



فصل اول

بیمه عمر و زندگی

سرمایه گذاری - امید به زندگی
مروارید - پس انداز - تامین آتیه

ecnarusni efil

بخش اول

پیش گفتار

اعضای محترم سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم
سلام علیکم

با احترام، سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم از دیر باز یکی از استان‌های پیشرو در زمینه ارائه خدمات بیمه‌ای به جامعه مهندسی استان بوده است. در این راستا و به منظور راهنمایی هر چه بیشتر اعضا، پس از دستور هیات مدیره محترم از انتهای سال ۱۳۹۴، کمیته بیمه با حضور تنی چند از همکاران تشکیل شد که نتایج آن در قالب قراردادهای مسئولیت کل اعضا، بیمه بازسان گاز، بیمه اموال و آتش سوزی سازمان و بیمه مکمل درمان در سال ۱۳۹۵ در اختیار اعضا قرار گرفت.

از ابتدای تشکیل این کمیته، یکی از محورهای کاری بررسی قراردادهای

بیمه عمر و پس‌انداز بود که به علت گستردگی مطالب، طولانی بودن مدت قراردادهای آن، ابهامات بسیار زیاد در متن مقررات و قراردادهای مورد استفاده بیمه‌گران و مشخص نبودن نحوه محاسبات آنها و بیش از ده‌ها سوال مد نظر اعضای کمیته، این کمیته گام به گام نسبت به بررسی و دقت نظر در برگه‌ها و بروشورها و نظرات بیمه‌گران اقدام نمود، که حاصل کار بعد از ۳۶ نفر ساعت جلسه و بررسی بیش از ۲۱۰۰ برگه توضیحات و بروشورهای بیش از ۱۳ شرکت بیمه معتبر دعوت شده به مناقصه و طراحی قریب به ۲۴۰ سوال در ده صفحه از شرکت‌های بیمه و تجزیه و تحلیل سیستمی پاسخ‌ها و استخراج آنها، که به شرح متن راهنمای زیر در اختیار قرار می‌گیرد و امید است در قالب "شرایط خصوصی پیوست قرارداد" با بیمه‌گران تعامل شود.

توصیه:

به همه همکاران گرامی سفارش می‌گردد حتی در صورتی که قصد دارند راساً نسبت به عقد قرارداد با یکی از شرکت‌های بیمه بپردازند، نگهداری و مطالعه این صفحات و توجه به نکات ریز و عبارات فنی آن برای اضافه نمودن به شرایط خصوصی بیمه‌نامه را مدنظر قرار دهند.

با تقدیم احترام-کمیته خدمات بیمه‌ای



فلسفه بیمه عمر و سرمایه‌گذاری

همان‌گونه که از نام این بیمه برمی‌آید اولویت اول این بیمه‌نامه «عمر» بیمه‌شده است و بدین معنی که اگر سرپرست خانواده روزی در میان خانواده‌اش نباشد، با استفاده از این بیمه‌نامه تبعات اقتصادی فقدان پدر یا مادر به عنوان نان‌آوران تا حدی جبران شود.

مرگ ناگهانی پدر یا مادر علاوه بر تبعات عاطفی هزینه‌های سنگینی را به خانواده داغدار تحمیل می‌کند و تا پایان مراحل اداری انحصار وراثت چند ماهی سپری خواهد شد.

دلیل اصلی بیمه‌های عمر و سرمایه‌گذاری حمایت از بازماندگان در چنین شرایطی است و مواردی از قبیل سود سرمایه‌گذاری، پوشش از کار افتادگی و مستمری بازنشستگی و... موارد جانبی و تشویقی برای جلب بیشتر بیمه‌گذاران است. نکته حائز اهمیت در این بیمه‌نامه‌ها تفاوت آشکار سود حاصله این بیمه‌نامه با سود حاصل از سپرده‌های بلند مدت در بانک‌ها است. با توجه به اینکه کلیه هزینه‌های بیمه‌گر و نیز ریسک خسارات و... از حق بیمه کسر می‌شود و باقیمانده به عنوان سرمایه محسوب می‌شود بدیهی است سود حاصله در این نوع قراردادهای بسته به نوع بیمه‌گر گاه‌گاهاً تا ۳ برابر کمتر از سود بانکی رایج در کشور باشد. بیمه عمر و سرمایه‌گذاری با هدف ایجاد دو نوع تأمین همزمان یعنی «عمر» و «آتیه» مطابق با استانداردهای جهانی بیمه‌گر طراحی شده است.



تعریف بیمه‌های عمر

این بیمه‌نامه عقدی است که به موجب آن بیمه‌گر تعهد می‌نماید تا در ازای دریافت حق بیمه در صورت فوت یا حیات بیمه‌گذار مبلغی را به استفاده‌کننده یا ذینفعان قید شده در قرارداد پرداخت نماید.

این بیمه‌نامه یک محصول بیمه‌ای است که در کنار ارائه پوشش بیمه فوت و برخی پوشش‌های اضافی فرصتی برای بیمه‌گذار به منظور سرمایه‌گذاری باقیمانده حق بیمه پرداختی خود فراهم می‌آورد. این بیمه‌نامه از ترکیب «بیمه‌های به شرط فوت» با «بیمه‌های به شرط حیات» تشکیل یافته است و بیمه‌گذاران با پرداخت مبلغی تحت عنوان حق بیمه علاوه بر تأمین منابع لازم برای تشکیل سرمایه‌ای در آتی، از پوشش بیمه عمر در مقابل خطر این بیمه‌نامه برخوردار می‌شوند. خدمات این بیمه‌نامه به دو بخش سرمایه‌گذاری و ارائه پوشش‌های بیمه‌ای تقسیم می‌شود.

سرمایه‌گذاری در این بیمه‌نامه از روش‌های زیرکسب سود می‌نماید:

الف) سود تضمینی فنی قرارداد که به صورت روز شمار و مرکب به باقیمانده حق بیمه‌های پرداختی تعلق می‌گیرد (حق بیمه پس از کسر کسورات اولیه توسط بیمه‌گر).

ب) سود مشارکت در منافع بیمه‌گذار که حداقل ۹۰٪ ما به التفاوت سود قطعی و سود تضمینی (پس از اعلام مجمع بیمه‌گذار) می‌باشد و به صورت روز شمار و مرکب به باقیمانده حق بیمه‌های پرداختی تعلق می‌گیرد.



پوشش‌ها و حمایت‌های بیمه‌ای نیز به شرح زیر می‌باشد:

- (الف) پوشش فوت عادی
 - (ب) پوشش فوت در اثر حادثه
 - (ج) پوشش بیماری‌های خاص
 - (د) پوشش نقص عضو از کار افتادگی - سرمایه از کار افتادگی
 - (هـ) پوشش سال آخر حیات
 - (و) پوشش پزشکی در اثر حادثه
 - (ز) پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه
 - (ح) پوشش بیمه آتش سوزی منازل
 - (خ) پوشش دریافت مستمری حین بیمه‌نامه
- در ادامه توضیحات تکمیلی برای اجزای این بیمه‌نامه ارائه می‌شود.
- متن زیر حاصل چندین مرحله استعلام از بیمه‌گران، تشکیل جلسات حضوری با کارشناسان، بررسی دقیق متون واصله، جرح و تعدیل نکات و مقایسه با محدودیتهای قانونی موجود می‌باشد.
- آیا خرید بیمه عمر و سرمایه‌گذاری مناسب‌ترین و سودآورترین گزینه سرمایه‌گذاری می‌باشد؟
- بیمه عمر و سرمایه‌گذاری قطعاً یکی از مناسب‌ترین گزینه‌ها برای تشکیل اندوخته می‌باشد. ریسک توام با سرمایه‌گذاری در بورس و نیاز به دسترسی به میزان بالای سرمایه برای سرمایه‌گذاری در املاک و همچنین نرخ تضمینی تنها برای ۵ سال بانک‌ها و مشکلات بازماندگان



در طی مراحل انحصار وراثت و بحث مالیات را می‌توان برخی از مواردی عنوان کرد که بیمه عمر و بازنشستگی را در برنمی‌گیرد. البته باید توجه داشت که این بیمه‌نامه جایگزین موارد سرمایه‌گذاری ذکر شده نیست بلکه می‌تواند به عنوان مکمل سایر گزینه‌ها مد نظر قرار بگیرد.

تفاوت سپرده‌گذاری در بانک با بیمه عمر و سرمایه‌گذاری:

□ برای سرمایه‌گذاری در بانک، چنانچه فرد بخواهد به سود قابل توجهی دست یابد در ابتدا باید مبلغ مناسب را پس‌انداز نماید در صورتی‌که برای سرمایه‌گذاری در بیمه عمر، به مبالغ اولیه نیاز نمی‌باشد و حتی افراد کم درآمد با پرداخت حداقل ماهانه، می‌توانند سرمایه‌گذاری خود را آغاز کنند.

□ در بانک، سود برای مدت کمتری تضمین می‌شود و در صورت فوت صرفاً پس از ارائه انحصار وراثت اصل پول پرداخت می‌گردد که البته شامل مالیات بر ارث نیز می‌باشد.

□ با سرمایه‌گذاری در بانک معمولاً سود تضمین حاصل از آن پرداخت می‌گردد درحالی‌که شرکت‌های بیمه علاوه بر پرداخت سود تضمینی و مشارکت در منافع، روی مبالغ سرمایه‌گذاری شده، پوشش‌های بیمه‌ای را نیز همراه با آن ارائه می‌دهند.



چه الزامی دارد فردی که بیمه تأمین اجتماعی دارد، بیمه عمر و سرمایه‌گذاری خریداری کند؟

□ بیمه‌های اجتماعی از جمله تأمین اجتماعی و خدمات درمانی، ماهیت درمانی دارند یعنی عمده‌تأ حق بیمه‌های پرداختی افراد صرف هزینه‌های درمانی می‌شود و این تفاوت بسیاری با بیمه عمر و سرمایه‌گذاری دارد. افراد می‌توانند بیمه عمر سرمایه‌گذاری را به عنوان مکمل بیمه‌های اجتماعی خریداری کنند.

□ در صورت فوت فرد در بیمه تأمین اجتماعی غیر از مبلغ ناچیزی بابت هزینه کفن و دفن پولی به بازماندگان پرداخت نمی‌شود، در حالی‌که در بیمه عمر و سرمایه‌گذاری در صورت فوت بیمه‌شده حتی اگر یک قسط از حق بیمه را هم پرداخت کرده باشد، علاوه بر پرداخت سرمایه فوت، چنانچه پوشش فوت در اثر حادثه را انتخاب کرده باشد تا ۴ برابر سرمایه فوت به بازماندگان پرداخت می‌گردد، درحالی‌که در بیمه تأمین اجتماعی حقوق به بازماندگان تحت شرایط خاص (از میان فرزندان تنها به فرزند دختر و مجرد) و برای فرزندان ذکور حداکثر تا ۲۵ سالگی به شرط اشتغال به تحصیل قابل پرداخت می‌باشد.

□ حق بیمه‌های پرداختی افراد به سازمان تأمین اجتماعی قابلیت باز خرید ندارد و اگر هم استفاده نکنند، نمی‌توانند مبالغ پرداختی خود را بازخرید کنند، درحالی‌که در بیمه عمر و سرمایه‌گذاری حق بیمه‌های پرداختی بیمه‌گذاران بر خلاف تأمین اجتماعی در هر صورت قابل استفاده است.

بخش دوم

شرایط اختصاصی

شرایط گروهی

۱- ۱) در صورت حضور ۱۰ (ده) نفر به بالا شرایط بیمه نامه «گروهی» تلقی خواهد شد.

۱- ۲) اقدام همه اعضای سازمان در خرید بیمه نامه اجباری نیست و با حضور حداقل ۱۰ بیمه گذار شرایط گروهی اعمال خواهد شد.

۱- ۳) با توجه به کاهش هزینه های اداری، تبلیغاتی و بیمه گری شرکت های بیمه و نیز تقویت پورتفوی ایشان، در شرایط گروهی امتیازاتی توسط بیمه گر مطابق توافقات به بیمه گذاران اعطای شود.

۱- ۴) بیمه گر متعهد است تا امتیازاتی که ناشی از خرید بیمه نامه است را منحصر و محدود به سال اول نکرده و در کل سال های قرارداد اعمال نماید.

شرایط بیمه‌گذار و بیمه‌شده

۱- ۵) بیمه‌گذار و بیمه‌شده می‌توانند از هیئت مدیره، پرسنل و اعضاء سازمان نظام مهندسی ساختمان قم، نظام کاردانی و بستگان سببی و نسبی باشند.

۱- ۶) برای تحت پوشش بودن بیمه‌شده، بیمه‌گذار و یا ذینفعان هیچ محدودیت جغرافیایی و یا الزام برای حضور در کشور وجود ندارد و در حین پرداخت پوشش‌ها برای موارد خارج از کشور، کفایت مدارک بیمه‌شده به تایید کنسولگری ایران در آن کشور رسیده باشد.

۱- ۷) در کشورهایی که دارای کنسولگری ایران نمی‌باشد لازم است از طریق دفتر حافظ منافع اقدام شود.

۱- ۸) در صورت تغییر محل سکونت بیمه‌گذار به خارج از کشور، بایستی مراتب به اطلاع بیمه‌گر رسانیده شود.

۱- ۹) لازم است بیمه‌گذار به سن قانونی (۱۸ سال) رسیده باشد ولی برای بیمه‌شده یا ذینفع هیچ شرایط سنی وجود ندارد.

۱- ۱۰) پرداخت سرمایه فوت عادی و حادثی منوط به سکونت ذی‌نفع در داخل کشور نیست.

۱- ۱۱) بیمه‌شده (صرفاً بیمه‌شده) نبایستی به «اختیار خود» در مناطق جنگی تعریف شده حضور داشته باشد.

۱- ۱۲) هیچ الزامی به داشتن پروانه اشتغال بکار نظام مهندسی (یا کاردانی) برای افراد متقاضی و یا ذینفعان وجود ندارد.



۱- ۱۳) در صورت ادامه پرداخت حق بیمه، الزامی به ادامه عضویت فرد در نظام مهندسی ساختمان استان قم (و یا نظام کاردانی) وجود ندارد و در صورت لغو عضویت و یا انتقال عضویت از استان قم به سایر استان‌ها در صورت پرداخت حق بیمه باز هم بیمه‌گذار مشمول شرایط بیمه گروهی این قرارداد خواهد بود.

۱- ۱۴) پس از انعقاد تفاهم‌نامه بین سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم و بیمه‌گر، اعضای سازمان می‌توانند برای بستگان سببی و نسبی و یا دوستان و آشنایان خود با شرایط همین بیمه‌نامه خریداری نمایند.

۱- ۱۵) جنسیت بیمه‌گذار در شرایط بیمه‌نامه هیچ تأثیری ندارد.
۱- ۱۶) بیمه‌گر، به هیچ عنوان مجاز نیست تا متقاضیان را محدود یا مجبور به نوع خاصی از قراردادها یا پوشش‌ها نماید مگر اینکه صلاح و مصلحت آن توسط سازمان نظام مهندسی مورد توافق واقع شده باشد.

تعداد بیمه‌نامه

۱- ۱۷) از آنجایی که بیمه‌های عمر تابع اصل غرامت نیستند هر فرد می‌تواند به تعداد نامحدود از شرکت‌های مختلف تا سقف تعهد حداکثر ۴ میلیارد ریال (که حداکثر سقف اعلامی فعلی برای سرمایه فوت عادی از سوی بیمه مرکزی است) بیمه‌نامه خریداری نماید.



۱- (۱۸) چنانچه فردی قبلاً از یک بیمه‌گر بیمه‌نامه خریداری کرده باشد می‌تواند از شرکت دیگری نیز بیمه‌نامه جدید خریداری نماید.

۱- (۱۹) در صورت خرید چندین بیمه‌نامه (از یک شرکت یا چند شرکت) مجموع چند سرمایه فوت حادثی، امراض خاص و از کارافتادگی و... که خریداری شده است، پرداخت می‌شود.

۱- (۲۰) در صورت خرید چندین بیمه‌نامه انفرادی از یک شرکت، علی‌رغم اینکه قراردادهای فرد مجزا از هم هستند به دلیل شرایط گروهی، هزینه‌های بیمه‌گری با تخفیف ۵۰٪ برای هر یک از بیمه‌گذاران محاسبه خواهد شد.

۱- (۲۱) در صورت درخواست بیمه‌گذار مبنی بر خرید سرمایه فوت عادی و حادثی بیش از سقف (اعلامی از سوی بیمه مرکزی) بیمه‌گر متعهد است پیگیری‌های لازم جهت اخذ مجوزهای مربوطه را از بیمه مرکزی بنماید و به اطلاع بیمه‌گذار رسانده شود.

روند صدور بیمه‌نامه

۱- (۲۲) پس از تکمیل فرم تقاضا و دریافت مدارک متقاضی (کارت ملی و شناسنامه) که در زمانی کمتر از یک ساعت انجام می‌گیرد، مدارک توسط پزشک مرکز تایید می‌گردد که در صورت نیاز به آزمایشات، اعلام و در صورت عدم نیاز، مراتب تایید و صدور بیمه‌نامه انجام می‌گیرد. مدت زمان این فرآیند بین یک تا سه روز با توجه به حجم کار متغیر است.



۱- (۲۳) هزینه آزمایشات در صورت صدور بیمه نامه به عهده بیمه گر می باشد. صرفاً در صورت انصراف متقاضی از خرید بیمه نامه هزینه آزمایش ها به عهده وی خواهد بود.

ذینفعان

۱- (۲۴) ذینفع پس از فوت می تواند با ذینفع حین حیات متفاوت باشد.
۱- (۲۵) تعیین تعداد نفرات و درصد ذینفعان در اختیار بیمه گذار می باشد.
۱- (۲۶) در صورت وجود امکان صدور بیمه نامه، تعیین و تغییر ذی نفع در اختیار بیمه گذار است.

۱- (۲۷) الزامی نیست که ذینفع و درصد سهم ایشان از بیمه نامه مشابه نفرات و درصد سهم الارث (طبق قوانین ارث) باشد. چنانچه ذینفع و درصد سهم وی در بیمه نامه قید شده باشد نیازی به انحصار وراثت برای عودت اندوخته وجود ندارد.

۱- (۲۸) ذینفع می تواند از بستگان سببی یا نسبی بیمه شده نباشد.
۱- (۲۹) در صورت متفاوت بودن بیمه گذار از بیمه شده، حین خرید بیمه نامه باید رضایت کتبی بیمه شده یا ولی قانونی وی وجود داشته باشد.

۱- (۳۰) امکان تغییر ذینفعان و یا درصد سهم ایشان در بین سال بیمه ای برای بیمه گذار وجود دارد.

۱- (۳۱) یک فرد می تواند به عنوان یکی از ذینفعان و یا تنها ذینفع چندین بیمه نامه باشد.



۱- (۳۲) با در نظر گرفتن قوانین قیومیت برای افراد خردسال، یک فرد می‌تواند به عنوان تنها ذینفع چندین بیمه‌شده خردسال باشد.

۱- (۳۳) چنانچه بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد و بیمه‌گذار قیم وی نباشد؛ صرفاً برای خرید بیمه‌نامه امضاء و تایید قیم قانونی لازم است. ولی اگر بیمه‌گذار بخواهد به عنوان ذینفع بیمه‌شده هم باشد (یعنی تعیین ذینفع کند)، امضاء و تایید سرپرست (پدر یا قیم قانونی) در فرم پیشنهاد لازم نیست.

شرایط سنی

۱- (۳۴) برای تمامی بیمه شدگان حین انعقاد قرارداد شرط سنی به شرح ذیل اعمال خواهد شد:

۷۵ < سن بیمه‌شده حین انعقاد قرارداد + طول مدت بیمه‌نامه

۱- (۳۵) حداقل سن بیمه شدگان در شروع قرارداد از «بدو تولد» می‌تواند باشد.

مدت بیمه‌نامه

۱- (۳۶) حداکثر زمان مدت بیمه‌نامه با توجه به سن بیمه‌شده به شرح ذیل خواهد بود:

۷۵ < طول مدت بیمه‌نامه

۱- (۳۷) تعیین مدت بیمه‌نامه (قرارداد) در اختیار بیمه‌گذار است.

۱- (۳۸) در صورت تمدید قرارداد (قبل از انقضاء قرارداد فعلی) بنابر



تقاضای بیمه‌گذار یک الحاقیه صادر می‌شود و مدت بیمه‌نامه افزایش پیدا می‌کند، لذا کلیه شرایط و نحوه محاسبه سود در این الحاقیه بر اساس فرمول‌های سود قرارداد قبلی خواهد بود.

۱- ۳۹) در حالت پرداخت اقساطی، زمان شروع پوشش‌های بیمه‌ای برای بیمه‌شده پس از پرداخت اولین قسط است.

۱- ۴۰) پس از پرداخت اولین قسط حتی در صورت کامل نشدن پرداخت اقساط سال، بیمه‌گر ملزم به ارائه سقف پوشش‌ها حین شمول خواهد بود.

دوره انتظار

۱- ۴۱) دوره انتظار پوشش امراض خاص سه ماه می‌باشد.

۱- ۴۲) پوشش‌های فوت عادی و حادثی دارای دوره انتظار نیستند.

آزمایشات پزشکی

۱- ۴۳) در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مبنی بر لزوم انجام آزمایشات پزشکی، قبل از صدور بیمه‌نامه انجام خواهد شد هزینه‌های آزمایشات توسط بیمه‌گر به بیمه‌شده، عودت داده خواهد شد.

۱- ۴۴) مسئولیت صحت و سقم نتایج آزمایشات بر عهده آزمایشگاه مربوطه می‌باشد و بیمه‌گذار یا بیمه‌شده در این خصوص هیچ‌گونه مسئولیتی ندارند.



۱- (۴۵) بیمه‌گر نمی‌تواند بر اساس نتایج آزمایش پزشکی از پوشش خدمات بیمه‌ای به متقاضی خودداری کند و یا در تعرفه‌های خود افزایش ایجاد و یا بیمه‌شده را محدود نماید مگر آنچه در قانون مشخص شده است.

حق بیمه

۱- (۴۶) حق بیمه مبلغی است که بیمه‌گذار بنا بر تشخیص و توانایی خود به بیمه‌گر پرداخت می‌نماید و بر اساس آن تعهدات بیمه‌گر شامل سرمایه فوت عادی، پوشش‌های تکمیلی و ذخیره ریاضی تعریف و با توجه به سن بیمه‌شده جدول تعهدات ریالی و شرایط قرارداد... محاسبه می‌شود.

۱- (۴۷) بیمه‌گذار می‌تواند روش‌های مختلف پرداخت حق بیمه اعم از یکجا برای طول مدت قرارداد، یکجا برای یک سال و یا اقساط (۲، ۴، ۶، ۱۲ در سال) را انتخاب نماید.

۱- (۴۸) بیمه‌گذار می‌تواند در ابتدای سال بیمه‌ای نسبت به کاهش یا افزایش حق بیمه خود اقدام کند.

۱- (۴۹) سن بیمه‌شده در انتخاب میزان و چگونگی پرداخت حق بیمه تأثیر ندارد.

۱- (۵۰) حداقل حق بیمه سالانه ۲۴۰/۰۰۰ تومان است.

۱- (۵۱) با توجه به اینکه سود واریزی به صورت روز شمار است در صورت



تاخیر در پرداخت اقساط، هیچ‌گونه جریمه دیر کرد برای بیمه‌نامه در نظر گرفته نخواهد شد.

۱- ۵۲) در صورت درخواست بیمه‌گذار، حین تاخیر در پرداخت حق بیمه، در صورتی که دو سال از صدور بیمه‌نامه گذشته باشد، مبلغ مذکور تحت عنوان وام برای بیمه‌گذار منظور شده و شرایط و تعهدات بیمه‌گر به قوت خود باقی خواهد بود. در صورت مراجعه بعدی بیمه‌گذار این مبالغ با سود (مشابه سود وام) از بیمه‌گذار دریافت و یا قسط‌بندی می‌شود. در صورت فوت و یا نقص عضو... این مبالغ از پول‌های قابل پرداخت به ذینفعان کسر و الباقی پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌گذار شرایط دریافت وام را نداشته باشد و یا ارائه درخواست وام نکرده باشد مبلغ فوق از اندوخته کسر می‌شود.

۱- ۵۳) در ابتدای سال، بیمه‌گذار می‌تواند مبلغی نیز جداگانه علاوه بر حق بیمه (تحت عنوان اندوخته) جهت سرمایه‌گذاری بیشتر به بیمه‌گر پرداخت نماید. از این مبالغ هیچ مبلغی بابت هزینه‌های بیمه‌گری و... کسر نشده و کل پول به صورت یکجا وارد محاسبات جدول ریاضی گردیده و مشمول سود تضمینی (فنی) به همراه سود مشارکت (به روش مرکب) خواهد شد. با توجه به اینکه سود واریزی به صورت روز شمار است از زمان پرداخت این مبالغ اندوخته تشکیل خواهد شد.

۱- ۵۴) چنانچه فردی تصمیم به پرداخت اقساطی حق بیمه داشته باشد



می‌تواند در حین سال، کل و یا بخشی از حق بیمه را به صورت یکجا پرداخت کند. با توجه به اینکه سود واریزی به صورت روز شمار است، سود بیشتری به وی تعلق خواهد گرفت.

۱- ۵۵) در صورتی که بیمه‌گذار پرداخت اقساطی را انتخاب نماید هنگام فوت، حق بیمه باقیمانده تا زمان فوت از حساب شخص برداشت و سپس تعهدات ریالی اجرایی می‌گردد.

هزینه‌های بیمه‌گر

۱- ۵۶) شغل افراد هیچ تأثیری در نحوه محاسبه و میزان هزینه بیمه‌گری ایشان ندارد.

۱- ۵۷) به سرمایه‌های بیمه عمر و حادثه هیچ فرانشیزی تعلق نمی‌گیرد.
۱- ۵۸) تعیین حداکثر هزینه‌های بیمه‌گری در چارچوب بخشنامه‌های فعلی بیمه مرکزی به شرح زیر است:

۱- ۵۸ - ۱) هزینه‌های اداری در بیمه‌نامه‌های انفرادی حداکثر ۷٪ (هفت درصد) حق بیمه همان سال است که تا پایان مدت قرارداد به مرور و هر ساله کسر می‌شود.

۱- ۵۸ - ۲) هزینه‌های بیمه‌گری در بیمه‌نامه‌های انفرادی سالانه حداکثر ۲ در ۱۰۰۰ (دو در هزار) سرمایه فوت درخواستی است که به صورت سالانه در ۵ سال اول کسر می‌شود (یعنی ۵ بار) که جمعاً این هزینه ۱٪ (یک درصد) در کل ۵ سال خواهد بود.



۱- ۵۹) با توجه به اینکه قرارداد گروهی می باشد بیمه‌گر متعهد است حداقل ۵۰٪ از هزینه‌های اداری و بیمه‌گری را به ازاء هر بیمه‌نامه تخفیف اعمال نماید.

۱- ۶۰) طبق بند ۲ ماده ۳ آیین‌نامه ۸۴ بیمه، منظور بیمه‌گران از «پرداخت یکجا» یعنی کل حق بیمه طول مدت قرارداد (مثلاً ۳۰ سال) در روز اول پرداخت گردد.

۱- ۶۱) بیمه‌گر نمی‌تواند مبلغی علاوه بر مبالغ مذکور تحت هر عنوان (کارمزد نمایندگی، بیمه اتکایی...) از حق بیمه دریافتی کسر نماید و یا جداگانه دریافت نماید.

۱- ۶۲) بیمه‌گر متعهد است صورت حساب بیمه‌نامه پنج سال اول را که حاوی اعداد دقیق هزینه‌های اداری، بیمه‌گری و سایر کسورات می باشد را صادر و در اختیار بیمه‌گذار قرار دهد.

تعدیل سنواتی

۱- ۶۳) تعدیل سنواتی درصدی است که بیمه‌گذار می‌تواند برای افزایش سنواتی در حق بیمه یا حق پوشش‌های خود قایل شود.

۱- ۶۴) فرد می‌تواند برای پوشش‌های جانبی خود نیز متناسب با نرخ تورم تعدیل سنواتی در نظر بگیرد.

۱- ۶۵) حداقل و حداکثر تعدیل سنواتی به شرح زیر است:

— صفر تا ۲۰ درصد در حق بیمه

— صفر تا ۲۰ درصد در پوشش‌ها

۱- ۶۶) با توجه به محدود بودن سقف پوشش‌ها در قوانین ابلاغی بیمه مرکزی، بیمه‌گر موظف است زمانی که تعدیل‌ها به حدی رسید که حداکثر سقف سرمایه پوشش‌ها حاصل شد مراتب را جهت جلوگیری از پرداخت حق بیمه اضافی به بیمه‌گذار اعلام نماید. این بند با افزایش سقف‌ها توسط بیمه مرکزی به سازمان و کل بیمه‌گذاران ابلاغ و در قراردادها اعمال خواهد شد.

سود

۱- ۶۷) پس از کسر هزینه‌های اداری و بیمه‌گری مطابق مفاد توافق شده، باقیمانده حق بیمه مشمول پرداخت سود خواهد شد.

۱- ۶۸) سود تخصیصی به حق بیمه باقیمانده، به دو بخش سود «تضمینی یا فنی» و «سود مشارکت در منافع» تقسیم می‌شود.

۱- ۶۹) سود تضمینی (فنی) در حال حاضر عددی است که طبق ابلاغیه بیمه مرکزی در قرارداد قید شده و بیمه‌گر تحت هر شرایطی متعهد به اعمال سالانه آن است. نرخ سود تضمینی (فنی) برای سال اول و دوم ۱۶٪، برای سال سوم و چهارم ۱۳٪ و از سال پنجم به بعد ۱۰٪ می‌باشد.

۱- ۷۰) چنانچه پس از انعقاد قرارداد، براساس اعلام بیمه مرکزی نرخ سود تضمینی (فنی) کاهش پیدا کند به قراردادهای سال‌های قبل از ابلاغ اعمال نخواهد شد (عطف ماسبق نخواهد شد).



۱- ۷۱) «سود مشارکت در منافع» پس از برگزاری مجمع عمومی بیمه‌گر مشخص می‌شود. بدین صورت که پس از تصویب سود حاصله، کل در مجمع عمومی بیمه‌گر، سود تضمینی (فنی) از سود کل (مصوب مجمع) کسر می‌شود (چون قبلاً اعمال شده است) و حد اقل ۸۵ درصد رقم حاصله مجدداً به عنوان درصد سود به کل اندوخته‌های بیمه‌شده به صورت روز شمار از تاریخ واریز حق بیمه‌ها اعمال می‌شود.

۱- ۷۲) در صورت پرداخت الکترونیکی حق بیمه، بیمه‌گر موظف است تاریخ واریز را، تاریخ وصول در نظر بگیرد حتی در شرایطی که سیستم بانکی کشور به هر دلیل مبلغ فوق را با تاخیر به حساب بیمه‌گر واریز کرده باشد.

۱- ۷۳) کلیه سودها به صورت روزشمار محاسبه می‌شود و برای واریزی‌های زودتر از موعد به صورت روزشمار سود مرکب محسوب می‌شود.

۱- ۷۴) به سپرده اولیه (در صورت وجود) هم سود تضمینی (فنی) و هم سود مشارکت تعلق می‌گیرد.

۱- ۷۵) زمان اعمال سود قطعی از تاریخ وصول حق بیمه به صورت روز شمار خواهد بود.

۱- ۷۶) پس از مشخص شدن سود قطعی در هر سال، مجموع ارقام ریالی حاصل از حق بیمه‌های پرداختی بیمه‌گذار به همراه سود روز شمار قطعی شده به عنوان اندوخته همان سال (و با تاریخ واریز حق بیمه)



محسوب خواهد شد، یعنی برای اعمال سود سال بعد، تاریخ واریز حق بیمه سال قبل ملاک عمل بیمه‌گر در اعمال سودها می‌باشد و تاخیر در اعمال سودهای سال قبل تأثیری در این محاسبه ندارد.

۱- (۷۷) در صورت فوت بیمه‌شده و تعیین ذینفع، پرداختی بیمه‌گران شامل قوانین ارث و مشمول مالیات بر آن نمی‌باشد.

۱- (۷۸) مقادیر سودهای اعلامی از سوی مجمع عمومی بیمه‌گذار از طریق پیامک و سایت به بیمه‌گذاران اعلام می‌شود.

۱- (۷۹) چنانچه سود اعلامی مجمع کمتر از نرخ سود تضمینی (فنی) قرارداد باشد، سود تضمینی پرداخت خواهد شد.

۱- (۸۰) شغل افراد هیچ تأثیری در نحوه و میزان و چگونگی اعمال سود برای ایشان ندارد.

بازخرید

۱- (۸۱) بازخرید مبلغی است که پس از انصراف بیمه‌گذار، بیمه‌گر ملزم به پرداخت آن به بیمه‌گذار است. این مبلغ تابع اندوخته، بیمه‌شده می‌باشد.

۱- (۸۲) بیمه‌شده می‌تواند پس از صدور بیمه‌نامه در صورت وجود اندوخته ریاضی نسبت به بازخرید خود اقدام نماید.

۱- (۸۳) در صورت درخواست بیمه‌گذار مبنی بر انجام بازخرید، بیمه‌گر مبالغ را به صورت یکجا به بیمه‌گذار خواهد پرداخت.



۱- ۸۴) مبالغ پرداختی حین بازخرید معاف از هر گونه مالیات یا کسر کارمزد هستند.

۱- ۸۵) در انواع بیمه‌های زندگی به جز «بیمه خطر فوت زمانی»، بیمه‌گذار می‌تواند در صورت تشکیل ذخیره ریاضی درخواست بازخرید کل یا درصدی از بیمه‌نامه خود را نماید و بیمه‌گر مکلف است ارزش بازخریدی بیمه‌نامه را که حداقل معادل ۹۰٪ ذخیره بیمه‌نامه است با رعایت شرایط بیمه‌نامه پرداخت نماید.

۱- ۸۶) با توجه به گروهی بودن بیمه‌نامه ارزش بازخرید در سال اول حداقل ۹۴٪ اندوخته ریاضی و در سال‌های بعد ۹۵ و ۹۶ و ۹۸ درصد می‌باشد و از سال پنجم به بعد صد درصد اندوخته ریاضی می‌باشد.

مالیات

۱- ۸۷) تمامی مبالغ پرداختی به بیمه‌شده اعم از اندوخته، سرمایه پوشش‌های جانبی و همچنین سودهای متعلقه معاف از هر گونه مالیات هستند.

۱- ۸۸) مبالغ هزینه کرد (حق بیمه‌ها) در زمینه عمر جزء هزینه‌های قابل قبول حین اظهارنامه مالیاتی تلقی می‌شود. در این راستا بیمه‌گر ملزم به ارائه رسید معتبر به بیمه‌گذار جهت ارائه به اداره کل امور مالیاتی می‌باشد. فرمت این رسید بایستی مطابق نظرات اداره کل امور مالیاتی باشد.



۱- ۸۹) بر اساس قوانین موجود مبلغی تحت عنوان مالیات بر ارزش افزوده از حق بیمه‌ها یا هزینه وصول کسر می‌شود.

۱- ۹۰) در پایان قرارداد در صورت تبدیل ذخیره ریاضی به بیمه‌نامه بازنشستگی، باز هم کل مبالغ معاف از هر گونه مالیات هستند.

۱- ۹۱) چنانچه ذینفعان در بیمه‌نامه مشخص شده باشند چون نیازی به انحصار وراثت نیست، پس از فوت بیمه‌شده، کلیه اندوخته‌ها بدون کسر مالیات بر ارث یا هر مالیات دیگر، به ذینفعان پرداخت خواهد شد. بدیهی است در صورت اعمال هر گونه مالیات بیمه‌گر متعهد به پرداخت آن خواهد بود.

