



بیمه مرکزی
جمهوری اسلامی ایران

مجموعه راهنمای آیین نامه ها، قوانین و بخشنامه های بیمه

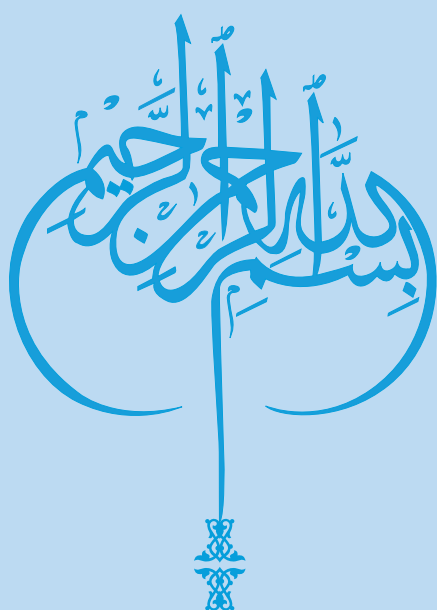
(مراقب بیمه)

بیمه های اشخاص

۴

معاونت نظارت
اداره کل نظارت بر بیمه های زندگی
اداره کل نظارت فنی بر بیمه های غیر زندگی

۱۴۰۱



عنوان: مجموعه راهنمای آیین نامه‌ها، قوانین و بخش نامه‌های بیمه (مراقب بیمه)
بیمه‌های اشخاص

تهیه و تنظیم: معاونت نظارت بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران
بازآفرینی: رقیه باغبانی

طراح: مریم خادمی نژاد

نوبت چاپ: سوم

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۰۷۹-۵۲-۲

شمارگان: ۲۵۰۰ جلد

قیمت دوره ۶ جلدی: ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال

ناشر: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران (نشر بیمه)

نشانی ناشر: تهران، خیابان نلسون ماندلا، نبش خیابان مریم، شماره ۲، برج بیمه،
اداره کل روابط عمومی و امور بین‌الملل. شماره تلفن: ۲۴۵۵۱۲۹۰

www.centinsur.ir

Email: nashr@centinsur.ir

مالکیت مادی و معنوی این اثر متعلق به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران است.



فهرست



صفحه

عنوان

- پیشگفتار..... ۲
- مقدمه..... ۳

فصل اول / امور بیمه‌گری

- آیین‌نامه تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها (آیین‌نامه شماره ۲)..... ۵
- آیین‌نامه مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای (آیین‌نامه شماره ۹۴)..... ۶
- موازین فنی تعیین نرخ‌های بیمه (پیوست آیین‌نامه شماره ۹۴)..... ۸
- الزام به اخذ مجوز برای بیمه‌نامه‌های فاقد شرایط عمومی مصوب..... ۲۲
- لزوم اخذ و نگهداری فرم پیشنهاد تکمیل شده توسط بیمه‌گذار در سوابق..... ۲۳
- چگونگی درج شروط خصوصی در بیمه‌نامه..... ۲۳

فصل دوم / بیمه‌های زندگی

- بیمه‌های زندگی و مستمری (آیین‌نامه‌های شماره ۶۸، ۶۸/۱، ۶۸/۲ و ۶۸/۳)..... ۲۵
- بیمه فوت و نقص عضو ناشی از انفجار و ادوات جنگی..... ۳۴
- پوشش خطرات SRCC..... ۳۴
- جدول مرگ و میر براساس اطلاعات جمعیتی کشور ایران..... ۳۶
- لزوم تفکیک حساب‌های معاملات بیمه‌های زندگی..... ۳۷
- توقیف وجه بیمه عمر و پس‌انداز..... ۳۷
- نظریه توقیف بیمه‌نامه‌های زندگی..... ۳۸
- عدم تعیین ذی‌نفع و یا سهم آنان در قرارداد بیمه عمر..... ۳۹
- فوت همزمان بیمه‌گذار و ذی‌نفع بیمه عمر..... ۳۹

- بیمه عمر و حادثه کارکنان دولت..... ۳۹
- بیمه حادثه و فوت کلیه بازنشستگان و مستخدمان رسمی اعم از لشکری یا کشوری..... ۴۰
- افزایش سرمایه خطر فوت بیمه‌های عمر و حادثه کارکنان دولت..... ۴۲
- بیمه حادثه و فوت کارکنان دولت..... ۴۲
- بیمه خطر فوت کارکنان دولت..... ۴۴
- بیمه فوت و حوادث بازنشستگان و مستخدمین رسمی دستگاه‌های اجرایی ۴۴
- ابلاغ مصوبه مبنی بر عدم درج توضیحات مغایر با مفاد آیین‌نامه شماره ۶۸ و لزوم ضمیمه نمودن جداول بازخریدی ۴۵
- لزوم اخذ مجوز بیمه مرکزی برای درج متوسط بازدهی سرمایه‌گذاری از محل ذخایر ریاضی ۵ سال گذشته بیمه‌های زندگی در صورت درج در جداول استعلام اولیه ۴۵
- لزوم رعایت ماده ۴ آیین‌نامه شماره ۶۸ ۴۶
- لزوم اصلاح سایت شرکت بیمه برای معرفی انواع طرح‌ها و رشته‌های بیمه‌ای عمر ذخیره دار مطابق با مصوبه شورای عالی بیمه..... ۴۶
- لزوم اخذ مجوز شرایط و محاسبات مربوط به تمامی طرح‌های بیمه زندگی ۴۶
- تأکید بر انجام اقدامات جهت اخذ مجوزهای لازم از بیمه مرکزی درخصوص اعمال جدول مرگ و میر جدید..... ۴۷
- لزوم اصلاح شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های عمر مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه و بیمه‌های مختلط خطر فوت و مدیریت سرمایه..... ۴۷
- چارچوب شرایط عمومی «بیمه زندگی مختلط»..... ۴۷
- چارچوب شرایط عمومی «بیمه زندگی به شرط حیات»..... ۵۷
- چارچوب شرایط عمومی «بیمه زندگی خطر فوت»..... ۶۴
- دستورالعمل انواع بیماری‌های خاص و حداکثر سرمایه ۷۳

- مکمل دستورالعمل انواع بیماری های خاص و حداکثر سرمایه ۷۵
- دستورالعمل پوشش بیمه ای کرونا ۷۵
- مواد ۲۴، ۱۳۶ و ۱۳۷ قانون مالیات های مستقیم ۷۵
- قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۴۰۰/۰۳/۰۲ مجلس شورای اسلامی، معافیت خدمات بیمه های زندگی از پرداخت مالیات ۷۶
- ماده ۱۱ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۴ مجلس شورای اسلامی ۷۷
- لزوم دسترسی بیمه گذاران بیمه های عمر و سرمایه گذاری به حداقل اطلاعات خود به صورت برخط ۷۷
- تأکید بر لزوم نظارت شرکت های بیمه بر تبلیغات نمایندگان بیمه جهت عرضه بیمه نامه های عمر ۷۸
- ضرورت اعلام رضایت کتبی بیمه شده (موضوع ماده ۲۳ قانون بیمه) در تکمیل فرم پیشنهاد بیمه و امضای آن توسط بیمه گذار / بیمه شده ۷۸
- ضرورت محاسبه سهم مشارکت در منافع قطعی در سود بیمه بیمه گذاران متناسب با مدت زمان و میزان ذخیره ریاضی ۷۹
- نحوه اجرای ماده ۲۴ آیین نامه شماره ۷۱ مصوب شورای عالی بیمه ۷۹

فصل سوم / بیمه های حوادث

- آیین نامه شرایط عمومی بیمه نامه حوادث اشخاص (آیین نامه شماره ۸۴) ۸۱
- شرایط اختصاصی بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه ۹۰
- شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه ۹۰

○ شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه بستری شدن در مراکز درمانی مجاز ۹۱

فصل چهارم / بیمه‌های درمان

○ آیین‌نامه بیمه‌های درمان (آیین‌نامه شماره ۹۹) ۹۳

○ پوشش‌های صندوقی ۱۰۲

○ ممنوعیت برگشت حق بیمه ۱۰۳

فصل پنجم / بیمه‌های مسافرتی

○ دستورالعمل اجرایی ماده ۱۳ آیین‌نامه اجرایی ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم

توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ۱۰۵

○ آیین‌نامه شرایط عمومی بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به

جمهوری اسلامی ایران (آیین‌نامه شماره ۷۷) ۱۰۷

○ تعرفه حق بیمه بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی

ایران و کارمزد نمایندگان مؤسسات بیمه و کارمزد اتکایی اجباری آن ۱۱۲

○ آیین‌نامه شرایط عمومی بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به

جمهوری اسلامی ایران (آیین‌نامه شماره ۷۷/۱) ۱۱۳

○ دستورالعمل صدور بیمه‌نامه ارزی توسط مؤسسات بیمه ۱۱۶

○ نحوه همکاری شرکت‌های بیمه ایرانی با شرکت‌های کمک‌رسان خارجی در

زمینه بیمه درمان و حوادث مسافران عازم به خارج ۱۱۷



فصل ششم / نظرهای بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران
درباره انواع رشته‌های بیمه

- الزام به اجرای رأی داوری ۱۱۹
- بیمه مضاعف ۱۱۹
- تاخیر در اعلام حادثه و تأدیه خسارت ۱۱۹
- تضمین اوراق بهادار ۱۲۱
- تهاتر خسارت و باز یافت ۱۲۱
- نظارت سازمان حمایت از مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان ۱۲۱
- مالکیت معنوی در صنعت بیمه ۱۲۲
- لزوم طرح دعوی پیگیری قضائی جرم جعل بیمه‌نامه ۱۲۳
- صدور ضمانت‌نامه ۱۲۴
- تأکید بر اخذ مجوز بیمه مرکزی ایران در خصوص بیمه‌نامه‌ها، طرح‌ها و پوشش‌های
جدید بیمه‌ای از جمله ارائه پوشش بیماری کرونا ۱۲۴

فصل اول / امور بیمه‌گری

فصل دوم / بیمه‌های زندگی

فصل سوم / بیمه‌های حوادث

فصل چهارم / بیمه‌های درمان

فصل پنجم / بیمه‌های مسافرتی

فصل ششم / نظرهای بیمه‌مرکزی جمهوری اسلامی ایران
درباره انواع رشته‌های بیمه

قوانین و مقررات حاکم بر صنعت بیمه حاصل سال‌ها تجربه فعالان این صنعت است که با نظم‌بخشی به عملیات بیمه‌ای موجب حفظ سلامت بازار بیمه و تحقق اهداف و برنامه‌های آن می‌شود.

هدف اصلی قوانین و مقررات موضوع در صنعت بیمه، تنظیم بازار بیمه از رهگذر تعیین تکالیف و حقوق بیمه‌گران و بیمه‌گذاران، تسهیل فعالیت مدیران بیمه‌ای و درنهایت تأمین منافع سهام‌داران و سایر ذی‌نفعان شرکت‌های بیمه است. دسترسی آسان به قوانین و مقررات صنعت بیمه با تمام اجزاء و زوایای آن موجب می‌شود، فعالان بازار بیمه شفافیت و شناخت لازم نسبت به قوانین و مقررات داشته باشند و با اشراف کافی نسبت به ضوابط حاکم، اقدام نمایند تا منافع ذی‌نفعان صنعت بیمه در نقطه مطلوب قرار گیرد.

بر این اساس، معاونت نظارت بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به منظور تحقق مأموریت نظارت بر حسن اجرای قوانین و مقررات بیمه‌ای، «مجموعه راهنمای آیین‌نامه‌ها، قوانین و بخش‌نامه‌های بیمه» (مراقب بیمه) را گردآوری، تنظیم و در قالب کتابچه‌های جداگانه منتشر نموده است.

اینک در چاپ سوم مجموعه مراقب بیمه که با مساعدت ادارات کل ذی‌ربط و با دقت نظر کارشناسان تلخیص، عنوان‌یابی و دسته‌بندی شده، آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه، نظرهای حقوقی و بخش‌نامه‌های مرتبط نهادهای خارج از صنعت بیمه و چکلیست‌های اجرایی قوانین و مقررات بیمه به طور کامل مورد بازبینی، اصلاح و تنظیم مجدد قرار گرفته و درنهایت، کتاب‌ها در قطع پالتویی برای استفاده آسان‌تر تنظیم شده‌اند.

مجموعه «مراقب بیمه» چاپ سوم شامل ۶ جلد کتاب با عناوین شرکت‌های بیمه، واسطه‌های بیمه، بیمه‌های خودرو، بیمه‌های اشخاص، بیمه‌های اموال و بیمه‌های مسئولیت و زبان‌های پولی منتشر شده است.

لازم به ذکر است؛ علاوه بر انتشار نسخه فیزیکی، برای اولین بار نسخه مجازی آن نیز از طریق آپ و ... در دسترس علاقمندان قرار می‌گیرد که قابلیت‌های مطلوبی از نظر جستجو و سهولت دسترسی به کاربران می‌دهد.

بر خود لازم می‌دانم؛ از همکاران ارجمندی که هریک نقش مؤثری در اجرای این ویرایش داشته‌اند، به‌خصوص آقایان یوسف مقدمی، مهرداد رضایی، مهرداد قندچیلر، علی رشیدی و خانم مژگان رمضانی که با بازبینی آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌ها نکات اصلاحی و موارد تکمیلی را مطرح کرده و نیز آقای حسن حیدری و خانم رقیه باغبانی که در به‌روزرسانی مطالب ایفای نقش کردند، قدردانی نمایم.

امید و انتظار آن است که مجموعه «مراقب بیمه» برای مخاطبین و کارشناسان بیمه مفید فایده باشد و هرگونه نظرات اصلاحی را در جهت اصلاح یا تکمیل مطالب آن در ویرایش‌های بعدی با همکاران معاونت نظارت بیمه مرکزی اعلام نمایند.

مفید امینی

معاون نظارت بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

برای داشتن سرزمینی مقتدر و آبادتر هیچ راهی غیر از بسط آرامش و اطمینان وجود ندارد و یکی از راههای رسیدن به این مهم در سایه صنعت بیمه قدرتمند و پرتوان تحقق خواهد یافت.

دستیابی به سلامت بیمه ای بدون تکیه بر قوانین مترقی و آیین‌نامه‌های کارآمد، امکان پذیر نیست که خوشبختانه نهاد ناظر با همراهی و همفکری سایر ارکان این صنعت برای تضمین سلامت بیمه ای، حرکت موثری را شکل داده است.

فرهنگ‌سازی صنعت بیمه از مسیر ساده سازی مفاهیم بیمه ای می گذرد و هر کتابی که با هدف همگانی شدن محصولات بیمه ای منتشر می‌شود یک گام بلند به سمت اعتلای این صنعت برداشته خواهد شد.

آنچه مسلم است مجموعه مراقب بیمه باید از هر لحاظ جامع و مانع باشد تا مشکلات و تعارضات موجود به چالش های جدی مبدل نشود و به این خاطر بر خود فرض می دانم از تلاش های صورت گرفته توسط کارگروه های تخصصی، مدیران و کارشناسان مرتبط بویژه از جناب آقای مفید امینی معاون محترم نظارت بیمه مرکزی و همکاران صدیق ایشان که مسوولانه پیگیر تهیه، تولید و انتشار این مجموعه بوده اند سپاسگزاری نمایم. امید است این مجموعه کتاب برای کارشناسان و صاحب نظران صنعت بیمه مفید واقع باشد.

مجید بهزادپور

رییس کل بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

فصل اول

امور بیمه گری





(آیین‌نامه شماره ۲)

آیین‌نامه تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها

مصوب ۱۳۵۱/۰۱/۲۷

ماده ۱- انواع معاملات بیمه که مؤسسات بیمه کشور مجاز به صدور بیمه‌نامه برای آن هستند عبارتند از:

- ۱- انواع بیمه‌های زندگی.
 - ۲- انواع بیمه‌های حوادث شخصی.
 - ۳- بیمه‌های درمانی.
 - ۴- بیمه آتش‌سوزی و خطرات تابعه آن از قبیل انفجار، دزدی، زلزله و سیل و سقوط هواپیما.
 - ۵- بیمه باربری.
 - ۶- بیمه وسائط نقلیه آبی و مسئولیت مدنی مربوط به آن.
 - ۷- بیمه هواپیما و مسئولیت مدنی مربوط به آن.
 - ۸- بیمه اتومبیل و مسئولیت مدنی مربوط به آن.
 - ۹- بیمه مسئولیت‌های مدنی عمومی.
 - ۱۰- بیمه مسئولیت‌های حرفه‌ای.
 - ۱۱- بیمه‌های تمام‌خطر مقاطعه‌کاری و نصب و مسئولیت مدنی مربوط به آن.
 - ۱۲- بیمه پول در صندوق و در حین حمل.
 - ۱۳- بیمه صداقت و امانت کارمندان.
 - ۱۴- بیمه‌های مربوط به اکتشاف و استخراج نفت و صنایع وابسته.
- ماده ۲ و ماده ۳ در مصوبات بعدی شورای عالی بیمه لغو شده است.
- ماده ۴- مؤسسات بیمه می‌توانند بیمه‌نامه‌های بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسائط نقلیه موتوری را طبق شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های متحدالشکل مورد عمل فعلی صادر نمایند.
- ماده ۵- درمورد سایر انواع بیمه مؤسسات بیمه قبل از صدور بیمه‌نامه موافقت بیمه مرکزی ایران را در مورد شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها جلب خواهند کرد.



(آیین نامه شماره ۹۴)

آیین نامه مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای

مصوب ۱۳۹۶/۰۵/۲۹

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و به استناد فصل نهم قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی و سایر مقررات مربوط، در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۰۵/۲۹ «مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای» را مشتمل بر ۱۰ ماده و ۴ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱- مؤسسه بیمه مکلف است حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای را با رعایت مقررات آیین نامه و موازین فنی پیوست تعیین و اعمال نماید.

تبصره- انواع رشته‌های بیمه‌ای که حق بیمه آنها توسط هیئت وزیران، شورای عالی بیمه و یا بیمه مرکزی تعیین شده یا می‌شود تابع مقررات مربوط خواهد بود.

ماده ۲- مؤسسه بیمه موظف است ضمن رعایت موازین فنی تعیین حق بیمه موضوع ماده ۱، نرخ حق بیمه، جدول تعرفه کوتاه مدت و روز شمار، میزان و موارد تخفیف و یا اضافه نرخ انواع رشته‌های بیمه‌ای و هر گونه تغییر در آنها را در کمیته‌ای متشکل از اکچوئر داخلی، مسئول فنی رشته ذی ربط و معاون فنی تعیین و پس از تایید مدیرعامل (یا قائم مقام وی) به تصویب هیئت مدیره برساند و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به همراه گزارش توجیهی مبانی محاسباتی به بیمه مرکزی ارسال نماید.

ماده ۳- در تعیین نرخ حق بیمه رشته‌هایی از قبیل بیمه‌های مهندسی که امکان تعیین تعرفه یکسان وجود ندارد مؤسسه بیمه موظف است بجای تعیین تعرفه، مبانی تعیین نرخ را با توجه به مقررات این آیین نامه تعیین و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

ماده ۴- در تعیین نرخ حق بیمه رشته‌های آتش سوزی، باربری، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی، کشتی و هواپیما، رعایت ماده ۶ «آیین نامه نحوه واگذاری بیمه‌های اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن» (آیین نامه شماره ۷۶ مصوب شورای عالی بیمه) و اصلاحات بعدی آن الزامی است.

ماده ۵- چنانچه حسب بررسی بیمه مرکزی مشخص شود نرخ حق بیمه، جدول تعرفه کوتاه مدت و روز شمار، میزان و موارد تخفیف و یا اضافه نرخ هر یک از رشته‌های بیمه‌ای با ضوابط مقرر در این آیین نامه انطباق ندارد، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز پس از اعلام بیمه مرکزی موارد اعلامی را با رعایت مراحل مقرر در ماده ۲ این آیین نامه اصلاح و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نماید.

ماده ۶- چنانچه بر اساس صورت‌های مالی حسابرسی شده مؤسسه بیمه ضریب خسارت شش ماهه در رشته درمان بیشتر از ۸۰ درصد و ضریب خسارت یکساله در سایر رشته‌های موضوع این آیین نامه بیشتر از ۷۵ درصد باشد، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف



مدت ۳۰ روز مصوبه موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه را در خصوص آن رشته اصلاح و به تأیید مدیرعامل (یا قائم مقام وی) و تصویب هیئت مدیره برساند و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نماید.

تبصره ۱: در رشته‌های بیمه مهندسی، نفت و گاز، پتروشیمی، کشتی و هواپیما میانگین ضریب خسارت در دوره پنج‌ساله منتهی به سال مورد بررسی ملاک عمل است.

تبصره ۲: مبنای محاسبه ضریب خسارت مؤسسه بیمه در هر یک از رشته‌های بیمه‌ای مقررات مندرج در ماده ۳ آیین‌نامه ذخایر فنی مؤسسات بیمه (آیین‌نامه شماره ۵۸) مصوب شورای عالی بیمه خواهد بود.

ماده ۷- مؤسسه بیمه موظف است در رشته‌هایی که شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه دارد بیمه‌نامه‌های خود را با رعایت آن شرایط صادر نماید.

تبصره: در رشته‌های بیمه فاقد شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه، مؤسسه بیمه موظف است شرایط بیمه‌نامه‌های خود را حسب مورد بر اساس آیین‌نامه‌های مربوط آن رشته یا بر اساس کلوزهای متعارف بین‌المللی یا چارچوبی که بیمه مرکزی ابلاغ خواهد کرد صادر نماید.

ماده ۸- در صورت احراز تخلف مؤسسه بیمه از اجرای مفاد این آیین‌نامه بیمه مرکزی می‌تواند متناسب با تخلف و تکرار آن حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام دهد:

۱- اخطار کتبی به مسئول فنی، معاون فنی، مدیر عامل و یا هیأت مدیره مؤسسه بیمه،
۲- الزام شرکت به استعلام نرخ از بیمه مرکزی قبل از صدور بیمه‌نامه در یک یا چند رشته بیمه،

۳- کاهش کارمزد اتکایی اجباری سهم بیمه مرکزی حداکثر تا ۹۰٪ مبلغ کارمزد مصوب.

۴- سلب صلاحیت مسئول فنی، معاون فنی و یا مدیرعامل مؤسسه بیمه،

۵- تعلیق پروانه فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه با تصویب شورای عالی بیمه،

۶- لغو پروانه فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه با تأیید شورای عالی بیمه و تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا. ایران

ماده ۹- بیمه مرکزی هر سال یکبار گزارشی از نتیجه اجرای این آیین‌نامه توسط هریک از مؤسسات بیمه را تهیه و به شورای عالی بیمه ارایه خواهد نمود.

ماده ۱۰- این آیین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۷/۰۱/۰۱ لازم‌الاجرا است و جایگزین آیین‌نامه‌های شماره ۸۱ (مقررات تعیین حق بیمه کلیه رشته‌های بیمه‌ای) و اصلاحات بعدی آن می‌شود.



(پیوست آیین نامه شماره ۹۴)

موازين فنی تعیین نرخ های بیمه

مؤسسه بیمه موظف است در تعیین حق بیمه کلیه رشته های بیمه معیارهای عمومی مندرج در بند الف و حسب مورد معیارهای اختصاصی رشته ذی ربط مندرج در سایر بندهای این موازين را رعایت نماید:

الف - معیارهای عمومی تعیین نرخ حق بیمه انواع رشته های بیمه:

- ۱- بیمه پذیر بودن ریسک.
- ۲- شدت و تواتر ریسک.
- ۳- توجه به تابع توزیع ریسک و میانگین و واریانس آن.
- ۴- سوابق عملیات بیمه ای آن رشته.
- ۵- اعمال تخفیف یا اضافه نرخ بر اساس سابقه بیمه گذار.
- ۶- در بیمه های اشخاص: عوامل متعارف بازار بیمه از جمله جدول مرگ و میر و نرخ بهره فنی.
- ۷- وضعیت ریسک از لحاظ رعایت استانداردهای پیشگیری و ایمنی.
- ۸- رعایت حد توانگری شرکت.
- ۹- توجه به عوامل تشدید خطر.
- ۱۰- مدت بیمه.
- ۱۱- خطرات اضافی و استثنائات
- ۱۲- فرانشیز
- ۱۳- هزینه های اداری و عملیاتی.
- ۱۴- عدم تبعیض غیرموجه در تعیین نرخ.
- ۱۵- امکان واگذاری اتکایی بویژه در رشته هایی مانند کشتی و هواپیما که کلوزهای استاندارد دارند.
- ۱۶- مقررات بین المللی در رشته هایی که جنبه بین المللی دارد و تابعی از کنوانسیون ها و موافقتنامه های بین المللی است.
- ۱۷- ارائه بیمه نامه در قالب بیمه های مشترک نباید اصول حاکم بر محاسبه حق بیمه را نقض نماید.
- ۱۸- توجه به اوضاع پیرامون بازار بیمه کشور.
- ۱۹- موازين فنی و اصول آکچوئری رعایت شود و با لحاظ ماهیت رشته های بیمه ای، نرخ حق بیمه به نحوی تعیین گردد که حق بیمه حداقل معادل مجموع هزینه های خسارت، هزینه های اداری، بیمه گری و کارمزد فروش پس از کسر درآمد سرمایه گذاری باشد.

ب - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته هواپیما:

بیمه هواپیما یکی از تخصصی ترین رشته های بیمه ای است که به دلیل تنوع پوشش ها از



جمله بدنه، مسئولیت در قبال مسافران، مسئولیت تولیدکنندگان و ... پیچیدگی خاصی در نرخ گذاری دارد و یکی از رشته هایی است که بدلیل جنبه بین المللی، تابع کنوانسیون ها و موافقت نامه های بین المللی است و از کلوزهای استاندارد مختلفی در هربخش از پوشش های آن استفاده می شود.

- ۱- نوع هواپیما.
- ۲- ارزش هواپیما.
- ۳- سال ساخت هواپیما.
- ۴- تجهیزات ایمنی هواپیما.
- ۵- خطرات اضافی و استثنائات.
- ۶- تعداد هواپیماهای بیمه شده در ناوگان (یک هواپیما یا تعدادی از یک ناوگان).
- ۷- حوزه استفاده (منطقه جغرافیائی).
- ۸- سابقه خسارتی در پنج سال گذشته.
- ۹- سوابق پروازی، تجربه و سن خلبان.
- ۱۰- مدت پرواز سالانه.
- ۱۱- نوع کاربرد هواپیما (آموزشی، مسافری، باری و ...).
- ۱۲- مبنا و میزان مسئولیت (کنوانسیون ورشو، موافقت نامه مونترال، ...).
- ۱۳- کلوزهای مورد استفاده.
- ۱۴- برنامه های تعمیراتی و رتبه مؤسساتی که تعمیرات را انجام داده اند.
- ۱۵- علامت ثبتی و کشور سازنده هواپیما.
- ۱۶- مدیریت خطوط هوایی.
- ۱۷- وضعیت و نوع فرودگاه های مورد استفاده و تجهیزات ایمنی آنها.

پ - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته کشتی:

با توجه به تنوع کشتی ها از جمله باری و مسافری و محدوده تردد آنها، محاسبه نرخ در بیمه کشتی تابع عوامل مختلفی مانند ویژگی های فنی کشتی، نوع کاربری و مسئولیت های مختلف صاحبان و شرکت های کشتیرانی در قبال عوامل انسانی و محیط زیست است. این رشته نیز مانند بیمه هواپیما تابع کنوانسیون های مختلف بین المللی و کلوزهای مختلفی است که در این رشته مورد استفاده قرار می گیرد.

- ۱- نوع شناور (باری، مسافری و کشتی های ویژه عملیات خاص).
- ۲- مؤسسه طبقه بندی و تایید کننده سلامت شناور.
- ۳- ایمنی و قابلیت دریانوردی.
- ۴- سن شناور.
- ۵- محدوده تردد.
- ۶- سابقه خسارتی.



۷- تعداد شناورهای بیمه شده (یک کشتی یا تعدادی از یک ناوگان).

۸- سابقه فعالیت حرفه ای مالک شناور.

۹- مشخصات شرکت سازنده.

۱۰- کشور سازنده و پرچم.

۱۱- سوابق شغلی خدمه.

۱۲- ارزش شناور.

۱۳- فرانشیز.

۱۴- نوع نیروی محرکه شناور و ماشین آلات.

۱۵- امکانات تعمیر شناور.

۱۶- کلوزهای مورد استفاده.

۱۷- محموله (مواد فاسد شدنی، مواد نفتی، مسافر و ...).

ت - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مهندسی:

در بیمه های مهندسی به دلیل تعدد پوشش و تنوع پروژه ها، احصای عوامل موثر در ارزیابی ریسک و تعیین حق بیمه به صورت جامع دشوار است زیرا بسته به نوع پروژه ممکن است عوامل مورد نظر آنقدر متنوع و متکثر باشند که نتوان همه آنها را فهرست نمود. بدلیل همین محدودیت، آنچه در این ضوابط اعلام شده است عوامل کلی و فراگیر بیمه های مهندسی است. بنابراین توجه به عوامل و پارامترهای ویژه هر نوع پروژه موضوع بیمه که در این ضوابط ذکر نشده نیز مورد تأکید است.

۱- شناسائی ریسک های هر بخش از پروژه.

۲- تعیین میزان تعهدات بیمه گر در هر بخش.

۳- تفکیک پروژه به بخش های مختلف از جمله سازه های موقتی، عملیات ساختمانی، ماشین آلات، دوره نگهداری، آزمایش و راه اندازی و ...

۴- نحوه پرداخت حق بیمه.

۵- سابقه فعالیت های پیمانکار.

۶- امکانات ایمنی در بخش های مختلف پروژه ها.

۷- مسئولیت در قبال اشخاص ثالث با در نظر گرفتن محیط پیرامون پروژه ها.

۸- عوامل تشدید خطر در رابطه با وضعیت و محل اجرای پروژه ها و ماشین آلات.

۹- استهلاک و عمر مفید ماشین آلات.

۱۰- برآورد زیان های ناشی از خطای انسانی، نقص فنی و مخاطرات بیرونی.

۱۱- خطرات اضافی و استثنائات.

۱۲- توجه به خسارت های غیرمستقیم مانند عدم النفع.

۱۳- تجربه خسارت های سال گذشته و ویژگی های هر ریسک.

۱۴- دوره انتظار در پوشش عدم النفع.



- ۱۵- دامنه خسارت‌های تحت پوشش بر اساس نوع پروژه‌ها.
 - ۱۶- بررسی کامل خطرات طبیعی و محیطی و وضعیت زمین‌شناختی محل.
 - ۱۷- مدت اجرای پروژه.
 - ۱۸- ویژگی‌های طرح و نوع مصالح ساختمانی.
 - ۱۹- درصد پیشرفت پروژه.
 - ۲۰- شرایط و تمهیدات مربوط به اطمینان از سلامت اجرای پروژه.
 - ۲۱- تجهیزات ایمنی و اطفای حریق و امکانات حفاظتی.
 - ۲۲- تجربه پرسنل.
 - ۲۳- سوابق اجرایی پیمانکار در انجام پروژه‌های مشابه.
 - ۲۴- شرایط مالی بیمه‌گذار و روش‌های تامین مالی پروژه.
 - ۲۵- تعداد و نوع شیفت‌های کاری.
 - ۲۶- میزان و نوع مسئولیت‌های مجری.
 - ۲۷- سازندگان و عرضه‌کنندگان تجهیزات و لوازم و مصالح.
 - ۲۸- سوابق و خسارات قبلی پیمانکار.
 - ۲۹- شرایط و کلوزهای پیوست بیمه‌نامه.
 - ۳۰- نوع و سطح تکنولوژی انجام کار.
- ث - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته باربری:
- ۱- نوع و دامنه پوشش براساس کلوزهای A و B و C و TOTAL LOSS و پوشش‌های فراتر از هر کلوز.
 - ۲- نوع و خصوصیات محموله (شکندگی، فساد پذیری و ...).
 - ۳- طریق حمل (زمینی، هوایی و یا دریایی).
 - ۴- مسافت و مسیر حمل.
 - ۵- قلمرو جغرافیایی حمل.
 - ۶- امکانات ایمنی وسیله حمل.
 - ۷- مقررات بین‌المللی حاکم بر حمل.
 - ۸- عوامل غیر قابل پیش‌بینی از جمله تغییر مسیر حمل.
 - ۹- خطرات اضافی و استثنائات.
 - ۱۰- مبداء و مقصد حمل.
 - ۱۱- خسارت‌های ناشی از جنگ، اغتشاش و یا تحریم.
 - ۱۲- انتقال کالا از یک وسیله حمل به وسیله دیگر (Transshipment).
 - ۱۳- دفعات حمل (Partshipment).
 - ۱۴- دوره اعتبار بیمه‌نامه.
 - ۱۵- نحوه پرداخت حق بیمه.



۱۶- درج شرط اخذ بارنامه حاوی ارزش دار در رابطه با بیمه نامه های داخلی.

۱۷- مشخصات وسیله حمل.

ج - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته آتش سوزی:

۱- نوع قرارداد (عادی، تمام خطر، فرست لاس و ...)

۲- گزارش کارشناس ریسک.

۳- نوع و امکانات ایمنی مورد بیمه.

۴- نوع کالاهای مورد بیمه.

۵- دامنه پوشش.

۶- درصد و میزان فرانشیز در خطرات اضافی.

۷- خطرات اضافی و استثنائات.

۸- سوابق خسارتی در زمینه مورد بیمه، نوع فعالیت و گذشته بیمه گذار.

۹- طبقه بندی ریسک های پروژه.

۱۰- محاسبه MPL و EML.

۱۱- خطرهای تحت پوشش.

۱۲- مدت زمان اعتبار بیمه نامه.

۱۳- پوشش مسئولیت در قبال اشخاص ثالث.

۱۴- استهلاك سازه های مورد بیمه.

۱۵- منطقه خطر (میزان ریسک زلزله).

۱۶- پراکندگی ریسک.

چ - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته بدنه اتومبیل:

۱- نوع خودرو (سواری، اتوکار، بارکش، موتورسیکلت یا سایر وسایل نقلیه).

۲- ظرفیت خودرو بر اساس وزن و یا تعداد سرنشین.

۳- حجم موتور.

۴- تعداد سیلندر.

۵- نوع پلاک (سازمانی، شخصی، عمومی و ...)

۶- سال ساخت.

۷- امکانات ایمنی خودرو (ترمز ABS و ...).

۸- محدوده مجاز تردد (درون شهری - برون شهری).

۹- سوابق خسارتی بیمه گذار.

۱۰- وزن وسیله نقلیه.

۱۱- نوع کاربری (امدادی، خدماتی، راهسازی، کشاورزی و ...).

۱۲- خطرات اضافی و استثنائات.

۱۳- میزان استهلاك.



۱۴- دامنه پوشش های ارائه شده.

۱۵- مشخصات بیمه گذار از جمله سن، تحصیلات، جنسیت، شغل و ...

۱۶- تعداد رانندگان خودرو و میزان استفاده آنها.

۱۷- نحوه نگهداری از خودرو (داشتن پارکینگ و ...).

ح - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته حوادث:

۱- مشخصات بیمه گزار یا بیمه شده از جمله جنسیت، شغل، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و ...

۲- وضعیت سلامتی بیمه شده.

۳- نوع بیمه حادثه (گروهی، خانواده و انفرادی).

۴- تعیین حد تعهد بیمه گر برای خطرات فوت، نقص عضو، از کارافتادگی و هزینه های پزشکی.

۵- تعیین خطرات اصلی تحت پوشش.

۶- تعیین مرجع حل اختلاف.

۷- طبقه ریسک شغل و یا فعالیت بیمه شده و یا بیمه گزار.

۸- تعیین میزان تعهد بیمه گر در هر حادثه و در مدت اعتبار بیمه نامه.

۹- میزان غرامت روزانه عمومی و غرامت بستری شدن در بیمارستان.

۱۰- دوره اعتبار بیمه نامه.

۱۱- حوزه جغرافیایی فعالیت بیمه شده.

۱۲- نوع حادثه (حوادث ناشی از کار یا سایر حوادث).

۱۳- تعریف دقیق و جامع حادثه.

۱۴- طبقه بندی عوامل خارجی مسبب حادثه.

۱۵- مشخص کردن مصادیق دفاع مشروع و نجات اشخاص و اموال در معرض خطر در بیمه نامه.

۱۶- منطقه فعالیت و مکان ارائه پوشش

۱۷- سوابق خسارتی بیمه گذار و یا بیمه شده

خ - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ در حق بیمه رشته مسئولیت حرفه ای پزشکان:

۱- مشخصات بیمه گزار یا بیمه شده از جمله جنسیت، شغل، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و ...

۲- طبقه بندی گروه های پزشکی و پیراپزشکی براساس تخصص و ماهیت فعالیت.

۳- مبنای احراز مسئولیت بیمه گذار.

۴- تعیین دقیق حد تعهد بیمه گر (براساس دیه یا توافق بیمه گر و بیمه گذار).

۵- تعیین مرجع حل اختلاف.

۶- سوابق خسارتی بیمه گذار و یا بیمه شده.



