دریافت تأییدیه، به سرپرستی‌های استانی بیمه کوثر مراجعه نمایند. لیست اپتومتریست‌های معتمد را می‌توانید از قسمت مراکز طرف قرارداد دریافت نمایید.



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

۱۱-۱۱: هزینه‌های جراحی مجاز سرپایی، ختنه، لیزر درمانی و ...

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

۱۱-۱۲: رادیوتراپی

۱- دستور پزشک متخصص طب هسته‌ای یا متخصص انکولوژی؛

۲- فاکتور صادر شده توسط مرکز با ذکر تعداد شان‌های مصرفی؛

۳- جواب پاتولوژی.

تبصره ۸: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه‌گر پایه در صورت حساب، مراجعه به بیمه‌گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق ممهور به مهر بیمه‌گر اول، نامه و یا پرینت از سایت بیمه‌گر پایه الزامیست.

۱۱-۱۳: سمعک

۱- دستور پزشک متخصص یا فوق تخصص گوش و حلق و بینی؛

۲- ارائه شنوایی سنجی؛

۳- ارائه فاکتور معتبر از نمایندگی‌های فروش مجاز و دارای مجوز از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با ذکر کامل مشخصات سمعک مورد نظر در فاکتور مربوطه.

تبصره ۹: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه‌گر پایه در صورت حساب، مراجعه به بیمه‌گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق ممهور به مهر بیمه‌گر اول، نامه و یا پرینت از سایت بیمه‌گر پایه الزامیست.

۱۱-۱۴: دندانپزشکی

۱- ارائه ریز خدمات در سرنسخه دندانپزشک دارای مبلغ هر خدمت به صورت جداگانه و ممهور به مهر دندانپزشک؛

۲- ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت طبق دستورالعمل ارائه شده به بیمه‌گذار؛

۳- دریافت تأییدیه از دندانپزشک معتمد جهت خدمات انجام شده در مراکز غیرطرف قرارداد؛

۴- ارائه رسید دستگاه کارخوان.

نکته ۱: بیمه‌شدگان می‌توانند با رعایت موارد ذیل به مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد با بیمه‌گر مراجعه نمایند:

- بیمه‌شدگان می‌بایست پس از اتمام خدمت در مراکز غیر طرف قرارداد دندانپزشکی، با مراجعه به دندانپزشک معتمد بیمه‌گر، تأییدیه انجام کار را دریافت نمایند. در غیر این صورت هزینه انجام شده، قابل پرداخت نمی‌باشد؛
- هزینه‌های انجام کار، در مراکز غیرطرف قرارداد با بیمه‌گر، طبق تعرفه‌های دندانپزشکی اعلام شده از سوی بیمه‌گر، محاسبه و پرداخت می‌گردد؛
- پوشش ایمپلنت و ارتودنسی در صورت درخواست بیمه‌گذار و محاسبه حق بیمه قابل ارائه می‌باشد.

نکته ۲: نسخ صادره از سوی دندانپزشک غیر طرف قرارداد می‌بایست شامل موارد ذیل باشد:

- نام و نام خانوادگی کامل بیمار بدون خط خوردگی؛
- تاریخ انجام خدمت بدون خط خوردگی؛



- توضیح کامل جزئیات و شرح درمان صورت گرفته به همراه مبلغ دریافتی، بدون خط خوردگی؛
- مهر نظام پزشکی و امضاء دندانپزشک ارائه دهنده خدمت؛

تذکر ۱: موارد ذکر شده بالا می‌بایست در سربرگ رسمی دندانپزشک ارائه دهنده خدمت، که شامل آدرس مطب ایشان می‌باشد، ثبت و ذکر گردد.

