

پیش گفتار

تامین هزینه های درمانی یکی از مشکلات جوامع امروزی است به طوریکه حتی کشور های توسعه یافته که از سطح رفاه اجتماعی مقبولى برخوردارند از این امر مستثنی نیستند. در کشور ما مانند بسیاری دیگر از کشورها، تامین هزینه های درمانی به موجب قوانین و مقررات مرتبط بر عهده سازمان های خدمات اجتماعی مانند تامین اجتماعی، خدمات درمانی، سازمان بیمه سلامت و ... است و شاغلین بخش های دولتی، خصوصی، نظامی، انتظامی، مشاغل آزاد و افراد تحت تکفل آنان نزد یکی از ارائه دهندگان خدمات پایه درمانی تحت پوشش قرار می گیرند. اگر چه بیمه های درمان پایه، بخشی از هزینه های درمانی افراد جامعه را جبران می کند ولی امروزه با پیشرفت علم پزشکی و افزایش هزینه های درمانی شکاف بزرگی بین هزینه های درمان بیماری ها و تعهدات بیمه گران پایه بوجود آمده است.

با عنایت به مراتب فوق از اوایل دهه ۷۰ این امکان برای شرکت های بیمه بازرگانی فراهم شد که به عنوان بیمه گر تکمیلی وارد عرصه بیمه درمانی شوند و با ارائه پوشش بیمه درمان تکمیلی آن بخش از هزینه های درمان بیماری ها را که در تعهد بیمه گر پایه نیست تحت پوشش قرار دهند. با توجه به جوان بودن این رشته از بیمه های بازرگانی در کشور ما، شرکت های بیمه ابتدا فروش بیمه درمان تکمیلی را به صورت گروهی آغاز نمودند. بنابر این کارکنان واحد های بازرگانی، صنعتی و خدماتی و افراد خانواده آنها مخاطب اصلی پوشش های ارائه شده قرار داشتند و با گذشت زمان و افزایش تجارب به دست آمده امکان ارائه این پوشش به خانواده ها نیز به صورت محدود فراهم شده است.

تعاریف

بیمه تکمیل درمان: تامین و جبران بخشی از هزینه های درمانی (اعم از سرپایی یا بستری شدن در بیمارستان) است که بر اثر بروز یا وقوع حادثه یا بیماری برای بیمه شده ضرورت پیدا می کند، بدیهی است پوشش فوت شامل بیمه نامه تکمیل درمان نمی گردد.

بیماری: اختلال در تندرستی و سلامت جسمی و روانی انسان بر اثر عوامل بیماری زا که برای پزشک قابل تشخیص می باشد.

دوره انتظار: مدت زمانی که بیمه گر در طول آن تعهدی به جبران کل یا بخشی از خسارت ندارد.

فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین شده و بیمه گر نسبت به جبران آن تعهدی ندارد

بیمه گر: شرکت بیمه ای است که جبران هزینه های تحت پوشش بیمه نامه را بر عهده می گیرد.

بیمه گر پایه: سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، تامین اجتماعی و ... که طبق قانون، موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند.

بیمه گذار: شخصی است حقوقی (سازمان یا شرکت دارای کد اقتصادی و شناسه ملی) که مشخصات وی در بیمه نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

بیمه شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار که به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده اند.

تبصره ۱: حداقل ۵۰ درصد از تعداد کل کارکنان، می بایست بیمه نامه درمان را تهیه نمایند.

تبصره ۲: منظور از اعضاء خانواده همسر و فرزندان می باشند. پدر و مادر و سایر افراد تحت تکفل که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه گر پایه می باشند نیز می توانند بیمه شوند.

تبصره ۳: فرزندان پسر تا سن بیست و دو سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان دختر تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه می باشند. دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام بیمه می شوند. پوشش بیمه ای فرزندان پسر که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

تذکر: ارائه پوشش بیمه ای به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل ارائه می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند. (ارائه کارت شناسایی با کد ۱۱ رقمی و پاسپورت معتبر الزامی است)

موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری یا حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه نیست و طی این بیمه نامه در تعهد بیمه گر قرار گرفته است.

مدت: مدت بیمه نامه یکسال شمسی است و تاریخ، شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می گردد.

اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلفند در پاسخ به پرسش های بیمه گر، با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پوشش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً بر خلاف واقع مطالبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه نامه فسخ خواهد شد.

پوشش ها: شامل پوششهای اصلی (پایه) و پوششهای اضافی به شرح ذیل می باشد:

پوشش های اصلی (پایه)

۱- بیمارستانی (تعهدات پایه): جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

Day care: جراحی هایی که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد).

هزینه های 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.

هزینه همراه بیمار کمتر از ۱۰ سال و بیشتر از ۷۰ سال که در بیمارستان ها بستری می باشند.

۲- جبران هزینه های مربوط به: شیمی درمانی، رادیو تراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و انژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز حداکثر تا ۲۰۰٪ تعهد پایه سالیانه (با احتساب بند ۱)

تبصره: مجموع تعهدات سالیانه بیمه گر در مورد ردیف ۱-۲، با احتساب تعهدات ردیف ۱-۱ می باشد.

پوشش های اضافی:

۳- هزینه های زایمان طبیعی و سزارین تا ۵۰٪ سقف تعهدات پایه سالیانه

- دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه می باشد. (در صورتی که سابقه پیوسته بیمه درمان تکمیلی داشته باشد فاقد دوره انتظار می باشد)

۴- در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط ، IUI, ZIFT, GIFT, میکرواینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان بصورت یک پوشش مستقل از آن در صورتیکه بیمه گر بپذیرد مجاز است.

۵- پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه های 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 تا حداقل ۱۰٪ و حداکثر ۲۰٪ تعهد پایه سالیانه قابل پرداخت است.

۶- پاراکلینیکی ۲: جبران هزینه های مربوط به آندوسکوپی، خدمات تشخیص 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)، دما، تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) تا حداقل ۱۰٪ و حداکثر تا ۲۰٪ تعهد پایه سالیانه

۷- پاراکلینیکی ۳: جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا حداقل ۵٪ و حداکثر ۱۰٪ تعهد پایه سالیانه

۸- جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری **دو چشم** در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد حداکثر تا ۳۰٪ تعهد پایه قابل ارائه می باشد. (۱۵٪ برای هر چشم)

۹- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک حداقل تا ۵٪ و حداکثر تا ۱۰٪ تعهد پایه سالیانه

۱۰- جبران هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری حداکثر تا سقف ۵٪ تعهد پایه سالیانه

۱۱- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (به جز ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی) حداکثر تا ۱۵٪ تعهد پایه سالیانه

۱۲- جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی حداکثر تا سقف ۲٪ تعهد پایه سالیانه

۱۳- جبران هزینه های مربوط به فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) حداکثر تا ۱۰٪ تعهد پایه سالیانه

۱۴- بستری جهت درمان بیماری های روان پیشی حداکثر تا ۵۰٪ تعهد پایه سالیانه

۱۵- جبران هزینه های مربوط به خرید سمک حداکثر تا سقف ۱۰٪ تعهد پایه سالیانه

۱۶- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفا برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه

۱۷- هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲٪ تعهد پایه سالیانه

۱۸- جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر تا ۱۰٪ تعهد پایه بصورت یک پوشش مستقل از آن در صورتی که بیمه گر بپذیرد مجاز است.

نحوه اعلام نرخ بر اساس جدول محاسبات می باشد که با وارد نمودن میزان تعهدات نرخ پایه مشخص می شود و برای تایید نهایی می بایست اکسل و درخواست بیمه گذار به واحد اشخاص ارسال گردد.

