







## دستور العمل جامع صدور درمان

شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۱

### ۱- هدف

هدف از نوشتن این دستورالعمل، تشریح تفصیلی روش و فرآیند پرداخت خسارت در بیمه های درمان تکمیلی در تمامی مراکز متعادل پرداخت خسارت " شرکت بیمه آرمان " می باشد.

### ۲- دامنه کاربرد:

این دستورالعمل برای تشریح تفصیلی نحوه پرداخت خسارت در بیمه های درمان تکمیلی در تمامی مراکز متعادل پرداخت خسارت " شرکت بیمه آرمان " تدوین شده است. منظور از مراکز متعادل خسارت، شامل ستاد مرکزی و شعب شرکت می باشد.

### ۳- مسئولیت ها:

مسئولیت اجرا و نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل، بر عهده مدیر بیمه های درمان می باشد.

### ۴- مدارک ذیربط:

- آیین نامه ۹۹
- راهنمای صدور بیمه نامه درمان در فناوران به شماره HD-HL-01/01
- فرم خلاصه وضعیت درخواست استعلام درمان به شماره FM-MA-01/01

### ۵- تعاریف:

- **تعهدات بیمه گر:** عبارت است از جبران کلیه هزینه های درمانی و بیمارستانی هریک از بیمه شدگان که براساس شرایط قرارداد و با رعایت فرانشیز توافق شده قابل پرداخت است.
  - **بیماری:** عبارت است از هرگونه عارضه جسمی و تغییر نامساعد و اختلال در اعمال عادی و طبیعی اعضا و جهازهای مختلف بدن که از سوی مراجع پزشکی قابل تشخیص بوده و ارتباطی با اعمال ارادی بیمه شده نداشته باشد.
  - **حادثه:** حادثه عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده روی داده و موجب وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد.
  - **حق بیمه:** حق بیمه وجهی است که بایستی بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موقوف به پرداخت حق بیمه به نحوی که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده 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
  - **فرانشیز:** درصد معینی از هزینه های مورد تعهد است که تامین آن به عهده بیمه شده یا بیمه گذار است و میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.
  - **اصل غرامت یا اصل زیان:** بیمه، قراردادی است که موضوع آن جبران خسارت وارده به اموال و دارایی بیمه گزار است. به موجب اصل غرامت، بیمه نباید هرگز به صورت منبع استفاده برای بیمه گزار درآید و وقتی بیمه بطور کامل و صحیح انجام گرفته باشد نباید پرداخت خسارت تغییری به نفع بیمه گزار در وضع مالی او بوجود آورد.
  - **اصل حسن نیت:** بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسشهای بیمه گر عمداً از اظهار نظر مطلبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار نظر بنماید، بیمه نامه باطل و بلا اثر خواهد بود حتی اگر مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تأثیری در وقوع بیماری یا حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد، بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.
- تبصره ۱:** چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار نظری خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده است



شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲ از ۲۰

## دستور العمل جامع صدور درمان

- **بیمه‌گر پایه:** سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه‌اند.
  - **بیمه‌گذار:** شخصی است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.
  - **بیمه شدگان:** کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.
  - **گروه بیمه‌شدگان:**
- تبصره ۲:** بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور 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 ۳:** حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه‌گذار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.
- تبصره ۴:** بیمه‌گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه‌نامه می‌تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.
- تبصره ۵:** ارایه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه‌گر بلامانع می‌باشد.
- **شرایط سنی بیمه‌شدگان**
  - فرزندان ذکور مجرد حداکثر تا سن ۱۸ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل با ارائه گواهی تحصیلی تمام وقت حداکثر تا سن ۲۰ سال تمام مشمول قرارداد هستند. (در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام و در مورد دانشجویان مقطع دکتری حداکثر تا سن ۲۶ سال تمام)
  - فرزندان مونث تا زمان ازدواج و یا اشتغال بکار تحت پوشش بیمه هستند.
  - فرزندان مونث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بشرط عدم اشتغال بکار تحت پوشش بیمه می‌باشند.
  - نوزادان به محض تولد تحت پوشش قرار می‌گیرند مشروط بر آنکه حداکثر ظرف مدت یکماه تصویر شناسنامه وی را جهت صدور الحاقیه برای شرکت بیمه ارسال نمایند.
  - فرزندان معلول جسمی و ذهنی بیمه‌شدگان، بدون در نظر گرفتن شرط سنی بیمه خواهند شد.
  - سایر بیمه‌شدگان حداکثر تا سن ۶۰ سال تمام بیمه می‌باشند.
  - شرکت بیمه موافقت می‌نماید بیمه‌شدگان بالای ۶۰ سال تا ۷۰ سال تمام را با ۵۰٪ افزایش و افراد بالای ۷۰ سال را با ۱۰۰٪ افزایش حق بیمه تحت پوشش قرار دهد.
  - کلیه کارکنان مونث می‌توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه‌شدگان با پرداخت حق بیمه دو برابر صرفاً در ابتدای قرارداد و تحت پوشش بیمه قرار دهند.
- توجه:** کارکنان شاغل بیمه‌گذار و افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می‌شوند که دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا خدمات درمانی نیروهای مسلح باشند.
- تبصره ۶:** افراد غیر تحت تکفل بیمه شده فقط والدین کارمند می‌توانند با ۱۰۰ درصد اضافه نرخ تحت پوشش قرار گیرند.
- تبصره ۷:** 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.
- تبصره ۸:** در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه شدگان وابسته وی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.
- تبصره ۹:** بیمه‌گر می‌تواند کارکنان بازنشسته بیمه‌گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.
- تبصره ۱۰:** منظور از اعضای خانواده؛ شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه‌شدگان است.



شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۳ از ۲۰

## دستورالعمل جامع صدور درمان

- **موضوع بیمه:** جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان است که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.
- **حادثه:** هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.
- **بیماری:** هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.
- **حق بیمه:** وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه‌گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده باشد.
- **فرائض:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن مطابق مقررات این آیین نامه تعیین می‌شود.
- **مدت:** مدت بیمه‌نامه یک‌سال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در شرایط بیمه‌نامه درج می‌شود.
- **درمان تکمیلی:** در این نوع بیمه، بیمه‌شدگان دارای بیمه‌گر اول بوده و بخشی از هزینه درمان آنها را جبران می‌نماید. براساس این قراردادها مازاد هزینه‌های درمان با توجه به مندرجات قرارداد توسط بیمه‌گر دوم (شرکت سهامی بیمه سرمد) جبران می‌شود.
- **تمام درمان:** در این نوع بیمه، بیمه سرمد بیمه‌گر اول بیمه‌شدگان بوده و هزینه‌های درمان آنها را بر اساس این قراردادها و با توجه به مندرجات آن جبران می‌شود.

### ۶- نحوه اجرا:

#### ۶-۱-۶- اعلام نرخ:

۱-۶-۱- اعلام نرخ صرفاً پس از دریافت درخواست کتبی از جانب بیمه‌گذار به صورت مستقیم و غیر مستقیم (به واسطه نماینده یا کارگزار) امکان پذیر خواهد بود. درخواست پوشش بیمه‌ای می‌بایست بصورت کتبی و با قید نوع پوشش درخواستی و دادن اطلاعات مورد نیاز بیمه‌گر از قبیل تعداد پرسنل، سن و... باشد. در بیمه‌نامه‌های گروهی مازاد درمان حداقل تعداد بیمه‌شدگان ۵۰ نفر اعم از پرسنل و اعضا خانواده تحت تکفل آنها و داشتن بیمه‌گر اول (سازمان خدمات در مانی یا تامین اجتماعی یا نیروهای مسلح) بوده و بیمه‌گذار باید دارای یک شخصیت حقوقی مانند شرکت، سازمان و... باشد که تعدادی از افراد مشغول به کار می‌باشند. بنابر این تجمع گروهی از افراد بصورت متفرقه تحت عناوینی نظیر دوست یا فامیل نمی‌تواند به عنوان یک شخصیت حقوقی تلقی گردد و به تقاضای کتبی بیمه‌گذار که معمولاً متقاضی اطلاعاتی در خصوص حق بیمه و سرمایه بیمه‌نامه می‌باشد و لازم است اطلاعات تکمیلی را به صورت کتبی یا شرکت در مذاکرات و جلسات به بیمه‌گذار ارائه نمود پاسخ داد. ضمناً اگر بیمه‌گذار شخصاً تقاضای انعقاد بیمه‌نامه را بنماید این ارتباط بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر مستقیم خواهد بود و در صورت تقاضای کتبی بیمه‌گذار به واسطه یکی از نمایندگان یا شرکتهای خدمات بیمه‌ای و یا کارگزاران بیمه (معرف) به شرکت بیمه ارتباط غیر مستقیم و از طریق معرف خواهد بود.

**تبصره ۱۱:** جهت تعیین نرخ و شرایط، درخواست رسمی بیمه‌گذار در صورت استعلام به صورت غیر مستقیم در خصوص معرفی نماینده یا کارگزار در هنگام صدور بیمه‌نامه الزامی می‌باشد.

۲-۶-۱-۲- درخواست اعلام نرخ می‌بایست توسط رئیس یا سرپرست شعبه به انضمام فرم خلاصه وضعیت درخواست استعلام درمان (فرم پیوست شماره ۱) مکاتبه گردد.

