

بیمه نامه درمان گروهی

(بیمه تکمیلی یا مازاد درمان)

بیمه نامه درمان و انواع آن

- **انواع بیمه نامه درمان:**
- بیمه درمان اجباری (سازمان تامین اجتماعی ، خدمات درمانی، نیروهای مسلح و ...)
- بیمه درمان اختیاری (بیمه درمان گروهی و انفرادی)
- بیمه نامه درمان اختیاری شامل دو بخش **درمان گروهی** و **درمان انفرادی می باشد**
- **بیمه نامه درمان انفرادی شامل :**
- الف) بیمه نامه مسافرتی خارج از کشور – مسافرتی ورودی به کشور
- ب) بیمه نامه درمان نازائی و ناباروری
- ج) بیمه درمان امید آفرین (سرطان)

■ موضوع بیمه درمان مسافرتی خارج از کشور:

■ کمک‌رسانی به مسافرینی که کمتر از ۹۲ روز متوالی خارج از کشور ایران باشند و نیاز به خدمات درمان دارند می‌باشد. کمک‌رسانی به مسافرینی که کمتر از ۹۲ روز متوالی خارج از کشور ایران باشد. پس از صدور بیمه نامه در داخل کشور توسط شرکت بیمه گر از طریق شرکتهای کمک رسان خارجی (رایس شوتز و مارم) ارائه خدمات پزشکی صورت می‌گیرد.

■ از طریق شرکت های رایس شوتز ، اواسان ، مارم و ... صادر می گردد.

■ موضوع بیمه درمان گروهی:

● جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوششهای اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گری پایه نمی باشد

• **بیماری :** هرگونه عارضه جسمي و اختلال در اعمال طبيعي اعضاء بدن

طبق تشخیص پزشك

• **حادثه:** هر واقعه ناگهاني ناشي از يك عامل خارجي كه بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح ، نقص عضو ، از کار افتادگی یا فوت بیمه شده گردد

- دسته بندی تعهدات بیمه نامه درمان:

- تعهدات بستری (بیمارستانی)

- در هزینه های بیمارستانی مدت زمان اقامت بیمه شده در مرکز درمانی می بایست حداقل **بیشتر از ۶ ساعت** می باشد و اعمال جراحی Day Care
- اعمال جراحی Day Care به جراحی هائی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی ، کمتر از یک روز باشد.

- تعهدات پاراکلینیکی (سریایی)

- در هزینه های بیمارستانی مدت زمان اقامت بیمه شده در مرکز درمانی می بایست حداقل **کمتر از ۶ ساعت** می باشد .

● انواع تعهدات در بیمه نامه درمان :

● الف) تعهدات اصلی در بیمه نامه:

- شامل: بستری، اعمال جراحی خاص، زایمان، پاراکلینیکی گروه اول، پاراکلینیکی گروه دوم، پاراکلینیکی گروه سوم، رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک- لازک)

● ب) پوشش های اضافی در بیمه نامه :

- شامل: آزمایش، ویزیت و دارو، عینک، سمعک، دندانپزشکی، نازائی و ناباروری، تهیه اعضای طبیعی بدن، اروتز و پروتز

تعهدات اصلی



● (۱) تعهدات بستری :

- جبران هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، آنژیوگرافی قلب ، گامانایف ، و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و day care می باشد.
- نکته: تعهدات بستری به عنوان تعهدات پایه در نظر گرفته می شود و سایر تعهدات بیمه نامه تابعی از تعهد بستری می باشند به عبارتی سایر تعهدات ، درصدی از تعهدات بستری در نظر گرفته می شوند .

● ۲- جبران هزینه‌های اعمال جراحی خاص :

● جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) گامانایف، جراحی قلب و عروق ، پیوند ریه ، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان می باشد.

● نکته: هزینه های مرتبط با دیسک ستون فقرات در قالب تعهدات بستری قابل پرداخت می باشد

● تعهدات اعمال جراحی خاص دو برابر تعهدات بستری (تعهدات پایه) می باشد

۳- جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین :

- جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین حداکثر تا پنجاه درصد از سقف تعهد سالیانه بستری قابل پرداخت می باشد .
- پوشش هزینه های نازایی و ناباروری حداکثر معادل سقف تعهد زایمان با سقف مجزا و با حق بیمه تعیین شده قابل ارائه می باشد که شامل اعمال جراحی مرتبط ، IUI ، GIFT ، ZIFT ، I TSC ، میکرواینجکشن و IVF می باشد.

● **۴- جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر :**

● مشروط به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان یا انتقال بیمار از يك مرکز درمانی به مرکز دیگر قابل پرداخت می باشد.

● **۵ - جبران هزینه های آمبولانس بین شهری:**

● مشروط به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان یا انتقال بیمار از يك مرکز درمانی به مرکز دیگر می باشد.

●

● پوشش هزینه های سرپائی یا پاراکلینیکی:

- در هزینه های سرپائی مدت زمان اقامت بیمه شده در مرکز درمانی کمتر از ۶ ساعت می باشد
- تعهدات سرپائی در بیمه نامه شامل موارد ذیل می باشند:
- پاراکلینیکی گروه اول
- پاراکلینیکی گروه دوم
- پاراکلینیکی گروه سوم
- جبران هزینه رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک - لازک)
- پوششهای اضافی

● ۶- پاراکنلیکی گروه اول:

- جبران هزینه های سونوگرافی ،ماموگرافی ، انواع اسکن ،انواع آندوسکوپی ،
- ام آر آی ،اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان) حداکثر ۲۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ماهانه تعیین شده برای هر نفر قابل پوشش می باشد.

● ۷- پاراکلینیکی گروه دوم :

- جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژي، تست تنفس (اسپیرومتری)، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز ، نوار مثنانه ، شنوایی سنجی (ادیومتری) ، بینایی سنجی (اپتومتری) هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم ، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ماهانه تعیین شده برای هر نفر قابل پوشش می باشد.

● ۸- پاراکلینیکی گروه سوم :

- جبران هزینه های اعمال مجاز سرپائی شامل شکسته بندی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه، کرایو تراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی (نمونه برداری) ، تخلیه کیست و لیزر درمانی ، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده و با نرخ حق بیمه ماهانه تعیین شده قابل پوشش می باشد.

● ۹- رفع عيوب انكساري چشم (ليزيك) :

- جبران هزينه هاي مربوط به رفع عيوب انكساري هر چشم ۳ ديوپتر يا بيشتر .
- جبران هزينه هاي مربوط به رفع عيوب انكساري حداكثر تا 10 درصد تعهد پايه براي هر بيمه شده قابل پوشش مي باشد.
- جبران هزينه هاي مربوط به رفع عيوب انكساري چشم در مواردی که به تشخیص پزشك معتمد بيمه گر، جمع قدر مطلق نقص بينائي هر چشم درجه نزديك بيني يا دور بيني به اضافه نصف آستيگمات ۳ ديوپتر يا بيشتر، قابل پرداخت مي باشد

- پوشش های اضافی

● ۱۰- هزینه های خدمات آزمایشگاهی:

- جبران هزینه های آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی ، انواع رادیوگرافی ، نوار قلب ، فیزیوتراپی با سقف تعهد حداکثر ۱۰ درصد تعهد پایه برای هر بیمه شده که با نرخ حق بیمه ماهانه تعیین شده قابل پوشش می باشد.

● ۱۱- هزینه ویزیت و دارو و خدمات اورژانس :

- جبران هزینه های ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری تا سقف ۵ درصد از تعهدات بستری قابل پرداخت می باشد.

● ۱۲- جبران هزینه های دندانپزشکی :

- حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ماهانه تعیین شده قابل پوشش می باشد.
- ملاک عمل تعرفه های خدمات دندانپزشکی ، تعرفه شرکت متبوع می باشد که می باید در هنگام اعلام حق بیمه به بیمه گذار اعلام و در زمان صدور در بیمه نامه درج گردد.

● ۱۳- هزینه عینک طبی :

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

● ۱۴- هزینه سمعک :

- جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک تا سقف ۵ درصد تعهد پایه با نرخ حق بیمه ماهانه تعیین شده برای هر نفر قابل پوشش می باشد.

● ۱۵- هزینه پیوند اعضا :

- جبران هزینه تهیه اعضاء طبیعی بدن صرفاً برای گروه های بالاي ۱۰۰۰ نفر حداکثر معادل سقف تعهدات بستري با نرخ حق بیمه ماهانه تعیین شده برای هر نفر قابل پوشش می باشد.

● ۱۶- هزینه اروتز - پروتز

- **پروتز:** آن دسته از لوازم پزشکی که به عنوان جایگزین جزئی با کلی اندام های از کار افتاده یا قطع شده بدن انسان به شکل کاشت داخلی با خارجی به کار می رود گفته می شود . مثل دست مصنوعی . دندان مصنوعی
- **اروتز :** آن دسته از لوازم پزشکی که به شکل آتل یکی از وظایف محدود کردن یا کمک کردن به حرکت یک عضو مفصل یا ستون فقرات را برعهده دارد گفته می شود . مثل عصا . واکر . بریس

**جمع کل تعهدات بیمه نامه یا سرمایه هر بیمه شده
در تعهدات اصلی بیمه نامه**

سرمایه هر بیمه شده در بخش تعهدات اصلی :
مجموع سرمایه اعمال جراحی خاص - زایمان - لیزیک - پاراکلینیکی
۱ و ۲ و ۳

نکته : در تعهدات اصلی بیمه نامه سرمایه بستری ، آمبولانس داخل شهری و بین
شهری در قالب تعهد اعمال جراحی خاص محاسبه شده و نیازی به احتساب
سرمایه بستری و آمبولانسها نمی باشد

جمع کل تعهدات بیمه نامه یا سرمایه هر بیمه شده در پوشش های اضافی بیمه نامه

کلیه تعهداتی که به صورت **مازاد یا مستثنی** ثبت شده اند به سرمایه بیمه نامه اضافه می شوند .

به عبارت دیگر در صورت ثبت تعهدی که به صورت «در قالب» یکی از گروه های اصلی بیمه نامه ، آن تعهد به سرمایه بیمه نامه اضافه نمی گردد.

ارائه نرخ و شرایط پوشش بیمه درمان گروهی به :

بیمارستانها

اتحادیه ها

شرکتهای تعاونی

انجمن های صنفی

در خصوص اتحادیه ها و انجمن های صنفی ، تضمین پرداخت حق بیمه توسط بیمه شدگان بصورت اخذ حق بیمه بصورت یکجا و علاوه بر آن محاسبه ۵۰٪ حق بیمه بیشتر ، اخذ مدارك مثبتة از قبیل كپی پروانه كسب اعضاء یا كارت عضویت در شروع بیمه نامه الزامی می باشد.

مواردی که در درج آن بیمه نامه الزامی می باشد

- ۱- مدت قرارداد
- ۲- نام بیمه گر و بیمه گذار
- ۳- موضوع بیمه
- ۴- تاریخ شروع و پایان بیمه نامه
- ۵- حق بیمه
- ۶- میزان تعهدات بیمه گر

شرایط صدور بیمه نامه درمان گروهی

- الف) بیمه گذار دارای شخصیت حقوقی باشد
- ب) بیمه شدگان دارای بیمه گر اول باشد.
- ج) حداقل تعداد بیمه شدگان با افراد تحت تکفل ۵۰ نفر باشد.
- د) حداقل ۵۰ درصد از کارکنان بیمه گذار باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند.
- ح) پوشش بیمه ای کارکنان بیمه گذار نزد بیمه گر اول از طریق شرکت بیمه گذار باشد.

حق بیمه

- حق بیمه وجهی است که بیمه گذار باید در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد

● حق بیمه در رشته درمان گروهی به صورت **ماهانه** محاسبه می گردد
به عبارت دیگر حق بیمه یک ماه تمام برای موارد حذف و اضافه بیمه شدگان منظور می گردد.

در رشته درمان گروهی حق بیمه ها بصورت اقساطی و طی ۱۲ قسط مساوی دریافت می گردد. (به استثناء اتحادیه ها ، اصناف و شرکت های تعاونی)
همزمان با شروع بیمه نامه پرداخت اقساط شروع و یک ماه قبل از انقضاء بیمه نامه می بایست اقساط حق بیمه تسویه گردد.

حق بیمه ها بصورت **حق بیمه اضافی** یا **حق بیمه برگشتی** می باشند

حق بیمه اضافی

- حق بیمه های اضافی در بیمه نامه و الحاقیه های اضافی منعکس می گردند و با اعلامیه بدهکار نحوه پرداخت از نظر تاریخ پرداخت و مبلغ پرداخت مشخص می شوند .
 - مواردی که الحاقیه دارای حق بیمه اضافی می باشد -
 - ۱- افزایش در تعداد بیمه شدگان -
 - ۲ - افزایش در مبلغ حق بیمه -

حق بیمه برگشتی

- حق بیمه های برگشتی در الحاقیه های برگشتی منعکس و در پایان سال بیمه محاسبه و منظور می گردند
- مواردی که الحاقیه دارای حق بیمه برگشتی می باشد
 - ۱- کاهش در تعداد بیمه شدگان
 - ۲- کاهش در مبلغ حق بیمه
 - ۳- فسخ بیمه نامه
 - ۴- ابطال بیمه نامه

● 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.

● حق بیمه بابت اضافه نرخ سنی بیمه شدگان :

(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 بین ۷۱ تا ۱۲۰ سال تمام با ۱۰۰٪ اضافه نرخ

نحوه محاسبه حق بیمه برای هر یک از تعهدات بیمه نامه درمان گروهی

توضیح : نرخ های ذکر شده صرفاً جهت آشنایی دانشجویان با نحوه
محاسبه حق بیمه می باشد

حداقل نرخ حق بیمه ماهانه	تعهد بستری	
۲,۷ در هزار سرمایه	۳۰ میلیون ریال	۱
۱,۱ در هزار نسبت به مازاد ردیف ۱	بیش از ۳۰ تا ۵۰ میلیون ریال	۲
۰,۵ در هزار نسبت به مازاد ردیف ۲	بیش از ۵۰ تا ۱۰۰ میلیون ریال	۳
۰,۲۵ در هزار نسبت به مازاد ردیف ۳	بیش از ۱۰۰ میلیون ریال	۴

بیمه نامه ای صادر کنید با سرمایه بستری ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

$$۳۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۲,۷ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۸۱,۰۰۰ \text{ ریال}$$

$$۲۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۱,۱ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۲۲,۰۰۰ \text{ ریال}$$

$$۵۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۰,۵ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۲۵.۰۰۰ \text{ ریال}$$

$$۲۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۰,۲۵ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۵۰۰۰ \text{ ریال}$$

حق بیمه بستری 133.000 ریال برای هر بیمه شده

حق بیمه تعهدات اعمال جراحی خاص ۳۰ درصد از حق بیمه بستری

حق بیمه بستری 133.000

تعهدات جراحی خاص با سرمایه ۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

حق بیمه جراحی خاص ۳۹,۹۰۰ ریال

تعهدات زایمان با سرمایه ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
(۵۰ درصد تعهد پایه)

$$۳۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۱,۷۵ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۵۲,۵۰۰ \text{ ریال}$$

$$۲۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۱,۳ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۲۶,۰۰۰ \text{ ریال}$$

$$\text{مآزاد سرمایه} * ۱,۱ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۰۰۰.۰۰۰ \text{ ریال}$$

حق بیمه زایمان 78.500 ریال برای هر بیمه شده

رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک) با سرمایه ۳۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال

$$۳۶,۰۰۰,۰۰۰ * ۳,۳ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۱۱۸,۸۰۰ \text{ ریال}$$

حق بیمه لیزیک چشم 118.800 ریال برای هر بیمه شده

نکته: این تعهد فقط یک نرخ دارد و کلیه سرمایه ها با این نرخ محاسبه می گردد

تعهدات پاراکلینیکی گروه اول با سرمایه ۲۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال
(۲۰ درصد تعهد پایه)

$$۶,۰۰۰,۰۰۰ * ۳,۷ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۲۲,۲۰۰ \text{ ریال}$$

$$۱۸,۰۰۰,۰۰۰ * ۲ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۳۶,۰۰۰ \text{ ریال}$$

حق بیمه پاراکلینیکی اول 58.200 ریال برای هر بیمه شده

تعهدات پاراکلینیکی گروه دوم با سرمایه هر بیمه شده ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال
(۱۰ درصد تعهد پایه)

$$۱۲,۰۰۰,۰۰۰ * ۲,۵ / ۱,۰۰۰$$

= ۳۰,۰۰۰ ریال

حق بیمه پاراکلینیکی دوم 30.000 ریال برای هر بیمه شده

نکته: این تعهد فقط یک نرخ دارد و کلیه سرمایه ها با این نرخ محاسبه می گردد

تعهدات پاراکلینیکی گروه سوم با سرمایه ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال
(۱۰ درصد تعهد پایه)

$$۱۲,۰۰۰,۰۰۰ * ۲,۲ / ۱,۰۰۰$$

= ۲۶,۴۰۰ ریال

حق بیمه پاراکلینیکی سوم 26.400 ریال برای هر بیمه شده

نکته: این تعهد فقط یک نرخ دارد و کلیه سرمایه ها با این نرخ محاسبه می گردد

تعهدات آزمایش و فیزیوتراپی و ... با سرمایه ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال
(۱۰ درصد تعهد پایه)

$$۳,۰۰۰,۰۰۰ * ۱۵ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۴۵,۰۰۰ \text{ ریال}$$

$$۹,۰۰۰,۰۰۰ * ۶ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۵۴,۰۰۰ \text{ ریال}$$

حق بیمه آزمایش و ... ۹۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر بیمه شده

دندانپزشکی با سرمایه ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال
(۱۰ درصد تعهد پایه)

$$۱,۰۰۰,۰۰۰ * ۴۰ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۴۰,۰۰۰ \text{ ریال}$$

$$۴,۰۰۰,۰۰۰ * ۲۵ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۱۰۰,۰۰۰ \text{ ریال}$$

$$۷,۰۰۰,۰۰۰ * ۲۰ / ۱,۰۰۰$$

$$= 140.000 \text{ ریال}$$

حق بیمه دندانپزشکی 280.000 ریال برای هر بیمه شده

سمعک با سرمایه ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال (۵ درصد تعهد پایه)

$$۶,۰۰۰,۰۰۰ * ۰,۴ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۲,۴۰۰ \text{ ریال}$$

حق بیمه سمعک 2.400 ریال

نکته: این تعهد فقط یک نرخ دارد و کلیه سرمایه ها با این نرخ محاسبه می گردد

عینک با سرمایه ۲,۴۰۰,۰۰۰ ریال (۲ درصد تعهد پایه)

$$۲,۴۰۰,۰۰۰ * ۱۰ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۲۴,۰۰۰ \text{ ریال}$$

حق بیمه عینک 24.000 ریال برای هر بیمه شده

نکته: این تعهد فقط یک نرخ دارد و کلیه سرمایه ها با این نرخ محاسبه می گردد

پیوند اعضای طبیعی بدن با سرمایه ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (معادل تعهد پایه)

$$۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۰,۱ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۱۲,۰۰۰ \text{ ریال}$$

حق بیمه پیوند اعضای طبیعی بدن 12.000 ریال برای هر بیمه شده

ویزیت ، دارو خدمات اورژانس با سرمایه ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال
(۵ درصد تعهد پایه)

$$۲,۵۰۰,۰۰۰ * ۴۰ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۱۰۰,۰۰۰ \text{ ریال}$$

$$۲,۵۰۰,۰۰۰ * ۳۰ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۷۵,۰۰۰ \text{ ریال}$$

$$۱,۰۰۰,۰۰۰ * ۲۰ / ۱,۰۰۰$$

$$= 20.000 \text{ ریال}$$

$$\text{مآزاد سرمایه} * ۱۰ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۰,۰۰۰,۰۰۰ \text{ ریال}$$

حق بیمه ویزیت و دارو 195.000 ریال برای هر بیمه شده

نازائی و ناباروری با سرمایه ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (معادل تعهد زایمان)

$$۶۰,۰۰۰,۰۰۰ * ۰,۷ / ۱,۰۰۰$$

$$= ۴۲,۰۰۰ \text{ ریال}$$

حق بیمه نازایی و ناباروری 42.000 ریال برای هر بیمه شده

نکته: این تعهد فقط یک نرخ دارد و کلیه سرمایه ها با این نرخ محاسبه می گردد

اعضای مصنوعی (اروتز - پروتز) با سرمایه ۲,۴۰۰,۰۰۰ ریال
(۲ درصد تعهد پایه)

$$۲,۴۰۰,۰۰۰ * ۴ / ۱,۰۰۰$$

= ۹,۶۰۰ ریال

حق بیمه پیوند اعضای طبیعی بدن ۶۰۰ ریال برای هر بیمه شده

نکته: این تعهد فقط یک نرخ دارد و کلیه سرمایه ها با این نرخ محاسبه می گردد

● فرانشیز:

- فرانشیز سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.
- فرانشیز پایه در بیمه نامه 30% می باشد.
- بیمه گر می تواند فرانشیز کلیه تعهدات را در قبال دریافت حق بیمه اضافی 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 استفاده نمایند میزان سهم بیمه شده از خسارت معادل فرانشیز بیمه نامه خواهد بود.

- روش کاهش فرانشیز و اخذ حق بیمه اضافي :

- حق بیمه نهائي = ۵% حق بیمه اضافي ثابت بابت کاهش فرانشيز + X = فرانشيز درخواستي بیمه گذار - فرانشيز فعلي

- بعنوان مثال در صورتیکه فرانشيز درخواستي بیمه گذار ۱۰% باشد به روش زیر عمل مي کنیم

- $$30\% = 10\% + 20\% = 10\% - 30\%$$

- در خصوص سایر فرانشيزهاي درخواستي بیمه گذار با استفاده از این فرمول مبلغ حق بیمه ضافلي مربوطه را اعمال مي نمایيم.

● دوران انتظار :

● دوره انتظار : مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد و برای بیماریهایی که منشاء قلبی دارند اعمال می گردد.

● دوران انتظار برای **زایمان و بیماریهای خاص** اعمال می شود .

● دوران انتظار جهت زایمان برای گروههای کمتر از ۲۵۰ نفر ۹ ماه و برای گروههای بیشتر از ۲۵۰ نفر ۶ ماه می باشد.

● دوران انتظار جهت بیماریهای خاص ۳ ماه می باشد که عبارتند :

● **فتق ، لوزه ، گواتر ، انواع سل ، صرع ، پروستات ، پولیپ ، دیسک ستون فقرات ، انحراف بینی ، انواع کیست ، هیستریکتومی ، سیستوسل و رکتوسل ، جراحی کلیه ، ماستوئیدکتومی ، کاتاراکت ، جراحی های قلبی و عروقی ، دیابت (به استثناء موارد اورژانس که منجر به بستری شدن در بخش I.C.U و C.C.U گردد به تائید پزشک متعمد بیمه گر) ۳ ماه می باشد.**

● دوران انتظار برای بیمه شدگانی که بطور **پیوسته** از سایر شرکت های بیمه بازرگانی **انتقال** می یابند اعمال نمی گردد.

● دوران انتظار جهت **نوزادان** تازه متولد که والدینشان در همان زمان تحت پوشش بیمه‌ای می باشند اعمال نمی گردد.

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

● بیمه شدگان :

- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار که با ارائه رضایت نامه مبنی بر موافقت با پوشش بیمه ای به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده اند و حداقل ۵۰ درصد آنان باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند می باشند.

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

● الف) بیمه شده اصلی

● ب) همسر یا (همسران) دائم بیمه شده اصلی

● ج) فرزندان بیمه شده اصلی، اعم از فرزندان ذکور (پسر) و اناث (دختر)

● د) والدین بیمه شده اصلی (تحت تکفل و غیرتحت تکفل)

● و) خواهر و برادر بیمه شده اصلی (در صورت تحت تکفل بودن)

- فرزندان ذکور در صورت عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار حداکثر تا سن ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاه اعم از داخل و یا خارج از کشور تا سن ۲۵ سالگی تمام و جهت دانشجویان پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تمام مجاز می باشد.
- لازم به ذکر است در زمان ارائه پوشش به فرزندان ذکور بین ۲۲ تا ۲۵ سال در صورت عدم گواهی اشتغال به تحصیل واحدهای صدور موظف به ثبت **نقص مدرک و تاریخ اعتبار** سیستمی می باشند و در صورت ارائه گواهی اشتغال به تحصیل فرزندان ذکور در مقطع کارشناسی مجاز به حذف **نقص مدرک و تاریخ اعتبار** می باشند.

● فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج مشروط به عدم اشتغال به کار و عدم ازدواج

● می توانند تحت پوشش بیمه نامه قرار گیرند در زمان ارائه پوشش به فرزندان اناث بالای ۱۸ سال در صورت عدم ارائه کپی شناسنامه مبنی بر عدم ازدواج ثبت نقص مدرک و تاریخ اعتبار در سیستم الزامی می باشد. پس از ارائه مدارک مثبت ف واحد صدور نسبت به حذف نقص مدرک و تاریخ اعتبار بیمه شده اقدام خواهد نمود.

● (د) پدر و مادر :

● پدر و مادر بیمه شده اصلی مشروط بر اینکه از طریق مراجع قانونی تحت تکفل بیمه شده قرار گیرند و یا این که از طرف سازمان تأمین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی و یا سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح و با شماره بیمه شده اصلی برای آنان دفترچه بیمه صادره شده باشد، تحت پوشش قرار میگیرند.

● لازم به تأکید است پوشش والدین بیمه شده اصلی می بایست به طور همزمان طی **يك لیست و يك نوبت و در شروع بیمه نامه** اقدام شود.

● در صورت عدم ارائه کپی دفترچه بیمه مبنی بر تائید کفالت والدین از طریق

● بیمه شده اصلی ثبت نقص مدرک و تاریخ اعتبار در سیستم توسط واحدهای صدور الزامی می باشد.

● الحاقیه تغییر در مفاد :

● 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 که شامل مواردی از قبیل :

● تغییر در تعهدات بیمه نامه، تغییر فرانشیز، تغییر حق بیمه، تغییر دوران انتظار ، ارائه پوششهای اضافی ، ارائه طرحهای بی نام، طرح تجمعی ، طرح CIP و سایر موارد می باشد.

● الحاقیه تغییر در تعداد بیمه شدگان (الحاقیه های اضافی و حذفی):

● در طول مدت بیمه نامه بیمه شدگان بیمه گذار کاهش و یا افزایش می یابند که طبق مفاد بیمه نامه باید کتباً این تغییرات را به بیمه گر اعلام و بیمه گر نیز تغییرات را با صدور الحاقیه تایید و حق بیمه بیمه نامه را تعدیل نماید.

● 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 در اختیار شرکت بیمه قرار می دهد:

● نام و نام خانوادگی	کد ملی	● محل صدور
● شماره شناسنامه	سال تولد	● ماه تولد
● روز تولد	تحت تکفل	● آدرس
● تلفن	جنسیت	● نام پدر
● نوع بیمه شده	نسبت	● شماره شبا

- الحاقیه های اضافی:
- افرادی که در حین قرارداد به لیست بیمه شدگان اضافه می گردند عبارتند از :
- استخدام جدید- ازدواج بیمه شده اصلی- تولد - کفالت والدین
- 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 می باشد.
- نکته : ارائه پوشش به اضافه شدگان در طول مدت بیمه نامه از تاریخ ورود نامه درخواست بیمه گذار به دبیرخانه بیمه گرو متولدین از تاریخ تولد با رعایت شرط سه ماه انجام می پذیرد، به عبارت دیگر از تاریخ وقوع هر کدام از موارد فوق بیشتر از ۳ماه نباید سپری شده باشد.
- نکته: ارائه پوشش به افراد از قلم افتاده از لیست اولیه بیمه شدگان با نظر مسئول واحد صدور و اعمال دوران انتظار ۴ ماهه جهت کلیه بیماریها و پوشش از تاریخ روز انجام می گردد.

● الحاقیه های حذفی (کاهش):

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

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

- فوت، اخراج ، استعفاء و ترك كار ، طلاق همسر، ازدواج بیمه شدگان فرعی، اشتغال به کار بیمه شدگان فرعی، سربازي، مرخصي بلند مدت بیمه شده اصلي، شرط سني ۲۶ سال فرزندان ذکور، بازنشستگی، و ... مي باشد.

- در صورتی که بیمه شده اصلی 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 نمی باشد .
- پوشش مجدد فرزندان انات مطلقه مشروط به پوشش توسط سازمان بیمه گر پایه و عدم اشتغال به کار بلامانع می باشد.

● فسخ و یا ابطال

- اگر بیمه گذار قبلاً نسبت به امضاء و ارسال بیمه نامه اقدام ننموده و هیچ گونه خسارتی (معرفی نامه) نیز پرداخت نگردیده باشد، بیمه نامه از تاریخ شروع **ابطال** می گردد و کلیه حق بیمه های اعلامی طی اعلامیه بدهکار برگشت داده می شود.
- ولی اگر بیمه گذار قبلاً نسبت به **امضاء و ارسال بیمه نامه** اقدام نموده و یا نسبت به **پرداخت خسارت و یا صدور معرفی نامه** اقداماتی صورت گرفته باشد بیمه نامه **فسخ** می گردد
- اگر فسخ از طرف بیمه گذار باشد در این صورت حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد) مع هذا در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی بیشتر از ۷۰٪ باشد بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا زمانی که نسبت مذکور به ۷۰٪ برسد به بیمه گر پرداخت نماید.

