

بناام خدا

آزمون پروانه نمایندگی فروش بیمه های زندگی

مطابق با آئین نامه ۹۶ بیمه مرکزی

گردآوری: محسن فرجی

۰۹۱۹۸۰۲۱۹۰۵

نمایندگی ۸۰۶۴

بیمه پاسارگاد

بهار ۱۳۹۸

مقدمه :

به اطلاع کلیه عزیزان می رسانم که با وجود اینکه چندین ماه مداوم مشغول تهیه این جزوه بوده ام و کلیه منابع آزمون بیمه مرکزی را تا جایی توانسته ام خلاصه و نکته برداری کرده ام ، رضایت خود را جهت استفاده هر کسی از این جزوه در هر شرکت بیمه ای با حفظ اثر و بدون کپی برداری اعلام می دارم و آرزوی موفقیت و قبولی در آزمون دریافت نمایندگی بیمه زندگی را برای تمام عزیزان دارم .

این جزوه بصورت کامل خلاصه شده و قول میدم با خواندن همین جزوه عزیزان نمره قبولی را کسب کنند. فقط از همه دوستان تقاضامندم با قلب های مهربانی که دارند برای من یک دعا و آرزوی خوب داشته باشند چون مطمئنم تشعشع کلام شما از طریق کائنات به من می رسه . چون هدف گسترش مهربانی و انرژی خوب رساندن به یکدیگر در دنیاست.

از کسانی که از این جزوه استفاده می کنند خواهش میکنم کپی برداری و بنام خودشون استفاده نکنند که زحمات فرد گردآوری کننده محفوظ بماند. در صورتیکه اشتباه تایپی در جزوه وجود داشت عذرخواهی میکنم و همچنین جهت پربار شدن جزوه از پیشنهادات و انتقادات عزیزان استقبال میکنم.

باتشکر

محسن فرجی بیمه پاسارگاد

نمایندگی ۸۰۶۴

فصل اول

منبع: اصول، مقررات و رشته های بیمه

جلد او ۲

انتشارات پژوهشکده بیمه

یکی از ارزشمندترین دستاوردهای بشری برای رویارویی با حوادث و تامین برخی از نیازهای اقتصادی، اجتماعی، روانی، بیمه است.

تعریف بیمه از دیدگاه حقوقی :

بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می کند در ازای دریافت وجه یا وجوهی از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارده بر او را جبران کند یا وجه معینی بپردازد. متعهد را "بیمه گر"، طرف تعهد را "بیمه گذار"، وجهی را که بیمه گذار به بیمه گر می پردازد "حق بیمه" و آنچه که بیمه می شود "موضوع بیمه" می نامند.

تعریف بیمه از دیدگاه فنی :

بیمه عملیاتی است که به موجب آن یک طرف با پرداخت وجه یا وجوهی بنام حق بیمه، ریسک های تهدید کننده جان و اموال خود را به طرف دیگر واگذار (منتقل) می کند. واگذار کننده ریسک را "بیمه گذار" و قبول کننده ریسک "بیمه گر" می نامند. "ریسک" احتمال تحقق خسارت است و قبول کننده ریسک (بیمه گر) تعهد می کند در صورت بروز خسارت برای بیمه گذار آن را جبران کند. عملیات منظم بیمه وقتی بوجود می آید که :

۱. شمار بیمه گذاران به اندازه کافی زیاد باشد.
۲. خطرات پراکنده باشند.
۳. خطرات مشابه باشند.

تعریف بیمه از دیدگاه مالی :

بیمه عملیاتی است که با استفاده از آن، آثار مالی هزینه های احتمالی، غیرعادی و غیرمترقبه در یک دوره بلندمدت تسهیم شده و به عنوان حق بیمه به صورت هزینه های عادی در هر سال مالی نمایان می شود. از دیدگاه مالی در یک جمله می توان گفت :
"بیمه ابزاری برای تبدیل هزینه های غیرقابل پیش بینی به هزینه های قابل پیش بینی است".
ریشه واژه بیمه در ایران:

درباره ریشه واژه بیمه نظرات مختلفی وجود دارد. در فرهنگ معین آمده است که این واژه از زبان هندی و واژه "بیما" گرفته شده و ریشه سانسکریت دارد که با واژه "بیم" در فارسی هم ریشه است. برخی دیگر بر این باورند که "بیمه" ترجمه واژه روسی "استراخوانی" به معنای ضد بیم و ترس است زیرا نخستین بار روس ها در ایران بکارهای بیمه ای پرداخته اند. برخی دیگر واژه بیمه را فارسی دانسته و برگرفته از اسناد کتاب ابواسحاق ابراهیم اصطخری که نام شهری در دیار طبرستان و دیلم است میدانند.

انواع بیمه :

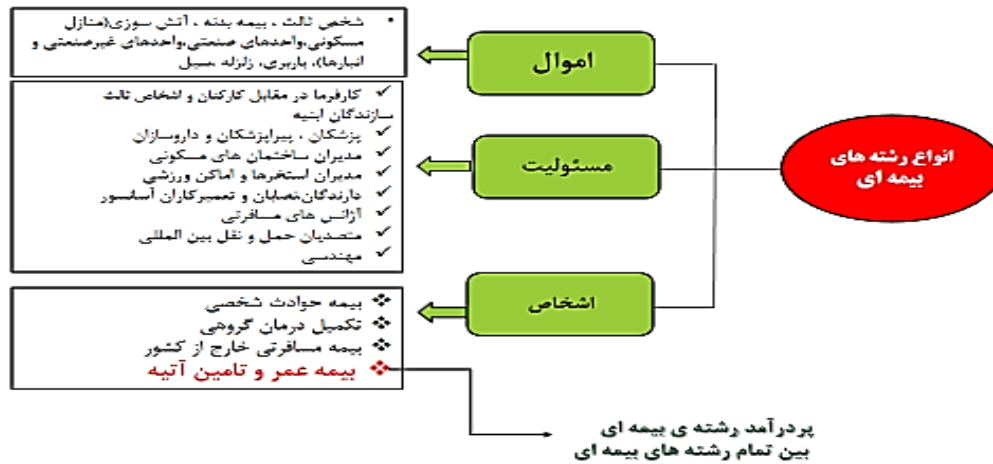
۱. بیمه های اجتماعی

تامین اجتماعی از وظایف دولت هاست و معمولاً این تامین از طریق بیمه های اجتماعی میسر است. از مهمترین پوشش های بیمه های اجتماعی در ایران می توان به این موارد اشاره کرد :

- حوادث و بیماری ها
- بازنشستگی
- ازکارافتادگی
- غرامت دستمزد
- کمک ازدواج و عائله مندی
- بیکاری
- بارداری

۲. بیمه های بازرگانی:

از آنجا که پوشش هایی که توسط نظام بیمه اجتماعی برای تامین خسارت ارائه می شود ، محدود است و همه ابعاد زندگی اجتماعی و اقتصادی افراد را در برنمیگیرد ، بیمه بازرگانی در انواع مختلف بوجود آمدند که شرکت های بیمه های بازرگانی آنها را عرضه می کنند. در کل بیمه های بازرگانی که موضوع فعالیت شرکت های بیمه (مثل : شرکت بیمه پاسارگاد، پارسیان، ایران و) است ، از نظر موضوع به بیمه های اموال ، بیمه های مسئولیت و اشخاص تقسیم می شوند .



بیمه های عمر :

کسب آرامش و اطمینان خاطر از تامین آتیه افراد مورد علاقه و اعضای خانواده هر شخص از نیازهای فطری و دیرین انسان به شمار می آید و ایجاد امنیت مالی برای اینگونه وابستگان حاکی از عاقبت اندیشی و دوربینی فرد است. بر مبنای این نظریه و به منظور رفع بخشی از تشویش خاطر موجود، بیمه های عمر متداول و رایج شده اند که براساس آن شخص، خود یا بستگان خود را برای مدت معین و با سرمایه معینی بیمه می کند. سرمایه مشخص شده در بیمه نامه به ذی نفع های مندرج در آن پرداخت می شود. حق بیمه های عمر براساس عواملی نظیر سن بیمه شده، مدت بیمه و سرمایه بیمه تعیین می شود.

بیمه های عمر تحت عناوین مختلف به دو دسته بیمه عمر زمانی و بیمه عمر پس انداز و به لحاظ بیمه شدگان به دو بخش انفرادی و گروهی تقسیم می شوند.

بیمه عمر گروهی :

توسعه و گسترش روز افزون موسسات تولیدی و خدماتی و توجه به مسائل رفاهی و تامین کارکنان و خانواده های آنها از مواردی است که به خصوص در سالهای اخیر ضرورت آن به خوبی احساس شده و با گذشت زمان تاکید و اهمیت بیشتری یافته است تا جایی که در بعضی از کشورها تامین گروهی بیمه های اشخاص به صورت پوشش اجباری درآمده است. در ایران نیز بیمه عمر و حوادث گروهی کارکنان دولت اجباری است. در قراردادهای گروهی؛ بیمه گذار طرف قرارداد بیمه گر، اغلب شخص حقوقی مانند شرکت، موسسه و ... است.

بیمه عمر انفرادی :

از مهمترین انواع این بیمه می توان به بیمه عمر و پس انداز اشاره نمود. در بیمه عمر و پس انداز تعهد بیمه گر عبارتست از پرداخت مبلغ بیمه در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه یا پرداخت سرمایه بیمه در صورت حیات و زنده بودن بیمه شده در پایان مدت بیمه. به این ترتیب در این بیمه نامه ایفای تعهد بیمه گر قطعی و حتمی است و با سایر بیمه ها که تعهد بیمه گر در آن مشروط به وقوع حادثه و فوت در طول مدت بیمه است، تفاوت دارد.

بیمه های عمر و مقررات مربوط :

بیمه عمر به طور معمول به قراردادی اطلاق می شود که زیان های مالی ناشی از مرگ بیمه شده را پوشش می دهد. در تعریف جامع تر بیمه عمر می توان گفت: "بیمه عمر قراردادی است که به موجب آن بیمه گر متعهد می شود که در ازای دریافت حق بیمه در صورت فوت شخص بیمه شده یا زنده ماندن او در موعد مقرر مبلغ معینی را یکجا یا بصورت مستمری به بیمه شده یا بیمه گذار یا شخص تعیین شده از طرف او (استفاده کننده یا ذی نفع) بپردازد."

بیمه گذار: بیمه گذار شخصی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد می نماید.

بیمه شده: شخصی است که فوت یا زنده ماندن و یا ابتلا به بیماری های خاص او در سررسید معین موجب اجرای قرارداد بیمه و انجام تعهد بیمه گر می شود.

بیمه گر: بیمه گر شخصی است حقوقی که در مقابل دریافت حق بیمه از بیمه گذار تعهد جبران خسارت و یا پرداخت وجه معینی را در صورت وقوع حادثه به عهده می گیرد.

استفاده کننده: شخصی است که بیمه گر سرمایه مورد تعهد را بایستی در صورت وقوع ریسک موضوع بیمه به او بپردازد. که می تواند خود بیمه گذار، بیمه شده (در بیمه نامه های به شرط حیات) یا شخص سومی باشد.

سرمایه بیمه: وجهی است که بیمه گر متعهد میگردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول بیمه، طبق شرایط این بیمه نامه به ذینفع بپردازد.

بیمه عمر انواع مختلفی دارد که با توجه به ریسک ها مرتبط با مرگ در طی زمان مشخصی مانند یک سال، ۵ سال و یا تمام عمر و همچنین ریسک هایی چون بیماری های خاص (سرطان، پیوند اعضا، و ...) را تحت پوشش قرار داده و یا به عنوان سرمایه گذاری مورد استفاده واقع می شود.

موضوع بیمه عمر ارائه تامین در مقابل هزینه های احتمالی و یا بار مالی ناشی از ریسک شخصی معین مانند فوت، حیات و یا بیماری های خاص در پایان مدت قرارداد می باشد.

بیمه عمر در ایران :

بیمه عمر در ایران از سال ۱۳۱۴ آغاز شد. در آغاز نمایندگی یک شرکت بیمه خارجی بنام ویکتوریا که مرکز آن شهر برلن بود شروع به فروش بیمه نامه کرد. این نمایندگی در سال ۱۳۱۵ پس از یک سال فعالیت منحل شد و پرتفوی خود را به شرکت سهامی بیمه ایران واگذار کرد. اولین بیمه نامه عمر که در سال ۱۳۱۴ توسط این نمایندگی صادر شد از نوع مختلط پس انداز متعلق به تاجری تبریزی به نام جبار صالح نیا بود. سرمایه قرارداد ۶۰۰ لیره انگلیس بود که پس از انقضای مدت از طرف شرکت سهامی بیمه ایران به بیمه گذار پرداخت شد. بیمه ایران تا سال ۱۳۳۶ تنها شرکتی بود که در ایران به فروش بیمه عمر مبادرت کرد. در سال ۱۳۳۶ شرکت سهامی بیمه ملی و در سال ۱۳۴۰ شرکت سهامی بیمه امید نیز به فروش بیمه عمر اقدام کردند. در سال ۱۳۵۳ شرکتی به نام بیمه بین المللی ایران و آمریکا تاسیس یافت که منحصر به فروش بیمه عمر و حوادث می پرداخت و با کمک کارشناسان آمریکایی شبکه بزرگ نمایندگی در تهران و شهرهای بزرگ به وجود آورده بود و به صورت تخصصی بیمه های عمر و حوادث را عرضه می کردند.

در سال ۱۳۵۵ بیمه ایران و آمریکا اقدام به تاسیس یک شرکت مختلط به نام "ایران عمر" کردند. این شرکت توانست در اولین سال فعالیت خود در سال ۱۳۵۶ تعداد ۱۲۳۸ بیمه نامه عمر را به فروش برساند. به این ترتیب این شرکت به کمک متخصصان و کارشناسان آمریکایی و همچنین از راهنمایی های بیمه گر اتکایی سوئیسی اونیون در زوریخ تشکیلات متناسبی برای عرضه و فروش بیمه های عمر به وجود آورد. در سال ۱۳۳۸ بیمه ایران تصمیم به اجرای طرح بزرگ و بی سابقه ای بنام طرح نوین گرفت. براساس این طرح شرکت بیمه تعهد کرد که به جای سرمایه نقدی به بیمه گذاران ملک مسکونی که ارزش آن در روز عقد قرارداد برابر با سرمایه بیمه ایشان بود واگذار کند. پس از ارائه این طرح در طی ۲ ماه، ۹۲۷۰ بیمه نامه عمر فروخته شد. اما با همه کوشش ها این طرح با شکست روبرو شد. پس از انقلاب شرکت های بیمه به استثنای بیمه ایران که شرکتی دولتی بود، در ۴ تیر ۱۳۵۸ ملی شدند و سپس در شهریور ۱۳۶۰ در هم ادغام و به شرکت بیمه بیمه البرز و آسیا دادند. پرتفوی شرکت های ملی شده همراه با اندوخته ریاضی آنها به شرکت بیمه آسیا منتقل شد. از سال ۱۳۸۰ شمسی با تصویب قانون تاسیس شرکت های بیمه ای غیردولتی چشم انداز تحول مهمی در صنعت بیمه هویدا شد. از سال ۱۳۸۱ بیمه های خصوصی تاسیس شدند و از سال ۱۳۸۵ شرکت های بیمه آسیا، البرز، دانا نیز به بخش خصوصی واگذار شدند.

انواع بیمه عمر :

- بیمه عمر به شرط فوت
- بیمه عمر به شرط حیات
- بیمه عمر مختلط

انواع بیمه عمر:

بیمه عمر به شرط فوت :

۱. بیمه عمر زمانی
 - ۱،۱. عمر زمانی تجدید پذیر
 ۲. بیمه تمام عمر
 - ۲،۱. بیمه جامع عمر
 - ۲،۲. بیمه جامع عمر متغیر
 - ۲،۳. تمام عمر مشترک
 - ۲،۴. تمام عمر با پرداخت محدود حق بیمه
 ۳. بیمه عمر فرد کلیدی
 ۴. بیمه اعتبار (مانده بدهکار)

بیمه به شرط حیات

۱. بیمه مستمری

بیمه مختلط

۱. بیمه های عمر و پس انداز

بیمه عمر زمانی

از انواع بیمه عمر حمایتی است، ریسک فوت را طی یک دوره معین تحت پوشش قرار داده و در صورت فوت بیمه شده در مدت اعتبار قرارداد بیمه، سرمایه بیمه معین شده در قرارداد، به ذینفع یا ذینفعان پرداخت می گردد.

در صورت حیات بیمه شده پس از مدت قرارداد هیچ وجهی به او پرداخت نمی شود و حق بیمه های پرداختی او مسترد نخواهد شد. لذا بیمه عمر زمانی صرفاً جنبه تأمینی دارد. قرارداد بیمه عمر زمانی را گاهی قرارداد بیمه عمر موقتی می نامند و از این جهت نیز بیش از بیمه های عمر دیگر، به بیمه اموال و حوادث مشابه است. بیمه عمر زمانی مزایا و معایبی دارد.

از مزایای این بیمه نامه حق بیمه نسبتاً کم و محدودیت آن به دوره مشخص است. مزایای دیگر این بیمه کاهش نگرانی مربوط به تنزل ارزش پول در قراردادهای طولانی مدت تر و تمام عمر است از معایب قرارداد های بیمه عمر زمانی عدم وجود حق بازخرید و سرمایه مخفف بوده و در صورت حیات بیمه شده تا پایان قرارداد، وجهی پرداخت نمی شود. بیمه عمر زمانی صرفاً ریسک مرگ طی دوره مشخص را پوشش می دهد از این رو آن را بیمه عمر ساده زمانی یا بیمه عمر موقتی نیز می نامند.

از مزایای این بیمه نامه حق بیمه نسبتاً پایین و محدودیت آن به دوره مشخص است و از دیگر مزایا کاهش نگرانی مربوط به تنزل ارزش پول در قراردادهای طولانی مدت تر است.

از معایب این بیمه نامه نداشتن حق بیمه باز خرید و سرمایه مخفف است که در صورت حیات بیمه شده تا پایان مدت قرارداد وجهی به او پرداخت نمی شود.

بیمه عمر زمانی تجدید پذیر:

در این نوع بیمه نامه می توان شرط کرد که پس از انقضای مدت، بیمه نامه مجدداً و بدون انجام معاینات پزشکی جدید ولی با حق بیمه بالاتر به تناسب افزایش سن تمدید گردد.

به دلیل احتمال بالای وقوع انتخاب نامساعد (کژگزینی) در قراردادهای بیمه عمر زمانی ساده، انعقاد این قراردادها بایستی با دقت بیشتری صورت پذیرد و شرکت های بیمه در انجام معاینات و بررسی های قبل از انعقاد قرارداد بایستی جدی و مؤثر عمل کنند.

در صورتیکه بیمه گذار مایل باشد قرارداد بیمه عمر زمانی او پس از گذشت بخشی از دوره قرارداد، به قرارداد مشتمل بر ذخیره سرمایه تبدیل شود، بایستی حق بیمه اضافی برای ذخیره سرمایه بپردازد.

خرید بیمه عمر زمانی در سه مورد توصیه می شود:

- مشتری مبلغ کمی را می خواهد صرف خرید بیمه عمر نماید.
- مشتری بخواهد از پوشش بیمه ای موقتی و کوتاه مدت بهره مند شود.
- مشتری در حال حاضر توانایی مالی کافی ندارد ولی پس از مدتی توانایی مالی بهتری کسب خواهد کرد.

بیمه تمام عمر

برخلاف بیمه عمر زمانی که سرمایه بیمه نامه را در صورت فوت در یک مدت مشخص پرداخت می نماید بیمه تمام عمر سرمایه فوت بیمه نامه را در هر زمان که فوت بیمه شده اتفاق افتد به ذینفعان می پردازد. در این نوع پوشش بیمه ای، حق بیمه به طور سالانه و در تمام طول عمر بیمه شده پرداخت می گردد (تمام عمر معمولی) البته می توان ترتیب پرداخت حق بیمه را طوری تنظیم کرد که برای تمام عمر نباشد، بلکه با رسیدن بیمه گذار به سن بازنشستگی خاتمه پیدا کند. (تمام عمر با پرداخت محدود).

در بیمه عمر تمام عمر هر زمانی بیمه شده فوت کند مورد پوشش قرار می دهد و همچنین ذخیره سرمایه قابل باز خرید برای بیمه گذار ایجاد کند. از این رو این بیمه نامه علاوه بر جنبه تامینی و حمایتی جنبه سرمایه گذاری نیز دارد و نیازی به انجام آزمایشات خاصی نیست.

قراردادهای بیمه تمام عمر از جهت نوع پرداخت حق بیمه به دو دسته اصلی تقسیم می شوند:

۱. قراردادهای بیمه تمام عمر با پرداخت یکنواخت حق بیمه در طول عمر: این قراردادها را بعضاً بیمه تمام عمر معمولی و بیمه تمام عمر با پرداخت حق بیمه مداوم نیز می نامند. ویژگی اول این نوع قرارداد این است که حق بیمه باید تا زمان مرگ بیمه شده به طور مداوم و معمولاً یکسان (به استثنای تعدیلات مربوط به تورم) پرداخت شود.

بنابراین بیمه گذار در سال های اولیه بیمه نامه، حق بیمه بیشتر از حق بیمه منصفانه پرداخت می کند. در حالی که در سال های پایانی، حق بیمه کمتر از حق بیمه منصفانه است که این پرداخت های اضافی سال های ابتدایی، پرداخت های کم سال های پایانی را جبران می کند.

به پرداخت های مازاد سال های اولیه، نرخ سود مرکب تعلق میگیرد و ذخایر انباشته شده را برای بیمه گذار بوجود می آورد. از آنجا که نحوه سرمایه گذاری این ذخایر توسط قوانین تعیین میگردد، به این ذخایر، ذخایر قانونی گفته می شود

در واقع با افزایش سن، ذخایر قانونی افزایش و انباشت حمایتی مربوط به ریسک مرگ کاهش می یابد سرمایه بیمه نامه قرارداد = انباشت حمایتی

ویژگی دوم قراردادهای بیمه تمام عمر با پرداخت یکنواخت، انباشت ارزش بازخرید بیمه نامه است که در صورت بازخرید یا فسخ قرارداد توسط بیمه گذار در هر سنی به او پرداخت خواهد شد.

چرا که در سالهای اولیه به دلیل بالا بودن هزینه اداری و بیمه گری و ارزش بازخرید از کسر هزینه های اولیه بیمه نامه از ذخایر قانونی بدست می آید لذا ارزش بازخرید از ذخایر قانونی کمتر است.

۲. دسته دوم از قراردادهای بیمه تمام عمر، قرارداد بیمه تمام عمر با پرداخت حق بیمه محدود است. در این نوع پرداخت حق بیمه پس از پرداخت طی یک دوره، متوقف شده یا کاهش می یابد ولی قرارداد فسخ نشده و معتبر باقی می ماند. از محاسن این نوع پرداخت حق بیمه آن است که در سنین بازنشستگی که درآمد فرد کاهش می یابد، فرد نگران پرداخت حق بیمه بالا نخواهد بود.

به طور کلی بیمه های تمام عمر دارای مزایای متعددی هستند که می توان به این موارد اشاره کرد:

- پوشش و تامین تمام عمر
- امکان بازخرید و کسب سرمایه بازخرید
- امکان کسب وام از ارزش سرمایه بازخرید
- امکان پرداخت حق بیمه از محل سرمایه بازخرید
- امکان تبدیل بیمه نامه به بیمه ای موقت با سرمایه مشابه
- امکان تبدیل مبلغ بازخرید به بیمه عمر مستمری
- امکان تبدیل بیمه تمام عمر به بیمه مخفف

بیمه عمر مختلط:

از تلفیق بیمه عمر به شرط حیات یا سرمایه گذاری خالص + بیمه عمر تامین خطر فوت (یک بیمه عمر خطر فوت ساده زمانی) قراردادی است که براساس آن بیمه گر تعهد می کند بیمه شده را طی یک دوره مشخص تحت پوشش قرار می دهد، چنانچه بیمه شده پس از این دوره در حیات باشد سرمایه بیمه نامه به او تعلق میگیرد اما اگر در صورتی که بیمه شده در طی دوره فوت کند سرمایه بیمه به استفاده کنندگان قرارداد پرداخت می شود.

بیمه عمر مختلط معمولاً دارای ذخیره ریاضی و ارزش بازخرید است و بیمه گذار می تواند آن را بازخرید کند و همچنین امکان دریافت وام از ذخیره ریاضی بیمه نامه وجود دارد.

این بیمه نامه ۳ هدف را برآورده می کند: ۱. پس انداز مورد نیاز خانواده طی یک دوره معین. ۲. تامین حمایت خانوار در مقابل خطر فوت سرپرست طی دوره معین. ۳. تامین هزینه زندگی در مقاطع مورد نظر بیمه گذار و حمایت مالی در دوران پیری. توضیح کاملتر:

(بیمه عمر مختلط قراردادی است که براساس آن بیمه گر تعهد می نماید، بیمه شده را طی یک دوره مشخص تحت پوشش داشته باشد چنانچه بیمه شده پس از دوره مذکور در حیات باشد، سرمایه بیمه نامه به او تعلق می گیرد. در صورتی که بیمه شده در طی دوره فوت نماید، سرمایه بیمه نامه به استفاده کنندگان قرارداد پرداخت می شود. به دلیل حتمی بودن پرداخت سرمایه بیمه نامه، این بیمه نامه از سایر بیمه های عمر گران تر است. انواع بیمه های مختلط عبارت است از بیمه نامه های عمر و پس انداز و عمر و سرمایه گذاری.

بیمه عمر مختلط معمولاً دارای ذخیره ریاضی و ارزش باخرید است و حتی دریافت وام از محل ذخیره ریاضی آن وجود دارد.

بیمه عمر مختلط از یک بیمه موقت با سرمایه نزولی و یک عامل پس اندازی صعودی ترکیب یافته است. عامل پس اندازی به تدریج افزایش می یابد تا آنکه در پایان دوره با سرمایه بیمه برابر شود و سرمایه بیمه موقت نزولی در هر زمان برابر با اختلاف سرمایه بیمه نامه و پس انداز تشکیل شده است. مدت بیمه عمر مختلط معمولاً ۱۵، ۲۰، ۲۵ و ۳۰ سال و بیشتر است و معمولاً به نحوی انتخاب می شود تا حداکثر سن ۶۰ و ۶۵ سالگی را پوشش می دهد.

شرایط بازاریابی این نوع بیمه نامه ها از ویژگی های زیر برخوردار است:

اولاً، فروش این نوع بیمه از انواع دیگر آسانتر است. زیرا هرمتقاضی به دلایل روانشناسی می پندارد خود در پایان دوره زنده است و لذا سرمایه بیمه را دریافت خواهد کرد. لذا این نوع بیمه نامه ها جذابیت بیشتری داشته و نمایندگان راحت تر می توانند مشتریان را قانع نمایند.

ثانیاً کارمزد این نوع قراردادها بیش از بیمه عمر زمانی و تمام عمر است. در سال آغازین قرارداد، بخش مربوط به فوت برابر کل سرمایه بیمه است، ولی طی دوره به تدریج کاهش می یابد. در زمان سررسید قرارداد، بخش سرمایه گذاری قرارداد با کل سرمایه بیمه نامه برابر شده و سرمایه فوت به صفر خواهد رسید. در هر زمان از مجموع سرمایه انباشت شده بخش سرمایه گذاری و سرمایه فوت، سرمایه کل بیمه نامه به دست می آید و به دلیل همین خصوصیت، بیمه های مختلط پس انداز از رایج ترین نوع بیمه های عمر محسوب می شود. این نوع بیمه نامه در چند دهه اخیر به علت ارائه پوششهای مناسب در صورت فوت ناهنگام بیمه گذار برای بازماندگان او و نیز جنبه پس اندازی و ذخیره سازی آن برای زمانی که بیمه گذار در قیدحیات است، از استقبال همگانی برخوردار شده است. این بیمه نامه دارای اشکال متفاوتی است که به چند نمونه از آن اشاره می کنیم.

۱. بیمه های عمر و پس انداز

بیمه نامه پس انداز با کاهش حق بیمه در سالهای اول
بیمه نامه پس انداز با دو برابر سرمایه در صورت فوت
بیمه نامه پس انداز با دو برابر سرمایه در صورت حیات
بیمه نامه پس انداز با حق انتخاب

بیمه عمر اعتبار (بیمه عمر مانده بدهکار) :

بیمه عمر اعتبار یا مانده بدهکار بیمه ای است که باقیمانده بدهی یا وام فرد مدیون را بطور کامل و یا جزئی تقبل می نماید. و به صورت های بیمه عمر اعتبار و بیمه از کارافتادگی اعتبار و بیمه بیکاری اعتبار متمایز نمود. و یا حتی می توان بیمه نامه های اعتباری که هر سه نوع ریسک مرگ، از کارافتادگی و بیکاری را تحت پوشش قرار دهد، ارائه نمود.

بیمه های اعتباری می توانند انواع وام ها همچون وام مسکن، وام شخصی برای تامین سفر و وام های اقساطی جهت خرید کالا را تحت پوشش قرار دهد.

در واقع این بیمه، بیمه ای است که طلبکار را در مقابل مرگ و یا اعسار مدیون، بیمه می نماید. ذینفع های این قرارداد بطور معمول بانکهای تجاری، شرکتهای اعتباری، موسسات مالی قرض دهنده و خرده فروشانی که به صورت اقساط کالای خود را می فروشند، می باشند.

بیمه های عمر مانده بدهکار اغلب به صورت قرارداد گروهی بین بیمه گر و موسسات وام دهنده خواهد بود.

به منظور درک بهتر این بیمه، موارد ذیل را متذکر می گرد:

سن بیمه شده از ۱۸ تا ۵۵ سالگی و سنین بالاتر با حق بیمه مضاعف مورد پذیرش است.

سرمایه بیمه نامه حداکثر به میزان بدهی

دوره پرداخت حق بیمه بستگی به دوره وام دارد که بهتر است ۱۲۰ ماه برای وام های بلند مدت و ۳۰ ماه برای وام های کوتاه مدت تعیین نمود.

پرداخت حق بیمه: چنانچه حق بیمه به طور یکجا از وام گیرنده مطالبه گردد دو حالت پیش می آید:

حالت اول: اگر موسسه مالی وام دهنده خود اقدام به فروش بیمه نامه اعتبار نماید، مبلغ حق بیمه یکجا به میزان وام اضافه شده و اقساط ماهیانه شامل وام و مبلغ حق بیمه خواهد بود.

حالت دوم: اگر بیمه نامه اعتبار از یک شرکت بیمه به صورت مجزا خریداری شود، مبلغ حق بیمه یکجا در هنگام عقد قرارداد به شرکت بیمه مذکور پرداخت می شود. حق بیمه ماهیانه از طریق حاصل ضرب نرخ بیمه در مقدار باقیمانده وام در هر ماه به دست می آید.

مزایای این بیمه نامه برای شدگان عبارتند از :

- ۱- پرداخت باقیمانده وام در صورت فوت و یا از کار افتادگی و یا بیکاری
- ۲- حمایت از خانواده در مقابل تعهدات مالی و ایجاد آرامش و امنیت خانوار
- ۳- بهره مندی از مشاوره مالی با متخصصین در امور مالی،
- ۴- اقدام برای اخذ وامهای بیشتر از موسسات دیگر

مزایای بیمه نامه برای موسسه مالی وام دهنده:

- ۱- پوشش ریسک عدم باز پرداخت کامل وام،
- ۲- برطرف شدن ریسک شهرت بد،
- ۳- جذب مشتری بیشتر

بیمه های به شرط حیات

۱. **بیمه های مستمری :** با بیمه عمر به شرط فوت متفاوت است و حیات و بقای دریافت کننده مستمری موضوع بیمه است.

در بیمه نامه های مستمری، بیمه گر پرداخت مستمری را برای مدت معین و یا تمامی حیات بیمه شده تعهد می کند. به عبارت ساده تر بیمه های مستمری به کار افرادی می آید که در دوران حیات و فعالیت خود سرمایه ای را اندوخته اند و اینک می خواهند حداکثر بهره را از آن بگیرند. معمولاً افرادی که نگران حال بازماندگان خود نیستند و نمی خواهند ارثیه ای از خود برجای گذارند و مایل نیستند در دوران پیری و از کار افتادگی با مشکلات مالی مواجه گردند رو به سوی بیمه های مستمری می آورند. در قرارداد مستمری مادام العمر، حق بیمه توسط مستمری بگیر یا فرد دیگری (که دارنده قرارداد یا صاحب آن نامیده می شود) به پرداخت کننده مستمری پرداخت می گردد. در اکثر قراردادهای پرداخت مستمری فقط تا زمانی ادامه می یابد که مستمری بگیر در قید حیات باشد، اما قراردادهای زیادی هم هستند که بنا به ویژگی خاصشان در صورت فوت مستمری بگیر نیز پرداخت مبلغی اندک در آنها تضمین شده است.

بیمه‌های مستمری دارای انواع متفاوتی به شرح زیر است :

مستمری با برگشت حق بیمه، مستمری متغیر، مستمری مضاعف، مستمری مخفف، مستمری با فاصله، مستمری بلافاصله. در بیمه نامه‌های مستمری، به خلاف بیمه‌های عمر خطر زیستن طولانی بیمه‌گذار براساس جداول مرگ و میر تحت پوشش قرار می‌گیرد.

بیمه عمر فرد کلیدی

یکی از مهمترین دارایی هر بنگاه اقتصادی و یا شرکت، مهارت کارکنان آن می‌باشد. لذا مرگ و یا ازکارافتادگی هر کارمند و یا مدیر منجر به زیان اقتصادی برای شرکت خواهد بود و میزان این زیان بستگی به نقش و جایگاه فرد در شرکت دارد.

به کارکنانی که نقش حساس و کلیدی در ایجاد سود و موفقیت شرکت دارند، افراد کلیدی می‌گوییم. از آنجا که فقدان و ازکارافتادگی این افراد کلیدی، زیان‌های قابل ملاحظه‌ای به شرکت وارد می‌کند، بیمه نامه‌ای برای جبران این خسارت‌ها تعریف شده است که به آن بیمه نامه فرد کلیدی گفته می‌شود.

چنانچه حادثه‌ای برای فرد کلیدی رخ دهد که منجر به نقض عضو یا ازکارافتادگی یا فوت او شود، شرکت مورد نظر زیان هنگفتی را متحمل می‌شود. همچنین هزینه شرکت برای یافتن فرد جایگزین و ارائه آموزش‌های لازم مخارج سنگینی به شرکت وارد می‌کند و حتی می‌تواند ادامه حیات شرکت را به خطر اندازد. از این رو بیمه نامه‌ای که بتواند شرکت را در مقابل چنین ریسکی حمایت کند و سرمایه لازم به منظور جبران خسارت را فراهم کند بسیار با اهمیت است.

یکی از مهمترین مشکلات بیمه‌گری در این بیمه، تعیین ارزش فرد کلیدی است. به منظور تعیین ارزش فرد کلیدی میتوان زیان احتمالی و کاهش درآمد ناشی از فقدان فرد کلیدی را تخمین زد و یا میتوان هزینه‌های تحمیل شده به شرکت به دلیل فقدان شخص کلیدی را به نحوی که شرکت در جایگاه سود و تولید مشابه قرار گیرد تقریب زد. به منظور سهولت درک بیمه‌نامه شخص کلیدی، در زیر الگویی برای این بیمه‌نامه ارائه میگردد.

ذینفع بیمه‌نامه: شرکتی است که فرد کلیدی در آن ایفای نقش می‌نماید.

سرمایه بیمه: حداکثر سه برابر متوسط سود خالص شرکت ظرف مدت ۵ سال گذشته. سرمایه می‌تواند تابعی از درآمد شرکت نیز باشد.

دوره بیمه نامه: دوره‌های ۵، ۱۰ ساله تا سن ۵۵ ساگی و یا بازنشستگی

سن بیمه شده: ۲۲ سالگی تا ۵۵ سالگی.

شرایط اولیه بیمه‌نامه:

۱. سرمایه بیمه سالانه متناسب با حق بیمه افزایشی، افزایش می‌یابد.

۲. حق بیمه با توجه به احتمال مرگ و ازکارافتادگی بر حسب سن و آزمایشات پزشکی و اطلاعات موجود در فرم قرارداد بیمه‌نامه تعیین می‌گردد.

۳. سرمایه بیمه پس از سال سوم دارای ارزش باخزید است.

۴. امکان دریافت وام و یا حتی کاهش حق بیمه برای شرکت فراهم است.

۵. در صورت خروج فرد کلیدی، شرکت می‌تواند قرارداد را باخزید نموده و یا نسبت به فوت و ازکارافتادگی فرد دیگری در شرکت آن را منعقد نماید.

بیمه تمام عمر مشترک

بیمه عمر مشترک ارائه کننده مزایایی است که بستگی به زندگی دو بیمه شده دارد. در طرح بیمه مشترک فوت فرد اول، به محض فوت فرد اول از دو فرد بیمه شده، مزایای پس از فوت باید پرداخت شود و پرداخت حق بیمه نیز قطع می گردد. در این طرح حق بیمه ها برابرند.

طرح بیمه تمام عمر مشترک فوت فرد دوم (بیمه تمام عمر بازمانده)، مزایایی ارائه می شوند که تا فوت فرد بیمه شده دوم قابل پرداخت است و در این طرح معمولاً حق بیمه ها نیز باید تا فوت فرد دوم پرداخت گردند، اما برخی بیمه گران بیمه نامه هایی ارائه می کنند که در آنها پرداخت حق بیمه با فوت فرد اول به پایان می رسد.

بیمه عمر متغیر: Variable Life

بیمه عمر متغیر فرصت سرمایه گذاری و جوهی را معمولاً در یک تا چند حساب مستقل با اهداف مشخص سرمایه گذاری، برای بیمه گذار فراهم می کند. در بیمه عمر متغیر ریسک سرمایه گذاری برعهده ی بیمه گذار است.

بیمه جامع عمر متغیر، بیمه جامع عمر با وجوه سرمایه گذاری شده در یک یا چند حساب مستقل براساس انتخاب بیمه گذار است. در این نوع بیمه معمولاً هزینه های مخارج و مرگ میر بصورت روزانه محاسبه می شوند زیرا مبلغ بیمه براساس مبلغ حساب های جداگانه به صورت روزانه در معرض تغییر است.

بیمه جامع عمر (بیمه عمر جامع) : universal life insurance

قرارداد جامع عمر که به اختصار UL می نامند، در برگیرنده سرمایه فوت و همچنین ارزش بازخرید است. تفاوت این بیمه نامه با بیمه نامه های سنتی در این است که سرمایه فوت را کاملاً از بخش ارزش بازخریدی جدا می کند. جامعیت این قراردادها در انعطاف پذیری نوع پرداخت حق بیمه ها، انعطاف پذیری سرمایه فوت و دوره حمایت بیمه نامه است و مزیت اصلی در انعطاف پذیری قابل توجه آن است. گاهی این بیمه نامه بیمه عمر با حق بیمه انعطاف پذیر نامیده می شود.

بیمه عمر جامع ویژگی های زیر را دارد:

۱. دو جزء سرمایه گذاری و حمایتی از یکدیگر جدا هستند
 ۲. انعطاف پذیر است
 ۳. امکان برداشت از اندوخته
 ۴. معاف از مالیات بر درآمد و ارث
 ۵. سرمایه فوت قابل افزایش و کاهش است.
 ۶. امکان اعطاء وام
- منافع فوت = سرمایه فوت + ذخیره سرمایه گذاری

انواع قرارداد بیمه عمر جامع:

۱. در نوع اول میزان منافع فوت در سال های اولیه ثابت بوده و در سال های انتهایی افزایش می یابد. با افزایش ذخیره سرمایه (ارزش بازخرید) بخش مربوط به پوشش ریسک مرگ کاهش می یابد و بدین سبب منافع فوت در سال های پایانی افزایش می یابد.
 ۲. در نوع دوم منافع فوت (مجموع ذخایر سرمایه و ذخیره مربوط به ریسک مرگ) برابر است با مجموع ذخیره سرمایه (ارزش بازخرید) که افزایشی است و مقدار ثابت ذخیره مربوط به ریسک مرگ.
- آشکار است که منافع فوت به دلیل افزایشی بودن ذخیره سرمایه (ارزش بازخرید) طی کل دوره افزایشی خواهد بود. چنانچه ذخیره سرمایه به دلیل نوسانات نرخ بهره و حق بیمه پرداختی، افزایشی نباشد، منافع فوت نیز افزایشی نخواهد بود.

• جدول عمر

برای بدست آوردن احتمال مرگ در مورد قراردادهای بیمه عمر از جدولی بنام جدول عمر یا جدول مرگ و میر استفاده می کنند. همانگونه که برای محاسبه حق بیمه در انواع قراردادهای بیمه ، پیش بینی نرخ خسارت لازم است در قراردادهای بیمه عمر برای این منظور، احتمال وقوع مرگ یا بقا برای هر سن یا فاصله سنی به کمک جدول عمر به دست می آید. در حقیقت بدون استفاده از جدول عمر محاسبه حق بیمه قراردادهای بیمه عمر و تعهدات شرکت های بیمه از قبیل سرمایه فوت و ارزش سرمایه بازخرید بی معنا بوده و از هیچ منطقی برخوردار نخواهد بود. جداول زندگی (عمر) اطلاعات انباشته شده ای است که شرکت های عرضه کننده بیمه عمر ، به کمک آن می توانند احتمال وقوع خسارت را پیش بینی کرده و بیمه نامه های عمر را ارائه دهند. جداول عمر دارای پنج شتون اصلی است :

۱. سن
۲. تعداد زندگان
۳. تعداد فوت شدگان
۴. نرخ مرگ و میر
۵. امید به زندگی

عوامل موثر بر قیمت گذاری بیمه های عمر

در نرخ گذاری بیمه های عمر سه عنصر اصلی وارد می شود:

۱. **احتمال مرگ و میر:** جدول مرگ و میر روشی ساده برای بیان احتمال بقا یا فوت در هر سن مشخص است. در این جدول احتمال از دست رفتن ارزش اقتصادی زندگی انسان بیان می شود.
 ۲. **نرخ بهره:** در همه بیمه نامه های عمر ، پرداخت حق بیمه قبل از اجرایی شدن قرارداد صورت می گیرد، در حالیکه منافع آن در زمانی در آینده پرداخت خواهد شد. از آنجا که حق بیمه ها از پیش دریافت شده و خسارات در تاریخی در آینده پرداخت می شود ، بیمه گر از انباشت حق بیمه ها برای سرمایه گذاری استفاده کرده و بنابراین باید بهره ای به بیمه گذار تعلق گیرد.
 ۳. **هزینه سربار:** برای تبدیل حق بیمه خالص به نرخ ناخالص باید هزینه سربار را به آن افزود تا هزینه های مربوط به ارائه محصول و خدمات بیمه ای نیز پوشش داده شود. تعیین هزینه های سربار اساسا مربوط به حسابداری هزینه است و انواع مخارج مربوط به فراهم آوری محصول را شامل می شود : حق کمیسیون، سایر مخارج فروش ، مخارج اموری اداری ، مالیات بر حق بیمه ، سود و حوادث محتمل الوقوع
- نرخ ناخالص نهایی** از تقسیم حق بیمه خالص بر ضریب خسارت مجاز به دست می آید. ضریب خسارت مجاز درصدی از حق بیمه است که پس از کسر هزینه ها برای پرداخت خسارت باقی می ماند:

حق بیمه خالص

نرخ ناخالص: ضریب هزینه - ۱

- دو عنصر احتمال فوت و نرخ بهره در محاسبه حق بیمه خالص وارد می شوند که فقط هزینه خسارت محاسبه کرده و هزینه های اجرایی شرکت بیمه را در نظر نمی گیرند. مجموع حق بیمه خالص و هزینه سربار ، حق بیمه ناخالص را تشکیل می دهد که همان قیمت فروش بیمه نامه است.

شرکت های بیمه :

شرکت های بیمه ایرانی با سرمایه حداقل ۱۵۰ میلیارد تومان برای فعالیت در بیمه های اشخاص و حداقل ۲۰۰ میلیارد تومان برای فعالیت در بیمه های اموال و مسئولیت و یا حداقل ۲۵۰ میلیارد تومان برای فعالیت در هر دو بخش تشکیل می شوند. شرکت های بیمه تکمیلی نیز با حداقل ۴۰۰ میلیارد تومان می توانند برای فعالیت در امور تکمیلی به ثبت برسند. اشخاص حقیقی و حقوقی که تابعیت ایرانی دارند می توانند شرکت بیمه تاسیس کنند و برای اینکار باید از بیمه مرکزی مجوز دریافت کنند. براین اساس پس از طرح موضوع و تصویب شورای عالی بیمه ، درخواست باید به تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی برسد و با امضای وزیر اقتصاد و رئیس مجمع عمومی بیمه مرکزی ، موافقت اصولی تاسیس شرکت بیمه صادر می شود. شرکت های بیمه باید به یکی از صورت های سهامی عام یا تعاونی به ثبت برسند.

موسسات شرکت های بیمه موظفند جهت اخذ پروانه فعالیت ، این اطلاعات و مدارک را به بیمه مرکزی تسلیم کنند:

- اساسنامه شرکت
- میزان سرمایه
- صورت کامل اسامی شرکا و مدیران و تابعیت و تعداد سهام هریک از آنها
- میزان سهام نقدی و غیرنقدی و نحوه پرداخت آنها
- اسناد و مدارک و اطلاعاتی که برای احراز صلاحیت فنی و مالی که بیمه مرکزی لازم بداند.

پروانه بیمه برای تمام رشته ها یا رشته های معین در این موارد پس از موافقت شورای عالی بیمه با تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ابطال می شود :

- در صورت تقاضای دارنده پروانه
- در صورتی که شرکت بیمه تا یکسال پس از صدور پروانه شروع به فعالیت نکرده باشد.
- در مواردی که شرکت بیمه برخلاف اساسنامه و قوانین و مقررات بیمه رفتار کند.

سندیکای بیمه گران:

به منظور تسهیل همکاری بین شرکت های بیمه و حفظ حقوق صنفی آنها سندیکای بیمه گران تشکیل شد.

اهداف و وظایف سندیکای بیمه گران :

- تحکیم و توسعه همکاری بین شرکت های بیمه و کمک به حفظ و سلامت بازار بیمه
- حمایت از حقوق شرکت های بیمه
- حل و فصل اختلاف بین شرکت های بیمه
- کوشش در حل و فصل اختلاف بین بیمه گذاران و شرکت های بیمه
- مطالعه در امور مربوط به حرفه و فن بیمه

واسطه ای بیمه :

به موجب ماده ۶۶ قانون تاسیس بیمه مرکزی و بیمه گری، عرضه بیمه به وسیله اشخاص زیر امکان پذیر است :

- شرکت های (موسسات) بیمه
- نمایندگان بیمه
- دلالان رسمی بیمه (کارگزاران)

نمایندگان بیمه :

شرکت های بیمه علاوه بر عرضه و فروش بیمه نامه بصورت مستقیم ، بازاریابی و فروش را به اشخاص حقیقی یا حقوقی تحت عنوان نماینده واگذار می کنند.

طبق آئین نامه شماره ۹۶ نمایندگان بیمه عمر، مجوز فعالیت خود را از شرکت های بیمه و با تایید بیمه مرکزی دریافت میکنند.

اصول اساسی بیمه :

۱. مقدمه :

بیمه ، رابطه مالی بین بیمه گر و بیمه گذار است که هدف از آن جبران خسارت یا خسارات احتمالی است که از وقوع حادثه یا حوادث معینی ناشی می شود. بیمه همانند حسابداری یک فن بوده و دارای اصولی است.

۲. الزامات :

انتقال ریسک از فرد به شرکت بیمه از طریق توافق قراردادهای انجام می شود که طی آنها شرکت بیمه در قبال دریافت حق بیمه از بیمه گذار و تعهد او در وفاداری به شرایط و بندهای قرارداد ، متعهد می شود که در صورت وقوع حوادث معینی که در بیمه نامه ذکر شده است، خسارت بیمه را تا سقف مبلغ از پیش تعیین شده ای جبران کند. بخش عمده ای از قوانین که ساختار قراردادهای بیمه را شکل می دهند و بر محتویات آن اثر گذارند ، از قوانین حاکم بر کلیه قراردادها گرفته شده اند.

• پیشنهاد و پذیرش :

برای اینکه هر قرارداد بیمه از نظر قانونی معتبر باشد باید پیشنهادی صریح ، روشن و کامل از جانب یکطرف وجود داشته باشد ، سپس این پیشنهاد با شرایط دقیق خود از جانب طرف دیگر مورد پذیرش قرار گیرد. در بیشتر موارد متقاضی بیمه پیشنهاد خود را ارائه می کند و این شرکت بیمه است که پیشنهاد را با صدور بیمه نامه پذیرفته یا آن را رد می کند.

• صلاحیت طرفین قرارداد بیمه:

دومین الزام یک قرارداد بیمه ای معتبر آن است که طرفین باید از نظر قانونی دارای صلاحیت بوده و ظرفیت قانونی وارد شدن به قرارداد را داشته باشند.

• هدف قانونی :

الزام دیگر آن است که قرارداد باید دارای هدفی قانونی باشد . قرارداد بیمه ای که موارد غیرقانونی یا غیراخلاقی را دربرمی گیرد یا ترویج می کند ، برخلاف منافع عمومی است و نمی تواند قابل اجرا باشد.

• شکل قانونی :

برای اینکه قراردادهای بیمه دارای قالب استاندارد باشد باید اصطلاحات و شرایط مشابه با قراردادهای استاندارد داشته یا برخی موارد حاوی بندهای استاندارد آن را داشته باشند.

۲-۱. ویژگی های قانونی مختص قراردادهای بیمه

قراردادهای بیمه باید بر مبنای حد اعلای حسن نیت باشند. سایر ویژگی های قانونی خاص قراردادهای بیمه به این قرارند :

- تصادفی بودن
- یکجانبه بودن
- مشروط بودن
- شخصی بودن
- اذعان (عقد تصویبی/اذعانی)

- تصادفی بودن :

قراردادهای بیمه بجای اینکه مبادله ای باشد ، تصادفی و احتمالی است. یعنی در آن ممکن است ارزش مبادله شده بین طرفین برابر نباشد ، اما به پیشامدی غیرحتمی وابسته است. بنا به شانس یک طرف ممکن است ارزشی را دریافت کند که با ارزشی که داده است متفاوت باشد. به عنوان مثال فرض کنید فردی حق بیمه ای برابر با ۵۰۰ هزار تومان را در ازای دریافت پوشش بیمه ای برابر با ۱۰۰ میلیون تومان برای بیمه آتش سوزی می پردازد. اگر خانه او اندکی بعد بطور کامل در آتش ویران شود او مبلغی دریافت خواهد کرد که بسیار بیشتر از حق بیمه ای است که پرداخته است. از سوی دیگر ممکن است بیمه گذاری سالها برای بیمه آتش سوزی خود حق بیمه پرداخت کرده و هرگز خسارت ندیده باشد. در مقابل سایر قرارداد های تجاری مبادله ای هستند . قرارداد مبادله ای قراردادی است که در آن ارزش مبادله شده توسط هر دو طرف از لحاظ نظری برابر باشد. مثل خرید یک ملک به ازای ارزش روز آن ملک.

اگرچه ماهیت قرارداد تصادفی ، احتمال وقوع پیشامدی اتفاقی است، اما قرارداد بیمه را نمی توان قراردادی شرط بندی دانست زیرا شرط بندی ریسک سوداگرانه ی جدیدی خلق می کند که قبل از قرارداد وجود نداشته باشد اما بیمه روش مواجهه با ریسک خالص است که در حال حاضر نیز وجود دارد. اگرچه بیمه و شرط بندی سرشتی تصادفی دارند اما بیمه قراردادی قماری نیست زیرا ریسک جدیدی به واسطه آن ایجاد نمی شود.

- یک جانبه بودن :

قرارداد بیمه ، قراردادی یک جانبه است. یعنی فقط یک طرف تعهدی قابل اجرا دارد. در مورد بیمه فقط بیمه گر تعهد قانونی قابل اجرایی برای پرداخت خسارت یا فراهم آوردن سایر خدمات به بیمه گذار خواهد داشت. پس از اینکه اولین حق بیمه پرداخت شد ، قرارداد بیمه فعال می شود. در مقابل بیشتر قرارداد های تجاری طبیعتاً دو جانبه هستند.

- مشروط بودن :

یعنی الزام بیمه گر به پرداخت خسارت بستگی به آن دارد که آیا بیمه گذار یا ذی نفع با همه شرایط بیمه نامه موافق است یا خیر و اگر شرایط بیمه نامه رعایت نشود ، بیمه گر مجبور به پرداخت خسارت نیست. مثال : در بیمه آتش سوزی بیمه گذار موظف است وقوع خسارت را سریعاً اعلام کند . اگر بیمه گذار طی مدت نامعقولی در اعلام خسارت تاخیر کند بیمه گر می تواند در شرایطی که بیمه نامه نقض شده از پرداخت خسارت خودداری کند.

- شخصی بودن:

بدان معنا که قراردادی بین بیمه گر و بیمه گذار است و قراردادی شخصی است و متقاضی بیمه باید مورد قبول بیمه گر باشد و استانداردهای بیمه گری معینی را با توجه به ویژگی ها ، اخلاق و اعتبار داشته باشند. یکی از مهمترین جنبه های بکارگیری قانون قرارداد شخصی در بیمه نامه ها ، حق بیمه گذار برای واگذاری بیمه نامه ها به فرد دیگری است. اما از نظر قانونی در بیشتر قراردادها بیمه نامه واگذار شده فقط با رضایت کتبی بیمه گر برایش الزام آور است.

- اذعان :

اذعان بدان معناست که بیمه گذار باید کل قرارداد را با تمامی شرایط و بندهای آن بپذیرد و بیمه گذار نمی تواند بندی از قرارداد را حذف یا اضافه کند اما با این حال قرارداد با اضافه کردن الحاقیه ها یا فرم ها قابل تغییر است.

۳. ساختار بیمه نامه :

- اظهارات
- توافقات بیمه ای
- استثنائات
- شرایط

- اظهارات :

بخش اظهارات شامل بیانات بیمه گذار است که معمولاً توسط دادگاه ها به عنوان مطالب اعلام شده توسط بیمه گذار شناخته می شود.

- توافقات بیمه ای :

در این بخش شرکت بیمه متعهد می شود که در صورت بروز حادثه ی ناشی از خطرات تحت پوشش بیمه نامه ، خسارت بیمه گذار را پرداخت کند.

- استثنائات :

در این بخش شرکت بیمه چیزی را بیان می کند که انجام نخواهد داد. استثنائات یکی از بخش های اصلی بیمه نامه است . خطرات مشخصی باید از بیمه نامه مستثنی شود به این دلیل که بیمه پذیر نیستند یا به این دلیل که حق بیمه پایه آن خطرات را کامل پوشش نمی دهد. از این رو پوشش این خطرات باید از طریق پرداخت حق بیمه اضافی یا قراردادهای ویژه دیگری به دست آید.

- شرایط :

در این بخش وظایف و حقوق هر دو طرف را با جزئیات بیان می کند .

۴. اصول اساسی بیمه از دیدگاه حقوقی(اصول حاکم بر قراردادهای بیمه)

• اصل نفع بیمه ای :

بصورت خلاصه یعنی ذینفع بودن بیمه گذار در بقای آنچه بیمه می کند. به بیانی دیگر بیمه گذار باید در صورتی که مورد بیمه در معرض خطر قرار گیرد یا ضرر و زیان ببیند ، از سالم ماندن آن سود ببرد.

نتایجی که از اصل بیمه ای حاصل می شود به شرح زیر است :

- مصونیت بیمه گر از نتایج اعمال عمدی بیمه گذار
- جلوگیری از وقوع حادثه توسط بیمه گذار
- جلوگیری از توسعه خسارت
- خودداری از تشدید خطر توسط بیمه گذار
- اعلام بموقع خسارت توسط بیمه گذار

• اصل حسن نیت و اعتماد متقابل :

اصولاً حسن نیت لازمه انجام هر قراردادی است و در قراردادهای بیمه اهمیت ویژه ای دارد. در قراردادهای بیمه بیمه گر تا حد بسیار زیادی به اطلاعات و صحت عمل بیمه گذار اتکا می کند و در صورتی که بیمه گذار فاقد حسن نیت کامل باشد نتایج زیانباری را متوجه بیمه گر می کند. به موجب این اصل بیمه گذار موظف است هنگام صدور بیمه نامه همه اطلاعاتی را که از مورد بیمه دارد، به درستی و با حسن نیت کامل در اختیار بیمه گر قرار دهد. خودداری از ارائه اطلاعات یا کتمان حقایق ،سهوی و عمدی موجب بطلان قرارداد و فسخ بیمه می شود. در صورت بطلان بیمه نامه وجوهی که بیمه گذار به عنوان حق بیمه پرداخته قابل استرداد نیست، بلکه بیمه گر حق دارد اقساط عقب افتاده را نیز از بیمه گذار مطالبه کند. رعایت اصل حسن نیت از جانب بیمه گر نیز ضروری است و متقابلاً موظف است به وظایف و تعهدات خود طبق شرایط و مقررات بیمه نامه عمل کند و تعهدات خود را در اسرع وقت ایفا کند و بیمه گذار را با شرایط بیمه نامه و استثنائات آن آشنا کند.

- حسن نیت بیمه گذار قبل از صدور بیمه نامه

پرکردن کامل فرم "پیشنهاد بیمه" و دادن اطلاعات درست برای ارزیابی خطر به بیمه گر. تسلیم و پرکردن فرم پیشنهاد به تنهایی برای هیچک از طرفین تعهدی ایجاد نمی کند و بیمه گر و بیمه گذار می توانند منصرف شوند، اما بعد از صدور بیمه نامه مطالب مندرج در فرم پیشنهاد برای بیمه گذار تعهد آور است و این پیشنهاد جز لاینفک قرارداد محسوب می شود.

- حسن نیت بیمه گذار در طی مدت اعتبار بیمه نامه

حسن نیت بیمه گذار باید در طی مدت بیمه نامه وجود داشته باشد. هرگاه بیمه گذار در نتیجه عمل خود خطری را که به مناسبت آن بیمه منعقد شده، تشدید کند یا یکی از یکی از کیفیات یا وضعیت موضوع بیمه را به نحوی تغییر دهد که اگر آن وضعیت قبل قرارداد هم وجود داشت، بیمه گر حاضر به انعقاد قرارداد با شرایط یاد شده در قرارداد نمی شد، باید بیمه گر را بلافاصله از آن مطلع کند.

اگر تشدید خطر یا تغییر وضعیت موضوع بیمه در نتیجه عمل بیمه گذار نباشد او باید مراتب را ظرف مدت ۱۰ روز از تاریخ اطلاع خود رسماً به بیمه گر اعلام کند. در هر دو مورد بیمه گر حق دارد اضافه حق بیمه را تعیین و به بیمه گذار پیشنهاد کند و در صورتی بیمه گذار حاضر به قبول و پرداخت نشود، قرارداد را فسخ کند. بنابراین اعم از اینکه تشدید خطر در نتیجه عمل شخص بیمه گذار باشد یا بیمه گذار شخصاً در جهت تشدید خطر عملی انجام نداده باشد باید مراتب را به بیمه گر اعلام شود و پس از تشدید اعلام خطر، بیمه گر حق دارد پوشش بیمه نامه را ادامه دهد یا آن را فسخ کند.

- حسن نیت بیمه گذار هنگام وقوع خسارت

از جمله وظایف بیمه گذار در هنگام وقوع خسارت، موارد زیر است:

۱. جلوگیری از گسترده شدن خسارت و نجات مورد بیمه
۲. اعلام به موقع خسارت به بیمه گر
۳. همکاری با بیمه گر به منظور بررسی خسارت
۴. حفظ وضعیت قسمت های خسارت دیده و اعلام کیفیت خسارت
۵. دادن امکان رسیدگی به بیمه گر

- حسن نیت از طرف بیمه گر

با توجه به تسلطی که بیمه گر به شرایط و مقررات بیمه نامه دارد و اصولاً حرفه او ایجاب می کند که اطلاعات جامعی از بیمه نامه داشته باشد و از این لحاظ که بیمه گذار در وضعیت ضعیف تری قرار دارد، یکی از وظایف بیمه گر آشنا کردن بیمه گذار با شرایط و مقررات و تکالیف قرارداد بیمه است. در خصوص حسن نیت بیمه گر به طور خلاصه می توان به موارد زیر اشاره کرد که بیمه گر باید:

۱. موارد استثنا شده از شمول تعهدات بیمه نامه را به طور واضح در بیمه نامه منعکس کند.
۲. اسرار بیمه گذاران را حفظ کند.
۳. خسارت را در اسرع وقت رسیدگی و پرداخت کند.

• اصل غرامت (اصل جبران خسارت)

بر اساس این اصل بیمه گر خسارت بیمه گذار را به مقداری پرداخت می نماید که بیمه گذار در شرایط بلافاصله قبل از حادثه قرار گیرد. البته مقدار خسارت پرداختی هیچ گاه بیشتر از تعهد بیمه گر نخواهد بود. در واقع بر اساس این اصل بیمه نباید برای بیمه گذار سودآور باشد و وی را در وضعیت بهتری نسبت به قبل از حادثه قرار دهد.

به طور کلی اصل غرامت یعنی بیمه گر به اندازه خسارت وارده به بیمه گذار تعهد دارد نه بیشتر از آن.

اصل غرامت محدود به بیمه های اموال است و در بیمه های اشخاص (بیمه های عمر و حوادث) اعمال نمی شود.

حق بیمه هر قرارداد بیمه براساس دو عامل نرخ حق بیمه و مبلغ حق بیمه تعیین می شود.

ماده ۱۰ قانون بیمه (قاعده نسبی): ماده ۱۰ قانون بیمه می‌گوید: در صورتی که مالی کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد، بیمه‌گر فقط به تناسب مبلغ بیمه‌شده نسبت به قیمت واقعی مال، مسئول و متعهد به پرداخت خسارت خواهد بود. مثال: فرض کنید شخصی خودروی خود را که ۱۰۰ میلیون تومان ارزش دارد، به مبلغ ۵۰ میلیون تومان بیمه می‌نماید؛ یعنی دچار کم‌بیمه‌گی شده است. حال اگر در حادثه‌ای خسارتی به مبلغ ۱۰ میلیون تومان رخ دهد تکلیف چیست؟ از آنجایی که خودرو با مبلغی به اندازه نصف ارزش واقعی بیمه شده و به همان میزان حق بیمه‌ای که باید از فرد دریافت می‌شد کمتر از مبلغ واقعی است، بنابراین بیمه‌گر متعهد به پرداخت تمام خسارت نیست و زیان را بر اساس فرمول مشخصی محاسبه و پرداخت می‌نماید.

با توجه به ماده ۱۰ قانون بیمه خسارت بر اساس فرمول زیر محاسبه می‌شود:

خسارت پرداختی = مبلغ خسارت واقع شده ضربدر سرمایه بیمه شده تقسیم بر سرمایه واقعی

۵ میلیون تومان = ۱۰۰ میلیون سرمایه واقعی / ۵۰ میلیون سرمایه بیمه‌شده * ۱۰ میلیون تومان خسارت

ماده ۱۰ قانون بیمه در مورد بیمه‌های اشخاص (بیمه‌های عمر و...) کاربردی ندارد و در مورد بیمه‌های اموال (آتش سوزی، بدنه و...) صدق می‌کند.

• اصل جانشینی (اصل قائم مقامی یا حق رجوع به مسئول حادثه)

در صورتی که در هر حادثه ای، عامل ایجاد حادثه و خسارت، مشخص و شناخته شده باشد، بیمه‌گذار حق دارد خسارت خود را از مسئول خسارت خود را از مسئول حادثه مطالبه کند. طبیعی است که به موجب اصل خسارت در جبران خسارت از طرف بیمه‌گر، بیمه‌گذار نباید از مسئول ایجاد حادثه، خسارتی را دریافت کند زیرا موجب نفع و استفاده او شده است.

به همین دلیل در قراردادهای بیمه بین طرفین قرارداد توافق می‌شود در صورتی که حادثه مسئول مشخص و شناخته شده ای دارد، خسارت توسط بیمه‌گر جبران شود اما بیمه‌گر از حقی که بیمه‌گذار در مقابل مسئول حادثه دارد استفاده کند، بنابراین با پرداخت خسارت به بیمه‌گذار حق رجوع به مسئول، به بیمه‌گر واگذار می‌شود و بیمه‌گر می‌تواند اقدامات لازم را جهت وصول مبلغ خسارت از مسئول حادثه انجام دهد. به موجب ماده ۳۰ قانون بیمه، بیمه‌گر در حدودی که خسارت وارد شده را قبول یا پرداخت می‌کند، در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت اند، قائم مقام بیمه‌گذار است. اگر بیمه‌گذار اقدامی کند که منافی با این عقد باشد، در مقابل بیمه‌گر مسئول شناخته می‌شود. اصل جانشینی در مورد بیمه‌های اشخاص (بیمه‌های عمر و...) کاربردی ندارد.

• اصل علت نزدیک یا سبب بلافاصل خسارت

عبارت است از اینکه بین حادثه بیمه شده و خسارت مورد ادعای بیمه‌گذار رابطه علت و معلولی وجود داشته باشد. بدین معنی که خسارت ایجاد شده معلول حادثه بیمه شده باشد. براساس این اصل یکی از مواردی که بیمه‌گذار یا استفاده‌کننده از مزایای بیمه جهت دریافت خسارت، یا حتی سرمایه بیمه (در بیمه‌های اشخاص) باید اثبات کند، اصل علت نزدیک است. در صورتی که چنین رابطه‌ای وجود نداشته باشد، بیمه‌گر نیز تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده نخواهد داشت، زیرا بیمه‌گر جبران خسارت را به هر دلیلی و هر علتی که باشد تعهد نکرده است. علت اصلی یک خسارت همیشه علت غالب است.

• اصل تعدد بیمه‌ای

اصل تعدد بیمه اظهار دارد که فقط در صورتی تعدد بیمه‌نامه در مورد یک موضوع بیمه مجاز است که مجموع سرمایه‌های بیمه‌ای بیمه‌نامه‌های متعدد از ارزش موضوع بیمه بیشتر نباشد. بیشتر قراردادهای بیمه‌ای غیر از بیمه عمر و در بیشتر موارد بیمه درمان، حاوی بندی در مورد محدود کردن پوشش بیمه‌ای توسط بیمه‌نامه دیگر هستند. هدف اولیه قرار دادن محدودیت، پیشگیری از بهره‌مندی بیمه‌گذار و کسب سود در اثر وقوع خسارت به هنگام داشتن دو تا چند بیمه‌نامه است. اصل تعدد بیمه‌ای در مورد بیمه عمر کاربرد ندارد.

• اصل مشارکت

اصل مشارکت زمانی مطرح می شود که دو (یا تعدادی) بیمه نامه غرامت برای یک ریسک مشخص وجود داشته و این خطر میان بیمه گران تقسیم شده باشد. در صورت وقوع خسارت هر کدام سهمی از خسارت مورد بیمه را برعهده خواهند گرفت. این بیمه نامه همچنین باید دارای ویژگی های زیر باشند:

۱. نفع بیمه ای مشترک
۲. خطر مشترک که منجر به خسارت می شود
۳. موضوع بیمه مشترک (موضوع مورد بیمه معمولاً شی یا اموالی مانند: خانه، ساعت و ... است و در برخی موارد حتی می تواند مسئولیت قانونی یکسان نیز باشد).

- حق بیمه فنی (نرخ فنی):
بیمه گران، حق بیمه ای که مبتنی بر اصول فنی محاسبه می شود و تامین کننده ریسک است را "حق بیمه فنی" یا "نرخ فنی" می نامند.

- ذخیره یا ذخایر فنی:
در ترازنامه شرکت های بیمه اقلام بسیار بزرگی تحت عنوان ذخایر فنی به چشم می خورد. این ذخایر از حق بیمه های دریافتی تشکیل شده است و باید به مصرف پرداخت خسارت برسد. دلیل وجود آنها این است که معمولاً بیمه گر حق بیمه هر دوره را در ابتدای قرارداد دریافت میکند، اما خسارت به تدریج و در طول دوره واقع می شود و برای رسیدگی و پرداخت هر کدام به مدت زمانی کم و بیش طولانی نیاز است، بنابراین حق بیمه ها قبل از آنکه به مصرف جبران خسارت برسد مدتی در اختیار بیمه گر باقی می ماند. این حق بیمه های انباشته شده را اصطلاحاً ذخایر فنی می نامند.

- ذخیره ریاضی:

مطابق با آئین نامه ۵۳ ذخیره ریاضی چنین تعریف شده است: ذخیره ریاضی بیمه های زندگی (عمر) عبارتست از تفاوت بین ارزش فعلی تعهدات بیمه گر (اعم از سرمایه و مستمری) و ارزش فعلی تعهدات بیمه گذاران که با رعایت مبانی فنی مورد استفاده در محاسبه حق بیمه و نسبت به سهم نگهداری موسسه بیمه، محاسبه می شود.

در بیمه های عمر ذخایر خسارت اهمیت کمتری دارد زیرا پرداخت خسارت در این رشته بیمه تشریفات و مشکلات زیادی ندارد اما ذخیره حق بیمه رقم بسیار بزرگی را تشکیل می دهد زیرا اولاً مدت بیمه عمر طولانی است و گاه به ۲۰ تا ۳۰ سال می رسد و حتی تا آخر عمر بیمه شده ادامه دارد و ذخیره حق بیمه مدت زیادی نزد بیمه گر می ماند. ثانیاً در بیمه های عمر جنبه پس انداز همراه با تامین بیمه ای است، از این رو همیشه مبلغ قابل توجهی از وجوه پس انداز نزد بیمه گر است. نظر به اینکه محاسبات این نوع ذخیره بیمه ای مستلزم استفاده از فرمول ریاضی است، آن را ذخیره ریاضی نامیده اند.

تئوری احتمال:

مجموعه ای از اطلاعات مربوط به اندازه گیری احتمال رخ دادهای تصادفی و پیش بینی بر مبنای این احتمال است. به عبارت دیگر این تئوری با پیشامدهای تصادفی سروکار دارد و به احتمال وقوع هر پیشامدی مقداری بین صفر و یک اختصاص می دهد. بدین ترتیب پیشامدهای که وقوع شان غیرممکن است مقدار صفر، آنهایی که اجتناب ناپذیرند و حتماً رخ خواهد داد، مقدار یک و پیشامدهایی که احتمال رخ دادن آنها نه غیرممکن و نه حتمی است، مقداری بین صفر و یک می گیرند. هرچه احتمال روی دادن پیشامدی بیشتر باشد، مقدار احتمال اختصاص یافته به آن به یک نزدیکتر است و به عکس.

کاربرد آمار در بیمه :

کاربرد احتمالات و آمار در هیچ صنعتی به اندازه صنعت بیمه مهم نیست. محاسبه گران فنی (اکچوئرها) برای تعیین خسارت مورد انتظار از آمار و احتمال استفاده می کنند.

قانون اعداد بزرگ :

حتی اگر ویژگی های جامعه ای با قطعیت شناخته شده باشد ، بیشتر بیمه گران قادر به بیمه کردن کل جامعه نیستند ، بلکه فقط می توانند نمونه ای از آن جامعه را بیمه کنند. این ویژگی توزیع نمونه گیری به ما کمک می کند تا قانون اعداد بزرگ را که زیربنای ریاضیات بیمه است، توصیف کنیم.

حق بیمه خالص:

مقدار حق بیمه ای است که فقط برای پوشش خسارت در نظر گرفته می شود و هیچ هزینه ای را شامل نمی شود به همین دلیل به آن هزینه خسارت نیز گفته می شود.

حق بیمه ناخالص :

در فرایند محاسبه حق بیمه خالص، نه تنها مقدار خسارت ها یا به عبارتی دیگر هزینه آنها در نظر گرفته می شود ، بلکه شرکت های بیمه در جریان صدور بیمه نامه و ارزیابی خسارت متحمل هزینه هایی می شوند که باید با هزینه های عمومی-اداری شرکت های بیمه و سایر موارد در محاسبه حق بیمه نهایی مطالبه شده از بیمه گذاران در نظر گرفته شوند . همه این هزینه ها باید تحت عنوان هزینه سربار به حق بیمه خالص جمع می شوند تا حق بیمه نهایی یا حق بیمه ناخالص را بدست آورند.

این درصد سربار درصدی از حق بیمه ناخالص است که شامل حق کمیسیون ها ، هزینه های عمومی- اداری ، هزینه ارزیابی خسارت، سود ، مخاطرات اخلاقی و... می شود.

۵- ویژگی های ریسک بیمه پذیر :

اگرچه که از لحاظ نظری ، بیمه کردن بسیاری از خسارت امکان پذیر است ، اما در عمل برخی از خسارت ها با قیمت مناسب بیمه پذیر نیستند. بیمه گران به طور طبیعی فقط ریسک های خالص را بیمه می کنند، با این حال همه ریسک های خالص هم قابل بیمه شدن نیستند . بنابراین برای بیمه پذیر بودن یک خسارت باید ویژگی های معینی وجود داشته باشد. از نظر بیمه گر به طور ایده آل ، شش ویژگی برای یک ریسک بیمه پذیر وجود دارد :

۱. باید تعداد زیادی در معرض خطرهای بیمه پذیر وجود داشته باشند که در معرض ریسک معینی هستند.
۲. خسارت باید غیرعمدی و تصادفی باشد.
۳. خسارت باید قابل تعیین و شدت آن قابل اندازه گیری باشد.
۴. خسارت نباید فاجعه آمیز باشد.
۵. احتمال وقوع خسارت باید قابل محاسبه می شود.
۶. حق بیمه ها باید از نظر اقتصادی امکان پذیر و قابل پرداخت باشد.

مقایسه بیمه و شرط بندی :

۱. شرط بندی ریسک سودگرانه ی جدیدی ایجاد می کند ، در صورتی که بیمه روشی برای مقابله ریسک خالصی است که از قبل وجود داشته است. بنابراین اگر شما ۳۰۰ هزار توان روی اسبی شرط بندی کنید، ریسک سودگرانه ی جدید ی خلق کرده اید ، اما اگر ۳۰۰ هزار تومان به عنوان حق بیمه به بیمه گری برای بیمه آتش سوزی بپردازید ، به واسطه این قرارداد ریسک آتش سوزی را که از قبل وجود داشته به بیمه گر منتقل کرده اید و در ضمن هیچ ریسک جدیدی با این معامله ایجاد نمی شود.
۲. شرط بندی از نظر اجتماعی فعالیتی غیرتولیدی است ، زیرا سود برنده از بازنده تامین می شود . اما بیمه از نظر اجتماعی همواره مولد است. بیمه گر و بیمه گذار هردو سود مشترکی در پیشگیری از خسارت دارند. هردو اگر خسارتی رخ ندهد سود می برند .
۳. شرط بندی و معاملات قمارگونه هرگز بازندگان را به وضعیت مالی سابقشان باز نمی گرداند ولی قراردادهای بیمه در صورت وقوع خسارت، زیان مالی بیمه گذاران را به طور کامل جبران می کنند.

فواید بیمه برای جامعه :

۱. پرداخت غرامت برای خسارت های بیمه شده
۲. نگرانی و ترس کمتر و آرامش خاطر بیشتر
۳. منبع وجوه قابل سرمایه گذاری
۴. پیشگیری از خسارت
۵. افزایش اعتبار افراد و مشاغل
۶. توزیع عادلانه خسارت ها و ریسک ها

هزینه های بیمه برای جامعه :

۱. هزینه فعالیت بیمه گری
۲. مخاطرات اخلاقی و روحی
۳. مطالبات فراتر از واقعیت

- هزینه فعالیت بیمه گری:

یکی از مهمترین هزینه های بیمه ، هزینه سربار بیمه گری است. در اصطلاح مالی، هزینه سربار باید به حق بیمه خالص اضافه شوند تا مخارج تحمیل شده به شرکت های بیمه در طول فعالیت های روزانه شان را پوشش دهد.

- مخاطرات اخلاقی و روحی :

۱. تصادفات ساختگی و صحنه سازی شده برای دریافت غرامت
 ۲. دزدی و سرقت ساختگی یا فعالیت های خرابکارانه گزارش شده به بیمه گران
 ۳. ادعای دروغین در مورد بیمه های درمان ارائه شده برای کسب سود
- پرداخت غرامت برای ادعاهای متقلبانه منجر به حق بیمه های بیشتر برای همه بیمه گذاران می شود.

تعریف بیمه اتکایی :

ممکن است بعضی از بیمه هایی که برای پوشش به بیمه گر عرضه می شود ، متضمن تعهدات سنگینی باشد که بیمه گر قادر به تحمل آنها نباشد ، از این رو بیمه گر ناچار است ریسک هایی را که قادر به تحمل نیست، به بیمه گر دیگری واگذار کند. به این گونه عملیات بیمه ای که بین شرکت های بیمه انجام می شود ، بیمه اتکایی می گویند.

ارنست فیر در کتاب خود بیمه اتکایی را چنین تعریف می کند:

نوعی عملیات بیمه ای است که به موجب آن بیمه گر اتکایی در مقابل دریافت مبلغی به عنوان حق بیمه، تمام یا قسمتی از تعهدات بیمه گذار اتکایی (واگذارنده) را در مقابل بیمه گذارانش برعهده می گیرد. این تعهدات تابع مقررات مخصوص قرارداد اتکایی است.

بیمه مشترک (اشتراکی):

بیمه گران مستقیم یا اتکایی ممکن است طی یک قرارداد بیمه مشترک، طرف بیمه گذار واقع شوند یا هریک به نسبت سهم خود از بیمه مشترک، قرارداد جداگانه با بیمه گذار منعقد کنند.

اصول مدیریت ریسک

با نگاهی به تاریخ به روشنی می توان دریافت که جوامع مختلف همواره با شکل های گوناگونی از بیم و نگرانی روبرو بوده اند که امروزه از آن به "ریسک" تعبیر می شود. به علاوه آنها برای غلبه بر آن عدم اطمینان ها و بیم و نگرانی ها، شیوه های مختلفی را به کار برده اند که امروزه به آنها "مدیریت ریسک" گفته می شود.

یکی از مهمترین نگرانی های جامعه از دیرباز تاکنون مسئله امنیت بوده که بطور عمده در امنیت جانی و مالی خلاصه شده است. جوامع و تمدن های مختلف برای حل این مسئله به شکل های مشخصی اقدام کرده اند که صرف نظر از نام و عنوان و روش اجرایی مورد استفاده، عمدتاً کارکرد یکسانی داشته و به تعبیر امروزی نزدیکترین مفهوم به آن واژه "بیمه" است. باید اذعان داشت که فلسفه وجودی و تاریخچه پیدایش بیمه با مدیریت ریسک پیوند خورده و به جرات می توان گفت که بیمه شناخته شده ترین و رایج ترین ابزار اداره ریسک در جوامع قبل از میلاد مسیح تا قرن های اخیر بوده است.

مفهوم ریسک:

واژه ریسک در بیمه به معنی یک خطر بیمه شده (مثل آتش سوزی که در آن بیشتر اموال در معرض خطر قرار دارند) یا مورد بیمه یعنی شخص یا اموال محافظت شده توسط بیمه است. در واقع واژه ریسک به معنی وضعیتی که در آن احتمال خسارت دیدن وجود دارد، بکار می بریم. ریسک وضعیتی از دنیای واقعی است که در آن احتمال خسارت دیدن وجود دارد و احتمال رخداد آن بین صفر و یک است. یعنی نه قطعی (۱) و نه غیرممکن (۰). ریسک = نوعی احتمال خسارت. یکی از بهترین شاخص ها برای نشان دادن ریسک، واریانس است.

عدم اطمینان و ارتباط آن با ریسک:

عدم اطمینان به حالتی ذهنی درون خود انسان اشاره دارد که با شک و تردید توصیف می شود و مبنای آن کمبود اطلاعات در مورد اتفاقی است که در آینده ممکن است رخ دهد اما ریسک خطرات احتمالی دنیای خارج است که ما هیچ کنترلی بر آنها نداریم و با عدم اطمینان متفاوت است. مثال: دانش آموزی با اطلاع از وضعیت درسی و میزان تلاش و استعداد خود مطمئن است که در درس ریاضی نمره بسیار خوبی خواهد گرفت. با وجود اطمینانی که او از قبولی خود با نمره عالی دارد، همچنان احتمال وقوع اتفاقاتی نظیر دیر رسیدن به امتحان یا بیمار شدن در آن روز وجود دارد که ممکن است مانع قبولی او در این درس شود. در این شرایط علی رغم داشتن اطمینان ذهنی، ریسک وجود دارد. زیرا ریسک مربوط به حوادث دنیای بیرونی و محیط اطراف ماست که از کنترل و اراده ما خارج است.

درجه ریسک :

درجه ریسک به احتمال رخ دادن آن مربوط است، یعنی آن اتفاقاتی که احتمال وقوع خسارت در آن بیشتر است و با عنوان "ریسکی تر" خوانده می شوند. زمانی که یکی از معیارهای اندازه گیری پراکندگی مانند انحراف معیار برای نشان دادن میزان ریسک قابل اندازه گیری است و می توان گفت که در شرایط مشخصی با توجه به مقدار انحراف استاندارد، ریسک کمتر یا بیشتری وجود دارد، هرچه اندازه انحراف معیار بیشتر، ریسک بیشتر و بالعکس.

