

## قرارداد بیمه مازاد درمان گروهی

|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| شماره قرارداد: 1403/1510/428                                                                | تاریخ صدور: 1403/04/11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| واحد صدور: شعبه مرکزی تهران - غرب کد 113                                                    | معرف: کارگزاری ارژن کد 41019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| مدت اعتبار قرارداد 365 روز می باشد که از 1403/02/31 شروع و در روز 1404/02/31 خاتمه می یابد. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| مشخصات بیمه گر                                                                              | بیمه گر: شرکت بیمه کوثر<br>به نشانی: تهران - میدان آرژانتین - ابتدای خیابان الوند - پلاک 24<br>تلفن: 021-89382                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| مشخصات بیمه گذار                                                                            | بیمه گذار: سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران<br>به نشانی: تهران، خیابان فلسطین، بعد از بزرگمهر، کوچه شمشاد، پلاک 5<br>تلفن: 61061000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| حق بیمه                                                                                     | تعداد بیمه شدگان: طی الحاقیه<br>حق بیمه ماهانه به ازای هر بیمه شده در طول مدت بیمه نامه طرح طلایی: 12.940.000 ریال<br>حق بیمه ماهانه به ازای هر بیمه شده در طول مدت بیمه نامه طرح نقره ای: 11.780.000 ریال<br>حق بیمه ماهانه به ازای هر بیمه شده در طول مدت بیمه نامه طرح برنزی: 7.580.000 ریال<br>بیمه گر می تواند بیمه شدگان 61 سال تا 70 سال را با 30 درصد و افراد بالای 71 سال را با 45 درصد افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد.<br>بیمه شدگان اصلی می توانند صرفاً در ابتدای قرارداد (لیست اولیه) والدین غیر تحت تکفل خود را با حداقل 30٪ اضافه نرخ تحت پوشش قراردهند.<br>حق بیمه علی الحساب سالیانه: طی الحاقیه<br>روش پرداخت حق بیمه: اقساط ماهانه |

| ردیف | جدول سقف تعهدات مازاد بیمه درمانی کارکنان و افراد تحت پوشش سال 1403-1404                                                                                                                                                            | طرح طلایی   | طرح نقره ای   | طرح برنزی     | فرانشیز |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|---------------|---------|
| 1    | 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            | بدون سقف    | 2.500.000.000 | 1.500.000.000 | 10%     |
| 2    | 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 کمتر از 10 سال یا بیشتر از 70 سال | بدون سقف    | 2.500.000.000 | 1.500.000.000 | 10%     |
| 3    | جبران هزینه زایمان طبیعی، سزارین                                                                                                                                                                                                    | 200.000.000 | 150.000.000   | 80.000.000    | 10%     |
| 4    | جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، GIFT، ZIFT، میکرواینجکشن و IVF                                                                                                                                     | 200.000.000 | 150.000.000   | 80.000.000    | 10%     |



محل مهر

|     |             |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |
|-----|-------------|-------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 10% | 250.000.000 | 500.000.000 | 650.000.000 | <p>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</p> <p>جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس‌میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی 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)</p> <p>جبران هزینه - اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی</p> <p>جبران هزینه انواع خدمات آزمایش‌های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آلرژیک (به استثنای چکاپ)</p> <p>جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST) کاردرمانی (OT)</p> <p>جبران هزینه تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین</p> | 5 |
| 10% | 15.000.000  | 25.000.000  | 35.000.000  | <p>جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی با تجویز چشم‌پزشک و یا اپتومتریست</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 6 |
| 10% | 8.000.000   | 20.000.000  | 30.000.000  | <p>جبران هزینه مربوط به خرید سمعک</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 7 |
| 10% | 80.000.000  | 110.000.000 | 150.000.000 | <p>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 3 دیوپتر یا بیشتر باشد. (برای دو چشم)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 8 |
| 10% | 30.000.000  | 60.000.000  | 100.000.000 | <p>جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به همراه ایمپلنت و ارتودنسی)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 9 |



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

|    |                                                                                                                                                                                             |                         |                         |                         |     |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----|
| 10 | جبران هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری                                                              | 80.000.000              | 50.000.000              | 20.000.000              | %10 |
| 11 | هزینه تهیه اورتز بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر                                                                                                   | 60.000.000              | 50.000.000              | 30.000.000              | %10 |
| 12 | جبران هزینه تهیه اعضا طبیعی بدن                                                                                                                                                             | 2.000.000.000           | 2.000.000.000           | 500.000.000             | %10 |
| 13 | 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. داخلی شهری: بین شهری: | 5.000.000<br>10.000.000 | 5.000.000<br>10.000.000 | 5.000.000<br>10.000.000 | %10 |

\* چنانچه ضریب خسارت بیمه نامه از 80٪ افزایش یابد حق بیمه نیز افزایش می یابد.

