



قرارداد بیمه مزاد درمان گروهی

شماره قرارداد: ۱۳۹۹/۱۵۱۰/۹۱۰/۰/۵	
واحد صدور: شهرکرد کد ۹۱۰	آدرس: استان چهارمحال و بختیاری، شهرکرد، بلوار آیت الله کاشانی، روبروی دانشگاه علوم پزشکی، نبش کوچه ۱۷
معرف: قربانعلی حسین زاده کد ۵۹۶۷	
مدت اعتبار قرارداد ۳۶۵ روز می باشد که از ۱۳۹۹/۱۰/۰۱ شروع و در روز ۱۴۰۰/۱۰/۰۱ خاتمه می یابد.	
مشخصات بیمه گر	بیمه گر: شرکت بیمه کوثر به نشانی: تهران - میدان آرژانتین - ابتدای خیابان الوند - پلاک ۲۴ تلفن: ۰۲۱-۸۹۳۸۲
مشخصات بیمه گذار	بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال و بختیاری شناسه ملی: ۱۴۰۰۰۲۶۱۴۰۳ / کد اقتصادی: ۴۱۱۴۴۹۱۴۷۶۴۷ به نشانی: استان چهارمحال شهرکرد، چهارراه اداره برق تلفن: ۰۳۸۳۲۲۵۰۱۰۱
حق بیمه	تعداد بیمه شدگان: طی الحاقیه حق بیمه هر بیمه شده در طول مدت بیمه نامه: ۱,۴۴۹,۵۴۰ ریال عوارض شهرداری: ۴۳,۴۸۷ ریال مالیات بر ارزش افزوده: ۸۶,۹۷۳ ریال روش پرداخت حق بیمه: چهار قسط سه ماهه حق بیمه علی الحساب سالیانه: طی الحاقیه بیمه شدگان بین ۶۱ تا ۷۰ سال تحت تکفل با ۳۰ درصد حق بیمه اضافی - بیمه شدگان بین ۷۱ تا ۱۲۰ سال تحت تکفل با ۴۵ درصد حق بیمه اضافی

فرانشیز	حداکثر تعهدات سالانه (ریال)	جدول سقف تعهدات مزاد بیمه درمانی کارکنان و افراد تحت پوشش سال ۹۹-۱۳۹۸
۱۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	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.
۱۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، شیمی درمانی، رادیوتراپی
۱۰	۱,۰۰۰,۰۰۰ ۲,۰۰۰,۰۰۰	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: بین شهری:
۱۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین
۱۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکیلینیکی گروه اول شامل جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری



۱۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پاراکیلینیکی گروه دوم شامل جبران هزینه انواع آندوسکوپي، 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)	۷
۱۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تستهای آلرژیک	۸
۱۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)	۱۰
۱۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (داروهای ایرانی و داروهای مکمل و تقویتی و داروهای خارجی) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	۱۲
۱۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم (پر کردن)، عصب کشی، جرمگیری و روکش	۱۳
۱۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی با تجویز چشم‌پزشک و یا اپتومتریست	۱۴
۱۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	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)	۱۵
۱۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	پاراکیلینیکی گروه سوم شامل جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۷

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

بیمه کوثر

مهر و امضاء بیمه‌گذار

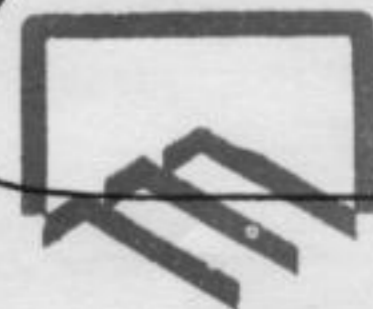
شرکت بیمه کوثر

کد اقتصادی بیمه‌گذار: ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۴۹۳

مهر و امضاء بیمه‌گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال و بختیاری

کد اقتصادی بیمه‌گذار: ۴۱۱۴۴۹۱۴۷۶۴۷



سازمان نظام مهندسی ساختمان

استان چهارمحال و بختیاری



قرارداد بیمه مازاد درمان گروهی

این قرارداد فی مابین "شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)"، سرپرستی شعبه استان چهارمحال و بختیاری به نشانی: شهرکرد، بلوار آیت الله کاشانی، روبروی علوم پزشکی، نبش کوچه ۱۷ تلفن: ۰۳۸-۳۳۳۵۱۰۱۶ و "سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال و بختیاری به نشانی: شهرکرد، چهارراه اداره برق تلفن: ۰۳۸-۳۲۲۵۰۱۰۱ که در این قرارداد اختصاراً به ترتیب "بیمه‌گر" و "بیمه‌گذار" نامیده می‌شود بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و مصوبات شورای عالی بیمه و عرف بیمه در ایران با شرایط زیر منعقد می‌گردد.

