

شرایط عمومی بیمه زندگی سبک کاریزما

فصل اول - کلیات و تعاریف

ماده ۱- اساس قرارداد

مبنای این بیمهنامه شامل پیشنهاد بیمه‌گذار (کتابی یا الکترونیکی)، شرایط عمومی و اختصاصی بیمهنامه، الحاقیه‌ها، قوانین و مقررات جاری و سایر اسناد مورد تأیید بیمه‌گر می‌باشد.

هر بخش از پیشنهاد بیمه‌گذار که مورد پذیرش بیمه‌گر قرار نگرفته و مراتب آن پیش از صدور یا همزمان با صدور بیمهنامه به بیمه‌گذار اعلام شده باشد، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌گردد.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات

بیمه‌گر: شرکت بیمه زندگی کاریزما (سهامی عام).
بیمه‌گذار: شخص حقیقی یا حقوقی طرف قرارداد که متعهد به پرداخت حق بیمه است.

بیمه‌شده: شخصی که حیات، فوت یا سلامت وی موضوع بیمه قرار می‌گیرد. بوده و سن و سطح سلامتی ایشان مبنای محاسبه و تعیین حق بیمه است.

ذینفع: شخص یا اشخاصی که در صورت تحقق خطر یا وقوع شرایط مقرر در بیمهنامه، دریافت‌کننده منافع بیمهنامه می‌باشند.

حق بیمه: مبلغی که بیمه‌گذار در قبال پوشش‌های بیمه‌ای و تشکیل یا استمرار اندوخته بیمهنامه پرداخت می‌نماید.

سرمایه بیمه: مبلغی که در صورت وقوع خطر یا تحقق شرایط مقرر در بیمهنامه به ذینفع پرداخت می‌شود.

اندوخته (ارزش روز بیمهنامه): مجموع مبالغ سرمایه‌گذاری‌شده به همراه بازدهی‌های متعلقه که مبنای بازخرید، برداشت، اعطای تسهیلات و سایر حقوق مالی بیمه‌گذار قرار می‌گیرد.

سال بیمه‌ای: دوره یک‌ساله‌ای که از تاریخ شروع بیمهنامه آغاز می‌شود.

مدت بیمهنامه: بازه زمانی اعتبار قرارداد بیمه.

فرم پیشنهاد بیمه: فرمی مشتمل بر اطلاعات هویتی، مالی و وضعیت سلامت بیمه‌شده و بیمه‌گذار (حسب مورد) که مبنای ارزیابی ریسک، تعیین شرایط پذیرش، محاسبه حق بیمه و صدور بیمهنامه توسط بیمه‌گر قرار می‌گیرد.

پوشش بیمه‌ای: هر یک از تعهدات بیمه‌گر که در قبال دریافت حق بیمه و مطابق شرایط بیمهنامه ارائه می‌گردد.

شاخص مبنا: معیار محاسبه بازدهی اندوخته در هر بخش سرمایه‌گذاری که در شرایط اختصاصی همان بخش تعیین می‌شود.

فصل دوم - موضوع بیمه و ساختار اندوخته

ماده ۳- موضوع بیمه

موضوع این بیمهنامه عبارت است از:

• ارائه پوشش‌های بیمه‌ای موضوع بیمهنامه؛

• تشکیل، نگهداری و مدیریت اندوخته بیمهنامه از محل وجوه پرداختی بیمه‌گذار بر اساس شاخص یا شاخص‌های منتخب وی.

ماده ۴- تشکیل و ماهیت اندوخته

اندوخته بیمهنامه از محل وجوه پرداختی بیمه‌گذار و پس از کسر حق بیمه پوشش‌های بیمه‌ای، هزینه‌های مقرر و سایر کسورات قانونی یا قراردادی تشکیل می‌شود.

اندوخته بیمهنامه بر اساس شاخص یا شاخص‌های منتخب بیمه‌گذار محاسبه شده و متناسب با تغییرات آن‌ها افزایش یا کاهش می‌یابد.

بیمه‌گر صرفاً مسئول محاسبه، ثبت و اعمال ارزش روز اندوخته بر مبنای شاخص‌های منتخب و اطلاعات رسمی مربوطه بوده و جز در مواردی که صراحتاً در شرایط بیمهنامه پیش‌بینی شده باشد، هیچ‌گونه تعهدی نسبت به حفظ اصل سرمایه، تضمین حداقل بازدهی یا جبران کاهش ارزش ناشی از عملکرد شاخص‌ها نخواهد داشت.

ماده ۵- حقوق بیمه‌گذار نسبت به اندوخته

بیمه‌گذار نسبت به اندوخته بیمهنامه دارای حقوق مالی مقرر در این بیمهنامه از جمله موارد زیر می‌باشد:

- بازخرید بیمهنامه؛
- برداشت از اندوخته در هر زمان؛
- دریافت تسهیلات در صورت پیش‌بینی در بیمهنامه؛
- وثیقه‌گذاری حقوق ناشی از بیمهنامه در حدود مقررات مربوط؛
- انتقال بیمهنامه مطابق شرایط مقرر؛

اعمال هر یک از حقوق فوق منوط به رعایت شرایط بیمهنامه، مقررات بیمه‌گر و قوانین و مقررات جاری کشور خواهد بود.

فصل سوم - تعهدات و الزامات عمومی بیمهنامه

ماده ۶- تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده

بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفاند در زمان تکمیل فرم پیشنهاد بیمه و در طول مدت اعتبار بیمهنامه، اطلاعات و مدارک صحیح، کامل و به‌روز را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند.

هرگونه کتمان حقیقت، اظهار خلاف واقع یا عدم ارائه اطلاعات مؤثر در ارزیابی ریسک که در تصمیم بیمه‌گر برای پذیرش، رد یا تعیین شرایط بیمهنامه مؤثر باشد، تابع قوانین و مقررات بیمه‌ای و مفاد این بیمهنامه خواهد بود.

