

راهنمای جامع سیمازر

فصل اول: معرفی و فلسفه طراحی محصول سیمازر

سیمازر یک بیمه عمر اندوخته‌دار متصل به دارایی طلا است که توسط شرکت بیمه کارآفرین با هدف ترکیب مزایای بیمه‌های عمر و سرمایه‌گذاری مبتنی بر طلا طراحی شده است. این محصول برای افرادی طراحی شده است که علاوه بر برخورداری از پوشش‌های بیمه‌ای، به دنبال ایجاد و حفظ ارزش دارایی خود در بلندمدت نیز هستند.

در سال‌های گذشته، بخش عمده بیمه‌های عمر و سرمایه‌گذاری بر مبنای سودهای تضمینی و مشارکت در منافع طراحی می‌شدند. با تغییر شرایط اقتصادی و افزایش توجه افراد به حفظ ارزش دارایی، بسیاری از مشتریان هنگام خرید بیمه عمر، عملکرد بیمه‌نامه خود را با دارایی‌هایی مانند طلا، ارز، مسکن و سایر ابزارهای سرمایه‌گذاری مقایسه می‌کنند تا از تورم حاکم بر جامعه عقب نمانند. درواقع دغدغه‌های مشتریان این است که بدانند آیا اندوخته‌ای که طی سال‌های آینده در بیمه‌نامه ایجاد می‌شود، می‌تواند متناسب با تغییرات اقتصادی ارزش خود را حفظ کند یا خیر.

بر همین اساس، بیمه کارآفرین محصول سیمازر را طراحی کرده است تا در کنار مزایای بیمه عمر (حفاظت بیمه‌ای)، امکان تشکیل اندوخته مبتنی بر طلا (سرمایه‌گذاری مبتنی بر طلا) را نیز فراهم کند.

سیمازر چیست؟

سیمازر یک بیمه عمر اندوخته‌دار است که اندوخته آن پس از کسر هزینه‌های بیمه‌ای، اداری و سایر هزینه‌های مرتبط، در گواهی سپرده شمش طلای بورس کالا سرمایه‌گذاری می‌شود. ارزش اندوخته بیمه‌گذار بر اساس ارزش روز این دارایی محاسبه می‌شود و متناسب با تغییرات بازار طلا افزایش یا کاهش خواهد یافت. در کنار بخش سرمایه‌گذاری، بیمه‌گذار می‌تواند از پوشش‌های مختلف بیمه‌ای نیز استفاده کند که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

- سرمایه فوت عادی
- سرمایه فوت ناشی از حادثه
- هزینه پزشکی ناشی از حادثه
- ازکارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه یا بیماری
- معافیت از پرداخت حق بیمه
- امراض خاص
- غرامت بستری

مهم‌ترین اهداف طراحی محصول سیمازر عبارت‌اند از:

- ایجاد پشتوانه مالی برای خانواده در صورت فوت بیمه‌شده
- حمایت مالی در برابر برخی بیماری‌ها و حوادث
- ایجاد امکان برنامه‌ریزی مالی بلندمدت
- تشکیل اندوخته مبتنی بر طلا
- کمک به حفظ ارزش دارایی در بلندمدت
- فراهم کردن امکان انتقال منافع بیمه‌نامه به ذی‌نفعان تعیین‌شده

تفاوت سیمازر با بیمه‌های عمر سنتی

سیمازر از نظر ساختار سرمایه‌گذاری با بیمه‌های عمر سنتی تفاوت دارد. در بیمه‌های عمر سنتی معمولاً اندوخته به صورت ریالی مدیریت می‌شود و مبنای رشد آن سودهای تضمینی و مشارکت در منافع است. اما در سیمازر، مبنای ارزش‌گذاری اندوخته، دارایی طلا است و ارزش اندوخته متناسب با تغییرات قیمت طلا محاسبه می‌شود. بنابراین در این محصول، معیار ارزیابی عملکرد اندوخته، ارزش روز دارایی مبتنی بر طلا خواهد بود.

تفاوت سیمازر با خرید مستقیم طلا

خرید طلا یک ابزار سرمایه‌گذاری محسوب می‌شود و صرفاً مالکیت دارایی طلا را برای فرد ایجاد می‌کند، در مقابل، سیمازر علاوه بر ایجاد اندوخته مبتنی بر طلا، مزایای بیمه‌ای نیز در اختیار بیمه‌گذار قرار می‌دهد؛ از جمله:

- سرمایه فوت
- پوشش فوت حادثه
- هزینه پزشکی ناشی از حادثه
- پوشش امراض خاص
- پوشش از کارافتادگی
- معافیت از پرداخت حق بیمه
- تعیین ذی‌نفع
- انتقال منافع بیمه‌نامه به افراد مورد نظر

بنابراین سیمازر جایگزین خرید طلا نیست، بلکه محصولی است که مزایای بیمه عمر را با سرمایه‌گذاری مبتنی بر طلا ترکیب کرده است.

فصل دوم: ساختار سرمایه‌گذاری و تشکیل اندوخته

ساختار و فرایند کلی سرمایه‌گذاری در سیمازر به صورت زیر انجام می‌شود:

حق بیمه پرداختی بیمه‌گذار پس از کسر هزینه‌های بیمه‌گری، اداری، پوشش‌های بیمه‌ای و سایر هزینه‌های پیش‌بینی شده در شرایط بیمه‌نامه انتخابی اندوخته بیمه‌نامه را تشکیل می‌دهد که همین اندوخته مبنای سرمایه‌گذاری و تشکیل دارایی بیمه‌گذار بوده و این اندوخته در گواهی سپرده شمش طلای بورس کالا سرمایه‌گذاری می‌گردد و مبنای محاسبه ارزش روز دارایی بیمه‌گذار می‌شود.

گواهی سپرده شمش طلا چیست؟

گواهی سپرده شمش طلا، اوراقی است که مالکیت مقدار مشخصی از شمش طلای استاندارد را نشان می‌دهد و در بورس کالا مورد معامله قرار می‌گیرد. قیمت این اوراق بر اساس شرایط بازار و معاملات انجام‌شده تعیین می‌شود و به صورت مستمر قابل مشاهده و رهگیری است. در سیمازر، ارزش اندوخته بیمه‌گذار بر اساس ارزش همین دارایی محاسبه می‌شود. استفاده از گواهی سپرده شمش طلا چند مزیت مهم دارد:

شفافیت: ارزش دارایی بر اساس قیمت‌های معاملاتی مشخص و قابل مشاهده تعیین می‌شود.

قابلیت ارزش‌گذاری مستمر: امکان محاسبه ارزش روز دارایی در هر زمان وجود دارد.

ارتباط مستقیم با طلا: مبنای ارزش‌گذاری دارایی به صورت مستقیم به بازار طلا متصل است.

سهولت مدیریت دارایی: امکان خرید و فروش دارایی مطابق ضوابط بازار سرمایه فراهم است.

تفاوت سیمازر با صندوق‌های طلا

در برخی محصولات مشابه سایر شرکتهای بیمه‌ای، سرمایه‌گذاری از طریق صندوق‌های طلا انجام می‌شود. صندوق‌های طلا معمولاً ترکیبی از دارایی‌های مختلف هستند، از جمله گواهی سپرده طلا، اوراق درآمد ثابت، سپرده‌های بانکی، وجه نقد و سایر ابزارهای مالی که در نتیجه عملکرد صندوق الزاماً معادل عملکرد مستقیم طلا نیست. این درحالی است که در سیمازر، مبنای سرمایه‌گذاری گواهی سپرده شمش طلا است و ارزش دارایی مستقیماً بر اساس این ابزار محاسبه می‌شود.

ارزش روز دارایی

یکی از مهم‌ترین مفاهیم در سیمازر، «ارزش روز دارایی» است. ارزش روز دارایی عبارت است از ارزش لحظه‌ای اندوخته سرمایه‌گذاری شده بیمه‌گذار بر اساس قیمت روز گواهی سپرده شمش طلا. فلذا تمامی عملیات مالی مرتبط با اندوخته از جمله برداشت، بازخرید، و یا پرداخت ارزش اندوخته در زمان حیات یا فوت بر اساس ارزش روز دارایی انجام می‌شود. در ساعات فعالیت بورس کالا، عملیاتی همچون، صدور، برداشت از اندوخته و یا بازخرید بیمه‌نامه بر اساس قیمت‌های معاملاتی همان زمان انجام شده و در خارج از ساعات معاملاتی، قیمت پایانی آخرین روز معاملاتی مبنای محاسبه قرار خواهد گرفت.

از آنجاکه ارزش اندوخته در سیمازر تابع ارزش روز دارایی طلا است، بنابراین افزایش قیمت طلا موجب افزایش ارزش اندوخته و کاهش قیمت طلا می‌تواند موجب کاهش ارزش اندوخته شود. به همین دلیل ارزش اندوخته در این محصول ثابت یا تضمین‌شده نیست و سود تضمینی وجود ندارد. بر همین اساس از آنجاکه در این محصول، مبنای رشد یا کاهش اندوخته، عملکرد دارایی سرمایه‌گذاری شده در گواهی سپرده شمش طلا است و نه سود حاصل از سرمایه‌گذاری‌های شرکت بیمه، بر خلاف بیمه‌نامه‌های سنتی مشارکت در منافع نیز در این محصول وجود ندارد.

فصل سوم : شرایط قرارداد و صدور بیمه‌نامه

بیمه‌نامه سیمازر برای افراد از بدو تولد تا قبل از ۶۵ سالگی قابل صدور بوده و برای مدت معین (حداقل ۵ سال) و یا تا ۸۰ سالگی فرد می‌تواند ادامه داشته باشد. بیمه‌گذار می‌تواند برای خود یا برای شخص دیگری اقدام به خرید بیمه‌نامه نماید و محدودیتی از نظر نسبت خانوادگی میان بیمه‌گذار و بیمه‌شده وجود ندارد.

حداقل حق بیمه قابل قبول برای صدور بیمه‌نامه سیمازر ۱۰ میلیون تومان در سال و با یکی از روشهای پرداخت سالانه، شش ماهه و یا سه ماهه امکان پذیر است. نسبت سرمایه فوت می‌تواند بین ۱ تا ۵۰ برابر حق بیمه سالانه انتخاب شود.

سقف سرمایه فوت در گروه‌های سنی مختلف به شرح زیر است:

سن بیمه شده	سقف سرمایه فوت
بدو تولد تا پایان ۱ سالگی	۲ میلیارد تومان
از ۲ تا پایان ۱۵ سالگی	۴ میلیارد تومان
از ۱۶ تا پایان ۶۹ سالگی	۵۰ میلیارد تومان
از ۷۰ تا پایان ۸۰ سالگی	۲ میلیارد تومان

نکته: کودکان زیر یک سال تحت پوشش فوت عادی قرار نمی‌گیرد.

ارزیابی ریسک و معاینات پزشکی

یکی از مهم‌ترین مراحل صدور بیمه‌نامه، ارزیابی ریسک بیمه‌شده است. هدف از این فرآیند، بررسی وضعیت سلامت، سوابق پزشکی و شرایط فرد برای تعیین ریسک بیمه‌ای است. صدور بیمه‌نامه سیمازر بر مبنای اطلاعات ارائه‌شده در فرم پیشنهاد انجام می‌شود و صحت اطلاعات اعلامی بیمه‌گذار و بیمه‌شده اهمیت بسیار بالایی دارد و مبنای ارزیابی ریسک و رسیدگی به خسارت خواهد بود. هرگونه اظهار خلاف واقع یا کتمان اطلاعات مؤثر می‌تواند مطابق مقررات بیمه‌ای بر اعتبار قرارداد یا نحوه رسیدگی به خسارت اثرگذار باشد.

جدول معاینات پزشکی بر اساس سن و سرمایه فوت

معاینات پزشکی گروه سنی	معاف از معاینات بالینی و انجام آزمایشات پزشکی	گواهی پزشکی متخصص اطفال	معاینات بالینی پزشک عمومی + نوار قلب + آزمایشات پارا	معاینات بالینی پزشک عمومی + نوار قلب + آزمایشات پارا و تکمیلی + گواهی متخصص قلب	معاینات بالینی پزشک عمومی + نوار قلب + آزمایشات پارا و تکمیلی + سونو لگن و شکم و دستگاه زنان و تیروئید + گواهی متخصص قلب اکوکاردیوگرافی + تست ورزش
بدو تولد تا پایان ۱ سالگی	تا ۵۰۰	تا ۲۰۰۰			
از ۲ تا پایان ۱۵ سالگی	تا ۱۰۰۰	تا ۴۰۰۰			
از ۱۶ تا پایان ۳۵ سالگی	تا ۳۰۰۰		تا ۱۰۰۰۰		تا ۵۰.۰۰۰
از ۳۶ تا پایان ۵۰ سالگی	تا ۳۰۰۰			تا ۱۰.۰۰۰	تا ۲۰.۰۰۰
از ۵۱ تا پایان ۶۵ سالگی	تا ۲۰۰۰			تا ۱۰.۰۰۰	تا ۵۰.۰۰۰

ارقام بر اساس میلیون تومان می باشد.

براساس جدول سن و سرمایه فوق و همچنین در صورت انتخاب پوشش امراض بیش از ۱ میلیارد تومان، ممکن است برای صدور بیمه‌نامه نیاز به ویزیت آنلاین، معاینه و یا انجام آزمایش پزشکی باشد، لیکن به منظور ایجاد تسهیل و تسریع در فرآیند صدور، ارزیابی ریسک در لحظه صدور بیمه‌نامه بر مبنای خوداظهاری بیمه‌گزار/بیمه‌شده (طبق مندرجات فرم پیشنهاد) صورت گرفته و بیمه‌نامه صادر می‌گردد و سپس طی مدت ۱۰ روز، نسبت به انجام تشریفات مربوط به معاینات بالینی و آزمایشات پزشکی و یا ویزیت تلفنی اقدام می‌گردد. همچنین در صورت انتخاب پوشش امراض بیش از ۱ میلیارد تومان نیز، ویزیت تلفنی صورت می‌پذیرد. مواردی که فرد سابقه بیماری یا موارد پزشکی داشته باشد از این قاعده مستثنی می‌باشد.