نمونه جدول راهنما جهت اعلام نرخ

ردیف	حداکثر میزان تعهد بصورت نرمال	عنوان پوشش	تعهدات سالانه (ریال)	فرانشیز
۱	تعهدات پایه	۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مرکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. ۲- 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. داخل شهر ۵۰۰.۰۰۰ ریال و خارج شهر ۱.۰۰۰.۰۰۰ ریال	.....	.....
۲	۲۰٪ تعهدات پایه	جبران هزینه های مربوط به شیمی درمانی، رادیو تراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و انژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	.....	.....
۳	۵۰٪ تعهدات پایه	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	.....	.....
۴	۱۰۰٪ تعهدات زایمان	جبران هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن IVF و پاراکلینیکی ۱:	.....	.....
۵	۲۰٪ تعهدات پایه	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	.....	.....
۶	۲۰٪ تعهدات پایه	پاراکلینیکی ۲: آندوسکوپی، خدمات تشخیص 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 الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، دما تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	.....	.....
۷	۱۰٪ تعهدات پایه	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	.....	.....
۸	۱۵٪ تعهدات پایه	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات)، ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	.....	.....
۹	۱۰٪ تعهدات پایه	جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	.....	.....
۱۰	۵٪ تعهدات پایه	جبران هزینه های ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور، صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس (غیر بستری)	.....	.....
۱۱	۱۵٪ تعهدات پایه	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (به جز ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی)	.....	.....
۱۲	۲٪ تعهدات پایه	جبران هزینه های عینک یا لنز طبی	.....	.....
۱۳	۱۰٪ تعهدات پایه	فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)	.....	.....
۱۴	۵۰٪ تعهدات پایه	بستری جهت درمان بیماری های روان پشی	.....	.....

.....	.....	جبران هزینه های سمعک	۱۰٪ تعهدات پایه	۱۵
.....	.....	جبران هزینه های تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر)	۱۰۰٪ تعهدات پایه	۱۶
.....	.....	هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	۲٪ تعهدات پایه	۱۷
.....	.....	جبران هزینه های تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین	۱۰٪ تعهدات پایه	۱۸

پرداخت حق بیمه درمان: چگونگی پرداخت حق بیمه به صورت نقد یا اقساطی با توجه به مبلغ کل حق بیمه مشخص می گردد، نکته مهم اینکه تاریخ آخرین قسط باید حداکثر دو ماه قبل از پایان بیمه نامه باشد. بصورت معمول در صورتی که مبلغ کل حق بیمه بصورت نسبی پایین باشد (زیر ۵۰۰ میلیون ریال) عموماً ۳۰٪ حق بیمه در ابتدای بیمه نامه دریافت می گردد و مابقی اقساط نهایتاً طی ۴ قسط متوالی ماهانه دریافت می گردد، لازم بذکر است بیمه گذار بابت اقساط خود بصورت عموم باید چک ارائه نماید.

نکته: در صورت عدم پرداخت قسط توسط بیمه گذار، عامل فروش موظف به پیگیری می باشد و در صورت عدم همکاری بیمه گذار باید به فوریت این موضوع را کتبا به واحد اداری گزارش نماید تا واحد اداری دو نامه با پست پیشتاز دو قبضه برای بیمه گذار ارسال نماید. در صورتیکه پس از ارسال دو نامه بیمه گذار همچنان اقساط را پرداخت ننماید بیمه نامه فسخ خواهد شد. پرداخت ما به التفاوت حق بیمه فسخی که ایجاد می گردد بر عهده عامل فروش می باشد.

رعایت اصل حسن نیت: چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت گردیده است.

دوره انتظار: بیمه تکمیلی درمان معمولاً برای بیماریهای مزمن و زایمان دارای دوره انتظار به شرح ذیل می باشد:

بیماری های مزمن: تاریخ شروع دوره انتظار از تاریخ شروع اولین پوشش بیمه برای بیمه شده خواهد بود و مدت آن ۳ ماه تمام است و موارد آن عبارتست از : کاتاراکت، استرایبسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی آنژیوپلاستی قلب، قلب باز، نارسایی های مزمن کلیه، دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتومی و هیستروکتومی، سیتوسل، رکتوسل، آنتروسل

زایمان: مدت انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان برای گروه های زیر ۲۵۰ نفر، ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر، ۶ ماه و برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

تبصره : حذف دوره انتظار منوط به ارائه اسکن بیمه نامه سال قبل و به شرط حداکثر فاصله زمانی یکماه بین دو بیمه نامه می باشد.

فرانشیز: فرانشیز نیز باید توسط بیمه گذار انتخاب شود که معمولاً ۱۰ ، ۲۰ و یا ۳۰ درصد می باشد، واضح است که فرانشیز با نرخ رابطه عکس دارد.

استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

- 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 تأیید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج
- ۴- ترک اعتیاد
- ۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
- ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- ۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان
- ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات

ذیصلاح

۹- فعل و انفعالات هسته‌ای

۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر

۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر

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

۱۳- جنون

۱۴- جراحی لثه

۱۵- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر

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

۱۷- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی

۱۸- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی

هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۹- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن ازسوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

تبصره: موارد استثنای مندرج در بندهای ۸، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۶ این ماده با پرداخت حق بیمه اضافی، در صورت پذیرش بیمه گر قابل بیمه

شدن است.

سایر نکات:

- بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم نماید.
- جهت انجام عمل جراحی های لاغری می بایست بیمه شده ابتدا نزد پزشک معتمد بیمه سامان مراجعه نمایند و با دستور پزشک معتمد شرکت بیمه سامان، جهت انجام عمل اقدام نمایند. در غیر اینصورت هزینه آن توسط شرکت بیمه قابل پرداخت نمی باشد. (فقط در بیمه های گروهی این پوشش وجود دارد)
- در مواردی که بیمه شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛
- چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه تا سقف تعهدات بیمه نامه و حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد.
- در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه های مربوطه مطابق تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه ها محاسبه خواهند شد.
- تعرفه نظام پزشکی: تعرفه ای که از سمت سازمان نظام پزشکی، سقف هزینه های مختلف درمانی را مشخص می کند و معیار پرداخت خسارات بیمه های تکمیل درمان می باشد.
- منظور از تعهدات بدون سقف، یعنی محدودیت تعدد دفعات درمان ندارد، اما در هر بار درمان، همواره تعرفه سازمان نظام پزشکی ملاک عمل در پرداخت هزینه های درمانی خواهد بود.

تبصره ۱: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست.

در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مذکور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲: بیمه‌گذار و یا بیمه شده موظف اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

تبصره ۳: چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به به هر کدام از شرکتهای بیمه مخیر است.

- حداکثر سن بیمه شده برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان‌پذیر است. در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.
- افرادی که در طول مدت قرارداد می‌توانند به اعداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از همسر اعضای تازه ازدواج کرده و افرادی که در اثناء سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت و افراد جدید الاستخدام به‌همراه خانواده شان با ارائه مستندات. (منوط به اعلام کتبی بیمه‌گذار حداکثر ظرف یکماه پس از کفالت یا ازدواج). تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه‌ای نامبردگان **از روز احراز شرایط ورود** خواهد بود. (حق بیمه کسر ماه معادل یکماه محاسبه می‌گردد)
- نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند منوط به آنکه بیمه‌گذار لیست اسامی آنها را حداکثر تا دوماه پس از تولد به بیمه‌گر اعلام نماید.
- مدت زمان اعلام حذف افراد از لیست بیمه‌شدگان در مواردی که به سبب قطع همکاری یا فوت در طول مدت بیمه‌نامه و یا خروج از کفالت، حذف می‌شوند، حداکثر ۱ ماه می‌باشد. ارائه نامه جهت قطع همکاری، گواهی فوت و کپی تمام صفحات شناسنامه فرد متوفی، کپی صفحات اول و دوم شناسنامه فرد مطلقه و همچنین حکم بازنشستگی برای افراد بازنشسته جهت حذف الزامیست. بدیهی است این دسته از بیمه شدگان از تاریخ قطع رابطه حق مطالبه هیچ گونه خسارتی را نخواهد داشت. لازم به ذکر است در صورت پرداخت حق بیمه تا انتهای قرارداد بیمه شده می‌تواند پوشش خود و خانواده اش را تا انتهای همان قرارداد حفظ نماید. در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم دریافت خسارت، حق بیمه دوره حذف (از تاریخ دریافت نامه بیمه‌گذار تا انتهای قرارداد) عودت خواهد گردید.
- بیمه‌شدگانی که به‌علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به‌دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

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

فسخ بیمه‌نامه: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام کند:

موارد فسخ از طرف بیمه‌گر

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.
- ۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به‌نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ

- ۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می‌شود.
- ۲- در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر یک ماه، یکماه تمام منظور خواهد شد)؛ در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند و بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

نحوه فسخ

- ۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌شود.
- ۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌شود.

مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر 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، خسارات را پرداخت کند.

نحوه دریافت نرخ تکمیل درمان گروهی: برای دریافت نرخ درمان گروهی برای گروه‌های بالای ۵۰ نفر به دو شیوه می‌توان اقدام کرد:

روش اول: تکمیل فرم پیشنهاد بیمه‌نامه مازاد درمان گروهی

اطلاعاتی که جهت اعلام نرخ الزامی است:

- ۱- نام بیمه‌گذار: (بیمه‌گذار در بیمه‌نامه‌های درمان گروهی باید حتماً حقوقی باشد)
- ۲- کد اقتصادی
- ۳- شناسه ملی

- ۴- آدرس و شماره تلفن
- ۵- اعلام اسم و شماره تماس رابط بیمه گذار با نماینده فروش
- ۶- نوع فعالیت (اداری، تولید و صنعتی، خدماتی)
- ۷- تعداد کل کارکنان شرکت
- ۸- تعداد کل کارکنان شرکت که متقاضی درمان هستند
- ۹- تعداد بیمه شوندگان فرعی (افراد خانواده کارکنانی که متقاضی پوشش هستند)
- ۱۰- جمع کل بیمه شدگان (اصلی و فرعی)
- ۱۱- تعداد بیمه شده‌های بین ۶۰ تا ۷۰ سال
- ۱۲- تعداد بیمه شده‌های بالای ۷۰ سال
- ۱۳- نام سازمان بیمه گر پایه: تامین اجتماعی، خدمات درمان، نیروهای مسلح، سایر
- ۱۴- تعهدات مورد درخواست طبق جدول فرم پیشنهاد مشخص نمایند
- ۱۵- فرانشیز مشخص گردد
- ۱۶- جدول سوابق بیمه‌ای سال گذشته را تکمیل نمایند

نکات مهم:

- ۱- فرم پیشنهاد باید حتما مهر و امضاء بیمه گذار را داشته باشد.
- ۲- اعلام بیمه گذار مبنی بر سایر پرتفو های بیمه ای مورد درخواست الزامی است.

روش دوم: ارائه نامه مکتوب بیمه گذار در سربرگ و مهر و امضاء بیمه گذار در نامه کلیه اطلاعاتی که در فرم پیشنهاد نیاز است ذکر گردد. (پند ۱ تا ۱۶ روش اول)

طرح درمان خانواده

بیمه سامان طرحی منحصر به فرد برای خانواده با پوششهای مختلف و حق بیمه های متفاوت ارائه داده است.

نکته بسیار مهم: توجه داشته باشید اگر بیمه گذاری به بیماری خود آگاه باشد و قصد خرید بیمه نامه درمان خانواده را برای جبران هزینه های ان بیماری داشته باشد، فروش بیمه نامه تکمیلی درمان به وی مجاز نمی باشد. لازم به ذکر است که خسارتهای درمانی مربوط به ادامه معالجاتی که پیش از شروع پوشش بیمه شده به وقوع پیوسته باشد، در تعهد بیمه گر نمیباشد

سایر نکات:

- ۱- متقاضی و اعضای خانواده وی باید دارای بیمه درمان پایه دارای حداقل ۷ روز اعتبار باشد. (در صورتیکه متقاضی دارای بیمه پایه نباشد، با اعمال ۱۸٪ اضافه نرخ در حق بیمه، صدور امکان پذیر است).
- ۲- طرح انتخابی بیمه شده اصلی و فرعی الزاماً باید یکی باشد. (چنانچه افراد تمایل به انتخاب طرح های متفاوت دارند در صورت اینکه به سن قانونی رسیده اند می بایست هر کدام فرم های جداگانه تکمیل نمایند)
- تذکر: منظور از افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی، همسر(همسران) دائمی و فرزندان و سایر افرادی است که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قراردارند

- ۹ ماه دوره انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF
- ۳ ماه دوره انتظار برای بیماری های مزمن از قبیل: رفع عیوب انکساری چشم (شامل لیزیک، لازک. در صورتیکه به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، در غیر این صورت غیر قابل پرداخت می باشد)، سمعک، کاتاراکت، استرابیسم (فقط جنبه درمانی برای افراد زیر ۷ سال)، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوزیت، جراحی لوزه، بیماری های قلبی - عروقی، بیماری های گوارشی (زخم های گوارشی، کولیت روده - گاستریت معده و ...)، بیماری های مزمن کلیوی، سکنه مغزی، جراحی دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتومی، هیسترکتومی، سیستوسل، رکتوسل، آنتروسل، فتق، اختلالات تیروئیدی، اختلالات ریوی، آسم و آلرژی، ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی)، صرع، دیابت، سیروز کبدی، انواع سرطان، هپاتیت، استومی های طولانی، اسکیزوفرنی، تومور مغزی خوش خیم عارضه دار، معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰، فلج دائمی حداقل دو عضو در بیماران CP و قطع نخاع، بیماری های متابولیک ناتوان کننده، آلزایمر بالای ۶۰ سال که نیازمند به نگهداری باشد، حوادثی مانند سوختگی یا تصادف که منجر به قطع عضو یا بدفرم شدن صورت یا بدن یا اختلال عملکرد عضو می گردد، بیماری های مزمن استخوانی و مفصلی (آرتروز و روماتیسم)، کاشت حلزون شنوایی، بیماری مغزی ALS، معلولیت های جسمی غیرمادرزادی که جنبه درمانی دارند مانند نابینایی، ناشنوایی، لالی و هر نوع بیماری طولانی مدتی که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد و کارکردهای بیمار را محدود می گرداند، با تشخیص پزشک معتمد، منظور می گردد.

۳- حذف دوره انتظار در موارد زیر قابل انجام است:

- در صورتی که بیمه شده تقاضای تمدید بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده سامان (با فاصله حداکثر یک ماه بعد از انقضای بیمه نامه) را داشته باشد؛
- در صورتی که بیمه شده تحت پوشش بیمه نامه های درمان تکمیلی گروهی (با فاصله حداکثر یک ماه بعد از انقضای بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی) در شرکت بیمه سامان باشد و تقاضای صدور بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده را داشته باشد؛
- در صورتیکه متقاضی بیمه نامه درمان خانواده، به صورت انفرادی یا گروهی دارای بیمه نامه درمان تکمیلی در شرکت بیمه ای دیگری باشد، در صورت اخذ نامه از ستاد/ شعبه شرکت بیمه گر قبلی درخصوص بازه قرارداد فی مابین (با شرط آنکه از تاریخ اتمام آن بیش از یکماه نگذشته باشد)، دوره انتظار در بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده شرکت سامان برای ایشان حذف می گردد..

- ۴- در این بیمه نامه امکان حذف بیمه شده مگر در حالت فوت بیمه شده یا طلاق وجود ندارد همچنین اضافه شدن بیمه شده نیز شامل ازدواج (حداکثر تا یک ماه)، تولد (حداکثر دو ماه) و سایر افرادی است که در طول مدت بیمه نامه تحت تکفل بیمه شده اصلی می گردند. در این موارد به شرط تکمیل پرسشنامه گواهی سلامت (PIF004) و بررسی و تایید توسط پزشک معتمد پس از پرداخت حق بیمه بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده برای این افراد صادر می گردد.

- ۵- بیمه شدگان فقط در صورتی حق استفاده از مزایای این بیمه نامه را خواهند داشت که اصل حد اعلاای حسن نیت را رعایت نموده و به کلیه سوالات پرسشنامه گواهی سلامت در کمال صداقت پاسخ داده باشند و هیچ موضوعی را کتمان ننموده باشند.

- ۶- حق بیمه با توجه به سن و طرح انتخابی مشخص می گردد.

