

قابل توجه کلیه روسای محترم شعب

بیمه عمر (عمر ساده زمانی گروهی)

دستورالعمل شماره ۱

تاریخ: ۹۲/۰۷/۱۳

از همکاران محترم درخواست می گردد که توضیحات و شرایط به شرح زیر را کاملاً مطالعه نمایند .
در این نوع بیمه شخص بیمه شده خود را برای مدت و سرمایه معین بیمه می نماید که سرمایه مشخص شده در بیمه نامه به استفاده کنندگان مندرج در آن پرداخت می گردد . این بیمه نامه به صورت گروهی صادر می شود که میزان حق بیمه متناسب با میانگین سن بیمه شدگان تعیین می گردد . به طور کلی بیمه عمر (به شرط فوت) بیمه ای است که به موجب آن بیمه گر متعهد می گردد که اگر فرد بیمه شده در طول مدت قرارداد بیمه ، فوت نماید ، سرمایه مشخص شده به استفاده کنندگان مندرج در بیمه نامه پرداخت گردد . بدیهی است چنانچه بیمه شده در انقضای مدت بیمه نامه در قید حیات باشد حق بیمه های پرداختی قابل استرداد نخواهد بود .

در بیمه نامه عمر فرد بیمه شده علاوه بر حادثه به هر دلیل دیگری نیز فوت نماید ، سرمایه مورد نظر به ذینفع قید شده در بیمه نامه پرداخت می گردد و نقص عضو و هزینه پزشکی را شامل نمی گردد .

این بیمه نامه در ۲۴ ساعت شبانه روز و در تمام نقاط دنیا معتبر می باشد .

در صورتی که بیمه شده تمایل به خرید هر دو بیمه نامه (عمر و حوادث گروهی) را داشته باشد ، در صورت فوت بر اثر حادثه ذینفع از محل دو بیمه نامه بهره مند می گردد و اگر در اثر بیماری فوت نماید فقط سرمایه بیمه عمر به ذینفع پرداخت می شود .

جدول نرخ بیمه عمر ساده زمانی گروهی (یکساله)

| سن | نرخ | سن | نرخ | سن | نرخ |
|----|------|----|------|----|-------|
| ۱۵ | 1.49 | ۳۲ | 2.80 | ۴۹ | 6.93 |
| ۱۶ | 1.65 | ۳۳ | 2.91 | ۵۰ | 7.53 |
| ۱۷ | 1.90 | ۳۴ | 3.00 | ۵۱ | 8.15 |
| ۱۸ | 2.17 | ۳۵ | 3.09 | ۵۲ | 8.85 |
| ۱۹ | 2.32 | ۳۶ | 3.21 | ۵۳ | 9.57 |
| ۲۰ | 2.43 | ۳۷ | 3.35 | ۵۴ | 10.37 |
| ۲۱ | 2.53 | ۳۸ | 3.49 | ۵۵ | 11.32 |
| ۲۲ | 2.61 | ۳۹ | 3.61 | ۵۶ | 12.12 |
| ۲۳ | 2.57 | ۴۰ | 3.81 | ۵۷ | 12.93 |
| ۲۴ | 2.57 | ۴۱ | 4.07 | ۵۸ | 14.03 |
| ۲۵ | 2.55 | ۴۲ | 4.28 | ۵۹ | 15.04 |
| ۲۶ | 2.56 | ۴۳ | 4.70 | ۶۰ | 16.22 |

| | | | | | |
|----|------|----|------|----|-------|
| ۲۷ | 2.57 | ۴۴ | 5.01 | ۶۱ | 17.39 |
| ۲۸ | 2.59 | ۴۵ | 5.28 | ۶۲ | 18.61 |
| ۲۹ | 2.62 | ۴۶ | 5.57 | ۶۳ | 19.88 |
| ۳۰ | 2.68 | ۴۷ | 5.90 | ۶۴ | 21.06 |
| ۳۱ | 2.74 | ۴۸ | 6.34 | ۶۵ | 22.39 |

یاد آوری ۱: حداقل سن جهت بیمه عمر گروهی ۱۸ و با احتساب مدت بیمه نامه حداکثر ۷۰ سال می باشد .

یاد آوری ۲: حداقل تعداد بیمه شدگان در عمر زمانی گروهی نبایستی کمتر از ۳۰ نفر باشد .

یاد آوری ۳: در صورتی که تعداد بیمه شدگان در بیمه عمر زمانی گروهی کمتر از ۱۲۰ نفر باشد تکمیل فرم پرسشنامه و کنترل سلامتی بیمه شدگان ضروری است و می بایست توسط پزشک معتمد شرکت (شعبه) بررسی و تایید گردد .

فرم مربوطه می بایست توسط مسئول صدور دقیقاً کنترل و در صورت وجود هر گونه ابهامی نسبت به کنترل و رفع آن اقدام نماید . در صورتی که رفع ابهام نگردد ، قبل از صدور بیمه نامه با مرکز هماهنگی های لازم بعمل آید .