- ارائه ریز خدمات در سرنسخه دندانپزشک دارای مبلغ هر خدمت به صورت جداگانه و ممهور به مهر دندانپزشک؛
- ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت طبق دستورالعمل ارائه شده به بیمه‌گذار؛
- دریافت تأییدیه از دندانپزشک معتمد جهت خدمات انجام شده در مراکز غیر طرف قرارداد؛
- تصویر کارت ملی؛
- در مواردی که کار صورت گرفته برای بیمار شامل چندین مرحله می‌باشد، باید پس از پایان انجام تمام کارها توسط دندانپزشک، صورت‌حساب و نسخه صادر گردد و لذا در صورتی که کار انجام یافته توسط دندانپزشک ناقص باشد، هزینه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد؛
- در مورد خدمات درمان ریشه دندان (عصب کشی) و جراحی‌های دندان در نسج نرم و سخت ارائه رادیوگرافی (عکس دندان) قبل و بعد از انجام درمان الزامی است؛
- برای جراحی لثه، رادیوگرافی OPG الزامی بوده و این عمل صرفاً می‌بایست توسط متخصص لثه پرودنتیست صورت بگیرد؛
- خدمات فضا نگهدارنده ثابت و متحرک صرفاً توسط متخصصین دندانپزشکی کودکان (اطفال) قابل انجام می‌باشد؛
- هزینه‌های جرم‌گیری و بروساژ کامل هر فک یکبار در سال قابل پرداخت است؛
- تمامی خدمات دندانپزشکی ارائه شده به بیمار در مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد در سیستم مکانیزه ثبت می‌گردد، لذا خدمات تکراری قابل پرداخت نمی‌باشد؛
- تمامی مدارکی که در لیست جدول شرح خدمات و تعرفه‌های دندانپزشکی (پیوستی بیمه‌نامه) جهت دریافت خسارت توسط مراکز طرف قرارداد ذکر گردیده است برای مراکز غیر طرف قرارداد نیز لازم‌الاجرا می‌باشد؛
- حداکثر تا ۵ واحد روکش دندان (از هر نوعی) در هر دوره بیمه‌نامه در تعهد شرکت می‌باشد؛
- بیمه‌شدگان هر پنج سال یکبار مجاز به دریافت هزینه‌های مربوط به دست دندان می‌باشند؛
- در صورت انجام درمان دندانپزشکی و پرداخت سهم بیمه‌گر اول (همچون بیمه مکمل درمان) فرانشیز کسر نمی‌گردد.

❖ استثنائات دندانپزشکی

- عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد بیمه‌نامه مشخص بوده و بیمه‌گذار از آن مطلع شده باشد؛
- خدمات تکراری قابل پرداخت نمی‌باشد.

نکته ۳: دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج و یا ارائه کپی جواب خدمت مورد نظر جهت کلیه اسناد فاقد سهم بیمه پایه الزامی است.

نکته ۴: بیمه شده موظف است بنا به تشخیص بیمه‌گر در هر زمانی، نسبت به ارائه مدارک و مستندات مازاد بر موارد مندرج در ماده ۱۱ جهت دریافت هزینه درمانی و یا صدور معرفی‌نامه اقدام نماید.

نکته ۵: ارائه کارت ملی در هنگام صدور معرفی‌نامه و یا پرداخت هزینه‌هایی که فاقد سهم بیمه‌گر پایه می‌باشد، الزامی است.





شرکت بیمه کوثر

(سهامی عام)

تاریخ:

شماره:

پیوست:

نکته ۶: پرداخت هزینه درمانی بر اساس مصوبات هیئت محترم وزیران، کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، کمیته ۵ نفره استانی و سندیکای بیمه‌گران صورت خواهد پذیرفت.

ماده ۱۲- فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) بر اساس نظر وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می‌گردد.

ماده ۱۳- تعهد بیمه‌گر در مورد تصادفات

۱۳-۱: چنانچه بیمه‌شده مقصر حادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد، هزینه‌های درمانی نامبرده غیر قابل پرداخت می‌باشد.

۱۳-۲: در مورد حادثه تصادف با وسایل نقلیه چنانچه بیمه‌شده مقصر حادثه دارای گواهینامه معتبر باشد با ارائه مدارک مورد نیاز از جمله گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، هزینه‌های درمانی طبق مفاد بیمه‌نامه بررسی و پرداخت می‌شود.

۱۳-۳: چنانچه بیمه‌شده، زیان دیده باشد هزینه‌های درمان وی می‌بایست از طریق مقصر حادثه جبران گردد.

ماده ۱۴- تعهد بیمه‌گر در مورد حادثه

در خصوص هزینه‌های درمانی ناشی از وقوع حوادث حین کار، گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی می‌باشد.

