



شرکت بیمه کوثر

## شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه درمان گروهی

کد مدرک: KIC-506-GCF-001-04

صفحه: 1 از 23

تاریخ: ۱۴۰۳ / ۱۱ / ۱۵  
شماره: ۱۹۰۴ / ۱۲۰۳

شماره بیمه نامه: 1403/1510	تاریخ صدور:
واحد صدور: سرپرستی استان زنجان	معرف: کارگزاری رسمی بیمه آندیا سوشیانت کد 40738
مدت بیمه نامه: 366 روز	تاریخ شروع: ساعت صفر روز: 1403/08/30
تاریخ انقضا ساعت صفر روز: 1404/08/30	
مشخصات بیمه گر	شرکت بیمه کوثر سرپرستی استان زنجان به نشانی: زنجان - انصاریه - میدان ولیعصر - بوستان 14 و 15 تلفن: 02433788046
مشخصات بیمه گذار	بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان به نشانی: زنجان - بلوار شیخ اشراق - تقاطع پروین اعتصامی کد اقتصادی: 411134439719 تلفن: 024-33772210
حق بیمه	تعداد بیمه شدگان: حدوداً 650 نفر که در طول مدت بیمه نامه قابل افزایش و کاهش می باشد. حق بیمه خالص ماهانه هر بیمه شده: مطابق طرح روش پرداخت حق بیمه: اقساط ماهانه پرداخت می گردد. اضافه نرخ سنی بیمه شدگان 61 سال تا 70 سال تمام با 30 درصد و افراد بالای 71 سال را با 65 درصد اضافه نرخ والدین: 70 درصد مازاد بر اضافه نرخ سنی می باشد.

## بیمه نامه درمان گروهی

ردیف	سقف تعهدات سالیانه (نفر)	سقف تعهدات 1 (به ریال)	سقف تعهدات 3 (به ریال)
1	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 7 سال یا بیشتر از 70 سال در بیمارستان ها	1.250.000.000	850.000.000
2	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	2.500.000.000	1.700.000.000
3	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:	20.000.000 20.000.000	10.000.000 10.000.000
4	زایمان، هزینه زایمان (طبیعی، سزارین) و کورتاژ تشخیص درمانی	250.000.000	-
5	جبران هزینه های مربوطه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF	250.000.000	-

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد

محل مهر اعتبار





35.000.000	100.000.000	<p>هزینه های پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی سونوآنومالی، نوار قلب جنین NT,NST,NB، سونوگرافی دو بعدی و سه بعدی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، تمپانومتري، انواع انژیوگرافی (به جز چشم و قلب)، مشاوره روان درمانی، گفتار درمانی، کاردرمانی، نورو فیدبک، هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، انواع تست تنفسی، (اسپیرومتري pft)، بادی باکس، پلتیسوموگرافی، ارگواسپیرومتري، رینومانومتري، برونکوگرافی، و تست متاکولین، نوار عضله، نوار عصب و نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، پنتاکم، پریمتری چشم، نوار چشم، پآکی متری، بینایی سنجی، پالس اکسی متری، اکواسکن، فوندسکپی، کانفواسکن، انتروپيون، تعیین میزان بینایی، بررسی عصب بینایی و کلیه تست های بینایی سنجی، توپوگرافی چشم، هولتر مانیتورینگ قلب، کوثر، شکستگی و در رفتگی، گچ گیری به همراه مواد مصرفی، اتل بندی، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر، درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم)، هیدروتراپی، کشیدن ناخن، شستشوی گوش، تزریقات و پانسمان، خارج کردن جسم خارجی، کشیدن بخیه و برداشتن میخچه و زگیل و خال و انواع تزریقات تخصصی دارو، BCG و تزریق داخل چشم و مفصل و داخل ضایعه، تزریق IVIG، تزریق BCG، تزریق آوستین و پونکسیون، نوار تست قند خون، فیزیوتراپی</p>	6
-	25.000.000	هزینه های مربوط به غربالگری و ناهنجاری جنین	7
15.000.000	40.000.000	خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آزمایش پاپ اسمیر و نمونه برداری پاپ اسمیر، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، کاپروپراکتیک	8
10.000.000	40.000.000	جبران هزینه های ویزیت، دارو و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	9
-	150.000.000	جبران هزینه دندانپزشکی شامل ویزیت، گرافی ها، کشیدن دندان، جراحی دندان، جرم گیری، بروساژ، ترمیم های دندان، درمان ریشه و درمان مجدد ریشه، جراحی لثه، جراحی فک و صورت، پروتز ثابت و متحرک، روکش، ارتودنسی، ایمپلنت	10
-	12.000.000	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشکی و یا اپتومتریست	11
-	100.000.000	لیزیک چشم راست و چپ و جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا با جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) 3 دیوپتر یا بیشتر باشد. (برای دو چشم)	12
-	20.000.000	هزینه تهیه اورتز شامل گردنبند زانوبند کمربند کفی طبی و سمعک، جوراب واریس به تشخیص پزشک متخصص	13
3.300.000	7.990.000	حق بیمه مکمل درمان ماهانه به ازای هر نفر با فرانشیز 10٪ (به ریال)	



هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد. محل مهر

این قرارداد بین "شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)"، سرپرستی استان زنجان به نشانی زنجان انصاریه میدان ولیعصر بوستان 14 و 15 قطعه 1094 تلفن 024-33788046 و "سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان" به نشانی: زنجان- بلوار شیخ اشراق - تقاطع پروین اعتصامی تلفن: 024-33772210 که در این قرارداد اختصاراً به ترتیب "بیمه گر" و "بیمه گذار" نامیده می شوند 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 به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان که از طرف بیمه گزار به عنوان بیمه شده معرفی می شوند.

**تبصره 1:** کارکنان فصلی، موقت و دارای قرارداد کوتاه مدت با بیمه گزار، تحت پوشش بیمه قرار نمی گیرند. چنانچه حق بیمه کل متعلقه کارکنان مذکور در تبصره 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 گزار 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 2:** بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را به طور همزمان در ابتدای بیمه نامه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست. در صورت عدم پوشش بیمه های این افراد از تاریخ شروع بیمه نامه، برقراری پوشش بیمه های در طول بیمه نامه امکان پذیر نخواهد بود.

**2-3:** اعضای خانواده شامل همسر دائم، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل سرپرست می باشد.

**تبصره 3:** 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.

**2-4:** پوشش همزمان همسر و فرزندان کارکنان اناث نیز همانند سایر بیمه شدگان تحت تکفل، با حق بیمه یکسان در ابتدای بیمه نامه الزامی می باشد.

**2-5:** بیمه شدگان اصلی می توانند صرفاً در ابتدای قرارداد (لیست اولیه) والدین غیر تحت تکفل خود را با حداقل 70 درصد اضافه نرخ (مازاد بر اضافه نرخ سنی) تحت پوشش قرار دهند.

محل مهر و امضاء اعتبار

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد





تبصره 4: اضافه نرخ والدین غیر تحت تکفل تا 60 سال تمام، 70 درصد، 61 سال تا 70 سال تمام، 100 درصد و بالای 71 سال، 135 درصد می باشد.

2-6: کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان، فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه نامه، تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

2-7: افراد با تابعیت غیر ایرانی، تنها در صورت ارائه مجوز اقامت با حق کار مشخص (پروانه کار) می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

2-8: فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه می باشند.

2-9: فرزندان اناث مطلقه در صورت عدم اشتغال به کار و تا زمان ازدواج مجدد، مشروط به تحت تکفل بودن از طریق سرپرست، می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

2-10: فرزندان ذکور مجرد تا سن 22 سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن 25 سال تمام و در مورد دانشجوی مقطع دکترا تا سن 26 سال تمام با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تحت پوشش بیمه می باشند.

تبصره 5: فرزندان معلول ذهنی و جسمی تحت تکفل بیمه شده اصلی، بدون در نظر گرفتن شرط سنی بیمه خواهند بود (با توجه به مفاد بیمه نامه و رعایت استثنائات در شرایط عمومی پیوست).

تبصره 6: در صورت فوت، بازنشستگی و یا از کار افتادگی بیمه شده اصلی، پوشش بیمه ای بازماندگان متوفی، بازنشستگان و بیمه شدگان تبعی از کارافتاده مشروط به پرداخت حق بیمه، صرفاً تا پایان مدت بیمه نامه ادامه خواهد یافت.