عامل ضرر (خطر) و مخاطره :

واژه های عامل خسارت و مخاطره با مفهوم ریسک متفاوت است. اگرچه از این واژه ها به جای یکدیگر استفاده می شود اما رایج نیست.

- عامل خسارت (خطر)

عامل خسارت به عنوان علت خسارت تعریف می شود. اگر خانه شما در آتش بسوزد عامل خسارت یا علت خسارت، آتش است. اگر اتومبیلی در تصادف با اتومبیل دیگر آسیب ببیند، تصادف عامل یعنی علت خسارت است.

- مخاطره

وضعیتی است که احتمال تحقق خسارتی را ایجاد کرده یا آن را افزایش می دهد. یک حادثه می تواند هم عامل و علت خسارت و هم مخاطره باشد. به طور مثال، بیماری عامل خسارتی است که خسارت اقتصادی ایجاد می کند، اما به طور همزمان ممکن است مخاطره ای باشد که احتمال خسارت را برای عامل خسارت دیگری مثل مرگ نابه هنگام افزایش دهد.

انواع مخاطره :

- مخاطره فیزیکی
- مخاطره اخلاقی
- مخاطره روحی

- مخاطرات فیزیکی :

مخاطرات فیزیکی به همه ویژگی های فیزیکی گفته می شود که احتمال وقوع خسارت را برای عوامل خسارت مختلف افزایش می دهند. نمونه مخاطره فیزیکی جاده یخ زده ای که احتمال تصادف را افزایش می دهد یا سیم کشی معیوب ساختمانی که خطر آتش سوزی را بیشتر می کند یا ویژگی مکانی که منجر به افزایش احتمال وقوع حادثه می شود، همچون نزدیکی ساختمان به پمپ بنزین که احتمال آتش سوزی را افزایش می دهد.

- مخاطرات اخلاقی :

مخاطره اخلاقی افزایش احتمال خسارت در اثر رفتارهای متقلبانه بیمه گذار است. به عبارت ساده تر تمایلات نادرست و عدم صداقت فرد، او را وادار می کند که برای فریب دادن شرکت بیمه تلاش کند. فرد متقلب ممکن است به امید گرفتن غرامت از شرکت بیمه خسارتی عمدی ایجاد کند. از جمله مخاطرات اخلاقی می توان صحنه سازی تصادف برای گرفتن غرامت، ارائه یک دعوی کلاهبردارانه به دادگاه، بزرگنمایی خسارت برای گرفتن غرامت بیشتر از شرکت بیمه و آتش زدن عمدی کالاهای به فروش نرفته موجود در انبار که بیمه شده اند را نام برد. گاهی بیمه گذاران برای دریافت غرامتی بیش از آنچه مستحق آن هستند، در میزان خسارت وارده اغراق می کنند. فریب کاری این افراد مشکل مهمی برای شرکت های بیمه است که هزینه های بیمه را افزایش می دهد، ضمن آنکه کنترل کردن آنها نیز دشوار است.

- مخاطرات روحی:

مخاطره های روحی نباید با مخاطرات اخلاقی اشتباه گرفته شود. مخاطرات روحی به رفتارهای گفته می شوند که دلیل اطمینان بیمه شدگان از داشتن بیمه، خسارت را افزایش می دهند. به عبارت دیگر مخاطره روحی بی توجهی یا بی تفاوتی بیمه گذار نسبت به وقوع خسارت است. برخی افراد بدلیل اینکه بیمه شده اند در مراقبت از اموال خود دقت نمی کنند. جا گذاشتن سوئیچ روی اتومبیلی که قفل نشده است، نمونه ای از مخاطره روحی است که احتمال دزدی را افزایش می دهد.

مخاطرات روحی در رفتار افرادی که بیمه نیستند نیز منعکس می شود. مثل برخی از پزشکان بدلیل اینکه هزینه های پزشکی توسط بیمه گر پوشش داده می شوند، مراقبت های پزشکی پرهزینه تری را برای بیماران خود تجویز می کنند.

به طور کلی مخاطره روحی عمل یا رفتاری است که هم فراوانی و هم شدت خسارت را افزایش می دهد. از دیگر مثال های این مخاطره می توان به مراجعه بیش از حد بیمه شدگان به پزشک اشاره کرد که خسارت شرکت های بیمه را افزایش می دهد.

دسته بندی ریسک:

- ریسک های مالی و غیرمالی
- ریسک های ایستا و پویا
- رسک های خالص و سوداگرانه
- ریسک های عام و خاص

- ریسک های مالی و غیرمالی:

در حالت کلی واژه ریسک دربردارنده همه حالاتی است که در آن افراد در معرض حوادث ناگواری قرار می گیرند. برخی از این ریسک ها خسارت مالی ایجاد کرده و برخی دیگر خسارت های مالی در پی ندارند.

- ریسک های ایستا (استاتیک) و ریسک های پویا (دینامیک):

ریسک های پویا ریسک هایی هستند که از تغییرات و تحولات اقتصادی ناشی می شوند. مثلا تغییر در سطح قیمت ها، ذائقه مصرف کننده، سطح درآمد، میزان بازده و رشد فن آوری می تواند بر اعضای یک اقتصاد، خسارت مالی ایجاد کند. ریسک های پویا ممکن است بر افراد بسیار زیادی تاثیر بگذارند و عموما نسبت به ریسک های ایستا کمتر قابل پیش بینی اند، زیرا با نظم دقیقی اتفاق نمی افتد.

ریسک های ایستا شامل خساراتی می شوند که حتی اگر خسارت اقتصادی رخ ندهد، باز هم روی خواهند داد. این خسارت ها در اثر عواملی جز تغییرات اقتصادی مثل عوامل ضرر طبیعی یا اشتباهات و خطاهای انسانی به وجود می آیند.

برخلاف ریسک های پویا، ریسک های ایستا منبع کسب درآمد برای جامعه نیستند و اغلب به طور منظم در طول زمان روی می دهند، از این رو عموما قابل پیش بینی هستند و بدلیل پیش بینی پذیر بودنشان نسبت به ریسک های پویا برای بیمه شدن مناسب ترند. تصادف، آتش سوزی، طوفان از مثال های ریسک های ایستا هستند.

- ریسک های خالص و ریسک های سوداگرانه :

ریسک خالص ریسکی است که در آن فقط دو گزینه خسارت یا فقدان خسارت وجود دارد . یکی از بهترین نمونه های ریسک های خالص ، امکان خسارت دیدن اموال افراد است . مثلا به محض اینکه شخصی اتومبیلی می خرد با این امکان روبرو است که حادثه ای رخ دهد و در آن ماشین او آسیب فیزیکی ببیند یا کاملا از بین برود. از نمونه های دیگر ریسک خالص می توان به مرگ نابهنگام ، حوادث ناگوار شغلی ، مخارج سرسام آور درمانی و غیره اشاره کرد.

در مقابل ریسک های سوداگرانه ریسکی است که در آن سه امکان سود بردن ، خسارت دیدن و خسارت ندیدن وجود دارد . قماربازی و شرط بندی روی اسب مسابقه ، سرمایه گذاری در املاک و مستغلات و هرگونه سرمایه گذاری دیگر که سود قطعی در آن وجود ندارد ، نمونه های از ریسک های سوداگرانه هستند که در آن افراد ریسک را داخواهانه و به امید کسب سود می پذیرند . به سه دلیل مهم باید بین این دو ریسک تفاوت قائل شویم :

۱. بیمه گران فقط ریسک های خالص را بیمه می کنند.
 ۲. قانون اعداد بزرگ در مرود ریسک های خالص بسیار آسانتر از ریسک های سوداگرانه بکار می روند.
 ۳. جامعه ممکن است از یک ریسک سودگرانه سود ببرد ، در حالیکه که با رخ دادن ریسک خالص ، جامعه حتما متحمل زیان می شود.
- نکته : غالبا زمانی که خسارت هایی مانند سیل و زلزله در اثر یک ریسک خالص روی می دهند و منطقه وسیعی را ویران می کنند ، جامعه منتفع نخواهد شد. در نهایت باید این نکته را ذکر کرد که همه ریسک های خالص نیز بیمه پذیر نیستند.

- ریسک های عام و ریسک های خاص :

ریسک های عام شامل خساراتی می شوند که در اصل و نتیجه ، غیرفردی اند ؛ یعنی برکل افراد جامعه یا تعداد زیادی اثر می گذارند. اگرچه ممکن است این ریسک های گروهی از رخدادهای فیزیکی نیز ناشی شوند، اما در بیشتر موارد در اثر پدیده های اقتصادی ، اجتماعی ، سیاسی ایجاد می شوند. نمونه ای از ریسک های عام یا به سبب عوامل انسانی نظیر تورم سریع ، بیکاری دوره ای ، جنگ و شیوع بیماری های مسری روی می دهند یا نتیجه ریسک های طبیعی همچون طوفان، گردباد، زلزله ، سیل و آتش سوزی جنگل ها هستند که هرکدام منجر به ضررهای مالی زیادی می شود.

در مقابل ریسک های خاص آنهایی هستند که فقط براشخاص معدودی اثر گذاشته و آنها را متحمل خسارت می کند و برکل جامعه تاثیری ندارند. سرقت اتومبیل ، دزدی بانک و آتش سوزی منزل نمونه هایی از ریسک های خاص هستند. ریسک های خاص اکثرا بیمه پذیر هستند . تمایز بین ریسک عام و خاص از این نظر اهمیت دارد که در صورت بیمه پذیر بودن یک ریسک عام ، بیمه کردن آن به مساعدت و همکاری دولت نیز نیازمند است.

انواع ریسک های خالص :

- ریسک های اشخاص
- ریسک های اموال
- ریسک های مسئولیت

- ریسک های اشخاص :

ریسک هایی هستند که مستقیم بر افراد تاثیر می گذارند . به عبارت دیگر این ریسک ها افراد را درگیر مسائلی چون امکان وقوع خسارت کلی ، کاهش میزان درآمد ، تحمیل شدن مخارج اضافی و هزینه کردن دارایی های شخصی می کنند.
پنج دسته مهم برای ریسک های اشخاص وجود دارند :

۱. ریسک فوت نابه هنگام
۲. ریسک از کارافتادگی
۳. ریسک درآمد ناکافی در دوران بازنشستگی
۴. ریسک فقر سلامت یا بیماری
۵. ریسک بیکاری

- ریسک اموال :

هرکسی که دارایی شخصی دارد با ریسک اموال مواجه است زیرا این دارایی ممکن است به دلایل متعددی نظیر آتش سوزی ، صاعقه ، گردباد ، طوفان و بسیاری خطرات دیگر آسیب ببیند ، از بین بروند یا دزدیده شوند.
ریسک اموال دو نوع از خسارت ها را در برمی گیرد :

۱. خسارت های مستقیم :

درک یک خسارت مستقیم ساده است. یک خسارت مستقیم بدون واسطه و در نتیجه آسیب فیزیکی ، خرابی یا دزدی اموال به وجود می آید . مثلاً اگر در خانه ای در اثر آتش سوزی از بین برود ، مالک ساختمان و خانه و هم وسایل داخل آن را از دست داده است که این یک خسارت مستقیم است.

۲. خسارت غیرمستقیم یا تبعی :

خسارت مالی است که نتیجه غیرمستقیم وقوع یک حادثه است . در این مثال علاوه بر بهای از دست دادن ساختمان ، صاحب خانه دیگر جایی برای زندگی کردن ندارد و در همه مدتی که بازسازی ساختمان طول می کشد این امکان وجود دارد که صاحب خانه متحمل مخارج اضافی مربوط به اجاره مکان دیگر یا مخارج بازسازی منزل خود شود. به این جز خسارت غیرمستقیم یا تبعی گفته می شود.

- ریسک های مسئولیت :

عامل اساسی در ریسک مسئولیت ، آسیب غیرعمدی به افراد دیگر یا صدمه زدن به اموال دیگران در اثر غفلت یا بی توجهی است. در یک نظام قانون مند اگر کاری انجام دهید که منجر به خسارت فیزیکی یا آسیب زدن به اموال دیگران شوید ، از نظر قانونی مسئول آن اتفاق خواهید بود و دادگاه شما را ملزم به پرداخت غرامت به فردی می کند که خسارت دیده است.

روش های مواجهه با ریسک :

ریسک باری است که نه فقط بر دوش تک تک افراد جامعه ، بلکه برکل جامعه تحمیل می شود . بنابراین هیچ راه قطعی برای فرار از حضور از ریسک وجود ندارد . بسیاری از دولت ها برای کنترل ریسک های که عموماً دارای طبیعت عام هستند ، تلاش های فراوانی می کنند . ولی برخی ریسک هایی هستند که اشخاص خود باید مسئولیت آن را برعهده بگیرند.

اساسا پنج روش عمده برای مواجهه با ریسک وجود دارد که عبارتند از :

۱. اجتناب از ریسک
۲. کنترل خسارت
۳. نگهداری ریسک
۴. انتقالات غیربیمه ای
۵. بیمه

- اجتناب از ریسک :

یکی از روش های مقابله با ریسک ، اجتناب از رویارویی با آنهاست. هنگامی که شخصی از قبول ریسک ، حتی برای لحظه ای سرباز می زند ، از ریسک اجتناب کرده است. این کار فقط با درگیر نشدن در فعالیتی که در آن ریسک وجود دارد ، امکان پذیر است. به عنوان مثال از ریسک تصادف می توان با عدم استفاده از اتومبیل جلوگیری کرد . اجتناب از همه ریسک ها عملی و مطلوب نیست ، زیرا پیشرفت فردی و رشد اقتصادی هردو نیاز به ریسک کردن دارد.

- کنترل خسارت :

کنترل خسارت در بردارنده فعالیت هایی است که هم فراوانی و هم شدت خسارت را کاهش می دهد . بنابراین کنترل خسارت دو هدف عمده دارد : پیشگیری از خسارت و کاهش خسارت.

هدف از پیشگیری از خسارت کاهش احتمال دادن روی دادن آن است . به طوری که فراوانی رخداد خسارت کاهش یابد. مثل فردی که با کنترل وزن خود ، سیگار نکشیدن و رعایت رژیم غذایی سالم ، احتمال حمله قلبی را کاهش می دهد.

هدف دوم در کنترل خسارت ، کاهش دادن شدت خسارت به هنگام روی دادن آنهاست. مثلا صاحب یک فروشگاه می تواند با نصب سیستم آب پاش خودکار و وسایل اطفای حریق بعد از شروع آتش سوزی آن را به سرعت خاموش کند تا میزان خسارت کاهش یابد یا به حداقل برسد.

- نگهداری ریسک :

شاید نگهداری ریسک رایج ترین روش برخورد با ریسک است. یک شخص با تعداد زیاد و نامحدودی از ریسک مواجهه است که در بیشتر مواقع کاری در مورد آنها انجام نمی دهد.

نگهداری ریسک یک راه قانونی و در بسیاری از مواقع بهترین راه است. هر شخص باید خودش تصمیم بگیرد که کدام ریسک را نگه دارد یا از کدام ریسک اجتناب کند یا کدام را منتقل کند که مبنای آن میزان توانایی مالی شخص در تحمل خسارت است. خسارتی ممکن است برای خانواده ای یک بحران مالی شدید به وجود آورد ، توسط خانواده ای دیگر به دلیل توانایی مالی بیشتر به راحتی پشت سر گذاشته شود. به عنوان کلی می توان گفت که آن دسته از ریسک هایی باید حفظ شوند که منجر به خسارت نسبتا کوچکی می شوند.

- انتقال غیربیمه ای:

در این روش ریسک به طرف دیگری غیر از شرکت بیمه منتقل می شود که برای تحمل ریسک مشتاق تر یا آماده تر است. که به روش های مختلفی صورت می گیرد که مهمترین آنها عبارتند از :

۱. انتقال ریسک از طریق قراردادهای : مثل یک مستاجر می تواند ریسک افزایش بها در سال های بعد را از طریق بستن یک قرارداد اجاره بها چندساله به صاحب خانه اش منتقل کند.
۲. پوشش قیمتی ریسک ها : پوشش دادن یا تامین روشی است که در آن ریسک نوسانات نامطلوب قیمت ها از طریق خرید و فروش قراردادهای آتی به سفته بازان انتقال می یابد.
۳. ادغام شرکت های تجاری: ادغام شرکت ها برای ایجاد یک شخصیت حقوقی واحد ، نمونه دیگری از انتقال ریسک است.

- بیمه :

برای بیشتر مردم، بیمه کاربری ترین و قابل اطمینان ترین روش در رویارویی با ریسک است که در آن با پرداخت مبلغی مشخص (حق بیمه) از طرف بیمه گذار، طرف دوم یعنی شرکت بیمه متعهد می شود که غرامت طرف اول را برای خسارت مشخصی که امکان روی دادن آن وجود دارد تا سقف معینی بپردازد.

بیمه ویژگی های متعددی دارد که بر سه ویژگی مهم آن باید تاکید شود :

۱. بیمه یکی از روشهای انتقال ریسک است که در آن ریسک خالصی به بیمه گر منتقل می شود.
۲. روش بیمه به اشتراک گذاشتن ریسک بین اعضای گروهی است که آن بیمه مشخص را خریداری می کنند. از این رو می توان بیمه را به عنوان حالتی از نگهداری ریسک دانست که در آن ریسک تعداد زیادی از افراد جمع شده و یکجا نگهداری می شود.
۳. در نهایت اینکه در بیمه، به کار بردن قانون اعداد بزرگ به کاهش ریسک کمک می کند و از طریق آن بیمه گر خسارت آینده را با دقت بیشتری برآورد می کند.

مدیریت ریسک

یکی از مباحث مهم در مطالعه ریسک، مدیریت ریسک است. مدیریت ریسک راهبردی علمی برای رویارویی با همه ریسک های خالصی است که افراد و صاحبان مشاغل با آن روبرو هستند. برطبق تعریفی دیگر، مدیریت ریسک فرایندی برای شناسایی و انتخاب مناسب ترین و بهترین روش برخورد با خسارت هایی است که یک سازمان با آن مواجه خواهد شد.

مدیریت ریسک با مدیریت بیمه در ارتباط است، اما باید بین این دو تفاوت قائل شویم. مدیریت ریسک وسیع تر از مدیریت بیمه است، زیرا هم مدیریت ریسک های بیمه پذیر و هم ریسک های بیمه ناپذیر را در برمی گیرد، اما مدیریت بیمه محدود به حوزه ریسک های بیمه پذیر است. در کل مدیریت ریسک بر کاهش هزینه های رویارویی با ریسک ها از طریق انتخاب بهترین روش مواجه شدن با آنها تاکید می کند.

اهداف مدیریت ریسک :

۱. اهداف قبل از وقوع خسارت :

اولین هدف: استفاده بهینه از منابع، یعنی یک شرکت باید برای رویارویی با خسارت به اقتصادی ترین شکل ممکن آماده باشد.
دومین هدف: کاهش نگرانی است. احتمال بروز خسارت می تواند ترس و نگرانی زیادی ایجاد کند.
سومین هدف: رعایت الزامات قانونی است. مثلا قوانین دولتی ممکن است شرکت ها را ملزم به نصب تجهیزات ایمنی در محیط کار برای محافظت از کارگران کند.

۲. اهداف پس از وقوع خسارت :

شامل تداوم فعالیت، ثبات درآمدی، ادامه تولید و مسئولیت های اجتماعی هستند.

فرایند مدیریت ریسک : شش گام اصلی

۱. تعیین اهداف
۲. شناسایی ریسک ها
۳. ارزیابی ریسک ها
۴. مطالعه روش های مختلف و انتخاب بهترین روش برخورد با ریسک مورد نظر
۵. اجرای تصمیمات
۶. ارزیابی و مرور

- تعیین اهداف :

اولین قدم در فرایند مدیریت ریسک ، تعیین هدف های مدیریت ریسک است یعنی باید به طور دقیق مشخص شود که یک سازمان از برنامه مدیریت ریسک خود انتظار انجام چه کارهایی دارد . اولین هدف مدیریت ریسک تلاش برادامه فعالیت موثر سازمان یا شرکت و کسب اطمینان از این موضوع است که وقوع خسارت و ریسک شرکت را از دستیابی به سایر اهداف مهم باز نمی دارد .
دومین هدف ، محافظت کارگران و کارمندان از حوادث شغلی است که می تواند منجر به فوت و بروز صدمات شدید شود .
سایر اهداف نظیر کاهش هزینه ها، استفاده بهینه از منابع ، مسئولیت های اجتماعی و... است .

- شناسایی ریسک:

دومین گام در فرایند مدیریت ریسک ، شناسایی ریسک ها و همه خسارت های کوچک و بزرگی است که ممکن است شرکت با آن مواجه باشد . روش ها و ابزار های متعددی جهت شناسایی وجود دارند . به شرح زیر :

- تبیین جهت گیری شرکت
- پرسشنامه تحلیل ریسک
- فهرست خسارت
- فهرست انواع بیمه نامه ها
- نمودارهای گردش کار
- تحلیل های صورت های مالی شرکت
- بازرسی فیزیکی

- ارزیابی ریسک :

بعد از شناسایی ریسک ، باید آنها را مورد ارزیابی قرار دهیم . در این گام برآوردی از فراوانی و شدت بالقوه خسارت ها به دست می آید . منظور از فراوانی تعداد خسارت های احتمالی است که ممکن است در دوره زمانی مشخصی روی دهند .
ارزیابی خسارت ها نیاز به اولویت بندی ریسک ها دارد . بدلیل اینکه شدت خسارت برخی از ریسک ها بیشتر از سایر ریسک هاست، آن ریسک ها از اهمیت بیشتری برخوردارند .
ریسک ها از نظر شدت و فراوانی خسارت به سه گروه تقسیم می شوند :

۱. ریسک های بحرانی : بزرگی ریسک خیلی زیاد است و ممکن است منجر به ورشکستگی شرکت شوند .
۲. ریسک های مهم : خسارت به حدی است که شاید منجر به ورشکستگی شرکت نشود اما احتمالاً شرکت برای ادامه فعالیت نیاز به تامین مالی یا قرض گرفتن مبالغی از دیگران شود .
۳. ریسک های غیرمهم : ریسک های هستند که در آن خسارت های محتمل، تغییرات بسیار اندکی در میزان دارایی های موجود و درآمد جاری شرکت ایجاد نموده و فشار ناچیزی بر شرکت تحمیل خواهند نمود .

- بررسی روش های مختلف و انتخاب بهترین روش مدیریت ریسک :

گام بعدی در فرایند مدیریت ریسک مطالعه روش های مختلف و انتخاب بهترین و مناسب ترین روش رویارویی با ریسک های گوناگون است ، که به دو گروه کنترل ریسک و تامین مالی ریسک دسته بندی کرد .

• کنترل ریسک :

کنترل ریسک روش هایی را در برمیگیرد که هدف آنها کمینه کردن ریسک خسارت یا به نوعی کاهش شدت و فراوانی خسارت ، مانند اجتناب از ریسک و کنترل خسارت است ، روش هایی که یا از بروز خسارت جلوگیری می کنند یا شدت خسارت را بعد از وقوع آن کاهش می دهند .

اجتناب از ریسک :

اجتناب کردن زمانی روی می دهد که فرد یا شرکت از پذیرش یک ریسک با درگیر نشدن در فعالیت های مخاطره آمیز مربوط به آن سرباز زند ، به طوری که خسارت هرگز روی ندهد یا از ریسک های موجود پرهیز کند. مثل نساختن کارخانه در مسیر رودخانه یا زمین های سیل خیز. اما اجتناب از ریسک دو زبان عمده در پی خواهد داشت :

۱. شرکت نمی تواند از همه ریسک ها اجتناب کند.
۲. ممکن است پیشگیری از خسارت امکان پذیر نباشد.

• تامین مالی ریسک :

تامین مالی ریسک شامل روش هایی است که بعد از وقوع خسارت ، مخارج مالی آنها را تامین می کنند . از جمله این روش ها نگهداری ریسک ، انتقالات غیربیمه ای و بیمه های تجاری هستند.

نگهداری ریسک :

نگهداری ریسک یعنی یک شرکت همه یا بخشی از خسارتی را که از ریسک مشخصی حاصل می شود نزد خود نگه دارد. این نگهداری می تواند آگاهانه یا ناآگاهانه باشد . نگهداری آگاهانه ریسک یعنی شرکت از احتمال وقوع خسارت معینی آگاه است و با وجود این ، تصمیم به نگهداری همه یا بخشی از آن می گیرد مانند خسارت ناشی از تصادفات که به ناوگان حمل و نقل یک شرکت وارد می شود. نگهداری ناآگاهانه زمانی صورت می گیرد که فرد هیچگونه توجهی به ریسک مورد اشاره ندارد . به عنوان مثال عدم توجه به ریسک زلزله و عدم مدیریت آن ، نوعی نگهداری ناآگاهانه است.

انتقالات غیربیمه ای :

انتقالات غیربیمه ای روش هایی غیر از بیمه اند که بواسطه آنها ریسک خالص یا نتایج بالقوه آن به طرف دیگر (فرد یا شرکت دیگر) منتقل می شود . به عنوان مثال مانند شرکتی که تصمیم می گیرد کارخانه یا واحد جدیدی احداث کند و طی قراردادی که با یک شرکت ساختمانی می بندد، آن شرکت ساختمانی متعهد می شود که مسئولیت هرگونه خسارت وارده به کارخانه یا ساختمان جدید را تا زمانی که در حال احداث است برعهده بگیرد . مشارکت در فعالیت های اقتصادی مثال دیگری از انتقالات غیربیمه ای است.

بیمه :

یکی از ابزارهای مورد استفاده در برنامه تامین مالی ریسک است. بیمه برای آن دسته از خسارت هایی مناسب است که فراوانی روی دادن آن کم ولی شدتشان زیاد است.

اشتباهات معمول در خرید بیمه :

به دو دسته تقسیم می شود : خرید پوشش بیمه ای بسیار کم ، خرید پوشش بیمه ای بسیار زیاد. اولی که بصورت بالقوه پرهزینه تر است . شامل اشتباه در نخریدن پوشش های ضروری است که می تواند فرد را در مقابل خسارات مالی غیرقابل تحمل ، آسیب پذیر کند. مورد دیگر خرید پوشش بیمه ای بیش از اندازه است، یعنی خرید پوشش در مقابل خسارت هایی که نگهداری آن می تواند اقتصادی تر باشد.

کدام روش مدیریت ریسک باید به کار برده شود؟

	فراوانی زیاد	فراوانی کم
شدت زیاد	اجتناب از ریسک	بیمه
شدت کم	کنترل و نگهداری ریسک	نگهداری ریسک

اولین گروه، خسارت هایی با فراوانی کم و شدت کم هستند، بهترین شیوه رویارویی با اینگونه خسارت ها روش نگهداری است، زیرا این خسارت ها به طور غیرتکراری روی می دهند و وقتی که اتفاق می افتد به ندرت خسارت مالی قابل ملاحظه ای ایجاد می کنند.

گروه دوم، خسارت های جدی تری هستند که مکرر روی می دهند اما شدت آنها نسبتا کم است و شامل خساراتی نظیر آسیب فیزیکی به اتومبیل، پرداخت غرامت به کارگران، سرقت از مغازه یا غارت مواد غذایی از مغازه می شوند. در اینجا برای کاهش فراوانی خسارات از روش کنترل استفاده می شود و چون به طور منظم روی می دهند و قابل پیش بینی هستند می توان از روش نگهداری ریسک هم استفاده کرد.

گروه سوم، خسارت های دارای شدت زیاد و فراوانی کم هستند. شدت زیاد بدین معناست که پتانسیل فاجعه بار بودن در خسارت وجود دارد و احتمال کم وقوع خسارت نشان دهنده آن است که خرید بیمه از نظر اقتصادی به صرفه است. آتش سوزی، انفجار، حوادث طبیعی و ... از جمله مثال های این گروه هستند. مدیر ریسک می تواند ترکیبی از بیمه های بازرگانی و روش نگهداری را برای مقابله با این خسارت ها به کار ببندد.

قوانین مدیریت ریسک :

۱. بیشتر از آنچه استطاعت مالی پرداخت آن رادارید، ریسک نکنید.
۲. احتمالات را در نظر بگیرید.
۳. برای چیزی که ارزش زیادی ندارد، بیش از حد ریسک نکنید.

فرایند صدور بیمه نامه

فرم های پیشنهاد بیمه :

به طور سنتی فرم های پیشنهاد بیمه رایج ترین سازوکاری است که به وسیله آن بیمه گران اطلاعات لازم را برای ارائه نرخ های پیشنهادی خود دریافت می کنند. پس از تکمیل پرسشنامه ارائه شده در فرم پیشنهادی ، از پیشنهاد دهنده درخواست می شود صحت اظهارات خود را در اظهاریه ای در پایان فرم ، امضا کند تا تاییدی باشد بر اینکه براساس اطلاعات و اعتقاد بیمه گذار ، اطلاعات ارائه شده واقعی است.

فرم پیشنهاد بیمه فرمی است که توسط متقاضی بیمه تکمیل می شود . این فرم بیمه گر را قادر می کند ریسک را ارزیابی و بیمه نامه تهیه کند و سایر امور اداری به انجام برساند.

بیمه گر لازم است فرم پیشنهاد بیمه را بپذیرد و بیمه گذار باید حق بیمه را بپردازد یا توافق کند که آن را پرداخت کند ، قبل از منعقد شدن قرارداد. شایان توجه است که یک قرارداد بیمه بدون توجه به اینکه آیا بیمه نامه صادر شده یا خیر منعقد می شود. بیمه نامه فقط "سند" قرارداد است. (پس به طور کلی هنگامی که حق بیمه پرداخت شده یا توافقی جهت پرداخت آن به عمل آید قرارداد بیمه منعقد شده است.)

قانون اعداد بزرگ بیمه گران را قادر می سازد تا میزان حق بیمه بسیاری از ریسک های بیمه ای را به نحوه دقیق ارزیابی کنند.

بیمه نامه :

بیمه گذار و بیمه گر باید به طور کامل از شرایط و محتوی قرارداد مورد توافق خود آگاه باشند به همین دلیل است که بیمه نامه صادر می شود . بیمه نامه شامل جزئیات اقدام یا میزان در معرض خطر بودن موضوع بیمه ، خطرهای عملیاتی، دوره پوشش ، استثنائات ، شرایط ، حق بیمه و اطلاعات مرتبط دیگر است.

رویه های تجدید و فسخ قرارداد :

بعید است یک بیمه گر قرارداد بیمه را در میانه قرارداد فسخ کند مگر اینکه اطلاعاتی مبنی بر وجود مخاطرات اخلاقی در رابطه با ریسک مربوطه دریافت کن (مثل کشف اینکه بیمه گذار سابقه جنایی افشا نشده قبلی داشته) ممکن است شرایط فسخ را اجرا کند. بیمه گذار هم می تواند قرارداد بیمه را فسخ کند ، اگرچه این رویه مرسوم نیست.

اصول کلیدی صدور بیمه نامه :

۱. عوامل اصلی صدور بیمه نامه ، موثر بر تجربه خسارت هر حرفه خاص
۲. ادعای خسارت " میانگین " به ازای هر عضو گروه
۳. ویژگی های پیشنهاد دهنده ریسک در مقایسه با یک عضو متعارف

تقلب در بیمه :

حال به جنبه دیگری از ملاحظات بیمه گری یعنی تقلب می پردازیم . اگر تقلب کشف نشود و ادعای خسارت متقلبانه پرداخت شود ، پیامدهای زیر را خواهد داشت:

- برای بیمه گر : سودش کاهش می یابد و در برابر ادعای خسارت متقلبانه آتی ، آسیب پذیر می شود.
- برای بیمه گذار : حق بیمه افزایش می یابد.
- برای مدعی : وسوسه می شود که ادعای خسارت متقلبانه بیشتری کند.

کلاهبرداری :

نمونه های عمده کلاهبرداری از بیمه عبارتند از :

- جعل ادعای خسارتی که واقع نشده است.
- بزرگنمایی ادعای خسارت
- فعالیت عمده
- بیمه کردن دو یا چند بار و تلاش برای دریافت خسارت از چند بیمه گر

روش های پیشگیری از کلاهبرداری :

- بانک تبادل اطلاعات بیمه گران و خسارت
- ثبت آثار هنری گمشده
- ثبت آمار دزدی و تقلب بیمه وسایل نقلیه موتوری
- بانک اطلاعاتی بیمه

تعیین قیمت :

همه شرکت های بیمه برای سودهی خود ، نیاز به برنامه ریزی گسترده ای دارند. یکی از اولین گام های برنامه ریزی جمع آوری اطلاعات صحیح برای اتخاذ تصمیم است. برای اجرای راهبرد قیمت ، بیمه گر باید اطلاعات ادعای خسارت را تحلیل کند و برای اطمینان از اینکه می توان روند خسارت های آینده را پیش بینی کرد، اطلاعات بیشتری بدست آورد پس او باید حق بیمه ای محاسبه کند که برای پوشش هزینه ی خسارت های مورد نیاز آینده نیاز است.

معمولا ریسک برپایه دو مقیاس زیر اندازه گیری می شود :

- فراوانی : چند بار تکرار خواهد شد؟
- شدت : هنگام وقوع ، چه اندازه سنگین خواهد بود ؟

بیمه گرها معمولا ریسک های که فراوانی کم و شدت زیاد دارند تحت پوشش قرار می دهند. ولی حوادث مرتبط با وسایل نقلیه موتوری دارای فراوانی زیاد و شدت کم هستند که تحت پوشش بیمه قرار می گیرند.

فرایند پرداخت خسارت

برای اینکه ادعای خسارت معتبر باشد ، بیمه گذار باید :

۱. ثابت کند که خطر تحت پوشش ، به وقوع پیوسته است. برای مثال بیمه گذار به طور مستقیم به علت وقوع خطری که تحت پوشش بیمه نامه بوده ، دچار زیان شده است. این امر معمولاً با پرکردن فرم خسارت صورت می پذیرد.
 ۲. شواهد و مدارکی در زمینه میزان خسارت ارائه نماید. مثل: اصل رسید فاکتور هزینه های پزشکی .
- اگرچه اثبات خسارت برعهده بیمه گذار است ، اما این وظیفه بیمه گر است که ثابت کند خسارت وارده جزو استثنائات بیمه نامه یا متقابلانه بوده است. در غیر این صورت خسارت باید پرداخت شود.

مسئولیت بیمه گر در فرایند پرداخت خسارت :

- بیمه نامه در زمان وقوع خسارت معتبر بوده و منقضی نشده است.
- موضوع خسارت دیده همان باشد که در بیمه نامه قید شده است.
- خطر تحت پوشش بیمه نامه بوده است.
- بیمه گذار اقدامات قابل قبولی برای کاهش خسارت به عمل آورده است.
- شرایط و تعهدات بیمه نامه برقرار است.
- اصل حد اعلای حسن نیت رعایت شده است.
- خسارت مشمول استثنائات بیمه نامه قابل پرداخت نیست.
- ارزش واقعی خسارت قابل قبول است.

همه بیمه نامه ها شرایطی دارند که به دو گروه تقسیم می شوند : شرایط صریح و شرایط ضمنی .

شرایط صریح در بیمه نامه قید می شود اما شرایط ضمنی شرایطی است که براساس قانون بر بیمه نامه حاکم است اما در متن درج نمی شود . برای مثال این شرط که وجود بیمه نامه نباید موجب بی احتیاطی بیمه گذار شود ، از جمله شرایط ضمنی است .
تاثیر نقض یکی از شرایط قرارداد در هریک از حالات زیر متفاوت است:

- شرایط پیش از انعقاد قرارداد.
- شرایط پس از انعقاد قرارداد.
- شرایط پس از قطعی شدن تعهد بیمه گر (پوشش).

در شرایط زیر خسارت به صورت کامل پرداخت نمی شود :

- مبلغ بیمه نامه (یا سقف جبران خسارت در بیمه نامه های گرامتی) کمتر از مقدار خسارت و تعهد بیمه گر محدود به مبلغ بیمه نامه باشد.
- اعمال قاعده نسبی یعنی بیمه گذار اموال خود را به قیمتی کمتر از قیمت واقعی بیمه کرده است. (مربوط به بیمه های اموال)
- اعمال کاستنی یعنی بیمه گذار جبران بخشی از خسارت را برعهده بگیرد.

اسناد و مدارک لازم برای دریافت خسارت :

براساس الزمات حقوقی ادعای معتبر خسارت ، اثبات وقوع خسارت و میزان آن برعهده بیمه گذار است. اصلی ترین سندی که برای دریافت خسارت استفاده می شود ، فرم خسارت است که ۵ کاربرد دارد :

۱. گرفتن اطلاعات کافی به منظور آغاز فرایند پرداخت خسارت.
۲. آیا بیمه گذار مستحق جبران خسارت است یا خیر .
۳. ارزیابی شدت حادثه و برآورد میزان خسارت پرداختی.
۴. بررسی اولیه مبنی بر وجود ادعای اشخاص ثالث برای دریافت خسارت.
۵. تصمیم گیری در مورد وجود اشخاص ثالث مقصر و جبران خسارت از طریق آنها.

اولین گام در فرایند پرداخت خسارت بررسی عدم انقضای بیمه نامه و کسب اطمینان از آنکه خطری که باعث بروز خسارت شده ، تحت پوشش بیمه نامه بوده است.

اداره خسارت در واقع جلوه گاه یک شرکت بیمه و همچنین واحدی اساسی در تضمین مدیریت صحیح وجوه صندوق های بیمه است. برای انجام وظایف مربوطه ، کارا بودن اداره خسارت و داشتن کارکنانی شایسته با صلاحیت و حرفه ای امری حیاتی است.

وظایف کارکنان اداره خسارت عبارتند از:

- برآورد دقیق هزینه نهایی خسارت های معوق.
- تشخیص خسارت های واقعی و تقلبی.
- رسیدگی سریع و عادلانه به ادعاهای خسارت.
- پرداخت خسارت با کمترین تضییع حق و اجتناب از اضافه پرداخت.

ذخیره گیری : یکی از وظایف مهم واحد خسارت ، از اعلام خسارت تا مرحله پرداخت آن عبارتند از برآورد دقیق تا حد امکان و پیش بینی مبلغ خسارتی که در نهایت پرداخت خواهد شد ، این فرایند ذخیره گیری نامیده می شود.

اهمیت ذخیره گیری :

- کسب اطمینان از وجود منابع کافی برای پرداخت همه خسارت ها.
- به حداقل رساندن هزینه خسارت ها.
- امکان ارزیابی مستمر سودآوری شرکت بیمه.

سازوکار اختلافات :

هراندازه که واحد خسارت کارا و عملکرد خوبی داشته باشد باز هم مواردی وجود خواهد داشت که مدعی خسارت از نتیجه راضی نباشد. بنابراین وجود فرایندی برای وجود مواردی که منجر به اختلاف می شود لازم است .

داوری : بسیاری از شرکت های بیمه در قراردادهای خود بندی را به عنوان داوری می گنجانند تا براساس آن اختلافات بین شرکت بیمه و بیمه گذار به داوری ارجاع شود . داوری بر رویه های قضایی که هزینه بر و زمان بر است ، ترجیح دارد و با اختلافات مربوط به مبلغ پرداختی از محل بیمه نامه سروکار دارد. اختلافات مربوط به اینکه آیا خسارت تحت پوشش بیمه نامه بوده است یا خیر قابل ارجاع به داوری نیست.

روش های جایگزین حل اختلاف (میانجیگری و مصالحه) :

در این روش یک میانجی بی طرف تعیین و با هر دو طرف مذاکره می کند اما تصمیمی نمی گیرد. منطق این روش آن است که دلیل اصلی اختلاف ریشه یابی و شناسایی شود و دو طرف درگیر به یک راه حل مورد قبول برسند. اگر دو طرف به توافق نرسند می توانند گزینه های دیگری را دنبال کنند . مصالحه مانند میانجیگری است اما دو طرف خود را پیشاپیش متعهد و مقید به اجرای نظر فرد مصالحه گر می کنند. اگر دو طرف این روش را بپذیرند، پس از ارائه نظر مصالحه گر، نخواهند توانست به نظام های قانونی رسمی تر مراجعه کنند.

آشنایی با قوانین و مقررات بیمه های بازرگانی

ماهیت حقوقی بیمه:

بیمه چگونه عقدی است؟

اصولا کلمه "عقد" در مورد عقود معینه یعنی عقودی که دارای آثار و احکام خاص خود است و در فقه اسلامی و قانون نیز نام مخصوصی دارد بکار می رود. مانند بیع، رهن، ضمان. براین اساس به مجموع توافق هایی که در خصوص شرایط بیمه و تعهدات متقابل بین طرفین طبق ضوابط فنی و قانونی حاصل می شود "قرارداد بیمه" گفته می شود.

- بیمه جز عقود غیرمعین (عقودی که در قانون عنوان خاصی ندارد و شرایط آن برطبق قواعد عمومی تعیین می شود.) محسوب می شود. زیرا:
۱. قانون گذار، بیمه را در قانون مدنی به عمد تعریف نکرده است. زیرا عملیات بیمه قبل از اعلام مشروعیت آن توسط مراجع تقلید و تحت تاثیر فقه اسلامی به عنوان قراردادهای قمار و شرط بندی محسوب می شد.
 ۲. در ماده ۱ ق.ب. مصوب سال ۱۳۱۶ کلمه عقد ذکر شده است؛ امری به عنوان نص صریح قانونی مورد استناد قرار می گیرد.
 ۳. چنانچه عقدی جز عقود معین (در فقه) طبقه بندی نشده باشد، دلیلی ندارد که جز عقود غیرمعین نیز باشد. بنابراین در عقد بودن بیمه، جای شک و تردید باقی نمی ماند.

خصوصیات عقد بیمه؟

اگرچه در عقد بیمه انجام تعهد بیمه گر مشروط و منوط به پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار و وقوع حادثه است، ولی عقد بیمه مشروط و معلق نیست و به محض توافق بین طرفین، عقد بیمه کامل و لازم الاجراست. به طور خلاصه "عقد بیمه" عقدی است که براساس اصل حاکمیت اراده و توافق طرفین استوار است. عقد بیمه و شرایط آن به صورت سند کتبی باشد که این سند به عنوان بیمه نامه شناخته می شود. سایر خصوصیات عقد بیمه از این قرار است:

الف) بیمه، عقدی لازم است

عقد لازم عقدی است که هیچ یک از طرفین معامله حق فسخ آن را نداشته باشد، مگر در موارد معینه. اما هرگاه یکی از طرفین یا هر دو بتوانند عقد را در هرزمان بخواهند فسخ کنند؛ آن عقد جایز است. استثنا: در برخی موارد مانند بیمه عمر یا زندگی، قرارداد بیمه برای بیمه گذار جایز اما برای بیمه گر لازم است.

ب) بیمه، عقدی معوض است

عقد معوض یا دو تعهدی، عقدی است که هریک از طرفین قرارداد در عین حال متعهد و متعهدله قرار می گیرند. بیمه گر در مقابل دریافت حق بیمه متعهد جبران خسارت است و بیمه گذار نیز به خاطر تضمینی که دریافت می کند (جبران خسارت در صورت وقوع حادثه) حق بیمه را می پردازد، پس بیمه یک قرارداد دو طرفه است.

ج) بیمه ، عقدی الحاقی است

اصولا قراردادهای بیمه توسط بیمه گر تنظیم می شود و بیمه گذاران آن قرارداد را قبول یا رد می کنند. تنظیم شرایط قراردادهای بیمه ای از طریق مذاکره بین بیمه گر و بیمه گذار صورت نمی پذیرد ، بلکه در هر زمانی که بیمه گذار شرایط قرارداد را نامناسب تشخیص دهد می تواند آن را خریداری نکند ، اما هرگاه قرارداد بیمه را پذیرفت باید شرایط آن را اجرا کند . به همین دلیل چون بیمه گران از قبل قراردادهای بیمه ای را تنظیم می کنند ، دادگاه ها در موارد وجود ابهام در شرایط بیمه نامه آن را به نفع بیمه گذار تفسیر می کنند.

د) بیمه ، عقدی اتفاقی است

اصولا عقد ، زمانی اتفاقی تلقی می شود که ویژگی ها و امتیازات آن هنگام عقد قرارداد برای طرفین نامعلوم باشد زیرا امتیازات، ناشی از بروز حادثه ای خواهد بود که در آینده اتفاق خواهد افتاد. در عقد بیمه نیز بیمه گذار وجه معینی را به عنوان حق بیمه می پردازد و اگر حادثه ای اتفاق نیفتد ، بیمه گر خسارتی را پرداخت نمی کند ، اما اگر حادثه ای به وقوع پیوست مبلغ حق بیمه پرداختی توسط بیمه گذار به مراتب کمتر و کوچک تر از خسارتی است که بیمه گر پرداخت خواهد کرد.

ذکر دو نکته اساسی لازم است. اول اینکه تعهد بیمه گر غالبا موقوف به واقعه غیرقطعی یا اتفاقی است که موضوع قرارداد بیمه است و این در حالی است که تعهد بیمه گذار در پرداخت حق بیمه قطعی است. دوم آنکه انشای این عقد معلق نیست ، بلکه تعهدات ناشی از آن در مورد بیمه گر معلق و مشروط است. در تعریف مفهوم کلمه " اتفاقی " باید بگوییم که نتیجه قرارداد ، نامعین و نامشخص است و میزان پولی را که هریک از طرفین از دست می دهند با هم برابر نیست.

ه) بیمه ، عقدی مستمر است

اجرای این دسته از عقود مستلزم صرف وقت است و تعهدات طرفین در آنها در مدت زمان نسبتا طولانی به اجرا گذاشته می شود، مانند قراردادهای اجاره و بیمه که نقطه مقابل قراردادهای فوری مانند " بیع " هستند. نحوه فسخ و بطلان در قراردادهای فوری و مستمر یکسان نیست ، چنانچه تجدید در شرایط قرارداد فقط در قراردادهای مستمر میسر است .

شرایط صحت عقد بیمه :

۱. قصد و رضای طرفین : یعنی در حالت ایجاب یک طرف و قبول طرف دیگر ، هر دو طرف باید دارای قصد و رضا باشند و چنانچه قصد یکی از طرفین مفقود یا رضای وی معیوب باشد ، عقد غیرصحیح و باطل است.
۲. اهلیت طرفین : بلوغ ، رشد و عقل . هنگام عقد قرارداد بیمه این سه شرط باید رعایت شوند.
۳. موضوع معین مورد معامله : در کلیه بیمه نامه ها موضوع بیمه مشخص می شود و بیمه گذار می تواند خطرات اضافی را نیز علاوه بر خطرات اصلی بیمه کند .
۴. مشروعیت جهت معامله : یعنی سببی که شخص برای رسیدن به آن ، حاضر به تعهد و قبول دین می شود ، مشروع باشد.

نکته : اهلیت یعنی توانایی قانونی افراد برای انجام امور اجتماعی خود است که به دو نوع " اهلیت تمتع " و " اهلیت استیفا " تقسیم می شود. اهلیت تمتع ، توانایی بالقوه افراد برای استفاده از حقوق مدنی خود است که با تولد او شروع و با مرگش پایان می یابد . اما اهلیت استیفا ، توانایی بالفعل افراد برای استفاده از حقوق مدنی آنهاست.

قانون بیمه :

مصوب ۱۳۱۶/۲/۷

معاملات بیمه

- ماده ۱-** بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می کند در ازاء پرداخت وجه یا جوهی از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی بپردازد .
- متعهد را بیمه گر طرف تعهد را بیمه گذار وجهی را که بیمه گذار به بیمه گر می پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می شود موضوع بیمه نامند
- ماده ۲-** عقد بیمه و شرایط آن باید به موجب سند کتبی باشد و سند مزبور موسوم به بیمه نامه خواهد بود .
- ماده ۳-** در بیمه نامه باید امور ذیل بطور صریح قید شود .
- ۱- تاریخ انعقاد قرارداد .
 - ۲- اسم بیمه گر و بیمه گذار .
 - ۳- موضوع بیمه .
 - ۴- حادثه یا خطری که عقد بیمه به مناسبت آن بعمل آمده است .
 - ۵- ابتدا و انتهای بیمه .
 - ۶- حق بیمه
 - ۷- میزان تعهد بیمه گر در صورت وقوع حادثه
- ماده ۴-** موضوع بیمه ممکن است مال باشد اعم از عین یا منفعت یا هر حق مالی یا هر نوع مسئولیت حقوقی مشروط بر اینکه بیمه گذار نسبت به بقاء آنچه بیمه می دهد ذی نفع باشد و همچنین ممکن است بیمه برای حادثه یا خطری باشد که از وقوع آن بیمه گذار متضرر می گردد .
- ماده ۵-** بیمه گذار ممکن است اصیل باشد یا به یکی از عناوین قانونی نمایندگی صاحب مال یا شخص ذینفع را داشته یا مسئولیت حفظ آن را از طرف صاحب مال داشته باشد.
- ماده ۶-** هرکس بیمه می دهد بیمه متعلق به خود اوست مگر آنکه در بیمه نامه تصریح شده باشد که مربوط به دیگری است لیکن در بیمه حمل و نقل ممکن است بیمه نامه بدون ذکر اسم (بنام حامل) تنظیم شود .
- ماده ۷-** طلبکار می تواند مالی را که در نزد او وثیقه یا رهن است بیمه دهد در این صورت هرگاه حادثه ای نسبت به مال مزبور رخ دهد از خساراتی که بیمه گر باید بپردازد تا میزان آنچه را که بیمه گذار در تاریخ وقوع حادثه طلبکار است به شخص او و بقیه به صاحب مال تعلق خواهد گرفت .
- ماده ۸-** در صورتی که مالی بیمه شده باشد در مدتی که بیمه باقیست نمی توان همان مال را به نفع همان شخص و از همان خطر مجددا بیمه نمود .
- ماده ۹-** در صورتی که مالی به کمتر از قیمت بیمه شده باشد نسبت به بقیه قیمت می توان آن را بیمه نمود در این صورت هر یک از بیمه گران به نسبت مبلغی از مال که بیمه کرده است مسئول خواهد بود .
- ماده ۱۰-** در صورتی که مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال مسوول خسارت خواهد بود .
- فسخ و بطلان
- ماده ۱۱-** چنانچه بیمه گذار یا نماینده او با قصد تقلب مالی را اضافه بر قیمت عادلانه در موقع عقد قرارداد بیمه داده باشد عقد بیمه باطل و حق بیمه دریافتی قابل استرداد نیست .
- ماده ۱۲-** هرگاه بیمه گذار عمدا از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمدا اظهارات کاذبه بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذبه طوری باشد

که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد عقد بیمه باطل خواهد بود حتی اگر مراتب مذکوره تاثیری 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 ۱۳- اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی شود - در این صورت هرگاه مطالب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقاء کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند - در صورت فسخ بیمه گر باید مراتب را به موجب اظهار نامه یا نامه سفارشی دو قبضه به بیمه گذار اطلاع دهد اثر فسخ ده روز پس از ابلاغ مراتب به بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه گذار مسترد دارد .

در صورتی که مطالب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع بعد از وقوع حادثه معلوم شود خسارت به نسبت وجه بیمه پرداختی و وجهی که بایستی در صورت اظهار خطر بطور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت .

ماده ۱۴- بیمه گر مسوول خسارات ناشیه از تقصیر بیمه گذار یا نمایندگان او نخواهد بود .

ماده ۱۵- بیمه گذار باید برای جلوگیری از خسارت مراقبتی را که عادات هر کس از مال خود می نماید نسبت به موضوع بیمه نیز بنماید و در صورت نزدیک شدن حادثه یا وقوع آن اقداماتی را که برای جلوگیری از سرایت و توسعه خسارت لازم است بعمل آورد . اولین زمان امکان و منتهی در ظرف پنج روز از تاریخ اطلاع خود از وقوع حادثه بیمه گر را مطلع سازد والا بیمه گر مسئول نخواهد بود مگر آنکه بیمه گذار ثابت کند که بواسطه حوادثی که خارج از اختیار او بوده است اطلاع به بیمه گر در مدت مقرر برای او مقدور نبوده است .

مخارجی که بیمه گذار برای جلوگیری از توسعه خسارت می نماید بر فرض که منتج به نتیجه نشود بعهده بیمه گر خواهد بود ولی هر گاه بین طرفین در موضوع لزوم مخارج مزبوره یا تناسب آن با موضوع بیمه اختلافی ایجاد شود حل اختلاف به حکم یا محکمه رجوع می شود .

ماده ۱۶- هرگاه بیمه گذار در نتیجه عمل خود خطری را که به مناسبت آن بیمه منعقد شده است تشدید کند یا یکی از کیفیات آن بیمه منعقد شده است تشدید کند یا یکی از کیفیات یا وضعیت موضوع بیمه را بطوری تغییر دهد که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد موجود بود بیمه گر حاضر برای انعقاد قرارداد با شرایط مذکوره در قرارداد نمی گشت باید بیمه گر را بلافاصله از آن مستحضر کند - اگر تشدید خطر یا تغییر وضعیت موضوع بیمه در نتیجه عمل بیمه گذار نباشد مشارالیه باید مراتب را در ظرف ده روز از تاریخ اطلاع خود رسماً به بیمه گر اعلام کند .

در هر دو مورد مذکور در فوق بیمه گر حق دارد اضافه حق بیمه را معین نموده به بیمه گذار پیشنهاد کند و در صورتی که بیمه گذار حاضر برای قبولی و پرداخت آن نشود قرارداد را فسخ کند و اگر تشدید خطر در نتیجه عمل خود بیمه گذار باشد خسارات وارده را نیز از مجرای محاکم عمومی از او مطالبه کند و در صورتی که بیمه گر پس از اطلاع تشدید خطر به نحوی از انحاء رضایت به بقاء عقد قرارداد داده باشد مثل آنکه اقساطی از وجه بیمه را پس از اطلاع از مراتب از بیمه گذار قبول کرده یا خسارت بعد از وقوع حادثه به او پرداخته باشد دیگر نمی تواند به مراتب مذکوره استناد کند - وصول اقساط حق بیمه بعد از اطلاع از تشدید خطر یا پرداخت خسارت پس از وقوع حادثه و نحو آن دلیل بر رضایت بیمه گر به بقاء قرارداد می باشد .

ماده ۱۷- در صورت فوت بیمه گذار یا انتقال موضوع بیمه به دیگری اگر ورثه یا منتقل الیه کلیه تعهداتی را که موجب قرارداد بعهده بیمه گذار بوده است در مقابل بیمه گر اجرا کند عقد بیمه به نفع ورثه یا منتقل الیه به اعتبار خود باقی می ماند معهداً هریک از بیمه گر یا ورثه یا منتقل الیه حق فسخ آن را نیز خواهند داشت . بیمه گر حق دارد در ظرف سه ماه از تاریخی که منتقل الیه قطعی موضوع بیمه تقاضای تبدیل بیمه نامه را به نام خود می نماید عقد بیمه را فسخ کند . در صورت انتقال موضوع بیمه به دیگری ناقل مسئول کلیه اقساط عقب افتاده وجه بیمه در مقابل بیمه گر خواهد بود لیکن از تاریخی که انتقال را به بیمه گر بموجب نامه سفارشی یا اظهار نامه اطلاع می دهد نسبت به اقساطی که از تاریخ اطلاع به بعد باید پرداخته شود مسئول نخواهد بود .

اگر ورثه یا منتقل الیه متعدد باشند هریک از آنها نسبت به تمام وجه بیمه در مقابل بیمه گر مسئول خواهد بود .

ماده ۱۸- هرگاه معلوم شود خطری که برای آن بیمه به عمل آمده قبل از عقد قرارداد واقع شده بوده است قرارداد بیمه باطل و بی اثر خواهد بود در این صورت اگر بیمه گر وجهی از بیمه گذار گرفته باشد عشر از مبلغ مزبور را بعنوان مخارج کسر و بقیه را باید به بیمه گذار مسترد دارد .
مسئولیت بیمه گر

ماده ۱۹- مسوولیت بیمه گر عبارت است از تفاوت قیمت مال بیمه شده بلافاصله قبل از وقوع حادثه با قیمت باقی مانده آن بلافاصله بعد از حادثه خسارت حاصله به پول نقد پرداخته خواهد شد مگر اینکه حق تعمیر و یا عوض برای بیمه گر در سند بیمه پیش بینی شده باشد در این صورت بیمه گر ملزم است موضوع بیمه را در مدتی که عرفاً کمتر از آن نمی شود تعمیر کرده یا عوض را تهیه و تحویل نماید . در هر صورت حداکثر مسوولیت بیمه گر از مبلغ بیمه شده تجاوز نخواهد کرد .

ماده ۲۰- بیمه گر مسئول خساراتی که عیب ذاتی مال ایجاد می شود نیست مگر آنکه در بیمه نامه شرط خلافی شده باشد .

ماده ۲۱- خسارات وارده از حریق که بیمه گر مسئول آن است عبارت است از:

۱- خسارت وارده به موضوع بیمه از حریق اگر چه حریق در نزدیکی آن واقع شده باشد .

۲- هر خسارت یا تنزل قیمت وارده به اموال از آب یا هر وسیله دیگری که برای خاموش کردن آتش بکار برده شده است .

۳- تلف شدن یا معیوب شدن مال در موقع نجات دادن آن از حریق .

۴- خسارت وارده به اموال بیمه شده در نتیجه خراب کردن کلی یا جزئی بنا برای جلوگیری از سرایت یا توسعه حریق .

ماده ۲۲- در بیمه های ذیل خسارت به این طریق حساب می شود:

۱- در بیمه حمل و نقل قیمت مال در مقصد .

۲- در بیمه منافع که متوقف بر امری است منفعی که در صورت پیشرفت امر عاید بیمه گذار می شد .

۳- در بیمه محصول زراعتی قیمت آن در سر خرمن و موقع برداشت محصول . برای تعیین میزان واقعی خسارت مخارج و حق الزحمه که در صورت عدم وقوع حادثه به مال تعلق می گرفت از اصل قیمت کسر خواهد شد و در هر صورت میزان خسارت از قیمت معینه در بیمه نامه تجاوز نخواهد کرد .

ماده ۲۳- در بیمه عمر یا نقص یا شکستن عضوی از اعضاء بدن مبلغ پرداختی بعد از مرگ یا نقصان عضو باید بطور قطع در موقع عقد بیمه بین طرفین معین شود .

بیمه عمر یا بیمه نقصان یا شکستن عضو شخص دیگری در صورتی که آن شخص قبلاً رضایت خود را کتباً نداده باشد باطل است .

هرگاه بیمه گذار اهلیت قانونی نداشته باشد رضایت ولی یا قیم او شرط است .

اگر بیمه راجع به عمر یا نقص یا شکستن عضو بدن جماعتی بطور کلی باشد میزان خسارت عبارت از مبلغی خواهد بود که مطابق تعرفه قبلاً بین طرفین معین می شود .

ماده ۲۴- وجه بیمه عمر که باید بعد از فوت پرداخته شود به ورثه قانونی متوفی پرداخته می شود مگر اینکه در موقع عقد بیمه یا بعد از آن در

سند بیمه قید دیگری شده باشد که در این صورت وجه بیمه متعلق به کسی خواهد بود که در سند بیمه اسم برده شده است .

ماده ۲۵- بیمه گذار حق دارد ذی نفع در سند بیمه عمر خود را تغییر دهد مگر آنکه آن را به دیگری انتقال داده و بیمه نامه را هم به منتقل الیه تسلیم کرده باشد .

ماده ۲۶- در تمام مدت اعتبار قرارداد بیمه عمر بیمه گذار حق دارد وجه معینه در بیمه نامه را به دیگری منتقل نماید انتقال مزبور باید به امضاء انتقال دهنده و بیمه گر برسد .

ماده ۲۷- اثرات قانونی انتقال وجه بیمه عمر از تاریخ فوت بیمه شده شروع می شود ولی اگر بیمه گذار از بابت آن وجهی دریافت کرده یا نسبت به آن با بیمه گر معامله نموده باشد در کمال اعتبار خواهد بود .

ماده ۲۸- بیمه گر مسئول خسارات ناشیه از جنگ و شورش نخواهد بود مگر آنکه خلاف آن در بیمه نامه شرط شده باشد .

ماده ۲۹- در مورد بیمه مال منقول در صورت وقوع حادثه پرداخت خسارت به بیمه گذار بیمه گر از هرگونه مسوولیت در مقابل ثالث بری می شود .

- ماده ۳۰ -** بیمه گر در حدودی که خسارات وارده را قبول یا پرداخت می کند در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت هستند قائم مقام بیمه گذار خواهد بود و اگر بیمه گذار اقدامی کند که منافی با عقد مزبور باشد در مقابل بیمه گر مسئول شناخته می شود .
- ماده ۳۱ -** در صورت توقف یا افلاس بیمه گر بیمه گذار حق فسخ قرارداد را خواهد داشت .
- ماده ۳۲ -** در صورت ورشکستگی بیمه گر بیمه گذاران نسبت به سایر طلبکاران حق تقدم دارند و بین معاملات مختلف بیمه در درجه اول حق تقدم با معاملات بیمه عمر است .
- ماده ۳۳ -** بیمه گر نسبت به حق بیمه در مقابل هرگونه طلبکاری بر مال بیمه شده حق تقدم دارد حتی اگر طلب سایرین به موجب سند رسمی باشد .
- ماده ۳۴ -** اگر در یک قرارداد بیمه موضوعات مختلفی بیمه شده باشد در صورت اثبات تقلب از طرف بیمه گذار نسبت به یکی از آن موضوعات بطلان نسبت به سایر موضوعات نیز سرایت کرده تمام قرارداد باطل خواهد بود .
- موضوعات مختلفی که در یک بیمه نامه ذکر می شود در حکم یک قرارداد محسوب است .
- ماده ۳۵ -** طرفین می توانند در قراردادهای بیمه هر شرط دیگری بنمایند لیکن موعده مذکوره در ماده ۱۶ را نمی توانند تقلیل دهند ولی ممکن است موعده را به رضایت یکدیگر تمدید کنند .
- این قانون شامل قراردادهای گذشته بیمه نیز خواهد بود .
- ماده ۳۶ -** مرور زمان دعاوی ناشی از بیمه دو سال است و ابتدای آن از تاریخ وقوع حادثه منشاء دعوی خواهد بود لکن دعاوی که قبل از اجرای این قانون در محاکم طرح شده باشد مشمول این ماده نخواهد بود .
- این قانون که مشتمل بر سی و شش ماده است در جلسه هفتم اردیبهشت ماه یکهزار و سیصد و شانزده به تصویب مجلس شورای ملی رسید .

قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران

قسمت اول - تشکیل و موضوع

- ماده ۱ -** 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 موسسه ای به نام بیمه مرکزی ایران طبق مقررات این قانون به صورت شرکت سهامی تاسیس می گردد .
- ماده ۲ -** سرمایه بیمه مرکزی ایران پانصد میلیون ریال است که به پنجاه سهم ده میلیون ریالی با نام تقسیم می شود و تمامی آن متعلق به دولت و غیر قابل انتقال است و افزایش آن با تصویب مجمع عمومی امکان پذیر است . مبلغ مزبور از محل اندوخته های شرکت سهامی بیمه ایران تامین خواهد شد .
- ماده ۳ -** مرکز اصلی بیمه مرکزی ایران تهران است و بیمه مرکزی ایران می تواند در هر جا که لازم بداند به شرکت سهامی بیمه ایران نمایندگی بدهد .
- ماده ۴ -** بیمه مرکزی ایران تابع قوانین و مقررات عمومی مربوط به دولت و دستگاههایی که با سرمایه دولت تشکیل شده اند نمی باشد مگر آنکه در قانون مربوط صراحتاً از بیمه مرکزی ایران نام برده شده باشد ولی نسبت به مواردی که در این قانون پیش بینی نشده باشد بیمه مرکزی ایران تابع قانون تجارت است .

قسمت دوم -وظایف و اختیارات

ماده ۵ - بیمه مرکزی ایران دارای وظایف و اختیارات زیر است :

۱ -تهیه آیین نامه و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه درایران لازم باشد با توجه به مفاد این قانون

۲ -تهیه اطلاعات لازم از فعالیتهای کلیه موسسات بیمه که در ایران کار می کنند

۳ -انجام بیمه های اتکایی اجباری

۴ -قبول بیمه های اتکایی اختیاری از موسسات داخلی یا خارجی

۵ -واگذاری بیمه های اتکایی به موسسات داخلی یا خارجی در هر مورد که مقتضی باشد

۶ -اداره صندوق تامین خسارتهای بدنی و تنظیم آیین نامه آن موضوع ماده ۱۰ قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسائل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب دی ماه ۱۳۴۷

۷ -ارشاد و هدایت و نظارت بر موسسات بیمه و حمایت از آنها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم بر امور بیمه اتکایی و جلوگیری از رقابت های مکارانه و ناسالم

تبصره :بیمه مرکزی ایران ملزم به حفظ اسرار موسساتی است که به موجب این قانون حق نظارت بر آنها را دارا می باشد و به هیچ وجه نباید از اطلاعاتی که در جهت اجرای این قانون بدست می آورد جز در مواردی که قانون معین مینماید استفاده کند.

قسمت سوم -ارکان بیمه مرکزی ایران

ماده ۶ - بیمه مرکزی ایران دارای ارکان زیر است:

۱ -مجمع عمومی

۲ -شورای عالی بیمه

۳ -هیات عامل

۴ -بازرسان

فصل اول - مجمع عمومی

ماده ۷ -مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مرکب از وزیر امور اقتصادی و دارایی ، وزیر کار و امور اجتماعی ، هیات عامل و بازرسان بدون داشتن حق رای در جلسه شرکت خواهند کرد.(به موجب تصویب نامه شماره ۴۹۷۰۸ مورخ ۱۳۵۳/۸/۲۶ هیات وزیران مستند به ماده ۴ قانون تشکیل وزارت امور اقتصادی و دارایی به شرح متن اصلاح شده است.)

ماده ۸ -مجمع عمومی عادی به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران سالی یک مرتبه حداکثرا پایان شهریور ماه تشکیل می شود.

مجمع عمومی فوق العاده به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران و یا به پیشنهاد هر یک از اعضا مجمع عمومی تشکیل خواهد شد.

رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است ظرف ده روز پس از دریافت پیشنهاد تشکیل جلسه مجمع عمومی را کتبا“ دعوت کند . در دعوتنامه دستور جلسه ، روز و محل انعقاد جلسه ذکر خواهد شد. هیچ موضوعی را نمی توان در مجمع عمومی عادی یا فوق العاده مطرح کرد مگر آن که قبلا“ جزو دستور قرار داده شده باشد.

ماده ۹ -وظایف مجمع عمومی به شرح زیر است:

الف - تعیین خط مشی کلی.

ب - رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش سالانه رئیس کل بیمه مرکزی ایران.

ج - رسیدگی و تصویب بودجه و ترازنامه و حساب سود و زیان و ترتیب تقسیم سود.

د - تصویب سازمان و آیین نامه های مالی و اداری بیمه مرکزی ایران.

ه - تصویب مقررات استخدامی با رعایت بند پ ماده ۲ قانون استخدام کشوری.
و - انتخاب بازرسان.

ز - تعیین حقوق رئیس کل و اعضا هیات عامل و حق الزحمه بازرسان.

ح - تصمیم نسبت به هر موضوعی که از طرف رئیس کل بیمه مرکزی ایران جزو دستور قرار داده شده باشد

فصل دوم - شورای عالی بیمه

ماده ۱۰ - شورای عالی بیمه از اشخاص زیر تشکیل می شود:

۱ - رئیس کل بیمه مرکزی ایران

۲ - معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی

۳ - معاون وزارت بازرگانی

۴ - معاون وزارت کار و امور اجتماعی

۵ - معاون وزارت تعاون و امور روستاها

۶ - رئیس شرکت سهامی بیمه ایران

۷ - مدیر عامل یکی از موسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه گران ایران

۸ - یک نفر کارشناس امور حقوقی به انتخاب مجمع عمومی

۹ - یک نفر کارشناس در امور بیمه به انتخاب مجمع عمومی

۱۰ - یک نفر مطلع در امور بیمه به انتخاب رئیس اطاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران

تبصره: اعضا شورای عالی بیمه موضوع بندهای ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ برای مدت سه سال انتخاب می شوند و انتخاب مجدد آنان بلامانع است

ماده ۱۱ - ریاست شورای عالی بیمه بدون شرکت در اخذ رای بارتیس کل بیمه مرکزی ایران و در غیاب او با قائم مقام خواهد بود.

ماده ۱۲ - اعضای شورای عالی بیمه قبل از شروع به کار باید در مجمع عمومی سوگند یاد کنند که در انجام وظایف شورای عالی بیمه نهایت دقت و مراقبت را مبذول دارند و کلیه تصمیمات خود را به صلاح کشور اتخاذ نمایند و اسرار عالی بیمه را حفظ کنند.

ماده ۱۳ - جلسات شورای عالی بیمه حداقل ماهی یکبار به دعوت رئیس شورای عالی بیمه تشکیل خواهد شد و در صورتی که حداقل چهار نفر از اعضا شورای عالی بیمه کتبا تقاضای تشکیل جلسه را بنمایند رئیس شورای عالی بیمه موظف است ظرف یک هفته اعضای شورای عالی را برای تشکیل جلسه دعوت کند.

ماده ۱۴ - جلسه شورای عالی بیمه با حضور حداقل شش نفر از اعضا رسمیت می یابد و تصمیمات با اکثریت پنج رای حاضر در جلسه رسمی معتبر و قابل اجرا است. هنگام رسیدگی و اخذ رای نسبت به موسسه بیمه ای که یکی از اعضای شورای عالی به نحوی در آن سهیم است آن عضو در رای شرکت نخواهد کرد.

ماده ۱۵ - صورت جلسات مذاکرات شورای عالی بیمه در دفتری ثبت و به امضای رئیس شورای عالی بیمه رسیده و در بیمه مرکزی ایران نگاهداری می شود.

ماده ۱۶ - شورای عالی بیمه دارای دبیرخانه ای خواهد بود که سازمان آن را شورای عالی بیمه تصویب خواهد کرد رئیس و کارکنان دبیرخانه از بین کارکنان بیمه مرکزی ایران انتخاب می شوند.

ماده ۱۷-وظایف شورای عالی بیمه به شرح زیر است:

- ۱- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به صدور پروانه تاسیس یا لغو پروانه موسسات بیمه طبق مقررات این قانون و پیشنهاد آن به مجمع عمومی
- ۲- تصویب نمونه ترازنامه که باید مورد استفاده موسسات بیمه قرار گیرد
- ۳- تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه ها و نظارت بر امور بیمه های اتکایی
- ۴- تعیین میزان کارمزد و حق بیمه مربوط به رشته های مختلف بیمه مستقیم
- ۵- تصویب آیین نامه های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت موسسات بیمه
- ۶- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش بیمه مرکزی ایران درباره عملیات و فعالیتهای موسسات بیمه در ایران که حداقل هر شش ماه یکبار باید تسلیم شود
- ۷- اظهار نظر در باره هرگونه پیشنهاد که از طرف رئیس شورای عالی بیمه به آن ارجاع می شود
- ۸- انجام سایر وظایفی که این قانون برای آن تعیین نموده است.

فصل سوم - هیات عامل

- ماده ۱۸- هیات عامل بیمه مرکزی ایران مرکب از رئیس کل و قائم مقام رئیس کل و معاونان بیمه مرکزی ایران خواهد بود.
- ماده ۱۹- رئیس کل بیمه مرکزی ایران و قائم مقام او به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی و تصویب هیات وزیران و معاونان بیمه مرکزی ایران به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی ایران و موافقت وزیر امور اقتصادی و دارایی به موجب تصویبنامه هیات وزیران منصوب می شوند.
- ماده ۲۰- رئیس کل و قائم مقام رئیس کل بیمه مرکزی ایران برای مدت چهار سال منصوب می شوند و انتصاب مجدد آنان بلامانع است.
- ماده ۲۱- رئیس کل بیمه مرکزی ایران بالاترین مقام اجرایی و اداری بیمه مرکزی ایران می باشد.
- ماده ۲۲- وظایف و اختیارات رئیس کل بیمه مرکزی ایران به شرح زیر است:
 - الف - نظارت در اجرای این قانون و آیین نامه های مربوط به آن
 - ب - نمایندگی بیمه مرکزی ایران در مقابل اشخاص و موسسات دولتی یا خصوصی و دادگاهها و سایر مراجع قضایی و غیر قضایی با حق توکیل و سازش و سایر اختیارات مندرج در ماده ۶۲ قانون آئین دادرسی مدنی
 - ج - تفویض قسمتی از اختیارات خود و حق امضا به قائم مقام و یا معاونان و یا روسا یا کارمندان و تعیین وظایف آنان
 - د - تقدیم گزارش وضع حسابها و امور بیمه مرکزی ایران به مجمع عمومی
 - هـ - تقدیم گزارش عملیات و فعالیت های موسسات بیمه در ایران و شورای عالی بیمه
- ماده ۲۳- در غیاب رئیس کل بیمه مرکزی ایران قائم مقام رئیس کل دارای کلیه اختیارات و وظایف قانونی او خواهد بود

فصل چهارم - بازرسان

- ماده ۲۴- بیمه مرکزی ایران دارای دو نفر بازرس (به موجب اساسنامه سازمان حسابرسی مصوب ۱۳۶۶/۶/۱۷ وظیفه بازرسان به سازمان حسابرسی محول گردیده است.) که اطلاعات و تجارب کافی در امور بیمه و حسابداری داشته باشند خواهد بود که یک نفر از آنان از طرف وزیر امور اقتصادی و دارایی و دیگری از طرف وزیر بازرگانی پیشنهاد و با تصویب مجمع عمومی برای یک سال تعیین خواهند شد ، انتخاب مجدد بازرسان بلامانع است.
 - ماده ۲۵- بازرسان حق دارند هرگونه اطلاعاتی را از بیمه مرکزی ایران بخواهند ولی حق دخالت مستقیم در امور بیمه مرکزی ایران را ندارند.
- رسیدگی به ترازنامه سالانه وظیفه اصلی بازرسان می باشد ترازنامه بیمه مرکزی ایران یکماه قبل از تشکیل مجمع عمومی تسلیم بازرسان خواهد شد.

قسمت چهارم - مقررات مختلف

ماده ۲۶ - رئیس کل و سایر اعضا هیات عامل در مدت تصدی خود نمی توانند عضویت شرکتها و موسسات بازرگانی را قبول نمایند و یا در سایر دستکاههای دولتی یا ملی سمتی داشته باشند.

تبصره: تدریس در دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و قبول سمتهای غیر موظف در موسسات خیریه و اجتماعی و آموزشی بلامانع است.

ماده ۲۷ - اسناد مالی و اوراق بهادار و چک های بیمه مرکزی ایران با دو امضا معتبر خواهد بود.

ماده ۲۸ - بیمه مرکزی ایران مجاز خواهد بود که موجودیهای نقدی خود را به صورتحساب جاری و یا سپرده نزد بانک ملی ایران (این بانک در بانک ملت ادغام شده است)، نگاهداری نماید. یا براساس بودجه مصوب از محل سرمایه و ذخایر و اندوخته های خود و صندوق تامین خسارتهای بدنی تا مبلغ یکصد میلیون ریال در هر سال با تصویب هیات عامل و مازاد بر آن با تصویب مجمع عمومی به هر نوع عملیات دیگر از جمله خرید سهام و مشارکت در بانکها و شرکت های دیگر با حق فروش و انتقال آنها که برای توسعه و پیشرفت وظایف بیمه مرکزی ضروری یا مفید باشد مبادرت نماید. (به موجب قانون اصلاح قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب ۱۳۵۳/۳/۶ به شرح متن اصلاح شده است).

ماده ۲۹ - اعضا شورای عالی بیمه و مشاورین و اعضا اداری شورای عالی بیمه و افرادی که شورای عالی بیمه در اجرای وظایف خود به آنها مراجعه می کند و رئیس کل و سایر اعضا هیات عامل و بازرسان و کلیه کارکنان بیمه مرکزی ایران باید از افشای اطلاعات محرمانه ای که در اجرای وظایف محوله بدست می آورند خودداری نمایند و الا مشمول مقررات ماده ۱۳۸ قانون مجازات عمومی خواهند شد.

ماده ۳۰ - شرکت سهامی بیمه ایران عملیات خود را جز آنچه به موجب بندهای ۱ و ۲ و ۳ و ۶ و ۷ ماده ۵ این قانون جز وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ایران قرار داده شده است بر طبق اساسنامه خود ادامه خواهد داد.

وزارتخانه ها و موسسات و شرکت های دولتی و شهرداریها و هر موسسه دیگری که اکثریت سرمایه آن متعلق به دولت یا سازمانهای مزبور می باشد و یا تحت نظر دولت و یا سازمانهای مزبور اداره می شوند موظفند بیمه های خود را منحصرآ در شرکت سهامی بیمه ایران انجام دهند.

این حکم شامل شرکت ملی نفت ایران - شرکت ملی ذوب آهن ایران - شرکت هواپیمایی ملی ایران - بانک مرکزی ایران - بانک ملی ایران - سازمان گسترش و نوسازی صنایع ایران و صندوق توسعه کشاورزی خواهد بود مگر آن که مجمع عمومی هر یک از این موسسات نسبت به بیمه آنها تصمیم دیگری اتخاذ نماید.

تبصره: دولت مکلف است ظرف چهار ماه از تاریخ تصویب این قانون اساسنامه جدید شرکت مزبور را برای تصویب کمیسیونهای دارایی و استخدام مجلسین تقدیم کند.

بخش دوم - بیمه گری

قسمت اول - مؤسسات بیمه

فصل اول - کلیات

ماده ۳۱ - عملیات بیمه در ایران به وسیله شرکت های سهامی عام ایرانی که کلیه سهام آنها بانام بوده و با رعایت این قانون و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشند انجام خواهد گرفت.

تبصره ۱ - فعالیت مؤسسات بیمه خارجی مشمول مقررات فصل چهارم این قانون خواهد بود.

تبصره ۲ - تشخیص فعالیت هایی که به آن عملیات بیمه اطلاق می شود با شورای عالی بیمه خواهد بود.

ماده ۳۲ - تعداد سهامداران یک مؤسسه بیمه ایرانی نباید کمتر از ده شخص حقیقی یا حقوقی باشد.

ماده ۳۳ - هر شخص حقیقی یا حقوقی نمی تواند بیش از ۲۰ درصد سهام یک مؤسسه بیمه ایرانی را دارا باشد، نصاب ۲۰ درصد شامل اقارب نسبی و سببی درجه یک از طبقه اول صاحب سهم نیز خواهد بود.

ماده ۳۴ - احکام مواد ۳۱ و ۳۲ و ۳۳ شامل مؤسسات بیمه ای که صاحب سهم آن دولت یا بنیاد پهلوی [۱] است نمی شود.

ماده ۳۵. واگذاری سهام مؤسسات بیمه ایرانی غیردولتی به اشخاص حقیقی یا حقوقی تبعه خارج تا بیست درصد با موافقت بیمه مرکزی ایران مجاز است و بیش از آن موکول به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیئت وزیران خواهد بود در مورد اخیر انتقال سود سهام سهامداران خارجی در هر سال نباید از دوازده درصد مجموع سرمایه پرداخت شده و سود انتقال نیافته سال های قبل تجاوز کند.

تبصره - انتقال سهام مؤسسات بیمه ایرانی به دولت های خارجی یا انتقال بیش از ۴۹ درصد سهام آنها به اشخاص حقیقی یا حقوقی خارجی مطلقاً ممنوع است. انتقال سهام بین سهامداران اتباع خارجی باید با موافقت قبلی بیمه مرکزی ایران صورت گیرد.

ماده ۳۶. مؤسسات بیمه ایرانی با سرمایه حداقل یکصد میلیون ریال تشکیل می شود که باید ۵۰ درصد آن نقداً پرداخت شده باشد میزان ودیعه ای که عندالاقضا برای هر یک از رشته های بیمه در نظر گرفته خواهد شد در آیین نامه ای که از طرف بیمه مرکزی ایران تهیه و به تصویب شورای عالی بیمه می رسد تعیین خواهد شد.

ماده ۳۷. ثبت هر مؤسسه بیمه در ایران موکول به ارائه پروانه تأسیس که از طرف بیمه مرکزی ایران صادر می شود خواهد بود همچنین ثبت هر گونه تغییرات بعدی در اساسنامه و میزان سرمایه و سهام مؤسسات بیمه ای که به ثبت رسیده باشند موکول به ارائه موافقت بیمه مرکزی ایران می باشد.

