



بیمه ایران

بیمه های آشنا ص

بیمه ایران
مرکز آموزش و توسعه

فهرست

صفحه	عنوان	مقدمه
۱		
۱	تاریخچه بیمه های اشخاص در بیمه ایران	
۲	کلیاتی راجع به وجوه تمایز بیمه نامه های اشخاص با سایر قراردادهای بیمه ای	
۴	تعاریف	
۵	فصل اول : بیمه های عمر (بیمه های زندگی)	
۷	انواع بیمه های عمر انفرادی و روش صدور	
۱۵	بیمه های عمر گروهی و روش انعقاد قراردادها	
۲۰	بیمه عمر و حوادث کارکنان دولت	
۳۳	فصل دوم : بیمه های حوادث	
۳۴	بیمه های حوادث گروهی و روش انعقاد قراردادها	
۳۶	بیمه های حوادث خانواده و نحوه صدور	
۳۷	بیمه های حوادث انفرادی و نحوه صدور بیمه نامه ها	
۵۲	فصل سوم : بیمه های درمانی	
۶۰	بیمه مسافرین عازم به خارج از کشور (آکسا)	

بیمه ایران

بنام خدا

مقدمه

ارتباط بیمه اشخاص با مسائل انسانی و اجتماعی جامعه باعث گردیده که این رشته بیمه از اهمیت والائی برخوردار گردد بطوریکه مسائل مربوط به تامین های مختلف احاد جامعه از اهم وظایف دولت قرار دارد . طبق اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ، برخورداری از تامین های بیمه ای حقی است همگانی و دولت مکلف است تا با مشارکت مردم ، افراد کشور را در قبال انواع خطرات از قبیل فوت ، از کارافتادگی ، پیری ، بیماری ، حوادث و سوانح ، بیکاری ، در راه ماندگی و بیمه نماید . و دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم ، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک فرد کشور تامین کند . بهره مند ساختن افراد از خدمات و حمایت های وسیعی که در این ماده از قانون اساسی پیش بینی شده است از دو راه میسر است :

۱- کمک های دولت و بیمه های اجتماعی

۲- توسعه بیمه های بازرگانی در رشته بیمه اشخاص

بدین ترتیب ملاحظه میشود که بیمه اشخاص یکی از مهمترین شاخه های رفاه اجتماعی محسوب میشود و در کشورهای مختلف دولتها راساً سازمانهایی را به منظور تامین خدمات بیمه اختصاص داده اند . در کشور ما سازمانهایی نظیر سازمان تامین اجتماعی و سازمان تامین خدمات درمانی ، همچنین سازمان بازنشستگی کشور بر طبق قانون عهده دار بعضاً "خدمات درمانی ، از کارافتادگی ، بیکاری ، بازنشستگی و پرداخت مستمری به بازمندگان و یا خود بیمه شدگان میباشد . خدمات بیمه ای سازمانهای مذکور بر طبق قوانین و بصورت اجباری میباشد ، لیکن شرکتهای بیمه بازرگانی نیز بطور گسترده انواع بیمه های اشخاص را بصورت اختیاری و بر طبق تقاضا و نیاز بیمه گزاران خود در چهارچوب مصوبات شورای عالی بیمه عرضه می نمایند .

تاریخچه بیمه های اشخاص در بیمه ایران

شرکت سهامی بیمه ایران بعنوان اولین شرکت بیمه ایران و متعلق به دولت در سال ۱۳۱۴ تاسیس شد و در همان سالهای شروع به کار نسبت به صدور بیمه نامه های عمر اقدام نمود و اولین بیمه نامه عمری که توسط یکی از نمایندگان صادر گردید از نوع بیمه عمر مختلط پس انداز و متعلق به یک تاجر تبریزی بنام جبار صالح نیا بود . سرمایه آن به مبلغ ۶۰۰ لیره انگلیسی در انقضاء مدت از طرف شرکت سهامی بیمه ایران به بیمه گزار پرداخت شد . این شرکت در سال ۱۳۲۴ عهده دار اجرای قانون بیمه های اجتماعی کارگران گردید تا اینکه در سال ۱۳۳۱ سازمان بیمه های اجتماعی کارگران که امروز سازمان تامین اجتماعی نامیده میشود تاسیس شد و عهده دار بیمه کارگران گردید . بیمه درمان کارکنان دولت در سال ۱۳۳۲ بوجود آمد که این بیمه نیز تا سال ۱۳۴۲ توسط شرکت سهامی بیمه ایران اجرا گردید و سپس سازمان تامین خدمات درمانی بیمه درمان کارکنان دولت از بیمه ایران جدا شد. همانطور که ملاحظه میشود پایه گزار انواع مختلف بیمه های اشخاص در ایران ، شرکت سهامی بیمه ایران میباشد . پس از تشکیل نظام مقدس جمهوری اسلامی در ایران پیشرفت بیمه های اشخاص در شرکت بیمه ایران بطور چشمگیری ادامه داشته است زیرا بیمه اشخاص با توجه به ابعاد انسانی ، اجتماعی ، فرهنگی و اقتصادی که دارد ، میتواند اقشار مختلف مردم را در قبال عواقب ناشی از خطرات متعدد که جان ، سلامتی و روند زندگی انسان را تهدید مینماید بعنوان یک اهرم قابل اطمینان و موثر پشتیبانی نماید . بیمه ایران تا بحال در راستای سیاست خود مبنی بر توسعه و تعمیم امر بیمه در سرتاسر کشور به نحوی که حتی محرومترین افراد در دورافتاده ترین نقاط کشور بتوانند از مزایای بیمه برخوردار گردند ، گامهای موثری برداشته ، بدین ترتیب که با انعقاد قراردادهای گروهی با وزارتخانه ها ، سازمانها و نهادها ، اقشار وسیعی را تحت پوشش قرار داده است .

کلیاتی راجع به وجوه متمایز بیمه نامه های اشخاص با سایر قراردادهای بیمه ای

با توجه به اختلاف در ماهیت خطر و اثرات آن در بیمه های اشخاص با سایر انواع بیمه های مطرح در بیمه های بازرگانی خصوصاً بیمه های اشیاء، اختلافات اساسی در خصوص موضوعات بیمه ای بین آنها مشاهده میشود. به تعدادی از این موارد اختلاف که به عنوان وجوه متمایز در بیمه های اشخاص شناخته شده اند اشاره مینمائیم:

۱- موضوع بیمه:

موضوع بیمه در بیمه نامه های اشیاء جبران زیان وارده بر اموال و دارائیهای تحت پوشش بیمه گزار بوده و به عبارت دیگر موارد بیمه در این رشته ها عمدتاً اشیاء بیجان میباشد و بسته به مورد بیمه و جبران خطرات مورد نظر در قالب بیمه نامه های اتومبیل، آتش سوزی، باربری، مهندسی و.....، پوشش بیمه ای به بیمه گزاران متقاضی که غالباً صاحبان موارد بیمه ای شناخته میشوند، عرضه میگردد.

موضوع بیمه در بیمه های اشخاص براساس جبران خطرات و زیانهای وارده بر جان و سلامتی انسان که به عنوان بزرگترین و با ارزشترین دارائی هر شخص میباشد، بنا شده است. انسان زنده در بیمه های اشخاص به عنوان مورد بیمه شناخته میشود بدیهی است انسان مرده به عنوان مورد بیمه سوخته تلقی و قابل بیمه شدن نمیباشد.

۲- تعدد شخصیت های بیمه ای

در بیمه نامه های اشخاص، بیمه گر به عنوان شخصیت حقوقی و بیمه گزار به عنوان یک شخصیت حقیقی و یا حقوقی ظاهر میشوند، در حالیکه در بیمه نامه های اشخاص به غیر از دو شخصیت یاد شده، شخص بیمه شده (مورد بیمه در بیمه های اشخاص) که در همه موارد می باید حقیقی باشد و همچنین اشخاص ذینفع و یا استفاده کنندگان که هم می توانند اشخاص حقیقی و هم اشخاص حقوقی باشند، در بیمه نامه نقش آفرینی می کنند.

۳- مدت بیمه:

بیمه نامه های اشیاء عمدتاً بصورت یکساله صادر و در صورت عدم بروز خسارت و اتمام مدت تعهدات بیمه گر پایان می یابد. و برای سال بعد بیمه نامه مجدداً میباید تجدید و یا تمدید گردد. در حالیکه مدت در بیمه نامه های اشخاص خصوصاً در بیمه نامه های زندگی (عمر) که مربوط به رفع نیازهای پوششی شخص در طول مدت زندگی وی میگردد، برای مدت های طولانی و بیشتر از یکسال دیده میشود. و بعضاً در بیمه نامه های ذخیره دار و از نوع مستمری، با اتمام بیمه نامه نه تنها تعهدات بیمه گر تمام نشده بلکه تازه شروع میگردد و تا سالیان دراز و بعضی از مواقع تا آخر عمر بیمه شده ادامه می یابد.

۴- اصل غرامت و اصل سرمایه:

هم چنانکه می دانیم در کلیه بیمه نامه های اشیاء اصل غرامت حاکم است، بر مبنای این اصل بیمه گر در قبال صدور بیمه نامه و دریافت حق بیمه، متعهد میگردد زیان وارده بر موارد بیمه ای را در صورت فقدان و یا نقصان شیئی مورد بیمه در اثر خطرات تحت پوشش جبران نماید، به عبارت دیگر بیمه گر صرفاً مسئول زیان وارده به میزان تفاوت ارزش روز قبل از حادثه و بعد از حادثه میباشد، این تفاوت ارزش در بیمه نامه های اشیاء قابل تقویم به پول بوده و به همین جهت بیمه گزاران می باید به منظور پرهیز از هرگونه ضرر و زیانی، اشیاء مورد بیمه را به میزان ارزش واقعی مورد بیمه، بیمه نموده و در صورت وقوع خطر نیز بیمه گر حداکثر تا میزان ارزش واقعی مورد بیمه در روز قبل از حادثه، نسبت به جبران غرامت اقدام می نماید. بدیهی است چنانچه مالی به میزان بیش از ارزش واقعی و یا کمتر از آن بیمه گردد، در صورت بروز خسارت، بیمه گزار به ترتیب به علت پرداخت حق بیمه اضافی و یا کاهش خسارت دریافتی (بموجب ماده ۱۰ قانون بیمه) دچار خسران خواهد شد.

در بیمه نامه های اشخاص، با توجه به اینکه برای زندگی و سلامتی انسان اصولاً نمیتوان ارزش معینی تعیین نمود بجای اصل غرامت، اصل سرمایه مطرح و رعایت میشود. بدین معنی که هر شخص میتواند با توجه به نیازهای شخصی و خانوادگی خود و بر مبنایی که بتواند حق بیمه مربوطه را پرداخت نمایند و به هر میزان سرمایه که علاقمند باشند، خود و یا افراد مورد نظر خود را به عنوان بیمه شده انتخاب و ارزش سرمایه بیمه ای را تعیین و به بیمه گر پیشنهاد نمایند.

البته بیمه گران در این قبیل موارد مختار خواهند بود با ارزیابی و انتخاب ریسک ، نسبت به قبول پوشش با سرمایه متعادل و مناسب اقدام نمایند . علیهذا این حق برای بیمه گزاران بیمه نامه های اشخاص وجود دارد که با مراجعه به سایر بیمه گران و با اخذ بیمه نامه های متعدد به سرمایه های بیمه ای مورد نظر خود دست یابند ، بنابراین تعدد بیمه نامه در بیمه های اشخاص مجاز بوده و در صورت بروز خطرات تحت پوشش (فوت یا نقص عضو ، ازکارافتادگی) و یاسررسید معینی بیمه نامه در بیمه نامه های زندگی از نوع ذخیره دارتمام بیمه گران میباید نسبت به انجام تمامی تعهدات خود در قبال بیمه نامه های صادره اقدام نمایند .

۵- اصل جانشینی :

رعایت این اصل در بیمه نامه های اشیاء معمول و مجاز میباشد و به عبارتی بیمه گر در قبال پرداخت خسارت در مواقعی که در بروز و وقوع خسارت مقصری وجود دارد ، به میزان خسارت پرداختی جانشین بیمه گزار شده و می تواند با انجام ریکاورری نسبت به بازیافت خسارت پرداختی از مقصر حادثه اقدام نماید . در حالیکه در بیمه نامه های اشخاص در بخش پرداخت سرمایه های فوت ، نقص عضو ، ازکارافتادگی و یا سرمایه های حیات و مستمری ، اصل جانشینی وجود نداشته و بیمه گر مجاز نیست در قبال پرداخت سرمایه های بیمه ای جانشین بیمه گزار شده و بابت آن از مقصر حادثه وجوهی مطالبه نماید ، بدیهی است در این گونه موارد ، حق تعقیب و دریافت غرامت از مقصر حادثه تماما" به عهده خود بیمه شدگان و یا وارثان آنان میباشد .

لازم به توضیح است که پوشش بیمه جبران هزینه های درمانی که در انواعی از بیمه نامه های حوادث و بیمه های درمانی صادر میشود مشمول اصل غرامت و اصل جانشینی بوده و تابع اصل سرمایه نمیباشد .

۶- تشکیل ذخایر ریاضی در بیمه نامه های زندگی بیمه اشخاص

تشکیل ذخایر یا اندوخته های فنی و احتیاطی در بیمه نامه های اشیاء تماما" به منظور دوراندیشی و حمایت بیمه گر از خود در مواقع حساس میباشد . این اندوخته ها کاملا" متعلق به خود بیمه گران بوده و شرکت های بیمه سهمی از این اندوخته ها و یا منافع حاصل از آنرا به بیمه گزاران نمی دهند . در حالیکه اندوخته های ریاضی به منظور تامین سرمایه بیمه های زندگی برای بیمه گزاران تشکیل شده و به نوعی متعلق به عموم بیمه گزاران بیمه های زندگی میباشد و بیمه گر اداره و مدیریت این ذخایر را به عهده داشته و بیمه گزاران خود را در اصل و منافع حاصل از آن مشارکت میدهد ، حقوق بیمه گزاران نسبت به این گونه ذخایر مبنای انجام تعهدات و مزایای قابل توجهی برای بیمه گزاران بیمه نامه های زندگی میشود که در بخش های بعدی درباره آن توضیح داده میشود .

بیمه ایران

تعاریف

بیمه نامه :

بیمه نامه اشخاص ، سندی است بین بیمه گر و بیمه گزار که براساس قانون بیمه مصوب در اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گزار (که جزو لاینفک بیمه نامه میباشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین میباشد . آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گزار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده باید به بیمه گزار قبل از صدور بیمه نامه اعلام گردد و موارد اعلام شده جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمیگردد ، در صورتیکه بیمه شده و بیمه گزار شخص واحد نباشد رضایت کتبی بیمه شده و در مورد بیمه شده ایکه اهمیت قانونی نداشته باشد ، موافقت ولی یا قیم او ضروری است وگرنه بیمه نامه باطل است .

بیمه گر :

بیمه گر شرکت بیمه ایست که مشخصات آن در بیمه نامه قید میگردد و جبران خسارت پرداخت غرامت ناشی از خطر موضوع بیمه را طبق شرایط مقرر در بیمه نامه بعهده میگیرد .

بیمه گزار :

بیمه گزار شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات نامبرده در بیمه نامه قید گردیده و پرداخت حق بیمه را تعهد مینماید و بعنوان صاحب بیمه نامه در قبال بیمه گر شناخته میشود .

بیمه شده :

بیمه شده شخصی است که احتمال تحقق خطر یا خطرات مشمول بیمه برای او موجب انعقاد بیمه نامه گردیده و فوت یا حیات او موضوع قرارداد بیمه است و سن و یا شغل او اساس محاسبه حق بیمه را تشکیل میدهد .

استفاده کننده یا ذی نفع :

شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی هستند که بیمه نامه به نفع آنها منعقد شده و مشخصات آنان در بیمه نامه ذکر گردیده است و در حقیقت منافع مادی حاصل از بیمه نامه برای آنان پیش بینی گردیده است .

بیمه ایران

فصل اول:



بیمه ایران

بیمه های عمر (بیمه های زندگی)

قراردادی است که به موجب آن شرکت بیمه متعهد می شود تا در صورت فوت و یا حیات شخص بیمه شده مبلغی را بصورت یکجا یا مستمری به استفاده کننده از بیمه نامه بپردازد .

خطر فوت در بیمه های عمر ، بهر علت و شامل انواع بیماریها و حوادث می باشد و فقط هزینه های ناشی از جنگ یا خودکشی بصورت استثناء در نظر گرفته و تنها تحت ضوابط خاصی تحت پوشش قرار می گیرند . بطور کلی بیمه های عمر به دو صورت صادر می گردد : انفرادی و گروهی .



انواع بیمه های عمر انفرادی

الف : بیمه های بشرط فوت

در این بیمه ، بیمه گرمتعهد است در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه نامه ، سرمایه بیمه را به استفاده کننده پرداخت نماید .

انواع بیمه های بشرط فوت

(۱) بیمه عمر زمانی

این بیمه فوت بیمه شده را در یک زمان معین حداکثر تا سن ۶۵ سالگی تحت پوشش قرار می دهد و بیمه گر متعهد می شود چنانچه بیمه شده بهر علت در خلال مدت بیمه فوت نماید سرمایه بیمه تعیین شده را به افرادی که بعنوان استفاده کننده قبلا مشخص شده است پرداخت نماید و پس از سپری شدن مدت بیمه ، بیمه نامه خاتمه و بیمه گر تعهدی ندارد . این بیمه برای کسانی مناسب است که نگران وضعیت اقتصادی افراد خانواده پس از مرگ خود قبل از سن بازنشستگی می باشند .

(۲) بیمه تمام عمر

در این بیمه ، شخص بطور مادام العمر تحت پوشش قرار می گیرد و بیمه گر متعهد است بیمه شده بهر علت و در هر زمان و هر سنی فوت نماید مبلغ بیمه را به استفاده کننده پرداخت نماید . پرداخت حق بیمه در این بیمه به دو صورت می تواند انجام پذیرد .

(۲-۱) پرداخت حق بیمه بصورت مادام العمر : بیمه گزار متعهد است تا زمانی که بیمه شده در حیات است اقساط حق بیمه را پرداخت نماید .

(۲-۲) پرداخت حق بیمه بصورت مدت محدود : بیمه گزار متعهد است اقساط حق بیمه را فقط در طول مدت مشخصی کلا ۱۵ یا ۲۰ سال پرداخت نماید و پس از اتمام این مدت ، حق بیمه ای پرداخت نمی شود ولی تعهد بیمه گر پرداخت سرمایه در هر زمان که بیمه شده فوت نماید بقوت خود باقیست .

بیمه تمام عمر برای کسانی مناسب است که وضعیت معیشتی خانواده آنها بعد از فوت وی مختل خواهد شد مانند صاحبان مشاغل آزاد .

(۳) بیمه عمر مانده دهکار

این بیمه ، بیمه عمر با سرمایه نزولی می باشد و سرمایه بیمه متناسب با زمان کاهش می یابد و تعهد بیمه گر در این بیمه در تاریخ شروع حداکثر و معادل سرمایه و در سالهای بعد کاهش و در انقضاء مدت به صفر خواهد رسید . بدین معنا که در یک بیمه عمر مانده دهکار به مدت ۱۰ سال اگر فوت بیمه شده در سال اول اتفاق افتد تمام سرمایه و اگر در سال دوم اتفاق افتد ۹/۱۰ سرمایه و اگر سال پنجم اتفاق افتد ۶/۱۰ سرمایه قابل پرداخت می باشد .

این بیمه امروزه کاربرد زیادی دارد زیرا بسیاری از افراد به جهات مختلف بمنظور تهیه و ساخت مسکن و رفع سایر نیازهای زندگی خود از بانکها و موسسات اعتباری وام دریافت می نمایند و نگران باز پرداخت اقساط وام پس از فوت می باشند و جهت جلوگیری از فروش احتمالی وثیقه توسط وام دهنده بمنظور استفاده از طلب خود ، وام گیرنده می تواند با حق بیمه ناچیزی خود را به نفع وام دهنده در طول مدت باز پرداخت وام بیمه عمر مانده دهکار نماید تا در صورت فوت در طول مدت بیمه ، بدهی وام وی بطور یکجا از طرف شرکت بیمه در وجه وام دهنده پرداخت و از وثیقه او بنفع ورثه فک رهن گردد .

مدت پرداخت حق بیمه سالانه این بیمه چنانچه بصورت انفرادی صادر گردد در دو سوم اول مدت بیمه میباشد و در یک سوم آخر مدت بیمه حق بیمه پرداخت نمی گردد. حداکثر سن تحت پوشش بیمه شده در این بیمه نامه ۷۰ سال تمام می باشد.

۴) بیمه تأمین فرزندان

این بیمه، از نوع بیمه عمر با سرمایه نزولی است و بیمه گر متعهد است در صورت فوت بیمه شده (که معمولاً پدر خانواده است) در طول مدت بیمه مبلغ مستمری ماهانه تعیین شده را به فرزندان زیر ۱۸ سال وی تا سن ۱۸ سالگی آنها پرداخت نماید.

مدت این بیمه نامه با توجه به تعهدات بیمه گر، به میزانی تعیین میگردد که در انقضای قرارداد کوچکترین فرزند بیمه شده به سن ۱۸ سالگی برسد. این بیمه مخصوص افرادی است که دارای فرزندان صغیر می باشند. حداکثر سن تحت پوشش بیمه شده در این بیمه نامه ۷۰ سال تمام می باشد.

۵) بیمه عمر زمانی ۵ ساله قابل تبدیل

این بیمه یک نوع بیمه عمر زمانی است که مدت آن پنج سال می باشد و می توانند در پایان هر پنج سال با افزایش حق بیمه سالانه بر اساس سن جدید بیمه شده برای پنج سال دیگر مدت آن تمدید گردد این بیمه به افرادی توصیه می شود که نیاز به پوشش بیمه ای بلند مدت دارند ولی نمی خواهند در سالهای اولیه بیمه، حق بیمه زیادی بپردازند. از مزایای دیگر این بیمه، قابل تبدیل بودن آن به سایر انواع بیمه های عمر از جمله بیمه مختلط عمر و پس انداز می باشد که در صورت عدم افزایش سرمایه آن، بیمه شده از انجام معاینات پزشکی معاف خواهد بود.

شرایط بیمه های بشرط فوت

- ۱- بیمه های فوت ارزش باز خرید ندارد.
- ۲- کارمزد در این بیمه ها بر مبنای ۲۵ درصد حق بیمه وصولی سالانه می باشد.
- ۳- نرخ حق بیمه براساس سن بیمه شده و مدت بیمه تعیین میگردد.
- ۴- ضرب الاجل پرداخت حق بیمه، حداکثر یکماه از سررسید مقرر می باشد.
- ۵- در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و فوت بیمه شده در آن زمان، بیمه گر هیچ گونه تعهدی نخواهد داشت.

ب: بیمه های بشرط حیات

در این بیمه، انجام تعهدات بیمه گر موقوف به حیات بیمه شده در موعد معین (انقضای قرارداد بیمه) است که تعهد بیمه گر در پرداخت سرمایه به صورت یکجا و یا بصورت مستمری می باشد. از بارزترین انواع این بیمه، بیمه بازنشستگی است که افراد در زمان اشتغال به کار حق بیمه پرداخت می نمایند تا در زمان بازنشستگی و عدم توانایی انجام کار از محل این بیمه مستمری مادام العمر دریافت نمایند. این بیمه در حال حاضر توأم با بیمه بشرط فوت تحت عنوان بیمه مختلط صادر میگردد.

ج: بیمه های مختلط

این بیمه ها از ترکیب بیمه های فوت بشرط و بیمه های بشرط حیات تشکیل یافته است که به موجب این بیمه ها، بیمه گر متعهد به پرداخت سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه و همچنین متعهد به پرداخت سرمایه در صورت حیات بیمه شده در پایان مدت میباشد. این بیمه نامه به صورت متعددی صادر میگردد که انواع متداول آن عبارتند از:

۱) بیمه عمر مختلط پس انداز

در این بیمه، در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه سرمایه به استفاده کننده از بیمه نامه پرداخت و در صورت حیات بیمه شده در پایان مدت بیمه سرمایه بیمه به استفاده کننده که اکثراً معمولاً خود بیمه شده میباشد پرداخت میگردد.

سرمایه در این بیمه بنا به نیاز شخص می تواند به سه صورت تعیین گردد.

۱-۱) سرمایه در صورت حیات و فوت بیمه شده بصورت مساوی بنام بیمه عمر و پس انداز

۱-۲) سرمایه فوت دو برابر سرمایه حیات بنام بیمه دو برابر سرمایه بشرط فوت

۱-۳) سرمایه حیات دو برابر سرمایه فوت بنام دو برابر سرمایه بشرط حیات

۲) بیمه عمر مستمری خانوادگی

در این بیمه مدت پرداخت حق بیمه ۵ سال کمتر از مدت بیمه نامه است و چنانچه بیمه شده در خلال مدت بیمه نامه فوت نماید از تاریخ فوت به بعد حق بیمه مطالبه نخواهد شد و از طرفی بیمه گر متعهد است هر سال معادل ۱۰٪ سرمایه بعنوان مستمری و در انقضاء مدت بیمه نیز اصل سرمایه بیمه نامه را به استفاده کننده از بیمه پرداخت نماید و چنانچه شخص بیمه شده تا پایان مدت بیمه در حیات باشد بیمه گر متعهد است سرمایه بیمه به استفاده کننده که اغلب خود بیمه شده میباشد پرداخت نماید.

۳) بیمه عمر سرمایه فرزندان یا بیمه پرداخت سرمایه در انقضای مدت

در این بیمه چنانچه بیمه شده در خلال مدت بیمه فوت کند از تاریخ فوت حق بیمه مطالبه نخواهد شد لیکن در پایان مدت سرمایه بیمه به استفاده کننده که فرزندان بیمه شده میباشد پرداخت خواهد شد و چنانچه بیمه شده تا پایان مدت بیمه در حیات باشد سرمایه بیمه در پایان مدت به فرزندان او پرداخت میگردد.

این بیمه در خصوص افرادی است که مایلند فرزندانشان در سن معینی دارای اعتبار مالی جهت تحصیلات عالی، تهیه جهیزیه و کسب و کار باشند.

۴) بیمه عمر مختلط دو نفره

این بیمه دارای دو بیمه شده میباشد و در صورت فوت یکی از بیمه شدگان در خلال مدت بیمه، سرمایه بیمه به بیمه شده دیگر پرداخت و در صورت حیات هر دو بیمه شده در پایان مدت بیمه، سرمایه بیمه به استفاده کنندگان از بیمه نامه پرداخت خواهد شد. این بیمه برای دو نفر که فوت یکی از آنها موجب زیان مالی دیگری خواهد شد مانند دو نفر شریک یا زوج مناسب است.

شرایط و مزایای بیمه های مختلط

۱- در صورت انصراف بیمه گزار از ادامه بیمه، در صورت گذشت دو سال از شروع بیمه و پرداخت دو سال حق بیمه، بیمه نامه بازخرید و معادل ۹۰ درصد اندوخته ریاضی بیمه نامه در وجه بیمه گزار پرداخت میگردد.

۲- پس از گذشت دو سال از شروع بیمه نامه و دو سال پرداخت حق بیمه بنا به تقاضای بیمه گزار معادل ۹۰٪ ارزش بازخرید بیمه نامه، وام پرداخت میگردد.

۳- در صورت پرداخت حق بیمه کمتر از مدت دو سال، بیمه نامه باطل و حق بیمه های پرداختی غیر قابل استرداد میباشد.

۴- در صورت عدم پرداخت حق بیمه پس از مدت دو سال، سرمایه بیمه نامه تبدیل به سرمایه مخفف میگردد که به موجب آن سرمایه متناسب با حق بیمه های پرداختی کاهش مییابد و تعهدات بیمه گر در صورت فوت و یا حیات بیمه شده با سرمایه کاهش یافته (مخفف) بقوت خود باقیست.

۵- ضرب الاجل پرداخت حق بیمه هر قسط حداکثر ۳۰ روز از سررسید مقرر میباشد.

۶- در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و فوت بیمه شده مبلغ اندوخته ریاضی بیمه نامه تا زمان فوت محاسبه و به استفاده کننده پرداخت میگردد.

۷- نرخ بهره فنی در محاسبات حق بیمه ، بیمه های مختلط معادل ۶٪ در سال بوده که سرمایه اصلی بیمه را در پایان مدت تضمین مینماید .

۸- حداکثر سقف سنی تحت پوشش در این بیمه ها ۷۰ سال تمام میباشد .

۹- این بیمه ها مشمول مشارکت در منافع میباشند و بیمه گزار در ۷۵٪ از منافع حاصله از سرمایه گذاری بر روی ذخایر بیمه نامه مشارکت دارد که سود حاصله مازاد بر نرخ فنی بر حسب اندوخته ریاضی هر بیمه گزار ، بین بیمه گزاران توزیع و بصورت افزایش سرمایه در پایان مدت علاوه بر سرمایه اصلی بیمه نامه به استفاده کننده پرداخت میگردد .

۵) طرح جدید بیمه عمر و پس انداز

این بیمه از انواع بیمه های عمر مختلط بوده و تعهدات بیمه گر در خصوص پرداخت سرمایه اصلی مندرج در بیمه نامه باضافه مشارکت در منافع احتمالی قطعی بوده بدین معنی که سرمایه در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه و یا حیات بیمه شده در پایان مدت بیمه به استفاده کننده بیمه نامه پرداخت خواهد شد .