بیمه‌شده می‌بایست تغییر شغل خود را در اسرع وقت کتباً به شرکت بیمه اطلاع دهد. (در صورت افزایش رده خطر شغل جدید، می‌بایست حق بیمه اضافی

پرداخت شود). در صورت بروز خسارت و عدم اطلاع تغییر شغل به شرکت بیمه بر اساس ماده ۱۰ قانون بیمه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

بیمه‌گذار و بیمه‌شده موظفاند هرگونه تغییر مؤثر در وضعیت بیمه‌شده یا سایر شرایط مؤثر بر ریسک بیمهنامه را در اسرع وقت به بیمه‌گر اعلام نمایند. هر زمان مشخص گردد اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از طرف بیمه‌گذار یا بیمه‌شده عمدی بود، بیمهنامه باطل و بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی در قبال پوشش‌های بیمه‌ای نداشته و حق بیمه‌های پرداخت شده قابل استرداد نخواهد بود.

ماده ۷- اسناد و تغییرات بیمهنامه

پیشنهاد بیمه، شرایط عمومی، شرایط اختصاصی، الحاقیه‌ها و سایر اسناد مورد تأیید بیمه‌گر، مجموعاً قرارداد بیمه را تشکیل می‌دهند.

هرگونه اصلاح، تغییر یا الحاق در مفاد بیمهنامه صرفاً از طریق صدور الحاقیه معتبر توسط بیمه‌گر نافذ خواهد بود.

در صورت تعارض میان اسناد بیمهنامه، الحاقیه‌های معتبر، شرایط اختصاصی و سپس شرایط عمومی به ترتیب در اولویت خواهند بود؛ مگر آنکه در سند مربوط صراحتاً ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

ماده ۸- ارتباطات و خدمات الکترونیکی

بیمه‌گر مجاز است در چارچوب قوانین و مقررات مربوط، خدمات، اطلاع‌رسانی‌ها، ابلاغ‌ها، گزارش‌ها، صورت‌حساب‌ها، اعلام تغییرات و سایر مکاتبات مرتبط با بیمهنامه را از طریق سامانه‌های الکترونیکی، درگاه‌های اینترنتی، نرم‌افزارهای کاربردی، پیامک، پست الکترونیکی یا سایر بسترهای مورد تأیید خود ارائه نماید.

سوابق، اطلاعات، درخواست‌ها و تراکنش‌های ثبت‌شده در سامانه‌های بیمه‌گر، مگر آنکه خلاف آن اثبات شود، معتبر و قابل استناد خواهد بود.

در مواردی که در این بیمهنامه حکم خاصی پیش‌بینی نشده باشد، قوانین و مقررات جاری کشور و ضوابط ابلاغی مراجع ذی‌صلاح از جمله بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران ملاک عمل خواهد بود.

ماده ۹- حق بیمه و نحوه پرداخت

بیمه‌گذار می‌تواند در طول مدت اعتبار بیمهنامه، متناسب با نیاز و توان مالی خود نسبت به پرداخت حق بیمه اقدام نماید.

حداقل حق بیمه قابل پرداخت در هر نوبت نباید کمتر از مجموع حق بیمه پوشش‌های بیمه‌ای فعال و هزینه‌های مقرر در بیمهنامه باشد.

حق بیمه می‌تواند به‌صورت منظم یا نامنظم و از طریق روش‌های مورد تأیید بیمه‌گر پرداخت گردد.

پس از کسر حق بیمه پوشش‌های بیمه‌ای، هزینه‌های مقرر و سایر کسورات مندرج در بیمه‌نامه، مانده وجوه پرداختی به اندوخته بیمه‌نامه تخصیص می‌یابد.

ماده ۱۰- کفایت اندوخته و تداوم پوشش‌ها

تداوم پوشش‌های بیمه‌ای منوط به کفایت اندوخته بیمه‌نامه برای تأمین حق بیمه پوشش‌های بیمه‌ای، هزینه‌های بیمه‌نامه و سایر کسورات مقرر می‌باشد. در صورتی که اندوخته بیمه‌نامه برای تأمین مبالغ مذکور کافی نباشد، بیمه‌گر مجاز است نسبت به تعلیق بخشی یا تمام پوشش‌های بیمه‌ای اقدام نماید.

تعلیق پوشش‌های بیمه‌ای تأثیری بر مالکیت بیمه‌گذار نسبت به اندوخته موجود نداشته و اندوخته بیمه‌نامه همچنان بر اساس شرایط بیمه‌نامه محاسبه و نگهداری خواهد شد.

برقراری مجدد پوشش‌های تعلیق‌شده منوط به تأمین کسری اندوخته، احراز شرایط مورد نظر بیمه‌گر و در صورت لزوم ارزیابی مجدد ریسک خواهد بود.

ماده ۱۱- تغییرات بیمه‌نامه

هرگونه تغییر در مفاد بیمه‌نامه از جمله سرمایه پوشش‌های بیمه‌ای، نوع پوشش‌ها، ذی‌نفعان، اطلاعات بیمه‌گذار یا بیمه‌شده و سایر موارد مشابه صرفاً با درخواست بیمه‌گذار و موافقت بیمه‌گر و از طریق صدور الحاقیه معتبر امکان‌پذیر خواهد بود.

ماده ۱۲- ذی‌نفع بیمه‌نامه

ذی‌نفع یا ذی‌نفعان بیمه‌نامه توسط بیمه‌گذار تعیین می‌شوند. بیمه‌گذار می‌تواند در طول مدت بیمه‌نامه، در حدود قوانین و مقررات مربوط، نسبت به تغییر ذی‌نفعان یا تأیید بیمه‌شده اقدام نماید؛ مگر آنکه حق تغییر ذی‌نفع از وی سلب شده باشد.