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

مهر و امضاء بیمه گذار

شرکت بیمه کوثر

کد اقتصادی بیمه گر: 411373871393



مهر و امضاء بیمه گذار

سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران

کد اقتصادی بیمه گذار: 411119837148



سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران



### بیمه نامه درمان گروهی

این قرارداد فی مابین "شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)"، سرپرستی استان تهران غرب به نشانی: تهران، خیابان آزادی به سمت میدان انقلاب، بعد از تقاطع اسکندری، خیابان اوستا، نبش تقاطع کلهر، پلاک 23 تلفن: 021-89382 و "سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران" به نشانی "تهران، خیابان فلسطین، بعد از بزرگمهر، کوچه شمشاد، پلاک 5" تلفن: 61061000 که در این قرارداد اختصاراً به ترتیب "بیمه گر" و "بیمه گذار" نامیده می شود بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال 1316 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 1- 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 2- گروه بیمه شدگان:

عبارتند از کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی تمام وقت بیمه گزار و اعضای سازمان به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان که از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی می شوند.

تبصره یک: کارکنان فصلی، موقت و دارای قرارداد کوتاه مدت با بیمه گذار، تحت پوشش بیمه قرار نمی گیرند. چنانچه حق بیمه کل متعلقه کارکنان مذکور در تبصره 1 ماده 2 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.

1-2: حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه گذار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

2-2: پوشش همزمان بیمه شده، همسر و فرزندان وی در یک بیمه نامه و طرح الزامی است.

تبصره دو: بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای 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. 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.





3-1: 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 شبا و تلفن همراه سرپرست، کد کارگاهی بیمه تامین اجتماعی و ... و برای اتباع خارجی، کد اقامت و پروانه کار الزامی می باشد. 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 گزار درج شده باشد.

تبصره یک: اکسل لیست اولیه بیمه شدگان از طریق پورتال بیمه کوثر به نشانی (kins.ir) - بیمه درمان قابل استفاده و بهره برداری می باشد.

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

3-2: 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 30 روز، مغایرت احتمالی را از طریق نامه کتبی به بیمه گر اعلام نماید.

تبصره سه: 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 چهار: کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه درج نشده باشد باستاند 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 پنج: 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.

3-2: 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 گذار حداکثر ظرف یک ماه پس از احراز کفالت) تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبرداران 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.

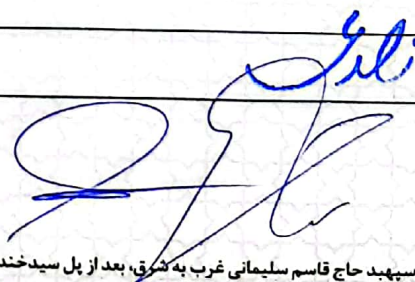
3-3: نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گزار لیست آنان را حداکثر تا یک ماه پس از تاریخ تولد به بیمه گر اعلام نماید در غیر اینصورت، به بیمه نامه سال بعد موکول می گردند.

تبصره یک: صرفاً "در شرایطی که نوزاد تازه متولد شده نیاز به بستری دارد و امکان دسترسی به نامه بیمه گذار 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 ماهه ای تحت پوشش توسط بیمه گزار قطعی خواهد بود.

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

تبصره سه: 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.

3-4: 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 موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گزار و از ابتدای ماه بعد از تاریخ وصول نامه بیمه گزار خواهد بود.

5- 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 ماههای باقیمانده از بیمه نامه برگشت داده نخواهد شد و بیمه گزار موظف به پرداخت حق بیمه ایشان تا پایان بیمه نامه خواهد بود.

3-6: در ماه پایانی بیمه نامه امکان افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد و فوت امکان پذیر نمی باشد.

3-7: بیمه گزار موظف است بابت ارسال هرگونه مکاتبه با بیمه گر (از جمله اعلام لیست اولیه، افزایش، کاهش و سایر موارد)، رسید دریافت نماید.

3-8: بیمه گزار موظف است بابت ثبت هرگونه تغییرات درخواستی، الحاقیه ی مربوط را جهت بررسی و تأیید از بیمه گر دریافت و رسید آن را تحویل نماید.

3-9: هرگونه تغییر در لیست بیمه شدگان و سایر شرایط صرفاً با نامه کتبی از سوی نماینده یا کارگزار امکان پذیر نمی باشد و دریافت نامه بیمه گزار نیز الزامی خواهد بود.

3-10: در صورت فوت بیمه شده اصلی (سرپرست)، بیمه گزار می تواند به شرط پذیرفتن کلیه عواقب حقوقی موضوع، صرفاً همسر بیمه شده متوفی را به عنوان سرپرست به بیمه گر معرفی نماید و پوشش بیمه ای افراد تحت پوشش، مشروط به پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار صرفاً تا پایان مدت بیمه نامه ادامه خواهد داشت.

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

3-11: در تمدید کوتاه مدت بیمه نامه به هر دلیل، افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد و فوت امکان پذیر نمی باشد.

