

ماده ۱- تعاریف و کلیات

۱-۱ بیمه‌گر: شرکت بیمه تجارت نو است که بیمه‌نامه را صادر و در ازای انجام تعهدات بیمه‌گذار، تعهدات خود را طبق شرایط مندرج در بیمه‌نامه انجام می‌دهد.

۲-۱ بیمه‌شده: شخص حقیقی است که فوت یا حیات او موضوع بیمه بوده و سن، وضعیت سلامت و نوع فعالیت وی اساس محاسبه حق بیمه پوشش‌های بیمه‌ای و تنظیم قرارداد است.

۳-۱ بیمه‌گذار: شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه‌گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می‌نماید. بیمه‌گذار و بیمه‌شده ممکن است یک نفر باشد. چنانچه بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحد نباشند، رضایت کتبی بیمه‌شده ضروری است و امضای وی در فرم پیشنهاد به‌عنوان رضایت کتبی وی تلقی می‌شود.

۱-۳-۱ در مواردی که بیمه‌شده اهلیت قانونی نداشته باشد اظهارات کتبی ولی یا قیم او قابل استناد خواهد بود.

۴-۱ بیمه‌نامه: سندی است کتبی که مشتمل بر مشخصات و تعهدات بیمه‌گر، بیمه‌گذار، بیمه‌شده و ذینفع و شرایط عقد قرارداد بیمه است.

۵-۱ حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار پرداخت آن را طبق شرایط خصوصی مندرج در بیمه‌نامه تعهد نموده است.

۶-۱ موضوع بیمه: عبارت است از تعهد بیمه‌گر به پرداخت سرمایه فوت و اندوخته در صورت فوت بیمه‌شده در طول اعتبار بیمه‌نامه یا پرداخت اندوخته در صورت حیات بیمه‌شده در پایان اعتبار بیمه‌نامه درازای انجام تعهدات بیمه‌گذار.

۷-۱ استفاده‌کننده (گان): شخص حقیقی یا حقوقی است که توسط بیمه‌گذار تعیین و قرارداد بیمه به نفع او منعقد می‌گردد.

۱-۷-۱ استفاده‌کننده ممکن است بیش از یک نفر باشد که در این صورت می‌بایست توسط بیمه‌گذار در فرم پیشنهاد بیمه عمر سهم هر یک و اولویت هر کدام مشخص شود.

۲-۷-۱ در صورتی که بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحد نباشند، رضایت کتبی بیمه‌شده جهت تعیین و تغییر استفاده‌کننده ضروری است و امضای وی در فرم پیشنهاد به‌عنوان رضایت کتبی وی تلقی می‌شود.

۳-۷-۱ در صورت فوت بیمه‌شده و عدم تعیین استفاده‌کننده در بیمه‌نامه، منافع بیمه‌نامه به وارث قانونی بیمه‌شده پرداخت خواهد شد.

۸-۱ سرمایه فوت: مبلغی است که بیمه‌گر متعهد می‌گردد در صورت فوت بیمه‌شده در طول مدت بیمه، طبق شرایط خصوصی مندرج در بیمه‌نامه به استفاده‌کننده (گان) پرداخت نماید.

۹-۱ اندوخته بیمه‌نامه (ذخیره ریاضی): مبلغی است که هر ساله پس از کسر هزینه‌ها از حق بیمه دریافتی باقی می‌ماند و با اندوخته بیمه‌نامه در پایان سال قبل جمع و هر ساله سودی با نرخ فنی علی الحساب نیز به آن اضافه می‌شود.

۱۰-۱ بازخرید: عبارت است از انصراف بیمه‌گذار از ادامه بیمه قبل از تاریخ پایان بیمه‌نامه

۱۱-۱ ارزش بازخرید: عبارت است حداقل ۹۰ درصد اندوخته بیمه‌نامه پس از کسر هزینه‌های مستهلک نشده بیمه‌گر.

۱۲-۱ تعلیق: وضعیت و مدت‌زمانی از بیمه‌نامه است که طی آن مدت بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نسبت به جبران خسارت‌های احتمالی پوشش‌های بیمه‌ای بیمه‌نامه ندارد.

۱۳-۱ سال بیمه‌ای: برابر با یک سال تمام شمسی است که از تاریخ شروع اعتبار بیمه‌نامه در سال اول آغاز و هر ساله به همان ترتیب تا پایان اعتبار بیمه‌نامه ادامه خواهد یافت.

۱۴-۱ فرم پیشنهاد: مجموعه‌ای از سوالات و پرسش‌های است که بیمه‌گذار و بیمه‌شده آن را تکمیل و تأیید و بیمه‌گر بر اساس آن نسبت به ارزیابی خطر و در صورت قبول آن نسبت به صدور بیمه‌نامه اقدام می‌نماید.

۱۵-۱ نرخ سود فنی علی الحساب: نرخ سود تعیین‌شده سالانه‌ای است که بر اساس آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه در اندوخته بیمه‌نامه اعمال می‌گردد و در جداول پیوست بیمه‌نامه نیز درج گردیده است.

۱۶-۱ مشارکت در منافع: عبارت است از مشارکت بیمه‌گذار در حداقل ۸۵ درصد منافع احتمالی حاصل از معاملات بیمه‌ای اندوخته‌های ریاضی بیمه‌های زندگی.

۱۷-۱ مدت بیمه: مدت‌زمانی است که از ساعت ۲۴ تاریخ شروع بیمه‌نامه آغاز و خاتمه آن در ساعت ۲۴ تاریخ انقضاء بیمه‌نامه است.

۱۸-۱ پوشش‌های تکمیلی: عبارت است از پوشش‌های بیمه‌ای مازادی که بیمه‌گذار می‌تواند با موافقت بیمه‌گر آن را انتخاب و با پرداخت حق بیمه متعلق، طبق شرایط اختصاصی پوشش بیمه‌ای، از مزایای آن بهره‌مند گردد.

۱۹-۱ جدول تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌گر: جدولی است که بیانگر مبالغ تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌گر در طول مدت بیمه‌نامه و جزء لاینفک بیمه‌نامه است. تحقق تعهدات پیش‌بینی‌شده بیمه‌گر منوط به پرداخت کامل و به‌موقع حق بیمه‌های مقرر توسط بیمه‌گذار در سررسیدهای مندرج در جدول مذکور خواهد بود.

۲۰-۱ انتقال: عبارت است از واگذاری حق استفاده از بیمه‌نامه از سوی بیمه‌گذار به دیگری

ماده ۲ - اساس بیمه‌نامه اظهارات کتبی بیمه‌گذار و بیمه‌شده در برگ پیشنهاد بیمه پیوست‌های احتمالی آن، گزارش پزشک معاینه‌کننده، قوانین و مقررات بیمه و تایید بیمه‌گر اساس صدور بیمه‌نامه است. شرایط عمومی، شرایط خصوصی، شرایط پوشش‌های اضافی، جدول بازخرید بیمه‌نامه جزء لاینفک بیمه‌نامه بوده و مورد توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار است.