یاد آوری ۴: حتی الامکان بیمه گذار بایستی نسبت به تکمیل کلیه اطلاعات مربوط به ذینفع بیمه نامه در فرم ذینفع اقدام نماید . در صورت عدم تعیین ذینفع در فرم مربوطه ، استفاده کننده از سرمایه در صورت فوت بیمه شده وراث قانونی خواهند بود .

لازم به یاد آوری است برای اعلام حق بیمه دریافت اطلاعات از بیمه گذار به شرح زیر ضروری می باشد :

- تعداد کارکنان
- تعداد باز نشستگان
- میانگین سنی کارکنان و بازنشستگان
- نوع فعالیت بیمه گذار
- محدودیت سنی : حداقل ۱۸ و حداکثر تا ۷۰ سال
- در صورت درخواست بیمه گذار بابت پوشش بیمه عمر گروهی مربوط به خانواده ، حتماً تعداد و میانگین سنی ذکر شود .

موارد زیر به پیوست می باشد :

- قرارداد بیمه عمر و حوادث گروهی
- شرایط عمومی
- فرم پیشنهاد و پرسشنامه پزشکی
- فرم تعیین ذینفع

در صورت انعقاد قرارداد لازم به توضیح است که قرارداد بیمه عمر و حوادث گروهی به همراه شرایط عمومی

در صورت نیاز به کسب اطلاعات بیشتر با این مدیریت تماس حاصل فرمایید .

سرپرست مدیر بیمه های اشخاص
 کر شایمبی
 ۱۳۹۴

شرایط عمومی بیمه عمر ساده زمانی

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس قرارداد :

این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد. آن قسمت پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نشود وهم زمان یا قبل از صدور بیمه نامه کتباً به بیمه گذار اعلام شود، جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات :

تعاریف و اصطلاحات مذکور در بیمه نامه صرفنظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد یا مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند.

بیمه عمر ساده زمانی :

نوعی از بیمه عمر است که به موجب آن بیمه گر متعهد می شود چنانچه بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه فوت نماید سرمایه مندرج در قرارداد را به استفاده کننده (گان) بپردازد لذا چنانچه بیمه شده در انقضای مدت بیمه نامه در قید حیات باشد حق بیمه های پرداختی قابل استرداد نخواهد بود.

بیمه گر :

شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در بیمه نامه قید گردیده است و جبران خسارت را طبق شرایط مورد بیمه نامه به عهده می گیرد.

بیمه شده :

شخصی است که فوت او موضوع قرارداد بیمه است و سن و وضعیت سلامتی او اساس محاسبه حق بیمه را تشکیل می دهد.

بیمه گذار :

شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات نامبرده در بیمه نامه ذکر گردیده و قرارداد بیمه را منعقد و پرداخت حق بیمه و اقساط آن را تعهد می نماید. (بیمه گذار و بیمه شده ممکن است یک نفر باشد)

استفاده کننده :

شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی هستند که قرارداد بیمه به نفع او منعقد و از مزایای آن بهره مند می شود.

موضوع بیمه :

موضوع بیمه در بیمه های عمر ساده زمانی عبارت است از فوت به هر علت بیمه شده (گان) که به موجب آن بیمه گر متعهد می شود چنانچه بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه فوت نماید، سرمایه مندرج در قرارداد به استفاده کننده (گان) بپردازد لذا چنانچه بیمه شده در انقضای مدت بیمه نامه در قید حیات باشد حق بیمه های پرداختی قابل استرداد نخواهد بود.

حق بیمه :

وجهی است که بایستی بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گرموگول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در بیمه نامه توافق شده، می باشد.

ماده ۳- اساس قرارداد بیمه و آثار مترقبه در شرایط آن :

۱- اظهارات کتبی بیمه گذار و بیمه شده در برگ پیشنهاد بیمه و ضمائم آن و گزارش پزشک معاینه کننده اساس قرارداد بیمه را تشکیل می دهد.

۲- هرگاه پزشک معتمد بیمه گر ناچار باشد در مورد سوابق روحی و جسمی بیمه شده که بوسیله معاینه پزشکی قابل تعیین نباشد و بر اساس اظهارات بیمه شده اعلام نظر نماید و پس از آن مشخص گردد که اظهارات بیمه شده در این مورد مطابق با حقیقت نبوده و یا در این قبیل موارد بیمه شده از ابراز مطالبی که در وضع قرارداد بیمه موثر بوده خودداری کرده باشد به شرح ذیل اقدام خواهد شد.

الف) در مورد اظهار خلاف واقع بیمه شده در صورتیکه بیمه گر قبل از وقوع خطر مطلع گردد، می تواند پوشش بیمه ای بیمه شده را لغو یا آنکه با دریافت اضافه نرخ پوشش بیمه را ادامه دهد. در صورت لغو پوشش بیمه ای حق بیمه های دریافتی بایستی از طرف بیمه گر برگشت شود.

ب) در صورتیکه بیمه گر بعد از وقوع خطر به اظهارات خلاف واقع بیمه شده پی برد تعهدات بیمه گر به نسبت مابه التفاوت نرخ بیمه در صورت اظهار حقیقت تقلیل می یابد و اگر مورد از مواردی باشد که بیمه گر در صورت علم به آن از بیمه کردن بیمه شده خودداری می نمود در این صورت ۱۰ الی ۲۰ درصد از حق بیمه های پرداخت شده بابت هزینه های اداری متعلق به بیمه گر بوده و بقیه به بیمه گذار مسترد و قرارداد بیمه از تاریخ شروع باطل خواهد شد.

