

بسمه تعالی

همکاران محترم نمایندگان بیمه ایران استان فارس

با سلام

احتراماً با عنایت به نامه مشترک به شماره ۱۴۰۱/۱۹۵۸۵۵ مورخ ۱۴۰۱/۰۳/۱۱ مدیریت محترم بیمه های اشخاص و مدیریت محترم امور نمایندگی ها در خصوص شرایط و تعهدات و ضوابط ثبت نام قرارداد درمان تکمیلی انجمن های صنفی نمایندگان فعال اعم حقیقی ، حقوقی و فروش بیمه های زندگی، والدین و کارکنان دفتر نمایندگی در سال ۱۴۰۱ الی ۱۴۰۲ که از ابتدای تیر ماه آغاز میگردد ، بدینوسیله شرایط عضویت در قراردادهای درمان تکمیلی به شرح ذیل خدمت همکاران محترم اعلام می گردد :

❖ نمایندگان حقیقی ، حقوقی و فروش بیمه های زندگی :

۱. کلیه نمایندگان حقیقی دارای کد نمایندگی عضو انجمن صنفی استان میتوانند طبق شرایط و ضوابط اعلامی نام نویسی نمایند.
۲. هیأت مدیره شرکت های فعال نمایندگی بیمه می بایست حداقل ۱۸ سال سن داشته باشند ، ارائه آخرین روزنامه رسمی و لیست سנהاب متقاضیان الزامی است.
۳. نمایندگان فروش بیمه های زندگی (مشمول آئین نامه ۹۶) که در سال اول فعالیت هستند برابر مصوبه مورخ ۹۹/۵/۱۳ هیات محترم مدیره و اصلاحیه مورخ ۹۹/۱۱/۲۱ آن ، بشرح شاخص های ذیل امکان ورود به قرارداد را خواهند داشت :
 - صدور حداقل تعداد ۷۵ فقره بیمه نامه به مبلغ ۷۵ میلیون تومان برای کلیه نمایندگان بیمه های زندگی در کل استان فارس تبصره ۱ : نمایندگان فروش بیمه های زندگی (مشمول آئین نامه ۹۶) که در سال دوم فعالیت هستند در صورتی که تا زمان شروع قرارداد درمان تکمیلی باز خرید بیمه های عمر مربوطه توسط بیمه گذار انجام نشده باشد و نماینده به رکورد هشتاد درصد مازاد بر شاخص های سال اول فعالیت رسیده باشد ، می توانند به قرارداد وارد شوند .
 - تبصره ۲ : حق بیمه قراردادهای درمان نمایندگان مشمول آیین نامه ۹۶ بصورت یکجا و در ابتدای قرارداد اخذ خواهد شد.
 - تبصره ۳ : برای نمایندگان فروش بیمه های زندگی (مشمول آیین نامه ۹۶) صرفاً یک قرارداد واحد در تهران مطابق با نرخ و شرایط مصوبه بصورت مستقیم توسط شعبه ممتاز هلال احمر پس از تأیید توسط مدیریت محترم استان ارسال خواهد شد.

❖ کارکنان نمایندگی حقیقی:

۱. کارکنان معرفی شده توسط نمایندگان ، توامان باید دارای حداقل یک سال سابقه تامین اجتماعی از طریق نمایندگی بیمه و سابقه یک ساله ثبت شده در سامانه سנהاب بیمه مرکزی باشند و این سابقه بایستی در سامانه سנהاب کماکان استمرار داشته باشد (کارکنانی که بین دفاتر جابه جا می شوند در صورتی که جمع سوابق در دفاتر قبلی و فعلی بالغ بر یکسال شود نیز مشمول این بند می باشند) .
- تبصره ۱ : کارکنان دفاتر نمایندگی که در حین اجرای قرارداد شرایط عضویت در قرارداد را کسب می نمایند از اولین ماه بیمه ای بعد از تاریخ احراز شرایط به عضویت قرارداد اضافه خواهند شد ،
- تبصره ۲ : کارمندان دفاتر نمایندگی که دارای حداقل یکسال سابقه بیمه تامین اجتماعی از طریق دفتر نمایندگی مربوطه می باشند ولی سابقه آنها در سנהاب ثبت نشده است ، با ارائه پرینت سوابق تامین اجتماعی و پس از ثبت اطلاعات کارمند در سامانه سנהاب بیمه مرکزی تحت پوشش قرار خواهند گرفت . (نمایندگی مذکور می بایست طی مهلت اعلام شده نسبت به ارسال مدارک به امور نمایندگان مجتمع و ثبت نام کارمند در سامانه سנהاب اقدام نماید.)

