



بیمه نامه درمان گروهی

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

شماره بیمه نامه: ۱۳۹۸/۱۵۱۰/۳۸۶	تاریخ صدور: ۱۳۹۸/۰۹/۲۸	شماره پیشنهاد:
کد رایانه بیمه نامه: ۸۱۹۲۷۹۹	واحد معرف: فلاح صالحی آسفنجی کد ۶۱۵۳	
واحد صدور: یزد کد ۳۱۱۰	مدت اعتبار بیمه نامه ۳۶۵ روز می باشد که از ۱۳۹۸/۰۹/۰۱ شروع و در روز ۱۳۹۹/۰۹/۰۱ خاتمه می یابد.	
مشخصات بیمه گر	شرکت بیمه کوثر به نشانی: تهران- میدان آرژانتین- خیابان الوند- شماره ۲۴ تلفن: ۸۹۳۸۲	
مشخصات بیمه گذار	بیمه گذار: سازمان نظام مهندسی ساختمان استان یزد کد ۲۲۷۶۵۹۱ کد ملی/ کد اقتصادی: ۴۱۱۳۷۷۳۹۸۶۱۴ به نشانی: استان یزد، شهر یزد- یزد- بلوار امام جعفر صادق (ع) - کوچه پشت فروشگاه تیراژه- تلفن: ۰۳۵۳۸۲۶۰۸۰۱	
حق بیمه	تعداد بیمه شدگان: طی الحاقیه حق بیمه هر بیمه شده در طول مدت بیمه نامه: ۱۰,۰۸۰,۰۰۰ ریال حق بیمه علی الحساب سالیانه: طی الحاقیه روش پرداخت حق بیمه: اقساط سه ماهه بیمه شدگان بین ۰ تا ۱۲۰ سال غیر تحت تکفل با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی - بیمه شدگان بین ۱۲۰ تا ۱۸۰ سال تحت تکفل با ۰ درصد حق بیمه اضافی	

تعهدات بیمه گر

ردیف	شرح تعهدات	حداکثر تعهدات سالیانه	نفر	خانواده	فرانشیز مراکز درمانی طرف قرارداد	فرانشیز مراکز غیر طرف قرارداد
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و day care (اعمال جراحی day care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	---	۳۰	۳۰
۲	هزینه اعمال جراحی مربوط به گامانایف، سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) قلب، پیوند کبد، ریه، کلیه و مغز استخوان (یا احصاب بند یک)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	---	۳۰	۳۰
۳	هزینه زایمان (طبیعی، سزارین)	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	---	۳۰	۳۰
۴	هزینه های پاراکلینیک شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	---	۳۰	۳۰
۵	هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عصب و نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی، بینایی، سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	---	۳۰	۳۰
۶	هزینه جراحی های مجاز سرپایی مانند شکستگیها، گچ گیری، خسته، پخیه، کراپ تراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	---	۳۰	۳۰
۷	هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بین یا دور بین) به به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. حداکثر تعهد برای هر دو چشم	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	---	۳۰	۳۰
۸	جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر	۱,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	---	۳۰	۳۰
۹	جبران هزینه های آمبولانس بین شهر	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	---	۳۰	۳۰

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

مهر و امضای بیمه گر
شرکت سهامی بیمه کوثر
کد اقتصادی بیمه گر: ۴۱۱۳۷۷۳۹۸۶۱۴

حسین تقی زاده

مهر و امضای بیمه گذار
سازمان نظام مهندسی ساختمان استان یزد
کد ۲۲۷۶۵۹۱

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان یزد



بیمه نامه درمان گروهی

۳۰	۳۰	---	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	گروه ترکیبی پاراکلینیکی (گروه اول و دوم و سوم)	۱۲
۳۰	۳۰	---	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان - طبیبی	۱۳
۳۰	۳۰	---	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان - سزارین	۱۴
۳۰	۳۰	---	۵,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی	۱۵
۳۰	۳۰	---	۲,۰۰۰,۰۰۰	عینک و لنز	۱۶

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

مهر و امضای بیمه گر
شرکت سهامی بیمه کوثر
کد اقتصادی بیمه گر: ۴۱۳۷۳۸۷۱۳۹۳
سید تقی رستمی

مهر و امضای بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان یزد
کد ۲۶۷۶۵۹۱

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان یزد

بیمه کوثر



بیمه نامه درمان گروهی

نام گروه سایر: گروه آزمایشات							
نوع گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی							
سرمايه هر بیمه شده اصلی: ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ سرمايه هر یک از اعضا خانواده: ۱۵,۰۰۰,۰۰۰							
سرمايه خانواده:							
ردیف	بیماری تحت پوشش	تعداد استفاده در سال	سقف هر نوبت خسارت	سرمايه خانواده	سرمايه هر بیمه شده اصلی	حق بیمه ماهانه	دوره فرانشیز
	تحت پوشش						فرانشیز مبراکز غیر طرف قرارداد
۱	آزمایش	*	*	*	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	*	۳۰
۲	انواع رادیولوژی	*	*	*	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	*	۳۰
۳	انواع فیزیوتراپی	*	*	*	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	*	۳۰
۴	نوار قلب	*	*	*	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	*	۳۰
نام گروه سایر: گروه غربالگری و ناهنجاری های جنین							
نوع گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی							
سرمايه هر بیمه شده اصلی: ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ سرمايه هر یک از اعضا خانواده: ۱۵,۰۰۰,۰۰۰							
سرمايه خانواده:							
ردیف	بیماری تحت پوشش	تعداد استفاده در سال	سقف هر نوبت خسارت	سرمايه خانواده	سرمايه هر بیمه شده اصلی	حق بیمه ماهانه	دوره فرانشیز
	تحت پوشش						فرانشیز مبراکز غیر طرف قرارداد
۱	ناهنجاری و غربالگری جنین پاراکلینیکی (گروه اول)	*	*	*	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	*	۳۰
نام گروه سایر: گروه ویزیت و دارو							
نوع گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی							
سرمايه هر بیمه شده اصلی: ۳,۵۰۰,۰۰۰ سرمايه هر یک از اعضا خانواده: ۳,۵۰۰,۰۰۰							
سرمايه خانواده:							
ردیف	بیماری تحت پوشش	تعداد استفاده در سال	سقف هر نوبت خسارت	سرمايه خانواده	سرمايه هر بیمه شده اصلی	حق بیمه ماهانه	دوره فرانشیز
	تحت پوشش						فرانشیز مبراکز غیر طرف قرارداد
۱	هزینه دارو	*	*	*	۳,۵۰۰,۰۰۰	*	۳۰
۲	هزینه ویزیت	*	*	*	۳,۵۰۰,۰۰۰	*	۳۰