فصل دوم - صدور پروانه

ماده ۳۸. برای انجام عملیات بیمه در تمام رشته ها یا رشته ای معین باید قبلاً طبق مقررات این فصل از بیمه مرکزی ایران پروانه تحصیل گردد برای تحصیل پروانه مذکور متقاضی باید مدارک و اطلاعات زیر را به بیمه مرکزی ایران تسلیم کند:

۱. اساسنامه مؤسسه.
 ۲. میزان سرمایه مؤسسه.
 ۳. صورت کامل اسامی شرکا و مدیران و تابعیت و تعداد سهام هر یک از آنها.
 ۴. میزان سهام نقدی و غیرنقدی و نحوه پرداخت آنها.
 ۵. اسناد و مدارک و اطلاعات دیگری که بیمه مرکزی ایران برای احراز صلاحیت مالی و فنی مؤسسه و حسن شهرت مدیران لازم بداند.
- ماده ۳۹.** تقاضای صدور پروانه به بیمه مرکزی ایران تسلیم می شود بیمه مرکزی ایران مکلف است حداکثر ظرف مدت شصت روز از تاریخ تسلیم آخرین مدارک و اطلاعات خواسته شده با رعایت مفاد بند یک ماده ۱۷ نظر مجمع عمومی را اعم از قبول یا رد تقاضا کتباً به متقاضی اعلام نماید. هرگاه متقاضی نسبت به نظر اعلام شده اعتراض داشته باشد می تواند ظرف سی روز اعتراض خود را به هیئت وزیران تسلیم نماید. نظری که هیئت وزیران اتخاذ نماید قطعی خواهد بود.

فصل سوم - ابطال پروانه

ماده ۴۰. پروانه بیمه برای تمام رشته ها و یا رشته های معینی در موارد زیر پس از موافقت شورای عالی بیمه با تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران ابطال خواهد شد:

۱. در صورت تقاضای دارنده پروانه.
۲. در صورتی که مؤسسه بیمه تا یک سال پس از صدور پروانه عملیات خود را شروع نکرده باشد.
۳. در مواردی که به تشخیص بیمه مرکزی ایران وضع مالی مؤسسه بیمه طوری باشد که نتواند به تعهدات خود عمل نماید یا بر بیمه مرکزی ایران ثابت گردد که ادامه فعالیت مؤسسه به زیان بیمه شدگان و بیمه گذاران و یا صاحبان حقوق آنها است.

ماده ۴۱. در مواردی که مؤسسه بر خلاف اساسنامه خود یا قوانین و مقررات بیمه رفتار کند به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تصویب شورای عالی بیمه به طور موقت از قبول بیمه در رشته های معین ممنوع خواهد شد.

ماده ۴۲. در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه ای طبق ماده ۴۰ باطل گردد مؤسسه مزبور می تواند ظرف سی روز به هیئت وزیران مراجعه و لغو تصمیم متخذه را درخواست کند. نظر هیئت وزیران قطعی است.

ماده ۴۳. صدور یا لغو پروانه مؤسسه بیمه و اطلاعاتی که از لحاظ حفظ منافع بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها لازم باشد به هزینه خود مؤسسه بیمه توسط بیمه مرکزی ایران در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه های کثیرالانتشار تهران و در صورتی که مؤسسه بیمه در شهر یا شهرهای دیگر شعبه یا نمایندگی داشته باشد در یکی از روزنامه های آن شهرها نیز در دو نوبت به فاصله یک ماه آگهی خواهد شد.

ماده ۴۴. در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه ای برای یک یا چند رشته به طور دائم لغو شود بیمه مرکزی ایران با تصویب شورای عالی بیمه کلیه سوابق و اسناد مربوط به حقوق و تعهدات (پرتفوی (Portefeuille) مؤسسه مزبور را به شرکت سهامی بیمه ایران انتقال خواهد داد و یا ترتیب خاص دیگری را که متضمن منافع بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها باشد خواهد داد.

فصل چهارم - مقررات مربوط به موسسات بیمه خارجی

ماده ۴۵. از تاریخ تصویب این قانون شروع فعالیت مؤسسات بیمه خارجی در ایران موقوف به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیئت وزیران خواهد بود.

ماده ۴۶. مؤسسات بیمه خارجی باید طبق آیین نامه ای که به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب شورای عالی بیمه می رسد مبلغی برای هر یک از دو رشته بیمه های زندگی و سایر انواع بیمه نزد بیمه مرکزی ایران تودیع نمایند. مبلغ این ودیعه در هر یک از دو مورد مذکور از پانصد هزار دلار یا معادل آن از ارزهای مورد قبول بانک مرکزی ایران کمتر نخواهد بود.

هر یک از مؤسسات بیمه خارجی باید درآمدهای خود را سال به سال به ودیعه مزبور اضافه کند تا در هر مورد مبلغ ودیعه حداقل به دو برابر مبلغ مصوب شورای عالی بیمه برسد.
افزایش ودیعه مزاد بر مبالغ فوق اختیاری است.

ماده ۴۷. انتقال درآمد مؤسسات بیمه خارجی پس از تکمیل ودیعه مذکور در ماده ۴۶ به خارج بلامانع خواهد بود مشروط بر این که رقم انتقالی در هر سال از ۱۰ درصد مبلغی که به عنوان ودیعه در نزد بیمه مرکزی ایران است تجاوز ننماید.

تبصره - ترتیب انتقال درآمد مزاد بر ودیعه به مأخذ ده درصد در سال مذکور در این ماده موقوف به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیئت وزیران خواهد بود.

ماده ۴۸. مؤسسات بیمه خارجی که در ایران کار می کنند باید نماینده ای که در ایران مقیم و دارای اختیارات لازم برای اداره کردن تمام کارهای مؤسسه در ایران و انجام تعهدات از طرف مؤسسه بیمه اصلی باشد معرفی نمایند. نماینده مذکور مسئول کلیه عملیات مؤسسه بیمه اصلی در ایران خواهد بود و باید دارای اختیارنامه ای باشد که ضمن آن حدود اختیارات او مشخص گردیده و حق انتخاب نماینده مجاز یا قائم مقام به جای خود به او داده شده باشد.

نماینده مزبور موظف است کلیه بیمه های منعقد شده در ایران را شخصاً یا به وسیله قائم مقام یا نماینده مجاز خود بدون این که تصویب مؤسسه بیمه اصلی لازم باشد امضا نماید و بتواند در دعاوی خوانده یا خواهان قرار گیرد و حق توکیل و سازش داشته باشد.

ماده ۴۹. نماینده مؤسسات بیمه خارجی فقط تا حدودی که از مؤسسه بیمه اصلی اختیار دارد اقدام به بیمه در ایران خواهد نمود و در صورتی که در هر یک از رشته های بیمه از مؤسسه بیمه اصلی سلب اجازه بیمه کردن به طور موقت یا دائم بشود و یا مؤسسه بیمه اصلی از نماینده خود جزئاً یا کلاً سلب اختیار کند باید مراتب را کتباً به بیمه مرکزی ایران اطلاع دهد.

ماده ۵۰. مؤسسات بیمه خارجی علاوه بر مقررات این قانون و آیین نامه های اجرایی مربوط مشمول مقررات عمومی مربوط به شرکتها و مؤسسات خارجی نیز خواهند بود.

قسمت دوم - انحلال و ورشکستگی

ماده ۵۱. در صورتی که ورشکستگی یک مؤسسه بیمه اعلام بشود دادگاه مکلف است قبل از اتخاذ هر گونه تصمیم نظر مرکزی ایران را جلب نماید. بیمه مرکزی ایران از تاریخ وصول استعلام دادگاه باید ظرف ۱۵ روز نظریه خود را کتباً به دادگاه اعلام دارد. دادگاه با توجه به نظریه بیمه مرکزی ایران تصمیم مقتضی اتخاذ خواهد کرد.

ماده ۵۲. ابطال پروانه یک مؤسسه بیمه برای کلیه عملیات بیمه ای از موارد انحلال مؤسسه است و در این صورت مفاد ماده ۴۴ این قانون اجرا خواهد شد.

ماده ۵۳. تصفیه مؤسسه بیمه ورشکسته طبق قانون تجارت به عمل می آید. در نقاطی که اداره تصفیه امور ورشکستگی وجود ندارد دادگاه بیمه مرکزی ایران را به عنوان قائم مقام اداره تصفیه تعیین می نماید و در حوزه دادگاههای شهرستانی که اداره تصفیه در آنجا تأسیس گردیده است اداره تصفیه با معاونت بیمه مرکزی ایران امر تصفیه را انجام خواهد داد.

قسمت سوم - انتقال عملیات و ادغام

ماده ۵۴. مؤسسات بیمه می توانند با موافقت بیمه مرکزی ایران و تصویب شورای عالی بیمه تمام یا قسمتی از پرتفوی (Portefeuille) خود را با کلیه حقوق و تعهدات ناشی از آن به یک یا چند مؤسسه بیمه مجاز دیگر واگذار کنند.

ماده ۵۵. تقاضای انتقال پرتفوی (Portefeuille) یک مؤسسه بیمه به مؤسسات دیگر بیمه دوبار به فاصله ده روز در روزنامه رسمی کشور و در یکی از روزنامه های کثیرالانتشار تهران و عنداللزوم در یکی از روزنامه های محلی به هزینه متقاضی از طرف بیمه مرکزی ایران آگهی خواهد شد.

ماده ۵۶. پس از انقضای سه ماه از تاریخ آخرین آگهی بیمه مرکزی ایران در صورت حصول اطمینان از این که در این انتقال هیچ یک از حقوق بیمه شدگان و بیمه گذاران و صاحبان حقوق آنها تضییع نخواهد شد موافقت خود را با انتقال پرتفوی کتباً به مؤسسه بیمه متقاضی اعلام خواهد داشت.

ماده ۵۷. در صورت موافقت بیمه مرکزی ایران با انتقال پرتفوی این انتقال برای کلیه بیمه شدگان و بیمه گذاران و صاحبان حقوق آنها از تاریخ انتقال معتبر خواهد بود.

ماده ۵۸. یک یا چند مؤسسه بیمه می توانند با رعایت مواد ۵۶-۵۵ و ۵۷ با موافقت بیمه مرکزی ایران و تصویب شورای عالی بیمه در یک مؤسسه بیمه دیگر ادغام شوند.

ماده ۵۹. بیمه مرکزی ایران به منظور حفظ حقوق بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها یا به ملاحظات اقتصادی و حمایت امر بیمه می تواند با تأیید شورای عالی بیمه و تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مؤسسات بیمه ای را که وضع مالی یا اداری آنها رضایت بخش نیست مکلف نماید که در یکی از مؤسسات بیمه دیگری که موافق باشند ادغام شوند و در صورتی که ادغام صورت نگیرد پروانه مؤسسه ای که وضع مالی یا اداری آن رضایت بخش نیست طبق مقررات این قانون لغو خواهد شد. تصمیم بیمه مرکزی ایران علاوه بر ابلاغ کتبی به مؤسسات موردنظر در روزنامه رسمی کشور و در یکی از روزنامه های کثیرالانتشار تهران و عنداللزوم در یکی از روزنامه های محلی به اطلاع عموم خواهد رسید.

قسمت چهارم - مقررات مختلف

ماده ۶۰. اموال مؤسسات بیمه همچنین ودایع مذکور در مواد ۳۶ و ۴۶ تضمین حقوق و مطالبات بیمه گذاران، بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنان است و در صورت انحلال یا ورشکستگی مؤسسه بیمه بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنان نسبت به سایر بستانکاران حق تقدم دارند. در میان رشته های مختلف بیمه حق تقدم با بیمه عمر است.

مؤسسات بیمه نمی توانند بدون موافقت قبلی بیمه مرکزی ایران اموال خود را صلح حقوق نمایند و یا به رهن واگذار کنند و یا موضوع هر نوع معامله با حق استرداد قرار دهند.

دفتر اسناد رسمی موظفند هنگام انجام این قبیل معاملات موافقتنامه بیمه مرکزی ایران را مطالبه و مفاد آن را در سند منعکس کنند.

ماده ۶۱. مؤسسات بیمه موظفند اندوخته های فنی و قانونی نگه دارند و در حساب های خود نحوه به کار افتادن آنها را به طور مشخص منعکس نمایند. انواع اندوخته های فنی و قانونی برای هر یک از رشته های بیمه و میزان و طرز محاسبه همچنین ترتیب به کار انداختن این اندوخته ها و نحوه ارزیابی اموال منقول و غیرمنقولی که نماینده اندوخته های مؤسسات بیمه است از طرف شورای عالی بیمه تعیین خواهد شد.

ماده ۶۲. کلیه مؤسسات بیمه موظفند ترازنامه و حساب های سود و زیان خود را طبق نمونه ای که از طرف بیمه مرکزی ایران تهیه و به تصویب شورای عالی بیمه می رسد تنظیم نمایند و پس از تصویب نسخه ای از آن را برای بیمه مرکزی ایران ارسال دارند.

ماده ۶۳. مؤسسات بیمه موظفند ترازنامه خود را در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه های کثیرالانتشار تهران درج نمایند.

ماده ۶۴. اشخاصی که در ایران یا در خارجه به علت ارتکاب جنایت یا دزدی یا خیانت در امانت یا کلاهبرداری یا صدور چک بی محل یا اختلاس یا معاونت در یکی از جرایم فوق محکوم شده باشند و ورشکستگان به تقصیر نمی توانند جزو مؤسسين یا مدیران مؤسسات بیمه باشند. همچنین واگذاری نمایندگی به این اشخاص و اشتغال به دلالتی از طرف آنان ممنوع است.

ماده ۶۵. در صورتی که به حکم دادگاه مسلم شود که ورشکستگی مؤسسه بیمه به علت تقصیر و تقلب مدیر یا مدیران بوده است در صورت عدم تکفوی دارایی مؤسسه مدیران متضامناً مسئول پرداخت طلب بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنان خواهند بود.

ماده ۶۶. عرضه بیمه جز به وسیله اشخاص زیر ممنوع است:

۱. مؤسسات بیمه.

۲. نمایندگان بیمه.

۳. دلالان رسمی بیمه.

تبصره - هر کارمند یا نماینده بیمه که اقدام به عرضه بیمه نماید باید دارای کارت شناسایی از طرف مؤسسه بیمه مربوط باشد. نام دلال رسمی یا نماینده بیمه که بیمه نامه وسیله او عرضه شده است باید در بیمه نامه ذکر شود.

ماده ۶۷. مؤسسات بیمه و نمایندگان و دلالان رسمی بیمه مسئول جبران خساراتی می باشند که در اجرای وظایفشان به سبب تقصیر و یا مسامحه آنها یا کارکنانشان به دیگران وارد آید.

ماده ۶۸. پروانه دلالتی رسمی بیمه به وسیله بیمه مرکزی ایران صادر خواهد شد و آیین نامه دلالان رسمی بیمه به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب شورای عالی بیمه خواهد رسید.

ماده ۶۹. هر مؤسسه بیمه در رشته یا رشته های معینی که پروانه بیمه ندارد رأساً و یا به وسیله نمایندگان خود قبول بیمه نماید مکلف به جبران خسارت زیان دیده خواهد بود.

تبصره - هر شخص حقیقی یا حقوقی که بدون داشتن پروانه از مؤسسه بیمه تحت عنوان نمایندگی بیمه برای هر یک از رشته ها قبول بیمه نماید به مجازات مقرر در ماده ۲۳۸ قانون مجازات عمومی محکوم خواهد شد.

ماده ۷۰. بیمه های زیر باید منحصراً به وسیله مؤسسات بیمه ای که بر اساس این قانون اجازه فعالیت دارند انجام گیرد:

الف) بیمه اموال منقول یا غیرمنقول موجود در ایران.

ب) بیمه حمل و نقل کالای وارداتی که قرارداد خرید آن در ایران منعقد می شود یا اعتبار اسنادی آن در ایران باز شده است.

تبصره - تجهیزات نظامی مورد نیاز وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح که فاقد امکان ساخت در داخل کشور بوده و فروشندگان آن تجهیزات حمل و نقل کالاهای مورد معامله را انحصاراً توسط بیمه های کشور فروشنده بیمه می نمایند، با پیشنهاد وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و تأیید بیمه مرکزی ایران و موافقت وزیر امور اقتصادی و دارایی از شمول بند (ب) این ماده مستثنی می باشد.

ج) بیمه مربوط به کارگران و مستخدمین خارجی به استثنای بیمه عمر و حوادث شخصی در مدت اقامت در ایران.

د) بیمه مربوط به ایرانیان مقیم ایران.

ماده ۷۱. کلیه مؤسسات بیمه که در ایران فعالیت می نمایند باید ۵۰ درصد در رشته بیمه های زندگی و ۲۵ درصد در سایر رشته ها از معاملات بیمه ای مستقیم خود را نزد بیمه مرکزی ایران بیمه اتکایی نمایند. بیمه مرکزی ایران مکلف است باتوجه به ظرفیت قبولی هر یک از مؤسسات بیمه ای که در ایران کار می کنند تمام یا قسمتی از بیمه اتکایی مجدد سهمیه اتکایی اجباری دریافتی را در صورت تساوی شرایط به آنها واگذار نماید. تبصره - آنچه مؤسسات بیمه به عنوان اتکایی قبول میکنند از شمول این ماده خارج است.

ماده ۷۲. نحوه واگذاری بیمه اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن برای هر رشته بیمه به وسیله شورای عالی بیمه تعیین خواهد شد.

ماده ۷۳. مؤسسات بیمه که در ایران فعالیت می کنند موظف خواهند بود معادل ۳۰ درصد از مازاد سهمیه بیمه اتکایی اجباری از معاملات مستقیم خود را با همان شرایطی که در خارج بیمه اتکایی می نمایند به بیمه مرکزی ایران واگذار کنند. در صورتی که بیمه مرکزی ایران به هر علت از قبول آن استنکاف بنماید مؤسسات مزبور مجاز خواهند بود در خارج از ایران بیمه اتکایی نمایند. انتقال ارز بابت این ۳۰ درصد موکول به ارائه اجازه بیمه مرکزی ایران خواهد بود.

ماده ۷۴. مؤسسات بیمه اعم از ایرانی یا خارجی که تا تاریخ تصویب این قانون به موجب مقررات قبلی به ثبت رسیده اند و مشغول فعالیت های بیمه ای می باشند برای رشته هایی که در آن فعالیت می کنند احتیاج به کسب پروانه جدید نخواهند داشت ولی در هر حال موظفند ظرف هیجده ماه از تاریخ تصویب این قانون وضع خود را با مقررات این قانون تطبیق دهند در غیر این صورت پروانه آنها لغو خواهد شد. شورای عالی بیمه می تواند با توجه به دلایل و مقتضیات این مدت را یکبار تمدید نماید.

ماده ۷۵. مؤسسات بیمه که در ایران کار می کنند عضو سندیکای بیمه گران ایران شناخته می شوند. اساسنامه این سندیکا به وسیله بیمه مرکزی ایران با جلب نظر اعضای سندیکا تدوین می شود و حداکثر ظرف شش ماه پس از تشکیل بیمه مرکزی ایران به تصویب شورای عالی بیمه خواهد رسید.

ماده ۷۶. مؤسسات بیمه که در ایران فعالیت می نمایند ملزم به رعایت دستورات بیمه مرکزی ایران که در حدود این قانون و آیین نامه های اجرایی آن صادر می شود خواهند بود.

ماده ۷۷. کلیه قوانین و مقررات مغایر با این قانون از تاریخ تصویب این قانون ملغی است. قانون فوق مشتمل بر هفتاد و هفت ماده و ده تبصره پس از تصویب مجلس سنا در تاریخ روز شنبه ۱۳۵۰/۳/۲۹ در جلسه فوق العاده عصر روز یکشنبه سی ام خرداد ماه یک هزار و سیصد و پنجاه شمسی به تصویب مجلس شورای ملی رسید.

۱ - نام بنیاد یاد شده بعد از انقلاب به بنیاد علوی تغییر یافته است .

۲ - به موجب قانون اصلاح قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب ۱۳۵۳/۳/۶ به شرح متن اصلاح شده است .

۱ - این تبصره به صورت ماده واحده در جلسه علنی روز دوشنبه ۱۳۸۰/۲/۳ مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۰/۲/۱۲ به تأیید شورای نگهبان رسیده است که به ماده ۷۰ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰ الحاق می شود.

بازاریابی بیمه

تعریف بازاریابی از زبان پدر بازاریابی جهان فیلیپ کاتلر :

بازاریابی فعالیتی انسانی در جهت ارضای نیازها و خواسته ها از طریق فرایند مبادله است. در واقع نیازهای بشر محدودند ولی خواسته های آنها بسیار زیاد ، نیازها ایجاد کردنی نبوده و در نهاد انسان وجود دارد ولی خواسته های متفاوت را می توان به عنوان راه های برطرف کردن نیازها ایجاد کرد.

محصول ، زاینده نیاز و خواسته های انسانی هستند، به عبارت دیگر محصول عبارت است از چیزی که قادر به ارضای یک خواسته باشد و نیاز بیان کننده حالت محرومیتی است که فرد احساس می کند.

بازاریابی از زمانی آغاز می شود که فرد تصمیم می گیرد نیازها و خواسته هایش را از طریق فرایند خاصی بنام مبادله ارضا کند. مبادله یکی از چهار انتخابی است که فرد می تواند برای ارضای نیازهای خود از آن استفاده کند .

اولین انتخاب ، خود تولیدی است که نیازی به ارتباط با دیگران ندارد، نه نیازی به بازاری و نه معامله ای. دومین انتخاب فرد ، استعانت از دیگران و درخواست کمک است. سومین انتخاب، اعمال زور است ، می توان با دزدی غذا را از چنگ دیگری درآورد. گزینه آخر مبادله است ، فرد گرسنه به کسی که غذا را در اختیار دارد چیزی می دهد و در ازای آن غذا می گیرد و نیاز خود را برطرف می کند.(مدیریت بازاریابی)

روش های مختلف بازاریابی بیمه :

- **بروشور و تبلیغات و دیگر مطالب چاپی :** اغلب بازاریاب ها بیشتر از هر روشی از این روش برای تبلیغات استفاده می کنند.
- **تابلوهای آگهی خیابانی و پلاکاردها و علائم :** تبلیغ در فضای آزاد مشخص ترین اما نه لزوما مهمترین آنها تابلوها و پوسته های بزرگ و تابلوهای کنار جاده هستند.
- **رادیو و تلویزیون :** فوق العاده موثر و جالبه که هزینه های بالایی را می خواهد.
- **تبلیغات در فضای مجازی :** نسبت به گذشته رواج چشمگیری داشته است و می توان آن را یکی از بهره رترین انواع تبلیغات روز دنیا به شمار آورد. از جمله مزایای این روش: ارزان بودن ، سهل بودن، در دسترس بودن ، جلب کانون توجه مخاطبین، امکان ایجاد تنوع در تبلیغات ، امکان تبلیغ و توزیع توسط خود مشتریان.

ده اشتباه رایج در بازاریابی :

۱. برای افراد نامناسب بازاریابی نکنید. عدم انتخاب نامناسب افراد برای فروش و مشاوره جهت جلوگیری از اتلاف وقت.
۲. پول خود را دور نریزید. مثل : ارائه تخفیف های غیرمنطقی و کاهش قیمت .
۳. پیش از چاپ ویرایش کنید .
۴. دائما ایمیل یا نامه خود را تکرار نکنید . اگر نامه یا ایمیلی برای کسی ارسال میکنید بعد از گذشت زمان استاندارد آن را پیگیری کنید ولی دوباره آن را برای فرد نفرستید.
۵. خدماتی را پیشنهاد ندهید که قادر به تحویلشان نیستید.

۶. از گفتن جمله " ای کاش می توانستم " بر حذر باشید.

۷. مراقب برخورد فاقد هویت باشید. هریک از مشتریان یک شخص هستند با او مانند یک شخص برخورد کنید. نام مشتریان را به خاطر بسپارید تا در هنگام مکالمه به اشتباه نام آنها را صدا نزنید .

۸. مشتری را متهم نکنید.

۹. از مشتری ناخشنود دوری نکنید.

۱۰. بازاریابی را متوقف نکنید.

۱۳ شیوه صرفه جویی در بازاریابی :

۱. برنامه ریزی برای برنامه ریزی

۲. هدف قرار دادن مخاطب به صورت دقیق.

۳. محدود کردن قلمر خود : برای صرف هزینه کمتر و فروش بیشتر بر منطقه کوچک تری از بازار متمرکز شوید.

۴. توسعه مرحله به مرحله : هر بار محصول جدیدتان را در یک بازار معرفی کنید و پیش از آنکه به بازار جدید بروید ، تاثیر مطلوب خود را در آن بازار بگذارید.

۵. کاهش هزینه های ثابت.

۶. متمرکز سازی منابع : شرکت را بیش از حد گسترش ندهید تا بتوانید از مزایای صرفه جویی در مقیاس کار بهره مند شوید.

۷. متمرکز شدن بر نقطه مشکل دار

۸. خلاقیت

۹. شناخت نقطه درخشش خود

۱۰. استفاده از مکان های رایگان برای نمایش آرم و نام وشعار خود

۱۱. پاداش دادن به مشتریان

۱۲. استفاد از رسانه ها و کانال های جدید. مثلا شما می توانید با تلفن به بازاریابی مستقیم بپردازید.

۱۳. پیوستن و شرکت کردن . مثل : انجمن ها و گروه ها یا تیم های ورزشی

۱۰ روش برای فروش بیشتر :

۱. پاکیزه نگه داشتن دفتر خود.

۲. کار گذاشتن یک سیستم تلفنی دوستانه .

مشکلات ارتباطی انجام دادن معاملات با سایر شرکت ها شامل موارد زیر است:

• نداشتن شیوه ای سریع برای خروج از حالت پاسخگویی کامپیوتری

• داشتن زمان انتظار و مقدمات بسیار طولانی برای پاسخگویی

• داشتن تلفنی با خطوط بسیار

• نداشتن توانایی ارسال نامه های صوتی

• پیگیری ضعیف یا عدم پیگیری پیغام های صوتی

• نداشتن سیستم دوستانه و ساده

۳. همواره لبخند بزنید .

۴. از مشتریان خود تمجید و تحسین کنید.
۵. برگزاری مهمانی با کارمندان و مشتریان
۶. بازدید مجدد از مشتریان.
۷. ایجاد سهولت در خدمات پس از فروش بیمه نامه.
۸. تفکر
۹. خودتان و محصولتان را باور داشته باشید.
۱۰. نیازهای مشتری را کشف کنید.

مشکلات بازاریابی در ایران :

- نبود توسعه فرهنگ بیمه
- فقدان تنوع و خلاقیت در بیمه های عمر
- وجود تورم
- اقتصاد بیمار کشور
- برنامه تبلیغاتی نامناسب
- حس بی اعتمادی افراد نسبت به ثبات شرکت های خصوصی در ایران
- اخلاق غیر حرفه ای نمایندگان فروش بیمه
- عدم اعتماد به صنعت بیمه
- عدم وجود ثبات اقتصادی

آمیخته بازاریابی در صنعت بیمه

بیمه ، خدمتی مالی برای گردآوری پس اندازهای مردم و ارائه پوشش ریسک برای آنهاست. بیمه نگرانی های و مشکلات افراد را پوشش و پشتوانه ای محکم برای آنها ایجاد می کند ، همچنین سرمایه هایی را برای جامعه فراهم می کن که این سرمایه ها در بخش های سودمندی سرمایه گذاری می شوند. بیمه در زیر مجموعه بخش خدمات قرار می گیرد . هنگام بازاریابی خدمات لازم است افراد درباره معیارهای نوآورانه توسعه فروش فکر کنند. خلاقیت در معیارهای توسعه فروش ، نیاز امروز است . تبلیغات ، روابط عمومی و ارتباطات کلامی نیازمند توجه کافی است و فروشندگی به توجه بیشتری نیاز دارد.

آمیخته بازاریابی: مجموعه ای از فعالیت های بازاریابی است که یک سازمان با اقدام به آن به مهمترین نیازهای بازارهای هدفش را برآورده میکند. آمیخته بازاریابی متشکل از عناصر PY بازاریابی مثل محصول، مکان، توسعه، افراد، فرآیند و توزیع فیزیکی است. PY فوق الذکر برای بازاریابی محصولات بیمه به روش های زیر بکار می رود:

۱. **محصول:** چیزی است که ما تولید می کنیم ، کالای تولیدی را محصول محسوس و خدمات را محصولی نامحسوس می نامیم.
۲. **قیمت گذاری:** در کسب و کار بیمه تصمیمات قیمت گذاری با عوامل زیر مرتبط است :
 - حق بیمه پرداخت نشده برای بیمه نامه ها .
 - بهره پرداخت شده برای عدم پرداخت حق بیمه ها و تسهیلات اعتباری .
 - کارمزد پرداخت شده برای فعالیت های مشاوره ای و بیمه ای .

۳. مکان : این عنصر از آمیخته بازاریابی با دو واقعیت مهم سرو کار دارد :

- اداره ی کارمندان بیمه
- مکان یابی شعبه

۴. توسعه : خدمات بیمه به معیار های اثر بخش توسعه بستگی دارد ، در توسعه کسب و کارهای بیمه‌ای، نمایندگان و نمایندگان متخصص روستایی نقش مهمی دارند.

۵. افراد : شناخت بهتر مشتری امکان طراحی محصولات مناسب را می دهد . بیمه صنعتی خدماتی که مستلزم سطح بالایی از تعامل بین افراد است، استفاده کارآمد از این منبع برای رضایتمندی مشتریان امر بسیار مهمی است.

۶. فرایند : فرایند کاری در صنعت بیمه ، باید مشتری پسند باشد. سرعت و صحت پرداخت ها از اهمیت بالایی برخوردار است. شیوه پرداخت برای مشتریان ساده و راحت باشد.

۷. توزیع فیزیکی : توزیع عامل تعیین کننده موفقیت برای تمام شرکتهای بیمه است و ایجاد یک شبکه توزیع، بسیار گران قیمت و زمان بر است. امروزه واسطه های مختلف نه ضرورتاً شرکت های بیمه افزایش یافته اند و سود آوری را بالا برده اند. نمونه مناسبی از این وضعیت شرکت دایرکت لاین انگلستان است که این شرکت بر فروش تلفنی و قیمت گذاری پایه تکیه دارد . فناوری جایگزین شبکه توزیع نخواهد شد بلکه مزایایی چون خدمات بهتر را به مشتریان ارائه می دهد. دیگر کانال های توزیع موسسات غیرمالی اند.

دیدگاه های رایج فعالیت های بازاریابی: بنابراین کاتلر و آرمسترانگ سازمان ها فعالیت های بازاریابی خود را براساس پنج دیدگاه قرار می دهند. این دیدگاه ها عبارتند از :

- تولید
- محصول
- فروش
- بازاریابی
- بازاریابی اجتماعی

دیدگاه تولید :

مصرف کنندگان خواهان و طرفدار محصولاتی هستند که در دسترس باشد و استطاعت خرید آن را داشته باشند. مدیریت باید فعالیت خود را برای بهبود کارایی تولید و توزیع متمرکز کند و دو وضعیت وجود دارد: نخستین وضعیت مربوط به زمانی است که تقاضا از عرضه بیشتر باشد در نتیجه باید تولید افزایش گردد. دومین وضعیت زمانی است قیمت محصول بالا است که باید درصد کاهش قیمت برآییم.

صنعت بیمه باید افزایش نیروی فروش داشته باشد و بهبود نظام توزیع خدمات را انجام دهد. بخشی از جمله " بیمه فروختنی است نه خریدنی " در این دیدگاه قرار گرفته است و حرکت جدید صنعت بیمه پس از آزاد سازی نرخ گذاری به این سمت و سو صورت گرفته است . در واقع ، تمرکز صنعت بر افزایش نیروی فروش و بهبود نظام توزیع خدمات از این دیدگاه نشئت میگیرد.

دیدگاه محصول: این دیدگاه بر این اصل استوار است که مصرف کنندگان، محصولات را که می‌خرند که بهترین کیفیت و کارکرد و شکل را دارند بنابراین سازمان باید انرژی خود را به بهبود دائم محصول و نوآوری اختصاص دهد. این عمل در صنعت بیمه نمود زیادی ندارد عملاً نوآوری و بهبود خدمات بیمه دیده نمی‌شود. یک دلیل آن ماهیت و سطح پوشش بیمه نامه‌ها است مخصوصاً در بیمه عمر آنها فقط معتقدند که باید بیمه عمر بخرند ولی به شعور اقتصادی مردم که به وسیله موسسات سرمایه‌گذاری، بورس و سایر فعالیت‌های سوراور به دنبال کسب سود در کوتاه مدت و بلند مدت هستند توجهی نکردند.

دیدگاه فروش: برای فروش و تبلیغات باید فعالیت‌های چشمگیری صورت گیرد. فروش نقش اساسی دارد و بعد از آن رضایت مشتری اهمیت دارد. مشتری باید تشویق به خرید محصول شود و آن را دوست داشته باشد و راضی باشد تا بار دوم نیز اقدام به خرید کند. بازاریابی دانش و هنر یافتن و نگهداری و رشد دادن مشتریان سودآور است. نباید یک مشتری را از دست داد چون هزینه جلب یک مشتری تازه، ۵ برابر هزینه خشنود نگه داشتن مشتری کنونی است. در بیمه عمر هدف فروش بیمه است نه ارائه خدمات پس‌انداز و سرمایه‌گذاری که در عمل این دیدگاه مفهوم بازاریابی فشاری است.

دیدگاه بازاریابی: مقصود از دیدگاه بازاریابی این است که دستیابی به هدف‌های سازمان در گروه شناخت نیازها و خواسته‌های بازار مورد نظر و تحویل کالاهای مورد پسند مشتریان به صورت اثربخش با بازدهی بالاتر از شرکت‌های رقیب است. اما در مفهوم و دیدگاه بازاریابی، آغاز و مبنای همه فعالیت‌ها، نیازها و خواسته‌های مصرف کنندگان و مشتریان و به طور کلی خریداران است که از طریق تحقیقات بازاریابی و بررسی شناخت بازار مشخص می‌شود. هدف نیز کسب سود با ارضای نیاز خریداران. ارائه خدمات لازم است.

دیدگاه بازاریابی اجتماعی: یعنی بازاریابی محض، تضادهای ممکن بین خواسته‌های کوتاه مدت مشتری و رفاه بلند مدت او از نظر دور می‌دارد و به دنبال برقراری توازن بین خواسته‌های مشتریان هدف، منافع بلندمدت مشتریان و جامعه و بازده بلند مدت شرکت می‌باشد. برای گسترش بیمه عمر می‌توان بر مسائل تغییرات ساختار جمعیتی کشور، منافع بلند مدت بیمه‌های عمر برای کشور و کاهش بار مسئولیتی دولت تاکید داشت با ارائه محصولات جدید می‌توان مشتری بیشتری جذب نمود.

دیدگاه بازاریابی کشتی: محیط و فضای بازار از رویکرد عرضه محور که به برتری محصول توجه داشته به رویکردی تقاضا محور که به نیازها، خواسته‌ها و تمایلات مشتری توجه دارد تغییر یافته است. یعنی تغییر رویکرد از بازاریابی فشاری به بازاریابی کشتی. تفاوت این دو رویکرد در آن است که بازاریابی کشتی با مصرف کننده، انواع رسانه‌های در دسترس و جواب‌گویی به خواسته‌های مشتریان آغاز می‌شود نه با محصولات، نحوه توزیع، رسانه‌ها و پیام‌هایی که بازاریاب می‌خواهد بفرستد. بنابراین به استراتژی بازاریابی خاصی که بر بیمه گذاران متمرکز می‌شود، می‌توان استراتژی بازاریابی کشتی اطلاق کرد. در حالیکه استراتژی بازاریابی فشاری با استفاده از تبلیغات و سایر ابزارهای سنتی و یک طرفه ارتباط‌های بازاریابی برای جلب بیمه گذاران استفاده می‌کند.

مدیریت ارتباط بازاریابی در صنعت بیمه: بازاریابی کشتی ایجاد ارتباط و مدیریت است که بازاریابی رابطه مند است. در حال حاضر مشتری به راحتی به یک شرکت وفادار نمی‌شود با مدیریت درست باید ارتباط بهتری با مشتری داشت و تاثیر بیشتری برقرار کرد و علاوه بر جذب مشتری جدید حفظ مشتری‌های موجود مهم تر است. پیش از برقراری ارتباط و انتخاب پیام و رسانه مناسب باید با رفتار مشتری منطبق شویم. ارتباط یکپارچه یعنی درک مصرف کننده و آنچه که به آن حساسیت دارد. ایجاد روابط کلیدی باید داشت که از طریق تبلیغات، پیشبرد فروش،

فروش حضوری، روابط عمومی و بازاریابی مستقیم است. بازاریابی جدید باید با مشتری رابطه بلند مدت داشت. علم و هنر داشتن، به دست آوردن و افزایش مشتری است. باید اطلاعات مشتری را جمع آوری کرد و در سیستم اطلاع رسانی شبکه سازمان نگهداری کنند و عوامل فروش، خدمات مشتری، پشتیبانی و طراحی تولید با استفاده از همین اطلاعات به نیاز مشتری پی برده و فعالیت خود را آغاز کنند.

مدیریت ارتباط با مشتری ۵ مزیت نسبت به بازاریابی سنتی دارد:

۱. هزینه های تبلیغاتی را کاهش می دهد.
۲. از طریق تمرکز روی نیاز مشتریان خاص آنها را راحت تر هدف قرار می دهد.
۳. به سازمان ها اجازه می دهد تا برای مشتری ها بر اساس خدمات رقابت کنند نه قیمت.
۴. ممانعت از ولخرجی.
۵. بیشترین تماس را با مشتری دارد.

اکثر شرکت ها به دلایل زیر از مدیریت ارتباط با مشتری استفاده می کنند:

- فروش به مشتری جدید ۶ مرتبه بیشتر از فروش به مشتری کنونی هزینه در بردارد.
- یک مشتری ناراضی با ۸ تا ۱۰ نفر درباره تجربه اش صحبت می کند.
- یک شرکت می تواند سودش را فقط از طریق افزایش ۵ درصدی نگهداری مشتری سالانه اش تا ۸۵٪ افزایش دهد.
- ضریب فروش یک محصول برای یک مشتری جدید ۱۵٪ است، در صورتی که ضریب فروش یک محصول به مشتری کنونی ۵۰ درصد است.
- اگر شرکت به سرعت به خدمات توجه کند ۷۰٪ از مشتریان شاکی با شرکت دوباره تجارت می کنند.
- بیش از ۹۰٪ مشتریان کنونی یکپارچگی فروش و خدمات را برای پشتیبانی از تجارت الکترونیک ندارند.

مکانیسم بازاریابی داخلی :

مفهوم بازاریابی داخلی از بازاریابی خدمات نشات می گیرد و بر رضایت مشتریان و کیفیت خدمات به مشتریان تاکید دارد. بازاریابی داخلی کارکنان را به دو شکل مشتری داخلی و همکار واحد بازاریابی در نظر می گیرد. اول باید نیاز کارکنان را برآورد کرد و به دنبال آن بین آنها فرهنگ دوستی را ترویج داد. در حالت دوم از تمام کارکنان بخواهند در تمامی سطوح به مشتریان پاسخ گو باشند در عمل کارکنان به صورت اعضای بازاریابی شوند. کلیه کارکنان باید به فعالیت بازاریابی تسلط داشته باشند. مدیریت باید مقصود و هدف سازمان را به طور شفاف تعریف کند و نقش هر گروه را به آنها آموزش دهد.

بیمه درمان

موضوع بیمه درمان، تامین و جبران هزینه های درمانی (اعم از سرپایی یا بستری در بیمارستان) است که در اثر بروز بیماری یا وقوع حوادث برای بیمه شده ضرورت پیدا می کند. بنابراین هزینه های درمانی خواه ناشی از بیماری یا حوادث باشند مورد تامین قرار می گیرد. ولی فوت بعلت بیماری هیچگاه در بیمه درمان مورد تامین واقع نمی شود.

از آنجا که در بیمه درمان موضوع اصلی بیمه جبران هزینه های درمان است، اصل غرامت و قاعده جانشینی اجرا شدنی اند. تعهد بیمه گر در اینجا تا سقف مبلغ بیمه شده و به منظور جبران هزینه های پزشکی خواهد بود. امر بیمه های درمانی بیشتر با کمک مالی دولت ها مقدور و عملی است و فروش بیمه های درمانی انفرادی و حتی گروهی چندان مقدور نیست اگر چه بیمه گران بخش بازرگانی نیز در این بخش فعالیت دارند.

خطر موضوع بیمه درمان: مرض یا بیماری است که می توان آن را چنین تعریف کرد: اختلال در تندرستی و تمامیت جسمی و روانی انسان بر اثر عوامل بیماری زا که برای پزشک قابل تشخیص باشد. بیماری های ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر، واکسیناسیون، جراحی پلاستیک و سقط جنین را در برنمیگیرد. بارداری و زایمان نیز قابل بیمه هستند.

تامین هزینه های درمانی نامحدود نیست و بیمه گران تا میزان مبلغ بیمه شده متعهد هستند. پزشک بیمه گر بر اساس تعرفه های پزشکی هزینه های درمانی را برآورد و تعیین می کند. یکی از محدودیت های بیمه های درمان، "دوره انتظار" است. بدین معنا که بیمه گر در قرارداد بیمه درمان قید می کند که فلان بیماری موقوف به گذشتن مهلت معینی از زمان شروع بیمه نامه است. به طور مثال یکدوره ۹ ماهه برای زایمان. هدف از دوره انتظار، جلوگیری از قبول ریسک های هزینه و یا ریسک هایی است که پیش از انعقاد قرارداد شروع شده اند.

فرانشیز: معافیت بیمه گر از جبران بخشی از هزینه های درمانی است. در واقع بیمه گر نسبت به جبران درصد یا سهم فرانشیز تعهدی ندارد و جبران آن به عهده بیمه شده یا بیمه گذار می باشد. هدف از شرط فرانشیز، کاهش هزینه های اداری، مشارکت بیمه شده در خسارت، و جلوگیری از سوء استفاده های احتمالی است. تشکیل و انعقاد قرارداد های درمان، تابع همان شرایط بیمه های عمر و حادثه است. بیمه گذار مکلف به تکمیل پیشنهاد و پرسشنامه و توضیح وضعیت مزاجی و سلامتی بیمه شدگان است. شرایط عمومی این بیمه نامه تابع آئین نامه ۷۴ مصوب بیمه مرکزی است.

انواع بیمه های درمانی: به طور کلی بیمه درمانی در برگیرنده جبران هزینه های معالجه اعم از سرپایی و بیمارستانی است (بستری شدن در بیمارستان). مهمترین بیمه های درمانی عبارتند از:

• تامین جامع درمانی :

در برگیرنده جبران هزینه های درمانی اعم از سرپایی و بیمارستانی. در هر موردی که بیمه شده نیاز به معاینه و معالجه داشته باشد هزینه های درمان و اعمال جراحی بر پایه تعرفه درمانی جبران می کند. این نوع پوشش به علت گستردگی نیاز درمانی بیمه شدگان را تامین می نماید. حق بیمه به طور نسبی زیاد است و لذا نیازمند مشارکت دولت یا کمک کارفرمایان می باشد.

• تامین هزینه های بستری شدن در بیمارستان و اعمال جراحی

تعهد در ایجاد تامین هزینه های عمده درمانی است. اگر بیمه شده بستری گردید یا به عمل جراحی نیاز داشت بیمه گر هزینه های درمانی را بر پایه تعرفه درمانی و تا سقف معین می پردازد.

• بیمه درمانی مازاد تامین خدمات درمانی

گاهی هزینه های بستری یا اعمال جراحی زیاد و بیش از تعرفه های درمانی است و سازمان خدمات درمانی تمام آن مبلغ را نمی پردازد. به منظور جبران هزینه های مازاد بر تعرفه ای درمانی این تامین خریداری می گردد.

بیمه درمان تکمیلی :

این پوشش بیمه ای جهت جبران هزینه های درمان مازاد بر تعرفه های بیمه خدمات درمانی ، تامین اجتماعی و... ارائه می شود و نگرانی بیمه شدگان را از پرداخت هزینه های هنگفت درمان برطرف می کند. پوششهای این نوع بیمه :اعمال جراحی، بیمارستانی، زایمان طبیعی و سزارین ، برخی از هزینه های پاراکلینیکی از قبیل سونوگرافی،ماموگرافی، رادیولوژی و...

بیمه گر اول و بیمه گر تکمیلی هر یک بخشی از هزینه های درمان را تحت پوشش قرار می دهند که گاهی نیز همپوشانی دارند . مثلاً بخشی از هزینه های بستری را بیمه گر اول و بخشی تا سقف تعهد توسط بیمه گر تکمیلی پرداخت می شود.

بیمه درمان تکمیلی یک نوع بیمه مازاد است که جنبه ی اختیاری دارد و معمولاً به صورت گروهی بوده و کارکنان یک موسسه را تحت پوشش قرار می دهد . حق بیمه آن توسط بیمه گذار و موسسه مورد نظر پرداخت می شود.

بیمه درمان دائمی :

در این نوع بیمه چنانچه بیمه شده به دلیل بیماری و یا بروز حادثه قادر به کار و فعالیت نباشد ، مستمری هفتگی و یا ماهانه ای ، معادل مبلغی که بیمه شده به دلیل از کارافتادگی قادر به تامین آن نیست، دریافت می دارد بنا براین شرکت بیمه سلامت شخصی را تحت پوشش بیمه ای قرار می دهد نه زندگی او را. این بیمه وضعیت دائمی و همیشگی دارد. یعنی چنانچه بیمه گذار حق بیمه را مرتباً پرداخت نماید و بر خلاف شرایط بیمه نامه رفتار ننماید بیمه گر حق فسخ یا افزایش حق بیمه را ندارد هر چند میزان خسارت و تعدد دفعات آن فوق العاده زیاد باشد و به همین دلیل بیمه درمان همگانی در طبقه بیمه های زندگی قرار می گیرد. بیمه های درمان دائمی با این هدف طراحی شده اند که چنان چه بیمه گذار از کار افتاده شود غرامت هفتگی و یا ماهیانه تمام عمر را دریافت کند.

تعریف از کارافتادگی در این بیمه نامه:

"از کار افتادگی دائم کامل بیمه شده به دلیل بیماری یا حادثه به طوری که نتواند کار و حرفه مذکور در قرارداد بیمه را انجام داده و قادر به انجام کار و یا حرفه دیگری نباشد ."

آیین نامه شماره ۷۴

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

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد: این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزء لاینفک بیمه‌نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. بخشی از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نیست و همزمان یا قبل از صدور بیمه‌نامه به صورت کتبی به بیمه‌گذار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

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

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

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

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

۴- گروه بیمه‌شدگان:

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

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

ب- ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها (از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها) به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه‌نامه تشکیل شده باشند، پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه‌گذار تضمین شده باشد و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به طور همزمان بیمه شوند.

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

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

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

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

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

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

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

۹- مدت: مدت بیمه نامه یک سال تمام شمسی است. تاریخ شروع و انقضای آن با توافق طرفین در بیمه نامه درج می شود.

فصل دوم: هزینه های درمانی قابل پرداخت

ماده ۳- هزینه های درمانی قابل پرداخت موضوع این آئین نامه عبارت است از:

الف- پوشش های اصلی (پایه):

- ۱- جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care.
- تبصره- اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.
- ۲- هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان ها)
- ۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- پوشش های اضافی:

بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد ذیل را حسب توافق با بیمه گذار تحت پوشش قرار دهد:

- ۱- افزایش سقف تعهدات برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان.
- ۲- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند الف-۱ فوق. سقف تعهد بیمه گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر تجاوز کند.
- ۱-۲- در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است.
- ۲-۲- دوره انتظار جهت استفاده از پوشش این بند برای گروه های زیر ۲۵۰ نفر، ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر، ۶ ماه و برای گروه های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.
- ۳- هزینه های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:
 - ۱-۳- جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی استرس اکو، دانسیتومتری تا حداکثر ۲۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.
 - ۲-۳- جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوارمthane (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.
 - ۳-۳- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.
 - ۴-۳- جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.
 - ۵-۳- جبران هزینه های دندان پزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

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

۳-۶- جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی تا سقف ۲ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده
۳-۷- جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمعک تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده

۴- جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر چشم هر بیمه‌شده.

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

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

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

۸- هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر تا ۵۰ درصد تعهد زایمان به‌عنوان پوشش مستقل.
تبصره ۱- هزینه‌هایی که در اجرای بند ب پرداخت می‌شود، مزاد بر سقف تعهدات پایه سالیانه است.

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

فصل سوم: شرایط

ماده ۴- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلف‌اند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند.

اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری کند و یا عمداً برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهارنشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌نامه فسخ خواهد شد.

تبصره - چنانچه معلوم شود هریک از بیمه‌شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر یا بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه‌شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است

ماده ۵- فرانشیز

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

۲- بیمه‌گر می‌تواند فرانشیز هزینه‌های تحت پوشش را با دریافت حق بیمه اضافی کاهش دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود.

ماده ۶- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به‌نحوی که در قرارداد بیمه توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند.

ماده ۷- استثنائات: هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
 - ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
 - ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
 - ۴- ترک اعتیاد.
 - ۵- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
 - ۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
 - ۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذیصلاح.
 - ۸- فعل و انفعالات هسته‌ای.
 - ۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
 - ۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر.
 - ۱۱- جنون.
 - ۱۲- جراحی لثه.
 - ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر
 - ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
 - ۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
 - ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
 - ۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- تبصره-** موارد استثنای مندرج در بندهای ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۴ این ماده با پرداخت حق بیمه اضافی، قابل بیمه شدن است.

ماده ۸- شرکت بیمه مکلف است در صدور بیمه نامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، این ضوابط را رعایت کند:

- ۱- هریک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش نامه سلامتی تهیه شده توسط بیمه گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.
- ۲- بیمه گذار موظف است برای تمام اعضای گروه یا خانواده درخواست بیمه کند؛ اما بیمه گر می تواند با توجه به پرسش نامه سلامتی یا معاینات انجام شده، از بیمه کردن فرد یا افرادی از گروه یا خانواده و یا ارائه پوشش هزینه زایمان و بیماری‌هایی که سابقه قبلی دارد خودداری کند.
- ۳- سقف تعهد بیمه گر برای هریک از اعضای گروه یا خانواده و هریک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

ماده ۹- بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند. در مواردی که

بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱- در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقی مانده هزینه های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گرها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲- بیمه گذار و یا بیمه شده موظفاند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه گر اعلام کنند.

تبصره ۳- چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در الویت مراجعه به به هر کدام از شرکتهای بیمه مخیر است.

ماده ۱۰- حداکثر سن بیمه شده برای گروه های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه گر می تواند با دریافت حق بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمان ها و صندوق های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر است. در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۱- در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضای خانواده بیمه شده متوفی به شرط پرداخت حق بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۱۲- هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.

ماده ۱۳- بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

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

ماده ۱۴- موارد فسخ بیمه نامه و نحوه تصفیه حق بیمه: بیمه گر یا بیمه گذار می تواند در این موارد برای فسخ بیمه نامه اقدام کند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر

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

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- در صورتی که فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل متوقف شود
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.

ج- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ

- ۱- در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.
- ۲- در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد)؛ در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام نماید.

ماده ۱۵- نحوه فسخ

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

ماده ۱۶- مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۱۷- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به‌طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۱۸- بیمه مرکزی ج.ا. ایران می‌تواند با ارائه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین‌نامه ذکر نشده است و همچنین کاهش فرانشیز بیش از حد مقرر در این آیین‌نامه موافقت نماید.

ماده ۱۹- این آیین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۱/۰۷/۰۱ لازم‌الاجراء خواهد بود و جایگزین آئین‌نامه شماره ۶۴ مصوب شورای عالی بیمه با عنوان شرایط عمومی بیمه‌های درمان خواهد شد.

پیوست جزء ۵ بند ب ماده ۳ آیین نامه «بیمه های درمان»

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتقها)
۳	اعمال جراحی روی استخوانهای بزرگ و طویل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاتتریسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان های غیرطبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوسها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونشها، رودهها، مثانه، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراکت، گلوگوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و...
۱۲	عمل جراحی استنوسنتز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرچ زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
۲۱	بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

بیمه های حوادث و مقررات مربوط

بیمه حوادث یا بیمه حوادث انفرادی به مجموعه گسترده ای از پوشش های گروهی و انفرادی با خصوصیت مشترک ارائه انواع مزایای گوناگون در هنگام بروز حادثه تحت پوشش اطلاق می شود. معمولاً مزایای بیمه های حوادث در قالب الحاقیه هایی در بیمه نامه های عمر ارائه می شود. در حالیکه برخی از خصوصیات این مزایا در هردوی آنها مشترک است.

حادثه: باید غیرعمدی، ناگهانی و ناشی از یک عامل خارجی باشد و آسیب های بدنی وارده به بیمه گذار، باید مستقیماً به طور مستقل از سایر علت ها نشأت گرفته باشد. محدودیت ها و استثناهای این پوشش تفاوت های گسترده ای دارند اما حوادث زیر تحت پوشش نخواهد بود، مگر خلاف آن ذکر شود: حوادث مرتبط با جنگ، آسیب های وارده به خود و خودکشی و آسیب های ناشی از مشارکت بیمه گذار در یک عمل غیرقانونی.

پوشش ها: بیمه حوادث پوشش های مختلفی دارد که رایج ترین آنها عبارتند از:

- **پوشش فوت:** اگر بیمه گذار در اثر حوادث فوت کند، بیمه گر سرمایه بیمه نامه را به ذی نفع یا ذی نفعان خواهد پرداخت.
- **نقض عضو:** بیمه گر مبلغ مشخصی را به بیمه گذار که در اثر حوادث توانایی یا عملکرد عضوی یا چند عضو خود را از دست داده یا ناکارآمد شده باشد پرداخت می کند.
- **هزینه های پزشکی:** مثل پرداخت هزینه های بیمارستانی، جراحی، ویزیت پزشک، درمان های تکمیلی، خدمات آمبولانس و...
- **مستمری از کارافتادگی:** در صورت از کارافتادگی به علت حادثه مزایای دوره ای معین را در نظر می گیرد.

انواع بیمه حوادث:

۱. **بیمه حوادث کوتاه مدت:** از ۳ روز تا یکسال. معمولاً مسافران یا افرادی که برای مدتی قصد اقامت در شهر دیگری غیر از محل سکونتشان دارند خریداری می کنند. مزایای تحت پوشش شامل: مرگ ناگهانی در اثر حادثه، نقض عضو و هزینه های پزشکی.
۲. **بیمه مسافرت یا بیمه حوادث در سفر:** فقط حوادثی که در زمان سفر بیمه گذار رخ دهد تحت پوشش قرار می دهد.
۳. **بیمه حوادث دانش آموزی:** حوادث مرتبط با دانش آموز در فعالیت های مدرسه اتفاق بیفتد تحت پوشش خواهد بود.
۴. **بیمه حوادث سفر هوایی یا بیمه حوادث مسافران هواپیما:** حوادث اتفاق افتاده در پرواز خاصی را که معمولاً تجاری است تحت پوشش قرار می دهد.
۵. **بیمه حوادث گروهی:** اعضای یک گروه بیمه پذیر را تحت پوشش قرار می دهد.

بیمه حوادث اشخاص: موضوع بیمه حوادث اشخاص تامین سرمایه بیمه در صورت فوت، نقض عضو و از کارافتادگی (کلی و جزئی) شخص بیمه شده بر اثر حوادث و پرداخت غرامت از کارافتادگی موقت بر اثر حادثه و جبران هزینه های پزشکی و درمانی و در صورت جرح و صدمه ناشی از حوادث است. بنابراین در بیمه حوادث چهار ریسک را می توان مورد تامین بیمه گر قرار داد:

ریسک های اصلی تحت پوشش: فوت و نقض عضو و از کارافتادگی دائم

ریسک های فرعی (تبعی) تحت پوشش: جرح (هزینه های پزشکی) و از کارافتادگی موقت

خطر موضوع بیمه در بیمه حوادث اشخاص : خطر موضوع بیمه در این رشته ، حادثه است که تعریف معینی دارد . در اصطلاح بیمه ای، هر واقعه یا پیشامدی که جنبه احتمالی داشته باشد یا در زمان کم و بیش دور و نزدیک احتمال وقوع داشته باشد و غیر عمدی و ناگهانی باشد.

تعریف بیمه حادثه شخصی: عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز نماید و منجر به جرح صدمه به اعضای بدن بیمه شده گردد و توسط پزشک قابل تشخیص باشد.

ترس و نگرانی و بی خوابی و... تا جایی که منشأ عضوی نداشته باشد و از طرف پزشک قابل تشخیص نباشد در موارد تعهد بیمه گر تلقی نمی گردد.

استثنای بیمه حوادث شخصی :

- تعمد بیمه گذار و بیمه شده و ذی نفع.
 - انواع بیماری مگر آنکه بر اثر وقوع حادثه عارض شوند یا به صراحت در بیمه نامه مورد تامین قرار گرفته باشد.
 - مصرف مواد مخدر و داروهای محرک بدون تجویز پزشک.
 - مستی بر اثر مصرف مواد الکلی.
 - ارتکاب یا اقدام یا شروع به جنحه و جنایت از طرف بیمه شده به استثنای دفاع مشروع.
 - جنگ ، شورش، اغتشاش، اعتصاب و انقلاب و مانند آن مگر آنکه مورد موافقت بیمه گر قرار گرفته باشند.
 - سیل ، زلزله ، آتشفشان مگر آنکه توافق خاصی صورت گرفته باشد.
 - تشعشع اتمی و رادیواکتیو مگر آنکه توافق خاصی صورت گرفته باشد.
 - خودکشی بیمه شده یا اقدام به آن.
 - خطراتی که فقط با موافقت کتبی بیمه گر و پرداخت حق بیمه اضافی قابل پوشش است :
۱. جنگ ، شورش، بلوا ، قیام ، آشوب، اعتصاب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.
 ۲. زمین لرزه ، آتش فشان و فعل و انفعالات هسته ای
 ۳. ورزش های رزمی و حرفه ای ، شکار، سوارکاری ، قایقرانی، هدایت موتور سیکلت دنده ای یا سرنشینی هواپیماهای آموزشی ، اکتشافی و غیرتجاری ، هدایت یا سرنشینی اتومبیل کورسی(مسابقه ای) ، هدایت یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی ، پرش با چتر نجات (بجز سقوط آزاد) و هدایت کایت یا سایر وسایل پرواز بدون موتور.

انواع ریسک ها و تامین ها در بیمه حوادث شخصی :

در بیمه نامه حوادث اشخاص چهار ریسک مورد تامین قرار می گیرند که عبارتند از :

- فوت بر اثر حادثه
- نقض عضو و ازکارافتادگی دائم بر اثر حوادث
- جرح و جبران هزینه های پزشکی
- ازکارافتادگی موقت بر اثر حادثه

فوت بر اثر حادثه: (پوشش اصلی)

در صورتی که بیمه شده بر اثر وقوع یکی از خطرهای مشمول بیمه فوت کند، بیمه گر متعهد به پرداخت سرمایه مقطوع تعیین شده در بیمه نامه است. فوت طبیعی (به علت بیماری) تحت پوشش نیست.

- نقص عضو و ازکارافتادگی دائم: (پوشش اصلی)

در صورتی که بیمه شده بر اثر وقوع حادثه یا حوادث مشمول بیمه دچار نقص عضو و ازکارافتادگی دائم شود بیمه گر متعهد است که سرمایه بیمه مندرج در بیمه نامه را طبق جدول و شرایط پیش بینی به بیمه شده بپردازد. نقص عضو و ازکارافتادگی ممکن است کلی (مطلق) یا جزئی (نسبی) باشد.

- ازکارافتادگی موقت: (پوشش اضافی یا تبعی)

در صورتی که بیمه شده مصدوم برای مدتی قادر به انجام کار و فعالیت حرفه ای خود نباشد و ازکسب درآمد و معاش محروم شود، بیمه گر برپایه گزارش و تایید پزشک کارشناس یا اظهارنامه مقامات پزشکی قانونی، مبلغ غرامت روزانه یا هفتگی را به ترتیب مقرر در بیمه نامه تا مدت تعیین توافق شده به مصدوم می پردازد. چون ازکارافتادگی موقت ریسک تبعی و اضافی است، بیمه شدن آن موکول به قبول بیمه فوت و نقض عضو یا یکی از آنهاست و میزان آن به تناسب جمع سرمایه بیمه فوت و نقض عضو تعیین می شود.

- جبران هزینه های پزشکی: (پوشش اضافی یا تبعی)

تأمین و تعهد بیمه گر در برگیرنده جبران هزینه های پزشکی و جراحی و دارویی و بستری شدن در بیمارستان تا مبلغ بیمه شده است. جبران هزینه های درمانی تابع "اصل غرامت" است. هزینه های پزشکی مطابق با تعرفه مورد محاسبه قرار می گیرد. هزینه های نجات و امداد اشخاص و اموال در معرض خطر را نیز تا درصد معینی قبول و جبران نماید و جزء حوادث مشمول بیمه است.

قرارداد بیمه حوادث اشخاص: از جهتی به بیمه عمر نزدیک است زیرا در این رشته نیز مانند بیمه عمر بیمه شده موظف است ویژگی های خطر موضوع بیمه نامه را به طور دقیق و صادقانه در برگ پیشنهاد قید نماید تا بیمه گر بتواند نسبت به ارزیابی خطر اقدام نماید. شباهت قرارداد حوادث و عمر: تأمین خطر های مربوط به انسان است.

تفاوت بیمه حوادث و بیمه عمر: در بیمه عمر خطر فوت به هر علت (جز خودکشی در دو سال اول) مورد تأمین قرار میگیرد بنابراین چه فوت بیمه شده بر اثر بیماری باشد یا در نتیجه حوادث بیمه گر متعهد به سرمایه بیمه مورد تعهد است، در صورتیکه در پوشش حادثه ایفای تعهدات در صورتی خواهد بود که بیمه شده بر اثر یکی از حوادث مشمول بیمه فوت نماید. در بیمه حادثه اشخاص اعلام شرایط تشدید خطر الزامی است در حالی که در بیمه عمر نرخ و شرایط بیمه برپایه تغییر و تشدید خطر در طول قرارداد از پیش محاسبه و منظور شده است.

در صورتی که تندرستی و حیات شخص ثالث موضوع بیمه باشد جلب رضایت کتبی او ضروری است وگرنه بیمه نامه باطل خواهد بود.

انواع بیمه حوادث شخصی :

۱. بیمه حوادث کار : حوادثی را که احتمال دارد حین کار و انجام وظیفه یا به مناسبت آن برای بیمه شده پیش آید مورد تامین قرار می دهد.
 ۲. بیمه های حوادث (بیمه حوادث مسافرت و ماموریت): در برگیرنده تامین حوادثی است که در مدت ماموریت رخ می دهد (اعم از مسافرت هوایی - زمینی - دریایی).
 ۳. بیمه حوادث تحصیل (دانش آموزان و دانشجویان).
 ۴. بیمه حوادث ورزشی یا بیمه ورزشکاران.
 ۵. بیمه حوادث تمام اوقات زندگی : این نوع بیمه ، کامل ترین نوع بیمه حوادث اشخاص است و به موجب آن شخص بیمه شده در تمام اوقات زندگی اعم از کار و حرفه یا زندگی خصوصی در مقابل عواقب حوادث تامین دارد.
 ۶. بیمه حوادث تکمیلی : این نوع بیمه به صورت تکمیلی بیمه عمر مورد استفاده است، بدین معنی که شخص بیمه شده ضمن بیمه عمر با پرداخت حق بیمه اضافی پوشش حادثه تا دو یا سه برابر سرمایه بیمه عمر به دست می آورد.
- بیمه حوادث به دو شکل انفرادی و گروهی ارائه می گردد.** در بیمه حادثه انفرادی: شخص معینی که ویژگی های او در برگ پیشنهاد قید شده است بیمه می شود بیمه گذار و بیمه شده اغلب یک نفر است.
- در بیمه حوادث گروهی: شماری از اشخاص به عنوان بیمه شدگان تعیین می شوند و حق بیمه را به صورت اقساط ماهانه به بیمه گر پرداخت می نماید و تغییرات به صورت الحاقیه عمل می شود.

بیمه حوادث خانواده :

یکی از انواع بیمه های حوادث گروهی است. از آنجایی که اعضای هر خانواده در معرض خطرات مختلفی قرار دارند که پیامد آنها می تواند فوت، جرح، نقص عضو ، از کارافتادگی دائم یا موقت باشد، سرپرست خانواده می تواند با پرداخت حق بیمه ، همه افراد خانواده را در مقابل حوادث در تمام ساعات شبانه روز در داخل و خارج از کشور بیمه کند. سرپرست خانواده می تواند همسر، فرزندان ، پدر و مادر خود و پدر و مادر همسر خود را تحت تکلف داشته باشد. خطرات تحت پوشش این بیمه نامه مشابه بیمه حوادث انفرادی و گروهی است. این بیمه نامه ۳ نوع پوشش دارد که شامل فوت در اثر حادثه ، نقص عضو کلی در اثر حادثه و نقص عضو جزئی در اثر حادثه است. همچنین با توافق طرفین امکان افزودن یک پوشش اضافی تحت عنوان هزینه های پزشکی وجود دارد.

بیمه حوادث دانش آموزی : در ایران از سال ۳۴۳۱ و به صورت اختیاری در سطح کل کشور آغاز شده است. در سال ۴۴۳۱ بدون تر شده و با حق بیمه ماهانه ده ریال و سالانه ۲۱۰ ریال نخستین بار در مدرسه (کودکستان و دبستان آزموده در باغ صبا) اجرا شد. (به صورت اختیاری).

بعد از انقلاب اسلامی در سال ۱۶۳۱ طبق نظارت بیمه مرکزی ایران به صورت اجباری در تمام سطوح مدارس آموزش و پرورش اجرا می شود. بیمه شدگان حوادث تحصیلی : عبارتند از دانش آموزان مدارس استثنایی (معلولین ذهنی و جسمی) ، دانشجویان مراکز تربیت معلم و سرباز ، هنرجویان هنرستان ها و دانش آموزان رشته های کارودانش ، آموزشیاران نهضت سواد آموزی، دانش آموزان مدارس شبانه ، نوباوگان مهدهای کودک ، معلمان. حداقل سن بیمه شدگان ۴ سال تمام و حداکثر سقف سنی بیمه شدگان ۶۰ سال تمام می باشد.

در بیمه حوادث دانش آموزی: حوادث سوختگی - عمل جراحی مرتبط با همان حادثه بعد از سوختگی و هم چنین مسمومیت ها علاوه بر تعهدات فوت و نقص عضو و هزینه پزشکی در تعهد می باشد.

در بیمه حوادث دانش آموزی: عمل جراحی لوزه - اعمال جراحی زنان و اعمال جراحی زیبایی در تعهد نمی باشد. هزینه های پاراکلینیکی مشروط به اینکه بلافاصله بعد از حادثه و در جهت تشخیص عوارض احتمالی بعد از حادثه باشد پوشش دارد.

بیمه حوادث راننده :

یکی از انواع بیمه حادثه است که به همراه بیمه نامه شخص ثالث ارائه می گردد، پوشش حادثه راننده صرفاً مختص راننده مسبب حادثه می باشد و شامل پرداخت غرامت فوت یا نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم اعم از کلی و جزئی ناشی از حوادث رانندگی بوده و شامل سرنشینان و کمک راننده نمی باشد، راننده ای که مقصر حادثه نباشد تحت پوشش بیمه شخص ثالث طرف مقابل مقصر حادثه خواهد بود. در آئین نامه شماره ۷۶ در راستای اجرای بند ب ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه مصوب تاریخ ۱۳۹۰/۰۶/۰۲ شورای عالی بیمه می باشد، خرید پوشش موضوع آئین نامه ۷۶ برای کلیه دارندگان وسیله نقلیه موتوری زمینی اجباری است.

بیمه حوادث سرنشین هوایی : شامل پوشش صدمات بدنی ناشی از حادثه وارده به مسافری و یا خدمه پروازی است که منجر به

فوت یا نقص عضو موقت و دائم گردد. مسافران هواپیما را می توان با خرید بیمه نامه حوادث اشخاص بیمه نمود و یا با استفاده از بیمه مسئولیت مدنی مورد پوشش قرارداد، شرکت های حمل و نقل هوایی بیشتر با انعقاد بیمه حوادث مسافری خود را بیمه می نمایند. (در مسافرت های داخلی قانون مسئولیت هر کشور و در مسافرت های بین المللی مقررات قرارداد ورشو حاکم هستند).

بیمه حوادث گروهی : مدیر یا مالک موسسات خدماتی یا تولیدی اقدام به خرید این بیمه نامه به صورت گروهی برای کارکنان خود و هم چنین خانواده آنان می نمایند. در این بیمه نامه معمولاً برای از بین رفتن اعضاء بدن واژه های مخصوصی به کار برده می شود، مثلاً برای قطع دست یا پا از واژه قطع استفاده می شود و برای توصیف از دست دادن قدرت بینایی از کلمه فقدان استفاده می شود. پرداخت فوت، نقص عضو، قطع عضو صرفاً هنگامی محرز می گردد که ناشی از حادثه بوده و در زمان اعتبار بیمه نامه هم رخ داده باشد. در بعضی از بیمه نامه ها بین زمان حادثه و زمانی که منجر به نقص عضو یا قطع عضو می گردد مهلت زمانی خاصی را قائل شده است که این مهلت زمانی در اغلب بیمه نامه ها مدت ۹۰ روز است. (برای رقابت بیمه گران می توانند این مهلت را تغییر دهند)

یکی از شرایط مورد نیاز برای انعقاد یک قرارداد حوادث گروهی، نیاز و علائق مشترک کاری بین یک گروه است و چون این ارتباط و علائق مشترک به وجود آید کارفرما یا کارگران به اخذ پوشش تمایل پیدا کنند انعقاد قرارداد امکان پذیر می باشد. هیچ بیمه شده ای نمی تواند به تنهایی علیه شرکت بیمه اقامه دعوی نماید.

بیمه حوادث گروهی به دو شکل می‌باشند: یکی آنکه کارفرمایان به منظور حفظ منافع خود در زمان بروز خطرات و هم چنین رفاه کارکنانش قرارداد را منعقد می‌نماید، و حالت دوم اینکه گاهی اوقات طرف قرارداد شخصی است که به نمایندگی کارکنان به عقد قرارداد اقدام می‌نماید و در این حالت خسارت به تک تک افراد حادثه دیده پرداخت می‌شود.

بیمه های حوادث گروهی قابل تعمیم به گروه هایی که فعالیت خاص دارند نیز می‌باشد مانند ورزشکاران رشته های ورزشی خاص (رزمی)، بیمه افرادی که وظایف خطیر به آنها محول شده است، بیمه افرادی که دائماً در سفر هستند.

نحوه پرداخت حق بیمه بیمه نامه حوادث گروهی به دو صورت است: یا به صورت توافقی بین کارفرما و کارگران تقسیم می‌گردد و یا تعهد پرداخت توسط اعضا صورت می‌پذیرد. پوشش بیمه نامه های حوادث گروهی: پوشش بیمه حوادث برای حادثه های ناشی از کار که فقط در محیط کار دارای پوشش بیمه است و پوشش بیمه حوادث برای کلیه حادثه های ناشی از کار در محیط کار یا حوادث ۲۴ ساعته.

تعیین سرمایه بیمه های حوادث: براساس تمایل کارفرمایان می‌باشد و معمولاً در ارتباط مستقیم با مزد و حقوق پرداختی آنان قرارداد و معمولاً به این روش ها می‌باشد: سرمایه فوت و نقص عضو می‌تواند دو یا سه و یا چهار برابر حقوق سالانه کارکنان انتخاب شود و برای از کارافتادگی دائم معمولاً ۵۰ درصد مزد هفتگی به عنوان غرامت هفتگی ایام از کارافتادگی معین می‌گردد و برای از کارافتادگی دائم جزئی موقت معمولاً یک هشتم تا یک چهارم مزد هفتگی تعیین می‌شود.

بیمه حوادث مشتریان و بازدیدکنندگان: در بسیاری از کشورها موسسات بازرگانی، فروشگاه ها، هتل ها، نمایشگاه ها...

موظفند مسئولیت حقوقی خود را در قبال مشتریان و بازدیدکنندگان بیمه می‌نمایند ولی در این بیمه نامه اگر علت حادثه منحصراً به بازدید کننده و مشتری ارتباط پیدا کند بیمه نامه فاقد پوشش است لذا صاحبان موسسات بیمه نامه حوادث گروهی بی نام خریداری می‌نمایند و در صورتی که علت حادثه خود بازدیدکننده باشد (زمین خوردن، سقوط از پله برقی) بیمه گر متعهد پرداخت غرامت خواهد بود. پوشش غرامت روزانه و یا هفتگی معمول نمی‌باشد و نحوه تعیین نرخ حق بیمه نیز براساس نوع کار موسسه، ساعات کار، متوسط تعداد مشتریان و... می‌باشد.

بیمه حوادث نورزوی:

سرپرست خانواده تمام افراد خانواده را در مقابل حوادث در تمام ساعات شبانه روز در مدت تعطیلات نوروزی در داخل و خارج از کشور بیمه می‌نماید. پوشش اصلی این بیمه نامه فوت و نقص عضو می‌باشد و هزینه پزشکی اختیاری است.

آیین نامه شماره ۶۷

آیین نامه اجرائی بند (ب) ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه (آیین نامه بیمه حادثه راننده)

شورای عالی بیمه در اجرای بند (ب) ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و به استناد ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۶/۲، آیین نامه اجرائی بند (ب) ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه را به شرح زیر تصویب نمود:

شرکتهای بیمه موظفند همزمان با صدور بیمه‌نامه شخص ثالث، راننده وسیله نقلیه مسبب حادثه را با رعایت موارد زیر تحت پوشش بیمه حادثه قرار دهند.
۱- حداقل مبلغ اجباری بیمه در هر حادثه، معادل ریالی دیه کامل یک مرد مسلمان در ماههای حرام است. بیمه‌گذار می‌تواند برای جبران خسارت‌های بیش از حداقل مزبور بیمه اختیاری تحصیل نماید.

۲- تعهدات بیمه‌گر شامل پرداخت غرامت فوت یا نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم اعم از کلی و جزئی ناشی از حوادث رانندگی خواهد بود.
تبصره ۱: چنانچه زمان وقوع حادثه و فوت هر دو در ماه حرام باشد، غرامت بر اساس دیه ماه حرام پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲: مبنای محاسبه و پرداخت غرامت نقص عضو و از کارافتادگی این بیمه، ضوابط مندرج در آیین نامه شماره ۲۳ مصوب شورای عالی بیمه است.

۳- پوشش این بیمه نامه شامل رانندگانی است که بر اساس نظر مراجع ذیربط، در حادثه رانندگی مربوط مقصر شناخته شوند. چنانچه راننده از محل بیمه-نامه شخص ثالث غرامت دریافت نماید، به میزان غرامت دریافتی از سقف تعهد بیمه‌گر این بیمه‌نامه کسر خواهد شد.

۴- پرداخت غرامت موقوف به آن است که راننده مسبب حادثه، گواهی‌نامه رانندگی متناسب با وسیله نقلیه مقصر حادثه داشته باشد.

۵- حداکثر نرخ حق بیمه سالانه این پوشش برای انواع وسایل نقلیه به شرح زیر می‌باشد:

سواری: ۰/۳ در هزار اتوبوس: یک در هزار بارکش: یک در هزار موتورسیکلت: ۰/۲۵ در هزار

۶- در صورتی که در مدت بیمه، خسارتی از محل این بیمه پرداخت نشود، بیمه‌گر موظف است از سال دوم به بعد هنگام تجدید بیمه‌نامه، طبق جدول زیر در حق بیمه مربوط تخفیف اعمال نماید:

جدول تخفیف عدم خسارت

سال	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم و به بعد
درصد تخفیف	۱۰	۱۵	۲۰	۳۰	۴۰	۵۰	۶۰	۷۰

۷- بیمه‌گذارانی که در مدت اعتبار بیمه‌نامه موجب پرداخت خسارت از محل این بیمه شوند، هنگام تجدید بیمه‌نامه از تخفیف موضوع بند ۶ محروم و حق بیمه سالانه آنها طبق جدول زیر افزایش می‌یابد:

جدول جریمه تعداد خسارت

تعداد خسارت	یکبار	دوبار	سه بار	چهار بار و بیشتر
درصد جریمه	۲۰ درصد	۴۰ درصد	۶۰ درصد	۱۰۰ درصد

۸- این آیین نامه برای مدت یکسال از تاریخ ابلاغ به صورت آزمایشی اجراء می‌شود. پس از یکسال بر اساس گزارش عملکرد شرکتهای بیمه، اصلاحات لازم اعمال و به صورت دائمی ابلاغ خواهد شد.

آیین نامه شماره ۶۷، ۱

مکمل آیین نامه اجرائی بند (ب) ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه

شورای عالی بیمه در اجرای بند (ب) ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و به استناد ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۱۵ اجراء آزمایشی آیین نامه اجرائی بند (ب) ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه (آیین نامه شماره ۶۷) را از یکسال به دوسال تغییر داده و بند ۸ آنرا به شرح زیر اصلاح و به عنوان آیین نامه شماره ۶۷/۱ تصویب نمود و با توجه به متن بند (ب) ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه، ارایه پوشش موضوع آیین نامه فوق‌الذکر توسط مؤسسات بیمه و خرید آن را برای کلیه دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی اجباری تشخیص داد.

"۸- این آیین نامه برای مدت دو سال از تاریخ ابلاغ به صورت آزمایشی اجراء می شود. پس از دو سال بر اساس گزارش عملکرد شرکتهای بیمه، اصلاحات لازم اعمال و به صورت دائمی ابلاغ خواهد شد."

آیین نامه شماره ۶۷،۲

مکمل آیین نامه اجرائی بند (ب) ماده ۱۱۵

شورای عالی بیمه در اجرای بند (ب) ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و به استناد ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۳/۱۲/۱۹، آیین نامه شماره ۶۷ (آیین نامه اجرائی بند (ب) ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه) را به شرح زیر اصلاح و به عنوان "آیین نامه شماره ۶۷/۲" و مکمل آیین نامه مذکور تصویب نمود:

۱- بند ۱ به شرح زیر اصلاح می شود:

۱- حداقل سرمایه اجباری بیمه موضوع این پوشش، معادل مبلغ ریالی دیه کامل یک مرد مسلمان در ماههای حرام است. بیمه گذار می تواند برای جبران خسارت های بیش از حداقل مزبور بیمه اختیاری تحصیل نماید.

۲- بند ۲ به شرح زیر اصلاح می شود:

۲- تعهدات بیمه گر نسبت به راننده وسیله نقلیه مسبب حادثه (اعم از اینکه راننده داخل یا خارج از وسیله نقلیه باشد) شامل پرداخت غرامت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی دائم اعم از کلی و جزئی ناشی از هرگونه سانحه وسیله نقلیه مسبب حادثه، تریلر، یدک متصل به آن و یا محمولات آن از قبیل تصادم، تصادف، سقوط، واژگونی، آتش سوزی و یا انفجار خواهد بود.

۳- تبصره های ذیل بند ۲ حذف و سه تبصره به شرح زیر جایگزین آنها می شود:

تبصره ۱- چنانچه راننده وسیله نقلیه مسبب حادثه فردی غیر از بیمه گذار یا دارنده خودرو بوده و در زمان وقوع حادثه خارج از وسیله نقلیه باشد، پرداخت غرامت موکول به ارائه مدارک مثبت جهت احراز راننده بودن وی است.

تبصره ۲- تعهد بیمه گر در هر حادثه برای جبران غرامت فوت معادل مبلغ سرمایه بیمه مندرج در بیمه نامه است. همچنین محاسبه و پرداخت غرامت نقص عضو و از کارافتادگی این بیمه در هر حادثه، مطابق ضوابط مندرج در ماده ۱۰ آیین نامه شماره ۸۴ (شرایط عمومی بیمه نامه حوادث اشخاص) مصوب مورخ ۱۳۹۲/۰۳/۲۲ شورای عالی بیمه و بر مبنای سرمایه بیمه مندرج در بیمه نامه است. در هر حال مجموع غرامت قابل پرداخت بابت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی در هر حادثه از سرمایه بیمه تجاوز نخواهد کرد.

تبصره ۳- پوشش موضوع این آیین نامه محدود به قلمرو جمهوری اسلامی ایران می باشد مگر آنکه در بیمه نامه به نحو دیگری توافق شده باشد.

۴- بند ۳ به شرح زیر اصلاح می شود:

۳- چنانچه راننده وسیله نقلیه مسبب حادثه از محل بیمه نامه شخص ثالث یا صندوق تأمین خسارتهای بدنی غرامت دریافت نماید، تعهد بیمه گر این بیمه نامه به میزان غرامت دریافتی کاهش خواهد یافت.

۵- بند ۴ به شرح زیر اصلاح می شود:

در موارد زیر بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت غرامت موضوع این آیین نامه ندارد:

۴-۱- راننده وسیله نقلیه مسبب حادثه در زمان وقوع حادثه فاقد گواهینامه رانندگی متناسب با وسیله نقلیه مسبب حادثه باشد.

۴-۲- به استناد گزارش مراجع ذیصلاح وقوع حادثه ناشی از مستی راننده وسیله نقلیه مسبب حادثه یا استعمال مواد مخدر یا روانگردان توسط وی باشد.

