

آیین نامه شماره ۲۷

تعرفه بیمه هزینه های بیمارستانی و جراحی

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری آیین نامه زیر را که مشتمل بر ۸ ماده و ۳ تبصره است در جلسه مورخ ۱۳۷۰/۱۱/۷ تصویب نمود :

ماده یک - موسسات بیمه مکلفند بیمه نامه هزینه های بیمارستانی و جراحی گروهی موضوع آیین نامه شماره ۲۶ را براساس مقررات و نرخهای تعیین شده در این آیین نامه صادر نمایند.

ماده دو - حداقل نرخ بیمه هزینه های بیمارستانی و جراحی گروهی به شرح زیر تعیین میگردد:

حق بیمه برای گروههایی که در تهران متمرکز هستند برای هر نفر ۲۴۰۰۰ ریال در سال .

تبصره : حق بیمه سالیانه برای گروههایی که پوشش زایمان (طبیعی - سزارین) نخواهند برای هر نفر میتواند به ۱۸۰۰۰ ریال کاهش یابد.

ماده سه - شرکتهای بیمه میتوانند با توجه به تعداد گروه بیمه شدگان تخفیفهای زیرین را اعطاء نمایند:

تعداد گروه بیمه شدگان	درصد تخفیف
۱۰۱ الی ۵۰۰ نفر	۵٪
۵۰۱ الی ۱۰۰۰ نفر	۱۰٪
۱۰۰۱ الی ۴۰۰۰ نفر	۱۵٪
۴۰۰۱ و بیشتر	۲۰٪

ماده چهار - شرکتهای بیمه میتوانند با توجه به تمرکز ۷۵٪ تعداد گروه در مناطق جغرافیایی زیرین تخفیفهای مشروحه

در این ماده را بعلاوه تخفیفهای منظور در ماده سه اعطا نمایند.

الف - گروههایی که ۷۵٪ یا بیشتر آن در مرکز استان متمرکز هستند حداکثر ۱۰٪

ب - گروههایی که ۷۵٪ یا بیشتر آن در مرکز شهرستان متمرکز هستند حداکثر ۱۵٪

ماده پنج - شرکتهای بیمه باید برای گروههایی که اشتغال بکارهای صنعتی داشته و در معرض خطر حادثه و یا امراض ناشی از کار قرار دارند علاوه بر حداقل حق بیمه مذکور در ماده دو حداقل ۱۵٪ حق بیمه اضافی دریافت دارند.

ماده شش - شرکتهای بیمه برای گروههایی که تعداد افراد اناث آن از ۵۰ درصد تعداد متشکله گروه بیشتر است باید اضافه حق بیمه ای معادل ۲۰ درصد علاوه بر حداقل حق بیمه مذکور در ماده یک دریافت دارند.

تبصره: در صورتیکه هزینه های زایمان جز پوشش نباشد اضافه حق بیمه فوق به ۱۰٪ کاهش می یابد.

ماده هفت - چنانچه بیمه گر بخواهد در پوششهای بیمه ای موضوع این آیین نامه تغییراتی دهد، میبایست قبلاً "توافق بیمه مرکزی ایران را در مورد نوع پوشش و یا حدود تعهد و میزان حق بیمه کسب نماید .

ماده هشت - حداقل تعداد افراد گروه بیمه ای ۵۰ نفر میباشد و برای گروههای کمتر از یکصد نفر پرسشنامه سلامتی تهیه و بیمه شدگان موظفند به کلیه سئوالات مطرح شده بدرستی پاسخ دهند. در صورتیکه تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از پنجاه نفر باشند، شرکت بیمه مکلف است توافق بیمه مرکزی ایران را در مورد صدور ، نرخ و شرایط آن قبل از صدور بیمه نامه اخذ نماید .

تبصره: بمنظور جلوگیری از گزینش نامناسب بر علیه بیمه گر باید حداقل ۷۵٪ از گروه بیمه شدگان تحت پوشش قرار گیرند

آیین نامه شماره ۲۷/۱

تعرفه بیمه نامه گروهی هزینه های بیمارستانی

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری آیین نامه زیر را که مشتمل بر ۱۰ ماده است در جلسه مورخ ۱۳۷۵/۸/۲۸ تصویب نمود.

ماده ۱ - موسسات بیمه مکلفند بیمه نامه گروهی هزینه های بیمارستانی موضوع آیین نامه شماره ۲۶/۱ را براساس مقررات و نرخهای تعیین شده در این آیین نامه صادر نمایند.

