



Encl.: دارد : پیوست : No.: ۱۶۰/۳۲/۱۶۳۷۳ شماره: Date: ۱۴۰۱/۳/۳۱ تاریخ:

بسمه تعالی

### بخشنامه

## شرکت محترم حمل و نقل بین المللی (عضو و غیر عضو)

موضوع: قرارداد بیمه تکمیلی درمان گروهی

با تقدیم درود و احترام،

بدینوسیله به استحضار کلیه شرکتهای حمل و نقل بین المللی می‌رساند قرارداد بیمه تکمیلی درمان گروهی با سقف و تعهدات و حق بیمه‌های اعلامی شرکت سهامی بیمه پاسارگاد و شرکت سهامی بیمه سامان به شرح پیوست جهت اتخاذ تصمیم و انتخاب شرکت بیمه‌گر با توجه به خدمات اعلام شده ایفاد می‌گردد.

لذا کلیه شرکتهای حمل و نقل بین المللی، کشتیرانی و هوایی می‌توانند جهت پوشش قرار دادن کلیه کارکنان خود و خانواده‌های آنان لیست متقاضیان بیمه درمان تکمیلی را به این انجمن ارسال فرمایند.

با تقدیم احترام

دبیر انجمن صنفی شرکتهای حمل و نقل بین المللی ایران

زنوزی

PIF011

تجدید نظر: 07

صفحه: 1 از 2

شرکت بیمه سامان

## فرم اعلام حق بیمه بیمه‌نامه‌های گروهی درمان



نام بیمه‌گذار: انجمن حمل نقل

تاریخ: 25/03/1401 (مدت اعتبار نرخ دو هفته از تاریخ اعلام می باشد)

تعداد بیمه‌شدگان: 1000 نفر

نام / کد معرف: .....

ردیف	عنوان پوشش	مبلغ تعهدات سالانه (ریال) - طرح 1	مبلغ تعهدات سالانه (ریال) - طرح 2	مبلغ تعهدات سالانه (ریال) - طرح 3
1	بیمارستانی (تعهدات پایه): 1- جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. 2- هزینه همراه بیمه‌شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد. 3- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج. امبولانس داخل شهر ب شرط بستری 6.000.000 خارج شهر 10.000.000	300.000.000	400.000.000	500.000.000
2	جبران هزینه های مربوط به شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند 1)	600.000.000	800.000.000	1.000.000.000
3	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	50.000.000	70.000.000	80.000.000
4	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI, ZIFT, GIFT, میکرواینجکشن و IVF	.....	50.000.000	60.000.000
5	پاراکلینیکی 1: رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری			
6	پاراکلینیکی 2: آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس‌میکر، 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)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی‌سنجی (انواع ادیومتری)	60.000.000	70.000.000	80.000.000
7	جبران هزینه های اعمال مجاز سربایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی			
8	خدمات آزمایش‌های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آلرژیک			
9	فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)			
10	تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین			

60.000.000	40.000.000	20.000.000	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) ، 3 دیوپتر یا بیشتر باشد	11
20.000.000	20.000.000	.....	جبران هزینه های ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور، صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس (غیر بستری)	12
5.000.000	4.000.000	.....	جبران هزینه‌های عینک یا لنز تماسی طبی	13
.....	.....	.....	جبران هزینه‌های سمعک	14
.....	.....	.....	جبران هزینه‌های ارتوز	15
.....	.....	.....	جبران هزینه‌های تهیه اعضای طبیعی بدن	16
.....	.....	.....	بستری جهت درمان بیماری‌های روان‌پریشی	17
20.000.000	20.000.000	.....	هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (به جز ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی)	18

حق بیمه ماهانه هر نفر برای طرح 3 (ریال)	حق بیمه ماهانه هر نفر برای طرح 2 (ریال)	حق بیمه ماهانه هر نفر برای طرح 1 (ریال)	میزان فرانشیز پاراکلینیکی (%)	میزان فرانشیز بیمارستانی (%)
2.250.000	2.100.000	950.000	10	10

سایر موارد:

- در صورت افزایش یا کاهش بیمه‌شدگان، بیش از 20٪ تعداد اعلامی، مبلغ حق بیمه تعدیل می‌گردد.
- برای گروه های کمتر از 1000 نفر، افراد 61 تا 70 سال مشمول 50٪ اضافه نرخ و افرادی بالای 71 سال مشمول 100٪ اضافه نرخ خواهند بود.
- در صورت عدم وجود بیمه‌نامه سال قبل و یا تمدید بیمه‌نامه با فاصله زمانی بیش از یک ماه، دوره انتظار به شرح ذیل می باشد.
  - دوره انتظار زایمان برای گروه‌های کمتر از 1000 نفر، 9 ماه
  - دوره انتظار بیماری‌های مزمن برای گروه‌های کمتر از 1000 نفر، 3 ماه
- ارائه تعهدات در چهارچوب آیین نامه 99 بیمه مرکزی ج.ا.و با رعایت اصل همترازی و اعمال تعرفه امکانپذیر می‌باشد.
- سایر موارد مطابق شرایط خصوصی بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه سامان می‌باشد.
- نکته 1: لازم به ذکر است، گروه‌های بیش از 1000 نفر فاقد دوره انتظار و اضافه نرخ سنی می‌باشند.