۶- بند ۸ به شرح زیر اصلاح می شود:

۸- مدت اجرای این آیین نامه تا پایان برنامه پنجم توسعه تمدید می گردد.

۷- بند زیر به عنوان بند ۹ به آیین نامه اضافه می شود:

۹- اخذ بیمه موضوع این آیین نامه برای کلیه دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی الزامی است.

۸- مفاد این اصلاحیه شامل بیمه نامه هایی است که پس از ابلاغ آن صادر شود و بیمه نامه های صادره پیش از ابلاغ این اصلاحیه تابع آیین نامه های شماره ۶۷ مصوب ۱۳۹۰/۰۶/۰۲ و شماره ۶۷/۱ مصوب ۱۳۹۱/۱۲/۱۵ شورای عالی بیمه است.

آئین نامه ۸۴

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۲،۰۳،۲۲ «شرایط عمومی بیمه‌نامه حوادث اشخاص» را مشتمل بر ۲۰ ماده و ۹ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد: این بیمه‌نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزو غیرقابل تفکیک بیمه‌نامه است) بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین است. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که بیمه‌گر قبول نکرده و قبل از صدور بیمه‌نامه به بیمه‌گذار اعلام کرده است جزو تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌گردد. در صورتی که بیمه‌شده و بیمه‌گذار شخص واحد نباشد بیمه‌گذار باید رضایت کتبی بیمه‌شده و در مورد بیمه‌شده‌ای که اهلیت قانونی نداشته باشد موافقت ولی یا قیم او را به بیمه‌گر ارایه نماید و گرنه بیمه‌نامه باطل است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه‌نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند.

۱- بیمه‌گر: بیمه‌گر شرکت بیمه‌ای است که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج گردیده است و جبران خسارت و یا پرداخت غرامت ناشی از حوادث تعیین شده را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

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

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

۴- ذی‌نفع: ذی‌نفع شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی هستند که مشخصات آنان در بیمه‌نامه درج گردیده است و خسارت و یا غرامت مربوط به بیمه‌نامه به آنها پرداخت می‌شود. در صورتی که ذی‌نفع در بیمه‌نامه تعیین نشده باشد غرامت به بیمه‌شده و در صورت فوت بیمه‌شده، غرامت به نسبت سهم‌الارث، به وراثت قانونی بیمه‌شده پرداخت می‌گردد.

۵- حق بیمه: حق بیمه وجهی است که بیمه‌گذار موظف است طبق شرایط خصوصی بیمه‌نامه به بیمه‌گر بپردازد.

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

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

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

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

ماده ۳- خطرات 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، تاثیر 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 بیمه گذار

ماده ۴- اصل حسن نیت: بیمه گذار و بیمه شده مکلفاند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش های بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نمایند و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنمایند، بیمه نامه باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچ گونه تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که موثر بر تعهدات بیمه گر و وظایف بیمه گذار 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 نمی شود. در این صورت هرگاه مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقا کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند- در صورت فسخ، بیمه گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ده روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه گذار مسترد دارد. در صورتی که مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع بعد از وقوع حادثه معلوم شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

تبصره- در قراردادهای گروهی در صورتیکه هر یک از بیمه شدگان اظهارات خلاف واقع عمدی داشته باشند بیمه نامه نسبت به وی باطل خواهد شد.

ماده ۵- پرداخت حق بیمه: بیمه نامه با تقاضای بیمه گذار و قبول بیمه گر صادر می شود ولی شروع پوشش بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در بیمه نامه پیش بینی شده است. چنانچه پرداخت حق بیمه به صورت قسطی باشد و بیمه گذار هر یک از اقساط موعود رسیده را به هر دلیل پرداخت نکند بیمه گر می تواند بیمه نامه را با رعایت ماده ۱۲ این آیین نامه فسخ نماید. چنانچه بیمه گر بیمه نامه را فسخ نکرده باشد در صورت وقوع حادثه، خسارت را به نسبت حق بیمه پرداخت شده به حق بیمه ای که تا زمان وقوع حادثه باید پرداخت می شد پرداخت خواهد کرد مگر آنکه در شرایط خصوصی بیمه نامه ضوابط دیگری درج شده باشد.

ماده ۶- تغییر خطر: هر گاه در مدت بیمه، در شغل یا فعالیت های بیمه شده تغییری بوجود آید بیمه شده یا بیمه گذار موظفند حداکثر ظرف ده روز بیمه گر را آگاه سازند. در صورت تغییر خطر، بیمه گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقی مانده پیشنهاد می نماید. در صورتی که طرفین نتوانند درباره میزان حق بیمه تعدیل شده توافق نمایند هر یک از طرفین می تواند حداکثر ظرف ده روز بیمه نامه را فسخ نماید. در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه گر و وقوع حادثه، غرامت با اعمال قاعده نسبی حق بیمه پرداخت خواهد شد.

ماده ۷- وظایف بیمه شده، بیمه گذار و ذی نفع در صورت وقوع حادثه:

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

ب- در صورت فوت بیمه شده، بیمه گذار و یا ذی نفع باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع از فوت بیمه شده مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر برسانند.

ج- بر حسب مورد بیمه گذار، بیمه شده و یا ذی نفع باید مدارک لازم را به بیمه گر تسلیم نمایند و به سئوالات او در رابطه با حادثه از روی صداقت پاسخ دهند.

د- بیمه گذار، بیمه شده و یا ذی نفع ملزم به قبول هرگونه تحقیقات و یا معاینه پزشکی که هزینه آن بر عهده بیمه گر است، هستند.

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 تاثیر 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 بیمه گر

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

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

ماده ۹- مهلت پرداخت خسارت: بیمه گر 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 بیمه گذار یا ذی نفع اعلام نماید و در صورت قبول خسارت،

آن را پرداخت نماید. در مواردی که پرداخت خسارت پس از تکمیل مدارک مثبتته از سوی بیمه گر به تاخیر می افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می شود.

ماده ۱۰- تعیین میزان غرامت بیمه

۱- غرامت فوت

در صورتی که بیمه شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول این بیمه نامه فوت کند بیمه گر متعهد است سرمایه بیمه را طبق شرایط این بیمه نامه و الحاقیه آن و یا هرگونه توافق کتبی دیگر به ذی نفع بپردازد.

۲- غرامت نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی)

در صورتی که بیمه شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول بیمه دچار نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم شود بیمه گر متعهد است غرامت مربوطه را طبق شرایط این بیمه نامه و ضمانت آن و جدول نقص عضو به شرح ذیل بپردازد.

الف - نقص عضو و از کارافتادگی دائم کلی:

موارد زیر نقص عضو و از کارافتادگی دائم کلی محسوب می شود و غرامت این موارد معادل صددرصد سرمایه بیمه شده خواهد بود.

۱- نابینایی کامل و دائم هر دو چشم.

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

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

۴- از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست و یک پا، حداقل از مچ.

۵- از دست دادن هر دو پنجه ها.

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 جزئی 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 کارافتاده دائم گردد حداکثر معادل ۸۰ درصد سرمایه بیمه قابل پرداخت خواهد بود.		
۲۸	فقدان دندانها حداکثر	۶
۷۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مفصل ران	۷
۶۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از ساق	۸

۵۵	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مچ	۹
۳۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع انگشتان پا	۱۰
۱۰	شست پا	۱۰/۱
۵	هر یک از سایر انگشتان	۱۰/۲
۵۰	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).	۱۱
۳۵	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).	۱۲
۱۰	از دست دادن لاله گوش	۱۳
۱۵	از دست دادن حس بویایی	۱۴
۱۵	از دست دادن حس چشایی	۱۵
	گرامت نقص عضو سایر اعضای سر (جمعمه) و صورت از حداکثر ۴۰ درصد سرمایه بیمه تجاوز نخواهد کرد.	۱۶
۳۰	یک کلیه	۱۷
۷	طحال	۱۸
۵	بیضه	۱۹
	سایر اعضای داخل بدن به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر	۲۰

پ- در موارد غیر از بندهای الف و ب فوق، نقص عضو و از کارافتادگی دائم اعم از کلی یا جزیی 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 جزیی را اصلاح یا تکمیل نماید.

فصل چهارم- خسارتهای 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.

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

و- هر نوع دیسک و یا فتق بیمه شده.

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

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

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

ی- زمین لرزه، آتش فشان و فعل و انفعالات هسته ای.

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 بیمه مرکزی خطرات اضافی دیگری را بیمه نمایند.

فصل پنجم- فسخ و انفساخ بیمه نامه

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 سهوا و یا بدون سوءنیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد.
 - ۳- در صورت تشدید خطر موضوع ماده ۶ این شرایط و عدم موافقت بیمه‌گذار با تعدیل حق بیمه و یا تغییر وضعیت بیمه‌شده به نحوی که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد بود بیمه‌گر حاضر به انعقاد قرارداد با شرایط مذکور در قرارداد فعلی نمی‌شد.
- تبصره- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ نماید موظف است موضوع را به 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 براساس تعرفه کوتاه‌مدت محاسبه می‌نماید. مگر در مواردی که فسخ توسط بیمه‌گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد که در این صورت حق بیمه تا زمان فسخ به طور روز شمار محاسبه خواهد شد:

- ۱- انتقال پرتفوی بیمه‌گر.
 - ۲- کاهش خطر موضوع بیمه و عدم موافقت بیمه‌گر با تعدیل حق بیمه.
- تبصره- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر تقاضای فسخ بیمه‌نامه را بنماید. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه‌گر، بیمه‌نامه فسخ شده محسوب می‌شود. چنانچه در درخواست بیمه‌گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.
- ماده ۱۳- موارد انفساخ بیمه‌نامه: در صورت فوت بیمه‌شده به علت تحقق خطری که تحت پوشش این بیمه‌نامه نباشد بیمه‌نامه از زمان فوت بیمه‌شده منفسخ می‌گردد. در موارد انفساخ، حق بیمه مدت منقضی شده براساس تعرفه روزشمار محاسبه می‌شود.
- تبصره- در قراردادهای گروهی پوشش بیمه‌نامه فقط برای بیمه‌شده متوفی لغو خواهد شد.

فصل ششم- سایر موارد

ماده ۱۴- کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با بیمه‌نامه باید به طور 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 حداکثر میزان آن با رعایت جدول ذیربط یا پزشک معتمد بیمه‌گر می‌باشد و مجموع سرمایه‌های هر یک از موارد مذکور در مدت بیمه بابت فوت، نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) موضوع این بیمه‌نامه نمی‌تواند از مجموع سرمایه بیمه هر یک 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 می کنند. در صورتی که هر یک 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 می تواند حسب مورد تعیین داور یا سرداور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق الزحمه سرداور را می پردازد و در خاتمه، همه هزینه های دآوری بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می شود.

ماده ۱۸- مدت بیمه یک سال است و حق بیمه بیمه نامه هایی که مدت آنها کمتر از یک سال باشد به صورت زیر تعیین می شود:

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

ماده ۲۰- این آیین نامه از تاریخ ۱۳۹۲/۰۵/۰۱ جایگزین آیین نامه های شماره ۲۳ و ۲۴ (شرایط عمومی و تعرفه بیمه حوادث انفرادی) مصوب شورای عالی بیمه خواهد شد و لازم الاجرا خواهد بود.

شرایط اختصاصی بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه

ضمیمه بیمه نامه حوادث اشخاص

ماده ۱- هزینه های پزشکی عبارت است از هزینه هایی که بیمه شده یا بیمه گذار به علت تحقق خطرات موضوع بیمه نامه، بابت دریافت خدمات درمانی پرداخت می نماید.

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

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

۲- حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه گر 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 می گردد.

ماده ۴- بیمه گر می تواند اسناد و مدارک پزشکی بیمه شده را بررسی و در مورد چگونگی درمان و معالجه بیمه شده تحقیق نماید.

ماده ۵- هزینه انتقال بیمه شده به منظور معالجه در مواردی که طبق تشخیص پزشک معالج جنبه اورژانس داشته و یا امکان معالجه وی در محل وقوع حادثه نباشد جزء هزینه های 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 بیمه شده است که در اثر تحقق خطر موضوع بیمه به تشخیص پزشک معالج و به تایید پزشک معتمد بیمه گر، بیمه شده را از انجام وظایف شغلی باز می دارد اعم از اینکه بستری شده باشد یا نباشد.

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

ماده ۲- تعهد بیمه گر

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

۱- حداکثر غرامت روزانه مورد تعهد بیمه گر 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 یاد شده بیمه گر هیچ گونه 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 در هزار 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.

آیین نامه شماره ۹۶ آیین نامه نمایندگی فروش بیمه های زندگی



شورای عالی بیمه

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۰۷/۰۸ آیین نامه «آیین نامه نمایندگی فروش بیمه های زندگی» را مشتمل بر ۱۵ ماده و ۲ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱- نماینده فروش بیمه زندگی که در این آیین نامه اختصاراً «نماینده فروش» نامیده می شود، شخصی است حقیقی که بر اساس ضوابط این آیین نامه، در ازای دریافت کارمزد مندرج در قرارداد فی مابین، مجاز به فروش و عرضه بیمه های زندگی انفرادی به نمایندگی از طرف موسسه بیمه ذیربط می باشد.

ماده ۲- موسسه بیمه می تواند در رشته بیمه زندگی انفرادی به اشخاص حقیقی واجد شرایط پروانه نمایندگی فروش اعطاء نماید. نماینده فروش باید واجد شرایط زیر باشد:

- ۱- تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران،
 - ۲- اعتقاد به ادیان رسمی کشور،
 - ۳- داشتن گواهی پایان خدمت وظیفه عمومی یا هر نوع معافیت قانونی در مدت قرارداد نمایندگی فقط برای مردان،
 - ۴- دارا بودن حداقل مدرک دیپلم،
 - ۵- نداشتن سوء پیشینه و محکومیت کیفری مؤثر،
 - ۶- عدم اعتیاد به مواد مخدر،
 - ۷- طی دوره آموزش نظری و عملی مورد تایید موسسه بیمه و اخذ گواهینامه مربوطه،
 - ۸- موفقیت در آزمون نمایندگی فروش بیمه مرکزی ج.ا.ایران،
- تبصره- بیمه مرکزی ج.ا.ایران می تواند برگزاری آزمون نمایندگی فروش را به پژوهشکده بیمه، سندیکای بیمه گران ایران یا انجمن های حرفه ای و صنفی مورد تایید بیمه مرکزی ج.ا.ایران واگذار نماید.

ماده ۳- پروانه نمایندگی فروش توسط موسسه بیمه با رعایت الزامات این آیین نامه صادر خواهد شد. مدت اعتبار قرارداد و پروانه نمایندگی فروش در آغاز فعالیت نمایندگی نخواهد بود.



آیین نامه شماره ۹۶

آیین نامه نمایندگی فروش بیمه های زندگی



شورای عالی بیمه

سال است و موسسه بیمه می تواند با رعایت مفاد این آیین نامه و احراز شرایط مربوطه، پروانه وی را برای دوره های حداکثر پنج ساله تمدید نماید. در هر حال اعتبار پروانه نمایندگی فروش منوط به اعتبار قرارداد نمایندگی فروش است.

ماده ۴- موسسه بیمه مکلف است در قرارداد نمایندگی فروش موارد زیر را درج نماید:

- ۱- مشخصات و نشانی طرفین قرارداد،
- ۲- حدود اختیارات، حقوق و تکالیف متقابل نماینده فروش و موسسه بیمه،
- ۳- مدت قرارداد،
- ۴- میزان کارمزد پرداختی،
- ۵- میزان و نوع تضمین دریافتی از نماینده فروش و چگونگی استفاده و استرداد آن،
- ۶- موارد تحدید و تعلیق فعالیت نماینده فروش،
- ۷- موارد لغو و فسخ قرارداد از سوی نماینده فروش و موسسه بیمه،
- ۸- نحوه دریافت حق بیمه و واریز به حساب موسسه بیمه ذیربط،
- ۹- ممنوعیت نماینده فروش از رقابت مکارانه و ناسالم با موسسه های بیمه، دلالتان رسمی بیمه و سایر نمایندگان بیمه و نیز انجام تبلیغات سوء علیه آنان،
- ۱۰- ممنوعیت نماینده فروش از اخذ یا انجام نمایندگی برای موسسه های بیمه دیگر در مدت قرارداد نمایندگی،
- ۱۱- ارجاع رسیدگی به اختلافات احتمالی موسسه بیمه و نماینده فروش به هیئت موضوع ماده ۱۴ این آیین نامه،
- ۱۲- حاکمیت مقررات آتی شورای عالی بیمه بر قرارداد نمایندگی از تاریخ لازم الاجرا شدن مصوبات شورای عالی بیمه،
- ۱۳- مسئولیت بیمه گر و نماینده فروش به حفظ اسرار بیمه گزاران، بیمه شدگان و سایر ذینفعان.

ماده ۵- در صورت فوت یا حجر نماینده فروش و یا اتمام اعتبار پروانه نمایندگی فروش طبق توافق و نبودن شرط خلاف در قرارداد نمایندگی فروش، ارزش پرتفوی نماینده فروش را پرداخت



آیین نامه شماره ۹۶ آیین نامه نمایندگی فروش بیمه های زندگی



شورای عالی بیمه

یا با انتقال آن به نماینده فروش دیگر همان موسسه موافقت نماید. ارزش پرتفوی نماینده فروش و نحوه محاسبه آن با توافق طرفین در قرارداد نمایندگی فروش تعیین می شود.

ماده ۶- کارمزد نماینده فروش نباید از هفتاد درصد میزان کارمزد نمایندگان حقیقی مقرر در آیین نامه کارمزد نمایندگی و دلالتی رسمی بیمه (شماره ۸۳) م صوب شورای عالی بیمه و اصلاحات بعدی آن، تجاوز نماید.

ماده ۷- موسسه بیمه مجاز است آموزش، هدایت و کنترل نمایندگان فروش موضوع این آیین نامه را به نماینده بیمه موضوع آیین نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (شماره ۷۵) واگذار نماید. حقوق، تکالیف، مدت همکاری و نحوه حل و فصل اختلافات طرفین در قرارداد همکاری طبق نمونه ای که موسسه بیمه مربوط ابلاغ می نماید، تعیین خواهد شد. در هر حال بیمه نامه هایی که به پیشنهاد نماینده فروش صادر می شود، پرتفوی نماینده فروش می باشد. تبصره- در این گونه موارد موسسه بیمه مجاز است حداکثر سی درصد کارمزد مقرر در آیین نامه کارمزد نمایندگی و دلالتی رسمی بیمه (شماره ۸۳) را به نماینده ای که آموزش، هدایت و کنترل نمایندگان فروش را بر عهده دارد، پرداخت نماید.

ماده ۸- نماینده فروش موظف است طبق نظر موسسه بیمه، پیشنهاد بیمه را برای صدور بیمه نامه به نماینده بیمه موضوع آیین نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (شماره ۷۵) که آموزش، هدایت و کنترل وی را طبق ماده ۷ این آیین نامه بر عهده دارد یا شعب موسسه بیمه ارائه نماید.

ماده ۹- موسسه بیمه مسئول پاسخگویی و جبران هرگونه خسارت مستقیم و یا غیر مستقیم ناشی از عمد، تقصیر، غفلت یا قصور نماینده در رابطه با عملیات بیمه ای موضوع قرارداد نمایندگی در مقابل بیمه گذاران، بیمه شدگان و اشخاص ثالث می باشد.

ماده ۱۰- نمایندگان بیمه، دلالتان رسمی بیمه و مدیران و کارکنان آنها و نیز کارکنان و مدیران موسسه های بیمه و بیمه مرکزی ایران نمی توانند تحت عنوان نماینده فروش موضوع این آیین نامه فعالیت نمایند.



آیین نامه شماره ۹۶

آیین نامه نمایندگی فروش بیمه های زندگی



شورای عالی بیمه

- ماده ۱۱- نماینده فروش ملزم به داشتن محل کار نمی باشد.
- ماده ۱۲- موسسه بیمه مجاز به اعطای اجازه صدور بیمه نامه به نمایندگان فروش نمی باشد.
- ماده ۱۳- موسسه بیمه موظف است مشخصات نمایندگان فروش را از طریق سامانه نظارت و هدایت الکترونیکی بیمه (سناها) به بیمه مرکزی ج.ا.ایران اعلام نماید.
- ماده ۱۴- رسیدگی به اختلافات نماینده فروش و موسسه بیمه با رعایت مواد مربوط در آیین نامه شماره ۷۵ مصوب شورای عالی بیمه و اصلاحات بعدی آن انجام می شود.
- ماده ۱۵- این آیین نامه از ابتدای سال ۱۳۹۸ لازم الاجرا است و از آن تاریخ جایگزین آیین نامه شماره ۵۴ و اصلاحات بعدی آن می شود. در صورت وضع مقررات جدید توسط شورای عالی بیمه، مقررات مذکور از تاریخ لازم الاجرا شدن بر شرایط قرارداد نمایندگی حاکم خواهد بود.



آیین نامه شماره ۶۸

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

آیین نامه شماره ۶۸

آیین نامه بیمه‌های زندگی و مستمری

فصل اول - کلیات

- ماده ۱- مؤسسات بیمه مکلفند کلیه بیمه‌نامه‌های زندگی و مستمری خود را بر اساس مقررات این آیین نامه صادر نمایند.
- ماده ۲- انواع اصلی بیمه‌های زندگی و تعریف هر یک از آنها عبارتند از:
- الف- بیمه‌های خطر فوت: قرارداد بیمه‌ای است که در آن بیمه‌گر تعهد می‌کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار، در صورت فوت بیمه‌شده در مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه‌نامه پرداخت نماید.
- ب- بیمه به شرط حیات: قرارداد بیمه‌ای است که در آن بیمه‌گر تعهد می‌کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار، در صورت زنده بودن بیمه‌شده در پایان مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه‌نامه پرداخت نماید.
- ج- بیمه‌های مختلط: قرارداد بیمه‌ای است که در آن بیمه‌گر تعهد می‌کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار در صورت فوت بیمه‌شده در مدت بیمه و یا زنده بودن وی در پایان مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه‌نامه پرداخت نماید.
- د- بیمه مستمری: قرارداد بیمه‌ای است که در آن بیمه‌گر تعهد می‌کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار، مبلغ بیمه را به صورت مستمری تا یک مدت معین و یا در زمان حیات بیمه‌شده، به ذینفع مندرج در بیمه‌نامه بپردازد.
- تبصره ۱- مؤسسات بیمه می‌توانند پوشش خطرات اضافی را طبق مقررات مربوط، همراه انواع بیمه‌های زندگی عرضه نمایند.
- تبصره ۲- قبول تعهد پرداخت سرمایه یا مستمری در صورت نقص عضو بیمه‌شده یا هزینه معالجات در بیمه‌نامه‌های زندگی ممنوع است و مؤسسات بیمه می‌توانند اینگونه تعهدات را ضمن بیمه‌نامه مربوط قبول کنند.
- تبصره ۳- مؤسسات بیمه می‌توانند علاوه بر بیمه‌های مستمری، تعهدات سایر انواع بیمه زندگی را هم به صورت مستمری پرداخت نمایند.

فصل دوم - مبانی محاسبه نرخ حق بیمه

- ماده ۳- مبانی محاسبه نرخ‌های بیمه موضوع ماده ۲ این آیین نامه عبارتست از:
- الف- جدول مرگ و میر به شرح پیوست. بیمه مرکزی موظف است حداقل هر پنج سال یک بار جدول مرگ و میر پیوست را به روز نماید.
- ب- نرخ سود فنی علی الحساب:
- حداکثر نرخ سود فنی در بیمه‌نامه‌های با مدت حداکثر ده سال، پانزده درصد و در بیمه‌نامه‌های با مدت بیش از ده سال، پانزده درصد برای ده سال اول و ده درصد برای مدت مازاد بر ده سال. بیمه مرکزی موظف است، هر دو سال یکبار نرخ سود فنی را مورد بازنگری قرار دهد و پیشنهاد لازم را به شورای عالی بیمه ارائه کند.
- ج- حداکثر هزینه‌های اداری و بیمه‌گری:

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

ماده ۴- مؤسسات بیمه مکلفند، محاسبات و جداول نرخ‌های حق بیمه و ذخیره مورد عمل شرکت را که به تصویب هیات مدیره رسیده است جهت تایید به بیمه مرکزی ارسال نمایند. عدم اظهار نظر بیمه مرکزی ظرف مدت ۲۰ روز کاری به منزله تایید تلقی می‌شود.

ماده ۵- مؤسسات بیمه می‌توانند در صورت تمایل بیمه‌گذار حق بیمه سالانه یا مستمری سالانه را تقسیط نمایند. سود تقسیط، به تناسب دوره تقسیط، بر مبنای سود فنی مورد عمل در محاسبه حق بیمه اعمال و به حق بیمه اضافه می‌شود.

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

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

فصل سوم- کارمزد

ماده ۸- حداکثر هزینه کارمزد قابل اعمال در حق بیمه برای انواع بیمه‌های زندگی به شرح زیر تعیین می‌شود:

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

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

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

د- در انواع بیمه‌نامه‌های زندگی با حق بیمه یکجا:

- ۱- در بیمه‌نامه‌های انفرادی، ۵ درصد حق بیمه
- ۲- در بیمه‌نامه‌های گروهی، ۴ درصد حق بیمه

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

تبصره ۲- مؤسسات بیمه مجازند در بیمه‌نامه‌های عمر مختلط در صورت افزایش یا کاهش حق بیمه سالانه یا سرمایه خطر فوت در ۱۰ سال اول بیمه‌نامه، کارمزد متعلقه را بر اساس 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 آیین‌نامه کارمزد نمایندگی می‌باشد.

ماده ۱۰- در قراردادهای بیمه خطر فوت ساده یک ساله گروهی که توسط هر مؤسسه برای کارکنان و یا توسط شرکت‌های تعاونی و یا سندیکاها برای اعضاء و یا توسط بانک‌ها و مؤسسات اعتباری برای مشتریان خود امضا و پرداخت حق بیمه آن تقبل شده باشد، بیمه‌گر می‌تواند به ترتیبی که در قرارداد معین می‌شود قسمتی از سود حاصل از قرارداد را به طرف قرارداد پرداخت نماید. سود قابل پرداخت از این بابت نباید از ۱۵ درصد جمع حق بیمه‌های دریافتی طی سال تجاوز کند.

فصل چهارم- مشارکت در منافع

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

ماده ۱۲- مؤسسات بیمه مکلفند هر سال منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه‌های زندگی موضوع ماده ۱۱ را از جمع 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 بیمه‌های دریافتی.

- ۳- کارمزد بیمه‌های اتکایی واگذاری.
- ۴- کارمزد بر منافع (مشارکت در سود) دریافتی بابت بیمه‌های اتکایی واگذاری.
- ۵- سهم بیمه‌گران اتکایی بابت بازخرید و پرداخت سرمایه و مستمری‌ها.
- ۶- کارمزد وام‌های پرداختی به بیمه‌گذاران
- ۷- خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های از محل ذخایر ریاضی موضوع تبصره ۱ این ماده.

ب :

- ۱- مبالغ پرداختی از بابت بازخرید و سرمایه و مستمری‌ها.
 - ۲- حق بیمه اتکایی واگذاری.
 - ۳- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی.
 - ۴- هزینه‌های عمومی بیمه‌گر حداکثر تا ۷ درصد حق بیمه‌های دریافتی
 - ۵- کارمزد پرداختی به بیمه مرکزی موضوع وام ماده ۳۰.
- تبصره ۱- خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌ها از محل ذخایر ریاضی طبق آیین‌نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه محاسبه و تعیین خواهد شد. در صورتیکه به هر یک از انواع درآمدهای فوق هزینه‌ای تعلق بگیرد هزینه مزبور از اصل درآمد کسر خواهد شد.
- تبصره ۲- مؤسسات بیمه می‌توانند برای محاسبه منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه‌های زندگی موضوع این ماده، از روش زیر نیز استفاده نمایند:
- در انواع بیمه‌های زندگی جز در بیمه‌های به شرط فوت در پایان هر سال حداقل ۸۵ درصد منافع مازاد بر نرخ سود فنی مورد عمل، حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر ریاضی خود را مستقیماً و به نسبت ذخیره ریاضی پایان سال قبل هر بیمه‌نامه محاسبه و به رقم ذخیره ریاضی بیمه‌نامه مذکور اضافه نمایند و مراتب را طی الحاقی، حداکثر تا قبل از پایان سال بعد به اطلاع بیمه‌گذاران ذیربط برسانند.
- ماده ۱۳- سهم هر یک از بیمه‌گذاران از منافع به نسبت ذخیره ریاضی بیمه‌نامه آنها از کل ذخایر ریاضی بیمه‌نامه‌های موضوع ماده ۱۱ یا بر مبنای دیگری که بیمه مرکزی تایید کند معین می‌شود.
- ماده ۱۴- مؤسسات بیمه باید پس از تعیین منافع قابل تقسیم در آخر هر سال، سهم هر یک از بیمه‌گذاران از منافع مزبور را بر حسب توافق با بیمه‌گذار به عنوان حق بیمه یکجا برای افزایش سرمایه بیمه‌نامه یا افزایش ذخایر ریاضی منظور و یا بصورت نقدی پرداخت نمایند.

فصل پنجم- حقوق بیمه‌گذاران نسبت به ذخیره ریاضی

- ماده ۱۵- در انواع بیمه‌های زندگی بجز بیمه خطر فوت زمانی بیمه‌گذار می‌تواند در صورت تشکیل ذخیره ریاضی، درخواست بازخرید کل یا درصدی از بیمه‌نامه خود را نماید و موسسه بیمه مکلف است ارزش بازخرید بیمه‌نامه را که حداقل معادل ۹۰ درصد ذخیره ریاضی بیمه‌نامه است، با رعایت شرایط بیمه‌نامه صادره پرداخت نماید.
- تبصره- مؤسسات بیمه موظفند جدول بازخرید بیمه را به بیمه‌نامه‌های صادره ضمیمه و تحویل بیمه‌گذار نمایند. در جدول مزبور باید مشخص شود که در صورت بازخرید بیمه‌نامه در انقضاء هر سال از مدت بیمه چه مبلغی عاید بیمه‌گذار خواهد شد.
- ماده ۱۶- در صورتیکه ذینفع در بیمه‌نامه‌های زندگی بستانکار بیمه‌گذار باشد و این مطلب در بیمه‌نامه و یا ظهر آن تصریح شده باشد حق بازخرید بیمه‌نامه و همچنین دریافت وام از محل ذخیره ریاضی موکول به موافقت کتبی بستانکار است.
- ماده ۱۷- بیمه‌گذار می‌تواند پس از پرداخت لاقط حق بیمه دو سال تمام تا ۹۰ درصد ارزش بازخرید بیمه نامه درخواست وام نماید و بیمه‌گر متعهد به پرداخت آن است. ترتیب استرداد وام با توافق بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار تعیین می‌شود.
- ماده ۱۸- نرخ کارمزد وام حداقل چهار درصد بیشتر از نرخ سود فنی مورد عمل در محاسبه حق بیمه خواهد بود.
- تبصره- در صورت عدم تسویه وام در زمان سررسید بیمه‌نامه 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 با خرید شده باشد هر گاه بیمه گذار از پرداخت اقساط بعدی خودداری نماید بیمه نامه با رعایت نرخ های مقرر و بدون احتساب کارمزد، تبدیل به بیمه نامه با سرمایه مخفف خواهد شد.

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

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

ماده ۲۰- در بیمه های مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه، هرگاه بیمه گذار از پرداخت هر قسط حق بیمه خودداری نماید، حق بیمه خطر فوت از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه تامین می شود و پس از آن که ذخیره ریاضی کمتر از حق بیمه خطر فوت گردد، بیمه نامه معلق می گردد. بیمه گذار می تواند با پرداخت حق بیمه مقرر، بیمه نامه را مجدداً برقرار نماید.

فصل ششم- نحوه تنظیم حساب معاملات بیمه های زندگی

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

ماده ۲۲- سرمایه گذاری از محل ذخیره ریاضی بیمه های زندگی بایستی در حساب ها و ترازنامه شرکت مشخص و از سایر سرمایه گذاری ها تفکیک شود.

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

فصل هفتم- بیمه اتکایی اجباری

ماده ۲۴- مؤسسات بیمه موظفند برای هر یک از انواع بیمه های زندگی صورت های زیر را در اختیار بیمه مرکزی بگذارند:
الف- صورت بیمه نامه های صادره هر ماه.

ب- صورت تغییرات حاصله هر ماه در بیمه نامه های صادره.

ج- صورت بیمه نامه های مخفف و باز خرید شده هر ماه.

د- صورت بیمه نامه های مختومه به علت انقضای مدت بیمه نامه یا فوت بیمه شده و یا ابطال و فسخ بیمه نامه.
ترتیب تنظیم و ارسال این صورت ها را بیمه مرکزی معین خواهد کرد.

ماده ۲۵- بیمه مرکزی میتواند رونوشت کلیه بیمه نامه های صادره بیمه های زندگی را از مؤسسات بیمه بخواند. مؤسسات بیمه موظفاند امکان دسترسی بیمه مرکزی به پایگاه اطلاعات بیمه های زندگی را فراهم نمایند.

ماده ۲۶- حق بیمه اتکایی اجباری معادل ۵۰ درصد حق بیمه وصولی بیمه های زندگی است و هرگاه موسسه بیمه ای، بیمه نامه زندگی بدون رعایت مبنای تعیین نرخ مقرر در ماده ۳ این آیین نامه صادر نماید، بیمه مرکزی می تواند تمام یا قسمتی از سهمیه اتکایی اجباری این بیمه نامه ها را قبول ننماید.

تبصره- در صورت درخواست مؤسسه بیمه واگذارنده در خصوص بیمه نامه های 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 بیمه های زندگی به شرح زیر تعیین می گردد:

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

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

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

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

ماده ۲۸- صورت‌حساب بیمه اتکایی اجباری هر سه ماه یکبار توسط بیمه مرکزی تنظیم می‌شود. در این صورت‌حساب‌ها سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت، انقضاء مدت بیمه‌نامه‌ها، پرداخت مستمری و حق بیمه و کارمزد اتکایی بیمه‌های صادره ظرف آن سه ماه و همچنین حق بیمه وصولی و کارمزد اتکایی اجباری بیمه‌نامه‌های موعده رسیده صادره سال‌های قبل و حق بیمه‌های مربوط به الحاقیه‌های صادره و کارمزد اتکایی اجباری آن منظور خواهد شد. در صورت موافقت بیمه مرکزی صورت‌حساب 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 صورت‌حساب نسبت به تسویه بدهی خود اقدام نمایند. در غیر اینصورت هر ماه تاخیر در تسویه بدهی از سوی بیمه مرکزی و مؤسسات واگذارنده، موجب اعمال ۲ درصد جریمه تاخیر تادیه بر مبنای مانده بدهی به ازای هر ماه خواهد شد.

تبصره ۱- اختلاف حساب تا ده درصد مانده بدهی موجب عدم پرداخت مانده صورت‌حساب نبوده و اینگونه موارد پس از قطعیت در اولین

صورت‌حساب سه ماهه منظور می‌گردد. وجود اختلاف حساب به هر حال موجب عدم پرداخت آن میزان از بدهی که مورد توافق بدهکار است نمی‌باشد.

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

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

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

ماده ۳۲- ترتیب محاسبه منافع موضوع ماده ۳۱ عبارتست از جمع ارقام بند (الف) پس از کسر جمع ارقام 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 انقضاء مدت بیمه‌نامه‌ها.

۳- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی.

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

۵- زیان سال‌های قبل.

تبصره- درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های از محل ذخایر فنی مذکور در این ماده عبارتست از حاصل ضرب بندهای (الف) و (ب) زیر:
الف- تفاوت ذخیره ریاضی در آخر سال مالی قبل با مانده وام پرداخت شده به موسسه بیمه واگذارنده در آخر سال مذکور.
ب- نرخ خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های موسسه بیمه واگذارنده موضوع تبصره ۱ ماده ۱۲.

فصل هشتم- بیمه اتکایی اختیاری

ماده ۳۳- مؤسسات بیمه در صورتی می‌توانند در مورد انواع بیمه‌های زندگی واگذاری اتکایی به خارج از کشور انجام دهند که لزوم واگذاری مزبور مورد تایید بیمه مرکزی باشد.

ماده ۳۴- بیمه مرکزی می‌تواند واگذاری اتکایی به خارج از کشور را در موارد زیر تایید نماید:

الف- در صورتیکه 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 صورتیکه وضع سلامت بیمه شده در معاینه پزشکی غیرعادی و مشمول حق بیمه اضافی تشخیص داده شود.

ج- در موارد تجمیع خطر در بیمه‌نامه‌های انفرادی و گروهی

د- سایر موارد به تشخیص بیمه مرکزی

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

فصل نهم- نظارت

ماده ۳۵- بیمه مرکزی بر حسن اجرای این آیین‌نامه نظارت می‌نماید. در صورت عدم اجرای مفاد این آیین‌نامه توسط مؤسسه بیمه، بیمه مرکزی می‌تواند حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام دهد:

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

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

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

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

ماده ۳۶- این آیین‌نامه در ۳۶ ماده و ۱۷ تبصره از تاریخ ۱۳۹۰/۱۱/۱ لازم‌الاجرا بوده و جایگزین آیین‌نامه شماره ۱۳ و اصلاحات بعدی آن می‌شود.

آیین‌نامه شماره ۶۸/۱

آیین‌نامه بیمه‌های زندگی و مستمری

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۲۶ و جلسه مورخ

۱۳۹۰/۱۲/۲۲ مکمل آیین‌نامه بیمه‌های زندگی و مستمری را به شرح زیر تصویب نمود:

الف- متن زیر جایگزین متن ذیل بند ب ماده ۳ می‌شود:

«نرخ سود فنی علی الحساب:

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

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

ب- متن «۱- کارمزد پرداختی» به ابتدای بند (ب) ماده (۱۲) آیین‌نامه اضافه و شماره بندهای بعدی اصلاح می‌شود.

ج- تاریخ مندرج در ماده ۳۶ مبنی بر زمان لازم الاجرا شدن آیین نامه، از ۱۳۹۰/۱۱/۱ به ۱۳۹۱/۲/۱ تغییر می یابد.

آیین نامه شماره ۶۸/۲ جهت اجرا به شرکت های بیمه ابلاغ شد:

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۵/۰۵/۰۳ مکمل آئین نامه بیمه های زندگی و مستمری را به شرح زیر تصویب نمود:

مکمل آئین نامه بیمه های زندگی و مستمری

الف- متن زیر جایگزین بند "ب" ماده ۳ آیین نامه شماره ۶۸ می شود:
"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."

این آیین نامه از تاریخ ۹۵/۰۶/۰۱ لازم اجرا خواهد بود و از این تاریخ بند الف آیین نامه شماره ۶۸/۱ لغو می گردد.

آیین نامه شماره ۶۸/۳ شورای عالی بیمه

در اجرای ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۰۵/۲۹، آیین نامه بیمه های زندگی و مستمری (آیین نامه شماره ۶۸) را به شرح زیر اصلاح و به عنوان آیین نامه شماره ۶۸/۳ و مکمل آیین نامه مذکور تصویب نمود: تبصره های ذیل ماده ۲ آیین نامه به شرح زیر اصلاح و جایگزین شد:

تبصره ۱- موسسات بیمه مختلط میتوانند پوشش تکمیلی خطرات اضافی را طبق مقررات مربوط، همراه انواع بیمه های زندگی عرضه نمایند.

تبصره ۲- موسسات 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 کار افتادگی دائم (اعم از کلی یا جزئی) به هر علت، پرداخت بخشی از سرمایه فوت در صورت ابتلا به بیماریهای خاص و جبران هزینه های پزشکی ناشی از حادثه را به عنوان پوشش تکمیلی انواع بیمه های زندگی و مستمری عرضه نمایند.

شرایط اینگونه پوششهای بیمه ای باید حسب مورد منطبق با شرایط عمومی مربوط مصوب شورای عالی بیمه یا شرایط عمومی مورد تایید بیمه مرکزی باشد. موسسات بیمه مذکور مجاز به صدور مستقل پوششهای تکمیلی فوق نیستند. انواع بیماریهای خاص موضوع این تبصره و حداکثر سرمایه برای پوشش مربوط به این بیماری ها هر ساله توسط بیمه مرکزی تعیین و ابلاغ میشود.

تبصره ۳- درصد واگذاری اتکایی اجباری پوششهای تکمیلی موضوع تبصره ۲ این ماده در موسسات بیمه زندگی و مستمری تابع مقررات بیمه های زندگی و مستمری است. سایر شرایط این پوششها از قبیل نرخ کارمزد فروش، کارمزد اتکایی اجباری، نحوه مشارکت در منافع بیمه گذاران، حقوق بیمه گذاران نسبت به ذخایر ریاضی، نحوه تنظیم حسابها و نحوه ذخیره گیری آنها تابع بیمه های خطر فوت زمانی است.

تبصره ۴- موسسات بیمه میتوانند علاوه بر بیمه های مستمری، تعهدات سایر انواع بیمه را هم به صورت مستمری پرداخت نمایند.

آئین نامه شماره ۹۴

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 این آیین‌نامه 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 ذی‌ربط 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 آیین‌نامه تعیین و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نماید.

ماده ۴- در تعیین نرخ حق بیمه رشته‌های آتش‌سوزی، باربری، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی، کشتی و هواپیما، رعایت ماده ۶ «آیین‌نامه نحوه واگذاری بیمه‌های اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن» (آیین‌نامه 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 آیین‌نامه 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 آیین‌نامه 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 آیین‌نامه 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 تایید 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 موسسات 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 هیئت مدیره مؤسسه بیمه،

- ۲- الزام شرکت به استعلام نرخ از بیمه مرکزی قبل از صدور بیمه نامه 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 آیین نامه توسط هریک از موسسات بیمه را تهیه و به شورای عالی بیمه ارائه خواهد نمود.
- ماده ۱۰- این آیین نامه از تاریخ ۱۳۹۷/۰۱/۰۱ لازم الاجرا است و جایگزین آیین نامه های شماره ۸۱ (مقررات تعیین حق بیمه کلیه رشته های بیمه ای) و اصلاحات بعدی آن می شود.
- موازین فنی تعیین نرخ های حق بیمه
- موسسه بیمه موظف است در تعیین حق بیمه کلیه رشته های بیمه معیارهای عمومی مندرج در بند الف و حسب مورد معیارهای اختصاصی رشته ذیربط مندرج در سایر بندهای این موازین 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 میرو 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- موازین 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 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

آئین نامه شماره ۸۳

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۱۳۹۲/۰۲/۲۴، « آئین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه » رامشتمل بر ۱۶ ماده و ۶ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

کارمزد بیمه‌های زندگی

ماده ۱۰- کارمزد قابل پرداخت برای تحصیل انواع مختلف بیمه‌های زندگی به شرح زیر تعیین می‌شود:

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

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

ج- برای سایر انواع بیمه‌های زندگی با حق بیمه سالانه حداکثر ۷۵٪ حق بیمه سال اول مشروط بر این که از ۳۰ در هزار سرمایه تجاوز نکند.

۴۰٪ این کارمزد پس از وصول حق بیمه سال اول و در سالهای دوم تا پنجم هر سال ۱۵٪ کارمزد پس از وصول حق بیمه‌های مربوطه قابل پرداخت است.

د- برای سایر انواع بیمه‌های زندگی با حق بیمه یکجا، حداکثر ۲٪ حق بیمه.

ماده ۱۱- حداکثر کارمزد قابل پرداخت به نمایندگان بیمه و دلالان رسمی بیمه معادل صددرصد کارمزد مقرر در ماده ۱۰ این آئین‌نامه و اصلاحات آن می‌باشد.

ماده ۱۲- مؤسسات بیمه می‌توانند جز در موارد بیمه‌های با حق بیمه یکجا حداکثر ۳ درصد حق بیمه را بابت هزینه وصول حق بیمه به نمایندگان بیمه و یا دلالان رسمی بیمه و یا مامورین وصول پرداخت نمایند.

ماده ۱۳- در صورتی که کارمزد پرداختی به نمایندگان یا دلالان رسمی بیمه در مورد یک یا چند بیمه‌نامه کمتر از میزان کارمزد پیش‌بینی شده در ماده ۱۰ باشد موسسه بیمه می‌تواند از محل مابه‌التفاوت آن بعنوان کارمزد تشویقی به نمایندگان خود یا دلالان رسمی بیمه به تناسب اهمیت بیمه‌هایی که تحصیل کرده اند پرداخت نماید.

در هر حال جمع کارمزد و کارمزد تشویقی دریافتی نمایندگان و دلالان رسمی بیمه نمی‌تواند از میزان مقرر در مواد ۱۰ و ۱۱ تجاوز کند.

آیین نامه شماره ۷۱

شورای عالی بیمه با استناد به ماده ۱ و بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و به منظور:

- تقویت اعتماد عمومی به صنعت بیمه و افزایش آگاهی عمومی از خدمات بیمه ای و شیوه عرضه آن
- الزام بیمه‌گران به ارائه اطلاعات کامل، درست و به موقع قبل و بعد از صدور بیمه نامه به بیمه‌گذاران
- الزام بیمه‌گران به تسهیل فرایند بررسی و پرداخت خسارت و رسیدگی به شکایات بیمه ای

در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۰۳/۲۳ "آیین نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها" را در هفت فصل، سی و سه ماده و چهار تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول: تعاریف

ماده ۱- واژگان و اصطلاحات مذکور در این آیین نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشند با این تعاریف استفاده شده‌اند:

- ۱- بیمه مرکزی: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران
- ۲- عرضه کننده بیمه: شامل مؤسسه بیمه، نماینده بیمه و دلال رسمی (کارگزار) بیمه است.
- ۳- مؤسسه بیمه: شرکت بیمه ای است که دارای پروانه فعالیت از بیمه مرکزی بوده و مجاز به انجام عملیات بیمه است.
- ۴- دلال رسمی (کارگزار) بیمه: شخصی حقیقی یا حقوقی است که در مقابل دریافت کارمزد، واسطه انجام معاملات بیمه بین بیمه گذار و بیمه گر بوده و شغل او منحصرأً ارائه خدمات بیمه ای می باشد. دلال رسمی بیمه باید دارای پروانه دلالی رسمی بیمه از بیمه مرکزی باشد.
- ۵- نماینده بیمه: شخصی حقیقی یا حقوقی است که پس از اخذ مجوز فعالیت از یک شرکت بیمه در مقابل دریافت کارمزد یا هزینه صدور به عرضه خدمات بیمه در یک یا چند رشته و به نمایندگی از جانب یک شرکت بیمه طرف قرارداد همان شرکت می پردازد.
- ۶- متقاضی خدمات بیمه‌ای: شخص حقیقی یا حقوقی است که به منظور دریافت خدمات بیمه ای به عرضه کننده بیمه مراجعه می نماید.
- ۷- بیمه گذار: شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه یا قرارداد بیمه ذکر گردیده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.
- ۸- فرم پیشنهاد بیمه: مجموعه پرسش‌هایی است که بیمه گر به منظور شناسایی نیازهای بیمه ای، کسب اطلاعات در مورد موضوع بیمه، ارزیابی خطر و تعیین نرخ حق بیمه از متقاضی خدمات بیمه یا نماینده وی می پرسد و پس از پاسخ متقاضی و تکمیل فرم و امضاء آن توسط بیمه‌گذار یا نماینده وی، جزء لاینفک بیمه نامه محسوب می شود.

- ۹- بیمه نامه یا قرارداد بیمه: سندی کتبی مشتمل بر مشخصات و تعهدات بیمه گر و بیمه گذار و شرایط عقد بیمه است.
- ۱۰- حق بیمه: وجهی که بیمه گذار در برابر اخذ پوشش و تعهد بیمه گر برای جبران خسارت وارده به موضوع بیمه در صورت وقوع یا بروز حادثه تحت پوشش بیمه نامه می پردازد.
- ۱۱- شرایط عمومی: قسمتی از مندرجات بیمه نامه به صورت چاپی است که برای هر رشته بیمه ای، به صورت یکسان برای کلیه بیمه گذاران، توسط بیمه گر بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی نوشته می شود. شرایط عمومی شامل مواردی از قبیل تعاریف و اصطلاحات، مقررات حاکم بر طرفین قرارداد، وظایف و تعهدات بیمه گر و بیمه گذار، خطرات اصلی تحت پوشش، خطرات استثناء شده، شرایط فسخ، انفساخ و ابطال بیمه نامه و نحوه حل اختلافات احتمالی آتی است.
- ۱۲- شرایط خصوصی: قسمتی از مندرجات بیمه نامه، شامل شرایط و اطلاعات خاص و ویژه و یا پوشش های اضافی یا حذفی است که بین بیمه گر و بیمه گذار معین، توافق می گردد. در صورت تعارض بین شرایط عمومی و شرایط خصوصی، شرایط خصوصی بیمه نامه بر شرایط عمومی مقدم است.
- ۱۳- شرایط پیوست بیمه نامه: متون استاندارد که معمولاً توسط نهادهای بین المللی بیمه برای هر یک از رشته های بیمه به صورت شرایط استاندارد یا کلوز بیمه ای تدوین و در عرف بین الملل حاکم بوده و به بیمه نامه پیوست می شود و جزء لاینفک آن محسوب می گردد. شرایط پیوست بیمه نامه بر شرایط عمومی مقدم است.
- ۱۴- الحاقیه: اوراقی که به بیمه نامه ضمیمه شده و جزء لاینفک آن محسوب می شود و هر گونه تغییر در بیمه نامه از طریق آن صورت می گیرد.
- ۱۵- جدول باز خرید: جدولی است که به بیمه نامه های عمر دارای ذخیره ریاضی پیوست می شود و ارزش باز خرید بیمه نامه در طول مدت اعتبار در آن مشخص می شود.
- ۱۶- جدول سرمایه مخفف: جدولی است که به بیمه نامه های عمر دارای ذخایر ریاضی پیوست می شود که سرمایه بیمه نامه در پایان دوره را در صورت توقف یا خودداری از پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه مشخص می نماید.
- ۱۷- فروش اجباری بیمه: هر گونه فروش بیمه بدون تقاضا و تمایل بیمه گذار یا ملزم کردن وی به هر طریقی به خرید بیمه یا خرید از یک بیمه گر خاص.
- ۱۸- اطلاعات شخصی: به اطلاعاتی از قبیل نام و نام خانوادگی، تحصیلات، نشانی محل سکونت و محل کار، کد پستی، شغل، شماره تلفن شخصی، کد ملی، شماره حساب بانکی، شماره کارت اعتباری، میزان درآمد و ثروت، عادت های فردی، بیماری های جسمی و روانی فردی و خانوادگی، قومیت، جنسیت و مذهب گفته می شود.
- ۱۹- بیمه زندگی (عمر): نوعی از بیمه های بازرگانی که در آن انجام تعهد بیمه گر منوط به فوت و یا حیات بیمه شده طی مدت بیمه است.
- ۲۰- بیمه های غیر زندگی: عبارتست از کلیه رشته های بیمه بازرگانی به استثناء بیمه های زندگی.

۲۱- بیمه شخص ثالث: بیمه موضوع قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص

ثالث مصوب مجلس شورای اسلامی

فصل دوم: اطلاع رسانی و تبلیغ خدمات بیمه ای

ماده ۲- منظور از تبلیغ بیمه ای هرگونه معرفی انواع خدمات بیمه ای است که به منظور ایجاد تقاضا و تأثیر در فروش بیمه به صورت متن، تصویر و صوت از طریق مطبوعات، رسانه های همگانی و یا سایت های اینترنتی یا هر ابزار ارتباطی دیگر انجام می شود.

ماده ۳- عرضه کنندگان بیمه باید از تبلیغات گمراه کننده خودداری نمایند. منظور از تبلیغ گمراه کننده تبلیغی است که:

۱- موجب ابهام در تشخیص محصولات بیمه ای شود.

۲- وعده هایی خارج از پوشش های مقرر در بیمه نامه یا فراتر از عملکرد بیمه گر ارائه دهد.

۳- با شرایط بیمه نامه منطبق نباشد.

۴- با قوانین و مقررات بیمه ای و عرف بیمه منطبق نباشد.

ماده ۴- مؤسسات بیمه موظفند از انطباق تبلیغات بیمه ای شرکت، نمایندگان خود و کارکنان آن با مقررات مربوط اطمینان حاصل نمایند و ضمن

ایجاد سیستمی برای کنترل محتوی، فرم و روش انتشار تبلیغات بیمه ای موارد زیر را ثبت و در دفاتر مؤسسه نگهداری نماید:

۱- اختصاص کد برای هر تبلیغ بیمه ای و نگهداری یک نمونه از هر تبلیغ منتشر شده به مدت حداقل سه سال

۲- تهیه گزارش برای هر تبلیغ بیمه ای به گونه ای که این گزارش شامل مشخصات تبلیغ، روش، گستردگی و پوشش بیمه ای مورد تبلیغ باشد.

تبصره- مؤسسات بیمه موظفند قبل از انجام تبلیغات بیمه ای در صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران تایید بیمه مرکزی را اخذ نمایند. عدم اظهار نظر بیمه مرکزی ظرف مدت یک هفته از تاریخ دریافت تقاضا به منزله تایید است.

ماده ۵- هرگونه تبلیغ بیمه ای که توسط نمایندگان بیمه انجام می شود باید با هماهنگی و تأیید مؤسسه بیمه ذیربط باشد. مؤسسه بیمه موظف است بر تبلیغات نمایندگان خود نظارت نموده و با موارد تخلف برخورد نماید.

ماده ۶- عرضه کننده بیمه موظف است در وب سایت یا پرتال خود، نام ثبت شده، شماره مجوز، لوگو و شناسه ملی (اشخاص حقوقی) خود را درج نماید.

ماده ۷- در مواردی که بیمه مرکزی تبلیغ بیمه را مغایر با قوانین و مقررات تشخیص دهد، اقدامات زیر را انجام می دهد:

۱- دستور تغییر یا اصلاح تبلیغ مطابق نظر بیمه مرکزی و انتشار مجدد آن از طریق همان رسانه ای که تبلیغ اولیه از آن طریق منتشر شده است.

۲- جلوگیری از ادامه انتشار تبلیغ.

۳- هرگونه اقدام دیگری که توسط بیمه مرکزی در جهت حفظ منافع عمومی مناسب تشخیص داده شود.

فصل سوم: فروش، پیشنهاد و صدور بیمه نامه

ماده ۸- عرضه کننده بیمه موظف است کلیه اطلاعات ضروری در مورد پوشش های بیمه، وظایف و تعهدات بیمه گر و بیمه گذار، میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن، استثنائات و محدودیت های بیمه نامه، تاریخ شروع و انقضای بیمه نامه و نحوه ارایه خدمات بیمه ای و سایر توضیحات لازم را به متقاضی خدمات بیمه به صورتی مناسب (نظیر مکتوب، الکترونیکی و غیره) اعلام نماید. این اطلاعات باید به گونه ای ارایه شود که مقایسه خدمات بیمه ای را از نظر قیمت، مدت و شرایط برای متقاضی خدمات بیمه امکان پذیر سازد.

ماده ۹- فروش اجباری بیمه به هر طریقی ممنوع است. در صورت اثبات فروش اجباری بیمه نامه، شرکت بیمه مکلف است در صورت درخواست بیمه گذار بیمه نامه های صادره را باطل، حق بیمه های دریافتی را عیناً مسترد نماید.

ماده ۱۰- عرضه کننده بیمه مکلف است قبل از صدور بیمه نامه، فرم پیشنهاد بیمه را که توسط متقاضی خدمات بیمه تکمیل و امضاء شده دریافت و یک نسخه را در سوابق خود نگهداری نماید.

ماده ۱۱- عرضه کننده بیمه باید به نحو مقتضی پیامدهای ناشی از اظهارات خلاف واقع یا کتمان حقیقت از روی عمد را به اطلاع متقاضی خدمات بیمه برساند.

ماده ۱۲- عرضه کننده بیمه نباید هیچ گونه اطلاعاتی مازاد بر اطلاعاتی که طبق قوانین و مقررات مربوط برای انجام عملیات بیمه گری ضرورت دارد از متقاضی خدمات بیمه درخواست نماید.

ماده ۱۳- عرضه کننده بیمه موظف است از اطلاعات شخصی متقاضی بیمه و بیمه گذاران محافظت نموده و جز به حکم قانون از افشاء و ارایه آن به اشخاص ثالث خودداری نماید.

ماده ۱۴- مؤسسه بیمه موظف است بیمه نامه و شرایط آن را با حروف خوانا، و عبارات قابل درک برای عموم بیمه گذاران تهیه نماید. مسئولیت درج صحیح اطلاعات در بیمه نامه بر عهده بیمه گر است و موارد اجمال، ابهام یا اختلاف در مندرجات بیمه نامه یا سایر مستندات به نفع بیمه گذار یا ذینفع تفسیر می شود.

ماده ۱۵- عرضه کننده بیمه موظف است بیمه گذار را متوجه اهمیت مطالعه مفاد قرارداد بیمه یا بیمه نامه جهت حصول اطمینان از تناسب پوشش بیمه با نیاز خود نماید.

ماده ۱۶- عرضه کننده بیمه موظف است بیمه نامه صادره را مشتمل بر شرایط عمومی و سایر شرایط به بیمه گذار تسلیم نماید.

ماده ۱۷- مؤسسه بیمه موظف است علاوه بر رعایت ماده سه قانون بیمه، حداقل اطلاعات و موارد زیر را در بیمه نامه های زندگی درج نماید:

۱- نام محصول بیمه ای بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی

۲- تعریف عبارات و واژه های بکار رفته در بیمه نامه

۳- شرایط، پوشش ها و استثنائات بیمه نامه

۴- مشخصات و اقامتگاه بیمه گر، بیمه گذار، بیمه شده، ذینفع یا ذینفعان و سهم هر یک و پیامد عدم تعیین ذینفع

- ۵- در صورت وجود شرط مشارکت در منافع، درج آن در بیمه نامه و مشخص کردن شیوه پرداخت آن
 - ۶- زمان صدور بیمه نامه و شروع پوشش، سررسید بیمه نامه و موعدی که در آن سرمایه بیمه و سایر مزایا قابل پرداخت می شود.
 - ۷- مشخص کردن مبلغ سرمایه بیمه خطر فوت یا به شرط حیات و سایر مزایای قابل پرداخت و شرایط پرداخت آنها
 - ۸- مدارک لازم برای ایفای تعهدات بیمه گر
 - ۹- حداکثر مهلت زمانی انجام تعهدات بیمه گر
 - ۱۰- مبلغ اقساط حق بیمه، دوره های پرداخت، موعد و مهلت پرداخت، زمان پرداخت آخرین قسط حق بیمه، شرایط معافیت از پرداخت حق بیمه و تصریح پیامدهای عدم پرداخت به موقع اقساط حق بیمه
 - ۱۱- وجود یا عدم وجود شرط مشارکت در منافع و شیوه پرداخت آن
 - ۱۲- ضوابط اعطای وام و نرخ سود آن
 - ۱۳- هرگونه شرایط خاص مانند محدودیت سنی برای بیمه شده یا شرط خودکشی
 - ۱۴- شرایط تبدیل بیمه نامه به بیمه نامه با سرمایه مخفف، بازخرید، تبدیل و تمدید بیمه نامه
- ماده ۱۸-** مؤسسه بیمه موظف است علاوه بر رعایت ماده سه قانون بیمه، حداقل اطلاعات و موارد زیر را در بیمه نامه های غیرزندگی درج نماید:
- ۱- نام محصول بیمه ای بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی
 - ۲- تعریف عبارات و واژه های بکار رفته در بیمه نامه
 - ۳- شرایط، تعهدات، خطرات تحت پوشش و استثنائات بیمه نامه
 - ۴- مشخصات و اقامتگاه بیمه گر، بیمه گذار و هر ذینفع دیگر
 - ۵- تاریخ صدور بیمه نامه و ابتدا و انتهای بیمه
 - ۶- حداکثر تعهد بیمه گر در هر حادثه و در مدت بیمه
 - ۷- مدارک لازم برای ایفای تعهدات بیمه گر
 - ۸- سهم بیمه گذار از هر خسارت (فرانشیز یا کاستنی)
 - ۹- میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن
 - ۱۰- فهرست و مشخصات اموال، اشخاص، منافع و یا مسئولیت های تحت پوشش
 - ۱۱- موقعیت مکانی اموال منقول و غیرمنقول یا منافع تحت پوشش بیمه نامه با ذکر ارزش هر یک یا محدوده جغرافیایی پوشش بیمه نامه

فصل چهارم: رسیدگی به خسارت

ماده ۱۹- مؤسسه بیمه موظف است تمهیدات لازم برای اعلام خسارت توسط بیمه‌گذار، ارزیابی و پرداخت خسارت در تمامی نقاط جغرافیایی که تحت پوشش بیمه نامه قرار دارد را فراهم و در این خصوص به بیمه‌گذاران اطلاع‌رسانی نماید. همچنین در تمام مراکز صدور و پرداخت خسارت و پایگاه اطلاع‌رسانی یا پورتال خود در خصوص نحوه رسیدگی به خسارت و فرآیند رسیدگی به خسارت، اطلاع‌رسانی مناسب را انجام دهد. همچنین در خصوص اعلام نحوه و فرآیند رسیدگی به خسارت در تمام مراکز صدور، پرداخت خسارت و پایگاه اطلاع‌رسانی یا پورتال خود، اقدامات لازم را به عمل آورد.

ماده ۲۰- مؤسسه بیمه موظف است تریبی اتخاذ نماید که کلیه مراکز پرداخت خسارت آن با یکدیگر در ارتباط باشند به نحوی که دریافت خسارت از کلیه مراکز پرداخت خسارت آن شرکت امکان پذیر باشد.

ماده ۲۱- عرضه‌کننده بیمه موظف است در اولین مراجعه (حضور یا غیرحضور) زیان دیده یا بیمه‌گذار برای دریافت خسارت، فهرست کامل مدارک لازم جهت بررسی و رسیدگی به خسارت، فرآیند و مدت زمان رسیدگی، روش‌های جبران خسارت و رویه‌های داخلی حل و فصل شکایات را به زیان دیده یا بیمه‌گذار اعلام یا ارایه نماید.

ماده ۲۲- مؤسسه بیمه 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 زیان دیده اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از قبول خسارت آن را پرداخت نماید. در مواردی که پرداخت خسارت پس از تکمیل مدارک مثبت از سوی بیمه‌گر، به تأخیر می‌افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آئین دادرسی مدنی عمل می‌شود **تبصره-** مواردی که طبق قانون مدتی کمتر از مدت فوق برای پرداخت خسارت تعیین شده از حکم این ماده مستثنا است.

ماده ۲۳- اخذ رضایت‌نامه توسط شرکت‌های بیمه برای پرداخت خسارت صرفاً بر اساس متن نمونه رضایت‌نامه‌ای خواهد بود که توسط بیمه مرکزی تهیه و ابلاغ می‌شود.

ماده ۲۴- پس از احراز تعهد بیمه‌گر و مشخص شدن میزان آن در مواردی که به هر دلیل، شناسایی ذینفع بیمه زندگی ظرف مدت ۳۰ روز پس از احراز فوت بیمه شده یا سررسید بیمه نامه امکان‌پذیر نباشد، مؤسسه بیمه موظف است ضمن اطلاع‌رسانی به روش‌های کارا و مؤثر، مزایای قابل پرداخت را در یکی از بانک‌ها با هدف پرداخت سود به ذینفع، سرمایه‌گذاری نماید.

فصل پنجم: فرآیند رسیدگی به شکایات بیمه‌ای

ماده ۲۵- مؤسسه بیمه موظف است با درج اطلاعیه در تمام مراکز صدور و پرداخت خسارت، در خصوص نحوه رسیدگی به شکایات بیمه‌ای و فرآیند رسیدگی به شکایات اطلاع‌رسانی نماید.

ماده ۲۶- مؤسسه بیمه موظف است واحد رسیدگی و پاسخگویی به شکایات تحت نظارت و مسئولیت مستقیم مدیرعامل ایجاد و امکان دسترسی آسان برای عموم بیمه‌گذاران را در سطح کشور جهت طرح شکایات مربوطه فراهم نماید به گونه‌ای که حداکثر ظرف مدت ۲۰ روز شکایات رسیدگی شوند.

ماده ۲۷- در صورت عدم رسیدگی به شکایات بیمه ای در شرکت بیمه، بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان یا صاحبان حقوق آنها می‌توانند موضوع مورد اختلاف را به صورت کتبی و همراه مدارک و دلایل لازم به بیمه مرکزی اعلام و تقاضای رسیدگی نمایند. بیمه مرکزی در صورت لزوم موضوع را همراه با مستندات آن برای ارایه توضیحات لازم به شرکت بیمه ذیربط اعلام خواهد نمود. شرکت بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت دو هفته پس از دریافت مدارک فوق، پاسخ خود را به صورت مستدل و مستند به بیمه مرکزی اعلام نماید.

ماده ۲۸- بیمه مرکزی پس از بررسی شکایات واصله نظر خود را در مدت زمان متعارف به صورت مکتوب به طرفین اعلام خواهد نمود. نظر بیمه مرکزی برای شرکت بیمه ذیربط لازم‌الاجرا است.

ماده ۲۹- شرکت‌های بیمه موظفند اطلاعات مربوط به شکایات بیمه‌گذاران از نمایندگان و کارگزاران (دلال رسمی) بیمه را به طور کامل با مدارک و مستندات بشرح زیر، هر شش ماه یکبار برای بیمه مرکزی ارسال نمایند:

الف- تعداد شکایات‌های دریافتی از هر نماینده یا کارگزار

ب- تعداد شکایات‌های رسیدگی شده

ج- میزان خسارت یا گرامت پرداختی به شاکیان

فصل ششم: نظارت بر اجرا

ماده ۳۰- بیمه مرکزی بر حسن اجرای مفاد این آیین نامه نظارت می‌نماید و در صورت قصور یا تخلف در اجرای آن حسب مورد و متناسب با قصور یا تخلف مربوطه اقدامات ذیل رابه عمل آورد:

۱- تذکرکتبی به مسئول فنی یا مدیر یا معاون فنی یا مدیرعامل یا هیئت مدیره شرکت بیمه

۲- پیشنهاد تعلیق فعالیت شرکت بیمه در یک یا چند رشته بیمه ای معین به شورای عالی بیمه

۳- پیشنهاد لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه برای تمام رشته ها یا رشته های معین به شورای عالی بیمه

۴- تذکرکتبی به دلال رسمی بیمه یا دستور تذکر به نماینده بیمه توسط شرکت بیمه ذیربط و در صورت تکرار، محدود یا معلق نمودن

فعالیت وی

۵- لغو پروانه دلال رسمی بیمه یا دستور لغو پروانه نمایندگی بیمه توسط شرکت بیمه

تبصره ۱- بیمه مرکزی مراتب لغو پروانه شرکت بیمه و اطلاعاتی که از لحاظ منافع بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها لازم باشد را به هزینه شرکت بیمه در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه های کثیرالانتشار آگهی می‌نماید.

تبصره ۲- در رشته بیمه شخص ثالث اتومبیل با شرکت بیمه متخلف حسب مورد برابر مقررات مندرج در ماده ۲۸ قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث رفتار خواهد شد.

ماده ۳۱- شرکت های بیمه موظفند یک نسخه از بخشنامه‌ها یا دستورالعمل‌های مرتبط با نحوه صدور بیمه‌نامه یا پرداخت خسارت در رشته‌های مختلف را همزمان با ابلاغ به واحدهای ذیربط خود، به بیمه مرکزی نیز ارسال نمایند. در صورت مغایرت بخشنامه‌های مذکور با قوانین و مقررات، بیمه مرکزی مراتب را جهت اصلاح به شرکت بیمه منعکس می‌نماید.

فصل هفتم: سایر مقررات

ماده ۳۲- کلیه عرضه کنندگان بیمه موظفند:

۱- هر گونه تغییر آدرس خود را در اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته به اطلاع بیمه گذاران

۲- در صورت درخواست بیمه گذار یا الزام قانونی، هر گونه تغییر در پوشش بیمه ای یا تغییر در شرایط بیمه نامه را پس از طی مراحل قانونی با صدور الحاقیه در اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته به انجام رسانند.

۳- در صورت درخواست بیمه گذار برای صدور بیمه نامه المثنی، در اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته نسبت به صدور بیمه نامه المثنی با لحاظ سوابق بیمه گذار اقدام نمایند.

ماده ۳۳- شرکت های بیمه مکلفند در اجرای مفاد این آیین نامه اصلاحات لازم را در فرم های پیشنهاد بیمه نامه، قراردادهای بیمه، بیمه نامه ها و شرایط و ضمایم پیوست آن به عمل آورده و نسخه ای از آن را حداکثر ظرف مدت سه ماه به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

بیمه یاسار گاد ۸۰۶۴



بسمه تعالی

تعاریف و شرایط عمومی بیمه نامه عمر

تعاریف

بیمه گر: شرکت بیمه پاسارگاد می باشد.
 بیمه گذار: شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را به ترتیب مندرج در بیمه نامه نموده می کند.
 بیمه شده: شخص حقیقی است که فوت و یا حیات او موضوع قرارداد بیمه و سن و وضع مزاجی و سلامتی او پایه محاسبه حق بیمه است.
 استفاده کننده: شخص حقیقی یا حقوقی است که بیمه گذار، قرارداد بیمه را به نفع او منعقد ساخته است.
 موضوع بیمه: یکی از انواع بیمه های عمر است که در شرایط خصوصی بیمه نامه ذکر شده است.

ماده ۱- حقوق ناشی از قرارداد:

این قرارداد بین شرکت بیمه پاسارگاد و بیمه گذار براساس اظهارات کتبی بیمه گذار و بیمه شده در برگ پیشنهاد بیمه و پیوستهای احتمالی که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد و این شرایط عمومی تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد. گزارش پزشکان معاینه کننده و مدارک ضمیمه این گزارشات نیز اساس این قرارداد می باشد. در صورتی که بیمه شده و بیمه گذار شخص واحدی نباشند رضایت کتبی بیمه شده و هم چنین در مورد بیمه شده ای که اهلیت قانونی نداشته باشد موافقت ولی یا قیم او ضروری است، در غیر این صورت بیمه نامه باطل است.

ماده ۲- اعسار قرارداد بیمه و لازم الاجرا بودن مدارک آن:

۲-۱- هرگاه در مورد سوابق روحی و جسمی بیمه شده که به وسیله معاینه پزشکی قابل تشخیص نیست و پزشک ناچار باشد به اظهارات بیمه شده اکتفا نماید، معلوم شود که بیمه شده از اظهار مطالبی به طور غیر عمد خودداری نموده و یا اظهارات نامبرده در این گونه موارد به صورت غیر عمد مطابق با واقعیت نبوده و این امر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر کاسته باشد. بیمه گر حق و اختیار دارد.
 ۲-۱-۱- در صورت اثبات اظهارات خلاف واقع قتل از وقوع خطر، قرارداد بیمه را فسخ و یا این که در صورت تمایل بیمه گذار به پرداخت حق بیمه اضافی، آن را ادامه دهد. در صورت فسخ قرارداد حق بیمه دریافتی بابت خطر فوت برای مدت زمان بین تاریخ شروع تا هنگام فسخ قرارداد به بیمه گر تعلق می گیرد و مازاد آن بعلاوه ذخیره ریاضی به بیمه گذار مسترد خواهد شد.
 ۲-۱-۲- در صورت اثبات اظهارات خلاف و یا کتمان حقایق پس از وقوع خطر موضوع بیمه، تعهد بیمه گر به نسبت حق بیمه پرداختی و حقی بیمه ای که بایستی در صورت اظهار خطر به صورت کامل و واقع پرداخت شده باشد کاهش می یابد.

۲-۱-۳- چنانچه موارد خلاف اظهار شده از جانب بیمه گذار و یا بیمه شده از مواردی باشد که در صورت علم و اطلاع بیمه گر به آن از عقد قرارداد خودداری می نمود قرارداد باطل و نود درصد از حق بیمه هائی که از بیمه گذار دریافت گردیده به او مسترد خواهد شد.

۲-۲- چنانچه اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده عمدی باشد، بیمه نامه باطل و حق بیمه پرداخت شده قابل استرداد به بیمه گذار نخواهد بود.

۲-۳- آثار قانونی ناشی از قرارداد، منوط به امضای آن از جانب بیمه گر و پرداخت اولین قسط حق بیمه از سوی بیمه گذار می باشد مشروط بر این که تغییری در وضعیت سلامت بیمه شده به وجود نیامده باشد.

۲-۴- حدود مسئولیت و تعهدات طرفین و همچنین نحوه استفاده از مزایای بیمه در قرارداد تعیین و تعریف شده است. هرگونه تغییر در شرایط قرارداد به موجب اوراق الحاقی بوده و الحاقی صادره جزء لاینفک قرارداد بیمه تلقی خواهد شد.

۲-۵- چنانچه مطالب مندرج در قرارداد بیمه یا الحاقی های آن مورد موافقت بیمه گذار نباشد. بیمه گذار اختیار دارد حداکثر ظرف مدت سه هفته از تاریخ صدور تقاضای اصلاح آن را بنماید. بدیهی است پس از انقضای مدت مذکور مطالب مندرج در قرارداد مورد قبول بیمه گذار تلقی خواهد شد.

۲-۶- در صورتی که شرایط جدیدی توسط بیمه گر به نفع بیمه گذاران وضع شود و بیمه گذاری تقاضای استفاده از آن شرایط را بنماید، بیمه گر در صورت موافقت با تقاضای آن بیمه گذار، با صدور الحاقی، حق استفاده از آن شرایط را به بیمه گذار می دهد.

۲-۷- در صورتی که بیمه گذار ظرف مدت ۳۰ روز پس از صدور بیمه نامه نسبت به فسخ بیمه نامه اقدام نماید بیمه نامه فسخ و کلیه هزینه های معاینات و آزمایشهای پزشکی به عهده وی خواهد بود.

۲-۸- این قرارداد جز در مورد اثبات تقلب موضوع بند (۲-۱) ماده ۲ برای طرفین لازم الاجرا است.

ماده ۳- پرداخت حق بیمه:

۳-۱- حق بیمه به اقساط سالانه در اول هر سال بیمه ای باید پرداخت گردد.

۳-۲- حق بیمه سالانه بنا به تقاضای بیمه گذار ممکن است به اقساط شش ماهه، سه ماهه و ماهانه تقسیط شود.

۳-۳- در صورت فوت بیمه شده در اثناء یکی از سالهای بیمه ای، اگر حق بیمه آن سال تماماً پرداخت نشده باشد بیمه گر باقیمانده حق بیمه آن سال را از سرمایه بیمه قابل پرداخت به استفاده کننده از بیمه نامه کسر خواهد کرد.

۳-۴- پرداخت حق بیمه در صورتی معتبر خواهد بود که به صندوق شرکت و یا شعب آن و در مقابل قبض رسمی شرکت انجام شده و یا به روش دیگری که بیمه گر تعیین کرده باشد صورت پذیرد.

۳-۵- اقساط حق بیمه در سررسید تعیین شده باید پرداخت گردد و حداکثر مهلت پرداخت هر قسط ۳۰ روز از تاریخ سررسید آن قسط خواهد بود.

۳-۶- در صورت تأخیر بیش از ۳۰ روز در پرداخت قسط حق بیمه، یا قسمتی از آن به یکی از دو حالت زیر عمل خواهد شد:

۳-۶-۱- بیمه نامه هائی که حق بیمه آن کمتر از ۶ ماه تمام پرداخت شده باشد خود بخود بدون هیچگونه تشریفات فسخ و حق بیمه پرداخت شده قابل استرداد نیست.

۳-۶-۲- بیمه نامه هائی که لاقط حق بیمه ۶ ماه تمام آن پرداخت شده باشد به بیمه ای با سرمایه بیمه ای کمتر به نام مخفف تبدیل می گردند و حق بیمه دیگری بابت این بیمه دریافت نمی شود.

ماده ۴- برقراری مجدد بیمه نامه:

۴-۱- بیمه گذار در طول مدت اصلی بیمه نامه در صورت رضایت بخش بودن وضع مزاجی بیمه شده با تکمیل فرم گواهی پزشکی بیمه عمر و تأمین آئیه و اعزاز سلامتی می تواند تقاضای برقراری مجدد بیمه نامه فسخ و یا مخفف شده را با شرایط ذیل بنماید:

۴-۱-۱- از سررسید اولین قسط حق بیمه تأدیبه نشده بیمه نامه مخفف شده بیش از سه سال نگذشته باشد.

۴-۱-۲- از سررسید اولین قسط حق بیمه تأدیبه نشده بیمه نامه فسخ شده بیش از یکسال نگذشته باشد.

۴-۱-۳- به اقساط حق بیمه معوق جریمه تأخیر تعلق گرفته و در محاسبات ذخیره بیمه نامه منظور خواهد شد.

۴-۲- بیمه گر برای برقراری مجدد اعتبار بیمه نامه حق دارد که به هزینه بیمه گذار از بیمه شده معاینه پزشکی بعمل آورد.

تبصره: در صورتیکه حق بیمه بصورت غیر مستقیم و به حساب بیمه پاسارگاد واریز گردد، بیمه نامه با رعایت بند ۴-۱ و ۴-۲ معتبر خواهد بود.

ماده ۵- حقوق بیمه گذار در مورد اندوخته بیمه نامه

اندوخته ای که از این بیمه نامه نزد بیمه گر تشکیل می شود حقوقی برای بیمه گذار ایجاد می کند.

۵-۱- ارزش بازخرید: بیمه گذار از ابتدای ماه هشتم سال اول بیمه ای می تواند بیمه خود را به بیمه گر واگذار و ارزش بازخرید بیمه نامه را، بر طبق محاسبه بیمه گر، از او دریافت کند.

۵-۲- دریافت وام: بیمه گذار می تواند از محل اندوخته بیمه نامه خود، از بیمه گر وام دریافت کند. در این صورت تعهد بیمه گر تا سران مبلغ وامی که به بیمه گذار داده، یا تا سران بمجموعه وام اگر بطور اقسامی بازپرداخت شود، به اضافه سود مربوط به آنها کاهش می یابد.

ماده ۶- انتقال قرارداد بیمه:

۶-۱- بیمه گذار با جلب موافقت بیمه گر و شخص بیمه شده، اگر غیر از بیمه گذار باشد می تواند قرارداد بیمه خود را به هر یک از وسایل قانونی به دیگری انتقال دهد در صورتی که بیمه گذار بیمه خود را به دیگری منتقل کند یا فوت شود و بیمه اش به ورثه منتقل شود. اگر کسی که بیمه به او انتقال داده شده یا ورثه بیمه گذار منوهی کلیه تعهداتی را که بیمه گذار اصلی بابت آن بیمه در مقابل بیمه گر داشته معاند بیمه گذار اصلی اجرا ننماید بیمه به نفع انتقال گیرندگان به اعتبار خود باقی خواهد ماند و انتقال گیرندگان، بر طبق شرایط عمومی بیمه زندگی، حق فسخ قرارداد بیمه را هم خواهند داشت.
 ۶-۲- انتقال دهنده مسئول پرداخت کتبه اقساط حق بیمه تا تاریخ انتقال است.

۳-۶- اگر انتقال گیرندگان، اعم از ورثه یا دیگران، متعدد باشند هر یک از آنان، بطور تضامنی، مسئول پرداخت هر قسط سررسید شده می باشد به طوریکه اگر یکی از آنان سهم خود را از قسط حق بیمه سررسید شده پرداخت نکند هیچیک از انتقال گیرندگان حق استفاده از مزایای قرارداد بیمه انتقال یافته را نخواهد داشت.

ماده ۷ - خطرات مصمم

سه خطر مشروط زیر قابل الحاق به هرگونه بیمه زندگی می باشند که وجه آنها در صورت فوت شخص بیمه شده در خلال مدت بیمه یا در انتهای آن مدت باید پرداخت شود، مگر آنکه در شرایط خصوصی بیمه عمر از شمول بیمه استثناء شده باشند.

۱-۷- خطر مسافرت هوایی: اگر بیمه شده بعنوان مسافر عادی به وسیله هواپیمای مسافری یا ایرباس در خطوط حمل و نقل تجاری مجاز مسافرت کند بدون پرداخت حق بیمه اضافی و بدون احتیاج به دادن اطلاع قبلی به بیمه گر تحت پوشش بیمه ای قرار می گیرد. فوت ناشی از مسابقه سرعت و پروازهای اکتشافی و آکروباسی و هرنوع تمرین پرواز هوایی بیمه نمی شود و در صورت وقوع فوت در اینگونه پروازها تنها وجه اندوخته تا روز وقوع حادثه، توسط بیمه گر، پرداخت خواهد شد.