۳-۶-۱-۳- مدل ارزیابی ریسک در بیمه‌نامه‌های تمدیدی مبتنی بر خسارت می‌باشد و با استفاده از داده‌های موجود در نرم افزار فن آوران امکان ارزیابی و تعیین سطح و طبقه ریسک بیمه‌شدگان و پیش بینی هزینه‌های درمان در سال آتی میسر می‌گردد. لذا لازم است کارشناس صدور شعبه گزارشات عملکرد فنی بیمه‌گذار را استخراج و به منظور تخمین خسارت تا پایان دوره، می‌بایست خسارت پرداخت شده، تحقق خسارت از محل معرفی‌نامه‌های صادره تسویه



## دستور العمل جامع صدور درمان

شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۴ از ۲۰

نشده، تحقق هزینه های از محل خسارت های باز(خسارت های ثبت شده تسویه نشده)، خسارت های معوق و هزینه های در راه Claim-base assessment را لحاظ و محاسبه نماید.

۴-۱-۶- پاسخ به بیمه گذار مبنی بر اعلام حق بیمه و پوشش ها، صرفاً به صورت مکتوب و با امضای رئیس یا سرپرست شعبه معتبر خواهد بود.

۵-۱-۶- حداکثر مدت زمان اعتبار موارد اعلامی به بیمه گذار و یا نماینده ایشان، از تاریخ نامه به مدت ۲۰ روز می باشد که این مهلت باید در مکاتبه به وضوح ذکر گردد.

۶-۱-۶- از اعلام نرخ و شرایط و یا انعقاد قرارداد درمان با اتحادیه ها، اصناف، تعاونی ها، کانون ها، صندوق های بازنشستگی، نظام مهندسی، بیمارستان ها، مراکز درمانی، دانشگاه های علوم پزشکی، شهرداری ها، استانداری ها و تشکل های مشابه خودداری گردد. مگر اینکه تایید آن به صورت کتبی از ستاد مدیریت بیمه های درمان اخذ گردیده باشد.

۷-۱-۶- از ارائه پوشش درمان خانواده و همچنین ارائه پوشش به گروه های با تعداد کمتر از ۵۰ نفر، با اخذ مجوز از مدیریت بیمه های درمان امکانپذیر می باشد.

۸-۱-۶- حداقل نرخ و حق بیمه پوشش های قابل ارائه بر اساس آیین نامه درمان در پیوست شماره ۲ با عنوان نرخ نامه موجود می باشد.

۹-۱-۶- مندرجات پیوست شماره ۲ (نرخ و شرایط مورد عمل بیمه آرمان) برای بیمه گذارانی قابل ارائه است که نسبت خسارت (پرداختی و پرداختنی) درمان تکمیلی آنان برابر یا کمتر از ۸۰٪ باشد.

**توجه:** لازم به تذکر است در محاسبه نسبت خسارت درمان می بایست هزینه های پرداخت شده، خسارت ناشی از تحقق معرفی نامه های صادره ی تسویه نشده، هزینه های در راه و خسارت معوق لحاظ گردد. متقاضیانی که اطلاعات دریافتی از آنها بیانگر عملکرد مناسب نمی باشد و یا بیمه گذارانی که بر اساس گزارشات نرم افزار و سوابق موجود عملکرد مناسبی نزد بیمه آرمان نداشته باشند، مشمول اضافه نرخ می گردند. در این موارد تعیین میزان حق بیمه نیازمند کسب تکلیف از مدیریت بیمه های درمان می باشد.

**نکته:** در صورت عدم رعایت شرایط فوق الذکر مدیریت بیمه های درمان هیچ تعهدی نسبت به توافقات انجام شده از سوی شعبه با بیمه گذار و یا هر گونه اقدامات اجرایی صورت گرفته از قبیل مذاکره، تنظیم صورتجلسه، مبادله، امضاء و یا ارسال قرارداد برای بیمه گذار نداشته و انعقاد یا تمدید بیمه نامه مورد تایید این مدیریت نمی باشد.

۱۰-۱-۶- اعلام حق بیمه در گروه های با تعداد بیمه شدگان از ۵۰ تا ۲۵۰ نفر که فاقد سابقه پوشش بیمه درمان تکمیلی پیوسته می باشند صرفاً با رعایت شرایط ذیل میسر می باشد:

- عدم ارائه پوشش دارو، ویزیت، دندان پزشکی.
- اعمال حداقل ۲۵٪ اضافه نرخ نسبت به جداول پیوست شماره ۱
- عدم پوشش والدین غیر تحت تکفل
- اعمال دوران انتظار به مدت سه ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان برای موارد ذیل:

جراحی فتق، جراحی لوزه، درمان انواع سل، درمان بیماری های مزمن قلبی (به استثنای سکته و عوارض ناشی از آن)، درمان بیماری دیابت (به استثنای موارد اورژانس که منجر به بستری بیمار در C.C.U و I.C.U می گردد)، بیماری صرع، بیماری های مرتبط با پروستات، جراحی دیسک ستون فقرات، جراحی پولیپ و انحراف بینی، درمان سینوزیت مزمن، جراحی کیست تخمدان، هیستریکتومی،



## دستور العمل جامع صدور درمان

شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۵

جراحی سیستموسل، رکتوسل، درمان نارسائی مزمن کلیه، درمان سنگ کلیه، جراحی کاتاراکت، درمان بیماری های نئوپلاستیک، جراحی ماستوئیدکتومی، درمان طبی یا جراحی انواع سرطان.

**تبصره ۱۲:** دوران انتظار زایمان، نازایی و ناباروری مطابق با مفاد آیین نامه شماره ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه به قوت خود باقی است.  
۱۱-۱-۶- اعلام نرخ و شرایط به گروه های با تعداد بیش از ۱۰۰۰ نفر، صرفاً با اخذ مجوز مدیریت بیمه های درمان امکان پذیر می باشد.

۱۲-۱-۶- حداقل اضافه نرخ حق بیمه در گروه های زیر ۱۰۰۰ نفر برای افراد بالای ۶۰ سال تا ۷۰ سال تمام ۵۰ درصد نسبت به حق بیمه پایه و برای افراد بیش از ۷۰ سال تمام ۱۰۰ درصد نسبت به حق بیمه پایه می باشد.

۱۳-۱-۶- برخی از درخواست های سازمان های متقاضی همانند عدم اعمال تعرفه های مصوب قانونی جهت کارشناسی هزینه های درمان و یا عدم رعایت اصل همترازی در ارزیابی اسناد، حذف فرانشیز، تشکیل صندوق از محل حق بیمه، برگشت درصدی از حق بیمه به بیمه گذار ( مشارکت در منافع )، فسخ بیمه نامه به دلایل غیر از مفاد آیین نامه درمان، تعیین جریمه بابت دیرکرد در پرداخت خسارت، منوط نمودن تسویه کامل حق بیمه به تسویه کلیه خسارت ها مورد پذیرش نخواهد بود.

۱۴-۱-۶- جمع آوری کلیه اطلاعات مورد نیاز فنی، محاسبه حق بیمه، تحلیل و ارزیابی ریسک به طور کامل بر عهده شعبه می باشد و صرفاً مواردی که مشروط به اخذ مجوز از مدیریت بیمه های درمان می باشد نیاز به ارجاع دارند.

۱۵-۱-۶- اعلام نظر مدیریت بیمه های درمان منوط به ارائه تحلیل و ارزیابی ریسک و تکمیل فرم های مربوطه از سوی مدیر منطقه و یا رئیس محترم شعبه می باشد.

**۲-۶- تکمیل فرم پیشنهاد:** فرم پیشنهاد می بایست بصورت کامل و دقیق تکمیل شده و در نهایت به تایید بیمه گذار برسد.

### ۳-۶- ارزیابی ریسک و نحوه اعلام نرخ براساس هزینه های قابل پرداخت:

در بررسی علل نسبت خسارت بالای رشته درمان در صنعت بیمه شواهد نشان می دهد بیمه گر در فرآیند ارزیابی ریسک های درمان اصول علمی و فنی را به صورت کامل رعایت نمی نماید و با ارائه نرخ های غیر فنی موجب تحمیل خسارت های زیان بار می گردد، بنابراین اولین قدم در جهت انعقاد قرارداد درمان، ارزیابی صحیح ریسک می باشد. در ذیل الزامات اعلام حق بیمه و شرایط بیان می گردد: طبق آئین نامه شماره ۹۹ درمان پوشش های قابل ارائه عبارت است از:

#### ۱-۳-۶- پوشش های اصلی:

۱-۱-۳-۶- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

**تبصره ۱۳:** سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندیکای بیمه گران ایران و تایید بیمه مرکزی ج.ا.ایران قابل پوشش است.

۲-۱-۳-۶- هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.

۳-۱-۳-۶- 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.

**۲-۳-۶- پوشش های اضافی:** بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد زیر را حسب توافق با بیمه گذار تحت پوشش قرار دهد:





شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۲۰

## دستورالعمل جامع صدور درمان

۱-۳-۲-۶- 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 ۱۴: هزینه‌های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش‌های اصلی پرداخت می‌شود.

۲-۳-۲-۶- 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 ۱۵: دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.

تبصره ۱۶: چنانچه بیمه‌شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

۳-۳-۲-۶- جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، ZIFT، IUI، GIFT، میکرواینجکشن و IVF تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

### ۴-۳-۲-۶- هزینه‌های پاراکلینیکی:

۱-۳-۲-۴-۶- 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.

۲-۳-۲-۴-۶- 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.

۳-۳-۲-۴-۶- 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.

۴-۳-۲-۴-۶- 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.

۵-۳-۲-۴-۶- جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۶-۳-۲-۴-۶- جبران هزینه‌های بستری جهت درمان بیماری‌های روان‌پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.





## دستور العمل جامع صدور درمان

شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۷

**تبصره ۱۷:** هزینه نگهداری بیماران روان پریش تحت پوشش نیست.

**تبصره ۱۸:** تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۱-۴-۳-۶ تا ۵-۴-۲-۳-۶ برای هر بیمه شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.