۱- ۹۲) علیرغم اینکه شرکت‌های بیمه‌گر تماماً اشخاص حقوقی ثبت شده می‌باشند با توجه به قوانین جاری کشور کلیه پرداخت‌های بیمه‌گر اعم از مبالغ پوشش‌ها و یا ارزش بازخریدی (فقط در رشته بیمه‌نامه عمر و پس انداز) معاف از مالیات خواهد بود.

۱- ۹۳) در صورت تبدیل قرارداد به حالت مستمری (در پایان مدت قرارداد) باز هم پرداختی‌های بیمه‌گران از هر گونه مالیات معاف خواهد بود.

سرمایه فوت عادی

۱- ۹۴) مبلغی است که بیمه‌گر متعهد است در صورت فوت طبیعی (به صورت عادی) بیمه‌شده به ذینفعان قرارداد بپردازد. میزان این مبلغ تابع حق بیمه پرداختی است و ارتباطی به وجود یا فقدان



ذخیره ریاضی ندارد. چنانچه فرد پس از انعقاد قرارداد و پرداخت اولین قسط حق بیمه فوت نماید بیمه‌گر ملزم به پرداخت سرمایه فوت (پس از کسر طلب احتمالی حق بیمه تا پایان همان سال) طبق جدول پیوست قرارداد می‌باشد.

۱- ۹۵) حق بیمه فنی پوشش فوت بر اساس سن بیمه‌شده و جدول مرگ و میر TD۱۹۸۸-۹۰ مندرج در آیین‌نامه ۶۸ مصوب شورای عالی بیمه محاسبه و دریافت می‌شود.

۱- ۹۶) حداکثر سرمایه فوت عادی (مبالغ قابل پرداخت برای این پوشش) ۴۰ میلیون تومان (۵ الی ۳۰ برابر حق بیمه سال اول) می‌باشد.

۱- ۹۷) فرد بیمه‌شده از زمان صدور بیمه‌نامه به شرط پرداخت اولین قسط حق بیمه، تحت پوشش سرمایه فوت عادی قرار می‌گیرد.

۱- ۹۸) بعد از فوت بیمه‌شده مدارک لازم (اعم از جواز دفن، علت فوت و گزارش علت حادثه مورد تایید مراجع انتظامی و قضایی) بایستی به بیمه‌گر تحویل شود که پس از طی مراحل اداری پرداخت‌ها تا حداکثر ۳۰ روز کاری، مبالغ به حساب ذینفعان پرداخت خواهد شد.

۱- ۹۹) تمامی این پرداخت‌ها معاف از مالیات هستند.

۱- ۱۰۰) این سرمایه قابل مصادره توسط طلبکاران (حقیقی یا حقوقی یا دولت) نمی‌باشد.

۱- ۱۰۱) برای پرداخت سرمایه فوت، چنانچه در بیمه‌نامه ذینفعان مشخص شده باشند نیاز به انحصار وراثت نیست.

۱- ۱۰۲) لازم نیست فوت بیمه‌شده در محدوده جغرافیایی کشور باشد و محدودیت سن یا نوع حادثه برای این پوشش وجود ندارد.

۱- ۱۰۳) در صورت تعیین ذی‌نفعان در بیمه‌نامه، بروکراسی اداری کار برای پرداخت خسارت بین ۲ تا ۷ روز کاری پس از تکمیل و ارائه مدارک فوت بیمه‌شده به بیمه‌گر می‌باشد. حداکثر این مهلت تا ۳۰ روز می‌باشد.

۱- ۱۰۴) محدودیت (حداقل و حداکثر) سن و زمان انتظار برای این پوشش وجود ندارد.

۱- ۱۰۵) در کشورهایی که دارای کنسولگری ایران نمی‌باشد لازم است از طریق دفتر حافظ منافع اقدام شود.

بخش سوم

پوشش‌ها

پوشش فوت بر اثر حادثه

۱- ۱۰۶) هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده در مدت بیمه‌نامه رخ دهد و منجر به فوت بیمه‌شده شود «حادثه» تلقی می‌گردد.

۱- ۱۰۷) این پوشش بیمه‌ای، یکی از پوشش‌های تکمیلی بیمه‌نامه می‌باشد و مبلغی است که بیمه‌گر متعهد است در صورت فوت بیمه‌شده در اثر حادثه به ذینفعان فوت قرارداد بپردازد. این مبالغ علاوه بر سرمایه فوت عادی است.

۱- ۱۰۸) مواردی از قبیل غرق شدن، مسمومیت، تأثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید، ابتلا به هاری، کزاز و سیاه‌زخم و گزیدگی، دفاع مشروط بیمه‌شده، اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر و



حادثه هم تحت این پوشش می‌باشد.

۱- ۱۰۹) در صورت تعلق دیه و یا دیات از منابع دیگر به غیر از این قرارداد به بیمه‌شده و یا وراث ایشان، تعهدات این قرارداد بدون اولویت‌بندی و اجرا می‌شود.

۱- ۱۱۰) استثنائات این پوشش با موافقت بیمه‌گرو اخذ حق بیمه جداگانه می‌تواند تحت این پوشش قرار بگیرد.

۱- ۱۱۱) بعد از فوت بیمه‌شده مدارک لازم (اعم از جواز دفن، علت فوت و گزارش علت حادثه مورد تایید مراجع انتظامی و قضایی) بایستی به بیمه‌گرو تحویل شود که پس از طی مراحل اداری پرداخت‌ها تا حداکثر ۳۰ روز کاری، مبالغ به حساب ذینفعان پرداخت خواهد شد.

۱- ۱۱۲) فرد از زمان صدور بیمه‌نامه (به شرط پرداخت حق بیمه) تحت پوشش این تعهد قرار می‌گیرد.

۱- ۱۱۳) کل این پرداخت‌ها معاف از مالیات هستند.

۱- ۱۱۴) این سرمایه قابل مصادره توسط طلبکاران (حقیقی یا حقوقی یا دولت) نمی‌باشد.

۱- ۱۱۵) چنانچه در بیمه‌نامه ذینفعان مشخص شده باشند برای پرداخت مبالغ این پوشش نیاز به انحصار وراثت نیست.

۱- ۱۱۶) تا دو سال بعد از حادثه که ثابت شود فوت بیمه‌شده بر اثر حادثه بوده است و مدارک آن ارائه شود، فوت فرد ناشی از حادثه تلقی خواهد شد و پوشش‌های آن پرداخت خواهد شد.



۱- (۱۱۷) الزامی نیست که فوت بر اثر حادثه در محدوده جغرافیایی کشور باشد، در صورتی که فوت حادثی در خارج کشور باشد با ارائه مستندات و تایید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران پرداخت انجام خواهد شد.

۱- (۱۱۸) در کشورهایی که دارای کنسولگری ایران نمی باشد لازم است از طریق دفتر حافظ منافع اقدام شود.

۱- (۱۱۹) محدودیت سن یا نوع حادثه برای این پوشش وجود ندارد و لازم نیست فوت بیمه شده در محدوده جغرافیایی کشور باشد.

۱- (۱۲۰) شغل افراد در این پوشش مؤثر است، ولی بیمه گر متعهد است کل افرادی که از طرف سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم و یا از سوی اعضاء آن و یا در چارچوب این شرایط خصوصی به بیمه گر معرفی می شوند را در ریسک یک و یا دو طبقه شغلی در نظر بگیرد.

پوشش امراض خاص

۱- (۱۲۱) در صورت خرید این پوشش اگر هر یک از بیمه شدگان دچار بیماری های خاص شود، حداکثر ۳۰ درصد از سرمایه فوت و تا سقف ۳۰ میلیون تومان، به بیمه شده پرداخت می شود.

۱- (۱۲۲) امراض خاص شامل سکته قلبی و مغزی، سرطان، پیوند اعضا، جراحی قلب و مغز و اعصاب می باشد.

۱- (۱۲۳) مبلغ پرداختی به این پوشش فرانشیز تعلق نمی گیرد و این



پوشش بر اساس «اصل غرامت» و بر مبنای فاکتور محاسبه می‌شود.

۱- (۱۲۴) محدودیت سن یا نوع حادثه برای این پوشش وجود ندارد.

۱- (۱۲۵) چنانچه تا سقف این پوشش استفاده شود، امکان تمدید آن وجود دارد.

۱- (۱۲۶) امکان استفاده از این پوشش به صورت چند مرحله‌ای تا سقف مورد تعهد وجود دارد.

۱- (۱۲۷) چنانچه درمان در خارج از کشور انجام شود، در صورت تایید مدارک در کنسولگری ایران در آن کشور، این مبالغ طبق فاکتور به بیمه‌گذار پرداخت خواهد شد و در کشورهایی که دارای کنسولگری ایران نمی‌باشد لازم است از طریق دفتر حافظ منافع اقدام شود.

۱- (۱۲۸) چنانچه فردی حادثه ببیند و سپس سکتته کرده و از کار افتاده شود و بعد از مدتی فوت نماید، ابتدا سرمایه فوت در اثر حادثه، سپس سرمایه امراض خاص، سپس سرمایه از کار افتادگی و در انتها سرمایه فوت عادی توسط بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

۱- (۱۲۹) روند اداری پرداخت مبالغ بدین صورت است که بیمه‌گذار مدارک و نظریات پزشک متخصص بیماری را به بیمه‌گر ارائه داده و پس از بررسی توسط پزشک بیمه‌گر و تشخیص قرار گرفتن در زمره بیماری‌های تحت پوشش، هزینه به حساب بیمه‌شده پرداخت می‌شود.



پوشش تشخیص و درمان سرطان

۱- ۱۳۰) سرطان عبارت است از بیماری‌هایی که بوسیله حضور یک تومور بدخیم نشان داده شده و بارشد و انتشار غیر قابل کنترل سلول‌های بدخیم و تهاجم بافتی و یا رفتار یک تومور موضعی (هرچند خوش خیم) که حیات بیمار را ناشی از فشار بر ارگان‌های حیاتی به مخاطره اندازد، مشخص می‌شود. اصطلاح سرطان، لوسمی (انواع سرطان خون) و بیماری‌های بدخیم سیستم لنفاتیک همانند بیماری‌های هورچکین را نیز شامل می‌شود.

۱- ۱۳۱) سرمایه ریالی این پوشش از ۱۰ درصد تا ۶۲ درصد سرمایه فوت است.

۱- ۱۳۲) خرید این پوشش اختیاری است ولی قبل از خرید آن باید پوشش امراض خاص خریداری شود.

۱- ۱۳۳) برای این پوشش محدودیت سن وجود ندارد.

۱- ۱۳۴) پس از خرید این پوشش تا سه ماه دوره انتظار وجود دارد.

۱- ۱۳۵) به این سرمایه فرانشیز تعلق نخواهد گرفت.

۱- ۱۳۶) چنانچه به علت تغییر در قوانین درمانی کشور، تمام یا بخشی از این امراض تحت پوشش دولت قرارگیرند، بازهم سرمایه این پوشش به بیمه‌شده پرداخت خواهد شد.



پوشش حادثه و نقص عضو

۱- (۱۳۷) حادثه عبارت است از هر گونه واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت وی شود.

۱- (۱۳۸) طبق آیین‌نامه ۸۴ شورای عالی بیمه، تعریف «**نقص عضو کلی**» عبارت است از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضاء بدن که به علت حادثه بوجود آید و حداکثر تا دو سال بعد از وقوع حادثه بروز نماید و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد و مراتب مورد تایید پزشک معتمد بیمه‌گر باشد.

۱- (۱۳۹) «**نقص عضو جزئی**» عبارت است از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضاء بدن که به علت حادثه بوجود آید و عضو یا از کار افتادگی جزئی حداکثر تا دو سال بعد از وقوع حادثه بروز نماید و وضعیت دائم و قطعی نداشته باشد. نحوه تشخیص توسط پزشک معتمد بیمه‌گر می‌باشد.

۱- (۱۴۰) حق بیمه هر یک از پوشش‌ها بسته به سن، مبلغ، شرایط بیمه‌نامه، سابقه سلامت، تا ۱۵ درصد بیمه پرداختی می‌باشد.

۱- (۱۴۱) حداقل و حداکثر سرمایه این پوشش ۱ تا ۲ برابر سرمایه فوت است.

۱- (۱۴۲) محدودیت سنی خاصی برای این پوشش وجود ندارد.

۱- (۱۴۳) برای این پوشش ۳ ماه دوره انتظار وجود دارد.



۱- (۱۴۴) در صورت بروز حادثه و نقص عضو، بیمه‌گذار یا نماینده او جهت اعلام خسارت به بیمه‌گر مراجعه کرده و پس از ارائه مدارک حادثه، با بررسی پزشک معتمد بیمه‌گر، مراتب تایید و مبالغ به حساب بیمه‌شده پرداخت خواهد شد.

پوشش از کار افتادگی

از کار افتادگی کلی و دائمی عبارت است از ناتوانی کامل بیمه‌گذار در انجام هرگونه شغل و یا فعالیت در اثر بیماری و یا حادثه از قبیل فقدان دید از دو چشم، قطع یا از کار افتادگی کامل و دائمی دو بازو، دو دست، دو ساق پا یا دو پا، فقدان یک دست و یک ساق و یا امراض دماغی غیر قابل علاج که باعث اختلال کلی مشاعر می‌شوند. تشخیص موارد بر اساس نظر کمیسیون پزشکی بیمه‌گراست.

معافیت از پرداخت حق بیمه شامل از کار افتادگی‌هایی می‌گردد که پس از شروع پوشش بیمه‌نامه و بین سنین ۱۵ تا ۶۰ سالگی شروع گردیده و منطبق با تعاریف فوق باشد، مشروط بر اینکه:

الف) ناتوانی کامل بیمه‌شده حداقل شش ماه بلا انقطاع ادامه یابد و مراتب از طرف پزشک معتمد بیمه‌گر تایید شود.

ب) شروع بیماری منشأ ناتوانی وی سال بعد از تاریخ صدور بیمه‌نامه یا الحاقیه باشد و یا ناتوانی در اثر حادثه مشمول بیمه بعد از شروع قرارداد بیمه‌نامه یا الحاقیه باشد.

۱- (۱۴۵) در صورت از کار افتادگی، ابتدا مبلغی تحت عنوان سرمایه از کارافتادگی (تا ۱۰۰٪ سرمایه فوت) به بیمه‌شده پرداخت می‌شود، سپس مبلغی سالانه تا ۳ برابر حق بیمه سالانه تا پایان مدت قرارداد پرداخت می‌شود.

۱- (۱۴۶) در صورتی که بیمه‌شده دارای پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه نیز باشد، بیمه‌شده معاف از پرداخت حق بیمه خواهد شد و قرارداد تا پایان مدت خود بر طبق آخرین شرایط بیمه‌نامه سال قبل (با اعمال تعدیل‌ها)، توسط بیمه‌گر ادامه پیدا خواهد کرد و بر طبق همین روند، ذخیره ریاضی تشکیل خواهد شد.

۱- (۱۴۷) دریافت سرمایه این پوشش هیچ تأثیری بر روی جداول ذخیره ریاضی ندارد.

۱- (۱۴۸) از این سرمایه، فرانشیز کسر نمی‌شود.

۱- (۱۴۹) روند اداری پرداخت مبالغ بدین صورت است که طبق نظریه پزشک معتمد بیمه‌گر از کارافتادگی تشخیص داده شده، سپس سرمایه پوشش پرداخت خواهد شد.

۱- (۱۵۰) در صورت از کار افتادگی، پوشش فوت حادثی و سرمایه فوت عادی به قوت خود باقی است.

۱- (۱۵۱) این پوشش ۳ ماه دوره انتظار دارد.

۱- (۱۵۲) در صورت از کار افتادگی جزئی، بیمه‌گذار سرمایه این پوشش را اخذ کرده و در صورت استمرار پرداخت حق بیمه کلیه پوشش‌ها و



تعدیل‌های قرارداد ادامه می‌یابد.

- ۱- (۱۵۳) در صورت از کار افتادگی کلی، بیمه‌گذار سرمایه پوشش را اخذ کرده و از آن پس بیمه‌گر نسبت به پرداخت حق بیمه طبق روال سنوات قبل و بدون حذف تعدیل‌ها و پوشش‌ها قرارداد را ادامه داده و ذخیره ریاضی را تشکیل می‌دهد.
- ۱- (۱۵۴) حتی در صورت از کار افتادگی دائم و معافیت از پرداخت حق بیمه باز هم در پایان قرارداد، فرد می‌تواند نسبت به تبدیل اندوخته به مستمری اقدام کند.

پوشش مستمری از کار افتادگی

- ۱- (۱۵۵) پس از از کار افتادگی فرد، در صورت وجود این پوشش مبلغی به صورت سالانه بین ۱ تا ۵ برابر آخرین حق بیمه سالانه، به بیمه‌شده تا پایان مدت قرارداد پرداخت خواهد شد.
- ۱- (۱۵۶) دلیل از کار افتادگی می‌تواند حادثه و یا بیماری باشد.
- ۱- (۱۵۷) خرید این پوشش مشمول حق بیمه جداگانه است.
- ۱- (۱۵۸) دریافت این پوشش تأثیر منفی در نرخ سود جداول ریاضی ندارد.

پوشش مستمری بازنشستگی

- ۱- (۱۵۹) در پایان قرارداد بیمه عمر، فرد می‌تواند نسبت به دریافت کل ذخیره خود اقدام کند، در غیر این صورت ذخیره ریاضی قابلیت تبدیل به «مستمری بازنشستگی» را دارد. یعنی فرد در قبال امضای



قرارداد جدید، کل یا بخشی از اندوخته ریاضی خود را به صورت یکجا در صندوق مستمری بیمه‌گر قرار می‌دهد. نوع مستمری در انتهای قرارداد بیمه عمر قابل انتخاب است.

۱- ۱۶۰) بیمه‌شده می‌تواند برای مدتی که تحت پوشش مستمری بازنشستگی است با پرداخت حق بیمه، پوشش سرمایه فوت عادی و حادثی تا ۲۰۰ میلیون تومان نیز خریداری نماید.

۱- ۱۶۱) **مستمری مادام‌العمر:** در این نوع مستمری تا زمان زنده ماندن بیمه‌شده به وی مستمری (سالیانه یا ماهیانه) پرداخت و با فوت فرد قطع و اندوخته ریاضی به ذینفعان پرداخت می‌شود. بازماندگان می‌توانند با عدم دریافت این اندوخته، از پوشش فوت تا ۱۰۶ سالگی استفاده نموده و تا آن تاریخ مستمری دریافت نمایند. در صورت داشتن این پوشش بیمه‌گر موظف است حداقل ۳۰ سال مستمری پرداخت نماید.

در این نوع مستمری چنانچه فرد حتی پس از دریافت یک قسط هم فوت نماید، به ذینفعان اندوخته ریاضی باقیمانده پرداخت خواهد شد. حین فوت ناشی از حادثه (در صورت خرید پوشش فوت حادثی) سرمایه فوت عادی به همراه فوت در اثر حادثه نیز به ذینفعان پرداخت خواهد شد. کل این مبالغ معاف از مالیات هستند.

۱- ۱۶۲) **مستمری با مدت معین:** در این حالت بیمه‌گر با روش مشابه مدت زمان قرارداد (سود تضمینی و سود مشارکت با اعمال به



صورت مرکب) نسبت به محاسبه سود اندوخته اولیه اقدام می نماید و مبالغ را بر اساس مدت زمان مورد درخواست بیمه شده محاسبه و به نسبت تعداد سال ها تقسیم نموده و به بیمه شده پرداخت می نمایند. در صورت فوت بیمه شده ذی نفعان می توانند کل مبالغ باقیمانده را دریافت نمایند و یا این که درخواست ادامه مستمری تا پایان مدت را داشته باشند.

۱- ۱۶۳) کل مبالغ مستمری معاف از مالیات هستند.

پوشش رایگان اضافی آخرین سال حیات

۱- ۱۶۴) در صورت خرید این پوشش، چنانچه بر اساس اسناد پزشکی ثابت شود که بیمه شده در آخرین سال حیات خود بسر می برد، مبلغی از سرمایه فوت به خود فرد پرداخت خواهد شد.

۱- ۱۶۵) حداکثر مبلغ قابل پرداخت معادل ۲۵ درصد سرمایه فوت عادی (تا ۱۰ میلیون تومان) می باشد.

۱- ۱۶۶) پرداخت این مبلغ هیچ تأثیر منفی در اندوخته ریاضی ندارد.

۱- ۱۶۷) نحوه تشخیص بر اساس نظر پزشک معتمد بیمه گر خواهد بود.

۱- ۱۶۸) مراحل برای پرداخت ها پس از تایید پزشک معتمد، ۷ روز کاری خواهد بود.



هزینه‌های پزشکی در صورت حادثه

۱- (۱۶۹) در این پوشش بیمه‌گر متعهد به جبران هزینه‌های پزشکی است که عبارتند از هزینه‌هایی که بیمه‌شده و یا بیمه‌گذار به علت تحقق خطرات موضوع بیمه‌نامه، بابت خدمات درمانی پرداخت می‌کند. هزینه پزشکی قابل پرداخت توسط بیمه‌گر عبارت است از حداکثر ۲۰٪ سرمایه فوت طبق آیین‌نامه ۸۴ بیمه مرکزی.

۱- (۱۷۰) هزینه‌های انتقال بیمه‌شده (در موارد اورژانسی) در قالب این پوشش پرداخت می‌شود.

۱- (۱۷۱) حین پرداخت‌های این پوشش، مبالغ پرداخت شده توسط بیمه‌گر اول (مثلاً تأمین اجتماعی) و یا بیمه‌گر مکمل درمان، از مبالغ فاکتور کسر نخواهد شد و سرمایه پوشش مطابق فاکتور پرداخت خواهد شد.

۱- (۱۷۲) روند اداری پرداخت مبالغ بدین صورت است که مدارک موجود و علت حادثه به بیمه‌گر ارسال و پس از بررسی توسط پزشک بیمه‌گر، در صورت تایید، خسارت به حساب بیمه‌گذار واریز می‌گردد.

۱- (۱۷۳) برای استفاده از این پوشش محدودیت دفعات وجود ندارد.

۱- (۱۷۴) چنانچه درمان در خارج از کشور باشد محاسبات طبق تعرفه داخل کشور محاسبه و پرداخت می‌گردد.

۱- (۱۷۵) در کشورهایی که دارای کنسولگری ایران نمی‌باشد، لازم است از طریق دفتر حافظ منافع اقدام شود.



۱- (۱۷۶) از این مبالغ فرانشیز کسر نمی‌شود.

۱- (۱۷۷) محدودیت سنی برای این پوشش وجود ندارد.

پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه

۱- (۱۷۸) با خرید این پوشش، در صورت از کار افتادگی کلی و دایمی فرد،

بیمه‌شده از پرداخت حق بیمه تا پایان مدت قرارداد معاف می‌شود

و بیمه‌گر راساً بجای بیمه‌شده نسبت به پرداخت حق بیمه (طبق

شرایط و خصوصیات سنوات قبل) اقدام می‌کند.

۱- (۱۷۹) این پوشش شامل شاغل (طبق تعریف اداره کار بین ۱۵ تا ۶۰

سال) که از کار افتاده بشود می‌گردد. صرف دانشجوی بودن و صرف

سرباز بودن جزء شغل حساب نمی‌شود.

۱- (۱۸۰) چنانچه فرد تحت این پوشش قرار گیرد هیچ تأثیر منفی در جدول

ریاضی ندارد زیرا در هنگام صدور بیمه‌نامه همه هزینه‌های مربوط به

این پوشش مشخص و اخذ گردیده است.

۱- (۱۸۱) شرایط آخرین سال قبل از ازکارافتادگی ملاک عمل پرداخت‌های

آتی است (حتی در صورت وجود تعدیل‌ها).

پوشش موقت برای فوت ناشی از حادثه

۱- (۱۸۲) این پوشش شامل کلیه نفراتی که فرم تقاضای بیمه عمر را

تکمیل کرده باشند می‌شود.

۱- (۱۸۳) بیمه‌گر متعهد است که، بیمه‌شده پس از امضاء فرم تقاضا و



قبل از صدور بیمه‌نامه (در صورت تاخیر از جانب بیمه‌گر) تا زمان صدور بیمه‌نامه (حداکثر دو ماه) تحت پوشش بیمه فوت ناشی از حادثه باشد.

۱- ۱۸۴ پوشش موقت (به صورت علی الحساب) برای فوت ناشی از حادثه معادل سرمایه فوت عادی می‌باشد.

۱- ۱۸۵ بروکراسی برای پرداخت‌ها همانند روش پرداخت خسارت فوت ناشی از حادثه می‌باشد.

بیمه‌نامه مشترک

۱- ۱۸۶ ارائه خدمات در این نوع از بیمه‌نامه‌ها برای دو نفر مجزا از هم به صورت همزمان و با پرداخت یک حق بیمه انجام می‌شود.

۱- ۱۸۷ در این بیمه‌نامه به تعداد نفرات، پوشش فوت وجود دارد.

۱- ۱۸۸ تفاوت سود در بیمه‌نامه مشترک با خرید چند بیمه انفرادی در اینست که در حالت اشتراکی هزینه‌های بیمه‌گری کاهش و در نتیجه سود بیشتری نسبت به حالت دو قرارداد انفرادی مجزا قابل پرداخت خواهد بود.

۱- ۱۸۹ کلیه پوشش‌ها نیز به صورت مستقل به تک تک افراد ارائه می‌شود:

✓ پوشش اصلی بیمه عمر (فوت عادی)

✓ پوشش فوت در اثر حادثه



✓ پوشش نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) ناشی از حادثه

✓ پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه

✓ پوشش کمک هزینه بیماری‌های خاص

✓ پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت و یا از کارافتادگی کامل و یا دائم بیمه‌شده اول

۱- ۱۹۰) در حالت اشتراکی ۲ نفره، اجباری مبنی بر وجود نسبت سببی یا نسبی بین نفرات نیست ولی در شرایط چهار نفره کل افراد بایستی از اعضای یک خانواده باشند.

۱- ۱۹۱) امکان صدور بیمه‌نامه برای چند نفر به نفع یکدیگر وجود دارد.
۱- ۱۹۲) در صورت فوت بیمه‌شده اصلی تعهدات بیمه‌گر برای نفرات فرعی، ادامه پیدا خواهد کرد.

۱- ۱۹۳) در صورت فوت بیمه‌شده اصلی الزاماً بیمه‌نامه پایان نمی‌یابد و با پرداخت حق بیمه توسط ذی‌نفعان تا پایان قرارداد ادامه پیدا می‌کند. بر این اساس پس از فوت بیمه‌شده اصلی ذخیره ریاضی جدید هم تشکیل می‌شود و به شرح زیر عمل خواهد شد:

۱- ۱۹۳ - ۱) ابتدا سرمایه فوت به علاوه اندوخته ریاضی به ذینفعان بیمه‌شده و اصلی پرداخت خواهد شد.

۱- ۱۹۳ - ۲) در صورت وجود پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه، بیمه‌شده فرعی معاف از پرداخت حق بیمه خواهند



شد و حق بیمه تا پایان مدت قرارداد (حداکثر ۳ سال) با همان شرایط قبلی توسط بیمه‌گر پرداخت خواهد شد (یعنی چنانچه بیمه‌نامه دارای تعدیل سنواتی حق بیمه و پوشش‌ها باشد هردوی آن اعمال شود).

۱- (۱۹۴) در حالت از کار افتادگی کلیه پوشش‌های اصلی و تکمیلی برای بیمه شدگان فرعی ادامه پیدا خواهد کرد.

۱- (۱۹۵) در حالت از کار افتادگی جدول اندوخته ریاضی جدید مثل حالتی که بیمه‌گذار حق بیمه پرداخت می‌نماید برای بیمه‌شده تشکیل خواهد شد.

۱- (۱۹۶) پوشش از کار افتادگی برای هر دو نفر خواهد بود (هم بیمه‌شده اصلی و هم بیمه‌شده فرعی).

۱- (۱۹۷) در صورت از کار افتادگی دایم بیمه‌شده اول به شرح زیر عمل خواهد شد:

۱- (۱۹۷ - ۱) ابتدا سرمایه از کار افتادگی به بیمه‌شده اول پرداخت خواهد شد.

۱- (۱۹۷ - ۲) در صورت وجود پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه،

بیمه شدگان معاف از پرداخت حق بیمه خواهند شد و حق بیمه تا پایان مدت قرارداد (حداکثر ۳ سال) با همان شرایط قبلی توسط بیمه‌گر پرداخت خواهد شد. (یعنی چنانچه بیمه‌نامه دارای تعدیل سنواتی حق بیمه و



پوشش‌ها باشد هر دوی آن اعمال شود).

۱- ۱۹۷ - ۳) کلیه پوشش‌های اصلی و تکمیلی برای بیمه شدگان اصلی و فرعی ادامه پیدا خواهد کرد.

۱- ۱۹۷ - ۴) جدول اندوخته ریاضی مثل حالتی که بیمه‌گذار حق بیمه پرداخت می‌نماید برای بیمه‌شده تشکیل خواهد شد.

۱- ۱۹۷ - ۵) در این بیمه‌نامه پوشش نقص عضو برای همه خواهد بود.

۱- ۱۹۸) در زمان حیات بیمه‌شده اصلی و در صورت تمایل وی و یا حین فوت نفر دوم امکان جایگزین کردن نفر فرعی جدید وجود دارد.

۱- ۱۹۹) در این بیمه‌نامه نیز امکان تعدیل سنواتی بین صفر تا ۲۰ درصد برای هر دو نفر وجود دارد.

۱- ۲۰۰) هر یک از بیمه شدگان می‌توانند ذینفعان جداگانه‌ای برای پس از فوت خود انتخاب نمایند.

پوشش S.O.S

۱- ۲۰۱) بیمه‌گر متعهد است پس از خرید بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری

خدمات رایگان این پوشش را در قالب تعهد ریالی حداکثر ۵ و ۱۲

میلیون تومان بابت عمل‌های جراحی عمومی و تخصصی ارائه نماید.

بخش چهارم

خدمات

خدمات جانبی فردی

۱- ۲۰۲) در صورت خرید بیمه نامه عمر، خدمات جانبی زیر به افراد داده می شود که شامل موارد زیر است:

۱- ۲۰۳) ارائه تخفیف در خرید سایر بیمه نامه ها (اعم از ثالث، بدنه، درمان مسافرتی و ...).

۱- ۲۰۴) ثالث ۱۵٪، بدنه ۴۹-۷۰٪، تخفیف بیمه درمان تکمیلی، بیمه مسافرتی ۲۰٪، بیمه سرقت منزل ۵۰٪.

۱- ۲۰۵) ارائه بیمه نامه رایگان حوادث برای کل اعضای خانواده بیمه شده.

۱- ۲۰۶) ارائه بیمه نامه رایگان آتش سوزی منازل.

۱- ۲۰۷) ارائه تخفیف از ۳۰ تا ۷۰ درصد در زمینه بیمه های مسئولیت.

خدمات جانبی (گروهی)

۱- ۲۰۸) خدمات جانبی اضافی نیز در حالت گروهی قابل اخذ است از قبیل: کارت اعتباری خرید اقساطی بر اساس درصدی از ذخیره ریاضی، حوادث خانواده رایگان و... .

۱- ۲۹) حداقل ۲۰ درصد از کارمزد مجری به اندوخته بیمه‌گذاران (توسط مجری) واریز خواهد شد.

۱- ۲۱۰) پنج درصد از حق بیمه اصلی بیمه‌گر به اندوخته بیمه‌گذاران (توسط بیمه‌گر) واریز خواهد شد.

۱- ۲۱۱) پنج درصد از کل حق بیمه دریافتی به عنوان هزینه مازاد پزشکی ناشی از حادثه برای کل مجموعه در نظر گرفته می‌شود.

۱- ۲۱۲) پنج درصد از کل حق بیمه دریافتی به عنوان هزینه مازاد امراض خاص برای کل مجموعه در نظر گرفته می‌شود.

۱- ۲۱۳) بیمه‌گر متعهد است نسبت به برقراری دوره‌ها و کلاس‌های آموزشی رایگان ویژه بیمه‌گذاران اقدام خواهد نمود.

۱- ۲۱۴) بیمه‌گر متعهد است در کل سال‌های قرارداد این خدمات را ارائه کند نه فقط در سال اول.

خدمات الکترونیک

بیمه‌گر متعهد است خدمات زیر را در بستر الکترونیک ارائه نماید:

۱- ۲۱۵) مشاهده گزارش سود مشارکت در منافع هر سال از طریق کارتابلی

وسایت



۱- (۲۱۶) امکان استعلام جداول محاسبه اولیه و استعلام نرخ از طریق سایت

۱- (۲۱۷) امکان پرداخت حق بیمه از طریق روش‌های مرسوم الکترونیکی (Pc, Android, USSD) و سایت.

۱- (۲۱۸) انواع اطلاع رسانی وصول حق بیمه با امکان پرینت رسید از طریق پیامک و سایت

۱- (۲۱۹) گزارش مالی بیمه‌نامه شامل اضافه یا کسر واریز اقساط از طریق سایت

۱- (۲۲۰) اطلاع از اصالت بیمه‌نامه از طریق سایت و یا نرم افزارهای کاربردی
۱- (۲۲۱) اعلام وضعیت بیمه‌نامه از طریق سیستم اطلاع رسانی از طریق پیامک و سایت

۱- (۲۲۲) اطلاع رسانی به بیمه‌گذار بابت زمان‌های پرداخت اقساط حق بیمه از طریق پیامک و سایت

۱- (۲۲۳) اطلاع رسانی به بیمه‌گذار بابت زمان‌های پرداخت اقساط وام دریافتی از طریق پیامک و سایت

۱- (۲۲۴) اعلام جداول پوشش‌های مصرف شده و مقادیر باقیمانده از پوشش‌ها از طریق سایت و ارسال مکتوب از طریق نمایندگی

۱- (۲۲۵) اعلام تغییرات در شرایط بیمه‌نامه به موجب صدور الحاقیه‌های احتمالی از طریق پیامک و سایت

۱- (۲۲۶) صدور کارت الکترونیکی برای بیمه‌گذار اصلی

- ۱- (۲۲۷) امکان گزارش‌گیری از کلیه موارد از طریق کارتابل و سایت
- ۱- (۲۲۸) تمدید تغییر بیمه‌نامه به صورت الکترونیکی
- ۱- (۲۲۹) ایجاد دسترسی مدیریت شده برای بیمه‌گذار اصلی از طریق سایت
- ۱- (۲۳۰) اخذ گزارش جدول پیش‌بینی تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار با آخرین تغییرات از طریق سایت
- ۱- (۲۳۱) گزارش جدول ارزش بازخرید به صورت لحظه‌ای از طریق کارتابل و سایت
- ۱- (۲۳۲) گزارش میزان اندوخته بیمه‌نامه یا ذخیره ریاضی از طریق کارتابل و سایت
- ۱- (۲۳۳) بستر سازی در جهت استفاده از خدمات خودپردازها یا شعب ۲۴ ساعته.

ضمانت‌نامه بانکی و وام

- ۱- (۲۳۴) از سال دوم به بعد بیمه‌گذار می‌تواند به هر تعداد دفعات که بخواهد تمام یا بخشی از اندوخته‌های خود را به عنوان ضمانت‌نامه بانکی (جهت شرکت در مناقصه‌ها یا موارد مشابه) استفاده نماید. این موضوع هیچ تأثیری بر سود مبالغ و تعهدات بیمه‌گر نخواهد داشت.
- ۱- (۲۳۵) برای دریافت وام به ضامن و یا سفته و چک و... نیاز نیست.
- ۱- (۲۳۶) روند اداری دریافت وام در حداقل زمان (کمتر از یک روز کاری) پس از تکمیل فرم تقاضا می‌باشد.



