



فصل اول - کلیات

ماده 1) اساس قرارداد

این بیمه نامه براساس قانون بیمه مصوب سال 1316، اظهارات کتبی بیمه گذار و بیمه شده در فرم پیشنهاد بیمه و پیوست‌های احتمالی آن، آئین نامه های مصوب شورای عالی بیمه، گزارش پزشک معاینه کننده و تایید بیمه گر، شرایط عمومی، شرایط خصوصی، شرایط پوششهای تکمیلی و جدول ارزش بازرخرد بیمه نامه که جزو لاینفک آن بوده تنظیم گردیده و مورد توافق بیمه گر و بیمه گذار می باشد.

ماده 2) تعاریف و اصطلاحات :

1-2) **بیمه گر:** شرکت سهامی بیمه ایران می باشد که بیمه نامه را صادر و در ازای انجام تعهدات بیمه گذار، تعهدات مندرج در بیمه نامه یا جداول پیوست آن را طبق شرایط مقرر در بیمه نامه زندگی سپاس ایران بر عهده می گیرد.

2-2) **بیمه گذار:** شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می نماید. بیمه گذار و بیمه شده ممکن است یک نفر باشند. چنانچه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی نباشند، رضایت کتبی بیمه شده الزامی است و امضا و اثر انگشت وی در فرم پیشنهاد به عنوان رضایت کتبی تلقی می شود. در صورت عدم رضایت کتبی بیمه شده، بیمه نامه باطل خواهد بود.

1-2-2) در مواردی که بیمه شده اهلیت قانونی نداشته باشد موافقت کتبی ولی یا قیم در فرم پیشنهاد الزامی بوده وگرنه بیمه نامه باطل است.

3-2) **بیمه شده:** شخص حقیقی است که فوت یا حیات او موضوع بیمه بوده و سن، وضعیت سلامت و نوع فعالیت وی اساس محاسبه حق بیمه، ذخیره ریاضی و صدور بیمه نامه می باشد.

4-2) **حق بیمه:** وجهی است که بیمه گذار متعهد است مطابق شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه به بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

5-2) **مدت بیمه:** مدت زمانی است که طی توافق بیمه گر و بیمه گذار برای پوشش بیمه ای بیمه شده تعیین گردیده و از ساعت 24 تاریخ شروع بیمه نامه آغاز و در ساعت 24 تاریخ انقضای بیمه نامه خاتمه می یابد. این مدت از 5 سال کمتر نخواهد بود.

6-2) **استفاده کننده (گان):** شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی هستند که توسط بیمه گذار تعیین و قرارداد بیمه به نفع ایشان منعقد می گردد.

1-6-2) در صورتیکه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی نباشند، رضایت کتبی بیمه شده جهت تعیین یا تغییر استفاده کننده (گان) ضروری است و امضای وی در فرم پیشنهاد یا درخواست تغییر استفاده کننده به عنوان رضایت کتبی بیمه شده تلقی می شود.

2-6-2) استفاده کننده (گان) ممکن است بیش از یک نفر باشند که در این صورت می بایست توسط بیمه گذار در فرم پیشنهاد سهم و اولویت هر کدام از آنان مشخص شود.

تبصره: در صورتی که استفاده کننده (گان) در بیمه نامه تعیین نشده باشند، در صورت فوت بیمه شده، منافع بیمه نامه به وراثت قانونی بیمه شده براساس قوانین و مقررات مربوطه پرداخت خواهد شد.

7-2) **سرمایه فوت:** مبلغی است که بیمه گر متعهد می گردد در صورت فوت بیمه شده در طول مدت قرارداد بیمه، طبق شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه به استفاده کننده (گان) پرداخت نماید.

8-2) **ذخیره ریاضی:** مبلغی است که هر ساله پس از کسر حق بیمه پوشش های تکمیلی درخواستی و هزینه ها از کل حق بیمه پرداختی باقی می ماند و با ذخیره ریاضی بیمه نامه در پایان سال قبل جمع شده و هر ساله نیز سودی با نرخ سود فنی علی الحساب (مطابق آیین نامه های مصوب شورایی بیمه) به آن اضافه می شود.

9-2) **بازخرید:** عبارت است از انصراف بیمه گذار از ادامه بیمه نامه قبل از تاریخ انقضای بیمه نامه .

10-2) **ارزش بازرخرد:** عبارت است از حداقل 90 درصد ذخیره ریاضی بیمه نامه که در موارد بازرخرد، از سوی بیمه گر به بیمه شده یا استفاده کننده (گان) با رعایت شرایط بیمه نامه پرداخت می شود.

11-2) **تعلیق:** وضعیتی از بیمه نامه است که در آن وضعیت بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به ارایه پوشش های بیمه ای ندارد.

12-2) **سال بیمه ای:** برابر با یکسال تمام شمسی است که از تاریخ شروع اعتبار بیمه نامه در سال اول آغاز و هر ساله به همان ترتیب تا پایان مدت اعتبار بیمه نامه ادامه خواهد یافت .

13-2) **فرم پیشنهاد:** فرمی است حاوی مجموعه ای از سوالات و پرسشها که بیمه گر آن را در اختیار بیمه گذار قرار می دهد و بیمه گذار و بیمه شده موظف به تکمیل آن بوده و بیمه گر بر اساس آن نسبت به ارزیابی شرایط بیمه شده و تعیین خطر و در صورت قبول آن نسبت به صدور بیمه نامه اقدام می نماید . آن قسمت از فرم پیشنهاد که بیمه گر قبول نکرده و همزمان یا پیش از صدور بیمه نامه به بیمه گذار اعلام کرده است، جزو تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد. فرم پیشنهاد تکمیل شده جزو لاینفک بیمه نامه می باشد.

تبصره: در هر حال امضای فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار و بیمه شده به منزله قبول کلیه مفاد مندرج در آن می باشد .

14-2) **نرخ سود فنی علی الحساب:** عبارت است از نرخ سود سالانه مشخصی است که بر اساس آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه تعیین و به صورت علی الحساب در محاسبه ذخیره ریاضی بیمه نامه منظور می گردد و در جداول ارزش بازرخرد پیوست بیمه نامه نیز درج گردیده است.

15-2) **مشارکت در منافع:** عبارت است از مشارکت بیمه گذار در حداقل 85 درصد منافع احتمالی حاصل از مجموع معاملات بیمه ای ذخیره های ریاضی بیمه های زندگی.

16-2) **اصل نفع بیمه ای:** بین بیمه گذار و بیمه شده باید حتما یک رابطه خویشاوندی سببی یا نسبی نزدیک (همسر، والدین، فرزند، اجداد، خواهر، برادر، والدین همسر، کفیل حقوقی و ...) یا یک رابطه تجاری و مالی (با ارایه مدارک مستند) وجود داشته باشد.



ماده 3) موضوع بیمه : عبارت است از تعهد بیمه گر به پرداخت سرمایه فوت و ذخیره ریاضی بیمه نامه در صورت فوت بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه نامه یا پرداخت ذخیره ریاضی بیمه نامه در صورت حیات بیمه شده در پایان مدت اعتبار بیمه نامه در ازای انجام تعهدات بیمه گذار.

فصل دوم – وظایف و تعهدات بیمه گذار ، بیمه شده و ذینفع / استفاده کننده (گان)

ماده 4) رعایت اصل حد اعلاى حسن نیت

بیمه گذار و بیمه شده موظف هستند به کلیه پرسش های مندرج در فرم پیشنهاد، در کمال حسن نیت پاسخ داده و با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات راجع به وضعیت سلامت بیمه شده ، سوابق یا لزوم انجام درمان هر یک از بیماری های بیمه شده را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش های بیمه گر به طور عمد از اظهار مطالبی خودداری نموده یا برخلاف واقع اظهار نمایند، بیمه نامه صادره باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطالبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچ گونه تاثیری در وقوع حادثه یا بیماری بیمه شده نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز از وی مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه یا در هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که موثر بر تعهدات بیمه گر و وظایف بیمه گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت بوده و در نتیجه بیمه نامه باطل و بی اثر گردیده و بیمه گر نیز تعهدی برای جبران خسارت بیمه شده نخواهد داشت. اگر خودداری از اظهار مطالب یا ارایه اظهارات خلاف واقع از سوی بیمه گذار یا بیمه شده از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی شود. در این صورت بیمه گر محق خواهد بود به یکی از روش های زیر عمل نماید:

- 1- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می بود باز هم با دریافت حق بیمه اضافی اقدام به صدور بیمه نامه می کرد ، بیمه گر حق دارد نسبت به حذف این پوشش تکمیلی یا فسخ بیمه نامه اقدام نماید یا در صورت موافقت بیمه گذار ، با دریافت حق بیمه متناسب با خطر اضافه شده ، بیمه نامه را ادامه دهد. در صورت فسخ، بیمه گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ 30 روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر موظف است اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه گذار مسترد نماید. در صورت حذف این پوشش تکمیلی بیمه گر موظف است با صدور الحاقیه مراتب را به بیمه گذار اعلام نموده و حق بیمه های دریافتی بابت این پوشش را از تاریخ حذف به بیمه گذار مسترد نماید.
- 2- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می بود اقدام به صدور بیمه نامه نمی کرد ، بیمه گر حق دارد نسبت به ابطال بیمه نامه اقدام نماید. در این صورت بیمه گر می تواند 10 درصد حق بیمه های دریافتی را بابت هزینه های بیمه گری کسر و باقیمانده حق بیمه را به بیمه گذار مسترد نماید.
- 3- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده بعد از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

ماده 5) شروع اعتبار بیمه نامه

تعهدات مندرج در بیمه نامه و همچنین آثار مترتب بر آن از تاریخ شروع بیمه نامه منوط به اینکه حق بیمه مندرج در بیمه نامه در سررسید تعیین شده، معتبر خواهد بود. قسط اول حق بیمه شرایط اعتبار بیمه نامه می باشد

ماده 6) حق بیمه

1-6) نحوه پرداخت حق بیمه: حق بیمه این بیمه نامه صرفا به صورت سالانه قابل پرداخت می باشد.

2-6) مهلت پرداخت حق بیمه: بیمه گذار موظف است اقساط حق بیمه خود را حداکثر ظرف مدت 7 روز از تاریخ سررسید مشخص شده در بیمه نامه پرداخت نماید. در صورت تأخیر در پرداخت اقساط حق بیمه توسط بیمه گذار در سررسیدهای مقرر، حق بیمه خطر فوت و هزینه های مرتبط از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه (با احتساب وام های دریافتی) تامین می شود و پوشش خطر فوت بیمه نامه تا آخرین روز تکافوی حق بیمه ، از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه معتبر خواهد بود و پس از آن بیمه نامه معلق می گردد.

تبصره: در صورت تعلیق بیمه نامه، بیمه گذار می تواند با پرداخت حق بیمه مقرر در مهلت 60 روزه، اقدام به برقراری مجدد بیمه نامه از ساعت 24 روز پرداخت حق بیمه را نماید. برقراری مجدد بیمه نامه پس از سپری شدن مهلت مذکور، صرفا با موافقت بیمه گر امکان پذیر می باشد. بدیهی است در زمان تعلیق، بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پوشش های بیمه ای نخواهد داشت.

ماده 7) ارزش بازخرید بیمه نامه

بیمه گذار می تواند در صورت وجود اندوخته درخواست بازخرید کل بیمه نامه خود را نماید و بیمه گر موظف است ارزش بازخرید بیمه نامه را که حداقل معادل 90 درصد ذخیره ریاضی بیمه نامه است به بیمه گذار پرداخت نماید.

ماده 8) حقوق بیمه گذار نسبت به ذخیره ریاضی بیمه نامه

1-8) دریافت وام : بیمه گذار می تواند پس از سپری شدن حداقل دو سال از مدت بیمه نامه و پرداخت حداقل 2 سال حق بیمه، حداکثر تا میزان 90٪ ارزش بازخرید بیمه نامه درخواست وام نماید و بیمه گر متعهد به پرداخت آن می باشد.