ماده ۳ - شروع اعتبار بیمه‌نامه: تعهدات مندرج در بیمه‌نامه و همچنین آثار مترتب بر آن از تاریخ شروع بیمه‌نامه منوط به اینکه حق بیمه مقرر پرداخت‌شده باشد، جاری و معتبر خواهد بود.

ماده ۴ - اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده موظفاند سوالات مندرج در فرم پیشنهاد و ضمایم آن را در کمال حسن نیت پاسخ داده و کلیه اطلاعات مربوطه را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. هرگاه سوابق جسمی و روحی بیمه‌شده با معاینه پزشکی تشخیص داده نشود و پزشک به‌ناچار به اظهارات بیمه‌شده اکتفا نموده باشد و سپس معلوم گردد اظهارات بیمه‌شده یا بیمه‌گذار به‌طور عمد یا سهو مطابق با حقیقت نبوده یا از ابراز مطالب موثر خودداری کرده‌اند، بیمه‌گر حق و اختیار دارد حسب مورد به یکی از طرق زیر عمل نماید:

۴-۱ چنانچه اهمیت موضوع کشف شده به میزانی باشد که اگر بیمه‌گر در موقع عقد بیمه از آن اطلاع داشت همچنان اقدام به صدور بیمه‌نامه می‌نمود:

۴-۱-۱ در صورتی که بیمه‌گر قبل از وقوع خطر به اظهارات خلاف واقع بیمه‌گذار یا بیمه‌شده پی ببرد، می‌تواند بیمه‌نامه را فسخ یا با دریافت حق بیمه اضافی آن را ادامه دهد. در صورت فسخ بیمه‌نامه، اندوخته بیمه‌نامه تا زمان فسخ (در صورت وجود) پس از کسر هزینه‌های مستهلک نشده به بیمه‌گذار مسترد می‌گردد.

۴-۱-۲ چنانچه بیمه‌گر بعد از وقوع خطر به اظهارات خلاف واقع بیمه‌گذار یا بیمه‌شده پی ببرد، در این صورت تعهدات او به نسبت حق بیمه دریافتی بابت پوشش‌های بیمه‌ای به حق بیمه واقعی آن‌ها کاهش می‌یابد.

۴-۲ چنانچه اهمیت موضوع کشف شده به درجه‌ای باشد که اگر بیمه‌گر در موقع عقد بیمه از آن اطلاع داشت اقدام به صدور بیمه‌نامه نمی‌نمود، بیمه‌نامه باطل و حق بیمه مربوط به پوشش‌های بیمه‌ای و هزینه‌ها قابل برگشت نیست.

ماده ۵- تغییر در شرایط بیمه‌نامه: هرگونه تغییر در بیمه‌نامه به موجب برگ‌های الحاقیه‌ای خواهد بود که به تقاضای بیمه‌گذار و پس از موافقت بیمه‌گر، صادر می‌شود و این برگ‌های الحاقی جزء لاینفک بیمه‌نامه است. با رعایت ضوابط و مقررات بیمه‌گر می‌تواند در موارد خاص مطابق با شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه بدون تقاضای بیمه‌گذار نسبت به صدور الحاقیه اقدام نماید. چنانچه مفاد و مطالب مندرج در بیمه‌نامه و الحاقیه با شرایط مورد توافق مطابقت ننماید بیمه‌گذار می‌تواند ظرف بیست روز از تاریخ صدور بیمه‌نامه و برگ‌های الحاقیه، تقاضای تصحیح آن را بنماید. پس از سپری شدن این مدت مندرجات اسناد مزبور مورد تصدیق و قبول بیمه‌گذار تلقی خواهد شد.

ماده ۶- ارزش بازخرید بیمه‌نامه: ارزش بازخرید بیمه‌نامه در هر زمان عبارت است از حداقل ۹۰ درصد اندوخته بیمه‌نامه پس از کسر هزینه‌های مستهلک نشده بیمه‌گر که ارزش آن معادل مبلغ مندرج در جدول ضمیمه بیمه‌نامه بر اساس آخرین گزارش سالیانه است.

تبصره: امکان بازخرید بیمه‌نامه پس از سپری شدن ۶ ماه از تاریخ شروع بیمه‌نامه میسر می‌باشد.

ماده ۷- پرداخت حق بیمه:

۷-۱ نحوه پرداخت حق بیمه: حق بیمه به صورت یکجا و یا سالیانه و یا ترکیبی از آن دو نوع قابل پرداخت است. در صورت انتخاب حق بیمه سالیانه و موافقت بیمه‌گر، حق بیمه مذکور قابل تقسیم نیز است که هزینه آن در محاسبات اندوخته لحاظ خواهد شد.

۷-۲ تاخیر در پرداخت حق بیمه: در صورت تاخیر در پرداخت اقساط حق بیمه توسط بیمه‌گذار در سررسیدهای مقرر، حق بیمه خطر فوت و حق بیمه پوشش‌های تکمیلی و هزینه‌های مرتبط از محل اندوخته بیمه‌نامه و با احتساب بدهی بیمه‌گذار بابت وام‌های دریافتی، تامین خواهد شد و در این صورت پوشش خطر فوت و پوشش‌های تکمیلی بیمه‌نامه تا آخرین روز کفایت حق بیمه، از محل اندوخته معتبر خواهد بود و پس از آن بیمه‌نامه معلق می‌گردد.

تبصره: در صورت تعلیق بیمه‌نامه بیمه‌گذار می‌تواند با پرداخت حق بیمه مقرر در مهلت ۶۰ روزه، بیمه‌نامه خود را از ساعت ۲۴ روز پرداخت حق بیمه مجدد برقرار نماید. برقراری مجدد بیمه‌نامه پس از سپری شدن مهلت مذکور، صرفاً با موافقت

بیمه‌گر امکان‌پذیر است. بدیهی است در زمان تعلیق، بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نسبت به پوشش‌های بیمه‌ای نخواهد داشت.

ماده ۸- تعهدات بیمه‌گر:

۸-۱ تعهدات بیمه‌گر در صورت حیات بیمه‌شده: در پایان مدت بیمه‌نامه، اندوخته بیمه‌نامه پس از کسر بدهی‌های مربوطه در وجه استفاده‌کننده در صورت حیات پرداخت خواهد شد.

۸-۲ تعهدات بیمه‌گر در صورت فوت بیمه‌شده: در صورت فوت بیمه‌شده، سرمایه فوت بیمه‌نامه در زمان فوت و اندوخته تشکیل شده تا زمان فوت پس از کسر هرگونه بدهی قبلی از محل بیمه‌نامه که به استفاده‌کننده در صورت فوت پرداخت خواهد شد.