۱- (۲۳۷) امکان انجام کلیه روند دریافت و پرداخت وام از طریق کارتابل الکترونیکی بیمه‌گذار وجود دارد.

۱- (۲۳۸) سود وام حداکثر ۴٪ بیشتر از بهره فنی (سود تضمینی) خواهد بود. در این حالت ذخیره ریاضی فرد کاهش پیدا نمی‌کند، زیرا این پرداخت از سایر محل‌های بیمه‌گر به متقاضی پرداخت می‌شود.

۱- (۲۳۹) نحوه و مدت بازپرداخت اقساط حداکثر ۶ ماهه می‌باشد.

۱- (۲۴۰) با توجه به کارمزد دریافتی، اخذ وام در مبالغ جداول مالی پیوست قرارداد تأثیری ندارد.

۱- (۲۴۱) سقف مبلغ دریافت وام بعد از ۲ سال پرداخت حق بیمه تا ۹۰ درصد ارزش باز خرید است.

۱- (۲۴۲) در صورت تسویه وام قبلی هیچ محدودیتی در تعداد دفعات دریافت وام وجود ندارد.

۱- (۲۴۳) با توجه به تفاوت در نرخ سود تضمینی (فنی) در سال‌های مرزی (دوم و سوم یا دیگر سال‌ها که طبق بخشنامه بیمه مرکزی سود تضمینی تغییر دارد) چنانچه فردی در روزهای پایانی سال دوم وام بگیرد، ملاک محاسبه سود وی نرخ تضمینی سال دوم خواهد بود. به عبارت دیگر سود وام متأثر از سود تضمینی (فنی) سالی است که در آن اخذ وام شده است نه سال بازپرداخت اقساط.

بخش پنجم

سایر موارد

نظارت بیمه مرکزی

- ۱- (۲۴۴) نحوه اعمال نظارت بیمه مرکزی بر بیمه‌گر با روش بازدید دوره‌ای، بررسی توان مالی، دفاتر، سوددهی و گزارش‌های شرکت‌ها می‌باشد.
- ۱- (۲۴۵) بیمه‌گر متعهد می‌باشد تا قبل از انعقاد تفاهم‌نامه متن شرایط عمومی و خصوصی و پوشش‌ها را به تایید بیمه مرکزی برساند.

تضامین و تعهدات بیمه‌گر

- ۱- (۲۴۶) تفاهم‌نامه فی‌مابین شعبه مرکزی بیمه‌گر و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم انعقاد خواهد شد.
- ۱- (۲۴۷) بیمه‌گر متعهد به اعزام و استقرار نمایندگی و مجری توانمند مستقر در داخل سازمان می‌باشد.



۱- (۲۴۸) بیمه‌گر ملزم به تهیه بیمه اتکایی مناسب بابت این قرارداد است تا اگر روزی بیمه‌گر توانایی پرداخت تعهدات خود را نداشته باشد و یا از دست بدهد، با توجه به وجود بیمه اتکایی، طبق ماده ۴۴ قانون بیمه، تعهدات بیمه‌گر پرداخت گردد.

۱- (۲۴۹) ماده ۱۳۶ و ۱۳۷ قانون مالیات‌های مستقیم، تضمینی در معافیت از مالیات مبالغ و ذخایر و پرداختی‌ها است.

۱- (۲۵۰) چنانچه واحد پولی کشور عوض شود و یا تعدادی صفر از پول حذف شود اعداد و ارقام طبق محاسبات بانکی آن روز یکسان سازی خواهد شد و بیمه‌گر متعهد است به نحوی عمل کند تا بیمه‌شده هیچگونه ضرر و زیانی نبیند.

۱- (۲۵۱) در هر یک از پرداختی‌ها فرانشیز یا سایر کسورات وجود ندارد.

۱- (۲۵۲) **جریمه و وجه التزام برای پرداخت‌ها به بیمه‌گر وجود ندارد.**

۱- (۲۵۳) بیمه‌گر متعهد است در حین صدور بیمه‌نامه راهنمای نحوه کاربرد جدول تعهدات را تهیه و در اختیار بیمه‌گذار قرار داده و توضیحات کامل در این خصوص ارائه نماید. در این راهنما مفهوم مربوط به هر یک از ستون‌های جدول تعهدات بایستی به بیان ساده و گویا توضیح داده شود.

بیمه‌نامه «عمر زمانی گروهی»

۱- (۲۵۴) بیمه‌گذار می‌تواند کارکنان خود (و در صورت تمایل همسران و فرزندان آنان) را برای مدت یکسال تحت پوشش بیمه عمر زمانی



فوت به هر علت) قرار دهد. در این حالت لازم است حداقل ۱۰ نفر وجود داشته باشند و حداکثر سنی افراد تا ۷۰ سال مورد پذیرش است. بیمه‌گر متعهد است چنانچه هر یک از بیمه‌شدگان در طول مدت بیمه‌نامه فوت نماید، سرمایه مندرج در قرارداد را به ذینفعان پرداخت نماید. قابل ذکر است که پس از پایان مدت بیمه‌نامه، بیمه‌گر هیچ تعهدی به برگشت سرمایه و حق بیمه دریافتی و یا سود آن ندارد.

ودیه‌گذاری برای آتش‌سوزی

۱- (۲۵۵) در ازاء خرید بیمه‌نامه عمر با حداقل حق بیمه ۵ میلیون ریال در سال، این پوشش به افراد اعطا خواهد شد. در این پوشش ساختمان، تاسیسات و همچنین لوازم و اثاثیه منزل مسکونی بیمه‌شده در مقابل خطرات آتش‌سوزی، انفجار، صاعقه و زلزله تا سقفی متناسب با مبلغ حق بیمه تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد.

انتقال قرارداد

۱- (۲۵۶) بیمه‌گذار می‌تواند بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری خود را بوسیله هر یک از روش‌های قانونی به دیگری منتقل نماید ولی انتقال مذکور باید با موافقت کتبی بیمه‌شده و بیمه‌گر باشد. اگر بیمه‌گذار و بیمه‌شده دو نفر مجزا باشند در صورت فوت بیمه‌گذار یا انتقال بیمه به دیگری چنانچه ورثه یا منتقل‌الیه کلیه تعهداتی را که به موجب



قرارداد بیمه به عهده بیمه‌گذار بوده است در مقابل بیمه‌گر اجرا نمایند قرارداد بیمه به نفع ورثه یا منتقل‌الیه به قوت خود باقیست. علاوه بر این ورثه و یا منتقل‌الیه حق فسخ قرارداد را طبق شرایط عمومی این بیمه‌نامه خواهند داشت. در صورت انتقال بیمه‌نامه به دیگری، ناقل مسئول پرداخت کلیه اقساط حق بیمه معوق تا تاریخ انتقال در مقابل بیمه‌گر خواهد بود. اگر ورثه بیمه‌گذار متعدد باشند هر یک از آنها نسبت به تمام حق بیمه در مقابل بیمه‌گر مسئولیت تضامنی خواهند داشت به نحوی که هرگاه یکی از آنها حق بیمه سهمی خود را نپردازد هیچکدام نخواهند توانست از قرارداد بیمه استفاده کنند.

اتصال بین بیمه‌نامه جدید و قدیم

۱- (۲۵۷) در صورتی که افراد دارای بیمه‌نامه قبلی باشند و بیمه‌گر جدید آنها همان بیمه‌گر قبلی باشد امکان اتصال بین قرارداد قبلی بیمه‌گذار با قرارداد جدید ممکن است.

سایر شرایط

۱- (۲۵۸) چنانچه بیمه‌شده در اثر تصادف اتومبیل فوت نماید (حتی اگر مقصر هم باشد) فوت بر اثر حادثه تلقی خواهد شد و حتی اگر تحت پوشش سایر بیمه‌های اتومبیل باشد، باز هم کلیه تعهدات بیمه‌گر به قوت خود باقیست.



۱- (۲۵۹) در خصوص استثنائات و محدودیت‌ها مربوط به جنگ و شرایط نظامی به شرطی این بند برای افراد غیر نظامی اعمال خواهد شد که حضورشان در عملیات جنگی یا عملیات پلیسی به اختیار خودشان صورت گرفته باشد.

۱- (۲۶۰) چنانچه بیمه‌شده در منطقه نظامی بر اثر حوادثی که ناشی از حضور در عملیات جنگی نیست، فوت نماید، کلیه تعهدات بیمه‌گر به قوت خود باقیست.

۱- (۲۶۱) در شرایط عمومی پیوست قرارداد، عبارت «مرگ» به مفهوم «قتل عمد» می‌باشد.

۱- (۲۶۲) چنانچه بیمه‌شده در خارج از کشور (حتی در صورت خروج غیر قانونی) بر اثر حادثه فوت نماید (به غیر از عملیات نظامی) کلیه تعهدات بیمه‌گر از جمله سرمایه فوت و حادثه و . . . به قوت خود باقیست.

۱- (۲۶۳) در صورت خودکشی بیمه‌شده در ۲ سال اول فقط ارزش بازخريد پرداخت می‌شود و در سال سوم به بعد، هم ارزش بازخريد و هم سرمایه فوت پرداخت می‌شود.

بخش ششم

توصیه به اعضا

مقدمه

سابقه بررسی و همکاری بیمه عمر و سرمایه‌گذاری در سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم به بیش از ۱۰ سال قبل (۱۳۸۷) بازمی‌گردد. در آن زمان با توجه به اینکه شاید فقط یک یا دو شرکت این نوع بیمه را ارائه می‌کردند بیشتر هدف تمرکز بر روی شرایط اختصاصی بیمه عمر و سرمایه‌گذاری بود، اما امروزه بیمه عمر و پس‌انداز مورد توجه بسیاری از شرکت‌های بیمه (بیش از ۱۵ شرکت) قرار گرفته است. بنابر این کمیته بیمه با دقت بیشتر و در ابعاد گوناگون به مقایسه شرکت‌های بیمه و انواع آن پرداخته است که در ذیل چکیده‌ای از داده‌ها و فعالیت‌های انجام شده در این زمینه که حاصل ماه‌ها کار کارشناسی در این خصوص است را به اطلاع می‌رساند.



چرا بیمه عمر

هدف اصلی بیمه عمر مانند سایر بیمه‌ها ایجاد حس آرامش و پیش‌بینی شرایط بحرانی برای ذی‌نفعان می‌باشد. با این نوع بیمه فرد بیمه‌شده در شرایط مختلف زندگی برای خود و خانواده یک پشتیبان در نظر می‌گیرد.

بیمه عمر و پس‌انداز مورد نظر سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم دو بخش اصلی را پوشش می‌دهد:

الف- پوشش عمر: بیمه‌گذار در ابتدای قرارداد میزان سرمایه لازم برای

خطر فوت را انتخاب می‌کند و در حقیقت عمر خود را بیمه می‌کند.

ب- پوشش حیات: همان بخش پس‌انداز یا سرمایه‌گذاری

بیمه‌نامه می‌باشد که سود تضمینی مرکب به همراه سود مشارکت

به بیمه‌گذار تعلق می‌گیرد. نرخ سود تضمینی برای سال اول و دوم

۱۶٪، برای سال سوم و چهارم ۱۳٪ و از سال پنجم به بعد ۱۰٪ می‌باشد.

و سود مشارکت در منافع، بسته به تراز مالی شرکت بیمه در مجمع

عمومی تعیین می‌گردد (که توضیح کامل آن در ادامه می‌آید).

چنانچه بیمه‌شده طی مدت بیمه‌نامه فوت شود، سرمایه فوت بعلاوه

مبلغ ذخیره ریاضی به ذینفع یا ذینفعان (که قبلاً توسط بیمه‌گذار تعیین

شده است) پرداخت می‌گردد و در صورت حیات بیمه‌شده مبلغ ذخیره

ریاضی به ایشان و یا ذینفعان بیمه‌نامه پرداخت می‌شود.



مزیت بیمه عمر در چیست؟

اندوخته ریاضی این بیمه در صورت حیات بعد از پایان مدت بیمه نامه (که معمولاً ۷۰ سالگی است) به عنوان کمکی برای زندگی بیمه شده بوده و می تواند تحت عنوان اندوخته یا سرمایه گذاری و یا مستمری (این عناوین در بیمه های مختلف متفاوت می باشد) در اختیار او قرار گیرد و یا در صورت فوت عادی و یا حادثی بیمه شده به عنوان پشتوانه ای برای بازماندگان در نظر گرفته شود. از آنجا که شرایط بیمه نامه عمر و پس انداز سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم از تخفیف های گروهی بهره مند شده است می تواند بهترین روش در حال حاضر به حساب آید.

منظور از سود تضمینی مرکب و سود مشارکت چیست؟

سود تضمینی حداقل میزان سودی است که بیمه گر مطابق با قوانین بیمه مرکزی و شرایط عمومی بیمه نامه متعهد به پرداخت آن می باشد. سود تضمینی مرکب به این معنی است که به سود پرداخت شده که در پایان سال بیمه ای به حساب بیمه گذار واریز خواهد شد نیز با مبلغ بعدی جمع و مجدداً به مجموع آنها سود تعلق خواهد گرفت.

مشارکت در منافع ۸۵٪ از مابه التفاوت سهم بیمه گذار از سود قطعی حاصله از سرمایه گذاری اندوخته های بیمه های عمر نسبت به سود تضمینی است که در پایان هر سال مالی حساب شده و در سررسید بعدی به حساب بیمه گذار واریز خواهد شد. شایان ذکر است که به مشارکت در منافع نیز سود مرکب تعلق خواهد گرفت.



هدف از بیمه عمر چیست، سود یا پوشش؟

با توجه به اینکه سن افراد در شروع بیمه‌نامه در تعیین میزان ریسک و در نتیجه اندوخته نهایی بسیار مؤثر است توصیه عمومی به بیمه شدگان اینست که در سنین تا حدود ۴۰ سالگی اندوخته ریاضی حاصله به نسبت حق بیمه پرداختی مناسب است ولی در سنین بالاتر، این تفاوت آن چنان نخواهد بود و اندوخته قابل توجهی حاصل نمی‌شود لذا دید این افراد بایستی استفاده از پوشش‌های فوت و حادثی باشد (نه کسب اندوخته ریاضی در پایان دوره).

تفاوت سپرده‌گذاری در بانک با بیمه تکمیلی و پس‌انداز چیست؟

۱. برای سرمایه‌گذاری در بانک، چنانچه فرد بخواهد به سود قابل توجهی دست یابد، درابتدا باید مبلغ مناسبی را پس‌انداز نماید. در صورتی‌که برای سرمایه‌گذاری در بیمه عمر، به مبلغ اولیه نیاز نمی‌باشد و حتی افراد کم درآمد با پرداخت ماهانه، می‌توانند سرمایه‌گذاری خود را آغاز کنند.

۲. در بانک سود برای مدت کمتری تضمین می‌شود و در صورت فوت صرفاً پس از ارائه انحصار وراثت اصل پول پرداخت می‌گردد که شامل مالیات بر ارث نیز می‌باشد ولی در بیمه عمر و پس‌انداز این موارد وجود ندارد.

۳. با سرمایه‌گذاری در بانک معمولاً سود تضمینی حاصل از آن پرداخت می‌گردد در حالیکه شرکت بیمه علاوه بر پرداخت سود تضمینی، ۸۵٪ مابه‌التفاوت سود تضمینی با سود قطعی را تحت عنوان مشارکت در



منافع روی مبالغ سرمایه‌گذاری شده، تأثیر می‌دهد.

۴. در حین سرمایه‌گذاری در بانک افراد فقط مشمول دریافت مبلغ اندوخته می‌باشند و هیچ پوشش دیگری ندارند ولی در بیمه عمر و پس‌انداز افراد حین ذخیره اندوخته‌ها، تحت پوشش‌های جانبی نیز هستند.

چه لزومی دارد کسی که بیمه تأمین اجتماعی دارد، بیمه زندگی و پس‌انداز خریداری کند؟

۱. بیمه‌های اجتماعی از جمله تأمین اجتماعی و خدمات درمانی، ماهیت درمانی دارند، یعنی عمدتاً حق بیمه‌های پرداختی شما صرف هزینه‌های درمانی می‌شود و این تفاوت بسیاری با بیمه عمر و سرمایه‌گذاری دارند. افراد می‌توانند بیمه عمر و سرمایه‌گذاری را به عنوان مکمل بیمه‌های اجتماعی خریداری کنند.

۲. در صورت فوت فرد در بیمه تأمین اجتماعی غیر از مبلغ ناچیزی بابت هزینه کفن و دفن، پولی به بازماندگان پرداخت نمی‌شود. در حالیکه در بیمه عمر و سرمایه‌گذاری در صورت فوت بیمه‌شده حتی اگر فقط یک قسط از حق بیمه را پرداخت کرده باشد، علاوه بر پرداخت سرمایه فوت، چنانچه پوشش فوت در اثر حادثه را انتخاب کرده باشد تا ۳ برابر سرمایه فوت به بازماندگان پرداخت می‌گردد.

در بیمه تأمین اجتماعی، حقوق بازماندگان تحت شرایط خاص (از میان فرزندان تنها به فرزند دختر و مجرد و برای فرزندان ذکور حداکثر تا ۲۵

سالگی بشرط اشتغال به تحصیل) قابل پرداخت می‌باشد در حالیکه در بیمه عمر و پس انداز کل وجه به ذی نفعان پرداخت خواهد شد.

۳. حق بیمه‌های پرداختی افراد به سازمان تأمین اجتماعی قابلیت بازخریدی ندارد. افراد ۷٪ حقوق دریافتی را ماهیانه بابت حق بیمه تأمین اجتماعی پرداخت می‌کنند، اگر هم از آن استفاده نکنند نمی‌توانند مبالغ پرداختی خود را باز خرید کنند. در حالیکه در بیمه عمر و سرمایه‌گذاری، حق بیمه‌های پرداختی بیمه‌گذاران بر خلاف تأمین اجتماعی در هر صورت قابل استفاده است.

آیا در بیمه زندگی از پوشش‌های جانبی مانند درمان و ... استفاده نمائیم؟

با توجه به ارائه اینگونه خدمات در بیمه‌های خاص مانند بیمه درمان تکمیلی، بهتر است از این پوشش‌ها استفاده نگردد زیرا باعث کاهش شدید اندوخته بیمه‌گذار خواهد شد.

آیا درصد تورم (نرخ تعدیل) برای بیمه زندگی در نظر بگیریم؟

در صورتی که بیمه‌گذار در نظر داشته باشد از این امکان بهره برداری کند باید به این نکته توجه شود که با توجه به کاهش نرخ بهره در سال‌های اخیر این امکان چندان قابل توجه نیست مضافاً تناسبی بین این نرخ با اندوخته پایانی وجود ندارد. به مثال زیر توجه کنید:

اگر برای فرد ۳۰ ساله با حق بیمه سالیانه یک میلیون تومان بیمه‌نامه



بدون نرخ تعدیل خریداری کنیم با پرداخت ۳۰ میلیون تومان حق بیمه (در طی سی سال) اندوخته ریاضی وی ۱۴۳ میلیون تومان خواهد بود حال اگر فرد نرخ تعدیل ۱۰٪ را انتخاب کند اندوخته ریاضی وی در پایان دوره سی ساله به ۴۶۲ میلیون تومان خواهد رسید که حدود سه برابر بیشتر از حالت بدون تعدیل است ولی در طی ۳۰ سال وی ۱۶۸ میلیون تومان حق بیمه پرداخت کرده است یعنی حدود ۵ برابر، بنابر این بهتر است با این اضافه پرداختی ۵ بیمه‌نامه جداگانه خریداری شود تا هم اندوخته ۵ برابر گردد و هم ۵ پوشش فوت عادی و حادثی داشته باشیم.

آیا بیمه مشترک بخریم یا خیر؟

با توجه به تأثیر زیادی که در اندوخته ریاضی پایان دوره بوجود می‌آید خرید بیمه‌نامه مشترک توصیه نمی‌گردد.

آیا طبق قانون اعتمادی به بیمه عمر می‌باشد؟

در هر شرایطی در کشورها ۷ رکن اساسی و ملی است که به کار خود ادامه می‌دهند از جمله بیمه مرکزی، ثبت احوال، ثبت اسناد، راهنمایی و رانندگی، بانک مرکزی و سازمان تأمین اجتماعی.

طبق ماده ۴۴ قانون تاسیس بیمه مرکزی چنانچه برای هر شرکت بیمه‌ای اتفاقی مثل ورشکستگی رخ دهد (بیمه مرکزی که مهمترین وظیفه‌اش حمایت از حقوق بیمه‌گذاران نزد شرکت‌های بیمه است) به طور کامل جوابگوی خسارت بیمه‌گذاران خواهد بود.



طبق ماده ۶ و ۷۱ قانون تاسیس بیمه مرکزی، شرکت‌های بیمه جهت تاسیس بایستی اموال زیادی اعم از منقول و غیر منقول نزد بیمه مرکزی جهت ضمانت سپرده نماید همچنین در طول فعالیت خود بابت بیمه‌های عمر بایستی ۵۰ درصد دریافتی‌های خود را مکرراً به سپرده اولیه شان نزد بیمه مرکزی اضافه نمایند. لذا در طول زمان به مراتب بر میزان این سپرده افزوده می‌شود و چنانچه اتفاق برایشان رخ دهد بیمه مرکزی از محل همین سپرده‌ها جوابگوی بیمه‌گذاران خواهد بود.

طبق ماده ۳۲ قانون بیمه، اگر برای شرکت‌های بیمه اتفاقی مثل ورشکستگی رخ دهد از بین تمامی طلبکاران، بیمه‌گذاران بیمه‌های عمر در اولویت پرداخت خسارت از سوی بیمه مرکزی هستند و بعد از آنها به باقی طلبکاران سایر حوزه‌ها مثل شخص ثالث و... پرداخت خواهد شد.

تفاوت پرداخت هزینه‌های بیمه به صورت قسطی و یا یکجا؟

در صورت پرداخت به صورت اقساط بابت هر قسط هزینه وصول بیمه‌گری کسر خواهد شد. به عنوان مثال در صورتی که هزینه بیمه یک سال طی ۱۲ قسط پرداخت شود در نهایت در مدت ۳۰ سال ۶٪ کاهش در اندوخته بوجود خواهد آمد. از سوی دیگر با توجه به اینکه سودها به صورت روز شمار پرداخت شوند بهترین توصیه به بیمه‌گذاران اینست که حق بیمه را به صورت غیر اقساط و در ابتدای سال یکجا پرداخت کنند.



آیا مطلوب است که از سایر پوشش‌ها (غیر از فوت حادثی) استفاده شود؟

اگر هدف اصلی توجه به اندوخته و پس انداز است، استفاده از هر یک پوشش‌ها (مانند درمان تکمیلی، جراحی، بیماری‌های خاص، نقص عضو و ...) باعث کاهش محسوسی در اندوخته پایان دوره خواهد شد، به هر حال توصیه می‌شود پوشش‌هایی خریداری شود که برای شخص بیمه شده مناسب باشد و کاهش در اندوخته ریاضی ناشی از خرید آن با منفعت خریدن آن برابری کند.

توصیه‌های کلان «کمیته بیمه عمر و پس انداز» به اعضاء محترم؟

- ۱- برای استفاده از بیمه عمر به سن بیمه شده توجه گردد و متناسب آن نسبت برای شرایط بیمه نامه تصمیم گیری شود.
- ۲- بهتر است پرداخت حق بیمه سالیانه یکجا پرداخت شود و تا جای ممکن از پرداخت اقساطی پرهیز شود.
- ۳- فقط از پوشش فوت حادثی استفاده شود و سایر پوشش‌ها استفاده نگردد.
- ۴- از نرخ تعدیل استفاده نگردد و به جای آن چندین بیمه نامه خریداری شود.
- ۵- برای سنین پایین دید اندوخته سرمایه گذاری و برای سنین بالای ۴۰ سال دید فوت و حادثی داشته باشید.

کدام شرکت بیمه برای خرید بیمه عمر بهتر است؟

کمیته بیمه با پیشنهاد هیئت مدیره محترم سازمان با حدود ۱۰ ماه کار



مفید کارشناسی و مذاکره و جلسات متعدد با شرکت‌های بیمه مراحل زیر را طی نموده است:

فاز یک: طرح ۲۴۰ سوال اولیه به منظور شناخت ابعاد بیمه عمر و پس انداز از شرکت‌های بیمه‌گر

انتخاب ۱۳ شرکت بیمه برتر از بین ۲۳ شرکت بیمه با بررسی و تحلیل رایانه‌ای پاسخ‌های رسیده به ۲۴۰ سوال مطرح شده، جمع‌بندی پاسخ‌ها، بررسی کاتالوگ‌ها و مکاتبات واصله (بیش از ۵۰۰۰ برگ) و برگزاری جلسات حضوری با مدیران میانی شرکت‌های بیمه‌گر بررسی جداول پیشنهادی کلیه شرکت‌ها (تحلیل دقیق مقایسه‌ای با کمک پردازش رایانه‌ای) حدود ۲۵۰ جدول.

بررسی انواع تفاهم‌نامه‌های بیمه عمر جاری در حال حاضر در کشور (نهاده‌ها، ارگان‌ها، حوزه علمیه...).

فاز دو: انتخاب ۵ شرکت برتر و برگزاری بیش از ۲۰ جلسه تخصصی جلسه با مدیران ارشد استانی و کشوری شرکت‌های مذکور

استخراج و تهیه گزارش «آشنایی با بیمه عمر و سرمایه‌گذاری – نگارش ۸» در ۳۴ صفحه (قرار داده شده در سایت سازمان در تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۲۴)

تهیه گزارش «شرایط خصوصی بیمه عمر و سرمایه‌گذاری – نگارش ۷» در ۳۰ صفحه (درج در سایت سازمان در تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۰۲ که به اطلاع اعضاء محترم از طریق پیامک نیز رسیده بود).



تهیه مستندات رایانه‌ای و بیش از ۷۰۰ صفحه صورت جلسه و ضامم رسانیده شد).

فاز سه: مطالعه شرایط و قوانین و آمارها و جداول مالی و ترازنامه‌ها از منابع مختلف خصوصاً سایت‌های معتبر مانند بیمه مرکزی تحلیل آخرین داده‌ها در مقاطع مختلف و به هنگام سازی جمع‌بندی آنها رایزنی جهت کاهش هزینه بیمه‌گری به صورت غیر مشابه در کل کشور برای اعضاء سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم تهیه برنامه نرم افزاری (با استفاده از مهندسی معکوس و کشف محاسبات شرکت‌های بیمه) برای اعضاء به منظور بررسی حالت‌های مختلف بیمه عمر در هنگام عقد قرارداد. در نهایت شرکت‌های بیمه و به عنوان مناسب‌ترین شرکت برای خرید بیمه عمر و سرمایه‌گذاری با شرایط مورد نظر و خاص سازمان در قالب بیمه گروهی انتخاب و به اعضاء محترم معرفی می‌گردد.

نکات نهایی

توصیه می‌شود در نهایت شرایط خصوصی منتشر شده از طرف سازمان مورد توجه دقیق قرار گیرد زیرا روی کلمه کلمه آن بحث و بررسی قرار گرفته است نکاتی مانند جایگزینی کلمه «قتل غیر عمد» به جای کلمه خالی «قتل» و یا بیمه‌شده (صرفاً بیمه‌شده) نبایستی به "اختیار خود" در مناطق جنگی تعریف شده حضور داشته باشد.

تهیه بیمه‌نامه مشترک توصیه نمی‌شود.

بخش هفتم

تفاهم نامه

به نام خدا

تفاهم نامه فروش جمعی بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری

این تفاهم نامه بین «شرکت بیمه» با امضاء آقایان، مدیر عامل و عضو هیئت مدیره و، معاون مدیر عامل در بیمه های زندگی که در این قرارداد به اختصار «بیمه گر» نامیده می شود. از یک طرف و «سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم» با امضاء رئیس سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم که از این پس «سازمان» نامیده می شود، از طرف دیگر با شرایط زیر منعقد می گردد:



ماده ۱: طرفین و نشانی قانونی

طرف اول: «شرکت بیمه» (سهامی) به شماره ثبت مورخ / / ، در اداره ثبت شرکت‌ها و موسسات غیر تجاری تهران دارای کد اقتصادی و شناسه ملی به نشانی قانونی: تهران، پلاک به کد پستی طرف دوم: «سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم» به نمایندگی از طرف کلیه کارکنان و اعضای مهندس و کاردان به نشانی قانونی: قم، بلوار امین نبش کوچه ۱۸ طبقه فوقانی بانک ملت با شماره تلفن ۰۲۵۳۲۹۱۹۲۸۴-۸۶، دورنما ۰۲۵۳۲۹۱۹۲۸۲ کد پستی ۳۶۴۷۵-۳۷۱۶۶ و پست الکترونیک Info@nezamqom.ir

ماده ۲: موضوع تفاهم‌نامه و شرایط بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری

✓ صدور بیمه‌نامه‌های عمر و سرمایه‌گذاری توسط «بیمه‌گر» برای کلیه کارکنان و اعضای سازمان نظام مهندسی ساختمان و کاردان‌های استان قم بر اساس شرایط عمومی و خصوصی پیوست تفاهم‌نامه حاضر.

✓ شرایط بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری بر اساس «قرارداد بیمه‌ای منعقد شده بین بیمه‌گر و هر یک از بیمه‌گذاران» و در ازای «پرداخت حق بیمه»، تعیین می‌شود. مسئولیت «سازمان» در قبال بیمه‌گر، صرفاً برقراری ارتباط بیمه‌گر با اعضاء و کارکنان طبق مفاد این تفاهم‌نامه خواهد بود.



تبصره ۱: بیمه‌گذار می‌تواند به هر تعداد، برای خود و یا افراد درجه اول سببی و نسبی، به عنوان «بیمه‌شده» تقاضای بیمه‌نامه نماید.

تبصره ۲: بستگان سببی و نسبی و دوستان و اعضای سازمان نظام مهندسی ساختمان و نظام کاردانی با معرفی از سوی اعضاء در چارچوب این تفاهم‌نامه می‌توانند خرید بیمه‌نامه نمایند.

✓ منظور از بیمه‌شده فردی است که محاسبات بیمه‌نامه بر مبنای وضعیت سن وی تعیین می‌شود و حیات وی موضوع بیمه‌نامه است. چنانچه در حین اجرای تفاهم‌نامه، توافق جدیدی میان طرفین حاصل گردید، توافق‌ها از طریق صدور متمم به این تفاهم‌نامه اضافه و به تبع آن به کلیه قراردادهای اعمال خواهد شد.

تبصره ۳: چنانچه مندرجات این تفاهم‌نامه با متمم‌های آن مغایر باشد، متممی که به لحاظ زمانی مؤخر باشد، بر حسب موضوع ملاک عمل و پذیرش طرفین خواهد بود.

ماده ۳: اسناد و مدارک پیوست

شرایط عمومی بیمه عمر و پس انداز (به استثناء بند ۸-۲)

شرایط خصوصی بیمه عمر و پس انداز

شرایط پوشش تکمیلی بیمه عمر و پس انداز

سایر توافقات مکتوبی که بعداً مبادله خواهد شد



ماده ۴: تاریخ شروع و مدت تفاهم‌نامه

۴-۱) این تفاهم‌نامه از تاریخ / / بعد از امضا طرفین به مدت یک سال شمسی دارای اعتبار می‌باشد که بعد از مبادله برای طرفین لازم الاجراست.

تبصره ۴: این تفاهم‌نامه بر اساس مدت بیمه‌نامه‌های صادر شده و تبصره‌های ذیل در سر رسید هر سال بیمه‌ای، خود به خود برای دوره‌های یکساله تمدید خواهد گردید.

۴-۲) در صورت تعلق دیه و یا دیات از منابع دیگر به غیر از این قرارداد به بیمه‌شده و یا وراث ایشان، تعهدات این قرارداد بدون اولویت‌بندی و مضافاً عیناً اجرا می‌شود.

۴-۳) مدت بیمه‌نامه بیمه عمر و سرمایه‌گذاری بنا به انتخاب کتبی هر یک از بیمه‌گذاران است. شروع و خاتمه هر بیمه‌نامه بر اساس تاریخ صدور مندرج در متن بیمه‌نامه هر یک از بیمه‌گذاران است.

تبصره ۵: مجموع سن بیمه‌شده و مدت بیمه‌نامه نباید از ۷۵ سال تجاوز نماید.

ماده ۵: تعهدات بیمه‌گر

۵-۱) بیمه‌گر متعهد است پس از دریافت و بررسی فرم پیشنهاد بیمه‌نامه عمر انفرادی هر یک از بیمه‌گذاران، بیمه‌نامه را بر اساس شرایط سنی و حق بیمه پرداختی صادر و در اختیار بیمه‌گذاران متقاضی قرار دهد.

۵-۲) بیمه‌گر متعهد است بر اساس مفاد بیمه‌نامه صادره و شرایط



عمومی، خصوصی و الحاقیه‌های تکمیلی آن (که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشند)، تعهدات خود را از تاریخ شروع بیمه‌نامه، و تعیین تکلیف نحوه پرداخت حق بیمه، نسبت به بیمه‌گذاران، بیمه شدگان و ذی‌نفعان اجرا نماید.

تبصره ۶: بیمه‌نامه‌های موضوع این تفاهم‌نامه از شمول بند ۲.۸ ماده دو

شرایط عمومی بیمه‌نامه و سرمایه‌گذاری مستثنی می‌باشند.

۳-۵) در صورتی که بیمه‌گذار ظرف مدت شش ماه پس از صدور بیمه‌نامه نسبت به فسخ بیمه‌نامه اقدام نماید، بیمه‌نامه فسخ و کلیه هزینه‌های معاینات و آزمایش‌های پزشکی (در صورت وجود) به عهده وی خواهد بود و الباقی حق بیمه‌های پرداختی به وی مسترد خواهد شد. در صورت انصراف فرد شش ماه پس از صدور بیمه‌نامه صرفاً ارزش بازخرید به فرد مسترد خواهد شد.

۴-۵) در صورت قطع همکاری هر یک از بیمه‌گذاران با «سازمان» بیمه‌گر متعهد است ترتیبی اتخاذ نماید که هر یک از ایشان بتوانند بیمه‌نامه خود را شخصاً ادامه دهند، در این شرایط بیمه‌گر پس از اعلام قطع همکاری از طرف سازمان برای بیمه‌گذار جهت پرداخت حق بیمه، دفترچه «پرداخت حق بیمه و تشکیل اندوخته» را صادر می‌نماید.

۵-۵) بیمه‌گر متعهد است تغییرات مورد نظر بیمه‌گذاران را در شرایط بیمه‌نامه در صورتی که در چارچوب مقررات بیمه‌ای و شرایط عمومی



بیمه‌نامه باشد، در پایان هر سال بیمه‌ای، اعمال نماید.

۵-۶) بیمه‌گر معادل ۵٪ (پنج درصد) حق بیمه اصلی بیمه‌نامه‌ها، از محل هزینه‌های اداری را به اندوخته بیمه‌گذاران می‌افزاید، منوط بر اینکه حق بیمه در تاریخ سررسید مشخص شده و به صورت کامل به بیمه‌گر پرداخت گردد. بدیهی است در این حالت نماینده (مجری) در صورت وصول حق بیمه‌ها، هیچ‌گونه ادعایی از این بابت نخواهد داشت.

۵-۷) بیمه‌گر موظف است کلیه تخفیفات و امتیازاتی که برای خریداران بیمه عمر و سرمایه‌گذاری در نظر گرفته است، برای کلیه سال‌های بعدی قرارداد تا پایان مدت آن اعمال نماید.