#### ماده 4- شرایط پرداخت حق بیمه:

بیمه گزار مکلف است حق بیمه مندرج در بیمه نامه را با توجه به تعداد بیمه شدگان در ابتدای هر ماه حداکثر تا دهم همان ماه به حساب جاری 4427824694 بانک ملت شعبه مطهری (کد 6031) بنام شرکت بیمه کوثر واریز نماید.

4-1: بیمه گزار متعهد می گردد جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان محترم از سوی بیمه گر قسط اول حق بیمه صادره را حداکثر 30 روز پس از شروع بیمه نامه در وجه شرکت بیمه کوثر به صورت علی الحساب واریز نماید.

4-2: حداکثر سن بیمه شده در گروه های با جمعیت کمتر از 1000 نفر، 60 سال تمام می باشد. بیمه گر می تواند بیمه شدگان 61 سال تا 70 سال تمام را با 30 درصد و افراد بالای 71 سال را با 45 درصد افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد.

4-3: در گروه های کمتر از 1000 نفر، حداقل اضافه نرخ برای افراد بازنشسته بین 61 تا 70 سال تمام 30 درصد و برای افراد بازنشسته بالای 71 سال 45 درصد حق بیمه اضافه محاسبه می گردد.

4-4: در صورت تعدیل نرخ مالیات بر ارزش افزوده و عوارض شهرداری از سوی سازمان امور مالیاتی کشور، می بایست میزان مالیات و عوارض حق بیمه مربوط به آن دوره زمانی به نسبت تغییرات به بیمه گر پرداخت گردد.

4-5: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش - کاهش) که بوسیله الحاقیه تعیین میگردد میبایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماههای آتی حداکثر تا دهم ماه بعد تسویه شود.

#### ماده 5- تعلیق بیمه نامه:

محل مهر "ادارای اعتبار":



بزرگراه شهید سپهبد حاج قاسم سلیمانی غرب به شرق بعد از پل سیدخندان  
پلاک ۱۳۲۴

مهلت پرداخت حق بیمه قطعی می باشد در صورت عدم پرداخت حق بیمه تا یک ماه پس از سررسید، بیمه نامه بلافاصله با صدور الحاقیه به حالت تعلیق در می آید و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی نسبت به جبران خسارت ندارد بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق بیمه نامه با صدور الحاقیه رفع تعلیق، مجدداً به حالت اول در خواهد آمد.

تبصره: در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه در سررسیدهای مقرر، بیمه گر هیچ گونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت به بیمه گزار و یا بیمه شده ندارد.

### فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

#### ماده 6- حدود تعهدات:

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گزار، در صورت وقوع هر یک از خطرات مشمول بیمه، پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، هزینه های موضوع بیمه به شرح جدول تعهدات پیوست، در بیمه نامه (با رعایت ضوابط و مقررات آئین نامه 99 بیمه مرکزی) را در وجه بیمه گزار یا به شرح توافق شده در بیمه نامه پرداخت نماید.

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

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.

#### 6-1: زایمان (اعم از طبیعی و سزارین)

دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان 9 ماه می باشد.

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

تبصره: هزینه زایمان سزارین های درخواستی (به درخواست بیمار) در تعهد نمی باشد.

#### 6-2: بیماری های مزمن.

شامل انواع فتق، جراحی های لوزه، انواع جراحی های پروستات، بیماری های مزمن تیروئید، استرابیسم، افتادگی پلک، کاتاراکت، واریکوسل، سیستوسل، رکتوسل، آنتروسل، میومکتومی، جراحی های مربوط به فیبروم و پولیپ رحمی و آندومتریوز، جراحی های مربوط به دیسک ستون فقرات، جراحی های مربوط به انحراف بینی، پولیپ بینی و سینوزیت، جراحی های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم، هزینه های مربوط به درمان نازائی و ناباروری (شامل داروهای اختصاصی و اعمال مرتبط)، جراحی های مربوط به درمان چاقی (مانند جراحی های محدودسازی حجم معده)، کلیه جراحی های مربوط به پیوند اعضاء طبیعی بدن، جراحی و مداخلات مربوط به درمان واریس و عروق عدتی اندامها، ماموپلاستی کاهنده، ناهنجاری های اسکلتی و ستون فقرات، کلیه جراحی های مربوط به درمان ناهنجاری های مادرزادی که نیاز به تشخیص پزشک معتمد

محل مهر "دارای اعتبار"



بزرگراه شهید سبهد حاج قاسم سلیمانی غرب به شرق بعد از پل سید خندان  
پلاک ۱۳۲۴

بیمه گر دارای جنبه درمانی می باشد، بیماری های مزمن قلبی (مانند جراحی های مربوط به تعویض دریچه (کارگذاری پیس میکر 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 بیمه نامه می باشد، که مدت آن 3 ماه می باشد.