**۵-۳-۲-۶-۶-۶:** 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.

**۶-۳-۲-۳-۶-۶:** جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

**تبصره ۱۹:** هزینه‌های دندانپزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و ابلاغ می‌شود.

**۷-۳-۲-۳-۶-۶-۶:** جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست حداکثر تا ۲ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

**۸-۳-۲-۳-۶-۶-۶:** 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.

**۹-۳-۲-۳-۶-۶-۶:** جبران هزینه مربوط به خرید سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

**۱۰-۳-۲-۳-۶-۶-۶:** جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

**تبصره ۲۰:** فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می‌شود.

**۱۱-۳-۲-۳-۶-۶-۶:** هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

**تبصره ۲۱:** سندیکای بیمه‌گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اروتز را سالیانه تنظیم و ابلاغ می‌کند.

**۱۲-۳-۲-۳-۶-۶-۶:** جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.



شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۸

## دستور العمل جامع صدور درمان

**تبصره ۲۲:** حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش های اصلی سالیانه، باید توسط بیمه‌گر در بیمه نامه درج شود. در صورتی که تعهدات پوشش های اصلی نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش‌های اضافی نیز می‌تواند نامحدود در نظر گرفته شود.

**تبصره ۲۳:** تعهد پوشش های اضافی **مربوط به بندب ماده ۳**، مازاد بر سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه است.

### ۴-۶- فرانشیز:

۴-۶-۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیراین صورت طبق بند ۲-۴-۶ اقدام خواهد شد.

۴-۶-۲- بیمه‌گر می‌تواند فرانشیز هزینه‌های تحت پوشش را با دریافت حق بیمه اضافی فرانشیز را کاهش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود.

جدول حداقل نرخ و تعهدات قابل ارائه به بیمه‌گذاران متناسب با نرخ خدمات در بازار درمان کشور در ابتدای هر سال از سوی مدیریت بیمه های درمان ابلاغ می‌گردد لذا کارشناس صدور با بررسی و مطالعه فرم پیشنهاد، در مورد امکان صدور بیمه‌نامه تصمیم لازم را اخذ و نسبت به استخراج نرخ و شرایط بر اساس تعهدات درخواستی ذکر شده در نامه و رعایت موارد زیر و همچنین اخذ تاییدیه از مقام مافوق طبق آیین نامه حدود اختیارات اقدام می‌نماید. همزمان با اعلام حق بیمه بعضی از شرایط نیز به بیمه گذار اعلام می‌گردد بعنوان مثال بیمه گر می‌تواند سقف تعهداتی را که مایل به ارائه آنها می باشد را تعیین نماید (منظور از سقف تعهدات همان سرمایه بیمه می‌باشد) تعیین سرمایه در بیمه نامه‌های درمان بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار توافقی است. گرچه بیمه-گذار سرمایه بیمه را پیشنهاد می‌نماید ولی بیمه‌گر بنا به ملاحظات نظیر کاستن از ریسک و تناسب پرتفوی با تعهدات خود و همچنین سایر موارد جهت بیمه‌نامه سقف تعیین می‌نماید.

۵-۶- چنانچه تعداد بیمه‌شدگان درمان (کارکنان شاغل و افراد تحت تکفل آنان) کمتر از ۲۰۰ نفر و بیمه گذار فاقد بیمه‌های اموال باشد، حق بیمه با افزایش نرخ براساس طبقه‌بندی ذیل اعلام خواهد شد:

- ۵۰ تا ۱۰۰ نفر ۲۰٪ افزایش نسبت به نرخ مبنا
- ۱۰۱ تا ۱۵۰ نفر ۱۵٪ افزایش نسبت به نرخ مبنا
- ۱۵۱ تا ۲۰۰ نفر ۱۰٪ افزایش نسبت به نرخ مبنا

**تبصره ۲۴:** حداکثر تعهدات قابل ارائه به گروه‌های کمتر از ۱۰۰ نفر، طرح ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

**تبصره ۲۵:** با توجه به شرایط ذکر شده و در نظر گرفتن مفاد آیین نامه حدود اختیارات ارائه نرخ و شرایط پوشش درمان تکمیلی به نمایندگی تحت سرپرستی و کارگزاران بلامانع است.

**تبصره ۲۶:** ارائه پوشش هزینه‌های درمانی به جز مواردی که در نرخ نامه ذکر شده است، مجاز نمی‌باشد مگر آنکه قبلاً توافق مدیریت بیمه‌های اشخاص در مورد نوع پوشش و حدود تعهدات کسب شده باشد.

### ۶-۶- اعلام نرخ و شرایط به بیمه‌گذار بصورت کتبی:

واحد صدور می‌بایست بر اساس اطلاعات دریافتی از بیمه‌گذار نرخ و شرایط بیمه‌نامه را به همراه سقف تعهداتی که حاضر است بپذیرد را کتبا به بیمه‌گذار اعلام نماید.

۶-۶-۱- ارائه نرخ و شرایط پوشش بیمه درمان تکمیلی لزوماً با ارائه نرخ و شرایط پوشش بیمه عمر و حادثه بیمه‌شدگان اصلی همراه است و در صورت عدم تمایل بیمه‌گذاران به اخذ پوشش‌های مذکور و یا نبود بیمه-



شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۹

## دستورالعمل جامع صدور درمان

نامه‌های اموال قابل توجه و متناسب با میزان پرتفوی درمان اعمال ۲۰٪ افزایش برحق بیمه‌های درمان الزامی است.

۶-۶-۲- حداکثر مدت زمان اعتبار نرخ ارائه شده به بیمه‌گذار و یا نماینده ایشان ۲۰ روز از تاریخ اعلام میباشد. (مراتب می بایست در نامه و یا فرم اعلام حق بیمه منظور گردد)

تبصره ۲۷: اعلام نرخ و شرایط به بیمه‌گذار از طریق نماینده، متعاقب حصول اطمینان از عدم وجود بیمه‌نامه جاری نزد شرکت (مرکز، شعب و سایر نمایندگی‌ها) با ملحوظ داشتن ضوابط صورت می‌پذیرد.

تبصره ۲۸: تغییر معرف یا واحد صدور، صرفاً در زمان تمدید بیمه‌نامه و پس از اخذ دستور کتبی بیمه‌گذار به نام واحد صدور جدید با رعایت سوابق عملکرد و ارائه نرخ و شرایط متناسب با آن صورت می‌پذیرد.

### ۶-۷-۶- دریافت اعلام موافقت کتبی بیمه‌گذار با حق بیمه و شرایط پیشنهادی:

بیمه‌گذار پس از قبول حق بیمه پیشنهادی و سرمایه مورد نظر، موافقت کتبی خود را جهت صدور بیمه‌نامه اعلام و لیست اسامی کارکنان خود را جهت پوشش، حداکثر در همان ماه شروع تاریخ اعتبار بیمه‌نامه به بیمه‌گر ارائه می‌نماید. در صورت عدم اعلام به موقع لیست اسامی با ذکر دلایل و مستندات لازم و فقط پس از اخذ موافقت از مرکز و با صدور الحاقیه امکان افزایش مدت زمان ارائه لیست اولیه میسر می‌باشد.

۶-۷-۱- کلیه بیمه‌نامه‌های درمان می بایست بعد از دریافت درخواست رسمی و کتبی صدور بیمه‌نامه از سوی بیمه‌گذار از تاریخ درخواستی در مکاتبه در سیستم فن آوران ثبت گردد. قبل از ثبت بیمه‌نامه لازم است شماره قرارداد از ستاد اخذ گردد. ضمناً امکان صدور بیمه‌نامه به تاریخ قبل امکان پذیر نمی‌باشد، مگر آنکه بیمه‌نامه تمدیدی شرکت بیمه آرمان بوده و از تاریخ انقضای بیمه‌نامه بیش از یک ماه نگذشته باشد.

۶-۷-۲- بیمه‌نامه با تعداد بیمه‌شدگان اعلام شده از سوی بیمه‌گذار در درخواست مکتوب در هنگام استعلام حق بیمه، صادر خواهد شد. در غیر اینصورت بیمه‌گر مجاز و مخیر به صدور بیمه‌نامه با شرایط جدید اعلامی و یا عدم صدور بیمه‌نامه می‌باشد. بیمه‌نامه می بایست مطابق با سقف تعهدات مندرج در آیین‌نامه شماره ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه در سیستم ثبت گردد.

۶-۷-۳- در مورد بیمه‌هایی که در سال قبل نزد شرکت بیمه آرمان تحت پوشش بوده و بدون وقفه تمدید می‌گردند، تعداد بیمه‌شدگان بر اساس آخرین الحاقیه صادره بیمه‌نامه سال گذشته، ملاک عمل می‌باشد.

### ۶-۸- ثبت بیمه‌نامه درمان:

۶-۸-۱- کلیه بیمه‌نامه‌های درمان می بایست بعد از دریافت درخواست رسمی و کتبی صدور بیمه‌نامه از سوی بیمه‌گذار از تاریخ درخواستی در مکاتبه در سیستم فن آوران ثبت گردد. قبل از ثبت بیمه‌نامه لازم است شماره قرارداد از ستاد اخذ گردد. ضمناً امکان صدور بیمه‌نامه به تاریخ قبل امکان پذیر نمی‌باشد، مگر آنکه بیمه‌نامه تمدیدی شرکت بیمه آرمان بوده و از تاریخ انقضای بیمه‌نامه بیش از یک ماه نگذشته باشد.

۶-۸-۲- بیمه‌نامه با تعداد بیمه‌شدگان اعلام شده از سوی بیمه‌گذار در درخواست مکتوب در هنگام استعلام حق بیمه، صادر خواهد شد. در غیر اینصورت بیمه‌گر مجاز و مخیر به صدور بیمه‌نامه با شرایط جدید اعلامی و یا عدم صدور بیمه‌نامه می‌باشد. بیمه‌نامه می بایست مطابق با سقف تعهدات مندرج در آیین‌نامه شماره ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه در سیستم ثبت گردد.



شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۱۰

## دستور العمل جامع صدور درمان

۳-۸-۶- در مورد بیمه نامه هایی که در سال قبل نزد شرکت بیمه آرمان تحت پوشش بوده و بدون وقفه تمدید می گردند، تعداد بیمه شدگان بر اساس آخرین الحاقیه صادره بیمه نامه سال گذشته، ملاک عمل می باشد

۹-۶- **صدور بیمه نامه با شرایط توافق شده:** بیمه گر با توجه به توافقات انجام شده و پس از تخصیص کد بیمه گذار به شرح ذیل اقدام به صدور بیمه نامه می نماید:

- ۱-۹-۶- ابتدا نسبت به جستجو در سیستم جهت شناسایی کد بیمه گذار اقدام می گردد.
  - ۲-۹-۶- در صورتی که بیمه گذار در هر یک از رشته های بیمه ای دارای کد می باشد جهت دسترسی کلیه اطلاعات بیمه گذار نسبت به اختصاص همان کد در بیمه نامه اقدام می نماید.
  - ۳-۹-۶- در صورت عدم مشاهده کد بیمه گذار نسبت به ارائه کد جدید اقدام لازم معمول می گردد. بدیهی است کد ارائه شده در بیمه درمان با کد ارائه شده در عمر و حوادث بیمه گذار یکسان می باشد.
  - ۴-۹-۶- در صورتیکه بیمه گذار دارای بیش از یک بیمه نامه در سطح کشور باشد با هماهنگی اداره مربوطه صدور در مرکز نسبت به معرفی شماره توافقنامه در سیستم مکانیزه طرح جامع اقدام لازم به عمل می آید.
  - ۵-۹-۶- متعاقب انجام مراحل فوق نسبت به صدور بیمه نامه که در دو نسخه (در صورت صدور مستقیم) و سه نسخه (در صورت صدور غیر مستقیم) اقدام و پس از مهر و امضا شدن به همراه شرایط خصوصی و عمومی با تعیین حق بیمه و اقساط حق بیمه و برگه تعیین میزان مبلغ ودیعه جهت استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد (با رعایت آیین نامه حدود اختیارات) و به همراه شرایط امکان استفاده از تسهیلات مراکز در مانی طرف قرارداد جهت بیمه گذار ارسال می گردد.
- توجه: چاپ شرایط خصوصی از سیستم مکانیزه صورت می پذیرد.

### ۱۰-۶- صدور الحاقیه:

- ۱-۱۰-۶- پس از ثبت بیمه نامه در نرم افزار فن آوران، اولین الحاقیه صادره (الحاقیه شماره یک)، می بایست الحاقیه تغییر در مفاد جهت اعمال تغییراتی مانند تغییر اضافه نرخ سنی و ... می باشد. الحاقیه مذکور می بایست قبل از الحاقیه ارائه لیست ثبت گردد. بدین طریق از ایجاد بسیاری از حق بیمه های برگشتی بی مورد پیشگیری می گردد.
  - ۲-۱۰-۶- پس از ارائه لیست اسامی بیمه شدگان از جانب بیمه گذار در مهلت مقرر در بیمه نامه (حداکثر تا یک ماه از شروع)، شعبه صادر کننده بیمه نامه موظف به صدور الحاقیه ارائه لیست و تحویل آن به بیمه گذار می باشد، تاریخ صدور الحاقیه ارائه لیست نباید بیش از یک ماه از تاریخ شروع بیمه نامه فاصله داشته باشد.
- تبصره ۲۹:** راساً از ویرایش اسامی بیمه شدگان خودداری گردد. در غیر اینصورت مسئولیت مالی و غیر مالی آن بر عهده بالاترین مقام اجرایی شعبه خواهد بود.
- نکته مهم:** تاکید می گردد بار مالی بیمه نامه های مربوط به هر فصل (هر سه ماه متوالی از شروع سال شمسی) الزاماً می بایست در همان فصل ثبت گردند، لذا ثبت بار مالی در بیمه نامه های صادره در آخرین ماه هر فصل از اهمیت ویژه ای برخوردار است چرا که در این مورد یک ماه کامل مهلت نخواهد بود.
- به عنوان مثال بیمه نامه با تاریخ ۳/۲۸ می بایست تا ۳/۳۱ ثبت سیستم فن آوران گردد و تا همان تاریخ ۳/۳۱ بار مالی بیمه نامه مطابق فصل دوم ثبت و درج گردد.



شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۱۱

## دستور العمل جامع صدور درمان

۳-۱۰-۶- پیش از ثبت مشخصات و ارائه لیست بیمه شدگان و یا اعمال تغییرات طی قرارداد می بایست صحت و سقم اطلاعات ارائه شده و تطابق آنها با "تعریف ماده بیمه شدگان در شرایط خصوصی بیمه نامه" از جمله تطابق سنی بیمه شدگان، کفالت/ عدم کفالت والدین و فرزندان اعم از ذکور، اناث و ... توسط کارشناس صدور بررسی گردد و مدارک مربوطه شامل ( اصل شناسنامه، رونوشت صفحه نخست دفترچه بیمه گر پایه، قرارداد کاری معتبر، گواهی کفالت قانونی و ... ) جهت درج در پرونده از بیمه گذار اخذ گردد.

۴-۱۰-۶- کلیه درخواست ها اعم از حذف، اضافه و یا تغییر در مفاد، صرفاً با درخواست کتبی بیمه گذار و با ذکر علت درخواست و تاریخ وقوع ( تاریخ استخدام، تاریخ ازدواج و ... ) قابل قبول می باشد. بدیهی است تاریخ اعمال کلیه تغییرات صرفاً مطابق با مفاد شرایط خصوصی بیمه نامه های درمان خواهد بود. بدین منظور باید کلیه مکاتبات در دبیرخانه شعب ثبت تا قابلیت پیگیری داشته باشند. چرا که ملاک اعمال تغییرات، تاریخ ثبت نامه بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر می باشد. بدیهی است مکاتبات مبهم، بدون ذکر دلیل و خارج چارچوب قرارداد بلا اثر خواهند بود. تاکید می گردد در تمامی موارد، مکاتبات مستقیم با این شرکت قابل اقدام خواهند بود و هر گونه مکاتبات داخلی بیمه گذار و یا مکاتبات با سایر سازمانها بلا اثر می باشد.

**تبصره ۳۰:** در تمامی موارد افزایش و کاهش بیمه شدگان، ارائه مدارک مثبت الزامی است.

۵-۱۰-۶- کلیه الحاقیه های صادره باید مضمون به مهر و امضای بیمه گذار باشد، این امر به منزله تایید الحاقیه صادره از سوی بیمه گذار است.

۶-۱۰-۶- الزاماً باید شرح کلیه الحاقیه های صادره به صورت کامل، مستند به درخواست کتبی بیمه گذار، با ذکر شماره و تاریخ نامه بیمه گذار، تعیین علت و تاریخ اعمال تغییرات، مطابق با مفاد قرارداد ثبت گردد. صدور هر الحاقیه ای بدون شرح و یا با شرحی مغایر با آنچه در این بند آمده است، تخلف محسوب می گردد.

۷-۱۰-۶- ذکر شماره حساب بیمه گر در تمام الحاقیه های صادره افزایشی ( دارای بار مالی مثبت ) الزامی است.

۸-۱۰-۶- در صورت صدور الحاقیه تعلیق بیمه نامه، حداکثر ظرف مدت یک ماه از تاریخ صدور الحاقیه تعلیق، می بایست وضعیت بیمه نامه تعیین تکلیف گردد، چنانچه مطالبات پرداخت شود بیمه نامه رفع تعلیق گردد و در غیر اینصورت بیمه گر می تواند نسبت به فسخ بیمه نامه اقدام نماید.

۹-۱۰-۶- بیمه گر یا بیمه گذار می تواند طبق ضوابط و نحوه محاسبه درج شده در آئین نامه ۹۹ برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند که در اینصورت می بایست الحاقیه فسخ صادر و تحویل بیمه گذار گردد .

**تبصره ۳۱:** ثبت الحاقیه فسخ منوط به اخذ مجوز از مدیریت بیمه های درمان است و بدین منظور باید ضمن رعایت موارد فوق اطلاعات

ذیل از سوی رئیس یا سرپرست محترم شعبه ارسال گردد :

- مکاتبات بیمه گذار و بیمه گر با موضوع فسخ
- علت فسخ و تاریخ مورد نظر فسخ
- حق بیمه صادره
- حق بیمه وصولی
- خسارت پرداختی و پرداختنی
- حق بیمه برگشتی ناشی از فسخ
- محاسبات نسبت خسارت پرداختنی به حق بیمه وصولی

**تبصره ۳۲:** از تاریخ دریافت درخواست کتبی بیمه گذار با موضوع فسخ بیمه نامه به جهت کنترل پرداخت خسارت لازم است نسبت به صدور الحاقیه تعلیق بیمه نامه اقدام گردد تا از ارائه هرگونه خدمات اعم از صدور معرفی نامه و پرداخت خسارت اکیداً خودداری گردد.



## دستور العمل جامع صدور درمان

شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۲۰

### ۱۱-۶- حق بیمه و کنترل پرداخت حق بیمه :

۱۱-۶-۱- هم زمان با ثبت اعلامیه بدهکار بیمه نامه می بایست سر رسیدهای پرداخت حق بیمه مشخص گردند، بدین روش که اولین سر رسید مطابق با تاریخ صدور یا شروع بیمه نامه باشد و سر رسیدهای بعدی به فاصله های یک ماهه و با مبالغ مساوی، حداکثر ۳۰ روز قبل از انقضاء بیمه نامه تعیین گردند. در خصوص افزایش فاصله اقساط می بایست موافقت کتبی مدیریت بیمه های درمان اخذ گردد. بدیهی است در موارد دیگر اعلامیه بدهکار می بایست مطابق شرایط درخواستی بیمه گذار در استعلام و مناقصه مشروط بر تایید بیمه آرمان صادر گردد .