۳- حدود مسئولیت و تعهدات بیمه گر، بیمه گذار و بیمه شده و هرگونه استفاده از مزایای بیمه در بیمه نامه معین و مشخص شده است و هرگونه تغییری که در بیمه نامه داده شود و به موجب اوراق الحاقی خواهد بود که بنا به تقاضای بیمه گذار و پس از موافقت از طرف بیمه گر صادر می شود و این اوراق الحاقی جزء لاینفک قرارداد بیمه است.

۴- چنانچه مفاد و مطالب مندرج در بیمه نامه و اوراق با شرایط مورد موافقت تطبیق نکند بیمه گذار می تواند ظرف مدت ۳ هفته از تاریخ صدور بیمه نامه و الحاقی، تقاضای تصحیح آن را بنماید و پس از سپری شدن این مدت، مندرجات اسناد مزبور مورد تصدیق و قبول بیمه گذار تلقی خواهد شد.

ماده ۴- پرداخت حق بیمه و اعتبار قرارداد:

این قرارداد جز در مورد اثبات اظهارات خلاف واقع و با رعایت موارد ذیل برای طرفین لازم الاجرا است و به هیچ وجه قابل اعتراض نخواهد بود.

۱- اعتبار قرارداد بیمه و همچنین آثار مترقبه بر آن پس از امضاء بیمه نامه و پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار تحقق می یابد مشروط بر اینکه تا آن تاریخ صحت و سلامتی بیمه شده در بیمه های انفرادی تغییر نکرده باشد.

۲- بیمه گذار متعهد است حق بیمه قرارداد و الحاقیه های منضم به آن را به نحوی که در قرارداد مشخص گردیده است پرداخت نماید و به هر حال شروع و اعتبار قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه در تاریخ شروع قرارداد از طرف بیمه گذار به بیمه گر می باشد و در صورت عدم پرداخت حق بیمه ، بیمه گر می تواند قرارداد را فسخ نماید.

ماده ۵- خطرات متمم:

خطرات و حوادث زیر در صورتیکه با شرایط خصوصی این قرارداد مغایرت نداشته باشد قابل پوشش خواهد بود.

-خطر مسافرت هوایی:

بیمه گر بدون دریافت حق بیمه اضافی و بدون اینکه اطلاع قبلی از سوی بیمه گذار لازم باشد غرامت فوت ناشی از خطرات مسافرت هوایی (هواپیمای مسافربری) بیمه شده را تعهد می کند مشروط بر اینکه بیمه شده به عنوان مسافر عادی و با خطوط حمل و نقل تجاری و مجاز مسافرت کند.

فصل دوم - استثنائات

ماده ۶- خطراتی که تأمین نمی شود:

۱- خودکشی یعنی مرگ بیمه شده به وسیله خود او هرگاه در طول ۲ سال اول پوشش بیمه ای "بیمه عمر" بیمه شده خودکشی نماید سرمایه او قابل پرداخت نیست .

۲- خطرات ناشی از مسابقه سرعت واکتشاف و پروازهای اکروبازی و هر نوع تسریهای مربوط به خطرات فوق مشمول این قرارداد نمی باشد.

۳- کلیه خسارات ناشی از جنگ ، شورش ، اغتشاش و بلوا

۴- کلیه خسارات ناشی از زلزله ، سیل و آتشفشان (در صورت توافق بیمه گرو بیمه گذار و پرداخت حق بیمه متناسب، مورد تأمین قرار می گیرد)

۵- کلیه خسارات ناشی از تشعشع اتمی ، رادیواکتیو و انفجارهای هسته ای (در صورت توافق بیمه گر و بیمه گذار و پرداخت حق بیمه متناسب مورد تأمین قرار می گیرد)

ماده ۷- حقوق استفاده کننده (گان):

۱- بیمه گذار حق دارد در طول مدت قرارداد بیمه ، استفاده کننده (گان) را کتباً با ذکر نام و نام خانوادگی و شماره شناسنامه هریک از آنان به بیمه گر اطلاع دهد.

۲- اثرات قانونی استفاده از سرمایه بیمه عمر از تاریخ فوت بیمه شده شروع می شود ولی اگر بیمه گذار به دلایلی بابت آن از بیمه گر وجهی دریافت کرده باشد تعهدات بیمه گر به نسبت وجه مزبور تقلیل خواهد یافت .

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

تبصره:

در صورتیکه استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه عمداً موجب مرگ بیمه شده شوند از دریافت سرمایه بیمه محروم خواهند شد و اگر یکی از استفاده کنندگان عمداً موجب مرگ بیمه شده شود فقط او محروم از دریافت سهم خود می باشد.

ماده ۸- نشانی قانونی، تغییر محل اقامت، نماینده در ایران:

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

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

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

۴- در صورت عدم رعایت مقررات فوق ، مکاتبات بیمه گر به آخرین نشانی بیمه گذار در ایران که بیمه گر از آن مطلع می باشد معتبر خواهد بود.