تبصره یک: چنانچه تعداد بیمه شدگان بیشتر از 1000 نفر باشد دروه انتظار پوشش بیماری های مزمن اعمال نخواهد شد.  
تبصره دو: در صورتیکه بیمه نامه فاقد دوره انتظار باشد، چنانچه با ارسال لیست بیمه شدگان سال گذشته، مشخص گردد بیمه شدگانی به اختیار در سال گذشته تحت پوشش بیمه قرار نگرفته اند (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 7- فرانشیز:

- 1: فرانشیز هزینه های پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه حداقل 30 درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای 2 و 3 این ماده اقدام خواهد شد.
- 2: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.
- 3: در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده 8- بیمه شدگان موظفند قبل از بستری و انجام اعمال جراحی ذیل با ارائه دستور پزشک معالج، توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردند:

- 1: رفع عیوب انکساری چشم مانند لیزیک ، لازاک و PRK (مراجعه به اپتومتریست های معتمد)
- 2: استرابیسم جهت افراد بالای 6 سال (مراجعه به پزشکان معتمد عمومی)
- 3: سپتوپلاستی (انحراف بینی) بیمار (با در دست داشتن ارائه گرافی و یا جواب سی تی اسکن، مراجعه به پزشکان عمومی معتمد)
- 4: اعمال جراحی مربوط به رباط صلیبی زانو (با در دست داشتن جواب MRI مراجعه به پزشکان معتمد عمومی)
- 5: اعمال جراحی مرتبط با انحراف زانو و ساق پا (ژنوواروم و استئوتومی تیبیا) (مراجعه به پزشکان معتمد عمومی)
- 6: اعمال جراحی های انواع فتق های شکمی و نافی ( با در دست داشتن سونوگرافی مربوطه مراجعه به پزشکان معتمد عمومی )
- 7: اعمال جراحی مرتبط با درمان چاقی مفرط (اسلیو و بای پس و...) (مراجعه به پزشکان معتمد عمومی)
- 8: اعمال جراحی مرتبط با اسکولیوز ، کیفوز (انحراف ستون فقرات) ، اسپوندیلولیزتیز (سر خوردگی مهره) با در دست داشتن جواب MRI مراجعه به پزشکان معتمد عمومی
- 9: اعمال جراحی ماستکتومی کاهنده ( با در دست داشتن دستور پزشک متخصص ارتوپد مراجعه به پزشکان متخصص زنان )
- 10: همچنین کلیه بیماری هایی که جنبه درمانی آنها می بایست توسط پزشک معتمد بیمه گر تأیید گردد.
- 11: همچنین جهت دریافت هزینه های دندانپزشکی- عینک مراجعه به دندانپزشکان معتمد - اپتومتریست های معتمد الزامیست (در صورت دریافت سهم بیمه پایه و یا تأیید پزشکان معتمد بیمه های پایه نیاز به تأیید معتمدین بیمه کوثر نمی باشد)

ماده 9 - بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف بیمه نامه استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون



معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه کند، هزینه های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر 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 انجام شده را به بیمه گر تحویل شود، این هزینه ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهند شد.

#### ماده 10- ترتیب بستری شدن بیمه شدگان:

##### 10-1: مراکز درمانی غیر طرف قرارداد:

- 10-1-1: حداکثر ظرف مدت 5 روز از زمان بستری در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را از طریق بیمه گزار به بیمه گر اطلاع دهند.
- 10-1-2: کلیه هزینه های بیمارستانی توسط بیمه شده تامین گردد.
- 10-1-3: مدارک مورد نیاز موضوع ماده 11 را ترجیحاً از طریق نماینده بیمه گزار جهت اخذ خسارت درمان برای بیمه گر ارسال نمایند.
- 10-1-4: لازم است بیمه شدگان ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول (سازمان بیمه سلامت، تامین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح و...) اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و تائیدیه پرداخت بیمه گر پایه، از طریق نماینده بیمه گزار به بیمه گر، هزینه های انجام شده را با رعایت ماده 7 تا سقف مقرر بر اساس مفاد این بیمه نامه دریافت نمایند.
- 10-1-5: در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نمی نمایند، حداقل 30 درصد از خسارت ارزیابی شده به عنوان فرانشیز کسر خواهد شد.

##### 10-2: مراکز درمانی طرف قرارداد:

با توجه به راه اندازی سامانه بر خط با مراکز درمانی طرف قرارداد (اعم از دندانپزشکی، عینک سازی، بیمارستانی، آزمایشگاه، تصویربرداری، مراکز جراحی محدود و...)، جهت مراکز درمانی که با علامت Online در سایت بیمه کوثر مشخص شده اند نیاز به دریافت معرفی نامه حضوری نبوده و صرفاً با ارائه کارت ملی بیمار، مرکز درمانی اقدام به صدور معرفی نامه می نماید.

