



بیمه مرکزی
جمهوری اسلامی ایران

مجموعه راهنمای
آیین نامه‌ها، قوانین و بخشنامه‌های بیمه

(مراقب بیمه)

بیمه‌های اشخاص

۴

معاونت نظارت
اداره کل نظارت فنی
۱۳۹۴

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان: مجموعه راهنمای آیین نامه‌ها، قوانین و بخشنامه‌های بیمه (مراقب بیمه)

بیمه‌های اشخاص

تهیه و تنظیم: معاونت نظارت بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

طراح و ناظر چاپ: مریم خادمی نژاد

نوبت چاپ: اول

تاریخ چاپ: ۱۳۹۴

شابک ۹-۲۴-۷۰۷۹-۶۰۰-۹۷۸

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قیمت: ۵۰۰۰۰ ریال

ناشر: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران (نشر بیمه)

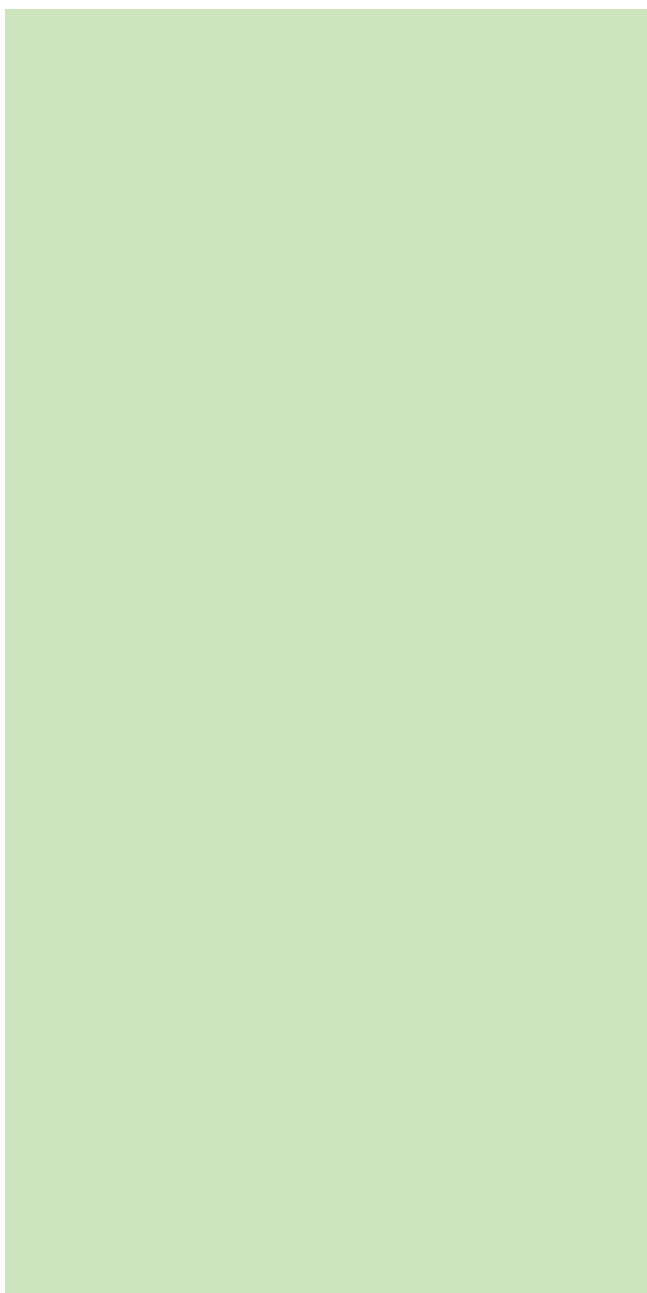
نشانی ناشر: تهران، خیابان نلسون ماندلا، نبش خیابان مریم، شماره ۲، برج بیمه، اداره

کل روابط عمومی و امور بین الملل. شماره تلفن: ۲۴۵۵۱۲۹۰

www.centinsur.ir

Email.nashr@centinsur.ir

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



- ۷..... پیشگفتار
- ۹..... قانون بیمه
- ۱۴..... قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری
- ۲۷..... تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها (آیین‌نامه شماره ۲)
- ۲۷..... مقررات تعیین حق بیمه کلیه رشته‌های بیمه‌ای (آیین‌نامه شماره ۸۱)
- ۲۹..... موازین فنی تعیین نرخ‌های بیمه (پیوست آیین‌نامه شماره ۸۱)
- ۳۱..... حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها (آیین‌نامه شماره ۷۱)
- ۳۹..... درج شروط خصوصی در بیمه‌نامه
- ۳۹..... ملزم کردن مشتری بانک به استفاده از خدمات شرکت بیمه تابعه
- ۴۰..... ضوابط تدوین و عرضه محصولات بیمه‌ای جدید
- ۴۳..... بیمه‌های زندگی و مستمری (آیین‌نامه شماره ۶۸)
- ۵۱..... بیمه فوت و نقص عضو ناشی از انفجار و ادوات جنگی
- ۵۱..... پوشش خطرات SRCC
- ۵۴..... لزوم تفکیک حساب‌های معاملات بیمه‌های زندگی
- ۵۴..... توقیف وجه بیمه عمر و پس انداز
- ۵۵..... عدم تعیین ذی نفع و یا سهم آنان در قرارداد بیمه عمر
- ۵۵..... فوت همزمان بیمه‌گذار و ذینفع بیمه عمر
- ۵۶..... بیمه عمر و حادثه کارکنان دولت (مصوبه شورای عالی بیمه)
- ۵۶..... بیمه عمر و حادثه کارکنان دولت (نامه بیمه مرکزی)
- بیمه حادثه و فوت کلیه بازنشستگان و مستخدمان رسمی اعم از لشکری یا کشوری (مصوبه دولت)
- ۵۷.....
- ۵۹..... بیمه حادثه و فوت کارکنان دولت (اصلاحیه مصوبه دولت)
- ۶۱..... شرایط عمومی بیمه‌نامه حوادث اشخاص (آیین‌نامه شماره ۸۴)
- ۷۰..... شرایط اختصاصی بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه
- ۷۰..... شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه
- ۷۱..... شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه بستری‌شدن در مراکز درمانی مجاز
- ۷۲..... آیین‌نامه بیمه‌های درمان (آیین‌نامه شماره ۷۴)
- ۸۰..... قراردادهای درمان بیش از ۱۰۰۰۰ نفر
- ۸۱..... فهرست اعمال جراحی غیر مجاز در مطب
- ۸۱..... لزوم عدم ارائه خدمات بیمه به اتباع خارجی فاقد مجوز کار
- ۸۲..... پوشش‌های صندوقی
- ۸۲..... برگشت حق بیمه
- ۸۳..... خسارت بیمه درمان بر اساس نرخ ارز
- شرایط عمومی بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران

- ۸۴.....(آیین نامه شماره ۷۷).....
- تعرفه حق بیمه بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی و کارمزد نمایندگان موسسات بیمه و کارمزد اتکایی اجباری آن ۸۹
 - متن انگلیسی آیین نامه شماره ۷۷؛ شرایط عمومی بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران ۹۰
 - نظرهای بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران درباره انواع رشته های بیمه ۹۹
 - اخذ سپرده مناقصه و ضمانت در قراردادهای بیمه ۹۹
 - الزام به اجرای رأی داورى ۹۹
 - بیمه مضاعف ۹۹
 - تاخیر در اعلام حادثه و تأدیه خسارت ۱۰۰
 - تضمین اوراق بهادار ۱۰۱
 - تهاتر خسارت و باز یافت ۱۰۱
 - نظارت سازمان حمایت از مصرف کنندگان و تولیدکنندگان ۱۰۲
 - مالکیت معنوی در صنعت بیمه ۱۰۳
 - لزوم طرح دعوی پیگیری قضائی جرم جعل بیمه نامه ۱۰۴
 - صدور ضمانت نامه ۱۰۴
 - چک لیست اجرای قوانین و مقررات ۱۰۵
 - چک لیست مقررات بیمه های زندگی (آیین نامه شماره ۶۸) ۱۰۵
 - چک لیست شرایط عمومی بیمه نامه حوادث (آیین نامه شماره ۸۴) ۱۰۷
 - چک لیست شرایط عمومی بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه ۱۰۸
 - چک لیست شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه ۱۰۸
 - چک لیست آیین نامه های درمان ۱۰۹
 - چک لیست شرایط عمومی بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی (آیین نامه شماره ۷۷) ۱۱۰
 - چک لیست تعرفه حق بیمه بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی ۱۱۰

قوانین و مقررات حاکم بر فعالیت صنعت بیمه حاصل سالها تجربه فعالان صنعت بیمه است که با نظم بخشی به عملیات بیمه ای موجب سلامت بازار بیمه و تحقق اهداف آن می شود. هدف اصلی قوانین و مقررات موضوعه در صنعت بیمه، توسعه، تعمیم، تنظیم بازار بیمه از رهگذر تعیین تکالیف و حقوق بیمه‌گران و بیمه‌گذاران، تسهیل فعالیت مدیران بیمه‌ای، تضمین حقوق بیمه‌گذاران و ذی نفعان و در نهایت تامین منافع سهامداران شرکتهای بیمه است. دسترسی آسان به قوانین و مقررات صنعت بیمه با تمام اجزا و زوایای آن موجب می‌شود که فعالان بازار بیمه شفافیت و شناخت لازم نسبت به قوانین و مقررات داشته باشند و با اشراف کافی نسبت به ضوابط حاکم، اقدام نمایند تا منافع ذی نفعان صنعت بیمه در نقطه بهینه قرار گیرد.

در این جهت، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران برای تحقق مأموریت نظارت بر حسن اجرای قوانین و مقررات بیمه‌ای، مجموعه قوانین و مقررات، بخشنامه‌ها، دستورالعمل‌های اجرایی و نظریه‌های حقوقی را به روزرسانی و در کتابچه‌های جداگانه منتشر می‌نماید. گردآوری و تنظیم «مجموعه راهنمای آیین‌نامه‌ها، قوانین و بخشنامه‌های بیمه» (مراقب بیمه) نتیجه انجام پروژه‌ای است که به سفارش معاونت نظارت بیمه مرکزی توسط آقای غلامعلی ثبات اجرا شده است. بر این اساس ابتدا مجموعه قوانین و مقررات بیمه تکمیل و به صورت تخصصی دسته بندی شده است. سپس با مساعدت مدیریت‌های ذیربط، بخشنامه‌ها و آرای حقوقی بیمه مرکزی گردآوری شد و با دقت نظر کارشناسانه تلخیص، عنوان یابی و دسته بندی گردید. همچنین نظرهای حقوقی و بخشنامه‌های مرتبط نهادهای خارج از صنعت بیمه نیز استخراج و کلیدواژه‌های آنها برای درج در فهرست کتاب احصا شد. در مرحله بعد، چک لیستهای اجرایی قوانین و مقررات بیمه که حاصل پروژه‌ی دیگری بود بطور کامل مورد بازبینی، اصلاح و تنظیم مجدد قرار گرفت و در نهایت، کتاب‌ها در قطع پالتویی برای استفاده آسانتر تنظیم شد.

مجموعه «مراقب بیمه» شامل شش کتاب با عناوین ۱- شرکتهای بیمه و واسطه‌های بیمه، ۲- عملیات مالی و بیمه اتکایی، ۳- بیمه‌های خودرو، ۴- بیمه‌های اشخاص، ۵- بیمه‌های اموال، ۶- بیمه‌های مسؤولیت و زیان‌های پولی منتشر شده است. تهیه این مجموعه بدون اشراف به محتوا و مفهوم قوانین و مقررات و توان و تجربه‌ای که حاصل سالها فعالیت جناب آقای غلامعلی ثبات در بیمه مرکزی است دشوار بود که لازم می‌داند در اینجا از زحمات ایشان برای تدوین و تنظیم این مجموعه تشکر و قدردانی نمایم.

همچنین از همکاران ارجمندی که هر یک نقش و تأثیری در اجرای این پروژه داشتند بخصوص خانم مژگان رضانی که با بازبینی متن کتاب بیمه‌های اشخاص (شماره ۴) نکات اصلاحی و موارد تکمیلی را مطرح نمودند و نیز خانم رقیه باغبانی که در به روزرسانی این مجموعه نقش داشته‌اند، تشکر کنم.

در پایان از جناب آقای میرزائی معاون محترم نظارت بیمه مرکزی که مسئولانه پیگیر تولید و نشر این مجموعه بوده‌اند و همچنین همکاران مدیریت نظارت فنی بیمه مرکزی که در بررسی و تکمیل این کتابچه‌ها مشارکت و همکاری داشته‌اند تشکر می‌نمایم.

لازم به ذکر است که این مجموعه به طور مستمر توسط معاونت نظارت بیمه مرکزی به روز رسانی و در پایگاه اطلاع رسانی نظارت و مقررات در سایت بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در دسترس قرار خواهد گرفت.

امید و انتظارم آن است که مجموعه مراقب بیمه برای مخاطبین و کارشناسان بیمه مفید باشد و از بیان نقد و نظر درباره آن دریغ نکنند.

محمد ابراهیم امین

رئیس کل بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران



قانون بیمه

مصوب ۱۳۱۶/۲/۷

معاملات بیمه

ماده ۱- بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند 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. متعهد را بیمه‌گر، طرف تعهد را بیمه‌گذار، وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر می‌پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می‌شود موضوع بیمه نامند.

ماده ۲- عقد بیمه و شرایط آن باید به موجب سند کتبی باشد و سند مزبور موسوم به بیمه‌نامه خواهد بود.

ماده ۳- در بیمه‌نامه باید امور ذیل به طور صریح قید شود:

۱- تاریخ انعقاد قرارداد

۲- اسم بیمه‌گر و بیمه‌گذار

۳- موضوع بیمه

۴- حادثه یا خطری که عقد بیمه به مناسبت آن به عمل آمده است

۵- ابتدا و انتهای بیمه

۶- حق بیمه

۷- میزان تعهد بیمه‌گر در صورت وقوع حادثه

ماده ۴- موضوع بیمه ممکن است مال باشد اعم از عین یا منفعت یا هر حق مالی یا هر نوع مسؤلیت حقوقی مشروط بر اینکه بیمه‌گذار نسبت به بقای آنچه بیمه می‌دهد ذی‌نفع باشد و همچنین ممکن است بیمه برای حادثه یا خطری باشد که از وقوع آن بیمه‌گذار متضرر می‌گردد.

ماده ۵- بیمه‌گذار ممکن است اصیل باشد یا به یکی از عناوین قانونی نمایندگی صاحب مال یا شخص ذی‌نفع را داشته یا مسؤلیت حفظ آن را از طرف صاحب مال داشته باشد.

ماده ۶- هر کس بیمه می‌دهد بیمه متعلق به خود اوست مگر آنکه در بیمه‌نامه تصریح شده باشد که مربوط به دیگری است لیکن در بیمه حمل و نقل ممکن است بیمه‌نامه بدون ذکر اسم (به نام حامل) تنظیم شود.

ماده ۷- طلبکار می‌تواند مالی را که در نزد او وثیقه یا رهن است بیمه دهد. در این صورت هرگاه حادثه‌ای نسبت به مال مزبور رخ دهد از خساراتی که بیمه‌گر باید بپردازد تا میزان آنچه را که بیمه‌گذار 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 باقی است نمی‌توان همان مال را به نفع همان شخص و از همان خطر مجدداً بیمه نمود.



ماده ۹- در صورتی که مالی به کمتر از قیمت، بیمه شده باشد نسبت به بقیه قیمت می‌توان آن را بیمه نمود. در این صورت هر یک از بیمه‌گران به نسبت مبلغی از مال که بیمه کرده است مسؤول خواهد بود.

ماده ۱۰- در صورتی که مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد بیمه‌گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال، مسؤول خسارت خواهد بود.

فسخ و بطلان

ماده ۱۱- چنانچه بیمه‌گذار 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 بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات کاذبه بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذبه طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد عقد بیمه باطل خواهد بود حتی اگر مراتب مذکوره تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوهی که بیمه‌گذار پرداخته است قابل استرداد نیست بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه‌گذار مطالبه کند.

ماده ۱۳- اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی‌شود در این صورت هرگاه مطالب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقا کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند. در صورت فسخ، بیمه‌گر باید مراتب را به موجب اظهارنامه یا نامه سفارشی دوقبضه به بیمه‌گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ده روز پس از ابلاغ مراتب به بیمه‌گذار شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار 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 به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

ماده ۱۴- بیمه‌گر مسؤول خسارات ناشیه از تقصیر بیمه‌گذار یا نمایندگان او نخواهد بود. ماده ۱۵- بیمه‌گذار باید برای جلوگیری از خسارت، مراقبتی را که عادتاً هرکس از مال خود می‌نماید 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 به عمل آورد. اولین زمان امکان و منتهی در ظرف پنج روز از تاریخ اطلاع خود از وقوع حادثه، بیمه‌گر را مطلع سازد و الا بیمه‌گر مسؤول نخواهد بود مگر آنکه بیمه‌گذار ثابت کند که به واسطه حوادثی که خارج از اختیار او بوده است اطلاع به بیمه‌گر در مدت مقرر برای او مقدر نبوده است. مخارجی که بیمه‌گذار برای جلوگیری از توسعه خسارت می‌نماید بر فرض که منتج به نتیجه نشود به عهده بیمه‌گر 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 می‌شود.

ماده ۱۶- هرگاه بیمه‌گذار در نتیجه عمل خود، خطری را که به مناسبت آن بیمه منعقد شده است تشدید کند یا یکی از کیفیات یا وضعیت موضوع بیمه را به طوری تغییر دهد که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد موجود بود بیمه‌گر حاضر برای انعقاد قرارداد با شرایط مذکوره در قرارداد نمی‌گشت باید بیمه‌گر را بلافاصله از آن مستحضر کند. اگر تشدید خطر یا تغییر وضعیت موضوع بیمه در نتیجه عمل بیمه‌گذار نباشد مشارالیه باید مراتب را در ظرف ده روز از تاریخ اطلاع خود رسماً به بیمه‌گر اعلام کند. در هر دو مورد مذکور در فوق، بیمه‌گر حق دارد اضافه‌حق بیمه را معین نموده به بیمه‌گذار پیشنهاد کند و در صورتی که بیمه‌گذار حاضر برای قبولی و پرداخت آن نشود قرارداد را فسخ کند و اگر تشدید خطر در نتیجه عمل خود بیمه‌گذار باشد خسارات وارده را نیز از مجرای محاکم عمومی از او مطالبه کند و در صورتی که بیمه‌گر پس از اطلاع تشدید خطر، به نحوی از انحاء رضایت به بقای عقد قرارداد داده باشد مثل آنکه اقساطی از وجه بیمه را پس از اطلاع از مراتب از بیمه‌گذار قبول کرده یا خسارت بعد از وقوع حادثه به او پرداخته باشد دیگر نمی‌تواند به مراتب مذکوره استناد کند. وصول اقساط حق بیمه بعد از اطلاع از تشدید خطر یا پرداخت خسارت پس از وقوع حادثه و نحوه آن دلیل بر رضایت بیمه‌گر به بقای قرارداد می‌باشد.

ماده ۱۷- در صورت فوت بیمه‌گذار یا انتقال موضوع بیمه به دیگری اگر ورثه یا منتقل‌الیه کلیه تعهداتی را که به موجب قرارداد به عهده بیمه‌گذار بوده است در مقابل بیمه‌گر اجرا کند عقد بیمه به نفع ورثه یا منتقل‌الیه به اعتبار خود باقی می‌ماند معهذاً هر یک از بیمه‌گر یا ورثه یا منتقل‌الیه حق فسخ آن را نیز خواهند داشت. بیمه‌گر حق دارد در ظرف سه ماه از تاریخی که منتقل‌الیه قطعی موضوع بیمه تقاضای تبدیل بیمه‌نامه را به نام خود می‌نماید عقد بیمه را فسخ کند. در صورت انتقال موضوع بیمه به دیگری ناقل مسؤول کلیه اقساط عقب‌افتاده وجه بیمه در مقابل بیمه‌گر خواهد بود لیکن از تاریخی که انتقال را به بیمه‌گر به موجب نامه سفارشی یا اظهارنامه اطلاع می‌دهد نسبت به اقساطی که از تاریخ اطلاع به بعد باید پرداخته شود مسؤول نخواهد بود. اگر ورثه یا منتقل‌الیه متعدد باشند هریک از آنها نسبت به تمام وجه بیمه در مقابل بیمه‌گر مسؤول خواهد بود.

ماده ۱۸- هر گاه 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 بیمه‌گر وجهی از بیمه‌گذار گرفته باشد عشر از مبلغ مزبور را به عنوان مخارج کسر و بقیه را باید به بیمه‌گذار مسترد دارد.



مسئولیت بیمه‌گر

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

ماده ۲۰- بیمه‌گر مسؤول خساراتی که از عیب ذاتی مال ایجاد می‌شود نیست مگر آنکه در بیمه‌نامه شرط خلافی شده باشد.

ماده ۲۱- خسارات وارده از حریق که بیمه‌گر مسؤول 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 به کار برده شده است.

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

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

ماده ۲۲- در بیمه‌های ذیل خسارت به این طریق حساب می‌شود:

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

۲- در بیمه منافی که متوقف بر امری است منافی که در صورت پیشرفت امر عاید بیمه‌گذار می‌شود.

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

ماده ۲۳- در بیمه عمر یا نقص یا شکستن عضوی از اعضای بدن مبلغ پرداختی بعد از مرگ یا نقصان عضو باید به طور 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 بیمه‌گذار اهلیت قانونی نداشته باشد رضایت ولی یا قیم او شرط است. اگر بیمه راجع به عمر یا نقص یا شکستن عضو بدن جماعتی به طور کلی باشد میزان خسارت عبارت از مبلغی خواهد بود که مطابق تعرفه قبلاً بین طرفین معین می‌شود.

ماده ۲۴- وجه بیمه عمر که باید بعد از فوت پرداخته شود به ورثه قانونی متوفی پرداخته می‌شود 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- بیمه‌گذار حق دارد ذی‌نفع در سند بیمه عمر خود را تغییر دهد مگر آنکه آن را به دیگری انتقال داده و بیمه‌نامه را هم به منتقل‌الیه تسلیم کرده باشد.

ماده ۲۶- در تمام مدت اعتبار قرارداد بیمه عمر بیمه‌گذار حق دارد وجه معینه در بیمه‌نامه را به دیگری منتقل نماید. انتقال مزبور باید به امضای انتقال‌دهنده و بیمه‌گر برسد.

ماده ۲۷- اثرات قانونی انتقال وجه بیمه عمر از تاریخ فوت بیمه‌شده شروع می‌شود ولی اگر بیمه‌گذار از بابت آن وجهی دریافت کرده یا نسبت به آن با بیمه‌گر معامله نموده باشد در کمال اعتبار خواهد بود.

ماده ۲۸- بیمه‌گر مسؤول خسارات ناشیه از جنگ و شورش نخواهد بود مگر آنکه خلاف آن در بیمه‌نامه شرط شده باشد.

ماده ۲۹- در مورد بیمه مال منقول در صورت وقوع حادثه و پرداخت خسارت به بیمه‌گذار بیمه‌گر از هرگونه مسؤولیت در مقابل ثالث بری می‌شود.

ماده ۳۰- بیمه‌گر در حدودی که خسارات وارده را قبول یا پرداخت می‌کند در مقابل اشخاصی که مسؤول وقوع حادثه یا خسارت هستند قائم‌مقام بیمه‌گذار خواهد بود و اگر بیمه‌گذار اقدامی کند که منافی با عقد مزبور باشد در مقابل بیمه‌گر مسؤول شناخته می‌شود.

ماده ۳۱- در صورت توقف یا افلاس بیمه‌گر بیمه‌گذار حق فسخ قرارداد را خواهد داشت.

ماده ۳۲- در صورت ورشکستگی بیمه‌گر بیمه‌گذاران نسبت به سایر طلبکاران حق تقدم دارند و بین معاملات مختلف بیمه در درجه اول حق تقدم با معاملات بیمه عمر است.