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

ماده ۹- مرور زمان:

مدت مرور زمان کلیه دعاوی حقوقی ناشی از این قرارداد ۲ سال است .

ماده ۱۰- نحوه رفع اختلافات:

بیمه گر و بیمه گذار تلاش خواهند نمود هر گونه اختلاف نظر ناشی از اجرای قرارداد را از طریق مذاکرات فی مابین حل و فصل نمایند . در صورت به توافق نرسیدن ، مراتب به هیئت داورى متشکل از یک داور از طرف بیمه گر ، یک داور از طرف بیمه گذار و یک داور مرضی الطرفین ارجاع خواهد شد . رای اکثریت هیئت داورى برای طرفین لازم الاجرا و قطعی خواهد بود .

شرکت بیمه آرمان (سهامی عام)

فرم تعیین ذینفع از سرمایه بیمه عمر / حوادث

بیمه شده محترم

با آرزوی سلامتی برای شما و خانواده ، با توجه به اینکه این فرم جزء لا ینفک بیمه نامه عمر و حوادث گروهی محسوب می شود ، خواهشمند است با دقت و حوصله و بدون قلم خوردگی نسبت به تکمیل آن اقدام فرمائید .

ضمناً این فرم از تاریخی که به بیمه آرمان تحویل داده شود معتبر شناخته خواهد شد .

| | | | |
|---------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| بیمه نامه مشخصات | نام بیمه گذار : | شماره بیمه نامه عمر گروهی : | شماره بیمه نامه حوادث گروهی : |
| | | | |

| | | |
|--------------------|----------------------|------------------|
| بیمه شده مشخصات | نام و نام خانوادگی : | شماره پرسنلی : |
| | نام پدر : | شماره شناسنامه : |
| | تاریخ تولد : | کد ملی : |
| | محل صدور شناسنامه : | |

| مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه (ذینفع) | توجه : چنانچه سهم هر یک از ذینفع ها توسط بیمه شده تعیین نشده باشد و یا مخدوش باشد ، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین آنان تقسیم خواهد شد و در صورت عدم تعیین ذینفع و یا مخدوش بودن آن سرمایه بیمه بر اساس قوانین جاری جمهوری اسلامی ایران در وجه وراث قانونی پرداخت خواهد شد . | | | | |
|---|---|--------------------|---------------------------|------------------|-------------------------|
| | ردیف | نام و نام خانوادگی | شماره و محل صدور شناسنامه | نسبت با بیمه شده | درصد سهم از سرمایه بیمه |
| | | | | | درصد..... |
| | | | | | درصد..... |
| | | | | | درصد..... |
| | | | | | درصد..... |
| | | | | | درصد..... |
| | | | | | درصد..... |
| | | | | | درصد..... |
| | | | | | ۱۰۰ درصد |

تاریخ :

امضاء بیمه شده

تاریخ :

مهر و امضاء بیمه گذار

فرم پیشنهاد و پرسشنامه پزشکی بیمه های عمر (انفرادی و گروهی)

| | | | |
|-----------------|--|-----------------|--|
| نام بیمه گذار : | | شماره قرارداد : | |
| شماره تماس : | | نشانی : | |

| | | | | | | |
|-----------------|--------------------|--|---|---------------------|-----|-----|
| مشخصات بیمه شده | مشخصات بیمه شده : | نام پدر : | شماره شناسنامه : | متولد : روز | ماه | سال |
| | آقای / خانم : | محل تولد : | وضعیت تأهل : مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> | | | |
| | وضعیت نظام وظیفه : | دارای کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> معافیت <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> | وزن : کیلوگرم | قد : سانتیمتر | | |
| | تلفن : | نشانی : | | | | |

آیا به علت ناخوشی های زیر تحت معالجه و یا مشورت با پزشک بوده اید؟ جواب را با علامت (*) درستونهای مربوطه مشخص فرمائید:

| ناخوشی | بلی | خیر | ناخوشی | بلی | خیر | بلی | خیر |
|--------------------------|-----|-----|------------------------|-----|-----|-------------------------|-----|
| بیماری های ریوی | | | زخم طول کشیده | | | بیماری اعصاب و روان | |
| سرفه مزمن | | | چربی خون | | | تشنج / صرع | |
| تنگی نفس به هنگام نواالت | | | دیابت / قند خون | | | مشکلات اسکلتی / حرکتی | |
| آسم | | | بیماری های گوارشی | | | پروستات | |
| خلط چرکی یا خونی | | | دردهای مزمن شکمی | | | بیماری پوستی | |
| بیماری های قلبی | | | تهوع و استفراغ مکرر | | | سرطان / تومور | |
| سکته قلبی | | | کاهش و یا افزایش اشتها | | | بیماری تیروئید | |
| فشار خون | | | بیماری کبد / هپاتیت | | | بیماری گوش و حلق و بینی | |
| درد قفسه سینه | | | بیماری کلیه | | | | |
| بیماری های خونی | | | بیماری عفونی | | | | |
| سابقه تزریق خون | | | حصه | | | | |
| واریس | | | ایدز / تب مالت | | | | |
| خونریزی بدون علت | | | سل | | | | |