۵-۸) چنانچه به هر دلیل ارائه خدمات برای مجری مقدور نباشد، بیمه‌گر متعهد است ظرف مدت یک هفته نسبت به معرفی کتبی نماینده جدید مستقر در قم اقدام نماید. مسئولیت رفق و فتق و نظم دهی به امور گذشته مجری قبلی بر عهده بیمه‌گر و مجری جدید است به نحوی که هیچ انقطاعی در ارائه خدمات به بیمه شدگان و نیز در تمدید قراردادها صورت نگیرد.

۵-۹) بیمه‌گر متعهد است تا امتیازاتی که ناشی از خرید بیمه‌نامه است را منحصر و محدود به سال اول نکرده و در کل سال‌های قرارداد اعمال نماید.

۵-۱۰) در صورت درخواست بیمه‌گذار مبنی بر خرید سرمایه فوت عادی و



حادثی بیش از سقف (اعلامی از سوی بیمه مرکزی) بیمه‌گر متعهد است پیگیری‌های لازم را جهت اخذ مجوزات مربوط از بیمه مرکزی بنماید و به اطلاع بیمه‌گذار رسانده شود.

ماده ۶: نمایندگی و تعهدات نماینده:

کلیه امور اجرایی بیمه‌گر از طریق نمایندگی کد
به نام فرزند به شماره ملی
و نشانی قانونی
و شماره همراه پیگیری خواهد شد.

نماینده (مجری) متعهد است:

۶-۱) نمایندگی باید در شهر قم مستقر باشد و همواره دفترکار وی برای پاسخگویی در ساعات اداری هفته در دسترس مراجعین باشد.

۶-۲) در خصوص موضوع تفاهم‌نامه و شرایط بیمه عمر و سرمایه‌گذاری بیمه‌گذاران اطلاع رسانی کافی و کامل نماید.

۶-۳) کلیه همکاری‌های لازم را با سازمان داشته باشد.

۶-۴) در تمامی طول مدت تفاهم‌نامه، در ارائه کلیه خدمات مربوط به بیمه‌نامه اعم از اطلاع رسانی مناسب، درخواست‌های الحاقیه و تغییرات، خسارات احتمالی و کلیه خدمات پس از صدور، با بیمه‌گر، بیمه‌گذار، استفاده‌کنندگان از منافع بیمه‌نامه و سازمان همکاری نماید.

۶-۵) نسبت به تکمیل «فرم پیشنهاد عمر انفرادی» توسط بیمه‌گذار و



بیمه‌شده و همچنین جمع‌آوری حق بیمه و واریز آن عیناً به حساب بیمه‌گر طبق لیست‌های مربوط، منضم به مستندات پرداخت اقدام نماید و کلیه مستندات و فرم‌های مذکور را در سیستم ثبت و برای واحد صدور بیمه‌گر ارسال نماید.

۶-۶) حق بیمه متعلقه به همه بیمه‌گذاران این تفاهم‌نامه را مطابق لیست تنظیمی در سررسید هر قسط پیگیری نموده و مکلف است نتیجه پیگیری را به مدیریت بیمه‌های عمر انفرادی اعلام نماید. و همچنین حق دریافت حق بیمه‌های مربوط به اقساط بیمه‌گذاران را به نام خود سلب نماید و ترتیبی اتخاذ نماید که طبق مفاد توافق شده به بیمه‌گر پرداخت گردد.

تبصره ۷: دوره آموزشی نحوه پرداخت حق بیمه از طریق سامانه را با هزینه خود برای بیمه‌گذاران برگزار نماید.

۶-۷) در صورت عدم رعایت هر کدام از موارد مذکور، مجری متعهد به جبران خسارت وارده طبق نظر بیمه‌گر خواهد بود.

۶-۸) معادل ۵۰٪ (پنجاه درصد) از محل کارمزد پرداختی را به اندوخته بیمه‌گذاران واریز نماید، منوط بر اینکه حق بیمه در تاریخ سررسید مشخص شده و به صورت کامل به بیمه‌گر پرداخت گردد. رسید این پرداخت بایستی برای بیمه‌گذار و سازمان ارسال شود.

۶-۹) جهت دریافت کلیه خدمات این قرارداد (پوشش‌ها، وام، ...) راهنمایی‌ها و پیگیری لازم را به اعضاء داشته باشد.



۱۰-۶) در صورت تمدید قرارداد (قبل از انقضاء قرارداد فعلی) بنابر تقاضای بیمه‌گذار یک الحاقیه صادر می‌شود و مدت بیمه‌نامه افزایش پیدا می‌کند، لذا کلیه شرایط و نحوه محاسبه سود در این الحاقیه بر اساس فرمول‌های سود قرارداد قبلی خواهد بود.

۱۱-۶) پس از پرداخت اولین قسط حتی در صورت کامل نشدن پرداخت اقساط سال، بیمه‌گر ملزم به ارائه سقف پوشش‌ها حین شمول خواهد بود.

۱۲-۶) چنانچه به هر دلیل ادامه ارائه خدمات برای مجری قرارداد مقدور نباشد، بیمه‌گر متعهد است ظرف مدت یک هفته نسبت به معرفی کتبی نماینده جدید مستقر در قم اقدام نماید. مسئولیت ساماندهی و حل مسائل مربوطه به امور مجری قبلی برعهده بیمه‌گر و مجری جدید می‌باشد به نحوی که هیچ انقطاعی در ارائه خدمات به مراجعین و نیز استمرار قرارداد صورت نگیرد. تادیه کلیه خسارت‌های احتمالی ناشی از تغییر مجری قرارداد برعهده بیمه‌گر می‌باشد.

ماده ۷: تعهدات سازمان

سازمان متعهد است:

۱-۷) فهرست کلیه اعضای خود را جهت اطلاع رسانی برای بیمه‌گر ارسال نماید.

تبصره ۸: در صورت افزوده شدن اعضای جدید هر سه ماه یکبار در مورد ایشان به همین روال عمل نماید.



۲-۷) در سایت سازمان اطلاع رسانی لازم را قرار دهد.

۳-۷) در صورت فوت هریک از بیمه‌شدگان و یا بروز حادثه یا از کارافتادگی دائم برای آنها، مراتب را کتباً و ظرف مدت حداکثر سه ماه از تاریخ وقوع، به بیمه‌گر اعلام نماید.

ماده ۸: نشانی قانونی

۱-۸) اقامتگاه قانونی: نشانی‌های قید شده در متن تفاهم‌نامه، محل اقامتگاه طرفین تفاهم‌نامه تلقی می‌گردد و طرفین موظفند پانزده روز پیش از تاریخ تغییر نشانی، مورد را کتباً به دیگری اطلاع دهند تا زمانی که نشانی جدید به طرف دیگر اعلام نشده است، کلیه مکاتبات و ابلاغیه‌ها که با پست سفارشی و ... به نشانی قبلی ارسال شود دریافت شده تلقی می‌گردد.

ماده ۹: تعلیق

چنانچه حق بیمه به حساب بیمه‌گر به هر دلیل واریز نگردد یا دیرتر از موعد مقرر واریز گردد بیمه‌گر موظف است مراتب را به بیمه‌گذار و سازمان به مکتوب ابلاغ نماید. در صورت عدم واریز حق بیمه، بیمه‌گر برای تأمین حق بیمه خطر فوت، حق بیمه پوشش‌های اضافی (در صورت وجود) و سایر هزینه‌های بیمه‌نامه، معادل آن را از اندوخته بیمه‌نامه کسر می‌نماید و تا زمانی که اندوخته سرمایه‌گذاری بیمه‌نامه برای تأمین موارد یاد شده کافی باشد، پوشش بیمه‌نامه به قوت و اعتبار خود باقی است.



تبصره ۹: در صورتی که اندوخته سرمایه‌گذاری بیمه‌نامه جهت تأمین پوشش خطر فوت، پوشش اضافی و هزینه‌های بیمه‌نامه کافی نباشد، بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری به حالت تعلیق درآمده و بیمه‌گر تعهدی در قبال جبران خطرات تحت پوشش بیمه‌نامه نخواهد داشت و در صورت ادامه تعلیق، مطابق شرایط عمومی بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری عمل خواهد شد.

ماده ۱۰: دآوری و رفع اختلاف

در صورت ایجاد اختلافات ناشی از تفسیر، تعبیر و یا اجرای صحیح شرایط هر یک از بیمه‌نامه‌های صادره با رعایت موارد مندرج در شرایط عمومی، خصوصی، الحاقیه‌های مربوط و همچنین مصوبات شورای عالی بیمه، طرفین سعی خواهند کرد کلیه اختلافات ناشی از تفاهم‌نامه را از طریق مذاکره حل و بخش نمایند و در صورت عدم توافق موضوع به شورای دآوری ارجاع خواهد شد. شورای دآوری متشکل از سه نفر است: یک نفر نماینده سازمان، یک نفر نماینده بیمه‌گر و نفر سوم با توافق نفر اول و دوم.

در صورت عدم توافق بر سر انتخاب نفر سوم از کارشناس رسمی دادگستری به انتخاب کانون کارشناسان رسمی دادگستری استان قم استفاده خواهد شد. نظراین شورا با دو رای موافق معتبر خواهد بود. هزینه داور سوم برعهده طرفی است که رای علیه او صادر شده باشد. رأی این شورا برای طرفین قطعی و لازم الاجراست.

ماده ۱۱: شمار نسخ

این تفاهم‌نامه در ۱۱ ماده، ۹ تبصره با کلیه ضمائم در سه نسخه در تاریخ / / به امضاء طرفین رسیده و هر سه نسخه دارای اعتبار یکسان و از تاریخ امضاء معتبر می‌باشد.

مجری

سازمان بیمه‌گر

بخش هشتم

شرایط پوشش تکمیلی

شرکت بیمه به عنوان بیمه‌گر، بر اساس پیشنهاد و رضایت کتبی مورخ بیمه‌گذار و بیمه‌شده، در قبال دریافت حق بیمه، با رعایت شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشند. پوشش تکمیلی بیماری‌های خاص را طبق شرایط ذیل ارائه می‌نماید:

ماده ۱- تعریف:

بیماری‌های تحت پوشش عبارت‌اند از هر گونه عارضه جسمی و یا اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن که ناشی از بروز سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی قلب سرطان، پیوند اعضاء اصلی بدن، و مغزو اعصاب و بر طبق تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر باشد.



۱-۱) انفارکتوس (قلبی) سکت: Myocardial infarction

عبارت است از، از بین رفتن بخشی از اعضای قلب در نتیجه خون‌رسانی ناکافی، این تشخیص بر اساس یافته‌های زیر صورت می‌گیرد:

۱-۱-۱) وجود تاریخچه‌ای از درد سینه‌ای

۱-۱-۲) تغییرات جدید در نوار قلب (E. C. G)

۱-۱-۳) افزایش آنزیم‌های قلبی

۱-۲) سکت مغزی (stroke)

عبارت است از هر واقعه عروقی مغز که باعث نتایج و عوارض عصبی (نورولوژیک) به مدت بیش از ۲۴ ساعت شود و شامل انفارکتوس مغزی، خونریزی و آمبولی از یک منبع خارجی مغز باشد و شواهد نقایص عصبی به مدت حداقل سه ماه موجود باشد.

۱-۳) جراحی عروق قلب (کرونری): (Coronary artery surgery)

عبارت است از انجام عمل جراحی قلب باز به وسیله گرافت عروق کرونر (CABG) برای ترمیم ۲ یا بیشتر از عروق قلبی که تنگ و یا مسدود شده باشند. لزوم انجام عمل جراحی باید به وسیله آنژیوگرافی عروق کرونر تأیید شده باشد شامل بای پس قلبی و یا تعویض دریچه قلب هم می‌شود.

۱-۴) سرطان: Cancer

عبارت است از بیماری‌های که به وسیله حضور یک تومور بدخیم



نشان داده شده و یا رشد و انتشار غیر قابل کنترل سلول‌های بدخیم و تهاجم بافتی مشخص می‌شود.

اصطلاح سرطان Cancer همچنین لوسمی (انواع سرطان خون) و بیماری‌های بدخیم سیستم لنفاتیک همانند بیماری‌های هوچکین Hodgkin و ملانوم بدخیم را نیز شامل می‌شود و شامل هزینه‌های تشخیص، بستری شیمی درمانی یا رادیوتراپی سرپایی و داروهای شیمی درمانی می‌شود.

۵-۱) پیوند اعضای اصلی بدن Main organ craft

عبارت است از دریافت یکی از اعضای اصلی بدن از طریق پیوند که صرفاً شامل پیوند ۱. قلب، ۲. ریه، ۳. کبد، ۴. کلیه، ۵. مغز استخوان به همراه هزینه‌های احتمالی خرید با تایید مراجع ذیصلاح مربوطه می‌باشد.

۶-۱) جراحی مغز و اعصاب

ماده ۲. دوره انتظار

دوره انتظار هر یک از بیماری‌های مندرج در ماده ۱ (بندهای ۱ تا ۵) از تاریخ شروع اعتبار پوشش تکمیلی بیماری‌های خاص می‌باشد که در این مدت بیمه‌گر تعهدی در پرداخت سرمایه نخواهد داشت.

ماده ۳- تعهدات و وظایف بیمه‌گر

تعهدات بیمه‌گر با رعایت استثنائات و محدودیت‌های مندرج در شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه و ماده ۵ این پوشش، پرداخت



سرمایه مندرج در «جدول پیش‌بینی تعهدات بیمه‌گر» و بیمه‌گذار منطبق با سال بیمه‌ای ابتلاء یا فوت بیمه‌شده در اثر یکی از بیماری‌های خاص موضوع ماده یک (بند ۱ تا ۵) به استفاده‌کننده مشروط به تحقق شرایط زیر می‌باشد:

الف) سپری شدن دوره انتظار

ب) اثبات بیماری به وسیله آزمایش‌های پزشکی

ج) تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر

ماده ۴. وظایف بیمه‌گذار و بیمه‌شده

بیمه‌گذار موظف است علاوه بر رعایت وظایف مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه موارد ذیل را نیز رعایت نماید:

۴-۱) حق بیمه سالانه این پوشش را در سررسیدهای مقرر پرداخت نماید.
۴-۲) از تاریخ ابتلاء یا فوت بیمه‌شده، بیمه‌گذار یا استفاده‌کننده مراتب را حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، کتباً به بیمه‌گر اعلام دارد.

۴-۳) مدارک مورد نیاز: علاوه بر مدارک مندرج در شرایط عمومی، اسناد پزشکی اعم از بستری بیمارستانی، گزارش عمل جراحی، پاتولوژی، دفترچه تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی، تأیید کمیسیون بدوی تأمین اجتماعی (در صورت وجود) ارائه نماید.

ماده ۵- سن بیمه‌شده:

حد اقل سن بیمه‌شده سال و حداکثر سال است.



ماده ۶- استثنائات

علاوه بر استثنائات شرایط عمومی بیمه نامه، موارد زیر و یا تحقق خطرات ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

- ۱-۶) ابتلا به هر نوع بیماری دیگر از جمله ایدز یا بیماری های واگیردار
- ۲-۶) مبتلا شدن به بیماری های مندرج در ماده ۱ در اثر اعتیاد به مشروبات الکلی یا مواد مخدر
- ۳-۶) هر گونه سرطان غیر تهاجمی In sita و کلیه سرطان های پوست به جز ملانوم بدخیم.

ماده ۷- متوقف شدن پوشش تکمیلی

در صورت دریافت کل سرمایه، عدم پرداخت حق بیمه، فسخ، ابطال، بازخرید، سررسید، تعلیق بیمه نامه، حذف این پوشش از طریق الحاقیه، این پوشش تکمیلی نیز خود به خود فسخ شده و بیمه گر هیچ گونه تعهدی نخواهد داشت.

ماده ۸- مرور زمان

مرور زمان تمام دعاوی ناشی از این بیمه نامه دو سال از تاریخ وقوع حادثه منشاء دعوی خواهد بود.

ماده ۹- عدم الزام پرداخت مجدد

پس از دریافت سرمایه پوشش به صورت کامل، بیمه گر الزامی به

پرداخت مجدد ندارد و بیمه‌گذار نیز تعهدی در پرداخت حق بیمه این پوشش ندارد.

ماده ۱۰- عدم محدودیت تعداد دفعات

هیچ محدودیتی در تعداد دفعات استفاده از این پوشش وجود ندارد و بیمه‌گر متعهد است مبالغ هزینه‌ها را تا سقف پوشش مورد تعهد خود پرداخت نماید.

ماده ۱۱- حل اختلاف

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. اگر اختلاف از طریق مذاکره حل نشد موارد از طریق شورای داوری (مطابق متن تفاهم‌نامه) حل و فصل خواهد شد.



شرایط پوشش تکمیلی بیمه نامه عمر و پس انداز فوت بیمه شده

در اثر حادثه

ماده ۱- تعریف

حادثه موضوع این پوشش، عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه نامه رخ دهد و منجر به فوت بیمه شده گردد.

ماده ۲- سرمایه بیمه

وجهی است که در بیمه نامه تعیین شده و بیمه گر متعهد می شود در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول این پوشش طبق شرایط عمومی به افراد ذی نفع بپردازد.

ماده ۳- تعهدات و وظایف بیمه گر

تعهدات بیمه گر با رعایت استثنائات و محدودیت های مندرج در شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه و ماده ۴ این پوشش، شامل پرداخت سرمایه مندرج در جدول پیش بینی تعهدات بیمه گر و بیمه گذار منطبق با سال بیمه ای وقوع فوت بیمه شده ناشی از تحقق خطرات ذیل می باشد که به استفاده کننده گان در صورت فوت پرداخت می گردد: (یعنی علاوه بر سرمایه فوت، سرمایه فوت در اثر حادثه هم به یا ذینفع پرداخت خواهد شد).

۳-۱) فوت بیمه‌شده که به طور مستقیم ناشی از تحقق خطر حادثه موضوع ماده یک باشد.

۳-۲) تحقق خطرات ناشی از موارد زیر نیز جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌گردد:

الف) غرق شدن، مسمومیت، تأثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید.

ب) ابتلاء به هاری، کزاز و سیاه زخم و گزیدگی

ج) دفاع مشروع بیمه‌شده

د) اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر و حادثه

ه) سیل، زمین لرزه، آتشفشان

۳-۳) علیرغم استثناء بودن موارد موضوع بند ۸ ماده ۵، موافقت می‌گردد با اخذ حق بیمه مربوطه حوادث ناشی از خطرات زیر که منجر به فوت بیمه‌شده گردد، نیز تحت پوشش بیمه‌ای قرار گیرد و جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌شود:

ماده ۴- وظایف بیمه‌گذار

بیمه‌گذار موظف است علاوه بر رعایت وظایف مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه، موارد ذیل را نیز رعایت نماید:

۴-۱) حق بیمه این پوشش را در سررسیدهای مقرر پرداخت نماید.

۴-۲) در صورت فوت بیمه‌شده به علت حادثه موضوع این بیمه‌نامه،

بیمه‌گذار یا استفاده‌کننده باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف مدت ۳۰



روز از تاریخ اطلاع از فوت وی، مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۴-۳) مدارک مورد نیاز: علاوه بر مدارک مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه، گزارش چگونگی وقوع حادثه را که توسط مراجع قضایی و انتظامی تأیید شده باشد، ارائه نماید.

ماده ۵- استثنائات

علاوه بر استثنائات شرایط عمومی بیمه‌نامه، موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

✓ خودکشی و یا اقدام به آن - مستی و یا استعمال هر گونه مواد مخدر و روان گردان استفاده از داروهای کاهنده هوشیاری و خواب آور بدون تجویز پزشک (به شرطی که دوز آن بالا بوده و منجر به فوت شود)

✓ ارتکاب بیمه‌شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن

✓ فوت بیمه‌شده به علت حادثه موضوع خطرات ماده ۲، ناشی از عمد بیمه‌گذار (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت)

✓ فوت بیمه‌شده به علت حادثه موضوع خطرات ماده ۲، ناشی از عمد استفاده‌کننده (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت) در این صورت بیمه‌گر منحصراً متعهد به پرداخت سهم سایر افراد استفاده‌کننده از تعهدات بیمه خواهد بود.

✓ رانندگی با وسایل نقلیه موتوری بدون گواهی‌نامه مجاز، هدایت



هرگونه موتور سیکلت دنده‌ای، ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای، شکار، سوارکاری، قایقرانی، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی یا اکتشافی، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه‌ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات و کایت یا سایر وسایل نقلیه پرواز بدون موتور.

ماده ۶- متوقف شدن پوشش تکمیلی

در صورت عدم پرداخت حق بیمه، فسخ، ابطال، بازخرید، سررسید، تعلیق بیمه‌نامه یا حذف این پوشش از طریق الحاقیه، این پوشش تکمیلی نیز خود به خود فسخ شده و بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نخواهد داشت. چنانچه فوت فرد تحت پوشش سایر بیمه‌نامه‌های جاری کشور (اعم از ثالث یا...) بوده و از آن طریق دیه یا غرامت دریافت شود باز هم بیمه‌گر ملزم به انجام تعهدات خود در چارچوب این بیمه‌نامه می‌باشد.

معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت یا از کار افتادگی کامل و دائم بیمه‌شده اول

شرکت بیمه به عنوان بیمه‌گر، بر اساس پیشنهاد و رضایت کتبی بیمه‌گذار و بیمه‌شده، در قبال دریافت حق بیمه با رعایت شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه... که جزء لاینکف بیمه‌نامه می‌باشند از تاریخ/...../..... پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت یا از کارافتادگی کامل و دائم بیمه‌شده اول را طبق شرایط ذیل ارائه می‌نماید:



ماده ۱- تعریف

۱-۱) از کار افتادگی کامل و دائم موضوع این پوشش: عبارت است از ناتوانی کامل و دائم بیمه شده اول در انجام هر گونه شغل یا فعالیت متناسب با حرفه‌ی وی در اثر بیماری و یا حادثه که به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر نیز رسیده باشد.

۱-۲) بیماری موضوع این پوشش: عبارت است از هر گونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن که منجر به از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده اول گردیده و به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر نیز رسیده باشد.

۱-۳) حادثه موضوع این پوشش: عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه نامه رخ دهد و منجر به از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده اول گردد. در ضمن تحقق خطرات زیر نیز جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌گردد:

الف) غرق شدن، مسمومیت، تأثیر گاز بخار و یا مواد خورنده مانند اسید

ب) ابتلاء به هاری، کزاز و سیاه زخم و گزیدگی

ج) دفاع مشروع بیمه شده

د) اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر حادثه

ماده ۲- تعهدات و وظایف بیمه‌گر

در صورت فوت یا از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده اول در اثر تحقق

خطرات موضوع ماده ۱ با رعایت استثنائات و محدودیت‌های مندرج در شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه و ماده ۴ این پوشش، مشروط به تحقق موارد زیر این بیمه‌نامه از پرداخت حق بیمه معاف و بیمه‌گر متعهد می‌گردد نسبت به پرداخت حق بیمه عمر و پس‌انداز سنوات آتی به صورت ثابت تا پایان مدت بیمه‌نامه اقدام نماید.

۲-۱) شرایط لازم برای ایفای تعهدات بیمه‌گر

۱-۲) ناتوانی کامل بیمه‌شده اول از زمان شروع، حداقل شش ماه بلا انقطاع ادامه یابد و مراتب از طرف پزشک معتمد بیمه‌گر نیز تأیید شود.
۲-۱-۲) ناتوانی در اثر حوادث مشمول بیمه بعد از شروع اعتبار این پوشش باشد.

۲-۲) نحوه اجرای تعهدات بیمه‌گر

۱-۲-۲) در صورت فوت بیمه‌شده اول، پوشش بیمه‌ای فوت بیمه‌شده دوم و پوشش‌های تکمیلی وی (در صورت وجود) به صورت ثابت با تشکیل اندوخته ریاضی جدید ادامه خواهد یافت.
۲-۲-۲) در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه‌شده اول، پوشش بیمه‌ای فوت هر دو بیمه‌شده و پوشش‌های تکمیلی بیمه‌شده دوم (در صورت وجود) به صورت ثابت ادامه داشته و اندوخته ریاضی کماکان محاسبه خواهد شد.

ماده ۳- وظایف بیمه‌گذار / بیمه‌شده

بیمه‌گذار و بیمه‌شده موظفند علاوه بر رعایت وظایف مندرج در شرایط



عمومی بیمه نامه موارد ذیل را نیز رعایت نمایند:

۳-۱) حق بیمه این پوشش را در سر رسیدهای مقرر تا قبل از وقوع خطر فوت یا تأیید از کارافتادگی بیمه شده اول از سوی بیمه گر پرداخت نمایند.

۳-۲) از تاریخ فوت یا شروع از کار افتادگی بیمه شده اول، مراتب را حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز کتباً به بیمه گر اعلام نمایند. در این صورت بیمه گر می تواند به همین مقدار در پرداخت خسارت تاخیر نماید.

۳-۳) به منظور تداوم پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت یا از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده اول، در سال های بعد لازم است سالی یکبار، مدارک و اسناد پزشکی موید از کارافتادگی به بیمه گر ارائه گردد. چنانچه بیمه شده اول نسبت به ارائه مدارک مزبور اقدام ننموده یا قادر به ادامه کار و کسب درآمد باشد پرداخت تمامی اقساط حق بیمه سنوات آتی طبق شرایط بیمه نامه بر عهده بیمه گذار خواهد بود. و این نایبستی موجب تحمیل امور اداری یا هزینه های مالی به بیمه شده گردد و نیازی به حضور و پیگیری امور توسط بیمه شده اول نمی باشد و صرفاً ارسال مدارک برای بیمه گری کافی است.

۳-۴) مدارک مورد نیاز: علاوه بر مدارک مندرج در شرایط عمومی بیمه نامه، گزارش مراجع قانونی ذیصلاح دال بر وقوع حادثه به همراه اسناد پزشکی مربوطه اعم از مدارک بیمارستانی، گزارش عمل



جراحی، پاتولوژی، دفترچه تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی، تأیید کمیسیون‌های تأمین اجتماعی و پزشکی قانونی را ارائه نمایند.

ماده ۴- استثنائات

علاوه بر استثنائات مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه موارد زیر یا تحقق خطر ناشی از آن‌ها نیز تحت پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه نخواهند بود:

۴-۱) خودکشی و یا اقدام به آن

۴-۲) زمین لرزه، آتشفشان

۴-۳) رانندگی با وسائل نقلیه موتوری بدون گواهی‌نامه مجاز

۴-۴) جنون یا اختلالات روانی بیمه‌شده اول، مگر آن که ابتلاء به آن ناشی از تحقق خطر موضوع این پوشش در طول مدت قرارداد باشد.

۴-۵) هرگونه بیماری، صدمه بدنی یا اختلالات روانی که قبل از شروع این پوشش به بیمه‌شده اول وارد شده باشد به شرطی که عامل از کار افتادگی شود.

۴-۶) از دست دادن صلاحیت پرواز به علت حادثه یا بیماری ناشی از عملیات حرفه‌ای در صورتی که شغل بیمه‌شده اول خلبانی باشد.

ماده ۵- متوقف شدن پوشش تکمیلی

در صورت عدم پرداخت حق بیمه، فسخ، ابطال، بازخريد، سررسيد، تعليق بیمه‌نامه یا حذف این پوشش از طریق الحاقیه، این پوشش تکمیلی نیز خودبخود فسخ شده و بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نخواهد داشت.



ماده ۸- حل اختلاف

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. اگر اختلاف از طریق مذاکره حل نشد موارد از طریق شورای داوری (مطابق متن تفاهم نامه) حل و فصل خواهد شد.

نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) بیمه شده در اثر حادثه

شرکت بیمه به عنوان بیمه گر، براساس پیشنهاد و رضایت کتبی بیمه گذار و بیمه شده، در قبال دریافت حق بیمه، با رعایت شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه که جزء لاینفک بیمه نامه می باشند، از تاریخ / / پوشش تکمیلی نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) بیمه شده در اثر حادثه را طبق شرایط ذیل ارائه می نماید:

ماده ۱- تعریف

۱-۱) نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی)، عبارت است از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانائی انجام کار عضوی از اعضاء بدن که به علت حادثه به وجود آید و حداکثر تا دو سال بعد از وقوع حادثه، بروز نماید و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

۱-۲) منظور از حادثه موضوع این پوشش، هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی است که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه نامه رخ دهد و منجر به نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) بیمه شده گردد.



ماده ۲- تعهدات و وظایف بیمه‌گر

تعهدات بیمه‌گر با رعایت استثنائات و محدودیت‌های مندرج در شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه و ماده ۵ این پوشش، شامل پرداخت سرمایه مندرج در جدول پیش‌بینی تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار منطبق با سال بیمه‌ای وقوع حادثه منجر به نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) بیمه‌شده در اثر تحقق خطرات ذیل می‌باشد که به بیمه‌شده پرداخت می‌گردد:

۲-۱) نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) بیمه‌شده که به طور مستقیم ناشی از تحقق خطر موضوع ماده یک باشد.

۲-۲) تحقق خطرات ناشی از موارد زیر نیز جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌گردد:

الف- غرق شدن، مسمومیت، تأثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید

ب- ابتلاء به هاری، کزاز و سیاه‌زخم و گزیدگی

ج- دفاع مشروع بیمه‌شده

د- اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر و حادثه

۲-۳) علیرغم استثناء بودن موارد موضوع بند ۸ و ۹ ماده ۵؛ در صورت

درخواست بیمه‌گذار و موافقت بیمه‌گر، موافقت می‌گردد با اخذ

حق بیمه متعلقه، حوادث ناشی از خطرات که منجر به نقص عضو یا

از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) بیمه‌شده گردد نیز تحت پوشش

بیمه‌ای قرار خواهد گرفت و جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌شود

ماده ۳- تعیین میزان غرامت بیمه:

در صورتی که بیمه‌شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول ماده ۲ این



پوشش دچار نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) شود، بیمه‌گر متعهد است غرامت مربوطه را طبق شرایط این پوشش به شرح زیر بپردازد:

۳-۱) نقص عضو یا از کار افتادگی دائم کلی:

موارد زیر نقص عضو یا از کار افتادگی دائم کلی محسوب می‌شوند و غرامت این موارد معادل صد درصد (۱۰۰٪) سرمایه مندرج در جدول پیش‌بینی تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار منطبق با سال بیمه‌ای وقوع حادثه منجر به نقص عضو یا از کار افتادگی دائم کلی خواهد بود.

✓ نابینایی کامل و دائم دو چشم

✓ از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع دو دست، حداقل از مچ

✓ از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع دو پا، حداقل از مچ

✓ از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست و یک پا، حداقل از مچ

✓ از دست دادن هر دو پنجه‌ها

✓ قطع کامل نخاع

✓ ناشنوایی کامل و دائم هر دو گوش

✓ برداشتن فک پایین

۳-۲) از کار افتادگی دائم و جزئی:

موارد زیر نقص عضو یا از کار افتادگی دائم و جزئی محسوب می‌شوند و غرامت این موارد معادل درصدی از سرمایه مندرج در جدول پیش‌بینی تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار منطبق با سال بیمه‌ای وقوع حادثه منجر به نقص عضو یا از کار افتادگی دائم جزئی می‌باشد.



۱	از دست دادن قدرت و توانایی حرف زدن (لالی) اعم از کارافتادگی دائم و کامل حنجره یا قطع زبان	۸٪
۲	از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از بازو	۷٪
۳	از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از ساعد	۶٪
۴	از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از مچ	۵۵٪
۵	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع کامل انگشتان هر دست	
	۱-۵	۳۶٪
	۲-۵	۲۴٪
	۳-۵	۲۵٪
	۴-۵	۱۲٪
	۵-۵	۲٪
	۶-۵	۱۵٪
	۷-۵	۱۰٪
در هر حال حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت مجموع نقص عضو انگشتان هر دست از پنجاه درصد سرمایه بیمه‌شده تجاوز نخواهد کرد و در صورتی که مجموع انگشتان هر دو دست قطع و یا از کار افتاده دائم گردد، حداکثر معادل ۸۰ درصد سرمایه بیمه قابل پرداخت خواهد بود.		
۶	فقدان دندان‌ها (حداکثر)	۲۸٪
۷	از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مفصل ران	۷٪
۸	از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از ساق	۶٪



۹	از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مچ	۵۵٪
۱۰	از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع انگشتان پا	۳۰٪
	شست پا	۱۰٪
	هر یک از سایر انگشتان پا	۵٪
۱۱	نابینا شدن یک چشم در صورتی که بیمه شده قبل از وقوع حادثه مشمول این پوشش، از بینایی کامل یک چشم محروم بوده باشد، درصد نقص عضو نابینا شدن چشم دیگر ۸۰٪ خواهد بود	۵۰٪
۱۲	از دست دادن شنوایی یک گوش در صورتی که بیمه شده قبل از وقوع حادثه مشمول این پوشش، از شنوایی کامل یک گوش محروم بوده باشد، درصد نقص عضو ناشنوا شدن گوش دیگر ۶۵٪ خواهد بود	۳۵٪
۱۳	از دست دادن لاله گوش	۱۰٪
۱۴	از دست دادن حس بویایی	۱۵٪
۱۵	از دست دادن حس چشایی	۱۵٪
۱۶	غرامت نقص عضو سایر اعضا سر (جمجمه) و صورت از حداکثر چهل درصد سرمایه بیمه تجاوز نخواهد کرد.	
۱۷	یک کلیه	۳۰٪
۱۸	طحال	۷٪
۱۹	بیضه	۵٪
۲۰	سایر اعضاء داخل بدن به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر	



۳-۳) سایر موارد:

در موارد غیر از بندهای ۱-۳ و ۲-۳ فوق الذکر، نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (اعم از کلی یا جزئی) و همچنین میزان غرامت مربوطه با نظر پزشک معتمد بیمه‌گر تعیین می‌گردد.

تبصره - مجموع سرمایه‌های تعیین شده بابت نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) براساس مفاد موضوع ماده ۳، نمی‌تواند از سرمایه مورد تعهد مندرج در جدول پیش‌بینی تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار منطبق با سال بیمه‌ای وقوع حادثه منجر به نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) تجاوز نماید.

ماده ۴- وظایف بیمه‌گذار و بیمه‌شده

بیمه‌گذار و بیمه‌شده موظفند علاوه بر رعایت وظایف مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه، موارد ذیل را نیز رعایت نمایند:

۴-۱) حق بیمه این پوشش را در سررسیدهای مقرر پرداخت نمایند.
۴-۲) در صورت نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) بیمه‌شده به علت حادثه موضوع این پوشش، بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز، مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۴-۳) مدارک مورد نیاز: علاوه بر مدارک مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه، گواهی پزشک معالج به انضمام گزارش چگونگی وقوع حادثه را که توسط مراجع قضایی و انتظامی تایید شده باشد، ارائه نماید.



ماده ۵- استثنائات

علاوه بر استثنائات شرایط عمومی بیمه نامه، موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

۵-۱) خودکشی و یا اقدام به آن

۵-۲) مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و روان گردان

۵-۳) استفاده از داروهای کاهنده هوشیاری و خواب آور بدون تجویز پزشک (به شرطی که دوز آن بالا بوده و منجر به فوت شود).

۵-۴) ارتکاب بیمه شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن

۵-۵) نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) بیمه شده به علت حادثه موضوع خطرات ماده ۲، ناشی از عمد بیمه گذار یا استفاده کننده (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت)

۵-۶) رانندگی با وسایل نقلیه موتوری بدون گواهی نامه مجاز

۵-۷) هرگونه نقص عضو بیمه شده که منشاء آن قبل از شروع اعتبار این پوشش باشد

۵-۸) زمین لرزه، آتشفشان

۵-۹) هدایت هرگونه موتور سیکلت دنده ای، ورزش های رزمی و حرفه ای، شکار، سوارکاری، قایقرانی، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی، اکتشافی، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات و کایت یا سایر وسایل نقلیه پرواز بدون موتور.



