



جزوه درس :

« صنوبر بیمه های درمان و حوادث »

رشته :

مدیریت بیمه - بیمه اشخاص

استاد :

جناب آقای صادقی

نام دانشگاه: علمی کاربردی امور مالیاتی استان قم

تهیه و تنظیم: دانشجو محمد یونس امیدی

نیمسال تحصیلی ۹۵۱

* بیمه های حوادث :

یکی از رشته بیمه‌های متفرقه به حساب می‌آید که معمولاً ضمیمه تکمیلی بیمه‌های عمر قرار می‌گیرد و به منظور ارائه تأمین‌های مورد نیاز بیمه‌گذار در زمان فوت ناشی از حادثه و یا نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم کامل و یا جزیی بصورت گروهی و انفرادی ارائه می‌گردد.

نکته - در بیمه‌های حوادث مانند بیمه اشیاء، اصل غرامت حاکم نبوده، بلکه تعهد شرکت بیمه، پرداخت سرمایه معینی در صورت بروز حادثه مشمول بیمه که منجر به فوت، نقص عضو و از کارافتادگی است، می‌باشد.

* تفاوت کلی بیمه‌های عمر و بیمه حوادث :

در بیمه‌های عمر، خطر مورد بیمه، مرگ که امری محتمل و غیر قابل انکار و صرفاً زمان نامشخص دارد می‌باشد ولی در بیمه‌های حوادث، خطر موضوع، حوادث و اتفاقات است که ممکن است هرگز وقوع نپذیرد. مرگ بر اثر حادثه و تصادفات موضوع بیمه‌های حوادث است.

* انواع بیمه حوادث :

۱- انفرادی : دو طرف یعنی بیمه گر و بیمه گذار/بیمه شده قرارداد را منعقد می‌نمایند.

۲- گروهی : سه طرف برای عقد قرارداد وجود دارد - ۱/بیمه گر(شرکت بیمه) ۲/بیمه گذار (کارفرما) ۳/بیمه شده (کارگر)

نکته - بیمه‌های حوادث مانند بیمه‌های عمر دارای فرم پیشنهاد است تا بیمه گر از تاریخچه پزشکی و سوابق بیمه گذار تا حدودی آگاه شود علی‌الخصوص آن دسته از امراضی که ممکن است بر بیمه‌های حوادث اثر داشته باشد.

* مطالب و اطلاعات خواسته شده در فرم پیشنهاد بیمه حوادث :

- ۱- سن و تاریخ تولد
- ۲- وزن و قد
- ۳- وجود هرگونه عیب و نقص ذاتی در بدن
- ۴- تاریخچه پزشکی شخص پیشنهاد دهنده
- ۵- عادات و اعتیادها
- ۶- وضعیت جسمانی در زمان بیمه شدن
- ۷- نوع اشتغال
- ۸- فعالیتهای جنبی شغلی و یا ورزشی
- ۹- سرمایه بیمه در صورت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی
- ۱۰- مشخصات ذینفع بیمه

* تعریف حادثه :

واقعه‌ای که بروز آن به علت عامل خارجی شدید و ناگهانی که خارج از عمد و اراده بیمه شده است و موجب صدمه بدنی قابل تشخیص پزشک می‌گردد.

* عوامل حادثه در بیمه حادثه شخصی :

- ۱- خارج از عمد و اراده بیمه شده باشد : منظور از عمد، قصد در نتیجه است نه قصد در انجام فعل.
- ۲- شدید بودن : یعنی بروز حادثه میبایست از لحاظ بیمه شده ملموس بوده و نتیجه حادثه را بطور محسوس درک نماید.
- ۳- ناگهانی بودن : یعنی بروز حادثه بصورت ناگهانی (کوتاه مدت) و غیر قابل پیش‌بینی باشد.
- ۴- در اثر نیروی خارجی باشد : مثل نیروی مقاومت (مانند تصادفی که رخ میدهد و مقاومت آن فیزیکی است).
- ۵- صدمه بدنی قابلیت تشخیص پزشکی داشته باشد : یعنی حادثه منجر به ایجاد خلل در سلامتی عضو و یا اعضای بدن گردد. ترس و وحشت صدمه بدنی نیست.

* پوششها و تعهدات اصلی بیمه حوادث :

فوت - نقص عضو - از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده میباشد.