۲-۷- خطر جنگ: در صورتی که بیمه شده در نتیجه عملیات تعرضی و تدافعی و یا هر نوع حادثه دیگری که جنبه نظامی در مقابل نیروی مهاجم داشته باشد فوت نماید بیمه گر فقط اندوخته ریاضی بیمه را تا روز حادثه خواهد پرداخت. چنانچه بیمه شده بعنوان نظامی و یا در تشکیلات نظامی تحت هر عنوان به جنگ فرستاده شود بیمه نامه از تاریخ تجهیز بیمه شده به بیمه معلق تبدیل می شود حتی اگر بیمه گر در اثر عدم اطلاع از وضع بیمه شده به دریافت حق بیمه ادامه داده باشد. در این صورت چنانچه به هر علتی خطری پیش آید بیمه گر فقط اندوخته ریاضی سرمایه بیمه را تا روز تعلیق خواهد پرداخت و حق بیمه های اضافی دریافتی احتمالی از تاریخ تعلیق مسترد خواهد شد.

بیمه نامه معلق شش ماه پس از ختم عملیات جنگی و یا برگشت بیمه شده به حال عادی و با در نظر گرفتن شرایط ماده ۴ این قرارداد به حال اولیه اعاده داده خواهد شد.

۳-۷- عملیات پلیسی، عملیات نظامی محسوب خواهد شد.

ماده ۸ - خطرانی که جبران نمی شود

۱-۸- در صورتیکه بیمه شده خودکشی کند و یا در اثر سعی در خودکشی فوت نماید براساس شرایط زیر عمل می گردد:

۱-۱-۸- هرگاه دو سال تمام از مدت بیمه نگذشته باشد فقط اندوخته بیمه نامه که از طرف بیمه گر تعیین می شود به استفاده کننده پرداخت خواهد شد.

۲-۱-۸- هرگاه دو سال تمام از مدت بیمه گذشته باشد تمام سرمایه بیمه پرداخت خواهد شد.

۲-۸- در صورتیکه استفاده کننده یا یکی از استفاده کنندگان یا بیمه گذار سبب مرگ بیمه شده باشند در اینصورت فقط سهم سایر استفاده کنندگان و در صورت عدم وجود استفاده کننده دیگر به وراث قانونی بیمه شده پرداخت خواهد شد.

ماده ۹ - اختیار بیمه گذار در تغییر استفاده کننده

۱-۹- بیمه گذار می تواند استفاده کننده از منافع بیمه زندگی را که در اختیار دارد با اخذ موافقت کتبی بیمه شده تغییر دهد مگر اینکه بیمه نامه را به دیگری انتقال داده و سند بیمه نامه را هم به منتقل الیه تسلیم کرده باشد.

۲-۹- بیمه گذار موظف است مراتب را کتباً با اعلام نام و نام خانوادگی و شماره شناسنامه هر یک از استفاده کنندگان جدید به بیمه گر اطلاع دهد.

ماده ۱۰ - تاریخ امکان استفاده از سرمایه بیمه

۱-۱۰- امکان قانونی استفاده از سرمایه بیمه از تاریخ فوت بیمه شده یا از تاریخ پایان مدت بیمه شروع می شود. ولی اگر بیمه گذار یا استفاده کننده معین شده از طرف او از بابت بیمه نامه مربوط از بیمه گر وجهی دریافت کرده یا معامله ای نموده باشد تعهدات بیمه گر به میزان وجهی که قبلاً پرداخت کرده تقلیل خواهد یافت.

۲-۱۰- سرمایه بیمه در صورتیکه بر اثر فوت بیمه شده قابل پرداخت گردد، متعلق به ورثه قانونی بیمه شده است مگر آنکه در بیمه نامه یا الحاقیه های آن استفاده کننده دیگری معین شده باشد که در آن صورت سرمایه بیمه به استفاده کننده معین شده تعلق می گیرد.

ماده ۱۱ - مدارک لازم برای پرداخت سرمایه بیمه

سرمایه بیمه شده در مقابل رسیدی که دارای امضاء مصدق باشد و پس از دریافت اسناد و مدارک مشروحه ذیل به استفاده کننده پرداخت خواهد شد.

۱-۱۱- بیمه نامه و اوراق الحاقی ضمیمه آن

۲-۱۱- قبض رسید حق بیمه های پرداخت شده.

علاوه بر مدارک فوق:

۳-۱۱- در صورتیکه پرداخت سرمایه در صورت حیات بیمه شده باشد رونوشت کامل مصدق شناسنامه باید ارائه گردد.

۴-۱۱- در صورتیکه پرداخت سرمایه بعد از فوت بیمه شده باشد کتباً با ذکر علت فوت در اولین فرصت منتهی تا یکماه (مگر در موارد غیرعادی) مراتب از طرف استفاده کننده یا بیمه گذار به اطلاع بیمه گر برسد بعلاوه مدارک ذیل را برای رسیدگی در اختیار بیمه گر قرار دهند:

- گواهی رسمی فوت
- گواهی مشروح آخرین پزشک معالج که در آن علت بیماری و شروع و سیر آن ذکر شده باشد و در صورتیکه معالجه بعمل نیامده باشد مدارک مثبتته حاکی از بیماری و علل فوت و اوضاع و احوالیکه فوت در آن اتفاق افتاده باشد تهیه و ارائه گردد.

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

- بیمه گر حق دارد اطلاعات و مدارک تکمیلی در این زمینه مطالبه یا خود تهیه کند.

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

- بیمه گر پس از دریافت اسناد و مدارک مزبور و اطمینان از صحت آنها حداکثر ظرف یکماه تعهدات خود را انجام خواهد داد.

ماده ۱۲ - مفقود شدن بیمه نامه یا قبوض رسید حق بیمه

در صورت مفقود شدن بیمه نامه یا قبوض رسید حق بیمه، بیمه گذار باید هرچه زودتر مراتب را کتباً به بیمه گر اطلاع دهد تا بیمه گر پس از اطمینان یافتن از فقدان آنها المثبتی آنها را صادر کرده و در اختیار بیمه گذار بگذارد.

ماده ۱۳ - نشانی قانونی محل اقامت بیمه گذار در ایران

۱-۱۳- نشانی بیمه گذار به ترتیبی که در پیشنهاد بیمه زندگی نوشته و امضاء کرده است نشانی قانونی او محسوب شده و مکاتبات بیمه گر به همان نشانی ارسال خواهد شد.

۲-۱۳- در صورتیکه بیمه گذار محل اقامت خود را تغییر دهد موظف است که نشانی محل اقامت جدید خود را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند.

۳-۱۳- هرگاه بیمه گذار خارج از ایران اقامت نماید باید یک نفر مقیم ایران را به بیمه گر معرفی کند که در کارهای مربوط به بیمه عمر نماینده او باشد و بیمه گر نامه های مربوط را بعنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید.

۴-۱۳- در صورت عدم توجه بیمه گذار به رعایت این مقررات، مکاتبات بیمه گر به آخرین نشانی بیمه گذار در ایران که به بیمه گر اطلاع داده شده معتبر تلقی خواهد شد.

۵-۱۳- بیمه گذار و نماینده او در ایران باید در کلیه مکاتبات خود بعنوان شرکت بیمه پاسارگاد در تهران یا شعب آن در شهرستانها شماره بیمه نامه عمر خود را که درباره آن مکاتبه کرده اند در نامه خود قید کنند.

ماده ۱۴ - دادگاههای صالحه

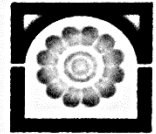
این بیمه نامه براساس قانون بیمه و مقررات مربوط به آن تنظیم شده است و در مورد تمام دعاوی که علیه بیمه گر راجع به بیمه نامه یا راجع به اجراء آن ممکن است اقامه شود صریحاً تعهد و موافقت می شود که به محاکم صالحه ایران ارجاع خواهد گردید.

ماده ۱۵ - مدت مرور زمان

مدت مرور زمان تمام دعاوی ناشی از بیمه نامه دو سال از تاریخ حادثه منشاء دعوی است.

ادارات مرکزی،
تهران، خیابان دکتر فاطمی
نیش هشت بهشت، شماره ۲
کد پستی: ۱۳۱۳۷۶۲۱۳۷
تلفن: ۸۲۴۸۹ (۰۲۱)
دورنگار: ۸۸۹۸۱۱۳۹ (۰۲۱)

بیمه پاسارگاد



بیمه نامه عمر و تأمین آتیه

شرایط پوشش تکمیلی بیمه فوت، نقص عضو و از کارافتادگی جزئی، کلی و دائم و هزینه پزشکی در اثر حادثه

بیمه پاسارگاد بنا بر فرم پرسشنامه و پیشنهاد تکمیل شده توسط بیمه گذار و بر اساس قانون و مقررات بیمه در ایران و طبق شرایط عمومی بیمه حوادث شخصی موافقت می نماید در صورت فوت بیمه شده، نقص عضو و از کارافتادگی جزئی، کلی و دائم بیمه شده و پرداخت هزینه های پزشکی بیمه شده در اثر حادثه نسبت به پرداخت غرامت بر اساس سرمایه های مندرج طبق پیوست شماره یک بیمه نامه عمر و تأمین آتیه اقدام نماید.

((تعاریف و بخشی از شرایط عمومی بیمه حوادث شخصی))

ماده (۱) حادثه:

حادثه عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.
ماده (۲) نقص عضو یا از کارافتادگی دائم و قطعی:

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

ماده (۳) هزینه پزشکی:

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

ماده (۴) خطرات بیمه شده:

تأمین بیمه گر با رعایت استثنائات و محدودیت ها شامل تحقق خطر (حادثه) موضوع ماده ۱ می باشد تحقق خطرات زیر نیز جزو تعهدات بیمه گر محسوب می گردد:

۱- ۴- غرق شدن، مسمومیت، تأثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید

۲- ۴- ابتلاء به هاری، کزاز و سیاه زخم.

۳- ۴- دفاع مشروع بیمه شده.

۴- ۴- اقدام به نجات اشخاص و اموال از خطر.

ماده (۵) استثنائات:

موارد زیر تحت پوشش نخواهد بود:

۱- ۵- خودکشی و یا اقدام به آن.

۲- ۵- صلوات بدنی که بیمه شده عمداً موجب آن می شود.

۳- ۵- مستی یا استعمال هرگونه مواد مخدر و یا داروهای محرک بدون تجویز پزشک.

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

۵- ۵- فوت بیمه شده بعلت حادثه عمدی از طرف ذینفع (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت) که در این صورت بیمه گر منحصرأ متعهد به پرداخت سهم سایر افراد ذینفع در سرمایه بیمه خواهد بود.

۶- ۵- هر نوع دیسک و یا قفق بیمه شده.

۷- ۵- بیماری و ابتلا به جنون بیمه شده مگر آنکه ابتلا به جنون ناشی از تحقق خطر موضوع ماده ۱ باشد

۸- ۵- پرش یا چتر نجات بصورت سقوط آزاد.

ماده (۶) منوقف شدن بیمه تکمیلی:

پوشش های تکمیلی حادثه در موارد ذیل خود به خود فسخ شده و دیگر اعتباری نخواهد داشت:

۱- ۶- در صورت فسخ و یا بازخرید بیمه نامه.

۲- ۶- در صورت تعلیق و مخفف شدن بیمه نامه اصلی.

۳- ۶- برقراری مجدد پوشش های تکمیلی تابع بیمه نامه اصلی بیمه عمر و تأمین آتیه خواهد بود.

ماده (۷) خطراتی که فقط با موافقت کتبی بیمه گر و پرداخت حق بیمه اضافی قابل پوشش است.

۱- ۷- شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

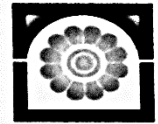
۲- ۷- زمین لرزه، آتش فشان.

۳- ۷- ورزش های رزمی و حرفه ای، شکار، سوارکاری، قایقرانی، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی، اکتشافی و غیر تجاری، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی و موتورسیکلت دنده ای (مسابقه ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات (بجز سقوط آزاد) و هدایت کایت یا سایر وسایط نقلیه پرواز بدون موتور.

شماره: ۸۸۹۸۱۱۳۹

ادارات مرکزی،
تهران، خیابان دکتر فاطمی
پیش هفت پوشت، شماره ۲
کد پستی، ۱۴۱۷۶۴۱۳۷
تلفن، ۸۲۴۸۹ (۰۲۱)
دورنگار، ۸۸۹۸۱۱۳۹ (۰۲۱)

بیمه پاسارگاد



بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شرایط پوشش تکمیلی بیماری های خاص

بیمه پاسارگاد بنا بر فرم پرسشنامه و پیشنهاد تکمیل شده توسط بیمه گذار و بر اساس قانون و مقررات بیمه در ایران موافقت می نماید چنانچه بیمه شده در طول مدت بیمه نامه به هر یک از بیماری های مندرج در ماده دو (بندهای ۱ تا ۵) مبتلا گردد. معادل سرمایه بیمه تحت پوشش در بیمه نامه را طبق پیوست شماره یک بیمه نامه عمر و تأمین آتیه پرداخت نماید

((تعاریف و شرایط پوشش تکمیلی بیماری های خاص))

ماده (۱) تعریف:

بیماری های تحت پوشش عبارت است از هرگونه عارضه جسمی و یا اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن که ناشی از بروز سرطان، سکنه قلبی، سکنه مغزی، جراحی عروق قلبی (کروتر) و پیوند اعضاء اصلی بدن بر طبق تشخیص پزشک معتمد شرکت باشد. ابتلاء بیمه شده به بیماری های مندرج در این ماده را پوشش می دهد مشروط بر اینکه:

۱- ۱- ابتلاء بیمه شده به این بیماری ها قبل از سن ۶۰ سالگی باشد

۱- ۲- ابتلاء بیمه شده به این بیماری ها سه ماه پس از تاریخ شروع پوشش بیمه تکمیلی بیماری های خاص باشد

ماده (۲) بیماری های تحت پوشش:

۱- ۲- سرطان (Cancer):

عبارت است از بیماری هایی که به وسیله حضور یک تومور بدخیم نشان داده شده و با رشد و انتشار غیرقابل کنترل سلول های بدخیم و تهاجم بافتی مشخص می شود. اصطلاح سرطان (Cancer) همچنین لوسمی (انواع سرطان خون) و بیماری های بدخیم سیستم لنفاتیک همانند بیماری های هوچکین (Hodgkin) را نیز شامل می شود. هرگونه سرطان در جای غیر مهاجم (In situ) و کلیه سرطان های پوست به استثنای ملانوم بدخیم از تعریف فوق مستثنی هستند

۲- ۲- سکنه قلبی (Myocardial Infarction):

عبارت است از، از بین رفتن بخشی از اعضاء قلب در نتیجه خون رسانی ناکافی، این تشخیص براساس یافته های زیر صورت می گیرد:

• وجود تاریخچه ای از درد سینه ای

• تغییرات جدید در نوار قلب (E.C.G)

• افزایش آنزیم های قلبی

۲- ۳- سکنه مغزی (Stroke):

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

۲- ۴- جراحی عروق قلب (Coronary Artery Surgery):

عبارت است از انجام عمل جراحی قلب باز به وسیله گرافت عروق کروتر (CABG)، برای ترمیم ۲ یا بیشتر از عروق قلبی که تنگ و یا مسدود شده باشند لزوم انجام عمل جراحی باید به وسیله آنژیوگرافی عروق کروتر تأیید شده باشد آنژیوپلاستی یا هر نوع اقدام دیگری که از طریق روش های داخل عروقی انجام می گیرد از تعریف فوق مستثنی است.

۲- ۵- پیوند اعضاء اصلی بدن (Main - Organ - Graft):

عبارت است از دریافت عضو از طریق پیوند یکی از اعضاء قلب، ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان.

ماده (۳) استثنائات:

موارد زیر تحت پوشش این الحاقیه نخواهد بود:

۱- ۳- در صورتیکه سن بیمه شده هنگام ابتلا به بیماری های فوق بیش از ۶۰ سال باشد در چنین صورتی حق بیمه پرداختی بیمه شده بابت مدت مازاد ۶۰ سالگی در صورت دریافت، برگشت داده می شود.

۲- ۳- مبتلا شدن به بیماری های مندرج در ماده ۲ در اثر اعتیاد به مشروبات الکلی یا مواد مخدر.

۲- ۳- ابتلاء به بیماری اینز و هر نوع بیماری دیگر به استثنای موارد مندرج در ماده ۲ (بندهای ۱ تا ۵).

ماده (۴) متوقف شدن بیمه تکمیلی:

پوشش های تکمیلی بیماری های خاص در موارد ذیل خود به خود فسخ شده و دیگر اعتباری نخواهد داشت:

۱- ۴- در صورت فسخ و یا بازخرید بیمه نامه.

۲- ۴- در صورت تعلیق و مخفف شدن بیمه نامه اصلی.

۲- ۴- برقراری مجدد پوشش های تکمیلی تابع بیمه نامه اصلی بیمه عمر و تأمین آتیه خواهد بود.

ماده (۵) وظایف بیمه گذار:

۱- ۵- حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از ابتلاء بیمه شده به بیماری های فوق مراتب را به بیمه گر اعلام دارد.

۲- ۵- حسب مورد مستندات پرونده بالینی و نظر پزشک معالج بیمه شده و مدارک مورد تقاضای بیمه گر را در اختیار وی قرار دهد

ماده (۶) کتمان حقایق:

در صورتی که ثابت شود بیمه شده در شروع قرارداد بیمه مبتلاء به یکی از بیماری های مندرج در ماده ۲ بوده است بیمه گر تعهدی در جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

* پوشش تکمیلی فوق با درخواست بیمه گذار در فرم پرسشنامه و منظور نمودن این پوشش توسط بیمه پاسارگاد در محاسبات هنگام صدور بیمه نامه برقرار می شود.

ادارات مرکزی:
تهران، خیابان دکتر فاطمی
نیش هشت بهشت، شماره ۲
کد پستی: ۱۴۱۷۴۴۱۳۷
تلفن: ۸۲۴۸۹ (۰۲۱)
دورنگار: ۸۸۹۸۱۱۴۹ (۰۲۱)

بیمه پاسارگاد



بیمه نامه عمر و تأمین آتیه

شرایط پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه و پرداخت سرمایه بیمه از کار افتادگی به هر علت

بیمه پاسارگاد بنا بر پرسشنامه و پیشنهاد تکمیل شده توسط بیمه گذار و بر اساس قانون و مقررات بیمه در ایران موافقت می نماید چنانچه بیمه شده به هر علت از کار افتاده کلی و دائم گردد و قادر به انجام هیچ گونه فعالیتی نباشد علاوه بر پرداخت سرمایه بیمه از کار افتادگی به هر علت از دریافت حق بیمه اصلی و پوشش های اضافی از تاریخ شروع تا خاتمه دوره از کار افتادگی صرف نظر نموده و بیمه نامه عمر و تأمین آتیه را به اعتبار خود باقی نگهدارد.

((تعاریف و شرایط پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه و پرداخت سرمایه))

ماده (۱) تعریف:

از کار افتادگی کلی و دائمی عبارت است از ناتوانی کامل بیمه شده در انجام هر گونه شغل یا فعالیت در اثر بیماری و یا حادثه از قبیل فقدان دیداز دو چشم، قطع یا از کار افتادگی کامل و دائمی دو بازو، دو دست، دو ساق یا دو پا، فقدان یک بازو یا یک دست و یا یک ساق پا و یا امراض دماغی غیر قابل علاج که باعث اختلال کلی مشاعر شوند. پرداخت سرمایه و معافیت از پرداخت حق بیمه شامل از کار افتادگی هایی می گردد که پس از شروع پوشش بیمه و قبل از سن ۶۰ سالگی شروع گردیده و منطبق با تعاریف فوق باشد، مشروط بر اینکه:

- ۱- ۱ ناتوانی کامل بیمه شده حداقل شش ماه بلا انقطاع ادامه یابد و مراتب از طرف پزشک معتمد بیمه گر تأیید شود.
- ۱- ۲ شروع بیماری منشأ ناتوانی یک سال پس از تاریخ این الحاقیه باشد و یا ناتوانی در اثر حوادث مشمول بیمه بعد از شروع این الحاقیه باشد.

ماده (۲) استثنائات

موارد زیر تحت پوشش نخواهد بود:

- ۱- ۲ جرح یا صدمه که بطور عمدی توسط بیمه شده به خود یا توسط ذینفع به بیمه شده وارد شده باشد.
- ۲- ۲ صدمه، جرح یا بیماری که منجر به از کار افتادگی کلی و دائمی گردد و ناشی از خدمت در نیروهای مسلح یا اشتغال در هر گونه سازمان تدافعی غیر نظامی باشد، مشروط بر اینکه این از کار افتادگی در جنگ یا در عملیات شبه جنگی یا برقراری نظم عمومی اتفاق افتد.
- ۲- ۳ در صورتی که سن بیمه شده در شروع از کار افتادگی کلی و دائمی بیش از ۶۰ سال باشد، در چنین صورتی حق بیمه پرداختی بیمه شده بابت مدت مازاد ۶۰ سالگی در صورت دریافت، برگشت داده می شود.
- ۲- ۴ صدمه و یا جرح ناشی از مسافرت هوایی بجز در مواردی که بیمه شده به عنوان مسافر عادی در خطوط تجاری مجاز مسافرت نماید.
- ۲- ۵ از دست دادن صلاحیت پرواز به علت حادثه یا بیماری در صورتی که شغل بیمه شده خلبانی باشد.
- ۲- ۶ صدمه بدنی یا اختلالات روانی که قبل از صدور بیمه نامه به شخص وارد شده باشد.

ماده (۳) متوقف شدن سهم تکمیلی

پوشش تکمیلی بیمه از کار افتادگی در موارد ذیل خود به خود فسخ شده و دیگر اعتباری نخواهد داشت:

- ۳- ۱ در صورت فسخ و یا باز خرید بیمه نامه.
- ۳- ۲ در صورت تعلیق و مخفف شدن بیمه نامه اصلی.
- ۳- ۳ برقراری مجدد پوشش های تکمیلی تابع بیمه نامه اصلی بیمه عمر و تأمین آتیه خواهد بود.

ماده (۴) وظایف بیمه گذار

- ۴- ۱ حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع از کار افتادگی کتباً و تا زمانی که بیمه شده در قید حیات است مراتب را به بیمه گر اعلام دارد.
- ۴- ۲ در صورت تأیید از کار افتادگی از طرف بیمه گر، مدارک مورد تقاضای بیمه گر مبنی بر ادامه از کار افتادگی خود را در صورت مطالبه بیمه گر در اختیار وی قرار دهد. چنانچه این از کار افتادگی با رعایت دوران انتظار برای مدت دو سال تمام ادامه داشته باشد پس از آن بیمه گر فقط یک بار در هر سال این مدارک را مطالبه خواهد نمود و در صورتی که بیمه شده قادر به ارائه مدارک مزبور نشود یا اینکه بیمه شده قادر به ادامه کار و تحصیل درآمد گردد کلیه اقساط بعدی حق بیمه طبق شرایط بیمه نامه توسط بیمه گذار باید پرداخت گردد.

● پوشش تکمیلی فوق بادرخواست بیمه گذار در پرسشنامه و منظور نمودن این پوشش توسط بیمه پاسارگاد در محاسبات هنگام صدور بیمه نامه برقرار می شود.

اصطلاحات بیمه ای :

- بیمه گر **INSURER** : شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در بیمه نامه قید می شود و جبران خسارت و پرداخت غرامت ناشی از حوادث احتمالی طبق شرایط مقرر در بیمه نامه را برعهده می گیرد.
- بیمه گذار **POLICYHOLDER** : شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه ذکر می شود و پرداخت حق بیمه برعهده ی اوست.
- بیمه شده **INSURED** : شخصی حقیقی است که از مزایای بیمه نامه استفاده می کند (حیات و فوت او موضوع قرارداد بیمه و سن و وضع مزاجی و سلامتی آن پایه محاسبه حق بیمه است)
- حق بیمه **PREMIUM** : وجهی است که بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر می پردازد.
- ذینفع (استفاده کننده): شخصی حقیقی یا حقوقی است که بیمه گذار قرارداد بیمه را به نفع او منعقد ساخته است.
- نماینده بیمه (**AGENT**): شخصی است که برای یک شرکت بیمه ، به فروش بیمه نامه اقدام می کند.
- حادثه : عبارت است از هرواقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به جرح ،نقض عضو و ازکارافتادگی فرد شود.
- کارمزد **COMMISSION** : درصدی از حق بیمه است که شرکت بیمه در ازای فروش هر بیمه نامه به نماینده یا کارگزار می پردازد.
- الحاقیه **ENDORSEMENT** : نوشته ای است که به بیمه نامه ضمیمه می شود و جزء جدایی ناپذیر آن به حساب می آید. در واقع ، تغییراتی که بعداً در بیمه نامه به وجود می آید، معمولاً از طریق صدور الحاقیه انجام می پذیرد.
- استثنائات (**Exclusions**) : بخشی از وقایع که از تعهد بیمه گر خارج هستند، و اصلاً تحت پوشش قرار نمی گیرند؛ در اصطلاح بیمه استثنائات بیمه ای نامیده می شوند.
- اسناد بیمه (**insurance document**) : مدارکی است که بیمه گر برای رسیدگی به خسارت به آن نیاز دارد.
- ارزش بازخرید **SURRENDER VALUE** : در بیمه نامه های عمر که دارای ذخیره ریاضی می باشند (مثل بیمه های مختلط پس اندازو تمام عمر) چنانچه بیمه گذار پس از پرداخت مدتی حق بیمه (مثلاً حداقل شش ماه) مایل به ادامه قرارداد نباشد می تواند تقاضای بازخرید بیمه نامه را نماید و مبلغی در حدود ذخیره ریاضی دریافت کند. اصولاً حق بازخرید بیمه نامه عمر با بیمه گذار است. ولی چنانچه بیمه گذار از محل بیمه نامه عمر خود وام دریافت نموده باشد و اقساط خود را به بیمه گر پرداخت ننماید، بیمه گر می تواند راساً بیمه نامه را بازخرید و کل وام را سود متعلقه را از محل ارزش بازخرید برداشت نماید.
- اصل جانشینی **Subrogation** : بر اساس این اصل بعد از جبران هر خسارت، تمام حقوق قانونی بیمه گذار ناشی از حادثه به بیمه گر منتقل می شود.
- اصل جبران غرامت (**indemnity**) : بر اساس این اصل بیمه گر خسارت بیمه گذار را به مقداری پرداخت می نماید که بیمه گذار در شرایط بلافاصله قبل از حادثه قرار گیرد. البته مقدار خسارت پرداختی هیچ گاه بیشتر از تعهد بیمه گر نخواهد بود. در واقع بر اساس این اصل بیمه نباید برای بیمه گذار سودآور باشد و وی را در وضعیت بهتری نسبت به قبل از حادثه قرار دهد.

- اصل حد اعلای حسن نیت (Utmost good faith) :

بر اساس این اصل بیمه‌گذار باید هنگام صدور بیمه‌نامه تمام اطلاعاتی را که از مورد بیمه دارد و به درستی و با حسن نیت کامل به بیمه‌گر اعلام نماید. در صورت تشدید خطر حین مدت اعتبار بیمه‌نامه نیز بیمه‌گذار باید مراتب را به اطلاع بیمه‌گر برساند، همچنین هنگام وقوع خسارت بیمه‌گذار موظف است با حسن نیت کامل تمام اطلاعات لازم برای رسیدگی خسارت را در اختیار بیمه‌گر قرار دهد.

- اصل علیت یا سبب بلافاصل خسارت (proximate cause) :

بر اساس این اصل باید بین خطر بیمه‌شده و خسارت مورد ادعای بیمه‌گذار رابطه علت و معلول وجود داشته باشد. یعنی خسارت ایجاد شده معلول خطر بیمه‌شده باشد. زیرا بیمه‌گر جبران خسارت را به هر دلیل و علتی که باشد تعهد نمی‌نماید و نرخ حق بیمه را برای علت و یا علل خاص محاسبه نموده است. برای مثال در صورتی که کارخانه‌ای در مقابل خطر آتش‌سوزی بیمه گردد و زلزله جزو خطرات بیمه‌شده نباشد، چنانچه زلزله موجب بروز حریق شود، بیمه‌گر تعهدی در جبران خسارت ناشی از حریق ندارد زیرا علت خسارت حریق زلزله است که جزء تعهدات بیمه‌گر نمی‌باشد.

- اصل نفع بیمه‌ای (Insurable interest) :

بر اساس این اصل ذی‌نفع بودن بیمه‌گذار در بقاء آنچه بیمه می‌نماید، است. در واقع این اصل زمانی واقع می‌شود، که بیمه‌گذار از سالم ماندن مورد بیمه نفع حاصل کند و در معرض خطر قرارگرفتن مورد بیمه موجب ضرر و زیان برای بیمه‌گذار باشد.

- بازاریابی (marketing) : بازاریابی به مجموع فعالیت‌های راهبردی و راه و روشی گفته می‌شود که به جذب مصرف‌کننده بیشتر، برای خرید محصول منجر می‌شود، در حالت کلی به فرایند شناسایی و برآورده نمودن نیازهای مشتری و خواسته‌های آنان بازاریابی می‌گویند.

- بیمه (Insurance) : بیمه قراردادی است که بموجب آن بیمه‌گذار متعهد پرداخت مبلغی به نام حق بیمه می‌شود و طرف دیگر یعنی بیمه‌گر با قبول مجموعه ریسک‌های مشخصی، در صورت تحقق خطر پرداخت خسارت را به عهده می‌گیرد.

- بیمه عمر با سرمایه افزایشی (Increasing Term Insurance)

در این نوع بیمه‌نامه زندگی، سرمایه بیمه‌نامه با گذشت هر سال بر اساس درصد معینی از سرمایه اولیه افزایش می‌یابد. این بیمه‌نامه برای افرادی طراحی شده است که به دلیل افزایش سالیانه حقوق، توانایی پرداخت حق بیمه بیشتری دارند.

- بیمه عمر زمانی نزولی (Decreasing term insurance)

طبق شرطی که در برخی از بیمه‌نامه‌های زندگی قید می‌شود، سرمایه بیمه‌نامه با گذشت هر سال به مقدار مشخصی کم می‌شود، تا در نهایت به صفر برسد. این شرط برای کسانی مفید است که با گذشت زمان نیاز آنان به پوشش بیمه‌ای کم می‌شود.

- بیمه عمر گروهی (group life insurance)

بیمه‌نامه‌ای است که همزمان تعدادی از کارکنان یا کارگران یک سازمان را تحت پوشش قرار می‌دهد. این نوع بیمه معمولاً در گروه‌های کارفرمایی و کارگری رایج است و کارفرما، کارگران را به میزان چند برابر حقوق آنان، بیمه عمر به شرط فوت می‌کند.

- **بیمه مستمری عمر (Annuity Insurance)**

از انواع بیمه عمر است که بموجب آن بیمه‌گر با دریافت حق بیمه به صورت یکجا یا اقساط، متعهد پرداخت مستمری تمام عمر یا مستمری تا مدت معین می‌شود.

- **بیمه‌نامه (Policy)**

بیمه‌نامه سندی است که نشان‌دهنده رضایت طرفین به انعقاد قرارداد بوده که باید حاوی مشخصات و شرایط بیمه به صورت کامل و واضح باشد. این قرارداد پس از تنظیم و امضا طرفین در اختیار بیمه‌گذار قرار می‌گیرد.

- **بیمه‌نامه تمام عمر (Whole Life Policy)**

بیمه‌نامه‌ای است که در آن حق بیمه در تمام عمر یا تا زمان مشخصی پرداخت می‌شود و مزایای بیمه هر زمان که شخص بیمه‌شده فوت کند به بازماندگان پرداخت خواهد شد.

- **بیمه‌نامه عمر مانده بدهکار (Mortgage Protection Policy)**

بر اساس این نوع بیمه‌نامه عمر در مواردی که وام گیرنده قبل از پرداخت همه اقساط وام فوت کند، شرکت بیمه پرداخت بقیه اقساط را بر عهده می‌گیرد.

- **پوشش بیمه‌ای (Cover)**

پوشش بیمه، میزان ریسک یا مسئولیتی است که برای یک فرد یا نهاد تحت پوشش خدمات شرکت بیمه قرار می‌گیرد. در واقع پوشش بیمه تضمینی است که بیمه‌گر در مقابل دریافت حق بیمه با صدور بیمه‌نامه در اختیار بیمه‌گذار قرار می‌دهد.

- **پوشش‌های اضافی (Additional Coverage)**

در برخی از بیمه‌ها به همراه پوشش‌های اصلی پوشش‌های اضافی ارائه می‌شود. بیمه‌گذار می‌تواند با پرداخت اضافه نرخ هر یک از این پوشش‌های اضافی را خریداری نماید.

- **تشدید خطر (Risk Escalation)**

به هر چیزی که احتمال وقوع خسارت ناشی از بروز یک خطر معین را افزایش می‌دهد.

- **حد (Limit)**

حداکثر میزانی که در بیمه‌نامه برای تحت پوشش قرار دادن خطر تعهد شده است.

- **حق بیمه سالیانه (Yearly Premium)**

حق بیمه‌ای است که در پایان هر دوره بر اساس شرایطی که در بیمه‌نامه مشخص می‌شود پرداخت آن تکرار می‌شود.

- **حق بیمه مازاد (Loading)**

هنگامی که از بیمه‌گذار بعثت موقعیت ویژه بیشتر از میانگین رشته بیمه مربوط، حق بیمه دریافت شود.

- **خسارت بدنی (Bodily Injury)**

صدمات وارد به سلامتی یا حیات انسان مانند جرح، نقض عضو و از کارافتادگی دائم یا موقت - فوت بر اثر حادثه یا بیماری.

- **خسارت کلی (Write-off)**

در صورتی که خودروی آسیب‌دیده صدمه دیده با تعمیر درست نشود یا هزینه تعمیر آن از ارزش قبل از تصادف بیشتر باشد، خسارت کلی رخ داده است.

- **خطر (Risk)**

اتفاق یا پیشامد احتمالی که زمان وقوع آن معلوم نیست و تحقق آن بستگی به میل و اراده طرف‌های قرارداد بیمه ندارد.

- **خطرات اخلاقی (Moral Hazards)**

شرایط روحی و خصوصیات افراد که احتمال وقوع خطر را بالا می‌برد.

- **خطرهای بیمه ناپذیر (Uninsurable Risks)**

وقایعی که از نظر فنی و قانونی نمی‌توان آنها را بیمه کرد؛ در حالی که وقوع آنها اجتناب ناپذیر است. مانند جنایت، خسارت عمدی و جرمه‌ها.

- **ذی‌نفع (Beneficiary)**

شخصی یا اشخاصی که بنا به درخواست بیمه‌گذار نام آنها در بیمه‌نامه به عنوان ذی‌نفع درج گردیده است. بسته به نوع بیمه‌نامه خسارت و یا مستمری به ذی‌نفع پرداخت می‌شود.

- **شرایط بیمه‌نامه (policy conditions)**

بخشی از بیمه‌نامه است که در آن شرایط و قواعدی مطرح می‌شود و بیمه‌گر و بیمه‌گذار باید آنها را رعایت کنند.

• شرایط خصوصی (private conditions)

شرایط خصوصی بیمه نامه شامل نام و نشانی بیمه گذار، سرمایه بیمه، حق بیمه، نحوه پرداخت حق بیمه و تمامی اطلاعات است. که جهت صدور یک بیمه نامه ضروری بوده و از فرم پیشنهاد تکمیل شده توسط بیمه گذار اخذ گردیده است

• شرایط عمومی (General conditions)

شرایط عمومی در واقع متن قرارداد بیمه نامه است که بین بیمه گر و بیمه گذار منعقد می شود و به امضا بیمه گر رسیده و به بیمه گذار تحویل داده می شود. تمام جزئیات بیمه نامه مانند پوشش ها، استثنائات، وظائف و تعهدات بیمه گرو بیمه گذار، مرجع حل اختلاف و سایر موارد در آن درج گردیده است.

• غرامت (Indemnity)

مبلغی است که بیمه گر متعاقب یک خسارت به شخص ثالث زیان دیده می پردازد. که شامل زیان و خسارتی است که به خود بیمه گذار به علت وقوع خطر وارد می شود و بیمه گر با دریافت حق بیمه متعهد پرداخت آن گردیده است.

• فرم پیشنهاد بیمه (Application Form)

فرم پیشنهاد بیمه همان فرم تقاضای بیمه است که به طور معمول، به صورت چاپی از طرف بیمه گر تهیه و در دسترس بیمه گذار قرار می گیرد. و در موقع تقاضای بیمه، پیشنهاددهنده (بیمه گذار) آن را تکمیل و امضا کند و به بیمه گر یا نماینده بیمه بدهد.

• مدیریت ریسک (Risk Management)

مدیریت ریسک شامل فرایندی است که طی آن با انتخاب تکنیک های مناسب برای برخورد با ریسک های خالص که شامل بیمه نیز می شود درگیر است. که شامل ارزیابی ریسک، کنترل ریسک، تامین مالی ریسک، اجرا و مراقبت از آن می باشد.

• مستمری (Pension)

حقوقی است که بعد از بازنشستگی به افراد پرداخت می شود.

• مسئولیت (liability)

منظور، مسئولیت قانونی است که در قبال عمل ناخواسته صدمه زدن به دیگر افراد یا خسارت وارد آوردن به اموال آنها برای شخص ایجاد می شود.

• معاینات پزشکی (Medical examinations)

برخی از بیمه نامه ها نیاز به معاینات پزشکی توسط پزشک متخصص و معتمد شرکت بیمه وجود دارد. شرکت های بیمه سعی می کنند در موارد خاص از معاینات پزشکی متقاضی صرف نظر کنند. و به پر کردن پرسشنامه مخصوص از طرف متقاضی بسنده می کنند.

• موضوع بیمه (Subject of Insurance)

آنچه موضوع بیمه یا موضوع قرارداد بیمه قرار می‌گیرد قبول خطر تعهد جبران خسارت یا پرداخت سرمایه است. بنابراین خطر را موضوع بیمه، و آنچه را که در مقابل خطر بیمه می‌شود را موردبیمه می‌نامیم.

• موعد پرداخت (Maturity)

تاریخی است که برای زمان پرداخت سرمایه بیمه‌های عمر و پس‌انداز توافق و تعیین شده و در آن هنگام سرمایه بیمه‌نامه و دیگر مزایای آن قابل پرداخت است.

فرانشیز بیمه چیست و در چه مواردی اعمال می‌شود؟

اصطلاح فرانشیز از ریشه‌ی لغوی لاتین Franchise به معنای معافیت است و در قراردادهای بیمه به بخشی از خسارت اطلاق می‌شود که در رابطه‌ی بین بیمه‌گذار و شرکت بیمه‌گر از آن صرف‌نظر می‌شود؛ به عبارت دیگر در ایران این اصطلاح به مبلغی از خسارت گفته می‌شود که برعهده‌ی بیمه‌گذار بوده و بیمه‌گر نسبت به آن تعهدی ندارد. برای مثال اگر در یک بیمه‌نامه (قرارداد بیمه بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر) مبلغ تعیین شده برای فرانشیز یک میلیون ریال باشد و خسارت وارده به بیمه‌گذار پنج میلیون ریال باشد، بیمه‌گر با استناد به فرانشیز بیمه تنها چهار میلیون ریال به بیمه‌گذار پرداخت خواهد کرد و از آن یک میلیون صرف‌نظر می‌کند؛ در همین مثال اگر مبلغ خسارت برابر با مبلغ تعیین شده برای فرانشیز یعنی یک میلیون ریال باشد، بیمه‌گر هیچ مبلغی به عنوان خسارت به بیمه‌گذار پرداخت نخواهد کرد. میزان خسارت تعیین شده در فرانشیز در هر حال به عهده‌ی بیمه‌گذار است و بیمه‌گر در قبال آن مسئولیتی نخواهد داشت.

هدف از تعیین فرانشیز

فرانشیز در ایران به این صورت اعمال می‌شود که اگر در بیمه‌نامه قید شده‌باشد، تنها در صورتی مبلغ کامل خسارت قابل پرداخت خواهد بود که میزان خسارت بیش از درصد معینی از ارزش بیمه‌شده (موضوع بیمه) باشد.

اشخاص هنگامی به سراغ بیمه می‌روند و خود را نیازمند به آن می‌بینند که دریابند جبران خسارت محتمل در آینده بخش عظیمی از دارایی آنها را درگیر می‌کند یا به‌طور کل تحمل خسارت از عهده‌ی آنان خارج است اما در مورد خسارات جزئی و اندک ترسی ندارند؛ از طرف دیگر با وجود فرانشیز علاوه بر اینکه بخش قابل توجهی از تعهدات بیمه‌گران کاهش می‌یابد و از مراجعات مکرر بیمه‌گذاران به شرکت‌های بیمه جلوگیری می‌کند، و توجه بیمه‌گران به مراقبت و حفاظت از موضوع بیمه را جلب می‌کند؛ همین‌طور همراه با افزایش انگیزه‌ی بیمه‌گران، موجبات تخفیف در حق بیمه را نیز فراهم می‌کند. پس هدف از تعیین فرانشیز بیمه نامه‌ها، حذف خسارت‌های جزئی، حفظ علاقه‌مندی بیمه‌گذار به مراقبت از موضوع بیمه و نیز جلوگیری از طرح دعاوی برای خسارات جزئی است.

انواع فرانشیز بیمه

۱. در اغلب موارد فرانشیز رقم معین و ثابتی است که از مبلغ کل خسارت کسر می‌شود.

۲. گاهی فرانشیز درصدی از مبلغ بیمه است که با بالاتر رفتن مبلغ بیمه، مبلغ فرانشیز هم افزایش می‌یابد.

۳. گاهی نیز درصد ثابتی از خسارت است و بسته به میزان خسارت، بیمه‌گذار و بیمه‌گر در تحمل خسارت با یکدیگر سهیم می‌شوند.

کاربرد فرانشیز

بیمه‌ی اموال

فرانشیز در اکثر بیمه‌های مهندسی و بدنه‌ی اتومبیل وجود دارد و حسب مورد با توجه به نوع خسارت، میزان آن متغیر است. اما در بیمه‌های آتش‌سوزی که میزان قابل توجهی خسارت وارد می‌شود، از اعمال فرانشیز خودداری می‌شود مگر آنکه در مورد پوشش‌های بیمه‌ای خطرات اضافی در بیمه‌های آتش‌سوزی ارائه و اعمال شود.

بیمه‌ی اشخاص

در مورد بیمه اشخاص سه دسته رایج بیمه وجود دارد: بیمه‌ی درمان، بیمه‌ی حوادث و نقص عضو و نهایتاً بیمه‌ی عمر. در انواع بیمه‌ی اشخاص، تنها در بیمه‌های درمان اشخاص است که اعمال فرانشیز به صورت عرف درآمده و در خصوص هزینه‌های دارو و حق‌الزحمه‌ی پزشک ارائه می‌شود. در مورد بیمه‌ی حادثه و نقص عضو با اینکه اعمال فرانشیز منعی ندارد اما معمول و رایج نیست؛ به طور کلی می‌توان گفت که به ندرت اتفاق می‌افتد تا در این نوع بیمه فرانشیز قید شود.

فرانشیز در خصوص بیمه‌ی عمر هیچ‌گونه توجیهی ندارد و ابداً اعمال نمی‌شود؛ در بیمه‌ی عمر، هدف بیمه‌گذار ایجاد سرمایه‌ای با مبلغ معین است تا در دوران کهولت و بازنشستگی بتواند از آن مستقیماً استفاده کند یا برای بازماندگانش مبلغی را فراهم کند، به همین دلیل در مورد بیمه‌ی عمر خسارتی وجود ندارد تا مبلغی از آن کسر شود. بیمه‌ی عمر نوعی رابطه‌ی مالی و به منظور ایجاد پس‌انداز است.

بیمه‌ی مسئولیت

فرانشیز تنها برای بیمه‌های مسئولیت اختیاری قابل اعمال است و بیمه‌گذار با توجه به وضع مالی خود سهمی از پرداخت خسارت را مستقیماً بر عهده می‌گیرد؛ اما در بیمه‌های مسئولیت اجباری، این امر ممکن نیست.

تعریف دوره انتظار چیست؟

یکی از اصطلاحاتی که در مسایل بیمه‌ای با آن برخورد می‌کنیم اصطلاح “دوره انتظار” است. “دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.” دوره انتظار مهلتی است که در بعضی از انواع بیمه متداول می‌باشد و هدف از قید این مهلت در بیمه‌نامه‌ها، خودداری از قبول ریسک‌های بد و جلوگیری از سوءاستفاده از بیمه است. در دوره انتظار (یا دوره عدم تأثیر تأمین) بیمه‌نامه اعتبار دارد ولی تأمین بیمه‌گر بعد از پایان آن شروع می‌شود مانند برخی از اعمال جراحی، زایمان و ... در بیمه که به تناسب تعداد گروه‌های تحت پوشش قرارداد متغیر است.

فصل دوم

منبع: بیمه های اشخاص

سید محمد حسینی پور

اهمیت بیمه اشخاص :

در صورت فوت سرپرست خانواده جدا از بار گران تالعات روحی و ناراحتی های سنگین ناشی از دست دادن یک عضو موثر خانواده، مسائل مالی فراوانی نیز به سراغ این خانواده ها می آید. لذا خسارت از دست دادن سرپرست خانواده که بعضا یک عمر گریبان گیر اعضای خانواده می شود به مراتب سنگین تر، پیچیده تر و گران بهاتر از خسارت های ناشی از آتش سوزی یک انبار یا خسارت دیدن یک اتومبیل یا از بین رفتن یک محموله در هنگام حمل و نقل است. اینجاست که اهمیت خسارت در بیمه اشخاص نسبت به اموال نمایان می شود. برای مثال اگر سرپرست خانواده، بیمه شده یک بیمه عمر باشد و فوت کند، شرکت بیمه سرمایه قابل توجهی در اختیار ذی نفع بیمه نامه قرار می دهد.

برنامه ریزی مالی مجموعه ای از پیش بینی های مالی است که هر فرد برای یک زندگی با آرامش و آسایش در آینده دور و نزدیک آماده می کند. این برنامه ریزی شامل جنبه های مختلفی است که فقط پس انداز کردن و سرمایه گذاری هنگفت در سرمایه گذاری های خاص خلاصه نمی شود. این سرمایه گذاری ها فقط بخش کوچکی از یک برنامه ریزی جامع هستند.

تفاوت ماهیتی بیمه های اشخاص با سایر بیمه ها:

۱. موضوع بیمه :

موضوع بیمه در بیمه های اموال و مسئولیت با بیمه های اشخاص متفاوت است. در بیمه مسئولیت، موضوع بیمه مسئولیت افراد است. در بیمه اموال موضوع بیمه، جبران خطری است که اموال و دارایی های افراد را تهدید می کند. اما در بیمه اشخاص موضوع بیمه، تامین در قبال خطر یا خطراتی است که جان یا سلامتی افراد را تهدید می کند. مثل: خطر فوت، ابتلا به بیماری، نقص عضو و از کارافتادگی و... در واقع در بیمه اشخاص موضوع بیمه خود انسان است و این موضوع می تواند نشانگر اهمیت بیشتر این شاخه از بیمه باشد.

۲. تعدد شخصیت های بیمه :

شخصیت بیمه در بیمه اموال شی بی جان بوده و یا جان دار غیرانسان (از قبیل دام و طیور، محصولات کشاورزی، گلخانه ای و...) و در بیمه اشخاص فرد زنده است. بنابراین آنچه موضوع خطر بیمه قرار می گیرد در بیمه های اموال به نام مورد بیمه و در بیمه های اشخاص به نام بیمه شده مشهور است. همچنین عده ای از کارشناسان برای حفظ کرامت انسانی در بخش بیمه های اشخاص به جای استفاده از کلمه خسارت از کلمه غرامت استفاده می کنند. همچنین در بیمه های اشخاص، شخصیت هایی به نام ذی نفع در صورت فوت و یا ذی نفع در صورت حیات دیده می شوند. این شخصیت ها به این شکل در سایر شاخه های بیمه ای دیده نمی شود.

شخصیت های بیمه های اشخاص :

- بیمه گر: شخصی است که در ازای دریافت حق بیمه خسارت احتمالی را جبران می کند یا وجه معینی می پردازد.
- بیمه گذار: شخصی است که در ازای پرداخت حق بیمه تعهد بیمه گر را می خرد.
- بیمه شده (مورد بیمه): شخصی است که تعهد بیمه گر در مورد خطری است که روی او اتفاق می افتد یا به عبارتی ریسک بیمه نامه روی بیمه شده می چرخد.
- ذی نفع یا ذی نفعان: شخص یا اشخاصی هستند که منفعت بیمه نامه به آنها برمیگردد.

۳. اصل غرامت :

بیمه عقدی است که برطبق آن بیمه گر در ازای دریافت حق بیمه تعهد می کند خسارت احتمالی بیمه گذار را بپردازد ، بنابراین تعهد بیمه گر نهایتاً مبلغی است که از بیمه گذار ضایع شده باشد. به بیان دیگر بیمه در جهت جبران خسارت بیمه گذار بنا شده است نه در جهت ایجاد منفعت برای او ، بنابراین جبران خسارت نباید بیمه گذار را در وضعیت مساعدتر از قبل وقوع حادثه قرار دهد. در بیمه های اموال یا حتی مسئولیت می توان اصل غرامت را نافذ دانست زیرا ارزش دارایی در بیمه های اموال و نیز سقف مسئولیت بیمه گذار در بیمه های مسئولیت در ابتدای عقد بیمه ذکر شده است و در بروز خسارت احتمالی بیمه گر بر همان مبنا خسارت وارده را جبران می نماید. اما در بیمه های اشخاص اصل غرامت (جبران خسارت واقعی) صدق نمی کند ، زیرا از یک سو در بیمه اشخاص نگرانی خسارت های عمدی مرگ یا نقض عضو موردی نداشته یا بسیار نادر است و از سوی دیگر حیات و زندگی اشخاص قابل قیمت گذاری و تعیین ارزش ریالی نیست؛ بنابراین در بیمه های اشخاص عموماً اصل جبران خسارت وجود ندارد. بنابراین تعهد بیمه گر دو نوع است :

۱. خسارت وارده را جبران نماید که عموماً ناظر بر بیمه های اموال و مسئولیت است.

۲. وجه معینی را بپردازد که عموماً ناظر بر بیمه های اشخاص است.

تذکر : در بیمه های حوادث (جبران هزینه های پزشکی) و بیمه های درمان تکمیلی با وجود اینکه جز بیمه اشخاص است اما تابع اصل غرامت هستند .چون این دو مورد نباید موجبات نفع بیمه گذار را فراهم کند لذا در این دو بخش اصل غرامت حاکم است.

۴. اصل تعدد بیمه ای :

تعدد بیمه به این منظور است که بیمه گذار برای مورد بیمه در مقابل یک خطر و برای یک مدت معین چند بیمه نامه خریداری کند .(به ارزش هر کدام کل مورد بیمه)

طبق ماده ۸ قانون بیمه : در صورتی که مالی بیمه شده باشد در مدتی که بیمه باقی است نمی توان همان مال را به نفع همان شخص و در مقابل همان خطر مجدداً بیمه نمود لذا اصطلاحاً گفته می شود تعدد بیمه ای باطل است.

البته برای بطلان تعدد بیمه ای چهار شرط اصلی وجود دارد :

۱. جمع مبالغ بیمه شده از ارزش واقعی مورد بیمه تجاوز کند.

۲. ذی نفع همه بیمه نامه ها یک شخص باشد.

۳. خطر های بیمه شده در تمام بیمه نامه ها یکسان باشند.

۴. تمام بیمه نامه ها در یک بازه زمانی اعتبار داشته باشند.

بطلان تعدد بیمه ای تنها برای بیمه های اموال و مسئولیت بوده است و در بیمه های اشخاص مصداق ندارد ، زیرا همانطور که در بحث اصل غرامت گفته شد بیمه نباید موارد منفعت بیمه گذار را فراهم آورد و تنها باید بیمه گذار را از لحاظ مالی به حالت قبل از وقوع خسارت برگرداند . این مورد در بیمه های اموال و مسئولیت مصداق دارد اما در بیمه های اشخاص که خود انسان ها مورد بیمه هستند و تحت پوشش قرار می گیرند چون برای مباحثی نظیر جان انسان ها یا از کافتادگی و نقص آنها نمی توان ارزش ریالی تعیین کرد ، بطلان تعدد بیمه مصداق ندارد.

۵. اصل جانشینی :

بیمه گر در حدودی که خسارات وارده را قبول یا پرداخت می کند در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت هستند، قائم مقام بیمه گذار خواهد بود و اگر بیمه گذار اقدامی کند که منافی با عقد مزبور باشد در مقابل بیمه گر مسئول شناخته می شود، این ماده قانون بیمه را اصل جانشینی یا مقام مقامی می گویند. به این معنی که اگر در بیمه های اموال که موضوع بیمه و ارزش آن مشخص و از قبل تعیین شده است ، خسارتی پیش آید و بیمه گر بر طبق شرایط بیمه نامه خسارت وارده را جبران نماید بر طبق این اصل بیمه گر می تواند به جانشینی از بیمه گذار و در حکم قائم مقام او به مقصر حادثه رجوع کند و نسبت به دریافت وجهی که به عنوان خسارت به زیان دیده پرداخت کرده است از مقصر حادثه

طلب وجه نماید. در بیمه های اموال و بیمه های مسئولیت این اصل حاکم و نافذ است. در بیمه های اشخاص بیمه گر معمولاً به مقصر حادثه رجوع نمی کند زیرا در اکثر مواقع خطرات مورد تعهد او در بیمه های اشخاص؛ مثلاً خطر فوت در بیمه عمر مقصر ندارد. دیگر اینکه جان انسان ها قابل ارزش گذاری ندارد لذا نمی توان به مقصر حادثه گفت که مثلاً 1000000 ریال به خاطر فوت شخص الف بیمه گر پرداخت نماید. به همین دلیل در بیمه اشخاص بیمه گر از اصل جانشینی یا قائم مقامی استفاده نمی کند.

۶. مدت بیمه نامه :

بیمه نامه های رایج در کشور ما عموماً یکساله هستند. عموم بیمه های اموال و مسئولیت یکساله هستند. دلیل یکساله بودن این بیمه نامه این است که مورد بیمه در بیمه های اموال که عموماً دارایی افراد است در بلند مدت دستخوش تغییرات می شود مثل ماشین آلات یک کارخانه که به مرور زمان فرسوده می شود یا ارزش یک دارایی که ممکن است بیشتر یا کمتر شود بنابراین ممکن است تامین پوشش بیمه بلندمدت برای این دارایی ها توجیه اقتصادی نداشته باشد.

اما در بیمه های اشخاص و مخصوصاً بیمه های عمر به دلیل اینکه مورد بیمه، که همان بیمه شده است، فرد زنده ای است که در طول زمان نیز ارزش اقتصادی آن افزوده یا کاسته نمی شود، معمولاً مدت بیمه نامه طولانی است و به ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ سال یا بیشتر از آن برسد. این طول مدت اعتبار بیمه نامه به دلیل ماهیت بیمه های عمر است زیرا فوت یک خطر حتمی الوقوع است و همانطو که در اصول بیمه آموخته اید خطر حتمی الوقوع بیمه پذیر نیست. آنچه که خطر فوت را بیمه پذیر می کند مدت اعتبار بیمه نامه است که نوعی احتمال را وارد بیمه عمر می کند. فراموش نکنیم هر خطری با احتمال وقوع بین صفر و یک (نه احتمال صفر نه احتمال یک) قابل بیمه کردن است، مشروط بر اینکه بیمه گذار حق بیمه مناسب آن خطر را پرداخت نماید.

لازم به ذکر است بیمه خطری با احتمال صفر یعنی ارائه پوشش بیمه در مقابل خطری که به هیچ وجه امکان وقوع ندارد و بیمه خطری با احتمال یک یعنی ارائه پوشش بیمه در مقابل خطری که حتماً اتفاق می افتد؛ از این رو بیمه خطری با احتمال صفر و یا احتمال یک بیمه پذیر نیست لیکن بین این دو عدد بیمه پذیر است. بدیعی است که هرچه احتمال وقوع خطر به سمت یک نزدیک شود ریسک بالاتر و در نتیجه بیمه گر حق بیمه بیشتری را جذب می کند.

۷. ذخیره ریاضی :

ذخیره ریاضی بخشی از حق بیمه است که در طول مدت بیمه نامه با نرخ بهره فنی، تضمین شده و یک ارزش افزوده (تجمعی) ایجاد می کند. شرکت های بیمه تعهدات خود را در صورت حیات بیمه شده از محل این ذخیره تامین می کنند. اساساً ذخیره یا اندوخته مبالغی هستند که افراد به اصطلاح برای روز مبادا کنار گذاشته اند یعنی اگر شخصی تعهدی را در آینده داشته باشد معمولاً از همین امروز به فکر ایجاد توانایی برای ایفای آن خواهد بود. بیمه گران نیز به همین منوال عمل می کنند و در بیمه های بلندمدت عمر که بعضاً در صورت حیات بیمه شده نیز باید مبالغی را پرداخت نمایند، بخشی از حق بیمه دریافتی از بیمه گذار را کنار گذاشته و به انجام عملیات درآمد زا و سرمایه گذاری های کلان اختصاص می دهند. این سرمایه گذاری ها بیمه گر را قادر می سازد تا بتواند تعهدات آتی خود را ایفا نماید. محل نگهداری این مبالغ ذخیره ریاضی نام دارد. لفظ ریاضی به آن جهت به این ذخیره اختصاص یافته است که نشان دهد تشکیل موجودی این حسابها از محاسبات، فرمول ها و روش های ریاضی تبعیت می کند. بیمه گر این مبالغ را تحت عنوان ذخیره ریاضی در سرمایه گذاری های خود شرکت می دهد و از محل اصل سرمایه و سود آن میزان ۸۵٪ را به حساب بیمه گذارانی که بیمه نامه های ذخیره دار دارند تحت عنوان اندوخته بیمه نامه واریز می کند تا در صورت حیات و یا فوت بیمه شدگان این بیمه نامه ها بتواند از عهده تعهدات خود برآید. ذخیره ریاضی مفهوم جمعی دارد و متعلق به عموم بیمه گذاران است که بصورت ۸۵٪ به ۱۵٪ تقسیم می شود. ۱۵٪ سهم بیمه گر به حساب بستانکاری صورت حساب های سود و زیان بیمه گر منظور می شود و ۸۵٪ آن به حساب بیمه گذاران واریز می شود.

نکته: ذخیره فنی متعلق به بیمه گر و ذخیره ریاضی متعلق به بیمه گذار است. دریافت وام بیمه عمر از محل ذخیره ریاضی تامین می شود.

خطرات مطرح در بیمه های اشخاص :

۱. بیماری: illness

بیماری به هر وضعیت غیرعادی در بدن یا روان می گویند که باعث ایجاد ناراحتی ، سوکارکرد یا تنش در فرد مبتلا یا افراد در ارتباط با او می شود.

۲. ازکارافتادگی : disability

کاهش یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن است که ناشی از حادثه یا بیماری باشد. از کارافتادگی به دو دسته جزئی و کامل تقسیم می شود. و از نگاه بیمه ازکارافتادگی یعنی اینکه بیمه شده نتواند به شغل سابق یا شغلی نظیر آن بپردازد و در نتیجه نتواند وضع اجتماعی خود را در همان سطح سابق حفظ کند.

ازکارافتادگی کلی حالتی است که حداقل دو سوم (۰.۶۶) اعضای بدن دچار از کارافتادگی شده باشند که در چنین حالتی فرد از کارافتاده کامل یا کلی می نامیم .

اما اگر جمع اعضای آسیب دیده به ۰.۶۶ نرسد فرد دچار ازکارافتادگی جزئی شده است. علاوه بر آن هرکدام از انواع از کارافتادگی اعم از کلی یا جزئی به دو گروه موقت و دائم تقسیم می شوند . منظور از موقت این است که از کارافتادگی فرد طی معالجه پزشکی بهبود یابد و فرد پس از مدتی توانایی قبلی خود را بدست آورد . ازکارافتادگی دائم زمانی رخ می دهد که امیدی به بهبود وضعیت و بازیافت توانایی عضو یا اعضای آسیب دیده نباشد.

انواع ازکارافتادگی :

- از کارافتادگی کامل دائم
 - ازکارافتادگی کامل موقت
- ازکارافتادگی جزئی :
- ازکارافتادگی جزئی دائم
 - ازکارافتادگی جزئی موقت

۳. نقص عضو :

عموم مردم ازکارافتادگی و نقص عضو را یکی می پندارند ، حال آنکه این دو واژه با هم متفاوت هستند. تفاوت نقص عضو با ازکارافتادگی به لحاظ بیمه ای در این است که عضو انسان در حالت ازکارافتادگی سر جای خود باقی است لیکن توانایی اولیه خود را برای انجام کار ندارد اما در حالت نقص عضو ، عضو مربوطه قطع شده یا تغییر شکل داده است.

۴. فوت :

فوت تنها خطری است که نه تنها عمر انسان را تهدید می کند بلکه احتمال رخ دادن آن قطعی است تنها زمان وقوع آن مشخص نیست.

۵. حادثه

۶. حیات

سرمایه بیمه نامه: sum insured

مبلغی است که بیمه گر تعهد پرداخت آن را در صورت بروز خطر موضوع بیمه نامه به عهده می گیرد. در بیمه های عمر تعهد می کند در صورت فوت بیمه شده مبلغی را به ذی نفع بپردازد که اصطلاحاً به آن سرمایه بیمه نامه می گویند. میزان این سرمایه در ابتدای شروع بیمه نامه از سوی بیمه گذار به بیمه گر پیشنهاد می شود و در صورت موافقت بیمه گر در فرم بیمه نامه قید می شود.

تفاوت واژه insurance و assurance :

در لغت نامه به یک معنی بکار رفته است ولی به لحاظ مفهومی تفاوت های دارند. Insurance در معنای عام به معنای بیمه و اطمینان است. این در حالی است که assurance معادل تمامی لغات پشت گرمی، اطمینان، دلگرمی، خاطر جمعی، گستاخی، بیمه، تعهد، قید، گرفتاری، ضمانت و ... به کار برده می شود. ب هر حال صرف نظر از تفاوت های ذکر شده، insurance عموماً واژه قبول شده ای است که اکثراً هنگام استفاده مفهوم بیمه، از این لفظ استفاده می کنند.

بیمه گران در خیلی از کشورها معمولاً به دو گونه بیمه گران عمر life insurance و بیمه گران غیر عمر non-life insurance تقسیم می شوند که این تقسیم بندی نشان از اهمیت بیمه عمر و ضریب نفوذ بالای این رشته در این کشورها دارد.

بیمه از دیدگاه برخی از مراجع بزرگ تقلید مکتب تشیع :

حضرت امام خمینی (ره):

چنانچه بیمه گر تعهد کند که گذشته از پرداخت خسارت مبلغی اضافی بپردازد، مثلاً کسی خود را در شرکت بیمه ای برای مدت معین در برابر حق بیمه تعیین شده، بیمه عمر کند و حق بیمه را به طور اقساط ماهانه بپردازد و در مقابل شرکت بیمه برای ترغیب و تشویق بیمه گذاران تعهد کند که گذشته از مبلغ بیمه چیزی اضافی بپردازد، این پول اضافی که بیمه گر به بیمه گذار می پردازد از قبیل ربای قرضی نیست زیرا که پرداخت اقساط حق بیمه به عنوان قرض نیست بلکه بیمه خود قراردادی مستقل است که در ضمن آن این شرط آمده است و این شرط جایز و موثر و لازم الاجرا.

چنانچه شرکت بیمه با پول جمع شده مشترکین تجارت کند صحیح است و بیمه گذار گذشته از دریافت خسارت سهمی از سود تجارت مطابق با قرارداد خواهد داشت. اگر در این شرکت و تجارت بعضی از مشترکین پول بدهند و بعضی به جای پول کار کنند و قراردادهای مانند مضاربه (سرمایه گذاری در امور تجاری) از نظر اینجانب صحیح است.

حضرت آیت الله وحید خراسانی (دام ظلّه):

مسأله ۲۸۷۰ - بیمه انواع و اقسام متعددی دارد - مانند بیمه حیات و بیمه سلامت و بیمه مال - و چون حکم آنها یکی است نیازی به بیان اقسام و انواع آن نیست.

تحقق عقد بیمه به قول و فعل و شرایط طرفین قرارداد

مسأله ۲۸۷۱ - بیمه از عقود است و به ایجاب و قبول محقق می شود، مثل آن که بیمه کننده بگوید: «من متعهدم که خسارت وارده بر جان یا مال را در مقابل پرداخت چنین مالی جبران کنم» و کسی که خواهان بیمه است بگوید: «قبول کردم» یا کسی که خواهان بیمه است بگوید: «من تعهد می کنم که مال معینی را در مقابل جبران چنین خسارتی بپردازم» و بیمه کننده قبول کند.

و این عقد مانند سایر عقود، به قول و فعل محقق می شود، و شرایط عامه عقود مانند بلوغ و عقل و قصد و مکره نبودن و محجور نبودن طرفین عقد - به سفاهت یا افلاس - در آن معتبر است.

و معتبر است آنچه بیمه می شود - مانند جان یا مال - و خطرهای احتمالی که جان یا مال به جهت آن بیمه می شود، معین باشد، و همچنین مالی که پرداخت می شود، و اگر به اقساط است، اقساط ماهانه یا سالانه آن مثلاً معین باشد، و ابتدا و انتهای مدت بیمه نیز معین باشد.

806428

بیمه های حوادث :

- تصویب آئین نامه شماره ۲۳ (بیمه حوادث انفرادی) در تاریخ ۱۳۶۸/۰۸/۲۲
- تصویب آئین نامه شماره ۲۴ (مکمل آئین نامه ۲۳) در تاریخ ۱۳۶۸/۱۱/۱۶
- تصویب آئین نامه شماره ۸۴ (شرایط نوین برای بیمه حوادث و پوشش های تبعی) در تاریخ خرداد ماه سال ۱۳۹۲

بیمه درمان گروهی :

- تصویب آئین نامه شماره ۲۶ در تاریخ ۱۳۷۰/۱۰/۲۳ (تحت عنوان بیمه نامه هزینه های بیمارستانی و جراحی)
- تصویب آئین نامه ۴۳ (شرایط عمومی بیمه تکمیل درمان) در تاریخ ۱۳۸۱/۰۵/۲۲
- تصویب آئین نامه ۶۴ (شرایط عمومی بیمه تکمیل درمان در راستای طرح تحول صنعت بیمه) در تاریخ ۱۳۸۹/۱۲/۱۰
- تصویب آئین نامه ۷۴ در تاریخ ۱۳۹۱/۰۵/۲۴

بیمه های عمر :

یکی از مهمترین رشته های بیمه ای در تمام دنیا بیمه عمر است . این اهمیت تا جایی است که در کشورهای پیشرو در صنعت بیمه ، بیمه گران به دو دسته بیمه گر عمر و بیمه گر غیرعمر تقسیم بندی می شوند. یعنی بیمه عمر را از تمام رشته ها از جمله : آتش سوزی ، باربری ، اتومبیل ، مهندسی ، مسئولیت و حتی از بیمه های حادثه و درمان نیز جدا نموده اند.

جدا از اینکه این تخصص گرایی، کارایی بیمه گران عمر را افزایش می دهد، اهمیت بیمه عمر را نیز نشان می دهد.

فرم پیشنهاد بیمه عمر :

فرم پیشنهاد حاوی مشخصات و اطلاعاتی است که بیمه گر برای صدور بیمه نامه به آنها نیاز دارد . این اطلاعات شامل : مشخصات بیمه گذار و بیمه شده ، سرمایه مورد تقاضای بیمه گذار ، نام و مشخصات ذی نفعان در صورت فوت بیمه شده ، اطلاعات مربوط به وضعیت جسمانی و سلامتی بیمه شده ، سوابق پزشکی و جراحی بیمه شده و خانواده او و نیز سایر اطلاعات لازم برای صدور بیمه نامه می باشد.

بیمه گذار باید در تنظیم فرم پیشنهاد دقت لازم را داشته باشد و اطلاعات صحیح و کاملی را با رعایت اصل حد اعلای حسن نیت در اختیار بیمه گر قرار دهد. اگر این اطلاعات صحیح و یا کامل نباشد و بیمه گر نیز که اصل را بر حسن نیت گذاشته با توجه به این اطلاعات بیمه نامه را صادر کند و حق بیمه نیز دریافت نماید و پس از چندی بیمه شده مثلا بر اثر بیماری ای که از قبل بیمه شدن دچار آن بوده ولی به بیمه گر اعلام نکرده بود ، فوت کند بیمه گر با استناد به ماده ۱۲ قانون بیمه غرامت بیمه عمر را غیرقابل پرداخت اعلام می کند و حق بیمه دریافت شده را مسترد نمی نماید و حتی می تواند اقساط حق بیمه را نیز وصول نماید. اما اگر بیمه گر مطمئن شود اطلاعات نادرست بصورت غیر عمد از سوی بیمه گذار ارائه شده یا اینکه خود بیمه گذار در زمان تکمیل پرسشنامه از وجود آن بیماری بی اطلاع بوده است خسارت را غیرقابل پرداخت اعلام می کند اما حق بیمه های پرداخت شده را معمولا مسترد می نماید.

از دیگر سوالاتی که پرسیده می شود در فرم پیشنهاد، وضعیت نظام وظیفه برای آقایان هست و اهمیت آن در معافیت پزشکی است که ریسک فوت بیمه شده را افزایش می دهد، از این رو باید دلیل معافیت پزشکی را شرح دهد و وضعیت کنونی خود را نیز به اطلاع بیمه گر برساند .

بیمه گر همچنین از سایر بیمه های عمری که احتمالا بیمه شده تحت پوشش آنها باشد نیز سوال بپرسد با این عنوان که : آیا در حال حاضر بیمه عمر دارید ؟ اگر جواب مثبت باشد ، در کدام شرکت و با چه میزان سرمایه فوت ؟

این سوال ۲ هدف را دنبال می کند : اول اینکه طبق مقررات بیمه مرکزی ، تعدد بیمه ای در بیمه های اشخاص مجاز است لیکن سقفی دارد که نباید از آن تجاوز شود . در زمان حال این سقف ۴/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال است. یعنی بیمه شده بین بیمه گران داخلی می تواند تا سقف ۴۰۰ میلیون تومان بیمه عمر با هر تعداد بیمه نامه از بیمه گران مختلف داشته باشد. دوم : بیمه گر از طرح این سوال به نوعی جنبه احتیاطی دارد به

این معنا که وقتی متقاضی بیمه عمر شغل خود را مثلا کارمند ساده یا کارگر اعلام می کند و چندین بیمه عمر با سرمایه های بالا هم دارد ، این امکان وجود دارد که بخواهد از بیمه های عمر خود سواستفاده کند و با عملیات مکارانه از قبیل سند سازی ، صحنه سازی و مانند آن از سرمایه فوت تمام بیمه نامه ها استفاده نماید .

در انتهای فرم پیشنهاد بیمه گذار و بیمه شده باید اطلاعات درج شده در پیشنهاد را تایید و آن را امضا کنند. امضای بیمه شده الزامی است حتی اگر بیمه گذار شخص دیگری باشد . در حقیقت بیمه شده با امضای فرم پیشنهاد موافقت خود را مبنی بر دو موضوع اعلام می دارد : اول اینکه قبول می کند بیمه شده این قرارداد باشد . دوم : با امضای پیشنهاد موافقت خود را در خصوص وجود ذی نفعان در صورت فوت اعلام دارد . اگر بیمه شده به سن قانونی نرسیده باشد قییم او به جای بیمه شده امضا کند و موافقت خود را مبنی بر عقد قرارداد بیمه عمر و همچنین ذی نفعان بیمه نامه اعلام نماید. قییم و ولی بچه پدر می باشد و یا جد پدری . مگر اینکه طبق قانون، قییم به فرد دیگری اعطا شده باشد.

بیمه عمر به شرط فوت :

در این نوع بیمه عمر ، تعهد بیمه گر تنها در خصوص فوت بیمه شده است و اگر او زنده بماند ، بیمه گر تعهدی در قبال بیمه نامه نخواهد داشت. از مهمترین بیمه های عمر به شرط فوت می توان به موارد زیر اشاره کرد :

- بیمه عمر ساده زمانی
- بیمه تمام عمر
- بیمه تمام عمر با محدودیت پرداخت حق بیمه
- بیمه عمر با سرمایه صعودی یا نزولی
- بیمه عمر مانده بدهکار

بیمه عمر ساده زمانی: term insurance

در این نوع بیمه ، بیمه گر برای یک دوره مشخص مثلا ۱۰ ساله ، فوت بیمه شده را برای سرمایه تعیین شده در بیمه نامه تحت پوشش قرار می دهد . نکته اینکه تعهد بیمه گر در صورتی است که بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه نامه فوت کند و اگر چنین نشود و بیمه شده در انتهای مدت بیمه نامه در قید حیات باشد ، بیمه گر تعهدی نخواهد داشت . حق بیمه این نوع بیمه نامه اصطلاحا مصرفی است ، یعنی این بیمه نامه فاقد اندوخته ریاضی بوده و کل حق بیمه های پرداختی بیمه گذار صرف مکانیزم بیمه می شود ، بنابراین در صورت حیات پس از انقضای بیمه نامه چون خطر موضوع بیمه نامه که خطر فوت است اتفاق نیفتاده؛ لذا تعهد بیمه گر پایان پذیرفته و حق بیمه های پرداختی از سوی بیمه گذار نیز کاملا صرف شده است و قابل استرداد نیست.

بیمه تمام عمر : whole life policy

مهمترین وجه تمایز بیمه تمام عمر این است که در آن ، تعهد بیمه گر در بازه زمانی خاصی قرار ندارد و از صدور بیمه نامه شروع و تا زمان فوت بیمه شده ، در هر زمان که باشد ادامه می یابد . به این ترتیب بیمه گذار تا پایان عمر بیمه شده باید مبالغ حق بیمه را به طور منظم به بیمه گر پرداخت نماید. هرچی سن بیمه شده در ابتدای قرارداد بیشتر باشد ، ریسک فوت او نیز بالاتر رفته و در نتیجه حق بیمه های پرداختی او افزایش می یابد و بالعکس.

بیمه تمام عمر با محدودیت پرداخت حق بیمه :

این نوع بیمه عمر همچون حالت قبلی است، با این تفاوت که بیمه گذار پس از مدت معینی مثلا ۱۵ یا ۲۰ سال پرداخت حق بیمه را قطع می کند ولی بیمه گر تعهد خود را همچنان تا زمان فوت بیمه شده ادامه می دهد. بالتبع حق بیمه این حالت، از حالت قبلی بیشتر است زیرا بیمه گذار مبالغ محدودتری را نسبت به حالت قبل به بیمه گر پرداخت می کند. در حالت قبلی حق بیمه پرداختنی بیمه گذار بدون محدودیت تا پایان بیمه نامه ادامه داشت، لیکن در این حالت حق بیمه محدود به دوره مشخصی است که در بیمه نامه قید می شود.

بیمه عمر با سرمایه صعودی یا نزولی: decreasing or increasing term insurance

در این نوع بیمه که از انواع بیمه های عمر به شرط فوت به شمار می رود تعهد بیمه گر سالانه افزایش یا کاهش می یابد. معمولا افرادی سنین پایین تری دارند از این بیمه استفاده می کنند زیرا در سال های ابتدایی بیمه نامه که تعهد بیمه گر کمتر از سال های پایانی آن است، ریسک فوت بیمه شده نیز کم است. در نتیجه چون تعهد بیمه گر در سال های زیادی از بیمه نامه کم است بیمه گذاران در این بیمه عمر حق بیمه کمتری را نسبت به بیمه عمر ساده زمانی که سرمایه ثابت دارد پرداخت می کنند. این نوع بیمه های عمر که سرمایه صعودی یا نزولی دارند یا کلا بیمه نامه هایی که حالت خاصی دارند معمولا کمتر استفاده می شود.

بیمه عمر مانده بدهکار :

این نوع بیمه عمر از انواع بیمه عمر با سرمایه نزولی است و امروزه بسیار رایج است. کلیه افرادی که از مراکز اعتباری و بانک ها و از این قبیل موسسات اقدام به دریافت وام می نمایند در قبال وجوهی که به عنوان وام دریافت می کنند معمولا وثیقه ای ملکی به همراه ضمانت ضامن و... تسلیم وام دهنده می کنند تا پس از تسویه اقساط وام سند خود را اصطلاحا فک رهن نمایند. حال اگر در حین مدت بازپرداخت اقساط وام فوت کنند و بازماندگان قادر به پرداخت اقساط نباشند، وام دهنده از محل تضمین ها بخصوص وثیقه های ملکی، طلب خود را وصول می کند. این امر علاوه بر آسیب های مالی ناشی از فقدان سرپرست خانواده که به بازماندگان او وارد شده است، مشکلات بیشتری را نیز گریبان گیر بازماندگان می سازد. در این موارد وام گیرنده می تواند با پرداخت حق بیمه ای ناچیز خود را به نفع وام دهنده (مثلا بانک) تحت پوشش بیمه عمر قرار دهد تا اگر در حین مدت بازپرداخت وام فوت کند، بیمه گر کل مانده بدهی او را به صورت یکجا به وام دهنده پرداخت نماید. در این صورت وثیقه ملکی نیز فک رهن خواهد شد. در این نوع بیمه نامه سن بیمه شده نباید از ۷۰ سال بیشتر باشد.

بیمه عمر به شرط حیات :

امروزه حیات در سنین بالا نوعی تهدید به حساب می آید، به بیانی دیگر اگر افراد در سنین جوانی و میانسالی به فکر دوران کهولت خود نباشند و منابع مالی مورد نیاز آن دوران را تامین نکنند در صورت حیات در سنین بالا مثلا ۶۰ سال به بعد که توانایی فعالیت همچون گذشته را نداشته و در نتیجه درآمد کمتری دارند و از طرفی هزینه های بالاتری همچون هزینه های درمانی و ... علاوه بر تورم، سطح عمومی هزینه های آنها را افزایش داده است، از لحاظ مالی با مشکلات عدیده ای مواجه خواهند شد که در نهایت نمی توانند از دوران کهولت خود لذت ببرند. در همین راستا بیمه های عمر به شرط حیات به گونه ای طراحی شده اند که افراد در سن میانسالی اقدام به خرید آن کنند و برای یک دوره زمانی مثلا ۱۰ یا ۲۰ ساله خود را تحت پوشش این نوع بیمه قرار می دهند. اساس کار شبیه بیمه های عمر به شرط فوت است با این تغییر که در آنجا خطر فوت موضوع بیمه نامه بود و در اینجا حیات موضوع بیمه نامه است. یعنی تعهد بیمه گر زمانی است که بیمه شده در انتهای مدت اعتبار بیمه نامه در قید حیات باشد.

در این صورت بیمه گر مبلغ قابل توجهی را در اختیار بیمه گذار قرار می دهد تا با استفاده از آن بتواند برخی از هزینه های دوران کهولت را جبران نماید. در بیمه عمر به شرط حیات تعهد بیمه گر با فوت بیمه شده در طول مدت بیمه نامه پایان می پذیرد. این نوع بیمه نامه در ایران در پرتفوی بیمه گران مشاهده نمی شود.

بیمه عمر ترکیبی (مختلط فوت و حیات):

هریک از بیمه های عمر ذکر شده، یعنی بیمه عمر به شرط فوت و بیمه عمر به شرط حیات به تنهایی بخشی از ریسک های افراد را پوشش می دهند. یعنی بیمه عمر به شرط فوت، تنها فوت افراد را مدنظر قرار می دهد و به زنده ماندن توجهی ندارد و بیمه عمر به شرط حیات بالعکس. از این رو متخصصان صنعت بیمه با تلفیق این دو شاخه بیمه ای، بیمه عمر جدیدی را تحت عنوان بیمه عمر ترکیبی یا بیمه عمر مختلط فوت و حیات، طراحی و به بازار عرضه نمودند.

با این توصیف، بیمه عمر ترکیبی یا مختلط بیمه ای است که بیمه گر در یک دوره زمانی مثلا ۲۰ ساله را در نظر می گیرد و در طول مدت این ۲۰ سال خطر فوت بیمه شده را به نفع ذی نفعان تحت پوشش قرار می دهد. این بخشی از تعهد بیمه گر است، زیرا زمانی که بیمه شده در انتهای مدت اعتبار بیمه نامه در قید حیات باشد، بخش دوم تعهد فعال شده و بیمه گر سرمایه قابل توجهی را که حاصل ذخیره ریاضی بیمه نامه است در اختیار بیمه گذار قرار می دهد. به این ترتیب انگیزه افراد برای انجام این نوع بیمه نامه افزایش می یابد.

تنها شاخه ای از صنعت بیمه که افراد حتما از بیمه گر مبالغی را دریافت می نمایند، بیمه عمر ترکیبی است. چرا که بیمه شده این بیمه نامه در انتهای مدت قرارداد یا در قید حیات است یا قبلا فوت شده است. اگر فوت شده باشد سرمایه فوت او به ذی نفع بیمه نامه پرداخت می شود و اگر زنده باشد سرمایه حیات او از سوی بیمه گر پرداخت می گردد، بنابراین بیمه عمر ترکیبی تنها بیمه ای است که بیمه گر بصورت ۱۰۰٪ مبالغی را تحت عنوان سرمایه فوت یا حیات از بابت این بیمه نامه پرداخت می کند. حق بیمه های دریافتی بیمه گر در این بیمه نامه جمع حق بیمه های عمر به شرط فوت و عمر به شرط حیات است.