- ۷- حوزه جغرافیایی فعالیت بیمه‌گذار و یا بیمه شده.
 - ۸- نوع بیمه نامه (گروهی یا انفرادی).
 - ۹- هزینه‌های دفاع و دادرسی.
 - ۱۰- خسارت‌های تبعی (غیر مستقیم).
 - ۱۱- خطرات اصلی تحت پوشش
 - ۱۲- سابقه فعالیت بیمه‌گذار در رشته تخصصی.
 - ۱۳- تعیین حداکثر تعهد بیمه‌گر در هر حادثه و در طول مدت بیمه‌نامه.
 - ۱۴- تعیین مرجع ذی صلاح تشخیص و تایید میزان صدمات وارده به اشخاص ثالث
 - ۱۵- هزینه‌های پزشکی
 - ۱۶- دوره اعتبار بیمه‌نامه
 - ۱۷- تعداد تقریبی اعمال جراحی طی مدت اعتبار بیمه‌نامه
- د - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان:

- ۱- موضوع فعالیت (عمرانی، ساختمانی و ...)
 - ۲- محدوده مکانی پروژه
 - ۳- مدت زمان اجرای پروژه
 - ۴- تعداد کارکنان فعال در پروژه
 - ۵- تعداد طبقات پروژه
 - ۶- سقف تعهدات
 - ۷- خطرات اصلی و فرعی تحت پوشش
 - ۸- کلوزهای تحت پوشش
 - ۹- سابقه فعالیت کارفرما
 - ۱۰- سوابق خسارتی کارفرما
 - ۱۱- مهارت و سوابق تجربی کارکنان
 - ۱۲- متوسط سنی کارکنان
 - ۱۳- ساعت کار کارکنان (شبانه یا روزانه)
 - ۱۴- پیشرفت فیزیکی پروژه
 - ۱۵- استانداردهای پیشگیری و ایمنی پروژه
 - ۱۶- مبنای احراز مسئولیت
 - ۱۷- شخصیت حقوقی بیمه‌گذار (حقیقی، حقوقی، دولتی، خصوصی و ...)
- ذ - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مسئولیت متصدیان حمل و نقل داخلی:

- ۱- ارزش محموله
- ۲- نوع حمل



- ۳- نوع کالاهای مورد حمل
 - ۴- تعداد حمل در دوره اعتبار بیمه نامه
 - ۵- حوزه جغرافیایی فعالیت بیمه گذار
 - ۶- سوابق خسارتی و حسن شهرت راننده
 - ۷- مبدا و مقصد حمل
 - ۸- میزان مسافت حمل
 - ۹- مشخصات وسیله حمل
 - ۱۰- محموله های خاص
 - ۱۱- سابقه فعالیت بیمه ای بیمه گذار
 - ۱۲- تعهد بیمه گر در هر حادثه براساس ارزش کالا
 - ۱۳- مرجع تشخیص میزان صدمات وارده به کالا
 - ۱۴- نحوه کنترل بیمه گذار بر عملیات حمل و نقل
 - ۱۵- میزان فعالیت های تخصصی بیمه گذار از جمله حمل محصولات پتروشیمی و ...
 - ۱۶- رعایت استاندارد لازم در تخلیه و بارگیری و سنخیت نوع وسیله نقلیه با نوع کالا
 - ۱۷- مشخصات مسیر حمل
- ر - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مسئولیت مدنی در مقابل کارکنان و اشخاص ثالث برای شناورهای صیادی:**
- ۱- سابقه فعالیت حرفه ای بیمه گذار
 - ۲- محدوده مکانی فعالیت
 - ۳- وضعیت ایمنی شناور
 - ۴- مشخصات فنی شناور (سال ساخت، نوع ، سن و ...)
 - ۵- ظرفیت شناور
 - ۶- تعداد شناورهای تحت پوشش
 - ۷- مسافت مسیر مورد تردد
 - ۸- تخصص پرسنل شناور
 - ۹- شرایط آب و هوایی محل مورد بیمه
 - ۱۰- تعیین مرجع احراز مسئولیت
 - ۱۱- بانام و بی نام بودن کارکنان
 - ۱۲- میزان فعالیت شناور
 - ۱۳- حوزه جغرافیایی فعالیت (آب های آزاد یا داخل کشور)
 - ۱۴- تعداد نیروی انسانی
 - ۱۵- خطرات فعالیت شناور در برابر محیط زیست
 - ۱۶- حجم و اندازه صید



ز - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مسئولیت مسئولان و مجریان امر واگذاری:

- ۱- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هر بنگاه
 - ۲- حداکثر تعهد بیمه در طول مدت قرارداد
 - ۳- نحوه واگذاری (منافسه‌ای، توافقی و ...)
 - ۴- دوره کشف
 - ۵- میزان واگذاری
 - ۶- تعداد واگذاری‌ها
 - ۷- نحوه حل اختلاف
 - ۸- مبنای احراز مسئولیت
 - ۹- سوابق اجرایی و تجربه مسئولان و مجریان واگذاری
 - ۱۰- هزینه‌های دفاع و داوری
 - ۱۱- دایره و حدود مدعیان بیمه‌نامه
 - ۱۲- نوع فعالیت شرکت‌های واگذار شده
- ژ - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته اعتبار داخلی:

- ۱- نوع تضمین اخذ شده
- ۲- مدت زمان بازپرداخت
- ۳- میزان اعتبار دریافتی
- ۴- سهم آورده وام گیرنده
- ۵- نرخ بهره اعتبار دریافتی
- ۶- رده‌بندی مؤسسات مالی (بانکی، لیزینگ، مؤسسات مالی و اعتباری و ...)
- ۷- تعداد بیمه‌نامه اعتباری
- ۸- سهم بیمه‌گذار در خسارت
- ۹- رتبه اعتباری مؤسسه مالی
- ۱۰- رتبه اعتباری تسهیلات گیرنده
- ۱۱- درجه توانگری مؤسسه مالی
- ۱۲- سابقه بهره‌وری فعالیت اقتصادی وام گیرنده
- ۱۳- شهرت اجتماعی تسهیلات گیرنده

س - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته اعتبار صادرات کالا:

- ۱- دوره اعتبار بیمه‌نامه
- ۲- میزان اعتبار تحت پوشش
- ۳- تعداد قراردادهای فروش
- ۴- نوع تضامین دریافتی (دولت، بانک مرکزی و ...)



- ۵- مدت زمان وصول مطالبات
 - ۶- اعتبار سنجی خریدار
 - ۷- میزان مطالبات وصول نشده بیمه گذار
 - ۸- وضعیت تراز تجاری کشور مبداء و مقصد
 - ۹- امکان پیگیری قضائی خریداران براساس قوانین کشور مقابل
 - ۱۰- سطح و میزان استحکام روابط دو کشور
 - ۱۱- میزان امنیت و ثبات سیاسی و اقتصادی کشور مقصد
 - ۱۲- درجه اعتبار پشتیبان معامله
 - ۱۳- مفاد قرارداد فروش (مواردی از جمله الزام به رعایت استاندارد کالاهای صادراتی)
 - ۱۴- اعتبار سنجی فروشنده از نظر ارائه محصولات استاندارد
- ش - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته وجوه در صندوق:
- ۱- سرمایه ثبتي بیمه گذار
 - ۲- نوع و مشخصات فنی و تعداد گاو صندوق
 - ۳- جانمایی محل استقرار گاو صندوق
 - ۴- نوع سازه محل استقرار گاو صندوق و بخصوص دیوارهای جانب آن
 - ۵- نوع و موقعیت سازه های همجوار
 - ۶- موقعیت جغرافیایی منطقه
 - ۷- مخاطرات اقتصادی، تجاری، طبیعی، فنی و سیاسی که فعالیت بیمه گذار و محل استقرار گاو صندوق را تهدید می کند
 - ۸- جایگاه اقتصادی بیمه گذار در صنعت و صنف مربوطه
 - ۹- سیستم حسابداری و دفاتر مالی و نحوه ثبت و نگهداری آنها
 - ۱۰- تعداد افراد شاغل در محل، ساعت کاری، تعداد شیفت کاری و بخصوص نوع و فرایند استخدام افراد
 - ۱۱- تعداد نگهبانان مستقر در محل و نحوه گشت زنی آنها و تعداد شیفت کاری آنها
 - ۱۲- تعداد و جایگاه حقوقی افرادی که به کلید و رمز گاو صندوق دسترسی دارند
 - ۱۳- برآورد نوع و ارزش محتویات گاو صندوق بر پایه آمار و اطلاعات عملکرد سه تا پنج سال گذشته بیمه گذار
 - ۱۴- سیستم های ایمنی و تجهیزات جانبی آنها (سیستم دزدگیر، دوربین مداربسته، دستگاه تلفن کننده، برق اضطراری، آژیر و اعلام کننده های ایمنی و ...)
 - ۱۵- مسافت و فاصله زمانی تا مرکز انتظامی (کلانتری ها، پاسگاه، اداره آگاهی و ...)
 - ۱۶- پوشش های بیمه ای تامین شده برای محل استقرار گاو صندوق با تأکید بر خطرات بالقوه مرتبط با آن
 - ۱۷- سابقه بیمه ای محل مورد بیمه



۱۸- سابقه حوادث، بخصوص سرقت در طول سه الی پنج سال گذشته

۱۹- مدت بیمه نامه

۲۰- خطرات تحت پوشش بیمه نامه

۲۱- نوع و میزان تعهدات بیمه گر

۲۲- سهم مشارکت بیمه گذار در خسارت

ص - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته وجوه در راه:

۱- سرمایه ثبتی بیمه گذار

۲- موقعیت جغرافیایی منطقه

۳- فاصله طولی و زمانی بین مبدا و مقصد حمل

۴- ریسک ترافیکی مسیر حمل

۵- نوع وسیله حمل

۶- تعداد محافظین و نگهبانان مستقر در مبدا و مقصد بارگیری و تخلیه وجوه

۷- تعداد محافظین و نگهبانان همراه وسیله حمل

۸- نوع تجهیزات ایمنی همراه محافظین (اسلحه، گاز اشک آور و ...)

۹- میزان احاطه نیروهای انتظامی بر مسیر حمل

۱۰- سیستم های کنترلی موجود در مسیر حمل (دوربین های ترافیکی و ...)

۱۱- میزان یکپارچگی و عدم توقف وسیله حمل در طول مسیر

۱۲- مخاطرات اجتماعی، تجاری، ترافیکی، طبیعی و سیاسی که در طول مسیر حمل

وسيله حمل را تهدید می کند

۱۳- برآورد نوع و ارزش محتویات بسته های حمل شونده در هر سفر و تعداد حمل ها در

هر روز در طول مدت بیمه نامه بر پایه آمار و اطلاعات سه تا پنج سال گذشته بیمه گذار

۱۴- مدت بیمه نامه

۱۵- خطرات تحت پوشش بیمه نامه

۱۶- نوع و میزان تعهدات بیمه گر

۱۷- سهم مشارکت بیمه گذار در خسارت

ض - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه قرارداد بیمه تعهد پرداخت حقوق

ورودی عبور کالای خارجی و قرارداد بیمه تعهد حقوق ورودی عبور داخلی کالا:

۱- نوع کالا

۲- مالک کالا

۳- مسیر حرکت و موقعیت جغرافیایی

۴- نوع ترانزیت

۵- نوع وسیله حمل

۶- گمرک مبدا و مقصد



- ۷- حجم فعالیت شرکت بیمه
 - ۸- سطح توانگری و ظرفیت مجاز نگهداری ریسک
 - ۹- مکانیزم پیش گیری از خسارت
 - ۱۰- مکانیزم مدیریت خسارت
 - ۱۱- سطح دانش فنی مدیریت فنی مربوطه
 - ۱۲- جدیت سازمان راهداری در برخورد با رانندگان متخلف
 - ۱۳- جدیت گمرک در برخورد با شرکت متخلف
 - ۱۴- همکاری گمرک در مدیریت خسارت شرکت بیمه
 - ۱۵- خود مالک بودن راننده کامیون حامل کالای ترانزیتی
- ط - معیارهای عمومی تعیین نرخ حق بیمه رشته نفت، گاز و پتروشیمی:
- ۱- موضوع پروژه
 - ۲- مدت بیمه نامه
 - ۳- تفکیک زمانی پروژه از نظر مدت ساخت، دوره نگهداری، دوره آزمایش و راه اندازی (داشتن برنامه زمان بندی)
 - ۴- منطقه جغرافیایی پروژه
 - ۵- سرمایه بیمه نامه
 - ۶- تعهد بیمه نامه (تعیین سقف تعهدات بیمه گر در هر بخش)
 - ۷- شروط بیمه نامه، کلوژها و حد غرامت های مربوطه
 - ۸- سایر پوشش های ارائه شده
 - ۹- میزان کسورات قابل اعمال در هر بخش
 - ۱۰- تفکیک ریسک های پروژه به بخش های مختلف از جمله ماشین آلات در حال نصب و در حال بهره برداری سازه های موقتی و عملیات ساختمانی
 - ۱۱- سابقه فعالیت و صلاحیت فنی پیمانکار در پروژه های مشابه
 - ۱۲- تمهیدات و تجهیزات ایمنی مرتبط با نوع و ماهیت ریسک
 - ۱۳- میزان استهلاک و عمر مفید ماشین آلات
 - ۱۴- شناسایی عوامل تشدید خطر (محل اجرا و عوامل بیرونی پروژه) و اقدامات بیمه گذار در جهت پیشگیری به موقع از آنها
 - ۱۵- خسارات سنوات گذشته در ارتباط با ریسک های بهره برداری
 - ۱۶- درصد پیشرفت پروژه
 - ۱۷- نحوه عملکرد عوامل H.S.E.
 - ۱۸- اقدامات و تمهیدات مورد عمل بیمه گذار برای اطمینان از سلامت اجرای پروژه از لحاظ رعایت استانداردها
 - ۱۹- شناسایی خسارت های زیست محیطی محتمل



- ۲۰- تجهیزات ایمنی اطفای حریق و امکانات حفاظتی
- ۲۱- برآورد زیان های ناشی از خطای انسانی، نقص فنی و مخاطرات بیرونی
- ۲۲- دامنه خسارت های تحت پوشش براساس نوع پروژه
- ۲۳- شرایط مالی بیمه گذار و روش های تامین مالی پروژه
- ۲۴- تعداد و نوع شیفت های کاری
- ۲۵- کنترل شیفت ها طبق استانداردهای تعیین شده
- ۲۶- ساختار سازمانی مصوب پیمانکار
- ۲۷- شناخت مشارکت پیمانکاران فرعی (در این بخش توجه به sub contractorها هم می شود)
- ۲۸- محاسبه EML, MPL. جهت برآورد حداکثر میزان خسارت
- ۲۹- سازندگان و عرضه کنندگان ماشین آلات، تجهیزات، لوازم و لایسنس ها و گارانتی ها و وارانته ها
- ۳۰- گستردگی و پراکندگی ریسک
- ۳۱- برنامه زمان بندی ترسیم خسارت وارده و تدوین صورت وضعیت خسارت در بازه زمانی مشخص
- ۳۲- اهمیت مدیران پروژه به مقوله ایمنی.
- ظ - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته نفت، گاز و پتروشیمی در بخش off shore:
- ۱- نظارت بر عملکرد پیمانکار توسط ناظر شخص ثالث (MWS, TP)
- ۲- برنامه ساخت و مونتاژ تجهیزات در یارد پیمانکار
- ۳- برنامه دستورالعمل های بارگیری، چیدمان، تجهیزات سنگین بر روی وسیله حمل
- ۴- شرایط کیفیت و قابلیت و کالیبراسیون تجهیزات جابجاکننده از قبیل جرثقیل ها، شناورها و قایق ها
- ۵- برنامه زمانبندی حمل و تطابق آن با شرایط آب و هوایی بر اساس پیش بینی سازمان های معتبر هواشناسی
- ۶- برنامه مقابله پیمانکار در مواجهه با شرایط بحران
- ۷- تطابق اقدامات اجرایی با اصول، موازین و استانداردهای کارفرما
- ۸- شناخت و نحوه برخورد و ثبت Near Miss ها (آنچه که به وقوع نمی پیوندد ولی خیلی به وقوع نزدیک است)
- ۹- وجود QC plan (quality control)
- ۱۰- رعایت استانداردهای بین المللی IMO
- ۱۱- سوابق و تمهیدات ایمنی پروژه از نظر حوادث طبیعی
- ۱۲- تست های غیر مخرب بروی تجهیزات و ماشین آلات



۱۳- استانداردهای اورهال (over Haul) تجهیزات و ماشین‌آلات براساس دستورالعمل‌های کارخانه سازنده

۱۴- نگهداری سازه توسط پیمانکار پس از انجام نصب و تکمیل کار در دریا قبل از تحویل به کارفرما/ بهره‌بردار

ع - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته نفت، گاز و پتروشیمی در بخش **on shore**:

۱- دارا بودن مجوز انجام کارهای سرد (cold work permit) و گرم (Hot work permit)

۲- وجود آموزش‌های تخصصی ایمنی اشخاص درگیر در حین پروژه

۳- شناخت و نحوه برخورد و ثبت Near Miss ها (آنچه که به وقوع نمی‌پیوندد ولی خیلی به وقوع نزدیک است)

۴- کالیبراسیون تجهیزات و ماشین‌آلات

۵- استانداردهای اورهال (over Haul) تجهیزات و ماشین‌آلات براساس دستورالعمل‌های کارخانه سازنده

۶- روش‌های اجرایی ساخت یا بهره‌برداری

۷- تمهیدات لازم جهت مواجهه با تغییرات جوی (وقوع طوفان و نزولات آسمانی) و دارا بودن ماشین‌آلات، پمپ‌های لازم جهت تخلیه و یا برگشت آب

۸- سوابق و تمهیدات ایمنی پروژه از نظر حوادث طبیعی

۹- آنالیز ریسک تجهیزات سنگین وزن (نحوه تخلیه، بارگیری، حمل و تخلیه در سایت، زمان جابجایی تجهیزات و نصب آن در ارتفاعات)

۱۰- ایمنی انجام کار در ارتفاعات و ایجاد داربست‌ها

۱۱- برنامه انجام گودبرداری‌ها و نحوه پایداری در دیواره‌های گود

۱۲- برنامه اجرای فونداسیون مربوط به تجهیزات سنگین و مهم

۱۳- برنامه نصب تجهیزات سنگین و مهم

۱۴- وجود مانورهای تمرین جهت مواجهه با حادثه

۱۵- برنامه مقابله پیمانکار در مواجهه با شرایط بحران

غ - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مازاد مالی خسارت وارد شده به شخص ثالث در اثر حوادث ناشی از وسیله نقلیه:

۱- نوع وسیله نقلیه

۲- کاربری

۳- قدرت موتور

۴- ظرفیت

۵- میزان تعهد



- ۶- سال ساخت
- ۷- وضعیت ایمنی
- ۸- ضریب خسارت نوع خودرو
- ۹- سوابق رانندگی و بیمه ای دارنده
- ف - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته درمان گروهی:
 - ۱- خطرات تحت پوشش
 - ۲- میزان تعهدات
 - ۳- تعداد بیمه شدگان
 - ۴- پراکندگی جغرافیایی بیمه شدگان
 - ۵- میانگین سنی بیمه شدگان
 - ۶- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه تمرکز بیمه شدگان
 - ۷- نوع فعالیت بیمه گذار
 - ۸- سوابق و رفتارهای بیمه گذار و بیمه شدگان
- ق - معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته درمان خانواده:
 - ۱- گروه سنی
 - ۲- وضعیت سلامت
 - ۳- سابقه بیمه ای
 - ۴- شغل و نوع فعالیت
 - ۵- خطرات تحت پوشش
 - ۶- میزان تعهدات
 - ۷- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه تمرکز بیمه شدگان

بخش نامه شماره ۹۲/۴۰۱/۴۶۳۲۵ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۱۸

الزام به اخذ مجوز برای بیمه نامه های فاقد شرایط عمومی مصوب

در راستای اجرای مفاد ماده ۷ آئین نامه شماره ۸۱، از آنجا که بر اساس ضوابط و مقررات مصوب شورای عالی بیمه «مؤسسات بیمه موظفند در رشته های بیمه که شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه دارد بیمه نامه های خود را با رعایت آن شرایط صادر نموده و در رشته هایی که فاقد شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه است شرایط خود را بر اساس مجوز بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران یا کلوزهای متعارف بین المللی صادر نمایند»، می بایست در صورت تمایل به انعقاد هر گونه قرارداد بیمه و یا صدور بیمه نامه نسبت به رعایت موارد صدارالاشاره و با در نظر گرفتن مفاد فصل سوم آئین نامه شماره ۷۱ مصوب شورای عالی بیمه (فروش، پیشنهاد و صدور بیمه نامه) اقدام نموده و در خصوص بیمه نامه ها/



قراردادهای بیمه‌ای فاقد شرایط مصوب شورای عالی بیمه، مراتب را جهت اخذ مجوز لازم به بیمه مرکزی ج.ا. ایران ارسال نمایند.

بخش نامه شماره ۹۳/۴۰۱/۷۱۴۹۲ مورخ ۱۳۹۳/۱۲/۲۷ بیمه مرکزی

لزوم اخذ و نگهداری فرم پیشنهاد تکمیل شده توسط بیمه‌گذار در سوابق

با استناد به ماده ۱۰ آئین‌نامه شماره ۷۱ شورای عالی بیمه برای رشته‌های ذیل:

۱- مجموعه رشته‌های بیمه عمر

۲- رشته بیمه درمان مسافران عازم به خارج از کشور

۳- رشته بیمه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به کشور

۴- رشته‌های بیمه اموال و مسئولیت

۵- بیمه‌نامه شخص ثالث، حوادث راننده و بیمه‌نامه بدنه اتومبیل

و وفق ماده ۱ آئین‌نامه‌های شماره ۶۲، ۶۳، ۷۴، ۷۹، ۸۰، ۸۲، ۸۴ و ۸۷ مصوب شورای عالی بیمه کلیه شعب، واحدهای صدور و شبکه فروش آن شرکت می‌بایست ضمن ارائه راهنمایی‌های لازم و مکفی به خریداران این‌گونه پوشش‌ها، نسبت به دریافت فرم پیشنهاد بیمه که توسط متقاضی بصورت کامل تکمیل و امضا شده باشد، اقدام نموده و یک نسخه از آن را در سوابق خود نگهداری نمایند.

نظریه حقوقی شماره ۲۰۵/۱۷۲۴۳ مورخ ۱۳۹۲/۰۹/۱۲ بیمه مرکزی

چگونگی درج شروط خصوصی در بیمه‌نامه

با عنایت به اینکه قرارداد بیمه تابع اراده طرفین است و مادامی که شروط فی‌مابین مخالف صریح یا ضمنی قوانین و مقررات نباشد برای طرفین لازم‌الاتباع است بنابر این در تفسیر بند ۱۲ ماده ۱ آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران بایستی قائل به تفصیل گردیده و شرایط خصوصی بیمه‌نامه را صرفاً در مواردی حاکم بر شرایط عمومی دانست که مقررات شرایط عمومی جنبه آمره و تکلیفی نداشته باشد با این ملاحظه که برخی از مقررات مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها عین قانون و یا مبتنی بر نظم عمومی (منافع و مصالح عمومی جامعه) است و نمی‌توان بر خلاف آنها توافق نمود. در این خصوص لازم است مقررات شرایط عمومی بیمه‌نامه تجزیه گردیده و موارد آمره و تکمیلی آن مشخص شوند.

فصل دوم

بیمه های زندگی





(آیین‌نامه‌های شماره ۶۸، ۶۸/۱، ۶۸/۲ و ۶۸/۳)

بیمه‌های زندگی و مستمری

مصوب ۱۳۹۰/۰۹/۲۲

فصل اول - کلیات

ماده ۱- مؤسسات بیمه مکلفند کلیه بیمه‌نامه‌های زندگی و مستمری خود را براساس مقررات این آیین‌نامه صادر نمایند.

ماده ۲- انواع اصلی بیمه‌های زندگی و تعریف هر یک از آنها عبارتند از:

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

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

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

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

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

تبصره ۲: مؤسسات بیمه زندگی و مستمری می‌توانند تعهد پرداخت سرمایه یا مستمری اضافی در صورت فوت یا نقص عضو ناشی از حادثه، پرداخت سرمایه و یا معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم (اعم از کلی یا جزئی) به هر علت، پرداخت بخشی از سرمایه فوت در صورت ابتلا به بیماری‌های خاص و جبران هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه را به عنوان پوشش تکمیلی انواع بیمه‌های زندگی و مستمری عرضه نمایند. شرایط این گونه پوشش‌های بیمه‌ای باید حسب مورد منطبق با شرایط عمومی مربوط مصوب شورای عالی بیمه یا شرایط عمومی مورد تأیید بیمه مرکزی باشد. مؤسسات بیمه مذکور مجاز به صدور مستقل پوشش‌های تکمیلی فوق نیستند. انواع بیماری‌های خاص موضوع این تبصره و حداکثر سرمایه برای پوشش مربوط به این بیماری‌ها هر ساله توسط بیمه مرکزی تعیین و ابلاغ می‌شود.

تبصره ۳: درصد واگذاری اتکایی اجباری پوشش‌های تکمیلی موضوع تبصره ۲ این ماده



در مؤسسات بیمه زندگی و مستمری تابع مقررات بیمه های زندگی و مستمری است. سایر شرایط این پوشش ها از قبیل نرخ کارمزد فروش، کارمزد اتکایی اجباری، نحوه مشارکت در منافع بیمه گذاران، حقوق بیمه گذاران نسبت به ذخایر ریاضی، نحوه تنظیم حساب ها و نحوه ذخیره گیری آن ها تابع بیمه های خطر فوت زمانی است.

تبصره ۴: مؤسسات بیمه می توانند علاوه بر بیمه های مستمری، تعهدات سایر انواع بیمه را هم به صورت مستمری پرداخت نمایند. (۹۶/۰۵/۲۹-۶۸/۳)

فصل دوم- مبانی محاسبه نرخ حق بیمه

ماده ۳- مبانی محاسبه نرخ های بیمه موضوع ماده ۲ این آیین نامه عبارتست از:

الف - جدول مرگ و میر به شرح پیوست: بیمه مرکزی موظف است حداقل هر پنج سال یک بار جدول مرگ و میر پیوست را به روز نماید.

ب - نرخ سود فنی علی الحساب: حداکثر نرخ سود فنی برای دو سال اول مدت اعتبار بیمه نامه شانزده درصد، برای دو سال بعد سیزده درصد و برای دوره مازاد بر چهار سال اول آن ده درصد تعیین می گردد. نرخ سود فوق الذکر علی الحساب بوده و سود حاصل از مشارکت در منافع موضوع این آیین نامه نیز به آن افزوده می شود. بیمه مرکزی موظف است، هر دو سال یکبار نرخ سود فنی را مورد بازنگری قرار دهد و پیشنهاد لازم را به شورای عالی بیمه ارائه کند. بدیهی است سود فوق الذکر علی الحساب بوده و سود حاصل از کارکرد سرمایه شرکت (سود دوران مشارکت) نیز به آن افزوده می شود. (۹۵/۰۶/۰۱-۶۸/۲)

ج - حداکثر هزینه های اداری و بیمه گری:

۱- در بیمه نامه های انفرادی-سالانه: حداکثر ۷ درصد حق بیمه هر سال بعلاوه دو درهزار سرمایه فوت در ۵ سال اول.

۲- در بیمه نامه های انفرادی-یکجا: حداکثر ۲ درصد حق بیمه بعلاوه ۳ درهزار سرمایه فوت سال اول.

۳- در بیمه نامه های گروهی: حداکثر به میزان ۵۰ درصد هزینه تعیین شده در بیمه نامه های انفرادی.

د- هزینه کارمزد حداکثر تا سقف های مقرر در ماده ۸ این آیین نامه به حق بیمه اضافه می شود.

ماده ۴- مؤسسات بیمه مکلفند محاسبات و جداول نرخ های حق بیمه و ذخیره مورد عمل شرکت را که به تصویب هیأت مدیره رسیده است جهت تأیید به بیمه مرکزی ارسال نمایند. عدم اظهار نظر بیمه مرکزی ظرف مدت ۲۰ روز کاری به منزله تأیید تلقی می شود.

ماده ۵- مؤسسات بیمه می توانند در صورت تمایل بیمه گذار حق بیمه سالانه یا مستمری



سالانه را تقسیت نمایند. سود تقسیت، به تناسب دوره تقسیت، بر مبنای سود فنی مورد عمل در محاسبه حق بیمه اعمال و به حق بیمه اضافه می شود.

ماده ۶- مؤسسات بیمه موظفند قبل از صدور بیمه نامه های انفرادی شامل خطر فوت، از طریق پرسش نامه و یا معاینه پزشکی وضعیت سلامت بیمه شده را مشخص و به تناسب وضعیت سلامت او، حق بیمه را تعیین نمایند.

ماده ۷- هرگاه مبلغ بیمه برای خطر فوت در یک یا چند بیمه نامه عمر انفرادی صادره توسط یک یا چند شرکت بیمه برای یک بیمه شده از پنج میلیارد^۱ ریال متجاوز باشد مؤسسات بیمه باید پس از جلب نظر بیمه مرکزی به صدور بیمه نامه مبادرت نمایند. بیمه مرکزی می تواند حداکثر مبلغ بیمه مذکور را سالانه تغییر دهد.

فصل سوم - کارمزد

ماده ۸- حداکثر هزینه کارمزد قابل اعمال در حق بیمه برای انواع بیمه های زندگی به شرح زیر تعیین می شود:

الف - برای بیمه های انفرادی خطر فوت زمانی با حق بیمه سالانه، ۲۵ درصد حق بیمه وصولی.

ب - برای بیمه های گروهی خطر فوت زمانی با حق بیمه سالانه، ۱۰ درصد حق بیمه وصولی.

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

د - در انواع بیمه نامه های زندگی با حق بیمه یکجا:

۱- در بیمه نامه های انفرادی، ۵ درصد حق بیمه.

۲- در بیمه نامه های گروهی، ۴ درصد حق بیمه.

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

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

ماده ۹- حداکثر کارمزد قابل پرداخت به نمایندگان بیمه معادل کارمزدهای مقرر در فصل دوم آیین نامه کارمزد نمایندگی می باشد.

۱. مبلغ مذکور طی بخش نامه شماره ۹۶/۱۰۰/۱۲۵۲۲۸ مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۲۱ از ابتدای سال ۱۳۹۷ حداکثر مبلغ بیمه برای خطر فوت در یک یا چند بیمه نامه عمر انفرادی صادره توسط یک یا چند شرکت بیمه برای یک بیمه شده، پنج میلیارد ریال تعیین می شود.



ماده ۱۰- در قراردادهای بیمه خطر فوت ساده یک ساله گروهی که توسط هر مؤسسه برای کارکنان و یا توسط شرکت های تعاونی و یا سندیکاها برای اعضا و یا توسط بانک ها و مؤسسات اعتباری برای مشتریان خود امضا و پرداخت حق بیمه آن تقبل شده باشد بیمه گر می تواند به ترتیبی که در قرارداد معین می شود قسمتی از سود حاصل از قرارداد را به طرف قرارداد پرداخت نماید. سود قابل پرداخت از این بابت نباید از ۱۵ درصد جمع حق بیمه های دریافتی طی سال تجاوز کند.

فصل چهارم- مشارکت در منافع

ماده ۱۱- مؤسسات بیمه مکلفند در انواع بیمه های زندگی جز در بیمه های خطر فوت زمانی، بیمه گذاران بیمه های زندگی خود را در حداقل ۸۵ درصد منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه های مذکور سهیم نمایند.

ماده ۱۲- مؤسسات بیمه مکلفند هر سال منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه های زندگی موضوع ماده ۱۱ را از جمع ارقام بند (الف) پس از کسر جمع ارقام بند (ب) به شرح ذیل محاسبه کنند:

الف -

- ۱- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی قبل.
- ۲- حق بیمه های دریافتی.
- ۳- کارمزد بیمه های اتکایی واگذاری.
- ۴- کارمزد بر منافع (مشارکت در سود) دریافتی بابت بیمه های اتکایی واگذاری.
- ۵- سهم بیمه گران اتکایی بابت بازخرید و پرداخت سرمایه و مستمری ها.
- ۶- کارمزد وام های پرداختی به بیمه گذاران.
- ۷- خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه گذاری های از محل ذخایر ریاضی موضوع تبصره ۱ این ماده.

ب -

- ۱- کارمزد پرداختی
- ۲- مبالغ پرداختی از بابت بازخرید و سرمایه و مستمری ها.
- ۳- حق بیمه اتکایی واگذاری.
- ۴- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی.
- ۵- هزینه های عمومی بیمه گر حداکثر تا ۷ درصد حق بیمه های دریافتی.
- ۶- کارمزد پرداختی به بیمه مرکزی موضوع وام ماده ۳۰.

تبصره ۱: خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه گذاری ها از محل ذخایر ریاضی طبق آیین نامه سرمایه گذاری مؤسسات بیمه محاسبه و تعیین خواهد شد. در صورتی که به هر یک از انواع



درآمدهای فوق هزینه ای تعلق بگیرد هزینه مزبور از اصل درآمد کسر خواهد شد.
تبصره ۲: مؤسسات بیمه می توانند برای محاسبه منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه های زندگی موضوع این ماده، از روش زیر نیز استفاده نمایند:

در انواع بیمه های زندگی جز در بیمه های به شرط فوت در پایان هر سال حداقل ۸۵ درصد منافع مازاد بر نرخ سود فنی مورد عمل، حاصل از سرمایه گذاری ذخایر ریاضی خود را مستقیماً و به نسبت ذخیره ریاضی پایان سال قبل هر بیمه نامه محاسبه و به رقم ذخیره ریاضی بیمه نامه مذکور اضافه نمایند و مراتب را طی الحاقی، حداکثر تا قبل از پایان سال بعد به اطلاع بیمه گذاران ذی ربط برسانند.

ماده ۱۳- سهم هر یک از بیمه گذاران از منافع به نسبت ذخیره ریاضی بیمه نامه آنها از کل ذخایر ریاضی بیمه نامه های موضوع ماده ۱۱ یا بر مبنای دیگری که بیمه مرکزی تایید کند معین می شود.

ماده ۱۴- مؤسسات بیمه باید پس از تعیین منافع قابل تقسیم در آخر هر سال، سهم هر یک از بیمه گذاران از منافع مزبور را بر حسب توافق با بیمه گذار به عنوان حق بیمه یکجا برای افزایش سرمایه بیمه نامه یا افزایش ذخایر ریاضی منظور و یا بصورت نقدی پرداخت نمایند.

فصل پنجم - حقوق بیمه گذاران نسبت به ذخیره ریاضی

ماده ۱۵- در انواع بیمه های زندگی به جز بیمه خطر فوت زمانی بیمه گذار می تواند در صورت تشکیل ذخیره ریاضی، درخواست بازخرید کل یا درصدی از بیمه نامه خود را نماید و مؤسسه بیمه مکلف است ارزش بازخرید بیمه نامه را که حداقل معادل نود درصد ذخیره ریاضی بیمه نامه است با رعایت شرایط بیمه نامه صادره پرداخت نماید.

تبصره: مؤسسات بیمه موظفند جدول بازخرید بیمه را به بیمه نامه های صادره ضمیمه و تحویل بیمه گذار نمایند. در جدول مزبور باید مشخص شود که در صورت بازخرید بیمه نامه در انقضای هر سال از مدت بیمه چه مبلغی عاید بیمه گذار خواهد شد.

ماده ۱۶- در صورتی که ذی نفع در بیمه نامه های زندگی بستانکار بیمه گذار باشد و این مطلب در بیمه نامه و یا ظهر آن تصریح شده باشد حق بازخرید بیمه نامه و همچنین دریافت وام از محل ذخیره ریاضی موکول به موافقت کتبی بستانکار است.

ماده ۱۷- بیمه گذار میتواند پس از پرداخت لااقل حق بیمه دو سال تمام تا نود درصد ارزش بازخرید بیمه نامه درخواست وام نماید و بیمه گر متعهد به پرداخت آن است. ترتیب استرداد وام با توافق بین بیمه گر و بیمه گذار تعیین می شود.

ماده ۱۸- نرخ کارمزد وام حداقل چهار درصد بیشتر از نرخ سود فنی مورد عمل در محاسبه حق بیمه خواهد بود.

تبصره: در صورت عدم تسویه وام در زمان سررسید بیمه نامه یا بازخرید آن، مانده وام



دریافتی و کارمزدهای متعلق به آن (موضوع همین ماده) از سرمایه مورد تعهد بیمه‌گر کسر می‌گردد.

ماده ۱۹- در انواع بیمه‌های زندگی به جز در بیمه‌های مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه و بیمه‌های مختلط خطر فوت و مدیریت سرمایه که دارای ارزش بازخريد شده باشد هرگاه بیمه‌گذار از پرداخت اقساط بعدی خودداری نماید بیمه‌نامه با رعایت نرخ‌های مقرر و بدون احتساب کارمزد، تبدیل به بیمه‌نامه با سرمایه مخفف خواهد شد.

تبصره ۱: مؤسسات بیمه موظفند جدولی به بیمه‌نامه‌های صادره ضمیمه و تحویل بیمه‌گذار نمایند که میزان سرمایه مخفف بیمه‌نامه را برای هر سال از مدت بیمه معین کند.

تبصره ۲: در بیمه‌های مختلط خطر فوت و به شرط حیات، سرمایه مخفف به نسبت سرمایه‌های موجود بیمه‌نامه تقسیم خواهد شد مگر آنکه در بیمه‌نامه، مؤسسه بیمه و بیمه‌گذار توافق دیگری نموده باشند.

ماده ۲۰- در بیمه‌های مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه، هرگاه بیمه‌گذار از پرداخت هر قسط حق بیمه خودداری نماید حق بیمه خطر فوت از محل ذخیره ریاضی بیمه‌نامه تأمین می‌شود و پس از آن که ذخیره ریاضی کمتر از حق بیمه خطر فوت گردد بیمه‌نامه معلق می‌گردد. بیمه‌گذار می‌تواند با پرداخت حق بیمه مقرر، بیمه‌نامه را مجدداً برقرار نماید.

فصل ششم - نحوه تنظیم حساب معاملات بیمه‌های زندگی

ماده ۲۱- مؤسسات بیمه موظفند حساب‌های معاملات بیمه‌های زندگی را از سایر حساب‌های خود تفکیک نموده و دفاتر خود را به ترتیبی تنظیم نمایند که کلیه اقلام مربوط به معاملات هر یک از انواع بیمه‌های زندگی به تفکیک مشخص شده باشد.

ماده ۲۲- سرمایه‌گذاری از محل ذخایر ریاضی بیمه‌های زندگی بایستی در حساب‌ها و ترازنامه شرکت مشخص و از سایر سرمایه‌گذاری‌ها تفکیک شود.

ماده ۲۳- ذخیره ریاضی بیمه‌های زندگی براساس مبانی محاسبه نرخ‌های حق بیمه تعیین خواهد شد. در مواردی که ذخیره ریاضی مذکور در یک یا چند مؤسسه بیمه کافی نباشد بیمه مرکزی می‌تواند نرخ سود منظور در محاسبه ذخیره ریاضی این مؤسسه یا مؤسسات را برای بیمه‌نامه‌های سال‌های آتی تقلیل دهد و مراتب را به شورای عالی بیمه گزارش نماید. مؤسسه بیمه مکلف است نرخ تعیین شده توسط بیمه مرکزی را ملاک محاسبه قرار دهد.



فصل هفتم - بیمه اتکایی اجباری

ماده ۲۴ - مؤسسات بیمه موظفند برای هریک از انواع بیمه‌های زندگی صورت‌های زیر را در اختیار بیمه مرکزی بگذارند:

- الف -** صورت بیمه نامه‌های صادره هر ماه.
 - ب -** صورت تغییرات حاصله هر ماه در بیمه نامه‌های صادره.
 - ج -** صورت بیمه نامه‌های مخفف و بازخرید شده هر ماه.
 - د -** صورت بیمه نامه‌های مختومه به علت انقضای مدت بیمه نامه یا فوت بیمه شده و یا ابطال و فسخ بیمه نامه.
- ترتیب تنظیم و ارسال این صورت‌ها را بیمه مرکزی معین خواهد کرد.

ماده ۲۵ - بیمه مرکزی می‌تواند رونوشت کلیه بیمه نامه‌های صادره بیمه‌های زندگی را از مؤسسات بیمه بخواهد. مؤسسات بیمه موظف‌اند امکان دسترسی بیمه مرکزی به پایگاه اطلاعات بیمه‌های زندگی را فراهم نمایند.

ماده ۲۶ - حق بیمه اتکایی اجباری معادل ۵۰ درصد حق بیمه وصولی بیمه‌های زندگی است و هرگاه مؤسسه بیمه‌ای، بیمه‌نامه زندگی بدون رعایت مبنای تعیین نرخ مقرر در ماده ۳ این آیین نامه صادر نماید بیمه مرکزی می‌تواند تمام یا قسمتی از سهمیه اتکایی اجباری این بیمه‌نامه‌ها را قبول ننماید.

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

ماده ۲۷ - کارمزد بیمه اتکایی اجباری برای انواع مختلف بیمه‌های زندگی به شرح زیر تعیین می‌گردد:

- الف -** برای بیمه خطرفوت زمانی با حق بیمه سالانه ۱۲ درصد حق بیمه وصولی.
 - ب -** برای سایر انواع بیمه‌های زندگی با حق بیمه سالانه در سال اول ۸۷ درصد حق بیمه سال اول مشروط بر اینکه از ۳۳ درهزار سرمایه تجاوز نکند. ۴۰ درصد این کارمزد در سال اول به تناسب حق بیمه‌های وصولی سال اول و از سال دوم الی پنجم هر سال ۱۵ درصد به تناسب حق بیمه‌های وصولی آن سال پس از وصول حق بیمه، قابل پرداخت است.
- تبصره:** کارمزد اتکایی برای بیمه‌های مستمری در زمان تشکیل سرمایه بر اساس این بند محاسبه خواهد شد.

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

ماده ۲۸ - صورت حساب بیمه اتکایی اجباری هر سه ماه یکبار توسط بیمه مرکزی تنظیم می‌شود. در این صورت حساب‌ها سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت، انقضای مدت بیمه نامه‌ها، پرداخت مستمری و حق بیمه و کارمزد اتکایی بیمه‌های صادره ظرف آن سه



ماه و همچنین حق بیمه وصولی و کارمزد اتکایی اجباری بیمه نامه‌های موعدرسیده صادره سال‌های قبل و حق بیمه‌های مربوط به الحاقیه‌های صادره و کارمزد اتکایی اجباری آن منظور خواهد شد. در صورت موافقت بیمه مرکزی صورت حساب اتکایی اجباری می‌تواند توسط مؤسسه بیمه واگذارنده تنظیم شود.

ماده ۲۹- مؤسسات بیمه واگذارنده و بیمه مرکزی موظفند حداکثر ظرف مدت یک ماه از تاریخ دریافت صورت حساب نسبت به تسویه بدهی خود اقدام نمایند. در غیر این صورت هر ماه تأخیر در تسویه بدهی از سوی بیمه مرکزی و مؤسسات واگذارنده، موجب اعمال دو درصد جریمه تأخیر تأدیه بر مبنای مانده بدهی به ازای هر ماه خواهد شد.

تبصره ۱: اختلاف حساب تا ده درصد مانده بدهی موجب عدم پرداخت مانده صورت حساب نبوده و این گونه موارد پس از قطعیت در اولین صورت حساب سه ماهه منظور می‌گردد. وجود اختلاف حساب به هر حال موجب عدم پرداخت آن میزان از بدهی که مورد توافق بدهکار است نمی‌باشد.

تبصره ۲: جریمه تأخیر تأدیه موضوع این ماده در محاسبات مشارکت در منافع منظور نخواهد شد.

ماده ۳۰- بیمه مرکزی در صورت درخواست مؤسسه بیمه واگذارنده، هر سال تا ۵۵ درصد جمع مانده بدهی بیمه‌گذاران در آخر سال قبل، بابت وام‌هایی که با رعایت شرایط بیمه نامه‌های صادره از محل ذخیره ریاضی این بیمه نامه‌ها دریافت داشته‌اند را به عنوان وام با نرخ کارمزد معادل نرخ کارمزد وام پرداختی به بیمه‌گذار در اختیار مؤسسه بیمه مزبور خواهد گذاشت. کارمزد مزبور برای هر سه ماه در صورت حساب مربوط به همان سه ماه منظور خواهد شد.

ماده ۳۱- بیمه مرکزی بعد از پایان هر سال، ۸۵ درصد منافعی را که از معاملات اتکایی اجباری بیمه‌های زندگی هر یک از مؤسسات بیمه تحصیل می‌کند به این مؤسسات پرداخت خواهد کرد.

ماده ۳۲- ترتیب محاسبه منافع موضوع ماده ۳۱ عبارتست از جمع اقلام بند (الف) پس از کسر جمع اقلام بند (ب) به شرح زیر:

الف -

- ۱- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی قبل.
- ۲- حق بیمه‌های اتکایی اجباری.
- ۳- کارمزد وام موضوع ماده ۳۰
- ۴- درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های از محل ذخایر فنی.

ب -

- ۱- کارمزد اتکایی اجباری.
- ۲- سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت و انقضای مدت بیمه نامه‌ها.
- ۳- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی.
- ۴- هزینه اداری معادل ۵ درصد حق بیمه‌های اتکایی اجباری.



۵- زیان سال های قبل.

تبصره: درآمد حاصل از سایر سرمایه گذاری های از محل ذخایر فنی مذکور در این ماده عبارتست از حاصل ضرب بندهای (الف) و (ب) زیر:

الف - تفاوت ذخیره ریاضی در آخر سال مالی قبل با مانده وام پرداخت شده به مؤسسه بیمه واگذارنده در آخر سال مذکور.

ب - نرخ خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه گذاری های مؤسسه بیمه واگذارنده موضوع تبصره ۱ ماده ۱۲.

فصل هشتم - بیمه اتکایی اختیاری

ماده ۳۳ - مؤسسات بیمه در صورتی می توانند در مورد انواع بیمه های زندگی واگذاری اتکایی به خارج از کشور انجام دهند که لزوم واگذاری مزبور مورد تأیید بیمه مرکزی باشد.

ماده ۳۴ - بیمه مرکزی می تواند واگذاری اتکایی به خارج از کشور را در موارد زیر تأیید نماید:

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

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

ج - در موارد تجمیع خطر در بیمه نامه های انفرادی و گروهی.

د - سایر موارد به تشخیص بیمه مرکزی.

تبصره: در صورتی که واگذاری اتکایی در مورد بیمه نامه های زندگی تا مبلغ دو میلیارد ریال برای مؤسسه بیمه ای در داخل کشور امکان پذیر نباشد بیمه مرکزی با رعایت شرایط معمول در واگذاری بیمه های اتکایی اختیاری موظف به قبول آن است. بیمه مرکزی می تواند حداکثر مبلغ مذکور را سالانه تعدیل نماید.

فصل نهم - نظارت

ماده ۳۵ - بیمه مرکزی بر حسن اجرای این آیین نامه نظارت می نماید. در صورت عدم اجرای مفاد این آیین نامه توسط مؤسسه بیمه، بیمه مرکزی می تواند حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام دهد:

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

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

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

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



ماده ۳۶- این آیین‌نامه در ۳۶ ماده و ۱۷ تبصره از تاریخ ۱۳۹۱/۲/۱ لازم‌الاجرا بوده و جایگزین آیین‌نامه شماره ۱۳ و اصلاحات بعدی آن می‌شود.

مصوبه مورخ ۱۳۶۷/۰۹/۰۸ شورای عالی بیمه

بیمه فوت و نقص عضو ناشی از انفجار و ادوات جنگی

مؤسسات بیمه می‌توانند خطر فوت، نقص عضو و ازکارافتادگی کلی و دایم ناشی از انفجار و یا عملکرد ادوات جنگی بازمانده از جنگ تحمیلی را به بیمه‌نامه‌های عمر و حوادث خود که موضوع آن پرداخت غرامت فوت و یا نقص عضو و ازکارافتادگی کلی و دایم باشد بدون افزایش نرخ بیمه تعمیم دهند.

بخش نامه ۷۵۱۰-۱۳۷۴/۰۶/۲۵ بیمه مرکزی ایران

پوشش خطرات SRCC

در خصوص نرخ خطرات SRCC همراه با بیمه‌نامه‌های عمر و حوادث گروهی به اطلاع می‌رساند شرکت‌های بیمه می‌توانند خطرات اعتصاب، شورش، بلوا و آشوب را همراه با بیمه‌نامه‌های عمر و حوادث گروهی با نرخ و شرایط زیر تحت پوشش بیمه‌ای قرار دهند:

۱- نرخ حق بیمه:

۱-۱- حداقل نرخ بیمه خطرات فوق در صورتی که همراه با انواع بیمه‌های عمر ارائه شود معادل ۰/۰۵ در هزار مبلغ بیمه می‌باشد.

۱-۲- حداقل نرخ بیمه خطرات فوق در صورتی که همراه با انواع بیمه‌های حوادث ارائه شود معادل ۰/۱ در هزار می‌باشد.

۲- شرایط:

۲-۱- پوشش بیمه‌ای خطرات مذکور تنها در قلمرو جمهوری اسلامی ایران معتبر بوده و در صورتی که بیمه‌شده قصد مسافرت به خارج از کشور را داشته باشد می‌بایستی قبلاً موافقت بیمه‌گر را در رابطه با تعمیم پوشش مربوطه اخذ نماید.

۲-۲- بیمه‌شده نبایستی در تحقق خطر بیمه‌شده مشارکت داشته باشد.

۲-۳- بیمه‌گر بایستی در بیمه‌نامه حق فسخ پوشش بیمه‌ای مذکور را با ارسال اظهار کتبی ۵ روزه برای خود حفظ نماید.



جدول زندگی (۹۰- ۸۸ TD)

موضوع بند الف ماده ۳ آیین‌نامه بیمه‌های زندگی و مستمری

سن	تعداد زنده‌ها	سن	تعداد زنده‌ها	سن	تعداد زنده‌ها
۰	۱۰۰۰۰۰	۳۶	۹۵۶۷۶	۷۲	۶۱۲۸۵
۱	۹۹۱۲۹	۳۷	۹۵۴۶۳	۷۳	۵۸۹۱۱
۲	۹۹۰۵۷	۳۸	۹۵۲۳۷	۷۴	۵۶۴۱۶
۳	۹۹۰۱۰	۳۹	۹۴۹۹۷	۷۵	۵۳۸۱۸
۴	۹۸۹۷۷	۴۰	۹۴۷۴۶	۷۶	۵۱۰۸۶
۵	۹۸۹۴۸	۴۱	۹۴۴۷۶	۷۷	۴۸۲۵۱
۶	۹۸۹۲۱	۴۲	۹۴۱۸۲	۷۸	۴۵۲۸۴
۷	۹۸۸۹۷	۴۳	۹۳۸۶۸	۷۹	۴۲۲۰۳
۸	۹۸۸۷۶	۴۴	۹۳۵۱۵	۸۰	۳۹۰۴۱
۹	۹۸۸۵۵	۴۵	۹۳۱۳۳	۸۱	۳۵۸۲۴
۱۰	۹۸۸۳۵	۴۶	۹۲۷۲۷	۸۲	۳۲۵۱۸
۱۱	۹۸۸۱۴	۴۷	۹۲۲۹۵	۸۳	۲۹۲۲۰
۱۲	۹۸۷۹۳	۴۸	۹۱۸۳۳	۸۴	۲۵۹۶۲
۱۳	۹۸۷۷۱	۴۹	۹۱۳۳۲	۸۵	۲۲۷۸۰
۱۴	۹۸۷۴۵	۵۰	۹۰۷۷۸	۸۶	۱۹۷۲۵
۱۵	۹۸۷۱۲	۵۱	۹۰۱۷۱	۸۷	۱۶۸۴۳
۱۶	۹۸۶۶۷	۵۲	۸۹۵۱۱	۸۸	۱۴۱۳۳
۱۷	۹۸۶۰۶	۵۳	۸۸۷۹۱	۸۹	۱۱۶۲۵
۱۸	۹۸۵۲۰	۵۴	۸۸۰۱۱	۹۰	۹۳۸۹
۱۹	۹۸۴۰۶	۵۵	۸۷۱۶۵	۹۱	۷۴۳۸
۲۰	۹۸۲۷۷	۵۶	۸۶۲۴۱	۹۲	۵۷۶۳
۲۱	۹۸۱۲۷	۵۷	۸۵۲۵۶	۹۳	۴۳۵۰
۲۲	۹۷۹۸۷	۵۸	۸۴۲۱۱	۹۴	۳۲۱۱
۲۳	۹۷۸۳۰	۵۹	۸۳۰۸۳	۹۵	۲۳۱۵
۲۴	۹۷۶۷۷	۶۰	۸۱۸۸۴	۹۶	۱۶۳۵
۲۵	۹۷۵۲۴	۶۱	۸۰۶۰۲	۹۷	۱۱۱۵
۲۶	۹۷۳۷۳	۶۲	۷۹۲۴۳	۹۸	۷۴۰
۲۷	۹۷۲۲۲	۶۳	۷۷۸۰۷	۹۹	۴۵۳
۲۸	۹۷۰۷۰	۶۴	۷۶۲۹۵	۱۰۰	۲۶۳
۲۹	۹۶۹۱۶	۶۵	۷۴۷۲۰	۱۰۱	۱۴۵
۳۰	۹۶۷۵۹	۶۶	۷۳۰۷۵	۱۰۲	۷۶
۳۱	۹۶۵۹۷	۶۷	۷۱۳۶۶	۱۰۳	۳۷
۳۲	۹۶۴۲۹	۶۸	۶۹۵۵۹	۱۰۴	۱۷
۳۳	۹۶۲۵۵	۶۹	۶۷۶۵۵	۱۰۵	۷
۳۴	۹۶۰۷۱	۷۰	۶۵۶۴۹	۱۰۶	۲
۳۵	۹۵۸۷۸	۷۱	۶۳۵۴۳		



بخش نامه شماره ۷۲۶۸۵/۶۰۰/۹۹ مورخ ۱۳۹۹/۰۶/۲۴ بیمه مرکزی

جدول مرگ و میر براساس اطلاعات جمعیتی کشور ایران

در اجرای بند «الف» ماده (۳) آیین نامه بیمه‌های زندگی و مستمری (آیین نامه شماره ۶۸)، به پیوست جدول مرگ و میر براساس اطلاعات جمعیتی کشور ایران با عنوان ILT1400 (Iran Life Table) جهت اجرا از ابتدای سال ۱۴۰۰ ابلاغ می‌گردد.

شرکت‌های بیمه مکلفند در اجرای ماده (۴) آیین نامه شماره ۶۸، قبل از تاریخ مذکور محاسبات مربوط به حق بیمه و سایر موارد مقرر در ماده مذکور را جهت تأیید به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

جدول زندگی کشور ایران (ILT ۱۴۰۰)

موضوع بند الف ماده ۳ آیین نامه بیمه‌های زندگی و مستمری

تعداد زنده‌ها	سن	تعداد زنده‌ها	سن	تعداد زنده‌ها	سن
۷۷۳۰۸	۶۸	۹۵۳۶۴	۳۴	۱۰۰۰۰۰	۰
۷۵۶۱۸	۶۹	۹۵۲۲۸	۳۵	۹۸۲۶۶	۱
۷۳۷۹۱	۷۰	۹۵۰۸۶	۳۶	۹۸۱۴۴	۲
۷۱۸۲۰	۷۱	۹۴۹۴۱	۳۷	۹۸۰۵۲	۳
۶۹۷۰۰	۷۲	۹۴۷۹۰	۳۸	۹۷۹۷۴	۴
۶۷۴۲۷	۷۳	۹۴۶۴۳	۳۹	۹۷۹۰۳	۵
۶۴۹۹۸	۷۴	۹۴۴۶۹	۴۰	۹۷۸۳۹	۶
۶۲۴۱۲	۷۵	۹۴۲۹۷	۴۱	۹۷۷۸۰	۷
۵۹۶۷۱	۷۶	۹۴۱۱۵	۴۲	۹۷۷۲۳	۸
۵۶۷۷۹	۷۷	۹۳۹۲۲	۴۳	۹۷۶۷۰	۹
۵۳۷۴۴	۷۸	۹۳۷۱۸	۴۴	۹۷۶۱۸	۱۰
۵۰۵۷۷	۷۹	۹۳۴۹۹	۴۵	۹۷۵۶۶	۱۱
۴۷۲۹۳	۸۰	۹۳۲۶۳	۴۶	۹۷۵۱۴	۱۲
۴۳۹۱۲	۸۱	۹۳۰۱۰	۴۷	۹۷۴۶۲	۱۳
۴۰۴۵۶	۸۲	۹۲۷۳۷	۴۸	۹۷۴۰۶	۱۴
۳۶۹۵۶	۸۳	۹۲۴۴۱	۴۹	۹۷۳۴۸	۱۵
۳۳۴۴۳	۸۴	۹۲۱۲۰	۵۰	۹۷۲۸۴	۱۶
۲۹۹۵۲	۸۵	۹۱۷۷۱	۵۱	۹۷۲۱۶	۱۷
۲۶۵۲۵	۸۶	۹۱۳۸۹	۵۲	۹۷۱۴۲	۱۸
۲۳۲۰۰	۸۷	۹۰۹۷۵	۵۳	۹۷۰۶۳	۱۹
۲۰۰۱۸	۸۸	۹۰۵۲۲	۵۴	۹۶۹۷۸	۲۰
۱۷۰۱۸	۸۹	۹۰۰۲۵	۵۵	۹۶۸۸۸	۲۱
۱۴۲۳۳	۹۰	۸۹۴۸۳	۵۶	۹۶۷۹۲	۲۲
۱۱۶۷۹	۹۱	۸۸۸۹۰	۵۷	۹۶۶۹۱	۲۳



۲۴	۹۶۵۸۶	۵۸	۸۸۲۳۹	۹۲	۹۴۲۸
۲۵	۹۶۴۷۷	۵۹	۸۷۵۲۹	۹۳	۷۴۴۲
۲۶	۹۶۳۶۳	۶۰	۸۶۷۴۹	۹۴	۵۷۴۲
۲۷	۹۶۲۴۸	۶۱	۸۵۸۹۸	۹۵	۴۳۲۳
۲۸	۹۶۱۳۰	۶۲	۸۴۹۶۶	۹۶	۳۱۶۹
۲۹	۹۶۰۰۸	۶۳	۸۳۹۴۸	۹۷	۲۲۵۷
۳۰	۹۵۸۸۴	۶۴	۸۲۸۳۷	۹۸	۱۵۵۹
۳۱	۹۵۷۵۸	۶۵	۸۱۶۲۴	۹۹	۱۰۴۱
۳۲	۹۵۶۳۰	۶۶	۸۰۳۰۳	۱۰۰	۶۷۱
۳۳	۹۵۴۹۸	۶۷	۷۸۸۶۷		

بخش نامه شماره ۹۲/۱۰۰/۴۶۰۸۵ مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۱۸ بیمه مرکزی

لزوم تفکیک حساب‌های معاملات بیمه‌های زندگی

طبق ماده (۳۲) قانون بیمه، حقوق بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی در بین معاملات مختلف بیمه در درجه اول حق تقدم قرار دارد. ماهیت بلندمدت بیمه‌های زندگی از یک سو و روند روبه‌رشد سهم بیمه‌های زندگی در پرتفوی شرکت‌های بیمه در سال‌های اخیر از سوی دیگر ایجاب می‌نماید که تمهیدات لازم برای حصول اطمینان از امکان ایفای تعهدات بلندمدت شرکت‌های بیمه در مقابل بیمه‌گذاران این رشته فراهم گردد.

در این رابطه در مقررات متعدد ازجمله مواد (۲۱) و (۲۲) آیین‌نامه بیمه‌های زندگی و مستمری مصوب شورای عالی بیمه (شماره ۶۸) شرکت‌های بیمه‌ای که در بیمه‌های زندگی فعالیت می‌نمایند، موظف گردیده‌اند حساب معاملات بیمه‌های زندگی خود را تفکیک نموده و دفاتر خود را به ترتیبی تنظیم نمایند که کلیه اقلام مربوط به معاملات هریک از انواع بیمه‌های زندگی به تفکیک مشخص و سرمایه‌گذاری از محل ذخایر ریاضی بیمه‌های زندگی نیز در حساب‌ها و ترازنامه شرکت مشخص و از سایر سرمایه‌گذاری‌های خود تفکیک نمایند؛ به صورتی که در هر زمان بتوان میزان سرمایه‌گذاری انجام‌شده از محل بیمه‌های زندگی و بازده حاصل از آن را تعیین نمود.

نظریه دفتر حقوقی شماره ۲۰۵/۲۴۲۴ مورخ ۱۳۹۲/۰۲/۲۸ بیمه مرکزی

توقیف وجه بیمه عمر و پس انداز

الف- وجه بیمه عمر (خطر فوت)

۱- با توجه به تعریف بیمه عمر که مطابق آن بیمه‌گذار، ذی‌نفع یا ذی‌نفعان را در زمان قرارداد معرفی می‌کند و بیمه‌گر مکلف می‌گردد پس از فوت، وجه متعلقه را به ذی‌نفع/ ذی‌نفعان (ثالث) پرداخت کند این حق، حق ثابت و مسلم ذی‌نفع است و لذا



به هیچ روی، حق و مال بیمه گذار نیست تا مشمول اموال حین الفوت او و به عبارت روشن تر، مشمول ماترک شود. بنابر این، وجه بیمه عمر از سوی بستانکاران متوفی قابل توقیف نیست.

۲- هرچند صدر ماده ۲۴ قانون بیمه ناظر به موردی است که ذی نفع با ذکر نام تعیین شده است و وجه بیمه عمر به ورثه متوفی داده می شود معذالک تفاوت آن با ماترک را باید با بررسی قرارداد و سند بیمه احراز نمود. گفتنی است معافیت از مالیات بر درآمد یا مالیات ارث دلیل قطعی خروج وجه بیمه عمر از ماترک نیست. وجه برخی سپرده ها و اوراق مشارکت یا درصدی از آنها نیز از این معافیت های مالیاتی برخوردارند در صورتی که جزو ماترک محسوب می شوند. اما با توجه به قرارداد بیمه عمر که در آن شخص معین یا مجموعه ای از افراد معین اما بدون ذکر نام، ذی نفع قرارداد بیمه هستند و بیمه گذار در قبال آنها تعهد دارد نتیجه این است که این وجه ماترک نیست و خارج از ماترک به ورثه پرداخت می شود و ورثه صرفاً و صراحتاً به عنوان ذی نفع بیمه، وجه بیمه را دریافت می کنند نه به عنوان وارث. افزون بر این، حق این افراد در زمان انعقاد قرارداد بیمه، محرز و مسلم و ثابت شده است نه در زمان فوت.

ب- پس انداز

هرچند به موجب قواعد حاکم بر ارث و وصیت، تصمیم گیری اشخاص در خصوص اموال پس از فوت در قالب وصیت امکان پذیر است مع ذلک به نظر میرسد با توجه به شرط مندرج در بیمه نامه ها سرمایه مربوطه پس از فوت به ذی نفع تعلق دارد. بنابر این، حق افراد معین یعنی ورثه یا ذی نفع مذکور در بیمه نامه، در زمان قرارداد بیمه شکل گرفته و تثبیت شده است و قابل توقیف از سوی بستانکاران متوفی نخواهد بود.

نظریه دفتر حقوقی ۲۰۵/۱۱۳۶۹ مورخ ۱۳۹۸/۰۷/۰۲ بیمه مرکزی

نظریه توقیف بیمه نامه های زندگی

نظر به اینکه در بیمه های زندگی اقساط حق بیمه دریافتی از بیمه گذار به عنوان ذخیره ریاضی تشکیل و منظور می شود و برطبق ماده (۱۵) آیین نامه شماره ۶۸ بیمه های زندگی و مستمری، بیمه گذار می تواند درخواست بازخریدی کل یا درصدی از بیمه نامه خود را بنماید لذا تا زمان بازخریدی کل یا جزیی از بیمه نامه، ذخیره ریاضی متشکله تماماً به شرکت بیمه تعلق داشته و در نتیجه توقیف آن بابت بدهی موضوع محکومیت کیفری بیمه گذار فاقد وجهت قانونی خواهد بود. همچنین امکان توقیف سرمایه بیمه عمر باتوجه به عدم تحقق آن به واسطه عدم حصول شرط (فوت بیمه شده در مدت بیمه یا حیات وی در پایان مدت بیمه) موضوعاً منتفی است. بدیهی است پس از فوت بیمه شده سرمایه بیمه نیز متعلق به ذی نفع تعیین شده است و قابلیت توقیف ندارد.



نظریه دفتر حقوقی ۲۵/۸۰۲۵ مورخ ۱۳۸۸/۱۲/۰۹ بیمه مرکزی

عدم تعیین ذی نفع و یا سهم آنان در قرارداد بیمه عمر

قراردادهای بیمه عمر از جمله قراردادهای حقوق خصوصی موضوع ماده ۱۰ قانون مدنی بوده و مفاد آن در صورتی که مغایر قواعد آمره نباشد برای طرفین الزام آور است. لذا:

۱- در صورت تعیین ذی نفعان بیمه نامه و تعیین سهم هریک از آنان در قرارداد بیمه عمر، سرمایه بیمه نامه به نحو تعیین شده بین ذی نفعان تقسیم می گردد.

۲- در صورت تعیین ذی نفعان بدون ذکر سهم هریک از آنان، سرمایه بیمه نامه به استناد اصل تقسیم به تساوی، به صورت مساوی بین آنان تقسیم می شود.

۳- در صورت عدم تعیین ذی نفعان، به استناد ماده ۲۴ قانون بیمه، سرمایه بیمه عمر بر اساس قانون ارث بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.

در مورد قراردادهای بیمه عمر و حوادث کارکنان دولت که به استناد مصوبات هیأت محترم وزیران صادر می شود بدیهی است مفاد مصوبات مذکور در مورد ذی نفعان و سهم هریک لازم الرعایه است.

نظریه دفتر حقوقی ۹۱/۵۱۰۹۶ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۲۸ بیمه مرکزی

فوت همزمان بیمه گذار و ذی نفع بیمه عمر

اس تنبیط «همزمانی فوت بیمه گذار و ذی نفع بیمه نامه و یا معلوم نبودن تقدم و تأخر فوت آنها» از نظرات پزشکی قانونی مقرون به صحت به نظر نمی رسد. اگر در گواهی حصر وراثت بیمه گذار نام ذی نفع بیمه نامه جزو ورثه بیمه گذار قید شده است درحالی که در گواهی حصر وراثت ذی نفع بیمه نامه، اسم بیمه گذار به عنوان وراث ذی نفع قید نشده است دلیل و قرینه ای بر تأخر فوت ذی نفع بیمه نامه بر فوت بیمه گذار است. در این حالت، با توجه به فقدان شرط «عدم توارث بین وارثان موضوع ماده (۸۷۳) قانون مدنی» سرمایه بیمه عمر باید بر اساس شرایط مقرر در بیمه نامه به ورثه ذی نفع بیمه نامه پرداخت گردد.

بخش نامه شماره ۱۴۶۰۷ مورخ ۱۳۸۷/۰۵/۰۱ بیمه مرکزی

بیمه عمر و حادثه کارکنان دولت

باتوجه به تقاضای برخی از شرکتهای بیمه در مورد صدور بیمه عمر و حوادث کارکنان دولت بدون سقف سنی به اطلاع می رساند باتوجه به بررسیهای به عمل آمده ارائه بیمه عمر و حوادث در چارچوب نرخ و شرایط تعیین شده در تصویب نامه شماره ۱۵۴۶۷/ت/۱۵۴۹۱۶ هـ مورخ ۱۳۸۵/۰۲/۱۸ هیأت محترم وزیران با رعایت موارد زیر بلامانع است:

۱- انعقاد قرارداد بیمه با هر سازمان متقاضی مشروط به آن است که همه کارکنان شاغل



و بازنشسته طی یک قرارداد تحت پوشش قرار گیرد و سازمان متقاضی به عنوان بیمه‌گذار متعهد پرداخت حق بیمه کامل کلیه بیمه‌شدگان شاغل و بازنشسته گردد.

۲- باتوجه به اینکه دوره اجرای مصوبه فوق‌الاشاره هیأت وزیران در سال ۱۳۸۸ پایان می‌پذیرد لذا این مجوز برای انعقاد قرارداد با هر بیمه‌گذار برای یک دوره یک ساله معتبر بوده و لازم است آن شرکت قبل از پایان سال ۸۸ آمار عملکرد خود را در این زمینه به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

ضمناً یادآور می‌شود ارائه طرح بیمه عمر و حادثه کارکنان دولت با سقف سنی ۷۰ سال با نرخ و شرایط اعلام شده قبلی کماکان مجاز است.

تصویب نامه دولت شماره ۱۵۴۶۷/ت/۲۸۹۱۶هـ - ۱۳۸۵/۲/۱۸

بیمه حادثه و فوت کلیه بازنشستگان و مستخدمان رسمی اعم از لشکری یا کشوری

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۱۰/۲۵ بنا به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تصویب نمود:

۱- کلیه وزارت خانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی و سازمان‌هایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است، نهادهای انقلاب اسلامی، اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی، بانک‌ها، نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران و سایر مؤسسات وابسته به دولت که به نحوی از بودجه عمومی یا کمک دولت استفاده می‌نمایند، موظفند کلیه بازنشستگان و مستخدمان رسمی (ثابت) خود را اعم از لشکری یا کشوری مشروط برآنکه قانوناً در قبال حوادث تحت پوشش بیمه دیگری نباشند به شرط مشارکت بیمه شده در سود حاصل از قرارداد با رعایت موارد ذیل بیمه حادثه و فوت به هر علت نمایند.

۲- سرمایه بیمه برای هر نفر بابت فوت به هر علت و نقص عضو یا از کارافتادگی دایم (کلی یا جزئی) در اثر حوادث حداکثر مبلغ بیست میلیون (۲۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال برای یک دوره پنج ساله از سال ۱۳۸۴ تا پایان سال ۱۳۸۸ و با حق بیمه ماهانه به مبلغ دوازده هزار (۱۲,۰۰۰) ریال برای هر نفر بدون در نظر گرفتن سقف سنی خواهد بود.

تبصره: در پایان دوره برنامه چهارم توسعه، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور می‌تواند در صورت لزوم نسبت به پیشنهاد تغییر مبلغ سرمایه بیمه و حق بیمه ماهانه به هیأت وزیران اقدام نماید.

۳- در صورت نقص عضو یا از کارافتادگی جزئی دایم در اثر حوادث طبیعی از مبلغ بیست میلیون (۲۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال طبق جدول نقص عضو مورد عمل سازمان بازنشستگی



کشوری به بیمه شده پرداخت خواهد گردید.

تبصره ۱: چنانچه تمام سرمایه بیمه به دلیل نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم پرداخت شود، در صورت استمرار پرداخت حق بیمه، صرفاً پوشش بیمه عمر ادامه خواهد یافت.

تبصره ۲: چنانچه بخشی از سرمایه بیمه به علت نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم به بیمه شده پرداخت شود، در صورت استمرار پرداخت حق بیمه، بیمه خطر فوت به هر علت برای کل سرمایه بیمه و بیمه نقص عضو و از کارافتادگی برای باقیمانده سرمایه بیمه حادثه ادامه خواهد یافت.

۴- حق بیمه سالانه توسط افراد بیمه شده و بقیه آن از محل اعتبارات دستگاه مربوط پرداخت خواهد شد.

تبصره: یک دوم حق بیمه سالانه بازنشستگان توسط دولت و از مبلغ مابقی، دو سوم توسط بازنشستگان و یک سوم توسط صندوق های بازنشستگی مربوط پرداخت می شود و حق بیمه سهم مستخدم بازنشسته توسط صندوق بازنشستگی ذی ربط از حقوق بازنشستگی وی کسر و به حسابی که سازمان مذکور اعلام می نماید به صورت مرتب و هر ماه واریز می گردد.

۵- دستگاه های اجرایی موظفند حق بیمه سهم مستخدم را هر ماه از حقوق و مزایای دریافتی مستخدمین و حق بیمه سهم کارفرما را از محل منابع داخلی کسر و به حسابی که سازمان بازنشستگی کشوری یا صندوق بازنشستگی ذی ربط اعلام می نماید واریز نمایند.

تبصره: سازمان بازنشستگی کشوری موظف است ترتیبی اتخاذ نماید که پرداخت سرمایه بیمه به آن دسته از بیمه شدگانی که مشمول دریافت بخشی از سرمایه بیمه یا تمام آن می گردند، حداکثر در مدت یک ماه صورت پذیرد و گزارش عملکرد خود را هر سه ماه یکبار به سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور ارائه نماید.

۶- مفاد قراردادهای بیمه دستگاه های دولتی که قبلاً برحسب مجوزهای قانونی تنظیم و به مورد اجرا گذاشته شده همچنان معتبر خواهد بود.

۷- استفاده افراد خرید خدمت یا عناوین مشابه از این تصویب نامه مشروط بر آن است که حداقل یک سال سابقه خدمت در دستگاه مربوط داشته باشند و از محل اعتبارات جاری دستمزد دریافت نمایند.

۸- دستگاه های مشمول این تصویب نامه موظفند تا زمان برقراری حقوق بازنشستگی و وظیفه کارکنان که بازنشسته و از کارافتاده می شوند، حق بیمه سهم کارمند را از محل وجوه علی الحساب یا تنخواه در اختیار بیمه گذار پرداخت و پس از برقراری حقوق بازنشستگی حق بیمه سهم بیمه شدگان را از حقوق آنان کسر نمایند.

۹- پوشش بیمه ای کارکنانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می نمایند مشروط بر آنکه حق بیمه مربوط (سهم مستخدم و دستگاه) در طول دوره مرخصی بدون حقوق، به طور مستمر و در موعد زمانی مقرر رأساً توسط کارکنان مذکور به سازمان بازنشستگی کشوری پرداخت گردد، کماکان به قوت خود باقی خواهد بود.



۱۰- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور موظف است ظرف دو ماه از تاریخ ابلاغ این تصویب نامه، با هماهنگی سازمان بازنشستگی کشوری، دستورالعمل اجرایی آن را تهیه و به دستگاه های ذی ربط ابلاغ نماید، بدیهی است تا ابلاغ دستورالعمل جدید، ضوابط قبلی در مورد بیمه عمر و حادثه کارکنان دولت به قوت خود باقی خواهد بود.

۱۱- دستگاه های موضوع بند (۱) می توانند به تشخیص خود، کارکنان مشمول این تصویب نامه را با رعایت ضوابط مقرر نزد کلیه شرکت های بیمه، بیمه حادثه و فوت به هر علت نمایند.

۱۲- این تصویب نامه جایگزین تصویب نامه های شماره ۵۰۲۴/ت/۵۳۳-هـ مورخ ۱۳۶۷/۴/۱۱، شماره ۹۴۷۴۲/ت/۵۲۲-هـ مورخ ۱۳۶۹/۱۲/۲۶، شماره ۶۰۰۹۴/ت/۱۶۳۶۱-هـ مورخ ۱۳۶۷/۴/۲۲ و شماره ۵۶۵۱۶/ت/۲۲۸۰۹-هـ مورخ ۱۳۷۹/۱۲/۹ می شود.

بخش نامه شماره ۶۰۲۵۹/ت/۵۲۷۳۹-هـ مورخ ۱۳۹۵/۰۵/۲۱

افزایش سرمایه خطر فوت بیمه های عمر و حادثه کارکنان دولت

هیأت وزیران در جلسه ۱۳۹۵/۵/۱۷ به پیشنهاد شماره ۱۸۴۸۵۱ مورخ ۱۳۹۴/۹/۲۴ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تصویب کرد:

بند (۲) تصویب نامه شماره ۱۵۴۶۷/ت/۲۸۹۱۶-هـ مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۸ و اصلاحیه بعدی آن موضوع بند (۱) تصمیم نامه شماره ۵۲۰۷۸/۵۲۰۴۱۰/ت مورخ ۱۳۸۹/۳/۸ به شرح زیر اصلاح می شود و از تاریخ ۱۳۹۵/۱/۱ به مدت پنج سال لازم الاجراست.

۲- سرمایه بیمه برای هر نفر بابت فوت به هر علت و نقص عضو یا از کارافتادگی دایم (کلی و جزئی) در اثر حوادث در سال اول پنجاه میلیون (۵۰٫۰۰۰٫۰۰۰) ریال و حق بیمه ماهانه به مبلغ سی هزار (۳۰٫۰۰۰) ریال برای هر نفر بدون در نظر گرفتن سقف سنی تعیین می شود و برای سال های بعد سرمایه بیمه معادل نرخ ضریب افزایش حقوق کارکنان دولت و سهم الشرکه دولت و ذی نفع بابت حق بیمه نیز به همین نسبت افزایش می یابد.

بخش نامه شماره ۸۹/۱۲۲۴۰ مورخ ۱۳۸۹/۰۳/۲۹ بیمه مرکزی

بیمه حادثه و فوت کارکنان دولت

طبق تصویب نامه شماره ۵۲۰۷۸/۵۲۰۴۱۰/ت مورخ ۱۳۸۹/۰۳/۰۸ وزیران عضو کمیسیون امور اجتماعی و دولت الکترونیک موضوع اصلاح موادی از تصویب نامه شماره ۱۵۴۶۷/ت/۲۸۹۱۶-هـ مورخ ۱۳۸۵/۰۲/۱۸ در خصوص تعیین سرمایه و میزان حق بیمه بیمه حادثه و فوت کارکنان دولت، جهت اطلاع و هرگونه اقدام لازم ایفاد می گردد.



وزیران عضو کمیسیون امور اجتماعی و دولت الکترونیک در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۱۲/۲۳ بنا به پیشنهاد شماره ۱۰۶۴۰/ص/۸۸ مورخ ۱۳۸۸/۶/۹ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و با رعایت جزء ح بند (۱) تصویب نامه شماره ۱۵۸۷۹۵/ت ۳۸۸۵۶ هـ مورخ ۱۳۸۶/۱۰/۱ موافقت نمودند: تصویب نامه شماره ۱۵۴۶۷/ت ۲۸۹۱۶ هـ مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۸ به شرح زیر اصلاح می شود:

۱- بند (۲) و تبصره آن به شرح زیر اصلاح می شود:

۲- سرمایه بیمه برای هر نفر بابت فوت به هر علت و نقص عضو یا از کارافتادگی دایم (کلی و جزئی) در اثر حوادث، حداکثر مبلغ سی میلیون (۳۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال برای یک دوره پنج ساله از سال ۱۳۸۹ تا پایان سال ۱۳۹۳ و با حق بیمه ماهانه به مبلغ هجده هزار (۱۸,۰۰۰) ریال برای هر نفر بدون در نظر گرفتن سقف سنی خواهد بود.

تبصره: در پایان دوره برنامه پنجم توسعه، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی می تواند در صورت لزوم نسبت به پیشنهاد تغییر مبلغ سرمایه بیمه و حق بیمه ماهانه و ارایه آن به هیأت وزیران اقدام نماید.

۳- بند (۴) و تبصره آن به شرح زیر اصلاح می شود:

۴- پنجاه درصد حق بیمه ماهانه افراد شاغل از محل اعتبارات دستگاه مربوط، هزار و پانصد ریال از محل سود مشارکت دوره قبل و بقیه آن توسط بیمه شده پرداخت خواهد شد.

تبصره: پنجاه درصد حق بیمه ماهانه بازنشستگان توسط دولت، هزار و پانصد ریال از محل سود مشارکت دوره قبل و از مبلغ باقیمانده، دو سوم توسط بازنشستگان و یک سوم توسط صندوق های بازنشستگی مربوط پرداخت می شود. حق بیمه سهم مستخدم بازنشسته توسط صندوق بازنشستگی ذی ربط از حقوق بازنشستگی وی کسر و به حسابی که صندوق بازنشستگی کشوری با بیمه گر موضوع بند (۱) حسب مورد اعلام می نماید. به صورت ماهیانه واریز می گردد.

۳- در تبصره های بندهای (۲) و (۵) و در بند (۱۰) عبارت سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور به عبارت وزارت رفاه و تأمین اجتماعی اصلاح می شود.