۱۱-۶-۲- بخش فنی و مالی شعبه با هماهنگی یکدیگر نسبت به ثبت و تسویه سر رسید اعلامیه بدهکار به گونه ای اقدام نمایند که تسلسل تاریخ ها و همچنین شماره الحاقیه ها حفظ گردد چرا که الزاماً هر اعلامیه بدهکار باید تا ۱۵ روز پس از تاریخ سر رسید آن تسویه گردد.

۱۱-۶-۳- روش تقسیط کلیه الحاقیه های صادره طی دوره که دارای بار مالی اضافی هستند همانند روش فوق خواهد بود. حداکثر یک ماه قبل از انقضای بیمه نامه تسویه گردد. مگر اینکه با تایید ستاد مدیریت بیمه های درمان توافق دیگری حاصل گردیده باشد

۱۱-۶-۴- الزاماً می بایست کلیه الحاقیه های صادره با بار مالی اضافی به انضمام اعلامیه بدهکارهای ثبت شده بابت الحاقیه های فوق در سیستم فن آوران می بایست ممهور به مهر این شرکت و امضای کارشناس ثبت کننده و رئیس یا سرپرست شعبه باشد و به منظور اطلاع بیمه گذار از نحوه پرداخت حق بیمه برای وی ارسال گردد.

۱۱-۶-۵- در طول اعتبار بیمه نامه امکان تغییر الگوی نحوه پرداخت به هر دلیلی از جمله اشتباه کارشناس شعبه، ثبت سر رسیدهای اعلامیه بدهکار خارج از توافق اولیه با بیمه گذار و یا حتی توقف پرداخت خسارت به بیمه شدگان به دلیل بدهی ناشی از ثبت اعلامیه بدهکارهای ناصحیح و یا سایر موارد میسر نمی باشد.

۱۱-۶-۶- عدم ارائه لیست اسامی بیمه شدگان از جانب بیمه گذار در مهلت مقرر (حداکثر ظرف مدت یک ماه از شروع قرارداد)، به معنای عدم پرداخت حق بیمه در چارچوب نحوه پرداخت نبوده و بیمه گذار کماکن متعهد به پرداخت حق بیمه از تاریخ ارائه لیست بیمه شدگان، خواهد بود.

۱۱-۶-۷- سر رسید اعلامیه بدهکارهای مقدم، باید پیش از اعلامیه بدهکار با تاریخ موخر تسویه گردند.

۱۱-۶-۸- با گذشت بیش از ۱۵ روز از سر رسید هر اعلامیه بدهکار و عدم تسویه آن، صدور معرفی نامه و نیز ثبت نهایی حواله خسارت بیمه نامه مربوطه متوقف خواهد شد.

تبصره ۳۳: شعبه صادر کننده بیمه نامه موظف است در صورت تاخیر یک هفته ای از تاریخ اعلامیه بدهکار به منظور جلوگیری از توقف خدمات، پرداخت حق بیمه را تا حصول نتیجه به صورت مکتوب از بیمه گذار پیگیری نماید.

۱۱-۶-۹- مبالغ حق بیمه ناشی از صدور الحاقیه های برگشتی همواره از آخرین اعلامیه بدهکار کسر می گردد.

۱۱-۶-۱۰- در بازه اعتبار بیمه نامه شعبه صادر کننده بیمه نامه موظف است مبالغ حق بیمه وصولی و بدهکاری بیمه گذار را بررسی و در صورت بدهکاری بیمه گذار مراتب را به صورت مکتوب به ایشان اعلام و تا حصول نتیجه، پیگیری نماید.



## دستور العمل جامع صدور درمان

شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۳۰

### ۱۲-۶- دریافت نسخ مهر و امضا شده بیمه‌نامه و شرایط عمومی و خصوصی از بیمه‌گذار به همراه اولین قسط

#### حق بیمه :

پس از مهر و امضا بیمه‌نامه، شرایط عمومی و شرایط خصوصی توسط بیمه‌گذار، یک نسخه نزد آنان باقی مانده و نسخه دیگر به انضمام اولین قسط حق بیمه مندرج در بیمه‌نامه در موعد مقرر در یافت می‌گردد ( اخذ نسخه امضا شده شرایط عمومی و خصوصی از بیمه‌گذار و نگهداری آن در سوابق الزامی می‌باشد).

**توجه :** به منظور جلوگیری از ارائه تخفیفات اضافی و صدور الحاقیه برگشتی در تعداد بیمه‌شدگان و تغییرات قابل توجه در آمار عملکرد واحد صدور حتی المقدور تلاش گردد تعداد بیمه‌شدگان در بیمه‌نامه پس از اخذ اطلاعات دقیق از بیمه‌گذار و اطمینان از پوشش این تعداد بیمه‌شده منظور گردد. بدیهی است در صورتی که تعداد منظور شده در بیمه‌نامه کمتر از تعداد واقعی بیمه‌شدگان باشد این مهم با صدور الحاقیه افزایشی (با رعایت ضوابط بیمه‌نامه) مرتفع می‌گردد.

### ۱۳-۶- دریافت لیست اولیه اسامی و مشخصات بیمه‌شدگان

هنگام صدور بیمه‌نامه اطلاعات لازم در خصوص بیمه‌شدگان اعم از پرسنل و افراد تحت تکفل آنان توسط بیمه‌گذار در اختیار بیمه‌گر قرار می‌گیرد. بیمه‌گذار اطلاعات بیمه‌شدگان خود را بر اساس موارد ذیل تنظیم و به صورت لوح فشرده در اختیار شرکت بیمه قرار می‌دهد:

نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	محل صدور	سال تولد	ماه تولد	روز تولد	کد ملی
نام پدر	کد پرسنلی	ادرس	تلفن	جنسیت	نوع بیمه شده	نسبت	تحت تکفل

۱-۱۳-۶- در صورتیکه در لیست ارسالی تعداد بیمه‌شدگان کمتر از ۵۰٪ تعداد مبنای اعلام نرخ و تعهدات باشد، نسبت به تعدیل حق بیمه مطابق بند ۴-۵ از ماده پنجم شرایط خصوصی بیمه‌نامه اقدام و در صورت عدم موافقت بیمه‌گذار بیمه‌نامه مطابق ضوابط فسخ می‌گردد.

۲-۱۳-۶- در مواردی که اعلام نرخ و تعهدات بر اساس گروههای دارای تخفیف صورت پذیرفته باشد، در هنگام اخذ لیست اسامی بیمه‌شدگان موضوع بررسی و در صورتی که تعداد بیمه‌شدگان کمتر از آن تعداد باشد نسبت به افزایش حق بیمه به میزان در صد تخفیف طی الحاقیه اقدام و به بیمه‌گذار ارسال می‌گردد.

۳-۱۳-۶- با توجه به ماهیت بیمه‌نامه‌های درمان، در صورتیکه قبل از ارسال لیست اولیه اسامی بیمه‌شدگان در مهلت مقرر و مورد توافق طرفین مندرج در شرایط خصوصی بیمه‌نامه، بیمه‌گذار نیاز به استفاده از خدمات بیمه‌ای مطابق با شرایط بیمه‌نامه را داشته باشد، پس از اخذ مدارک مثبت از جمله درخواست کتبی بیمه‌گذار و گواهی پزشکی مربوطه نسبت به درج نام و مشخصات بیمه‌شده در پیش نویس ارائه لیست جهت صدور معرفی‌نامه به صورت مکانیزه اقدام می‌شود.

**توجه :** پیگیری وصول حق بیمه در مدت زمان مشخص شده در بیمه‌نامه الزامی است. در هر صورت وضعیت اعتبار بیمه‌نامه (با پرداخت حق بیمه) یا عدم اعتبار بیمه‌نامه (با ابطال بیمه‌نامه) در ماه اول و فرصت تعیین شده مشخص می‌گردد و ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.





شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۴

## دستور العمل جامع صدور درمان

### ۱۴-۶- دریافت و پیگیری وصول قسط اول حق بیمه :

۱۴-۶-۱ هم زمان با ثبت اعلامیه بدهکار بیمه نامه می بایست سر رسیدهای پرداخت حق بیمه مشخص گردند، بدین روش که اولین سر رسید مطابق با تاریخ صدور یا شروع بیمه نامه باشد و سر رسیدهای بعدی به فاصله های یک ماهه و با مبالغ مساوی، حداکثر ۳۰ روز قبل از انقضاء بیمه نامه تعیین گردند. در خصوص افزایش فاصله اقساط می بایست موافقت کتبی مدیریت بیمه های درمان اخذ گردد. بدیهی است در موارد دیگر اعلامیه بدهکار می بایست مطابق شرایط درخواستی بیمه گذار در استعلام و مناقصه مشروط بر تایید بیمه آرمان صادر گردد. بر اساس مفاد بیمه نامه های صادره شروع اعتبار بیمه نامه و پرداخت خسارت منوط به پرداخت کل حق بیمه ( و یا قسط اول حق بیمه در صورت تقسیط ) می باشد که باید همزمان با شروع اعتبار بیمه نامه در وجه بیمه گر پرداخت گردد. به عبارت دیگر برای پرداخت قسط اول حق بیمه از سوی بیمه گذار هیچ مهلتی در نظر گرفته نشده است .