همچنین در مواردی که بیمه‌گذار/بیمه‌شده شخصا به نماینده، کارشناس فروش و یا شعبه جهت خریداری بیمه‌نامه مراجعه نموده باشند، از شمول این فرآیند استثناء می‌گردد و بر اساس جدول سن و سرمایه و همچنین پوشش امراض خاص، بیمه‌شده قبل از صدور بیمه‌نامه می‌بایست جهت انجام معاینات بالینی و آزمایشات پزشکی و یا ویزیت تلفنی اقدام نماید. جهت تفکیک این موارد، در فرآیند صدور بیمه‌نامه، پرسشی به شرح ذیل در کلیه سامانه‌های صدور آنلاین افزوده شده است:

آیا متقاضی/بیمه‌شونده شخصا جهت خریداری بیمه‌نامه مراجعه نموده است؟ بلی خیر

پس از بررسی نتایج ارزیابی پزشکی، ممکن است یکی از حالت‌های زیر رخ دهد:

- بیمه‌نامه بدون تغییر ادامه پیدا می‌کند.
- اعمال اضافه نرخ
- اعمال الحاقیه استثنائات
- عدم پذیرش ریسک

دینفعان بیمه‌نامه

بیمه‌گذار می‌تواند در زمان صدور بیمه‌نامه، دینفع یا دینفعان مورد نظر خود را تعیین نماید. در صورت وقوع خسارت یا فوت، منافع بیمه‌نامه مطابق ضوابط و بر اساس سهم تعیین‌شده به دینفعان پرداخت خواهد شد.

اتوپرداخت

برای تسهیل پرداخت اقساط و کاهش احتمال فراموشی پرداخت، امکان استفاده از سامانه پرداخت خودکار پس از صدور بیمه‌نامه وجود دارد. در این روش، مبلغ قسط یک هفته قبل از سررسید اقساط از طریق پیامک به بیمه‌گذار اطلاع‌رسانی شده و در سررسیدهای تعیین‌شده از حساب معرفی‌شده توسط بیمه‌گذار، برداشت می‌شود. (برای بانکهای طرف قرارداد)

استفاده از این قابلیت موجب تسهیل در وصول مطالبات و کاهش مطالبات معوق خواهد شد.

فصل چهارم: پوششهای تکمیلی

پوششهای بیمه‌ای مهم‌ترین بخش حمایتی محصول سیمازر را تشکیل می‌دهند. اگرچه سیمازر یک بیمه عمر اندوخته‌دار متصل به دارایی طلا است، اما ارزش واقعی آن تنها به بخش سرمایه‌گذاری محدود نمی‌شود. بیمه‌گذار در طول مدت قرارداد می‌تواند از مجموعه‌ای از پوششهای بیمه‌ای بهره‌مند شود که برای حمایت مالی از وی و خانواده‌اش در شرایط مختلف طراحی شده‌اند.

پوششهای اصلی سیمازر عبارت‌اند از:

- سرمایه فوت عادی
- سرمایه فوت ناشی از حادثه
- هزینه پزشکی ناشی از حادثه
- از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه یا بیماری
- معافیت از پرداخت حق بیمه
- امراض خاص
- غرامت بستری
- زلزله و سیل، آتش فشان، موتورسیکلت و ورزشهای رزمی و حرفه ای

هر یک از این پوششها دارای شرایط خاص خود هستند که در ادامه تشریح می‌شوند.

پوشش سرمایه فوت عادی (پوشش اصلی)

سرمایه فوت عادی، اصلی‌ترین پوشش بیمه‌ای در سیمازر است. در صورت فوت بیمه‌شده به هر علت (به استثنای موارد مستثنی شده در شرایط عمومی بیمه‌نامه)، سرمایه فوت تعیین‌شده در بیمه‌نامه به ذینفع یا ذینفعان معرفی‌شده پرداخت خواهد شد.

سقف سرمایه فوت در گروه‌های سنی مختلف به شرح زیر است:

سن بیمه شده	سقف سرمایه فوت
بدو تولد تا پایان ۱ سالگی	۲ میلیارد تومان
از ۲ تا پایان ۱۵ سالگی	۴ میلیارد تومان
از ۱۶ تا پایان ۶۹ سالگی	۵۰ میلیارد تومان
از ۷۰ تا پایان ۸۰ سالگی	۲ میلیارد تومان

نکته: کودکان زیر یک سال تحت پوشش فوت عادی قرار نمی‌گیرد.

پوشش سرمایه فوت ناشی از حادثه

پوشش فوت ناشی از حادثه یعنی در صورتی که فوت بیمه شده در اثر حادثه رخ دهد، علاوه بر سرمایه فوت عادی، سرمایه فوت ناشی از حادثه نیز پرداخت خواهد شد. سرمایه فوت حادثه میتواند تا معادل ۴ برابر سرمایه فوت عادی انتخاب گردد، بنابراین در صورت فوت ناشی از حادثه، مجموع پرداخت برابر خواهد بود با سرمایه فوت عادی + سرمایه فوت حادثه جمعا معادل ۵ برابر سرمایه فوت عادی

سن بیمه شده	سقف پوشش سرمایه فوت حادثی
بدو تولد تا پایان ۳ سالگی	-
از ۴ تا پایان ۱۵ سالگی	۴ میلیارد تومان
از ۱۶ تا پایان ۶۹ سالگی	۵۰ میلیارد تومان
از ۷۰ تا پایان ۸۰ سالگی	۲ میلیارد تومان

پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه

این پوشش برای جبران بخشی از هزینه های درمانی ناشی از حوادث در نظر گرفته شده است. میزان تعهد این پوشش دقیقا معادل ۲۰ درصد سرمایه فوت حادثه میباشد و امکان انتخاب درصدهای پایین تر وجود ندارد.

سن بیمه شده	سقف پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه
بدو تولد تا پایان ۳ سالگی	-
از ۴ تا پایان ۱۵ سالگی	۱۵۰ میلیون تومان
از ۱۶ تا پایان ۶۹ سالگی	۳۰۰ میلیون تومان
از ۷۰ تا پایان ۸۰ سالگی	۱۵۰ میلیون تومان

پوشش از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه و بیماری

یکی از مهم ترین مزیت های سیمارز، پوشش از کارافتادگی کامل و دائم است. در بیمه های عمر سایر شرکتهای بیمه ای، در صورت ارائه این پوشش، از کارافتادگی صرفاً در صورت وقوع حادثه تحت پوشش قرار می گیرد. اما در سیمارز، علاوه بر حادثه، از کارافتادگی ناشی از بیماری نیز تحت پوشش قرار می گیرد. میزان تعهد این پوشش تا ۴ برابر سرمایه فوت عادی و تا سقف ۱۰ میلیارد تومان می باشد.

سن بیمه شده	سقف پوشش از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه و بیماری
بدو تولد تا پایان ۳ سالگی	-
از ۴ تا پایان ۱۵ سالگی	۴ میلیارد تومان
از ۱۶ تا پایان ۶۹ سالگی	۱۰ میلیارد تومان
از ۷۰ تا پایان ۸۰ سالگی	۱ میلیارد تومان

از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه از زمان شروع پوشش بیمه ای تحت تعهد قرار دارد و دوره انتظار ندارد، اما بهره مندی از پوشش از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری منوط به سپری شدن یکسال دوره انتظار است.

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه

این پوشش برای حفظ اعتبار بیمه‌نامه در شرایطی طراحی شده است که بیمه‌شده دچار ازکارافتادگی کامل و دائم شود. در این حالت، شرکت بیمه پرداخت حق بیمه‌های آتی را تا سقف ۵۰۰ میلیون تومان در سال بر عهده می‌گیرد. مبنای محاسبه تعهد شرکت بیمه، حق بیمه سال وقوع ازکارافتادگی می‌باشد، به عبارت دیگر حتی در صورت داشتن تعدیل حق بیمه، در صورت بروز خسارت، حق بیمه سال وقوع ازکارافتادگی ثابت مانده و این مبلغ تا پایان مدت بیمه‌نامه، بجای بیمه گذار پرداخت می‌گردد، حداکثر تعهد این پوشش، ۵۰۰ میلیون تومان در سال است. در صورت بروز خسارت و بهره‌مندی از پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه، سایر پوشش‌های اضافی بیمه‌نامه حذف می‌شوند.

پوشش غرامت بستری ناشی از حادثه

این پوشش برای جبران بخشی از هزینه‌ها و کاهش فشار مالی ناشی از بستری شدن در اثر حادثه طراحی شده است. در صورتی که بیمه‌شده در اثر وقوع حادثه دچار آسیب‌دیدگی شده و به تشخیص پزشک نیاز به بستری در بیمارستان داشته باشد، چنانچه مدت بستری بیش از سه روز به طول انجامد، از روز چهارم بستری تا حداکثر ۹۰ روز، مبلغی به عنوان غرامت روزانه بستری به وی پرداخت خواهد شد. میزان این غرامت روزانه می‌تواند تا سقف ۱۰ میلیون تومان انتخاب شود و مجموع تعهد این پوشش در طول مدت بیمه‌نامه تا سقف ۹۰۰ میلیون تومان خواهد بود به شرط آنکه از مبلغ سرمایه فوت منطبق با تاریخ حادثه تجاوز نکند.

پوشش زلزله و سیل، آتش فشان، موتورسیکلت و ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای

برخی حوادث و فعالیت‌ها به دلیل سطح ریسک بالاتر، در پوشش‌های پایه بیمه دارای محدودیت هستند. این پوشش با هدف رفع این محدودیت‌ها طراحی شده و خطرات ناشی از زلزله، سیل، آتشفشان، استفاده از موتورسیکلت و فعالیت در ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای را تحت پوشش قرار می‌دهد. در صورت وقوع حادثه در هر یک از این شرایط، تعهدات حادثه بیمه‌نامه مطابق شرایط و سرمایه‌های انتخاب‌شده برقرار بوده و خسارت‌های قابل پوشش از جمله فوت ناشی از حادثه، نقص عضو و ازکارافتادگی ناشی از حادثه، هزینه‌های پزشکی و سایر مزایای مرتبط قابل پرداخت خواهد بود. این پوشش موجب می‌شود دامنه حمایت بیمه‌نامه در برابر حوادث و فعالیت‌های پرریسک گسترده‌تر شده و بیمه‌شده از پوشش کامل‌تری برخوردار باشد.

پوشش امراض خاص

پوشش امراض خاص یکی از مهم‌ترین پوشش‌های تکمیلی سیمازر است. این پوشش ماهیت سرمایه‌ای دارد و پرداخت آن ارتباطی با هزینه واقعی درمان ندارد، در واقع در راستای حمایت از بیمه‌شده در صورت بروز بیماری‌های صعب‌العلاج و گذران این دوران، این پوشش معادل ۲۰۰ درصد سرمایه فوت عادی، بصورت سرمایه‌ای و تا سقف ۲ میلیارد تومان پرداخت می‌گردد. دوره انتظار برای استفاده از پوشش امراض خاص، تا یک میلیارد تومان سرمایه، ۶ ماه و برای بیش از یک میلیارد تومان سرمایه یک سال می‌باشد.

در سیمازر، برخلاف سایر شرکت‌های بیمه‌ای، آنژیوپلاستی (باز کردن تنگی عروق کرونر توسط بالن) و استنت (قرار دادن فنر در عروق کرونر) به میزان ۱۰ درصد سرمایه فوت نیز تحت پوشش می‌باشد، در بسیاری از محصولات مشابه، این موارد جزو استثنائات محسوب می‌شوند و تحت پوشش نیستند. با توجه به شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی، این پوشش یکی از مزیت‌های مهم سیمازر در مقایسه با بسیاری از محصولات مشابه محسوب می‌شود.

در صورت بروز خسارت و پس از استفاده از پوشش امراض خاص، این پوشش خاتمه می‌یابد. با این حال بیمه‌شده می‌تواند در سالهای بعد درخواست بررسی مجدد برای دریافت پوشش را ارائه کند. در فرآیند ارزیابی مجدد پزشکی، ممکن است این پوشش با محدودیت یا استثنائات جدید صادر شود یا مورد پذیرش قرار نگیرد.

سن بیمه شده	سقف سرمایه فوت
بدو تولد تا پایان ۱ سالگی	۱ میلیارد تومان
از ۲ تا پایان ۷۰ سالگی	۲ میلیارد تومان
از ۷۱ تا پایان ۸۰ سالگی	-

فصل پنجم: عملیات بیمه نامه و مدیریت اندوخته

بیمه‌نامه سیمار علاوه بر ایجاد پوشش‌های بیمه‌ای و تشکیل اندوخته مبتنی بر طلا، امکاناتی را برای مدیریت اندوخته در طول مدت قرارداد در اختیار بیمه‌گذار قرار می‌دهد.

آشنایی با نحوه افزایش سرمایه‌گذاری، برداشت از اندوخته، بازخرید بیمه‌نامه و سایر عملیات اجرایی از اهمیت بالایی برخوردار است؛ زیرا این موارد مستقیماً بر ارزش دارایی، تداوم پوشش‌های بیمه‌ای و عملکرد بلندمدت بیمه‌نامه اثر می‌گذارند.

تشکیل دارایی و افزایش اندوخته

با هر بار پرداخت حق بیمه، پس از کسر هزینه‌های مربوطه، بخشی از مبلغ پرداختی به اندوخته بیمه‌نامه اختصاص پیدا می‌کند. این اندوخته مطابق سازوکار محصول به دارایی مبتنی بر طلا تبدیل شده و ارزش آن بر اساس قیمت روز دارایی پایه محاسبه می‌شود، در نتیجه، با تداوم پرداخت حق بیمه، اندوخته بیمه‌نامه به تدریج افزایش یافته و ارزش دارایی بیمه‌گذار شکل می‌گیرد.

افزایش سرمایه‌گذاری

بیمه‌گذار می‌تواند در طول مدت قرارداد نسبت به افزایش سرمایه‌گذاری خود اقدام نماید. مبالغ جدید پس از طی فرآیندهای اجرایی و کسر هزینه‌های مربوطه، به اندوخته بیمه‌نامه افزوده شده و به دارایی مبتنی بر طلا تبدیل می‌شوند. این موضوع به بیمه‌گذار امکان می‌دهد متناسب با شرایط مالی خود، ارزش اندوخته بیمه‌نامه را افزایش دهد.

