

PIF106	جدول طرح‌ها و حق بیمه‌های بیمه‌نامه‌های درمان مبتنی بر شرکت‌های کوچک و متوسط (SME)	
تجدیدنظر: 04		
صفحه: ۱ از ۴		

۱- جدول طرح‌ها و تعهدات:

جدول شماره ۱

سقف تعهدات (نفر-ریال)			عنوان پوشش در خصوص جبران هزینه‌های
سطح 3	سطح 2	سطح 1	
بدون سقف	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بستری، جراحی عمومی
بدون سقف	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	اعمال جراحی‌های تخصصی
بدون سقف	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه‌های آمبولانس
۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه زایمان
بدون سقف	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پارا کلینیکی گروه اول
بدون سقف	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پارا کلینیکی گروه دوم
بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	اعمال مجاز سربایی
۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	خدمات آزمایش‌های تشخیصی - پزشکی
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	رفع عیوب انکساری چشم راست
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	رفع عیوب انکساری چشم چپ

جدول شماره ۲

سقف تعهدات (نفر-ریال)			عنوان پوشش‌های اختیاری
سطح 3	سطح 2	سطح 1	
بدون سقف	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	تست‌های غربالگری جنین
۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت، دارو و خدمات اورژانس
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی و جراحی لثه
بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	درمان نازایی و ناباروری
۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	سمعک (دو گوش)
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	عینک و لنز طبی
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی

۲- فرانشیز:

فرانشیز تمامی بندهای مندرج در طرح‌ها و پوشش‌های اختیاری برابر با ۱۰٪ می‌باشد.

۳- مبلغ حق بیمه به تفکیک طرح‌ها:

جدول شماره ۳

حق بیمه سالانه طرح‌ها برای بازه سنی ۰ تا ۶۰ سال تمام (نفر-ریال)			
سطح 3	سطح 2	سطح 1	بازه تعدادی هر گروه
۱۹۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۹۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۰-۴۹ نفر
۱۷۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۸۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۰-۱۵۰ نفر
۱۶۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۹,۰۰۰,۰۰۰	۷۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۱-۳۰۰ نفر

PIF106	جدول طرح‌ها و حق بیمه‌های بیمه‌نامه‌های درمان مبتنی بر شرکت‌های کوچک و متوسط (SME)	
تجدیدنظر: 04		
صفحه: ۲ از ۴		

جدول شماره ۴

حق بیمه سالانه پوشش‌های اختیاری برای بازه سنی ۰ تا ۶۰ سال تمام (نفر-ریال)			
سطح 3	سطح 2	سطح 1	بازه تعدادی هر گروه
۱۸۱.۰۰۰.۰۰۰	۱۴۳.۰۰۰.۰۰۰	۱۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰-۴۹ نفر
۱۶۳.۰۰۰.۰۰۰	۱۲۹.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۴.۰۰۰.۰۰۰	۵۰-۱۵۰ نفر
۱۵۴.۰۰۰.۰۰۰	۱۲۲.۰۰۰.۰۰۰	۹۸.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۱-۳۰۰ نفر

- نکته ۱:** حق بیمه‌های مندرج در جداول شماره ۳ و ۴ مشمول تخفیف دیگری نخواهند شد.
- نکته ۲:** نحوه محاسبه حق بیمه افرادی که دراثانی قرارداد حذف و یا اضافه می‌گردند و یا اینکه به درخواست بیمه‌گزار حقوقی (یا کارفرمای حقیقی) پرداخت‌کننده حق بیمه (با ارائه لیست بیمه پایه) به‌عنوان کارکنان جدیدالاستخدام به قرارداد اضافه و یا به دلیل ترک کار، بیمه‌نامه آن‌ها فسخ شود، به‌صورت کوتاه‌مدت (ماه شمار) در نظر گرفته می‌شود. اما در صورتی که مورد فسخ از طرف بیمه‌گر باشد، حق بیمه مدت روزهای باقی‌مانده تا تاریخ انقضای بیمه‌نامه صادره به‌صورت روزشمار محاسبه خواهد شد.
- نکته ۳:** اگر هنگام حذف بیمه‌شده فرعی و یا فسخ بیمه‌نامه، خسارت دریافت شده باشد (فارغ از مبلغ هزینه)، حق بیمه‌ی مدت باقی‌مانده‌ی آن بیمه‌شدگانی که از آن محل خسارت دریافت نموده‌اند، عودت نمی‌گردد.
- نکته ۱:** طبق جداول شماره ۳ و ۴، حق بیمه گروه بر اساس تعداد کل بیمه‌شدگانی (اعم از افراد اصلی و تحت تکفل آن‌ها) که از بدو شروع قرارداد تحت پوشش قرار می‌گیرند محاسبه می‌گردد.
- نکته ۴:** ارائه پوشش به گروه‌های زیر ۵۰ نفر منوط به تکمیل پرسشنامه سلامت (PIF004) و ارزیابی پزشکی می‌باشد.
- نکته ۵:** جهت گروه‌های ۵۰ نفر و بالاتر باید ۱۰۰٪ افراد لیست بیمه‌گر پایه متقاضی اخذ پوشش بیمه درمان تکمیلی باشند.
- نکته ۶:** منظور از تعداد گروه، مجموع نفرات کل بیمه‌شدگان قرارداد اعم از اصلی و فرعی می‌باشد.