شرایط و مزایای بیمه

۱- در صورت انصراف بیمه گزار از ادامه بیمه پس از پرداخت ۶ ماه حق بیمه و گذشت ۶ ماه از تاریخ شروع بیمه ، بیمه نامه می تواند باز خرید و مبلغ باز خرید که معادل بخش پس اندازی حق بیمه و منافع آن تا آن تاریخ می باشد به بیمه گزار پرداخت میگردد .

۲- پس از پرداخت دو سال حق بیمه و گذشت دو سال از تاریخ شروع بیمه نامه بیمه گزار میتواند تقاضای وام از محل ذخیره بیمه نامه نماید که مبلغ وام حداکثر معادل ۹۰٪ ارزش بازخرید میباشد .

۳- در صورت پرداخت حق بیمه کمتر از ۶ ماه و انصراف بیمه گزار از ادامه بیمه نامه ، بیمه نامه باطل و حق بیمه های پرداختی غیرقابل استرداد می باشد .

۴- در صورت پرداخت حق بیمه بیش از ۶ ماه و عدم پرداخت حق بیمه سررسیدهای بعدی سرمایه بیمه بر حسب حق بیمه های پرداختی کاهش می یابد و تعهدات بیمه گر در صورت فوت و یا حیات بیمه شده براساس سرمایه تشکیل شده تا آن تاریخ پرداخت خواهد شد .

۵- ضرب الاجل پرداخت حق بیمه هر قسط حداکثر ۳۰ روز از سررسید مقرر میباشد .

۶- به حق بیمه هایی که پس از ضرب الاجل یاد شده پرداخت شود معادل نرخ بهره ۱۸٪ هزینه دیر کرد تعلق میگیرد .

۷- در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید مقرر و فوت بیمه شده ، فقط اندوخته های ریاضی بیمه نامه تا زمان فوت قابل پرداخت به استفاده کننده میباشد .

۸- ادامه بیمه نامه هایی که بیش از یکسال حق بیمه معوقه دارد منوط به تأیید پزشک مشاور و در نهایت قبول بیمه گر واحد صدور میباشد .

۹- نرخ بهره فنی در محاسبات حق بیمه این بیمه ، به میزان ۱۶/۰۸ درصد در سال بوده است که سرمایه اصلی این بیمه را در پایان مدت تضمین مینمایند .

۱۰- حداقل مدت بیمه ۵ سال و حداکثر ۱۵ سال تعیین شده است .

۱۱- حداکثر سقف سنی بیمه شدگان در این بیمه ۷۰ سال تمام میباشد .

۱۲- تغییرات این بیمه نامه حداقل پس از ۲ سال از تاریخ شروع بیمه نامه انجام میگردد و حداقل می بایستی پس از تغییرات پنج سال به انقضاء بیمه نامه مانده باشد .

۱۳- این بیمه مشمول مشارکت در منافع می باشد و بیمه گزار در ۷۵ درصد از منافع حاصله از سرمایه گذاری بر روی ذخایر بیمه نامه ، مشارکت دارد که سود حاصله مازاد بر نرخ فنی این بیمه بر حسب اندوخته ریاضی هر بیمه گزار ، بین بیمه گزاران توزیع و بصورت الحاقی افزایش سرمایه صادر و در پایان مدت علاوه بر سرمایه اصلی بیمه نامه به استفاده کننده پرداخت می گردد .

۱۴- از انواع بیمه های مختلط پس انداز ، طرح جدید بیمه های جهیزیه و مهریه میباشد که با همان سریال شماره بیمه نامه عمرمختلط صادر میگردد .

الف - بیمه جهیزیه : حق بیمه این بیمه متفاوت از بیمه عمر مختلط میباشد که بطور مجزا از کامپیوتر استخراج می گردد ، بیمه گزار و بیمه شده این بیمه نامه ولی استفاده کننده و استفاده کننده فرزند دختر میباشد و تعهدات بیمه گر بشرح زیر میباشد :

- در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه ، پرداخت حق بیمه قطع و سرمایه بیمه در پایان مدت بیمه نامه به استفاده کننده پرداخت میگردد .

- در صورت حیات بیمه شده در پایان مدت بیمه ، سرمایه بیمه به استفاده کننده پرداخت میگردد .

توضیح :

- بیمه گزار نمی تواند در طول مدت بیمه ، بیمه نامه را بازخريد و يا از محل آن تقاضای وام بنماید .
- در صورت ازدواج استفاده کننده قبل از پایان مدت بیمه ، بیمه نامه میتواند بازخريد و سرمایه بازخريد به استفاده کننده پرداخت گردد .

ب - بیمه مهریه : حق بیمه این بیمه ، همان حق بیمه عمرپس انداز (طرح جدید) میباشد و اختلاف آن با بیمه عمرپس انداز در تعیین بیمه گزار ، بیمه شده و استفاده کننده میباشد که در این نوع بیمه ، سرپرست خانواده خود را به نفع همسر خود بیمه می نماید تا سرمایه بیمه بعنوان مهریه یا قسمتی از مهریه در صورت فوت وی در طول مدت بیمه و یا در صورت حیات او در پایان مدت بیمه به همسر بیمه شده پرداخت گردد .

۱۵- امور اجرائی این بیمه نامه با توجه به تجربیات قبلی در خصوص اجرای بیمه نامه های بلند مدت عمر ، تماما از مرحله صدور تا انقضاء دوره با استفاده از سیستم ماشین طراحی گردیده است که به مرور با تجهیز امکانات کامپیوتری واحدهای صدور و پرداخت خسارت مراکز و شعب بیمه ایران کلیه عملیات بیمه گری بصورت مکانیزه انجام میگردد و سوابق صدور بیمه نامه و تغییرات بعدی با استفاده از برنامه کامپیوتری ضبط و نگهداری خواهد شد .

پوشش های اضافی و تکمیلی بیمه های عمر انفرادی

۱) بیمه تکمیلی فوت بر اثر حادثه

چنانچه این پوشش به بیمه های عمر اضافه گردد در صورت فوت بیمه شده در اثر حادثه بیمه گر علاوه بر پرداخت سرمایه بیمه عمر متعهد به پرداخت سرمایه حادثه هم می باشد .

۱-۱) نرخ حق بیمه تکمیلی فوت بر اثر حادثه براساس شغل بیمه شده طبق جدول طبقه بندی مشاغل بیمه های حوادث محاسبه و به حق بیمه اصلی اضافه میگردد .

۲-۱) سرمایه بیمه تکمیلی حادثه می تواند ضریبی از سرمایه اصلی بیمه نامه و یا سرمایه مستقل از آن باشد که در هر صورت می بایستی از حداکثر سقف تعیین شده که در حال حاضر مبلغ سیصد میلیون ریال است تجاوز ننماید .

۲) بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه بعلت از کارافتادگی دائم و کامل بیمه شده در این بیمه تکمیلی هرگاه بیمه شده بطور کلی و دائم از کارافتاده شود (اعم از حادثه یا بیماری) و مدت ۶ ماه از آن بگذرد ، بیمه گذار از پرداخت حق بیمه تا پایان مدت معاف خواهد بود .

۲-۱) حداکثر سقف سنی جهت این پوشش ۶۰ سال تمام می باشد .

۲-۲) بیمه تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه جهت بیمه نامه هایی که بیمه گذار و بیمه شده دو نفر می باشند صادر نمی گردد .

۳-۲) نرخ حق بیمه این پوشش تکمیلی با توجه به سن بیمه شده بشرح زیر محاسبه و به حق بیمه ، بیمه نامه اضافه میگردد .

سن بیمه شده	اضافه نرخ
کمتر از ۳۰ سال	۱/۵ درصد حق بیمه سالانه
۳۰ - ۳۹ سال	۲ درصد حق بیمه سالانه
۴۰ - ۴۴ سال	۲/۵ درصد حق بیمه سالانه
۴۵ - ۴۹ سال	۳ درصد حق بیمه سالانه
۵۰ - ۵۵ سال	۳/۵ درصد حق بیمه سالانه

صدور بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه بعثت از کارافتادگی کامل بیمه شده منوط به پاسخ سئوالات پزشکی در ظهر پیشنهاد بیمه عمر و در صورت نیاز به انجام معاینات پزشکی، تائید پزشک مشاور شرکت میباشد.

مراحل عمومی فروش و صدور بیمه عمر انفرادی :

۱- **طریقه برخورد و نحوه معرفی بیمه به مراجعین :** در مرحله اول کارکنان صدور باید بتوانند از هر فرد بی تفاوت به امر بیمه زندگی، یک فرد علاقمند و در مرحله بعد یک مشتری خوب و به عبارتی بیمه گذاری مطمئن بسازند. رمز موفقیت مادر این امر خوش رویی و ارزش و اعتقاد به کارمان، جلب اعتماد طرف مقابل، شناخت احتیاج واقعی مشتری و ترغیب و تشویق از طریق معرفی صادقانه ولی هوشیارانه مزایای بیمه مناسب و نهایتاً ابتکار و حسن سلیقه شخص مسئول و نماینده بیمه خواهد بود.

۲- **رابطه با نماینده بیمه :** فروش بیمه عمر امروزه با توجه به سیستم تشکیلاتی شرکتهای بیمه بدون کمک و استفاده از سیستم نمایندگی قابل تصور نمیشود برای شرکتهای بیمه نه امکان پذیر است و نه با صرفه که بخواهند در رشته ای همچون بیمه عمر مستقیماً با همه مشتریان ارتباط برقرار کرده و احتیاجات بیمه ای آنان را مرتفع نمایند پس ناچاریم از نمایندگان بیمه بنحو احسن استفاده نمائیم. البته استفاده صحیح و با حفظ فاصله مناسب و متقابلاً باید بتوانیم اعتماد نمایندگان بیمه را به تشکیلات شرکت جلب نمائیم. نماینده زبان ما و اولین وسیله آشنایی نزدیک ما با مشتریان بوده و بنابراین چه بهتر که این زبان، تصویری درست و منطبق با واقعیات از بیمه نزد مشتریان ایجاد نماید بدنبال تحقق این هدف از بسیاری از عواقب ناخوشایند بعدی در امان خواهیم بود و بر عکس.

۳- **قبول و کنترل پیشنهاد بیمه و اخذ برگه موافقت با شرایط :** سئوالات مندرج در برگه پیشنهاد بیمه و متعاقباً جوابهای داده شده بعنوان پایه و اساس قرارداد آینده خواهد بود. نمایندگان بیمه و یا کارکنان بیمه عمر در قسمت مربوطه موظف هستند ترتیبی اتخاذ نمایند، حتی الامکان پیشنهاد بیمه عمر و برگه موافقت با شرایط در حضور آنان و توسط شخص متقاضی بیمه تکمیل گردد. خصوصاً در مواردیکه صدور بیمه عمر مشمول انجام معاینات پزشکی نمیشود دقت در جوابهای داده شده به سئوالات و رویت حداقل یکبار متقاضی بیمه (بیمه شده) به همراه کارت شناسایی توسط مسئول فروش بیمه الزامی است کنترل جوابهای داده شده به سئوالات پزشکی در برگه پیشنهاد بیمه جزو وظایف مهم و اولیه مسئول مربوطه میباشد کنترل سن و شغل بیمه شده و سقف سرمایه درخواستی و نوع بیمه و مدت بیمه و پوششهای مورد درخواست و امضاء برگه پیشنهاد توسط بیمه شده و بیمه گذار از نکات مهم میباشد. اخذ برگه موافقت با شرایط اینگونه بیمه ها تأکیدی مجدد بر آگاهی قبلی و علم و اطلاع متقاضی بیمه نسبت به آن چیزی است که تقاضای صدور آن توسط بیمه گذار گردیده است امضاء این برگه توسط بیمه گذار الزامی است. مفاد این برگه حاوی اطلاعاتی در خصوص ابتدا مزایا و سپس مضار این گونه بیمه نامه ها در موارد و مراحل خاصی از جمله مواردی نظیر ابطال، بازخرید، عدم پرداخت حق بیمه میباشد تسلیم پیشنهاد بیمه در مواردی که مشمول معاینات پزشکی نمیگردد بدون پرداخت بیعانه و در مواردی که صدور بیمه نامه موکول به انجام معاینات پزشکی میگردد به همراه مبلغ یکصد هزار ریال بعنوان بیعانه انجام میشود. مبلغ بیعانه در صورت صدور بیمه نامه بعنوان جزئی از حق بیمه اولین سررسید تلقی شده و صورت انصراف بیمه گذار از ادامه معاینات پس از کسر هزینه های اداری و هزینه معاینات و آزمایشات پزشکی انجام شده ما به التفاوت آن به مشتری قابل برگشت میباشد. نکاتی که مسئول بیمه عمر بهنگام قبول پیشنهاد میباید

قبل از معاینات پزشکی به آن توجه نماید که در انتخاب ریسک مناسب و یا در احتساب اضافه نرخ موثر است . ۱) سن و جنسیت بیمه شده و مبلغ بیمه . ۲) شغل و وضع اجتماعی . ۳) محل اقامت یا محل کار در نواحی ناسالم . ۴) ملیت و نژاد . ۵) عادات ، اخلاق و استعمال مسکرات . ۶) مسافرت هوایی و پروازهای تفریحی . ۷) سوابق بیماری خانوادگی . ۸) سوابق بستری در بیمارستان و جراحی - و یا بیماریهای قلبی و غیره . ۹) سوابق ناراحتیهای عصبی . ۱۰) اندام (وزن و قد) .

۴- انتخاب و انجام معاینات پزشکی و آزمایشات پزشکی مورد لزوم : در این خصوص جدول معاینات پزشکی که با توجه به سن بیمه شده و سرمایه بیمه ، نوع معاینات پزشکی و آزمایشات مورد لزوم مشخص می نماید تهیه شده است که شامل دو قسمت می باشد :

الف : مواردی که صدور بیمه نامه طبق جدول فوق بدون انجام معاینات پزشکی میباشد سئوالات پزشکی در ظهر ورقه پیشنهاد توسط بیمه شده متقاضی کاملاً میبایستی پاسخ داده شود و مسئول صدور با کنترل دقیق پاسخهای بیمه شده ، چنانچه در موارد سابقه خانوادگی ، سابقه بیماری یا اعمال جراحی ، تناسب قد و وزن و سایر عوارض مشکلی از طرف بیمه شده اعلام و یا پاسخی مبهم داده شده است با نظر پزشک مشاور شرکت جهت انجام معاینات و آزمایشات معرفی گردد .

ب : مواردی که صدور بیمه نامه منوط به انجام معاینات پزشکی و تأیید پزشک مشاور می باشد فرم گزارش پزشک که شامل دو بخش است . بخش اول شامل سئوالاتی است که بیمه شده در حضور پزشک کتبا پاسخ می دهد و بخش دیگر مربوط به نتایج معاینات پزشک معاینه کننده و نتایج آزمایشات و رادیولوژی و نوار قلب است و پزشک مشاور با اطلاعات تکمیل شده فرم مزبور نظر خود را در مورد بلامانع بودن صدور بیمه نامه و یا صلاح نبودن صدور بیمه نامه و یا با در نظر گرفتن افزایش احتمال فوت صدور بیمه نامه را تأیید می نماید که در صورت اخیر مسئول صدور چنانچه ضریب احتمال کمتر از ۱۰۰ باشد اضافه نرخ پزشکی را محاسبه و بسته به مورد مجوز لازم جهت صدور بیمه نامه را از مسئولین بالاتر اخذ می نماید .

توضیح ۱: بهر حال تصمیم نهایی در قبول یا رد پیشنهادات همیشه در صلاحیت و اختیارات مسئول واحد بیمه گر میباشد .

توضیح ۲: تاریخ شروع بیمه نامه از تاریخ تأیید پزشک مشاور و در مواردی که بدون انجام معاینات پزشکی باشد از تاریخ دریافت پیشنهاد توسط واحد صدور خواهد بود .

۵ - آنالیز پیشنهاد بیمه : با توجه به اطلاعات بدست آمده و نتایج معاینات پزشکی و دستور صدور بیمه نامه ، برگ آنالیز (پیش نویس) بیمه عمر میبایستی تکمیل و موارد مهم از جمله تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه ، نوع بیمه ، سرمایه ، مدت بیمه ، تاریخ تولد بیمه شده ، شغل بیمه شده و حق بیمه که براساس سن بیمه شده و مدت بیمه تعیین می گردد . در برگ آنالیز درج و توسط تنظیم کننده و مسئول واحد صدور کنترل و امضاء گردد .

نسخه اول برگ آنالیز جهت پیش نویس بیمه نامه و بایگانی در پرونده و نسخه دوم آن جهت تغذیه اطلاعات مربوط به اداره نظارت بیمه نامه عمر در مرکز می باشد .

۶ - ثبت بیمه نامه در دفتر صدور : پس از تکمیل فرم آنالیز یا پیش نویس بیمه نامه ، شماره بیمه نامه که از سریال دفتر بیمه نامه مربوطه اخراج می گردد و از چهار جزء تشکیل شده است جزء اصلی شماره بیمه نامه که همان شماره سریال می باشد جزء دوم معرف کد نماینده فروش ، جزء سوم معرف کد شعبه صادر کننده و جزء چهارم معرف سالی است که قرارداد بیمه در آن سال صادر شده است .

۷- تایپ بیمه نامه : ماشین نویس میبایستی ابتدا به کلیه اطلاعات مورد لزوم جهت درج در نسخه بیمه نامه آگاهی یافته و با توجه به شرایط خصوصی هر یک از بیمه نامه ها ، مبادرت به تایپ بیمه نامه بدون خط خوردگی نماید .

۸- کنترل و امضاء بیمه نامه : کنترل بیمه نامه تایپ شده ابتدا توسط مسئول صدور انجام و پاراف میگردد و سپس امضاء بیمه نامه باتوجه به میزان سرمایه بیمه ای و حدود اختیارات توسط مسئولین مربوطه صورت میگیرد .

۹- دریافت حق بیمه اولین سررسید و تحویل بیمه نامه : دریافت حق بیمه اولین سررسید آثار حقوقی بیمه نامه صادر شده را جاری نموده و تعهدات شرکت را اعتبار می بخشد ، پرداخت حق بیمه قسط اول می باید پس از کسر مبلغ بیمه دریافتی از بیمه گزار به حساب بانکی شرکت و در مقابل دریافت قبض رسمی به مهر و امضاء مسئول مربوط (اداره حسابداری) انجام گردد . تحویل بیمه نامه در حکم آغاز دوره ای طولانی و ارتباط نزدیک هر بیمه گزار با شرکت میباشد از این تاریخ به بعد بیمه گزار بعنوان یک مشتری برای شرکت تلقی شده و می باید مسئولین و کارکنان در همه حال به چشم یک آشنا و شریک تجاری به وی نگریسته و رعایت حال وی و جلب اعتماد او را بنمایند . چنانچه بتوانیم در این مورد موفق باشیم از هر مشتری یک مبلغ خوب و یک سخنگو در جهت معرفی مزایای بیمه عمر و تشکیلات اداری شرکت ساخته ایم و اگر نتوانیم بر عکس .

۱۰- تحویل مدارک مورد لزوم اداره حسابداری : پس از مرحله ثبت بیمه نامه ، می باید یک نسخه بیمه نامه به همراه قبض رسید اولین حق بیمه جهت ثبت عملیات حسابداری و ایجاد کارت و یا فایل مورد لزوم جهت کنترل های بعدی دریافت حق بیمه از نظر رعایت سررسید و ارقام مربوطه تحویل اداره حسابداری گردد .
* یکی از کاربردهای مفید خدمات کامپیوتری در این بیمه ها صدور بموقع قبوض رسید حق بیمه کامپیوتری است که از نظر نظم و دقت عمل در طول سالیان بعد از صدور میتواند سوابق نسبتا روشن و منظمی را از نظر دریافت حق بیمه ها ایجاد نماید .

۱۱- تنظیم و تحویل مدارک مورد لزوم : بمنظور کنترل و تغذیه مجرای اتکائی شرکت و نهایتا بردروی بموقع صحیح مشخصات هر بیمه نامه می باید در پایان هر ماه یک نسخه رونوشت دفتر بیمه به همراه یک نسخه رونوشت بیمه نامه و برگه آنالیزهای صادره و یا الحاقی به معاونت امور اجرایی بیمه های اشخاص ارسال گردد .

۱۲- تعیین و شرایط مورد قبول نسبت به تقاضای بیمه گزاران : هر یک از بیمه گزاران بیمه نامه عمر با توجه به شرایط عمومی اینگونه بیمه ها میتواند در طول مدت بیمه خصوصا از پایان سال دوم به بعد تقاضای تغییرات در میزان سرمایه ، مدت بیمه ، تغییر استفاده کنندگان ، ترتیب پرداخت حق بیمه و همچنین اطلاع از ذخایر و سود احتمالی ... داشته باشند ، قبول و اقدام بروی هر یک از تقاضاهای بیمه گزاران می باید در چهارچوب شرایط عمومی این بیمه ها و عرف مورد عمل و مجوزهای موجود و در صورت تأیید لزوم با صدور الحاقی انجام گردد .

توضیح : ردیفهای ۵ ، ۶ ، ۷ ، ۱۰ و ۱۱ در مورد بیمه عمر و پس انداز طرح جدید بلحاظ سیستم کامپیوتری این بیمه نامه مستثنی می باشد .

۱۳- میزان کارمزد و طریقه پرداخت : در بیمه های عمر و پس انداز دو نوع کارمزد پرداخت میگردد .

الف : کارمزد فروش

کارمزد صدور در بیمه های عمر پس اندازی انفرادی بر مبنای ۷۵٪ حق بیمه سالانه یا ۳۰ در هزار سرمایه اصلی (هر یک که کمتر باشند) تعیین چهل درصد این کارمزد در قبال دریافت حق بیمه سال اول و ۶۰٪ آن در قبال دریافت حق بیمه هر سال ۱۵٪ در سالهای دوم الی پنجم پرداخت به نمایندگان میباشد . لازم به یادآوری است پرداخت کارمزدهای مذکور بستگی به روش پرداخت حق بیمه دارد بدین معنی که اگر پرداخت حق بیمه سالانه باشد کارمزد پرداختی هر سال بصورت یکساله به نمایندگان میباشد و اگر چنانچه پرداخت حق بیمه ماهانه صورت گیرد پرداخت کارمزد ماهانه میباشد .

ب : کارمزدهای وصولی

پرداخت کارمزدهای وصولی از سال ششم به بعد به نمایندگان بیمه و یا تحصیلداران شرکت انجام و میزان آن ۳٪ حق بیمه هر قسط میباشد . تعیین و محاسبه کارمزدهای صدور و وصول از جانب واحدهای صدور و پرداخت آنها کلا از طریق اداره حسابداری مربوطه انجام و ارائه میگردد .

* میزان کارمزد در بیمه های عمر انفرادی خطر فوت بر مبنای ۲۵٪ حق بیمه وصولی سالانه میباشد .

* میزان کارمزد در بیمه های عمر با حق بیمه یکجا ۲ درصد حق بیمه صادره (وصولی) میباشد .

۱۴- **بایگانی در رشته بیمه عمر** : شاید با تمام رشته های دیگر بازرگانی اختلاف اساسی داشته باشد و عامل اصلی این اختلاف مسئله بلند مدت بودن بیمه های عمر می باشد و با توجه به اینکه مدت بیمه نامه های عمر و پس انداز بعضی اوقات از ۲۰ سال هم می گذرد و چه بسا لازم باشد پس از اتمام مدت و تسویه مالی بیمه نامه نیز پرونده و سوابق بیمه نامه نگهداری گردد بدیهی است در طول این مدت طولانی حوادث و مسائل متفاوتی حول و حوش سوابق هر یک از بیمه شدگان می گذرد که لازم است بایگانی بیمه عمر یک بایگانی مکانیزه مجهز و مسئول آن فرد مطلع و قابل اعتمادی باشد .

بیمه های عمر گروهی

الف - انعقاد قرارداد : برای بستن قرارداد یا مستقیماً یا با ارسال نامه و یا از طریق نماینده بیمه ، اطلاعات مورد لزوم بیمه عمر و فواید آن در اختیار سازمان متقاضی قرار میگیرد و اطلاعات شامل نام سازمان ، نوع فعالیت سازمان ، نوع بیمه مورد نظر ، تعداد کل کارکنان ، تعداد کل کارکنان متقاضی بیمه به تفکیک رده های شغلی (حداقل ۲۵ نفر) متوسط سن کارکنان متقاضی بیمه سرمایه درخواستی ، جهت محاسبه نرخ و تنظیم طرح قرارداد به واحد صدور بیمه عمر ارسال میگردد اداره مذکور طرح قرارداد را براساس خواسته های بیمه گذار و نظر مشورتی و با توجه به شرایط عمومی بیمه های عمر و حوادث تنظیم ، و به بیمه گذار ارسال مینماید . بیمه گزار پس از مطالعه و اعلام نظرات اصلاحی ، طرح را اعاده می نماید و پس از توافق نهایی در مورد شرایط ، قرارداد اصلی در پنج نسخه تنظیم ، شماره گذاری ، امضاء و جهت بیمه گذار ارسال میگردد

که بیمه گذار پس از امضاء چهار نسخه آنرا اعاده مینماید لازم به یادآوری است که در بیمه های عمر زمانی قبل از پرداخت اولین قسط حق بیمه قرارداد اعتبار ندارد ولو اینکه به امضاء طرفین رسیده باشد . بنابراین بیمه گذار اولین قسط حق بیمه را باید (بدون توجه به ضرب الاجل های ذکر شده در قرارداد) در اولین روز شروع قرارداد بپردازد . در صورتیکه مبلغی بعنوان علی الحساب قسط اول دریافت شود نبایستی به هیچ وجه کمتر از ۳۰٪ قسط مربوطه باشد . صدور الحاقی هائیکه باعث تغییر در شرایط قرارداد میگردد توسط واحد صدور بیمه عمر صادر می شود .

ب - مشخصات بیمه شدگان : نظر به اینکه در بیمه های عمر گروهی برای تک تک بیمه شدگان بیمه نامه ای صادر نمی گردد لذا بیمه گذار می بایستی لیست مشخصات کلیه بیمه شدگان در اول قرارداد را حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ شروع قرارداد ، در دو نسخه تهیه و به بیمه گر تحویل نماید که نسخه دوم آن پس از تأیید بیمه گر به بیمه گزار ارائه میگردد .

لیست بیمه شدگان شامل شماره ردیف بیمه ای ، نام و نام خانوادگی ، تاریخ تولد ، شماره شناسنامه و محل صدور آن می باشد .

توضیح ۱- در قراردادهای با سرمایه ضربی از حقوق ماهانه بیمه شدگان ، مبلغ حقوق هر یک از بیمه شدگان میبایستی درج شود .

توضیح ۲- در قراردادهای گروهی حداقل ۷۰٪ از کارکنان بیمه گذار مشروط بر آنکه از ۲۵ نفر کمتر نباشند می بایستی تحت پوشش قرار گیرند .

توضیح ۳- تغییرات پرسنلی در طول قرارداد شامل استخدام جدید ، بازنشسته ، اخراج ، بازخرید در پایان هر ماه طی نامه کتبی به بیمه گر اعلام میگردد .

ج - دفتر ثبت قراردادها : هر قراردادی پس از آنکه به امضاء بیمه گذار رسید در دفتر قراردادها ثبت و سه نسخه آن ضمیمه دفتر میگردد . همچنین قراردادها بوسیله الحاقی در اول هر سال بیمه ای تمدید میگردد الحاقی مربوط در دفتر قراردادها ثبت و سه نسخه آن ضمیمه دفتر میگردد هر سطر دفتر مربوط به یک قرارداد میباشد و مشخصات قرارداد در آن سطر ذکر میگردد دفتر قراردادها در پایان هر ماه بسته شده و رونوشت های مربوطه آن بانضمام یک نسخه از قراردادها (یاالحاقی های تمدید) که در آن ثبت شده است به ترتیب زیر توزیع میگردد :

۱- رونوشت اول و دوم به اداره نظارت بیمه نامه عمر در مرکز جهت کنترل و آگاهی از وضعیت قرارداد، اقدام در مورد واگذاری اتکائی و همچنین استفاده اداره نظارت بیمه عمر در موارد مورد لزوم.

۲- رونوشت سوم به اداره حسابداری واحد صادر کننده جهت باز نمودن حساب معین مربوطه.

چند نکته در مورد ثبت دفتر قرارداد لازم به ذکر است، منظور از تعهدات شرکت (در ستون تعهدات) تعهد در مقابل یک بیمه شده میباشد و اگر رقم مورد تعهد (سرمایه بیمه) مبلغ ثابت باشد رقم آن در ستون مربوطه نوشته میشود و در صورتیکه تعهد شرکت براساس ضریب حقوق مثلا ۳۰ برابر یا ۶۰ برابر حقوق هر بیمه شده و در بیمه عمر مانده بدهکار مانده بدهی حین الفوت بیمه شده می باشد بهمان صورت ذکر میشود و اگر شرکت در مقابل بعضی از خطرات ذکر شده تعهدی ندارد در ستون مربوطه علامت - - گذاشته میشود. منظور از حداکثر تعهد حداکثر مبلغی است که شرکت موظف است در صورت وقوع خطرات موضوع بیمه برای یک بیمه شده پرداخت نماید، در صورتیکه حق بیمه قرارداد قبلا به صورت قطعی یا علی الحساب محاسبه و در قرارداد یا الحاقی تمدید مدت ذکر شده باشد، مبلغ آن در ستون حق بیمه صادره ثبت میشود، در مواقعی که تعیین حق بیمه صادره در زمان انعقاد قرارداد ممکن نباشد در ستون ملاحظات توضیح داده میشود که حق بیمه بعدا بوسیله الحاقی تعیین میگردد.