جراحت و یا از کارافتادگی موقت بیمه شده منجر به پوشش هزینه های پزشکی و یا غرامت روزانه میگردد که پوشش تکمیلی بیمه حادثه شخصی محسوب میشود. این پوششها نباید بدون ارائه پوششهای اصلی و با حق بیمه ای بالاتر از حق بیمه اصلی باشد. مبلغ سرمایه پوشش هزینه های پزشکی معمولاً ۱۰٪ مبلغ پوشش فوت و نقص عضو است. نرخ هزینه پزشکی به درصد است چون تعدادش زیاد است. نرخ نقص عضو و از کارافتادگی به هزار است.

* تعریف نقص عضو :

عبارت است از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی عضوی از اعضای بدن که حالت دائمی (یعنی بعد از مدتی خوب نشود) و قطعی (یعنی امکان سالم شدنش نباشد) داشته باشد.

* اعلام تشدید خطر :

بعد از صدور بیمه نامه باید تغییرات خطر توسط بیمه گذار به اطلاع بیمه گر برسد تا بیمه گر با اضافه کردن نرخ، آن تشدید خطر را مورد پوشش قرار دهد، در غیر اینصورت بعد از وقوع خسارت، بیمه گر غرامت را به نسبت حق بیمه ای که بیمه شده باید میپرداخت، (طبق قاعده نسبی) میپردازد.

* دلیل بیشتر بودن سرمایه بیمه، نقص عضو و از کارافتادگی نسبت به سرمایه فوت :

سرمایه فوت وقتی پرداخت میشود که شخص بیمه شده، خود وجود ندارد و تأمیننی برای بازماندگان فوت شده است اما در از کارافتادگی و نقص عضو، علاوه بر بازماندگان، خود فرد هزینه هایی را دارد. درجات نقص عضو و از کارافتادگی اعضاء بدن از ۳٪ تا ۱۰۰٪ است و نسبت به مشاغل نیز متفاوت است.

نکته ۱ - ملاک تعیین نقص عضو و از کارافتادگی عضو آسیب دیده بر اساس نظر پزشک معتمد بیمه گر و با توجه به جداول نقص عضو از قبل تعیین شده که اصولاً باید به پیوست بیمه نامه باشد، تعیین میگردد.

نکته ۲ - در شرایط عمومی بیمه حوادث در ایران، غرامت ناشی از نقص عضو و از کارافتادگی فقط بر اساس میزان نقص عضو نسبت به کل بدن بیمه شده است.

نکته ۳ - اگر فردی اول نقص عضو شود بعد فوت نماید در اینصورت ابتدا تعهد نقص عضو از مبلغ تعهد بیمه گر بعلت فوت بر اثر حادثه کسر گردیده سپس مبلغ باقیمانده بعنوان تعهد فوت بر اثر حادثه پرداخت میشود.

* عوامل مؤثر در نرخ حق بیمه، و همچنین پذیرش خطر توسط بیمه گر در بیمه حوادث شخصی :

۱- سن بیمه گذار (بیمه شده) :

شدت و کثرت موارد ناخوشی و از کارافتادگی با افزایش سن و سال رو به فزونی میرود. در مورد هزینه های پزشکی و غرامتهای از کارافتادگی، این افزایش تا سنین ۵۵ سالگی از اهمیت چندانی برخوردار نیست. سن شروع از ۱۵ یا ۱۸ سالگی و به ۶۰ یا ۶۵ سالگی خاتمه می یابد. محدودیت سنی برای بیمه های حوادث در ایران ۷۰ سال میباشد.

۲- شغل و حرفه بیمه گذار :

خطر یک معدنچی با خطر فردی که شغل او تحصیلداری است متفاوت است.

۳- وضعیت جسمانی بیمه گذار :

هرگونه علائم و عارضه جسمانی که بیشتر از حد معمول استاندارد و یا کمتر از آن باشد، باید مورد توجه قرار گیرد.

۴- سوابق پزشکی بیمه گذار :

باید بررسی شود که جراحات قبلی تا چه حد می تواند باعث بروز حادثه ناگواری در آینده گردد.