شرایط خصوصی بیمه مازاد درمان گروهی

فصل اول - کلیات

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این بیمه‌نامه صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می‌تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ماده ۱- موضوع بیمه:

جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در شرایط بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

ماده ۲- گروه بیمه‌شدگان:

عبارتند از کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی تمام وقت بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان که از طرف بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده معرفی می‌شوند.

تبصره یک: کارکنان فصلی، موقت و دارای قرارداد کوتاه مدت با بیمه‌گذار، تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرند. چنانچه حق بیمه کل متعلقه کارکنان مذکور در تبصره ۱ ماده ۲ از طریق نامه رسمی بیمه‌گذار تضمین گردد، صرفاً مشمولین تحت پوشش بیمه پایه و به شرط تأیید بیمه‌گر، تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

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

۲-۲: پوشش همزمان بیمه‌شده، همسر و فرزندان وی در یک قرارداد 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 بیمه‌ای این افراد از تاریخ شروع قرارداد، برقراری پوشش بیمه‌ای در طول قرارداد امکان‌پذیر نخواهد بود.

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

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

تبصره شش: 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 قرارداد ادامه خواهد یافت.

تبصره هفت: 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 قرارداد، از جانب بیمه‌گذار تضمین و پرداخت گردد، تحت پوشش خواهند بود.

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

تبصره نه: 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.

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 بیمه شده، نسبت، نوع تحت تکفل، شماره شبا و تلفن همراه سرپرست، شماره دفترچه بیمه‌گر اول (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، ۰۰۰) 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 یک: همزمان با تحویل مدارک بیمه‌شدگان از طرف بیمه‌گذار به نماینده معرف، ارسال لیست بیمه‌گر پایه کارکنان بیمه‌گذار الزامی است.

۳-۲: پس از ثبت لیست اولیه بیمه شدگان، بیمه گذار 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 دو: چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه گذار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد نفرات اعلام شده در زمان استعلام نرخ می باشد، بیمه گر مجاز به اعمال تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.

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

تبصره چهار: بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد، 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.

۳-۲: افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال) همسر بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد 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 نامبردگان از اولین روز ماه اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود. بیمه گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل حکم کارگزینی، تصویر صفحات شناسنامه و ... را در صورت تقاضای بیمه گر ارائه نماید.

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

تبصره چهار: 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 گذار 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 گذار قطعی خواهد بود.

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

تبصره شش: 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.

۳-۴: موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از: فوت، طلاق، خروج از کفالت و نیز کارکنانی که رابطه همکاری با استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود، تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از ابتدای ماه بعد از تاریخ وصول نامه بیمه گذار خواهد بود.

۳-۵: چنانچه بیمه شدگان از خدمات بیمه مزاد درمان گروهی استفاده نموده باشند (خسارت دریافت کرده باشند اعم از معرفی نامه، بیمارستانی و سرپایی) در هنگام حذف، حق بیمه ماه های باقیمانده از قرارداد برگشت داده نخواهد شد و بیمه گذار موظف به پرداخت حق بیمه ایشان تا پایان قرارداد خواهد بود.

۳-۶: در ماه پایانی بیمه نامه امکان افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی باشد.

۳-۷: در تمدید کوتاه مدت بیمه نامه به هر دلیل، افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی باشد.





۳-۲: پس از ثبت لیست اولیه بیمه شدگان، بیمه گذار 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 دو: چنانچه پس از ارائه لیست بیمه شدگان از طرف بیمه گذار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد نفرات اعلام شده در زمان استعلام نرخ می باشد، بیمه گر مجاز به اعمال تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد خواهد بود.