ماده ۱۵- بیمه‌گر نسبت به موارد زیر هیچ‌گونه تعهدی نخواهد داشت:

هزینه‌های اعلام شده در ماده ۱۴ استثنائات شرایط عمومی بیمه مازاد درمان گروهی که به پیوست ضمیمه می‌باشد.

ماده ۱۶- مهلت تحویل مدارک درمانی

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

ماده ۱۷- مهلت پرداخت هزینه‌های درمانی

بیمه‌گر موظف است حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت نماید. همچنین با مراجعه به پورتال بیمه کوثر به نشانی www.kins.ir کوثر من/ بیمه درمان/ استعلام درمان سپس وارد کردن کد ملی و شماره تماس، می‌توان رمز موقت جهت ورود به سامانه را دریافت و از وضعیت عضویت، سقف تعهدات و نوع پوشش بیمه تکمیل درمان و نیز خسارت‌های پرداخت شده و معرفی‌نامه‌های صادر شده خود مطلع شود.

ضمناً با ارسال پیامک حاوی "**کد ملی ده رقمی *۱**" (به‌طور مثال ۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰*۱) به شماره پیامک "۰۲۱۸۹۳۸۲" می‌توان از وضعیت عضویت درمان و تاریخ شروع و پایان قرارداد مطلع شد.

ماده ۱۸- نحوه معرفی نماینده از سوی بیمه‌گذار

بیمه‌گذار موظف است قبل از شروع بیمه‌نامه، نماینده سازمان خود را طی نامه رسمی و با ذکر مشخصات کامل و شماره تماس به بیمه‌گر معرفی نماید، این نماینده رابط بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه‌گذار و بیمه‌شده را بر عهده دارد. بدین ترتیب



☎ ۰۲۱) ۸۹۳۸۲

📠 ۰۲۱) ۸۸۶۷۰۷۹۲

www.kins.ir

📍 بزرگراه شهید سلیمانی غرب به شرق، بعد از پل سیدخندان، پلاک ۱۳۲۴



شرکت بیمه کوثر

(سهامی عام)

تاریخ:

شماره:

پیوست:

بیمه‌شدگان می‌بایست امور درمانی خود را در قالب این بیمه‌نامه به کمک ایشان انجام دهند و حتی‌الامکان از مراجعه مستقیم به بیمه‌گر خودداری نمایند.

ماده ۱۹- مهلت اعتراض

چنانچه بیمه‌گزار و یا بیمه شده در خصوص خسارت پرداخت شده با اشکالی مواجه باشند می‌توانند ظرف مدت ۱ ماه از تاریخ پرداخت خسارت مراتب را از طریق نماینده بیمه‌گزار به صورت مکتوب به بیمه‌گر اعلام نمایند، در غیر این صورت خسارت پرداخت شده قطعی تلقی خواهد شد.

ماده ۲۰- حق تحقیق

به‌منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه‌شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه‌گر محفوظ می‌باشد.

ماده ۲۱- حل اختلاف نظر

در صورت بروز هر گونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای بیمه‌نامه، موضوع حتی‌الامکان از طریق مذاکرات فی‌مابین حل‌وفصل خواهد شد در غیر این صورت رأی مراجع ذیصلاح نافذ می‌باشد.

ماده ۲۲- مدت بیمه

مدت این بیمه‌نامه یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر تاریخ شروع بیمه‌نامه آغاز و در ساعت صفر تاریخ انقضاء بیمه‌نامه خاتمه می‌یابد.

ماده ۲۳- شرایط تمدید بیمه‌نامه

تمدید بیمه‌نامه برای سال‌های بعد با توافق بیمه‌گر و بیمه‌گزار انجام خواهد شد.

ماده ۲۴- موارد ذکر نشده در شرایط خصوصی

در کلیه مواردی که در این بیمه‌نامه ذکر از آنها به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی پیوست که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد بر طبق قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد.

