

خلاصه کتاب جامع آموزش بیمه



فصل دوم: اصول مدیریت ریسک	۲
فصل سوم: فرایند صدور بیمه نامه	۵
فصل چهارم: فرایند پرداخت خسارت	۱۳
فصل پنجم: اخلاق حرفه‌ای و مشتری مداری	۱۷
فصل ششم: آشنایی با قوانین و مقررات بیمه های بازرگانی	۲۳
فصل هفتم: مقررات واسطه های بیمه	۳۲
فصل نهم: بازار یابی بیمه	۲۹
جلد دوم	۳۴
فصل اول: بیمه های عمر و مقررات مربوط	۳۴
فصل دوم: بیمه های درمان و مقررات مربوط	۶۶
فصل سوم: بیمه های حوادث و مقررات مرتبط	۶۸
فصل پنجم: بیمه بدنه و مقررات مربوطه	۷۸
فصل ششم: بیمه های مهندسی و مقررات مربوط	۸۷
فصل هفتم: بیمه های مسئولیت و زیان پولی و مقررات مربوط	۹۹
فصل هشتم: بیمه های باربری و مقررات مربوط	۱۰۷
فصل نهم: بیمه آتش سوزی	۱۲۹

فصل دوم: اصول مدیریت ریسک

ریسک و مدیریت ریسک از مفاهیم تئوریهای مدیریت است.

واژه ریسک در بیمه به معنی یک خطر بیمه شده (مثل آتش سوزی که در آن بیشتر اموال در معرض خطر قرار دارند) و یا مورد بیمه یعنی شخص یا اموال محافظت شده توسط بیمه است.

- ریسک به بیان دیگر وضعیتی است که در آن احتمال خسارت دیدن وجود دارد و احتمال رخداد آن بین [۰ و ۱] است یعنی نه قطعی (۱) و نه غیرممکن (۰).
- در مورد بیمه گر نیز ریسک زمانی وجود دارد که خسارات از آنچه مورد انتظار (امید ریاضی یا میانگین) شرکت بیمه است انحراف داشته باشند. به عبارت دیگر، خسارت رخ داده بیشتر از میانگین خسارت مورد انتظار شرکت باشد.
- هدف مدیریت ریسک، غلبه بر عدم اطمینان ها (جانی و مالی)، بیم و نگرانی ها و رسیدن به اهداف می باشد.
- یکی از بهترین شاخص ها برای نشان دادن ریسک، واریانس است. (فرمول صفحه ۱۳۴)
- عدم اطمینان به حالتی ذهنی درون انسان اشاره می کند که با شک و تردید توصیف می شود و مبنای آن کمبود اطلاعات در مورد اتفاقی است که در آینده ممکن است رخ دهد، اما ریسک خطرات احتمالی دنیای خارج است که ما هیچ کنترلی بر روی آنها نداریم.
- مقدار مورد انتظار یک خسارت = احتمال وقوع خسارت * میزان بالقوه خسارت
- عامل ضرر (خطر) به عنوان علت خسارت تعریف می شود. مثلاً اگر خانه شما در آتش بسوزد، عامل ضرر یا علت خسارت، آتش است.
- مخاطره وضعیتی است که احتمال تحقق خسارتی را ایجاد کرده و یا آن را افزایش می دهد. بنابراین یک حادثه می تواند هم عامل ضرر و هم مخاطره باشد. مثلاً بیماری عامل ضرری است که خسارت اقتصادی

ایجاد می‌کند، اما به طور همزمان ممکن است مخاطره‌ای باشد که احتمال خسارت را برای عامل ضرر دیگری مثل مرگ نا بهنگام افزایش دهد.

- مخاطره‌ها به سه گروه دسته‌بندی می‌شوند:

۱. فیزیکی، که احتمال خسارت را برای عوامل ضرر مختلف افزایش می‌دهند. مثلاً جاده یخ زده‌ای که احتمال تصادف را افزایش می‌دهد.

۲. اخلاقی، افزایش احتمال خسارت در اثر رفتارهای متقلبانه بیمه‌گذار است. یک فرد متقلب ممکن است به امید گرفتن غرامت از شرکت بیمه خسارتی عمدی ایجاد نماید. مثلاً صحنه سازی تصادف برای گرفتن غرامت.

۳. روحی، که به دلیل اطمینان بیمه‌شدگان از داشتن بیمه‌نامه، خسارات را افزایش می‌دهند. مخاطره روحی بی توجهی یا بی تفاوتی بیمه‌گذار نسبت به وقوع خسارت است. مخاطره روحی عمل یا رفتاری است که هم فراوانی و هم شدت خساراتی را زمانی که توسط بیمه پوشش داده شده‌اند، افزایش می‌دهد. مثلاً مراجعه بیش از حد بیمه‌شدگان به پزشک که خسارت شرکت‌های بیمه را افزایش می‌دهد.

- دسته بندی ریسک در چهار گروه عمده به شرح ذیل است:

۱. ریسک‌های مالی و غیرمالی: این ریسک‌ها خسارت مالی ایجاد می‌کنند.

۲. ریسک‌های ایستا و پویا: ریسک‌های پویا از تغییرات و تحولات اقتصادی ناشی می‌شوند مثلاً تغییر در سطوح قیمت‌ها. ریسک‌های ایستا شامل خساراتی می‌شوند که حتی اگر تغییر اقتصادی رخ ندهد، باز روی خواهند داد مثلاً آتش‌سوزی و طوفان.

۳. ریسک‌های خالص و سوداگرانه: ریسک خالص، ریسکی است که در آن فقط دو گزینه خسارت یا عدم خسارت وجود دارد مثلاً شخصی که ماشین خریداری کرده، به محض خرید با این امکان روبرو است که حادثه‌ای روی داده و در اثر آن ماشین او آسیب فیزیکی دیده یا کلاً از بین برود. ریسک سوداگرانه ریسکی است که در آن سه امکان سود بردن، خسارت دیدن و خسارت ندیدن موجود دارد مثلاً قمار بازی، شرط‌بندی روی اسب‌های مسابقه و سرمایه‌گذاری در املاک و مستغلات.

۴. ریسک‌های عام و خاص: ریسکی است که بر عده‌ی زیادی اثر می‌گذارند مثلاً جنگ، طوفان و زمین لرزه. ریسک خاص فقط بر اشخاص معدودی اثر گذاشته و آنها را متحمل خسارت می‌کنند و بر کل جامعه اثر نمی‌گذارند. سرقت اتومبیل، دزدی بانک و آتش‌سوزی و....

- انواع ریسک‌های خالص

۱. ریسک‌های اشخاص: پنج دسته‌اند که شامل ریسک فوت نابهنگام، ریسک از کارافتادگی، ریسک درآمد ناکافی در دوران بازنشستگی، ریسک فقر سلامت (بیماری)، ریسک بیکاری.

۲. ریسک‌های اموال: دو نوع مختلف خسارات مستقیم و خسارات غیر مستقیم یا تبعی مثلاً اگر خانه‌ای در اثر آتش‌سوزی از بین برود، مالک خانه هم بهای ساختمان و هم وسایل داخل آن را از دست داده است که این یک خسارت مستقیم است. در طول این مدت صاحبخانه مجبور است در جای دیگر زندگی کند که باید رهن و اجاره بپردازد که آن تبعی است.

۳. ریسک‌های مسئولیت: در این ریسک، آسیب غیرعمدی به افراد دیگر یا صدمه زدن به اموال دیگران در اثر غفلت یا بی‌توجهی.

- روش‌های مواجهه با ریسک

۱. اجتناب از ریسک.

۲. کنترل خسارت: دو هدف پیشگیری از خسارت و کاهش خسارت را دارد.

۳. نگهداری ریسک: تصمیم با فرد که با توجه به شخصیت خود چه مقدار از هر نوع ریسکی را بپذیرد.

۴. انتقال‌ات غیر بیمه‌ای: انتقال ریسک به طرف دیگر غیر از شرکت بیمه و به سه صورت انتقال ریسک از طریق قراردادهای پوشش قیمتی ریسک و ادغام شرکت‌های تجاری.

۵. بیمه

• مدیریت ریسک وسیع تر از مدیریت بیمه است، زیرا هم مدیریت ریسک های بیمه پذیر و هم ریسک های بیمه ناپذیر را در بر می گیرد، اما مدیریت بیمه محدود به حوزه ریسک های بیمه پذیر می شود. در کل، مدیریت ریسک بر کاهش هزینه های مواجهه با ریسک ها از طریق انتخاب بهترین روش مواجهه شدن.

• اهداف مدیریت ریسک

به دو گروه اهداف قبل از وقوع (استفاده بهینه از منابع، کاهش نگرانی و رعایت الزامات قانونی) و اهداف پس از وقوع خسارت (تداوم فعالیت، ثبات درآمدی، ادامه تولید و مسئولیت های اجتماعی).

• فرآیند مدیریت ریسک

شش گام اصلی به ترتیب عبارتند از:

۱. تعیین اهداف.

۲. شناسایی ریسک.

۳. ارزیابی ریسک ها.

۴. مطالعه روش های مختلف و انتخاب بهترین روش برخورد با ریسک مورد نظر.

۵. اجرای تصمیمات.

۶. ارزیابی و مرور.

• ریسک ها از نظر شدت و فراوانی خسارات به سه گروه کلی ریسک های بحرانی، ریسک های مهم و غیر مهم دسته بندی می شوند.

• روش مدیریت ریسک به دو گروه کنترل ریسک (اجتناب از ریسک، کنترل خسارت) و تامین مالی ریسک (نگهداری ریسک، انتقالات غیربیمه ای و بیمه) می باشد.

فراوانی کم	فراوانی زیاد	
بیمه	اجتناب	شدت زیاد
نگهداری	کنترل، نگهداری	شدت کم

جایگزین هایی برای بیمه ها

ابزارهای خود بیمه گری، بیمه گران کپتیو، گروه های نگهداری ریسک و بیمه مشترک ریسک جایگزین هایی برای بیمه تجاری هستند.

شرکت های بیمه ای کپتیو، حالت خاصی از نگهداری ریسک، و در برخی موارد، انتقال ریسک را ارائه می دهند.

فصل سوم: فرایند صدور بیمه نامه

بخش اول: رویه صدور بیمه نامه

(۱) اعتبار نرخ بیمه پیشنهادی

خلاصه ای از قواعد و رویه هایی که در جریان پیشنهاد نرخ بیمه کاربرد دارد، عبارتند از:

۱-۱ پیشنهاد نرخ معمولاً برای مدتی معین (مثلاً ۱ هفته) معتبر می باشد در صورتیکه بیمه گذار شرایط و نرخ را در مدت تعیین شده قبول نکند نرخ ارائه شده اعتبار خود را از دست خواهد داد، اگر بیمه گر مدت زمان معینی را تعیین نکند، پیشنهاد برای مدت متعارفی معتبر است.

۲-۱ پوشش بیمه ای وجود ندارد، مگر آنکه پیشنهاد خلاف آنرا تصریح کند.

۳-۱ اگر بیمه‌گذار در مدت مقرر شده پیشنهاد را بپذیرد، بیمه‌گر از نظر قانونی موظف است نسبت به نرخ پیشنهادی متعهد بماند، مگر آنکه شرایط مورد بیمه تغییر کرده باشد و یا بیمه‌گذار از گفتن حقایق خودداری کرده باشد.

۲) فرم پیشنهاد بیمه

هرگاه فرم پیشنهاد بیمه تکمیل شده باشد، این فرم می‌تواند به منزله مبنایی برای قرارداد بیمه تلقی شود.

به طور سنتی ((فرم های پیشنهاد بیمه)) معمول ترین سازو کاری است که به وسیله آن بیمه‌گران اطلاعات لازم را برای ارائه نرخ های پیشنهادی خود دریافت می‌کنند. لازم بذکر است فرم های پیشنهاد برای بسیاری از ریسک های بزرگ و پیچیده بازرگانی مناسب نیستند.

مهم : پس از تکمیل پرسشنامه ارائه شده در فرم پیشنهاد، از پیشنهاد دهنده درخواست می‌شود که صحت اظهارات خود را در انتهای فرم تأیید و امضا نماید. سپس یک هشدار همراه (ماده ۱۲ قانون بیمه) این تأیید در خصوص ضرورت افشای کلیه حقایق و پیامدهای افشا نکردن این حقایق درج می‌گردد.

بسیاری از سوالات فرم های مربوط به رشته های گوناگون (مانند نام و نشانی پیشنهاد دهنده، شغل و مدت مورد نیاز جهت پوشش) مشترک است. پرسش های دیگر مختص ((ریسک های خاص)) است و بیمه‌گر به یاری آنها می‌تواند تصمیم بگیرد که آیا ریسک را بپذیرد و یا نپذیرد.

ماده-۱۲ هرگاه بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات کاذب بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذب طوری باشد که موضوع خطر را تغییر 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 اینصورت 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.

تکمیل فرم پیشنهاد بیمه در مرحله ای که بیمه‌گر نرخ ارائه می‌دهد، الزامی نیست، ولی اگر نرخ بدون پرسشنامه داده شود، اعمال آن می‌تواند مشروط به تکمیل فرم پیشنهاد گردد. از راه کارهای مناسب دیگر جهت بررسی و ارزیابی ریسک بازدید از محل، استفاده از پرسشنامه تکمیلی و یا ملاقات با مشتری می‌باشد.

۳) بیمه‌نامه

بیمه‌نامه به منظور آگاه بودن بیمه‌گذار و بیمه‌گر از شرایط مورد توافق به همراه جزئیاتی از قبیل خطرهای عملیاتی، دور پوشش، استثنائات، شرایط و حق بیمه صادر می‌شود. در بعضی موارد ضرورت دارد، مدارک دیگری مانند بیمه‌نامه موقت و یا گواهی بیمه صادر شود بدین منظور جهت صدور به موقع چنین مدارکی (مجموعه قوانین اطمینان از قرارداد) به منزله توافق کامل و نهایی در خصوص کلیه شرایط بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر از زمان انعقاد قرارداد، از طریق مستند سازی قرارداد که بلافاصله پس از توافق ارائه خواهد شد ایجاد می‌شود.

۴) محاسبه حق بیمه

این یک اصل بنیادی است که بیمه‌گر حق بیمه را متناسب با شرایط ریسکی که پیشنهاد دهنده مطرح کرده است و با استفاده از تحلیل های آماری برای بدست آوردن توزیع ریسک محاسبه می‌کند. معمولاً حق بیمه از طریق اعمال نرخ حق بیمه در حق بیمه مبنا (سرمایه مبنا) به دست می‌آید. بنابراین، حق بیمه معمولاً از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$\text{حق بیمه} = \text{نرخ} \times \text{مبلغ یا سرمایه بیان شده}$$

در مواردی ممکن است این روش مناسب نباشد. در این موارد، حق بیمه قابل تعدیل و حق بیمه ثابت ملاک عمل قرار می‌گیرد.

حق بیمه قابل تعدیل:

در برخی موارد، شاخص (در معرض خطر بودن) در ابتدای دوره بیمه مشخص نیست و تنها کاری را که می توان به انجام رسانید، محاسبه تخمینی سرمایه در معرض خطر می باشد. بیمه گر در ابتدای صدور بیمه نامه مبلغی را به عنوان حق بیمه اولیه یا سپرده حق بیمه از بیمه گذار دریافت نموده و در پایان بیمه نامه پس از محاسبه دقیق سرمایه بیمه شده مبلغی به حق بیمه اضافه می شود. این نکته حائز اهمیت است که سپرده حق بیمه (حداقل حق بیمه) است و استرداد حق بیمه ای وجود ندارد.

حق بیمه پایه به عنوان شاخص ((درمعرض خطر بودن)) تلقی می شود. در بیمه های اموال، حق بیمه پایه، به طور معمول ارزش بیمه شده (هزینه جایگزینی) و یا سقف هر نوع پرداخت خسارت می باشد.

سوال: حق بیمه ای که بیمه گذار برای مدت زمان طی شده می پردازد، چه نام دارد؟

الف) حق بیمه صادره

ب) حق بیمه عاید شده

ج) حق بیمه معوقه

د) حق بیمه منصفانه

مهم: کدام یک از گزینه های زیر بیمه گران را قادر می سازد میزان حق بیمه بسیاری از ریسک های بیمه ای را به نحو دقیق ارزیابی کنند؟

الف) قانون اعداد بزرگ

ب) حد اعلای حسن نیت

ج) اصل جبران خسارت

جواب: الف

مهم: فردی را در نظر بگیرید که پرسشنامه ای را برای فایق لاستیکی نوی خود پر کرده است. فکر می کنید در چه مرحله ای، قرارداد بیمه منعقد می شود؟

الف) هنگامیکه بیمه گر پرسشنامه را دریافت نماید.

ب) هنگامیکه حق بیمه پرداخت شده یا توافقی جهت پرداخت آن بعمل آید.

ج) هنگامیکه بیمه نامه صادر شده باشد.

جواب: ب

مالیات حق بیمه در پایان به حق بیمه خالص اضافه می شود (معادل ۸٪ مبلغ حق بیمه برای تمامی انواع بیمه نامه ها در سال ۱۳۹۳).

در بعضی موارد، روال این است که یک حق بیمه ثابت به جای حاصل ضرب نرخ بیمه در حق بیمه پایه دریافت می شود؛ مانند حق بیمه مسئولیت وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل اشخاص ثالث

۱- ۴ نرخ درصدی

نرخ درصدی قیمت (برحسب ریال) برای هر ۱۰۰ یا ۱۰۰۰ ریال بیمه است؛ به طور مثال یک نرخ ۱/۵ درصدی یعنی بیمه گر به ازای هر ۱۰۰ ریال سرمایه بیمه شده، ۱/۵ ریال مطالبه می کند.

۲- ۴ سرمایه بیمه شده

در بعضی از رشته های بیمه ای، موضوع بیمه دارایی ثابتی نیست و از این رو شاخص دیگری چون از درمعرض خطر بودن باید برای اندازه گیری نرخ استفاده نمود. برای مثال در بیمه مسئولیت کارفرما، میزان دستمزد کارکنان بیمه گذار می تواند ملاک قرار گیرد.

یک گواهی موقت بیمه‌ای است که توسط بیمه‌گر تهیه شده و الزام‌بایستی زمان و تاریخ شروع پوشش بیمه در آن ثبت شود.

در بیمه‌نامه موقت معمولاً مشخصاتی به شرح ذیل بایستی ثبت شود:

تاریخ شروع و تاریخ انقضا، شرایط خاص حاکم بر بیمه‌نامه، اطلاعات مربوط به موضوع ریسک و اظهارنامه‌ای مبنی بر اینکه بیمه‌نامه شرایط نرمال را دارد.

سوال : دلیل معمول صدور بیمه نامه موقت چیست ؟

الف) صدور آن یک الزام قانونی است.

ب) پوشش فوری مورد درخواست است.

ج) پیشنهاد دهنده توانایی مالی کافی جهت پرداخت حق بیمه را ندارد .

جواب : ب

بخش دوم: رویه های تجدید و فسخ قرارداد

۱- اهمیت رویه های مربوط به تجدید قرارداد

بیمه‌گران معمولاً برای جلب مشتری هزینه‌های گزاف پنهانی از قبیل تبلیغات، کارمزدها و هزینه‌های اداری را تحمل می‌کنند. بدین منظور بیمه‌گران معمولاً تمایل بیشتری جهت تمدید قرارداد (بیمه‌نامه) دارند. اگر بیمه‌گر آمادگی ادامه دادن بیمه را داشته باشد، در موعد مناسبی قبل از تاریخ تجدید قرارداد، یک آگهی تمدید قرارداد برای بیمه‌گذار می‌فرستد. بیمه‌گذار نیز باید با توجه به تغییرات ایجاد شده در مورد بیمه و اطلاع آن به بیمه‌گر برای تمدید بیمه‌نامه تصمیم‌گیری کند، بهمین منظور بایستی حق بیمه سالیانه را طبق شرایط خصوصی تعیین شده در قرارداد پرداخت نموده و برگه تأییدیه تمدید یا یک گواهی بیمه جدید را دریافت کند.

معمولاً بیمه‌گران به منظور تمدید بیمه‌نامه ۱۵ تا ۳۰ روز را بعنوان دوره ارفاقی پس از تاریخ تمدید تعیین می‌کنند که طی این مدت حق بیمه می‌تواند پرداخت شود. پس از پرداخت حق بیمه، پوشش بیمه از تاریخ تمدید اولیه و نه زمان پرداخت حق بیمه اعتبار می‌یابد.

مهم: از آنجا که بیمه خودرو اجباری است، هیچ (دوره ارفاقی) در هنگام تمدید قرارداد وجود ندارد و حق بیمه بایستی تا روز تمدید پرداخت شود، وگرنه پوشش بیمه پایان می‌پذیرد.

سوال : فردی فراموش کرده چک تمدید قرارداد بیمه محتویات منزل مسکونی خود را که الحاقیه‌ای نیز برای دوچرخه اش دارد، پست کند. هفت روز پس از زمان تمدید، دوچرخه اش دزدیده می‌شود. اتومبیل شخص دیگری نیز که به دلیل فراموشی نمی‌تواند چک تمدید بیمه نقلیه موتوری خود را پست کند، هفت روز پس از تمدید بیمه نامه به سرقت می‌رود. فکر می‌کنید کدام یک از موارد زیر ملاک عمل قرار می‌گیرد ؟

الف) خسارت فرد اول تحت پوشش قرار می‌گیرد، ولی خسارت فرد دوم جبران نمی‌شود .

ب) هر دو خسارت پوشش داده می‌شوند .

ج) ادعای خسارت هر دو نفر رد می‌شود .

جواب : الف

۲- نحوه عملکرد ماده های مربوط به فسخ قرارداد

طبق ماده ۱۶ قانون بیمه در موارد زیر هر یک از طرفین بیمه‌نامه می‌تواند با اخطار کتبی بیمه‌نامه را فسخ نماید:

۱-۲ موارد فسخ از سوی بیمه‌گر:

- عدم پرداخت حق بیمه در سررسیدهای مندرج در اعلامیه های بدهکار صادره

- تشدید خطر و عدم موافقت بیمه‌گذار به پرداخت حق بیمه اضافی مربوطه.

۲-۲ موارد فسخ از سوی بیمه‌گذار:

- متوقف شدن فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل
 - عدم تمایل بیمه‌گذار به ادامه پوشش
- طبق ماده ۱۷ قانون بیمه در صورت فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه باید حق بیمه به صورت روزشمار محاسبه شود و در صورتیکه فسخ بیمه‌نامه از طرف بیمه‌گذار صورت گیرد حق بیمه به صورت تعرفه کوتاه مدت محاسبه خواهد شد.

سوال : کدام یک از موارد زیر احتمالا سبب می شود تا یک بیمه گر بیمه نامه را در میانه دوره فسخ نماید ؟

الف (تجربه خسارتی زیاد

ب) کشف سابقه جنایی بیمه گذار

ج) تغییر در نوع کسب و کار متعهد شده .

جواب : ب

بخش سوم: ملاحظات مربوط به بیمه‌نامه (پذیرش ریسک)

۱- اصول کلیدی صدور بیمه‌نامه

بیمه‌گر با توجه به تجارب پیشین مخاطره ریسک مورد نظر را مورد ارزیابی قرار داده و عواملی به شرح ذیل در پذیرش و یا رد ریسک از سوی بیمه‌گر تاثیر می گذارد.

۱-۱ عوامل اصلی صدور بیمه‌نامه، موثر بر تجربه خسارت هر حرفه خاص.

۲-۱ ادعای خسارت (میانگین) به ازای هر عضو گروه

۳-۱ ویژگی های پیشنهاد دهنده ریسک در مقایسه با یک عضو (متعارف)

۲- بیمه شخصی و بیمه بازرگانی

بیمه شخصی، بیمه‌ای است که برای شخص حقیقی در خارج از حرفه، تجارت یا شغلشان ارائه می‌شود.

بیمه بازرگانی، بیمه‌ای برای کسب و کار می‌باشد، گستره‌ای از مغازه‌های کوچک و کارخانه‌ها تا شرکت‌های چند ملیتی که در بسیاری از کشورها فعالیت می‌کنند را در بر می‌گیرد.

ملاحظات خاص بیمه‌گری موثر بر بیمه‌نامه‌های شخصی

۱- بیمه شخصی - ساختمان

مهم ترین ملاحظات در مورد ساختمان‌ها عبارتند از:

۱-۱ ساخت

برای بیمه‌گران ماده ساخت ساختمان اهمیت دارد. اگر ساختمان از آجر، سنگ یا بتون ساخته نشده یا بام آن از لوح سنگی، سفالی، فلزی و یا بتونی نباشد، ریسک بیشتری دارد.

۲-۱ منطقه و محله

حق بیمه اضافه‌ای برای مناطقی که سابقه تاریخی خطرهای عمده مانند زلزله، توفان، سیل و یا سرقت دارند.

۳-۱ شغل در طی روز

به طور قطع شغل تاثیر مستقیم بر پذیرش ریسک ساختمان دارد بطوریکه شغلی که با مواد شیمیایی در ارتباط است ریسک پر خطر تری محسوب می‌شود.

۴-۱ ایمنی

معمولا یک حداقل سطح ایمنی برای بیشتر ریسک‌ها از قبیل نوع قفل، دوربین‌های CCTV و یا ابزار اطفاء حریق ضرورت دارد.

۵-۱ نوع و سطح پوشش

بیمه‌گران در صورتیکه قصد پوشش محتویات و تجهیزات و تاسیسات ساختمان را داشته باشند بایستی به نوع و میزان سرمایه آنها اهمیت داده و در تصمیم‌گیری در مورد پذیرش و یا رد ریسک تاثیر گذار است.

عوامل اصلی نرخ گذاری برای بیمه های آتش سوزی و خطرهای خاص عبارتند از:

- کاربری
- نوع کالای انبار شده
- ساختار بنا و جنس مواد
- ویژگی ایمنی
- تعداد طبقات و سطح زیر بنا
- روش روشنایی و گرمایش

۲- بیمه شخصی - سلامت

در پذیرش ریسک سلامت عواملی چون سن، جنسیت و شغل تاثیر مستقیم دارد. معمولا خطر بیماری با افزایش سن افزایش می یابد. پس سن به همراه جنسیت، یک عامل نرخ گذاری است؛ چون عموما ریسک های بیمه سلامت برای زنان بیشتر از مردان است. همچنین حرفه های مختلف، سطوح مختلف ریسک بیماری یا حادثه دارند.

دیگر عوامل نرخ گذاری برای بیمه سلامتی عبارتند از: سبک زندگی، شرایط جسمی، سابقه بیماری و شرایط خانوادگی.

سوال : مهمترین عامل در محاسبه حق بیمه در بیمه های زندگی عبارت است از :

- الف (سن بیمه شده
- ب (وضعیت سلامتی بیمه شده
- ج (سرمایه های فوت و حیات
- د (همه موارد

۳- بیمه شخصی - سفر

در بیمه سفر، همه عوامل زیر نیاز به توجه ویژه دارند:

- مقصد سفر
- هدف و مدت سفر
- بیمه‌نامه های گروهی
- وجود شرایط پیشین (سابقه بیماری)

۴- بیمه شخصی و تجاری - وسایل نقلیه موتوری زمینی

بعضی از عوامل کلیدی تاثیر گذار در نرخ و یا پذیرش و یا رد ریسک از سوی بیمه‌گر عبارتند از:

- سن راننده
- نوع استفاده (وسایل شخصی و یا نقلیه عمومی)
- محل نگهداری سابقه رانندگی
- پوشش های مورد نیاز
- نوع و مدل خودرو
- منطقه جغرافیایی
- تغییرات خودرو

۵- بیمه تجاری مسئولیت

ملاحظات بیمه‌گری بیمه مسئولیت براساس نوع پوشش مورد نیاز متفاوت است. انواع بیمه های مسئولیت و نکات مورد نظر بیمه‌گران عبارتند از:

- مسئولیت کارفرما: ملاحظه اصلی در نرخ گذاری، خطر خاص هر شغل است، بیمه‌گر فقط نگران احتمال جراحت کارکنان نیست، بلکه نگرانی برای دچار شدن آنان به بیماری و امراض دیگر نیز وجود دارد.

مسئولیت عمومی: مهمترین ملاحظه بیمه‌گر به فعالیتهای تجاری بیمه‌گذار و میزان ارتباط آن با مردم و اشخاص ثالث می‌باشد.

- مسئولیت کالا: ملاحظه اصلی، تجارت و ویژگی کالا و فعالیت پیشنهاد دهنده می‌باشد.

سوال: کدامیک از عوامل زیر در تعیین نرخ حق بیمه آتش سوزی موثر است:

الف) نزدیک بودن به پمپ بنزین

ب) نوع سقف ساختمان

ج) مصالح به کار رفته در ساختمان

د) هر سه مورد

بخش چهارم: تعیین قیمت

۱- اطلاعات مورد نیاز برای اجرای سیاست پذیرش ریسک

به منظور اجرای راهبرد قیمت، بیمه‌گر باید اطلاعات ادعاهای خسارت را تحلیل نماید و اطلاعات بیشتری برای اطمینان از اینکه می‌تواند روند خسارتهای آینده را پیش بینی کرد، بدست آورد. سپس وی باید حق بیمه‌ای که برای پوشش هزینه خسارت‌های مورد انتظار آینده نیاز است را محاسبه کند. به همین دلیل مسائلی چون فراوانی و شدت خسارت‌ها، پیش بینی سطوح زیان، ضریب خسارت از اهمیت بالایی برخوردار است.

۱-۱ اهمیت فراوانی و شدت خسارت (تواتر ریسک)

معمولاً ریسک بر اساس دو مقیاس فراوانی و شدت اندازه گیری می‌شود:

- فراوانی: چند بار تکرار خواهد شد؟

- شدت: هنگام وقوع، چه اندازه سنگین خواهد بود؟

۱-۲ اهمیت ضریب خسارت

۱-۳ ضریب خسارت، نسبت ادعاهای خسارت به حق بیمه است و با تقسیم مقدار خسارت پرداختی به مقدار حق بیمه دریافتی محاسبه می‌شود:

$$\text{ضریب خسارت} = \frac{\text{خسارت پرداختی}}{\text{حق بیمه}} \times 100$$

سوال: بر اساس سطح ریسک، یک بیمه‌گر چگونه دزدی تلفن‌های همراه را توصیف می‌کند؟

الف) فراوانی کم، شدت کم

ب) فراوانی زیاد، شدت زیاد

ج) فراوانی کم، شدت زیاد

د) فراوانی کم، شدت کم.

جواب: د

سوال: تعریف ضریب خسارت کدام یک از موارد زیر است؟

الف) نسبت درآمد حق بیمه به خسارت معوق

ب) نسبت حق بیمه صادره به خسارت پرداختی و معوق

ج) نسبت خسارت معوق به خسارت پرداختی

د) نسبت خسارت‌هایی واقع شده به حق بیمه عاید شده در یک دوره مالی

سوال: به طور کلی، فکر می‌کنید یک بیمه‌گر از کدام یک از چهار روش یاد شده با احتمال کمتری جهت فرآیند تصمیم‌گیری استفاده می‌نماید؟

الف) سال بیمه‌نامه

ب) سال صدور

ج) سال تقویمی

د) سال مالی

جواب : د

بخش پنجم: عوامل موثر بر قیمت

۱- عواملی که باید ارزیابی حق بیمه خاص در نظر گرفته شوند

اولین گام در قیمت گذاری این است که بیمه‌گر با توجه به آماری که در اختیار دارد، حق بیمه ریسک را محاسبه کند. عوامل کلیدی برای فهم محاسبه حق بیمه ریسک و برخی موارد مرتبط با آن عبارتند از:

- فراوانی
- شدت
- خسارتهای بزرگ: یک بیمه‌گر باید تعداد خسارتهای بزرگ مورد انتظار و نیز میزان خسارت آنها را در نظر بگیرد.
- هزینه بیمه اتکایی: بیمه‌گر برای حفظ شرکت از چند خسارت همزمان یا یک خسارت فاجعه آمیز پوشش بیمه اتکایی خریدار می‌کند.
- خسارت های واقع شده ولی گزارش نشده
- خسارت های فاجعه آمیز: از خسارتهای بزرگی که نتیجه انباشت تعداد زیادی خسارت ناشی از یک علت اند، متفاوت است.
- خسارتهای پنهان: به آنها خسارتهای دنباله‌دار نیز می‌گویند. از ویژگی آنها به فاصله بسیار زیاد بین علت حادثه و خسارت اشاره می‌شود.

۲- تاثیر هزینه‌ها بر نرخ حق بیمه

معمولا هزینه‌های تاثیر گذار بر حق بیمه به دو قسم هزینه ثابت متغیر طبقه بندی می‌شوند. از مهمترین هزینه‌های متغیر می‌توان به کارمزد پرداختی به نمایندگان و کارگزاران اشاره کرد. کارمزد، پولی است (معمولا درصدی) که به نماینده، واسطه یا کارگزاری که مشتری را به بیمه‌گر معرفی می‌کند، پرداخت می‌شود.

سوال : در عرف نمایندگی ، کارمزد به چه معناست ؟

- الف) درصدی از کل حق بیمه هایی که بابت فروش انواع بیمه به بیمه‌گر پرداخت می‌شود .
- ب) درصد یا قسمتی از حق بیمه که بابت فروش بیمه به واسطه های بیمه پرداخت می‌شود .
- ج) درصدی که هنگام محاسبه حق بیمه ، مورد استفاده شرکت های بیمه ای قرار می‌گیرد .
- د) هیچ کدام

فصل چهارم: فرآیند پرداخت خسارت

بخش اول: شرایط ادعای خسارت، وظایف و اصول

۱) شرایط قانونی ادعای خسارت

برای اینکه ادعای خسارت معتبر باشد، بیمه‌گذار باید ثابت کند:

- ۱- خطر تحت پوشش به وقوع پیوسته باشد.
- ۲- باید شواهد و مدارکی در زمینه تعداد خسارت مالی ارائه شود. از جمله می‌تواند رسید خرید، هزینه تعمیر و موارد مشابه باشد.

۲) مسئولیت های بیمه‌گر در فرآیند پرداخت خسارت:

- بیمه‌نامه در زمان وقوع خسارت معتبر بوده و منقضی نشده باشد.

- خطر تحت پوشش بیمه‌نامه بوده است.

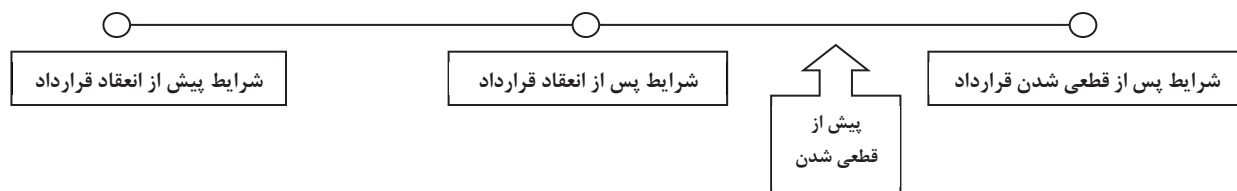
- موضوع خسارت دیده همان باشد که در بیمه‌نامه قید شده است.
 - شرایط و تعهدات بیمه‌نامه برقرار است.
 - بیمه‌گذار اقدامات قابل قبولی برای کاهش خسارت به عمل آورده است.
 - اصل حد اعلای حسن نیت رعایت شده است.
 - خسارات مشمول استثنائات بیمه‌نامه قابل پرداخت نیست.
 - ارزش واقعی خسارات قابل قبول است.
- اگر شرایط بالا برقرار نباشد، و یا بیمه‌گر بتواند تقلب را ثابت کند ادعای خسارت معتبر نیست.

۳) اعمال شرایط بیمه‌نامه در خصوص ادعاهای خسارت

شرایط حاکم بر بیمه‌نامه‌ها به دو قسم شرایط صریح و شرایط ضمنی تقسیم می‌شود. شرط صریح در بیمه‌نامه قید می‌شود اما شرایط ضمنی شرایطی است که براساس قانون بر بیمه‌نامه حاکم است اما در متن آن درج نمی‌شود.

برای مثال، این شرط که وجود بیمه نباید باعث بی احتیاطی بیمه‌گذار شود، از جمله شرایط ضمنی است.

شرایط حاکم بر بیمه‌نامه در سه حالت بر بیمه‌نامه تاثیر می‌گذارد:



مهم: اگر شرطی که مربوط به پیش از قطعی شدن تعهد بیمه‌گر است رعایت نشود، بیمه‌گر می‌تواند جبران خسارتی مشخص را برعهده نگیرد اما بدان معنا نخواهد بود که بیمه‌گر کل قرارداد را باطل شده تلقی کند.

بر اساس کتاب مرجع راهنمای تجارت بیمه، بیمه‌گر به جز در موارد تقلب، نباید به بهانه عدم رعایت یکی از شرایط قرارداد از پرداخت خسارت خودداری کند.

برای دریافت خسارت، بیمه‌گذار باید وظایف مشخصی را پس از بروز خسارت انجام دهد. وظایف ضمنی وظایفی است که باید براساس حقوق عرفی انجام شود. برای مثال: بیمه‌گذار باید همه کوشش خود را برای کاهش خسارت به کار بگیرد.

وظایف صریح به وظایفی گفته می‌شود که در قرارداد درج شده است مانند الزامات اطلاع رسانی (اطلاع دادن بروز خسارت به بیمه‌گر در مهلت مقرر).

سوال: در کدام یک از گزینه‌های زیر بیمه‌گر مبلغی از کل خسارت پرداختی را کسر خواهد کرد؟

الف) در بیمه‌نامه حوادث شخصی تعهد بیمه‌گر در تبادل نقص عضو ده میلیون تومان است. بازوی بیمه‌گذار در اثر حادثه ای قطع می‌شود و ادعای خسارت می‌کند.

ب) حد اکثر پوشش مسئولیت عمومی بیمه‌نامه یک شرکت ۲ میلیون تومان است. زیان دیده ای موفق می‌شود از بیمه‌گذار ۳ میلیون تومان بابت خسارتهای وارده دریافت نماید.

ج) بیمه‌نامه وسائط نقلیه موتوری شامل کاستنی (فرانشیز) به مبلغ یک میلیون تومان است و بیمه‌گذار بابت خسارتی که شخص ثالث ناشناس به خودرو پارک شده وارد کرده است، ادعای خسارت می‌کند.

جواب: گزینه الف، خیر و گزینه ب و ج، بله

۴) اسناد و مدارک لازم برای دریافت خسارت

براساس الزامات حقوقی ادعای معتبر خسارت، اثبات وقوع خسارت و میزان آن برعهده بیمه‌گذار است. اصلی ترین سندی که برای دریافت خسارت استفاده می‌شود فرم خسارت است که ۵ کاربرد دارد:

۱- آیا بیمه‌گذار مستحق جبران خسارت است یا خیر (بررسی شرایط بیمه‌نامه و اعتبار بیمه‌نامه).

۲- گرفتن اطلاعات کافی به منظور آغاز فرآیند پرداخت خسارت.

۳- ارزیابی شدت حادثه و برآورد میزان خسارت پرداختی.

۴- بررسی اولیه مبنی بر وجود ادعای اشخاص ثالث برای دریافت خسارت.

۵- تصمیم‌گیری در مورد وجود اشخاص ثالث مقصر و جبران خسارت از طریق آنها.

سوال : در کدام یک از گزینه‌های زیر ، بیمه‌گذار حتی اگر ادعای خسارت نداشته باشد باید فرم خسارت را تکمیل نماید ؟

الف (بیمه وسائط نقلیه موتوری زمینی

ب (آتش سوزی

ج (سرقت

د (حمل و نقل دریایی

جواب : الف

در بیمه وسائط نقلیه موتوری زمینی بیمه‌گذار حتی اگر ادعای خسارت نداشته باشد باید فرم خسارت شامل اطلاعاتی چون مشخصات بیمه‌گذار ، ساعت و تاریخ حادثه ، نوع خودرو ، مشخصات راننده و جزئیات حادثه را تکمیل نماید.

در بسیاری از موارد وقوع خسارت بدلیل بروز فقط یک واقعه نیست و زنجیره‌ای از علت‌ها در این زمینه دخالت دارند. در چنین مواردی، شرکت بیمه در این زنجیره بدنبال یافتن این مورد قرار می‌گیرد که علت بلافصل حادثه را شناسایی می‌کند.

علت نزدیک (علت بلافصل): علت فعال و موثری که بدون دخالت هیچ نیروی وارد شده فعال دیگری از یک منبع جدید و مستقل آغازگر زنجیره‌ای از وقایع است و موجب پیامدهایی می‌گردد. علت نزدیک، علت غالب بروز خسارت است و باید ارتباطی مستقیم میان آن و خسارت وجود داشته باشد.

با شناسایی علت بلافصل حادثه، شرکت بیمه پوشش خطر در بیمه‌نامه را بررسی می‌کند. خطرهای سه دسته تقسیم می‌شوند:

- خطرهای بیمه شده: به طور مشخص به عنوان موارد تحت پوشش در بیمه‌نامه ذکر می‌شوند.

- خطرهای مستثنی شده: به طور مشخص به عنوان مواردی که تحت پوشش قرار ندارند، در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

- خطرهای بیمه نشده: خطرهایی اند که هیچ‌کدام از آنها به میان نیامده است.

مهم: اگر خطر مستثنی شده علت بلافصل حادثه باشد بیمه‌گر مسئولیتی برای پرداخت خسارت نخواهد داشت. اگر خسارت به علت خطر بیمه نشده باشد، بیمه‌گر در صورتی مسئول پرداخت خسارت خواهد بود که علت بلافصل بروز حادثه از گروه خطرهای بیمه شده باشد؛ حتی اگر علت بلافصل بیمه نشده باشد.

سوال : یک انبار پر از چوب آتش می‌گیرد ، آتش به سرعت منتشر می‌شود و به انبار دیگری حاوی منسوجات سرایت می‌کند . با هدف پیشگیری از آتش سوزی در انبار دوم ، آتش نشانان آب پاشی می‌کنند و منسوجات بر اثر آن به شدت آسیب می‌بینند . مالک انبار حاوی منسوجات بیمه‌نامه آتش سوزی دارد . وی با توجه به اینکه منسوجاتش بر اثر آب آسیب دیده اند ادعای خسارت می‌کند . آیا شرکت بیمه غرامتی به وی پرداخت خواهد نمود ؟

جواب : بله

بخش دوم: مدیریت ادعای خسارت و ملاحظات مربوط به آن

اداره خسارت در واقع جلوه گاه یک شرکت بیمه و همچنین واحدی اساسی در تضمین مدیریت صحیح وجوه صندوق های بیمه است به همین دلیل کارا بودن اداره خسارت و داشتن کارکنانی شایسته، با صلاحیت و حرفه ای، امری حیاتی است. یکی از وظایف اصلی کارشناسان اداره خسارت پیشگیری از تقلب و پیامدهای آن می باشد.

از شاخص های معمول در شناسایی تقلب می توان به نکاتی به شرح ذیل اشاره نمود:

- ادعاهای خسارت در فاصله اندکی از زمان پوشش اتفاق می افتد.
- اسناد و مدارکی که ادعا را تأیید کند وجود ندارد.
- بیمه گذار نحوه وقوع حادثه را درست بیان نمی کند.
- بد سابقه بودن در ادعای خسارت.
- ادعای خسارت با نحوه زندگی بیمه شده مطابقت نداشته باشد.

هر اندازه که اداره خسارت کارا باشد و عملکرد خود را برای مشتریان توضیح دهد بازهم مواردی وجود خواهد داشت که مدعی خسارت از نتیجه راضی نباشد. بدین منظور بیمه گران معمولاً بندی به عنوان داوری در شرایط بیمه نامه ایجاد می کنند تا بر اساس آن اختلافات بین شرکت بیمه و بیمه گذار به داوری ارجاع شود. در صورتیکه با داوری مشایل پیش آمده بین بیمه گر و زیان دیده حل و فصل نشود یک میانجی بی طرف تعیین می شود و با هر دو طرف مذاکره می کند اما تصمیمی نمی گیرد در صورتیکه دو طرف به توافق نرسند می توانند از میانجیگری استفاده کنند.

مهم: تفاوت مصالحه و میانجیگری در این است که در میانجیگری دو طرف متعهد به انجام نظر فرد مصالحه گر می شوند.

مشتریان یک شرکت بیمه (شخص اول) در زمینه ادعای خسارت رویه استاندارد مکتوب دارند و دقیقاً می دانند که چه انتظاراتی باید از بیمه گر داشته باشند.

سوال : در کدام یک از پوشش های زیر ، از فرآیند داوری زیاد استفاده می شود ؟

الف (بیمه اشخاص

ب (بیمه عمر

ج) بیمه عمومی

د) بیمه اموال و مسئولیت

حتی نحوه پرداخت خسارت به افرادی که مشتری شرکت نیستند (شخص دوم و یا شخص ثالث هستند) نیز بسیار مهم و بخشی از وظایف مهم اداره خسارت است.

ذخیره گیری: یکی از وظایف مهم رسیدگی کنندگان به امور خسارت ، از اعلام خسارت تا مرحله پرداخت آن ، عبارت است از برآورد دقیق خسارت تا حد امکان و پیش بینی مبلغ خسارتی که در نهایت ممکن است پرداخت شود . این فرآیند در شرکتهای بیمه گر امری ضروری و الزامی بوده و ذخیره گیری نامیده می شود .

سوال : اهمیت ذخیره گیری در چیست ؟

الف (برای کسب اطمینان از اینکه منابع کافی برای پرداخت همه خسارتهای موجود است.

ب) به حداقل رساندن هزینه خسارتهای .

ج) امکان ارزیابی مستمر سودآوری شرکتهای بیمه .

د) ذخیره گیری یک الزام قانونی است .

جواب : الف و ج و د

سوال: معنای خسارت معوق چیست؟

- الف) خسارت ثبت می شود، ولی برای آن پرداختی صورت نمی گیرد.
- ب) خسارت رخ داده اما پرداخت نمی شود.
- ج) خسارت رخ داده اما تأیید و ثبت نمی شود.
- د) بخشی از خسارت پرداخت و بخش دیگر به سال مالی بعدی موکول می شود.

بخش سوم: رویه های رسیدگی به ادعاهای خسارت و خدمات مکمل آن

برخی از ملاحظات مهم برای رسیدگی به ادعاهای خسارت در بیمه های شخصی شامل بیمه نامه وسایل نقلیه موتوری، درمان و لوازم منزل را بیان می کنیم.

- ۱- بیمه وسایل نقلیه موتوری زمینی: بیمه نامه وسایل نقلیه موتوری شرطی دارند که براساس آن بیمه گذار همه تمامی حوادث را فارغ از آنکه ادعای خسارتی وجود داشته باشد یا خیر، بایستی به بیمه گر گزارش کنند.
- ۲- بیمه درمان: اگر خسارت موضوع بیمه روی دهد و بیمه نامه حوادث شخصی یا بیماری همچنان معتبر و شرایط بیمه نامه برقرار باشد بیمه گر مبلغ خسارت را با توجه به شرایط حاکم بر بیمه نامه پرداخت خواهد کرد.
- ۳- بیمه منزل (خانوار): اغلب بیمه گران در شرط های بیمه نامه منزل عنوان می کنند که پرداخت خسارت به صورت جایگزینی نو با کهنه خواهد بود. این بدان معناست که کالاهای آسیب دیده (کالای بادوام) که قابل تعمیر نمی باشند بدون کسر مبلغی به عنوان استهلاک، با کالای نو جایگزین می شود.
- خسارتهای مربوط به کالاهای مصرفی با توجه به سن کالا، معمولاً بر اساس هزینه جایگزینی کالای نو منهای استهلاک انجام می شود.
- ۴- بیمه اموال (آتش سوزی و خطرات تبعی): شرکتهای بیمه گر گاهی به جای آنکه مبلغی به عنوان خسارت پرداخت کنند به روش های دیگری که در بیمه نامه آمده است نظیر تعمیر، جایگزینی، بازسازی، تعمیر مجدد و بازگرداندن به حالت اولیه خسارت را جبران می کنند. اگر میزان خسارت زیاد باشد شرکت بیمه معمولاً از خدمات ارزیابان مستقل خسارت استفاده می کنند.

سوال: اقلام زیر را در نظر بگیرید. فرض کنید که همه آنها سه ساله هستند و در حادثه ای که تحت پوشش بیمه نامه لوازم منزل بوده است، آسیب دیده اند. اقلامی را که خسارت آنها با روش جایگزینی نو به جای کهنه قابل جبران ایت مشخص کنید.

الف) یخچال

ب) دو عدد پرده

ج) میز مطالعه

د) لباس

جواب: الف و ج

۵- بیمه های مسئولیت: یکی از ملاحظات مهم برای ادعای خسارت مسئولیت، بررسی عوامل علت وقوع حادثه، زمان وقوع و اعلام خسارت می باشد.

فصل پنجم: اخلاق حرفه ای و مشتری مداری

بخش اول: بیمه ارزیابی ریسک و انصاف (تحلیل اخلاقی)

مقدمه: کار اصلی شرکت های بیمه مدیریت ریسک است و برای تعیین حق بیمه باید تخمینی از احتمال وقوع حوادث ناگوار و همچنین هزینه های مربوط را داشته باشند. در این ارتباط برآورد خسارت با مشکلات عملیاتی مواجه است و مورد اول به ماهیت ریسک می پردازد.

نحوه‌ی رتبه‌بندی افراد از سوی بیمه‌گران جهت تخمین ریسک برای برآورد هزینه بیمه شامل هزینه اداری و حاشیه سود امکان پذیر نیست به همین علت از مدل‌های آماری مثل ویژگی‌های مشترک خاص قابل تفکیک که با انواع خاص از وقایع ناگوار مرتبط باشد گروه‌بندی می‌شود و طبقه‌بندی آن بر عهده آکچوئرهاست. حل این سوال مطرح است که آیا فرد با آن طبقه خاص تناسب دارد؟ نکته قابل تامل مورد انصاف و عدالت در این روش طبقه‌بندی است، بسیاری از مسایل اخلاقی در خصوص بیمه از قبیل فروش و بازاریابی مبحثی اخلاقی و فلسفی است که از ماهیت بیمه تفکیک ناپذیر است. سوالات مرتبط با انصاف در حیطه اکچوئرال مطرح است که اهمیت این سولات هنوز کاملاً درک نشده و به نظر می‌رسد در سولات مربوط به انصاف وجود دارد.

۲- بکارگیری استانداردهای انصاف در عملیات بیمه‌گری

با در نظر گرفتن ۲ فرضیه: نخست عملیات بیمه‌گری در حالت کلی کسب و کاری مشروع و اخلاقی است که البته گونه‌ای از بیمه‌ها ممکن است غیراخلاقی باشند مثل بیمه فوت رعایا در اینجا فرض می‌شود. بیمه‌گران به مشتریان خود خدمات قانونی ارائه می‌کنند و نیت مشروع آنان کسب سود از خدمات ارائه شده است. مخالفان نگاه متفاوتی به مباحث بیمه دارند.

دوم: فرض می‌شود هنجارهای اخلاقی معمول در کسب و کار بیمه کمتر یا بیشتر از هنجارهای معمول در سایر فعالیت‌ها نیست و می‌پذیریم در برابر وجود مسایل گسترده و مداوم در مورد وسعت و دامنه تعهدات اخلاقی کسب و کار بی‌شک هنجارهای اخلاقی پایه‌ای از قبیل صداقت احترام به حقوق اولیه انسان ها و... وجود دارد و می‌توان آنها را در هر کسب و کاری به کار گرفت. حال این سوال مطرح است که طبقه‌بندی منصفانه بیمه‌ای چیست؟

برخی می‌گویند عملیات بیمه‌گری ناعادلانه است به این علت با قراردادن حق بیمه بالاتر برخی افراد تبعیض گذاشته می‌شود. اساس این دیدگاه تا حدودی منطقی است اما اینکه بخواهیم همه افراد را در یک طبقه قرار دهیم منصفانه نیست. تمایز خود ذاتاً ناعادلانه است اما به ۲ دلیل این امر صادق نیست چون تمایز براساس ریسک جز ماهیت بیمه است. بنظر ((مویکو لارنس)) کسب و کار بیمه وابسته به طبقه بندی و تمایز دقیق ریسک است و حق بیمه نیز متناسب با آن می‌بایست برآورد شود و برخورد مساوی با بیمه‌گذاران ریسک‌های متفاوتی دارند که موجب می‌شود برخی دیگر از بیمه‌گذاران متحمل هزینه‌هایی که مستحق نیستند، شوند مثال: راننده‌ایی با سابقه مطمئن و راننده‌ای با سابقه پرخطر این موضوع منجر به مطرح شدن مفهومی به نام انصاف آماری می‌شود و در کل افراد با ریسک‌های متفاوت باید نرخ حق بیمه متفاوتی داشته باشند.

به هر حال زمانی که به نوع خاصی از تبعیضات بیمه‌ای اشاره می‌شود می‌تواند نوع دیگری از بی‌عدالتی در نسبت به این ادعاها باشد که در چنین حالتی رفتار یاد شده نوعی بی‌انصافی است شاید چیزی که ناعادلانه بنظر می‌رسد خود تبعیض یا تمایز نباشد و ممکن است افرادی که از هم متمایز می‌شوند موفق به دریافت خدمات مورد نیاز خود نشوند. این چیزی است که بی‌عدالتی نام دارد. این دیدگاه موجب می‌شود برخی افراد در نتیجه عملیات بیمه خاص دسترسی به خدمات خاصی را از دست بدهند که این انتقادات وارد به انواع طبقه‌بندی مورد استفاده مربوط به بیمه‌های درمان و عمر باشد که برخی افراد از انواع خاصی از مزایای اجتماعی محروم می‌شوند. عدم دسترسی افراد به خدمات بهداشتی در صورتی ناعادلانه است که توجهی به دلیل عدم دسترسی آنها نشود مثل عدم پذیرش از سوی شرکت‌های بیمه و شکست دولت در ارائه این خدمات، اگر در این روش برخی کالاهای و خدمات باید در دسترس همه قرار گیرد در این صورت نباید توقع داشت شرکت‌های خصوصی چنین کالاهای و خدماتی عرضه کنند. این دیدگاه در خصوص منصفانه یا غیرمنصفانه بودن عملیات بیمه‌گری چیزی را به ما نشان نمی‌دهد. یکی دیگر از روش‌های درک انصاف در ارزیابی ریسک بیمه به مسئولیت فرد مربوط است. در این روش تبعیض زمانی ناعادلانه است که براساس عواملی باشد که فرد در وجود آن نقشی نداشته مثل نژاد و یا جنسیت.