ماده ۳۳- بیمه‌گر نسبت به حق بیمه در مقابل هر گونه طلبکاری بر مال بیمه‌شده 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 بیمه‌گذار نسبت به یکی از آن موضوعات، بطلان نسبت به سایر موضوعات نیز سرایت کرده تمام قرارداد باطل خواهد بود. موضوعات مختلفی که در یک بیمه‌نامه ذکر می‌شود در حکم یک قرارداد محسوب است.

ماده ۳۵- طرفین می‌توانند در قراردادهای بیمه هر شرط دیگری بنمایند لیکن موعد مذکوره در ماده ۱۶ را نمی‌توانند تقلیل دهند ولی ممکن است موعد را به رضایت یکدیگر تمدید کنند. این قانون شامل قراردادهای گذشته بیمه نیز خواهد بود.

ماده ۳۶- مرور زمان دعوای ناشی از بیمه دو سال است و ابتدای آن از تاریخ وقوع حادثه منشأ دعوا خواهد بود لکن دعوای 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 تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری

مصوب ۵۰/۳/۳۰

بخش اول - بیمه مرکزی ایران

قسمت اول - تشکیل و موضوع

ماده ۱- به منظور تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها همچنین به منظور اعمال نظارت دولت بر این فعالیت، مؤسسه‌ای به نام بیمه مرکزی ایران طبق مقررات این قانون به صورت شرکت سهامی تأسیس می‌گردد.

ماده ۲- سرمایه بیمه مرکزی ایران پانصد میلیون ریال است که به پنجاه سهم ده میلیون ریالی با نام تقسیم می‌شود و تمامی آن متعلق به دولت و غیر قابل انتقال است و افزایش آن با تصویب مجمع عمومی امکان‌پذیر است^۱. مبلغ مزبور از محل اندوخته‌های شرکت سهامی بیمه ایران تأمین خواهد شد.

ماده ۳- مرکز اصلی بیمه مرکزی ایران تهران است و بیمه مرکزی ایران می‌تواند 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 شده‌اند نمی‌باشد مگر آن که در قانون مربوط صراحتاً از بیمه مرکزی ایران نام برده شده باشد ولی نسبت به مواردی که در این قانون پیش‌بینی 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 آیین‌نامه‌ها و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه در ایران لازم باشد با توجه به مفاد این قانون.

۲- تهیه اطلاعات لازم از فعالیت‌های کلیه مؤسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند.

۳- انجام بیمه‌های اتکایی اجباری.

۴- قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی.

۵- واگذاری بیمه‌های اتکایی به مؤسسات داخلی یا خارجی در هر مورد که مقتضی باشد.

۶- اداره صندوق تأمین خسارت‌های بدنی و تنظیم آیین‌نامه آن موضوع ماده ۱۰ قانون بیمه اجباری مسؤلیت مدنی دارندگان وسائل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب دی ماه ۱۳۴۷.

۱. اکنون، سرمایه بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، هزار و دویست میلیارد ریال است.



۷- ارشاد و هدایت و نظارت بر مؤسسات بیمه و حمایت از آنها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم امور نمایندگی و دلالی بیمه و نظارت بر امور بیمه اتکایی و جلوگیری از رقابت‌های مکارانه و ناسالم.

تبصره: بیمه مرکزی ایران ملزم به حفظ اسرار مؤسساتی است که به موجب این قانون نظارت بر آنها را دارا می‌باشد و به هیچ وجه نباید از اطلاعاتی که در جهت اجرای این قانون به دست می‌آورد 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- هیأت عامل

۴- بازرسان

فصل اول- مجمع عمومی

ماده ۷- مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مرکب از وزیر امور اقتصادی و دارایی، وزیر صنعت، معدن و تجارت، وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی. هیأت عامل و بازرسان بدون داشتن حق رأی در جلسه شرکت خواهند کرد^۲.

ماده ۸- مجمع عمومی عادی به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران سالی یک مرتبه حداکثر تا پایان شهریورماه تشکیل می‌شود. مجمع عمومی فوق‌العاده 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 کتباً دعوت کند. در دعوت‌نامه دستور جلسه، روز و ساعت و محل انعقاد جلسه ذکر خواهد شد. هیچ موضوعی را نمی‌توان در مجمع عمومی عادی یا فوق‌العاده مطرح کرد مگر آن که قبلاً 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 سودوزیان و ترتیب تقسیم سود.

د - تصویب سازمان و آیین‌نامه‌های مالی و اداری بیمه مرکزی ایران.

هـ - تصویب مقررات استخدامی با رعایت بند پ ماده ۲ قانون استخدام کشوری.

و - انتخاب بازرسان.

ز - تعیین حقوق رئیس کل و اعضای هیأت‌عامل و حق‌الزحمه بازرسان.

۲. نام وزارتخانه‌ها بر اساس آخرین مصوبات مربوط به تغییر نام و یادغام آنها شامل ماده ۲ قانون تشکیل وزارت امور اقتصادی و دارایی مصوب ۱۳۵۳، تصویب‌نامه شماره ۴۹۷۰۸ مورخ ۵۳/۸/۵ هیأت وزیران مستند به ماده ۴ قانون تشکیل وزارت امور اقتصادی و دارایی، تبصره ۳ ماده واحده قانون تشکیل دو وزارتخانه تعاون، کار و رفاه اجتماعی و صنعت، معدن و تجارت مصوب ۹۰/۴/۸ به شرح متن اصلاح شده است.



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 می‌شود:

- ۱- رئیس کل بیمه مرکزی ایران.
 - ۲- معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی.
 - ۳- معاون وزارت صنعت، معدن و تجارت.
 - ۴- معاون وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.
 - ۵- معاون وزارت جهاد کشاورزی.^۳
 - ۶- رئیس شرکت سهامی بیمه ایران.
 - ۷- مدیرعامل یکی از مؤسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه‌گران 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 اتاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران.
- تبصره: اعضای شورای عالی بیمه موضوع بندهای ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ برای مدت سه سال انتخاب می‌شوند و انتخاب مجدد آنان بلامانع است.
- ماده ۱۱- ریاست شورای عالی بیمه بدون شرکت در اخذ رأی با رئیس کل بیمه مرکزی ایران و در غیاب او با قائم‌مقام او 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 شورای عالی بیمه را حفظ کنند.
- ماده ۱۳- جلسات شورای عالی بیمه حداقل ماهی یک بار به دعوت رئیس شورای عالی بیمه تشکیل خواهد شد و در صورتی که حداقل چهار نفر از اعضای 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 می‌یابد و تصمیمات با اکثریت پنج رأی حاضر در جلسه رسمی معتبر و قابل اجرا است. هنگام رسیدگی و اخذ رأی نسبت به مؤسسه بیمه‌ای که یکی از اعضای شورای عالی به نحوی در آن سهام است آن عضو در رأی 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 می‌شود.
- ماده ۱۶- شورای عالی بیمه دارای دبیرخانه‌ای خواهد بود که سازمان آن را شورای عالی

۳. بر اساس نظریه شماره ۱۷۷۹۴ مورخ ۸۳/۷/۱۲ معاونت حقوق و امور مجلس ریاست جمهوری و ماده ۲ قانون تشکیل وزارت جهاد کشاورزی مصوب سال ۱۳۷۹ نام وزارتخانه جایگزین شده است.



بیمه تصویب خواهد کرد. رئیس و کارکنان دبیرخانه از بین کارکنان بیمه مرکزی ایران انتخاب می‌شوند.

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

۱- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه

طبق مقررات این قانون و پیشنهاد آن به مجمع عمومی.

۲- تصویب نمونه ترازنامه که باید مورد استفاده مؤسسات بیمه قرار گیرد.

۳- تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها و نظارت بر امور بیمه‌های اتکایی.

۴- تعیین میزان کارمزد و حق بیمه مربوط به رشته‌های مختلف بیمه مستقیم.

۵- تصویب آیین‌نامه‌های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت مؤسسات بیمه.

۶- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش بیمه مرکزی ایران در باره عملیات و فعالیت‌های مؤسسات بیمه در ایران که حداقل هر شش ماه یک بار باید تسلیم شود.

۷- اظهار نظر درباره هرگونه پیشنهاد که از طرف رئیس شورای عالی بیمه به آن ارجاع می‌شود.

۸- انجام سایر وظایفی که این قانون برای آن تعیین نموده است.

فصل سوم - هیأت عامل

ماده ۱۸- هیأت عامل بیمه مرکزی ایران مرکب از رئیس کل و قائم‌مقام رئیس کل و معاونان بیمه مرکزی ایران خواهد بود.

ماده ۱۹- رئیس کل بیمه مرکزی ایران و قائم‌مقام او به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی و تصویب هیأت وزیران^۴ و معاونان بیمه مرکزی ایران به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی ایران و موافقت وزیر امور اقتصادی و دارایی به موجب تصویب‌نامه هیأت وزیران منصوب می‌شوند.

ماده ۲۰- رئیس کل و قائم‌مقام رئیس کل بیمه مرکزی ایران برای مدت چهار سال منصوب می‌شوند و انتصاب مجدد آنان بلامانع است.

ماده ۲۱- رئیس کل بیمه مرکزی ایران بالاترین مقام اجرایی و اداری بیمه مرکزی ایران می‌باشد.

ماده ۲۲- وظایف و اختیارات رئیس کل بیمه مرکزی ایران به شرح زیر است:

الف - نظارت در اجرای این قانون و آیین‌نامه‌های مربوط به آن.

ب - نمایندگی بیمه مرکزی ایران در مقابل اشخاص و مؤسسات دولتی یا خصوصی و دادگاه‌ها و سایر مراجع قضایی و غیرقضایی 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 قائم‌مقام و یا معاونان و یا روسا یا کارمندان و تعیین وظایف آنان.

۴. بر اساس قانون راجع به حذف عبارت «فرمان همایونی» در قوانین و مقررات، مصوب ۶۰/۳/۱۴ عبارت «با فرمان ملوکانه» پس از عبارت هیأت وزیران حذف شده است.



د - تقدیم گزارش وضع حساب‌ها و امور بیمه مرکزی ایران به مجمع عمومی.
ه - تقدیم گزارش عملیات و فعالیت‌های مؤسسات بیمه در ایران به شورای عالی بیمه.
ماده ۲۳- در غیاب رئیس کل بیمه مرکزی ایران، قائم‌مقام رئیس کل دارای کلیه اختیارات و وظایف قانونی او خواهد بود.

فصل چهارم - بازرسان

ماده ۲۴- بیمه مرکزی ایران دارای دو نفر بازرس^۵ 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 بلا مانع است.
ماده ۲۵- بازرسان حق دارند هر گونه 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 می‌باشد. ترازنامه بیمه مرکزی ایران یک ماه قبل از تشکیل مجمع عمومی تسلیم بازرسان خواهد شد تا گزارش در باره آن تهیه و ضمن اظهارنظر به مجمع عمومی تسلیم کنند.

قسمت چهارم - مقررات مختلف

ماده ۲۶- رئیس کل و سایر اعضا هیأت عامل در مدت تصدی خود نمی‌توانند عضویت شرکت‌ها و مؤسسات بازرگانی را قبول نمایند و یا در سایر دستگاه‌های دولتی یا ملی سمتی داشته باشند.
تبصره: تدریس در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و قبول سمت‌های غیرموظف در مؤسسات خیریه و اجتماعی و آموزشی بلا مانع است.
ماده ۲۷- اسناد مالی و اوراق بهادار و چک‌های بیمه مرکزی ایران با دو امضا معتبر خواهد بود.
ماده ۲۸- بیمه مرکزی ایران مجاز خواهد بود که موجودی‌های نقدی خود را به صورت حساب جاری و یا سپرده نزد بانک بیمه ایران^۶ نگاهداری نماید یا براساس بودجه مصوب از محل سرمایه و ذخایر و اندوخته‌های خود و صندوق تأمین خسارت‌های بدنی تا مبلغ یک صد میلیون ریال در هر سال با تصویب هیأت عامل و مازاد بر آن با تصویب مجمع عمومی به هر نوع عملیات دیگر از جمله خرید سهام و مشارکت در بانک‌ها و شرکت‌های دیگر با حق فروش و انتقال آنها که برای توسعه و پیشرفت وظایف بیمه مرکزی ضروری یا مفید باشد مبادرت نماید.^۷

ماده ۲۹- اعضای شورای عالی بیمه و مشاورین و اعضای اداری شورای عالی بیمه و افرادی که شورای عالی بیمه در اجرای وظایف خود به آنها مراجعه می‌کند و رئیس کل و سایر

۵. به موجب اساسنامه سازمان حسابرسی مصوب ۱۳۶۶/۶/۱۷ وظیفه بازرسان به سازمان حسابرسی محول شده است.
۶. این بانک در بانک ملت ادغام شده است.
۷. به موجب قانون اصلاح قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۳/۳/۶ به شرح متن اصلاح شده است.



اعضای هیأت عامل و بازرسان و کلیه کارکنان بیمه مرکزی ایران باید از افشای اطلاعات محرمانه‌ای که در اجرای وظایف محوله به دست می‌آورند خودداری نمایند والا 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 جزو وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ایران قرار داده شده است بر طبق اساسنامه خود ادامه خواهد داد. وزارتخانه‌ها و مؤسسات و شرکت‌های دولتی و شهرداری‌ها و هر مؤسسه دیگری که اکثریت سرمایه آن متعلق به دولت یا سازمان‌های مزبور می‌باشد و یا تحت نظر دولت و یا سازمان‌های مزبور اداره می‌شوند موظفند بیمه‌های خود را منحصراً در شرکت سهامی بیمه ایران^۸ 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 مرکزی گسترش و نوسازی صنایع ایران و صندوق توسعه کشاورزی خواهد بود مگر آن که مجمع عمومی هر یک از این مؤسسات 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 - بیمه‌گری

قسمت اول - مؤسسات بیمه

فصل اول - کلیات

ماده ۳۱- عملیات بیمه در ایران به وسیله شرکت‌های سهامی عام ایرانی که کلیه سهام آنها با نام 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 فعالیت‌هایی که به آن عملیات بیمه اطلاق می‌شود 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 نمی‌تواند 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 بیمه‌ای که صاحب سهم آن دولت یا

۸. بر اساس ماده ۳۴ قانون برنامه سوم توسعه، الزام موضوع این ماده لغو و در ماده ۴۲ قانون برنامه چهارم توسعه نیز این ماده تنفیذ شده است. همچنین بر اساس ماده ۱۱۶ قانون برنامه پنجم توسعه، الزام موضوع ماده ۳۰ ملغی الاثر شده است.



بنیاد علوی^۹ است نمی‌شود.

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 هیأت 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 سال‌های قبل تجاوز کند^{۱۰}.

تبصره: انتقال سهام مؤسسات بیمه ایرانی به دولت‌های 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 یک صد میلیون ریال تشکیل می‌شود که باید ۵۰ درصد آن نقداً پرداخت شده باشد میزان ودیعه‌ای که عندالاقضا برای هر یک از رشته‌های بیمه در نظر گرفته خواهد شد در آیین‌نامه‌ای که از طرف بیمه مرکزی ایران تهیه و به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد تعیین خواهد شد^{۱۱}.

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

فصل دوم - صدور پروانه

ماده ۳۸- برای انجام عملیات بیمه در تمام رشته‌ها یا رشته‌ای 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 می‌شود 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

۹. نام بنیاد یاد شده بعد از انقلاب اسلامی از بنیاد پهلوی به بنیاد علوی تغییر یافته است.

۱۰. به موجب قانون اصلاح قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۲/۳/۶ به شرح متن اصلاح شده است.

۱۱. بر اساس بند ۳ ماده واحده قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی، حداقل سرمایه مؤسسات بیمه غیردولتی با پیشنهاد بیمه مرکزی، تأیید وزارت امور اقتصادی و دارایی و تصویب هیأت وزیران تعیین خواهد شد.



کتاباً به متقاضی اعلام نماید. هرگاه متقاضی نسبت به نظر اعلام شده اعتراض داشته باشد می‌تواند ظرف سی روز اعتراض خود را به هیأت وزیران تسلیم نماید. نظری که هیأت وزیران اتخاذ نماید قطعی خواهد بود.

فصل سوم - ابطال پروانه

ماده ۴۰- پروانه بیمه برای تمام رشته‌ها و یا رشته‌های 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 بیمه‌شدگان و بیمه‌گذاران و یا صاحبان حقوق آنها است. ماده ۴۱- در مواردی که مؤسسه برخلاف 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 رشته‌های معین ممنوع خواهد شد.

ماده ۴۲- در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه‌ای طبق ماده ۴۰ باطل گردد مؤسسه مزبور می‌تواند ظرف سی روز به هیأت وزیران مراجعه و لغو تصمیم متخذه را درخواست کند. نظر هیأت وزیران قطعی است.

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

ماده ۴۴- در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه‌ای 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 بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها باشد خواهد داد.



فصل چهارم - مقررات مربوط به مؤسسات بیمه خارجی

ماده ۴۵- از تاریخ تصویب این قانون شروع فعالیت مؤسسات بیمه خارجی در ایران موکول به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیأت وزیران خواهد بود. ماده ۴۶- مؤسسات بیمه خارجی باید طبق آیین‌نامه‌ای که به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد مبلغی برای هریک از دو رشته بیمه‌های 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 مازاد 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 اینکه 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 مازاد بر ودیعه با مآخذ ده درصد در سال مذکور در این ماده موکول به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیأت وزیران خواهد بود.

ماده ۴۸- مؤسسات بیمه خارجی که در ایران کار می‌کنند باید نماینده‌ای 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 مسؤول کلیه عملیات مؤسسه بیمه اصلی در ایران خواهد بود و باید دارای اختیارنامه‌ای باشد که ضمن آن حدود اختیارات او مشخص گردیده و حق انتخاب نماینده مجاز یا قائم‌مقام به جای خود به او داده شده باشد. نماینده مزبور موظف است کلیه بیمه‌های منعقد شده در ایران را شخصاً یا به وسیله قائم‌مقام یا نماینده مجاز خود بدون اینکه 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 رشته‌های بیمه از مؤسسه بیمه اصلی سلب اجازه بیمه کردن به طور موقت یا دائم بشود و یا مؤسسه بیمه اصلی از نماینده خود جزواً 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 آیین‌نامه‌های 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 بیمه 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 بیمه‌ای 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 می‌آید. در نقاطی که اداره تصفیه امور ورشکستگی وجود ندارد دادگاه بیمه مرکزی ایران را به عنوان قائم‌مقام اداره تصفیه تعیین می‌نماید 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 می‌توانند 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 دو بار به فاصله ده روز در روزنامه رسمی کشور و در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران و عنداللزوم در یکی از روزنامه‌های 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 اینکه در این انتقال هیچیک از حقوق بیمه‌شدگان و بیمه‌گذاران 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 بیمه‌شدگان و بیمه‌گذاران و صاحبان حقوق آنها از تاریخ انتقال معتبر خواهد بود.

ماده ۵۸- یک یا چند مؤسسه بیمه می‌توانند با رعایت مواد ۵۵ و ۵۶ 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 بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها یا به ملاحظات اقتصادی و حمایت امر بیمه می‌تواند با تأیید شورای عالی بیمه و تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مؤسسات بیمه‌ای 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 مؤسسه‌ای که وضع مالی یا اداری آن رضایت‌بخش



نیست طبق مقررات این قانون لغو خواهد شد. تصمیم بیمه مرکزی ایران علاوه بر ابلاغ کتبی به مؤسسات مورد نظر در روزنامه رسمی کشور و در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران و عداللزوم در یکی از روزنامه‌های 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 بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان است و در صورت انحلال یا ورشکستگی مؤسسه بیمه، بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان نسبت به سایر بستانکاران حق تقدم دارند. در میان رشته‌های مختلف بیمه، حق تقدم با بیمه عمر است. مؤسسات بیمه نمی‌توانند 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. دفاتر 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 اندوخته‌های فنی و قانونی نگه دارند و در حساب‌های خود نحوه به کارافتادن آنها را به طور مشخص منعکس نمایند. انواع اندوخته‌های فنی و قانونی برای هر یک از رشته‌های بیمه و میزان و طرز محاسبه همچنین ترتیب به کارانداختن این اندوخته‌ها و نحوه ارزیابی اموال منقول و غیرمنقولی که نماینده اندوخته‌های مؤسسات بیمه است از طرف شورای عالی بیمه تعیین خواهد شد.

ماده ۶۲- کلیه مؤسسات بیمه موظفند ترازنامه و حساب‌های سود و زیان خود را طبق نمونه‌ای که از طرف بیمه مرکزی ایران تهیه و به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد تنظیم نمایند و پس از تصویب نسخه‌ای از آن را برای بیمه مرکزی ایران ارسال دارند.

ماده ۶۳- مؤسسات بیمه موظفند ترازنامه خود را در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه‌های 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 بی‌محل یا اختلاس یا معاونت در یکی از جرائم فوق محکوم شده باشند و ورشکستگان به تقصیر نمی‌توانند 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 مسؤول پرداخت طلب بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان 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 بیمه‌نامه وسیله او عرضه شده است باید در بیمه‌نامه ذکر شود.

ماده ۶۷- مؤسسات بیمه و نمایندگان و دلالان رسمی بیمه مسؤول جبران خساراتی می‌باشند که در اجرای وظایفشان به سبب تقصیر و یا مسامحه آنها یا کارکنانشان به دیگران وارد آید.
ماده ۶۸- پروانه دلالی رسمی بیمه به وسیله بیمه مرکزی ایران صادر خواهد شد و آیین‌نامه دلالان رسمی بیمه به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب شورای عالی بیمه خواهد رسید.

ماده ۶۹- هر مؤسسه بیمه در رشته یا رشته‌های 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 رشته‌ها قبول بیمه نماید به مجازات مقرر در ماده ۲۳۸ قانون مجازات عمومی محکوم خواهد شد.

ماده ۷۰- بیمه‌های زیر باید منحصراً به وسیله مؤسسات بیمه‌ای که براساس 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 می‌شود 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 کالای مورد معامله را انحصاراً توسط بیمه‌های کشور فروشنده بیمه می‌نمایند، 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 مستثنا می‌باشد.^{۱۲}

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 می‌نمایند باید ۵۰ درصد در رشته بیمه‌های زندگی و ۲۵ درصد در سایر رشته‌ها از معاملات بیمه‌ای مستقیم خود را نزد بیمه مرکزی ایران بیمه اتکایی نمایند. بیمه مرکزی ایران مکلف است با توجه به ظرفیت قبولی هر یک از مؤسسات بیمه‌ای که در ایران کار می‌کنند تمام یا قسمتی از بیمه اتکایی مجدد

۱۲. این تبصره به صورت ماده واحده در جلسه ۱۳۸۰/۲/۳ مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۰/۲/۱۲ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.



سه‌میه اتکایی اجباری دریافتی را در صورت تساوی شرایط به آنها واگذار نماید^{۱۳}.
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 می‌کنند 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 می‌نمایند 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 رسیده‌اند و مشغول فعالیت‌های بیمه‌ای می‌باشند برای رشته‌هایی که در آن فعالیت می‌کنند احتیاج به کسب پروانه جدید نخواهد 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 می‌تواند با توجه به دلایل و مقتضیات این مدت را یک بار تمدید نماید.

ماده ۷۵- مؤسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند عضو سندیکای بیمه‌گران ایران شناخته می‌شوند. اساسنامه این سندیکا به وسیله بیمه مرکزی ایران با جلب نظر اعضای سندیکا تدوین می‌شود 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 می‌نمایند ملزم به رعایت دستورات بیمه مرکزی ایران که در حدود این قانون و آیین‌نامه‌های اجرایی آن صادر می‌شود 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 فوق‌العاده عصر روز یکشنبه سی‌ام خرداد ماه یک‌هزار و سیصد و پنجاه شمسی به تصویب مجلس شورای ملی رسید.

۱۳. هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۳/۷/۹ به پیشنهاد شماره ۶۲/۱۸۴۰۸ مورخ ۱۳۹۳/۳/۱۵ وزارت امور اقتصادی و دارایی و به استناد ماده (۱۱۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۹- تصویب کرد:
۱- سه‌میه بیمه اتکایی اجباری به ترتیب زیر کاهش می‌یابد:

سال	درصد بیمه های زندگی	درصد سایر رشته های بیمه ای
۱۳۹۱	۴۵	۲۵
۱۳۹۲	۴۰	۲۰
۱۳۹۳	۳۰	۲۰
۱۳۹۴	۲۵	۱۵

۲- سه‌میه بیمه اتکایی اجباری بیمه‌نامه‌های زندگی و سایر رشته‌های بیمه‌ای تا پایان دوره اعتبار آن بر مبنای سه‌میه مقرر در سال صدور محاسبه خواهد شد.