ماده ۶- حل اختلاف:

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. اگر اختلاف از طریق مذاکره حل نشد موارد از طریق شورای داوری (مطابق متن تفاهم‌نامه) حل و فصل خواهد شد.

ماده ۷- متوقف شدن پوشش تکمیلی

در صورت عدم پرداخت حق بیمه، فسخ، ابطال، بازخرید، سررسید، تعلیق بیمه‌نامه یا حذف این پوشش از طریق الحاقیه، این پوشش تکمیلی نیز خودبخود فسخ شده و بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نخواهد داشت. چنانچه بیمه‌شده در اثر استفاده از سایر بیمه‌نامه‌های رایج کشوری تحت پوشش بود. دیه یا غرامت دریافت نماید بازه هم بیمه‌گری ملزم به پرداخت پوشش‌ها تا سقف تعهدات خود می‌باشد.

هزینه پزشکی بیمه‌شده در اثر حادثه

شرکت بیمه به عنوان بیمه‌گر، بر اساس پیشنهاد و رضایت کتبی بیمه‌گذار و بیمه‌شده، در قبال دریافت حق بیمه، با رعایت شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد از تاریخ / / پوشش تکمیلی هزینه پزشکی بیمه‌شده در اثر حادثه را طبق شرایط ذیل ارائه می‌نماید:

ماده ۱- تعریف

۱-۱) هزینه‌های پزشکی، عبارت است از هزینه‌های خدمات درمانی



بیمه شده که به علت تحقق خطرات موضوع این پوشش پرداخت شده باشد.

۲-۱) منظور از حادثه موضوع این پوشش، هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی است که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه نامه رخ دهد.

۳-۱) مجموع حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتد یک حادثه محسوب می شود.

ماده ۲- تعهدات و وظایف بیمه گر

تعهدات بیمه گر با رعایت استثنائات و محدودیت های مندرج در شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه و ماده ۵ این پوشش، شامل پرداخت هزینه پزشکی از محل سرمایه مندرج در جدول پیش بینی تعهدات بیمه گر و بیمه گذار منطبق با سال بیمه ای وقوع حادثه منجر به هزینه پزشکی در اثر تحقق خطرات ذیل می باشد که به بیمه شده یا استفاده کننده (گان) در صورت فوت، پرداخت می گردد:

۲-۱) هزینه پزشکی که به طور مستقیم ناشی از تحقق خطر حادثه موضوع ماده یک و نیز تحقق خطرات ناشی از موارد زیر باشد، قابل پرداخت خواهد بود:

الف - غرق شدن، مسمومیت، تأثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید

ب - ابتلاء به هاری، کزاز و سیاه زخم و گزیدگی

ج - دفاع مشروع بیمه شده

د. اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر و حادثه

- ۲-۲) علیرغم استثناء بودن موارد مندرج در بندهای ۷ و ۸ ماده ۵ این پوشش؛ در صورت درخواست بیمه‌گذار و موافقت بیمه‌گر با اخذ حق بیمه متعلقه، حوادث ناشی از خطرات. . . که منجر به هزینه پزشکی بیمه شده گردد نیز تحت پوشش بیمه‌ای قرار خواهد گرفت.
- ۲-۳) هزینه پزشکی قابل پرداخت عبارت است از مبلغ مندرج در صورت حساب درمانی مربوطه و یا حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه‌گر با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر هر کدام کمتر باشد.
- ۲-۴) هزینه انتقال بیمه شده به منظور معالجه در مواردی که طبق تشخیص پزشک معالج جنبه اورژانس داشته و یا امکان معالجه وی در محل وقوع حادثه نباشد جزء هزینه‌های پزشکی محسوب شده و قابل پرداخت است.
- ۲-۵) بیمه‌گر می‌تواند اسناد و مدارک پزشکی بیمه شده را بررسی و در مورد چگونگی درمان و معالجه بیمه شده تحقیق نماید.

ماده ۳- تعیین میزان غرامت بیمه:

پرداخت هزینه‌های پزشکی، مشمول اصل غرامت بوده و جمع مبالغ پرداختی توسط سایر بیمه‌گران به علاوه مبالغ پرداختی از محل تعهدات این پوشش نایبستی از مجموع هزینه‌های انجام شده توسط بیمه شده تجاوز نماید.



چنانچه بیمه‌شده از بیمه‌های تأمین اجتماعی یا شخص ثالث یا امثالهم استفاده و خسارت دریافت کند باز هم بیمه‌گر ملزم به پرداخت خسارت این بیمه‌نامه تا سقف مورد تعهد خود می‌باشد.

ماده ۴-وظایف بیمه‌گذار و بیمه‌شده

بیمه‌گذار و بیمه‌شده موظفند علاوه بر رعایت وظایف مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه، موارد ذیل را نیز رعایت نمایند:

۴-۱) حق بیمه این پوشش را در سررسیدهای مقرر پرداخت نمایند.
۴-۲) بیمه‌شده باید حداکثر ظرف دو سال از پایان مدت بیمه، درمان خود را شروع نموده باشد.

۴-۳) حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز پس از پرداخت هزینه، اصل صورتحساب درمانی را به بیمه‌گر تسلیم نماید. در غیر این صورت، بیمه‌گر می‌تواند از پذیرش خسارت خودداری نماید.

۴-۴) مدارک مورد نیاز: علاوه بر مدارک مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه اصل صورتحساب درمانی، به انضمام گزارش چگونگی وقوع حادثه که توسط مراجع قضایی و انتظامی تأیید شده باشد و در صورت استفاده از سهم سایر بیمه‌گران، رونوشت برابر با اصل صورتحساب درمانی و تأییدیه پرداخت بیمه‌گران را ارائه نماید.

ماده ۵-استثنائات

علاوه بر استثنائات مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه، موارد زیر و یا

تحقق خطر ناشی از آن‌ها نیز از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

۵-۱) خودکشی و یا اقدام به آن

۵-۲) رانندگی با وسایل نقلیه موتوری بدون گواهی‌نامه مجاز

۵-۳) هر گونه هزینه پزشکی بیمه‌شده که منشأ آن قبل از شروع اعتبار این پوشش باشد.

۵-۴) بیماری و ابتلاء به جنون بیمه‌شده مگر آنکه ابتلاء به جنون ناشی از تحقق خطر موضوع این بیمه باشد.

۵-۵) هزینه پزشکی بیمه‌شده به علت حادثه موضوع خطرات ماده ۲، ناشی از عمد بیمه‌شده، بیمه‌گذار یا استفاده‌کننده (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت)

۵-۶) زمین لرزه، آتشفشان

۵-۷) هدایت هرگونه موتور سیکلت دنده‌ای، ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای، شکار، سوارکاری، قایقرانی، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی، اکتشافی، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کوروسی (مسابقه‌ای) هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات و کایت یا سایر وسایل نقلیه پرواز بدون موتور.

ماده ۶- حل اختلاف

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نماید. اگر اختلاف از طریق مذاکره حل نشد طبق مفاد شرایط عمومی می‌توانند از طریق شورای داوری مندرج در متن تفاهم‌نامه حل نمایند.



ماده ۷- متوقف شدن پوشش تکمیلی

در صورت عدم پرداخت حق بیمه، فسخ، ابطال، بازخرید، سررسید، تعلیق بیمه نامه یا حذف این پوشش از طریق الحاقیه، این پوشش تکمیلی نیز خود بخود فسخ شده و بیمه گر هیچ گونه تعهدی نخواهد داشت.

ماده ۸- عدم پرداخت مجدد پوشش

پس از دریافت سرمایه پوشش به صورت کامل، بیمه گر الزامی به پرداخت مجدد پوشش ندارد و بیمه گذار نیز تعهدی در پرداخت حق بیمه این پوشش برای سال های آتی قرارداد نخواهد داشت.

ماده ۹- عدم محدودیت تعداد دفعات استفاده

هیچ محدودیتی در تعداد دفعات استفاده از این پوشش وجود ندارد و بیمه گر متعهد است مبالغ هزینه ها را تا سقف پوشش مورد تعهد خود پرداخت نماید.

بخش نهم

شرایط عمومی

تعاریف

ماده ۱- بیمه گر

شرکت سهامی بیمه می باشد.

ماده ۲- بیمه گذار

شخصی حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را به ترتیب مندرج در بیمه نامه تعهد می کند.

ماده ۳- بیمه شده

شخصی است که فوت و حیات او موضوع قرارداد بیمه و سن و وضع مزاجی و سلامتی او پایه محاسبه حق بیمه است.

ماده ۴- استفاده کننده

شخص یا اشخاصی است که توسط بیمه گذار تعیین شده و قرارداد

بیمه به نفع او یا آنها منعقد گردیده است.

ماده ۵- سال بیمه‌ای

برابر است با یکسال تمام شمسی که از تاریخ شروع بیمه‌نامه آغاز می‌گردد.

ماده ۶- سرمایه خطر فوت

مبلغی است که بیمه‌گذار انتخاب نموده و بیمه‌گر آن را مورد تأیید قرار داده است که در صورت فوت بیمه‌شده به استفاده‌کنندگان قرارداد پرداخت می‌شود.

✓ چنانچه سرمایه خطر فوت با تعدیل سنواتی همراه باشد سرمایه مورد تعهد بیمه‌گر همان سرمایه سال بیمه‌ای است که بیمه‌شده در آن سال فوت نموده باشد.

✓ در صورت فوت بیمه‌شده اندوخته بیمه‌نامه به همراه سرمایه خطر فوت بیمه‌نامه جزو تعهدات بیمه‌گر می‌باشد.

ماده ۷- اندوخته بیمه‌نامه

عبارت است از «مانده مشمول پس‌انداز حق بیمه سالانه فوت» بعلاوه سود سالانه مربوطه که بر اساس نرخ سود فنی مصوب بیمه مرکزی ایران محاسبه می‌گردد.

ماده ۸- جدول پیش‌بینی تعهدات بیمه‌گرو بیمه‌گذار

عبارتست از جدولی که بیانگر مبالغ تعهدات بیمه‌گر است که منوط بر



ایفای تعهدات، توسط بیمه‌گذار در طول مدت بیمه‌نامه می‌باشد.
توجه: در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسیدهای مندرج در جدول فوق الذکر تعهدات بیمه‌گر کاهش یافته و بر اساس شرایط عمومی بیمه‌نامه تعدیل خواهد شد.

شرایط

ماده ۹- اصل حسن نیت

بیمه‌گذار و بیمه‌شده موظف‌اند کلیه اطلاعات مربوط به سوابق جسمی و روحی بیمه‌شده را در کمال حسن نیت به بیمه‌گر اطلاع دهند. هر گاه این سوابق با معاینه پزشکی بعمل آمده قابل تشخیص نباشد و بیمه‌گر به ناچار به اظهارات بیمه‌شده قناعت کرده باشد و سپس معلوم گردد اظهارات بیمه‌شده و یا بیمه‌گذار بطور عمد و یا سهو مطابق و یا حقیقت نبوده و یا از ابراز مطالب مؤثر در صدور بیمه‌نامه خودداری کرده است، بیمه‌گر حق و اختیار دارد حسب مورد به یکی از طرق زیر عمل نماید:

۹-۱) در صورتی که بیمه‌گر به اظهارات خلاف واقع بیمه‌گذار یا بیمه‌شده پی ببرد اما اهمیت موضوع کشف شده به درجه‌ای مهم نباشد، بطوریکه اگر بیمه‌گر در ابتدا قرارداد هم از آن مطلع بود اقدام به صدور بیمه‌نامه می‌کرد در این صورت:

۹-۱-۱) در صورت کشف کتمان قبل از بروز خطر، بیمه‌گر حق دارد



نسبت به فسخ قرارداد اقدام و ارزش بازخرید آنرا پس از کسر هزینه‌ها به بیمه‌گذار مسترد نماید و یا در صورت موافقت بیمه‌گذار، با دریافت حق بیمه اضافی متناسب بیمه‌نامه را ادامه دهد.

۲-۹) در صورت کشف کتمان بعد از بروز خطر، تعهدات بیمه‌گر به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه واقعی کاهش خواهد یافت.

۲-۹) در صورتی که بیمه‌گر به اظهارات خلاف واقع بیمه‌گذار یا بیمه‌شده پی ببرد و اهمیت موضوع کشف شده قبل از وقوع خطر و یا پس از وقوع خطر به درجه‌ای باشد که بیمه‌گر در موقع عقد قرارداد از آن اطلاع داشت اقدام به صدور بیمه‌نامه نمی‌کرد بیمه‌نامه باطل و ارزش بازخرید آن پس از کسر هزینه‌ها قابل پرداخت خواهد بود.

ماده ۱۰- شروع اعتبار بیمه‌نامه

اعتبار قرارداد بیمه و آثار مترقبه بر آن از ساعت ۲۴ روز پرداخت اولین قسط حق بیمه‌گذار تحقق می‌یابد مشروط بر اینکه وضع سلامت بیمه‌شده در فاصله بین تاریخ تکمیل پیشنهاد بیمه توسط بیمه‌شده و تا تاریخ شروع اعتبار بیمه‌نامه تغییر نیافته باشد.

ماده ۱۱- پرداخت حق بیمه و عواقب تاخیر در پرداخت آن

۱-۱۱) اقساط حق بیمه می‌بایست بر اساس مبالغ و سررسید مندرج در



"جدول پیش بینی تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار" پرداخت گردد.

۱۱-۲) حداکثر مهلت پرداخت اقساط حق بیمه ۳۰ روز از تاریخ سررسید آن قسط خواهد بود.

۱۱-۳) در صورت عدم پرداخت حق بیمه در مهلت مقرر (۳۰ روز بعد از تاریخ سررسید) اندوخته بیمه‌نامه جهت تأمین هزینه‌ها و تعهدات منظور می‌شود، بنابراین ارزش بازخرید و اندوخته بیمه‌نامه مندرج در "جدول پیش بینی تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار" به نسبت مدت تأخیر در پرداخت حق بیمه کاهش خواهد یافت.

۱۱-۴) در صورت استمرار عدم پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار بیمه‌نامه تا آخرین روز تکافوی هزینه تعهدات از محل اندوخته بیمه‌نامه تأمین و معتبر خواهد بود.

۱۱-۵) در صورتی که بیمه‌نامه بنا به هردلیلی و طبق شرایط عمومی از طرف بیمه‌گر فسخ شده باشد صرف واریز حق بیمه از طرف بیمه‌گذار برای بیمه‌گر تعهد آور نخواهد بود.

ماده ۱۲- حقوق بیمه‌گذار در مورد اندوخته بیمه‌نامه

اندوخته‌ای که از این بیمه‌نامه نزد بیمه‌گر تشکیل می‌شود حقوقی برای بیمه‌گذار ایجاد می‌کند که یکی ارزش بازخرید بیمه‌نامه و دیگری دریافت وام از محل ارزش بازخرید می‌باشد.

۱۲-۱) چنانچه بیمه‌گذار از ادامه قرارداد انصراف نماید، مانده ارزش بازخرید آخرین سال بیمه‌ای مندرج در "جدول پیش بینی تعهدات بیمه‌گذار



و بیمه‌گر "بعلاوه سهم ارزش بازخرید طی سال تا تاریخ روز مربوط به درخواست کتبی انصراف محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۱: حق بیمه مربوط به پوشش‌های اضافی قابل استرداد نمی‌باشد.

تبصره ۲: جدول ارزش بازخرید در سال اول بیمه‌ای پیوست این بیمه‌نامه می‌باشد.

۲-۱۲) بیمه‌گذار در صورت ایفای کامل تعهدات خود می‌تواند از اول سال سوم بیمه‌ای تا ۸۰٪ از محل ارزش بازخرید بیمه‌نامه وام دریافت نموده و یا برداشت نماید.

۳-۱۲) در صورت اخذ وام، نرخ سود آن ۴٪ درصد بیشتر از سود فنی و نحوه محاسبه آن مشابه محاسبات ذخیره ریاضی بیمه‌نامه خواهد بود، در این صورت تعهد بیمه‌گر به میزان مانده اصل و سود وام کاهش می‌یابد.

۴-۱۲) در صورت برداشت از محل ارزش بازخرید مانده اندوخته بیمه‌نامه نزد بیمه‌گر مبنای تشکیل اندوخته سنوات آتی خواهد بود.

ماده ۱۳- اختیار بیمه‌گذار در اعمال تغییرات و انتقال بیمه‌نامه

۱-۱۳) تقاضای بیمه‌گذار در مورد تغییر در شرایط بیمه‌نامه در صورت موافقت بیمه‌گر با صدور الحاقیه‌ای عملی خواهد شد و اینگونه الحاقیه‌ها جزء لاینفک بیمه‌نامه قرارداد محسوب می‌شوند.

۲-۱۳) بیمه‌گذار با جلب موافقت بیمه‌گر و شخص بیمه‌شده، اگر غیر از بیمه‌گذار باشد، می‌تواند قرارداد بیمه خود را به هر یک از وسایل



قانونی به دیگری انتقال دهد.

۳-۱۳) انتقال دهنده مسئول پرداخت کلیه اقساط تا تاریخ انتقال است.

۴-۱۳) بیمه‌گذار می‌تواند استفاده‌کننده از بیمه‌نامه را که در اختیار دارد با اخذ موافقت کتبی بیمه‌شده تغییر دهد.

ماده ۱۴- پرداخت سرمایه عمر و یا اندوخته مشتری

۱-۱۴) در زمان سررسید بیمه‌نامه ارائه اوراق شناسایی معتبر حسب مورد از طرف "استفاده‌کننده" بیمه‌نامه در زمان حیات "یا بیمه‌گذار برای اخذ بیمه‌نامه الزامیست. اندوخته بیمه‌نامه پس از اخذ بیمه‌نامه و اوراق الحاقی ضمیمه آن به همراه هر گونه رسید وجه حق بیمه‌های پرداخت شده به حساب بیمه‌گر پرداخت خواهد شد.

۲-۱۴) در صورت فوت بیمه‌شده، بیمه‌گذار یا استفاده‌کننده باید مراتب را با ذکر علت فوت حد اکثر ظرف مدت یک ماه و به صورت کتبی به بیمه‌گر اعلام نماید، بیمه‌گر جهت پرداخت سرمایه و اندوخته بیمه‌نامه نیاز به مدارک ذیل دارد: گواهی فوت صادره از اداره ثبت احوال، نظریه پزشک معالج یا پزشک قانونی در مورد علت فوت حسب مورد در صورتی که ناشی از بیماری یا حادثه باشد و گواهی انحصار وراثت در صورت عدم تعیین استفاده‌کننده برای بیمه‌نامه.

تبصره: بیمه‌گر حق دارد با هزینه استفاده‌کننده هر گونه اطلاعات و مدارک مورد نیاز را در این زمینه مطالبه یا راساً تهیه نماید.

ماده ۱۵- نشانی قانونی محل اقامت بیمه‌گذار در ایران:

۱-۱۵) نشانی محل سکونت بیمه‌گذار به ترتیبی که در پیشنهاد بیمه‌نامه نوشته و امضاء شده است نشانی قانونی او محسوب شده و مکاتبات بیمه‌گر به همان نشانی ارسال خواهد شد.

۲-۱۵) در صورتی که بیمه‌گذار محل اقامت خود را تغییر دهد موظف است که نشانی و کد پستی محل اقامت جدید خود را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۳-۱۵) هرگاه بیمه‌گذار خارج از کشور ایران اقامت نماید باید یک نفر مقیم ایران را به بیمه‌گر معرفی کند که در کارهای مربوط به بیمه عمر نماینده او باشد تا بیمه‌گر کلیه مکاتبات مربوط را بعنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید.

۴-۱۵) در صورت عدم توجه بیمه‌گذار به رعایت این مقررات، مکاتبات بیمه‌گر به آخرین نشانی بیمه‌گذار در ایران معتبر تلقی خواهد شد.

ماده ۱۶- دادگاه‌های صالحه

این بیمه‌نامه بر اساس قانون بیمه و مقررات مربوط به آن تنظیم شده است و در مورد تمام دعاوی که علیه بیمه‌گر که راجع به این بیمه‌نامه یا راجع به اجرای آن ممکن است اقامه شود صریحاً تعهد و موافقت می‌شود که به آن محاکم صالحه ایران ارجاع خواهد گردید.

ماده ۱۷- مدت مرور زمان

مدت مرور زمان تمام دعاوی ناشی تعهدات در این بیمه‌نامه دو سال از تاریخ وقوع موضوع منشا دعوی است.



استثنائات

ماده ۱۸- سرمایه فوت

در موارد زیر قابل پرداخت نمی باشد و فقط اندوخته بیمه نامه تا زمان فوت به استفاده کنندگان بیمه نامه پرداخت می شود.

۱-۱۸) فوت بیمه شده در اثر خودکشی یا سعی در اثر خودکشی طی دو سال اول بیمه ای.

۲-۱۸) فوت ناشی از مصرف هر یک از انواع مواد مخدر، مشروبات الکلی و مواد انرژی زا.

۳-۱۸) فوت ناشی از شرکت در مسابقه سرعت و پروازهای اکتشافی و آکروباتیک و هرنوع تمرین پرواز هوایی.

۴-۱۸) فوت در اثر انفجار یا تشعشعات هسته ای یا آلودگی های شیمیایی و بیولوژیکی ناشی از آن.

۵-۱۸) فوت بیمه شده در کشوری که در حال جنگ است. مگر اینکه استفاده کننده و یا وارث قانونی بیمه شده ثابت کند که فوت بیمه شده در نتیجه عملیات جنگی نبوده و بیمه وی نمی بایست معلق شده باشد.

ماده ۱۹

در صورتی که یکی از استفاده کنندگان یا بیمه گذار، بیمه شده را به قتل رسانده یا در قتل او مباشرت و یا معاونت داشته باشند در این صورت

از تعهدات بیمه‌گر فقط سهم سایر استفاده‌کنندگان قابل پرداخت می‌باشد و در صورت نبود استفاده‌کننده دیگر به وراثت قانونی بیمه‌شده پرداخت خواهد شد.

ماده ۲۰- هرگاه بیمه‌شده به عنوان یک فرد نظامی

یا در تشکلات نظامی تحت هر عنوان به جنگ اعزام شود، بیمه‌نامه او از روز اعزام، به بیمه معلق تبدیل می‌گردد. حتی اگر بیمه‌گر براثت عدم اطلاع از اعزام بیمه‌شده به مأموریت جنگی به دریافت حق بیمه ادامه داده باشد در صورت فوت بیمه‌شده تنها اندوخته بیمه‌نامه تا روز تعلیق پرداخت خواهد شد و حق بیمه‌های دریافتی بعد از تعلیق هم برگشت داده خواهد شد.

ماده ۲۱

خسارت مربوط به کارکنان و کارگران با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت خواهد بود که دارای مجوز اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

توجه! عملیات پلیسی، عملیات نظامی محسوب نخواهد شد.

بخش دهم

شرایط عمومی نمونه شرکتی

تعاریف

بیمه‌گر: شرکت بیمه است که بیمه‌نامه و ضامائم پیوست آن را صادر کرده و در ازاء دریافت حق بیمه از بیمه‌گذار پرداخت منافع بیمه به ذینفع بیمه‌نامه را در صورت تحقق خطر موضوع بیمه به عهده دارد.

بیمه‌شده: شخص حقیقی است که فوت یا حیات او موضوع بیمه‌نامه است و مشخصات وی در بیمه‌نامه درج گردیده است.

بیمه‌گذار: اعم از شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را منعقد و پرداخت حق بیمه و یا اقساط آن را به ترتیب مندرج در قرارداد یا ضامائم احتمالی آن تعهد می‌نماید. بیمه‌گذار حقیقی و بیمه‌شده ممکن است یک نفر باشد.

در صورتی که بیمه‌شده و بیمه‌گذار شخص واحدی نباشند رضایت

کتبی بیمه‌شده به هنگام صدور بیمه‌نامه ضروری است مگر در مواردی که بیمه‌شده اهلیت قانونی نداشته باشد که در این صورت به اظهارات کتبی ولی یا قیم قانونی وی استناد خواهد شد.

استفاده‌کننده یا ذینفع بیمه‌نامه: شخص یا اشخاص (حقیقی و حقوقی) بوده که مشخصات آنان به عنوان ذینفع در صورت فوت یا حیات بیمه‌شده در بیمه‌نامه قید و حق استفاده از منافع بیمه‌نامه را دارا می‌باشند.

تبصره: در صورت عدم ذکر مشخصات ذینفع در بیمه‌نامه و یا فوت ذینفع در زمان حیات بیمه‌شده منافع بیمه‌نامه به وارث بیمه‌شده و با رعایت قانون ارث پرداخت خواهد شد.

موضوع بیمه: نوعی از بیمه‌نامه‌های عمر است که در بیمه‌نامه یا شرایط خصوصی مشخص شده است.

ماده ۱- اساس بیمه‌نامه

بیمه‌نامه بنابر پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار و بر اساس فرم پیشنهاد تکمیل شده توسط وی و این شرایط صادر می‌شود. شرایط خصوصی، شرایط پوشش تکمیلی، جدول بیمه‌نامه و سایر ضوابط احتمالی پیوست بیمه‌نامه نیز جزء لاینفک بیمه‌نامه بوده و مورد توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار می‌باشد.



ماده ۲- اعتبار بیمه نامه

بیمه نامه و پوشش های تکمیلی ارائه شده از تاریخ صدور بیمه نامه مشروط به این که حق بیمه مربوط پرداخت شده باشد معتبر خواهد بود. در صورت عدم پرداخت حق بیمه و به طور کامل ظرف سی روز از تاریخ صدور، بیمه گر بیمه نامه را ابطال می نماید.

هر گونه تغییر در بیمه نامه به موجب الحاقی خواهد بود و اعتبار اوراق الحاقی از تاریخ صدور آن ها می باشد مگر آن که تاریخ دیگری در اوراق الحاقی درج شده باشد.

ماده ۳- شرط حداکثر حسن نیت

بیمه گذار موظف است کلیه اطلاعات مربوط به بیمه شده را در کمال حسن نیت به بیمه گر اطلاع دهد. هر گاه سوابق جسمی و روحی بیمه شده با معاینه پزشکی تشخیص داده نشود و پزشک به ناچار به اظهارات بیمه شده قناعت کرده باشد و سپس معلوم گردد اظهارات بیمه شده یا بیمه گذار به طور عمد و یا سهوی مطابق با حقیقت نبوده و یا از ابراز مطالب مؤثر خودداری کرده اند بیمه گر حق و اختیار دارد حسب مورد به یکی از طریق زیر عمل نماید.

الف: در صورتی که بیمه گر قبل از وقوع خطر به اظهارات خلاف واقع بیمه گذار یا بیمه شده پی ببرد اما موضوع کشف شده به درجه ای نباشد که اگر بیمه گر در ابتدای عقد بیمه هم از آن مطلع بود از صدور بیمه نامه منصرف می شد در این صورت بیمه گر حق دارد یا بیمه نامه

را فسخ کند و یا در صورت رضایت بیمه‌گذار با دریافت حق بیمه اضافی مناسب آن را ادامه می‌دهد در صورت فسخ بیمه‌نامه حق بیمه‌های دریافت شده پس از کسر هزینه‌های مربوط و حق بیمه خطر فوت تا پایان سال بیمه‌ای به بیمه‌گذار مسترد می‌گردد و چنانچه بیمه‌گر پس از وقوع خطر؛ اظهارات خلاف واقع بیمه‌گذار یا بیمه‌شده پی ببرد تعهد او به نسبت حق بیمه دریافتی به حق بیمه واقعی کاهش می‌یابد.

ب: چنانچه اهمیت موضوع کشف شده. به درجه‌ای باشد که اگر بیمه‌گر در موقع عقد بیمه از آن اطلاع داشت، اقدام به صدور بیمه‌نامه نمی‌کرد. بیمه‌نامه باطل و صرفاً ارزش بازخرید بیمه‌نامه مسترد خواهد شد.

ماده ۴- حق بیمه

مبلغی است که متناسب با حداکثر تعهدات بیمه‌گر به شرح مندرج در بیمه‌نامه می‌باشد و تعهدات بیمه‌گر به پرداخت غرامت منوط به دریافت کامل هر یک از اقساط در سررسید مورد توافق خواهد بود. سود حاصل از سرمایه‌گذاری از تاریخ وصول حق بیمه به صورت روز شمار محاسبه می‌گردد و در صورت تأخیر در پرداخت حق بیمه، مبنای محاسبه سود تاریخ وصول و تسویه کامل حق بیمه در سررسید مقرر خواهد بود.

ماده ۵- منافع بیمه

منافع بیمه در صورت فوت بیمه‌شده؛ عبارت است از سرمایه فوت



بعلاوه اندوخته بیمه‌نامه پس از کسر هر گونه بدهی قبلی بیمه‌گذار که به استفاده کنندگان بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد.

منافع بیمه در صورت حیات بیمه‌شده: در صورتی که بیمه‌شده در سررسید بیمه‌نامه در قید حیات باشد اندوخته تشکیل شده با احتساب سود قطعی حاصل از سرمایه‌گذاری پس از کسر هر گونه بدهی قبلی بیمه‌گذار به استفاده‌کننده در صورت حیات پرداخت خواهد شد. سود قطعی اندوخته بیمه‌نامه در هر سال مالی پس از تشکیل مجمع عمومی بیمه‌گر تعیین می‌شود. مازاد سود قطعی نسبت به سود تضمینی که اندوخته با احتساب آن تشکیل شده است به نسبت ۱۰ و ۹۰٪ به ترتیب بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار تقسیم و سهم بیمه‌گذار به اندوخته اضافه می‌شود.

گزارش سالیانه: بیمه‌گر موظف است هر ساله آخرین وضعیت بیمه‌نامه شامل آخرین تعهدات بیمه‌گر نسبت به بیمه‌گذار، آخرین تغییرات اعمال شده در بیمه‌نامه و نتیجه سرمایه‌گذاری اندوخته را در اختیار بیمه‌گذار قرار دهد.

ماده ۶- استفاده کنندگان

۱- بیمه‌گذار باید استفاده کنندگان حقیقی یا حقوقی را در صورت حیات یا فوت بیمه‌شده با ذکر مشخصات کامل آنان تعیین کرده و سهم هر یک را مشخص نماید. در صورت عدم تعیین استفاده‌کننده توسط بیمه‌گذار، ورثه قانونی بیمه‌شده به عنوان استفاده‌کننده در صورت



فوت محسوب شده و سهم هر یک بر اساس قانون ارث تعیین خواهد شد. چنانچه استفاده‌کننده در صورت حیات تعیین نشده باشد و یا فوت نماید شخص بیمه‌شده استفاده‌کننده تلقی می‌شود.

۲- تغییر استفاده‌کنندگان: هرگونه تغییر در استفاده‌کنندگان و سهم آن‌ها در مدت اعتبار بیمه‌نامه با درخواست بیمه‌گذار و موافقت بیمه‌شده یا ولی یا قیم وی امکان پذیر می‌باشد مگر آنکه حق تعیین استفاده‌کننده در بیمه‌نامه به صراحت از بیمه‌گذار سلب شده باشد.

ماده ۷- حقوق بیمه‌گذار در مورد اندوخته بیمه‌نامه

۱- بیمه‌گذار می‌تواند پس از پرداخت حق بیمه مربوط به سال دوم قرارداد تا سقف ۹۰٪ اندوخته بیمه‌نامه طبق جداول مورد عمل بیمه‌گر؛ از اندوخته بیمه‌نامه برداشت نماید.

۲- از بیمه‌گر وام دریافت دارد. در هر یک از موارد فوق تعهد بیمه‌گر متناسب با آخرین ارزش باز خرید اندوخته ریاضی و سود مربوط به آن کاهش خواهد یافت.

۲-۱) اخذ وام مجدد منوط به تسویه وام قبلی است.

۲-۲) نرخ سود وام هر سال توسط بیمه‌گر اعلام می‌گردد و مدت بازپرداخت وام با توافق طرفین و در قرارداد وام معین می‌شود.

۲-۳) تسویه اقساط وام در سر رسیدهای تعیین شده در قرارداد وام انجام خواهد شد. در صورت دریافت وام و پرداخت به موقع اقساط آن، هیچ مبلغی از اندوخته بیمه‌نامه کسر نخواهد شد. لکن در



صورت عدم بازپرداخت اقساط، مانده بدهی وام از محل اندوخته مزبور تسویه خواهد شد.

اندوخته سرمایه‌گذاری: مبلغی است که هر ساله پس از کسر حق بیمه پوشش‌های بیمه‌ای و سایر هزینه‌ها از حق پرداختی بیمه‌گذار تشکیل و با اندوخته سرمایه‌گذاری دوره‌های قبلی و هم‌چنین تخصیص سود روز شمار انباشته می‌شود.

ماده ۸- پرداخت منافع بیمه در صورت فوت بیمه‌شده:

۱- در صورتی که استفاده‌کنندگان کلیه مدارک مورد نیاز را ارائه دهند بیمه‌گر موظف است حداکثر ظرف یک ماه از تاریخ تکمیل مدارک، منافع بیمه را پرداخت نماید.

۲- مدارک لازم جهت پرداخت منافع بیمه در صورت فوت عبارتند از:
(۲-۱) بیمه‌نامه و اوراق الحاقی آن.

(۲-۲) گواهی فوت بیمه‌شده.

(۲-۳) نظریه پزشک معالج و یا پزشک قانونی

(۲-۴) شناسنامه باطل شده متوفی

(۲-۵) گواهی انحصار وراثت (در صورتی که منافع بیمه به وراثت قانونی تعلق می‌گیرد).

ماده ۹- استثنائات

خودکشی: هرگاه بیمه‌شده در دو سال اول بیمه‌نامه خودکشی نماید تنها اندوخته بیمه‌نامه به استفاده‌کنندگان پرداخت خواهد شد.

مرگ بیمه‌شده به وسیله بیمه‌گذار یا استفاده‌کننده: هر گاه اثبات شود که استفاده‌کننده (گان) یا بیمه‌گذار در مرگ بیمه‌شده به نحوی از انحاء مباشرت، مشارکت و معاونت داشته اند سهم آنان از منافع فوت قابل پرداخت نمی‌باشد. سهم سایر استفاده‌کنندگان به نسبت مندرج در بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد.

فعالیت‌های خطرناک: چنانچه فوت بیمه‌شده ناشی از هدایت یا سرنشینی وسایل نقلیه هوایی، زمینی و دریایی در مسابقات و پروازهای اکتشافی و هر نوع تمرین غواصی، پرش با چتر نجات، هدایت کایت و سایر وسایل پروازی بدون موتور باشد، بیمه‌گر فقط اندوخته بیمه‌نامه را پرداخت خواهد کرد.

اعمال خلاف قانون: چنانچه بیمه‌شده در اثر و یا ناشی از مصرف و یا استعمال هر نوع مواد مخدر اعتیادآور، مشروبات الکلی، مواد روان‌گردان، داروهای شیمیایی و محرک بدون تجویز پزشک، استفاده از مواد محترقه وی متأثر از فعالیت‌های مجرمانه فوت نماید، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت سرمایه فوت نخواهد داشت و فقط اندوخته بیمه‌نامه به ذینفع یا ورثه وی پرداخت خواهد شد.

جنگ و تشعشعات هسته‌ای: در صورتی که بیمه‌شده در اثر تشعشعات هسته‌ای و یا آلودگی شیمیایی و بیولوژیکی یا هر نوع حادثه دیگری که جنبه نظامی داشته باشد فوت کند بیمه‌گر فقط اندوخته بیمه‌نامه را پرداخت خواهد کرد.