مقوله انصاف در این دیدگاه فقط به خصایص یادشده منصفانه خواهد بود. رعایت انصاف در طبقه بندی همیشه بسته به وجود مسئولیت فرد ندارد. مثال نرخ رانندگانی که به دلیل مستی سابقه دارند به خاطر مسئول دانستن آنها بیشتر است. از سویی ما نمی‌دانیم تا چه حد این افراد بر رفتار خود کنترل دارند

بنابراین موضوع پیچیده‌تر می‌شود. از سویی غیرمنصفانه نیست که بیمه‌گران در طبقه‌بندی خود از آن استفاده کنند. به این ترتیب اگر ما با روش‌های فوق نتوان مسئله انصاف را به درستی در طبقه‌بندی اعمال کرد رجوع به تحقیقات با نام تبعیض آماری (استیفن ماتیزن) راه‌گشا خواهد بود. و خلاصه اینکه برای بیمه‌گران عدم تمایز میان بیمه‌گذاران منصفانه نیست، زیرا برخورد مساوی با بیمه‌گذارانی که ریسک‌های کاملاً متفاوتی دارند برخی بیمه‌گذاران را مجبور به تحمل هزینه‌هایی می‌کند که مستحق آن نیستند

۵- انتخاب نامساعد و نیاز به خط مشی عمومی

در عرصه بازارهای رقابتی شرکت‌های پایبند به اصول اخلاقی خود را نسبت به شرکت‌هایی که از این اصول اجتناب می‌کنند در وضعیت نامساعدتری می‌بینند که عواقب ناگواری برای بیمه‌گران درد مشکل زمانی که افراد کم ریسک از صندوق بیمه خاص بیرون و افراد پرریسک در صندوق باقی بمانند شروع می‌شود که سبب افزایش مداوم حق بیمه می‌شود و این امر منجر به از دست دادن مزیت رقابتی نیز می‌گردد. بنابراین اگر استانداردهای اخلاقی برای شکوفایی صنعت بیمه وضع می‌شوند باید بر اجرای آن نیز نظارت شود تا فضایی ایجاد شود که استاندارد های اخلاقی بدون هیچ مشکلی رقابتی اجرا شوند.

بخش دوم: اخلاق حرفه‌ای در صنعت بیمه

۱- مقدمه

اخلاق حرفه‌ای یک برد است و صحبت در این زمینه ایجاب می‌کند از حوزه مدیریت و قوانین و مقررات پا فراتر بگذاریم و سازمان را به خودکنترلی و خود انضباطی حرکت دهیم که منجر به فرهنگ فرهیختگی و ترجیح منافع دیگران به منافع خود حرکت کنیم. در ایران سندیکای بیمه‌گران و نمایندگان برای این مقوله ارزش بسیاری قائلند. اما مسئله اصلی بحث ضمانت اجرای آن است.

به نظر می‌رسد انتخاب بیمه‌گران و نمایندگان و شبکه فروش بیمه‌های بازرگانی اگر براساس ضابطه‌ای بسیار قدرتمند شکل گیرد، در آن صورت اخلاق حرفه‌ای بارور می‌شود و در غیر اینصورت می‌بایست همه چیز قانونمند باش که دیگر اخلاق حاکم نیست و قانون حاکم است.

۲- اخلاق حرفه‌ای و پیتز دراکر

او عقیده دارد هنر یک مدیر در بنگاه این است که هم امکانات داخل و هم بیرون بنگاه اعم از اخلاقی، فرهنگی و اقتصادی و سیاسی جامعه را به خدمت گیرد و همچنین نگه داشتن بنگاه در شرایط مطلوب و نگاه به رقبا و آقاء حس اینکه هر کس وظیفه خود را به خوبی بشناسد آنگاه می‌شود گفت که مدیر موفق بوده است.

۳- مولفه های اخلاق حرفه‌ای

اخلاق حرفه‌ای بر دو مولفه استوار است: ۱- مبتنی بر فرهنگ جامعه باشد ۲- مبتنی بر شناخت کافی از فعالیت‌های پیچیده و مختلف بیمه‌گران باشد براین اساس اخلاق در حرفه بیمه‌گری با اخلاق حرفه‌ای در پزشکی و مهندسی متفاوت است. شناخت این دو می‌تواند منجر به تدوین اصول اخلاقی مناسب و واقع بینانه با فضای جامعه و حرفه باشد.

۴- صلاحیت حرفه‌ای

اخلاق حرفه‌ای در برابر سایر شرکت‌های رقیب نمی‌باشد و در خیلی موارد در برابر بیمه‌گذاران است. برخی عقیده دارند در صنعت بیمه صلاحیت حرفه‌ای بالاتر از اخلاق حرفه‌ای است زیرا صلاحیت اخلاقی باید دوطرفه باشد. بحث شکل‌گرایی، نظام‌مند کردن اخلاق بیمه‌گران و آسیب‌شناسی رفتار بیمه‌گران هریک به نوبه خود روشن کننده تنگناها و رسیدن به راه‌حل‌ها می‌باشد مثل متشکل بودن شبکه فروش یک شرکت بیمه که حقوق مشترک، تکالیف مشترک و نیازهای مشترک دارند که نیازمند حمایت‌های مشترک می‌باشند.

ضرورت ایجاد یک نظام کار در صنعت بیمه احساس می‌شود اگر روابط بیمه‌گران خارج از این نظام باشد نمی‌توان ارتباط لازم را با سایر نظام‌های جامعه به منظور حل مشکلات و دریافت ابزارهای حمایتی برقرار کرد بنابراین فعالین صنعت بیمه باید در قالب شکل و یک نظام حرفه‌ای قوی و منسجم صورت گیرد تا امکان توسعه فرهنگ بیمه توسط بقیه بخش‌هایی که در جامعه وجود دارد فراهم شود.

۶- نظام‌دین کردن اخلاق حرفه‌ای

تدوین نظام نامه اخلاق حرفه‌ای در سه بخش کارکنان، شبکه فروش غیرمستقیم و سازمانهای ناظر بیمه‌گری می‌تواند به نهادینه کردن اخلاق حرفه‌ای در صنعت بیمه کمک کند.

۷- اصول اخلاق حرفه‌ای صنعت بیمه مصوب مورخ ۸۸/۰۲/۰۸ شورای عمومی سندیکای بیمه‌گران ایران

کلیه فعالان متعهد هستند:

- ۱- پایبندی به مقررات و تعهدات ۲
 - ۲- عدالت و انصاف (تعیین نرخ حق بیمه بر پایه اصول فنی، معقول، منصفانه و در خور شرایط بیمه بدون تأثیر از رقبا)
 - ۳- شفافیت و صداقت
 - ۴- حفظ کرامت انسانی
 - ۵- رعایت حقوق اجتماعی
 - ۶- آیین نامه شماره ۷۱ آیین نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها
- شورای عالی بیمه به استناد به ماده ۱ و بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری به منظور تقویت اعتماد عمومی و الزام بیمه‌گران به ارائه اطلاعات کامل و تسهیل فرایند بررسی و پرداخت خسارت و رسیدگی به شکایت بیمه‌ای در جلسه ۲۳/۰۳/۹۱ این آیین نامه را در ۷ فصل و ۳ ماده و ۴ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود: ((فصل اول))
- ماده ۱: واژگان و اصطلاحات با این تعاریف:

فصل اول: تعاریف

- ۱- بیمه مرکزی ۲- عرضه کننده بیمه ۳- موسسه بیمه ۴- دلال رسمی کارگزار ۵- نماینده بیمه
- ۶- متقاضی خدمات بیمه ۷- بیمه‌گذار ۸- فرم پیشنهاد بیمه ۹- بیمه‌نامه یا قرارداد بیمه ۱۰- حق بیمه
- ۱۱- شرایط عمومی ۱۲- شرایط خصوصی ۱۳- شرایط پیوست بیمه ۱۴- الحاقیه ۱۵- جدول بازخرید
- ۱۶- جدول سرمایه مخفف ۱۷- فروش اجباری بیمه ۱۸- اطلاعات شخصی ۱۹- بیمه زندگی (عمر)
- ۲۰- بیمه غیر زندگی ۲۱- بیمه شخص ثالث

۲- فصل دوم: اطلاع رسانی و تبلیغ خدمات بیمه‌ای

ماده ۳ فصل دوم اطلاع رسانی و تبلیغ خدمات بیمه‌ای (عرضه کنندگان بیمه باید از تبلیغات گمراه کننده خودداری نمایند. منظور از تبلیغ گمراه کننده تبلیغی است که:

- ۱- موجب ابهام در تشخیص محصولات بیمه ای شود
- ۲- وعده هایی خارج از پوشش مقرر در بیمه نامه یا فراتر از عملکرد بیمه گر ارائه دهد
- ۳- با شرایط بیمه نامه منطبق نباشد
- ۴- با قوانین و مقررات بیمه ای و عرف بیمه منطبق نباشد

فصل سوم: فروش پیشنهاد و صدور بیمه نامه

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

فصل چهارم: رسیدگی به خسارت

فصل پنجم: فرآیند رسیدگی به شکایات بیمه ای

فصل ششم: نظارت بر اجرا

فصل هفتم: سایر مقررات

سوالات:

سوال ۷۲: با توجه به استانداردهای انصاف در عملیات بیمه گری کدام جمله در مورد طبقه بندی افراد بر اساس ریسک صحیح است؟

جواب: گزینه د

سوال ۷۳: انتخاب نامساعد زمانی شکل می گیرد که:

جواب گزینه الف) افراد کم ریسک از صندوق بیمه خاص بیرون رفته و فقط افراد پر ریسک در آن صندوق باقی بمانند

سوال ۷۴: منظور از اخلاق در صنعت بیمه کدام مورد است؟

جواب: گزینه د) همه موارد

سوال ۷۵: منظور از تبلیغ همراه کننده تبلیغی است که:

جواب: گزینه د) همه موارد

سوال ۷۶: کدام گزینه در مورد فروش اجباری بیمه صحیح است؟

جواب: گزینه ج

سوال ۷۷: کدامیک از موارد زیر جزء اصول اخلاقی حرفه ای صحت بیمه می باشد؟

جواب: گزینه ج

فصل ششم: آشنایی با قوانین و مقررات بیمه های بازرگانی

قوانین و مقررات بیمه های بازرگانی

معاملات بیمه:

بیمه عقدی است که به موجب آن یکطرف تعهد می کند در ازاء 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 بیمه گر، طرف تعهد را بیمه گزار؛ وجهی را که بیمه گزار به بیمه گر می پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می شود، موضوع بیمه می نامند.

عقد بیمه و شرایط آن باید به موجب سند کتبی باشد و سند مزبور موسوم به بیمه نامه خواهد بود.

• بیمه، عقدی الحاقی است:

اصولاً قرارداد های بیمه بوسیله بیمه گر تنظیم می شود و بیمه گزار آن قرارداد را قبول و یا رد می کند. تنظیم شرایط قراردادهای بیمه ای از طریق مذاکره بین بیمه گر و بیمه گزار صورت نمی پذیرد و در هر زمان بیمه گزار شرایط قرارداد را نامناسب تشخیص دهد می تواند آن را خریداری نکند، اما هرگاه قرارداد بیمه را پذیرفت باید شرایط آن را انجام دهد. به همین دلیل است که چون بیمه گران از قبل قراردادهای بیمه ای را تنظیم می کنند دادگاه در موارد وجود ابهام در شرایط بیمه نامه ها آن را به نفع بیمه گزار تفسیر می کنند.

اصولاً عقد زمانی اتفاقی تلقی می‌گردد که ویژگی‌ها و امتیازات آن هنگام عقد قرارداد برای طرفین نامعلوم باشد. زیرا امتیازات ناشی از بروز حادثه ای خواهد بود که در آینده اتفاق خواهد افتاد. در عقد بیمه نیز بیمه‌گذار وجه معینی را بعنوان حق بیمه می‌پردازد و اگر حادث اتفاق نیفتد بیمه‌گر خسارتی را پرداخت نمی‌کند و اگر حادثه بوقوع پیوست، مبلغ حق بیمه پرداختی توسط بیمه‌گذار به مراتب کمتر و کوچکتر از خساراتی است که بیمه‌گر پرداخت خواهد کرد.

• **بیمه عقدی مستمر است:**

اجرای این دسته از عقود، مستلزم صرف وقت است و تعهدات طرفین در آنها در مدت زمان نسبتاً طولانی به اجرا گذاشته می‌شود مانند: قراردادهای اجاره و بیمه که نقطه مقابل قراردادهای فوری مانند ((بیع)) هستند. نحوه فسخ و بطلان در قراردادهای فوری مستمر یکسان نیست، چنانکه تجدید نظر در شرایط قرارداد (به علت پیدایش تحولات خاص و غیر قابل پیش بینی و آن هم بعد از انعقاد عقد) فقط در قراردادهای مستمر میسر است و تمدید ضمنی نیز فقط در این نوع قراردادها امکانپذیر است.

شرایط صحت عقد بیمه:

*** قصد طرفین و رضایت آنها:**

یعنی در حالت ایجاب یک طرف و قبول طرف دیگر، هر دو طرف باید دارای قصد و رضا باشند و چنانچه قصد یکی از طرفین مفقود یا رضای وی معیوب باشد، عقد غیر صحیح و باطل خواهد بود.

*** اهلیت طرفین:**

شروط سه گانه برای اهلیت (استیفا) قائل است. بلوغ، رشد و عقل. هنگام انعقاد قرارداد بیمه نیز این سه شرط رعایت می‌شوند.

*** موضوع معین مورد معامله:**

در کلیه بیمه‌نامه‌ها موضوع بیمه مشخص می‌شود و بیمه‌گذار می‌تواند خطرات اضافی را نیز علاوه بر خطرات اصلی (مذکور در بیمه‌نامه) بیمه کند که در اینصورت باید تک تک خطرات اضافی درخواستی را مشخص کند.

*** مشروعیت جهت معامله:**

یعنی جهت و سببی که شخص بخاطر رسیدن به آن، حاضر به تعهد و قبول دین می‌شود، مشروع باشد. در بیمه‌نامه باید امور ذیل به طور صریح قید شود:

۱- تاریخ انعقاد قرارداد

۵- اسم بیمه‌گر و بیمه‌گذار

۲- موضوع بیمه

۶- ابتدا و انتهای بیمه

۳- حق بیمه

۷- میزان تعهد بیمه‌گر در صورت وقوع حادثه

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

* هرکس 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 بیمه نامه بدون ذکر اسم (به نام حامل) تنظیم شود.

* در صورتیکه مالی به کمتر از قیمت بیمه شده باشد نسبت به بقیه قیمت می‌توان آن را بیمه نمود در اینصورت هریک از بیمه‌گران به نسبت مبلغی از مال که بیمه کرده است مسئول خواهد بود

* در صورتیکه مالی به قیمت کمتر از واقعی بیمه شده باشد بیمه‌گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال مسئول خسارت خواهد بود.

فسخ و بطلان

هرگاه بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری نماید 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 تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوهی که بیمه‌گذار پرداخته است قابل استرداد نیست بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه‌گذار مطالبه کند.

اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از رویی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی‌شود در این صورت هرگاه مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت داشته، قرارداد را ابقا کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند در صورت فسخ بیمه‌گر باید مراتب را به موجب اظهارنامه یا نامه سفارشی دو قبضه 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 صورتیکه مطلب اظهارنشده یا 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.

*-بیمه‌گر مسئول خسارات ناشیه از تقصیر بیمه‌گذار یا نمایندگان او نخواهد بود.

مسئولیت بیمه‌گر

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 پیش بینی 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 بیمه شده تجاوز نخواهد کرد.

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

قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری_مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰

تشکیل وموضوع:

به منظور تنظیم وتعمیم هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه‌گذاران وبیمه شدگان وصاحبان حقوق آنها همچنین به منظور اعمال نظارت دولت بر این فعالیت موسسه ای به نام بیمه مرکزی ایران طبق مقررات این قانون به صورت شرکت سهامی تاسیس می گردد.

• 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. مبلغ مذکور از محل اندوخته‌های شرکت سهامی بیمه ایران تامین خواهد شد.

• مرکز اصلی بیمه مرکزی ایران، تهران است و بیمه مرکزی ایران می‌تواند درهر جا که لازم بداند به شرکت سهامی بیمه ایران نمایندگی بدهد.

• بیمه مرکزی ایران تابع قوانین ومقررات عمومی مربوط به دولت ودستگاههایی که با سرمایه دولت تشکیل شده اند نمی‌باشد مگرآنکه در قانون مربوط صراحتاً از بیمه مرکزی ایران نام برده شده باشد ولی نسبت به مواردی که در این قانون پیش بینی نشده باشد بیمه مرکزی ایران تابع قانون تجارت است.

*بیمه مرکزی ایران دارای وظایف و اختیارات زیر می باشد:

- ۱- تهیه آئین نامه ها 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 موسسات بیمه که در ایران کار می کنند.
- ۳- انجام بیمه های اتمایی اجباری
- ۴- قبول بیمه های اتکایی اختیاری از موسسات داخلی یا خارجی
- ۵- واگذاری بیمه های اتکایی به موسسات داخلی یا خارجی در هر مورد که مقتضی باشد
- ۶- اداره صندوق تامین خسارتهای بدنی تنظیم آئین نامه آن، موضوع ماده ۱۰ قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسیله نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب دی ماه ۱۳۴۷
- ۷- ارشاد و هدایت و نظارت بر موسسات بیمه و حمایت از آنها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم امور نمایندگی ودلالتی بیمه و نظارت بر امور بیمه اتکایی و جلوگیری از رقابت های مکارانه و ناسالم.
- بیمه مرکزی ایران ملزم به حفظ اسرار موسساتی است که به موجب این قانون حق نظارت بر آنها را دارا می باشد و به هیچ وجه نباید از اطلاعاتی که در جهت اجرای این قانون بدست می آورد جز در مواردی که قانون معین می نماید استفاده کند.

ارکان بیمه مرکزی ایران

- ۱- مجمع عمومی
- ۲- شورای عالی بیمه
- ۳- بازرسان
- ۴- هیئت عامل

مجمع عمومی:

- مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مرکب است از وزیر امور اقتصادی و دارایی، وزیر بازرگانی، وزیر کار و امور اجتماعی. هیئت عامل و بازرسان بدون داشتن حق رای در جلسه شرکت خواهند کرد.
- مجمع عمومی عادی به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران سالی یک مرتبه حداکثر تا پایان شهریور ماه تشکیل می شود.

وظایف و اختیارات مجمع عمومی به شرح زیر است:

- ۱- تعیین خط مشی صندوق
- ۲- تصویب آئین نامه های مورد نیاز صندوق
- ۳- رسیدگی و اظهار نظر درخصوص گزارش مدیر صندوق. راجع به عملکرد و صورتهای مالی صندوق و نیز استماع گزارش حسابرس و بازرس قانونی در مورد آنها و تصویب ترازنامه و صورتهای مالی
- ۴- بررسی و تصویب بودجه سالانه صندوق
- ۵- اتخاذ تصمیم نسبت به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی در مورد تعیین مدیر صندوق.
- ۶- تعیین حقوق و مزایای مدیر صندوق
- ۷- انتخاب و عزل اعضای هیئت نظارت و تعیین میزان حق حضور در جلسات
- ۸- اتخاذ تصمیم در مورد ایجاد یا انحلال شعبه در مراکز استانها و اعطای نمایندگی صندوق به پیشنهاد مدیر صندوق و تائید هیئت نظارت و طابق دستور العمل مصوب.
- ۹- تصویب دستور العمل مربوط به ضوابط اعطا و یا لغو نمایندگی، حدود وظایف و اختیارات نماینده، میزان کارمزد یا حق الزحمه قابل پرداخت و سایر شرایط مربوط
- ۱۰- تعیین بازرس و میزان حق الزحمه وی
- ۱۱- انتخاب روزنامه کثیرالانتشار برای انتشار متن کامل ترازنامه و صورت درآمد و هزینه صندوق
- ۱۲- اتخاذ تصمیم در مورد مطالبات غیر قابل وصول به پیشنهاد مدیر صندوق و تائید هیات نظارت
- ۱۳- اتخاذ تصمیم در مورد سایر مواردی که به موجب قانون در صلاحیت مجمع عمومی قرارداد.

شورای عالی بیمه از اشخاص زیر تشکیل می‌شود:

- ۱- رئیس کل بیمه مرکزی ایران
 - ۲- معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی
 - ۳- معاون وزارت بازرگانی
 - ۴- معاون وزارت کار و امور اجتماعی
 - ۵- معاون وزارت جهاد کشاورزی
 - ۶- رئیس شرکت سهامی بیمه ایران
 - ۷- مدیر عامل یکی از موسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه‌گران ایران
 - ۸- یک کارشناس امور حقوقی به انتخاب مجمع عمومی
 - ۹- یک نفر کارشناس در امور بیمه انتخاب مجمع عمومی
 - ۱۰- یک نفر مطلع در امور بیمه به انتخاب رئیس اتاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران
- *- اعضای شورای عالی بیمه موضوع بندهای ۷- ۸- ۹- ۱۰ برای مدت ۳ سال انتخاب می‌شوند و انتخاب مجدد آنان بلامانع است.
- *- ریاست شورای عالی بیمه بدون شرکت در اخذ رای با رئیس کل بیمه مرکزی ایران و در غیاب او با قائم مقام او خواهد بود.

هیئت عامل:

هیئت عامل بیمه مرکزی ایران مرکب از رئیس کل و قائم مقام رئیس کل و معاونان بیمه مرکزی ایران خواهد بود

رئیس کل بیمه مرکزی ایران و قائم مقام او به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی و تصویب هیئت وزیران و معاونان بیمه مرکزی ایران به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی ایران و موافقت وزیر امور اقتصادی و دارایی به موجب تصویب نامه هیئت وزیران منصوب میشوند.

رئیس کل و قائم مقام رئیس کل بیمه مرکزی ایران برای مدت چهار سال منصوب می‌شوند و انتصاب مجدد آنان بلامانع است.

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

بازرسان:

بیمه مرکزی ایران دارای ۲ نفر بازرس 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 یکسال تعیین خواهند شد. انتخاب مجدد بازرسان بلامانع است.

بازرسان حق دارند هرگونه اطلاعی 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 یکماه قبل از تشکیل مجمع عمومی تسلیم بازرسان خواهد شد تا گزارش درباره آن تهیه و ضمن اظهار نظر به مجمع عمومی تسلیم کنند.

*- عملیات بیمه در ایران بوسیله شرکتهای سهامی عام ایرانی که کلیه سهام آنان با نام بوده و با رعایت این قانون و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشند انجام خواهد گرفت.

*- تشخیص فعالیت هایی که به آنان عملیات بیمه اطلاق می‌شود با شورای عالی بیمه خواهد بود.

*تعداد سهامداران یک موسسه بیمه ایرانی نباید کمتر از ده شخص حقیقی یا حقوقی باشد.

*هر شخص حقیقی یا حقوقی نمی‌تواند بیش از ۲۰ درصد سهام یک موسسه بیمه ایرانی را دارا باشد. نصاب ۲۰ درصد شامل اقارب نسبی و سببی درجه یک از طبقه اول صاحب سهم نیز خواهد بود.

صدور پروانه:

برای انجام عملیات بیمه در تمام رشته‌ها و یا رشته‌ای معین باید قبلاً طبق مقررات، 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 موسسه

۲- میزان سرمایه موسسه

۳- صورت کامل اسامی شرکا و مدیران و تابعیت و تعداد سهام هریک از آنها

۴- میزان سهام نقدی و غیر نقدی و نحوه پرداخت آنها

۵- اساسنامه و مدارک و اطلاعات دیگری که بیمه مرکزی ایران برای احراز صلاحیت مالی و فنی موسسه و حسن شهرت مدیران لازم بداند.

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 صورتیکه موسسه بیمه تا یکسال پس از صدور پروانه عملیات خود را شروع نکرده باشد.

۳- در مواردی که به تشخیص بیمه مرکزی ایران وضع مالی موسسه بیمه طوری باشد که نتواند به تعهدات خود عمل نماید یا بر بیمه مرکزی ایران ثابت گردد که ادامه فعالیت موسسه به زیان بیمه شدگان و بیمه‌گذاران و یا صاحبان حقوق آنها است.

۴- در مواردی که موسسه بر خلاف اساسنامه خود یا قوانین و مقررات بیمه رفتار کند به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تصویب شورای عالی بیمه به طور موقت از قبول بیمه در رشته‌ای معین ممنوع خواهد شد.

انحلال و ورشکستگی

در صورتیکه ورشکستگی یک موسسه بیمه اعلام شود دادگاه مکلف است قبل از اتخاذ هرگونه 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.

ابطال پروانه یک موسسه بیمه برای کلیه عملیات بیمه‌ای از موارد انحلال موسسه است و در اینصورت مفاد ماده ۴۴ این قانون اجرا خواهد شد.

تصفیه موسسه بیمه ورشکسته طبق قانون تجارت بعمل می‌آید. در نقاطی که اداره تصفیه امور ورشکستگی وجود ندارد دادگاه بیمه مرکزی ایران را به عنوان قائم مقام اداره تصفیه تعیین می‌نماید و در حوزه دادگاههای شهرستانی که اداره تصفیه در آنجا تاسیس گردیده است اداره تصفیه با معاونت بیمه مرکزی ایران امر تصفیه را انجام خواهد داد.

انتقال عملیات و ادغام

مؤسسات بیمه می‌تواند با موافقت بیمه مرکزی ایران و تصویب شورای عالی بیمه تمام یا قسمتی از پرتفوی خود را با کلیه حقوق و تعهدات ناشی از آن به یک یا چند موسسه بیمه مجاز دیگر واگذار کنند.

تقاضای انتقال پرتفوی یک موسسه بیمه به موسسات دیگر بیمه دوار به فاصله ده روز در روزنامه رسمی کشور ودر یکی از روزنامه های کثیرالانتشار تهران و عندالزوم در یکی از روزنامه های محلی به هزینه متقاضی از طرف بیمه مرکزی ایران آگهی خواهد شد.

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

در صورت موافقت بیمه مرکزی ایران با انتقال پرتفوی این انتقال برلی کلیه بیمه شدگان و بیمه گزاران و صاحبان حقوق آنها از تاریخ انتقال معتبر خواهد بود.

*عرضه بیمه جز به وسیله اشخاص زیر ممنوع است:

۱- موسسات بیمه

۲- نمایندگان بیمه

۳- دلالان رسمی بیمه

هرکارمند یا نماینده بیمه که اقدام به عرضه بیمه نماید باید دارای کارت شناسایی از طرف موسسه بیمه موبوط باشد. نام دلال رسمی یا نماینده بیمه که بیمه نامه بوسیله او عرضه شده است باید در بیمه نامه ذکر شود.

قانون تاسیس موسسات بیمه غیر دولتی (مصوب ۱۳۸۰/۶/۶)

به منظور تعمیم و گسترش صنعت بیمه در کشور، افزایش رقابت و کارایی در بازار بیمه، افزایش رفاه عمومی و گسترش امنیت اجتماعی و اقتصادی، افزایش نقش بیمه در رشد و توسعه اقتصادی کشور و جلوگیری از ضرر و زیان با توجه به اصل ۴۴ قانون اساسی و در چارچوب ضوابط، قلمرو و شرایط تعیین شده زیر اجازه تاسیس موسسه بیمه غیر دولتی به اشخاص داخلی داده میشود:

۱- سیاست گذاری در صنعت بیمه، اعمال نظارت بر فعالیتهای بیمه ای و صدور مجوز فعالیت بیمه ای کماکان جهت اعمال حاکمیت در اختیار دولت جمهوری اسلامی ایران باقی خواهد بود.

۲- ضوابط مربوط به نحوه تاسیس و فعالیت موسسات بیمه داخلی از قبیل شرایط اخذ مجوز تاسیس و لغو آن، نحوه انتقال عملیات و ادغام، انحلال و ورشکستگی موسسات بیمه ای، محدوده فعالیت بیمه ای و بیمه اتکایی شامل انواع معاملات بیمه، حق بیمه و کارمزد مربوط به رشته های مختلف بیمه، میزان ذخایر فنی، اندوخته های قانونی و نحوه سرمایه گذاری آنها بر اساس قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب ۱۳۵۰/۳/۳ و اصلاحیه بعدی و قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶/۲/۷ تعیین خواهد شد.

ضوابط تاسیس موسسات بیمه غیر دولتی (آئین نامه شماره ۴۰)

شورای عالی بیمه با توجه به قانون تاسیس موسسات بیمه غیر دولتی مصوب ششم شهریور ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی و در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری ضوابط تاسیس موسسات بیمه غیر دولتی را به شرح زیر تصویب نمود:

الف: موسسه بیمه: موسسه بیمه ای که به موجب قانون تاسیس موسسات بیمه غیر دولتی مصوب ششم شهریور ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی و براساس قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری و مقررات این آئین نامه به صورت غیر دولتی ایجاد و به عملیات بیمه گری مبادرت می نماید.

موسسه بیمه غیر دولتی در این آئین نامه موسسه بیمه نامیده میشود.

ب- شخص حقیقی داخلی: شخص حقیقی تبعه جمهوری اسلامی ایران

پ- شخص حقوقی داخلی: شخص حقوقی که دارای تابعیت ایرانی بوده و بر اساس قوانین موضوعه جمهوری اسلامی ایران در مرجع ذیصلاح به ثبت رسیده باشد.

ت- موافقت اصولی: موافقت با درخواست تاسیس موسسه بیمه که پس از اخذ مصوبه مجمع بیمه مرکزی ایران به منظور تشکیل پرونده ثبتی و پذیره نویسی سهام صادر میشود.

ت- پروانه تاسیس: موافقت با ثبت موسسه بیمه در مرجع ثبت شرکت ها که بیمه مرکزی ایران پس از تأیید طرح اساسنامه و انتخاب اولین مدیران و بازررس یا بازرسان در مجمع عمومی موسس و در صورت احراز شرایط لازم بر اساس موافقت اصولی صادر می کند.

ج- پروانه فعالیت: مجوز فعالیت موسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه ای که بیمه مرکزی ایران صادر می نماید.

ح- قانون تاسیس: قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب سال ۱۳۵۰ و اصلاحات بعدی آن تشکیل موسسه بیمه صرفاً به صورت شرکت سهامی عام ایرانی که سهام آن با نام بوده و با رعایت قانون تاسیس و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشد امکانپذیر است.

• اعضای هیئت مدیره (اعم از اشخاص حقیقی یا نماینده اشخاص حقوقی) مدیر عامل و قائم مقام مدیر عامل (در صورت وجود) باید ضمن داشتن مدرک کارشناسی مرتبط (بیمه، اقتصاد، امور مالی، مدیریت، حقوق و رشته های مشابه) و نداشتن محکومیت موضوع ماده ۶۴ قانون تاسیس، به تشخیص بیمه مرکزی ایران از حسن شهرت برخوردار باشند مدیر عامل و قائم مقام مدیر عامل (در صورت وجود) باید به تشخیص بیمه مرکزی ایران تجربه کافی مفید و موثر داشته باشند.

• در صورتیکه مدرک کارشناسی افراد معرفی شده جهت عضویت در هیئت مدیره موسسه بیمه در رشته های غیر مرتبط باشد به شرط آنکه واجد سایر شرایط بوده و حداقل پنج سال تجربه موثر مدیریتی داشته باشند بیمه مرکزی ایران می تواند به تشخیص خود با عضویت آنها در هیئت مدیره موافقت نماید. تعداد اینگونه اعضا نمی تواند از دو پنجم تعداد اعضای هیئت مدیره هر موسسه بیمه بیشتر باشد.

• حسابرس و بازررس قانونی موسسه بیمه باید از میان حسابداران رسمی موضوع "قانون استفاده از خدمات تخصصی و حرفه ای حسابداران ذیصلاح به عنوان حسابدار رسمی" انتخاب شوند.

• موسسات بیمه ای که در بیمه های زندگی فعالیت می کنند موظفند محاسب فنی مورد تأیید بیمه مرکزی ایران را معرفی نماید.

• هیچ یک از اعضای هیئت مدیره و مدیر عامل و قائم مقام مدیر عامل موسسه بیمه نمی تواند در موسسات بیمه، کارگزاری و نمایندگی های بیمه سمت داشته باشد.

• مدت اعتبار موافقت اصولی و پروانه تاسیس حداکثر یکسال پس از صدور است مگر آنکه قبل از انقضا به درخواست متقاضی و موافقت بیمه مرکزی ایران این مهلت تمدید شود.

• مجوزهای صادر شده قابل انتقال به غیر نمی باشد.

• بیمه مرکزی ایران پس از ثبت موسسه بیمه و معرفی مدیر یا مدیران فنی مورد تأیید ظرف یکماه فعالیت برای رشته های مورد تقاضا را در چارچوب اساسنامه صادر خواهد کرد.

• قبول بیمه های اتکایی از داخل یا خارج از کشور صرفاً برای موسسات بیمه اتکایی مجاز است و موسسات بیمه مستقیم مجاز به قبول بیمه اتکایی از سایر موسسات بیمه نمی باشند.

• در مواردیکه موسسات بیمه مستقیم به جهت عضویت در صندوق های بیمه محلی، منطقه ای و یا بین المللی موظف به واگذاری و قبول بیمه اتکایی به صورت متقابل می باشند. قبول بیمه اتکایی در محدوده مورد تأیید بیمه مرکزی ایران بلامانع می باشد.

• انجام عملیات بیمه اتکایی قبولی از خارج از کشور جز به شکل متقابل در محدوده ای که مورد تأیید بیمه مرکزی ایران باشد منوط به برخورداری موسسه بیمه از حداقل سرمایه لازم برای تاسیس موسسات بیمه اتکایی و دریافت پروانه فعالیت جداگانه از بیمه مرکزی ایران است.

• در صورتیکه هیئت مدیره موسسه بیمه هریک از شرایط مندرج در این آئین نامه و یا سایر مقررات مربوط را از دست بدهد موسسه بیمه موظف است حداکثر تا سه ماه وضعیت هیئت مدیره را با شرایط و مقررات مربوط منطبق نماید. در غیر اینصورت رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است در اجرای ماده ۴۱ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری موضوع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای عالی بیمه مطرح نماید.

• در صورت استعفا، عزل یا فوت مدیرعامل موسسه بیمه یا سلب شرایط وی (به تشخیص بیمه مرکزی ایران) موسسه بیمه موظف است حداکثر تا دو ماه فرد واجد شرایط دیگری را به بیمه مرکزی ایران معرفی نماید. بیمه مرکزی ایران موظف است حداکثر ظرف مدت یکماه نظر خود را در مورد صلاحیت فرد معرفی شده اعلام کند. تا زمان انتصاب مدیر عامل مورد تأیید بیمه مرکزی، انجام وظایف وی بر عهده رئیس هیئت مدیره یا قائم مقام مدیر عامل موسسه بیمه خواهد بود.

• چنانچه موسسه بیمه‌ای به هر علت بیش از سه ماه فاقد مدیر عامل تأیید صلاحیت شده باشد رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است در اجرای ماده ۴۱ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری موضع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای عالی بیمه مطرح نماید.

• چنانچه موسسه بیمه بخواهد فردی را به عنوان معاون فنی یا عناوین مشابه منصوب نماید صلاحیت وی باید قبلاً به تأیید بیمه مرکزی ایران رسیده باشد.

قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران

تاسیس و فعالیت موسسات بیمه ایرانی با سرمایه داخلی و خارجی و شعب و نمایندگی آنها و موسسات کارگزاری بیمه در مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران مجاز و صرفاً تابع مقرراتی است که به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

عملیات بیمه و بیمه اتکایی در مناطق آزاد بوسیله موسساتی که بنا به پیشنهاد سازمان، طبق مقررات این آئین نامه از بیمه مرکزی ایران مجوز دریافت داشته و به یکی از صورتهای زیر به ثبت برسند انجام خواهد شد.

۱- شرکت سهامی یا تعاونی بیمه ایرانی با مشارکت سهامداران حقیقی و حقوقی ایرانی و یا خارجی که کلیه سهام آنان با نام باشد.

۲- موسسه نمایندگی و یا کارگزاری بیمه

-تاسیس شعبه توسط موسسات بیمه با رعایت مقررات این آئین نامه و ثبت در منطقه بلامانع است.

-اعطای نمایندگی بیمه به اشخاص حقیقی با رعایت ضوابطی که تصویب شورای عالی بیمه می رسد امکانپذیر است.

- موسسات بیمه ایرانی مشمول مقررات قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری (اعم از دولتی و غیر دولتی) مجاز به فعالیت در مناطق آزاد به یکی از اشکال زیر می‌باشد:

الف- تاسیس شعبه و ایجاد نمایندگی با رعایت قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری

ب- تاسیس موسسه بیمه با مشارکت اشخاص حقیقی و حقوقی داخلی و خارجی در چارچوب مقررات این آئین نامه.

*موسساتی که تنها اجازه فعالیت بیمه‌ای مستقیم در منطقه را دارند نمی‌توانند از موسسات بیمه سایر نقاط کشور بیمه اتکایی قبول نمایند.

صدور بیمه‌نامه توسط موسسات بیمه‌ای مناطق آزاد برای آن دست از موضوعات و موارد بیمه‌ای که از طرف موسسات بیمه‌ای ایرانی فعال در سایر نقاط کشور عرضه نمی‌شود از شمول این ماده مستثنی ست و فهرست این قبیل موضوعات و موارد بیمه مجاز در سایر نقاط کشور، برای موسسات بیمه، توسط بیمه مرکزی ایران حداکثر ظرف سه ماه از تاریخ تصویب این مقررات، تهیه و به سازمانها اعلام می‌شود.

مجوز ثبت و پروانه فعالیت:

ثبت موسسات موضوع این آئین نامه در منطقه، موکول به ارائه مجوز ثبت که توسط بیمه مرکزی ایران صادر می‌شود و ثبت هرگونه تغییرات بعدی در اساسنامه مدیران، میزان سرمایه و سهام موسساتی که به ثبت رسیده باشند موکول به ارائه موافقت بیمه مرکزی است.

برای تحصیل مجوز ثبت، مدارک و اطلاعات زیر باید به بیمه مرکزی ایران تسلیم شود.

الف- اساسنامه موسسه

ب- میزان سرمایه موسسه، رسید یا گواهینامه تعهد پرداخت آن

ت- صورت اسامی سهامداران، بازرسان و مدیران و تابعیت و تعداد سهام هریک از آنها

ث- اسناد و مدارک و اطلاعات دیگری که معرف صلاحیت مالی و فنی موسسه و حسن شهرت مدیران آن باشد.

بیمه مرکزی ایران موظف است حداکثر ظرف ۳۰ روز از تاریخ تسلیم آخرین مدارک و اطلاعات خواسته شده با رعایت ماده ۲۸ قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری- صنعتی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۷۲ و مقررات این آئین نامه نظر خود را اعم از قبول یا رد تقاضا به صورت کتبی به سازمان اعلام نماید.

نحوه فعالیت:

مؤسسات بیمه موضوع این آئین نامه موظفند حساب اندوخته‌های قانونی و ذخایر فنی خود را نگه دارند و نحوه بکارافتادن آنها به صورت مشخص منعکس نمایند.

انواع اندوخته‌های قانونی و ذخایر فنی برای هریک از رشته‌های بیمه و میزان و طرز محاسبه، همچنین ترتیب بکار انداختن این اندوخته‌ها و ذخایر و نیز سرمایه موسسه و نحوه ارزیابی اموال منقول و غیر منقول که نماینده منابع مالی مؤسسات مذکور است به موجب دستور العمل‌هایی که به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسند.

مؤسسات بیمه موضوع این آئین نامه موظفند ده درصد (۱۰٪) از کلیه معاملات بیمه‌ای مستقیم خود را نزد بیمه مرکزی ایران بیمه اتکایی نمایند. بیمه مرکزی ایران در قبول یا رد اتکایی مزبور مجاز می‌باشد. نرخ کارمزد و سایر شرایط به موجب دستور العملی است که به تصویب شورای عالی بیمه خواهد رسید.

نظارت:

بیمه مرکزی ایران طبق مقررات این آئین نامه بر فعالیت مؤسسات موضوع این آئین نامه در منطقه نظارت خواهد کرد:

مؤسسات موضوع این آئین نامه حسب مورد موظفند:

الف- حسابها و صورتهای مالی خود را طبق نمونه ای که به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تأیید شورای عالی بیمه میرسد تنظیم و نگهداری نمایند.

ب- یک نسخه از صورتهای مالی خود را که مورد رسیدگی و اظهار نظر حسابرسان تأیید شده توسط سازمان حسابرسی یا حسابرسان معتبر بین المللی قرار گرفته است حداکثر ظرف ۶ ماه از پایان دوره مالی به بیمه مرکزی ایران تسلیم کنند.

پ- صورت وضعیت عملیات بیمه‌ای سالانه خود را طبق نمونه ای که بیمه مرکزی ایران تهیه می‌کند تنظیم و ظرف سه ماه از پایان دوره مربوط به بیمه مرکزی ایران تسلیم نمایند.

ث- سایر اطلاعات و آمار دوره ای یا مواردی را که بیمه مرکزی ایران به منظور نظارت بر حسن اجرای این آئین نامه لازم تشخیص دهد در اختیار سازمان قرار دهند

ج- با بازرسان اعزامی که با حکم کتبی یکی از اعضای هیئت عامل بیمه مرکزی ایران و با اطلاع دبیرخانه شورای عالی مناطق آزاد در محل حضور پیدا می‌کنند. همکاری نمایند و اطلاعات لازم را در اختیار آنان قرار دهند.

*- مؤسسات بیمه‌ای که بیمه‌نامه‌های بلند مدت زندگی عرضه می‌نمایند علاوه بر رعایت ترتیبات فوق موظفند ترتیبی اتخاذ کنند تا حسابها و ذخایر فنی مربوط مورد رسیدگی و تأیید محاسب فنی مورد قبول بیمه مرکزی ایران قرار گیرد.

* بیمه مرکزی ایران در صورت مشاهده هر گونه تخلف مؤسسات موضوع این آئین نامه از مقررات مربوط، مراتب را به طور کتبی به موسسه و سازمان اعلام و مهلت مناسبی را برای رفع ایراد تعیین و ابلاغ می‌نماید.

فصل هفتم: مقررات واسطه های بیمه

دسته	شماره آیین نامه ه	تاریخ تصویب	تعداد ماده (تبصره)	موضوع	مهمترین مصوبات	توضیحات
واسطه ها ی بازار بیمه	۵۴	۱۳۸۵ ۲/۱۲	۱۱	نماینده فروش بیمه های عمر	شرایط اخذ نمایندگی - حداقل کارمزد نباید از ۷۰ درصد نمایندگان حقیقی کمتر باشد- نماینده فروش بیمه عمر ملزم به داشتن محل کار نیست	
واسطه ها ی بازار بیمه	۶	۱۳۵۲ ۲/۲۴	۴۴ (۱۰)	دلالتی رسمی بیمه	شرایط اخذ پروانه دلالتی رسمی - تکالیف دلال رسمی - تکالیف شرکتهای بیمه در قبال دلال رسمی بیمه	اصلاحات ۲/۱۲ ۱۳۸۵
موسسات بیمه مناطق آزاد	۴۸	۱۳۸۲ ۴/۳	۶ (۱)	نماینده بیمه مناطق آزاد	شرایط اعطای پروانه نمایندگی در مناطق آزاد که سه ساله می باشد و قابل تمدید است	
واسطه ها ی بازار بیمه	۷۵	۱۳۹۱ ۱۶/۶	۳۰ (۳۰)	شرایط اعطای نماینده	تعاریف و شرایط - حقوق و تکالیف شرکت بیمه و نماینده - رسیدگی به اختلافات	جایگزین ۵۷
کارمزد	۸۳	۱۳۹۳ ۲/۲۴	۱۶ (۶)	کارمزد نماینده	کارمزد بیمه های زندگی و غیر زندگی	

فصل نهم: بازار یابی بیمه

بخش اول: تعریف بازاریابی و بررسی بازاریابی بیمه در ایران

۱- تعریف بازاریابی و بررسی بازاریابی بیمه در ایران

به گفته برجسته ترین صاحب نظر فیلیپ کاتلر، بازاریابی فعالیتی انسانی در جهت رضای نیازها و خواسته ها از طریق فرایند مبادله است.

در اینجا چند مورد از موارد کلیدی را مورد بررسی قرار میدهیم:

الف) محصول: عبارت است از چیزی که قادر به ارضای یک خواسته باشد، و نیاز بیان کننده ی حالت محرومیت احساس شده در فرد

ب) مبادله: یکی از چهار انتخابی است که فرد می تواند برای ارضای نیازهای خود از آن استفاده کند.

انتخاب اول: خود تولیدی است

انتخاب دوم: استعانت از دیگران و درخواست کمک از دیگران.

انتخاب سوم: اعمال زور

انتخاب چهارم: مبادله است.

بیمه یعنی بازاریابی نه فروش به تنهایی

بازاریابی از زمانی آغاز می شود که فردی تصمیم می گیرد نیازها و خواسته هایش را از طریق فرآیند خاصی که آن را مبادله می نامیم، ارضا کند و در اینجا باید متذکر شد که بیمه یعنی بازاریابی و نه فروش به تنهایی.

۲- روش های مختلف بازاریابی بیمه:

- ۲-۱- بروشور و تبلیغات و دیگر مطالب چاپی : این روش از بازاریابی با دیگر روش های بازاریابی نیز هماهنگی دارد و برای پشتیبانی فروش شخصی استفاده می شود.
- ۲-۲- تابلوهای آگهی خیابانی و پلاکاردها و علائم
- ۲-۳- رادیو و تلویزیون - رادیو و تلویزیون رسانه فوق العاده موثر و جا افتاده ای است.

۳- ۱۰ اشتباه رایج در بازاریابی:

- ۱- برای افراد نامناسب بازاریابی نکنید ۲- پول خود را دور نریزید ۳- پیش از چاپ ویرایش کنید
- ۴- دائماً ایمیل نامه خود را تکرار نکنید ۵- خدماتی را پیشنهاد ندهید که قادر به تحویلشان نیستید
- ۶- از گفتن جمله ای کاش می توانستم)) بر حذر باشید ۷- مراقب برخورد فاقده هویت باشید
- ۸- مشتری را متهم نکنید ۹- از مشتری ناخشنود دوری نکنید ۱۰ - بازاریابی را متوقف نکنید.

۴- سیزده شیوه صرفه جویی در بازاریابی

- ۱- برنامه ریزی برای برنامه ریزی: اکثر شرکت های تجاری برای بازاریابی خود برون برنامه عمل می کنند که این خود موجب هدر رفتن هزینه ها می شود، هر قدر زمان بیشتری صرف استراتژی و طراحی برنامه خود کنید بازاریابی شما اثربخش تر و بهینه تر خواهد بود.
- ۲- هدف قراردادن مخاطب به شکل دقیق
- ۳- محدود کردن قلمرو خود: برای صرف هزینه کمتر و فروش بیشتر بر منطقه ای کوچکتری از بازار متمرکز شوید به این صورت به ماهی بزرگتر دریاچه ای کوچک شبیه می شوید.
- ۴- توسعه مرحله به مرحله: برای متمرکز کردن منابع خود بسیار مفید است حتی بزرگ ترین بازاریاب هایی که مخاطبانشان مصرف کننده ها هستند برای متمرکز کردن منابع خود از این استراتژی استفاده می کنند.
- ۵- کاهش هزینه های ثابت
- ۶- متمرکزسازی منابع
- ۷- متمرکز شدن به نقطه ای مشکل دار : باعث بازگشت بیشترین سرمایه می شود . و این برگشت باعث افزایش فروش و سود خواهد شد.
- ۸- خلاقیت: به شرط برابری در شرایط با سایر رقبا، هر قدر در بازاریابی خود هزینه کنید، فروش بیشتری خواهید داشت. رقبايي که بزرگترین برنامه های بازاریابی را دارند بیشترین فروش را هم دارند. اما یکی از موارد بسیار مهم این است که با خلاقیت می توان از هزینه بسیار بالا فرار کرد.
- ۹- شناخت نقطه درخشش خود
- ۱۰- استفاده از مکان های رایگان برای نمایش آرم و نام و شعار خود
- ۱۱- پاداش دادن به مشتریان
- ۱۲- استفاده از منال ها و رسانه های جدید
- ۱۳- پیوستن و شرکت کردن: یکی از روش هایی است که باعث رشد روابط می شود و فرصت های فروش و بازاریابی بیشتری به ما می دهند.

۵- ده روش برای رسیدن به فروش

- پاکیزه نگه داشتن دفتر خود
- کار گذاشتن یک سیم تلفنی دوستانه: این نکته بسیار مهم است که وقتی تلفن زنگ بزند پس از ۳ زنگ گوشی را بردارید و - پیغام ها را نهایتاً تا یک ساعت بعد پاسخ گویی
- همواره لبخند زدن
- از مشتریان خود تحسین و تمجید کنید
- برگزاری مهمانی
- بازدید مجدد از مشتریان

خط تولیدتان را با ابزارهای جانبی و کمکی همراه کنید

- تفکر: فروش در ذهن شماست طرز فکر شما که رویکرد فروش شما را شکل می دهد بیشتر از هربخش فرایند فروش
- تعیین کننده ی پیامد فروش است
- خودتان و محصولتان را باور کنید
- نیازهای مشتری را کشف کنید

۶- مشکلات بازاریابی در ایران

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

بخش دوم: آمیخته بازاریابی در صنعت بیمه

۱- مقدمه

در هر جا که عدم اطمینان وجود داشته باشد، ریسک هم وجود دارد. بیمه، خدمتی مالی برای گردآوری پس اندازهای مردم و ارائه پوشش ریسک برای آنهاست. وظیفه اصلی بیمه در برابر رخدادهای احتمالی ایجادکننده خسارتهاست. بیمه، نگرانی ها و مشکلات ناشی از خسارت های ایجادشده در زمینه اموال و مرگ و میر را پوشش می دهد.

اصطلاح بازاریابی بیمه به بازاریابی خدمات بیمه ای با هدف خلق مشتری و کسب سود از طریق رضایت مشتری اشاره می کند. بازاریابی بیمه بر تنظیم ترکیب ایده آلی برای کارهای بیمه ای تمرکز دارد. به نحوی که سازمان بیمه ابقا می یابد و دریک چشم انداز درست رشد می کند.

۲- آمیخته بازاریابی

مجموعه ای از فعالیت های بازاریابی است که یک سازمان با اقدام به آن به مهمترین شکل نیازهای بازارهای هدفش را برآورده میکند. آمیخته بازاریابی متشکل از عناصر P ۷ بازاریابی مثل محصول، مکان، توسعه، افراد، فرآیند و توزیع فیزیکی است. P ۷ فوق الذکر برای بازاریابی محصولات بیمه به روش های زیر به کار می رود:

۱-۲ محصول : چیزی است که ما تولید می کنیم ، کالای تولیدی را محصول محسوس و خدمات را محصولی نا محسوس می نامیم.

۲-۲ قیمت گذاری :

در کسب و کار بیمه تصمیمات قیمت گذاری با عوامل زیر مرتبط است:

۱. حق بیمه پرداخت نشده برای بیمه نامه ها
۲. بهره پرداخت شده برای عدم پرداخت حق بیمه ها و تسهیلات اعتباری
۳. کارمزد پرداخت شده برای فعالیت های مشاوره ای و بیمه ای
- ۳-۲ مکان این عنصر از آمیخته بازاریابی با دو واقعیت مهم سرو کار دارد :

۱- اداره ی کارمندان بیمه

۲- مکان یابی شعبه

۴-۲ توسعه : خدمات بیمه به معیار های اثر بخش توسعه بستگی دارد ، در توسعه کسب و کارهای بیمه ای، نمایندگان ونمایندگان متخصص روستای نقش مهمی دارند.

۵-۲ افراد- شناخت بهتر مشتری اجازه طراحی محصولات مناسب را می دهد. استفاده کارآمد از این منبع برای رضایتمندی مشتریان امر بسیار مهمی است.

۶-۲ فرآیند کاری در صنعت بیمه باید مشتری پسند باشد. سرعت و صحت پرداخت ها از اهمیت بالایی برخوردار است. شیوه ی پرداخت برای مشتریان باید ساده و راحت باشد.

توزیع عامل تعیین کننده موفقیت برای تمام شرکتهای بیمه است و ایجاد یک شبکه توزیع، بسیار گران قیمت و زمان بر است. فناوری، جایگزین شبکه توزیع نخواهد شد، بلکه مزایایی مثل خدمات بهتر به مشتریان را ارائه می‌دهد. دیگر کانال توزیع نوآورانه که میتواند مورد استفاده قرار گیرد موسسات غیر مالی اند.

فعالیت‌های بازرگانی ۵ دیدگاه دارد:

از نظر کاتلر و آمسترانگ سازمان‌ها فعالیت‌های بازاریابی خود را بر اساس پنج دیدگاه قرار می‌دهند

۱- تولید ۲- محصول ۳- فروش ۴- بازاریابی ۵- بازاریابی اجتماعی

دیدگاه تولید:

مصرف کنندگان خواهان و طرفدار محصولاتی هستند که در دسترس باشد و استطاعت خرید آن را داشته باشند. مدیریت باید فعالیت خود را برای بهبود کارایی تولید و توزیع متمرکز کند و وضعیت دو وجود دارد نخستین وضعیت مربوط به زمانی است که تقاضا از عرضه بیشتر باشد در نتیجه باید تولید افزایش گردد. دومین وضعیت زمانی است قیمت محصول بالا است که باید درصدد کاهش قیمت برآییم. صنعت بیمه باید افزایش نیروی فروش داشته باشد و بهبود نظام توزیع خدمات را انجام دهد. بخشی از جمله * بیمه فروختنی است نه خریدنی * در این دیدگاه قرار گرفته است و حرکت جدید صنعت بیمه پس از آزاد سازی نرخ گذاری به این سمت و سو صورت گرفته است. در واقع، تمرکز صنعت بر افزایش نیروی فروش و بهبود نظام توزیع خدمات از این دیدگاه نشئت میگیرد.