۵- سوابق اخلاقی بیمه گذار :

بهبتر است از بیمه نمودن افرادی که حوادث را بصورت اغراق آمیز گزارش میکنند و یا حوادث غیر واقعی ترتیب میدهند، پرهیز گردد.

*** مطالب مندرج در بیمه نامه :**

۱- خطر موضوع بیمه نامه

۲- جدول مشخصات بیمه نامه :

شامل نام و نشانی بیمه گذار - مدت زمان بیمه - حق بیمه - سرمایه بیمه مربوط به پوششهای اصلی

۳- شرایط بیمه نامه :

از مهمترین شروط قرارداد در بیمه های حوادث، اصل معروف حسن نیت و همچنین نفع بیمه ای میباشد.

⊕ شرایط عمومی بیمه نامه به شرح زیر تقسیم بندی میشود :

۱-۳- اساس قرارداد : معمولاً اساس قرارداد، پیشنهاد کتبی بیمه گذار و موافقت بیمه گر برای صدور بیمه نامه میباشد.

۲-۳- حوادث و موارد مشمول بیمه : حدود پوشش، خطرات و تعهدات بیمه گر بصراحت نام برده میشوند تا دچار سوء تعبیر و سوء تفسیر نشود.

۳-۳- تعهدات بیمه گر : در این قسمت مواردی که بعنوان نقص عضو کلی و یا از کارافتادگی دائم کلی تلقی میگردد مشخص میشود. چنانچه یکی از افراد ذینفع بیمه نامه مسئول بروز حادثه باشد، سهم شخص عاقد از غرامت، کسر و بقیه سرمایه بیمه به وراثت پرداخت خواهد شد.

۴-۳- وظایف و تعهدات بیمه گذار :

- پرداخت حق بیمه - اعلام تغییر شغل و سرگرمیها
- اعلام تغییر نشانی - ارائه مدارک موردنیاز جهت تسویه خسارت

۵-۳- حداکثر مدت جهت تعیین میزان قطعی نقص عضو :

اگر ظرف مدت یک سال بیمه گر و بیمه گذار نتوانند بطور قطع درصد نقص عضو و از کارافتادگی را مشخص نمایند، بیمه گر میتواند مبلغی را بعنوان علی الحساب پرداخت نماید.

۱-۵-۳- تعهد بیمه گر در مورد فوت بیمه شده پس از یکبار پرداخت غرامت نقص عضو :

چنانچه بیمه شده در نتیجه حادثه مشمول بیمه، تمام یا قسمتی از غرامت نقص عضو خود را دریافت دارد، غرامت فوت وی پس از کسر مبلغ پرداختی بابت نقص عضو و از کارافتادگی به ذینفع پرداخت خواهد شد مگر آنکه شروط خاصی ذکر شده باشد.

۲-۵-۳- تعهد بیمه گر در مورد هزینه های پزشکی، غرامت هفتگی و روزانه :

حدود تعهدات بیمه گر مشخص گردیده و حداکثر هزینه های پزشکی در هر حادثه و میزان غرامت هفتگی و نحوه و زمان شروع آن ذکر میگردد. غرامت روزانه شامل غرامت روزانه عمومی و بیمارستانی میباشد.

۴- استثنائات بیمه نامه حادثه :

- معمولاً مواردی هستند که بیمه گر در قبال بروز صدمه بدنی منجر به فوت و یا نقص عضو، خود را مسئول پرداخت خسارت نمیداند :
- ۱- اشتغال به ورزشهای خطرناک مانند کوهنوردی، خلبانی و ...
 - ۲- مصرف زیاد از حد مشروبات الکلی و مواد مخدر که نیروی عقلانی و کنترل کننده شخص از حالت عادی خارج شده باشد.
 - ۳- مرگ و یا حادثه ناشی از نادیده گرفتن قانون و مقررات
 - ۴- اشتغال به مشاغل و حرفه های خطرناک مانند : کار در معدن یا کارخانجات باروت و اسلحه سازی
 - ۵- خودکشی و یا سعی در خودکشی که منجر به صدمات بدنی گردد.
 - ۶- شرکت در جنگ

۵- سایر شروط و مقررات مختلف :

در این قسمت شروط متفرقه از قبیل : فسخ قرارداد - قلمرو جغرافیایی قرارداد - نحوه رفع اختلاف بین بیمه گر و بیمه گذار ذکر میگردد.