آیا سابقه بستری در بیمارستان یا دیگر مراکز درمانی را دارید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

علت و چه مدت و تاریخ بستری

آیا دچار نقص عضو یا ازکارافتادگی شده اید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا به الکل ، دخانیات یا مواد مخدر معتاد هستید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا از داروی خاصی برای مدت زمان طولانی استفاده کرده یا می کنید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

نوع دارو : میزان مصرف و مدت آن :

در بین افراد خانواده کسی به سل ، سرطان ، سکته ، بیماریهای قلبی ، مرض قند ، بیماریهای روحی ، عصبی ، صرع مبتلا بوده یا می باشد ؟

در حال حاضر دارای بیماری خاص می باشید؟ نوع بیماری ، تاریخ بروز و جزئیات آن را شرح دهید:

| | | | |
|--------------------|----------------------------|----------------|------|
| عمر ساده زمانی : | سرمایه بیمه به عدد : | ریال به حروف : | ریال |
| عمر مانده بدهکار : | مبلغ وام بیمه شده به عدد : | ریال به حروف : | ریال |
| مدت بازپرداخت : | ذینفع بیمه نامه : | شعبه : | |

| | | | | | | |
|---------------------------|---|--------------------|-------|------------|-----------|---------|
| سابقه بیمه ای | <p>در صورتی که در حال حاضر بیمه عمر و یا حادثه دارید و یا در جریان صدور می باشد این قسمت را تکمیل نمایید:</p> <p>تاریخ خرید:..... شرکت بیمه مجموع سرمایه بیمه نامه ها : ریال</p> <p>تذکر : چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه شده کلیه بیمه نامه های عمر و حوادث خود نزد هر یک از شرکت های بیمه را اعلام نکرده باشد شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خودداری نماید.</p> | | | | | |
| | <p>چنانچه کسی از بستگان درجه اول شما (پدر ، مادر ، خواهر ، برادر) به بیماری های فوق الذکر مبتلا بوده یا می باشد، جدول ذیل تکمیل گردد:</p> | | | | | |
| سابقه خانوادگی | ردیف | نام و نام خانوادگی | نسبت | نوع بیماری | تاریخ فوت | علت فوت |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| اینجانب | <p>اعلام و تعهد می نمایم به کلیه سوالات در کمال صداقت پاسخ داده ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده ام و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هرگونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید .</p> <p>نظریه و پیشنهاد پزشک معتمد بیمه گر :</p> <p>الف) تأیید پوشش بیمه ای از نظر پزشکی</p> <p>ب) اعمال اضافه نرخ پزشکی به میزان درصد</p> <p>ج) نیاز به انجام معاینات و آزمایش پزشکی به شرح ذیل</p> <p>د) حذف پوشش بیمه ای بیمه شده</p> | | | | | |
| | <p>با توجه به مطالب اظهار شده از سوی بیمه شده و بیمه گذار و نظریه پزشک معتمد شرکت:</p> <p><input type="checkbox"/> (۱) پوشش بیمه عمر بیمه شده بلامانع است.</p> <p><input type="checkbox"/> (۲) کاهش سرمایه تا سقف ریال صورت گیرد.</p> <p><input type="checkbox"/> (۳) پوشش بیمه ای بیمه شده امکان پذیر نمی باشد.</p> <p><input type="checkbox"/> (۴) درصد اضافه نرخ پزشکی اعمال گردد.</p> <p>* سایر نظریات و تغییرات :</p> | | | | | |
| فقریات کارشناسی واحد صدور | <p>نام و امضاء واحد صدور بیمه نامه :</p> <p>تاریخ:</p> | | | | | |

قرارداد بیمه عمر و حوادث گروهی

| | |
|-------------------------|---------------|
| شماره قرارداد : | تاریخ صدور : |
| شماره قرارداد سال قبل : | تاریخ شروع : |
| بیمه گذار : | تاریخ انقضا : |
| تعداد بیمه شدگان : | واحد صدور : |

این قرارداد بین شرکت بیمه آرمان (سهامی عام) که منبهد بیمه گر نامیده می شود از یک طرف و که بعد از این بیمه گذار نامیده می شود از طرف دیگر ، بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ ، مقررات و آیین نامه های شورایعالی بیمه و عرف بیمه در ایران که جز لاینفک قرارداد می باشد با شرایط خصوصی ذیل تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد .

فصل اول - کلیات

تعاریف و اصلاحات مذکور در این قرارداد منحصراً با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند .

ماده ۱ - بیمه گر

شرکت بیمه آرمان (سهامی عام) به نشانی : تهران - خیابان میرداماد - خیابان شمس تبریزی جنوبی - پلاک ۲۴۰ که در این قرارداد در ازای انجام تعهدات بیمه ، مسئولیت جبران خسارت را به عهده دارد .

ماده ۲ - بیمه گذار

..... که شخصیت حقوقی آن برای بیمه گر محرز گردیده و متعهد پرداخت حق بیمه در وجه بیمه گر می باشد .