دیدگاه محصولات:

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

دیدگاه فروش

برای فروش و تبلیغات باید فعالیت‌های چشمگیری صورت گیرد. فروش نقش اساسی دارد و بعد از آن رضایت مشتری اهمیت دارد. مشتری باید تشویق به خرید محصول شود و آن را دوست داشته باشد و راضی باشد تا بار دوم نیز اقدام به خرید کند. بازاریابی دانش و هنر یافتن و نگهداری و رشد دادن مشتریان سودآور است. نباید یک مشتری را از دست داد چون هزینه جلب یک مشتری تازه، ۵ برابر هزینه خشنود نگه داشتن مشتری کنونی است.

در بیمه عمر هدف فروش بیمه است نه ارائه خدمات پس انداز و سرمایه‌گذاری که در عمل این دیدگاه مفهوم بازاریابی فشاری است.

۱- دیدگاه بازاریابی:

مفهوم بازاریابی آغاز فعالیت‌ها و خواسته‌های خریداران که از طریق تحقیقات بازاریابی است، هدف نیز کسب سود با ارضای نیاز خریداران و ارائه خدمات است.

۲- دیدگاه بازاریابی اجتماعی:

یعنی بازاریابی محض، تضادهای ممکن بین خواسته‌های کوتاه مدت مشتری و رفاه بلند مدت او از نظر دور می‌دارد و به دنبال برقراری توازن بین خواسته‌های مشتریان هدف، منافع بلندمدت مشتریان و جامعه و بازده بلند مدت شرکت می‌باشد.

برای گسترش بیمه عمر می‌توان بر مسائل تغییرات ساختار جمعیتی کشور، منافع بلند مدت بیمه‌های عمر برای کشور و کاهش بار مسئولیتی دولت تاکید داشت با ارائه محصولات جدید می‌توان مشتری بیشتری جذب نمود.

۳- بازاریابی کششی:

بازاریابی کششی یا مصرف کننده به انواع رسانه‌های در دسترس و جوابگویی به خواسته مشتریان آغاز می‌کند که این روش از بازاریابی فشاری که فقط تبلیغات و ابزار سنتی است بهتر است.

۴- مدیریت ارتباط بازاریابی در صنعت بیمه:

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

ایجاد روابط کلیدی باید داشت که از طریق تبلیغات، پیشبرد فروش، فروش حضوری، روابط عمومی و بازاریابی مستقیم است. بازاریابی جدید باید با مشتری رابطه بلند مدت داشت. علم و هنر داشتن، به دست آوردن و افزایش مشتری است.

باید اطلاعات مشتری را جمع‌آوری کرد و در سیستم اطلاع رسانی شبکه سازمان نگهداری کنند و عوامل فروش، خدمات مشتری، پشتیبانی و طراحی تولید با استفاده از همین اطلاعات به نیاز مشتری پی برده و فعالیت خود را آغاز کنند.

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

۱- هزینه های تبلیغاتی را کاهش می‌دهد

۲- از طریق تمرکز روی نیاز مشتریان خاص آنها را راحت تر هدف قرار می دهد.

۳- به سازمان ها اجازه می دهد تا برای مشتری ها بر اساس خدمات رقابت کنند نه قیمت

۴- ممانعت از ولخرجی

۵- بیشترین تماس را با مشتری دارد.

اکثر شرکت‌ها به دلایل زیر از مدیریت ارتباط با مشتری استفاده می‌کنند:

۱- فروش به مشتری جدید که مرتبه بالاتر از مشتری قبلی است.

۲- ۱ مشتری ناراضی با ۸ تا ۱۰ نفر صحبت می‌کند.

۳- ضریب فروش به مشتری جدید ۱۵٪ ولی به مشتری فعلی ۵٪ است.

۴- اگر شرکت به سرعت به خدمات توجه کند ۷۰٪ مشتریان شاکی دوباره با شرکت کار می‌کنند. در مدل تجارت الکترونیک که با مشتری زیاد سرو کار دارند هدف بالا بودن کیفیت تماس است. ساختار IE و یکپارچگی بیشتر مدیریت ارتباط با مشتری ساختار IT/IS است.

ابتدا مدیریت ارتباط با مشتری همراه IT که مراکز پشتیبانی تلفنی، ارتباط از طریق نمابر و کارکنان فروش دوم مدیریت ارتباط با مشتری و IT اتوماتیک که وب به اندازه های بی‌سیم و سیستم تلفن اتوماتیک است. تعامل این دو در جذب و حفظ مشتری مهم است. باید پیام های مطابق با مشتری با هزینه کم به او ارسال شود. باید فرهنگ اصالت مشتری به تک تک کارکنان آموزش داده شود.

بازاریابی خدمات است. اول باید نیاز کارکنان را برآورد کرد و به دنبال آن بین آنها فرهنگ دوستی را ترویج داد. در حالت دوم از تمام کارکنان بخواهند در تمامی سطوح به مشتریان پاسخ گو باشند در عمل کارکنان به صورت اعضای بازاریابی شوند. کلیه کارکنان باید به فعالیت بازاریابی تسلط داشته باشند. مدیریت باید مقصود و هدف سازمان را به طور شفاف تعریف کند و نقش هرگروه را به آنها آموزش دهد.

جلد دوم

فصل اول: بیمه های عمر و مقررات مربوط

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

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

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

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

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

بیمه عمر قراردادی است که به موجب آن بیمه گر متعهد می گردد که در ازای دریافت حق بیمه در صورت فوت شخص بیمه شده و یا زنده ماندن او در موعد مقرر مبلغ معینی را یکجا و یا به صورت مستمری به بیمه شده و یا بیمه گذار و یا شخص تعیین شده از طرف او (استفاده کننده یا ذینفع) بپردازد.

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

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

انواع بیمه عمر:

- بیمه به شرط فوت

۱. بیمه عمر زمانی

۱.۱- عمر زمانی تجدید پذیر

۲. بیمه تمام عمر

۱.۲ بیمه جامع عمر

۲.۲ بیمه جامع عمر متغیر

۳.۲- تمام عمر مشترک

۴.۲- تمام عمر با پرداخت محدود حق بیمه



۴. بیمه اعتبار (مانده بدهکار)

- بیمه به شرط حیات
- ۱. بیمه مستمری
- بیمه مختلط

۱- بیمه های عمر و پس انداز

بیمه های به شرط فوت

۱. بیمه عمر زمانی

از انواع بیمه عمر حمایتی است، ریسک فوت را طی یک دوره معین تحت پوشش قرار داده و در صورت فوت بیمه شده در مدت اعتبار قرارداد بیمه، سرمایه بیمه معین شده در قرارداد، به ذینفع یا ذینفعان پرداخت می گردد. در صورت حیات بیمه شده پس از مدت قراردادهیچ وجهی به او پرداخت نمی شود و حق بیمه های پرداختی او مسترد نخواهد شد. لذا بیمه عمر زمانی صرفاً جنبه تأمینی دارد قرارداد بیمه عمر زمانی را گاهی قرارداد بیمه عمر موقتی می نامند و از این جهت نیز بیش از بیمه های عمر دیگر، به بیمه اموال و حوادث مشابه است. بیمه عمر زمانی مزایا و معایبی دارد. از مزایای این بیمه نامه حق بیمه نسبتاً کم و محدودیت آن به دوره مشخص است. مزایای دیگر این بیمه کاهش نگرانی مربوط به تنزل ارزش پول در قراردادهای طولانی مدت تر و تمام عمر است از معایب قرارداد های بیمه عمر زمانی عدم وجود حق بازخرید و سرمایه مخفف بوده و در صورت حیات بیمه شده تا پایان قرارداد، وجهی پرداخت نمی شود

۱.۱- بیمه عمر زمانی تجدید پذیر:

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

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

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

خرید بیمه عمر زمانی در سه مورد توصیه می شود:

مشتری مبلغ کمی را می خواهد صرف خرید بیمه عمر نماید.

مشتری بخواهد از پوشش بیمه ای موقتی و کوتاه مدت بهره مند شود.

مشتری در حال حاضر توانایی مالی کافی ندارد ولی پس از مدتی توانایی مالی بهتری کسب خواهد کرد.

۲- بیمه تمام عمر

برخلاف بیمه عمر زمانی که سرمایه بیمه نامه را در صورت فوت در یک مدت مشخص پرداخت می نماید بیمه تمام عمر سرمایه فوت بیمه نامه را در هر زمان که فوت بیمه شده اتفاق افتد به ذینفعان می پردازد. در این نوع پوشش بیمه ای، حق بیمه به طور سالانه و در تمام طول عمر بیمه شده پرداخت می گردد (تمام عمر معمولی)

البته می‌توان ترتیب پرداخت حق بیمه را طوری تنظیم کرد که برای تمام عمر نباشد، بلکه با رسیدن بیمه‌گذار به سن بازنشستگی خاتمه پیدا کند. (تمام عمر با پرداخت محدود)

۱.۲- بیمه جامع عمر (Universal Life) (عمر و سرمایه گذاری)

بیمه عمر جامع که به اختصار می‌نامند در بگیرنده سرمایه فوت و همچنین ارزش بازخريد است. اين بیمه نامه های جامع از انواع بیمه های تمام عمر به حساب آمده است و مزیت آن انعطاف پذیری آن نسبت به سایر بیمه نامه های عمر است جامعیت این بیمه در انعطاف پذیری نوع پرداخت، سرمایه فوت و مدت بیمه نامه است. در این بیمه نامه حق بیمه ها پس از کسر هزینه های مربوط به فوت در صندوق سرمایه گذاری انباشته می‌شوند.

۱. دو جزء سرمایه گذاری و حمایتی از یکدیگر جدا هستند

۲. انعطاف پذیر است

۳. امکان برداشت از اندوخته

۴. معاف از مالیات بر درآمد و ارث

۵. سرمایه فوت قابل افزایش و کاهش است.

۶. امکان اعطاء وام

منافع فوت = سرمایه فوت + ذخیره سرمایه گذاری

انواع قرارداد بیمه عمر جامع:

۱. در نوع اول میزان منافع فوت در سال های اولیه ثابت بوده و در سال های انتهایی افزایش می یابد.

۲. در نوع دوم منافع فوت برابر است با مجموع ذخیره سرمایه (ارزش بازخريد) که افزایشی است و مقدار ثابت ذخیره مربوط به ريسک مرگ.

بیمه جامع عمر متغیر

۲.۲ (Variable Life)

نوعی بیمه عمر و سرمایه گذاری است که صندوق سرمایه گذاری بنا به درخواست بیمه گذار متغیر است. این نوع بیمه، بیمه جامع عمر با وجهی سرمایه گذاری شده در یک یا چند حساب مستقل، براساس انتخاب بیمه گذار است. در این نوع بیمه معمولاً هزینه های مخارج و مرگ و میر به صورت روزانه محاسبه می‌شوند، زیرا مقدار بیمه براساس مبالغ حساب های جداگانه بصورت روزانه در معرض تغییر است

همچنین در این نوع بیمه، ريسک سرمایه گذاری بر عهده بیمه گذار است. و از آنجا که مبلغ حساب ها متغیرند، مزایای پس از فوت نیز متغیر خواهد بود .

۳.۲ بیمه تمام عمر مشترک

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

طرح بیمه مشترک فوت فرد دوم (بیمه عمر بازمانده)، مزایایی ارائه می‌شوند که تا فوت فرد بیمه شده دوم قابل پرداخت است و در این طرح حق بیمه‌ها باید تا فوت فرد دوم پرداخت گردند، اما برخی بیمه‌گران بیمه‌نامه‌هایی ارائه می‌کنند که در آنها پرداخت حق بیمه با فوت فرد اول به پایان می‌رسد.

۴.۲ بیمه تمام عمر با پرداخت محدود حق بیمه

دسته اول بیمه عمر کامل با پرداخت حق بیمه مداوم: قرارداد های بیمه عمر کامل با پرداخت یکنواخت حق بیمه در طول عمر است

ویژگی اول: حق بیمه تا زمان مرگ بیمه شده به طور مداوم و یکسان پرداخت می‌شود.

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

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

در واقع با افزایش سن، ذخایر قانونی افزایش و انباشت حمایتی مربوط به ریسک مرگ کاهش می‌یابد

ذخایر قانونی - سرمایه بیمه نامه قرارداد = انباشت حمایتی

ویژگی دوم: بیمه نامه تمام عمر دارای ارزش بازخريد است و مقدار ارزش بازخريد با ذخایر قانونی متفاوت است چرا که در سالهای اولیه به دلیل بالا بودن هزینه اداری و بیمه‌گری و ارزش بازخريد از کسر هزینه های اولیه بیمه نامه از ذخایر قانونی بدست می‌آید لذا ارزش بازخريد از ذخایر قانونی کمتر است

دسته دوم بیمه نامه تمام عمر با پرداخت حق بیمه محدود: پرداخت حق بیمه در این نوع بیمه نامه محدود است و دیگر نیازی به پرداخت حق بیمه تا پایان بیمه نامه نیست

از محاسن این نوع پرداخت حق بیمه اینست که در سنین بازنشستگی که درآمد کاهش می‌یابد فرد نگران پرداخت حق بیمه بالا نخواهد بود.

مزایای بیمه تمام عمر :

۱. پوشش و تأمین تمام عمر

۲. امکان بازخريد و کسب سرمایه بازخريد

۳. امکان کسب وام از ارزش سرمایه بازخريد

۴. امکان پرداخت حق بیمه از محل سرمایه بازخريد

۵. امکان تبدیل بیمه نامه به یک بیمه موقت با سرمایه مشابه

۶. امکان تبدیل مبلغ بازخريد به بیمه عمر مستمری

۷. امکان تبدیل بیمه عمر کامل به بیمه مخفف

۱. پوشش و تأمین تمام عمر

۲. امکان بازخرید و کسب سرمایه بازخرید

۳. امکان کسب وام از ارزش سرمایه بازخرید

۴. امکان پرداخت حق بیمه از محل سرمایه بازخرید

۵. امکان تبدیل بیمه نامه به یک بیمه موقت با سرمایه مشابه

۶. امکان تبدیل مبلغ بازخرید به بیمه عمر مستمری

۷. امکان تبدیل بیمه عمر کامل به بیمه مخفف

۳. بیمه عمر فرد کلیدی:

یکی از مهمترین دارایی هر بنگاه اقتصادی و یا شرکت، مهارت کارکنان آن می باشد. لذا مرگ و یا ازکارافتادگی هر کارمند و یا مدیر منجر به زیان اقتصادی برای شرکت خواهد بود و میزان این زیان بستگی به نقش و جایگاه فرد در شرکت دارد. به کارکنانی که نقش حساس و کلیدی در ایجاد سود و موفقیت شرکت دارند، افراد کلیدی می گوئیم. از آنجا که فقدان و از کار افتادگی این افراد کلیدی، زیان های قابل ملاحظه ای به شرکت وارد می کند، بیمه نامه ای برای جبران این خسارت ها تعریف شده است که به آن بیمه نامه فرد کلیدی گفته می شود .

یکی از مهمترین مشکلات بیمه گری در این بیمه، تعیین ارزش فرد کلیدی است. به منظور تعیین ارزش فرد کلیدی میتوان زیان احتمالی و کاهش درآمد ناشی از فقدان فرد کلیدی را تخمین زد و یا میتوان هزینه های تحمیل شده به شرکت به دلیل فقدان شخص کلیدی را به نحوی که شرکت در جایگاه سود و تولید مشابه قرار گیرد تقریب زد

به منظور سهولت درک بیمه نامه شخص کلیدی، در زیر الگویی برای این بیمه نامه ارائه میگردد

ذینفع بیمه نامه: شرکتی است که فرد کلیدی در آن ایفای نقش می نماید

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

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

سن بیمه شده: ۲۲ سالگی تا ۵۵ سالگی.

شرایط اولیه بیمه نامه:

۱. سرمایه بیمه سالانه متناسب با حق بیمه افزایشی، افزایش می یابد

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

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

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

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

۴. بیمه عمر اعتبار (مانده بدهکار):

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

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

در واقع این بیمه، بیمه‌ای است که طلبکار را در مقابل مرگ و یا اعسار مدیون، بیمه می‌نماید. ذینفع‌های این قرارداد بطور معمول بانکهای تجاری، شرکتهای اعتباری، موسسات مالی قرض دهنده و خرده فروشانی که به صورت اقساط کالای خود را می‌فروشند، می‌باشند.

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

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

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

سرمایه بیمه‌نامه حداکثر به میزان بدهی

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

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

حالت اول: اگر موسسه مالی وام دهنده خود اقدام به فروش بیمه نامه اعتبار نماید، مبلغ حق بیمه یکجا به میزان وام اضافه شده و اقساط ماهیانه شامل وام و مبلغ حق بیمه خواهد بود. و اما حالت دوم اگر بیمه نامه اعتبار از یک شرکت بیمه به صورت مجزا خریداری شود، مبلغ حق بیمه یکجا در هنگام عقد قرارداد به شرکت بیمه مذکور پرداخت می‌شود. حق بیمه ماهیانه از طریق حاصلضرب نرخ بیمه در مقدار باقیمانده وام در هر ماه به دست می‌آید.

مزایای این بیمه‌نامه برای بیمه شدگان عبارتند از

۱ - پرداخت باقیمانده وام در صورت فوت و یا از کار افتادگی و یا بیکاری

۲- حمایت از خانواده در مقابل تعهدات مالی و ایجاد آرامش و امنیت خانوار

۳ - بهره مندی از مشاوره مالی با متخصصین در امور مالی،

۴ - اقدام برای اخذ وامهای بیشتر از موسسات دیگر.

۱ - پوشش ریسک عدم باز پرداخت کامل وام،

۲- برطرف شدن ریسک شهرت بد،

۳ - جذب مشتری بیشتر.

بیمه های به شرط حیات

۱. بیمه های مستمری

در بیمه نامه های مستمری، بیمه گر پرداخت مستمری را برای مدت معین و یا تمامی حیات بیمه شده تعهد می کند. به عبارت ساده تر بیمه های مستمری به کار افرادی می آید که در دوران حیات و فعالیت خود سرمایه ای را اندوخته اند و اینک می خواهند حداکثر بهره را از آن بگیرند. معمولاً افرادی که نگران حال بازماندگان خود نیستند و نمی خواهند ارثیه ای از خود برجای گذارند و مایل نیستند در دوران پیری و از کارافتادگی با مشکلات مالی مواجه گردند روبه سوی بیمه های مستمری می آورند.

در قرارداد مستمری مادام العمر، حق بیمه توسط مستمری بگیر یا فرد دیگری (که دارنده قرارداد یا صاحب آن نامیده می شود) به پرداخت کننده مستمری پرداخت می گردد. در اکثر قراردادهای، پرداخت مستمری فقط تا زمانی ادامه می یابد که مستمری بگیر در قید حیات باشد، اما قراردادهای زیادی هم هستند که بنا به ویژگی خاصشان در صورت فوت مستمری بگیر نیز پرداخت مبالغی که بنا به ویژگی های خاصشان، در صورت فوت مستمری بگیر نیز پرداخت مبالغی اندک در آنها تضمین شده است.

بیمه های مستمری دارای انواع متفاوتی به شرح زیر است:

مستمری با برگشت حق بیمه، مستمری متغیر، مستمری مضاعف، مستمری مخفف، مستمری با فاصله، مستمری بلافاصله

در بیمه نامه های مستمری، به خلاف بیمه های عمر خطر زیستن طولانی بیمه گذار براساس جداول مرگ و میر تحت پوشش قرار می گیرد

بیمه های مختلط

بیمه عمر مختلط قراردادی است که براساس آن بیمه گر تعهد می نماید، بیمه شده را طی یک دوره مشخص تحت پوشش داشته باشد چنانچه بیمه شده پس از دوره مذکور در حیات باشد، سرمایه بیمه نامه به او تعلق می گیرد. در صورتی که بیمه شده در طی دوره فوت نماید، سرمایه بیمه نامه به استفاده کنندگان قرارداد پرداخت می شود.

به دلیل حتمی بودن پرداخت سرمایه بیمه نامه، این بیمه نامه از سایر بیمه های عمر گران تر است .

انواع بیمه های مختلط عبارت است از بیمه نامه های عمر و پس انداز و عمر و سرمایه گذاری.

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

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

۱- پس انداز مورد نیاز خانواده طی یک دوره معین

۲- تامین حمایت خانوار در مقابل خطر فوت سرپرست خانوار طی یک دوره معین

۳- تامین هزینه تحصیلات فرزندان در مقطع خاصی از زندگی و برای حمایت مالی از دوران ساخوردگی.

شرایط بازاریابی این نوع بیمه نامه ها از ویژگی های زیر برخوردار است: اولاً، فروش این نوع بیمه از انواع دیگر آسانتر است. زیرا هرمتقاضی به دلایل روانشناسی می پندارد خود در پایان دوره زنده است و لذا سرمایه بیمه را دریافت خواهد کرد. لذا این نوع بیمه نامه ها جذابیت بیشتری داشته و نمایندگان راحت تر می توانند مشتریان را قانع نمایند. ثانیاً کارمزد این نوع قراردادها بیش از بیمه عمر زمانی و تمام عمر است.

در سال آغازین قرارداد، بخش مربوط به فوت برابر کل سرمایه بیمه است، ولی طی دوره به تدریج کاهش می یابد. در زمان سررسید قرارداد، بخش سرمایه گذاری قرارداد با کل سرمایه بیمه نامه برابر شده و سرمایه فوت به صفر خواهد رسید.

در هر زمان از مجموع سرمایه انباشت شده بخش سرمایه گذاری و سرمایه فوت، سرمایه کل بیمه نامه به دست می آید و به دلیل همین خصوصیت، بیمه های مختلط پس انداز از رایج ترین نوع بیمه های عمر محسوب می شود. این نوع بیمه نامه در چند دهه اخیر به علت ارائه پوششهای مناسب در صورت فوت نابهنگام بیمه گذار برای بازماندگان او و نیز جنبه پس اندازی و ذخیره سازی آن برای زمانی که بیمه گذار در قید حیات است، از استقبال همگانی برخوردار شده است. این بیمه نامه دارای اشکال متفاوتی است که به چند نمونه از آن اشاره می کنیم

۱ . بیمه های عمر و پس انداز

بیمه نامه پس انداز با کاهش حق بیمه در سالهای اول

بیمه نامه پس انداز با دو برابر سرمایه در صورت فوت

بیمه نامه پس انداز با دو برابر سرمایه در صورت حیات

بیمه نامه پس انداز با حق انتخاب

استثنائات در بیمه عمر:

بیمه عمر هم مانند سایر رشته های بیمه دارای استثنائاتی است که شامل خطرات زیر می شود، مگر این که بین بیمه گر و بیمه گذار توافق دیگری شده باشد.

خودکشی و یا سعی در خودکشی توسط بیمه شده در طول دو سال اول بیمه نامه. در بعضی از کشورها شرایط بیمه نامه این مدت را یک سال و بعضی ۳ سال ذکر کرده اند. خطر جنگ، شورش، آشوب، بلوا، فوت ناشی از مشارکت در مسابقات سرعت، پروازهای اکتشافی و اکروباتی.

در این گونه موارد، بیمه گر تعهدی در جبران خسارت ندارد و صرفاً به پرداخت ذخیره ریاضی درمورد بیمه نامه هایی که دارای ذخیره ریاضی است اکتفا می کند.

هزینه سربار (مبالغ اضافی)، آن بخش از حق بیمه است که برای پوشش دادن سایر هزینه ها، به ویژه هزینه های فروش، ضروری است و سبب سودی برای شرکت می گردد. نرخ ناخالص در واقع همان حق بیمه خالص به اضافه هزینه سربار، در هر واحد در معرض خطر است و حق بیمه ناخالص نیز همان حق بیمه ای است که از تقاضای بیمه مطالبه می گردد و برابر با حاصل ضرب نرخ ناخالص در تعداد واحدهای بیمه شده در معرض خطر است. نسبت هزینه سربار به نرخ ناخالص، برابر با نسبت هزینه خواهد بود.

نرخ حق بیمه ناخالص = حق بیمه خالص + هزینه سربار

حق بیمه ناخالص = نرخ حق بیمه ناخالص ضربدر تعداد واحدهای در معرض خطر

نسبت هزینه = هزینه سربار / نرخ حق بیمه ناخالص

ذخیره ریاضی مخصوص بیمه های عمر:

ذخیره ریاضی مخصوص بیمه های عمر، مختلط پس انداز و مستمری است. ذخیره ریاضی عبارت است از تفاوت تعهدات ایفاء شده بیمه گر و بیمه گذار با توجه به نرخ بهره آن. بیمه گذار تعهدات خود را در ابتداء قرارداد به صورت پرداخت حق بیمه یکجا یا به تدریج در طول اعتبار بیمه نامه ایفاء می کند ولی تعهدات بیمه گر موکول به تحقق خطر بیمه شده یا در زمان خاتمه قرارداد است. ذخیره ریاضی جانشین ذخیره حق بیمه است. مفهوم ذخیره ریاضی در بیمه عمر به شرط فوت و در بیمه های مختلط به شرح زیر است:

- ذخیره ریاضی در بیمه عمر به شرط فوت:

حق بیمه متناسب با ریسک تعیین می شود و هرچه سن بیمه شده افزایش یابد، حق بیمه فزونی پیدا می کند. بنابراین حق بیمه ای که بیمه گذار در این نوع پوشش بیمه ای باید بپردازد سال به سال اضافه می شود. توجیه این امر برای بیمه گذار دشوار است؛ برای بیمه گر نیز خالی از اشکال نیست، در نتیجه بیمه گر با استفاده از فرمول های ریاضی حق بیمه را برای تمام مدت اعتبار قرارداد یکسان تعیین می کند. در سال های اول، بیمه گذار حق بیمه ای به مراتب بیشتر از حق بیمه ریسک را می پردازد و هرچه از مدت قرارداد سپری می شود این اضافه پرداختی کمتر می شود از اواسط مدت قرارداد به بعد، قضیه برعکس می شود یعنی حق بیمه ای که بیمه گذار می پردازد کمتر از حق بیمه ریسک است. حق بیمه اضافی که بیمه گذار تا اواسط مدت قرارداد می پردازد به اضافه بهره آن تشکیل ذخیره ریاضی در بیمه عمر به شرط فوت را می دهد. کمبود حق بیمه ریسک برای سال هایی که حق بیمه پرداختی کمتر از حق بیمه ریسک است از محل ذخیره ریاضی تأمین می شود به طوری که در آخرین سال، آنچه از ذخیره ریاضی باقی مانده و به حق بیمه پرداختی بیمه گذار اضافه می گردد برابر است با حق بیمه ریسک.

بیمه های عمر در مراحل بدوی خود بر پایه اصول علمی و فنی در رابطه با جدول های حق بیمه و نحوه انتخاب مخاطرات پایه گذاری نشده بود و در واقع پیدایش جدول مرگ و میر (۲) نقطه عطفی در تاریخچه بیمه عمر محسوب می شود و به همین دلیل امروزه بیمه گران در زمان گزینش بیمه گذاران عوامل زیر را برای قبول یا رد یک پیشنهاد و تعیین حق بیمه مناسب وضعیت سنی و سلامت بیمه گذار در نظر می گیرند.

۱- سن: در بیمه های عمر، سن بیمه گذار عامل اصلی تعیین نرخ حق بیمه به شمار می رود و به همین دلیل جداول حق بیمه با کاربرد جدول مرگ و میر، هزینه های بیمه گر و نرخ سود حاصل از سرمایه گذاری تنظیم می شود

۲- جنسیت: در اغلب مناطق جهان به اثبات رسیده است که زنان از عمر طولانی تری برخوردارند و متوسط طول عمرشان بیشتر است. بدین جهت در شرکت های بیمه جداول جمعیتی نیز بر حسب مردان و زنان تهیه می شود که این جداول در زمان محاسبه حق بیمه به کار می آید.

۳- وضعیت جهانی: ساختار فیزیکی بدن انسان یکی از عوامل مهم و تعیین کننده در انتخاب و یا رد شخص متقاضی بیمه عمر به حساب می آید. پیشرفت علم پزشکی و تشخیص پزشکی و آزمایش های متعددی که انجام می شود بیمه گر را در وضعیت کاملاً مناسبی قرار می دهد تا با آگاهی نسبت به پذیرش یک بیمه شده با نرخ استاندارد و یا غیراستاندارد و یا اضافه نرخ پزشکی بیمه نامه عمر صادر کند.

۴- تاریخچه سلامتی خانواده: بسیاری از آمار و تجربه‌ها نشان داده که عمر طولانی و زیاد یک امر موروثی در خانواده‌هاست. عمر طولانی ممکن است ریشه در توارث و یا محیط و شرایط زیست خانواده داشته باشد. بعضی از بیماری‌ها موروثی است و به همین دلیل علت مرگ والدین و یا سایر اعضای خانواده می‌تواند در زمان پذیرش خطر عامل تعیین کننده محسوب شود.

۵- شغل و حرفه: در کشورهایی که شرکت‌های بیمه، بیمه‌های عمر گروهی صنعتی را در بازار عرضه می‌کنند، شغل و حرفه بیمه‌گذاران یکی از مهمترین عوامل ارزیابی خطر محسوب می‌شود، زیرا بسیاری از مشاغل اثرات ناخوشایند خود را به مرور بر زندگی بیمه‌گذاران نشان می‌دهد، زیرا افرادی که در معادن کار می‌کنند و یا شرایط محیط کارشان مساعد و مناسب نیست در درازمدت با مرگ و میر بیشتری در مقایسه با سایر گروه‌ها روبه‌رو می‌شوند

بخش دوم: جدول عمر

برای بدست آوردن احتمال وقوع مرگ در مورد قراردادهای بیمه عمر، از جدولی استفاده می‌شود که به آن جدول عمر و یا جدول مرگ و میر گویند. جدول عمر شامل پنج ستون اصلی است: سن، تعداد زندگان، تعداد فوت شدگان، نرخ مرگ و میر و امید به زندگی .

ستون اول: سن معمولاً از صفر تا صد و یا گاهی بیشتر (یا حتی کمتر) در نظر گرفته می‌شود.

ستون مربوط به تعداد زندگان معمولاً از یک عدد مبنا (پایه) شروع می‌شود (۱۰۰/۰۰۰) و یا ۱/۰۰۰/۰۰۰ و یا ۱۰/۰۰۰/۰۰۰) و سپس با ضرب ستون مرگ و میر در تعداد زندگان ستون مربوط به تعداد متوفیان سال به دست می‌آید.

امید به زندگی عبارتست از میانگین سال‌هایی که یک فرد X ساله انتظار دارد در قید حیات باقی بماند.

که از مجموع کل سال‌هایی را که افراد X ساله جدول در قید حیات باقی می‌مانند بر تعداد کل زندگان X ساله بدست می‌آید.

عوامل موثر در قیمت گذاری بیمه های عمر

در نرخ گذاری بیمه های عمر سه عنصر اصلی وارد می‌شود: احتمال مرگ و میر، نرخ بهره و هزینه سربار.

دو عنصر احتمال فوت و نرخ بهره در محاسبه حق بیمه خالص وارد می‌شود. مجموع حق بیمه خالص و هزینه سربار حق بیمه ناخالص را تشکیل می‌دهد.

احتمال مرگ و میر: جدول مرگ و میر یک روش ساده برای بیان احتمال بقا یا فوت در هر سن مشخص است .

نرخ بهره: از آنجا که حق بیمه ها از پیش دریافت شده و خسارات در تاریخی در آینده پرداخت می‌گردد بیمه‌گر از انباشت حق بیمه ها برای سرمایه گذاری استفاده کرده و بنابراین باید بهره ای به بیمه گذار تعلق گیرد .

برای سادگی فرض می‌کنیم حق بیمه در ابتدای سال جمع آوری شده و خسارات در انتهای سال سررسید می‌شوند. برای محاسبه ارزش حال خسارات آتی از نرخ تنزیل استفاده می‌شود. با وارد کردن نرخ بهره در محاسبات مبلغ حق بیمه کمتر از حق بیمه لازم برای پوشش هزینه فوت بیمه شده خواهد شد.

هزینه سربار: برای تبدیل حق بیمه خالص به نرخ ناخالص بایستی هزینه سربار را به آن افزود تا هزینه های مربوط به ارائه محصول و خدمات بیمه ای نیز پوشش داده شود. هزینه های سربار عبارتند از حق کمیسیون (کارمزد)، سایر مخارج فروش، مخارج عمومی اداری، مالیات بر حق بیمه، سود و حوادث محتمل الوقوع.

ضریب هزینه-۱/حق بیمه ناخالص=حق بیمه خالص

فصل اول- کلیات

ماده ۱- مؤسسات بیمه مکلفند کلیه بیمه نامه های زندگی و مستمري خود را بر اساس مقررات این آیین نامه صادر نمایند.

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

الف- بیمه های خطر فوت: قرارداد بیمه ای است که در آن بیمه گر تعهد می کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار، در صورت فوت بیمه شده در مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید.

ب- بیمه به شرط حیات: قرارداد بیمه ای است که در آن بیمه گر تعهد می کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار، در صورت زنده بودن بیمه شده در پایان مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید.

ج- بیمه های مختلط: قرارداد بیمه ای است که در آن بیمه گر تعهد می کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار در صورت فوت بیمه شده در مدت بیمه و یا زنده بودن وی در پایان مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید.

د- بیمه مستمري: قرارداد بیمه ای است که در آن بیمه گر تعهد می کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار، مبلغ بیمه را به صورت مستمري تا یک مدت معین و یا در زمان حیات بیمه شده، به ذینفع مندرج در بیمه نامه بپردازد.

تبصره ۱: مؤسسات بیمه می توانند پوشش خطرات اضافی را طبق مقررات مربوط، همراه انواع بیمه های زندگی عرضه نمایند.

تبصره ۲: قبول تعهد پرداخت سرمایه یا مستمري در صورت نقص عضو بیمه شده یا هزینه معالجات در بیمه نامه های زندگی ممنوع است و مؤسسات بیمه می توانند اینگونه تعهدات را ضمن بیمه نامه مربوط قبول کنند.

تبصره ۳: مؤسسات بیمه می توانند علاوه بر بیمه های مستمري، تعهدات سایر انواع بیمه زندگی را هم به صورت مستمري پرداخت نمایند.

فصل دوم- مبانی محاسبه نرخ حق بیمه

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

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

ب- نرخ سود فنی علی الحساب: حداکثر نرخ سود فنی در بیمه نامه های با مدت حداکثر ده سال، پانزده درصد و در بیمه نامه های با مدت بیش از ده سال، پانزده درصد برای ده سال اول و ده درصد برای مدت مازاد بر ده سال. بیمه مرکزی موظف است، هر دو سال یکبار نرخ سود فنی را مورد بازنگری قرار دهد و پیشنهاد لازم را به شورای عالی بیمه ارائه کند.

ج- حداکثر هزینه های اداری و بیمه گری:

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

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

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

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

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



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

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

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

فصل سوم - کارمزد

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

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

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

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

د- در انواع بیمه‌نامه‌های زندگی با حق بیمه یکجا:

در بیمه‌نامه‌های انفرادی، ۵ درصد حق بیمه

در بیمه‌نامه‌های گروهی، ۴ درصد حق بیمه

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

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

ماده ۹- حداکثر کارمزد قابل پرداخت به نمایندگان بیمه معادل کارمزدهای مقرر در فصل دوم آیین‌نامه کارمزد نمایندگی می‌باشد.

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

فصل چهارم - مشارکت در منافع

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

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- ذخیره ریاضی در آخر سال مالی قبل، حق بیمه‌های دریافتی، کارمزد بیمه‌های اتکایی واگذاری، کارمزد بر منافع (مشارکت در سود) دریافتی بابت بیمه‌های اتکایی واگذاری، سهم بیمه‌گران اتکایی بابت

باز خرید و پرداخت سرمایه و مستمری‌ها، کارمزد وام‌های پرداختی به بیمه‌گذاران، و خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های از محل ذخایر ریاضی موضوع تبصره ۱ این ماده.

ب- کارمزد پرداختی، مبالغ پرداختی از بابت باز خرید و سرمایه و مستمری‌ها، حق بیمه اتکایی و اگذاری، ذخیره ریاضی در آخر سال مالی، هزینه‌های عمومی بیمه‌گر حداکثر تا ۷ درصد حق بیمه‌های دریافتی و کارمزد پرداختی به بیمه مرکزی موضوع وام ماده ۳۰.

تبصره ۱: خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌ها از محل ذخایر ریاضی طبق آیین‌نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه محاسبه و تعیین خواهد شد. در صورتیکه به هر یک از انواع درآمدهای فوق هزینه‌ای تعلق بگیرد هزینه مزبور از اصل درآمد کسر خواهد شد.

تبصره ۲: مؤسسات بیمه می‌توانند برای محاسبه منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه‌های زندگی موضوع این ماده، از روش زیر نیز استفاده نمایند:

در انواع بیمه‌های زندگی جز در بیمه‌های به شرط فوت در پایان هر سال حداقل ۸۵ درصد منافع مازاد بر نرخ سود فنی مورد عمل، حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر ریاضی خود را مستقیماً و به نسبت ذخیره ریاضی پایان سال قبل هر بیمه‌نامه محاسبه و به رقم ذخیره ریاضی بیمه‌نامه مذکور اضافه نمایند و مراتب را طی الحاقی، حداکثر تا قبل از پایان سال بعد به اطلاع بیمه‌گذاران ذیربط برسانند.

ماده ۱۳- سهم هر یک از بیمه‌گذاران از منافع به نسبت ذخیره ریاضی بیمه‌نامه آنها از کل ذخایر ریاضی بیمه‌نامه‌های موضوع ماده ۱۱ یا بر مبنای دیگری که بیمه مرکزی تایید کند معین می‌شود.

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

فصل پنجم- حقوق بیمه‌گذاران نسبت به ذخیره ریاضی

ماده ۱۵- در انواع بیمه‌های زندگی بجز بیمه خطر فوت زمانی بیمه‌گذار می‌تواند در صورت تشکیل ذخیره ریاضی، درخواست باز خرید کل یا درصدی از بیمه‌نامه خود را نماید و موسسه بیمه مکلف است ارزش باز خرید بیمه‌نامه را که حداقل معادل ۹۰ درصد ذخیره ریاضی بیمه‌نامه است، با رعایت شرایط بیمه‌نامه صادره پرداخت نماید.

تبصره: مؤسسات بیمه موظفند جدول باز خرید بیمه را به بیمه‌نامه‌های صادره ضمیمه و تحویل بیمه‌گذار نمایند. در جدول مزبور باید مشخص شود که در صورت باز خرید بیمه‌نامه در انقضای هر سال از مدت بیمه چه مبلغی عاید بیمه‌گذار خواهد شد.

ماده ۱۶- در صورتیکه ذینفع در بیمه‌نامه‌های زندگی بستانکار بیمه‌گذار باشد و این مطلب در بیمه‌نامه و یا ظهر آن تصریح شده باشد حق باز خرید 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 ۹۰ درصد ارزش باز خرید 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 باز خرید 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 باز خرید 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 بیمه‌گزار 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، موسسه بیمه و بیمه‌گزار توافق دیگری نموده باشند.

ماده ۲۰- در بیمه‌های مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه، هرگاه بیمه‌گزار از پرداخت هر قسط حق بیمه خودداری نماید، حق بیمه خطر فوت از محل ذخیره ریاضی بیمه‌نامه تامين می‌شود و پس از آن که ذخیره ریاضی کمتر از حق بیمه خطر فوت گردد، بیمه‌نامه معلق می‌گردد. بیمه‌گزار 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 موسسه بیمه کافی نباشد بیمه مرکزی می‌تواند نرخ سود منظور در محاسبه ذخیره ریاضی این موسسه یا مؤسسات را برای بیمه‌نامه‌های سال‌های آتی تقلیل دهد و مراتب را به شورای عالی بیمه گزارش نماید. موسسه بیمه مکلف است نرخ تعیین شده توسط بیمه مرکزی را ملاک محاسبه قرار دهد.

فصل هفتم- بیمه اتکایی اجباری

ماده ۲۴- مؤسسات بیمه موظفند برای هر یک از انواع 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 صورتهای را بیمه مرکزی معین خواهد کرد.

ماده ۲۵- بیمه مرکزی می‌تواند رونوشت کلیه بیمه‌نامه‌های صادره بیمه‌های زندگی را از مؤسسات بیمه بخواهد. مؤسسات بیمه موظفانند 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 موسسه 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 واگذارنده 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 واگذاری مجدد نماید.

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

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

ب) برای سایر انواع بیمه‌های زندگی با حق بیمه سالانه در سال اول ۸۷ درصد حق بیمه سال اول مشروط بر اینکه از ۳۳ در هزار سرمایه تجاوز نکند. ۴۰ درصد این کارمزد در سال اول به تناسب حق بیمه‌های

وصولی سال اول و از سال دوم الی پنجم هر سال ۱۵ درصد به تناسب حق بیمه‌های وصولی آن سال پس از وصول حق بیمه، قابل پرداخت است.

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

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

ماده ۲۸- صورت‌حساب بیمه اتکایی اجباری هر سه ماه یکبار توسط بیمه مرکزی تنظیم می‌شود. در این صورت حساب‌ها سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت، انقضاء مدت بیمه‌نامه‌ها، پرداخت مستمری و حق بیمه و کارمزد اتکایی بیمه‌های صادره ظرف آن سه ماه و همچنین حق بیمه وصولی و کارمزد اتکایی اجباری بیمه‌نامه‌های موعده رسیده صادره سال‌های قبل و حق بیمه‌های مربوط به الحاقیه‌های صادره و کارمزد اتکایی اجباری آن منظور خواهد شد. در صورت موافقت بیمه مرکزی صورت‌حساب اتکایی اجباری می‌تواند توسط موسسه بیمه واگذارنده تنظیم شود.

ماده ۲۹- مؤسسات بیمه واگذارنده و بیمه مرکزی موظفند حداکثر ظرف مدت یک ماه از تاریخ دریافت صورت‌حساب نسبت به تسویه بدهی خود اقدام نمایند. در غیر اینصورت هر ماه تاخیر در تسویه بدهی از سوی بیمه مرکزی و مؤسسات واگذارنده، موجب اعمال ۲ درصد جریمه تاخیر تادیه بر مبنای مانده بدهی به ازای هر ماه خواهد شد.

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

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

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

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

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

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

ب- کارمزد اتکایی اجباری، سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت و انقضاء مدت بیمه‌نامه‌ها، ذخیره ریاضی در آخر سال مالی، هزینه اداری معادل ۵ درصد حق بیمه‌های اتکایی اجباری و زیان سال‌های قبل.

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

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

ب- نرخ خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های موسسه بیمه واگذارنده موضوع تبصره ۱ ماده ۱۲.

فصل هشتم- بیمه اتکایی اختیاری

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

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

- الف- در صورتیکه جمع سرمایه بیمه برای خطر فوت یک نفر بیمه شده ضمن یک یا چند بیمه نامه از مبلغ دو میلیارد ریال متجاوز باشد نسبت به مبلغ مازاد.
 - ب- در صورتیکه وضع سلامت بیمه شده در معاینه پزشکی غیرعادی و مشمول حق بیمه اضافی تشخیص داده شود.
 - ج- در موارد تجمیع خطر در بیمه‌نامه‌های انفرادی و گروهی
 - د- سایر موارد به تشخیص بیمه مرکزی
- تبصره: در صورتی که واگذاری اتکایی در مورد بیمه‌نامه‌های زندگی تا مبلغ دو میلیارد ریال برای موسسه بیمه‌ای در داخل کشور امکان پذیر نباشد بیمه مرکزی با رعایت شرایط معمول در واگذاری بیمه‌های اتکایی اختیاری موظف به قبول آن است. بیمه مرکزی می‌تواند حداکثر مبلغ مذکور را سالانه تعدیل نماید.

فصل نهم - نظارت

- ماده ۳۵- بیمه مرکزی بر حسن اجرای این آیین‌نامه نظارت می‌نماید. در صورت عدم اجرای مفاد این آیین‌نامه توسط مؤسسه بیمه، بیمه مرکزی می‌تواند حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام دهد:
- ۱- تذکر شفاهی به مدیران فنی، مدیر عامل و هیئت مدیره شرکت
 - ۲- اخطار کتبی به مدیران فنی، مدیر عامل و هیئت مدیره شرکت
 - ۳- اعلام سلب صلاحیت مسئول فنی، مدیر فنی، معاون فنی یا مدیر عامل 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 ۶۷/۹/۸ شورای عالی بیمه

مؤسسات بیمه می‌توانند خطر فوت، نقص عضو و ازکار افتادگی 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 ازکار افتادگی کلی و دایم باشد بدون افزایش نرخ بیمه تعمیم دهند.

بیمه عمر جامع که به اختصار UL می‌نامند در بگیرنده سرمایه فوت و همچنین ارزش بازخرید است. این بیمه نامه‌های جامع از انواع بیمه‌های تمام عمر به حساب آمده است و مزیت آن انعطاف پذیری آن نسبت به سایر بیمه نامه‌های عمر است.

جامعیت این بیمه در انعطاف پذیری نوع پرداخت، سرمایه فوت و مدت بیمه نامه است. در این بیمه نامه حق بیمه‌ها پس از کسر هزینه‌های مربوط به فوت در صندوق سرمایه گذاری انباشته می‌شوند.

ویژگی‌های بیمه عمر جامع:

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

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

همچنین در این نوع بیمه، ریسک سرمایه گذاری بر عهده بیمه گذار است. و از آنجا که مبلغ حساب ها متغیرند، مزایای پس از فوت نیز متغیر خواهد بود.

بیمه های مستمری

در بیمه نامه های مستمری، بیمه گر پرداخت مستمری را برای مدت معین و یا تمامی حیات بیمه شده تعهد می کند. به عبارت ساده تر بیمه های مستمری به کار افرادی می آید که در دوران حیات و فعالیت خود سرمایه ای را اندوخته اند و اینک می خواهند حداکثر بهره را از آن بگیرند. معمولاً افرادی که نگران حال بازماندگان خود نیستند و نمی خواهند ارثیه ای از خود برجای گذارند و مایل نیستند در دوران پیری و از کارافتادگی با مشکلات مالی مواجه گردند رو به سوی بیمه های مستمری می آورند.

در قرارداد مستمری مادام العمر، حق بیمه توسط مستمری بگیر یا فرد دیگری (که دارنده قرارداد یا صاحب آن نامیده می شود) به پرداخت کننده مستمری پرداخت می گردد. در اکثر قراردادها، پرداخت مستمری فقط تا زمانی ادامه می یابد که مستمری بگیر در قید حیات باشد، اما قراردادهای زیادی هم هستند که بنا به ویژگی خاصشان در صورت فوت مستمری بگیر نیز پرداخت مبالغی که بنا به ویژگی های خاصشان، در صورت فوت مستمری بگیر نیز پرداخت مبالغی اندک در آنها تضمین شده است.

بیمه های مستمری دارای انواع متفاوتی به شرح زیر است:

مستمری با برگشت حق بیمه، مستمری متغیر، مستمری مضاعف، مستمری مخفف، مستمری با فاصله، مستمری بلافاصله

در بیمه نامه های مستمری، به خلاف بیمه های عمر خطر زیستن طولانی بیمه گذار براساس جداول مرگ و میر تحت پوشش قرار می گیرد.

بیمه تمام عمر مشترک

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

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

استثنائات در بیمه عمر:

بیمه عمر هم مانند سایر رشته های بیمه دارای استثنائاتی است که شامل خطرات زیر می شود، مگر این که بین بیمه گر و بیمه گذار توافق دیگری شده باشد.

خودکشی و یا سعی در خودکشی توسط بیمه شده در طول دو سال اول بیمه نامه. در بعضی از کشورها شرایط بیمه نامه این مدت را یک سال و بعضی ۳ سال ذکر کرده اند. خطر جنگ، شورش، آشوب، بلوا، فوت ناشی از مشارکت در مسابقات سرعت، پروازهای اکتشافی و اکروباتی.

در این گونه موارد، بیمه گر تعهدی در جبران خسارت ندارد و صرفاً به پرداخت ذخیره ریاضی در مورد بیمه نامه هایی که دارای ذخیره ریاضی است اکتفا می کند.

هزینه سربار (مبلغ اضافی)، آن بخش از حق بیمه است که برای پوشش دادن سایر هزینه ها، به ویژه هزینه های فروش، ضروری است و سبب سودهی برای شرکت می گردد. نرخ ناخالص در واقع همان حق بیمه خالص به اضافه هزینه سربار، در هر واحد در معرض خطر است و حق بیمه ناخالص نیز همان حق بیمه ای است که از متقاضی بیمه مطالبه می گردد و برابر با حاصل ضرب نرخ ناخالص در تعداد واحدهای بیمه شده در معرض خطر است. نسبت هزینه سربار به نرخ ناخالص، برابر با نسبت هزینه خواهد بود.

نرخ حق بیمه ناخالص = حق بیمه خالص + هزینه سربار

حق بیمه ناخالص = نرخ حق بیمه ناخالص ضربدر تعداد واحدهای در معرض خطر

نسبت هزینه = هزینه سربار / نرخ حق بیمه ناخالص

ذخیره ریاضی مخصوص بیمه های عمر

ذخیره ریاضی مخصوص بیمه های عمر، مختلط پس انداز و مستمری است. ذخیره ریاضی عبارت است از تفاوت تعهدات ایفاء شده بیمه گر و بیمه گذار با توجه به نرخ بهره آن. بیمه گذار تعهدات خود را در ابتداء قرارداد به صورت پرداخت حق بیمه یکجا یا به تدریج در طول اعتبار بیمه نامه ایفاء می کند ولی تعهدات بیمه گر موکول به تحقق خطر بیمه شده یا در زمان خاتمه قرارداد است. ذخیره ریاضی جانشین ذخیره حق بیمه است. مفهوم ذخیره ریاضی در بیمه عمر به شرط فوت و در بیمه های مختلط به شرح زیر است:

- ذخیره ریاضی در بیمه عمر به شرط فوت:

حق بیمه متناسب با ریسک تعیین می شود و هرچه سن بیمه شده افزایش یابد، حق بیمه فزونی پیدا می کند. بنابراین حق بیمه ای که بیمه گذار در این نوع پوشش بیمه ای باید بپردازد سال به سال اضافه می شود. توجیه این امر برای بیمه گذار دشوار است؛ برای بیمه گر نیز خالی از اشکال نیست، در نتیجه بیمه گر با استفاده از فرمول های ریاضی حق بیمه را برای تمام مدت اعتبار قرارداد یکسان تعیین می کند. در سال های اول، بیمه گذار حق بیمه ای به مراتب بیشتر از حق بیمه ریسک را می پردازد و هرچه از مدت قرارداد سپری می شود این اضافه پرداختی کمتر می شود از اواسط مدت قرارداد به بعد، قضیه برعکس می شود یعنی حق بیمه ای که بیمه گذار می پردازد کمتر از حق بیمه ریسک است. حق بیمه اضافی که بیمه گذار تا اواسط مدت قرارداد می پردازد به اضافه بهره آن تشکیل ذخیره ریاضی در بیمه عمر به شرط فوت را می دهد. کمبود حق بیمه ریسک برای سال هایی که حق بیمه پرداختی کمتر از حق بیمه ریسک است از محل ذخیره ریاضی تأمین می شود به طوری که در آخرین سال، آنچه از ذخیره ریاضی باقی مانده و به حق بیمه پرداختی بیمه گذار اضافه می گردد برابر است با حق بیمه ریسک.

بیمه های عمر در مراحل بدوی خود بر پایه اصول علمی و فنی در رابطه با جدول های حق بیمه و نحوه انتخاب مخاطرات پایه گذاری نشده بود و در واقع پیدایش جدول مرگ و میر (۲) نقطه عطفی در تاریخچه بیمه عمر محسوب می شود و به همین دلیل امروزه بیمه گران در زمان گزینش بیمه گذاران عوامل زیر را برای قبول یا رد یک پیشنهاد و تعیین حق بیمه مناسب وضعیت سنی و سلامت بیمه گذار در نظر می گیرند.

۱- سن: در بیمه‌های عمر، سن بیمه‌گذار عامل اصلی تعیین نرخ حق بیمه به شمار می‌رود و به همین دلیل جداول حق بیمه‌ها کاربرد جدول مرگ و میر، هزینه‌های بیمه‌گر و نرخ سود حاصل از سرمایه‌گذاری تنظیم می‌شود.

۲- جنسیت: در اغلب مناطق جهان به اثبات رسیده است که زنان از عمر طولانی‌تری برخوردارند و متوسط طول عمرشان بیشتر است. بدین جهت در شرکتهای بیمه جداول جمعیتی نیز برحسب مردان و زنان تهیه می‌شود که این جداول در زمان محاسبه حق بیمه به کار می‌آید.

۳- وضعیت جهانی: ساختار فیزیکی بدن انسان یکی از عوامل مهم و تعیین کننده در انتخاب و یا رد شخص متقاضی بیمه عمر به حساب می‌آید. پیشرفت علم پزشکی و تشخیص پزشکی و آزمایشهای متعددی که انجام می‌شود بیمه‌گر را در وضعیت کاملاً مناسبی قرار می‌دهد تا با آگاهی نسبت به پذیرش یک بیمه شده با نرخ استاندارد و یا غیراستاندارد و یا اضافه نرخ پزشکی بیمه‌نامه عمر صادر کند.

۴- تاریخچه سلامتی خانواده: بسیاری از آمار و تجربه‌ها نشان داده که عمر طولانی و زیاد یک امر موروثی در خانواده‌هاست. عمر طولانی ممکن است ریشه در توارث و یا محیط و شرایط زیست خانواده داشته باشد. بعضی از بیماریها موروثی است و به همین دلیل علت مرگ والدین و یا سایر اعضای خانواده می‌تواند در زمان پذیرش خطر عامل تعیین کننده محسوب شود.

۵- شغل و حرفه: در کشورهایی که شرکتهای بیمه، بیمه‌های عمر گروهی صنعتی را در بازار عرضه می‌کنند، شغل و حرفه بیمه‌گذاران یکی از مهمترین عوامل ارزیابی خطر محسوب می‌شود، زیرا بسیاری از مشاغل اثرات ناخوشایند خود را به مرور بر زندگی بیمه‌گذاران نشان می‌دهد، زیرا افرادی که در معادن کار می‌کنند و یا شرایط محیط کارشان مساعد و مناسب نیست در درازمدت با مرگ و میر بیشتری در مقایسه با سایر گروه‌ها روبه‌رو می‌شوند.