۴- متن زیر به عنوان تبصره به بند (۱۱) اضافه می شود:

تبصره: دستگاه های مذکور می توانند بازنشستگان و کارکنان شاغل خود را علاوه بر بیمه پایه، تحت پوشش بیمه تکمیلی حادثه و فوت نیز قرار دهند. نرخ حق بیمه و سرمایه بیمه تکمیلی بر اساس دستورالعملی خواهد بود که توسط وزیر رفاه و تأمین اجتماعی تهیه و ابلاغ خواهد شد. حق بیمه مربوط در این خصوص رأساً توسط بیمه شده اعم از شاغل و بازنشسته پرداخت می گردد.

۵- این تصمیم نامه از تاریخ ۱۳۸۹/۱/۱ لازم الاجرا است.

این تصمیم نامه در تاریخ ۱۳۸۹/۳/۳ به تأیید مقام محترم ریاست جمهوری رسیده است.



بخش نامه شماره ۹۹/۱۰۰/۱۲۷۴۴۹ مورخ ۹۹/۱۰/۰۲ بیمه مرکزی

بیمه خطر فوت کارکنان دولت

در اجرای ماده (۷) آیین نامه بیمه‌های زندگی و مستمری (شماره ۶۸) از تاریخ ابلاغ این نامه حداکثر مبلغ بیمه برای خطر فوت در یک یا چند بیمه نامه عمر انفرادی صادره توسط یک یا چند شرکت بیمه برای یک بیمه شده ده (۱۰) میلیارد ریال تعیین می‌شود.

بخش نامه شماره ۹۳۶۲۸/ت/۵۸۵۹۴ هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۲۳ بیمه مرکزی

بیمه فوت و حوادث بازنشستگان و مستخدمین رسمی دستگاه‌های اجرایی

احتراماً، به پیوست تصویر تصویب نامه شماره ۹۳۶۲۸/ت/۵۸۵۹۴ هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۲۳ هیأت محترم وزیران با موضوع «بیمه فوت و حوادث بازنشستگان و مستخدمین رسمی دستگاه‌های اجرایی» جهت استحضار و اقدام مقتضی ارسال می‌گردد.

هیأت وزیران در جلسه ۱۴۰۰/۰۸/۱۹ به پیشنهاد شماره ۲۳۴۴۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۲ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تصویب کرد:

بند (۲) تصویب نامه شماره ۱۵۴۶۷/ت/۲۸۹۱۶ هـ مورخ ۱۳۸۵/۰۲/۱۸ و اصلاحات بعدی آن موضوع بند (۱) تصویب نامه شماره ۴۳۴۱۰/۵۲۰۷۸ مورخ ۱۳۸۹/۰۳/۰۸ و تصویب نامه شماره ۶۰۲۵۹/ت/۵۲۷۳۹ هـ مورخ ۱۳۹۵/۰۵/۲۱ به شرح زیر اصلاح و از تاریخ ۱۴۰۰/۰۱/۰۱ به مدت پنج سال لازم‌الاجراست:

«۲- سرمایه بیمه برای هر نفر بابت فوت به هر علت و نقص عضو یا از کارافتادگی دایم (کلی و جزیی) در اثر حوادث در سال ۱۴۰۰ مبلغ یکصد و پنجاه میلیون (۱۵۰٫۰۰۰٫۰۰۰) ریال و حق بیمه ماهانه (مجموع سهم‌الشر که دولت و ذی‌نفع) مبلغ نود هزار (۹۰٫۰۰۰) ریال برای هر نفر بدون در نظر گرفتن سقف سنی تعیین می‌شود و برای سال‌های بعد سرمایه بیمه معادل نرخ ضریب افزایش حقوق کارکنان دولت و سهم‌الشرکه دولت و ذی‌نفع بابت حق بیمه نیز به همین نسبت افزایش می‌یابد.

تبصره: حق بیمه سهم دستگاه‌های اجرایی در سقف اعتبارات ابلاغی تأمین و پرداخت می‌گردد.»



بخش نامه شماره ۹۴/۴۰۰/۵۰۷۲۷ مورخ ۱۳۹۴/۱۰/۰۶ بیمه مرکزی

ابلاغ مصوبه مبنی بر عدم درج توضیحات مغایر با مفاد آیین نامه شماره ۶۸ و لزوم ضمیمه نمودن جداول بازخریدی

ابلاغ مصوبه مورخ ۱۳۹۴/۰۹/۲۹ هیأت عامل بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به شرح زیر:

۱- «درج هرگونه توضیحات مغایر مفاد آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری (مصوب شورای عالی بیمه) در بیمه نامه و جداول ضمیمه بیمه نامه های تسلیمی به بیمه گذاران بیمه های عمر ذخیره دار در خصوص نرخ سود فنی علی الحساب (تضمینی) مورد استفاده در محاسبه ارزش بازخریدی و ذخیره ریاضی و همچنین طراحی و درج ستون های ارزش بازخریدی و ذخیره ریاضی بیمه نامه های عمر ذخیره دار با نرخ های پیش بینی بالاتر از نرخ های سود فنی مصوب شورای عالی بیمه در جداول ضمیمه بیمه نامه ها به استناد ماده ۳ آیین نامه حمایت از حقوق بیمه گذاران، بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها (آیین نامه شماره ۷۱ مصوب شورای عالی بیمه) ممنوع می باشد.»

۲- ضمن تأکید بر لزوم ضمیمه نمودن جداول بازخریدی موضوع تبصره ماده ۱۵ آیین نامه شماره ۶۸ و رعایت بند ب ماده ۳ آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری، مقتضی است در صورت عدم تطابق جداول ضمیمه بیمه نامه های عمر ذخیره دار آن شرکت با مفاد مندرج در مصوبه مذکور؛ دستور فرمائید اقدامات اصلاحی لازم در سیستم نرم افزاری صدور آن شرکت در اسرع وقت اعمال گردد.

بخش نامه شماره ۹۴/۴۰۱/۷۳۵۹۵ مورخ ۱۳۹۶/۰۷/۲۵ بیمه مرکزی

لزوم اخذ مجوز بیمه مرکزی برای درج متوسط بازدهی سرمایه گذاری از محل ذخایر ریاضی ۵ سال گذشته بیمه های زندگی در صورت درج جداول استعلام اولیه

احتراماً، پیرو بخش نامه شمار ۹۴/۴۰۰/۵۰۷۲۷ مورخ ۱۳۹۴/۱۰/۰۶، با توجه نرخ سود فنی علی الحساب مقرر در آیین نامه شماره ۶۸/۲ مصوب شورای عالی بیمه برای بیمه نامه های زندگی و نظر به اهمیت بازده سرمایه گذاری شرکت های بیمه از محل ذخایر ریاضی برای متقاضیان خرید این دسته از بیمه نامه ها، شرکت های بیمه می توانند مشروط به اخذ تأییدیه قبلی از بیمه مرکزی ج.ا.ایران صرفاً در جداول استعلام اولیه متقاضیان خرید بیمه نامه های عمر ذخیره دار، عملکرد واقعی سرمایه گذاری خود را به نحوی درج نمایند که متقاضیان خرید بیمه نامه های زندگی از متوسط بازدهی سرمایه گذاری از محل ذخایر ریاضی ۵ سال گذشته بیمه های زندگی شرکت مطلع شوند.



بخش نامه شماره ۹۴/۴۰۱/۵۷۵۴۵ مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۰۷ بیمه مرکزی

لزوم رعایت ماده ۴ آیین نامه شماره ۶۸

از آنجا که علیرغم ماده ۴ آیین نامه شماره ۶۸ برخی از شرکت های بیمه بدون اخذ مجوز اقدام به صدور بیمه نامه عمر می نمایند لذا با عنایت به گذشت بیش از چهار سال از ابلاغ آیین نامه شماره ۶۸ ضمن تأکید مجدد بر لزوم رعایت ماده موصوف در آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری، ضروریست در کلیه رشته های بیمه عمر مورد فعالیت (اعم از عمر ذخیره دار، عمر زمانی اعم از انفرادی و گروهی، عمر مانده بدهکار اعم از انفرادی و گروهی و...) که تاکنون مجوز آن از اداره کل امور فنی بیمه مرکزی اخذ نگردیده اقدام لازم جهت هماهنگی و اخذ مجوز صورت پذیرد، تأکید می گردد صدور بیمه نامه در هریک از رشته های بیمه زندگی بدون اخذ مجوز مغایر با ماده فوق اشاره می باشد.

بخش نامه های شماره ۹۴/۴۰۱/۴۳۰۵ مورخ ۱۳۹۴/۰۲/۰۴ بیمه مرکزی

لزوم اصلاح سایت شرکت بیمه برای معرفی انواع طرح ها و رشته های بیمه ای عمر

ذخیره دار مطابق با مصوبه شورای عالی بیمه

در بررسی های بعمل آمده از سایت اینترنتی شرکت های بیمه بعضاً مشاهد گردیده که در معرفی انواع طرح ها و رشته های بیمه ای عمر ذخیره دار نرخ سود فنی علی الحساب مطابق با مصوبه شورای عالی بیمه درج نگردیده است. لذا ضروریست ضمن به روز رسانی سایت مربوطه، انجام اصلاحات لازم در سایت اینترنتی آن شرکت و سایر ابزارهای ارتباطی و تبلیغاتی در دستور کار قرار گیرد.

بخش نامه شماره ۹۵/۴۰۱/۳۶۷۲۵ مورخ ۱۳۹۵/۰۷/۲۷ بیمه مرکزی

لزوم اخذ مجوز شرایط و محاسبات مربوط به تمامی طرح های بیمه زندگی

ضمن تأکید بر لزوم رعایت مفاد آیین نامه شماره ۶۸/۲، می بایست شرایط و محاسبات مربوط به تمامی طرح های بیمه زندگی کلیه شرکت های بیمه (شامل طرح های جدید، طرح های تأیید شده پیشین و ...) جهت بررسی و اخذ تأییدیه به اداره کل امور فنی بیمه مرکزی ارسال گردد.



بخش نامه شماره ۹۹/۴۰۵/۱۱۹۵۱۴ مورخ ۱۳۹۹/۰۹/۰۸ بیمه مرکزی
تأکید بر انجام اقدامات جهت اخذ مجوز های لازم از بیمه مرکزی در خصوص اعمال
جدول مرگ و میر جدید

ضروری است شرکت‌های بیمه کلیه محاسبات مربوط به طرح‌های مورد عمل را متناسب با تغییرات اعمال شده با رعایت دستورالعمل مربوطه جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ارسال نمایند. بدیهی است نظارت بر ذخایر و نرخ‌های مورد عمل شرکت‌های بیمه از سال ۱۴۰۰ برای قراردادهای بیمه‌نامه‌های صادره در سال آتی براساس مجوزهای دریافتی جدید انجام خواهد.

بخش نامه شماره ۹۵/۴۰۱/۳۷۰۱۸ مورخ ۱۳۹۵/۰۷/۲۹ بیمه مرکزی
لزوم اصلاح شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های عمر مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه
و بیمه‌های مختلط خطر فوت و مدیریت سرمایه

ضمن تأکید مجدد بر لزوم رعایت مقررات آیین نامه شماره ۶۸، ضروریست شرایط عمومی منضم به بیمه‌نامه‌های عمر مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه و بیمه‌های مختلط خطر فوت و مدیریت سرمایه مطابق با مواد ۱۹ و ۲۰ آیین نامه شماره ۶۸ مصوب شورای عالی بیمه اصلاح گردد.

بخش نامه شماره ۹۹/۶۰۱/۱۸۴۸۴۶ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۷ بیمه مرکزی
چارچوب شرایط عمومی «بیمه زندگی مختلط»

وفق تبصره ماده (۷) آیین نامه شماره (۹۴) مصوب شورای عالی بیمه مؤسسات بیمه موظفاند در رشته‌های بیمه فاقد شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه، شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های خود را حسب مورد براساس چارچوبی که بیمه مرکزی ابلاغ خواهد کرد، صادر نمایند. در اجرای حکم تبصره مذکور، چارچوب شرایط عمومی «بیمه زندگی مختلط» به شرح پیوست جهت اقدام مقتضی ابلاغ می‌گردد.

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس بیمه‌نامه

این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶، عرف بیمه‌گری و پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک این بیمه‌نامه می‌باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می‌باشد. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نبوده و همزمان با صدور بیمه‌نامه یا قبل از آن به نحو مضبوط به بیمه‌گذار اعلام گردیده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.



ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

اصطلاحات زیر صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که ممکن است داشته باشد، در این شرایط عمومی با تعریف مقابل آن به کار رفته است:

۱- **بیمه‌گر:** مؤسسه بیمه‌ای است که مجاز به انجام فعالیت در رشته بیمه‌های زندگی و مستمری می‌باشد.

۲- **بیمه‌گذار:** شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه‌نامه می‌باشد.

۳- **بیمه‌شده:** شخص حقیقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج شده و فوت و یا حیات او موضوع بیمه‌نامه است.

۴- **ذی‌نفع:** شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج شده و توسط بیمه‌گذار و با موافقت کتبی بیمه شده تعیین می‌شود و وجه بیمه مقرر در بیمه‌نامه به ایشان پرداخت می‌گردد.

۵- **حق بیمه:** مبلغی است که با توجه به شرایط بیمه‌شده و در قبال تعهدات بیمه‌گر تعیین می‌شود و ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت آن از سوی بیمه‌گذار است.

۶- **سال بیمه‌ای:** یک سال بیمه‌ای برابر با یک سال تمام خورشیدی از تاریخ شروع بیمه‌نامه است و هر ساله به همان ترتیب تا پایان مدت بیمه‌نامه ادامه خواهد یافت.

۷- **مدت بیمه:** عبارت است از مدت زمانی که طبق توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار پوشش بیمه‌ای برای بیمه‌شده برقرار می‌باشد.

۸- **وجه بیمه:** مبلغی است که بیمه‌گر در بیمه‌نامه تعهد می‌کند در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه و در صورت حیات بیمه شده در پایان مدت بیمه به ذی‌نفع پرداخت کند.

۹- **ذخیره ریاضی:** مبلغی است که بر اساس مبانی تعیین حق بیمه محاسبه و بر مبنای آن حقوق بیمه‌گذار در بیمه‌نامه برای اموری از قبیل بازخرید، وام و سرمایه مخفف تعیین می‌شود.

۱۰- **ارزش بازخرید:** درصدی از ذخیره ریاضی است که در صورت درخواست بیمه‌گذار قبل از سررسید بیمه‌نامه، بیمه‌گر با رعایت شرایط بیمه‌نامه متعهد به پرداخت آن به بیمه‌شده یا ذی‌نفع می‌باشد.

۱۱- **فرم پیشنهاد:** مجموعه پرسش‌هایی است که بیمه‌گر به منظور شناسایی شرایط بیمه‌شده از قبیل مشخصات فردی و وضعیت سلامتی وی، کسب اطلاعات جهت ارزیابی خطر موضوع بیمه و تعیین حق بیمه از متقاضی خدمات بیمه یا نماینده قانونی وی می‌پرسد و پس از پاسخ متقاضی و تکمیل فرم و امضاء آن توسط بیمه‌گذار و بیمه شده (حسب مورد) یا نماینده قانونی آنها، جزء لاینفک بیمه‌نامه محسوب می‌شود.

۱۲- **سرمایه مخفف:** بخشی از وجه بیمه است که در صورت خودداری بیمه‌گذار از



ادامه پرداخت اقساط حق بیمه، با توجه به حق بیمه های پرداخت شده تعیین می شود و تعهدات بیمه گر بر اساس آن تقلیل می یابد.

ماده ۳- موضوع بیمه

عبارت از تعهدات بیمه گر مبنی بر پرداخت وجه بیمه در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه نامه و یا حیات وی در پایان مدت بیمه نامه و در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار است.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۴- رعایت اصل حد اعلای حسن نیت بیمه گذار و بیمه شده

بیمه گر بیمه گذار / بیمه شده حسب مورد موظف اند به کلیه پرسش های مندرج در فرم پیشنهاد از قبیل مشخصات فردی و وضعیت سلامتی خود در کمال حسن نیت به بیمه گر پاسخ دهند و هر زمان معلوم گردد پاسخ های مذکور عمداً یا سهواً مطابق با حقیقت نبوده و یا از ابراز مطالب موثر در صدور بیمه نامه خودداری کرده اند، بیمه گر حق دارد به یکی از طرق زیر عمل نماید:

۱- چنانچه هر زمان مشخص گردد اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از طرف بیمه گذار یا بیمه شده عمدی بود، بیمه نامه باطل و بیمه گر هیچ گونه تعهدی در قبال پوشش های بیمه ای نداشته و حق بیمه های پرداخت شده قابل استرداد نخواهد بود.

۲- چنانچه اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از طرف بیمه گذار یا بیمه شده سهوی باشد، در این صورت:

۲-۱- چنانچه اظهار خلاف واقع یا کتمان حقایق سهوی قبل از وقوع خطر مشخص شود، بیمه گر حق دارد در صورت درخواست بیمه گذار و موافقت بیمه گر، با دریافت حق بیمه اضافی متناسب بیمه نامه را ادامه دهد و یا نسبت به فسخ قرارداد اقدام و در صورت حیات بیمه شده ارزش بازخرید به روز رسانی شده بیمه نامه را به بیمه گذار مسترد نماید.

۲-۲- چنانچه اظهار خلاف واقع یا کتمان حقایق سهوی، بعد از وقوع خطر مشخص شود، تعهدات بیمه گر به نسبت وجه دریافتی به وجهی که باید در صورت اظهار کامل و درست خطر، پرداخت شده باشد، کاهش می یابد.

ماده ۵- نفع بیمه ای

بیمه گذار باید نسبت به موضوع بیمه نفع بیمه ای داشته باشد. در صورتیکه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی نباشند، اخذ رضایت کتبی بیمه شده به منظور احراز نفع بیمه ای ضروری است. در مواردی که بیمه شده اهلیت قانونی نداشته باشد، ولی یا قیم قانونی وی به نمایندگی اعلام رضایت می نماید.

ماده ۶- تعیین و تغییر ذی نفع بیمه نامه

۱- تعیین ذی نفع: بیمه گذار باید با موافقت کتبی بیمه شده، ذی نفع یا ذی نفعان فوت



بیمه شده و ذی نفع جدید در صورت فوت ذی نفع قبلی و همچنین ذی نفع یا ذی نفعان در صورت حیات بیمه شده را در فرم پیشنهاد یا فرم مربوطه تعیین نموده و مشخصات، نسبت، اولویت و سهم هر یک از ذی نفعان را کتباً به بیمه گر اعلام نماید. بیمه گر موظف است ذی نفع تعیین شده توسط بیمه گذار را در بیمه نامه درج نماید.

تبصره ۱: در صورت عدم تعیین ذی نفع و فوت بیمه شده و یا عدم تعیین ذی نفع جدید پس از فوت ذی نفع قبلی، وراث قانونی بیمه شده به عنوان ذی نفع محسوب می شود. در اینگونه موارد بیمه گر موظف است در شرایط خصوصی بیمه نامه نحوه تسهیم وجه بیمه عمر را بین وراث قانونی تعیین نماید.

تبصره ۲: همچنین در صورت عدم تعیین ذی نفع و حیات بیمه شده، شخص بیمه شده به عنوان ذی نفع شناخته می شود.

۲- تغییر ذی نفع: هرگونه تغییر در ذی نفع، اولویت و یا سهم آنها در مدت بیمه نامه، با درخواست کتبی بیمه گذار و موافقت کتبی بیمه شده و یا نماینده قانونی وی امکان پذیر است.

ماده ۷- تغییر بیمه گذار و انتقال بیمه نامه

بیمه گذار می تواند با موافقت کتبی بیمه شده و با صدور الحاقیه توسط بیمه گر، بیمه نامه را به بیمه گذار دیگری منتقل نماید مشروط به اینکه ذی نفع تعیین شده در بیمه نامه بستانکار وی نباشد.

تبصره ۱: کلیه دیون بیمه نامه تا تاریخ انتقال، به عهده انتقال دهنده می باشد.

تبصره ۲: در صورت انتقال بیمه نامه، بیمه شده قابل تغییر نمی باشد.

تبصره ۳: در شرایطی که بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی نباشند و بیمه گذار بیمه نامه را به دیگری منتقل نماید، چنانچه منتقل الیه تعهدات بیمه گذار به موجب بیمه نامه را اجرا کند، بیمه نامه معتبر باقی می ماند. با این حال، منتقل الیه می تواند بیمه نامه را طبق شرایط عمومی بیمه نامه فسخ نمایند.

تبصره ۴: در صورت انتقال بیمه نامه، اگر منتقل الیه متعدد باشند، هر یک از آنها نسبت به تمام اقساط حق بیمه های باقیمانده از تاریخ انتقال، در مقابل بیمه گر مسئول خواهد بود.

ماده ۸- انصراف از خرید بیمه نامه

بیمه گذار می تواند حداکثر تا ۳۰ روز پس از تاریخ صدور بیمه نامه انصراف خود را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند و بیمه گر موظف به استرداد حق بیمه دریافتی با کسر هزینه های پرداختی بیمه گر در صورت معاینه و آزمایش زمان انعقاد بیمه نامه، می باشد.

ماده ۹- اصلاح و تغییر شرایط بیمه نامه

چنانچه مفاد بیمه نامه یا الحاقیه صادره با پیشنهاد کتبی بیمه گذار منطبق نباشد مبنای تعهدات بیمه گر فرم پیشنهاد بیمه تکمیل شده بیمه گذار است.

ماده ۱۰- مهلت و نحوه پرداخت حق بیمه



حق بیمه می تواند به صورت یکجا و یا اقساط محاسبه و پرداخت شود. در صورت قسطی بودن بیمه نامه، اقساط حق بیمه باید حداکثر تا مهلت توافق شده پرداخت گردد. در صورت عدم پرداخت، چنانچه ذخیره ریاضی برای تأمین حق بیمه خطر فوت و حیات کفایت کند، بیمه گر با استفاده از آن، بیمه نامه را ادامه می دهد و بیمه نامه با رعایت نرخ های مقرر و بدون احتساب کارمزد تبدیل به بیمه نامه با سرمایه مخفف خواهد شد. در غیر این صورت بعد از گذشت یک ماه از آخرین مهلت پرداخت حق بیمه، بیمه نامه به حالت تعلیق در می آید.

ماده ۱۱- مهلت اعلام خسارت

در صورت فوت بیمه شده، بیمه گذار یا ذی نفع یا نماینده قانونی آنها موظفاند مراتب را با ذکر علت حداکثر ظرف ۳۰ روز از تاریخ فوت کتباً به اطلاع بیمه گر برسانند. همچنین در صورت حیات بیمه شده به پایان سررسید بیمه نامه، بیمه گذار یا ذی نفع یا نماینده قانونی آنها موظفاند مراتب حیات بیمه شده را ظرف ۳۰ روز از تاریخ پایان قرارداد کتباً به بیمه گر اعلام نمایند.

تبصره: در صورتی که بیمه گذار، بیمه شده و یا ذی نفع، تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند؛ بیمه گر می تواند به نسبت تأثیر قصور در افزایش خسارت، خسارت قابل پرداخت را کاهش دهد مگر اینکه ثابت نمایند به علت خارج از اراده خود قادر به انجام تکلیف نبوده اند.

ماده ۱۲- تعدیل وجه بیمه

بیمه گذار می تواند به انتخاب خود و با موافقت بیمه گر وجه بیمه را تعدیل نماید. در این صورت، حق بیمه مطابق با وجه بیمه تغییر می کند و جدول تعهدات جدید ملاک عمل قرار می گیرد.

ماده ۱۳- اسناد و مدارک لازم برای پرداخت وجه بیمه

بیمه گذار، ذی نفع یا نماینده قانونی آنها موظفند با رعایت ماده ۱۱ این شرایط، اسناد و مدارک لازم را به بیمه گر ارائه نمایند. حداقل اسناد و مدارک لازم به شرح زیر است:

- ۱- بیمه نامه و اوراق الحاقی پیوست آن؛
 - ۲- مدارک رسمی فوت نظیر شناسنامه و کارت ملی باطل شده بیمه شده یا خلاصه رونوشت وفات؛
 - ۳- گواهی فوت تأیید شده از سوی ادارات ثبت احوال و یا کنسولگری های سفارت ایران در خارج از کشور؛
 - ۴- نظریه و مدارک پزشکی مرکز درمانی یا پزشک قانونی در مورد علت فوت؛
 - ۵- در صورت فوت ناشی از حادثه، گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع قانونی ذی صلاح آماده شده باشد؛
 - ۶- گواهی انحصار وراثت (در مواردی که ذی نفع در بیمه نامه و اوراق الحاقی مشخص نشده باشد وجه بیمه به وراثت قانونی تعلق می گیرد).
- تبصره ۱:** بیمه گر می تواند سایر اسناد و مدارک تکمیلی علاوه بر موارد فوق را مطالبه یا خود تهیه نماید.



تبصره ۲: چنانچه بیمه‌گر ثابت کند به دلیل عدم ارائه اسناد و مدارک لازم در مهلت مقرر در این ماده، ضرر و زبانی متوجه وی شده است، می‌تواند ذی‌نفع را از دریافت تمام یا بخشی از خسارت محروم نماید.

ماده ۱۴- باز خرید بیمه‌نامه

بیمه‌گذار می‌تواند بیمه‌نامه‌ای که خاتمه نیافته و دارای ذخیره ریاضی است را باز خرید کرده و ارزش باز خرید آن را براساس آخرین جدول تعهدات بیمه‌گر و توافقات طرفین در مفاد قرارداد، دریافت کند.

چنانچه هنگام درخواست باز خرید، بیمه‌نامه دارای ذخیره ریاضی به شرط حیات بود و ارزش باز خرید ذخیره ریاضی به شرط حیات بیشتر از ارزش بیمه‌ای فوت باشد، بیمه‌گر حق دارد که مطابق شرایط عمومی بیمه نامه، باز خرید را پس از انجام معاینات لازم و احراز سلامتی شخص بیمه‌شده از جهت عدم ابتلا به بیماری‌های لاعلاج، انجام دهد.

ماده ۱۵- دریافت وام

بیمه‌گذار می‌تواند پس از پرداخت حداقل دو سال حق بیمه، حداکثر تا ۹۰ درصد ارزش باز خریدی، وام دریافت نماید مشروط به اینکه بیماری لاعلاج نداشته باشد.

تبصره: نرخ کارمزد وام بیمه‌نامه: نرخ کارمزد وام بر اساس آیین‌نامه‌های بیمه مرکزی ج.ا.ایران اعلام می‌شود. شرایط اعطای وام و نحوه بازپرداخت آن بر مبنای توافق کتبی بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر تعیین می‌گردد.

ماده ۱۶- در صورتیکه ذی‌نفع در بیمه‌نامه‌های زندگی بستانکار بیمه‌گذار باشد و این مطلب در بیمه‌نامه و یا الحاقیه‌های آن تصریح شده باشد، حق باز خرید بیمه‌نامه و همچنین دریافت وام موکول به موافقت کتبی بستانکار است.

ماده ۱۷- اقامتگاه قانونی

۱- اقامتگاه قانونی بیمه‌گذار یا نماینده قانونی وی به ترتیبی است که در پیشنهاد بیمه نوشته و امضاء کرده است و مکاتبات بیمه‌گر به همان نشانی ارسال می‌شود.

۲- در صورتی که بیمه‌گذار محل اقامت خود را تغییر دهد، موظف است که اقامتگاه جدید خود را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۳- هرگاه بیمه‌گذار خارج از ایران اقامت نماید، باید یک نفر را که مقیم ایران است به عنوان نماینده به بیمه‌گر معرفی کند تا نامه‌ها و اطلاعات مربوط را به عنوان و اقامتگاه وی ارسال نماید.

۴- در صورت عدم توجه بیمه‌گذار به رعایت این مقررات، آخرین اقامتگاه اعلام شده بیمه‌گذار در ایران معتبر تلقی می‌گردد.



فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گر

ماده ۱۸- رعایت اصل حد اعلای حسن نیت بیمه‌گر

بیمه‌گر موظف است کلیه اطلاعات ضروری در مورد پوشش‌های بیمه، وظایف و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن، استثنائات و محدودیت‌های بیمه‌نامه، تاریخ شروع و انقضای بیمه‌نامه و نحوه ارایه خدمات بیمه‌ای و سایر توضیحات لازم را به متقاضی خدمات بیمه به صورتی مناسب (نظیر مکتوب، الکترونیکی و غیره) اعلام نماید. این اطلاعات باید به گونه‌ای ارایه شود که مقایسه خدمات بیمه‌ای را از نظر قیمت، مدت و شرایط برای متقاضی خدمات بیمه امکان‌پذیر سازد.

ماده ۱۹- مهلت و نحوه پرداخت وجه بیمه

در صورت اعلام فوت بیمه‌شده به بیمه‌گر و ارایه کلیه اسناد و مدارک لازم توسط بیمه‌گذار یا ذی‌نفع یا نماینده قانونی آنها، بیمه‌گر موظف است بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید. در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت، مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور مکتوب به بیمه‌گذار یا ذی‌نفع یا نماینده قانونی آنها اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از قبول خسارت، آن را پرداخت نماید.

همچنین بیمه‌گر موظف است در صورت حیات بیمه‌شده تا سررسید بیمه‌نامه، وجه بیمه را پس از کسر بدهی‌های مربوط حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز با ارائه اصل مدارک شناسایی ذی‌نفع و بیمه‌شده، به ذی‌نفع پرداخت کند.

تبصره: در صورتی که پرداخت وجه بیمه در صورت حیات بیمه‌شده پس از تکمیل مدارک لازم، از سوی بیمه‌گر بیش از ۳۰ روز به تاخیر افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می‌شود.

ماده ۲۰ - پس از احراز تعهد بیمه‌گر و مشخص شدن میزان آن، در مواردی که به هر دلیل، شناسایی ذی‌نفع ظرف مدت ۳۰ روز پس از احراز فوت بیمه‌شده یا سررسید بیمه‌نامه امکان‌پذیر نباشد، بیمه‌گر موظف است نحوه سرمایه‌گذاری مزایای قابل پرداخت را در شرایط خصوصی با بیمه‌گذار تعیین نماید.

ماده ۲۱- گزارش سالیانه

بیمه‌گر موظف است حداقل سالی یکبار آخرین وضعیت بیمه‌نامه را منطبق با مقررات مربوط و آخرین جدول بازخریدی بر اساس عملکرد آخرین سال مالی گذشته، به نحو مقتضی در اختیار بیمه‌گذار قرار دهد. اطلاعات مندرج در هر گزارش سالیانه، مبنای تعهدات بیمه‌گر خواهد بود.

ماده ۲۲- مشارکت در منافع

بیمه‌گر موظف است بیمه‌گذار را در منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه‌های زندگی با رعایت مقررات مربوط سهیم نماید.

در صورت بازخرید بیمه‌نامه، بیمه‌گر می‌تواند بیمه‌گذار را در منافع موضوع این ماده (کلاً یا بعضاً) مشارکت ندهد.



ماده ۲۳- بیمه‌گر موظف است شرایط عمومی را به رویت بیمه‌گذار برساند و تأیید کتبی وی را در این خصوص در بیمه‌نامه اخذ نماید.

فصل چهارم - استثنائات و خسارت‌های غیر قابل جبران

ماده ۲۴ - استثنائات

در موارد زیر در صورت فوت بیمه شده، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت وجه بیمه خطر فوت ندارد مگر آنکه با پرداخت حق بیمه اضافی توافقی دیگری صورت گرفته باشد:

۱- جنگ

۲- اعزام به عملیات جنگی

ماده ۲۵ - خسارت‌های غیر قابل جبران

در موارد زیر، در صورت فوت بیمه شده، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت وجه بیمه خطر فوت ندارد. در این گونه موارد بیمه‌گر متعهد به پرداخت ذخیره ریاضی به ذی نفع می‌باشد.

۱- هرگاه بیمه‌شده در دو سال اول بیمه‌ای خودکشی نماید و این موضوع به تأیید مراجع ذی صلاح برسد.

۲- در صورتی که به تأیید مراجع ذی صلاح اثبات شود که بیمه‌گذار عمداً بیمه شده را به قتل رسانده است.

۳- در صورتی که به تأیید مراجع ذی صلاح اثبات شود ذی نفع عمداً بیمه شده را به قتل رسانده است، ذی نفع مذکور از دریافت وجه بیمه محروم و وجه بیمه پس از کسر سهم ذی نفع خاطی به سایر ذی نفعان بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد.

۴- فوت ناشی از سوء مصرف مواد مخدر یا روانگردان و مشروبات الکلی به تأیید مراجع ذی صلاح.

فصل پنجم - فسخ و ابطال بیمه‌نامه

ماده ۲۶ - فسخ، موارد و آثار آن

الف - موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

۱- عدم پرداخت حق بیمه در سررسیدهای توافق شده در بیمه‌نامه با رعایت احکام مندرج در ماده ۲۸ این شرایط.

۲- چنانچه بیمه‌گذار سهواً از اظهار مطالبی خودداری نماید و یا اظهارات خلاف واقع بنماید و مطالب اعلام نشده یا اظهارات خلاف واقع در ارزیابی خطر موثر باشد و این موضوع حداکثر دو سال پس از شروع پوشش بیمه محرز شود.

ترتیبات فسخ: در این صورت بیمه‌گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی یا سایر روش‌های



اطلاع‌رسانی توافق شده بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار، به بیمه‌گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ده روز پس از دریافت نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی توسط بیمه‌گذار شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی و ارزش بازخریدی تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار مسترد دارد.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

۱- در صورت عدم رعایت موارد مندرج در ماده ۴ این شرایط، بیمه‌گذار می‌تواند نسبت به فسخ قرارداد اقدام نماید. در این صورت بیمه‌گذار باید مراتب را به‌وسیله نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی به بیمه‌گر اطلاع دهد. اثر فسخ بلافاصله پس از دریافت نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی توسط بیمه‌گر و یا از تاریخی که در نامه بیمه‌گذار درج شده است، شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را بدون کسر کارمزد و هزینه‌های اداری به بیمه‌گذار مسترد دارد. در غیر اینصورت بیمه‌گر یا هر یک از وراث قانونی حق فسخ بیمه نامه را دارند.

۲- در صورتیکه فعالیت بیمه‌گر در رشته بیمه‌های زندگی به هر دلیل متوقف شود، بیمه‌گذار می‌تواند نسبت به فسخ قرارداد اقدام نماید. در این صورت بیمه‌گر موظف است کل ذخیره ریاضی را به بیمه‌گذار مسترد نماید.

ج- موارد فسخ از طرف بیمه‌شده: بیمه‌شده باید مراتب را به‌وسیله نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی به بیمه‌گر اطلاع دهد. اثر فسخ بلافاصله پس از دریافت نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی توسط بیمه‌گر و یا از تاریخی که در نامه بیمه‌شده درج شده است، شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را بدون کسر کارمزد و هزینه‌های اداری به بیمه‌گذار مسترد دارد و مراتب را کتباً به بیمه‌شده اطلاع دهد.

ماده ۲۷- ابطال، موارد و آثار آن

هرگاه بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات کاذب بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذب طوری باشد که موضوع خطر را تغییر دهد یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، عقد بیمه باطل خواهد بود حتی اگر مراتب مذکوره تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوهی که بیمه‌گذار پرداخته است قابل استرداد نیست بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه‌گذار مطالبه کند.

ماده ۲۸- تعلیق و برقراری مجدد بیمه‌نامه پس از تعلیق

در صورتیکه بیمه‌گذار اقساط حق بیمه را در سررسید پرداخت ننماید و ذخیره ریاضی (ارزش بازخریدی بیمه‌نامه) تکافوی تأمین حق بیمه خطر موضوع بیمه را نکند، بیمه‌گر موظف است مراتب را به بیمه‌گذار اطلاع دهد. ۱۰ روز پس از سررسید اقساط، بیمه‌نامه معلق می‌شود و بیمه‌گر در این مدت تعهدی نسبت به مفاد بیمه‌نامه ندارد. بیمه‌گذار تا شش ماه فرصت



دارد نسبت به رفع تعلیق اقدام و بیمه نامه را مجدداً برقرار کند. پس از سپری شدن این مدت بیمه گر می تواند با انجام معاینات پزشکی بیمه شده نسبت به برقراری مجدد بیمه نامه اقدام نماید، در غیر اینصورت بیمه نامه فسخ می شود.

فصل ششم - سایر مقررات

ماده ۲۹- ارجاع به داور

طرفین قرارداد می توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد از طریق داور یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. در صورت انتخاب روش داور طرفین قرارداد می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آراء اقدام به صدور رأی داور می کنند. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند هریک از طرفین قرارداد می توانند تعیین داور سوم را از دادگاه صالح خواستار شوند. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. اختلافاتی که به موجب قانون قابل داور می باشد، در دادگاه های عمومی و مطابق با قواعد صلاحیت محلی مندرج در قانون آیین دادرسی مدنی مورد رسیدگی قرار می گیرد.

ماده ۳۰- اعتبار بیمه نامه

اعتبار این بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز پرداخت اولین قسط حق بیمه که در بیمه نامه درج شده است شروع می شود.

ماده ۳۱- مرور زمان دعاوی

هرگونه ادعای ناشی از این بیمه نامه باید حداکثر ظرف مدت دو سال از تاریخ بطلان، فسخ و یا انقضای مدت بیمه نامه و در صورت وقوع حوادث تحت پوشش، از تاریخ وقوع حادثه اقامه شود و پس از دو سال مذکور ادعای ناشی از این بیمه نامه مسموع نخواهد بود. مرور زمان می تواند یک دفعه توسط هر یک از طرفین با اظهارنامه رسمی قطع شود. در صورت قطع شدن مرور زمان، به مدت باقی مانده مرور زمان یک سال اضافه خواهد شد.

ماده ۳۲- قلمرو جغرافیایی پوشش

پوشش های این بیمه نامه برای حوادث داخل و خارج قلمرو جمهوری اسلامی ایران است مگر آنکه به صورت دیگری توافق شده باشد.

ماده ۳۳- موارد پیش بینی نشده

موارد مسکوت در این قرارداد حسب مورد تابع قانون بیمه، عرف بیمه گری و سایر مقررات و قوانین جاری کشور می باشد.



بخش نامه شماره ۹۹/۶۰۱/۱۸۴۸۳۳ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۷ بیمه مرکزی

چارچوب شرایط عمومی «بیمه زندگی به شرط حیات»

وفق تبصره ماده (۷) آیین نامه شماره (۹۴) مصوب شورای عالی بیمه مؤسسات بیمه موظف‌اند در رشته‌های بیمه فاقد شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه، شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های خود را حسب مورد براساس چارچوبی که بیمه مرکزی ابلاغ خواهد کرد، صادر نمایند. در اجرای حکم تبصره مذکور، چارچوب شرایط عمومی «بیمه زندگی به شرط حیات» به شرح پیوست جهت اقدام مقتضی ابلاغ می‌گردد.

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس بیمه‌نامه

این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶، عرف بیمه‌گری و پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک این بیمه‌نامه می‌باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می‌باشد. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نبوده و همزمان با صدور بیمه‌نامه یا قبل از آن به نحو مضبوط به بیمه‌گذار اعلام گردیده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

اصطلاحات زیر صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که ممکن است داشته باشد، در این شرایط عمومی با تعریف مقابل آن به کار رفته است:

۱- **بیمه‌گر:** مؤسسه بیمه‌ای است که مجاز به انجام فعالیت در رشته بیمه‌های زندگی و مستمری می‌باشد.