ماده ۳ - بیمه شدگان

عبارتند از کارکنان شاغل بیمه (رسمی ، قراردادی ، پیمانی) که بطور تمام وقت در استخدام بیمه گذار می باشند تبصره: بیمه شدگان این قرارداد حداکثر تا سن ۷۰ سال تمام تحت پوشش بیمه عمر و تا سن ۷۵ سال تمام تحت پوشش بیمه حادثه می باشند.

ماده ۴ - موضوع بیمه

موضوع این بیمه نامه عبارت است از :
الف (پوشش خطرهای مشمول بیمه عمر زمانی بیمه شدگان (فوت بهر علت) طبق شرایط عمومی بیمه عمر مورد عمل بیمه گر (پیوست) .
ب (پوشش خطرهای مشمول بیمه حوادث بیمه شدگان (فوت ، نقص عضو و از کار افتادگی دائم کلی و یا جزئی ناشی از حادثه) طبق شرایط عمومی بیمه حوادث مورد عمل بیمه گر (پیوست) .

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار

ماده ۵ - حدود وظایف

بیمه گذار متعهد است حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از امضاء و مبادله قرارداد ، CD مشخصات کامل بیمه شدگان را با ذکر شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، تاریخ دقیق تولد، محل صدور، نام پدر را در قالب فرمت اعلام شده از طرف بیمه گر، به صورت رسمی به دبیرخانه بیمه گر ارائه و نسبت به اخذ تأییدیه آن اقدام نماید .

فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار مطابق ماده ۵ ارسال گردیده در ۲ نسخه توسط بیمه گر چاپ و به امضاء طرفین رسیده ، ممهور و مبادله گردد. صرفاً چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت .

۱-۵- کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان در لیست اسامی اولیه موضوع ماده ۵ قرارداد درج نباشد به استناد از قلم افتادگی نمی توانند در گروه بیمه شدگان اولیه قرارداد قرار بگیرند مگر اینکه بیمه گذار دلایل موجهی ارائه و مورد تأیید بیمه گر واقع گردد. در این صورت شروع پوشش بیمه ای این دسته از بیمه شدگان از اولین روز ماه بعد بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گزار خواهد بود.

۲-۵- بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق ماده ۵ قرارداد با اضافه نمودن علت تغییر وضعیت و تاریخ تغییر وضعیت بیمه شده برای بیمه گر تعیین نماید.

۱-۲-۵- افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه نامه منوط به استخدام جدید خواهد بود و اسامی آنان باید حداکثر تا یک ماه بعد از تاریخ استخدام اعلام شود. ملاک تاریخ پوشش بیمه ای اولین روز ماه بعد از تاریخ دریافت اعلام کتبی بیمه ، با رعایت مهلت تعیین شده خواهد بود. در صورتیکه اعلام کتبی بیمه گذار پس از مهلت تعیین شده ارسال گردد تاریخ شروع پوشش بیمه ای از تاریخ ورود در خواست بیمه گذار به دبیرخانه بیمه گر خواهد بود.

۲-۲-۵- تاریخ حذف بیمه شدگان همان تاریخ فوت و یا قطع همکاری با بیمه گذار می باشد که حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز می بایست به بیمه گر اعلام گردد. در صورتیکه درخواست کتبی بیمه گذار پس از مهلت تعیین شده ارسال گردد تاریخ حذف بیمه شدگان از تاریخ ورود در خواست بیمه گذار به دبیرخانه بیمه گر خواهد بود.

ماده ۶ - میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه گر ، حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان به شرح ذیل اعلام میگردد که بیمه گذار موظف است براساس تعداد کل بیمه شدگان طبق توافق در هنگام شروع قرارداد در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

تبصره - به حق بیمه خالص مطابق با قوانین و مقررات ، مالیات بر ارزش افزوده اضافه خواهد شد.

| | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| حق بیمه خالص بیمه عمر گروهی | ریال + مالیات بر ارزش افزوده معادل | ریال ، جمع کل حق بیمه معادل |
| حق بیمه خالص بیمه حوادث گروهی | ریال + مالیات بر ارزش افزوده معادل | ریال ، جمع کل حق بیمه معادل |

نحوه پرداخت حق بیمه :

ماده ۷ - ترتیب پرداخت حق بیمه

بیمه گذار مکلف است حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در ابتدای هر قرارداد در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

۱-۷- در صورت عدم پرداخت حق بیمه در موعد مقرر ، قرارداد بلافاصله با صدور الحاقیه به حالت تعلیق درمی آید و بیمه گر در زمان تعلیق تعهدی نسبت به جبران خسارت ندارد ، بدیهی است به محض پرداخت حق بیمه های معوق ، قرارداد با صدور الحاقیه رفع تعلیق ، مجدداً "به حالت اول برمی گردد.

۲-۷- حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که به وسیله الحاقیه تعیین می گردد میبایست حداکثر تا پایان ماه بعد تسویه شود.

۷-۲-۱- حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش) به صورت (ماه شمار) مورد محاسبه قرار می گیرد.