بخش دوم: جدول عمر

برای بدست آوردن احتمال وقوع مرگ در مورد قراردادهای بیمه عمر، از جدولی استفاده می‌شود که به آن جدول عمر و یا جدول مرگ و میر گویند. جدول عمر شامل پنج ستون اصلی است: سن، تعداد زندگان، تعداد فوت شدگان، نرخ مرگ و میر و امید به زندگی.

ستون اول: سن معمولاً از صفر تا صد و یا گاهی بیشتر (یا حتی کمتر) در نظر گرفته می‌شود.

ستون مربوط به تعداد زندگان معمولاً از یک عدد مینا (پایه) شروع می‌شود (۱۰۰/۰۰۰ و یا ۱/۰۰۰/۰۰۰ و یا ۱۰/۰۰۰/۰۰۰) و سپس با ضرب ستون مرگ و میر در تعداد زندگان ستون مربوط به تعداد متوفیان سال به دست می‌آید.

امید به زندگی عبارتست از میانگین سال هایی که یک فرد X ساله انتظار دارد در قید حیات باقی بماند.

که از مجموع کل سال هایی را که افراد X ساله جدول در قید حیات باقی می‌مانند بر تعداد کل زندگان X ساله بدست می‌آید.

عوامل موثر در قیمت گذاری بیمه های عمر

در نرخ گذاری بیمه های عمر سه عنصر اصلی وارد میشود: احتمال مرگ و میر، نرخ بهره و هزینه سربار دو عنصر احتمال فوت و نرخ بهره در محاسبه حق بیمه خالص وارد میشود. مجموع حق بیمه خالص و هزینه سربار حق بیمه ناخالص را تشکیل می دهد.

نرخ بهره: از آنجا که حق بیمه ها از پیش دریافت شده و خسارات در تاریخی در آینده پرداخت می گردد بیمه گر از انباشت حق بیمه ها برای سرمایه گذاری استفاده کرده و بنابراین باید بهره ای به بیمه گذار تعلق گیرد.

برای سادگی فرض میکنیم حق بیمه در ابتدای سال جمع آوری شده و خسارات در انتهای سال سررسید می شوند. برای محاسبه ارزش حال خسارات آتی از نرخ تنزیل استفاده میشود. با وارد کردن نرخ بهره در محاسبات مبلغ حق بیمه کمتر از حق بیمه لازم برای پوشش هزینه فوت بیمه شده خواهد شد.

هزینه سربار: برای تبدیل حق بیمه خالص به نرخ ناخالص بایستی هزینه سربار را به آن افزود تا هزینه های مربوط به ارائه محصول و خدمات بیمه ای نیز پوشش داده شود. هزینه های سربار عبارتند از حق کمیسیون (کارمزد)، سایر مخرج فروش، مخارج عمومی اداری، مالیات برحق بیمه، سود و حوادث محتمل الوقوع.

$$\text{حق بیمه خالص} \\ \text{حق بیمه ناخالص} = \text{ضریب هزینه} - 1$$

آیین نامه شماره ۶۸: آیین نامه بیمه های زندگی و مستمري

فصل اول - کلیات

ماده ۱- مؤسسات بیمه مکلفند کلیه بیمه نامه های زندگی و مستمري خود را بر اساس مقررات این آیین نامه صادر نمایند.

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

الف- بیمه های خطر فوت: قرارداد بیمه ای است که در آن بیمه گر تعهد می کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار، در صورت فوت بیمه شده در مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید.

ب- بیمه به شرط حیات: قرارداد بیمه ای است که در آن بیمه گر تعهد می کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار، در صورت زنده بودن بیمه شده در پایان مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید.

ج- بیمه های مختلط: قرارداد بیمه ای است که در آن بیمه گر تعهد می کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار در صورت فوت بیمه شده در مدت بیمه و یا زنده بودن وی در پایان مدت بیمه، مبلغ بیمه را به ذینفع مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید.

د- بیمه مستمري: قرارداد بیمه ای است که در آن بیمه گر تعهد می کند در ازای پرداخت حق بیمه توسط بیمه گزار، مبلغ بیمه را به صورت مستمري تا یک مدت معین و یا در زمان حیات بیمه شده، به ذینفع مندرج در بیمه نامه بپردازد.

تبصره ۱: مؤسسات بیمه می توانند پوشش خطرات اضافی را طبق مقررات مربوط، همراه انواع بیمه های 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 علی الحساب: حداکثر نرخ سود فنی در بیمه نامه‌های با مدت حداکثر ده سال، پانزده درصد و در بیمه نامه‌های با مدت بیش از ده سال، پانزده درصد برای ده سال اول و ده درصد برای مدت مازاد بر ده سال. بیمه مرکزی موظف است، هر دو سال یکبار نرخ سود فنی را مورد بازنگری قرار دهد و پیشنهاد لازم را به شورای عالی بیمه ارائه کند.

ج- حداکثر هزینه‌های اداری و بیمه‌گری:

در بیمه‌نامه‌های انفرادی- سالانه: حداکثر ۷ درصد حق بیمه هر سال بعلاوه دو درهزار سرمایه فوت در ۵ سال اول

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

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 تایید به بیمه مرکزی ارسال نمایند. عدم اظهار نظر بیمه مرکزی ظرف مدت ۲۰ روز کاری به منزله تایید تلقی می‌شود.

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

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

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

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

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

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

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

د- در انواع بیمه‌نامه‌های زندگی با حق بیمه یکجا:

در بیمه‌نامه‌های انفرادی، ۵ درصد حق بیمه

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

ماده ۹- حداکثر کارمزد قابل پرداخت به نمایندگان بیمه معادل کارمزدهای مقرر در فصل دوم آیین‌نامه کارمزد نمایندگی می‌باشد.

ماده ۱۰- در قراردادهای بیمه خطر فوت ساده یک ساله گروهی که توسط هر مؤسسه برای کارکنان و یا توسط شرکت‌های تعاونی و یا سندیکاها برای اعضاء و یا توسط بانک‌ها و مؤسسات اعتباری برای مشتریان خود امضا و پرداخت حق بیمه آن تقبل شده باشد، بیمه‌گر می‌تواند به تریبی 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، بیمه‌گزاران 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 - ذخیره ریاضی در آخر سال مالی قبل، حق بیمه‌های دریافتی، کارمزد بیمه‌های اتکایی و اگذاری، کارمزد بر منافع (مشارکت در سود) دریافتی بابت بیمه‌های اتکایی و اگذاری، سهم بیمه‌گران اتکایی بابت بازخرید و پرداخت سرمایه و مستمری‌ها، کارمزد وام‌های پرداختی به بیمه‌گزاران، و خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های از محل ذخایر ریاضی موضوع تبصره ۱ این ماده.

ب- مبالغ پرداختی از بابت بازخرید و سرمایه و مستمری‌ها، حق بیمه اتکایی و اگذاری، ذخیره ریاضی در آخر سال مالی، هزینه‌های عمومی بیمه‌گر حداکثر تا ۷ درصد حق بیمه‌های دریافتی و کارمزد پرداختی به بیمه مرکزی موضوع وام ماده ۳۰.

تبصره ۱: خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌ها از محل ذخایر ریاضی طبق آیین‌نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه محاسبه و تعیین خواهد شد. در صورتیکه به هر یک از انواع درآمدهای فوق هزینه‌ای تعلق بگیرد هزینه مزبور از اصل درآمد کسر خواهد شد.

تبصره ۲: مؤسسات بیمه می‌توانند برای محاسبه منافع حاصل از مجموع معاملات بیمه‌های زندگی موضوع این ماده، از روش زیر نیز استفاده نمایند:

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

ماده ۱۳- سهم هر یک از بیمه گزاران 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 بیمه گزاران از منافع مزبور را بر حسب توافق با بیمه گزار به عنوان حق بیمه یکجا برای افزایش سرمایه بیمه‌نامه یا افزایش ذخایر ریاضی منظور و یا بصورت نقدی پرداخت نمایند.

فصل پنجم- حقوق بیمه گزاران نسبت به ذخیره ریاضی

ماده ۱۵- در انواع بیمه‌های زندگی بجز بیمه خطر فوت زمانی بیمه گزار می‌تواند در صورت تشکیل ذخیره ریاضی، درخواست بازخرید کل یا درصدی از بیمه‌نامه خود را نماید و موسسه بیمه مکلف است ارزش بازخرید بیمه‌نامه را که حداقل معادل ۹۰ درصد ذخیره ریاضی بیمه‌نامه است، با رعایت شرایط بیمه‌نامه صادره پرداخت نماید.

تبصره: مؤسسات بیمه موظفند جدول بازخرید بیمه را به بیمه‌نامه‌های صادره ضمیمه و تحویل بیمه گزار نمایند. در جدول مزبور باید مشخص شود که در صورت بازخرید بیمه‌نامه در انقضاء هر سال از مدت بیمه چه مبلغی عاید بیمه گزار خواهد شد.

ماده ۱۶- در صورتیکه ذینفع در بیمه‌نامه‌های زندگی بستانکار بیمه گزار 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- بیمه گزار می‌تواند پس از پرداخت لااقل حق بیمه دو سال تمام تا ۹۰ درصد ارزش بازخرید بیمه نامه درخواست وام نماید و بیمه‌گر متعهد به پرداخت آن است. ترتیب استرداد وام با توافق بین بیمه‌گر و بیمه گزار 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 بیمه گزار 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 بیمه گزار 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، موسسه بیمه و بیمه گزار توافق دیگری نموده باشند.

ماده ۲۰- در بیمه‌های مختلط خطر فوت و تشکیل سرمایه، هرگاه بیمه گزار 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. بیمه گزار 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 موسسه بیمه کافی نباشد بیمه مرکزی می‌تواند نرخ سود منظور در محاسبه ذخیره ریاضی این موسسه یا مؤسسات را برای بیمه‌نامه‌های سال‌های آتی تقلیل دهد و مراتب را به شورای عالی بیمه گزارش نماید. موسسه بیمه مکلف است نرخ تعیین شده توسط بیمه مرکزی را ملاک محاسبه قرار دهد.

فصل هفتم - بیمه انکابی 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 موسسه بیمه‌ای، بیمه نامه 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 واگذارنده 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 واگذاری مجدد نماید.

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

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

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

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

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

ماده ۲۸- صورتحساب بیمه اتکایی اجباری هر سه ماه یکبار توسط بیمه مرکزی تنظیم می‌شود. در این صورتحساب‌ها سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت، انقضاء مدت بیمه‌نامه‌ها، پرداخت مستمری و حق بیمه و کارمزد اتکایی بیمه‌های صادره ظرف آن سه ماه و همچنین حق بیمه وصولی و کارمزد اتکایی بیمه‌نامه‌های موعده رسیده صادره سال‌های قبل و حق بیمه‌های مربوط به الحاقیه‌های صادره و کارمزد اتکایی اجباری آن منظور خواهد شد. در صورت موافقت بیمه مرکزی صورتحساب اتکایی اجباری می‌تواند توسط موسسه بیمه واگذارنده تنظیم شود.

ماده ۲۹- مؤسسات بیمه واگذارنده و بیمه مرکزی موظفند حداکثر ظرف مدت یک ماه از تاریخ دریافت صورتحساب نسبت به تسویه بدهی خود اقدام نمایند. در غیر اینصورت هر ماه تاخیر در تسویه بدهی از سوی بیمه مرکزی و مؤسسات واگذارنده، موجب اعمال ۲ درصد جریمه تاخیر تادیه بر مبنای مانده بدهی به ازای هر ماه خواهد شد.

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

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

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

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

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

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

ب- کارمزد اتکایی اجباری، سهم بیمه مرکزی بابت بازخرید، فوت و انقضا مدت بیمه‌نامه‌ها، ذخیره ریاضی در آخر سال مالی، هزینه اداری معادل ۵ درصد حق بیمه‌های اتکایی اجباری و زیان سال‌های قبل.

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

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

ب- نرخ خالص درآمد حاصل از سایر سرمایه‌گذاری‌های موسسه بیمه واگذارنده موضوع تبصره ۱ ماده ۱۲.

فصل هشتم- بیمه اتکایی اختیاری

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

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

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

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

ج- در موارد تجمع خطر در بیمه‌نامه‌های انفرادی و گروهی

د- سایر موارد به تشخیص بیمه مرکزی

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

فصل نهم- نظارت

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

۱- تذکر شفاهی به مدیران فنی، مدیر عامل و هیئت مدیره شرکت

۲- اخطار کتبی به مدیران فنی، مدیر عامل و هیئت مدیره شرکت

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

ماده ۳۶- این آیین نامه در ۳۶ ماده و ۱۷ تبصره از تاریخ ۱۳۹۱/۲/۱ لازم الاجرا بوده و جایگزین آیین نامه شماره ۱۳ و اصلاحات بعدی آن می شود.

مصوبه ۶۷/۹/۸ شورای عالی بیمه

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

فصل دوم: بیمه های درمان و مقررات مربوط

* بیمه درمان: موضوع بیمه های درمان؛ تامین و جبران هزینه های درمانی (اعم از سرپایی یا بستری در بیمارستان) است که بر اثر بروز بیماری یا وقوع حوادث باری بیمه شده ضرورت پیدا می کند.

* فوت بر اثر بیماری در بیمه درمان مورد پوشش قرار نمی گیرد.

* از آنجا که در بیمه بیماری موضوع اصلی بیمه جبران هزینه های درمانی است، اصل غرامت و اصل جانشینی در این بیمه قابل اعمالند.

* تعهد بیمه گر در اینجا تا سقف مبلغ بیمه شده و به منظور جبران هزینه های پزشکی خواهد بود.

* امر بیمه های درمانی بیشتر با کمک مالی دولت ها مقدور و عملی است و فروش بیمه های درمانی انفرادی و حتی گروهی چندان مقدور نیست اگر چه بیمه گران بخش بازرگانی نیز در این بخش فعالیت دارند.

* خطر موضوع بیمه درمان: مرض یا بیماری: اختلال در تندرستی و تمامیت جسمی و روانی انسان بر اثر عوامل بیماری زا که برای پزشک قابل تشخیص باشد.

* بیماری های ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر، واکسیناسیون، جراحی پلاستیک و سقط جنین را در بر نمی گیرد. بارداری و زایمان نیز قابل بیمه هستند.

* تامین هزینه های درمانی نامحدود نیست و بیمه گران تا میزان مبلغ بیمه شده متعهد هستند.

* پزشک بیمه گر بر اساس تعرفه های پزشکی هزینه ها درمانی را برآورد و تعیین می کند.

* یکی از محدودیت های بیمه های درمان، "دوره انتظار" است.

* بدین معنا که بیمه گر در قرارداد بیمه درمان قید می کند که فلان بیماری موکول به گذشتن مهلت معینی از زمان شروع بیمه نامه است. به طور مثال یکدوره ۹ ماهه برای زایمان.

* هدف از دوره انتظار، جلوگیری از قبول ریسک های هزینه و یا ریسک هایی است که پیش از انعقاد قرارداد شروع شده اند.

* فرانشیز: معافیت بیمه گر از جبران بخشی از هزینه های درمانی. بیمه گر نسبت به جبران درصد یا سهم فرانشیز تهیدی ندارد و جبران آن به عهده بیمه شده یا بیمه گذار می باشد. هدف کاهش هزینه های اداری، مشارکت بیمه شده در خسارت، و جلوگیری از سوء استفاده های احتمالی است.

* تشکیل و انعقاد قرارداد های درمان، تابع همان شرایط بیمه های عمر و حادثه است. بیمه گذار مکلف به تکمیل پیشنهاد و پرسشنامه و توضیح وضعیت مزاجی و سلامتی بیمه شدگان است.

*شرایط عمومی این بیمه نامه تابع آیین نامه ۷۴ مصوب بیمه مرکزی است.

*انواع بیمه های درمانی: مهم ترین طرح های ارائه شده از سوی بیمه گران:

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

۲- تامین هزینه های بستری شدن در بیمارستان و اعمال جراحی: تعهد در ایجا تامین هزینه های عمده درمانی است. اگر بیمه شده بستری گردید یا به عمل جراحی نیاز داشت بیمه گر هزینه های درمانی را بر پایه تعرفه درمانی و تا سقف معین می پردازد.

۳- بیمه درمان مازاد تامین خدمات درمانی:

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

*بیمه درمان تکمیلی: جهت جبران هزینه های درمان مازاد بر تعرفه های بیمه خدمات درمانی، تامین اجتماعی و... ارائه می گردد.

پوششهای این نوع بیمه: اعمال جراحی، بیمارستانی، زایمان طبیعی و سزارین، برخی از هزینه های پاراکلینیکی از قبیل سونوگرافی، ماموگرافی، رادیولوژی و...

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

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

* بیمه درمان دائمی: در این نوع بیمه چنانچه بیمه شده به دلیل بیماری و یا بروز حادثه قادر به کار و فعالیت نباشد، مستمری هفتگی و یا ماهانه ای، معادل مبلغی که بیمه شده به دلیل از کارافتادگی قادر به تامین آن نیست، دریافت می دارد بنا براین شرکت بیمه سلامت شخصی را تحت پوشش بیمه ای قرار می دهد نه زندگی او را.

*این بیمه وضعیت دائمی و همیشگی دارد. یعنی چنانچه بیمه گذار حق بیمه را مرتباً پرداخت نماید و بر خلاف شرایط بیمه نامه رفتار ننماید بیمه گر حق فسخ یا افزایش حق بیمه را ندارد هر چند میزان خسارت و تعدد دفعات آن فوق العاده زیاد باشد و به همین دلیل بیمه درمان همگانی در طبقه بیمه های زندگی قرار می گیرد.

بیمه های درمان دائمی با این هدف طراحی شده اند که چنان چه بیمه گذار از کارفتاده شود غرامت هفتگی و یا ماهیانه تمام عمر را دریافت کند.

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

*در اینجا شغل و حرفه بیمه شده به این دلیل در بیمه‌نامه قید می‌گردد که چنان چه پس از صدور بیمه‌نامه تغییراتی در آن حادث گردید، بیمه شده شرکت بیمه را در جریان قرار دهد.

*اگر شغل در بیمه‌نامه درج گردد: بدین معناست که چنانچه بیمه شده قادر به انجام کاری نباشد که قبل از، از کار افتادگی داشته و یا هر شغل دیگری، محق به دریافت مستمری خواهد بود.

*اگر بیمه شده شغل و حرفه‌ای نداشته باشد: از کارافتادگی باید به مفهوم خانه نشین شدن بیمه‌گذار تلقی گردد.

* از کارافتادگی می‌بایست به تشخیص پزشک متعهد بیمه‌گر باشد.

*دوره انتظار از کار افتادگی:

اغلب شرکت های بیمه پرداخت مستمری را منوط به از کار افتادگی بیمه شده پس از سپری شدن دوره خاصی می‌دانند که دوره انتظار نامیده می‌شود.

*هرچه دوره انتظار طولانی تر باشد، نرخ حق بیمه آن ارزان تر است زیرا از این طریق تعداد دفعات خسارات و مدت پرداخت غرامت هفتگی و ماهیانه کاهش می‌یابد.

*دوره انتظار معمول و متعارف ۱۳، ۴، ۲۶، ۵۲ و ۱۰۴ هفته است.

*اگر بیمه شده از کارافتاده گردیده و غرامت دریافت داشته و پس از مدتی بهبود یابد، و مجدداً به دلیل همان بیماری و یا حادثه از کارافتاده شود، شرکت های بیمه برای بار دوم دوره انتظار را برای پرداخت غرامت اعمال نخواهد نمود.

*"شرط نسبی/ متناسب": به منظور ترغیب از کار افتادگان برای بازگشت به کار، بر اساس این شرط چنانچه بیمه شده از کار افتاده به کار دیگری اشتغال یابد، بیمه‌گر اختلاف درآمد شغل اولیه و ثانویه را به وی پرداخت خواهد نمود.

* به منظور اطمینان از اینکه بیمه شده در صورت دریافت غرامت هفتگی و ماهیانه در وضعیت بهتری قرار نگیرد، حد اکثر غرامت پرداختی به هر یک از بیمه شدگان از کارافتاده، بیشتر از سه چهارم میانگین درآمد ماهیانه آنان نخواهد بود.

*استثنائات پرداخت غرامت هفتگی یا ماهیانه:

-جنگ، شورش، آشوب بلوا

-قصد و عمد بیمه شده در بروز حادثه بیماری

-مصرف مشروبات الکلی و یا مواد مخدر به استثنای موارد تجویزی پزشک

-مشارکت در هر گونه عمل خلاف، جرم، جنحه

- حاملگی، زایمان و یا هر گونه حوادث بیماری ناشی از آن

*آیدز (در برخی از شرکت های بیمه)

آئین نامه شماره ۷۴: آئین نامه بیمه های درمان

• کلیات:

- بیمه‌گر: شرکت بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است.
- بیمه‌گر پایه: سازمان هایی از قبیل بیمه خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی و... که طبق قانون بیمه درمان همگانی موظف به ارائه خدمات درمان پایه اند.
- بیمه‌گزار: شخصی است که مشخصات وی در این بیمه‌نامه ذکر شده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.
- گروه بیمه شدگان: کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گزار و اعضای خانواده شان که بیمه‌گزار آنها را به عنوان اعضای گروه معرفی نموده است و حداقل پنجاه درصد آنها باید همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند. همچنین بیمه‌گر می‌تواند کارکنان بازنشسته بیمه‌گزار را صرفاً در ابتدای قرارداد به همراه کلیه اعضای خانواده تحت تکفل آنان بیمه کند.
- منظور از اعضای خانواده همسر، فرزندان، پدر، مادر و افراد تحت تکفل بیمه شدگان میباشد.
- پوشش درمان سایر گروه‌ها از قبیل اصناف به این شرط مجاز است که با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه‌نامه تشکیل شده باشند. پرداخت حق بیمه سالیانه توسط بیمه‌گزار تضمین شده و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه به طور همزمان بیمه شوند.
- موضوع بیمه: جبران بخشی از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر پوشش های اضافی درمانی، که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست و طی بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.
- حادثه عبارت است از هر واقع ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده اتفاق افتاده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت گردد. همچنین بیماری عبارت است از هر گونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.
- حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گزار میبایست در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد. نیز انجام تعهدات بیمه‌گر موکول به پرداخت حق بیمه مطابق با روش توافق شده در شرایط خصوصی بیمه‌نامه میباشد.
- دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی در قبال جبران خسارت ندارد.
- فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه‌گزار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوص بیمه‌نامه تعیین می گردد.
- مدت بیمه‌نامه: مدت آن یکسال تمام شمسی است.

هزینه‌های درمانی قابل پرداخت:

الف: پوششهای اصلی (پایه):

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

- با دریافت حق بیمه اضافی بر حسب توافق با بیمه‌گذار به شرح ذیل قابل پوشش است:
- 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.
 - هزینه‌های زایمان (طبیعی و سزارین) تا پنجاه درصد تعهد سالیانه در خصوص پوشش‌های اصلی. سقف تعهد فوق نمی‌بایست از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر بیشتر باشد.
 - 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.
 - دوره انتظار در خصوص پوشش مذکور برای گروههای زیر ۲۵۰ نفر، ۹ ماه و از ۲۵۰ نفر الی ۱۰۰۰ نفر معادل ۶ ماه و برای گروههای بالای ۱۰۰۰ نفر فاقد دوره انتظار است.
 - هزینه‌های پاراکلینیکی قابل پوشش:
 - ۱- جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام‌ار‌ای، اکوکاردیوگرافی استرس اکو، دانسیتومتری تا حداکثر ۲۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.
 - ۲- جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری-PFT) نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.
 - ۳- جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی با سقف ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.
 - ۴- جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (بر اساس فهرشت داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.
 - ۵- جبران هزینه‌های دندانپزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده. هزینه‌های دندانپزشکی بر اساس تعرفه سالیانه سندیکای بیمه‌گران ایران محاسبه و پرداخت میگردد.
 - ۶- جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی تا سقف ۲ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.
 - ۷- جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمک تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده.
 - جبران هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات با جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درج نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر چشم بیمه شده.
 - جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۱۰ درصد تعهدات پایه سالیانه برای هر بیمه شده.

فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی (در مطب) به شرح ذیل میباشد:

- 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، کاترسم 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 مجسمه

- 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، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
- ۱۰- عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم 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 آرچ زایگما
- ۱۸- جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
- ۱۹- جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
- ۲۰- عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
- ۲۱- بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

- هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن صرفاً برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر و حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده قابل جبران می‌باشد.
- هزینه 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.
- هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین به شرط داشتن پوشش زایمان حداکثر تا ۵۰ درصد تعهد زایمان به عنوان یک پوشش مستقل.
- پوشش‌های اضافی فوق‌الذکر مازاد بر سقف تعهدات پایه سالیانه می‌باشد. در صورتی که تعهدات پایه نا محدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش‌های اضافی نیز می‌تواند نا محدود باشد.

• شرایط:

- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه شده مکلف هستند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر دقت و صداقت را رعایت نموده و تمامی اطلاعات را در اختیار ایشان قرار دهند.
- چنانچه بیمه‌گذار در پاسخ به بیمه‌گر عمداً مطلبی را ذکر نکند و یا مطلبی خلاف واقع را اظهار نماید، چنانچه این موارد به گونه‌ای باشند که موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌نامه فسخ خواهد گردید.
- همچنین چنانچه مشخص گردد بیمه شده‌ای در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر یا بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف و متعهد استرداد خسارتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده است.
- فرانشیز: فرانشیز هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد کل هزینه‌های درمانی مربوط و در غیر اینصورت معادل سهم بیمه‌گر پایه و حداقل ۳۰ درصد خواهد بود.
- بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی فرانشیز را کاهش دهد که در هر صورت حداقل فرانشیز ۱۰ درصد خواهد بود.
- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار می‌بایست حق بیمه تعیین شده را به نحوی که در قرارداد توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت نماید.

استثنائات: شامل مواردی است که از تعهدات بیمه‌گر خارج بوده و به شرح ذیل می‌باشد:

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود مگر آنکه ناشی از حادثه‌ای باشد که در طول مدت بیمه‌نامه واقع گردیده باشد.
 - ۲- عیوب مادرزادی مگر آنکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع آن 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 همانند سیل، زلزله و آتشفشان.
 - ۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا بر تأیید مقامات ذی صلاح.
 - ۸- فع و انفعالات هسته‌ای.
 - ۹- هزینه اتاق خصوصی مگر به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۰- هزینه همراه برای بیمه شدگان با سن بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۱- جنون
 - ۱۲- جراحی لثه
 - ۱۳- اوزام بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
 - ۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
 - ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درج نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درج نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- موارد درج شده در بندهای ۱۲، ۱۰، ۹، ۷، ۶ و ۱۴ با پرداخت حق بیمه اضافی قابل پوشش می‌باشد.
- شروط ارائه پوشش درمان به گروههای کمتر از ۵۰ نفر و یا درمان خانواده:
 - * تکمیل فرم پرسشنامه برای تمامی اعضا توسط عضو اصلی
 - * انجام معاینه پزشکی به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر با هزینه متقاضی بیمه
 - * معرفی تمامی اعضای گروه و یا خانواده از جانب بیمه‌گذار
 - نحوه انتخاب مرکز درمانی:
 - به انتخاب بیمه شده
 - وظایف بیمه شده / بیمه‌گذار در صورت استفاده بیمه شده از مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر:
 - * اطلاع به بیمه‌گر ظرف مدت ۵ روز از بستری و قبل از ترخیص
 - * ارائه صورتحساب مرکز درمانی - نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری - شرح معالجات انجام شده به بیمه‌گر پس از ترخیص
 - نحوه محاسبه هزینه‌ها:
 - در صورت استفاده بیمه شده از مراکز غیر طرف قرارداد بیمه‌گر:
 - براساس بالاترین تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مراکز درمانی هم درجه - تاسقف تعهدات مندرج در قرارداد و کسر مبالغ پرداختی از جانب سایر بیمه‌گران
 - در صورت استفاده بیمه شده از مراکز طرف قرارداد بیمه‌گر:
- الف - با اخذ معرفی نامه: محاسبه بر مبنای صورتحساب مرکز درمانی
- ب- بدون اخذ معرفی نامه: مطابق قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه

حداکثر سن بیمه شدگان:

۶۰ سال تمام در گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر

- نحوه پوشش افراد بیش از ۶۰ سال تمام:

به اختیار بیمه‌گر با اخذ حق بیمه اضافی

- تاریخ مبنای محاسبه سن بیمه شدگان:

تاریخ شروع قرارداد

- نحوه پوشش سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی:

به اختیار بیمه‌گر با اخذ حق بیمه اضافی

- نحوه برخورد بیمه‌گر در صورت دریافت وجوهی از جانب بیمه شده باستناد ارائه مدارک نادرست و یا اظهار

موارد کذب از جانب بیمه شده: *حذف نام بیمه شده و وابستگان از لیست

*برگشت وجوهی که بیمه شده و وابستگان به هر عنوان از ابتدای قرارداد دریافت نموده اند

*عدم برگشت حق بیمه‌های پرداختی به بیمه‌گر

- شروط پرداخت هزینه‌های درمانی خارج از کشور:

* عدم امکان معالجه در داخل کشور به تشخیص پزشک معالج و تایید بیمه‌گر

* نیاز به تشخیص و معالجه به دلیل فوریت‌های پزشکی

*اخذ تاییدیه سفارت یا کنسولگری ج.ا.ا. بر روی صورت حساب‌های هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی

- نحوه پرداخت هزینه‌های درمانی خارج از کشور:

در صورت احراز موارد فوق: تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر در قرارداد

در صورت عدم احراز موارد فوق: بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر

- نحوه تبدیل ارز در هزینه‌های درمانی خارج از کشور:

نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی ج.ا.ا. در تاریخ ترخیص از بیمارستانی

- دلایل فسخ:

در صورتی که درخواست کننده بیمه‌گر باشد:

*عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید

*اظهار مطالبی خلاف واقع سهوا و بدون سوء نیت و یا خودداری از اظهار مطالبی که موضوع خطر تغییر یابد

و یا از اهمیت آن کاسته شود.

*تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه

در صورتی که درخواست کننده بیمه‌گذار باشد:

*خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به کاهش حق بیمه نگردد.

*توقف فعالیت بیمه‌گر

*توقف فعالیت بیمه‌گذار

- نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ:

در صورتی که درخواست کننده بیمه‌گر باشد: روز شمار

در صورتی که درخواست کننده بیمه‌گذار باشد: ماه شمار علاوه بر اینکه؛

در صورتی که تا زمان فسخ نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی بیش از ۷۰٪ باشد

بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه را تا زمانی که نسبت مذکور به ۷۰ درصد برسد به بیمه‌گر بپردازد.

در صورتی که درخواست کننده بیمه‌گر باشد: موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد.

در صورتی که درخواست کننده بیمه‌گذار باشد: موظف است موضوع را با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر اطلاع دهد.

- تاریخ فسخ:

- در صورتی که درخواست کننده بیمه‌گر باشد: یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار

- در صورتی که درخواست کننده بیمه‌گذار باشد: تاریخ تسلیم درخواست یا تاریخ موخری که در درخواست معین شده است.

- مهلت پرداخت خسارت در بیمه‌های درمان:

مدت ۱۵ روز کاری پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک که بیمه‌گر بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد.

فصل سوم: بیمه‌های حوادث و مقررات مرتبط

۱- تعریف بیمه حوادث: برای اینکه حادثه‌ای تحت پوشش قرار گیرد بایستی غیرعمدی، اتفاقی و ناشی از یک عامل خارجی باشد و آسیب‌های بدنی وارد به بیمه‌گذار بایستی مستقیماً و به طور مستقل از سایر علت‌ها از حادثه نشأت گرفته باشد.

۲- چه مواردی تحت پوشش بیمه حادثه نمی‌باشد: حوادث مرتبط با جنگ - آسیب‌های وارد به خود - خودکشی - آسیب‌های ناشی از مشارکت بیمه‌گذار در یک عمل غیرقانونی.

۳- پوشش‌های بیمه حوادث: فوت - قطع عضو - هزینه‌های پزشکی - حقوق از کارافتادگی.

۴- انواع بیمه حوادث: کوتاه مدت - مسافرتی - دانش آموزی - مسافران هواپیما - گروهی.

۵- قیمت گذاری بیمه حوادث: براساس هزینه‌های خسارت، مخارج و کارمزد سربار و ماهیت و مدت زمان ریسک تحت پوشش.

۶- حاشیه امنیت: غالباً در محاسبات حق بیمه اعمال می‌شود.

۷- هزینه‌های سربار: معمولاً شامل هزینه‌های اداری - مرتبط با کارمزد و حاشیه سود می‌باشد.

۸- موضوع بیمه حوادث اشخاص: تامین سرمایه بیمه در صورت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی - جزئی) شخص بیمه شده بر اثر حوادث و پرداخت غرامت از کارافتادگی موقت بر اثر حادثه و جبران هزینه‌های پزشکی و درمانی در صورت جرح و صدمه ناشی از حوادث است.

۹- ریسک‌های تحت پوشش بیمه حادثه: در این پوشش ۴ ریسک را بیمه‌گر می‌تواند مورد تامین قرار دهد شامل دو ریسک اصلی فوت و نقص عضو و از کارافتادگی دائم - ریسک جرح و از کارافتادگی موقت به عنوان ریسک تبعی.

۱۰- خطر موضوع بیمه در بیمه حوادث اشخاص: خطر موضوع بیمه در این رشته حادثه است.

۱۱- تعریف ریسک یا خطر از نظر فنی بیمه‌ای: هر واقعه یا پیشامدی که جنبه احتمالی داشته باشد یا در زمان کم و بیش دور و نزدیک احتمال وقوع داشته باشد و تحقق آن بستگی به میل و اراده بیمه شده نداشته باشد.

۱۲- خطر موضوع بیمه باید واجد شرایط قانونی نیز باشد به عبارتی بیمه کردن یک واقعه احتمالی مغایر قانون و نظم جامعه و اخلاق عمومی نباشد.

۱۳- تعریف بیمه حادثه شخصی: براساس مفاد آیین نامه ۸۴ حادثه موضوع این بیمه عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده بروز نماید و منجر به جرح - نقص عضو - ارکارافتادگی - فوت - صدمه به اعضای بدن بیمه شده گردد و توسط پزشک قابل تشخیص باشد.

۱۴- ترس و نگرانی و بی‌خوابی و... تا جایی که منشا عضوی نداشته باشد و از طرف پزشک قابل تشخیص نباشد در موارد تعهد بیمه‌گر تلقی نمی‌گردد.

۱۵- استثنای بیمه حوادث اشخاص: مطابق با ماده یازده از آئین نامه شماره ۸۴

۱۶- انواع ریسک ها و تامین ها در بیمه حوادث اشخاص: در این بیمه نامه چهار ریسک مورد تامین قرار می گیرد که عبارتند از فوت بر اثر حادثه - نقص عضو و از کارافتادگی دائم بر اثر حوادث - از کارافتادگی موقت - جرح و جبران هزینه های پزشکی.

۱۷- فوت بیمه شده: در صورتی که فوت بیمه شده در نتیجه وقوع حادثه روی دهد بیمه گر را متعهد می نماید و به طور نمونه فوت در اثر بیماری یا خودکشی عمدی ایجاد تعهد برای بیمه گر نمی نماید.

۱۸- نقص عضو و از کارافتادگی: در صورتی که بیمه شده بر اثر وقوع حوادث مشمول بیمه دچار نقص عضو و از کارافتادگی دائم شود بیمه گر متعهد به پرداخت خسارت براساس جدول آئین نامه ۸۴ می باشد.

۱۹- نقص عضو و از کارافتادگی دائم می تواند کلی (مطلق) - جزئی (نسبی) می باشد.

۲۰- از کارافتادگی موقت: در صورتی که بیمه شده مصدوم برای مدتی قادر به انجام کار و فعالیت حرفه ای خود نباشد و از کسب درآمد و معاش محروم شود بیمه گر تا مدت مقرر در بیمه نامه غرامت روزانه یا هفتگی به مصدوم می پردازد.

۲۱- سرمایه غرامت روزانه یا هفتگی مقطوع می باشد.

۲۲- تعهد غرامت روزانه یا هفتگی ریسکی تبعی است و تامین آن در صورت قبول بیمه فوت یا نقص عضو است و میزان آن نیز به تناسب جمع سرمایه فوت و نقص عضو می باشد.

۲۳- جبران هزینه های پزشکی: ریسک تبعی است و با مقدار معین پوشش داده می شود.

۲۴- جبران هزینه های پزشکی: در برگیرنده جبران هزینه های جراحی - دارویی و بستری شدن در بیمارستان تا مبلغ معین است، اگر مبلغ مورد تعهد بیمه گر A ریال باشد و هزینه های درمانی مبلغ B ریال باشد (B کوچکتر از A) بیمه گر مبلغ B را می پردازد چون جبران هزینه های پزشکی تابع اصل غرامت است.

۲۵- هزینه های پزشکی مطابق با تعرفه مورد محاسبه قرار می گیرد.

۲۶- هزینه های نجات و امداد اشخاص و اموال در معرض خطر را نیز تا درصد معینی قبول و جبران نماید و جزء حوادث مشمول بیمه است (میزان غرامت قابل جبران در آئین نامه ۸۴ مسکوت است).

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

۲۸- شباهت قرارداد حوادث و عمر: تامین خطر های مربوط به انسان است.

۲۹- تفاوت بیمه حوادث و بیمه عمر: در بیمه عمر خطر فوت به هر علت (جز خودکشی در دو سال اول) مورد تامین قرار میگیرد بنابراین چه فوت بیمه شده بر اثر بیماری باشد یا در نتیجه حوادث بیمه گر متعهد به سرمایه بیمه مورد تعهد است، در صورتیکه در پوشش حادثه ایفای تعهدات در صورتی خواهد بود که بیمه شده بر اثر یکی از حوادث مشمول بیمه فوت نماید.

۳۰- در بیمه حادثه اشخاص اعلام شرایط تشدید خطر الزامی است در حالی که در بیمه عمر نرخ و شرایط بیمه برپایه تغییر و تشدید خطر در طول قرارداد از پیش محاسبه و منظور شده است.

۳۱- در بیمه حوادث اشخاص نیز تمام شرایط عقد قراردادهای (اهلیت - وجود قصد و رضا - شایستگی - مشروع و قانونی بودن) وجود دارد.

۳۲- در صورتی که تندرستی و حیات شخص ثالث موضوع بیمه باشد جلب رضایت کتبی او ضروری است و گرنه بیمه نامه باطل خواهد بود (ماده ۲۳ قانون بیمه منعکس در ماده یک از آئین نامه ۸۴)

۳۳- انواع بیمه های حوادث (بیمه کار): حوادثی را که احتمال دارد حین کار و انجام وظیفه یا به مناسبت آن برای بیمه شده پیش آید مورد تامین قرار می دهد.

۳۴- انواع بیمه های حوادث (بیمه حوادث مسافرت و ماموریت): در برگیرنده تامین حوادثی است که در مدت ماموریت رخ می دهد (اعم از مسافرت هوایی - دریایی - زمینی)

- ۳۵- انواع بیمه های حوادث (تحصیلی): شامل دانشجویان و دانش آموزان و حوادث ایام تحصیل را تامین می دهد.
- ۳۶- انواع بیمه های حوادث (ورزشی یا ورزشکاران): حوادث زمان انجام فعالیت ورزشی را تامین می دهد.
- ۳۷- انواع بیمه های حوادث تمام اوقات زندگی: این نوع بیمه، کامل ترین نوع بیمه حوادث اشخاص است و به موجب آن شخص بیمه شده در تمام اوقات زندگی اعم از کار و حرفه یا زندگی خصوصی در مقابل عواقب حوادث تامین دارد.
- ۳۸- انواع بیمه های حوادث (تکمیلی): این نوع بیمه به صورت تکمیلی بیمه عمر مورد استفاده است، بدین معنی که شخص بیمه شده ضمن بیمه عمر با پرداخت حق بیمه اضافی پوشش حادثه تا دو یا سه برابر سرمایه بیمه عمر به دست می آورد.
- ۳۹- بیمه حوادث به دو شکل انفرادی و گروهی ارائه می گردد.
- ۴۰- در بیمه حادثه انفرادی: شخص معینی که ویژگی های او در برگ پیشنهاد قید شده است بیمه می شود، بیمه گذار و بیمه شده اغلب یک نفر است.
- ۴۱- در بیمه حوادث گروهی: شماری از اشخاص به عنوان بیمه شدگان تعیین می شوند و حق بیمه را به صورت اقساط ماهانه به بیمه گر پرداخت می نماید و تغییرات به صورت الحاقیه عمل می شود.
- ۴۲- بیمه حوادث خانواده: از انواع گروهی می باشد
- ۴۳- در بیمه حوادث خانواده: سرپرست خانواده می تواند با پرداخت حق بیمه کلیه افراد خانواده را در مقابل حوادث در تمام ساعات شبانه روز در داخل و خارج از کشور بیمه نماید.
- ۴۴- در بیمه حوادث خانواده: سرپرست می تواند همسر، فرزندان، پدر و مادر خود و پدر و مادر همسر خود را نیز پوشش دهد.
- ۴۵- در بیمه حوادث خانواده: پوشش ها شامل همان پوشش فوت - نقص عضو - از کارافتادگی - هزینه پزشکی - غرامت روزانه می باشد.
- ۴۶- در بیمه حوادث خانواده: هزینه پزشکی که بیمه شده ظرف مدت دو سال از تاریخ تحقق خطر تحت پوشش برای هر حادثه موضوع بیمه متحمل شده است قابل بررسی است.
- ۴۷- بیمه حوادث دانش آموزی: دانش آموزان - هنرجویان - دانشجویان مراکز تربیت معلم و آموزشکده ها - نوباوگان مهدهای کودک در ابتدای هر سال تحصیلی تحت پوشش قرار می گیرند.
- ۴۸- بیمه حوادث تحصیلی: در ایران از سال ۱۳۴۳ و به صورت اختیاری در سطح کل کشور آغاز شده است.
- ۴۹- بیمه حوادث تحصیلی: در سال ۱۳۴۴ مدون تر شده و با حق بیمه ماهانه ده ریال و سالانه ۱۲۰ ریال نخستین بار در مدرسه (کودکستان و دبستان آزموده در باغ صبا) اجرا شد. (به صورت اختیاری)
- ۵۰- بیمه حوادث تحصیلی: بعد از انقلاب اسلامی در سال ۱۳۶۱ طبق نظارت بیمه مرکزی ایران به صورت اجباری در تمام سطوح مدارس آموزش و پرورش اجرا می شود.
- ۵۱- بیمه شدگان حوادث تحصیلی: عبارتند از دانش آموزان مدارس استثنایی (معلولین ذهنی و جسمی) - هنرجویان هنرستان ها و دانش آموزان رشته های کارودانش - دانشجویان مراکز تربیت معلم و سرباز معلم - نوباوگان مهدهای کودک - دانش آموزان مدارس شبانه - آموزشیاران نهضت سواد آموزی.
- ۵۲- حداقل سن بیمه شدگان ۴ سال تمام و حداکثر سقف سنی بیمه شدگان ۶۰ سال تمام می باشد.
- ۵۳- در بیمه حوادث دانش آموزی: حوادث سوختگی - عمل جراحی مرتبط با همان حادثه بعد از سوختگی و هم چنین مسمومیت ها علاوه بر تعهدات فوت و نقص عضو و هزینه پزشکی در تعهد می باشد.
- ۵۴- در بیمه حوادث دانش آموزی: عمل جراحی لوزه - اعمال جراحی زنان و اعمال جراحی زیبایی در تعهد نمی باشد.
- ۵۵- در بیمه حوادث دانش آموزی: هزینه های پاراکلینیکی مشروط به اینکه بلافاصله بعد از حادثه و در جهت تشخیص عوارض احتمالی بعد از حادثه باشد پوشش دارد.



۵۶- بیمه حوادث راننده: یکی از انواع بیمه حادثه است که به همراه بیمه نامه شخص ثالث ارائه می گردد، پوشش حادثه راننده صرفاً مختص راننده مسبب حادثه می باشد و شامل پرداخت غرامت فوت یا نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم اعم از کلی و جزئی ناشی از حوادث رانندگی بوده و شامل سرنشینان و کمک راننده نمی باشد.

۵۷- در بیمه حوادث راننده: راننده ای که مقصر حادثه نباشد تحت پوشش بیمه شخص ثالث طرف مقابل مقصر حادثه خواهد بود.

۵۸- بیمه حوادث راننده: در آئین نامه شماره ۶۷ در راستای اجرای بند ب ماده ۱۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه مصوب تاریخ ۱۳۹۰/۰۶/۰۲ شورای عالی بیمه می باشد. (خرید پوشش موضوع آئین نامه ۶۷ برای کلیه دارندگان وسیله نقلیه موتوری زمینی اجباری است)

۵۹- بیمه حوادث سرنشین هوایی: شامل پوشش صدمات بدنی ناشی از حادثه وارده به مسافری و یا خدمه پروازی است که منجر به فوت یا نقص عضو موقت و دائم گردد.

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

۶۱- بیمه حوادث گروهی: مدیر یا مالک موسسات خدماتی یا تولیدی اقدام به خرید این بیمه نامه به صورت گروهی برای کارکنان خود و هم چنین خانواده آنان می نمایند.

۶۲- بیمه حوادث گروهی: در این بیمه نامه معمولاً برای از بین رفتن اعضاء بدن واژه های مخصوصی به کار برده می شود، مثلاً برای قطع دست یا پا از واژه قطع استفاده می شود و برای توصیف از دست دادن قدرت بینایی از کلمه فقدان استفاده می شود.

۶۳- در بیمه نامه حوادث گروهی: مجموعه غرامت نقص عضو و از کارافتادگی چند عضو از بدن نمی تواند بیشتر از اصل سرمایه مورد بیمه باشد.

۶۴- پرداخت فوت - نقص عضو - قطع عضو هنگامی محرز می گردد که فوت یا صدمات بدنی صرفاً ناشی از حادثه بوده و در زمان اعتبار بیمه نامه هم رخ داده باشد.

۶۵- در بعضی از بیمه نامه ها بین زمان حادثه و زمانی که منجر به نقص عضو یا قطع عضو می گردد مهلت زمانی خاصی را قائل شده است که این مهلت زمانی در اغلب بیمه نامه ها مدت ۹۰ روز است. (برای رقابت بیمه گران می توانند این مهلت را تغییر دهند)

۶۶- تفاوت بین بیمه نامه های حوادث انفرادی و گروهی در امر پذیرش ریسک - خطر و نحوه نرخ گذاری و طبقه بندی مشاغل است.

۶۷- یکی از شرایط مورد نیاز برای انعقاد یک قرارداد حوادث گروهی، نیاز و علایق مشترک کاری بین یک گروه است و چون این ارتباط و علایق مشترک به وجود آید کارفرما یا کارگران به اخذ پوشش تمایل پیدا کنند انعقاد قرارداد امکان پذیر می باشد.

۶۸- در بیمه نامه های حوادث گروهی: هیچ بیمه شده ای نمی تواند به تنهایی علیه شرکت بیمه اقامه دعوی نماید.

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

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

۷۱- نحوه پرداخت حق بیمه بیمه‌نامه حوادث گروهی به دو صورت است: یا به صورت توافقی بین کارفرما و کارگران تقسیم می‌گردد و یا تعهد پرداخت توسط اعضا صورت می‌پذیرد.

۷۲- پوشش بیمه‌نامه‌های حوادث گروهی: پوشش بیمه حوادث برای حادثه‌های ناشی از کار که فقط در محیط کار دارای پوشش بیمه است و پوشش بیمه حوادث برای کلیه حادثه‌های ناشی از کار در محیط کار یا حوادث ۲۴ ساعته.

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

۷۴- بیمه حوادث مشتریان و بازدیدکنندگان: در بسیاری از کشورها موسسات بازرگانی - فروشگاه‌ها - هتل‌ها - نمایشگاه‌ها... موظفند مسئولیت حقوقی خود را در قبال مشتریان و بازدیدکنندگان بیمه می‌نمایند ولی در این بیمه‌نامه اگر علت حادثه منحصراً به بازدید کننده و مشتری ارتباط پیدا کند بیمه‌نامه فاقد پوشش است لذا صاحبان موسسات بیمه‌نامه حوادث گروهی بی نام خریداری می‌نمایند و در صورتی که علت حادثه خود بازدید کننده باشد (زمین خوردن - سقوط از پله برقی) بیمه‌گر متعهد پرداخت غرامت خواهد بود.

۷۵- در بیمه حوادث مشتریان و بازدیدکنندگان: پوشش غرامت روزانه و یا هفتگی معمول نمی‌باشد و نحوه تعیین نرخ حق بیمه نیز براساس نوع کار موسسه - ساعات کار - متوسط تعداد مشتریان و... می‌باشد.

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

نکات حقوقی و اساسی در بیمه‌نامه‌های اشخاص، عمر و حوادث:

در هنگام صدور و تنظیم بیمه‌نامه‌های اشخاص، عمر و حوادث علاوه بر اطمینان نظر به قوانین و مقررات بیمه‌ای و مصوبات شورای عالی بیمه، لازم است به نکات ذیل توجه شود:

- در قراردادهای بیمه‌نامه سعی شود مرجع حل اختلاف به صورت دقیق احصاء شود، تعیین مراجع داوری و قضایی به صورت توأم در قراردادهای دارای نکات منفی برای طرفین خواهد بود.
- در تنظیم بیمه‌نامه حدود و ثغور آن و استثنائات به صورت منجز بیان شود.
- در بیمه‌نامه‌هایی که با موضوعات درمانی و جراحات ارتباط دارد باید به قانون مجازات اسلامی و مباحث دیات توجه خاص داشت.
- تعیین ذی‌نفع و نحوه تقسیم در بیمه‌نامه‌های عمر اشخاص و غرامت بسیار حائز اهمیت می‌باشد، چنانچه ذینفع بیمه‌نامه‌های عمر توسط بیمه‌گزار تعیین نشده باشد غرامت فوت براساس قانون مدنی و ضوابط حاکم بر ارث بین ورثه متوفی تقسیم خواهد شد.
- تعیین پزشک یا متخصص یا مراکز درمانی خاص و مورد اعتماد شرکت بیمه و قطعی بودن نظر آن ضرورت دارد.

آیین نامه ۸۴

۱- تعریف 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 صورتیکه ذینفع در بیمه‌نامه

تعیین نشده باشد غرامت به بیمه شده و در صورت فوت بیمه شده، غرامت به نسبت سهم الارث، به وراث قانونی بیمه شده پرداخت میگردد.

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

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

۴-خطرات بیمه شده: تامین غرامت مورد تعهد ازسوی بیمه گر بارعایت استثنائات و محدودیت های مندرج در بیمه نامه، شامل تحقق خطر (حادثه) است. همچنین خسارت یا غرامت ناشی از موارد زیر جزو تعهدات بیمه گر محسوب می شود:

الف-غرق شدن، مسمومیت، تاثیر گاز، بخارویا مواد خورنده مانند اسید.

ب-ابتلا به هاری، کزاز، سیاه زخم وگزیدگی.

ج-دفاع مشروع بیمه شده.

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

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

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

۶-پرداخت حق بیمه: بیمه نامه باتقاضای بیمه گزار و قبول بیمه گر صادر می شود ولی شروع پوشش بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در بیمه نامه پیش بینی شده است. چنانچه پرداخت حق بیمه به صورت قسطی باشد و بیمه گزار هریک از اقساط موعده رسیده را به هر دلیل پرداخت نکند بیمه گر می تواند بیمه نامه را بارعایت ماده ۱۲ این آیین نامه فسخ نماید. چنانچه بیمه گر بیمه نامه

را فسخ نگردیده باشد در صورت وقوع حادثه، خسارت را به نسبت حق بیمه پرداخت شده به حق بیمه‌ای که تا زمان وقوع حادثه باید پرداخت می شد پرداخت خواهد کرد مگر آنکه در شرایط خصوصی بیمه‌نامه ضوابط دیگری درج شده باشد.

۷- تغییر خطر: هرگاه در مدت بیمه، در شغل یا فعالیت های بیمه شده تغییری بوجود آید بیمه شده یا بیمه‌گزار موظفند حداکثر ظرف ده روز بیمه‌گر را آگاه سازند. در صورت تغییر خطر، بیمه‌گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقی مانده پیشنهاد می نماید. در صورتی که طرفین نتوانند درباره میزان حق بیمه تعدیل شده توافق نمایند هریک از طرفین می‌تواند حداکثر ظرف ده روز بیمه‌نامه را فسخ نماید. در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه‌گر و وقوع حادثه، غرامت با اعمال قاعده نسبی حق بیمه پرداخت خواهد شد.

۸- وظایف بیمه شده، بیمه‌گزار و ذینفع در صورت وقوع حادثه:

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

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

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

د- بیمه‌گزار، بیمه شده و یا ذینفع ملزم به قبول هرگونه تحقیقات و یا معاینه پزشکی که هزینه آن برعهده بیمه‌گر است هستند.

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

۹- خسارات مورد تعهد: این بیمه‌نامه، غرامت فوت، نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) را که بطور مستقیم ناشی از موارد مذکور در خطرات بیمه شده باشد تامین می نماید. در صورت توافق طرفین و پرداخت حق بیمه مربوطه هزینه پزشکی و غرامت روزانه ناشی از حوادث و سایر پوشش های اضافی نیز قابل تامین است.

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

۱۰- 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 بیمه‌گزار 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 تاخیر می افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می‌شود.

۱۱- تعیین میزان غرامت بیمه:

۱- غرامت فوت: در صورتی که بیمه شده 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 با هرگونه توافق کتبی دیگر به ذینفع بپردازد.