ماده ۲- شرایط ، میزان تعهدات و حداقل حق بیمه هزینه های بیمارستانی بشرح زیر تعیین میگردد :

ردیف	حداکثر تعهدسالانه برای هر بیمه شده به ریال	حداقل حق بیمه سالانه به ریال	حداقل حق بیمه ماهانه به ریال
-۱	۲۵۰۰۰۰۰	۳۲۴۰۰	۲۷۰۰
-۲	۵۰۰۰۰۰۰	۴۸۰۰۰	۴۰۰۰
-۳	۷۵۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰	۵۰۰۰
-۴	۱۰۰۰۰۰۰۰	۶۹۰۰۰	۵۷۵۰

۱-۲ حداکثر تعهد جهت هزینه زایمان ۲۰٪ سرمایه تعهدشده می باشد .

۲-۲ حداقل فرانشیز ۱۰٪ هزینه های قابل پرداخت است .

در مواردی که بیمه شده دارای پوشش بیمه درمانی دیگری نیز باشد و از مزایای آن بیمه استفاده نماید و سهم بیمه گر درمانی دیگر معادل و یا متجاوز از میزان فرانشیز مقرر گردد در اینصورت از بیمه شده فرانشیزی کسر نخواهد شد. چنانچه سهم بیمه گر مزبور از درصد تعیین شده کمتر باشد میزان فرانشیز معادل مابه التفاوت سهم بیمه گر درمانی دیگر و فرانشیز موضوع این ماده خواهد بود .

۳-۲ دوره انتظار برای زایمان ۹ ماه می باشد .

ماده ۳- شرکتهای بیمه می توانند باتوجه به تعداد بیمه شدگان تخفیف های زیر را در حق بیمه منظور نمایند:

تعداد بیمه شدگان	درصد تخفیف
۵۰۱ الی ۱۰۰۰ نفر	۵
۱۰۰۱ الی ۴۰۰۰ نفر	۱۰
۴۰۰۱ الی ۱۰۰۰۰ نفر	۱۵
۱۰۰۰۱ و بیشتر	۲۰

شرکتهای بیمه میتوانند در صورتیکه حداقل ۷۵٪ از بیمه شدگان در خارج از مراکز استانها سکونت داشته باشند حداکثر ۱۰٪ تخفیف اضافی علاوه بر تخفیفهای مذکور در این ماده اعطا نمایند.

ماده ۴- شرکتهای بیمه باید برای گروههایی که اشتغال بکارهای صنعتی داشته و در معرض خطر حادثه و یا امراض ناشی از کار قرار دارند علاوه بر حداقل حق بیمه مذکور در ماده ۲ حداقل ۱۵٪ حق بیمه اضافی دریافت دارند.

ماده ۵- شرکتهای بیمه برای گروههایی که تعداد افراد اناث آن از ۵۰٪ تعداد متشکله گروه بیشتر است باید اضافه حق بیمه ای معادل ۲۰٪ علاوه بر حداقل حق بیمه مذکور در ماده ۲ دریافت دارند.

ماده ۶- در صورتیکه هزینه های زیمان جزء پوشش نباشد ۲۰٪ تخفیف در حق بیمه منظور خواهد شد.

ماده ۷- حق بیمه اضافی

۷/۱- در صورتیکه سن بیمه شده بیش از ۶۰ سال باشد (موضوع ماده ۹ شرایط عمومی) به ازاء هر سال بایستی ۱۰٪ نرخ پایه بعنوان حق بیمه اضافی منظور شود.

۷/۲- حق بیمه اضافی حوادث طبیعی به استثناء زلزله حداقل ۵٪ می باشد.

۷/۳- اضافه نمودن هزینه های پاراکلینیکی (شامل سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن ها،

ام ار ای، لاپاراسکوپی، سنگ شکن کلیه) طی بیمه هزینه های بیمارستانی تا سقف حداکثر ۲۰٪ تعهد سالیانه برای هر واحد خانواده و حداقل ۱۵٪ فرانشیز، با حق بیمه ای معادل ۱۰٪ حق بیمه برای هر نفر مجاز می باشد.

ماده ۸- حداقل تعداد افراد گروه بیمه ای ۵۰ نفر میباشد. در صورتیکه تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از پنجاه نفر باشد، شرکت بیمه مکلف است توافق بیمه مرکزی ایران را در مورد نرخ و شرایط قبل از صدور بیمه نامه اخذ نماید.

۸/۱- ساکنان مجتمع های مسکونی در صورتی که تعداد آنها از ۲۵ نفر کمتر نباشد می توانند بصورت گروهی از این پوشش استفاده نمایند.

۸/۲- بمنظور جلوگیری از گزینش نامناسب برعلیه بیمه گر باید حداقل ۷۰٪ از اعضای گروه متقاضی بیمه تحت پوشش قرار گیرند.