تبصره 1: در زمان سررسید بیمه نامه یا بازخرید آن با برداشت از ذخیره ، چنانچه وام تسویه نشده باشد مانده وام دریافتی، کارمزدهای متعلق به آن و جرائم احتمالی از تعهدات بیمه گر کسر می گردد.

تبصره 2: نحوه بازپرداخت وام با توافق بین بیمه گر و بیمه گذار تعیین می گردد.

تبصره 3: در صورتی که استفاده کننده (گان) در بیمه نامه های زندگی بستانکار بیمه گذار باشد و این مطلب در بیمه نامه یا ظهر آن تصریح شده باشد حق بازخرید بیمه نامه و همچنین دریافت وام از محل ذخیره ریاضی موکول به موافقت کتبی بستانکار است.

تبصره 4: نرخ کارمزد وام بر اساس آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه اعمال خواهد شد.

2-8) برداشت از اندوخته : در طول مدت قرارداد بیمه، بیمه گذار می تواند در صورت تشکیل ذخیره ریاضی، درخواست بازخرید کل یا درصدی از ارزش بازخرید بیمه نامه خود را به بیمه گر ارایه نماید و بیمه گر مکلف است ارزش بازخرید بیمه نامه را مطابق با تاریخ درخواست بیمه گذار با رعایت شرایط بیمه نامه صادره، به وی پرداخت نماید.



3-8) سود مشارکت در منافع: بیمه گر مکلف است بیمه‌گذار را مطابق مفاد آیین نامه بیمه های زندگی (مصوب شورایی بیمه) در سود مازاد بر سود علی الحساب اعمال شده در محاسبات ذخیره ریاضی سهیم نماید.

ماده 9) انتقال بیمه نامه

بیمه گذار در طول زمان پرداخت حق بیمه و قبل از تاریخ انقضای بیمه نامه می تواند بیمه نامه را به شخص دیگری واگذار نماید.

1-9) بیمه گذار می تواند پس از اخذ موافقت کتبی بیمه شده و با تکمیل فرم انتقال و اخذ موافقت بیمه گر، بیمه نامه را با شرایطی که بیمه گر تعیین می کند به شخص دیگری منتقل نماید که این امر با صدور الحاقی توسط بیمه گر انجام می شود.

2-9) در صورت انتقال بیمه نامه به شخص دیگر، انتقال دهنده مسئول پرداخت کلیه دیون بیمه نامه تا تاریخ انتقال ، در مقابل بیمه گر خواهد بود.

3-9) در صورت انتقال بیمه نامه، بیمه شده قابل تغییر نمی باشد.

4-9) اگر بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی نباشند، در صورت فوت بیمه گذار یا انتقال قرارداد بیمه به دیگری، چنانچه ورثه یا منتقل الیه کلیه تعهداتی را که به موجب قرارداد بیمه به عهده بیمه گذار بوده است، در مقابل بیمه گر اجرا نمایند قرارداد بیمه به اعتبار خود باقی می ماند. لیکن ورثه یا منتقل الیه حق فسخ قرارداد را طبق شرایط عمومی این بیمه نامه خواهند داشت.

تبصره: اگر انتقال گیرندگان متعدد باشند هر یک از آنها نسبت به تمام حق بیمه در مقابل بیمه گر مسئولیت تضامنی خواهند داشت به نحوی که هر گاه یکی از آنها حق بیمه سهم خود را نپردازد ، بیمه گر می تواند بیمه نامه را فسخ نماید.

ماده 10) وظایف بیمه گذار یا ذینفع/استفاده کننده/گان در صورت فوت بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه نامه

در صورت فوت بیمه شده ، بیمه گذار یا ذینفع/استفاده کننده/گان موظف هستند مراتب را در اسرع وقت و حداکثر ظرف مدت سی روز از تاریخ فوت بیمه شده به صورت کتبی و با ذکر علت فوت ، به اطلاع بیمه گر برسانند و حسب مورد مدارک لازم را به بیمه گر ارائه نمایند.

ماده 11) ارائه مدارک لازم جهت پرداخت منافع بیمه نامه

بیمه گذار ، بیمه شده یا ذینفع/استفاده کننده/گان حسب مورد موظف هستند علاوه بر ارائه بیمه نامه و اوراق الحاقی ضمیمه آن ، مدارک مورد نیاز بیمه گر را حسب مورد براساس منافع قابل پرداخت بیمه نامه ، به شرح زیر تهیه و به بیمه گر ارائه نمایند:

1-11) در صورت حیات بیمه شده در انتهای مدت بیمه نامه:

-اصل شناسنامه و کارت ملی استفاده کننده/گان

تبصره : در صورتی که اشتباهی در ثبت تاریخ تولد بیمه شده در موقع انعقاد قرارداد رخ داده و این اشتباه حق بیمه پوشش های بیمه ای و هزینه های مترتب به آن را تغییر دهد ، جدول ارزش بازخرید پیوست بیمه نامه تعدیل گردیده و مبلغ ارزش بازخرید بیمه نامه به استناد جدول تعدیل شده محاسبه و پرداخت خواهد گردید.

2-11) در صورت فوت بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه نامه :

1) اعلام کتبی فوت بیمه شده (مطابق ماده 10)

2) گواهی فوت صادره از سوی سازمان ثبت احوال

3) رونوشت برابر اصل کلیه صفحات شناسنامه و کارت ملی باطل شده بیمه شده

4) گواهی پزشکی فوت صادره توسط آخرین پزشک معالج یا پزشکی قانونی مبنی بر تعیین علت فوت.

5) گزارش مشروح حادثه توسط مراجع ذیصلاح تهیه شده باشد (در صورتیکه علت فوت حادثه باشد)

6) گواهی انحصار وراثت (در صورتی که استفاده کننده در بیمه نامه و اوراق الحاقی آن مشخص نشده باشد).

تبصره 1: بیمه گر حق دارد با هزینه استفاده کننده هرگونه اطلاعات و مدارک تکمیلی در این زمینه مطالبه یا خود تهیه نماید .

تبصره 2: در صورتی که بیمه گذار یا ذینفع /ذینفعان تکالیف مقرر در این ماده و ماده 10 این شرایط عمومی را انجام ندهند ، بیمه گر می تواند ضرر و زیان وارده به لحاظ عدم اجرای تکالیف مزبور را از تعهدات قابل پرداخت خود کسر نماید . مگر اینکه ثابت نمایند به علتی خارج از تعهد اراده خود قادر به انجام تکالیف مذکور نبوده اند.

ماده 12) مفقود شدن بیمه نامه

در صورت مفقود شدن بیمه نامه بیمه گذار موظف است بلافاصله مراتب را به صورت کتبی به اطلاع بیمه گر برساند و بیمه گر پس از حصول اطمینان از فقدان آن المثنی بیمه نامه را صادر و در اختیار بیمه گذار قرار خواهد داد.

ماده 13) نشانی قانونی – تغییر محل اقامت – نماینده در ایران

1-13) نشانی محل اقامت بیمه گذار یا نماینده وی در ایران که توسط بیمه گذار در پیشنهاد بیمه نوشته و امضا شده است، برای بیمه گر نشانی قانونی و رسمی تلقی می گردد.

2-13) بیمه گذار موظف است تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتبا به اطلاع بیمه گر برساند.

3-13) هر گاه بیمه گذار خارج از ایران اقامت نماید باید یک نفر را که مقیم ایران است، به عنوان نماینده خود به بیمه گر معرفی نماید و بیمه گر موظف است نامه ها و مکاتبات مربوطه را به عنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید.

4-13) در صورت عدم رعایت مقررات فوق توسط بیمه گذار، آخرین نشانی اعلام شده از سوی بیمه گذار در ایران معتبر خواهد بود.

5-13) کلیه مکاتبات بیمه گذار و نماینده وی در خصوص این قرارداد باید با ذکر شماره بیمه نامه به آدرس واحد صادر کننده آن که در ذیل بیمه نامه درج می گردد، فرستاده شود.

فصل سوم – وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده 14) حدود تعهدات بیمه گر

1-14) **تعهدات بیمه گر در صورت حیات بیمه شده :** در پایان مدت بیمه نامه، ذخیره ریاضی تشکیل شده به استفاده کننده بیمه نامه پرداخت خواهد شد.



14-2) تعهدات بیمه گر در صورت فوت بیمه شده : عبارت است از پرداخت سرمایه فوت سال فوت به علاوه ذخیره ریاضی تشکیل شده در تاریخ فوت، پس از کسر هر گونه بدهی قبلی از محل بیمه نامه که به استفاده کننده پرداخت خواهد شد.

ماده 15) مهلت پرداخت تعهدات بیمه گر

بیمه گر موظف است بعد از دریافت کلیه مدارک مثبت مربوط به خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید و در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور مکتوب به بیمه‌گذار یا ذینفع/استفاده کننده/گان اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، آن را پرداخت نماید. در مواردی که پرداخت خسارت پس از تکمیل مدارک مثبت از سوی بیمه‌گر به تأخیر می‌افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می‌شود.

فصل چهارم - استثنائات و خسارت های غیر قابل جبران

ماده 16) استثنائات :

موارد زیر مشمول بیمه نمی باشد و در صورت تحقق خطر فوت ، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت سرمایه فوت بیمه نامه ندارد و بر حسب مورد صرفا ارزش بازخرید بیمه نامه به استفاده کننده(گان) واجد شرایط پرداخت خواهد شد :

16-1 خودکشی: در صورتی که بیمه‌شده در طول دو سال اول از تاریخ شروع قرارداد بیمه یا از تاریخ برقراری مجدد بیمه نامه خودکشی نماید، صرفا ارزش بازخرید بیمه نامه به استفاده کننده(گان) پرداخت می گردد.

16-2 مرگ بیمه‌شده بوسیله بیمه گذار: در صورتی که بیمه گذار عمداً به صورت مستقیم یا غیر مستقیم موجبات مرگ بیمه شده را فراهم آورد، صرفا ارزش بازخرید بیمه نامه به استفاده کننده(گان) پرداخت خواهد شد.

16-3 مرگ بیمه‌شده بوسیله استفاده کننده(گان): در صورتی که استفاده کننده عمداً به طور مستقیم یا غیر مستقیم موجبات مرگ بیمه شده را فراهم آورند، استفاده کننده مذکور از مزایای بیمه نامه محروم و سهم سایر استفاده کننده(گان) پرداخت خواهد شد.

16-4 مسافرت غیر عادی : خطرات ناشی از پرواز هوایی بجز مواردی که بیمه‌شده بعنوان یک مسافر عادی با خرید بلیط اقدام به پرواز در خطوط هوایی تجاری مجاز نموده و نام وی به عنوان مسافر عادی، در لیست مسافران ثبت شده باشد تحت پوشش نخواهد بود و صرفا ارزش بازخرید بیمه نامه به استفاده کننده(گان) پرداخت خواهد شد.

16-5 فعالیت های خطرناک : چنانچه فوت بیمه‌شده ناشی از هدایت یا سرنشینی وسایل نقلیه(هوایی، زمینی، ریلی و دریایی) در مسابقات، پروازهای اکتشافی، هر نوع تمرین و آموزش غواصی، پرواز هوایی، پرش با چتر نجات (سقوط آزاد)، هدایت کایت و یا سایر وسایل پرواز بدون موتور باشد، فقط ارزش بازخرید بیمه نامه به استفاده کننده (گان) پرداخت خواهد شد مگر اینکه با توافق طرفین و پرداخت حق بیمه اضافی، موارد مذکور تحت پوشش قرار گرفته باشد.

16-6 اعمال خلاف قانون : چنانچه بیمه‌شده در اثر فعالیت های مجرمانه ، اعم از مباشرت، مشارکت یا معاونت در آن فوت کند، بیمه‌گر هیچ گونه تعهدی برای پرداخت سرمایه فوت نخواهد داش و صرفا ارزش بازخرید بیمه نامه به استفاده کننده(گان) پرداخت خواهد شد.

16-7 جنگ : در صورتی که بیمه شده در نتیجه عملیات تعرضی و تدافعی و یا هر نوع حادثه دیگری که جنبه نظامی در مقابل نیروی مهاجم داشته باشد فوت نماید، بیمه‌گر فقط ارزش بازخرید بیمه نامه تا روز حادثه را پرداخت خواهد کرد.

تبصره : عملیات پلیسی از هر قبیل در حکم عملیات نظامی محسوب نمی گردد.

16-8 اعزام به عملیات جنگی: چنانچه بیمه‌شده به عنوان نظامی یا در تشکیلات نظامی تحت هر عنوان به عملیات جنگی اعزام شود، بیمه نامه از تاریخ اعزام بیمه شده به حالت تعلیق در خواهد آمد حتی اگر بیمه گر در اثر عدم اطلاع از وضع بیمه شده به دریافت حق بیمه ادامه داده باشد. در این صورت، چنانچه به هر علتی خطری اتفاق بیفتد بیمه گر صرفا ارزش بازخرید بیمه نامه را تا روز تعلیق پرداخت و حق بیمه های اضافه دریافتی احتمالی از تاریخ تعلیق مسترد خواهد شد، انجام خدمت سربازی نیز در حکم اعزام به عملیات جنگی محسوب می شود.

بیمه‌نامه معلق، سه ماه پس از خاتمه عملیات جنگی و بازگشت بیمه‌شده به وضعیت قبلی، بر اساس درخواست بیمه گذار و موافقت بیمه گر به وضعیت عادی تبدیل می‌گردد.

تبصره : چنانچه بیمه‌شده در محلی فوت کند که رسماً شرایط جنگ اعلام شده است، پرداخت سرمایه فوت منوط به ارائه دلایل کافی از سوی بیمه گذار یا استفاده کننده مبنی بر عدم تأثیر مستقیم جنگ بر فوت بیمه‌شده می باشد. در صورت عدم ارائه شواهد کافی، بیمه‌گر فقط ارزش بازخرید بیمه نامه را پرداخت خواهد نمود.

16-9 تشعشعات هسته‌ای : چنانچه بیمه‌شده در اثر انفجار یا تشعشعات هسته‌ای و یا آلودگیهای شیمیایی و بیولوژیکی ناشی از آن فوت کند، بیمه‌گر فقط ارزش بازخرید بیمه نامه را پرداخت خواهد نمود.

16-10 مصرف داروهای محرک ، مشروبات الکلی ، مواد مخدر و روان گردان : چنانچه بیمه شده در اثر مصرف داروهای محرک بدون تجویز پزشک، مشروبات الکلی، مواد مخدر و روان گردان فوت نماید، بیمه‌گر فقط ارزش بازخرید بیمه نامه را پرداخت خواهد نمود.

فصل پنجم - فسخ و ابطال بیمه نامه

ماده 17) موارد فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر اقدام به فسخ این پوشش تکمیلی نمایند :

17-1) موارد فسخ از طرف بیمه گر :

17-1-1) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسید یا سررسیده‌های معین توسط بیمه گذار.

17-1-2) هرگاه بیمه گذار یا بیمه شده سهواً و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری نماید به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد یا از اهمیت آن کاسته شود. مطابق ماده 4 این شرایط عمومی

17-1-3) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.

17-2) موارد فسخ از طرف بیمه گذار :



بیمه گذار می تواند این بیمه نامه را در طول مدت اعتبار آن فسخ نماید. در این صورت بیمه گر ارزش بازخرید بیمه نامه را تا زمان فسخ محاسبه و به بیمه گذار پرداخت می نماید.

ماده 18) آثار فسخ

18-1) چنانچه بیمه گر بخواهد نسبت به فسخ این بیمه نامه اقدام نماید ، موظف است مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ این بیمه نامه 30 روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود و بیمه نامه مذکور از آن تاریخ فسخ شده تلقی می گردد و بیمه گر موظف است ارزش بازخرید بیمه نامه را تا تاریخ فسخ به بیمه گذار مسترد نماید .

18-2) چنانچه بیمه گذار بخواهد نسبت به فسخ این بیمه نامه اقدام نماید می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر ، فسخ این بیمه نامه را تقاضا کند. بدیهی است بیمه نامه مذکور از آن تاریخ فسخ شده تلقی می گردد و بیمه گر موظف است ارزش بازخرید بیمه نامه را تا تاریخ فسخ به بیمه گذار مسترد نماید .

ماده 19) ابطال بیمه نامه

این بیمه نامه ظرف مدت 30 روز از تاریخ صدور قابل ابطال توسط بیمه گذار می باشد.

ماده 20) آثار ابطال

در صورت ابطال بیمه نامه از سوی بیمه گذار ، بیمه نامه باطل و بلااثر خواهد بود و حق بیمه های دریافتی از ابتدای تاریخ صدور بیمه نامه توسط بیمه گر به بیمه گذار مسترد می گردد.

فصل ششم - سایر مقررات

ماده 21) تغییر در شرایط بیمه نامه

هرگونه تغییر در بیمه نامه به موجب برگه های الحاقیه ای خواهد بود که براساس تقاضای کتبی بیمه گذار و پس از موافقت بیمه گر ، صادر می شود و این برگه های الحاقیه جزو لاینفک بیمه نامه است.

تبصره : بیمه گر با رعایت ضوابط و مقررات می تواند در موارد خاص مطابق با شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه بدون تقاضای بیمه گذار نسبت به صدور الحاقیه اقدام نماید. چنانچه مفاد و مطالب مندرج در بیمه نامه و الحاقی با شرایط مورد توافق تطبیق نکند، بیمه گذار می تواند ظرف مدت بیست روز از تاریخ صدور بیمه نامه یا برگه های الحاقیه ، تقاضای تصحیح آن را بنماید . پس از سپری شدن این مدت مندرجات اسناد مزبور مورد تصدیق و قبول بیمه گذار تلقی خواهد شد .

ماده 22) پوشش اتباع غیر ایرانی

ارایه پوشش بیمه ای به اتباع غیر ایرانی تنها در صورتی امکان پذیر خواهد بود که تبعه مذکور در زمان صدور بیمه نامه و پرداخت مستمری دارای مجوز اقامت معتبر یا شماره شناسایی فراگیر اتباع خارجی بوده باشند.

ماده 23) نحوه حل و فصل اختلافات

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند در غیر این صورت هریک از طرفین می تواند موضوع را با انتخاب روش داوری یا طرح در مراجع قضایی حل و فصل نمایند. در صورت انتخاب روش داوری، طرفین قرارداد می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین، هر یک از طرفین باید داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی کند. داوران منتخب، داور سومی را به عنوان سرداور انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می کنند. در صورتی که هریک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از معرفی داور طرف مقابل، داور منتخب خود را معرفی نکند یا داوران منتخب، برای انتخاب سرداور به توافق نرسند هر یک از طرفین می تواند حسب مورد تعیین داور یا سرداور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق الزحمه سرداور را می پردازد و در خاتمه، همه هزینه های داوری بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می شود.

تبصره: دعاوی حقوقی موضوع این بیمه نامه یا اجرای آن مطابق مقررات به دادگاه های صالحه ایران (دادگاه صلاحیت دار محل اقامت مدعی علیه) ارجاع خواهد شد.

ماده 24) مرور زمان :

مدت مرور زمان کلیه دعاوی حقوقی ناشی از این قرارداد بیمه به مدت دو سال از تاریخ وقوع خطر مورد بیمه می باشد.

ماده 25) موارد پیش بینی نشده :

در مواردی که در این شرایط عمومی و شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه نسبت به آن ذکری به میان نیامده است مطابق قانون بیمه، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه و سایر قوانین و مقررات جاری کشور عمل خواهد شد.

ماده 26) تایید رویت شرایط عمومی توسط بیمه گذار

بیمه گر موظف است کلیه مواد این شرایط عمومی را به رویت بیمه گذار برساند و امضای بیمه گذار را در زیر تمام صفحات این شرایط عمومی از وی اخذ نماید.

کلیه مواد مندرج در شرایط عمومی اعلام شده توسط اینجانب بیمه گذار بیمه نامه زندگی سپاس ایران شماره خوانده شد و مورد تایید اینجانب می باشد.

امضا و اثر انگشت بیمه گذار
تاریخ

فصل اول - کلیات

ماده (1) اساسی قرارداد :

این پوشش تکمیلی بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال 1316، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه، قوانین و مقررات بیمه، اظهارات کتبی بیمه گذار و بیمه شده در فرم پیشنهاد بیمه و پیوست های احتمالی آن، گزارش پزشک معاینه کننده و تایید بیمه گر، شرایط عمومی و شرایط خصوصی بیمه نامه که جزو لاینفک آن بوده، تنظیم گردیده و مورد توافق بیمه گر و بیمه گذار می باشد.

ماده (2) تعاریف و اصطلاحات :

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این شرایط عمومی صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می توانند داشته باشند با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند :

1-2) بیمه گر : شرکت سهامی بیمه ایران که پرداخت سرمایه بیماری خاص و سرطان مندرج در بیمه نامه یا جداول پیوست آن را طبق شرایط مقرر در بیمه نامه زندگی سپاس ایران بر عهده می گیرد.

2-2) بیمه گذار : شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می نماید. بیمه گذار و بیمه شده ممکن است یک نفر باشند، چنانچه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحد نباشند، رضایت کتبی بیمه شده الزامی است و امضا و اثر انگشت وی در فرم پیشنهاد به عنوان رضایت کتبی تلقی می شود.

1-2-1) در مواردی که بیمه شده اهلیت قانونی نداشته باشد، اظهارات کتبی ولی یا قیم قانونی او قابل استناد خواهد بود.

3-2) بیمه شده : شخص حقیقی است که مشخصات وی در قرارداد بیمه درج گردیده و ابتلای نامبرده به یکی از بیماری های تحت پوشش، موجب می گردد تا بیمه گر سرمایه بیمه این پوشش تکمیلی را مطابق این شرایط عمومی، شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه و جدول پیوست آن پرداخت نماید.

4-2) حق بیمه : وجهی است که بیمه گذار متعهد است مطابق شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه، در مقابل اخذ این پوشش تکمیلی به بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

5-2) دوره انتظار : مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

6-2) سرمایه بیمه : سرمایه بیمه یا غرامت وجهی است که بیمه گر متعهد می گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول این پوشش تکمیلی و حداکثر تا مبلغ مندرج در بیمه نامه و جدول پیوست آن به بیمه شده یا ذینفع آن بپردازد.

7-2) فرم پیشنهاد : فرمی است حاوی مجموعه ای از سوالات و پرسشها که بیمه گر آن را در اختیار بیمه گذار قرار می دهد و بیمه گذار و بیمه شده موظف به تکمیل آن بوده و بیمه گر بر اساس آن نسبت به ارزیابی شرایط بیمه شده و تعیین خطر و در صورت قبول آن نسبت به صدور بیمه نامه اقدام می نماید. آن قسمت از فرم پیشنهاد که بیمه گر قبول نکرده و همزمان یا پیش از صدور بیمه نامه به بیمه گذار اعلام کرده است، جزو تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد. فرم پیشنهاد تکمیل شده جزو لاینفک بیمه نامه می باشد.

تبصره: در هر حال امضای فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار و بیمه شده به منزله قبول کلیه مفاد مندرج در آن می باشد.

8-2) مدت بیمه : مدت بیمه این پوشش تکمیلی برابر با مدت بیمه نامه سپاس ایران می باشد. منوط بر آنکه مجموع سن بیمه شده و مدت بیمه از 60 سال تمام تجاوز ننماید.

9-2) بیماری های تحت پوشش: بیماری های تحت پوشش این بیمه نامه عبارتند از ابتلا به هرگونه عارضه جسمی و یا اختلال در اعمال طبیعی اعضا و جهاز مختلف بدن در طول مدت بیمه که ناشی از بروز سکت قلبی، سکت مغزی، جراحی عروق کرونر قلب، سرطان و پیوند اعضای اصلی بدن بر طبق تشخیص و تایید پزشک معتمد بیمه گر و با رعایت مفاد

ماده 6، به شرح زیر می باشد :

9-2-1) سکت قلبی (Myocardial Infarction) : عبارت است از آسیب یا از بین رفتن بخشی از اعضای قلب در نتیجه خون رسانی ناکافی.