ارزش روز دارایی

مبنای تمامی عملیات مالی در سیمار، ارزش روز دارایی است. ارزش روز دارایی عبارت است از ارزش لحظه‌ای اندوخته سرمایه‌گذاری شده بیمه‌گذار بر اساس قیمت روز گواهی سپرده شمش طلا. تمامی عملیات مرتبط با برداشت، بازخرید، محاسبه اندوخته و پرداخت ارزش دارایی بر اساس ارزش روز دارایی انجام می‌شود.

برداشت جزئی از اندوخته

یکی از امکانات مهم محصول سیمار، امکان برداشت بخشی از اندوخته بدون خاتمه بیمه‌نامه است. این قابلیت به بیمه‌گذار اجازه می‌دهد در صورت نیاز مالی، بخشی از ارزش دارایی خود را دریافت کند و در عین حال بیمه‌نامه را حفظ نماید. زمان مجاز برداشت سه ماه پس از تاریخ شروع بیمه‌نامه می‌باشد و سقف برداشت حداکثر تا ۹۰ درصد ارزش روز اندوخته است. درخواست‌های برداشت بر اساس ارزش روز دارایی در زمان انجام عملیات محاسبه می‌شوند. کاهش اندوخته ممکن است بر مواردی همچون ارزش دارایی باقی‌مانده، رشد آتی اندوخته، توانایی اندوخته در پوشش هزینه‌های بیمه‌نامه و استمرار برخی تعهدات در بلندمدت اثرگذار باشد.

بازخرید بیمه‌نامه

بازخريد به معنای خاتمه قرارداد و دریافت ارزش دارایی تشکیل شده است. در صورت درخواست بازخريد، بیمه‌نامه خاتمه یافته و تعهدات آتی شرکت بیمه نیز پایان می‌پذیرد. در سه ماه نخست قرارداد، امکان بازخريد وجود ندارد. در زمان بازخريد بیمه‌نامه، دارایی مبتنی بر طلا ابطال می‌شود. در این حالت، ۲ درصد ارزش روز دارایی به عنوان هزینه ابطال دارایی کسر خواهد شد، بنابراین مبلغ پرداختی به بیمه‌گذار پس از کسر این هزینه محاسبه می‌شود.

تفاوت برداشت و بازخريد

برداشت و بازخريد دو مفهوم متفاوت هستند.

در برداشت جزئی از اندوخته، بیمه‌نامه باقی می‌ماند، پوشش‌های بیمه‌ای ادامه پیدا می‌کنند و فقط بخشی از اندوخته برداشت می‌شود. اما در بازخريد بیمه‌نامه خاتمه یافته و پوشش‌های بیمه‌ای متوقف می‌شوند و ارزش روز دارایی تسویه می‌شود.

وام

امکان دریافت وام و وثیقه گذاری از محل اندوخته در بیمه‌نامه سیمار وجود ندارد.

استمرار بیمه‌نامه و نقش اندوخته

اندوخته بیمه‌نامه علاوه بر نقش سرمایه‌گذاری، در تداوم اعتبار قرارداد نیز اهمیت دارد. در صورتی که حق بیمه‌ها به موقع پرداخت نشوند و اندوخته موجود نیز برای پوشش هزینه‌های بیمه‌نامه کافی نباشد، ادامه اعتبار قرارداد با مشکل مواجه خواهد شد. به همین دلیل حفظ تعادل میان برداشت از اندوخته و اهداف بلندمدت بیمه‌نامه اهمیت زیادی دارد. از آنجا که سیمار یک محصول بلندمدت است و طراحی آن بر مبنای تشکیل تدریجی دارایی در طول زمان انجام شده است، برداشت‌های مکرر یا بازخريد زود هنگام ممکن است مانع دستیابی به اهداف مالی مورد انتظار بیمه‌گذار شود. در نتیجه، توصیه می‌شود بیمه‌گذار پیش از هرگونه برداشت یا بازخريد، آثار آن را بر برنامه مالی بلندمدت خود بررسی نماید.

فصل ششم: کارمزدها و ضوابط جبران خدمات شبکه فروش

کارمزد بیمه نامه سیمازر

کارمزد بیمه نامه سیمازر: در محصول سیمازر، مبنای محاسبه کارمزد برابر است با سی در هزار سرمایه فوت یا ۷۵ درصد حق بیمه هر کدام که کمتر باشد که در طی ۵ سال مستهلک می گردد، کارمزد سال اول ۴۰ درصد و برای سالهای دوم تا ۵ ام ۱۵ درصد است. این کارمزد پس از صدور و وصول حق بیمه مطابق ضوابط شرکت و بر اساس جایگاه فرد پرداخت می شود.

کارمزد وصول

در سیمازر برای وصول حق بیمه نیز کارمزد مستقلی در نظر گرفته شده است. نرخ کارمزد وصول از ابتدای سال اول تا مادامی که حق بیمه پرداخت گردد معادل ۳ درصد حق بیمه دریافتی (به استثنای هزینه پوششهای اضافی و اضافه نرخ) است. این کارمزد در قبال وصول حق بیمه و استمرار قرارداد پرداخت می شود.

کارمزد پوشش امراض خاص

در صورت انتخاب پوشش امراض خاص توسط بیمه گذار، کارمزد مربوط به این پوشش به صورت جداگانه محاسبه می شود. نرخ کارمزد پوشش امراض خاص معادل ۲۰ درصد است.

کارمزد سایر پوشش های تکمیلی:

نرخ کارمزد برای سایر پوشش های اضافی قابل انتخاب در بیمه نامه، ۲۵ درصد در نظر گرفته شده است.

کارمزد در صورت تعدیل حق بیمه و سرمایه فوت:

در صورت افزایش یا کاهش حق بیمه و یا تغییر سرمایه فوت بیمه نامه، کارمزدها نیز متناسب با تغییرات ایجاد شده مجدداً محاسبه خواهند شد. این محاسبات بر مبنای محاسبه کارمزد بیمه نامه سیمازر و نسبت افزایش حق بیمه و سرمایه فوت صورت می پذیرد.

کارمزد الحاقیه های افزایشی و کاهشی

در صورت صدور الحاقیه های افزایشی یا کاهشی، کارمزد مربوط به تغییرات ایجاد شده بر اساس ضوابط جاری محاسبه و اعمال خواهد شد. این موضوع شامل تغییراتی مانند افزایش یا کاهش سرمایه فوت، و افزایش یا کاهش حق بیمه و تغییر پوشش ها می شود.

کارمزد افزایش اندوخته و آورده اولیه

در صورتی که بیمه‌گذار نسبت به افزایش آورده اولیه یا افزایش سرمایه‌گذاری در بیمه‌نامه اقدام نماید، به جهت حفظ منافع بیمه‌گذار، کارمزدی به شبکه فروش تعلق نمی‌گیرد.

ریسک استرداد کارمزد

در برخی شرایط، ممکن است کارمزدهای پرداخت‌شده مشمول استرداد شوند.

این موضوع معمولاً در مواردی مانند فسخ بیمه‌نامه، ابطال بیمه‌نامه، بازخرید زودهنگام و سایر موارد پیش‌بینی‌شده در مقررات قابل بررسی خواهد بود. نحوه محاسبه استرداد کارمزد تابع ضوابط شرکت و مقررات بیمه مرکزی است.

فصل هفتم: شرایط عمومی بیمه نامه سیمازر و پوششهای تکمیلی

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

شرایط عمومی بیمه نامه عمر اندوخته دار سیمازر

فصل اول - کلیات

ماده ۱- اساس بیمه نامه

این بیمه نامه براساس قانون بیمه‌ی مصوب سال ۱۳۱۶، عرف بیمه‌گری و پیشنهاد کتبی بیمه‌گزار (که جزء لاینفک این بیمه نامه است) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه‌گزار که مورد قبول بیمه‌گر نبوده و همزمان با صدور بیمه نامه یا قبل از آن به نحو مقتضی به بیمه‌گزار اعلام شده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

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- بیمه‌گر: شرکت بیمه کارآفرین (سهامی عام) است.

۲- بیمه‌گزار: شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه‌گر منعقد، مشخصات وی در بیمه نامه درج و موظف به پرداخت حق بیمه‌ی بیمه نامه و الحاقیه‌های آن بوده و انجام سایر وظایف قانونی را برعهده داشته و حق بازخرید بیمه نامه را دارد.

۳- بیمه شده: شخص حقیقی است که مشخصات وی در بیمه نامه درج شده و فوت یا حیات او موضوع قرارداد بیمه و سن و سلامتی او مبنای محاسبه‌ی حق بیمه است. تبصره ۱: بیمه شده می‌تواند در هر مرحله از مدت بیمه نامه نسبت به فسخ بیمه نامه درخواست نماید. در این صورت منافع بیمه نامه به بیمه‌گزار عودت داده خواهد شد. تبصره ۲: در این بیمه نامه در صورت فوت بیمه‌گزار، بیمه شده یا ولی قانونی وی جانشین بیمه‌گزار در بیمه نامه خواهد شد، مگر اینکه بیمه‌گزار شخص دیگری را تعیین کرده باشد. کلیه تعهدات و حقوق بیمه‌گزار بر فرد جانشین مترتب خواهد بود.

۴- ذینفع: شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی که مشخصات وی در بیمه نامه درج شده و توسط بیمه‌گزار و با موافقت کتبی بیمه شده تعیین می‌شود و وجه بیمه‌ی مقرر در بیمه نامه در شرایط فوت یا حیات بیمه شده به ایشان تعلق می‌گیرد.

تبصره: منافع بیمه نامه به وراثت ذینفعی که قبل از فوت بیمه شده، فوت کرده است، تعلق نخواهد گرفت.

۵- حق بیمه: مبلغی است که با توجه به شرایط بیمه شده و در قبال تعهدات بیمه‌گر تعیین می‌شود و ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت آن از سوی بیمه‌گزار است.

۶- سال بیمه‌ای: یک سال بیمه‌ای برابر با یک سال تمام خورشیدی از تاریخ شروع بیمه نامه است و هر ساله به همان ترتیب تا پایان مدت بیمه نامه ادامه خواهد یافت.

۷- مدت بیمه: عبارت است از مدت زمانی که طبق توافق بیمه‌گر و بیمه‌گزار، پوشش بیمه‌ای برای بیمه شده برقرار و کلیه تعهدات طرفین در این فاصله‌ی زمانی انجام و به پایان می‌رسد.

۸- وجه بیمه: مبلغی است که بیمه‌گزار انتخاب و بیمه‌گر آن را مورد تأیید قرار داده تا در صورت فوت بیمه شده به ذینفع بیمه نامه پرداخت شود. در صورت حیات بیمه شده در پایان مدت بیمه نامه، این وجه برابر با ارزش بازخریدی بیمه نامه بوده که به ذینفع قابل پرداخت است.

تبصره ۱: چنانچه سرمایه پوشش فوت با تعدیل سنواتی همراه باشد، وجه بیمه‌ی مورد تعهد بیمه‌گر همان سرمایه‌ی سال بیمه‌ای است که بیمه شده در آن سال فوت کرده است.

تبصره ۲: در صورت فوت بیمه شده، پرداخت اندوخته‌ی بیمه نامه تا تاریخ تصفیه‌ی خسارت، پس از کسر هزینه‌های مستهلک نشده‌ی مربوط به زمان اعتبار بیمه نامه، به همراه وجه بیمه‌ی مربوط به فوت بیمه شده جزو تعهدات بیمه‌گر است.

۹- شاخص سرمایه‌گذاری بیمه نامه: معادل است با ارزش روز گواهی سپرده‌ی شمش طلا در بورس کالا.

۱۰- نرخ سود تضمین: این محصول فاقد نرخ سود تضمین بوده و حفظ ارزش ذخیره ریاضی بر اساس ارزش روز شاخص گواهی سپرده شمش طلا در بورس کالا در تعهد شرکت بیمه کارآفرین است.

۱۱- ذخیره ریاضی: مبلغی است که پس از کسر هزینه‌های بیمه‌ای از حق بیمه‌ی پرداختی بیمه‌گزار و اعمال شاخص سرمایه‌گذاری بیمه نامه حاصل شده و بر مبنای آن

حقوق بیمه‌گزار در بیمه نامه برای اموری از قبیل بازخرید تعیین می‌شود.

تبصره: محاسبات ذخیره ریاضی در ساعات معاملات بورس کالا بر اساس ارزش لحظه‌ای گواهی سپرده (موضوع ماده ۹) و در ساعات غیرمعاملات بورس کالا بر اساس قیمت پایانی این شاخص می‌باشد.

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

۱۲- ارزش بازخریدی: معادل ۱۰۰ درصد ذخیره ریاضی پس از کسر هزینه ای ابطال دارایی و سایر هزینه های مستهلک نشده در زمان اعتبار بیمه نامه بوده که در صورت انصراف بیمه گزار از ادامه ی بیمه نامه یا سررسید بیمه نامه به بیمه شده یا ذینفع مسترد می شود.

۱۳- فرم پیشنهاد: پرسشنامه ای درخصوص مشخصات فردی و وضعیت سلامتی بیمه گزار و بیمه شده و همچنین تعیین شرایط بیمه نامه می باشد که توسط ایشان (حسب مورد) و یا نماینده قانونی ایشان تکمیل و تأیید می گردد و جزء لاینفک بیمه نامه می باشد. تبصره: تکمیل این فرم تا قبل از صدور بیمه نامه، برای بیمه گر تعهدآور نمی باشد.

۱۴- جدول برنامه ریزی تعهدات بیمه گزار و بیمه گر: جدولی است که جزء لاینفک بیمه نامه بوده و بیانگر توافقات بیمه گر و بیمه گزار در تعهدات متقابل در طول مدت بیمه نامه است.

ماده ۳- موضوع بیمه

عبارت است از تعهدات بیمه گر مبنی بر پرداخت وجه بیمه در صورت فوت بیمه شده در طول مدت بیمه نامه یا پرداخت ارزش بازخریدی در پایان مدت بیمه نامه در ازای انجام تعهدات بیمه گزار.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گزار و بیمه شده

ماده ۴- رعایت اصل حد اعلای حسن نیت بیمه گزار و بیمه شده

بیمه گزار و بیمه شده، حسب مورد، موظف هستند به کلیه ی پرسشهای مندرج در فرم پیشنهاد از قبیل مشخصات فردی و وضعیت سلامتی جسمی و روحی خود در کمال حسن نیت به بیمه گر پاسخ دهند.