**تبصره ۳۴:** بخش فنی و مالی شعبه با هماهنگی یکدیگر نسبت به ثبت و تسویه سر رسید اعلامیه بدهکار به گونه ای اقدام نمایند که تسلسل تاریخ ها و همچنین شماره الحاقیه ها حفظ گردد چرا که الزاماً هر اعلامیه بدهکار باید تا ۱۵ روز پس از تاریخ سر رسید آن تسویه گردد.

**تبصره ۳۵:** روش تقسیط کلیه الحاقیه های صادره طی دوره که دارای بار مالی اضافی هستند همانند روش فوق خواهد بود. حداکثر یک ماه قبل از انقضای بیمه نامه تسویه گردد. مگر اینکه با تایید ستاد مدیریت بیمه های درمان توافق دیگری حاصل گردیده باشد .

۱۴-۶-۲ الزاما می بایست کلیه الحاقیه های صادره با بار مالی اضافی به انضمام اعلامیه بدهکارهای ثبت شده بابت الحاقیه های فوق در سیستم فن آوران می بایست ممهور به مهر این شرکت و امضای کارشناس ثبت کننده و رئیس یا سرپرست شعبه باشد و به منظور اطلاع بیمه گذار از نحوه پرداخت حق بیمه برای وی ارسال گردد.

۱۴-۶-۳ در طول اعتبار بیمه نامه امکان تغییر الگوی نحوه پرداخت به هر دلیلی از جمله اشتباه کارشناس شعبه، ثبت سر رسیدهای اعلامیه بدهکار خارج از توافق اولیه با بیمه گذار و یا حتی توقف پرداخت خسارت به بیمه شدگان به دلیل بدهی ناشی از ثبت اعلامیه بدهکارهای ناصحیح و یا سایر موارد میسر نمی باشد.

۱۴-۶-۴ عدم ارائه لیست اسامی بیمه شدگان از جانب بیمه گذار در مهلت مقرر ( حداکثر ظرف مدت یک ماه از شروع قرارداد)، به معنای عدم پرداخت حق بیمه در چارچوب نحوه پرداخت نبوده و بیمه گذار کماکان متعهد به پرداخت حق بیمه از تاریخ ارائه لیست بیمه شدگان، خواهد بود.

۱۴-۶-۵ سر رسید اعلامیه بدهکارهای مقدم، باید پیش از اعلامیه بدهکار با تاریخ موخر تسویه گردند.

۱۴-۶-۶ با گذشت بیش از ۱۵ روز از سر رسید هر اعلامیه بدهکار و عدم تسویه آن، صدور معرفی نامه و نیز ثبت نهایی حواله خسارت بیمه نامه مربوطه متوقف خواهد شد.

**تبصره ۳۶:** شعبه صادر کننده بیمه نامه موظف است در صورت تاخیر یک هفته ای از تاریخ اعلامیه بدهکار به منظور جلوگیری از توقف خدمات، پرداخت حق بیمه را تا حصول نتیجه به صورت مکتوب از بیمه گذار پیگیری نماید.

۱۴-۶-۷ مبالغ حق بیمه ناشی از صدور الحاقیه های برگشتی همواره از آخرین اعلامیه بدهکار کسر می گردد.

۱۴-۶-۸ در بازه اعتبار بیمه نامه شعبه صادر کننده بیمه نامه موظف است مبالغ حق بیمه وصولی و بدهکاری بیمه گذار را بررسی و در صورت بدهکاری بیمه گذار مراتب را به صورت مکتوب به ایشان اعلام و تا حصول نتیجه، پیگیری نماید.



## دستور العمل جامع صدور درمان

شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۱۵

۹-۱۴-۶- اگر چه با توجه به تصریح فوق الذکر، در صورت تاخیر در پرداخت قسط اول حق بیمه از سوی بیمه‌گذار، حق اعمال تاخیر در شروع تعهدات برای بیمه‌گر محفوظ است، با وجود این پیشگیری از بروز مشکلات بعدی و ادعاهای احتمالی بیمه‌گذار، چنانچه پس از ۷ روز از تاریخ شروع بیمه‌نامه، بیمه‌گذار نسبت به پرداخت حق بیمه اقدام ننمود، مراتب با ارائه مهلت یک هفته‌ای برای پرداخت قسط اول، بصورت مکتوب به بیمه‌گذار اعلام می‌گردد. چنانچه بیمه‌گذار در مهلت مقرر و علیرغم ارائه فرصت مجدد ۷ روزه نسبت به پرداخت حق بیمه اقدام ننمود:

**تبصره ۳۷:** اگر بیمه‌گذار قبلاً نسبت به امضا و ارسال بیمه‌نامه اقدام ننموده و هیچ گونه خسارتی نیز پرداخت نگردیده باشد بیمه‌نامه از تاریخ شروع ابطال می‌گردد.

**تبصره ۳۸:** اگر بیمه‌گذار قبلاً نسبت به امضا و ارسال بیمه‌نامه اقدام ننموده و یا نسبت به پرداخت خسارت و یا صدور معرفی‌نامه اقداماتی صورت گرفته باشد می‌بایست نسبت به صدور و ارسال الحاقیه فسخ و تعیین ۷ روزه برای پرداخت حق بیمه اقدام گردد. (مطابق ماده سوم شرایط خصوصی بیمه‌نامه)

**تبصره ۳۹:** کلیه مراحل اعلام مهلت جهت اخذ حق بیمه می‌بایست بصورت مکتوب صورت پذیرد.

**تبصره ۴۰:** وضعیت اعتبار یا عدم اعتبار بیمه‌نامه (در هر وضعیت بیمه‌نامه) می‌بایست در همان ماه اول بیمه‌نامه مشخص گردد.

### ۱۵-۶- دریافت و پیگیری وصول سایر اقساط حق بیمه:

اگر چه بیمه‌گذار متعهد به ایفای تعهدات خود از جمله پیگیری، محاسبه و پرداخت حق بیمه است اما تجربه نشان داده است که پرداخت حق بیمه بسیاری از بیمه‌گذاران به علت تغییر مسئولان مالی یا بیمه‌ای، عدم آشنایی با ماهیت بیمه‌نامه‌های گروهی، عدم توجه به مفاد بیمه‌نامه‌ها و غیره دچار وقفه می‌گردد، لذا پیگیری و یادآوری سررسید اقساط حق بیمه و اعلام نتایج عدم پرداخت به موقع حق بیمه می‌تواند در جهت کاهش حق بیمه‌های معوق و مشکلات بعدی نقش مهمی داشته باشد. بر این اساس پیگیری وصول سایر اقساط حق بیمه به شرح ذیل انجام می‌گیرد:

**یادآوری:** سررسید اقساط حق بیمه در بیمه‌نامه‌های صادره با توجه به روش پرداخت حق بیمه، در ابتدای هر ماه، دو ماه، سه ماه و غیره خواهد بود و لیکن آخرین مهلت پرداخت حق بیمه برای هر یک از روشهای فوق، حداکثر ۵ روز از سررسید هر قسط خواهد بود.

**تذکر:** در هر صورت انجام تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه از سوی بیمه‌گذار و در سررسیدهای مشخص شده، می‌باشد. بدیهی است در صورت وجود بدهکاران حق بیمه و یا عدم انجام تعهدات بیمه‌شده در پرداخت بازیافت احتمالی در بخش خسارت درمان، بیمه‌گر مجاز به عدم پرداخت خسارت تا رسیدگی و تسویه حساب مطالبات از سوی بیمه‌گذار می‌باشد. واحد صدور موظف است تا ضمن بررسی و کنترل مستمر و ماهیانه وضعیت وصول حق بیمه بیمه‌گذاران، در صورت مواجه گردیدن با موارد فوق با اعلام کتبی به واحد خسارت از پرداخت هر گونه خسارت و یا صدور معرفی‌نامه جلوگیری نماید.

### مراحل یادآوری پیگیری وصول سایر اقساط حق بیمه:

۱-۱۵-۶- یک هفته قبل از انقضا مهلت، طی نامه‌ای ضمن اشاره به مفاد بیمه‌نامه مبنی بر تعهدات بیمه‌گذار در پرداخت حق بیمه، مبلغ بدهی با ذکر تاریخ سررسید و آخرین مهلت پرداخت (حداکثر یک هفته) یادآوری گردد.

۲-۱۵-۶- در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه در تاریخ سررسید قسط و انجام نکات مورد اشاره در بند ۱ طی نامه‌ای با اشاره به شماره و تاریخ نامه قبلی که در آن یادآوری پرداخت حق بیمه صورت پذیرفته، مجدداً به بیمه‌گذار با مهلت یک هفته‌ای جهت پرداخت قسط حق بیمه پرداخت نشده یادآوری و اعلام می‌گردد عدم



## دستور العمل جامع صدور درمان

شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۱۶

پرداخت حق بیمه طی مهلت مقرر منجر به توقف ارائه خدمات (تعلیق) و فسخ بیمه‌نامه از سوی بیمه‌گر می‌گردد.

۳-۱۵-۶- در صورت عدم پرداخت حق بیمه در مهلت مقرر در بند ۲ از سوی بیمه‌گذار ضمن صدور الحاقیه تعلیق (ارسال الحاقیه تعلیق برای بیمه‌گذار یا نماینده وی لازم نمی‌باشد) توقف خدمات با هماهنگی کلیه واحدهای خسارت سراسر کشور صورت می‌پذیرد. در این صورت همزمان، الحاقیه فسخ از تاریخ سررسید آخرین قسط پرداخت نشده صادر و به همراه نامه با اشاره به هر دو مکاتبه قبلی، اعلام توقف خدمات و منظور نمودن فرصت ۷ روزه جهت پرداخت مطالبات اقدام می‌گردد.