در صورت عدم تعیین ذی‌نفع یا عدم امکان شناسایی وی، منافع بیمه‌نامه مطابق قوانین و مقررات جاری کشور پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۳- انتقال بیمه‌نامه و تغییر بیمه‌گذار

انتقال حقوق و منافع ناشی از بیمه‌نامه یا تغییر بیمه‌گذار، منوط به درخواست کتبی بیمه‌گذار، موافقت بیمه‌شده (در صورت متفاوت بودن از بیمه‌گذار)، تأیید بیمه‌گر و صدور الحاقیه خواهد بود.

از تاریخ صدور الحاقیه انتقال، کلیه حقوق و تعهدات بیمه‌گذار در حدود مفاد بیمه‌نامه به منتقل‌الیه منتقل می‌گردد.

انتقال بیمه‌نامه تأثیری بر تعهدات ایجادشده و حقوق مکسبیه اشخاص ثالث، از جمله ذی‌نفعان غیرقابل‌ عزل، نخواهد داشت.

ماده ۱۴- انصراف از خرید بیمه‌نامه

بیمه‌گذار می‌تواند حداکثر تا ۳۰ روز پس از تاریخ صدور بیمه‌نامه انصراف خود را کتباً به اطلاع بیمه‌گر

برساند و بیمه‌گر موظف به استرداد ارزش روز دارایی و حق بیمه دریافتی پوشش‌ها با کسر هزینه‌های مقرر و هزینه پرداختی بیمه‌گر در صورت معاینه و آزمایش زمان انعقاد بیمه‌نامه می‌باشد. پس از گذشت مدت مذکور، حقوق بیمه‌گذار بر اساس شرایط فسخ و بر مبنای روش محاسبه ارزش بازخرید ملاک محاسبه قرار می‌گیرد.

ماده ۱۵- مهلت اعلام و پرداخت خسارت

در صورت وقوع خطر تحت پوشش، بیمه‌گذار یا ذینفع یا نماینده قانونی آنها موظفند مراتب را با ذکر علت و ارائه کلیه اسناد حداکثر ظرف ۳۰ روز از تاریخ وقوع خطر کتباً به اطلاع بیمه‌گر برسانند.

در صورتی که بیمه‌گذار، بیمه‌شده و یا ذینفع، تکالیف مقرر در این ماده را انجام ندهند؛ بیمه‌گر می‌تواند به نسبت تأثیر قصور در افزایش خسارت، خسارت قابل پرداخت را کاهش دهد مگر اینکه ثابت نمایند به علت خارج از اراده خود قادر به انجام تکلیف نبوده‌اند.

بیمه‌گر موظف است بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت، حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید. در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت، مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور مکتوب به بیمه‌گذار 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 نماید.

ماده ۱۶- استثنائات و خسارات غیر قابل جبران

در بخش پوشش‌های بیمه‌ای

در موارد زیر در صورت تحقق خطر، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت وجه بیمه خطر ندارد.

۱- جنگ

۲- اعزام به عملیات جنگی

۳- خودکشی بیمه‌شده در دو سال اول بیمه‌ای

۴- صدمات بدنی که بیمه‌شده عمداً موجب آن شود.

۵- بیمه‌گذار عمداً بیمه‌شده را به قتل رسانده باشد.

۶- ذینفع عمداً بیمه‌شده را به قتل رسانده باشد، ذینفع مذکور از دریافت وجه بیمه محروم و وجه بیمه پس از کسر سهم ذینفع خاطی به سایر ذینفعان بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد.

۷- فوت ناشی از سوء مصرف مواد مخدر یا روانگردان و مشروبات الکلی

۸- خسارات مربوط به هر نوع دیسک و یا فتق بیمه‌شده و کلیه جراحی‌های زانو اعم از رباط جانبی و صلیبی و مینیسک

۹- جنون

۱۰- ناهنجاری‌های مادرزادی

۱۱- خسارات مربوط به کادر پروازی حین انجام خدمت از شروع تا پایان پرواز در همه پوشش‌ها به جز در پوشش فوت حادثی، فوت به هر علت و امراض خاص

۱۲- خسارات ناشی از رانندگی بیمه‌شده بدون گواهینامه و یا با گواهینامه غیرمرتبط با نوع وسیله نقلیه در همه پوشش‌ها به جز در پوشش فوت به هر علت

۱۳- استثنائات مختص به هر پوشش در ماده مربوطه

فصل چهارم - شاخص‌های سرمایه‌گذاری و مدیریت اندوخته

ماده ۱۷- انتخاب شاخص‌های سرمایه‌گذاری

بیمه‌گذار در زمان صدور بیمه‌نامه می‌تواند یک یا چند شاخص سرمایه‌گذاری را از میان شاخص‌های ارائه‌شده توسط بیمه‌گر انتخاب نماید. اندوخته بیمه‌نامه پس از کسر هزینه‌های بیمه‌گری بر اساس ترکیب انتخابی بیمه‌گذار میان شاخص‌های مذکور تخصیص یافته و ارزش روز آن مطابق ضوابط هر شاخص محاسبه و به‌روزرسانی می‌گردد.

بیمه‌گر صرفاً مسئول محاسبه، ثبت و اعمال ارزش روز اندوخته بر اساس شاخص‌های منتخب و اطلاعات رسمی مربوطه می‌باشد.

منافع، بازدهی‌ها، نوسانات و ریسک‌های ناشی از شاخص‌های منتخب تابع شرایط اختصاصی هر شاخص بوده و حقوق و تعهدات طرفین در خصوص هر شاخص مطابق مفاد مندرج در این بیمه‌نامه تعیین می‌گردد.

بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نسبت به حفظ اصل سرمایه، تضمین حداقل بازدهی یا جبران کاهش ارزش اندوخته ناشی از عملکرد شاخص‌های سرمایه‌گذاری نخواهد داشت؛ مگر در مواردی که صراحتاً در شرایط اختصاصی همان شاخص یا بیمه‌نامه پیش‌بینی شده باشد.