۷-۲-۲- به بیمه شدگانی که از خدمات بیمه عمر و حوادث استفاده نموده باشند(خسارت دریافت کرده باشند) در هنگام حذف، حق بیمه برگشتی تعلق نخواهد گرفت و بیمه گزار موظف به پرداخت حق بیمه این نفرات تا پایان قرارداد خواهد بود.

ماده ۸: اصل حسن نیت

بیمه گذار مکلف است با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه گر قرار دهد ، اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسشهای بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً " برخلاف واقع اظهار بنماید ، قرارداد باطل و بلااثر خواهد بود . ولو اینکه مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده هیچ گونه تاثیری در وقوع بیماری یا حادثه نداشته باشد . در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گزار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گراستحقاق دریافت مانده حق بیمه را نیز دارد.

فصل سوم - شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۹:

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار ، در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت مندرج در ماده ۱۰ ، سرمایه های موضوع این قرارداد را بشرح زیر در وجه بیمه گزار یا ذینفع قانونی بیمه شده پرداخت نماید :

- ۹/۱) پرداخت غرامت بیمه عمر (خطر فوت) مشمول بیمه جهت هریک از بیمه شدگان در طول سال قرارداد مبلغ ریال
- ۹/۲) پرداخت غرامت فوت در اثر حادثه مشمول بیمه جهت هریک از بیمه شدگان در طول سال قرارداد مبلغ ریال.
- ۹/۳) پرداخت غرامت نقص عضو و از کار افتادگی دائم (کلی) در اثر حادثه مشمول بیمه جهت هریک از بیمه شدگان در طول سال قرارداد حداکثر مبلغ ریال .
- ۹/۴) پرداخت غرامت نقص عضو جزئی و دائم در اثر حادثه مشمول بیمه ضریبی از مبلغ ریال طبق جدول نقص عضو مندرج در شرایط عمومی بیمه نامه های حوادث اشخاص شرکت سهامی بیمه آرمان در طول سال قرارداد .
- تبصره ۱ - در صورت بروز فوت در اثر حادثه سرمایه مورد تعهد بیمه گر مجموع سرمایه بندهای ۱-۹ و ۲-۹ معادل ریال خواهد بود .
- تبصره ۲ - حداکثر تعهد بند ۲/۹ با احتساب تعهدات بندهای ۳/۹ و ۴/۹ مبلغ ریال میباشد .

فصل چهارم - مقررات گوناگون

ماده ۱۰: مدارک پرداخت خسارت

در صورت فوت و یا نقص عضو هریک از بیمه شدگان ، بیمه گذار مکلف است مراتب را ، به محض اطلاع ، حداکثر ظرف مدت ده روز از تاریخ اطلاع ، به بیمه گر اعلام و متعاقباً " مدارک مستند بشرح زیر را ارسال نماید. بدیهی است هرگونه مدارک مورد لزوم جهت تادیه و پرداخت غرامت مورد تعهد حسب مورد کتباً " به اطلاع بیمه گذار خواهد رسید .

الف - در صورت فوت

- ۱- تصویر برابر با اصل خلاصه رونوشت وفات .
- ۲- گواهی پزشکی قانونی مبنی بر تعیین علت فوت؛

- ۳- جواز دفن.
- ۴- تصویر برابر با اصل شناسنامه باطل شده (کلیه صفحات) و کارت ملی متوفی ، بیمه شده اصلی .
- ۵- گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح تهیه شده باشد (در صورت فوت ناشی از حادثه) .
- ۶- رونوشت برابر با اصل گواهینامه رانندگی بیمه شده در صورتی که وی رانندگی وسیله نقلیه را به عهده داشته باشد (در صورت فوت ناشی از حادثه)
- ۷- رونوشت برابر اصل آخرین حکم کارگزینی و فیش حقوقی متوفی.
- ب- در صورت نقص عضو کلی و جزئی
- ۱- گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح تهیه شده باشد ؛
- ۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر پایان معالجات و غیرقابل علاج بودن نقص عضو با تایید پزشک معتمد شرکت بیمه گر ؛
- ۳- گواهی اولین مرجع درمانی ؛
- ۴- رونوشت برابر با اصل شناسنامه؛
- ۵- رونوشت برابر با اصل آخرین فیش حقوقی بیمه شده.
- تبصره ۱) بیمه گزار متعهد است در صورت وقوع هر یک از خطرهای مشمول بیمه عمر زمانی و یا حوادث منجر به فوت ، نقص عضو و از کارافتادگی دائم کامل هریک از بیمه شدگان ، حق بیمه مربوط به سال بیمه ای وی را به طور کامل پرداخت نماید.
- تبصره ۲) چنانچه بیمه گزار از پرداخت حق بیمه موضوع تبصره فوق امتناع نماید ، بیمه گر مجاز است که مبلغ مذکور را از محل سرمایه (غرامت) قابل پرداخت کسر نماید.
- تبصره ۳) عدم انجام تعهدات بیمه گزار (مندرج در قرارداد) موجب رفع مسوولیت بیمه گر در پرداخت سرمایه بیمه خواهد شد.

ماده ۱۱:

هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً "بوسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود نموده است در این حالت نام بیمه شده از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوه ایست که تحت هر عنوان بابت غرامت به بیمه شده پرداخت نموده است .