**توجه:** ارائه خدمات و پرداخت خسارت‌های مربوط به زمان قبل از تاریخ تعلیق و فسخ نیز مجاز نمی‌باشد.

۴-۱۵-۶- پیگیری جهت وصول مطالبات پس از فسخ بیمه‌نامه طی حداکثر دو مکاتبه صورت پذیرفته و در مکاتبه دوم به بیمه‌گذار یادآوری می‌گردد عدم پرداخت حق بیمه در مهلت تعیین شده (حداکثر ۷ روز) منجر به پیگیری حقوقی می‌گردد.

**توجه:** قبل از ارسال مراتب به دفتر حقوقی کلیه مطالبات بیمه‌گذار در رشته های عمر، حوادث، درمان و باز یافت احتمالی در بخش خسارت درمان بررسی و متناسب با آن جدولی به تفکیک مطالبات در هر رشته تهیه و به همراه سایر مدارک به دفتر حقوقی ارسال می‌گردد.

### ۵-۱۵-۶- پیگیری حقوقی مطالبات :

در صورت عدم انجام تعهدات از سوی بیمه‌گذار و پس از طی مراحل پنجگانه بند ب، مراتب به همراه کلیه مدارک مربوطه شامل تصویر مکاتبات با بیمه‌گذار، صورتحساب و چک تضمین یا تعهد نامه بیمه‌گذار و ... به دفتر حقوقی اعلام و با هماهنگی آن دفتر اقدام حقوقی صورت می‌پذیرد.

### نمونه مکاتبه

مدیر محترم دفتر حقوقی

موضوع: پیگیری مطالبات حق بیمه

با سلام و احترام

ضمن پیوست رونوشت مکاتبات به شماره ..... تاریخ ..... (منظور کلیه مکاتبات پیگیری اولیه حق بیمه، فسخ بیمه‌نامه و پیگیری پس از زمان فسخ بیمه‌نامه می‌باشد) و اعلام فسخ بیمه‌نامه شماره ..... به اطلاع می‌رساند علیرغم پیگیری بعمل آمده متأسفانه بیمه‌گذار شرکت ..... از پرداخت مطالبات این شرکت خودداری می‌نماید. با اعلام آمادگی همکاری لازم ذیلاً به پیوست وضعیت مطالبات حق بیمه در رشته های عمر و حوادث، درمان گروهی و باز یافت درمان به تفکیک جهت پیگیری حقوقی ارسال می‌گردد.

نوع بیمه‌نامه	شماره بیمه‌نامه	بیمه‌گذار	میزان بدهی
درمان گروهی			
باز یافت خسارت درمان			

واحد صدور

رونوشت :

بیمه‌گذار / نماینده

مدیریت بیمه‌های اشخاص

کارشناس مربوطه جهت درج در سوابق بیمه‌نامه و پیگیری



شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۱۷

## دستور العمل جامع صدور درمان

**توجه:** اقدام و هماهنگی با دفتر حقوقی جهت پیگیری مطالبات شرکت به گونه ایست که مدارک مربوط به بیمه نامه و... (اصل مدارک) در فایل و سوابق بیمه نامه به همراه تصویر مکاتبات با دفتر حقوقی نگهداری می گردد.

### ۶-۱۵-۶- پیگیری وصول مطالبات حق بیمه بیمه گذاران خاص: واحد صدور می تواند با هماهنگی

مدیریت بیمه های اشخاص به گونه ای دیگر صورت پذیرد. در هر صورت مسئولیت اصلی وصول مطالبات و پاسخگویی به ایجاد بدهکاران حق بیمه و مطالبات بر عهده واحد صدور می باشد.

**تبصره ۴۱:** مسئولیت نظارت و پیگیری مطالبات حق بیمه نمایندگان دارای مجوز صدور به عهده واحد سرپرستی نمایندگی می باشد. بدیهی است در این حالت کلیه سوابق بیمه نامه، صورتحساب و وضعیت بیمه نامه، سوابق مکاتبات پیگیری حق بیمه از نماینده اخذ و درخواست پیگیری دفتر حقوقی با رعایت ضوابط فوق الاشاره توسط واحد سرپرستی نمایندگی صورت می پذیرد.

**تبصره ۴۲:** در صورت وصول مطالبات پس از اقدامات حقوقی، نسبت به صدور قبض رسید و ثبت عملیات مالی اقدام و در غیر آن توسط واحد سرپرستی مراتب چگونگی اقدام از مرکز استعلام گردد.

**تبصره ۴۳:** اعتبار مجدد بیمه نامه پس از پرداخت حق بیمه: چنانچه بیمه گذار پس از انقضای مهلت های ارائه شده نسبت به پرداخت حق بیمه اقدام نمود، می تواند نسبت به صدور الحاقیه بازگشت بیمه نامه به حالت جاری پس از بررسی نسبت خسارت و بررسی پرتفوی اموال بیمه گذار و اطمینان از منافع حاصله در انجام این مهم اقدام کرد. بدیهی است که حق تعیین شرایط جدید برای استمرار اعتبار بیمه نامه از جمله عدم تعهد در قبال خسارت های احتمالی در زمان تعلیق و یا فسخ (با رعایت صرفه و صلاح شرکت) برای بیمه گر محفوظ است.

### ۱۶-۶- صدور الحاقیه در طول مدت اعتبار بیمه نامه: هرگونه تغییر یا تصحیح در مفاد بیمه نامه و یا در لیست

اسامی بیمه شدگان با صدور الحاقیه که جز لاینفک بیمه نامه می باشد صورت می گیرد. الحاقیه ها را از لحاظ موضوع آنها می توان به چند دسته تقسیم کرد. قبل از تقسیم بندی الحاقیه ها به چند نکته باید اشاره کرد:

- الحاقیه از نظر اهمیت و ارزش اجرایی بر بیمه نامه برتری دارد چون صدور آن به علت توافق جدید بین طرفین یا تصحیح بیمه نامه است ولی اعتبار الحاقیه منوط به اعتبار بیمه نامه است. بنابراین اگر بیمه نامه فسخ و یا باطل شود بالطبع همه الحاقیه های آن بیمه نامه فسخ و کان لم یکن تلقی می گردد.
- در صورتی که هر یک از طرفین متوجه اشتباه در مفاد یا محاسبات گردند مراتب به صورت کتبی و یا شفاهی به بیمه گر یا بیمه گذار اعلام می گردد سپس بیمه گر طی صدور الحاقیه اصلاحی نسبت به رفع اشتباه اقدام می نماید.
- به جز موارد فسخ بیمه نامه که هر یک از طرفین می توانند خواستار آن شوند و همچنین موارد اشتباه که هریک از طرفین متوجه آن شوند می توانند نسبت به اصلاح آن اقدام کنند در سایر موارد تغییرات در بیمه نامه باید با رضایت طرفین صورت پذیرد.
- صدور الحاقیه صرفا توسط بیمه گر انجام می گیرد.

### ۱۶-۶- الحاقیه تغییر در مفاد بیمه نامه:

اگر بیمه گر و بیمه گذار موافقت نمایند که تغییری در شرایط و مندرجات بیمه نامه صورت گیرد، این تغییرات با صدور الحاقیه انجام خواهد شد. انواع تغییر در مفاد بیمه نامه عبارتند از: افزایش یا کاهش تعهدات مطابق آیین نامه افزایش / کاهش تعهدات / مازاد، افزایش / کاهش فرانشیز، طرح بی نام، طرح تجمیعی، امکان استفاده از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد، تغییر تاریخ انقضای بیمه نامه، تغییر معرف، برگشت بیمه نامه به حالت جاری، پیش نویس ارائه لیست، ارائه لیست اولیه بیمه شدگان، تعلیق، فسخ و ابطال.

**تبصره ۴۴:** نمایندگی ها و شعب دارای مجوز صدور برای تایید و امضا بیمه نامه و الحاقیه های خارج از حدود اختیارات باید مطابق آیین نامه حدود اختیارات و دستور العمل عمل نمایند.



شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۱۸

## دستور العمل جامع صدور درمان

### ۲-۱۶-۶- الحاقیه تغییر در تعداد بیمه‌شدگان :

معمولا در طول مدت بیمه‌نامه بیمه‌شدگان بیمه‌گذار کاهش یا افزایش می‌یابند که طبق مفاد بیمه‌نامه بیمه‌گذار باید کتبا این تغییرات را به بیمه‌گر اعلام و بیمه‌گر نیز تغییرات را با صدور الحاقیه تایید و حق بیمه را تعدیل نماید.

**توجه :** در صورت کاهش تعداد بیمه‌شدگان تا ۲۵٪ تعداد اولیه نسبت به تعدیل حق بیمه طبق شرایط خصوصی بیمه‌نامه اقدام می‌گردد.  
**تبصره ۴۵ :** در بیمه‌نامه‌ها در خصوص اعلام تغییرات بیمه‌شدگان برای بیمه‌گذار فرصتی در نظر گرفته می‌شود بعنوان مثال در بیمه‌نامه ذکر می‌شود که بیمه‌گذار سه ماه از تاریخ استخدام، تاریخ عقد قرارداد و تاریخ تولد فرصت دارد تغییرات بیمه‌شدگان خود را به بیمه‌گر اعلام نماید بنابر این افرادی که مقرر است به گروه بیمه‌شدگان اضافه شوند، باید در مهلت مقرر اسامی آنان را اعلام کند، در غیر اینصورت بیمه‌گر به منظور جلوگیری از تحمیل ریسکهای مخاطره‌آمیز می‌تواند از پذیرش آن خودداری نماید.