تبصره 7: بیمه شدگانی که از مرخصی استعلاجی و یا مرخصی بدون حقوق استفاده می نمایند، چنانچه حق بیمه کل ایام مرخصی سرپرست و اعضای تحت تکفل آنها تا پایان بیمه نامه، از جانب بیمه گزار تضمین و پرداخت گردد، تحت پوشش خواهند بود.

تبصره 8: در صورتی که سن بیمه شده در مدت بیمه نامه کامل شود، پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه نامه ادامه خواهد یافت.

تبصره 9: در صورت مغایرت شرایط خصوصی با شرایط عمومی بیمه نامه، شرایط خصوصی ارجحیت دارد.

## فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار

ماده 3: بیمه گزار موظف است بیمه نامه را حداکثر پس از گذشت 15 روز از تاریخ دریافت، امضاء و به بیمه گر ارسال نماید، سپس لیست اولیه بیمه شدگان را به صورت یکجا، در قالب اکسل مورد تأیید بیمه گر و از طریق لوح فشرده، حداکثر ظرف مدت 15 روز بعد از تاریخ امضاء بیمه نامه، به همراه نامه رسمی بیمه گزار (مهر و امضاء شده) که در آن تعداد نفرت و تاریخ شروع بیمه نامه قید شده است، ارسال نماید.

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 تأمین 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 1: اکسل لیست اولیه بیمه شدگان از طریق پورتال بیمه کوثر به نشانی [kins.ir](http://kins.ir) بیمه درمان قابل استفاده و بهره برداری می باشد.

تبصره 2: داشتن بیمه پایه (تأمین 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.



محل مهر

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.

- تبصره 3: 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 4: کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان در لیست اسامی اولیه درج نشده باشد به استناد از قلم افتادگی نمی توانند جزء بیمه شدگان این بیمه نامه قرار بگیرند و در صورت تمایل، به بیمه نامه سال بعد موکول می گردند.
- تبصره 5: 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.
- 3-3: افرادی که در طول مدت بیمه نامه می توانند به بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدیدالاستخدام، همسر بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه نامه ازدواج کرده اند (تا یک ماه پس از تاریخ عقد) و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام کتبی بیمه گزار حداکثر ظرف یک ماه پس از احراز کفالت) تاریخ مؤثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از اولین روز ماه اعلام کتبی بیمه گزار خواهد بود. بیمه گزار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل حکم کارگزینی، تصویر صفحات شناسنامه و ... را در صورت تقاضای بیمه گر ارائه نماید.
- 3-4: نوزادان از بدو تولد، بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گزار لیست آنان را حداکثر تا یک ماه پس از تاریخ تولد به بیمه گر اعلام نماید در غیر این صورت، به بیمه نامه سال بعد موکول می گردند.
- تبصره 6: صرفاً "در شرایطی که نوزاد تازه متولد شده نیاز به بستری دارد و امکان دسترسی به نامه بیمه گزار وجود ندارد، صدور معرفی نامه بیمارستانی جهت مراکز طرف قرارداد برای نوزادان، تا یک هفته پس از تاریخ تولد بدون نامه بیمه گزار صرفاً با ارائه گواهی ولادت از سوی بیمه شده سرپرست، امکان پذیر می باشد. بدیهی است در این حالت پرداخت حق بیمه ماه های تحت پوشش توسط بیمه گزار قطعی خواهد بود.
- تبصره 7: ارائه کلیه خدمات پس از مدت فوق الذکر، منوط به ارائه نامه رسمی بیمه گزار و شناسنامه نوزاد خواهد بود.
- تبصره 8: 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.
- 3-5: موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از:
- فوت، طلاق، خروج از کفالت و نیز کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گزار قطع می شود، تاریخ مؤثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گزار و از ابتدای ماه بعد از تاریخ وصول نامه بیمه گزار خواهد بود.
- 3-6: 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 باقی مانده از بیمه نامه برگشت داده نخواهد شد و بیمه گزار موظف به پرداخت حق بیمه ایشان تا پایان بیمه نامه خواهد بود.
- 3-7: در ماه پایانی بیمه نامه امکان افزایش و کاهش بیمه شدگان به استثناء نوزاد بدو تولد و فوت امکان پذیر نمی باشد.
- 3-8: بیمه گزار موظف است بابت ارسال هرگونه مکاتبه با بیمه گر (از جمله اعلام لیست اولیه، افزایش، کاهش و سایر موارد)، رسید دریافت نماید.
- 3-9: بیمه گزار موظف است بابت ثبت هر گونه تغییرات درخواستی، الحاقیه ی مربوط را جهت بررسی و تائید از بیمه گر دریافت و رسید آن را تحویل نماید.

