

بیمه مکمل

بیمه مکمل (Supplemental Insurance) نوعی از بیمه است که به منظور پوشش هزینه‌هایی ارائه می‌شود که توسط بیمه پایه یا اصلی پوشش داده نمی‌شوند. این نوع بیمه می‌تواند به کاهش بار مالی افراد کمک کند، به ویژه در مواردی که هزینه‌های درمانی بالا هستند.

ویژگی‌های بیمه مکمل:

- ۱) تکمیل پوشش بیمه پایه: بیمه مکمل هزینه‌هایی مانند فرانشیز، هزینه‌های خارج از تعرفه، و خدمات خاص (مانند جراحی‌های زیبایی یا دندانپزشکی) را پوشش می‌دهد.
- ۲) خدمات گسترده‌تر: برخی از بیمه‌های مکمل خدماتی مثل فیزیوتراپی، آزمایش‌های پیشرفته، و ویزیت‌های تخصصی را شامل می‌شوند.
- ۳) محدودیت کمتر: بیمه‌های مکمل معمولاً سقف پوشش بیشتری نسبت به بیمه پایه دارند.
- ۴) انواع مختلف: این بیمه می‌تواند در حوزه‌های مختلفی مثل درمان، دندانپزشکی، دارو و حتی خدمات بستری ارائه شود.

اهمیت بیمه مکمل

- هزینه‌های درمانی رو به افزایش است.
- برخی از خدمات پزشکی گران‌قیمت توسط بیمه‌های پایه پوشش داده نمی‌شوند.
- افراد می‌توانند آرامش خاطر بیشتری در مواقع بیماری داشته باشند.

نحوه اخذ بیمه مکمل

بیمه مکمل معمولاً از طریق شرکت‌های بیمه خصوصی ارائه می‌شود. برای انتخاب، باید شرایط، پوشش‌ها، و هزینه‌های بیمه را بررسی و مقایسه کنید تا مناسب‌ترین گزینه را انتخاب کنید.

بیمه‌گرهای مکمل هزینه‌های خود را از طریق مجموعه‌ای از منابع مالی و مدیریت دقیق ریسک تأمین می‌کنند. این فرآیند شامل موارد زیر است:

۱- حق بیمه مشتریان (Premiums)

حق بیمه‌هایی که بیمه‌گذاران پرداخت می‌کنند، اصلی‌ترین منبع درآمد بیمه‌گرهای مکمل است.

- میزان حق بیمه بر اساس عواملی مانند نوع پوشش، سن بیمه‌گذار، سوابق پزشکی، و سطح خدمات تعیین می‌شود.
- بیمه‌گران با استفاده از داده‌ها و مدل‌های آماری، حق بیمه را به گونه‌ای تنظیم می‌کنند که هزینه‌های احتمالی تحت پوشش، جبران شود.

۲- مدیریت سرمایه‌گذاری (Investment Management)

بیمه‌گرها بخشی از درآمد حاصل از حق بیمه‌ها را در بازارهای مالی (مانند اوراق قرضه، سهام، و سایر ابزارهای مالی) سرمایه‌گذاری می‌کنند.

- بازده این سرمایه‌گذاری‌ها به آن‌ها کمک می‌کند تا منابع بیشتری برای پرداخت هزینه‌های بیمه‌ای فراهم کنند.
- این فرآیند نیازمند مدیریت حرفه‌ای ریسک‌های مالی است.

۳- تنوع‌بخشی در خدمات بیمه‌ای

بیمه‌گرهای مکمل معمولاً خدمات متنوعی ارائه می‌دهند (مانند بیمه دندانپزشکی، دارو، و بستری) و از این طریق، درآمدهای مختلفی کسب می‌کنند.

- با ایجاد تنوع، ریسک زیان‌های ناشی از یک نوع خاص از خدمات کاهش می‌یابد.

۴- مدیریت ریسک (Risk Pooling)

بیمه‌گرها هزینه‌ها را از طریق تجمیع منابع در یک گروه بزرگ از افراد مدیریت می‌کنند:

- تمام بیمه‌گذاران به صندوقی مشترک کمک می‌کنند.
- تنها بخشی از افراد در هر دوره به خدمات بیمه‌ای نیاز دارند، بنابراین منابع برای پرداخت هزینه‌های آن‌ها کافی خواهد بود.

۵- قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی

بیمه‌گرها با بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و داروخانه‌ها قراردادهایی منعقد می‌کنند:

- این قراردادها شامل تخفیف‌ها و نرخ‌های ویژه می‌شود که هزینه خدمات را برای بیمه‌گر کاهش می‌دهد.
- مدیریت کارآمد این قراردادها می‌تواند تأثیر زیادی در کاهش هزینه‌ها داشته باشد.

۶- کنترل هزینه‌های خدمات (Cost Control)

- بیمه‌گرها با اعمال محدودیت‌ها، سقف پوشش، و سیاست‌های بازبینی، هزینه‌های خدمات درمانی را کنترل می‌کنند.
- مثلاً نیاز به تأیید قبلی برای برخی خدمات یا تعیین فرانشیز برای بیمه‌گذار.

۷- بازنگری مداوم در طرح‌ها و حق بیمه‌ها

- بیمه‌گرها با تحلیل مداوم اطلاعات مشتریان و داده‌های بازار، طرح‌های بیمه‌ای خود را به‌روزرسانی می‌کنند تا سودآوری حفظ شود.
- در صورت افزایش هزینه‌های درمانی، ممکن است حق بیمه‌ها را افزایش دهند.

انواع بیمه چیست؟

بیمه‌ها به طور کلی به دو دسته اصلی تقسیم می‌شوند: بیمه‌های اجتماعی (اجباری) و بیمه‌های بازرگانی (اختیاری). در هر دسته، انواع مختلفی از بیمه‌ها با اهداف و کاربردهای گوناگون وجود دارد. در ادامه انواع اصلی بیمه‌ها توضیح داده شده است:

۱- بیمه‌های اجتماعی (Social Insurance)

این نوع بیمه‌ها معمولاً توسط دولت یا سازمان‌های عمومی ارائه می‌شوند و هدف آن‌ها حمایت از افراد در برابر ریسک‌های اجتماعی و مالی است.

انواع:

- بیمه تأمین اجتماعی: شامل بازنشستگی، از کارافتادگی، و مستمری.
- بیمه درمان پایه: پوشش خدمات درمانی اولیه.
- بیمه بیکاری: حمایت از افراد بیکار تا زمان اشتغال مجدد.
- بیمه کارگران: برای حفاظت از کارگران در برابر حوادث کاری.

۲- بیمه‌های بازرگانی (Commercial Insurance)

این نوع بیمه‌ها توسط شرکت‌های خصوصی ارائه می‌شوند و هدف آن‌ها پوشش ریسک‌های شخصی یا سازمانی در قبال حق بیمه است.

الف (بیمه‌های اموال): (Property Insurance)

برای حفاظت از اموال در برابر حوادث یا خسارات.

- بیمه آتش‌سوزی: پوشش خسارات ناشی از آتش‌سوزی.
- بیمه خودرو: شامل بیمه شخص ثالث و بدنه.
- بیمه سرقت: حفاظت در برابر دزدی اموال.
- بیمه حوادث طبیعی: پوشش خسارات ناشی از سیل، زلزله، و طوفان.

ب (بیمه‌های اشخاص): (Personal Insurance)

حمایت از افراد در برابر خطرات مرتبط با سلامتی یا زندگی.

- بیمه عمر: پرداخت مبلغی به بازماندگان پس از فوت بیمه‌شده یا خود شخص در پایان قرارداد.
- بیمه درمان تکمیلی: پوشش هزینه‌های درمانی فراتر از بیمه پایه.
- بیمه حوادث: جبران خسارت ناشی از حوادث ناگهانی.
- بیمه مسافرتی: پوشش خطرات سفر مانند گم‌شدن چمدان، بیماری یا حوادث.

ج (بیمه‌های مسئولیت: (Liability Insurance)

حفاظت در برابر خساراتی که به دیگران وارد می‌کنید.

- بیمه مسئولیت شخص ثالث خودرو: جبران خسارت وارده به افراد دیگر.
- بیمه مسئولیت حرفه‌ای: مخصوص پزشکان، مهندسان، و دیگر حرفه‌ها برای جبران خطاهای شغلی.
- بیمه مسئولیت کارفرما: پوشش حوادث کارکنان در محل کار.

د (بیمه‌های مهندسی: (Engineering Insurance)

حمایت از پروژه‌های ساختمانی و مهندسی در برابر خطرات.

- بیمه تجهیزات ساختمانی.
- بیمه مسئولیت پروژه‌های عمرانی.

۳- بیمه‌های دریایی و حمل و نقل: (Marine and Transportation Insurance)

پوشش خسارات مربوط به کشتی‌ها، بارها، و حمل‌ونقل بین‌المللی.

- بیمه کشتی: حفاظت از خسارات وارده به کشتی‌ها.
- بیمه باربری: حفاظت از کالاهای حمل‌شده.

۴- بیمه‌های انرژی و صنایع بزرگ:

برای حمایت از صنایع نفت، گاز، پتروشیمی و پروژه‌های بزرگ صنعتی.

بیمه‌های مکمل سلامت به منظور تکمیل پوشش خدمات درمانی بیمه پایه طراحی شده‌اند و هزینه‌های اضافی یا خدماتی که بیمه‌های پایه پوشش نمی‌دهند، را جبران می‌کنند. انواع بیمه‌های مکمل سلامت بر اساس نوع خدمات و نیازهای افراد متفاوت است. در ادامه، مهم‌ترین انواع این بیمه‌ها آورده شده است:

۱- بیمه تکمیلی بستری (Hospitalization Insurance)

پوشش هزینه‌های مربوط به بستری شدن در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، مانند:

- هزینه جراحی و خدمات اتاق عمل.
- هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های خصوصی یا دولتی.
- مراقبت‌های ویژه (ICU) و (CCU).
- آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های مرتبط با بستری.

۲- بیمه تکمیلی سرپایی (Outpatient Insurance)

پوشش خدماتی که نیازی به بستری شدن ندارند، از جمله:

- ویزیت پزشکان عمومی و متخصص.
- آزمایش‌های تشخیصی.
- خدمات تصویربرداری (رادیولوژی، سونوگرافی، MRI).
- فیزیوتراپی و توانبخشی.

۳- بیمه دندانپزشکی (Dental Insurance)

پوشش هزینه‌های خدمات دندانپزشکی که معمولاً شامل موارد زیر می‌شود:

- پرکردن دندان.
- عصب‌کشی.
- جرم‌گیری و بروساژ.
- کشیدن دندان و جراحی‌های مرتبط.
- ارتودنسی (بر اساس سقف مشخص).

۴- بیمه دارو (Pharmaceutical Insurance)

پوشش هزینه‌های مربوط به خرید دارو، به‌ویژه داروهای خاص و گران‌قیمت که در بیمه پایه تحت پوشش کامل نیستند.

۵- بیمه زایمان (Maternity Insurance)

پوشش هزینه‌های مربوط به زایمان طبیعی و سزارین، از جمله:

- هزینه‌های بستری و جراحی.
- مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان.
- آزمایش‌های مرتبط با بارداری.

۶- بیمه درمان بیماری‌های خاص (Critical Illness Insurance)

پوشش هزینه‌های درمان بیماری‌های خاص مانند:

- سرطان.
- دیابت.
- بیماری‌های قلبی و عروقی.
- نارسایی کلیوی.

۷- بیمه نازایی و ناباروری

پوشش هزینه‌های درمان ناباروری، شامل:

- هزینه‌های IVF لقاح مصنوعی
- داروها و آزمایش‌های مرتبط.

۸- بیمه توانبخشی و فیزیوتراپی

پوشش هزینه‌های توانبخشی پس از جراحی یا آسیب دیدگی، مانند:

- فیزیوتراپی.
- کاردرمانی.
- گفتاردرمانی.

۹- بیمه طب مکمل و جایگزین (Alternative Medicine Insurance)

برخی شرکت‌های بیمه هزینه‌های مرتبط با درمان‌های جایگزین را پوشش می‌دهند، مانند:

- طب سنتی.
- ماساژ درمانی.
- طب سوزنی.

۱۰- بیمه سفر درمانی (Medical Travel Insurance)

پوشش هزینه‌های درمانی افراد در هنگام سفر به خارج از کشور، مانند:

- هزینه‌های بستری و سرپایی در کشور مقصد.
- انتقال بیمار به کشور مبدا در شرایط اورژانسی.

۱۱- بیمه مشاوره روانشناسی و روانپزشکی

پوشش هزینه‌های مرتبط با خدمات روانشناسی و روانپزشکی، شامل:

- جلسات مشاوره با روانشناس.
- درمان‌های روانپزشکی و داروهای مرتبط.

در ایران و بسیاری از کشورها، شرکت‌های بیمه مختلفی بیمه‌های مکمل سلامت را ارائه می‌دهند. نام این بیمه‌ها ممکن است بر اساس شرکت بیمه‌گر و نوع خدمات آن‌ها متفاوت باشد. در ادامه، برخی از معروف‌ترین شرکت‌های بیمه که بیمه‌های مکمل سلامت ارائه می‌دهند، آورده شده است: شرکت‌های ارائه‌دهنده بیمه‌های مکمل سلامت در ایران

۱) بیمه ایران

- بیمه درمان گروهی.
- بیمه درمان انفرادی.
- خدمات ویژه برای بیماری‌های خاص.

۲) بیمه آسیا

- بیمه درمان تکمیلی خانواده.
- پوشش‌های تخصصی برای دندانپزشکی و زایمان.

۳) بیمه البرز

- بیمه تکمیلی درمان برای گروه‌های کوچک و بزرگ.
- خدمات سرپایی و بستری.

۴) بیمه دانا

- بیمه درمان تکمیلی انفرادی و خانوادگی.
- خدمات ویژه ناباروری و زایمان.

۵) بیمه دی

- بیمه تکمیلی ویژه بازنشستگان و خانواده آن‌ها.
- پوشش‌های بستری و سرپایی.

۶) بیمه سامان

- بیمه درمان تکمیلی انفرادی و خانواده.
- خدمات دندانپزشکی و زایمان.

۷) بیمه پارسیان

- بیمه درمان تکمیلی گروهی و انفرادی.
- پوشش بیماری‌های خاص و زایمان.

۸) بیمه کارآفرین

- بیمه تکمیلی درمان گروهی.
- خدمات بستری و سرپایی.

۹) بیمه معلم

- بیمه درمان تکمیلی گروهی.
- خدمات ویژه برای فرهنگیان.

۱۰) بیمه ملت

- بیمه درمان تکمیلی گروهی و خانواده.
- پوشش بیماری‌های صعب‌العلاج.

۱۱) بیمه آرمان

- بیمه درمان تکمیلی گروهی و انفرادی.
- پوشش‌های دندانپزشکی و سرپایی.

۱۲) بیمه تعاون

- بیمه تکمیلی درمان انفرادی و گروهی.
- خدمات تخصصی برای بیماری‌های خاص.

۱۳) بیمه رازی

- بیمه درمان گروهی و خانوادگی.
- پوشش ناباروری و بیماری‌های خاص.

۱۴) بیمه سینا

- بیمه درمان تکمیلی برای کارکنان سازمان‌ها.
- خدمات ویژه سرپایی و بستری.

۱۵) بیمه پاسارگاد

- بیمه درمان تکمیلی گروهی و انفرادی.
- پوشش هزینه‌های بستری، زایمان و دندانپزشکی.

ویژگی‌های مشترک این بیمه‌ها:

- پوشش سرپایی: شامل ویزیت پزشک، آزمایش‌ها، و تصویربرداری.
- پوشش بستری: جراحی، ICU، و اتاق عمل.
- خدمات دندانپزشکی: در برخی از طرح‌ها.
- پوشش زایمان و نابرووری: در برخی شرکت‌ها با سقف تعهد.
- پوشش بیماری‌های خاص: مانند سرطان، دیابت، و نارسایی کلیه.

برای انتخاب مناسب‌ترین بیمه مکمل، موارد زیر را بررسی کنید:

- (۱) سقف تعهدات بیمه در خدمات مختلف.
- (۲) گستره خدمات و پوشش بیماری‌های خاص.
- (۳) میزان حق بیمه و نحوه پرداخت.
- (۴) شرایط همکاری با بیمارستان‌ها و مراکز درمانی.

شاخص‌های موفقیت بیمه‌گرها نشان‌دهنده عملکرد و توانایی آن‌ها در دستیابی به اهداف تجاری، مالی و مشتری‌مداری هستند. این شاخص‌ها در ارزیابی کیفیت خدمات، کارایی مدیریت ریسک و سودآوری بیمه‌گرها نقش کلیدی دارند. در ادامه، مهم‌ترین شاخص‌های موفقیت یک بیمه‌گر معرفی می‌شود:

۱- شاخص‌های مالی

این شاخص‌ها نشان‌دهنده عملکرد مالی و سودآوری بیمه‌گرها هستند:

الف (نسبت خسارت): (Loss Ratio)

- نسبت هزینه‌های پرداخت‌شده بابت خسارت به درآمد حق بیمه.
- فرمول: $\text{Loss Ratio} = \frac{\text{خسارت‌های پرداخت‌شده حق بیمه‌های دریافتی}}{\text{درآمد حق بیمه}}$
- مطلوبیت: نسبت پایین‌تر نشان‌دهنده کنترل بهتر خسارت‌ها است.

ب (نسبت ترکیبی): (Combined Ratio)

- ترکیب نسبت خسارت و هزینه‌های عملیاتی.
- اگر کمتر از ۱۰۰٪ باشد، نشان‌دهنده سودآوری است.

ج (بازده سرمایه‌گذاری): (Return on Investment - ROI)

- میزان بازدهی سرمایه‌گذاری‌های شرکت بیمه در بازارهای مالی.

د (نسبت توانگری مالی): (Solvency Ratio)

- توانایی شرکت در ایفای تعهدات مالی به مشتریان.
- معیار مهمی برای ارزیابی ثبات مالی.

۲- شاخص‌های مشتری‌مداری

این شاخص‌ها رضایت و تجربه مشتریان را ارزیابی می‌کنند:

الف (رضایت مشتری): (Customer Satisfaction)

- سنجش میزان رضایت مشتریان از خدمات بیمه.
- نظرسنجی‌ها و شاخص‌های وفاداری مشتری (Net Promoter Score - NPS) در این زمینه استفاده می‌شوند.

ب (سرعت رسیدگی به خسارت‌ها):

- میانگین زمانی که طول می‌کشد تا خسارت مشتری پرداخت شود.
- هرچه این زمان کمتر باشد، عملکرد بیمه‌گر بهتر ارزیابی می‌شود.

ج (میزان شکایات):

- تعداد و نوع شکایات مشتریان نسبت به خدمات بیمه.
- نسبت پایین شکایات نشان‌دهنده کیفیت بالای خدمات است.

د (نرخ تجدید قرارداد): (Renewal Rate)

- درصد مشتریانی که پس از پایان قرارداد، بیمه خود را تمدید می‌کنند.

۳- شاخص‌های عملیاتی

این شاخص‌ها بهره‌وری و کارایی عملیات بیمه‌گر را نشان می‌دهند:

الف (نسبت هزینه‌های عملیاتی):

- نسبت هزینه‌های عملیاتی به درآمد حق بیمه.
- کاهش این نسبت نشان‌دهنده کارایی بیشتر است.

ب (نوآوری در محصولات و خدمات):

- توانایی شرکت در طراحی محصولات جدید و پاسخ به نیازهای متغیر بازار.

ج (نفوذ در بازار): (Market Penetration)

- سهم بازار شرکت در مقایسه با رقبا.

د (تعداد قراردادهای بیمه‌نامه‌ها):

- تعداد بیمه‌نامه‌های فعال نشان‌دهنده موفقیت در جذب مشتریان جدید است.

۴- شاخص‌های مدیریت ریسک

مدیریت ریسک مناسب برای پایداری بیمه‌گر حیاتی است:

الف (تنوع در محصولات بیمه‌ای):

- کاهش وابستگی به یک نوع خاص از بیمه از طریق ارائه محصولات متنوع.

ب (مدیریت ذخایر فنی): (Technical Reserves)

- توانایی شرکت در ذخیره‌سازی منابع کافی برای پرداخت خسارت‌های آینده.

ج (پوشش بیمه اتکایی): (Reinsurance Coverage)

- همکاری با بیمه‌گران اتکایی برای مدیریت بهتر ریسک‌های بزرگ.

۵- شاخص‌های رشد و توسعه

الف (رشد درآمد حق بیمه):

- افزایش درآمد شرکت از طریق فروش بیشتر یا ارتقای محصولات.

ب (گسترش شبکه فروش و نمایندگی‌ها):

- تعداد نمایندگی‌ها و دفاتر فعال در نقاط مختلف.

ج (توسعه فناوری و دیجیتال‌سازی):

- استفاده از فناوری‌های نوین برای بهبود فرآیندها و افزایش دسترسی مشتریان.

۶- شاخص‌های اجتماعی و محیط‌زیستی (ESG - Environmental, Social, Governance)

- رعایت مسئولیت‌های اجتماعی و محیط‌زیستی.

- شفافیت در مدیریت و گزارش‌دهی مالی.

نسبت خسارت (Loss Ratio) یکی از شاخص‌های کلیدی در صنعت بیمه است که نشان‌دهنده نسبت خسارت‌های پرداخت شده به درآمد حق بیمه دریافتی است. این نسبت باید در حد تعادل باشد تا هم بیمه‌گر بتواند سودآوری خود را حفظ کند و هم بیمه‌شده خدمات مناسبی دریافت کند.

تعادل مناسب نسبت خسارت برای بیمه‌گر و بیمه‌شده

- برای بیمه‌گر:
 - یک نسبت خسارت مناسب برای شرکت بیمه معمولاً بین ۵۰٪ تا ۷۰٪ است. این محدوده به دلایل زیر برای بیمه‌گر مطلوب است:
 - سودآوری شرکت حفظ می‌شود.
 - هزینه‌های عملیاتی و ذخایر فنی پوشش داده می‌شوند.
 - شرکت می‌تواند خدمات باکیفیتی ارائه دهد و ریسک‌ها را مدیریت کند.

- برای بیمه‌شده:
 - از دیدگاه بیمه‌شده، نسبت خسارت نباید بسیار پایین باشد (مثلاً زیر ۵۰٪)، زیرا ممکن است نشان‌دهنده کم‌کاری شرکت بیمه در پرداخت خسارت‌ها باشد. نسبت خسارت ۵۰٪ تا ۷۰٪ نشان‌دهنده تعادل منطقی است، جایی که بیمه‌شده از خدمات مناسبی برخوردار می‌شود.

نسبت خسارت بالا (بیش از ۷۰٪):

- تأثیر بر بیمه‌گر:
 - نشان‌دهنده ریسک بالا یا عدم مدیریت صحیح خسارت است.
 - ممکن است منجر به ضرر مالی شود و پایداری شرکت را تهدید کند.
 - احتمال افزایش حق بیمه در آینده برای جبران خسارت‌ها.
- تأثیر بر بیمه‌شده:
 - ممکن است بیمه‌گر خدمات کمتری ارائه دهد یا زمان پرداخت خسارت طولانی شود.

نسبت خسارت پایین (کمتر از ۵۰٪):

- تأثیر بر بیمه‌گر:
 - سودآوری بالا و توانایی سرمایه‌گذاری بیشتر.
 - ایجاد تصویر مثبت از مدیریت ریسک.
- تأثیر بر بیمه‌شده:
 - ممکن است بیمه‌شده احساس کند خسارت‌های او به درستی پرداخت نمی‌شود.
 - احتمال شکایات و نارضایتی از خدمات.

هنگام عقد قرارداد با شرکت‌های بیمه‌گر برای ارائه بیمه سلامت، سازمان‌ها باید عوامل مختلفی را مدنظر قرار دهند تا از کیفیت خدمات، پوشش‌های موردنیاز و مدیریت هزینه‌ها اطمینان حاصل کنند. موارد زیر به سازمان‌ها کمک می‌کند تا بهترین انتخاب را داشته باشند:

۱) ارزیابی توانگری و اعتبار بیمه‌گر

- رتبه توانگری مالی: بررسی سطح توانگری مالی بیمه‌گر (سطح ۱ یا ۲ مناسب‌تر است).
- اعتبار شرکت: سابقه و تجربه بیمه‌گر در ارائه خدمات سلامت.
- پایداری مالی: بررسی میزان تعهدات بیمه‌گر و توانایی پرداخت خسارت‌ها.

۲) پوشش‌های بیمه‌ای و خدمات ارائه‌شده

- شمول خدمات: اطمینان از پوشش مواردی همچون:
 - خدمات بستری و جراحی.
 - خدمات سرپایی (ویزیت، آزمایش‌ها و تصویربرداری).
 - خدمات دندانپزشکی و زایمان.
 - پوشش بیماری‌های خاص و نادر.
- انعطاف‌پذیری در پوشش‌ها: امکان تنظیم پوشش‌ها بر اساس نیازهای خاص سازمان.
- پوشش بیمه‌های فرعی: مانند توانبخشی، داروها و خدمات روانشناسی.

۳) شرایط مالی و پرداخت حق بیمه

- هزینه حق بیمه: بررسی تناسب هزینه حق بیمه با بودجه سازمان.
- مدل پرداخت: امکان پرداخت اقساطی یا شرایط تسهیل شده.
- سقف تعهدات: اطمینان از کافی بودن سقف تعهدات بیمه‌گر برای خدمات مختلف.

۴) شبکه درمانی و همکاری با مراکز درمانی

- تعداد مراکز طرف قرارداد: بیمه‌گر باید با بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و داروخانه‌های متعددی همکاری داشته باشد.
- کیفیت مراکز طرف قرارداد: انتخاب بیمه‌گرانی که با مراکز درمانی معتبر و باکیفیت همکاری می‌کنند.
- پراکندگی جغرافیایی: پوشش خدمات در مناطق مختلف (برای شعب یا کارمندان در مناطق دورافتاده).

۵) فرآیند پرداخت خسارت

- سرعت پرداخت خسارت: بررسی میانگین زمان لازم برای پرداخت خسارت.
- مدیریت آنلاین خسارت: امکان ارائه مدارک و پیگیری آنلاین درخواست‌ها.
- مدارک لازم: شفافیت و سادگی در ارائه مدارک برای دریافت خسارت.

۶) امکانات فناوری و دیجیتال سازی

- اپلیکیشن یا سامانه آنلاین :امکان دسترسی به اطلاعات بیمه نامه، درخواست خسارت و پیگیری وضعیت.
- ارائه گزارش های مدیریتی :دسترسی سازمان به گزارش های مالی و عملکردی بیمه گر.

۷) تجربه و رضایت سایر مشتریان

- نظرات سایر سازمان ها :ارزیابی رضایت سازمان های دیگر که با بیمه گر همکاری دارند.
- نرخ تمدید قراردادها :درصد بالای تمدید قرارداد نشان دهنده عملکرد مطلوب بیمه گر است.

۸) مشاوره و پشتیبانی

- تیم مشاوره تخصصی :بیمه گر باید کارشناسانی برای راهنمایی در تنظیم قرارداد و پاسخگویی به مشکلات داشته باشد.
- پشتیبانی ۷/۲۴ :امکان ارائه خدمات در مواقع اضطراری.

۹) قرارداد و شرایط حقوقی

- شفافیت قرارداد :مفاد قرارداد باید شفاف و بدون ابهام باشد.
- شرایط لغو قرارداد :آگاهی از نحوه فسخ قرارداد در صورت عدم رضایت از خدمات.
- تعهدات بیمه گر :مشخص بودن تمامی تعهدات، سقف ها و استثنائات.

۱۰) برنامه های پیشگیری و ارتقای سلامت

- برخی بیمه گر ها خدماتی برای ارتقای سلامت کارکنان ارائه می دهند، مانند:
 - برنامه های غربالگری و معاینات دوره ای.
 - مشاوره تغذیه و روانشناسی.
 - ارائه آموزش های سلامت برای کارکنان.

۱۱) تطبیق با قوانین و مقررات

- اطمینان از اینکه بیمه گر شرایط قرارداد را مطابق با قوانین ملی و مقررات بیمه ای تنظیم می کند.

هزینه بیمه سلامت برای هر شخص بستگی به چندین عامل دارد که می‌تواند میزان حق بیمه را تغییر دهد. این عوامل شامل موارد زیر می‌شود:

۱) نوع بیمه و پوشش‌ها

- بیمه‌های تکمیلی مختلف ممکن است حق بیمه‌های متفاوتی داشته باشند. اگر پوشش‌های بیشتری مانند خدمات دندانپزشکی، بیماری‌های خاص، یا زایمان را انتخاب کنید، هزینه بالاتر خواهد بود.

۲) سن و وضعیت سلامت فرد

- افراد مسن‌تر یا کسانی که مشکلات بهداشتی خاص دارند ممکن است هزینه بالاتری داشته باشند. بیمه‌گران معمولاً برای این افراد حق بیمه بالاتری تعیین می‌کنند.
- در بیمه‌های گروهی (برای کارکنان سازمان‌ها)، نرخ‌های بیمه معمولاً بر اساس سن و وضعیت سلامت اعضای گروه محاسبه می‌شود.

۳) نوع بیمه‌گر و شرکت بیمه

- شرکت‌های مختلف بیمه ممکن است قیمت‌های متفاوتی برای خدمات مشابه داشته باشند. هزینه‌ها به نوع خدمات، سطح پوشش، شبکه درمانی و سایر عوامل وابسته است.

۴) نوع قرارداد (انفرادی یا گروهی)

- بیمه‌های گروهی معمولاً هزینه کمتری برای هر فرد دارند، زیرا ریسک بین تعداد زیادی از افراد توزیع می‌شود. بیمه‌نامه‌های انفرادی (به ویژه برای کسانی که سابقه بیماری دارند) ممکن است گران‌تر باشند.

۵) محل جغرافیایی

- هزینه بیمه ممکن است در مناطق مختلف کشور متفاوت باشد. در کلان‌شهرها یا مناطقی که هزینه‌های پزشکی بالاتر است، بیمه‌ها ممکن است هزینه بیشتری داشته باشند.

هزینه تخمینی بیمه سلامت

به طور معمول، هزینه بیمه سلامت می‌تواند در حدود ۱۰۰,۰۰۰ تا ۱,۰۰۰,۰۰۰ تومان ماهانه برای هر فرد باشد، اما این هزینه بسته به پوشش‌ها و شرکت بیمه ممکن است تغییر کند. برای بیمه‌های تکمیلی گروهی و در صورت استفاده از طرح‌های ارزان‌تر، هزینه‌ها معمولاً پایین‌تر است.

ویژگی‌های بیمه بدون خدمات دندانپزشکی:

۱. پوشش‌های اصلی:

- خدمات بستری و جراحی: پوشش هزینه‌های بیمارستانی، جراحی، اتاق عمل، و مراقبت‌های ویژه.
- خدمات سرپایی: هزینه ویزیت پزشکان عمومی و تخصصی، آزمایش‌ها، تصویربرداری‌ها، و داروهای تجویز شده.
- پوشش بیماری‌های خاص: مانند سرطان، دیابت، فشار خون و سایر بیماری‌های مزمن.

۲. عدم پوشش خدمات دندانپزشکی:

- هزینه‌های مربوط به درمان‌های دندانپزشکی (پزشکی عمومی، درمان ریشه، پر کردن دندان، ارتودنسی و غیره) خارج از پوشش قرار می‌گیرند.
- این می‌تواند برای افرادی که به خدمات دندانپزشکی نیاز ندارند یا هزینه‌های دندانپزشکی جداگانه‌ای دارند، مناسب باشد.

۳. کاهش هزینه حق بیمه:

- به دلیل عدم شمول دندانپزشکی، هزینه ماهانه بیمه معمولاً کمتر از بیمه‌هایی است که خدمات دندانپزشکی را پوشش می‌دهند. به طور تخمینی، حق بیمه ماهانه برای یک بیمه سلامت بدون خدمات دندانپزشکی ممکن است از حدود ۱۰۰,۰۰۰ تومان تا ۵۰۰,۰۰۰ تومان باشد، بسته به پوشش‌های دیگر و شرکت بیمه.

۴. امکان انتخاب سایر پوشش‌ها:

- در بسیاری از شرکت‌های بیمه، می‌توانید بیمه تکمیلی دندانپزشکی را به صورت جداگانه خریداری کنید. این امکان به شما می‌دهد که اگر نیاز به درمان دندانپزشکی پیدا کردید، بدون اینکه هزینه اضافی برای بیمه سلامت پرداخت کرده باشید، از آن استفاده کنید.

پرداخت بیمه به شخص (بیمه‌شده) معمولاً از طریق چندین روش مختلف انجام می‌شود که بسته به نوع بیمه و شرایط قرارداد، متفاوت است. در بیمه سلامت، نحوه پرداخت خسارت می‌تواند به یکی از روش‌های زیر باشد:

۱- پرداخت مستقیم (Direct Payment)

در این روش، بیمه‌گر مستقیماً هزینه‌های درمانی بیمه‌شده را پرداخت می‌کند. این روش معمولاً در بیمه‌های گروهی یا بیمه‌هایی که با مراکز درمانی قرارداد دارند، استفاده می‌شود.

• ویژگی‌ها:

- پرداخت هزینه‌ها به بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها: بیمه‌گر هزینه‌ها را مستقیماً به بیمارستان یا مرکز درمانی پرداخت می‌کند.
- بدون نیاز به پرداخت از طرف بیمه‌شده: بیمار فقط باید کارت بیمه خود را ارائه دهد و باقی امور به عهده بیمه‌گر است.
- کاربرد در بستری و جراحی‌ها: در بیشتر موارد بستری و جراحی، پرداخت مستقیم رایج است.

۲- پرداخت به بیمه‌شده (Reimbursement)

در این روش، بیمه‌شده ابتدا هزینه‌های درمان خود را به صورت شخصی پرداخت کرده و سپس از بیمه‌گر درخواست بازپرداخت هزینه‌ها را می‌کند.

• ویژگی‌ها:

- پرداخت هزینه‌ها از جیب بیمه‌شده: بیمه‌شده ابتدا باید هزینه‌های درمانی را شخصاً پرداخت کند.
- ارسال مدارک به بیمه‌گر: بیمه‌شده پس از پرداخت هزینه‌ها، مدارک مربوطه (صورت‌حساب، نسخه‌ها، گزارش پزشک) را به شرکت بیمه ارسال می‌کند.
- بازپرداخت هزینه‌ها: پس از بررسی مدارک، بیمه‌گر هزینه‌های مربوطه را به بیمه‌شده بازپرداخت می‌کند.
- کاربرد در خدمات سرپایی: این روش بیشتر در خدمات سرپایی مانند ویزیت پزشک، آزمایش‌ها و داروها استفاده می‌شود.

۳- پرداخت به بیمارستان یا درمانگاه (Direct Billing)

در این روش، بیمه‌گر هزینه‌های خدمات درمانی را مستقیماً به بیمارستان یا درمانگاه پرداخت می‌کند، و بیمه‌شده تنها مسئول پرداخت سهم خود (مانند فرانشیز یا سهم بیمار) است.

• ویژگی‌ها:

- پرداخت به مرکز درمانی: بیمه‌گر تمام هزینه‌های درمانی (پس از تأیید) را مستقیماً به بیمارستان یا کلینیک می‌پردازد.
- پرداخت سهم خود از هزینه‌ها: بیمه‌شده ممکن است برخی هزینه‌ها مانند فرانشیز (هزینه‌ای که بیمه‌شده باید خودش بپردازد) یا هزینه‌های خارج از پوشش بیمه را پرداخت کند.

۴- پرداخت نقدی (Cash Payment)

در برخی موارد، بیمه‌شده ممکن است مستقیماً از شرکت بیمه مبلغ مشخصی را به صورت نقدی دریافت کند، مخصوصاً در بیمه‌های گروهی یا بیمه‌هایی که از قبل مبلغی برای هزینه‌های خاص تعیین کرده‌اند.

• ویژگی‌ها:

- پرداخت نقدی از شرکت بیمه: بیمه‌شده مبلغ بیمه را به صورت نقدی دریافت کرده و می‌تواند هزینه‌های درمانی خود را از این مبلغ پرداخت کند.
- پرداخت به صورت پیش‌پرداخت یا پس‌پرداخت: بسته به شرایط قرارداد، ممکن است مبلغ به صورت پیش‌پرداخت یا پس از پرداخت هزینه‌ها به بیمه‌شده پرداخت شود.

۵- پرداخت بر اساس درصد پوشش (Co-insurance)

در این روش، بیمه‌گر و بیمه‌شده به صورت درصدی از هزینه‌ها را پرداخت می‌کنند. بیمه‌گر درصد زیادی از هزینه را پوشش می‌دهد، در حالی که بیمه‌شده باید درصدی از هزینه‌ها را خود بپردازد.

• ویژگی‌ها:

- تقسیم هزینه‌ها: بیمه‌گر یک درصد از هزینه‌ها (مثلاً ۸۰٪) را پوشش می‌دهد و بیمه‌شده باید باقی‌مانده (مثلاً ۲۰٪) را بپردازد.
- مورد استفاده برای خدمات خاص: این روش معمولاً برای خدمات درمانی خاص مانند بستری و جراحی یا بیماری‌های خاص کاربرد دارد.

۶- پرداخت به صورت سقف هزینه‌ای (Benefit Limit)

در این روش، بیمه‌گر تنها تا سقف مشخصی از هزینه‌ها را پوشش می‌دهد و پس از رسیدن به این سقف، بیمه‌شده باید هزینه‌های اضافی را خود پرداخت کند.

• ویژگی‌ها:

- سقف پوشش مشخص: بیمه‌گر مبلغ محدودی را برای هزینه‌ها پوشش می‌دهد (مثلاً ۱۰ میلیون تومان در سال).
- پرداخت بیشتر از سقف: بیمه‌شده باید هزینه‌های اضافی یا مازاد بر سقف را خود پرداخت کند.

بیمه‌گرها (شرکت‌های بیمه) را می‌توان بر اساس روش‌های پرداخت، نوع پوشش‌ها و نحوه فعالیت آن‌ها در بازار به چندین دسته تقسیم کرد. در زیر به دسته‌بندی‌های رایج بیمه‌گرها پرداخته شده است:

۱- بر اساس نوع پرداخت:

- بیمه‌گر با پرداخت مستقیم: (Direct Payment)
در این نوع بیمه، هزینه‌های درمانی مستقیماً توسط بیمه‌گر به بیمارستان یا مراکز درمانی پرداخت می‌شود. بیمه‌شده تنها باید کارت بیمه خود را ارائه دهد و از پرداخت هزینه‌ها معاف می‌شود.
- بیمه‌گر با پرداخت به بیمه‌شده: (Reimbursement)
در این نوع بیمه، بیمه‌شده ابتدا هزینه‌ها را شخصاً پرداخت می‌کند و سپس برای بازپرداخت آن‌ها به شرکت بیمه درخواست می‌دهد. شرکت بیمه پس از بررسی مدارک، هزینه‌ها را به بیمه‌شده بازپرداخت می‌کند.
- بیمه‌گر با پرداخت به بیمارستان یا درمانگاه: (Direct Billing)
هزینه‌ها به صورت مستقیم به مراکز درمانی پرداخت می‌شود، و بیمه‌شده فقط باید سهم خود را (مثلاً فرانشیز یا هزینه‌های خارج از پوشش بیمه) پردازد.

۲- بر اساس نوع پوشش و خدمات:

- بیمه‌های درمانی کامل: (Comprehensive Health Insurance)
این بیمه‌گرها خدمات گسترده‌ای از جمله بستری، جراحی، ویزیت پزشک، آزمایش‌ها، دارو، بیماری‌های خاص، زایمان و حتی دندانپزشکی را پوشش می‌دهند.
- بیمه‌های تکمیلی: (Supplementary Health Insurance)
این نوع بیمه‌ها فقط هزینه‌های اضافی و خدماتی را که بیمه‌های پایه پوشش نمی‌دهند، جبران می‌کنند. به عنوان مثال، جراحی‌های زیبایی، خدمات دندانپزشکی، و برخی درمان‌های خاص.
- بیمه‌های خدمات پزشکی خاص: (Critical Illness Insurance)
بیمه‌گرهایی که تنها پوشش برای بیماری‌های خاص مانند سرطان، حملات قلبی، سکته مغزی و دیگر بیماری‌های تهدیدکننده زندگی ارائه می‌دهند.
- بیمه‌های گروهی: (Group Health Insurance)
بیمه‌گرهایی که بیمه درمانی را برای گروه‌هایی مانند کارمندان یک شرکت یا اعضای یک انجمن ارائه می‌دهند. این بیمه‌ها معمولاً با شرایط ارزان‌تر و گسترده‌تر همراه هستند.