۲- غرامت نقص عضو و یا از کار افتادگی دائم (کلی و جزئی): در صورتی که بیمه شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول بیمه دچار نقص عضو و یا از کار افتادگی 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 از کار افتادگی دائم کلی:

موارد زیر نقص عضو و از کار افتادگی دائم کلی محسوب می‌شود و غرامت این موارد معادل صد درصد سرمایه بیمه شده خواهد بود.

- ۱- نابینایی کامل و دائم هر دو چشم.
- ۲- از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع دودست، حداقل از مچ.
- ۳- از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع دوپا، حداقل از مچ.
- ۴- از کار افتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست و یک پا، حداقل از مچ.
- ۵- از دست دادن هر دو پنجه‌ها.
- ۶- قطع کامل نخاع.
- ۷- ناشنوایی کامل و دائم هر دو گوش.
- ۸- برداشتن فک پایین.

ب- مواردی که مطابق با جدول آئین نامه ۸۴ جزء نقص عضو و از کار افتادگی دائم و جزئی محسوب می‌شود، غرامت این موارد معادل درصدی از سرمایه بیمه نقص عضو و از کار افتادگی است.

پ- در موارد غیر از بندهای الف و ب فوق، نقص عضو و از کار افتادگی دائم اعم از کلی یا جزئی و همچنین میزان غرامت مربوط با نظر پزشک معتمد بیمه‌گر تعیین می‌گردد.

۱۲- خسارتهای خارج از تعهدات بیمه‌گر:

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 بیمه شده عمداً موجب آن شود.

ج- مستی و یا استعمال هر گونه مواد مخدر و روان گردان.

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

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

و- هر نوع دیسک و یا فتق بیمه شده.

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

ح- فوت بیمه شده به علت حادثه ناشی از عمد 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 (به جز انفجار و یا عملکرد ادوات نظامی که بعد از جنگ بجا مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

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

ک-ورزش های رزمی و حرفه ای، شکار، سوارکاری، قایق رانی، هدایت موتورسیکلت، هدایت ویا سرنشینی هواپیماهای آموزشی، اکتشافی و غیرتجاری، هدایت ویا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات و هدایت کایت یا سایر وسائل پرواز بدون موتور.

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

۱- بیمه شده نباید در تحقق خطر بیمه شده مشارکت داشته باشد.

۲- بیمه گر می تواند با ارسال اخطار کتبی ۱۰ روزه پوشش بیمه ای موضوع بند مذکور را لغو نماید.

تبصره ۲- موسسات بیمه می توانند با اخذ موافقت قبلی از بیمه مرکزی خطرات اضافی دیگری را بیمه نمایند.

۱۳- فسخ و انفساخ بیمه نامه:

۱- موارد فسخ بیمه نامه: در موارد زیر هریک از طرفین بیمه نامه می توانند بیمه نامه را فسخ نمایند:

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

بیمه گر در موارد زیر می تواند بیمه نامه را فسخ نماید. در این صورت حق بیمه مدت اعتبار بیمه نامه به صورت روز شمار محاسبه خواهد شد.

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

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

۳- در صورت تشدید خطر و عدم موافقت بیمه گزار با تعدیل حق بیمه ویا تغییر وضعیت بیمه شده به نحوی که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد بود بیمه گر حاضر به انعقاد قرارداد با شرایط مذکور در قرارداد فعلی نمی شد.

تبصره- در صورتی که بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گزار اطلاع دهد در این صورت، ده روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گزار بیمه نامه فسخ شده تلقی می گردد.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گزار:

بیمه گزار می تواند بیمه نامه را فسخ نماید در این صورت بیمه گر حق بیمه تا زمان فسخ را براساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می نماید. مگر در مواردی که فسخ توسط بیمه گزار مستند به یکی از دلایل زیر باشد که در این صورت حق بیمه تا زمان فسخ به طور روز شمار محاسبه خواهد شد:

۱- انتقال پرتفوی بیمه گر.

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

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

ج- موارد انفساخ بیمه نامه: در صورت فوت بیمه شده به علت تحقق خطری که تحت پوشش این بیمه نامه نباشد بیمه نامه از زمان فوت بیمه شده منفسخ می گردد. در موارد انفساخ، حق بیمه مدت منقضی شده براساس تعرفه روز شمار محاسبه می شود.

تبصره- در قراردادهای گروهی پوشش بیمه نامه فقط برای بیمه شده متوفی لغو خواهد شد.

۱۴- در همه موارد، تشخیص نقص عضو واز کار افتادگی دائم کلی و یا دائم جزئی و همچنین حداکثر میزان آن با رعایت جدول ذیربط یا پزشک معتمد بیمه گر می باشد و مجموع سرمایه های هریک از موارد مذکور در مدت بیمه بابت فوت، نقص عضو واز کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) موضوع این بیمه نامه نمی تواند از مجموع سرمایه بیمه هریک از پوشش های مذکور تجاوز نماید.

۱۵- مدت بیمه یکسال است و حق بیمه بیمه نامه هایی که مدت آنها کمتر از یکسال باشد مطابق جدول تعرفه های کوتاه مدت آئین نامه ۸۴ تعیین می شود.

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

۱۷- هزینه های پزشکی ناشی از حادثه:

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

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

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

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

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

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

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

۱۸- غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه

۱- از کار افتادگی موقت به مفهوم از دست دادن موقت توانایی جسمی و یا روانی بیمه شده است که در اثر تحقق خطر موضوع بیمه به تشخیص پزشک معالج و به تایید پزشک معتمد بیمه گر، بیمه شده را از انجام وظایف شغلی باز می دارد اعم از اینکه بستری شده باشد یا نباشد.

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

۳- 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 کار افتادگی موقت بیمه شده 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 کار افتادگی موقت محاسبه می‌شود و حداکثر برای یکصد و هشتاد روز خواهد بود.

۱۹- غرامت روزانه بستری شدن در مراکز درمانی مجاز

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

۱- 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 بیمه شده گردد. پس از انقضای مدت یاد شده بیمه‌گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت غرامت موضوع این بیمه نخواهد داشت.

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

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

فصل پنجم: بیمه بدنه و مقررات مربوطه

بیمه بدنه اتومبیل

براساس شرایط این بیمه‌نامه، دارنده و یا مالک وسیله نقلیه اتومبیل خود را در برابر خطرات بیمه می‌کند تا در صورت بروز حادثه و ایجاد خسارت به وسیله نقلیه موضوع بیمه، شرکت بیمه خسارت وارد را براساس شرایط بیمه‌نامه جبران کند. منظور از خطرات مورد تعهد بیمه‌گر، همان حوادثی است که در صورت واقع شدن چنانچه باعث نابودی و یا آسیب دیدگی اتومبیل شود بیمه‌گر موظف به جبران آن خواهد بود:

۱- خطرهای مورد تعهد بیمه‌گر

- حوادثی که منجر به ورود خسارت به وسیله نقلیه مورد بیمه گردد، مانند تصادم دو اتومبیل، برخورد وسیله نقلیه با اجسام ثابت و یا متحرک، برگشتن و یا سقوط اتومبیل

- آتش‌سوزی، صاعقه و انفجار وسیله نقلیه

- سرقت کلی

- خسارات وارد به لوازم یدکی اصلی اتومبیل که براساس کاتالوگ همراه اتومبیل به دارنده آن حویل شده باشد

- پرداخت کلیه هزینه‌های معقول و منطقی که به منظور نجات مورد بیمه و حمل و نقل آن به تعمیرگاه و یا محل امن صورت پذیرفته باشد.

- خساراتی که در جریان حمل و نقل توسط جرثقیل، خط آهن و یا سایر وسایل نقلیه به مورد بیمه وارد آید

۲- خطرهای خارج از تعهد بیمه‌گر

خطرهای خارج از تعهد بیمه‌گر خطراتی است که چنانچه منشأ بروز حادثه منجر به خسارت گردد، بیمه‌گر براساس شرایط بیمه‌نامه متعهد جبران خسارت آن نخواهد بود مگر این که برخلاف آن توافق شده باشد،

- خسارات ناشی از کهنگی، عدم مراقبت و نگهداری و اسقاط اتومبیل
- هرگونه آسیب و خسارت وارد به لاستیکها، جز در زمانی که وسیله نقلیه به علت آتش‌سوزی خسارت دیده باشد که در این حالت فقط تا ۵٪ قیمت لاستیک به عنوان خسارت پرداخت خواهد شد.
- زیان ناشی از عدم استفاده از وسیله نقلیه از زمانی که دچار حادثه می‌شود تا زمانی که راه‌اندازی مجدد می‌گردد.
- کاهش و پایین آمدن ارزش مورد بیمه بر اثر حادثه
- خطرات جنگ، شورش و انقلاب، و خسارات مستقیم و غیرمستقیم ناشی از انفجارهای هسته‌ای و اشعه یون زا.
- خطرات طبیعی مانند، زمین لرزه، سیل و آتشفشان
- خسارتهای عمدی بیمه‌گذار
- خسارات ناشی از رانندگی در حین مستی و یا تحت تأثیر مواد مخدر و یا آزمایش سرعت
- معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته بدنه اتومبیل:

شرکت‌های بیمه موظفند در تعیین نرخ حق‌بیمه این رشته علاوه بر عوامل مندرج در بند الف، به عوامل زیر نیز توجه نمایند:

- ۱- نوع خودرو (سواری، اتوکار، بارکش، موتورسیکلت یا سایر وسایل نقلیه).
- ۲- ظرفیت خودرو بر اساس وزن و یا تعداد سرنشین.
- ۳- حجم موتور.
- ۴- تعداد سیلندر.
- ۵- نوع پلاک (سازمانی، شخصی، عمومی و ...)
- ۶- سال ساخت.
- ۷- امکانات ایمنی خودرو (ترمز ABS و ...).
- ۸- محدوده مجاز تردد (درون شهری - برون شهری).
- ۹- سوابق خسارتی بیمه‌گذار.
- ۱۰- وزن وسیله نقلیه.
- ۱۱- نوع کاربری (امدادی، خدماتی، راهسازی، کشاورزی و ...).
- ۱۲- خطرات اضافی و استثنائات.
- ۱۳- میزان استهلاک.
- ۱۴- دامنه پوشش‌های ارائه شده.
- ۱۵- مشخصات بیمه‌گذار از جمله سن، تحصیلات، جنسیت، شغل و ...
- ۱۶- تعداد رانندگان خودرو و میزان استفاده آنها.
- ۱۷- نحوه نگهداری از خودرو (داشتن پارکینگ و ...).

وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

✓ رعایت اصل حد اعلاى حسن نیت

بیمه‌گذار موظف است از اظهارات خلاف واقع راجع به موضوع بیمه هنگام عقد قرارداد پرهیزد در صورت اثبات اظهارات خلاف واقع قرارداد باطل و بلا اثر خواهد بود و حق بیمه پرداختی مسترد نخواهد شد و اقساط معوق حق بیمه نیز از بیمه‌گذار مطالبه می‌شود.

تأمین بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار خواهد بود و در صورت اینکه حق بیمه قسطی باشد و بیمه گذار از پرداخت قسط با اقساط خودداری نماید بیمه گر می تواند بیمه نامه را فسخ نماید. در صورت عدم فسخ و وقوع حادثه پرداخت خسارت تابع شرایط خصوصی بیمه نامه خواهد بود.

✓ اعلام تشدید خطر

هرگاه در طول مدت بیمه تغییراتی در کیفیت یا وضعیت و یا کاربری موضوع بیمه بوجود آید موجب تشدید خطر شود بیمه گذار موظف است به محض اطلاع بیمه گر را آگاه سازد.

✓ اعلام خسارت

بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف پنج روز کاری از تاریخ اطلاع به مراکز پرداخت خسارت بیمه گر مراجعه با تکمیل فرم اعلام خسارت یا از طریق پست سفارشی وقوع حادثه را اعلام نماید و مدارک مثبته راجع حادثه تعیین میزان خسارت را در اختیار بیمه گر قرار دهد در صورت عمل نکردن به تعهدات بیمه گر می تواند ادعای خسارت را رد کند مگر اینکه بیمه گذار اثبات نماید به دلیل امور غیر قابل اجتناب از عهده انجام آنها برنیامده است.

۵- عدم اظهار خلاف واقع

هرگاه بیمه گذار به قصد تقلب در خصوص خسارت و کیفیت وقوع حادثه به طور کتبی اظهارات نادرستی بنماید و یا مدارک مجهول تسلیم کند بیمه گر می تواند وی را از خسارت محروم کند. جهت اعمال ماده فوق از سوی بیمه گر باید اثبات شود بیمه گذار قصد تقلب داشته و یا مدارک مجهول تسلیم نموده است، اظهارات خلاف واقع زمانی موجب محرومیت بیمه گذار از دریافت خسارت می گردد که به صورت کتبی به بیمه اعلام شده باشد.

۶- جلوگیری از وقوع حادثه و توسعه خسارت

بیمه گذار موظف است برای جلوگیری از وقوع حادثه و توسعه خسارت و یا نجات موضوع بیمه و لوازم همراه آن، اقدامات و احتیاط های لازم را که هر کس عرفاً "از مال خود می کند به عمل آورد. چنانچه ثابت شود که بیمه گذار عمداً از انجام این اقدامات خودداری نموده است بیمه گر می تواند به نسبت تاثیر قصور بیمه گذار، خسارت پرداختی را تقلیل دهد

- جهت اعمال این ماده می بایست عمد بیمه گذار به صورت ترک فعل در ایجاد و توسعه خسارت اثبات گردد.

- عمد و قصور دارای مفاهیم و آثار حقوقی متفاوتی هستند. عمد به معنی قصد نتیجه و قصور به معنی مسامحه می باشد لذا در ارتکاب عملی، عمد متصور باشد قصور (مسامحه) معنی ندارد تا نظر به تاثیر آن بتوان میزان خسارت پرداختی را تقلیل داد.

۷- خودداری از جابجایی یا تعمیر وسیله نقلیه

در صورت بروز حادثه بیمه گذار باید از جابجایی وسیله نقلیه جز به حکم مقررات و دستور مقامات انتظامی و همچنین تعمیر آن بدون موافقت بیمه گر خودداری نماید.

- این امر جهت حفظ حقوق بیمه گر و برآورد دقیق خسارت می باشد.

۸- انتقال حقوق بیمه گذار به بیمه گر

بیمه گر در حدودی که خسارت وارده را قبول یا پرداخت می کند در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت هستند قائم مقام بیمه گذار خواهد بود و بیمه گذار موظف است از هر عملی که اقدام بیمه گر را علیه مسئول خسارت مشکل و یا نامقدور می سازد خودداری نماید. در غیر این صورت بیمه گر می تواند خسارت را پرداخت نکند یا در صورت پرداخت خسارت، حق استرداد آن را از بیمه گذار خواهد داشت.

- در صورتیکه حادثه مسبب شناخته شده ای به غیر از بیمه گذار داشته باشد بیمه گذار موظف است دادخواست تأمین دلیل خود را با جلب نظر کارشناس تقدیم مراجع قضایی نموده و نظر کارشناس رسمی راجع به میزان خسارت به بیمه گر ارائه نماید.

- نسبت به مسئول حادثه به هیچ عنوان اعلام رضایت ننماید .

- حقوق خود در ارتباط با دریافت خسارت از مسئول حادثه به بیمه گر واگذار نماید .

در صورت عدم اجرای موارد فوق بیمه گر می تواند از پرداخت خسارت خودداری یا در صورت پرداخت، جهت مسترد نمودن آن به بیمه گذار مراجعه نماید .

- هزینه دادرسی و مرتبط راجع به باز یافت خسارت از مسئول حادثه بعهده بیمه گر می باشد نحوه تعیین و پرداخت خسارت:

الف) در خسارت کلی

- ملاک محاسبه خسارت در خسارت کلی ارزش معاملاتی موضوع بیمه در روز حادثه و حداکثر تا مبلغ بیمه، ارزش بیمه پس از کسر ارزش بازیافتی و کسورات مقرر اضافه نمودن هزینه نجات و حمل به شرط آنکه از کل مبلغ بیمه بیشتر نشود .

- ارزش بازیافتی توسط بیمه گر تعیین می شود که از مبلغ خسارت قابل پرداخت کسر می گردد .

- در صورت عدم موافقت بیمه گذار با ارزش بازیافتی، موضوع بیمه به تملک بیمه گر با انتقال سند در می آید و خسارت پس از کسر فرانشیز و سایر کسورات و اضافه نمودن هزینه متعارف نجات و حمل پرداخت می گردد.

ملاحظات

- با پرداخت خسارت کلی قرارداد بیمه خاتمه یافته تلقی می شود در صورتی که مدت قرارداد بیش از یکسال باشد حق بیمه سالهای بعد به بیمه گذار مسترد می شود .

- قبل از پرداخت خسارت کلی سند مالکیت وسیله نقلیه به بیمه گر منتقل می شود .

- تایکسال پس از پرداخت خسارت وسیله نقلیه سرقت شده، انتقال سند مالکیت به شرکت بیمه، و کشف آن بیمه گر موظف است با رعایت آئین بازیافت مصوب شورای عالی بیمه وسیله نقلیه را به فروشد و سهم بیمه گذار را از مبلغ بازیافتی را باتوجه به درصد که از خسارت پرداختی کسر کرده است به وی پرداخت نماید .

ب) خسارت جزئی

ملاک تعیین خسارت جزئی

۱- محاسبه هزینه تعمیر شامل دستمزد عادلانه و قیمت روز لوازم تعویضی.

۲- سپس کسر استهلاک و فرانشیز از هزینه های برآورد شده بند ۱ .

۳- پس از آن اضافه نمودن هزینه نجات و حمل حداکثر تا بیست درصد خسارت قابل جبران نحوه محاسبه استهلاک

- استهلاک برای قطعات تعویضی (به جز شیشه ها و شیشه چراغها) لحاظ می شود

- میزان استهلاک برای قطعات تعویضی از شروع سال پنجم تولید (اتمام سال چهارم تولید) وسیله نقلیه به بعد و برای هر سال ۵درصد و حداکثر ۲۵درصد خواهد بود. فرانشیز خسارت برای انواع وسائل نقلیه موتوری زمینی بشرح ذیل می باشد .

- فرانشیز خسارت برای انواع وسایل نقلیه موتوری زمینی بشرح زیر می باشد:

۱- خسارت اول ۱۰٪ مبلغ خسارت حداقل ۵۰۰.۰۰۰ ریال .

۲- فرانشیز خسارت دوم ۲۰٪ مبلغ خسارت حداقل ۱.۰۰۰.۰۰۰ ریال .

۳- فرانشیز خسارت سوم ۳۰٪ مبلغ خسارت حداقل ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال .

۴- فرانشیز برای رانندگانی که سابقه رانندگی آنها کمتر از ۳سال می باشد ۱۰٪ بیشتر از فرانشیز فوق الذکر .

۵- فرانشیز خسارت ناشی از آتش سوزی به تنهایی ۱۰٪ مبلغ خسارت حداقل ۵۰۰.۰۰۰ ریال .

۶- فرانشیز خسارت شکست به تنهایی ۲۰٪ مبلغ خسارت .

۷- فرانشیز خسارت سرقت اعم از جزئی و کلی ۲۰٪ مبلغ خسارت .

۸- فرانشیز خسارت کلی ناشی از حوادث (بجز سرقت) ۱۰٪ مبلغ خسارت .

۹- فرانشیز خسارت ناشی از تصادفات رانندگی در صورتیکه راننده اتومبیل بیمه شده مقصر نباشد و مقصر شناخته شده ای وجود داشته و امکان تعقیب مقصر فراهم گردد... ۵۰٪ فرانشیز خسارت اول خواهد بود

آئین نامه ۵۳: شرایط عمومی بیمه بدنه وسایل نقلیه زمینی

ردیف	مباحث مطروحه	اصطلاحات فنی و مصادیق	مواد شرایط عمومی
۱	اطلاعات کلی	۱- بیمه گر: شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است و در ازای دریافت حق بیمه، جبران خسارت احتمالی را طبق شرایط این بیمه نامه به عهده می گیرد. ۲- بیمه گذار: شخص حقیقی یا حقوقی است که مالک موضوع بیمه است یا به یکی از عناوین قانونی، نمایندگی مالک یا ذینفع را داشته یا مسئولیت حفظ موضوع بیمه را از طرف مالک را دارد و قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد می کند و متعهد پرداخت حق بیمه آن می باشد. ۳- ذینفع: شخصی است که بنا به درخواست بیمه گذار نام وی در این بیمه نامه درج و تمام یا بخشی از خسارت به وی پرداخت می شود. ۴- حق بیمه: مبلغی است که در بیمه نامه مشخص شده و بیمه گذار موظف است آن را هنگام صدور بیمه نامه یا به ترتیبی که در بیمه نامه مشخص می شود به بیمه گر پرداخت نماید. ۵- موضوع بیمه: وسیله نقلیه زمینی است که مشخصات آن در این بیمه نامه درج شده است. لوازمی که مطابق کاتالوگ و سیله نقلیه بیمه شده به خریدار تحویل و یا در بیمه نامه درج شده است نیز جزو موضوع بیمه محسوب می شود. ۶- فرانشیز: بخشی از هر خسارت است که به عهده بیمه گذار است و میزان آن در بیمه نامه مشخص می گردد. ۷- مدت اعتبار بیمه نامه: شروع و پایان مدت اعتبار بیمه نامه به ترتیبی خواهد بود که در بیمه نامه معین می گردد.	مواد ۳ و ۴
۲	نوع و دامنه های قابل تعهد	الف- خسارتهای تحت پوشش ۱- خسارتی که ناشی از برخورد موضوع بیمه به یک جسم ثابت یا متحرک و یا برخورد اجسام دیگر به موضوع بیمه و یا واژگونی و سقوط موضوع بیمه باشد و یا چنانچه در حین حرکت، اجزا و یا محمولات موضوع بیمه به آن برخورد نماید و موجب بروز خسارت شود. ۲- خسارتی که در اثر آتش سوزی، صاعقه و یا انفجار به موضوع بیمه و یا لوازم یدکی اصلی همراه آن وارد گردد. ۳- در صورتی که موضوع بیمه دزدیده شود و یا در اثر عمل دزدی یا شروع به دزدی به وسیله نقلیه و یا وسایل اضافی آن که در بیمه نامه درج شده است خسارت وارد شود. ۴- خسارتی که در جریان نجات و یا انتقال موضوع بیمه خسارت دیده به آن وارد شود. ۵- خسارت باطری و لاستیک های چرخ موضوع بیمه در اثر هریک از خطرات بیمه شده تا پنجاه درصد قیمت نو قابل پرداخت است. ب- هزینه های قابل تامین هزینه های متعارف برای نجات موضوع بیمه خسارت دیده و جلوگیری از توسعه خسارت و انتقال موضوع بیمه خسارت دیده به نزدیک ترین محل مناسب برای تعمیر آن، حد اکثر تابست درصد خسارت وارده قابل جبران خواهد بود.	ماده ۳
۳	انواع خسارتهای مستثنی شده	۱- خسارتهای ناشی از سیل، زلزله و آتشفشان ۲- خسارت هایی که به علت استفاده از موضوع بیمه در مسابقه اتومبیل رانی یا آزمایش سرعت به آن وارد شود. ۳- خسارتهای وارد به موضوع بیمه به علت حمل مواد منفجره، سریع الاشتعال و یا اسیدی مگر آنکه موضوع بیمه مخصوص حمل آن باشد. ۴- خسارتهای وارده در اثر پاشیده شدن رنگ، اسید و سایر مواد شیمیایی روی بدنه موضوع بیمه مگر آنکه ناشی از حوادث تحت پوشش باشد. ۵- خسارت ناشی از سرقت لوازم و قطعات موضوع بیمه پس از وقوع حادثه. ۶- خسارت ناشی از کشیدن میخ و سایر اشیاء مشابه روی بدنه موضوع بیمه. ۷- کاهش ارزش موضوع بیمه حتی اگر در اثر وقوع خطرات بیمه شده باشد. ۸- زیان ناشی از عدم امکان استفاده از موضوع بیمه حادثه دیده به علت تحقق خطرات تحت پوشش بیمه نامه. بند ۱ و ۲ و ۴ و ۵ و ۸ به طور عمومی تحت نام پوششهای تکمیلی بنا به درخواست بیمه گذار ارائه می گردد. پوشش سرقت لوازم اتومبیل - پوشش های تکمیلی که در حال حاضر ارائه می گردد عبارتند از: سرقت در جای کلیه قطعات و لوازم، سرقت در جای قطعات و لوازم وسیله نقلیه - بلاهای طبیعی (سیل، زلزله، آتش فشان) - غرامت عدم استفاده از وسیله نقلیه در مدت تعمیرات - خسارت وارده رنگ، اسید، مواد شیمیایی - شکست شیشه به تنهایی و به عللی غیر از خطرات اصلی - افزایش ارزش وسیله نقلیه به علت نوسان قیمت (در خسارت جزئی).	ماده ۵

ماده ۶	۱- خسارت های ناشی از جنگ، شورش، اعتصاب و یا تهاجم . ۲- خسارتهای مستقیم و غیر مستقیم ناشی از انفجارهای هسته ای . ۳- خسارت هایی که عمداً توسط بیمه گذار، ذی نفع و یا راننده موضوع بیمه به آن وارد می شود . ۴- خسارت های وارده به موضوع بیمه حین گریز از تعقیب مقامات انتظامی مگر آنکه عمل گریز توسط متصرفین غیر قانونی باشد . ۵- در صورتی که راننده موضوع بیمه هنگام وقوع حادثه فاقد گواهینامه رانندگی باشد یا گواهینامه رانندگی وی باطل شده باشد و یا مطابق مقررات راهنمایی و رانندگی گواهینامه راننده برای رانندگی موضوع بیمه متناسب نباشد. اتمام اعتبار گواهینامه در حکم بطلان آن نیست ۶- خسارت های ناشی از حوادثی که طبق گزارش مقامات ذی صلاح به علت مصرف مشروبات الکلی و یا استعمال مواد مخدر یا روان گردان توسط راننده موضوع بیمه بوجود آمده باشد . ۷- خسارت ناشی از بکسل کردن وسیله نقلیه دیگر مگر آنکه موضوع بیمه مخصوص و مجاز به انجام این کار باشد و اصول و مقررات ایمنی را رعایت کرده باشد . ۸- خسارتهای وارده به وسایل و دستگاههای الکتریکی و الکترونیکی موضوع بیمه در صورتی که ناشی از نقص و خرابی در کارکرد آنها باشد. ۹- خسارت هایی که به علت حمل بار بیش از حد مجاز توسط موضوع بیمه به آن وارد شود .	۴
-------------------	---	----------

وظایف و تعهدات بیمه گذار

	الف) موارد فسخ از طرف بیمه گر: ۱- در صورتی که بیمه گذار حق بیمه را به موقع نپردازد . ۲- در صورت تشدید خطر مگر آنکه توافق خاصی بین طرفین صورت گرفته باشد . ۳- چنانچه بیمه گذار سهوا از اظهار مطالبی خودداری یا اظهارات خلاف واقع بنماید و مطالب اعلام نشده یا اظهارات خلاف واقع در ارزیابی خطر موثر باشد . ب) موارد فسخ از طرف بیمه گذار: ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود . ۲- در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود . تبصره - در صورتی که بیمه گذار بنا به دلایل دیگری متقاضی فسخ بیمه نامه باشد بیمه گر حق بیمه مدت اعتبار بیمه نامه را به روش کوتاه مدت محاسبه و باقیمانده حق بیمه را به بیمه گر پرداخت می کند . در روش صدور بیمه نامه کوتاه مدت، حق بیمه دریافتی (بلحاظ اینکه بیمه گر با تمامی هزینه های صدور بیمه نامه یکساله روبرو می باشد) بیشتر است . هنگام باز پرداخت باقیمانده حق بیمه انقضاء بیمه نامه کوتاه مدت حسب مورد ملاک محاسبه قرار می گیرد . در روش روز شمار حق بیمه پرداختی بر روزهای سال (۳۶۵ روز) تقسیم و حق بیمه روزهای باقیمانده با در نظر گرفتن حق بیمه یک روز ضربدر روزهای باقیمانده، محاسبه و مسترد می گردد.	فسخ و انقضاء قرارداد بیمه	۶
ماده ۱۸	در صورت انتقال مالکیت موضوع بیمه به هر یک از انحاء قانونی، بیمه گذار میتواند بیمه نامه را فسخ و حق بیمه مدت باقیمانده بیمه نامه خود را مسترد نماید. در صورت عدم فسخ بیمه نامه چنانچه مالک جدید به تعهدات بیمه گذار در مقابل بیمه گر عمل نماید، تعهدات بیمه گر در قبال مالک جدید ادامه خواهد یافت . تبصره - چنانچه انتقال مالکیت موضوع بیمه پس از وقوع حادثه ای باشد که بیمه گر اعلام نشده است بیمه گر هیچ گونه مسئولیتی برای جبران خسارت های وارده در مقابل مالک جدید نخواهد داشت .	انتقال وسیله نقلیه	۷
بند الف ماده ۱۹ بند ب ماده ۱۹	الف) خسارت کلی ۱- سرقت (در صورتیکه موضوع بیمه ۶۰ روز بعد از سرقت پیدا نشود . ۲- در صورتیکه موضوع بیمه به علت حوادث تحت پوشش به نحوی آسیب ببیند که مجموع هزینه های تعمیر و تعویض قسمتهای خسارت دیده آن با احتساب هزینه نجات از ۷۵ درصد قیمت آن در روز حادثه بیشتر باشد . - خسارت کلی واقعی: حالتیکه موضوع بیمه تلف شود . - خسارت کلی فرضی: موضوع بیمه قابلیت استفاده مورد نظر را از دست داده باشد . ب) خسارت جزئی در صورتیکه خسارت مشمول تعریف خسارت کلی نشود جزئی تلقی می شود مانند خسارت به درب خودرو، گلگیر، چراغ و...	نحوه تعیین مقدار خسارت	۸



تبصره	الف) در خسارت کلی		
ماده ۱۹	- ملاک محاسبه خسارت در خسارت کلی ارزش معاملاتی موضوع بیمه در روز حادثه و حداکثر تا مبلغ بیمه، ارزش بیمه پس از کسر ارزش بازگشتی و کسورات مقرر و اضافه نمودن هزینه نجات و حمل به شرط آنکه از کل مبلغ بیمه بیشتر نشود. - ارزش بازگشتی توسط بیمه گر تعیین می شود که از مبلغ خسارت قابل پرداخت کسر می گردد. - در صورت عدم موافقت بیمه گذار با ارزش بازگشتی، موضوع بیمه به تملک بیمه گر با انتقال سند در می آید و خسارت پس از کسر فرانشیز و سایر کسورات و اضافه نمودن هزینه متعارف نجات و حمل پرداخت می گردد. ملاحظات - با پرداخت خسارت کلی قرارداد بیمه خاتمه یافته تلقی می شود در صورتی که مدت قرارداد بیش از یکسال باشد حق بیمه سالهای بعد به بیمه گذار مسترد می شود. - قبل از پرداخت خسارت کلی سند مالکیت وسیله نقلیه به بیمه گر منتقل می شود. - تایکسال پس از پرداخت خسارت وسیله نقلیه سرقت شده، انتقال سند مالکیت به شرکت بیمه، و کشف آن بیمه گر موظف است با رعایت آئین بازایافت مصوب شورای عالی بیمه وسیله نقلیه را به فروشد و سهم بیمه گذار را از مبلغ بازگشتی را باتوجه به درصد که از خسارت پرداختیکسر کرده است به وی پرداخت نماید.		
تبصره	ب) خسارت جزئی		
ماده ۱۹	ملاک تعیین خسارت جزئی ۱- محاسبه هزینه تعمیر شامل دستمزد عادلانه و قیمت روز لوازم تعویضی. ۲- سپس کسر استهلاک و فرانشیز از هزینه های برآورد شده بند ۱. ۳- پس از آن اضافه نمودن هزینه نجات و حمل حداکثر تا بیست درصد خسارت قابل جبران نحوه محاسبه استهلاک - استهلاک برای قطعات تعویضی (به جز شیشه ها و شیشه چراغها) لحاظ می شود - میزان استهلاک برای قطعات تعویضی از شروع سال پنجم تولید (اتمام سال چهارم تولید) وسیله نقلیه به بعد و برای هر سال ۵درصد و حداکثر ۲۵درصد خواهد بود. فرانشیز خسارت برای انواع وسائل نقلیه موتوری زمینی بشرح ذیل می باشد. - فرانشیز خسارت برای انواع وسائل نقلیه موتوری زمینی بشرح زیر می باشد: ۱- خسارت اول ۱۰٪ مبلغ خسارت حداقل ۵۰۰.۰۰۰ ریال . ۲- فرانشیز خسارت دوم ۲۰٪ مبلغ خسارت حداقل ۱.۰۰۰.۰۰۰ ریال . ۳- فرانشیز خسارت سوم ۳۰٪ مبلغ خسارت حداقل ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال . ۴- فرانشیز برای رانندگانی که سابقه رانندگی آنها کمتر از ۳سال می باشد ۱۰٪ بیشتر از فرانشیز فوق الذکر . ۵- فرانشیز خسارت ناشی از آتش سوزی به تنهایی ۱۰٪ مبلغ خسارت حداقل ۵۰۰.۰۰۰ ریال. ۶- فرانشیز خسارت شکست به تنهایی ۲۰٪ مبلغ خسارت . ۷- فرانشیز خسارت سرقت اعم از جزئی و کلی ۲۰٪ مبلغ خسارت . ۸- فرانشیز خسارت کلی ناشی از حوادث (بجز سرقت) ۱۰٪ مبلغ خسارت . ۹- فرانشیز خسارت ناشی از تصادفات رانندگی در صورتیکه راننده اتومبیل بیمه شده مقصر نباشد و مقصر شناخته شده ای وجود داشته و امکان تعقیب مقصر فراهم گردد... ۵۰٪ فرانشیز خسارت اول خواهد بود .		
ماده ۲۰	الف) در خسارت کلی و جزئی حداکثر ۱۵ روز بعد از تکمیل مدارک و توافق طرفین با اعلام رای داور مرضی الطرفین، هیئت داورى یا دادگاه خسارت پرداخت می گردد . ب) در سرقت ۶۰روز از تاریخ اعلام خسارت به بیمه گر و عدم کشف اتومبیل	۹	۱۰
تبصره ۱	- پرداخت نقدی خسارت - تعمیر وسیله نقلیه در مدتی که کمتر از آن میسر نیست توسط بیمه گر - تهیه وسیله نقلیه مشابه اتومبیل خسارت دیده قبل حادثه و انتقال دادن به بیمه گذار	۱۱	
ماده ۲۰			



ماده ۱۰ قانون بیمه تبصره ۲ ماده ۲۰	هرگاه مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد بیمه گذار فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال مسئول خسارت خواهد بود طبق این قاعده خسارت مورد ادعا به نسبت مبلغ بیمه محاسبه می شود . اعمال قاعده نسبی موجب جلوگیری از کم بیمه گی و حفظ تعادل مالی بیمه گران است . در صورتیکه که مبلغ بیمه شده کمتر از ارزش موضوع بیمه در روز وقوع حادثه باشد بیمه گر فقط به تناسب مبلغ بیمه شده با قیمت واقعی آن در روز حادثه مسئول جبران خسارت خواهد بود .	۱۲	بیمه (کد محاسبه خسارت)
ماده ۲۱	عبارت است از بیمه شیئی یا مالی که قیمت معینی دارد با همان قیمت نزد چند شرکت بیمه . اگر وسیله نقلیه موضوع این بیمه نامه در طول مدت اعتبار قرارداد، بدون قصد تقلب به موجب بیمه نامه یا بیمه نامه های دیگری در مقابل تمام یا بخشی از خطرات مذکور در این قرارداد بیمه شده باشد، در صورت وقوع خطرهای تحت پوشش، بیمه گر موظف است خسارت را جبران و سپس برای دریافت سهم بقیه بیمه گرها به آنان مراجعه نماید. چنانچه قبلاً "تمام خسارت با استفاده از سایر بیمه نامه ها جبران شده باشد بیمه گر تعهدی برای جبران خسارت در قبال بیمه گذار نخواهد داشت ولی اگر بخشی از خسارت توسط سایر بیمه گرها جبران شده باشد بیمه گر موظف است براساس نسبت تعهد خود به مجموع پوشش همه بیمه نامه ها، خسارت را جبران نماید .	۱۳	بیمه مضاعف (چند بیمه ی)
ماده ۲۲	- از طریق مذاکره - از طریق داور - مراجعه به دادگاه 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 می توانند از طریق داور یا مراجعه به دادگاه موضوع را حل و فصل کنند . در صورت انتخاب روش داور، طرفین قرارداد می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هر یک داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند . داوران منتخب، داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آراء اقدام به صدور رای داور می کنند. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند هر یک از طرفین قرارداد می تواند تعیین داور سوم را از دادگاه صالح خواستار شود. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود .	۱۴	اختلاف
ماده ۲۳	- هر گونه ادعای ناشی از این بیمه نامه باید حداکثر ظرف دو سال از تاریخ بطلان، فسخ و یا انقضای مدت بیمه نامه و در صورت وقوع حوادث تحت پوشش، از تاریخ وقوع حادثه اقامه شود و پس از دو سال مذکور ادعای ناشی از بیمه نامه مسموع نخواهد بود. مرور زمان متواند یک دفعه توسط هر یک از طرفین با اظهار نامه رسمی قطع شود. در صورت قطع شدن مرور زمان به باقیمانده مرور زمانیک سال اضافه خواهد شد. - مرور زمان گذشت مدتی است که به موجب قانون پس از انقضا آن مدت دعوی شنیده نمی شود و مقررات راجع به مرور زمان علی الصول مخالف قواعد موجد حق جنیه استثنائی به آن قواعد را دارد. - محاکم ایراد اصحاب دعوا در مورد اقامه دعوا خارج از موعد قانونی به استناد بند ۱۱ ماده ۸۴ قانون آیین دادرسی در امور مدنی را مورد پذیرش قرار می دهند و براساس آن قرارداد رد دعوا صادر می نماید . - ایراد مرور زمان و ایراد اقامه دعوا خارج از موعد قانونی از سوی بیمه گر و بیمه گزار و مسئول حادثه مورد پذیرش قرار می گیرد.	۱۵	مهلت اقامه دعوی (مرور زمان)
ماده ۲۴	- پوشش این قرارداد شامل خسارت هایی است که در محدوده جغرافیایی جمهوری اسلامی ایران ایجاد شود و تعمیم آن به حوادث خارج از کشور مشروط به توافق خاص است.	۱۶	قلمرو جغرافیایی

فصل ششم: بیمه های مهندسی و مقررات مربوط

تعریف بیمه های مهندسی و انواع آن:

بیمه های مهندسی از نوع بیمه های اشیا (غرامتی) است که هدف آن ارائه تأمینی جامع و کافی برای موارد بیمه شده است. و به دو دسته تقسیم می شوند:

۱- بیمه هایی که برای دوره عملیات ساختمانی یا نصب (دوره احداث) صادر می شوند.

۲- بیمه هایی که برای دوره بهره برداری صادر می شوند.

حدود اواسط قرن نوزدهم استفاده از دیگهای بخار در بخش صنعت در انگلستان اگر چه تحول بزرگی بود با این همه دیگهای بخار باعث بروز انفجارهایی می گردید که صدمات و خسارات جانی و مالی مالی شدیدی به اشخاص وارد می آورد. تعدادی از استفاده کنندگان از دیگهای بخار در سال ۱۸۵۴ میلادی در شهر منچستر انگلستان گرد هم آمدند و به منظور حمایت از استفاده کنندگان این نوع صنایع سازمانی تشکیل دادند و یک سری متخصصین را جذب کردند. این متخصصین چگونگی راههای پیشگیری از انفجار آنها و کاهش اثرات اقتصادی ناشی از این گونه انفجارها را بررسی می کردند و علاوه بر آن مسئولیت تأمین و نگهداری این نوع صنایع را نیز بعهده داشتند. بعد از این مرحله نیاز به پوشش بیمه ای احساس شد و آنها دریافتند که بایستی حمایت مالی صورت بگیرد و این امر منجر به تأسیس اولین شرکت بیمه مهندسی به نام شرکت بیمه دیگهای بخار در سال ۱۸۵۴ میلادی شد. در سایر کشورها نیز بعد از انگلستان بیمه های مهندسی فعال شد بطوریکه در آلمان و سوئیس بیمه های مهندسی با بیمه شکست ماشین آلات در سال ۱۹۰۰ میلادی شروع شد. بیمه های مهندسی با رشته های جدید بیمه ای بعداً تکامل پیدا کرد و اختراعات، تولید، تکنولوژی و توسعه صنعت گام به گام وضعیت بیمه های مهندسی را بهبود بخشید. اگر بخواهیم فعالیت بیمه های مهندسی در ایران را بررسی کنیم شروع آن را از اوایل دهه ۱۳۴۰ به بعد باید جستجو کنیم و این درست زمانی است که فعالیت های مختلف اجتماعی، اقتصادی، صنعتی، تولیدی و فرهنگی برای کشور ما فراهم شده بود و شکوفایی اقتصادی، عمرانی و آبادانی در ایران کم کم خودش را نمایان می کرد. بیمه های مهندسی تا سال ۱۳۵۴ از رشد بطئی برخوردار بوده هر چند که رشد صعودی داشته است. تا اینکه در سال ۱۳۵۴ رشد حق بیمه در رشته بیمه های مهندسی به بالای ۹۵ درصد نسبت به سال ۱۳۴۲ رسید. این روند رشد، بیشتر از ۳ سال طول نکشید و کشور ما یک دهه بعثت درگیری با مسائل و مشکلات بعد از انقلاب از قبیل جنگ تحمیلی نتوانست به رشد و توسعه اقتصادی دست پیدا کند و شرکت های بیمه نیز از وضعیت خاص بوجود آمده مستثنی نبودند و رشد حق بیمه در رشته مهندسی بدلیل توقف فعالیت پروژه های عمرانی در سالهای اولیه بعد از انقلاب از نوسانات زیادی برخوردار بود. تا جایی که در سال ۱۳۶۳ رشد منفی را نشان میداد. خوشبختانه پس از جنگ تحمیلی با شروع مرحله اول برنامه پنج ساله توسعه و بازسازی خرابیهای ناشی از جنگ، زمینه جهش در بیمه های مهندسی فراهم گردید.

انواع بیمه های مهندسی:

Contrsctor All risk(CAR)	بیمه تمام خطر پیمانکاران
Erection All risk(EAR)	بیمه تمام خطر نصب
Contractors plant & Mashinery(CPM)	بیمه ماشین آلات پیمانکاری
Machinery Breakdown(MB)	بیمه تمام خطر شکست ماشین آلات
Deterioration of stick in Cold Storage(DOS)	بیمه فساد کالا
Civil Engineering Completed Risk(CECR)	بیمه سازه های تکمیل شده
Electronic Equipment(EE)	بیمه تجهیزات الکترونیکی
Boilers and Pressure Tanks Insurance	بیمه بویلرها و مخازن تحت فشار
Machinery Loss Of Profit Insurance(MLOP)	بیمه عدم النفع ناشی از شکست ماشین آلات
Principle Advance Loss of Profit Insurance(ALOP)	بیمه عدم النفع مقدم کارفرما
Comprehensive Project Insurance(CP)	بیمه جامع پروژه
Comprehensive Machinery Insurance(CMI)	بیمه جامع ماشین آلات

به موجب این بیمه طرح های عمرانی و ساختمانی مانند پروژه های احداث واحدهای مسکونی، تجاری، راه آهن، فرودگاه، جاده، پل، سد، ساختمان کارخانه ها و نیروگاهها، شبکه های فاضلاب و ... تحت پوشش قرار می گیرد.

نکته: مدت این بیمه از زمان تخلیه مصالح در محل اجرای پروژه شروع و تا اتمام آن و تحویل کار به کارفرما ادامه دارد.

علاوه بر آن یک دوره نگهداری نیز مطابق پیمان نیز می تواند تحت پوشش قرار گیرد. در این بیمه نامه ساختمانهای موقت، تجهیزات و ماشین آلات ساختمانی، اموال مجاور و مسئولیت در قبال اشخاص ثالث نیز قابل بیمه شدن هستند.

بیمه تمام خطر پیمانکاران کلیه خسارتها و زیانهای وارده به اموال بیمه شده را به هر علت، اعم از حوادث طبیعی (سیل و زلزله) و سایر حوادث (آسا و ...) به جز در مواردی که بطور مشخص استثنای شده است را جبران می کند.

مدت بیمه نیز در این بیمه نامه مطابق مدت قرارداد (پیمان) بوده و می تواند دوره نگهداری (تحویل موقت) را نیز تحت پوشش قرار دهد.

بیمه تمام خطر نصب:

به موجب این بیمه نامه عملیات نصب ماشین آلات و تجهیزات واحدهای صنعتی، تولیدی و خدماتی از قبیل توربینها، ژنراتورها، دیگهای بخار، کمپرسورها، موتورهای درون سوز، ترانسفورماتورها، مبدلها، ماشینهای ابزار و همچنین ماشین آلات کاغذسازی و چاپ، نساجی، خطوط هوایی انتقال نیرو، خطوط لوله، مخازن و پلهای فلزی تحت پوشش قرار می گیرند. شروع پوشش بیمه ای نیز از زمان تخلیه تجهیزات و ماشین آلات در محل اجرای طرح شروع و در کلیه مراحل نصب آزمایش و راه اندازی و نگهداری ادامه دارد.

تعیین نرخ و شرایط بیمه نامه های تمام خطر پیمانکاری و نصب بر اساس مندرجات پرسشنامه مربوطه و ارائه مدارک مورد نیاز بیمه گر (تصویر پیمان، لیست اقلام مورد نصب، نقشه جانمایی پروژه و ...) تعیین می شود. همچنین صدور بیمه نامه منوط به بازدید کارشناس بیمه گر از پروژه خواهد بود.

بیمه ریسکهای تکمیل شده ساختمانی:

نوعی از پوشش بیمه ای است که جبران خسارتهای وارد پس از تکمیل سازه و شروع بهره برداری از آن را تحت پوشش قرار میدهد.

سازه های مناسب برای استفاده از این پوشش عبارتند از: راههای اسکله ها، تعمیرگاه کشتی، باندهای فرودگاه، دکلهای انتقال نیرو، پلها، کانالها، تونلها، شبکه آبیاری و زهکشی، سدها، مخازن آب و سیستم فاضلاب و ... می باشند.

پوشش جامع پروژه:

شامل پوشش کامل بیمه ای برای انجام کلیه مراحل یک پروژه است. ترکیبی از بیمه های تمام خطر پیمانکاری و نصب می باشد و جدیداً توسط شرکت مونیخ ری طراحی شده است و شرایط آن مطابق با دو بیمه نامه های ذکر شده می باشد و در حال حاضر شرکت بیمه سینا این پوشش را طی یک بیمه نامه ارائه نمی دهد.

این نوع بیمه ماشین آلاتی را که فاقد شماره شهربانی هستند و معمولاً برای کار در پروژه ها از آنها استفاده می شود تحت پوشش قرار می دهد. برای مثال می توان از ماشین آلات ساختمانی و راهسازی مانند لودر بلدوزر گریدر بیل مکانیکی غلطک تاورکین و جرثقیل نام برد.

نرخ و شرایط این بیمه نامه نیز بر اساس مندرجات پرسشنامه ازجمله ارزش و سال ساخت و ارائه مدارک مورد نیاز بیمه گر تعیین می شود و صدور بیمه نامه نیز منوط به بازدید کارشناس بیمه گر قبل از صدور و کنترل سلامت ماشین آلات می باشد.

بیمه شکست ماشین آلات:

در این بیمه نامه انواع ماشین آلات، تاسیسات و تجهیزات مکانیکی برای کارخانجات بزرگ و کوچک و دستگاههای آنان تحت پوشش قرار می گیرد.

نرخ و شرایط این بیمه نامه نیز بر اساس مندرجات پرسشنامه ازجمله ارزش و سال ساخت و ارائه مدارک مورد نیاز بیمه گر تعیین می شود و صدور بیمه نامه نیز منوط به بازدید کارشناس بیمه گر قبل از صدور و کنترل سلامت ماشین آلات می باشد.

بیمه عدم النفع ناشی از شکست ماشین آلات:

این بیمه نامه در حقیقت مکمل بیمه نامه شکست ماشین آلات می باشد. به کمک این بیمه نامه در صورت تعطیلی خط تولید می توان طبق شرایط بیمه نامه ضرر و یان ناشی از عدم تولید کارخانه را دریافت کرد.

بیمه تمام خطر اموال:

این بیمه به تمام خطر صنعتی نیز معروف است. پوشش این بیمه نامه نیز جهت جبران خسارتهای فیزیکی و خسارتهای وارد به اموال مندرج در جدول مشخصات بیمه نامه ارائه می شود. به این نحو که چنانچه در طول مدت بیمه نامه به هر دلیلی به غیر از موارد مندرج در استثنائات خسارتی بوقوع بپیوندد بیمه گر نسبت به جبران آن اقدام می کند.

بعنوان مثال پوشش این بیمه نامه برای نیروگاهها مناسب می باشد.

بیمه جامع ماشین آلات:

توسط شرکت بیمه اتکایی مونیخ ری ارائه گردید و شامل ویژگیهای ذیل می باشد:

۱- عرضه پوشش تمام خطر برای ریسکها و خطرهای مرتبط با بیمه های مهندسی

۲- پوشش خطر آتشسوزی، انفجار، مواد شیمیایی و صاعقه

۳- پوشش زمین لرزه، بالا آمدن آب دریا دریاچه و آبهای تحت الارضی و سیل

۴- پوشش شکست ماشین آلات

۵- اخذ پوشش اختیاری عدم النفع مقدم کارفرما و افزایش هزینه ها

۶- اخذ پوشش برای هزینه های اضافی مانند: هزینه اطفای حریق، مواد خطرناک و هزینه های حقوقی



در این بیمه نامه دستگاههایی را که ارزش قطعات الکتریکی و الکترونیکی آنان از ارزش قطعات مکانیکی بیشتر باشد تحت پوشش قرار می گیرند. مانند تجهیزات رادیو و تلویزیون مخابراتی آزمایشگاهی نقشه برداری پزشکی و ...

در واقع این بیمه نامه خسارتهای فیزیکی ناگهانی و غیر قابل پیش بینی را که بر موضوع مورد بیمه وارد آید جبران می کند.

بیمه نامه عیوب اساسی و پنهان ساختمان:

مشارکت صنعت بیمه به منظور تامین خاطر و امنیت سرمایه گذاران در صنعت ساختمان به لحاظ کیفیت ساخت و ساز بر هیچ کس پوشیده نیست، بدین منظور بیمه مرکزی ج.ا.ا براساس بخشنامه شماره ۳۷۷۶ مورخ ۱۳۸۷/۰۲/۱۵ نرخ، شرایط، نحوه صدور و شرایط عمومی بیمه نامه عیوب اساسی و پنهان ساختمان را به کلیه شرکت های بیمه دولتی و خصوصی فعال در کشور ابلاغ کرده است.

یکی از بازارهای هدف این بیمه نامه، سازندگان حقیقی و حقوقی ساختمان (مجریان ذیصلاح) است و به نظر میرسد با توجه به نوع مسئولیت های این قشر از مهندسين و شرایط مندرج در مبحث دوم مقررات ملی ساختمان، بیمه نامه عیوب اساسی و پنهان ساختمان (بیمه تضمین کیفیت ساختمان) می تواند پاسخگوی مسئولیت مجریان درقبال صاحب کار یا صاحب کاران میباشد.

رفع نقیصه کیفیت ساخت و ساز در کشور، براساس ماده ۳۳ از فصل سوم آیین نامه اجرایی قانون نظام مهندسی و کنترل ساختمان به سازندگان حقیقی و حقوقی ساختمان محول گردیده است.

سازندگان حقیقی و حقوقی ساختمان کسانی هستند که مسئولیت صحت انجام عملیات اجرایی ساختمان را بر عهده دارند و در اجرای این عملیات باید مقررات ملی ساختمان و ضوابط و مقررات شهرسازی، محتوای پروانه ساختمانی و نقشه های مصوب مرجع صدور پروانه و دستورالعمل های مربوطه را رعایت کنند.

این افراد، پروانه اشتغال از وزارت مسکن و شهرسازی دارند و باید به کارفرما، مراجع صدور پروانه ساختمانی، مراجع کنترل ساختمان، دستگاه نظارت، مهندسين ناظر و سایر مراجع ذی ربط پاسخ گو باشند.

برخی از وظایف و مسئولیت های سازندگان حقیقی و حقوقی ساختمان (مجریان ذیصلاح) به شرح ذیل می باشد:

- بیمه کردن کیفیت اجرای ساختمانی که به مسئولیت مجری ساخته می شود بر اساس ماده ۱۸ آیین نامه ماده ۳۳ قانون نظام مهندسی و کنترل ساختمان، از طریق ارائه بیمه نامه تضمین کیفیت ساختمان و یا ارائه تضمین نامه کتبی و قانونی، به نفع صاحب کار یا صاحب کاران براساس ضوابط و مقررات زیر:

- مجریان مکلف اند تمامی ساختمان های احداثی خود را تحت پوشش بیمه کیفیت اجرای ساختمان، از طریق شرکت های بیمه تخصصی قرار دهند.

- مدت بیمه کیفیت اجرای ساختمان از ابتدای شروع بهره برداری و پس از تحویل ساختمان توسط مجری به صاحب کار یا صاحب کاران در بخش های مختلف ساختمان به این شرح است:

- سازه های ساختمان شامل پی، اسکلت، سقف و سفت کاری حداقل ده سال

- نمای ساختمان، حداقل پنج سال

-تجهیزات و تاسیسات مکانیکی و تاسیسات برقی و آسانسور حداقل سه سال.

فصل هفتم: بیمه های مسئولیت و زیان پولی و مقررات مربوط

بیمه مسئولیت مدنی جامع عمومی:

مسئولیت جامع و کلی این مزیت را دارد که کلی بوده و شامل هرگونه مسئولیت مدنی بیمه‌گذار می‌باشد. بیمه جامع و مسئولیت عمومی، دامنه وسیعی دارد و در حقیقت، کلیه خسارات و زیان های وارده به اشخاص ثالث را که بیمه‌گذار در مقابل آنها قانوناً مسئول شناخته می‌شود، جبران می نماید. این خسارات شامل جرح بدنی، فوت، خسارات جزئی و کلی وارده به اموال غیر می‌باشد و مسئولیت مدنی بیمه‌گذار را بطور کامل پوشش می دهد.