محل مهر "دلاری اعتبار"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



3-10: هر گونه 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.

3-11: 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.

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

3-12: 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) به نام 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 در ابتدای تاریخ 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 65 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، 65 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 به وسیله الحاقیه تعیین می گردد می بایست همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان در ماه های آتی حداکثر تا دهم ماه بعد تسویه شود.

#### ماده 5- تعلیق بیمه نامه

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 1: 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 آیین نامه 99 بیمه مرکزی) را در وجه بیمه گزار یا به شرح توافقی شده در بیمه نامه پرداخت نماید.

محل مهر "شرکت بیمه کوثر"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.





تبصره 1: 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 حادثی 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 2: چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

تبصره 3: 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 عمقی اندام ها، ماموپلاستی کاهنده، ناهنجاری های اسکلتی و ستون فقرات، کلیه جراحی های مربوط به درمان ناهنجاری های مادرزادی که بنا به تشخیص پزشک معتمد 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 4: چنانچه تعداد بیمه شدگان بیشتر از 1000 نفر باشد، دوره انتظار پوشش بیماری های مزمن اعمال نخواهد شد.

تبصره 5: در صورتی که 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

7-1: 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.

7-2: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

7-3: 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.

محل مهر اعتبار

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد



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)، اسپوندیلولیزتیزس (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 بیماریهایی که جنبه زیبایی دارد آنها می بایست توسط پزشک معتمد بیمه گر تأیید گردد.
  - 11: همچنین جهت دریافت هزینه های ایمپلنت و ارتودنسی مراجعه به دندانپزشکان معتمد الزامیست.
  - 12: جهت دریافت هزینه های عینک مراجعه به اپتومتریست های معتمد الزامیست (به صورت رندوم) (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

1-10: مراکز درمانی غیر طرف قرارداد

- 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.
- کلیه هزینه های بیمارستانی توسط بیمه شده تأمین گردد.
- مدارک مورد نیاز موضوع ماده 11 را ترجیحاً از طریق نماینده بیمه گزار جهت اخذ خسارت درمان برای بیمه گر ارسال نمایند.
- لازم است بیمه شدگان ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول (سازمان بیمه سلامت، تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح و ...) اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و تأییدیه 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.
- در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه های بیمه گر اول استفاده نمی نماید، حداقل 30 درصد از خسارت ارزیابی شده به عنوان فرانشیز کسر خواهد شد.

محل مهر دبیرخانه ای اعتبار

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد







**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**

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

**تبصره 1:** در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه گر پایه در صورتحساب، 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.

**تبصره 2:** در مواردی که صورت حساب بیمارستانی فرانشیزی می باشد نیازی به ارائه ریز آزمایش دارو، رادیولوژی و ... نمی باشد.

**تبصره 3:** هزینه های خارج از تعهد و خارج از سقف بر عهده بیمه شده می باشد و در صورت پرداخت این گونه 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**

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

**تبصره 4:** در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه گر پایه در صورتحساب، 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**

محل مهر اعتبار



هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.





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

**11-6: هزینه فیزیوتراپی**

- اصل قبض (فاکتور) مهمور به مهر مرکز فیزیوتراپی (ذکر تعداد جلسات و اندام‌ها الزامی می‌باشد)؛
- کاردکس جلسات فیزیوتراپی با درج تاریخ و مهمور به مهر مرکز فیزیوتراپی؛
- ارائه رسید پوز تمام جلسات.