ماده ۱۰- تعلیق بیمه نامه

در صورت عدم پرداخت حق بیمه حداکثر تا یک ماه از تاریخ مقرر، بیمه نامه به حالت تعلیق در می آید و بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت سرمایه فوت نخواهد داشت، برقراری مجدد بیمه نامه (برگشت از تعلیق) با درخواست بیمه گذار و موافقت بیمه گر و در صورت پرداخت حق بیمه مقرر امکان پذیر می باشد.

اعتبار سه پوشش تکمیلی حادثه، معافیت در صورت از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده و بیماری های تحت پوشش مشروط به وصول کامل حق بیمه مقرر در سررسید سالانه می باشد و در صورت عدم وصول حق بیمه در تاریخ مقرر، اعتبار این سه پوشش تکمیلی تعلیق می گردد و بیمه گر در طی مدت تعلیق تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

در صورتی که بیمه شده تحت هر عنوان به عملیات و مأموریت جنگی اعزام شود پوشش خطر فوت و سایر پوشش های تکمیلی از تاریخ اعزام تا برگشت از مناطق مزبور به حالت تعلیق در می آید و بیمه گر در آن مدت تعهدی نسبت به پرداخت سرمایه فوت و سایر پوشش های تکمیلی ندارد.

ماده ۱۱- بازخرید بیمه نامه

بیمه گذار می تواند با ارسال درخواست کتبی تقاضای بازخرید بیمه نامه را بنماید. در این صورت بیمه نامه بازخرید خواهد شد. اثر بازخرید از تاریخ تسلیم درخواست بیمه گذار می باشد مگر آنکه در درخواست مزبور تاریخ دیگری تعیین شده باشد.

ارزش بازخرید: ارزش بازخرید بیمه‌نامه در پایان هر سال بیمه‌ای معادل مبلغ درج شده در جدول طرح بیمه عمر و سرمایه‌گذاری بیمه می‌باشد که ضمیمه بیمه عمر است.

ماده ۱۲- فسخ و ابطال بیمه‌نامه

در صورتی که بیمه‌گذار ظرف مدت ۳۰ روز پس از صدور بیمه‌نامه نسبت به فسخ بیمه‌نامه اقدام نماید بیمه‌نامه فسخ و حق بیمه پس از کسر هزینه‌های معاینات و آزمایش‌های پزشکی مسترد خواهد شد. پس از مدت مذکور (۳۰ روز از تاریخ صدور) در صورت انصراف بیمه‌گذار از ادامه قرارداد، بیمه‌نامه طبق شرایط مندرج در ماده ۱۱ بازخرید می‌گردد.

ماده ۱۳- دعاوی حقوقی

کلیه اختلافات موضوع این بیمه‌نامه و پوشش‌های تکمیلی آن با ارجاع به هیئت داور و با رعایت قانون حل و فصل خواهد شد. در این صورت هر یک از طرفین یک نفر را به عنوان داور انتخاب نموده و داوران انتخابی سومین داور را تعیین می‌کنند. تصمیم اکثریت برای طرفین لازم الاجرا است. پرداخت هزینه داور اختصاصی بر عهده هر یک از طرفین می‌باشد و هزینه سر داور به طور مساوی توسط طرفین پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۴- مرور زمان

مرور زمان ناشی از این قرارداد به مدت دو سال از تاریخ وقوع خطر و یا حادثه مورد بیمه می‌باشد.



ماده ۱۵

کلیه موارد درج نشده یا مهم در این بیمه نامه تابع قانون بیمه، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه، عرف بیمه گری و سایر مقررات مربوط می باشد.

ماده ۱۶- نشانی قانونی، تغییر محل اقامت، نماینده در ایران

اقامتگاه بیمه گذار و یا نماینده او در ایران برای بیمه گر نشانی قانونی و رسمی است.

بیمه گذار موظف است تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتباً به بیمه گر اطلاع دهد.

هر گاه بیمه گذار خارج از ایران اقامت نماید باید یک نفر مقیم ایران را به بیمه گر معرفی کند که در کارهای مربوط به بیمه عمر نماینده او باشد و بیمه گر نامه های مربوط را به عنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید.

در صورت عدم رعایت مقررات فوق، ارسال مکاتبات بیمه گر به آخرین نشانی بیمه گذار در ایران که بیمه گر از آن مطلع می باشد دارای اعتبار قانونی خواهد بود.

کلیه مکاتبات بیمه گذار و یا نماینده او در رابطه با این قرارداد با ذکر شماره بیمه نامه باید به اداره مرکزی بیمه گر در تهران و یا شعب آن در شهرستان ها صورت گیرد.

بخش یازدهم

مجموعه آیین نامه ها

آیین نامه شماره ۶۸

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۹/۲۲ آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری را به شرح زیر تصویب نمود:

آیین نامه شماره ۶۸ - آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری

فصل اول- کلیات

ماده ۱

مؤسسات بیمه مکلفند کلیه بیمه نامه های زندگی و مستمری خود را بر اساس مقررات این آیین نامه صادر نمایند.



ماده ۲

انواع اصلی بیمه‌های زندگی و تعریف هر یک از آنها عبارتند از:

الف- بیمه‌های خطر فوت: قرارداد بیمه‌ای است که در آن بیمه‌گر تعهد می‌کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار، در صورت فوت بیمه‌شده در مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه‌نامه پرداخت نماید.

ب- بیمه به شرط حیات: قرارداد بیمه‌ای است که در آن بیمه‌گر تعهد می‌کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار، در صورت زنده بودن بیمه‌شده در پایان مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه‌نامه پرداخت نماید.

ج- بیمه‌های مختلط: قرارداد بیمه‌ای است که در آن بیمه‌گر تعهد می‌کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار در صورت فوت بیمه‌شده در مدت بیمه و یا زنده بودن وی در پایان مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذی‌نفع مندرج در بیمه‌نامه پرداخت نماید.

د- بیمه مستمری: قرارداد بیمه‌ای است که در آن بیمه‌گر تعهد می‌کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار، مبلغ بیمه را به صورت مستمری تا یک مدت معین و یا در زمان حیات بیمه‌شده، به ذینفع مندرج در بیمه‌نامه بپردازد.

تبصره ۱- مؤسسات بیمه می‌توانند پوشش خطرات اضافی را طبق مقررات مربوط، همراه انواع بیمه‌های زندگی عرضه نمایند.



تبصره ۲- قبول تعهد پرداخت سرمایه یا مستمری در صورت نقص عضو بیمه شده یا هزینه معالجات در بیمه نامه های زندگی ممنوع است و مؤسسات بیمه می توانند اینگونه تعهدات را ضمن بیمه نامه مربوط قبول کنند.

تبصره ۳- مؤسسات بیمه می توانند علاوه بر بیمه های مستمری، تعهدات سایر انواع بیمه زندگی را هم به صورت مستمری پرداخت نمایند.

فصل دوم- مبانی محاسبه نرخ حق بیمه

ماده ۳

مبانی محاسبه نرخ های بیمه موضوع ماده ۲ این آیین نامه عبارتست از:
الف- جدول مرگ و میر به شرح پیوست. بیمه مرکزی موظف است حداقل هر پنج سال یک بار جدول مرگ و میر پیوست را به روز نماید.

ب- نرخ سود فنی علی الحساب: حداکثر نرخ سود فنی در بیمه نامه های با مدت حداکثر ده سال، پانزده درصد و در بیمه نامه های با مدت بیش از ده سال، پانزده درصد برای ده سال اول و ده درصد برای مدت مازاد بر ده سال. بیمه مرکزی موظف است، هر دو سال یکبار نرخ سود فنی را مورد بازنگری قرار دهد و پیشنهاد لازم را به شورای عالی بیمه ارائه کند.



ج- حداکثر هزینه‌های اداری و بیمه‌گری: در بیمه‌نامه‌های انفرادی- سالانه: حداکثر ۷ درصد حق بیمه هر سال بعلاوه دو درهزار سرمایه فوت در ۵ سال اول
در بیمه‌نامه‌های انفرادی- یکجا: حداکثر ۲ درصد حق بیمه بعلاوه ۳ درهزار سرمایه فوت سال اول
در بیمه‌نامه‌های گروهی: حداکثر به میزان ۵۰ درصد هزینه تعیین شده در بیمه‌نامه‌های انفرادی
د- هزینه کارمزد، حداکثر تا سقف‌های مقرر در ماده ۸ این آیین‌نامه به حق بیمه اضافه می‌شود.

ماده ۴

مؤسسات بیمه مکلفند، محاسبات و جداول نرخ‌های حق بیمه و ذخیره مورد عمل شرکت را که به تصویب هیات مدیره رسیده است جهت تایید به بیمه مرکزی ارسال نمایند. عدم اظهار نظر بیمه مرکزی ظرف مدت ۲۰ روز کاری به منزله تایید تلقی می‌شود.

ماده ۵

مؤسسات بیمه می‌توانند در صورت تمایل بیمه‌گذار حق بیمه سالانه یا مستمری سالانه را تقسیط نمایند. سود تقسیط، به تناسب دوره تقسیط، بر مبنای سود فنی مورد عمل در محاسبه حق بیمه اعمال و به حق بیمه اضافه می‌شود.



ماده ۶

مؤسسات بیمه موظفند قبل از صدور بیمه‌نامه‌های انفرادی شامل خطر فوت از طریق پرسشنامه و یا معاینه پزشکی وضعیت سلامت بیمه شده را مشخص و به تناسب وضعیت سلامت او، حق بیمه را تعیین نمایند.

ماده ۷

هرگاه مبلغ بیمه برای خطر فوت در یک یا چند بیمه‌نامه عمر انفرادی صادره توسط یک یا چند شرکت بیمه برای یک بیمه شده از دو میلیارد ریال متجاوز باشد، مؤسسات بیمه باید پس از جلب نظر بیمه مرکزی به صدور بیمه‌نامه مبادرت نمایند. بیمه مرکزی می‌تواند حداکثر مبلغ بیمه مذکور را سالانه تغییر دهد.

فصل سوم- کارمزد

ماده ۸

حداکثر هزینه کارمزد قابل اعمال در حق بیمه برای انواع بیمه‌های زندگی به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- برای بیمه‌های انفرادی خطر فوت زمانی با حق بیمه سالانه، ۲۵٪ حق بیمه وصولی.

ب- برای بیمه‌های گروهی خطر فوت زمانی با حق بیمه سالانه، ۱۰٪ حق بیمه وصولی.

ج- در سایر انواع بیمه‌نامه‌های زندگی با حق بیمه سالانه، ۷۵ درصد حق بیمه سال اول به شرطی که از ۳۰ درصد هزار سرمایه فوت سال اول تجاوز نکند که ۳۰ درصد آن برای سال اول و ۱۷/۵ درصد برای سال‌های دوم تا پنجم اعمال می‌گردد.

د- در انواع بیمه‌نامه‌های زندگی با حق بیمه یکجا:

۱- در بیمه‌نامه‌های انفرادی، ۵ درصد حق بیمه

۲- در بیمه‌نامه‌های گروهی، ۴ درصد حق بیمه

تبصره ۱- کارمزد بیمه‌های مستمری نیز طبق این ماده و معادل کارمزد بیمه زندگی تشکیل دهنده سرمایه اولیه برای پرداخت مستمری محاسبه خواهد شد.

تبصره ۲- مؤسسات بیمه مجازند در بیمه‌نامه‌های عمر مختلط در صورت افزایش یا کاهش حق بیمه سالانه یا سرمایه خطر فوت در ۱۰ سال اول بیمه‌نامه، کارمزد متعلقه را بر اساس ضربی از حق بیمه سالانه سرمایه فوت هر سال تعدیل و تصحیح نمایند.

ماده ۹

حداکثر کارمزد قابل پرداخت به نمایندگان بیمه معادل کارمزدهای مقرر در فصل دوم آیین‌نامه کارمزد نمایندگی می‌باشد.

ماده ۱۰

در قراردادهای بیمه خطر فوت ساده یک ساله گروهی که توسط هر



مؤسسه برای کارکنان و یا توسط شرکت‌های تعاونی و یا سندیکاها برای
اعضاء و یا توسط بانک‌ها و مؤسسات اعتباری برای مشتریان خود امضا
و پرداخت حق بیمه آن تقبل شده باشد، بیمه‌گر می‌تواند به ترتیبی که در
قرارداد معین می‌شود قسمتی از سود حاصل از قرارداد را به طرف قرارداد
پرداخت نماید. سود قابل پرداخت از این بابت نباید از ۱۵ درصد جمع
حق بیمه‌های دریافتی طی سال تجاوز کند.

فصل چهارم- مشارکت در منافع

ماده ۱۱

مؤسسات بیمه مکلفند در انواع بیمه‌های زندگی جز در بیمه‌های خطر
فوت زمانی، بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی خود را در حداقل ۸۵ درصد
منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه‌های مذکور سهیم نمایند.

ماده ۱۲

مؤسسات بیمه مکلفند هر سال منافع حاصل از مجموع معاملات
بیمه‌های زندگی موضوع ماده ۱۱ را از جمع اقلام بند (الف) پس از کسر
جمع اقلام بند (ب) به شرح ذیل محاسبه کنند:

الف:

۱- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی قبل.

۲- حق بیمه‌های دریافتی.

۳- کارمزد بیمه‌های اتکایی واگذاری.



۴- کارمزد بر منافع (مشارکت در سود) دریافتی بابت بیمه‌های اتکایی واگذاری.

۵- سهم بیمه‌گران اتکایی بابت بازخرید و پرداخت سرمایه و مستمری‌ها.

۶- کارمزد وام‌های پرداختی به بیمه‌گذاران

۷- خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های از محل ذخایر ریاضی موضوع تبصره ۱ این ماده.

ب:

۱- مبالغ پرداختی از بابت بازخرید و سرمایه و مستمری‌ها.

۲- حق بیمه اتکایی واگذاری.

۳- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی.

۴- هزینه‌های عمومی بیمه‌گر حداکثر تا ۷ درصد حق بیمه‌های دریافتی

۵- کارمزد پرداختی به بیمه مرکزی موضوع وام ماده ۳۰.

تبصره ۱- خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌ها از محل ذخایر

ریاضی طبق آیین‌نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه محاسبه و

تعیین خواهد شد. در صورتی که به هر یک از انواع درآمدهای فوق

هزینه‌ای تعلق بگیرد هزینه مزبور از اصل درآمد کسر خواهد شد.

تبصره ۲- مؤسسات بیمه می‌توانند برای محاسبه منافع حاصل از

مجموع معاملات بیمه‌های زندگی موضوع این ماده، از روش زیر

نیز استفاده نمایند:



در انواع بیمه‌های زندگی جز در بیمه‌های به شرط فوت در پایان هر سال حداقل ۸۵ درصد منافع مازاد بر نرخ سود فنی مورد عمل، حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر ریاضی خود را مستقیماً و به نسبت ذخیره ریاضی پایان سال قبل هر بیمه‌نامه محاسبه و به رقم ذخیره ریاضی بیمه‌نامه مذکور اضافه نمایند و مراتب را طی الحاقی، حداکثر تا قبل از پایان سال بعد به اطلاع بیمه‌گذاران ذریب‌برسانند.

ماده ۱۳

سهم هر یک از بیمه‌گذاران از منافع به نسبت ذخیره ریاضی بیمه‌نامه آنها از کل ذخایر ریاضی بیمه‌نامه‌های موضوع ماده ۱۱ یا بر مبنای دیگری که بیمه مرکزی تایید کند معین می‌شود.

ماده ۱۴

مؤسسات بیمه باید پس از تعیین منافع قابل تقسیم در آخر هر سال، سهم هر یک از بیمه‌گذاران از منافع مزبور را بر حسب توافق با بیمه‌گذار به عنوان حق بیمه یکجا برای افزایش سرمایه بیمه‌نامه یا افزایش ذخایر ریاضی منظور و یا به صورت نقدی پرداخت نمایند.

فصل پنجم- حقوق بیمه‌گذاران نسبت به ذخیره ریاضی

ماده ۱۵

در انواع بیمه‌های زندگی بجز بیمه خطر فوت زمانی بیمه‌گذار می‌تواند در صورت تشکیل ذخیره ریاضی، درخواست بازخرید کل یا درصدی

از بیمه‌نامه خود را نماید و موسسه بیمه مکلف است ارزش بازخرید بیمه‌نامه را که حداقل معادل ۹۰ درصد ذخیره ریاضی بیمه‌نامه است، با رعایت شرایط بیمه‌نامه صادره پرداخت نماید.

تبصره- مؤسسات بیمه موظفند جدول بازخرید بیمه را به بیمه‌نامه‌های صادره ضمیمه و تحویل بیمه‌گذار نمایند. در جدول مزبور باید مشخص شود که در صورت بازخرید بیمه‌نامه در انقضاء هر سال از مدت بیمه چه مبلغی عاید بیمه‌گذار خواهد شد.

ماده ۱۶

در صورتی که ذینفع در بیمه‌نامه‌های زندگی بستانکار بیمه‌گذار باشد و این مطلب در بیمه‌نامه و یا ظهر آن تصریح شده باشد حق بازخرید بیمه‌نامه و همچنین دریافت وام از محل ذخیره ریاضی موکول به موافقت کتبی بستانکار است.

ماده ۱۷

بیمه‌گذار می‌تواند پس از پرداخت لااقل حق بیمه دو سال تمام تا ۹۰ درصد ارزش بازخرید بیمه‌نامه درخواست وام نماید و بیمه‌گر متعهد به پرداخت آن است. ترتیب استرداد وام با توافق بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار تعیین می‌شود.

ماده ۱۸

نرخ کارمزد وام حداقل چهار درصد بیشتر از نرخ سود فنی مورد عمل



در محاسبه حق بیمه خواهد بود.

تبصره- در صورت عدم تسویه وام در زمان سررسید بیمه نامه یا بازخرید آن، مانده وام دریافتی و کارمزدهای متعلق به آن (موضوع همین ماده) از سرمایه مورد تعهد بیمه گر کسر می گردد.

ماده ۱۹

در انواع بیمه های زندگی به جز در بیمه های مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه و بیمه های مختلط خطر فوت و مدیریت سرمایه که دارای ارزش بازخرید شده باشد هر گاه بیمه گذار از پرداخت اقساط بعدی خودداری نماید بیمه نامه با رعایت نرخ های مقرر و بدون احتساب کارمزد، تبدیل به بیمه نامه با سرمایه مخفف خواهد شد.

تبصره ۱- مؤسسات بیمه موظفند جدولی به بیمه نامه های صادره ضمیمه و تحویل بیمه گذار نمایند که میزان سرمایه مخفف بیمه نامه را برای هر سال از مدت بیمه معین کند.

تبصره ۲- در بیمه های مختلط خطر فوت و به شرط حیات، سرمایه مخفف به نسبت سرمایه های موجود بیمه نامه تقسیم خواهد شد مگر آنکه در بیمه نامه، موسسه بیمه و بیمه گذار توافق دیگری نموده باشند.

ماده ۲۰

در بیمه های مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه، هرگاه بیمه گذار از پرداخت هر قسط حق بیمه خودداری نماید، حق بیمه خطر فوت از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه تأمین می شود و پس از آن که ذخیره ریاضی کمتر



از حق بیمه خطر فوت گردد، بیمه‌نامه معلق می‌گردد. بیمه‌گذار می‌تواند با پرداخت حق بیمه مقرر، بیمه‌نامه را مجدداً برقرار نماید.

فصل ششم- نحوه تنظیم حساب معاملات بیمه‌های زندگی

ماده ۲۱

مؤسسات بیمه موظفند حساب‌های معاملات بیمه‌های زندگی را از سایر حساب‌های خود تفکیک نموده و دفاتر خود را به ترتیبی تنظیم نمایند که کلیه اقلام مربوط به معاملات هر یک از انواع بیمه‌های زندگی به تفکیک مشخص شده باشد.

ماده ۲۲

سرمایه‌گذاری از محل ذخایر ریاضی بیمه‌های زندگی بایستی در حساب‌ها و ترازنامه شرکت مشخص و از سایر سرمایه‌گذاری‌ها تفکیک شود.

ماده ۲۳

ذخیره ریاضی بیمه‌های زندگی براساس مبانی محاسبه نرخ‌های حق بیمه تعیین خواهد شد. در مواردی که ذخیره ریاضی مذکور در یک یا چند موسسه بیمه کافی نباشد بیمه مرکزی می‌تواند نرخ سود منظور در محاسبه ذخیره ریاضی این موسسه یا مؤسسات را برای بیمه‌نامه‌های سال‌های آتی تقلیل دهد و مراتب را به شورای عالی بیمه گزارش نماید. موسسه بیمه مکلف است نرخ تعیین شده توسط بیمه مرکزی را ملاک محاسبه قرار دهد.



فصل هفتم- بیمه اتکایی اجباری

ماده ۲۴

مؤسسات بیمه موظفند برای هر یک از انواع بیمه‌های زندگی صورت‌های زیر را در اختیار بیمه مرکزی بگذارند:

الف- صورت بیمه‌نامه‌های صادره هر ماه.

ب- صورت تغییرات حاصله هر ماه در بیمه‌نامه‌های صادره.

ج- صورت بیمه‌نامه‌های مخفف و بازخرید شده هر ماه.

د- صورت بیمه‌نامه‌های مختومه به علت انقضای مدت بیمه‌نامه یا فوت بیمه‌شده و یا ابطال و فسخ بیمه‌نامه. ترتیب تنظیم و ارسال این صورت‌ها را بیمه مرکزی معین خواهد کرد.

ماده ۲۵

بیمه مرکزی می‌تواند رونوشت کلیه بیمه‌نامه‌های صادره بیمه‌های زندگی را از مؤسسات بیمه بخواهد. مؤسسات بیمه موظف‌اند امکان دسترسی بیمه مرکزی به پایگاه اطلاعات بیمه‌های زندگی را فراهم نمایند.

ماده ۲۶

حق بیمه اتکایی اجباری معادل ۵۰ درصد حق بیمه وصولی بیمه‌های زندگی است و هرگاه موسسه بیمه‌ای، بیمه‌نامه زندگی بدون رعایت مبنای تعیین نرخ مقرر در ماده ۳ این آیین‌نامه صادر نماید، بیمه مرکزی می‌تواند تمام یا قسمتی از سهمیه اتکایی اجباری این بیمه‌نامه‌ها را قبول ننماید.



تبصره- در صورت درخواست مؤسسه بیمه واگذارنده در خصوص بیمه‌نامه‌های زندگی جز در رشته بیمه عمر زمانی، بیمه مرکزی مکلف است با توجه به ظرفیت قبولی مؤسسه بیمه، تمام یا قسمتی از حق بیمه اتکایی اجباری دریافتی را با همان شرایط نزد خود مؤسسه مذکور واگذاری مجدد نماید.

ماده ۲۷

کارمزد بیمه اتکایی اجباری برای انواع مختلف بیمه‌های زندگی به شرح زیر تعیین می‌گردد:

الف - برای بیمه خطر فوت زمانی با حق بیمه سالانه ۱۲ درصد حق بیمه وصولی.

ب - برای سایر انواع بیمه‌های زندگی با حق بیمه سالانه در سال اول ۸۷ درصد حق بیمه سال اول مشروط بر اینکه از ۳۳ در هزار سرمایه تجاوز نکند. ۴۰ درصد این کارمزد در سال اول به تناسب حق بیمه‌های وصولی سال اول و از سال دوم الی پنجم هر سال ۱۵ درصد به تناسب حق بیمه‌های وصولی آن سال پس از وصول حق بیمه، قابل پرداخت است.

تبصره- کارمزد اتکایی برای بیمه‌های مستمری در زمان تشکیل سرمایه بر اساس این بند محاسبه خواهد شد.

ج- برای سایر انواع بیمه‌های زندگی با حق بیمه یکجا ۳ درصد حق بیمه.



ماده ۲۸

صورتحساب بیمه اتکایی اجباری هر سه ماه یکبار توسط بیمه مرکزی تنظیم می شود. در این صورتحساب ها سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت، انقضاء مدت بیمه نامه ها، پرداخت مستمری و حق بیمه و کارمزد اتکایی بیمه های صادره ظرف آن سه ماه و همچنین حق بیمه وصولی و کارمزد اتکایی اجباری بیمه نامه های موعده رسیده صادره سال های قبل و حق بیمه های مربوط به الحاقیه های صادره و کارمزد اتکایی اجباری آن منظور خواهد شد. در صورت موافقت بیمه مرکزی صورتحساب اتکایی اجباری می تواند توسط موسسه بیمه واگذارنده تنظیم شود.

ماده ۲۹

مؤسسات بیمه واگذارنده و بیمه مرکزی موظفند حداکثر ظرف مدت یک ماه از تاریخ دریافت صورتحساب نسبت به تسویه بدهی خود اقدام نمایند. در غیر اینصورت هر ماه تاخیر در تسویه بدهی از سوی بیمه مرکزی و مؤسسات واگذارنده، موجب اعمال ۲ درصد جریمه تاخیر تادیه بر مبنای مانده بدهی به ازای هر ماه خواهد شد.

تبصره ۱- اختلاف حساب تا ده درصد مانده بدهی موجب عدم پرداخت مانده صورتحساب نبوده و اینگونه موارد پس از قطعیت در اولین صورتحساب سه ماهه منظور می گردد. وجود اختلاف حساب به هر حال موجب عدم پرداخت آن میزان از بدهی که مورد توافق بدهکار است نمی باشد.

تبصره ۲- جریمه تاخیر تادیه، موضوع این ماده در محاسبات مشارکت در منافع منظور نخواهد شد.

ماده ۳۰

بیمه مرکزی در صورت درخواست مؤسسه بیمه واگذارنده هر سال تا ۵۵ درصد جمع مانده بدهی بیمه‌گذاران در آخر سال قبل، بابت وام‌هایی که با رعایت شرایط بیمه‌نامه‌های صادره از محل ذخیره ریاضی این بیمه‌نامه‌ها دریافت داشته‌اند را به عنوان وام با نرخ کارمزد معادل نرخ کارمزد وام پرداختی به بیمه‌گذار در اختیار مؤسسه بیمه مزبور خواهد گذاشت. کارمزد مزبور برای هر سه ماه در صورت حساب مربوط به همان سه ماه منظور خواهد شد.

ماده ۳۱

بیمه مرکزی بعد از پایان هر سال ۸۵ درصد منافی را که از معاملات اتکایی اجباری بیمه‌های زندگی هر یک از مؤسسات بیمه تحصیل می‌کند به این مؤسسات پرداخت خواهد کرد.

ماده ۳۲

ترتیب محاسبه منافع موضوع ماده ۳۱ عبارتست از جمع اقلام بند (الف) پس از کسر جمع اقلام بند (ب) به شرح زیر:

الف:

۱- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی قبل.

۲- حق بیمه‌های اتکایی اجباری.



۳- کارمزد وام موضوع ماده ۳۰

۴- درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های از محل ذخایر فنی.

ب:

۱- کارمزد اتکایی اجباری.

۲- سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت و انقضا مدت بیمه‌نامه‌ها.

۳- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی.

۴- هزینه اداری معادل ۵ درصد حق بیمه‌های اتکایی اجباری.

۵- زیان سال‌های قبل.

تبصره- درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های از محل ذخایر فنی مذکور

در این ماده عبارتست از حاصل ضرب بندهای (الف) و (ب) زیر:

الف- تفاوت ذخیره ریاضی در آخر سال مالی قبل با مانده وام

پرداخت شده به موسسه بیمه واگذارنده در آخر سال مذکور.

ب- نرخ خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های موسسه

بیمه واگذارنده موضوع تبصره ۱ ماده ۱۲.

فصل هشتم- بیمه اتکایی اختیاری

ماده ۳۳

مؤسسات بیمه در صورتی می‌توانند در مورد انواع بیمه‌های زندگی

واگذاری اتکایی به خارج از کشور انجام دهند که لزوم واگذاری مزبور مورد

تایید بیمه مرکزی باشد.

ماده ۳۴

بیمه مرکزی می‌تواند واگذاری اتکایی به خارج از کشور را در موارد زیر تایید نماید:

الف- در صورتی که جمع سرمایه بیمه برای خطر فوت یک نفر بیمه شده ضمن یک یا چند بیمه‌نامه از مبلغ دو میلیارد ریال متجاوز باشد نسبت به مبلغ مازاد.

ب- در صورتی که وضع سلامت بیمه شده در معاینه پزشکی غیرعادی و مشمول حق بیمه اضافی تشخیص داده شود.

ج- در موارد تجمیع خطر در بیمه‌نامه‌های انفرادی و گروهی

د- سایر موارد به تشخیص بیمه مرکزی

تبصره- در صورتی که واگذاری اتکایی در مورد بیمه‌نامه‌های زندگی تا مبلغ دو میلیارد ریال برای مؤسسه بیمه‌ای در داخل کشور امکان پذیر نباشد بیمه مرکزی با رعایت شرایط معمول در واگذاری بیمه‌های اتکایی اختیاری موظف به قبول آن است. بیمه مرکزی می‌تواند حداکثر مبلغ مذکور را سالانه تعدیل نماید.

فصل نهم- نظارت

ماده ۳۵

بیمه مرکزی بر حسن اجرای این آیین‌نامه نظارت می‌نماید. در صورت عدم اجرای مفاد این آیین‌نامه توسط مؤسسه بیمه، بیمه مرکزی



می تواند حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام دهد:

۱- تذکر شفاهی به مدیران فنی، مدیرعامل و هیأت مدیره شرکت بیمه

۲- اخطار کتبی به مدیران فنی، مدیرعامل و هیأت مدیره شرکت بیمه

۳- اعلام سلب صلاحیت مسئول فنی، مدیر فنی، معاون فنی یا مدیرعامل شرکت بیمه

۴- تعلیق پروانه فعالیت مؤسسه بیمه با تصویب شورای عالی بیمه

ماده ۳۶

این آیین نامه در ۳۶ ماده و ۱۷ تبصره از تاریخ ۱۳۹۰/۱۱/۱ لازم الاجرا بوده و جایگزین آیین نامه شماره ۱۳ و اصلاحات بعدی آن می شود.

آیین نامه شماره ۶۸/۱

آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۲۶ و جلسه مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۲ مکمل آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری را به شرح زیر تصویب نمود:

الف- متن زیر جایگزین متن ذیل بند ب ماده ۳ می شود:

«نرخ سود فنی علی الحساب»:

حداکثر نرخ سود فنی در بیمه نامه های با مدت حداکثر پنج سال هجده درصد، در بیمه نامه های با مدت حداکثر تا ده

سال، هجده درصد برای پنج سال اول و پانزده درصد برای مدت مازاد بر پنج سال اول و در بیمه‌نامه‌های با مدت بیش از ده سال، هجده درصد برای پنج سال اول و پانزده درصد برای پنج سال دوم و ده درصد برای مدت مازاد بر ده سال. بیمه مرکزی موظف است، هر دو سال یکبار نرخ سود فنی را مورد بازنگری قرار دهد و پیشنهاد لازم را به شورای عالی بیمه ارائه کند.

بدیهی است سود فوق‌الذکر علی‌الحساب بوده و سود حاصل از کارکرد سرمایه شرکت (سود دوران مشارکت) نیز به آن افزوده می‌شود.

- ب- متن «۱- کارمزد پرداختی» به ابتدای بند (ب) ماده (۱۲) آیین‌نامه اضافه و شماره بندهای بعدی اصلاح می‌شود.
- ج- تاریخ مندرج در ماده ۳۶ مبنی بر زمان لازم‌الاجرا شدن آیین‌نامه، از ۱۳۹۰/۱۱/۱ به ۱۳۹۱/۲/۱ تغییر می‌یابد.



جدول زندگی (۹۰-۸۸TD) موضوع بند الف ماده ۳

آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری

سن	تعداد زنده ها	سن	تعداد زنده ها	سن	تعداد زنده ها
۰	۱۰۰,۰۰۰	۳۶	۹۵,۶۷۶	۷۲	۶۱,۲۸۵
۱	۹۹,۱۲۹	۳۷	۹۵,۴۶۳	۷۳	۵۸,۹۱۱
۲	۹۹,۰۵۷	۳۸	۹۵,۲۳۷	۷۴	۵۶,۴۱۶
۳	۹۹,۰۱۰	۳۹	۹۴,۹۹۷	۷۵	۵۳,۸۱۸
۴	۹۸,۹۷۷	۴۰	۹۴,۷۴۶	۷۶	۵۱,۰۸۶
۵	۹۸,۹۴۸	۴۱	۹۴,۴۷۶	۷۷	۴۸,۳۵۱
۶	۹۸,۹۲۱	۴۲	۹۴,۱۸۲	۷۸	۴۵,۲۸۴
۷	۹۸,۸۹۷	۴۳	۹۳,۸۶۸	۷۹	۴۲,۲۰۳
۸	۹۸,۸۷۶	۴۴	۹۳,۵۱۵	۸۰	۳۹,۰۴۱
۹	۹۸,۸۵۵	۴۵	۹۳,۱۳۳	۸۱	۳۵,۸۲۴
۱۰	۹۸,۸۳۵	۴۶	۹۲,۷۲۷	۸۲	۳۲,۵۱۸
۱۱	۹۸,۸۱۴	۴۷	۹۲,۲۹۵	۸۳	۲۹,۲۲۰
۱۲	۹۸,۷۹۳	۴۸	۹۱,۸۳۳	۸۴	۲۵,۹۶۲
۱۳	۹۸,۷۷۱	۴۹	۹۱,۳۳۲	۸۵	۲۲,۷۸۰
۱۴	۹۸,۷۴۵	۵۰	۹۰,۷۷۸	۸۶	۱۹,۷۲۵
۱۵	۹۸,۷۱۲	۵۱	۹۰,۱۷۱	۸۷	۱۶,۸۴۳
۱۶	۹۸,۶۶۷	۵۲	۸۹,۵۱۱	۸۸	۱۴,۱۳۳
۱۷	۹۸,۶۰۶	۵۳	۸۸,۷۹۱	۸۹	۱۱,۶۲۵
۱۸	۹۸,۵۲۰	۵۴	۸۸,۰۱۱	۹۰	۹,۳۸۹
۱۹	۹۸,۴۰۶	۵۵	۸۷,۱۶۵	۹۱	۷,۴۳۸
۲۰	۹۸,۲۷۷	۵۶	۸۶,۲۴۱	۹۲	۵,۷۶۳
۲۱	۹۸,۱۳۷	۵۷	۸۵,۲۵۶	۹۳	۴,۳۵۰
۲۲	۹۷,۹۸۷	۵۸	۸۴,۲۱۱	۹۴	۳,۲۱۱
۲۳	۹۷,۸۳۰	۵۹	۸۳,۰۸۳	۹۵	۲,۳۱۵
۲۴	۹۷,۶۷۷	۶۰	۸۱,۸۸۴	۹۶	۱,۶۳۵
۲۵	۹۷,۵۲۴	۶۱	۸۰,۶۰۲	۹۷	۱,۱۱۵
۲۶	۹۷,۳۷۳	۶۲	۷۹,۲۴۳	۹۸	۷۴۰
۲۷	۹۷,۲۲۲	۶۳	۷۷,۸۰۷	۹۹	۴۵۳
۲۸	۹۷,۰۷۰	۶۴	۷۶,۲۹۵	۱۰۰	۲۶۳
۲۹	۹۶,۹۱۶	۶۵	۷۴,۷۲۰	۱۰۱	۱۴۵
۳۰	۹۶,۷۵۹	۶۶	۷۳,۰۷۵	۱۰۲	۷۶
۳۱	۹۶,۵۹۷	۶۷	۷۱,۳۶۶	۱۰۳	۳۷
۳۲	۹۶,۴۲۹	۶۸	۶۹,۵۵۹	۱۰۴	۱۷
۳۳	۹۶,۲۵۵	۶۹	۶۷,۶۵۵	۱۰۵	۷
۳۴	۹۶,۰۷۱	۷۰	۶۵,۶۴۹	۱۰۶	۲
۳۵	۹۵,۸۷۸	۷۱	۶۳,۵۴۳		

آیین‌نامه شماره ۷۴

شورای عالی بیمه در اجرای بندهای ۳ و ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۰۵/۲۴ "آیین‌نامه بیمه‌های درمان" را مشتمل بر ۱۹ ماده و ۱۱ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد

این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک بیمه‌نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند:

۱- **بیمه‌گر:** شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج شده است و جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.