د - دفتر ثبت الحاقی های اضافی یا برگشتی: دفتر الحاقی ها نیز هر سطر آن اختصاص به یک الحاقی دارد که مشخصات الحاقی در آن سطر ثبت میگردد و شماره ردیف دفتر الحاقی بر روی الحاقی ثبت میشود. هر الحاقی که در دفتر ثبت میگردد، سه نسخه آن ضمیمه دفتر میشود دفتر الحاقی ها نیز مانند دفتر قراردادها در پایان هر ماه بسته شده و رونوشت های مربوط به ترتیبی که در مورد دفتر قراردادها ذکر شد توزیع می گردد نکته قابل توجه اینکه شماره دفتر الحاقیها برای یکسال پشت سر هم بوده و در اول هر سال شمسی مجددا شماره ردیف دفتر از یک شروع میگردد.

ه - شماره گذاری و تمدید قرارداد: شماره هر قرارداد متشکل از چهار جزء بشرح ذیل میباشد:

۱- جزء اصلی یا شماره ردیف قراردادها میباشد و پشت سرهم از شماره ۶۰۰۰۰۰ شروع میگردد.

۲- جزء دوم، چنانچه بیمه نامه مستقیم صادر شده باشد معرف کد سازمان در غیر اینصورت معرف کد نمایندگی میباشد

۳- جزء سوم معرف کد شعبه صادر کننده.

۴- جزء چهارم سال قرارداد که معرف سالی است که قرارداد در آن سال منعقد یا تمدید شده است.

برای تمدید قرارداد لازم است یکماه قبل از پایان مدت، آمار حق بیمه و خسارت (خسارت پرداختی - خسارت معوقه) قرارداد و تهیه و به همراه گزارش تفصیلی باطلاع اداره نظارت بیمه نامه در مرکز برسد تا با هماهنگی با واحد اجراء کننده نسبت به تمدید یا عدم تمدید آن و همچنین تقلیل یا افزایش نرخ حق بیمه در صورت لزوم اتخاذ تصمیم گردد.

م - صدور الحاقی حق بیمه صادره سالانه: حق بیمه سالانه هر قرارداد پس از ارسال لیست بیمه شدگان براساس تعداد مشمول بیمه محاسبه و با صدور الحاقی بطور بیمه قطعی بحساب بدهکار بیمه گذار منظور میگردد.

بدیهی است چنانچه در قرارداد یا الحاقی تمدید مبلغی بعنوان حق بیمه الحساب یا حق بیمه صادره منظور شده باشد در الحاقی حق بیمه قطعی مبلغ مذکور از حق بیمه قطعی کسر و مابه التفاوت آن بحساب بیمه گذار منظور میگردد.

ن - الحاقی حق بیمه اضافی و یا برگشتی: در مواردیکه حق بیمه تعیین شده در الحاقی حق بیمه صادره سالانه تغییر کند یا تعداد افراد جدیدی به تعداد بیمه شدگان اضافه یا از آن حذف شوند و یا اینکه سرمایه بیمه عمر و حوادث بیمه شدگان تغییر کند و یا هرگونه تغییراتی که حق بیمه قرارداد را عوض نماید حق بیمه از تاریخ تغییرات تا انقضاء مدت بطور روز شمار محاسبه و بوسیله الحاقی حق بیمه اضافی یا برگشتی بحساب بیمه گذار منظور میگردد. در کلیه الحاقی های صادره اعم از اضافی، برگشتی، صادره سالانه و همچنین الحاقی هائیکه در مورد اصلاح یا تغییر مواد قرارداد صادر میگردد می باید اطلاعات زیر درج گردد: نام بیمه گذار، بیمه شدگان، شماره قرارداد، نوع بیمه، تاریخ شروع و انقضاء قرارداد، شماره الحاقی، اسامی بیمه شدگانیکه الحاقی در مورد آنان صادر میگردد و تاریخ موثر (تاریخ تغییرات)، گیرندگان رونوشت، تاریخ و محل صدور الحاقی، مبلغ حق بیمه اضافی یا برگشتی یا صادره، در مورد الحاقی های قراردادی که شامل پوشش بیمه عمر و حوادث میباشد رقم حق بیمه عمر و حوادث به تفکیک در ذیل

الحاقی مشخص گردد و در مورد الحاقی های بیمه عمر مانده بدهکار درج مشخصات وام (مدت - مبلغ وام گیرندگان ضروری است ، الحاقی معمولاً در پنج تا هفت نسخه بسته به مورد تنظیم میشود و بشرح زیر توزیع میگردد .

۱- یک نسخه جهت بیمه گذار (نسخه اصلی) ۲- دو نسخه سابقه پرونده ۳- دو نسخه اداره نظارت بیمه نامه در مرکز ۴- دو نسخه اداره حسابداری (یک نسخه جهت دفاتر معین عمر و یک نسخه جهت دفاتر معین حوادث)

و - مسائل کلی : اجراء قراردادهای بیمه عمر گروهی با توجه به نوع بیمه ، نوع سرمایه متفاوت است ولی آنچه که بعنوان اصول کلی میتوان بیان نمود بشرح زیر است :

۱- **لیست مشخصات :** یک نسخه لیست مشخصات بیمه شدگان طبق قرارداد از بیمه گذار اخذ و سپس در طول مدت قرارداد کسانیکه حذف و یا اضافه میگرددند بروی آن انجام میگردد .

۲- **حق بیمه :** بیمه گذار موظف است نسبت به پرداخت حق بیمه در سررسید معین شده اقدام نماید و در صورت تاخیر در پرداخت حق بیمه واحد صدور توسط نامه مراتب را به بیمه گذار اطلاع خواهد داد . حق بیمه های دریافتی می باید دقیقاً کنترل و در صورت اشکال مراتب اختلاف حساب از بیمه گذار خواسته شود .

۳- **تغییرات :** بیمه گذار موظف است طبق مفاد قرارداد تغییرات وارده در لیست بیمه شدگان را اعم از افرادی که حذف یا اضافه میشوند و یا سرمایه بیمه آنان تغییر مینماید با اطلاع بیمه گر برساند . تغییرات ارسالی از طرف بیمه گذار پس از کنترل بوسیله الحاقی تأیید میگردد .

۴- **بایگانی :** حتی المقدور بایگانی هر قرارداد به دو بخش تقسیم شود . یک قسمت (کلاسور قرارداد) به مکاتبات مربوط به سوابق دریافت حق بیمه و نگهداری لیست و مشخصات بیمه شدگان و تغییرات بعدی و قسمت دیگر (پوشه پرونده قرارداد) به مکاتباتیکه در ارتباط با صدور قرارداد ، تمدید آن و همچنین یک نسخه از کلیه الحاقی ها و مسائلی که باعث تغییر در مفاد قرارداد میگردد اختصاص می یابد .

ر - معاینات پزشکی : در هر یک از قراردادهای گروهی ممکن است بنا به دلایلی از قبیل شغل بیمه شدگان و میزان سرمایه انتخابی ، نوع پوششهای بیمه ، سن و ... ، بیمه گر بنا به تشخیص خود و مفاد قرارداد از تعدادی از افراد معاینات پزشکی بعمل آورده که در اینصورت الحاقی تأیید پوشش بیمه آنان پس از گذراندن مراحل معاینات پزشکی و آزمایشات مربوطه و تأیید پزشک بیمه گر از تاریخ تأیید پزشک بیمه گر صادر و به بیمه گزار اعلام میگردد و پزشک بیمه گر در دادن اضافه نرخ پزشکی و یا عدم پذیرش هر متقاضی بیمه قرارداد مختار میباشد که در این رابطه جدول معاینات پزشکی گروهی براساس سن بیمه شونده و سرمایه بیمه تنظیم شده است .

ز - انواع بیمه های گروهی :

۱) بیمه عمر زمانی

منظور از این پوشش این است که کلیه کارکنان بیمه گزار در مقابل خطر فوت بیمه میشوند ، بدین معنی که بیمه گر در قبال دریافت حق بیمه مقرر متعهد میگردد چنانچه هر یک از کارکنان بیمه گذار در هر کجا و بهر علت (با توجه به شرایط عمومی بیمه عمر) فوت نماید سرمایه بیمه را به بازماندگان متوفی پرداخت نماید . معمولاً در کنار پوشش اصلی (خطر فوت) پوششهای دیگری از قبیل از کار افتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه یا نقص عضو جزئی و دائم ناشی از حادثه ... با تقاضای بیمه گذار به بیمه شدگان داده میشود .

۱-۱) سرمایه بیمه معمولاً در این نوع قرارداد به دو صورت تعیین میگردد

الف - بصورت سرمایه ثابت برای بیمه شدگان

ب - براساس ضریبی از حقوق بیمه شدگان

۱-۲) محاسبه حق بیمه

الف - چنانچه سرمایه بیمه عمر برای کلیه بیمه شدگان ثابت باشد :

تعداد کل بیمه شدگان در اول هر سال × سرمایه یک بیمه شده × نرخ حق بیمه سالانه - کل حق بیمه سالانه یا حق بیمه قطعی

توضیح : حق بیمه ، بیمه شدگانی که در ماههای بعد به تعداد بیمه شدگان اضافه و یا حذف میگردند بطور روز شمار از تاریخ تغییرات تا پایان مدت قرارداد بشرح زیر محاسبه میگردد .

حق بیمه سالانه

حق بیمه یک روز هر بیمه شده =

۳۶۰

ب - چنانچه سرمایه بیمه عمر براساس ضریبی از حقوق ماهانه بیمه شدگان تعیین میگردد :

مجموع حقوق ماهانه ملاک محاسبه حق بیمه \times نرخ حق بیمه ماهانه = حق بیمه ماهانه بیمه شدگان
توضیح ۱- معمولا در قراردادهایی که سرمایه بیمه براساس ضریبی از حقوق تعیین میگردد بیمه گر جهت کنترل سقف سرمایه بیمه حداکثر حقوقی برای بیمه شدگان که ملاک محاسبه حق بیمه باشد تعیین می نماید .

توضیح ۲- حق بیمه قطعی یا سالانه قرارداد با سرمایه های متغییر ، براساس ۱۲ برابر حق بیمه اولین ماه محاسبه و به حساب بدهکار بیمه گذار منظور میگردد .

توضیح ۳- حق بیمه ، بیمه شدگانی که در ماههای بعد به قرارداد اضافه و یا حذف میگردند و یا حقوق آنها تغییر می یابد بشرح زیر محاسبه میگردد .

مجموع حقوق هر ماه بیمه شدگان از مجموع حقوق بیمه شدگان ماه قبل کسر و حاصل آن ضربدر تعداد ماههای باقی مانده تا پایان قرارداد میگردد و رقم بدست آمده بعنوان حق بیمه اضافی یا برگشتی الحاقی صادر و منظور میگردد .

۲- قرارداد بیمه عمر مانده بدهکار گروهی :

الف - تعریف : بیمه عمر مانده بدهکار عبارت است از تعهد پرداخت دیون وام گیرندگان بیمه شده در صورت فوت هر یک از آنها از طرف بیمه گر ، این نوع بیمه با توجه به طریقه محاسبه و پرداخت حق بیمه و تعهدات بیمه گر به چند روش نسبتا مشخصی منعقد و اجراء میگردد .

روش اول : چنانچه موسسه وام دهنده صرفا اصل مبلغ وام را بیمه نماید با توجه به اینکه در موقع بروز خسارت ، بیمه گر اصل مبلغ وام را در فرمول خسارت قرارداد و مانده بدهی شخص را در تاریخ فوت تعیین مینماید ، مانده بدهی تعیین شده توسط بیمه گر بلحاظ منظور نشدن بهره اقساط پرداخت شده و همچنین اقساط معوقه احتمالی و هزینه تاخیر مربوط به اقساط معوق از مانده حین الفوت شخص وام گیرنده (طبق کارت وام وی) همواره کمتر میباشد و نقصان مربوطه را خانواده شخص میبایست جبران نمایند البته در مواردیکه تعداد وام گیرندگان یک قرارداد به حد قابل توجهی افزایش یابد بمنظور سهولت کار نرخ متوسط برای کلیه وام گیرندگان در نظر گرفته میشود .

روش دوم : چنانچه موسسه وام دهنده اصل و فرع را بیمه نماید مبلغ مانده مورد محاسبه توسط بیمه گر با احتساب مبلغ اصل و فرع در فرمول خسارت ، از مبلغ کارت وام گیرنده معمولا بیشتر میگردد در این قبیل موارد مبلغ افزون تر بعنوان سرمایه بیمه عمر به وراثت پرداخت می شود .

روش سوم : حق بیمه نزولی - چنانچه بخواهیم در موقع فوت وام گیرنده رقم مورد تعهد توسط بیمه گر با رقم مورد مطالبه موسسه وام دهنده (مانده حین الفوت طبق کارت وام) عینا تطبیق نماید بدین صورت عمل مینمائیم که وام گیرندگان براساس نرخ متوسطی بر مبنای مانده بدهی اول هر سال بیمه عمر زمانی گردند . در اینحالت در صورت بروز خطر فوت برای هر یک از وام گیرندگان عینا مبلغ مانده بدهی حین الفوت وام گیرنده متوفی حداکثر تا رقم مانده وامی که در اول آن سال ملاک محاسبه حق بیمه قرار گرفته است پرداخت میگردد . در این روش ممکن است مانده بدهی در اول هر ماه بجای مانده بدهی در اول هر سال ملاک محاسبه حق بیمه قرار گیرد . در روش اخیر نیز حق بیمه معمولا براساس یک نرخ متوسط برای کلیه وام گیرندگان محاسبه میگردد .

ب - محاسبه حق بیمه :

۱- حق بیمه ثابت : نرخ حق بیمه طبق تعرفه حق بیمه سالانه یا یکجا مشخص میشود ، در تعرفه های بیمه عمر مانده بدهکار نرخ با توجه به مدت وام و سن بیمه شده محاسبه و تعیین شده است و برای تعیین نرخ حق بیمه عمر مانده بدهکار وام گیرنده کافی است سن و مدت بیمه او را در نظر گرفته و از روی تعرفه نرخ مورد نظر را پیدا کرد .

اصل مبلغ وام \times نرخ حق بیمه سالانه یا یکجا = حق بیمه سالانه یا یکجا

در صورتی که روش پرداخت ماهانه باشد (یک دوازدهم حق بیمه سالانه = حق بیمه ماهانه)

توضیح ۱- حق بیمه کسر ماه یا سال در موارد ترتیب پرداخت حق بیمه ماهانه یا سالانه بصورت روز شمار مورد محاسبه قرار میگیرد .

توضیح ۲- حق بیمه کسر سال در صورتی که ترتیب پرداخت حق بیمه یکجا باشد یکسال منظور میگردد .

۲- حق بیمه نزولی :

نرخ حق بیمه \times مجموع بدهی وام کلیه بیمه شدگان به بیمه گزار (در سررسید) = حق بیمه در هر سررسید (ماه یا سال)

ج - الحاقی حق بیمه صادره (سالانه) :

در قراردادهای با حق بیمه ثابت ، حق بیمه صادره ، حق بیمه سال بیمه قرارداد است و در اول هر سال بیمه ای حق بیمه ای که باید بیمه گزار با توجه به سوابق تا پایان سال بیمه پرداخت نماید طی الحاقی تعیین و بحساب بدهکار بیمه گزار منظور میگردد و این امر ربطی به ترتیب پرداخت حق بیمه ندارد . الحاقی حق بیمه صادره با توجه به کل مبلغی که باید تا پایان سال بیمه پرداخت شود صادر میگردد .

توضیح: در قراردادهای مانده بدهکار با حق بیمه واحد (یکجا) فسخ قرارداد مانع ادامه بیمه ، بیمه شدگان قبلی نميگردد و الحاقی تمدید قرارداد صرفاً جهت پوشش بیمه ای وام گیرندگان جدید صادر میگردد .

د - الحاقی اضافی یا برگشتی :

در قراردادهای با حق بیمه ثابت در صورتیکه بیمه گذار در طول سال وام گیرنده جدیدی را معرفی نماید حق بیمه با قیمانده سال (از تاریخ تأیید پوشش تا پایان سال بیمه) وام گیرنده محاسبه و الحاقی اضافی صادر میگردد و در حالیکه بیمه گزار بخواهد وام گیرنده قبلی را به دلیلی (مثلاً باز پرداخت وام) به غیر فوت حذف نماید حق بیمه مربوطه بمدت با قیمانده تا پایان سال بیمه محاسبه و الحاقی برگشتی صادر میشود .

در قراردادهای با حق بیمه نزولی که حق بیمه ماهانه پرداخت میشود الحاقی اضافی یا برگشتی پس از محاسبه قطعی حق بیمه هر ماه با توجه به رقم علی الحساب حق بیمه صادره ماهانه (یک دوازدهم علی الحساب سالانه) صادر میگردد

ه - مسائل مربوط به مشخصات بیمه شدگان :

در قراردادهای با حق بیمه ثابت لیست مشخصات وام گیرندگان حاوی ردیف ، نام و نام خانواگی ، تاریخ تولد ، شماره شناسنامه ، محل صدور ، مبلغ وام ، مدت وام ، تاریخ دریافت وام از بیمه گزار دریافت و پس از کنترل ، محاسبات حق بیمه انجام میگردد ، در قراردادهای با حق بیمه نزولی ، بیمه گذار موظف است لیست مشخصات وام گیرندگان را به انضمام مانده بدهی آنان در هر سررسید (اول سال یا ماه) جهت بیمه گزار ارسال دارد بهتر است لیست دو نسخه درخواست شود و یک نسخه آن پس از تأیید به بیمه گزار اعاده شود .

ی - در ارتباط به اداره نظارت بیمه نامه عمر در مدیریت بیمه های اشخاص :

رونوشت دفاتر : مجتمع ها ، مراکز و شعب می باید در پایان هر ماه دفاتر قرارداد و الحاقی خود را بسته و پس از کنترل صحت ثبت مبالغ و سایر اطلاعات و تطبیق با دفاتر حسابداری نسخه های آنها به ترتیب زیر جهت اداره نظارت بیمه نامه در مرکز ارسال دارند :

۱- دو برگ رونوشت دفتر قراردادها بانضمام دو نسخه از کلیه قراردادها یا الحاقیه های تمدید مدت که در آن ثبت شده است .

۲- دو برگ رونوشت دفاتر الحاقیهای اضافی و برگشتی بانضمام یک نسخه از الحاقیهای مربوط به تغییرات مفاد قرارداد .

۳- یک برگ رونوشت دفاتر قراردادهای و الحاقیه‌های اضافی و برگشتی بانضمام یک نسخه از کلیه قراردادهای و الحاقیه‌های صادره ثبت شده، جهت آمار ماهیانه به اداره حسابداری واحد بیمه ارسال می‌گردد.

بیمه عمر و حوادث کارکنان دولت

بیمه عمر و حوادث کارکنان دولت پوششی است مختص کارکنان وزارتخانه‌ها، سازمان، شرکت و سایر ارگانهای دولتی، این پوشش حسب مصوبه هیئت محترم وزیران در سال ۱۳۶۷ بین شرکت سهامی بیمه ایران و سازمان امور اداری و استخدامی وقت منعقد گردید. بر این اساس کلیه پرسنل رسمی، قراردادی و کارکنان خرید خدمت که حداقل یکسال سابقه کار داشته باشند تحت پوشش قرار می‌گیرند.

حق بیمه و تعهدات این قرارداد از سال ۱۳۶۷ تا بحال تغییرات زیاد نموده است. اولین تعهد این قرارداد معادل ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال با حق بیمه ۳۰۰ ریال در ماه بوده که ۵۰ درصد از حق بیمه توسط سازمان (کارفرما) و ۵۰ درصد از حقوق کارمند را پرداخت می‌شد.

در حال حاضر حداقل سرمایه این پوشش که بیمه‌گذار موظف به اخذ آن می‌باشد ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال با حق بیمه ای معادل ۲۲۵۰ ریال در ماه است معذالک امکان افزایش تعهدات تا ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال با حق بیمه ای معادل ۶۷۵۰ ریال در ماه و ۸۱/۰۰۰ ریال در سال میسر است. شایان ذکر است که پوشش بیمه عمر و حوادث کارکنان دولت همکاران (کارکنان بیمه ایران) مبلغ سی میلیون ریال میباشد.

قبل از تشریح نحوه صدور بیمه نامه (قرارداد) و علی‌رغم تغییرات انجام گرفته در خصوص تعهدات و نرخ و شرایط موارد اهم ذیل را مورد توجه قرار دهند:

- ۱- ضرب الاجل پرداخت حق بیمه هر ماه تا پایان ماه بعد است.
- ۲- علی‌رغم اینکه پرداخت حق بیمه ماهانه است معذالک در بعضی از سازمانها سالانه انجام می‌شود.
- ۳- ارائه پوشش بیمه ای به کارکنان بازنشسته منوط به عدم ایجاد وقفه در پرداخت حق بیمه و پوشش بیمه ای آنهاست.
- ۴- پوشش بیمه ای کارکنان بازنشسته که در پرداخت حق بیمه آنها وقفه ای ایجاد شده است در صورت مثبت بودن معاینات پزشکی که توسط بیمه‌گر انجام می‌گیرد.
- ۵- لیست اسامی بیمه شدگان در ابتدای قرارداد در ضرب الاجل تعیین شده وصول و تغییرات بعدی (افزایش و کاهش) کارکنان کتبا و به صورت رسمی اعلام و در ادامه لیست‌ها نگهداری یا حذف می‌شود. بدیهی است با این توضیحات از پذیرش لیستهای ماهانه یا لیستهای حقوق و مزایا بایستی خودداری کرد.
- ۷- حداکثر سن بیمه شدگان جهت اعطای پوشش بیمه عمر و حادثه ۷۰ سال تمام می‌باشد.

نحوه صدور قرارداد عمر و حوادث کارکنان دولت

جهت انعقاد این قرارداد پس از مذاکره با بیمه‌گذار تقاضای کتبی بیمه‌گذار را اخذ و به ترتیب ذیل عمل می‌گردد:

۱- چون این قرارداد فاقد دفتر مخصوص صدور به شکل سایر رشته‌های مشابه است لذا نام بیمه‌گذار در جلو شماره ای که از طریق مدیریت انفورماتیک (شماره‌های رایانه ای) لیست شده و در اختیار واحدهای اجرایی گذاشته شده یا می‌شود درج و شماره مورد نظر به عنوان شماره قرارداد به بیمه‌گذار اعلام می‌گردد.

۲- بر اساس نمونه نسبت به اعلام شماره قرارداد و ارسال گواهی پوشش بیمه ای بر اساس مصوبه هیئت محترم وزیران اقدام می‌گردد.

۳- ضمن ارسال قرارداد دو نکته مهم یعنی ارسال لیست اسامی بیمه شدگان و پرداخت به موقع را یادآوری نمایید.

پس از دریافت لیست اسامی بیمه شدگان کنترل‌های ذیل انجام می‌گیرد:

۱- آیا در لیست اسامی مشخصات بیمه شده (کارمند) شامل نام، نام خانوادگی، تاریخ تولد، شماره شناسنامه و... درج شده است.

- ۲- بر اساس مفاد و شرایط و متن قرارداد نسبت به حذف نام افرادی که مشمول پوشش بیمه ای نمی شوند اقدام گردد ، به طور مثال افراد با کثرت سن و یا بازنشستگی که دچار وقفه پرداخت حق بیمه و پوشش بیمه ای شده اند .
- ۳- تعداد دقیق بیمه شدگان مشخص می گردد.
- ۴- با توجه به سرمایه اخذ شده توسط بیمه گذار (بر اساس شرایط روز قرار داد) نسبت به محاسبه حق بیمه اقدام می نماییم :

کل حق بیمه ماهانه = حق بیمه ماهانه هر نفر × تعداد کارکنان

- ۵- در صورت امکان لیست اسامی شاغلین مستقل از لیست بازنشستگان باشد تا کنترلها براحتی انجام گیرد .
- ۶- در صورتی که سازمان از قبل بیمه گذار شرکت باشد لیست اسامی بازنشستگان سال جدید با سال قبل جهت مشخص شدن بازنشستگی که وقفه پوشش بیمه ای داشته اند و در صورتی که در شرکت دیگری قرار داشته اند بایستی مراتب به تایید بیمه گر سال قبل رسیده باشد یا برسد .
- پس از کنترلها اقدامات فوق فرم مخصوص ثبت اطلاعات با توجه به عناوین درج شده در جلو جداول تعبیه شده تکمیل می شود .

در صورتی که تعهدات بازنشستگان و شاغلان کلی نباشد از دو فرم برای تکمیل حق بیمه استفاده شود .

در جدول پایین فرم همانطوری که درج شده است بایستی موارد خاص را درج کرد لذا از درج مشخصات حق بیمه های ماه جاری خودداری گردد .

حتی المقدور از بدهکار نمودن بیمه گذار به علت عدم پرداخت کامل حق بیمه ماهانه خودداری گردد و در این چنین مواردی از صدور فرم تا تعیین وضعیت و پرداخت حق بیمه خودداری گردد ، معذالک در موارد خاص و مبالغ کم به نسبت حق بیمه پس از اقدام مراتب به بیمه گذار و پیگیری لازم در خصوص دریافت به موقع تا قبل از سپری شدن ضرب الاجل به وقوع بپیوندد .

کنترل و دقت در خصوص افزایش تعداد بیمه شدگان به مانند لیست اصلی به عمل آید و تعداد اعلام شده با تعداد اسامی و حق بیمه ها متناسب باشد و به منظور جلوگیری از هدر رفتن وقت ، نام افراد اضافه شده در ادامه لیست اصلی نگهداری و شماره ردیف منظور شده ، علاوه بر آن در خصوص حذف شدگان ضمن انجام موارد فوق نسبت به حذف (خط زدن) نام از لیست با درج ماه در جلوی آن اقدام گردد .

همانطوری که قبلا ذکر شد جدول خاصی در پایین فرم کامپیوتری در نظر گرفته شده است . هدف از طراحی این جدول آن بوده است که تعداد بیمه شدگان با حق بیمه های پرداختی در هر ماه متناسب باشد . به طور مثال اگر فردی در پایان اردیبهشت ماه به مدت ده ماه به مرخصی بدون حقوق برود علی القاعده بایستی حق بیمه سهم خود و کارفرما را به صورت یکجا تا پایان قرارداد (در صورتیکه قرارداد از نظر شروع و انقضاء منطبق با شروع و انقضاء سال باشد) بپردازد با این شرایط برای یک بیمه شده بابت ده ماه حق بیمه گرفته می شود و در صورت عدم درج این اطلاعات در جدول مورد نظر طبیعتا به نظر میرسد که در ماه خرداد ۱۰ نفر بیمه شده است نه ۱ نفر لذا درج اطلاعات در این جدول باعث انتقال حق بیمه های این چنین فردی در ماههای مربوطه تا پایان قرارداد می گردد .

در آخر نسبت به صدور رسید وصول حق بیمه اقدام می شود .

پس از تکمیل ، فرم ثبت اطلاعات رایانه ای و رسید حق بیمه به شرح ذیل تفکیک می گردد .

- ۱- برگ اول جهت ثبت اطلاعات به واحد رایانه
 - ۲- برگ دوم به انضمام برگ دوم رسید وصول حق بیمه به واحد حسابداری
 - ۳- برگ سوم به انضمام برگ چهارم جهت نگهداری در پرونده قرارداد
 - ۴- برگ اول رسید وصول حق بیمه برای بیمه گذار
- در پایان ماه آمار کلیه قراردادهای عمر و حوادث با واحد حسابداری کنترل گردیده و نتیجه در فرمهای مربوطه درج می شود همچنین فلهای اطلاعات برای انجام امور اتکالی به واحد مربوط ارسال می گردد .

مثالهایی از محاسبات حق بیمه در انواع بیمه های عمر

(۱) : بیمه عمر زمانی

در این نوع بیمه چنانچه بیمه شده در خلال مدت بیمه فوت کند و حق بیمه ها تا تاریخ فوت پرداخت شده باشد سرمایه مندرج در بیمه نامه به استفاده کننده پرداخت خواهد شد ولی اگر بیمه شده در پایان مدت در قید حیات باشد ، بیمه گر تعهدی نخواهد داشت و حق بیمه ها قابل برگشت نیست . امتیاز این بیمه ناچیز بودن حق بیمه آن میباشد .

مثال : شخص ۳۰ ساله ای برای مدت ۵ سال خود را در قبال سرمایه ده میلیون ریال با حق بیمه سالانه ۴۰٫۹۰۰ ریال بیمه عمر زمانی می کند . اگر این شخص در اثنای این مدت (۵ سال) فوت نماید مبلغ ده میلیون ریال به استفاده کنندگانی که در بیمه نامه مشخص گردیده پرداخت میشود .

(حق بیمه به ریال)

نمونه جدول حق بیمه سالانه برای سرمایه ۱۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال					
سن	مدت (سال)	۱	۲	۵	۱۰
۲۰		۳۷/۰۰۰	۳۷/۵۰۰	۳۸/۰۰۰	۳۸/۲۰۰
۳۰		۳۹/۶۰۰	۳۹/۹۰۰	۴۰/۹۰۰	۴۲/۷۰۰
۴۰		۵۱/۷۰۰	۵۳/۰۰۰	۵۶/۸۰۰	۶۲/۴۰۰
۵۰		۹۱/۵۰۰	۹۴/۵۰۰	۱۰۳/۸۰۰	۱۱۸/۰۰۰

توجه) در بیمه های عمر زمانی انفرادی سن شخص بیمه شده باضافه مدت بیمه نباید از ۷۰ سال تجاوز نماید .