۴- نحوه اخذ پوشش‌های اختیاری

- به شکل ۳ زیر بیمه‌گزاران هر یک از طرح‌ها می‌توانند با پرداخت حق بیمه‌های اضافی مطابق جدول شماره ۴ نسبت به افزودن پوشش‌های اختیاری به بیمه‌نامه‌های خود اقدام نمایند:
- ۴-۱- بیمه‌گزارانی که طرح سطح ۱ را خریداری نموده‌اند، صرفاً می‌توانند در کنار طرح اصلی خود، پوشش اختیاری سطح ۱ را انتخاب نمایند.
- ۴-۲- بیمه‌گزارانی که طرح سطح ۲ را خریداری نموده‌اند، می‌توانند در کنار طرح اصلی بیمه‌نامه خود یکی از دو سطوح ۱ و ۲ پوشش‌های اختیاری را انتخاب نمایند.
- ۴-۳- بیمه‌گزارانی که طرح سطح ۳ را خریداری نموده‌اند، به‌تبع آن می‌توانند هر یک از سه سطوح پوشش‌های اختیاری را که مدنظر داشته باشند در کنار طرح اصلی بیمه‌نامه خود انتخاب نمایند.
- نکته ۷:** هر گروه با کد کارگاهی واحد صرفاً مجاز به خرید یک طرح می‌باشد. همچنین بر همین اساس امکان این‌که افرادی از یک گروه در کنار طرح اصلی بیمه‌نامه پوشش اختیاری اخذ نمایند و افراد دیگری در همان گروه طرح بدون پوشش اختیاری انتخاب کنند وجود ندارد.
- نکته ۸:** در خصوص هلدینگ‌ها نیز با ارائه مستندات از جمله روزنامه رسمی که نشانگر ارتباط بین زیرمجموعه‌ها باشد، شرکت مادر می‌تواند به‌عنوان بیمه‌گزار حقوقی پرداخت‌کننده حق بیمه ثبت گردد. بدیهی است در غیر این صورت امکان تجمیع چند بیمه‌گزار با کد کارگاهی متفاوت وجود نخواهد داشت.

PIF106	جدول طرح‌ها و حق بیمه‌های بیمه‌نامه‌های درمان مبتنی بر شرکت‌های کوچک و متوسط (SME)	
تجدیدنظر: 04		
صفحه: ۳ از ۴		

۵- اضافه نرخ سنی:

حق بیمه‌های جدول شماره ۳ و ۴ در خصوص بازه سنی صفر تا ۶۰ سال تمام می‌باشد و برای بیمه‌شدگان با سنین بالاتر، اضافه نرخ سنی به شرح ذیل اعمال خواهد شد:

برای بیمه‌شدگانی که در بازه سنی ۶۱ تا ۷۰ سال تمام قرار دارند معادل ۵۰٪ اضافه نرخ و جهت افرادی که بازه سنی آن‌ها بین ۷۱ تا ۷۵ سال تمام باشد، ۱۰۰٪ اضافه نرخ اعمال می‌گردد.

۶- دوران انتظار:

دوره انتظار بیماری‌های مزمن ۳ ماه و دوره انتظار زایمان و جراحی‌های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری ۹ ماه می‌باشد. در صورتی که گروه متقاضیان این بیمه‌نامه‌ها، به‌صورت انفرادی، خانواده و یا گروهی سابقه‌ی پوشش درمان تکمیلی نزد دیگر شرکت‌های بیمه داشته باشند، در صورت ارائه لیست مهرشده برای گروه (و یا اخذ نامه مهر و امضاءشده در سربرگ برای بیمه‌نامه‌های انفرادی یا خانواده) از ستاد یا شعبه شرکت بیمه‌گر قبل منوط به قید مشخصات کامل بیمه‌شدگان (بیمه‌شده) و بازه زمانی پوشش بیمه درمان تکمیلی ایشان، دوره انتظار بیمه‌نامه درمان تکمیلی آن‌ها نزد شرکت بیمه سامان حذف می‌گردد.

نکته ۹: شرط حذف دوره انتظار نزد بیمه سامان، عدم وجود وقفه بیش از یک ماه بین دو بیمه‌نامه بوده و همچنین منوط به طی شدن این مدت در دوره‌ی قبل می‌باشد.

