



مقررات بیمه ای

موضوع	بخشنامه جایگزین 651 امور فنی بیمه شدگان
	اداره کل تأمین اجتماعی استان. مدیریت درمان استان. با سلام در راستای تسهیل و روان سازی امور به منظور گسترش پوشش بیمه به افراد جدید و نیز جلب رضایتمندی مخاطبین سازمان که از اهداف دولت میباشد در زمینه ضوابط و مقررات مربوط به چگونگی ادامه بیمه به طور اختیاری بر اساس مصوبه سیصد و پنجاه و هفتمین جلسه مورخ ۸۶/۱۱/۲۰ اصلاحاتی در آئین نامه ادامه بیمه به طور اختیاری مصوب ۸۵/۶/۲۶ شورای عالی تأمین اجتماعی تصویب گردیده که در اجرای آن مفاد این بخشنامه از تاریخ ۸۶/۱۱/۲۰ جایگزین بخشنامه ۶۵۱ امور فنی بیمه شدگان شده و جهت اجرا بشرح آتی ابلاغ میگردد: مشمولین و شرایط پذیرش درخواست ۱- افرادی که به عللی غیر از علل مندرج در قانون بیمه های اجتماعی کارگران مصوب اردیبهشت ماه ۱۳۳۹ و قانون تأمین اجتماعی مصوب تیر ماه ۱۳۵۴ از ردیف بیمه شدگان خارج شده یا بشوند در صورتیکه طبق قوانین یاد شده مشمول بیمه بازنشستگی باشند با دارا بودن حداقل سی (۳۰) روز سابقه پرداخت حق بیمه میتوانند بیمه خود را بصورت اختیاری ادامه دهند. تبصره : سوابق منتقله از سایر صندوقها پس از پرداخت ما به التفاوت مربوطه در احراز شرایط سن و سابقه مقرر در این بخشنامه قابل پذیرش می باشد. ۲- حداکثر سن پذیرش تقاضای متقاضی در زمان ثبت تقاضا برای مردان و زنان پنجاه و پنج (۵۵) سال تمام می باشد . ۳- چنانچه سن متقاضی در زمان ثبت تقاضا بیش از سن مذکور باشد پذیرش درخواست وی منوط به دارا بودن سابقه پرداخت حق بیمه قبلی معادل مدت مازاد سنی مقرر خواهد بود ۴- آن عده از متقاضیانی که حداقل دارای ده (۱۰) سال سابقه پرداخت حق بیمه می باشند از اعمال شرایط سنی مقرر معاف خواهند بود . ۵- کلیه بیمه شدگان متقاضی بیمه اختیاری که حداقل یکبار در اجرای آئین نامه های مورد عمل با این بخشنامه قرارداد تنظیم و حق بیمه پرداخت نموده با مینمایند از تاریخ ۸۵/۸/۸۵ به بعد ، حداکثر تا سه (۳) مرتبه دیگر مجاز به انعقاد قرارداد بدون در نظر گرفتن شرایط سن و سابقه با رعایت سایر شرایط مقرر خواهند بود . ۶- متقاضی بیمه اختیاری در زمان ارائه تقاضا نباید مشمول قانون تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانها و صندوق های بیمه بازنشستگی باشد. نحوه ارائه درخواست و ضوابط انعقاد قرارداد و پرداخت حق بیمه ۷- ارائه درخواست ادامه بیمه بطور اختیاری مطابق فرم شماره یک توسط متقاضی و یا وکیل قانونی وی و ثبت آن در دفتر شعبه ۸- واحد اجرائی مربوطه موظف است حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ ثبت تقاضا در دفتر شعبه استحقاق با عدم استحقاق متقاضی (از لحاظ سن ، سابقه ، معرفی به پزشک معتمد به منظور اخذ گواهی) را بررسی و نتیجه را با استفاده از فرمهای شماره دو (۲) و سه (۳) پیوست حسب مورد به متقاضی اعلام نماید. متقاضی نیز از تاریخ وصول اعلام کتبی موافقت سازمان حداکثر به مدت بیست (۲۰) روز فرصت دارد جهت انعقاد قرارداد به شعبه مراجعه و پس از انعقاد قرارداد نسبت به پرداخت حق بیمه مقرر ظرف مهلت مندرج در فیش اقدام نماید . تذکر : تاریخ شروع بیمه اختیاری از تاریخ ثبت تقاضا در دفتر شعبه می باشد . ۹- واحد امور فنی بیمه شدگان مکلف است حداکثر ظرف دو روز اداری از تاریخ ثبت درخواست نسبت به استعلام سابقه پرداخت حق بیمه از واحد نامنویسی و حسابهای انفرادی اقدام نماید، واحد مربوطه موظف است حداکثر ظرف مدت یک هفته از تاریخ استعلام ، کل میزان سابقه پرداخت حق بیمه متقاضی را به واحد امور فنی بیمه شدگان اعلام و چنانچه بیمه شده دارای سوابق پرداخت حق بیمه نزد شعب دیگر سازمان باشد واحد نامنویسی و حسابهای انفرادی مکلف است بلافاصله نسبت به استعلام سابقه از شعب ذربط اقدام نماید در این صورت شعب مقصد می بایست حداکثر ظرف یک هفته از تاریخ دریافت استعلام ، سابقه مورد درخواست را به شعبه مبداء اعلام نمایند . تذکر: به منظور تسریع در امور چنانچه متقاضی حداقل سابقه لازم جهت انعقاد قرارداد را دارا باشد ضمن عقد قرارداد لازم است نسبت به جمع آوری کل سوابق پرداخت حق بیمه از سایر شعب اقدام نمایند . ۱۰- ضروری است واحد امور فنی بیمه شدگان فرم درخواست اخذ شده را در کلاسور جداگانه ای نگهداری و موضوع را تا