تبصره: در صورتی که بیمه‌شده مشمول استفاده از پوشش‌های تکمیلی باشد، مبلغ تعهد شده در پوشش‌های تکمیلی نیز طبق شرایط پوشش‌های تکمیلی بیمه‌نامه پرداخت می‌گردد.

ماده ۹- حقوق بیمه‌گذار نسبت به اندوخته بیمه‌نامه:

۹-۱ دریافت وام: بیمه‌گذار می‌تواند پس از حداقل دو سال پرداخت حق بیمه، حداکثر به میزان ۹۰٪ ارزش بازخرید بیمه‌نامه درخواست وام نماید و بیمه‌گر متعهد به پرداخت آن است.

تبصره ۱: نحوه بازپرداخت وام با توافق بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار تعیین می‌گردد.

تبصره ۲: در صورتی که ذینفع در بیمه‌نامه‌های زندگی بستانکار بیمه‌گذار باشد و این مطلب در بیمه‌نامه و یا الحاقیه پیوست به آن تصریح شده باشد حق بازخرید بیمه‌نامه و همچنین دریافت وام از محل اندوخته ریاضی موکول به موافقت کتبی بستانکار است.

تبصره ۳: نرخ کارمزد وام بر اساس آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه اعمال خواهد شد.

تبصره ۴: در زمان سررسید بیمه‌نامه یا بازخرید آن یا برداشت از اندوخته، چنانچه وام تسویه نشده باشد مانده وام دریافتی و کارمزدهای متعلق به آن و جرائم احتمالی از تعهدات بیمه‌گر کسر می‌گردد.

۹-۲ سود مشارکت در منافع: بیمه‌گر مکلف است بیمه‌گذار را در سود احتمالی و مازاد بر سود اعمال شده طبق مفاد آیین‌نامه بیمه‌های زندگی در محاسبات اندوخته بیمه‌نامه سهیم نماید.

۹-۳ در طول مدت بیمه‌نامه و در صورت تشکیل اندوخته بیمه‌گذار می‌تواند بازخرید کل یا درصدی از اندوخته بیمه‌نامه خود را درخواست نماید و موسسه بیمه مکلف است ارزش بازخرید بیمه‌نامه را با رعایت شرایط بیمه‌نامه صادره پرداخت نماید.

ماده ۱۰- انتقال بیمه‌نامه:

۱۰-۱ بیمه‌گذار می‌تواند پس از اخذ موافقت کتبی بیمه‌شده و همچنین بیمه‌گر، بیمه‌نامه را با شرایطی که بیمه‌گر تعیین می‌کند به شخص دیگری و با صدور الحاقیه منتقل نماید.

۱۰-۲ در صورت انتقال بیمه‌نامه، بیمه‌شده قابل تغییر نیست.

ب) در صورت حیات بیمه‌شده در انتهای مدت بیمه‌نامه:

- اصل شناسنامه و کارت ملی استفاده‌کننده

تبصره: در صورتی که اشتباهی در تاریخ تولد بیمه‌شده در موقع صدور قرارداد رخ داده باشد و این اشتباه حق بیمه پوشش‌های بیمه‌ای و هزینه‌های مترتب به آن را تغییر دهد، حق بیمه‌های اشتباهی (کسورات و یا افزایش‌های احتمالی) در هنگام پرداخت سرمایه و یا اندوخته بیمه‌نامه اعمال خواهد شد و جدول بازخرد پیوست بیمه‌نامه تعدیل می‌گردد.

ماده ۱۲ - استثنائات و محدودیت‌ها: موارد زیر مشمول بیمه نیست و در صورت تحقق خطر فوت، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت سرمایه فوت بیمه‌نامه ندارد و برحسب مورد ارزش بازخرد بیمه‌نامه به شرحی که خواهد آمد به استفاده‌کننده واجد شرایط پرداخت خواهد شد:

۱-۱۲ خودکشی: در صورتی که بیمه‌شده در طول دو سال اول از تاریخ شروع قرارداد بیمه و یا از تاریخ برقراری مجدد بیمه‌نامه خودکشی نماید، صرفاً ارزش بازخردی بیمه‌نامه به استفاده‌کننده پرداخت می‌گردد.

۲-۱۲ مرگ بیمه‌شده به وسیله بیمه‌گذار: در صورتی که بیمه‌گذار تعمداً به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم موجبات مرگ بیمه‌شده را فراهم آورد، صرفاً ارزش بازخردی بیمه‌نامه به استفاده‌کنندگان پرداخت خواهد شد.

۳-۱۲ مرگ بیمه‌شده به وسیله استفاده‌کننده: در صورتی که استفاده‌کننده تعمداً به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم موجبات مرگ بیمه‌شده را فراهم آورند، استفاده‌کننده مذکور از مزایای بیمه‌نامه محروم و سهم سایر استفاده‌کنندگان پرداخت خواهد شد.

۴-۱۲ مسافرت غیرعادی: خطرات ناشی از پرواز هوایی به‌جز مواردی که بیمه‌شده به‌عنوان یک مسافر عادی با خرید بلیت اقدام به پرواز در خطوط هوایی تجاری مجاز نموده و نام وی به‌عنوان مسافر عادی، در لیست مسافران ثبت شده باشد تحت پوشش نخواهد بود.

۵-۱۲ فعالیت‌های خطرناک: چنانچه فوت بیمه‌شده ناشی از هدایت یا سرنشین 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 بازخردی به استفاده‌کننده پرداخت خواهد شد مگر اینکه با توافق طرفین و پرداخت حق بیمه اضافی، موارد مذکور تحت پوشش قرار گرفته باشد.

۶-۱۲ اعمال خلاف قانون: چنانچه بیمه‌شده در اثر فعالیت‌های مجرمانه، اعم از مباشرت، مشارکت یا معاونت در آن فوت نماید، بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی برای پرداخت سرمایه فوت نخواهد داشت.

۷-۱۲ جنگ: در صورتی که بیمه‌شده 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 بازخردی تا روز حادثه را پرداخت خواهد کرد.

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

۱-۳ اگر بیمه‌گذار و بیمه‌شده دو نفر باشند، در صورت فوت بیمه‌گذار یا انتقال قرارداد بیمه به دیگری، چنانچه ورثه یا منتقل‌الیه کلیه تعهداتی را که به‌موجب قرارداد بیمه به عهده بیمه‌گذار بوده است، در مقابل بیمه‌گر اجرا نمایند قرارداد بیمه به نفع ورثه یا منتقل‌الیه به اعتبار خود باقی می‌ماند. مع‌هذا ورثه و یا منتقل‌الیه حق فسخ قرارداد را طبق شرایط عمومی این بیمه‌نامه خواهند داشت.

۱-۴ در صورت انتقال بیمه‌نامه به شخص دیگر، انتقال‌دهنده مسئول پرداخت کلیه دیون تا تاریخ انتقال در مقابل بیمه‌گر خواهد بود.

