

ردیف	نام تعهد	توضیحات	حداکثر تعهدات (برای هر نفر (ریال)
۱	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	حداکثر سقف تعهدات سالانه بابت جبران هزینه های بستری و جراحی بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (Day Car) ، هزینه همراه بیمه شدگان کمتر از ۷ سال یا بیشتر از ۷۰ سال برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	بدون سقف
۲	جراحی تخصصی	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی مربوط به سرطان ، قلب و عروق ، مغز و اعصاب و نخاع ، ستون فقرات ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، رادیوتراپی ، شیمی درمانی ، گامانایف ، آنژیوگرافی عروق کرونر و عروق داخل مغز با احتساب ردیف یک برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد .	بدون سقف
۳	زایمان	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین جبران هزینه های نازاری و نابروری شامل : IVF-ZIFT-GIFT- IUF ، میکرواینجکشن برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد .	۶۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۴	پاراکلینیکی ۱ و ۲ و خدمات آزمایشگاهی و جراحی های مجاز سربابی	۱-۴ جبران هزینه های انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، ماموگرافی و انواع اسکن ، ام ار ای ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان درمان رادیوایزوتوپ) ، دانسیتومتری برای هر بیمه شده ۲-۴ جبران هزینه انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکو کاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، EECF تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی (شامل اسپیرومتری و PFT) خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی(EMG NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی پروردینامیک(نوار مثانه)خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اتیومتری ، پریمتری ، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) برای هر بیمه شده ۳-۴ جبران هزینه انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی(به استثناء چکاپ و آزمایشات مربوط به ناهنجاری های جنین) ، شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی ، تست های آلرژیک برای هر بیمه شده ۴-۴ جبران هزینه فیزیوتراپی(PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کاردرمانی(OT) برای هر بیمه شده ۵-۴ جبران هزینه اعمال مجاز سربایی مانند شکستگی و دررفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی ۶-۴ هزینه های تهیه اورژن که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید معتمد پزشک بیمه گر مورد نیاز باشد .	۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۵	دارو و ویزیت	جبران هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مزاد بر سهم بیمه گر اول)	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۶	دندانپزشکی	جبران هزینه های سربایی مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه به استثناء زیبایی کلیه عملیات دندانپزشکی اعم از جرم گیری ، پرکردن ، کشیدن ، ترمیم ، درمان ریشه و عصب ، عصب کشی ، روکش ، ارتودنسی ، ایمپلنت ، درمان لثه ، جراحی لثه ، دست دندان ، انواع پروتز ها برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد.	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۷	عینک طبی	جبرانی هزینه تهیه عینک یا لنز تماسی طبی با تجویز اپتومتریست و یا چشم پزشک برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد	۶۰.۰۰۰.۰۰۰
۸	عیوب انکساری چشم	هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی و استیگمات با مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۲ دیوپتر یا بیشتر باشد(برای هر دو چشم)	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۹	آزمایشات غربالگری	جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین برای درمان هر یک از بیمه شدگان پرداخت می گردد	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۰	هزینه های آمبولاس	هزینه آمبولاس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی داخل شهر	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۱	هزینه های آمبولاس	هزینه آمبولاس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی خارج از شهر	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
		حق بیمه ماهیانه هر نفر بوده و وجه آن نیز غیرقابل برگشت می باشد.	۴۰.۰۰۰.۰۰۰

در سطر اول جدول نام و مشخصات بیمه شده اصلی و در سطرهای بعدی مشخصات خانواده بصورت کامل و خوانا درج گردد.

[illegible][illegible]

نام شهرستان: شماره عضویت سازمان نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان غربی:

شروع بیمه نامه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

*** برای ثبت نام در شهرستان‌ها به محل سازمان و در ارومیه به ساختمان مرکزی سازمان نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان غربی مراجعه فرمائید.

توضیحات:

- ارائه کپی کلیه صفحات شناسنامه برای سرپرستان و کارت ملی برای کلیه بیمه شدگان الزامی است.
- خانواده : منظور از خانواده عبارتست از هریک از کارکنان شاغل در خدمت بیمه گذار بعنوان سرپرست خانواده و همسر یا همسران دائمی و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی باشد.
- کلیه کارکنان موث می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه یکسان صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.
- شرایط سنی افراد تحت تکفل:
 - فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل تا سن ۲۳ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار
 - فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۶ سال تمام
 - دانشجویان مقطع دکترا تا سن ۲۷ سال تمام با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل
 - فرزندان اناث تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار
 - فرزندان موث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بشرط عدم اشتغال بکار
- ادامه پوشش بیمه ای به بازماندگان متوفی و افرادی که درطول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می شوند به همراه اعضا، تحت پوشش به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود.
- در صورت استفاده از پوشش های بیمه ای حق بیمه بیمه شدگان بدلیل اعلام انصراف آنها از ادامه قرارداد، قابل برگشت نبوده و تا پایان قرارداد دریافت میگردد.
- هرگونه افزایش به لیست پس از مهلت مقرر در ماده فوق صرفاً شامل افراد جدید الاستخدام ، انتقالی ، مامورین ، نوزادان (۳۰ روز پس از تولد) و ازدواج در طول مدت قرارداد خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام ،تصویر شناسنامه و...) ازسوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ استخدام ، تولد و... طی نامه کتبی و معتبر برای بیمه گر ارسال گردد.
- کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد صرفاً شامل افراد فوتی می باشد که با ارائه مدارک مثبتیه طی نامه کتبی و معتبر میسر خواهد بود.
- شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید اولین روز هر ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد همچنین حق بیمه های برگشتی (مشروط به عدم دریافت خسارت) نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار محاسبه خواهد شد و حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد ، بدیهی است هنگام حذف بیمه شده به هردلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه میگردد.
- شرایط پرداخت هزینه های دندانپزشکی به شرح ذیل می باشد:
- در مورد خدمات درمان ریشه دندان (عصب کشی)، روکش، انواع پروتز، ایمپلنت، ارتودنسی، ترمیم چند سطحی ۴ دندان و بیشتر و جراحی های دندان در نسج نرم و سخت ارائه رادیوگرافی (عکس دندان) قبل و بعد از انجام درمان الزامی است.
- پرداخت هزینه های سرپایی با دستور پزشک متخصص و فاکتور ارائه شده قابل پرداخت می باشد.
- مدارک لازم جهت پرداخت هزینه عینک : دستور پزشک متخصص یا اپتومتریست + پرینت نمره چشمی + فاکتور رسمی (در مواقع خاص بنا به تشخیص کارشناس پرونده رویت عینک و تایید پزشک معتمد ضروری می باشد)
- مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های پاراکلینیکی : فاکتور معتبر ،کپی جواب مربوطه
- مهلت تحویل مدارک هزینه های درمانی: پاراکلینیکی، بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد و ۴ ماه پس از انقضاء قرارداد خواهد بود.
- فرانشیز بیمه نامه ۱۰ درصد می باشد .
- بیمه شدگان بایستی دارای بیمه نامه پایه دارای اعتبار باشند.

تسهیلات سایر رشته های بیمه ای

زمان اتمام بیمه نامه های قبلی [خودرو (ثالث) خودرو (بدنه)]

— صدور بیمه نامه بدنه با تخفیف ویژه نقدی تا ۷۰ درصد، مختص سازمان نظام مهندسی استان آذربایجان غربی با ارائه شماره عضویت

— صدور بیمه شخصی ثالث خودرو بدون پیش پرداخت و طی ۱۰ قسط متوالی با ارائه یک فقره چک ضمانت

— صدور بیمه بدنه خودرو بدون پیش پرداخت و طی ۱۰ قسط متوالی با ارائه یک فقره چک ضمانت و ۴۰ درصد تخفیف گروهی

— صدور بیمه نامه آتش سوزی منازل مسکونی با تخفیف ویژه مختص سازمان نظام مهندسی استان آذربایجان غربی با ارائه شماره عضویت

— صدور بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پیرایز شکان با اعمال ۷۰ درصد تخفیف گروهی و صدور بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پزشکان با اعمال ۵۰ درصد تخفیف گروهی

— صدور بیمه های حوادث انفرادی با ۴۰ درصد تخفیف گروهی

— صدور بیمه های مسافرتی تا ۷۰ درصد تخفیف

— صدور بیمه های مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان با ارائه همراه پوشش های اضافی ویژه و انحصاری

— صدور بیمه های مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان با ارائه همراه پوشش های اضافی ویژه و انحصاری در قالب طرح های برنزی ، نقره ای و طلایی

— صدور بیمه نامه مضاعف مختص مجریان ساختمانی

اینجانب درخواست صدور بیمه نامه آتش سوزی ☐ مسافرتی ☐ عمرو سرمایه گذاری ☐ را دارم. تلفن: امضاء

بیمه شده می بایست مبلغ حق بیمه را به شماره حساب ۴۴۲۷۸۲۴۶۹۴ با شناسه واریز ۸۵۷۷۸۰۵۱۸۰۵۱۸۰۶۰۰۰۴۰۵۰ بنام شرکت بیمه کوثر واریز نماید.(پرداخت حق بیمه بصورت نقدی ویا اقساطی می باشد.)

در صورت پرداخت اقساطی ۲۵ درصد حق بیمه به مبلغ ۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال بصورت نقدی و الباقی به صورت ۵ فقره چک صیادی جدید با سر رسید های ۱۴۰۵/۰۹/۰۱ و ۱۴۰۵/۱۱/۰۱ و ۱۴۰۶/۰۲/۰۱ و ۱۴۰۶/۰۴/۰۱ و ۱۴۰۶/۰۶/۰۱ به مبلغ ۷۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال در وجه شرکت بیمه کوثر با شناسه ملی ۱۰۳۲۰۳۵۷۵۹۸ ثبت و تحویل می گردد.

واریز پیش پرداخت فقط از طریق بانک ملت(همراه بانک ملت ، ATMبانک ملت ، حساب بانک ملت و یا استفاده از دستگاه پوز مستقر در نظام مهندسی ساختمان) امکان پذیر می باشد.

شماره تماس رابط بیمه ای مستقر در سازمان جهت ارائه خدمات بیمه ای:

آقای اسمعیلی ۰۹۱۴۰۴۴۶۷۱۰

شماره تماس رابط بیمه ای جهت ارائه خدمات بیمه های بدنه :

خانم حضرتی ۰۹۳۹۴۳۲۵۵۲۲

شماره تماس رابط بیمه ای جهت ارائه خدمات بیمه های مسئولیت و خودرویی :

خانم کوه کن ۰۹۱۴۵۸۳۰۳۴۴

امضاء بیمه شده اصلی

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی