



مدیران بیمه ای سازمانها با رعایت ۵ نکته ذیل می توانند در بیمه تکمیلی سازمان خود رضایتمندی قابل قبولی را به همکاران خود به ارمغان آورند.

۱- ثبت نام ۲ ماه قبل از شروع بیمه نامه

از قدیم گفته اند حادثه خبر نمی کند ، اغلب بیمه نامه ها دقیقا در دقیقه ۹۰ سررسید خود تمدید میشوند و این قضیه برای سازمانها به امری ناگزیر تبدیل شده است ، چرا که مذاکرات طولانی و چانه زنی های بسیار ، معمولا تمدید بیمه نامه را در آخرین لحظات بیمه نامه قبلی به سرانجام میرساند. بیماری که خبر نمی کند ، تعطیل و روز کاری ، روز و شب ، اول و آخر بیمه نامه نیز نمی شناسد پس اعضایی که در فاصله تاریخ انقضای بیمه نامه تا تحویل اطلاعات اعضای بیمه نامه جدید دچار بیماری میشوند اگر درمانشان نیاز به بستری داشته باشد ، به سختی معرفی نامه می گیرند و اگر سرپایی باشد دریافت خسارتشان بعلت انباشت مدارک ، بسیار با تاخیر صورت می پذیرد!

پس چه باید کرد ، طبق بررسی های بعمل آمده تغییر تعهدات و به تبع آن تغییر حق بیمه حداکثر ۱۰٪ در لیست اعضای متقاضی بیمه تکمیلی ریزش و افزایش تعداد ایجاد می کند . بنابر این میتوان ۲ ماه کاری مانده به زمان تمدید بیمه نامه بر اساس تعهدات تقریبی جدید و بدون اعلام حق بیمه نسبت به ثبت نام اقدام نمود.

این ثبت نام بدلیل وجود مقررات متعدد و آیین نامه های بیمه مرکزی روال خاصی دارد که صرفا از طریق سیستمهای تحت وب بصورت کاملا آنلاین و خودکار امکان پذیر خواهد بود. این امکان سالهاست در سایت www.portalbime.com در بخشی بنام «ثبت نام درمان تکمیلی» راه اندازی شده است.

شما میتوانید یک چک لیست کاملا اختصاصی برای انجام امور مورد نیاز برای تمدید بیمه نامه درمان تکمیلی خود تهیه کنید که با چه برنامه ریزی زمانی امور موازی مربوط به تمدید بیمه درمان تکمیلی در سازمانتان پی گیری شود تا بدون وقفه و بدون تاخیر بیمه نامه شما اجرایی گردد. در صورت نیاز به کمک در تهیه این چک لیست به آدرس info@portalbime.com درخواست خود را ارسال کنید.



جهت دریافت اطلاعات بیشتر در مورد بیمه درمان تکمیلی در بخش درمان تکمیلی سایت پرتال بیمه عضو شوید



افشین ایرجی
کارگزار رسمی بیمه مرکزی
نویسنده کتاب من خانواده ام را دوست دارم





۲- تعیین تعهدات، بر اساس خسارات سنگین و یک طرح

بیمه درمان تکمیلی یک بیمه نامه گروهی است و میتواند تنوع بسیار متنوعی در پوششها داشته باشد ، دستور عقل سلیم در الویت بندی پوششهای بیمه ای ، پوشش ریسکهای بزرگ و سنگین است ، چرا که خسارت سنگین است که میتواند یک زندگی را دچار مشکل نماید و خوشبختانه هزینه های سنگین از جمله هزینه بیماریهای صعب العلاج بسیار فراگیر نبوده و تعداد مبتلایان در گروه بیمه شدگان بسیار اندک بوده و پوشش این ریسکها حق بیمه بالایی ندارد ولی در مقابل پوشش بیمه ای ریسکهای کوچک همچون ویزیت ، دارو ، عینک ، دندانپزشکی و معمولا زندگی ها را دچار مشکل بزرگ اقتصادی نخواهد نمود ولی در عوض به اندازه پوشش ریسکهای بزرگ حق بیمه ایجاد نموده و حق بیمه را رشد می دهد و با توجه به اینکه این هزینه ها فراگیر بوده و همه اعضای گروه درمان تکمیلی در طول سال هزینه های کوچک درمان جزء هزینه های روزمره آنها می باشد، با علم به اینکه شرکت بیمه یک کسب و کار کاملا تجاری بوده و در کنار پرداخت عوارض و مالیات و حقوق کارکنان و سود سهامداران ، خسارات بیمه شدگان را نیز پرداخت نماید.