هرگاه این سوابق حتی با معاینه پزشکی بعمل آمده قابل تشخیص نباشد و بیمه گر به ناچار به اظهارات بیمه شده اکتفا کرده باشد و سپس معلوم شود که اظهارات بیمه شده یا بیمه گزار بطور عمد یا سهوا مطابق با حقیقت نبوده یا از ابراز مطالب موثر در صدور بیمه نامه خودداری کرده است، بیمه گر حق و اختیار دارد حسب مورد به یکی از طرق زیر عمل کند:

۱- در صورتی که بیمه گر به اظهارات خلاف واقع بیمه گزار یا بیمه شده پی برده اما اهمیت موضوع کشف شده به حدی باشد که اگر بیمه گر در ابتدای عقد قرارداد نیز از آن مطلع بود اقدام به صدور بیمه نامه می کرد در اینصورت: الف - در صورت کشف کتمان قبل از بروز خطر، بیمه گر حق دارد نسبت به فسخ بیمه نامه اقدام و ارزش بازخرید آن را پس از کسر هزینه ها به بیمه گزار مسترد کرده یا در صورت موافقت بیمه گزار، با دریافت حق بیمه ی اضافی متناسب بیمه نامه را ادامه دهد. ب - در صورت کشف کتمان بعد از بروز خطر، تعهدات بیمه گر به نسبت حق بیمه ی دریافتی به حق بیمه ی واقعی کاهش خواهد یافت. ج - در صورت کشف کتمان کم اهمیت در بیمه نامه هایی که زمان سپری شده از مدت آن بیش از ده سال بوده اما کلیه ی حق بیمه های آن بطور منظم پرداخت شده است، بیمه گر منعی برای ایفای تعهدات در زمان خسارت یا تداوم بیمه نامه با نرخ جاری ندارد.

۲- در صورتی که بیمه گر به اظهارات خلاف واقع بیمه گزار یا بیمه شده پی ببرد و اهمیت موضوع کشف شده قبل از وقوع خطر یا پس از وقوع خطر به درجه ای باشد که اگر بیمه گر در موقع عقد قرارداد از آن اطلاع داشت، اقدام به صدور بیمه نامه نمی کرد، بیمه نامه فسخ و ارزش بازخریدی بیمه نامه قابل پرداخت بوده و بیمه گر هیچ تعهدی به پرداخت خسارت ندارد.

ماده ۵- اعتبار بیمه نامه و آثار مرتبط بر آن از ساعت ۲۴ روز پرداخت اولین قسط حق بیمه توسط بیمه گزار آغاز می شود، مشروط بر اینکه وضع سلامت بیمه شده در فاصله بین تاریخ تکمیل فرم درخواست بیمه نامه توسط بیمه شده تا تاریخ شروع اعتبار بیمه نامه تغییر نیافته باشد، در غیر این صورت، بیمه نامه صادره باطل و حق بیمه وصولی اعاده می شود.

ماده ۶- اقساط حق بیمه می بایست بر اساس مبالغ و سررسیدهای مندرج در "جدول تعهدات بیمه گزار و بیمه گر" پرداخت شود. بیمه گزار مکلف است جهت پیشگیری از هرگونه اختلال، حق بیمه را با کد شناسه ی مربوطه و به حساب بانکی معین از طرف بیمه گر پرداخت کند.

ماده ۷- پرداخت زودتر از موعد حق بیمه در روش پرداخت سالانه و اقساطی مشمول اعمال ارزش شاخص خواهد شد. در صورت عدم پرداخت حق بیمه در این دو روش پرداخت در مهلت مقرر، ذخیره ریاضی بیمه نامه جهت تامین حق بیمه ی تجاری ریسک فوت و پوشش های تکمیلی بیمه نامه منظور و ذخیره ریاضی و ارزش بازخریدی بیمه نامه متناسب با تاخیر تغییر خواهد یافت.

نام بیمه‌گذار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

ماده ۸- در صورت استمرار عدم پرداخت حق بیمه و عدم تکافوی اندوخته بابت تامین هزینه‌ها، بیمه نامه فسخ می‌شود و پس از فسخ، بیمه‌گر تعهدی در قبال جبران خطرات تحت پوشش بیمه نامه نخواهد داشت. در این صورت واریز حق بیمه از طرف بیمه‌گذار تعهدآور نخواهد بود و مبلغ پرداختی عینا عودت داده می‌شود.

ماده ۹- نفع بیمه‌ای

بیمه‌گذار باید نسبت به موضوع بیمه نفع بیمه‌ای داشته باشد. در صورتیکه بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی نباشند، اخذ رضایت کتبی بیمه‌شده به منظور احراز نفع بیمه‌ای ضروری است. در مواردی که بیمه‌شده اهلیت قانونی نداشته باشد، ولی یا قیم قانونی وی می‌بایست به نمایندگی اعلام رضایت می‌کند.

ماده ۱۰- تعیین و تغییر ذینفع بیمه نامه

۱- تعیین ذینفع: بیمه‌گذار می‌بایست با موافقت کتبی بیمه شده، ذینفع یا ذینفعان در هنگام فوت بیمه‌شده و ذینفع جدید در صورت فوت ذینفع قبلی و همچنین ذینفع یا ذینفعان در صورت حیات بیمه‌شده را در فرم پیشنهاد تعیین کرده و مشخصات، نسبت، اولویت و سهم هر یک از ذینفعان را کتبا به بیمه‌گر اعلام کند. بیمه‌گر موظف است ذینفع تعیین شده توسط بیمه‌گذار را در بیمه‌نامه درج کند.

تبصره ۱- در صورت عدم تعیین ذینفع و فوت بیمه‌شده یا عدم تعیین ذینفع جدید پس از فوت ذینفع قبلی، وراثت قانونی بیمه‌شده به‌عنوان ذینفع محسوب می‌شود. در اینگونه موارد بیمه‌گر موظف است در شرایط خصوصی بیمه نامه نحوه تسهیم وجه بیمه‌ای عمر را بین وراثت قانونی تعیین کند.

تبصره ۲- همچنین در صورت عدم تعیین ذینفع و حیات بیمه‌شده، منافع بیمه‌نامه متعلق به شخص بیمه شده خواهد بود.

۲- تغییر ذینفع: هرگونه تغییر در ذینفع، اولویت یا سهم آنها در مدت بیمه‌نامه، با درخواست کتبی بیمه‌گذار و موافقت کتبی بیمه‌شده یا نماینده قانونی وی امکان‌پذیر است.

ماده ۱۱- انتقال بیمه نامه

بیمه‌گذار می‌تواند با موافقت کتبی بیمه‌شده و با صدور الحاقیه توسط بیمه‌گر، بیمه‌نامه را به بیمه‌گذار دیگری منتقل کند مشروط به اینکه ذینفع تعیین شده در بیمه نامه بستانکار وی نباشد.

تبصره ۱- کلیه دیون بیمه نامه تا تاریخ انتقال به عهده انتقال‌دهنده است.

تبصره ۲- در صورت انتقال بیمه نامه، بیمه شده قابل تغییر نمی‌باشد.

تبصره ۳- در شرایطی که بیمه‌گذار و بیمه شده شخص واحدی نباشند و بیمه‌گذار بیمه‌نامه را به دیگری منتقل کند، چنانچه منتقل‌الیه تعهدات بیمه‌گذار به موجب بیمه نامه را اجرا کند، بیمه‌نامه معتبر باقی می‌ماند. با این حال، منتقل‌الیه می‌تواند بیمه نامه را طبق شرایط عمومی بیمه نامه فسخ کند.

تبصره ۴- در صورت انتقال بیمه نامه، اگر منتقل‌الیه متعدد باشند، هر یک از آنها نسبت به تمام اقساط حق‌بیمه‌های باقیمانده از تاریخ انتقال در مقابل بیمه‌گر مسئول خواهد بود.

ماده ۱۲- انصراف از خرید بیمه‌نامه

این بیمه‌نامه با توجه به ماهیت محاسبه‌ی ذخیره‌ی ریاضی آن فاقد امکان ابطال بیمه نامه بوده و در صورت انصراف از خرید بیمه نامه، بیمه‌گذار می‌تواند نسبت به بازخرید کلی بیمه نامه و دریافت ارزش بازخریدی اقدام نماید.

ماده ۱۳- اصلاح و تغییر در شرایط بیمه‌نامه

چنانچه مفاد بیمه‌نامه یا الحاقیه صادره با پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار منطبق نباشد، فرم پیشنهاد بیمه‌ی تکمیل شده‌ی بیمه‌گذار مبنای تعهدات بیمه‌گر است. همچنین، تقاضای بیمه‌گذار در مورد تغییر در بیمه نامه با موافقت بیمه‌گر و با صدور الحاقیه عملی خواهد شد و الحاقیه‌ها جزء لاینفک بیمه نامه محسوب می‌شوند.

تبصره: در صورتی که بیمه‌گذار نسبت به متن و مفاد بیمه نامه یا هر یک از الحاقیه‌های صادره اشکال، ایراد و یا اعتراضی داشته باشد، مکلف است ظرف ۴۸ ساعت پس از دریافت بیمه‌نامه یا الحاقیه نظر خود را طی نامه اعلام نمایند. در غیر این صورت بیمه نامه و یا الحاقیه صادره به منزله قبول بیمه‌گذار تلقی می‌شود.

ماده ۱۴- مهلت و نحوه پرداخت حق بیمه

حق بیمه می‌تواند به شکل یکجا، سالانه یا اقساطی محاسبه و پرداخت شود. در صورت سالانه یا قسطی بودن بیمه‌نامه، اقساط حق بیمه باید حداکثر تا مهلت توافق شده

پرداخت شود. در صورت پرداخت زودتر، دیرتر یا عدم پرداخت حق بیمه‌ی هر سررسید از سوی بیمه‌گذار، بیمه‌نامه مشمول اعمال مواد ۷ و ۸ این شرایط عمومی خواهد شد.

ماده ۱۵- مهلت اعلام خسارت

در صورت فوت بیمه‌شده، بیمه‌گذار یا ذینفع یا نماینده‌ی قانونی آنها موظفند مراتب را با ذکر دقیق علت فوت حداکثر ظرف ۳۰ روز از تاریخ فوت کتبا به اطلاع بیمه‌گر برسانند. همچنین، در زمان سررسید بیمه‌نامه ارائه مدرک شناسایی معتبر حسب مورد از طرف استفاده‌کننده بیمه نامه در زمان حیات یا شخص بیمه‌گذار جهت دریافت

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

ذخیره‌ی ریاضی بیمه‌نامه الزامی است. بیمه‌گزار مکلف است اصل بیمه نامه و اصل اوراق الحاقی آن را به همراه اصل و کپی شناسنامه و کارت ملی به بیمه‌گر جهت دریافت وجه بیمه تسلیم نماید.

تبصره - در صورتی که بیمه‌گزار، بیمه‌شده 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 اراده‌ی خود قادر به انجام تکلیف نبوده‌اند.

ماده ۱۶- تعدیل وجه بیمه

بیمه‌گزار می‌تواند به انتخاب خود و با موافقت بیمه‌گر وجه بیمه را تعدیل نماید. در این صورت، حق بیمه مطابق با وجه بیمه تغییر کرده و جدول تعهدات جدید ملاک عمل قرار می‌گیرد.

ماده ۱۷- اسناد و مدارک لازم جهت پرداخت وجه بیمه

بیمه‌گزار، ذینفع یا نماینده قانونی آنها موظفند با رعایت ماده ۱۱ این شرایط، اسناد و مدارک لازم را به بیمه‌گر ارائه کنند. حداقل اسناد و مدارک لازم به شرح زیر است:

۱- بیمه‌نامه و اوراق الحاقی پیوست آن؛

۲- مدارک رسمی فوت نظیر شناسنامه و کارت ملی باطل شده بیمه‌شده

۳- گواهی فوت صادره از سوی ثبت احوال و یا کنسولگری‌های سفارت ایران در خارج از کشور؛

۴- نظریه آخرین پزشک معالج و جواز دفن صادره از مرجع قانونی در مورد علت فوت؛

۵- در صورت فوت ناشی از حادثه، گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع قانونی ذی‌صلاح آماده شده باشد؛

۶- گواهی انحصار وراثت (در صورت عدم تعیین استفاده کننده)؛

۷- فتوکپی شناسنامه و کارت ملی استفاده کننده/گان یا وراث قانونی.

تبصره ۱- بیمه‌گر حق دارد هرگونه اطلاعات و مدارک مورد نیاز را از ذینفعان مطالبه یا با هزینه ذینفعان راسا تهیه کند. این مدارک جزو مستندات پرونده بوده و قابل مطالبه از سوی ذینفعان نخواهد بود.

تبصره ۲- چنانچه بیمه‌گر ثابت کند به دلیل عدم ارائه اسناد و مدارک لازم در مهلت مقرر در این ماده، ضرر و زیانی متوجه وی شده است، می‌تواند ذینفع را از دریافت تمام یا بخشی از خسارت محروم کند.

ماده ۱۸- بازخرید بیمه‌نامه

بیمه‌گزار می‌تواند بیمه‌نامه‌ای را که پایان نیافته و دارای ذخیره ریاضی است، بازخرید کند. در این صورت بیمه‌گر ارزش بازخریدی بیمه‌نامه را به وی پرداخت می‌نماید. در روش پرداخت یکجای حق بیمه، حق بیمه‌ی برگشتی پوشش‌های تکمیلی به ازای سالهای باقیمانده از مدت بیمه‌نامه نیز علاوه بر ارزش بازخریدی به ذینفع پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۹- در صورتیکه ذینفع در بیمه‌نامه‌های زندگی بستانکار بیمه‌گزار باشد و این مطلب در بیمه‌نامه یا الحاقیه‌های آن تصریح شده باشد، حق بازخرید بیمه‌نامه موکول به موافقت کتبی بستانکار است.

ماده ۲۰- امکان برداشت از اندوخته

۱- امکان برداشت از اندوخته (بازخرید جزئی) از محل ارزش بازخریدی بیمه‌نامه از سه ماه پس از صدور بیمه‌نامه میسر است. این بازه‌ی زمانی بر اساس آخرین ضوابط ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ا قابل تغییر است.

تبصره: در صورت برداشت از اندوخته (بازخرید جزئی)، مانده ذخیره ریاضی بیمه‌نامه نزد بیمه‌گر مبنای تشکیل ذخیره‌ی ریاضی سنوات آتی خواهد بود.

