



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی
درمان تکمیلی

شماره سند :
IN-H-66-01

| شماره صفحه | شماره تجدید نظر | تاریخ | شرح تغییرات |
|------------|-----------------|------------|-------------|
| کلیه صفحات | ۰۱ | ۱۴۰۲/۰۳/۲۳ | صدور اولیه |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| تهیه / بازنگری | تایید | تصویب / ابلاغ |
|-----------------------|--------------------|------------------|
| مدیریت بیمه های درمان | مدیریت طرح و توسعه | معاونت فنی اشخاص |
| | | |
| تاریخ: ۱۴۰۲/۰۳/۲۴ | تاریخ: ۱۴۰۲/۰۳/۲۴ | تاریخ: |

این دستورالعمل مهور به مهر آبی "اعتبار دارد" مدیریت طرح و توسعه دارای اعتبار است.

اعتبار دارد
بیمه آرمان



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۰۳ / ۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۱ از ۱۵

۱- هدف

ایجاد هماهنگی و وحدت رویه در نحوه اعلام نرخ، صدور بیمه نامه ها و الحاقیه های درمان گروهی، نظارت و کنترل لازم و مستند نمودن اصول و مقررات داخلی شرکت در حوزه های مربوطه می باشد.

۲- دامنه کاربرد:

دامنه کاربرد این دستورالعمل شامل کلیه واحد های صدور اعم از ستاد، شعب و نمایندگان شرکت بیمه آرمان می باشد.

۳- مسئولیت ها:

- الف. مسئولیت اجرای این دستورالعمل را اداره صدور بیمه درمان گروهی بر عهده دارد.
- ب. مسئولیت نظارت بر حسن اجرای این دستورالعمل بر عهده مدیریت بیمه های درمان می باشد.
- ج. سایر مسئولیتها در شرح دستورالعمل ذکر شده است.

۴- مدارک ذیربط:

ندارد.

۵- تعاریف:

موضوع بیمه درمان گروهی: جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست.

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.

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

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

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.

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.

شرایط بیمه گزار جهت خرید بیمه نامه درمان گروهی:

الف) بیمه گزار دارای شخصیت حقوقی باشد.

ب) بیمه شدگان دارای بیمه گر پایه باشند.

ج) حداقل تعداد بیمه شدگان با افراد تحت تکفل ۵۰ نفر باشد.

د) حداقل ۵۰ درصد از کارکنان بیمه گزار باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

ح) پوشش بیمه ای کارکنان نزد بیمه گر پایه از طریق بیمه گزار 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.

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

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

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



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۳/۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۲ از ۱۵

بیمه شدگان: کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گزار، به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان، که از طرف بیمه گزار به عنوان بیمه شده معرفی می شوند. منظور از اعضای خانواده، همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشد.

تعهدات بیمه نامه درمان

تعهدات بستری:

جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد. 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. در هزینه های بیمارستانی مدت زمان اقامت بیمه شده در مرکز درمانی بیشتر از ۶ ساعت است و در موارد کمتر از ۶ ساعت هزینه ها در تعهدات پاراکلینیکی گروه سوم (جراحی های مجاز سرپائی) قابل پرداخت است. 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.

جبران هزینه های اعمال جراحی تخصصی:

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.

- تعهدات اعمال جراحی تخصصی دو برابر تعهدات بستری و حق بیمه آن ۳۰٪ حق بیمه تعهدات بستری است.

جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین:

- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا پنجاه درصد سقف تعهد سالیانه بستری قابل ارائه است. سقف تعهد شرکت در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان های طرف قرارداد تجاوز کند.
- پوشش هزینه های نازایی و ناباروری حداکثر تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه با سقف مجزا و با حق بیمه تعیین شده قابل ارائه است. این پوشش شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، GIFT، ZIFT، ITSC، میکرواینجکشن و IVF است.

- مدت انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر و بین شهری:

مشروط به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان یا انتقال بیمار از یک مرکز درمانی به مرکز دیگر قابل پرداخت است.

جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی:

تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالانه بوده و هزینه نگهداری بیماران روان پریش تحت پوشش بیمه نامه نیست.

هزینه های پاراکلینیکی:

۱- جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۲- جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECP، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل اسپیرومتری و PFT،



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۰۳ / ۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۳ از ۱۵

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

هزینه ویزیت و دارو و خدمات اورژانس:

جبران هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر پایه) و خدمات اورژانس حداکثر تا ۵ درصد تعهد پایه برای هر بیمه شده قابل پوشش است.

جبران هزینه های دندانپزشکی:

جبران هزینه های دندانپزشکی حداکثر تا میزان ۱۵ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ماهانه تعیین شده قابل پوشش است.

-ملاک عمل تعرفه های خدمات دندانپزشکی، تعرفه سندیکای بیمه گران ایران است که باید در هنگام اعلام حق بیمه به بیمه گزار اعلام و در زمان صدور، در بیمه نامه درج شود.

هزینه عینک طبی:

جبران هزینه های عینک طبی و لنز تماس طبی تا سقف ۲ درصد تعهدات پایه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ماهانه تعیین شده برای هر نفر قابل پوشش است.

تبصره: در صورتیکه شماره چشم کمتر از ۰.۷۵ دیوپتر باشد بایستی الزام استفاده از عینک توسط چشم پزشک اعلام گردد.

هزینه سمعک:

جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک تا سقف ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی با نرخ حق بیمه ماهانه تعیین شده برای هر نفر قابل پوشش است.

رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک)

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.

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

اوروتر

بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد و حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۰۳ / ۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۴ از ۱۵

۶- نحوه اجرا:

الف - فرآیند اعلام نرخ به بیمه گزار

۱- دریافت نامه کتبی به همراه شرایط و تعهدات درخواستی از بیمه گزار

درخواست پوشش بیمه ای می بایست بصورت کتبی و با قید نوع پوشش درخواستی و دریافت اطلاعات مورد نیاز بیمه گر از قبیل تعداد پرسنل به همراه خانواده ، سن ، نوع فعالیت ، درصد فرانشیز ، شرکت بیمه گر مکمل قبلی ، پرتفوی بیمه گذار و باشد. اگر استعلام از طریق نماینده یا کارگزار دریافت شده نامه بیمه گزار توسط نماینده یا کارگزار مهر و امضا و به واحد صدور شعبه تحویل گردد. در صورتیکه بیمه گزار در نامه اشاره ای به تعهدات نکرده باشد پس از دریافت نامه ، تعهدات پیشنهادی درمان در اختیار بیمه گزار قرار گیرد. (با تاکید بر آیین نامه ۹۹ مبنی بر کتبی بودن هر گونه پیشنهاد بیمه گزار)

۲- کنترل تکمیل بودن پیشنهاد بیمه گزار

واحد صدور اشخاص شعبه موظف است پیشنهاد بیمه گزار را از لحاظ تکمیل بودن اطلاعات و تعهدات و شرایط درخواستی کنترل نماید و با مذاکره و یا جلسه، پیشنهاد نهایی را جهت اعلام نرخ تنظیم نماید. به عنوان مثال نامه بیمه گزار باید در سربرگ بوده و مهر و امضا داشته باشد. تعهدات درخواستی ، تعداد بیمه شدگان، میانگین سنی و سایر موارد مورد نیاز در نامه ذکر شده باشد.

۳- دریافت اعلام موافقت کتبی بیمه گذار با حق بیمه و شرایط پیشنهادی :

بیمه گزار پس از قبول حق بیمه پیشنهادی و سرمایه مورد نظر ، موافقت کتبی خود را جهت صدور بیمه نامه اعلام و لیست اسامی کارکنان خود را جهت پوشش ، حداکثر به (مدت یکماه) در همان ماه شروع تاریخ اعتبار بیمه نامه به بیمه گر ارائه مینماید . در صورت عدم اعلام به موقع لیست اسامی با ذکر دلایل و مستندات لازم و فقط پس از اخذ موافقت از مدیریت بیمه های درمان و با صدور الحاقیه امکان افزایش مدت زمان ارائه لیست اولیه میسر می باشد.

۴- دریافت نسخ مهر و امضا شده قرارداد از بیمه گزار:

پس از مهر و امضا قرارداد توسط بیمه گزار ، یک نسخه نزد آنان باقی مانده و نسخه دیگر در یافت می گردد (اخذ نسخه امضا شده از بیمه گذار و نگهداری آن در سوابق الزامی می باشد).

توجه : به منظور جلوگیری از صدور الحاقیه برگشتی به علت کاهش تعداد بیمه شدگان و تغییرات قابل توجه در آمار عملکرد واحد صدور ، بایستی کلیه بیمه نامه ها با تعداد صفر صادر شود.

۵- دریافت لیست اولیه اسامی و مشخصات بیمه شدگان

هنگام صدور بیمه نامه اطلاعات لازم در خصوص بیمه شدگان اعم از پرسنل و افراد تحت تکفل آنان توسط بیمه گذار در اختیار بیمه گر قرار می گیرد. بیمه گذار اطلاعات بیمه شدگان خود را بر اساس موارد ذیل تنظیم و به صورت لوح فشرده یا فرمت اکسل فناوران جهت انتقال از طریق سیستم در اختیار شرکت بیمه قرار می دهد:

| 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 |



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۲۳ / ۰۳ / ۱۴۰۲

پیوست: دارد

صفحه: ۵ از ۱۵

۶- سایر شرایط تکمیلی

الف. تمامی درخواست های بیمه گزار در قالب آیین نامه های بیمه مرکزی قابل ارایه می باشد. در این زمینه با بیمه گزار مذاکره و دلایل رعایت آیین نامه های بیمه مرکزی اعلام گردد در غیر این صورت از شرکت در مناقصات و یا استعلام های با شرایط خارج از آیین نامه اجتناب شود.

ب. با توجه به مفاد آیین نامه ۹۹ مبنی بر اینکه حداقل فرانشیز ۱۰ درصد می باشد از اعلام نرخ و شرایط با فرانشیز کمتر از ۱۰ درصد خودداری فرمایید.

ج. حداقل تعداد جهت اعلام حق بیمه درمان ۵۰ نفر می باشد.

د. با توجه به آیین نامه حدود اختیارات، کلیه استعلامات و مناقصات درمان با تعداد بیشتر از ۲۰۰۰ نفر بایستی به تایید کمیته ریسک برسد لذا مستندات لازم بایستی حداقل یک هفته زودتر به واحد بازاریابی ارسال گردد.

نکته بسیار مهم: طبق ابلاغ بیمه مرکزی جهت هر بیمه گزار با هر تعداد زیرمجموعه بایستی یک بیمه نامه صادر گردد و تفکیک زیرمجموعه بیمه گزار بهر طریق ممنوع است. در صورتیکه بیمه گزار دارای زیرمجموعه های متعدد با امور مالی متفاوت باشد و بالاچار چند بیمه نامه صادر گردد بایستی به نماینده یا کارگزار معرف اطلاع داده شود که کارمزد پرداختی بر اساس یک بیمه نامه و بصورت کلی محاسبه می گردد.

ه. در مورد بیمه گزاران خاص در صورتیکه درخواست های خارج از آیین نامه داشته باشند، اعلام حق بیمه با دریافت مجوز از مدیریت بیمه های درمان صورت می گیرد.

(بیمه گزار خاص: بیمه گزاری که دارای پرتفوی اموال قابل توجه، ضریب خسارت پایین و از نظر تجاری یک برند ویژه باشد)

و. کارشناس صدور شعبه موظف به مطابقت تعهدات درخواستی بیمه گزار با آیین نامه های بیمه مرکزی می باشد.

ز. استثنائات بیمه نامه طبق آیین نامه ۹۹ قبل از صدور بیمه نامه حتماً به بیمه گزار اعلام گردد.

ح. مهلت اعتبار نرخ و شرایط از زمان اعلام به بیمه گزار حداکثر یک ماه می باشد. بعد از پایان این مهلت در صورتیکه بیمه گزار درخواست صدور بیمه نامه را داشته باشد باید مجدداً نرخ و شرایط بررسی و در صورت نیاز تعدیل گردد.

ط. دوره انتظار و اضافه نرخ سنی برای گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر در زمان اعلام نرخ محاسبه و به اطلاع بیمه گزار برسد.

- دوران انتظار جهت زایمان ۹ ماه است.

- دوران انتظار جهت بیماری های خاص ۳ ماه است که عبارتند از:

-فتق، لوزه، گواتر، انواع سل، صرع، بیماری پروستات، پولیپ، دیسک ستون فقرات، انحراف بینی، انواع کیست، هیستریکتومی، سیستوسل و رکتوسل، جراحی کلیه، سنگ کلیه، ماستوئیدکتومی، کاتاراکت، دیابت، نارسایی مزمن کلیه، سینوزیت، استرابیسم، آنتروسل، میومکتومی، واریکوسل، جراحی قلب و عروق (به استثناء موارد اورژانسی که منجر به بستری شدن در بخش های CCU و ICU گردد)، پیوند اعضا ارگان های مختلف بدن (مگر آنکه ناشی از حوادثی که در طول مدت اعتبار قرارداد اتفاق افتاده باشد). تمامی موارد فوق باید به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد.

- دوران انتظار برای بیمه شدگانی که به طور پیوسته از سایر شرکت های بیمه بازرگانی انتقال می یابند اعمال نمی شود.

- دوران انتظار جهت نوزادان تازه متولد که والدینشان در همان زمان تحت پوشش بیمه ای هستند اعمال نمی شود.

- در صورت تمدید بیمه نامه بدون وقفه، بیمه نامه مشمول دوران انتظار نمی شود.

- در بیمه نامه هایی که بین تاریخ انقضاء بیمه نامه قبلی با تاریخ شروع بیمه نامه جدید وقفه زمانی وجود داشته باشد حداکثر مهلت در نظر گرفته شده جهت عدم اعمال دوران انتظار یک ماه است. بدیهی است پس از اتمام مهلت یک ماهه، دوران انتظار برای کلیه بیمه شدگان اعمال می شود.



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۰۳ / ۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۶ از ۱۵

ل. در صورتی که بیمه گزار تقاضای صدور بیمه نامه به تاریخ قبل داشته باشد با اخذ مجوز از مدیریت بیمه های اشخاص و ارائه تعهد کتبی بیمه گزار مبنی بر عدم اعلام خسارت در تاریخ مذکور صدور بیمه نامه به تاریخ قبل امکان پذیر خواهد بود.
م. واحدهای صدور در ارائه نرخ به بیمه گزاران و انعقاد قرارداد درمان موظفند مطابق دستورالعمل صادره مبادرت کنند در مواردی که بنا به ضرورت های موجود و پرتفوی مورد انتظار و سوابق عملکرد دوره ای بیمه گزار و یا متقاضی، ارائه نرخ و شرایط رقابتی مدنظر باشد پس از مشخص شدن توجیهات و مستندات مربوطه جهت تعدیل نرخ حق بیمه درمان به میزانی که نسبت خسارت کل پرتفوی بیمه گزار از ۷۰ درصد فراتر نرود بلامانع است، در غیر این صورت و همچنین تقاضای ارائه تعهدات مازاد بر سقف تعیین شده در جداول این آیین نامه از جانب بیمه گزاران، باید مراتب به مدیریت بیمه های درمان ارسال تا پس از بررسی و انجام تجزیه و تحلیل مربوطه و احراز تعدیل نرخ با رویکرد تجمیع پرتفوی بیمه گزار و لحاظ حجم پرتفوی و ترکیب آن نرخ رقابتی تعیین و یا سقف تعهدات قابل ارائه مشخص و اعلام شود.

بدیهی است در این خصوص مدیریت بیمه های درمان در مورد بیمه گزاران دارای پرتفوی قابل توجه هماهنگی لازم را با معاون فنی بیمه های اشخاص جهت حفظ بیمه گزار یا جذب متقاضی معمول خواهد کرد.
ن. ارائه نرخ و شرایط پوشش بیمه درمان تکمیلی لزوماً با ارائه نرخ و شرایط پوشش بیمه عمر و حادثه همراه است و در صورت عدم تمایل بیمه گزاران به اخذ پوشش های مذکور، حق بیمه های درمان افزایش می یابد.
نکات مهم لیست بیمه شدگان :

کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گزار، به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان، که از طرف بیمه گزار به عنوان بیمه شده معرفی می شوند. منظور از اعضای خانواده، همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشد.
- بیمه شده اصلی مکلف است کلیه افراد خانواده خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد خانواده بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.
- حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه گزار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.
- 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.
- در تعریف بیمه شدگان منظور از کارکنان پیمانی، کارکنان شرکت های پیمانکاری نیستند بلکه شامل کارکنانی می شوند که قرارداد پیمانی چندساله با بیمه گزار دارند و از طریق بیمه گزار برای آنان لیست تامین اجتماعی رد می شود.
- بیمه گر می تواند کارکنان بازنشسته بیمه گزار را صرفاً در ابتدای قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنان طی یک لیست و در یک نوبت تحت پوشش قرار دهد.

افرادی که در بیمه نامه درمان تحت پوشش قرار می گیرند عبارتند از:

- ۱- بیمه شده اصلی
- ۲- همسر (همسران) دائم بیمه شده اصلی
- ۳- فرزندان بیمه شده اصلی (فرزندان ذکور در صورت عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل در دانشگاه اعم از داخل و یا خارج از کشور تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام.)
- ۴- فرزندان اناث مشروط به عدم اشتغال به کار و عدم ازدواج، بدون محدودیت سنی می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند.
- ۵- پدر و مادر بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل مشروط بر اینکه از طریق مراجع قانونی تحت تکفل بیمه شده قرار گیرند و از طرف سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت و یا سازمان تامین اجتماعی نیروهای مسلح و با شماره بیمه شده اصلی



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۰۳ / ۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۷ از ۱۵

برای آنان دفترچه بیمه صادر شده باشد، تحت پوشش قرار می گیرند. لازم به تأکید است جهت پوشش والدین بیمه شده اصلی باید به طور همزمان طی یک لیست و یک نوبت و در شروع بیمه نامه اقدام شود.

۶- والدین غیرتحت تکفل بیمه شده اصلی و همچنین همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث شاغل در مجموعه بیمه گزار، در صورت درخواست بیمه گزار در استعلام اولیه و با محاسبه ریسک آن، در شروع بیمه نامه و طی یک لیست و در یک نوبت می توانند با اضافه نرخ حق بیمه تحت پوشش قرار گیرند.

نکته بسیار مهم: تمامی افراد بیمه شده، می بایست دارای بیمه گر پایه باشند و کدکارگاه و کد بیمه شده در زمان ثبت نام به بیمه گر اعلام شود. لذا اخذ لیست تامین اجتماعی بیمه شدگان برای گروه های کمتر از ۵۰۰ نفر در زمان ثبت الحاقیه ارائه لیست اولیه الزامی است. بدیهی است در زمان وقوع خسارت تطبیق نام بیمه گزار با نام شرکت درج شده در استعلام بیمه گر پایه بیمه شده لازم بوده و در صورت مشاهده مغایرت، پوشش بیمه شده و پرداخت خسارت کان لم یکن تلقی میشود. بدین منظور واحد صدور موظف به توجیه بیمه گزار در این خصوص است که پوشش بیمه ای صرفاً برای بیمه شدگانی صورت می پذیرد که اسامی آنان از طرف بیمه گزار در لیست بیمه گر پایه باشد.

در بیمه گزاران با تعداد بیشتر از ۵۰۰ نفر، بایستی تطابق اسامی با لیست بیمه پایه بصورت راندوم انجام شده و حداقل ۱۰ درصد از بیمه شدگان از نظر داشتن بیمه پایه بررسی گردند. از آنجائیکه این کار تاثیر بسیار زیادی در کنترل ضریب خسارت دارد بایستی الزاماً انجام گیرد و مسئولیت مستقیم آن با رییس شعبه می باشد.

کلیه مستندات و مدارک بررسی های انجام شده جهت بیمه پایه بایستی در زونکن مجزا بایگانی شود.

۷- محاسبه حق بیمه

جهت محاسبه حق بیمه رشته درمان، طبق دسترسی اعطا شده در سیستم سمفا عمل گردد.

۸- میزان اضافه نرخ

الف. به علت تعداد

| تعداد بیمه شدگان | اضافه نرخ |
|------------------|-----------|
| ۵۰ تا ۱۰۰ نفر | ۳۰ درصد |
| ۱۰۱ تا ۲۵۰ نفر | ۲۰ درصد |
| ۲۵۱ تا ۵۰۰ نفر | ۱۰ درصد |

ب. به علت کاهش فرانشیز:

● فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گزار از خسارت پرداختی است که میزان آن در بیمه نامه تعیین می شود.

● در صورت درخواست کتبی بیمه گزار، مطابق با ضوابط مقدار فرانشیز بیمه نامه قابل کاهش است.

● فرانشیز پایه در بیمه نامه ۳۰٪ است.

● بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی فرانشیز بیمه نامه را کاهش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود که قابل بیمه شدن نیست.

● فرانشیز هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه گر پایه اعمال می شود. به عبارت دیگر در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر پایه یا اول استفاده نکنند میزان سهم بیمه شده از خسارت معادل فرانشیز بیمه نامه خواهد بود.



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۰۳ / ۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۸ از ۱۵

جهت محاسبه حق بیمه اضافی میزان کاهش در فرانشیز به حق بیمه اضافه می گردد به عبارتی اگر بیمه گزار فرانشیز ۱۰ درصد را درخواست نموده باشد میزان کاهش فرانشیز یعنی ۲۰ درصد به حق بیمه اضافه می کنیم .

میزان کاهش فرانشیز = اضافه نرخ حق بیمه

ج. اضافه نرخ سنی بیمه شدگان:

حداکثر سن بیمه شده برای گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد.

مشمولین سازمان ها و صندوق های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی مشروط به تقاضای کتبی بیمه گزار در شروع بیمه نامه امکان پذیر است . در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت .

حق بیمه بابت اضافه نرخ سنی بیمه شدگان به شرح ذیل است:

الف) بیمه شدگان تا ۶۰ سال تمام با حق بیمه پایه

ب) بیمه شدگان بین ۶۱ تا ۷۰ سال تمام با ۵۰٪ اضافه نرخ

ج) بیمه شدگان با بیش از ۷۰ سال با ۱۰۰٪ اضافه نرخ

د. اضافه نرخ پوشش شناور:

در صورتیکه هر کدام از پوشش ها از سوی بیمه گزاران بصورت شناور درخواست گردد یعنی اعضای خانواده بتوانند از سهم یکدیگر استفاده کنند حق بیمه آن پوشش سه برابر محاسبه می گردد.

۹- میزان تخفیفات قابل ارایه به بیمه گزار

● تعیین نرخ و شرایط براساس آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی، تعرفه و دستورالعمل های ابلاغی از سوی مدیریت بیمه های درمان محاسبه می شود.

الف. بر اساس واحد خانوار

تخفیف برای اخذ پوشش واحد خانواده ۲۰ درصد است . پوشش خانواده یعنی کلیه اعضا خانواده باهم فقط از یک سقف میتوانند استفاده کنند.

ب. بر اساس تعداد بیمه شدگان:

| تخفیف | تعداد بیمه شدگان |
|----------|-------------------|
| صفر | ۵۰۰ تا ۱۵۰۰ نفر |
| ۵ درصد | ۱۵۰۱ تا ۳۰۰۰ نفر |
| ۷.۵ درصد | ۳۰۰۱ تا ۵۰۰۰ نفر |
| ۱۰ درصد | ۵۰۰۱ تا ۱۰۰۰۰ نفر |

ج. تخفیف بر اساس نظر رئیس شعبه:

رئیس شعبه با در نظر گرفتن منطقه جغرافیایی و گستردگی حوزه فعالیت بیمه گزار ، میزان تعامل بیمه گزار در تجمیع سایر رشته های بیمه ای ، اطلاعات کافی از سوابق بیمه ای بیمه گزار و حصول اطمینان از سودآور بودن قرارداد، می تواند حداکثر تا ۱۰ درصد تخفیف در حق بیمه را علاوه بر تخفیف تعداد بیمه شدگان اعمال نماید.

* با توجه به بالا رفتن تعرفه های درمانی از درخواست تخفیف بیشتر خودداری فرمایید.



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۰۳ / ۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۹ از ۱۵

* با توجه به ماهیت و خسارت بالای بیمه های درمان ، در صورتیکه درخواست بیمه گزار خارج از شرایط فوق الذکر باشد از اصرار به صدور بیمه نامه اجتناب گردد.

* در صورت نیاز به مجوز و یا هرگونه هماهنگی در رابطه با صدور بیمه نامه درمان حتماً اطلاعات لازم بر اساس فرم استعلام نرخ و اعلام نظر و امضاء رئیس شعبه به ستاد ارسال گردد. به استعلام و درخواست های خارج از این روش پاسخ داده نمی شود.
* در بیمه نامه هایی که بین تاریخ انقضاء بیمه نامه قبلی با تاریخ شروع بیمه نامه جدید وقفه زمانی وجود داشته باشد حداکثر مهلت در نظر گرفته شده جهت عدم اعمال دوران انتظار یک ماه است.

ب- فرایند صدور بیمه نامه درمان گروهی

پس از اعلام نرخ و تعیین میزان حق بیمه و قبول شرایط توسط بیمه گزار، کارشناس صدور شعبه موظف است نسبت به تنظیم قرارداد درمان مطابق با فرمت قرارداد درمان اقدام نماید.

نکات مهم :

- ۱- کلیه مدارک اعم از نامه های کتبی بیمه گزار ، اعلام نرخ و شرایط و تائیدیه موافقت بیمه گزار جهت صدور و کلیه مکاتبات نماینده یا کارگزار باید جزء مدارک و اسناد صدور بیمه نامه در زونکن مجزا بایگانی گردد.
- ۲- حداکثر مدت زمان اعتبار نرخ ارائه شده به بیمه گزار ۳۰ روز از تاریخ اعلام است. اعلام نرخ و شرایط به بیمه گزار و یا نماینده بایستی به صورت کتبی باشد.
- ۳- کارشناسان صدور اشخاص در شعب موظف به کنترل قرارداد می باشند. یکی از موارد مهم کنترل ، معرفی حداقل ۵۰ درصد کل کارکنان بیمه گزار به همراه تمامی افراد تحت تکفل جهت اخذ پوشش بیمه ای درمان تکمیلی در قرارداد می باشد.
- ۴- بیمه گزار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز بعد از امضا و مبادله قرارداد نسبت به ارائه لیست بیمه شدگان اقدام نماید در صورتیکه ظرف این مدت اسامی اعلام نگردد شعبه پیگیری لازم را به صورت کتبی انجام داده و تا زمان تکمیل اسامی و دریافت اولین قسط حق بیمه از پرداخت خسارت خودداری شود.
- ۵- به بیمه گزار اعلام گردد که حق بیمه ها به صورت مستقیم به حساب شرکت واریز شده و از صدور چک در وجه نماینده، کارگزار یا مجری قرارداد یا نماینده تام الاختیار معرفی شده از سوی بیمه گزار جداً خودداری گردد.
- ۶- حق بیمه اعلامی بر اساس جامعه آماری اولیه که بیمه گزار اعلام نموده در نظر گرفته می شود، فلذا چنانچه پس از نهایی شدن لیست اسامی، تعداد افراد بیمه شده کمتر از ۸۰ درصد لیست اولیه باشد باتوجه به محاسبات بیمه گر حق بیمه به همان نسبت افزایش می یابد.

ج. فرایند کنترل صدور بیمه نامه

- ۱- کارشناس صدور شعبه موظف است از ابتدای صدور بیمه نامه نسبت به ثبت صحیح قرارداد ، ثبت لیست بیمه شدگان در سیستم و ثبت الحاقیه های افزایشی و کاهشی به محض دریافت نامه کتبی بیمه گزار اقدام نماید. بدیهی است بعد از ارسال این دستورالعمل هیچ مجوزی برای صدور الحاقیه کاهش و افزایشی بعد از انقضاء بیمه نامه صادر نخواهد شد.
- ۲- کارشناس صدور شعبه موظف است پرینت اسامی بیمه شدگان را به امضا و مهر بیمه گزار رسیده باشد همراه با نامه کتبی از بیمه گزار دریافت و با لیست تامین اجتماعی وی مطابقت دهد.
- ۳- تا زمانی که قرارداد امضا شده از سوی بیمه گزار دریافت نشده باشد هیچ بیمه نامه ای نباید در سیستم به ثبت برسد. مهلت ثبت بیمه نامه از زمان شروع قرارداد به مدت یک ماه می باشد ، طی این مدت کارشناس صدور موظف است پیگیری های لازم را برای دریافت قرارداد امضا شده به عمل آورد.



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۲۳ / ۰۳ / ۱۴۰۲

پیوست: دارد

صفحه: ۱۰ از ۱۵

۴- شعبه صادر کننده بیمه نامه موظف است به صورت تصادفی (راندام) مشخصات حداقل ۱۰ درصد از بیمه شدگان تبعی را با کپی شناسنامه بیمه شده اصلی مطابقت داده تا از لحاظ سنی، وابستگی خانوادگی و سایر شرایط از عضویت تمامی اعضای خانواده اطمینان حاصل نماید.

۵- انجام امور بیمه گری و درآمد بر عهده شعبه بوده و شعبه باید نسبت خسارت ، بدهی بیمه گزار و تناسب میزان حق بیمه وصول شده با خسارت پرداختی را کنترل نموده و مطالبات وصول نشده را پیگیری نماید.

۶- در مدت قرارداد ، هر ماه باید اقساط حق بیمه پیگیری شده و در صورتیکه ۱ روز از مهلت پرداخت آخرین قسط حق بیمه گذشته باشد و بیمه گزار نسبت به اخطارهای کتبی برای پرداخت حق بیمه بی توجه باشد بیمه نامه بلافاصله به وسیله الحاقیه در سیستم به حالت تعلیق درآمده و با نامه کتبی مراتب به بیمه گزار اطلاع رسانی گردد.

الحاقیه تغییر در تعداد بیمه شدگان (الحاقیه های افزایشی و کاهشی)

- در طول مدت بیمه نامه بیمه شدگان کاهش و یا افزایش می یابند که طبق مفاد بیمه نامه، بیمه گزار باید کتباً این تغییرات را به بیمه گر اعلام و بیمه گر نیز تغییرات را با صدور الحاقیه تایید و حق بیمه قرارداد را تعدیل کند . لازم به ذکر است حق بیمه الحاقیه اضافی باید در سر رسید همان ماه وصول شود و حق بیمه الحاقیه های برگشتی در پایان سال بیمه ای محاسبه و منظور می شود .

- در بیمه نامه ها در خصوص اعلام تغییرات بیمه شدگان برای بیمه گزار فرصتی در نظر گرفته می شود . به عنوان مثال در بیمه نامه ذکر می شود که بیمه گزار ۲ ماه از تاریخ استخدام فرصت دارد تغییرات بیمه شدگان خود را به بیمه گر اعلام کند . بنابراین افرادی که مقرر است به گروه بیمه شدگان اضافه شوند باید در مهلت تعیین شده اسامی آنان به همراه مدارک مثبت اعلام شود در غیر این صورت بیمه گر به منظور جلوگیری از تحمیل ریسک های مخاطره آمیز می تواند از پذیرش آن خودداری نماید .
الف- الحاقیه های اضافی (افزایشی)

- افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه نامه منوط به استخدام جدید، ازدواج، تولد و یا افرادی است که پس از شروع بیمه نامه تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند، خواهد بود و اسامی آنان باید حداکثر تا ۲ ماه بعد از تاریخ استخدام، عقد رسمی، تولد و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن اعلام شود ملاک تاریخ پوشش بیمه ای برای مستخدمین جدید، مزدوجین و تحت تکفلین جدید از تاریخ ورود نامه درخواست کتبی به دبیرخانه بیمه گر و ارائه پوشش به نوزادان از بدو تولد است .

- ارائه پوشش به اضافه شدگان در طول مدت بیمه نامه از تاریخ ورود نامه درخواست بیمه گزار به دبیرخانه بیمه گر و متولدین از تاریخ تولد با رعایت شرط دو ماه انجام می پذیرد، بدین معنی که حداکثر از تاریخ وقوع هر کدام از موارد فوق بیشتر از ۲ ماه نباید سپری شده باشد در غیر این صورت امکان ارائه پوشش به بیمه شده تا سرسید بیمه نامه میسر نیست .

ب- الحاقیه های حذفی (کاهشی)

- کاهش در تعداد بیمه شدگان، در طول مدت بیمه نامه باید حداکثر تا یک ماه پس از خروج مشمولین به بیمه گر اعلام شود که از همان تاریخ حذف انجام پذیرد . در غیر این صورت حذف بیمه شده از تاریخ ورود نامه بیمه گزار به دبیرخانه بیمه گر انجام خواهد پذیرفت .

موارد کاهش در تعداد بیمه شدگان از قبیل موارد ذیل است:

- فوت، اخراج، استعفاء و ترک کار، طلاق همسر، ازدواج بیمه شدگان فرعی، اشتغال به کار بیمه شدگان فرعی، سربازی، مرخصی بلندمدت بیمه شده اصلی، شرط سنی ۲۶ سال فرزندان ذکور، بازنشستگی و ...

- کاهش در تعداد بیمه شدگان، در طول مدت بیمه نامه در صورتی که حداکثر تا یک ماه پس از خروج مشمولین به بیمه گر اعلام شود که از همان تاریخ حذف انجام پذیرد . در غیر این صورت ملاک عمل جهت حذف بیمه شدگان از تاریخ ورود نامه درخواست کتبی به دبیرخانه بیمه گر است .



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۰۳ / ۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۱۱ از ۱۵

- باحذف هریک از بیمه شدگان، در صورت دریافت هزینه های درمانی، بیمه گزار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا پایان قرارداد است.

- در صورت کاهش تعداد بیمه شدگان تا ۲۰٪ تعداد اولیه ، به دلیل تشدید ریسک خسارت، بیمه گر مجاز است پس از اعلام کتبی به بیمه گزار، نسبت به افزایش حق بیمه اقدام کند.

- در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه تا زمان انقضاء بیمه نامه ادامه خواهد داشت، اما پس از انقضاء بیمه نامه به دلیل نداشتن بیمه شده اصلی ارائه پوشش امکانپذیر نیست.

- پوشش مجدد فرزندان اناث مطلقه، مشروط به پوشش توسط سازمان بیمه گر پایه و عدم اشتغال به کار است.

- الحاقیه های افزایشی و کاهش، صرفاً با نامه کتبی بیمه گزار صادر گشته و از صدور الحاقیه بر اساس اعلام شفاهی نماینده ، کارگزار یا بیمه گزار خودداری گردد. (تاریخ نامه بیمه گزار ملاک صدور الحاقیه می باشد)

- حق بیمه کمتر از یک ماه بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد، اضافه و یا حذف می شوند معادل حق بیمه یک ماه منظور خواهد شد که باید در سررسید همان ماه پرداخت شود.

- حق بیمه های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه نامه در پایان سال بیمه به طور یک جا محاسبه و در پایان سال بیمه ای به بیمه گزار مسترد خواهد شد.

- واحد صدور شعبه موظف است شرح کلیه الحاقیه ها اعم از تغییر در مفاد ، اضافه و حذف را به صورت کامل درج نماید.
۲ نکته بسیار مهم :

۱- در کلیه قراردادهای درمان، واحد صدور شعبه موظف است پس از ثبت اسامی در سیستم فناوران، فایل اسامی را بصورت مکتوب به بیمه گزار اعلام نموده و تاییدیه مکتوب آن را اخذ نماید. ضمناً واحد صدور شعبه بایستی در پایان هر ماه، لیست بیمه شدگان اضافه شده یا حذف شده را به بیمه گزار اعلام و تاییدیه مکتوب بیمه گزار را دریافت کند.

۲- پس از اتمام بیمه نامه، طی جلسه ای با حضور مدیران بیمه گزار، صورتجلسه تسویه کلیه حق بیمه های دریافتی ، خسارتهای پرداختی و سایر موارد مربوط به قرارداد، تهیه و پس از امضا طرفین، همراه با سایر مستندات بیمه نامه بایگانی شود. در صورتی که بیمه گزار بر اساس صورتجلسه تهیه شده تمام اقساط حق بیمه را پرداخت کرده باشد اما هنوز در سیستم دارای مانده بدهی است (مانده بدهی غیر واقعی) برای دریافت مجوز تسویه حق بیمه در سیستم میبایست فرم صورتجلسه برای ستاد ارسال شود.

۷ - فسخ یا ابطال بیمه نامه :

هر زمان بین بیمه گر و بیمه گزار به هر دلیل مشکلی بوجود آید و ادامه قرارداد امکان پذیر نباشد به دو صورت عمل می گردد، حالت اول، اگر بیمه گزار نسبت به امضاء و ارسال قرارداد اقدام کرده ولی هیچگونه خسارتی پرداخت نشده و حق بیمه ای نیز پرداخت نگردیده باشد، بیمه نامه از تاریخ شروع، ابطال شده و کلیه حق بیمه های اعلامی طی اعلامیه بدهکار، صفر می گردد. در حالت دوم، اگر بیمه گزار قبلاً نسبت به امضاء و ارسال قرارداد اقدام کرده و خسارت نیز پرداخت و یا صدور معرفی نامه انجام شده و بیمه گزار حق بیمه پرداخت کرده باشد باید نسبت به صدور و ارسال الحاقیه فسخ و تعیین ۷ روز برای پرداخت الباقی حق بیمه اقدام گردد. اگر فسخ از طرف بیمه گزار باشد در این صورت حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد) معهداً در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گزار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا زمانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند.

نکته: در صورت عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه در موعد مقرر، بیمه گر می تواند بیمه نامه را فسخ کند که تا زمان فسخ، حق بیمه به صورت روزشمار محاسبه می شود.



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۳/۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۱۲ از ۱۵

- موارد فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گزار می تواند در این مورد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند:

۱- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

الف) در صورت عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

ب) هرگاه بیمه گزار سهواً و بدون سوء نیت 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.

ج) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گزار با افزایش حق بیمه.

۲- موارد فسخ از طرف بیمه گزار:

الف) در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

ب) در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود.

ج) در صورت توقف فعالیت بیمه گزار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

- 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.

نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ

۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه 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 براساس 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 ۷۰ درصد باشد، بیمه گزار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

۸- استثنائات (مواردی که از شمول تعهدات بیمه گر خارج است)

هزینه موارد ذیل در قراردادهای درمان قابل پرداخت نیست.

- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میشود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.

- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

- هزینه های مربوط به سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

- هزینه های مربوط به ترک اعتیاد.

- هزینه های مربوط به خودکشی و اعمال مجرمانه.

- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح.

- فعل و انفعالات هسته ای.

- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج

- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۰۳ / ۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۱۳ از ۱۵

- جنون.

- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.

- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی

- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.

- هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نشده است.

- هزینه های مربوط به چکاپ و واکسن

۹- مهلت پرداخت خسارت

- بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارت را پرداخت کند.

- بیمه گزار موظف است برای دریافت هزینه های درمانی و یا استفاده از خدمات درمانی طرف قرارداد جهت مشمولین بیمه مستندات دال بر عدم ازدواج و یا گواهی ادامه تحصیل معتبر و یا تحت تکفل بودن را در زمان اعلام خسارت ارائه کند.

- بیمه گزار متعهد است صورت هزینه های درمانی-تشخیصی را حداکثر ظرف مدت معین در بیمه نامه پس از تاریخ انجام هزینه (چنانچه توسط بیمه شده هزینه پرداخت شده باشد) به بیمه گر تحویل دهد در غیر این صورت پس از انقضای مهلت مذکور، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۱۰- هزینه های پزشکی خارج از کشور

هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید 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 ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر و طبق رسید، پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده بر اساس تعرفه مراکز درمانی خصوصی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره - میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

۱۱- تهیه صورت حساب بیمه نامه در پایان سال بیمه ای

در پایان سال بیمه ای، گزارش صورت حساب های قرارداد که نشاندهنده عملیات یک سال بیمه ای شامل حق بیمه قرارداد، حق بیمه اضافی و برگشتی الحاقیه ها و مبالغ وصول حق بیمه است با گزارشات سیستم فناوری اطلاعات مطابقت داده شده و سپس به منظور اخذ تأییدیه، برای بیمه گزار ارسال می شود و در صورت وجود مانده بدهی، پیگیری لازم جهت وصول مطالبات معوق انجام پذیرد.