اکثر قریب به اتفاق بیمه نامه های عمر رایج در بین بیمه گذاران، از نوع بیمه عمر ترکیبی است. از مهمترین آنها می توان به بیمه عمر و سرمایه گذاری، بیمه مهریه، بیمه جهیزیه، بیمه عمر و تامین آتیه، بیمه عمر و مستمری خانوادگی، بیمه عمر و سرمایه فرزندان و از این قبیل اشاره نمود.

بنابراین گونه های مختلف بیمه عمر که به اجمال اشاره شد، همگی به نوعی زیر شاخه ای از بیمه عمر و پس انداز است. بیمه ای که اخیرا با اصلاح نقاط ضعف خود جای خود را به بیمه عمر و سرمایه گذاری داده و از سید بیمه گران کم کم خارج شده است. در این بخش به توصیف این دو نمونه مهم و فراگیر بیمه های عمر ترکیبی یعنی بیمه عمر و پس انداز و بیمه عمر و سرمایه گذاری می پردازیم.

بیمه عمر و پس انداز:

یکی از رایج ترین انواع بیمه های عمر ترکیبی، بیمه عمر و پس انداز است. این بیمه نامه به نوعی طراحی شده است که افرادی بالای ۱۵ سال تا سن ۶۵ سالگی می توانند طبق شرایط خاصی اقدام به خرید این بیمه نامه نمایند. اساس این طرح به این صورت است که بیمه گذار پس از تکمیل پیشنهاد و تایید آن از سوی خود و شخص بیمه شده، بیمه شده را برای مدت معین، مثلا ۱۵ سال تحت پوشش بیمه عمر و پس انداز قرار می دهد.

پوشش های اضافی بیمه عمر و پس انداز:

جذابیت بیمه های عمر و پس انداز بیشتر از بیمه های عمر به شرط حیات یا فوت است چون بیمه گذار احساس می کند مبالغی بیش از حق بیمه های پرداختی خود را حتما دریافت خواهد کرد، چه در صورت حیات بیمه شده و چه در صورت فوت بیمه شده. در بیمه های بازرگانی، بیمه عمر مختلط تنها رشته بیمه ای است که بیمه گر در آن قطعا مبالغی را تحت عنوان غرامت فوت در صورت فوت بیمه شده یا سرمایه حیات در صورت زنده ماندن او، پرداخت می نماید.

الف) پوشش افزایش سرمایه فوت در صورت فوت به علت حادثه:

بیمه های عمر و مخصوصا بیمه های عمر ترکیبی مثل بیمه عمر و پس انداز مختص میانسالان نبوده و جوانان نیز می توانند از مزایای آن استفاده کنند. اتفاقا برخورداری جوانان از پوشش ها و مزایای این بیمه نامه بدلیل شروع زندگی و وجود تأمینی مناسب برای خانواده ای که بتازگی تشکیل شده است، لازم و ضروری به نظر می رسد. اما جوانان با توجه به سن پایینی که دارند ریسک فوت را کمتر از احساس می کنند و اگر هم فوت را نزدیک و ملموس ببینند، وقوع آن را بر اثر حادثه ناگهانی می دانند.

پس چه بهتر است که بتوانیم در صورت فوت به علت حادثه که برای جوانان ملموس تر از فوت طبیعی است سرمایه بیشتری را اختصاص دهیم . از طرفی زمانی فوت به علت حادثه باشد ، چون یکی از خصوصیات حادثه ، ناگهانی بودن آن است و قابل پیش بینی آن نمی باشد ، صدمات مالی که به خانواده و بازماندگان متوفی می رسد بسیار بالاست ، چون با افزایش سن افراد و یا بیمار بودن آنها برای مدت طولانی ، می توان منابع مالی مطمئنی برای بازماندگان ایجاد کرد و بیمه گر با دریافت حق بیمه اضافی ، تعهد می نماید تا ۲ برابر سرمایه فوت را به ذی نفع بپردازد.

(ب) پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت ازکارافتادگی کامل و دائم :

همانطور که گفته شد شخصیت بیمه گذار جنبه مالی دارد . بدین معنی که بیمه گذار پرداخت کننده حق بیمه به بیمه گر است . در حقیقت بیمه گذار طرف مالی بیمه گر در پرداخت حق بیمه ، دریافت وام از محل اندوخته بیمه نامه و... به حساب می آید. در بیمه های اشخاص بیمه گذار می تواند بیمه شده هم باشد ، یعنی پوشش بیمه ای را برای خودش بخرد . در این صورت هم پرداخت کننده حق بیمه به بیمه گر است و هم کسی که موضوع بیمه نامه در رابطه با او تنظیم شده است و خطر فوت و حیات او تحت پوشش قرار گرفته است. بیمه گران پوششی را به بیمه نامه عمر و پس انداز اضافه نمودند که با استفاده از آن در صورت پرداخت حق بیمه اضافی مربوط به این پوشش و جاری بودن اعتبار آن ، اگر بیمه شده در طول مدت بیمه نامه و البته تا ۶۰ سالگی حتی پس از پرداخت اولین قسط ، به طور کامل و دائم ازکارافتاده شود ، تا پایان مدت بیمه نامه از پرداخت حق بیمه معاف می شود . البته این به معنای حذف پوشش بیمه عمر نیست و سرمایه فوت در صورت فوت بیمه شده به ذی نفع پرداخت می شود و حتی سرمایه حیات نیز پس از سپری شدن مدت بیمه نامه و در صورت حیات بیمه شده به ایشان تعلق می گیرد.

اندوخته بیمه نامه عمر و پس انداز :

بیمه نامه های عمر از نوع مختلط فوت و حیات ، علاوه بر تعهد پرداخت سرمایه فوت در صورت فوت بیمه شده به ذی نفع یا ذی نفعان ، در صورت حیات بیمه شده نیز مبلغ سرمایه را تحت عنوان سرمایه حیات به ذی نفع پرداخت می کند. این در حالی است که بیمه گذار در طول مدت بیمه نامه ، مبالغ به مراتب کمتری را پرداخت نموده است.

نقاط ضعف بیمه عمر و پس انداز :

صرف نظر از مزایا و محاسن بیمه عمر و پس انداز که از عمده ترین آنها می توان به ایجاد پس انداز ، تهیه پوشش بیمه برای تنها ریسک حتمی الوقوع (فوت یا حیات) ، تامین خانواده در صورت فوت سرپرست ، تشکیل سرمایه برای تامین هزینه های دوران کهولت ، استفاده از مزایای پوشش های اضافی و ... اشاره نمود . نقاط ضعفی هم در این بیمه به چشم می خورد از جمله :

۱. تورم (افزایش سطح عمومی قیمت ها)
۲. عدم انعطاف پذیری (به محض صدور شرایط بیمه نامه بسته شده و قابل تغییر نیست.)
۳. محدودیت سنی (نهایت سن بیمه شده از ۱۵ سال شروع و در انتهای مدت بیمه نامه نباید از ۷۰ سال تجاوز نماید.) دلیل عدم ارائه پوشش به کودکان زیر ۱۵ سال این است این کودکان توانایی مقابله با خطرات همچون بزرگسالان را ندارند و اینکه بدلیل عدم یادگیری در سنین پایین ، امکان مواجهه آنها با خطر ؛ نسبت به بزرگسالان بیشتر است. اما در بیمه های عمر ترکیبی که قبلا توضیح داده شد ، چون سرمایه حیات را پرداخت می کنند ، می توانند با ارائه پوشش به کودکان ، آنها را از سنین پایین بیمه کنند و در انتهای قرارداد سرمایه بیمه نامه را دریافت کنند.
۴. بیماری: در بیمه عمر و پس انداز پوششی با عنوان بیماری ها وجود ندارد و فقط پوشش حادثه را دارد.

بیمه عمر و سرمایه گذاری :

زندگی انسان همواره توام با ریسک و مواجهه با خطراتی است که متوجه عمر آدمی می باشند. نوع زندگی انسان نیز بر حسب کار، سن و وقایع غیرقابل پیش بینی به شکلی است که نمی توانند پیش بینی کند که عمرش چگونه خاتمه می یابد. همچنین هرکس در هر موقعیت اجتماعی و اقتصادی که باشد همواره با بیماری، حادثه و مشکلات گوناگونی که ممکن است آسایش و آرامش زندگی خود و خانواده اش را به خطر اندازد، مواجه خواهد بود. از آنجا که همه ما در جستجوی آسودگی خیال هستیم، اضطراب، آشفتگی، نگرانی از آینده خود و یا افراد تحت تکفل، حادثه، مرگ و ... پدیده هایی هستند که زندگی انسان ها را تهدید می کنند.

طرح بیمه عمر و سرمایه گذاری با سامان بخشیدن به این نگرانی ها که همانا رسالت او در صنعت بیمه است و نیز برطرف نمودن نقاط ضعف بیمه عمر و پس انداز امکان استفاده بیمه شده، بیمه گذار و ذی نفعان بیمه نامه از پوشش های متنوع بیمه ای را فراهم نموده است. این طرح را که از طرح های نوین بیمه عمر در سطح جهان به شمار می رود، در سال ۱۳۸۳ برای اولین بار شرکت سهامی بیمه کارفرین، در بازار بیمه کشورمان عرضه کرد. با تولد این بیمه در صنعت بیمه باعث شد تا سایر بیمه گران با گذشت ۲ سال کم کم به فکر طراحی این بیمه نامه افتاده و بیمه عمر و پس انداز را از سبد بیمه ای خود خارج نمایند. در حال حاضر اکثر بیمه گران با استفاده از این طرح رونقی در پرتفوی بیمه نامه های عمر خود ایجاد نموده و سهمی از بازار این رشته را به خود اختصاص داده اند.

مزایای بیمه عمر و سرمایه گذاری :

همانطور که قبلا اشاره شد، تورم اقتصادی بزرگترین و اساسی ترین نقطه ضعف بیمه عمر و پس انداز بود. به نحوی که پس از گذشت چندین سال از شروع بیمه نامه، حق بیمه پرداختی بیمه گذار به بیمه گر و نیز سرمایه بیمه نامه ارزش ابتدایی خود را از دست می داد. در بیمه عمر و سرمایه گذاری این معضل با در نظر گرفتن ضرایب تعدیل برای حق بیمه و سرمایه، تا حد زیادی بر طرف شده است. به این معنا که بیمه گذار به منظور مقابله با اثر تورم بیمه نامه، به اختیار خود ضرایبی را در بازه های معین؛ مثلا بین صفر تا ۲۰٪ به عنوان ضریب تعدیل حق بیمه و سرمایه در نظر می گیرد. (افزایش سالانه حق بیمه) در این حالت سرمایه سال های آینده بالاتر رفته و حق بیمه بیشتری صرف خطر فوت می شود و به دنبال آن حق بیمه کمتری وارد اندوخته شده و اندوخته کاهش می یابد؛ بنابراین ضریب تعدیل سرمایه با ارزش اندوخته بیمه نامه نسبت معکوس دارد.

به بیان دیگر انتظار می رود هرچه ضریب تعدیل سرمایه افزایش یابد، ارزش اندوخته بیمه عمر کاهش می یابد.

از طرفی چون خطر فزاینده است و با افزایش سن بیمه شده در طول مدت بیمه نامه، احتمال وقوع این خطر افزایش می یابد؛ لذا حق بیمه در هر سال برای ریسک تشدید شده بیشتر از سال قبل خواهد بود، که به تنهایی می تواند باعث کاهش ذخیره بیمه نامه گردد. این موضوع در کنار افزایش سرمایه فوت سالانه، ذخیره بیمه نامه را کاهش می دهد، اما بدلیل اهمیت و ضرورت افزایش سرمایه بیمه نامه، معمولا پیشنهاد می شود سرمایه فوت با ضریبی نزدیک به نرخ تورم جاری اقتصاد، افزایش یابد. صرف نظر از سرمایه تعدیل شده حق بیمه نیز اگر ثابت بماند در سال های آینده ارزش خود را از دست خواهد داد. در مقابل اگر حق بیمه پرداختی بیمه گذار نیز تعدیل داشته باشد، علاوه بر حفظ ارزش حق بیمه در سال های آتی، میزان اندوخته نیز رشد فزاینده ای خواهد داشت، زیرا افزایش مبلغ حق بیمه بر اثر ضریب تعدیل، در میزان ریسک فوت بیمه شده تاثیری نداشته و به حساب خطر فوت صرف نمی شود، بنابراین مستقیما به حساب اندوخته رفته و موجودی اندوخته را تقویت می کند.

حال هرچه این ضریب تعدیل بیشتر باشد مبلغ اندوخته بیمه نامه افزایش می یابد. پس می توان گفت میزان ضریب تعدیل حق بیمه با میزان حساب اندوخته بیمه عمر رابطه مستقیمی دارد.

یک مزیت بیمه عمر و سرمایه گذاری این است که انعطاف پذیری اش نسبت به بیمه عمر و پس انداز بسیار بالاست. بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه می تواند در مفاد آن تغییر ایجاد کند و بیمه عمر خود را با توجه به نیاز خود در هر برهه از زمان بازسازی کند. مثلا حق بیمه و سرمایه را افزایش یا کاهش دهد. همچنین در بیمه عمر و سرمایه گذاری پوشش های اضافی بیمه عمر و پس انداز وجود دارد.

پوشش های اضافی بیمه عمر و سرمایه گذاری :

پوشش های اضافی این بیمه نامه همان پوشش های اضافی بیمه عمر و پس انداز است، به علاوه پوشش پرداخت سرمایه بیماری های خاص .
به این ترتیب بیمه عمر و سرمایه گذاری شامل ۳ پوشش افزایش سرمایه فوت در صورت فوت به علت حادثه ، معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم و پوشش بیماری های خاص است.

۱. پوشش پرداخت چهار برابر سرمایه فوت در صورت فوت به علت حادثه :

این پوشش همانند عمر و پس انداز است با این تفاوت که تعدیلات سرمایه و افزایش سالانه آن ، سرمایه فوت به علت حادثه را نیز به صورت فزاینده افزایش می دهد. بیمه گر بابت ارائه پوشش های اضافی ، حق ماه اضافی نیز دریافت می کند.

۲. معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم:

این پوشش همانند بیمه عمر و پس انداز بوده و در صورت بروز از کارافتادگی کامل و دائم ، بیمه گذار از پرداخت حق بیمه های باقی مانده معاف می شود. نکته مهم اینکه از کارافتادگی در این قسمت باید بصورت کامل و دائم باشد و از کارافتادگی ناقص و جزئی شامل این پوشش نمی شوند. منشا از کارافتادگی آنچنان اهمیتی نداشته و می تواند بعلت بیماری یا حادثه باشد و همچنین می تواند بصورت تدریجی به از کارافتادگی کامل و دائم برسد یا اینکه بصورت ناگهانی دچار این عارضه شود، لیکن زمانی ملاک ایفای تعهدات بیمه گر است که بیمه شده به از کارافتادگی کامل برسد. چون تعهد بیمه گر مستقیماً با میزان حق بیمه ارتباط دارد .

۳. پوشش بیماری ها :

بیماری هایی که مستقیماً یا عمر افراد را تهدید می کند یا کیفیت زندگی آنها را کاهش می دهد ، تحت عنوان بیماری های تحت پوشش در این بیمه نامه مورد تعهد بیمه گر قرار می گیرند. این بیماری های پنجگانه عبارتند از : سکنه قلبی، سکنه مغزی، سرطان ها، جراحی باز قلب (کرونر) ، پیوند اعضای اصلی بدن. در صورت خرید این پوشش از سوی بیمه گذار و ابتلای بیمه شده حین مدت بیمه نامه ، بیمه گر ۳۰٪ سرمایه فوت آن زمان را پرداخت می نماید. برخی بیمه گران تعداد پرداخت این سرمایه را محدود نموده و در طول مدت بیمه نامه ، سرمایه بیماری ها را تنها یکبار یا دو بار پرداخت می کنند برخی دیگر برای هر پرداخت سقف معینی (مثلاً یکصد میلیون ریال) تعیین می کنند.

نکته مهم اینکه پرداخت غرامت بیمه گر در این قسمت جبران هزینه پزشکی نیست. اساساً دو نوع پرداخت غرامت در بیمه های اشخاص وجود دارد . یکی جبران هزینه های پزشکی است که مجموع بیمه گران یک رشته (مثلاً درمان) نهایتاً تنها هزینه های پزشکی بیمه شده را پرداخت می کنند و او را به حالت اقتصادی قبل از بروز بیماری ها برمیگردانند. حالت دوم پرداخت سرمایه ای است . در این نوع پرداخت ، بیمه گر صرف نظر از هزینه های انجام شده از سوی بیمه شده، مبلغی را که تعهد نموده پرداخت می کند. پرداخت غرامت بابت پوشش بیماری های تحت پوشش در بیمه عمر و سرمایه گذاری از این نوع می باشد. در کل نرخ حق بیمه اضافی مربوط به این پوشش از جدول ۱۰ بدست می آید :

جدول ۱۰

نرخ در هزار					سن بیمه شده
سن بیمه شده در سررسید بیمه نامه					
۶۰	۵۵	۵۰	۴۵	۴۰	
۱/۱۲	۰/۸۵	۰/۷۴	۰/۵۷	۰/۴۵	۲۰ - ۲۵
۱/۵	۱/۱۵	۰/۸۵	۰/۵۷	۰/۴۵	۲۶ - ۳۰
۲/۴۵	۱/۵۵	۱	۰/۷۵	۰/۵	۳۱ - ۳۵
۲/۴۹	۲	۱/۵	۱	۰/۶۶	۳۶ - ۴۰
۳/۶	۲/۸	۲	۱/۴		۴۱ - ۴۵
۴/۶	۳/۶	۲/۵			۴۶ - ۵۰
۵/۶	۴				۵۱ - ۵۵
۵/۸					۵۶ - ۶۰

مثلاً نرخ حق بیمه یک بیمه شده ۳۵ ساله که بیمه نامه ای ۲۰ ساله خریده است، ۱/۵۵ خواهد بود (سن در سررسید بیمه نامه ۵۵ است). حال کافی است این نرخ را در سرمایه بیماری های خاص ضرب و بر ۱۰۰۰ تقسیم نماییم. از آنجاکه سرمایه بیماری های خاص ۳۰٪ سرمایه اصلی بیمه نامه است، با فرض سرمایه ۲۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریالی بیمه نامه داریم:
سرمایه بیماری های خاص: $۲۰۰،۰۰۰،۰۰۰ \times \frac{۳۰}{۱۰۰} = ۶۰،۰۰۰،۰۰۰$
حق بیمه سالانه پوشش امراض خاص: $۶۰،۰۰۰،۰۰۰ \times \frac{۱/۵۵}{۱۰۰۰} = ۹۳،۰۰۰$
این یعنی بیمه گذار با پرداخت سالانه ۹۳،۰۰۰ ریال می تواند در صورت ابتلا به بیماری های خاص موضوع این بیمه نامه مبلغ ۶۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال به صورت یکجا دریافت نماید. البته سالانه با در نظر گرفتن تعدیل سرمایه و افزایش آن، سرمایه بیماری های خاص نیز افزایش یافته و میزان حق بیمه آن نیز طبق جدول ۱۰ افزایش می یابد.

نحوه پرداخت حق بیمه در بیمه عمر و سرمایه گذاری :

دریافت حق بیمه در کل بصورت نقدی است ، لیکن بیمه گران در برخی رشته ها مثل بیمه مسئولیت یا برخی رشته های بیمه اموال از قبیل : آتش سوزی ، بدنه اتومبیل و در صورت صلاحدید می توانند حق بیمه را بصورت اقساط نیز دریافت نمایند. در بیمه عمر بدلیل ماهیتی که داشته و بلندمدت است ، قانون گذار در ماده ۵ آئین نامه شماره ۱۳ که مربوط به بیمه عمر است این اجازه را به بیمه گر داده تا در صورت تمایل ، اقساط حق بیمه را در بیمه عمر به صورت ماهانه نیز دریافت نماید. از طرفی بیمه گذار مایل است حق بیمه بصورت ماهانه پرداخت نماید ، اما پرداخت حق بیمه ماهانه معطلاتی را به همراه دارد که خوشایند بیمه گر و بیمه گذار نیست و اگر بیمه گذار هنگام تکمیل فرم پیشنهاد بیمه نامه از سوی شبکه فروش بیمه گر اعم از نماینده یا بازاریاب با این مشکلات آشنا شود، قطعاً ترجیح می دهد حق بیمه را بصورت سالانه پرداخت کند. این موضوع برای بیمه گر هم مطلوب است زیرا اولاً هزینه های اداری خود را کاهش می دهد . اگر قرار به پرداخت ماهانه حق بیمه باشد بیمه گذار باید هر سال دفترچه اقساطی در اختیار داشته باشد که با استفاده از آن بتواند به بانک مراجعه و حق بیمه ماهانه خود را بپردازد که هزینه چاپ و توزیع این دفترچه ها و همچنین عملیات مالی پیگیری وصول حق بیمه ها و هزینه های هنگفتی به بار می آورد . ثانیاً زمانی که حق بیمه را به صورت سالیانه دریافت کند ، مصارف بیمه ای و حتی سرمایه گذاری را بهتر انجام می دهد. ثالثاً احتمال تاخیر در دریافت حق بیمه و یا عدم پرداخت آن بسیار پایین می آید. برای بیمه گذار هم بهتر است سالانه باشد چون اولاً سود بیشتری به اندوخته او پرداخت می شود . ثانیاً وقت کمتری از بیمه گذار تزییع می شود . ثالثاً برخورداری از پوشش بیمه ای ، با تعلیق بیمه نامه خدشه دار نخواهد شد. طبق شرایط عمومی بیمه نامه اگر بیمه نامه اقساط معوق داشته باشد بیمه نامه به حالت تعلیق می رود. خواه بدلیل فراموشی بیمه گذار باشد ، خواه تعطیلی بانک و مانند اینها.

پرداختی های بیمه گر در بیمه عمر و سرمایه گذاری :

در بیمه عمر و پس انداز در صورت فوت بیمه شده ، تنها سرمایه فوت پرداخت می شود. در بیمه عمر و سرمایه گذاری علاوه بر سرمایه تعدیل شده فوت ، موجودی اندوخته نیز تا سال قبل از فوت محاسبه شده و به همراه سرمایه بیمه عمر به ذی نفع یا ذی نفعان پرداخت می شود . بدیعی است هرچه به انتهای بیمه نامه نزدیک می شویم مبلغ اندوخته بیشتر می شود ؛ لذا در صورت فوت بیمه شده در سالهای پایانی بیمه نامه مبلغ هنگفتی علاوه بر سرمایه تعدیل شده بیمه عمر تحت عنوان اندوخته بیمه نامه به ذی نفعان قابل پرداخت است. در صورت حیات بیمه شده در انتهای مدت بیمه نامه نیز مانند بیمه عمر و پس انداز عمل نمی شود . در آنجا سرمایه ای واحد به عنوان سرمایه بیمه نامه در نظر گرفته شده و در صورت فوت و حیات بیمه شده ، همان سرمایه ذی نفعان پرداخت می شود .

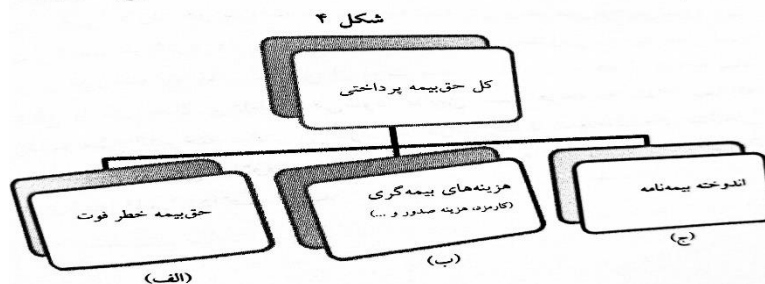
البته مبالغی هم تحت عنوان مشارکت بیمه گذار در منافع بیمه گر نیز قابل پرداخت است، اما در بیمه عمر و سرمایه گذاری مبلغ اندوخته بیمه نامه از سرمایه فوت جداست و هرزمان می تواند با دریافت کل این مبلغ، اندوخته خود را تخلیه کند و بیمه نامه را فسخ نماید ؛ لذا در صورت حیات پس از مدت بیمه نامه کل مبلغ اندوخته که شامل بخشی از حق بیمه ها به علاوه سود متعلقه است، از سوی بیمه گر قابل پرداخت است.

بدیهی است که تمام حق بیمه پرداختی بیمه گذار در حساب اندوخته او نخواهد رفت ؛ چرا که بخشی از حق بیمه ها صرف هزینه های بیمه گری از جمله کمیسیون، هزینه های اداری و می شود و بخشی دیگر صرف خطر فوت بیمه شده و پوشش های انتخابی می شود . آن بخش از حق بیمه که باقی می ماند به سبد سرمایه گذاری بیمه گذار یا همان اندوخته بیمه نامه واریز می شود.

در بیمه عمر و سرمایه گذاری اگرچه برطبق ماهیت بیمه عمر، سن بیمه شدگان ملاک محاسبه حق بیمه قرار می گیرد ، اما عموماً سن افراد در میزان واریز اصل حق بیمه آنها تغییری ایجاد نمی کند . افراد با هر سنی تحت پوشش بیمه قرار بگیرند ، حق بیمه ثابتی را برای یک سرمایه مشخص پرداخت می کنند، اما در واقع این موجودی اندوخته است که با توجه به سن افراد متفاوت است. بدیهی است هرچه سن افراد بالاتر باشد ، خطر فوت نیز به احتمال بیشتری دارد و بالتبع حق بیمه بیشتری نیز باید صرف خطر فوت شود ؛ لذت مبالغ بیشتری وارد قسمت (الف) شده و در

نتیجه سهم قسمت (ج) کمتر می شود. این به آن معناست که مبلغ پرداختی بیمه گر در صورت حیات بیمه شده کمتر می شود؛ بنابراین می توان گفت سن بیمه شده با ارزش اندوخته بیمه عمر و سرمایه گذاری رابطه عکس دارد.

مکانیزم عملیات بیمه گر در بیمه عمر و سرمایه گذاری به این شرح است:



بیمه عمر و سرمایه گذاری مشترک :

ذخیره ریاضی بیمه های عمر ترکیبی از جمله عمر و سرمایه گذاری این امکان را به بیمه گر می دهد تا بتواند از محل اندوخته بیمه نامه استفاده کند و پوشش هایی را برای بیمه شدگان در نظر بگیرد. بیمه گران در بازار بیمه ای امروز که فوق العاده بازار رقابتی است، از این پوشش ها به عنوان ابزاری برای رقابت هم استفاده می کنند. برخی بیمه گران حتی حق بیمه مربوط به پوشش های اضافی را نیز از محل اصل حق بیمه تامین می کنند و در نتیجه بابت پوشش های اضافی حق بیمه اضافی دریافت نمی کنند. بدیهی است در این صورت ارزش اندوخته بیمه نامه کاهش می یابد؛ چرا که بخشی از آن صرف تامین پوشش های اضافی بیمه نامه می شود، اما مزیتش این است که حق بیمه تمام افراد با در نظر گرفتن پوشش های اضافی یکسان خواهد بود.

چون حق بیمه مربوط به پوشش های اضافی از محل اصل حق بیمه تامین می شود، حق بیمه های دریافتی بیمه گر از تمام افراد یکسان بوده و تفاوت سنی افراد در دریافتی پایان دوره در صورت حیات نمایان می شود، یعنی هرچه سن افراد بیشتر شود ارزش نهایی اندوخته بیمه نامه آنها کمتر است. یکی از پوشش هایی که بیمه گر از محل اندوخته بیمه عمر و سرمایه گذاری تامین می کند این است که علاوه بر بیمه شده اصلی، یک یا چند نفر دیگر (از نزدیکان بیمه شده) را نیز تحت پوشش بیمه عمر قرار دهد. البته این موضوع بستگی به تمایل بیمه گر نیز دارد. بیمه گرانی هستند که تنها بیمه عمر و سرمایه گذاری انفرادی را عرضه می کنند.

لیکن در بیمه عمر و سرمایه گذاری مشترک مثلاً شخصی خود را تحت پوشش بیمه عمر و سرمایه گذاری قرار می دهد و این پوشش علاوه بر خود برای همسر و فرزندان نیز تامین می کند. در این صورت بیمه گذار و بیمه شده اول سرپرست خانواده بوده، بیمه شده دوم همسرش و بیمه شدگان بعدی فرزندانش می باشد. بدیهی است این امر جذابیت بیمه عمر را افزایش می دهد، زیرا فرد با یک پرداخت حق بیمه واحد می تواند چند نفر را تحت پوشش قرار دهد. البته در این صورت بیمه نامه یک اندوخته بیشتر نخواهد داشت، لیکن ارزش این اندوخته نسبت به بیمه عمر انفرادی کمتر است. این کاهش ارزش بدلیل حق بیمه مربوط به خطر فوت بیمه شده دوم به بعد است که از محل اصل حق بیمه تامین شده و در نتیجه مبالغ کمتری نسبت به بیمه عمر انفرادی به حساب اندوخته واریز شده و در نتیجه ارزش نهایی کاهش می یابد.

در بیمه عمر و سرمایه گذاری مشترک، سرمایه فوت بیمه شدگان می تواند یکسان نباشد. بدیهی است که سرپرست خانواده که مسئولیت تامین مالی خانواده را بر دوش دارد، به داشتن سرمایه فوت بیشتری نسبت به سایر افراد خانواده نیاز دارد. در بیمه عمر و سرمایه گذاری تنها بیمه شده اول که سرپرست خانواده است از پوشش از کارافتادگی کلی و دائم می تواند استفاده کند و دیگر بیمه شده ها فاقد این پوشش هستند. تفاوت این پوشش در بیمه عمر مشترک نسبت به انفرادی در این است که اگر بیمه گذار (بیمه شده اول که خود بیمه گذار نیز هست) فوت کند در صورت خرید پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه، علاوه بر اینکه سرمایه فوت به ذی نفع پرداخت می شود، بیمه نامه با سایر بیمه شدگان ادامه یافته و آنها از پرداخت حق بیمه معاف خواهند بود.

خودکشی (suicide) در بیمه های عمر :

خودکشی از دو لغت با ریشه لاتین sui به معنی "خود" و caedere به معنی "کشتن" مشتق شده است و در حال حاضر نه به صورت "خودکشتن" که به خودکشی استعمال می شود. اولین بار این اصطلاح را دوفون فرانسوی در سال ۱۷۳۷ به کار برد. براساس تعریف مورد توافق جهانی، خودکشی تنها راه و آخرین راه برای از بین بردن خودآگاهی فرد در مورد خود است.

اصطلاح خودکشی تنها زمانی استفاده می شود که اولاً شخص آگاهانه اقدام کرده باشد و ثانیاً منجر به از دست رفتن خود گردد، اما در صورتی که فرد اقدام به خودکشی کند ولی نتیجه مرگباری نداشته باشد به آن "اقدام به خودکشی" یا "شبه خودکشی" می گویند. در شبه خودکشی انگیزه اصلی معمولاً مرگ نیست بلکه فرد برای انتقام جویی، قدرت نمایی، اعمال فشار یا جلب توجه به این کار می پردازد، ولی ممکن است منجر به مرگ هم بشود.

مهمترین عامل از منظر بیمه ای در مقوله خودکشی، آگاهانه و عمدی بودن آن است، چرا که بیمه شده با قصد قبلی اقدام به از بین بردن خود می کند. حال این سوال پیش می آید که آیا بیمه گر خسارتی پرداخت می کند یا خیر؟

در مورد این سوال دو دیدگاه وجود دارد، دیدگاه اول در صنعت بیمه کشور ما مرسوم نیست، این است که عمد بیمه گذار (یا بیمه شده) در هر صورت جز استثنائات هر بیمه ای بوده و از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

طرفداران دیدگاه دوم معتقدند که خودکشی ریسک بیمه گران را افزایش می دهد اما گناه بازماندگان و خانواده فردی که اقدام به خودکشی کرده است چیست؟ برطبق این دیدگاه که صاحب نظران علم بیمه در ایران نیز به آن معتقد هستند برای انجام این کار پرداخت سرمایه فوت را در دو سال اول بیمه نامه از شمول تعهدات بیمه گر خارج ساخته اند، یعنی اگر فردی اقدام به خرید بیمه نامه نماید در ۲ سال اول خودکشی کند، سرمایه فوت پرداخت نمی شود و تنها اندوخته بیمه نامه پرداخت می شود، اما اگر خودکشی پس از این مدت اتفاق بیفتد، بیمه گر علاوه بر اندوخته بیمه نامه، سرمایه فوت را نیز پرداخت می نماید. دلیل ایجاد این محدودیت در تعهدات بیمه گر این است که بیمه گران معتقدند اگر فردی با قصد قبلی برای خودکشی، اقدام به خرید بیمه نامه نماید باید حداقل ۲ سال صبر نماید و پس از آن اقدام به خودکشی کند. از طرفی اگر بیمه گذار قبل از خرید بیمه نامه قصد خودکشی نداشته باشد و پس از گذشته ۲ سال به دلایل مختلف اقدام به خودکشی کند و خود را از بین ببرد، این حق او و خانواده اوست که از پوشش بیمه عمر برخوردار باشند؛ لذا در این موارد بیمه گر حتی فوت ناشی از خودکشی را پس از گذشت ۲ سال از بیمه نامه مستثنا نمی کند.

عملیات اتکایی بیمه های عمر و سرمایه گذاری :

عملیات اتکایی در حقیقت پشتوانه ای قوی برای بیمه گران به حساب می آید تا در صورت وقوع خسارت احتمالی، منابع خود را به کلی از دست ندهند. طبق مصوبات شورای عالی بیمه در ماده ۳۴ آئین نامه شماره ۱۳، بیمه گران در بیمه های عمر باید در ۵۰٪ حق بیمه های دریافتی از بیمه گذاران را به صورت اجباری با بیمه مرکزی اتکایی نمایند. این میزان در رشته های اموال و اشخاص (بیمه های غیرعمر) ۲۵٪ حق بیمه است.

به بیان دیگر بیمه گران باید ۵۰٪ حق بیمه مربوط به تمامی رشته های بیمه عمر را نزد بیمه اتکایی اجباری کنند. بدیهی است بیمه گر پس از پرداخت غرامت فوت یا سرمایه حیات به ذی نفعان بیمه نامه ۵۰٪ مبالغ پرداختی خود را از بیمه مرکزی باز یافت می نماید. اتکایی بیمه های عمر در بیمه های ذخیره دار شامل هردو بخش بیمه عمر است؛ یعنی هم ۵۰٪ تعهد بیمه گر در قبال فوت بیمه شده و هم ۵۰٪ تعهد او در صورت حیات بیمه شده، در تعهد بیمه مرکزی قرار می گیرد. به بیان دیگر بیمه مرکزی با دریافت ۵۰٪ حق بیمه، کل تعهدات بیمه گر را به میزان ۵۰٪ با خود تقسیم می نماید. این تعهدات حتی شامل فسخ بیمه نامه و پرداخت ارزش بازخریدی آن نیز می شود.

معافیت مالیاتی سرمایه فوت بیمه عمر :

طبق ماده ۱۳۶ قانون مالیات مستقیم مصوب سال ۱۳۸۱، پرداخت های بیمه گر به ذی نفع بیمه نامه های عمر در صورت فوت بیمه شده ، از مالیات برارث معاف است. دلیل معافیت سرمایه بیمه عمر از مالیات این است که مالیات برارث برآن دسته از مایملک متوفی تعلق می گیرد که در زمان حیات وی وجود داشته و متعلق به خود او بوده است. حال اگر از دنیا رفته، به عنوان ماترک و جهت تغییر مالکیت به نفع وارث مشمول مالیات شده و قسمتی از ارزش این دارایی ها تحت عنوان مالیات برارث از سوی وارث متوفی به اداره مالیات پرداخت می شود . اما سرمایه بیمه عمر (در صورت فوت بیمه شده) جزو این دارایی ها به حساب نمی آید . به بیان دیگر در زمان حیات بیمه شده اصلا وجود خارجی ندارد و به محض فوت او به نفع ذی نفعان دفعتا بوجود می آید ، لذا جز ماترک متوفی به حساب نیامده و از شمول دارایی هایی که مالیات برارث به آنها تعلق می گیرد، خارج می شود. این معافیت مالیاتی یکی از برجسته ترین ویژگی های بیمه عمر است.

قانون انحصار ورثه :

زمانی که شخصی فوت کند ، اگر مایملکی داشته باشد؛ چه مبلغی ناچیز در یک حساب بانکی باشد و چه سرمایه ای عظیم در قالب اموال منقول و غیرمنقول، کلیه مایملک آن تا زمانی که سهم هریک از وارث از ماترک متوفی مشخص گردد ، قابل استفاده نخواهد بود . از این رو وارث قانونی متوفی بدنبال انحصار ورثه افتاده تا طبق رای دادگاه در سایه قانون ارث سهم هریک از آنها از دارایی متوفی مشخص شود. این امور در ایران حداقل ۴-۶ ماه طول می کشد.

از طرفی هدف بیمه عمر این است که بازماندگان بیمه شده که تالمت روحی ناشی از فقدان او را تحمل می کنند ، دچار آسیب های اقتصادی نشوند و حداقل از لحاظ مالی تامین شوند . طبق فرم پیشنهاد بیمه عمر طبق موافقت بیمه گذار و بیمه شده ، سهم هریک از ذی نفعان مشخص شده است؛ لذا بیمه گر به محض اطلاع از فوت بیمه شده و دریافت مدارک مورد نیاز می تواند نسبت به پرداخت سرمایه فوت در وجه ذی نفعان اقدام نماید بدون اینکه نیاز به انحصار ورثه داشته باشد.

بیمه عمر و سرمایه گذاری گروهی :

علاوه براینکه بیمه عمر و سرمایه گذاری بیمه ای که مورد نیاز تمامی مردم است و افراد جامعه به صورت انفرادی می توانند اقدام به خرید این بیمه نامه نمایند، سازمان ها و موسسات و بنگاه های اقتصادی نیز می توانند پوشش های جامع بیمه ای در بخش بیمه عمر و سرمایه گذاری را برای کارکنان خود تهیه نمایند. که رضایت شغلی و تعهد سازمانی آنها را افزایش می دهد. لذا به این قراردادها ، قرارداد بیمه عمر و سرمایه گذاری گروهی می گویند که نسبت به بیمه های انفرادی وجوه افتراقی دارد.

در بیمه عمر و سرمایه گذاری گروهی زمانی تحت عنوان " گروه " اطلاق می شود که افراد به جز قصد تهیه پوشش بیمه، به امری جداگانه دور هم جمع شده باشند و زیر نظر یک کارفرما باشند. بنابراین کارفرما به صورت ماهانه مبلغ حق بیمه این رشته را از حقوق کارکنان خود کسر نموده و به بیمه گر پرداخت می نماید؛ لذا بیمه گر دغدغه ای برای دریافت اقساط ماهانه حق بیمه و عدم وصول آنها ندارد. از دیگر وجوه افتراقی بیمه عمر و سرمایه گذاری گروهی نسبت به انفرادی این است که در بیمه های گروهی اگر حق بیمه از حقوق کارکنان کسر نشده و توسط خود کارفرما به بیمه گر پرداخت شود، معمولا بیمه گذار شخص کارفرماست ، لیکن اگر در طول مدت قرارداد، ارتباط کاری کارمند یا کارگر با کارفرما قطع شود ، این امکان وجود دارد که بیمه گذار از کارفرما به خود کارمند(بیمه شده) انتقال یابد. در این صورت ادامه پرداخت حق بیمه برعهده خود شخص بیمه شده یا کارمند سابق است که از این پس به عنوان بیمه گذار و بیمه شده برای بیمه گر معین شده است.

نکته قابل توجه این است بیمه گذار در حین اعتبار قرارداد بیمه عمر تغییر یابد، لیکن بیمه شده به هیچ عنوان نمی تواند به شخص دیگری تغییر کند. از دیگر وجوه افتراق بیمه عمر و سرمایه گذاری گروهی و انفرادی، دقت بیمه گر در ارزیابی انتخاب ریسک بیمه عمر است . به این معنا که در بیمه های انفرادی بیمه گر دقت بالایی در موارد پزشکی و جسمانی و پیشینه متقاضی از این بابت می نماید، در حالیکه که در بیمه های گروهی بدلیل حجم بالای ورودی حق بیمه و تعداد ریسک های پذیرفته شده توسط بیمه گر ، معمولا بیمه گر افرادی کمتری را برای انجام آزمایش پزشکی به مراکز درمانی معرفی می کند.

دلایل نیاز مبرم افراد جامعه به برخورداری از پوشش بیمه عمر :

- جانشینی برای درآمد : سرمایه بیمه عمر جانشینی برای درآمد خانواده پس از فوت سرپرست خانواده است.
- پرداخت بدهی های معوق : بازماندگان می توانند از سرمایه بیمه عمر به عنوان سرمایه ای برای تسویه پرداخت بدهی های متوفی استفاده نمایند.
- جبران هزینه های نهایی : هزینه تدفین و تشییع پیکر متوفی، خاکسپاری، برگزاری مراسم بزرگداشت، پذیرایی از شرکت کنندگان و از این قبیل موارد استفاده نمود.
- تامین هزینه تحصیلی فرزندان
- جبران هزینه های ضروری: جبران هزینه هایی مثل : درمان بیماری های خاص، هزینه های ازدواج، جهیزیه، تحصیل و...
- نیازهای مخصوص کودکان : بیمه عمر، تامین نیازهای کودکان را حتی در سخت ترین شرایط تضمین میکند.
- استمرار کسب و کار : بیمه عمر می تواند سرمایه ای را در اختیار خانواده قرار دهد تا با استفاده از آن تا مدتی مخارج جاری خود را تامین نماید.
- اطمینان کسب و کار : اول اینکه بدلیل سوددهی دار بودن بیمه های عمر می توان به عنوان یک منبع تولید درآمد به حساب آورد و دوم در سازمان ها مدیران افراد کلیدی خود را به نفع سازمان، تحت پوشش بیمه عمر قرار می دهند. این باعث می شود سرمایه فوت فرد کلیدی بخشی از هزینه های سازمان را در صورت فوت جبران نماید.
- مالیات بر دارایی متوفی : اگرچه طبق ماده ۱۳۶ قانون مالیات های غیرمستقیم، پرداخت سرمایه فوت به ذی نفعان بیمه شده در بیمه عمر از مالیات معاف است، لیکن متوفی پس از فوت ممکن است بابت فعالیت های قبلی خود و سایر دارایی های بدست آورده نیز به نظام مالیاتی کشور بدهکار باشد. بیمه عمر نقدینگی خانواده را توسعه می دهد و آنها را قادر می سازد تا بدهی های مالیاتی متوفی را پرداخت کنند و دارایی های او را حفظ نمایند.
- کمک های خیرانه و انسان دوستانه : کمک به کودکان بی سرپرست، تامین هزینه های کودکان سرطانی، تامین هزینه ازدواج افراد فقیر... البته بیمه شده می تواند در شروع بیمه نامه بخشی از سرمایه را برای یکی از سازمان های مجری امور خیریه تخصیص دهد تا بیمه گر این میزان از سرمایه فوت را به جای پرداخت به ذی نفعان، مستقیماً به سازمان مربوطه پرداخت کند.
- تعادل ارث : قوانین مربوطه به میزان بهره مندی بازماندگان از ماترک متوفی در کشور ما به گونه ای است که به بازماندگان ممکن است مبلغ یکسانی تعلق نگیرد. سرمایه بیمه عمر از طریق افزایش نقدینگی خانواده این امکان را فراهم می کند تا وارث بتوانند به طور متعادل و مناسبی از دارایی های متوفی بهره مند گردند.
- ایجاد درآمد با رعایت احترام متوفی: این مسئله در دو بعد قابل بررسی است. بعد اول اینکه ممکن است متوفی دیونی داشته باشد که پس از فوت سررسید شوند. در این صورت سرمایه بیمه عمر می تواند به آسانی و در کمال احترام متوفی این گونه دیونش تسویه نماید. بعد دوم اینکه سرمایه بیمه عمر چتر حمایتی مناسبی را بر سر بازماندگان متوفی می گستراند. این حمایت بزرگ و ارزشمند، بازماندگان را بی نیاز نموده و می توانند بدون منت امور جاری زندگی خود را بگذرانند.
- امکان لذت بردن از دوران کهولت.

عوامل مهم در خرید بیمه عمر :

- نیازهای خود به بیمه عمر را مرور نمایید.
 - میزان پوشش های مورد نیاز برای خانواده خود را مشخص نمایید.
 - انواع مختلف بیمه عمر را مقایسه کنید.
 - از توانایی مالی خود در پرداخت حق بیمه مطمئن شوید.
 - حتما یک مشاور توانا برای بیمه عمر خود داشته باشید.
 - بیمه نامه جاری خود را ارزیابی کنید.
 - بیمه نامه جاری خود را تا حد امکان نگه دارید.
 - شرایط تجدید بیمه نامه خود را به خوبی درک کنید.
 - بیمه نامه خود را با دقت بخوانید.
 - هرازگاهی مزایا، شرایط و پوشش های بیمه عمر خود را مرور کنید.
- یکی از مهمترین وظایف شبکه فروش حرفه ای بیمه عمر این است که پس از فروش بیمه عمر بتوانند خدمات پس از فروش مناسبی را عرضه نمایند. از مهمترین این خدمات ، ارتباط با بیمه گذار و یادآوری خدمات بیمه ای به اوست.

سیستم صدور بیمه عمر :

صدور بیمه عمر ، همانگونه از عنوان آن برمی آید یک فرایند سیستمی است . به این معنا که شامل سه مرحله ورودی داده ها بیمه گذار و بیمه شده، پردازش این داده ها و تصمیم گیری در مورد رد یا قبول ریسک و در آخر صدور بیمه نامه و ارائه پوشش به بیمه شده می باشد.

البته این سیستم زمانی آغاز به کار می کند که شبکه فروش طی فرایند فروش ، فرم پرسشنامه بیمه عمر را تکمیل نموده و به بیمه گر ارائه داده اند که خود فرایند فروش بحثی کاملا فنی و تخصصی است . لیکن پس از انجام مراحل فروش توسط شبکه فروش بیمه گر، فرم پرسشنامه بیمه عمر که توسط بیمه گذار تکمیل شده و به امضای او و بیمه شده نیز رسیده است به عنوان ورودی ، وارد سیستم صدور بیمه گر می شود.

بیمه گر پس از اخذ این فرم از نماینده، وارد فاز دوم یعنی پردازش اطلاعات موجود در فرم پیشنهاد می شود . نکته اینکه تکمیل فرم پیشنهاد یا حتی پیش دریافت حق بیمه به تنهایی نمی تواند تعهدی را به بیمه گر ایجاد نماید . به بیان دیگر تعهد بیمه گر زمانی آغاز می شود که مرحله سوم، یعنی صدور بیمه نامه انجام شود و بیمه گر اولین حق بیمه را وصول کند.

به هر حال بیمه گر در مرحله پردازش اطلاعات ابتدا ریسک های پیشنهاد شده را به لحاظ صحت و تکمیل بودن آن ارزیابی می نماید. معمولا بیمه گران در اداره صدور بیمه عمر، واحدی تحت عنوان ارزیابی ریسک دارند که مشخصات و سوابق پزشکی و سلامتی بیمه شده را بررسی می نماید . در این قسمت ممکن است این حالات اتفاق بیفتد:

- ممکن است شرایط جسمانی بیمه شده به نحوی باشد که بیمه گر بدون انجام آزمایشات پزشکی ، ریسک ها را بپذیرد و پوشش های بیمه ای را ارائه نماید.
- ممکن است همین شرایط بیمه شده به گونه ای خطرناک باشد که بیمه گر از پذیرش این ریسک امتناع بورزد.
- ممکن است بیمه گر جهت مشخص شدن وضعیت دقیق سلامتی بیمه شده ، اسناد و مدارک پزشکی گذشته وی را طلب کند.
- ممکن است بیمه شده را با دریافت حق بیمه اضافی (یا اضافه نرخ) و یا حتی محدودیت در سرمایه و یا حذف برخی از پوشش های اضافی مانند پوشش بیماری های خاص، بیمه کند.
- ممکن است ارائه پوشش به بیمه شده را منوط به انجام آزمایش های پزشکی دانسته و پس از آن ریسک فوت او را قبول یا رد کند.
- ممکن است پس از انجام آزمایشات پزشکی ، مدتی را معین کند تا ظرف آن مدت بیمه شده به انجام عملیات درمانی بپردازد و پس از آن با بهبود بیمه شده، مجدد از وی آزمایش های پزشکی به عمل آورد و پوشش بیمه ای را ارائه نماید.

پس از این مرحله اداره ارزیابی ریسک اجازه صدور بیمه نامه را کتبا در فرم پرسش نامه اعلام می کند و این فرم وارد مرحله پایانی، یعنی صدور بیمه نامه می شود. در این مرحله کارمندان بخش صدور با استفاده از نرم افزار صدور بیمه نامه، اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد و حق بیمه پرداختی بیمه گذار را وارد سیستم رایانه ای می کنند و رسید آن را پرینت می گیرند، سپس اقدام به صدور بیمه نامه در چندین نسخه می نمایند.

بیمه نامه های صادره به همراه رسید حق بیمه دریافتی، توسط دایره صدور یا دبیرخانه بیمه گر به شبکه فروش (نمایندگان و کارگزاران) تحویل شده و آنها نیز بیمه نامه ها را به بیمه گذار ارائه می نمایند. اما کار در اینجا خاتمه نمی یابد. بیمه گذار باید نسخه های از بیمه نامه را امضا نماید و به همراه یک نسخه از جدول بیمه نامه عمر که آن را نیز امضا کرده است، تحویل نماینده دهد و او نیز پس از بایگانی یک نسخه از آنها، سایر نسخه های مدارک امضا و تصدیق توسط بیمه گذار را جهت امور بایگانی، ارسال برای بیمه مرکزی و... به بیمه گر صادر کننده بیمه نامه ارائه نماید.

شایان ذکر است حق بیمه مربوط به بیمه عمر قبلاً توسط آکچوئران در نرم افزار صدور بیمه نامه تعبیه شده و کاربر صدور با وارد نمودن مشخصات فرم پیشنهاد تنها بیمه نامه را صادر می نماید. محاسبه حق بیمه بر طبق سه عنصر اصلی انجام می شود که عبارتند از: جدول مرگ و میر، محاسبه سود فنی و هزینه های بیمه گری.

جدول مرگ و میر ریسک افراد را برای اکچوئر مشخص می کند. محاسبه سود فنی نیز ارزش دریافت و پرداخت های حال و آینده با در نظر گرفتن ارزش زمانی پول تعیین خواهد کرد. اما هزینه های بیمه گری شامل هزینه های صدور، هزینه های ارزیابی ریسک و کمیسیون می باشد. اکچوئر با انجام محاسبات فنی حول این سه محور اصلی، حق بیمه را تعیین و در نرم افزار صدور بیمه عمر تعریف می نماید.

فرایند پرداخت خسارت در بیمه های عمر :

از آنجایی که پرداخت خسارت نیز جزئی از عملیات بیمه گری است و به بیانی بهتر مهمترین و بزرگترین تبلیغ برای بیمه گر به حساب می آید، در این بخش به چگونگی پرداخت خسارت فوت بیمه شده به ذی نفع بیمه نامه عمر می پردازیم.

در بیمه های غیرعمر، بیمه گذار جهت اعلام خسارت به بیمه گر زمان معینی دارد؛ چرا که بیمه گر این حق را دارد که خسارت واقع شده را ارزیابی کند و آن را طبق شرایط بیمه نامه پرداخت نماید؛ مثلاً در بیمه آتش سوزی، این مدت ۵ روز است، لیکن در بیمه های عمر معمولاً بیمه گران مدت بیشتری را لحاظ می نمایند و یا حتی به طور دقیق زمانی را اعلام نمی کنند؛ زیرا وقتی خانواده ای دچار مصیبت شده و عضوی از اعضای خود را از دست می دهد، به لحاظ روحی و عرفی شرایط اعلام خسارت و دریافت غرامت فوت را ندارد. این امر باعث شده تا بیمه گر در بیمه های عمر یا حادثه، در مورد مهلت اعلام خسارت فوت، رفتار نرمی از خود نشان دهد که البته این مطلب با نفس بیمه های عمر و تامین آسودگی بازماندگان، کاملاً سازگار است. البته این مدت نباید از عرف معمول آن بیشتر باشد؛ مثلاً ذی نفعان نباید پس از ۶ ماه، یکسال یا بیشتر اعلام خسارت نمایند.

به هر حال مدارکی که بیمه گر در زمان اعلام خسارت در بیمه های عمر طلب می کند عبارت است از :

- شناسنامه باطل شده متوفی
- گواهی فوت
- گزارش معاینه جسد تنظیم شده توسط پزشکی قانونی (در مواردی که بیمه شده بعلت حادثه از بین رفته باشد)
- جواز دفن
- اصل بیمه نامه به همراه کپی شناسنامه و کارت ملی ذی نفعان
- نامه نمایندگی مبنی بر درخواست پرداخت غرامت فوت (الزامی نیست)

اداره خسارت بیمه گر پس از دریافت مدارک فوق، گواهی فوت را بررسی می نماید. ممکن است علت فوت در گواهی فوت یک نوع بیماری باشد که بیمه شده قبل از اخذ پوشش بیمه ای، به آن هاراضه مبتلا بوده و از اعلام آن به بیمه گر خودداری نموده باشد. در این گونه موارد بیمه گر با استناد به ماده ۱۲ قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶ که بیشتر بررسی نمودیم، از پرداخت خسارت جلوگیری می نماید. اگر عدم اعلام بیماری سهوی و یا

خارج از آگاهی بیمه شده و بیمه گذار باشد و این موضوع را ذی نفعان به اثبات برسانند ، بیمه گر با توجه به ماده ۱۳ قانون فوق ممکن است تنها اندوخته بیمه نامه را پرداخت نماید یا اینکه خسارت را به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه ای که باید در صورت اظهار بیماری پرداخته می شد ، تقلیل دهد. این موضوع اهمیت بالای تکمیل فرم پیشنهاد را که جز لاینفک بیمه نامه به شمار می رود ، نشان می دهد. ممکن است علت فوت طبق شرایط عمومی بیمه عمر، از شمول تعهد بیمه گر خارج و جز استثنائات باشد . برای نمونه فوت بر اثر شرکت در جنگ یا تشعشعات مواد رادیواکتیو یا خودکشی در دو سال اول بیمه نامه یا گریز از نیروی انتظامی و... باشد که در این صورت نیز بیمه گر غرامت فوت را پرداخت نخواهد کرد . (در بیمه های ذخیره دار همچون بیمه عمر و سرمایه گذاری ، در این گونه موارد تنها اندوخته بیمه نامه پرداخت می شود). اما اگر مدارک کامل باشد و نقطه ابهامی برای بیمه گر وجود نداشته باشد، میزان غرامت با توجه به شرایط بیمه نامه تعیین شده و طی نامه ای برای اداره امور مالی ارسال می شود. این اداره به محض دریافت نامه دایره خسارت، سابقه مالی بیمه نامه را بررسی می کند . ممکن است بیمه گذار این بیمه نامه ، اقدام به دریافت وام از محل اندوخته بیمه نموده و هنوز تمام مبلغ وام را بازپس نداده است. بدیهی است در چنین شرایطی مبلغ مانده بدهی بیمه گذار بابت اقساط وام (با کسر بهره ماه های سررسید نشده) از کل مبلغ غرامت پرداختی بیمه گر ؛ کسر شده و مابقی طبق اولویت ها و مقدار سهم مشخص شده در بیمه نامه به ذی نفعان پرداخت می شود .

اما اگر بیمه نامه به لحاظ مالی سابقه بدهی نداشته باشد، اداره امور مالی پس از دریافت نامه واحد خسارت ، چک غرامات فوت را طبق اولویت ذی نفعان بیمه نامه در وجه هر کدام جداگانه صادر نموده و در اختیار اداره بیمه های عمر قرار می دهد.

این اداره با ذی نفعان تماس می گیرد و آنها را جهت دریافت چک به محل خود فرا می خواند . سپس ذی نفعان با در دست داشتن مدارک شناسایی به بیمه گر مراجعه می کنند و سهم خود از غرامت بیمه نامه را دریافت می نمایند.

بیمه های مستمری: annuity insurance

در آخرین تقسیم بندی که از بیمه های عمر در آئین نامه شماره ۶۸ به عمل آمده ، بیمه های عمر به چهار دسته اصلی : بیمه های عمر به شرط فوت، بیمه های عمر به شرط حیات ، مختلط و مستمری تقسیم نموده است.

این اولین بار است که نام بیمه مستمری در آئین نامه بیمه های عمر به چشم می خورد ، البته این تنها در حد یک نام بوده و در این آئین نامه یا آئین نامه های مجزا تاکنون هیچ شرایطی برای بیمه مستمری تعیین نشده است. لیکن طبقه آنچه در دنیا رایج است، عموماً بیمه مستمری این چنین تعریف می شود : "بیمه مستمری یک قرارداد مالی بین بیمه گر و بیمه گذار است که طی آن بیمه گر تعهد می کند مبالغ مشخصی را به صورت یکجا یا سالیانه یا ماهانه در طول یک مدت زمانی مشخص به مستمری بگیر بپردازد . پرداخت این مستمری از زمان خاصی (مثلاً فوت بیمه شده) آغاز شده و تا زمان خاصی ادامه می یابد." در ایران در حال حاضر هیچ بیمه مستمری در سبد بیمه ای بیمه گران وجود ندارد.

به طور کلی چهار گروه عمده برای بیمه های مستمری وجود دارد که عبارتند از :

- بیمه های مستمری ثابت و متغیر
- بیمه های مستمری تضمینی
- بیمه مستمری مشترک
- بیمه مستمری بیماران خاص

بیمه های مستمری ثابت و متغیر :

آن دسته از مستمریهایی که صرف نظر از ماهانه یا سالانه بودن ، میزان ثابتی دارند یا با درصد ثابتی رشد می کنند را اصطلاحاً مستمری ثابت می نامند. ممکن است میزان مستمری متوالی در دو ماه متوالی، یکسان نباشند، لیکن درصد رشد ثابتی داشته باشند . در این صورت مستمری را ثابت فرض می کنیم. در مقابل، بیمه های مستمری متغیر به نتایج سرمایه گذاری بیمه گر بستگی داشته و تابعی از میزان سودآوری بیمه گر است. لذا مبلغ ماهیانه یا سالانه مستمری متغیر ، از قبل مشخص نیست.

بیمه های مستمری تضمینی :

در این نوع بیمه های مستمری ، بیمه گر در ابتدا یک سرمایه ای را از بیمه گر گرفته و تا مدت معینی (مثلا ۱۰ سال) نزد خود نگه می دارد . اگر بیمه گذار که خود بیمه شده نیز هست در طول مدت ۱۰ سال فوت کند ، ذی نفعان سرمایه ای که روز اول به بیمه گر داده است را به علاوه سودی که به آن تعلق گرفته دریافت می کنند . اما اگر زنده بماند و این دوره ۱۰ ساله تمام شود ، بیمه گر سرمایه اولیه را به او برگردانده و تا مدت معینی یا اینکه پایان عمر ، مستمری تضمین شده ای را پرداخت می کند . رقم این مستمری بیشتر از مستمری معمولی است ، چرا که بیمه گر ریسک کمتری داشته و افرادی که در طول مدت انتظار فوت کنند را جزو مستمری بگیران به حساب نمی آورد . بنابراین افرادی که زنده می مانند می توانند میزان بیشتری دریافت نمایند .

بیمه های مستمری مشترک :

این نوع مستمری برای همسران پیشنهاد می شود . یک زوج می توانند با خرید این مستمری از بیمه گر این تعهد را دریافت کنند که اگر یکی از آنها تا زمان معینی فوت کند ، فرد باقیمانده تا پایان عمر مستمری دریافت نماید . البته در بیمه های عمر مشترک نیز چنین موردی قابل روئیت است . لیکن در این بیمه نامه برخلاف بیمه های عمر و سرمایه گذاری مشترک ، بیمه گر در صورت زنده ماندن افراد پس از انقضای مدت بیمه نامه ، هیچ تعهدی ندارد .

بیمه مستمری بیماران خاص :

البته معنای کلمه به کلمه معادل لاتین عبارت فوق را باید " بیمه مستمری ناتوانان " نامید . اما منظور بیمه گر این بوده که امروزه بیماری های وجود دارد که در صورت وقوع ، فرد به تنهایی نه توان رویارویی و مبارزه و فائق آمدن بر آنان را دارد و نه به لحاظ مالی توان جبران هزینه های درمان را . بنابراین گرانی هزینه های درمانی فرد را از درمان بهینه بیماری خود ناتوان سازد . از طرف دیگر این افراد دیگر توان خود را برای کارکردن و کسب درآمد تا حد قابل توجهی از دست خواهند داد که نتیجه آن کاهش درآمد است . لذا افراد در سنین جوانی و حالت سلامتی ، با خرید این نوع از بیمه های مستمری ، در صورت ابتلا به بیماری های خاص و صعب العلاج مشمول دریافت مستمری ماهانه می شوند .

بیمه حوادث

• بیمه های حوادث :

حادثه عبارت از عملی که بصورت ناگهانی اتفاق افتاده ، بر اثر یک عامل خارجی بوده و خارج از اراده فرد باشد. گذشته از تعریف حادثه ، موضوع و محور این بیمه نامه حوادثی است که می تواند به فوت، نقص عضو، ازکارافتادگی دائم کلی و یا جزئی و یا از کارافتادگی موقت و صدمات بدنی منجر گردد. خطر فوت ، ازکارافتادگی و نقص عضو ، پوشش های اصلی در بیمه های حوادث می باشند و خطرات غرامت بستری در بیمارستان یا منزل و هزینه های پزشکی ناشی از صدمات و جراحات ناشی از حادثه ، خطرات تبعی هستند.

• انواع خطرات در بیمه حوادث :

۱. خطرات مشمول:

آن دسته از خطراتی هستند که موضوع بیمه حادثه قرار دارند و به طور عادی بیمه حادثه شامل آنها بوده و در شرایط عمومی بیمه حادثه به آنها اشاره شده است. در صورت بروز این خطرات در تمامی بیمه های حادثه ، بیمه گر مسئول پرداخت غرامت است. این خطرات شامل این موارد هستند:

- تصادف با وسایل نقلیه
- غرق شدن
- سقوط
- آتش سوزی ، انفجار و خطرات ناشی از صاعقه و یا هر نوع برق گرفتگی
- خسارات ناشی از نجات دادن اشخاص در معرض خطر
- تهاجم یا سو قصد علیه بیمه شده
- دفاع مشروع بیمه شده از خود
- مسمومیت غیر عمدی بر اثر رها شدن اتفاقی و ناگهانی گازها و بخارها
- مسمومیت خون
- پاره شدن عضلات و رگ ها بر اثر تقلای زیاد
- ابتلا به هاری ، کزاز و سیاه زخم

۲. خطرات مخصوص:

بیمه شده علاوه بر فعالیت روزمره خود که غالباً در محیط کار او رخ می دهد ، ممکن است اقدام به فعالیت هایی خاصی بنماید که ریسک بروز حادثه را افزایش دهد . در این صورت بیمه گذار می تواند برخی از این خطرات را با انتخاب در فرم پیشنهاد و البته با پرداخت حق بیمه اضافی، از بیمه گر خریداری نماید. نکته اینکه توافق بیمه گر بر ارائه این خطرات ، در شرایط خصوصی بیمه نامه قید می شود . برخی از این خطرات عبارتند از :

- رانندگی و هدایت اتومبیل های مسابقه ای و حرفه ای
- رانندگی و هدایت هرگونه موتورسیکلت
- هدایت و سرنشینی هواپیماهای آموزشی، اکتشافی و غیر تجاری و نیز هلیکوپتر به استثنای هلیکوپتر و هواپیمای نظامی

- هدایت کایت و یا هرگونه هواپیمای فاقد موتور
- فعالیت های حرفه ای در ورزش های کوهنوردی ، شکار ، سوارکاری، قایقرانی، فوتبال، کشتی، بوکس، پرش اسکی روی آب ، غواصی ، پرش با چتر نجات، پاتیناژ، جامپینگ و سایر ورزش های سنگین.

۳. خطرات استثنا

این دسته از خطرات تحت پوشش بیمه گر نیست و همانطور که در شرایط عمومی قید شده است ، از شمول و تعهدات او خارج است. بیمه گذار حتی با پرداخت حق بیمه اضافی نیز نمی تواند تعهد بیمه گر را برای اینگونه از خطرات خریداری نماید. این خطرات عبارتند از :

- خودکشی یا اقدام به آن
- وارد ساختن صدمه عمدی به بدن
- اقدام به حمله ، نزاع و دعوا
- فوت یا صدمه وارده، هنگام ابتلا به جنون و یا در حالت غیرارادی (مثل رفتن در هنگام خواب) مگر اینکه جنون و یا حالت غیرارادی بر اثر حادثه مشمول بیمه اتفاق افتاده باشد.
- فوت یا صدمه بدنی بر اثر مصرف الکل، مواد مخدر و یا هرگونه مواد روان گردان و محرک دیگر بدون تجویز پزشک
- فوت و یا صدمه ناشی از عمل جراحی یا به کار گیری اشعه درمانی برای درمان بیمه شده ، مگر اینکه وقوع حادثه مشمول بیمه ، لزوم اعمال مذکور را ایجاب کرده باشد.
- حوادث ناشی از تاثیر مستقیم اشعه یونساز یا تشعشعات اتمی و رادیواکتیو
- فوت و یا ضایعات بدنی ناشی از انواع بیماری ها اعم از مزمن و غیرمزمن، عفونی و غیرعفونی، بیماری های روانی و فتق، دیسک و صرع و سکتته مگر اینکه در نتیجه حوادث مشمول بیمه بوجود آمده باشد.

انواع پوشش های بیمه حوادث :

خطرات باید چه عوارضی بدنال داشته باشند تا در حیطه تعهدات شرکت بیمه قرار بگیرند. خطرات مشمول و مخصوص بیمه حادثه زمانی که به بیمه شده ارائه می شود او را در مقابل این اتفاقات بیمه می کنند :

۱. فوت ناشی از این خطرات
 ۲. ازکارافتادگی و نقض عضو کامل دائم ناشی از این خطرات
 ۳. ازکارافتادگی و نقض عضو جزئی ناشی از این خطرات
- به جز خطرات اصلی که در بالا اشاره شد خطرات تبعی و اضافی با پرداخت حق بیمه اضافی از سوی بیمه گذار می توانند در زمره خطرات مشمول بیمه حوادث قرار بگیرند. این پوشش های اضافی عبارتند از:

۱. جبران هزینه های پزشکی ناشی از حادثه در طول مدت بیمه نامه تا سقف ۱۰٪ سرمایه بیمه حادثه.
 ۲. غرامت روزه بستری عمومی (بستری در منزل) به دلیل عدم توانایی در انجام فعالیت های روزمره.
 ۳. غرامت روزه بستری در بیمارستان به دلیل عدم توانایی در انجام فعالیت روزمره.
- خطرات تبعی نمی توانند جداگانه تحت پوشش قرار گیرد و حتما باید بیمه حادثه ای (پوشش های اصلی) خریداری شود تا بیمه گر بتواند به تبع آن یک یا چند پوشش تبعی را نیز به بیمه گذار ارائه دهد.
- بیمه های حوادث را می توان به طور کلی به ۲ دسته بیمه حوادث انفرادی و گروهی تقسیم کرد. البته اکثر بیمه های حوادث انفرادی است ، لیکن بیمه های گروهی نیز به جهت تامین بیمه ای کارکنان سازمان ها ، موسسات، شرکت ها و... کاربرد بالایی دارند.
- از طرفی می توان در بیمه های حوادث اعم از انفرادی یا گروهی ریسک بیمه گر را به نوعی محدود کرد، مثلا تعهد بیمه گر را تنها در محیط کاری بیمه شده قرار داد که به آن بیمه حوادث شغلی می گویند یا اینکه این تعهد را محدود به مسافرت خاصی کرد مانند بیمه حوادث مسافران خارج از

کشور یا اینکه زمان زمان و مکان تعهد بیمه گر را محدود به زمان و مکان خاصی کرد، لیکن بیمه حوادث اکثراً بصورت پوشش خطرات ناشی از حوادث تمام اوقات و در هر مکان در طول مدت بیمه نامه می باشد. بدیهی است که هرچه تعهد بیمه گر محدود به زمان و مکان خاصی بشود، میزان حق بیمه نیز بنابه کاهش ریسکی که اتفاق افتاده است و طبق محاسبات اکچوئری حق بیمه، کاهش می یابد.

انواع بیمه حوادث عبارتند از: بیمه حوادث انفرادی، بیمه حوادث خانواده، بیمه حوادث مسافران خارج از کشور، بیمه حوادث شغلی، بیمه حوادث ایام ماموریت، بیمه حوادث دانش آموزی و دانشجویی، بیمه حوادث ورزشی و بیمه حوادث گروهی.

بیمه حوادث انفرادی :

این نوع بیمه یکی از رایج ترین انواع بیمه های حادثه است که با توجه به نرخ مناسبی که دارد می تواند مورد استفاده تمامی افراد، با هر سطحی از درآمد، قرار گیرد. بیمه شده در این نوع بیمه حادثه، ۲۴ ساعته و بدون محدودیت مکانی، تحت پوشش بیمه گر است.

بیمه شده در این نوع بیمه نامه می تواند فعالیت های جاری زندگی خود را انجام دهد، مسافرت هوایی انجام دهد، رانندگی نماید، موتور سیکلت براند و ... لیکن استفاده دائمی بیمه شده از این موارد باید با اطلاع و اجازه بیمه گر باشد. همانطور که قبلاً اشاره شد در بیمه عمر، این سن بیمه شده بود که ملاک محاسبه حق بیمه قرار می گرفت؛ به عبارتی افزایش سن بیمه شده نرخ حق بیمه را نیز افزایش می داد. چون هرچه سن بیمه شده بیشتر باشد ریسک فوت او نیز بالاتر است. در بیمه حوادث انفرادی آنچه بیمه گر را برای ارائه نرخ حق بیمه هدایت می کند، شغل بیمه شده است، چرا که هرچه شغل بیمه شده خطرناک تر باشد، ریسک بوجود آمدن حادثه نیز برای او بیشتر است.

برهمن مبنای افراد در بیمه حوادث به پنج طبقه شغلی تقسیم می شوند که نرخ هر طبقه با توجه به درجه خطرناکی مشاغل موجود در آن طبقه، در نظر گرفته شده است و از مورد اول تا پنجم حالت صعودی دارد.

جدول ۱۱

ردیف	نام طبقه	نرخ حق بیمه (در هزار)	نمونه شغل
طبقه ۱	مشاغل بسیار کم خطر ^۱	۱/۲	کارکنان اداری، دانشجو و... (پشت میز نشین ها)
طبقه ۲	مشاغل کم خطر ^۲	۱/۵	دندان پزشک، بازاریاب، مهندس ناظر، خانه دار، دوزنده و ...
طبقه ۳	مشاغل نسبتاً خطرناک ^۳	۲/۲	کشاورز، نجار، نقاش، جوشکار، راننده شهری و ...
طبقه ۴	مشاغل خطرناک ^۴	۲/۸	پرسکار، راننده بین شهری و ...
طبقه ۵	مشاغل بسیار خطرناک ^۵	۳/۵	مامور آتش نشانی، خلبان، کارگر معادن، متصدی انفجار و ...

۱. افراد این طبقه کمترین احتمال را برای رویارویی با حادثه دارند.
۲. این طبقه شامل افرادی است که نسبت به طبقه اول خطر بیشتری دارند. این افراد معمولاً علاوه بر فکر خود از دست خود نیز استفاده می کنند، اما ابزار مورد استفاده آنها، ابزار سخت صنعتی نیست.
۳. متخصصان و یا نیمه متخصصان مشاغل صنعتی در این طبقه قرار داشته و معمولاً با ادوات صنعتی سروکار دارند.
۴. این طبقه شامل افرادی است که با ماشین آلات و ادوات خطرناک سروکار داشته یا اینکه مشاغل خطرناک دارند.
۵. این طبقه خطرناک ترین مشاغل را در برمی گیرد. این افراد در زندگی روزمره خود با بیشترین خطر و بالاترین احتمال رویارویی با حوادث ناگهانی مواجه اند.

در این قسمت لازم است با طبقه‌بندی برخی مشاغل مهم و فراگیر آشنا شویم:
جدول ۱۲

طبقه	شغل
۱	پیمانکار شرکت نفت، گرافیست، رئیس کمیته امداد، رئیس اداره، کارمند، کارمند ارز، مدیر تالار، مدیر امور اداری، مدیر آموزش، مدیر برنامه‌ریزی، مدیر فروشگاه، مدیر داخلی هتل، مدیر چاپخانه، مدیر مسافرخانه، مدیرعامل کارخانه، مشاور، مسئول دفتر، متصدی سردخانه، مسئول دبیرخانه، منشی پزشکی، واسطه معاملات ملکی
۲	مدیر آژانس تاکسی، مدیر تولیدی، کودک، کارمند حسابدار، نقاش، هنرمند، کارمند بازنشسته، کارمند فروشگاه، بازنشسته فروشگاه، کارمند آزمایشگاه، کارمند فروش، بازاریاب، کارمند تدارکات، مدیر کلینیک، مدیر تولیدی خیاطی، مدیر تأسیسات، مدیر آموزشگاه فنی، مدیر پروژه، خانه‌دار، پرستار، مدیر آموزشگاه آرایش و پیرایش، پرسنل داروخانه، دستیار دندان‌پزشک، تعمیرکار کامپیوتر، فیزیوتراپیست، پزشک عمومی، پزشک متخصص، آرایشگر، کارمند نمایشگاه ماشین، مهندس معمار، مهندس، معاون دفتر فنی، کارشناس معماری داخلی، مسئول چاپخانه، مدیر کارخانه برق، طراح خانه، مدیر باشگاه، رئیس باشگاه ورزشی، رئیس فدراسیون ورزشی، نصاب موکت و پارکت و کاغذدیواری، مهندس صنایع نساجی
۳	نصاب کولر، کارگر، کارمند نیروهوایی، مدیر پروژه صنعتی و شیمیایی، نان‌پز، انباردار، کشاورز، ویزیتور طلا، امدادگر و اورژانس، شاگرد راننده، شوفر راننده، راننده سواری، راننده مینی‌بوس، راننده وانت، معلم ورزش، معمار (بنا)، کمک مربی ورزش، مربی ورزش، مکانیک، نصاب لوازم صوتی و دزدگیر، نصاب تابلو، کارگر چاپخانه، نساج
۴	کارمند پمپ بنزین، کارمند پالایشگاه، راننده کامیون، راننده موتورسیکلت، آتش‌نشان جنگل، اپراتور برش فلزات، اپراتور فلز، اپراتور پرس، اره‌کار فلز، اره‌کش چوب، اکسیژن پرکن، آهن‌بر با جوش، بارگیر وسایط نقلیه، بازیگر، مهندس معدن، مربی بدن‌سازی، برق‌کار ساختمان، سنگ‌کار، سیمان‌کار
۵	کارمند تست بارگیری، سرپرست حفاری، تحصیل‌دار با هدایت موتورسیکلت، آتش‌نشان، اپراتور پالایش نفت، آتش‌کار معدن، نمونه‌بردار معدن، کمک‌خلبان، ورزشکار حرفه‌ای، اسیدساز، اسیدکار، کلیشه‌ساز، افسران وظیفه نیروهای نظامی، امدادگر آتشنشانی

البته نرخ حق بیمه‌های مندرج در جدول ۱۲ برای خطرات اصلی؛ یعنی فوت، ازکارافتادگی (کلی یا جزئی) و نقص عضو است. نرخ اضافی خطرات تبعی نیز طبق جدول ۱۳ می‌باشد:

جدول ۱۳

طبقة	پوشش جبران هزینه های پزشکی برای هر ۱۰۰ ریال سرمایه هزینه پزشکی	گرامت روزانه بستری عمومی برای هر ۱۰۰ ریال تعهد گرامت روزانه	گرامت روزانه بستری بیمارستان برای هر ۱۰۰ ریال گرامت روزانه
۱	۰/۸	۱۸۰	۵۵
۲	۱/۱	۲۷۰	۷۰
۳	۱/۵	۵۴۰	۱۲۰
۴	۲/۵	۷۲۰	۲۲۵
۵	۳	۹۰۰	۳۷۰

توضیحات

- حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه گر برای هر حادثه نمی تواند از ۱۰٪ سرمایه بیمه فوت و نقص عضو تجاوز کند.

- حداکثر گرامت روزانه بستری عمومی مورد تعهد بیمه گر نمی تواند از ۱۲٪ سرمایه بیمه فوت و نقص عضو تجاوز کند. میزان یادشده در مدت بستری بیمه شده در بیمارستان تا ۲۴٪ سرمایه فوت و نقص عضو افزایش می یابد.

- حداکثر گرامت روزانه بستری بیمارستانی مورد تعهد بیمه گر نمی تواند از ۲۴٪ سرمایه بیمه فوت و نقص عضو تجاوز کند.

ممکن است بیمه شده در فرم پیشنهاد اعلام کند که غیر از شغل اصلی فعالیت خاصی نیز انجام می دهد که آن فعالیت ریسک بروز حادثه را برای بیمه گر افزایش می دهد. در این صورت بیمه گر با در نظر گرفتن نرخ اضافی و دریافت حق بیمه مضاعف حوادث ناشی از انجام آن فعالیت را نیز پوشش می دهد. برخی از این فعالیت ها عبارت اند از: شکار، غواصی، کوهنوردی، هدایت موتور سیکلت، هدایت اتومبیل مسابقه ای، پرش با چتر، جامپینگ، ورزش های رزمی و غیره.

البته ذکر این موارد از سوی بیمه شده هنگامی ضروری است که بیمه شده مدام و در طول شبانه روز یا چند روز یکبار به آن می پردازد، اما اگر به صورت تفتنی و گاه گاه انجام می دهد، تأثیری بر نرخ حق بیمه ندارد. لیکن بر طبق اصل حد اعلاى حسن نیت

حتی اگر موردی در پیشنهاد بیمه نامه قید نشده باشد نیز، متقاضی بیمه نامه باید در پیشنهاد به بیمه گر اعلام نماید. در غیر این صورت بیمه گر می تواند هنگام بروز حادثه احتمالی با استناد به ماده ۱۲ قانون بیمه خسارت واقع شده را پرداخت ننماید.

همان طور که قبلاً هم عنوان شد این خطرات که خطرات مخصوص به حساب می آیند، با دریافت حق بیمه اضافی از سوی بیمه گر، بیمه پذیر می باشند. نکته اینکه اضافه نرخ این خطرات صرف نظر از اینکه بیمه شده در کدام طبقه قرار دارد، با توجه به طبقه اول محاسبه می شود. مبنای محاسبه حق بیمه اضافی در خطرات مخصوص جدول ۱۴ است:

جدول ۱۴

موضوع خطرات مخصوص	اضافه نرخ
شکار	٪۱۵
سوارکاری	٪۲۰
قایقرانی	٪۳۰
هدایت موتورسیکلت دنده ای	٪۸۰
هدایت و یا سرنشینی هواپیماهای آموزشی (به استثنای هواپیمای نظامی)، اکتشافی و غیر تجاری	٪۱۵۰
هدایت و یا سرنشینی اتومبیل مسابقه ای	٪۱۷۰
هدایت و یا سرنشینی هلی کوپتر (به استثنای هلی کوپتر نظامی)	٪۲۰۰
خواصی	٪۲۰۰
پرش با چتر نجات (به جز سقوط آزاد)، هدایت کایت یا هواپیما و سایر وسایط پروازی بدون موتور	٪۳۰۰

توضیحات

- در مورد خطراتی که در جدول ۱۴ ذکر نشده است، متصدی صدور بیمه نامه باید قبل از صدور، اضافه نرخ مربوط به خطر اعلام شده را از طریق مسئولین دایره حوادث شرکت بیمه مورد نظر کسب نماید.

- اگر متقاضی بیمه حادثه، چند خطر از خطرات مندرج در جدول ۱۴ را درخواست نماید، نرخ های حق بیمه نباید با یکدیگر جمع شوند، بلکه بالاترین نرخ به عنوان اضافه نرخ در نظر گرفته خواهد شد.

در بیمه های حوادث برای جلوگیری از اثر تورم بر سرمایه بیمه نامه ، معمولاً بیمه نامه ها را برای مدت یکسال تنظیم نموده و در پایان بیمه نامه جدید با سرمایه جدید صادر می شود. در حال حاضر علاوه بر صدور بیمه نامه یکساله ، بیمه گران با استفاده از الگوی بیمه عمر و سرمایه گذاری با در نظر گرفتن ضریب تعدیل برای سرمایه بیمه حادثه ، قادرند بیمه نامه بیش از یکسال نیز با سرمایه افزایشی صادر نمایند تا بیمه گذار در پایان هر سال مجبور به تمدید پوشش بیمه ای از طریق صدور بیمه نامه جدید نبوده و تنها حق بیمه خود را پرداخت نماید.