شامل:

- ۱- مسئولیت مالک، مستاجر و موجر
- ۲- مسئولیت مقاطعه کاران و تولیدکنندگان
- ۳- مسئولیت ناشی از آسانسور

استثنائات:

- ۱- وسائل نقلیه موتوری خارج از محوطه فعالیت بیمه‌گذار
 - ۲- پرسنل و کارکنان بیمه‌گذار
 - ۳- مسئولیت ناشی از نشت و ضایعات آب
- بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای:**

مسئولیت افراد حرفه‌ای را که بر اثر غفلت و خطا در هنگام اجرای وظایف حرفه‌ای خود باعث وارد آمدن خسارت مالی و بدنی یا هر دو به افرادی می‌شوند که به نحوی از خدمات آنها استفاده می‌کنند پوشش می دهد. شامل: پزشکان و مهندسان - شرکت های حمل و....

بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان، جراحان، داروخانه ها و بیمارستان ها: در نتیجه حرفه خود و اشتباه در تشخیص بیماری و یا اعمال جراحی مسئول شناخته شوند. **بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای داروخانه ها:**

اشتباه و قصور و غفلت مسئولین داروخانه در ارائه دارو طبق نسخه پزشک را پوشش می دهد که شامل تهیه دارو نیز می‌باشد. استثنائات:

- ۱- جرح بدنی و فوت کارکنان بیمه‌گذار که با او دارای رابطه استخدامی هستند.
 - ۲- خسارات مستقیم و غیر مستقیم ناشی از اعمال خلاف قانون و مقررات بیمه‌گذار یا کارکنان وابسته به او.
 - ۳- اموال تحت مالکیت، مراقبت، امانت و کنترل بیمه‌گذار
- بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای بیمارستان:
- این بیمه‌نامه برای بیمارستان ها، کلینیک ها، درمانگاه ها، آسایشگاه ها و خانه های بهداشت طراحی شده است. خسارت و زیان ناشی از غفلت و قصور در ارائه خدمات بیمارستانی از جمله اشتباه و غفلت در ارائه داروی مناسب، اعمال جراحی و آلودگی اتاق عمل، خدمات پرستاری و مراقبت بیمار است.

استثنائات:

- ۱- مسئولیت ناشی از اعمال جنایی
- ۲- مسئولیت ناشی از جرح بدنی کارکنان بیمه‌گذار
- ۳- مسئولیت ناشی از فعل شخصی افراد در رابطه با فعالیت حرفه‌ای آنها

مسئولیت قانونی شخص حقیقی یا حقوقی را در مقابل خسارت های مالی و جانی به اشخاص ثالث بیمه می نماید.

موارد عمده ایجاد مسئولیت عمومی:

- ۱- خسارت های ناشی از ساختمان های معیوب و رها شدن شیء از ساختمان و بروز خسارت جانی یا مالی
 - ۲- خسارت های ناشی از فعالیت های کارکنان بیمه گذار که در جریان کار و در حین اجرای وظایف شغلی خویش به دیگران وارد می کنند.
- شامل:

- ۱- بیمه مسئولیت آسانسور
 - ۲- بیمه مسئولیت مهدکودک
 - ۳- بیمه مسئولیت مدیران مکان های آموزشی
 - ۴- بیمه مسئولیت مدیران شهرسازی
 - ۵- بیمه مسئولیت مدیر سالن های سینماها
 - ۶- بیمه مسئولیت مدیران باشگاه های ورزشی
 - ۷- بیمه مسئولیت مدیران هتل ها
 - ۸- بیمه مسئولیت پیمانکاران در قبال اشخاص ثالث
 - ۹- بیمه مسئولیت جامع شهرداری
- بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در برابر کارکنان:**

هرگونه زیان و خسارات ناشی از اعمال مدیریت کارفرما را که به کارکنان او وارد می شود و طبق قانون، مسئول شناخته می شود تحت پوشش قرار می دهد.

بیمه مسئولیت کارفرما در قبال اشخاص ثالث:

کارفرمایان مسئول زیان ها و خسارات وارده به اشخاص ثالثی هستند که ناشی از حوادث ضمن کار می باشد. در این بیمه، بیمه گر در ازای دریافت حق بیمه، خسارت هایی که بر اثر فعل یا ترک فعل، قصور و تقصیر کارکنان در مدت انجام کار، انجام وظیفه یا به مناسبت آن و یا بر اثر انفجار و آتش سوزی ساختمان ها و کارخانه ها و ماشین الات به اشخاص ثالث وارد می شود جبران می نماید.

بیمه مسئولیت مدنی مالکان، موجرین و مستاجرین:

در هنگامیکه ساکن ملک، مالک اموال نیز باشد فقط یک نفر مسئول وقوع حوادث ناشی از این اموال می باشد.

بیمه مسئولیت ناشی از آتش سوزی:

ساکن ساختمان به ۳ دلیل ممکن است مسئول خسارت به اموال اشخاص ثالث به سبب آتش سوزی گردد:

- ۱- به خاطر ایجاد آتش سوزی به علت عمل عمدی یا غفلت یا ترک فعل
- ۲- به خاطر ایجاد یا امکان گسترش آتش سوزی از اموالش به اموال دیگران از روی غفلت
- ۳- بر اساس مسئولیت مطلق

بیمه مسئولیت مدنی محصول (فرآورده های تولیدی):

بدین معنی که در صورتیکه مصرف کننده کالا بر اساس معیوب و ناقص بودن محصول تولیدی متحمل ضرر و زیان گردد تولید کننده محصول مسئول جبران آن خواهد بود.

بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان:

جبران خسارات ناشی از مسئولیت حرفه‌ای بیمه‌گذار در قبال اشخاصی است که به علت خطا، اشتباه، غفلت و یا قصور وی در انجام امور درمانی یا پزشکی دچار صدمات جسمی یا روانی گردند و یا فوت شوند.

بیمه مسئولیت متصدیان حمل و نقل داخلی:

بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای بیمه‌گذار در قبال ارسال کنندگان و یا صاحبان کالا به موجب بارنامه‌های صادره، که ناشی از تحقق خطرات بیمه شده در این قرارداد بوده و بیمه‌گذار به عنوان متصدی حمل و نقل مسؤول جبران آنها شناخته شود.

تعهدات بیمه‌گر پس از تکمیل بارگیری درمبدا آغاز و همزمان با شروع تخلیه در مقصد مندرج در بارنامه خاتمه می‌یابد.

۱- تصادف و واژگونی وسیله نقلیه و یا برخورد کالا با شیء ثابت.

۲- پرتاب شدن محموله از روی وسیله نقلیه.

۳- آتش سوزی و انفجار وسیله نقلیه.

۴- سرقت کلی محموله با وسیله نقلیه

بخش سوم: بیمه شخص ثالث

افرادی که در یک جامعه زندگی می‌کنند باید تابع قوانین و نظامات آن جامعه باشند و به همین دلیل چنانچه شخصی چه از روی عمد و چه به علت بی‌احتیاطی و غفلت مرتکب عملی خلاف قانون و مقررات شود، مسئول بوده و باید به مجازات متناسب با آن بی‌احتیاطی برسد و زیان وارد اعم از مالی و یا جانی را جبران کند. مسئولیت مدنی زمانی جنبه عملی به خود می‌گیرد که شخص مقصر حادثه مجبور شود زیان وارد به شخص ثالث را جبران کند. تفاوت مسئولیت مدنی با مسئولیت جزایی در این است که مسئولیت جزایی قابل بیمه کردن نیست و مغایر قوانین و عرف جوامع انسانی تلقی می‌شود.

بیمه مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری در ایران در بیست و نهم دیماه ۱۳۴۷ به تصویب رسید تا مسئولیت مدنی بیمه‌گذار در مقابل اشخاص ثالث در نتیجه حوادث ایجاد شده از وسیله نقلیه مورد استفاده خود را بیمه کند

قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی

تبصره ۱- دارنده از نظر این قانون اعم از مالک و یا متصرف وسیله نقلیه است و هرکدام که بیمه نامه موضوع این ماده را تحصیل نماید تکلیف از دیگری ساقط می‌شود.

تبصره ۲- منظور از خسارت بدنی، هر نوع دیه یا ارش ناشی از صدمه، شکستگی، نقص عضو، از کارافتادگی (جزئی یا کلی - موقت یا دائم) یا دیه فوت شخص ثالث به سبب حوادث مشمول بیمه موضوع این قانون است. هزینه معالجه نیز چنانچه مشمول قانون دیگری نباشد، جزء تعهدات بیمه موضوع این قانون خواهد بود.

تبصره ۳- منظور از خسارت مالی، زیانهایی می‌باشد که به سبب حوادث مشمول بیمه موضوع این قانون به اموال شخص ثالث وارد شود.

تبصره ۴- منظور از حوادث مذکور در این قانون، هرگونه سانحه‌ای از قبیل تصادم، تصادف، سقوط، واژگونی، آتش سوزی و یا انفجار وسایل نقلیه موضوع این ماده و نیز خسارتی است که از محمولات وسایل مزبور به اشخاص ثالث وارد شود.

تبصره ۵- منظور از شخص ثالث، هر شخصی است که به سبب حوادث وسایل نقلیه موضوع این قانون دچار زیانهای بدنی و یا مالی شود به استثناء راننده مسبب حادثه.

ماده ۳- از تاریخ انتقال وسیله نقلیه کلیه تعهدات ناشی از قرارداد بیمه موضوع این قانون به منتقل‌الیه وسیله نقلیه منتقل می‌شود و انتقال گیرنده تا پایان مدت قرارداد بیمه، بیمه‌گذار محسوب خواهد شد.

ماده ۴- حداقل مبلغ بیمه موضوع این قانون در بخش خسارت بدنی معادل حداقل ریالی دیه یک مرد مسلمان در ماههای حرام و در بخش خسارت مالی معادل حداقل دو و نیم درصد (۲/۵٪) تعهدات بدنی خواهد بود. بیمه‌گذار می‌تواند برای جبران خسارتهای بدنی و مالی بیش از حداقل مزبور، بیمه اختیاری تحصیل نماید.

تبصره ۱- در صورتی که در یک حادثه، مسؤول آن به پرداخت بیش از یک دیه به هر یک از زیان‌دیدگان محکوم شود، بیمه‌گر موظف به پرداخت تمامی دیه‌های متعلقه خواهد بود.

تبصره ۲- بیمه‌گر موظف است در ایفاء تعهدات مندرج در این قانون خسارت وارده به زیان‌دیدگان را بدون لحاظ جنسیت و مذهب تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت نماید. مبلغ مازاد بر دیه تعیین‌شده از سوی محاکم قضائی، به‌عنوان بیمه حوادث محسوب می‌گردد.

ماده ۵- بیمه‌گر ملزم به جبران خسارتهای وارد شده به اشخاص ثالث تا حد مذکور در بیمه‌نامه خواهد بود. در حوادث رانندگی منجر به جرح یا فوت که به استناد گزارش کارشناس تصادفات راهنمایی و رانندگی یا پلیس راه علت اصلی وقوع تصادف یکی از تخلفات رانندگی حادثه ساز باشد بیمه‌گر موظف است خسارت زیان‌دیده را بدون هیچ شرطی پرداخت نماید و پس از آن می‌تواند جهت بازپافت یک درصد (۱٪) از خسارتهای بدنی و دو درصد (۲٪) از خسارتهای مالی پرداخت شده به مسبب حادثه مراجعه نماید. در صورتی که به موجب گزارش کارشناس تصادفات راهنمایی و رانندگی یا پلیس راه علت اصلی وقوع تصادف یکی از تخلفات رانندگی حادثه‌ساز باشد گواهینامه راننده مسبب حادثه از یک تا سه ماه توقیف می‌شود و رانندگی در این مدت ممنوع و در حکم رانندگی بدون گواهینامه است.

ماده ۶- در صورت اثبات عمد راننده در ایجاد حادثه توسط مراجع قضائی و یا رانندگی در حالت مستی یا استعمال مواد مخدر یا روانگردان مؤثر در وقوع حادثه، یا در صورتی که راننده مسبب فاقد گواهینامه رانندگی باشد یا گواهینامه او متناسب با نوع وسیله نقلیه نباشد شرکت بیمه موظف است بدون اخذ تضمین، خسارت زیان‌دیده را پرداخت نموده و پس از آن می‌تواند به قائم‌مقامی زیان‌دیده از طریق مراجع قانونی برای استرداد تمام یا بخشی از وجوه پرداخت شده به شخصی که موجب خسارت شده است مراجعه نماید.

ماده ۷- موارد زیر از شمول بیمه موضوع این قانون خارج است:

۱- خسارت وارده به وسیله نقلیه مسبب حادثه.

۲- خسارت وارده به محمولات وسیله نقلیه مسبب حادثه.

۳- خسارت مستقیم و یا غیرمستقیم ناشی از تشعشعات اتمی و رادیواکتیو.

۴- خسارت ناشی از محکومیت جزائی و یا پرداخت جرائم.

ماده ۹- پوشش‌های بیمه موضوع این قانون محدود به قلمرو جمهوری اسلامی ایران می‌باشد مگر آن‌که در بیمه‌نامه به نحو دیگری توافق شده باشد.

ماده ۱۰- به منظور حمایت از زیان‌دیدگان حوادث رانندگی، خسارتهای بدنی وارد به اشخاص ثالث که به علت فقدان یا انقضاء بیمه‌نامه، بطلان قرارداد بیمه، تعلیق تأمین بیمه‌گر، فرار کردن و یا شناخته نشدن مسؤول حادثه و یا ورشکستگی بیمه‌گر قابل پرداخت نباشد یا به طور کلی خسارتهای بدنی خارج از شرایط بیمه‌نامه (به استثناء موارد مصرح در ماده (۷)) توسط صندوق مستقلی به نام صندوق تأمین خسارتهای بدنی پرداخت خواهد شد.

مدیر صندوق به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی ایران و تصویب مجمع عمومی و با حکم رئیس مجمع عمومی منصوب می‌گردد. مجمع عمومی صندوق با عضویت وزراء امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، کار و امور اجتماعی و دادگستری و رئیس کل بیمه مرکزی ایران حداقل یک بار در سال تشکیل می‌شود. بودجه، ترازنامه و خط مشی صندوق به تصویب مجمع خواهد رسید. متن کامل ترازنامه صندوق از طریق روزنامه رسمی و یکی از جراید کثیرالانتشار منتشر خواهد شد.

تبصره ۱- میزان تعهدات صندوق برای جبران خسارتهای بدنی معادل مبلغ مقرر در ماده (۴) این قانون و تبصره ذیل آن خواهد بود.

تبصره ۲- مرکز صندوق تهران است و در صورت لزوم می‌تواند با تصویب مجمع عمومی صندوق در مراکز استانها شعبه ایجاد یا نمایندگی اعطاء نماید.

تبصره ۳- هزینه‌هایی که بیمه مرکزی ایران برای اداره صندوق متحمل می‌گردد حداکثر تا سه درصد (۳٪) از درآمدهای سالانه صندوق از محل منابع درآمد آن پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۱- منابع مالی صندوق تأمین خسارتهای بدنی به شرح زیر است:

الف - پنج درصد (۵٪) از حق بیمه اجباری موضوع این قانون.

ب - مبلغی معادل حداکثر یک سال حق بیمه اجباری که از دارندگان وسایل نقلیه‌ای که از انجام بیمه موضوع این قانون خودداری نمایند وصول خواهد شد. نحوه وصول و تقسیط مبلغ مذکور و سایر ضوابط لازم این بند به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب مجمع عمومی صندوق خواهد رسید.

ج - مبالغی که صندوق پس از جبران خسارت زیان‌دیدگان بتواند از مسؤولان حادثه وصول نماید.

د - درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری وجوه صندوق.

ه - بیست درصد (۲۰٪) از جرائم وصولی راهنمایی و رانندگی در کل کشور.

و - بیست درصد (۲۰٪) از کل هزینه‌های دادرسی و جزای نقدی وصولی توسط قوه قضائیه.

ز - جرائم موضوع ماده (۲۸) این قانون.

ح - کمکهای اعطائی از سوی اشخاص مختلف.

تبصره ۱- در صورت کمبود منابع مالی صندوق، دولت موظف است در بودجه سنواتی سال بعد کسری منابع صندوق را تأمین نماید.

تبصره ۲- درآمدهای صندوق از مالیات و هرگونه عوارض معاف می‌باشد.

تبصره ۳- صندوق از پرداخت هزینه‌های دادرسی و اوراق و حق‌الاجراء معاف می‌باشد.

تبصره ۴- اسناد مربوط به مطالبات و پرداختهای خسارت صندوق تأمین خسارتهای بدنی در حکم اسناد لازم‌الاجراء است.

تبصره ۵- عدم پرداخت حقوق قانونی صندوق تأمین خسارتهای بدنی از سوی شرکتهای بیمه در حکم دخل و تصرف غیرقانونی در وجوه عمومی می‌باشد.

تبصره ۶- مصرف درآمدهای صندوق در مواردی به جز موارد مصرح در این قانون ممنوع بوده و در حکم تصرف غیرقانونی در وجوه عمومی می‌باشد.

ماده ۱۴- اشخاص ثالث زیان‌دیده حق دارند با ارائه مدارک لازم برای دریافت خسارت به طور مستقیم حسب مورد به شرکت بیمه مربوط و یا صندوق تأمین خسارتهای بدنی مراجعه نمایند. دستورالعمل اجرائی این ماده توسط بیمه مرکزی ایران تهیه و به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۵- بیمه‌گر موظف است حداکثر پانزده روز پس از دریافت مدارک لازم، خسارت متعلقه را پرداخت نماید.

ماده ۱۶- در حوادث رانندگی منجر به صدمات بدنی غیر از فوت، بیمه‌گر وسیله نقلیه مسبب حادثه و یا صندوق تأمین خسارتهای بدنی حسب مورد موظفند پس از دریافت گزارش کارشناس راهنمایی و رانندگی و یا پلیس راه و در صورت لزوم گزارش سایر مقامات انتظامی و پزشکی قانونی بلافاصله حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) از دیه تقریبی را به اشخاص ثالث زیان‌دیده پرداخت‌نموده و باقی‌مانده آن را پس از معین شدن میزان قطعی دیه بپردازند.

تبصره - در حوادث رانندگی منجر به فوت، شرکتهای بیمه می‌توانند در صورت توافق با راننده مسبب حادثه و ورثه متوفی، بدون نیاز به رأی مراجع قضائی، دیه و دیگر خسارتهای بدنی وارده را پرداخت نمایند.

ماده ۱۷- در حوادث رانندگی منجر به خسارت مالی، پرداخت خسارت به صورت نقدی و با توافق زیان‌دیده و شرکت بیمه مربوط صورت می‌گیرد. در صورت عدم توافق طرفین در خصوص میزان خسارت قابل پرداخت،

شرکت بیمه موظف است وسیله نقلیه خسارت دیده را در تعمیرگاه مجاز و یا تعمیرگاهی که مورد قبول زیان دیده باشد تعمیر نموده

ماده ۱۸- شرکتهای بیمه مکلفند خسارت مالی ناشی از حوادث رانندگی موضوع این قانون را در مواردی که وسایل نقلیه مسبب و زیان دیده در زمان حادثه دارای بیمه نامه معتبر بوده و بین طرفین حادثه اختلافی وجود نداشته باشد، حداکثر تا سقف تعهدات مالی مندرج در ماده (۴) این قانون بدون أخذ گزارش مقامات انتظامی پرداخت نمایند.

ماده ۲۰- دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی که از خارج وارد ایران می شوند در صورتی که خارج از کشور مسئولیت خود را نسبت به حوادث ناشی از وسایل نقلیه موضوع این قانون به موجب بیمه نامه ای که از طرف بیمه مرکزی ایران معتبر شناخته می شود بیمه نکرده باشند، مکلفند هنگام ورود به مرز ایران مسئولیت خود را بیمه نمایند. همچنین دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی ایرانی که از کشور خارج می شوند موظفند هنگام خروج، مسئولیت خود را در مقابل خساراتیکه بر اثر حوادث وسیله نقلیه مذکور به سرنشینان آن وارد شود تا حد دیه یک مرد مسلمان در ماههای حرام بیمه نمایند در غیر این صورت از تردد وسایل مزبور توسط مراجع ذیربط جلوگیری به عمل خواهد آمد.

ماده ۲۱- محاکم قضائی موظفند در حوادث رانندگی منجر به خسارت بدنی، بیمه نامه شخص ثالثی را که اصالت آن از سوی شرکت بیمه ذیربط کتباً مورد تأیید قرار گرفته است تا میزان مندرج در بیمه نامه به عنوان وثیقه قبول نمایند.

ماده ۲۲- محاکم قضائی مکلفند در جلسات رسیدگی به دعاوی مربوط به حوادث رانندگی، حسب مورد شرکت بیمه ذیربط و یا صندوق تأمین خسارت های بدنی را جهت ارائه نظرات و مستندات خود دعوت نمایند و پس از ختم دادرسی یک نسخه از رأی صادره را به آنها ابلاغ کنند.

تعرفه حق بیمه و نحوه تقسیط و تخفیف در حق بیمه شخص ثالث

سواری شخصی			
که برای حمل انسان ساخته شده و ظرفیت مجاز آن با راننده حداکثر شش نفر است (به ازای هر هزار ریال مجموع تعهدات بدنی و مالی)			
تبصره ۱- نرخ حق بیمه برای پیکان ، پراید و سپند ۱۵٪ کمتر			
تبصره ۲- سواری با کاربری آژانس، تاکسی، کرایه و مسافرکش شخصی درون شهری ۲۰٪ بیشتر			
سواری کرایه و مسافرکش شخصی برون شهری ۳۵٪ بیشتر			
استیشن	ون	مینی بوس	اتوبوس
ظرفیت مسافرگیری آنها بیش از ۶ نفر بوده و برای حمل و نقل عمومی مسافر			
متعلق به مراکز آموزشی بوده و مخصوص حمل و نقل دانش آموزان و دانشجویان باشند نیز به وبه وسایل نقلیه که متعلق به بیمه گذار بوده و مخصوص جابجایی کارکنان آن سایل نقلیه عمومی شهری مشمول ۲۰٪ تخفیف از یک نوع تخفیف می توانند استفاده کنند			
تعرفه حق بیمه وسایل نقلیه بارکش که برای حمل بار به کار میرود			
(۱) حمل مواد منفجره ۵۰٪			
(۲) حمل مواد سوختنی مایع و گازی ۲۵٪			
به حق بیمه مربوط اضافه میشود			
آمبولانس حمل خون رادیولوژی آتش نشانی			
تعرفه حق بیمه آمبولانس، وسایل نقلیه ویژه حمل خون، حمل وسایل رادیولوژی و آتش نشانی با توجه به نوع و ظرفیت آنها براساس تعرفه وسایل نقلیه مشابه محاسبه خواهد شد.			
انواع وسایل نقلیه کشاورزی، راه سازی و ساختمانی			

تعرفه حق بیمه انواع وسایل نقلیه کشاورزی، راه سازی و ساختمانی معادل پنجاه درصد حق بیمه وسایل نقلیه بارکش با ظرفیت بیش از یک تن تا سه تن
حمل زباله و خیابان پاک کن ها
وسایل نقلیه ویژه حمل زباله و خیابان پاک کن ها معادل پنجاه درصد حق بیمه وسایل نقلیه بارکش بیش از پنج تن تا ده تن
◀ در صورت اتصال یدک به وسایل نقلیه بابت اتصال هر یدک ۱۵٪ به حق بیمه مربوط اضافه می شود. ۱۵٪ به حق بیمه مربوط اضافه می شود. ◀ در مورد وسایل نقلیه و موتورسیکلت هایی که برای مسابقات رانندگی به کار می روند، به ترتیب ۵۰٪ و ۳۰٪ به حق بیمه مربوط اضافه می شود
اضافه نرخ سال ساخت خودرو
چنانچه از سال ساخت وسیله نقلیه بیش از پانزده سال گذشته باشد به ازای هر سال مازاد بر پانزده سال دو درصد و حداکثر ده درصد به حق بیمه مربوط اضافه میشود.

تخفیفات:

سال اول	صدور بیمه نامه
سال دوم	۱۰ درصد
سال سوم	۱۵ درصد
سال چهارم	۲۰ درصد
سال پنجم	۳۰ درصد
سال ششم	۴۰ درصد
سال هفتم	۵۰ درصد
سال هشتم	۶۰ درصد
سال نهم به بعد	۷۰ درصد

تعرفه کوتاه مدت:

مدت بیمه	حق بیمه بر مبنای حق بیمه یک
تا پنج روز	پنج درصد
از شش روز تا پانزده روز	ده درصد
از شانزده روز تا سی روز	پانزده درصد
بیش از سی روز تا شصت روز	بیست و پنج درصد
بیش از شصت روز تا نود روز	سی درصد
بیش از نود روز تا صد و بیست روز	چهل درصد
بیش از صد و بیست روز تا صد و پنجاه روز	پنجاه درصد
بیش از صد و پنجاه روز تا صد و هشتاد روز	شصت درصد
بیش از صد و هشتاد روز تا دویست و هفتاد روز	هشتاد درصد
بیش از دویست و هفتاد روز تا سیصد و شصت و پنج	صد درصد

مدارک مورد نیاز برای دریافت خسارت

خسارت بدنی :

- ✓ کروکی راهور ، گزارش کارشناس رسمی ، گزارش هئیت کارشناسی
- ✓ بیمه نامه شخص ثالث
- ✓ گواهینامه (کارنامه، گواهینامه ویژه،)
- ✓ مدارک شناسایی مصدوم
- ✓ خلاصه پرونده بالینی
- ✓ نظریه پزشکی قانونی
- ✓ گواهی حصر وراثت
- خسارت مالی
- ✓ بیمه نامه شخص ثالث
- ✓ اصل گزارش کارشناس راهنمایی و رانندگی یا هئیت کارشناسی
- ✓ گواهینامه
- ✓ مدارک شناسایی وسیله نقلیه مسبب حادثه
- ✓ مدارک احراز هویت قانونی

فصل هشتم: بیمه های باربری و مقررات مربوط

بیمه حمل و نقل کالا بیمه ای است که به موجب آن بیمه گر در مقابل بیمه گذار متعهد میشود تا چنانچه در زمان حمل کالا از یک محل به محل دیگر بر اثر وقوع خطر های موضوع بیمه کالا از بین رفته و یا دچار خسارت شود و یا در رابطه با این خطرات بیمه گذار هزینه ای متحمل شود زیان وارده را بپردازد قدیمی ترین نوع بیمه که تا حدی با قواعد امروزی مشابهت داشته و در اواسط قرون وسطی در بین تجار مالکان کشتی و سرمایه داران و بانکداران رایج بوده، بیمه باربری دریایی می باشد. اولین مرتبه ای که اموال و مال التجاره های افراد از طریق دریا حمل می شد با خطرات گوناگونی مانند غرق شدن کشتی و راهزنی های دریایی مواجه گردیدند. صاحبان کشتی ها به فکر راه حلی برای حفظ سرمایه های خود افتادند. به همین دلیل قوانین و مقررات مربوط به باربری دریایی به مرور تکامل یافت.

قرارداد های بیمه دریایی:

بیمه دریایی عبارت است از عملی که یک طرف قرار داد (بیمه گر) با دریافت حق بیمه از طرف دیگر (بیمه گذار) تعهدی را به نفع او یا به نفع شخص ثالث قبول می کند. این تعهد در صورت وقوع خطری که در قبال آن مورد بیمه، بیمه شده است ایفاء میگردد. به شرط آنکه خطر مزبور به دلیل کشتیرانی و یا حمل و نقل دریایی تحقق یابد یا اینکه در جریان کشتیرانی، حمل و نقل دریایی واقع شود.

خصوصیات قرار داد بیمه دریایی عبارتند از:

۱- بیمه دریایی یک عمل تجاری است. بیمه گذار در بیمه دریایی با درخواست بیمه و بیمه گر با صدور بیمه نامه، فعالیت تجاری می کنند بدین لحاظ رسیدگی به دعاوی مربوط به قرار داد های دریایی در صلاحیت محاکم تجارت است. در سایر رشته های بیمه از لحاظ بیمه گذار مدنی است و مشمول مقررات خاص حقوق تجارت نیست مگر اینکه بیمه گذار تاجر باشد.

۲- قرارداد بیمه حمل و نقل نیز همانند سایر بیمه های اشیاء تابع اصل غرامت است یعنی بیمه نباید منبع در آمد و ثروت بیمه گذار باشد. جبران خسارت از طرف بیمه گر برابر است با زیانی که به بیمه گذار وارد شده است. بند ۱ ماده ۲۲ قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ می گوید: ((در بیمه حمل و نقل خسارت بر حسب قیمت مال در مقصد حساب می شود)) حداکثر تعهد بیمه گر بهای تمام شده کالا و یا بهای روز آن در مقصد است هر کدام کمتر باشد زیرا قیمت مال در مقصد نا مشخص است باید روشن شود که منظور از قیمت مال در مقصد چیست.

به موجب اصل غرامت آن قیمتی باید ملاک پرداخت خسارت باشد که فقط زیان بیمه‌گذار را بپوشاند، نه آن قیمتی که برای او ایجاد سود کند. بنابراین باید پذیرفت که قیمت درمقصد برابر است با ارزش تمام شده کالا در مقصد به اضافه هزینه‌های انجام شده شامل کرایه حمل و عدم النفع، بسته به مورد هزینه‌های گمرکی و عوارض مختلف نیز به آن اضافه خواهد شد.

در این صورت معلوم است که هر محموله تا آن لحظه ای که دچار خسارت شده است چه میزان هزینه ای برای خریدار (بیمه‌گذار) در برداشته است یا به عبارت دیگر این محموله با صرف چه مقدار هزینه به مقصد رسیده است. این مبلغ زیان بیمه‌گذار است.

شروع و خاتمه قرارداد:

تامین بیمه‌های دریایی در بدو امر فقط شامل مرحله ای از مسیر حمل می شد که کالا روی آب قرار داشت. برای ارائه تامین بابت آن قسمت از مسیر حمل که روی خشکی انجام می گرفت شرط انبار به انبار طراحی شد. این شرط بسته به نوع وسیله حمل اصلی شکل‌های متفاوتی به خود می‌گیرد. در پاره ای موارد به جای شرط ((انبار به انبار)) از شرط ((حمل)) استفاده میشود مطابق این شرط پوشش کالا بیمه شده از لحظه ای که کالا از انبار فروشنده معین در بیمه‌نامه خارج می‌شود، آغاز می گردد و در جریان حمل زمینی آن به بندر و در طی مدتی که در بندر در نوبت بارگیری قرار دارد و سپس در طول سفر در یایی و تخلیه کالا تا تحویل کالا به مرسل الیه در محل معین در بیمه‌نامه ادامه می یابد پس از رسیدن کالا به بندر مقصد، محدودیت زمانی برای عملیات تخلیه و ترخیص از گمرکات در نظر گرفته میشود. چنانچه حمل به مقصد نهایی مستلزم حمل زمینی پس از تخلیه باشد. یا آنکه اصولاً مقصد محموله تخلیه باشد، محدودیت زمان بلند مدت تری پس از تخلیه کامل در نظر گرفته میشود. پوشش بیمه‌نامه با تحویل کالا به مرسل الیه در مقصد مقرر یا خاتمه مدت تعیین شده پس از تخلیه محموله، هر کدام زودتر صورت پذیرد خاتمه می یابد. امکان تمدید بیمه‌نامه پس از انقضای مهلت مشخص در قرارداد وجود دارد. این امر مستلزم آن است که تمدید مهلت قبل از انقضای آن از بیمه‌گر درخواست و حق بیمه اضافی مربوط به آن پرداخت شده باشد.

بیمه‌نامه دریایی:

قرار داد بیمه دریایی معمولاً به صورت کتبی تنظیم و بیمه‌نامه حمل و نقل (باربری) خوانده میشود. به موجب ماده ۶۵ قانون بیمه بیمه‌نامه حمل نقل ممکن است بدون ذکر نام به نام حامل تنظیم شود. بیمه‌نامه مبین وجود رابطه قرار داد بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر و چهار چوب این روابط را مشخص میکند. با وجود تفاوت‌هایی که در ماهیت حقوقی قرار داد های بیمه باربری وجود دارد. بیمه‌نامه عموماً از جمله اسناد ضروری در معاملات تجاری بین المللی محسوب می‌شود. مفاد مندرج در بیمه‌نامه های حمل دریایی کالا مطابق با قوانین ملی کشوری که بیمه‌نامه در آن صادر می‌شود تعیین می گردد. با وجود این در تمامی آنها موارد زیر را می‌توان مشاهده کرد:

- ۱- نام بیمه‌گذار یا نام شخص یا موسسه ای که بیمه‌نامه به نام او یا از طرف کسی دیگر به نام او خریداری شده است.
- ۲- نام بیمه‌گر یا بیمه‌گران.
- ۳- مورد بیمه: کالای ارسالی یا کالایی که قرار است ارسال شود. ماهیت، کیفیت، نوع بسته بندی و جز آن (اطلاعات مربوط به آنها)
- ۴- مبلغ بیمه شده
- ۵- سفری که باید انجام گیرد یا مدت زمان آن و در برخی موارد هر دو با هم
- ۶- نام کشتی یا سایر وسایل حمل و تاریخ شروع سفر یا آغاز ریسک
- ۷- خطر های بیمه شده یا استثنائات
- ۸- نام ذی نفع بیمه‌نامه در صورت در رهن بودن محموله
- ۹- در نهایت امکان دارد نرخ حق بیمه های توافق شده نیز در بیمه‌نامه درج شود.

خطرهای مشمول بیمه: این خطر ها عبارتند از:

- ۱- حوادث طبیعی مانند غرق شدن کشتی به گل نشستن کشتی، آتش سوزی، تصادم
- ۲- خطر هایی که منشاء پیدایش آنها کسانی هستند که در کشتی حضور دارند که عبارتند از:
 - الف) به دریا انداختن کالا: هنگامی که کشتی مسیر خود را طی می کند و ممکن است با طوفان شدید و وضع نامناسب دریا مواجه شود و در معرض خطر غرق شدن قرار گیرد. فرمانده برای نجات کشتی و محموله آن چاره ای جز این نمی بیند که با به دریا ریختن قسمتی از محموله، کشتی را سبک کند تا وضع طبیعی خود را باز یابد و به سفر خود ادامه دهد. چون هدف از این کار نجات دادن کشتی و کالا از خطر غرق شدگی است. باید خسارت وارده بین تمام محموله و کشتی تقسیم شود. خسارت هایی که بدین نحو بین صاحبان کالا و کشتی توزیع می گردد. خسارت های عمومی نامیده میشود.
 - ب- تغییر مسیر یا سفر کشتی به اجبار:
در صورتی که فرمانده کشتی ناچار شود سفر خود را تغییر دهد یا مسیری را که برای کشتی پیش بینی شده است رها کند یا محموله را از کشتی به کشتی دیگر منتقل سازد، در تمام این موارد طبق شرایط بیمه نامه، اعتبار بیمه نامه محفوظ می ماند و به تعهد بیمه گر دایر بر جبران خسارت ها خلی وارد نمیشود.
 - پ - غفلت ناخدا و خدمه (باراتری): غفلت ناخدا و خدمه شامل هر نوع خطا و تخطی فرمانده یا خدمه کشتی (عمدی یا بر اثر غفلت و بی احتیاطی) است که به کشتی ای کالا یا هر دو زیان برساند. خطای فرمانده یا کارکنان کشتی وقتی باراتری به شمار می رود که برای ادای وظایف مربوط از آن صادر شود. بنابراین هرگاه در انجام اموری که به دریانوردی و کشتیرانی مربوط نمی شود مرتکب خطا شوند، خطای آنها بیمه گر باراتری را متعهد نمیسازد. کارکنان کشتی شامل خدمه دریایی (افرادی که روی کشتی در دریا کار میکنند) می شود.
از این رو کسانی که در استخدام مالک کشتی هستند و در خشکی کار میکنند جزو کارکنان کشتی به شمار نمی آیند و در نتیجه خطای آنها باراتری محسوب نمیشود.
 - ت - بارگیری و تخلیه کشتی:
بیمه از زمانی آغاز میشود که کالا روی کشتی قرار گیرد. خطرهایی که قبل از آن متوجه کالا میشود، به عهده بیمه گر نیست. بنابراین هرگاه به هنگام بارگیری کشتی بسته ای به دریا بیفتد یا خسارت دیگری به آن وارد شود بیمه گر تعهدی ندارد مگر اینکه در بیمه نامه ذکر شده باشد که خطرهای بارگیری در شمول تعهدات بیمه گر ممکن است کالا از انبار تا انبار بیمه شده باشد. در این صورت خطرهای مربوط به بارگیری هم بیمه است. بیمه کالا وقتی پایان می یابد که تخلیه آن از کشتی انجام گرفته باشد خطرهای مربوط به تخلیه کالا در شمار خطر های بیمه شده است تخلیه کشتی ممکن است مستقیماً با پهلو گرفتن کشتی در کنار اسکله صورت پذیرد یا در ابتدا برای سبک کردن کشتی، قسمتی از محمولات آن با قایق تخلیه شود در هر دو مورد جبران خسارتهایی که به کالا وارد میشود به عهده بیمه گر است.
- ۳- خطرهایی که منشاء پیدایش آنها خارج از کشتی است مانند:
 - الف) غارت دریایی:
منظور از غارت دریایی این است که گروهی برای تصاحب کشتی و چپاول اموالی که در کشتی وجود دارد به کشتی حمله می کنند. کالایی که بدین منوال غارت میشود. یا خسارت هایی که بر اثر حمله غارتگران دریایی به کشتی وارد می گردد، مشمول تعهدات بیمه گر نیست، مگر این که در این باره توافق شده باشد.
 - ب) دزدی در صورتیکه با قهر و غلبه توأم باشد بیمه است مگر اینکه در بیمه نامه با صراحت از خطر های مورد بیمه استثناء شده باشد در دزدی ساده که قهر و غلبه وجود ندارد خلاف این ترتیب صادق است. بدین معنا که معمولاً بیمه نیست مگر این که خلاف آن تصریح شود. هرگاه مسافران کشتی نیز با توسل به زور مرتکب دزدی شوند، خسارت های ناشی از آن به عهده بیمه گر خواهد بود. دله دزدی به عهده بیمه گر نیست ولی طرفین می توانند در مورد بیمه آن توافق کنند.
- معمولاً خطرهایی از قبیل: تقصیر بیمه گذار، تغییر ارادی سفر یا مسیر کشتی، تاخیر در پیمودن راه، عیب ذاتی و خط جنگ، مشمول بیمه نمی شوند.

اشخاص ذینفع در قرار داد بیمه حمل و نقل:

اشخاص ذینفع در قرار داد بیمه باربری دریایی شامل بیمه‌گران و بیمه‌گذاران است که بیمه‌گذاران عبارتند از: صاحبان کشتی، صاحبان کالا، اجاره‌کنندگان کشتی که به منظور بهره‌برداری از کشتی و وسایل و تجهیزات لازم و همچنین کاپیتان و کارکنان کشتی را فراهم می‌کند، بانک می‌تواند بابت مبلغی که به صاحب کالا یا مالک کشتی می‌پردازد و در قرار داد بیمه دریایی، بیمه‌گذار باشد.

در بیمه دریایی در تمام موارد بیمه‌گذار در هنگام وقوع خسارت، ذینفع سند بیمه نیست ممکن است کالای مورد بیمه قبل از وصول به مقصد از طرف مالک آن که دارنده سند بیمه است به فروش برسد. در این صورت اسناد مربوط به کالا از جمله سند بیمه به خریدار منتقل می‌شود. با انتقال سند بیمه، خریدار از کلیه حقوق بیمه‌گذار بهره‌مند می‌شود و تعهدات او را به عهده می‌گیرد.

انواع بیمه‌نامه‌های حمل کالا:

برای حمل کالا در بازارهای بیمه‌ای به منظور تسهیل در ارائه خدمات مناسب به بیمه‌گران و بیمه‌گذاران و صرفه جویی، روش‌هایی به طرفین عرضه می‌شود. این روش‌ها عبارتند از: ۱- بیمه‌های شناور ۲- قراردادهای عمومی (باز) ۳- بیمه‌نامه‌های جمعی.

بیمه‌نامه‌های شناور: در این بیمه‌نامه یک مبلغ بیمه کلی مورد توافق قرار گرفته و بر اساس آن، مورد بیمه‌ای که حمل آن به دفعات انجام خواهد گرفت تحت پوشش بیمه‌گر قرار می‌گیرد. در این بیمه‌نامه اولاً هر نوبت حمل باید قبلاً به اطلاع بیمه‌گر برسد و ثانیاً با انجام گرفتن آن مبلغ بیمه مذکور در قرار داد به میزان ارزش مورد بیمه حمل شده کاهش می‌یابد. این عمل تا آنجا ادامه پیدا می‌کند که ارزش محمولات حمل شده برابر مبلغ توافق شده گردد و به عبارتی قرار داد خاتمه یابد. حق بیمه با توجه به کل مبلغ توافق شده محاسبه و پیش پرداخت می‌شود.

بیمه‌نامه‌های عمومی: هنگامی مورد استفاده قرار می‌گیرند که لازم باشد برای هر نوبت حمل، گواهی بیمه صادر گردد. این گواهی از لحاظ امور بانکی و کلیه مراحل تجاری معتبرند، لیکن مفهوم مطلق حقوقی نمی‌تواند جایگزین بیمه‌نامه اصلی شود. استفاده از قراردادهای عمومی به لحاظ برتری که بر بیمه‌های شناور دارند عمومیت یافته است. معمولاً خرید بیمه‌نامه‌های مجزا برای هر نوبت حمل یا تجدید بیمه‌نامه‌های شناور در زمان انقضای مدت آنها برای بازرگان کار راحتی نیست در بیمه‌نامه‌های شناور که یک مبلغ کلی در اول قرار داد ملاک قرار می‌گیرد. پیش دریافت کل حق بیمه در بدو امر و تعدیل بعدی آن موجب بروز مشکلاتی برای بیمه‌گذار خواهد شد.

بیمه‌نامه جمعی: عمدتاً در زمینه ارسال مکرر محموله‌های کوچک از راه‌های زمینی، راه آهن یا آبراه‌های داخلی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این مورد نیز بابت هر محموله ارسالی حداکثر مبلغی در نظر گرفته می‌شود لیکن مانند قرار داد‌های عمومی کل محموله‌های ارسالی تابع محدودیتی نیست.

اعلامیه‌های حمل در فواصل معین و معمولاً هر یک سال یک بار صادر می‌شوند. در بدو امر، حق بیمه یکنواختی دریافت و سپس در موعد مقرر تمدید بیمه‌نامه مطابق با تجربه خسارتی و گردش معاملات تعدیل می‌شود. بیمه‌نامه جمعی کاربرد چندانی در تجارت بین‌المللی ندارد.

شرایط بیمه حمل و نقل کالا:

بیمه حمل و نقل کالا مانند انواع دیگر بیمه تحت قرار دادی موسوم به بیمه حمل و نقل کالا تحقق می‌پذیرد. طرفین این قرار داد عبارتند از: بیمه‌گذار که معمولاً صاحب کالا یا شخصی است که مسئولیت حفظ و نگهداری کالا را در مدت حمل به عهده دارد (متصدی حمل و نقل) یا هر شخص دیگری که در بقای آن کالا ذینفع باشد مانند بانکی که به صاحب کالا اعتبار می‌دهد و کالا در وثیقه او قرار دارد و بیمه‌گر که شرکت بیمه است. قرار داد بیمه در هر کشور بر اساس قوانین و مقررات بیمه حاکم در آن کشور صادر می‌شود. ولی از آنجا که حمل و نقل از کشوری به کشور دیگر (به ویژه وقتی با کشتی انجام می‌شود) تحت تاثیر بعضی مسائل و مقررات بین‌المللی قرار می‌گیرد. دست‌اندرکاران امور در برخی از کشورهای اروپایی و آمریکایی از دیر باز مقرراتی وضع کرده‌اند که به موجب آن حقوق و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار در این بیمه‌ها به صورت یکسان

و یکنواخت آمده است این مقررات از اختلاف نظرها و مشکلاتی که معمولاً در صورت وقوع حادثه ایجاد می‌شود تا حد زیادی جلوگیری می‌کنند. امروزه این شرایط و مقررات بیمه‌ای در اغلب کشورهای جهان با تفاوت‌هایی کم و بیش اندک مورد عمل شرکت‌های بیمه قرار گرفته است. موسسه بیمه‌گران لندن از جمله معروفترین موسساتی است که به تنظیم شرایط و مقررات بیمه حمل و نقل مبادرت ورزیده است.

۲- خطرات قابل تامین:

الف) شرایط A

۱- خطرهای بیمه شده:

این بیمه کلیه خطرهایی را که موجب زیان یا آسیب به مورد بیمه می‌شود، تحت پوشش قرار می‌دهد. این پوشش بیمه‌ای، فراگیرترین پوشش در بیمه حمل و نقل کالا است که همه خطرات دریا که در جریان حمل و نقل، احتمال وقوع دارند موضوع بیمه قرار می‌گیرند.

۲- خسارت همگانی: به موجب این بیمه خسارت همگانی و هزینه‌های نجات که به منظور پیشگیری از خسارت یا در ارتباط با آن بر بیمه‌گذار تحمیل می‌شود تحت پوشش قرار می‌گیرد.

۳- مسئولیت مشترک در تصادم: در صورتی که به موجب شرط مندرج در قرار داد حمل در خصوص مسئولیت مشترک دو کشتی در تصادم، مالک کشتی ملزم باشد که سهمی از مسئولیت را بر عهده گیرد. بیمه‌گر جبران این زیان را به نسبت خسارت مورد تعهد در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد. بیمه‌گذار تقبل می‌کند که هرگاه مالک کشتی بر اساس شرط مذکور مطالبه زیان کند بیمه‌گر را آگاه سازد. در این صورت بیمه‌گر حق دارد، به هزینه خود دفاع از بیمه‌گذار را در دعاوی به عهده بگیرد.

۴- موارد استثناء: موارد استثناء شده عبارتند از:

- تلف، آسیب یا هزینه‌های ناشی از سوء عمل اردی بیمه‌گذار
- نشت و ریزش عادی، کسر عادی وزن یا حجم یا فرسودگی و پوسیدگی عادی مورد بیمه
- تلف، آسیب یا هزینه ناشی از کافی نبودن یا نامناسب بودن بسته بندی یا آماده سازی مورد بیمه برای حمل.
- تلف، آسیب یا هزینه ناشی از عیب ذاتی یا ماهیت مورد بیمه.
- تلف، آسیب یا هزینه ای که علت اساسی آن تاخیر باشد. حتی اگر این تاخیر ناشی از خطرهای بیمه شده باشد.
- تلف، آسیب یا هزینه‌های ناشی از ورشکستگی یا افسار مالکان، مدیران، اجاره کنندگان یا گردانندگان کشتی یا قصور در ایفای تعهدات مالی از طرف یکی از آنها.
- تلف آسیب یا هزینه ناشی از کاربرد هر نوع سلاح جنگی که با انرژی هسته ای، یا ترکیب هسته ای واکنش مشابه دیگر یا نیرو و یا ماده رادیو اکتیو کار می‌کند.
- علاوه بر موارد استثنای فوق الذکر، این بیمه‌نامه شامل خطرات مربوط به عدم قابلیت دریانوردی و نامناسب بودن کشتی برای دریانوردی نمیشود.

- استثناء خطر جنگ:

شامل مواردی از قبیل جنگ، جنگ داخلی، انقلاب، شورش، قیام یا زرد خوردهای داخلی ناشی از این امور یا هر گونه عمل خصمانه یکی از دو قدرت متخاصم علیه دیگری، توقیف، ضبط، مصادره، تصرف، مین، اژدر و بمب‌های عمل نکرده و سرگردان و سایر سلاح‌های جنگی به جا مانده و متروک می‌باشد.

- استثنای خطر اعتصاب: این پوشش به هیچ وجه شامل تلف، آسیب یا هزینه ناشی از موارد زیر نیست.

- عمل اعتصاب کنندگان، جلوگیری از ورود کارگران یا عمل اشخاصی که در درگیری‌های کارگری، آشوبها یا اغتشاشات داخلی شرکت می‌کنند. تعطیل محل کار، درگیری‌های کارگری آشوب‌ها یا اغتشاشات داخلی اعمال تروریستی یا هر شخصی با انگیزه سیاسی مشمول این بیمه‌نامه نمیشود.

این بیمه‌نامه از زمانی که کالا از انبار یا محل نگهداری مذکور در این بیمه‌نامه به منظور شروع حمل، خارج می‌شود آغاز و در طول جریان عادی حمل ادامه می‌یابد و در یکی از حالات زیر هر کدام زودتر واقع شد پایان می‌پذیرد:

- به مجرد تحویل کالا به انبار یا محل نگهداری نهایی دیگری در مقصد مذکور در بیمه‌نامه.
 - به مجرد تحویل کالا به هر انبار یا محل نگهداری دیگر که بیمه‌گذار قبل از ورود کالا یا همزمان با آن برای انبار کردن یا برای توزیع کردن آن یا به جهات دیگر در نظر گرفته باشد.
 - به مجرد انقضای ۶۰ روز از تخلیه کامل کالای مورد بیمه از کشتی در آخرین بندر تخلیه.
- هرگاه پس از تخلیه کالا از کشتی در بندر نهایی قرار باشد کالا به مقصد دیگری حمل شود در این صورت بیمه طی مدت مقرر در فوق به اعتبار خور باقی است ولی با شروع حمل به مقصد دیگر فاقد اعتبار است.
- ۶- خاتمه قرار داد حمل و نقل:

هرگاه قرار داد حمل بر اثر امری خارج از اراده و اختیار بیمه‌گذار در بندر یا محلی غیر از مقصد در قرار داد خاتمه یابد با حمل کالا به نحو دیگری قبل از تحویل کالا در مقصد خاتمه یابد این بیمه نیز منقضی می‌شود. مگر آنکه مراتب فوراً به بیمه‌گر اطلاع و ادامه بیمه در خواست گردد که در آن صورت در ازای پرداخت حق بیمه اضافی، این بیمه تا یکی از مهلت‌های مقرر در زیر به قوت خود باقی می‌ماند.

- تا زمانی که کالا در چنین بندر یا محلی به فروش میرسد و تحویل شود یا چنانچه توافق خاصی نشده باشد تا انقضای مدت ۶۰ روز بعد از ورود کالای بیمه شده به چنین بندر یا محل، هر کدام زودتر واقع شود.

- اگر کالا ظرف همان مدت ۶۰ روز (یا هر مدت اضافی دیگری که توافق شده باشد) به مقصد مذکور در بیمه‌نامه یا هر مقصد دیگری ارسال شود در این صورت بیمه طبق ضوابط مقرر در بند ۸ منقضی می‌شود.

۷- تغییر سفر:

هرگاه پس از شروع این بیمه‌نامه بیمه‌گذار مقصد را تغییر دهد بقای اعتبار این بیمه‌نامه مشروط است به اینکه بیمه‌گذار مراتب را فوراً بیمه‌گر اعلام کند و شرایط و حق بیمه مورد توافق قرار گیرد.

۸- هزینه حمل تا مقصد نهایی:

هرگاه بر اثر تحقق یکی از خطرهای تحت پوشش این بیمه، حمل موضوع بیمه در بندر یا محلی غیر از مقصد کالای بیمه شده خاتمه یابد بیمه‌گر هر گونه هزینه اضافی را که بیمه‌گذار به طور معقول و متعارف برای تخلیه ریا، نگهداری و ارسال مورد بیمه به مقصد مندرج در این بیمه‌نامه متحمل شده است جبران خواهد کرد.

۹- خسارت کلی فرضی:

در خواست خسارت به شکل خسارت کلی فرضی، پذیرفتنی نیست مگر اینکه تلف مورد بیمه قطعی و اجتناب ناپذیر باشد به هزینه نجات، مرمت و ارسال مجدد کالا به مقصد تعیین شده از قیمت آن در مقصد بیشتر شود.

۱۰- ارزش اضافی:

اگر بیمه‌گذار برای کالای بیمه شده تحت این بیمه‌نامه ارزش اضافی تحصیل کند فرض می‌شود که قیمت توافقی کالا تا جمع کل مبلغ بیمه شده تحت این بیمه‌نامه و کلیه بیمه‌نامه‌های ارزش اضافی، افزایش یافته است و تعهد بیمه‌گر با توجه به نسبت مبلغ بیمه شده این بیمه‌نامه با کل مبلغ بیمه شده، تعیین می‌شود. در صورت وقوع خسارت، بیمه‌گذار موظف به ارائه مدارک مربوط به مبالغ بیمه شده تحت کلیه بیمه‌نامه‌های دیگر به بیمه‌گراست.

چنانچه این بیمه به صورت ارزش اضافی باشد، شرط زیر رعایت خواهد شد: فرض می‌شود که قیمت توافقی کالا برابر است با جمع کل مبلغ بیمه شده تحت بیمه‌نامه اولیه و کلیه بیمه‌نامه‌های ارزش اضافی دیگر که بیمه‌گذار تحصیل کرده است تعهد بیمه‌گر با توجه به نسبت مبلغ بیمه شده این بیمه‌نامه برابر با جمع کل مبلغ بیمه شده خواهد بود در صورت وقوع خسارت بیمه‌گذار موظف به ارائه مدارک مربوط به مبلغ بیمه شده تحت کلیه بیمه‌نامه‌های دیگر به بیمه‌گر است.

حمل کننده کالا و اشخاص دیگری که کالا به طور امانت در اختیار آنها قرار می گیرد از این بیمه نامه استفاده نمی برند.

۱۲- وظایف بیمه گذار:

بیمه گذار: کارکنان و نمایندگان او در مورد خسارت قابل جبران موظفند:

- هر گونه اقدام معقول که برای دفع و یا به حداقل رساندن چنین خسارتی موثر است انجام دهند.
- امکان اقامه دعوی و احقاق حق علیه حمل کنندگان، تحویل گیرندگان کالا یا هر شخص ثالث را حفظ کند.
در مقابل بیمه گر علاوه بر سایر خسارت های قابل پرداخت تحت این بیمه نامه هزینه های متناسب و معقولی را که بیمه گذار در راه ایفای این وظایف متحمل شده است را جبران می کند.