۲- **بیمه‌گر پایه:** سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه‌اند.

۳- **بیمه‌گذار:** شخصی است که مشخصات وی در این بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

۴- گروه بیمه‌شدگان:

الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده‌شان که بیمه‌گذار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند.

تبصره- بیمه‌گر می‌تواند کارکنان بازنشسته بیمه‌گذار را صرفاً در ابتدای قرارداد و یا در زمان تمدید قرارداد به اتفاق کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.

ب- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها (از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها) به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه‌نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه‌گذار تضمین شده باشد و بیش از ۵ درصد اعضای گروه به طور هم‌زمان بیمه شوند.

اعضای خانواده: شامل همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه‌شدگان است.

۵- موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش‌های اضافی درمانی بیمه‌شدگان است که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی این بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

بیماری: هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک است.

۶- حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه‌گر موکول به پرداخت حق بیمه به‌نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه توافق شده باشد.

۷- دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

۸- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

۹- مدت: مدت بیمه‌نامه یک سال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌شود.



فصل دوم: هزینه‌های درمانی قابل پرداخت

ماده ۳

هزینه‌های درمانی قابل پرداخت موضوع این آیین‌نامه عبارت است از:

الف- پوشش‌های اصلی (پایه):

۱- جبران هزینه‌های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care

تبصره- اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

۲- هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان‌ها)

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- پوشش‌های اضافی:

بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد ذیل را حسب توافق با بیمه‌گذار تحت پوشش قرار دهد:

۱- افزایش سقف تعهدات برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان.



۲- هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند الف-۱ فوق. سقف تعهد بیمه‌گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر تجاوز کند.

۲-۱) در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، ZIFT، IUI، میکرواینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است.

۲-۲) دوره انتظار جهت استفاده از پوشش این بند برای گروه‌های زیر ۲۵۰ نفر، ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر، ۶ ماه و برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

۳- هزینه‌های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:

۳-۱) جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی استرس اکو، دانسیتومتری تا حداکثر ۲۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۳-۲) جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوارمthane (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه



برای هر بیمه شده.

۳-۳) جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۳-۴) جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.

۳-۵) جبران هزینه‌های دندان‌پزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره- هزینه‌های دندان‌پزشکی براساس تعرفه‌ای محاسبه و پرداخت می‌شود که سالیانه سندیکای بیمه‌گران ایران با هماهنگی شرکت‌های بیمه، تنظیم و به شرکت‌های بیمه ابلاغ می‌کند.

۳-۶) جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی تا سقف ۲ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۳-۷) جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمعک تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

۴- جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی

یادوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر چشم هر بیمه شده.

۵- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوترپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۱۰ درصد تعهدات پایه سالیانه برای هر بیمه شده. فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) به شرح جدول پیوست ذکر می‌شود.

۶- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده

۷- هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پایه سالیانه.

۸- هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر تا ۵۰ درصد تعهد زایمان به عنوان پوشش مستقل.

تبصره ۱- هزینه‌هایی که در اجرای بند ب پرداخت می‌شود، مازاد بر سقف تعهدات پایه سالیانه است.

تبصره ۲- در صورتی که تعهدات اصلی (پایه) نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش‌های اضافی نیز می‌تواند نامحدود در نظر گرفته شود.



فصل سوم: شرایط

ماده ۴- اصل حسن نیت

بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهارنشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌نامه فسخ خواهد شد. تبصره- چنانچه معلوم شود هریک از بیمه‌شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر یا بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه‌شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است

ماده ۵- فرانشیز

- ۱- فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد کل هزینه‌های درمانی مربوط و درغیراین صورت معادل سهم بیمه‌گر پایه و حداقل ۳۰ درصد خواهد بود.
- ۲- بیمه‌گر می‌تواند فرانشیز هزینه‌های تحت پوشش را با دریافت

حق بیمه اضافی کاهش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود.

ماده ۶- پرداخت حق بیمه

بیمه‌گذار باید حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در قرارداد بیمه توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند.

ماده ۷- استثنائات

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴- ترک اعتیاد.
- ۵- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- ۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.
- ۸- فعل و انفعالات هسته‌ای.



۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
۱۱- جنون.

۱۲- جراحی لثه.

۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر

۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی.

۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

تبصره- موارد استثنای مندرج در بندهای ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۴ این ماده با پرداخت حق بیمه اضافی، قابل بیمه شدن است.

ماده ۸

شرکت بیمه مکلف است در صدور بیمه‌نامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵ نفر باشد، این ضوابط را رعایت کند:

۱- هریک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش‌نامه سلامتی تهیه‌شده توسط بیمه‌گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به‌طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.

۲- بیمه‌گذار موظف است برای تمام اعضای گروه یا خانواده درخواست بیمه کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پرسش‌نامه سلامتی یا معاینات انجام‌شده، از بیمه‌کردن فرد یا افرادی از گروه یا خانواده و یا ارائه پوشش هزینه زایمان و بیماری‌هایی که سابقه قبلی دارد خودداری کند.

۳- سقف تعهد بیمه‌گر برای هریک از اعضای گروه یا خانواده و هریک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

ماده ۹

بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و



شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم‌درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱- در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲- بیمه‌گذار و یا بیمه شده موظف‌اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز



از زمان بستری شدن هریک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

تبصره ۳- چنانچه بیمه شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت مراجعه به به هرکدام از شرکت‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۰

حداکثر سن بیمه شده برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان‌پذیر است. در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۱

در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۱۲

هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان



وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۱۳

بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره- میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.



ماده ۱۴

موارد فسخ بیمه‌نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام کند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر

۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.

۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار

۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲- در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود

۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

ج- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ

۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.



۲- در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد)؛ در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده ۱۵

نحوه فسخ

- ۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌شود.
- ۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌شود.

ماده ۱۶

مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۱۷

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۱۸

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می‌تواند با ارائه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین‌نامه ذکر نشده است و همچنین کاهش فرانشیز بیش از حد مقرر در این آیین‌نامه موافقت نماید.

ماده ۱۹

این آیین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۱/۰۷/۰۱ لازم‌الاجراء خواهد بود و جایگزین آیین‌نامه شماره ۶۴ مصوب شورای عالی بیمه با عنوان شرایط عمومی بیمه‌های درمان خواهد شد.



فهرست اعمال غیرمجاز در مطب
پیوست جزء ۵ بند ب ماده ۳ آیین نامه «بیمه‌های درمان»

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طویل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدی، کاتتریسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان‌های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس‌ها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و ...
۱۲	عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک

فهرست اعمال غیرمجاز در مطب پیوست جزء ۵ بند ۳ ماده ۳ آیین نامه «بیمه‌های درمان»	
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرچ زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
۲۱	بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

آیین نامه شماره ۸۴

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۲/۲۲/۰۳ «شرایط عمومی بیمه نامه حوادث اشخاص» را مشتمل بر ۲۰ ماده و ۹ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول- کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد

این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزو غیرقابل تفکیک بیمه نامه است) بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین است. آن قسمت از



پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که بیمه‌گر قبول نکرده و قبل از صدور بیمه‌نامه به بیمه‌گذار اعلام کرده است جزو تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌گردد. در صورتی که بیمه‌شده و بیمه‌گذار شخص واحد نباشد بیمه‌گذار باید رضایت کتبی بیمه‌شده و در مورد بیمه‌شده‌ای که اهلیت قانونی نداشته باشد موافقت ولی یا قیم او را به بیمه‌گر ارائه نماید و گرنه بیمه‌نامه باطل است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند.

۱- **بیمه‌گر:** بیمه‌گر شرکت بیمه‌ای است که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج گردیده است و جبران خسارت و یا پرداخت غرامت ناشی از حوادث تعیین‌شده را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

۲- **بیمه‌گذار:** بیمه‌گذار شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج گردیده و موظف به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین‌شده در بیمه‌نامه می‌باشد.

۳- **بیمه‌شده:** بیمه‌شده شخصی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج شده است و بیمه‌گر متعهد به پرداخت خسارت و یا غرامت بدنی او به علت تحقق خطرات مشمول این بیمه‌نامه است.

۴- **ذی‌نفع:** ذی‌نفع شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی هستند که مشخصات آنان در بیمه‌نامه درج گردیده است و خسارت و یا غرامت



مربوط به بیمه‌نامه به آنها پرداخت می‌شود. در صورتی که ذی‌نفع در بیمه‌نامه تعیین نشده باشد غرامت به بیمه‌شده و در صورت فوت بیمه‌شده، غرامت به نسبت سهم‌الارث، به وراث قانونی بیمه‌شده پرداخت می‌گردد.

۵- حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه‌گذار موظف است طبق شرایط خصوصی بیمه‌نامه به بیمه‌گر بپردازد.

۶- سرمایه بیمه و یا غرامت بیمه: سرمایه بیمه و یا غرامت بیمه وجهی است که بیمه‌گر متعهد می‌گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول بیمه طبق شرایط بیمه‌نامه به ذی‌نفع بپردازد.

۷- حادثه: حادثه موضوع این بیمه، هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی است که بدون قصد و اراده بیمه‌شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۸- نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی): منظور از نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن است که به علت حادثه تحت پوشش بیمه‌نامه به وجود آید و حداکثر تا دو سال بعد از وقوع حادثه، بروز نماید و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

۹- مدت بیمه: جز در مواردی که در بیمه‌نامه به نحو دیگری توافق شده باشد مدت این بیمه‌نامه یک سال شمسی است و تاریخ شروع و انقضای آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه مشخص می‌گردد.



ماده ۳- خطرات بیمه شده: تأمین غرامت مورد تعهد از سوی بیمه‌گر با رعایت استثنائات و محدودیت‌های مندرج در بیمه‌نامه، شامل تحقق خطر (حادثه) موضوع بند ۷ ماده ۲۲ این بیمه‌نامه است. همچنین خسارت یا غرامت ناشی از موارد زیر جزو تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌شود:

الف- غرق شدن، مسمومیت، تأثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید.

ب- ابتلا به هاری، کزاز، سیاه‌زخم و گزیدگی.

ج- دفاع مشروع بیمه شده.

د- اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر و حادثه.

فصل دوم- وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

ماده ۴- اصل حسن نیت

بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار و بیمه‌شده در پاسخ به پرسش بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نمایند و یا عمداً بر خلاف واقع اظهار بنمایند، بیمه‌نامه باطل و بی‌اثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچ‌گونه تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه‌گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه‌گر می‌تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید. همچنین



چنانچه بیمه‌گذار در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه و یا هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که مؤثر بر تعهدات بیمه‌گر و وظایف بیمه‌گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت خواهد بود. اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی‌شود. در این صورت هرگاه مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقا کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند - در صورت فسخ، بیمه‌گر باید مراتب را به وسیله‌نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ده روز پس از دریافت‌نامه سفارشی توسط بیمه‌گذار شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار مسترد دارد. در صورتی که مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع بعد از وقوع حادثه معلوم شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه‌ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

تبصره- در قراردادهای گروهی در صورتی که هر یک از بیمه‌شدگان اظهارات خلاف واقع عمدی داشته باشند بیمه‌نامه نسبت به وی باطل خواهد شد.

ماده ۵- پرداخت حق بیمه

بیمه‌نامه با تقاضای بیمه‌گذار و قبول بیمه‌گر صادر می‌شود ولی



شروع پوشش بیمه‌ای و اجرای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در بیمه‌نامه پیش‌بینی شده است. چنانچه پرداخت حق بیمه به صورت قسطی باشد و بیمه‌گذار هر یک از اقساط موعد رسیده را به هر دلیل پرداخت نکند بیمه‌گر می‌تواند بیمه‌نامه را با رعایت ماده ۱۲ این آیین‌نامه فسخ نماید. چنانچه بیمه‌گر بیمه‌نامه را فسخ نکرده باشد در صورت وقوع حادثه، خسارت را به نسبت حق بیمه پرداخت‌شده به حق بیمه‌ای که تا زمان وقوع حادثه باید پرداخت می‌شد پرداخت خواهد کرد مگر آنکه در شرایط خصوصی بیمه‌نامه ضوابط دیگری درج شده باشد.

ماده ۶- تغییر خطر

هرگاه در مدت بیمه، در شغل یا فعالیت‌های بیمه‌شده تغییری بوجود آید بیمه‌شده یا بیمه‌گذار موظفند حداکثر ظرف ده روز بیمه‌گر را آگاه سازند. در صورت تغییر خطر، بیمه‌گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقی‌مانده پیشنهاد می‌نماید. در صورتی که طرفین نتوانند دربارهٔ میزان حق بیمه تعدیل‌شده توافق نمایند هر یک از طرفین می‌تواند حداکثر ظرف ده روز بیمه‌نامه را فسخ نماید. در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه‌گر و وقوع حادثه، غرامت با اعمال قاعده نسبی حق بیمه پرداخت خواهد شد.

ماده ۷- وظایف بیمه‌شده، بیمه‌گذار و ذی‌نفع در صورت وقوع حادثه:

الف- به محض وقوع حادثه غیر از فوت، بیمه‌شده موظف است به



پزشک مراجعه و دستورهای وی را رعایت نماید و بیمه‌شده یا بیمه‌گذار موظفند حداکثر ظرف پانزده روز بعد از وقوع حادثه، مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برسانند.

ب- در صورت فوت بیمه‌شده، بیمه‌گذار و یا ذی‌نفع باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع از فوت بیمه‌شده مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برسانند.

ج- بر حسب مورد بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی‌نفع باید مدارک لازم را به بیمه‌گر تسلیم نمایند و به سئوالات او در رابطه با حادثه از روی صداقت پاسخ دهند.

د- بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی‌نفع ملزم به قبول هرگونه تحقیقات و یا معاینه پزشکی که هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است، هستند.

تبصره- در صورتی که بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی‌نفع تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند بیمه‌گر می‌تواند به نسبت تأثیر قصور در افزایش خسارت، خسارت قابل پرداخت را کاهش دهد مگر اینکه ثابت نمایند به علت خارج از اراده خود قادر به انجام تکالیف نبوده است.

فصل سوم- وظایف و تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸- خسارات مورد تعهد

این بیمه‌نامه، غرامت فوت، نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) را که بطور مستقیم ناشی از موارد مذکور در ماده ۳۳ این شرایط



عمومی باشد تأمین می‌نماید. در صورت توافق طرفین و پرداخت حق بیمه مربوط، هزینه پزشکی و غرامت روزانه ناشی از حوادث و سایر پوشش‌های اضافی نیز قابل تأمین است.

تبصره- شرکت بیمه مجاز است که در صورت تمایل بیمه‌گذار، خطرات فوت و از کارافتادگی و نقص عضو کامل و دائم (کلی یا جزئی) را به صورت مجزا ارائه نماید.

ماده ۹- مهلت پرداخت خسارت

بیمه‌گر باید بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید و در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور مکتوب به بیمه‌گذار یا ذی‌نفع اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، آن را پرداخت نماید. در مواردی که پرداخت خسارت پس از تکمیل مدارک مثبت از سوی بیمه‌گر به تاخیر می‌افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می‌شود.

ماده ۱۰- تعیین میزان غرامت بیمه

۱- غرامت فوت

در صورتی که بیمه‌شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول این بیمه‌نامه فوت کند بیمه‌گر متعهد است سرمایه بیمه را طبق شرایط این بیمه‌نامه و الحاقیه آن و یا هرگونه توافق کتبی دیگر به ذی‌نفع بپردازد.

۲- غرامت نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم (کلی و جزئی)

در صورتی که بیمه‌شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول بیمه دچار نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم شود بیمه‌گر متعهد است غرامت مربوطه را طبق شرایط این بیمه‌نامه و ضمائ آن و جدول نقص عضو به شرح ذیل بپردازد.

الف - نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی: موارد زیر نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی محسوب می‌شود و غرامت این موارد معادل صد درصد سرمایه بیمه‌شده خواهد بود.

- ۱- نابینایی کامل و دائم هر دو چشم.
- ۲- ازکارافتادگی دائم و کامل یا قطع دو دست، حداقل از مچ.
- ۳- ازکارافتادگی دائم و کامل یا قطع دو پا، حداقل از مچ.
- ۴- ازکارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست و یک پا، حداقل از مچ.

۵- از دست دادن هر دو پنجه‌ها.

۶- قطع کامل نخاع.

۷- ناشنوایی کامل و دائم هر دو گوش.

۸- برداشتن فک پایین.

ب- موارد زیر نقص عضو و ازکارافتادگی دائم و جزیی محسوب می‌شود و غرامت این موارد معادل درصدی از سرمایه بیمه نقص عضو و ازکارافتادگی است.



(ارقام به درصد)

۱	از دست دادن قدرت و توانایی حرف زدن (لالی) اعم از کارافتادگی دائم و کامل حنجره یا قطع زبان	۸۰
۲	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از بازو	۷۰
۳	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از ساعد	۶۰
۴	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از مچ	۵۵
۵	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع کامل انگشتان هر دست	۵۰
۵/۱	انگشت شست	۳۶
۵/۲	بند اول شست	۲۴
۵/۳	سبابه	۲۵
۵/۴	بند اول سبابه	۱۲
۵/۵	بند اول و دوم سبابه	۲۰
۵/۶	هر یک از دو انگشت میانه	۱۵
۵/۷	انگشت کوچک	۱۰

در هر حال حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت مجموع نقص عضو انگشتان هر دست از ۵۰ درصد سرمایه بیمه شده تجاوز نخواهد کرد و در صورتی

که مجموع انگشتان هر دو دست قطع و یا ازکارافتاده دائم گردد حداکثر معادل ۸۰ درصد سرمایه بیمه قابل پرداخت خواهد بود.

۶	فقدان دندان‌ها حداکثر	۲۸
۷	ازکارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مفصل ران	۷۰
۸	ازکارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از ساق	۶۰
۹	ازکارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مچ	۵۵
۱۰	ازکارافتادگی دائم و کامل یا قطع انگشتان پا	۳۰
۱۰/۱	شست پا	۱۰
۱۰/۲	هر یک از سایر انگشتان	۵

نابینا شدن یک چشم (در صورتی که بیمه‌شده قبل از حادثه از بینایی کامل یک چشم محروم بوده باشد درصد نقص عضو نابینا شدن چشم دیگر ۸۰۰ درصد خواهد بود.)

۱۱

۳۵

ازدست دادن شنوایی یک گوش (در صورتی که بیمه‌شده قبل از وقوع حادثه مشمول بیمه از شنوایی کامل یک گوش محروم بوده باشد درصد نقص عضو ناشنوا شدن گوش دیگر ۶۵ درصد خواهد بود.)



از دست دادن لاله گوش	۱۰	۱۲
از دست دادن حس بویایی	۱۵	۱۳
از دست دادن حس چشایی	۱۵	۱۴

گرامت نقص عضو سایر اعضای سر (جمعمه) و صورت از حداکثر ۴۰ درصد سرمایه بیمه تجاوز نخواهد کرد.

یک کلیه	۳۰	۱۶
طحال	۷	۱۷
بیضه	۵	۱۸
۲۰	سایر اعضای داخل بدن به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر	۱۹

پ- در موارد غیر از بندهای الف و ب فوق، نقص عضو و ازکارافتادگی دائم اعم از کلی یا جزئی و همچنین میزان گرامت مربوط با نظر پزشک معتمد بیمه‌گر تعیین می‌گردد.

تبصره- بیمه مرکزی می‌تواند با بررسی تخصصی لازم، جدول نقص عضو و ازکارافتادگی دائم و جزئی را اصلاح یا تکمیل نماید.



فصل چهارم- خسارت‌های خارج از تعهدات بیمه‌گر

ماده ۱۱

موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

الف- خودکشی و یا اقدام به آن.

ب- صدمات بدنی که بیمه‌شده عمداً موجب آن شود.

ج- مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و روان گردان.

د- استفاده از داروهای کاهنده هوشیاری و خواب‌آور بدون تجویز پزشک.

ه- ارتکاب بیمه‌شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن.

و- هر نوع دیسک و یا فتق بیمه‌شده.

ز- بیماری و ابتلا به جنون بیمه‌شده مگر آن که ابتلا به جنون ناشی از تحقق خطر موضوع این بیمه باشد.

ح- فوت بیمه‌شده به علت حادثه ناشی از عمد ذی‌نفع (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت). در این صورت بیمه‌گر فقط متعهد به پرداخت سهم سایر افراد ذی‌نفع در سرمایه بیمه خواهد بود.

ط- جنگ (به جز انفجار و یا عملکرد ادوات نظامی که بعد از جنگ بجا



مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

ی- زمین لرزه و فعل و انفعالات هسته‌ای.

ک- ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای، شکار، سوارکاری، قایق‌رانی، هدایت موتورسیکلت، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی، اکتشافی و غیرتجاری، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه‌ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات و هدایت کایت یا سایر وسایل پرواز بدون موتور.

تبصره ۱- خطرات مندرج دربندهای ط، ی و ک با موافقت کتبی بیمه‌گر و اخذ حق بیمه مربوطه قابل پوشش است و برای پوشش بند ط رعایت موارد زیر ضروری است:

۱- بیمه‌شده نباید در تحقق خطر بیمه‌شده مشارکت داشته باشد.

۲- بیمه‌گر می‌تواند با ارسال اخطار کتبی ۱۰ روزه پوشش بیمه‌ای موضوع بند مذکور را لغو نماید.

تبصره ۲- مؤسسات بیمه می‌توانند با اخذ موافقت قبلی از بیمه مرکزی خطرات اضافی دیگری را بیمه نمایند.



فصل پنجم- فسخ و انفساخ بیمه‌نامه

ماده ۱۲- موارد فسخ بیمه‌نامه

در موارد زیر هر یک از طرفین بیمه‌نامه می‌توانند بیمه‌نامه را فسخ نماید:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر: بیمه‌گر در موارد زیر می‌تواند بیمه‌نامه را فسخ نماید. در این صورت حق بیمه مدت اعتبار بیمه‌نامه به صورت روزشمار محاسبه خواهد شد.

۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در موعد یا مواعد معین.

۲- هرگاه بیمه‌گذار سهوا و یا بدون سوءنیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد.

۳- در صورت تشدید خطر موضوع ماده ۶ این شرایط و عدم موافقت بیمه‌گذار با تعدیل حق بیمه و یا تغییر وضعیت بیمه‌شده به نحوی که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد بود بیمه‌گر حاضر به انعقاد قرارداد با شرایط مذکور در قرارداد فعلی نمی‌شد.

تبصره- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ نماید موظف است موضوع را به وسیله‌نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد. در این صورت، ده روز پس از دریافت‌نامه سفارشی توسط بیمه‌گذار بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌گردد.



ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار: بیمه‌گذار می‌تواند بیمه‌نامه را فسخ نماید در این صورت بیمه‌گر حق بیمه تا زمان فسخ را براساس تعرفه کوتاه‌مدت محاسبه می‌نماید. مگر در مواردی که فسخ توسط بیمه‌گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد که در این صورت حق بیمه تا زمان فسخ به طور روز شمار محاسبه خواهد شد:

۱- انتقال پرتفوی بیمه‌گر.

۲- کاهش خطر موضوع بیمه و عدم موافقت بیمه‌گر با تعدیل حق بیمه.
تبصره- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر تقاضای فسخ بیمه‌نامه را بنماید. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه‌گر، بیمه‌نامه فسخ شده محسوب می‌شود. چنانچه در درخواست بیمه‌گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

ماده ۱۳- موارد انفساخ بیمه‌نامه

در صورت فوت بیمه‌شده به علت تحقق خطری که تحت پوشش این بیمه‌نامه نباشد بیمه‌نامه از زمان فوت بیمه‌شده منفسخ می‌گردد. در موارد انفساخ، حق بیمه مدت منقضی شده براساس تعرفه روزشمار محاسبه می‌شود.

تبصره- در قراردادهای گروهی پوشش بیمه‌نامه فقط برای بیمه‌شده متوفی لغو خواهد شد.

فصل ششم- سایر موارد

ماده ۱۴

کتابی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با بیمه‌نامه باید به طورکتابی با رعایت مقررات مربوط به آخرین نشانی اعلام‌شده به طرف مقابل اعلام گردد.

ماده ۱۵

در موارد خاص، شرکت بیمه می‌تواند با اخذ مجوز از بیمه مرکزی، سرمایه نقص عضو جزئی یک یا چند عضو را به صورت دیگری تعیین نماید.

ماده ۱۶

در همه موارد، تشخیص نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی و یا دائم جزئی و همچنین حداکثر میزان آن با رعایت جدول ذیربط یا پزشک معتمد بیمه‌گر می‌باشد و مجموع سرمایه‌های هر یک از موارد مذکور در مدت بیمه بابت فوت، نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) موضوع این بیمه‌نامه نمی‌تواند از مجموع سرمایه بیمه هریک از پوشش‌های مذکور تجاوز نماید.

ماده ۱۷

نحوه حل و فصل اختلاف: طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. اگر اختلاف از طریق مذاکره حل



و فصل نشد می‌توانند از طریق داور یا مراجعه به دادگاه موضوع را حل و فصل کنند. در صورت انتخاب روش داور، طرفین قرارداد می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین، هر یک از طرفین باید داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی کند. داوران منتخب، داور سومی را به عنوان سرداور انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می‌کنند. در صورتی که هریک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از معرفی داور طرف مقابل، داور منتخب خود را معرفی نکند و یا داوران منتخب، برای انتخاب سرداور به توافق نرسند هر یک از طرفین می‌تواند حسب مورد تعیین داور یا سرداور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق‌الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق‌الزحمه سرداور را می‌پردازد و در خاتمه، همه هزینه‌های داور بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می‌شود.

ماده ۱۸

مدت بیمه یک سال است و حق بیمه بیمه‌نامه‌هایی که مدت آنها کمتر از یک سال باشد به صورت زیر تعیین می‌شود:

مدت اعتبار

حق بیمه بر مبنای حق بیمه یک‌ساله

تا ۵ روز

۵ درصد حق بیمه سالانه

از ۶ روز تا ۱۵ روز
 ۱۰ درصد حق بیمه سالانه
 از ۱۶ روز تا ۳۰ روز
 ۲۰ درصد حق بیمه سالانه
 از ۳۱ روز تا ۶۰ روز
 ۳۰ درصد حق بیمه سالانه
 از ۶۱ روز تا ۹۰ روز
 ۴۰ درصد حق بیمه سالانه
 از ۹۱ روز تا ۱۲۰ روز
 ۵۰ درصد حق بیمه سالانه
 از ۱۲۱ روز تا ۱۵۰ روز
 ۶۰ درصد حق بیمه سالانه
 از ۱۵۱ روز تا ۱۸۰ روز
 ۷۰ درصد حق بیمه سالانه
 از ۱۸۱ روز تا ۲۷۰ روز
 ۸۵ درصد حق بیمه سالانه
 از ۲۷۰ روز به بالا
 ۱۰۰ درصد حق بیمه سالانه

ماده ۱۹

پوشش‌های این بیمه‌نامه برای حوادث داخل و خارج قلمرو جمهوری اسلامی ایران است مگر آنکه به صورت دیگری توافق شده باشد.

**ماده ۲۰**

این آیین نامه از تاریخ ۱۳۹۲/۰۵/۰۱ جایگزین آیین نامه های شماره ۲۳ و ۲۴ (شرایط عمومی و تعرفه بیمه حوادث انفرادی) مصوب شورای عالی بیمه خواهد شد و لازم الاجرا خواهد بود.

شرایط اختصاصی بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه**ضمیمه بیمه نامه حوادث اشخاص****ماده ۱**

هزینه های پزشکی عبارت است از هزینه هایی که بیمه شده یا بیمه گذار به علت تحقق خطرات موضوع بیمه نامه، بابت دریافت خدمات درمانی پرداخت می نماید.

ماده ۲

هزینه پزشکی قابل پرداخت توسط بیمه گر عبارت است از مبلغ مندرج در صورت حساب درمانی مربوطه و یا حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه گر هر کدام که کمتر باشد. مشروط بر آنکه حداکثر ظرف مدت ۶۰۰ روز پس از پرداخت هزینه، صورت حساب آن به بیمه گر تسلیم شده باشد و با رعایت شرایط زیر پرداخت می شود:

۱- درمان بیمه شده باید حداکثر ظرف دو سال از پایان مدت بیمه شروع شده باشد.

۲- حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه‌گر برای هر حادثه معادل بیست درصد سرمایه فوت یا نقص عضو کامل و دائم (هر کدام بیشتر باشد) خواهد بود.

ماده ۳

مجموعه حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتد یک حادثه محسوب می‌گردد.

ماده ۴

بیمه‌گر می‌تواند اسناد و مدارک پزشکی بیمه‌شده را بررسی و در مورد چگونگی درمان و معالجه بیمه‌شده تحقیق نماید.

ماده ۵

هزینه انتقال بیمه‌شده به منظور معالجه در مواردی که طبق تشخیص پزشک معالج جنبه اورژانس داشته و یا امکان معالجه وی در محل وقوع حادثه نباشد جزء هزینه‌های پزشکی محسوب شده و قابل پرداخت است.

شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه

ضمیمه بیمه‌نامه حوادث اشخاص

ماده ۱- تعاریف

۱- از کارافتادگی موقت به مفهوم از دست دادن موقت توانایی جسمی و یا روانی بیمه‌شده است که در اثر تحقق خطر موضوع بیمه به تشخیص پزشک معالج و به تایید پزشک معتمد بیمه‌گر،



بیمه شده را از انجام وظایف شغلی باز می‌دارد اعم از اینکه بستری شده باشد یا نباشد.

۲- غرامت روزانه عمومی عبارت است از مبلغی که در ایام از کارافتادگی موقت بیمه شده به علت تحقق خطر موضوع بیمه به وی پرداخت می‌گردد.

ماده ۲- تعهد بیمه‌گر

تعهد بیمه‌گر برای پرداخت غرامت روزانه عمومی مشروط بر آن است که خطر موضوع بیمه در مدت اعتبار بیمه‌نامه تحقق یابد و حداکثر ظرف دو سال از تاریخ انقضای بیمه‌نامه منجر به ازکارافتادگی موقت بیمه شده گردد.

۱- حداکثر غرامت روزانه مورد تعهد بیمه‌گر معادل پنج در هزار سرمایه فوت یا نقص عضو کامل و دائم (هر کدام بیشتر باشد) خواهد بود.

۲- تعهد بیمه‌گر برای پرداخت غرامت روزانه عمومی از چهارمین روز ازکارافتادگی موقت محاسبه می‌شود و حداکثر برای یکصد و هشتاد روز خواهد بود.

ماده ۳- سایر شرایط

- مجموعه حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتد یک حادثه محسوب می‌گردد.

شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه بستری شدن در مراکز درمانی مجاز

ضمیمه بیمه‌نامه حوادث اشخاص

ماده ۱- تعاریف

غرامت روزانه بستری شدن بیمه‌شده، مبلغی است که در ایام بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی مجاز به علت تحقق خطر موضوع بیمه به وی پرداخت می‌گردد.

ماده ۲- تعهد بیمه‌گر

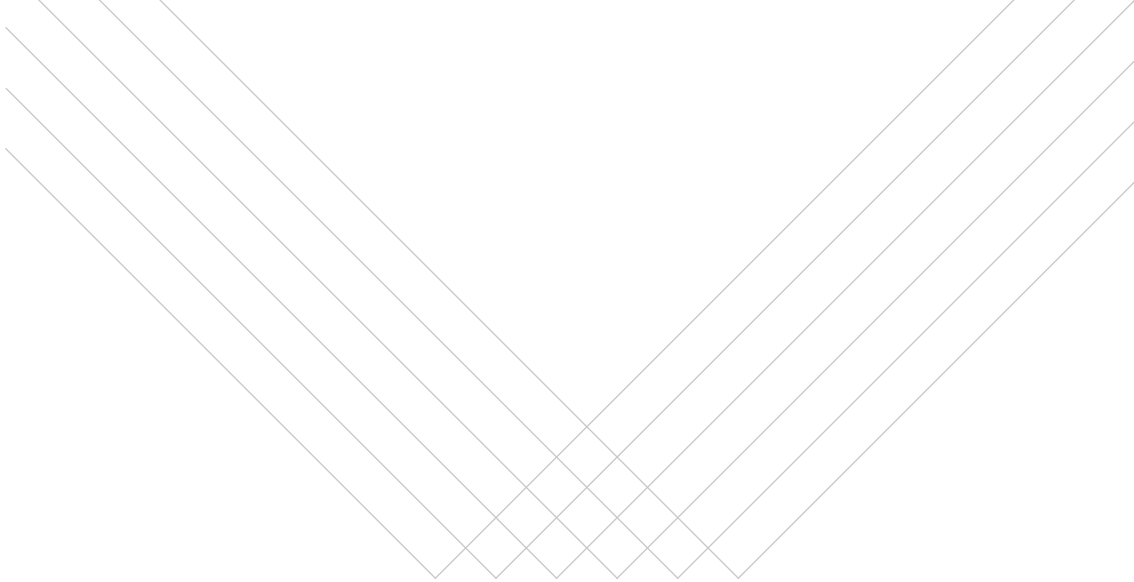
تعهد بیمه‌گر در مورد پرداخت غرامت روزانه بستری شدن در مراکز درمانی مجاز در صورتی است که خطر موضوع بیمه در مدت بیمه تحقق یابد و حداکثر ظرف دو سال از تاریخ انقضای بیمه‌نامه منجر به بستری شدن بیمه‌شده گردد. پس از انقضای مدت یادشده بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نسبت به پرداخت غرامت موضوع این بیمه نخواهد داشت.

۱- تعهد بیمه‌گر از چهارمین روز بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی مجاز محاسبه و حداکثر برای نود روز خواهد بود.

۲- حداکثر غرامت روزانه مورد تعهد بیمه‌گر معادل پنج درهزار سرمایه بیمه فوت یا نقص عضو کامل و دائم (هر کدام بیشتر باشد) خواهد بود.

ماده ۳- سایر شرایط

مجموعه حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتد یک حادثه محسوب می‌گردد.



بخش دوازدهم

مجموعه سوالات

مقدمه

کمیته خدمات بیمه‌ای با کار کارشناسی و تجارب گذشته برای شروع کار با شرکت‌های بیمه مجموعه مواردی که مرتبط با بیمه عمر و زندگی بودند را در قالب مجموعه سوالات به شرکت‌های بیمه ارائه نمود تا ضمن استاندارد شدن پاسخ‌ها آنها را به صورت سیستمی تجزیه و تحلیل نماید.

بیمه‌گر محترم

سلام علیکم

با احترام، سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم با دارا بودن نفر عضو از جامعه مهندسی استان، در نظر دارد از خدمات بیمه‌ای در زمینه عمر و سرمایه‌گذاری استفاده نماید. پیرو تشکیل جلسات



مقدماتی در زمستان ۱۳۹۴ مقتضی است نسبت به بررسی موارد زیر و اعلام نظرات اقدام فرمایید.