بیمه حوادث خانواده :

بیمه گران در این بخش شغل بیمه شدگان را ملاک قرار نمی دهند . این یعنی افراد یک خانواده اگر بصورت کلی (تمام اعضای خانواده متشکل از پدر ، مادر و تمام فرزندان) تحت پوشش بیمه حادثه قرار گیرند، بیمه گر با اعلام یک نرخ کلی ، پوشش بیمه ای حادثه را برای تمام اعضای خانواده ارائه می دهد .

نرخ حق بیمه در این رشته معمولاً ۱ در هزار برای پدر و مادر خانواده یا به عبارت دقیق تر برای افراد بالای ۱۸ سال خانواده است و حتی اگر فرزندان باشند و بالای ۱۸ سال، سن داشته باشند. برای فرزندان زیر ۱۸ سال نیز نرخ حق بیمه ۵٪ در هزار است . نکته اینکه پوشش جبران هزینه های پزشکی ناشی از حادثه برای کل اعضای خانواده در طول مدت بیمه نهایتاً ۱۰٪ سرمایه فوت و نقض عضو پوشش خواهد داشت ؛ مثلاً اگر سرمایه یک بیمه حادثه خانوادگی ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال باشد ، به این معناست که فوت و نقض تمام اعضای خانواده تا ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال برای هر یک از اعضای خانواده پوشش داشته و به منظور جبران هزینه های پزشکی ناشی از حادثه برای کل اعضای خانواده در طول مدت بیمه نامه نهایتاً تا ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال از سوی بیمه گر پرداخت می شود.

بیمه حوادث تحصیلی :

بیمه گر در این بیمه نامه با عقد قرارداد گروهی با موسسات آموزشی از جمله کلیه مدارس ، آموزشگاه ها ، دانشگاه ها ، دانش آموزان و یا دانشجویان این مراکز را تحت پوشش بیمه حادثه قرار می دهد. این نوع بیمه در طبقه اول بیمه حوادث گروهی قرار می گیرد که در ادامه به تفصیل آمده است . ممکن است بیمه گر ریسک خود را در این رشته محدود نماید؛ مثلاً مدت بیمه نامه را از یکسال به مدت تحصیل (مثلاً ۹ ماه کاهش دهد یا اینکه تعهد شبانه روزی خود را به ساعات تحصیل دانش پژوه در موسسه مربوطه محدود نماید. دلیل اعمال این محدودیت ها یکی کنترل ریسک بیمه گر است و دیگر اینکه بتواند با انجام این تعدیلات نرخ حق بیمه را کاهش دهد و نظر بیمه گذار را با توجه به منابع مالی بودجه شده ، جلب نماید.

حق بیمه مربوط به این رشته بسیار نازل است . دلیل اول این قیمت پایین ، در تعداد زیاد بیمه شدگان است. هرچه ورودی صندوق حق بیمه ها بیشتر باشد موجودی آنها را افزایش می دهد و از طرفی ریسک موضوع بیمه بین افراد بیشتری تقسیم می شود و در نتیجه امکان تحقق آن در مقیاس درصدی ، برای بیمه گر کاهش می یابد. دلیل دوم نازل بودن حق بیمه در این بخش ، تبلیغات بیمه گران است . بیمه گران با ارائه این پوشش در بخش بیمه های دانش آموزی و دانشجویی در حقیقت می توانند به نوعی تبلیغات برای سایر رشته ها نیز برسند، چرا که وسعت بیمه شدگان بسیار بالاست و نفوذ بیمه گر در خانواده ها و اقشار زیادی از جمعیت خواهد بود.

بیمه حوادث ورزشی :

انجام فعالیت های حرفه ای ورزشی ، ریسک بروز حوادث ناگهانی را افزایش می دهد . افرادی که مبادرت به انجام مستمر این فعالیت ها به صورت حرفه ای می نمایند ، بهتر است از طرف باشگاه یا فدراسیون مربوطه تحت پوشش یک بیمه نامه حوادث گروهی ورزشی قرار بگیرند. همچنین این بیمه نامه می تواند ورزشکاران شرکت کننده در یک دوره خاص مسابقات را نیز تحت پوشش قرار دهد. البته ذکر این نکته ضروری است که در کل، خرید بیمه حادثه به هیچ منافی مسئولیت بیمه گذار نیست ، مثلاً اگر بر طبق قانون یا آئین نامه خاصی مسئول یک باشگاه در بروز یک حادثه مقصر شناخته شود ، طبق قانون بیمه مسئولیت مدنی باید دیه فرد را بپردازد . در چنین مواردی معمولاً بیمه گذاران به جای خرید پوشش حادثه ، اقدام به خرید پوشش در بخش مسئولیت نموده تا مسئولیت قانونی خود را تحت پوشش قرار دهند . در اینگونه موارد اینکه بیمه گذار ، بیمه حادثه هم برای بیمه شده خریده باشد ، تاثیری در حکم دادگاه نخواهد داشت.

بیمه حوادث شغلی :

هر نوع حادثه ای که مربوط به کار و شغل بیمه شدگان باشد در این بیمه نامه پوشش دارد. علاوه بر حوادثی که در محیط کار و در زمان کار اتفاق می افتند، حوادث ایاب و ذهاب به محل کار نیز تحت پوشش است. اما حوادثی که خارج از زمان کار است و ارتباطی با شغل بیمه شدگان ندارد، تحت پوشش قرار نمی گیرد. به همین دلیل بیمه گر در زمان بروز خسارت احتمالی، به دنبال رابطه علیت بین اتفاق حادث شده و ارتباط آن با شغل بیمه شده است. اگر این علیت وجود نداشته باشد، بیمه گر می تواند از پرداخت خسارت امتناع ورزد. در این بیمه نامه چون تعهد بیمه گر محدود به شغل بیمه شده است، حق بیمه معمولاً دو سوم حق بیمه مادر یا همان حق بیمه رشته حوادث انفرادی است.

بیمه حوادث ایام ماموریت :

به جز بیمه حوادث شغلی، اگر حالتی پیش آید که بیمه شده در وضعیت تشدید ریسک قرار بگیرد، به عنوان مثال به ماموریت خاصی اعزام شود که ریسک بروز حادثه را افزایش دهد، باید از قبل از عزیمت به آن ماموریت نسبت به خرید بیمه نامه حوادث ایام ماموریت اقدام نماید. بدیهی است مواردی از قبیل: مدت ماموریت، شغل اصلی بیمه شده، نوع فعالیتی که باید در ماموریت انجام دهد، نوع وسیله نقلیه مورد نظر، محل اعزام و... از جمله مواردی هستند که در تعیین میزان نرخ حق بیمه این بیمه نامه موثرند. اگر بیمه شده از قبل تحت پوشش بیمه حوادث شغلی باشد، ممکن است بیمه گر بیمه نامه جدیدی برای خطر ماموریت نفروخته و تنها با دریافت حق بیمه اضافی بر روی بیمه حوادث شغلی، ریسک ایام ماموریت بیمه شده را نیز تحت پوشش قرار دهد.

بیمه حوادث سرنشینان وسایل نقلیه موتوری :

این بیمه نامه در حقیقت سرنشینان وسیله نقلیه را در مقابل حوادثی که آنها را تهدید می کنند، تحت پوشش بیمه قرار می دهد. همانطور که می دانید در بیمه های اموال و در بخش بیمه اتومبیل سه نوع بیمه بدنه اتومبیل، بیمه مسئولیت شخص ثالث و بیمه حوادث سرنشینان، معمول و رایج است که تنها یک نوع بیمه آن (بیمه بدنه اتومبیل) جز بیمه اموال است. بیمه شخص ثالث در زمره بیمه مسئولیت و بیمه سرنشینان در زمره بیمه حوادث قرار دارند که به علت اشتراک مفهومی اتومبیل، معمولاً همگی در شاخه بیمه اتومبیل نشان داده می شوند. حتی بیمه حوادث سرنشینان و بیمه شخص ثالث در یک فرم و یا گواهی بیمه نامه به بیمه گذار عرضه می شوند. در هر حال حوادثی که سرنشینان اتومبیل هنگام تصادف، سقوط و یا انفجار اتومبیل تهدید می کنند در این نوع بیمه نامه ها تحت پوشش قرار می گیرند. عواملی از قبیل: ظرفیت قانونی اتومبیل، نوع وسیله نقلیه و... در تعیین نرخ حق بیمه این رشته تاثیر گذارند.

بیمه حوادث مسافران خارج از کشور :

اگر بیمه شده قصد مسافرت داخلی داشته باشد در زمره بیمه حوادث مسافرتی داخلی قرار می گیرد و بیمه گر با ارائه نرخ طبقه ۳ می تواند پوشش حادثه را به او ارائه نماید، اما اگر بیمه شده از یکی از مرزهای دریایی، زمینی یا هوایی کشور عبور کند دیگر مسافرت داخلی نیست و باید اقدام به خرید بیمه حوادث مسافران خارج از کشور نماید.

کلیه کسانی که از کشور خارج می شوند در معرض حوادث گوناگونی قرار دارند که بعضاً می توانند هزینه های بالای درمانی یا... به بار آورند. صدور بیمه نامه در کشور مبدا توسط یکی از بیمه گران داخلی آسان است، اما اینکه این بیمه گر خسارت احتمالی را در سراسر دنیا چگونه می تواند ارزیابی و پرداخت نماید، مشکل به نظر می رسد. به همین منظور سازمانی با وسعت جهانی باید وجود داشته باشد تا بتواند فرایند بیمه گری را در سراسر دنیا با کیفیتی قابل قبول ارائه نماید. تا سال ۱۹۸۰ چنین سازمانی وجود نداشت، اما پس از آن یک شرکت بین المللی بنام AXA تاسیس شد و تا حدی پیشرفت نمود که امروزه یکی از بزرگترین ارائه دهندگان خدمات بیمه ای در دنیا در بخش حوادث مسافران تبدیل شده است. شرکت آکسا تا سال ۲۰۱۱ بر طبق قراردادی که با بیمه گران ایرانی منعقد کرده بود و سالانه آن را تمدید می نمود، به عنوان تنها شرکت ارائه خدمات بیمه ای به مسافران خارج از کشور شناخته می شود. از این تاریخ به بعد بدلیل عدم تمدید قرارداد از سوی شرکت آکسا، بیمه گران ایرانی با عقد قرارداد با شرکت کمک رسان مفری آن شرکت را جایگزین شرکت آکسا نمودند.

از سال ۲۰۱۳ به بعد نیز با شرکت SOS و نمایندگی آن در ایران به نام شرکت کمک رسان ایران منعقد شد. البته نوع و شرایط پوشش های بیمه ای در این نوع شرکت های بین المللی تقریباً یکسان است.

• نحوه انجام خدمات بیمه ای در رشته بیمه مسافرتی:

نحوه ارائه خدمات در بیمه مسافرتی به این ترتیب است که شرکت های بیمه در سراسر دنیا به نمایندگی از بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور ، بیمه حوادث مسافران خارج از کشور را با نام و آرم خودشان صادر می نمایند. سپس بیمه شده در طول مدت سفر در هر کجا که باشد در مواجهه با حوادث و هزینه های درمانی که در مسافرت بوجود آمده و منشا قبل از مسافرت نداشته باشند ، با برقراری تماس با مرکز هماهنگ کننده بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، موارد وقوع خسارت را به اطلاع می رسانند. سپس آن مرکز با انجام هماهنگی های لازم با عوامل بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور مستقر در محل حادثه نسبت به اجرای تعهد خود و جبران خسارت برطبق مقررات و شرایط عمومی این بیمه نامه اقدام می نماید. در ایران برطبق مصوبات بیمه مرکزی بیمه گران در بیمه مسافرتی نرخ های واحدی دارند. در حقیقت امکان دو نرخ متفاوت از دو بیمه گر برای شرایط یکسان وجود ندارد. مولفه هایی که بیمه گر برای تعیین میزان ریسک خود در این بیمه نامه و در نهایت تعیین نرخ حق بیمه در نظر می گیرد عبارتند از : سن بیمه شدگان، مدت سفر، کشور یا کشورهای محل اقامت و سرمایه مورد تعهد بیمه گر. البته این موارد از سوی بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور تعیین شده است و بیمه گران داخلی در حقیقت به نمایندگی از او اقدام به صدور بیمه مسافرتی می نمایند. البته این بیمه نامه معایبی هم دارد که مهمترین آنها مخاطراتی است که بابت این بیمه نامه وجود دارد. اصولاً در قراردادهای بین المللی مخاطراتی از قبیل ریسک کشوری، ریسک سیاسی ، ریسک اعتباری و حتی ریسک های اقتصادی از قبیل : ریسک تبدیل ارز ، ریسک اجرای مفاد قرارداد و وجود دارد.

• مدت سفر :

یکی از مهمترین عواملی که تابع تعیین نرخ حق بیمه این رشته موثر است ، مدت زمان و طول مسافرت است. طبیعی است که هرچه طول مسافرت بیشتر باشد میزان حق بیمه نیز بالاتر می رود ، زیرا احتمال رخ دادن خطر موضوع بیمه در طول زمان افزایش می یابد. به هر حال مدت مسافرت می تواند از ۷ روزه، ۱۴ روزه، ۲۱ روزه، یک ماهه، ۲ ماهه، ۳ ماهه، ۶ ماهه یا یکساله باشد. لیکن فردی که قصد مسافرت بیش از ۳ ماه را دارد، قبل از اتمام ۳ ماه باید به کشور مراجعه کند ، پاسپورت خود را به مهر ورود به ایران ممهور نماید، حداقل ۵ روز در ایران اقامت داشته باشد و سپس دوباره به خارج از کشور عزیمت نماید. لازم به ذکر است تعهد بیمه گر زمانیکه گذرنامه مسافر در فرودگاه یا مرزهای زمینی به مهر خروج ممهور می شود آغاز و تا زمانیکه که گذرنامه مجدد ممهور به مهر ورود می شود ، ادامه دارد ؛ مشروط براینکه از سقف مدت قید شده در بیمه نامه فراتر نرود.

• کشور یا کشورهای محل اقامت :

بیمه گران ایرانی بیمه مسافرتی، به نمایندگی از یک شرکت خدمات درمان خارج از کشور ، کشورهای جهان را که مقصد مسافران به حساب می آیند به ۵ منطقه جغرافیایی تقسیم می کنند و برای هر یک سقف سرمایه مشخصی را تعیین می نمایند. بدیهی است که هر طبقه از طبقات شش گانه زیر نرخ متفاوتی نسبت به سایر طبقات خواهند داشت . طبقه بندی مناطق جغرافیایی به ایت شرح است :

۱. کشورهای عضو شینگن با سرمایه ۵۰ هزار یورو (معروف به شینگن طلایی) ؛
۲. کشورهای عضو شینگن با ۳۰ هزار یورو ؛
۳. کلیه کشورهای جهان به جز آمریکا ، کانادا ، ژاپن ؛
۴. کلیه کشورهای جهان ؛
۵. کشورهای خاورمیانه و ترکیه و کشورهای آفریقایی ؛
۶. کشورهای بحرین، کویت ، عمان ، عربستان سعودی ، قطر و امارات متحده عربی .

هر طبقه سرمایه و حق بیمه مخصوص به خود را دارد؛ ولی فقط سرمایه عامل تعیین کننده حق بیمه نیست و مواردی از قبیل: سن بیمه شدگان، آب و هوای کشورهای مقصد، مدت اقامت و نیز در میزان حق بیمه تاثیر گذارند ..

• معاهده شینگن :

قراردادی است که در روز ۱۴ ژوئن ۱۹۸۵ م. جهت ورود آزاد ساکنین کشورهای اروپایی بدون نیاز به روادید ورود به هر کشور (ویزا) و کاهش سایر مشکلات رفت و آمد آنها از جمله برچیده شدن مرزها و ایستگاه های بازرسی مرزی، در عرشه کشتی پرنسس ماری آسترید روی رودخانه ماسل نزدیک شهری به نام شنگن در لوکزامبورگ، مرز بین فرانسه و آلمان به امضای ۵ کشور آلمان، فرانسه، هلند، بلژیک و لوکزامبورگ رسید و در ۳ اکتبر ۱۹۹۰ م. پس از اتحاد آلمان شرقی و غربی، مجدد با امضای آلمان متحد تکمیل گردید.

کشورهای عضو محدوده شنگن در حال حاضر عبارتند از ۲۸ کشور: آلمان، فرانسه، ایتالیا، اسپانیا، پرتغال، هلند، بلژیک، لوکزامبورگ، سوئد، نروژ، فنلاند، دانمارک، لیتوانی، لتونی، لهستان، مجارستان، اتریش، استونی، اسلواکی، اسلوانی، چک، ایسلند، مالت و یونان.

همچنین لازم به ذکر است در سال ۲۰۰۹ م. چهار کشور قبرس، بلغارستان، رومانی و سوئیس به طور کامل مفاد این پیمان را قبول کرده اند و رسماً وارد شینگن شده اند. شایان ذکر است کشورهای انگلستان و ایرلند جنوبی نیز در شرف پیوستن به این کشورها هستند.

نکته مهم اینکه کشورهای عضو اتحادیه اروپا (۲۷ کشور) را نباید با کشورهای محدوده شینگن (۲۸ کشور) اشتباه کرد. کشورهای عضو اتحادیه اروپا شامل ۲۷ کشور؛ یعنی ۲۴ کشور از محدوده شینگن (به جز نروژ و ایسلند) به علاوه ۳ کشور رومانی، انگلستان و ایرلند می باشند. به همین دلیل ویزای ساکنین و اتباع این ۳ کشور جهت ورود به منطقه شینگن بی اعتبار است و این افراد باید هنگام ورود به کشورهای محدوده شینگن و خروج از آنها، مورد کنترل مرزی قرار گیرند.

بنابراین اگر بیمه شده قصد سفر به یک یا چند کشور عضو شینگن را داشته باشد باید در فرم پیشنهاد بیمه مسافرتی خود قید کند تا یکی از مناطق جغرافیایی یک و یا دو، بسته به تعهد مورد درخواست، به ایشان ارائه گردد.

مطلب دیگر اینکه واحد پولی یورو در حال حاضر تنها در ۱۵ کشور اروپایی استفاده می شود که شامل: بلژیک، قبرس، فنلاند، فرانسه، آلمان، هلند، مالت، لوکزامبورگ، ایتالیا، اسپانیا، اتریش، یونان، اسلوانی، ایرلند و پرتغال می شود. کشورهای نظیر لیختن اشتاین، کرواسی، صربستان، مقدونیه، اوکراین، مولداوی و آندورا نه عضو اتحادیه اروپا هستند و نه عضو محدوده شینگن، پس برای ورود به این کشورها نیاز به ویزای جداگانه دارید و ساکنین و متعاقبا اتباع این کشورها نیز برای ورود به سایر کشورهای اروپایی نیاز به ویزای شینگن دارند.

• نوع سفر :

مسافرت خارجی در بیمه مسافرتی به دو نوع تک سفره (single) و چند سفره (multiply) تقسیم می شوند. منظور از نوع سفر همین تک سفره و یا چند سفره بودن آن است، بدین معنا که زمانی سفر اصطلاحاً تک سفره است که مسافر برای مدت کمتر از ۹۰ روز مسافرت نماید. به بیان دیگر پس از خروج از یکی از مرزهای ایران، قبل از اتمام این ۹۰ روز به کشور بازگردد. نوع دوم سفر اصطلاحاً چند سفره است که در آن مسافر برای سفر به چندین کشور مختلف اقدام به خرید بیمه نامه می نماید. مطلب مهم اینکه تعهد اصلی بیمه گر در این رشته جبران هزینه های پزشکی است که در طول مدت سفر اتفاق بیفتد، لذت اگر بیمه شده در سفر خود فوت کند، بیمه گر تعهدی در پرداخت غرامت فوت نخواهد داشت.

مطلب دیگر آنکه بیمه شده به محض وقوع حادثه و انجام موارد پزشکی مراتب را به دفتری از بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور که در بیمه نامه قید شده است اطلاع دهد و در همان کشور محل حادثه و یا درمان، نسبت به تشکیل پرونده و دریافت غرامت اقدام نمایند.

اگر بیمه شده با نمایندگان بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور و با مدارک پزشکی به کشور بازگردد، سپس جهت دریافت غرامت خود به بیمه گر مراجعه نماید، بیمه گر بدلیل عدم توانایی خود در اثبات حادثه ناگهانی و چگونگی وقوع خسارت و به طور کلی کیفیت و کمیت آن، از پرداخت

خسارت خودداری می نماید لذا حتما بیمه شده باید در محل حادثه یا محل درمان خود و قبل از مراجعت به کشور جهت دریافت غرامت اقدام نماید.

اگر امکان اعلام خسارت در کشور محل حادثه یا درمان برای بیمه شده مقدور نباشد، پس از انجام عملیات پزشکی باید مدارک خود را با تایید سفارت ایران در آن کشور برساند و پس از مراجعه به کشور خود به همراه مدارک ثبت شده جهت دریافت غرامت به بیمه گر مراجعه نماید. تعهدات بیمه گر در این رشته تنها مربوط به درمان بیمه شدگان نیست.

جدول ۱۵

ردیف	پوشش‌ها	سقف تعهدات یورو	فرانشیز درصد
۱	هزینه‌های پزشکی و بستری در بیمارستان‌های خارج از کشور ^۱	۵۰۰۰۰	۲۵
۲	جابه‌جائی یا بازگرداندن بیمه‌گذار در طول سفر بر اثر بیماری یا حادثه ^۲	بدون سقف	-
۳	پرداخت هزینه‌های فوری دندان‌پزشکی ^۳	۴۰۰	۲۵
۴	بازگشت اعضای بلافصل خانواده همراه با بیمه‌گذار به کشور ^۴	بدون سقف	-
۵	بازگرداندن جسد متوفی ^۵	بدون سقف	-
۶	سفر اضطراری یکی از اعضای بلافصل خانواده ^۶	۸۵۰	-
۷	بازگشت اضطراری به دلیل فوت یکی از اعضای نزدیک خانواده ^۷	بدون سقف	-
۸	تحويل دارو ^۸	بدون سقف	-
۹	ارسال پیام و اطلاعات مراجع درمانی در مواقع ضروری ^۹	بدون سقف	-
۱۰	حواله تضمینی وجوه نقد و حواله وجه نقد ^{۱۰}	۸۵۰	-
۱۱	معاضدت حقوقی ^{۱۱}	۱۵۰۰	-
۱۲	فقدان گذرنامه، گواهی‌نامه رانندگی و شناسنامه در خارج از کشور ^{۱۲}	۲۰۰	-
۱۳	جبران خسارت فقدان بار تحویلی به هواپیما ^{۱۳}	۲۰۰	-
۱۴	جبران خسارت تأخیر ورود بار همراه مسافر ^{۱۴}	۱۰۰	-
۱۵	یافتن و ارسال بار و ملزومات شخصی ^{۱۵}	بدون سقف	-
۱۶	تأخیر در حرکت هواپیما (وسیله نقلیه) ^{۱۶}	۱۸۰	-

در بیمه مسافرتی خارج از کشور نرخ حق بیمه تابعی از متغیرهای سن بیمه شده ، مدت طول سفر و کشورهای مقصد است.
نکات:

- در بیمه نامه های بلند مدت ۶ ماهه و یکساله شرط حداکثر طول هر سفر ۹۲ روز به قوت خود باقی است.
- در صورت بیمه شدگان یک گروه با مدت و مقصد سفر یکسان نسبت به اخذ پوشش بیمه مسافرتی اقدام نمایند بیمه گر این تخفیف ها را اعمال می کند : ۱۰ الی ۲۰ نفر ، ۵٪ تخفیف - ۲۱ الی ۵۰ نفر ، ۱۰٪ تخفیف - ۵۱ الی ۱۰۰ نفر ، ۱۵٪ تخفیف - ۱۰۱ نفر به بالا ۲۵٪ تخفیف.
- تاریخ شروع پوشش از زمان خروج بیمه شده از ایران طبق گذرنامه می باشد.
- مبلغ خسارت فقط در محل وقوع حادثه یا بیماری به ارزش تسویه خواهد شد.
- دوران نقاهت جزئی از دوران بیماری است.
- خسارت واقع شده باید ظرف ۴۸ ساعت پس از بستری و یا مشاوره پزشکی به بیمه گر اعلام شود.
- در صورت نیاز به خدمات بیمه ای ، بیمه شده با مرکز بیمه گر تماس حاصل نموده ، نام، شماره و تاریخ اعتبار بیمه مسافرتی، شماره گذرنامه، آدرس و شماره تلفن محلی را که بتوان با او تماس گرفت و شرح مختصر مشکل و خدماتی را که نیازمند است.

بیمه حوادث گروهی :

توسعه بیمه های گروهی در تمامی رشته ها اگر با شرایط مناسبی به بیمه گذاران ارائه شود، بدون شک صنعت بیمه ما را دگرگون می سازد ؛ چرا که بیمه گران از طریق بیمه های گروهی می توانند خود را به تعداد زیادی از افراد معرفی نموده و پس از آن سایر رشته های بیمه ای را نیز در گروه بیمه ای خود ارائه دهند. این به شرط آن است که در بیمه اول خدمات را به نحوه احسن به بیمه گذاران ارائه دهند، چرا که در غیر اینصورت می تواند اثر عکس داشته باشد. به این ترتیب که بیمه گذاران بدلیل نارضایتی از نحوه ارائه خدمات یک بیمه گر ، پرتفوی خود را به سایر بیمه گران انتقال دهند. این موضوع در بازار ایستا ، تفاوت چندانی بر وضعیت بیمه گران ندارد ، لیکن در بازار پویا و بازار رقابتی ، بیمه گران به طور جدی در پی حفظ پرتفوی خود و حتی جذب پرتفوی سایر بیمه گران هستند؛ بنابراین در راستای تحقق این امر بیمه های گروهی می توانند نقش بسیار مهمی ایفا نمایند.

امروزه در کشورهای پیشرو در صنعت بیمه، بیمه گران حتی در برخی رشته های بیمه های اموال را نیز به صورت گروهی صادر می کنند. این نوع بیمه نامه ها همانطور که پیشتر در مبحث بیمه عمر و سرمایه گذاری گروهی گفتیم؛ بین کارفرمایان و بیمه گر منعقد شده و اصول بیمه گری آن نیز به نسبت بیمه های انفرادی سهل تر است. مهمترین دلیل این امر ورودی بالای صندوق ریسک آن است، به ترتیبی که تعداد بیمه گذاران آنقدر بالا می رود که بیمه گر بر طبق قانون اعداد بزرگ ، می تواند بیمه گری آسان تری داشته باشد.

از مزایای این بیمه نامه آن است که اکثریت بیمه شدگان ، کارفرمایان (بیمه گذاران) می توانند حق بیمه کمتری پرداخت نمایند نسبت به بیمه حوادث انفرادی، همچنین چون گروه بیمه شدگان وسیع است ، بیمه گر با توجه به شغل کلی افراد ، ریسک آنها را پذیرفته و مشکلات جسمانی فردی قابل اغماض را که شاید در بیمه انفرادی با اضافه نرخ بیمه شوند، در بیمه گروهی نادیده می گیرد.

در این بیمه نامه نیز ملاک محاسبه حق بیمه، شغل افراد است ، لیکن با این تفاوت که بدلیل یکسان نبودن مشاغل کارکنان یک مجموعه، افراد به جای پنج طبقه شغلی در دو طبقه شغلی قرار می گیرند. به این ترتیب اگر ۷۵٪ کارکنان یا اعضای یک مجموعه منفردا به جهت نوع شغل در طبقات ۱ و ۲ حادثه انفرادی قرار داشته باشند ، در حادثه گروهی در طبقه ۱ قرار می گیرند و اگر غیر این باشد در طبقه ۲ گروهی قرار خواهند داشت. نکته دیگر در بیمه های حادثه گروهی این است که زمانی می توانیم تجمعی از افراد را لفظ گروه بنامیم که اولاً برای یک کارفرما کار کنند یا عضو یک سازمان باشند، ثانیاً حداقل ۷۵٪ اعضا تحت پوشش قرار بگیرند ، ثالثاً تعداد آنها حداقل ۱۰ نفر باشد و در آخر ، افراد به دلیلی غیر از بیمه شدن دور هم جمع شده باشند و دلیل این کار کنترل ریسک و اصطلاحاً "تجمع ریسک نامناسب به زیان بیمه گر" است.

نرخ طبقه ۱ و ۲ بیمه حادثه گروهی به شرح زیر است :

جدول ۱۷

نرخ حق بیمه				طبقه
فوت و نقص عضو	جبران هزینه پزشکی	گرامت روزانه عمومی	گرامت بستری در بیمارستان	
۱/۲ در هزار	% ۰/۸	% ۱۸۰	% ۵۵	۱
۱/۶ در هزار	% ۱/۵	% ۵۴۰	% ۱۲۰	۲

بیمه یاسارگاد ۸۰۶۴

بیمه های درمان

تاریخچه :

- شروع از سال ۱۳۷۳ (تصویب قانون بیمه های همگانی خدمات درمانی مصوب مجلس شورای اسلامی).
- از این تاریخ به بعد بیمه های درمانی به عنوان مکمل برای خدمات بیمه های اجتماعی وارد بازار بیمه ای شدند.
- نام دیگر آن بیمه گروهی مازاد درمان یا همان بیمه درمان تکمیلی است.
- سال ۱۳۸۱ شرایط عمومی بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی به تصویب شورای عالی بیمه رسید. (آئین نامه ۴۳)
- سال ۱۳۹۱ با تصویب آئین نامه ۷۴ توسط شورای عالی بیمه تا حد بسیار زیادی بر پوشش ها و تعهدات این رشته افزود.

انواع بیمه های درمان :

از آنجایی که اصلی ترین متولی امر بیمه درمان در جامعه دولت است و او نیز این امر را به بیمه گران اجتماعی سپرده است، بیمه های درمان در بخش بیمه های بازرگانی عموماً به عنوان مکمل بیمه های اجتماعی عرضه می شوند. در حالت کلی ۳ نوع بیمه درمان وجود دارد : بیمه تمام درمان، بیمه درمان خصوصی و بیمه درمان تکمیلی وجود دارد.

نوع اول از بیمه های درمان بیمه تمام درمان است که صرف نظر از بیمه گر اول (بخش اجتماعی)، تمامی پوشش های درمانی با سقف معینی که غالباً سقف بسیار بالایی هم هست، به بیمه شدگان عرضه می شود. در ایران این نوع بیمه وجود ندارد. البته برخی از نهادها با دلایل خاص از قبیل تعداد فوق العاده بالای بیمه شدگان، اقدام به خرید بیمه تمام درمان از بخش بازرگانی نموده اند که تعداد آنها به تعداد انگشتان دست هم نمی رسد. به هر حال افراد با داشتن بیمه تمام درمان در واقع تمام ریسک های را که در بخش بیماری، سلامتی انسان ها را تهدید می نماید تحت پوشش بیمه قرار می دهند. به این ترتیب کارفرمایان مجموعه های کلان، با یک بیمه گر بخش بازرگانی قرارداد تمام درمان منعقد نموده و با پرداخت حق بیمه کاملاً فنی که نسبت به سایر بیمه ها بالاتر است، به ازای هر بیمه شده یک دفترچه درمانی صادر می نمایند.

بیمه شدگان با داشتن این دفترچه ها از تمامی خدمات بیمه ای درمانی در تمام مراکز به صورت رایگان و معمولاً بدون کسر فرانشیز یا نهایتاً با کسر فرانشیز بسیار اندک، معالجه می شوند. مواردی از قبیل: ویزیت ها، داروها، آزمایش ها، اعمال سرپایی، دندانپزشکی و... تحت پوشش این نوع بیمه ها قرار دارند.

نوع دوم بیمه های درمانی درمان خصوصی است که معمولاً به صورت خانوادگی ارائه می شود. البته در ایران ارائه این نوع بیمه از سوی بیمه گران بخش بازرگانی و اجتماعی معمولاً مرسوم نیست، لیکن شرکتی بنام شرکت کمک رسان ایران (اولین و تنها شرکت کمک رسان ایرانی و بزرگترین شرکت کمک رسانی در نوع خود در خاورمیانه که از سال ۱۳۷۱ شروع بکار کرده است.) با اخذ مجوزهای لازم و با استفاده از توان یک بیمه گر داخلی که در قراردادهای مختلف متفاوت است، خدمات درمانی در حجم قابل توجهی به صورت انفرادی و خصوصی انجام می دهد. فعالیت این شرکت که بنام SOS معروف است، تنها به بخش درمان خلاصه نمی شود و در سایر رشته ها از قبیل اتومبیل نیز فعالیت دارد. بخشی از خدمات این شرکت حتی ربطی به صنعت بیمه ندارد که از آن جمله می توان به خدمات حقوق و خدمات پشتیبانی رایانه ای اشاره نمود.

نوع سوم بیمه های درمان، بیمه درمان تکمیلی یا بیمه درمان مازاد گروهی است. این رشته تنها بخشی از هزینه های پزشکی بیمه شدگان را می پردازد. در حقیقت به عنوان یک مکمل، خدمات ارائه شده توسط بیمه گر اول (بخش اجتماعی) را تکمیل می کند.

بیمه درمان خصوصی:

بیمه درمان خصوصی و انفرادی از سوی شبکه بیمه گران بازرگانی و اجتماعی بطور مستقیم عرضه نمی شود. بنابراین شرکت کمک رسان ایران اقدام به ارائه خدمات درمانی و رفاهی به اعضای خود نموده است که البته بخش درمان را از توان یک بیمه گر داخلی استفاده می نماید. علاوه بر بیمه های انفرادی، SOS اقدام به ارائه بیمه های گروهی نیز می نماید، لیکن این نوع بیمه های گروهی که SOS ارائه می دهد، همان بیمه های درمان تکمیلی بیمه گران بازرگانی است. خدمات SOS که به صورت انفرادی (خانوادگی) و به صورت خصوصی ارائه می شوند که در ۷ طبقه ارائه می شود که ۴ طبقه آن مربوط به پوشش های بیمه ای در حوزه بیمه اشخاص است. یک طبقه خدمات بیمه ای در رابطه با اتومبیل بوده و ۲ طبقه دیگر خدمات حقوقی و رایانه ای ارائه می دهند. مشروح خدمات شرکت کمک رسان به این شرح است:

۱. طبقه یک خدمات درمان و امداد پزشکی
۲. طبقه دوم خدمات دندانپزشکی
۳. طبقه سوم، خدمات پزشکی در منزل
۴. طبقه چهارم، خدمات پزشکی ویژه پروژه های صنعتی

بیمه درمان مازاد گروهی (بیمه درمان تکمیلی):

شروطی که بیمه گر برای ارائه پوشش بیمه ای در این بخش لحاظ می کند اول این است که بیمه حتما بصورت گروهی باشد. حتی هر گروهی هم نمی توانند بیمه پذیر باشند. منظور از گروه کارمندان، کارگران و بازنشستگان یک کارفرمای حقیقی یا حقوقی، یا اعضای اتحادیه ها و انجمن ها و صنوف به افراد تحت تکلفشان است مثلا اگر تعدادی از یک فامیل، محله، مجتمع تجاری و ... دور هم جمع شوند و متقاضی بیمه تکمیلی باشند، بیمه گر بر طبق مصوبات شورای عالی بیمه از ارائه پوشش خودداری می نماید. دلیل این خودداری به منترل ریسک برمیگردد. چون اگر قرار باشد هر گروهی مثل گروه اقوام و ... اقدام به تهیه بیمه تکمیل درمان نمایند، اصطلاحا تجمع خطر به زیان بیمه گر اتفاق می افتد و احتمال اینکه بیشتر، افراد بیمار یا مستعد بیماری در فهرست بیمه شدگان بیمه قرار بگیرند بیشتر است. شرط بعدی این است برای اینکه بیمه تکمیل درمان گروهی انجام شود، ارائه پوشش به حداقل ۵۰٪ کارکنان یک مجموعه ارائه شود. شرط بعدی بیمه گر این است که این ۵۰٪ اعضا به علاوه افراد تحت تکلفشان حداقل به ۵۰ نفر برسند.

شروط بیمه گر برای کارکنان بیمه گذار در انجام بیمه تکمیل درمان گروهی:

- بیمه شدگان تحت پوشش بیمه گر اول باشند.
- حداقل ۵۰٪ کارکنان یا اعضا، متقاضی خرید پوشش بیمه درمان تکمیلی باشند.
- حداقل تعداد بیمه شدگان ۵۰ نفر باشد.
- بازنشستگان کارفرما (به همراه خانواده) و نیز اعضای اتحادیه ها و سندیکا و صنوف حتما می بایست در ابتدای قرارداد یا در زمان تمدید سالانه به صورت یکجا تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گیرند.

پوشش بیمه ای در بیمه تکمیل درمان :

جدول ۱۸

ردیف	شرح تعهدات	حداکثر تعهد	نمونه (ریال)
پوشش های اصلی			
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و 'Day Care'.	X	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان ها)	-	-
۳	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی.	-	-
پوشش های تبعی (اضافی)			
۱	افزایش سقف تعهدات برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان.	2x	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰

۱. اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد.

بیمه باسارگاد ۸۰۶۴

۵۰,۰۰۰,۰۰۰	50% x	زایمان (طبیعی و سزارین)	۲
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	50% x	در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT, ZIFT, JUI, میکرو اینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن	۳
۲۵,۰۰۰,۰۰۰	25% x	هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان	۴
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	20% x	پاراکلینیکی نوع اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیوگرافی استرساکو و دانسیتومتری.	۵
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	10% x	پاراکلینیکی نوع دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT)، نوارعضله (EMG)، نوارعصب (NCV)، نوارمغز (EEG)، نوارمخانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم	۶
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	10% x	پاراکلینیکی نوع سوم شامل خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی	۷
۵,۰۰۰,۰۰۰	5% x	پاراکلینیکی نوع چهارم شامل هزینه‌های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۸
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	10% x	پاراکلینیکی نوع پنجم شامل هزینه‌های دندان پزشکی بر طبق تعرفه‌های ابلاغ شده از سوی سندیکای بیمه‌گران	۹
۲,۰۰۰,۰۰۰	2% x	پاراکلینیکی نوع ششم شامل هزینه‌های خرید عینک طبی و لنز تماس طبی	۱۰
۵,۰۰۰,۰۰۰	5% x	پاراکلینیکی نوع هفتم شامل جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمعک.	۱۱
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	20% x	رفع عیوب انکساری دو چشم (عمل لیزیک)	۱۲
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	10% x	اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن‌لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی.	۱۳
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	x	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر)	۱۴
۲,۰۰۰,۰۰۰	2% x	هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد.	۱۵

توضیحات:

۱. جبران هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا میزان ۵۰٪ سقف تعهدات بند ۱ می‌باشد. هزینه‌های نازایی (تا سقف تعهد زایمان) و تشخیص بیماری‌های جنین (تا ۵۰٪ تعهد زایمان) به شرط خرید پوشش زایمان، قابل جبران است.
۲. دوره انتظار جبران هزینه‌های زایمان برای گروه‌های کمتر از ۲۵۰ نفر به مدت ۹ ماه، گروه‌های ۲۵۰ تا ۱۰۰۰ نفر ۶ ماه و گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار می‌باشند.
۳. فرانشیز کلیه تعهدات ۳۰٪ (حداقل معادل سهم بیمه‌گر پایه) می‌باشد که با حقیقه اضافی تا ۱۰٪ کاهش می‌یابد.
۴. باتوجه به تعداد بیمه شدگان تخفیف‌های زیر در حقیقه منظور می‌گردد.

جدول ۲۰

تعداد بیمه‌شدگان	درصد تخفیفات
۲۰۰۰۱ الی ۲۰۰۰۰	۵
۲۰۰۰۱ الی ۱۰۰۰۰۰	۱۰
۱۰۰۰۰۱ الی ۵۰۰۰۰۰	۱۵
۵۰۰۰۰۱ به بالا	۲۰

۵. در گروه‌های زیر ۱۰۰۰ نفر افراد بین ۶۰ - ۷۰ سال با ۵۰٪ حقیقه اضافی و افراد ۷۱ سال و بیشتر با ۱۰۰٪ حقیقه اضافی بیمه می‌شوند.
 ۶. حقیقه مربوط به این رشته بیمه‌ای در نظام آزادسازی تعرفه قرار گرفته و از سوی هر شرکت بیمه حقیقه مربوط به گروه‌های مختلف باتوجه به سوابق خسارتی و... تعیین می‌گردد.
- شایان ذکر است در فصل پیوست‌ها، متن شرایط عمومی بیمه‌های درمان به همراه فهرست اعمال غیرمجاز در مطب و نیز تعرفه بیمه‌های درمان آمده است که لازم است جهت آگاهی بیشتر با جزئیات این رشته بیمه‌ای مطالعه شود.

نحوه ارائه خدمات و پرداخت خسارت :

از آنجایی که بیمه درمان مخاطب مستقیم مردم بوده و به نوعی تمام آحاد مردم با آن سروکار دارند، می توان گفت این رشته ویتترین و تبلیغات بیمه گران است. در نتیجه رضایتمندی در این رشته بسیار حائز اهمیت است. چه بسا بیمه گذارانی که بدلیل رضایتمندی از نحوه خدمات یک بیمه گر در رشته درمان ، سایر رشته های بیمه ای خود را نیز به آن بیمه گر سپرده اند .

در گذشته روال ارائه خدمات در این بخش به این گونه بود که بیمه گر پس از عقد قرارداد با بیمه گذار و ارائه پوشش به کارکنان وی (بیمه شدگان) تنها از طریق مستقیم ، خسارت های واقع شده را پرداخت می نمود. به این ترتیب که بیمه شدگان باید هزینه های درمان خود را به مراکز پزشکی مربوطه پرداخت کنند و سپس با در دست داشتن مدارک بیماری و اسناد مالی مربوط به پرداخت هزینه ها، به بیمه گر مراجعه نموده و جهت دریافت غرامت خود اقدام نمایند. بیمه گر پس از دریافت مدارک و تشکیل پرونده ، ظرف مدت چند روز نسبت به پرداخت هزینه های درمانی که بیمه شده قبلا به مرکز درمانی پرداخت کرده بود، با شرایط قرارداد اقدام می نماید.

البته این روش در برخی بیمه گران همچنان رایج است؛ لیکن عمده بیمه گران با استفاده از تکنولوژی ابتدایی و بعضا با استفاده از ظرفیت پیمانکاری ، خدمات بهتری را ارائه می دهند. این خدمات به گونه ای است که بیمه گر با بیمارستان هایی در سطح کشور قرارداد همکاری منعقد می کند بر طبق آن بیمارستان موظف است در هنگام مراجعه بیمه شده آن بیمه گر ، او را پذیرش نموده و هزینه های درمانی بیمه شده را تا سقف تعهدات بیمه گر مربوطه از بیمه شده دریافت ننماید و در واقع تنها فرانشیز مربوط به خدمات پزشکی را دریافت کند.

حال اگر بیمارستان طرف قرارداد بیمه گر اول (بخش اجتماعی) باشد ، همان فرانشیز از سوی بیمه شده پرداخت نمی شود ، ولی اگر طرف قرارداد بیمه گر اول نباشد ، بیمه شده با مدارک خود به بیمه گر اول مراجعه می کند و هزینه های پرداختی به بیمارستان را (که سهم بیمه گر اول بوده ؛ زیرا سهم بیمه گر دوم بابت درمان تکمیلی از صورت حساب بیمار کسر شده است) از سوی بیمه گر اول باز یافت می نماید.

بدین ترتیب مبلغ مورد تعهد بیمه گر درمان تکمیلی، در هنگام مراجعه به بیمارستان از صورت حساب وی کسر می شود و دیگر نیازی به مراجعه حضوری بیمه شده به بیمه گر و ... وجود ندارد. بیمارستان ها در انتهای هرماه صورت حساب مربوط به بیمه گر را برای وی ارسال می کند و بیمه گر نسبت به تسویه بدهی خود به بیمارستان بابت بیمه شدگانی که در طول ماه به بیمارستان مراجعه نموده اند ، اقدام می نماید.

مشکلات بیمه درمان در کشور:

وابستگی درمان تکمیلی به بخش بیمه های اجتماعی است. در حال حاضر سازمان هایی در ایران هستند که مستقیما با بیمه گران وارد مذاکره شده و بدون اینکه پوشش بیمه ای در بخش اجتماعی داشته باشند با کسب مجوز بیمه مرکزی اقدام به تهیه بیمه تمام درمان از بخش بازرگانی نموده اند. به این ترتیب بیمه شدگان این سازمان ها جهت استفاده از مزایای بیمه ای در رفاه بیشتری به سر می برند، لیکن تعداد این سازمان ها بسیار محدود است و طبق قوانین بیمه مرکزی نمی توانند اجازه این نوع عملیات بیمه گری را به صورت عمومی صادر نمایند.

از طرفی به دلیل تمایل شرکت ها برای برخورداری از پوشش بیمه درمان تکمیلی، بعضا دیده می شود برخی بیمه گران به دلیل عدم برخورداری از شبکه فروش حرفه ای یا عدم توانایی تشکیل آن، از بیمه درمان تکمیلی اصطلاحا به عنوان " کرم سرقلاب " استفاده می کنند . به این ترتیب که حق بیمه ای غیرمعارف و غیرفنی را از بیمه گذار در این بخش دریافت می کنند و حتی حاضرند در بخش بیمه های درمان متضرر هم بشوند ولی در عوض پرتفوی آن بیمه گذار را در سایر رشته ها از قبیل : آتش سوزی، مسئولیت، حمل و نقل و.... را از آن خود نمایند.

این موضوع اگر باعث می شود که بیمه گر منابع کافی جهت پرداخت خسارت را در بیمه تکمیل درمان نداشته باشد، مطالبات مردم تحت عنوان خسارت های معوق در این شرکت مانده و در نتیجه ذهنیت عموم جامعه نسبت به کل صنعت بیمه دگرگون می شود ، لذا شایسته است بیمه مرکزی علاوه بر نظارت بیمه گران، عواقب این نوع تخلفات را نیز ابلاغ کند و آن را با جدیت تمام در مورد متخلفین ، حتی اگر بیمه گر قدرتمندی هم باشند، اجرا کند.

از دیگر مشکلات بیمه درمان در ایران، عدم استفاده از فن آوری اطلاعات IT در این رشته است. البته این مشکل مربوط به بیمه درمان تنها نبوده و سایر رشته ها را نیز در برمیگیرد.

شرایط اختصاصی بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه

ضمیمه بیمه نامه حوادث اشخاص

- ماده ۱. هزینه های پزشکی عبارتست از هزینه هایی که بیمه شده یا بیمه گذار به علت تحقق خطرات موضوع بیمه نامه، بابت دریافت خدمات درمانی پرداخت می نماید.
- ماده ۲. هزینه پزشکی قابل پرداخت توسط بیمه گر عبارتست از مبلغ مندرج در صورت حساب درمانی مربوطه و یا حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه گر هر کدام که کمتر باشد. مشروط بر آنکه حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز پس از پرداخت هزینه، صورت حساب آن به بیمه گر تسلیم شده باشد و با رعایت شرایط زیر پرداخت میشود:
- درمان بیمه شده باید حداکثر ظرف دو سال از پایان مدت بیمه شروع شده باشد.
 - حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه گر 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 می گردد.
- ماده ۴. بیمه گر می تواند اسناد و مدارک پزشکی بیمه شده را بررسی و در مورد چگونگی درمان و معالجه بیمه شده تحقیق نماید.
- ماده ۵. هزینه انتقال بیمه شده به منظور معالجه در مواردی که طبق تشخیص پزشک معالج جنبه اورژانسی داشته و یا امکان معالجه وی در محل وقوع حادثه نباشد جزء هزینه های پزشکی محسوب شده و قابل پرداخت است.

شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه

ضمیمه بیمه نامه حوادث اشخاص

- ماده ۱. تعاریف
- از کارافتادگی موقت به مفهوم از دست دادن موقت توانایی جسمی و یا روانی بیمه شده است که در اثر تحقق خطر موضوع بیمه به تشخیص پزشک معالج و به تایید پزشک معتمد بیمه گر، بیمه شده را از انجام وظایف شغلی باز می دارد اعم از اینکه بستری شده باشد یا نباشد.
 - غرامت روزانه عمومی عبارتست از مبلغی که در ایام از کارافتادگی موقت بیمه شده به علت تحقق خطر موضوع بیمه به وی پرداخت می گردد.
- ماده ۲. تعهد بیمه گر
- تعهد بیمه گر برای پرداخت غرامت روزانه عمومی مشروط بر آن است که خطر موضوع بیمه در مدت اعتبار بیمه نامه تحقق یابد و حداکثر ظرف دو سال از تاریخ انقضای بیمه نامه منجر به از کارافتادگی موقت بیمه شده گردد.
- حداکثر غرامت روزانه مورد تعهد بیمه گر معادل پنج در هزار سرمایه فوت یا نقص عضو کامل و دائم (هر کدام بیشتر باشد) خواهد بود.
 - 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 یاد شده 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 در هزار 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.

۱۲. شرایط عمومی بیمه مسافران خارج از کشور

فصل اول - تعاریف

۱) بیمه شده: همان بیمه گذار بوده و عبارتست از دارنده بیمه نامه معتبر مسافرتی صادره از سوی شرکت سهامی بیمه.

۲) اعضای بلافاصل خانواده: شامل همسر، فرزندان (سن ۱۸ سال یا کمتر) والدین و یا هر شخص همراه بیمه گذار که به صورت دائم با بیمه گذار که به صورت دائم با بیمه گذار زندگی می کنند.

۳) کشور محل اقامت: همان محل اقامت دائم و یا سکونت بیمه گذار است که در این بیمه نامه کشور ایران می باشد.

۴) بیماری: هر گونه تغییر در سلامتی بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه است که قانونی توسط یک پزشک تشخیص و تایید شده و شامل هیچ یک از این دو گروه نباشد:

۴-۱. بیماری مادرزادی که در نتیجه عوامل ارثی یا عوارض دوران بارداری به هنگام تولد وجود داشته باشد.

۴-۲. بیماری سابقه دار که بیمه شده پیش از اخذ بیمه نامه به آن مبتلا بوده است.

۵) بیماری حاد: هر گونه تغییر در سلامتی بیمه شده که نیازمند بستری شدن در بیمارستان بوده و بنابه نظر گروه پزشکی بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، بیمه گذار را از ادامه سفر در تاریخ برنامه ریزی شده بازداشته و یا اینکه با خطر مرگ وی همراه باشد.

۶) صدمات جسمانی: عارضه پزشکی است که به واسطه یک عامل ناگهانی، قهری و خارج از اراده و کنترل بیمه گذار، در طول مدت اعتبار بیمه نامه پدید آمده باشد.

۷) صدمات جسمانی حاد: صدماتی که بنابه نظر گروه پزشکی بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، بیمه گذار را از ادامه سفر در تاریخ برنامه ریزی شده بازداشته و یا اینکه با خطر مرگ وی همراه باشد.

۸) پوشش و گستره آن: بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور بلافاصله مساعدت ها را به علت بیماری و حوادث ناگهانی ناشی از وقایع غیرقابل پیش بینی در طول سفر بیمه گذار و در خارج از کشور محل اقامت وی به بیمه گذار ارائه خواهد نمود، مشروط بر آنکه بیماری یا حادثه مذکور خارج از حوزه جغرافیایی مشخص شده و نیز مدت سفر بیمه گذار مندرج در بیمه نامه (تاریخ اعتبار بیمه نامه) حادث نگردیده باشد. مفاد این بیمه نامه پس از اتمام سفری که در بیمه نامه بخاطر آن ابتیاع گردیده و یا ورود بیمه گذار به محل اقامت خود، هر کدام زودتر حادث شود، از درجه اعتبار ساقط می گردد.

تذکر مهم: بیمه نامه های صادره طولانی مدت برای سفرهای متعدد بیمه گذار در طول مدت بیمه نامه در صورتی دارای اعتبار است که مدت هر سفر از ۹۲ روز متوالی بیشتر نباشد.

فصل دوم: مزایا

بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، خدمات زیر را تنها به هنگام سفر بیمه گذار در خارج از کشور محل اقامت وی ارائه خواهد نمود، مشروط بر اینکه مدت هر سفر از ۹۲ روز متوالی بیشتر نباشد.

الف) پوشش ها و مزایای شخصی

- هزینه های پزشکی و بستری در بیمارستان در خارج از کشور در صورت بروز بیماری یا صدمات جسمانی بیمه گذار در خارج از کشور محل اقامت وی، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور هزینه های معمول، متداول، لازم و معقول بستری در بیمارستان، جراحی، معاینات پزشکی و داروی تجویزی از سوی پزشک بیمه گذار را، تا سقف مبلغ مندرج در بیمه نامه تقبل خواهد نمود. گروه پزشکی بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور برای نظارت بر ارائه درمان شایسته به بیمه گذار با مراکز درمانی و پزشکان معالج تماس های تلفنی لازم را برقرار خواهد نمود.

فرانشیز: ۲۵ یورو در هر مورد خسارت است (به استثنای صدمات جسمانی حاد و یا بستری شدن در بیمارستان بیش از ۲۴ ساعت).

- جا به جایی یا بازگرداندن بیمه گذار به کشور در طول سفر بر اثر بروز بیماری یا حادثه در صورت بروز حادثه یا بیماری ناگهانی بیمه گذار، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور نسبت به انتقال وی به یک مرکز درمانی مجهز و یا بازگرداندن وی به کشور محل اقامتش اقدام خواهد نمود. با توجه به موقعیت یا وخامت حال بیمه گذار، گروه پزشکی بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور در مورد مرکز درمانی که باید بیمه گذار به آن انتقال یابد و یا لزوم بازگرداندن وی به کشورش تصمیم گیری خواهد نمود. سپس گروه پزشکی بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور به آن انتقال یابد و یا لزوم بازگرداندن وی به کشورش تصمیم گیری خواهد نمود. سپس گروه پزشکی بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، طی تماسهای تلفنی لازم با مراکز درمانی و پزشکان معالج بیمه گذار در مورد انتقال یا بازگرداندن وی با مناسب ترین وسیله، تصمیم گیری می نماید. در مورد حوادث جزئی و یا بیماری هایی که به صورت سرپایی مداوم می شوند و به اعتقاد گروه پزشکی بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور بازگشت بیمه گذار به کشورش مورد نیاز نباشد، انتقال وی به مکانی که کمک های پزشکی کافی در دسترس باشد، به وسیله آمبولانس یا سایر وسایل نقلیه انجام خواهد گردید.

- پرداخت هزینه های فوری دندان پزشکی

بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، در صورت نیاز، هزینه های فوری دندان پزشکی را به بیمه گذار در خارج از کشور محل اقامت وی تا سقف ۴۰۰ یورو در مورد تعهدات ۵۰،۰۰۰ یورویی و تا سقف ۱۵۰ یورو در مورد تعهدات ۱۰،۰۰۰ یورویی پرداخت می نماید. فرانشیز: ۲۵ یورو در هر مورد خسارت دندان پزشکی است. این هزینه ها به معالجه دندان درد، درمان عفونت و کشیدن دندان محدود می گردد.

- بازگشت اعضای بلافاصل خانواده همراه بیمه گذار به کشور

به محض بستری شدن بیمه گذار به دلیل بیماری ناگهانی و یا حادثه به مدت بیش از ۱۰ روز و یا فوت وی، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور هزینه بازگشت یک نفر از اعضای بلافاصل خانواده همراه بیمه گذار به کشور مبدا (محل اقامت) را در صورت عدم توانایی به سفر با وسیله نقلیه شخصی خود و یا وسیله نقلیه ای که در ابتدای سفر مورد استفاده قرار گرفته بود، تقبل خواهد نمود.

- بازگرداندن جسد متوفی
- در صورت فوت بیمه گذار، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور تمهیدات لازم برای انتقال و بازگرداندن جسد وی را اتخاذ نموده و هزینه های مربوط به انتقال جسد بیمه گذار به محل خاک سپاری یا مراسم ترحیم در کشور محل اقامت وی را تقبل کند.
- تبصره: پرداخت هزینه های مربوط به خاک سپاری یا مراسم ترحیم از این پوشش مستثنا می باشد.
- سفر اضطراری یکی از اعضای بلافصل خانواده
- در صورتی که بیمه گذار به علت حوادث یا بیماری مشمول این بیمه نامه، بیشتر از ۱۰ روز در بیمارستان بستری شود، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور مخارج انتقال یکی از اعضای بلافصل خانواده وی را از کشور محل اقامت بیمه گذار، از جمله هزینه رفت و برگشت به محل بستری شدن و مخارج اقامت تا سقف ۸۵ یورو برای هر روز، حداکثر به مدت ۱۰ روز و تا مبلغ ۸۵۰ یورو را پرداخت خواهد نمود.
- بازگشت اضطراری به کشور به دلیل فوت یکی از اعضای نزدیک خانواده
- هنگامی که بیمه گذار به دلیل فوت یکی از اعضای نزدیک خانواده (تا بستگان درجه دوم) خود ناچار به توقف سفر شود، چنانچه وی قادر به سفر با وسیله نقلیه شخصی خود و یا وسیله نقلیه ای که برای سفر اجاره شده است نباشد، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور هزینه سفر او به کشور محل اقامتش را پرداخت خواهد نمود. بیمه گذار باید دلایل، اسناد یا گواهی هایی که موجب توقف سفر وی شده است (گواهی فوت) را به بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور ارائه نماید.
- تحویل دارو
- بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، هزینه های ارسال اضطراری دارو در صورت فقدان آن در محل اقامت بیمه گذار را، در صورتی که پزشک معالج وی، حتی پیش از سفر تجویز کرده باشد، پرداخت خواهد نمود.
- ارسال پیام ها و اطلاعات مراجع درمانی در مواقع اضطراری
- بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور مسئولیت ارسال پیام های اضطراری بیمه گذار را در ارتباط با حوادث مشمول پوشش این بیمه نامه بر عهده خواهد گرفت. به تقاضای بیمه گذار بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور اطلاعات عمومی مراجع درمانی نظیر نام پزشکان، متخصصان، دندان پزشکان یا پیراپزشکان نزدیک به محل، نشانی بیمارستان ها، مراکز پزشکی، داروخانه ها و آمبولانس ها را به استثنای مراکز تشخیص - درمانی در اختیار بیمه گذار قرار خواهد داد.
- حواله تضمینی وجوه نقد
- بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور وجوه مربوط به هر نوع وثیقه قانونی از جانب بیمه گذار تا سقف حداکثر ۸۵۰ یورو را حواله خواهد نمود. بیمه گذار باید مبلغ مورد تقاضا را از قبل در دفاتر رسمی بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور در ایران به صورت چک بانکی، حواله و یا پول نقد به سپرده گذارد.
- حواله وجه نقد
- چنانچه بیمه گذار در طول مسافرت خارج از کشور در نتیجه سرقت، مفقود شدن بار، بیماری یا حادثه (که می تواند از طریق مدارک مربوطه نظیر: رسید، تاییدیه، شکوائیه رسمی و ... به اثبات برسد) پول نقد خود را از دست بدهد، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور به شرط سپرده گذاری مبلغ مورد تقاضا در قالب چک بانکی، حواله و یا پول نقد در دفتر رسمی خود در ایران نسبت به حواله حداکثر ۸۵۰ یورو اقدام خواهد نمود.
- فقدان گذرنامه، گواهی نامه رانندگی و شناسنامه در خارج از کشور
- در صورت فقدان گذرنامه، گواهی نامه رانندگی و شناسنامه بیمه گذار در خارج از کشور، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور هزینه های لازم برای تهیه گذرنامه، گواهی نامه رانندگی، شناسنامه المثنی و یا مدارک کنسولی مشابه تا سقف ۲۰۰ یورو را تقبل خواهد نمود.

• معاضدت حقوقی

بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، هزینه های دفاع قانونی در مقابل اشخاص ثالث در دعاوی کیفری و مدنی ناشی از حوادث رانندگی در خارج از کشور را تا سقف حداکثر ۱۵۰۰ دیورو یا معادل آن (به ارز کشور مورد دعوی) پوشش خواهد داد.

ب) پوشش های مربوط به بار همراه مسافر

پرداخت هزینه های مربوط به بار و مایملک شخصی بیمه گذاران مطابق با فهرست (مندرج در بند ب) و بر اساس شرایط زیر ارائه خواهد گردید. اصل تاییدیه حمل بار یا شکوائیه موید وقوع فقدان یا حادثه برای بار در کلیه موارد باید به بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور ارائه شود.

۱. جبران خسارت فقدان بار تحویلی به هواپیما

در صورتی که بار در شرکت هواپیمایی حامل مفقود شود، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور علاوه بر خسارتی که حامل، ملزم به پرداخت آن است، مابه التفاوت آن را تا سقف حداکثر ۲۰۰ یورو برای مجموعه بار و لوازم تحویل شده به هواپیما، به بیمه گذار پرداخت خواهد نمود. به همین منظور بیمه گذار باید فهرستی از مشخصات و محتویات، از جمله قیمت و تاریخ خرید تخمینی هر قلم کالا و همچنین میزان خسارت پرداختی توسط شرکت حامل را به بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور ارائه نماید.

پرداخت خسارت بر اساس روش توصیه شده به وسیله سازمانهای بین المللی حمل بار محاسبه خواهد شد. حداقل زمان لازم برای مفقود دانستن دائم بار همراه مسافر، توسط شرکت حامل تعیین می شود و از ۲۱ روز کمتر نمی باشد. پول، جواهرات، کارت های اعتباری و نقدی و هر گونه سند از شمول این تعهد مستثنا می باشند.

۲. جبران خسارت تاخیر در ورود بار همراه مسافر

در صورتی که بار همراه مسافر ثبت شده باشد، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور هزینه تاخیر در ورود بار همراه وی را مشروط به آنکه شرکت هواپیمایی مربوطه وابسته به یاتا باشد، پس از گذشت حداقل ۶ ساعت تاخیر، برای خرید ملزومات اساسی و حداکثر تا سقف ۱۰۰ یورو پوشش می دهد. در کلیه موارد، اسناد موید وقوع حادثه که به تایید شرکت هواپیمایی مربوطه رسیده باشد، باید منضم به درخواست خسارت بیمه گذار باشد.

۳. یافتن و ارسال بار و ملزومات شخصی

بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور را راهنمایی های لازم در خصوص نحوه گزارش سرقت یا فقدان بار و ملزومات شخصی را به بیمه گذار ارائه نموده و برای یافتن آن همکاری خواهد نمود. در صورت یافته شدن ملزومات مذکور، شرکت حمل کننده، انتقال آن به مقصد مورد نظر بیمه گذار یا کشور محل اقامت وی برعهده خواهد گرفت. در این صورت بیمه گذار، متعهد به عودت خسارت دریافتی در زمینه فقدان بار بر اساس این بیمه نامه خواهد بود.

پ) پوشش تاخیر در حرکت

در صورتی که وسیله نقلیه عمومی مورد استفاده بیمه گذار حداقل ۶ ساعت تاخیر حرکت داشته باشد، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور به شرط ارائه نسخه اصلی صورت حساب های مربوطه، هزینه های اضافی تقبل شده به دلیل این تاخیر را (از قبیل: هزینه های حمل و نقل، اقامت در هتل و همچنین غذا) تا سقف های مندرج در این موارد به وی جبران خواهد نمود:

- در صورتی که تاخیر بیش از ۶ ساعت باشد، تا سقف ۴۵ یورو.
- در صورتی که تاخیر بیش از ۱۲ ساعت باشد، ۴۵ یورو اضافه بر بند ۱.
- در صورتی که تاخیر بیش از ۱۸ ساعت باشد، ۴۵ یورو اضافه بر بند ۲.
- در صورتی که تاخیر بیش از ۲۴ ساعت باشد، ۴۵ یورو اضافه بر بند ۳.

حداکثر سقف تعهد بابت کلیه موارد ذکر شده ۱۸۰ یورو می باشد. هر گونه تاخیر ناشی از اعتصاب کارکنان شرکت های هواپیمایی، فرودگاه های مبدا و مقصد و یا شرکت های خدماتی طرف قرارداد آن ها و همچنین تاخیرهای مربوط به پروازهای چارتر و غیر عادی از این تعهد مستثنا می باشد.

شرایط و محدودیت های مربوط به بند پ (تأخیر در حرکت) عبارتند از:

- پیش از آنکه درخواست خسارتی به موجب این بخش از بیمه نامه مورد بررسی قرار گیرد، بیمه گذار باید تاییدیه کتبی در مورد تاریخ و زمان حرکت و دلایل تأخیر را از شرکت حامل یا نمایندگان آنها دریافت نماید.
- خسارت های مربوط به این بخش از تعهدات زمانی که به موجب تاییدیه رزرو جا برای حرکت بیمه گذار مقرر بوده است، محاسبه خواهد گردید.

فصل سوم: شرایط مسئولیت

۱. در صورت بروز هرگونه خسارت، مسئولیت بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور مشروط به تقاضای بیمه گذار نسبت به غرامت یا منافعی است که تابع شرایط این بیمه نامه باشد.
 ۲. در صورت بروز هرگونه خسارت ناشی از این بیمه نامه، بیمه گذار:
 - هر گونه تمهیدات لازم برای به حداقل رساندن خسارت را اتخاذ خواهد نمود.
 - ضمن تماس تلفنی در اسرع وقت با بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور خسارت را اعلام می کند و منافع مورد نیاز را مشخص خواهد ساخت.
 - کلیه اطلاعات مربوطه را در اختیار بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور قرار خواهد داد.
 - هیچ گونه مسئولیتی را در قبال تعهدات بیمه گر نخواهد پذیرفت.
 ۳. در صورتی که هر یک از خدمات مشمول این بیمه نامه قبلاً تحت پوشش بیمه دیگری قرار گرفته باشد، بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، مسئولیتی در قبال آن نخواهد داشت.
 ۴. بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور هر گونه هزینه ای را که از پیش مورد تصویب قرار نگرفته، جبران ننموده و یا جبران آن را مورد بررسی قرار نخواهد داد.
- هزینه های از پیش تصویب شده باید شامل خسارت دریافتی از بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، پیش از ارسال رسیدهای رسمی و نامه حاوی دلایل و شرایط عدم دریافت مستقیم یا غیر مستقیم هزینه های ادعایی خدمات از بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، باشد.

فصل چهارم: استثنائات عمومی

۱. این موارد به عنوان اصول کلی، از پوشش ها و مزایای این بیمه نامه مستثنا می باشند:
 - مواردی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم در نتیجه سوء نیت بیمه گذار، مشارکت وی در اقدامات جنایی یا ناشی از اعمال تقلب آمیز و یا بی توجهی و بی احتیاطی جدی وی، حاصل شده باشد. عواقب اقدامات بیمه گذار در حال اختلال مشاعر و یا معالجات روانی نیز مشمول این پوشش نمی باشند.
 - عوامل و بلایای طبیعی مانند: سیل، زلزله، رانش زمین، آتش فشان، توفان های موسمی غیر طبیعی، سقوط اجسام از فضا، شهاب ثاقب و به طور کلی هر گونه پدیده خارق العاده جوی، هوایی، زمینی و یا وابسته به امور زمین شناسی.
 - وقایع ناشی از تروریسم، نافرمانی یا آشوب های گروهی.
 - وقایع یا اقدامات نیروهای مسلح یا نیروهای امنیتی در زمان صلح.
 - جنگ، با اعلام یا بدون اعلام قبلی و هر گونه درگیری یا مداخله بین المللی با استفاده از زور و خشونت.
 - موارد ناشی از انرژی و پرتوهای هسته ای.

- موارد ناشی از حضور بیمه گذار در شرط بندی، درگیری و نزاع، به استثنای دفاع مشروع و یا ضرورت.
 - بیماری و یا صدمات جسمانی که پیش از خسارت وجود داشته است.
 - موارد ناشی از شرکت بیمه گذار در رقابت ها، ورزش ها و آزمایش های مقدماتی یا آموزشی.
 - مبادرت به انجام این ورزش ها: مسابقات اتوموبیل رانی و موتورسواری به هر روش، مسابقه شکار بزرگ در خارج از قلمرو اروپا، غواصی زیر آب با استفاده از کپسول هوا، قایق رانی در آبهای بین المللی با وسیله ای که برای حمل و نقل عمومی مسافر ساخته نشده است، اسب سواری، کوه نوردی، غار نوردی، مشت زنی، کشتی به هر شیوه، ورزش های رزمی، چتربازی، بالن سواری، سقوط آزاد، گلایدینگ و به طور کلی هر گونه ورزش و تفریح که عرفاً خطرناک تلقی می گردد.
 - حضور در رقابت ها و تورنمنت هایی که بوسیله فدراسیون های ورزشی یا سازمان های مشابه برگزار می شوند.
 - اسکی و یا سایر ورزش های مشابه زمستانی و تابستانی خطرناک.
 - اشخاص مقیم دائم و یا دانشجویان خارج از ایران.
 - استفاده از وسایل غیرمجاز ناوگان هوایی برای حمل و نقل عمومی مسافر و همچنین چرخ بال، بعنوان مسافر یا خدمه.
 - حوادث ناشی از ریسک های شغلی بیمه گذار که طبق قانون به عنوان حوادث شغلی یا کار قلمداد می شوند.
۲. علاوه بر استثنائات ذکر شده، این موارد نیز خارج از شمول این بیمه نامه می باشد:
- خدماتی که راساً بوسیله بیمه گذار، بدون اطلاع و موافقت قبلی بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور، به استثنای موارد ضروری، انجام پذیرد. در موارد ضروری بیمه گذار باید اسناد و نسخه اصلی صورت حساب ها را به شرکت ارائه نماید.
 - عوارض یا صدمات جسمانی ناشی از بیماری های مزمن یا بیماری هایی که پیش از تاریخ شروع این بیمه نامه وجود داشته است.
 - مرگ ناشی از خودکشی و صدمات جسمانی و عواقب ناشی از اقدام به آن.
 - موارد ناشی از بیماری ها و یا آسیب های ایجاد شده بر اثر مصرف ارادی الکل، دارو، مواد سمی، مواد مخدر یا داروهای فاقد نسخه پزشکی و همچنین هر گونه بیماری روانی یا عدم تعادل روحی.
 - موارد ناشی از امتناع یا تاخیر بیمه گذار یا اشخاص مسئول وی در انتقال به مراکز درمانی پیشنهاد شده به وسیله بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور و مورد توافق بخش پزشکی آن.
 - درمان های توانبخشی.
 - پروتز، وسایل کمک ارتوپدی یا ارتودنسی و همچنین عینک.
 - موارد ناشی از حاملگی، زایمان، عوارض ناشی از آن و یا سقط جنین.
 - موارد ناشی از باری که به خوبی بسته بندی یا شناسایی نشده و همچنین بار شکننده و یا موارد فاسد شدنی.
 - مساعدت یا جبران خسارت برای حوادث واقع شده در طول سفر، در هر یک از این شرایط:
 - پیش از شروع اعتبار بیمه نامه؛
 - با هدف انجام معالجات پزشکی؛ پس از تشخیص یک بیماری صعب العلاج.
 - هزینه هایی که در کشور محل اقامت بیمه گذار پیش آید، هزینه هایی که خارج از چارچوب اجرای بیمه انجام گیرد و در هر صورت، هزینه هایی که پس از انقضای تاریخ بیمه نامه و یا پس از گذشت ۹۲ روز از تاریخ شروع بیمه نامه، صرف نظر از مفاد بندهای ضمیمه یا مندرجات شرایط خصوصی بیمه نامه، توسط بیمه گذار تقبل گردد.
۳. بیمه گر خدمات درمانی خارج از کشور در صورتی که به دلیل قوای قهریه نتواند هر یک از خدماتی را که به طور اخص در این بیمه نامه در نظر گرفته شده به مرحله عمل درآورد، از مسئولیت مبرا می باشد.

فصل سوم

نمونه سوال امتحانی

نمونه سوالات آزمون:

سری اول :

۱) ریسک های متضمن خسارت هایی هستند که حتی اگر در هیچ تغییری در شرایط اقتصادی روی ندهد، باز اتفاق می افتد؟

الف) پویا

ب) ایستا

ج) سوداگرانه

د) خالص

۲) کدام عامل جزء عوامل تعیین کننده مهم در همه موقعیت های دارای ریسک نمی باشد؟

الف) اطلاعات

ب) کنترل

ج) زمان

د) مکان

۳) تامین مالی ریسک، جزء کدامیک از عوامل فرآیند مدیریت ریسک است؟

الف) شناسایی ریسک

ب) جبران ریسک

ج) ارزیابی ریسک

د) کنترل ریسک

۴) تکنیک موجود در فروش های گروهی عبارتند از:

الف) ایجاد انگیزه در مشتری

ب) اعجاز روانشناسی

ج) متقاعد کردن مشتری

د) همه موارد

۵) از دلایل اینکه فروش بیمه مشکل است؟

الف) بیمه کالای فیزیکی نیست

ب) پویایی ندارد

ج) مرغوبیت آن قابل مشاهده نیست

د) همه موارد

۶) از نظر فروشنده کدام «بله» حرفه ای تلقی می شود؟

- الف) بله ناخودآگاه در ابتدای تماس
- ب) بله در هنگام مذاکره
- ج) بله در هنگام تماس
- د) بله در پایان تماس و متقاعد شدن

۷) در فروش محصولات نو، به چه شناختی احتیاج بیشتری داریم؟

- الف) شناخت صنعت
- ب) شناخت شرکت
- ج) شناخت محصول
- د) شناخت مهارت های فروش

۸) ارزشمندترین موضوع برای یک فروشنده حرفه ای است؟

- الف) ترغیب مشتری به خرید
- ب) حفظ ارتباط با مشتری
- ج) پیدا کردن مشتری جدید
- د) ایجاد حس اطمینان نزد مشتری

۹) منافع شناخت تکنیکی از محصولی که فروخته می شود به چه کسی تعلق دارد؟

- الف) خریدار
- ب) فروشنده
- ج) خریدار و فروشنده
- د) هیچکدام

۱۰) این مرحله از فروش با بیشترین بعد و زمان به عرضه و معرفی محصول یا خدمات می پردازد؟

- الف) مطرح کردن سوال
- ب) بازبینی و کنترل قبل از فروش
- ج) عقد قرارداد
- د) بازبینی نهایی

۱۱) در این مرحله خواسته مشتری و محصول با خدمات فروشنده به هم می رسند؟

- الف) بازبینی نهایی
- ب) خاتمه فروش
- ج) عقد قرارداد
- د) بازبینی نهایی

۱۲) فروش حرفه ای یعنی.....