- تبصره ۳: کارکنانی تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی نمایندگان قرار می گیرند که لزوماً شخص نماینده، خود دارای پوشش درمان تکمیلی ذیل این بخشنامه باشد به استثنای کارکنان نماینده ای که کارمند بازنشسته کشوری یا لشکری بوده و دارای پوشش درمان تکمیلی از مراجع مذکور با ارائه مستندات لازم باشند.
۲. کارکنانی که سن ایشان بالای ۶۰ سال می باشد، در صورتی که حداقل ۳ سال پوشش پیوسته بیمه پایه از طریق نمایندگی با دارا بودن سابقه پیوسته در سامانه سنهاب باشند، می توانند در عداد کارکنان نماینده قرار بگیرند. (ارائه پرینت سوابق تأمین اجتماعی الزامی است)
۳. نمایندگان حقیقی می توانند مطابق با ضوابط فوق و به تعداد ذیل کارمند نمایندگی متناسب با میانگین مبلغ کارمزد متعلقه در سال قبل (۱۴۰۰)، تحت پوشش قرارداد بیمه درمان کارکنان نماینده قرار دهند:
- الف) کارمزد نماینده حداقل تا مبلغ ۵,۰۰۰,۰۰۰ تومان بدون پوشش کارمند
- ب) کارمزد نماینده حداقل از ۵,۰۰۰,۰۰۱ تومان تا مبلغ ۸,۰۰۰,۰۰۰ تومان حداکثر تعداد ۱ کارمند
- ج) کارمزد نماینده حداقل از ۸,۰۰۰,۰۰۱ تومان تا مبلغ ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ تومان حداکثر تعداد ۲ کارمند
- د) کارمزد نماینده حداقل از ۱۲,۰۰۰,۰۰۱ تومان تا مبلغ ۱۶,۰۰۰,۰۰۰ تومان حداکثر تعداد ۳ کارمند
- تبصره: مازاد بر کارمزد ۱۶/۰۰۰/۰۰۱ تومان به ازای هر ۴,۰۰۰,۰۰۰ تومان کارمزد مازاد، یک کارمند اضافه می گردد.
۴. احراز شرایط مندرج در بندهای فوق توسط مجتمع امور بیمه ای صورت می پذیرد.

❖ کارکنان نمایندگی حقوقی:

۱. رعایت تمامی شرایط مندرج در بندهای ۱ و تبصره های آن و ۲ قسمت مرتبط با کارکنان نمایندگی های حقیقی
۲. نمایندگان حقوقی می توانند مطابق با ضوابط فوق و متناسب با میانگین مبلغ کارمزد متعلقه در سال قبل (۱۴۰۰) می توانند به تعداد ذیل کارمند تحت پوشش قرار دهند.
- الف) کارمزد نمایندگی حقوقی حداقل تا مبلغ ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ تومان حداکثر تعداد ۱ کارمند
- ب) کارمزد نمایندگی حقوقی حداقل از ۱۰,۰۰۰,۰۰۱ تومان تا مبلغ ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ تومان حداکثر تعداد ۲ کارمند
- ج) کارمزد نمایندگی حقوقی حداقل از ۱۵,۰۰۰,۰۰۱ تومان تا مبلغ ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ تومان حداکثر تعداد ۳ کارمند
- تبصره: مازاد بر کارمزد ۲۰/۰۰۰/۰۰۱ تومان به ازای هر ۵,۰۰۰,۰۰۰ تومان کارمزد مازاد، یک کارمند اضافه می گردد.
۳. مسئولین دفاتر فرعی شرکتهای خدمات بیمه ای در این قرارداد به عنوان کارکنان محسوب شده و می توانند منوط به رعایت آمارهای کارمزد متعلقه مذکور در بند ۲ فوق، تحت پوشش قرار گیرند.
۴. احراز شرایط مندرج در بندهای فوق توسط مدیریت محترم مجتمع امور بیمه ای استان فارس صورت پذیرد.