ماده ۲۵- سایر شرایط

- ۲۵-۱: در صورتی‌که در طول مدت بیمه‌نامه هرگونه تخلفی از سوی بیمه‌شده صورت پذیرفته شود، که پس از بررسی تخلف آن بیمه‌شده تائید گردد، می‌بایست تمام خسارت پرداخت شده به شرکت بیمه‌گر عودت گردد و همچنین بیمه‌شده به همراه کلیه اعضای خانواده از پوشش بیمه مازاد درمان گروهی حذف گردیده و بیمه‌گزار متعهد می‌گردد کلیه حق بیمه‌های باقی مانده تا پایان بیمه‌نامه را پرداخت نماید.
- ۲۵-۲: هرگونه تغییری در شرایط بیمه‌نامه با توافق طرفین و به‌وسیله صدور الحاقیه که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد انجام خواهد پذیرفت.
- ۲۵-۳: تعداد کل نفرات بیمه‌شدگان (لیست اولیه درمان) و حق بیمه متعلقه پس از اعلام رسمی بیمه‌گزار، به وسیله الحاقیه از سوی بیمه‌گر اعلام می‌گردد.





شرکت بیمه کوثر

(سهامی عام)

تاریخ:

شماره:

پیوست:

۴-۲۵: 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 توسط مراکز درمانی طرف قرارداد این شرکت اقدام نموده است. 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 گر

شرکت بیمه کوثر

کد اقتصادی: ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۳۹۳

مهر و امضاء بیمه گذار

سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران

کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۹۸۳۷۱۴۸

شرایط عمومی بیمه نامه درمان گروهی

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس بیمه نامه

این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه گر و بیمه گزار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این سند صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده اند:

۱- **بیمه گر:** مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است.

۲- **بیمه گر پایه:** سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

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

۴- گروه بیمه شدگان:

۴-۱: کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گزار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.

تبصره ۱: بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را به طور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲: حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه گزار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره ۳: بیمه گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه می تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

تبصره ۴: ارائه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه گر بلامانع می باشد.

۴-۲: ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه ها (از قبیل اصناف، اتحادیه ها و انجمن ها) به این شرط مجاز است که بیمه گزار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به طور همزمان بیمه شوند.

۵- **موضوع بیمه:** جبران هزینه های پوشش های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

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

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

۸- **Day Care:** به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

۹- **حق بیمه:** وجهی است که بیمه گزار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد.



۱۰- حق بیمه شناور: وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه نامه توسط بیمه گر برآورد می شود و میزان قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه گزار اعلام می گردد.

۱۱- دوره انتظار: دوره ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

۱۲- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.

۱۳- فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گزار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این سند تعیین می شود.

۱۴- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

۱۵- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یک سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می گردد.

فصل دوم: پوشش های قابل ارائه

ماده ۳- پوشش های قابل ارائه عبارت است از:

الف- پوشش های اصلی:

۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

تبصره ۱: سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندیکای بیمه گران ایران و تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران قابل پوشش است.

۲- هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.

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

ب- پوشش های اضافی:

بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد زیر را حسب توافق با بیمه گزار تحت پوشش قرار دهد:

۱- افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش های اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.

تبصره ۲: هزینه های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقی مانده آن از محل سقف تعهدات پوشش های اصلی پرداخت می شود.

۲- جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۳: دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.

تبصره ۴: چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

۳- جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.



۴- هزینه های پاراکلینیکی:

۴-۱- جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۲- جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۳- جبران هزینه انواع خدمات آزمایش‌های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آلرژیک در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۴- جبران هزینه تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۵- جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۶- جبران هزینه‌های بستری جهت درمان بیماری‌های روان‌پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۵: هزینه نگهداری بیماران روان‌پریش تحت پوشش نمی‌باشد.

تبصره ۶: تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۴-۱ تا ۴-۵ برای هر بیمه‌شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.

۵- جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.

۶- جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان‌پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

تبصره ۷: هزینه‌های دندان‌پزشکی تا زمانی که تعرفه‌ای در این خصوص توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه‌ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و ابلاغ می‌شود.

۷- جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم‌پزشک و یا اپتومتریست حداکثر تا ۲ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۸- جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر چشم بیمه‌شده.