۲- **بیمه‌گذار:** شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه‌نامه می‌باشد.

۳- **بیمه‌شده:** شخص حقیقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج شده و حیات او موضوع بیمه‌نامه است.

۴- **ذی‌نفع:** شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج شده و توسط بیمه‌گذار و با موافقت کتبی بیمه‌شده تعیین می‌شود و وجه بیمه مقرر در بیمه‌نامه به ایشان پرداخت می‌گردد.

۵- **حق بیمه:** مبلغی است که با توجه به شرایط بیمه‌شده و در قبال تعهدات بیمه‌گر تعیین می‌شود و ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت آن از سوی بیمه‌گذار است.

۶- **سال بیمه‌ای:** یک سال بیمه‌ای برابر با یک سال تمام خورشیدی از تاریخ شروع بیمه‌نامه است و هر ساله به همان ترتیب تا پایان مدت بیمه‌نامه ادامه خواهد یافت.

۷- **مدت بیمه:** عبارت است از مدت زمانی که طبق توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار پوشش بیمه‌ای برای بیمه‌شده برقرار می‌باشد.



۸- وجه بیمه: مبلغی است که بیمه گر در بیمه نامه تعهد می کند در صورت حیات بیمه شده در پایان مدت بیمه به ذی نفع پرداخت کند.

۹- ذخیره ریاضی: مبلغی است که بر اساس مبنای تعیین حق بیمه محاسبه و بر مبنای آن حقوق بیمه گذار در بیمه نامه برای اموری از قبیل بازخرید، وام و سرمایه مخفف تعیین می شود.

۱۰- ارزش بازخرید: درصدی از ذخیره ریاضی است که در صورت درخواست بیمه گذار قبل از سررسید بیمه نامه، بیمه گر با رعایت شرایط بیمه نامه متعهد به پرداخت آن به بیمه شده یا ذی نفع می باشد.

۱۱- فرم پیشنهاد: مجموعه پرسش هایی است که بیمه گر به منظور شناسایی شرایط بیمه شده از قبیل مشخصات فردی و وضعیت سلامتی وی، کسب اطلاعات جهت ارزیابی خطر موضوع بیمه و تعیین حق بیمه از متقاضی خدمات بیمه یا نماینده قانونی وی می پرسد و پس از پاسخ متقاضی و تکمیل فرم و امضاء آن توسط بیمه گذار و بیمه شده (حسب مورد) یا نماینده قانونی آنها، جزء لاینفک بیمه نامه محسوب می شود.

۱۲- سرمایه مخفف: بخشی از وجه بیمه است که در صورت خودداری بیمه گذار از ادامه پرداخت اقساط حق بیمه، با توجه به حق بیمه های پرداخت شده تعیین می شود و تعهدات بیمه گر بر اساس آن تقلیل می یابد.

ماده ۳- موضوع بیمه

عبارت از تعهدات بیمه گر مبنی بر پرداخت وجه بیمه در صورت حیات بیمه شده در پایان مدت بیمه نامه و در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار است.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۴- رعایت اصل حد اعلای حسن نیت بیمه گذار و بیمه شده

بیمه گر بیمه گذار / بیمه شده حسب مورد موظف اند به کلیه پرسش های مندرج در فرم پیشنهاد از قبیل مشخصات فردی و وضعیت سلامتی خود در کمال حسن نیت به بیمه گر پاسخ دهند و هر زمان معلوم گردد پاسخ های مذکور عمداً یا سهواً مطابق با حقیقت نبوده و یا از ابراز مطالب موثر در صدور بیمه نامه خودداری کرده اند، بیمه گر حق دارد به یکی از طرق زیر عمل نماید:

۱- چنانچه هر زمان مشخص گردد اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از طرف بیمه گذار یا بیمه شده عمدی بود، بیمه نامه باطل و بیمه گر هیچ گونه تعهدی در قبال پوشش های بیمه ای نداشته و حق بیمه های پرداخت شده قابل استرداد نخواهد بود.

۲- چنانچه اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از طرف بیمه گذار یا بیمه شده سهوی باشد، در این صورت:



۱-۲- چنانچه اظهار خلاف واقع یا کتمان حقایق سهوی، در خلال مدت بیمه مشخص شود، تعهدات بیمه‌گر به نسبت وجه دریافتی به وجهی که باید در صورت اظهار کامل و درست خطر، پرداخت شده باشد، کاهش می‌یابد.

ماده ۵- نفع بیمه‌ای

بیمه‌گذار باید نسبت به موضوع بیمه نفع بیمه‌ای داشته باشد. در صورتیکه بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی نباشند، اخذ رضایت کتبی بیمه‌شده به منظور احراز نفع بیمه‌ای ضروری است. در مواردی که بیمه‌شده اهلیت قانونی نداشته باشد، ولی یا قیم قانونی وی به نمایندگی اعلام رضایت می‌نماید.

ماده ۶- تعیین و تغییر ذی نفع بیمه نامه

۱- **تعیین ذی نفع:** بیمه‌گذار باید با موافقت کتبی بیمه‌شده، ذی نفع یا ذی نفعان در صورت حیات بیمه‌شده را در فرم پیشنهاد یا فرم مربوطه تعیین نموده و مشخصات، نسبت، اولویت و سهم هر یک از ذی نفعان را کتباً به بیمه‌گر اعلام نماید. بیمه‌گر موظف است ذی نفع تعیین شده توسط بیمه‌گذار را در بیمه‌نامه درج نماید.

تبصره: در صورت عدم تعیین ذی نفع، شخص بیمه‌شده به عنوان ذی نفع شناخته می‌شود.

۲- **تغییر ذی نفع:** هرگونه تغییر در ذی نفع، اولویت و یا سهم آنها در مدت بیمه‌نامه، با درخواست کتبی بیمه‌گذار و موافقت کتبی بیمه‌شده و یا نماینده قانونی وی امکان‌پذیر است.

ماده ۷- تغییر بیمه‌گذار و انتقال بیمه نامه

بیمه‌گذار می‌تواند با موافقت کتبی بیمه‌شده و با صدور الحاقیه توسط بیمه‌گر، بیمه‌نامه را به بیمه‌گذار دیگری منتقل نماید مشروط به اینکه ذی نفع تعیین شده در بیمه‌نامه بستانکار وی نباشد.

تبصره ۱: کلیه دیون بیمه‌نامه تا تاریخ انتقال، به عهده انتقال دهنده می‌باشد.

تبصره ۲: در صورت انتقال بیمه‌نامه، بیمه‌شده قابل تغییر نمی‌باشد.

تبصره ۳: در شرایطی که بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی نباشند و بیمه‌گذار بیمه‌نامه را به دیگری منتقل نماید، چنانچه منتقل‌الیه تعهدات بیمه‌گذار به موجب بیمه‌نامه را اجرا کند، بیمه‌نامه معتبر باقی می‌ماند. با این حال، منتقل‌الیه می‌تواند بیمه‌نامه را طبق شرایط عمومی بیمه‌نامه فسخ نمایند.

تبصره ۴: در صورت انتقال بیمه‌نامه، اگر منتقل‌الیه متعدد باشند، هر یک از آنها نسبت به تمام اقساط حق بیمه‌های باقیمانده از تاریخ انتقال، در مقابل بیمه‌گر مسئول خواهد بود.

ماده ۸- انصراف از خرید بیمه‌نامه

بیمه‌گذار می‌تواند حداکثر تا ۳۰ روز پس از تاریخ صدور بیمه‌نامه انصراف خود را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند و بیمه‌گر موظف به استرداد حق بیمه دریافتی با کسر هزینه‌های پرداختی



بیمه‌گر در صورت معاینه و آزمایش زمان انعقاد بیمه نامه، می‌باشد.

ماده ۹- اصلاح و تغییر شرایط بیمه‌نامه

چنانچه مفاد بیمه‌نامه یا الحاقیه صادره با پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار منطبق نباشد مبنای تعهدات بیمه‌گر فرم پیشنهاد بیمه تکمیل شده بیمه‌گذار است.

ماده ۱۰- مهلت و نحوه پرداخت حق بیمه

حق بیمه می‌تواند به صورت یکجا و یا اقساط محاسبه و پرداخت شود. در صورت قسطی بودن بیمه‌نامه، اقساط حق بیمه باید حداکثر تا مهلت توافق شده پرداخت گردد. در صورت عدم پرداخت، چنانچه ذخیره ریاضی برای تامین حق بیمه حیات کفایت کند، بیمه‌گر با استفاده از آن، بیمه‌نامه را ادامه می‌دهد و بیمه‌نامه با رعایت نرخ‌های مقرر و بدون احتساب کارمزد تبدیل به بیمه‌نامه با سرمایه مخفف خواهد شد. در غیر این صورت بعد از گذشت یک‌ماه از آخرین مهلت پرداخت حق بیمه، بیمه‌نامه به حالت تعلیق در می‌آید.

ماده ۱۱- مهلت اعلام خسارت

در صورت حیات بیمه‌شده در پایان سررسید بیمه نامه، بیمه‌گذار یا ذی‌نفع یا نماینده قانونی آنها موظفند مراتب حیات بیمه‌شده را ظرف ۳۰ روز از تاریخ پایان قرارداد کتباً به بیمه‌گر اعلام نمایند.

تبصره: در صورتی که بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی‌نفع، تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند؛ بیمه‌گر می‌تواند به نسبت تاثیر قصور در افزایش خسارت، خسارت قابل پرداخت را کاهش دهد مگر اینکه ثابت نمایند به علت خارج از اراده خود قادر به انجام تکلیف نبوده‌اند.

ماده ۱۲- تعدیل وجه بیمه

بیمه‌گذار می‌تواند به انتخاب خود و با موافقت بیمه‌گر وجه بیمه را تعدیل نماید. در این صورت، حق بیمه مطابق با وجه بیمه تغییر می‌کند و جدول تعهدات جدید ملاک عمل قرار می‌گیرد.

ماده ۱۳- اسناد و مدارک لازم برای پرداخت وجه بیمه

بیمه‌گذار، ذی‌نفع یا نماینده قانونی آنها موظف‌اند با رعایت ماده ۱۱ این شرایط، اسناد و مدارک لازم را به بیمه‌گر ارائه نمایند. حداقل اسناد و مدارک لازم به شرح زیر است:

۱- بیمه‌نامه و اوراق الحاقی پیوست آن؛

۲- اصل کارت ملی

ماده ۱۴- بازخرید بیمه‌نامه

بیمه‌گذار می‌تواند بیمه‌نامه‌ای که خاتمه نیافته و دارای ذخیره ریاضی است را بازخرید کرده و ارزش بازخرید آن را براساس آخرین جدول تعهدات بیمه‌گر و توافقات طرفین در مفاد قرارداد، به شرط عدم ابتلای شخص بیمه‌شده به بیماری‌های لاعلاج براساس نظر پزشک معتمد بیمه‌گر، مطابق شرایط عمومی بیمه نامه، دریافت کند.

ماده ۱۵- دریافت وام

بیمه‌گذار می‌تواند پس از پرداخت حداقل دو سال حق بیمه، حداکثر تا ۹۰ درصد ارزش



بازخریدی، وام دریافت نماید مشروط به اینکه بیماری لاعلاج نداشته باشد.

تبصره: نرخ کارمزد وام بیمه‌نامه: نرخ کارمزد وام بر اساس آیین‌نامه‌های بیمه مرکزی ج.ا.ایران اعلام می‌شود. شرایط اعطای وام و نحوه بازپرداخت آن بر مبنای توافق کتبی بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر تعیین می‌گردد.

ماده ۱۶- در صورتیکه ذی‌نفع در بیمه‌نامه‌های زندگی بستانکار بیمه‌گذار باشد و این مطلب در بیمه‌نامه و یا الحاقیه‌های آن تصریح شده باشد، حق بازخرید بیمه‌نامه و همچنین دریافت وام موکول به موافقت کتبی بستانکار است.

ماده ۱۷- اقامتگاه قانونی

۱- اقامتگاه قانونی بیمه‌گذار یا نماینده قانونی وی به ترتیبی است که در پیشنهاد بیمه نوشته و امضاء کرده است و مکاتبات بیمه‌گر به همان نشانی ارسال می‌شود.

۲- در صورتی که بیمه‌گذار محل اقامت خود را تغییر دهد، موظف است که اقامتگاه جدید خود را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۳- هرگاه بیمه‌گذار خارج از ایران اقامت نماید، باید یک نفر را که مقیم ایران است به عنوان نماینده به بیمه‌گر معرفی کند تا نامه‌ها و اطلاعات مربوط را به عنوان و اقامتگاه وی ارسال نماید.

۴- در صورت عدم توجه بیمه‌گذار به رعایت این مقررات، آخرین اقامتگاه اعلام شده بیمه‌گذار در ایران معتبر تلقی می‌گردد.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گر

ماده ۱۸- رعایت اصل حد اعلای حسن نیت بیمه‌گر

بیمه‌گر موظف است کلیه اطلاعات ضروری در مورد پوشش‌های بیمه، وظایف و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن، استثنائات و محدودیت‌های بیمه‌نامه، تاریخ شروع و انقضای بیمه‌نامه و نحوه ارائه خدمات بیمه‌ای و سایر توضیحات لازم را به متقاضی خدمات بیمه به صورتی مناسب (نظیر مکتوب، الکترونیکی و غیره) اعلام نماید. این اطلاعات باید به گونه‌ای ارائه شود که مقایسه خدمات بیمه‌ای را از نظر قیمت، مدت و شرایط برای متقاضی خدمات بیمه امکان‌پذیر سازد.

ماده ۱۹- مهلت و نحوه پرداخت وجه بیمه

بیمه‌گر موظف است در صورت حیات بیمه شده تا سررسید بیمه‌نامه، وجه بیمه را پس از کسر بدهی‌های مربوط حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز با ارائه اصل مدارک شناسایی ذی‌نفع و بیمه شده، به ذی‌نفع پرداخت کند.

تبصره: در صورتی که پرداخت وجه بیمه در صورت حیات بیمه شده پس از تکمیل مدارک لازم، از سوی بیمه‌گر بیش از ۳۰ روز به تاخیر افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می‌شود.



ماده ۲۰- گزارش سالیانه

بیمه گر موظف است حداقل سالی یکبار آخرین وضعیت بیمه نامه را منطبق با مقررات مربوط و آخرین جدول باز خریدی بر اساس عملکرد آخرین سال مالی گذشته، به نحو مقتضی در اختیار بیمه گذار قرار دهد. اطلاعات مندرج در هر گزارش سالیانه، مبنای تعهدات بیمه گر خواهد بود.

ماده ۲۱- مشارکت در منافع

بیمه گر موظف است بیمه گذار را در منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه های زندگی با رعایت مقررات مربوط سهیم نماید.

در صورت باز خرید بیمه نامه، بیمه گر می تواند بیمه گذار را در منافع موضوع این ماده (کلاً یا بعضاً) مشارکت ندهد.

ماده ۲۲- بیمه گر موظف است شرایط عمومی را به رویت بیمه گذار برساند و تأیید کتبی وی را در این خصوص در بیمه نامه اخذ نماید.

فصل چهارم- فسخ و ابطال بیمه نامه

ماده ۲۳- فسخ، موارد و آثار آن

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

۱- عدم پرداخت حق بیمه در سررسیدهای توافق شده در بیمه نامه با رعایت احکام مندرج در ماده ۲۵ این شرایط.

۲- چنانچه بیمه گذار سهواً از اظهار مطالبی خودداری نماید و یا اظهارات خلاف واقع بنماید و مطالب اعلام نشده یا اظهارات خلاف واقع در ارزیابی خطر موثر باشد و این موضوع حداکثر دو سال پس از شروع پوشش بیمه محرز شود.

ترتیبات فسخ: در این صورت بیمه گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی یا سایر روش های اطلاع رسانی توافق شده بین بیمه گر و بیمه گذار، به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ده روز پس از دریافت نامه سفارشی یا سایر روش های اطلاع رسانی توسط بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر باید اضافه حق بیمه دریافتی و ارزش باز خریدی تا تاریخ فسخ را به بیمه گذار مسترد دارد.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گذار / بیمه شده:

در صورتیکه فعالیت بیمه گر در رشته بیمه های زندگی به هر دلیل متوقف شود، بیمه گذار می تواند نسبت به فسخ قرارداد اقدام نماید. در این صورت بیمه گر موظف است کل ذخیره ریاضی را به بیمه گذار مسترد نماید.

ماده ۲۴- ابطال، موارد و آثار آن

هرگاه بیمه گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات کاذبه بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذبه طوری باشد که موضوع خطر را تغییر دهد یا از اهمیت آن در



نظر بیمه گر بکاهد، عقد بیمه باطل خواهد بود حتی اگر مراتب مذکوره تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوهی که بیمه گذار پرداخته است قابل استرداد نیست بلکه بیمه گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه گذار مطالبه کند.

ماده ۲۵- تعلیق و برقراری مجدد بیمه نامه پس از تعلیق

در صورتی که بیمه گذار اقساط حق بیمه را در سررسید پرداخت ننماید و ذخیره ریاضی (ارزش باز خریدی بیمه نامه) تکافوی تأمین حق بیمه خطر موضوع بیمه را نکند، بیمه گر موظف است مراتب را به بیمه گذار اطلاع دهد. ۱۰ روز پس از سررسید اقساط، بیمه نامه فسخ می شود.

فصل پنجم- سایر مقررات

ماده ۲۶- ارجاع به داوری

طرفین قرارداد می توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. در صورت انتخاب روش داوری طرفین قرارداد می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آراء اقدام به صدور رأی داوری می کنند. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند هریک از طرفین قرارداد می توانند تعیین داور سوم را از دادگاه صالح خواستار شوند. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. اختلافاتی که به موجب قانون قابل داوری نمی باشد، در دادگاه های عمومی و مطابق با قواعد صلاحیت محلی مندرج در قانون آیین دادرسی مدنی مورد رسیدگی قرار می گیرد.

ماده ۲۷- اعتبار بیمه نامه

اعتبار این بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز پرداخت اولین قسط حق بیمه که در بیمه نامه درج شده است شروع می شود.

ماده ۲۸- مرور زمان دعاوی

هرگونه ادعای ناشی از این بیمه نامه باید حداکثر ظرف مدت دو سال از تاریخ بطلان، فسخ و یا انقضای مدت بیمه نامه و در صورت وقوع حوادث تحت پوشش، از تاریخ وقوع حادثه اقامه شود و پس از دو سال مذکور ادعای ناشی از این بیمه نامه مسموع نخواهد بود. مرور زمان می تواند یک دفعه توسط هر یک از طرفین با اظهارنامه رسمی قطع شود. در صورت قطع شدن مرور زمان، به مدت باقیمانده مرور زمان یک سال اضافه خواهد شد.



ماده ۲۹- قلمرو جغرافیایی پوشش

پوشش‌های این بیمه‌نامه برای حوادث داخل و خارج قلمرو جمهوری اسلامی ایران است مگر آنکه به صورت دیگری توافق شده باشد.

ماده ۳۰- موارد پیش بینی نشده

موارد مسکوت در این قرارداد حسب مورد تابع قانون بیمه، عرف بیمه‌گری و سایر مقررات و قوانین جاری کشور می‌باشد.

بخش نامه شماره ۹۹/۶۰۱/۱۸۴۸۱۰ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۷ بیمه مرکزی

چارچوب شرایط عمومی «بیمه زندگی خطر فوت»

وفق تبصره ماده (۷) آیین‌نامه شماره (۹۴) مصوب شورای عالی بیمه مؤسسات بیمه موظف‌اند در رشته‌های بیمه فاقد شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه، شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های خود را حسب مورد براساس چارچوبی که بیمه مرکزی ابلاغ خواهد کرد، صادر نمایند. در اجرای حکم تبصره مذکور، چارچوب شرایط عمومی «بیمه زندگی به شرط فوت» به شرح پیوست جهت اقدام مقتضی ابلاغ می‌گردد.

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس بیمه‌نامه

این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶، عرف بیمه‌گری و پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک این بیمه‌نامه می‌باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می‌باشد. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نبوده و همزمان با صدور بیمه‌نامه یا قبل از آن به نحو مضبوط به بیمه‌گذار اعلام گردیده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

اصطلاحات زیر صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که ممکن است داشته باشد، در این شرایط عمومی با تعریف مقابل آن به کار رفته است:

۱- **بیمه‌گر:** موسسه بیمه‌ای است که مجاز به انجام فعالیت در رشته بیمه‌های زندگی و مستمری می‌باشد.

۲- **بیمه‌گذار:** شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه‌نامه می‌باشد.

۳- **بیمه‌شده:** شخص حقیقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج شده و فوت او موضوع بیمه‌نامه است.

۴- **ذی‌نفع:** شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج



شده و توسط بیمه گذار و با موافقت کتبی بیمه شده تعیین می شود و وجه بیمه مقرر در بیمه نامه به ایشان پرداخت می گردد.

۵- حق بیمه: مبلغی است که با توجه به شرایط بیمه شده و در قبال تعهدات بیمه گر تعیین می شود و ایفای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت آن از سوی بیمه گذار است.

۶- سال بیمه ای: یک سال بیمه ای برابر با یک سال تمام خورشیدی از تاریخ شروع بیمه نامه است و هر ساله به همان ترتیب تا پایان مدت بیمه نامه ادامه خواهد یافت.

۷- مدت بیمه: عبارت است از مدت زمانی که طبق توافق بیمه گر و بیمه گذار پوشش بیمه ای برای بیمه شده برقرار می باشد.

۸- وجه بیمه: مبلغی است که بیمه گر در بیمه نامه تعهد می کند در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه به ذی نفع پرداخت کند.

۹- ذخیره ریاضی: مبلغی است که بر اساس مبانی تعیین حق بیمه محاسبه و بر مبنای آن حقوق بیمه گذار در بیمه نامه برای اموری از قبیل بازخرید، وام و سرمایه مخفف تعیین می شود.

۱۰- ارزش بازخرید: درصدی از ذخیره ریاضی است که در صورت درخواست بیمه گذار قبل از سررسید بیمه نامه، بیمه گر با رعایت شرایط بیمه نامه متعهد به پرداخت آن به بیمه شده یا ذی نفع می باشد.

۱۱- فرم پیشنهاد: مجموعه پرسش هایی است که بیمه گر به منظور شناسایی شرایط بیمه شده از قبیل مشخصات فردی و وضعیت سلامتی وی، کسب اطلاعات جهت ارزیابی خطر موضوع بیمه و تعیین حق بیمه از متقاضی خدمات بیمه یا نماینده قانونی وی می پرسد و پس از پاسخ متقاضی و تکمیل فرم و امضاء آن توسط بیمه گذار و بیمه شده (حسب مورد) یا نماینده قانونی آنها، جزء لاینفک بیمه نامه محسوب می شود.

۱۲- سرمایه مخفف: بخشی از وجه بیمه است که در صورت خودداری بیمه گذار از ادامه پرداخت اقساط حق بیمه، با توجه به حق بیمه های پرداخت شده تعیین می شود و تعهدات بیمه گر بر اساس آن تقلیل می یابد.

ماده ۳- موضوع بیمه

عبارت از تعهدات بیمه گر مبنی بر پرداخت وجه بیمه در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه نامه و در ازاء انجام تعهدات بیمه گذار است.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۴- رعایت اصل حد اعلای حسن نیت بیمه گذار و بیمه شده

بیمه گذار/ بیمه شده حسب مورد موظف اند به کلیه پرسش های مندرج در فرم پیشنهاد از قبیل مشخصات فردی و وضعیت سلامتی خود در کمال حسن نیت به بیمه گر پاسخ دهند و



هر زمان معلوم گردد پاسخ های مذکور عمداً یا سهواً مطابق با حقیقت نبوده و یا از ابراز مطالب موثر در صدور بیمه نامه خودداری کرده اند، بیمه گر حق دارد به یکی از طرق زیر عمل نماید:

۱- چنانچه هر زمان مشخص گردد اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از طرف بیمه گذار یا بیمه شده عمدی بود، بیمه نامه باطل و بیمه گر هیچ گونه تعهدی در قبال پوشش های بیمه ای نداشته و حق بیمه های پرداخت شده قابل استرداد نخواهد بود.

۲- چنانچه اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از طرف بیمه گذار یا بیمه شده سهوی باشد، در این صورت:

۲-۱- چنانچه اظهار خلاف واقع یا کتمان حقایق سهوی قبل از وقوع خطر مشخص شود، بیمه گر حق دارد در صورت درخواست بیمه گذار و موافقت بیمه گر، با دریافت حق بیمه اضافی متناسب بیمه نامه را ادامه دهد و یا نسبت به فسخ قرارداد اقدام نماید.

۲-۲- چنانچه اظهار خلاف واقع یا کتمان حقایق سهوی، بعد از وقوع خطر مشخص شود، تعهدات بیمه گر به نسبت وجه دریافتی به وجهی که باید در صورت اظهار کامل و درست خطر، پرداخت شده باشد، کاهش می یابد.

ماده ۵- نفع بیمه ای

بیمه گذار باید نسبت به موضوع بیمه نفع بیمه ای داشته باشد. در صورتی که بیمه گذار و بیمه شده شخص واحد نباشند، اخذ رضایت کتبی بیمه شده به منظور احراز نفع بیمه ای ضروری است. در مواردی که بیمه شده اهلیت قانونی نداشته باشد، ولی یا قیم قانونی وی به نمایندگی اعلام رضایت می نماید.

ماده ۶- تعیین و تغییر ذی نفع بیمه نامه

۱- تعیین ذی نفع: بیمه گذار باید با موافقت کتبی بیمه شده، ذی نفع یا ذی نفعان در صورت فوت بیمه شده و نیز ذی نفع جدید در صورت فوت ذی نفع قبلی را در فرم پیشنهاد یا فرم مربوطه تعیین نموده و مشخصات، نسبت، اولویت و سهم هر یک از ذی نفعان را کتباً به بیمه گر اعلام نماید. بیمه گر موظف است ذی نفع تعیین شده توسط بیمه گذار را در بیمه نامه درج نماید.

تبصره: در صورت عدم تعیین ذی نفع و فوت بیمه شده و یا عدم تعیین ذی نفع جدید پس از فوت ذی نفع قبلی، وراث قانونی بیمه شده به عنوان ذی نفع محسوب می شود. در اینگونه موارد بیمه گر موظف است در شرایط خصوصی بیمه نامه نحوه تسهیم وجه بیمه عمر را بین وراث قانونی تعیین نماید.

۲- تغییر ذی نفع: هرگونه تغییر در ذی نفع، اولویت و یا سهم آنها در مدت بیمه نامه، با درخواست کتبی بیمه گذار و موافقت کتبی بیمه شده و یا نماینده قانونی وی امکان پذیر است.



ماده ۷- تغییر بیمه‌گذار و انتقال بیمه‌نامه

بیمه‌گذار می‌تواند با موافقت کتبی بیمه‌شده و با صدور الحاقیه توسط بیمه‌گر، بیمه‌نامه را به بیمه‌گذار دیگری منتقل نماید مشروط به اینکه ذی‌نفع تعیین شده در بیمه‌نامه بستانکار وی نباشد.

تبصره ۱: کلیه دیون بیمه‌نامه تا تاریخ انتقال، به عهده انتقال دهنده می‌باشد.

تبصره ۲: در صورت انتقال بیمه‌نامه، بیمه‌شده قابل تغییر نمی‌باشد.

تبصره ۳: در شرایطی که بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحد نباشند و بیمه‌گذار بیمه‌نامه را به دیگری منتقل نماید، چنانچه منتقل‌الیه تعهدات بیمه‌گذار به موجب بیمه‌نامه را اجرا کند، بیمه‌نامه معتبر باقی می‌ماند. با این حال، منتقل‌الیه می‌تواند بیمه‌نامه را طبق شرایط عمومی بیمه‌نامه فسخ نمایند.

تبصره ۴: در صورت انتقال بیمه‌نامه، اگر منتقل‌الیه متعدد باشند، هر یک از آنها نسبت به تمام اقساط حق بیمه‌های باقیمانده از تاریخ انتقال، در مقابل بیمه‌گر مسئول خواهد بود.

ماده ۸- انصراف از خرید بیمه‌نامه

بیمه‌گذار می‌تواند حداکثر تا ۳۰ روز پس از تاریخ صدور بیمه‌نامه انصراف خود را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند و بیمه‌گر موظف به استرداد حق بیمه دریافتی با کسر هزینه‌های پرداختی بیمه‌گر در صورت معاینه و آزمایش زمان انعقاد بیمه‌نامه، می‌باشد.

ماده ۹- اصلاح و تغییر شرایط بیمه‌نامه

چنانچه مفاد بیمه‌نامه یا الحاقیه صادره با پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار منطبق نباشد مبنای تعهدات بیمه‌گر فرم پیشنهاد بیمه تکمیل شده بیمه‌گذار است.

ماده ۱۰- مهلت و نحوه پرداخت حق بیمه

حق بیمه می‌تواند به صورت یکجا و یا اقساط محاسبه و پرداخت شود. در صورت قسطی بودن بیمه‌نامه، اقساط حق بیمه باید حداکثر تا مهلت توافق شده پرداخت گردد. در صورت عدم پرداخت، چنانچه ذخیره ریاضی برای تأمین حق بیمه خطر فوت کفایت کند، بیمه‌گر با استفاده از آن، بیمه‌نامه را ادامه می‌دهد و بیمه‌نامه با رعایت نرخ‌های مقرر و بدون احتساب کارمزد تبدیل به بیمه‌نامه با سرمایه مخفف خواهد شد. در غیر این صورت بعد از گذشت یک‌ماه از آخرین مهلت پرداخت حق بیمه، بیمه‌نامه به حالت تعلیق در می‌آید.

ماده ۱۱- مهلت اعلام خسارت

در صورت فوت بیمه‌شده، بیمه‌گذار یا ذی‌نفع یا نماینده قانونی آنها موظف‌اند مراتب را با ذکر علت حداکثر ظرف ۳۰ روز از تاریخ فوت کتباً به اطلاع بیمه‌گر برسانند.

تبصره: در صورتی که بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی‌نفع، تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند؛ بیمه‌گر می‌تواند به نسبت تاثیر قصور در افزایش خسارت، خسارت قابل پرداخت را کاهش دهد مگر اینکه ثابت نمایند به علت خارج از اراده خود قادر به انجام تکلیف نبوده‌اند.



ماده ۱۲- تعدیل وجه بیمه

بیمه‌گذار می‌تواند به انتخاب خود و با موافقت بیمه‌گر وجه بیمه را تعدیل نماید. در این صورت، حق بیمه مطابق با وجه بیمه تغییر می‌کند و جدول تعهدات جدید ملاک عمل قرار می‌گیرد.

ماده ۱۳- اسناد و مدارک لازم برای پرداخت وجه بیمه

بیمه‌گذار، ذی‌نفع یا نماینده قانونی آنها موظفاند با رعایت ماده ۱۱ این شرایط، اسناد و مدارک لازم را به بیمه‌گر ارائه نمایند. حداقل اسناد و مدارک لازم به شرح زیر است:

- ۱- بیمه‌نامه و اوراق الحاقی پیوست آن؛
 - ۲- مدارک رسمی فوت نظیر شناسنامه و کارت ملی باطل شده بیمه‌شده یا خلاصه رونوشت وفات؛
 - ۳- گواهی فوت تأیید شده از سوی ادارات ثبت احوال و یا کنسولگری‌های سفارت ایران در خارج از کشور؛
 - ۴- نظریه و مدارک پزشکی مرکز درمانی یا پزشک قانونی در مورد علت فوت؛
 - ۵- در صورت فوت ناشی از حادثه، گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع قانونی ذی‌صلاح آماده شده باشد؛
 - ۶- گواهی انحصار وراثت (در مواردی که ذی‌نفع در بیمه‌نامه و اوراق الحاقی مشخص نشده باشد وجه بیمه به وراثت قانونی تعلق می‌گیرد).
- تبصره ۱:** بیمه‌گر می‌تواند سایر اسناد و مدارک تکمیلی علاوه بر موارد فوق را مطالبه یا خود تهیه نماید.
- تبصره ۲:** چنانچه بیمه‌گر ثابت کند به دلیل عدم ارائه اسناد و مدارک لازم در مهلت مقرر در این ماده، ضرر و زبانی متوجه وی شده است، می‌تواند ذی‌نفع را از دریافت تمام یا بخشی از خسارت محروم نماید.

ماده ۱۴- بازخرید بیمه‌نامه

بیمه‌گذار می‌تواند بیمه‌نامه‌ای که خاتمه نیافته و دارای ذخیره ریاضی است را بازخرید کرده و ارزش بازخرید آن را براساس آخرین جدول تعهدات بیمه‌گر و توافقات طرفین در مفاد قرارداد، دریافت کند.

ماده ۱۵- دریافت وام

بیمه‌گذار می‌تواند پس از پرداخت حداقل دو سال حق بیمه، حداکثر تا ۹۰ درصد ارزش بازخریدی، وام دریافت نماید مشروط به اینکه بیماری لاعلاج نداشته باشد.

تبصره: نرخ کارمزد وام بیمه‌نامه: نرخ کارمزد وام بر اساس آیین‌نامه‌های بیمه مرکزی ج.ا.ایران اعلام می‌شود. شرایط اعطای وام و نحوه بازپرداخت آن بر مبنای توافق کتبی بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر تعیین می‌گردد.

ماده ۱۶- در صورتیکه ذی‌نفع در بیمه‌نامه‌های زندگی بستانکار بیمه‌گذار باشد و این مطلب



در بیمه‌نامه و یا الحاقیه‌های آن تصریح شده باشد، حق بازخرید بیمه‌نامه و همچنین دریافت وام موکول به موافقت کتبی بستانکار است.

ماده ۱۷- اقامتگاه قانونی

۱- اقامتگاه قانونی بیمه‌گذار یا نماینده قانونی وی به ترتیبی است که در پیشنهاد بیمه نوشته و امضاء کرده است و مکاتبات بیمه‌گر به همان نشانی ارسال می‌شود.

۲- در صورتی که بیمه‌گذار محل اقامت خود را تغییر دهد، موظف است که اقامتگاه جدید خود را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۳- هرگاه بیمه‌گذار خارج از ایران اقامت نماید، باید یک نفر را که مقیم ایران است به عنوان نماینده به بیمه‌گر معرفی کند تا نامه‌ها و اطلاعات مربوط را به عنوان و اقامتگاه وی ارسال نماید.

۴- در صورت عدم توجه بیمه‌گذار به رعایت این مقررات، آخرین اقامتگاه اعلام شده بیمه‌گذار در ایران معتبر تلقی می‌گردد.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گر

ماده ۱۸- رعایت اصل حداکثری حسن نیت بیمه‌گر

بیمه‌گر موظف است کلیه اطلاعات ضروری در مورد پوشش‌های بیمه، وظایف و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن، استثنائات و محدودیت‌های بیمه‌نامه، تاریخ شروع و انقضای بیمه‌نامه و نحوه ارایه خدمات بیمه‌ای و سایر توضیحات لازم را به متقاضی خدمات بیمه به صورتی مناسب (نظیر مکتوب، الکترونیکی و غیره) اعلام نماید. این اطلاعات باید به گونه‌ای ارایه شود که مقایسه خدمات بیمه‌ای را از نظر قیمت، مدت و شرایط برای متقاضی خدمات بیمه امکان‌پذیر سازد.

ماده ۱۹- مهلت و نحوه پرداخت وجه بیمه

در صورت اعلام فوت بیمه‌شده به بیمه‌گر و ارایه کلیه اسناد و مدارک لازم توسط بیمه‌گذار یا ذی‌نفع یا نماینده قانونی آنها، بیمه‌گر موظف است بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید. در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت، مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور مکتوب به بیمه‌گذار یا ذی‌نفع یا نماینده قانونی آنها اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از قبول خسارت، آن را پرداخت نماید.

تبصره: در صورت حیات بیمه‌شده تا سررسید بیمه‌نامه، وجهی به بیمه‌گذار تعلق نمی‌گیرد.

ماده ۲۰- پس از احراز تعهد بیمه‌گر و مشخص شدن میزان آن، در مواردی که به هر دلیل، شناسایی ذی‌نفع ظرف مدت ۳۰ روز پس از احراز فوت بیمه‌شده یا سررسید بیمه‌نامه



امکان‌پذیر نباشد، بیمه‌گر موظف است نحوه سرمایه گذاری مزایای قابل پرداخت را در شرایط خصوصی با بیمه گذار تعیین نماید.

ماده ۲۱- گزارش سالیانه

بیمه‌گر موظف است حداقل سالی یکبار آخرین وضعیت بیمه‌نامه را منطبق با مقررات مربوط و آخرین جدول بازخریدی (در صورتی که بیمه‌نامه دارای ذخیره ریاضی باشد) بر اساس عملکرد آخرین سال مالی گذشته، به نحو مقتضی در اختیار بیمه‌گذار قرار دهد. اطلاعات مندرج در هر گزارش سالیانه، مبنای تعهدات بیمه‌گر خواهد بود.

ماده ۲۲- مشارکت در منافع

در صورتی که بیمه‌نامه دارای ذخیره ریاضی باشد، بیمه‌گر موظف است بیمه‌گذار را در منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه‌های زندگی با رعایت مقررات مربوط سهیم نماید. در صورت بازخرید بیمه‌نامه، بیمه‌گر می‌تواند بیمه‌گذار را در منافع موضوع این ماده (کلاً یا بعضاً) مشارکت ندهد.

ماده ۲۳- بیمه‌گر موظف است شرایط عمومی را به رویت بیمه‌گذار برساند و تأیید کتبی وی را در این خصوص در بیمه‌نامه اخذ نماید.

فصل چهارم- استثنائات و خسارت‌های غیر قابل جبران

ماده ۲۴- استثنائات

در موارد زیر در صورت فوت بیمه شده، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت وجه بیمه خطر فوت ندارد مگر آنکه با پرداخت حق بیمه اضافی توافق دیگری صورت گرفته باشد:

۱- جنگ

۲- اعزام به عملیات جنگی

ماده ۲۵- خسارت‌های غیر قابل جبران

در موارد زیر، در صورت فوت بیمه شده، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت وجه بیمه خطر فوت ندارد. در این گونه موارد بیمه‌گر متعهد به پرداخت ذخیره ریاضی به ذی‌نفع می‌باشد.

۱- هرگاه بیمه‌شده در دو سال اول بیمه‌ای خودکشی نماید و این موضوع به تأیید مراجع ذی‌صلاح برسد.

۲- در صورتی که به تأیید مراجع ذی‌صلاح اثبات شود که بیمه‌گذار عمداً بیمه شده را به قتل رسانده است.

۳- در صورتی که به تأیید مراجع ذی‌صلاح اثبات شود ذی‌نفع عمداً بیمه شده را به قتل رسانده است، ذی‌نفع مذکور از دریافت وجه بیمه محروم و وجه بیمه پس از کسر سهم ذی‌نفع خاطی به سایر ذی‌نفعان بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد.