ماده ۱۲:

حوادث ناشی از رانندگی توسط شخص بیمه شده در صورتی مشمول بیمه حوادث این قرارداد میباشد که بیمه شده دارای گواهینامه معتبر و متناسب با نوع وسیله نقلیه مورد استفاده که در آئین نامه و مقررات اداره راهنمایی و رانندگی کشور پیش بینی شده است باشد .

ماده ۱۳:

- حق بیمه هائیکه بابت قرارداد به بیمه گر پرداخت شده باشد قابل استرداد نیست مگر در موارد ذیل :
- ۱- اشتباه در محاسبه .
- ۲- حق بیمه بیمه شدگانی که سن آنان از حداکثر سن مشمول بیمه بیشتر باشد و بابت نامبردگان " حق بیمه پرداخت شده باشد .

ماده ۱۴:

هرگونه تغییر در شرایط این قرارداد با توافق طرفین و بوسیله صدور الحاقی که جزء لاینفک قرارداد میباشد انجام می گیرد .

ماده ۱۵: استثنائات قرارداد:

- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.
- خودکشی بیمه شده و یا اقدام به آن؛
- چنانچه بیمه شده هنگام رانندگی دچار حادثه گردد و دارای گواهینامه رانندگی مجاز و متناسب آن وسیله نقلیه نباشد. (صرفاً جهت خطرات مشمول بیمه حوادث)؛
- صدمات بدنی که بیمه شده عمداً موجب آن میشود؛
- مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و یا داروهای محرک بدون تجویز پزشک؛
- ارتکاب بیمه شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن؛
- فوت بیمه شده بعلت حادثه عمدی از طرف ذینفع (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن، در این صورت بیمه گر منحصراً متعهد به پرداخت سهم سایر افراد ذینفع در سرمایه بیمه خواهد بود؛
- کلیه خسارتهای ناشی از خطرات و بلایای طبیعی از قبیل سیل، زلزله، آتشفشان و ... مگر با اخذ موافقت قبلی بیمه گر و پرداخت حق بیمه اضافی؛
- عمد بیمه گذار و بیمه شده در تحقق خطر.
- سایر موارد طبق شرایط عمومی بیمه عمر و حوادث مورد عمل بیمه گر

ماده ۱۶:

تأمین خطرات ناشی از جنگ از شمول پوششهای این قرارداد مستثنی بوده و تابع توافق جداگانه ای در مورد نرخ و شرایط آن میباشد.

تبصره - بیمه شدگان این قرارداد تحت پوشش بیمه فوت و نقص عضوهای کلی و جزئی دائم ناشی از عملکرد مهمات جنگی عمل نکرده (در مناطقی که در زمان جنگ تحمیلی بعنوان مناطق جنگی شناخته شده اند) در زمان صلح و با توجه به میزان تعهدات مندرج در این قرارداد میباشد.

ماده ۱۷:

خسارات مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

ماده ۱۸:

به منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت بیمه شدگان، حق تحقیق و بررسی حادثه برای بیمه گر محفوظ میباشد.

ماده ۱۹: حل اختلاف نظر

بیمه گر و بیمه گزار کوشش خواهند نمود هرگونه اختلاف نظر ناشی از اجرای این قرارداد را از طریق مذاکرات فیما بین حل و فصل نمایند. در صورت به توافق نرسیدن، مراتب به هیئت داوری متشکل از یک داور از طرف بیمه گر، یک داور از طرف بیمه گزار و یک داور مرضی الطرفین ارجاع خواهد شد. رای اکثریت هیئت داوری برای طرفین لازم الاجرا و قطعی خواهد بود.

ماده ۲۰: فسخ بیمه نامه

هر یک از طرفین قرارداد می توانند در طول مدت اجرای آن و در مواردی که در شرایط عمومی بیمه های عمر و حوادث مورد عمل بیمه گر مشخص شده است ، تقاضای فسخ بیمه نامه را بنمایند که در این صورت طرف متقاضی می بایست یکماه قبل از تاریخ مورد نظر جهت فسخ ، نظر خود را کتباً به طرف مقابل اعلام نماید . بدیهی است در صورت فسخ ، هر یک از طرفین متعهد به انجام تعهدات خود تا تاریخ فسخ خواهند بود .

ماده ۲۱: مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از تاریخ شروع و در تاریخ خاتمه می یابد .

ماده ۲۲:

- در کلیه مواردیکه در این قرارداد ذکرى به میان نیامده است تابع شرایط عمومی بیمه عمر و حوادث اشخاص شرکت بیمه آرمان (سهامی عام) ، عرف بیمه و قوانین جاری مملکت خواهد بود .
- مرور زمان دعاوی ناشی از بیمه دو سال است و ابتدای آن از تاریخ وقوع خطرات منشاء دعوی خواهد بود.

ماده ۲۳:

این قرارداد مشتمل بر ۲۳ ماده و ۸ تبصره و در دو نسخه که در حکم واحد میباشد تنظیم گردیده و در تاریخ امضاء و مبادله شده است .

بیمه گزار

بیمه گر

شرکت بیمه آرمان (سهامی عام)