**11-7: هزینه دارو**

هزینه داروهای قابل پرداخت فقط مربوط به داروهایی می‌باشد که علاوه بر اینکه در لیست داروهای مجاز وزارت بهداشت می‌باشد، در تعهد بیمه‌گر اولیه نیز قرار گرفته باشد. جهت پرداخت هزینه دارو ارائه فاکتور داروخانه به همراه ریز دارو و قیمت الزامی می‌باشد. تبصره 5: در مورد داروهای خارجی تجویز شده توسط پزشک معالج متخصص، گواهی پزشک معالج جهت ضرورت و طول دوره مصرف آن در پشت نسخه، یا سرنسخه پزشک معالج مربوطه الزامی می‌باشد (به شرط تعهد در بیمه‌نامه قابل بررسی خواهد بود). تبصره 6: 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 7: ارائه گواهی تزریق توسط پزشک معالج جهت داروهای تزریقی خاص مانند داروی تزریق داخل مفاصل الزامی است.

**11-8: هزینه اروتز**

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

**11-9: تهیه اعضاء طبیعی بدن**

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

**11-10: هزینه عینک**

1- اصل قبض (فاکتور) عینک سازی با سر برگ معتبر مهمور به مهر مرکز مربوطه و دارای تایید اپتومتریست معتمد؛

2- در صورت ارائه رسید دستگاه کارخوان مرکز درمانی مورد نظر؛ تاییدیه اپتومتریست معتمد الزامی نمی‌باشد.

3- در صورت خرید عینک بصورت خانوادگی در طی قرارداد مراجعه تمامی اعضای خانواده به اپتومتریست معتمد الزامی می‌باشد.

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

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

**11-11: 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 اکسزیون و خارج سازی بافت از بدن بیمار، ارسال جواب پاتولوژی الزامیست)

محل مهر "دعا" اعتبار "ر"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می‌باشد.



**11-12: رادیوتراپی**

- 1- دستور پزشک متخصص طب هسته‌ای یا متخصص آنکولوژی؛
- 2- فاکتور صادر شده توسط مرکز با ذکر تعداد شان‌های مصرفی؛
- 3- جواب پاتولوژی.

تبصره 8: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه‌گر پایه در صورت حساب، مراجعه به بیمه‌گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق‌مهمور به مهر بیمه‌گر اول، نامه و یا پرینت از سایت بیمه‌گر 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 نمایندگی‌های فروش مجاز و دارای مجوز از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با ذکر کامل مشخصات سمعک مورد نظر در فاکتور مربوطه.

تبصره 9: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه‌گر پایه در صورت حساب، مراجعه به بیمه‌گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق‌مهمور به مهر بیمه‌گر اول، نامه و یا پرینت از سایت بیمه‌گر پایه الزامیست.

**11-14: دندانپزشکی**

- 1- ارائه ریز خدمات در سرنسخه دندانپزشک دارای مبلغ هر خدمت به صورت جداگانه و مهمور به مهر دندانپزشک؛
- 2- ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت طبق دستورالعمل ارائه شده به بیمه‌گذار؛
- 3- دریافت تأییدیه از دندانپزشک معتمد جهت خدمات ایمپلنت و ارتودنسی در مراکز غیرطرف قرارداد؛
- 4- در صورت عدم ارائه رسید دستگاه کارخوان مرکز درمانی مورد نظر یا عدم ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از انجام کار تاریخ دار در طی قرارداد، تأییدیه دندانپزشک معتمد الزامی می‌باشد.

**نکته 1:** بیمه‌شدگان می‌توانند با رعایت موارد ذیل به مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد با بیمه‌گر مراجعه نمایند:

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

**نکته 2:** نسخ صادره از سوی دندانپزشک غیر طرف قرارداد می‌بایست شامل موارد ذیل باشد:

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

تذکر 1: موارد ذکر شده بالا می‌بایست در سربرگ رسمی دندانپزشک ارائه دهنده خدمت، که شامل آدرس مطب ایشان می‌باشد، ثبت و ذکر گردد.

محل مهر "انجمن دندانپزشکان ایران"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می‌باشد.



- ارائه ریز خدمات در سرنسخه دندانپزشک دارای مبلغ هر خدمت به صورت جداگانه و ممهور به مهر دندانپزشک؛
- ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت طبق دستورالعمل ارائه شده به بیمه گزار؛
- دریافت تائیدیه 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، صورت حساب 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 پرئودنتیست 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 غیر طرف 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.