پس با توجه به موارد فوق و فراگیر بودن هزینه های کوچک درمانی ، عملا هر بیمه شده علاوه بر مجموع هزینه های دریافتی از شرکت بیمه مالیات و عوارض و حقوق کارکنان و سود سهامداران بیمه را نیز به شرکت بیمه پرداخت خواهد نمود. این را در نظر داشته باشید شرکت بیمه خیریه نیست باید بیش از کل هزینه ای که بابت درمان به گروه شما پرداخت می نماید بعنوان حق بیمه دریافت نماید! شرکت بیمه مکانیزمی است که یک تعاون ایجاد می کند و حق بیمه دریافتی از تک تک اعضای گروه را به عنوان خسارت به عده قلیلی از اعضاء پرداخت می نماید و اگر این هزینه ها هزینه سنگین نباشند عملا هر عضو بخشی از حق بیمه پرداختی خود را در طول مدت بیمه نامه دریافت خواهد کرد و هیچ توجیهی نخواهد داشت! پوشش هزینه های ریز و جزئی و فراگیر درمان تکمیلی فقط زمانی توجیه خواهد داشت که این پوششها از طرف شرکت بیمه رایگان ارائه شود! و یا بیمه گذار حق بیمه این پوششها را از طرف بیمه شدگان پرداخت نماید!

بعضا سازمانها برای بیمه شدگان خود چند طرح تعهدات درمانی تقاضا می نمایند که بدلائل ذیل میتواند عیوب را بیش از محاسن آن نماید:

- سردرگمی بیمه شدگان در انتخاب طرح
- تجمع بیمه شدگان بیمار در طرح بالاتر و بیمه شدگان سالم در طرح پایین تر و مغایرت این تفکیک نوع ریسک با مقررات بیمه ای.
- درخواست جابجایی بیمه شدگان در میانه بیمه نامه در صورت ابتلا به بیماری از طرح پایین به طرح بالا
- مشکل حسابداری بیمه گذار برای تفکیک اعضای دو گروه و کسر از حقوق حق بیمه های اعضاء
- مشکل بخش اشخاص بیمه گر برای آنالیز هزینه ها بر اساس ۲ طرح مختلف
- احساس تبعیض بین بیمه شدگان طرح پایین و بالا چرا که اغلب مدیران و کارکنان با حقوق بالا طرح گرانتر و سایرین طرح پایین تر را انتخاب خواهند نمود.



Health Insurance

جهت دریافت اطلاعات بیشتر در مورد بیمه درمان تکمیلی در بخش درمان تکمیلی سایت پرتال بیمه عضو شوید





۳- دریافت کارت یا معرفینامه به روش ساده

مدیران رفاهی سازمان بیمه گذار بر چند نکته در صدور بیمه نامه می بایست دقت کافی داشته باشند که یکی از آنها سهولت در پذیرش بیمارستانی بیمه شدگان است ، اگر بیمه شده در روز تعطیل یا خارج از وقت اداری جهت بستری به بیمارستان طرف قرارداد شرکت بیمه مراجعه نماید ، مبنای پذیرش او چه خواهد بود؟