۳- بر اساس نوع مشتری (بیمه‌شده):

- بیمه‌گر انفرادی: (Individual Health Insurance)
بیمه‌گرهایی که بیمه‌های درمانی را برای افراد به طور انفرادی ارائه می‌دهند. این بیمه‌ها معمولاً با توجه به شرایط فردی (سن، وضعیت سلامت، شغل و غیره) قیمت‌گذاری می‌شوند.
- بیمه‌گر گروهی: (Group Health Insurance)
بیمه‌گرهایی که بیمه درمانی را به گروه‌هایی از افراد (مانند کارکنان یک شرکت یا اعضای یک انجمن) ارائه می‌دهند. این بیمه‌ها معمولاً هزینه کمتری دارند زیرا ریسک میان تعداد زیادی از افراد تقسیم می‌شود.

۴- بر اساس مدل‌های بیمه‌گری:

- بیمه‌گر هنجاری: (Traditional Insurance)
این مدل بیمه‌ها معمولاً خدمات درمانی را بر اساس توافق قبلی پرداخت می‌کنند و بیمه‌گر پس از دریافت حق بیمه، پرداخت‌های درمانی را انجام می‌دهد. در این مدل بیمه‌ها، بیمه‌گر معمولاً به صورت بازپرداختی عمل می‌کند.
- بیمه‌گر مدیریت شده: (Managed Care Insurance)
در این مدل، بیمه‌گر برای کاهش هزینه‌ها، شبکه‌ای از پزشکان، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را ایجاد می‌کند که بیمه‌شده‌ها باید از آن‌ها استفاده کنند. این مدل بیشتر برای خدمات سرپایی و درمان‌های پیشگیرانه کاربرد دارد.
- بیمه‌گر پرداخت به ازای خدمات: (Fee-for-Service Insurance)
بیمه‌گر هزینه‌ها را بر اساس هزینه‌های واقعی خدمات پرداخت می‌کند. بیمه‌شده می‌تواند از هر مرکز درمانی که می‌خواهد استفاده کند، اما بیمه‌گر فقط بخشی از هزینه‌ها را پرداخت می‌کند.

۵- بر اساس نوع پرداخت حق بیمه:

- بیمه‌گر با پرداخت حق بیمه ماهانه: (Monthly Premium Insurance)
بیمه‌گرهایی که بیمه‌نامه‌های خود را با پرداخت حق بیمه ماهانه از بیمه‌شده‌ها تأمین می‌کنند. این مدل بیشتر برای بیمه‌های درمانی فردی و گروهی استفاده می‌شود.
- بیمه‌گر با پرداخت حق بیمه سالانه: (Annual Premium Insurance)
بیمه‌گرهایی که بیمه‌نامه‌های خود را با پرداخت حق بیمه سالانه از بیمه‌شده‌ها تأمین می‌کنند. این نوع معمولاً برای پوشش‌های بلندمدت و گروهی کاربرد دارد.

۶- بر اساس سطح پوشش:

- بیمه‌گر با پوشش پایه: (Basic Health Insurance)
این بیمه‌ها خدمات درمانی اولیه مانند ویزیت پزشک، آزمایش‌ها و داروها را پوشش می‌دهند. بیمه‌های پایه معمولاً مقرون‌به‌صرفه هستند، اما پوشش آن‌ها محدود است.
- بیمه‌گر با پوشش جامع: (Comprehensive Health Insurance)
این بیمه‌ها بیشتر خدمات درمانی را پوشش می‌دهند و شامل بستری، جراحی، درمان‌های پیشرفته، خدمات دندانپزشکی و موارد دیگر هستند.

شرکت‌های بیمه مختلف مانند دانا، آسیا، کوثر و سایر بیمه‌گرها در ایران، خدمات بیمه‌ای خود را با پوشش‌های مختلفی ارائه می‌دهند که هر کدام ممکن است شرایط متفاوتی داشته باشند. در ادامه به نحوه پوشش‌دهی برخی از این بیمه‌گرها در حوزه بیمه‌های سلامت پرداخته می‌شود:

۱- بیمه دانا

بیمه دانا یکی از بزرگترین و شناخته‌شده‌ترین بیمه‌گران در ایران است که انواع مختلفی از بیمه‌های سلامت را ارائه می‌دهد. خدمات بیمه سلامت این شرکت شامل پوشش‌های زیر است:

- بیمه درمان تکمیلی گروهی:
بیمه دانا برای گروه‌های بزرگ (شرکت‌ها، سازمان‌ها و موسسات) بیمه درمان تکمیلی گروهی ارائه می‌دهد. این بیمه شامل خدمات مختلف از جمله بستری، جراحی، ویزیت پزشکان متخصص، آزمایش‌ها، داروها و خدمات سرپایی است.
- بیمه درمان تکمیلی انفرادی:
بیمه دانا بیمه درمان تکمیلی را به صورت انفرادی نیز ارائه می‌دهد که بیمه‌شده می‌تواند انتخاب کند که چه خدماتی شامل پوشش بیمه‌ای او شود. معمولاً پوشش‌های پایه شامل درمان‌های بستری، جراحی‌ها و ویزیت‌های پزشکان متخصص است.
- پوشش دندانپزشکی:
بیمه دانا برای بیمه‌های تکمیلی خود خدمات دندانپزشکی را نیز ارائه می‌دهد، اما در بیمه‌های پایه این پوشش به طور معمول وجود ندارد. بیمه‌شده می‌تواند این خدمات را به صورت اضافی انتخاب کند.
- پوشش بیماری‌های خاص:
بیمه دانا پوشش‌هایی برای درمان بیماری‌های خاص مانند سرطان، دیابت و بیماری‌های قلبی ارائه می‌دهد.

۲- بیمه آسیا

بیمه آسیا نیز یکی از شرکت‌های معتبر بیمه در ایران است که انواع بیمه‌های سلامت را با پوشش‌های مختلف ارائه می‌دهد:

- بیمه درمان تکمیلی گروهی و انفرادی:
بیمه آسیا خدمات درمان تکمیلی را هم برای گروه‌ها و هم به صورت انفرادی ارائه می‌دهد. پوشش‌های این بیمه شامل هزینه‌های بستری، جراحی، دارو، ویزیت پزشک، خدمات سرپایی، آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها می‌شود.
- پوشش دندانپزشکی:
بیمه آسیا خدمات دندانپزشکی را در بیمه‌های تکمیلی خود ارائه می‌دهد که شامل هزینه‌های درمان‌های پیشگیرانه و درمان‌های تخصصی دندانپزشکی است.
- پوشش بیماری‌های خاص:
بیمه آسیا پوشش‌هایی برای بیماری‌های خاص همچون سرطان، بیماری‌های قلبی و دیابت دارد. این بیمه‌گر معمولاً پوشش‌های گسترده‌ای برای درمان این بیماری‌ها ارائه می‌دهد.
- پرداخت خسارت سریع:
بیمه آسیا به بیمه‌شدگان خود این امکان را می‌دهد که پس از دریافت خدمات درمانی، هزینه‌ها را پرداخت کرده و سپس برای بازپرداخت آن‌ها اقدام کنند.

۳- بیمه کوثر

بیمه کوثر یکی دیگر از بیمه‌گرهای بزرگ است که خدمات بیمه سلامت را با پوشش‌های متنوع ارائه می‌دهد:

- بیمه درمان تکمیلی گروهی:
بیمه کوثر برای شرکت‌ها و سازمان‌ها بیمه درمان تکمیلی گروهی ارائه می‌دهد که شامل پوشش‌های درمانی متنوع مانند بستری، جراحی، ویزیت پزشک و خدمات سرپایی است.
- بیمه درمان تکمیلی انفرادی:
بیمه کوثر بیمه‌های تکمیلی انفرادی را با پوشش‌هایی برای خدمات درمانی مانند بستری، جراحی، هزینه‌های پزشکی، آزمایش‌ها، داروها و ویزیت پزشکان تخصصی ارائه می‌دهد. این بیمه‌گر پوشش‌هایی برای بیمارستان‌ها و مراکز درمانی نیز فراهم می‌کند.
- پوشش دندانپزشکی:
بیمه کوثر برای بیمه‌های تکمیلی خود خدمات دندانپزشکی ارائه می‌دهد که شامل درمان‌های پیشگیرانه، پر کردن دندان، درمان ریشه و سایر درمان‌های دندانپزشکی است.
- پوشش بیماری‌های خاص:
بیمه کوثر پوشش‌های ویژه‌ای برای درمان بیماری‌های خاص مانند سرطان و بیماری‌های قلبی و عروقی دارد که معمولاً شامل درمان‌های شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و داروهای ویژه است.