- الف) حل مشکل خریدار
- ب) تسریع در تصمیم گیری خریدار
- ج) فروش محصول به مشتری
- د) اتمام پروسه فروش

۱۳) ارزشمندترین دارایی یک فروشنده حرفه ای چیست؟

- الف) صداقت داشتن
- ب) متعهد بودن
- ج) طرز برخورد و رفتار
- د) امین بودن

۱۴) ویژگی های بیمه های اجتماعی:

- الف) کارفرما در پرداخت اعظم حق بیمه مشارکت دارد
- ب) درصد کمتری را بیمه شده پرداخت میکند
- ج) حق بیمه متناسب با ریسک تعیین می شوند
- د) هر سه مورد

۱۵) بیمه های بازرگانی توسط کدام نهاد عرضه می گردد؟

- الف) سازمان تامین اجتماعی
- ب) سازمان خدمات درمانی
- ج) شرکت های بیمه ای
- د) اتاق بازرگانی و صنایع و معادن

۱۶) تعیین سرمایه بیمه در بیمه اشخاص بر عهده کیست؟

- الف) بیمه گر
- ب) بیمه گذار
- ج) هم بیمه گر، هم بیمه گذار
- د) بیمه ثالث

۱۷) آیا اصل غرامت در بیمه عمر کارایی دارد؟

- الف) بله چون بیش از دیه قانونی
- ب) بله، چون نباید باعث سود شود
- ج) خیر، چون ارزش انسان را نمی توان به مبلغی پول محدود کند
- د) خیر چون مردم تشویق به ایجاد خسارت عمدی می شوند

۱۸) کدام شخص نفع بیمه پذیر دارد و می تواند متناسب با نفع خود بیمه نامه بخرد؟

الف) بدهکار

ب) طلبکار

ج) اولیای دم

د) هر سه مورد

۱۹) کدام یک جزء شرایط بنیادی درستی و اعتبار قرارداد بیمه نمی باشد؟

الف) قصد و رضای طرف های قرارداد

ب) اهلیت طرف های قرارداد

ج) مشروعیت جهت

د) هر سه مورد

۲۰) عقد بیمه و شرایط آن موسوم به بیمه باید چگونه باشد؟

الف) به موجب سند کتبی

ب) با امضای رسمی بیمه شونده

ج) با امضای دیجیتالی

د) هیچکدام

۲۱) کدام مورد جزء موارد انحلال بیمه نامه نیست؟

الف) فسخ

ب) بطلان

ج) تفاسخ

د) انفساخ

۲۲) بیمه گر نسبت به حق بیمه در مقابل هر گونه طلبکاری بر مال بیمه شده؟

الف) حق تقدم دارد

ب) حق تقدم دارد اگر طلب سایرین به موجب سند رسمی نباشد

ج) در صورت رای دادگاه بدوی و تجدید نظر در مورد رسمی نبودن سند دیگران حق تقدم ادرد

د) هیچکدام

۲۳) کارمزد نمایندگان فروش بیمه های عمر؟

الف) باید برابر میزان کارمزد نمایندگان حقیقی مقرر در مصوبات شورای عالی بیمه باشد

ب) نباید کمتر از میزان نمایندگان حقیقی مقرر در مصوبات شورای عالی بیمه باشد

ج) نباید کمتر از ۷۰ درصد میزان کارمزد کارمزد نمایندگان حقیقی مقرر در مصوبات شورای عالی بیمه باشد

د) نباید بیشتر از ۷۰ درصد میزان کارمزد نمایندگان حقیقی مقرر در مصوبات شورای عالی بیمه باشد

۲۴) اگر چند نماینده برای یک نوع بیمه، نرخ و شرایط خواسته باشند شرکت بیمه؟

- الف) موظف است نرخ و شرایط یکسان را به آنها اعلام نمایند
ب) می تواند بر اساس میزان فروش آنها نرخ و شرایط متفاوت را به آنها اعلام نماید
ج) می تواند بر اساس فروش آنها نرخ متفاوت اعلام نماید اما شرایط باید یکسان باشد
د) می تواند بر اساس فروش آنها شرایط متفاوت اعلام نماید اما نرخ باید یکسان باشد

۲۵) در صورت احراز تخلف نماینده کدام یک از تصمیمات زیر قابل اتخاذ است؟

- الف) ایجاد محدودیت در اختیارات تفویضی مانند سلب مجوز صدور بیمه نامه
ب) کاهش میزان کارمزد نماینده در یک یا چند رشته بیمه به مدت حداکثر ۶ ماه
ج) لغو پروانه فعالیت
د) همه موارد

۲۶) موسسات بیمه مکلفند نسبت به مواردی که در آیین نامه شماره ۸۳ کارمزدی برای آن پیش بینی نشده است قبل از پرداخت کارمزد؟

- الف) موافقت نماینده را جلب نمایند
ب) موافقت سندیکای بیمه گران ایران را جلب نمایند
ج) موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا را جلب نمایند
د) همه موارد فوق

۲۷) شرکت بیمه دارای ارکان زیر است؟

- الف) سهامداران-هیئت مدیره-مدیرعامل-شعب نمایندگان-ارزیابان خسارت
ب) سهامداران-مجمع عمومی-مدیرعامل-شعب نمایندگان-ارزیابان خسارت
ج) مجمع عمومی-بازرس قانونی-مدیرعامل-شعب نمایندگان
د) مجمع عمومی-بازرس قانونی-مدیرعامل-هیئت مدیره

۲۸) هیئت مدیره شرکت بیمه از ۵ نفر تشکیل می شود که با پیشنهاد و تصویب از میان اشخاص صلاحیت داری که در امور بیمه یا

مدیریت یا مالی یا اقتصاد یا حقوق متخصص باشند برای مدت سال انتخاب می گردند؟

- الف) مدیرعامل-مجمع عمومی-۴
ب) مجمع عمومی-وزیر اقتصاد-۵
ج) وزیر اقتصاد-مجمع عمومی-۴
د) مدیرعامل-وزیر اقتصاد-۵

۲۹) پروانه فعالیت شرکت بیمه چیست؟

- الف) موافقت با ثبت موسسه بیمه در مرجع ثبت شرکت ها
ب) موافقت با ثبت موسسه بیمه در مرجع ثبت شرکت ها پس از تایید اساسنامه در بیمه مرکزی
ج) مجوز فعالیت موسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه ای که بیمه مرکزی ایران صادر می نماید
د) مجوز فعالیت موسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه ای مرجع ثبت شرکتها صادر می نماید

۳۰) اگر پروانه فعالیت نماینده ای لغو شود؟

- الف) این شخص نمی تواند تا اتمام دوره مشخص شده فعالیت بیمه ای داشته باشد
ب) این شخص می تواند پس از اتمام دوره مشخص شده در شرکت بیمه دیگری فعالیت داشته باشد
ج) این شخص نمی تواند تا اتمام دوره مشخص شده به عنوان نماینده بیمه و یا کارگزاری رسمی بیمه در صنعت بیمه فعالیت داشته باشد
د) این شخص نمی تواند پس از لغو پروانه، به عنوان نماینده و یا کارگزاری رسمی بیمه در صنعت بیمه فعالیت داشته باشد

۳۱) بیمه گذار پس از پرداخت حق بیمه می تواند از ارزش باز خرید بیمه نامه درخواست وام نماید؟

- الف) حداقل یکسال تمام
ب) حداقل ۲ سال تمام
ج) حداقل سه سال تمام
د) حداقل ۵ سال تمام

۳۲) در کدام یک از انواع بیمه می توان خطر فوت فرد وام گیرنده را پوشش داد؟

- الف) مانده بدهکار
ب) پس انداز
ج) پول
د) اعتبار

۳۳) عدم شمول اصل غرامت به بیمه های اشخاص در کدام نوع از بیمه ها اعمال می شود؟

- الف) بیمه عمر و درمان
ب) بیمه عمر و حوادث
ج) بیمه درمان و حوادث
د) بیمه عمر و درمان و حوادث

۳۴) در بیمه های اشخاص کدامیک از اصول بیمه ای حاکم نیست؟

- الف) اصل غرامت و اصل حد اعلای حسن نیت
ب) اصل جانشینی و اصل غرامت
ج) اصل جانشینی و اصل نفع پذیر
د) اصل غرامت و اصل نفع پذیر

۳۵) عدم شمول اصل غرامت به بیمه های اشخاص چه نتایجی در پی دارد؟

- الف) انعقاد قرارداد بیمه گذار با چند بیمه گر برای خطر واحد
ب) مطالبه زیان از شخص ثالث حادثه علاوه بر مبلغ بیمه شده
ج) مراجعه مستقیم بیمه گر به مسئول حادثه و مطالبه غرامت
د) اصل غرامت و اصل نفع پذیر

۳۶) کدامیک از خطرهای زیر در بیمه حوادث بیمه نمی شود؟

- الف) ورزش های آبی و زمستانی
- ب) موتور سواری
- ج) جنگ و شورش
- د) موارد ب و ج

۳۷) چنانچه اظهارات بیمه شده و یا بیمه گذار خلاف واقع و بدون سوء نیت باشد (سهو یا اشتباه) و این مسئله پیش از وقوع خطر کشف

شود در این صورت بیمه گر می تواند؟

- الف) قرارداد بیمه را **ابقا** کند
- ب) حق بیمه را به تناسب خطر افزایش دهد
- ج) قرارداد بیمه را فسخ کند
- د) بر حسب مورد یکی از موارد الف یا ج را انتخاب نماید

۳۸) در صورت اثبات خود کشی بیمه شده در دو سال اول اعتبار قرارداد بیمه عمر؟

- الف) هیچ وجهی به استفاده کننده پرداخت نمی شود
- ب) در صورت وجود ذخیره ریاضی مبلغ آن با احتساب تا روز فوت به استفاده کننده پرداخت می شود
- ج) فقط نصف سرمایه فوت به استفاده کننده پرداخت می شود
- د) هیچکدام

۳۹) حق بیمه عمر تابع است؟

- الف) نوع شغل و فعالیت بیمه شده
- ب) سن و وضعیت بیمه شده
- ج) طول عمر بیمه شده
- د) هر سه مورد

۴۰) کدامیک از موارد زیر بیمه عمر به شرط حیات را توصیف می کند؟

- الف) قرارداد بیمه که در آن بیمه گر تعهد می کند در مقابل دریافت حق بیمه، سرمایه مندرج در بیمه نامه را در صورت فوت بیمه شده قبل از انقضای زمان معین به ذینفع بپردازد
- ب) قرارداد بیمه ای که در آن بیمه گر تعهد می کند در مقابل دریافت حق بیمه، سرمایه ثابتی را در انقضای مدت بیمه و به شرط حیات بیمه شده بپردازد
- ج) قرارداد بیمه ای که در آن بیمه گر تعهد می کند در مقابل دریافت حق بیمه، سرمایه ثابتی را قبل از انقضای مدت بیمه و به شرط حیات بیمه شده بپردازد
- د) قرارداد بیمه ای که در آن بیمه گر تعهد می کند در مقابل دریافت حق بیمه، سرمایه بیمه را در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه و یا حیات اویس از انقضای مدت بپردازد

۴۱) در بیمه نامه مستمری مشروط به زنده ماندن چند نفر، مستمری تا چه زمانی پرداخت می شود؟

- الف) تا زنده بودن آخرین فرد پرداخت می شود
- ب) با فوت هر نفر میزان پرداختی بیمه گر کاهش می یابد
- ج) با فوت هر نفر، مستمری قطع می شود
- د) موارد الف و ب

۴۲) ارزانترین نرخ حق بیمه مربوط به کدام نوع از بیمه های عمر است؟

- الف) بیمه عمر زمانی
- ب) بیمه تمام عمر خطر فوت
- ج) بیمه به شرط حیات
- د) بیمه مختلط

۴۳) در بیمه سرمایه فرزندان، استفاده کنندگان چه کسانی می توانند باشند؟

- الف) فرزندی که در قرارداد تعیین شده است
- ب) برادران و خواهران این فرزند که در طول مدت قرارداد زنده هستند یا فوت می شوند
- ج) پدر یا مادر فرزندی که در قرارداد تعیین شده است
- د) مورد الف و ب

۴۴) بیمه عمر دریافت دو برابر سرمایه فوت یا مستری جزء کدام یک از انواع بیمه های عمر محسوب می شود؟

- الف) بیمه عمر به شرط حیات
- ب) بیمه عمر به شرط فوت
- ج) بیمه عمر مختلط پس انداز
- د) بیمه عمر مختلط سرمایه گذاری

۴۵) کدامیک از جملات زیر صحیح است؟

- الف) در بیمه عمر با سرمایه صعودی، سرمایه خطر فوت سال به سال تنزل می یابد
- ب) در بیمه عمر مانده بدهکار سرمایه خطر فوت سال به سال تنزل می یابد
- ج) در بیمه عمر با سرمایه صعودی، سرمایه خطر فوت سالانه به نسبت تضاعد هندسی افزایش می یابد
- د) در بیمه عمر مانده بدهکار، سرمایه خطر فوت سال به سال به نسبت تضاعد عددی کاهش می یابد

۴۶) در بیمه عمر سرمایه گذاری چه بازدهی به استفاده کنندگان قرارداد پرداخت می شود؟

- الف) سود تضمین شده فرصت های سرمایه گذاری انتخاب شده
- ب) سود مشارکت در منافع حداقل ۸۵ درصد
- ج) موارد الف و ب
- د) هیچکدام

۴۷) کدامیک از موارد زیر از ویژگی های بیمه عمر و سرمایه گذاری محسوب نمی شود؟

- الف) انعطاف پذیری حق بیمه
- ب) عدم همسویی نرخ سود تضمین شده سرمایه گذاری با تورم
- ج) حق انتخاب نوع سرمایه و سرمایه گذاری
- د) قدرت نقدینگی بالا

۴۸) منظور از تبلیغ همراه کننده در عبارت " عرضه کنندگان بیمه باید از تبلیغات همراه کننده خودداری نمایند " چیست؟

- الف) تبلیغی که با قوانین و مقررات بیمه ای و عرف بیمه منطبق نباشد
- ب) تبلیغی که با شرایط بیمه نامه منطبق نباشد
- ج) تبلیغی که موجب ابهام در تشخیص محصولات بیمه ای شود
- د) همه موارد

۴۹) کدامیک از موارد زیر صحیح نمی باشد؟

- الف) فروش اجباری بیمه به هر طریقی ممنوع است
- ب) عرضه کننده بیمه نباید هیچ گونه اطلاعاتی که طبق قوانین و مقررات مربوط برای انجام عملیات بیمه گری ضرورت دارد از متقاضی خدمات بیمه درخواست نماید
- ج) مسئولیت درج صحیح اطلاعات در بیمه نامه بر عهده بیمه گذار است
- د) هیچکدام

۵۰) حداکثر زمانی که موسسه بیمه باید بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید چند روز

است؟

- الف) ۱۵ روز
- ب) ۳۰ روز
- ج) ۶۰ روز
- د) یک هفته

۵۱) در عقد بیمه متعهد چه نام دارد؟

- الف) بیمه گر
- ب) بیمه گذار
- ج) نماینده بیمه
- د) کارگزار بیمه

۵۲) وجهی را که بیمه گذار به بیمه گر می پردازد در قانون بیمه چه نام دارد؟

الف) کارمزد

ب) حق العمل

ج) حق بیمه

د) حق الصدور

۵۳) سند کتبی که در آن عقد بیمه و شرایط آن آمده است چه نام دارد؟

الف) فرم پیشنهاد

ب) بیمه نامه

ج) جدول تعرفه

د) شرایط اختصاصی

۵۴) اگر بیمه گذار فوت نماید و ورثه کلیه تعهداتی را که به موجب قرارداد بر عهده بیمه گذار بوده است اجرا کند آیا بیمه گر حق فسخ قرارداد را دارد؟

الف) بله حق فسخ را دارد

ب) خیر حق فسخ را ندارد

ج) تنها در برخی رشته های بیمه ای حق فسخ را دارد

د) به جز در بیمه های آتش سوزی و باربری حق فسخ دارد

۵۵) بیمه گر ظرف چه مدت از انتقال موضوع بیمه به شخص دیگر حق فسخ عقد بیمه را دارد؟

الف) یک ماه

ب) دو ماه

ج) سه ماه

د) شش ماه

۵۶) تهیه آیین نامه های مقررات برای حسن اجرای امور بیمه ای لازم باشد با توجه به مفاد قانون تاسیس بیمه مرکزی و بیمه ای از وظایف کدام نهاد است؟

الف) بیمه مرکزی ج.ا.

ب) معاونت بانک و بیمه در وزارت اقتصاد

ج) اتاق بازرگانی، صنایع و معادن

د) هیات وزیران جمهوری اسلامی ایران

۵۷) تعهد سهامداران یک موسسه بیمه ایرانی نباید از چند شخص حقیقی یا حقوقی کمتر باشد؟

الف) ۵۰ نفر

(ب) ۱۰ نفر

(ج) ۲۰ نفر

(د) ۳۰ نفر

۵۸) میزان تضمینی که نماینده موظف است به امور شرکت بیمه تودیع کند چقدر است؟

الف) متناسب با حجم کار هر نماینده حداقل ۵ میلیون ریال

ب) متناسب با حجم کار هر نماینده به تشخیص بیمه مرکزی ج.ا.

ج) متناسب با حجم کار هر نماینده حداقل ۱۰ میلیون ریال

د) متناسب با حجم کار هر نماینده حقیقی یا حقوقی در شکل حقوقی ثبت آن به تشخیص شرکت بیمه طرف قرارداد تعیین می شود

۵۹) نماینده بیمه نماینده چه شخصی است؟

الف) بیمه گر

ب) بیمه گذار

ج) شرکت بیمه و بیمه شده

د) بازار بیمه

۶۰) نماینده بیمه در مقابل بیمه گذار چه رابطه حقوقی می تواند داشته باشد؟

الف) در واقع نماینده بیمه گذار نیز هست و باید حافظ حقوق وی باشد

ب) نماینده شرکت بیمه است و باید حافظ منافع شرکت باشد و در مقابل بیمه گذار رعایت حد اعلای حسن نیت را طبق قانون و مقررات به عمل

آورد

ج) قبل از بیمه گر نماینده بیمه گذار است و باید بر اساس نیاز مشتری بیمه نامه مناسب را برای وی خریداری میکند

د) همه موارد

۶۱) مسئولیت احراز صحت شرایط لازم در مورد هر یک از متقاضیان اخذ پروانه نمایندگی بیمه به عهده چه کسی است؟

الف) بر عهده شرکت بیمه مربوطه

ب) بر عهده بیمه مرکزی ج.ا.

ج) متقاضیان حقیقی بر عهده شرکت بیمه و متقاضیان بر عهده بیمه مرکزی ج.ا.

د) متقاضیان حقوقی بر عهده شرکت بیمه و متقاضیان حقیقی بر عهده بیمه مرکزی ج.ا.

۶۲) کارکنان نماینده که فروش یا صدور بیمه نامه انجام می دهد باید واجد همه شرایط زیر باشد به جزء؟

الف) داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم

ب) داشتن حداقل یکسال سابقه کار مرتبط با بیمه

ج) گذراندن دوره آموزشی لازم به تشخیص شرکت بیمه

د) داشتن حسن اخلاق و رفتار و توانایی ایجاد ارتباط با مشتریان

۶۳) اگر چند نماینده برای یک نوع بیمه، نرخ و شرایط خواسته باشد شرکت بیمه؟

الف) موظف است نرخ و شرایط یکسان را به آنها اعلام نماید

- ب) می تواند بر اساس میزان فروش آنها نرخ و شرایط متفاوت را به آنها اعلام نماید
ج) می تواند بر اساس فروش آنها نرخ متفاوت اعلام نماید اما شرایط باید یکسان باشد
د) می تواند بر اساس فروش آنها شرایط متفاوت اعلام نماید اما نرخ باید یکسان باشد

۶۴) **اعضاء هیات رسیدگی به اختلافات نماینده و شرکت بیمه چه کسانی هستند؟**

- الف) نماینده بیمه مرکزی ج.ا.ا - نماینده سندیکای بیمه گران ایران - نماینده شورای حل اختلاف
ب) نماینده منتخب انجمن های صنفی نمایندگان بیمه - نماینده منتخب سندیکای بیمه گران ایران - نماینده شرکت بیمه - نماینده نمایندگی بیمه
ج) نماینده شورای حل اختلاف - نماینده شرکت بیمه - نماینده نمایندگی بیمه - نماینده بیمه مرکزی ج.ا.ا
د) نماینده منتخب انجمن های صنفی نمایندگان بیمه - نماینده منتخب سندیکای بیمه گران ایران - نماینده بیمه مرکزی ج.ا.ا

۶۵) **موسسات بیمه مکلفند نسبت به مواردی که در آیین نامه شماره ۸۳ کارمزدی برابر آن پیش بینی نشده است قبل از پرداخت کارمزد؟**

- الف) موافقت نماینده را جلب نمایند
ب) موافقت سندیکای بیمه گران ایران را جلب نمایند
ج) موافقت بیمه مرکزی را جلب نمایند
د) همه موارد

۶۶) **در کسب و کار بیمه، تصمیمات قیمت گذاری با کدامیک از عوامل زیر مرتبط است؟**

- الف) حق بیمه پرداخت شده برای بیمه نامه ها
ب) بهره پرداخت شده بابت عدم پرداخت حق بیمه ها و تسهیلات اعتباری
ج) کارمزد پرداخت شده بابت فعالیت های مشاوره ای و بیمه ای
د) همه موارد

۶۷) **عنصر مکان از آمیخته بازاریابی بیمه با کدامیک از عوامل زیر سر و کار دارد؟**

- الف) اداره کارمندان بیمه
ب) مکان یابی شعبه
ج) همکاری و مشاوره نماینده
د) موارد الف و ب

۶۸) **عنصر محصول از آمیخته بازاریابی بیمه با کدامیک از عوامل زیر سر و کار دارد؟**

- الف) بیمه نامه
ب) همکاری و مشاوره نماینده
ج) اعتبار شرکت بیمه
د) همه موارد

۶۹) **معادل فارسی کلمه "POLICY" در متون تخصصی بیمه کدام است؟**

الف) بیمه نامه

ب) سیاست

ج) سیاست بیمه ای

د) بیمه خطرات سیاسی

۷۰) معادل فارسی کلمه "SUM INSURED" در متون تخصصی بیمه کدام است؟

الف) سرمایه تحت پوشش

ب) جمع بیمه شدگان

ج) برخی از بیمه شدگان

د) جمع خطرات

۷۱) معادل انگلیسی "بیمه عمر اعتبار" کدام گزینه است؟

الف) Credit Life Insurance

ب) value Insurance

ج) Endowment Insurance

د) Face Value policy

۷۲) در فرآیند صدور یک بیمه نامه، فرم پیشنهاد توسط چه کسی تکمیل می گردد؟

الف) بیمه گر

ب) اکچوئر

ج) بیمه شده

د) متقاضی بیمه

۷۳) کدامیک از گزینه های زیر بیمه گران را قادر می سازد میزان حق بیمه ریسک های بیمه ای را به نحو دقیق ارزیابی کنند؟

الف) اصل جبران خسارت

ب) حد اعلاى حسن نیت

ج) قانون اعداد بزرگ

د) شاخص در معرض خطر بودن

۷۴) کدامیک از گزینه های زیر از نظر ساختاری جزء بخش های اصلی کلیه قراردادهای بیمه ای در رشته های مختلف نیست؟

الف) اظهارات

ب) یک جانبه بودن قرارداد

ج) توافقات بیمه ای

د) شرایط

۷۵) اصل غرامت در کدامیک از موارد زیر قابل اعمال نیست؟

(الف) بیمه عمر

(ب) بیمه اتومبیل

(ج) بیمه آتش سوزی

(د) بیمه باربری

۷۶) علت اصلی یک خسارت همیشه ...

(الف) اولیه علت است

(ب) علت غالب است

(ج) آخرین علت است

(د) تنها علت است

۷۷) کدامیک از عبارات زیر نادرست است؟

(الف) مشارکت زمانی مطرح می شود که دو بیمه نامه گرامت برای یک ریسک مشخص وجود داشته باشد.

(ب) اصل تعدد بیمه ای فقط زمانی امکان پذیر است که مجموع سرمایه های بیمه نامه های متعدد از ارزش موضوع بیمه بیشتر نباشد

(ج) وقتی که شرط مشارکت اعمال می شود همه بیمه گران مسئول به طور مساوی در خسارت شریک هستند

(د) شرط مشارکت مستلزم نفع بیمه ای خطر و موضوع بیمه مشترک در همه بیمه نامه است

۷۸) در محاسبات حق بیمه با استفاده از آمار کاربردی حق بیمه خالص چگونه محاسبه می گردد؟

$$\text{(الف)} \quad \frac{\text{مجموع خسارت ها}}{\text{تعداد معرض خطر ها}} = \text{حق بیمه خالص}$$

$$\text{(ب)} \quad \frac{\text{تعداد خسارت یا میانگین آنها}}{\text{تعداد معرض خطر ها}} = \text{حق بیمه خالص}$$

(ج) حق بیمه ناخالص حامل سربار = حق بیمه خالص

$$\text{(د)} \quad \frac{\text{تعداد معرض خطرها}}{\text{مجموع خسارت ها}} = \text{حق بیمه خالص}$$

۷۹) در بیمه عمر، بیمه گذار کسی است که:

(الف) قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد نماید

(ب) در صورت وقوع ریسک موضوع بیمه، سرمایه بیمه به وی پرداخت می شود

(ج) بیمه عمر جنبه پس اندازی و سرمایه گذاری دارد

(د) موضوع بیمه عمر تامین در مقابل هزینه های احتمالی ناشی از ریسک فوت بیماری های خاص یا حیات بیمه شده است

۸۰) کدامیک از عبارات زیر از ویژگی های بیمه عمر نیست؟

(الف) ایجاد ذخایر ریاضی قابل توجه در شرکت های بیمه

ب) از انواع بیمه های غرامتی است

ج) بیمه عمر جنبه پس اندازی و سرمایه گذاری دارد

د) موضوع بیمه عمر تامین در مقابل هزینه های احتمالی ناشی از ریسک فوت بیماری های خاص یا حیات بیمه شده است

۸۱) کدام یک از عبارات زیر از ویژگی های بیمه عمر زمانی است؟

الف) در صورت فوت بیمه شده در مدت اعتبار قرارداد سرمایه بیمه به ذی نفعان پرداخت می گردد

ب) در صورت فوت بیمه شده در هر زمان سرمایه بیمه نامه به ذی نفعان پرداخت می گردد

ج) در صورت حیات بیمه شده پس از مدت قرارداد سرمایه بیمه پرداخت می شود

د) در صورت حیات بیمه شده پس از مدت قرارداد حق بیمه های پرداختی مسترد می شود

۸۲) کدامیک از عبارات زیر از معایب بیمه عمر زمانی محسوب می شود؟

الف) حق بیمه نسبتا کم

ب) محدودیت مدت بیمه نامه به زمان مشخص

ج) کاهش نگرانی نسبت به تنزیل پول

د) عدم وجود حق بازخرید و سرمایه مخفف

۸۳) در بیمه عمر مختلط چنانچه بیمه شده پس از انقضای مدت بیمه در حیات باشد سرمایه بیمه نامه به تعلق می گیرد و در صورتی که بیمه شده

در طی مدت بیمه فوت کند سرمایه بیمه نامه به پرداخت می شود؟

الف) استفاده کنندگان-بیمه شده

ب) استفاده کنندگان-بیمه گذار

ج) بیمه شده-استفاده کنندگان

د) بیمه شده-بیمه گر

۸۴) بیمه عمر مانده بدهکار

الف) بیمه ایست که طلبکار را در مقابل مرگ یا اعسار مدیون، بیمه می نماید

ب) محصول به میزان بدهی بیمه شده عرضه می گردد

ج) با بازپرداخت اقساط وام سرمایه بیمه نامه کاهش می یابد

د) هر سه مورد صحیح است

۸۵) بر اساس آیین نامه بیمه های زندگی (شماره ۶۸) ...

الف) موسسات بیمه می تواند پوشش خطرات اضافی را همراه انواع بیمه های زندگی عرضه نمایند

ب) قبول تعهد پرداخت سرمایه با مستمری در صورت نقص عضو با هزینه معالجات در بیمه نامه زندگی امکان پذیر است

ج) موسسات بیمه می توانند تعهدات انواع بیمه های زندگی را به صورت مستمری پرداخت نمایند

د) هر سه مورد صحیح است

۸۶) بر اساس آیین نامه ۶۸ صدور بیمه نامه خطر فوت انفرادی برای یک بیمه شده با مبلغ بیشتر از ریال بایستی با مجوز بیمه مرکزی باشد

الف) یک میلیارد ریال

ب) دو میلیارد ریال

ج) پنج میلیارد ریال

د) سه میلیارد ریال

۸۷) موسسات بیمه، سهم بیمه گذاران از مشارکت در منافع قابل تقسیم هر سال را ...

الف) به عنوان حق بیمه یکجا برای افزایش سرمایه بیمه نامه می پردازند

ب) به ذخیره ریاضی بیمه نامه اضافه می کنند

ج) به صورت نقدی پرداخت می کنند

د) بر حسب توافق با بیمه گذار به یکی از حالات فوق پرداخت می کنند

۸۸) پروانه نمایندگی فروش بیمه عمر چند سال اعتبار دارد؟

الف) سه سال

ب) دو سال

ج) یک سال

د) چهار سال

۸۹) کدامیک از موارد زیر از ویژگی های نماینده فروش بیمه عمر نیست؟

الف) مجاز به بازاریابی و عرضه بیمه عمر انفرادی است

ب) ملزم به داشتن محل کار است

ج) اجازه صدور بیمه نامه را ندارد

د) پیشنهادات بیمه دریافتی را مستقیماً به شکت بیمه ارائه می کند

۹۰) کدام یک از ریسک های زیر در بیمه درمان تکمیلی پوشش داده نمی شود؟

الف) هزینه درمان ناشی از بیماری

ب) هزینه درمانی ناشی از حوادث

ج) سرمایه فوت ناشی از بیماری

د) موارد الف و ب

۹۱) با توجه به تعریف بیماری در بیمه درمان تکمیلی کدامیک از بیماری های زیر تحت پوشش این بیمه نامه نیست؟

الف) بیماری های ناشی از مصرف مواد مخدر و یا الکل

ب) پوشش های اصلی (پایه)

ج) هزینه زایمان طبیعی

د) هزینه پاراکلینیکی

۹۲) بیمه شدگان قرارداد درمان تکمیلی شامل چه کسانی می باشد؟

- (الف) کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی و ساعتی بیمه گذار به اتفاق کلیه اعضای خانواده شان از طرف بیمه گذار که حداقل ۷۵ درصد آنان باید تحت پوشش قرار گیرند
- (ب) حداقل ۵۰ درصد کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار و اعضای خانواده شان که بیمه گذار آنها را بعنوان اعضای گروه معرفی نموده است، باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند
- (ج) کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه گذار که با ارائه رضایت نامه مبنی بر موافقت یا پوشش بیمه ای به اتفاق کلیه اعضای خانوادشان از طرف بیمه گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده اند و حداقل ۶۰ درصد آنان باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند
- (د) کلیه افراد معرفی شده از سوی بیمه گذار که نوعی ارتباط استخدامی با وی داشته و حداقل ۵۰ درصد افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی بایستی تحت پوشش قرار گیرند

۹۳) در بیمه درمان تکمیلی، دوره انتظار.....

- (الف) همان مدت بیمه نامه است
- (ب) مدت زمان لازم برای دریافت خدمات است
- (ج) مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد
- (د) هر سه مورد صحیح است

۹۴) در بیمه حوادث اشخاص، چه پوشش هایی ارائه می شود؟

- (الف) فوت در اثر حادثه
- (ب) هزینه های پزشکی ناشی از حادثه
- (ج) نقص عضو و از کارافتادگی ناشی از حادثه
- (د) هر سه مورد صحیح است

۹۵) منظور از نقص عضو یا از کارافتادگی دائم در بیمه حوادث چیست؟

- (الف) تغییر شکل یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن در اثر حادثه که حداکثر یکسال پس از وقوع حادثه بروز نماید
- (ب) تغییر شکل یا از دست دادن توانایی انجام عضوی از اعضای بدن در اثر حادثه که وضعیت موقت داشته باشد
- (ج) تغییر شکل یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن در اثر حادثه که حداکثر ۶ ماه پس از وقوع حادثه بروز نماید
- (د) تغییر شکل یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن در اثر حادثه که حداکثر ۲ سال پس از وقوع حادثه بروز نماید و وضعیت دائم داشته باشد

۹۶) در صورت فوت بیمه شده در بیمه نامه حادثه علت تحقق خطری که تحت پوشش بیمه نامه نیست؟

- (الف) بیمه نامه از زمان فوت بیمه شده باطل می گردد
- (ب) بیمه نامه از زمان فوت بیمه شده تعلیق می گردد
- (ج) بیمه نامه از زمان فوت بیمه شده فسخ می گردد
- (د) بیمه نامه از زمان فوت بیمه شده مخفف می گردد

۹۷) موسسه بیمه، بعد از دریافت کلیه مدارک به خسارت، به ترتیب (از راست به چپ) بعد از گذشت چند روز باید مدارک را بررسی کند و در صورت قبول پس از چند روز باید خسارت را پرداخت نماید؟

الف) ۱۵-۳۰

ب) ۲۰-۴۵

ج) ۱۵-۳۰

د) ۲۰-۴۵

۹۸) کدامیک از وظایف موسسه بیمه در مورد بیمه های غیر زندگی نمی باشد؟

الف) سهم بیمه گذار از هر خسارت

ب) وجود یا عدم وجود شرط مشارکت در منافع و شیوه پرداخت آن

ج) حداکثر تعهد بیمه گر در هر حادثه و در مدت بیمه

د) میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن

۹۹) مندرجاتی مثل اطلاعات خاص و ویژه و یا پوشش های اضافی مربوط به کدامیک بخش از شرایط حق بیمه می باشد؟

الف) شرایط عمومی

ب) شرایط پیوست بیمه نامه

ج) بیمه گذار و بیمه گر

د) هیچکدام

۱۰۰) وجهی که بیمه گذار به بیمه گر می پردازد چه نام دارد؟

الف) خسارت

ب) کارمزد

ج) حق العمل

د) حق بیمه

۱۰۱) کدام مورد لزومی برای درج در بیمه نامه ندارد؟

الف) موضوع بیمه

ب) حق بیمه

ج) میزان تعهد بیمه گر در صورت وقوع حادثه

د) نرخ بیمه

۱۰۲) در صورت انتقال موضوع بیمه به دیگری چه کسی مسئول پرداخت کلیه اقساط عقب افتاده وجه بیمه در مقابل بیمه گر است؟

الف) ناقل

ب) نماینده

ج) منقول علیه

د) ذی نفع

۱۰۳) موضوع بیمه می تواند کدام مورد باشد؟

الف) مال اعم از عین یا منفعت

ب) نمی تواند آن را بیمه دهد

ج) با مجوز دادگاه می تواند آن را بیمه دهد

د) با مجوز کتبی صاحب مال می تواند آن را بیمه دهد

۱۰۴) کدام نهاد در ایران بیمه اتکایی اجباری انجام میدهد؟

الف) وزارت اقتصاد

ب) بیمه ایران

ج) بیمه مرکزی ج.ا.

د) شرکت های بیمه اتکایی ایرانی

۱۰۵) تصویب نمونه ترازنامه مورد استفاده شرکت های بیمه با کدام نهاد است؟

الف) بیمه مرکزی ج.ا.

ب) شورای عالی بیمه

ج) سازمان حسابرسی

د) انجمن حسابداران خبره ایران

۱۰۶) اگر پروانه فعالیت نماینده ای لغو شود

الف) این شخص نمی تواند تا اتمام دوره مشخص شده فعالیت بیمه ای داشته باشد

ب) این شخص می تواند پس از اتمام دوره مشخص شده در شرکت بیمه دیگری فعالیت داشته باشد

ج) این شخص نمی تواند تا اتمام دوره مشخص شده به عنوان نماینده بیمه و یا کارگزاری رسمی بیمه در صنعت بیمه فعالیت داشته باشد

د) این شخص نمی تواند پس از لغو پروانه به عنوان نماینده بیمه و یا کارگزار رسمی بیمه در صنعت بیمه فعالیت داشته باشد

۱۰۷) کدامیک از شرایط زیر برای کارکنان نماینده که فروش یا صدور بیمه نامه انجام می دهند ضروری نیست؟

الف) داشتن حداقل مدرک تحصیلی لیسانس

ب) گذراندن دوره آموزشی لازم به تشخیص شرکت بیمه

ج) تابعیت جمهوری اسلامی ایران

د) داشتن حسن اخلاق و رفتار و توانایی ایجاد ارتباط با مشتریان

۱۰۸) مدت اعتبار قرارداد و پروانه نمایندگی چه مدت است؟

الف) یکسال

ب) دوسال

ج) سه سال

د) چهارسال

- (۱۰۹) کدام گزینه در مورد پرداخت کارمزد به نامینده صحیح است؟
الف) در صورتی که به هر علت میزان حق بیمه بیمه نامه افزایش یابد، میزان کارمزد تغییر نمی کند
ب) در صورتی که به هر علت میزان حق بیمه بیمه نامه کاهش یابد، میزان کارمزد تغییر نمی کند
ج) مبنای پرداخت کارمزد حق بیمه پرداخت شده می باشد
د) مبنای پرداخت کارمزد حق بیمه خالص می باشد
- (۱۱۰) کام گزینه جز شیوه های صرفه جویی در بازاریابی نیست؟
الف) صرف زمان و هزینه کمتر برای تهیه استراتژی و طراحی برنامه
ب) خلاقیت
ج) توسعه مرحله به مرحله
د) کاهش هزینه های ثابت
- (۱۱۱) آمیخته بازاریابی بیمه عبارتست از؟
الف) محصول، قیمت، مکان، توسعه، افراد، فرآیند و توزیع فیزیکی
ب) محصول، قیمت، مکان و توزیع فیزیکی
ج) محصول، قیمت، مکان، سود، فروش، مشتری و توزیع اینترنتی
د) سود، فروش، مشتری و توزیع اینترنتی
- (۱۱۲) چرا تعامل با مشتری و شناخت مشتری و درک نیازهای او رد پیاده سازی مشتری مداری بسیار مهم است؟
الف) زیرا در جذب مشتریان نقش بسزایی بازی می کند
ب) زیرا در حفظ مشتریان نقش بسزایی بازی می کند
ج) زیرا هم در جذب و هم در حفظ مشتریان نقش بسزایی بازی می کند
د) زیرا در انتخاب مشتریان نقش بسزایی بازی می کند
- (۱۱۳) معادل فارسی کلمه RESERVING در متون تخصصی بیمه کدام است؟
الف) جایگذاری
ب) جانمایی
ج) سفارش گیری
د) ذخیره گیری
- (۱۱۴) معادل فارسی عبارت (moral hazard) در متون تخصصی بیمه کدام است؟
الف) خطر بیماری های روانی
ب) رعایت اخلاقیات
ج) اصل حسن نیت
د) مخاطره اخلاقی

(۱۱۵) معادل فارسی عبارت (RISK PREVENTION) در متون تخصصی بیمه کدام است؟

الف) انتقال ریسک

ب) نگهداری ریسک

ج) پیشگیری از ریسک

د) کاهش ریسک

(۱۱۶) فرم پیشنهاد بیمه که توسط متقاضی بیمه تکمیل می شود بیمه گر را قادر می سازد؟

الف) شرایط عمومی بیمه نامه را به آگاهی بیمه گذار برساند

ب) ریسک را ارزیابی و بیمه نامه را تهیه کند و سایر امور اداری را به انجام برساند

ج) هر گونه تقلب و تخلفی را که بیمه گذار مرتکب کنترل نماید

د) وظایف بیمه گذار را به وی اعلام نماید

(۱۱۷) کدامیک از موارد زیر از نظر اعمال نظارت بر مبنای دوره های حسابداری مد نظر قرار نمی گیرد؟

الف) سال پذیره نویسی

ب) سال مالی

ج) سال هجری قمری

د) سال بیمه نامه

(۱۱۸) ریاست شورای عالی بیمه با کدام مرجع است؟

الف) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.

ب) وزیر اقتصاد

ج) رئیس جمهور

د) سال بیمه نامه

(۱۱۹) معنای انتقال ریسک چیست؟

الف) پرداخت خسارت به زیان دیده

ب) رعایت اصل غرامت

ج) انتقال ریسک خالص از بیمه شده به بیمه گر

د) انجام خود بیمه گری

(۱۲۰) کدامیک از موارد زیر جزو نتایجی که از اصل نفع بیمه ای حاصل می شود نیست؟

الف) مصونیت بیمه گذار از نتایج عمده بیمه گر

ب) خودداری از تشدید خطر توسط بیمه گذار

ج) اعلام به موقع خسارت توسط بیمه گذار

د) جلوگیری از توسعه خسارت

- (۱۲۱) کدام مورد نشان دهنده اصل علت نزدیک یا سبب بلافاصل خسارت است؟
الف) چنانچه کارخانه ای در مقابل خطر آتش سوزی بیمه شده باشد بیمه گر ملزم به جبران خسارت غیر مستقیم ناشی از حریق نیز میباشد
ب) چنانچه زمین لرزه باعث ایجاد حریق شود بیمه گر آتش سوزی تعهدی به جبران خسارت ناشی از حریق ندارد
ج) در صورت وقوع خسارت بیمه گر از حق رجوع به مسئول حادثه برخوردار میگردد
د) بین حادثه بیمه شده و خسارت مورد ادعای بیمه گذار باید رابطه علت و معلولی وجود داشته باشد

(۱۲۲) عوامل موثر در قیمت گذاری بیمه های عمر کدام است؟

الف) احتمال فوت

ب) نرخ سود فنی

ج) هزینه سربار

د) هر سه مورد صحیح است

(۱۲۳) بر اساس آیین نامه بیمه های زندگی حداکثر کارمزد قابل پرداخت نامینده چه مقدار می باشد؟

الف) ۱۰۰ درصد کارمزد مقرر در آیین نامه کارمزد نمایندگی

ب) ۸۰ درصد کارمزد مقرر در آیین نامه کارمزد نامینده

ج) ۹۰ درصد کارمزد مقرر در آیین نامه کارمزد نامینده

د) ۸۵ درصد کارمزد مقرر در آیین نامه کارمزد نامینده

(۱۲۴) سهم بیمه گذاران از منافع موسسات بیمه حاصل از مجموعه معاملات بیمه چه مقدار است؟

الف) حداکثر ۸۵ درصد

ب) حداقل ۸۵ درصد

ج) حداکثر ۹۰ درصد

د) حداقل ۹۵ درصد

(۱۲۵) شرایط دریافت وام در بیمه های عمر دارای ذخیره ریاضی چیست؟

الف) پرداخت حداقل حق بیمه ۶ ماه تمام

ب) پرداخت حداقل حق بیمه ۲ سال تمام

ج) درخواست وام حداکثر به میزان ۹۰ درصد ارزش بازخرید بیمه نامه

د) مورد ب و ج صحیح است

(۱۲۶) کدامیک از موارد زیر از ویژگی های نماینده بیمه عمر نیست؟

الف) مجاز به بازاریابی و عرضه بیمه عمر انفرادی است

ب) ملزم به داشتن محل کار نیست

ج) اجازه صدور بیمه نامه را دارد

د) پیشنهادات بیمه دریافتی را مستقیماً به شرکت بیمه ارائه می کند

۱۲۷) حداقل مدرک تحصیلی مورد نیاز برای درخواست پروانه نمایندگی عمر چیست؟

- الف) دیپلم
- ب) لیسانس
- ج) فوق لیسانس
- د) دکترا

۱۲۸) چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه شدگان بیمه درمان تکمیلی در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری

نموده یا اظهارات خلاف واقع نموده است چه برخوردی با وی صورت می گیرد؟

الف) نام وی و افراد خانواده اش از لیست بیمه شدگان حذف می گردد

ب) خساراتی که از ابتدای قرارداد دریافت کرده باید مسترد نماید

ج) حق بیمه بیمه نامه وی افزایش می باید

د) موارد الف و ب صحیح است

۱۲۹) حداقل تعداد برای صدور بیمه نامه درمان گروهی نفر و حداکثر سن بیمه شده در گروه های زیر ۱۰۰۰ نفر سال است؟

الف) ۱۰ نفر- ۶۰ سال

ب) ۵۰ نفر- ۶۰ سال

ج) ۵۰ نفر- ۷۰ سال

د) ۱۰ نفر- ۷۰ سال

۱۳۰) در صورت توقف فعالیت بیمه گر به هر دلیل یا توقف فعالیت بیمه گذار که بیمه نامه درمان تکمیلی بر اساس آن منعقد شده است، بیمه

نامه

الف) فسخ می گردد

ب) حادثه باید اتفاقی باشد

ج) با توافق طرفین با همان شرایط قبلی ادامه می یابد

د) با حق بیمه بیشتر تمدید می گردد

۱۳۱) مشخصات حادثه در بیمه حوادث اشخاص چگونه تعریف می شود؟

الف) حادثه باید غیر عمدی باشد

ب) حادثه باید اتفاقی باشد

ج) حادثه باید ناشی از یک عامل خارجی باشد

د) هر سه مورد صحیح است

۱۳۲) کدامیک از موارد زیر در بیمه حوادث اشخاص پوشش داده نمی شود؟

- الف) فوت در اثر حادثه
- ب) نقص عضو واز کارافتادگی دائم
- ج) صدمات بدنی که بیمه شده عمدا موجب آن شود
- د) هزینه پزشکی درمان جرح ناشی از حادثه

۱۳۳) کدامیک از استثنائات بیمه نامه حوادث با موافقت بیمه گر و اخذ حق بیمه مربوطه قابل پوشش است؟

- الف) خودکشی یا اقدام به آن
- ب) قطع شست پا
- ج) از دست دادن هر دو پنجه
- د) برداشتن فک پایین

۱۳۴) کدامیک از موارد زیر در بیمه نامه حوادث نقص عضو و از کارافتادگی دائم کلی نیست؟

- الف) ناشنوایی کامل و دائم هر دو گوش
- ب) قطع شست پا
- ج) دیسک یا فتق بیمه شده
- د) جنگ و زمین لرزه

۱۳۵) بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می کند در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی بپردازد در این عقد متعهد را طرف تعهد را و وجهی را که بیمه گذار به بیمه گر می

پردازد می نامند؟

- الف) بیمه گر، بیمه گذار، حق بیمه
- ب) بیمه گذار، بیمه گر، کارمزد
- ج) بیمه گذار، بیمه گر، حق بیمه
- د) بیمه گر، بیمه گذار، کارمزد

۱۳۶) عقد بیمه و شرایط آن باید به موجب سند باشد و سند مزبور موسوم به خواهد بود؟

- الف) دولتی، شرایط عمومی و شرایط اختصاصی
- ب) کتبی، بیمه نامه
- ج) دولتی، بیمه نامه
- د) کتبی، شرایط عمومی و اختصاصی

۱۳۷) کدام تاریخ در بیمه نامه به طور صریح قید نمی شود؟

الف) تاریخ انعقاد قرارداد

ب) تاریخ ابتدای بیمه

ج) تاریخ انتهای بیمه

د) تاریخ وقوع خسارت

۱۳۸) در کدامیک از موارد زیر قرارداد بیمه باطل و بی اثر خواهد بود؟

الف) هرگاه معلوم شود خطری که برای آن بیمه به عمل آمده قبل از عقد قرارداد واقع شده بوده است

ب) بیمه گذار تابعیت دولت ج.ا.ا را نداشته باشد

ج) مسبب حادثه تابعیت دولت ج.ا.ا را نداشته باشد

د) نماینده یا کارگزار که بیمه را صادر نموده است به بیمه گر بدهکار باشد

۱۳۹) کدام گزینه در مورد خسارات ناشی از جنگ و شورش صحیح است؟

الف) بیمه گر مسئول نیست مگر آنکه خلاف آن در بیمه نامه شرط شده باشد

ب) بیمه گر مسئول نیست حتی اگر در بیمه نامه آن را پذیرفته باشد

ج) بیمه گر همیشه مسئول است

د) بیمه گر دولتی همیشه مسئول است

۱۴۰) کدام گزینه در قانون بیمه صحیح است؟

الف) در صورت توقف یا افلاس بیمه گر بیمه گذار حق فسخ قرارداد را خواهد داشت

ب) در صورت ورشکستگی بیمه گر بیمه گذار حق فسخ قرارداد را خواهد داشت

ج) در صورت ورشکستگی بیمه گر بین معاملات مختلف بیمه رد درجه اول حق تقدم با معاملات بیمه عمر است

د) تمامی موارد

۱۴۱) هر گاه بیمه گذار در نتیجه عمل خود خطری که به مناسبت آن بیمه منعقد شده است را تشدید کند یا یکی از کیفیات یا وضعیت موضوع

بیمه را به طوری تغییر دهد که اگر وضعیت مذکور قبل از قرارداد موجود بود بیمه گر حاضر برای انعقاد قرارداد با شرایط مذکوره در قرارداد نمی گشت

باید بیمه گر را از آن مستحضر کند؟

الف) بالفاصله

ب) ظرف یک ماه

ج) بلافاصله پس از حادثه

د) ظرف یکماه پس از حادثه

۱۴۲) کدامیک از موارد زیر جزو اهداف تاسیس بیمه مرکزی ج.ا. می باشد؟

- الف) به منظور تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران
- ب) به منظور حمایت بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها
- ج) به منظور اعمال نظارت دولت بر فعالیت بیمه در ایران
- د) تمامی موارد

۱۴۳) انجام بیمه انکابی اجباری در ایران طبق قانون توسط کدام موسسه صورت می پذیرد؟

- الف) شرکت سهامی بیمه ایران
- ب) بیمه مرکزی ج.ا. ایران
- ج) شرکت های بیمه دولتی در ایران
- د) شرکت های بیمه در ایران

۱۴۴) موسسات بیمه موظفند نگه دارند و در حساب های خود نحوه و به کار افتادن آنها را به طور مشخص منعکس نمایند. انواع آن برای

- هریک از رشته های بیمه و میزان و طرز محاسبه همچنین ترتیب به کار انداختن از طرف تعیین خواهد شد؟
- الف) اندوخته های (ذخایر) فنی و قانونی، شورای پول و اعتبار
- ب) سپرده های قانونی و احتیاطی، شورای پول و اعتبار
- ج) اندوخته های (ذخایر) فنی و قانونی، شورای عالی بیمه
- د) سپرده های قانونی و احتیاطی، شورای عالی بیمه

۱۴۵) نماینده بیمه به چه کسی اطلاق می شود؟

- الف) شخص حقیقی یا حقوقی که مجاز به عرضه خدمات بیمه ای به نمایندگی از طرف یک شرکت بیمه طرف قرارداد می باشد
- ب) شخص حقیقی یا حقوقی که با رعایت قوانین و مقررات مربوط، از جمله قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، مفاد آیین نامه نمایندگی و سایر مصوبات شورای عالی بیمه، مجاز به عرضه خدمات بیمه ای به نمایندگی از طرف یک شرکت بیمه طرف قرارداد می باشد
- ج) شخص حقیقی که با رعایت قوانین و مقررات مربوط از جمله قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، مفاد آیین نامه نمایندگی و سایر مصوبات شورای عالی بیمه، مجاز به عرضه خدمات بیمه، مجاز به عرضه خدمات بیمه ای به نمایندگی از طرف یک شرکت بیمه طرف قرارداد می باشد
- د) شخص حقوقی که مجاز به عرضه خدمات بیمه ای به نمایندگی از طرف یک شرکت بیمه طرف قرارداد می باشد

۱۴۶) اشخاص حقیقی متقاضی اخذ نمایندگی باید دارای کدامیک از شرایط زیر باشند؟

- الف) عدم حجر
- ب) نداشتن سوپیشینه کیفری و همچنین نداشتن سابقه محکومیت به جرایم نام برده شده در ماده ۶۴ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری
- ج) داشتن گواهی پایان خدمت وظیفه عمومی با معایب دایم (برای آقایان)
- د) همه موارد

- (۱۴۷) کدامیک از موارد زیر جزو وظایف شرکت بیمه در قرارداد نمایندگی در قبال نماینده است؟
- الف) بخشنامه ها و دستورالعمل های لازم و مربوط را به موقع به نماینده ابلاغ نماید
- ب) نام و کد نماینده را در بیمه نامه ای که بنا به پیشنهاد او صادر میشود، درج نماید
- ج) اگر چند نماینده برای یک نوع بیمه، نرخ و شرایط خواسته باشند، نرخ و شرایط یکسان را به آنها اعلام نماید
- د) همه موارد

- (۱۴۸) نمایندگان عضو هیئت رسیدگی به اختلافات میان نماینده و شرکت بیمه از کدام ارگان ها هستند؟
- الف) بیمه مرکزی ج.ا. نماینده شاکی، انجمن صنفی نمایندگان بیمه
- ب) بیمه مرکزی ج.ا. منتخب سندیکای بیمه گران ایران و انجمن صنفی نمایندگان بیمه
- ج) شرکت بیمه، نماینده شاکی، بیمه مرکزی ایران
- د) شرکت های بیمه، بیمه مرکزی ج.ا.، انجمن های صنفی نمایندگان بیمه

- (۱۴۹) امور مربوط به هیئت رسیدگی به اختلاف نماینده و شرکت بیمه را کدام نهاد انجام می دهد؟
- الف) انجمن صنفی نمایندگان بیمه و شرکت بیمه مربوطه
- ب) شرکت بیمه مربوط و شرکت بیمه ایران
- ج) بیمه مرکزی ج.ا.
- د) شرکت بیمه مربوط

- (۱۵۰) قرارداد نمایندگی بیمه در چه صورت لغو می شود؟
- الف) در صورتی که نماینده حقیقی هر یک از شرایط مندرج در آیین نامه نمایندگی را از دست بدهد
- ب) در صورت ورشکستگی نماینده حقوقی
- ج) با تصمیم یکی از طرفین قرارداد ضمن رعایت مفاد قرارداد نمایندگی و حقوق طرف مقابل
- د) همه موارد

- (۱۵۱) آیا نمایندگان و کارگزاران مجازند که برای جلب مشتری در بازار رقابتی، بخشی از کارمزد خود را به مشتری بپردازد؟
- الف) منع قانونی ندارد
- ب) خلاف مقررات است
- ج) آنها مجازند که هر طور مصلحت بدانند کارمزد خود را هزینه کنند
- د) اگر جنبه تبلیغاتی داشته باشد اشکالی ندارد

سری دوم :

۱. درجه بندی نمایندگان چگونه انجام می شود؟

الف) توسط بیمه مرکزی ج.ا.ب (ب) توسط شرکت های بیمه (ج) توسط مؤسسات درجه بندی (د) توسط سندیکای بیمه گران ایران

۲. در مورد شرایط پذیرش شخص حقیقی متقاضی اخذ پروانه نمایندگی بیمه کدام یک از موارد زیر صحیح نیست؟

الف) عدم تابعیت جمهوری اسلامی (ب) اعتقاد به اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور (ج) عدم حجر (د) عدم اعتیاد به مواد مخدر

۳. کدام یک از گزینه های زیر در مورد صدور پروانه نمایندگی بیمه صحیح است؟

الف) توسط سندیکای بیمه گران ایران صادر می شود.

ب) توسط کارگزار صادر می شود.

ج) توسط شرکت بیمه پس از تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ب در همه رشته ها یا رشته های بیمه ای معین صادر می شود.

د) توسط انجمن حرفه ای صنعت بیمه صادر می شود.

۴. اگر پروانه فعالیت نماینده ای در صورت تخلف و با اعلام بیمه مرکزی ج.ا.ب با تصمیم هیئت و یا کمیته لغو شود

الف) این شخص هرگز نمی تواند فعالیت بیمه ای داشته باشد.

ب) این شخص می تواند در طی دوره لغو پروانه، به عنوان نماینده در شرکت بیمه دیگری فعالیت داشته باشد.

ج) این شخص نمی تواند پس از لغو پروانه برای مدتی که هریک از مراجع مذکور تعیین می کنند، به عنوان نماینده بیمه و یا کارگزار رسمی بیمه در صنعت بیمه فعالیت داشته باشد.

د) این شخص در طی دوره لغو پروانه نمایندگی می تواند به عنوان کارگزار رسمی بیمه در صنعت بیمه فعالیت نماید.

۵. براساس آیین ۵۴، نماینده فروش بیمه عمر

الف) مجاز به بازاریابی و عرضه بیمه عمر انفرادی است.

ب) مجاز به بازاریابی و عرضه انواع بیمه عمر است.

ج) مجاز به بازاریابی و عرضه بیمه عمر گروهی است.

د) صرفاً مجاز به بازاریابی و عرضه بیمه عمر زمانی گروهی است.

۶. پروانه نمایندگی فروش بیمه عمر تا چند سال اعتبار دارد؟

الف) دو سال (ب) سه سال (ج) یک سال (د) اعتبار آن نامحدود است.

۷. براساس آیین نامه ۵۴ (از ابتدای سال ۹۸ به آئین نامه ۹۶ تغییر یافت)، کارمزد نماینده فروش بیمه عمر به چه میزان است؟

الف) معادل کارمزد نمایندگان حقیقی در آیین نامه ۷۵

ب) حداکثر ۸۵ درصد کارمزد نمایندگان حقیقی طبق آئین نامه ۷۵

ج) کارمزد نماینده فروش نباید از ۷۰ درصد میزان کارمزد نمایندگان حقیقی مقرر در مصوبات شورای عالی بیمه تجاوز کند.

د) حداکثر ۹۰ درصد کارمزد نمایندگان حقیقی در آیین نامه ۷۵

۸. در صورتی که تخلف نماینده فروش بیمه عمر از قوانین و مقررات مورد تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ا. قرار گیرد، شرکت بیمه
الف) فعالیت نماینده را محدود می کند.
ب) نسبت به فسخ قرارداد خود با نماینده اقدام می نماید.
ج) فعالیت نماینده را معلق می کند.
د) حسب اعلام بیمه مرکزی ج.ا.ا. هر یک از گزینه های فوق امکان پذیر است.

۹. براساس مفاد آیین نامه ۶۸، کدام یک از گزینه های زیر صحیح نیست؟
الف) 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.
ب) ارزش بازخرید بیمه نامه زندگی حداقل معادل ۸۵ درصد ذخیره ریاضی بیمه نامه است.
ج) در صورتی که ذی نفع در بیمه نامه زندگی بستانکار بیمه گذار باشد، حق بازخرید موکول به موافقت کتبی بستانکار است.
د) بیمه گذار پس از پرداخت لاقبل حق بیمه دو سال تمام می تواند درخواست وام نماید.

- ۱۰- در بیمه عمر، بیمه گذار کسی است که:
الف) قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد می نماید.
ب) در صورت وقوع ریسک موضوع بیمه، ارزیابی خسارت را انجام می دهد.
ج) فوت یا زنده ماندن وی در سرسید معین موجب اجرای قرارداد بیمه می شود.
د) بیمه نامه را صادر می کند.

۱۱. کدام یک از عبارات زیر از ویژگی های بیمه عمر نیست؟
الف) ایجاد ذخایر ریاضی قابل توجه در شرکت های بیمه
ب) از انواع بیمه های غرامتی است.
ج) بیمه عمر مختلط جنبه پس اندازی و سرمایه گذاری دارد.
د) موضوع بیمه عمر ارائه تأمین در مقابل هزینه های احتمالی یا بار مالی ناشی از یک ریسک شخصی معین همچون فوت، بیماری های خاص یا حیات بیمه شده است.

۱۲. کدام یک از عبارات زیر از ویژگی های بیمه عمر زمانی است؟
الف) در صورت فوت بیمه شده در مدت اعتبار قرارداد، سرمایه بیمه به ذی نفعان پرداخت می گردد.
ب) در صورت فوت بیمه شده پس از اتمام اعتبار قرارداد، سرمایه بیمه به ذی نفعان پرداخت می گردد.
ج) در صورت حیات بیمه شده پس از مدت قرارداد، سرمایه بیمه پرداخت می شود.
د) در صورت حیات بیمه شده پس از مدت قرارداد، حق بیمه های پرداختی مسترد می شود.

۱۳. در بیمه عمر مختلط چنانچه بیمه شده پس از انقضای مدت بیمه در حیات باشد اندوخته بیمه نامه به تعلق می گیرد و در صورتی که بیمه شده در طی مدت بیمه فوت کند اندوخته بیمه نامه به پرداخت می گردد.
الف) استفاده کنندگان - بیمه شده ب) استفاده کنندگان - بیمه گذار ج) بیمه شده - استفاده کنندگان د) وراث بیمه شده - بیمه گر

۱۴. بیمه عمر مانده بدهکار

- الف) بیمه ای است که طلبکار را در مقابل مرگ یا اعسار مدیون، بیمه می نماید.
- ب) معمولاً به میزان بدهی بیمه شده عرضه می گردد.
- ج) با بازپرداخت اقساط وام، سرمایه بیمه نامه کاهش می یابد.
- د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۵. از آنجاکه موضوع بیمه درمان، جبران هزینه های درمان است،

- الف) اصل غرامت اجرا شدنی نیست.
- ب) قاعده جانشینی اجرا شدنی نیست.
- ج) اصل غرامت و قاعده جانشینی قابل اجرا است.
- د) اصل نفع بیمه پذیر اجرا شدنی نیست.

۱۶. منظور از "دوره انتظار" در بیمه درمان تکمیلی چیست؟

- الف) دوره زمانی لازم برای اعلام خسارت توسط بیمه گذار
- ب) دوره زمانی که طی آن بیمه گر تعهدی به پرداخت خسارت ندارد.
- ج) دوره انتظار، همان مدت بیمه نامه است.
- د) دوره زمانی لازم برای انجام امور بستری بیمار در بیمارستان

۱۷. در بیمه درمان تکمیلی چنانچه مشخص شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده یا اظهارات خلاف واقع نموده است،

- الف) بیمه نامه با پرداخت حق بیمه اضافی ادامه می یابد.
- ب) نام بیمه شده و خانواده وی از لیست بیمه شدگان حذف می شود.
- ج) بیمه شده متعهد استرداد خسارات دریافتی از ابتدای قرارداد خواهد بود.
- د) گزینه ب و ج صحیح است.

۱۸. در چه صورت بیمه نامه درمان تکمیلی فسخ می شود؟

- الف) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه
- ب) در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف نشود.
- ج) توقف فعالیت بیمه گذار که قرارداد براساس آن منعقد شده است.
- د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۹. کدام یک از موارد زیر مصداق تبلیغ گمراه کننده بیمه ای طبق آیین نامه ۷۱ بیمه مرکزی ج.ا.ا است؟

- الف) وعده هایی که در شرایط بیمه نامه نیست ولی در الحاقیه درج شده است.
- ب) وعده هایی خارج از پوشش های مقرر در بیمه نامه ها یا فراتر از عملکرد بیمه گر
- ج) وعده هایی که سبب شفافیت در محصولات بیمه ای می شود.
- د) وعده هایی که با قوانین و مقررات بیمه ای و عرف منطبق باشد.

۲۰. انجام تبلیغات شرکت بیمه گر در صدا و سیما تابع چه شرایطی است؟

- الف) نیاز به مجوز بیمه مرکزی ج.ا.ا است.
- ب) نیاز به مجوز سندیکای بیمه گران است.
- ج) فقط نیاز به تأیید شورای تبلیغات است.
- د) نیاز به مجوز وزارت امور اقتصادی و دارایی دارد.

۲۱. در مواردی که تبلیغ بیمه دارای اشکال فنی یا قانونی باشد وظیفه بیمه مرکزی ج.ا.ا چیست؟

- الف) تغییر تبلیغ (ب) اصلاح تبلیغ (ج) جلوگیری از ادامه انتشار تبلیغ (د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۲. طبق ماده ۳۴ قانون بیمه، اگر در یک قرارداد بیمه موضوعات مختلفی بیمه شده باشد، در صورت اثبات تقلب از سوی بیمه گذار نسبت به یکی از موضوعات
الف) بطلان نسبت به سایر موضوعات نیز سرایت کرده، تمام قرارداد باطل خواهد بود.
ب) قرارداد بیمه نسبت به همان موضوع باطل خواهد شد.
ج) قرارداد بیمه فسخ می گردد.
د) قرارداد بیمه نسبت به همان موضوع فسخ خواهد شد.

۲۳. طبق ماده ۱۵ قانون بیمه، جای خالی را با گزینه مناسب تکمیل نمایید: "مخارجی که بیمه گذار برای جلوگیری از توسعه خسارت می نماید"
الف) بر عهده شخص بیمه گذار است.
ب) در صورتی که منتج به نتیجه نشود بر عهده بیمه گذار است.
ج) بر فرض که منتج به نتیجه نشود به عهده بیمه گر خواهد بود و در صورت اختلاف بین طرفین در خصوص لزوم مخارج مربوطه و تناسب آن با موضوع بیمه، حل اختلاف به حکم یا محکمه رجوع می شود.
د) فقط در صورتی که منتج به نتیجه شود بر عهده بیمه گر است.

۲۴. طبق ماده ۱۳ قانون بیمه، چنانچه بیمه گذار به صورت غیر عمدی از اظهار مطالبی خودداری نماید یا اظهار خلاف واقع نماید و این موضوع قبل از وقوع حادثه معلوم شود، چه حالتی برای عقد بیمه متصور است؟
الف) عقد بیمه باطل می شود.
ب) بیمه گر حق دارد اضافه حق بیمه را از بیمه گذار در صورت رضایت او دریافت داشته و قرارداد را ابقا کند.
ج) بیمه گر حق فسخ دارد.
د) گزینه ب و ج صحیح است.

۲۵. کدامیک از گزینه های زیر از وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ج.ا.ا نیست؟

- الف) تهیه آیین نامه ها و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه در ایران لازم باشد با توجه به مفاد قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه گری
ب) قبول بیمه های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی
ج) تهیه اطلاعات لازم از فعالیت های کلیه مؤسسات بیمه که در ایران کار می کنند.
د) تعیین حق بیمه مربوط به رشته های مختلف بیمه مستقیم به جز شخص ثالث اتومبیل

۲۶. تشخیص فعالیت هایی که به آن عملیات بیمه اطلاق می شود با چه کسی خواهد بود؟

- الف) هیئت وزیران ب) سندیکای بیمه گران ایران ج) شورای عالی بیمه د) مجمع عمومی

۲۷. مؤسسات بیمه موظفند ترازنامه خود را

- الف) در روزنامه رسمی کشور درج نمایند.
ب) در روزنامه ای که مورد تأیید هیئت مدیره آنها می باشد درج نمایند.
ج) در یکی از روزنامه های کثیرالانتشار تهران درج نمایند.
د) گزینه الف و ج صحیح است.

۲۸. از دیدگاه حقوقی براساس کدام یک از اصول اساسی بیمه، عدم ارائه اطلاعات و یا کتمان حقایق توسط بیمه گذار بر حسب اینکه
سهوی یا عمدی باشد، موجب فسخ قرارداد بیمه می شود؟

- الف) اصل نفع بیمه ای ب) اصل حسن نیت و اعتماد متقابل ج) اصل تعدد بیمه ای د) اصل مشارکت

۲۹. حسن نیت طرف بیمه گر در رعایت کدام یک از موارد زیر نمایان می شود؟

- الف) رسیدگی و پرداخت خسارت در اسرع وقت
ب) حفظ اسرار بیمه گذاران
ج) مشخص نمودن موارد استثناء از شمول تعهدات بیمه نامه
د) هر سه گزینه صحیح است.

۳۰. رعایت اصل حسن نیت بیمه گذار شامل کدام مرحله از قراردادهای بیمه ای نیست؟

- الف) مرحله قبل از صدور بیمه نامه ب) هنگام وقوع خسارت ج) در مدت اعتبار بیمه نامه د) بعد از انقضای مدت اعتبار بیمه نامه

۳۱. از دیدگاه حقوقی براساس کدام یک از اصول اساسی بیمه، بیمه گذار تغییر شرایط خطر را رسماً به بیمه گر اعلام می کند؟

- الف) اصل نفع بیمه ای ب) اصل تعدد بیمه ای ج) اصل حسن نیت و اعتماد متقابل د) اصل مشارکت

۳۲. در صورت تغییر خطر در بیمه حوادث اشخاص،

- الف) بیمه شده یا بیمه گذار موظفند حداکثر ظرف ۳۰ روز بیمه گر را آگاه سازند.
ب) بیمه گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقی مانده پیشنهاد می دهد.
ج) در صورت اعلام تشدید خطر و وقوع حادثه، غرامت با اعمال قاعده نسبی پرداخت می شود.
د) بیمه نامه باطل می شود.

۳۳. کدام یک از موارد زیر نقص عضو و از کارافتادگی دائم و جزئی محسوب می شود؟

الف) ازدست دادن قدرت و توانایی حرف زدن (ب) نابینایی کامل هر دو چشم (ج) ناشنوایی کامل هر دو گوش (د) برداشتن فک پایین

۳۴. کدام یک از موارد زیر در بیمه حوادث پوشش داده نمی شود؟

الف) خودکشی (ب) فوت (ج) هزینه های پزشکی (د) قطع عضو

۳۵. خسارت یا غرامت ناشی از کدام یک از موارد زیر جزء تعهدات بیمه گر بیمه حوادث نیست؟

الف) غرق شدن (ب) ابتلا به هاری و کزاز (ج) دفاع مشروع بیمه شده (د) دیسک یا فتق بیمه شده

۳۶. آمیخته بازاریابی بیمه عبارتست از:

الف) محصول، قیمت، مکان، توسعه، افراد، فرآیند و توزیع فیزیکی

ب) تولید، تبلیغ، کشش و فروش

ج) تولید، تبلیغ، مکان، سود، فروش، مشتری و توزیع اینترنتی

د) سود، فروش، مشتری و توزیع اینترنتی

۳۷. کدام یک از گزینه های زیر جزء روش های رسیدن به فروش بیشتر نیست؟

الف) تفکر (ب) بازدید مجدد از مشتریان (ج) کار گذاشتن یک سیستم تلفنی دوستانه (د) برخورد فاقد هویت

۳۸. کدام یک از گزینه های زیر جزء انتخاب هایی که فرد می تواند برای برآورده کردن نیازهای خود از آن استفاده کند نیست؟

الف) خود تولیدی (ب) اعمال زور (ج) متمرکزسازی منابع (د) مبادله

۳۹. ریسک بر پایه اندازه گیری می شود.

الف) فراوانی (ب) شدت (ج) تصمیمات مدیریتی (د) گزینه الف و ب صحیح است.

۴۰. کدام یک از گزینه زیر از عوامل کلیدی در شناخت محاسبه حق بیمه ریسک است؟

الف) خسارت های پنهان (ب) تورم و ادعاهای خسارت (ج) هزینه بیمه اتکایی (د) هر سه گزینه صحیح است.

۴۱. معادل لاتین "عامل سربار" که در محاسبه حق بیمه استفاده می شود کدام یک از گزینه های زیر است؟

الف) Final Premium (ب) Gross Premium (ج) Interest (د) Loading Factor

۴۲. معادل فارسی کلمه Premium در متون تخصصی بیمه کدام یک از موارد زیر است؟

الف) بیمه نامه (ب) ایمنی (ج) پیش فاکتور (د) حق بیمه

۴۳. اصطلاح Whole Life Insurance به چه معنا است؟

الف) بیمه عمر زمانی (ب) بیمه عمر به شرط حیات (ج) بیمه عمر به شرط فوت (د) بیمه تمام عمر

۴۴. معادل لاتین بیمه گر یک از اصطلاحات زیر است؟

الف) Insured (ب) Insurer (ج) Reinsurer (د) Insurancer

۴۵. نماینده در قبال حق بیمه های دریافتی اعم از چک یا پرداخت الکترونیکی چه وظیفه ای دارد؟

الف) تا آخر سال مالی به حساب بانکی شرکت بیمه مربوط واریز نماید .

ب) تا آخر ماه به حساب بانکی شرکت بیمه مربوط واریز نماید.

ج) قبل از پایان وقت اداری هفته ای که آنها را دریافت کرده است به حساب بانکی شرکت بیمه مربوط واریز نماید .

د) قبل از پایان وقت اداری روزی که آنها را دریافت کرده است به حساب بانکی شرکت بیمه مربوطه واریز نماید و در موارد استثنایی به صندوق آن شرکت تحویل نماید.

۴۶. کدام یک از شرایط زیر برای کارکنان نماینده که فروش یا صدور بیمه نامه انجام می دهند ضروری نیست؟

الف) داشتن حداقل یک میلیارد ریال سرمایه اولیه

ب) عدم اعتیاد به مواد مخدر

ج) تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران

د) نداشتن سوء پیشینه کیفری

۴۷. در چه صورت شرکت بیمه مجاز است تقاضای صدور بیمه ای که به وسیله یک نماینده ارائه شده است را از طریق دیگری قبول کند؟

الف) در صورت تقاضای مستقیم کارگزار

ب) در صورت تقاضای کتبی نماینده دیگر

ج) در صورت تقاضای کتبی بیمه گذار

د) در صورت تقاضای کتبی کارگزار

۴۸. کدام یک از گزینه های زیر، بیمه عمر به شرط فوت را توصیف می کند؟

الف) قرارداد بیمه ای که در آن بیمه گر تعهد می کند در مقابل دریافت حق بیمه، سرمایه مندرج در بیمه نامه را در صورت فوت بیمه شده قبل از انقضای زمان معین به ذی نفع بپردازد .

ب) قرارداد بیمه ای که در آن بیمه گر تعهد می کند در مقابل دریافت حق بیمه، سرمایه ثابتی را در انقضای مدت بیمه و به شرط حیات بیمه شده بپردازد .

ج) قرارداد بیمه ای که در آن بیمه گر تعهد می کند در مقابل دریافت حق بیمه، سرمایه ثابتی را قبل از انقضای مدت بیمه و به شرط حیات بیمه شده بپردازد .

د) قرارداد بیمه ای که در آن بیمه گر تعهد می کند در مقابل دریافت حق بیمه، سرمایه بیمه را در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه و یا حیات او پس از انقضای مدت بپردازد.

۴۹. براساس آیین نامه ۶۸ (بیمه های زندگی).....

الف) مؤسسات بیمه نمی توانند پوشش خطرات اضافی را همراه انواع بیمه های زندگی عرضه نمایند.
ب) قبول تعهد پرداخت سرمایه یا مستمری در صورت نقص عضو یا هزینه معالجات در بیمه نامه های زندگی ممنوع است.
ج) مؤسسات بیمه نمی توانند تعهدات انواع بیمه های زندگی را به صورت مستمری پرداخت نمایند. د) مؤسسات بیمه مجاز نیستند در بیمه نامه های عمر مختلط در صورت افزایش یا کاهش حق بیمه سالانه یا سال اول بیمه ۰۱ سرمایه خطر فوت در نامه، کارمزد متعلقه را تعدیل و تصحیح نمایند.

۵۰. در مواردی که ذخیره ریاضی بیمه های زندگی در یک شرکت بیمه کافی نباشد بیمه مرکزی ج.ا.ا می تواند:

الف) نرخ سود منظور در محاسبه ذخیره ریاضی شرکت بیمه را برای بیمه نامه های سال های آتی تقلیل دهد.
ب) مراتب را به شورای عالی بیمه گزارش نماید.
ج) نرخ جدید و اختیاری را به شرکت بیمه پیشنهاد دهد.
د) گزینه الف و ب صحیح است.

۵۱. در پاسخ به نماینده بیمه ای که سؤال می کند "چه مواردی از بیمه نامه های عمر را باید به بیمه مرکزی ج.ا.ا گزارش داد؟" کدام یک از گزینه های زیر را انتخاب می کنید؟

الف) بیمه نامه های مخفف ب) بیمه نامه های ابطال شده ج) بیمه نامه های صادر شده و باز خرید شده د) هر سه گزینه صحیح است.

۵۲. براساس آیین ۶۸ (بیمه نامه های زندگی)، در کدام یک از انواع بیمه عمر، تعیین وضعیت سلامت بیمه شده از طریق پرسشنامه یا معاینات پزشکی الزامی است؟

الف) بیمه عمر جامع گروهی ب) بیمه عمر زمانی گروهی یک ساله ج) بیمه عمر انفرادی شامل خطر فوت د) در انواع بیمه های زندگی

۵۳. طبق آیین ۶۸ (بیمه نامه های زندگی)، حداکثر کارمزد قابل اعمال در حق بیمه برای بیمه نامه های زندگی غیر از خطر فوت زمانی با حق بیمه سالانه، به چه میزان است؟

الف) ۲۵٪ حق بیمه وصولی
ب) ۱۰٪ حق بیمه وصولی
ج) ۷۵٪ حق بیمه سال اول به شرطی که از ۳۰ در هزار سرمایه فوت سال اول تجاوز نکند.
د) ۵٪ حق بیمه وصولی

۵۴. کدام یک از عبارات زیر در مورد بیمه های عمر صحیح است؟

الف) مؤسسات بیمه مکلفند در انواع بیمه های زندگی، بیمه گذاران خود را در حداقل ۸۵٪ منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه های مذکور سهیم نمایند.
ب) مؤسسات بیمه مکلفند در انواع بیمه های زندگی جز در بیمه خطر فوت زمانی، بیمه گذاران خود را در حداقل ۷۵٪ منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه مذکور سهیم نمایند.
ج) مؤسسات بیمه مکلفند در انواع بیمه های زندگی جز در بیمه خطر فوت زمانی، بیمه گذاران خود را در حداقل ۸۵٪ منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه مذکور سهیم نمایند.
د) مؤسسات بیمه مکلفند در انواع بیمه های زندگی، بیمه گذاران خود را در حداقل ۷۵٪ منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه های مذکور سهیم نمایند.

۵۵. براساس مفاد آیین نامه ۶۸ (بیمه های زندگی) ، کدام یک از گزینه های زیر صحیح نیست؟

الف) در انواع بیمه های زندگی 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 .

ب) ارزش بازخرید بیمه نامه زندگی حداقل معادل ۸۵ درصد ذخیره ریاضی بیمه نامه است .

ج) در صورتی که ذی نفع در بیمه نامه زندگی بستانکار بیمه گذار باشد، حق بازخرید موکول به موافقت کتبی بستانکار است .

د) بیمه گذار پس از پرداخت لاقل حق بیمه دو سال تمام می تواند درخواست وام نماید.

۵۶. کدام یک از گزینه های زیر در مورد مفاد آیین ۵۴ (آئین نامه نمایندگی بیمه عمر) صحیح نیست؟

الف) نماینده حق صدور بیمه نامه دارد .

ب) نماینده فروش ملزم به داشتن محل کار نمی باشد .

ج) نماینده فروش موظف است پیشنهادات بیمه دریافتی را مستقیماً به شرکت تحویل دهد .

د) شرکت بیمه مجاز به اعطای اجازه صدور بیمه نامه به نمایندگان فروش نمی باشد.

۵۷. در بیمه درمان تکمیلی، جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی با سقف پایه سالیانه برای هر بیمه شده در تعهدات جبران هزینه های پاراکلینیکی است.

الف) ۱۰٪ تعهدات

ب) ۲۰٪ تعهدات

ج) ۵۰٪ تعهدات

د) ۵٪ تعهدات

۵۸. در بیمه درمان تکمیلی، جبران هزینه های زیانمان اعم از طبیعی و سزارین تا چه سقفی از تعهدات سالیانه مجاز است؟

الف) تا ۳۰٪ سقف تعهد سالیانه بیمارستانی

ب) تا ۷۵٪ سقف تعهد سالیانه بیمارستانی

ج) تا ۵۰٪ سقف تعهد سالیانه بیمارستانی

د) تا ۴۰٪ سقف تعهد سالیانه بیمارستانی

۵۹. هزینه های دندانپزشکی در قراردادهای بیمه درمان براساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که:

الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا اعلام می کند.

ب) سندیکای بیمه گران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می کند.

ج) نظام پزشکی اعلام می کند.

د) وزارت بهداشت و درمان اعلام می کند.

۶۰. کدام یک از گزینه های زیر تحت پوشش بیمه نامه درمان نیست؟

الف) بیماری های ناشی از مصرف مواد مخدر یا الکل

ب) پوشش های اصلی (پایه)

ج) هزینه زیانمان طبیعی

د) هزینه های پاراکلینیکی

۶۱. در خصوص اطلاع رسانی شفاف و صحیح در بیمه نامه ها کدام یک از گزینه های زیر صحیح نیست؟

- الف) (مسئولیت درج اطلاعات صحیح در بیمه نامه امضاء شده برعهده بیمه گر است.
ب) (در موارد دارای ابهام یا تفاسیر متفاوت در بیمه نامه امضاء شده، موضوع به نفع بیمه گر تفسیر می شود.
ج) (در موارد دارای ابهام یا تفاسیر متفاوت در بیمه نامه امضاء شده، موضوع به نفع بیمه گذار تفسیر می شود.
د) (در صورت درخواست بیمه گذار یا الزام قانونی، بیمه گر موظف است هرگونه تغییر در پوشش بیمه ای یا تغییر در شرایط بیمه نامه را پس از طی مراحل قانونی با صدور الحاقیه در اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته به انجام برساند.

۶۲. کدام یک از گزینه های زیر مصداق فروش اجباری بیمه نامه توسط نمایندگی است؟

- الف) (فروش بیمه نامه بدون تقاضا و تمایل بیمه گذار
ب) (فروش بیمه نامه بدون تکمیل کردن فرم پیشنهاد
ج) (فروش بیمه نامه شخص ثالث جدید در زمان انقضاء بیمه نامه قبلی و صرفاً با ارائه بیمه نامه قبلی
د) (فروش بیمه نامه پس از تکمیل کردن فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار

۶۳. در بیمه نامه صادر شده توسط بیمه گر، میان شرایط عمومی و شرایط اختصاصی بیمه نامه تعارض وجود دارد. در این صورت
الف) (بیمه نامه باطل است.
ب) (بیمه نامه باید فسخ و مجدداً صادر گردد.
ج) (شرایط اختصاصی بر شرایط عمومی مقدم است .
د) (بیمه نامه ادامه می یابد و شرایط عمومی بر شرایط اختصاصی ارجحیت دارد.

۶۴. طبق ماده ۲۸ قانون بیمه ، خسارات ناشی از جنگ - شورش - اعتصاب.....
الف) (در هیچ حالتی قابل پرداخت نیست.
ب) (در تعهد بیمه گر می باشد.
ج) (در تعهد بیمه گر نخواهد بود مگر آنکه خلاف آن در بیمه نامه شرط شده باشد.
د) (جنگ قابل پرداخت نیست ولی شورش و اعتصاب در همه حالت قابل پرداخت است.

۶۵. معادل "اصل جانشینی" کدام یک از گزینه های زیر است؟

- الف) Subrogation Principle
ب) Commutative Principle
ج) Indemnity Principle
د) Good Faith Principle

۶۵. کدام یک از گزینه های زیر به معنای "Contribution Principle" است؟

- الف) (اصل حسن نیت ب) (اصل نفع بیمه ای ج) (اصل جانشینی د) (اصل مشارکت

۶۶. کدام یک از عبارات زیر صحیح است؟

- الف) به طور کلی برای سرمایه گذاری در شرکت بیمه باید بازده بیشتری از سرمایه گذاری در حساب یک بانک در نظر گرفت.
ب) به طور کلی برای سرمایه گذاری در شرکت بیمه باید بازده کمتری از سرمایه گذاری در حساب یک بانک در نظر گرفت.
ج) به طور کلی برای سرمایه گذاری در شرکت بیمه باید بازدهی مشابه با بازده سرمایه گذاری در حساب یک بانک در نظر گرفت.
د) باتوجه به نوع شرکت بیمه و نوع حساب بانکی، بازده سرمایه گذاری ها می تواند متفاوت باشد.

۶۷. در دیدگاه بازاریابی تمرکز بر چیست؟

- الف) نیاز مشتری
ب) فروش بیشتر
ج) محصول بهتر
د) درآمد بیشتر

۶۸. کدام یک از توصیه های زیر را برای بازاریابان بیمه صحیح نمی دانید؟

- الف) دائماً ایمیل یا نامه خود را تکرار کنید.
ب) خدماتی را پیشنهاد دهید که قادر به تحویل شان هستید.
ج) از تکرار جمله "ای کاش می توانستم" پرهیز کنید.
د) برای افرادی بازاریابی کنید که احتمال خرید بیشتری دارند.

۶۹. ازدست دادن یک مشتری چه زبانی را بر شرکت بیمه تحمیل می کند؟

- الف) ازدست دادن فروش نوبت آینده
ب) به اندازه خرید سراسر عمر مشتری به اضافه هزینه یافتن یک مشتری جانشین
ج) زیان بسیار ناچیز
د) اصلاً زبانی بر شرکت تحمیل نمی شود، بلکه رفتن یک مشتری ناراضی منفعت هم دارد.

۷۰. این جمله که "مشتریان به اندازه کافی از محصولات نخواهند خرید مگر آنکه برای فروش و تبلیغات فعالیت چشمگیری صورت

گرفته باشد" به کدام یک از دیدگاه های زیر در فعالیت های بازاریابی اشاره دارد؟

- الف) دیدگاه محصول
ب) دیدگاه فروش
ج) دیدگاه بازاریابی
د) دیدگاه تولید

۷۱. زمانی که تقاضا بیشتر از عرضه باشد، کدام یک از دیدگاه های زیر در فعالیت های بازاریابی حاکم است؟

- الف) دیدگاه محصول
ب) دیدگاه فروش
ج) دیدگاه بازاریابی
د) دیدگاه تولید

۷۲. تغییر خطر در بیمه های حوادث به چه معناست؟

- الف) تغییر در وضعیت سلامتی بیمه شده
ب) تغییر در شغل و سایر فعالیت های بیمه شده
ج) تغییر محل زندگی بیمه شده
د) هیچ کدام

۷۲. در قراردادهای گروهی بیمه حوادث، در صورت فوت یک بیمه شده

- الف) بیمه نامه گروهی منفسخ می گردد.
ب) بیمه نامه فقط برای بیمه شده متوفی لغو خواهد شد.
ج) بیمه نامه ابطال می گردد و برای افراد باقی مانده بیمه نامه جدیدی صادر می شود.
د) بیمه نامه فسخ می شود.

۷۳. در بیمه حوادث، در صورتی که فسخ بیمه نامه توسط بیمه گذار به دلیل انتقال پور تفوی بیمه گر اتفاق بیفتد

- الف) حق بیمه تا زمان فسخ براساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می شود.
ب) حق بیمه تا زمان فسخ به طور روزشمار محاسبه می شود.
ج) حق بیمه به بیمه گذار مسترد نمی گردد.
د) ۴۰ درصد حق بیمه به بیمه گذار برگشت داده می شود.

۷۴. کدام یک از گزینه های زیر جزء استثنائات بیمه حوادث محسوب می شود؟

- الف) استفاده از داروهای کاهنده هوشیاری و خواب آور بدون تجویز پزشک
ب) ابتلا به جنون بیمه شده در صورتی که ناشی از تحقق خطرات موضوع بیمه نباشد.
ج) مباشرت در اعمال مجرمانه
د) هر سه گزینه صحیح است.

۷۵. کدام یک از اصول اساسی زیر، اصل غرامت بیمه را تقویت می کند؟

- الف) اصل حسن نیت و اعتماد متقابل ب) اصل سبب بلا فصل خسارت ج) اصل مشارکت د) اصل نفع بیمه ای

۷۶. براساس کدام ویژگی قانونی قراردادهای بیمه، بیمه گر مسئول پرداخت هزینه های دفاع از قرارداد بیمه در دادگاه است؟

- الف) مشروط بودن ب) شخصی بودن ج) اذعان د) تصادفی بودن