#### ماده 11 - مدارک لازم جهت پرداخت خسارت

##### 11-1: بستری و جراحی بیمارستانی:

- 1- اصل صورت حساب های بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان و صندوق؛
  - 2- اصل صورت حساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان و صندوق؛
  - 3- اصل گواهی پزشکی معالج (در خصوص موارد جراحی گزارش اتاق عمل الزامی می باشد)؛
  - 4- اصل گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور؛
  - 5- اصل گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل؛
  - 6- اصل قبوض یا ریز آزمایشات، رادیولوژی، سی تی اسکن و ...
  - 7- اصل نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح مبنی بر استفاده پروتز)؛
  - 8- تصویر کارت ملی بیمار؛
- تبصره یک: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه گر پایه در صورت حساب، مراجعه به بیمه گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق ممهور به مهر بیمه گر اول، نامه و یا پرینت از سایت بیمه گر پایه الزامیست.



محل مهر

تبصره دو: در مواردیکه صورت حساب بیمارستانی فرانشیزی می باشد نیازی به ارائه ریز آزمایش دارو، رادیولوژی و ... نمی باشد.  
تبصره سه: 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 گزار، مبلغ اعلام شده می بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه در وجه بیمه گر پرداخت شود.

#### 11-2: شیمی درمانی در مطب:

1- گواهی پزشک فوق تخصص آنکولوژی مبنی بر نوع شیمی درمانی و مبلغ دریافتی؛

2- فاکتور داروهای خریداری شده؛

3- جواب پاتولوژی؛

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

#### 11-3: هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی (آندوسکوپی، سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی):

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

#### 11-4: هزینه آزمایش:

اصل قبض آزمایشگاه ممهور به مهر آزمایشگاه؛

#### 11-5: 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؛

#### 11-6: هزینه فیزیوتراپی:

1- اصل قبض (فاکتور) ممهور به مهر مرکز فیزیوتراپی (ذکر تعداد جلسات و اندام ها الزامی می باشد)

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

#### 11-7: هزینه دارو:

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

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

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

#### 11-8: هزینه ارتز:



هزینه وسایل کمک آموزشی، پروتزها و ارتوهای که خارج از بدن استفاده می شوند بلافاصله بعد از عمل جراحی و با تایید پزشک متخصص معالج، تایید پزشک معتمد و به شرط تعهد در بیمه نامه، قابل پرداخت می باشد.

#### 11-9: تهیه اعضاء طبیعی بدن:

هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قریه، قلب، ریه و ... پس از تایید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر و سایر مستندات، به شرط تعهد در بیمه نامه قابل پرداخت می باشد.

#### 11-10: هزینه عینک:

1- اصل قبض (فاکتور) عینک سازی با سر برگ معتبر ممهور به مهر مرکز مربوطه و دارای تایید اپتومتریست معتمد 2- ارائه رسید دستگاه کارخوان مرکز درمانی مورد نظر

بیمه شدگان می بایست با در دست داشتن عینک، فاکتور خرید عینک و نیز دستور پزشک برای دریافت تائیدیه به اپتومتریست های معتمد معرفی شده در سایت مراجعه نموده و پس از دریافت تائیدیه، به شعب بیمه کوثر مراجعه نمایند. لیست اپتومتریست های معتمد را می توانید از قسمت مراکز طرف قرارداد دریافت نمایید.

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

#### 11-11: هزینه های 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)

#### 11-12: رادیوتراپی:

1- دستور پزشک متخصص طب هسته ای یا متخصص انکولوژی

2- فاکتور صادر شده توسط مرکز با ذکر تعداد شانه های مصرفی

3- جواب پاتولوژی

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

#### 11-13: سمعک:

1- دستور پزشک متخصص یا فوق تخصص گوش و حلق و بینی

2- ارائه شنوایی سنجی

3- ارائه فاکتور معتبر از نمایندگی های فروش مجاز و دارای مجوز از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با ذکر کامل مشخصات سمعک