این تشخیص براساس وجود مجموعه ی یافته های زیر صورت می گیرد :

9-2-1-1) وجود درد سینه ای

9-2-1-2) تغییرات جدید در نوار قلب (E.C.G)

9-2-1-3) افزایش آنزیم های قلبی

9-2-2) سکت مغزی (Stroke) : عبارت است از هر واقعه عروقی مغز یا ترومای سر که باعث نتایج و عوارض عصبی (نورولوژیک) به مدت بیش از 24 ساعت شود و شامل انفارکتوس مغزی، خونریزی یا آمبولی از یک منبع خارجی مغز بوده مشروط بر اینکه با سی تی اسکن یا M.R.I تایید گردد و شواهد نقایص عصبی به مدت حداقل سه ماه موجود باشد.

9-2-3) جراحی عروق کرونر قلب (Coronary Artery Surgery) : عبارت است از انجام عمل جراحی قلب باز به وسیله گرافت عروق کرونر (CABG)، برای ترمیم 2 رگ یا بیشتر از عروق قلبی که تنگ و یا مسدود شده باشند. لزوم انجام عمل جراحی باید به وسیله آنژیوگرافی عروق کرونر تایید شده باشد. آنژیوپلاستی یا هر نوع اقدام دیگری که از طریق روش های داخل عروقی انجام می گیرد از تعریف فوق مستثنی هستند.

9-2-4) پیوند اعضای اصلی بدن (Main - Organ - Graft) : پیوند اعضای اصلی بدن عبارت است از دریافت عضو از طریق پیوند یکی از اندام های زیر : قلب، ریه، کبد، کلیه و مغز. استخوان

9-2-5) سرطان (Cancer) : عبارت است از بیماری هایی که به وسیله حضور یک تومور بدخیم نشان داده شده و با رشد و انتشار (گسترش) غیرقابل کنترل سلول های بدخیم و تهاجم بافتی (متاستاز) مشخص می شود. اصطلاح سرطان (Cancer) همچنین لوسمی (انواع سرطان خون) و بیماری های بدخیم سیستم لنفاتیک همانند بیماری های هوچکین (Hodgkin) را نیز شامل می شود. اصطلاح متاستاز یا فراگستری به گسترش و مهاجرت سلول های سرطانی از یک بافت به بافت دیگر گفته می شود. در صورت ابتلای بیمه شده به هر نوع تومور یا توده بدخیم که فاقد متاستاز باشد، بیمه گر حداکثر معادل 1/3 (یک سوم) سرمایه بیمه این پوشش تکمیلی را مطابق این شرایط عمومی پرداخت خواهد نمود.



ماده (3) موضوع بیمه :

موضوع بیمه در این پوشش تکمیلی عبارت است از پرداخت سرمایه بیمه مندرج در جدول پیوست بیمه نامه ، در صورت ابتلا یا فوت ناگهانی بیمه شده به دلیل یکی از بیماری های تحت پوشش مندرج در بیمه نامه ، پس از سپری شدن دوره انتظار تعیین شده.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده (4) رعایت اصل حد اعلاای حسن نیت :

بیمه گذار و بیمه شده موظف هستند به کلیه پرسش های مندرج در فرم پیشنهاد، در کمال حسن نیت پاسخ داده و با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات راجع به وضعیت سلامت بیمه شده، سوابق یا لزوم انجام درمان هر یک از بیماری های بیمه شده را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش های بیمه گر به طور عمد از اظهار مطلبی خودداری نموده یا بر خلاف واقع اظهار نمایند، بیمه نامه صادره باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچ گونه تاثیری در وقوع حادثه یا بیماری بیمه شده نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز از وی مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه یا در هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که موثر بر تعهدات بیمه گر و وظایف بیمه گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت بوده و در نتیجه بیمه نامه باطل و بی اثر گردیده و بیمه گر نیز تعهدی برای جبران خسارت بیمه شده نخواهد داشت. اگر خودداری از اظهار مطالب یا ارایه اظهارات خلاف واقع از سوی بیمه گذار یا بیمه شده از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی شود. در این صورت بیمه گر محقق خواهد بود به یکی از روش های زیر عمل نماید:

- 1- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می بود باز هم با دریافت حق بیمه اضافی اقدام به صدور بیمه نامه می کرد ، بیمه گر حق دارد نسبت به حذف این پوشش تکمیلی یا فسخ بیمه نامه اقدام نماید یا در صورت موافقت بیمه گذار ، با دریافت حق بیمه متناسب با خطر اضافه شده ، بیمه نامه را ادامه دهد. در صورت فسخ، بیمه گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ 30 روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر موظف است اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه گذار مسترد نماید. در صورت حذف این پوشش تکمیلی بیمه گر موظف است با صدور الحاقیه مراتب را به بیمه گذار اعلام نموده و حق بیمه های دریافتی بابت این پوشش را از تاریخ حذف به بیمه گذار مسترد نماید.
- 2- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می بود اقدام به صدور بیمه نامه نمی کرد ، بیمه گر حق دارد نسبت به ابطال بیمه نامه اقدام نماید. در این صورت بیمه گر می تواند 10 درصد حق بیمه های دریافتی را بابت هزینه های بیمه گری کسر و باقیمانده حق بیمه را به بیمه گذار مسترد نماید.
- 3- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده بعد از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

ماده (5) پرداخت حق بیمه :

بیمه گذار موظف است حق بیمه این پوشش تکمیلی را مطابق شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه صادره در سررسید مقرر پرداخت نماید. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

تبصره 1 : چنانچه حق بیمه های مقرر بیمه نامه در سررسیدهای تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه نامه ، توسط بیمه گذار پرداخت نشده باشد و تامین حق بیمه پوشش های تکمیلی نیز از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه امکان پذیر نباشد و بیمه شده به یکی از بیماری های تحت پوشش این بیمه نامه مبتلا شود ، بیمه گر هیچگونه تعهدی برای جبران خسارت مرتبط با این پوشش تکمیلی نخواهد داشت.

تبصره 2 : نحوه پرداخت حق بیمه این پوشش تکمیلی به صورت سالانه می باشد.

ماده (6) وظایف بیمه گذار و بیمه شده :

1-6 بیمه گذار یا بیمه شده حسب مورد موظف می باشند کلیه مستندات پرونده بالینی بیمه شده و نظر پزشک معالج وی ، صورتحساب های بیمارستانی یا سایر مدارک مورد درخواست بیمه گر را به وی تسلیم نموده و به کلیه سوالاتی که در رابطه با سوابق پزشکی بیمه شده از ایشان می شود با دقت و صداقت پاسخ دهند.

2-6 در صورتی که بیمه گذار یا بیمه شده تکالیف مقرر در این ماده و مواد 7 و 8 این شرایط عمومی را انجام ندهند، بیمه گر تعهدی مبنی بر پرداخت هزینه های این پوشش تکمیلی به بیمه گذار یا بیمه شده یا دینفع وی نخواهد داشت. مگر اینکه بیمه گذار یا بیمه شده ثابت نمایند به علتی خارج از تعهد و اراده خود قادر به انجام تکالیف مذکور نبوده اند.

تبصره : کلیه بیمه شدگان این پوشش تکمیلی قبل از صدور بیمه نامه توسط بیمه گر مورد معاینه پزشکی قرار گرفته و ارایه پوشش بیمه ای به آنان منوط به تایید پزشک معتمد بیمه گر خواهد بود.

ماده (7) مدارک لازم برای پرداخت سرمایه بیماری های تحت پوشش:

بیمه گذار یا بیمه شده حسب مورد موظف هستند مدارک مورد نیاز را به شرح زیر تهیه و به بیمه گر ارایه نمایند:

- 1-7 اصل دفترچه بیمه گر پایه و مدارک پوشش بیمه ای تکمیلی بیمه شده (در صورت وجود پوشش بیمه ای پایه یا مکمل برای بیمه شده)
- 2-7 هرگونه مدارک بالینی که پزشک معتمد بیمه گر برای بررسی و پرداخت سرمایه بیماری های تحت پوشش به آنها نیاز دارد.
- 3-7 اصل صورتحساب، ریز صورت هزینه ها و رسیدهای پرداخت مربوطه و گواهی بیمارستان به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری ، شرح معالجات و جراحی انجام شده

ماده (8) مهلت اعلام خسارت و تحویل مدارک

بیمه گذار یا بیمه شده موظف می باشند حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از وقوع علایم هر یک از بیماری های تحت پوشش ، کلیه مدارک بیماری و پزشکی خود را مطابق مفاد ماده 7 این شرایط عمومی ، به بیمه گر ارایه نمایند.



ماده 9) نشانی قانونی - تغییر محل اقامت - نماینده در ایران

- 1-9) نشانی محل اقامت بیمه گذار یا نماینده وی در ایران که توسط بیمه گذار در پیشنهاد بیمه نوشته و امضا شده است، برای بیمه گر نشانی قانونی و رسمی تلقی می گردد.
- 2-9) بیمه گذار موظف است تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتبا به اطلاع بیمه گر برساند.
- 3-9) هر گاه بیمه گذار خارج از ایران اقامت نماید باید یک نفر را که مقیم ایران است، به عنوان نماینده خود به بیمه گر معرفی نماید و بیمه گر موظف است نامه ها و مکاتبات مربوطه را به عنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید.
- 4-9) در صورت عدم رعایت مقررات فوق توسط بیمه گذار، آخرین نشانی اعلام شده از سوی بیمه گذار در ایران معتبر خواهد بود.
- 5-9) کلیه مکاتبات بیمه گذار و نماینده وی در خصوص این قرارداد باید با ذکر شماره بیمه نامه به آدرس واحد صادر کننده آن که در ذیل بیمه نامه درج می گردد، فرستاده شود.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده 10) تعهدات بیمه گر :

بیمه گر متعهد می گردد در صورت پرداخت حق بیمه تعیین شده در بیمه نامه توسط بیمه گذار در سررسید های مقرر ، در صورت ابتلای بیمه شده به یکی از بیماری های تحت پوشش یا فوت ناگهانی وی به علت یکی از همین بیماری ها (مندرج در بند 9-2 ماده 2 همین شرایط عمومی) و پس از سپری شدن دوره انتظار ، مبلغ مندرج در بیمه نامه یا جدول پیوست آن را به شرح زیر پرداخت نماید:

- 1-10) پرداخت سرمایه بیماری های خاص مندرج در بیمه نامه به بیمه شده به محض ابتلا به یکی از بیماری های مندرج در ماده 2-9 (بندهای 1-9-2 تا 4-9-2) و اثبات آن به وسیله آزمایش های پزشکی و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، یک بار در طول مدت بیمه و برای یکی از بیماری های تحت پوشش مندرج در ماده 2-9 (بندهای 1-9-2 تا 4-9-2)
- 2-10) پرداخت سرمایه سرطان مندرج در بیمه نامه به بیمه شده به محض ابتلا به بیماری سرطان مندرج در بند 5-9-2 ماده 2-9 و اثبات آن به وسیله آزمایش های پزشکی و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، یک بار در طول مدت بیمه و برای یکی از انواع سرطان بدخیم دارای متاستاز
- تبصره 1 :** در صورت ابتلای بیمه شده به یکی از انواع سرطان بدخیم فاقد متاستاز (مطابق مندرج در بند 5-9-2 ماده 2-9) و اثبات آن به وسیله آزمایش های پزشکی و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، حداکثر معادل 1/3 (یک سوم) سرمایه سرطان مندرج در بیمه نامه یا جدول پیوست آن ، یک بار در طول مدت بیمه نامه و برای یکی از انواع سرطان بدخیم فاقد متاستاز
- تبصره 2 :** در صورتی که سرطان بدخیم فاقد متاستازی که بیمه شده برای ابتلای به آن از بیمه گر در این بیمه نامه غرامت دریافت نموده ، در طول مدت بیمه نامه به حالت دارای متاستاز تغییر وضعیت دهد ، با اثبات آن به وسیله آزمایش های پزشکی و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، بیمه گذار یا بیمه شده می تواند 2/3 (دو سوم) مابه التفاوت سرمایه مذکور را تا سقف تعهد کامل بیمه گر در زمان پرداخت سرمایه سرطان مندرج در بیمه نامه یا جدول پیوست آن را ز بیمه گر مطالبه نماید.