در شرایط خاص و بحرانی (اعم از عدم دسترسی به قیمت‌های لحظه‌ای و جهانی به دلیل محدودیت اینترنت) که امکان کشف قیمت و همگام‌سازی قیمت داخلی با قیمت‌های جهانی به صورت لحظه‌ای وجود ندارد، به منظور جلوگیری از زیان‌های احتمالی کاربر یا پلتفرم، ممکن است دسترسی کاربران به خرید یا فروش دارایی‌ها محدود یا کاملاً بسته شود. این مورد در اسرع وقت و به محض دسترسی به قیمت منطقی، برطرف خواهد شد.

ماده ۱۷-۱- شاخص درآمد ثابت

در صورت انتخاب شاخص درآمد ثابت توسط بیمه‌گذار، بازدهی اندوخته بیمه‌نامه به‌صورت روزشمار و بر مبنای نرخ بازدهی مؤثر سالانه اعلامی بیمه‌گر محاسبه و به اندوخته منظور می‌گردد.

نرخ بازدهی این شاخص توسط بیمه‌گر و متناسب با شرایط بازار تعیین می‌شود و بیمه‌گر مجاز است در

طول مدت قرارداد نسبت به بازنگری و به روزرسانی آن اقدام نماید. هرگونه تغییر در نرخ بازدهی از طریق سامانه های اطلاع رسانی بیمه گر به بیمه گزاران اعلام خواهد شد.

اندوخته بیمه نامه در هر زمان برابر است با مجموع مبالغ سرمایه گذاری شده به علاوه بازدهی های متعلقه محاسبه شده بر اساس نرخ های اعلامی بیمه گر.

ماده ۲-۱۷- شاخص مگاسود

شاخص مگاسود، شاخصی مبتنی بر سرمایه گذاری منابع در دارایی ها و ابزارهای مالی منتخب، از جمله طرح ها و پروژه های تأمین مالی، است که بازده آن بر مبنای نرخ های از پیش تعیین شده برای دوره های سرمایه گذاری مشخص محاسبه می شود.

بهره مندی از بازده از پیش تعیین شده این شاخص منوط به حفظ اندوخته در شاخص تا پایان دوره سرمایه گذاری مربوط است. در صورت برداشت، بازخرید، انتقال یا کاهش اندوخته پیش از پایان دوره، بازدهی متعلقه بر اساس نرخ شکست و مطابق ضوابط این شاخص، به صورت پلکانی تعدیل و محاسبه خواهد شد.

نرخ های بازده، دوره های سرمایه گذاری، نرخ شکست، نحوه تعدیل بازده و سایر ضوابط حاکم بر این شاخص، مطابق ضوابط اعلامی بیمه گر تعیین و از طریق پایگاه اطلاع رسانی بیمه گر یا سایر روش های اطلاع رسانی مورد تأیید به بیمه گزاران اعلام می شود. اندوخته بیمه نامه در هر زمان برابر است با مجموع مبالغ سرمایه گذاری شده به علاوه بازدهی های متعلقه محاسبه شده بر اساس نرخ های اعلامی بیمه گر.

ماده ۳-۱۷- شاخص مولتی ایندکس

شاخص مولتی ایندکس، شاخصی مبتنی بر سرمایه گذاری در سبدی متنوع از دارایی ها و ابزارهای مالی است که در چارچوب مقررات سرمایه گذاری ابلاغی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و سیاست های سرمایه گذاری بیمه گر مدیریت می شود.

در این شاخص، بیمه گر حداقل نرخ سود تضمینی قابل اعمال بر اندوخته بیمه گذار را تعهد نموده و بیمه گذار نیز، علاوه بر سود تضمینی، مطابق مقررات مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، در منافع حاصل از عملکرد واقعی سرمایه گذاری های این شاخص مشارکت خواهد داشت.

میزان مشارکت بیمه گزاران در منافع، حداقل معادل هشتاد و پنج درصد (۸۵٪) منافع مازاد بر سود تضمینی بوده و پس از پایان سال مالی، تصویب صورت های مالی و تعیین سود قطعی، به اندوخته بیمه نامه تخصیص خواهد یافت.

نرخ سود تضمینی، نحوه محاسبه و تخصیص مشارکت در منافع و سایر شرایط و ضوابط حاکم بر این شاخص،

مطابق شرایط بیمه نامه تعیین و از طریق پایگاه اطلاع رسانی بیمه گر یا سایر روش های اطلاع رسانی مورد تأیید، به بیمه گزاران اعلام می شود.

اندوخته بیمه نامه در هر زمان برابر است با مجموع مبالغ سرمایه گذاری شده به علاوه بازدهی های متعلقه محاسبه شده بر اساس نرخ های اعلامی بیمه گر.

ماده ۴-۱۷- شاخص طلا

در صورت انتخاب شاخص طلا توسط بیمه گزار، اندوخته بیمه نامه بر مبنای بازدهی شاخص طلای کاریزما (مبتنی بر معاملات بورس کالا) محاسبه و به روزرسانی می شود.

در ساعات فعالیت بورس کالای ایران، ارزش اندوخته بر اساس قیمت های رسمی اعلامی بورس محاسبه می شود.

در خارج از ساعات فعالیت بورس کالای ایران، قیمت مبنای طلا مطابق فرمول زیر تعیین می گردد:

$$\frac{995 \times \text{قیمت انس} \times \text{قیمت دلار}}{9.5742} = 4.608 \times 705$$

اندوخته بیمه نامه تابع مستقیم تغییرات شاخص بوده و متناسب با آن افزایش یا کاهش می یابد.

ماده ۵-۱۷- شاخص نقره

در صورت انتخاب شاخص نقره توسط بیمه گزار، اندوخته بیمه نامه بر مبنای شاخص نقره کاریزما (مبتنی بر معاملات بورس کالا) محاسبه و به روزرسانی می شود.