**تبصره ۴۶ :** لیست اسامی اضافه‌شدگان یا حذف شدگان حتی المقدور در متن الحاقیه آورده شود در غیر اینصورت با درج عبارت (طبق لیست پیوست) در متن الحاقیه نسبت به انضمام آن به الحاقیه افزایش یا کاهش بیمه‌شدگان اقدام گردد. انواع الحاقیه‌های تغییر در تعداد بیمه‌شدگان عبارتند از: افزایش تعداد، کاهش تعداد و اصلاح اطلاعات بیمه‌شدگان

### ۱۷-۶- تهیه صورتحساب بیمه نامه در پایان سال بیمه‌ای :

در پایان سال بیمه‌ای گزارش صورتحساب بیمه‌نامه که نشان دهنده عملیات یکسال بیمه‌ای شامل حق بیمه بیمه‌نامه و حق بیمه اضافی و برگشتی الحاقیه‌ها و مبالغ وصول حق بیمه است از طریق سیستم جامع تهیه می‌شود.

### ۱۸-۶- ارسال صورتحساب به بیمه‌گذار :

صورتحساب پس از تهیه و تایید امور مالی برای بیمه‌گذار ارسال می‌گردد.

### ۱۹-۶- تسویه مانده بیمه‌نامه :

پس از تایید صورتحساب توسط بیمه‌گذار، اگر مانده بستانکار داشته باشد مبلغ آن جهت بیمه‌گذار ارسال و اگر مانده بدهکار داشته باشد از بیمه‌گذار مطالبه و بیمه‌نامه تسویه می‌گردد.

**۲۰-۶- بایگانی :** از مواردی که در امر صدور بیمه‌های گروهی مطرح است بایگانی است. برای بایگانی هر بیمه‌نامه گروهی فایلی تشکیل می‌شود که نام بیمه‌گذار و شماره آن بیمه‌نامه در قسمت مربوط روی زونکن با خط درشت ثبت می‌شود و مدارک مربوط به آن بیمه‌نامه بشرح ذیل در آن قرار داده می‌شود :

- کلیه مکاتبات قبل از انعقاد بیمه‌نامه مانند پیشنهاد بیمه‌نامه یا تقاضای نرخ توسط بیمه‌گذار .
- اعلام نرخ توسط بیمه‌گر و هرگونه مکاتبات که در راستای این بیمه‌نامه انجام می‌پذیرد .
- نسخه اصلی بیمه‌نامه ، شرایط عمومی و خصوصی که مهور به مهر و امضاء بیمه‌گذار و بیمه‌گر باشد .
- لیست اسامی بیمه‌شدگان .
- کپی چکها و یا حواله‌های دریافتی حق بیمه و یا اقساط حق بیمه .
- یک نسخه از کلیه الحاقیه‌های صادره در صورتی که الحاقیه بر اساس مکاتبات بیمه‌گذار صادر شده باشد. در صورتیکه الحاقیه دارای حق بیمه اضافی باشد باید اعلامیه بدهکار نیز پیوست الحاقیه مربوط باشد. در ضمن نحوه محاسبه حق بیمه می‌بایست در پشت نامه بیمه‌گذار و یا در برگ جداگانه‌ای ثبت و ضمیمه الحاقیه شود .
- برگ مالی و قبض رسید وصول حق بیمه به همراه کپی چک یا حواله بیمه‌گذار . ( به ترتیب تاریخ پرداخت حق بیمه در پرونده قرار گیرد )
- صورتحساب بیمه‌نامه .



شماره سند: IN-HL-65/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۲۰ از ۱۹

## دستور العمل جامع صدور درمان

- هر گونه مکاتبات در خصوص بیمه نامه اعم از مکاتبات بیمه گذار و مکاتبات داخلی و همچنین مکاتبات و اقدامات مربوط به تسویه بیمه نامه

### ۲۱-۶- تمدید بیمه نامه :

۱-۲۱-۶- مشخص نمودن شرایط و تعهدات و حق بیمه نامه جدید با رعایت نکات ذیل :

۲-۲۱-۶- بررسی لازم در خصوص تمدید بیمه نامه درمان حداقل ۴۵ روز کاری قبل از سررسید بیمه نامه با تهیه و تکمیل فرم تمدید بیمه نامه (در اختیار شعب) و درج در سوابق بیمه نامه آغاز و در صورت لزوم ، مراتب حداقل ۱۰ روز کاری قبل از تاریخ تمدید بصورت مکتوب به بیمه گذار اعلام می شود. بدیهی است در صورتیکه نسبت خسارت بیمه گذار از ۷۰٪ بیشتر باشد مراتب علت افزایش حق بیمه در مکاتبه با بیمه گذار یا نماینده آن با اشاره به نسبت خسارت بیمه گذار به همراه هزینه های اداری و افزایش تعرفه خدمات درمانی در کشور اعلام می گردد.

۳-۲۱-۶- شعب می توانند بیمه نامه های گروهی مازاد درمان صادره به صورت مستقیم و یا از طریق نمایندگی های تحت سرپرستی خود در صورتیکه نسبت خسارت آنها با احتساب خسارتهای معوق و در راه (اعلام نشده) کمتر از ۵۰٪ باشد با همان نرخ و شرایط سال گذشته تمدید نمایند بدیهی است محاسبه صحیح و واقعی نسبت خسارت از اهمیت ویژه برخوردار می باشد.

۴-۲۱-۶- تمدید بیمه نامه های مازاد درمان گروهی که نسبت خسارت آنها بین ۵۱٪ الی ۸۰٪ باشد براساس تعرفه های جدید امکان پذیر است و در صورتی که بیمه نامه دارای خدمات اضافی خارج از تعهدات و پوششهای مصوب باشد، محاسبه حق بیمه خدمات اضافی علاوه بر حق بیمه مصوب الزامی است، مگر آنکه قبلاً براساس توجهات فنی شعبه، موافقت کتبی این مدیریت مبنی بر عدم احتساب حق بیمه اضافی اخذ گردیده باشد.

تبصره ۴۷ : اخذ موافقت بیمه گذار جهت تمدید الزامی است

تبصره ۴۸ : تمدید و صدور بیمه نامه جدید و ارسال آن به همراه شرایط عمومی و خصوصی جهت امضا .

### نکات مهم :

- همواره به بیمه گذار اعلام شود که بیمه های اموال بیمه گذار و افزایش سرمایه آن در هر زمان می تواند به افزایش کیفی خدمات بیمه درمان با صدور الحاقیه مربوطه منجر شود.
- بدیهی است پس از وصول مطالبات (تمام یا بخشی از آن) ثبت عملیات مالی به منظور اصلاح حسابهای مربوطه از واجبات اجرایی واحد صدور می باشد.
- ضروری است مسئولین واحدهای صدور با استفاده از امکانات سیستم مکانیزه نسبت به کنترل حق بیمه های سررسید شده بیمه نامه های گروهی مازاد درمان صادره در پایان هر ماه اقدام و پیگیری لازم در خصوص تعیین وضعیت بیمه نامه ها را اعمال نمایند .
- با توجه به امکان تغییرات در شرایط خصوصی و عمومی، ارسال یک نسخه به همراه بیمه نامه تمدیدی جهت بیمه گذار و اخذ نسخه امضا شده آن الزامی می باشد.
- هرگونه درخواست خدمات اضافی از سوی بیمه گذاران دارای پرتفوی اموال قابل توجه، متناسب با نوع و میزان آن در صورت صلاحدید رئیس شعبه، قابلیت بررسی دارد. لذا مقتضی است در صورت وجود چنین درخواستهایی در زمان تمدید بیمه نامه با رعایت فاصله زمانی مناسب جهت بررسی، پیشنهاد به همراه نظر کارشناسی شعبه جهت تصمیم گیری به این مدیریت اعلام گردد.
- از آنجا که در صورت عدم تمدید بیمه نامه به علت قطع ارتباط با بیمه گذار، وصول آخرین اقساط حق بیمه واحد صدور را با مشکلات بیشتری مواجه خواهد ساخت، لذا جهت حفظ منافع شرکت و کاهش هزینه های پیگیری و اقدامات حقوقی، پیگیری وصول اقساط مذکور قبل از انقضا بیمه نامه و یا تسویه نهایی غرامات از اهمیت مضاعفی برخوردار است .
- تلاش گردد حتی المقدور بیمه گذاران به افزایش تعهدات بیمه نامه در زمان تمدید بیمه نامه ترغیب شوند تا کاهش حق بیمه .



## دستور العمل جامع صدور درمان

- ۸- توصیه می‌گردد قبل از اقدام به اعلام نرخ و شرایط جدید تمدید بیمه‌نامه، مراتب عملکرد بیمه‌گذار طی جلسه‌ای حضوری به ایشان اعلام و توجیهات کافی صورت پذیرد.
- ۹- در صورتیکه بیمه‌گذار از تعهدات حداقلی متناسب با شرایط روز بازار استفاده می‌نماید متناسب با نسبت خسارت و تعداد بیمه‌شدگان پیشنهادات لازم جهت ارتقا سطح کیفی بیمه‌نامه به بیمه‌گذار و یا نماینده آن ارائه گردد.
- ۱۰- در صورتیکه بیمه‌گذار متقاضی افزایش تعهدات خود برای سال جدید بود، افزایش نرخ تعهدات جدید متناسب با حق بیمه سال قبل افزایش یابد. ضمن آنکه شرایط تمدید با تعهدات سال گذشته نیز جهت حق بیمه لازم به بیمه‌گذار اعلام گردد.
- ۱۶- مدت اعتبار نرخ و شرایط ارائه شده ( حداکثر ۲۰ روز از تاریخ اعلام ) در پاسخ درج گردد .
- ۱۷- در هنگام صدور بیمه‌نامه برای بیمه‌گذارانی که دارای بیش از یک بیمه‌نامه در سطح کشور می باشد می بایست نسبت به تعریف شماره توافقنامه ( با هماهنگی واحد صدور مرکز ) اقدام گردد .
- ۱۸- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها (از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها) به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه‌نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه‌گذار تضمین شده باشد و بیش از ۵۰ درصد بیمه‌شدگان به‌طور هم زمان بیمه شوند.