ماده 11) دوره انتظار

دوره انتظار هر یک از بیماری های مندرج در ماده 2-9 ، برای ابتلا به امراض خاص (بندهای 1-9-2 تا 4-9-2) سه ماه از تاریخ شروع بیمه نامه و برای ابتلا به سرطان (بند 5-9-2) شش ماه از تاریخ شروع بیمه نامه می باشد و در این مدت بیمه گر هیچ گونه تعهدی برای پرداخت سرمایه ابتلا به بیماری های تحت پوشش واقع شده برای بیمه شده ، نخواهد داشت.

فصل چهارم - استثنائات و خسارت های غیر قابل جبران

ماده 12) استثنائات

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است :

- 1-12) مبتلا شدن به هر یک از بیماری های تحت پوشش در اثر اعتیاد، مستی یا نوشیدن مشروبات الکلی، استعمال هرگونه مواد مخدر، دخانیات یا داروهای محرک بدون تجویز پزشک.
- 2-12) در صورتی که هر یک از بیماری های تحت پوشش قبل از شروع این پوشش تکمیلی ، برای بیمه شده آغاز شده باشد.
- 3-12) هر یک از بیماری های تحت پوشش که بیمه شده قبل از شروع بیمه نامه به آن مبتلا بوده است ، چه در معاینات پزشکی اولیه انجام شده از بیمه شده تشخیص داده شده باشد ، چه نشده باشد.
- 4-12) ابتلا به بیماری ایدز
- 5-12) آنژیوپلاستی یا هر نوع اقدام دیگری که از طریق روش های داخل عروقی انجام می گیرد (به جز موارد تعریف شده در بند 3-9-2 ماده 2-9)
- 6-12) بیماری های خاص تعریف شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی یا هر مرجع درمانی دیگر (به جز بیماری های تعریف شده در ماده 2-9)

فصل پنجم - فسخ بیمه نامه

ماده 13) موارد فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر اقدام به فسخ این پوشش تکمیلی نمایند :

- 1-13) **موارد فسخ از طرف بیمه گر :**
- 1-1-13) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسید یا سررسیدهای معین توسط بیمه گذار.
- 2-1-13) هرگاه بیمه گذار یا بیمه شده سهوا و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری نماید به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود. مطابق ماده 4 این شرایط عمومی
- 3-1-13) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.

13-2) موارد فسخ از طرف بیمه گذار :

بیمه گذار می تواند این پوشش تکمیلی را فسخ نماید مشروط بر اینکه هیچگونه خسارتی از سوی بیمه گر بابت این پوشش تکمیلی به بیمه گذار یا بیمه شده پرداخت نشده باشد. در این صورت بیمه گر حق بیمه را تا زمان فسخ محاسبه و از بیمه گذار اخذ می نماید.

ماده 14) آثار فسخ

14-1) چنانچه بیمه گر بخواهد نسبت به فسخ این پوشش اقدام نماید ، موظف است مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ این پوشش 30 روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود ، و پوشش تکمیلی مذکور از آن تاریخ فسخ شده تلقی می گردد.

14-2) چنانچه بیمه گذار بخواهد نسبت به فسخ این پوشش اقدام نماید می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر ، فسخ این پوشش تکمیلی را تقاضا کند. بدیهی است در صورت فسخ این پوشش تکمیلی ، امکان اکتیاع مجدد آن در طول مدت بیمه نامه وجود نخواهد داشت.

فصل ششم - سایر مقررات

ماده 15) تغییر در شرایط پوشش

هرگونه تغییر در شرایط این پوشش تکمیلی به موجب برگه های الحاقیه ای خواهد بود که براساس تقاضای کتبی بیمه گذار و پس از موافقت بیمه گر ، صادر می شود و این برگه های الحاقیه جزو لاینفک بیمه نامه است .

تبصره : بیمه گر با رعایت ضوابط و مقررات می تواند در موارد خاص مطابق با شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه بدون تقاضای بیمه گذار نسبت به صدور الحاقیه اقدام نماید. چنانچه مفاد و مطالب مندرج در بیمه نامه و برگه های الحاقیه با شرایط مورد توافق فی مابین بیمه گر و بیمه گذار تطبیق نکند ، بیمه گذار می تواند ظرف مدت بیست روز از تاریخ صدور بیمه نامه یا برگه های الحاقیه ، تقاضای تصحیح آن را بنماید . پس از سپری شدن این مدت مندرجات اسناد مزبور مورد تصدیق و قبول بیمه گذار تلقی خواهد شد .

ماده 16) نحوه حل و فصل اختلافات

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند در غیر این صورت هریک از طرفین می توانند موضوع را با انتخاب روش داوری یا طرح در مراجع قضایی حل و فصل نمایند. در صورت انتخاب روش داوری، طرفین قرارداد می توانند یک نفر داور مرضی طرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی طرفین، هر یک از طرفین باید داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی کند. داوران منتخب، داور سومی را به عنوان سرداور انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می کنند. در صورتی که هریک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از معرفی داور طرف مقابل، داور منتخب خود را معرفی نکند یا داوران منتخب، برای انتخاب سرداور به توافق نرسند هر یک از طرفین می تواند حسب مورد تعیین داور یا سرداور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق الزحمه سرداور را می پردازد و در خاتمه، همه هزینه های داوری بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می شود.

تبصره: دعاوی حقوقی موضوع این بیمه نامه یا اجرای آن مطابق مقررات به دادگاه های صالحه ایران (دادگاه صلاحیت دار محل اقامت مدعی علیه) ارجاع خواهد شد.

ماده 17) مرور زمان

مدت مرور زمان کلیه دعاوی حقوقی ناشی از این قرارداد بیمه به مدت دو سال از تاریخ وقوع خطر مورد بیمه می باشد.

ماده 18) موارد پیش بینی نشده

در مواردی که در این شرایط عمومی و شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه نسبت به آن ذکری به میان نیامده است مطابق قانون بیمه، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه و سایر قوانین و مقررات جاری کشور عمل خواهد شد.

ماده 19) تایید رویت شرایط عمومی توسط بیمه گذار

بیمه گر موظف است کلیه مواد این شرایط عمومی را به رویت بیمه گذار برساند و امضای بیمه گذار را در زیر تمام صفحات این شرایط عمومی از وی اخذ نماید.

کلیه مواد مندرج در شرایط عمومی اعلام شده توسط اینجانب بیمه گذار پوشش تکمیلی بیماری های خاص و سرطان بیمه نامه زندگی سپاس ایران شماره خوانده شد و مورد تایید اینجانب می باشد.

امضا و اثر انگشت بیمه گذار
تاریخ

فصل اول - کلیات

ماده (1) اساسی قرارداد :

این پوشش تکمیلی بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال 1316، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه، قوانین و مقررات بیمه، اظهارات کتبی بیمه گذار و بیمه شده در فرم پیشنهاد بیمه و پیوست های احتمالی آن، گزارش پزشک معاینه کننده و تایید بیمه گر، شرایط عمومی و شرایط خصوصی بیمه نامه که جزو لاینفک آن بوده، تنظیم گردیده و مورد توافق بیمه گر و بیمه گذار می باشد.

ماده (2) تعاریف و اصطلاحات :

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این شرایط عمومی صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می توانند داشته باشند با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند :

2-1) **بیمه گر** : شرکت سهامی بیمه ایران می باشد که جبران هزینه های اعمال جراحی (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) مندرج در بیمه نامه یا جداول پیوست آن را طبق شرایط مقرر در بیمه نامه زندگی سپاس ایران بر عهده می گیرد.

2-2) **بیمه گر پایه** : سازمان هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی و ... می باشند که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارایه خدمات درمان پایه هستند.

2-3) **بیمه گذار** : شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می نماید. بیمه گذار و بیمه شده ممکن است یک نفر باشند، چنانچه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحد نباشند، رضایت کتبی بیمه شده الزامی است و امضا و اثر انگشت وی در فرم پیشنهاد به عنوان رضایت کتبی تلقی می شود.

2-3-1) در مواردی که بیمه شده اهلیت قانونی نداشته باشد، اظهارات کتبی ولی یا قیم قانونی او قابل استناد خواهد بود.

2-4) **بیمه شده** : شخص حقیقی است که مشخصات وی در قرارداد بیمه درج گردیده و ابتلای نامبرده به یکی از بیماری ها موجب می گردد تا بیمه گر هزینه اعمال جراحی وی را (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) مطابق این شرایط عمومی و شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه پرداخت نماید.

2-5) **بیماری** : هرگونه عارضه جسمی یا تغییر نامساعد و اختلال در اعمال طبیعی اعضا و جهاز مختلف بدن که به وسیله پزشک تشخیص داده می شود.

2-6) **عمل جراحی** : یکی از شیوه های درمان بیماری در پزشکی است که در این روش معمولاً از برش برای ترمیم یا برداشتن بخشی از بدن یا بافت عفونی یا سرطانی یا کارگذاشتن وسیله ای یا اصلاح نقصی در اعضای بدن، استفاده می شود.

2-7) **حادثه** : عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

2-8) **حق بیمه** : وجهی است که بیمه گذار متعهد است مطابق شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه، در مقابل اخذ این پوشش تکمیلی به بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

2-9) **دوره انتظار** : مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

2-10) **فرانشیز** : سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در ماده 6 همین شرایط عمومی تعیین می شود.

2-11) **فرم پیشنهاد** : فرمی است حاوی مجموعه ای از سوالات و پرسشها که بیمه گر آن را در اختیار بیمه گذار قرار می دهد و بیمه گذار و بیمه شده موظف به تکمیل آن بوده و بیمه گر بر اساس آن نسبت به ارزیابی شرایط بیمه شده و تعیین خطر و در صورت قبول آن نسبت به صدور بیمه نامه اقدام می نماید. آن قسمت از فرم پیشنهاد که بیمه گر قبول نکرده و همزمان یا پیش از صدور بیمه نامه به بیمه گذار اعلام کرده است، جزو تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد. فرم پیشنهاد تکمیل شده جزو لاینفک بیمه نامه می باشد.

تبصره : در هر حال امضای فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار و بیمه شده به منزله قبول کلیه مفاد مندرج در آن می باشد.

2-12) **مدت بیمه** : مدت بیمه این پوشش تکمیلی برابر با مدت بیمه نامه سپاس ایران می باشد. منوط بر آنکه مجموع سن بیمه شده و مدت بیمه از 60 سال تمام تجاوز ننماید.