در ساعات فعالیت بورس کالای ایران، ارزش اندوخته بر اساس قیمت های رسمی اعلامی بورس محاسبه می شود. در خارج از ساعات فعالیت بورس کالای ایران، قیمت مبنای نقره مطابق فرمول زیر تعیین می گردد:

$$\frac{\text{قیمت نقره جهانی} \times \text{قیمت دلار}}{31.1}$$

اندوخته بیمه نامه به صورت مستقیم تابع تغییرات شاخص بوده و متناسب با آن افزایش یا کاهش می یابد.

ماده ۶-۱۷- شاخص مس

در صورت انتخاب شاخص مس توسط بیمه گزار، اندوخته بیمه نامه بر مبنای شاخص مس کاریزما (مبتنی بر معاملات بورس کالا) محاسبه و به روزرسانی می شود.

در ساعات فعالیت بورس کالای ایران، ارزش اندوخته بر اساس قیمت های رسمی اعلامی بورس محاسبه می شود. در خارج از ساعات فعالیت بورس کالای ایران، قیمت مبنای مس مطابق فرمول زیر تعیین می گردد:

$$\frac{\text{قیمت مس جهانی} \times \text{قیمت دلار}}{100}$$

اندوخته بیمه نامه تابع مستقیم تغییرات شاخص بوده و متناسب با آن افزایش یا کاهش می یابد.

ماده ۷-۱۷- شاخص املاک و مستغلات

در صورت انتخاب شاخص املاک و مستغلات توسط بیمه گزار، مبنای محاسبه اندوخته بیمه نامه ارزش روز خالص دارایی های سبد سرمایه گذاری مربوطه خواهد بود.

منظور از ارزش روز خالص دارایی ها، ارزش روز دارایی ها پس از کسر کلیه هزینه ها، بدهی ها و تعهدات قابل انتساب به سبد سرمایه گذاری است.

دارایی های موضوع این شاخص می تواند شامل گواهی سپرده، سپرده های بانکی، اوراق بهادار، دارایی های غیرمنقول و سایر دارایی های مجاز باشد.

اندوخته بیمه نامه تابع مستقیم تغییرات شاخص بوده و متناسب با عملکرد آن افزایش یا کاهش می یابد.

ماده ۸-۱۷- شاخص بورس

در صورت انتخاب شاخص بورس توسط بیمه گزار، اندوخته بیمه نامه بر مبنای شاخص کل بورس محاسبه و به روزرسانی می شود.

در ساعات فعالیت بورس، ارزش اندوخته بر اساس مقدار شاخص کل بورس محاسبه می شود. در خارج از ساعات فعالیت بورس، بازدهی براساس برآورد شاخص بازار به نحوی تعیین می گردد که دامنه این برآورد حداکثر معادل مثبت و منفی ۱۰ درصد مقدار شاخص بازار در نظر گرفته می شود.

اندوخته بیمه نامه تابع مستقیم تغییرات شاخص بوده و متناسب با عملکرد آن افزایش یا کاهش می یابد.

ماده ۱۸- تغییر ترکیب شاخص های

سرمایه گذاری

بیمه گزار می تواند در طول مدت اعتبار بیمه نامه، نسبت به تغییر شاخص های سرمایه گذاری یا نسبت تخصیص اندوخته میان شاخص های منتخب اقدام نماید. بیمه گر اطلاعات مربوط به شاخص های قابل انتخاب، ترکیب فعلی سرمایه گذاری، درخواست های ثبت شده و وضعیت تغییرات را از طریق سامانه های الکترونیکی، وبسایت و سایر بسترهای اطلاع رسانی خود در اختیار بیمه گزار قرار می دهد.

نحوه ثبت درخواست، دفعات مجاز تغییر، زمان اعمال تغییرات، محدودیت های اجرایی، شرایط انتقال اندوخته بین شاخص ها و هزینه های احتمالی مربوط، مطابق شرایط اختصاصی بیمه نامه، دستورالعمل های اجرایی و ضوابط اعلامی بیمه گر تعیین و اعمال خواهد شد.

ماده ۱۹- ارزش روز اندوخته

ارزش روز اندوخته بیمه نامه در هر زمان بر اساس آخرین اطلاعات رسمی مربوط به شاخص های منتخب و پس از اعمال کلیه تراکنش ها، هزینه ها، کسورات و تعدیلات موضوع بیمه نامه محاسبه می گردد.

مبنای محاسبه ارزش بازخريد، برداشت، انتقال، وثيقه‌گذاري و ساير حقوق مالي بيمه‌گزار، ارزش روز اندوخته بر اساس آخرين قيمت‌ها و اطلاعات رسمي قابل اعمال در زمان ثبت و پردازش درخواست خواهد بود.

ماده ۲۰- کنترل‌های مبارزه با پولشویی

بيمه‌گر مجاز است در چارچوب قوانين و مقررات مربوطه، نسبت به بررسی منشأ وجوه، کنترل تراکنش‌های مالي، ارزیابی ريسک مشتري، پایش روابط تجاري و ساير اقدامات لازم در حوزه مبارزه با پولشویی اقدام نماید.

در صورت عدم ارائه اطلاعات یا مدارک مورد نیاز، وجود ابهام در منشأ وجوه، ارائه اطلاعات خلاف واقع یا احراز هرگونه وضعیت مغایر با قوانین و مقررات مبارزه با پولشویی، بیمه‌گر مجاز خواهد بود حسب مورد از صدور بیمه‌نامه، دریافت حق بیمه، انجام تراکنش‌های مالی، پرداخت منافع بیمه‌نامه، پرداخت ارزش بازخريد، برداشت از اندوخته، اعطای تسهیلات یا ارائه سایر خدمات موضوع بیمه‌نامه تا زمان رفع ابهام یا انجام الزامات قانونی خودداری نموده یا ارائه خدمات را به حالت تعلیق درآورد.