(۲) بیمه تمام عمر

مدت این بیمه نامحدود میباشد . بیمه گر در ازای دریافت حق بیمه بطور مادام العمر متعهد میشود که هر زمان و به هر علت بیمه شده فوت کند سرمایه مندرج در بیمه نامه را به استفاده کننده بپردازد .

نمونه جدول حق بیمه سالانه برای سرمایه ۱۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال					
سن	۲۰	۳۰	۴۰	۵۰	۶۰
حق بیمه (به ریال)	۹۳/۳۰۰	۱۰۸/۱۰۰	۱۴۳/۳۰۰	۲۱۶/۲۰۰	۳۴۹/۳۰۰

مثال : شخص ۵۰ ساله ای خود را در قبال ده میلیون ریال با حق بیمه سالانه ۲۱۶٫۲۰۰ ریال بیمه تمام عمر میکند . این شخص در هر زمانی فوت کند مبلغ ده میلیون ریال به استفاده کنندگانی که در بیمه نامه مشخص گردیده پرداخت می شود .

(۳) بیمه تمام عمر با محدودیت پرداخت حق بیمه

در این نوع بیمه ، بیمه گزار برای مدت معین ۱۵ یا ۲۰ سال حق بیمه می پردازد و پس از پایان آن مدت ، پرداخت حق بیمه قطع می شود ، ولی بیمه شده مادام العمر بیمه بوده و در هر زمان که فوت نماید سرمایه بیمه به استفاده کنندگانی که در بیمه نامه مشخص گردیده پرداخت خواهد شد .

امتیاز این نوع بیمه این است که بیمه گزار حق بیمه های مربوطه را در زمان اشتغال به کار که درآمد بیشتری دارد پرداخته و هنگام بازنشستگی یا عدم توانایی کارکردن و کم شدن درآمد ، پرداخت حق بیمه قطع می شود . اما پوشش بیمه ای مادام العمر وجود دارد .

(حق بیمه به ریال)

نمونه جدول حق بیمه سالانه برای سرمایه ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
سن	مدت (سال)	
۲۰	۱۵	۲۰
۲۰	۱۶۰/۹۰۰	۱۴۲/۱۰۰
۳۰	۲۰۹/۵۰۰	۱۸۴/۰۰۰
۴۰	۲۹۰/۱۰۰	۲۵۴/۶۰۰
۵۰	۴۱۵/۸۰۰	۳۶۹/۱۰۰

مثال : شخص ۴۰ ساله ای خود را در قبال مبلغ ده میلیون ریال بیمه تمام عمر با محدودیت پرداخت حق بیمه برای مدت ۱۵ سال ، بیمه میکند این شخص فقط برای مدت ۱۵ سال حق بیمه سالانه ۲۹۰,۱۰۰ ریال را پرداخت می نماید ولی هر زمان فوت کند سرمایه بیمه نامه که معادل مبلغ ده میلیون ریال می باشد ، به استفاده کننده پرداخت خواهد شد .

(۴) بیمه عمر تامین فرزندان

در این نوع بیمه سرپرست خانواده خود را به نفع فرزندان زیر ۱۸ سال در قبال مستمری ماهیانه تعیین شده بیمه می کند چنانچه بیمه شده در طی مدت بیمه فوت کند بیمه گر متعهد است که تا سن ۱۸ سالگی کوچکترین فرزند بیمه شده ، مستمری مربوطه را پرداخت نماید . امتیازات این بیمه این است که مبلغ حق بیمه ناچیز و مدت پرداخت حق بیمه ، مدت بیمه می باشد .

(حق بیمه بریال)

نمونه جدول حق بیمه سالانه برای پرداخت ۳۰۰,۰۰۰ ریال مستمری ماهانه			
سن سرپرست خانواده	مدت بیمه نامه (سال)		
	۱۵	۱۰	۵
	مدت پرداخت حق بیمه (سال)		
	۱۰	۷	۳
۲۰	-	-	-
۳۰	۷۳/۸۰۰	۴۹/۴۰۰	۳۱/۷۰۰
۴۰	۱۶۰/۹۰۰	۱۰۶/۲۰۰	۶۶/۴۰۰
۵۰	۳۷۶/۶۰۰	۲۴۸/۸۰۰	۱۵۵/۰۰۰

مثال : پدری ۳۰ ساله دارای فرزندی با سن ۳ سال میباشد . این شخص میتواند خود را برای مدت ۱۵ سال با مستمری ماهانه ۳۰۰,۰۰۰ ریال بیمه تامین فرزندان نماید . چنانچه فرد مذکور بعد از گذشت ۴ سال از بیمه نامه فوت نماید بیمه ایران برای مدت ۱۱ سال بطور ماهانه مبلغ ۳۰۰,۰۰۰ ریال به فرزند بیمه شده پرداخت خواهد نمود . حق بیمه قابل پرداخت ۷۳,۸۰۰ ریال بطور سالانه میباشد که برای مدت ۱۰ سال باید پرداخت نماید .

۵) بیمه عمر مانده بدهکار

افرادی که از مراکز مختلف مانند بانک ها وام دریافت می کنند چنانچه در طول مدت وام فوت نمایند ، بیمه گر بقیه اقساط وام را ، از تاریخ فوت تا پایان مدت وام ، یکجا در وجه موسسه وام دهنده و یا استفاده کننده ای که در بیمه نامه قید شده باشد پرداخت می نماید . امتیاز این بیمه این است که حق بیمه آن بسیار نازل است .

(حق بیمه به ریال)

نمونه جدول حق بیمه سالانه برای سرمایه ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال					
سن	مدت وام (سال)	۵	۱۰	۱۵	۲۰
۲۰		۲۶/۵۷۰	۲۶/۴۶۰	۲۶/۹۶۰	۲۷/۸۳۰
۳۰		۳۰/۴۵۰	۳۱/۳۹۰	۳۳/۳۸۰	۳۵/۹۱۰
۴۰		۴۶/۲۰۰	۴۸/۸۸۰	۵۳/۷۸۰	۵۹/۸۵۰
۵۰		۸۴/۵۵۰	۹۱/۶۲۰	۱۰۳/۷۰۰	۱۱۸/۳۲۰
۶۰		۱۷۷/۹۶۰	۱۹۶/۶۰۰	-	-

مثال : شخصی به سن ۳۰ سال مبلغ ده میلیون ریال وام دریافتی خود را برای مدت ۱۰ سال با حق بیمه سالانه ۳۱,۳۹۰ ریال بیمه عمر مانده بدهکار می کند . در صورت فوت بیمه شده در طی مدت ۱۰ سال مبلغ مانده بدهی بشرح زیر قابل پرداخت میباشد. به فرض اینکه این فرد پس از مدت ۳۰ ماه فوت کند تعهد بیمه گر عبارت است از :

$$\text{کل مدت وام} = ۱۲ \times ۱۰ = ۱۲۰$$

$$\text{مدت باقیمانده وام} = ۱۲۰ - ۳۰ = ۹۰$$

$$\text{تعهد بیمه گر} = ۷۵۰۰,۰۰۰ \times ۹۰ = ۱۰,۰۰۰,۰۰۰$$

۱۲۰

توجه (۱) در بیمه عمرمانده بدهکار سن شخص بیمه شده باضافه مدت بیمه نباید از ۷۰ سال تجاوز نماید.
توجه (۲) بیمه های عمرزمانی و عمرمانده بدهکار را میتوان در قالب قراردادهای گروهی نیز منعقد نمود که در اینصورت نرخ قرارداد مزبور براساس میانگین سنی افراد تحت پوشش بیمه محاسبه و تعیین خواهد گردید . قابل توجه است که در نظر گرفتن میانگین سنی در یک قرارداد جمعی موجب تخفیف در نرخ و در نتیجه کاهش مبلغ حق بیمه خواهد شد .
توجه (۳) منظور از گروه افرادی هستند که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه ای متشکل شده اند و حداقل ۷۰ درصد آنان مشروط به آنکه از ۲۵ نفر کمتر نباشند جزء بیمه شدگان قرار گیرند.

بیمه های عمر مختلط

کلیه بیمه های این دسته دارای شرایط زیر میباشد :

- ۱- در کلیه بیمه های این دسته سن شخص بیمه شده باضافه مدت بیمه نباید از ۷۰ سال تجاوز نماید .
- ۲- برای تمامی این دسته از بیمه ها در صورت ایجاد منافع حاصل از سرمایه گذاری ذخایر ریاضی ، بیمه گزار به میزان ۸۵ درصد در سود به دست آمده شریک می باشد .
- ۳- حق بیمه کلیه این بیمه ها ، را میتوان بصورت یکجا پرداخت نمود که در برابر کل حق بیمه های سالانه بسیار نازل خواهد بود .
- ۴- سرمایه این بیمه ها جزء ماترک نبوده و از مالیات بر درآمد و مالیات بر ارث معاف می باشد.

۵- در صورت انصراف بیمه گزار از ادامه بیمه نامه چنانچه حق بیمه کمتر از ۶ ماه پرداخت شده باشد، بیمه نامه ابطال و بیمه گر هیچگونه تعهدی نخواهد داشت.

۶- چنانچه پرداخت حق بیمه بیش از یکماه از سررسید مقرر به تاخیر افتاده باشد و بیمه شده فوت شود فقط بخش پس اندازی و منافع حاصل از آن تا زمان فوت به استفاده کننده تعلق خواهد گرفت.

۷- در صورتیکه سرمایه اصلی مورد درخواست بیش از یکصد میلیون ریال (۱۰۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال) باشد، صدور بیمه نامه منوط به انجام معاینات پزشکی بیمه شده و تایید پزشک مشاور بیمه ایران میباشد (هزینه معاینات پزشکی در صورت صدور بیمه نامه به عهده بیمه ایران و در صورت انصراف بیمه گزار به عهده وی خواهد بود).

۸- بیمه گزار می تواند سرمایه اصلی بیمه نامه را حداکثر تا مبلغ پانصد میلیون ریال (۵۰۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال) انتخاب نماید. در اینصورت حق بیمه های جداول این دسته از بیمه نامه ها به نسبت سرمایه انتخابی افزایش می یابد.

۱) بیمه عمر و پس انداز

در این نوع بیمه چنانچه بیمه شده در خلال مدت بیمه فوت نماید در صورتیکه حق بیمه ها تا تاریخ فوت پرداخت شده باشد سرمایه مندرج در بیمه نامه با اضافه سرمایه ای که ممکن است تا تاریخ فوت از محل مشارکت در منافع تامین شده باشد به ذینفع پرداخت خواهد شد و چنانچه این بیمه نامه تا پایان مدت ادامه یابد سرمایه مندرج در بیمه نامه با اضافه سرمایه اضافی که ممکن است از محل مشارکت در منافع تامین شده باشد به ذینفع پرداخت خواهد شد.

توجه ۱) این بیمه نامه پس از گذشت حداقل ۶ ماه از شروع بیمه نامه و پرداخت ۶ قسط حق بیمه ماهانه یا یک قسط حق بیمه سالانه دارای ارزش باز خرید میباشد.

توجه ۲) بیمه گزار می تواند بعد از گذشت حداقل دو سال از شروع بیمه نامه از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه خود وام دریافت نماید.

توجه ۳) بیمه گزار می تواند حق بیمه را به صورت سالانه یا یکجا نیز پرداخت نماید

(حق بیمه به ریال)

نمونه حق بیمه ماهانه برخی سنین و مدتها برای سرمایه ۱۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال			
سن	مدت (سال)	۵	۷
۲۰		۱۳۰/۸۰۰	۸۰/۷۰۰
۳۰		۱۳۲/۶۰۰	۸۰/۹۰۰
۴۰		۱۳۳/۰۰۰	۸۱/۷۰۰
۵۰		۱۳۶/۵۰۰	۸۴/۱۰۰
۶۰		۱۳۶/۰۰۰	۸۹/۵۰۰
۶۵		۱۳۹/۵۰۰	-
	۱۰		۴۸/۳۰۰
			۴۸/۸۰۰
			۵۰/۱۰۰
			۵۳/۶۰۰
			۵۷/۳۰۰
			-

مثال: فرد ۳۰ ساله ای خود را برای مدت ۱۰ سال در قبال سرمایه ده میلیون ریال با پرداخت حق بیمه ماهانه ۴۷٫۲۰۰ ریال، بیمه عمر و پس انداز می نماید. در صورت فوت این شخص در اثنای مدت بیمه و یا در صورت حیات بیمه شده در انقضای مدت مبلغ ۱۰ میلیون ریال با اضافه سرمایه اضافی که ممکن است از محل مشارکت در منافع تامین شده باشد به ذینفع پرداخت خواهد شد.

۲) بیمه مهریه

بیمه نامه مهریه تضمینی مطمئن برای پرداخت تمام یا قسمتی از مهریه و پشتیبان مالی مناسبی است که زوج می تواند از مزایای آن بشرح زیر بهره مند شود.

- ۱- در صورت حیات زوج در پایان مدت بیمه ، سرمایه اصلی بیمه نامه به صورت یکجا به زوجه پرداخت میگردد .
- ۲- در صورت ازکارافتادگی دائم و کامل زوج در طول مدت بیمه ، بیمه گزار از پرداخت اقساط بعدی حق بیمه تا پایان مدت بیمه معاف شده و تعهدات بیمه گر کماکان در موعد مقرر انجام خواهد گرفت .
- ۳- در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه سرمایه اصلی بیمه نامه به زوجه پرداخت خواهد شد.
- ۴- در صورت فوت بیمه شده بر اثر حادثه دو برابر سرمایه اصلی بیمه نامه به زوجه پرداخت خواهد گردید.
- ۵- چنانچه زوجین بعد از گذشت حداقل ۶ ماه از تاریخ شروع بیمه نامه و پرداخت حق بیمه مربوطه توسط بیمه گزار ، مطلقه گردند ذخیره پس اندازی بیمه نامه تا تاریخ پرداخت حق بیمه به زوجه پرداخت خواهد شد.
- ۶- زوجه به میزان ۸۵٪ درمنافع حاصل از عملیات بیمه گری در این بخش، در صورت تشکیل آن، سهمیم بوده و سرمایه اصلی بیمه نامه به اضافه سرمایه ای که از محل مشارکت در منافع ایجاد شده است به وی پرداخت خواهد شد.
- ۷- زوجه میتواند پس از گذشت حداقل دو سال از شروع بیمه و پرداخت مستمر حق بیمه مربوطه و با موافقت بیمه گزار از محل ذخیره پس اندازی بیمه نامه تقاضای وام نماید.
- ۸- در صورت فوت زوجه در طول مدت اعتبار بیمه نامه (پس از گذشت حداقل ۶ ماه از تاریخ شروع بیمه نامه و پرداخت حق بیمه مربوطه) ارزش بازخرید بیمه نامه در وجه بیمه گزار پرداخت خواهد شد.

شرایط :

- ۱- حق بیمه براساس سرمایه انتخابی و با توجه به سن بیمه شده و مدت بیمه نامه تعیین می شود به عنوان مثال حق بیمه ماهانه برخی از سنین و مدت ها برای سرمایه ۱۰۰۰۰۰۰ ریال در جدول ذیل نشان داده شده است .

(حق بیمه به ریال)

نمونه حق بیمه ماهانه بیمه مهریه برای برخی سنین و مدتها برای سرمایه ۱۰۰۰۰۰۰ ریال			
سن	مدت (سال)		
	۷	۵	۱۰
۲۰	۸۲/۵۰۰	۱۳۰/۸۰۰	۴۸/۳۰۰
۳۰	۸۳/۱۰۰	۱۳۱/۶۰۰	۴۸/۸۰۰
۴۰	۸۴/۴۰۰	۱۳۳/۰۰۰	۵۰/۱۰۰
۵۰	۸۷/۷۰۰	۱۳۶/۵۰۰	۵۳/۶۰۰
۶۰	۹۰/۱۰۰	۱۳۶/۷۰۰	۵۷/۹۰۰
۶۵	-	۱۴۰/۱۰۰	-

- ۲- بیمه گزار می تواند سرمایه اصلی بیمه نامه را حداکثر تا مبلغ پانصد میلیون ریال (۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال) انتخاب نماید . در اینصورت حق بیمه ماهانه ارقام جدول فوق به نسبت سرمایه انتخابی افزایش می یابد .

- ۳- بیمه گزار می تواند حق بیمه را به صورت سالانه یا یکجا نیز پرداخت نماید .

۳) بیمه تامین هزینه جهیزیه

در این بیمه نامه بیمه گزار و بیمه شده پدر یا مادر دختر و یا در صورت عدم وجود آنان هر شخص دیگری است که علاقمند به تامین آینده دختر بوده و استفاده کننده در صورت فوت و یا حیات بیمه شده دختری است که بیمه نامه به نفع او صادر شده است .

مزایا :

- ۱- بیمه نامه با هدف تامین سرمایه جهت تهیه جهیزیه فرزندان دختر خانواده میباشد .

۲- هرگاه بیمه شده در طول مدت بیمه نامه فوت یا دچار از کارافتادگی دائم و کامل گردد از آن تاریخ تا پایان مدت بیمه نامه حق بیمه ای دریافت نشده ، لیکن کماکان سرمایه بیمه نامه در پایان مدت به استفاده کننده پرداخت می شود و چنانچه فوت بیمه شده ناشی از حادثه باشد دو برابر سرمایه در پایان مدت پرداخت خواهد شد .

۳- در صورتیکه استفاده کننده بیمه نامه (دختر) درفاصله فوت بیمه شده تا پایان مدت بیمه ازدواج نماید سرمایه بیمه نامه در زمان ازدواج به وی پرداخت خواهد شد.

۴- بیمه گزار میتواند در طول مدت قرارداد دختر دیگر خود را به جای استفاده کننده قبلی جایگزین نماید .

۵- چنانچه استفاده کننده در طول مدت بیمه فوت نماید ، با نظر بیمه گزار یکی از دو روش زیر عمل میگردد :

الف) بیمه نامه فسخ شده و ذخیره پس اندازی بیمه نامه حداقل به میزان حق بیمه های دریافتی مسترد میگردد .

ب) با جایگزین شدن استفاده کننده دیگری به انتخاب بیمه گزار ، بیمه نامه ادامه می یابد.

شرایط :

۱- سرمایه مندرج در بیمه نامه در پایان مدت فقط به شخص استفاده کننده پرداخت خواهد شد.

۲- چنانچه بیمه شده در قید حیات باشد و استفاده کننده قبل از پایان مدت بیمه ازدواج نماید در صورت درخواست ، مبلغ ذخیره پس اندازی بیمه نامه به وی پرداخت می شود در غیراینصورت به شرط ادامه پرداخت اقساط ، سرمایه مورد بیمه در پایان مدت به استفاده کننده پرداخت خواهد شد .

۳- در صورت انصراف بیمه گزار از ادامه بیمه ، بیمه نامه دارای ارزش بازریدی نبوده و به یکی از دو روش زیر عمل میگردد :

الف) چنانچه حق بیمه حداقل شش ماه پرداخت شده باشد بیمه نامه با سرمایه مخفف (معادل ذخیره ریاضی) تا پایان مدت ادامه می یابد.

ب) اگر حق بیمه کمتر از شش ماه پرداخت شده باشد بیمه نامه بدون هیچگونه تشریفات باطل است و حق بیمه های دریافتی از بیمه گزار قابل استرداد نخواهد بود .

نحوه پرداخت حق بیمه

۱- حق بیمه ، بیمه نامه تامین هزینه تجهیزیه براساس سرمایه انتخابی و با توجه به سن بیمه شونده و مدت بیمه نامه تعیین می شود ، بعنوان مثال حق بیمه ماهانه برخی از سنین و مدت ها برای سرمایه ۱۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال در جدول زیر نشان داده شده است .

(حق بیمه بریال)

نمونه حق بیمه ماهانه بیمه تجهیزیه برای برخی سنین و مدتها برای سرمایه ۱۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال			
سن	مدت (سال)	۵	۷
۲۰		۱۲۸/۶۰۰	۷۹/۷۰۰
۳۰		۱۲۹/۲۰۰	۸۰/۱۰۰
۴۰		۱۲۹/۸۰۰	۸۰/۵۰۰
۵۰		۱۳۱/۱۰۰	۸۱/۲۰۰
۶۰		۱۲۶/۷۰۰	۷۸/۵۰۰
۶۵		۱۲۶/۷۰۰	-
			۱۰

۱- بیمه گزار میتواند سرمایه اصلی بیمه نامه را حداکثر تا مبلغ پانصد میلیون ریال (۵۰۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال) انتخاب نماید در این صورت حق بیمه های جدول فوق به نسبت سرمایه انتخابی افزایش می یابد.

۲- بیمه گزار میتواند حق بیمه را به صورت سالانه یا یکجا نیز پرداخت نماید .

شرایط عمومی بیمه عمر

تعاریف :

بیمه گر : شرکت سهامی بیمه ایران میباشد .
بیمه شده : بیمه شده شخصی است که حیات او موضوع قرارداد بیمه است و سن او اساس محاسبه حق بیمه را تشکیل میدهد .
بیمه گزار : شخصی است که قرارداد بیمه را منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می نماید .
بیمه گزار و بیمه شده ممکن است یک نفر باشد .
موضوع بیمه : موضوع بیمه مورد این بیمه نامه نوعی از بیمه های عمر مشروحه در این قرارداد است که در صفحه اول بیمه نامه ذکر شده است .

حقوق ناشی از قرارداد :

ماده ۱) اساس قرارداد و تجدید نظر در شرایط عمومی

۱- اظهارات کتبی بیمه گزار و بیمه شده در برگ پیشنهاد بیمه و ضامنه احتمالی آن و گزارش پزشک معاینه کننده اساس قرارداد را تشکیل میدهند .
۲- هرگاه در مورد سوابق روحی و جسمی که بوسیله معاینه پزشکی قابل تعیین نیست و پزشک ناچار است به اظهارات بیمه شده قناعت کند و معلوم گردد که اظهارات بیمه شده در این مورد مطابق با حقیقت نبوده و یا در این قبیل موارد بیمه شده از ابراز مطالبی که در وضع قرارداد بیمه موثر باشد خودداری کند .
الف) در مورد اظهار خلاف واقع در صورتیکه بیمه گر قبل از وقوع خطر به آن پی برد میتواند قرارداد را لغو و یا آنکه با دریافت اضافه نرخی آنرا ادامه دهد . در صورت لغو قرارداد حق بیمه های دریافتی بایستی از طرف بیمه گر برگشت شود .
ب) در صورتیکه بیمه گر بعد از وقوع خطر به اظهارات خلاف واقع بیمه شده پی برد تعهدات بیمه گر به نسبت مابه التفاوت نرخ بیمه در صورت اظهار حقیقت تقلیل مییابد .
ح) اگر مورد از مواردی باشد که بیمه گر در صورت علم به آن از بیمه کردن بیم شده خودداری می نماید در این صورت ده درصد از حق بیمه های پرداخت شده متعلق به بیمه گر بوده و بقیه به بیمه گزار مسترد خواهد شد .
۳- قرارداد بیمه و همچنین آثار مترقبه آن پس از امضاء بیمه نامه و پرداخت اولین حق بیمه و بهای سند تحقق پیدا میکند مشروط براینکه تا آن تاریخ صحت مزاج بیمه شده تغییر نکرده و رضایتبخش باشد .
۴- حدود مسئولیت و تعهدات بیمه گر ، بیمه گزار و بیمه شده و هرگونه استفاده از مزایای بیمه در بیمه نامه معین و مشخص شده است و هرگونه تغییری که در بیمه نامه داده شود به موجب اوراق الحاقی خواهد بود که بنا به تقاضای بیمه گزار و پس از موافقت از طرف بیمه گر صادر میشود و این اوراق الحاقی جزء لاینفک قرارداد بیمه است .
۵- چنانچه مفاد و مطالب غیرجایی مندرجه در بیمه نامه و برگهای الحاقی با شرایط مورد موافقت تطبیق نکند بیمه گزار میتواند ظرف سه هفته از تاریخ صدور بیمه نامه و برگهای الحاقی تقاضای تصحیح آنرا بنماید . پس از سپری شدن این مدت مندرجات اسناد مزبور مورد تصدیق و قبول بیمه گزار تلقی خواهد شد .
۶- در صورتیکه شرایط عمومی جدیدی از طرف بیمه گر تدوین شود بیمه گزار با موافقت بیمه گر میتواند از شرایط جدید استفاده کند .

ماده ۲ - لزوم قرارداد

این قرارداد جز در مورد ثبوت تقلب با رعایت بند ۳ ماده یک برای طرفین لازم الاجراء است و بهیچوجه قابل اعتراض نخواهد بود .

ماده ۳ - پرداخت حق بیمه

۱- حق بیمه با اقساط سالانه و در اول هر سال بیمه باید پرداخت گردد .

- ۲- حق بیمه سالانه را ممکن است بنا به تقاضای بیمه گزار با اقساط ششماهه و سه ماهه و ماهانه تقسیط نمود. در این صورت سودی که به حق بیمه سالانه تعلق میگیرد به ترتیب ذیل خواهد بود:
- الف) حق بیمه ششماهه نصف حق بیمه سالانه به اضافه دو درصد.
 - ب) حق بیمه سه ماهه ربع حق بیمه سالانه به اضافه سه درصد.
 - ج) حق بیمه ماهانه یک دوازدهم حق بیمه سالانه به اضافه پنج درصد.

۳- در صورت فوت بیمه شده اگر حق بیمه آن سال تماماً" پرداخت نشده باشد بیمه گر باقیمانده حق بیمه آنسال را از مبلغی به استفاده کننده قابل پرداخت است کسر خواهد نمود.

۴- حق بیمه واحد باید یکجا پرداخته شود.

۵- پرداخت حق بیمه در صورتی معتبر خواهد بود که به صندوق شرکت و یا شعب آن و در مقابل قبض رسمی شرکت انجام شده باشد.

۶- اقساط حق بیمه عمر باید حداکثر در ظرف یکماه از تاریخ سررسید پرداخته گردد.

ماده ۴ - تاخیر در پرداخت حق بیمه

در صورتیکه پرداخت اقساط حق بیمه و یا قسمتی از حق بیمه بیش از یکماه به تاخیر افتد بطریق ذیل رفتار خواهد شد.

الف) بیمه نامه هائیکه اقساط حق بیمه آن دو سال تمام پرداخت نشده باشد خود به خود و بدون هیچگونه تشریفاتی باطل است و حق بیمه های دریافتی قابل استرداد نخواهد بود.

ب) بیمه نامه هائیکه حداقل اقساط حق بیمه آن دو سال تمام پرداخت شده باشد تبدیل به بیمه نامه مخففی از همان نوع می شود و دیگر از بابت آن حق بیمه ای دریافت نمیگردد.

ماده ۵ - برقراری مجدد بیمه نامه

۱- بیمه گزار در هر موقع و در طول مدت قرارداد میتواند تقاضای برقراری مجدد بیمه نامه باطل شده یا مخفف را بنماید بیمه گر در صورتیکه وضع مزاجی بیمه شده رضایتبخش باشد با دریافت اقساط حق بیمه معوقه و صدی پنج سود به نسبت مدت تاخیر بیمه نامه باطل شده و یا مخفف را به قوت اولیه اعاده خواهد داد.

۲- حق انجام معاینه پزشکی از بیمه شده به هزینه بیمه گزار به منظور برقراری مجدد قرارداد بیمه برای بیمه گر محفوظ خواهد بود.

ماده ۶ - باز خرید

۱- در صورت تقاضای بیمه گزار بیمه گر بیمه نامه ای را که لااقل حق بیمه دو سال تمام آن پرداخته شده باشد، طبق جدول باز خرید مورد عمل خود با خرید مینماید.

۲- بیمه نامه های عمر از نوع بیمه عمر زمانی و بیمه بشرط حیات بدون استرداد حق بیمه بهای باز خرید ندارند.

ماده ۷ - وام به اعتبار بیمه نامه

بیمه گر میتواند برای بیمه نامه هائیکه ارزش باز خرید دارند مبلغی وام طبق شرایط جداگانه ای منتهی تا میزان ارزش باز خرید بیمه نامه بپردازد. در اینصورت تعهدات بیمه گر تا میزان وام پرداختی و سود متعلقه مادام که تصفیه نشده است تقلیل مییابد.

ماده ۸ - انتقال

۱- این بیمه نامه را بوسیله هریک از وسائل قانونی میتواند به دیگری منتقل نمود ولی انتقال مزبور باید با موافقت کتبی بیمه شده و بیمه گر باشد.

۲- اگر بیمه گزار و بیمه شده دو نفر باشند در صورت فوت بیمه گزار یا انتقال بیمه به دیگری چنانچه ورثه با منتقل الیه کلیه تعهداتی را که به موجب قرارداد بیمه بعهده بیمه گزار بوده است در مقابل بیمه گر اجرا نمایند قرارداد بیمه به نفع ورثه یا منتقل الیه به اعتبار خود باقی میماند. معهدا ورثه و یا منتقل الیه حق فسخ قرارداد را طبق شرایط عمومی این بیمه نامه خواهد داشت.