- ۹- جبران هزینه مربوط به خرید سمک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- ۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوترابی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- تبصره ۸:** فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می‌شود.
- ۱۱- هزینه تهیه اوروتر که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- تبصره ۹:** سندیکای بیمه‌گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اوروتر را سالیانه تنظیم و ابلاغ می‌کند.
- ۱۲- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- ماده ۴-** حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه موضوع ماده ۳، باید توسط بیمه‌گر در بیمه‌نامه درج شود.
- ماده ۵-** در صورتی که تعهدات پوشش‌های اصلی نامحدود باشد، سقف تعهدات مربوط به پوشش‌های اضافی نیز می‌تواند نامحدود در نظر گرفته شود.
- ماده ۶-** تعهد پوشش‌های اضافی مربوط به بند ب ماده ۳، مازاد بر سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه است.

فصل سوم: شرایط

ماده ۷- اصل حسن نیت

بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه‌نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ماده ۸- فرانشیز

- ۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.
- بیمه‌گر می‌تواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین‌نامه شماره ۹۴ مصوب شورای عالی بیمه و مکمل‌های آن و دریافت حق بیمه اضافی، فرانشیز را کاهش دهد.
- ۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- ۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه‌التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.





شرکت بیمه کوثر

(سهامی عام)

تاریخ:

شماره:

پیوست:

ماده ۹- پرداخت حق بیمه

بیمه‌گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.

ماده ۱۰- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

ماده ۱۱- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی - درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

ماده ۱۲- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی - درمانی را براساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۱۳- چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود، بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۴- استثنائات

هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر نیست:

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴- ترک اعتیاد.
- ۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
- ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
- ۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته‌ای.
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۱۲- هزینه‌های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
- ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
- ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
- 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 کمتر از ۳ دیوپتر باشد.



☎ ۰۲۱) ۸۹۳۸۲

📠 ۰۲۱) ۸۸۶۷۰۷۹۲

www.kins.ir

📍 بزرگراه شهید سلیمانی غرب به شرق، بعد از پل سیدخندان، پلاک ۱۳۲۴

۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است، تبصره ۱: بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۱۵- بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. 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 معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل شود، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

ماده ۱۶- در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۷- چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۸- حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۹- در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه‌شدگان وابسته وی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۲۰- هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره ۱: میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.





شرکت بیمه کوثر

(سهامی عام)

تاریخ:

شماره:

پیوست:

ماده ۲۱- فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گزار می توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

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

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گزار:

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتنوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه گزار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

ج- نحوه فسخ:

- ۱- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گزار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه گزار فسخ شده تلقی می گردد.
- ۲- بیمه گزار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

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

ماده ۲۲- بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۲۳- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گزار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۲۴- ارجاع به داوری

بیمه گر یا بیمه گزار می توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی داوری می کنند. هر یک



از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

فصل چهارم: سایر مقررات

ماده ۲۵- بیمه گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می تواند بیمه نامه درمان خانواده و یا بیمه نامه برای مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، ارائه نماید:

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش نامه سلامتی ارائه شده توسط بیمه گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می شود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه گر می تواند با توجه به پاسخ های مندرج در پرسش نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

تبصره ۱: بیمه گر می تواند مشروط به اخذ پرسش نامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

ماده ۲۶- بیمه مرکزی ج.ا.ایران می تواند با ارائه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی ذکر نشده است و همچنین ارائه پوشش بیمه به گروه هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می شوند، موافقت کند.

ماده ۲۷- بیمه گر مجاز به ارائه پوشش خارج از موارد پیش بینی شده در آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی و یا مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی ج.ا.ایران تحت عناوینی از قبیل صندوق تکمله درمان و عناوین مشابه نمی باشد.

ماده ۲۸- مؤسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا.ایران ابلاغ خواهد شد می تواند بیمه نامه با حق بیمه شناور صادر نماید.

ماده ۲۹- دستورالعمل نحوه رسیدگی به اسناد هزینه های تشخیصی - درمانی و الکترونیکی کردن تبادل اطلاعات مربوط به ارزیابی و رسیدگی به اسناد هزینه های موضوع آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی حداکثر ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این آیین نامه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و پس از تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران به مؤسسات بیمه ابلاغ خواهد شد.

مهر و امضاء بیمه گذار

سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران

کد اقتصادی: ۴۱۱۱۹۸۳۷۱۴۸

مهر و امضاء بیمه گر

شرکت بیمه کوثر

کد اقتصادی: ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۳۹۳