تعیین تکلیف نهایی جهت اعلام نتیجه به متقاضی پیگیری نموده و بعد از آن در پرونده فنی بیمه شده بایگانی نماید ...

۱۱- کلیه متقاضیان بیمه اختیاری میبایست قبل از انعقاد قرارداد توسط پزشک معتمد سازمان مورد معاینه قرار گیرند لیکن آن گروه از متقاضیانی که در تاریخ تقاضا کمتر از نه (۹) ماه قطع پرداخت حق بیمه دارند به شرط آنکه سوابق قبل از قطع بیمه آنان جهت بهره مندی از حمایت از کار افتادگی کلی معتبر باشد از انجام معاینات پزشکی معاف خواهند بود.

۱۲- چنانچه بر اساس گواهی پزشک معتمد سازمان متقاضی در بدو قرارداد به علت بیماری یا عارضه خاصی از کار افتاده کلی شناخته شود بیماری یا عارضه مذکور موجب استفاده وی از مزایای قانونی از کار افتادگی کلی نخواهد بود مگر اینکه به عارضه با بیماری دیگری مبتلا شود که در اینصورت امکان استفاده از حمایت مذکور با رعایت مقررات مربوطه بلامانع خواهد بود.

۱۳- آن دسته از متقاضیانی که طبق تشخیص پزشک معتمد سازمان ، بیماری یا عارضه منجر به از کار افتادگی کلی آنان موضوع بند (۱۲) مربوط به دوران پرداخت حق بیمه قبلی باشد از شمول حکم مقرر در بند مذکور خارج بوده و در این موارد برابر مقررات مربوطه اقدام می گردد .

۱۴- پزشک معتمد سازمان موظف میباشد طبق دستورالعمل اجرایی ضمیمه این بخشنامه متقاضی را معاینه و طبق فرم شماره چهار (۴) نظریه خود را در خصوص وضعیت متقاضی اعلام نماید.