مورد نظر در فاکتور مربوطه

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



محل مهر

**11-14: دندانپزشکی:**

- 1- ارائه ریز خدمات در سرنسخه دندانپزشک دارای مبلغ هر خدمت بصورت جداگانه و مهمور به مهر دندانپزشک
  - 2- ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت طبق دستورالعمل ارائه شده به بیمه گزار
  - 3- دریافت تاییدیه از دندانپزشک معتمد جهت خدمات انجام شده در مراکز غیرطرف قرارداد
- ❖ بیمه شدگان می توانند با رعایت موارد ذیل به مراکز دندانپزشکی غیرطرف قرارداد با بیمه گر مراجعه نمایند.
- بیمه شدگان می بایست پس از اتمام خدمت در مراکز غیرطرف قرارداد دندانپزشکی، با مراجعه به دندانپزشک معتمد بیمه گر، تاییدیه انجام کار را دریافت نمایند. در غیر اینصورت هزینه انجام شده، قابل پرداخت نمی باشد.
  - هزینه های انجام کار، در مراکز غیرطرف قرارداد با بیمه گر، طبق تعرفه های دندانپزشکی اعلام شده از سوی بیمه گر، محاسبه و پرداخت می گردد.
  - پوشش ایمپلنت و ارتودنسی در صورت درخواست بیمه گزار و محاسبه حق بیمه قابل ارائه می باشد.
- ❖ نسخ صادره از سوی دندانپزشک غیرطرف قرارداد می بایست 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
  - موارد ذکر شده بالا می بایست در سربرگ رسمی دندانپزشک ارائه دهنده خدمت، که شامل آدرس مطب ایشان می باشد، ثبت و ذکر گردد.
  - ارائه ریز خدمات در سرنسخه دندانپزشک دارای مبلغ هر خدمت بصورت جداگانه و مهمور به مهر دندانپزشک
  - ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت طبق دستورالعمل ارائه شده به بیمه گزار
  - دریافت تاییدیه 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 می باشد، 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 نمی باشد.
  - در مورد خدمات درمان ریشه دندان (عصب کشی) و جراحی های دندان در نسج نرم و سخت ارائه رادیوگرافی (عکس دندان) قبل و بعد از انجام درمان الزامی است.
  - برای جراحی لثه، رادیوگرافی OPG الزامی بوده و این عمل صرفاً می بایست توسط متخصص لثه پیرو دنتیست صورت بگیرد.
  - خدمات فضا نگهدارنده ثابت و متحرک صرفاً توسط متخصصین دندانپزشکی کودکان (اطفال) قابل انجام می باشد.
  - هزینه های جرم گیری 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 می گردد، لذا خدمات تکراری قابل پرداخت نمی باشد.
  - تمامی مدارکی که در لیست جدول شرح خدمات و تعرفه های دندانپزشکی (پیوستی بیمه نامه) جهت دریافت خسارت توسط مراکز طرف قرارداد ذکر گردیده است برای مراکز غیرطرف قرارداد نیز لازم الاجرا می باشد.
  - حداکثر تا 5 واحد روکش دندان (از هر نوعی) در هر دوره بیمه نامه در تعهد شرکت می باشد.
  - بیمه شدگان هر پنج سال یکبار مجاز به دریافت هزینه های مربوط به دست دندان می باشند.
  - در صورت انجام درمان دندانپزشکی و پرداخت سهم بیمه گر اول (همچون بیمه مکمل درمان) فرانشیز کسر نمی گردد.



محل مهر

## ❖ استثنائات دندانپزشکی:

- عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد بیمه نامه بیمه مشخص بوده و بیمه گزار از آن مطلع شده باشد.
- خدمات تکراری قابل پرداخت نمی باشد.

## سایر نکات تکمیلی ماده 11:

1. دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج و یا ارائه کپی جواب خدمت مورد نظر جهت کلیه اسناد فاقد سهم بیمه پایه الزامی است.
2. بیمه شده موظف است بنا به تشخیص بیمه گر در هر زمانی، نسبت به ارائه مدارک و مستندات مازاد بر موارد مندرج در ماده 11 جهت دریافت هزینه درمانی و یا صدور معرفی نامه اقدام نماید.
3. ارائه کارت ملی در هنگام صدور معرفی نامه و یا پرداخت هزینه هایی که فاقد سهم بیمه گر پایه می باشد، الزامی است.
4. پرداخت هزینه درمانی بر اساس مصوبات هیئت محترم وزیران، کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، کمیته 5 نفره استانی و سندیکای بیمه گران صورت خواهد پذیرفت.

ماده 12- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می گردد.

## ماده 13- تعهد بیمه گر در مورد تصادفات:

- 1-13: چنانچه بیمه شده مقصر حادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه های درمانی نامبرده غیر قابل پرداخت می باشد.
- 2-13: در مورد حادثه تصادف با وسائل نقلیه چنانچه بیمه شده مقصر حادثه دارای گواهینامه معتبر باشد با ارائه مدارک مورد نیاز از جمله گزارش نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران هزینه ها درمانی طبق مفاد بیمه نامه بررسی و پرداخت می شود.
- 3-13: چنانچه بیمه شده زیان دیده باشد هزینه های درمان وی می بایست از طریق مقصر حادثه جبران گردد.

## ماده 14- تعهد بیمه گر در مورد حادثه:

در خصوص هزینه های درمانی ناشی از وقوع حوادث حین کار، گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی می باشد.

## ماده 15- بیمه گر نسبت به موارد زیر هیچ گونه تعهدی نخواهد داشت:

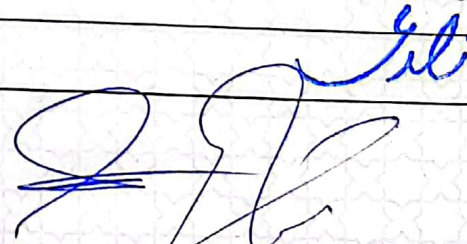
هزینه های اعلام شده در ماده 14 استثنائات شرایط عمومی بیمه مازاد درمان گروهی که به پیوست ضمیمه می باشد.