۴- فوت ناشی از سوء مصرف مواد مخدر یا روانگردان و مشروبات الکلی به تأیید مراجع ذی‌صلاح.



فصل پنجم - فسخ و ابطال بیمه‌نامه

ماده ۲۶- فسخ، موارد و آثار فسخ

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

- ۱- عدم پرداخت حق بیمه در سررسیدهای توافق شده در بیمه‌نامه با رعایت احکام مندرج در ماده ۲۸ این شرایط.
- ۲- چنانچه بیمه‌گذار سهواً از اظهار مطالبی خودداری نماید و یا اظهارات خلاف واقع بنماید و مطالب اعلام نشده یا اظهارات خلاف واقع در ارزیابی خطر موثر باشد و این موضوع حداکثر دو سال پس از شروع پوشش بیمه محرز شود.
- ترتیبات فسخ: در این صورت بیمه‌گر باید مراتب را به‌وسیله نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی توافق شده بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار، به بیمه‌گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ده روز پس از دریافت نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی توسط بیمه‌گذار شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی و ارزش بازخریدی تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار مسترد دارد.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

- ۱- در صورت عدم رعایت موارد مندرج در ماده ۴ این شرایط، بیمه‌گذار می‌تواند نسبت به فسخ قرارداد اقدام نماید. در این صورت بیمه‌گذار باید مراتب را به‌وسیله نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی به بیمه‌گر اطلاع دهد. اثر فسخ بلافاصله پس از دریافت نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی توسط بیمه‌گر و یا از تاریخی که در نامه بیمه‌گذار درج شده است، شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را بدون کسر کارمزد و هزینه‌های اداری به بیمه‌گذار مسترد دارد. در غیر این صورت بیمه‌گر یا هر یک از وراث قانونی حق فسخ بیمه‌نامه را دارند.
- ۲- در صورتیکه فعالیت بیمه‌گر در رشته بیمه‌های زندگی به هر دلیل متوقف شود، بیمه‌گذار می‌تواند نسبت به فسخ قرارداد اقدام نماید. در این صورت بیمه‌گر موظف است کل ذخیره ریاضی را به بیمه‌گذار مسترد نماید.

ج- موارد فسخ از طرف بیمه‌شده:

- بیمه‌شده باید مراتب را به‌وسیله نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی به بیمه‌گر اطلاع دهد. اثر فسخ بلافاصله پس از دریافت نامه سفارشی یا سایر روش‌های اطلاع‌رسانی توسط بیمه‌گر و یا از تاریخی که در نامه بیمه‌شده درج شده است، شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را بدون کسر کارمزد و هزینه‌های اداری به بیمه‌گذار مسترد دارد و مراتب را کتباً به بیمه‌شده اطلاع دهد.

ماده ۲۷- ابطال، موارد و آثار آن

هرگاه بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات کاذبه بنماید و مطالب



اظهار نشده یا اظهارات کاذبه طوری باشد که موضوع خطر را تغییر دهد یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، عقد بیمه باطل خواهد بود حتی اگر مراتب مذکوره تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوهی که بیمه‌گذار پرداخته است قابل استرداد نیست بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه‌گذار مطالبه کند.

ماده ۲۸ - تعلیق و برقراری مجدد بیمه‌نامه پس از تعلیق

در صورتیکه بیمه‌گذار اقساط حق بیمه را در سررسید پرداخت ننماید و ذخیره ریاضی (ارزش بازخریدی بیمه نامه) تکافوی تأمین حق بیمه خطر موضوع بیمه را نکند، بیمه‌گر موظف است مراتب را به بیمه‌گذار اطلاع دهد. ۱۰ روز پس از سررسید اقساط، بیمه‌نامه معلق می‌شود و بیمه‌گر در این مدت تعهدی نسبت به مفاد بیمه‌نامه ندارد. بیمه‌گذار تا شش ماه فرصت دارد نسبت به رفع تعلیق اقدام و بیمه‌نامه را مجدداً برقرار کند. پس از سپری شدن این مدت بیمه‌گر می‌تواند با انجام معاینات پزشکی بیمه شده نسبت به برقراری مجدد بیمه‌نامه اقدام نماید، در غیر این صورت بیمه‌نامه فسخ می‌شود.

فصل ششم - سایر مقررات

ماده ۲۹ - ارجاع به داوری

طرفین قرارداد می‌توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. در صورت انتخاب روش داوری طرفین قرارداد می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آراء اقدام به صدور رأی داوری می‌کنند. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند هریک از طرفین قرارداد می‌توانند تعیین داور سوم را از دادگاه صالح خواستار شوند. هریک از طرفین حق‌الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق‌الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود.

اختلافاتی که به موجب قانون قابل داوری نمی‌باشد، در دادگاه‌های عمومی و مطابق با قواعد صلاحیت محلی مندرج در قانون آیین دادرسی مدنی مورد رسیدگی قرار می‌گیرد.

ماده ۳۰ - اعتبار بیمه‌نامه

اعتبار این بیمه‌نامه از ساعت ۲۴ روز پرداخت اولین قسط حق‌بیمه که در بیمه‌نامه درج شده است شروع می‌شود.



ماده ۳۱- مرور زمان دعاوی

هرگونه ادعای ناشی از این بیمه نامه باید حداکثر ظرف مدت دو سال از تاریخ بطلان، فسخ و یا انقضای مدت بیمه نامه و در صورت وقوع حوادث تحت پوشش، از تاریخ وقوع حادثه اقامه شود و پس از دو سال مذکور ادعای ناشی از این بیمه نامه مسموع نخواهد بود. مرور زمان می تواند یک دفعه توسط هر یک از طرفین با اظهارنامه رسمی قطع شود. در صورت قطع شدن مرور زمان، به مدت باقیمانده مرور زمان یک سال اضافه خواهد شد.

ماده ۳۲- قلمرو جغرافیایی پوشش

پوشش های این بیمه نامه برای حوادث داخل و خارج قلمرو جمهوری اسلامی ایران است مگر آنکه به صورت دیگری توافق شده باشد.

ماده ۳۳- موارد پیش بینی نشده

موارد مسکوت در این قرارداد حسب مورد تابع قانون بیمه، عرف بیمه گری و سایر مقررات و قوانین جاری کشور می باشد.

بخش نامه شماره ۱۴۰۰/۶۰۱/۱۲۰۹۸ مورخ ۱۴۰۰/۰۲/۰۱ بیمه مرکزی

دستورالعمل انواع بیماری های خاص و حداکثر سرمایه

بیمه مرکزی ج.ا.ایران در اجرای تبصره ۲ ماده ۲ آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری (شماره ۶۸) دستورالعمل انواع بیماری های خاص و حداکثر سرمایه را مشتمل بر ۳ ماده و ۱ تبصره به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- مؤسسات بیمه مختلط و مؤسسات بیمه زندگی و مستمری مکلفند پوشش تکمیلی بیماری های خاص همراه انواع بیمه های زندگی و مستمری را با رعایت مفاد این دستورالعمل و از بین گروه بیماری های خاص مندرج در جدول زیر عرضه نمایند.

بیماری خاص		گروه بیماری خاص
Heart Attack	۱. حملات قلبی	قلبی و عروقی
Coronary Artery By-pass Surgery	۲. جراحی بای پس عروق کرونر	
Heart Valve Surgery	۳. جراحی دریچه قلب	
Surgery to Aorta	۴. جراحی آنورت قلب	
Heart Valve Replacement or Repair	۵. ترمیم یا تعویض دریچه قلبی	
Cardiomyopathy	۶. بیماری ماهیچه قلب	



Major Organ/Bone Marrow Transplantation	۷. پیوند اعضای اصلی/مغز و استخوان	نارسائی در اعضای بدن
Loss of Limbs	۸. از دست دادن اندام‌ها	
Fulminant Hepatitis	۹. هپاتیت	
Kidney Failure	۱۰. نارسائی کلیه	
End Stage Liver Failure	۱۱. نارسائی کبد	
End Stage Lung Disease	۱۲. نارسائی ریه	
Major Cancers	۱۳. انواع سرطان	سرطان
Stroke	۱۴. سکته مغزی	نئورولوژیکی
Coma	۱۵. کما	
Multiple Sclerosis	۱۶. اسکلروز چندگانه	
Muscular Dystrophy	۱۷. دیستروفی عضلانی	
Alzheimer's Disease	۱۸. بیماری آلزایمر	
Motor Neurone Disease	۱۹. بیماری نورون حرکتی	
Parkinson's Disease	۲۰. بیماری پارکینسون	
Major Head Trauma	۲۱. ترومای شدید سر	
Bacterial Meningitis	۲۲. مننژیت باکتریایی	
Benign Brain Tumor	۲۳. تومور خوش خیم مغزی	
Aplastic Anaemia	۲۴. آنمی آپلاستیک	مرتبط با خون
Hemophilia	۲۵. هموفیلی	
HIV	HIV ۲۶	
Deafness (Loss of Hearing)	۲۷. کری	سایر
Blindness	۲۸. کوری	
Loss of Speech	۲۹. از دست دادن قدرت تکلم	
Major Burns	۳۰. سوختگی‌های درجه ۳	
Paralysis	۳۱. بی‌حسی - فلجی	

تبصره: پوشش سایر بیماری‌هایی که در جدول فوق ذکر نشده است از جمله انواع بیماری‌های اپیدمیک و پاندمیک مشروط به اخذ مجوز قبلی از بیمه مرکزی ج.ا.ایران است.

ماده ۲- حداقل مبلغ سرمایه برای یک بیماری خاص یا مجموع سرمایه بیمه برای چند بیماری خاص نباید از مبلغ سرمایه فوت بیمه‌نامه زندگی و مستمری مربوط بیشتر باشد.

ماده ۳- مؤسسات بیمه مختلط و مؤسسات بیمه زندگی و مستمری مکلفند وفق ماده ۴ آیین‌نامه بیمه‌های زندگی و مستمری (شماره ۶۸) تأییدیه محاسبات و نرخ پوشش‌های موضوع این دستورالعمل و تغییرات بعد آن‌ها را نیز از بیمه مرکزی ج.ا.ایران اخذ نمایند.



بخش نامه شماره ۱۴۰۰/۶۰۱/۱۰۹۵۸۶ مورخ ۱۴۰۰/۰۷/۱۲ بیمه مرکزی

مکمل دستورالعمل انواع بیماری های خاص و حداکثر سرمایه

پیرو ابلاغیه دستورالعمل انواع بیماری های خاص و حداکثر سرمایه (موضوع تبصره ۲ ماده ۲ آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری (شماره ۶۸)) حسب مصوبه هیأت محترم عامل بیمه مرکزی ج.ا.ایران، ماده جدیدی به عنوان ماده ۴ به شرح زیر به دستورالعمل مذکور اضافه گردید که جهت اجرا ابلاغ می گردد.

«ماده ۴- کلیه مجوزهای مربوط به بیماری های خاص و نحوه تعیین سرمایه آن ها که قبل از تاریخ ابلاغ این دستورالعمل توسط بیمه مرکزی ج.ا.ایران صادره شده است، معتبر بوده و مشمول حکم این دستورالعمل نمی باشند.»

بخش نامه شماره ۹۹/۱۰۰/۳۲۸۶ مورخ ۱۳۹۹/۰۱/۳۰ بیمه مرکزی

دستورالعمل پوشش بیمه ای کرونا

با توجه به شیوع ویروس کرونا در کشور و به منظور مساعدت به بیمه شدگان و همچنین بررسی مشکلات و عوارض ناشی از این بیماری در صنعت بیمه، موارد زیر جهت اجرا ابلاغ می گردد:

نحوه پوشش بیمه ای بیماری کرونا در قالب بیمه های زندگی و مستمری:

۱- برای آن دسته از بیمه گذاران فعلی بیمه های زندگی و مستمری که پوشش امراض خاص را خریداری نکرده اند و همچنین بیمه گذاران جدید بیمه های زندگی و مستمری، شرکت های بیمه مجازند، بیماری کرونا را به عنوان یکی از انواع بیماری های خاص به همراه بیمه های زندگی و مستمری و با رعایت آیین نامه شماره ۶۸ تحت پوشش قرار دهند.

۲- درخصوص آن دسته از بیمه گذاران بیمه های زندگی و مستمری که پوشش امراض خاص را قبلاً اخذ نموده اند، شرکت های بیمه مجازند، در صورت احراز ابتلای بیمه شدگان به این بیماری (مستند به پرونده پزشکی آن و بستری یا قرنطینه اجباری ایشان)، با تصویب هیأت مدیره شرکت، تمام یا بخشی از سرمایه امراض خاص مندرج در بیمه نامه را پرداخت کنند.

مواد ۲۴، ۱۳۶ و ۱۳۷ قانون مالیات های مستقیم

ماده ۲۴- اموال زیر از شمول مالیات این فصل خارج است:

وجوه بازنشستگی و وظیفه و پس انداز خدمت و مزایای پایان خدمت، مطالبات مربوط به خسارت اخراج، بازدید خدمت و مرخصی استحقاقی استفاده نشده و بیمه های اجتماعی و نیز وجوه پرداختی توسط مؤسسات بیمه یا بیمه گذار و یا کارفرما از قبیل انواع بیمه های



عمر و زندگی، خسارت فوت و همچنین دیه و مانند آن‌ها حسب مورد که یکجا و یا به طور مستمر به ورثه متوفی پرداخت می‌گردد.

به موجب بند ۴ ماده واحده قانون اصلاح مالیات‌های مستقیم، مصوب ۱۳۹۴/۴/۳۱، عبارت «انواع بیمه‌های عمر و زندگی» جایگزین عبارت «بیمه عمر» شد.

ماده ۱۳۶- وجوه پرداختی بابت انواع بیمه‌های عمر و زندگی^۲ از طرف مؤسسات بیمه که به موجب قراردادهای منعقد شده بیمه عاید ذی نفع می‌شود از پرداخت مالیات معاف است.

ماده ۱۳۷- هزینه‌های درمانی پرداختی هر مودی بابت معالجه خود و یا همسر و اولاد و پدر و مادر و برادر و خواهر تحت تکفل در یک سال مالیاتی به شرط این که اگر دریافت کننده مؤسسه درمانی یا پزشک مقیم ایران باشد دریافت وجه را گواهی نماید و چنانچه به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به علت فقدان امکانات لازم، معالجه در خارج از ایران صورت گرفته است پرداخت هزینه مزبور به گواهی مقامات رسمی دولت جمهوری اسلامی ایران در کشور محل معالجه یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد، همچنین حق بیمه پرداختی هر شخص حقیقی به مؤسسات بیمه ایرانی بابت انواع بیمه‌های عمر و زندگی^۳ و بیمه‌های درمانی از درآمد مشمول مالیات مودی کسر خواهد شد. درمورد معلولان و بیماران خاص و صعب‌العلاج علاوه بر هزینه‌های مذکور هزینه مراقبت و توانبخشی آنان نیز قابل کسر از درآمد مشمول مالیات یا بیمار یا شخصی که تکفل او را عهده دار است می‌باشد.

قانون مالیات بر ارزش افزوده

مصوب ۱۴۰۰/۰۳/۰۲ مجلس شورای اسلامی

معافیت خدمات بیمه‌های زندگی از پرداخت مالیات

ماده ۹- عرضه کالاها و ارائه خدمات زیر از پرداخت مالیات و عوارض معاف می‌باشد:

الف- کالاها

کلیه محصولات کشاورزی فرآوری نشده مشتمل بر محصولات خام زراعی و باغی، گیاهان دارویی، محصولات مرتعی، محصولات جنگل (از جمله چوب خام)، محصولات گلخانه (از جمله سبزی، صیفی، گل و گیاه و انواع قارچ)

ب- خدمات

بند ۸: خدمات بیمه‌های زندگی، خدمات بیمه‌های محصولات کشاورزی، خدمات بیمه اجتماعی و درمان تکمیلی

۲. به موجب بند ۳۳ ماده واحده قانون اصلاح مواد از قانون مالیات‌های مستقیم، مصوب ۱۳۹۴/۴/۳۱، عبارت «انواع بیمه‌های عمر و زندگی» جایگزین عبارت «بیمه عمر» شده است.

۳. به موجب بند ۳۳ ماده واحده قانون اصلاح مواد از قانون مالیات‌های مستقیم، مصوب ۱۳۹۴/۴/۳۱، عبارت «انواع بیمه‌های عمر و زندگی» جایگزین عبارت «بیمه عمر» شده است.



ماده ۱۱ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران

مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۴ مجلس شورای اسلامی

ماده ۱۱- بیمه مرکزی ایران موظف است:

الف - در راستای افزایش نقش صنعت بیمه در نظام تأمین مالی و ایجاد فضای امن در سایر حوزه های اقتصادی از جمله فضای کسب و کار و سرمایه گذاری، از طریق شرکت های بیمه نسبت به ارتقای نقش اقتصادی بیمه در تأمین رفاه و امنیت مردم و تفزایش ضریب نفوذ بیمه در کشور تا متوسط جهانی آن در طی سال های برنامه اقدامات لازم را جهت تحقق اهداف زیر به عمل آورد:

- ۱- ضریب نفوذ بیمه های بازرگانی در طول اجرای برنامه به هفت درصد (۷٪) برسد.
 - ۲- سهم بیمه های عمر از حق بیمه تولیدی بیمه های بازرگانی کشور حداقل تا پنجاه درصد (۵۰٪) نسبت به سال پایه اجرای قانون برنامه افزایش یابد.
 - ۳- رشته های بیمه ای در بخش تولیدی و تجاری اقتصاد ملی افزایش و گسترش یابد.
- ب -** مقررات و آیین نامه های سرمایه گذاری ذخایر بیمه ای به منظور استفاده مناسب از منابع مذکور در جهت تأمین مالی پایدار در اقتصاد ملی توسط شورای عالی بیمه بازنگری گردد.

بخش نامه شماره ۹۶/۱۰۰/۱۳۳۶۸۵ مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۱۴ بیمه مرکزی

لزوم دسترسی بیمه گذاران بیمه های عمر و سرمایه گذاری به حداقل اطلاعات خود به صورت برخط

به منظور حمایت از حقوق بیمه گذاران و اطلاع رسانی به هنگام به آن ها، حداقل اقلام اطلاعاتی مورد نیاز بیمه گذاران بیمه های عمر و سرمایه گذاری به شرح پیوست ارسال می گردد. مقتضی است؛ آن شرکت ترتیبی اتخاذ نماید تا امکان دسترسی به اقلام اطلاعاتی مذکور به صورت برخط برای کلیه بیمه گذاران بیمه های عمر و سرمایه گذاری آن شرکت فراهم گردد.

- ۱- بیمه نامه، فرم پیشنهاد و کلیه الحاقیه های صادره.
- ۲- نام و مشخصات بیمه گذاران از قبیل نام و نام خانوادگی، کد ملی، آدرس، تلفن و ...
- ۳- وضعیت بیمه نامه (فعال - معلق - سرمایه مخفف).
- ۴- مبلغ حق بیمه های پرداخت شده و تاریخ وصول آن توسط شرکت بیمه.
- ۵- مبلغ اقساط حق بیمه و تاریخ سررسید آن ها، اقساط معوق و لیست اعلام بدهکار.
- ۶- جدول تعهدات ربالی بیمه گر از قبیل ارزش باز خرید و تاریخ محاسبه آن، میزان سرمایه فوت، سرمایه فوت بر اثر حادثه، امراض خاص و پوشش های تکمیلی با اعمال آخرین تغییرات.
- ۷- میزان ضریب تعدیل سالانه حق بیمه و سرمایه.
- ۸- مبلغ وام دریافتی، مانده بدهی وام، اقساط وام و تاریخ سررسید اقساط وام (از زمان دریافت وام).



- ۹- مبلغ ذخیره ریاضی و ارزش بازخریدی بیمه نامه.
- ۱۰- نرخ بازده سالانه سرمایه‌گذاری از محل ذخایر ریاضی و مبلغ مشارکت در منافع پرداخت شده و تاریخ واریز آن.

بخش نامه شماره ۹۷/۴۰۵/۴۷۱۲ مورخ ۱۳۹۷/۰۲/۰۸ بیمه مرکزی
تأکید بر لزوم نظارت شرکت‌های بیمه بر تبلیغات نمایندگان بیمه جهت عرضه
بیمه نامه‌های عمر

علیرغم تصریح مواد فصل دوم آیین نامه شماره ۷۱ (حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها) برخی از نمایندگان اقدام به تبلیغات در قالب توضیحات شفاهی، توزیع بروشور، تراکت و غیره، مغایر با ضوابط و مقررات مصوب شورای عالی بیمه می‌نمایند، لذا ضمن تأکید بر تکلیف مقرر در رعایت ماده ۵ آیین نامه مذکور که اشعار می‌دارد:

«هرگونه تبلیغ بیمه‌ای که توسط نمایندگان بیمه انجام می‌شود باید با هماهنگی و تأیید مؤسسه بیمه ذی‌ربط باشد و مؤسسه بیمه موظف است بر تبلیغات نمایندگان خود نظارت نموده و با موارد تخلف برخورد نماید.»

ضروری است ترتیبی اتخاذ شود تا رعایت کامل مراتب در دستور کار آن شرکت قرار گرفته و موضوع به نحو مقتضی به واحدهای ذی‌ربط ابلاغ گردد.

بخش نامه شماره ۹۸/۴۰۵/۹۳۸۲۲ مورخ ۱۳۹۸/۰۷/۲۱ بیمه مرکزی
ضرورت اعلام رضایت کتبی بیمه شده (موضوع ماده ۲۳ قانون بیمه) در تکمیل فرم
پیشنهاد بیمه و امضای آن توسط بیمه‌گذار / بیمه شده

شرکت‌های بیمه موظف‌اند موارد زیر را قبل از صدور بیمه نامه‌های مربوطه به دقت کنترل و به نحو مقتضی به اطلاع واحدهای اجرایی و شبکه فروش برسانند:

در مواردیکه بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی باشند، شخص بیمه‌گذار باید رأساً مبادرت به امضا و تأیید فرم پیشنهاد نماید.

در مواردی که بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی نباشند، رضایت کتبی بیمه‌شده ضروری است و چنانچه بیمه‌شده اهلیت قانونی نداشته باشد اظهارات کتبی ولی یا قیم او قابل استناد خواهد بود. امضای بیمه‌شده در فرم پیشنهاد به عنوان رضایت کتبی تلقی می‌شود.



بخش نامه شماره ۹۹/۴۰۵/۷۲۸۴۲ مورخ ۱۳۹۹/۰۶/۲۴ بیمه مرکزی
ضرورت محاسبه سهم مشارکت درمنافع قطعی در سود بیمه گذاران متناسب
با مدت زمان و میزان ذخیره ریاضی

مطابق با مفاد مندرج در فصل چهارم آیین‌نامه شماره ۶۸، مصوب شورای عالی بیمه با عنوان مشارکت در منافع (موضوع مواد ۱۱ الی ۱۴)، مؤسسات بیمه مکلف‌اند در انواع بیمه‌های زندگی جز در بیمه‌های خطر فوت زمانی، بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی خود را در حداقل ۸۵ درصد منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه‌های مذکور به نحو مقتضی سهم نمایند. نظر به بررسی‌های بعمل آمده، بعضاً مشاهده گردیده معدودی از مؤسسات بیمه از پرداخت سهم سود مشارکت در منافع به آن دسته از بیمه‌نامه‌هایی که بیمه‌گذاران آنها قبل از اتمام سال مالی یا تعیین مبلغ مشارکت در منافع، اقدام به بازخرید یا دریافت سرمایه بیمه‌نامه نموده‌اند، خودداری می‌نمایند. لذا ضمن تأکید بر رعایت دقیق قوانین و مقررات، صراحتاً اعلام می‌دارد، مؤسسات بیمه موظف‌اند تمامی بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی ذخیره‌دار را که منابع آنها در ایجاد سود مشارکت آن سال نقش داشته، متناسب با مدت زمان و میزان ذخیره ریاضی بیمه نامه در سود مشارکت قطعی سهم نمایند.

بخش نامه شماره ۱۴۰۰/۴۰۵/۱۳۰۴۵۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۱۶ بیمه مرکزی
نحوه اجرای ماده ۲۴ آیین‌نامه شماره ۷۱ مصوب شورای عالی بیمه

در خصوص بیمه‌نامه‌های زندگی دارای ذخیره ریاضی سررسید شده اما تسویه نشده‌ای که به هر دلیل شناسایی ذی‌نفع بیمه زندگی ظرف مدت ۳۰ روز پس از احراز فوت بیمه‌شده یا سررسید بیمه‌نامه امکان‌پذیر نبوده و بعضاً منجر به تضییع حقوق ذی‌نفع بیمه‌نامه می‌گردد، بر اجرای ماده ۲۴ آیین‌نامه شماره ۷۱ مصوب شورای عالی بیمه تأکید و اعلام می‌گردد طبق ماده مذکور «مؤسسه بیمه موظف است ضمن اطلاع‌رسانی به روش‌های کارا و موثر، مزایای قابل پرداخت را در یکی از بانک‌ها با هدف پرداخت سود به ذی‌نفع، سرمایه‌گذاری نماید.» لذا لازم است سود متعلقه به ذخیره ریاضی بیمه‌نامه‌های سررسید شده و تسویه نشده، صرفاً بر مبنای نرخ سود بانکی منظور گردد.

در اجرای ماده مذکور، مؤسسات بیمه موظف‌اند در تهیه صورت‌های مالی (یادداشت شماره ۴۳ صورت‌های مالی نمونه)، مبلغ ذخیره ریاضی بیمه‌نامه‌های سررسید شده را پس از اعمال سود بانکی متعلقه درج نمایند. لذا خواهشمند است دستور فرمایید همزمان با ارسال صورت‌های مالی حسابرسی نشده به بیمه مرکزی، به صورت جداگانه «مبلغ سرمایه‌گذاری از محل ذخیره ریاضی بیمه‌نامه‌های سررسید شده و تسویه نشده» و «نرخ سود بانکی مربوطه» به اداره کل نظارت بر بیمه‌های زندگی اعلام گردد.

فصل سوم

بیمه های حوادث





(آیین نامه شماره ۸۴)

آیین نامه شرایط عمومی بیمه نامه حوادث اشخاص

مصوب ۱۳۹۲/۰۳/۲۲

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۹۲/۳/۲۲ شرایط عمومی بیمه نامه حوادث اشخاص را مشتمل بر ۲۰ ماده و ۹ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد: این بیمه نامه براساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزو غیرقابل تفکیک بیمه نامه است) بین بیمه گر و بیمه گذار تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین است. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که بیمه گر قبول نکرده و قبل از صدور بیمه نامه به بیمه گذار اعلام کرده است جزو تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد. در صورتی که بیمه شده و بیمه گذار شخص واحد نباشد بیمه گذار باید رضایت کتبی بیمه شده و در مورد بیمه شده ای که اهلیت قانونی نداشته باشد موافقت ولی یا قیم او را به بیمه گر ارائه نماید و گرنه بیمه نامه باطل است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد با این مفاهیم استفاده شده اند:

۱- بیمه گر: بیمه گر شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در بیمه نامه درج گردیده است و جبران خسارت و یا پرداخت غرامت ناشی از حوادث تعیین شده را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه به عهده می گیرد.

۲- بیمه گذار: بیمه گذار شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه درج گردیده و موظف به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه می باشد.

۳- بیمه شده: بیمه شده شخصی است که مشخصات وی در بیمه نامه درج شده است و بیمه گر متعهد به پرداخت خسارت و یا غرامت بدنی او به علت تحقق خطرات مشمول این بیمه نامه است.

۴- ذی نفع: ذی نفع شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی هستند که مشخصات آنان در بیمه نامه درج گردیده است و خسارت و یا غرامت مربوط به بیمه نامه به آنها پرداخت می شود. در صورتی که ذی نفع در بیمه نامه تعیین نشده باشد غرامت به بیمه شده و در صورت فوت بیمه شده، غرامت به نسبت سهم الارث، به وراث قانونی بیمه شده پرداخت می گردد.

۵- حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه گذار موظف است طبق شرایط خصوصی بیمه نامه به بیمه گر بپردازد.



۶- سرمایه بیمه و یا غرامت بیمه: سرمایه بیمه و یا غرامت بیمه وجهی است که بیمه‌گر متعهد می‌گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول بیمه طبق شرایط بیمه‌نامه به ذی نفع بپردازد.

۷- حادثه: حادثه موضوع این بیمه، هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی است که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۸- نقص عضو یا ازکارافتادگی دائم (کلی یا جزئی): منظور از نقص عضو یا ازکارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن است که به علت حادثه تحت پوشش بیمه‌نامه به وجود آید و حداکثر تا دو سال بعد از وقوع حادثه بروز نماید و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

۹- مدت بیمه: جز در مواردی که در بیمه‌نامه به نحو دیگری توافق شده باشد مدت این بیمه‌نامه یک سال شمسی است و تاریخ شروع و انقضای آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه مشخص می‌گردد.

ماده ۳- خطرات بیمه‌شده: تأمین غرامت مورد تعهد از سوی بیمه‌گر با رعایت استثنائات و محدودیت‌های مندرج در بیمه‌نامه، شامل تحقق خطر (حادثه) موضوع بند ۷ ماده ۲ این بیمه‌نامه است. همچنین خسارت یا غرامت ناشی از موارد زیر جزو تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌شود:

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

ب - ابتلا به هاری، کزاز، سیاه‌زخم و گزیدگی.

ج - دفاع مشروع بیمه‌شده.

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

فصل دوم- وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

ماده ۴- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار و بیمه‌شده در پاسخ به پرسش بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نمایند یا عمداً بر خلاف واقع اظهار بنمایند بیمه‌نامه باطل و بی‌اثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده هیچ‌گونه تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه‌گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه‌گر می‌تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه‌گذار در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه و یا هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که مؤثر بر تعهدات بیمه‌گر و وظایف بیمه‌گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت خواهد بود. اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی‌شود. در این صورت هرگاه مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه‌گر حق



دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقا کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند. در صورت فسخ، بیمه‌گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ده روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه‌گذار شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار مسترد دارد. در صورتی که مطلب اظهارنشده یا اظهار خلاف واقع بعد از وقوع حادثه معلوم شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه‌ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقعی پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

در قراردادهای گروهی در صورتی که هر یک از بیمه‌شدگان اظهارات خلاف واقع عمدی داشته باشند بیمه‌نامه نسبت به وی باطل خواهد شد.

ماده ۵- پرداخت حق بیمه: بیمه‌نامه با تقاضای بیمه‌گذار و قبول بیمه‌گر صادر می‌شود ولی شروع پوشش بیمه‌ای و اجرای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در بیمه‌نامه پیش‌بینی شده است. چنانچه پرداخت حق بیمه به صورت قسطی باشد و بیمه‌گذار هر یک از اقساط موعد رسیده را به هر دلیل پرداخت نکند بیمه‌گر می‌تواند بیمه‌نامه را با رعایت ماده ۱۲ این آیین‌نامه فسخ نماید. چنانچه بیمه‌گر بیمه‌نامه را فسخ نکرده باشد در صورت وقوع حادثه، خسارت را به نسبت حق بیمه پرداخت‌شده به حق بیمه‌ای که تا زمان وقوع حادثه باید پرداخت می‌شد پرداخت خواهد کرد مگر آنکه در شرایط خصوصی بیمه‌نامه ضوابط دیگری درج شده باشد.

ماده ۶- تغییر خطر: هرگاه در مدت بیمه، در شغل یا فعالیت‌های بیمه‌شده تغییری بوجود آید بیمه‌شده یا بیمه‌گذار موظفند حداکثر ظرف ده روز بیمه‌گر را آگاه سازند. در صورت تغییر خطر، بیمه‌گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقی‌مانده پیشنهاد می‌نماید. در صورتی که طرفین نتوانند درباره میزان حق بیمه تعدیل‌شده توافق نمایند هر یک از طرفین می‌تواند حداکثر ظرف ده روز بیمه‌نامه را فسخ نماید. در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه‌گر و وقوع حادثه، غرامت با اعمال قاعده نسبی حق بیمه پرداخت خواهد شد.

ماده ۷- وظایف بیمه‌شده، بیمه‌گذار و ذی نفع در صورت وقوع حادثه:

الف - به محض وقوع حادثه غیر از فوت، بیمه‌شده موظف است به پزشک مراجعه و دستورهای وی را رعایت نماید و بیمه‌شده یا بیمه‌گذار موظفند حداکثر ظرف پانزده روز بعد از وقوع حادثه، مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برسانند.

ب - در صورت فوت بیمه‌شده، بیمه‌گذار و یا ذی نفع باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع از فوت بیمه‌شده مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برسانند.

ج - بر حسب مورد، بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی نفع حسب مورد باید مدارک لازم را به بیمه‌گر تسلیم نمایند و به سؤالات او در رابطه با حادثه از روی صداقت پاسخ دهند.

د - بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی نفع ملزم به قبول هرگونه تحقیقات و یا معاینه پزشکی که هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است هستند.



تبصره: در صورتی که بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذی نفع تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند بیمه‌گر می‌تواند به نسبت تأثیر قصور در افزایش خسارت، خسارت قابل پرداخت را کاهش دهد مگر اینکه ثابت نمایند به علت خارج از اراده خود قادر به انجام تکالیف نبوده است.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸- خسارات مورد تعهد: این بیمه‌نامه، غرامت فوت، نقص عضو یا ازکارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) را که بطور مستقیم ناشی از موارد مذکور در ماده ۳ این شرایط عمومی باشد تأمین می‌نماید. در صورت توافق طرفین و پرداخت حق بیمه مربوط، هزینه پزشکی و غرامت روزانه ناشی از حوادث و سایر پوشش‌های اضافی نیز قابل تأمین است.

تبصره: شرکت بیمه مجاز است که در صورت تمایل بیمه‌گذار، خطرات فوت و ازکارافتادگی و نقص عضو کامل و دائم (کلی یا جزئی) را به صورت مجزا ارائه نماید.

ماده ۹- مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر باید بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید و در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور مکتوب به بیمه‌گذار یا ذی نفع اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، آن را پرداخت نماید. در مواردی که پرداخت خسارت پس از تکمیل مدارک مثبته از سوی بیمه‌گر به تأخیر می‌افتد طبق حکم ماده ۵۲۲ آئین دادرسی مدنی عمل می‌شود.

ماده ۱۰- تعیین میزان غرامت بیمه:

۱- غرامت فوت: در صورتی که بیمه‌شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول این بیمه‌نامه فوت کند بیمه‌گر متعهد است سرمایه بیمه را طبق شرایط این بیمه‌نامه و الحاقیه آن و یا هرگونه توافق کتبی دیگر به ذی نفع بپردازد.

۲- غرامت نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم (کلی و جزئی): در صورتی که بیمه‌شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول بیمه دچار نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم شود بیمه‌گر متعهد است غرامت مربوطه را طبق شرایط این بیمه‌نامه و ضامم آن و جدول نقص عضو به شرح ذیل بپردازد.

الف - نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی:

موارد زیر نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی محسوب می‌شود و غرامت این موارد معادل صد درصد سرمایه بیمه‌شده خواهد بود.

۱- نابینایی کامل و دائم هر دو چشم.

۲- ازکارافتادگی دائم و کامل یا قطع دو دست، حداقل از مج.

۳- ازکارافتادگی دائم و کامل یا قطع دو پا، حداقل از مج.

۴- ازکارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست و یک پا، حداقل از مج.

۵- از دست دادن هر دو پنجه‌ها.



۶- قطع کامل نخاع.

۷- ناشنوایی کامل و دائم هر دو گوش.

۸- برداشتن فک پایین.

ب - موارد زیر نقص عضو و از کارافتادگی دائم و جزیی محسوب می شود و غرامت این موارد معادل درصدی از سرمایه بیمه نقص عضو و از کارافتادگی است.

(ارقام به درصد)

۸۰	از دست دادن قدرت و توانایی حرف زدن (لالی) اعم از کارافتادگی دائم و کامل حنجره یا قطع زبان	۱
۷۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از بازو	۲
۶۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از ساعد	۳
۵۵	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست از مچ	۴
۵۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع کامل انگشتان هر دست	۵
۳۶	انگشت شست	۵/۱
۲۴	بند اول شست	۵/۲
۲۵	سبابه	۵/۳
۱۲	بند اول سبابه	۵/۴
۲۰	بند اول و دوم سبابه	۵/۵
۱۵	هر یک از دو انگشت میانه	۵/۶
۱۰	انگشت کوچک	۵/۷

در هر حال حداکثر تعهد بیمه گر بابت مجموع نقص عضو انگشتان هر دست از ۵۰ درصد سرمایه بیمه شده تجاوز نخواهد کرد و در صورتی که مجموع انگشتان هر دو دست قطع و یا از کار افتاده دائم گردد حداکثر معادل ۸۰ درصد سرمایه بیمه قابل پرداخت خواهد بود.



(ارقام به درصد)

۶	فقدان دندان ها حداکثر	۲۸
۷	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مفصل ران	۷۰
۸	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از ساق	۶۰
۹	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مچ	۵۵
۱۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع انگشتان پا	۳۰
۱۰/۱	شست پا	۱۰
۱۰/۲		۵
۱۱	نابینا شدن یک چشم (در صورتی که بیمه شده قبل از حادثه از بینایی کامل یک چشم محروم بوده باشد درصد نقص عضو نابینا شدن (چشم دیگر ۸۰ درصد 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 درصد نقص عضو ناشنوا شدن گوش دیگر ۶۵ درصد خواهد بود).	۳۵
۱۳	از دست دادن لاله گوش	۱۰
۱۴	از دست دادن حس بویایی	۱۵
۱۵	از دست دادن حس چشایی	۱۵
۱۶	غرامت نقص عضو سایر اعضای سر (جمعمه) و صورت از حداکثر ۴۰ درصد سرمایه بیمه تجاوز نخواهد کرد.	
۱۷	یک کلیه	۳۰
۱۸	طحال	۷
۱۹	بیضه	۵
۲۰	سایر اعضای داخل بدن به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر	

پ - در موارد غیر از بندهای الف و ب فوق، نقص عضو و از کارافتادگی دائم اعم از کلی یا جزئی و همچنین میزان غرامت مربوط با نظر پزشک معتمد بیمه گر تعیین می گردد. تبصره: بیمه مرکزی می تواند با بررسی تخصصی لازم، جدول نقص عضو و از کارافتادگی دائم و جزئی را اصلاح یا تکمیل نماید.

فصل چهارم - خسارت های خارج از تعهدات بیمه گر

ماده ۱۱- موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

الف - خودکشی و یا اقدام به آن.

ب - صدمات بدنی که بیمه شده عمداً موجب آن شود.

ج - مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و روان گردان.

د - استفاده از داروهای کاهنده هوشیاری و خواب آور بدون تجویز پزشک.



هـ - ارتکاب بیمه‌شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن.
و - هر نوع دیسک و یا فتن بیمه‌شده.

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

ح - فوت بیمه‌شده به علت حادثه ناشی از عمد ذی نفع (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت). در این صورت بیمه‌گر فقط متعهد به پرداخت سهم سایر افراد ذی نفع در سرمایه بیمه خواهد بود.