۴- بیمه ملت

بیمه ملت به عنوان یکی دیگر از بیمه‌گران معتبر ایران، خدمات بیمه سلامت با پوشش‌های مختلف را ارائه می‌دهد:

- بیمه درمان تکمیلی گروهی و انفرادی:
بیمه ملت پوشش‌های درمانی را هم به صورت انفرادی و هم گروهی ارائه می‌دهد. این بیمه‌ها شامل بستری، جراحی، ویزیت پزشکان، آزمایش‌ها، داروها و خدمات سرپایی می‌شود.
- پوشش دندانپزشکی:
بیمه ملت برای بیمه‌های تکمیلی خود خدمات دندانپزشکی مانند درمان ریشه، ترمیم دندان، پروتز و درمان‌های پیشگیرانه را ارائه می‌دهد.
- پوشش بیماری‌های خاص:
بیمه ملت بیمه‌های درمانی را برای بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص مانند سرطان، بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و غیره ارائه می‌دهد.

بیمه‌گرها را می‌توان بر اساس معیارهای مختلفی مانند نوع بیمه، نوع پرداخت، نوع مشتری، سطح پوشش و دیگر عوامل تقسیم‌بندی کرد. در ادامه، بیمه‌گرها را به تفکیک انواع مختلف تقسیم‌بندی می‌کنیم:

۱- بر اساس نوع بیمه (حوزه بیمه):

- بیمه‌های سلامت:
این بیمه‌ها به پوشش هزینه‌های درمانی، پزشکی، بستری، جراحی، دارو و خدمات بهداشتی می‌پردازند.
 - مثال‌ها: بیمه‌های تکمیلی، بیمه‌های درمانی انفرادی و گروهی، بیمه‌های بیماری‌های خاص (مثل سرطان، دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی).
- بیمه‌های زندگی:
این بیمه‌ها به پوشش ریسک‌های مرتبط با زندگی افراد می‌پردازند و در صورت فوت بیمه‌شده، مبلغی به خانواده یا ذینفعان پرداخت می‌شود.
 - مثال‌ها: بیمه عمر، بیمه‌های مستمری، بیمه‌های حوادث.
- بیمه‌های خودرو:
این بیمه‌ها برای پوشش ریسک‌های مرتبط با خودرو و حوادث ناشی از آن طراحی شده‌اند.
 - مثال‌ها: بیمه شخص ثالث، بیمه بدنه، بیمه حوادث رانندگی.
- بیمه‌های مسافرتی:
این بیمه‌ها برای پوشش هزینه‌های درمانی و خطرات مرتبط با سفر طراحی شده‌اند.
 - مثال‌ها: بیمه مسافرتی، بیمه لغو سفر، بیمه تأخیر پرواز.
- بیمه‌های اموال و دارایی:
این بیمه‌ها شامل پوشش برای اموال، خانه‌ها، مغازه‌ها و دیگر دارایی‌ها در برابر خطرات مختلف است.
 - مثال‌ها: بیمه آتش‌سوزی، بیمه سرقت، بیمه بیمه‌های حمل و نقل.
- بیمه‌های مسئولیت:
این بیمه‌ها به جبران خسارات مالی که بیمه‌شده در اثر مسئولیت‌های خود به دیگران وارد می‌کند، پرداخته و شامل پوشش‌های مختلف می‌شود.
 - مثال‌ها: بیمه مسئولیت کارفرما، بیمه مسئولیت حرفه‌ای، بیمه مسئولیت مدنی.

۲- بر اساس نوع پوشش و خدمات:

- بیمه‌های درمانی:
بیمه‌گرهایی که پوشش درمانی کامل یا تکمیلی برای افراد یا گروه‌ها ارائه می‌دهند.
 - مثال‌ها: بیمه‌های تکمیلی، بیمه‌های سلامت.
- بیمه‌های حوادث:
این بیمه‌ها پوشش‌دهنده حوادث ناگهانی و غیرمنتظره هستند.
 - مثال‌ها: بیمه حوادث شخصی، بیمه حوادث رانندگی.
- بیمه‌های بیماری‌های خاص:
بیمه‌گرهایی که برای درمان بیماری‌های خاص و طولانی‌مدت (مثل سرطان، دیابت، بیماری‌های قلبی) پوشش ارائه می‌دهند.
 - مثال‌ها: بیمه‌های بیماری‌های خاص.

- بیمه‌های دندانپزشکی:
بیمه‌هایی که خدمات دندانپزشکی (جراحی دندان، درمان ریشه، پر کردن دندان و غیره) را پوشش می‌دهند.
○ مثال‌ها: بیمه دندانپزشکی.

۳- بر اساس نوع پرداخت و خسارت:

- بیمه‌گر با پرداخت مستقیم: (Direct Payment)
هزینه‌های درمانی به صورت مستقیم به مراکز درمانی پرداخت می‌شود و بیمه‌شده نیازی به پرداخت هزینه‌ها ندارد.
○ مثال‌ها: بیمه دانا، بیمه آسیا.
- بیمه‌گر با پرداخت به بیمه‌شده: (Reimbursement)
بیمه‌شده ابتدا هزینه‌ها را پرداخت کرده و پس از آن برای بازپرداخت به بیمه‌گر اقدام می‌کند.
○ مثال‌ها: بیمه ملت، بیمه کوثر.
- بیمه‌گر با پرداخت به بیمارستان یا درمانگاه: (Direct Billing)
هزینه‌ها مستقیماً به مراکز درمانی پرداخت می‌شود و بیمه‌شده فقط باید سهم خود (مثلاً فرانسیز) را پرداخت کند.
○ مثال‌ها: بیمه آسیا، بیمه دانا.
- بیمه‌گر با پرداخت نقدی: (Cash Payment)
بیمه‌گر مبلغ بیمه‌ای را به صورت نقدی به بیمه‌شده پرداخت می‌کند.
○ مثال‌ها: برخی بیمه‌های گروهی یا بیمه‌های بیماری‌های خاص.
- بیمه‌گر با پرداخت به صورت سقف هزینه‌ای: (Benefit Limit)
بیمه‌گر هزینه‌ها را تا سقف مشخصی پرداخت می‌کند و پس از آن بیمه‌شده باید باقی‌مانده هزینه‌ها را خود بپردازد.
○ مثال‌ها: بیمه‌های تکمیلی.

۴- بر اساس نوع مشتری (بیمه‌شده):

- بیمه‌گر انفرادی: (Individual Insurance)
بیمه‌گرهایی که بیمه‌های درمانی یا دیگر بیمه‌ها را به صورت انفرادی به هر فرد ارائه می‌دهند.
○ مثال‌ها: بیمه‌های درمانی انفرادی، بیمه‌های عمر انفرادی.
- بیمه‌گر گروهی: (Group Insurance)
بیمه‌گرهایی که بیمه‌های درمانی یا دیگر بیمه‌ها را به صورت گروهی برای شرکت‌ها، سازمان‌ها، موسسات یا انجمن‌ها ارائه می‌دهند.
○ مثال‌ها: بیمه‌های درمانی گروهی، بیمه‌های مسئولیت گروهی.

۵- بر اساس سطح پوشش (محدوده خدمات):

- بیمه‌های پایه: (Basic Insurance)
این بیمه‌ها پوشش‌های محدودتری دارند و معمولاً فقط خدمات اصلی مانند بستری، ویزیت پزشک، دارو و جراحی‌های ضروری را پوشش می‌دهند.
○ مثال‌ها: بیمه درمانی پایه، بیمه‌های خودرو پایه.

- بیمه‌های جامع: (Comprehensive Insurance)
این بیمه‌ها پوشش‌های گسترده‌تری دارند و معمولاً شامل خدمات درمانی پیشرفته، بیماری‌های خاص، خدمات دندانپزشکی و غیره می‌شوند.