۳- در مواردی که به هر دلیل برای بیمه‌نامه، الحاقیه صادر گردد، سه‌میه بیمه اتکایی اجباری آن تابع بیمه‌نامه اصلی در سال صدور خواهد بود.



(آیین‌نامه شماره ۲)

تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها

مصوب ۵۱/۱/۲۷

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

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

(آیین‌نامه شماره ۸۱)

مقررات تعیین حق بیمه کلیه رشته‌های بیمه‌ای

مصوب ۹۱/۱۲/۱۵

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و به استناد ماده ۱۱۴ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و موارد مربوط در قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۱۵



«مقررات تعیین حق بیمه کلیه رشته‌های بیمه‌ای» را مشتمل بر ۱۰ ماده و ۵ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱- مؤسسات بیمه مکلفند حق بیمه انواع رشته‌های بیمه را با رعایت مقررات این آیین‌نامه و موازین فنی پیوست تعیین و اعمال نمایند.

تبصره: نحوه تعیین حق بیمه رشته‌های بیمه مسؤلیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث، بیمه حوادث راننده، بیمه نوسانات نرخ ارز، بیمه زندگی و مستمری و سایر رشته‌هایی که حق بیمه آنها توسط هیأت وزیران و یا بیمه مرکزی تعیین می‌شود تابع مقررات مربوط خواهد بود. (۸۱/۳-۹۳/۹/۲۵)

ماده ۲- مؤسسات بیمه موظفند ضمن رعایت موازین فنی تعیین حق بیمه موضوع ماده ۱، نرخ حق بیمه انواع رشته‌های بیمه و میزان و شرایط انواع تخفیف و اضافه نرخ را در کمیته‌ای متشکل از اکچوئر، مدیر فنی رشته ذی‌ربط، معاون فنی، مدیرعامل (یا قائم مقام وی) و یکی از اعضای هیأت مدیره مؤسسه بیمه تعیین و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

ماده ۳- در رشته‌هایی از قبیل بیمه‌های مهندسی که امکان تعیین تعرفه یکسان وجود ندارد مؤسسات بیمه موظفند بجای تعیین تعرفه، مبنای تعیین نرخ را با توجه به مقررات این آیین‌نامه تعیین و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

ماده ۴- در تعیین حق بیمه رشته‌های آتش‌سوزی، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی، کشتی، هواپیما و باربری، رعایت ماده ۶ آیین‌نامه نحوه واگذاری بیمه‌های اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن (آیین‌نامه شماره ۷۶ مصوب شورای عالی بیمه) الزامی است.

ماده ۵- هر یک از مؤسسات بیمه موظفند تعرفه حق بیمه رشته‌های بیمه خود را به نحوی تعیین نمایند که در هر سال ضریب خسارت رشته درمان کمتر از ۵۰ درصد و بیشتر از ۸۵ درصد و ضریب خسارت هر یک از سایر رشته‌ها کمتر از ۴۰ درصد و بیشتر از ۷۵ درصد نباشد.

تبصره ۱: مبنای محاسبه ضریب خسارت مؤسسه بیمه در هر یک از رشته‌های بیمه‌ای، مقررات مندرج در ماده ۳ آیین‌نامه ذخایر فنی مؤسسات بیمه (آیین‌نامه شماره ۵۸) مصوب شورای عالی بیمه خواهد بود.

تبصره ۲: چنانچه تعداد بیمه‌شدگان قرارداد بیمه درمان بیش از تعدادی که بیمه مرکزی اعلام می‌کند باشد مؤسسه بیمه موظف است قبل از انعقاد قرارداد بیمه، موافقت بیمه مرکزی را در مورد حق بیمه آن اخذ نماید.

ماده ۶- مؤسسات بیمه موظفند مطابق دستورالعملی که بیمه مرکزی ابلاغ خواهد کرد آمار عملکرد هر یک از رشته‌های بیمه‌ای را به صورت جداگانه نگهداری نمایند و هر سه ماه یکبار نحوه اجرای این آیین‌نامه و ضریب خسارت مؤسسه را به تفکیک رشته‌های بیمه‌ای



به بیمه مرکزی گزارش نمایند.

ماده ۷- مؤسسات بیمه موظفند در رشته‌هایی که شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه دارد بیمه‌نامه‌های خود را با رعایت آن شرایط صادر نمایند و در رشته‌هایی که فاقد شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه است شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های خود را بر اساس مجوز بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران یا کلوزهای متعارف بین‌المللی صادر نمایند.

ماده ۸- در صورت احراز تخلف مؤسسه بیمه از اجرای مفاد این آیین‌نامه بیمه مرکزی ج.ا.ا می‌تواند حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام دهد:

۱- اخطار کتبی به اکتچوئر، مدیران فنی، معاون فنی، مدیر عامل و یا هیأت مدیره مؤسسه بیمه،

۲- سلب صلاحیت اکتچوئر، مدیران فنی، معاون فنی و یا مدیرعامل مؤسسه بیمه،

۳- الزام شرکت به استعلام نرخ از بیمه مرکزی قبل از صدور بیمه‌نامه در یک یا چند رشته بیمه،

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

۵- 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.

ماده ۹- بیمه مرکزی هر سال یکبار گزارشی از نحوه اجرای این آیین‌نامه توسط هر یک از مؤسسات بیمه را تهیه و به شورای عالی بیمه ارائه خواهد نمود. (۸۱/۱ - ۹۲/۱۱/۲۹)

ماده ۱۰- این آیین‌نامه از ابتدای سال ۱۳۹۲ لازم الاجراست و از تاریخ مذکور مصوبات مربوط به برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور (مصوبات مورخ ۱۳۸۸/۳/۶، ۱۳۸۸/۸/۶، ۱۳۸۸/۸/۲۰، ۱۳۸۸/۹/۴، ۱۳۸۹/۲/۲۲، ۱۳۸۹/۱۰/۱ و ۱۳۸۹/۱۲/۱۱) و آیین‌نامه شماره ۶۵ مصوب شورای عالی بیمه ملغی می‌شوند.

پیوست آیین‌نامه شماره ۸۱)

موازین فنی تعیین نرخ‌های بیمه

الف) معیارهای عمومی تعیین نرخ حق بیمه انواع رشته‌های بیمه:

شرکت‌های بیمه باید حق بیمه رشته‌هایی که اجازه تعیین نرخ دارند را با رعایت و توجه به موارد زیر تعیین نمایند:

۱- بیمه‌پذیر بودن ریسک.

۲- شدت و تواتر ریسک.

۳- توجه به تابع توزیع ریسک و میانگین و واریانس آن.

۴- سوابق عملیات بیمه‌ای آن رشته.

۵- اعمال تخفیف یا اضافه نرخ بر اساس سابقه بیمه‌گذار.



۶- در بیمه‌های اشخاص: عوامل متعارف بازار بیمه از جمله جدول مرگ و میر و نرخ بهره فنی.

۷- وضعیت ریسک از لحاظ رعایت استانداردهای پیشگیری و ایمنی.

۸- رعایت حد توانگری شرکت.

۹- توجه به عوامل تشدید خطر.

۱۰- مدت بیمه

۱۱- خطرات اضافی و استثنائات

۱۲- فرانشیز

۱۳- هزینه‌های اداری و عملیاتی.

۱۴- عدم تبعیض غیرموجه در تعیین نرخ.

۱۵- امکان واگذاری اتکایی بویژه در رشته‌هایی مانند کشتی و هواپیما که کلوزهای استاندارد دارند.

۱۶- مقررات بین‌المللی در رشته‌هایی که جنبه بین‌المللی دارد و تابعی از کنوانسیون‌ها و موافقتنامه‌های بین‌المللی است.

۱۷- ارائه بیمه‌نامه در قالب بیمه‌های مشترک نباید اصول حاکم بر محاسبه حق بیمه را نقض نماید.

۱۸- توجه به اوضاع پیرامون بازار بیمه کشور.

ح) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ در بیمه حوادث

شرکت‌های بیمه موظفند در تعیین نرخ این رشته علاوه بر ضوابط بند الف، به عوامل زیر نیز توجه نمایند.

۱- مشخصات بیمه‌گذار یا بیمه‌شده از جمله جنسیت، شغل، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و...

۲- وضعیت سلامتی بیمه‌شده.

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

۴- تعیین حد تعهد بیمه‌گر برای خطرات فوت، نقص عضو، از کارافتادگی و هزینه‌های پزشکی.

۵- تعیین خطرات اصلی تحت پوشش.

۶- تعیین مرجع حل اختلاف.

۷- طبقه ریسک شغل و یا فعالیت بیمه‌شده و یا بیمه‌گذار.

۸- تعیین میزان تعهد بیمه‌گر در هر حادثه و در مدت اعتبار بیمه‌نامه.

۹- میزان غرامت روزانه عمومی و غرامت بستری‌شدن در بیمارستان.

۱۰- دوره اعتبار بیمه‌نامه.

۱۱- حوزه جغرافیایی فعالیت بیمه‌شده.



- ۱۲- نوع حادثه (حوادث ناشی از کار یا سایر حوادث).
- ۱۳- تعریف دقیق و جامع حادثه.
- ۱۴- طبقه‌بندی عوامل خارجی مسبب حادثه.
- ۱۵- مشخص کردن مصادیق دفاع مشروع و نجات اشخاص و اموال در معرض خطر در بیمه‌نامه.
- ۱۶- منطقه فعالیت و مکان ارائه پوشش.
- ۱۷- سوابق خسارتی بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده.

(آیین‌نامه شماره ۷۱)

حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها

مصوب ۹۱/۳/۲۳

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 بیمه‌ای و شیوه عرضه آن.
- الزام بیمه‌گران به ارائه اطلاعات کامل، درست و به موقع قبل و بعد از صدور بیمه‌نامه به بیمه‌گذاران.
- الزام بیمه‌گران به تسهیل فرایند بررسی و پرداخت خسارت و رسیدگی به شکایات بیمه‌ای.

در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۳/۲۳ «آیین‌نامه 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 آیین‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشند با این تعاریف استفاده شده‌اند:

- ۱- **بیمه مرکزی:** بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران.
- ۲- **عرضه‌کننده بیمه:** شامل مؤسسه بیمه، نماینده بیمه و دلال رسمی (کارگزار) بیمه است.
- ۳- **مؤسسه بیمه:** شرکت بیمه‌ای 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 بیمه‌گذار و بیمه‌گر بوده و شغل او منحصراً



ارایه خدمات بیمه‌ای می‌باشد. 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 می‌پردازد.

۶- **متقاضی خدمات بیمه‌ای:** شخص حقیقی یا حقوقی است که به منظور دریافت خدمات بیمه‌ای به عرضه‌کننده بیمه مراجعه می‌نماید.

۷- **بیمه‌گذار:** شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه یا قرارداد بیمه ذکر گردیده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

۸- **فرم پیشنهاد بیمه:** مجموعه پرسش‌هایی است که بیمه‌گر به منظور شناسایی نیازهای بیمه‌ای، کسب اطلاعات در مورد موضوع بیمه، ارزیابی خطر و تعیین نرخ حق بیمه از متقاضی خدمات بیمه یا نماینده وی می‌پرسد و پس از پاسخ متقاضی و تکمیل فرم و امضای آن توسط بیمه‌گذار یا نماینده وی، جزو لاینفک بیمه‌نامه محسوب می‌شود.

۹- **بیمه‌نامه یا قرارداد بیمه:** سندی کتبی مشتمل بر مشخصات و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار و شرایط عقد بیمه است.

۱۰- **حق بیمه:** وجهی که بیمه‌گذار در برابر اخذ پوشش و تعهد بیمه‌گر برای جبران خسارت وارده به موضوع بیمه در صورت وقوع یا بروز حادثه تحت پوشش بیمه‌نامه می‌پردازد.

۱۱- **شرایط عمومی:** قسمتی از مندرجات بیمه‌نامه به صورت چاپی است که برای هر رشته بیمه‌ای، به صورت یکسان برای کلیه بیمه‌گذاران، توسط بیمه‌گر بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی نوشته می‌شود. شرایط عمومی شامل مواردی از قبیل تعاریف و اصطلاحات، مقررات حاکم بر طرفین قرارداد، وظایف و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، خطرات اصلی تحت پوشش، خطرات استثناسده، شرایط فسخ، انفساخ و ابطال بیمه‌نامه و نحوه حل اختلافات احتمالی آتی است.

۱۲- **شرایط خصوصی:** قسمتی از مندرجات بیمه‌نامه، شامل شرایط و اطلاعات خاص و ویژه و یا پوشش‌های اضافی یا حذفی است که بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار معین، توافق می‌گردد. در صورت تعارض بین شرایط عمومی و شرایط خصوصی، شرایط خصوصی بیمه‌نامه بر شرایط عمومی مقدم است.

۱۳- **شرایط پیوست بیمه‌نامه:** متون استاندارد که معمولاً توسط نهادهای بین‌المللی بیمه برای هر یک از رشته‌های بیمه به صورت شرایط استاندارد یا کلوز بیمه‌ای تدوین و در عرف بین‌الملل حاکم بوده و به بیمه‌نامه پیوست می‌شود و جزو لاینفک آن محسوب می‌گردد. شرایط پیوست بیمه‌نامه بر شرایط عمومی مقدم است.



- ۱۴- الحاقیه: اوراقی که به بیمه‌نامه ضمیمه شده و جزو لاینفک آن محسوب می‌شود و هر گونه تغییر در بیمه‌نامه از طریق آن صورت می‌گیرد.
- ۱۵- جدول بازخرید: جدولی است که به بیمه‌نامه‌های عمر دارای ذخیره ریاضی پیوست می‌شود و ارزش بازخرید بیمه‌نامه در طول مدت اعتبار در آن مشخص می‌شود.
- ۱۶- جدول سرمایه مخفف: جدولی است که به بیمه‌نامه‌های عمر دارای ذخایر ریاضی پیوست می‌شود که سرمایه بیمه‌نامه در پایان دوره را در صورت توقف یا خودداری از پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه مشخص می‌نماید.
- ۱۷- فروش اجباری بیمه: هر گونه فروش بیمه بدون تقاضا و تمایل بیمه‌گذار یا ملزم کردن وی به هر طریقی به خرید بیمه یا خرید از یک بیمه‌گر 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، عادت‌های فردی، بیماری‌های جسمی و روانی فردی و خانوادگی، قومیت، جنسیت و مذهب گفته می‌شود.
- ۱۹- بیمه زندگی (عمر): نوعی از بیمه‌های بازرگانی که در آن انجام تعهد بیمه‌گر منوط به فوت و یا حیات بیمه‌شده طی مدت بیمه است.
- ۲۰- بیمه‌های غیرزندگی: عبارتست از کلیه رشته‌های بیمه بازرگانی به استثنای بیمه‌های زندگی.
- ۲۱- بیمه شخص ثالث: بیمه موضوع قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسؤولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب مجلس شورای اسلامی.

فصل دوم - اطلاع رسانی و تبلیغ خدمات بیمه‌ای

- ماده ۲- منظور از تبلیغ بیمه‌ای، هرگونه معرفی انواع خدمات بیمه‌ای است که به منظور ایجاد تقاضا و تأثیر در فروش بیمه به صورت متن، تصویر و صوت از طریق مطبوعات، رسانه‌های همگانی و یا سایت‌های اینترنتی یا هر ابزار ارتباطی دیگر انجام می‌شود.
- ماده ۳- عرضه‌کنندگان بیمه باید از تبلیغات گمراه‌کننده خودداری نمایند. منظور از تبلیغ گمراه‌کننده تبلیغی است که:
- ۱- موجب ابهام در تشخیص محصولات بیمه‌ای شود.
 - ۲- وعده‌هایی خارج از پوشش‌های مقرر در بیمه‌نامه یا فراتر از عملکرد بیمه‌گر ارائه دهد.
 - ۳- با شرایط بیمه‌نامه منطبق نباشد.
 - ۴- با قوانین و مقررات بیمه‌ای و عرف بیمه منطبق نباشد.
- ماده ۴- مؤسسات بیمه موظفند از انطباق تبلیغات بیمه‌ای شرکت، نمایندگان خود و کارکنان



آن با مقررات مربوط اطمینان حاصل نمایند و ضمن ایجاد سیستمی برای کنترل محتوی، فرم و روش انتشار تبلیغات بیمه‌ای موارد زیر را ثبت و در دفاتر مؤسسه نگهداری نمایند:

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

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

تیمبره: مؤسسات بیمه موظفند قبل از انجام تبلیغات بیمه‌ای در صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران تأیید بیمه مرکزی را اخذ نمایند. عدم اظهار نظر بیمه مرکزی ظرف مدت یک هفته از تاریخ دریافت تقاضا به منزله تأیید است.

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

ماده ۶- عرضه‌کننده بیمه موظف است در وب‌سایت 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 می‌دهد:

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

ماده ۹- فروش اجباری بیمه به هر طریقی ممنوع است. در صورت اثبات فروش اجباری بیمه‌نامه، شرکت بیمه مکلف است در صورت درخواست بیمه‌گذار بیمه‌نامه‌های صادره را باطل، حق بیمه‌های دریافتی را عیناً مسترد نماید.

ماده ۱۰- عرضه‌کننده بیمه مکلف است قبل از صدور بیمه‌نامه، فرم پیشنهاد بیمه را که



توسط متقاضی خدمات بیمه تکمیل و امضا شده دریافت و یک نسخه را در سوابق خود نگهداری نماید.

ماده ۱۱- عرضه‌کننده 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- عرضه‌کننده بیمه نباید هیچ‌گونه اطلاعاتی مازاد بر اطلاعاتی که طبق قوانین و مقررات مربوط برای انجام عملیات بیمه‌گری ضرورت دارد از متقاضی خدمات بیمه درخواست نماید.

ماده ۱۳- عرضه‌کننده بیمه موظف است از اطلاعات شخصی متقاضی بیمه و بیمه‌گذاران محافظت نموده و جز به حکم قانون از افشا و ارایه آن به اشخاص ثالث خودداری نماید. ماده ۱۴- مؤسسه بیمه موظف است بیمه‌نامه و شرایط آن را با حروف خوانا، و عبارات قابل درک برای عموم بیمه‌گذاران تهیه نماید. مسؤلیت درج صحیح اطلاعات در بیمه‌نامه بر عهده بیمه‌گر است و موارد اجمال، ابهام یا اختلاف در مندرجات بیمه‌نامه یا سایر مستندات به نفع بیمه‌گذار یا ذی‌نفع تفسیر می‌شود.

ماده ۱۵- عرضه‌کننده بیمه موظف است بیمه‌گذار را متوجه اهمیت مطالعه مفاد قرارداد بیمه یا بیمه‌نامه جهت حصول اطمینان از تناسب پوشش بیمه با نیاز خود نماید.

ماده ۱۶- عرضه‌کننده بیمه موظف است بیمه‌نامه صادره را مشتمل بر شرایط عمومی و سایر شرایط به بیمه‌گذار تسلیم نماید.

ماده ۱۷- مؤسسه بیمه موظف است علاوه بر رعایت ماده سه قانون بیمه، حداقل اطلاعات و موارد زیر را در بیمه‌نامه‌های زندگی درج نماید:

۱- نام محصول بیمه‌ای بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی.

۲- تعریف عبارات و واژه‌های بکار رفته در بیمه‌نامه.

۳- شرایط، پوشش‌ها و استثنائات بیمه‌نامه.

۴- مشخصات و اقامتگاه بیمه‌گر، بیمه‌گذار، بیمه‌شده، ذی‌نفع یا ذی‌نفعان و سهم هر یک و پیامد عدم تعیین ذی‌نفع.

۵- در صورت وجود شرط مشارکت در منافع، درج آن در بیمه‌نامه و مشخص کردن شیوه پرداخت آن.

۶- زمان صدور بیمه‌نامه و شروع پوشش، سررسید بیمه‌نامه و موعدی که در آن سرمایه بیمه و سایر مزایا قابل پرداخت می‌شود.

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 بیمه‌گر.

۹- حداکثر مهلت زمانی انجام تعهدات بیمه‌گر.

۱۰- مبلغ اقساط حق بیمه، دوره‌های 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 بیمه‌شده یا شرط خودکشی.

۱۴- شرایط تبدیل بیمه‌نامه به بیمه‌نامه با سرمایه مخفف، بازخرید، تبدیل و تمدید بیمه‌نامه.

ماده ۱۸- مؤسسه بیمه موظف است علاوه بر رعایت ماده سه قانون بیمه، حداقل اطلاعات و موارد زیر را در بیمه‌نامه‌های غیرزندگی درج نماید:

۱- نام محصول بیمه‌ای بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی.

۲- تعریف عبارات و واژه‌های بکار رفته در بیمه‌نامه.

۳- شرایط، تعهدات، خطرات تحت پوشش و استثنائات بیمه‌نامه.

۴- مشخصات و اقامتگاه بیمه‌گر، بیمه‌گذار و هر ذینفع دیگر.

۵- تاریخ صدور بیمه‌نامه و ابتدا و انتهای بیمه.

۶- حداکثر تعهد بیمه‌گر در هر حادثه و در مدت بیمه.

۷- مدارک لازم برای ایفای تعهدات بیمه‌گر.

۸- سهم بیمه‌گذار از هر خسارت (فرانشیز یا کاستنی).

۹- میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن.

۱۰- فهرست و مشخصات اموال، اشخاص، منافع و یا مسؤولیت‌های تحت پوشش.

۱۱- موقعیت مکانی اموال منقول و غیرمنقول یا منافع تحت پوشش بیمه‌نامه با ذکر ارزش هر یک یا محدوده جغرافیایی پوشش بیمه‌نامه.

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 بیمه‌نامه 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 خسارات 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 ترتیبی 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 امکان‌پذیر 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، فرایند 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 بیمه‌زندی ظرف مدت ۳۰ روز پس از احراز فوت بیمه‌شده یا سررسید بیمه‌نامه امکان‌پذیر نباشد مؤسسه بیمه موظف است ضمن اطلاع‌رسانی به روش‌های کار و مؤثر، مزایای قابل پرداخت را در یکی از بانک‌ها با هدف پرداخت سود به ذی‌نفع، سرمایه‌گذاری نماید.

فصل پنجم - فرایند 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 فرایند رسیدگی به شکایات اطلاع‌رسانی نماید.

ماده ۲۶- مؤسسه بیمه موظف است واحد رسیدگی و پاسخگویی به شکایات تحت نظارت و مسؤولیت 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 بیمه‌ای 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 شرح زیر، هر شش ماه یکبار برای بیمه مرکزی ارسال نمایند:

الف- تعداد شکایتهای دریافتی از هر نماینده یا کارگزار.

ب- تعداد شکایتهای رسیدگی شده.

ج- میزان خسارت یا غرامت 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 را به عمل آورد:

۱- تذکرکتبی به مسؤول فنی یا مدیر یا معاون فنی یا مدیرعامل یا هیأت‌مدیره شرکت بیمه.

۲- پیشنهاد تعلیق فعالیت شرکت بیمه در یک یا چند رشته بیمه‌ای معین به شورای عالی بیمه.

۳- پیشنهاد لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه برای تمام رشته‌ها یا رشته‌های 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 بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها لازم باشد را به هزینه شرکت بیمه در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه‌های 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 مسؤولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوروی زمینی در مقابل شخص ثالث رفتار خواهد شد.

ماده ۳۱- شرکت‌های 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 بیمه‌گذاران خود برسانند.

۲- در صورت درخواست بیمه‌گذار یا الزام قانونی، هر گونه تغییر در پوشش بیمه‌ای یا تغییر در شرایط بیمه‌نامه را پس از طی مراحل قانونی با صدور الحاقیه در اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته به انجام رسانند.