ماده ۹- شرکتهای بیمه می توانند طبق شرایط عمومی موضوع آیین نامه شماره ۲۶/۱ مبادرت به صدور بیمه نامه هزینه های بیمارستانی برای هر واحد خانواده مشروط برآنکه کمتر از ۴ نفر نباشند بنمایند. در این صورت بیمه شده و یا سرپرست خانواده موظف است به کلیه سئوالات مطرح شده در پرسشنامه سلامتی که از طرف بیمه گر تهیه شده است بدرستی پاسخ دهد. علاوه برآن بیمه گر می تواند در صورت نیاز، بیمه شدگان را مورد معاینه پزشکی قرار دهد.

۹/۱- حداکثر تعهد سالیانه بیمه گر برای هر خانواده (با تعداد ۴ عضو) موضوع این ماده ۴ میلیون ریال می باشد.

در صورتیکه تعداد اعضاء خانواده بیش از ۴ نفر باشد به ازاء هرنفر اضافی ۲۵٪ (حداکثر تا ۵۰٪) به میزان تعهد اضافه می گردد.

۹/۲- حداقل فرانشیز برای سالهای اول تا سوم بترتیب ۲۵، ۱۵ و ۱۰ درصد هزینه های قابل پرداخت می باشد و در صورت استفاده از بیمه درمانی دیگر، فرانشیز مزبور باتوجه به ماده ۱-۲-۲ محاسبه خواهد شد.

۹/۳- حداقل حق بیمه سالیانه که می باید یکجا پرداخت شود برای هریک از اعضاء خانواده ۴۸,۰۰۰ ریال می باشد.

۹/۴- تقاضای پوشش برای کلیه اعضاء خانواده از طرف بیمه گذار الزامی است. اما بیمه گر در موارد خاص می تواند از قبول عضوی از خانواده که قبل از صدور بیمه نامه نیاز به بستری شدن در بیمارستان داشته باشد خودداری نماید.

تخفیف مندرج در قسمت اخیر ماده ۳ و بند ۳-۷ در این ماده نیز صادق است

ماده ۱۰- چنانچه بیمه گر بخواهد در پوششهای بیمه ای موضوع این آیین نامه تغییراتی دهد می بایست قبلاً توافق بیمه مرکزی ایران را در مورد نوع پوشش و یا حدود تعهد و میزان حق بیمه کسب نماید.

آئین نامه شماره ۲/۲۷ (آئین نامه شماره ۴۴ جایگزین شد)

تعرفه بیمه تکمیلی هزینه های بیمارستانی

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری آئین نامه زیر را که مشتمل بر ۸ ماده است در جلسه مورخ ۱۳۷۸/۷/۵ تصویب نمود.

ماده ۱- مؤسسات بیمه مکلفند بیمه نامه گروهی مازاد هزینه های بیمارستانی موضوع آئین نامه شماره ۲۶/۱ را براساس مقررات و نرخهای تعیین شده در این آئین نامه صادر نمایند.

ماده ۲- شرایط، میزان تعهدات و حداقل حق بیمه جهت جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و نیز انواع سنگ شکن برای گروههایی که تحت پوشش بیمه های درمانی سازمان بیمه درمان همگانی، سازمان تأمین اجتماعی و... می باشند بشرح زیر تعیین میگردد:

ردیف	سقف تعهد سالیانه برای هر بیمه شده به میلیون ریال	حداقل نرخ حق بیمه ماهانه در هزار
۱-	۵/۲	۱,۴
۲-	بیش از ۲/۵ الی ۵	۰,۷ نسبت به مازاد تعهد ردیف یک
۳-	بیش از ۵ الی ۱۰	۰,۵ نسبت مازاد تعهد ردیف ۲
۴-	بیش از ۱۰ الی ۲۰	۰,۲ نسبت به مازاد تعهد ردیف ۳

۱-۲ پوشش هزینه زایمان معادل ۲۰ درصد سرمایه تعهد شده و جزئی از آن میباشد و در صورتی که بیمه گذار مایل به اخذ پوشش زایمان نباشد، بیمه گر میتواند با حفظ سقف تعهدات تعیین شده حق بیمه سرانه را تا میزان ۲۰ درصد کاهش دهد.
۲-۲ مدت انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۶ ماه میباشد که فقط برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر اعمال میگردد.

۳- تعهدات اضافی

۱-۳ افزایش سقف تعهد، برای اعمال جراحی مغز و اعصاب (به استثناء دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند کلیه و مغز استخوان حداکثر تا دو برابر مبلغ تعهد پذیرفته شده، با حق بیمه اضافی به میزان ۲۰ درصد حق بیمه پایه مجاز میباشد

۲-۳ هزینه های پاراکلینیکی شامل سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن ها، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی و نیز اعمال مجاز سرپائی شامل ختنه، شکستگی ها و لیزر درمانی (چنانچه جهت رفع عیوب انکساری چشم

نباشد) با سقف حداکثر ۱۰٪ تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده بانرخ حق بیمه‌ای معادل ۰/۸ درهزار مبلغ تعهد شده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه شدن می‌باشد.