۱۵- افراد تحت تکفل متقاضیان بیمه اختیاری به منظور استفاده از خدمات درمانی باید بدواً با معرفی سازمان طبق فرم شماره پنج (۵) در واحدهای سازمانی طبق روال گذشته مورد معاینه پزشکی قرار گیرند و سازمان در قبال درمان بیماریهایی که مربوط به دوران قبل از بیمه پردازی آنان باشد هیچگونه تعهدی نخواهد داشت .

۱۶- افراد تحت تکفل آندسته از متقاضیان بیمه اختیاری که حداقل پنج (۵) سال سابقه پرداخت حق بیمه دارند و فاصله قطع پرداخت حق بیمه آنان کمتر از دو سال باشد و همچنین کسانی که ده (۱۰) سال تمام سابقه پرداخت حق بیمه داشته باشند از انجام معاینات پزشکی موضوع بند پانزده ۱۵ به منظور استفاده از حمایت درمانی سازمان معاف می باشند.

نحوه معرفی جهت انجام معاینات

۱۷- واحد امور فنی بیمه شدگان موظف است پس از اعلام سابقه و احراز شرایط متقاضی از حیث سن و سابقه پرداخت حق بیمه با توجه به ضوابط مقرر در این بخشنامه سریعاً نسبت به معرفی متقاضی به پزشک معتمد در قالب فرم شماره (۴) و همچنین معرفی افراد خانواده جهت انجام معاینات بر اساس بند "۱۵" اقدام نماید .

۱۸- شعب موظفند پس از اخذ گواهی پزشک معتمد، در اسرع وقت نسبت به اعلام احراز شرایط برقراری بیمه اختیاری طبق فرم نمونه شماره دو (۲) به متقاضی اقدام نمایند . دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه

۱۹- مبنای پرداخت حق بیمه مشمولین این بخشنامه برای کسانی که بیش از ۱۰ سال سابقه پرداخت حق بیمه دارند عبارت است از میانگین دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه آخرین سیصد و شصت (۳۶۰) روز قبل از تاریخ ثبت تقاضای ادامه بیمه به طور اختیاری مشروط بر اینکه مبلغ مزبور کمتر از حداقل دستمزد مصوب شورای عالی کار در زمان تقاضا نباشد.

۲۰- مبنای پرداخت حق بیمه متقاضیانی که کمتر از ۱۰ سال سابقه پرداخت حق بیمه دارند به انتخاب متقاضی بین حداقل و حداکثر دستمزد شاغلین خواهد بود.

۲۱- از ابتدای هر سال به میزان درصدی که طبق مقررات مصوب شورای عالی کار به سطوح دستمزد شاغلین اضافه میگردد مبنای کسر حق بیمه بیمه شدگان افزایش می یابد در هر حال مبنای پرداخت حق بیمه از حداقل دستمزد مصوب شورای عالی کار کمتر و از حداکثر دستمزد مصوب شورای عالی تأمین اجتماعی بیشتر نخواهد بود.

نرخ و نحوه پرداخت حق بیمه ، تعهدات و حمایتها

۲۲- نرخ پرداخت حق بیمه اختیاری معادل بیست و شش درصد (۲۹) می باشد.

تذکر: کلیه درخواستهایی که بعد از ۸۵/۸/۱ به شعب ارائه گردیده است در صورت تنظیم قرارداد می بایست قرارداد آنان با نرخ جدید مطابقت داده شود .

۲۳- بر اساس ماده بیست و هشت (۲۸) قانون تأمین اجتماعی علاوه بر نرخ حق بیمه مورد اشاره، به میزان سه درصد (۳) حق بیمه نیز به عهده دولت خواهد بود .

۲۴- برخورداری از مستمری بازنشستگی از کار افتادگی کلی ، فوت و درمان حسب شرایط مقرر در قانون تأمین اجتماعی خواهد بود. در مورد برقراری مستمری از کار افتادگی کلی علاوه بر شرایط مزبور مفاد بند "۱۲" این بخشنامه لازم الرعایه است .