والدین:

- ۱- پدر و مادر تحت و غیر تحت تکفل نمایندگان حقیقی و حقوقی و کارکنان آنها، می توانند طبق ضوابط و نرخ و شرایط اعلام شده در قرارداد والدین تحت پوشش قرار بگیرند.
- ۲- صرفاً والدین تحت تکفل نمایندگان فروش بیمه های زندگی (مشمولین آیین نامه ۹۶) می توانند طبق ضوابط و نرخ و شرایط اعلام شده تحت پوشش قرار گیرند و والدین غیرتحت تکفل نمایندگان فروش بیمه های زندگی (مشمولین آیین نامه ۹۶) تحت پوشش این قرارداد نمی باشند.

ملاحظات:

- کلیه بیمه شوندهگان اصلی قراردادهای درمان می بایست تحت پوشش بیمه عمر و حوادث قرار گیرند .
- داشتن بیمه گر پایه برای کلیه بیمه شدگان الزامی می باشد. (توضیح اینکه داشتن بیمه پایه روستایی برای هیچ یک از متقاضیان اعم از اصلی و تبعی مورد پذیرش نمی باشد)
- آن دسته از بازاربابانی که واجد شرایط بند ۱ بخش کارکنان نمایندگی حقیقی باشند می توانند تحت پوشش قرار گیرند .
- در صورت نامنویسی نمایندگان ذکور ، ثبت نام کلیه افراد تحت تکفل در قرارداد الزامی می باشد.
- کلیه نمایندگان حقیقی و حقوقی که قرارداد نمایندگی ایشان به هر دلیل توسط مدیریت محترم امور نمایندگی ها تعلیق می گردد یا خواهان مرخصی می باشند به همراه وابستگان ایشان اعم از کارکنان و والدین مشروط به پرداخت یکجای حق بیمه تا پایان قرارداد می توانند تحت پوشش باقی بمانند.
- پوشش درمانی نمایندگان حقیقی و حقوقی و وابستگان ایشان حداکثر تا پایان ماه بیمه ای می باشد که لغو کد ایشان توسط مدیریت محترم امور نمایندگی ها ابلاغ می گردد. (بجز متوفیان)
- آن دسته از نمایندگان حقیقی که پس از گذشت حداقل ۲۰ سال فعالیت نمایندگی از همکاری با شرکت بیمه ایران منفک و عملاً بازنشسته محسوب می گردند می توانند با تأیید مدیریت امور نمایندگی ها در عضویت قرارداد نمایندگان قرار گیرند.

تعهدات و حق بیمه:

ردیف	عنوان	نمایندگان حقیقی	نمایندگان حقوقی	نمایندگان عمر	کارکنان	والدین تحت و غیر تحت تکفل
۱	هزینه های بیمارستانی (تعهد پایه)	نامحدود	نامحدود	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	آمبولانس داخل شهر	نامحدود	نامحدود	۲/۰۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰
۳	آمبولانس خارج شهر	نامحدود	نامحدود	۳/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰
۴	جراحی های تخصصی	نامحدود	نامحدود	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	درمان و داروی بیماران خاص	نامحدود	نامحدود	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
	مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف ۱ تا ۵ جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد	نامحدود	نامحدود	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	زایمان	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۰
۷	نازایی و ناباروری	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۰
۸	درمان بیماری های روانپریشی	نامحدود	نامحدود	۷۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۷۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۷۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	پاراکلینیکی گروه ۱	نامحدود	نامحدود	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	پاراکلینیکی گروه ۲					
۱۱	پاراکلینیکی گروه ۳					
۱۲	پاراکلینیکی گروه ۴					
۱۳	پاراکلینیکی گروه ۵					
۱۴	جراحی های مجاز سربایی	نامحدود	نامحدود	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۵	ویزیت، دارو، خدمات اورژانس	نامحدود	نامحدود	۷۵/۰۰۰/۰۰۰	۷۵/۰۰۰/۰۰۰	۷۵/۰۰۰/۰۰۰
۱۶	دندانپزشکی	۸۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۰	۰
۱۷	عینک	۷/۰۰۰/۰۰۰	۷/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	۶/۰۰۰/۰۰۰	۶/۰۰۰/۰۰۰
۱۸	رفع عیوب انکساری دو چشم	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۹	سمعک	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۰	۰	۰
۲۰	اوروتوز	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۲۱	تهیه اعضای طبیعی بدن	نامحدود	نامحدود	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
	حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ برای ردیف ۱ الی ۸ و فرانشیز ۲۰ درصد برای سایر تعهدات	۱/۳۰۰/۰۰۰	۱/۳۰۰/۰۰۰	*	*	*
	حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۲۰ درصد	*	*	۱/۳۰۰/۰۰۰	۱/۲۳۵/۰۰۰	۱/۵۲۴/۰۰۰