* اصول بیمه گرک بیمه های حادثه :

- ۱- درخواست ارائه اطلاعات بیشتر در رابطه با وضعیت جسمانی و یا تاریخچه پزشکی در صورت وجود ابهام
- ۲- تعیین نرخ حق بیمه در هنگام پیشنهاد بیمه
- ۳- پیشنهاد پوشش محدودتر با توجه به وضعیت جسمانی پزشکی بیمه گذار
- ۴- تعویق انداختن تصمیم خود در مورد قبول خطر تا زمانی که وضعیت جسمانی و یا ناخوشی بیمار حالت مشخص تری بگیرد.
- ۵- اعلام انصراف خود از پذیرش پیشنهاد بیمه گذار

نکته ۱ - در زمانی که بیمه گر از وضعیت جسمانی بیمه گذار در رابطه با حادثه یا ناخوشی و بیماری قبلی او در حال شک و تردید است، عاقلانه است که از بیمه گذار بخواهد تا به پزشک معتمد و یا پزشکان دیگری مراجعه نماید.

نکته ۲ - تفاوت بین بیمه نامه های حوادث انفرادی و گروهی، در امر پذیرش ریسک و خطر و نحوه نرخ گذاری و طبقه بندی مشاغل است.

نکته ۳ - هیچ بیمه شده ای نمیتواند بصورت انفرادی بر علیه شرکت بیمه در بیمه نامه حوادث گروهی طرح دعوی نماید.

* نمونه قراردادها که جمعاً در بیمه های حوادث گروهی :

- ۱- بیمه انفرادی که در حرفه های بخصوصی فعالیت مینمایند.
- ۲- بیمه انفرادی که در ورزشهای بخصوصی از قبیل ورزشهای رزمی به فعالیت اشتغال دارند.
- ۳- بیمه انفرادی که وظایف خاصی (پرخطر) به آنها محول شده است.
- ۴- بیمه انفرادی که دائم در حال مسافرت و سفر هستند و بیشتر از افراد معمولی در معرض حوادث قرار دارند.

* نحوه پرداخت حق بیمه در بیمه نامه های حوادث گروهی :

- ۱- با توافق بین کارفرما و کارگران، حق بیمه به نسبت توافق شده بین آنها تقسیم میگردد.
- ۲- در بیمه نامه های گروهی، تعهد پرداخت حق بیمه توسط اعضاء صورت میگیرد.

* روش تعیین سرمایه بیمه های حوادث گروهی :

۱- سرمایه فوت :

معمولاً سرمایه فوت، ۲ یا ۳ یا ۴ برابر حقوق سالانه کارکنان انتخاب میشود. البته با موافقت بیمه گر، این ضرایب قابل تغییر است.

۲- سرمایه نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی : معمولاً روش تعیین سرمایه فوت بکار گرفته میشود.

۳- سرمایه ازکارافتادگی موقت :

تعهدات بیمه گر در این خصوص به دو صورت ارائه میگردد :

۱/ غرامت روزانه عمومی : حداکثر سقف غرامت روزانه عمومی ۱۲٪ سرمایه فوت و نقص عضو بوده و از روز ششم حادثه و به مدت حداکثر ۱۸۰ روز قابل پرداخت خواهد بود.

۲/ غرامت روزانه بیمارستانی : حداکثر سقف غرامت روزانه بیمارستانی ۲۴٪ سرمایه فوت و نقص عضو بوده و از روز چهارم حادثه و به مدت حداکثر ۹۰ روز قابل پرداخت خواهد بود.

• انواع ازکارافتادگی موقت :

۱- موقت کلی : برای تعیین سرمایه و غرامت ازکارافتادگی، معمولاً ۵۰٪ مزد هفتگی بعنوان ایام ازکارافتادگی معین میگردد.

۲- موقت جزئی : این غرامت معمولاً معادل یک مزد هفتگی تعیین میگردد.

*** انواع غرامت ازکارافتادگی ناشی از حادثه :**

۱- طرح بلند مدت :

پس از گذراندن دوران انتظار که معمولاً از ۷ روز شروع و تا ۶ ماه ادامه میابد و برای تمام عمر یعنی تا رسیدن به سن ۶۵ سالگی ادامه خواهد یافت.