۱۳- عدم اسقاط حق:

اقدامهایی که بیمه گذار یا بیمه گر به منظور نجات، حفظ یا مرمت و باز یافتن مورد بیمه به عمل آورند. نباید به عنوان اسقاط حق و یا قبول ترک مالکیت و یا به عنوان هر گونه خدشه در حقوق هر یک از طرفین محسوب شود.

۱۴- سرعت در ادای وظیفه:

از جمله شرایط این بیمه این است که اقدام های بیمه گذار برای حمل کالا در تمام موارد تا حدی که در کنترل وی قرار دارد، باید به سرعت معقول و به نحو متعارف انجام گیرد.

۱۵- قانون و عرف: این بیمه تابع قانون بیمه و عرف کشور ایران است.

ب) شرایط B

طبق این شرایط، بیمه گران تنها جوابگوی خسارتهایی هستند که بر اثر وقوع خطرهای و حوادث معین و پیش بینی شده در بیمه نامه ایجاد می شوند.

این بیمه خطرهای زیر را (جز موارد مندرج در بند ۴ شرایط A) پوشش می دهد:

- تلف یا آسیب وارده به مورد بیمه که مرتبط با یکی از موارد زیر باشد:

آتش سوزی یا انفجار، به گل نشستن و زمین گیر شدن، برخورد با کف دریا، غرق شدن یا واژگون شدن کشتی یا شناور، واژگون شدن یا از راه و خط خارج شدن وسیله حمل زمینی، تصادم یا برخورد کشتی، شناور یا هر وسیله حمل دیگر با هر جسم خارجی به غیر از آب، تخلیه کالا در بندر اضطراری، زلزله، آتشفشان یا صاعقه.

- تلف یا آسیب وارد به کالای مورد بیمه که علت آن یکی از امور زیر می باشد:

فدا کردن کالا در جریان خسارت عمومی، به دریا انداختن کالا به منظور سبک سازی کشتی یا به دریا افتادن کالا از روی عرشه کشتی، ورود آب دریا به کشتی، شناور محفظه کالا، کانتینر، جرثقیل یا محل انبار.

- تلف شدن کلی هر بسته در کشتی یا شناور یا تلف کلی هر بسته به علت افتادن به هنگام بارگیری یا تخلیه کشتی یا شناور.

پ) شرایط C

خطرهای بیمه شده در این بیمه نامه محدودتر است. این بیمه خطرهای زیر را (جز موارد مندرج در بند ۴ شرایط A) پوشش می دهد:

- تلف یا آسیب وارده به مورد بیمه که مرتبط با یکی از موارد زیر باشد:

آتش سوزی یا انفجار، به گل نشستن و زمین گیر شدن، برخورد با کف دریا، غرق شدن یا واژگون شدن کشتی یا شناور، واژگون شدن یا از راه و خط خارج شدن وسیله حمل زمینی، تصادم یا برخورد کشتی، شناور یا هر وسیله حمل دیگر با هر جسم خارجی به غیر از آب، تخلیه کالا در بندر اضطراری.

- تلف یا آسیب وارده به کالای مورد بیمه که علت آن یکی از امور زیر می باشد:

فدا کردن کالا در جریان خسارت عمومی و به دریا انداختن کالا برای سبک سازی کشتی.

کارشناسی در بیمه باربری دریایی: در بیمه حمل و نقل، اعتبار بیمه نامه از زمانی آغاز می شود که کالا از انبار یا محل نگهداری که در بیمه نامه ذکر شده خارج شود. در طول مسیر حمل پوشش بیمه ای ادامه دارد تا به

انبار گیرنده کالا در مقصد تحویل شود یا به درخواست بیمه‌گذار در محل دیگری غیر از آنچه در بیمه‌نامه ذکر شده تحویل گردد یا اینکه ممکن است اعتبار بیمه‌نامه پس از گذشت مدت زمان تخلیه کالا در آخرین بندر مقصد خاتمه یابد. جهت اجتناب از بروز اختلاف بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار در شمول خسارت و میزان آن، بهتر است کالای بیمه شده قبل از صدور بیمه‌نامه مورد بازدید اولیه قرار گیرد و گواهی سلامت کالا برای آن صادر گردد و از این طریق وضعیت کالا، نوع بسته بندی و عیب و نقص احتمالی کالا قبل از حمل مشخص می‌گردد. همچنین موقعیت و شرایطی که کالا در زمان تحویل به مؤسسه حمل دارد نیز مشخص می‌شود.

کارشناسی خسارت: مؤسسات بازرسی خدمات مشاوره و کارشناسی کالا را هم قبل از صدور بیمه‌نامه و هم در زمان بروز خسارت بر عهده دارند از جمله مواردی که در گزارش کارشناسی خسارت باید مورد توجه قرار گیرد به موارد ذیل می‌توان اشاره نمود:

۱- تاریخ و محل دقیق حادثه و تاریخ و محل کارشناسی: با توجه به زمان شروع پوشش بیمه‌ای در بیمه‌نامه های باربری، زمان حادثه اهمیت بالایی پیدا می‌کند. تاریخ حادثه باید بعد از تاریخ ترک انبار آن هم به قصد حمل، باشد. تاریخ محل دقیق حادثه از لحاظ تعیین حدود و دامنه مسئولیت اشخاص دیگر که ممکن است بعداً شرکت بیمه با مراجعه به آنها ادعای تأمین خسارت کند و یا در مورد اعلام خسارت همگانی که لحظه وقوع حادثه و اعلام خسارت همگانی بسیار اهمیت دارد زیرا اندک تفاوت در احتساب این لحظه ممکن است کالایی را از شمول خسارت همگانی خارج یا به آن وارد کند همچنین خسارت همگانی و هزینه نجات بر اساس ضوابط محل وقوع یا مقررات یورک آنتورپ به شرط تطبیق با مفاد قرارداد حمل قابل پرداخت است.

۲- مشخصات کالای مورد کارشناسی: با توجه به حجم بالای کالاهایی که مورد بازرسی و کارشناسی قرار می‌گیرد کارشناس باید کالایی که مأمور بازرسی آن می‌باشد را با دقت کارشناسی نماید. نکات اساسی در مورد مشخصات کالا که لازم است در گزارش کارشناسی ذکر گردد عبارتند از:

- کالا و علامت های تجاری و اختصاری آن.
- کیفیت فیزیکی، استحکام و تناسب بسته بندی ها با محتوای آن.
- شرایط نگهداری بار در وسیله حمل و از آن جمله روی عرشه کشتی یا در داخل انبار کشتی.
- رعایت نکاتی که در برنامه راجع به شرایط حمل بیان شده است.
- بندر بارگیری.
- نحوه بارگیری و بارچینی و مهار کردن بار در کشتی یا وسیله حمل دیگر.
- در هنگام بارگیری، مؤسسه بازرسی خاصی بر آن نظارت کرده و گواهی صحت بارگیری، بارچینی و مهار کردن بار و تناسب محل استقرار و مشخصات فنی بار رعایت شده است.
- بندر تخلیه بار.
- حمل کننده با، شرکت کشتیرانی، کارگزار حمل.

۳- وسیله حمل: وسیله حمل باید متناسب با کالایی باشد که حمل می‌کند و قابلیت و توانایی حمل را داشته باشد. در مورد کشتی که عمده ترین وسیله حمل و نقل بین المللی است باید موارد زیر در گزارش کارشناس خسارت مشخص شود:

نام کشتی، پرچم، بندر ثبت، سال ساخت، ظرفیت ناخالص، ظرفیت خالص، ظرفیت بارگیری، مالک، مالکان و اجاره کنندگان، گواهینامه صلاحیت دریانوردی و تاریخ انقضای اعتبار این گواهینامه، گواهینامه بین المللی خط بار و تاریخ انقضای اعتبار این گواهینامه، حد نهایی آبخور و نام سوابق شغلی فرمانده کشتی.

۴- شرح حادثه: نوع و علت حادثه و عوامل مؤثر در بروز خسارت باید برای شرکت بیمه مشخص باشد کارشناس می‌بایست جزئیات حادثه را همانطور که می‌بیند مورد به مورد ذکر و علت یابی کند. دلایلی که کارشناس به آنها استناد می‌کند باید بر اساس شواهد عینی یا دلایلی مستدل باشد و از آوردن دلایلی که با گمان و تردید همراه است خودداری کند.

۵- نمونه برداری و تهیه عکس: مواردی پیش می‌آید که کارشناس ناگزیر از نمونه برداری و آزمایش نمونه هاست تا پی ببرد به این که آیا کالای خسارت دیده هنوز قابل مصرف است یا نه و میزان خسارت تا چه حدود

است. در چنین مواردی کارشناس باید نمونه ها را به طریق علمی تهیه و از طریق مؤسسه کارشناسی خود برای آزمایش ارسال کند. نتیجه آزمایش بخش لاینفک گزارش به شمار می آید و باید قید شود که آزمایش نمونه ها بر اساس کدام یک از روشهای استاندارد پذیرفته شده است. تهیه عکس از وضعیت کالای خسارت دیده نیز می تواند در کشف علت خسارت مؤثر باشد. عکس ها باید به نحوی تهیه شده باشند که وضعیت خرابی، فرسودگی، آسیب دیدگی، آب دیدگی لهیدگی، شکستگی و سایر خسارتها را به وضوح نشان دهد.

تسویه خسارت در بیمه حمل و نقل: تسویه خسارتها در این رشته مانند دیگر رشته های بیمه شامل اعلام خسارت بیمه گذار، ارائه مدارک لازم، تشکیل پرونده خسارت، رسیدگی به اسناد و مدارک بیمه نامه و خسارت و تصمیم گیری برای قبول یا رد خسارت است.

۳- انواع خسارت ها در بیمه باربری

(الف) از بین رفتن تلف کالاهای مورد بیمه (تمام یا بخشی از آنها) بر اثر وقوع یکی از خطرهای موضوع بیمه.

(ب) آسیب دیدگی مانند زنگ زدگی و آبدیدگی کالاهای.

(پ) هزینه های نگهداری و مراقبت از کالاهای مورد بیمه یا هزینه جلوگیری از وقوع خطر یا گسترش خسارت.

در بیمه های حمل و نقل، خسارت ها را به انواع زیر نیز بخش بندی می کنند.

زیان ویژه یا اختصاصی: که شامل خسارت وارد به بخشی از کالاهای مورد بیمه است به شرطی که جنبه زیان مشترک یا همگانی نداشته باشد.

زیان مشترک یا همگانی: هنگامی که سرنوشت کشتی و کالاهای به خطر افتد (برای نمونه احتمال غرق کشتی برود) ناخدا حق دارد برای نجات کشتی و مجموعه کالاهای، بخشی از کالاهای را با رعایت عرف به دریا بریزد و کشتی را سبک کند. در این حالت اضطراری اقدام ناخدا مجاز شمرده می شود و خسارت وارد شده میان اشخاص حق دار و ذینفع در سفر دریایی (مانند صاحب کشتی، صاحبان کالاهای، ذینفع در کرایه) سرشکن می شود.

اینگونه خسارت ها را که در اصطلاح زیان مشترک یا خسارت همگانی نامیده می شود، بیمه گران مورد تامین قرار می دهند و جبران می کنند. بحث زیان همگانی از جمله مسائل پیچیده حقوقی بیمه حمل و نقل دریایی است.

۴- اینکوترمز:

به مجموعه ای از اصطلاحات متداول در تجارت بین المللی کالا اطلاق می شود که رسمیت آنها توسط اتاق بازرگانی بین المللی تایید شده و به کاربرد این اصطلاحات در قراردادهای فروش کالا موجب می شود حقوق و تعهدات طرفین معامله در چارچوب مقررات موضوعه در این اصطلاحات مسجل گردد و جایی برای سوء تفاهم های احتمالی باقی نگذارد.

اصطلاحات موضوعه در قلمرو اینکوترمز اولین بار در سال ۱۹۳۶ توسط اتاق بازرگانی بین المللی منتشر گردید که به اینکوترمز ۱۹۳۶ معروف بود. پس از آن در سالهای ۱۹۵۳ و ۱۹۶۷ و ۱۹۷۶ و ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ و بلاخره در سال ۲۰۰۰ اصلاحاتی در بعضی از آنها به عمل آمد و مواردی نیز اضافه شد.

اینکوترمز ۲۰۰۰ شامل ۱۳ اصطلاح می باشد و هر اصطلاح متضمن توافق خاصی در زمینه قرارداد فروش کالا است و حدود وظایف فروشنده در امر تحویل کالا به خریدار مشخص می سازد. این اصطلاحات عبارتند از:

۱- اصطلاح EXW: به این معنی که فروشنده کالا را در محلی که خود تعیین می کند به صورت آماده برای حمل به خریدار تحویل می دهد. به این ترتیب از تاریخ تحویل به بعد کلیه هزینه های مربوط به بارگیری کالا در وسیله نقلیه و حمل به مقصد، بیمه، تخلیه در مقصد و... به عهده خریدار است. منتهی اگر برای شمارش کالا

یا توزین آن یا بسته بندی کالا جهت تحویل به خریدار هزینه‌هایی صرف شود، این هزینه‌ها به عهده فروشنده خواهد بود.

۲- اصطلاح FCA: به این معنی که فروشنده کالا را (پس از پرداخت حقوق و عوارض مربوط به صادرات) به حمل کننده ای که توسط خریدار معرفی گردیده در محل تعیین شده تحویل می دهد. در صورتی که محل تعیین شده انبار یا کارخانه فروشنده باشد، هزینه بارگیری به عهده فروشنده است ولی اگر جای دیگر باشد فروشنده مسئول بارگیری نمی‌باشد. از این اصطلاح در حمل های دریایی، زمینی، هوایی و مرکب استفاده می‌شود.

۳- اصطلاح FAS: به معنی تحویل کالا در کنار کشتی است. فروشنده موقعی که کالا را در کنار کشتی در بندر حمل تعیین شده قرار دهد، تحویل را انجام داده است. از آن زمان به بعد فروشنده هیچ گونه تعهدی در مورد حفظ و نگهداری کالا ندارد بلکه خریدار باید کلیه هزینه‌ها و مسئولیت های ناشی از فقدان یا خسارت وارد به کالا را از آن لحظه به بعد به عهده بگیرد. در صورت استفاده از این اصطلاح، فروشنده ملزم به ترخیص کالا برای صدور می‌باشد و بالتبع هزینه‌های مربوط به بازبینی کیفیت کالا، توزین، شمارش که لازمه تحویل کالا می‌باشد نیز به عهده فروشنده خواهد بود.

۴- اصطلاح FOB: به معنی تحویل کالا روی عرشه کشتی می‌باشد. این اصطلاح مخصوص حمل دریایی کالا می‌باشد. با توجه به این اصطلاح موقعی تحویل کالا به خریدار انجام شده تلقی می گردد که کالا از ندره کشتی در بندر تعیین شده عبور کند. بنابراین کلیه هزینه‌ها و مسئولیت های ناشی از فقدان یا خسارت وارد به کالا از آن زمان به بعد به عهده خریدار است. لکن هزینه‌هایی که مربوط به انتقال کالا به کشتی باشد به عهده فروشنده خواهد بود. همچنین هزینه‌های مربوط به ترخیص کالا بمنظور صادرات نیز به عهده فروشنده می‌باشد. طبق این اصطلاح چنانچه کشتی معرفی شده توسط خریدار به موقع به بندر نرسد یا نتواند کالا را بارگیری نماید، یا بارگیری در کشتی زودتر از زمان اعلام شده توسط خریدار تعطیل شود، در این صورت هزینه‌های مربوط به این امور به عهده خریدار می‌باشد.

۵- اصطلاح CFR: در این اصطلاح که قبلاً C&F بوده، قیمت کالا و کرایه حمل آن تا بندر مقصد ملحوظ می‌باشد. فروشنده باید هزینه‌ها و کرایه حمل کالا تا بندر مقصد راپردازد ولی مسئولیت فقدان خسارت وارد به کالا، همچنین هرگونه هزینه اضافی ناشی از حوادثی که بعد از زمان تحویل حادث شود بعهد خریدار می‌باشد. در این اصطلاح کلیه هزینه‌های مربوط به صدور کالا، بارگیری کالا در کشتی و هرگونه مخارج تخلیه کالا در بندر مقصد بعهد فروشنده می‌باشد.

۶- اصطلاح CIF: در این اصطلاح قیمت کالا و کرایه حمل تا بندر مقصد و حق بیمه حمل کالا ملحوظ می‌باشد. کلیه هزینه‌های مربوط به ترخیص کالا جهت صدور و حمل کالا تا بندر مقصد و نیز بیمه کالا بعهد فروشنده می‌باشد. لکن مسئولیت فقدان و یا خسارت های وارده به کالا، هم چنین هرگونه هرگونه هزینه‌های اضافی ناشی از حوادثی که بعد از زمان تحویل حادث شود بعهد خریدار خواهد بود. این اصطلاح مربوط به حمل دریایی و یا آبراه داخلی می‌باشد و فروشنده فقط ملزم به تحویل حداقل پوشش بیمه می‌باشد. اگر خریدار خواستار پوشش بیشتر می‌باشد باید صراحتاً چنین توافقی با فروشنده بعمل آورد یا اینکه به هزینه خود بیمه مازاد تحصیل نماید.

۷- اصطلاح CPT: به این معنی که فروشنده کالا را به حمل کننده منتخب خود تحویل می دهد تا آن را به مقصد برساند. برای این منظور فروشنده با حمل کننده قرارداد حمل منعقد می‌کند. بنابراین کلیه هزینه‌های ترخیص کالا جهت صدور و هزینه حمل تا مقصد بعهد فروشنده می‌باشد. لکن کلیه مسئولیت ها و هر هزینه دیگری بعد از اینکه کالا تحویل حمل کننده شد، بعهد خریدار است.

این اصطلاح شبیه به اصطلاح CFR می‌باشد با این تفاوت که CFR مخصوص حمل دریایی می‌باشد ولی CPT هر نوع حملی را شامل می‌شود.

۸- اصطلاح CIP: طبق این اصطلاح کرایه حمل کالا تا سقف تعیین شرط و حق بیمه آن توسط فروشنده پرداخت می‌شود. یعنی فروشنده کالا را به حمل کننده منتخب خود تحویل می‌دهد و هزینه حمل تا مقصد تعیین شده را به وی می‌پردازد. بنابراین خریدار باید کلیه مسئولیت‌ها و هزینه‌های اضافی بعد از تحویل کالا را متقبل شود. ضمناً فروشنده باید برای خریدار در قبال خطر ناشی از فقدان یا خسارت وارده به کالا در جریان حمل بیمه‌نامه تهیه نماید و لذا فروشنده حق بیمه را نیز می‌پردازد. در این اصطلاح نیز بیمه با حداقل پوشش بعهد فروشنده می‌باشد.

این اصطلاح فروشنده را ملزم به ترخیص کالا برای صدور می‌نماید.

۹- اصطلاح DAF: تحویل در مرز، یعنی زمانی وظیفه فروشنده به اتمام می‌رسد که وی کالا را پس از ترخیص برای صدور روی وسیله حمل بدون اینکه تخلیه شود در مرز کشور مورد نظر در اختیار خریدار قراردهد، در این صورت هزینه ترخیص کالا برای ورود به نقطه و محل تعیین شده به عهده خریدار است. تعیین دقیق مرز مورد نظر با ذکر نقطه و محل آن در این اصطلاح از اهمیت خاصی برخوردار است. این اصطلاح برای حمل‌های زمینی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۱۰- اصطلاح DES: از این اصطلاح زمانی استفاده می‌شود که فروشنده طبق قرارداد موظف باشد کالا را در روی کشتی در بندر تخلیه مورد نظر به خریدار تحویل دهد. در این صورت هزینه تخلیه در بندر مقصد به عهده خریدار است. هزینه حمل کالا تا بندر تخلیه به عهده فروشنده می‌باشد و تحویل زمانی تحقق پیدا می‌کند که امکان انتقال کالا از کشتی توسط تجهیزات تخلیه متناسب با ماهیت کالا وجود داشته باشد. بنابراین کلیه مسئولیت‌های فقدان یا خسارت کالا تا هنگامی که امکان تخلیه کالا از کشتی فراهم آید به عهده فروشنده خواهد بود.

۱۱- اصطلاح DEQ: این اصطلاح زمانیست که فروشنده موظف باشد کالا را در بندر تعیین شده در روی اسکله به خریدار تحویل دهد. در این صورت کلیه هزینه‌ها و مسئولیت‌های مربوط به حمل کالا تا بندر تعیین شده و تخلیه آن در اسکله یا فروشنده است. لکن اگر قرار باشد پس از تخلیه کالا در اسکله آن را جابجا نمایند هزینه جابجایی بعهد خریدار خواهد بود. همچنین کلیه هزینه‌های مربوط به ترخیص کالا در مقصد انجام تشریفات گمرکی و پرداخت عوارض و مالیات و سایر هزینه‌ها بعهد خریدار است. این اصطلاح فقط برای حمل دریایی و حمل‌های مرکب که مرحله نهایی حمل آن توسط کشتی انجام شود، کاربرد دارد.

۱۲- اصطلاح DDU: تحویل بدون پرداخت حقوق و عوارض گمرکی. یعنی فروشنده کالا را بدون ترخیص برای واردات و بدون تخلیه از وسیله حمل در مقصد تعیین شده تحویل می‌دهد. بدین ترتیب کلیه مسئولیت‌ها و هزینه‌های مربوط به حمل کالا تا مقصد تعیین شده بعهد فروشنده می‌باشد. لکن هزینه‌های مربوط به ترخیص کالا بعهد خریدار خواهد بود. در واقع هزینه‌های مربوط به صدور کالا بعهد فروشنده و هزینه‌های مربوط به ورود کالا به کشور خریدار بعهد خریدار می‌باشد. این اصطلاح بدون توجه به نوع حمل در هر مورد قابل استفاده می‌باشد.

۱۳- اصطلاح DDP: تحویل با پرداخت حقوق و عوارض گمرکی. یعنی فروشنده کالا را پس از ترخیص برای واردات و بدون تخلیه از وسیله حمل در مقصد تعیین شده تحویل می‌دهد. در این صورت کلیه هزینه‌ها و مسئولیت‌های مربوط به حمل کالا تا مقصد تعیین شده و پرداخت حقوق و عوارض گمرکی و ترخیص کالا بعنوان واردات بعهد فروشنده می‌باشد. از این اصطلاح نیز بدون توجه به نوع حمل می‌توان استفاده کرد.

آئین نامه ۷۹:

شرایط عمومی بیمه باربری و مجموعه شرایط A و B و C

شورایعالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۱۰/۲۶ شرایط عمومی بیمه باربری را مشتمل بر ۱۹ ماده و ۱ تبصره به همراه مجموعه شرایط A و B و C آن به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول: تعاریف

ماده ۱ - اساس قرارداد: این بیمه نامه بر اساس قانون مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهادکتابی بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد. آن قسمت از پیشنهاد بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر نبوده و همزمان با صدور بیمه نامه یا قبل از آن کتباً به بیمه گذار اعلام گردیده است، جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی شود.

ماده ۲ - تعاریف و اصطلاحات: اصطلاحات زیر صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که ممکن است داشته باشد، در این شرایط عمومی با تعریف مقابل آن به کار رفته است:

۱- بیمه گر: بیمه گر شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است و جبران خسارات احتمالی را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه بر عهده دارد.

۲- بیمه گذار: بیمه گذار شخص حقیقی یا حقوقی مذکور در این بیمه نامه می باشد که پوشش بیمه را اخذ نموده و متعهد به پرداخت حق بیمه آن است.

۳- ذینفع: ذینفع شخص حقیقی یا حقوقی مذکور در این بیمه نامه اعم از بیمه گذار یا غیر آن است که حق مطالبه و دریافت تمام یا قسمتی از خسارت وارد به کالای مورد بیمه را دارد.

۴- کالای مورد بیمه: کالای مورد بیمه، اموال مندرج در جدول مشخصات این بیمه نامه است.

۵- انقضای مدت بیمه: انقضای این بیمه بر اساس شرط ۸ مجموعه شرایط پیوست است، اما در مورد حمل غیردریائی یا ترکیبی، یکی از شرایط زیر جایگزین شرط ۸/۱/۴ مجموعه شرایط A, B, C می گردد.

الف- در مورد حمل هوائی، ۳۰ روز پس از تخلیه کامل هر قسمت از کالای مورد بیمه از هواپیمای حامل در فرودگاه کشور مقصد.

ب- در مورد حمل زمینی، ۶۰ روز پس از تحویل کالای مورد بیمه به انبار گمرک کشور مقصد.

مدت های یاد شده در این ماده با درخواست بیمه گذار و موافقت بیمه گر و پرداخت حق بیمه اضافی قابل تمدید است.

فصل دوم: شرایط

ماده ۳ - حمل کالا با کشتی طبقه بندی شده: حمل دریائی کالای مورد بیمه باید به وسیله کشتی طبقه بندی شده انجام شود، در غیر این صورت بیمه گذار موظف است مشخصات کشتی و یا شناورهای مورد نظر را قبل از شروع حمل به بیمه گر اعلام و موافقت او را اخذ نماید. چنانچه حمل کالای مورد بیمه با کشتی طبقه بندی نشده بدون اطلاع بیمه گذار انجام شده باشد، بیمه گذار موظف است بلافاصله پس از اطلاع، مراتب را به بیمه گر اعلام و شرایط و اضافه نرخ مربوط به حمل کالای مورد بیمه با کشتی طبقه بندی نشده را قبول کند.

ماده ۴ - وظیفه بیمه گذار در ارائه اطلاعات به بیمه گر: بیمه گذار موظف است کلیه اطلاعات راجع به حمل کالا و دفعات آن از جمله مشخصات وسیله یا وسائل حمل، حداکثر ارزش کالا در هر حمل، تاریخ حرکت آنها

و همچنین بهای هر قسمت از محصولات بیمه شده را قبل یا بلافاصله بعد از حمل و به هر حال قبل از ورود وسیله حمل به مقصد به بیمه گر اعلام نماید. در غیر این صورت بیمه گر حسب مورد بر اساس مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه عمل خواهد نمود.

ماده ۵ - ارزش کالای مورد بیمه: چنانچه بین بیمه گذار و بیمه گر توافق خاصی نشده باشد، قیمت کالای مورد بیمه، معادل مجموع قیمت خرید کالا، هزینه حمل و سایر هزینه های متعارف خواهد بود.

تبصره: بیمه گر می تواند در صورت تقاضای بیمه گذار، با دریافت حق بیمه متعلقه خسارت عدم النفع مربوط به این بیمه نامه را به مقدار مورد توافق (حداکثر به میزان ده درصد قیمت کالای مورد بیمه مندرج در این ماده) بیمه نماید.

ماده ۶ - کالاهایی که به صورت جفت یا دست عرضه می شوند: در مورد کالاهایی که به صورت جفت یا دست عرضه می شوند مسئولیت بیمه گر بدون توجه به ارزش جفت یا دست بودن آن، بیش از نسبت قیمت بیمه شده قسمت خسارت دیده به مبلغ بیمه شده جفت یا دست نخواهد بود مگر آنکه بطور صریح توافق دیگری شده باشد.

ماده ۷ - حمل مواد مخدر تحت پوشش این بیمه نامه نیست مگر آن که:

۱ - نام ماده مخدر و کشورهای صادرکننده و واردکننده آن بطور صریح در بیمه نامه درج شده باشد.

۲ - پروانه یا گواهی اجازه ورود محموله از مرجع صلاحیت دار کشوری که ماده مخدر به آنجا وارد می شود یا پروانه یا گواهی مرجع صلاحیت دار کشوری که ماده مخدر از آنجا صادر شده است مبین اینکه کشور گیرنده ماده مخدر، صدور آن محموله به مقصد مندرج در بیمه نامه را تأیید کرده است جزو مدارک خسارت به بیمه گر تسلیم شود.

۳ - مسیر حمل ماده مخدر، مسیر معمولی و عادی برای حمل آن نوع مواد تلقی شود.

ماده ۸ - وظایف بیمه گذار در صورت وقوع خسارت: بیمه گذار یا نمایندگان و یا ذینفعان وی ملزم به رعایت موارد ذیل هستند:

۱ - برای هر بسته ای که مفقود شده است بلافاصله از متصدیان حمل و یا مقام های بندر یا متصرفان دیگر کالای مورد بیمه بطور کتبی درخواست خسارت نمایند.

۲ - در مورد خسارت های مشهود به محض اطلاع و قبل از تحویل گرفتن کالای مورد بیمه از متصدیان حمل و یا سایر متصرفان کالا بطور کتبی تقاضای بازدید کنند و برای خساراتی که هنگام بازدید مشخص می گردد گواهی مربوطه را که به امضای آنها رسیده باشد دریافت و از نامبرداران درخواست پرداخت خسارت نمایند.

۳ - در مواردی که از سالم بودن کامل کالای مورد بیمه مطمئن نباشند رسید بدون قید و شرط به متصدیان حمل ندهند و با درج موضوع در بارنامه یا رسیدی که به متصدیان حمل می دهند حق خود را برای مطالبه خسارت محفوظ نگهدارند.

۴ - هر گاه موقع تحویل گرفتن کالای مورد بیمه، زیان یا آسیبی مشهود نباشد، بیمه گذار یا نمایندگان و یا ذینفعان وی باید حداکثر ظرف سه روز از تاریخ تحویل گرفتن کالا و اطلاع از خسارت، مراتب را بطور کتبی با پست سفارشی یا اظهار نامه به متصدیان حمل اعلام نمایند.

۵ - در مواردی که موسسه حمل تمام یا قسمتی از کالای مورد بیمه را به بیمه گذار و یا نمایندگان و ذینفعان وی تحویل ندهند، نامبرداران موظفند پس از تنظیم صورت مجلس کسر تخلیه، گواهی کتبی عدم تحویل را از موسسه مزبور بخواهند. در صورتیکه گواهی عدم تحویل در موعدهای زیر صادر نشود، بیمه گذار یا نمایندگان و یا ذینفعان وی باید حداکثر طی یک هفته با اظهارنامه رسمی از مؤسسه حمل درخواست خسارت بنمایند و مراتب را بیمه گر اطلاع دهند:

- در صورت حمل با کشتی، حداکثر ۷ ماه پس از تخلیه کالای مورد بیمه از کشتی.

- در صورت حمل با کامیون و قطار، حداکثر ۷ ماه پس از ورود وسیله حمل به مرز کشور مقصد.

- در صورت حمل با هواپیما، حداکثر ۳ ماه پس از تخلیه کالای مورد بیمه از هواپیما.

۶ - بیمه گذار یا نمایندگان و یا ذینفعان وی موظفند در مورد خسارت مشهود که به موجب این بیمه نامه بیمه گر تعهد جبران آن را دارد، چنانچه مورد بیمه در ید متصدیان حمل و نقل است قبل و یا بلافاصله پس از تحویل گرفتن کالا از آنها و چنانچه خسارت در انبار گمرک مشاهده شود، قبل از تحویل گرفتن از انبار، ضمن تنظیم صورت مجلس گمرکی مراتب را به بیمه گر اعلام نموده و درخواست بازدید از کالا را بنمایند.

ماده ۹ - اختیارات بیمه گر در کالای خسارت دیده مورد بیمه: بیمه گر در صورت توافق با بیمه گذار می تواند کالای خسارت دیده و نجات داده شده مورد بیمه را تعمیر، تعویض و یا تصاحب نماید. در صورتی که بیمه گر در مقابل پرداخت خسارت کامل (حسب مورد با یا بدون کسفرانشیز) قسمت آسیب دیده کالای مورد بیمه را تصاحب کند بیمه گذار موظف است مالکیت قسمت مربوط را به بیمه گر منتقل نماید. همچنین، بیمه گر باید تعمیر و یا تعویض کالای مورد بیمه خسارت دیده را در مدتی که عرفاً کمتر از آن میسر نیست، انجام دهد.

ماده ۱۰ - مدارک درخواست خسارت: برای درخواست خسارت، بیمه گذار یا نمایندگان و یا ذینفعان وی موظفند در اسرع وقت اسناد و مدارک لازم از جمله موارد زیر را حسب نوع خسارت به بیمه گر تسلیم نمایند:

۱- اصل بیمه نامه یا گواهی بیمه.

۲- اصل سیاهه (فاکتور) کالای مورد بیمه با مشخصات کامل و صورت توزین و بسته بندی.

۳- اصل بارنامه ها و یا قرارداد حمل.

۴- صورت وضعیت کالای مورد بیمه در موقع تحویل گرفتن و صورت وضعیت میزان توزین کالا در آخرین مقصد مندرج در بیمه نامه.

۵ - مکاتبات متبادله با متصدیان حمل و اشخاص مندرج در ماده ۸.

۶ - در صورت عدم تحویل کالای مورد بیمه، علاوه بر اسناد و مدارک فوق، برگ رسمی گواهی عدم تحویل که موسسه حمل صادر کرده است هم باید با توجه به مقررات مندرج در بند ۵ از ماده ۸ به بیمه گر تسلیم گردد.

۷- پروانه گمرکی (برگ سبز) و صورت مجلس کشف اختلاف در صورت صدور.

۸ - گواهی مبداء.

۹- قبض انبار گمرک

۱۰- گزارش بازدید خسارت که بایستی توسط یکی از اشخاص یا موسسات مجازی که توسط بیمه مرکزی ایران معرفی گردیده اند تهیه شده باشد.

چنانچه بیمه گر علاوه بر اسناد مذکور به مدارک دیگری نیاز داشته باشد باید بلافاصله از بیمه گذار مطالبه نماید و بیمه گذار موظف است مدارک مورد نیاز را در اختیار او قرار دهد.

ماده ۱۱ - مهلت پرداخت خسارت: بیمه گر مکلف است حداکثر طی چهار هفته پس از دریافت اسناد و مدارک لازم که به استناد آنها بتواند حدود تعهد خود را احراز و مقدار خسارت وارده را تعیین کند، خسارت را پرداخت نماید.



ماده ۱۲ - اصل جانشینی: بیمه‌گر در حدودی که خسارات وارده را قبول یا پرداخت می‌کند در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت هستند جانشین بیمه‌گذار خواهد بود و اگر بیمه‌گذار اقدامی کند که منافی با این اصل باشد بیمه‌گر می‌تواند به نسبت تأثیر بیمه‌گذار تمام یا قسمتی از خسارت را پرداخت نکند.

ماده ۱۳ - بازدید کنندگان: بازدید نمایندگان بیمه‌گر یا موسسات مجاز بازدیدکننده از خسارت و ارائه گزارش بازدید از سوی آنها به منزله قبول تعهد از طرف بیمه‌گر نیست.

ماده ۱۴ - کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر باید به صورت کتبی به آخرین نشانی اعلام شده طرف مقابل ارسال گردد.

ماده ۱۵ - مهلت حمل کالای مورد بیمه: بیمه‌گذار موظف است کالای مورد بیمه را حداکثر تا دو سال بعد از تاریخ صدور بیمه‌نامه حمل نماید، در غیر این صورت، بیمه‌نامه فاقد اعتبار است و بیمه‌گر تعهدی برای جبران خسارات مربوط به کالاهایی که بعد از مهلت مقرر حمل می‌شود، ندارد. حق بیمه مربوط به کالاهای حمل نشده با ارائه مستندات لازم توسط بیمه‌گذار قابل استرداد خواهد بود. بیمه‌گر و بیمه‌گذار می‌توانند قبل از پایان مهلت حمل، درباره تمدید آن توافق نمایند.

ماده ۱۶ - ارجاع به داوری: 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 مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین، هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب، داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا رأی داوری را صادر 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 حق الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود.

ماده ۱۷ - مهلت اقامه دعوا: هرگونه 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 منجر به خسارت، از تاریخ وقوع آن اقامه شود و پس از دو سال مذکور ادعای ناشی از این بیمه‌نامه مسموع نخواهد بود. مرور زمان می‌تواند یک نوبت توسط هر یک از طرفین با اظهارنامه رسمی قطع شود. در صورت قطع شدن مرور زمان، به مدت باقی مانده مرور زمان، یک سال اضافه خواهد شد.

فصل سوم: استثنائات

ماده ۱۸ - خسارات غیر قابل پرداخت: علاوه بر موارد ذکر شده در شرایط پیوست، خسارات ناشی از تحقق خطرات زیر نیز تحت پوشش این بیمه نخواهد بود.

- ۱- اشعه یون ساز و آلودگی به مواد رادیواکتیو ناشی از هرگونه سوخت یا فضولات هسته ای.
- ۲- عدم قبول بیمه‌گذار برای ورود کالای مورد بیمه و یا ممانعت مقامات کشور واردکننده از ورود کالا.
- ۳- کسر از مبدأ و یا ارسال کالایی مغایر با اسناد حمل و یا خرید.

شرایط بیمه گران کالا

مجموعه شرایط (A)

خطرات مشمول بیمه

خطرات تحت پوشش

۱- این بیمه همه خطرهایی را که منجر به تلف شدن یا آسیب دیدن کالای مورد بیمه می‌شود به جز موارد استثناء شده در بندهای ۴، ۵، ۶، ۷ را پوشش می‌دهد.

خسارت همگانی

۳- این بیمه نامه خسارات همگانی و هزینه های نجات را که به منظور پیشگیری از خسارت یا در ارتباط با آن به جز موارد مندرج در بندهای ۴، ۵، ۶، ۷ به وجود آمده و طبق قرارداد حمل و یا قانون و عرف حاکم بر آن محاسبه و تعیین شده باشد، پوشش می دهد.

مسئولیت مشترک در تصادم

۳- به موجب شرط مندرج در قرارداد حمل در خصوص مسئولیت مشترک دو کشتی در تصادم، بیمه گر جبران این زیان را در قبال خطرات مورد تعهد در این بیمه به عهده می گیرد. بیمه گذار تقبل می نماید که هرگاه حمل کننده براساس شرط مذکور مطالبه زیان کند، بیمه گر را آگاه نماید. در این صورت بیمه گر حق دارد به هزینه خود دفاع از بیمه گذار را در دعوی به عهده گیرد.

استثنائات

۴- این بیمه به هیچ وجه شامل خطرات زیر نمی گردد:

(۴/۱)- تلف شدن، آسیب دیدن یا هزینه قابل انتساب به سوء عمل ارادی بیمه گذار

(۴/۲)- نشت و ریزش عادی، کسری عادی وزن یا حجم و یا فرسودگی و پوسیدگی عادی کالای مورد بیمه.

(۴/۳)- تلف شدن، آسیب دیدن یا هزینه ناشی از کافی نبودن یا نامناسب بودن بسته بندی یا آماده سازی کالای مورد بیمه مشروط براینکه بسته بندی یا آماده سازی قبل از شروع این بیمه انجام شده یا به وسیله بیمه گذار یا کارکنان او انجام شده باشند و تحمل مقابله با حوادث معمول در سفر بیمه شده را نداشته باشد. (در موارد مربوط به این شرط، "بسته بندی" شامل چیدن کالای مورد بیمه در کانتینر هم هست و کارکنان جزو پیمانکاران مستقل محسوب نمی شوند).

(۴/۴)- تلف شدن، آسیب دیدن یا هزینه به علت عیب ذاتی یا ماهیت کالای مورد بیمه.

(۴/۵)- تلف شدن، آسیب دیدن یا هزینه ای که علت آن تاخیر باشد، حتی اگر این تاخیر ناشی از خطرات بیمه شده باشد (به استثناء هزینه های قابل پرداخت بر اساس بند ۲).

(۴/۶)- تلف شدن، آسیب دیدن یا هزینه ناشی از اعسار یا ورشکستگی مالکان، مدیران، اجاره کنندگان یا گردانندگان کشتی یا قصور در انجام تعهدات مالی از طرف یکی از آنها، به شرط اینکه بیمه گذار در هنگام بارگیری کالای مورد بیمه در کشتی، از این امر مطلع بوده یا بایستی طبیعتاً در جریان معمول تجارت خود از این مسئله آگاه باشد که این اعسار و یا ناتوانی مالی می تواند مانع از ادامه عادی سفر گردد. این استثناء در صورتی که قرارداد بیمه به طرف دیگری (طرف مدعی خسارت) واگذار شده باشد که آن طرف موضوع بیمه را با حسن نیت و تحت قرارداد الزام آور خریداری کرده یا با خرید آن توافق نموده است، اعمال نمی گردد.

(۴/۷)- تلف شدن، آسیب دیدن یا هزینه ای که مستقیم یا غیر مستقیم به علت یا ناشی از کاربرد هر نوع سلاح یا وسیله ای باشد که با انرژی اتمی یا شکست هسته ای و یا ترکیب هسته ای یا واکنش مشابه دیگر یا نیرو یا ماده رادیو اکتیو کار کند.

۵- (۵/۱)- این بیمه به هیچ وجه تلف شدن، آسیب دیدن یا هزینه ناشی از موارد زیر را پوشش نمی دهد:

(۵/۱/۱)- عدم قابلیت دریانوردی کشتی یا شناور یا نامناسب بودن کشتی یا شناور برای حمل ایمن کالای مورد بیمه، مشروط براینکه هنگام بارگیری کالای مورد بیمه به وسیله حمل، بیمه گذار از فقدان قابلیت دریانوردی یا نامناسب بودن کشتی یا شناور آگاه باشد.

(۵/۱/۲) - نامناسب بودن کانتینر یا وسیله حمل جهت حمل سالم مورد بیمه، مشروط بر اینکه بارگیری کالا درون یا برون این وسائط قبل از شروع این بیمه‌نامه انجام شده باشد یا توسط بیمه‌گذار یا کارکنان او انجام شده باشد و آنها از نامناسب بودن وسائط مذکور در زمان بارگیری کالای مورد بیمه اطلاع داشته باشند.

(۵/۲) - در مواردی که قرارداد بیمه به طرف دیگری (طرف مدعی خسارت) واگذار شده باشد و ایشان موضوع بیمه را با حسن نیت و تحت قرارداد الزام آور خریداری کرده یا با خرید آن توافق نموده است استثنای بند ۵/۱/۱ اعمال نمی‌گردد.

(۵/۳) - بیمه‌گران حق ادعای نقض تعهدات ضمنی راجع به قابلیت دریانوردی کشتی و مناسب بودن کشتی برای حمل مورد بیمه را از خود اسقاط می‌کنند.

۶- این بیمه بهیچ عنوان، تلف شدن، آسیب دیدن یا هزینه‌هایی را که علت اصلی آنها یکی از موارد زیر باشد جبران نمی‌کند:

(۶/۱) - جنگ، جنگ داخلی، انقلاب، شورش، قیام و یا زد و خوردهای داخلی ناشی از این اموری که به گونه عمل خصمانه توسط یا بر علیه یکی از دو قدرت متخاصم.

(۶/۲) - توقیف، ضبط، مصادره، تصرف (غیر از دزدی دریایی) یا اثرات ناشی از این امور یا اثرات ناشی از اقدام به شروع آنها.

(۶/۳) - مین، اژدر و بمبهای متروکه یا سایر سلاحهای جنگی به جا مانده و متروکه.

۷- این بیمه نامه به هیچ وجه تلف شدن، آسیب دیدن یا هزینه ناشی از موارد زیر را پوشش نمی‌دهد:

(۷/۱) - عمل اعتصاب کنندگان، جلوگیری از ورود کارگران یا عمل اشخاصی که در درگیریهای کارگری، آشوبها یا اغتشاشات داخلی شرکت می‌کنند.

(۷/۲) - اعتصاب، تعطیل محل کار، درگیریهای کارگری، آشوبها و یا اغتشاشات داخلی.

(۷/۳) - هرگونه عمل تروریستی یا اقدام هر شخصی که مستقیماً با هدف بر اندازی دولتی یا اعمال نفوذ از طریق توسل به زور یا خشونت بر علیه دولت یا از طرف یا در ارتباط با هر سازمانی که قانونی یا غیر قانونی تشکیل شده باشد.

(۷/۴) - عمل هر شخصی با انگیزه سیاسی عقیدتی یا مذهبی.

مدت اعتبار بیمه نامه

شرط حمل

۸- (۸/۱) - مشروط به رعایت بند ۱۱، این بیمه از زمانی که کالای مورد بیمه، انبار یا محل نگهداری مذکور در این بیمه نامه را بمنظور بارگیری بدون وقفه بر روی وسیله نقلیه یا هر وسیله حمل دیگری برای شروع حمل برای اولین بار ترک می‌نماید، آغاز و در طول جریان عادی حمل ادامه می‌یابد و در یکی از حالات زیر، هر کدام زودتر واقع شود، منقضی می‌شود:

(۸/۱/۱) - بمجرد تخلیه کامل کالا از وسیله حمل یا وسیله نقلیه دیگر در انبار یا محل نگهداری نهایی در مقصد مذکور در بیمه‌نامه.

(۸/۱/۲) - به مجرد تخلیه کامل کالا از وسیله حمل یا وسیله نقلیه دیگر به هر انبار یا محل نگهداری دیگر در مقصد مندرج در بیمه‌نامه یا قبل از آن، که بیمه‌گذار یا کارکنان وی برای نگهداری کالا در خارج از مسیر حمل یا تقسیم و توزیع کالا در نظر گرفته باشد.

(۸/۱/۳) - هنگامی که بیمه‌گذار یا کارکنان او تصمیم می‌گیرند خارج از مسیر عادی حمل از هر یک از وسایل حمل زمینی یا سایر وسایل حمل یا کانتینر برای نگهداری کالای مورد بیمه استفاده کنند.

(۸/۱/۴) - به مجرد انقضای ۶۰ روز از تخلیه کامل کالای مورد بیمه از کشتی در آخرین بندر تخلیه.

(۸/۲) - هر گاه پس از تخلیه کالای مورد بیمه از کشتی در بندر نهایی تخلیه و قبل از انقضای مدت بیمه‌نامه قرار باشد که کالا به مقصد دیگری غیر از مقصد تعیین شده در بیمه‌نامه حمل شود، در این صورت بیمه طی مدت مقرر دربند ۸/۱/۱ الی ۸/۱/۴ به اعتبار خود باقی است ولی با شروع حمل به مقصد دیگر فاقد اعتبار است.

(۸/۳) - این بیمه (با توجه به موارد خاتمه مذکور دربند ۸/۱/۱ الی ۸/۱/۴ و مقررات بند ۹ مندرج در زیر) در صورت تأخیر خارج از اختیار بیمه‌گذار، هر نوع تغییر مسیر، تخلیه اجباری، ارسال مجدد یا انتقال کالا به کشتی دیگر و در جریان هر نوع تغییری که در سفر دریایی روی داده و ناشی از اختیاراتی باشد که طبق قرارداد باربری به مالکان یا اجاره‌کنندگان کشتی تفویض شده است، دارای اعتبار خواهد بود.

خاتمه قرارداد حمل و نقل

۹- هر گاه قرارداد حمل در اثر رویدادی خارج از اراده و اختیار بیمه‌گذار در بندر یا محلی غیر از مقصد مذکور در آن قرارداد خاتمه یابد یا حمل کالا به نحو دیگری قبل از تحویل کالا در مقصد (به شرح مندرج در شرط ۸ فوق)، خاتمه یابد یا حمل کالا به نحو دیگری قبل از تخلیه کالا در مقصد (به شرح مندرج در شرط ۸ فوق) خاتمه یابد، این بیمه نیز منقضی می‌شود مگر آنکه مراتب فوراً به بیمه‌گر اطلاع و ادامه بیمه درخواست شود که در آن صورت در ازاء حق بیمه اضافی (در صورت درخواست بیمه‌گر) این بیمه تا یکی از مهلت‌های مقرر در زیر بقوت خود باقی می‌ماند:

(۹/۱) - تا زمانی که کالا در چنین بندر یا محلی به فروش رسیده و تحویل گردد یا چنانچه توافق خاص دیگری نشده باشد، تا انقضای مدت ۶۰ روز بعد از ورود کالای بیمه شده به چنین بندر یا محل، هر کدام زودتر واقع شود.

(۹/۲) - اگر کالای مورد بیمه ظرف همان مدت ۶۰ روز (یا هر مدت اضافی دیگری که توافق شده باشد) به مقصد مذکور در بیمه‌نامه یا هر مقصد دیگری ارسال گردد، در این صورت بیمه طبق ضوابط مقرر در بند ۸ منقضی می‌شود.

تغییر سفر

۱۰- (۱۰/۱) - هرگاه پس از شروع این بیمه مقصد توسط بیمه‌گذار تغییر نماید، بقاء اعتبار این بیمه مشروط است به اینکه بیمه‌گذار مراتب را فوراً به بیمه‌گر اعلام کند و شرایط و حق بیمه مورد توافق قرار گیرد. چنانچه خسارتی قبل از توافقات رخ دهد تحت پوشش خواهد بود مشروط به اینکه بر مبنای نرخ و شرایط متعارف بازار باشد.

(۱۰/۲) - هرگاه حمل کالای مورد بیمه طبق شرایط این بیمه (مطابق بند ۸/۱) آغاز اما کشتی بدون اطلاع بیمه‌گذار یا کارکنان وی به مقصد دیگری حرکت کند، با شروع حمل این بیمه به قوت خود باقی است.

خسارات

نفع بیمه ای

۱۱- (۱۱/۱) - برای جبران خسارت تحت این بیمه، بیمه‌گذار باید هنگام بروز خسارت، نسبت به کالای مورد بیمه نفع بیمه‌ای داشته باشد.

(۱۱/۲) - مشروط به رعایت بند ۱۱/۱ فوق، بیمه گذار حق دارد خسارت ناشی از خطر بیمه شده را که در طول مدت این بیمه حادث میشود، دریافت دارد، حتی اگر خسارت قبل از انعقاد قرارداد بیمه اتفاق افتاده باشد مگر آنکه در مورد اخیر بیمه گذار از وقوع خسارت مطلع بوده و بیمه گر نسبت به آن بی اطلاع باشد.

هزینه حمل تا مقصد نهایی

۱۲- هرگاه در اثر تحقق یکی از خطرات تحت پوشش این بیمه، حمل موضوع بیمه در بندر یا محلی به غیر از مقصد کالای بیمه شده خاتمه یابد، بیمه گر هرگونه هزینه های اضافی که به طور معقول و متعارف برای تخلیه، نگهداری و ارسال مورد بیمه به مقصد توسط بیمه گذار تحمل شده است را جبران خواهد نمود.

مقررات این بند شامل هزینه های نجات یا خسارت همگانی نبوده و استثنائات مندرج در بندهای ۴، ۵، ۶، ۷ در مورد آن صادق خواهد بود و نیز شامل هزینه های ناشی از تقصیر، غفلت، ورشکستگی یا قصور در انجام تعهدات مالی بیمه گذار یا کارکنان وی نمی گردد.

خسارت کلی فرضی

۱- درخواست خسارت به عنوان خسارت کلی فرضی قابل قبول نیست مگر اینکه بدین لحاظ که تلف مورد بیمه قطعی و غیر قابل اجتناب است و یا هزینه نجات، مرمت و ارسال مجدد آن به مقصد تعیین شده، از قیمت آن کالا در مقصد بیشتر خواهد بود رها کردن آن معقول و منطقی باشد.

ارزش اضافی

۱۴- (۱۴/۱) - اگر بیمه گذار برای کالای بیمه شده تحت این بیمه نامه، بیمه ارزش اضافی تحصیل کند، فرض می شود که قیمت توافقی کالا تا جمع کل مبلغ بیمه شده تحت این بیمه نامه و کلیه بیمه نامه های ارزش اضافی، افزایش یافته است و تعهد بیمه گر با توجه به نسبت مبلغ بیمه شده این بیمه نامه با کل مبالغ بیمه شده، تعیین می شود. در صورت وقوع خسارت، بیمه گذار موظف به ارائه مدارک مربوط به مبالغ بیمه شده تحت کلیه بیمه نامه های دیگر به بیمه گر می باشد.

(۱۴/۲) - چنانچه این بیمه به صورت ارزش اضافی باشد، شرط زیر رعایت خواهد شد: فرض می شود که قیمت توافقی کالا برابر با جمع کل مبلغ بیمه شده تحت بیمه نامه اولیه و کلیه بیمه نامه های ارزش اضافی دیگر که توسط بیمه گذار تحصیل شده است، می باشد. تعهد بیمه گر با توجه به نسبت مبلغ بیمه شده این بیمه نامه با جمع کل مبلغ بیمه شده، خواهد بود. در صورت وقوع خسارت، بیمه گذار موظف به ارائه مدارک مربوط به مبالغ بیمه شده تحت کلیه بیمه نامه های دیگر به بیمه گر می باشد.

۱۵- منافع حاصل از این بیمه :

(۱۵/۱) - بیمه گذاری را تحت پوشش قرار می دهد که ادعای خسارت می کند، اعم از اینکه قرارداد بیمه توسط او یا از سوی او منعقد شده یا بیمه نامه به او منتقل شده باشد.

(۱۵/۲) - به حمل کنندگان کالا و سایر امانت گیران کالای مورد بیمه تسری نمی یابد و آنان را منتفع نمی کند.

به حداقل رساندن خسارات

وظایف بیمه گذار

۱۶- بیمه گذار، کارکنان و نمایندگان او در مورد خسارت قابل جبران موظف اند:

(۱۶/۱) - هرگونه اقدام معقول که جهت دفع یا به حداقل رساندن چنین خسارتی موثر است را انجام دهند.

(۱۶/۲) - امکان اقامه دعوی و احقاق حق علیه حمل کنندگان، تحویل گیرندگان کالا یا هر شخص ثالث را کاملاً حفظ کنند. در مقابل، بیمه گر علاوه بر سایر خسارات قابل پرداخت تحت این بیمه نامه، هزینه های متناسب و معقولی که بیمه گذار جهت انجام این وظایف متحمل شده است را جبران مینماید.

۱۷- اقداماتی که توسط بیمه گذار و یا بیمه گر به منظور نجات، حفظ یا مرمت و بازیافتن مورد بیمه به عمل می آید، نباید بعنوان اسقاط حق یا قبول ترک مالکیت یا به عنوان هرگونه خدشه در حقوق هر یک از طرفین محسوب گردد.