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

تبصره چهار: بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد، 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.

۳-۲: افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال) همسر بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد 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 نامبردگان از اولین روز ماه اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود. بیمه گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل حکم کارگزینی، تصویر صفحات شناسنامه و ... را در صورت تقاضای بیمه گر ارائه نماید.

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

تبصره چهار: 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 گذار صرفاً با ارائه گواهی ولادت از سوی بیمه شده سرپرست، امکان پذیر می باشد. بدیهی است در این حالت پرداخت حق بیمه ماههای تحت پوشش توسط بیمه گذار قطعی خواهد بود.

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

تبصره شش: 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.

۳-۴: موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از: فوت، طلاق، خروج از کفالت و نیز کارکنانی که رابطه همکاری با استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود، تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از ابتدای ماه بعد از تاریخ وصول نامه بیمه گذار خواهد بود.

۳-۵: 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 قرارداد برگشت داده نخواهد شد و بیمه گذار موظف به پرداخت حق بیمه ایشان تا پایان قرارداد خواهد بود.

۳-۶: در ماه پایانی بیمه نامه امکان افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی باشد.

۳-۷: در تمدید کوتاه مدت بیمه نامه به هر دلیل، افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد امکان پذیر نمی باشد.





ماده ۴- شرایط پرداخت حق بیمه:

حق بیمه مندرج در بیمه نامه طی چهار فقره چک سه ماهه توسط بیمه شدگان اصلی در ابتدای قرارداد و حد اکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۲۰ تحویل نمایندگی حقیقی شرکت بیمه کوثر آقای قربانعلی حسین زاده کد ۵۹۶۷ میگردد.

۴-۱: بیمه گذار متعهد می گردد جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان محترم از سوی بیمه گر قسط اول حق بیمه صادره را در ابتدای تاریخ شروع قرارداد و حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۳ در وجه شرکت بیمه کوثر به صورت علی الحساب واریز نماید.

۴-۲: حداکثر سن بیمه شده در گروه های با جمعیت کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال تمام می باشد. بیمه گر می تواند بیمه شدگان 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.

۴-۳: در گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، حداقل اضافه نرخ برای افراد بازنشسته کمتر از ۶۰ سال ۵۰ درصد و برای افراد بازنشسته بالای ۶۱ سال ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافه محاسبه می گردد.

۴-۴: 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.

تبصره: با توجه به اینکه تعیین نرخ حق بیمه بر اساس تعداد نفرات اعلام شده از سوی بیمه گذار 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.

۴-۵: حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش - کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین میگردد به صورت دریافت چک جداگانه از بیمه شده اصلی تسویه میگردد.

ماده ۵- تعلیق بیمه نامه:

با توجه به اینکه چک های تسویه حق بیمه در ابتدای قرارداد و حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۲۰ به طور کامل توسط بیمه گذار از بیمه شدگان اصلی دریافت و تحویل نماینده معرف بیمه نامه میگردد در صورت عدم وصول هر یک از چک های دریافتی، پیگیری های لازم توسط نماینده بیمه گذار صورت می پذیرد و در صورت عدم وصول هر یک از چک ها با وجود پیگیری نماینده بیمه گذار، مسئول پیگیری های حقوقی جهت وصول چک نماینده معرف بیمه نامه آقای قربانعلی حسین زاده کد ۵۹۶۷ می باشد.

چک های دریافتی بابت حق بیمه می بایست در سررسید مقرر وصول گردد، در غیر این صورت در زمان بروز حادثه، مبلغ خسارت به تناسب حق بیمه وصولی به حق بیمه ای که تا روز قبل از وقوع حادثه می بایست پرداخت می شد، محاسبه و پرداخت می گردد. (ماده ۱۳ قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶)

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 گذار و یا بیمه شده ندارد.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده ۶- حدود تعهدات:

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار، در صورت وقوع هر یک از خطرات مشمول بیمه، پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، هزینه های موضوع بیمه به شرح جدول تعهدات پیوست، در قرارداد (با رعایت ضوابط و مقررات آئین نامه ۹۹ بیمه مرکزی) را در وجه بیمه گذار یا به شرح توافق شده در قرارداد پرداخت نماید.