۳- در صورت انتقال بیمه نامه به دیگری ناقل مسئول پرداخت کلیه اقساط حق بیمه معوقه تا تاریخ انتقال در مقابل بیمه گر خواهد بود .

۴- اگر ورثه بیمه گزار متعدد باشند هریک از آنها نسبت به تمام حق بیمه در مقابل بیمه گر مسئولیت تضامنی خواهند داشت به نحویکه هرگاه یکی از آنها حق بیمه سهمی خود را نپردازد هیچکدام نخواهند توانست از قرارداد بیمه استفاده کنند .

ماده ۹- خطرات متمم

مورد ذیل در صورتیکه با شرایط خصوصی این قرارداد مغایرت نداشته باشد قابل اجراء خواهد بود .

۱- خطر مسافرت هوایی

بیمه گر بدون دریافت حق بیمه اضافی و بدون اینکه اطلاع قبلی لازم باشد غرامت فوت ناشی از خطرات مسافرت هوایی با هواپیماهای مسافربری بیمه شده را تعهد میکند مشروط براینکه بیمه شده بعنوان مسافرعادی و در خطوط حمل و نقل تجاری مجاز مسافرت کند هیچیک از خطرات ناشی از مسابقه سرعت و اکتشاف و پروازهای اکروباشی و هر نوع تمرین های مربوطه مشمول این قرارداد نمیباشد در صورت بروز خطر در این موارد بیمه گر فقط مبلغ ذخیره ریاضی را تا روز حادثه پرداخت خواهد نمود .

۲- خطر جنگ

در صورتیکه بیمه شده در نتیجه عملیات تعرضی و تدافعی و یا هر نوع حادثه دیگری که جنبه نظامی در مقابل نیروی مهاجم داشته باشد فوت نماید بیمه گر فقط ذخیره ریاضی بیمه را تا روز حادثه خواهد پرداخت . چنانچه بیمه شده بعنوان نظامی و یا در تشکیلات نظامی تحت هر عنوان به جنگ فرستاده شود بیمه نامه از تاریخ تجهیز بیمه شده به بیمه معلق تبدیل می شود حتی اگر بیمه گر در اثر عدم اطلاع از وضع بیمه شده به دریافت حق بیمه ادامه داده باشد . در اینصورت چنانچه بهر علتی خطری پیش آید بیمه گر فقط ذخیره ریاضی سرمایه بیمه را تا روز تعلیق خواهد پرداخت و حق بیمه های اضافه دریافتی احتمالی از تاریخ تعلیق مسترد خواهد شد .

بیمه نامه معلق شش ماه پس از ختم عملیات جنگی و یا برگشت بیمه شده به حال کشوری و با در نظر گرفتن شرایط ماده ۵ این قرارداد بحال اولیه اعاده خواهد شد .

در صورتیکه بیمه شده در کشوری که در حال جنگ است فوت کند یا بیمه گزار و وراث قانونی اوست که ثابت نمایند که فوت بیمه شده بعلمت عملیات جنگی نبوده و بیمه نامه معلق نیست در غیراینصورت بیمه گر فقط ذخیره ریاضی بیمه را خواهد پرداخت .

برای بیمه نامه های از نوع (سرمایه فرزندان) ذخیره ریاضی که در بندهای ۱ و ۳ ماده ۹ پیش بینی شده به منزله حق بیمه واحد محاسبه و بجای سرمایه مخفف د رانقضاء مدت قرارداد پرداخته خواهد شد .

ماده ۱۰- خطراتی که تامین نمی شود :

۱- در صورتیکه بیمه شده شود در اثر خودکشی یا شعی در خودکشی در طول سه سال از تاریخ شروع قرارداد بیمه و یا از تاریخ برقراری مجدد فوت نماید فقط ذخیره ریاضی بیمه پرداخته میشود . مگر اینکه وراث قانونی بیمه شده با دلایل مکفی ثابت نمایند که خودکشی غیرارادی بوده است .

۲- چنانچه سه سال از مدت بیمه و یا از تاریخ برقراری مجدد گذشته باشد تمام سرمایه بیمه پرداخت می شود.

۳- در صورتیکه استفاده کننده با بیمه گزار مسبب مرگ بیمه شده باشند در اینصورت فقط ذخیره ریاضی به سایر استفاده کنندگان و یا وراث قانونی او پرداخت خواهد شد .

ماده ۱۱- حقوق استفاده کننده

۱- بیمه گزار حق دارد در طول مدت قرارداد بیمه استفاده کننده مورد بیمه نامه را با موافقت کتبی بیمه شده تغییر دهد مگر آنکه بیمه نامه را به دیگری داده و سند بیمه نامه را هم به منتقل الیه تسلیم کرده باشد .

۲- بیمه گزار موظف است مراتب را کتبا " با ذکر نام و نام خانوادگی و شماره شناسنامه هریک از استفاده کنندگان بیمه به بیمه گر اطلاع دهد .

۳- اثرات قانونی استفاده از سرمایه بیمه عمر از تاریخ فوت بیمه شده و یا انقضاً مدت بیمه نامه شروع می شود ولی اگر بیمه گزار از بابت آن وجهی دریافت کرده و یا نسبت به آن با بیمه گر معامله نموده باشد تعهدات بیمه گر به نسبت وجه مزبور تقلیل خواهد یافت .

۴- سرمایه بیمه عمر از تاریخ فوت بیمه شده متعلق قانونی بیمه شده است مگر آنکه قبلاً" در سند بیمه نامه و یا اوراق الحاقی استفاده کننده دیگری قید شده باشد در این صورت سرمایه بیمه عمر متعلق به اشخاصی خواهد بود که در سند بیمه نامه و یا اوراق الحاقی نام آنها ذکر شده است .

ماده ۱۲- پرداخت سرمایه

سرمایه های بیمه شده در قبال رسیدیکه دارای امضاء مصدق باشد و پس از دریافت اسناد و مدارک مشروحه ذیل تصفیه و به استفاده کننده پرداخت خواهد شد .

✓ بیمه نامه و اوراق الحاقی ضمیمه آن .

✓ قبوض رسید حق بیمه های پرداختی .

علاوه بر مدارک فوق :

الف - در صورتیکه پرداخت سرمایه در حیات بیمه شده باشد .

✓ رونوشت مصدق شناسنامه

ب - در صورتیکه پرداخت سرمایه در حیات بیمه شده باشد .

فوت بیمه شده باید کتباً" با ذکر علت آن در اولین فرصت منتهی تا یکماه (مگر در موارد غیرعادی) از طرف استفاده کننده یا بیمه گزار به اطلاع بیمه گر برسد بعلاوه مدارک ذیل را برای رسیدگی در اختیار بیمه گر قرار دهند .

۱- گواهی رسمی فوت

۲- گواهی مشروح آخرین پزشک معالج که در آن علت بیماری و شرح و سیر آن ذکر شده باشد در صورتیکه معالجه بعمل نیامده باشد مدارک مثبت حاکمی از بیماری و عمل فوت و اوضاع و احوالیکه در آن فوت اتفاق افتاده باید به هزینه استفاده کننده تهیه و ارائه گردد .

۳- در صورتیکه استفاده کنندگان در بیمه نامه و اوراق الحاقی مشخص نشده باشند گواهی انحصار وراثت .

۴- بیمه گر حق دارد با هزینه استفاده کننده اطلاعات و مدارک تکمیلی در این زمینه مطالبه و یا خود تهیه کند .

۵- در صورتیکه اشتباهی در تاریخ تولد بیمه شده در موقع انعقاد قرارداد رخ داده باشد حق بیمه های اشتباهی مسترد و یا از سرمایه بیمه کسر خواهد شد .

۶- بیمه گر پس از دریافت اسناد و مدارک مثبت را اطمینان از صحت آنها حداکثر ظرف ده روز تعهدات خود را انجام خواهد داد .

ماده ۱۳- فقدان بیمه نامه و قبوض حق بیمه

در صورتیکه بیمه نامه و یا قبوض آن مفقود شود بیمه گزار موظف است فوراً" مراتب را کتباً" به اطلاع بیمه گر برساند و بیمه گر پس از اطمینان از فقدان آن المثنی بیمه نامه را صادر خواهد نمود .

ماده ۱۴- نشانی قانونی - تغییر محل اقامت - نماینده در ایران

۱- اقامتگاه بیمه شده و یا نماینده او در ایران برای بیمه گر نشانی قانونی و رسمی اوست .

۲- بیمه گزار موظف است تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتباً" به بیمه گر اطلاع دهد .

۳- هرگاه بیمه گزار خارج از ایران اقامت نماید باید یکنفر مقیم ایران را به بیمه گر معرفی کند که در کارهای مربوط به

۴- بیمه عمر نماینده او باشد و بیمه گر نامه های مربوط را بعنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید .

۵- در صورت عدم رعایت مقررات فوق مکاتبات بیمه گر به آخرین نشانی بیمه گزار در ایران که بیمه گر از آن مطلع میباشد معتبر خواهد بود .

۶- کلیه مکاتبات بیمه گزار و نماینده او بعنوان این قرارداد با ذکر شماره بیمه نامه باید به اداره مرکزی بیمه گر (اداره بیمه عمر) تهران و یا شعب آن در شهرستانها فرستاده شود .

ماده ۱۵- مرور زمان

مدت مرور زمان کلیه دعاوی حقوقی ناشی از این قرارداد سال است .

ماده ۱۶- محکمه صالحه

۱- شرایط عمومی و خصوصی این بیمه نامه با توجه به پیشنهاد بیمه گزار تابع مقررات قانونی بیمه ایران میباشد و دعاوی راجع باین بیمه نامه و یا راجع به اجرای آن طبق مقررات بدادگاههای صالحه ایران (دادگاه صلاحیتدار محل اقامت) ارجاع خواهد گردید .



بیمه ایران

فصل دوم :



بیمه های حوادث

بیمه ایران

بیمه حوادث گروهی

ارائه پوشش بیمه ای به افراد یک گروه حداقل ۱۰ نفره که برای هدفی غیر از بیمه شدن برگرد هم آمده و تحت عنوان قانونی به فعالیت اقتصادی، فرهنگی، خدماتی و... بپردازند، مقدور است. از آنجائیکه ارائه پوشش به تک تک افراد یک گروه بخصوص در مورد گروههای بزرگ صرف وقت و هزینه زیادی را در بر دارد بعلاوه آنکه نرخ حق بیمه نیز بطور طبیعی بصورت انفرادی محاسبه خواهد شد لذا بمنظور رفع این دو مورد بیمه های گروهی طراحی شدند تا ضمن از بین بردن تبعات صدور بیمه نامه انفرادی کاهش حق بیمه را نیز بدنبال داشته باشد.

امروزه یکی از جذابیت های سازمان ها در جذب نیروی انسانی امور رفاهی آنهاست بیمه های گروهی اشخاص و بخصوص موضوع مورد بحث، یعنی بیمه حوادث گروهی نیز از جمله مقوله های رفاهی میباشد.

در مجموع فرق های عمده بیمه حوادث در مقایسه با حوادث انفرادی بشرح ذیل است:

۱- نرخ حق بیمه کمتر

۲- عدم صدور بیمه نامه های به تعداد اعضای گروه

۳- عدم نیاز به مراجعه به جدول طبقه بندی پنجگانه مشاغل

۴- پرداخت حق بیمه ماهانه بجای یکجا

۵- قطع ارتباط تک تک بیمه شدگان با بیمه گر و جانشین نماینده بیمه گذار جهت اتخاذ ارتباط

بمنظور صدور بیمه نامه های گروهی پس از بازاریابی و مذاکره های اولیه با بیمه گذار بشرح ذیل عمل خواهد شد:

۱- تقاضای بیمه گذار در خصوص پوشش بیمه ای حوادث انفرادی شامل: نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه و تاریخ تولد، شغل و تعداد کل کارکنان. همچنین تعیین سرمایه مورد درخواست شامل: فوت، نقص عضو، هزینه پزشکی و...

۲- پس از تعیین موارد فوق با بررسی شغل تک تک کارکنان مشخص شود که ۷۵٪ از شغل کارکنان جزء فعالیت های طبقه یک شغلی است یا خیر در صورتیکه جواب مثبت باشد از ردیف یک جدول نرخ حق بیمه گروهی استفاده و حق بیمه های مربوطه را تعیین می نمائیم در صورتیکه مشاغل ذکر شده در طبقه یک شغلی نباشد از ردیف دوم جدول نرخ حق بیمه گروهی استفاده میشود.

۳- براساس درخواست های بیمه گذار تعهدات این قراردادها می تواند بشرح ذیل باشد:

- سرمایه و تعهدات ناشی از خطرات مشمول بیمه بصورت مبلغ مشخص و ثابت برای تمام کارکنان.

- سرمایه و تعهدات ناشی از خطرات مشمول بیمه برای گروه های مختلف کارکنان (مثلا اعضای هیئت مدیره، کارکنان واحدهای اداری، کارکنان بخش تولید، مهندسی و...)

- سرمایه و تعهدات ناشی از خطرات مشمول بیمه بصورت ضربی از حقوق و مزایای کارکنان.

۴- پس از ارائه طرح های مختلف و یا طرحی خاص براساس سرمایه درخواستی حق بیمه های مورد نظر تعیین (بصورت سرانه) و اعلام میشود و پس از تأیید بیمه گذار (مقتضی) قرارداد تنظیم میشود.

۵- اگر چه جهت تهیه قراردادهای حوادث گروهی از نمونه های موجود استفاده می شود معذالک اضافه مینماید که اساسا قراردادهایی از این نوع شامل چند فصل یا بخش است که عبارتند از کلیات، وظایف بیمه گذار، وظایف بیمه گر، و مقررات مختلف میباشد. بدیهی است علی رغم چهارچوب و اصلی فوق براساس شرایط هر بیمه گذار اطلاعات مورد توافق بایستی بدقت و بمنظور جلوگیری از هرگونه سوء تفاهم درج شود.

۶- امضاء تبادل قرارداد در این مرحله صورت میپذیرد در بیمه نامه (قرارداد) براساس اختیارات توسط مسئولین امضاء بیمه گذار (واحد درخواست کننده) با رئیس سازمان امضاء میشود.

۷- ثبت در دفتر صدور بیمه نامه و درج تاریخ شروع و انقضاء.

۸- ارسال نسخه ای از قرارداد با نامه رسمی برای بیمه گذار و تاکید بر ارسال لیست اسامی بیمه شدگان و پرداخت حق بیمه در ضرب الاجل تعیینی، در صورتیکه بیمه گذار تغییری در لیست اسامی ارسال شده قبلی که جهت ارائه برای تعیین حق بیمه بود نداشته باشد مراتب را صرفا تاکید کند.

۹- نسخه ای از قرارداد جهت اطلاع واحدهای خسارت و مالی ارسال می گردد .
۱۰- پس از ارسال لیست اسامی بیمه شدگان بررسی و کنترل های لازم جهت ارائه پوشش بیمه ای و صدور الحاقی اعمال می گردد بنحوی که افراد معرفی شده واجد شرایط اعطا پوشش بیمه ای باشند . در صورتی که معیار تعهدات قرارداد ضریبی از حقوق و مزایا باشد علی القاعده بایستی میزان حقوق و مزایای ماهانه هر کدام از کارکنان مشخص و اعلام شده باشد .

۱۱- جهت صدور الحاقی پوشش (تعیین تعداد اولیه) و محاسبه حق بیمه با توجه اینکه سرمایه می تواند به شکل های مختلف تعیین شده بشرح یکی از انواع ذیل عمل می کنیم :

نوع اول

کل حق بیمه ماهانه = تعداد بیمه شدگان × حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان
در صورتیکه بیمه گذاری تمایل به پرداخت حق بیمه سالانه داشته باشد :
کل حق بیمه سالانه = ۱۲ × کل حق بیمه ماهانه

نوع دوم

حق بیمه سالانه = نرخ حق بیمه × مجموع سرمایه های گروه های مختلف
حق بیمه ماهانه = ۱۲ × حق بیمه سالانه

نوع سوم

حق بیمه ماهانه کلیه کارکنان = نرخ به درصد × مجموع حقوق و مزایا کلیه کارکنان
- از آنجائیکه نرخ حق بیمه با سرمایه های ثابت بر همه کارکنان (در هزار) می باشد برای محاسبه حق بیمه در حالتیکه ملاک حقوق و مزایای ماهانه است از طریق فرمول ذیل تبدیل می شود .
- در صورتیکه ملاک پرداخت حق بیمه و تعهدات حقوق ماهانه باشد بیمه گذار موظف است که لیست حقوق ماهانه کلیه کارکنان را بمنظور تعیین حق بیمه ماهانه و پرداخت خسارت احتمالی در اختیار بیمه گر قرار دهد .
۱۲- الحاقی تعیین حق بیمه پس از مراحل فوق با اخذ شماره ردیف از دفتر ثبت الحاقی و شماره الحاقی قرارداد در دست انجام که بطور مسلسل تعیین می شود و درج حق بیمه اضافی و برگشتی صادر و بشرح ذیل تفکیک می گردد .
برگ اول ارسال برای بیمه گذار به همراه نامه ای که درخواست حق بیمه درمان لحاظ شده باشد یک برگ رونوشت های واحد حسابداری (جهت عملیات حسابداری و بدهکار نمودن بیمه گذار) سایر رونوشت بایگانی در پرونده مربوطه .
۱۳- پس از دریافت حق بیمه الحاقیهای صادره نسبت به صدور رسید وصول حق بیمه اقدام شود .
توجه : در پاره ای موارد حق بیمه های مربوطه هنگام ارسال لیست اسامی نیز پرداخت می شود . در اینصورت مراحل ۱۰-۱۱-۱۲ با هم انجام می شود .

۱۴- از آنجائیکه در طول مدت قرارداد بیمه شدگانی به تعداد بیمه شدگان اضافه می شود (استخدام ، ازدواج ، تولد فرزندان و ...) و یا بیمه شدگانی کم می شود (بازنشسته ، فوت ، مرخصی ، اخراجی ، خارج شدن از تحت تکفل و ..) . لذا با اخذ نامه ای از بیمه گذار و تعیین مشخصات افراد اضافه شده و کم شده با صدور الحاقی اضافی یا برگشتی مراتب به قرارداد اضافه یا کم می شود .

۱۵- بمنظور تعیین وضعیت الحاقیهای صادره برای هر قرارداد جمعی و همچنین میزان پرداخت ها و دریافت های بیمه گذار و در مجموع وضعیت تراز طلب و بدهی سازمان طرف قرارداد صورت وضعیتی شامل : ردیف - شرح - (شامل الحاقی های صادره ، چک های حق بیمه دریافتی و سایر عملیات مالی) - بدهکار ، بستانکار و ملاحظیات در پرونده مربوطه نگهداری تا ضمن بهره برداری جهت پیگیری های جاری اطلاعات جهت تأیید واحد حسابداری همیشه در دسترس باشد .

بیمه نامه حوادث خانواده

بیمه نامه حوادث خانواده همانطوریکه از نامش پیداست تأمینی است مناسب برای کلیه اعضای خانواده ، مزیت این بیمه نامه های حوادث انفرادی یکی متمرکز بودن و یکجا بودن بیمه نامه است و دیگری نرخ مناسب و به نسبت کمتر آن در مقایسه با بیمه حوادث انفرادی است همچنین حق بیمه فرزندان نصف حق بیمه سرپرست و دیگر اعضای خانواده است .

مراحل اجمالی صدور بیمه نامه حوادث خانواده

- ۱- تکمیل پرسشنامه (پیشنهاد) توسط بیمه گذار
 - ۲- محاسبه حق بیمه توسط کارشناس و تکمیل اطلاعات قسمت بیمه گر
 - ۳- پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار
 - ۴- تکمیل کارت بیمه نامه
 - ۵- ثبت اطلاعات بیمه نامه در دفتر صدور و اخذ شماره از دفتر مذکور
 - ۶- صدور رسید وصول حق بیمه و تفکیک آن
- ذیلا بطور مشروح نحوه صدور بیمه نامه به ترتیب اولویت های فوق بیان می گردد .
- ۱- پس از تکمیل پیشنهاد توسط متقاضی (بیمه گذار) کلیه قسمت های تکمیل شده کنترل می گردد یکی از موارد مهم در پیشنهاد تعیین ضریب سرمایه مورد نظر است که براساس آن سرمایه ها و بالطبع حق بیمه تعیین خواهد شد .
 - ۲- در صورتیکه فردی از افراد خانواده دارای نقص عضو باشند مراتب جهت تعیین نوع درصد نقص عضو به پزشک معتمد شرکت از طریق معرفی نامه انجام گرفته و در پیشنهاد و مدارک ضمیمه منعکس و در بیمه نامه نیز درج می گردد .
 - ۳- براساس ضریب انتخاب شده توسط بیمه گذار در محل مربوط به بیمه گر حق بیمه های مربوطه محاسبه می شود مثلا اگر فردی تقاضای ۴ برابر تعهدات اصلی را داشته باشد و خانواده او جمعا ۴ نفر شامل : خود ، همسر و دو فرزندش باشد حق بیمه بشرح ذیل میباشد .

حق بیمه تعهدات اصلی

$$۲۰/۰۰۰ = ۲ \times ۱۰/۰۰۰ \text{ ریال}$$

$$۱۰/۰۰۰ = ۲ \times ۵/۰۰۰$$

$$\text{کل حق بیمه} = ۱۲۰/۰۰۰ = (\text{ضریب تعهدات}) ۴ \times ۳۰/۰۰۰ \text{ جمع کل حق بیمه}$$

تعداد نفرات

حق بیمه سرپرست و همسر

حق بیمه فرزندان

- ۴- پس از تعیین حق بیمه و واریز آن بحساب شرکت کارت مخصوص بیمه نامه صادر می شود .
- ۵- جهت درج شماره بیمه نامه از دفتر صدور بیمه نامه شماره ای اخذ و اطلاعات مورد نیاز در دفتر مذکور درج می شود .

۶- در روی کارت شماره بیمه نامه ، تاریخ صدور ، تاریخ شروع ، پایان بیمه نامه و نشانی و تلفن بیمه گذار درج می شود . در ذیل کارت حداکثر تعهد (ضریب تعهد) ثبت می شود . در پشت کارت کل مبلغ حق بیمه و مشخصات اعضای خانواده به دقت درج می شود .

۷- رسید وصول حق بیمه براساس شماره بیمه نامه و مشخصات فیش حق بیمه صادر می شود .

۸- برگ اول رسید وصول حق بیمه بانضمام کارت بیمه نامه تحویل به بیمه گذار می گردد .

برگ دوم رسید وصول حق بیمه جهت استفاده حسابداری

برگ سوم رسید وصول حق بیمه کارمزد نمایندگی

برگ چهارم رسید وصول حق بیمه بانضمام برگ پیشنهاد

بیمه نامه حوادث انفرادی

در اواخر قرن نوزدهم میلادی پیشرفتهای سریع صنعتی در اروپا باعث گسترش چشمگیر بیمه های حوادث (انفرادی و گروهی) گردید. یکی از رشته های زیر مجموعه بیمه نامه های حوادث ، بیمه حوادث انفرادی است. در این بیمه نامه تعهدات اصلی و تبعی شامل : فوت ، نقص عضو و جزئی و کلی دائم ، از کارافتادگی ، هزینه پزشکی ، غرامت روزانه از کارافتادگی در اثر حادثه می باشد .

تعریف حادثه : حادثه رویداد و واقعه ای است که بصورت ناگهانی ، غیر مترقبه و بدون دخالت بیمه شده و ناشی از یک عامل خارجی باشد .

مهمترین عامل در تعیین نرخ حق بیمه های حوادث مشاغل بیمه شدگان است بدین سبب در کشورهای مختلف جهان مشاغل گوناگون و متعدد به طبقات مختلف تقسیم گردیده و سپس شغل خاص خود را دارد. در ایران براساس آیین نامه شماره ۲۴ شورا سیاسی بیمه ، کلیه مشاغل به پنج طبقه تقسیم شده اند که عبارتند از :

طبقه بندی مشاغل

طبقه یک : این طبقه شامل اشخاصی میگردد که در فعالیتهای روزمره خود با حداقل خطر متصوره روبرو میباشند از قبیل کارکنان اداری و دفتری و افرادی که صرفاً در دفتر کار خود به عرضه خدمات میپردازند .

طبقه دو : این طبقه شامل اشخاصی میگردد که در فعالیتهای روزمره خود در مقایسه با اشخاص موضوع طبقه یک با خطرات نسبی بیشتری روبرو هستند و معمولاً علاوه بر استفاده از نیروی فکری با دستشان هم کار میکنند لیکن کار آنها با ماشین آلات صنعتی نخواهد بود از قبیل دندان پزشکان ، مهندسین ناظر ، بازاریابها ، دوزندگان و انبارداران .

طبقه سه : این طبقه شامل اشخاصی میگردد که متخصص یا نیمه متخصص میباشند و اکثر آنها معمولاً با ماشین و ادوات صنعتی کار میکنند از قبیل کشاورزان ، رانندگان و کارکنان ساختمانی .

طبقه چهار : این طبقه شامل اشخاصی میگردد که با ماشین و ادوات صنعتی پر خطر کار میکنند و یا نوع کار آنها پر خطر میباشد . کارگران ماهر صنعتی که به کارهای مختلف گمارده شده و با خطرات متعدد روبرو هستند نیز در این طبقه قرار دارند از قبیل : پرسکار فلز ، کلبند ، مامورین آتش نشانی ، رفتگر و بارانداز .

طبقه پنج : این طبقه شامل اشخاصی میگردد که در فعالیت روزمره خود با بیشترین خطر روبرو هستند ، از قبیل خلبانان آزمایشی و کارگران معادن زیرزمینی .

جهت صدور بیمه نامه حوادث انفرادی ۲۴ ساعته به غیر از مطبوعات و مدارک مختص این بیمه نامه ، مدارک و اطلاعات مشروحه ذیل جهت محاسبه حق بیمه مورد نیاز است :

۱- جدول طبقه بندی گروههای پنجگانه شغلی که نرخ های مربوطه در آن درج شده است .

۲- دفترچه (کتابچه) کد و طبقه بندی شغلی مشاغل

۳- جدول حق بیمه کوتاه مدت

۴- جدول اضافه نرخ حق بیمه خطرات مخصوص

مراحل اصلی صدور بیمه نامه حوادث انفرادی

۱- تکمیل پیشنهاد توسط بیمه گذار

۲- بررسی پیشنهاد توسط کارشناس مربوطه

۳- محاسبه حق بیمه مربوطه براساس مندرجات پیشنهاد و موج اطلاعات مربوط به بیمه گذار در محل های مربوطه

۴- واریز حق بیمه به بانک توسط بیمه گذار

۵- اخذ شماره بیمه نامه از دفتر صدور بیمه نامه و درج اطلاعات بیمه نامه در دفتر مذکور

۶- تایپ بیمه نامه (در صورت نیاز برای ماشین نویس پیش نویس تهیه گردد)

۷- بررسی و کنترل بیمه نامه نایب شده با اطلاعات مندرج در بیمه نامه و امضاء آن توسط کارکنان مسئول طبق اختیارات تفویضی

۸- صدور قبض رسید وصول حق بیمه

۹- تفکیک بیمه نامه و رسید وصول حق بیمه

۱۰- آمار روزانه و ماهیانه

موارد فوق الذکر اهم اقدامات جهت صدور بیمه نامه حوادث انفرادی میباشد . بمنظور انجام صحیح موارد مذکور نکات ذیل در هر کدام از مراحل بوقت بایستی در نظر گرفته شود .

تشریح مراحل صدور :

۱- پیشنهاد پس از تکمیل بایستی به امضاء بیمه گذار برسد . طبیعتاً بدین منظور احراز هویت اخذ با کارت شناسایی معتبر الزامی است .

۲- در صورتیکه بیمه شده شخصی به غیر از بیمه گذار باشد اعلام رضایت و امضاء پیشنهاد توسط وی و پس از احراز هویت انجام گیرد .

۳- کلیه اطلاعات درخواستی یک به یک توسط متقاضی تکمیل شده باشد .

۴- آدرس بیمه گذار بایستی آدرس دائمی باشد . مواردی مانند هتل ، اماکن موقت ، مسافرخانه و نظایر آن معتبر نیست

۵- سرمایه انتخابی توسط متقاضی با موقعیت شغلی (از نظر توان پرداخت حق بیمه) و موقعیت اجتماعی و حداکثر سرمایه قابل فروش براساس دستورالعمل های مربوطه انجام پذیرد .

۶- بمنظور رعایت حداقل و سقف سنی ، سن بیمه شده مورد ملاحظه قرار گیرد.

۷- در صورتی که براساس جواب های اعلام شده توسط بیمه گذار در فرم پیشنهاد نیاز به انجام معاینات پزشکی باشد بیمه شده بوسیله یک برگ معرفی نامه به پزشک معتمد ارجاع شود . در این شرایط هر گونه نقص عضو ، مجروحیت و ناتوانی اظهار شده و تأیید شده توسط پزشکان در پرونده جهت جلوگیری از اعلام خسارت از این مواضع درج می شود .

۸- در مجموع با استفاده از اطلاعات مندرج در قسمت «اطلاعات مورد نیاز» برگ پیشنهاد و با توجه به اینکه جوانب مدیریت ریسک برای اعطای پوشش بیمه ای اخذ تصمیم می شود . چون مواردی هر چند نادر این امکان را فراهم مینماید که بیمه نامه فروخته نشود .