۲- طرح کوتاه مدت :

معمولاً غرامت طرح کوتاه مدت برای یک دوره ۱۳، ۲۶ و یا ۵۲ هفته ای است.

نکته - ازکارافتادگی ناشی از حاملگی برای زنان در اینگونه طرح ها دارای پوشش بیمه ای نیست و جزء استثنائات محسوب میشود.

*** تعریف خسارت :**

عبارت است از وقوع خطر یا تحقق امری که بیمه گر در قرارداد بیمه، متعهد جبران عواقب آن میباشد.

*** مدارک مثبت، جهت تشکیل پرونده غرامت :**

الف) در صورت فوت به هر علت :

۱- گواهی پزشکی قانونی یا گواهی فوت پزشک معالج مبنی بر علت و تاریخ فوت

۲- خلاصه رونوشت وفات

۳- جواز دفن

۴- تصویر کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی

۵- مدارک مربوط به وراثت یا استفاده کنندگان از سرمایه بیمه

ب) در صورت فوت به علت حادثه :

۱- گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح تنظیم شده است.

۲- گواهینامه رانندگی معتبر و متناسب با وسیله نقلیه حادثه دیده (در صورتی که بیمه شده راننده باشد)

۳- گزارش پزشکی قانونی

ج) در صورت وقوع خطر نقص عضو و از کارافتادگی بعلت حادثه :

- ۱- گواهی اولین مرجع درمانی که بیمه شده پس از وقوع حادثه به آن مراجعه کرده است.
- ۲- گواهی پزشک معالج و یا پزشک قانونی مبنی بر اقدامات انجام شده، خاتمه معالجات و تأیید نقص عضو به انضمام سوابق پزشکی
- ۳- گزارش حادثه
- ۴- گواهینامه معتبر و متناسب با وسیله نقلیه مربوطه

د) در صورت وقوع هزینه های پزشکی ناشی از حادثه :

* ارائه مدارک و فاکتورهای پزشکی از مؤسسات پزشکی معتبر

بیمه های درمانی

*** هدف از بیمه های درمانی :**

پرداخت هزینه های بیمارستانی در رابطه با معالجات موردنیاز صرفاً محدود به ناخوشیها و حوادث ایام غیر کار.

نکته ۱ - بیمه های درمانی گروهی، بالاترین درصد تشکیل دهنده حق بیمه های شرکت های بیمه را تشکیل میدهد.

نکته ۲ - حق بیمه این قراردادها، معمولاً توسط کارفرما و بصورت یکجا و در آغاز قرارداد به شرکت بیمه پرداخت میشود و اگر کارکنان سهمی در پرداخت آن داشته باشند، کارفرما همه ماهه سهم آنان را کسر و به صندوق شرکت واریز میکند.

*** تعریف بیمه در قراردادها بیمه درمانی :**

بیماری یا مرض عبارت است از هرگونه عارضه جسمی و تغییر نامساعد و اختلال در اعمال عادی و طبیعی اعضاء و جهازهای مختلف بدن که از سوی مراجع پزشکی قابل تشخیص بوده و ارتباطی با اعمال ارادی بیمه شده نداشته باشد.

نکته ۳ - بیمه های درمانی گروهی، بر خلاف بیمه های انفرادی، معمولاً خسارت ناشی از حوادث غیر محیط کار را میپردازند، زیرا غرامت ناشی از حوادث محیط کار معمولاً تحت پوشش بیمه های اجتماعی کارگران قرار دارد.

*** طرح های مختلف بیمه های درمانی :**

- ۱- بیمه های درمانی دائمی
- ۲- ادامه پوشش از کارافتادگی
- ۳- پوشش بیمه بیماری
- ۴- بیمه تأمین درآمد

*** وضعیت پرداخت غرامت در بیمه نامه های درمانی :**

پرداخت غرامت بر اساس رسید پزشک یا بیمارستان انجام میپذیرد. پرداخت غرامت بیمه درمانی به دلیل اینکه بیمه شده دخالت مستقیم در افزایش هزینه ها دارد با دقت بسیاری باید رسیدگی گردد. معمولاً در قراردادهای درمانی مدت انتظار برای برخی بیماریها در نظر میگیرند. هزینه معالجات خارج از کشور معمولاً در اینگونه قراردادها پوشش ندارند. بیمه شدگان میتوانند در صورت بروز بیماری یا حادثه به یکی از مراکز درمانی طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد مراجعه کنند و هزینه را شخصاً و یا با معرفی نامه از طرف شرکت پرداخت کنند. هزینه هایی که شخصاً پرداخت شده بر اساس تعهدات بیمه نامه به بیمه شده پرداخت می گردد.