فصل پنجم - پوشش‌های بیمه‌ای

ماده ۲۱- پوشش‌های بیمه‌ای

پوشش‌های بیمه‌ای موضوع این بیمه‌نامه، از جمله نوع پوشش، سرمایه بیمه، شرایط بهره‌مندی، شرایط تحقق خطر، استثنائات، محدودیت‌ها، نحوه رسیدگی و پرداخت منافع، تابع شرایط اختصاصی هر پوشش بوده و جزء لاینفک این بیمه‌نامه محسوب می‌گردد.

چنانچه خطر تحت پوشش یا منافع قابل پرداخت، ناشی از بیماری، آسیب یا حادثه‌ای باشد که پیش از تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای ایجاد یا رخ داده باشد، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت منافع یا جبران خسارت ناشی از آن نخواهد داشت. مفاد این بند شامل پوشش فوت به هر علت نمی‌باشد.

در صورت تعارض میان مفاد شرایط عمومی بیمه‌نامه و شرایط اختصاصی هر یک از پوشش‌های بیمه‌ای، در حدود موضوع همان پوشش، مفاد شرایط اختصاصی ملاک عمل خواهد بود.

پوشش فوت به هر علت

در صورت فوت بیمه‌شده به هر علت، سرمایه مورد تایید و تعهد بیمه‌گر مطابق با "جدول تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گزار" بر اساس سال بیمه‌ای منطبق با تاریخ فوت بیمه‌شده به استفاده‌کننده/گان بیمه‌نامه پرداخت می‌شود.

دوره انتظار: ۶ ماه از تاریخ شروع این پوشش در صورت فوت به علت بیماری

استثنائات:

علاوه بر استثنائات مندرج در ماده ۱۶، موارد زیر نیز جزء استثنائات این تعهد می‌باشد:

سرمایه یا غرامت مورد تعهد ناشی از بارداری و زایمان در سال اول، از استثنائات این بیمه‌نامه بوده و از تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد.

پوشش فوت ناشی از حادثه:

حادثه موضوع این بیمه‌نامه عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده بروز کرده و منجر به خسارت یا غرامت مورد تعهد در این بیمه‌نامه شود.

در صورت فوت بیمه‌شده در اثر حادثه، سرمایه مورد تایید و تعهد بیمه‌گر به استفاده‌کننده/گان تعیین شده پرداخت می‌شود.

بیمه‌گر متعهد است طبق شرایط این پوشش به میزان مبلغ سرمایه تعیین شده در "جدول تعهدات بیمه‌گزار و بیمه‌گر" که براساس سال بیمه‌ای منطبق با تاریخ فوت بیمه‌شده است، سرمایه این پوشش را که بطور مستقیم ناشی از حادثه باشد (علت نزدیک) به استفاده‌کننده/گان بپردازد.

دوره انتظار: ندارد

استثنائات:

استثنائات مندرج در ماده ۱۶، در صورت تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه

هزینه‌های ناشی از حادثه موضوع این پوشش (هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده در مدت بیمه رخ دهد) بر اساس اصل صورتحساب درمانی و شرایط بیمه‌نامه، موضوع این پوشش می‌باشد.

مجموع حوادثی که در هفت روز متوالی اتفاق افتد یک حادثه محسوب می‌شود.

بیمه‌گر متعهد است هزینه‌هایی را که بیمه‌شده ناشی از حادثه موضوع این پوشش بابت خدمات درمانی پرداخت نموده است جبران نماید، این هزینه‌ها عبارتند از مبلغ مندرج در اصل صورتحساب درمانی و یا حداکثر هزینه مورد تعهد بیمه‌گر به کسر سهم سایر بیمه‌گران (هر کدام که کمتر باشد) مشروط بر آن که صورتحساب مربوطه حداکثر ظرف مدت ۶۰ روز پس از پرداخت هزینه به بیمه‌گر تسلیم شده باشد.

در مواردی که از خدمات و اعمال سرپایی استفاده شده است (به اورژانس مراجعه نشده یا گزارش اورژانس ندارد) اصالت حادثه باید برای بیمه‌گر احراز گردد در غیر اینصورت خسارت قابل بررسی و پرداخت نخواهد بود.

دوره انتظار: ندارد

استثنائات:

علاوه بر استثنائات مندرج در ماده ۱۶، موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

۱- انواع هزینه‌های سرپایی در مطب

۲- شکستگی دندان

پوشش نقص عضو و ازکارافتادگی کامل و دائم در اثر حادثه

در صورتی که بیمه‌شده به علت حادثه بعد از شروع این پوشش دچار قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن گردد (بر اساس جدول آیین نامه ۸۴ شورای عالی بیمه)، که حداقل شش ماه به طور مستمر ادامه یابد.

ناتوانی کامل در انجام **سه مورد از شش مورد** فعالیت کلیدی روزانه در زندگی بشرح مصادیق زیر در اثر حادثه که حداقل شش ماه به طور مستمر ادامه داشته و پس از شروع این پوشش واقع شود و به تایید پزشک معالج و پزشک معتمد بیمه‌گر برسد.

توانایی انجام شش فعالیت کلیدی زندگی روزانه:

۱- غذا خوردن ۲- حمام کردن، آراستن و پیرایش خود ۳- لباس پوشیدن ۴- جابه‌جا شدن و نشستن و برخاستن از تخت یا صندلی ۵- راه رفتن ۶- توانایی کنترل ادرار و دفع.

تعیین نقص عضو ابتدا بر اساس ضوابط جدول مندرج در آیین نامه ۸۴ شورای عالی بیمه تعیین می‌گردد و هرآنچه که در این جدول به آن اشاره نشده است لازم است از سوی سایر مراجع مستقل قانونی (مانند پزشکی قانونی، تامین اجتماعی) تایید شود. تعهدات بیمه‌گر حداکثر تا میزان مبلغ سرمایه مندرج در "جدول تعهدات بیمه‌گزار و بیمه‌گر" در سال بیمه‌ای منطبق با تاریخ حادثه خواهد بود. در صورت پرداخت خسارت نقص عضو و ازکارافتادگی کامل و دائم، پوشش نقص عضو و ازکارافتادگی از سال بیمه‌ای بعد از پرداخت خسارت از بیمه‌نامه حذف می‌شود.