۲۵- درمان مستمری بگیران بیمه اختیاری با کسر دو درصد (۲) از مستمری مربوطه مطابق ماده هشتاد و نه (۸۹) قانون تأمین اجتماعی انجام می گیرد .

۲۶- کلیه بیمه شدگان اختیاری و آن دسته از مستمری بگیرانی که با احتساب سابقه پرداخت حق بیمه اختیاری به زمره مستمری بگیران پیوسته و با پرداخت فرانشیز از خدمات درمانی سازمان بهره مند شده اند همانند بیمه شدگان اجباری از پرداخت فرانشیز درمانی معاف میباشند. لذا مهر بیمه اختیاری از دفاتر درمانی آنان حذف می گردد و پرداخت هزینه کفن و دفن و وسائل کمک پزشکی (پروتز و ارتوز) به آنان مطابق مقررات مربوطه خواهد بود .

۲۷- با توجه به نرخ پرداخت حق بیمه و تعاریف مندرج در قانون تأمین اجتماعی پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری ، کمک بارداری و کمک ازدواج در این نوع بیمه موضوعیت نخواهد داشت.

۲۸- مهلت پرداخت حق بیمه هر ماه حداکثر تا آخرین روز دو (۲) ماه بعد خواهد بود، در غیر اینصورت قرارداد منعقد از تاریخ عدم پرداخت حق بیمه (اولین ماهی که حق بیمه آن پرداخت نشده است) لغو و ادامه بیمه موکول به تسلیم تقاضای جدید و موافقت سازمان با رعایت مقررات مندرج در این بخشنامه خواهد بود .

تذکر : مبالغ پرداخت شده بابت حق بیمه ای که خارج از موعد مقرر در این بند صورت گرفته باشد کسر هزینه اداری (حق بیمه پرداختی) و حسب مورد هزینه درمان (معادل شده مسترد خواهد شد.

سایر موارد

۲۹ - بیمه شدگان اختیاری که در کارگاههای مشمول قانون تأمین اجتماعی یا مؤسسات و دستگاههای مشمول سایر صندوقهای حمایتی بیمه ای اشتغال می یابند قرارداد بیمه اختیاری آنان از تاریخ اشتغال به کار ملغی محسوب میگردد. بدیهی است انعقاد قرارداد مجدد با آنان موقوف به ترک کار و احراز شرایط مقرر خواهد بود.

۳۰ - استفاده از تعهد از کار افتادگی کلی بیمه شدگانی که با نرخ ۱۲ یا ۱۴ بدون انجام معاینات پزشکی اولیه قبل از ۸۵/۸/۱ قرارداد ادامه بیمه به طور اختیاری منعقد نموده اند و در حال حاضر نیز بیمه پردازی آنان ادامه دارد، منوط به انجام معاینات اولیه در این بخشنامه و رعایت ضوابط مقرر خواهد بود .

۳۱ - سوابق پرداخت حق بیمه بیمه شدگان اختیاری جهت برخورداری از تعهدات بلند مدت می بایست به تفکیک و بر اساس نرخ هر قرارداد اعلام گردد تا به هنگام بهره برداری، تعهدات قانونی سازمان مطابق نرخ و مقررات مربوطه ارائه شود. بدیهی است سوابق پرداخت حق بیمه با نرخ چهارده درصد (۱۴) در احراز شرایط و میزان مستمری از کار افتادگی و با نرخ دوازده درصد (۱۲) در احراز شرایط و میزان مستمری از کار افتادگی و بازماندگان مؤثر نخواهد بود .