۱-۵ اگر انتقال‌گیرندگان متعدد باشند هر یک از آن‌ها نسبت به تمام حق بیمه در مقابل بیمه‌گر مسئولیت تضامنی خواهند داشت به نحوی که هرگاه یکی از آن‌ها حق بیمه سهم خود را نپردازد، هیچ‌یک از انتقال‌گیرندگان حق استفاده از مزایای قرارداد بیمه را نخواهند داشت.

ماده ۱۱ - مدارک لازم جهت پرداخت منافع بیمه

در صورتی که که استفاده‌کننده کلیه مدارک مورد نیاز را به بیمه‌گر ارائه دهد، بیمه‌گر موظف است سرمایه فوت یا اندوخته بیمه‌نامه را حسب مورد حداکثر ظرف مدت یک ماه از تاریخ تکمیل مدارک و اطمینان از صحت آن‌ها و در قبال رسید به استفاده‌کننده (گان) پرداخت نماید. مدارک لازم عبارت‌اند از:

- بیمه‌نامه و اوراق الحاقی ضمیمه آن

علاوه بر مدارک فوق؛

الف) در صورت فوت بیمه‌شده در مدت اعتبار بیمه‌نامه:

۱- اعلام کتبی فوت بیمه‌شده: در صورت فوت بیمه‌شده، مراتب باید با ذکر علت در اسرع وقت حداکثر ظرف یک ماه از تاریخ فوت به صورت کتبی از طرف استفاده‌کننده یا بیمه‌گذار به اطلاع بیمه‌گر برسد، مگر اینکه ثابت نمایند به علت خارج از اراده خود قادر به اعلام نبوده‌اند.

۲- گواهی فوت صادره از سوی سازمان ثبت‌احوال

۳- تصویر برابر کلیه صفحات شناسنامه باطل‌شده بیمه‌شده متوفی

۴- گواهی آخرین پزشک معالج یا پزشکی قانونی مبنی بر علت فوت که در آن علت بیماری شرح و سیر آن ذکر شده باشد. در صورتی که معالجه به عمل نیامده باشد مدارک مثبت حاکی از بیماری و علل فوت و اوضاع و احوالی که در آن فوت اتفاق افتاده باید به هزینه استفاده‌کننده تهیه و ارائه گردد.

۵- در صورتی که فوت ناشی از حادثه باشد، گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع قانونی ذیصلاح تهیه شده باشد.

۶- گواهی انحصار وراثت در صورتی که استفاده‌کننده در بیمه‌نامه و اوراق الحاقی مشخص نشده باشد.

تبصره ۱: بیمه‌گر حق دارد با هزینه استفاده‌کننده هرگونه اطلاعات و مدارک تکمیلی در این زمینه مطالبه و یا خود تهیه نماید.

تبصره ۲: در صورتی که بیمه‌گذار و یا ذینفع تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند، بیمه‌گر می‌تواند ضرر و زیان وارده به لحاظ عدم اجرای تکالیف مزبور را از تعهدات قابل پرداخت خود کسر نماید.

۱۲-۸ اعزام به عملیات جنگی: چنانچه بیمه‌شده به‌عنوان نظامی یا در تشکیلات نظامی تحت هر عنوان به عملیات جنگی اعزام شود، بیمه‌نامه از تاریخ اعزام بیمه‌شده به حالت تعلیق در خواهد آمد حتی اگر بیمه‌گر در اثر عدم اطلاع از وضع بیمه‌شده به دریافت حق بیمه ادامه داده باشد. در این صورت، چنانچه به هر علتی خطری اتفاق بیفتد بیمه‌گر صرفاً ارزش بازخریدی بیمه‌نامه را تا روز تعلیق، پرداخت و حق بیمه‌های اضافه دریافتی احتمالی از تاریخ تعلیق مسترد خواهد شد. بیمه‌نامه معلق، سه ماه پس از خاتمه عملیات جنگی و بازگشت بیمه‌شده به وضعیت قبلی، بر اساس درخواست بیمه‌گذار و موافقت بیمه‌گر به وضعیت عادی تبدیل می‌گردد.

تبصره: چنانچه بیمه‌شده در محلی فوت کند که رسماً شرایط جنگ اعلام شده است، پرداخت سرمایه بیمه منوط به ارائه دلایل کافی از سوی بیمه‌گذار یا استفاده‌کننده مبنی بر عدم تاثیر مستقیم جنگ بر فوت بیمه‌شده است. در صورت عدم ارائه شواهد کافی، بیمه‌گر فقط ارزش بازخریدی را پرداخت خواهد نمود.

۱۲-۹ تشعشعات هسته‌ای: چنانچه بیمه‌شده در اثر انفجار یا تشعشعات هسته‌ای و یا آلودگی‌های شیمیایی و بیولوژیکی ناشی از آن فوت نماید، بیمه‌گر صرفاً ارزش بازخریدی را به استفاده‌کننده (گان) پرداخت خواهد نمود.

۱۲-۱۰ چنانچه بیمه‌شده ناشی از مصرف داروهای محرک بدون تجویز پزشک، مشروبات الکلی، مواد مخدر و روان‌گردان فوت نماید، بیمه‌گر صرفاً ارزش بازخریدی را به استفاده‌کننده (گان) پرداخت خواهد نمود.

ماده ۱۳ - پوشش اتباع غیر ایرانی: صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت مربوط به کارکنان و کارگران با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی که آنان دارای مجوز اقامت با حق کار مشخص و پروانه کار معتبر باشند، امکان‌پذیر خواهد بود.

ماده ۱۴ - مفقود شدن بیمه‌نامه: در صورت مفقود شدن بیمه‌نامه بیمه‌گذار موظف است بلافاصله مراتب را به‌صورت کتبی به اطلاع بیمه‌گر برساند بیمه‌گر پس از حصول اطمینان از فقدان آن نسخه دوم بیمه‌نامه را صادر و در اختیار بیمه‌گذار قرار خواهد داد.

ماده ۱۵ - نشانی قانونی، تغییر محل اقامت، نماینده در ایران

۱۵-۱ اقامتگاه بیمه‌گذار یا نماینده او در ایران برای بیمه‌گر نشانی قانونی و رسمی است.

۱۵-۲ بیمه‌گذار موظف است تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتباً به بیمه‌گر اطلاع دهد.

۱۵-۳ هرگاه بیمه‌گذار خارج از ایران اقامت نماید باید یک نفر مقیم ایران را به بیمه‌گر معرفی کند که در کارهای مربوط به بیمه زندگی نماینده وی باشد و بیمه‌گر نامه‌های مربوط را به‌عنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید.

۱۵-۴ در صورت عدم رعایت مقررات فوق، مکاتبات بیمه‌گر به آخرین نشانی اعلام‌شده از سوی بیمه‌گذار در ایران معتبر خواهد بود.

۱۵-۵ کلیه مکاتبات بیمه‌گذار و نماینده او در رابطه با این قرارداد با ذکر شماره بیمه‌نامه باید به آدرس واحد صادرکننده بیمه‌نامه فرستاده شود.