- ۷- BMI در واقع مرجعی برای نشان دادن میزان حجم بدن می باشد و دقیق ترین معیار جهانی چاقی است.

فرمول محاسبه BMI : $BMI = \text{وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر قد بر حسب متر به توان ۲}$

مدارک مورد نیاز جهت بررسی برای صدور بیمه نامه تکمیل درمان انفرادی:

- ۱- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه پایه دارای حداقل ۷ روز اعتبار بیمه گذار و افراد تحت تکفل (بیمه شده های اصلی و فرعی)
- ۲- تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه بیمه گذار و افراد تحت تکفل (بیمه شده های اصلی و فرعی)
- ۳- تصویر کارت ملی بیمه گذار و افراد تحت تکفل (بیمه شده های اصلی و فرعی)
- ۴- اخذ شماره شبای بیمه گذار (بیمه شده اصلی و ثبت ان در فرم پیشنهاد بیمه نامه)
- ۵- تکمیل فرم پیشنهاد تکمیل درمان خانواده و درج طرح مد نظر
- ۶- تکمیل پرسشنامه گواهی سلامت برای هر یک از بیمه شدگان توسط بیمه گذار و بیمه شدگانی که به سن قانونی رسیده اند
- ۷- درج مهر عامل فروش، ب، ۹۰۱ فرم پیشنهاد

در صورت نیاز به مدارک پزشکی و یا نیاز به انجام آزمایشات لازمه، پس از ارسال مدارک مربوطه و ارائه نظر پزشک مبنی بر بیمه پذیر بودن افراد، باید فیش واریزی به همراه کلیه مدارک جهت صدور ارسال گردد.

نکته: علاوه بر اینکه می بایست اصل پرسشنامه و مدارک بیمه گذار جهت بایگانی ارسال گردد، یک نسخه از بیمه نامه نیز می بایست به تایید و امضای بیمه گذار برسد و برای بایگانی ارسال گردد.

استثنائات: کلیه اعمال زیبایی مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، با پس معده و ... همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه نامه می باشد.

نکته: پس از صدور بیمه نامه می بایست یک نسخه از صفحه اصلی بیمه نامه و شرایط عمومی و خصوصی توسط بیمه گذار امضا و به همراه اصل فرم های پرسشنامه و سلامت برای بایگانی ارسال گردد.

تمديد اسمه نامه:

مدارک ضروری جهت تمدید بسمه‌نامه:

۱. تصویر صفحه اول شناسنامه برای تمامی بیمه‌شدگان (در صورت وجود)
 ۲. اصل فرم پیشنهاد (PIF003)/ نامه کتبی درخواست بیمه‌نامه
 ۳. پرسشنامه گواهی سلامت (PIF004) صرفاً برای بیمه‌شدگان جدید (در صورت وجود)
 ۴. تصویر صفحه اول دفترچه بیمه پایه تمامی بیمه‌شدگان (بیمه شده‌های اصلی و فرعی(افراد تحت تکفل)) با حداقل ۷ روز اعتبار در صورت داشتن بیمه‌گر پایه (یا تأییدیه از سایت تأمین اجتماعی).
- در صورتی که بیمه‌گذار از طریق نامه کتبی درخواست تمدید بیمه‌نامه را به عامل صدور ارائه دهد، شماره موبایل، شماره شبای بیمه‌گذار (بیمه شده اصلی)، روش پرداخت حق بیمه، طرح مورد نظر و تاریخ ارائه درخواست در این نامه درج شده و توسط بیمه‌گذار امضا شود.

تذکر: در صورتی که کلیه آیت‌های مورد نظر جهت تمدید مشابه بیمه‌نامه سال قبل باشد، بیمه‌گذار می‌تواند طرح مورد نظر و تاریخ ارائه درخواست را در این نامه ذکر کرده و توضیح دهد که سابق آیت‌ها مشابه بیمه‌نامه سال قبل می‌باشد.

نکته: در صورتی که متقاضی بیمه‌نامه دارای افراد تحت تکفل باشد و برای این افراد نیز درخواست صدور بیمه‌نامه نموده باشد، ارائه تصویر صفحه دوم شناسنامه تمامی بیمه‌شدگان (بیمه‌شده‌های اصلی و فرعی (افراد تحت تکفل)) ضروری می‌باشد.

تبصره: در صورتی که بیمه‌گذار تقاضای تمدید بیمه‌نامه را داشته باشد، تکمیل فرم پرسشنامه گواهی سلامت (PIF004) در خصوص بیمه‌شدگان سال قبل الزامی نبوده و تنها برای بیمه‌شدگان جدید (در صورت وجود) می‌بایست تکمیل گردد. همچنین در زمان تمدید بیمه درمان خانواده چنانچه بیمه‌گذار درخواست افزایش تعهدات داشته باشد نیاز است پرسشنامه گواهی سلامت مجدداً تکمیل گردد و انجام ارزیابی مجدد الزامی می‌باشد.

➤ نکته بسیار مهم:

- در خصوص تمدید بیمه‌نامه‌هایی که کمتر از یک ماه از انقضای آن‌ها سپری شده باشد:
 - ۱- تغییر طرح از هر طرحی صرفاً به طرح عقیق بدون تکمیل فرم پرسشنامه سلامت صورت خواهد گرفت و برای تغییر به سایر طرح‌ها تکمیل فرم پرسشنامه سلامت و دریافت نظر پزشک الزامی است.
 - ۲- در صورتیکه طرح سال قبل **sme 5** باشد، تغییر طرح نیاز به تکمیل فرم پرسشنامه سلامت ندارد.
 - ۳- در صورتیکه طرح سال قبل **sme 4** باشد، تغییر طرح به طرح افرا نیازمند تکمیل فرم پرسشنامه سلامت می‌باشد و تغییر به سایر طرح‌ها نیازمند تکمیل فرم پرسشنامه سلامت نمی‌باشد.
 - ۴- در صورتیکه طرح‌های سال قبل **sme 2**، **sme 1** و **sme 3** باشد تغییر به طرح عقیق نیاز تکمیل فرم پرسشنامه سلامت ندارد و تغییر به سایر طرح‌ها نیازمند تکمیل فرم پرسشنامه سلامت می‌باشد.
- در خصوص بیمه‌شدگان جدید:
 - ۱- بیمه‌شدگان باردار صرفاً طرح عقیق را می‌توانند انتخاب نمایند.

نحوه ابطال بیمه‌نامه:

ابطال به دلیل منصرف شدن بیمه‌گذار: در صورتی که بیمه‌گذار درخواست ابطال بیمه‌نامه را در ۱۵ روز پس از صدور بیمه‌نامه به صورت کتبی (همراه با نام، نام خانوادگی، تاریخ و امضاء) تحویل دهد، عامل فروش می‌بایست درخواست ابطال بیمه‌نامه را بلافاصله برای واحد اشخاص ارسال نماید. واحد صدور پس از بررسی شرایط و عدم دریافت خسارت بیمه‌گذار با استعلام از نرم‌افزار درمانت در صورت اینکه درخواست دریافتی مطابق دستورالعمل باشد، الحاقیه ابطال را صادر و به عامل فروش اعلام می‌نماید.

نکته: جهت دریافت حق بیمه می‌بایست فرم الحاقیه برگشتی توسط بیمه‌گذار تکمیل و ارسال گردد.

نکته: شایان ذکر است در صورتی که از بیمه‌نامه خسارت دریافت شده باشد، ابطال آن امکان‌پذیر نمی‌باشد.