۳- در صورت درخواست بیمه‌گذار برای صدور بیمه‌نامه المثنی، در اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته نسبت به صدور بیمه‌نامه المثنی با لحاظ سوابق بیمه‌گذار اقدام نمایند.

ماده ۳۳- شرکت‌های بیمه مکلفند در اجرای مفاد این آیین‌نامه اصلاحات لازم را در فرم‌های پیشنهاد بیمه‌نامه، قراردادهای بیمه، بیمه‌نامه‌ها و شرایط و ضمایم پیوست آن به عمل آورده و نسخه‌ای از آن را حداکثر ظرف مدت سه ماه به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

نامه شماره ۲۰۵/۱۷۲۴۳ مورخ ۹۲/۹/۱۲ بیمه مرکزی

درج شروط خصوصی در بیمه‌نامه

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

نامه شماره ۲۰۵/۱۳۷۶۵ مورخ ۹۱/۸/۹ بیمه مرکزی

ملزم کردن مشتری بانک به استفاده از خدمات شرکت بیمه تابعه

نظر به رقابت بانک‌ها اعم از خصوصی و دولتی در صنعت بانکداری جهت اختصاص سهم بیشتر از بازار با کمترین هزینه به منظور کسب سود بالاتر، بانک‌ها همواره در تلاش برای کاهش ریسک اعتباری خود می‌باشند. بانک بعنوان ارائه‌دهنده خدمت و یکی از طرفین



گشایش اعتبار اسنادی می‌تواند علاوه بر مدارک مورد نیاز جهت تخصیص اعتبار، شرایط ارائه خدمت به مشتریان را اعلام نماید و مشتری مختار به قبول یا رد شرایط مزبور می‌باشد. لذا، بانک بعنوان تامین کننده اعتبار می‌تواند بیمه‌گر مورد اعتماد خود را به متقاضی خدمات بانکی اعلام نماید. گرچه در عمل بیشتر بانک‌ها انتخاب بیمه‌گر را بر عهده متقاضی قرار می‌دهند. لازم به ذکر است اداره سیاستها و مقررات ارزی بانک مرکزی در بند «۱» قسمت دوم از بخش دوم مجموعه مقررات ارزی به شماره ۶۰/۱۰۳۹ مورخ ۹۰/۱۲/۱۴ به استناد ماده «۷۰» قانون تاسیس بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و بیمه‌گری مصوب سال ۱۳۵۰، گشایش اعتبارات اسنادی یا ثبت سفارش بروات وصولی اسنادی که مستلزم پرداخت حق بیمه توسط فروشنده می‌باشد را موکول به ارائه نسخه‌ای از بیمه‌نامه باربری یا گواهی بیمه نزد بیمه‌گر مجاز ایرانی در شرایط اعتبار اسنادی و یا همراه اسناد برات وصولی اسنادی نموده و در بند «۲» مجموعه مذکور اسامی شرکت‌های بیمه‌ای مجاز در انواع رشته‌های بیمه‌ای را بر اساس اعلام بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران عنوان نموده است. بنابراین، از نظر بانک مرکزی بانکها می‌توانند از کلیه شرکت‌های بیمه‌ای دارای مجوز فعالیت برای صدور بیمه‌نامه باربری از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، بیمه‌نامه قبول نمایند. علی‌ایحال بیمه مرکزی با ارائه اسناد مثبت و به استناد قسمت اخیر بند «۱۷» ماده «۱» و فراز ابتدایی ماده «۹» آئین نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها مصوب ۹۱/۳/۲۳ شورای عالی بیمه مبنی بر ممنوعیت فروش اجباری بیمه‌نامه به هر طریق، می‌تواند موضوع را به بانک مرکزی جهت اعلام به کلیه بانکها منعکس نماید.

نامه شماره ۸۸/۲۶۹۰۵ مورخ ۸۸/۷/۱۵ بیمه مرکزی

ضوابط تدوین و عرضه محصولات بیمه‌ای جدید

۱- پوشش بیمه‌ای که موضوعات بیمه‌ای یا خطرات جدیدی را تحت پوشش قرار دهد و قبلاً توسط هیچ شرکت بیمه‌ای طراحی و عرضه نشده باشد از نظر این بخشنامه محصول بیمه‌ای جدید محسوب می‌شود.

۱-۱- محصولات بیمه‌ای که نرخ و شرایط آنها در ضوابط مصوب شورای عالی بیمه و یا توسط بیمه مرکزی تعیین شده است مشمول تعریف فوق نخواهند بود.

۲- شرکت بیمه موظف است محصول بیمه‌ای جدید را در شورای فنی آن شرکت بررسی و تأیید و در صورت تطبیق با قانون بیمه، مقررات، اصول و قواعد بیمه‌ای با لحاظ موارد زیر برای اخذ مجوز به بیمه مرکزی ارسال نماید.

۲-۱- تعیین بازار هدف و متقاضیان بالقوه و بالفعل، برآورد حق بیمه، خسارت و تعداد بیمه‌نامه در دوره اجرای آزمایشی.

۲-۲- تهیه فرم پیشنهاد.



- ۳-۲- تهیه نمونه شرایط عمومی بیمه‌نامه مشتمل بر حداقل سرفصل‌های: اساس قرارداد، تعریف اصطلاحات (بیمه‌گر، بیمه‌گذار، ذی‌نفع، حق بیمه، موضوع بیمه، فرانشیز، مدت اعتبار بیمه‌نامه) خطرات و خسارت‌ها و هزینه‌های تحت پوشش، خسارت‌های مستثنایده و خسارت‌های غیرقابل جبران، وظایف و تعهدات بیمه‌گذار، فسخ و انفساخ قرارداد بیمه، نحوه تعیین و پرداخت خسارت.
- ۴-۲- نرخ کارمزد برای شبکه فروش و کارمزد اتکایی اجباری در صورت لزوم.
- ۵-۲- نرخ حق بیمه پیشنهادی با استناد به سوابق خسارتی گذشته، تجربه سایر کشورها و یا بر پایه روش‌های علمی و مستدل (در صورت لزوم بر اساس دسته‌بندی ریسک).
- ۱-۵-۲- در محصولات بیمه‌های زندگی مشخص نمودن جدول مرگومیر و تعیین نرخ بهره فنی در محاسبه نرخ حق بیمه الزامی است.
- ۶-۲- تعیین محدوده جغرافیایی برای اجرای آزمایشی.
- ۷-۲- تعیین تمهیدات لازم برای بیمه اتکایی از قبیل نوع قرارداد، بیمه‌گر یا کارگزار اتکایی و سهم نگهداری حسب مورد.
- ۸-۲- اعلام نام و مشخصات طراح محصول بیمه‌ای جدید.
- ۹-۲- اعلام نام تجاری محصول بیمه‌ای جدید.
- ۳- بیمه مرکزی پس از بررسی، مجوز اجرای آزمایشی محصولات بیمه‌ای مورد تأیید را صادر می‌نماید. در دوره اجرای آزمایشی، عرضه این محصول انحصاراً در اختیار شرکت بیمه ذی‌ربط خواهد بود.
- ۴- شرکت بیمه موظف است حداکثر یک ماه پس از اتمام دوره آزمایشی، گزارش عملکرد محصول بیمه‌ای مورد تأیید را به بیمه مرکزی ارائه نماید. در صورت عدم ارائه گزارش عملکرد در پایان مدت اجرای آزمایشی از سوی شرکت بیمه ذی‌ربط، ادامه صدور بیمه‌نامه ممنوع می‌باشد. بیمه مرکزی پس از دریافت گزارش عملکرد محصول بیمه‌ای تصمیم لازم را اتخاذ خواهد نمود.
- ۵- شرکت‌های بیمه موظفند حقوق و تکالیف طراحان محصولات بیمه‌ای جدید را در چارچوب قرارداد مکتوب مشخص نمایند.
- ۶- اطلاع‌رسانی عمومی و عرضه محصول بیمه‌ای جدید، قبل از اخذ مجوز کتبی از بیمه مرکزی ممنوع می‌باشد. بیمه مرکزی از عرضه محصول بیمه‌ای جدید فاقد مجوز لازم، جلوگیری به عمل آورده و شرکت بیمه ذی‌ربط موظف به جبران خسارت زیان‌دیدگان خواهد بود.



فرآیند طراحی محصول بیمه‌ای

طراحان محصولات بیمه‌ای جدید به دو دسته اشخاص حقیقی و حقوقی تقسیم‌بندی می‌شوند که هریک فرآیندی به شرح زیر برای اخذ مجوز طی خواهند نمود:

الف- اشخاص حقیقی: در ابتدا لازم است طراح به یکی از شرکت‌های بیمه مراجعه نموده و طرح پیشنهادی خود را به صورت تفصیلی برای شرکت بیمه تشریح و توجیه نماید. پس از آن شرکت بیمه با بررسی جوانب مختلف فنی و اجرایی محصول و همچنین وجود یا عدم وجود بازار اجرایی، طرح بیمه‌ای را پذیرفته و یا رد می‌نماید. چنانچه طرح توسط شرکت بیمه مورد پذیرش قرار گیرد آن شرکت پس از قالب‌بندی طرح در چارچوب بخشنامه فوق‌الذکر آن را برای اخذ مجوز به بیمه مرکزی ارسال خواهد نمود. البته شرکت‌های بیمه موظفند حقوق و تکالیف طراحان محصولات بیمه‌ای جدید را در چارچوب قرارداد مکتوب مشخص نمایند. ممکن است طرح توسط افراد حقیقی به سایر سازمان‌ها معرفی و از آن طریق برای بررسی به بیمه مرکزی ارسال گردد که در زیر شرح داده می‌شود

ب- اشخاص حقوقی: طراحان حقوقی خود به دو دسته شرکت‌های بیمه و دیگر سازمان‌ها، نهادها و ... تقسیم‌بندی می‌شوند:

- **شرکت‌های بیمه:** فرآیند طراحی محصولات بیمه‌ای جدید برای شرکت‌های بیمه به وضوح در بخشنامه ذکر شده است.

- **سایر سازمان‌ها، نهادها، وزارتخانه‌ها و ...:** برای چنین طرح‌هایی دو رویه در نظر گرفته می‌شود، یکی طرح‌هایی که مصوبه دولتی دارد و به صورت مستقیم در بیمه مرکزی تصمیم‌گیری می‌شود و یا طرح‌هایی که مجدداً برای اعلام نظر به شرکت‌های بیمه ارسال می‌شود و فرآیند مرحله قبل تکرار می‌شود.



(آیین‌نامه شماره ۶۸)

بیمه‌های زندگی و مستمری

مصوب ۹۰/۹/۲۲

فصل اول- کلیات

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

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

الف- بیمه‌های خطر فوت: قرارداد بیمه‌ای است که در آن بیمه‌گر تعهد می‌کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار، در صورت فوت بیمه‌شده در مدت بیمه، مبلغ بیمه را به 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 هزینه‌های 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 آیین‌نامه 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 علی‌الحساب: حداکثر نرخ سود فنی در بیمه‌نامه‌های با مدت حداکثر پنج سال، ۱۸ درصد، در بیمه‌نامه‌های با مدت حداکثر تا ده سال، ۱۸ درصد برای پنج سال اول و ۱۵ درصد برای مدت مازاد بر پنج سال اول و در بیمه‌نامه‌های با مدت بیش از ده سال، ۱۸ درصد برای پنج سال اول و ۱۵ درصد برای پنج سال دوم و ۱۰ 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. (۹۰/۱۲/۲۲ - ۶۸/۱)

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 آیین‌نامه به حق بیمه اضافه می‌شود.

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

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

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

د- در انواع بیمه‌نامه‌های زندگی با حق بیمه یکجا:

۱- در بیمه‌نامه‌های انفرادی، ۵ درصد حق بیمه.

۲- در بیمه‌نامه‌های گروهی، ۴ درصد حق بیمه.

تبصره ۱: کارمزد بیمه‌های مستمری نیز طبق این ماده و معادل کارمزد بیمه زندگی 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 یک‌ساله گروهی که توسط هر مؤسسه برای کارکنان و یا توسط شرکت‌های تعاونی و یا سندیکاها برای اعضا 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- کارمزد پرداختی
 - ۲- مبالغ پرداختی از بابت بازخرید و سرمایه و مستمری‌ها.
 - ۳- حق بیمه اتکایی واگذاری.
 - ۴- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی.
 - ۵- هزینه‌های عمومی بیمه‌گر حداکثر تا ۷ درصد حق بیمه‌های دریافتی.
 - ۶- کارمزد پرداختی به بیمه مرکزی موضوع وام ماده ۳۰.
- تبصره ۱:** خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌ها از محل ذخایر ریاضی طبق آیین‌نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه محاسبه و تعیین خواهد شد. در صورتی که به هر یک از انواع درآمدهای فوق هزینه‌ای تعلق بگیرد هزینه مزبور از اصل درآمد کسر خواهد شد.
- تبصره ۲:** مؤسسات بیمه می‌توانند برای محاسبه منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه‌های زندگی موضوع این ماده، از روش زیر نیز استفاده نمایند:
- در انواع بیمه‌های زندگی جز در بیمه‌های به شرط فوت در پایان هر سال حداقل ۸۵ درصد منافع مازاد بر نرخ سود فنی مورد عمل، حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر ریاضی خود را مستقیماً و به نسبت ذخیره ریاضی پایان سال قبل هر بیمه‌نامه محاسبه و به رقم ذخیره ریاضی بیمه‌نامه مذکور اضافه نمایند و مراتب را طی الحاقی، حداکثر تا قبل از پایان سال بعد به اطلاع بیمه‌گذاران 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 بیمه گذاران نسبت به ذخیره ریاضی

ماده ۱۵- در انواع بیمه‌های زندگی به جز بیمه خطر فوت زمانی بیمه‌گذار می‌تواند در صورت تشکیل ذخیره ریاضی، درخواست بازخرید کل یا درصدی از بیمه‌نامه خود را نماید و مؤسسه بیمه مکلف است ارزش بازخرید بیمه‌نامه را که حداقل معادل نود 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 انقضای هر سال از مدت بیمه چه مبلغی عاید بیمه‌گذار خواهد شد.

ماده ۱۶- در صورتی که ذی‌نفع در بیمه‌نامه‌های زندگی بستانکار بیمه‌گذار باشد و این مطلب در بیمه‌نامه و یا ظهر آن تصریح شده باشد حق بازخرید بیمه‌نامه و همچنین دریافت وام از محل ذخیره ریاضی موکول به موافقت کتبی بستانکار است.

ماده ۱۷- بیمه‌گذار میتواند پس از پرداخت لااقل حق بیمه دو سال تمام تا نود درصد ارزش بازخرید بیمه‌نامه درخواست وام نماید و بیمه‌گر متعهد به پرداخت آن است. ترتیب استرداد وام با توافق بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار تعیین می‌شود.

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

تبصره: در صورت عدم تسویه وام در زمان سررسید 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 بازخرید شده باشد هر گاه بیمه‌گذار از پرداخت اقساط بعدی خودداری نماید بیمه‌نامه با رعایت نرخ‌های مقرر و بدون احتساب کارمزد، تبدیل به بیمه‌نامه با سرمایه مخفف خواهد شد. **تبصره ۱:** مؤسسات بیمه موظفند جدولی به بیمه‌نامه‌های صادره ضمیمه و تحویل بیمه‌گذار نمایند که میزان سرمایه مخفف بیمه‌نامه را برای هر سال از مدت بیمه معین کند.

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

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



فصل ششم- نحوه تنظیم حساب معاملات بیمه‌های زندگی

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

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

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

فصل هفتم- بیمه اتکایی اجباری

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

الف- صورت بیمه‌نامه‌های صادره هر ماه.

ب- صورت تغییرات حاصله هر ماه در بیمه‌نامه‌های صادره.

ج- صورت بیمه‌نامه‌های مخفف و بازخرید شده هر ماه.

د- صورت بیمه‌نامه‌های مختومه به علت انقضای مدت بیمه‌نامه یا فوت بیمه‌شده و یا ابطال و فسخ بیمه‌نامه.

ترتیب تنظیم و ارسال این صورت‌ها را بیمه مرکزی معین خواهد کرد.

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

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

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



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

الف- برای بیمه خطرفوت زمانی با حق بیمه سالانه ۱۲ درصد حق بیمه وصولی.
ب- برای سایر انواع بیمه‌های زندگی با حق بیمه سالانه در سال اول ۸۷ درصد حق بیمه سال اول مشروط بر اینکه از ۳۳ 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- صورت حساب بیمه اتکایی اجباری هر سه ماه یکبار توسط بیمه مرکزی تنظیم می‌شود. در این صورت حساب‌ها سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت، انقضای مدت بیمه نامه‌ها، پرداخت مستمری و حق بیمه و کارمزد اتکایی بیمه‌های صادره ظرف آن سه ماه و همچنین حق بیمه وصولی و کارمزد اتکایی اجباری بیمه نامه‌های موعدرسیده صادره سال‌های قبل و حق بیمه‌های مربوط به الحاقیه‌های صادره و کارمزد اتکایی اجباری آن منظور خواهد شد. در صورت موافقت بیمه مرکزی صورت حساب اتکایی اجباری می‌تواند توسط مؤسسه بیمه واگذارنده تنظیم شود.

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

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

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

ماده ۳۰- بیمه مرکزی در صورت درخواست مؤسسه بیمه واگذارنده، هر سال تا ۵۵ درصد جمع مانده بدهی بیمه‌گذاران در آخر سال قبل، بابت وام‌هایی که با رعایت شرایط بیمه نامه‌های صادره از محل ذخیره ریاضی این بیمه نامه‌ها دریافت داشته‌اند را به عنوان وام با نرخ کارمزد معادل نرخ کارمزد وام پرداختی به بیمه‌گذار در اختیار مؤسسه بیمه مزبور خواهد گذاشت. کارمزد مزبور برای هر سه ماه در صورت حساب مربوط به همان سه ماه منظور خواهد شد.
ماده ۳۱- بیمه مرکزی بعد از پایان هر سال، ۸۵ درصد منافی را که از معاملات اتکایی



اجباری بیمه‌های زندگی هر یک از مؤسسات بیمه تحصیل می‌کند به این مؤسسات پرداخت خواهد کرد.

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

الف:

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

ب:

- ۱- کارمزد اتکایی اجباری.
 - ۲- سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت و انقضای مدت بیمه نامه‌ها.
 - 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 مؤسسه بیمه واگذارنده در آخر سال مذکور.
- ب- نرخ خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های مؤسسه 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 تأیید بیمه مرکزی باشد.
- ماده ۳۴- بیمه مرکزی می‌تواند واگذاری اتکایی به خارج از کشور را در موارد زیر تأیید نماید:
- الف- در صورتی که جمع سرمایه بیمه برای خطر فوت یک نفر بیمه‌شده ضمن یک یا چند بیمه‌نامه از مبلغ دو میلیارد ریال متجاوز باشد نسبت به مبلغ مازاد.
- ب- در صورتی که وضع سلامت بیمه‌شده در معاینه پزشکی غیرعادی و مشمول حق بیمه اضافی تشخیص داده شود.
- ج- در موارد تجمیع خطر در بیمه‌نامه‌های انفرادی و گروهی.
- د- سایر موارد به تشخیص بیمه مرکزی.
- تبصره: در صورتی که واگذاری اتکایی در مورد بیمه‌نامه‌های زندگی تا مبلغ دو میلیارد



ریال برای مؤسسه بیمه‌ای در داخل کشور امکان‌پذیر 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 مسوول فنی، مدیر فنی، معاون فنی یا مدیرعامل شرکت بیمه
 - ۴- تعلیق پروانه فعالیت مؤسسه بیمه با تصویب شورای عالی بیمه
- ماده ۳۶- این آیین‌نامه در ۳۶ ماده و ۱۷ تبصره از تاریخ ۱۳۹۱/۲/۱ لازم‌الاجرا بوده و جایگزین آیین‌نامه شماره ۱۳ و اصلاحات بعدی آن می‌شود.

مصوبه مورخ ۶۷/۹/۸ شورای عالی بیمه

بیمه فوت و نقص عضو ناشی از انفجار و ادوات جنگی

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

نامه ۷۵۱۰-۷۴/۶/۲۵ بیمه مرکزی ایران

پوشش خطرات SRCC

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

۱- نرخ حق بیمه:

- ۱-۱- حداقل نرخ بیمه خطرات فوق در صورتی که همراه با انواع بیمه‌های عمر ارائه شود معادل ۰/۰۵ در هزار مبلغ بیمه می‌باشد.
- ۱-۲- حداقل نرخ بیمه خطرات فوق در صورتی که همراه با انواع بیمه‌های حوادث ارائه شود معادل ۰/۱ در هزار می‌باشد.



۲- شرایط:

- ۲-۱- پوشش بیمه‌ای خطرات مذکور تنها در قلمرو جمهوری اسلامی ایران معتبر بوده و در صورتی که بیمه‌شده قصد مسافرت به خارج از کشور را داشته باشد می‌بایستی قبلاً موافقت بیمه‌گر را در رابطه با تعمیم پوشش مربوطه اخذ نماید.
- ۲-۲- بیمه‌شده نبایستی در تحقق خطر بیمه‌شده مشارکت داشته باشد.
- ۲-۳- بیمه‌گر بایستی در بیمه‌نامه حق فسخ پوشش بیمه‌ای مذکور را با ارسال اخطار کتبی ۵ روزه برای خود حفظ نماید.



جدول زندگی (۹۰-۸۸ TD)

موضوع بند الف ماده ۳ آیین‌نامه بیمه‌های زندگی و مستمری

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



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

لزوم تفکیک حساب‌های معاملات بیمه‌های زندگی

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

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

از آنجا که حسب بررسی‌ها و مستندات موجود تاکنون این وظیفه توسط آن شرکت انجام نشده است، خواهشمند است ترتیبی اتخاذ شود که در اسرع وقت نسبت به این امر مهم اقدام لازم مبذول گردیده و گزارش نتیجه اقدامات به‌عمل‌آمده به بیمه مرکزی ج.ا. ایران اعلام گردد.

نامه شماره ۲۰۵/۳۴۲۴ مورخ ۹۲/۲/۲۸ بیمه مرکزی

توقیف وجه بیمه عمر و پس انداز

الف. وجه بیمه عمر (خطر فوت)

۱- با توجه به تعریف بیمه عمر که مطابق آن بیمه‌گذار، ذینفع یا ذینفعان را در زمان قرارداد معرفی می‌کند و بیمه‌گر مکلف می‌گردد پس از فوت، وجه متعلقه را به ذینفع/ذینفعان (ثالث) پرداخت کند این حق، حق ثابت و مسلم ذینفع است و لذا به هیچ روی، حق و مال بیمه‌گذار نیست تا مشمول اموال حین القوت او و به عبارت روشنتر، مشمول ماترک شود.

بنابر این، وجه بیمه عمر از سوی بستانکاران متوفی قابل توقیف نیست.

۲- هرچند صدر ماده ۲۴ قانون بیمه ناظر به موردی است که ذینفع با ذکر نام تعیین نشده است و وجه بیمه عمر به ورثه متوفی داده می‌شود معذالک تفاوت آن با ماترک را باید با بررسی قرارداد و سند بیمه احراز نمود. گفتنی است معافیت از مالیات بر درآمد یا مالیات ارث دلیل قطعی خروج وجه بیمه عمر از ماترک نیست. وجه برخی سپرده‌ها و اوراق مشارکت



یا درصدی از آنها نیز از این معافیت‌های مالیاتی برخوردارند در صورتی که جزو ماترک محسوب می‌شوند. اما با توجه به قرارداد بیمه عمر که در آن شخص معین یا مجموعه‌ای از افراد معین اما بدون ذکر نام، ذینفع قرارداد بیمه هستند و بیمه‌گذار در قبال آنها تعهد دارد نتیجه این است که این وجه ماترک نیست و خارج از ماترک به ورثه پرداخت می‌شود و ورثه صرفاً و صراحتاً به عنوان ذینفع بیمه، وجه بیمه را دریافت می‌کنند نه به عنوان وارث. افزون بر این، حق این افراد در زمان انعقاد قرارداد بیمه، محرز و مسلم و ثابت شده است نه در زمان فوت.