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

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

۶-۱: زیانمان (اعم از طبیعی و سزارین)

دوره انتظار برای گروه‌های کمتر از ۲۵۰ نفر، ۹ ماه و برای گروه‌های بین ۲۵۰ نفر تا ۱۰۰۰ نفر، ۶ ماه خواهد بود.
تبصره: برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر و در مواردی که بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زیانمان اعمال نخواهد شد.

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 اعضای 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 یک: چنانچه تعداد بیمه شدگان بیشتر از ۱۰۰۰ نفر باشد دوره انتظار پوشش بیماری‌های مزمن اعمال نخواهد شد.

تبصره دو: در صورتیکه 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:

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.

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.



ماده ۸- بیمه‌شدگان موظفند قبل از بستری و انجام اعمال زیر توسط پزشک معتمد بیمه‌گر معاینه گردند.

۸-۱: رفع عیوب انکساری چشم مانند: لیزیک، لازک، PRK ..

۸-۲: استرابیسم (انحراف چشم)

۸-۳: سپتو پلاستی (انحراف بینی)

۸-۴: بیماریهایی که جنبه درمانی آن می بایست توسط پزشک معتمد بیمه‌گر تأیید گردد.

تبصره یک: بیمه‌شدگان برای دریافت تأییدیه قبل از عمل، جهت اعمال لیزیک، لازک، PRK و ... به اپتومتریست‌های معتمد معرفی شده در سایت مراجعه نمایند.

تبصره دو: چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

تبصره سه: هزینه وسایل کمک آموزشی، پروتزها و اروتزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شوند با تایید پزشک متخصص معالج به شرط تعهد در بیمه‌نامه قابل پرداخت می‌باشد.

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

ماده ۹:

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 انجام شده 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) بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد:

۱۰-۱-۱) حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر اطلاع دهند.

۱۰-۱-۲) پیش پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی را راساً تامین نمایند.

۱۰-۱-۳) مدارک مورد نیاز موضوع بند ۳-۹ را ترجیحاً از طریق نماینده بیمه‌گذار جهت اخذ خسارت درمان برای بیمه‌گر ارسال نمایند.

۱۰-۱-۴) بیمه‌شدگان می‌توانند ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه‌گر اول (سازمان بیمه سلامت، تامین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح) اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و تأییدیه پرداخت بیمه‌گر پایه، از طریق نماینده بیمه‌گذار به بیمه‌گر، هزینه‌های انجام شده را با رعایت ماده ۷ تا سقف مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند.





۵-۱-۱۰) در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه‌ای بیمه‌گر اول استفاده نمی‌نمایند، حداقل ۳۰ درصد از خسارت ارزیابی شده به عنوان فرانشیز کسر خواهد شد.

۲-۱۰) بیمارستان‌های طرف قرارداد:

۱-۲-۱۰) با ارائه مدارک مورد نیاز موضوع بند ۳-۹، بیمه‌شدگان می‌توانند ضمن رعایت مفاد اعلامیه مربوط به نحوه سرویس‌دهی درمان در این شرکت مستقیماً به بیمارستان‌های طرف قرارداد مراجعه و بستری گردند.

۲-۲-۱۰) هزینه‌های خارج از تعهد و خارج از سقف برعهده 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.

۳-۱۰) مدارک لازم جهت پرداخت خسارت:

۱-۳-۱۰) بستری و جراحی بیمارستانی:

- اصل صورتحساب 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، سی‌تی‌اسکن و...
- اصل نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح مبنی بر استفاده پروتز).
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمار
- تصویر کارت ملی بیمار

- کلیه مدارک مورد نیاز به درخواست کارشناس بیمه‌گر، شرکت ارزیاب و یا پزشک معتمد بیمه‌گر

تبصره یک: 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.

۲-۳-۱۰) شیمی درمانی در مطب:

- گواهی پزشک فوق تخصص آنکولوژی مبنی بر نوع شیمی درمانی و مبلغ دریافتی
- فاکتور داروهای خریداری شده
- جواب پاتولوژی
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمار

تبصره دو: 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.