### شرکت بیمه سامان

نام و کد عامل صدور:

تاریخ:

مهر و امضاء

کد سند : PIF011

شماره تجدید نظر: 07

شرکت بیمه سامان

فرم اعلام حق بیمه بیمه‌نامه‌های گروهی درمان



جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه 1- - -	00	1390/12/20	صدور اولیه
کلیه 1- - -	03	1396/04/04	تغییر در محتوا با توجه به تغییرات جارت سازمانی (حذف بخش مربوط به عمر و حوادث گروهی)، تغییر نامه از فرم اعلام حق بیمه بیمه‌نامه‌های گروهی استخاض به فرم اعلام حق بیمه بیمه‌نامه‌های گروهی درمان
2	04	1396/09/12	حذف بند مربوط به مالیات بر ارزش افزوده با توجه به بخشنامه 215
2	05	1397/11/15	افزایش نمودن فرانشیز بیمارستانی و باراکلینیکی به جدول فرانشیز، بازنگری پوشش‌ها بر اساس فرم محاسباتی حق بیمه درمان تکمیلی گروهی
کلیه 1- - -	06	1399/06/29	اصلاح پوشش‌ها با توجه به آیین‌نامه 99 بیمه مرکزی، اصلاح دوران انتظار، افزودن نکته 2 با موضوع مالیات بر ارزش افزوده
2	07	1400/04/27	افزایش نمودن مواردی در خصوص نحوه ارائه تعهدات در جارجوب آیین‌نامه 99

تهیه کننده/بازنگری کننده	تایید کننده	تصویب کننده
فرهاد اسکندری	مهدی فلاح	سپاس بندگان راده
1400/04/27	1400/04/31	1400/05/04





# شرکت کارگزاری رسمی بیمه (سهامی خاص) حامیان پوشش فردا

کد  
۶۰۷

دارای پروانه فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

شماره ثبت: ۳۹۲۵۹۳

طرح بیمه درمان تکمیلی شرکتهای حمل و نقل بین المللی

ردیف	شرح پوشش			
۱	هزینه های بستری، جراحی، Day care در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و آمبولانس	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	بدون سقف	بدون سقف
۲	هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب ردیف ۱)	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	بدون سقف	بدون سقف
۳	هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۰۰۰.۰۰۰
۴	پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط با IUI, ZIFT, GIFT, IVF و میکرواینجکشن	-	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰
۵	هزینه های انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ) دانسیتومتری	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۶	هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکرو، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV) (EMG) الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند ایتمتری، پریمتری، پیناکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۷	هزینه خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های الژیک			
۸	هزینه فیزیوتراپی (PT) گفتاردرمانی (ST) کاردرمانی (OT)			
۹	هزینه های جراحی های مجاز سرپایی مانند: شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن یون لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی			
۱۰	هزینه های تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰
۱۱	هزینه های ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهیم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۷.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰
۱۲	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه بدون ارتودنسی و ایمپلنت	۷.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۲۵.۰۰۰.۰۰۰
۱۳	هزینه مربوط به خرید عینک یا لنز تماسی طبی	۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰
۱۴	هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیجمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیپترومتر یا بیشتر باشد) برای هر چشم حداکثر تا ۵۰٪ سقف تعهد)	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۵	جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس در داخل شهر (از محل ردیف ۱)	۲.۰۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰
۱۶	جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس بین شهری (از محل ردیف ۱)	۳.۰۰۰.۰۰۰	۴.۵۰۰.۰۰۰	۷.۵۰۰.۰۰۰
	میزان حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ برای ردیف های ۱ و ۲ و ۳ و ۱۰ و بقیه ردیف ها ۳۰٪ با اعمال تخفیف	۱.۶۰۴.۰۰۰	۱.۷۷۰.۰۰۰	۲.۰۷۶.۰۰۰
	میزان حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ برای همه ردیف ها با اعمال تخفیف	۱.۸۸۳.۰۰۰	۲.۰۶۲.۰۰۰	۲.۴۴۴.۰۰۰

شرایط قرارداد

حداقل ۵۰٪ از کل کارکنان هر شرکت عضو میبایست جهت اخذ پوشش بیمه ای در شروع قرارداد معرفی گردند. ارائه لیست بیمه گر اول (مانند دفترچه تامین اجتماعی) در شروع قرارداد الزامی میباشد. فرزندان بیمه شده اصلی: در صورت تحصیل با گواهی اشتغال به تحصیل و فرزندان اناث تا زمان اولین ازدواج، مشروط به عدم اشتغال به کار فرزندان اعم از مذکر و مؤنث می توانند تحت پوشش باشند. هزینه های ویزیت طبق تعرفه وزارت بهداشت پرداخت می گردد. هر یک از شرکتهای متقاضی تنها مجاز به انتخاب یکی از طرح ها می باشند. افراد بازنشسته جزوه این طرح نیستند مگر آن که عضو هیات مدیره یا مدیرعامل شرکت باشند. به افراد بالای ۶۰ سال ۵۰٪ و افراد بالای ۷۰ سال ۱۰۰٪ حق بیمه اضافه خواهد شد. داروهای خارجی طبق تجویز پزشک متخصص مربوطه پرداخت می گردد. فرانشیز والدین غیر تحت تکفل ۳۰٪ می باشد. والدین تحت پوشش بیمه دندان پزشکی نمی باشند. مبالغ فوق بدون احتساب مالیات و ارزش افزوده میباشد.