ماده ۱۶ - نحوه حل و فصل اختلاف (اصل داوری): طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. اگر اختلاف از طریق مذاکره

حل و فصل نشد می‌توانند از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه موضوع را حل و فصل کنند. در صورت انتخاب روش داوری، طرفین قرارداد می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین، هر یک از طرفین باید داور انتخابی خود را به‌صورت کتبی به‌طرف دیگر معرفی کند. داوران منتخب، داور سوم را به‌عنوان سردار انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می‌کنند. در صورتی که هر یک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از معرفی داور طرف مقابل، داور منتخب خود را معرفی نکند و یا داوران منتخب، برای انتخاب سر داور به توافق نرسند هر یک از طرفین می‌تواند حسب مورد تعیین داور یا سر داور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق‌الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق‌الزحمه سر داور را می‌پردازد و در خاتمه، همه هزینه‌های داوری بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می‌شود.

ماده ۱۷ - دعاوی حقوقی (رفع اختلاف): دعاوی راجع به این بیمه‌نامه یا راجع به اجرای آن طبق مقررات به دادگاه‌های صالحه ایران (دادگاه صلاحیت‌دار محل اقامت مدعی علیه) ارجاع خواهد شد.

۱۷-۱ موارد درج نشده یا مبهم: در سایر موارد که در این شرایط عمومی نسبت به آن ذکری به میان نیامده است طبق آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه قانون بیمه و سایر قوانین و مقررات جاری کشور عمل خواهد شد.

ماده ۱۸ - مرور زمان: مدت مرور زمان کلیه دعاوی حقوقی ناشی از این قرارداد بیمه دو سال از تاریخ وقوع خطر مورد بیمه است.

شرایط عمومی این بیمه‌نامه و آثار ناشی از آن، صرفاً با مهر و تأیید شرکت بیمه تجارت نو، قابل استناد است.

شرایط عمومی پوشش تکمیلی حوادث (فوت، نقص عضو و از کارافتادگی)

دائم (کلی و جزئی) و هزینه پزشکی ناشی از حادثه)

فصل اول - کلیات

ماده (۱) تعاریف: تعاریف و اصطلاحات مندرج در این شرایط عمومی صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می‌توانند داشته باشند با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته‌اند:

۱-۱ بیمه‌گر: شرکت بیمه تجارت نو که متعهد است سرمایه مندرج در بیمه‌نامه یا ضمایم احتمالی آن را طبق شرایط مقرر در بیمه‌نامه پرداخت نماید.

۲-۱ بیمه‌گذار: شخص حقیقی یا حقوقی که قرارداد بیمه را با بیمه‌گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می‌نماید. بیمه‌گذار و بیمه‌شده ممکن است یک نفر باشد، چنانچه بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی نباشند، رضایت کتبی بیمه‌شده الزامی است و امضای وی در فرم پیشنهاد به عنوان رضایت کتبی تلقی می‌شود.

۱-۲-۱ در مواردی که بیمه‌شده اهلیت قانونی نداشته باشد، در این صورت اظهارات ولی یا قیم قانونی او قابل استناد خواهد بود.

۳-۱ بیمه‌شده: شخص حقیقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه درج شده است و بیمه‌گر متعهد به پرداخت خسارت و یا غرامت بدنی او به علت تحقق خطرات مشمول این بیمه‌نامه است.

۴-۱ حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار موظف است طبق شرایط خصوصی بیمه‌نامه به بیمه‌گر بپردازد.

۵-۱ سرمایه بیمه: سرمایه بیمه یا غرامت بیمه وجهی است که بیمه‌گر متعهد می‌گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول بیمه طبق شرایط بیمه‌نامه به استفاده‌کننده (گان) بپردازد.

۶-۱ حادثه: حادثه موضوع این بیمه، هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی است که بدون قصد و اراده بیمه‌شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی یا فوت بیمه‌شده گردد.

۷-۱ نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی): منظور از نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن است که به علت حادثه تحت پوشش بیمه‌نامه به وجود آید و حداکثر تا دو سال بعد از وقوع حادثه، بروز نماید و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

ماده (۲) اساس قرارداد: اظهارات کتبی بیمه‌گذار و بیمه‌شده در فرم پیشنهاد بیمه و پیوست‌های احتمالی آن، قوانین و مقررات بیمه، آئین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه، گزارش پزشک معاینه‌کننده و تأیید بیمه‌گر (که جزء لاینفک بیمه‌نامه است) اساس صدور بیمه‌نامه می‌باشد.

ماده (۳) خطرات بیمه‌شده: تأمین غرامت مورد تعهد از سوی بیمه‌گر با رعایت استثنائات و محدودیت‌های مندرج در بیمه‌نامه، شامل تحقق خطر (حادثه) موضوع بند ۶ ماده ۱ این بیمه‌نامه است. همچنین خسارت یا غرامت ناشی از موارد زیر نیز جزو تعهدات بیمه‌گر محسوب می‌شود:

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

ب) ابتلا به هاری، کزاز، سیاه زخم و گزیدگی.

ج) دفاع مشروع بیمه‌شده.

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

ماده (۴) مدت بیمه: مدت بیمه برابر با مدت بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری می‌باشد. منوط بر آنکه سن مجموع بیمه‌شده و مدت بیمه از ۷۰ سال تمام تجاوز ننماید.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

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

ماده (۶) پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار موظف است حق بیمه پوشش‌های حوادث را از محل حق بیمه عمر و سرمایه‌گذاری یا به صورت جداگانه پرداخت نماید.

تبصره: چنانچه حق بیمه‌های مقرر در سررسید تعیین شده در بیمه‌نامه یا پیوست‌های آن، توسط بیمه‌گذار پرداخت نشده باشد و نیز تأمین حق بیمه پوشش‌های تکمیلی از محل ذخیره ریاضی امکان پذیر نباشد و بیمه‌شده در اثر حوادث مشمول دچار فوت، نقص عضو یا از کارافتادگی دائم کلی و جزئی و جرح شود، بیمه‌گر هیچگونه تعهدی برای جبران خسارت مرتبط با این پوشش تکمیلی نخواهد داشت.

ماده (۷) تغییر خطر: هر گاه در مدت بیمه، در شغل یا فعالیت‌های بیمه‌شده تغییری بوجود آید بیمه‌شده یا بیمه‌گذار موظفند حداکثر ظرف ده روز بیمه‌گر را آگاه سازند. در صورت تشدید خطر، بیمه‌گر حق بیمه متناسب با خطر را برای مدت باقی مانده پیشنهاد می‌نماید. در صورتی که طرفین نتوانند درباره میزان حق بیمه تعدیل شده توافق نمایند هر یک از طرفین می‌تواند حداکثر ظرف ده روز بیمه‌نامه را فسخ نماید. در صورت عدم اعلام تشدید خطر به بیمه‌گر و وقوع حادثه، غرامت با اعمال قاعده نسبی حق بیمه پرداخت خواهد شد.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گر

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

ماده ۹) مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر باید بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید و در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور مکتوب به بیمه‌گذار یا استفاده‌کننده اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، آن را پرداخت نماید.