۹- نسبت گرامت درخواستی هزینه پزشکی و گرامت روزانه عمومی و بیمارستانی رعایت شده باشد بدین ترتیب که :

هزینه پزشکی حداکثر معادل ۱۰٪ سرمایه فوت و نقص عضو

گرامت روزانه معمولی حداکثر معادل ۱۲٪ سرمایه فوت و نقص عضو

گرامت روزانه بیمارستانی حداکثر معادل ۲۴٪ سرمایه فوت و نقص عضو

۱۰- گرامت روزانه عمومی و بیمارستانی فقط به افرادی که صاحب شغل آزاد باشند فروخته میشود .

۱۱- برای تکمیل محل «محاسبه حق بیمه» در فرم پیشنهاد پس از تعیین طبقه شغلی از طریق کتابچه ای که بدین منظور در اختیار واحد صدور قرار گرفته است (نام کلیه مشاغل به ترتیب حروف الفبا در این کتابچه درج شده است و در ستونی طبقه شغل مورد نظر تعیین شده است مثلاً : دندانپزشک ، گروه ۲ شغلی است) .

۱۲- برای محاسبه حق بیمه اضافی بایستی از جدولی که بدین منظور تهیه شده است استفاده کرد در واقع حق بیمه اضافی برای آن دسته از خطرات اخذ می گردد که به صورت عادی تحت پوشش تعهدات بیمه نامه قرار ندارند و بهره مندی از تعهدات با پرداخت حق بیمه ای مازاد انجام خواهد گرفت . (خطرات مخصوص)

حق بیمه اضافی برای فعالیتهای ورزشی و تفریحی مانند کوهنوردی ، اسکی ، هدایت اتومبیلهای مسابقه ای ، چتر بازی ، اسب سواری و ... که جدول مذکور درج شده است دریافت می شود . بای محاسبه حق بیمه اضافی به دو نکته مهم بایستی توجه کرد .

۱-۱۲- چون امکان دارد که بیمه شده به چند فعالیت از فعالیتهای ورزشی و تفریحی مبادرت نماید و هر کدام از این فعالیت ها اضافه نرخ خاصی دارند لذا بای محاسبه اضافه نرخ بجای جمع تک تک اضافه نرخ ها ، بالاترین آنها ملاک محاسبه قرار میگرد .

۱۲-۲- برای محاسبه اضافه نرخ خطرات مخصوص نرخ طبقه شغلی - ملاک محاسبه حق بیمه خواهد بود. یعنی اینکه حق بیمه های عادی از طبقه بندی شغلی شغل بیمه شده تعیین خواهد شد و فقط حق بیمه های اضافی به ترتیب مذکور محاسبه می گردد.

مثال: شخصی که به شغل تراشکاری اشتغال دارد تقاضای بیمه نامه حوادث انفرادی ۲۴ ساعته ای را با سرمایه ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و با هزینه پزشکی تا سقف تعیین شده طبق ضوابط را دارد ضمناً این شخص به شکار و کوهنوردی نیز می پردازد. حق بیمه مربوطه را به مدت یکسال تعیین کنید.

تعهدات هزینه پزشکی ۱۰٪ سرمایه فوت و نقص عضو میباشد.

طبقه شغلی تراشکار براساس کتابچه طبقه بندی شاغل طبقه ۳ میباشد.

براساس جدول طبقه بندی پنج گانه مشاغل نرخ فوت و نقص عضو جزئی و کلی از کارافتادگی دائم ۲/۲ در هزار و هزینه پزشکی ۱/۵ درصد سرمایه میباشد.

(برای محاسبه حق بیمه ها در فرم پیشنهاد نرخ ۲/۲ به ۲ تقسیم شده و به محاسبه بر این اساس انجام می گیرد.)
محاسبه حق بیمه

محاسبه حق بیمه خطرات مشمول براساس طبقه شغلی:

$$\frac{100/000/000 \times 1/1}{1000} = 110/000 \quad \text{حق بیمه فوت بر اثر حادثه:}$$

$$\frac{100/000/000 \times 1/1}{1000} = 110/000 \quad \text{حق بیمه نقص عضو دائم بر اثر حادثه:}$$

توجه: به جای محاسبه فوق می شود با یک محاسبه به شرح ذیل عمل نمود:

$$\frac{100/000/000 \times 2/2}{1000} = 220/000 \quad \text{حق بیمه فوت و نقص عضو دائم بر اثر حادثه}$$

$$\frac{100/000/000 \times 1/5}{100} = 150/000 \quad \text{حق بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه}$$

جمع کل بیمه خطرات مشمول ریال ۳۷۰/۰۰۰

محاسبه حق بیمه خطرات مخصوص (اضافی):

علی رغم اینکه شغل متقاضی در طبقه سه شغلی میباشد محاسبه این بخش حق بیمه از طبقه یک انجام خواهد شد و با توجه به دو فعالیت ورزشی متقاضی که ۱۵ و ۲۰ درصد اضافی نرخ دارند اضافه نرخ ۲۰ درصد (بالاترین ضریب) اعمال می شود.

جمع کل حق بیمه خطرات مخصوص اضافی ریال ۴۰/۰۰۰

$$370/000 + 40/000 = 410/000 \quad \text{کل حق بیمه یکساله}$$

۱۲-۳- در صورتیکه بیمه گذار در ابتدا متقاضی پوشش بیمه ای کمتر از یکسال باشد یا به هر دلیل متقاضی فسخ قرارداد خود پس از گذشت همین زمان باشد با استفاده از جدول تعرفه بیمه کوتاه مدت عمل می شود. بطور مثال:

$$\frac{410/000 \times 40}{100} = 164/000 \quad \text{حق بیمه سه ماهه}$$

۱۲-۴- در صورتیکه متقاضی، تعهدات بیمه نامه را فقط در محیط و ناشی از کار بخواهد کل حق بیمه پس از احتساب به مآخذ ۲/۳ پرداخت خواهد شد و بدیهی اینکه بایستی جمله «تعهدات این بیمه نامه فقط ناشی از حوادث محیط کار است» را در بیمه نامه ذکر کرد.

- ۱- پس از محاسبه حق بیمه ، مبلغ مورد نظر به حساب واریز می شود .
 - ۲- اخذ شماره بیمه نامه از دفتر صدور بیمه نامه و درج اطلاعات در دفتر مذکور .
 - ۳- ارسال پیشنهاد یا پیش نویس جهت تایپ .
 - ۴- کنترل بیمه نامه با اطلاعات مندرج در پیشنهاد و امضاء بیمه نامه توسط مسئولین با توجه به حدود اختیارات .
 - ۵- صدور رسید وصول حق بیمه .
 - ۶- تفکیک بیمه نامه بشرح ذیل :
- برگ اول بیمه نامه به همراه برگ اول رسید وصول بیمه بررسی بیمه گذار .
 برگ دوم بیمه به همراه برگ اول دوم (قرمز رنگ) رسید وصول حق بیمه برای واحد مالی (حسابداری)
 برگ سوم (نارنجی رنگ) رسید وصول حق بیمه برای بیمه نامه ارائه شده از طرف نمایندگان
 سایر اوراق پیشنهاد و رونوشت های بیمه نامه بانضمام برگ چهارم رسید وصول حق بیمه بایگانی واحد صدور .
 تعرفه بیمه حوادث براساس آیین نامه شماره ۲۳ و ۲۴ مصوب شورای عالی بیمه :

الف- حداقل نرخ بیمه حوادث انفرادی به شرح زیر تعیین می گردد:

۱- خطر فوت ، نقص عضو جزئی و کلی و از کارافتادگی دایم

نرخ بیمه برای هر ۱۰۰۰ ریال سرمایه بیمه	طبقه بندی مشاغل
۱/۲	طبقه یک : این طبقه شامل اشخاصی می گردد که در فعالیتهای روزمره خود با حداقل خطر متصوره روبرو می باشند، از قبیل کارکنان اداری و دفتری و افرادی که صرفاً در دفتر کار خود به عرضه خدمات می پردازند.
۱/۵	طبقه دو: این طبقه شامل اشخاصی می گردد که در فعالیتهای روزمره خود در مقایسه با اشخاص موضوع طبقه یک با خطرات نسبی بیشتری روبرو هستند و معمولاً علاوه بر استفاده از نیروی فکری با دستشان کار می کنند ، لیکن کار آنها با ماشین آلات صنعتی نخواهد بود، از قبیل دندانپزشکان ، مهندسين ناظر ، بازاریابها و انبارداران
۲/۲	طبقه سه: این طبقه شامل اشخاصی می گردد که متخصص یا نیمه متخصص می باشند و اکثر آنها معمولاً با ماشین و ادوات صنعتی کار می کنند ، از قبیل دوزندگان ، کشاورزان ، رانندگان و کارکنان ساختمانی
۲/۸	طبقه چهار: این طبقه شامل اشخاصی می گردد که با ماشین و ادوات صنعتی پرخطر کار می کنند و یا نوع کار آنها پرخطر می باشد ، کارگران غیر ماهر صنعتی که به کارهای مختلف گمارده شده و با خطرات متعدد روبرو هستند نیز در این طبقه قرار دارند ، از قبیل پرس کار فلز، دکل بند، مامورین آتش نشانی ، و بارانداز
۳/۵	طبقه پنج: این طبقه شامل اشخاصی می گردد که در فعالیت روزمره خود با بیشترین خطر روبرو هستند ، از قبیل خلبانان آزمایشی ، کارگران معادن زیر زمینی و ورزشکاران حرفه ای

مثال: محاسبه حق بیمه خطر فوت، نقص عضو جزئی و از کارافتادگی دائم برای کسی که شغل او بقالی است و در طبقه شغلی (۲) قرار دارد برای مبلغ ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال عبارت است از:

۲- هزینه پزشکی:

نرخ بیمه برای هر ۱۰۰ ریال هزینه پزشکی	طبقه شغل
۰/۸	طبقه ۱
۱/۱	طبقه ۲
۱/۵	طبقه ۳
۲/۵	طبقه ۴
۳	طبقه ۵

تبصره: نرخ بیمه هزینه پزشکی ناشی از مبادرت به ورزشهای کاراته و بوکس براساس ۵ درصد تعیین و محاسبه می گردد.

تبصره: حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه گر برای هر حادثه نمی تواند از ۱۰ درصد سرمایه بیمه موضوع بند ((الف)) تجاوز نماید.

مثال: محاسبه حق بیمه هزینه پزشکی برای کسی که شغل او تجارت می باشد و در طبقه شغلی (۱) قرار دارد با توجه به این که حداکثر هزینه پزشکی ده درصد مبلغ بیمه می باشد به شرح زیر است:

۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

مبلغ فوت و نقص عضو و از کارافتادگی

$$\frac{10,000,000 \times 10}{100} = 1,000,000$$

حداکثر هزینه پزشکی

$$\frac{10,000,000 \times 0.8}{100} = 80,000$$

حق بیمه پزشکی (ریال)

۳- غرامت روزانه عمومی (فقط برای مشاغل آزاد)

نرخ بیمه برای هر ۱۰۰ ریال غرامت روزانه	طبقه شغل
۱۸۰	طبقه ۱
۲۷۰	طبقه ۲
۵۴۰	طبقه ۳
۷۲۰	طبقه ۴
۹۰۰	طبقه ۵

تبصره: حداکثر غرامت روزانه مورد تعهد بیمه گر نمی تواند از ۱۲/۰ درصد سرمایه بیمه موضوع بند ((الف)) تجاوز نماید.

مثال: محاسبه حق بیمه غرامت روزانه عمومی برای فردی که شغل او بزاززی (پارچه فروشی) می باشد و در طبقه شغلی (۲) قرار دارد با توجه به این که غرامت روزانه عمومی نمی تواند از ۱۲/۰ درصد مبلغ بیمه تجاوز نماید به شرح زیر است:

۱۰,۰۰۰,۰۰۰

سرمایه مورد بیمه (موضوع بند الف)

حداکثر غرامت روزانه عمومی

$$\frac{10,000,000 \times 0.12}{100} = 12,000$$

حق بیمه غرامت روزانه عمومی (ریال)

$$\frac{12,000 \times 270}{100} = 324,000$$

۴- غرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان (فقط برای مشاغل آزاد)

طبقه شغل	نرخ بیمه برای هر ۱۰۰ ریال غرامت بیمارستان
طبقه ۱	۵۵
طبقه ۲	۷۰
طبقه ۳	۱۲۰
طبقه ۴	۲۲۵
طبقه ۵	۲۷۰

تبصره: حداکثر غرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان مورد تعهد بیمه گر نمی تواند از ۰/۲۴ درصد سرمایه بیمه (موضوع بند الف) تجاوز نماید

مثال: محاسبه حق بیمه غرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان برای کسی که شغل وی دوزنگی که در طبقه شغلی (۳) قرار دارد با توجه به این که حداکثر غرامت مزبور نمی تواند از ۰/۲۴ درصد مبلغ بیمه تجاوز نماید به شرح زیر می باشد:

۱۰۰

۱۰,۰۰۰,۰۰۰

سرمایه مورد بیمه (موضوع بند الف)

$$\frac{10,000,000 \times 0.24}{100} = 24,000$$

حداکثر غرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان (ریال)

$$\frac{24,000 \times 120}{100} = 288,000$$

حق بیمه غرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان (ریال)

۵- نرخ پوشش خطرهای اضافی:

۵-۱- در صورتی که بیمه شده علاوه بر فعالیتهای عادی حرفه ای خویش به طور متناوب و یا مستمر به امور زیر مبادرت نماید، می توان با اعمال نرخهای زیر این گونه خطرات را نیز تحت پوشش قرار داد.

موضوع خطر	حداقل نرخ اضافی نسبت به طبقه یکم بند «الف»
بدن سازی	۱۰ درصد
شکار ، دوچرخه سواری ، تنیس روی میز	۱۵ درصد
سوار کاری	۲۰ درصد
قایقرانی ، ژیمناستیک	۳۰ درصد
هدایت موتور سیکلت دنده ای ، کوه پیمایی ، کاراته ، فوتبال ، شنا ، اسکی ، والیبال	۸۰ درصد

۱۵۰ درصد	هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی (به استثناء هواپیمای نظامی ، اکتشافی و غیر تجاری)
۱۷۰ درصد	هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه ای)
۲۰۰ درصد	هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر (به استثناء هلیکوپتر نظامی)
۲۰۰ درصد	غواصی، اسکی روی آب ، موج سواری
۳۰۰ درصد	پرش با چتر نجات (به جزء سقوط آزاد) ، هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسایط پرواز بدون موتور
۵۰۰ درصد	سقوط آزاد

تذکرات مهم:

- در صورتی که بیمه گذار درخواست پوشش چند خطر اضافی را داشته باشد. صرفا بالاترین ضریب نرخ اضافی به حق بیمه سالیانه او بر مبنای طبقه یک اضافه می گردد.
 - در سایر موارد با هماهنگی مدیریت بیمه های اشخاص نسبت به ارایه نرخ اقدام گردد.
- مثال:** فردی که شغل وی تجارت (طبقه ۱ و نرخ پایه ۱/۲ در هزار) می باشد و به طور متناوب به ورزش کوهنوردی می پردازد نرخ بیمه حوادث وی عبارت است از:

$1/2 \times 0.80 = 0.96$	$1/2 + 0.96 = 2/16$	فوت و نقص عضو و از کارافتادگی
$0.8 \times 0.8 = 0.64$	$0.8 + 0.64 = 1/44$	هزینه های پزشکی
$180 \times 0.80 = 144$	$80 + 144 = 224$	گرامت روزانه عمومی
$55 \times 0.80 = 44$	$55 + 44 = 99$	گرامت روزانه بستری در بیمارستان

- ۵-۲-۱- حداقل نرخ بیمه خطرهای اعتصاب، شورش، بلوا و آشوب در صورتی که همراه با انواع بیمه های حوادث گروهی ارایه شود معادل ۰/۱ در هزار مبلغ بیمه می باشد ، که فقط شامل تعهدات فوت و نقص عضو می گردد.
 - ۵-۲-۲- پوشش بیمه خطرهای مذکور تنها در قلمرو جمهوری اسلامی ایران معتبر بوده و در صورتی که بیمه شده قصد مسافرت به خارج از کشور را داشته باشد بایستی قبلا موافقت بیمه گر را درخصوص با تعمیم پوشش مربوط اخذ نماید.
 - ۵-۲-۳- بیمه شده بایستی در تحقق خطر موضوع بیمه مشارکت داشته باشد.
 - ۵-۲-۴- بیمه گر بایستی در بیمه نامه حق فسخ پوشش بیمه ای مذکور را با ارسال اخطار کتبی ۵ روزه برای خود حفظ نماید.
 - ۵-۳- در صورت درخواست پوشش خطرهای اضافی زلزله و آتش فشان حداقل اضافه نرخ برابر با ۰/۳ در هزار خواهد بود و فقط شامل غرامت فوت و نقص عضو می باشد.
- مثال:** نرخ بیمه حوادث با خطرهای اضافی زلزله و آتش فشان برای راننده خودرو (طبقه ۳ و نرخ پایه ۲/۲ در هزار) برابر $2/2 + 0.3 = 2/5$ خواهد بود.
- ۵-۴- نرخ و شرایط مندرج در این تعرفه در مورد افرادی قابل اعمال است که سن آنها کمتر از ۷۵ سال تمام باشد و در صورتی که سن فرد متقاضی بیمه بیشتر از ۷۵ سال باشد باید به ازای هر سال سن اضافه بر ۷۵ ، ۱۰ درصد حق بیمه اضافی دریافت شود.

ب- بیمه حوادث گروهی

بیمه نامه حوادث گروهی برای گروههای بیش از ده نفر صادر می شود و نرخ آن قبل از اعمال تخفیف گروهی به شرح جدول زیر خواهد بود:

نوع پوشش				نوع اشتغال	ردیف
برای هر ۱۰۰ ریال غرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان	برای هر ۱۰۰ ریال غرامت روزانه عمومی	برای هر ۱۰۰ ریال غرامت هزینه پزشکی	برای هر ۱۰۰۰ ریال غرامت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی		
۵۵	۱۸۰	۰/۸	۱/۲	موسساتی که بیش از ۷۵ درصد کارکنان آنها در طبقات شغلی (۱) و (۲) قرار دارد	۱
۱۲۰	۵۴۰	۱/۵	۱/۶	سایر موسسات	۲

توضیحات:

- در صورتی که بیمه شدگان گروهی از پوشش دیگری برای هزینه پزشکی استفاده نماید بیمه گر می تواند در موارد اعطای تامین پوشش مزبور حداکثر تا ۲۰ درصد نسبت به نرخهای گروهی هزینه پزشکی تخفیف منظور نماید.
- بیمه گر موظف است در صورتی که نوع اشتغال بیمه گذار با تعاریف یاد شده فوق مطابقت ننماید قبل از صدور بیمه نامه موافقت بیمه مرکزی ایران را در مورد نرخ حق بیمه اخذ نماید.
- حداکثر تخفیف حق بیمه در بیمه نامه های گروهی به شرح زیر تعیین می گردد:

تخفیف	تعداد بیمه شدگان
۵ درصد	۱۰ تا ۱۵۰ نفر
۶ درصد	۱۵۱ تا ۳۰۰ نفر
۸ درصد	۳۰۱ تا ۶۰۰ نفر
۱۰ درصد	۶۰۱ تا ۱۰۰۰ نفر
۱۲ درصد	۱۰۰۱ تا ۲۰۰۰ نفر
۱۵ درصد	۲۰۰۱ تا ۵۰۰۰ نفر
۱۸ درصد	۵۰۰۱ تا ۱۰۰۰۰ نفر
۲۰ درصد	۱۰۰۰۱ تا ۲۰۰۰۰ نفر
۲۳ درصد	۲۰۰۰۱ تا ۵۰۰۰۰ نفر
۲۵ درصد	۵۰۰۰۱ و بیشتر

تعرفه بیمه کوتاه مدت

نرخ بیمه حوادث انفرادی و گروهی در این تعرفه سالانه می باشد. در صورت صدور بیمه نامه به مدت کمتر از یک سال ، حق بیمه براساس (تعرفه بیمه کوتاه مدت) به شرح زیر محاسبه می گردد:

تا پنج روز	۵ درصد حق بیمه سالانه
از شش روز تا پانزده روز	۱۰ درصد حق بیمه سالانه
از شانزده روز تا یک ماه	۲۰ درصد حق بیمه سالانه
از یک ماه تا دو ماه	۳۰ درصد حق بیمه سالانه
از دو ماه تا سه ماه	۴۰ درصد حق بیمه سالانه
از سه ماه تا چهار ماه	۵۰ درصد حق بیمه سالانه
از چهار ماه تا پنج ماه	۶۰ درصد حق بیمه سالانه

از پنج ماه تا شش ماه	۷۰ درصد حق بیمه سالانه
از شش ماه تا نه ماه	۸۵ درصد حق بیمه سالانه
از نه ماه به بالا	۱۰۰ درصد حق بیمه سالانه

شرایط عمومی بیمه حوادث اشخاص

فصل اول - کلیات:

ماده ۱- این بیمه نامه بین بیمه گر و بیمه گذار براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده باشد به بیمه گذار قبل از صدور بیمه نامه اعلام گردد و موارد اعلام شده جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد در صورتیکه بیمه شده و بیمه گذار شخص واحد نباشد رضایت کتبی بیمه شده و در مورد بیمه شده ای که اهلیت قانونی نداشته باشد موافقت ولی یا قیم او ضروری است و گرنه بیمه نامه باطل است.

ماده ۲- بیمه گر: بیمه گر شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در این بیمه نامه قید گردیده و جبران خسارت و پرداخت غرامت ناشی از حوادث احتمالی را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه بعهده می گیرد.

ماده ۳- بیمه گذار: بیمه گذار شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات نامبرده دارند بیمه نامه ذکر گردیده و پرداخت حق بیمه را تعهد می نماید.

ماده ۴- بیمه شده: بیمه شده شخصی است که احتمال تحقق خطر یا خطرات مشمول این بیمه نامه برای او موجب انعقاد بیمه نامه گردیده و مشخصات نامبرده در این بیمه نامه ذکر شده است.

ماده ۵- ذینفع: ذینفع شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی هستند که بیمه نامه به نفع آنها منعقد شده و مشخصات آنان در این بیمه نامه ذکر گردیده است.

ماده ۶- حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر می پردازد.

ماده ۷- سرمایه بیمه و یا غرامت بیمه: سرمایه بیمه و یا غرامت بیمه وجهی است که بیمه گر متعهد می گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول بیمه طبق شرایط این بیمه نامه به ذینفع بپردازد.

ماده ۸- حادثه: حادثه موضوع این بیمه عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

ماده ۹- نقص عضو یا از کارافتادگی دایم و قطعی: نقص عضو یا از کارافتادگی دایم و قطعی عبارت است از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضاء بدن که ناشی از حادثه بوده و وضعیت دایم و قطعی داشته باشد.

ماده ۱۰- مدت بیمه نامه: مدت این بیمه یک سال تمام شمسی است و از ساعت ۱۲ ظهر روزی که به عنوان تاریخ شروع بیمه نامه قید گردیده است آغاز و در ساعت ۱۲ ظهر روز انقضاء بیمه نامه خاتمه می یابد مگر آنکه بین طرفین به نحو دیگری توافق شده باشد.

فصل دوم - شرایط:

ماده ۱۱- اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش های بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار خودداری نمایند و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنمایند بیمه نامه باطل و بلا اثر خواهد بود ولو مطالبی

که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده هیچگونه تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد ، بلکه میتواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

ماده ۱۲- خطرات بیمه شده: تامین بیمه گر با رعایت استثنائات و محدودیت های مندرج در بیمه نامه، شامل تحقق خطر(حادثه) موضوع ماده ۸ این بیمه نامه میباشد. تحقق خطرات زیر نیز جزو تعهدات بیمه گر محسوب می گردد.

الف- غرق شدن، مسمومیت، تاثیر گاز بخار و یا موارد خورنده مانند اسید

ب- ابتلا به هاری، کزاز و سیاه زخم

ج- دفاع مشروع بیمه شده

د- اقدام به نجات اشخاص و اموال از خطر

ماده ۱۳- خسارت قابل تامین: این بیمه نامه فوت، از کارافتادگی و نقص عضو را که مستقیماً ناشی از موارد مذکور در ماده ۱۲ این بیمه نامه باشد تامین می نماید. در صورت توافق طرفین و دریافت حق بیمه اضافی ، هزینه پزشکی و غرامت روزانه نیز قابل تامین می باشد.

ماده ۱۴- پرداخت حق بیمه: بیمه گذار موظف است حق بیمه را در مقابل دریافت بیمه نامه نقداً بپردازد و قبض رسیدیکه به مهر و امضاء بیمه گر رسیده باشد، اخذ نماید مگر اینکه طرفین به نحو دیگری نسبت به پرداخت حق بیمه توافق نمایند.

ماده ۱۵- کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه بایستی کتبا به آخرین نشانی اعلام شده ارسال گردد.

ماده ۱۶- تغییر خطر: هرگاه در جریان مدت بیمه ، در شغل یا فعالیتهای دیگر بیمه شده تغییری حاصل شود ، بیمه شده یا بیمه گذار موظفند بیمه گر را از تغییرات حاصل

حداکثر ظرف مدت ده روز آگاه سازنده در صورت تغییر خطر ، بیمه گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقیمانده پیشنهاد می نماید در صورتی که طرفین نتوانند در میزان حق بیمه تعدیل شده توافق نمایند هر یک از طرفین حداکثر ظرف مدت ده روز می تواند بیمه نامه را فسخ نماید.

ماده ۱۷- موارد فسخ بیمه نامه: بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر اقدام به تقاضای فسخ بیمه نامه نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر: بیمه گر در موارد زیر می تواند بیمه نامه را فسخ نماید. در این صورت برگشت حق بیمه بصورت روزشمار محاسبه خواهد شد :

۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در موعد یا مواعد معین.

۲- هرگاه بیمه گذار سهواً و یا بدون سوء نیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری نماید به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد.

۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و یا تغییر وضعیت بیمه شده به نحوی که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد موجود بود بیمه گر ، حاضر برای انعقاد قرارداد با شرایط مذکور در قرارداد نمی گشت و عدم موافقت بیمه گذار با تعدیل حق بیمه.

۴- در صورتی که بیمه نامه برای مدت بیش از یکسال باشد در پایان هر سال.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار: بیمه گذار می تواند بیمه نامه را فسخ نماید در این صورت بیمه گر حق بیمه تا زمان فسخ را براساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می نماید، مگر در مواردیکه فسخ توسط بیمه گذار مستند به یکی از دلایل زیر می باشد که در این صورت حق بیمه تا زمان فسخ به طور روزشمار محاسبه خواهد شد.

۱- انتقال پرتفوی بیمه گر.

۲- کاهش خطر موضوع بیمه و عدم موافقت بیمه گر با تعدیل حق بیمه.

ماده ۱۸- موارد انفساخ بیمه نامه: در صورت فوت بیمه شده بعلت تحقق خطری که تحت پوشش این بیمه نامه نمی باشد بیمه نامه از زمان فوت بیمه شده منفسخ می گردد. در موارد انفساخ حق بیمه مدت منقضی شده براساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می شود.

ماده ۱۹- آثار فسخ:

الف: در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید. موظف است موضوع را بوسیله نامه یا تلگرام و سایر وسایل مقتضی به طرف دیگر اطلاع دهد. در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار ، فسخ شده تلقی می گردد.

ب- بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضا فسخ بیمه نامه را بنماید. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه گر بیمه نامه فسخ شده محسوب می شود. چنانچه در درخواست بیمه گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد، اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

ماده ۲۰- وظایف بیمه شده ، بیمه گذار و ذینفع در صورت وقوع حادثه:

الف- به محض وقوع حادثه غیر از فوت، بیمه شده موظف است به پزشک مراجعه نموده و دستورهایی وی را مراعات و خود را تحت معالجه قرار دهد و بیمه شده یا بیمه گذار موظفند حداکثر ظرف مدت پنج روز بعد از وقوع حادثه ، مراتب را کتبا به اطلاع بیمه گر برسانند.

ب- در صورت فوت بیمه شده، بیمه گذار و یا ذینفع مراتب را باید در اسرع وقت حداکثر ظرف دو هفته از تاریخ فوت کتبا به اطلاع بیمه گر برسانند. مگر اینکه ثابت نمایند بعلت خارج از اراده خود قادر به اعلام نبوده اند.

ج- برحسب مورد بیمه گذار ، بیمه شده و یا ذینفع باید مدارک مورد لزوم را به بیمه گر تسلیم نموده و به کلیه سئوالاتی که در رابطه با حادثه از ایشان میشود، از روی صداقت پاسخ دهند.

د- بیمه شده و یا ذینفع ملزم به قبول هرگونه تحقیقات و یا معاینه پزشکی که هزینه آن مورد قبول بیمه گر می باشد، هستند.

تبصره: در صورتی که بیمه گذار ، بیمه شده و یا ذینفع تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند بیمه گر میتواند ضرر و زیان وارده به لحاظ عدم اجرای تکلیف مزبور از تعهدات قابل پرداخت خود کسر نماید.

ماده ۲۱- مسئولیت حسن اجرای تکالیف مقرر در این بیمه نامه از طرف بیمه شده یا ذینفع برعهده بیمه گذارست.

ماده ۲۲- تعیین میزان غرامت بیمه:

۱- غرامت فوت، در صورتی که بیمه شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول این بیمه نامه فوت کند بیمه گر متعهد است سرمایه بیمه را طبق شرایط این بیمه نامه و اوراق الحاقی منضم به آن و یا هرگونه توافق کتبی دیگر به ذینفع بپردازد.