۳۲ - کلیه واحدها صرفاً ملزم به استفاده از فرمهای پیوست بوده و ضروری است از به کاربردن هر گونه فرم غیر از فرمهای پیوست خودداری نمایند. ضمناً اضافه مینماید به منظور آگاهی متقاضیان چاپ مفاد کامل آئین نامه ادامه بیمه به طور اختیاری با آخرین اصلاحات بعمل آمده در ظهر فرم درخواست و قرارداد مطابق نمونه های پیوست الزامی است و استفاده از فرمهای قبلی بدلیل انجام تغییرات و عدم تطابق با فرمهای جدید به جهت ایجاد وحدت رویه مجاز نخواهد بود.

۳۳ - قراردادهای بیمه اختیاری که تا تاریخ ۱۳۸۵/۸/۱ بنحوی از انحاء تنظیم گردیده است و بیمه شدگان به اعتبار آن حق بیمه مقرر را پرداخت نموده اند مورد پذیرش خواهد بود .

۳۴ - به جهت استفاده از فرمهای واحد منبع متقاضیان بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد و افراد تحت تکفل آنان با رعایت مقررات مربوطه به ترتیب مطابق فرمهای شماره ۴ و ۵ وفق دستور العمل ضمیمه مورد معاینه قرار می گیرند .

۳۵ - پزشک معتمد سازمان پزشک متخصص داخلی و در صورت عدم وجود متخصص داخلی در شهرستان مربوطه، پزشک عمومی میباشد که با تشخیص مدیریت درمان استان و در نظر گرفتن امکانات موجود، از بین پزشکان مجرب و متعهد شاغل در مراکز درمانی ملکی سازمان یا طرف قرارداد انتخاب و بر اساس قرارداد فیما بین انجام وظیفه می نماید ...

۳۵-۱ - هزینه انجام معاینات توسط متقاضی پرداخت و برابر با تعرفه خصوصی مصوب هر سال می باشد.

۳۵-۲ - در صورتیکه پزشک معتمد از پزشکان سازمانی شاغل در مرکز درمانی ملکی باشد ، علاوه بر حقوق و مزایای سازمانی (۸۰٪) از تعرفه دریافتی سازمان از متقاضی تعرفه خصوصی) در پایان هر ماه بر اساس عملکرد وی در راستای حسن انجام کار و زمانبندی انجام معاینات به وی پرداخت خواهد شد.

۳۵-۳ - نظر به اینکه متقاضیان ادامه بیمه به طور اختیاری تحت پوشش هیچ نوع بیمه ای نمی باشند لذا استفاده از هر نوع دفترچه درمانی جهت انجام معاینات مذکور خلاف مقررات می باشد.

۳۵-۴ - مدیران کل بیمه ای و مدیران درمان استانها میبایستی در جهت تسهیل در امور و تسریع در روند انجام معاینات و عقد قرارداد با متقاضیان با مشارکت و هماهنگی لازم نسبت به تعیین یا عقد قرارداد با حداقل یک پزشک معتمد جهت هر یک از شعب اقدام نموده و اسامی پزشکان معتمد به همراه آدرس و زمان حضور آنان را جهت انجام معاینات به شعب تحت پوشش خود اعلام نمایند.

۳۵-۵ - پزشکان معتمد موضوع این بخشنامه مکلفند در انجام معاینات دقت کافی مبذول دارند و مسئولیت نظارت بر عملکرد پزشکان معتمد و نحوه انجام معاینات و کیفیت آن بعهده مدیریت درمان استانها می باشد.

مسئول حسن اجرای این بخشنامه مدیران کل واحدهای بیمه ای و درمانی و معاونین مربوطه رؤسا و معاونین شعب ، رؤسا و کارشناسان ارشد کمیسیونهای پزشکی و طب کار مسئولین و کارشناسان امور فنی بیمه شدگان، نامنویسی و حسابهای انفرادی، امور فنی مستمریها درآمد حق بیمه کارشناسان امور اداری فرابری دادهها و نیز شرکت مشاور مدیریت و خدمات ماشینی تأمین خواهند بود.

ومن... التوفیق
حسینعلی ضیائی