ماده ۲۱- وام

این بیمه‌نامه باتوجه به ماهیت محاسبه‌ی ذخیره‌ی ریاضی آن فاقد امکان دریافت وام است.

ماده ۲۲- وثیقه سپاری

این بیمه‌نامه باتوجه به ماهیت محاسبه‌ی ذخیره‌ی ریاضی آن فاقد امکان وثیقه‌سپاری است.

ماده ۲۳ - واریز متفرقه

بیمه‌گزار می‌تواند نسبت به واریز متفرقه با هدف افزایش سرمایه‌گذاری اقدام نماید.

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

ماده ۲۴- اقامتگاه قانونی

اقامتگاه قانونی بیمه گزار یا نماینده ی قانونی وی به ترتیبی است که در فرم پیشنهاد بیمه نامه ذکر شده و مکاتبات بیمه گر به همان نشانی ارسال می شود. در صورتی که بیمه گزار محل اقامت خود را تغییر دهد، موظف است که نشانی و کدپستی اقامتگاه جدید خود را کتبا به اطلاع بیمه گر برساند. هرگاه بیمه گزار خارج از ایران اقامت داشته باشد می بایست نشانی و کد پستی فرد مورد وثوق خود در ایران را کتبا به اطلاع بیمه گر رسانده تا مکاتبات به عنوان و اقامتگاه وی ارسال شود. در صورت عدم توجه بیمه گزار به رعایت این مقررات، آخرین اقامتگاه اعلام شده ی وی در ایران معتبر تلقی می شود.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده ۲۵- پوشش اصلی این بیمه نامه فوت به هر علت و پوشش های تکمیلی منضم به این پوشش شامل فوت به علت حادثه، نقص عضو ناشی از حادثه و از کارافتادگی به هر علت، هزینه پزشکی ناشی از حادثه، مقرری روزانه بستری بیمارستانی ناشی از حادثه، امراض خاص و معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده است.

ماده ۲۶- رعایت اصل حد اعلا ی حسن نیت بیمه گر

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

ماده ۲۷- مهلت و نحوه پرداخت وجه بیمه

در صورت اعلام فوت بیمه شده به بیمه گر و ارایه ی کلیه ی اسناد و مدارک لازم توسط بیمه گزار یا ذینفع یا نماینده قانونی آنها، بیمه گر موظف است بعد از دریافت کلیه ی مدارک مربوط به خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام کند. در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت، مراتب را همراه با ذکر دلایل به شکل مکتوب به بیمه گزار یا ذینفع یا نماینده قانونی آنها اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از قبول خسارت آن را پرداخت کند. همچنین بیمه گر موظف است در صورت حیات بیمه شده در سررسید بیمه نامه، وجه بیمه را که همان ارزش بازخریدی بیمه نامه است به درخواست بیمه گزار حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز به ذینفع پرداخت کند.

تبصره- در صورتی که پرداخت وجه بیمه در صورت حیات بیمه شده پس از تکمیل مدارک لازم از سوی بیمه گر بیش از ۳۰ روز به تاخیر افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می شود.

ماده ۲۸- پس از احراز تعهد بیمه گر و مشخص شدن میزان آن، در مواردی که به هر دلیل، شناسایی ذینفع ظرف مدت ۳۰ روز پس از احراز فوت بیمه شده یا سررسید بیمه نامه امکان پذیر نباشد، بیمه گر موظف است به رعایت ماده ۲۴ آیین نامه شماره ی ۷۱ شورای عالی بیمه خواهد بود.

ماده ۲۹- گزارش سالیانه

بیمه گر موظف است حداقل سالی یکبار آخرین وضعیت بیمه نامه را منطبق با مقررات مربوطه و آخرین جدول تعهدات بیمه گزار و بیمه گر، بر اساس عملکرد آخرین سال مالی گذشته، به نحو مقتضی، در اختیار بیمه گزار قرار دهد. اطلاعات مندرج در هر گزارش سالیانه مبنای تعهدات بیمه گر خواهد بود.

ماده ۳۰- مشارکت در منافع

این بیمه نامه باتوجه به ماهیت محاسبه ی ذخیره ی ریاضی آن فاقد مشارکت در منافع است.

فصل چهارم- استثنائات و خسارتهای غیر قابل جبران

ماده ۳۱- در صورت فوت بیمه شده در موارد زیر، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت وجه بیمه ی خطر فوت نداشته و صرفا متعهد به پرداخت ذخیره ریاضی به ذینفع خواهد بود:

۱. فوت بیمه شده در اثر خودکشی یا سعی در خودکشی طی یکسال اول بیمه ای

۲. فوت ناشی از بارداری و زایمان در سال اول

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

۳. کودکان زیر یکسال: در سال اول تولد، سرمایه فوت به هر علت صرفاً جهت خطرات ناشی از حادثه قابل پرداخت است

۴. فوت در اثر ارتکاب به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن

۵. فوت ناشی از مصرف هر نوع مواد مخدر، مشروبات الکلی، مواد انرژی زا و روان گردان و هرگونه مسمومیت ناشی از مصرف دارو

۶. فوت ناشی از شرکت در مسابقه سرعت و پروازهای اکتشافی و آکروباتیک و هر نوع تمرین پرواز هوایی هدایت کایت و یا سایر وسایل پرواز بدون موتور و یا تمرین غواصی، پرش با چتر نجات، بدلکاری و یا هر نوع سقوط آزاد

۷. فوت در اثر انفجار یا تشعشعات هسته ای و یا آلودگی های شیمیایی و بیولوژیکی ناشی از آن

۸. فوت ناشی از جنگ، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اغتشاش، اقدامات تروریستی، بمب گذاری، عملیات انتحاری، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، امنیتی

تبصره: عملیات پلیسی جزء عملیات نظامی محسوب خواهد شد.

۹. بیمه گزار، بیمه شده را به قتل رساند یا در قتل مباشرت، مشارکت و یا معاونت نماید.

ماده ۲۲- در صورتی که یکی از استفاده کنندگان، بیمه شده را به قتل رسانده یا در قتل او مباشرت، مشارکت و یا معاونت داشته باشند تعهدات بیمه گر فقط منحصر به سهم سایر استفاده کنندگان می باشد.

ماده ۲۳- هرگاه بیمه شده به عنوان یک فرد نظامی یا در تشکیلات نظامی تحت هر عنوان به جنگ اعزام شود بیمه نامه وی از روز اعزام تعلیق می شود، حتی اگر بیمه گر بر اثر عدم اطلاع از اعزام بیمه شده به مأموریت جنگی به دریافت حق بیمه ادامه دهد. در صورت فوت بیمه شده تنها اندوخته بیمه نامه تا روز تعلیق پرداخت شده و حق بیمه های دریافتی بعد از تعلیق نیز برگشت داده خواهد شد.

فصل پنجم- فسخ و ابطال بیمه نامه

ماده ۲۴- فسخ، موارد و آثار آن

الف- موارد فسخ از طرف بیمه گر:

در صورت تحقق یکی از اشکال پنج گانه زیر، بیمه گر حق فسخ بیمه نامه را دارد:

۱. در صورت عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسیدهای معین و یا عدم کفایت اندوخته در تامین هزینه های سررسید بیمه نامه (این بند در خصوص بیمه نامه های با روش پرداخت یکجای حق بیمه فاقد موضوعیت است).

۲. طبق ماده ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه، هرگاه بیمه گزار / بیمه شده عمداً و یا سهواً (بدون سوء نیت) از اظهار مطالبی خودداری نمایند و یا بر خلاف واقع اظهار نمایند به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد.

۳. طبق ماده ۱۶ قانون بیمه در صورت تشدید خطر و یا تغییر ارادی در وضعیت سلامت بیمه شده به نحوی که اگر وضعیت مزبور قبل از صدور بیمه نامه بود، بیمه گر حاضر به انعقاد بیمه نامه با شرایط مذکور در قرارداد فعلی نمی شد و یا عدم موافقت بیمه گزار با پرداخت حق بیمه اضافی یا کاستن از اندوخته به میزان تشدید خطر.

۴. در این بیمه نامه مصرف هر نوع مواد مخدر، مشروبات الکلی، مواد انرژی زا و روان گردان از مصادیق تشدید خطر به شکل با اهمیت محسوب می شوند، بیمه گر به محض اطلاع در هر مرحله از شرایط بیمه نامه صرف نظر از وقوع یا عدم وقوع خسارت حق فسخ قرارداد را دارد.

۵. در صورتی که منابع حق بیمه واریزی بر اساس قوانین و طبق نظر مراجع قانونی و رسمی از مصادیق با منشاء پولشویی تشخیص داده شود، بیمه گر به محض اطلاع در هر مرحله از شرایط بیمه نامه صرف نظر از وقوع یا عدم وقوع خسارت حق فسخ قرارداد را دارد.

ب- موارد فسخ از طرف بیمه گزار:

۱- در صورت عدم رعایت موارد مندرج در ماده ۴ این شرایط، بیمه گزار می تواند نسبت به فسخ قرارداد اقدام کند. در این صورت بیمه گزار می بایست مراتب را به وسیله نامه ای سفارشی یا سایر روش های اطلاع رسانی به بیمه گر اطلاع دهد. اثر فسخ بلافاصله پس از دریافت نامه ای سفارشی یا سایر روش های اطلاع رسانی توسط بیمه گر یا از تاریخی که در نامه بیمه گزار درج شده است، شروع شده و بیمه گر می بایست اضافه ای حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را بدون کسر کارمزد و هزینه های اداری به بیمه گزار مسترد دارد. در غیر اینصورت، بیمه گر یا هر یک از وراثت قانونی حق فسخ بیمه نامه را دارند.

۲- در صورتیکه فعالیت بیمه گر در رشته ای بیمه های زندگی به هر دلیل متوقف شود، بیمه گزار می تواند نسبت به فسخ قرارداد اقدام کند. در این صورت، بیمه گر موظف است

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

ارزش بازخریدی بیمه نامه را به بیمه گزار مسترد کند.

ج- موارد فسخ از طرف بیمه شده: بیمه شده می بایست مراتب را به وسیله نامه سفارشی یا دیگر روش های اطلاع رسانی به بیمه گر اطلاع دهد. اثر فسخ بلافاصله پس از دریافت نامه سفارشی یا سایر روش های اطلاع رسانی توسط بیمه گر و یا از تاریخی که در نامه بیمه شده درج شده است، شروع شده و بیمه گر می بایست اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را بدون کسر کارمزد و هزینه های اداری به بیمه گزار مسترد دارد و مراتب را کتبا به بیمه شده اطلاع دهد.

ماده ۳۵- ابطال، موارد و آثار آن

هرگاه بیمه گزار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات کذب بیان کرده و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کذب وی به گونه ای باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، عقد بیمه باطل و ارزش بازخریدی بیمه نامه قابل پرداخت خواهد بود و بیمه گر هیچ تعهدی به پرداخت خسارت نخواهد داشت. حتی اگر مراتب مذکور تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت، نه تنها وجوهی که بیمه گزار پرداخته است قابل استرداد نیست، بلکه بیمه گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده نیز از بیمه گزار مطالبه کند.

ماده ۳۶- تعلیق و برقراری مجدد بیمه نامه پس از تعلیق

در صورت عدم پرداخت حق بیمه در مهلت مقرر، ذخیره ریاضی بیمه نامه جهت تأمین حق بیمه ی تجاری ریسک فوت و پوشش های تکمیلی بیمه نامه منظور می شود. در صورت استمرار عدم پرداخت حق بیمه و عدم تکافوی اندوخته بابت تأمین این هزینه ها، بیمه نامه تعلیق و متعاقباً فسخ خواهد شد.

فصل ششم- سایر مقررات

ماده ۳۷- ارجاع به داوری

طرفین قرارداد می توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل کنند. چنانچه اختلاف از طریق مذاکره قابل حل و فصل نباشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه می بایست حل و فصل شود. 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 هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کنند. داوران منتخب، داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آراء اقدام به صدور رای داوری می کنند. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند، هریک از طرفین قرارداد می توانند تعیین داور سوم را از دادگاه صالح خواستار شوند. هریک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را پرداخته و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود. اختلافاتی که به موجب قانون قابل داوری نباشد، در دادگاه های عمومی و مطابق با قواعد صلاحیت محلی مندرج در قانون آئین دادرسی مدنی مورد رسیدگی قرار می گیرد.

ماده ۳۸- اعتبار بیمه نامه

اعتبار این بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز پرداخت اولین قسط حق بیمه که در بیمه نامه درج شده است، آغاز می شود.

ماده ۳۹- مرور زمان دعاوی

مدت مرور زمان تمام دعاوی ناشی تعهدات در این بیمه نامه دو سال از تاریخ حادثه یا وقوع موضوع منشا اصلی دعوی است.

ماده ۴۰- قلمرو جغرافیایی پوشش

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

ماده ۴۱- موارد پیش بینی نشده

موارد مسکوت در این بیمه نامه، حسب مورد، تابع قانون بیمه، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه و سایر مقررات و قوانین جاری کشور است.

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه : شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه :
----------------	---------------	---	-----------------------

شرایط عمومی پوشش تبیی حادثه منضم به بیمه نامه عمر اندوخته دار سیمازر

ماده ۱. تعریف حادثه:

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، ازکارافتادگی و یا فوت بیمه شده گردد.

تبصره - خطرات زیر نیز جزو تعهدات بیمه گر می باشد:

الف - غرق شدن، مسمومیت، تاثیر گاز، بخار و یا موادخورنده مانند اسید، ابتلا به هاری، کزاز، سیاه زخم و گزیدگی، دفاع مشروع بیمه شده، اقدام برای نجات اشخاص و اموال از خطر و حادثه.

ماده ۲. تعهد بیمه گر در خسارت فوت ناشی از حادثه:

بیمه گر متعهد است طبق شرایط این الحاقیه و به میزان مبلغ سرمایه مندرج در "جدول برنامه ریزی تعهدات بیمه گزار و بیمه گر" که بر اساس سال بیمه ای منطبق با تاریخ فوت بیمه شده است تعیین می شود، سرمایه فوت بیمه شده را که به طور مستقیم ناشی از حادثه باشد به ذی نفع بپردازد.