ماده ۱۰) تعیین میزان غرامت بیمه:

۱) غرامت فوت: در صورتی که بیمه‌شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول این بیمه‌نامه فوت کند بیمه‌گر متعهد است علاوه بر سرمایه فوت به هر علت، سرمایه پوشش تکمیلی فوت در اثر حادثه را طبق شرایط این بیمه‌نامه و الحاقیه آن و یا هرگونه توافق کتبی دیگر به استفاده‌کننده بپردازد.

۲) غرامت نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی): در صورتی که بیمه‌شده به علت وقوع یکی از خطرات مشمول بیمه دچار نقص عضو یا از کارافتادگی دائم شود بیمه‌گر متعهد است غرامت مربوطه را طبق شرایط این بیمه‌نامه و جدول نقص عضو آئین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه پرداخت نماید.

فصل چهارم - استثنائات

ماده ۱۱) موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

الف) خودکشی و یا اقدام به آن.

ب) صدمات بدنی که بیمه‌شده عمداً موجب آن شود.

ج) مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و روان‌گردان.

د) استفاده از داروهای کاهنده هوشیاری و خواب‌آور بدون تجویز پزشک.

ه) ارتکاب بیمه‌شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن.

و) هر نوع دیسک و یا فتق بیمه‌شده.

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

ح) فوت بیمه‌شده به علت حادثه ناشی از عمد استفاده‌کننده (اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت). در این صورت بیمه‌گر فقط متعهد به پرداخت سهم سایر استفاده‌کننده‌گان در سرمایه بیمه خواهد بود.

ط) جنگ (به جز انفجار و یا عملکرد ادوات نظامی که بعد از جنگ بجا مانده است)، شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

ی) زمین لرزه، آتش فشان و فعل و انفعالات هسته‌ای.

ک) ورزش‌های رزمی و حرفه‌ای، شکار، سوارکاری، قایق‌رانی، هدایت موتورسیکلت، هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی، اکتشافی و غیرتجاری، هدایت و یا سرنشینی اتومبیل کورسی (مسابقه‌ای)، هدایت و یا سرنشینی هلیکوپتر، غواصی، پرش با چتر نجات و هدایت کایت یا سایر وسایل پرواز بدون موتور.

تبصره: خطرات مندرج در بند «ک» با موافقت کتبی بیمه‌گر و اخذ حق بیمه مربوطه قابل پوشش است.

فصل پنجم - سایر موارد

ماده ۱۲) کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با بیمه‌نامه باید به طور کتبی با رعایت مقررات مربوط به آخرین نشانی اعلام شده به طرف مقابل اعلام گردد.

ماده ۱۳) سایر موارد: در مواردی که در این قرارداد نسبت به آن ذکر به میان نیامده است طبق آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه، قانون بیمه و سایر قوانین جاری کشور عمل خواهد شد.

شرایط اختصاصی بیمه عمر هزینه پزشکی ناشی از حادثه

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

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

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

۲) حداکثر هزینه پزشکی مورد تعهد بیمه‌گر برای هر حادثه معادل درصدی از سرمایه فوت ناشی از حادثه خواهد بود.

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

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

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

شرایط عمومی این بیمه‌نامه و آثار ناشی از آن، صرفاً با مهر و تأیید شرکت بیمه تجارت نو، قابل استناد است.

شرایط عمومی پوشش تکمیلی بیماری‌های خاص

ماده (۱) تعاریف: تعاریف و اصطلاحات مندرج در این شرایط عمومی صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می‌توانند داشته باشند با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند:

۱-۱ بیمه‌گر: شرکت بیمه تجارتنو که متعهد است سرمایه مندرج در بیمه‌نامه یا ضامته احتمالی آن را طبق شرایط مقرر در بیمه‌نامه پرداخت نماید.

۲-۱ بیمه‌گذار: شخص حقیقی یا حقوقی که قرارداد بیمه را با بیمه‌گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می‌نماید. بیمه‌گذار و بیمه‌شده ممکن است یک نفر باشد، چنانچه بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی نباشند، رضایت کتبی بیمه‌شده الزامی است و امضای وی در فرم پیشنهاد به عنوان رضایت کتبی تلقی می‌شود.

۱-۲-۱ در مواردی که بیمه‌شده اهلیت قانونی نداشته باشد، در این صورت اظهارات ولی یا قیم قانونی او قابل استناد خواهد بود.

۳-۱ بیمه‌شده: شخص حقیقی است که مشخصات وی در قرارداد بیمه درج گردیده و ابتلای نامبرده به یکی از بیماری‌های تحت پوشش بیمه‌نامه باعث می‌گردد تا بیمه‌گر سرمایه مندرج در بیمه‌نامه را پرداخت نماید.

۴-۱ حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار متعهد است در مقابل اخذ این پوشش تکمیلی به بیمه‌گر بپردازد.

۵-۱ سرمایه بیمه: سرمایه بیمه یا غرامت وجهی است که بیمه‌گر متعهد می‌گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول این پوشش تکمیلی و حداکثر تا مبلغ مندرج در بیمه‌نامه به بیمه‌شده یا ذینفع آن بپردازد.

ماده (۲) اساس قرارداد: اظهارات کتبی بیمه‌گذار و بیمه‌شده در فرم پیشنهاد بیمه و پیوست‌های احتمالی آن، قوانین و مقررات بیمه، آئین نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه، گزارش پزشک معاینه کننده و تایید بیمه‌گر (که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد) اساس صدور بیمه‌نامه می‌باشد.

ماده (۳) اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر کلیه اطلاعات راجع به وضعیت سلامت بیمه‌شده، سوابق یا لزوم انجام درمان هر یک از بیماری‌های مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) جهت بیمه‌شده را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار و بیمه‌شده در پاسخ به پرسش بیمه‌گر عمداً از اظهار مطالبی خودداری نمایند و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنمایند، بیمه‌نامه باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطالبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچ گونه تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه‌گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه‌گر می‌تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه‌گذار در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه و یا هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که موثر بر تعهدات بیمه‌گر و وظایف بیمه‌گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت خواهد بود. اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی‌شود. در این صورت هرگاه مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقا کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند. در صورت فسخ، بیمه‌گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع

دهد. اثر فسخ ده روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه‌گذار شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار مسترد دارد. در صورتی که مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع بعد از وقوع حادثه معلوم شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

ماده (۴) بیماری‌های تحت پوشش: بیماری‌های تحت پوشش 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 سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی عروق کرونر قلب، سرطان و پیوند اعضای اصلی بدن بر طبق تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر و با رعایت ماده ۶ به شرح زیر می‌باشد:

۱-۴ سکته 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 یافته‌های زیر صورت می‌گیرد:

۱-۱-۴ وجود درد سینه ای

۲-۱-۴ تغییرات جدید در نوار قلب (E.C.G)

۳-۱-۴ افزایش آنزیم‌های قلبی

۲-۴ سکته مغزی (Stroke): عبارت است از هر واقعه عروقی مغزی یا ترومای سر که باعث نتایج و عوارض عصبی (نورولوژیک) به مدت بیش از ۲۴ 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 تأیید گردد و شواهد نقایص عصبی به مدت حداقل سه ماه موجود باشد.