ب. پس انداز

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

نامه شماره ۲۰۵/۸۰۲۵ مورخ ۸۸/۱۲/۹ بیمه مرکزی

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

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

۱- در صورت تعیین ذی نفعان بیمه‌نامه و تعیین سهم هر یک از آنان در قرارداد بیمه عمر، سرمایه بیمه‌نامه به نحو تعیین شده بین ذی نفعان تقسیم می‌گردد.

۲- در صورت تعیین ذی نفعان بدون ذکر سهم هر یک از آنان، سرمایه بیمه‌نامه به استناد اصل تقسیم به تساوی، به صورت مساوی بین آنان تقسیم می‌شود.

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

در مورد قراردادهای بیمه عمر و حوادث کارکنان دولت که به استناد مصوبات هیأت محترم وزیران صادر می‌شود بدیهی است مفاد مصوبات مذکور در مورد ذی نفعان و سهم هر یک لازم‌الرعایه است.

نامه شماره ۹۱/۵۱۰۹۶ مورخ ۹۱/۱۱/۲۸ بیمه مرکزی

فوت همزمان بیمه‌گذار و ذینفع بیمه عمر

استنباط «همزمانی فوت بیمه‌گذار و ذینفع بیمه‌نامه و یا معلوم نبودن تقدم و تاخر فوت آنها» از نظرات پزشکی قانونی مقرون به صحت به نظر نمی‌رسد. اگر در گواهی حصر وراثت بیمه‌گذار نام ذینفع بیمه‌نامه جزو ورثه بیمه‌گذار قید شده است در حالیکه در گواهی



حصر وراثت ذینفع بیمه‌نامه، اسم بیمه‌گذار به عنوان وراثت ذینفع قید نشده است دلیل و قریبته ای بر تاخر فوت ذینفع بیمه‌نامه بر فوت بیمه‌گذار است. در این حالت، با توجه به فقدان شرط «عدم توارث بین وارثان موضوع ماده (۸۷۳) قانون مدنی» سرمایه بیمه عمر باید بر اساس شرایط مقرر در بیمه‌نامه به ورثه ذینفع بیمه‌نامه پرداخت گردد.

مصوبه مورخ ۱۳۷۷/۸/۲۳ شورای عالی بیمه

بیمه عمر و حادثه کارکنان دولت

۱- کلیه شرکت‌های بیمه موظفند قراردادهای بیمه عمر و حادثه کارکنان دولت موضوع مصوبه شماره ۵۰۲۴ مورخ ۱۳۶۷/۰۴/۱۱ هیئت محترم وزیران را با ملحوظ داشتن موارد زیر منعقد نمایند:

۱/۱- سقف سنی بیمه شدگان هفتاد سال تمام در نظر گرفته شود.

۱/۲- نرخ حق بیمه سالانه برای کلیه قراردادهایی که مبلغ بیمه آنها حداکثر ده میلیون ریال است، معادل ۲/۷ در هزار در نظر گرفته شود.

۲- شرکت‌های بیمه مجاز هستند بنا به درخواست سازمان‌های دولتی مشمول، با رعایت موارد زیر، مبلغ بیمه را حداکثر تا ۳۰ میلیون ریال افزایش دهند:

۲/۱- حداقل نرخ حق بیمه معادل ۲/۷ در هزار مبلغ بیمه در نظر گرفته شود.

۲/۲- مبلغ بیمه برای تمام بیمه شدگان یکسان در نظر گرفته شود.

۳- حق بیمه‌های دریافتی بابت قراردادهای بیمه عمر و حادثه کارکنان دولت به نسبت ۹۰ و ۱۰ درصد به بیمه‌های عمر و حادثه اختصاص یافته و در مورد قراردادهای جاری نیز از سه ماهه چهارم به بعد تفکیک حق بیمه بر اساس نسبت‌های فوق انجام شود. سایر مفاد مصوبه مورخ ۱۳۷۵/۰۴/۱۸ شورای عالی بیمه همچنان به قوت خود باقیست.

نامه شماره ۱۴۶۰۷ مورخ ۱۳۸۷/۰۵/۰۱ بیمه مرکزی

بیمه عمر و حادثه کارکنان دولت

باتوجه به تقاضای برخی از شرکتهای بیمه در مورد صدور بیمه عمر و حوادث کارکنان دولت بدون سقف سنی به اطلاع می‌رساند باتوجه به بررسیهای به عمل آمده ارائه بیمه عمر و حوادث در چارچوب نرخ و شرایط تعیین شده در تصویبنامه شماره ۱۵۴۶۷/ت/۲۸۹۱۶-ه مورخ ۱۳۸۵/۰۲/۱۸ هیات محترم وزیران با رعایت موارد زیر بلامانع است:

۱. انعقاد قرارداد بیمه با هر سازمان متقاضی مشروط به آن است که همه کارکنان شاغل و بازنشسته طی یک قرارداد تحت پوشش قرار گیرد و سازمان متقاضی به عنوان بیمه‌گذار متعهد پرداخت حق بیمه کامل کلیه بیمه شدگان شاغل و بازنشسته گردد.

۲. باتوجه به اینکه دوره اجرای مصوبه فوق‌الشاره هیات وزیران در سال ۱۳۸۸ پایان می‌پذیرد لذا این مجوز برای انعقاد قرارداد با هر بیمه‌گذار برای یک دوره یک ساله معتبر



بوده و لازم است آن شرکت قبل از پایان سال ۸۸ آمار عملکرد خود را در این زمینه به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

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

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

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

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

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

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

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

۳- در صورت نقص عضو یا از کارافتادگی جزئی دایم در اثر حوادث طبیعی از مبلغ بیست میلیون (۲۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال طبق جدول نقص عضو مورد عمل سازمان بازنشستگی کشوری به بیمه شده پرداخت خواهد گردید.

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

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



ادامه خواهد یافت.

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

تبصره: یک دوم حق بیمه سالانه بازنشستگان توسط دولت و از مبلغ مابقی، دو سوم توسط بازنشستگان و یک سوم توسط صندوقهای بازنشستگی مربوط پرداخت می‌شود و حق بیمه سهم مستخدم بازنشسته توسط صندوق بازنشستگی ذی‌ربط از حقوق بازنشستگی وی کسر و به حسابی که سازمان مذکور اعلام می‌نماید به صورت مرتب و هر ماه واریز می‌گردد.

۵- دستگاه‌های اجرایی موظفند حق بیمه سهم مستخدم را هر ماه از حقوق و مزایای دریافتی مستخدمین و حق بیمه سهم کارفرما را از محل منابع داخلی کسر و به حسابی که سازمان بازنشستگی کشوری یا صندوق بازنشستگی ذی‌ربط اعلام می‌نماید واریز نمایند.

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

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

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

۸- دستگاه‌های مشمول این تصویب نامه موظفند تا زمان برقراری حقوق بازنشستگی و وظیفه کارکنان که بازنشسته و از کارافتاده می‌شوند، حق بیمه سهم کارمند را از محل وجوه علی‌الحساب یا تنخواه در اختیار بیمه‌گذار پرداخت و پس از برقراری حقوق بازنشستگی حق بیمه سهم بیمه شدگان را از حقوق آنان کسر نمایند.

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

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

۱۱- دستگاه‌های موضوع بند (۱) می‌توانند به تشخیص خود، کارکنان مشمول این تصویب نامه را با رعایت ضوابط مقرر نزد کلیه شرکت‌های بیمه، بیمه حادثه و فوت به



هر علت نمایند.

۱۲- این تصویب نامه جایگزین تصویب نامه‌های شماره ۵۰۲۴/ت/۲۵۳ هـ مورخ ۱۳۶۷/۴/۱۱، شماره ۹۴۷۴۲/ت/۵۲۲ هـ مورخ ۱۳۶۹/۱۲/۲۶، شماره ۶۰۹۴/ت/۱۶۳۶۱ هـ مورخ ۱۳۶۷/۴/۲۲ و شماره ۵۶۵۱۶/ت/۲۲۸۰۹ هـ مورخ ۱۳۷۹/۱۲/۹ می‌شود.

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

بیمه حادثه و فوت کارکنان دولت

طبق تصویب نامه شماره ۴۳۴۱۰/۵۲۰۷۸ مورخ ۱۳۸۹/۰۳/۰۸ وزیران عضو کمیسیون امور اجتماعی و دولت الکترونیک موضوع اصلاح موادی از تصویب نامه شماره ۱۵۴۴۷/ت/۲۸۹۱۶ هـ مورخ ۱۳۸۵/۰۲/۱۸ در خصوص تعیین سرمایه و میزان حق بیمه بیمه حادثه و فوت کارکنان دولت، جهت اطلاع و هرگونه اقدام لازم ایفاد می‌گردد.

وزیران عضو کمیسیون امور اجتماعی و دولت الکترونیک در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۱۲/۲۳ بنا به پیشنهاد شماره ۸۸/ص/۱۰۶۴۰ مورخ ۱۳۸۸/۶/۹ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و با رعایت جزء ح بند (۱) تصویب نامه شماره ۱۵۸۷۹۵/ت/۳۸۸۵۶ هـ مورخ ۱۳۸۶/۱۰/۱ موافقت نمودند: تصویب نامه شماره ۱۵۴۴۷/ت/۲۸۹۱۶ هـ مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۸ به شرح زیر اصلاح می‌شود:

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

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

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

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

۴- پنجاه درصد حق بیمه ماهانه افراد شاغل از محل اعتبارات دستگاه مربوط، هزار و پانصد ریال از محل سود مشارکت دوره قبل و بقیه آن توسط بیمه شده پرداخت خواهد شد. تبصره: پنجاه درصد حق بیمه ماهانه بازنشستگان توسط دولت، هزار و پانصد ریال از محل سود مشارکت دوره قبل و از مبلغ باقیمانده، دو سوم توسط بازنشستگان و یک سوم توسط صندوق‌های بازنشستگی مربوط پرداخت می‌شود. حق بیمه سهم مستخدم بازنشسته توسط صندوق بازنشستگی ذی ربط از حقوق بازنشستگی وی کسر و به حسابی که صندوق بازنشستگی کشوری با بیمه گر موضوع بند (۱) حسب مورد اعلام می‌نماید، به صورت ماهیانه واریز می‌گردد.



۳- در تبصره‌های بندهای (۲) و (۵) و در بند (۱۰) عبارت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به عبارت وزارت رفاه و تأمین اجتماعی اصلاح می‌شود.

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

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

۵- این تصمیم‌نامه از تاریخ ۱۳۸۹/۱/۱ لازم‌الاجرا است.

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



(آیین‌نامه شماره ۸۴)

شرایط عمومی بیمه‌نامه حوادث اشخاص

مصوب ۹۲/۳/۲۲

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۱۳۹۲/۳/۲۲ 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 براساس 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 ارائه نماید و گرنه بیمه‌نامه باطل است.

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

۱- **بیمه‌گر:** بیمه‌گر شرکت بیمه‌ای است که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج گردیده است و جبران خسارت و یا پرداخت غرامت ناشی از حوادث 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، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

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

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

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

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

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

ج- دفاع مشروع بیمه‌شده.

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

فصل دوم- وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

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



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

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

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

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

ماده ۷- **وظایف بیمه‌شده، بیمه‌گذار و ذی‌نفع در صورت وقوع حادثه:**

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

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

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



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

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

فصل سوم- وظایف و تعهدات بیمه‌گر

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

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

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

ماده ۱۰- **تعیین میزان غرامت بیمه:**

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

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

الف - **نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی:**

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

۱- نابینایی کامل و دائم هر دو چشم.

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



- ۳- از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع دو پا، حداقل از مج.
- ۴- از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست و یک پا، حداقل از مج.
- ۵- از دست دادن هر دو پنجه‌ها.
- ۶- قطع کامل نخاع.
- ۷- ناشنوایی کامل و دائم هر دو گوش.
- ۸- برداشتن فک پایین.
- ب- موارد زیر نقص عضو و از کارافتادگی دائم و جزیی محسوب می‌شود 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 مج	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 بیمه‌گر بابت مجموع نقص عضو انگشتان هر دست از ۵۰ درصد سرمایه بیمه شده تجاوز نخواهد کرد و در صورتی که مجموع انگشتان هر دو دست قطع و یا از کارافتاده دائم گردد حداکثر معادل ۸۰ درصد سرمایه بیمه قابل پرداخت خواهد بود.



(ارقام به درصد)

۶	فقدان دندان‌ها حداکثر	۲۸
۷	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مفصل ران	۷۰
۸	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از ساق	۶۰
۹	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک پا از مچ	۵۵
۱۰	از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع انگشتان پا	۳۰
۱۰/۱	شست پا	۱۰
۱۰/۲	هر یک از سایر انگشتان	۵
۱۱	نابینا شدن یک چشم (در صورتی که بیمه‌شده قبل از حادثه از بینایی کامل یک چشم محروم بوده باشد درصد نقص عضو نابینا شدن (چشم دیگر ۸۰ درصد خواهد بود).	۵۰
۱۲	از دست دادن شنوایی یک گوش (در صورتی که بیمه‌شده قبل از وقوع حادثه مشمول بیمه از شنوایی کامل یک گوش محروم بوده باشد درصد نقص عضو ناشوا شدن گوش دیگر ۶۵ درصد خواهد بود).	۳۵
۱۳	از دست دادن لاله گوش	۱۰
۱۴	از دست دادن حس بویایی	۱۵
۱۵	از دست دادن حس چشایی	۱۵
۱۶	غرامت نقص عضو سایر اعضای سر (جمعمه) و صورت از حداکثر ۴۰ درصد سرمایه بیمه تجاوز نخواهد کرد.	
۱۷	یک کلیه	۳۰
۱۸	طحال	۷
۱۹	بیضه	۵
۲۰	سایر اعضای داخل بدن به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر	

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

فصل چهارم - خسارت‌های خارج از تعهدات بیمه‌گر

ماده ۱۱- موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:
الف - خودکشی و یا اقدام به آن.



- ب - صدمات بدنی که بیمه‌شده عمداً موجب آن شود.
- ج - مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و روان گردان.
- د- استفاده از داروهای کاهنده هوشیاری و خواب‌آور بدون تجویز پزشک.
- ه- ارتکاب بیمه‌شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن.
- و - هر نوع دیسک و یا فتق بیمه‌شده.
- ز- بیماری و ابتلا به جنون بیمه‌شده مگر آن که ابتلا به جنون ناشی از تحقق خطر موضوع این بیمه باشد.
- ح - فوت بیمه‌شده به علت حادثه ناشی از عمد ذی‌نفع (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت). در این صورت بیمه‌گر فقط متعهد به پرداخت سهم سایر افراد ذی‌نفع در سرمایه بیمه خواهد بود.
- ط- جنگ (بجز انفجار و یا عملکرد ادوات نظامی که بعد از جنگ بجا مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.
- ی- زمین‌لرزه، آتش‌فشان و فعل و انفعالات هسته‌ای.
- ک- ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای، شکار، سوارکاری، قایقرانی، هدایت موتورسیکلت، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی، اکتشافی و غیرتجاری، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه‌ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات و هدایت کایت یا سایر وسایل پرواز بدون موتور.
- تبصره ۱:** خطرات مندرج در بندهای ط، ی و ک با موافقت کتبی بیمه‌گر و اخذ حق بیمه مربوطه قابل پوشش است و برای پوشش بند ط رعایت موارد زیر ضروری است:
- ۱- بیمه‌شده نباید در تحقق خطر بیمه‌شده مشارکت داشته باشد.
- ۲- بیمه‌گر می‌تواند با ارسال اخطار کتبی ۱۰ روزه پوشش بیمه‌ای موضوع بند مذکور را لغو نماید.
- تبصره ۲:** مؤسسات بیمه می‌توانند با اخذ موافقت قبلی از بیمه مرکزی خطرات اضافی دیگری را بیمه نمایند.

فصل پنجم - فسخ و انفساخ بیمه‌نامه

- ماده ۱۲- **موارد فسخ بیمه‌نامه:** در موارد زیر هر یک از طرفین بیمه‌نامه می‌توانند بیمه‌نامه را فسخ 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 مواعید معین.



۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و یا بدون سوءنیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد.

۳- در صورت تشدید خطر موضوع ماده ۶ این شرایط و عدم موافقت بیمه‌گذار با تعدیل حق بیمه و یا تغییر وضعیت بیمه‌شده به نحوی که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد بود بیمه‌گر حاضر به انعقاد قرارداد با شرایط مذکور در قرارداد فعلی نمی‌شد.

تبصره: در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ نماید موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد. در این صورت، ده روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه‌گذار بیمه‌نامه فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

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

۱- انتقال پرتفوی بیمه‌گر.

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

تبصره: بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر تقاضای فسخ بیمه‌نامه را بنماید. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه‌گر، بیمه‌نامه فسخ‌شده 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 منقضی‌شده بر اساس تعرفه روزشمار محاسبه می‌شود.

تبصره: در قراردادهای گروهی پوشش بیمه‌نامه فقط برای بیمه‌شده متوفی لغو خواهد شد.

فصل ششم - سایر موارد

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

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

ماده ۱۶- در همه موارد، تشخیص نقص عضو و از کارافتادگی دائم کلی و یا دائم جزئی



و همچنین حداکثر میزان آن با رعایت جدول ذی‌ربط با پزشک معتمد بیمه‌گر می‌باشد و مجموع سرمایه‌های هر یک از موارد مذکور در مدت بیمه بابت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) موضوع این بیمه‌نامه نمی‌تواند از مجموع سرمایه بیمه‌ه‌ریک از پوشش‌های مذکور تجاوز نماید.

ماده ۱۷- نحوه حل و فصل اختلاف

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

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

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



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

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

شرایط اختصاصی بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه

ضمیمه بیمه‌نامه حوادث اشخاص

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

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

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

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

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

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

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

شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه

ضمیمه بیمه‌نامه حوادث اشخاص

ماده ۱ - تعاریف:

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

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



ماده ۲ - تعهد بیمه‌گر:

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

۱- حداکثر غرامت روزانه مورد تعهد بیمه‌گر معادل پنج در هزار سرمایه فوت یا نقص عضو کامل و دائم (هر کدام بیشتر باشد) خواهد بود.

۲- تعهد بیمه‌گر برای پرداخت غرامت روزانه عمومی از چهارمین روز از کارافتادگی موقت محاسبه می‌شود و حداکثر برای یکصد و هشتاد روز خواهد بود.

ماده ۳ - سایر شرایط:

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

**شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه بستری شدن در مراکز درمانی مجاز
ضمیمه بیمه‌نامه حوادث اشخاص**

ماده ۱- تعاریف:

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

ماده ۲- تعهد بیمه‌گر:

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

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

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

ماده ۳ - سایر شرایط:

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



(آیین‌نامه شماره ۷۴)

آیین‌نامه بیمه‌های درمان

مصوب ۹۱/۵/۲۴

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

فصل اول - کلیات

ماده ۱- **اساس قرارداد:** این بیمه‌نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و به پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار (که جزو 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 جزو تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

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

۱- **بیمه‌گر:** شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج شده است و جبران هزینه‌های بیمارستانی، جراحی ناشی از بیماری و 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 پانجاه 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 موکول 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- **فرائض:** سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی بیمه‌نامه تعیین می‌شود.

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

فصل دوم - هزینه‌های درمانی قابل پرداخت

ماده ۳- هزینه‌های درمانی قابل پرداخت موضوع این آئین‌نامه عبارت است از:

الف- پوشش‌های اصلی (پایه):

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

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

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

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



دستور پزشک معالج.

ب- پوشش‌های اضافی:

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

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

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

۱-۲- در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه‌های 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 گروه‌های زیر ۲۵۰ نفر، ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر، ۶ ماه و برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.

۳- هزینه‌های پاراکلینیکی به این ترتیب قابل پوشش است:

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

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

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

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



- ۳-۵- جبران هزینه‌های دندان‌پزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده.
- تبصره: هزینه‌های دندان‌پزشکی بر اساس 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 سمک 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 نزدیک‌بینی، 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 بیمه‌شده.
- ۵- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن‌لیپوم، 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 معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پایه سالیانه.
- ۸- هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر تا ۵۰ درصد تعهد زایمان به‌عنوان پوشش مستقل.
- تبصره ۱: هزینه‌هایی که در اجرای بند ب پرداخت می‌شود مازاد بر سقف تعهدات پایه سالیانه است.
- تبصره ۲: در صورتی که تعهدات اصلی (پایه) نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش‌های اضافی نیز می‌تواند نامحدود در نظر گرفته شود.



فصل سوم - شرایط

ماده ۴- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند 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 خلاف‌واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد بیمه‌نامه فسخ خواهد شد.

چنانچه معلوم شود هریک از بیمه‌شدگان در پاسخ به پرسش بیمه‌گر یا بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف‌واقع 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 در غیر این 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 تعیین‌شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در قرارداد بیمه توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند.

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

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

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

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

۴- ترک اعتیاد.

۵- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده.

۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.

۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.

۸- فعل و انفعالات هسته‌ای.

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



- ۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۱- جنون.
 - ۱۲- جراحی لثه.
 - ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
 - ۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی.
 - ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
 - ۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- تبصره: موارد استثنای مندرج در بندهای ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۴ این ماده با پرداخت حق بیمه اضافی، قابل بیمه‌شدن است.
- ماده ۸- شرکت بیمه مکلف است در صدور بیمه‌نامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد این ضوابط را رعایت کند:
- ۱- هریک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش‌نامه سلامتی تهیه‌شده توسط بیمه‌گر را برای خود و سایر اعضای خانواده به‌طور کامل و خوانا تکمیل کند. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، لازم است معاینه پزشکی با هزینه متقاضی انجام شود.
 - ۲- بیمه‌گذار موظف است برای تمام اعضای گروه یا خانواده درخواست بیمه کند اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پرسش‌نامه سلامتی یا معاینات انجام‌شده، از بیمه‌کردن فرد یا افرادی از گروه یا خانواده و یا ارائه پوشش هزینه زایمان و بیماری‌هایی که سابقه قبلی دارد خودداری کند.
 - ۳- سقف تعهد بیمه‌گر برای هریک از اعضای گروه یا خانواده و هریک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی‌های عمومی، تخصصی و فوق‌تخصصی یکسان باشد.
- ماده ۹- بیمه‌شده در انتخاب هریک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند صورت‌حساب مرکز درمانی، مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر



مراجعه نماید هزینه‌های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوط پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه نماید هزینه‌های مربوط بر اساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم درجه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقی‌مانده هزینه‌های مورد تعهد را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۲: بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری‌شدن هریک از بیمه‌شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کنند.

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

ماده ۱۰- حداکثر سن بیمه‌شده برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال است و برای سن بیش از ۶۰ سال، بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق‌بیمه اضافی، پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق‌بیمه اضافی امکان‌پذیر است. در صورتی که سن بیمه‌شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت.

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

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

ماده ۱۳- بیمه‌شدگانی که به‌علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر



مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه‌های انجام شده باتوجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

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

ماده ۱۴- موارد فسخ بیمه‌نامه و نحوه تصفیه حق بیمه:

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در این موارد برای فسخ بیمه‌نامه اقدام کند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

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

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

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

ج- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ:

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

ماده ۱۵- نحوه فسخ

- ۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه‌نامه را فسخ کند موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد. در این صورت بیمه‌نامه یک‌ماه 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 فسخ‌شده 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 به‌وسیله 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 اعلام‌شده 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 و بیمه‌گر مجاز به ارائه خدمات بیمه درمان تکمیلی خارج از موارد پیش‌بینی شده در این آئین‌نامه و یا مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی تحت عناوینی از قبیل صندوق تکمله درمان و عناوین مشابه نمی‌باشد. (۷۴/۱ - ۹۳/۷/۲۹)

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

نامه شماره ۹۱/۵۷۴۰۷ مورخ ۹۱/۱۲/۲۷ بیمه مرکزی

قراردادهای درمان بیش از ۱۰۰۰۰ نفر

طبق تبصره ۲ ماده ۵ آیین‌نامه مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای [شماره ۸۱] مصوب جلسه مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۱۵ شورای عالی بیمه، دستور فرمایید از ابتدای سال ۱۳۹۲ چنانچه تعداد بیمه‌شده قرارداد بیمه درمان تکمیلی از ۱۰،۰۰۰ نفر بیشتر باشد با ارسال اطلاعات زیر برای اخذ مجوز از دفتر فنی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران اقدام نمایند:

- ۱- نام، نشانی و نوع فعالیت بیمه‌گذار؛
- ۲- تعداد، میانگین سنی و ترکیب جنسیتی بیمه‌شدگان؛
- ۳- مقدار حق بیمه دریافتی و خسارت پرداختی قرارداد بیمه حداقل در سه سال قبل؛
- ۴- پیش‌نویس قرارداد بیمه؛
- ۵- مقدار حق بیمه پیشنهادی برای هر بیمه‌شده؛
- ۶- سایر اطلاعات در صورت لزوم.