۷- نحوه تقسیط:

در صورتی که بیمه‌گذار تقاضای پرداخت حق بیمه به‌صورت اقساط را داشته باشد، مطابق با دستورالعمل نحوه تقسیط بیمه‌نامه‌ها (FDI001)، انجام قسط‌بندی حق بیمه قرارداد منوط به رعایت شرایط ذیل امکان‌پذیر می‌باشد:

- ۱- اقساط قرارداد می‌بایست حداکثر طی ۱۲ قسط مساوی و متوالی تسویه گردد.
- ۲- پرداخت اولین قسط می‌بایست هم‌زمان با تاریخ شروع بیمه‌نامه باشد.
- ۳- سررسید آخرین قسط نمی‌تواند کمتر از ۱ ماه تا انقضای بیمه‌نامه در نظر گرفته شود.

نکته ۱۰: تقسیط بیمه‌نامه‌های درمان شرکت‌های کوچک و متوسط (SME)، صرفاً با دریافت چک صیادی به تعداد هر سررسید (۱۱ فقره چک به ازای هر سررسید) در بدو قرارداد امکان‌پذیر است، لیکن در خصوص آن دسته از بیمه‌گذاران حقوقی یا کارفرمایان حقیقی پرداخت‌کننده حق بیمه قرارداد که برای ایشان ارائه چک درازای هر سررسید به‌صورت ماه‌به‌ماه مقدور نباشد، امکان تقسیط به‌صورت پرداخت حداقل ۲۵٪ حق بیمه به‌طور هم‌زمان با تاریخ صدور بیمه‌نامه‌ها و واگذاری ۳ فقره چک صیادی در همان ابتدای قرارداد جهت تسویه مابقی حق بیمه به سررسید هر ۳ ماه یک‌بار میسر می‌باشد، لازم به ذکر است در این شکل از نحوه‌ی تقسیط حداکثر فاصله آخرین قسط تا انقضای بیمه‌نامه نمی‌تواند کمتر از ۳ ماه باشد.

نکته ۱۱: کارفرمایان حقیقی تنها در صورتی می‌توانند به‌جای پرداخت‌کننده حق بیمه قرارداد قرار گیرند که نام ایشان در لیست بیمه‌گر پایه به‌عنوان "کارفرما" قیدشده باشد.

PIF106	جدول طرح‌ها و حق بیمه‌های بیمه‌نامه‌های درمان مبتنی بر شرکت‌های کوچک و متوسط (SME)	
تجدیدنظر: 04		
صفحه: ۴ از ۴		

۸- شرح تعهدات به تفکیک:

جدول شماره ۵

ردیف	عنوان پوشش	شرح
۱	بستری، جراحی عمومی	جبران هزینه‌های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت‌زمان موردنیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مرکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان‌ها)
۲	اعمال جراحی‌های تخصصی	جبران هزینه‌های اعمال جراحی مهم مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، شیمی درمانی، رادیوتراپی و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب ردیف ۱)
۳	آمبولانس	هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل‌وانتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج که از محل ردیف ۱ قابل پرداخت می‌باشد.
۴	زایمان	جبران هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین
۵	پارا کلینیکی گروه اول ۱	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری
۶	پارا کلینیکی گروه دوم	جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی (نوار قلب)، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)
۷	اعمال مجاز سرپایی	جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی
۸	خدمات آزمایش‌های تشخیصی - پزشکی	جبران هزینه‌های خدمات آزمایشات تشخیصی - پزشکی شامل پاتولوژی، ژنتیک پزشکی و تست‌های آلرژیک (به‌جز چکاپ و طب کار)
۹	رفع عیوب انکساری	جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی و آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۱۰	غربالگری جنین	جبران هزینه‌های تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین
۱۱	ویزیت، دارو و خدمات اورژانس	جبران هزینه‌های ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور، صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس (غیر بستری)
۱۲	دندانپزشکی	هزینه‌های سرپایی یا بستری خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به‌جز ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی و موارد زیبایی)
۱۳	درمان نازایی و ناباروری	هزینه‌های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI، ZIFT، GIFT، میکرو اینجکشن و IVF
۱۴	سمعک (دوگوش)	جبران هزینه خرید سمعک (دو گوش)
۱۵	عینک و لنز طبی	جبران هزینه خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی
۱۶	فیزیوتراپی و توان بخشی	جبران هزینه‌های فیزیوتراپی (PT)، گفتاردرمانی (ST)، کاردرمانی (OT)

نکته ۱۲: هزینه‌های مورد تعهد ردیف دوم جدول ۵ از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش‌های اصلی ردیف اول همان جدول پرداخت می‌شود.