○ مثال‌ها: بیمه درمان تکمیلی، بیمه‌های عمر جامع، بیمه‌های گروهی جامع.

۶- بر اساس نوع شرکت و فعالیت بیمه‌گر:

- بیمه‌گر خصوصی: (Private Insurers)
شرکت‌هایی که به طور خصوصی فعالیت می‌کنند و هدف آن‌ها کسب سود است.
○ مثال‌ها: بیمه دانا، بیمه آسیا، بیمه ملت.
- بیمه‌گر دولتی: (State Insurers)
شرکت‌های بیمه‌ای که تحت نظارت یا مالکیت دولت هستند و معمولاً به ارائه خدمات به گروه‌های خاص یا افرادی که توانایی خرید بیمه‌های خصوصی را ندارند، تمرکز دارند.
○ مثال‌ها: بیمه ایران، بیمه سلامت ایران.

برای نوشتن شباهت‌ها، تفاوت‌ها و ویژگی‌های هر یک از ۲۹ بیمه‌گر، ابتدا باید اطلاعات دقیقی از هر کدام داشته باشیم. به طور کلی، بیمه‌گرها می‌توانند ویژگی‌های متفاوتی داشته باشند، از جمله:

۱. نوع بیمه‌ها (بیمه‌های عمر، درمان، تکمیلی، مسئولیت و غیره)
۲. شبکه خدمات درمانی
۳. شرایط پرداخت
۴. میزان پوشش و مستمری
۵. سهم بیمه‌گر و بیمه‌گذار
۶. خدمات اضافی و خدمات ویژه
۷. رضایت مشتری و ارزیابی‌ها

بیمه‌گر	نوع بیمه	پوشش‌ها و خدمات	مزایا و ویژگی‌ها	ملاحظات
ایران	عمر، درمان، تکمیلی	خدمات گسترده در درمان و سلامت	سابقه طولانی، خدمات متعدد	محدودیت‌های جغرافیایی در مناطقی
آسیا	عمر، خودرو، مسئولیت	پوشش کامل برای خودرو و حوادث	خدمات آنلاین و دسترسی راحت	پوشش ضعیف در برخی مناطق
البرز	عمر، درمان، آتش‌سوزی	خدمات ای برای مشاغل و درمان	سریع و آسان در دریافت خدمات	تعرفه‌های بالاتر در بیمه‌های خاص
دانا	عمر، مسئولیت	خدمات بیمه‌ای برای مشاغل و افراد	ارائه تخفیف‌های ویژه برای برخی گروه‌ها	سطح پوشش محدود در برخی بیمه‌ها
معلم	عمر، درمان، تکمیلی	پوشش مناسب برای درمان‌های سرپایی و بستری	خدمات ویژه برای معلمان و کارکنان آموزش	بعضی خدمات محدود به گروه خاص
امید	عمر، درمان	پوشش‌های گسترده در بیمه‌های درمانی	تخفیف‌های ویژه برای گروه‌های خاص	شعبه‌های محدود در برخی استان‌ها
حافظ	عمر، مسئولیت، درمان	پوشش وسیع در بیمه‌های عمر و مسئولیت	قیمت‌گذاری مناسب برای خانواده‌ها	محدودیت خدمات درمانی در مناطقی
کارآفرین	خودرو، درمان	پوشش وسیع برای خودرو و حوادث	مناسب برای صاحبان مشاغل و خودروسختی	تعرفه‌های بالاتر در بیمه‌های خاص
ایران معین	عمر، درمان	پوشش‌های تخصصی و دقیق در درمان	خدمات مشاوره تخصصی برای بیمه‌گذاران	برخی بیمه‌ها پوشش کمتری دارند
پارسیان	عمر، مسئولیت، آتش‌سوزی	بیمه‌های خاص برای مشاغل بزرگ	خدمات متنوع بیمه‌ای برای افراد و سازمان	پرداخت طولانی‌مدت در مواردی
بیمه سامان	بیمه‌های عمر، درمان، تکمیلی	پوشش‌های کامل درمانی و بیماری‌های خاص	خدمات ویژه برای بیمه‌گذاران جدید	پرداخت خسارت در بیمه‌های خاص طولانی‌مدت
بیمه نوین	بیمه‌های عمر، درمان، خودرو	خدمات بیمه‌ای برای مشاغل و درمان	مناسب برای مشاغل کوچک و متوسط	تعدادی پوشش محدود در بیمه‌های خودرو
بیمه پاسارگاد	بیمه‌های عمر، درمان، خودرو	پوشش‌های جامع در بیمه‌های خودرو و درمان	خدمات بیمه‌ای ویژه برای خانواده‌ها	تعرفه‌های بالا در برخی بیمه‌ها
بیمه میهن	بیمه‌های عمر، درمان، خودرو	خدمات درمانی و پوشش‌های خودرو	خدمات جامع و گسترده	برخی خدمات درمانی محدود
بیمه اتکایی ایرانیان	بیمه‌های اتکایی	بیمه‌های مخصوص اتکایی و بازاریابی بیمه	مناسب برای شرکت‌ها و سازمان‌ها	پوشش محدود در بیمه‌های خاص
بیمه کوثر	بیمه‌های عمر، درمان	پوشش کامل در بیمه‌های عمر و درمان	خدمات گسترده برای خانواده‌ها	برخی خدمات مخصوص اعضای خاص
بیمه آرمان	بیمه‌های عمر، درمان	پوشش‌های متنوع برای بیمه‌های عمر	مناسب برای افراد و خانواده‌ها	خدمات درمانی محدود در بعضی نقاط
بیمه ما	بیمه‌های عمر، درمان، خودرو	پوشش کامل در بیمه‌های درمانی و خودرو	خدمات ویژه برای گروه‌های خاص	نرخ‌های بیمه بالا برای خودرو
بیمه آسماری	بیمه‌های عمر، درمان	پوشش کامل برای درمان و بیمه‌های عمر	خدمات ویژه برای مناطق خاص	پوشش ضعیف در بیمه‌های خاص
بیمه تعاون	بیمه‌های عمر، درمان، تکمیلی	بیمه‌های درمانی و عمر	مناسب برای کارمندان دولت	برخی پوشش‌ها محدود
بیمه سرمد	بیمه‌های عمر، درمان	بیمه‌های عمر و درمان	خدمات مشاوره‌ای گسترده	پرداخت خسارت طولانی در برخی بیمه‌ها
بیمه تجارت نو	بیمه‌های عمر، درمان	بیمه‌های درمانی و مسئولیت	خدمات ویژه برای خانواده‌ها	پوشش‌های محدود در بیمه‌های خاص
بیمه حکمت صبا	بیمه‌های عمر، درمان	بیمه‌های درمانی و بیمه‌های مسئولیت	مناسب برای سازمان‌ها و مشاغل	برخی پوشش‌ها محدود
بیمه خاورمیانه	بیمه‌های عمر، درمان، خودرو	پوشش‌های ویژه برای خودرو و درمان	خدمات آنلاین و سریع	پوشش‌های ضعیف در بیمه‌های خاص
بیمه توسعه	بیمه‌های عمر، درمان، مسئولیت	بیمه‌های درمان و مسئولیت با پوشش‌های کامل	تخفیف‌های ویژه برای مشتریان جدید	خدمات آنلاین محدود
بیمه رازی	بیمه‌های عمر، درمان، تکمیلی	پوشش کامل درمانی و بیمه‌های تکمیلی	نمایندگی‌های زیاد در شهرستان‌ها	تعرفه‌های بالاتر برای خدمات پزشکی
بیمه سینا	بیمه‌های عمر، درمان، تکمیلی	بیمه‌های درمانی و بیماری‌های خاص	خدمات به‌روز و آنلاین	پوشش‌های خاص در بیمه‌های درمانی
بیمه ملت	بیمه‌های عمر، درمان، تکمیلی	پوشش‌های بیمه‌ای برای خودرو و سلامت	قیمت‌گذاری رقابتی	خدمات درمانی در مناطق خاص محدود
بیمه دی	بیمه‌های عمر، تکمیلی، مسئولیت	خدمات درمانی و بیمه‌های عمر	مناسب برای افراد و خانواده‌ها	برخی پوشش‌ها محدود