اجتناب از تاخیر

۱۸- از جمله شرایط این بیمه این است که اقدامات بیمه گذار برای حمل کالا در تمام موارد تا حدی که در کنترل وی می باشد، باید با سرعت معقول و به نحو متعارف انجام گیرد.

قانون و عرف

۱۹- این بیمه تابع قانون بیمه و عرف کشور ایران است.

*تذکر: بیمه گذار موظف است در صورت تقاضای تمدید برای این بیمه نامه مطابق بند ۹ و یا اطلاع از تغییر مقصد مطابق بند ۱۰ فوراً بیمه گر را مطلع کند. شرط استفاده از چنین پوششی انجام این تعهد می باشد.

**** مجموعه شرایط B و C بیمه گران لندن به جز در موارد ذیل، مشابه با مجموعه شرایط A می باشند ****

۱- اضافه شدن شرط مقابل به بند استثنائات شرایط A: " آسیب عمدی یا تخریب عمدی کالای مورد بیمه یا هر قسمت از آن از سوی هر شخص متخلف. "

۲- تغییر بند ۶/۲ استثنائات شرایط A بدین شرح: " توقیف، ضبط، مصادره، تصرف یا اثرات ناشی از این امور یا اثرات ناشی از اقدام به شروع آنها. "

۲- ماده ۶ آئین نامه شماره ۷۶- آئین نامه نحوه واگذاری بیمه های اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن (مصوب ۱۳۹۱/۰۷/۱۱):

ماده ۶ - مؤسسات بیمه سرزمین اصلی و مناطق آزاد تجاری-صنعتی موظفند ضمن ارسال اطلاعات مربوط به بیمه نامه هایی که نسبت به مازاد سهمیه بیمه اتکایی اجباری، واگذاری دارند قبل از صدور بیمه نامه با تعهدات/سرمایه آنها بیش از مبالغ ذیل، موافقت بیمه مرکزی را در مورد نرخ و شرایط جلب نمایند. در غیر اینصورت بیمه مرکزی می تواند از قبول تمام یا قسمتی از سهم خود از خسارت مربوط به آن بیمه نامه خودداری کند و عدم قبول خسارت توسط بیمه مرکزی در تعهد مؤسسه بیمه صادر کننده بیمه نامه در مقابل بیمه گذار و افراد ذینفع در بیمه تأثیری نخواهد داشت.

* بیمه نامه های آتش سوزی، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی: با سرمایه/تعهد بیش از ۲۵۰۰ میلیارد ریال. بیمه نامه های کشتی: با تعهد بیش از ۲۰۰ میلیارد ریال برای هر کشتی و ۱۰۰۰ میلیارد ریال برای هر ناوگان.

* بیمه نامه های هواپیما: با مجموع تعهدات بدنه و مسئولیت بیش از ۴۰ میلیارد ریال برای هر هواپیما و ۱۸۰ میلیارد ریال برای هر ناوگان هواپیمایی.

* بیمه نامه های باربری: با سرمایه بیش از ۳۰۰ میلیارد ریال برای هر حمل.

تبصره ماده ۶ آئین نامه شماره ۷۶ شورای عالی بیمه:

در اجرای تبصره ماده ۶ آئین نامه شماره ۷۶ شورای عالی بیمه با عنایت به شرایط فعلی بازار بیمه کشور، سرمایه/تعهد بیمه نامه هایی که لازم است قبل از صدور، موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا در خصوص نرخ و شرایط آنها جلب شود، به ترتیب زیر افزایش می یابد:

- بیمه نامه های آتش سوزی، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی: با سرمایه بیش از ۵۰۰۰ میلیارد ریال.

- بیمه نامه های کشتی: با تعهد بیش از ۱۰۰۰ میلیارد ریال برای هر کشتی و ۴۰۰۰ میلیارد ریال برای هر ناوگان.

* بیمه‌نامه‌های هواپیما: با مجموع تعهدات بدنه و مسئولیت بیش از ۸۰ میلیارد ریال برای هر هواپیما و ۲۵۰ میلیارد ریال برای هر ناوگان هواپیمایی.

* بیمه‌نامه‌های باربری: با سرمایه بیش از ۱۵۰۰ میلیارد ریال برای هر حمل.

ضمناً در خصوص بیمه‌نامه‌های باربری چنانچه ارزش هر حمل در زمان صدور بیمه‌نامه مشخص نباشد، سرمایه بیمه‌نامه ملاک عمل خواهد بود

نمونه خلاصه شرایط مختلف اینکو ترمز

شرایط	نوع قرارداد												
	EXW	FCA	FAS	FOB	CFR	CIF	CPT	CIP	DAF	DES	DEQ	DDU	DDP
بارگیری در وسیله حمل در محل فروشنده	نه	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله
پرداخت حقوق و عوارض گمرکی صادرات	نه	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله
حمل به بندرگاه صادرکننده	نه	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله
فرود بار در بندر صادرکننده	نه	نه	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله
بارگیری در بندر صادرکننده	نه	نه	نه	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله
حمل به بندرگاه واردکننده	نه	نه	نه	نه	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله
فرود بار در بندر واردکننده	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	بله	بله	بله	بله
بارگیری در وسیله حمل در بندر واردکننده	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	بله	بله	بله
حمل به مقصد خریدار	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	بله	بله	بله
بیمه	نه	نه	نه	نه	نه	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله
عملیات ترخیص کالا در مقصد	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	بله
حقوق و عوارض گمرکی در مقصد	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	نه	بله

جدول مقایسه ای خطرات بیمه باربری کلو ز های A,B,C

ردیف	خطرات بیمه شده	کلو ز ها		
		A	B	C
۱	آتش سوزی یا انفجار	*	*	*
۲	به گل نشستن و زمین گیر شدن، برخورد با کف دریا، غرق شدن یا واژگون شدن کشتی یا شناور	*	*	*
۳	تصادم یا برخورد کشتی، شناور یا هر وسیله حمل دیگر با هر جسم خارجی به غیر از آب	*	*	*
۴	تخلیه کالا در بندر اضطراری	*	*	*
۵	تلف یا آسیب وارد به کالای مورد بیمه به علت فدا کردن کالا در جریان خسارت عمومی	*	*	*
۶	تلف یا آسیب وارد به کالای مورد بیمه به علت به دریا انداختن کالا جهت سبک سازی کشتی	*	*	*
۷	خسارت همگانی و هزینه های نجات به منظور پیشگیری از خسارت	*	*	*
۸	مسئولیت مشترک در تصادم	*	*	*
۹	هزینه حمل تا مقصد نهایی	*	*	*
۱۰	زلزله، فوران آتشفشان Earth quake-Volcanic Eruption	*	*	
۱۱	شسته شدن کالا از روی عرشه board washing over	*	*	
۱۲	ورود آب دریا، دریاچه یا رودخانه به کشتی، شناور، محفظه کالا، کانتینر، لیفت وان یا محل انبار	*	*	
۱۳	تلف شدن کلی هر بسته در کشتی یا شناور و یا تلف کلی هر بسته به علت افتادن به هنگام بارگیری و یا تخلیه کشتی یا شناور	*	*	
۱۴	سرقت Theft	*	*	
۱۵	عدم تحویل Non delivery	*	*	
۱۶	شکست Breakage	*	*	
۱۷	خسارت ناشی از چنگک	*	*	
۱۸	روغن زدگی، به گل آلوده شدن، به رنگ و اسید آلوده شدن	*	*	
۱۹	خسارت های ناشی از کالای مجاور (بو گرفتن - برخورد - آلودگی)	*	*	
۲۰	ریزش	*	*	
۲۱	طوفان Heavy weather	*		
۲۲	راهزنان دریایی piracy at sea	*		
۲۳	خسارتهای ناشی از فعل یا تقصیر اشخاص ثالث	*		
۲۴	خسارتهای ناشی از باران و آفتاب	*		
۲۵	دم کردن	*		
۲۶	خسارتهای ناشی از عمل کارکنان کشتی (بارتری)	*		
۲۷	سائیدگی و زنگ زدگی	*		
۲۸	نشت Leakage	*		
۲۹	لب پریدگی، کج شدن - خراشیدگی و ضربه زدگی - لک برداشتن	*		
۳۰	کرم زدگی، موش خوردگی، حشره زدگی	*		
۳۱	دله دزدی pilferage	*		
۳۲	کسری	*		

اهمیت بیمه آتش سوزی:

فواید بیمه های آتش سوزی بدین شرح می باشد:

۱- نقش موثری در حفظ و حراست ثروت و دارائیهای ملی دارد.

۲- در خدمت اقتصاد و سرمایه گذاران است تا با خیالی آسوده فعالیت نمایند.

۳- خسارت آتش سوزی را سرشکن می کند ، نه تنها در سطح ملی بلکه با استفاده از مکانیزم بیمه اتکائی ، ریسک در سطح جانی توزیع می گردد.

۴- موجب می شود که احتمال تحقق خطر کاهش یابد ، برای اینکه بیمه گر، بیمه گذار را وادار می نماید تا اقدامات ایمنی و پیشگیری از تحقق خطر را جدی بگیرد.

۵- جلوگیری از بیکاری کارگران و کارکنان بیمه گذار.

۶- تجدید بنای ساختمان مسکونی ، تجاری، صنعتی را فراهم می آورد.

۷- کمک به ملی اقتصاد در جهت حفظ تراز پرداخت های ارزی کشور با استفاده از پوشش بیمه اتکائی خارجی .

۸- کمک به تولیدکنندگان در ایفای تعهدات به موقع خود.

آتش :

آتش نتیجه یک عمل شیمیایی است که از ترکیب اکسیژن ، حرارت و یک ماده قابل اشتعال به دست می آید که به آن مثلث حریق می گویند. هر آتش سوزی یک آتش است ولی هر آتشی را نمی توان آتش سوزی نامید. برای اینکه بتوان آتشی را آتش سوزی نامید به دو نکته اساسی باید توجه کرد که یکی طریقه بوجود آمدن آتش سوزی و دیگری قدرت توسعه آتش سوزی است . آتش سوزی به دو طریق ایجاد می گردد.

۱- از یک منبع غیر قابل کنترل سرچشمه گرفته و یا ۲- منبع حرارتی معین کنترل شده ای را ترک نموده و با نیروی حرارتی خود گسترش و توسعه یافته باشد (آتش خسارت زننده) مثلاً آتش سوزی که از یک منبع تولید انرژی گرمائی ایجاد شود را کنترل شده و آتش سوزی را که از انفجار یک مخزن گاز ایجاد گردد را غیر قابل کنترل گویند. آتش سوزی هنگامی مصداق پیدا می کند که سوختن به طور ناخواسته در محل نامناسب اتفاق بیفتد و یا شعله کنترل شده در اثر خارج شدن از حریم امن خود به اشیاء مجاور سرایت نموده و یا بر جای گذاردن آثار سوختگی ایجاد خسارت نماید.

تعهد بیمه گر جبران آن دسته از خسارات آتش سوزی است که به آن آتش وحشی و یا آتش خسارت زننده اطلاق می گردد.

قرارداد بیمه آتش سوزی:

قرارداد بیمه آتش سوزی توافقی است بین بیمه گر و بیمه گذار که به موجب آن بیمه گر با دریافت وجهی به نام حق بیمه زیانهای مالی بیمه گذار را برای اموال بخصوصی که در بیمه نامه مشخص گردیده در مدت و مبلغی معین درقبال آتش سوزی و خطرات دیگر (تبعی یا اضافی) جبران نماید، مالک یا کسی که حق استفاده از اموال و یا نفع مالی را داشته باشد به نحوی که خسارت و یا زیان به اموال یا به نفع پولی او وارد می شود ، می تواند بیمه گذار باشد.

طبق ماده ۲ قانون بیمه ، عقد بیمه و شرایط آن به موجب سند کتبی است لذا در بیمه نامه مشخصات بیمه گذار شامل نام، آدرس، مدت بیمه نامه، سرمایه یا ارزش اموال، حق بیمه درج می گردد همچنین بعضی موارد به بیمه نامه بسته به شرایط مورد بیمه اضافه و بعضی موارد حذف یا استثناء می گردد.

کم بیمه گی :

منبع بیمه گر برای پرداخت خسارت ، حق بیمه های دریافتی است . بیمه گر باید نسبت به مبلغ بیمه شده و براساس نرخ ریسک ، حق بیمه دریافت نماید تا بتواند تعهدات خود را ایفا نماید و بیمه گذار محق به دریافت خسارت بر اساس مبلغ بیمه شده می باشد پس در صورتیکه قیمت اموال بیمه شده از قیمت واقعی آن کمتر باشد ، خسارت مشمول ماده ۱۰ قانون بیمه می شود.

انواع قرارداد بیمه آتش سوزی:

۱- بیمه نامه آتش سوزی با خطرات بیمه شده معین:

در این نوع قرارداد در صورت بروز اختلاف بین بیمه گر و بیمه گذار ، این بیمه گذار است که باید ثابت نماید خسارت به وجود آمده ناشی از خطرهای بیمه شده است.

۲- بیمه نامه تمام خطر اموال:

در این نوع اصل بر جبران خسارات واده است و در صورت بروز اختلاف ، بیمه گر باید ثابت نماید خسارت ناشی از استثنائات بیمه نامه است و در تعهد او نیست.

۳- بیمه نامه انبارها:

این بیمه نامه برای انبارهای عمومی، اختصاصی، گمرکات، مواد اولیه، ساخته شده صادر می گردد، با توجه به نوسان ورود و خروج کالا به این گونه انبارها بیمه نامه با شرایط اظهارنامه ای صادر می گردد. بدین ترتیب که متوسط موجودی سال گذشته انبار به عنوان سپرده یا سرمایه موقت تحت پوشش قرار می گیرد و حق بیمه ای در حدود ۷۵ درصد حق بیمه محاسبه شده به صورت موقت از بیمه گذار دریافت می گردد و بیمه گذار موظف است ماهانه آخرین موجودی خود را اعلام نماید در پایان دوره پس از تعیین سرمایه اصلی و واقعی با اخذ میانگین ۱۲ ماه و اعمال نرخ حق بیمه ، حق بیمه واقعی تعیین و مابه التفاوت آن از بیمه گذار اخذ می گردد.

۳- بیمه با شرط جایگزینی:

در شرط جایگزینی اموال باید در وضعیت قبل از وقوع آتش سوزی قرار گیرند.

خسارت کلی ساختمان و ماشین آلات تعمیر، تعویض، بازسازی یا تجدید و تعویض با همان نوع یا نوع مشابه که همان ظرفیت تولید و کارایی را داشته باشد.

هزینه استهلاک کسر میشود.

تعهد بیمه گر تا سقف مبلغ بیمه شده است.

در جایگزینی نو به جای کهنه بیمه گر بابت استهلاک چیزی کسر نمی کند.

جایگزینی مختص ساختمان و ماشین آلات است و برای موجودی انبارها اعمال نمی شود.

برخی از شرایط قرارداد در بیمه های آتش سوزی:

تنظیم بیمه نامه اساسی ترین و مهمترین نقش رابطه بیمه گر و بیمه گذار را ایفا می کند زیرا قرارداد بیمه است که حدود تعهدات طرفین را مشخص کرده و به موجب آن بیمه گذار عهده دار پرداخت حق بیمه و بیمه گر متعهد جبران خسارت وارد به بیمه گذار می شود با توجه به مراتب فوق شرایط در بیمه نامه آتش سوزی مشتمل بر سه قسمت است:

الف) شرایط عمومی آئین نامه شماره ۲۱

مدت بیمه نامه:

مدت بیمه از ساعت ۲۴ روزی که به عنوان تاریخ شروع در بیمه نامه قید گردیده است آغاز و در ساعت ۲۴ روز تاریخ انقضای بیمه نامه خاتمه می یابد مگر آن که خلاف آن در بیمه نامه تصریح شده باشد.

اعتبار بیمه نامه:

اعتبار بیمه نامه و تعهد بیمه گر بعد از پرداخت اولیه قسط حق بیمه آغاز می گردد و بیمه گذار مدیون باقیمانده حق بیمه خواهد بود. مگر آنکه تاریخ شروع موخری کتباً مورد توافق قرار گیرد ولی در هر حال پایان مدت قرارداد در صورت نبودن شرط خلاف، تاریخ مندرج در بیمه نامه می باشد.

حدود خسارت قابل تامین:

این بیمه نامه خسارت مستقیم وارد به مورد بیمه را که ناشی از آتش، صاعقه و انفجار در مکان و محل مورد بیمه باشد به شرح مندرج در بیمه نامه و به میزان زیان وارد به بیمه گذار نسبت به مال بیمه شده جبران خواهد نمود. خسارت قابل پرداخت نمی توان از ما به التفاوت ارزش هر یک از اقلام بیمه شده بلافاصله قبل و بعد از وقوع خسارت و یا در صورت خسارت کلی از مبلغ بیمه شده هر یک از اقلام خسارت دیده تجاوز نماید.

زیان حاصل از وقفه در کار و تولید و زیان ناشی از افزایش هزینه تعمیر، بازسازی و تاسیس مجدد بیمه نمی شود.

تبصره: سرمایه بیمه در صورت وقوع خسارت، به میزان خسارت تقلیل می یابد، لکن بیمه گذار می تواند با پرداخت حق بیمه اضافی سرمایه بیمه را افزایش دهد.

شرکتهای بیمه می توانند از تقلیل سرمایه تا ۵٪ بدون دریافت حق بیمه اضافی صرف نظر نمایند.

بیمه مضاعف:

اگر تمام یا قسمتی از اموال بیمه شده موضوع این بیمه نامه به موجب قرارداد دیگری و برای همان خطر و مدت نزد بیمه گر دیگری بیمه شود بیمه گذار ملزم است مراتب را بدون تاخیر و با ذکر نام بیمه گر جدید و مبلغ بیمه شده به اطلاع بیمه گر برساند چنانچه اموال بیمه شده تحت بیمه نامه دیگری مانند بیمه نامه باربری که قبل از شروع بیمه نامه حاضر تنظیم گردیده بیمه شده باشد مسئولیت بیمه گر فقط نسبت به قسمتی خواهد بود که به وسیله بیمه نامه مقدم تامین نشده است.

تشدید خطر:

هرگاه در مدت بیمه تغییراتی در کیفیت و یا وضعیت مورد بیمه داده شود که موجب تشدید خطر باشد بیمه گذار موظف است بدون تاخیر بیمه گر را از تغییرات حاصله آگاه سازد و نیز در صورتی که تغییرات

نامبرده در اثر عمل بیمه گذار نبوده ولی بیمه گذار از حدوث آن اطلاع داشته باشد ملزم است ظرف مدت ده روز از تاریخ اطلاع بیمه گر را آگاه نماید.

در صورت تشدید خطر بیمه گر می تواند حق بیمه اضافی متناسب با خطر را برای مدت باقیمانده مطالبه نموده یا اینکه قرارداد بیمه را ظرف ده روز از تاریخ اعلام بیمه گذار فسخ نماید در صورتی که طرفین نتوانند در میزان حق بیمه اضافی توافق نمایند از تاریخ اعلام عدم قبول بیمه گذار بیمه نامه منفسخ می گردد در صورت بیمه گر حق دارد حق بیمه اضافی را از هنگام تشدید خطر تا زمان فسخ و یا انقضای مدت بیمه مطالبه نماید.

در صورت تحقق خطر هرگاه مسلم شود در حین اجرای قرارداد بیمه گذار عوامل تشدید خطر را می دانسته و بیمه گر را مطلع نکرده است بیمه گر می تواند خسارت را به نسبت حق بیمه دریافتی و حق بیمه مشدد پرداخت نماید.

فسخ بیمه نامه:

بیمه گذار می تواند در هر زمان بیمه نامه را فسخ نماید ، در این صورت بیمه گر با در نظر گرفتن تعرفه کوتاه مدت ، حق بیمه را محاسبه و مابه التفاوت دریافتی را به بیمه گذار مسترد مینماید. بیمه نامه هایی که به موجب قانون یا قرارداد به نفع ثالث صادر می شوند از شمول این حکم مستثنی می باشند. بیمه گر در مواردی که قانون بیمه اجازه فسخ به او داده است می تواند بیمه نامه را با یک اخطار ده روزه فسخ نماید و اعلامیه آن را با پست سفارشی به آخرین نشانی اعلام شده بیمه گذار ارسال نماید در این صورت بیمه گر بایستی حق بیمه دریافتی باقیمانده مدت را پس از انقضای ده روز از تاریخ اعلام اخطار مزبور به بیمه گذار به صورت روز شمار مسترد نماید.

مواردی که موجب کاهش جبران خسارت می شود:

در موارد زیر بیمه گر می تواند پرداخت خسارت را رد نماید یا اینکه آن را به نسبت درجه تقصیر ذوی الحقوق اعم از بیمه گذار و یا قائم مقام وی کاهش دهد:

هرگاه حادثه در اثر تقصیر ذوی الحقوق اعم از بیمه گذار و یا قائم مقام وی روی داده باشد.

هرگاه بیمه گذار به وظایف مندرج در ماده ۲۳ عمل ننموده باشد و در نتیجه میزان خسارت افزایش یافته و یا به حقوق بیمه گر خدشه وارد آید.

ب - شرایط خصوصی:

شرایط خصوصی در واقع مکمل شرایط عمومی و مشخص کننده جزئیات قرارداد بیمه و تعهدات و حقوق ناشی از آن است و برخلاف شرایط عمومی برای تمام بیمه گذاران یکسان نبوده و برای هر بیمه گذار و هر مورد بیمه متفاوت است شرایط خصوصی بیمه نامه مطالبی است که با توجه به شرایط هر بیمه نامه ، در بیمه نامه تاپی و پرینت می شود ، طبق ماده ۳ قانون بیمه ۷ مورد از مشخصات بیمه گذار می بایست در بیمه نامه قید شود.

۱- تاریخ انعقاد قرارداد

۲- اسم بیمه گر و بیمه گذار .

۳- موضوع بیمه .

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

۵- ابتدا و انتهای بیمه .

۷- میزان تعهد بیمه گر در صورت وقوع حادثه

شرایط مخصوص:

این شرایط مربوط به مواردی است که اگر در قرارداد بیمه قید نشود بیمه شامل آن نمی شود مثل ارائه پوششهایی که در رايط عمومی استثناء شده است نظیر پوشش خطرهای تبعی از قبیل زلزله، سیل، طوفان،.... به طور معمول تحت شرایط خصوصی صورت می گیرد.

مثلت حریق

برای اینکه حریقی اتفاق بیافتد ، وجود سه عامل زیر ضروری ست:

۱ - ماده سوختنی ۲-حرارت ۳-اکسیژن

چنانچه هر یک از عوامل فوق برداشته شود آتش به خودی خود خاموش می گردد .

-اگر حرارت محیط حریق حذف یا پائین آورده شود (استفاده از آب)

-ماده سوختنی از محیط حریق دور شود(انتقال کالاهاییکه هنوز آتش به آنها سرایت ننموده است)

-کاهش یا حذف اکسیژن محیط حریق (گازهای هالوژن-مایعات و گازهای خاموش کننده سنگین تر از هوا)

تعریف حریق:

عبارت است از احتراق شدید مواد سوختنی یا آتشی ناخواسته و از کنترل خارج شده که معمولا با نور،دود وحرارت زیاد توأم است.

تعریف انفجار:

عبارت از آزاد شدن ناگهانی انرژی با سرعت زیاد است.

فرق بین حریق و انفجار در میزان انرژی تولیدی نمی باشد بلکه به سرعت تولید بستگی دارد.

موضوع قرارداد بیمه آتش سوزی:

قرارداد بیمه آتش سوزی توافقی است بین بیمه گذار از یک طرف و بیمه گر از طرف دیگر که به موجب آن بیمه گر با دریافت وجهی به نام حق بیمه زیانهای مالی بیمه گذار را برای اموال بخصوصی که در بیمه نامه مشخص گردیده در مدت و مبلغی معین در قبال آتش سوزی و خطرات دیگر (تبعی یا اضافی) جبران نماید.

قرارداد بیمه آتش سوزی قراردادی است که الزامات قانونی برای تشریفات آن وجود دارد که در صورت رعایت آن به قرارداد آتش سوزی ، بیمه نامه اطلاق میگردد و طرفین قرارداد آتش سوزی در مورد محتوای آن توافق مینمایند(ماده ۲ قانون بیمه:عقد بیمه و شرایط آن باید به موجب سند کتبی باشد و سند مذکور موسوم به بیمه نامه است). از آن جا که بیمه آتش سوزی یکی از رشته های شاخه بیمه اموال است اصل غرامت ، اصل جانشینی ، اصل حسن نیت ، اصل نفع بیمه ای و قاعده نسبی (خسارت) و اصل مشارکت بر آن حاکم است.

الف) در بیمه آتش سوزی خطرات اصلی، شامل خطرات حریق، انفجار و صاعقه است که در واقع از یکدیگر تفکیک نشده اند و پایه صدور بیمه نامه آتش سوزی می باشند.

ب) خطرهای اصلی به صورت مستقل از خطرهای تبعی می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

ج) معمولاً شامل فرانشیز نیستند مگر آنکه نرخ حق بیمه خطرات اصلی خیلی پائین تر از نرخ تعرفه باشد.

مشخصات خطرهای تبعی:

الف) هر یک از خطرهای نرخ جداگانه ای دارند که با توجه به درخواست بیمه گذار تحت پوشش بیمه نامه قرار گرفته و نرخ آن به نرخ خطرهای اصلی اضافه می شود.

ب) خطرهای تبعی مستقل از خطرات اصلی نمی توانند تحت پوشش قرار گیرند به عبارت دیگر اموال و دارایی های بیمه گذار ابتدا می بایست تحت پوشش خطرهای اصلی قرار گیرند تا بتوانیم خطرات تبعی را نیز بیمه کنیم.

ج) معمولاً شامل فرانشیز هستند.

خطر انفجار:

در بیمه آتش سوزی، انفجار به مفهوم هر نوع آزاد شدن ناگهانی انرژی حاصل از انبساط گاز و یا بخار است.

انفجار ممکن است به صورت مختلف بروز کند اما همه آنها ویژگی مشترکی دارند بدین معنی که علت هر انفجار، انبساط مقدار زیادی گاز یا بخار است که بر اثر فشار قوی و یا تولید حرارت و یا فعل و انفعالات شیمیایی به موانع اطراف خود فشار آورده، آن را می ترکانند. انفجاری در بیمه نامه آتش سوزی قابل بیمه شدن نیست، ازجمله انفجارهای هسته ای و مواد منفجره و بعضی از انفجارهای طبق شرایط خاص و با منظور نمودن حق بیمه اضافی تحت پوشش بیمه آتش سوزی قرار خواهند گرفت. (خطر انفجار ظروف تحت فشار)

خطر صاعقه:

در بیمه آتش سوزی صاعقه عبارت است از تخلیه بار الکتریکی بین دو ابر یا بین ابر و زمین که بر اثر القای دو بار مخالف به وجود می آید.

مقصود از خطر صاعقه تنها خسارات وارد شده در اثر آتش سوزی ناشی از صاعقه نیست بلکه بیشتر به منظور خسارات مستقیم ناشی از صاعقه است که اصطلاحاً آن را صاعقه سرد می نامند و بدون آتش سوزی تولید می شود مانند: گداخته شدن، ترکیدن، سوختن از رو.

صاعقه ای که در نزدیکی موتور یا ماشین منتقل می کند اصابت کند بار زیاد حاصل از برخورد صاعقه به سیم، به موتور منتقل و باعث خرابی دستگاهها می شود که اینگونه خسارات از تعهد بیمه گر خارج است.

به طور خلاصه خساراتی که در اثر حرارت مستقیم یا غیر مستقیم صاعقه و یا در اثر نیروی آن تولید شوند خسارات مستقیم صاعقه هستند که بیمه شده محسوب می گردند اما خساراتی را که در اثر انرژی الکتریکی صاعقه تولید شوند خسارات غیر مستقیم صاعقه نامند که بیمه شده محسوب نمی شوند.

در بیمه زلزله، خسارت مستقیم وارد شده به مکان‌ها اعم از مسکونی، غیر مسکونی و صنعتی همچنین اسباب و لوازم موجود در آنها در مقابل خطر زلزله و یا آتش سوزی ناشی از زلزله و یا آتشفشان بیمه می‌شود. ضمناً خسارتهای وارد شده باید همزمان با حوادث مزبور ایجاد شده باشد.

نوع سازه (اسکلت) ساختمان و مصالح به کار رفته در آن:

۱- براساس اطلاعات فوق، ابتدا درجه خطر با توجه به محل استقرار مورد بیمه از جدول ۲ مربوط به هر استان و شهرستان استخراج شده و سپس بادر نظر گرفتن نوع سازه ساختمان و مصالح به کار رفته در آن، نرخ بیمه خطر از جدول ۱ برای موارد صنعتی به دست می‌آید.

۲- حداقل نرخ حق بیمه به تفکیک نوع ساختمان و منطقه خطر برای موارد مسکونی و غیر صنعتی به شرح زیر تعیین می‌شود.

۳- حداقل سهم بیمه گذار از جبران هر خسارت، معادل یک درصد مبلغ بیمه شده تعیین می‌شود که از مبلغ خسارت قابل پرداخت کسر خواهد شد.

۴- مناطق زلزله خیز خفیف شامل شهرستانهای با میزان ریسک ۱، ۲ و ۳ و مناطق زلزله خیز شدید شامل شهرستانهای با میزان ریسک ۴ و ۵ براساس جداول ضمیمه آئین نامه شماره ۲۵/۳ بیمه مرکزی تعیین می‌شود.

خطر سیل و طغیان آب دریاها و رودخانه‌ها:

سیل: جریان ناگهانی آب‌های سطحی خارج از مسیر طبیعی است که به علت ریزش باران، برف، طغیان رودخانه و یا شکستن سدها ایجاد می‌شود.

دامنه پوشش خطر سیل: کلیه خسارات وارده به ساختمان و اموال موجود در آن (اثاثیه، دکوراسیون، موجودی کالا، ماشین آلات به شرط آنکه تحت پوشش باشند)

خطر طوفان و گردباد و تندباد:

به بادهای شدیدی که معمولاً با شن، باران و تگرگ و یا برف همراه باشد و منجر به وارد آمدن خسارت گردند طوفان می‌گویند (در علم هواشناسی معمولاً بادی که سرعت آن بیش از ۶۲ کیلومتر در ساعت باشد طوفان محسوب می‌شود).

ترکیدن لوله آب:

این خطر خسارات ناشی از ترکیدگی، ایجاد شکاف جدا شدن اتصالات لوله ای شبکه آب رسانی و یا سرریز شدن منابع و مخازن آب را موجود در محل مورد بیمه را تحت پوشش قرار میدهد.

خطر ضایعات ناشی از برف و باران:

در این بیمه خسارت‌های وارده به مورد بیمه (ساختمان، اموال و اثاثیه موجود در آن و...) ناشی از ضایعات برف و باران تحت پوشش بیمه است.

خسارت های ناشی از سقوط هواپیما و هلیکوپتر یا اشیای ساقط شده از آنها (به استثنای بمب و یا مواد منفجره و سایر جنگ افزارها) حداکثر تا کل مبلغ بیمه شده تحت پوشش قرار می گیرد.

خطر هزینه پاکسازی:

در این مورد حداکثر سرمایه تحت پوشش ۲۰ درصد ارزش مورد بیمه است که می باید تحت عنوان هزینه پاکسازی در بیمه نامه درج گردد.

*نرخ بیمه این خطر حداقل ۵۰ درصد تمامی نرخهای خطرات تحت پوشش بیمه نامه (به جز سرقت و شکست شیشه) است.

خطر برخورد جسم خارجی:

این نوع پوشش را بیمه گذاران در صورتی که محل مورد بیمه در مجاورت جاده و یا پائین تپه شیب دار و یا ... قرار گرفته باشد درخواست می نمایند.

*نرخ بیمه این خطر برابر ۰/۰۱ در هزار است.

خطر شکست شیشه:

شکستن شیشه عبارتست از ترکی که کل ضخامت شیشه را در بر گرفته باشد خسارت های ناشی از شکست شیشه های منصوب در ساختمان مورد بیمه ، در اثر حادثه و برخورد شیء خارجی ، تحت پوشش است. اصولاً شیشه به دو صورت میان تهی و مسطح ساخته می شود. شیشه های میان تهی نظیر بطری لامپ و ظروف مختلف شیشه ای بیمه نمی شوند ، اما شیشه های مسطح به شرط آنکه منصوب باشند تحت پوشش قرار می گیرند

مانند: -شیشه های خارجی ساختمان؛شیشه ویتترین ها و درها؛تابلوی شرکتها؛ -آینه های منصوب؛

استثنائات:

خطرات زیر در بیمه شکست شیشه تحت پوشش بیمه نیست:

الف -خطرات مرتبط با شیشه:

۱- شیشه های تزئینی که روی آنها با حروف برجسته نوشته و یا نقره کاری شده باشد و هر نوع شیشه های زمینی ، مگر این که به عنوان شیشه ویتترین و یا در ورودی ساختمان به کار رفته باشند.

۲-شیشه های قاب شده که روی آنها نقاشی و یا کار دستی دیگری شده باشد.

۳- شکست شیشه در اثر امواج حاصله از شکست دیوار صوتی.

۴- خسارت های ناشی از تعویض و یا تعمیر پنجره در مورد شیشه های شکسته.

۵- شکست شیشه در اثر طراحی غلط محل نصب یا نشست ساختمان.

۶- خسارت های ناشی از عمد، قصور و غفلت بیمه گذار.

۷- خرابی برداشتن، خط خط شدن یا پریدن قطعه کوچکی از سطح آن در این موارد شیشه شکسته فرض نمی شود و خسارت قابل پرداخت نیست.

ب- خطرات عمومی:

۱- خسارت های ناشی از عمد، قصور و غفلت بیمه گذار؛

۲- جنگ، شورش، جنگ داخلی، زلزله، انرژی هسته ای و مواد رادیو اکتیویته.

۳- آتش سوزی، انفجار، صاعقه، عملیات آتش نشانی و نجات.

*فرانشیز: در هر حادثه معادل ۲۵٪ مبلغ خسارت، حداقل ۵۰۰/۰۰۰ ریال.

خطر بیمه دزدی با شکست حرز:

بیمه گر خسارت ناشی از فقدان یا خرابی اموال بیمه شده را که در نتیجه دزدی با شکست حرز روی دهد حداکثر تا مبلغ بیمه شده جبران می کند.

خطر عدم النفع ناشی از آتش سوزی:

بیمه گذار می تواند سود احتمالی و همچنین هزینه های پرسنلی و جاری و یا سایر مخارجی را بیمه کند که در زمان توقف مورد بیمه بر بیمه گذار متحمل گردیده و ناشی از توقف فعالیت مورد بیمه بر اثر حوادث بیمه شده باشد.

**نرخ بیمه این خطر بسته به مورد از بیمه مرکزی ایران استعلام می شود.

خطر اضافی مسئولیت مدنی ناشی از آتش سوزی در قبال اشخاص ثالث یا همسایگان:

مسئولیت مدنی بیمه گذار ناشی از وقوع آتش سوزی، انفجار و ترکیدگی لوله آب در قبال اشخاص ثالث.

خطر ظروف تحت فشار صنعتی:

در ماده ۳۳ از فصل سوم شرایط عمومی بیمه نامه آمده است:

«خسارت وارد به ظروف تحت فشار صنعتی ناشی از انفجار این ظروف مورد پوشش این بیمه نامه نیست . اما خسارتی که در نتیجه تحقق خطر مزبور در سایر قسمتهای مورد بیمه بروز نماید تحت پوشش خواهد بود»

بنابراین منظور از پوشش ظروف تحت فشار صنعتی ، خسارت وارد به این ظروف ناشی از انفجار خود آنها است که می توان با اعمال نرخ یک در هزار نسبت به سرمایه این ظروف خسارت مذکور را تحت پوشش قرار داد.

در صورت تحت پوشش قراردادن خطر فوق شرط زیر می باید در توضیحات بیمه نامه درج گردد.

خسارت وارد به دیگهای بخار ناشی از انفجار آنها با نرخ یک در هزار تحت پوشش این بیمه نامه است . ضمناً ظروف تحت فشار تابع شرایط خاصی است که یک نسخه از شرایط فوق پیوست این بیمه نامه بوده و جزء لاینفک آن محسوب می شود.

در صورتیکه دفرمه شدن تجهیزات داخلی بویلرها شامل دیگ و مخازن داخلی در اثر عوامل دیگری غیر از انفجار صورت پذیرد به موجب این خطر تحت پوشش قرار میگیرد نرخ آن ۰/۵ در هزار ارزش ظروف میباشد. این خطر به همراه خطر انفجار ظروف تحت فشار به بیمه گذاران ارائه میگردد.

خطر پوشش خسارات ناشی از ریزش مواد مذاب:

خسارات ناشی از ریزش مواد مذاب ناشی از شکست و یا سوارخ شدن بر اثر فرسودگی بدنه کوره و یا سرریز شدن مواد مذاب در صورتی که منجر به حریق نشود تحت پوشش این خطر قرار میگیرد. کارگاه ها و کارخانجاتی که دارای کوره و دیگ مواد مذاب می باشند و تمایل به تحصیل این پوشش دارند می توانند از آن استفاده نمایند.

شرایط مخصوص بیمه موجودی کالا به صورت شناور (اظهار نامه ای):

شرایط فوق برای متناسب کردن حق بیمه با میزان موجودی کالا در انبار تدوین شده است به عبارت دیگر میزان موجودی کالا در انبارها در نوسان است و در صورتی که بیمه گذار مبلغ ثابتی را به عنوان مبلغ بیمه شده پیشنهاد کند و شرایط فوق را اخذ نکرده باشد در مقطعی از مدت اعتبار بیمه نامه که میزان موجودی کالا در انبار کمتر از مبلغ بیمه شده است حق بیمه بیشتری پرداخت می کند در واقع شرایط فوق باعث می شود که بیمه گذار متناسب با میزان موجودی کالای خود در انبار حق بیمه پرداخت کند .

اینک به شرح شرایط می پردازیم:

بیمه گذار موظف است در ابتدای شروع بیمه با توجه به تجربیات تجاری خود مبلغی به عنوان مبلغ بیمه شده تعیین کند که علی الاصول در طول مدت بیمه ، میزان موجودی کالا از آن افزون تر نگردد. در واقع چنانچه این مسئله مورد توجه قرار نگیرد ممکن است در مقطعی در طول مدت بیمه ، میزان موجودی کالا از مبلغ بیمه شده افزون گردد. بنابراین در صورت بروز حادثه ، خسارت ایجاد شده به طور کامل جبران نخواهد شد.

بیمه گذار باید در نظر داشته باشد که در صورت افزایش میزان موجودی کالا از سقف مندرج در بیمه نامه و الحاقیه های صادره موضوع را بلافاصله به اطلاع بیمه گر برساند ، زیرا در غیر این صورت پوشش بیمه ای کافی برای دارایی های خود نخواهد داشت و در صورت بروز حادثه بیمه گر ناگزیر از اعمال قاعده نسبی سرمایه و پرداخت قسمتی از خسارت خواهد بود.

در واقع ممکن است عنوان شرایط شناور (اظهار نامه ای) این تصور را برای بیمه گذار به وجود آورد که در صورت افزایش میزان موجودی از سرمایه مندرج در بیمه نامه صادره ، بازهم از پوشش لازم برخوردار است و نیازی به اعلام سرمایه جدید (افزایش سرمایه) نیست بنابراین توجیه بیمه گذار در این خصوص بسیار مهم و ضروری است و لازم است اطلاعات لازم به بیمه گذار داده شود.

براساس سرمایه مذکور در بند یک حق بیمه موقت تعیین می شود.

بیمه گذار موظف است میانگین موجودی کالای خود را در پایان هر ماه به صورت اظهارنامه به بیمه گر اعلام کند به عبارت دیگر از میزان موجودی کالا در هر روز و در طول مدت یک ماه میانگین گرفته و این مبلغ را به عنوان موجودی اظهار نامه آن ماه اعلام کند .

حداکثر مهلت ارسال اظهار نامه هر ماه دهم ماه بعد است.

چنانچه بیمه گذار اظهار نامه یک یا چند ماه را اعلام نکند ، بیمه گر برای محاسبه حق بیمه قطعی بیشترین میزان تعهد خود مذکور در بیمه نامه یا الحاقیه های صادره در ماه های قبل را ملاک عمل قار خواهد داد.

بیمه گر در پایان مدت قرارداد برای تعیین سرمایه واقعی بیمه نامه و محاسبه حق بیمه قطعی از اظهار نامه های ارسالی میانگین ساده حسابی خواهد گرفت.

براساس سرمایه به دست آمده در بند هفت حق بیمه قطعی محاسبه می شود.

حداقل حق بیمه قطعی معادل پنجاه درصد حق بیمه موقت است.

با توجه به بند ۹ می توان در ابتدای قرارداد از بیمه گذارانی که خوش حساب اند ۷۵٪ حق بیمه موقت اخذ کرد و بقیه را در پایان مدت قرارداد و پس از محاسبه حق بیمه قطعی دریافت کرد.

بیمه نامه به شرط جایگزینی:

اگر بیمه گذار ، بیمه نامه با شرط جایگزینی دریافت کند، در صورت بروز حادثه و آسیب دیدن مورد بیمه یا از بین رفتن آن ، بیمه گذار می تواند به جای دریافت مبلغ خسارت ، از بیمه گر بخواهد که مورد بیمه را بازسازی کند و یا مشابه سالم آن را به او تحویل دهد و ضمناً باید توجه کرد که شرط فوق فقط ساختمانها ، تاسیسات و ماشین آلات (اموال ثابت) را شامل می شود و از پوشش دادن موجودی و مواد با شرط مذکور خودداری میشود در این خصوص نکاتی به شرح زیر باید مورد توجه قرارگیرد:

در زمان حادثه سرمایه بیمه شده باید برابر ارزش واقعی مورد بیمه باشد و نه کمتر. در غیر این صورت پوشش جایگزینی تحت این شرایط خود به خود کان لم یکن و از درجه اعتبار ساقط می شود و جبران خسارت براساس شرایط مندرج در بیمه نامه از جمله ماده ۲۴ می باشد در واقع بیمه گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است نسبت به هزینه بازسازی یا ارزش جایگزینی آنها متعهد خواهد بود.

کلیه قطعات و لوازم و مصالحی که در بازسازی و مرمت به کار می رود باید مشابه و با کیفیت قطعات و مصالح اولیه باشد و نه با کیفیت بهتر که باعث منفعت و سود آوری بیمه گذار شود.

بیمه گذار موظف است ظرف مدت تعیین شده در شرایط ، نسبت به بازسازی و مرمت مورد بیمه اقدام کرده و فاکتورهای هزینه های انجام شده را به بیمه گر ارائه کند در غیر این صورت پوشش جایگزینی باطل می شود.

عمل جایگزینی یا بازسازی میتواند در محل دیگر با موافقت قبلی بیمه گر انجام پذیرد مشروط بر آن که مسئولیت بیمه گر افزایش نیابد . از طرف دیگر چنانچه بیمه گذار قادر و مایل به تعویض و یا بازسازی موارد خسارت دیده در محل موضوع بیمه یا در محل دیگری که بیمه گر موافقت کرده نباشد پوشش جایگزینی باطل می شود.

هیچ نوع پرداختی بیش از مبلغی که طی بیمه نامه تحت پوشش است صورت نخواهد گرفت به عبارت دیگر چنانچه در تاریخ تلف شدن یا آسیب دیدگی هر یک از اموال بیمه شده تحت بیمه نامه توسط بیمه گذار یا از طرف وی به موجب بیمه نامه دیگری که شرایط جایگزینی آن مغایر این شرایط بوده تحت پوشش قرار گرفته باشد ، تعهد می گرفت بیشتر نخواهد بود و پوشش جایگزینی باطل و از درجه اعتبار ساقط می شود.

در صورتی که موضوع بیمه از بین رفته باشد ، در ورد ساختمان ، بازسازی آن و در مورد غیر ساختمان جایگزینی آن انجام خواهد گرفت .

در صورتی که موضوع بیمه آسیب دیده باشد ، تعمیر و تعویض قسمت های آسیب دیده انجام خواهد گرفت.

بیمه نامه به شرط فرست لاس: (First Loss)

پوشش بیمه با شرایط فرست لاس به طور کلی می تواند از یک طرف بنفع بیمه گذار و از طرف دیگر به لحاظ محدود بودن تعهدات و مسائل مربوط به اتکائی بنفع بیمه گر باشد.

۱-در بیمه نامه با شرایط فرست لاس بیمه گذار به لحاظ محدود بودن تعهدات بیمه نامه حق بیمه کمتری پرداخت می نماید (loss limit)

۲-بیمه گربه جهت پائین بودن تعهدات مالی خود نسبت به سرمایه واقعی اولاً خسارات کمتری را پرداخت می نماید ثانیاً با توجه به plane نگهداری ریسک ، از اخذ پوشش اتکائی بی نیاز است.

جهت صدور بیمه نامه با شرایط فرست لاس توجه به نکات زیر ضروریست

الف-این شرط اصولاً برای خطرات اصلی کاربرد دارد ولی در رابطه با خطرات تبعی نیز این نوع بیمه نامه صادر میگردد.

ب-حداکثر تعهد بیمه گری برای جبران خسارت در یک حادثه میبایست مشخص و در بیمه نامه درج گردد.

ج-بیمه گذار موظف است دارائیهای خود را به ارزش واقعی بیمه نماید.

د-تعیین MPL ضروری است.

ح- در صورتیکه تعهد بیمه گری بیش از MPL و یا برابر آن باشد با توجه به اینکه بیمه گر می بایست در یک حادثه کل خسارت را پرداخت نماید تخفیف در حق بیمه منظور نمی گردد.

نحوه صحیح تنظیم (آنالیز) بیمه نامه:

صدور بیمه نامه از قسمت های مختلف تشکیل شده است در قسمت فوقانی ، اطلاعاتی نظیر نام بیمه گذار ، نشانی محل مورد بیمه ، نشانی بیمه گذار ، تاریخ انقضاء ، نوع فعالیت و ... درج می شود در قسمت بعدی خطرهای مورد تعهد (حریق ، انفجار ، صاعقه) درج شده است و چنانچه بیمه گذار درخواست پوشش خطرهای دیگری (خطرات تبعی) را نیز داشته باشد باید در همین محل اینگونه خطرها نیز درج شوند.

قسمت بعدی شرح مورد بیمه است شرح مورد بیمه دارای متنی است که تقدیم و تاخر اموال تحت پوشش باید به صورت زیر درج گردد:

ساختمانها ، تاسیسات ، ماشین آلات ، ابزار آلات ، و سایر نقلیه ، موجودی و محتویات متعلق به بیمه گذار فوق واقع در محل مورد بیمه طبق صورت ریز و ارزش تفکیکی پیوست این بیمه نامه که جزء لاینفک آن محسوب می شود

الحاقیه:

الحاقیه : سندی است که به موجب آن قرارداد بیمه تکمیل شده و یا آنکه تغییرات مورد توافق بیمه گرو بیمه گذار در قرارداد بوسیله آن انجام می شود.

الف- الحاقیه اصلاحی: اصلاح بیمه نامه بدون تغییر در مبلغ حق بیمه می باشد. به طور مثال تغییر آدرس بیمه گذار یا محل مورد بیمه.

ب- الحاقیه اضافی: در شرایطی که ارزش مورد بیمه یا نرخ یا مدت بیمه یا خطرات مورد بیمه افزایش پیدا می کند، الحاقیه اضافی صادر میگردد و حق بیمه اضافی به صورت روزشمار محاسبه می شود.
در صورتی که بیمه نامه فسخ گردد محاسبه حق بیمه برگشتی به دو صورت زیر محاسبه می گردد:

۱- چنانچه در خواست فسخ از جانب بیمه گر باشد به صورت روزشمار.

۲- چنانچه فسخ بیمه نامه از جانب بیمه گذار انجام پذیرد به صورت کوتاه مدت.

جدول ذیل درصد محاسبه حق بیمه را به صورت کوتاه مدت نشان می دهد:

ج- الحاقیه برگشتی: در صورتی که ارزش مورد بیمه یا نرخ یا مدت بیمه نامه و یا خطرات کاهش پیدا کند، الحاقیه برگشتی صادر می گردد و محاسبه حق بیمه برگشتی به صورت روزشمار انجام میگردد.

د- الحاقیه جانشینی:

در صورتی که به مورد بیمه خساراتی وارد شود بعد از پرداخت خسارت، آن بخش از مورد بیمه که زیان دیده است از شمول بیمه خارج می گردد بنابراین برای اینکه مجدداً سرمایه فوق تحت پوشش قرار گیرد می بایست به بیمه گذار اعلام گردد که به محض ترمیم مورد بیمه به بیمه گر اطلاع داده شود تا به صدور الحاقیه و با پرداخت حق بیمه اضافی مورد بیمه مجدداً مرمت شده تحت پوشش قرار گیرد.

محاسبه حق بیمه:

طبق ماده ۷ آئین نامه شماره ۲۵ بیمه مرکزی ایران و دستورالعمل های اجرایی آن نرخ های مقرر در تعرفه، اعم از نرخ خطرات اصلی و یا خطرات پوشش اضافی برای مدت یک سال می باشد و از طرفی دیگر در آئین نامه مذکور ضریب محاسبه حق بیمه برای بیمه نامه های با مدت کمتر از یکسال تحت عنوان تعرفه کوتاه مدت نیز بیان شده است. ولی آنچه در این قسمت توضیح داده خواهد شد نحوه محاسبه حق بیمه بیمه نامه و الحاقیه های با مدت بیش از یک سال و یا تغییرات در مدت و یا سرمایه و پوشش ها و خطرات بیمه نامه های با مدت کمتر از یکسال می باشد که ذیلاً بیان می گردد.

در صورتیکه مدت بیمه نامه چند ساله باشد حق بیمه از فرمول زیر محاسبه می گردد.

$$(\text{تعداد سال}) \times (\text{نرخ} / 1000) \times \text{سرمایه بیمه}$$

در صورتیکه مدت بیمه نامه بیش از یکسال و به روز بیان شده باشد و قابل تبدیل به سال کامل نباشد در این حالت حق بیمه از فرمول زیر محاسبه می گردد.

$$\text{سرمایه شده بیمه} \times (\text{بیمه حق نرخ}) / 1000 \times (\text{روزهای شده بیمه}) / 365$$

در صورتیکه مدت بیمه نامه بیش از یک سال و ضریبی از یک ماه کامل باشد حق بیمه از فرمول زیر محاسبه می گردد.

$$\text{سرمایه شده بیمه} \times (\text{بیمه حق نرخ}) / 1000 \times (\text{شده ی بیمه ماهها تعداد}) / 365$$

در صورتیکه بیمه نامه صادره برای مدت یکسال باشد و در طول اعتبار بیمه نامه تقاضای فسخ آن گردد فسخ بیمه نامه توسط الحاقیه انجام می شود و جهت محاسبه حق بیمه برگشتی ابتدا حق بیمه مدت استفاده شده از بیمه نامه طبق تعرفه کوتاه مدت محاسبه گردیده و سپس حق بیمه محاسبه شده از حق بیمه محاسبه شده از حق بیمه بیمه نامه کسر و مابقی به عنوان حق بیمه برگشتی منظور می گردد.

قابل ذکر است در صورتیکه در موضوع فوق در طول مدت بیمه نامه الحاقیه یا الحاقیه هایی مبنی بر افزایش یا کاهش حق بیمه به هر دلیلی (کاهش یا افزایش نرخ و یا سرمایه و یا پوشش) صادر شده باشد حق بیمه نهایی در آخرین الحاقیه صادره تحت عنوان حق بیمه بیمه نامه ملاک محاسبه حق بیمه برگشتی به شرح فوق قرار می گیرد به طور مثال: بیمه نامه ای به مدت یکسال از تاریخ ۱۳۹۴/۱/۱ لغایت ۱۳۹۴/۱۲/۳۰ با سرمایه ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال و خطرات اصلی و با نرخ ۱/۶ در هزار و با حق بیمه ۱۶۰.۰۰۰ ریال برای موجودی انبار صادر گردیده است.

در تاریخ ۱۳۹۴/۳/۲۵ بنا به درخواست بیمه گذار سرمایه بیمه نامه از مبلغ ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال به ۱۶۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال افزایش می یابد.

لذا حق بیمه اضافی جهت الحاقیه افزایش سرمایه از فرمول زیر محاسبه می گردد.

$$\text{حق بیمه اضافی} = ۶۰.۰۰۰.۰۰۰ = ۱۰۰۰ / ۱.۶ \times (\text{نامه بیمه مانده باقی مدت}) / ۳۶۵ = ۷۳.۱۱۸$$

مجدداً در تاریخ ۱۳۹۴/۹/۸ بنا به درخواست بیمه گذار سرمایه بیمه نامه از مبلغ ۱۶۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال به ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال کاهش می یابد.

$$\text{کاهش سرمایه} = ۹۰.۰۰۰.۰۰۰ = ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۶۰.۰۰۰.۰۰۰$$

لذا حق بیمه اضافی جهت الحاقیه کاهش سرمایه از فرمول زیر محاسبه می گردد.

$$\text{حق بیمه برگشتی ریال} = ۴۴.۱۸۶ = (\text{نامه بیمه مانده باقی مدت}) / ۳۶۵ \times ۱.۶ / ۱۰۰۰۹۰.۰۰۰.۰۰۰$$

بنابراین حق بیمه نهایی تا پایان اعتبار بیمه نامه به شرح زیر محاسبه می گردد.

$$\text{ریال} = ۱۸۸.۹۳۲ = ۷۳.۱۱۸ - ۴۴.۱۸۶ = ۱۶۰.۰۰۰$$

بیمه گذار مجدداً در تاریخ ۱۳۹۴/۹/۲۷ به جهت تخلیه کامل انبار تقاضای فسخ بیمه نامه را می نماید.

در این حالت طبق تعرفه کوتاه مدت با توجه به اینکه مدت استفاده شده از بیمه نامه بین ۸-۹ ماه می باشد با توجه به توضیحات فوق حق بیمه برگشتی حاصل از فسخ بیمه نامه را می نماید.

حق بیمه استفاده شده $۱۶۰.۵۹۲ = (۰.۸۵) / (\text{تعرفه کوتاه مدت ۸-۹ ماه}) \times ۱۸۸.۹۳۲$ (حق بیمه دریافتی از بیمه گذار در طول مدت بیمه نامه)