۳-۳- هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً گروه‌های بالای ۱۰ هزار نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه با نرخ حق بیمه‌ای معادل ۰,۰۵ درهزار مبلغ تعهد شده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه شدن می‌باشد

۳-۴- تعمیم پوشش بیمه‌ای در مقابل خطرات طبیعی (به استثناء زلزله) با حق بیمه اضافی به میزان ۵ درصد مجموع حق بیمه ماهیانه هر نفر مجاز است

۳-۵- هزینه‌هایی که در اجرای بندهای ۲-۳ و ۳-۳ پرداخت می‌گردد مازاد بر سقف تعهدات سالیانه می‌باشد

ماده ۴ - فرانشیز

حداقل فرانشیز در کلیه موارد معادل ۲۰ درصد هزینه‌های درمان مورد تعهد است در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه‌ای بیمه گر اول استفاده نماید فرانشیزی کسر نخواهد شد مگر اینکه سهم بیمه گر مزبور از درصد تعیین شده کمتر باشد که در این صورت میزان فرانشیز معادل مابه‌التفاوت سهم بیمه گر اول و فرانشیز موضوع این ماده خواهد بود.

ماده ۵ - تخفیفات

۱-۵- شرکت‌های بیمه می‌توانند باتوجه به تعداد بیمه شدگان تخفیف‌های زیر را در حق بیمه منظور نمایند:

تعداد بیمه شدگان		درصد تخفیف
از	الی	
۴۰۰۱	۲۰۰۰۰	۵
۲۰۰۰۱	۱۰۰۰۰۰	۱۰
۱۰۰۰۰۱	۵۰۰۰۰۰	۱۵
۵۰۰۰۰۱	به بالا	۲۰

۲-۵- در صورتیکه حق بیمه هر سال در ابتدای قرارداد بصورت یکجا پرداخت شود شرکت بیمه می‌تواند ۵ درصد تخفیف در حق بیمه منظور نماید.

۳-۵- در صورتیکه حداکثر تعهد سالیانه موضوع مواد ۲ و ۳ بعنوان سقف تعهد برای خانواده در نظر گرفته شود شرکت بیمه می‌تواند ۱۰ درصد تخفیف در حق بیمه پوشش محدود شده منظور نماید.

ماده ۶ - حق بیمه اضافی

۱-۶ -	شرکتهای بیمه می‌توانند افرادی را که سن آنها بیش از ۶۰ سال تمام باشد با دریافت حق بیمه اضافی به شرح زیر بیمه نمایند
۱-۱-۶ -	برای افرادی که بین ۶۰ الی ۷۰ سال سن دارند با ۵۰٪ حق بیمه اضافی
۲-۱-۶ -	برای افرادی که بیش از ۷۰ سال سن دارند با ۱۰۰٪ حق بیمه اضافی

ماده ۷ - سایر مقررات

۱-۷	حداقل تعداد افراد گروه بیمه‌ای (با رعایت بند ۲-۳ آئین نامه شماره ۲۶/۱) ۵۰ نفر می‌باشد. در صورتیکه تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از پنجاه نفر باشد، شرکت بیمه مکلف است توافق بیمه مرکزی ایران را در مورد نرخ و شرایط قبل از صدور بیمه نامه اخذ نماید.
۲-۷	ارائه پوشش هزینه‌های درمان سرپائی جز مواردی که در این آئین نامه ذکر شده است مجاز نمی‌باشد
۳-۷	بیمه مرکزی ایران می‌تواند هر ساله متناسب با افزایش هزینه‌های درمانی در کشور و عملکرد مؤسسات بیمه در این رشته، نرخ حق بیمه را تعدیل نماید
۱-۳-۷	شرکتهای بیمه موظفند آمار حق بیمه و خسارت بیمه نامه‌های صادره خود را به تفکیک هزینه‌های بیمارستانی، زایمان و پاراکلینیکی تهیه و هر شش ماه یکبار به بیمه مرکزی ایران اعلام نمایند

ماده ۸ - این آئین نامه از تاریخ اول آبان هزار و سیصد و هفتاد و هشت جایگزین آئین نامه شماره ۲۷/۱ است. اصلاحات پیشنهادی در شرایط عمومی

آیین نامه شماره ۲۷/۳

مکمل آئین نامه تعرفه بیمه تکمیلی هزینه‌های بیمارستانی

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۷۹/۳/۹ تصویب نمود متن زیر به عنوان بند ۱-۲-۷ به بند ۲-۷ آئین نامه شماره ۲۷/۲ اضافه شود :

۱-۲-۷ بیمه مرکزی ایران می‌تواند در موارد خاص با ارائه پوشش‌های بیمه درمانی با نرخ و شرایط دیگری توافق نماید.