فسخ بیمه‌نامه

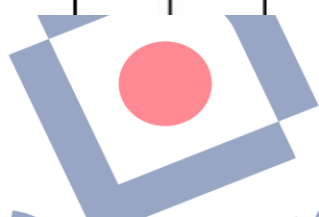
۱- فسخ از طرف بیمه‌گر:

الف) عدم رعایت اصل حسن نیت:

پس از محرز شدن عدم رعایت اصل حسن نیت توسط مدیریت بیمه‌های درمان، واحد صدور با ارسال نامه کتبی به بیمه‌گذار از طریق پست و اعلام به عامل فروش از طریق اتوماسیون و دادن مهلت ۱ ماهه جهت ارائه مستندات و مدارکی جهت اثبات رعایت اصل حسن نیت اقدام می‌نماید. در صورتیکه بیمه‌گذار در مهلت داده شده مدارک جدید ارسال نمود مجدداً توسط پزشک معتمد بررسی و در صورتیکه نظریه قبلی همچنان پابرجا باشد، دستور فسخ بیمه‌نامه صادر خواهد شد و در صورتیکه با ارائه مستندات رعایت حسن نیت بیمه‌گذار ثابت شود بیمه‌نامه به قوت خود باقی خواهد ماند.

تعهدات و حق بیمه های درمان خانواده

تعهدات (ریال)	بیمارستانی	اعمال جراحی مهم با احتساب بند ۱	باراکلینیکی گروه اول	باراکلینیکی گروه دوم	جراحی های مجاز سرباین	خدمات آزمایشگاهی	جبران هزینه های آمبولانس شهری و بین شهری	زایمان	نازایی	رفع عیوب انکساری دو چشم	ویزیت و دارو	دندانپزشکی	سمعک	غربالگری
طرح ها														
طرح عقیق	۳۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	=
طرح سرو	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
طرح سپیدار	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
طرح افرا	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰



سپیدار بیمه سامان

Saman Insurance

نمایندگی ۱۱۶۶

جدول حق بیمه اصلی سالانه (ریال)				
طرح ها	طرح عقیق	طرح سرو	طرح سپیدار	طرح افرا
حق بیمه				
حق بیمه با فرانشیز ۱۰٪	۳۸,۹۵۲,۵۷۶	۴۲,۵۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۵,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه با فرانشیز ۳۰٪	۳۳,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۱,۵۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰

نکته ۱: حق بیمه های اعلام شده در جدول برای بازه سنی ۰ تا ۶۰ سال می باشد و برای سنین بالاتر اضافه نرخ سنی اعمال خواهد شد.

✚ شرایط و میزان تخفیفات قابل ارائه :

✓ شرایط صدور بیمه نامه :

متقاضی بیمه نامه درمان خانواده موظف است برای همه اعضای خانواده یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست نماید؛ اما بیمه گر میتواند با توجه به ارزیابی سلامت و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارائه پوشش بیمه ای (به فرد یا افرادی از خانواده یا افراد تحت تکفل ایشان) و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماریهایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری نماید.

تبصره: بیمه گر میتواند مشروط به اخذ پرسشنامه سلامت و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

✓ تخفیفات قابل ارائه :

الف) بیمه گذار در صورت داشتن هر یک از شرایط زیر مشمول اخذ حداکثر ۱۰٪ تخفیف بر روی مبلغ حق بیمه می گردد:

- بیمه گذار دارای بیمه نامه عمر سامان بوده باشد.

- در صورتیکه بیمه گذار، حق بیمه را بصورت نقدی (یکجا) پرداخت نماید.

تذکر : لازم به ذکر است، میزان تخفیف قابل ارائه در صورت داشتن موارد فوق الذکر حداکثر ۱۰٪ خواهد بود.

ب) در صورتی که تعداد بیمه شدگان (بر اساس صفحه اطلاعات همسر و فرزندان در شناسنامه بیمه گذار) بیمه نامه ۳ نفر و بیشتر باشد، صدور بیمه نامه مشمول ۱۵٪ تخفیف خواهد شد.

نکته ۲: لازم به ذکر است، تخفیفات مطرح شده در بند الف و ب پیش نیاز یکدیگر نمی باشند و در صورت احراز شرایط تعلق تخفیفات هریک به تنهایی و یا در ادامه یکدیگر قابل اعمال خواهند بود.

✚ اضافه نرخ :

در شرایط زیر به حق بیمه ها، اضافه نرخ تعلق می گیرد:

• اضافه نرخ بابت نداشتن بیمه گر پایه :

در صورتیکه بیمه گذار فاقد بیمه گر پایه باشد، ۱۸٪ بعنوان اضافه نرخ به حق بیمه (مندرج در جدول حق بیمه اصلی سالانه (جدول شماره ۱) اضافه خواهد شد.

• اضافه نرخ بابت بازه سنی:

حق بیمه های جدول شماره ۱ درخصوص بازه سنی صفر تا ۶۰ سال می باشد و برای سنین بالاتر، اضافه نرخ سنی به شرح ذیل اعمال خواهد شد: اضافه نرخ درخصوص بازه سنی ۶۱ تا ۷۰ سال تمام معادل ۵۰٪ و درخصوص بازه سنی ۷۱ تا ۷۵ سال (مشتریان وفادار) ۲۰۰٪ می باشد.

نکته ۳: مشتریان وفادار شامل مشتریانی می شود که بیمه نامه ایشان حداقل برای دو سال متوالی در شرکت بیمه سامان تمدید شده است در غیراینصورت بیمه نامه قابل صدور نمی باشد.

✚ نحوه تقسیط بیمه نامه :

در صورتی که بیمه گذار تقاضای پرداخت حق بیمه بصورت اقساط را داشته باشد، می بایست حداقل ۳۰٪ تا ۵۰٪ از کل حق بیمه را بصورت نقدی پرداخت نموده و مابقی را نهایتاً طی ۴ الی ۶ قسط مساوی متوالی ماهانه یا ۳ قسط متوالی یک ماه درمیان پرداخت نماید.

نکته ۴: تقسیط بیمه نامه های درمان تکمیلی خانواده، صرفاً با دریافت چک امکان پذیر است.

❖ مد نظر داشته باشید بدلیل کم بودن مبلغ حق بیمه، عموماً حق بیمه این بیمه نامه بصورت نقدی دریافت می شود

تعاریف:

○ **بنگاه‌های کوچک و متوسط (SMEs):** بنگاه‌های کوچک و متوسط، واحدهای صنعتی و خدماتی (شهری و روستایی) هستند که تعداد بیمه شدگان (مجموع اصلی و تحت تکفل)، حداقل از ۱ تا ۲۰۰ نفر و دارای کد اقتصادی باشد. در صورتی که کد اقتصادی نداشته باشند اعلام کد کارگاه الزامی است.

○ **بیمه‌گذار:** بیمه‌گذار شخص حقوقی (و یا کارفرمای حقیقی عنوان شده در لیست بیمه گر پایه با کد کارگاه) است که مشخصات وی در بیمه‌نامه ذکر گردیده و متعهد به پرداخت حق بیمه بوده و می‌بایست دارای کد اقتصادی باشد، در صورتی که کد اقتصادی نداشته باشند اعلام کد کارگاه الزامی است.

تبصره: در خصوص هلدینگ‌ها با ارائه تصویر روزنامه رسمی که نشانگر ارتباط بین شرکت مادر با زیرمجموعه‌ها باشد، شرکت مادر میتواند با اعلام کتبی بعنوان بیمه‌گذار حقوقی پرداخت کننده حق بیمه ثبت گردد. بدیهی است در غیر این صورت امکان تجمیع چند بیمه‌گذار با کد کارگاهی متفاوت وجود نخواهد داشت.

○ **بیمه شدگان:** بیمه شده اصلی شخصی است که بعنوان کارمند یا کارگر بیمه‌گذار بوده و در لیست بیمه، بیمه گر پایه قرار دارد و ایشان و اعضای خانواده وی جهت تحت پوشش قرار گرفتن بیمه درمان تکمیلی گروه‌های کوچک و متوسط به بیمه‌گر معرفی گردیده‌اند. لازم به توضیح است که سقف سنی برای بیمه شدگان ۷۰ سال تمام می‌باشد. کلیه بیمه شدگان اصلی (کارکنان بیمه‌گذار) صرفاً در صورت دارا بودن بیمه‌نامه تامین اجتماعی با کد کارگاهی بیمه‌گذار، تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار می‌گیرند.

تبصره: اعضای خانواده بیمه‌شده اصلی عبارتند از:

الف) همسر (همسران) دائم بیمه‌شده اصلی

ب) فرزندان تحت تکفل بیمه‌شده اصلی

ج) پدر و مادر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی تا سقف سنی ۷۰ سالگی (والدین می‌بایست تحت تکفل بیمه‌شده اصلی بوده و پوشش تامین اجتماعی آنها از طریق بیمه‌شده اصلی صورت پذیرفته باشد).