دوره انتظار: ندارد

استثنائات:

استثنائات مندرج در ماده ۱۶، در صورت تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

پوشش ازکارافتادگی کامل و دائم در اثر حادثه

عبارت است از ناتوانی کامل در انجام **سه مورد از شش مورد** "فعالیت کلیدی روزانه در زندگی" بشرح مصادیق زیر در اثر حادثه که حداقل ۶ ماه به طور مستمر ادامه داشته که پس از شروع این پوشش واقع شود و به تایید پزشک معالج و پزشک معتمد بیمه‌گر برسد.

توانایی انجام شش فعالیت کلیدی زندگی روزانه:

۱- غذا خوردن ۲- حمام کردن، آراستن و پیرایش خود
 ۳- لباس پوشیدن ۴- جا به جا شدن و نشستن و برخاستن از تخت یا صندلی ۵- راه رفتن ۶- توانایی کنترل ادار و دفع.

بیمه‌گر تعهد می‌نماید در صورت احراز از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه، سرمایه تعهد شده به میزان مندرج در "جدول برنامه ریزی تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گر" که مطابق با سال بیمه‌ای منطبق با تاریخ صدور الحاقیه از کارافتادگی است را پرداخت نماید. در صورت پرداخت خسارت از کارافتادگی کامل و دائم، پوشش از کارافتادگی از سال بیمه‌ای بعد از پرداخت خسارت از بیمه‌نامه حذف می‌شود.

دوره انتظار: ندارد
 استثنائات:

استثنائات مندرج در ماده ۱۶، در صورت تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

پوشش جبران درآمد روزانه ایام بستری بیمارستانی (به هر علت)

در صورت بستری بیمه‌شده به هر علت در بیمارستان و مراکز درمانی در هر یک از بخش‌ها به غیر از اورژانس پرداخت می‌گردد.

بیمه‌گر متعهد می‌شود در صورت بستری بیمه‌شده به هر علت در بیمارستان و مراکز درمانی برای حداقل ۳ روز، سرمایه مورد تایید و تعهد را به ازای هر روز از روز اول بستری به تعداد روزهای بستری تا سقف ۳۰ روز در هر سال بیمه‌ای پرداخت نماید؛ مشروط بر آنکه خطر موضوع بیمه در مدت بیمه‌نامه تحقق و در طول این مدت منجر به بستری بیمه‌شده گردد. پس از انقضای مدت بیمه‌نامه، بیمه‌گر هیچ‌گونه تعهدی نسبت به پرداخت مقرر نخواهد داشت.

دوره انتظار: ۶ ماه از تاریخ شروع این پوشش
 استثنائات:

علاوه بر استثنائات مندرج در ماده ۱۶، موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

آسیب‌های ناشی از حادثه به ستون فقرات، مگر آن‌که ظرف مدت حداکثر ۴۸ ساعت از وقوع حادثه به بیمه‌گر اعلام و آثار و جراحات ناشی از آن مشهود بوده و مدارک مربوطه ارائه گردد.

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از از کارافتادگی کامل و دائم و یا ابتلاء به امراض خاص بیمه شده

در صورتی که بیمه‌شده دچار از کارافتادگی کامل و دائم و یا مبتلا به امراض خاص گردد، شرکت بیمه متعهد است حق بیمه سال‌های آتی وی را به جای بیمه‌گزار پرداخت نماید.

استفاده از تعهدات این پوشش منوط به اعلام خسارت قبل از فوت بیمه شده و پذیرش کتبی بیمه‌گر و صدور الحاقیه تایید خسارت می‌باشد. بیمه‌گزار نمی‌تواند قبل از تایید بیمه‌گر در خصوص از کارافتادگی یا ابتلاء به امراض بیمه‌شده و صدور الحاقیه تایید خسارت، راساً از پرداخت حق بیمه خودداری نماید.

پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گر شامل حق بیمه عمر، حق بیمه سایر پوشش‌ها (بغیر از پوشش‌های «معافیت ناشی از از کارافتادگی کامل و دائم و یا فوت بیمه‌گزار» «مستمری و معافیت ناشی از از کارافتادگی کامل و دائم و یا ابتلاء به امراض خاص بیمه شده») و حسب مورد پوشش‌هایی که شرط استفاده از آن یک بار طی قرارداد بوده و خسارت آن پرداخت و از بیمه‌نامه حذف شده‌است، با احتساب تعدیل سالانه طبق آخرین شرایط بیمه‌نامه و بدون احتساب بخش سرمایه گذاری (پس اندازی) بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

دوره انتظار: در صورت معافیت ناشی از از کارافتادگی ۱ سال و معافیت ناشی از ابتلاء به امراض خاص معادل دوره انتظار مندرج در پوشش امراض خاص موارد حادثی فاقد دوره انتظار می‌باشد.
 علاوه بر استثنائات مندرج در ماده ۱۶، موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

۱- کلیه استثنائات مندرج در پوشش امراض خاص
 ۲- آنژیوپلاستی عروق کرونری توسط استنت و بالن در تعهد امراض تحت این پوشش نمی‌باشد.

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از فوت به هر علت یا از کارافتادگی کامل و دائم بیمه گزار

بیمه‌گر تعهد می‌نماید در صورت احراز از کارافتادگی کامل و دائم به هر علت یا فوت بیمه گزار، حق بیمه‌های سنوات آتی بیمه نامه را به میزان مندرج در "جدول تعهدات بیمه گزار و بیمه گر" که شامل حق بیمه عمر، کلیه پوشش‌ها (به غیر از پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از از کارافتادگی کامل و دائم و یا ابتلاء به امراض خاص بیمه شده) و تعدیل سالانه طبق آخرین شرایط بیمه‌نامه و مطابق با سال بیمه ای منطبق با تاریخ وقوع خسارت از کارافتادگی کامل و دائم و یا فوت بیمه‌گزار است، بدون احتساب بخش سرمایه گذاری (پس اندازی) بیمه‌نامه، تامین نماید.