فهرست اعمال جراحی غیرمجاز در مطب پیوست جزو ۵ بند ب ماده ۳ آیین نامه «بیمه‌های درمان»

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طویل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه 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 زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان‌های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس‌ها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، پرونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرایسیم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و...
۱۲	عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرج 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.

نامه شماره ۲۶۸۶۵ مورخ ۱۳۸۶/۰۸/۱۴ بیمه مرکزی

لزوم عدم ارائه خدمات بیمه به اتباع خارجی فاقد مجوز کار

باتوجه به بررسی انجام شده مقتضی است به شرایط خصوصی بیمه نامه مسؤولیت حرفه‌ای کارفرما و قراردادهای بیمه عمر، حوادث و درمان گروهی اضافه نمایند «خسارات مربوط به کارکنان با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق



کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشد» و یک نسخه از نمونه بیمه نامه و یا قراردادهای بیمه اصلاح شده را به بیمه مرکزی ایران ارسال نمایند.

نامه شماره ۴۷۱۵ مورخ ۱۳۸۸/۰۲/۱۳ بیمه مرکزی

پوشش‌های صندوقی

براساس اطلاع واصله برخی از شرکت‌های بیمه خصوصی و دولتی (یا نمایندگان آنها) در رقابت با سایر شرکت‌های بیمه به منظور جذب بیمه‌گذار و بنا به درخواست آنان، برخی پوشش‌های تکمیلی عمر، حوادث و درمان گروهی و یا سایر پوششهای بیمه‌ای که در مصوبات شورای عالی بیمه پیش بینی نشده و نرخ و شرایط آنها خارج از چارچوب مصوبات است را به عنوان پوشش‌های صندوق به بیمه‌گذار ارائه می‌نمایند.

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

نامه شماره ۹۲/۹۰۶۲ مورخ ۱۳۹۲/۰۲/۳۱ بیمه مرکزی

برگشت حق بیمه

نظر به اینکه برخی از شرکت‌های بیمه در اجرای تعدادی از قراردادهای عمومی منعقدشده با بیمه‌گذاران بزرگ خود پرداخت درصدی از حق بیمه را تحت عناوینی نظیر هزینه‌های اداری به بیمه‌گذار تعهد می‌نمایند. صرف نظر از اینکه چنین اقدام در هر مورد مستلزم اخذ مجوز قبلی از بیمه مرکزی ج.ا.ا. می‌باشد در برخی موارد مشاهده شده است که درصد پرداختی به بیمه‌گذار که نوعی هزینه می‌باشد از حق بیمه کسر و خالص آن به عنوان حق بیمه صادره در حساب‌های بیمه‌های مستقیم و اتکایی منظور می‌شود. با توجه به این که چنین امری مغایر مقررات بیمه‌گری و رویه‌های پذیرفته شده حسابداری است و مانع از نشان دادن درست ارقام حق بیمه مستقیم و اتکایی و حذف هزینه‌های مربوط از دفاتر می‌شود، خواهشمند است دستور فرمایند در این خصوص رعایت موارد زیر مورد تأکید و توجه قرار گیرد:

۱- در کلیه اسناد از جمله بیمه‌نامه، الحاقیه و بردرو طبق مقررات و مصوبات، حق بیمه واقعی بر اساس صددرصد درج و در حساب‌ها منظور و از تهاثر حق بیمه و هزینه در اسناد و حساب‌ها خودداری شود.

۲- پرداخت هرگونه وجه به بیمه‌گذار بابت جبران هزینه‌های اداری یا امکاناتی که بیمه‌گذار در اختیار بیمه‌گر قرار می‌دهد ضمن کسب مجوز از بیمه مرکزی ج.ا.ا. باید بصورت جداگانه



در حساب هزینه‌های عملیاتی شرکت منظور شود. بدیهی است در مواردی که خلاف بندهای دوگانه فوق عمل شده باشد بیمه مرکزی طبق مقررات و مصوبات شورای عالی بیمه عمل خواهد نمود.

نامه شماره ۲۰۵/۵۳۹۵ مورخ ۹۳/۴/۷ بیمه مرکزی

خسارت بیمه درمان بر اساس نرخ ارز

بر اساس بند (۲) بخشنامه مورخ ۱۳۹۱/۷/۴ اداره سیاست‌ها و مقررات ارزی بانک مرکزی فروش ارز بابت مصارف خدماتی مندرج در قسمت (ب) از بخش سوم مجموعه مقررات ارزی (به استثنای ارز مسافرتی که توسط بانک‌های ملی ایران و ملت اقدام می‌گردد) صرفاً به نرخ مبادله‌ای اعلامی از سوی اداره بین‌الملل این بانک به علاوه یک درصد (با احتساب کارمزد) و از محل منابع ارزی حاصله مندرج در بند یک همین بخشنامه و همچنین منابع ارزی آن بانک و با رعایت مقررات مندرج در بخش مذکور امکان پذیر می‌باشد. لذا با توجه به تبصره ماده ۱۳ آیین‌نامه بیمه‌های درمان (شماره ۷۴) مصوب شورای عالی بیمه که در خصوص نحوه محاسبه هزینه‌های معالجه در خارج از کشور مقرر داشته است: «میزان خسارت بر اساس ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد» مفاد بخشنامه فوق‌الذکر که شامل نرخ ارز درمانی نیز می‌باشد ملاک عمل خواهد بود.



(آیین‌نامه شماره ۷۷)

شرایط عمومی بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران

مصوب ۹۱/۸/۳۰

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و دستورالعمل موضوع ماده ۱۳ آیین‌نامه اجرایی ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۰۸/۳۰ «شرایط عمومی بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران» را مشتمل بر ۷ ماده به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱- کلیات

الف) تعاریف:

۱- **بیمه‌گر:** هر یک از شرکت‌های بیمه دارای مجوز فعالیت در این رشته از بیمه مرکزی که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج گردیده است و در ازای دریافت حق بیمه، جبران هزینه‌های پزشکی و غیرپزشکی و سایر خدمات تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه بر عهده می‌گیرد.

۲- **بیمه‌شده:** تبعه خارجی که به صورت قانونی وارد ایران می‌شود و احتمال تحقق خطرات و خدمات مشمول این بیمه‌نامه برای وی موجب انعقاد بیمه‌نامه شده و مشخصات نامبرده در این بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه می‌باشد.

۳- **حق بیمه:** وجهی است که بیمه‌شده در مقابل تعهدات بیمه‌گر می‌پردازد و انجام تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه به نحوی که در بیمه‌نامه توافق شده، می‌باشد.

۴- **موضوع بیمه:** جبران هزینه‌های پزشکی و غیرپزشکی و ارائه سایر خدمات به اتباع خارجی در مدت اقامت در ایران طبق شرایط بیمه‌نامه.

۵- **حادثه:** هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده روی داده و موجب وارد آمدن صدمه بدنی به بیمه‌شده گردد.

۶- **صدمات بدنی:** آسیب بدنی است که به واسطه یک عامل قهری، ناگهانی و خارج از اراده و کنترل بیمه‌شده در طی مدت بیمه‌نامه پدید آمده باشد.

۷- **صدمات یا بیماری حاد:** صدمات یا بیماری است که بنا به نظر پزشک معالج، بیمه‌شده را از ادامه سفر در مدت بیمه باز داشته و یا اینکه با خطر مرگ وی همراه باشد.

۸- **بیماری:** عارضه ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی که ابتلا به آن یا آغاز و منشأ آن پس از ورود بیمه‌شده به ایران بوده و موجب درخواست امداد از طرف



بیمه‌شده یا نماینده وی شود.

۹- **قرنطینه اجباری پزشکی:** عبارت است از انجام عملیات ایزوله و محدودکردن

اجباری به منظور جلوگیری از فراگیرشدن یک بیماری.

۱۰- **بستگان:** شامل پدر، مادر، فرزندان، همسر، برادران، خواهران و هر فرد

دیگری که توسط بیمه‌شده معرفی شود.

۱۱- **فرانشیز:** سهم بیمه‌شده از هزینه‌های پزشکی غیربستری است که میزان

آن در این بیمه‌نامه معادل ۱۰ درصد مبلغ هزینه‌های پزشکی می‌باشد.

(ب) این قرارداد طبق مقررات جمهوری اسلامی ایران معتبر می‌باشد.

(ج) مدت بیمه: پوشش این بیمه‌نامه براساس مدت مندرج در بیمه‌نامه و حداکثر ۹۲

روز متوالی خواهد بود که شروع آن از تاریخ ورود بیمه‌شده به کشور جمهوری اسلامی

ایران می‌باشد. این بیمه‌نامه پس از اتمام سفری که بیمه‌نامه به خاطر آن اکتیو گردیده

و یا خروج بیمه‌شده از مرزهای قانونی کشور هرکدام که زودتر حادث شود، از درجه

اعتبار ساقط می‌گردد. در مواردی که بیمه‌شده پس از ورود به ایران نسبت به خرید

بیمه‌نامه اقدام نماید پوشش بیمه‌ای از زمان مندرج در بیمه‌نامه شروع خواهد شد.

ماده ۲- تعهدات بیمه‌گر

در صورتی که بیمه‌شده در مدت اعتبار این بیمه‌نامه، دچار بیماری یا صدمات بدنی ناشی از

حادثه شود و یا قرنطینه اجباری پزشکی ضروری گردد بیمه‌گر موظف است خدمات زیر را

سازماندهی و هزینه‌های مرتبط با آن را پرداخت نماید.

الف) انتقال

۱- پذیرش و انتقال بیمه‌شده در اسرع وقت به نزدیک‌ترین بیمارستان یا مراکز

درمانی مجهز در کمترین زمان ممکن.

۲- انتقال بیمه‌شده در موارد ضروری با نظر پزشک معالج به مراکز درمانی

مجهزتر در اسرع وقت.

۳- بازگرداندن بیمه‌شده به کشور متبوع خویش بر اساس نظر پزشک معالج و

تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر در صورتی که پس از درمان در محل، شرایط جسمی

بیمه‌شده مانع از بازگشت وی به صورت یک مسافر معمولی باشد.

۴- انجام اقدامات لازم در صورت فوت بیمه‌شده برای انتقال جسد به نزدیکترین

فرودگاه محل اقامت وی در کشور متبوع.

۵- انجام اقدامات لازم جهت بازگرداندن افراد همراه زیر ۱۵ سال بیمه‌شده و

یک نفر از بستگان بیمه‌شده به کشور متبوع در صورتی که بیمه‌شده توانایی ادامه

سفر با وسیله نقلیه شخصی و یا وسیله نقلیه‌ای که در ابتدای سفر مورد استفاده

قرار گرفته را نداشته باشد.

۶- انجام اقدامات لازم برای انتقال یکی از بستگان بیمه‌شده از کشور محل



اقامت بیمه‌شده به ایران در صورتی که بیمه‌شده به علت حادثه یا بیماری مشمول این بیمه‌نامه در بیمارستان بستری شود و بر اساس نظر پزشک معالج به همراه نیاز داشته باشد.

ب) پرداخت هزینه‌ها

۱- هزینه‌های پزشکی و بستری تا سقف ۱۰,۰۰۰ یورو و یا معادل ریالی آن بر اساس نرخ تسعیر ارز مندرج در بیمه‌نامه با استناد به گواهی پزشکی مبنی بر نیاز فوری به درمان در مدت پوشش (پس از کسر فرانشیز هزینه‌های پزشکی غیربستری) به شرح زیر پرداخت خواهد شد:

۱-۱- هزینه‌های پزشکی شامل ویزیت اولیه و خدمات تصویربرداری و آزمایشگاهی، هزینه‌های دارویی، جراحی‌های سرپایی، فیزیوتراپی و انتقال مصدومان و بیماران به مراکز پزشکی مربوطه ناشی از حوادث.

۱-۲- هزینه‌های پزشکی ناشی از بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (Day Care) (با بیش از ۶ ساعت بستری).

۲- هزینه‌های غیرپزشکی به شرح زیر پرداخت خواهد شد:

۱-۲- هزینه‌های متعارف مربوط به تهیه تابوت و انتقال جسد بیمه‌شده متوفی به نزدیکترین فرودگاه بین‌المللی محل اقامت وی در کشور مبدأ یا محل اقامت (هزینه‌های برگزاری مراسم تشییع و تدفین در تعهد بیمه‌گر نمی‌باشد).
۲-۲- در صورتی که بیمه‌شده به علت حادثه یا بیماری مشمول این بیمه‌نامه، در بیمارستان بستری شود و بر اساس نظر پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر به همراه نیاز داشته باشد هزینه‌های متعارف رفت و برگشت یکی از بستگان بیمه‌شده از کشور محل اقامت بیمه‌شده به محل بستری و نیز مخارج اقامت وی در ایران حداکثر تا ۲۰ روز پرداخت خواهد شد.

۲-۳- هزینه متعارف بازگشت غیرمنتظره بیمه‌شده به دلیل صدمات یا بیماری حاد پزشکی در صورتی که نتواند از بلیط برگشت استفاده نماید.
۲-۴- هزینه‌های متعارف جهت بازگرداندن افراد همراه زیر ۱۵ سال بیمه‌شده و یک نفر از بستگان وی به کشور مبدأ یا محل اقامت در صورت عدم توانایی به سفر با وسیله نقلیه شخصی و یا وسیله نقلیه‌ای که در ابتدای سفر مورد استفاده قرار گرفته.

۲-۵- هزینه‌های فوریتی دندانپزشکی تا سقف ۲۰۰ یورو. این هزینه‌ها محدود به معالجه دندان درد، درمان عفونت و کشیدن دندان می‌باشد.
۲-۶- هزینه‌های لازم جهت تهیه مدارک مهم مسافرتی نظیر گذرنامه، گواهینامه رانندگی و یا مدارک کنسولی در صورت گم‌شدن مدارک مربوطه



تا سقف ۲۰۰ یورو.

۷-۲- هزینه‌های مربوط به معاضدت قضایی تا سقف ۲۵۰ یورو در دعوی که در طی مدت اقامت در ایران علیه بیمه‌شده دادخواست مطرح شود.

ج) راهنمایی پزشکی

بیمه‌گر موظف است اطلاعات مورد نیاز بیمه‌شده از قبیل نشانی بیمارستان‌ها، مراکز جراحی محدود، داروخانه‌ها و دیگر مراکز تخصصی جهت بیماران و مصدومان را در اختیار وی قرار داده و راهنمایی‌های لازم را ارائه نماید.

د) پرداخت خسارت

بیمه‌گر موظف است حداکثر ظرف مدت ۵ روز پس از دریافت مدارک مورد نیاز خسارت را به ذی‌نفع پرداخت نماید.

ه) راهنمایی بیمه‌شده در صورت گم شدن مدارک

بیمه‌گر موظف است در صورت گم شدن مدارک مهم مسافرتی از جمله گذرنامه و ویزا راهنمایی‌های لازم را به بیمه‌شده ارائه نماید.

ماده ۳- استثنائات

هزینه‌ها و خسارت‌های ناشی از موارد زیر مشمول تعهدات بیمه‌گر نمی‌باشند:

۱- بیماری سابقه‌دار، ابتلای مجدد به بیماری مزمن یا ادامه‌دار و یا عوارضی که بیمه‌شده قبلاً از آن آگاهی داشته و قبل از شروع پوشش بیمه‌ای برای آن تحت درمان بوده یا می‌باشد. دوران نقاهت جزئی از دوران بیماری محسوب می‌شود.
۲- جنگ، تجاوز نظامی، اقدام دشمن خارجی، عملیات تروریستی و خصمانه (اعم از اعلام شده یا نشده).

۳- خودکشی، صدمات عمدی وارده به خود، مباشرت، مشارکت یا معاونت در عمل مجرمانه.
۴- شرکت در مسابقه اسب‌دوانی، مسابقه دوچرخه‌سواری و هر نوع مسابقه یا نمایش با وسایل موتوری و شرکت در تمرینات و مسابقات ورزشی حرفه‌ای نظیر کوه‌نوردی (صعود حرفه‌ای)، هوانوردی و هرگونه پرواز، غارنوردی، غواصی، ورزش‌های زمستانی یا تمرین به منظور شرکت در مسابقات رسمی و یا نمایش و یا هرگونه ورزش و تفریحی که بطور معمول و معقول خطرناک تلقی می‌شود.
۵- آلودگی ناشی از تشعشعات هسته‌ای.

۶- زایمان در خلال سه ماه مانده به موعد زایمان و سقط جنین اختیاری.

۷- آثار جزئی و یا کلی ناشی از مصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روان‌گردان به استثنای داروهایی که با تجویز پزشک ذی‌صلاح مصرف شده باشد.

۸- ریسک‌های شغلی بیمه‌شده که طبق قانون به عنوان حوادث شغلی و کار قلمداد می‌شود.

۹- اختلالات مادرزادی و بیماری‌های ناشی از آن.

۱۰- پیشگیری یا واکسیناسیون.



۱۱- عوارض ناشی از فیزیوتراپی.

۱۲- انرژی درمانی آفتاب درمانی و درمان به منظور زیبایی، معالجه از طریق چشمه‌های آب معدنی.

۱۳- عوارض ناشی از بیماری‌های روانی و جنون.

ماده ۴- وظایف بیمه‌شده

در صورت نیاز به خدمات، بیمه‌شده یا نماینده وی موظف است:

۱- در اولین فرصت ممکن با نزدیک‌ترین مرکز پاسخگویی و راهنمای شبانه‌روزی بیمه‌گر در ایران تماس گرفته و اطلاعات زیر را اعلام نماید:

۱-۱- نام کامل بیمه‌شده، شماره و تاریخ اعتبار بیمه‌نامه مسافرتی، شماره گذرنامه.

۱-۲- نشانی محل اقامت در ایران و شماره تماس.

۱-۳- شرح مختصر حادثه، بیماری و نوع کمک مورد درخواست.

۲- در موارد بستری حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن و قبل از ترخیص موضوع را به بیمه‌گر اعلام نماید.

۳- از هر عملی که اقدام بیمه‌گر را علیه مسؤول حادثه (در صورت وجود) مشکل و نامقدور سازد خودداری نماید.

۴- کلیه مدارک و مستندات لازم برای بازیافت خسارت از منابع مربوطه را در صورت درخواست بیمه‌گر تهیه و در اختیار وی قرار دهد.

ماده ۵- ارجاع به داور

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل کنند. اگر اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد می‌توانند از طریق داور یا مراجع به دادگاه موضوع را حل و فصل کنند. در صورت انتخاب روش داور، طرفین قرارداد می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌نمایند. داوران منتخب، داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی داور می‌کنند. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند هر یک از طرفین قرارداد می‌تواند تعیین داور سوم را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین حق‌الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق‌الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود.

ماده ۶- مهلت اقامه دعوا

هر گونه ادعای ناشی از این بیمه‌نامه باید حداکثر ظرف مدت دو سال از تاریخ بطلان، فسخ و یا انقضای مدت بیمه‌نامه و در صورت وقوع حوادث تحت پوشش، از تاریخ وقوع حادثه اقامه شود و پس از دو سال مذکور ادعای ناشی از این بیمه‌نامه مسموع نخواهد بود. مرور زمان می‌تواند یک دفعه توسط هر یک از طرفین با اظهارنامه رسمی قطع شود. در صورت



قطع شدن مرور زمان، مدت باقیمانده مرور زمان یک سال اضافه خواهد شد.

ماده ۷- سایر شرایط

- ۱- بیمه‌گر موظف است در صورت عدم صدور روادید به درخواست بیمه‌شده با کسر یک یورو از مبلغ حق بیمه، بیمه‌نامه را ابطال و باقیمانده حق بیمه را بازپرداخت نماید.
 - ۲- بیمه‌گر موظف است در صورت صدور روادید و عدم انجام سفر به درخواست بیمه‌شده پس از انقضای مدت روادید با کسر یک یورو از مبلغ حق بیمه، بیمه‌نامه را ابطال و حق بیمه باقیمانده را بازپرداخت نماید.
- مهلت درخواست ابطال بیمه‌نامه حداکثر ۶ ماه از تاریخ صدور خواهد بود.

تعرفه حق بیمه بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی و کارمزد نمایندگان موسسات بیمه و کارمزد اتکایی اجباری آن

مصوب ۹۱/۸/۳۰

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۰۸/۳۰ «تعرفه حق بیمه بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران و کارمزد نمایندگان موسسات بیمه و کارمزد اتکایی اجباری آن» را به شرح ذیل تصویب نمود:

الف- حداکثر حق بیمه در یک سفر مسافران عازم به ایران از کلیه مناطق جهان بر اساس یورو و مدت اقامت و سن به شرح جدول زیر تعیین می‌گردد:

(یورو)

مدت سفر به روز	۱۲ تا سال	۱۲ تا ۶۵	۶۵ تا ۷۰	۷۰ تا ۸۰	۸۰ سال به بالا
۷-۱	۲/۵	۵	۷/۵	۱۰	۲۰
۱۵-۸	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۴۰
۳۱-۱۶	۶	۱۲	۱۸	۲۴	۴۸
۴۵-۳۲	۱۰/۵	۲۱	۳۱/۵	۴۲	۸۴
۶۲-۴۶	۱۲/۵	۲۵	۳۷/۵	۵۰	۱۰۰
۹۲-۶۳	۱۵	۳۰	۴۵	۶۰	۱۲۰

ب- حداکثر کارمزد نمایندگان موسسات بیمه‌ای برای بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران حداکثر ۱۰ درصد خواهد بود.

ج - کارمزد اتکایی اجباری برای بیمه‌نامه مسافرتی اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران ۱۲ درصد تعیین می‌شود.



نامه شماره ۹۲/۲۷۵۶۵ مورخ ۱۳۹۲/۰۶/۲۵ بیمه مرکزی
متن انگلیسی آیین‌نامه شماره ۷۷؛ شرایط عمومی بیمه‌نامه مسافرتی
اتباع خارجی متقاضی ورود به جمهوری اسلامی ایران

BYLAW No.7

(General Conditions of Foreign Citizens Travel Insurance)

To enforce Article 77 Of « Establishment Of Central Insurance and Underwriting Act» and the directive of Article 13 of the executory rules of Article 91 of the 4th Economic, Social and Cultural Development plan of Islamic Republic of Iran, Irans Supreme Council of Insurance in session dated 30/8/91 passed the « General Conditions of Foreign Citizens Travel Insurance» in 7 articles as follows:

ARTICLE 1.General Provisions

A) Definitions:

1- **Insurer:** Any insurance firm licensed by Central insurance of Iran to operate this class of business and its specifications included in this policy which undertakes to compensate medical and nonmedical expenses and other related services under conditions prescribed in the policy.

2- **Insured:** Any foreign citizen who legally arrives in Iran and is subject to perils and services covered by this policy which he has entered this insurance contract in which his specifications inserted and undertakes to pay the premium.

3-**Premium:** The amount which the insured pays as a consideration for insurers obligations to him and performance of this obligations depends on the payment of premium agreed in the policy.

4-**Subject matter of insurance:** To compensate medical and nonmedical expenses and to render other services to the



insured during his residence in Iran according to the policy conditions.

5- **Accident:** Any sudden event occurred by an external cause without the will and intention of the insured and causing him injury during insurance term.

6- **Bodily injury:** Bodily injury means occurrence of any sudden, forcible factor beyond the control of the insured within the term of insurance.

7- **Injury or acute disease:** Means such injury or disease that happens during the term of insurance and makes the treating physician decide to prevent the insured from continuing his journey or any injury or acute disease that endangers the insured to death.

8- **Illness:** Sudden or unforeseeable illness which its symptoms or its cause begins after of arrival date of the insured to Iran and makes the insured or his representative to call for medical assistance.

