

شرایط بیمه مزاد درمان گروهی برای گروه های بیش از ۱۰۰۰ نفر

واحدهای اجرایی شرکت موظفند بیمه نامه های مزاد درمان گروهی را با توجه به تعداد بیمه شدگان (بیش از ۱۰۰۰ نفر) بر اساس حداکثر تعهدات و حداقل حق بیمه طبق **جداول شماره ۴/۱ و ۴/۲ پیوست** و همچنین با رعایت شرایط زیر برای بیمه گذاران اعلام نرخ و شرایط و پس از تأیید آنها با توجه به سقف اختیارات صادر نمایند.

ماده ۱- ارائه پوشش بیمه مزاد درمان گروهی به سازمانهای دولتی و غیر دولتی با رعایت اینکه **حداقل ۵۰٪** کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل آنها تحت پوشش بیمه قرار گیرند، مجاز می باشد.

ماده ۲- ارائه پوشش بیمه ای به **کارکنان بازنشسته** بیمه گذار با رعایت شرایط زیر و با هماهنگی این مدیریت امکان پذیر است.

۲/۱- صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه افراد خانواده تحت تکفل تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره- منظور از افراد خانواده تحت تکفل: همسر، فرزندان، پدر و مادر تحت تکفل بیمه شده اصلی می باشد که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی باشند (دفترچه بیمه خویش فرما مورد تأیید نیست).

ماده ۳- ارائه پوشش بیمه ای برای اعضای **صندوقهای بازنشستگی** تابع نرخ و شرایطی خواهد بود که در هر مورد به پیشنهاد معاون فنی و تأیید مدیرعامل خواهد رسید .

۳/۱- دوره انتظار برای بیماریهای مزمن **۳ ماه** از تاریخ شروع پوشش بیمه ای فرد بیمه شده می باشد .

۳/۲- تعداد بیمه شدگان حداقل **۲۵۰ نفر** باشد .

ماده ۴- ارائه پوشش بیمه مزاد درمان به **سایر گروه های رسمی** از قبیل اصناف، اتحادیه ها، انجمنها ، کانون ها و با رعایت شرایط زیر و با هماهنگی این مدیریت امکان پذیر است.

۴/۱- حق بیمه **بطور سالانه** و در اول قرارداد می بایستی پرداخت گردد.

۴/۲- حداقل **۷۰٪** اعضا به همراه افراد خانواده **همزمان** در اول قرارداد تحت پوشش قرار گیرند.

۴/۳- تعداد بیمه شدگان حداقل **۵۰۰ نفر** باشد.

۴/۴- داشتن بیمه گراول اجباری است .

۴/۵- حداقل **فرانشیز ۳۰ درصد** می باشد و باحق بیمه اضافی قابل کاهش نیست .

۴/۶- ارائه پوشش تعهدات دندان پزشکی ،ویزیت و دارو، خدمات آزمایشگاهی مجاز نمی باشد .

۴/۷- مدت انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان برای گروههای فوق (اصناف ، اتحادیه ها...) **۹ ماه** و برای بیماریهای مزمن **۴ ماه** از تاریخ شروع پوشش بیمه ای فرد بیمه شده می باشد .

۴/۸- حق بیمه هر یک از پوشش های قابل ارائه بایستی با **۱۰۰ درصد** افزایش نرخ محاسبه و بصورت یکجا در شروع قرارداد بیمه دریافت گردد .

تبصره ۱- ارائه پوشش به اعضا جدید طی مدت قرارداد بیمه مجاز نمی باشد .

تبصره ۲- معاون فنی می تواند در مواردی که عواملی نظیر سوابق همکاری و حجم پرتفوی بیمه گذار تغییر شرایط این ماده را توجیه نماید نسبت به حذف یا تعدیل برخی از شرایط **ماده ۲** با رعایت **ماده ۱** اقدام نماید .

ماده ۵- **افراد غیر تحت تکفل** : لیست افراد غیر تحت تکفل به صورت یکجا و در ابتدای قرارداد دریافت می گردد .

۵/۱- حداقل اضافه نرخ حق بیمه برای افراد غیر تحت تکفل (همسر و فرزندان بیمه شدگان اناث و پدر و مادر) **۱۰۰٪** حق بیمه مقرر می باشد.