## ماده 16- مهلت تحویل مدارک درمانی:

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

## ماده 17- مهلت پرداخت هزینه های درمانی:

بیمه گر موظف است حداکثر ظرف مدت یک ماه 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 18- نحوه معرفی نماینده از سوی بیمه گزار:**

بیمه گزار موظف است قبل از شروع بیمه نامه، نماینده سازمان خود را طی نامه رسمی و با ذکر مشخصات کامل و شماره تماس به بیمه گر معرفی نماید، این نماینده رابط بین بیمه گر و بیمه گزار بوده و کلیه امور مربوط به وظایف بیمه گزار و بیمه شده را به عهده دارد. بدین ترتیب بیمه شدگان می بایست امور درمانی خود را در قالب این بیمه نامه به کمک ایشان انجام دهند و حتی الامکان از مراجعه مستقیم به بیمه گر خودداری نمایند.

**ماده 19- مهلت اعتراض:**

چنانچه بیمه گزار و یا بیمه شده در خصوص خسارت پرداخت شده با اشکالی مواجه باشند می توانند ظرف مدت 1 ماه از تاریخ پرداخت خسارت مراتب را از طریق نماینده بیمه گزار به صورت مکتوب به بیمه گر اعلام نمایند، در غیر اینصورت خسارت پرداخت شده قطعی تلقی خواهد شد.

**ماده 20- حق تحقیق:**

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 21- حل اختلاف نظر:**

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

**ماده 22- مدت بیمه:**

مدت این بیمه نامه یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت 24 تاریخ شروع بیمه نامه آغاز و در ساعت صفر تاریخ انقضاء بیمه نامه خاتمه می یابد.

**ماده 23- شرایط تمدید بیمه نامه:**

تمدید بیمه نامه برای سال های بعد با توافق بیمه گر و بیمه گزار انجام خواهد شد.

**ماده 24- موارد ذکر نشده در شرایط خصوصی:**

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

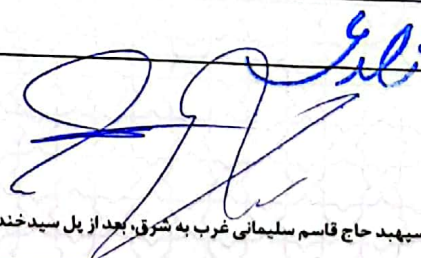
**ماده 25- سایر شرایط:**

25-1: در صورتی که در طول مدت بیمه نامه هر گونه تخلفی از سوی بیمه شده صورت پذیرفته شود، که پس از بررسی تخلف آن بیمه شده تائید گردد، می بایست تمام خسارت پرداخت شده به شرکت بیمه گر عودت گردد و همچنین بیمه شده به همراه کلیه اعضاء خانواده از پوشش بیمه مزاد درمان گروهی حذف گردیده و بیمه گزار متعهد می گردد کلیه حق بیمه ماه های باقی مانده تا پایان بیمه نامه را پرداخت نماید.

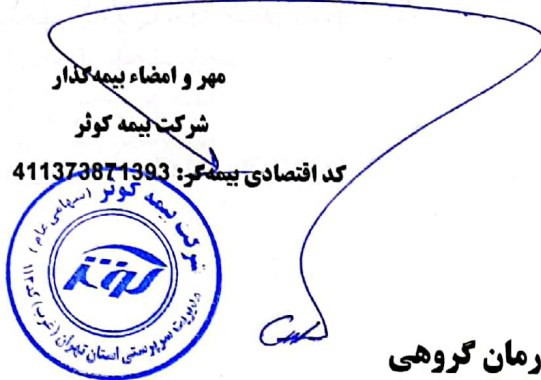
25-2: هر گونه تغییری در شرایط بیمه نامه با توافق طرفین و به وسیله صدور الحاقیه که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد انجام خواهد پذیرفت.

25-3: تعداد کل نفرات بیمه شدگان (لیست اولیه درمان) و حق بیمه متعلقه پس از اعلام رسمی بیمه گزار، به وسیله الحاقیه از سوی بیمه گر اعلام می گردد.

25-4: 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 گذار  
سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران  
کد اقتصادی بیمه گذار: 411119837148



سازمان غذا و دارو جمهوری اسلامی ایران

## شرایط عمومی بیمه نامه درمان گروهی

### فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس بیمه نامه: این بیمه 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 آیین نامه 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 ارایه 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:

الف- 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 بطور 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- ارایه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه گر بلامانع می باشد.

ب- ارایه 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 بطور 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.

محل مهر "دارای اعتبار":



بزرگراه شهید سپهبد حاج قاسم سلیمانی غرب به شرق، بعد از پل سید خندان  
۱۳۲۴ . ۰۹۰

- ۶- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.
- ۷- بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی 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 آیین نامه 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 ارایه

ماده ۳- و شش های قابل ارایه عبارت است از:

#### الف- پوشش های اصلی:

- ۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.
- تبصره- سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندیکای بیمه گران ایران و تایید 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 مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.
- تبصره - هزینه های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش های اصلی پرداخت می شود.



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

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 ۱- دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.