تحت چه شرایطی بیمه‌نامه «گروهی» تلقی خواهد شد؟ مزیت بیمه‌نامه گروهی نسبت به انفرادی چگونه است؟

آیا برای بیمه‌نامه گروهی لازم است تک تک اعضای مجموعه حضور داشته باشند یا ورود تعداد مشخصی از اعضا کفایت می‌کند؟

شرایط بیمه‌گذار

۱- آیا محدوده جغرافیایی خاصی برای بیمه‌گذار وجود دارد یا خیر؟ آیا

الزامی به اقامت فرد در داخل کشور هست یا خیر؟

۲- کدامیک از پوشش‌ها منوط به حضور فرد در داخل کشور است؟

۳- آیا محدوده جغرافیایی خاصی برای ذینفعان وجود دارد یا خیر؟ آیا

الزامی به اقامت فرد در داخل کشور هست یا خیر؟

۴- آیا لازم است فرد دارای پروانه اشتغال بکار باشد؟

۵- آیا ادامه عضویت در سازمان نظام مهندسی ساختمان قم لازم

است؟ در صورت انتقال عضویت از استان قم به سایر استان‌ها نحوه

عمل چگونه است؟ آیا بازهم مشمول شرایط بیمه گروهی خواهد بود؟

۶- آیا پس از تفاهم‌نامه بین سازمان نظام مهندسی و بیمه‌گر، اعضای

سازمان می‌توانند برای بستگان سببی و نسبی خود بیمه‌نامه

خریداری نمایند؟

۷- آیا جنسیت بیمه‌گذار در شرایط بیمه‌نامه تأثیر دارد؟



تعداد بیمه نامه:

- ۸- هر فرد تا چند بیمه نامه از یک شرکت بیمه گر می تواند خریداری نماید؟
- ۹- چنانچه فردی قبلا از شرکت «الف» بیمه نامه خریداری کرده باشد آیا می تواند از شرکت «ب» نیز بیمه نامه جدید خریداری نماید؟
- ۱۰- در صورت خرید چندین بیمه نامه آیا سقف چند سرمایه فوت، امراض خاص و از کار افتادگی پرداخت می شود یا خیر؟
- ۱۱- در صورت خرید چندین بیمه نامه آیا هزینه های بیمه گری کمتری با بیمه گذار محاسبه خواهد شد؟ به چه مقدار؟

ذینفعان:

- ۱۲- نحوه تعیین ذینفعان چگونه است؟ تا چند نفر ذینفع قابل تعیین است؟ آیا امکان جابجایی این افراد در بین سال بیمه ای وجود دارد؟
- ۱۳- آیا یک فرد می تواند به عنوان یکی از ذینفعان چندین بیمه نامه باشد؟
- ۱۴- آیا یک فرد می تواند به عنوان تنها ذینفع چندین بیمه نامه باشد؟

شرایط سنی:

- ۱۵- حداقل سن بیمه شدگان چقدر بایستی باشد؟ به چه روشی می توان این محدودیت اعمال نشود؟
- ۱۶- حداکثر سن بیمه شدگان چقدر بایستی باشد؟ به چه روشی می توان این محدودیت اعمال نشود؟



۱۷- کدامیک از خدمات بیمه‌گر دارای شرط سنی حداقل و یا حداکثر است؟ به چه روشی می‌توان این محدودیت اعمال نشود؟

مدت بیمه‌نامه:

۱۸- تعیین مدت بیمه‌نامه آیا در اختیار بیمه‌گذار است یا خیر؟ در صورت تمدید، نحوه ارتباط ذخایر ریاضی سال‌های قبل و بعد چگونه است؟

۱۹- در صورت اختیاری بودن تعیین مدت زمان بیمه‌نامه، حداقل و حداکثر پیشنهادی بیمه‌گر چه مقدار است؟

۲۰- زمان شروع پوشش‌های بیمه‌ای برای بیمه‌گذار در حالت اقساطی از چه زمانی است؟ آیا در صورت کامل نشدن اقساط سال سقف پوشش‌ها ارائه خواهد شد؟

۲۱- کدامیک از خدمات و پوشش‌ها دارای دوره انتظار است؟ به چه روشی می‌توان این محدودیت اعمال نشود؟

۲۲- آیا برای صدور بیمه‌نامه نیاز به انجام آزمایشات وجود دارد یا خیر؟ هزینه این آزمایشات با چه کسی است؟

حق بیمه:

۲۳- آیا بیمه‌گذار می‌تواند در حین سال بیمه‌ای جاری نسبت به کاهش یا افزایش حق بیمه خود اقدام کند؟ به چه مقدار؟

۲۴- در صورت انجام بند قبل، تأثیر آن در جدول چگونه است؟

۲۵- سن بیمه‌شده چه تأثیری در میزان حق بیمه دارد؟



۲۶- حداقل و حداکثر حق بیمه چه مقدار است؟ آیا امکان تغییر در آن وجود دارد یا خیر؟

۲۷- در صورت تاخیر در پرداخت اقساط آیا جریمه دیرکرد در نظر گرفته خواهد شد؟

۲۸- آیا ممکن است در صورت تاخیر در پرداخت حق بیمه مبلغ مذکور تحت عنوان وام برای بیمه‌گذار منظور شود و شرایط و تعهدات بیمه‌گر به قوت خود باقی بماند. در صورت مراجعه بعدی بیمه‌گذار این مبالغ با سود مشابه سود وام از بیمه‌گذار دریافت و یا قسط‌بندی شود. در صورت فوت و یا نقص عضو و... این مبالغ از پول‌های قابل پرداخت به ذینفعان کسر و الباقی پرداخت شود.

۲۹- در برخی از شرکت‌های بیمه‌گر در ابتدای سال بیمه‌گذار می‌تواند مبلغی نیز جداگانه علاوه بر حق بیمه (تحت عنوان اندوخته) جهت سرمایه‌گذاری بیشتر به بیمه‌گر پرداخت نماید. نحوه اعمال این بند چگونه است؟

۳۰- آیا حضور بیمه‌گذاران به صورت گروهی تأثیری در مقدار حق بیمه نسبت به حالت انفرادی دارد یا خیر؟ مقدار آن چگونه است؟

۳۱- شغل افراد چه تأثیری در میزان حق بیمه ایشان دارد؟

۳۲- برخی بیمه‌گرها پیشنهاد افزایش مبلغ حق بیمه بدون افزایش سرمایه عمر می‌دهند. دلیل این امر چیست؟

۳۳- چنانچه فردی تصمیم به پرداخت اقساطی حق بیمه داشته باشد



و سپس در حین سال کل و یا بخشی از حق بیمه را به صورت یکجا پرداخت کند آیا ممکن است؟ چه سودی خواهد داشت؟

تعدیل سنواتی:

- ۳۴- حداقل و حداکثر تعدیل سنواتی به چه مقدار است؟
- ۳۵- آیا تعدیل سنواتی قابلیت استفاده در پوشش‌های جانبی را هم دارد یا خیر؟
- ۳۶- نحوه تأثیر تعدیل در ذخیره ریاضی چگونه خواهد بود و در کدام موارد به نفع بیمه‌گذار خواهد بود؟
- ۳۷- با توجه به نرخ تورم سالیانه کشور آیا این تعدیل برای سال‌های دهم به بعد قرارداد مناسب خواهد بود؟
- ۳۸- با توجه به اینکه در برخی موارد سقف ریالی برای پوشش‌ها در نظر گرفته شده است، تعدیل سنواتی در این حالت چه نفعی برای بیمه‌گذار خواهد داشت؟

هزینه‌های بیمه‌گر:

- ۳۹- به چه مقدار است؟
- ۴۰- چگونه محاسبه می‌شود؟
- ۴۱- برای هر نفر دقیقاً چقدریال است؟ لطفاً کامل و واضح توضیح داده شود.
- ۴۲- چه تفاوتی است بین حالتی که حق بیمه توسط سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم دریافت شود با حالتی که توسط مجری بیمه‌گذار انجام شود؟



مالیات:

۴۳- آیا مبالغ اندوخته و همچنین سود متعلقه معاف از مالیات هستند؟

۴۴- در صورت تغییر در قوانین جاری کشور آیا باز هم امکان تعلق

مالیات بر مبالغ مذکور وجود دارد یا خیر؟ چه تضمینی وجود دارد؟

۴۵- در پایان قرارداد در صورت تبدیل ذخیره ریاضی به بازنشستگی آیا مبالغ معاف از مالیات هستند؟

۴۶- آیا پس از فوت بیمه شده، مبالغ معاف از مالیات بر ارث هستند یا خیر؟

۴۷- با توجه به اینکه شرکت های بیمه گر تماماً اشخاص حقوقی ثبت

شده می باشند چگونه پرداخت ها و دریافت های ایشان معاف از

مالیات خواهد بود؟ نحوه تعامل با اداره امور مالیاتی چگونه است؟

خدمات الکترونیک:

۴۸- در حال حاضر کدامیک از خدمات بیمه گر در بستر الکترونیک ارائه می شود؟

۴۹- امکان استعلام جداول محاسبه اولیه و استعلام نرخ

۵۰- امکان پرداخت حق بیمه از طریق روش های مرسوم الکترونیکی

(pc, android)

۵۱- انواع اطلاع رسانی وصول حق بیمه با امکان پرینت رسید

۵۲- گزارش مالی بیمه نامه شامل اضافه، کسر و اریز اقساط

- ۵۳- اعلام وضعیت بیمه‌نامه از طریق سیستم اطلاع رسانی
- ۵۴- اطلاع رسانی به بیمه‌گذار بابت زمان‌های پرداخت اقساط حق بیمه
- ۵۵- اطلاع رسانی به بیمه‌گذار بابت زمان‌های پرداخت اقساط وام دریافتی
- ۵۶- اعلام جداول پوشش‌های مصرف شده و مقادیر باقیمانده از پوشش‌های اضافی
- ۵۷- اعلام تغییرات در شرایط بیمه‌نامه به موجب صدور الحاقیه‌های احتمالی
- ۵۸- صدور کارت الکترونیکی برای بیمه‌گذار اصلی
- ۵۹- امکان گزارش‌گیری از کلیه موارد
- ۶۰- صدور و تمدید بیمه‌نامه به صورت الکترونیکی
- ۶۱- ایجاد دسترسی مدیریت شده برای سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم
- ۶۲- اخذ گزارش جدول پیش‌بینی تعهدات بیمه‌گرو بیمه‌گذار با آخرین تغییرات
- ۶۳- گزارش جدول ارزش بازخرید به صورت لحظه‌ای
- ۶۴- گزارش میزان اندوخته بیمه‌نامه یا ذخیره ریاضی
- ۶۵- مشاهده گزارش سود مشارکت در منافع هر سال
- وام:**
- ۶۶- چه محدودیت‌هایی زمانی برای دریافت وام وجود دارد؟ از چه زمانی



فرد میتواند وام بگیرد؟

۶۷- آیا برای دریافت وام به ضامن و یا سفته و چک و... نیاز است؟

۶۸- روند اداری دریافت وام چند روزه است؟ مراحل کاری را تشریح نمایید.

۶۹- آیا امکان انجام کلیه روند دریافت و پرداخت وام از طریق کارتابل الکترونیکی بیمه‌گذار وجود دارد؟

۷۰- آیا پرداخت وام مشمول کارمزد هم خواهد بود؟

۷۱- نحوه و مدت بازپرداخت چگونه است؟

۷۲- مقدار سود وام دریافتی چه مقدار است؟ آیا امکان کاهش این سود وجود دارد یا خیر؟

۷۳- نحوه تعیین میزان سود وام و نحوه اعمال آن چگونه است؟ با در نظر گرفتن مبلغ وام یک میلیون تومان در حالات زیر کامل توضیح دهید

۷۴- وام به مبلغ یک میلیون تومان، با بازپرداخت دوساله

۷۵- وام به مبلغ یک میلیون تومان، با بازپرداخت چهار ساله

۷۶- آیا دریافت وام در مبالغ جداول مالی پیوست قرارداد تأثیر دارد؟ توضیح کامل داده شود.

۷۷- سقف مبلغ دریافت وام به چه میزان است؟

۷۸- چه محدودیتی در تعداد دفعات دریافت وام وجود دارد؟ آیا محدودیت‌ها در سال‌های مختلف متفاوت می‌باشد؟



۷۹- چنانچه سود اعلامی مجمع بسیار کمتر از سود تضمینی باشد

سود وام چگونه حساب خواهد شد؟

۸۰- چنانچه سود اعلامی مجمع بسیار بیشتر از سود تضمینی باشد

سود وام چگونه حساب خواهد شد؟

۸۱- با توجه به تفاوت در نرخ سود تضمینی در سال‌های دهم و یازدهم،

چنانچه فردی در روزهای پایانی سال دهم وام بگیرد ملاک محاسبه

سود وی کدام نرخ تضمینی خواهد بود؟ نرخ سال دهم و یا نرخ سال

یازدهم؟

۸۲- در صورت تاخیر در پرداخت اقساط آیا جریمه دیر کرد و کارمزد به

فرد تعلق خواهد گرفت؟

حق بیمه:

۸۳- در صورت عدم پرداخت بخشی از حق بیمه نحوه ارائه پوشش‌ها

چگونه خواهد بود؟ تأثیر آن در جداول چگونه است؟

۸۴- در صورت انقطاع در پرداخت بخشی از حق بیمه نحوه ارائه

پوشش‌ها چگونه خواهد بود؟ تأثیر آن در جداول چگونه است؟

سود:

۸۵- سود به صورت روزشمار محاسبه می‌شود و یا به طروق دیگر؟

۸۶- مقدار سود تضمینی متعلقه به مبالغ در سال‌های مختلف قرارداد

به چه میزان است؟

۸۷- چنانچه بر اساس اعلام بیمه مرکزی نرخ سود کاهش پیدا کند



آیا به قراردادهای قبل از ابلاغ نیز اعمال خواهد شد یا خیر؟ (عطف
ماسبق)

۸۸- با توجه به نرخ تورم کشور آیا مبالغ سود متعلقه متناسب هست
یا خیر؟ آیا مبالغ پرداختی در آینده رقم قابل توجهی خواهند بود؟
۸۹- چه تفاوت عمده‌ای بین سود سپرده‌گذاری بلند مدت در بانک‌ها و
خرید بیمه‌نامه وجود دارد؟ جدول ریاضی ارائه شود.

۹۰- چه تضمینی در پرداخت این سود وجود دارد؟

۹۱- نحوه اعمال ریاضی این سود چگونه است؟ (فرمول محاسبه)

۹۲- دریافت و یا عدم دریافت وام چه تأثیری در فرمول محاسبه دارد؟

۹۳- آیا پرداخت حق بیمه به صورت اقساط در میزان سود تأثیر دارد یا
خیر؟

۹۴- چنانچه فردی حق بیمه را زودتر از مواعد مقرر پرداخت نماید چه
نتیجه تشویقی در پی دارد؟

۹۵- مقادیر سودهای اعلامی از سوی مجمع چگونه محاسبه
می‌شود؟ نحوه اطلاع بیمه‌گذار از آن چگونه است؟

۹۶- سودهای پرداختی در پنج سال اخیر آن شرکت به چه مقدار بوده
است؟

۹۷- چنانچه سود اعلامی مجمع کمتر از نرخ سود قطعی قرارداد باشد،
نحوه عمل چگونه خواهد بود؟

۹۸- آیا احتمال تعیین نوع خاصی از کسورات در آینده توسط دولت‌ها



بر این مبالغ وجود دارد یا خیر؟

۹۹- سود مشارکت در منافع بیمه‌ای چیست؟ چگونه محاسبه و اعمال می‌شود؟

حادثه و نقص عضو:

۱۰۰- تعریف «حادثه» چیست و نحوه تشخیص آن چگونه است؟
۱۰۱- تعریف «نقص عضو کلی» چیست و نحوه تشخیص آن چگونه است؟ حق بیمه آن چقدر است؟

۱۰۲- تعریف «نقص عضو جزئی» چیست و نحوه تشخیص آن چگونه است؟ حق بیمه آن چقدر است؟

۱۰۳- حق بیمه هر یک از پوشش‌ها چقدر است؟
۱۰۴- مبلغ پرداختی این پوشش چگونه محاسبه می‌شود و چند درصد سرمایه فوت است؟

۱۰۵- حداقل و حداکثر مبالغ این پوشش چقدر است؟

۱۰۶- روند اداری کار را تشریح نمایید.

مستمری بازنشستگی:

۱۰۷- آیا در پایان قرارداد قابلیت تبدیل ذخیره ریاضی به «مستمری بازنشستگی» وجود دارد یا خیر؟

۱۰۸- این مستمری طی چند سال و چگونه به فرد عودت می‌شود؟
۱۰۹- با توجه به زمان بر بودن عودت مبالغ در حالت مستمری، آیا به مبالغ باقیمانده تا زمان اتمام نیز سود تعلق می‌گیرد؟



سرمایه فوت:

- ۱۱۰- مبلغ آن به چه میزان است؟ نحوه محاسبه آن چگونه است؟
- ۱۱۱- حداقل و حداکثر برای این مبلغ وجود دارد یا خیر؟
- ۱۱۲- از چه زمان فرد تحت پوشش این تعهد قرار می‌گیرد؟
- ۱۱۳- آیا این مبالغ معاف از مالیات هستند؟
- ۱۱۴- آیا قابل مصادره توسط طلبکاران (حقیقی یا حقوقی یا دولت) می‌باشد یا خیر؟ چه تضمینی وجود دارد؟
- ۱۱۵- آیا نیاز به انحصار وراثت هست یا خیر؟
- ۱۱۶- آیا فوت بایستی در محدوده جغرافیایی کشور باشد؟
- ۱۱۷- بروکراسی برای پرداخت‌ها چگونه است؟ روند اداری کار را تشریح نمایید.

فوت بر اثر حادثه:

- ۱۱۸- مبلغ آن به چه میزان است؟ نحوه محاسبه آن چگونه است؟
- ۱۱۹- مبلغ پرداختی این پوشش چند درصد سرمایه فوت است؟
- ۱۲۰- حداقل و حداکثر مبالغ این پوشش چقدر است؟
- ۱۲۱- بروکراسی برای پرداخت‌ها چگونه است؟ روند اداری کار را تشریح نمایید.

- ۱۲۲- حداقل و حداکثر برای این مبلغ وجود دارد یا خیر؟
- ۱۲۳- از چه زمان فرد تحت پوشش این تعهد قرار می‌گیرد؟



۱۲۴- آیا این مبالغ معاف از مالیات هستند؟

۱۲۵- آیا قابل مصادره توسط طلبکاران (حقیقی یا حقوقی یا دولت)

می‌باشد یا خیر؟ چه تضمینی وجود دارد؟

۱۲۶- آیا نیاز به انحصار وراثت هست یا خیر؟

۱۲۷- تا چه مدت بعد از حادثه فوت فرد ناشی از حادثه تلقی خواهد شد؟

۱۲۸- آیا محدودیت سنی یا نوع حادثه برای این پوشش وجود دارد یا خیر؟

۱۲۹- آیا فوت بر اثر حادثه بایستی در محدوده جغرافیایی کشور باشد؟

پوشش امراض خاص:

۱۳۰- امراض خاص شامل کدام بیماری‌هاست؟

۱۳۱- آیا سرطان خوش خیم هم جزء امراض خاص محسوب می‌شود یا خیر؟

۱۳۲- مبلغ آن به صورت دقیق چه مقدار است؟

۱۳۳- نحوه محاسبه آن چگونه است؟

۱۳۴- مبلغ پرداختی این پوشش چگونه محاسبه می‌شود و چند درصد سرمایه فوت است؟

۱۳۵- حداقل و حداکثر مبالغ این پوشش چقدر است؟

۱۳۶- آیا محدودیت سنی یا نوع حادثه برای این پوشش وجود دارد یا خیر؟



۱۳۷- آیا امکان استفاده از این پوشش به صورت چند مرحله‌ای تا سقف مورد تعهد جود دارد؟

۱۳۸- چنانچه تا سقف این پوشش استفاده شود آیا امکان تمدید آن وجود دارد یا خیر؟ نحوه آن چگونه است؟

۱۳۹- چنانچه به علت تغییر در قوانین درمانی کشور تمام یا بخشی از این امراض تحت پوشش دولت قرارگیرند آیا بازهم این مبالغ به بیمه‌گذار پرداخت خواهد شد یا خیر؟

۱۴۰- چنانچه درمان در خارج از کشور انجام شود آیا بازهم این مبالغ به بیمه‌گذار پرداخت خواهد شد یا خیر؟

۱۴۱- چنانچه فردی حادثه ببیند و سپس سکتہ کرده و از کار افتاده شود و بعد از مدتی بمیرد نحوه پرداخت پوشش‌ها چگونه است؟
۱۴۲- بروکرسی برای پرداخت‌ها چگونه است؟ روند اداری کار را تشریح نمایید.

خدمات جانبی فردی:

۱۴۳- کدامیک از خدمات زیر به افراد داده خواهد شد (در صورت وجود شرایط هریک کامل توضیح داده شود):

۱۴۴- ارائه تخفیف در خرید سایر بیمه‌نامه‌ها (اعم از ثالث، بدنه، درمان مسافرتی و...)

۱۴۵- ارائه بیمه‌نامه رایگان حوادث

۱۴۶- ارائه بیمه‌نامه رایگان آتش‌سوزی منازل

۱۴۷- ارائه تخفیف در زمینه بیمه‌های مسئولیت

۱۴۸- واریز درصدی از کارمزد مجری به اندوخته بیمه‌گذاران (توسط مجری)

۱۴۹- واریز درصدی از حق بیمه اصلی بیمه‌گر به اندوخته بیمه‌گذاران (توسط بیمه‌گر)

خدمات جانبی (گروهی):

۱۵۰- با توجه به اینکه سرمایه بیمه‌گذاران به صورت بلند مدت در اختیار بیمه‌گر قرار می‌گیرد چه خدمات جانبی دیگری به مجموعه داده خواهد شد؟

۱۵۱- در برخی بیمه‌گران درصدی از کل حق بیمه دریافتی به عنوان هزینه مازاد پزشکی ناشی از حادثه برای کل مجموعه در نظر گرفته می‌شود.

۱۵۲- در برخی بیمه‌گران درصدی از کل حق بیمه دریافتی به عنوان هزینه مازاد امراض خاص برای کل مجموعه در نظر گرفته می‌شود.

۱۵۳- آیا بیمه‌گر نسبت به برقراری دوره‌ها و کلاس‌های آموزشی (رایگان) ویژه بیمه‌گذاران اقدام خواهد نمود؟

۱۵۴- آیا این خدمات به صورت سالیانه در کل مدت قرارداد هم پابرجاست و یا فقط شامل سال اول می‌شود؟

پوشش رایگان اضافی آخرین سال حیات:

۱۵۵- این پوشش آیا تحت تعهد آن بیمه‌گر وجود دارد یا خیر؟

۱۵۶- در صورت وجود مقدار آن چگونه است؟



۱۵۷- حداقل و حداکثر آن به چه مقدار است؟

۱۵۸- نحوه تشخیص و پرداخت آن چگونه است؟

۱۵۹- بروکرسی برای پرداخت‌ها چگونه است؟

۱۶۰- چه تأثیری در جداول دارد؟

پوشش موقت برای فوت ناشی از حادثه:

۱۶۱- پوشش موقت برای فوت ناشی از حادثه چیست؟

۱۶۲- شامل چه افرادی می‌شود؟

۱۶۳- حداقل و حداکثر آن چقدر است؟

۱۶۴- بروکرسی برای پرداخت‌ها چگونه است؟ روند اداری کار را تشریح نمایید.

بیمه‌نامه گروهی چیست؟ خدمات آن چگونه است؟

تضامین و تعهدات بیمه‌گر:

۱۶۵- لطفاً رونوشت اسناد ثبت شرکت جهت بررسی واحد حقوقی سازمان ارائه شود.

۱۶۶- سرمایه بیمه‌گر در حال حاضر به چه میزان است؟

۱۶۷- قرارداد فی‌مابین شعبه مرکزی انعقاد خواهد شد و یا با شعبه استانی؟

۱۶۸- آیا امکان استقرار نمایندگی مستقر در داخل سازمان وجود دارد یا خیر؟

۱۶۹- چه تضمینی برای پرداخت سودهای مورد تعهد وجود دارد؟



۱۷۰- چه تضمینی در صحت محاسبه سود مجمع وجود دارد؟

۱۷۱- با توجه به اتفاقات اخیر در صنعت بیمه چنانچه بیمه‌گر توانایی پرداخت تعهدات خود را نداشته باشد تکلیف بیمه‌گذار چه خواهد شد؟

۱۷۲- چه تضمینی در معافیت از مالیات به مبالغ و ذخایر و پرداختی‌ها وجود دارد؟

۱۷۳- در صورت خروج فرد از کشور به هر دلیل و هر طریق آیا بازهم تعهدات بیمه‌گر به قوت خود باقیست؟

۱۷۴- چنانچه واحد پولی کشور عوض شود و یا تعدادی صفر از پول حذف شود اعداد و ارقام چگونه خواهد بود؟

۱۷۵- آیا در پرداختی‌ها فرانشیز یا سایر کسورات هم وجود دارد یا خیر؟

۱۷۶- آیا جریمه و وجه التزام برای پرداخت‌های بیمه‌گر وجود دارد؟

نظارت بیمه مرکزی:

۱۷۷- نحوه اعمال نظارت بیمه مرکزی بر بیمه‌گر چگونه است؟

۱۷۸- آیا امکان تایید قرارداد (بویژه شرایط خصوصی آن) در بیمه مرکزی کشور وجود دارد؟

هزینه‌های پزشکی:

۱۷۹- سقف آن چگونه تعیین می‌شود؟

۱۸۰- بروکرسی برای پرداخت‌ها چگونه است؟ روند اداری کار را تشریح نمایید.



۱۸۱- آیا محدودیت دفعات وجود دارد؟

۱۸۲- چنانچه درمان در خارج از کشور باشد نحوه پرداخت چگونه است؟

۱۸۳- آیا دارای فرانشیز است؟

از کار افتادگی:

۱۸۴- تعریف آن چیست؟ آیا منظور عدم توانایی ادامه شغل قبلی است و یا عدم توانایی انجام هیچ کاری؟

۱۸۵- مبلغ آن به چه میزان است؟

۱۸۶- آیا دریافت آن روی جداول ریاضی تأثیر دارد یا خیر؟

۱۸۷- آیا مشمول فرانشیز است یا خیر؟

۱۸۸- بروکراسی برای پرداخت‌ها چگونه است؟ روند اداری کار را تشریح نمایید.

۱۸۹- آیا دارای محدودیت سنی است؟

۱۹۰- آیا دارای دوره انتظار است؟

۱۹۱- در برخی بیمه‌گران حین از کار افتادگی مبلغی تحت عنوان سرمایه از کار افتادگی به فرد پرداخت می‌شود. آیا در آن شرکت نیز چنین قابلیت وجود دارد؟

۱۹۲- در صورت از کار افتادگی بیمه‌شده آیا قرارداد خاتمه پیدا می‌کند؟ در صورت ادامه قرارداد وضعیت پوشش‌ها چگونه خواهد بود؟

تشخیص و درمان سرطان:

۱۹۳- این پوشش چیست؟ شامل چه کسانی می‌شود؟

- ۱۹۴- خرید این پوشش اجباری است یا اختیاری؟
- ۱۹۵- آیا برای استفاده از آن محدودیت سنی وجود دارد یا خیر؟
- ۱۹۶- آیا دارای دوره انتظار و یا فرانشیز می‌باشد؟
- ۱۹۷- مبلغ آن به چه اندازه است؟
- ۱۹۸- چنانچه به علت تغییر در قوانین درمانی کشور تمام یا بخشی از این امراض تحت پوشش دولت قرارگیرند آیا بازهم این مبالغ به بیمه‌گذار پرداخت خواهد شد یا خیر؟
- مستمری از کارافتادگی:

- ۱۹۹- مبلغ آن چقدر است و چگونه محاسبه می‌شود؟
- ۲۰۰- رابطه آن با معافیت حین از کارافتادگی چیست؟
- ۲۰۱- رابطه آن با سرمایه از کارافتادگی چیست؟
- ۲۰۲- چه تأثیری در جداول دارد؟
- ۲۰۳- آیا مشمول دوره انتظار است؟
- ۲۰۴- دلیل از کارافتادگی حادثه است یا بیماری هم می‌تواند باشد؟
- ۲۰۵- سرمایه عمر اضافی چیست و چگونه اعمال می‌شود؟
- ارزش بازخرید:

- ۲۰۶- زمان بازخرید از چه تاریخی می‌تواند باشد؟
- ۲۰۷- پرداخت مبالغ حین بازخرید توسط بیمه‌گر چگونه است؟
- ۲۰۸- آیا مشمول مالیات است یا خیر؟



پوشش S.O.S

۲۰۹- شامل چه خدماتی است؟

۲۱۰- حق بیمه آن چگونه محاسبه می شود؟

۲۱۱- آیا مشمول دوره انتظار است؟

۲۱۲- بسته عمر، سرمایه گذاری و بازنشستگی چگونه با یکدیگر

مطابقت و یا تجمیع می شوند؟

بیمه نامه مشترک:

۲۱۳- نحوه ارائه خدمات در این بیمه نامه چگونه است؟

۲۱۴- آیا یک پوشش فوت وجود دارد یا به تعداد نفرات؟

۲۱۵- تفاوت این بیمه نامه با تهیه چند بیمه انفرادی چیست؟

۲۱۶- تعهدات بیمه گر در این بیمه نامه چگونه است؟ تفاوت جداول

ذخیره ریاضی با حالت انفرادی چگونه است؟

۲۱۷- سایر پوشش ها نیز به صورت مستقل به تک تک افراد ارائه می شود

یا بایستی برای هریک جداگانه خریداری شود؟ در این صورت هزینه ها

به چه شکل خواهد بود؟ کدام پوشش ها مشمول این بند هستند؟

۲۱۸- نفرات چه نسبتی باید با هم داشته باشند؟

۲۱۹- آیا امکان صدور بیمه نامه برای چند نفر به نفع یکدیگر وجود دارد؟

۲۲۰- در صورت فوت بیمه شده اصلی آیا بیمه نامه پایان می یابد و یا

پرداخت حق بیمه توسط بیمه گر تا پایان قرارداد ادامه پیدا می کند؟

۲۲۱- در صورت فوت بیمه شده اصلی آیا تعهدات بیمه گر برای نفرات



بعدی ادامه پیدا خواهد کرد؟

۲۲۲- آیا پس از فوت بیمه‌شده اصلی ذخیره ریاضی جدید هم تشکیل می‌شود یا خیر؟

۲۲۳- پوشش از کار افتادگی برای همه خواهد بود یا فقط بیمه‌شده اصلی؟
۲۲۴- پوشش یا نقص عضو برای همه خواهد بود یا فقط بیمه‌شده اصلی؟
۲۲۵- در صورت تمایل بیمه‌شده اصلی و یا فوت نفر دوم آیا امکان جایگزین کردن نفر جدید وجود دارد؟ آیا این کار شامل هزینه است؟ در چه زمانهایی می‌توان این کار را انجام داد؟

۲۲۶- آیا در این بیمه‌نامه هم امکان تعدیل سنواتی وجود دارد یا خیر؟
۲۲۷- آیا هر یک از بیمه شدگان می‌توانند ذینفع جداگانه‌ای برای پس از فوت خود انتخاب نمایند؟

۲۲۸- با توجه به شرایط متفاوت سنی افراد جامعه نحوه تهیه این بیمه‌نامه چگونه خواهد بود؟ مثلاً در حالتی که پسر ۳۰ ساله بخواهد با پدر ۶۰ ساله خود بیمه‌نامه مشترک خریداری کند؟

پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه:

۲۲۹- این پوشش چیست؟ چه مزایایی دارد؟

۲۳۰- شامل چه افرادی می‌شود؟

۲۳۱- چه تأثیری در جدول ریاضی دارد؟

۲۳۲- هزینه آن چگونه محاسبه می‌شود؟

۲۳۳- طرح بیمه‌ای برای دانش‌آموزان چگونه است؟



۲۳۴- بیمه نامه «عمر زمانی گروهی» چیست؟

۲۳۵- انواع آن چگونه است؟

۲۳۶- چه مزایا و چه معایبی دارد؟

۲۳۷- «بیمه عمر زمانی گروهی با سرمایه نزولی» چیست؟

۲۳۸- «بیمه عمر زمانی گروهی با سرمایه ثابت» چیست؟

۲۳۹- طرح ودیعه گذاری برای آتش سوزی چیست؟ توضیح کامل داده شود

۲۴۰- انتقال قرارداد چیست؟ در کجا کاربرد دارد؟ چگونه انجام می شود؟

۲۴۱- آیا اتصال بین قرارداد قبلی بیمه گزار با قرارداد جدید ممکن است؟ (در حالت بیمه گر یکسان و بیمه گر متفاوت)

۲۴۲- سوالات مرتبط با جداول درخواستی از بیمه ها

۲۴۳- آیا سازمان نظام مهندسی ساختمان قم می تواند برای سه نفر در سال بی نام با یک سقف مشخص بیمه نامه عمر با خدمات محدود خریداری نماید؟

۲۴۴- آیا سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم می تواند برای سه نفر در سال بی نام با شرایط و یک سقف مشخص پوشش از کارافتادگی دائم خریداری نماید؟

۲۴۵- آیا سازمان نظام مهندسی ساختمان استان قم می تواند برای سه نفر در سال بی نام با یک سقف مشخص بیمه نامه امراض خاص خریداری نماید؟

۲۴۶- در پایان خواهشمند است جداول ریاضی مثال‌های زیر تهیه و ارائه شود

- مهندس الف) ۳۰ ساله، سالم، بیمه گروهی نظام مهندسی، حالت خریدتک نفره، پرداخت یکجا ابتدای قرارداد، سالیانه یک میلیون تومان، بدون ضریب افزایش سالانه، با کلیه پوشش‌ها
- مهندس ب) ۳۰ ساله، سالم، بیمه گروهی نظام مهندسی، حالت خرید اشتراکی، پرداخت یکجا ابتدای قرارداد، سالیانه یک میلیون تومان، بدون ضریب افزایش سالانه، با کلیه پوشش‌ها
- مهندس ج) ۵۰ ساله، سالم، بیمه گروهی نظام مهندسی، حالت خریدتک نفره، پرداخت یکجا ابتدای قرارداد، سالیانه یک میلیون تومان، بدون ضریب افزایش سالانه، با کلیه پوشش‌ها
- مهندس د) ۵۰ ساله سالم، بیمه گروهی نظام مهندسی، حالت خرید اشتراکی، پرداخت یکجا ابتدای قرارداد، سالیانه یک میلیون تومان، بدون ضریب افزایش سالانه، با کلیه پوشش‌ها
- مهندس ج) ۶۵ ساله، سالم، بیمه گروهی نظام مهندسی، حالت خریدتک نفره، پرداخت یکجا ابتدای قرارداد، سالیانه یک میلیون تومان، بدون ضریب افزایش سالانه، با کلیه پوشش‌ها
- مهندس د) ۶۵ ساله سالم، بیمه گروهی نظام مهندسی، حالت خرید اشتراکی، پرداخت یکجا ابتدای قرارداد، سالیانه یک میلیون تومان، بدون ضریب افزایش سالانه، با کلیه پوشش‌ها



تلفیق با شرایط وام، از کار افتادگی، سکت، بیماری خاص، عدم پرداخت پول حق بیمه، شرایط اقساط، سرطان و... سال آخر زندگی و...

نکته:

کلیه سوالات و پاسخ‌ها فوق در اکسل به صورت خروجی درآمده و با ضریب بندی و امتیاز کالیبره شده و خروجی به صورت کمی برای انتخاب شرکت‌های بیمه مورد استفاده قرار گرفته است.