ط - جنگ (بجز انفجار و یا عملکرد ادوات نظامی که بعد از جنگ بجا مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

ی - زمین‌لرزه، آتش‌فشان و فعل و انفعالات هسته‌ای.

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

تبصره ۱: خطرات مندرج در بندهای ط، ی و ک با موافقت کتبی بیمه‌گر و اخذ حق بیمه مربوطه قابل پوشش است و برای پوشش بند ط رعایت موارد زیر ضروری است:

۱- بیمه‌شده نباید در تحقق خطر بیمه‌شده مشارکت داشته باشد.

۲- بیمه‌گر می‌تواند با ارسال اخطار کتبی ۱۰ روزه پوشش بیمه‌ای موضوع بند مذکور را لغو نماید.

تبصره ۲: مؤسسات بیمه می‌توانند با اخذ موافقت قبلی از بیمه‌مرکزی خطرات اضافی دیگری را بیمه نمایند.

فصل پنجم - فسخ و انفساخ بیمه‌نامه

ماده ۱۲- موارد فسخ بیمه‌نامه: در موارد زیر هر یک از طرفین بیمه‌نامه می‌توانند بیمه‌نامه را فسخ نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر: بیمه‌گر در موارد زیر می‌تواند بیمه‌نامه را فسخ نماید.
در این صورت حق بیمه مدت اعتبار بیمه‌نامه به صورت روزشمار محاسبه خواهد شد.
۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در موعد یا مواعد معین.
۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و یا بدون سوءنیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد.

۳- در صورت تشدید خطر موضوع ماده ۶ این شرایط و عدم موافقت بیمه‌گذار با تعدیل حق بیمه و یا تغییر وضعیت بیمه‌شده به نحوی که اگر وضعیت مزبور قبل از



قرارداد بود بیمه‌گر حاضر به انعقاد قرارداد با شرایط مذکور در قرارداد فعلی نمی‌شد.
تبصره: در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ نماید موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد. در این صورت، ده روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه‌گذار بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌گردد.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار: بیمه‌گذار می‌تواند بیمه‌نامه را فسخ نماید. در این صورت بیمه‌گر حق بیمه تا زمان فسخ را بر اساس تعرفه کوتاه‌مدت محاسبه می‌نماید مگر در مواردی که فسخ توسط بیمه‌گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد که در این صورت حق بیمه تا زمان فسخ بطور روزشمار محاسبه خواهد شد:

۱- انتقال پرتفوی بیمه‌گر.

۲- کاهش خطر موضوع بیمه و عدم موافقت بیمه‌گر با تعدیل حق بیمه.
تبصره: بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر تقاضای فسخ بیمه‌نامه را بنماید. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه‌گر، بیمه‌نامه فسخ شده محسوب می‌شود. چنانچه در درخواست بیمه‌گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

ماده ۱۳- موارد انفساخ بیمه‌نامه: در صورت فوت بیمه‌شده به علت تحقق خطری که تحت پوشش این بیمه‌نامه نباشد بیمه‌نامه از زمان فوت بیمه‌شده منفسخ می‌گردد. در موارد انفساخ، حق بیمه مدت منقضی شده بر اساس تعرفه روزشمار محاسبه می‌شود.
تبصره: در قراردادهای گروهی پوشش بیمه‌نامه فقط برای بیمه‌شده متوفی لغو خواهد شد.

فصل ششم- سایر موارد

ماده ۱۴- کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با بیمه‌نامه باید بطور کتبی با رعایت مقررات مربوط به آخرین نشانی اعلام شده به طرف مقابل اعلام گردد.

ماده ۱۵- در موارد خاص، شرکت بیمه می‌تواند با اخذ مجوز از بیمه مرکزی، سرمایه نقص عضو جزئی یک یا چند عضو را به صورت دیگری تعیین نماید.

ماده ۱۶- در همه موارد، تشخیص نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی و یا دائم جزئی و همچنین حداقل میزان آن با رعایت جدول ذی ربط با پزشک معتمد بیمه‌گر می‌باشد و مجموع سرمایه‌های هر یک از موارد مذکور در مدت بیمه بابت فوت، نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) موضوع این بیمه‌نامه نمی‌تواند از مجموع سرمایه بیمه هریک از پوشش‌های مذکور تجاوز نماید.

ماده ۱۷- نحوه حل و فصل اختلاف
طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. اگر اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد می‌توانند از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه



موضوع را حل و فصل کنند. در صورت انتخاب روش داوری، طرفین قرارداد می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین، هر یک از طرفین باید داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی کند. داوران منتخب، داور سومی را به عنوان سرداور انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می‌کنند. در صورتی که هریک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از معرفی داور طرف مقابل، داور منتخب خود را معرفی نکند و یا داوران منتخب، برای انتخاب سرداور به توافق نرسند هر یک از طرفین می‌تواند حسب مورد تعیین داور یا سرداور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق‌الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق‌الزحمه سرداور را می‌پردازد و در خاتمه، همه هزینه‌های داوری بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می‌شود.

ماده ۱۸- مدت بیمه یک سال است و حق بیمه بیمه‌نامه‌هایی که مدت آنها کمتر از یک سال باشد به صورت زیر تعیین می‌شود:

مدت اعتبار	حق بیمه بر مبنای حق بیمه یک‌ساله
تا ۵ روز	۵ درصد حق بیمه سالانه
از ۶ روز تا ۱۵ روز	۱۰ درصد حق بیمه سالانه
از ۱۶ روز تا ۳۰ روز	۲۰ درصد حق بیمه سالانه
از ۳۱ روز تا ۶۰ روز	۳۰ درصد حق بیمه سالانه
از ۶۱ روز تا ۹۰ روز	۴۰ درصد حق بیمه سالانه
از ۹۱ روز تا ۱۲۰ روز	۵۰ درصد حق بیمه سالانه
از ۱۲۱ روز تا ۱۵۰ روز	۶۰ درصد حق بیمه سالانه
از ۱۵۱ روز تا ۱۸۰ روز	۷۰ درصد حق بیمه سالانه
از ۱۸۱ روز تا ۲۷۰ روز	۸۵ درصد حق بیمه سالانه
از ۲۷۰ روز به بالا	۱۰۰ درصد حق بیمه سالانه

ماده ۱۹- پوشش‌های این بیمه‌نامه برای حوادث داخل و خارج قلمرو جمهوری اسلامی ایران است مگر آنکه به صورت دیگری توافق شده باشد.

ماده ۲۰- این آیین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۲/۵/۱ جایگزین آیین‌نامه‌های شماره ۲۳ و ۲۴ (شرایط عمومی و تعرفه بیمه حوادث انفرادی) مصوب شورای عالی بیمه خواهد شد و لازم‌الاجرا خواهد بود.



شرایط اختصاصی بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه

ضمیمه بیمه نامه حوادث اشخاص

ماده ۱- هزینه‌های پزشکی عبارت است از هزینه‌هایی که بیمه‌شده یا بیمه‌گذار به علت تحقق خطرات موضوع بیمه‌نامه، بابت دریافت خدمات درمانی پرداخت می‌نماید.

ماده ۲- هزینه پزشکی قابل پرداخت توسط بیمه‌گر عبارت است از مبلغ مندرج در صورت حساب درمانی مربوطه و یا حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه‌گر هر کدام که کمتر باشد. مشروط بر آنکه حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز پس از پرداخت هزینه، صورتحساب آن به بیمه‌گر تسلیم شده باشد و با رعایت شرایط زیر پرداخت می‌شود:

۱- درمان بیمه‌شده باید حداکثر ظرف دو سال از پایان مدت بیمه شروع شده باشد.

۲- حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه‌گر برای هر حادثه معادل بیست درصد سرمایه فوت یا نقص عضو کامل و دائم (هر کدام بیشتر باشد) خواهد بود.

ماده ۳- مجموعه حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتد یک حادثه محسوب می‌گردد.

ماده ۴- بیمه‌گر می‌تواند اسناد و مدارک پزشکی بیمه‌شده را بررسی و در مورد چگونگی درمان و معالجه بیمه‌شده تحقیق نماید.

ماده ۵- هزینه انتقال بیمه‌شده به منظور معالجه در مواردی که طبق تشخیص پزشک معالج جنبه اورژانس داشته و یا امکان معالجه وی در محل وقوع حادثه نباشد جزو هزینه‌های پزشکی محسوب شده و قابل پرداخت است.

شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه

ضمیمه بیمه نامه حوادث اشخاص

ماده ۱- تعاریف:

۱- از کارافتادگی موقت به مفهوم از دست دادن موقت توانایی جسمی و یا روانی بیمه‌شده است که در اثر تحقق خطر موضوع بیمه به تشخیص پزشک معالج و به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، بیمه‌شده را از انجام وظایف شغلی باز می‌دارد اعم از اینکه بستری شده یا نشده باشد.

۲- غرامت روزانه عمومی عبارت است از مبلغی که در ایام از کارافتادگی موقت بیمه‌شده به علت تحقق خطر موضوع بیمه به وی پرداخت می‌گردد.

ماده ۲- تعهد بیمه‌گر:

تعهد بیمه‌گر برای پرداخت غرامت روزانه عمومی مشروط بر آن است که خطر موضوع بیمه در مدت اعتبار بیمه‌نامه تحقق یابد و حداکثر ظرف دو سال از تاریخ انقضای بیمه‌نامه منجر به از کارافتادگی موقت بیمه‌شده گردد.

۱- حداکثر غرامت روزانه مورد تعهد بیمه‌گر معادل پنج در هزار سرمایه فوت یا



نقص عضو کامل و دائم (هر کدام بیشتر باشد) خواهد بود.

۲- تعهد بیمه گر برای پرداخت غرامت روزانه عمومی از چهارمین روز از کارافتادگی موقت محاسبه می شود و حداکثر برای یکصد و هشتاد روز خواهد بود.

ماده ۳- سایر شرایط:

- مجموعه حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتد یک حادثه محسوب می گردد.

شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه بستری شدن در مراکز درمانی مجاز

ضمیمه بیمه نامه حوادث اشخاص

ماده ۱- تعاریف:

غرامت روزانه بستری شدن بیمه شده، مبلغی است که در ایام بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی مجاز به علت تحقق خطر موضوع بیمه به وی پرداخت می گردد.

ماده ۲- تعهد بیمه گر:

تعهد بیمه گر در مورد پرداخت غرامت روزانه بستری شدن در مراکز درمانی مجاز در صورتی است که خطر موضوع بیمه در مدت بیمه تحقق یابد و حداکثر ظرف دو سال از تاریخ انقضای بیمه نامه منجر به بستری شدن بیمه شده گردد. پس از انقضای مدت یادشده بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت غرامت موضوع این بیمه نخواهد داشت.

۱- تعهد بیمه گر از چهارمین روز بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی مجاز محاسبه و حداکثر برای نود روز خواهد بود.

۲- حداکثر غرامت روزانه مورد تعهد بیمه گر معادل پنج درهزار سرمایه بیمه فوت یا نقص عضو کامل و دائم (هر کدام بیشتر باشد) خواهد بود.

ماده ۳- سایر شرایط:

مجموعه حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتد یک حادثه محسوب می گردد.

فصل چهارم

بیمه های درمان





(آیین‌نامه شماره ۹۹)

آیین‌نامه بیمه‌های درمان

مصوب ۱۳۹۸/۱۰/۲۵

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۵ در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، «آیین‌نامه بیمه‌های درمان» را مشتمل بر ۲۹ ماده و ۱۶ تبصره به شرح ذیل تصویب و از تاریخ ابلاغ جایگزین آیین‌نامه شماره ۷۴ و مکمل‌های آن نمود:

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس بیمه‌نامه: این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: تعاریف و اصطلاحات مذکور در این آیین‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند:

۱- بیمه‌گر: مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است.

۲- بیمه‌گر پایه: سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

۳- بیمه‌گذار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه‌نامه است.

۴- گروه بیمه‌شدگان:

الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به عنوان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.

تبصره ۱: بیمه‌شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲: حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه‌گذار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرارگیرند.

تبصره ۳: بیمه‌گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه‌نامه می‌تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

تبصره ۴: ارایه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه‌شده اصلی به تشخیص بیمه‌گر بلامانع می‌باشد.
ب- ارایه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها (از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها) به این شرط مجاز است که بیمه‌گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه بطور همزمان بیمه شوند.



۵- **موضوع بیمه:** جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه‌نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۶- **حادثه:** هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۷- **بیماری:** وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد.

۸- **Day Care:** به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد.

۹- **حق بیمه:** وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.

۱۰- **حق بیمه شناور:** وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه‌نامه توسط بیمه‌گر برآورد می‌شود و میزان قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه‌نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه‌گذار اعلام می‌گردد.

۱۱- **دوره انتظار:** دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

۱۲- **خسارت ارزیابی شده:** مبلغی که بر اساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی درمانی مصوب مراجع ذی صلاح قانونی تعیین می‌گردد.

۱۳- **فرانشیز:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می‌شود.

۱۴- **خسارت قابل پرداخت:** مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.

۱۵- **مدت بیمه:** مدت بیمه معادل یک سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

فصل دوم - پوشش‌های قابل ارایه

ماده ۳- پوشش‌های قابل ارایه عبارت است از:

الف- پوشش‌های اصلی:

۱- جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.

تبصره: سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندیکای بیمه‌گران ایران و تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران قابل پوشش است.

۲- هزینه همراه بیمه‌شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.



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

ب- پوشش‌های اضافی:

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

۱- افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه‌شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش‌های اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.
تبصره: هزینه‌های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش‌های اصلی پرداخت می‌شود.

۲- جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.
تبصره ۱: دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.
تبصره ۲: چنانچه بیمه‌شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

۳- جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

۴- هزینه‌های پاراکلینیکی:

۴-۱- جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۲- جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکرو، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.



۳-۴- جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست-های آلرژیک در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۴-۴- جبران هزینه تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۵-۴- جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۶-۴- جبران هزینه‌های بستری جهت درمان بیماری‌های روان‌پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۱: هزینه نگهداری بیماران روان‌پریش تحت پوشش نیست.

تبصره ۲: تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۱-۴ تا ۵-۴ برای هر بیمه‌شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش‌های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.

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

۶- جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان‌پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

تبصره: هزینه‌های دندانپزشکی تا زمانی که تعرفه‌ای در این خصوص توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه‌ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و ابلاغ می‌شود..

۷- جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم‌پزشک و یا اپتومتریست حداکثر تا ۲ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۸- جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر چشم بیمه‌شده.

۹- جبران هزینه مربوط به خرید سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش‌های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.



تبصره: فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می شود.

۱۱- هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

تبصره: سندیکای بیمه گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اروتز را سالیانه تنظیم و ابلاغ می کند.

۱۲- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

ماده ۴- حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش های اصلی سالیانه موضوع ماده ۳، باید توسط بیمه گر در بیمه نامه درج شود.

ماده ۵- در صورتی که تعهدات پوشش های اصلی نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش های اضافی نیز می تواند نامحدود در نظر گرفته شود.

ماده ۶- تعهد پوشش های اضافی مربوط به بند ب ماده ۳، مازاد بر سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه است.

فصل سوم - شرایط

ماده ۷- اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلفند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می شود و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ماده ۸- فرانشیز

۱- فرانشیز هزینه های پوشش های اصلی و اضافی و سایر هزینه های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

بیمه گر می تواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین نامه شماره ۹۴



مصوب شورای عالی بیمه و دریافت حق بیمه اضافی، فرانشیز را کاهش دهد.

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۹- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه طبق مفاد بیمه‌نامه است.

ماده ۱۰- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

ماده ۱۱- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی- درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

ماده ۱۲- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی- درمانی را براساس مفاد بیمه‌نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۱۳- چنانچه در مدت بستری، بیمه‌نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۴- استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر خارج نیست:

۱- اعمال جراحی که به‌منظور زیبایی انجام می‌شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.

۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۴- ترک اعتیاد.

۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.

۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتش‌فشان.

۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح.

۹- فعل و انفعالات هسته‌ای.



- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۲- هزینه‌های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
 - ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
 - ۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
 - ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
 - ۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.
- تبصره:** بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.
- ماده ۱۵-** بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مراکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل شود، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.
- ماده ۱۶-** در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی- درمانی مصوب مراجع ذی‌صلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.
- ماده ۱۷-** چنانچه بیمه‌شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت‌بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.



ماده ۱۸- حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۹- در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه شدگان وابسته وی به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۲۰- هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب‌های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره: میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۲۱- فسخ بیمه نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
- ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتنوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که بیمه‌شدگان به دلیل آن بیمه شده‌اند.

ج- نحوه فسخ:

- ۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار فسخ‌شده تلقی می‌گردد.
- ۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه‌نامه را



تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه از طرف بیمه گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می شود.

۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه گر پرداخت کند. بیمه گر می تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۲۲- بیمه گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۲۳- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۲۴- ارجاع به داوری: بیمه گر یا بیمه گذار می توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می کنند. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می شود.

فصل چهارم - سایر مقررات

ماده ۲۵- بیمه گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می تواند بیمه نامه درمان خانواده و یا بیمه نامه برای مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، ارایه نماید:

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش نامه سلامتی ارایه شده توسط بیمه گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می شود.



۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه گر می تواند با توجه به پاسخ های مندرج در پرسش نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارایه پوشش بیمه ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

تبصره: بیمه گر می تواند مشروط به اخذ پرسشنامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید.

ماده ۲۶- بیمه مرکزی ج.ا. ایران می تواند با ارایه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین نامه ذکر نشده است و همچنین ارایه پوشش بیمه به گروه هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می شوند، موافقت کند.

ماده ۲۷- بیمه گر مجاز به ارایه پوشش خارج از موارد پیش بینی شده در این آیین نامه و یا مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی ج.ا. ایران تحت عناوینی از قبیل صندوق تکمله درمان و عناوین مشابه نمی باشد.

ماده ۲۸- مؤسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا. ایران ابلاغ خواهد شد می تواند بیمه نامه با حق بیمه شناور صادر نماید.

ماده ۲۹- دستورالعمل نحوه رسیدگی به اسناد هزینه های تشخیصی - درمانی و الکترونیکی کردن تبادل اطلاعات مربوط به ارزیابی و رسیدگی به اسناد هزینه های موضوع این آیین نامه حداکثر ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این آیین نامه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و پس از تأیید بیمه مرکزی ج.ا. ایران به مؤسسات بیمه ابلاغ خواهد شد.

بخش نامه شماره ۴۷۱۵ مورخ ۱۳/۰۲/۱۳۸۸ بیمه مرکزی

پوشش های صندوقی

براساس اطلاع واصله برخی از شرکت های بیمه خصوصی و دولتی (یا نمایندگان آنها) در رقابت با سایر شرکت های بیمه به منظور جذب بیمه گذار و بنا به درخواست آنان، برخی پوشش های تکمیلی عمر، حوادث و درمان گروهی و یا سایر پوشش های بیمه ای که در مصوبات شورای عالی بیمه پیش بینی نشده و نرخ و شرایط آنها خارج از چارچوب مصوبات است را به عنوان پوشش های صندوق به بیمه گذار ارائه می نمایند.

از آنجا که حسب مقررات جاری شرکت های بیمه در مواردی که شرایط مورد درخواست بیمه گذار مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه نیست ملزم به اخذ تأییدیه قبلی از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی می باشند مقتضی است دستور فرمایند مراتب طی بخشنامه ای به کلیه واحدهای تحت امر آن شرکت ابلاغ گردیده تا از انجام امور مذکور مستقیماً یا از طرق نمایندگان بیمه خودداری نمایند.



بخش نامه شماره ۹۶۲۹/۴۰۰/۹۴ مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۰۶ بیمه مرکزی

ممنوعیت برگشت حق بیمه

نظر به این که برخی از شرکت های بیمه در اجرای تعدادی از قراردادهای عمومی منعقد شده با بیمه گذاران بزرگ خود، پرداخت درصدی از حق بیمه را تحت عناوینی نظیر هزینه های اداری، ... به بیمه گذار تعهد می نمایند؛ صرف نظر از این که چنین اقدام در هر مورد مستلزم اخذ مجوز قبلی از بیمه مرکزی ج.ا.ایران می باشد؛ در برخی موارد مشاهده می شود که درصد پرداختی به بیمه گذار که نوعی هزینه می باشد از حق بیمه کسر و خالص آن به عنوان حق بیمه صادره در حساب های بیمه های مستقیم و اتکایی منظور می شود. با توجه به این که چنین امری مغایر مقررات بیمه گری و رویه های پذیرفته شده حسابداری است و مانع از نشان دادن درست اقلام حق بیمه مستقیم و اتکایی و حذف هزینه های مربوط از دفاتر می شود، خواهشمند است دستور فرمایند در این خصوص رعایت موارد زیر مورد تأکید و توجه قرار گیرد:

۱- در کلیه اسناد از جمله بیمه نامه، الحاقیه و بردرو طبق مقررات و مصوبات، حق بیمه واقعی بر اساس صد درصد درج و در حساب ها منظور و از تهاتر حق بیمه و هزینه در اسناد و حساب ها خودداری شود.

۲- پرداخت هرگونه وجه به بیمه گذار بابت جبران هزینه های اداری یا امکاناتی که بیمه گذار در اختیار بیمه گر قرار می دهد پس از اخذ مجوز از بیمه مرکزی ج.ا.ایران باید به صورت جداگانه در حساب هزینه های عملیاتی شرکت منظور شود.

فصل پنجم

بیمه های مسافرتی





دستور العمل اجرایی ماده ۱۳ آیین نامه اجرایی ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه

اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

ماده ۱۳ آیین نامه اجرایی ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی: صدور روادید برای اتباع خارجی متقاضی ورود به کشور، منوط به داشتن بیمه نامه حوادث و سلامت از شرکت های بیمه گر داخلی یا خارجی مورد تأیید جمهوری اسلامی ایران می باشد.

تبصره: وزارت امور خارجه موظف است با هماهنگی وزارتخانه های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بیمه مرکزی ایران و بر اساس استانداردهای بین المللی ظرف سه ماه نسبت به تدوین دستورالعمل اجرایی این ماده اقدام نماید.

ماده ۱- در این دستورالعمل اصطلاحات مربوطه در معانی ذیل بکار می روند:

الف - اتباع خارجی- افرادی هستند که طبق قوانین جمهوری اسلامی ایران تبعه ایران نبوده و در چارچوب مقررات داخلی و بین المللی با گذرنامه عادی معتبر قصد ورود به کشور را دارند.

ب - بیمه نامه حوادث و سلامت اتباع خارجی بیمه نامه ای که برای اتباع خارجی متقاضی ورود به ایران توسط یکی از شرکت های بیمه گر ایرانی مورد تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و با شرکت های بیمه گر خارجی (بین المللی) مورد تأیید نمایندگی های جمهوری اسلامی ایران به صورت مکتوب و یا الکترونیک صادر می شود.

ج - نمایندگی های جمهوری اسلامی ایران شامل سفارتخانه ها، سرکنسولگری ها، دفاتر حفاظت منافع و یا دفاتر کنسولیاری جمهوری اسلامی ایران در خارج از کشور، دفاتر وزارت امور خارجه در مبادی ورودی بین المللی کشور و همچنین در مبادی مرزی فاقد نمایندگی وزارت امور خارجه، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران (به نمایندگی از طرف وزارت امور خارجه) می باشند.

ماده ۲- نمایندگی های جمهوری اسلامی ایران موظفند قبل از صدور هرگونه روادید، بیمه نامه حوادث و سلامت متقاضی روادید را اخذ و انطباق مدت اعتبار بیمه نامه با مدت روادید و همچنین اعتبار شرکت بیمه گر، اطمینان حاصل نمایند.

تبصره ۱: دارندگان گذرنامه های سیاسی و خدمت، مامورین دولتی و اعضای هیأت های رسمی دعوت شده از سوی وزارتخانه ها، سازمان ها و ارگان های جمهوری اسلامی ایران از ارایه بیمه نامه مستثنی می باشند.

تبصره ۲: در کشورهای فاقد نمایندگی شرکت های معتبر بیمه ایرانی یا خارجی، نمایندگی های جمهوری اسلامی ایران موظفند قبل از صدور هرگونه روادید در قالب فرم درخواست روادید، تعهد لازم را از متقاضیان، مبنی بر خرید بیمه نامه حوادث و سلامت از شرکت های بیمه ایرانی در مبادی ورودی ایران اخذ نمایند.



تبصره ۳: نمایندگی‌های جمهوری اسلامی ایران در مبادی ورودی کشور موظفند از اتباع کشورهای مشمول مقررات لغو روادید، بیمه‌نامه معتبر حوادث و سلامت صادره توسط شرکت‌های بیمه گر معتبر ایرانی و یا شرکت‌های معتبر بیمه گر خارجی را اخذ نمایند.

تبصره ۴: تمدید مدت اقامت اتباع خارجی در ایران، منوط به تمدید و یا تجدید بیمه‌نامه حوادث و سلامت به همان میزان، از سوی شرکت‌های بیمه گر داخلی و یا خارجی مورد تأیید جمهوری اسلامی ایران می‌باشد.

ماده ۳- شرکت‌های بیمه ایرانی و یا خارجی موظفند تمهیدات لازم برای تأمین خدمات تعهد شده پس از فروش بیمه نامه حوادث و سلامت صادره خود از قبیل عقد قرارداد با مراکز پزشکی و درمانی در ایران را فراهم آورند.

تبصره: تأیید صلاحیت شرکت‌های بیمه ایرانی و خارجی توسط مراجع ذی‌ربط، منوط به کسب اطمینان از فراهم بودن تمهیدات مذکور در این ماده می‌باشد.

ماده ۴- نمایندگی‌های جمهوری اسلامی ایران در خارج از کشور، در حد عرف مساعدت‌های لازم به شرکت‌های بیمه ایرانی جهت تسهیل در صدور بیمه نامه حوادث و سلامت در کشور متوقف فیه را ارایه خواهند نمود.

ماده ۵- بیمه مرکزی و امور کنسولی وزارت امور خارجه آخرین لیست شرکت‌های بیمه گر ایرانی و خارجی معتبر را مبادله نموده و رونوشت مکاتبات مربوطه را برای وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران ارسال خواهند نمود.

ماده ۶- مفاد این دستورالعمل اجرایی از سوی وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و بیمه مرکزی به مراجع ذی‌ربط و شرکت‌های بیمه داخل کشور جهت انجام اقدامات مقتضی اطلاع رسانی شده و توسط وزارت امور خارجه به نمایندگی‌های جمهوری اسلامی ایران در خارج از کشور و همچنین دفاتر وزارت امور خارجه در مبادی ورودی بین‌المللی کشور جهت اجرا ابلاغ می‌گردد.

ماده ۷- این دستورالعمل اجرایی در هفت ماده و مجموعاً پنج تبصره توسط وزیر امور خارجه، رفاه و تأمین اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس کل بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در تاریخ ۱۳۹۰/۰۰/۰۰ مورد تصویب قرار گرفته و از تاریخ ۱۳۹۰/۰۰/۰۰ لازم‌الاجرا می‌باشد.



(آیین‌نامه شماره ۷۷)

آیین‌نامه شرایط عمومی بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران

مصوب ۱۳۹۱/۰۸/۳۰

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و دستورالعمل موضوع ماده ۱۳ آیین‌نامه اجرایی ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۰۸/۳۰ «شرایط عمومی بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران» را مشتمل بر ۷ ماده به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱- کلیات

الف- تعاریف:

۱- بیمه‌گر: هر یک از شرکت‌های بیمه دارای مجوز فعالیت در این رشته از بیمه مرکزی که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج گردیده است و در ازای دریافت حق‌بیمه، جبران هزینه‌های پزشکی و غیرپزشکی و سایر خدمات تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه بر عهده می‌گیرد.

۲- بیمه‌شده: تبعه خارجی که به صورت قانونی وارد ایران می‌شود و احتمال تحقق خطرات و خدمات مشمول این بیمه‌نامه برای وی موجب انعقاد بیمه‌نامه شده و مشخصات نامبرده در این بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق‌بیمه می‌باشد.

۳- حق‌بیمه: وجهی است که بیمه‌شده در مقابل تعهدات بیمه‌گر می‌پردازد و انجام تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق‌بیمه به نحوی که در بیمه‌نامه توافق شده، می‌باشد.

۴- موضوع بیمه: جبران هزینه‌های پزشکی و غیرپزشکی و ارائه سایر خدمات به اتباع خارجی در مدت اقامت در ایران طبق شرایط بیمه‌نامه.

۵- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده روی داده و موجب وارد آمدن صدمه بدنی به بیمه‌شده گردد.

۶- صدمات بدنی: آسیب بدنی است که به واسطه یک عامل قهری، ناگهانی و خارج از اراده و کنترل بیمه‌شده در طی مدت بیمه‌نامه پدید آمده باشد.

۷- صدمات یا بیماری حاد: صدمات یا بیماری است که بنا به نظر پزشک معالج، بیمه‌شده را از ادامه سفر در مدت بیمه باز داشته و یا اینکه با خطر مرگ وی همراه باشد.

۸- بیماری: عارضه ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی که ابتلا به آن یا آغاز و منشأ آن پس از ورود بیمه‌شده به ایران بوده و موجب درخواست امداد از طرف بیمه‌شده یا نماینده وی شود.



۹- قرنطینه اجباری پزشکی: عبارت است از انجام عملیات ایزوله و محدود کردن

اجباری به منظور جلوگیری از فراگیر شدن یک بیماری.

۱۰- بستگان: شامل پدر، مادر، فرزندان، همسر، برادران، خواهران و هر فرد دیگری

که توسط بیمه‌شده معرفی شود.

۱۱- فرانشیز: سهم بیمه‌شده از هزینه‌های پزشکی غیربستری است که میزان آن

در این بیمه‌نامه معادل ۱۰ درصد مبلغ هزینه‌های پزشکی می‌باشد.

ب - این قرارداد طبق مقررات جمهوری اسلامی ایران معتبر می‌باشد.

ج- مدت بیمه: پوشش این بیمه‌نامه براساس مدت مندرج در بیمه‌نامه و حداکثر ۹۲

روز متوالی خواهد بود که شروع آن از تاریخ ورود بیمه‌شده به کشور جمهوری اسلامی

ایران می‌باشد. این بیمه‌نامه پس از اتمام سفری که بیمه‌نامه به خاطر آن اکتیاع گردیده

و یا خروج بیمه‌شده از مرزهای قانونی کشور هرکدام که زودتر حادث شود، از درجه

اعتبار ساقط می‌گردد. در مواردی که بیمه‌شده پس از ورود به ایران نسبت به خرید

بیمه‌نامه اقدام نماید پوشش بیمه‌ای از زمان مندرج در بیمه‌نامه شروع خواهد شد.

ماده ۲- تعهدات بیمه‌گر

در صورتی که بیمه‌شده در مدت اعتبار این بیمه‌نامه، دچار بیماری یا صدمات بدنی ناشی از

حادثه شود و یا قرنطینه اجباری پزشکی ضروری گردد بیمه‌گر موظف است خدمات زیر را

سازماندهی و هزینه‌های مرتبط با آن را پرداخت نماید.

الف- انتقال

۱- پذیرش و انتقال بیمه‌شده در اسرع وقت به نزدیک‌ترین بیمارستان یا مراکز

درمانی مجهز در کمترین زمان ممکن.

۲- انتقال بیمه‌شده در موارد ضروری با نظر پزشک معالج به مراکز درمانی

مجهزتر در اسرع وقت.

۳- بازگرداندن بیمه‌شده به کشور متبوع خویش بر اساس نظر پزشک معالج و

تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر در صورتی که پس از درمان در محل، شرایط جسمی

بیمه‌شده مانع از بازگشت وی به صورت یک مسافر معمولی باشد.

۴- انجام اقدامات لازم در صورت فوت بیمه‌شده برای انتقال جسد به نزدیکترین

فرودگاه محل اقامت وی در کشور متبوع.

۵- انجام اقدامات لازم جهت بازگرداندن افراد همراه زیر ۱۵ سال بیمه‌شده و

یک نفر از بستگان بیمه‌شده به کشور متبوع در صورتی که بیمه‌شده توانایی ادامه

سفر با وسیله نقلیه شخصی و یا وسیله نقلیه‌ای که در ابتدای سفر مورد استفاده

قرار گرفته را نداشته باشد.

۶- انجام اقدامات لازم برای انتقال یکی از بستگان بیمه‌شده از کشور محل اقامت

بیمه‌شده به ایران در صورتی که بیمه‌شده به علت حادثه یا بیماری مشمول این



بیمه‌نامه در بیمارستان بستری شود و بر اساس نظر پزشک معالج به همراه نیاز داشته باشد.

ب- پرداخت هزینه‌ها

۱- هزینه‌های پزشکی و بستری تا سقف ۱۰,۰۰۰ یورو و یا معادل ریالی آن بر اساس نرخ تسعیر ارز مندرج در بیمه‌نامه با استناد به گواهی پزشکی مبنی بر نیاز فوری به درمان در مدت پوشش (پس از کسر فرانشیز هزینه‌های پزشکی غیربستری) به شرح زیر پرداخت خواهد شد:

۱-۱- هزینه‌های پزشکی شامل ویزیت اولیه و خدمات تصویربرداری و آزمایشگاهی، هزینه‌های دارویی، جراحی‌های سرپایی، فیزیوتراپی و انتقال مصدومان و بیماران به مراکز پزشکی مربوطه ناشی از حوادث.

۱-۲- هزینه‌های پزشکی ناشی از بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care (با بیش از ۶ ساعت بستری).

۲- هزینه‌های غیرپزشکی به شرح زیر پرداخت خواهد شد:

۲-۱- هزینه‌های متعارف مربوط به تهیه تابوت و انتقال جسد بیمه‌شده متوفی به نزدیکترین فرودگاه بین‌المللی محل اقامت وی در کشور مبدأ یا محل اقامت (هزینه‌های برگزاری مراسم تشییع و تدفین در تعهد بیمه‌گر نمی‌باشد).

۲-۲- در صورتی که بیمه‌شده به علت حادثه یا بیماری مشمول این بیمه‌نامه، در بیمارستان بستری شود و بر اساس نظر پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر به همراه نیاز داشته باشد هزینه‌های متعارف رفت و برگشت یکی از بستگان بیمه‌شده از کشور محل اقامت بیمه‌شده به محل بستری و نیز مخارج اقامت وی در ایران حداکثر تا ۲۰ روز پرداخت خواهد شد.

۲-۳- هزینه متعارف بازگشت غیرمنتظره بیمه‌شده به دلیل صدمات یا بیماری حاد پزشکی در صورتی که نتواند از بلیط برگشت استفاده نماید.

۲-۴- هزینه‌های متعارف جهت بازگرداندن افراد همراه زیر ۱۵ سال بیمه‌شده و یک نفر از بستگان وی به کشور مبدأ یا محل اقامت در صورت عدم توانایی به سفر با وسیله نقلیه شخصی و یا وسیله نقلیه‌ای که در ابتدای سفر مورد استفاده قرار گرفته.

۲-۵- هزینه‌های فوریتی دندانپزشکی تا سقف ۲۰۰ یورو. این هزینه‌ها محدود به معالجه دندان درد، درمان عفونت و کشیدن دندان می‌باشد.

۲-۶- هزینه‌های لازم جهت تهیه مدارک مهم مسافرتی نظیر گذرنامه، گواهینامه رانندگی و یا مدارک کنسولی در صورت گم‌شدن مدارک مربوطه تا سقف ۲۰۰ یورو.

۲-۷- هزینه‌های مربوط به معاضدت قضایی تا سقف ۲۵۰ یورو در دعاوی که در طی مدت اقامت در ایران علیه بیمه‌شده دادخواست مطرح شود.



ج- راهنمایی پزشکی

بیمه‌گر موظف است اطلاعات مورد نیاز بیمه‌شده از قبیل نشانی بیمارستان‌ها، مراکز جراحی محدود، داروخانه‌ها و دیگر مراکز تخصصی جهت بیماران و مصدومان را در اختیار وی قرار داده و راهنمایی‌های لازم را ارائه نماید.

د- پرداخت خسارت

بیمه‌گر موظف است حداکثر ظرف مدت ۵ روز پس از دریافت مدارک مورد نیاز خسارت را به ذی نفع پرداخت نماید.

ه- راهنمایی بیمه‌شده در صورت گم شدن مدارک

بیمه‌گر موظف است در صورت گم شدن مدارک مهم مسافرتی از جمله گذرنامه و ویزا راهنمایی‌های لازم را به بیمه‌شده ارائه نماید.

ماده ۳- استثنائات

هزینه‌ها و خسارت‌های ناشی از موارد زیر مشمول تعهدات بیمه‌گر نمی‌باشند:

۱- بیماری سابقه‌دار، ابتلای مجدد به بیماری مزمن یا ادامه‌دار و یا عوارضی که بیمه‌شده قبلاً از آن آگاهی داشته و قبل از شروع پوشش بیمه‌ای برای آن تحت درمان بوده یا می‌باشد. دوران نقاهت جزئی از دوران بیماری محسوب می‌شود.

۲- جنگ، تجاوز نظامی، اقدام دشمن خارجی، عملیات تروریستی و خصمانه (اعم از اعلام شده یا نشده).

۳- خودکشی، صدمات عمدی وارده به خود، مباشرت، مشارکت یا معاونت در عمل مجرمانه.

۴- شرکت در مسابقه اسب‌دوانی، مسابقه دوچرخه‌سواری و هر نوع مسابقه یا نمایش با وسایل موتوری و شرکت در تمرینات و مسابقات ورزشی حرفه‌ای نظیر کوه‌نوردی (صعود حرفه‌ای)، هوانوردی و هرگونه پرواز، غارنوردی، غواصی، ورزش‌های زمستانی یا تمرین به منظور شرکت در مسابقات رسمی و یا نمایش و یا هرگونه ورزش و تفریحی که بطور معمول و معقول خطرناک تلقی می‌شود.

۵- آلودگی ناشی از تشعشعات هسته‌ای.

۶- زایمان در خلال سه ماه مانده به موعد زایمان و سقط جنین اختیاری.

۷- آثار جزئی و یا کلی ناشی از مصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روان‌گردان به استثنای داروهایی که با تجویز پزشک ذی‌صلاح مصرف شده باشد.

۸- ریسک‌های شغلی بیمه‌شده که طبق قانون به عنوان حوادث شغلی و کار قلمداد می‌شود.

۹- اختلالات مادرزادی و بیماری‌های ناشی از آن.

۱۰- پیشگیری یا واکسیناسیون.

۱۱- عوارض ناشی از فیزیوتراپی.



۱۲- انثری درمانی آفتاب درمانی و درمان به منظور زیبایی، معالجه از طریق چشمه های آب معدنی.

۱۳- عوارض ناشی از بیماری های روانی و جنون.

ماده ۴- وظایف بیمه شده

در صورت نیاز به خدمات، بیمه شده یا نماینده وی موظف است:

۱- در اولین فرصت ممکن با نزدیکترین مرکز پاسخگویی و راهنمای شبانه روزی بیمه گر در ایران تماس گرفته و اطلاعات زیر را اعلام نماید:

۱-۱- نام کامل بیمه شده، شماره و تاریخ اعتبار بیمه نامه مسافرتی، شماره گذرنامه.