9- **Compulsory medical quarantine:** Isolation operation and limiting the sick person intending to prevent contagion of the disease.

10- **Relatives:** Includes father, mother, sons and daughters, brothers, sisters or any other person who has designated by the insured.

11- **Franchise:** insured contribution to non bedridden medical expenses which is limited to %10 of medical expenses.

B-This contract is valid only under regulations of Islamic Republic of Iran.

C-Term of insurance: validity duration of this policy is the term inserted in the policy and is limited to 92 continuous days which starts from the insured's arrival date to the Islamic Republic of Iran. This policy becomes non valid after duration of the journey for which this policy has been



obtained or at the date of exit of the insured from legal boundaries of Iran should any case happens earlier . If the insured obtains the policy after arrival to Iran the insurance cover commences the date fixed in the policy.

ARTICLE 2 – INSURER’S COMMITMENTS

If during validity of this policy, the insured suffers from illness or bodily injury or is subject to compulsory quarantine, the insurer must arrange for the following services and pay all related expenses.

A) Transference

1- To hospitalize and to transfer the insured to the closest hospital or more equipped cure centre as soon as possible.

2- If necessary to transfer the insured to the more equipped cure centers on the basis of treating physician’s recommendations as soon as possible.

3-If the physical condition of the insured after treatment at domicile in Iran is not suitable for returning to home as an ordinary passenger, to return him to the home country on the basis of recommendation and affirmation of the treating or trusted physician of the insurer.

4-In case of death of the insured, to take necessary action for transferring the corpse to the nearest airport to the insured domicile in home country.

5-To take necessary actions for returning back the insured companions who are below 15 years old and one of the insured’s relatives to the home country, if the Insured is not able to continue his journey with a private vehicle or the vehicle which is used in the beginning of journey.

6- In the case the insured goes bed ridden, to take necessary actions for transferring one of the relatives of the insured from home country to Iran under treating physician’s recommendation.



B) PAYING EXPENSES

1-With reference to treating physician's advice concerning prompt necessity for treatment during policy term, to pay medical and hospital expenses of the bedridden insured (after deducting franchise of non bedridden expenses) up to 10000 Euro or Rials equivalent according to the exchange rate as below:

1-1-Medical expenses include physician's preliminary visit fee, radiology, laboratory, physiotherapy and medicines expenses, outpatient surgery expenses, and transferring the injured and patients as well to related medical centers.

1-2- Bedridden and surgery expenses in hospitals and day-care surgery centers (at least 6 hours the insured should be confined to bed).

2- Non medical expenses as follow:

2-1- Ordinary expenses of preparing coffin and transfer of the insured's corpse to nearest international airport to his domicile in destination country or his/ her resident (funeral and burial ceremonies expenses is not a duty of insurer).

2-2-If because of any incidents or infections covered by this policy the insured is confined to bed and according to treating physician's judgment and affirmation of the trusting physician of the insurer he needs a companion, ordinary expenses of coming and going of the relatives of the insured from home country to hospital and vice versa and also resident expenses up to 20 days.

2-3-Unexpected return expenses of returning the insured to home as a result of injuries or acute infection, if he does not succeed to enjoy his return ticket.

2-4- Ordinary expenses of returning under 15 years old companions and one of relatives to their home country or domicile if they are unable to continue the journey by private car or the vehicle with which they have started their journey.



2-5- dental emergency expenses up to 200 Euros. The expenses are only payable on treating toothache, tooth decay and extraction of tooth.

2-6- The expenses of preparing losses of main journey documents such as passport, driving License or consulate documents up to 200 Euro.

2-7- Legal aid expenses of claims against the insured during his domicile in Iran up to 250 Euros.

C-MEDICAL INSTRUCTION

It is the duty of insurer to supply the insured necessary information such as hospital addresses , minor surgery centers , pharmacies and other specialized medical centers of ill and injuries and render to him necessary information and instructions in Persian and English.

D-SETTELING CLAIMS

It is the duty of insurer to pay claim of the insured to his beneficiary within 5 days after receiving required documents.

E- GIVING INSTRUCTIONS TO THE INSURED IN CASE OF DOCUMENTS LOSS.

It is the duty of insurer to give the insured necessary instructions if they lose their main journey documents such as passport and visa paper.

ARTICLE 3- EXCLUSIONS:

The insurer shall not be liable for expenses and claims arising out of the followin:

1- Precedent illness, re infection by a chronic or persistent disease or illnesses from which the insured had precedent knowledge and before beginning of insurance cover had been or is under treatment. Convalescence period is



considered a part of illness period.

2- War, military aggression, actions of foreign enemy, terrorist and hostile operations (declared or not declared).

3- To commit suicide and to make intentional self injury, and collaborating, participating or assisting in confidential actions.

4- Participating in horse riding or bicycling or any other courses or competitions or shows with motor vehicles and participating in the professional sport exercises and games like mountain climbing (professional climbing), aviation or any kind of flying, potholing, skin diving, exercising winter sports aiming to participate in formal exercises or displaying or exercising any kind of sports or amusements which reasonably and logically construing as dangerous.

5- Contamination caused by nuclear radiation.

6- child birthing within 3 months before its due course and voluntary abortion.

7- Partial or total effect of using narcotic psychedelic drugs unless the drugs prescribed by qualified physician and also to drink any kind of liquors .

8- Insureds vocational risks legally construed as the vocational incidents.

9- Congenital disorders and diseases caused by it.

10- To preventing or vaccinating.

11- Disorders caused by physiotherapy.

12- Using energy therapy and sunlight therapy to gain beautiful benefits.

13- Any symptom which arises from mental illness and insanity.

ARTICLE 4- DUTIES OF THE INSURED

If the insured requisites the covered services he is obliged:

1- To contact with the nearest answering or round the clock



care centre in Iran in the first possible instance and render the below information:

- 1-1- Insured's full name, number and validity date of the policy and also passport number.
- 1-2- Domicile address in Iran and contact number.
- 1-3- Brief description of the incident and any kind of required services.
- 2- If the insured becomes bedridden he should he should let the insured be informed within 5 days of bedridden date and before discharging from hospital.
- 3- The insured should not take any steps which obstructs the actions taken by the insurer against the guilty party.
- 4- In the case of requisition of the insurer the insured should submit all necessary documents for receiving indemnity from related sources.

ARTICLE 5-REFERRING TO ARBITRATOR

The parties to insurance contract should as much as possible settle their dispute by negotiation. In the case they agree on the method of arbitration they can choose an independent mutually agreed on arbitrator. If they could not find such an arbitrator each party introduces in written his own arbitrator to the next party. The appointed arbitrators choose the third arbitrator and after investigation they issue an arbitral award upon majority of vote. If the arbitrators cannot come to an agreement for the third one , each party can for choosing the third arbitrator refer to the competent court. Any Party pays his appointed arbitrator fee and pay the third ones fee equally.

ARTICLE 6 - CLAIM PRESCRIPTION PERIOD

Any claim arising from this policy can only put forward within a deadline of two years from nullification,



cancellation or expiration date of this policy and after the deadlines, claims are not admissible. Time limit for action can be nullified by a written and formal declaration submitted by each party only for one time. In the case of interruption, the period extends a more one year after reminded time.

ARTICE 7- OTHER CONDCTIONS

- 1- If the insured`s visa is not issued, the insurer is obliged to nullify the policy by the request of the insured and pays back the premium after deducting 1 Euro.
- 2- If the visa is issued and the insured does not start his journey, the insurer shall nullify the policy on the requisition of the insured after expiration of visas validity and pays back the premium after deducting 1 Euro.
- 3- The period fixed for canceling application of the policy shall be within 6 months from the issuing date of policy.

THE TRAVEL POLICY PREMIUM TARIFFS OF FOREIGN NATIONALS WHO ARE APPLYING TO TRAVEL TO THE ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN AND AGENTS AND REINSURANCE COMMISSION FEES

To enforce Article 17 of Central Insurance and Underwriting Establishment Act, the High Council of Insurance in session dated 30/08/1391 approved < the foreign nationals travel policy premium tariffs who are applying to travel to the Islamic Republic of Iran and agents and compulsory reinsurance commission fee> as below :

A) Maximum premium for each travel of a passenger to Iran from any point of the World would be in Euro and depends on domicile Term in Iran and age of passenger as below:



Duration of journey- days	up to 12 years old	12 to 65 years old	65 to 70 years old	70 to 80 years old	over 80 years old
1 -7	5.2	5	5.7	10	20
8 - 15	5	10	15	20	40
16 - 31	6	12	18	24	48
32- 45	5.10	21	5.31	42	84
46 - 62	5.12	25	5.37	50	100
63-92	15	30	45	60	120

B) Agents commission fee for foreign nationals travel insurance who are applicant to travel to Iran shall be maximum %10 of premium.

C) Compulsory reinsurance commission fee for foreign nationals insurance travel who are applying to travel to Iran shall be %12 of premium.



نظریه‌های بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران درباره انواع رشته‌های بیمه

نامه شماره ۲۰۵/۱۸۵۲ مورخ ۹۳/۲/۱۰ بیمه مرکزی **اخذ سپرده مناقصه و ضمانت در قراردادهای بیمه**

در خصوص پرداخت درصدی از حق بیمه متعلقه به عنوان پیش پرداخت خاطر نشان می‌سازد امکان اخذ حق بیمه بصورت نقد یا اقساط بصورت توافقی وجود دارد و در خصوص اخذ تضمین پیش پرداخت، بر اساس نظر معاونت محترم برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور، از آنجا که در خصوص معاملات سازمان یا نهادی که قانوناً باید از طریق برگزاری مناقصه انجام شود رعایت مقررات قانون برگزاری مناقصه، الزامی است بنابراین، چنانچه ضوابط مذکور، سازمان یا نهادی را ملزم به اخذ تضمین نموده باشد شرکت بیمه طرف قرارداد ناگزیر از ارائه آنهاست.

نامه شماره ۲۰۵/۵۳۹۷ مورخ ۹۳/۴/۷ بیمه مرکزی **الزام به اجرای رأی داوری**

بر اساس ماده (۵۴) آیین داوری اتاق موضوع ماده ۶ قانون اساسنامه مرکز داوری اتاق بازرگانی ایران مصوب ۱۳۸۰ (در خصوص قطعیت و قابلیت اجرای حکم)، رای صادره از سوی داور قطعی و پس از ابلاغ طبق مقررات قانونی لازم الاجرا است. در بندهای (پ) و (ب) ماده فوق‌الذکر نیز تاکید شده است که با پذیرش داوری از طریق این مرکز، طرفین متعهد می‌شوند که رای صادره را لازم الاجرا دانسته و بدون تاخیر اجرا نمایند و این امر در داوری‌های داخلی تابع مقررات آیین دادرسی مدنی در باب اجرای احکام می‌باشد. در صورت عدم اجرای رای، محکوم له می‌تواند مطابق مقررات باب هفتم قانون آیین دادرسی مدنی، از دادگاه صالح تقاضای اجرای حکم نماید.

نامه شماره ۲۰۵/۵۲۱۷ مورخ ۹۳/۴/۳ بیمه مرکزی **بیمه مضاعف**

در ماده ۸ قانون بیمه، وضعیت بیمه مضاعف و تکلیف بیمه‌گران در این خصوص مشخص نگردیده است اما با مراجعه به موارد مشابه در شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها بویژه بیمه‌های مسؤلیت می‌توان ضابطه حاکم بر صنعت بیمه در این مورد را احراز نمود (ماده ۱۴ آیین‌نامه شماره ۸۲ و ماده ۱۸ آیین‌نامه شماره ۸۰). بر اساس مقررات مذکور چنانچه پس از وقوع خسارت مشخص گردد که موضوع بیمه‌نامه همزمان تحت پوشش سایر بیمه‌گران است (با توجه به اینکه هر یک از بیمه‌گران در مقابل بیمه‌گذار و ثالث زیان‌دیده متعهد به جبران خسارت هستند) بیمه‌گر موظف است بر مبنای بیمه‌نامه صادره، تعهدات خود را ایفا نموده سپس می‌تواند برای بازیافت سهم سایر بیمه‌گران به آنها مراجعه نماید.



نامه شماره ۲۰۵/۲۱۱۷۶ مورخ ۹۲/۱۱/۱۵ بیمه مرکزی

تاخیر در اعلام حادثه و تأدیه خسارت

الف) در خصوص ماده ۱۵ قانون بیمه با توجه به دیدگاه حقوقدانان نکات ذیل لازم به ذکر است:

۱- باتوجه به عبارات به کار رفته در ماده ۱۵ قانون بیمه و ظهور آن در بیمه‌های اموال، استناد به ماده فوق توسط بیمه‌گر در بیمه‌نامه‌هایی موضوعیت دارد که مبنای پرداخت خسارت حادثه‌ای است که عرفاً خسارت بار تلقی می‌شود و عدم اطلاع بیمه‌گر در مدت زمان تعیین شده منجر به بروز ضرر و زیان وی گردد. به عبارت دیگر، در این نوع حوادث بیمه‌گر بایستی به سرعت در جریان قرار گرفته تا پیش از بین رفتن آثار حادثه، آن را بررسی و از واقعی بودن ادعا اطمینان حاصل نموده و در موارد مقتضی اسناد و مدارک لازم را جهت اجرای اصل جانشینی فراهم آورد. لذا در بیمه‌هایی که حوادث منجر به تعهد بیمه‌گر در آنها خسارت بار نیستند مثل بیمه‌های عمر که مراجعه شرکت بیمه به مسؤولین حادثه موضوعیت ندارد و اطمینان از واقعی بودن نیز با رجوع به مراجع رسمی امکان‌پذیر است الزام بیمه‌گذار جهت اعلام وقوع حادثه و دخالت بیمه‌گر جهت حفظ دلایل و قرائن امر، برای اقامه دعوی علیه مسؤول حادثه منتفی می‌باشد.

۲- درخصوص نفی یا تقلیل تعهد بیمه‌گر، در حوادثی که عرفاً خسارت بار می‌باشد بیمه‌گذار مکلف است ظرف مدت تعیین شده از تاریخ اطلاع خود از وقوع حادثه، بیمه‌گر را مطلع نماید تا بیمه‌گر در اسرع وقت در جریان وقوع حادثه‌ای که تعهدات او را در پی دارد قرار گیرد و کم و کیف آن را بررسی نماید. لذا چنانچه عدم انجام این تعهد توسط بیمه‌گذار موجب عدم امکان ارزیابی و یا دسترسی به اسناد و مدارکی که برای مراجعه به مقصر لازم است شود بیمه‌گر می‌تواند به میزان تاثیر عدم اطلاع از وقوع حادثه، از خسارت کسر نماید.

خاطر نشان می‌نماید شورای عالی بیمه نیز در شرایط عمومی برخی بیمه‌نامه‌ها ضمانت اجرای عدم اعلام به موقع وقوع حادثه را، تقلیل تعهدات بیمه‌گر به میزان خسارات ناشی از عدم اعلام به موقع اعلام کرده است. بعنوان مثال تبصره ماده ۷ شرایط عمومی بیمه‌نامه حوادث اشخاص مصوب ۹۲/۰۳/۲۲ و ماده ۹ شرایط عمومی بیمه مسؤلیت مدنی حرفه‌ای کارفرما در قبال کارکنان مصوب ۹۱/۱۱/۳ در این خصوص قابل ذکر است.

ب) ماده ۳۶ قانون بیمه که مرور زمان دعوی ناشی از بیمه را دو سال از تاریخ وقوع حادثه منشأ دعوی اعلام نموده است در خصوص مطالبه خسارت توسط بیمه‌گذار می‌باشد و ارتباط موضوعی با ماده ۱۵ قانون بیمه مبنی بر اعلام وقوع حادثه ندارد و چه بسا ممکن است بیمه‌گذار طبق ماده ۱۵ وقوع حادثه را اعلام کرده ولی مطالبه خسارت ننموده باشد.



لذا دو سال از زمان وقوع حادثه مهلت برای مطالبه خسارت از بیمه‌گر را دارد و بعد از پایان دو سال، بیمه‌گر می‌تواند در صورت طرح دعوا در دادگاه ایراد مرور زمان نموده و در این صورت دعوای وی در دادگاه مسموع نخواهد بود.

ج) در مورد خسارت تاخیر در تأدیه موضوع ماده ۵۲۲ قانون آیین دادرسی مدنی که در متن آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران (آیین‌نامه شماره ۷۱) نیز آمده است بیمه‌گر در صورت وقوع حادثه موضوع بیمه مکلف است ظرف مهلت‌های تعیین شده نسبت به ایفای تعهداتی که بر عهده دارد اقدام نماید. لذا در صورت اعلام وقوع حادثه از سوی بیمه‌گذار در مهلت تعیین شده با توجه به شرایط مذکور در بند الف و یا در صورت اعلام حادثه در خارج از مهلت تعیین شده به دلایل خارج از اراده (فورس ماژور) بیمه‌گر ملزم به انجام تعهدات خود می‌باشد و در صورت تخلف، بیمه‌گذار می‌تواند مطابق ماده ۵۲۲ قانون آیین دادرسی مدنی خسارت تاخیر در تأدیه دین را مطالبه کند. لازم به ذکر است در بیمه‌نامه‌هایی که بیمه‌گر مسؤولیت پرداخت دیه دارد و بیمه‌گر به موجب رای دادگاه ملزم به پرداخت دیه در حق زیان‌دیده می‌شود در صورت تخلف و عدم پرداخت به موقع خسارت بیمه‌گر ملزم به پرداخت دیه بر اساس قیمت یوم‌الادا خواهد بود.

نامه شماره ۲۰۵/۲۵۹۰ مورخ ۹۱/۲/۲۰ بیمه مرکزی

تضمین اوراق بهادار

طبق ماده ۶۰ قانون تاسیس بیمه مرکزی، اموال موسسات بیمه تضمین حقوق و مطالبات بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنهاست و ورود مؤسسه بیمه به تضمین اوراق بهادار، اموال مؤسسه را به نوعی وثیقه این تضمین قرار می‌دهد زیرا در صورت حدوث موجبات اجرای ضمانت، بایستی مبالغ مورد ضمانت پرداخت شود. به عنوان مثال در تضمین اوراق مشارکت، «بازپرداخت سود علی‌الحساب، اصل مبلغ اوراق مشارکت یا بخشی از این وجوه، خرید اوراق مشارکت منتشره که در عرضه عمومی به فروش نرسیده» می‌باشد. لذا تضمین اوراق بهادار مطابق قانون ارزیابی نمی‌شود. بدیهی است موضوع اصلی فعالیت شرکت‌های بیمه، عملیات بیمه است و تضمین اوراق بهادار عملیات بیمه محسوب نمی‌شود. از سوی دیگر انواع سرمایه‌گذاری مجاز شرکت‌های بیمه در آئین‌نامه سرمایه‌گذاری (شماره ۶۰) معین شده و تضمین اوراق بهادار در قبال دریافت کارمزد در عداد آنها نمی‌باشد.

نامه شماره ۲۰۵/۶۴۸۵ مورخ ۹۲/۴/۱۱ بیمه مرکزی

تهاتر خسارت و باز یافت

در پرونده‌هایی که احتمال تهاتر بین خسارت پرداختی و باز یافت آن می‌رود تا قبل از اثبات مسؤولیت بیمه‌گذار در ایجاد حادثه در دادگاه، آنچه وفق بیمه‌نامه قطعی و مسلم است تعهد بیمه‌گر به جبران خسارت وارده به زیان‌دیده یا بیمه‌گذار حسب مورد می‌باشد و نمی‌توان به



امر احتمالی در عدم پرداخت خسارت استناد نمود. بدیهی است در نهایت رأی دادگاه صالحه فصل الخطاب دعوی خواهد بود. بنابراین شرکت بیمه نمی‌تواند بدون وجود حکم قطعی و یا قرار دادگاه از پرداخت خسارت استنکاف نماید.

نامه شماره ۲۰۵/۱۱۹۷۸ مورخ ۹۱/۷/۱۲ بیمه مرکزی

نظارت سازمان حمایت از مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان

طبق ماده ۱ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰، بیمه مرکزی ج.ا.ا «به منظور تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها، همچنین به منظور اعمال نظارت دولت بر این فعالیت تشکیل گردیده» و وفق بند ۷ ماده ۵ قانون مذکور، ارشاد و هدایت و نظارت بر موسسات بیمه و حمایت از آنها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم امور نمایندگی و دلالی بیمه و نظارت بر امور بیمه‌اتکایی و جلوگیری از رقابت‌های مکارانه ناسالم از وظایف بیمه مرکزی است. همچنین، در مواد ۴۰ تا ۴۵ این قانون ضمانت اجراهای عدم رعایت مقررات از جمله اضرار به حقوق مصرف‌کنندگان خدمات بیمه‌ای (بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان) بیان گردیده است و در برخی مقررات ناظر بر یک رشته بیمه‌ای خاص مانند شخص ثالث، ابزار نظارتی کارآمد و ضمانت اجرای نقض قوانین و عدم رعایت حقوق مصرف‌کننده در نظر گرفته شده است. علاوه بر این، آئین‌نامه شماره ۷۱، موضوع حمایت از بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها به همین منظور به تصویب شورای عالی بیمه رسیده است. لذا، عموم مقررات قانون حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان مصوب ۸۸/۷/۱۵، با توجه به وجود قانون خاص مقدم، شامل شرکت‌های بیمه نمی‌شود. به عبارت دیگر، قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰، (به عنوان قانون خاص مقدم)، مخصص قانون حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان مصوب ۸۸/۷/۱۵ (به عنوان قانون عام مؤخر) است و شرکت‌های بیمه را از شمول قانون مارالذکر خارج می‌نماید. ضمن اینکه نظارت بر عملیات بیمه‌گری مستلزم دانش تخصصی بیمه‌ای بوده و از حوزه نظارت‌های عمومی سازمان حمایت خروج موضوعی دارد و فلسفه تشکیل بیمه مرکزی که یک نهاد نظارتی تخصصی دانش‌محور می‌باشد نیز همین امر بوده است.

بدیهی است در صورت پذیرش شمول قانون مذکور بر شرکت‌های بیمه تجاری، نظارت بیمه مرکزی ایران در این حوزه بلاوجه خواهد بود که این امر قطعاً نمی‌تواند منظور نظر قانونگذار باشد. علاوه بر این با پذیرش حاکمیت دو قانون، نظارت موازی سازمان حمایت از مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان و بیمه مرکزی بر شرکت‌های بیمه پدید می‌آید و این نظارت دوگانه می‌تواند منشا ایراداتی باشد از جمله اینکه منجر به تحمیل مجازات مضاعف در تخلف واحد خواهد شد که این امر با قاعده منع مجازات مضاعف در تعارض است.



نامه شماره ۲۰۵/۱۹۹۵۱ مورخ ۹۱/۱۱/۲۱ بیمه مرکزی

مالکیت معنوی در صنعت بیمه

۱- حقوق مالکیت فکری یا معنوی از آن جهت که موضوع آن اثر فکر و اندیشه انسانی در نتیجه بکارگیری علم، فن و یا هنر است از قلمرو بسیار گسترده‌ای برخوردار بوده و تمام حوزه‌های مربوط به صنایع از جمله صنعت بیمه را شامل می‌شود. بنابراین مبتکران طرح‌های نوین بیمه‌ای همانند سایر پدیدآورندگان آثار علمی در قلمرو حمایتی حقوق مالکیت‌های فکری قرار می‌گیرند و می‌توانند از حقوق مادی و معنوی مربوط به اثر خود به نحو انحصاری بهره‌برداری کنند.

۲- به موجب ماده ۲ قانون حمایت حقوق مولفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ کتاب، رساله، جزوه و هر نوشته عملی و فنی دیگر از جمله اثرهای مورد حمایت این قانون معرفی و در ماده ۳ همان قانون، حقوق پدیدآورنده مشتمل بر حق انحصاری نشر و پخش و عرضه و حق بهره‌برداری مادی و معنوی از نام و اثر پدیدآورنده توصیف شده است. ۳- پدیدآورندگان آثار مورد حمایت قانون مزبور می‌توانند استفاده از حقوق مادی خود را در کلیه موارد بویژه در موارد استفاده از اثر در کارهای علمی و ادبی و صنعتی و ...، ترجمه، نشر و تکثیر و عرضه از راه چاپ و مانند آن را به دیگری واگذار کنند و حقوق مادی آثاری که در نتیجه سفارش پدید می‌آید متعلق به سفارش‌دهنده است. ضمناً آثاری که با همکاری دو یا چند پدیدآورنده بوجود آمده باشد و کار هر یک از آنان جدا و متمایز نباشد اثر مشترک نامیده می‌شود و حقوق ناشی از آن حق مشاع پدیدآورندگان است (مواد ۵، ۶، ۱۳ قانون حمایت حقوق مولفان و مصنفان و هنرمندان).