۲- غرامت نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در صورتی که بیمه شده بعلت وقوع یکی از خطرات مشمول بیمه دچار نقص عضو و یا از کارافتادگی دایم شود، بیمه گر متعهد است غرامت مربوطه را طبق شرایط این بیمه نامه و ضمایم آن و جدول نقص عضو به شرح ذیل بپردازد.

الف- نقص عضو و از کارافتادگی دایم کلی:

موارد زیر نقص عضو و از کارافتادگی دایم کلی محسوب میشود و غرامت این موارد معادل صد در صد سرمایه بیمه شده خواهد بود.

۱- نابینایی کامل و دایم از دو چشم

۲- از کارافتادگی دایم و کامل و یا قطع دو دست ، حداقل از مچ

۳- از کارافتادگی دایم و کامل یا قطع دو پا ، حداقل از مچ

۴- از کارافتادگی دایم و کامل یک دست و یک پا، حداقل از مچ

۵- از دست دادن هر دو پنجه پا

۶- قطع کامل نخاع

۷- ناشنوایی کامل و دایم هر دو گوش

۸- برداشتن فک پائین

ب- موارد زیر نقص عضو و از کارافتادگی دایم جزئی محسوب می شود و غرامت این موارد معادل درصدی از سرمایه بیمه می باشد که برای هر یک از اعضاء تعیین گردیده است.

ردیف	موارد نقص عضو و از کارافتادگی دایم جزئی	درصد
۱	از دست دادن قدرت و توانایی حرف زدن (لالی) اعم از ، از کارافتادگی دایم و کامل حنجره یا قطع زبان	٪ ۸۰
۲	از کارافتادگی دایم و کامل یا قطع یک دست از بازو	٪ ۷۰
۳	از کارافتادگی دایم و کامل یا قطع یک دست از ساعد	٪ ۶۰
۴	از کارافتادگی دایم و کامل یا قطع یک دست از مچ	٪ ۵۵
۵	از کارافتادگی دایم 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 در هر حال حداکثر تعهد بیمه گر بابت مجموع نقص عضو انگشتان هر دست از ٪۵۰ سرمایه بیمه شده تجاوز نخواهد کرد و در صورتی که مجموع انگشتان هر دو دست قطع و یا از کارافتاده ایم گردد، حداکثر معادل ۸۰ درصد سرمایه بیمه قابل پرداخت خواهد بود	٪ ۱۰
۶	فقدان دندانها حداکثر	٪ ۲۸
۷	از کارافتادگی دایم و کامل یا قطع یک پا از مفصل ران	٪ ۷۰
۸	از کارافتادگی دایم و کامل یا قطع یک پا از ساق	٪ ۶۰
۹	از کارافتادگی دایم و کامل یا قطع یک پا از مچ	٪ ۵۵
۱۰	از کارافتادگی دایم و کامل یا قطع انگشتان پا	٪ ۳۰
۱۰/۱	شست پا	٪ ۱۰
۱۰/۲	هر یک از سایر انگشتان	٪ ۵
۱۱	نابینا شدن یک چشم در صورتی که بیمه شده قبل از حادثه از بینایی کامل یک چشم محروم باشد، درجه 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 بیمه از شنوایی کامل یک گوش محروم بوده باشد ، درجه 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	گرامت نقص عضو سایر اعضا (سر(جمجمه) و صورت از حداکثر ۴۰٪ سرمایه بیمه تجاوز نخواهد کرد	-
۱۷	یک کلیه	٪ ۳۰
۱۸	طحال	٪ ۷
۱۹	بیضه	٪ ۵

تبصره: در مواردی که از کارافتادگی کامل نباشد میزان از کارافتادگی به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر تعیین خواهد شد و بیمه گر غرامت مربوطه را متناسب با درصدهای مذکور پرداخت خواهد نمود.

۲۰- سایر اعضا داخل بدن به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر

پ- در موارد نقص عضو و از کارافتادگی دایم اعم از کلی و جزئی غیر از موارد مذکور در بندهای الف و ب فوق الذکر ، نقص عضو و از کارافتادگی دایم (کلی و جزئی) و همچنین میزان غرامت مربوطه متناسب با درصدهای مذکور در بند الف و ب بنظر پزشک معتمد بیمه گر تعیین می گردد. در صورتی که بیمه گذار نسبت به نظر پزشک معتمد بیمه گر معترض باشد ، موضوع در کمیسیونی متشکل از پزشک منتخب بیمه گر و پزشک منتخب بیمه گذار و یک نفر پزشک با انتخاب دو پزشک مزبور مطرح و نظر اکثریت کمیسیون مزبور برای طرفین در موارد اعتراض لازم التباع خواهد بود.

۳- جمع مبالغ پرداختی در مدت بیمه بابت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) موضوع این بیمه نامه نمی تواند از سرمایه بیمه تجاوز نماید.

تبصره: در کلیه موارد موضوع این ماده تشخیص نقص عضو و از کارافتادگی دایم کلی و یا دایم جزئی و همچنین حداکثر میزان آن با پزشک معتمد بیمه گر می باشد.

ماده ۲۳- مهلت پرداخت خسارت: بیمه گر حداکثر ظرف یکماه پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند بوسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود مسئولیت خود را تشخیص دهد باید خسارت را تسویه و پرداخت نماید.

فصل سوم- استثنائات:

ماده ۲۴- موارد زیر و یا تحقیق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

الف- خودکشی و یا اقدام به آن

ب- صدمات بدنی که بیمه شده عمدا موجب آن می شود

ج- مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و یا داروهای محرک بدون تجویز پزشک

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

ه- هر نوع دیسک و یا فتق بیمه شده

و- بیماری و ابتلا به جنون بیمه شده مگر آن که ابتلا به جنون ناشی از تحقق خطر موضوع این بیمه باشد.

ز- فوت بیمه شده به علت حادثه عمدی از طرف ذینفع (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت) در این صورت بیمه گر منحصرآ متعهد به پرداخت سهم سایر افراد ذینفع در سرمایه بیمه خواهد بود

ماده ۲۵- خطراتی که فقط با موافقت کتبی بیمه گر و پرداخت حق بیمه اضافی قابل پوشش است:

الف- جنگ، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی

ب- زمین لرزه، آتش فشان و فعل و انفعالات هسته ای

ج- ورزش های رزمی و حرفه ای ، شکار ، سوارکاری،قایقرانی، هدایت موتورسیکلت دنده ای، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی اکتشافی و غیر تجاری، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی(مسابقه ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات(به جزء سقوط آزاد) و هدایت کایت یا سایر وسایط پرواز بدون موتور

شرایط بیمه هزینه پزشکی بیمه حوادث انفرادی

اول- تعریف:

- هزینه پزشکی عبارت است از هزینه هایی که در صورت تحقق خطرات موضوع بیمه نامه، بیمه شده مستقیماً در مقابل دریافت خدمات درمانی متحمل می گردد.

دوم- هزینه های پزشکی قابل پرداخت توسط بیمه گر:

۱- هزینه های 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.

۲- هزینه پزشکی که بیمه شده ظرف مدت دو سال از تاریخ تحقق خطر تحت پوشش برای هر حادثه موضوع بیمه متحمل شده است.

سوم- سایر شرایط:

۱- بیمه گر میتواند به تشخیص خود مدارک پزشکی بیمه شده را بررسی نماید و در مورد چگونگی درمان و معالجه بیمه شده تحقیق بعمل آورد.

۲- مجموعه حوادثی که ظرف مدت هفت روز متوالی اتفاق می افتد، یک حادثه محسوب می گردد.

۳- هزینه مسافرت بیمه شده به منظور معالجه در مواردی که طبق تشخیص پزشک معالج جنبه اورژانس داشته و یا امکان معالجه در منطقه وقوع حادثه نباشد، قابل پرداخت می باشد.

شرایط بیمه غرامت روزانه عمومی

بیمه نامه حوادث انفرادی

اول- تعاریف:

۱- از کارافتادگی موقت به مفهوم از دست دادن موقت توانایی جسمی و یا روحی بیمه شده است که در اثر تحقق خطر موضوع بیمه به تشخیص پزشک، بیمه شده را از انجام وظایف شغلی باز می دارد.

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 می گردد.

دوم- تعهد بیمه گر در مورد پرداخت غرامت روزانه:

۱- تعهد بیمه گر در مورد پرداخت غرامت روزانه عمومی در صورتی که حادثه در مدت اعتبار بیمه نامه تحقق یافته و حداکثر ظرف مدت یکسال از تاریخ وقوع حادثه منجر به از کارافتادگی موقت بیمه شده گردد بیمه گر پس از انقضاء مدت یاد شده هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت غرامت موضوع این بیمه نخواهد داشت

۲- بیمه گر در صورتی غرامت روزانه عمومی را پرداخت خواهد کرد که از کارافتادگی موقت به تائید پزشک معتمد بیمه گر رسیده باشد

۳- تعهد بیمه گر در خصوص غرامت روزانه عمومی از ششمین روز از کارافتادگی موقت شروع و حداکثر به مدت یکصد و هشتاد روز ادامه خواهد داشت

۴- چنانچه از کارافتادگی موقت موجب بستری شدن بیمه شده در بیمارستان گردد، تعهد بیمه گر از چهارمین روز از کارافتادگی شروع و حداکثر به مدت همان یکصد و هشتاد روز ادامه خواهد داشت

سوم- سایر شرایط:

مجموعه حوادثی که ظرف مدت هفت روز متوالی اتفاق می افتد یک خطر محسوب می گردد

شرایط بیمه غرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان

بیمه حوادث انفرادی

اول - تعاریف:

- ۱- از کارافتادگی موقت به مفهوم از دست دادن موقت توانایی جسمی و یا روحی بیمه شده است که در اثر تحقق خطر موضوع بیمه به تشخیص پزشک ، بیمه شده را از انجام وظایف شغلی باز می دارد.
- ۲- غرامت روزانه بستری شدن بیمه شده در بیمارستان عبارت است از مبلغی که در ایام بستری شدن بیمه شده در بیمارستان به علت تحقق خطر موضوع بیمه به وی پرداخت می گردد.

دوم - تعهد بیمه گر در مورد پرداخت غرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان:

- ۱- تعهد بیمه گر در مورد پرداخت غرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان در صورتی است که حادثه هر مدت اعتبار بیمه نامه تحقق یافته و حداکثر ظرف مدت یک سال از تاریخ وقوع حادثه منجر به از کارافتادگی موقت بیمه شده گردد
- بیمه گر پس از انقضاء مدت یاد شده هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت غرامت موضوع این بیمه نخواهد داشت
- ۲- تعهد بیمه گر از چهارمین روز بستری شدن بیمه شده در بیمارستان شروع و به مدت ۹۰ روز ادامه خواهد یافت.

سوم - سایر شرایط:

مجموعه حوادثی که ظرف مدت هفت روز متوالی اتفاق می افتد یک حادثه محسوب می گردد



بیمه ایران

فصل سوم



بیمه ایران

اهمیت بیمه های درمانی : مسئله بهداشت و درمان همانطور که قبلاً ذکر شده یکی از شاخه های رفاه اجتماعی است که دولت راساً جهت طبقه کارگران و کارمندان عهده دار این امر است ، البته لایحه درمان همگانی هم اکنون مطرح میباشد که طی آن بسیاری از افراد کشور تحت پوشش درمانی قرار خواهند گرفت . سازمانهای تامین اجتماعی و تامین خدمات درمانی بر طبق استانداردهای معینی نسبت به بازپرداخت هزینه های درمانی اقدام مینمایند لیکن نرخ خدمات درمانی بصورت آزاد به مراتب بیشتر از این استانداردها و تعرفه ها است . بطوریکه هزینه های درمانی بخصوص در زمینه اعمال جراحی و بستری در بیمارستان در مراجع پزشکی خصوصی از عهده اکثر افراد بخصوص طبقات حقوق بگیر خارج است . خوشبختانه با اجرای طرحهایی که روزبروز مورد استقبال میگردد ، این مسئله تا حدود زیادی تعدیل شده و با ارائه پوشش هزینه های پزشکی مازاد بر خدمات درمانی از طریق شرکت های بیمه بازرگانی مشکل بیمه شدگان را در مورد اینگونه مخارج مرتفع نموده است .

انواع بیمه های درمان :

بیمه هزینه های درمانی بر حسب نیاز بیمه شدگان و تعهدات مختلف و طبعاً " حق بیمه متناسب با پوششها و مزایای بیمه ارائه میگردد . بصورت درمان کامل اعم از سرپایی و بستری در بیمارستان و یا فقط هزینه های بستری در بیمارستان و اعمال جراحی در بیمارستان تحت پوشش قرار گیرد . در حال حاضر بصورت قرارداد گروهی برای کارکنان سازمانها و موسسات و خانواده تحت تکفل آنان صادر میگردد . این بیمه اکنون با استقبال خوبی از طرف افراد و سازمانها و موسسات مواجه شده و بصورت بیمه مکمل خدمات درمانی و تامین اجتماعی جهت کارکنان و خانواده آنها صادر میگردد . فرم ضوابط این بیمه و شرایط عمومی مربوط به آن در انتهای این بخش جهت مطالعه قرار داده شده است .

بیمه بیماری یا درمانی : همانگونه که ذکر گردید بیمه بیماری معمولاً " بصورت قرارداد جمعی است . این بیمه ها اکثراً " شامل افراد خانواده تحت تکفل بیمه شده بوده و در نهایت پرداخت هزینه های پزشکی بیمه شدگان اعم از سرپایی ، بستری شدن در بیمارستان و اعمال جراحی و سایر خدمات پزشکی مندرج در قرارداد را تعهد می نماید . معمولاً " بیمه گران برای بیمه شدگان خود در بیمه بیماری کارت بیمه صادر می نمایند و چنانچه بیمه شده با مراجع درمانی طرف قرارداد ، بیمه گر مراجعه کند از پرداخت هزینه ها تا حدود تعهد بیمه گر معاف است و بخاطر همین امر معمولاً " بیمه گران جهت رفاه بیمه شدگان خود و نیز سهولت در محاسبه و پرداخت هزینه معالجات با مراجعی از قبیل بیمارستان - درمانگاه - داروخانه - رادیولوژی و آزمایشگاه قرارداد بسته و بیمه شدگان میتوانند از خدمات آنها استفاده نمایند این مراجع پزشکی صورتحسابهای خود را معمولاً " بطور ماهانه با نرخ توافق شده تنظیم و جهت پرداخت برای بیمه گران ارسال میدارند.

بعضی تعاریف و اصطلاحات در بیمه درمان :

- ۱- **خانواده :** منظور از خانواده عبارت است از سرپرست خانواده و افراد تحت تکفل او.
- ۲- **بیماری :** عبارت است از هرگونه عارضه جسمی و اختلاف در اعمال طبیعی اعضاء جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک .
- ۳- **دوره انتظار :** دوره انتظار مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران هزینه های مربوطه ندارد .
- ۴- **سهم خسارت عهده بیمه گزار (فرانشیز) :** سهم خسارت عهده بیمه گزار (فرانشیز) عبارت است از درصد معینی از هزینه های درمانی مشمول بیمه نامه که تامین آن بعهده بیمه شده یا بیمه گزار میباشد . فرانشیز معمولاً " به چهار طریق اعمال میگردد :

الف : درصدی از هزینه ها را بعنوان سهم بیمه شده منظور مینمایند در اینصورت بیمه شده میبایستی درصدی از کلیه یا برخی از هزینه ها را شخصا "پرداخت نماید و یا ممکن است از هزینه های مختلف درصدهای جداگانه ای را سهم بیمه شده قرار دهند .

ب : ممکن است فرانشیز بصورت حداقل هزینه درمانی اعمال گردد بدین صورت که تا مبلغ معینی از کلیه هزینه های درمانی در هر مورد سهم بیمه شده و در صورت مازاد بقیه هزینه ها بعهده بیمه گر میباشد .

ج : امکان دارد فرانشیز در صورت مازاد بر مبلغ معینی منظور شود . این حالت برعکس حالت قبل است و در اینجا تا مبلغ معینی هزینه ها بعهده بیمه گر است و در صورت تجاوز از مبلغ مورد تعهد بقیه هزینه ها بعهده بیمه شده میباشد .

د : ممکن است فرانشیز بعنوان مبلغ معینی در هر مورد بیماری محاسبه شود بدین معنی که در هر بیماری معینی در طول مدت بیمه یا یکسال مبلغی سهم بیمه شده منظور گردد .

۱- تعرفه هزینه درمانی : بیمه گران در بیمه های درمانی برای پرداخت هزینه درمان بیمه شدگان تعرفه های خصوصی راملاک عمل قرار میدهند و هزینه های پزشکی را با توجه به نرخهای مندرج در تعرفه مورد نظر محاسبه نموده و به بیمه شدگان یا مراجع پزشکی و درمانی پرداخت مینمایند . در میان تعرفه مورد عمل بیمه گران بیمه درمانی معروفتر از همه تعرفه سازمان تامین خدمات درمانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است در این تعرفه هزینه کلیه خدمات درمانی و پزشکی براساس ضریبی تحت عنوان K مشخص گردیده که با توجه به تورم موجود در جامعه و افزایش هزینه خدمات پزشکی هر از چندگاهی مبلغ ریالی ضریب یاد شده افزایش مییابد .

۲- محدودیت تعهدات بیمه گر : در قرارداد بیمه درمانی ممکن است تعهدات بیمه گر برای هزینه معالجه هر بیمه شده در یکسال یا در طول مدت قرارداد محدود و یا برای هزینه های مختلف محدودیتهای معینی قائل باشد . مثلاً "تعهد بیمه گر نسبت به هزینه بستری شدن در بیمارستان و یا هزینه اعمال جراحی و یا هزینه بیماریهای بخصوصی محدود به مبلغ معینی باشد . علاوه بر موارد فوق امکان دارد بیمه گر پرداخت برخی از هزینه ها را اصولاً "تعهد نکند . مانند معالجه دندان یا هزینه عینک ، سمعک و موارد مشابه و یا برای پرداخت بعضی از هزینه های پزشکی محدودیت های بخصوصی منظور دارد . مثلاً "هزینه زایمان و یا هزینه های پاراکلینیکی را تا مبلغ معینی و یا به ترتیب خاصی پرداخت نماید.

حق بیمه : وجهی است که بیمه گزار در مقابل تعهدات بیمه گر میپردازد به چند روش صورت میگیرد . ممکن است حق بیمه ماهیانه برای هر یک از بیمه شدگان مقدار ثابتی در نظر گرفته شود یا اینکه میزان حق بیمه براساس درصدی از حقوق ماهیانه بیمه شده اصلی تعیین شود در این روش کارکنانیکه سطح حقوق پائین تری دارند حق بیمه کمتری در ماه نسبت به کسانیکه از حقوق بالاتری برخوردارند پرداخت خواهند نمود . روش پرداخت حق بیمه میتواند با توافق طرفین بصورت ماهیانه ، سه ماهه ، چهارماهه ، ششماهه و یا یکسال انجام گیرد . بیمه گر میتواند حق بیمه های کمتر از یکماه (کسر ماه) را یکماه کامل محاسبه نماید.

بیمه مضاعف : در مواردی که بیمه شده دارای پوشش بیمه درمانی دیگری نیز باشد و از مزایای آن بیمه استفاده نماید و سهم بیمه گر درمانی دیگر معادل یا متجاوز از میزان فرانشیز گردد ، در اینصورت از بیمه شده فرانشیزی کسر نخواهد شد . چنانچه میزان سهم بیمه گر درمانی دیگر کمتر از فرانشیز باشد میزان فرانشیز قابل پرداخت معادل مابه التفاوت سهم بیمه گر درمانی دیگر و فرانشیز مورد عمل خواهد بود .

تعهدات بیمه گر

بیمه گر در قبال دریافت حق بیمه میتواند تعهدات بشرح ذیل را با توجه به مفاد قرارداد انجام دهد :

۱- جبران هزینه های بستری در بیمارستان : در صورتیکه شخص بیمه شده در اثر بروز بیماری در بیمارستان بستری گردد ، خسارات ذیل پرداخت میشود : هزینه روزانه مانند هزینه اتاق و پرستاران ، هزینه خدمات بیمارستان مانند لوازم و وسایل مورد نیاز بیمه شده در طول بستری بودن در بیمارستان از قبیل دارو ، خون ، پلاسمای خون ، وسایل بیهوشی و هزینه خدمات اداری بیمارستان و هزینه استفاده از آمبولانس بیمارستان .

۲- جبران هزینه های سرپایی در بیمارستان : در صورتیکه بیمه شده بعللی مورد معالجه سرپایی در قسمت بیماران سرپایی بیمارستان قرار بگیرد مانند جراحت بدنی در اثر حادثه و بیماری که عمل جراحی شامل آن میشود.

۳- جبران هزینه های جراحی و بیهوشی : در صورتیکه فرد بیمه شده در اثر بیماری احتیاج به عمل جراحی داشته باشد شرکت با توجه به شرایط هزینه جراحی را محاسبه و پرداخت خواهد نمود . در مواردی ممکن است بیمه شده در آن واحد تحت چند عمل جراحی قرار بگیرد و یا جراح در خلال عمل جراحی اصلی اقدام به اعمال جراحی پیش بینی نشده ای نماید ، ممکن است عمل جراحی شامل مشورتها و تشریفات پزشکی قبل و بعد از مرخص شدن بیمه شده از بیمارستان باشد . در مواردیکه نوع اعمال جراحی انجام شده تعیین نشده باشد شرکت با توجه به نوع عمل مشابه با آن هزینه را برآورد خواهد نمود.

بیهوشی : در صورتیکه بیمه شده در اثر بیماری احتیاج به اعمال جراحی داشته و چنین عملی مستلزم استفاده از بیهوشی عمومی برای جراحی یا معاینه قبل از آن باشد هزینه قابل پرداخت شامل مشورت و تشریفات قبل و بعد از عمل مراحل تزریق خود و معاینات میباشد .

۴- جبران هزینه های زایمان : در صورتیکه بیمه شده در اثر زایمان احتیاج به خدمات بیمارستان جهت وضع حمل را داشته باشد شرکت هزینه این اعمال را تا سقف مورد تعهد پرداخت خواهد کرد و این هزینه ها شامل هزینه پرستار مراتب مادر و نوزاد در طول بستری در بیمارستان ، هزینه پزشک یا ماما جهت زایمان و تشریفات پزشکی قبل و بعد از آن و در مواردیکه بیمه شده احتیاج به سزارین جراحی ناشی از حاملگی خارج از رحم و اعمال مشابه به آنرا داشته باشد .

۵- جبران هزینه های پاراکلینیک ها : در صورتیکه بیمه شده بعلت بیماری منجر به بستری در بیمارستان احتیاج به این قبیل هزینه ها داشته باشد به همراه سایر هزینه های اعمال جراحی قابل پرداخت میباشد . این هزینه ها عبارتند از هزینه های آزمایشگاهی ، آسیب شناسی رادیولوژی ، سونوگرافی ، پانورکس ، فیزیوتراپی ، فیزیوتراپی و ماموگرافی .

مقررات گوناگون :

۱- بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستانهای کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه های مربوطه میبایستی صورتحساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم نماید .

۲- حداکثر سن بیمه شده برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر ۶۰ سال میباشد و از آن به بعد بیمه گر میتواند با دریافت حق بیمه اضافی پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد .

۳- در صورت فوت بیمه شده افراد تحت تکفل وی تا پایان مدت قرارداد ، حداکثر یکسال از مزایای موضوع این بیمه نامه برخوردار خواهند بود .

۴- هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً بوسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده است در این حالت نام بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت نموده است .

۵- در صورتیکه ثابت شود بیمه شده در شروع قرارداد مبتلا به بیماریهای غیرقابل درمان بوده است بیمه گر تعهدی به جبران هزینه های مربوط به آن بیماری نخواهد داشت .

۶- هزینه های بیمارستانی بیمه شدگان که بعلت فقدان امکانات لازم در داخل کشور با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند ، براساس ضوابط این بیمه نامه پرداخت خواهد شد .

سایر شرایط بیمه نامه :

استثنائات و موارد فسخ بیمه نامه و سایر شرایط بیمه درمان طبق آیین نامه شماره ۴۳ و ۴۴ پیوست عمل خواهد شد .

آیین نامه شماره ۴۴/۱
(مکمل آیین نامه شماره ۴۴)

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ
تصویب نمود آئین نامه شماره ۴۴ بشرح زیر اصلاح شود .

الف - نام آئین نامه به تعرفه " بیمه نامه درمان گروهی مازاد " تغییر یابد.

ب - ماده ۲ بشرح ذیل تغییر یابد :

شرایط ، میزان تعهدات و حداقل حق بیمه جهت جبران هزینه های بستری جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Daycare (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) و نیز آنژیوگرافی قلب ، انواع سنگ شکن و هزینه های مربوط به بیماریهای اعصاب و روان برای گروههایی که تحت پوشش بیمه های درمانی سازمان بیمه درمان همگانی ، سازمان تامین اجتماعی و می باشند .

ج - متن زیر جایگزین ماده ۱-۳ گردد :

۳-۱) هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا میزان ۴۰ درصد سقف تعهد سالیانه با حداقل نرخ حق بیمه ماهانه ۱/۱۵ درهزار مبلغ تعهد شده در این مورد قابل بیمه شدن می باشد . سقف تعهد در این مورد می بایست به نحوی تعیین شود که از بالاترین تعرفه توافق شده با بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر تجاوز ننماید .

د - مفاد زیر جایگزین ماده ۲-۳ گردد :

۳-۲) افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثنای دیسک ستون فقرات) ، قلب ، پیوند کلیه ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند مغز استخوان حداکثر تا ۲ برابر مبلغ تعهد سالیانه مجاز می باشد .
حق بیمه اضافی این پوشش برای سقف دو برابر معادل ۲۵ درصد حق بیمه تعهد سالیانه ای است که مبنای تعیین سقف تعهد اضافی قرار گرفته است و برای کمتر از دو برابر به همان نسبت کاهش می یابد .

ه - سقف تعهد و نرخ حق بیمه موضوع ماده ۴-۳ بشرح زیر اصلاح شود :

۳-۴) جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم حداکثر تا مبلغ ۵ میلیون ریال (دو میلیون و پانصد هزار ریال برای هر چشم) با نرخ حق بیمه ماهانه ۰/۸ درهزار مبلغ تعهد پذیرفته شده قابل بیمه شدن می باشد :

و - مفاد تبصره ۱-۴ بشرح زیر اصلاح گردد :

۴-۱) حداقل فرانشیز مربوط به هزینه های بیمارستانی و جراحی تحت پوشش و همچنین زایمان ۳۰٪ هزینه های درمانی مورد تعهد می باشد و حداقل فرانشیز هزینه های تحت پوشش موضوع بندهای ۱-۳-۳ و ۲-۳-۳ و ۵-۳ معادل ۴۰٪ هزینه های مورد تعهد می باشد .

تبصره : در صورت استفاده از دفترچه درمانی بیمه گر اول فرانشیز معادل سهم بیمه گر اول می باشد .

فرانشیز هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم ۳۰٪ می باشد و حداقل فرانشیز هزینه های مربوط به بیماریهای اعصاب و روان معادل ۶۰٪ هزینه های مورد تعهد می باشد .

ز - تبصره زیر ماده ۴ اضافه شود :

۴-۳) در صورتی که بیمه گر اول از پرداخت هزینه های مربوط به بیمارستان غیرطرف قرارداد خودداری کند بیمه گر می تواند صرفاً فرانشیز هزینه های بیمارستانی ، جراحی عمومی و تخصصی زایمان را با دریافت حق بیمه اضافی تحت پوشش قرار دهد . در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰٪ خواهد بود که قابل بیمه شدن نمی باشد .

حق بیمه اضافی بابت پوشش فرانشیز در هر مورد معادل میزان درصد فرانشیز کاهش یافته بعلاوه ۱۰ واحد می باشد .

ح - تبصره ۲-۶ بشرح زیر اصلاح و ۳-۶ به ماده ۶ اضافه گردد :

۶-۲) ارائه پوشش درمان به اعضای صندوقها و سازمانهای بازنشستگی و امثال آن با دریافت حداقل صد درصد حق بیمه اضافی مجاز می باشد .

۶-۳) نرخ حق بیمه گروههای کمتر از ۵۰ نفر حداقل ۷۰٪ بیشتر از نرخهای مربوط به هریک از پوششها می باشد .

ط - شماره ماده ۷ و تبصره های آن به شماره ۹ تغییر و مفاد آن به شرح زیر اصلاح گردد :

۹-۱ (۷-۱ آئین نامه ۴۴) این تبصره حذف گردد .

۹-۳ (۷-۳ آئین نامه ۴۴) حداکثر مبلغ تعهد برای هزینه امبولانس در این تبصره به ۳۰۰ هزار ریال برای داخل شهر و ۶۰۰ هزار ریال بین شهری اصلاح شود .

۹-۵ (۷-۵ آئین نامه ۴۴) این تبصره حذف گردد .

۹-۶ (۷-۶ آئین نامه ۴۴) در سطر اول این تبصره بعد از « آمار حق بیمه » کلمه « دریافتی » اضافه شود. (با توجه به عدم تدوین برنامه جامع نرم افزاری امکان استخراج آمار حق بیمه دریافتی میسر نمی باشد) .