۳-۳-۱۰) هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی (آندوسکوپی، سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی):

- اصل قبض (فاکتور) ممهور به مهر مرکز و صندوق
- دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج
- تصویر جواب
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه، ارائه اصل دستور پزشک (برگه سبز دفترچه) الزامیست.

۴-۳-۱۰) هزینه آزمایش:

- اصل قبض آزمایشگاه ممهور به مهر آزمایشگاه
- دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج
- تصویر جواب آزمایش (در صورتی که پرداخت هزینه آزمایش منوط به تجویز پزشک متخصص باشد، ارائه گواهی پزشک معالج الزامی است).
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

۵-۳-۱۰) 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
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

۶-۳-۱۰) 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
- تصویر درخواست پزشک معالج برای انجام فیزیوتراپی
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگه سبز دفترچه) الزامیست.

۷-۳-۱۰) هزینه دارو:

- هزینه داروهای قابل پرداخت مربوط به داروهایی می‌باشد که در تعهد بیمه‌گر اولیه باشد.
- ارائه نسخه دارو و ممهور به مهر داروخانه و پزشک معالج و درج قیمت توسط داروخانه و ارائه ریز فاکتور داروخانه
- در مورد داروهای خارجی در صورت تعهد در بیمه‌نامه، 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.
- تصویر کارت ملی بیمار





• تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

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

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

توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگ سبز دفترچه) الزامیست.

۸-۳-۱۰) هزینه عینک:

- اصل قبض (فاکتور) عینک‌سازی با سربرگ معتبر ممهور به مهر مرکز مربوطه و دارای تایید اپتومتریست معتمد
- اصل درخواست پزشک معالج ممهور به مهر پزشک معالج
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

❖ 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 شعب بیمه کوثر مراجعه نمایند. لیست اپتومتریست‌های معتمد را می‌توانید از قسمت مراکز طرف قرارداد در پورتال بیمه کوثر 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 تا سقف مندرج در بیمه‌نامه می‌توانند از تعهد عینک استفاده نمایند.

۹-۳-۱۰) 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 خارج‌سازی بافت از بدن بیمار، ارسال جواب پاتولوژی الزامیست).

• تصویر کارت ملی بیمار

• تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

توجه: موارد جراحی همراه با اکسیژن و خارج‌سازی بافت از بدن بیمار ارائه جواب پاتولوژی الزامیست.

تبصره پنج: 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.

۱۰-۳-۱۰) رادیوتراپی:

• دستور پزشک متخصص طب هسته‌ای یا متخصص انکولوژی

• فاکتور صادر شده توسط مرکز با ذکر تعدادشان‌های مصرفی

• جواب پاتولوژی

• تصویر کارت ملی بیمار





• تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

تبصره شش: 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.

۱۱-۳-۱۰) سمعک:

• دستور پزشک متخصص یا فوق تخصص گوش و حلق و بینی

• ارائه شنوائی سنجی

• ارائه فاکتور معتبر از نمایندگی‌های فروش مجاز و اداری مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ذکر کامل مشخصات سمعک مورد نظر در فاکتور مربوطه

• تصویر کارت ملی بیمار

• تصویر صفحه اول برگه دفترچه بیمه بیمار

تبصره هفت: 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 پرینت از سایت بیمه‌گر پایه الزامیست.

۱۲-۳-۱۰) دندانپزشکی:

❖ بیمه‌شدگان می‌توانند با رعایت موارد ذیل به مراکز دندانپزشکی غیرطرف قرارداد با بیمه‌گر مراجعه نمایند.

• بیمه‌شدگان می‌بایست پس از اتمام خدمت در مراکز غیرطرف قرارداد دندانپزشکی، با مراجعه به دندانپزشک معتمد بیمه‌گر، تاییدیه انجام کار را دریافت نمایند. در غیر اینصورت 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.

• هزینه‌های انجام شده در مراکز غیرطرف قرارداد دندانپزشکی از تاریخ انجام خدمت در طول قرارداد بمدت شش ماه و پس از پایان قرارداد، بمدت سه ماه معتبر بوده و پس از این مدت به هیچ عنوان قابل پرداخت نمی‌باشد.