نحوه ثبت نام و مهلت ارائه مدارک :

- ۱- تکمیل فرم پیوست ممهور به مهر نمایندگی (کامل و خوانا تکمیل شود)
 - شایان به ذکر است فرم مخصوص نمایندگی، در قسمت بالا مشخصات شخص نماینده و در قسمت پایین صرفاً لیست افراد تحت تکفل ایشان نامبرده شود.
 - در فرم مخصوص کارمندان، در قسمت بالا مشخصات کارمند دفتری و در قسمت پایین مشخصات افراد تحت تکفل ایشان نامبرده شود. بدیهیست هر فرم مخصوص یک کارمند می باشد.
 - در فرم والدین، در قسمت بالا مشخصات بیمه شده اصلی و در قسمت پایین مشخصات والدین نامبرده شود.
 - در فرم مخصوص نمایندگان عمر در قسمت بالا مشخصات شخص نماینده و در قسمت پایین صرفاً لیست افراد تحت تکفل ایشان نامبرده شود.
- ۲- مدارک لازم که باید پیوست فرم اطلاعات باشد و میبایست به همراه فرم درخواست بصورت ارسال فیزیکی باشد :
 - شامل کپی تمام صفحات شناسنامه ، لیست سوابق بیمه پایه و کپی کارت ملی. (ممهور به مهر نمایندگی)
 - فرزندان پسر تا سن ۲۰ سال تمام، در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال تمام و دانشجویان رشته پزشکی تا سن ۲۶ سال تمام تحت پوشش این بیمه بوده و در صورتی که در ابتدای قرارداد مشمول این بیمه نامه باشند، پوشش بیمه ای ایشان تا پایان قرارداد ادامه خواهد داشت. (گواهی اشتغال به تحصیل زمینه مدارک گردد، در غیر این صورت از لیست حذف می گردد.)
 - فرزندان دختر (اناث) تا هنگام ازدواج یا اشتغال بکار تحت پوشش این بیمه نامه می باشند. برای فرزندان دختر بالای ۲۰ سال مدارک عدم اشتغال بکار (اخذ تأییدیه عدم اشتغال از سازمان تامین اجتماعی) و مدارک عدم ازدواج (صفحه اول و دوم شناسنامه) پیوست گردد. (در غیر این صورت از لیست حذف می گردد.)

همکاران محترم شعب شیراز: از روز شنبه تاریخ ۲۱ لغایت ۲۴ خرداد ماه از ساعت ۸ صبح الی ۱۷ عصر مدارک اعلام شده را به دبیرخانه انجمن صنفی تحویل نمایند.

نمایندگان محترم شعب شهرستان ها: حداکثر تا ساعت ۱۲ ظهر روز دوشنبه ۲۳ خرداد ماه مدارک لازم را در پاکت سربسته تحویل روسای محترم شعب مربوطه نموده تا از آن طریق در روز سه شنبه ۲۴ خرداد به اداره اشخاص مجتمع امور بیمه ای تحویل گردد.

نکته مهم: بدیهی است با توجه به دستورالعمل صادره در صورت عدم ارائه بموقع مدارک خواسته شده و یا ارسال مدارک ناقص ، پس از اتمام مهلت مذکور عضویت بیمه شوندهگان به عنوان شخص از قلم افتاده تلقی خواهد گردید و تحت هیچ شرایطی مورد پذیرش نخواهد بود و در لیست اسامی منظور نمی گردد.

با تشکر و تجدید احترام

هیأت مدیره انجمن صنفی نمایندگان بیمه ایران استان فارس

دبیر: علی ضیغمی