ماده ۳. تعهد بیمه گر در پرداخت خسارت نقص عضو:

بیمه گر متعهد است در صورتی که بیمه شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول این الحاقیه دچار قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضاء بدن گردد، خسارت مربوطه را طبق شرایط این الحاقیه و ضامنه آن و جدول نقص عضو مندرج در آئین نامه ۸۴ شورایعالی بیمه پرداخت نماید.

تعیین درصد میزان نقص عضو دائم و نیز نقص عضوی از اعضای بدن که در جدول مندرج در آئین نامه ۸۴ به آن اشاره نشده است با نظر پزشک معتمد بیمه گر خواهد بود.

توجه: تعهدات بیمه گر حداکثر تا میزان مبلغ سرمایه مندرج در "جدول برنامه ریزی تعهدات بیمه گزار و بیمه گر" که بر اساس سال بیمه ای منطبق با تاریخ حادثه خواهد بود.

ماده ۴. تعریف ازکارافتادگی کامل ودائم:

ازکارافتادگی کامل و دائم عبارت است از کاهش قدرت کار بیمه شده به دلیل از دست دادن توانایی انجام کار عضو یا اعضایی از بدن در اثر بیماری و یا حادثه که توسط بیمه گر تایید گردد. بیمه گر متعهد است در صورت از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده، سرمایه تعهد شده را پرداخت نماید.

شروط ازکارافتادگی کامل و دائم بیمه شده:

۱. از دست دادن توانایی انجام کار عضو یا اعضایی از بدن.

۲. اختلال حداقل شش ماه به طور مستمر ادامه یابد.

۳. پس از شروع پوشش این الحاقیه باشد.

۴. مدت دوره انتظار بابت برای موارد ناشی از بیماری که منشا اصلی ناتوانی و از کارافتادگی کامل و دائم به شمار می رود یکسال از شروع پوشش این الحاقیه می باشد که در این مدت بیمه گر تعهدی به جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

۵. رای موارد ناشی از بیماری قبل از پایان ۷۰ سالگی باشد.

۶. مبنای تعیین ازکارافتادگی کامل و دائم بر اساس ضوابط جدول مندرج در آئین نامه ۸۴ شورایعالی بیمه بوده و هر آنچه که در این جدول به آن اشاره نشده است یا نظر پزشک یا پزشکان معتمد بیمه گر تعیین خواهد شد در صورت ارائه تأییدیه از کمیسیون پزشکی

بیمه گر پایه مبنی بر اعلام از کارافتادگی کامل و دائم و کاهش قدرت کار بیمه شده به میزان ۶۶٪ و یا بیشتر، مراتب ملاک عمل بیمه گر می باشد.

۷. استفاده از تعهدات این الحاقیه منوط به اعلام خسارت قبل از فوت بیمه شده و پذیرش کتبی بیمه گر و صدور الحاقیه تأیید ازکارافتادگی می باشد.

۸. در صورت پرداخت خسارت از کارافتادگی کامل و دائم، پوشش نقص عضو و از کارافتادگی از سال بیمه ای بعد از پرداخت خسارت از بیمه نامه حذف می شود

ماده ۵. تعهد بیمه گر در جبران هزینه پزشکی :

بیمه گر متعهد است هزینه هایی را که بیمه شده ناشی از حادثه موضوع این الحاقیه بابت خدمات درمانی پرداخت نموده است جبران نماید، این هزینه ها عبارتند از مبلغ مندرج در صورت حساب درمانی و یا حداکثر هزینه مورد تعهد بیمه گر براساس تعرفه و کسره بیمه گر پایه (هرکدام که کمتر باشد) مشروط بر آن که صورتحساب مربوطه حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز پس از پرداخت هزینه، به بیمه گر تسلیم شده باشد. توجه: مجموع حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتاد یک حادثه محسوب می شود.

پس از پرداخت خسارت هزینه پزشکی در هر سال بیمه ای، ارایه این پوشش در سال های بعد تداوم خواهد داشت.

ماده ۶. تعهد بیمه گر در پرداخت مقرری روزانه بستری:

بیمه گر متعهد است مبلغی را در ایام بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی مجاز به علت تحقق خطر موضوع بیمه ناشی از حادثه به وی پرداخت کند. تعهد بیمه گر از چهارمین روز بستری شدن محاسبه و حداکثر برای نود روز خواهد بود مشروط بر آنکه خطر موضوع بیمه در مدت بیمه نامه تحقق و در طول این مدت منجر به بستری بیمه شده گردد. پس از انقضای مدت یادشده بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت مقرری نخواهد داشت.

توجه ۱: تعهدات بیمه گر حداکثر تا میزان مبلغ سرمایه مندرج در "جدول برنامه ریزی تعهدات بیمه گزار و بیمه گر" در سال بیمه ای منطبق با تاریخ حادثه خواهد بود.

توجه ۲: مجموعه حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتد یک حادثه محسوب میگردد.

توجه ۳: پس از پرداخت خسارت مقرری روزانه بستری در مراکز مجاز در هر سال بیمه ای، ارایه این پوشش در سال های بعد تداوم خواهد داشت

ماده ۷. اصل حسن نیت:

بیمه گزار و یا بیمه شده مکلفاند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش های بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گزار و بیمه شده در پاسخ به پرسش بیمه گر عمدا یا سهوا از اظهار مطلبی خودداری نمایند یا عمدا یا سهوا برخلاف واقع اظهار نمایند این الحاقیه باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا بر خلاف واقع اظهار شده هیچ گونه تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد.

تبصره: در روش پرداخت یکجای حق بیمه، پس از پرداخت یکبار سقف تعهد شده در زمان وقع خسارت، این پوشش فسخ میگردد و در سالیهای بعد قابل تمدید نمی باشد.

ماده ۸. تغییر خطر:

هرگاه در مدت بیمه، در شغل یا فعالیت های بیمه شده تغییری به وجود آید، بیمه شده یا بیمه گزار موظفند حداکثر ظرف ده روز بیمه گر را آگاه سازند. در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه گر و وقوع حادثه، سرمایه با اعمال قاعده نسبی حق بیمه پرداخت خواهد شد.

ماده ۹. خسارت های خارج از تعهدات بیمه گر:

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

الف - خودکشی و یا اقدام به آن . ب - خدمات بدنی که بیمه شده عمدا موجب آن شود. ج - مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و روان گردان. د - استفاده از داروهای کاهنده هوشیاری و خواب آور بدون تجویز پزشک. س- هرگونه مسمومیت ناشی از مصرف دارو. 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، هزینه های جراحی و درمانی مربوط به رباط جانی و صلیبی، پارگی مینیسک، شکستگی دندان، 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 بعداز جنگ بجا مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، ی- زمین لرزه، آتشفشان و فعل انفجالات هسته ای، ک - ورزشهای رزمی و حرفه ای، شکار، سوارکاری، قایقرانی، هدایت موتورسیکلت، 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 هرگونه عملیات بدلکاری و هدایت کایت یا سایر وسائط پرواز بدون موتور.

تبصره- در صورت درخواست بیمه گزار و پرداخت حق بیمه مربوطه، حوادث ناشی از بند ی و ک تحت پوشش می باشد.

ماده ۱۰. گواهینامه غیرمجاز :

خسارت ناشی از رانندگی بیمه شده بدون گواهینامه و یا با گواهینامه غیر متناسب با نوع وسیله نقلیه خارج از تعهدات بیمه گر می باشد.

ماده ۱۱. وظایف بیمه شده/ بیمه گزار/ 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 بیمه گزار موظفند حداکثر ظرف پانزده روز بعد از وقوع حادثه مراتب را کتبا به اطلاع بیمه گر برسانند. ب - در صورت فوت بیمه شده، بیمه گزار و یا ذی نفع باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف ۳۰ روز از تاریخ اطلاع از فوت بیمه شده مراتب را کتبا به اطلاع بیمه گر برسانند.

تبصره - در صورتی که بیمه گزار بیمه شده و یا ذی نفع تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند بیمه گر می تواند به نسبت تاثیر قصور در افزایش خسارت، خسارت قابل پرداخت را کاهش دهد مگر این که بیمه گزار/ ذی نفع ثابت نماید به علت خارج از اراده قادر به انجام تکالیف نبوده است.

ماده ۱۲. پرداخت حق بیمه:

شروع پوشش بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در الحاقیه تعیین شده است.

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

در روش پرداخت سالانه یا اقساطی حق بیمه، چنانچه بیمه گزار به هر دلیل هر یک از اقساط را پرداخت ننماید بیمه گر حق بیمه مربوطه را از محل اندوخته بیمه نامه عمر اندوخته دار تأمین خواهد نمود. بدیهی است در صورت عدم تکافوی اندوخته این الحاقیه منفسخ تلقی و بیمه گر تعهدی در قبال این الحاقیه نخواهد داشت.

ماده ۱۳. مهلت پرداخت خسارت:

بیمه گر باید بعد از دریافت مدارک لازمه و اخذ پاسخ استعلامهای ارسالی 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 گزار یا ذی نفع اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، آن را پرداخت نماید.

ماده ۱۴. سایر شرایط:

سایر شرایط این الحاقیه بر اساس موارد مندرج در شرایط عمومی بیمه نامه عمر اندوخته دار ملاک عمل می باشد.
در صورت فسخ / ابطال (بازخرید) بیمه نامه عمر اندوخته دار این الحاقیه نیز منفسخ تلقی می گردد.

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

شرایط عمومی پوشش تبیی معافیت از پرداخت حق بیمه منضم به بیمه نامه عمر اندوخته دار سیمازر

ماده ۱. تعریف از کارافتادگی کامل ودائم

از کارافتادگی کامل و دائم عبارت است از کاهش قدرت کار بیمه شده به دلیل از دست دادن توانایی انجام کار عضو یا اعضای از بدن در اثر بیماری و یا حادثه که توسط بیمه گر تایید گردد. بیمه گر متعهد است در صورت از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده، سرمایه تعهد شده را پرداخت نماید.

شروط از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده:

- از دست دادن توانایی انجام کار عضو یا اعضای از بدن.
- اختلال حداقل شش ماه بطور مستمر ادامه یابد.
- پس از شروع پوشش این الحاقیه و تا قبل از پایان ۷۰ سالگی باشد.
- مبنای تعیین از کارافتادگی کامل و دائم بر اساس ضوابط جدول مندرج در آئین نامه ۸۴ شورایعالی بیمه بوده و هر آنچه که در این جدول به آن اشاره نشده است یا نظر پزشک یا پزشکان معتمد بیمه گر تعیین خواهد شد. در صورت ارائه تاییدیه از کمیسیون پزشکی بیمه گر پایه مبنی بر اعلام از کارافتادگی کامل و دائم و کاهش قدرت کار بیمه شده به میزان ۶۶٪ و یا بیشتر، مراتب ملاک عمل بیمه گر می باشد.

ماده ۲. تعهد بیمه گر در پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه عمر سنوات آتی به علت از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده:
بیمه گر تعهد می نماید در صورت احراز از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده (ناشی از حادثه یا بیماری)، حق بیمه های عمر سنوات آتی بیمه نامه عمر اندوخته دار را به میزان مندرج در "جدول برنامه ریزی تعهدات بیمه گذار و بیمه گر" که مطابق با سال بیمه ای منطبق با تاریخ صدور الحاقیه از کارافتادگی است، تامین نماید.

ماده ۳. اصل حسن نیت:

بیمه گذار و یا 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 گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش بیمه گر عمدا یا سهوا از اظهار مطلبی خودداری نمایند و یا عمدا یا سهوا بر خلاف واقع اظهار نمایند الحاقیه باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا بر خلاف واقع اظهار شده هیچ گونه تاثیری در وقوع حادثه یا بیماری نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گر می تواند مانده اقساط موعود رسیده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

ماده ۴. تغییر خطر:

هرگاه در مدت بیمه، در شغل یا فعالیت های بیمه شده تغییری بوجود آید بیمه شده یا بیمه گذار موظفند حداکثر ظرف ده روز

بیمه گر را آگاه سازند. در صورت تغییر خطر، بیمه گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقی مانده پیشنهاد می نماید. در صورتی که طرفین نتوانند درباره میزان حق بیمه تعدیل شده توافق نمایند هر یک از طرفین می تواند حداکثر ظرف ده روز بیمه نامه را فسخ نمایند. در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه گر و وقوع حادثه، سرمایه با اعمال قاعده نسبی حق بیمه پرداخت خواهد شد.

ماده ۵. دوره انتظار:

مدت دوره انتظار شروع بیماری که منشأ اصلی ناتوانی و از کارافتادگی کامل و دائم به شمار می رود یک سال از شروع اعتبار الحاقیه از کارافتادگی می باشد که در این مدت بیمه گر تعهدی به جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

توجه: ناتوانی و از کارافتادگی کامل و دائم در اثر حادثه بعد از شروع این الحاقیه در تعهد بیمه گر می باشد.

ماده ۶. خسارت های خارج از تعهدات بیمه گر (استثنائات)

- جرح یا صدمه ای که بطور عمدی توسط بیمه شده به خود یا توسط ذینفع به بیمه شده وارد شده باشد.
- صدمه، جرح یا بیماری که ناشی از جنگ یا عملیات شبه جنگی، شورش، بلوا، عملیات تروریستی و یا برقراری نظم عمومی بوده و منجر به از کارافتادگی کلی و دائمی گردد.
- فسخ، ابطال و یا تعلیق بیمه نامه.
- صدمه و یا جرح ناشی از مسافرت هوایی بجز در مواردی که بیمه شده به عنوان مسافر عادی و در خطوط تجاری مجاز مسافرت نماید.
- از دست دادن صلاحیت پرواز به علت حادثه یا بیماری ناشی از عملیات حرفه ای در صورتی که شغل بیمه شده خلبانی باشد.
- هرگونه صدمه بدنی یا اختلالات روانی که قبل از صدور بیمه نامه به شخص وارد شده و منشأ از کارافتادگی تلقی گردد.

ماده ۷. پرداخت حق بیمه:

شروع پوشش بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در الحاقیه درج شده است. چنانچه بیمه گذار به هر دلیل هر یک از اقساط را پرداخت ننماید بیمه گر حق بیمه مربوطه را از محل اندوخته بیمه نامه عمر اندوخته دار تامین خواهد نمود. بدیهی است در صورت عدم تکافوی اندوخته، بیمه گر تعهدی در قبال پوشش های این الحاقیه نخواهد داشت.