معمولا در روز تعطیل و خارج از ساعات اداری ، حسابداری بیمارستان نیز تعطیل بوده و صندوق بیمارستان امور مربوط به پذیرش را انجام میدهند و بدلیل آشنایی کم با مقررات مالی پذیرش ، بسیار سخت گیری نموده و با صرف اظهار بیمه شده مبنی بر پوشش بیمه تکمیلی او را پذیرش نمی نمایند. بیمه گذار در صدور بیمه نامه تکمیلی ، فرآیند مشخص و ساده ای که غیر از مراجعه و اخذ معرفینامه کتبی بستری از شرکت بیمه باشد را از بیمه گر بخواهد که با مراجعه شبانه روزی به مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه ، پذیرش بیمار بدون تشریفات خاصی انجام گیرد. از جمله این روشها کارت کوپن دار ، معرفینامه فکسی شبانه روزی ، کارت هوشمند الکترونیکی از بهترین مکانیزمهای پذیرش مراکز طرف قرارداد شرکتهای بیمه در حال حاضر می باشد.

چرا که در غیر اینصورت بیمارستان کل هزینه تخمینی آزاد بستری را مطالبه خواهد نمود ، و در صورت وجود کارت معتبر یا معرفی نامه آنلاین حداکثر فرانشیز هزینه بر اساس تعرفه را درخواست خواهد نمود ، همانطور که قبلا نیز عنوان شد بخش اعظمی از نیاز به درمان تکمیلی پوشش هموقع هزینه های سنگین بستری می باشد. عموما بیمه شدگان سالها حق بیمه خود را جهت پوشش بیمه ای مناسب در یک مورد اضطراری پرداخت می نمایند.



جهت دریافت اطلاعات بیشتر در مورد بیمه درمان تکمیلی در بخش درمان تکمیلی سایت پرتال بیمه عضو شوید





۴- امکان پی گیری خسارت برای بیمه شدگان و مدیران رفاهی

کل مواردی که در آیت‌های قبلی توضیح داده شد همه بخاطر پوشش بیمه ای و نهایتاً پرداخت خسارت می باشد، عموماً مدیران رفاهی سازمانها قبل از شروع بیمه نامه در جلسات مذاکره با کارشناسان شرکتهای بیمه دغدغه مهم شان پرداخت به موقع خسارات هزینه های انجام شده توسط بیمه شدگان می باشد و اساساً هیچ شرکت بیمه ای عنوان نمی کند که خسارات را با تاخیر پرداخت خواهد نمود.

ولی چیزی که اتفاق می افتد کاملاً متفاوت با توافقات اولیه بیمه نامه است ، پرداخت هزینه ها با تاخیر بسیار زیاد ، با کسورات و هم ترازوی متعدد با تعرفه های غیر قابل دسترس بیمه گذار و مهمتر از همه عدم دسترسی مدیران رفاهی سازمانها و بیمه شدگان به روند تحویل مدارک و ارزیابی هزینه ها صورت می پذیرد.

خصوصاً این معضل در سازمانها با تعداد اعضای زیاد بسیار میتواند مشکل ساز گردد. چرا که مهمترین وظیفه کارکنان رفاهی بیمه گذار پاسخگویی و پی گیری خسارات بیمه شدگان و دلیل تاخیر یا کم بودن مبلغ جبران خسارات خواهد بود. ضمناً هیچ آماری از میانگین زمانی فرایند تحویل مدارک درمانی تا جبران خسارت در دست نیست تا بر اساس آن با بیمه گر بصورت مستند نسبت به کاهش زمان این فرایند چاره اندیشی کرد! در هر هزینه درمانی فرآیند ذیل جهت جبران خسارت طی میشود :

الف - تاریخ مراجعه به مرکز درمانی

ب - تاریخ تحویل کامل مدارک به اداره خسارت شرکت بیمه

ج - تاریخ آنالیز مدارک درمانی

د - تاریخ پرداخت خسارت

از مرحله الف تا ب کاملاً در اختیار بیمه شده بوده ولی از تاریخ تحویل مدارک تا پرداخت خسارت یک زمان معقول و منطقی را باید طی کند که این مسئله با توجه به تنوع هزینه های درمانی و تعداد زیاد آنها صرفاً با یک نرم افزار تحت وبی که بصورت چند جانبه از آن خدمات گرفته میشود استفاده نمود.