سقف تعهدات (نفر-ریال)					عنوان پوشش
SME ۵	SME ۴	SME ۳	SME ۲	SME ۱	
۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بستری، جراحی عمومی
۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی های تخصصی
۶,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	آمبولانس (داخل و بین شهری)
۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	زایمان
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	پارا کلینیکی ۱
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	پارا کلینیکی ۲
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی های سرپایی
۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	آزمایشگاهی
۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	رفع عیوب انکساری دو چشم
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	غربالگری جنین
۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت، دارو و خدمات اورژانس
۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی
۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	درمان نازایی و ناباروری
۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	سمک (دوگوش)
۳,۵۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	عینک و لنز طبی

فرانشیز: 

فرانشیز تمامی بندهای مندرج در طرح ها برابر با ۱۰ درصد می باشد.

مبلغ حق بیمه به تفکیک طرح‌ها:

جدول شماره ۱

حق بیمه خالص ماهیانه به ازای هر نفر (ریال) برای بازه سنی ۰ تا ۶۰ سال تمام			
بازه تعدادی گروه های	هدف	طرح ها	
۱-۵۰ نفر	۵۱-۱۵۰ نفر	۱۵۱-۲۰۰ نفر	
SME ۱	۲,۲۴۶,۴۰۰	۱,۹۸۷,۲۰۰	۱,۹۰۰,۸۰۰
SME ۲	۳,۰۲۴,۰۰۰	۲,۵۰۵,۶۰۰	۲,۳۳۲,۸۰۰
SME ۳	۳,۲۸۳,۲۰۰	۲,۶۷۸,۴۰۰	۲,۵۰۵,۶۰۰
SME ۴	۳,۷۱۵,۲۰۰	۳,۱۱۰,۴۰۰	۲,۹۳۷,۶۰۰
SME ۵	۴,۴۹۲,۸۰۰	۳,۸۸۸,۰۰۰	۳,۶۲۸,۸۰۰

نمایندگی
Saman Insurance
۱۱۶۶

جدول شماره ۲

حق بیمه خالص ماهیانه به ازای هر نفر (ریال) برای بازه سنی ۶۱ تا ۷۰ سال تمام			
بازه تعدادی گروه های	هدف	طرح ها	
۱-۵۰ نفر	۵۱-۱۵۰ نفر	۱۵۱-۲۰۰ نفر	
SME ۱	۳,۳۶۹,۶۰۰	۲,۹۸۰,۸۰۰	۲,۸۵۱,۲۰۰
SME ۲	۴,۵۳۶,۰۰۰	۳,۷۵۸,۴۰۰	۳,۴۹۹,۲۰۰
SME ۳	۴,۹۲۴,۸۰۰	۴,۰۱۷,۶۰۰	۳,۷۵۸,۴۰۰
SME ۴	۵,۵۷۲,۸۰۰	۴,۶۶۵,۶۰۰	۴,۴۰۶,۴۰۰
SME ۵	۶,۷۳۹,۲۰۰	۵,۸۳۲,۰۰۰	۵,۴۴۳,۲۰۰

جدول شماره ۳

حق بیمه خالص ماهیانه به ازای هر نفر (ریال) برای بازه سنی ۷۱ تا ۷۵ سال تمام (صرفاً در خصوص مشتریان وفادار*)			
بازه تعدادی گروه های هدف	۱-۵۰ نفر	۵۱-۱۵۰ نفر	۱۵۱-۲۰۰ نفر
طرح ها			
SME ۱	۶,۷۳۹,۲۰۰	۵,۹۶۱,۶۰۰	۵,۷۰۲,۴۰۰
SME ۲	۹,۰۷۲,۰۰۰	۷,۵۱۶,۸۰۰	۶,۹۹۸,۴۰۰
SME ۳	۹,۸۴۹,۶۰۰	۸,۰۳۵,۲۰۰	۷,۵۱۶,۸۰۰
SME ۴	۱۱,۱۴۵,۶۰۰	۹,۳۳۱,۲۰۰	۸,۸۱۲,۸۰۰
SME ۵	۱۳,۴۷۸,۴۰۰	۱۱,۶۶۴,۰۰۰	۱۰,۸۸۶,۴۰۰

✚ شرح تعهدات به تفکیک:

عنوان پوشش	شرح
بستری، جراحی عمومی	جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care
جراحی های تخصصی	جبران هزینه های اعمال جراحی مهم مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف قلب، پیوند ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان، شیمی درمانی، رادیوتراپی
آمبولانس	هزینه آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج
زایمان	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین
پارا کلینیکی ۱	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع رادیوگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانستومتری
پارا کلینیکی ۲	جبران هزینه های مربوط به انواع آندوسکوپی، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عضله EMG، نوار عصب NCV، نوار مغز EEG، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، نوار قلب، شنوایی شنجی، بینایی شنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم
جراحی های سرپایی	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی
آزمایشگاهی	هزینه های خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی پاتولوژی و فیزیوتراپی
رفع عیوب انکساری دو چشم	لیزیک و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا با جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
غیربالگری جنین	جبران هزینه های تست های غیربالگری جنین شامل مارکرها های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین
ویزیت، 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 (غیر بستری)
دندانپزشکی	جبران هزینه های دندان پزشکی و جراحی لثه (به جز ایمپلنت، ارتودنسی و دندان مصنوعی)
درمان نازایی و ناباروری	هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IVF, GIFT, ZIFT, IUI, میکرو اینجکشن و
سمعک (دوگوش)	خرید سمعک (دو گوش)
عینک و لنز طبی	جبران هزینه های عینک یا لنز طبی

🌟 مشتری وفادار: افراد حائز شرایط ذیل به عنوان مشتری وفادار در نظر گرفته می شوند:

۱. بیمه نامه ایشان حداقل برای دو سال متوالی در شرکت بیمه سامان تمدید شده است.
 ۲. تعداد بیمه شدگان (کل نفرات) حداقل ۲۰ نفر و تعداد افراد در بازه سنی ۷۱ تا ۷۵ سال تمام، نباید بیش از ۱۰٪ کل نفرات باشد.
 - نکته ۱:** جهت محاسبه تعداد بیمه شدگان برای محاسبه حق بیمه خالص می بایست کلیه متقاضیان بیمه نامه (بیمه شدگان اصلی و افراد تحت تکفل درخواستی (بیمه شدگان فرعی)) را به عنوان تعداد گروه های هدف در نظر گرفت.
 - نکته ۲:** حق بیمه های اعلام شده در جداول فوق به صورت خالص می باشد.
-
- ۱- استفاده از بیمه نامه های درمان گروه های کوچک و متوسط (SME) در قالب درمان خانواده برای گروه های کوچک و متوسط، در صورتی امکان پذیر است که کارگاه دارای کد اقتصادی یا کارگاهی و دارای لیست تامین اجتماعی باشند.
 - ۲- بیمه گذار شخص حقوقی (و یا کارفرمای حقیقی عنوان شده در لیست بیمه گر پایه با کد کارگاه) است که مشخصات وی در بیمه نامه ذکر می گردد و متعهد به پرداخت حق بیمه می باشد و می بایست دارای کد اقتصادی باشد، در صورتی که کد اقتصادی نداشته باشند اعلام کد کارگاه الزامی است.
 - ۳- تعداد بیمه شدگان (مجموع اصلی و تحت تکفل)، حداقل از ۱ تا ۲۰۰ نفر می باشد.
 - ۴- حداقل ۵۰٪ لیست تامین اجتماعی شرکت می بایست بیمه نامه را تهیه نمایند که برای هر بیمه شده اصلی و بیمه شده های فرعی مربوطه، یک بیمه نامه خانواده با طرح SME (بیمه گذار پرداخت کننده شرکت) صادر می شود. لذا بر این اساس همه بیمه شدگان می بایست فرم پرسشنامه گواهی سلامت (PIF004) را تکمیل نمایند و با نظر پزشک معتمد تحت پوشش قرار گیرند.
 - ۵- بیمه نامه بعد از ارزیابی پزشکی و پرداخت حق بیمه با دریافت شماره قرارداد به نام بیمه گذار پرداخت کننده صادر خواهد شد.
 - ۶- بیمه شده اصلی می بایست پیشنهاد بیمه برای خود و کلیه اعضای خانواده ی خود را درخواست نماید و فرم پرسشنامه گواهی سلامت (PIF004) را به طور کامل و خوانا تکمیل نمایند، در صورتی که کلیه ی اعضای خانواده قصد استفاده از بیمه نامه را نداشته باشند امکان استفاده از این تسهیلات برای سایر اعضای خانواده نیز وجود ندارد، در نتیجه فقط بیمه شده ی اصلی می تواند تحت پوشش قرارگیرد، همچنین بیمه گر می تواند با توجه به پاسخ های مندرج در پرسشنامه گواهی سلامت (PIF004)، از ارائه ی پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی و یا از ارائه پوشش هزینه زایمان و یا بیماری هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری نماید.
 - ۷- در این بیمه نامه امکان حذف بیمه شده مگر در حالت های فوت بیمه شده، طلاق و یا قطع وجود ندارد.
- همچنین اضافه شدن بیمه شدگان نیز شامل همسر جدید الازواج بیمه شده اصلی شاغل در شرکت و دارای پوشش بیمه درمان (اعلام به بیمه گر حداکثر تا یک ماه پس از تاریخ عقد)، نوزاد (اعلام به بیمه گر حداکثر دو ماه از بدو تولد)، افراد جدید استخدام (اعلام به بیمه گر حداکثر تا دو ماه و با ارائه مستندات مثل لیست بیمه گر پایه و...) و سایر افرادی است که در طول مدت بیمه نامه تحت تکفل بیمه شده اصلی می گردند امکانپذیر خواهد بود. امکان ارائه پوشش به افراد فوق الذکر منوط به تکمیل پرسشنامه گواهی سلامت (PIF004) بررسی و تایید توسط پزشک معتمد می باشد.
- در صورت فوت بیمه شده، بیمه گذار می بایست تصویر جواز دفن و در صورت طلاق، می بایست تصویر کلیه صفحات شناسنامه خود را به عامل صدور ارائه دهد.
 - تذکر ۲: نحوه تحت پوشش قراردادن نوزاد/نوزادان بدین شکل می باشد که ابتدا پس از تولد، پرسشنامه گواهی سلامت (PIF004) تکمیل شده، پرونده زایمان و نامه ویزیت متخصص اطفال جهت تایید سلامتی نوزاد به عامل صدور ارائه شده و بررسی سلامت نوزاد توسط پزشک معتمد شرکت انجام می گیرد و در صورت تأیید پزشک معتمد و همچنین با در نظر گرفتن شرط ذیل، نوزاد از بدو تولد به بیمه نامه اضافه می گردد:
- شرط صدور بیمه نامه درمان تکمیلی برای نوزاد، داشتن بیمه نامه درمان تکمیلی توسط پدر یا مادر (بیمه گذار) نوزاد (به شرط حیات و سرپرستی خانواده) است
- ۸- در صورت قطع قرارداد همکاری بیمه شده اصلی با شرکت بیمه گذار یا فوت وی، در صورتی که حق بیمه به صورت کامل توسط بیمه گذار پرداخت گردد، پوشش برای سایر اعضای خانواده وی تا پایان مدت قرارداد معتبر بوده و قابل استفاده است.
 - ۹- پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی با تکمیل فرم پرسشنامه گواهی سلامت (PIF004) در صورت تایید (پزشک معتمد) امکان استفاده از بیمه نامه را خواهند داشت.

۱۰- امکان انتخاب دو طرح در قالب یک بیمه‌نامه وجود ندارد.

۱۱- کلیه اعمال زیبایی مربوط به جاقی مانند اسلیو معده، بای‌پس معده و ... همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه‌نامه می‌باشند.

۱۲- امکان صدور بیمه‌نامه برای متقاضیانی که دارای BMI (شاخص توده بدنی) بالای ۴۰ هستند، وجود ندارد.

۱۳- صدور بیمه‌نامه تنها پس از تایید کارشناس یا پزشک معتمد امکان‌پذیر خواهد بود. لازم به ذکر است، تاریخ شروع بیمه‌نامه برابر با تاریخ واریز ۲۵٪ از حق بیمه کل اعضاء گروه در وجه بیمه سامان خواهد بود. (پرداختیایی که کمتر از ۲۵٪ باشد ملاک تاریخ شروع بیمه‌نامه نخواهند بود). در صورتی که از تاریخ تایید پزشک معتمد بیش از یک ماه بگذرد و هنوز ۲۵٪ حق بیمه به حساب بیمه سامان واریز نشده باشد، می‌بایست فرم پرسشنامه سلامت (PIF004) مجدد تکمیل و مورد ارزیابی پزشکی قرار گیرد.

تبصره ۱: مدت بیمه‌نامه پرسنلی که در اثنای قرارداد به مجموعه گروه‌های خود اضافه می‌گردند نیز از بند فوق تبعیت خواهد نمود، به نحوی که زمان واریز اولین حق بیمه پرداختی برابر با تاریخ شروع بیمه‌نامه و پایان بیمه‌نامه وی برابر با روز و ساعت مشابه در سال آتی خواهد شد. (به عبارت دیگر تاریخ شروع و پایان بیمه‌نامه افراد جدیدالاستخدامی که بعد از شروع قرارداد اضافه می‌گردند با سایرین متفاوت خواهد بود)، همچنین لازم بذکر می‌باشد، افراد جدیدالاستخدام، در همان شماره قراردادی که سایر اعضا تعریف شده اند قرار می‌گیرند و حق بیمه آنها نیز مطابق سایر اعضای گروه می‌باشد و در مورد اضافه شدن افراد جدید الاستخدام مهلت ارائه لیست تأمین اجتماعی از تاریخ شروع به کار ۷۰ روز در نظر گرفته شود.

تبصره ۲: افرادی که به عنوان همسر و یا نوزاد در حین بیمه‌نامه به اعضای خانواده بیمه شده اصلی اضافه می‌شوند، تاریخ اعتبار بیمه‌نامه ی آنها تا پایان سال بیمه‌ای مربوط به بیمه‌نامه ی اصلی می‌باشد.

۱۴- در خصوص هلدینگ‌ها نیز با ارائه مستندات از جمله روزنامه رسمی که نشانگر ارتباط بین زیرمجموعه‌ها باشد، شرکت مادر میتواند بعنوان بیمه‌گذار حقوقی پرداخت کننده حق بیمه ثبت گردد. بدیهی است در غیر این صورت امکان تجمیع چند بیمه‌گذار با کدکارگاهی متفاوت وجود نخواهد داشت.

۱۵- دوره انتظار برای گروه‌های کوچک و متوسط با ارائه آخرین لیست بیمه‌شدگان معتبر سال گذشته که به مهر و امضای ستاد مرکزی شرکت بیمه‌گر قبلی رسیده باشد- برای اسامی مندرج در لیست مذکور- حذف خواهد شد، مشروط به آنکه از لحاظ زمانی بین دو بیمه‌نامه بیش از یک ماه فاصله ایجاد نشده باشد.

تبصره: در صورتی که بیمه‌شده جدید به شرکت بیمه‌گذار اضافه شود، تنها در صورتی که شرایط بالا را داشته باشد، دوره انتظار این بیمه‌شده و بیمه‌شدگان فرعی وی حذف می‌گردد، بدین معنی که حذف دوران انتظار هر بیمه‌شده بسته به پوشش قبلی تک تک بیمه‌شدگان می‌باشد.