ماده (3) موضوع بیمه :

موضوع بیمه در این پوشش عبارت است از جبران بخشی از هزینه اعمال جراحی ناشی از بیماری یا حادثه بیمه شده در طول مدت بیمه نامه که جنبه درمانی داشته و قطعاً منجر به بستری بیمه شده در مراجع درمانی مجاز می گردد.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده (4) رعایت اصل حد اعلاای حسن نیت :

بیمه گذار و بیمه شده موظف هستند به کلیه پرسش های مندرج در فرم پیشنهاد، در کمال حسن نیت پاسخ داده و با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات راجع به وضعیت سلامت بیمه شده، سوابق یا لزوم انجام درمان هر یک از بیماری های بیمه شده را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش های بیمه گر به طور عمد از اظهار مطلبی خودداری نموده یا برخلاف واقع اظهار نمایند، بیمه نامه صادره باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تاثیری در وقوع حادثه یا بیماری بیمه شده نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز از وی مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه یا در هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که موثر بر تعهدات بیمه گر و وظایف بیمه گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت بوده و در نتیجه بیمه نامه باطل و بی اثر گردیده و بیمه گر نیز تعهدی برای جبران خسارت بیمه شده نخواهد داشت. اگر خودداری از اظهار مطالب یا ارایه اظهارات خلاف واقع از سوی بیمه گذار یا بیمه شده از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی شود. در این صورت بیمه گر محق خواهد بود به یکی از روش های زیر عمل نماید:

4- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد

بیمه نامه از آن مطلع می بود باز هم با دریافت حق بیمه اضافی اقدام به صدور بیمه نامه می کرد، بیمه گر حق دارد نسبت به حذف این پوشش تکمیلی یا فسخ بیمه نامه اقدام نماید یا در صورت موافقت بیمه گذار، با دریافت حق بیمه متناسب با خطر اضافه شده، بیمه نامه را ادامه دهد. در صورت فسخ، بیمه گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ 30 روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر موظف است اضافه حق بیمه دریافتی



شرایط عمومی پوشش اعمال جراحی (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) بیمه نامه زندگی سپاس ایران

تا تاریخ فسخ را به بیمه گذار مسترد نماید. در صورت حذف این پوشش تکمیلی بیمه گر موظف است با صدور الحاقیه مراتب را به بیمه گذار اعلام نموده و حق بیمه های دریافتی بابت این پوشش را از تاریخ حذف به بیمه گذار مسترد نماید.

5- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می بود اقدام به صدور بیمه نامه **نمی کرد**، بیمه گر حق دارد نسبت به ابطال بیمه نامه اقدام نماید. در این صورت بیمه گر می تواند 10 درصد حق بیمه های دریافتی را بابت هزینه های بیمه گری کسر و باقیمانده حق بیمه را به بیمه گذار مسترد نماید.

6- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده بعد از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

ماده (5) پرداخت حق بیمه :

بیمه گذار موظف است حق بیمه این پوشش تکمیلی را مطابق شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه صادره در سررسید مقرر پرداخت نماید. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

تبصره 1: چنانچه حق بیمه های مقرر بیمه نامه در سررسیدهای تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه نامه، توسط بیمه گذار پرداخت نشده باشد و تامین حق بیمه پوشش های تکمیلی نیز از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه امکان پذیر نباشد و بیمه شده به بیماری مبتلا شود، بیمه گر هیچگونه تعهدی برای جبران خسارت مرتبط با این پوشش تکمیلی نخواهد داشت.

تبصره 2: نحوه پرداخت حق بیمه این پوشش تکمیلی به صورت سالانه می باشد.

ماده (6) فرانشیز :

فرانشیز سهم بیمه شده در این پوشش تکمیلی، در صورت عدم استفاده بیمه شده از بیمه درمانی بیمه گر پایه معادل 20 درصد هزینه های مربوطه و در غیر این صورت معادل سهم بیمه گر پایه می باشد.

تبصره 1: چنانچه بیمه شده دارای بیمه گر پایه باشد، بیمه گذار یا بیمه شده موظف هستند ابتدا نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نموده و سپس رونوشت برابر اصل شده مدارک را به همراه رونوشت چک یا سند مالی دریافتی از بیمه گر پایه، برای دریافت مابه التفاوت هزینه عمل جراحی انجام شده به بیمه گر ارائه نماید.

تبصره 2: چنانچه بیمه شده فاقد بیمه گر پایه باشد، بیمه گذار یا بیمه شده موظف هستند نسبت به ارائه اصل مدارک بیمارستانی خود به بیمه گر اقدام نمایند و بیمه گر نیز پس از اعمال تعرفه و کسر فرانشیز، نسبت به پرداخت مبلغ خسارت به بیمه گذار یا بیمه شده اقدام خواهد نمود.

تبصره 3: در صورتی که سهم بیمه گر پایه برای هزینه عمل جراحی بیمه شده کمتر از فرانشیز مقرر در بیمه نامه باشد، بیمه گر موظف خواهد بود نسبت به کسر مابه التفاوت سهم بیمه گر پایه و فرانشیز از خسارت مورد تایید بیمه شده، اقدام نماید.

ماده (7) وظایف بیمه گذار و بیمه شده :

1-7) بیمه گذار یا بیمه شده حسب مورد موظف می باشند کلیه مستندات پرونده بالینی بیمه شده و نظر پزشک معالج وی، صورتحساب های بیمارستانی یا سایر مدارک مورد درخواست بیمه گر را به وی تسلیم نموده و به کلیه سوالاتی که در رابطه با سوابق پزشکی بیمه شده از ایشان می شود با دقت و صداقت پاسخ دهند.

2-7) در صورتی که بیمه گذار یا بیمه شده تکالیف مقرر در این ماده و مواد 8 و 9 این شرایط عمومی را انجام ندهند، بیمه گر تعهدی مبنی بر پرداخت هزینه های این پوشش تکمیلی به بیمه گذار یا بیمه شده یا دینفع وی نخواهد داشت. مگر اینکه بیمه گذار یا بیمه شده ثابت نمایند به علتی خارج از تعهد و اراده خود قادر به انجام تکالیف مذکور نبوده اند.

تبصره: کلیه بیمه شدگان این پوشش تکمیلی قبل از صدور بیمه نامه توسط بیمه گر مورد معاینه پزشکی قرار گرفته و ارائه پوشش بیمه ای به آنان منوط به تایید پزشک معتمد بیمه گر خواهد بود.

ماده (8) مدارک لازم برای پرداخت هزینه های عمل جراحی بیمه شده (مشروط به بستری در بیمارستان) :

بیمه گذار یا بیمه شده حسب مورد موظف هستند مدارک مورد نیاز را به شرح زیر تهیه و به بیمه گر ارائه نمایند:

1-8) اصل دفترچه بیمه گر پایه و مدارک پوشش بیمه ای تکمیلی بیمه شده (در صورت وجود پوشش بیمه ای پایه یا مکمل برای بیمه شده)

2-8) هرگونه مدارک بالینی که پزشک معتمد بیمه گر برای بررسی و پرداخت هزینه های درمانی به آنها نیاز دارد.

3-8) اصل صورتحساب، ریز صورت هزینه ها و رسیدهای پرداخت مربوطه و گواهی بیمارستان به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری، شرح معالجات و جراحی انجام شده

ماده (9) مهلت اعلام خسارت و تحویل مدارک

بیمه گذار یا بیمه شده موظف می باشند حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از تاریخ ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک یا سند مالی از بیمه گر پایه، کلیه مدارک بیمارستانی خود را مطابق مفاد ماده 8 این شرایط عمومی، به بیمه گر ارائه نمایند.

ماده (10) نشانی قانونی - تغییر محل اقامت - نماینده در ایران

10-1) نشانی محل اقامت بیمه گذار یا نماینده وی در ایران که توسط بیمه گذار در پیشنهاد بیمه نوشته و امضا شده است، برای بیمه گر نشانی قانونی و رسمی تلقی می گردد.

10-2) بیمه گذار موظف است تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتابا به اطلاع بیمه گر برساند.

10-3) هر گاه بیمه گذار خارج از ایران اقامت نماید باید یک نفر را که مقیم ایران است، به عنوان نماینده خود به بیمه گر معرفی نماید و بیمه گر موظف است نامه ها و مکاتبات مربوطه را به عنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید.

10-4) در صورت عدم رعایت مقررات فوق توسط بیمه گذار، آخرین نشانی اعلام شده از سوی بیمه گذار در ایران معتبر خواهد بود.

10-5) کلیه مکاتبات بیمه گذار و نماینده وی در خصوص این قرارداد باید با ذکر شماره بیمه نامه به آدرس واحد صادر کننده آن که در ذیل بیمه نامه درج می گردد، فرستاده شود.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده (11) تعهدات بیمه گر :

بیمه گر متعهد می گردد در صورت پرداخت حق بیمه تعیین شده در بیمه نامه توسط بیمه گذار در سررسید های مقرر ، هزینه های اعمال جراحی قابل پرداخت به شرح زیر را به بیمه گذار پرداخت نماید:

- 11-1) جبران هزینه های جراحی ناشی از بیماری یا حادثه که حتما منجر به بستری بیمه شده در مراکز بیمارستانی مجاز گردیده و جنبه درمانی داشته باشد.
- 11-2) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری و جراحی بیمه شده در مراکز بیمارستانی مجاز
- تبصره 1 : هزینه های جراحی انجام شده ، حسب مورد براساس تعرفه های اعلام شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور برای بخش های دولتی و خصوصی.
- تبصره 2 : در صورتی که بیمه شده مشمول استفاده از غرامت های امراض خاص یا سرطان از محل این بیمه نامه گردیده و غرامت پرداختی جبران هزینه عمل جراحی انجام شده را ننماید. بیمه شده می تواند مابه التفاوت هزینه مذکور را تا سقف تعهد این پوشش مندرج در بیمه نامه از بیمه گر مطالبه نماید.
- تبصره 3 : در صورت انتخاب هر یک از مراکز بیمارستانی مجاز و استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران تکمیلی در مرکز بیمارستانی مذکور ، بیمه گر صرفا موظف به پرداخت باقیمانده هزینه های قابل پرداخت بیمه شده ، تا سقف تعهدات این پوشش تکمیلی خواهد بود ، در هر صورت بیمه گذار یا بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از کلیه شرکت های بیمه گر پایه و تکمیلی جمعا به مبلغی بیش از صورتحساب های انجام شده خود نمی باشد.
- تبصره 4 : جبران خسارت های مورد تعهد این پوشش به صورت مستقیم و با دریافت مدارک مندرج در ماده 8 این شرایط عمومی ، انجام می گیرد.

ماده (12) دوره انتظار

دوره انتظار این پوشش تکمیلی شش ماه (6 ماه) از تاریخ شروع بیمه نامه بوده و در این مدت بیمه گر هیچ گونه تعهدی برای جبران هزینه های عمل جراحی واقع شده نخواهد داشت.

فصل چهارم - استثنائات و خسارت های غیر قابل جبران

ماده (13) استثنائات

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است :

- 13-1) کلیه هزینه های بیمارستانی یا بستری که منجر به انجام جراحی بیمه شده نگردد.
- 13-2) اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود.
- 13-3) مبتلا شدن به هر یک از بیماری های تحت پوشش در اثر اعتیاد، مستی یا نوشیدن مشروبات الکلی، استعمال هرگونه مواد مخدر، دخانیات یا داروهای محرک بدون تجویز پزشک.
- 13-4) در صورتی که بیماری بیمه شده قبل از شروع این پوشش تکمیلی ، آغاز شده باشد.
- 13-5) عیوب مادرزادی
- 13-6) سقط جنین
- 13-7) ترک اعتیاد
- 13-8) خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده
- 13-9) حوادث طبیعی مانند سیل ، زلزله ، آتشفشان
- 13-10) جنگ ، شورش، اغتشاش، بلوا ، اعتصاب ، قیام ، آشوب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنابه تایید مقامات ذیصلاح
- 13-11) عملیات تروریستی و بیو تروریستی
- 13-12) فعل و انفعالات هسته ای
- 13-13) هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر
- 13-14) هزینه همراه بیماران بین 7 تا 70 سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر
- 13-15) جنون
- 13-16) لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند
- 13-17) جراحی فک ، جراحی لثه ، دندانپزشکی ، کاتاراکت، رفع عیوب انکساری چشم، تعویض مفصل، تنگی کانال نخاعی ، ترمیم پارگی رباط و مینیسک ، فتق و دیسک
- 13-18) هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی
- 13-19) کلیه اعمال جراحی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- 13-20) زایمان و نازایی
- 13-21) هرگونه بیماری که بیمه شده قبل از شروع بیمه نامه به آن مبتلا بوده است ، چه در معاینات پزشکی اولیه انجام شده از بیمه شده تشخیص داده شده باشد ، چه نشده باشد.

فصل پنجم - فسخ بیمه نامه

ماده (14) موارد فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر اقدام به فسخ این پوشش تکمیلی نمایند :

14-1) موارد فسخ از طرف بیمه گر :

14-1-1) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسید یا سررسیدهای معین توسط بیمه گذار.