#### ❖ استثنائات دندانپزشکی

- عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد بیمه نامه مشخص بوده و بیمه گزار از آن مطلع شده باشد؛
  - خدمات تکراری قابل پرداخت نمی باشد.
- نکته 3: دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج و یا ارائه کپی جواب خدمت مورد نظر جهت کلیه اسناد فاقد سهم بیمه پایه الزامی است.
- نکته 4: 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.
- نکته 5: ارائه کارت ملی در هنگام صدور معرفی نامه و یا پرداخت هزینه هایی که فاقد سهم بیمه گر پایه می باشد، الزامی است.
- نکته 6: 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 غیر مجاز سرپایی (در مطب) بر اساس نظر وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می گردد.

محل مهر "دندانپزشک" اعتبار

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



**ماده 13- تعهد بیمه گر در مورد تصادفات**

**13-1:** چنانچه بیمه شده مقصر حادثه و فاقد گواهینامه معتبر متناسب با وسیله نقلیه باشد، هزینه های درمانی نامبرده غیر قابل پرداخت می باشد.

**13-2:** 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 های درمانی طبق مفاد بیمه نامه بررسی و پرداخت می شود.

**13-3:** 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 15 روز پس از دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت نماید. همچنین با مراجعه به پورتال بیمه کوثر به نشانی [www.kins.ir](http://www.kins.ir) / کوثر من / بیمه درمان / استعلام درمان سپس وارد کردن کد ملی و شماره تماس، می توان رمز موقت جهت ورود به سامانه را دریافت و از وضعیت عضویت، سقف تعهدات و نوع پوشش بیمه تکمیل درمان و نیز خسارت های پرداخت شده و معرفی نامه های صادر شده خود مطلع شود.

ضمناً با ارسال پیامک حاوی "کد ملی ده رقمی \*1" (به طور مثال 1234567890\*1) به شماره پیامک "02189382" می توان از وضعیت عضویت درمان و تاریخ شروع و پایان قرارداد مطلع شد.

**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 بر 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 این صورت خسارت پرداخت شده قطعی تلقی خواهد شد.

محل مهر "تکثیر"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



**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 فی مابین حل و فصل خواهد شد در غیر این صورت رأی مراجع ذیصلاح نافذ می باشد.

**ماده 22- مدت بیمه**

مدت این بیمه نامه یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر 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 ذکر شده 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**

**1-25:** در صورتی که در طول مدت بیمه نامه 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 اعضای خانواده از پوشش بیمه مازاد درمان گروهی حذف گردیده و بیمه گزار متعهد می گردد کلیه حق بیمه ماه های باقی مانده تا پایان بیمه نامه را پرداخت نماید.

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

**3-25:** 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.

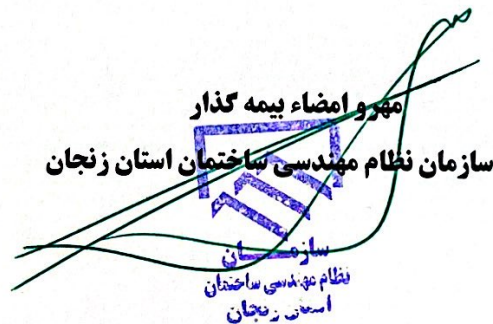
**4-25:** شرکت بیمه کوثر به منظور سرعت بخشیدن و سهولت ثبت نام بیمه شدگان محترم اقدام به حذف کارت بیمه مکمل درمان نموده و کلیه خدمات خود را از طریق کارت ملی و با صدور معرفی نامه توسط مراکز درمانی طرف قرارداد این شرکت اقدام نموده است. لذا بیمه شده موظف است در نگهداری کارت ملی خود و خانواده نهایت توجه و 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.

