



فرم پیشنهاد بیمه مکمل درمان

بیمه گذار / نماینده بیمه گذار محترم، خواهشمند است پس از پاسخ به سوالات زیر به صورت خوانا و دقیق آنرا جهت اعلام نرخ به مدیریت بیمه های درمان ارسال نمائید.

مشخصات بیمه گذار :

نام :	کد اقتصادی :	نوع فعالیت:
کد پستی:	تلفن:	
آدرس :		

تعداد کل کارکنان:	تعداد متقاضیان اصلی پوشش:	تعداد بیمه شدگان فرعی:
تعداد بیمه شدگان ۶۰ تا ۷۰ ساله :	تعداد بیمه شدگان بیش از ۷۰ ساله :	
نام سازمان بیمه گر اول: <input type="checkbox"/> سازمان تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> سازمان خدمات درمانی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		

تعهدات مورد درخواست بر اساس موارد مربوط در آئین نامه شماره ۶۴ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران :

ردیف	شرح تعهدات	حداکثر تعهدات سالانه (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی ، رادیو ترابی ، آنژیو گرافی 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) .	
۲	هزینه اعمال جراحی مربوط به سرطان ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) قلب ، پیوند کبد، ریه، کلیه و مغز استخوان (با احتساب بند یک)	
۳	هزینه زایمان (طبیعی، سزارین) تا فرزند سوم	
۴	هزینه های پاراکلینیکی شامل : انواع سونوگرافی ،ماموگرافی ، انواع اسکن ، انواع آندوسکوپی ، ام آر آی ، اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو ، دانسیتومتری	
۵	هزینه های مربوط به تست ورزش ، تست آلرژی ، تست تنفسی ، نوار عضله ، نوار عصب و نوار مغز، نوار مثنه ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، هولتر مانیتورینگ قلب آنژیوگرافی چشم	
۶	هزینه های جراحیهای مجاز سرپائی صرفا شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوترابی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی	
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 بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد .	
۸	هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج . داخل شهری: بین شهری:	

فرانشیز درمان : برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر ۳۰ درصد و برای گروه های زیر ۱۰۰۰ نفر ۴۰ درصد می باشد .
فرانشیز دندان پزشکی : برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر ۴۰ درصد و برای گروه های زیر ۱۰۰۰ نفر ۴۵ درصد می باشد .

www.kowsarinsurance.ir

سافتمان مرکزی: تهران- میدان آزادی، فویان الوند، پلاک ۲۴
مندوق پستی: ۵۶۱۶ - ۱۵۸۷۵ تلفن گویا: ۸۹۳۸۲ فکس: ۸۸۶۷۰۷۹۲

تذکر مهم : پوشش ردیف یک جدول پیوست (هزینه بیمارستانی) جزو پوشش اصلی بیمه و پوشش سایر ردیف جزو پوششهای اختیاری می باشد که آن بیمه گذار محترم می تواند با انتخاب سقف هزینه های بیمارستانی ، سایر تعهدات مورد نظر خود را با توجه به حداکثر سقف مندرج در همان ردیف تعیین نماید.

• سوابق بیمه ای

آیا تا کنون بیمه نامه مازاد درمان گروهی نزد شرکت های بیمه گر داشته اید؟ بله خیر نام بیمه گر قبلی:

آیا تمایل دارید سایر امور بیمه ای خود را در شرکت بیمه کوثر متمرکز نمایید؟ بله خیر حجم تقریبی سایر پر تفوی بیمه ای:

حق بیمه ماهانه قرارداد سال گذشته : آخرین تعداد بیمه شدگان در قرارداد سال گذشته :

میزان خسارت قرارداد در سال گذشته :

تعهدات قرارداد سال گذشته :

بیمارستانی و جراحی عمومی	جراحی تخصصی	زایمان	پاراکلینیکی ۱	پاراکلینیکی ۲	جراحی های مجاز سرپائی	رفع عیوب انکساری

• اگر توضیحاتی خارج از اطلاعات این فرم درخواست دارید یادداشت فرمائید ؟

توضیحات :

۱- منظور از افراد تحت تکفل ، افرادی که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی می باشد.

۲- حداقل ۵۰ درصد از مجموع کارکنان به همراه کلیه افراد تحت تکفل آنان می بایست جهت اخذ پوشش بیمه ای معرفی گردند.

• اطلاعات ارائه شده را در نهایت صداقت و امانت اعلام نموده ام و در صورتیکه خلاف آن ثابت شود مسئولیت آن را بعهده میگیرم.

مهر و امضاء نماینده شرکت بیمه کوثر :

مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ

تاریخ

جبران هزینه های بستری، جراحی شیمی درمانی رادیو تراپی، آنژیو گرافی قلب گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و day care اعمال جراحی های 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.	هزینه اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) قلب پیوند کبد ریه کلیه و مغز استخوان (با احتساب بند یک)	هزینه زایمان (طبیعی، سزارین) تا فرزند سوم	هزینه های پاراکلینیکی الف) انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، آندوسکوپی، ام آر آی اکوکاردیوگرافی استترس اکو دانسیتومتري	هزینه های پاراکلینیکی ب) به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله نوار عصب و نوار مغز، نوار مثانه شنوایی سنجی بینایی سنجی هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	هزینه های پاراکلینیکی ج) هزینه های جراحیهای مجاز سرپایی صرفاً شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	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 بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد	
حد اکثر تعهد (ریال)	حد اکثر تعهد (ریال)	حد اکثر تعهد (ریال)	حد اکثر تعهد (ریال)	حد اکثر تعهد (ریال)	حد اکثر تعهد (ریال)	حد اکثر تعهد (ریال)	حد اکثر تعهد (ریال)
۵.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱
۵.۰۰۰.۰۰۰	۷۵۰.۰۰۰	۷۵۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰	۶.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۲
۵.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۸.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۳
۵.۰۰۰.۰۰۰	۱.۲۵۰.۰۰۰	۱.۲۵۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۵.۰۰۰.۰۰۰	۴
۵.۰۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰	۱۲.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۵
۵.۰۰۰.۰۰۰	۱.۷۵۰.۰۰۰	۱.۷۵۰.۰۰۰	۳.۵۰۰.۰۰۰	۱۴.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۵.۰۰۰.۰۰۰	۶
۵.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰	۱۶.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۷
۵.۰۰۰.۰۰۰	۲.۲۵۰.۰۰۰	۲.۲۵۰.۰۰۰	۴.۵۰۰.۰۰۰	۱۸.۰۰۰.۰۰۰	۹۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۵.۰۰۰.۰۰۰	۸
۵.۰۰۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۹

✓ جمعیت های کمتر از ۵۰۰ نفر تا ردیف سوم مجاز به انتخاب می باشند.

✓ جمعیت های بیش از ۵۰۰ نفر مجاز به انتخاب تمام ردیف ها می باشند .