● موارد فسخ بیمه نامه:

● بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در این مورد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند :

● 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 گذار 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 گذار با افزایش حق بیمه .

موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

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 گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

مهلت پرداخت خسارت :

بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده 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 .

● استثنائات (مواردی که از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد)

- ۱. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۲. عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳. هزینه های مربوط به سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴. هزینه های مربوط به ترک اعتیاد.
- ۵. هزینه های مربوط به خودکشی و اعمال مجرمانه.
- ۶. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۷. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح.

- ۸. فعل و انفعالات هسته ای .
- ۹. هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج
- ۱۰. هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر .
- ۱۱. جنون.
- ۱۲. جراحی لثه .(مگر اینکه پوشش دندانپزشکی داشته باشند)
- ۱۳. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند .
- ۱۴. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد .
- ۱۵. هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی

نسبت خسارت : تقسیم خسارت بر حق بیمه

ضریب خسارت : نسبت خسارت + هزینه های اداری و تشکیلاتی و کارمزد

سرانه خسارت : حق بیمه ماهانه هر بیمه شده ضربدرنسبت خسارت

خسارت محقق شده: مجموع خسارت های پرداخت شده

خسارت معوق: خسارتهای ثبت نشده و ارجاع نشده به شرکت بیمه گر

معرفی نامه تسویه نشده: مبالغ معرفی نامه هایی که صادر شده و توسط

مرکز درمانی به شرکت بیمه گر عودت نشده است

تعهدات				
حداکثر فرانشیز	درصد فرانشیز	حداکثر تعهدات سالانه		شرح تعهدات بیمه گر
		خانواده به ریال	هر نفر به ریال	
۰	۱۰	۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱) جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و day care
۰	۴۰	۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲) جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری هر چشم ۴ دیوپتر یا بیشتر حداکثر برای هر دو چشم تا مبلغ ۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال برای هر چشم
۰	۱۰	۰	۳۰۰,۰۰۰	۳) جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر به شرط بستری شدن.
۰	۱۰	۰	۶۰۰,۰۰۰	۴) جبران هزینه های آمبولانس بین شهری به شرط بستری شدن.
۰	۱۰	۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۵) جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین
۰	۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶) جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغزو اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغزاستخوان
۰	۴۰	۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۷) جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر ای، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، فائزوتومتری
۰	۴۰	۰	۱,۲۵۰,۰۰۰	۸) جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آنژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم
۰	۴۰	۰	۱,۲۵۰,۰۰۰	۹) جبران هزینه های اعمال مجاز سرپائی شامل شکسته بندی، گچ گیری، خسته، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.
۰	۱۰	۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات ردیفهای ۱، ۳ و ۴ و ۶
۰	۱۰	۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات ردیفهای ۱ و ۳ و ۴
		۰	۶۸,۰۰۰,۰۰۰	جمع کل تعهدات

در صورت بروز خطرات موضوع بیمه چک خسارتهای بیمارستانی در وجه بیمه شده اصلی و خسارتهای پاراکلینیکی در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد. این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط عمومی (در شانزده ماده و دو تبصره) و شرایط خصوصی پیوست در دو نسخه صادر و هریک از نسخ دارای ارزش یکسان می باشد و اعتبار بیمه نامه منوط به انعقاد بیمه نامه های عمر و حادثه می باشد.

شرکت بیمه البرز (سهامی عام)

کد اقتصادی ۱۱۳۷-۱۱۴۶-۴۱۱۱

بیمه گذار

شرکت سایه امن البرز کد ۴۵۰۰

تعاونی کارکان مخابرات شهرستان ورامین

- تهیه کننده :
- یوسف اسماعیلی

- رئیس اداره نظارت بر صدور بیمه های درمان
- emp7002@bimehalborz.ir

تلفن تماس ۲۹۴۶۳۶۱۲