تبصره ۲- 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 هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

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 الکترومیولوگرافی 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 پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۴-۳- جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۴-۴- جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

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

۴-۶- جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۱- هزینه نگهداری بیماران روان پریش تحت پوشش نیست.

تبصره ۲- تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۴-۱ تا ۴-۵ برای هر بیمه شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.

۵- 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.

۶- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.



بزرگراه شهید سپهبد حاج قاسم سلیمانی غرب به شرق بعد از پل سید خندان  
پلاک ۱۳۲۴

تبصره - هزینه های دندان پزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و ابلاغ می شود.

۷- جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست حداکثر تا ۲ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۸- جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر چشم بیمه شده.

۹- جبران هزینه مربوط به خرید سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می شود.

۱۱- 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 پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره - سندیکای بیمه گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اوروتز را سالیانه تنظیم و ابلاغ می کند.

۱۲- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

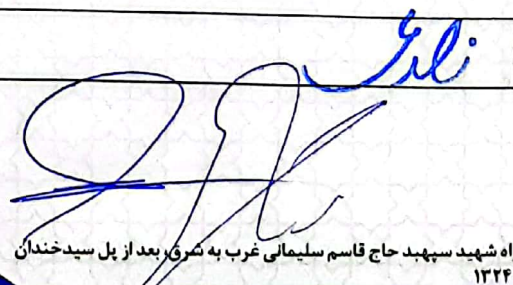
ماده ۴- حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش های اصلی سالیانه موضوع ماده ۳، باید توسط بیمه گر در بیمه نامه درج شود.

ماده ۵- در صورتی که تعهدات پوشش های اصلی نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش های اضافی نیز می تواند نامحدود در نظر گرفته شود.

ماده ۶- تعهد پوشش های اضافی مربوط به بند ب ماده ۳، مازاد بر سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه است.

#### فصل سوم: شرایط

ماده ۷- اصل حسن نیت: بیمه گزار 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 گزار در پاسخ به پرسش های بیمه گر 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 بیمه گر بکاهد، بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گزار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می شود و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که به نایاق از ابتدای مدت بیمه

بابت هزینه های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

#### ماده ۸- فرانشیز

۱- فرانشیز هزینه های پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد. بیمه گر می تواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین نامه شماره ۹۴ مصوب شورای عالی بیمه و دریافت حق بیمه اضافی، فرانشیز را کاهش دهد.

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۹- پرداخت حق بیمه: بیمه گزار بلید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه نامه را به نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه های مربوط توافق شده است به بیمه گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.

ماده ۱۰- بیمه گذار یا بیمه شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کند.

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

ماده ۱۲- بیمه گر موظف است هزینه های تشخیصی - درمانی را براساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۱۳- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه گر متعهد به پرداخت هزینه های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۴- استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه گر نیست:

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، 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، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
- ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
- ۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

محل مهر "ارای اعتبار"



*[Handwritten Signature]*

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- هزینه های 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.

۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

تبصره - 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.

محل مهر اداری اعتبار:



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، صورت‌حساب‌های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه نامه 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 - میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

#### ماده ۲۱- فسخ بیمه نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

##### الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

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

##### ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتنوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که بیمه‌شدگان به دلیل آن بیمه شده‌اند.

##### ج- نحوه فسخ:

- ۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار فسخ‌شده تلقی می‌گردد.
- ۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، 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 فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

##### د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- ۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
- ۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (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، بیمه‌گذار متعهد است حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۲۲- بیمه‌گر 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.

اعتبار:



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

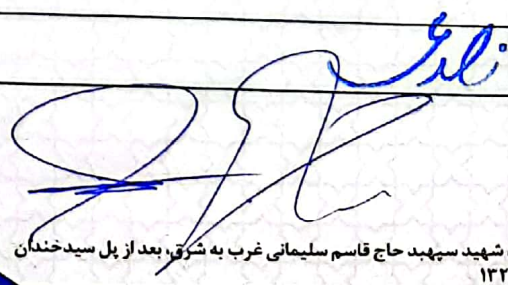
ماده ۲۶- بیمه مرکزی ج.ا. ایران می تواند با ارائه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین نامه ذکر نشده است و همچنین ارائه پوشش بیمه به گروه هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می شوند، موافقت کند.

ماده ۲۷- بیمه گر مجاز به ارائه پوشش خارج از موارد پیش بینی شده در این آیین نامه 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- موسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا. ایران ابلاغ خواهد شد می تواند بیمه نامه با حق بیمه شناور صادر نماید.



محل مهر و امضاء مدیر عامل



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 این آیین نامه حداکثر ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این آیین نامه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و پس از تایید بیمه مرکزی ج.ا.ایران به موسسات بیمه ابلاغ خواهد شد.

مهر و امضاء بیمه گذار

شرکت بیمه کوثر

کد اقتصادی بیمه گر: 411373871393



مهر و امضاء بیمه گذار

سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران

کد اقتصادی بیمه گذار: 411119837148



سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران

محل مهر "دارای اعتبار"