✓ **تمدید:**

- تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه بیمه‌شده اصلی به همراه تصویر صفحه اول تمامی بیمه‌شدگان تبعی برای بیمه‌شدگان جدید (در صورت وجود)
- اصل فرم پیشنهاد (PIF003) یا نامه کتبی درخواست بیمه‌نامه توسط هر یک از پرسنل
- پرسشنامه گواهی سلامت (PIF004) برای افراد جدید
- تصویر آخرین لیست بیمه‌گر پایه که از یک کد کارگاه واحد و بنام شرکت درخواست‌کننده (SME) باشد.
- تصویر استعلام اعتبار بیمه‌نامه پایه از سایت تأمین اجتماعی <https://medical.tamin.ir> (در صورتی که بیمه‌گر پایه تأمین اجتماعی نباشد می‌بایست تصویر صفحه ی اول دفترچه بیمه‌گر پایه ارائه گردد).

مدارک مورد نیاز جهت دریافت خسارت:

۱- **هزینه بستری:** جهت دریافت هزینه بستری می بایست اصل یا کپی برابر اصل پرونده بیمارستانی یا اورژانس به همراه اصل قبض واریز ارسال گردد. لازم بذکر است در صورت اینکه شخص از بیمه گر پایه خود استفاده نکرده باشد ابتدا می بایست سهم بیمه گر اول را دریافت و سپس مدارک را به همراه نامه بیمه گر پایه در خصوص میزان خسارت واریز شده ارسال نماید و در صورت اینکه قصد دریافت خسارت از بیمه گر پایه را ندارد می بایست فرم انصراف از تامین اجتماعی و ... را تکمیل و به همراه مدارک مذکور ارسال نماید.

نکته: در صورتیکه جراحی علاوه بر جنبه درمانی، جنبه زیبایی هم داشته باشد (به طور مثال مامو پلاستی، یا جراحی افتادگی پلک و ...) قبل از عمل می بایست همراه با مدارک درمانی نزد پزشک معتمد مراجعه و تاییدیه از ایشان دریافت نمایند.

خسارت بیمارستانی

*عمل جراحی ارائه ی مدارک زیر الزامیست:

- ارائه ی برگه ی شرح عمل جراحی
- اصل گواهی بیهوشی ممهور به مهر پزشک بیهوشی و چارت بیهوشی
- اصل صورتحساب بیمارستان
- اصل صورتحساب ریز داروها و وسایل مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر داروخانه بیمارستان
- در صورت جراحی سپتوپلاستی ارائه گرافی یا سی تی اسکن قبل از عمل جراحی
- ارائه جواب پاتولوژی جهت سایر اعمال جراحی که بافتی از بدن خارج شده است
- گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته با مهر
- در صورت جراحی کورتاژ ارائه ی سونو گرافی قبل از عمل و پاتولوژی
- اصل گواهی جراح ممهور به مهر پزشک جراح
- اصل گواهی کمک جراح ممهور به مهر پزشک
- گزارش دستورات پزشک در حین بستری
- گزارش شرح حال بیمار
- در صورتیکه لوازم یا دارو در ریز صورتحساب بالای ۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال باشد کپی برابر اصل فاکتور مادر خرید دارو توسط بیمارستان نیز باید پیوست گردد
- رونوشت جواب رادیوگرافی mri سی تی اسکن ، اکو، تست ورزش، سونوگرافی ، ماموگرافی ، مانیتورینگ، آنژیوگرافی و ...
- گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته با مهر (در صورت داشتن مشاوره شرح مشاوره)
- برگه ی تجمیعی آزمایشگاه
- گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی به همراه تاریخ اقدامات انجام شده در هر جلسه

۲- **هزینه های پاراکلینیکی:** جهت دریافت هزینه های پاراکلینیکی می بایست اصل دستور پزشک مبنی بر درخواست اقدام تشخیص به همراه اصل قبض هزینه (ممهور به مهر مرکز درمانی) و کپی جواب ارسال گردد.

* عینک:

- اصل قبض رسید (مبلغ پرداختی) ممهور به مهر مرکز خرید عینک و قید تاریخ و مشخصات کامل
- برگه تعیین نمره چشم (ممهور به مهر چشم پزشک و یا اپتومتریست)

* ویزیت:

- اصل قبض رسید (مبلغ پرداختی توسط بیمار) ممهور به مهر پزشک معالج و قید تاریخ

* دارو:

- اصل دستور پزشک مبنی بر لیست دارو به همراه تایید داروخانه به تفکیک لیست قیمت داروها و فاکتور مهر شده توسط داروخانه ارسال گردد.

-سوابق بیماری بیمه شده در موارد بیماریهای خاص

***خدمات آزمایشگاهی:** جهت دریافت هزینه های آزمایشگاهی می بایست اصل دستور پزشک مبنی بر انجام آزمایش به همراه اصل قبض هزینه (ممه‌ور به مهر مرکز درمانی) و کپی جواب آزمایش ارسال گردد.

تبصره: جهت دریافت هزینه فیزیوتراپی اصل دستور پزشک با ذکر تعداد جلسات مورد نیاز به همراه اصل فاکتور پرداختی با مهر فیزیوتراپی ارسال گردد

***تصویر برداری:** جهت دریافت هزینه های تصویربرداری می بایست اصل دستور پزشک مبنی بر انجام سونو - مامو mri به همراه اصل قبض هزینه (ممه‌ور به مهر مرکز درمانی) و کپی جواب ارسال گردد.

۳-دندانپزشکی: اصل فاکتور دندانپزشکی با ذکر ریز خدمات صورت گرفته به همراه تاریخ و مهر دندانپزشک ارسال گردد. در صورت اینکه خدمات انجام شده نیاز به عکس رادیولوژی قبل و بعد از انجام کار داشته باشد (مثل کشیدن دندان، درمان ریشه، ترمیم دندان و...) جهت اخذ خسارت عکس همراه با فاکتور در پرتال درمانت بیمه شده ثبت و اصل فاکتور به درمانت ارسال گردد از آنجایی که جهت ادامه ی درمان نیاز به عکس گرافی میباشد نیاز به ارسال فیزیک عکس نیست، مگر به صلاحدید کارشناس خسارت که در پرتال بیمه شده درخواست داده باشد.

لازم به ذکر است در حال حاضر در پرتال بیمه شدگان قسمت مشاهده پیام ها فرم هزینه لیست خسارت وجود دارد که بسته به تاریخ ثبت هزینه و شماره نامه ی دریافتی فایل مربوطه را داندلود و پرینت گرفته و بروی مدارک قرار میدهید و مدارک را جهت دریافت خسارت ارسال می نمایید.

نکته ۱: مهلت ثبت مدارک جهت دریافت خسارت از بیمه گر حداکثر ۴ ماه از تاریخ فاکتور یا همان هزینه می باشد.

نکته ۲: بیمه شدگان می بایست اقدام به ثبت خسارت پاراکلینیکی در پرتال درمانت خود، سایت <http://portal.darmanet.ir/> نمایند که کلیپ آموزشی از طریق واحد خسارت درمان قابل ارائه میباشد و همچنین پس از اطلاع درمانت به ارسال فیزیک مدارک باید اقدام به ارسال مدارک پاراکلینیکی نمایند

لازم بذکر است مدارک بیمارستانی حتما بایستی بصورت اصل بدون ثبت در پرتال بیمه شده به درمانت ارسال شود

دریافت معرفی نامه جهت استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد:

۱- در پرتال بیمه شدگان قسمت درخواست معرفی نامه اقدام به ثبت درخواست می نمایند پس از صدور فایل آن قابل پرینت و ارائه به بیمه شده میباشد.

۲- در صورتی که از معرفی نامه به هر دلیلی استفاده نگردید مرکز طرف قرارداد باید اقدام به پاراف عدم استفاده از معرفی نامه نماید و با قید درج مهر و امضا تایید نماید سپس از طریق واحد خسارت درمانت یا آدرس ایمیل پیگیری خسارت درمان as.khesaratdarman@gmail.com پیگیری ابطال معرفی نامه نمایند در صورت عدم انجام این اقدام معرفی نامه باز مانده واز سقف آن پوشش بیمه شده امکان استفاده نخواهد داشت

نکته: بیمه شدگان بیمه های درمان گروهی جهت دریافت معرفی نامه می توانند بصورت آنلاین به مراکز طرف قرارداد مراجعه نمایند که استعلام آن نیز در سایت درمانت قابل ملاحظه میباشد.