۵/۲- ضروریست که شرایط یاد شده طی یک ماده به شرایط مکمل خصوصی قرارداد اضافه گردد .

۶- **فرانشیز** در کلیه موارد و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر اول حداقل ۳۰٪ هزینه‌های درمانی مورد تعهد می باشد. چنانچه بیمه شده بدو از پوشش بیمه‌گر اول استفاده نماید از هزینه های مورد تعهد فرانشیز کسر نخواهد شد.

۷- **کاهش فرانشیز** بیمه‌گر می تواند فرانشیز هزینه های تحت پوشش را به استثنای گروههای موضوع ماده ۳ و ۴ بادریافت حق بیمه اضافی کاهش دهد. در این صورت حق بیمه تعهدات سالیانه هر یک از موارد فوق ، معادل میزان فرانشیز کاهش یافته بعلاوه ۱۰ واحد افزایش می یابد . در هر حال حداقل فرانشیز معادل ۱۰ درصد است که قابل بیمه شدن می باشد.

۸- **جبران هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری** دید چشم در مواردیکه به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، نقص بینائی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگماتیسم) **۳ دیوپتر** یا بیشتر باشد حداکثر تا ۱۰٪ تعهد پایه سالیانه برای هر چشم .

۹- **جبران هزینه مربوط به خرید سمعک** تا حداکثر ۵٪ تعهد پایه سالیانه با نرخ حق بیمه ماهانه حداقل ۰/۵ در هزار مبلغ تعهد شده برای هر نفر برای گروه های بالای ۲۵۰ نفر امکان پذیر خواهد بود.

۱۰- چنانچه تعهدات سالانه بیمه‌گر (باستثناء زایمان، نازائی و اعمال جراحی تخصصی) برای **واحد خانواده** منظور گردد، در حق بیمه‌های مربوط معادل ۱۰٪ تخفیف اعمال می گردد.

۱۱- **جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن** (صرفاً برای گروههای بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه با نرخ حق بیمه ماهانه حداقل ۰/۰۶ در هزار مبلغ تعهد برای هر نفر.

۱۲- مقتضی است واحدهای صدور بیمه نامه هنگام تحویل بیمه نامه صادره به بیمه گذار، شرایط مکمل خصوصی و شرایط عمومی بیمه نامه را ضمیمه نمایند و توجه بیمه گذار را نسبت به **وظایف خود** از جمله چگونگی تهیه و ارسال لیست بیمه شدگان با رعایت ضرب الاجل ، اعلام تغییرات در طول مدت بیمه، تسویه حق بیمه و سایر موارد (طبق شرایط پیوست) جلب نمایند.

توضیح ۱: حق بیمه مقرر به حق بیمه‌ای اطلاق می گردد که بر اساس جداول پیوست و موارد فوق تعیین شده باشد.

توضیح ۲: بیمه شدگانی که در چند مورد مشمول اضافه نرخ حق بیمه می شوند، در محاسبه و تعیین حق بیمه آنها می بایستی **مجموع اضافه نرخ** متعلقه لحاظ شود.

۱۳- چنانچه **ضریب خسارت** (نسبت مجموع خسارت پرداختی و خسارت در جریان به حق بیمه صادره) در پایان هر سال قرارداد بیش از ۷۵٪ باشد، تمدید قرارداد برای سال بعد منوط به موافقت این مدیریت می باشد.

۱۴- برای گروه بیمه‌شدگان بالای ۱۰۰۰ نفر، اعمال تخفیف‌های زیر در جدول حق بیمه شماره ۴/۱ و ۴/۲ مجاز می باشد:

تعداد بیمه‌شدگان	درصد تخفیف
۱۰۰۰ الی ۳۰۰۰	۵
۳۰۰۱ الی ۵۰۰۰	۷
۵۰۰۱ الی ۱۰۰۰۰	۱۰
۱۰۰۰۱ الی ۲۰۰۰۰	۱۲
۲۰۰۰۱ الی ۵۰۰۰۰	۱۵
۵۰۰۰۱ به بالا	۲۰

ماده ۱۵- هزینه آمبولانس در داخل شهر تا ۵۰۰.۰۰۰ ریال و بین شهری تا مبلغ ۱.۰۰۰.۰۰۰ ریال از محل تعهدات هزینه های بیمارستانی قابل جبران می باشد.