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

مهر و امضای بیمه گر

شرکت سهامی بیمه کوثر

کد اقتصادی بیمه گر: ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۳۹۳

بیمه گر

مهر و امضای بیمه گذار

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان یزد

کد ۲۲۷۶۵۹۱

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان یزد



شرایط خصوصی

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

- ۱ - ارائه لیست بیمه پایه (تامین اجتماعی ، خدمات درمانی و ...) در گروه های فوق الزامی می باشد .
 - ۲ - می بایست بیش از ۷۰٪ اعضاء کل بطور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند .
 - ۳ - روش پرداخت حق بیمه حداکثر بصورت ماهانه (حداکثر ۱۲ قسط مساوی که اسناد ان در ابتدای قرارداد دریافت می گردد)
 - ۴ - بیمه گذار محترم حداقل اضافه نرخ برای مشمولین صندوقهای بازنشستگی صد درصد ، حق بیمه اضافه می باشد .
 - ۵ - دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان در گروه های زیر ۲۵۰ نفر ۹ ماه و گروه های بیش از ۲۵۰ نفر ۶ ماه و پوشش بیماریهای مزمن ۳ ماه می باشد و در گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار می باشد ضمناً در صورتی که بیمه نامه تمدید سال قبل باشد ، و بلا فاصله بعد از انقضای قرارداد نزد شرکت بیمه گر دیگر در این شرکت منعقد گردد با ارائه مدارک مثبت دوره انتظار جهت بیمه شدگانی که این دوران را طی ننموده اند منظور می گردد .
 - ۶ - شرکت بیمه کوثر تعهدی به جبران خسارت مادام که متقاضیان بیمه ، به موقع اقساط مقرر را پرداخت ننموده باشد ، نخواهد داشت .
 - ۷ - صدور قرارداد منوط به تأییدیه بیمه مرکزی و همچنین انتقال کل پرتفوی بیمه گذار به شرکت بیمه کوثر می باشد
- سایر شرایط به قوت خود باقی است/.

بیمه کوثر



الحاقیه بیمه نامه درمان

بدینوسیله شرکت بیمه کوثر گواهی می نماید مراتب زیر در مورد بیمه نامه صادره مورد تأیید می باشد.

مشخصات الحاقیه	تاریخ صدور الحاقیه : ۱۳۹۸/۱۰/۰۸ شماره الحاقیه : ۳ معرف : فتاح صالحی آسفنجی کد ۶۱۵۳ نوع الحاقیه : تغییر در مقدار بیمه نامه تاریخ شروع الحاقیه : ۱۳۹۸/۰۹/۰۱ تاریخ شروع بیمه نامه : ۱۳۹۸/۰۹/۰۱ شماره بیمه نامه : ۱۳۹۸/۱۵۱۰/۳۸۶ کد رایانه بیمه نامه : ۸۱۹۲۷۹۹
مشخصات بیمه گذار	بیمه گذار : سازمان نظام مهندسی ساختمان استان یزد کد ۲۲۷۶۵۹۱ نشانی : یزد- بلوار امام جعفر صادق (ع) - کوچه پشت فروشگاه تیراژه - ساختمان نظام مهندسی ساختمان کد ملی/اقتصادی : ۴۱۱۳۷۷۳۹۸۶۱۴ تلفن : ۰۳۵۳۸۲۶۰۸۰۱
شرح الحاقیه	بدینوسیله اضافه نرخ سنی افراد تحت تکفل به شرح ذیل از تاریخ شروع بیمه نامه اعمال می گردد: - از سن ۶۱ الی ۷۰ سال معادل ۵۰ درصد حق بیمه اضافی - از سن ۷۱ الی ۱۲۰ سال معادل ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی سایر شرایط به قوت خود باقی است.
حق بیمه	حق بیمه (به عدد) - اضافی : ۰۰ ریال ۷۰,۵۰۰ ریال مالیات بر ارزش افزوده : ۰ ریال به حروف : هفتاد و پانصد و شصت هزار ریال حق بیمه قابل پرداخت (به عدد) : ۷۰,۵۰۰ ریال ۷۰,۵۰۰ ریال به حروف : هفتاد و پانصد و شصت هزار ریال

نشانی واحد صدور : یزد- میدان معلم- ابتدای بلوار ۲۲ بهمن

تلفن : ۰۳۵۳۷۲۶۸۲۳۲

شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)

کد اقتصادی : ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۳۹۳

مسئول صدور : کارشناس صدور