۳-۴ جراحی عروق کرونر قلب (Coronary Artery Surgery): عبارت است از انجام عمل جراحی قلب باز به وسیله گرافت عروق کرونر (CABG)، برای ترمیم ۲ رگ یا بیشتر از عروق قلبی که تنگ و یا مسدود شده باشند. لزوم انجام عمل جراحی باید به وسیله آنژیوگرافی عروق کرونر تأیید شده باشد. آنژیوپلاستی یاهر نوع اقدام دیگری که از طریق روش‌های داخل عروقی انجام می‌گیرد از تعریف فوق مستثنی هستند.

۴-۴ پیوند اعضای اصلی بدن (Main - Organ - Graft): پیوند اعضای اصلی بدن عبارت است از دریافت عضو از طریق پیوند یکی از اندامهای زیر: قلب، ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان

۵-۴ سرطان (Cancer): عبارت است از بیماری‌هایی که به وسیله حضور یک تومور بدخیم نشان داده شده و با رشد و انتشار غیرقابل کنترل سلول‌های بدخیم و مهاجم

بافتی (متاستاز) مشخص می‌شود. اصطلاح سرطان (Cancer) همچنین لوسمی (انواع سرطان خون) و بیماری‌های بدخیم سیستم لنفاتیک همانند بیماری‌های هوچکین (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 ۵) مدت بیمه: مدت بیمه برابر با مدت بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری می‌باشد. منوط بر آنکه سن مجموع بیمه‌شده و مدت بیمه از ۶۰ سال تمام تجاوز ننماید.

ماده ۶) پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار موظف است حق بیمه این پوشش را مطابق بند ۱ ماده ۶ از شرایط عمومی بیمه عمر و سرمایه‌گذاری پرداخت نماید.

تبصره: چنانچه حق بیمه‌های مقرر در سررسید تعیین شده در بیمه‌نامه یا پیوست‌های آن، توسط بیمه‌گذار پرداخت نشده باشد و نیز تامین حق بیمه پوشش‌های تکمیلی از محل ذخیره ریاضی امکان پذیر نباشد و بیمه‌شده به یکی از بیماری‌های مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) مبتلا شده و یا به دلیل هر یک از این بیماری‌ها فوت نماید، بیمه‌گر هیچگونه تعهدی برای جبران خسارت مرتبط با این پوشش تکمیلی نخواهد داشت.

ماده ۷) تعهدات بیمه‌گر: بیمه‌گر متعهد است در صورت ابتلای بیمه‌شده و یا فوت ناگهانی به علت بیماری‌های تحت پوشش مندرج در ماده ۴ و پس از ارائه مدارک و مستندات مربوطه و تایید پزشک معتمد و مشروط به سپری شدن دوره انتظار، هزینه‌های درمان تا سقف مبلغ مندرج در ستون بیماری‌های تحت پوشش جدول بیمه‌نامه را به بیمه‌شده یا ذینفع پرداخت نماید.

۱-۷) بیمه‌شده تا سقف سرمایه مندرج در ستون بیماری‌های خاص تحت پوشش، می‌تواند هزینه‌های درمان در چند مرحله استفاده نماید.

۲-۷) در صورت فوت بیمه‌شده به علت ابتلا به یکی از بیماری‌های تحت پوشش، هزینه‌های درمان تا سقف مبلغ مندرج در ستون بیماری‌های خاص تحت پوشش جدول بیمه‌نامه به وراث قانونی و یا ذینفع تعیین شده برای این پوشش بیمه پرداخت می‌گردد.

ماده ۸) دوره انتظار: دوره انتظار هر یک از بیماری‌های مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۴) سه ماه و برای پوشش سرطان برابر با شش ماه از آغاز قرارداد بیمه می‌باشد که در این مدت بیمه‌گر هیچگونه تعهدی برای جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

ماده ۹) استثنائات:

۱-۹) ابتلا به بیماری ایدز.

۲-۹) مبتلا شدن به بیماری‌های مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) در اثر اعتیاد، مستی و نوشیدن مشروبات الکلی، استعمال هرگونه مواد مخدر، دخانیات و یا داروهای محرک بدون تجویز پزشک.

۳-۹) در صورتیکه بیماری‌های مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) قبل از شروع این پوشش در بیمه‌نامه، آغاز شده باشد.

ماده ۱۰) موارد فسخ پوشش تکمیلی: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر اقدام به فسخ این پوشش نمایند:

۱-۱۰) موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

۱-۱-۱۰) عدم پرداخت تمام و یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید یا سررسیدهای معین.

۲-۱-۱۰) در صورتی که بیمه‌گر قبل از وقوع خطر به اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از سوی بیمه‌شده یا بیمه‌گذار پی برد.

۱-۲) فسخ از طرف بیمه‌گذار: بیمه‌گذار می‌تواند این پوشش را فسخ نماید مشروط بر اینکه هیچگونه خسارتی از سوی بیمه‌گر بابت این پوشش تکمیلی به بیمه‌گذار یا بیمه‌شده پرداخت نشده باشد. در این صورت بیمه‌گر حق بیمه را تا زمان فسخ محاسبه و از بیمه‌گذار اخذ می‌نماید.

ماده ۱۱) نحوه فسخ: چنانچه بیمه‌گر بخواهد این پوشش را فسخ نماید، موظف است موضوع را به صورت اظهارنامه کتبی یا پست سفارشی به نشانی بیمه‌گذار ارسال نماید. در این صورت این پوشش یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه‌گذار، فسخ شده تلقی می‌گردد. بدیهی است همین منوال برای فسخ از جانب بیمه‌گذار نیز رعایت خواهد شد.

ماده ۱۲) وظایف بیمه‌گذار، بیمه‌شده و استفاده‌کنندگان:

۱-۱۲) بیمه‌گذار، بیمه‌شده یا استفاده‌کننده حسب مورد، باید مستندات پرونده بالینی و نظر پزشک معالج بیمه‌شده، صورتحساب‌های بیمارستانی و یا سایر مدارک مورد درخواست را به بیمه‌گر تسلیم نموده و به کلیه سؤالاتی که در رابطه با سوابق بیمه‌شده از ایشان می‌شود با صداقت پاسخ دهند.