نحوه پرداخت غرامت بصورت هفتگی و از زمان از کارافتادگی بیمه شده آغاز میگردد و یا میتواند مهلت معینی در نظر گرفته شود و بعد از آن اولین پرداختها صورت گیرد. معمولاً پرداخت غرامتها تا زمان فوت بیمه شده، انقضای قرارداد بیمه و یا بهبودی کامل ادامه دارد.

* اصل غرامت و زیان در بیمه ها در درمانی :

شرایط قراردادهای به نحوی تنظیم میگردند که غرامت صرفاً جایگزین درآمد قطع شده بیمه گذار یا بیمه شده در زمان از کارافتادگی گردد، نه اینکه مبلغی بدون در نظر گرفتن وضعیت مالی و میزان حقوق و دستمزد بیمه شده به او پرداخت گردد.

نکته ۱ - در ایران بر خلاف سایر کشورهای متمدنی، بیمه های درمانی بصورت انفرادی عرضه نمیشود و طرح های گروهی به دو صورت خدمات سرپایی و بیمارستانی و آن هم بصورت خیلی محدود و برای گروه های شناخته شده عرضه میگردند.

نکته ۲ - در قراردادهای درمانی گروهی، بیمه گر معمولاً با توجه به تعهدات خود در مورد خدمات سرپایی، بیمارستانی و یا هزینه های اتاق عمل و دستمزد جراح و کمک جراح، حداکثر تعهد را برای هر نفر با توجه به ترکیب گروه، تعداد آن و میزان حق بیمه معین مینماید.

* عوامل ارزیابی و انتخاب ریسک در بیمه ها در درمانی :

۱- سن پیشنهاد دهنده :

شدت و کثرت موارد ناخوشی و از کارافتادگی با افزایش سن و سال رو به فزونی میرود.

۲- جنس، شغل و حرفه :

زنان از امراض و از کارافتادگی بیشتری رنج میبرند و شرکت بیمه باید در تحت پوشش قراردادن زنان احتیاط بیشتری را مدنظر قرار دهد. برای انواع پوششهای بیمه ای، زنان دارای نرخ بیشتری در مقایسه با مردان میباشند. هر حرفه ای خطرات شغلی خاص خود را داراست. مانند خلبان آزمایشی، کارگران تونلهای زیرزمینی و زیر دریایی.

۳- وضعیت جسمانی :

وضعیت جسمانی فعلی پیشنهاد دهنده باید به دقت بررسی شود و احتمال ناخوشی، مرض و از کارافتادگی آینده ارزیابی گردد. اضافه وزن و امراضی مانند برونشیت، سل و زخم معده باید به دقت بررسی شود.

۴- تاریخچه پزشکی شخص :

تاریخچه پزشکی شخص مربوط به ناخوشی های گذشته و حوادث اتفاق افتاده اهمیت فراوان دارد، زیرا تا حدود زیادی بستگی به جدی بودن مرض و ناخوشی و یا تعداد دفعاتی که مرض بازگشت نموده و یا درصد از کارافتادگی حاصله از آن دارد. به امراضی مانند آسم، امراض قلبی، فشار خون، سل و سرطان باید توجه بیشتری نمود.

۵- تاریخچه پزشکی خانواده :

فوت هر یک از اعضای خانواده و سنی که در گذشته اند به همراه علل و علت ناخوشی و مرض آنها از اهمیت زیادی برخوردار است. افراد غیر استاندارد نمیتوانند بیمه شوند و یا در صورت پذیرش، آن هم پس از مطالعات همه جانبه به اضافه نرخ پزشکی مناسب، تحت پوشش بیمه ای قرار میگیرند.