۴- ثبت اثرهای مورد حمایت قانون فوق‌الذکر بوده و پدیدآورندگان اثر اعم از حقیقی و یا حقوقی می‌توانند اثر و نام و عنوان و نشانی ویژه‌ای را که معرف آن است در مراکز که وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی با تعیین نوع آثار آگهی می‌نماید به ثبت برسانند و آئین‌نامه اجرایی قانون حمایت حقوق مولفان و مصنفان و هنرمندان موضوع ماده ۲۱ قانون، چگونگی و نحوه ثبت آثار و اقدامات درخواست‌کننده و مرجع ثبت آثار را به تفصیل تشریح نموده است. بنابر این ثبت آثار فکری مورد حمایت قانون مزبور در هر مرجع دیگر به جز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی فاقد وجاهت قانونی است.

با توجه به مجموع احکام قانونی مربوط به حقوق مالکیت فکری در ایران و با عنایت به اینکه حمایت از طرح‌های بیمه‌ای در حوزه مالکیت فکری بایستی با ضمانت‌اجراهای حقوقی و کیفری مربوطه همراه باشد و به دلیل «اصل قانونی بودن جرایم و مجازاتها» وضع ضمانت‌اجراهای مذکور صرفاً از طریق قانون امکان‌پذیر است لذا تدوین و تصویب آئین‌نامه‌ای مستقل و خاص ضروری به نظر نمی‌رسد. همچنین باتوجه به قوانین عام موجود تدوین قانون خاص مالکیت معنوی در صنعت بیمه فاقد دلیل توجیهی و منطقی است. بدیهی است چنانچه نقضی در حمایت قانونی از طرح‌های مذکور وجود دارد بایستی با



اصلاح قوانین موجود (قانون حمایت حقوق مولفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ و یا قانون ثبت اختراعات، طرح‌های صنعتی و علائم تجاری، مصوب ۱۳۸۶) مرتفع شود که در این اصلاحات می‌توان صلاحیت قانونی برای بیمه مرکزی ج.ا.ا در تشخیص طرح‌های بیمه‌ای و تهیه آیین‌نامه مربوطه را در نظر گرفت.

نامه شماره ۲۰۵/۴۴۷۳ مورخ ۹۲/۳/۱۲ بیمه مرکزی

لزوم طرح دعوی پیگیری قضائی جرم جعل بیمه‌نامه

طرح دعوی و پیگیری قضایی ارتکاب جرم جعل بیمه‌نامه بایستی از سوی ذینفع یا متضرر جرم جعل که شرکت بیمه و بیمه‌گذار مربوطه هستند به عمل آید و بیمه مرکزی نیز از طریق سازوکارهای نظارتی بر انجام تکلیف قانونی شرکت بیمه در این رابطه نظارت می‌نماید.

نامه شماره ۲۰۵/۲۰۸۰ مورخ ۹۳/۲/۱۴ بیمه مرکزی

صدور ضمانت‌نامه

به لحاظ موازین حقوقی در ایران، عقد ضمان و عقد بیمه متمایز از یکدیگر بوده و وجوه این تمایز به شرح ذیل است:

۱- از حیث مرجع هریک از عقود (عقد ضمان؛ مقررات قانون مدنی و عقد بیمه؛ قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶).

۲- طرفین عقد (در عقد ضمان؛ ضامن، مضمون عنه و مضمون له و در عقد بیمه؛ بیمه‌گر و بیمه‌گذار).

۳- موضوع عقد (در عقد ضمان ضمانت از یک دین قطعی مدنظر است که سبب آن نیز قبلاً ایجاد شده است و ضمان دینی که ایجاد نشده (ضمان مالا یجب) باطل است در حالی که انعقاد عقد بیمه (که اساس آن احتمال است) برای دین قطعی و خسارتی که واقع شده و قطعیت یافته باطل است. ماده ۱۸ قانون بیمه).

لذا بنا به مراتب مذکور شرکت‌های بیمه نمی‌توانند عقد بیمه را در مقام تضمین منعقد نموده و یا خارج از عملیات بیمه‌گری با صدور ضمانت‌نامه برای مضمون عنه، ریسک عدم وصول مطالبات یا تاخیر در وصول مطالبات را در قراردادهای فاینانس کاهش دهند.



پیوست

چک لیست های اجرای قوانین و مقررات

چک لیست مقررات بیمه های زندگی

(آیین نامه شماره ۶۸)

شرح	ماده	بند/ تبصره
آیا مؤسسه بیمه، نرخ سود فنی علی الحساب بیمه نامه ها را به شرح مندرج در این ماده به حساب گرفته است؟ توضیح: سود مذکور علی الحساب بوده و سود حاصل از کارکرد سرمایه شرکت (سود دوران مشارکت) نیز به آن اضافه می شود.	۳	ب
آیا مؤسسه بیمه، محاسبات و جداول نرخ های حق بیمه و ذخیره مورد عمل را که به تصویب هیات مدیره رسانده جهت تأیید به بیمه مرکزی ارسال نموده است؟ توضیح: عدم اظهار نظر بیمه مرکزی ظرف ۲۰ روز کاری به منزله تأیید خواهد بود.	۴	
آیا مؤسسه، در صورت تقسیط حق بیمه یا مستمری سالانه بیمه گذار، سود تقسیتی را به تناسب دوره تقسیط و بر مبنای سود فنی مورد عمل در محاسبه حق بیمه اعمال و به حق بیمه اضافه کرده است؟	۵	
آیا مؤسسه بیمه، پیش از صدور بیمه نامه های انفرادی شامل خطر فوت، از طریق پرسشنامه و یا معاینه پزشکی وضعیت سلامت بیمه شده را مشخص و به تناسب وضعیت سلامت وی، حق بیمه را تعیین نموده اند؟	۶	
آیا، هر گاه مبلغ خطر فوت در یک یا چند بیمه نامه عمر انفرادی صادره توسط یک یا چند شرکت بیمه برای یک بیمه شده از دو میلیارد ریال تجاوز نموده باشد مؤسسه نظر بیمه مرکزی را جلب نموده است؟ توضیح: بیمه مرکزی می تواند هر سال حداکثر مبلغ بیمه مذکور را تغییر دهد.	۷	
آیا مؤسسه بیمه، سود پرداختی معادل حداکثر ۱۵ درصد جمع حق بیمه های دریافتی طی سال را در ارتباط با قراردادهای بیمه خطر فوت ساده یک ساله گروهی که توسط هر مؤسسه برای کارکنان و یا توسط شرکت های تعاونی و یا سندیکاها برای اعضا و یا توسط بانک ها و موسسات اعتباری برای مشتریان خود تقبل شده است، رعایت کرده است؟	۱۰	
آیا مؤسسه بیمه در انواع بیمه های زندگی جز بیمه های خطر فوت زمانی، بیمه گذاران بیمه های زندگی خود را حداقل در ۸۵ درصد منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه های مذکور سهیم نموده است؟	۱۱	
آیا مؤسسه بیمه، خالص درآمد حاصل از سرمایه گذارها از محل ذخایر فنی رابط آیین نامه سرمایه گذاری مؤسسات بیمه محاسبه و تعیین نموده است؟ توضیح: در صورتی که به هریک از انواع درآمدهای فوق هزینه ای تعلق بگیرد هزینه مزبور از اصل درآمد کسر خواهد شد.	۱۲	۲
آیا مؤسسه، برای محاسبه منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه های زندگی موضوع ماده (۱۲) وفق تبصره ۲ این ماده عمل نموده است؟	۱۳	
آیا مؤسسه بیمه، منافع قابل تقسیم هر سال بیمه گذاران بیمه های زندگی (به جز بیمه عمر زمانی) را وفق ماده ۱۴ این آیین نامه توزیع نموده است؟	۱۴	
آیا مؤسسه، در محاسبه باز خرید کل یا درصدی از بیمه نامه ها ارزش آن را دست کم معادل نود درصد ذخیره ریاضی بیمه گذار تعیین نموده است؟	۱۵	



۱۶	آیا مؤسسه بیمه، در صورتی که ذینفع در بیمه نامه‌های زندگی بستانکار بیمه گذار باشد و این مطلب در بیمه نامه یا ظهر آن تصریح شده باشد خرید بیمه نامه و همچنین دریافت وام از محل ذخیره ریاضی را موکول به موافقت کتبی بستانکار نموده است؟	
۱۷	آیا مؤسسه بیمه، به بیمه گذار متقاضی وام که لااقل حق بیمه دو سال تمام را پرداخت کرده باشند تا نود درصد ارزش باز خرید بیمه نامه به وی وام پرداخت کرده است؟ توضیح: ترتیب استرداد وام با توافق بین بیمه گر و بیمه گذار تعیین می شود.	
۱۸	آیا مؤسسه، وفق ماده ۱۸ این آیین نامه نرخ کارمزد وام پرداختی را حداقل چهار درصد بیشتر از نرخ سود فنی موردعمل در حق بیمه محاسبه نموده است؟	
۱۸	آیا مؤسسه بیمه، در صورت عدم تسویه وام در زمان سر رسید بیمه نامه یا باز خرید آن توسط بیمه گذار، وام دریافتی و کارمزدی متعلق به آن را از سرمایه بیمه گر کسر کرده است؟	۱
۱۹	آیا مؤسسه بیمه، جدولی که میزان سرمایه مخفف بیمه نامه را برای هر سال از مدت بیمه معین کرده باشد ضمیمه بیمه نامه‌های صادره نموده است؟	
۱۹	هر گاه بیمه گذار در بیمه‌های زندگی به جز در بیمه‌های مختلطی که دارای ارزش باز خرید هستند از پرداخت اقساط بعدی خودداری نماید آیا مؤسسه بیمه نامه وی را با رعایت نرخ‌های مقرر و بدون احتساب کارمزد، به بیمه نامه با سرمایه مخفف تبدیل کرده است؟	
۱۹	آیا مؤسسه بیمه، در بیمه‌های مختلط خطر فوت به شرط حیات، سرمایه مخفف را به نسبت سرمایه‌های موجود بیمه نامه تقسیم کرده است؟	۲
۲۰	چنانچه در بیمه‌های مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه، بیمه گذار از پرداخت اقساط خودداری کرده باشد آیا مؤسسه بیمه حق بیمه را از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه تأمین کرده است؟ آیا در صورتی که ذخیره ریاضی کمتر از حق بیمه خطر فوت باشد، مؤسسه بیمه نامه را معلق کرده است؟ آیا مؤسسه بیمه در صورت پرداخت حق بیمه‌های معوق توسط بیمه گذار، بیمه نامه را مجدداً برقرار نموده است؟	
۲۱	آیا مؤسسه، حسابهای معاملات بیمه‌های زندگی را از سایر حسابهای خود تفکیک نموده و دفاتر خود را به نحوی تنظیم نموده که کلیه اقلام مربوط به معاملات هر یک از انواع بیمه‌های زندگی به تفکیک مشخص گردد؟	
۲۲	آیا مؤسسه بیمه، سرمایه گذاری ذخایر ریاضی بیمه‌های زندگی را در حساب‌ها و ترازنامه شرکت مشخص و منفک از سایر سرمایه گذاریها درج نموده است؟	
۲۳	آیا مؤسسه، در مواردی که ذخایر ریاضی اش کافی نبوده است، نرخ تعیین شده توسط بیمه مرکزی را ملاک محاسبه خود قرار داده است؟	
۲۴	آیا مؤسسه بیمه، به ترتیبی که بیمه مرکزی تعیین نموده است، صورت‌های مندرج در این ماده را در اختیار بیمه مرکزی قرار داده است؟	
۲۵	آیا مؤسسه، امکان دسترسی بیمه مرکزی به پایگاه اطلاعاتی را فراهم نموده است؟	
۲۹	آیا بیمه مرکزی و مؤسسه بیمه، بر اساس تبصره ۲ این ماده عدم اعمال دو درصد جریمه تأخیر تادیه در محاسبات مشارکت در منافع را رعایت کرده اند؟	۲
۳۰	آیا در صورت درخواست مؤسسه بیمه واگذارنده، بیمه مرکزی هر سال مبالغ مقرر در این ماده را به عنوان وام با نرخ کارمزد مقرر در اختیار مؤسسه بیمه گذاشته است؟	
۳۲	آیا بیمه مرکزی، در آمد سایر سرمایه گذاری‌ها از محل ذخایر فنی مذکور در ماده ۳۲ را از حاصل ضرب بندهای الف و ب تبصره ماده ۳۲ محاسبه نموده است؟	۱



چک لیست شرایط عمومی بیمه نامه حوادث (آیین نامه شماره ۸۴)

شرح	ماده	بند
آیا در شرایط عمومی بیمه نامه حوادث اشخاص تعهدات بیمه گر علاوه بر پوشش حادثه طبق تعریف بند ۷ ماده (۲) این آیین نامه شامل موارد مندرج در این ماده نیز می باشد؟	۳	
آیا در صورت عدم رعایت اصل حسن نیت توسط بیمه گذار و یا بیمه شده، بیمه گر براساس شرایط ماده (۴) تبصره آن عمل کرده است؟	۴	
آیا در صورت تغییر شغل یا فعالیت های بیمه شده یا بیمه گذار، مراتب حداکثر ظرف ده روز کتبا به بیمه گر اطلاع داده شده و در صورت تغییر خطر، بیمه گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقی مانده پیشنهاد نموده است؟ توضیح: 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.	۶	
آیا در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه گر و وقوع حادثه، غرامت با اعمال قاعده نسبی حق بیمه پرداخت گردیده است؟	۶	
آیا در صورت وقوع حادثه، بیمه گذار یا ذینفع شرایط مندرج در این ماده را رعایت نموده اند؟	۷	
آیا تعهد بیمه گر بر اساس شرایط این ماده و تبصره های آن بوده است؟	۸	
آیا بیمه گر ظرف ۳۰ روز مدارک بیمه گذار در رابطه با حادثه را بررسی، نتیجه را اعلام نموده و در صورت عدم استحقاق بیمه گذار برای دریافت خسارت مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور مکتوب به وی یا ذی نفع اعلام نموده و در صورت قبولی خسارت آن را پرداخت نموده است؟	۹	
آیا مؤسسه بیمه، غرامت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی دائمی و جزیی را براساس شرایط ماده ۱۰ این آیین نامه و جدول مندرج در آن تعیین نموده است؟	۱۰	
آیا پرداخت خسارت به بیمه گذار توسط بیمه گر ناشی از خسارت های خارج از موارد مذکور در ماده (۱۱) این آیین نامه بوده است؟ توضیح: طبق تبصره (۱) خطرات مندرج در بندهای ط، ی، و ک با موافقت کتبی بیمه گر و اخذ حق بیمه مربوطه و با رعایت موارد (۱) و (۲) مذکور در این تبصره، توسط بیمه گذار قابل پوشش است و ضمناً طبق تبصره (۲) همین ماده مؤسسات بیمه می توانند با اخذ موافقت قبلی از بیمه مرکزی خطرات اضافی دیگری را بیمه نمایند.	۱۱	
آیا فسخ بیمه نامه توسط بیمه گر با رعایت شرایط مندرج در این بند بوده و بیمه گر حق بیمه مدت اعتبار بیمه نامه را به صورت روز شمار محاسبه و به بیمه گذار پرداخت کرده است؟	۱۲	الف
(ب) آیا فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گذار کتبا به علت موارد مندرج در این بند بوده است. توضیح: از تاریخ تسلیم درخواست فسخ توسط بیمه گذار، بیمه نامه فسخ شده محسوب می شود مگر این که در درخواست تاریخ مشخص برای فسخ تعیین شده باشد. بیمه گر موظف است حق بیمه تا زمان فسخ براساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه نماید.	۱۲	ب
آیا در صورت فوت بیمه شده به علت تحقق خطری که تحت پوشش این بیمه نامه نباشد، بیمه نامه از زمان فوت بیمه شده منفسخ شده و حق بیمه مدت منقضی شده براساس تعرفه روز شمار محاسبه گردیده است؟ توضیح: در قراردادهای گروهی، پوشش بیمه نامه فقط برای بیمه شده متوفی لغو خواهد شد.	۱۳	



۱۴	آیا هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و یا بیمه گر در رابطه با بیمه نامه به طور کتبی و با رعایت مقررات مربوط به آخرین نشانی اعلام شده صورت گرفته است؟
۱۵	آیا در صورتی که مؤسسه بیمه سرمایه نقض عضو جزئی یک یا چند عضو را به صورت دیگری تعیین نموده است پس از اخذ مجوز کتبی از بیمه مرکزی بوده است؟
۱۶	آیا مؤسسه بیمه مبلغ غرامت فوت، نقض عضو و از کار افتادگی دائم کلی یا جزئی بیمه شده را کمتر از مجموع سرمایه بیمه هر یک از پوشش‌های مذکور تعیین کرده است؟
۱۷	آیا حل و فصل اختلافات بیمه گر و بیمه گذار وفق ماده (۱۷) این آیین نامه صورت گرفته است؟
۱۸	آیا مؤسسه بیمه، حق بیمه بیمه نامه‌هایی را که مدت آنها کمتر از یک سال بوده است، براساس جدول موضوع ماده ۱۸ این آیین نامه تعیین نموده است؟

چک لیست شرایط عمومی بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه (ضمیمه بیمه نامه حوادث اشخاص)

ماده	شرح
۲	آیا هزینه پزشکی پرداخت شده توسط بیمه گر بر اساس مفاد این ماده و رعایت شرایط آن بوده است؟
۵	آیا در مواردی که طبق تشخیص پزشک معالج، انتقال بیمه شده جنبه اورژانس داشته و یا امکان معالجه وی در محل حادثه نبوده هزینه انتقال وی جزو هزینه‌های پزشکی محسوب شده است؟

چک لیست شرایط اختصاصی بیمه غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه (ضمیمه بیمه نامه حوادث اشخاص)

ماده	شرح
۲	آیا بیمه گر تعهد خود را بر اساس مفاد این ماده پذیرفته و محاسبه و پرداخت کرده است؟
۳	آیا چنانچه حوادثی در هفت روز متوالی اتفاق افتاده به عنوان یک حادثه محسوب شده است؟



چک لیست آیین نامه بیمه‌های درمان (آیین نامه شماره ۷۴)

ماده	شرح
۳	آیا مؤسسه در پرداخت هزینه‌های درمانی شرایط این ماده را رعایت کرده است؟
۵	آیا فرانشیز اعمال شده توسط بیمه‌گر منطبق با مفاد این ماده بوده است؟
۸	آیا مؤسسه بیمه در صدور بیمه‌نامه درمان خانواده و در مواردی که تعداد افراد گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد ضوابط این ماده را رعایت کرده است؟
۹	آیا مؤسسه بیمه در پرداخت هزینه‌های درمانی بیمه‌گذار به ضوابط این ماده عمل کرده است؟
۱۰	آیا مؤسسه بیمه برای گروه‌های کم‌تر از ۱۰۰۰ نفر شرط سن کمتر از ۶۰ سال بیمه‌گذاران را کنترل کرده است؟ توضیح: مشمولین سازمان‌های و صندوق‌های بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکانپذیر است و در صورتی که سن بیمه‌شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد، پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد داشت.
۱۱	آیا مؤسسه بیمه در صورت فوت بیمه‌شده در طول قرارداد و پرداخت حق بیمه پوشش بیمه‌ای سایر اعضای خانواده بیمه‌شده را ادامه داده است؟
۱۳	آیا مؤسسه، در ارتباط با بیمه‌شدگانی که با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام شده‌اند هزینه‌های پزشکی را طبق این ماده پرداخت کرده است؟ توضیح: میزان خسارت براساس نرخ ارزش اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.
۱۴	آیا فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گر به دلیل یکی یا همه موارد مندرج در این ماده صورت گرفته است؟
۱۴	آیا فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار به دلیل یکی یا همه موارد مندرج در این ماده صورت گرفته است؟
۱۴	آیا مؤسسه بیمه نحوه تصفیه حق بیمه‌نامه فسخ شده را با رعایت موارد مندرج در این ماده انجام داده است؟
۱۴	آیا در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۰ درصد بوده، بیمه‌گر تعهد لازم از بیمه‌گذار مبنی بر پرداخت مانده حق بیمه سالیانه متعلقه تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد را اخذ کرده است؟
۱۵	آیا در صورتی که بیمه‌گر خواهان فسخ بیمه‌نامه بوده است، موضوع را به وسیله‌نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع داده است؟ توضیح: در این صورت بیمه‌نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار فسخ شده تلقی می‌گردد.
۱۵	آیا درخواست فسخ از طرف بیمه‌گذار به صورت کتبی بوده است؟ توضیح: در این صورت بیمه‌نامه از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ موخری که در درخواست معین شده است، فسخ شده تلقی خواهد گردید.
۱۶	آیا بیمه‌گر 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، خسارت را پرداخت کرده است؟
۱۸	آیا مؤسسه بیمه، برای پوشش‌های درمانی ارائه شده که وفق مفاد این آیین‌نامه نیست، موافقت بیمه مرکزی را کسب و از ارائه پوشش‌های صندوقی خودداری نموده است؟



چک لیست شرایط عمومی بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی (آیین نامه شماره ۷۷)

شرح	ماده	بند/ تبصره
آیا در صورت قرنطینه اجباری پزشکی بیمه شده مؤسسه بیمه خدمات مذکور در این ماده را سازماندهی و هزینه های مرتبط با آن را به شرح مندرج در این ماده پرداخت نموده است؟	۲	الف و ب
آیا بیمه گر اطلاعات مورد نیاز بیمه شده از قبیل نشانی مراکز درمانی را در اختیارش گذاشته است؟	۲	ج
آیا بیمه گر حداکثر ظرف مدت ۵ روز پس از دریافت مدارک مورد نیاز خسارت را به وی پرداخت نموده است؟	۲	د
آیا در صورت گم شدن مدارک مهم مسافرتی بیمه شده بیمه گر راهنمایی های لازم را به او ارائه داده است.	۲	هـ
آیا مؤسسه استثنائات مندرج در این ماده را از شمول تعهدات خود خارج کرده است؟	۳	
آیا مؤسسه، در صورت نیاز بیمه شده یا نماینده وی به خدمات، طبق این ماده عمل نموده است؟	۴	
آیا مؤسسه بیمه، در رسیدگی به اختلافات وفق این ماده عمل نموده است؟	۵	
آیا بیمه شده، ظرف مهلت قانونی دو سال از تاریخ بطلان، فسخ و یا انقضای مدت بیمه نامه و یا در صورت وقوع حادثه تحت پوشش، از تاریخ وقوع حادثه اقامه دعوا کرده است؟	۶	
آیا مؤسسه در صورت عدم صدور روادید و عدم انجام سفر، به درخواست بیمه شده بیمه نامه را باطل و باقیمانده حق بیمه را بازپرداخت نموده است؟	۷	۱
آیا بیمه گر در صورت صدور روادید و عدم انجام سفر، به درخواست بیمه شده پس از انقضای مدت روادید و حداکثر ظرف ۶ ماه، با کسر یک یورو از مبلغ حق بیمه، بیمه نامه را ابطال و حق بیمه باقیمانده را بازپرداخت نموده است؟	۷	۲
آیا مؤسسه مهلت حداکثر ۶ ماهه درخواست ابطال از زمان صدور را رعایت کرده است؟	۷	۲

چک لیست تعرفه حق بیمه بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی

شرح	بند
آیا بیمه گر تعرفه حق بیمه بیمه نامه مسافرتی اتباع خارجی را رعایت کرده است؟	الف



یادداشت



A series of horizontal lines for writing, consisting of a solid top line followed by a series of dotted lines, providing a template for handwritten notes.

یادداشت

یادداشت



A series of horizontal lines for writing, consisting of a solid green line followed by 20 dashed green lines.