۲-۱۲) در صورتی که بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا استفاده‌کننده بیمه تکالیف مقرر در این ماده و مواد ۳ و ۶ را انجام ندهند، بیمه‌گر از پرداخت تعهدات این پوشش تکمیلی به بیمه‌گذار و یا استفاده‌کننده خودداری می‌نماید.

ماده ۱۳) مهلت پرداخت خسارت: بیمه‌گر موظف است به محض دریافت گزارش تأیید شده پزشک معتمد بیمه‌گر به همراه آزمایش‌های پزشکی، که مؤید ابتلای بیمه‌شده به یکی از بیماری‌های مندرج در ماده ۴ (بندهای ۱ تا ۵) باشد، سرمایه مندرج در بیمه‌نامه را در وجه بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذینفع تعیین شده پرداخت نماید.

ماده ۱۴) کتبی بودن اظهارات: هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این پوشش تکمیلی باید به صورت کتبی به آخرین نشانی اعلام شده طرفین ارسال گردد.

ماده ۱۵) سایر موارد: در مواردی که در این قرارداد نسبت به آن ذکری به میان نیامده است طبق آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه، قانون بیمه و سایر قوانین جاری کشور عمل خواهد شد.

شرایط عمومی این بیمه‌نامه و آثار ناشی از آن، صرفاً با مهر و تأیید شرکت بیمه تجارت نو، قابل استناد است.

شرایط عمومی پوشش مستمری و معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه

ماده ۱- تعهد بیمه گر:

۱-۱ در پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه بیمه گر به ازای دریافت حق بیمه مربوط، متعهد می گردد که در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه، اقساط حق بیمه را در بیمه نامه منظور نماید. مبلغ اقساط حق بیمه برابر با اقساط حق بیمه در سال وقوع نقص عضو و از کارافتادگی کامل و دائم است.

۱-۲ در پوشش مستمری در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه بیمه گر، به ازای دریافت حق بیمه مربوط، متعهد می گردد که در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه، تا سه برابر آخرین حق بیمه پرداختی را تا سن ۶۰ سالگی یا تا مدت ۱۰ سال هر کدام زودتر ایجاد شود، تقبل نماید.

ماده ۲- نقص عضو و از کارافتادگی کلی (کامل و دائم): از کارافتادگی کامل و دائم عبارت است از ناتوانی کامل بیمه شده بر اثر حادثه، به صورتی که دیگر قادر به ادامه کار نباشد و بر اساس قانون تأمین اجتماعی یا تأیید پزشک معتمد بیمه گر از کارافتاده به شمار آید.

لذا در صورت حادثه، چنانچه بیمه شده توانایی انجام وظایف شغلی خود را به واسطه قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از بدن از دست بدهد، مشمول این پوشش خواهد شد. بروز هر یک از شرایط زیر نقص عضو کامل محسوب می گردد.

۱- نابینایی کامل و دائم هر دو چشم.

۲- از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع دو دست، حداقل از مچ.

۳- از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع دو پا، حداقل از مچ.

۴- از کارافتادگی دائم و کامل یا قطع یک دست و یک پا، حداقل از مچ.

۵- از دست دادن هر دو پنجه ها.

۶- قطع کامل نخاع.

۷- ناشنوایی کامل و دائم هر دو گوش.

۸- برداشتن فک پایین.

تبصره: نقص عضو و از کارافتادگی جزئی و موقت مشمول این پوشش نخواهد بود.

ماده ۳- خطرات تحت پوشش: حادثه: یک پیشامد ناگهانی است ناشی از یک عامل خارجی بوده و بدون اراده بیمه شده، منجر به نقص عضو و یا از کارافتادگی کامل و دائم وی شود و موارد زیر نیز حادثه به شمار می آیند:

- تاثیر گاز، بخار و یا مواد خورنده مانند اسید.
- دفاع مشروع بیمه شده.
- اقدام به نجات اشخاص و اموال از خطر.

ماده ۴- شرایط توقف پوشش: در صورت عدم پرداخت حق بیمه این پوشش، فسخ، ابطال، بازخرید، سررسید، تعلیق بیمه نامه، سن ۶۰ سال تمام، سپری شدن

۱۰ سال از زمان از کارافتادگی و حذف این پوشش از طریق الحاقیه، این پوشش تکمیلی نیز خود به خود حذف می شود و بیمه گر هیچ گونه تعهدی نخواهد داشت.

ماده ۵- وظایف بیمه شده و بیمه گذار در صورت وقوع حادثه: به محض وقوع حادثه ای غیر از فوت، بیمه شده موظف است به پزشک مراجعه نموده و دستورهایی وی را مراعات و خود را تحت معالجه قرار دهد. بیمه شده یا بیمه گذار موظفاند در صورت تغییر شغل مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند و در صورت تحقق حادثه حداکثر ظرف یک ماه بعد از وقوع حادثه، مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند.

ماده ۶- استثنائات: علاوه بر استثنائات مذکور در شرایط عمومی بیمه عمر و سرمایه گذاری که ممکن است به نقص عضو و از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از حادثه منجر شود، از کارافتادگی کامل و دائم بیمه گذار ناشی از شرکت در عملیات جنگی، شبه جنگی، برقراری نظم عمومی، از دست دادن صلاحیت پرواز برای کسانی که شغلشان خلبانی است، مصرف یا استعمال مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی و یا استفاده از داروهای محرک بدون تجویز پزشک، استفاده از مواد محترقه و ابتلا به جنون نیز جزء استثنائات است و بیمه گر در این موارد تعهدی در قبال پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه ندارد.

همچنین مادامی که شغل بیمه شده دانش آموز، دانشجو، خانه دار، سرباز و بازنشسته باشد مشمول اطلاق شغل نبوده و لذا تحت این پوشش قرار نمی گیرد.

ماده ۷- نحوه اجرای تعهدات بیمه گر: در صورت از کارافتادگی افتادگی کامل و دائم بیمه شده، پوشش فوت و پوشش های تکمیلی بیمه نامه به صورت ثابت ادامه داشته با اندوخته ریاضی کماکان محاسبه خواهد شد.

ماده ۸- حل اختلاف: در کلیه موارد موضوع این ماده، تشخیص نقص عضو و از کارافتادگی کامل و دائم، تعیین کلی یا جزئی بودن آن، با پزشک معتمد بیمه گر است. در صورتی که بیمه گذار نسبت به نظر پزشک معتمد بیمه گر معترض باشد، موضوع در گروهی متشکل از پزشک منتخب بیمه گر و پزشک منتخب بیمه گذار و یک نفر پزشک، به انتخاب دو پزشک مذکور مطرح و نظر اکثریت گروه مزبور، برای طرفین در موارد اختلاف لازم الاجرا خواهد بود.

شرایط عمومی این بیمه نامه و آثار ناشی از آن، صرفاً با مهر و تأیید شرکت بیمه تجارت نو، قابل استناد است.