❖ نسخ صادره از سوی دندانپزشک غیرطرف 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

• 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 بصورت جداگانه و ممه‌ور به مهر دندانپزشک

• ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت طبق دستورالعمل ارائه شده به بیمه‌گذار

• دریافت تاییدیه از دندانپزشک معتمد جهت خدمات انجام شده در مراکز غیر طرف قرارداد

• تصویر کارت ملی و تصویر صفحه اول برگه دفترچه بیمه بیمار

• در مواردی که کار صورت گرفته برای بیمار شامل چندین مرحله می‌باشد، باید پس از پایان انجام تمام کارها توسط دندانپزشک، صورت حساب 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 تعرفه های دندانپزشکی (پیوستی قرارداد) جهت دریافت خسارت توسط مراکز طرف قرارداد ذکر گردیده است برای مراکز غیر طرف قرارداد نیز لازم الاجرا می‌باشد.
- حداکثر تا ۵ واحد روکش دندان (از هر نوعی) در هر دوره قرارداد 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.

❖ ۴-۱۰) استثنائات دندانپزشکی:

- ایمپلنت (کاشت دندان)
- ارتودنسی
- عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد قرارداد بیمه مشخص بوده و بیمه‌گذار از آن مطلع شده باشد.
- خدمات تکراری قابل پرداخت نمی‌باشد.

ماده ۱۱: فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می‌گردد.

ماده ۱۲- تعهد بیمه‌گر در مورد تصادفات:

- ۱-۱۰) چنانچه بیمه‌شده مقصر حادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد هزینه‌های درمانی نامبرده غیر قابل پرداخت می‌باشد.
- ۲-۱۰) در مورد حادثه تصادف با وسائل 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 قرارداد بررسی و پرداخت می‌شود.
- ۳-۱۰) چنانچه بیمه‌شده زیان دیده باشد هزینه‌های درمان وی می‌بایست از طریق مقصر حادثه جبران گردد.

ماده ۱۳: تعهد بیمه‌گر در مورد حادثه:

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

ماده ۱۴: بیمه‌گر نسبت به موارد زیر هیچ‌گونه تعهدی نخواهد داشت:

هزینه‌های اعلام شده در ماده ۷ استثنائات شرایط عمومی بیمه مازاد درمان گروهی که به پیوست ضمیمه می‌باشد.



ماده ۱۵: مهلت تحویل مدارک درمانی:

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

ماده ۱۶: مهلت پرداخت هزینه‌های درمانی:

بیمه‌گر موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند بوسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت نماید.

ماده ۱۷- نحوه معرفی نماینده از سوی بیمه‌گذار:

بیمه‌گذار موظف است قبل از شروع قرارداد، 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 بعهده دارد. بدین ترتیب بیمه‌شدگان می‌بایست امور درمانی خود را در قالب این قرارداد به کمک ایشان انجام دهند و حتی‌الامکان از مراجعه مستقیم به بیمه‌گر خودداری نمایند.

ماده ۱۸- مهلت اعتراض:

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

ماده ۱۹- حق تحقیق:

به منظور 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 ۲۰- حل اختلاف نظر:

در صورت بروز هر گونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی‌الامکان از طریق مذاکرات فی‌مابین حل و فصل خواهد شد در غیر اینصورت رای مراجع ذیصلاح نافذ می‌باشد.

ماده ۲۱- مدت بیمه:

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

ماده ۲۲- شرایط تمدید قرارداد:

تمدید قرارداد برای سال‌های بعد با توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار انجام خواهد شد.





ماده ۲۳- موارد ذکر نشده در شرایط خصوصی:

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

ماده ۲۴- سایر شرایط:

۱-۲۴) در صورتی که در طول مدت قرارداد هرگونه 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 گذار متعهد می گردد کلیه حق بیمه ماه های باقی مانده تا پایان قرارداد را پرداخت نماید.

۲-۲۴) هرگونه تغییری در شرایط قرارداد با توافق طرفین و به وسیله صدور الحاقیه که جزء لاینفک قرارداد می باشد انجام خواهد پذیرفت.