* اصول فنی و تکنیک بیمه نمودن افراد غیر استاندارد :

۱- صرف نظر کردن از بیمه کردن و رد خطر پیشنهاد شده

۲- بیمه نمودن به اضافه نرخ پزشکی بر اساس جداول خاص و معین

۳- اعمال محدودیت هایی در شرایط بیمه نامه های صادره

* تعاریف :

۱- بیمه گر :

شرکت بیمه ای میباشد که بر اساس قوانین بیمه و شرایط قرارداد، در ازای دریافت حق بیمه، انجام تعهداتی را به عهده میگیرد.

۲- بیمه گذار : اشخاص حقیقی یا حقوقی میباشند که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد مینمایند.

۳- بیمه شدگان :

عبارتند از کلیه کارکنان بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان که در مقابل بیماری و یا حادثه منجر به بستری شدن آنان در بیمارستان یا مراکز درمانی مشابه به موجب این قرارداد تحت پوشش قرار میگیرند.

افراد تحت تکفل عبارتند از : همسر - فرزندان مجرد (پسر تا سن ۲۰ سالگی و در صورت ادامه تحصیل تا سن ۲۵ سالگی / دختر تا زمان ازدواج مشروط بر اینکه درآمد و مستمری نداشته باشد) - پدر و مادر تحت تکفل

۴- حق بیمه : وجهی است که بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر به وی میپردازد.

۵- غرامت : وجهی است که بیمه گر متعهد است طبق شرایط قرارداد برای انجام درمان پزشکی و عملیات جراحی به بیمه گذار بپردازد.

۶- عملیات جراحی :

منظور بخشی از اعمال جراحی است که صرفاً به تشخیص پزشک متخصص بر حسب ضرورت و برای نجات جان و بهبود بیمه شده انجام شود.

۷- فرانشیز : سهم بیمه شده از هزینه های درمانی انجام شده

❖ انواع فرانشیز در بیمه های درمانی :

۱- فرانشیز درصدی :

درصد مشخصی از هزینه ها را خود بیمه گذار متحمل میشود.

۲- فرانشیز حداقل :

هزینه های مازاد بر آن را معمولاً بیمه گر میپردازد.

۳- فرانشیز دوره ای :

که به موجب آن ایام خاصی از بیماری از تعهدات بیمه گر مستثنی است. مثلاً هزینه های مربوط به یکی دو روز اول بستری شدن در بیمارستان

۸- دوران انتظار :

دوره ای است که قبل از منقضی شدن آن، بیمه گر تعهدی در خصوص پرداخت هزینه های مربوط به بیماریهای خاصی ندارد. مدت دوران انتظار معمولاً حداقل ۲ ماه تا ۹ یا ۱۰ ماه (برای زایمان) میباشد.

❖ بیماریهای دوران انتظار :

۱- امراض ناشی از حادثه

۲- امراضی مانند آبله مرغان، تب مالت، یرقان مسری، تیفوس، دیفتری، حصبه

۳- نوزادان متولد شده از زنان بیمه شده

۴- همسر شخصی که بیماری خاصی داشته و مدت ۳ ماه از تاریخ شروع آن گذشته باشد و پس از آن با او ازدواج نموده و وی را بیمه کند.

* اهم تعهدات بیمه گذار در بیمه نامه ها که درمان گروهی :

- 1- بیمه گذار متعهد است صورت اسامی کلیه بیمه شدگان را با ذکر دقیق مشخصات در شروع قرارداد و نیز افزایش و کاهش در تعداد بیمه شدگان را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند.
- 2- بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر، کلیه اطلاعات راجع به موضوع قرارداد را در اختیار بیمه گر قرار دهند.
- 3- بیمه گذار متعهد است حق بیمه را حداکثر تا پانزدهم یا بیستم ماه بعد پرداخت نماید، در غیر اینصورت تعهدات بیمه گر از تاریخ سررسید حق بیمه به حالت تعلیق در آمده و غرامت وارده در زمان تعلیق غیر قابل پرداخت میباشد.
- 4- بیمه گذار متعهد است در زمان بستری و ترخیص بیمه شده، حداکثر ظرف مدت معینی مراتب را به اطلاع بیمه گر برساند.