14-1-2) هرگاه بیمه گذار یا بیمه شده سهوا و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری نماید به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود. مطابق ماده 4 این شرایط عمومی

14-1-3) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.

14-2) موارد فسخ از طرف بیمه گذار :

بیمه گذار می تواند این پوشش تکمیلی را فسخ نماید مشروط بر اینکه هیچگونه خسارتی از سوی بیمه گر بابت این پوشش تکمیلی به بیمه گذار یا بیمه شده پرداخت نشده باشد. در این صورت بیمه گر حق بیمه را تا زمان فسخ محاسبه و از بیمه گذار اخذ می نماید.

ماده 15) آثار فسخ

15-1) چنانچه بیمه گر بخواهد نسبت به فسخ این پوشش اقدام نماید، موظف است مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ این پوشش 30 روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود، و پوشش تکمیلی مذکور از آن تاریخ فسخ شده تلقی می گردد.

15-2) چنانچه بیمه گذار بخواهد نسبت به فسخ این پوشش اقدام نماید می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر، فسخ این پوشش تکمیلی را تقاضا کند. بدیهی است در صورت فسخ این پوشش تکمیلی، امکان اکتیاع مجدد آن در طول مدت بیمه نامه وجود نخواهد داشت.

فصل ششم - سایر مقررات

ماده 16) تغییر در شرایط پوشش

هرگونه تغییر در شرایط این پوشش تکمیلی به موجب برگه های الحاقیه ای خواهد بود که براساس تقاضای کتبی بیمه گذار و پس از موافقت بیمه گر، صادر می شود و این برگه های الحاقیه جزو لاینفک بیمه نامه است.

تبصره: بیمه گر با رعایت ضوابط و مقررات می تواند در موارد خاص مطابق با شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه بدون تقاضای بیمه گذار نسبت به صدور الحاقیه اقدام نماید. چنانچه مفاد و مطالب مندرج در بیمه نامه و برگه های الحاقیه با شرایط مورد توافق فی مابین بیمه گر و بیمه گذار تطبیق نکند، بیمه گذار می تواند ظرف مدت بیست روز از تاریخ صدور بیمه نامه یا برگه های الحاقیه، تقاضای تصحیح آن را بنماید. پس از سپری شدن این مدت مندرجات اسناد مزبور مورد تصدیق و قبول بیمه گذار تلقی خواهد شد.

ماده 17) نحوه حل و فصل اختلافات

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند در غیر این صورت هریک از طرفین می توانند موضوع را با انتخاب روش داوری یا طرح در مراجع قضایی حل و فصل نمایند. در صورت انتخاب روش داوری، طرفین قرارداد می توانند یک نفر داور مرضی طرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی طرفین، هر یک از طرفین باید داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی کند. داوران منتخب، داور سومی را به عنوان سرداور انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می کنند. در صورتی که هریک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از معرفی داور طرف مقابل، داور منتخب خود را معرفی نکند یا داوران منتخب، برای انتخاب سرداور به توافق نرسند هر یک از طرفین می تواند حسب مورد تعیین داور یا سرداور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق الزحمه سرداور را می پردازد و در خاتمه، همه هزینه های داوری بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می شود.

تبصره: دعاوی حقوقی موضوع این بیمه نامه یا اجرای آن مطابق مقررات به دادگاه های صالحه ایران (دادگاه صلاحیت دار محل اقامت مدعی علیه) ارجاع خواهد شد.

ماده 18) مرور زمان

مدت مرور زمان کلیه دعاوی حقوقی ناشی از این قرارداد بیمه به مدت دو سال از تاریخ وقوع خطر مورد بیمه می باشد.

ماده 19) موارد پیش بینی نشده

در مواردی که در این شرایط عمومی و شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه نسبت به آن ذکری به میان نیامده است مطابق قانون بیمه، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه و سایر قوانین و مقررات جاری کشور عمل خواهد شد.

ماده 20) تایید رویت شرایط عمومی توسط بیمه گذار

بیمه گر موظف است کلیه مواد این شرایط عمومی را به رویت بیمه گذار برساند و امضای بیمه گذار را در زیر تمام صفحات این شرایط عمومی از وی اخذ نماید.

کلیه مواد مندرج در شرایط عمومی اعلام شده توسط اینجانب بیمه گذار پوشش تکمیلی اعمال جراحی (مشروط به بستری شدن در بیمارستان) بیمه نامه زندگی سپاس ایران شماره خوانده شد و مورد تایید اینجانب می باشد.

امضا و اثر انگشت بیمه گذار
تاریخ

فصل اول - کلیات

ماده (1) اساسی قرارداد :

این پوشش تکمیلی بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال 1316، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه، قوانین و مقررات بیمه، اظهارات کتبی بیمه گذار و بیمه شده در فرم پیشنهاد بیمه و پیوست های احتمالی آن، گزارش پزشک معاینه کننده و تایید بیمه گر، شرایط عمومی و شرایط خصوصی بیمه نامه که جزو لاینفک آن بوده، تنظیم گردیده و مورد توافق بیمه گر و بیمه گذار می باشد.

ماده (2) تعاریف و اصطلاحات :

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این شرایط عمومی صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می توانند داشته باشند با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند :

- 1-2) **بیمه گر** : شرکت سهامی بیمه ایران که پرداخت سرمایه پوشش تکمیلی فوت بر اثر حادثه مندرج در بیمه نامه یا جداول پیوست آن را طبق شرایط مقرر در بیمه نامه زندگی سپاس ایران بر عهده می گیرد.
- 2-2) **بیمه گذار** : شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می نماید. بیمه گذار و بیمه شده ممکن است یک نفر باشند، چنانچه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی نباشند، رضایت کتبی بیمه شده الزامی است و امضا و اثر انگشت وی در فرم پیشنهاد به عنوان رضایت کتبی تلقی می شود.
- 1-2) در مواردی که بیمه شده اهلیت قانونی نداشته باشد، اظهارات کتبی ولی یا قیم قانونی او قابل استناد خواهد بود.
- 3-2) **بیمه شده** : شخص حقیقی است که مشخصات وی در قرارداد بیمه درج گردیده و بیمه گر متعهد به پرداخت غرامت فوت او او به علت تحقق خطرات مشمول این بیمه نامه مطابق این شرایط عمومی، شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه و جدول پیوست آن می باشد.
- 4-2) **ذی نفع** : ذی نفع شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی هستند که مشخصات آنان در بیمه نامه درج گردیده است و خسارت یا غرامت مربوط به بیمه نامه به آنها پرداخت می شود. در صورت فوت بیمه شده، اگر ذی نفع در بیمه نامه تعیین نشده باشد، غرامت به نسبت سهم الارث به وراث قانونی بیمه شده پرداخت می گردد.
- 5-2) **حق بیمه** : وجهی است که بیمه گذار متعهد است مطابق شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه، در مقابل اخذ این پوشش تکمیلی به بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.
- 6-2) **سرمایه بیمه** : سرمایه بیمه یا غرامت وجهی است که بیمه گر متعهد می گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول این پوشش تکمیلی و حداکثر تا مبلغ مندرج در بیمه نامه و جدول پیوست آن به بیمه شده یا ذینفع آن بپردازد.
- 7-2) **حادثه** : حادثه موضوع این پوشش تکمیلی بیمه، هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی است که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به فوت بیمه شده گردد.
- 8-2) **فرم پیشنهاد** : فرمی است حاوی مجموعه ای از سوالات و پرسشها که بیمه گر آن را در اختیار بیمه گذار قرار می دهد و بیمه گذار و بیمه شده موظف به تکمیل آن بوده و بیمه گر بر اساس آن نسبت به ارزیابی شرایط بیمه شده و تعیین خطر و در صورت قبول آن نسبت به صدور بیمه نامه اقدام می نماید. آن قسمت از فرم پیشنهاد که بیمه گر قبول نکرده و همزمان یا پیش از صدور بیمه نامه به بیمه گذار اعلام کرده است، جزو تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد. فرم پیشنهاد تکمیل شده جزو لاینفک بیمه نامه می باشد.
- تبصره** : در هر حال امضای فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار و بیمه شده به منزله قبول کلیه مفاد مندرج در آن می باشد.
- 9-2) **مدت بیمه** : مدت بیمه این پوشش تکمیلی برابر با مدت بیمه نامه سپاس ایران می باشد. منوط بر آنکه مجموع سن بیمه شده و مدت بیمه از 60 سال تمام تجاوز ننماید.

ماده (3) خطرات بیمه شده :

تأمین غرامت مورد تعهد از سوی بیمه گر با رعایت استثنائات و محدودیت های مندرج در بیمه نامه، شامل تحقق خطر (حادثه) موضوع بند 7-2 ماده 2 این بیمه نامه است. همچنین غرامت ناشی از موارد زیر جزو تعهدات بیمه گر محسوب می شود:

3-1- غرق شدن، مسمومیت، تاثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید.

3-2- ابتلا به هاری، کزاز، سیاه زخم و گزیدگی.

3-3- دفاع مشروع بیمه شده.

3-4- اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر و حادثه.

ماده (3) موضوع بیمه :

موضوع بیمه در این پوشش تکمیلی عبارت است از پرداخت سرمایه بیمه (غرامت) مندرج در بیمه نامه و جدول پیوست آن، در صورتی که بیمه شده به طور مستقیم ناشی از موارد مذکور در ماده 3 این شرایط عمومی، فوت نماید.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده (4) رعایت اصل حد اعلائی حسن نیت :

بیمه گذار و بیمه شده موظف هستند به کلیه پرسش های مندرج در فرم پیشنهاد، در کمال حسن نیت پاسخ داده و با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات راجع به وضعیت سلامت بیمه شده، سابقه یا لزوم انجام درمان هر یک از بیماری های بیمه شده را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش های بیمه گر به طور عمد از اظهار مطلبی خودداری نموده یا برخلاف واقع اظهار نمایند، بیمه نامه صادره باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچ گونه تاثیری در وقوع حادثه یا بیماری بیمه شده نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز از وی مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه یا در هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که موثر بر تعهدات بیمه گر و وظایف بیمه گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت بوده و در نتیجه بیمه نامه باطل و



شرایط عمومی پوشش تکمیلی فوت بر اثر حادثه بیمه نامه زندگی

سپاس ایران

بیمه ایران

بی اثر گردیده و بیمه گر نیز تعهدی برای جبران خسارت بیمه شده نخواهد داشت. اگر خودداری از اظهار مطالب یا ارایه اظهارات خلاف واقع از سوی بیمه گذار یا بیمه شده از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی‌شود. در این صورت بیمه گر محق خواهد بود به یکی از روش های زیر عمل نماید:

- 7- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می بود باز هم با دریافت حق بیمه اضافی اقدام به صدور بیمه نامه می کرد ، بیمه گر حق دارد نسبت به حذف این پوشش تکمیلی یا فسخ بیمه نامه اقدام نماید یا در صورت موافقت بیمه گذار ، با دریافت حق بیمه متناسب با خطر اضافه شده ، بیمه نامه را ادامه دهد. در صورت فسخ، بیمه گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ 30 روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر موظف است اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه گذار مسترد نماید. در صورت حذف این پوشش تکمیلی بیمه گر موظف است با صدور الحاقیه مراتب را به بیمه گذار اعلام نموده و حق بیمه های دریافتی بابت این پوشش را از تاریخ حذف به بیمه گذار مسترد نماید.
- 8- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می بود اقدام به صدور بیمه نامه نمی کرد ، بیمه گر حق دارد نسبت به ابطال بیمه نامه اقدام نماید. در این صورت بیمه گر می تواند 10 درصد حق بیمه های دریافتی را بابت هزینه های بیمه گری کسر و باقیمانده حق بیمه را به بیمه گذار مسترد نماید.
- 9- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده بعد از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

ماده (5) پرداخت حق بیمه :

بیمه گذار موظف است حق بیمه این پوشش تکمیلی را مطابق شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه صادره در سررسید مقرر پرداخت نماید. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

تبصره 1: چنانچه حق بیمه های مقرر بیمه نامه در سررسیدهای تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه نامه ، توسط بیمه گذار پرداخت نشده باشد ، بیمه گر می تواند بیمه نامه را با رعایت ماده ۱۲ این شرایط عمومی فسخ نماید. چنانچه بیمه گر بیمه نامه را فسخ نکرده باشد در صورت وقوع حادثه، خسارت را به نسبت حق بیمه پرداخت شده به حق بیمه ای که تا زمان وقوع حادثه باید پرداخت می شد پرداخت خواهد کرد.