۳-۲۴) تعداد کل نفرات بیمه شدگان (لیست اولیه درمان) و حق بیمه متعلقه پس از اعلام رسمی بیمه گذار، به وسیله الحاقیه از سوی بیمه گر اعلام می گردد.

۴-۲۴) 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 سهامی بیمه کوثر
کد اقتصادی بیمه گر: ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۳۹۳

مهر و امضاء بیمه گذار
سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال و بختیاری
کد اقتصادی بیمه گذار: ۴۱۱۴۴۹۱۴۷۶۴۷

معرف

قربانعلی حسین زاده
کد ۵۹۶۷
شرکت سهامی بیمه کوثر (سهامی عام)
نمایندگی حسین زاده
کد - ۵۹۶۷

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان چهارمحال و بختیاری

- ۱۱- دوره انتظار: دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.
- ۱۲- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.
- ۱۳- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین‌نامه تعیین می‌شود.
- ۱۴- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.
- ۱۵- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یکسال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

فصل دوم: پوشش‌های قابل ارایه

ماده ۳- پوشش‌های قابل ارایه عبارت است از:

الف- پوشش‌های اصلی:

- ۱- جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.
- تبصره- سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندیکای بیمه‌گران 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 فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- پوشش‌های اضافی:

بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد زیر را حسب توافق با بیمه‌گذار تحت پوشش قرار دهد:

- ۱- افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه‌شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش‌های 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 - هزینه‌های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش‌های اصلی پرداخت می‌شود.
- ۲- جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.
- تبصره ۱- دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.

تبصره ۲- چنانچه بیمه‌شده 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 پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.





۴- هزینه‌های 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 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 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 ۱- هزینه نگهداری بیماران روان‌پریش تحت پوشش نیست.

تبصره ۲- تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۱-۴ تا ۵-۴ 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 غیربستری 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 - 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 سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

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

۱۱- هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

تبصره - سندیکای بیمه‌گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اروتز را سالیانه تنظیم و ابلاغ می‌کند.

۱۲- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

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 ارایه 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 بیمه‌شده است.

ماده ۸- فرانشیز

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه‌درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۱۰ 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 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.

ماده ۹- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید کل حق بیمه تعیین‌شده 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 به‌منظور 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- 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 حق‌بیمه 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، صورت‌حساب 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 بیمه‌گر پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب 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 بیمه‌گر 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 هم‌زمان 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 حق‌بیمه 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 حق‌بیمه 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 بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره - میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۲۱ - فسخ بیمه نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند 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 فسخ شده 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 فسخ شده تلقی می‌گردد.

د - نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

- ۱ - در صورت فسخ بیمه نامه 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 مانده 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.

ماده ۲۳- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۲۴- ارجاع به داوری: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند 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 می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می‌کنند. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

فصل چهارم: سایر مقررات

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

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش‌نامه سلامتی ارایه‌شده توسط بیمه‌گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می‌شود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پاسخ‌های مندرج در پرسش‌نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارایه پوشش بیمه‌ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری‌هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

تبصره: بیمه‌گر می‌تواند مشروط به اخذ پرسش‌نامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید

ماده ۲۶- بیمه مرکزی ج.ا. ایران می‌تواند با ارایه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین‌نامه ذکر نشده است و همچنین ارایه پوشش بیمه به گروه‌هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می‌شوند، موافقت کند.

ماده ۲۷- بیمه‌گر مجاز به ارایه پوشش خارج از موارد پیش‌بینی شده در این آیین‌نامه و یا مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی ج.ا. ایران تحت عناوینی از قبیل صندوق تکمله درمان و عناوین مشابه نمی‌باشد.

ماده ۲۸- موسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا. ایران ابلاغ خواهد شد می‌تواند بیمه‌نامه 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 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 گر

شرکت سهامی بیمه کوثر

کد اقتصادی بیمه گر: ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۳۹۲

مهر و امضاء بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال و بختیاری

کد اقتصادی بیمه گذار: ۴۱۱۴۴۹۱۴۷۶۴۷

معرف

قربانعلی حسین زاده

کد ۵۹۶۷



سازمان نظام مهندسی ساختمان استان چهارمحال و بختیاری

بیمه کوثر