* تعهدات بیمه گر در بیمه نامه ها که درمانی گروهی :

- تعهداتی که در این نوع بیمه نامه ها به عهده بیمه گر می باشد بر اساس میزان حق بیمه ای که با بیمه گذار به توافق میرسند متغیر است.
- تعهدات بیمه گر بر اساس دو عامل تنظیم میگردد :
 - 1- حداکثر سقف تعهدات :
- بیمه گران حداکثر سقف تعهدات را برای بیمه شدگان به دو صورت انفرادی و خانوادگی ارائه میدهند. حداکثر سقف تعهدات بیمه گر میتواند در مورد بیماریهای مختلف، متفاوت باشد. مانند جراحی های عمده قلب، پیوند کلیه، مغز و اعصاب که پوشش بیشتری دارند.
- 2- نوع بیماری :
- نوع بیماری نیز در تعهدات بیمه گر تغییراتی بوجود می آورد، بعنوان مثال پوشش زایمان می تواند جزء تعهدات بیمه گر باشد یا نباشد.

* استثنائات بیمه نامه ها که درمانی گروهی :

- 1- اعمال جراحی زیبایی و یا رفع و کاهش عیوب مادر زادی و نواقص طبیعی
- 2- سقط جنین غیر قانونی
- 3- هزینه های ترک اعتیاد
- 4- هزینه های ناشی از خودکشی، قتل و جنایت
- 5- هزینه های ناشی از جنگ، شورش، حکومت نظامی و اغتشاش
- 6- هزینه های مربوط به بیماریهای روانی و بیماریهای واگیردار (ایدی)
- 7- هزینه های ناشی از نازایی، چکاپ، واکسیناسیون، تهیه اعضا مصنوعی، تقویت غذایی، ورزشهای حرفه ای، لیزر درمانی جهت برداشتن عینک، زایمان برای فرزندان چهارم به بعد.

* انواع پوششها که بیمه نامه ها که درمانی گروهی :

- 1- پوشش هزینه های بیمارستانی :
- بطور کلی هزینه های بیمارستانی (اتاق - هزینه همراه - پرستار خدمات ویژه - هزینه های جراحی - اتاق عمل - عکسبرداری - آزمایشگاه) ناشی از ناخوشی و جراحات و صدمات بدنی در اثر حادثه که منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستانها و مراکز درمانی مشابه میگردد را پوشش میدهد.

❖ شرایط بستری شدن در بیمارستان :

- ۱- بیمار حتماً باید کلیه آزمایشات مربوط به تشخیص پزشکی را انجام دهد.
- ۲- کلیه خدمات درمانی از قبیل اعمال جراحی یا معالجات تحت نظر پزشکان متخصص انجام پذیرد.
- ۳- بیمار حداقل بمدت ۲۴ ساعت تحت نظر پرستاران متخصص در بیمارستان بستری باشد.
- ۴- نیاز به بستری شدن میبایست توسط پزشک معالج بیمه شده تجویز شده باشد.
- ۵- در زمان بستری شدن بیمه نامه دارای اعتبار بوده باشد.

۲- پوشش هزینه های سرپایی :

از قبیل ویزیت پزشک در مطب، منزل و بیمارستان - آزمایشگاه - رادیولوژی، سی تی اسکن و MRI - الکتروکاردیوگرافی - سونوگرافی - دندانپزشکی - فیزیوتراپی.

* بیمه مضاعف :

در صورتی که بیمه شده از طریق مشابهی تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفته باشد میتواند از هر دو قرارداد استفاده نماید مشروط بر اینکه جمع مبالغ دریافتی از دو بیمه گر از ۱۰۰٪ هزینه های انجام شده تجاوز ننماید.

* موارد فسخ قرارداد بیمه نامه ها در مانع گروهی :

الف) از طرف بیمه گر :

- ۱- دادن اطلاعات غلط و خودداری از بیان مطالبی بدون سوء نیت از طرف بیمه گذار به نحوی که اهمیت موضوع خطر در دید بیمه گر کاهش یابد.
- ۲- در صورت تشدید خطر موضوع قرارداد

ب) از طرف بیمه گذار :

- ۱- انتقال پرتفوی بیمه گر
- ۲- کاهش خطر موضوع قرارداد و عدم موافقت بیمه گر با تعدیل حق بیمه
- ۳- در صورتی که گروه بیمه شده به علت توقف در کار یا مشکلات پیش بینی نشده، ترکیب گروهی خود را از دست بدهد.