ی - موارد زیر تحت عنوان ماده ۷ به سایر موارد اضافه گردد :

ماده ۷) نحوه محاسبه حق بیمه قرارداد بیمه درمان در زمان تمدید آن .

۷-۱) در صورتی که ضریب خسارت هر قرارداد در انقضای مدت یکساله آن کمتر از ۶۰٪ باشد بیمه گر می تواند حداکثر معادل مابه التفاوت درصد مذکور تا ضریب خسارت واقع شده را بعنوان تخفیف نسبت به حق بیمه سال بعد اعمال نماید
۷-۲) چنانچه ضریب خسارت هر قرارداد در انقضای مدت یکساله آن بیش از ۷۵٪ باشد بیمه گر موظف است نسبت به افزایش حق بیمه به میزان افزایش نرخ خدمات و هزینه های پزشکی اعلام شده از سوی مراجع ذیربط در سال مورد نظر اقدام نماید . (امکان اجرای این بند عملاً فراهم نیست) .
نحوه محاسبه ضریب خسارت در این ماده به شرح زیر است :

خسارت پرداختی و معوق + خسارت در جریان + کارمزد نماینده

حق بیمه سالیانه دریافتی

ک - متن زیر تحت عنوان ماده ۸ به شرایط آئین نامه اضافه گردد :

ماده ۸) ضمانت حسن اجرای مقررات

در صورتیکه ضریب خسارت پرتفوی هر شرکت بیمه در این رشته در پایان هر سال از ۸۰٪ تجاوز نماید بیمه مرکزی ایران تعهدی نسبت به پرداخت کارمزد اتکایی و خسارت مازاد بر آن نخواهد داشت .
نحوه محاسبه ضریب خسارت در این ماده بشرح زیر است :

خسارت معوق پایان سال جاری - خسارت معوق پایان سال قبل + خسارت پرداختی طی سال

حق بیمه دریافتی طی سال

۸-۱) در صورتی که شرکت بیمه خسارتهای معوق پایان سال جاری یا پایان سال قبل را اعلام نکرده باشد در محاسبه ضریب خسارت ، خسارتهای معوق بطور کلی از فرمول فوق حذف خواهد شد .

۸-۲) شرکتهای بیمه موظفند در بردروهای ارسالی ، صرفاً حق بیمه های دریافتی را ثبت نمایند و درج حق بیمه قراردادهای بیمه درمان بصورت صادره مجاز نمی باشد . (ماده ۸ فاقد وجهت بیمه ای است) .

آیین نامه شماره ۴۳/۱

(مکمل آئین نامه شماره ۴۳)

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ تصویب نمود آئین نامه شماره ۴۳ بشرح زیر اصلاح شود .

الف - نام آیین نامه به " بیمه نامه درمان گروهی مازاد " تغییر یابد.

ب - به هزینه های مورد تعهد بیمه گر طی مواد ۱-۲ و ۴-۲ سایر " هزینه های اضافی تحت پوشش " نیز اضافه گردد .

ج - مفاد زیر تحت عنوان مواد ۳-۲ و ۲-۳-۲ به ماده ۲ اضافه شده و بند ۲-۳-۲ آئین نامه به شماره ۴-۳ تغییر یابد :

۲-۳-۲ (فرزندان ذکور بیمه شده تا سن ۲۰ سالگی و در صورت اشتغال به تحصیل حداکثر تا ۲۶ سالگی می توانند تحت پوشش قرار گیرند .

۲-۳-۳ (فرزندان ذکور بیمه شده که معلولیت ذهنی یا از کارافتادگی کلی دارند با تأیید پزشک بیمه گر بدون سقف سنی در ارتباط با تامین هزینه درمانی سایر بیماریها (به جز معلولیت و از کارافتادگی) تحت پوشش خواهند بود .

د - موضوع بیمه (تبصره ۴-۲) بشرح زیر اصلاح شود :

موضوع بیمه عبارت است از پرداخت مبالغ مازاد بر هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری ، حوادث و سایر هزینه های اضافی تحت پوشش است که توسط بیمه گر اول (خدمات درمانی ، تامین اجتماعی و ...) جبران نشده است

ه - تبصره زیر به ماده ۷-۲ اضافه شود :

۷-۲ (فرانشیز مربوط به هزینه های بیمارستانی و اعمال جراحی طی دوران بستری در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود و همچنین هزینه های زایمان با حق بیمه اضافی قابل کاهش خواهد بود .

و - عنوان ماده ۴ به " هزینه های بیمارستانی قابل پرداخت " تغییر یابد و بند ۳ این ماده به " هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی " اصلاح و مابقی مفاد این بند حذف گردد .

ز - بندهای مختلف ماده ۶ بشرح زیر اصلاح شود :

۶-۲ (عیوب مادرزادی مربوط به قبل از انعقاد قرارداد ، مگر اینکه در شرایط خصوصی به نحو دیگری توافق شده باشد .

۶-۳ (کلمه قانونی در این تبصره جایگزین کلمه ضروری گردد .

۶-۹ (اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک بیمه گر .

۶-۱۰ (بیماری اسکیزوفرنی .

۶-۱۱ (دندانپزشکی و جراحی لثه .

۶-۱۲ (مفاد این تبصره از آئین نامه حذف شود .

۶-۱۴ (جراحی فک مگر بعلت وقوع حادثه تحت پوشش باشد .

۶-۱۵ (هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی بیمه شدگانیکه علت آن به قبل از شروع قرارداد برمیگردد .

۶-۱۶ (لقاغ مصنوعی و همچنین عقیم سازی مگر آنکه جنبه بیماری داشته باشد .

۶-۱۷ (بیماریهای صعب العلاج یا خاص مانند شیمی درمانی ، MS ، هموفیلی ، دیالیز و

ح - ماده ۱۲ و تبصره ذیل آن به شرح زیر اصلاح شود :

ماده ۱۲ (بیمه شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند در صورت تأیید صورتحسابهای مربوط توسط سفارت ایران هزینه های بیمارستانی تا سقف تعهد سالیانه هزینه های بیمارستانی و اعمال جراحی مربوط پرداخت خواهد شد . در غیر اینصورت هزینه های انجام شده براساس بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت خواهد شد .

تبصره ۱ (هزینه های مربوط به اورژانس و فوریتهای پزشکی در خارج از کشور نیز با تایید سفارت و یا کنسولگری تا سقف تعهد سالیانه هزینه های بیمارستانی و اعمال جراحی مربوطه قابل پرداخت خواهد بود .

تبصره ۲ (نرخ ارز در محاسبه میزان خسارت معادل نرخ ارز اعلام شده از سوی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان بستری و یا پرداخت خسارت هر کدام کمتر باشد خواهد بود .

ط - ماده ۱۳ بشرح زیر اصلاح شود :

ماده ۱۳ (موارد فسخ بیمه نامه و نحوه محاسبه حق بیمه آن :

بیمه گر و یا بیمه گزار می توانند در موارد زیر اقدام به فسخ بیمه نامه نمایند :

۱-۱۳) موارد فسخ از طرف بیمه گر :

۱-۱-۱۳) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید .

۲-۱-۱۳) هرگاه بیمه گزار سهواً و یا بدون سوء نیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند بنحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد .

۳-۱-۱۳) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه .

۲-۱۳) موارد فسخ از طرف بیمه گزار :

بیمه گزار می تواند در هر زمان بیمه نامه را فسخ نماید .

۳-۱۳) میزان حق بیمه در موارد فسخ :

در هریک از موارد فسخ ، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه ماه محاسبه می شود . (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد) معهدنا در صورتی که نسبت خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه تا زمان فسخ بیشتر از ۷۰٪ باشد بیمه گزار متعهد است مابه التفاوت درصد مذکور تا میزان خسارت واقع شده را به بیمه گر پرداخت نماید .

ی - ماده ۱۴ و تبصره آن بشرح زیر اصلاح شود :

۱-۱۴) مدت مذکور در این ماده از یک ماه به ۱۵ روز کاهش یابد .

۲-۱۴) بیمه گزار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضای فسخ بیمه نامه را بنماید در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور و یا تاریخ موخری که در درخواست معین شده است ، بیمه نامه فسخ شده تلقی می شود .

ک - متن زیر تحت عنوان فصل چهارم - شرایط خاص گروههای کمتر از ۵۰ نفر به آئین نامه اضافه شود :

شرایط خاص گروههای کمتر از ۵۰ نفر

ماده ۱۷- در چارچوب شرایط این آئین نامه ارائه پوشش بیمه برای گروههای بیمه ای کمتر از ۵۰ نفر با اعضای خانواده با رعایت موارد زیر مجاز می باشد :

۱- بیمه گر موظف است هریک از اعضای گروه یا سرپرست خانواده را مکلف نماید فرم پرسشنامه سلامتی تهیه شده توسط بیمه گر را بطور کامل و خوانا تکمیل نماید . در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر معاینه پزشکی به هزینه متقاضی بعمل آید .

۲- بیمه گزار موظف است برای کلیه اعضای گروه یا خانواده درخواست بیمه نماید لکن بیمه گر می تواند با توجه به پرسشنامه سلامتی یا معاینات انجام شده از بیمه فرد یا افرادی از گروه خودداری نماید .

۳- بیمه گر موظف است از پوشش هزینه های زایمان در سال اول پوشش خودداری نماید .

۴- سقف تعهد بیمه گر برای هریک از اعضای گروه و مجموع تعهدات بیمارستانی اعم از جراحیهای عمومی و تخصصی یکسان در نظر گرفته شود .

۵- جبران هزینه درمان بیماریهای که سابقه قبلی دارد از پوشش بیمه نامه استثناء شود .

۶- حق بیمه این پوشش بطور یکجا دریافت شود .

۷- نمایندگان و کارگزاران می توانند نسبت به عرضه این بیمه اقدام نمایند . لیکن صدور بیمه نامه صرفاً توسط شرکت بیمه انجام گیرد .

بیمه مسافرین عازم به خارج از کشور (آکسا)

پوشش بیمه مسافرین عازم به خارج از کشور (آکسا) تأمینی است نسبتاً مناسب برای کسانی که به قصد گردشگری و یا دیدار خانواده خود و یا اقوام و یا شرکت در سمینارها و ... به خارج از کشور مسافرت می نمایند . خریداران بیمه نامه یا با قصد و اطلاع خود و یا با درخواست سفارتخانه کشور مقصد اقدام می نمایند . بمنظور آشنایی بیشتر با این بیمه نامه مواردی مهم از شرایط عمومی ذکر می گردد .

- ۱- این بیمه نامه فقط برای اتباع ایرانی و یا کسانی که ساکن و مقیم ایران باشند صادر می شود .
- ۲- تعهدات این بیمه نامه برای کلیه کشورهای جهان، بجز ممالک درگیر جنگ میباشد.
- ۳- شروع پوشش این بیمه نامه از زمان خروج از مبادی خروجی کشور بشرح مندرج در گذرنامه میباشد .
- ۴- نرخ حق بیمه براساس مدت و سن بیمه شدگان طبق جدول پیوست محاسبه و تعیین میگردد .
- ۵- حداکثر سن بیمه شدگان ۸۰ سال تمام میباشد .
- ۶- صدور بیمه نامه برای رانندگان سرویسهای خارج از کشور حداکثر بمدت ۶ ماه (بشرط حداکثر هر سفر ۹۲ روز) و تا سن ۶۵ سال با حق بیمه به مبلغ ۱,۳۴۵,۰۰۰ ریال بلامانع میباشد .
- ۷- در بیمه نامه های بلند مدت ۶ ماهه و یکساله " شرط حداکثر طول هر سفر ۹۲ روز) بقوت خود باقیست .
- ۸- افرادی که مدت سفر و مقصد سفر آنها یکسان باشد گروه تلقی می گردند و میتوانند بصورت گروهی نسبت به اخذ پوشش بیمه ای اقدام نمایند که در اینصورت مشمول تخفیفات بشرح ذیل می گردند.

گروههایی از ۱۰ نفر الی ۲۰ نفر تخفیفاتی معادل ۵٪ حق بیمه

"	۲۱	"	۵۰	"	۱۰٪
"	۵۱	"	۱۰۰	"	۱۵٪
"	۱۰۰	"	به بالا	"	۲۰٪

مزایای بیمه مسافرین عازم به خارج از کشور

- ۱- چنانچه بیمه شده دچار صدمات ناشی از حادثه یا بیماری گردد بیمه شده توسط آکسا در نزدیکترین بیمارستان پذیرش و در صورت ضرورت به بیمارستان مجهزتر و در صورت نداشتن منع پزشکی به بیمارستان محل زندگی وی در ایران منتقل میگردد .
- ۲- پرداخت هزینه های پزشکی تا سقف ۵۰,۰۰۰ دلار در هر خسارت در طی مدت پوششش با کسر حداکثر ۵۰ دلار بعنوان فرانشیز در هر خسارت .
- ۳- پرداخت هزینه های فوریتهای دندانپزشکی تا سقف ۱۵۰ دلار در طول مدت اعتبار بیمه نامه با کسر ۲۰ دلار بعنوان فرانشیز.
- ۴- ارائه اطلاعات مورد نیاز پزشکی از قبیل بیمارستانها و مراکز درمانی ، داروخانه ، پزشکان متخصص و دندانپزشکان و امبولانس .
- ۵- بازگرداندن جسد متوفی (و کودکان بی سرپرست)
- ۶- چنانچه بیمه شده در کشور مقصد آگاهانه یا ناآگاهانه اعمالی را تحت عناوین نقص غیر عمد و خسارات وارده به شخص ثالث و بی احترامی به قوانین و مقررات اداری محلی مربوط به شهروندان عادی انجام و تحت تعقیب قرار بگیرد آکسا هزینه های دفاعی مربوطه را تا سقف ۱۰۰۰ دلار پرداخت می نماید.
- ۷- چنانچه بیمه شده بیش از ۱۰ روز متوالی در بیمارستان بستری بوده باشد هزینه بلیط رفت و برگشت شخص همراه بیمه شده چنانچه خواهان حضور او در کشور مقصد میباشد حداکثر تا ۱۵ روز و نیز مخارج اقامت وی تا سقف ۶۰ یورو پرداخت میگردد .
- ۸- مساعدت های لازم جهت جایگزین نمودن مدارک مفقود شده بیمه شده شامل گذرنامه ، ویزا ، بلیط هواپیما

۹- انتقال پیامهای فوری به شخص معرفی شده توسط بیمه شده .
۱۰- بازگشت پیش نشده به کشور محل اقامت به دلیل بروز مسائل حاد پزشکی یا بیماری یکی از بستگان چنانچه بیمه شده بتواند از بلیط دولیه جهت بازگشت استفاده نماید .

۱۱- ارسال دارو

۱۲- استرداد بار مسافر در صورت فقدان یا اشتباه مسیر بار

۱۳- چنانچه بار کنترل شده بیمه شده ظرف ۱۲ ساعت از زمان ورود به مقصد به وی تحویل نگردد ، هزینه خرید اضطراری از قبیل البسه و لوازم آرایشی و بهداشتی ضروری و پرداخت میگردد .

۱۴- چنانچه بار کنترل شده و همراه بیمه شده ظرف ۴۸ ساعت به او تحویل نشود حداکثر مبلغ ۸۰۰ دلار آمریکا بعنوان غرامت پرداخت میگردد .

بمنظور آشنایی با نحوه صدور این بیمه نامه مدارک و مطبوعات مربوط بشرح ذیل معرفی میگردد :

۱- فرم پیشنهاد

۲- دفترچه بیمه نامه

۳- جدول نرخ حق بیمه و تقسیم بندی کشورهای جهان

۴- فرم مخصوص درج و اخذ شماره بیمه نامه و مشخصات بیمه نامه های صادره

۵- فرم مخصوص اتکایی که به زمان انگلیسی تحریر میگردد

۶- فرم مخصوص بیمه نامه های ابطالی

نحوه صدور بیمه نامه مسافرت خارجی (آکسا)

۱- تکمیل پیشنهاد

در صورت درخواست خرید این بیمه نامه فرم پیشنهاد مخصوص در اختیار متقاضی قرار داده می شود . بدین منظور کنترل ها و اقدامات ذیل لازم و ضروری است .

- بیمه شده بایستی حتما حضور داشته باشد (حضور در دفتر نمایندگی شرکت نیز کفایت می نماید) .

- اصل پاسپورت و اصالت آن با متقاضی احراز شود .

- قسمت های مربوط به مشخصات فردی بیمه شده دقیقا تکمیل شده باشد و توسط وی امضاء شود (افراد تحت تکفل پیشنهادهایشان توسط سرپرست یا ولی امضاء خواهد شد) .

- این بیمه نامه چون بصورت انفرادی از طریق یک دفترچه جداگانه صادر میشود لذا در مورد پاسپورت هایی که سرپرست به همراه افراد تحت تکفل ارائه می شود

برای تک تک افراد همراه بیمه نامه صادر می گردد .

۲- کنترل مشخصات مندرج در برگه پیشنهاد با مشخصات پاسپورت .

۳- جهت تکمیل قسمت های مربوط به بیمه گر مجددا با استفاده از جدول حق بیمه و مطابقت آن با تقاضای بیمه شده (حق بیمه) و سایر موارد استفاده می شود .

۴- حق بیمه مربوطه توسط متقاضی به بانک پرداخت و اصل فیش ارائه می شود .

۵- شماره بیمه نامه از فرم مخصوص که حکم دفتر صدور را نیز دارد استخراج در برگه پیشنهاد درج می شود .

۶- مشخصات درخواستی در یک جلد دفترچه مخصوص که ذیلا عناوین آن به فارسی ترجمه شده است با خط خوانا بزبان انگلیسی درج می شود :

POLICY NO

شماره بیمه نامه شامل : شماره / کد نماینده / کد واحد صدور / سال

AGENT S CODE

کد واحد صدور بیمه نامه

INSURAED' NAME & FAMILY NAME

نام و نام خانودگی بیمه شده

DATE OF ISSUE

تاریخ صدور بیمه نامه

DATE OF BIRTH
PASS PORT NO
ZONE
VALIDITY (DAYS)
PREMIUM

تاریخ تولد
شماره گذرنامه
منطقه سفر
مدت زمان بیمه نامه (به روز)
حق بیمه

تذکر: دفترچه های این بیمه نامه جهت درج اطلاعات نیازی به کاربن ندارد (کاربن لس است) .

۷- دفترچه صادره توسط بیمه شده و کارشناس و مسئول مربوطه امضاء گردد .

۸- مهر مربوط به واحد صدور در محل امضاء بیمه گر زده شود .

۹- رسید وصول حق بیمه

۱۰- اصل دفترچه و برگه های سفید و رونوشت زرد رنگ آن به همراه برگ اول رسید وصول حق بیمه به بیمه گذار تحویل می شود و سایر رونوشت ها بشرح ذیل تفکیک می گردد :

رونوشت سبز رنگ

ضمیمه مدارک موجود در واحد صدور به همراه فرم ثبت اطلاعات بیمه نامه و نسخه بایگانی رسید وصول حق بیمه .

رونوشت قرمز رنگ

به همراه فیش بانکی و رونوشت مخصوص حسابداری از قبض (رسید) وصول حق بیمه برای واحد مالی .

رونوشت آبی رنگ

بانضمام لیست (فرم) مخصوص اتکایی جهت تمرکز اطلاعات به واحد اتکایی ارسال شود .

نحوه ابطال بیمه نامه

در بعضی موارد بیمه گذاران بعلت عدم صدور ویزای سفر و یا انصراف از مسافرت درخواست ابطال بیمه نامه خود را دارد بدین منظور با شرایط ذیل نسبت به ابطال اقدام میگردد :

۱- در صورتیکه علت ابطال عدم صدور ویزا باشد با اخذ نامه از سفارتخانه کشور مورد نظر و با صدور الحاقی با درج علت ابطال و با کسر ۲۰۰۰۰ ریال هزینه ابطال اقدام می شود ، بدیهی است که اصل و رونوشت الحاقی جهت صدور چک و سند حسابداری به واحد مالی ارسال و اطلاعات بیمه نامه ابطالی در لیست معرفی شده در ردیف ۴ (مدارک بیمه نامه آکسا) منعکس و نسخه ای از آن به ضمیمه رونوشت الحاقی در سوابق واحد صدور نگهداری و یک نسخه از لیست به واحد اتکایی ارسال میگردد .

۲- در صورتیکه انصراف از سفر توسط بیمه گذار (بیمه شده) قبل از صدور ویزا باشد با کسر مبلغ ۳۰۰۰۰ ریال نسبت به صدور الحاقی با ملاحظه دقیق اصل پاسپورت که در آن مهر صدور ویزا نخورده باشد و با تفکیکی بشرح بند ۱ از نظر نحوه تفکیک ابطال انجام خواهد شد .

۳- لازم به توضیح است در مواردیکه ویزا صادر شده باشد درخواست ابطال ناشی از انصراف بیمه گذار باشد علی القاعده تا اتمام مهلت ویزا امکان ابطال بیمه نامه فراهم نیست زیرا که مشخص نیست که متقاضی واقعا از سفر منصرف شده است و یا آنکه پس از اخذ ویزا قصد ابطال را دارد .

بیمه مسافرین عازم به خارج از کشور

از جمله تعهدات این بیمه نامه به موارد ذیل می توان اشاره نمود: پرداخت هزینه های پزشکی، حمل و نقل پزشکی ، ارجاع پزشکی، پرداخت هزینه فوریت های دندانپزشکی به استثناء پرکردن قطعی و پروتز، بازگرداندن جسد در صورت فوت بیمه شده به کشور مقصد ، کمک های حقوقی ، عیادت ضروری از ایران و هزینه های تبعی، درخواست کمک برای رفع مشکلات ، بازگرداندن کودکان، ارسال پیامهای فوری، مراجعت غیرمنتظره به کشور محل سکونت ، اعزام دارو، تاخیر

حرکت هواپیما، بازیابی چمدانهای مفقود شده، عدم تحویل چمدانهای کنترل شده، حواله وجه نقد، فقدان گذرنامه(گواهینامه رانندگی و شناسنامه)بیمه گذار در خارج از کشور.

بیمه شدگان بدون محدودیت سنی میتوانند جهت سفر به کشورهای مختلف اقدام به اخذ بیمه نامـه مذکور نمایند.

مدت این بیمه نامه بنا به تقاضای مسافر و با توجه به مدت صدور ویزا از ۱ الی ۹۲ روز متوالی تعیین میگردد.

بیمه نامه بلندمدت (۶ ماهه و ۱۲ ماهه) بمنظور سفرهای متعدد در مدتهای مذکور مشروط به اینکه هر سفر بیش از ۹۲ روز نباشد نیز ارائه میگردد.

تعهدات شرکت های کمک رسان آکساو مفری در این بیمه نامه جهت هزینه های پزشکی تاسقف ۵۰۰۰۰ یورو در طول مدت بیمه نامه جهت هر نفر میباشد. در صورت سفر به کشورهای خاورمیانه، آفریقایی و ترکیه بیمه نامه باتعهدات ۱۰۰۰۰ یورو و حق بیمه کمتر ارائه میگردد.

تخفیف حق بیمه: در صورتیکه بیمه شدگان طی یک گروه و با مدت و مقصد سفر یکسان نسبت به اخذ پوشش بیمه ای اقدام نمایند، می توان تخفیف های گروهی ذیل را اعمال نمود:

۱۰-۲۰ نفر = ۵٪ ۲۱-۵۰ نفر = ۱۰٪ ۵۱-۱۰۰ نفر = ۱۵٪ ۱۰۱ نفر به بالا = ۲۰٪

مراحل و مدارک مورد نیاز صدور بیمه نامه:

۱- تکمیل فرم پیشنهاد که شامل اطلاعات گذرنامه ای متقاضی می باشد.

۲- ارائه گذرنامه یا تصویر آن جهت صدور بیمه نامه.

۳- حق بیمه که بصورت نقدی دریافت می گردد.

جدول تعهدات و پوششهای شرکت کمک رسان آکسا

پوششها	COVERAGES	سقف تعهدات به یورو	LIMITS IN EUR	ردیف
پرداخت هزینه های پزشکی	PAYMENT OF MEDICAL EXPENSES	۵۰.۰۰۰ - فرانسیز ۲۵	۵۰.۰۰۰ Deductible ۲۵	۱
حمل و نقل پزشکی	MEDICAL TRANSPORTATION	قابل پرداخت	Payable	۲
ارجاع پزشکی	MEDICAL REFERRAL	قابل پرداخت	Payable	۳
پرداخت هزینه فوریت های دندان پزشکی	PAYMENT OF EMERGENCY DENTAL EXPENSES	۲۰۰ - بدون فرانسیز	NO - ۲۰۰ Deductible	۴
بازگرداندن جسد در صورت فوت بیمه شده	REPATRIATION IN CASE OF DEATH	قابل پرداخت	Payable	۵
کمک های حقوقی	LEGAL ASSISTANCE	۱۵۰۰	۱۵۰۰	۶
عیادت ضروری از ایران و هزینه های تابعه	EMERGENCY VISIT FROM IRAN & ACCOMMODATION EXPENSES	۹۰۰	۹۰۰	۷
درخواست کمک برای رفع مشکلات	ENQUIRY IN CASE OF A PROBLEM	قابل پرداخت	Payable	۸
بازگرداندن کودکان	RETURN OF CHILD(REN)	قابل پرداخت	Payable	۹

	LEFT UNATTENDED			
ارسال پیامهای ضروری	TRANSMISSION OF URGENT MESSAGES	قابل پرداخت	Payable	۱۰
مراجعات غیر منتظره به کشور محل سکونت	UNEXPECTED RETURN TO COUNTRY OF RESIDENCE	قابل پرداخت	Payable	۱۱
اعزام دارو	DISPATCH OF MEDICINES	قابل پرداخت	Payable	۱۲
بازیابی چمدان های مفقود شده	RETRIEVAL OF LUGGAGE	قابل پرداخت	Payable	۱۳
تاخیر در تحویل چمدان	LUGGAGE DELAY	۲۵۰	۲۵۰	۱۴
عدم تحویل چمدان های کنترل شده	LOSS OF REGISTERED LUGGAGE	۸۰۰	۸۰۰	۱۵
تاخیر در حرکت هواپیما	DELAYED FLIGHT DEPARTURE	قابل پرداخت	Payable	۱۶

جدول تعهدات و پوششها شرکت امداد رسان مفری

پوششها	COVERAGES	سقف تعهدات به یورو	LIMITS IN EUR	ردیف
هزینه های پزشکی و بستری در بیمارستان در خارج از کشور	MEDICAL EXPENSES & HOSPITALIZATION ABROAD	۵۰.۰۰۰ - فرانسیز ۲۵	۵۰.۰۰۰ Deductible ۲۵	۱
جابجایی یا بازگرداندن بیمه گذار به کشور در طول سفر در اثر بروز بیماری یا حادثه	TRANSPORT OR REPATRIATION IN CASE OF ILLNESS OR ACCIDENT	بدون سقف	Unlimited	۲
پرداخت هزینه های فوری دندانپزشکی	EMERGENCY DENTAL CARE	۴۰۰ - فرانسیز ۲۵	۴۰۰ Deductible ۲۵	۳
بازگشت اعضای بلافصل خانواده همراه بیمه گذار به کشور	REPATRIATION OF FAMILY MEMBER TRAVELLING WITH THE INSURED	بدون سقف	Unlimited	۴
بازگرداندن جسد متوفی	REPATRIATION OF MORTAL REMAINS	بدون سقف	Unlimited	۵

سفر اضطراری یکی از اعضاء بلافصل خانواده	TRAVEL OF ONE IMMEDIATE FAMILY MEMBER	۸۵۰	۸۵۰	۶
بازگشت اضطراری به کشور به دلیل فوت یکی از اعضای نزدیک خانواده	EMERGENCY RETURN HOME FOLLOWING DEATH OF A CLOSE FAMILY MEMBER	بدون سقف	Unlimited	۷
تحويل دارو	DELIVERY OF MEDICINES	بدون سقف	Unlimited	۸
ارسال پیام ها اطلاعات مراجع درمانی در مواقع اضطراری	RELAY OF URGENT MESSAGES AND MEDICAL REFERRAL	بدون سقف	Unlimited	۹
حواله تضمینی وجوه نقد	ADVANCE OF BAIL BOND	۸۵۰	۸۵۰	۱۰
حواله وجه نقد	ADVANCE OF FUNDS	۸۵۰	۸۵۰	۱۱
معاذت حقوقی	LEGAL DEFENSE	۱۵۰۰	۱۵۰۰	۱۲
فقدان گذرنامه، گواهینامه رانندگی و شناسنامه در خارج از کشور	LOSS OF PASSPORT, DRIVING LICENSE, NATIONAL IDENTITY CARD ABROAD	۲۰۰	۲۰۰	۱۳
جبران خسارت فقدان بار تحویلی به هواپیما	COMPENSATION FOR IN-FLIGHT LOSS OF CHECKED – IN BAGGAGE	۲۰۰	۲۰۰	۱۴
جبران خسارت تاخیر ورود بار همراه مسافر	COMPENSATION FOR DELAY IN THE ARRIVAL OF LUGGAGE	۱۰۰	۱۰۰	۱۵
یافتن و ارسال بار و ملزومات شخصی	LOCATION AND FORWARDING OF BAGGAGE AND PERSONAL EFFECTS	بدون سقف	Unlimited	۱۶
تاخیر در حرکت هواپیما (وسیله نقلیه)	DELAYED DEPARTURE	۱۸۰	۱۸۰	۱۷