این نرم افزار بایستی علاوه بر امکان پی گیری آنلاین خسارت بیمه شدگان ، خدمات خوبی بابت ارائه گزارش به مدیر رفاهی سازمان بیمه گذار ارائه نماید.

این گزارشها معمولاً شامل

- میانگین مدت تحویل مدارک به بیمه گر

- میانگین مدت ثبت خسارت

- میانگین مدت آنالیز خسارت

- میانگین مدت پرداخت خسارت

- تنوع و درصد هریک از خسارتهای برنامه ریزی در تمدید بیمه نامه

- در صد تفاوت هزینه های بعمل آمده و خسارات دریافتی

- نسبت تعداد هزینه های ثبت شده به پرداخت شده

- نسبت تعداد هزینه های ثبت شده به پرداخت نشده

- شناسایی گلوگاه پرداخت خسارت بر اساس گزارشهای فوق و ایجاد راه کار مناسب برای رفع آن

لازم به توضیح است که همه موارد در بخش پی گیری خسارت سایت www.portalbime.com در دسترس بیمه شدگان و مدیران رفاهی سازمانهاست



جهت دریافت اطلاعات بیشتر در مورد بیمه درمان تکمیلی در بخش درمان تکمیلی سایت پرتال بیمه عضو شوید



افشین ایرجی
کارگزار رسمی بیمه مرکزی
نویسنده کتاب من خانواده ام را دوست دارم





5- واریز خسارت به حساب و اطلاع رسانی به بیمه شده

بخشی از مشکلات بیمه درمان تکمیلی رفت و آمد بیمه شدگان به شرکت بیمه جهت ارائه مدارک و دریافت خسارت خود می باشد که این قضیه در فرایند پرداخت خسارت بیمه های تکمیلی از اهمیت زیادی برخوردار خواهد بود.

عموما روش تحویل چک ویا وجه نقد به بیمه شدگان یا بیمه گذار برای جبران خسارت بیمه شدگان بسیار نا کارآمد و وقت گیر و قدیمی شده است با وجود بستر های الکترونیکی انتقال وجه دیگر نیازی به پرداخت فیزیکی وجه وجود نخواهد داشت و پرداخت فیزیکی وجه خصوصا در تعداد بالای بیمه شدگان میتواند مشکلات زیادی را بدنبال داشته باشد:

- عدم امنیت جابجایی وجه نقد
- زمان بری نقد کردن چک برای بیمه شدگان
- نیاز به اخذ رسید از تک تک بیمه شدگان به ازای هر پرداخت
- امکان سخت یا غیر ممکن بررسی اعتراضات عدم دریافت هر هزینه از طرف بیمه شدگان
- مراجعه حضوری بیمه شده و اتلاف وقت بسیار زیاد در مقیاس بزرگ مثلا ۱۰,۰۰۰ هزینه در سال برای بیمه شدگان
- عدم امکان تطابق لیست خروجی اکسلی شرکت بیمه با رسید های دستی پرداخت خسارت بیمه شدگان برای کنترل مغایرتها

چه باید کرد؟

با وجود سیستمهای پرداخت الکترونیک ، هزینه ها بایستی بصورت الکترونیک به شماره حساب عضو اصلی که در ثبت نام اینترنتی از او اخذ شده در کمترین زمان ممکن بدون حضور بیمه شده واریز گردیده و بصورت خودکار طی یک پیامک به تلفن همراه دریافت شده از ایشان در ثبت نام اولیه اطلاع رسانی شود.

همه این اطلاعات نیز در بخش پی گیری برای بیمه شدگان و مدیران رفاهی بصورت آنلاین قابل مشاهده باشد.

این امکان نیز بصورت کاملا آنلاین و خودکار در سایت www.portalbime.com راه اندازی شده و قابل استفاده است.



جهت دریافت اطلاعات بیشتر در مورد بیمه درمان تکمیلی در بخش درمان تکمیلی سایت پرتال بیمه عضو شوید



افشین ایرجی
کارگزار رسمی بیمه مرکزی
نویسنده کتاب من خانواده ام را دوست دارم