۱۲- بایگانی بیمه نامه درمان گروهی

با توجه به حجم مستندات صدور بیمه نامه درمان موارد ذیل باید در پرونده مدارک صدور بیمه نامه وجود داشته باشد و در بازدیدهای دوره ای از شعب ملاک ارزشیابی شعبه قرار خواهد گرفت.

الف. مکاتبات مربوط به اعلام نرخ و شرایط و تأییدیه کتبی بیمه گزار مبنی قبولی نرخ و شرایط بیمه آرمان

ب. فرم پیشنهاد مهر و امضا شده توسط بیمه گزار، نماینده یا کارگزار و تأیید شده توسط شعبه



دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۳/۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۱۴ از ۱۵

ج. یک نسخه از قرارداد درمان تکمیلی

د. یک نسخه از بیمه نامه صادر شده در فناوران به همراه تعهدات اضافی

ه. لیست اولیه بیمه شدگان که مهر و امضای بیمه گزار درج شده باشد و تغییرات لیست بیمه شدگان در طول قرارداد همراه با تاییدیه های بیمه گزار

و. درخواست های کتبی بیمه گزار به منظور اعمال الحاقیه های افزایشی، کاهش و ...

ز. صورتجلسه تکمیل شده تسویه حساب حق بیمه

ح. تصویر مجوزهای ستاد

ط. کلیه مکاتبات با بیمه گزار مانند پیگیری بدهی ها

د. دریافت و پیگیری وصول اقساط حق بیمه:

● براساس 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 است که باید همزمان با شروع اعتبار بیمه نامه در وجه بیمه گر پرداخت شود.

● به عبارت دیگر برای پرداخت قسط اول حق بیمه از سوی بیمه گزار هیچ مهلتی در نظر گرفته نشده است.

● اگرچه باتوجه به تصریح فوق الذکر، در صورت تاخیر در پرداخت قسط اول حق بیمه از سوی بیمه گزار، حق اعمال تاخیر در شروع تعهدات برای بیمه گر محفوظ است، با وجود این برای پیشگیری از بروز مشکلات بعدی و ادعاهای احتمالی بیمه گزار، چنانچه بیمه گزار پس از ۵ روز از تاریخ شروع بیمه نامه نسبت به پرداخت حق بیمه اقدام نکرد، مراتب با ارائه مهلت یک هفته ای برای پرداخت قسط اول، به صورت مکتوب به بیمه گزار اعلام می شود.

● در هر صورت شرط انجام تعهدات بیمه گر و تداوم پرداخت خسارت منوط به پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و نبود هرگونه بدهی از سوی بیمه گزار است.

● اعتبار بیمه نامه منوط به پرداخت اولین قسط حق بیمه از طرف بیمه گزار خواهد بود. چنانچه بیمه گزار و بیمه شده بدون امضاء بیمه نامه یا پرداخت حق بیمه، از خدمات بیمه گر استفاده کنند بیمه گزار موظف است کلیه هزینه های پرداخت شده توسط بیمه گر را جبران کند.

● بیمه گزار متعهد است سایر اقساط حق بیمه را در سررسید آن (تاریخ مندرج در اعلامیه بدهکار بیمه نامه) پرداخت کند.

● از آنجائیکه برخی از بیمه گزاران به منظور اخذ تخفیف در اعلام تعداد اسامی بیمه شدگان بیشتر از تعداد واقعی خود اقدام می کنند به منظور پیشگیری از بروز مشکلات بعدی نظیر تعدیل حق بیمه، صدور الحاقیه برگشتی به علت کاهش تعداد بیمه شده و کاهش آمار عملکرد واحد صدور در ماه های بعد مقتضی است نظارت و بررسی لازم توسط واحد صدور حتماً صورت پذیرد.

● بیمه گر پس از محاسبه حق بیمه که براساس اطلاعات دریافتی از بیمه گزار و مطابق با آیین نامه ها بوده آن را به صورت کتبی به بیمه گزار اعلام می کند.

● دریافت نسخ مهر و امضاء شده بیمه نامه و شرایط عمومی و خصوصی پیوست بیمه نامه از بیمه گزار به همراه اولین قسط حق بیمه پس از مهر و امضاء بیمه نامه، شرایط عمومی و شرایط خصوصی توسط بیمه گزار الزامی است.

● در صورت عدم امضاء بیمه نامه و شرایط پیوست، عدم پرداخت قسط اول حق بیمه و عدم ارسال لیست اسامی بیمه شدگان حداکثر ظرف مدت یک ماه تا ۴۵ روز از طرف بیمه گزار، واحد صدور موظف به پیگیری جهت انجام موارد فوق و در غیر این صورت پس از انجام مکاتبات با بیمه گزار و در صورت لزوم اقدام به فسخ یا ابطال بیمه نامه کند.

● اگرچه بیمه گزار متعهد به ایفای تعهدات خود از جمله پیگیری، محاسبه و پرداخت حق بیمه است اما گاهی پرداخت حق بیمه برخی از بیمه گزاران به علت تغییر مسئولان بیمه ای یا مالی، عدم آشنایی با ماهیت بیمه نامه های گروهی، عدم توجه به مفاد

شماره سند: IN-HL-66/01

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۰۳ / ۲۳

پیوست: دارد

صفحه: ۱۵ از ۱۵

دستورالعمل فرآیند اعلام نرخ ، تنظیم و کنترل قرارداد گروهی درمان تکمیلی



بیمه نامه ها و غیره دچار وقفه می شود، لذا پیگیری و یادآوری سررسید اقساط حق بیمه و اعلام نتایج عدم پرداخت به موقع حق بیمه می تواند در جهت کاهش حق بیمه های معوق و مشکلات بعدی نقش مهمی داشته باشد.

● واحد صدور موظف است تا ضمن بررسی و کنترل مستمر و ماهیانه وضعیت وصول حق بیمه بیمه گزاران، در صورت مواجه شدن با مراتب فوق، با اعلام کتبی به واحد خسارت از پرداخت خسارت یا صدور معرفی نامه بیمارستانی جلوگیری به عمل آورد.