ماده ۸. وظایف بیمه گذار/ بیمه شده در صورت وقوع خطر:

- حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع از کارافتادگی کتبا و تا زمانیکه بیمه شده در قید حیات است مراتب را به بیمه گر اعلام دارد.
- ظرف مدت ۳۰ روز تغییر شغل خود را اعلام نماید. در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه گر و وقوع حادثه، سرمایه با اعمال قاعده نسبی حق بیمه ملاک محاسبه قرار می گیرد.
- تبصره ۱ - در صورتی که بیمه گذار، بیمه شده و یا ذی نفع تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند بیمه گر می تواند به نسبت تاثیر

قصور در افزایش خسارت، خسارت قابل پرداخت را کاهش دهد مگر این که بیمه گذار / ذی نفع ثابت نماید به علت خارج از اراده، قادر به انجام تکالیف نبوده است.

تبصره ۲- استفاده از تعهدات این الحاقیه منوط به اعلام خسارت قبل از فوت بیمه شده و پذیرش کتبی بیمه گر و صدور الحاقیه تأیید از کارافتادگی می باشد. بیمه گذار نمی تواند قبل از تأیید از کارافتادگی از طرف بیمه گر و صدور الحاقیه تأیید از کارافتادگی راسا از پرداخت حق بیمه خودداری نماید.

ماده ۹. مهلت پرداخت خسارت:

بیمه گر باید بعد از دریافت مدارک لازمه و اخذ پاسخ استعلام های 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 مثبته از سوی بیمه گر به تاخیر بیافتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می شود. مگر اینکه جهت اثبات دائمی بودن از کارافتادگی شرط حداقل ۶ ماه استمرار اختلال مد نظر پزشک معتمد قرارگیرد.

ماده ۱۰. سایر شرایط:

سایر شرایط این الحاقیه براساس موارد مندرج در شرایط عمومی بیمه نامه عمر اندوخته دار ملاک عمل می باشد.
در صورت فسخ / ابطال (بازخرید) بیمه نامه عمر اندوخته دار این الحاقیه نیز منفسخ تلقی می گردد.

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

شرایط عمومی پوشش تبیی امراض خاص منضم به بیمه نامه عمر اندوخته دار سیمارز

ماده ۱. بیماریهای تحت پوشش این بیمه نامه:

عبارت است از هر گونه عارضه جسمی و یا اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن که ناشی از بروز بیماری های اشاره شده در زیر بوده و مورد تأیید پزشک معتمد بیمه گر یا مراجع مستقل باشد.

امراض خاص:

۱- انفارکتوس قلبی (سکته) ۲- سکته مغزی ۳- انواع سرطان ۴- پیوند اعضای اصلی بدن ۵- جراحی عروق کرونری ۶- قراردادن فنر در عروق کرونر (استنت) ۷- بازکردن تنگی های عروق کرونر توسط بالن ۸- جراحی تعویض دریچه های قلب ۹- ترمیم دریچه های قلب ۱۰- قراردادن پیس میکر ۱۱- بیماری های نورون های حرکتی ۱۲- نابینائی کامل ۱۳- ناشنوایی کامل ۱۴- پارکینسون ۱۵- آلزایمر و دمانس ۱۶- نارسائی مزمن کلیوی/دیالیز ۱۷- ام اس ۱۸- کما ۱۹- مننژیوم ۲۰- هپاتیت ب ۲۱- هپاتیت سی ۲۲- اج آی وی / ایدز ۲۳- نارسائی کبد ۲۴- جراحی آئورت قلب ۲۵- بیماری ماهیچه قلب ۲۶- تومور خوش خیم مغزی ۲۷- آنمی آپلاستیک ۲۸- از دست دادن قدرت تکلم ۲۹- فلجی ۳۰- سوختگی های درجه سه ۳۱- ترومای شدید سر

ماده ۲. حداکثر تعهد بیمه گر:

بیمه گر متعهد است پس از سپری شدن دوره انتظار در صورت ابتلای بیمه شده به یکی از بیماری های تحت پوشش و تأیید آن توسط پزشک معتمد بیمه گر ، سرمایه مندرج در جدول برنامه ریزی تعهدات بیمه گزار و بیمه گر " را به میزان مبالغ مندرج مربوط به تاریخ ابتلا ، به بیمه شده یا استفاده کننده بیمه نامه پرداخت نماید .

تبصره: علیرغم سرمایه مقرر امراض خاص در بیمه نامه/الحاقیه، تعهدات بیمه گر در خصوص بیماری های ذیل تعدیل می شود

۱- سرمایه قابل پرداخت بابت بیماری های بند ۶ و ۷ به میزان ده درصد سرمایه امراض خاص مقرر خواهد بود

۲- سرمایه قابل پرداخت بابت بیماری های بند ۲۳ تا ۳۱ به میزان یک برابر سرمایه فوت به هر علت محدود می گردد

۳- در صورت تحقق خطر و پرداخت خسارت بندهای ۱ و ۲ این تبصره، پرداخت خسارت الباقی بیماری های تحت پوشش در این بیمه نامه/الحاقیه به میزان مابه التفاوت سرمایه مقرر و خسارت پرداختی تا پایان همان سال بیمه ای در تعهد بیمه گر است

ماده ۳. تعریف دوره انتظار:

مدت زمان مشخصی از تاریخ شروع بیمه نامه است که اگر علائمی که منشاء بیماری های تحت پوشش هستند و یا ابتلای

بیمه شده به این بیماری ها در این مدت شروع شود، بیمه گر تعهدی به جبران این نوع خسارت وارده ندارد.

ماده ۴. مدت دوره انتظار:

دوره انتظار بیماری های مندرج در این پوشش تا سقف سرمایه جمعیتی یک میلیارد تومان، شش ماه از تاریخ شروع این پوشش و دوره انتظار بابت مازاد سرمایه امراض تعهد شده تا سقف دو میلیارد تومان، یکسال از تاریخ شروع این پوشش می باشد

ماده ۵. پرداخت حق بیمه:

شروع پوشش بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در الحاقیه تعیین شده است.

در روش پرداخت سالانه یا اقساطی حق بیمه، چنانچه بیمه گزار به هر دلیل هر یک از اقساط را پرداخت ننماید بیمه گر حق بیمه مربوطه را از محل اندوخته بیمه نامه عمر اندوخته دار تامین خواهد نمود. بدیهی است در صورت عدم تکافوی اندوخته این الحاقیه منفسخ تلقی و بیمه گر تعهدی در قبال این الحاقیه نخواهد داشت.

ماده ۶. خسارت های خارج از تعهدات بیمه گر

(استثنائات):

۱. در صورت فوت بیمه شده طی ۳۰ روز از تاریخ ابتلا به بیماری تحت پوشش پرداخت سرمایه امراض از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد.

۲. بروز هر یک از بیماری های تعهد شده ناشی از عوامل زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

- مصرف مشروبات الکلی ، مواد مخدر ، محرک و روان گردان

- بیماری های مادرزادی و ژنتیکی

- تشعشعات هسته ای یا آلودگی های شیمیایی و بیولوژیکی

- خودکشی یا سعی در خودکشی و هرگونه آسیب عمدی به خود

- ارتکاب به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت ، مشارکت و یا معاونت در آن

- اختلال هایی مانند کما ، نابینائی کامل ، ناشنوایی کامل ، از دست دادن قدرت تکلم ، فلجی ، پیوند اعضا و نارسایی در عملکرد کلیوی ناشی از حادثه .

ماده ۷. شرط تمدید پوشش امراض خاص

پس از پرداخت یکبار سقف سرمایه تعهد شده در زمان وقوع خسارت امراض، این پوشش فسخ می گردد. تمدید این الحاقیه در سنوات بیمه ای بعد، منوط به درخواست کتبی بیمه گذار می باشد، در اینصورت بیمه گر می تواند با تحلیل ریسک و استئنا کردن خطر محقق شده و اثرات ناشی از آن و متعاقب دریافت حق بیمه

نسبت به ارائه سایر خطرات قید شده در این پوشش اقدام نماید. در هر صورت امراض خاص محرز شده و تبعات ناشی از هر یک، جزو استثنائات و موارد خارج از شمول تعهدات در زمان تمدید پوشش امراض خاص قلمداد می گردد.

تبصره: در روش پرداخت یکجای حق بیمه، پس از پرداخت یکبار سقف تعهد شده در زمان وقوع خسارت، این پوشش فسخ می گردد و در سالهای بعد قابل تمدید نمی باشد.

ماده ۸. شرط سنی برای ارائه پوشش امراض

این پوشش برای گروه سنی از بدو تولد تا ۷۰ سال ارائه می شود.

ماده ۹. مهلت پرداخت خسارت:

بیمه گر باید بعد از دریافت مدارک و پاسخ استعلام های لازمه خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید و در صورت 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 .

ماده ۱۰. سایر شرایط:

سایر شرایط این الحاقیه براساس موارد مندرج در شرایط عمومی بیمه نامه عمر اندوخته دار ملاک عمل می باشد. در صورت فسخ / ابطال (بازخرید) بیمه نامه عمر اندوخته دار این الحاقیه نیز منفسخ تلقی می گردد

ماده ۱۱. تعاریف بیماری ها منضم به شرایط

عمومی پوشش امراض خاص:

ماده ۱. انفارکتوس قلبی (سکته)

(Myocardial Infarction)

عبارت است از از بین رفتن بخشی از قلب در نتیجه عدم خون رسانی کافی، این تشخیص بر اساس یافته های زیر صورت می گیرد: وجود تاریختجه ای از درد قفسه سینه ای، تغییرات جدید در نوار قلب (E.C.G) - افزایش آنزیم های قلبی.

ماده ۲. سکته مغزی (Stroke)

عبارت است از هر واقعه عروقی مغز که باعث نتایج و عوارض عصبی (نورولوژیک) به مدت بیش از ۲۴ ساعت شود و شامل انفارکتوس مغزی، خونریزی و آمبولی از یک منبع خارج از مغز باشد و عوارض عصبی به مدت حداقل سه ماه موجود باشد.

ماده ۳. سرطان (Cancer)

عبارت است از بیماریهایی که به وسیله حضور یک یا چند تومور بدخیم که توسط آزمایش و پاتولوژی تأیید شده باشد و

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

یا رشد و انتشار غیر قابل کنترل سلول‌های بدخیم و تهاجم بافتی به سایر نقاط بدن مشخص می‌شود. اصطلاح سرطان (Cancer) همچنین لوسمی (انواع سرطان خون) و بیماری‌های بدخیم سیستم لنفاتیک همانند بیماری‌های هودجکین (Hodgkin) را نیز شامل می‌شود. هرگونه سرطان در جای غیر مهاجم (In Situ) و کلیه سرطان‌های پوست به استثنای ملانوم بدخیم از تعریف فوق مستثنی هستند.

ماده ۴. پیوند اعضای اصلی بدن (Main-Organ-Graft)

پیوند اعضای اصلی بدن عبارت است از دریافت عضو از طریق پیوند شامل: ۱- قلب ۲- ریه ۳- کبد ۴- کلیه ۵- مغز استخوان

ماده ۵. اعمال تهاجمی قلب (کرونی): (Coronary Artery Surgery)

عبارت است از انجام عمل جراحی قلب باز به وسیله گرافت عروق کرونر (CABG) توسط پزشک متخصص برای ترمیم حداقل یک مورد از عروق قلبی که تنگ و یا مسدود شده باشند: ۱- جراحی عروق کرونری ۲- قراردادن فنر در عروق کرونر (استنت) ۳- باز کردن تنگی‌های عروق کرونر توسط بالن ۴- جراحی درجه‌های قلب ۵- قراردادن پیس میکر.

لزوم انجام عمل جراحی و تهاجمی باید به وسیله آنژیوگرافی عروق کرونر تایید شده باشد. تایید نهایی براساس گواهی پزشک متخصص بیماری‌های قلب و مدارک بیمارستانی خواهد بود.

ماده ۶. عفونت HIV

ابتلای فرد به ویروس HIV و بروز علائم بالینی شامل تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، عفونتی بهبود نیافته و ... خواهد بود. تشخیص با انجام آزمایش پاراکلینیکی HIV Ab به روش الیزا و یا وسترن‌بلات و در یک آزمایشگاه معتبر رفرائنس مانند سازمان انتقال خون و انجام آزمایش CD4 قطعی خواهد شد. تایید نهایی براساس گواهی پزشک متخصص بیماری‌های عفونی خواهد بود.

برای تعریف بالا، موارد زیر پوشش داده نمی‌شود: عفونت HIV بعلت مصرف مواد اعتیادآور و اعمال مجرمانه و زندانی شدن.

ماده ۷. بیماری پارکینسون (Parkinson's Disease)

پارکینسون بر اساس دو علامت یا بیشتر از چهار علامت اصلی بیماری مشخص می‌شود. ارتعاش و لرزش دست و پا در حالت استراحت، کندی حرکات، سختی و خشک شدن دست و پا و بدن و نداشتن تعادل این چهار علامت اصلی را تشکیل می‌دهند

تایید نهایی براساس گواهی پزشک متخصص داخلی اعصاب (نورولوژیست) خواهد بود.

ماده ۸. هپاتیت B (Hepatitis B)

ابتلای کبد فرد به ویروس Hepatitis B و بروز علائم بالینی شامل تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، زردی و ... خواهد بود. تشخیص با انجام آزمایش پاراکلینیکی HBSAg, HBSAb, ALT, AST، سونوگرافی، اسکن و فیبرو اسکن کبد قطعی خواهد شد. تایید نهایی براساس گواهی پزشک فوق تخصص گوارش خواهد بود. برای تعریف بالا، موارد زیر پوشش داده نمی‌شود: عفونت هپاتیت B بعلت مصرف مواد اعتیادآور و اعمال مجرمانه و زندانی شدن.

ماده ۹. هپاتیت C (Hepatitis C)

ابتلای کبد فرد به ویروس Hepatitis C و بروز علائم بالینی شامل تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، زردی و ... خواهد بود. تشخیص با انجام آزمایش پاراکلینیکی HCSAg, HCSAb, ALT, AST، سونوگرافی، اسکن و فیبرو اسکن کبد قطعی خواهد شد. تایید نهایی براساس گواهی پزشک فوق تخصص گوارش خواهد بود. برای تعریف بالا، موارد زیر پوشش داده نمی‌شود: عفونت هپاتیت C بعلت مصرف مواد اعتیادآور و اعمال مجرمانه و زندانی شدن.