محل مهر قرارداد رسمی اعتبار"



ماده 26-

1. برای پرداخت هزینه های روان درمانی، مراجعه به تراپیست، مشاوره روانی و مشابه آن با معرفی سازمان تا سقف مبلغ 50 میلیون ریال برای هر نفر و تا سقف 5 نفر در طول مدت قرارداد علاوه بر تعهدات درخواستی ارائه می گردد.
2. برای جبران هزینه های بیماران خاص و صعب العلاج با معرفی سازمان تا سقف سه نفر و برای هر نفر تا سقف 500 میلیون ریال از سقف بیمارستانی و پاراکلینیکی و دارویی ارائه می گردد.
3. بیمه گذار متعهد می گردد که در کلیه رشته های امور بیمه ای با شرکت بیمه کوثر همکاری و عقد قرارداد نماید، لذا در صورتی که همکاری بیمه گذار با بیمه کوثر صرفاً در یک رشته بیمه ای ( به عنوان مثال درمان ) باشد، بیمه گر این حق را دارد که مبلغ حق بیمه و توافقات فی مابین را اصلاح نماید.
4. ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و عمر و حادثه اعضا توسط شرکت کارگزاری آندیا سوشیانت انجام می شود و حق بیمه اعضا توسط ایشان دریافت و به شرکت بیمه کوثر پرداخت می گردد.



مهر و امضاء معرف

کارگزاری رسمی بیمه آندیا سوشیانت کد: 40738

کد اقتصادی کارگزاری: 14009068273



هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.

محل مهر " کارگزاری اعتباری "



شرکت بیمه کوثر

شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه درمان گروهی

کد مدرک: KIC-506-GCF-001-04

صفحه: 16 از 23

### شرایط عمومی بیمه نامه درمان گروهی

#### فصل اول: کلیات

##### ماده ۱- اساس بیمه نامه

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

##### ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

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

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

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

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

##### ۴- گروه بیمه شدگان:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

محل مهر "شرکت بیمه کوثر"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.







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

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

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

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

## فصل دوم: پوشش های قابل ارائه

ماده ۳- پوشش های قابل ارائه عبارت است از:

### الف- پوشش های اصلی:

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

تبصره 1: سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندی کای بیمه گران ایران و تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران قابل پوشش است.

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

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

### ب- پوشش های اضافی:

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

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

تبصره 2: هزینه های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقی مانده آن از محل سقف تعهدات پوشش های اصلی پرداخت می شود.

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

تبصره 3: دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.

تبصره 4: 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.

محل مهر الکترونیکی عبارت " "





۴- هزینه های پاراکلینیکی:

1-4- 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.

2-4- 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.

3-4- 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.

4-4- 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.

5-4- جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

6-4- جبران هزینه‌های بستری جهت درمان بیماری‌های روان‌پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۵: هزینه نگهداری بیماران روان‌پریش تحت پوشش نمی‌باشد.

تبصره ۶: تجمیع تعهدات هر یک از بندهای 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 غیر بستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.

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

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

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

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

محل مهر "درستی اعتبار"





- 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 لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- تبصره ۸: فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می شود.
- ۱۱- هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.
- تبصره ۹: 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 ارائه 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 ناحق 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 مکمل های آن 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.

محل مهر "شرکت بیمه کوثر"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.





ماده ۹- پرداخت حق بیمه

بیمه گزار باید 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 گزار 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 تائید 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.
- ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تائید مراجع ذیصلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر.
- 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 بیمه گر.
- ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
- ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.



محل مهر "شرکت بیمه کوثر"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



۱۷- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است. تبصره 1: بیمه گر می تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوطه، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۱۵- 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 قرارداد 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 ۱۶- در صورت استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

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

ماده ۱۸- حداکثر سن بیمه شده در گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

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

ماده ۲۰- هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تائید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های آنان را تائید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره 1: 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

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

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.

محل مهر اعتباری اعتبار"





**الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر:**

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

**ب- موارد فسخ از طرف بیمه گزار:**

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

**ج- نحوه فسخ:**

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

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

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

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

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

**ماده ۲۴- ارجاع به داوری**

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

محل مهر و امضاء اعتبار"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.





**فصل چهارم: سایر مقررات**

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

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

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه گر می تواند با توجه به پاسخ های مندرج در پرسش نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند. تبصره ۱: بیمه گر می تواند مشروط به اخذ پرسش نامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

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

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

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

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



**مهر و امضاء معرف**

کارگزاری رسمی بیمه آندیا سوشیانت کد: 40738

کد اقتصادی کارگزاری: 14009068273

شرکت کارگزاری رسمی بیمه  
**آندیا سوشیانت**

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد

محل مهر و امضاء کارگزاری اعتبار "