تبصره 2: نحوه پرداخت حق بیمه این پوشش تکمیلی به صورت سالانه می باشد.

ماده (6) تغییر خطر:

هر گاه در مدت بیمه، در شغل یا فعالیت های بیمه شده تغییری بوجود آید بیمه شده یا بیمه گذار موظف هستند حداکثر ظرف مدت 10 (ده) روز بیمه گر را آگاه سازند. در صورت تغییر خطر، بیمه گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقی مانده پیشنهاد می نماید. در صورتی که طرفین نتوانند درباره میزان حق بیمه تعدیل شده توافق نمایند هر یک از طرفین می تواند حداکثر ظرف مدت 10 (ده) روز بیمه نامه را فسخ نماید. در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه گر و وقوع حادثه، غرامت با اعمال قاعده نسبی حق بیمه ، توسط بیمه گر پرداخت خواهد شد.

ماده (7) وظایف بیمه گذار و ذی نفع در صورت وقوع فوت بر اثر حادثه:

1-7) بیمه گذار یا ذی نفع بیمه نامه باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف مدت 30 (سی) روز از تاریخ اطلاع از فوت بیمه شده ، مراتب را به صورت کتبی به اطلاع بیمه گر برسانند و سپس مدارک مورد درخواست بیمه گر را (مطابق ماده 8) به وی تسلیم نموده و به کلیه سوالاتی که در رابطه با حادثه رخ داده برای بیمه شده از ایشان می شود با دقت و صداقت پاسخ دهند.

2-7) در صورتی که بیمه گذار یا ذی نفع تکالیف مقرر در این ماده و ماده 8 این شرایط عمومی را انجام ندهند، بیمه گر می تواند به نسبت تاثیر قصور در افزایش خسارت ، خسارت قابل پرداخت را کاهش دهد. مگر اینکه بیمه گذار یا ذی نفع ثابت نمایند به علتی خارج از تعهد و اراده خود قادر به انجام تکالیف مذکور نبوده اند.

ماده (8) مدارک لازم برای پرداخت غرامت فوت بر اثر حادثه:

بیمه گذار یا ذی نفع موظف هستند مدارک مورد نیاز را به شرح زیر تهیه و به بیمه گر ارایه نمایند:

- 1) اعلام کتبی فوت بیمه شده (مطابق ماده 7)
 - 2) گواهی فوت صادره از سوی سازمان ثبت احوال
 - 3) رونوشت برابر اصل کلیه صفحات شناسنامه و کارت ملی باطل شده بیمه شده
 - 4) گواهی پزشکی فوت صادره توسط آخرین پزشک معالج یا پزشکی قانونی مبنی بر تعیین علت فوت.
 - 5) گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح تهیه شده باشد.
 - 6) گواهی انحصار وراثت (در صورتی که استفاده کننده در بیمه نامه و اوراق الحاقی آن مشخص نشده باشد).
- تبصره:** بیمه گر حق دارد با هزینه استفاده کننده هرگونه اطلاعات و مدارک تکمیلی در این زمینه مطالبه یا خود تهیه نماید.

ماده (9) نشانی قانونی - تغییر محل اقامت - نماینده در ایران

1-9) نشانی محل اقامت بیمه گذار یا نماینده وی در ایران که توسط بیمه گذار در پیشنهاد بیمه نوشته و امضا شده است، برای بیمه گر نشانی قانونی و رسمی تلقی می گردد.

2-9) بیمه گذار موظف است تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتبا به اطلاع بیمه گر برساند.

3-9) هر گاه بیمه گذار خارج از ایران اقامت نماید باید یک نفر را که مقیم ایران است، به عنوان نماینده خود به بیمه گر معرفی نماید و بیمه گر موظف است نامه ها و مکاتبات مربوطه را به عنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید.

4-9) در صورت عدم رعایت مقررات فوق توسط بیمه گذار، آخرین نشانی اعلام شده از سوی بیمه گذار در ایران معتبر خواهد بود.

5-9) کلیه مکاتبات بیمه گذار و نماینده وی در خصوص این قرارداد باید با ذکر شماره بیمه نامه به آدرس واحد صادر کننده آن که در ذیل بیمه نامه درج می گردد، فرستاده شود.



فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده (10) تعهدات بیمه گر :

بیمه گر متعهد می گردد در صورت پرداخت حق بیمه تعیین شده در بیمه نامه توسط بیمه گذار در سررسید های مقرر ، در صورتی که بیمه شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول این بیمه نامه فوت کند ، مبلغ سرمایه بیمه را طبق شرایط مندرج در بیمه نامه یا جدول پیوست آن در وجه ذی نفع بیمه نامه ، پرداخت نماید.

ماده (11) مهلت پرداخت تعهدات بیمه گر :

بیمه گر باید بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید و در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور مکتوب به بیمه گذار یا ذی نفع اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، آن را پرداخت نماید. در مواردی که پرداخت خسارت پس از تکمیل مدارک مثبت از سوی بیمه گر به تاخیر می افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می شود.

فصل چهارم - استثنائات و خسارت های غیر قابل جبران

ماده (12) استثنائات

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

- الف- خودکشی و یا اقدام به آن.
- ب- صدمات بدنی که بیمه شده عمداً موجب آن شود.
- ب- مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و روان گردان.
- د- استفاده از داروهای کاهنده هوشیاری و خواب آور بدون تجویز پزشک.
- ه- ارتکاب بیمه شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن.
- و- هر نوع دیسک و یا فتق بیمه شده.
- ز- بیماری و ابتلا به جنون بیمه شده مگر آن که ابتلا به جنون ناشی از تحقق خطر موضوع این بیمه باشد.
- ح- فوت بیمه شده به علت حادثه ناشی از عمد ذی نفع (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت). در این صورت بیمه گر فقط متعهد به پرداخت سهم سایر افراد ذی نفع در سرمایه بیمه خواهد بود.
- ط- جنگ (به جز انفجار و یا عملکرد ادوات نظامی که بعد از جنگ بجا مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.
- ی- ورزش های رزمی و حرفه ای، شکار، سوارکاری، قایقرانی، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی، اکتشافی و غیرتجاری، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات و هدایت کایت یا سایر وسائل پرواز بدون موتور.

فصل پنجم - فسخ بیمه نامه

ماده (13) موارد فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر اقدام به فسخ این پوشش تکمیلی نمایند :

1-13) موارد فسخ از طرف بیمه گر :

بیمه گر در موارد زیر می تواند این پوشش تکمیلی را فسخ نماید. در این صورت حق بیمه مدت اعتبار این پوشش تکمیلی به صورت روزشمار محاسبه خواهد شد:

- 1-1-13- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در موعد یا مواعد معین.
- 2-1-13- هرگاه بیمه گذار سهواً یا بدون سوء نیت مطالبی را اظهار نماید یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن بکاهد.
- 3-1-13- در صورت تشدید خطر موضوع ماده ۶ این شرایط و عدم موافقت بیمه گذار با تعدیل حق بیمه و یا 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.

2-13) موارد فسخ از طرف بیمه گذار :

بیمه گذار می تواند این پوشش تکمیلی را فسخ نماید در این صورت بیمه گر حق بیمه این پوشش تکمیلی تا زمان فسخ را براساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می نماید. مگر در مواردی که فسخ توسط بیمه گذار 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.

ماده (14) آثار فسخ

1-14) در صورتی که بیمه گر بخواهد این پوشش تکمیلی را فسخ نماید موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. در این صورت، 10 (ده) روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار ، این پوشش تکمیلی فسخ شده تلقی می گردد

2-14) بیمه گذار 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، این پوشش تکمیلی فسخ شده محسوب می شود. چنانچه در درخواست بیمه گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.



فصل ششم - سایر مقررات

ماده 15) تغییر در شرایط پوشش

هرگونه تغییر در شرایط این پوشش تکمیلی به موجب برگه های الحاقیه ای خواهد بود که براساس تقاضای کتبی بیمه گذار و پس از موافقت بیمه گر ، صادر می شود و این برگه های الحاقیه جزو لاینفک بیمه نامه است.

تبصره : بیمه گر با رعایت ضوابط و مقررات می تواند در موارد خاص مطابق با شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه بدون تقاضای بیمه گذار نسبت به صدور الحاقیه اقدام نماید. چنانچه مفاد و مطالب مندرج در بیمه نامه و برگه های الحاقیه با شرایط مورد توافق فی مابین بیمه گر و بیمه گذار تطبیق نکند ، بیمه گذار می تواند ظرف مدت بیست روز از تاریخ صدور بیمه نامه یا برگه های الحاقیه ، تقاضای تصحیح آن را بنماید . پس از سپری شدن این مدت مندرجات اسناد مزبور مورد تصدیق و قبول بیمه گذار تلقی خواهد شد .

ماده 16) نحوه حل و فصل اختلافات

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند در غیر این صورت هریک از طرفین می توانند موضوع را با انتخاب روش داوری یا طرح در مراجع قضایی حل و فصل نمایند. در صورت انتخاب روش داوری، طرفین قرارداد می توانند یک نفر داور مرضی طرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی طرفین، هر یک از طرفین باید داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی کند. داوران منتخب، داور سومی را به عنوان سرداور انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می کنند. در صورتی که هریک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از معرفی داور طرف مقابل، داور منتخب خود را معرفی نکند یا داوران منتخب، برای انتخاب سرداور به توافق نرسند هر یک از طرفین می تواند حسب مورد تعیین داور یا سرداور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق الزحمه سرداور را می پردازد و در خاتمه، همه هزینه های داوری بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می شود.

تبصره: دعای حقوقی موضوع این بیمه نامه یا اجرای آن مطابق مقررات به دادگاه های صالحه ایران (دادگاه صلاحیت دار محل اقامت مدعی علیه) ارجاع خواهد شد.

ماده 17) مرور زمان

مدت مرور زمان کلیه دعای حقوقی ناشی از این قرارداد بیمه به مدت دو سال از تاریخ وقوع خطر مورد بیمه می باشد.

ماده 18) موارد پیش بینی نشده

در مواردی که در این شرایط عمومی و شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه نسبت به آن ذکری به میان نیامده است مطابق قانون بیمه، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه و سایر قوانین و مقررات جاری کشور عمل خواهد شد.

ماده 19) تایید رویت شرایط عمومی توسط بیمه گذار

بیمه گر موظف است کلیه مواد این شرایط عمومی را به رویت بیمه گذار برساند و امضای بیمه گذار را در زیر تمام صفحات این شرایط عمومی از وی اخذ نماید.

کلیه مواد مندرج در شرایط عمومی اعلام شده توسط اینجانب بیمه گذار پوشش تکمیلی فوت بر اثر حادثه بیمه نامه زندگی سپاس ایران شماره خوانده شد و مورد تایید اینجانب می باشد.

امضا و اثر انگشت بیمه گذار
تاریخ

تایید رویت شرایط عمومی توسط بیمه گذار

بیمه گر موظف است کلیه مواد این شرایط عمومی را به رویت بیمه گذار برساند و امضای بیمه گذار را در زیر تمام صفحات این شرایط عمومی از وی اخذ نماید.

کلیه مواد مندرج در شرایط عمومی اعلام شده توسط اینجانب بیمه گذار پوشش تکمیلی بیماری های خاص و سرطان بیمه نامه زندگی سپاس ایران شماره خوانده شد و مورد تایید اینجانب می باشد.

تاریخ امضا و اثر انگشت بیمه گذار