۱-۲- نشانی محل اقامت در ایران و شماره تماس.

۱-۳- شرح مختصر حادثه، بیماری و نوع کمک مورد درخواست.

۲- در موارد بستری حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن و قبل از ترخیص موضوع را به بیمه گر اعلام نماید.

۳- از هر عملی که اقدام بیمه گر را علیه مسؤول حادثه (در صورت وجود) مشکل و نامقدور سازد خودداری نماید.

۴- کلیه مدارک و مستندات لازم برای باز یافت خسارت از منابع مربوطه را در صورت درخواست بیمه گر تهیه و در اختیار وی قرار دهد.

ماده ۵- ارجاع به داور

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل کنند. اگر اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد می توانند از طریق داور یا مراجع به دادگاه موضوع را حل و فصل کنند. در صورت انتخاب روش داور، طرفین قرارداد می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می نماید. داوران منتخب، داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی داور می کنند. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند هریک از طرفین قرارداد می تواند تعیین داور سوم را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود.

ماده ۶- مهلت اقامه دعوا

هر گونه ادعای ناشی از این بیمه نامه باید حداکثر ظرف مدت دو سال از تاریخ بطلان، فسخ و یا انقضای مدت بیمه نامه و در صورت وقوع حوادث تحت پوشش، از تاریخ وقوع حادثه اقامه شود و پس از دو سال مذکور ادعای ناشی از این بیمه نامه مسموع نخواهد بود. مرور زمان می تواند یک دفعه توسط هر یک از طرفین با اظهارنامه رسمی قطع شود. در صورت قطع شدن مرور زمان، مدت باقیمانده مرور زمان یک سال اضافه خواهد شد.

**ماده ۷- سایر شرایط**

۱- بیمه گر موظف است در صورت عدم صدور روادید به درخواست بیمه شده با کسر یک یورو از مبلغ حق بیمه، بیمه نامه را ابطال و باقیمانده حق بیمه را بازپرداخت نماید.

۲- بیمه گر موظف است در صورت صدور روادید و عدم انجام سفر به درخواست بیمه شده پس از انقضای مدت روادید با کسر یک یورو از مبلغ حق بیمه، بیمه نامه را ابطال و حق بیمه باقیمانده را بازپرداخت نماید.

مهلت درخواست ابطال بیمه نامه حداکثر ۶ ماه از تاریخ صدور خواهد بود.

تعرفه حق بیمه بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران و کارمزد نمایندگان مؤسسات بیمه و کارمزد اتکایی اجباری آن

مصوب ۱۳۹۸/۱۱/۳۰

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۳۰، در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، «تعرفه حق بیمه بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی و کارمزد نمایندگان مؤسسات بیمه و کارمزد اتکایی اجباری آن» را به شرح زیر تصویب و جایگزین مصوبه ۱۳۹۱/۰۸/۳۰ کرد:

الف- حداکثر نرخ حق بیمه بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی عازم به ایران بر حسب درهزار تعهدات بیمه گر بابت هزینه های تشخیصی - درمانی، مدت اقامت و سن به شرح جدول زیر تعیین می گردد:

جدول نرخ (درهزار)					
مدت اعتبار بیمه نامه	تا ۱۲ سال	۱۲ تا ۶۵ سال	۶۵ تا ۷۰ سال	۷۰ تا ۸۰ سال	۸۰ سال به بالا
تا ۷ روز	۰/۲۵	۰/۵	۰/۷۵	۱	۲
۸-۱۵	۰/۵	۱	۱/۵	۲	۴
۱۶-۳۱	۰/۶	۱/۲	۱/۸	۲/۴	۴/۸
۳۲-۴۵	۱/۰۵	۲/۱	۳/۱۵	۴/۲	۸/۴
۴۶-۶۲	۱/۲۵	۱/۵	۳/۷۵	۵	۱۰
۶۳-۹۲	۱/۵	۳	۴/۵	۶	۱۲

ب- حداکثر کارمزد فروش بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران ۱۰ درصد خواهد بود.

ج- کارمزد اتکایی اجباری بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران ۱۲ درصد تعیین می شود.



(آیین‌نامه شماره ۷۷/۱)

آیین‌نامه شرایط عمومی بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران

مصوب ۱۳۹۸/۱۱/۳۰

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۳۰، در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، آیین‌نامه «شرایط عمومی بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران» (آیین‌نامه شماره ۷۷) را به شرح ذیل اصلاح و به عنوان مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود:

۱- بندهای ۴ و ۶ قسمت الف ماده ۱ به شرح زیر اصلاح شد:

«۴- **موضوع بیمه:** جبران هزینه‌های تشخیصی و درمانی و غیرپزشکی و ارایه سایر خدمات مندرج در ماده ۲ این شرایط به اتباع خارجی در مدت اقامت در ایران طبق شرایط بیمه‌نامه.

«۶- **صدمات بدنی:** آسیب یا جراحت بدنی که به علت حادثه در مدت بیمه پدید آمده باشد.»

۲- قسمت ج ماده ۱ به شرح زیر اصلاح شد:

«ج- **مدت بیمه:** پوشش این بیمه‌نامه از تاریخ ورود قانونی بیمه‌شده به کشور ایران آغاز و فقط برای سفرهایی که مدت آن حداکثر ۹۲ روز متوالی باشد معتبر است، مگر اینکه در بیمه‌نامه مدت کوتاه‌تری قید شده باشد. در صورت توافق بیمه‌گر و بیم‌گذار، بیمه‌شده می‌تواند در مدت اعتبار بیمه‌نامه به دفعات به کشور ایران سفر نماید.»

۳- ماده ۲ آیین‌نامه به شرح زیر اصلاح شد:

«**ماده ۲- تعهدات بیمه‌گر:**

در صورتی که بیمه‌شده در مدت بیمه، دچار بیماری یا صدمات بدنی ناشی از حادثه شود و یا قرنطینه اجباری پزشکی ضروری گردد، بیمه‌گر موظف است خدمات زیر را سازماندهی و هزینه‌های مرتبط با آن را پرداخت نماید.»

الف- انتقال

۱- پذیرش و انتقال بیمه‌شده به نزدیک‌ترین بیمارستان یا مراکز درمانی مجهز در کمترین زمان ممکن.

۲- انتقال دوباره بیمه‌شده در موارد ضروری با نظر پزشک معالج به مراکز درمانی مجهزتر در اسرع وقت.

ب- پرداخت هزینه‌ها

۱- هزینه‌های تشخیصی و درمانی بیمه‌شده در مدت بیمه با استناد به گواهی پزشکی مبنی بر نیاز فوری به درمان حداقل ۵۰۰۰ یورو و حداکثر تا مبلغ مندرج در بیمه‌نامه یا معادل ریالی آن براساس نرخ ارز موضوع بند ۵ ماده ۷ این شرایط



و در مدت پوشش پس از کسر فرانشیز هزینه‌های پزشکی غیربستری به شرح زیر پرداخت خواهد شد:

۱-۱- هزینه‌های پزشکی ناشی از بیش از ۶ ساعت بستری و جراحی در

بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care.

۱-۲- هزینه‌های تشخیصی و درمانی پزشکی شامل ویزیت اولیه و خدمات

تصویربرداری و آزمایشگاهی، هزینه‌های دارویی، جراحی‌های سرپایی،

فیزیوتراپی تجویز شده پزشک معالج، پذیرش و انتقال به مراکز پزشکی.

۱-۳- هزینه فوریت‌های دندانپزشکی تا سقف ۲۰۰ یورو. این هزینه‌ها محدود

به معالجه دندان درد، درمان عفونت و کشیدن دندان می‌باشد.

تبصره: هزینه‌های تشخیصی و درمانی موضوع بند ۱ بخش ب این ماده برای سفرهایی که

از مرز زمینی انجام می‌شود به میزان ثابت ۵۰۰۰ یورو است.

۲- هزینه خدمات غیرپزشکی زیر پرداخت خواهد شد:

۱-۲- بازگرداندن بیمه‌شده به کشور متبوع در صورتی که بر اساس نظر پزشک معالج

و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر، پس از درمان در محل، شرایط جسمی بیمه‌شده مانع

از بازگشت وی به صورت مسافر معمولی باشد.

۲-۲- خدمات متعارف تهیه تابوت و انتقال جسد بیمه‌شده متوفی به نزدیکترین

فرودگاه بین‌المللی محل اقامت وی در کشور مبدأ یا محل اقامت (هزینه‌های برگزاری

مراسم تشییع و تدفین در تعهد بیمه‌گر نمی‌باشد).

۲-۳- در صورتی که بیمه‌شده به علت حادثه یا بیماری مشمول این بیمه‌نامه، در

بیمارستان بستری شود و بر اساس نظر پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر به

همراه نیاز داشته باشد، هزینه‌های متعارف رفت و برگشت یکی از بستگان بیمه‌شده از

کشور محل اقامت بیمه‌شده به محل بستری و نیز مخارج اقامت وی در ایران حداکثر

برای ۲۰ روز پرداخت خواهد شد.

۲-۴- پرداخت هزینه متعارف بازگشت غیرمنتظره بیمه‌شده به دلیل صدمات یا

بیماری حاد پزشکی (با تایید پزشک معالج) در صورتی که نتواند از بلیط برگشت

استفاده نماید.

۲-۵- پرداخت هزینه‌های متعارف بازگرداندن افراد همراه زیر ۱۵ سال بیمه‌شده و

یک نفر از بستگان بیمه‌شده به کشور متبوع در صورتی که بیمه‌شده توانایی ادامه سفر

با وسیله نقلیه شخصی و یا وسیله نقلیه‌ای که برای ابتدای سفر استفاده کرده است

را نداشته باشد.

۲-۶- رایه راهنمایی و پرداخت هزینه تهیه مدارک مهم گم شده مسافرتی نظیر

گذرنامه، گواهینامه رانندگی و یا مدارک کنسولی تا سقف ۲۰۰ یورو یا معادل ریالی

آن.



۲-۷- پرداخت هزینه‌های معاضدت قضایی تا سقف ۲۵۰ یورو یا معادل ریالی آن برای دعاوی که طی اقامت در ایران علیه بیمه‌شده مطرح شود.

ج- راهنمایی پزشکی

بیمه‌گر موظف است اطلاعات مورد نیاز بیمه‌شده از قبیل نشانی بیمارستان‌ها، مراکز جراحی محدود، داروخانه‌ها و دیگر مراکز تخصصی درمانی را در اختیار وی قرار دهد و سایر اطلاعات و راهنمایی‌های لازم را حداقل به سه زبان فارسی، انگلیسی و عربی به روش‌های مقتضی به صورت شبانه روزی ارائه نماید.

د- پرداخت خسارت

بیمه‌گر موظف است حداکثر ظرف ۵ روز پس از دریافت مدارک مورد نیاز هزینه‌های در تعهد خود را پرداخت نماید.

تبصره: بیمه‌گر موظف است تمهیدات لازم برای تأمین خدمات تعهد شده در این ماده را پیش از فروش بیمه‌نامه، در ایران فراهم کرده باشد.

۴- بند ۱۲ ماده ۳ (استثنائات) حذف و شماره بند بعدی به ۱۲ اصلاح شد.

۵- ذیل ماده ۷ (سایر شرایط) بندهای زیر اضافه شد:

«۴- تعهدات بیمه‌گر و پوشش‌های بیمه‌نامه، نمی‌تواند کمتر از مبالغ مندرج در بند (ب) ماده ۲ این شرایط باشد.

۵- نوع ارز و نرخ تسعیر مبنای اخذ حق بیمه و پرداخت خسارت این بیمه‌نامه، براساس دستورالعمل ابلاغی بیمه مرکزی تعیین می‌شود و بیمه‌گر موظف است براساس این دستورالعمل، نوع ارز و نرخ تسعیر آن را در بیمه‌نامه مشخص نماید.»



بخش نامه شماره ۹۹/۱۰۰/۱۸۷۱۹ مورخ ۱۳۹۹/۰۲/۲۸ بیمه مرکزی

دستورالعمل صدور بیمه نامه ارزی توسط مؤسسات بیمه

هیأت عامل بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در جلسه مورخ ۱۳۹۹/۰۱/۳۱، دستورالعمل صدور بیمه نامه ارزی توسط مؤسسات بیمه را به شرح زیر تصویب کرد:

ماده ۱- تعاریف:

۱- **واحد پول گزارشگری:** عبارت است از واحد پول مورد استفاده در صورت های مالی (ریال)

۲- **ارز:** عبارت است از هر واحد پولی به غیر از واحد پولی گزارشگری رایج کشور

۳- **بیمه نامه ارزی:** بیمه نامه ای است که سرمایه به ارز تعیین و حق بیمه آن به ارز دریافت و خسارت نیز به ارز پرداخت می گردد.

۴- **ارزهای جهان روا (Hard Currency):** شامل دلار آمریکا، یورو، پوند انگلیس، فرانک سوییس و ین ژاپن که قابلیت تبدیل کامل به سایر ارزها را دارند و تقریباً تمامی معاملات ارزی در بازار جهانی ارز به وسیله آن ها صورت پذیرفته و تشکیل دهنده ذخایر ارزی کشورهای جهان هستند.^{۱۲}

ماده ۲- مؤسسه بیمه در صورتی مجاز به صدور بیمه نامه ارزی است که حق بیمه آن توسط بیمه گذار به ارز تعهد یا پرداخت گردد. ذکر منشاء و نوع ارز در بیمه نامه صادره الزامی است. در صورت صدور بیمه نامه ارزی، چنانچه بیمه گذار در زمان پرداخت حق بیمه یا سررسید اقساط، قادر به تأمین ارز نباشد، مؤسسه بیمه موظف است با صدور الحاقیه سرمایه (تعهدات) بیمه نامه را به ریال تبدیل نماید.

بیمه گر موظف است این شرط را در بیمه نامه درج نماید.

تبصره: در بیمه نامه های ارزی که با ارزهای غیر جهان روا صادر می گردد بیمه گر موظف است هزینه های تبدیل به ارزهای جهان روا را در نرخ بیمه نامه ملحوظ نماید.

ماده ۳- بیمه نامه هایی که سرمایه آن ارزی می باشد در صورتی که بیمه گذار قادر به پرداخت حق بیمه به صورت ارز نباشد، مؤسسه بیمه موظف است نرخ تسعیر مورد توافق را در بیمه نامه درج نماید. این نرخ تسعیر مبنای محاسبه و پرداخت حق بیمه و خسارت مربوطه خواهد بود.

تبصره ۱: چنانچه نرخ تسعیر ارز مورد توافق مندرج در بیمه نامه، به نحوی تعیین شود که سرمایه بیمه شده کمتر از ارزش واقعی مورد بیمه باشد، خسارت با اعمال قاعده نسبی پرداخت می گردد. مؤسسه بیمه موظف است این شرط را در بیمه نامه درج نماید.

تبصره ۲: نرخ تسعیر مورد توافق با درخواست کتبی بیمه گذار و توافق بیمه گر با صدور الحاقیه در طول اعتبار بیمه نامه قابل تغییر است.

ماده ۴- به منظور اطلاع از وضعیت سرمایه بیمه شده، مؤسسه بیمه موظف است جزییات و مبلغ سرمایه هر بخش از مورد بیمه (اعم از ریالی و یا ارزی) را به تفکیک احصاء و در

۱۲. برگرفته از تعریف Hard Currency در سایت INVESTO PEDIA



پیوست بیمه نامه درج نماید.

ماده ۵- در بیمه نامه ارزی که حق بیمه به ارز دریافت شده است، حق بیمه واگذاری اتکایی از محل ارز دریافتی از بیمه گذار تأمین می شود و به واگذاری های انجام شده از این محل، ارز بازار ثانویه (نیمایی) تعلق نمی گیرد. در این گونه موارد بیمه مرکزی صرفاً تأییدیه انتقال ارز موضوع ماده ۷۳ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه گری را صادر می نماید.

ماده ۶- در خصوص خسارت بیمه نامه های مسافران عازم به خارج کشور که حق بیمه آن ها به ریال دریافت شده، مؤسسه بیمه موظف است بردروی خسارت اتکایی اجباری مربوط را بر اساس نرخ ارز تخصیص داده شده توسط بیمه مرکزی به ریال اعلام نماید. میزان خسارات ارزی مذکور باید در یادداشت های همراه بردرو در سہناب ثبت شود.

ماده ۷- به استناد ماده ۸ دستورالعمل تسعیر ارز دارایی ها و بدهی های مؤسسات بیمه (موضوع بخش نامه شماره ۳۳۴۹۶/۱۰۰/۹۳۱ مورخ ۱۳۹۳/۰۶/۳۰)، نرخ مبنای تسعیر دارایی ها و بدهی ارزی در تاریخ ترازنامه، نرخ سامانه نیما می باشد.

تبصره: بیمه نامه های موضوع ماده ۳ این دستورالعمل ریالی بوده و مشمول حکم این ماده نمی باشد.

ماده ۸- مدیرعامل و هیأت مدیره مسئول حسن اجرای این دستورالعمل بوده و در صورت تخطی از این دستورالعمل مشمول ضوابط نظارتی پیش بینی شده در آیین نامه احراز صلاحیت حرفه ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه (آیین نامه شماره ۹۰) خواهند بود.

بخش نامه شماره ۲۰۵/۵۳۹۷ مورخ ۱۳۹۳/۰۴/۰۷ بیمه مرکزی

نحوه همکاری شرکت های بیمه ایرانی با شرکت های کمک رسان خارجی در زمینه بیمه درمان و حوادث مسافران عازم به خارج

مصوبه مورخ ۱۳۹۵/۰۹/۲۱ هیأت عامل بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران برای اطلاع و اقدام لازم به شرح زیر ابلاغ می گردد:

شرکت های بیمه می توانند با شرایط زیر با شرکت های کمک رسان خارجی برای خدمات پس از فروش بیمه نامه درمان و حوادث مسافران عازم به خارج قرارداد همکاری منعقد نمایند:

الف - عقد قرارداد همکاری به صورت کمک رسانی و بدون تعهد پرداخت درصدی از حق بیمه باشد.

ب - از وجود شبکه پاسخگویی و کمک رسانی مناسب به بیمه گذاران در خارج از کشور اطمینان حاصل گردد.

ج - درمورد نحوه پاسخگویی، رسیدگی و پرداخت خسارت و نقل و انتقال ارز (در صورت لزوم) تدابیر لازم اندیشیده شود.

فصل ششم

نظریات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران درباره انواع
رشته‌های بیمه





بخش نامه شماره ۲۰۵/۵۳۹۷ مورخ ۱۳۹۳/۰۴/۰۷ بیمه مرکزی

الزام به اجرای رأی داوری

بر اساس ماده (۵۴) آیین داوری اتاق موضوع ماده ۶ قانون اساسنامه مرکز داوری اتاق بازرگانی ایران مصوب ۱۳۸۰ (در خصوص قطعیت و قابلیت اجرای حکم)، رای صادره از سوی داور قطعی و پس از ابلاغ طبق مقررات قانونی لازم الاجرا است. در بندهای (پ) و (ب) ماده فوق الذکر نیز تاکید شده است که با پذیرش داوری از طریق این مرکز، طرفین متعهد می شوند که رای صادره را لازم الاجرا دانسته و بدون تاخیر اجرا نمایند و این امر در داوری های داخلی تابع مقررات آیین دادرسی مدنی در باب اجرای احکام می باشد. در صورت عدم اجرای رای، محکوم له می تواند مطابق مقررات باب هفتم قانون آیین دادرسی مدنی، از دادگاه صالح تقاضای اجرای حکم نماید.

بخش نامه شماره ۲۰۵/۵۲۱۷ مورخ ۱۳۹۳/۰۴/۰۳ بیمه مرکزی

بیمه مضاعف

در ماده ۸ قانون بیمه، وضعیت بیمه مضاعف و تکلیف بیمه گران در این خصوص مشخص نگردیده است اما با مراجعه به موارد مشابه در شرایط عمومی بیمه نامه ها بویژه بیمه های مسئولیت می توان ضابطه حاکم بر صنعت بیمه در این مورد را احراز نمود (ماده ۱۴ آیین نامه شماره ۸۲ و ماده ۱۸ آیین نامه شماره ۸۰). بر اساس مقررات مذکور چنانچه پس از وقوع خسارت مشخص گردد که موضوع بیمه نامه همزمان تحت پوشش سایر بیمه گران است (با توجه به اینکه هر یک از بیمه گران در مقابل بیمه گذار و ثالث زیان دیده متعهد به جبران خسارت هستند) بیمه گر موظف است بر مبنای بیمه نامه صادره، تعهدات خود را ایفا نموده سپس می تواند برای بازیافت سهم سایر بیمه گران به آنها مراجعه نماید.

بخش نامه شماره ۲۰۵/۲۱۱۷۶ مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۱۵ بیمه مرکزی

تاخیر در اعلام حادثه و تأدیه خسارت

الف - در خصوص ماده ۱۵ قانون بیمه با توجه به دیدگاه حقوقدانان نکات ذیل لازم به ذکر است:

۱- باتوجه به عبارات به کار رفته در ماده ۱۵ قانون بیمه و ظهور آن در بیمه های اموال، استناد به ماده فوق توسط بیمه گر در بیمه نامه هایی موضوعیت دارد که مبنای پرداخت خسارت حادثه ای است که عرفاً خسارت بار تلقی می شود و عدم اطلاع بیمه گر در مدت زمان تعیین شده منجر به بروز ضرر و زیان وی گردد. به عبارت دیگر، در این نوع حوادث بیمه گر بایستی به سرعت در جریان قرار گرفته تا پیش از بین رفتن آثار حادثه، آن را



بررسی و از واقعی بودن ادعا اطمینان حاصل نموده و در موارد مقتضی اسناد و مدارک لازم را جهت اجرای اصل جانشینی فراهم آورد. لذا در بیمه‌هایی که حوادث منجر به تعهد بیمه‌گر در آنها خسارت بار نیستند مثل بیمه‌های عمر که مراجعه شرکت بیمه به مسئولین حادثه موضوعیت ندارد و اطمینان از واقعی بودن نیز با رجوع به مراجع رسمی امکان‌پذیر است الزام بیمه‌گذار جهت اعلام وقوع حادثه و دخالت بیمه‌گر جهت حفظ دلایل و قرائن امر، برای اقامه دعوی علیه مسؤول حادثه منتفی می‌باشد.

۲- درخصوص نفی یا تقلیل تعهد بیمه‌گر، در حوادثی که عرفاً خسارت بار می‌باشد بیمه‌گذار مکلف است ظرف مدت تعیین شده از تاریخ اطلاع خود از وقوع حادثه، بیمه‌گر را مطلع نماید تا بیمه‌گر در اسرع وقت در جریان وقوع حادثه‌ای که تعهدات او را در پی دارد قرار گیرد و کم و کیف آن را بررسی نماید. لذا چنانچه عدم انجام این تعهد توسط بیمه‌گذار موجب عدم امکان ارزیابی و یا دسترسی به اسناد و مدارکی که برای مراجعه به مقصر لازم است شود بیمه‌گر می‌تواند به میزان تاثیر عدم اطلاع از وقوع حادثه، از خسارت کسر نماید.

خاطر نشان می‌نماید شورای عالی بیمه نیز در شرایط عمومی برخی بیمه‌نامه‌ها ضمانت اجرای عدم اعلام به موقع وقوع حادثه را، تقلیل تعهدات بیمه‌گر به میزان خسارات ناشی از عدم اعلام به موقع اعلام کرده است. بعنوان مثال تبصره ماده ۷ شرایط عمومی بیمه‌نامه حوادث اشخاص مصوب ۹۲/۰۳/۲۲ و ماده ۹ شرایط عمومی بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای کارفرما در قبال کارکنان مصوب ۹۱/۱۱/۳ در این خصوص قابل ذکر است.

ب - ماده ۳۶ قانون بیمه که مرور زمان دعاوی ناشی از بیمه را دو سال از تاریخ وقوع حادثه منشأ دعوی اعلام نموده است در خصوص مطالبه خسارت توسط بیمه‌گذار می‌باشد و ارتباط موضوعی با ماده ۱۵ قانون بیمه مبنی بر اعلام وقوع حادثه ندارد و چه بسا ممکن است بیمه‌گذار طبق ماده ۱۵ وقوع حادثه را اعلام کرده ولی مطالبه خسارت ننموده باشد. لذا دو سال از زمان وقوع حادثه مهلت برای مطالبه خسارت از بیمه‌گر را دارد و بعد از پایان دوسال، بیمه‌گر می‌تواند در صورت طرح دعوا در دادگاه ایراد مرور زمان نموده و در این صورت دعوی وی در دادگاه مسموع نخواهد بود.

ج - در مورد خسارت تاخیر در تأدیه موضوع ماده ۵۲۲ قانون آیین دادرسی مدنی که در متن آیین نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران (آیین نامه شماره ۷۱) نیز آمده است بیمه‌گر در صورت وقوع حادثه موضوع بیمه مکلف است ظرف مهلت‌های تعیین شده نسبت به ایفای تعهداتی که بر عهده دارد اقدام نماید. لذا در صورت اعلام وقوع حادثه از سوی بیمه‌گذار در مهلت تعیین شده با توجه به شرایط مذکور در بند الف و یا در صورت اعلام حادثه در خارج از مهلت تعیین شده به دلایل خارج از اراده (فورس مازور) بیمه‌گر ملزم به انجام تعهدات خود می‌باشد و در صورت تخلف، بیمه‌گذار می‌تواند مطابق ماده ۵۲۲ قانون آیین دادرسی



مدنی خسارت تاخیر در تادیه دین را مطالبه کند. لازم به ذکر است در بیمه نامه هایی که بیمه گر مسؤولیت پرداخت دیه دارد و بیمه گر به موجب رای دادگاه ملزم به پرداخت دیه در حق زیان دیده می شود در صورت تخلف و عدم پرداخت به موقع خسارت بیمه گر ملزم به پرداخت دیه بر اساس قیمت یوم الادا خواهد بود.

بخش نامه شماره ۲۰۵/۲۵۹۰ مورخ ۱۳۹۱/۰۲/۲۰ بیمه مرکزی

تضمین اوراق بهادار

طبق ماده ۶۰ قانون تأسیس بیمه مرکزی، اموال مؤسسات بیمه تضمین حقوق و مطالبات بیمه گذاران، بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنهاست و ورود مؤسسه بیمه به تضمین اوراق بهادار، اموال مؤسسه را به نوعی وثیقه این تضمین قرار می دهد زیرا در صورت حدوث موجبات اجرای ضمانت، بایستی مبالغ مورد ضمانت پرداخت شود. به عنوان مثال در تضمین اوراق مشارکت، «بازپرداخت سود علی الحساب، اصل مبلغ اوراق مشارکت یا بخشی از این وجوه، خرید اوراق مشارکت منتشره که در عرضه عمومی به فروش نرسیده» می باشد. لذا تضمین اوراق بهادار مطابق قانون ارزیابی نمی شود. بدیهی است موضوع اصلی فعالیت شرکت های بیمه، عملیات بیمه است و تضمین اوراق بهادار عملیات بیمه محسوب نمی شود. از سوی دیگر انواع سرمایه گذاری مجاز شرکت های بیمه در آیین نامه سرمایه گذاری (شماره ۶۰) معین شده و تضمین اوراق بهادار در قبال دریافت کارمزد در عداد آنها نمی باشد.

بخش نامه شماره ۲۰۵/۶۴۸۵ مورخ ۱۳۹۲/۰۴/۱۱ بیمه مرکزی

تهاتر خسارت و بازیافت

در پرونده هایی که احتمال تهاتر بین خسارت پرداختی و بازیافت آن می رود تا قبل از اثبات مسؤولیت بیمه گذار در ایجاد حادثه در دادگاه، آنچه وفق بیمه نامه قطعی و مسلم است تعهد بیمه گر به جبران خسارت وارده به زیان دیده یا بیمه گذار حسب مورد می باشد و نمی توان به امر احتمالی در عدم پرداخت خسارت استناد نمود. بدیهی است در نهایت رأی دادگاه صالحه فصل الخطاب دعوی خواهد بود. بنابراین شرکت بیمه نمی تواند بدون وجود حکم قطعی و یا قرار دادگاه از پرداخت خسارت استنکاف نماید.

بخش نامه شماره ۲۰۵/۱۱۹۷۸ مورخ ۱۳۹۱/۰۷/۱۲ بیمه مرکزی

نظارت سازمان حمایت از مصرف کنندگان و تولید کنندگان

طبق ماده ۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب ۱۳۵۰، بیمه مرکزی ج.ا.ا «به منظور تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه گذاران و بیمه شدگان و



صاحبان حقوق آنها، همچنین به منظور اعمال نظارت دولت بر این فعالیت تشکیل گردیده» و وفق بند ۷ ماده ۵ قانون مذکور، ارشاد و هدایت و نظارت بر مؤسسات بیمه و حمایت از آنها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم امور نمایندگی و دلالی بیمه و نظارت بر امور بیمه اتکایی و جلوگیری از رقابت‌های مکارانه ناسالم از وظایف بیمه مرکزی است. همچنین، در مواد ۴۰ تا ۴۵ این قانون ضمانت اجراهای عدم رعایت مقررات از جمله اضرار به حقوق مصرف کنندگان خدمات بیمه‌ای (بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان) بیان گردیده است و در برخی مقررات ناظر بر یک رشته بیمه‌ای خاص مانند شخص ثالث، ابزار نظارتی کارآمد و ضمانت اجرای نقض قوانین و عدم رعایت حقوق مصرف کننده در نظر گرفته شده است. علاوه بر این، آئین نامه شماره ۷۱، موضوع حمایت از بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها به همین منظور به تصویب شورای عالی بیمه رسیده است. لذا، عموم مقررات قانون حمایت از حقوق مصرف کنندگان مصوب ۸۸/۷/۱۵، با توجه به وجود قانون خاص مقدم، شامل شرکت‌های بیمه نمی‌شود. به عبارت دیگر، قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰، (به عنوان قانون خاص مقدم)، مخصص قانون حمایت از حقوق مصرف کنندگان مصوب ۸۸/۷/۱۵ (به عنوان قانون عام مؤخر) است و شرکت‌های بیمه را از شمول قانون مارالذکر خارج می‌نماید. ضمن اینکه نظارت بر عملیات بیمه‌گری مستلزم دانش تخصصی بیمه‌ای بوده و از حوزه نظارت‌های عمومی سازمان حمایت خروج موضوعی دارد و فلسفه تشکیل بیمه مرکزی که یک نهاد نظارتی تخصصی دانش محور می‌باشد نیز همین امر بوده است.

بدیهی است در صورت پذیرش شمول قانون مذکور بر شرکت‌های بیمه تجاری، نظارت بیمه مرکزی ایران در این حوزه بلاوجه خواهد بود که این امر قطعاً نمی‌تواند منظور نظر قانون‌گذار باشد. علاوه بر این با پذیرش حاکمیت دو قانون، نظارت موازی سازمان حمایت از مصرف کنندگان و تولیدکنندگان و بیمه مرکزی بر شرکت‌های بیمه پدید می‌آید و این نظارت دوگانه می‌تواند منشا ایراداتی باشد از جمله اینکه منجر به تحمیل مجازات مضاعف در تخلف واحد خواهد شد که این امر با قاعده منع مجازات مضاعف در تعارض است.

بخش نامه شماره ۲۰۵/۱۹۹۵۱ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۲۱ بیمه مرکزی

مالکیت معنوی در صنعت بیمه

۱- حقوق مالکیت فکری یا معنوی از آن جهت که موضوع آن اثر فکر و اندیشه انسانی در نتیجه بکارگیری علم، فن و یا هنر است از قلمرو بسیار گسترده‌ای برخوردار بوده و تمام حوزه‌های مربوط به صنایع از جمله صنعت بیمه را شامل می‌شود. بنابراین مبتکران طرح‌های نوین بیمه‌ای همانند سایر پدیدآورندگان آثار علمی در قلمرو حمایتی حقوق مالکیت‌های فکری قرار می‌گیرند و می‌توانند از حقوق مادی و معنوی مربوط به اثر خود به نحو انحصاری بهره‌برداری کنند.



۲- به موجب ماده ۲ قانون حمایت حقوق مولفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ کتاب، رساله، جزوه و هر نوشته عملی و فنی دیگر از جمله اثرهای مورد حمایت این قانون معرفی و در ماده ۳ همان قانون، حقوق پدیدآورنده مشتمل بر حق انحصاری نشر و پخش و عرضه و حق بهره‌برداری مادی و معنوی از نام و اثر پدیدآورنده توصیف شده است.

۳- پدیدآورندگان آثار مورد حمایت قانون مزبور می‌توانند استفاده از حقوق مادی خود را در کلیه موارد بویژه در موارد استفاده از اثر در کارهای علمی و ادبی و صنعتی و ...، ترجمه، نشر و تکثیر و عرضه از راه چاپ و مانند آن را به دیگری واگذار کنند و حقوق مادی آثاری که در نتیجه سفارش پدید می‌آید متعلق به سفارش‌دهنده است. ضمناً آثاری که با همکاری دو یا چند پدیدآورنده بوجود آمده باشد و کار هر یک از آنان جدا و متمایز نباشد اثر مشترک نامیده می‌شود و حقوق ناشی از آن حق مشاع پدیدآورندگان است (مواد ۵، ۶، ۱۳ قانون حمایت حقوق مولفان و مصنفان و هنرمندان).

۴- ثبت اثرهای مورد حمایت قانون فوق اختیاری بوده و پدیدآورندگان اثر اعم از حقیقی و یا حقوقی می‌توانند اثر و نام و عنوان و نشانی ویژه‌ای را که معرف آن است در مراکزی که وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی با تعیین نوع آثار آگهی می‌نماید به ثبت برسانند و آئین‌نامه اجرایی قانون حمایت حقوق مولفان و مصنفان و هنرمندان موضوع ماده ۲۱ قانون، چگونگی و نحوه ثبت آثار و اقدامات درخواست‌کننده و مرجع ثبت آثار را به تفصیل تشریح نموده است. بنابراین ثبت آثار فکری مورد حمایت قانون مزبور در هر مرجع دیگر به جز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی فاقد وجاهت قانونی است.

با توجه به مجموع احکام قانونی مربوط به حقوق مالکیت فکری در ایران و با عنایت به اینکه حمایت از طرح‌های بیمه‌ای در حوزه مالکیت فکری بایستی با ضمانت اجراهای حقوقی و کیفری مربوطه همراه باشد و به دلیل «اصل قانونی بودن جرایم و مجازات‌ها» وضع ضمانت اجراهای مذکور صرفاً از طریق قانون امکان‌پذیر است لذا تدوین و تصویب آئین‌نامه‌ای مستقل و خاص ضروری به نظر نمی‌رسد. همچنین باتوجه به قوانین عام موجود تدوین قانون خاص مالکیت معنوی در صنعت بیمه فاقد دلیل توجیهی و منطقی است. بدیهی است چنانچه نقضی در حمایت قانونی از طرح‌های مذکور وجود دارد بایستی با اصلاح قوانین موجود (قانون حمایت حقوق مولفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ و یا قانون ثبت اختراعات، طرح‌های صنعتی و علائم تجاری، مصوب ۱۳۸۶) مرتفع شود که در این اصلاحات می‌توان صلاحیت قانونی برای بیمه مرکزی ج.ا.ا در تشخیص طرح‌های بیمه‌ای و تهیه آیین‌نامه مربوطه را در نظر گرفت.

بخش نامه شماره ۲۰۵/۴۴۷۳ مورخ ۱۳۹۲/۰۳/۱۲ بیمه مرکزی

لزوم طرح دعوی پیگیری قضائی جرم جعل بیمه‌نامه

طرح دعوی و پیگیری قضایی ارتکاب جرم جعل بیمه‌نامه بایستی از سوی ذی‌نفع یا متضرر جرم جعل که شرکت بیمه و بیمه‌گذار مربوطه هستند به عمل‌آید و بیمه مرکزی نیز از طریق ساز و کارهای نظارتی بر انجام تکلیف قانونی شرکت بیمه در این رابطه نظارت می‌نماید.



بخش نامه شماره ۲۰۵/۲۰۸۰ مورخ ۱۳۹۳/۰۲/۱۴ بیمه مرکزی

صدور ضمانت نامه

به لحاظ موازین حقوقی در ایران، عقد ضمان و عقد بیمه متمایز از یکدیگر بوده و وجوه این تمایز به شرح ذیل است:

۱- از حیث مرجع هریک از عقود (عقد ضمان؛ مقررات قانون مدنی و عقد بیمه؛ قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶).

۲- طرفین عقد (در عقد ضمان؛ ضامن، مضمون عنه و مضمون له و در عقد بیمه؛ بیمه گر و بیمه گذار).

۳- موضوع عقد (در عقد ضمان ضمانت از یک دین قطعی مدنظر است که سبب آن نیز قبلاً ایجاد شده است و ضمان دینی که ایجاد نشده (ضمان مالایجب) باطل است در حالی که انعقاد عقد بیمه (که اساس آن احتمال است) برای دین قطعی و خسارتی که واقع شده و قطعیت یافته باطل است. ماده ۱۸ قانون بیمه).

لذا بنا به مراتب مذکور شرکت‌های بیمه نمی‌توانند عقد بیمه را در مقام تضمین منعقد نموده و یا خارج از عملیات بیمه‌گری با صدور ضمانت نامه برای مضمون عنه، ریسک عدم وصول مطالبات یا تاخیر در وصول مطالبات را در قراردادهای فاینانس کاهش دهند.

بخش نامه شماره ۹۹/۴۰۱/۴۴۵۶۹ مورخ ۱۳۹۹/۰۴/۲۱ بیمه مرکزی

تأکید بر اخذ مجوز بیمه مرکزی ایران در خصوص بیمه نامه‌ها، طرح‌ها و پوشش‌های جدید بیمه‌ای از جمله ارائه پوشش بیماری کرونا

احتراماً، حسب بررسی‌های به عمل آمده، برخی از شرکت‌های بیمه اقدام به عرضه بیمه نامه‌ها، طرح‌ها و پوشش‌های جدید بیمه‌ای از جمله ارائه پوشش بیماری کرونا قبل از اخذ مجوز از بیمه مرکزی می‌نمایند. همانگونه که مستحضرد فعالیت در رشته‌های بیمه فاقد شرایط عمومی مصوب و همچنین عرضه طرح‌ها و پوشش‌های جدید بیمه‌ای مستلزم اخذ مجوز از دفتر برنامه ریزی و امور فنی بیمه مرکزی ج.ا.ایران است.

لذا ضمن تأکید بر رعایت بند ج بخش نامه شماره ۹۹/۱۰۰/۳۲۸۶ مورخ ۱۳۹۹/۰۱/۳۰ ریاست کل محترم بیمه مرکزی ج.ا.ایران، ضروری است دستور فرمایید اقدام اصلاحی لازم به عمل آورده و از عرضه بیمه نامه‌های فاقد مجوز جلوگیری نمایند.

مسئولیت حسن اجرای ضوابط فوق‌الشاره بر عهده مدیران کلیدی ذی‌ربط بوده و با موارد تخلف وفق مقررات برخورد خواهد شد.



یادداشت







یادداشت



یادداشت