ماده ۱۰. MS (Multiple sclerosis)

MS یا تصلب بافت چندگانه (Multiple sclerosis) یک بیماری التهابی است که در آن غلاف‌های میلین سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بینند. مکانیزم اصلی آن آسیب زدن توسط سیستم ایمنی بدن یا اختلال در سلول‌های تولیدکننده غلاف میلین است. MS بر اساس نشانه‌ها و علائم و نتایج آزمایش‌های پزشکی تشخیص داده می‌شود. تایید نهایی براساس مدارک MRI و نتایج آزمایش‌های مربوط و در نهایت گواهی پزشک متخصص داخلی اعصاب (نورولوژیست) خواهد بود.

ماده ۱۱. نارسایی کلیه/دیالیز

نارسایی کلیه به معنی کاهش شدید عملکرد کلیه است. نارسایی کلیوی دو دسته است، حاد و مزمن. نارسایی حاد کلیه (ARF) یک سندروم کلینیکی قابل برگشت است که در آن عملکرد کلیوی به طور ناگهانی و تقریباً کامل در طول چند ساعت تا چند روز مختل می‌گردد. نارسایی مزمن کلیه (CRF) اختلال برگشت ناپذیر کلیه است. در این حالت حجم ادرار نرمال و یا متغیر باشد. علائم اصلی این مشکل کاهش شدید حجم ادرار و افزایش سطح اوره و کراتنین خون می‌باشد. موارد تحت پوشش فقط به نارسایی مزمن کلیه منحصر شده که تشخیص و تایید نهایی براساس شواهد آزمایشگاهی و تایید پزشک فوق تخصص نفرولوژی خواهد بود.

ماده ۱۲. بیماری‌های اختلال عصبی-حرکتی (Dystonia, Tremor, Spasms)

هر یک از پنج اختلالات عصبی را که به طور انتخابی نوروون‌های حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد شامل می‌شود. سلول‌هایی که کنترل فعالیت عضلانی داوطلبانه از جمله صحبت کردن، راه رفتن، بلع را برعهده دارند. در ایالات متحده نام بیماری نوروون حرکتی اغلب اوقات به جای اسکلوئزیس آمیوتروفیک جانبی استفاده می‌شود. چهار اسم دیگر بیماری نوروون حرکتی عبارتند از: اسکلوئز جانبی اولیه، آتروفی عضلانی، فلج بولبار پیشرونده و فلج شبه بولبار. تایید نهایی براساس مدارک MRI و نتایج آزمایش‌های مربوط و در نهایت گواهی پزشک متخصص داخلی اعصاب (نورولوژیست) خواهد بود.

ماده ۱۳. آلزایمر (Alzheimer's disease)

بیماری آلزایمر یک نوع اختلال عملکرد مغزی است که بتدریج توانایی‌های ذهنی بیمار تحلیل می‌رود. بارزترین نوع از انواع مختلف زوال عقل اختلال حافظه است. آلزایمر رایج‌ترین شکل زوال عقل است. علائم این بیماری با از دست دادن قدرت حفظ اطلاعات بخصوص حافظه‌ی موقت در دوران پیری آغاز شده و به تدریج به از دست دادن قدرت تشخیص زمان، افسردگی، از دست دادن قدرت تکلم، گوشه‌گیری منجر خواهد شد. تایید نهایی براساس گواهی پزشک متخصصین داخلی اعصاب (نورولوژیست) و روانپزشکی خواهد بود.

ماده ۱۴. نابینایی کامل (Blindness)

شخصی از لحاظ قانونی نابینا است که میزان دید او با اصلاح دید هر دو چشم ۲۰/۲۰۰ یا کمتر باشد. نابینا از نظر قانونی به کسی اطلاق می‌شود که چیزی را که يك فرد بینای عادی در فاصله حدود ۷۰ متری رویت می‌کند، در فاصله ۲۰ فوتی یا حدود ۷ متری و یا نزدیکتر ببیند. این تعریف از نابینایی بر تیزی و میدان بینایی تاکید می‌کند. تایید نهایی بر اساس گواهی متخصص چشم‌پزشکی خواهد بود.

ماده ۱۵. ناشنوایی کامل (Hearing Loss)

از دست دادن کامل شنوایی هر دو گوش را ناشنوایی یا کوری کم شدن آن را کم شنوایی گویند اختلال می‌تواند ابتلاء نسبت به تمام نوت‌های صدا باشد یا محدود به صداهای معینی است. اندازه‌گیری حد شنوایی مستلزم مطالعه این اختلالات با ادیومتری (شنوایی سنجی) است. تایید نهایی براساس نتایج ادیومتری و گواهی متخصص گوش و حلق و بینی خواهد بود.

ماده ۱۶. کما (Coma)

کما یا اغما به نوعی از کاهش هوشیاری گفته می‌شود که شخص به محرک‌های بیرونی و تحریک دردناک واکنش نشان نمی‌دهد. سطح هوشیاری با مقیاس کمای گلاسکو (GCS) از پانزده تا سه ارزیابی می‌شود، به طوری که GCS مساوی ۳ بیانگر کمای عمیق بیمار می‌باشد. این پوشش

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده:	شناسه ثابت بیمه نامه: شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه:
----------------	---------------	--	----------------------

برای کمای ناشی از بیماری و GCS مساوی ۶ و کمتر که حداقل ۷۲ ساعت تداوم یابد، در نظر گرفته می شود. تشخیص نهایی براساس شواهد آزمایشگاهی، MRI و گواهی پزشک متخصص داخلی اعصاب (نورولوژیست) خواهد بود.

ماده ۱۷. مننژیت (Meningitis)

مننژیت التهاب پرده های محافظی می باشد که مغز و نخاع را پوشانده اند این التهاب ممکن است عامل ویروسی، باکتریایی، یا سایر ریزاندامگان داشته باشد و در موارد کمتری در اثر تجویز داروهای خاصی به وجود آید. رایج ترین نشانه های مننژیت سردرد و خشکی گردن همراه با تب، گجی یا هشیاری دگرگون شده، استفراغ، و ناتوانی در تحمل نور یا صداهای بلند می باشد. مننژیت که اختلال نورولوژیک آن حداقل به مدت ۳ ماه تداوم یابد، تحت این پوشش در نظر گرفته می شود که تشخیص نهایی براساس شواهد آزمایشگاهی و MRI و گواهی پزشک متخصص داخلی اعصاب (نورولوژیست) خواهد بود.

ماده ۱۸. ترمیم دریچه قلبی (Heart Valve Repair)

ترمیم دریچه های قلب بصورت جراحی بسته صورت می گیرد. شامل کومیسوروتومی یا برش محل چسبندگی ها، در آنولوپلاستی (ترمیم حلقه دریچه)، بریدن قسمتی از لث ها و سپس دوختن بقیه بافت درهم و ترمیم عضلات پشتیبان (تاندون های طنابی یا کوردا تاندون ها). تایید نهایی براساس مدارک پزشکی و گواهی پزشک متخصص بیماری های قلب و جراح قلب خواهد بود.

ماده ۱۹. بیماری ماهیچه ای قلب /کاردیومیوپاتی

Heart Muscles)

(Disease(Cardiomyopathy)

گروه متفاوتی از بیماری های عضله قلب هستند که در اثر آن ها قلب نمی تواند جریان خون کافی را برای اعضای بدن فراهم سازد و فرد دچار نارسایی قلبی می شود. تایید نهایی براساس مدارک پزشکی و گواهی پزشک متخصص بیماری های قلب خواهد بود.

ماده ۲۰. تومور خوش خیم مغزی (Benign

Brain Tumor)

تومورهای اولیه مغزی شامل آن دست از تومورهایی هستند که از بافت های مغزی و یا بافت های اطراف مغز ایجاد می گردند و براساس گزارش پاتولوژی بدخیم با قدرت متاستاز محسوب نمی شوند. تایید نهایی براساس مدارک پزشکی، گزارش پاتولوژی و گواهی پزشک متخصص جراحی مغز و اعصاب خواهد بود.

ماده ۲۱. آنمی آپلاستیک (Aplastic Anemia)

آنمی آپلاستیک به نوعی از کم خونی گفته می شود که در آن مغز استخوان سلول های جدید خونی به اندازه کافی تولید نمی کند. این بیماری با کاهش تمام رده های سلولی در مغز استخوان

همراه است که به آن Pancytopenia گویند. تشخیص نهایی براساس آزمایش خون، نمونه مغز استخوان و گواهی پزشک خواهد بود.

ماده ۲۲. از دست دادن قدرت تکلم ()

آفازی (Aphasia) یا زبان پریشی اختلال در زبان است که بر روی درک، بیان، خواندن و نوشتن تاثیر می گذارد. آفازی که در نتیجه آسیب مغزی اتفاق افتد و حداقل به مدت ۳ ماه تداوم یابد، تحت این پوشش در نظر گرفته می شود. تایید نهایی براساس مدارک پزشکی، گزارش اسکن ها و MRI و گواهی پزشک متخصص جراحی مغز و اعصاب خواهد بود.

ماده ۲۳. فلجی (Paralysis)

کم توانی یا ضعف یعنی اختلال در تولید توان عضلانی طبیعی. اگر ضعف و فلج به صورت نسبی و ناقص باشد پارزی و اگر فلج کامل باشد پلژی نامیده می شود. موارد تحت پوشش فقط به فلج کامل یا پلژی منحصر شده که حداقل ۲۴ ساعت بطور مداوم وجود داشته و تا سه ماه بعد از آن آثار فلجی هنوز وجود داشته باشد. تایید نهایی براساس مدارک پزشکی، گزارش پزشکی قانونی و گواهی پزشک متخصص جراحی مغز و اعصاب خواهد بود.

ماده ۲۴. نارسایی کبد (Liver Failure)

نارسایی حاد برقی آسای کبد به صورت شروع آنسفالوپاتی بعد از شروع بیماری حاد کبد در بیمار مبتلا به بیماری حاد کبد تعریف می گردد که منجر به آسیب و نکروز گسترده کبد می شود. تشخیص بر اساس آزمایش پارا کلینیکی، سونوگرافی، اسکن و فیبرو اسکن کبد انجام و قطعی خواهد شد. تایید نهایی براساس گواهی پزشک فوق تخصص گزارش خواهد بود.

ماده ۲۵. جراحی آنورت (کوارکتاسیون آنورت)

(Aortic surgery (Aortic Coarctation))

کوارکتاسیون آنورت به تنگی شریان آنورت گفته می شود. به دلیل این تنگی خون کمتری به قسمتهای بعد از تنگی می رسد. بنابراین در قسمت قبل از تنگی (در دستها) فشارخون بالاست و در قسمت پایین تنگی (پاها) فشار خون پایین است. در بیماران، فشار خون بالا می تواند باعث آسیب و حتی پارگی دیواره شریان آنورت شود. این بیماری در ۸٪-۶ از موارد بیماری مادرزادی قلب دیده می شود. کوارکتاسیون می تواند با ضایعات دیگر مانند تنگی دریچه آنورت، تنگی دریچه میترال یا سوراخ بین بطنی همراه باشد. تایید نهایی براساس مدارک پزشکی (آنژیوگرافی، سی تی اسکن با کنتراست و MRI و ...) و گواهی پزشک متخصص بیماری های قلب خواهد بود.

ماده ۲۶. سوختگی های درجه سه:

سوختگی های درجه سه یا سوختگی هایی با ضخامت کامل، نوعی سوختگی است که حداقل ۲۰٪ از سطح بدن را دربرگیرد و موجب تخریب کامل در تمامی لایه های پوست تا بافت های زیرین آن گردد. شدت آن از سوختگی های درجه یک ویا درجه

دو بیشتر است. درمان بسته به میزان، شدت و محل سوختگی متفاوت و در اکثر مواقع، نیاز به پیوند پوست می باشد. تایید نهایی براساس مدارک پزشکی و گواهی پزشک متخصص جراحی پلاستیک خواهد بود. برای تعریف بالا، سوختگی درجه سه ناشی از هرگونه خشونت پوشش داده نمی شود.

ماده ۲۷. ترومای شدید سر: هرگونه جراحی را که به

مغز، جمجمه ویا لایه های روی آن وارد می شود نوعی آسیب به سر (Head Injury) به حساب می آورند. این آسیب می تواند از یک تورم و کیودی ساده تا ضربه مغزی (آسیب تروماتیک به مغز) متغیر باشد. موارد شامل آسیب بسته و آسیب باز (یا نافذ) است. موارد شایع آن شامل شکستگی جمجمه و جراحات پوست سر می باشد. عواقب و درمان های آسیب وارد شده به سر، بسته به علت و شدت آن متفاوت هستند. ترومای شدید سر می بایست منجر به امتیاز مقیاس کمای گلاسکو (GCS) مساوی ۶ و کمتر شده و نقص عصبی پایدار برای مدت حداقل ۳ ماه بعد از تاریخ تشخیص ایجاد نماید. تایید نهایی براساس مدارک پزشکی، گزارش اسکن ها، MRI و گواهی پزشک متخصص جراحی مغز و اعصاب خواهد بود. برای تعریف بالا، ترومای شدید سر ناشی از هرگونه خشونت پوشش داده نمی شود.

نام بیمه گزار:	نام بیمه شده :	شناسه ثابت بیمه نامه : شناسه ثابت افزایش سرمایه گذاری:	کد رایانه بیمه نامه :
----------------	----------------	---	-----------------------

شرایط خصوصی بیمه نامه عمر اندوخته دار امید و پوشش های اضافی

سایر شرایط خصوصی :

نیاز به آزمایشات غربالگری به دلیل سرمایه فوت بالا. مقرر گردید حداکثر تا ده روز از تاریخ صدور بیمه نامه، بیمه شده جهت انجام معاینه بالینی، آزمایشات پزشکی و یا ویزیت تلفنی (حسب شرایط) اقدام نماید: در صورت عدم انجام مراتب یا عدم احراز شرایط پذیرش ریسک یا نیاز به تغییر در مفاد بیمه نامه و اعمال شرایط جدید، بیمه گر طبق عرف اقدام و بیمه گذار حق هرگونه اعتراض را از خود سلب می نماید.