استفاده از تعهدات این پوشش منوط به اعلام خسارت و پذیرش کتبی بیمه‌گر و صدور الحاقیه تایید خسارت می‌باشد. بیمه‌گزار نمی‌تواند قبل از تایید بیمه‌گر و صدور الحاقیه تایید خسارت راساً از پرداخت حق بیمه خودداری نماید.

در این بیمه‌نامه، در صورت فوت بیمه‌گزار، بیمه شده و یا قیم قانونی وی، بیمه‌گزار جدید بیمه‌نامه تلقی

می‌شود، مگر در بیمه‌نامه شخص دیگری توسط بیمه‌گزار و بیمه شده قبلاً تعیین شده باشد.

دوره انتظار: در صورت معافیت ناشی از از کارافتادگی ۱ سال و در صورت معافیت ناشی از فوت به علت بیماری ۶ ماه

موارد حادثی فاقد دوره انتظار می‌باشد.

استثنائات:

استثنائات مندرج در ماده ۱۶، در صورت تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.

پوشش مستمری سالانه به علت از کارافتادگی کامل و دائم و یا ابتلاء به امراض خاص بیمه شده

بیمه‌گر تعهد می‌نماید در صورت احراز ابتلاء به امراض خاص و یا از کارافتادگی کامل و دائم به هر علت بیمه شده پس از تاریخ شروع این پوشش، مبلغ تایید و تعهد شده توسط بیمه‌گر را بر اساس سال بیمه‌ای منطبق با تاریخ احراز خسارت این پوشش به عنوان مستمری سالانه تا پایان مدت بیمه‌نامه یا حداکثر تا ده سال به شرط حیات بیمه‌شده (هر کدام زودتر بود) پرداخت نماید.

دوره انتظار: در صورت از کارافتادگی ناشی از بیماری ۱ سال و در صورت ابتلاء به امراض خاص معادل دوره انتظار مندرج در پوشش امراض خاص موارد حادثی فاقد دوره انتظار می‌باشد.

مدت دوره انتظار شروع بیماری که منشاء ناتوانی و از کارافتادگی کامل و دائم به شمار می‌رود یک سال از شروع اعتبار پوشش از کارافتادگی می‌باشد که در این مدت بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت وارده نخواهد داشت.

استثنائات:

علاوه بر استثنائات مندرج در ماده ۱۶، موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

۱- کلیه استثنائات مندرج در پوشش امراض خاص
 ۲- آنژیوپلاستی عروق کرونری توسط استنت و بالن در تعهد امراض تحت این پوشش نمی‌باشد.

پوشش جبران درآمد روزانه از کارافتادگی موقت (به هر علت)

در صورتی که بیمه‌شده به هر علت قادر به انجام فعالیت‌های شغلی خود به صورت موقت نباشد مبلغ مورد تایید و تعهد بیمه‌گر به تعداد روزهای از کارافتادگی موقت، از حداقل ۵ روز تا حداکثر ۶۰ روز پرداخت می‌گردد. این پوشش صرفاً به شکل گروهی مشروط به داشتن بیمه‌گر پایه و به شرط حداقل یک روز بستری بیمه شده در بیمارستان و تاییدیه مرخصی استعلاجی بیمه‌گر پایه بیش از ۵ روز با تایید پزشک بیمه‌گر قابل پرداخت می‌باشد.

دوره انتظار: ۶ ماه از تاریخ شروع این پوشش در صورت از کارافتادگی ناشی از بیماری استثنائات:

علاوه بر استثنائات مندرج در ماده ۱۶، موارد زیر و یا تحقق خطر ناشی از آن از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

آسیب‌های ناشی از حادثه به ستون فقرات، مگر آن‌که ظرف مدت حداکثر ۴۸ ساعت از وقوع حادثه به بیمه‌گر اعلام و آثار و جراحات ناشی از آن مشهود بوده و مدارک مربوطه ارائه گردد.

پوشش امراض خاص

به موجب این پوشش، در صورت ابتلای بیمه‌شده به هر یک از بیماری‌ها یا انجام هر یک از اقدامات درمانی مندرج در این پوشش، پس از احراز شرایط مقرر، بیمه‌گر متعهد به پرداخت سرمایه بیمه‌ای مربوط مطابق مفاد بیمه‌نامه خواهد بود. صرف ابتلا به هرگونه بیماری یا اختلال جسمی، خارج از فهرست مذکور، موجب ایجاد تعهد برای بیمه‌گر نخواهد بود. پرداخت سرمایه این پوشش منوط به تحقق کلیه شرایط زیر خواهد بود:

۱- ابتلای بیمه‌شده به یکی از بیماری‌ها یا انجام یکی از اقدامات درمانی فهرست امراض در طول مدت اعتبار پوشش.

۲- سپری شدن دوره انتظار تعیین‌شده در مواردی که دوره انتظار پیش‌بینی شده است.

۳- تشخیص قطعی بیماری یا ضرورت انجام اقدام درمانی توسط پزشک متخصص مربوطه بر اساس مدارک و مستندات پزشکی معتبر.

۴- تأیید تشخیص و شرایط تحقق تعهد توسط پزشک معتمد بیمه‌گر.

۵- ارائه کلیه مدارک پزشکی، سوابق درمانی، نتایج آزمایش‌ها، تصاویر تشخیصی و سایر مستندات مورد درخواست بیمه‌گر.

تعهدات بیمه‌گر بابت بیماری‌ها و اقدامات درمانی تحت پوشش، پس از سپری شدن ۶ ماه از تاریخ شروع اعتبار این پوشش برقرار خواهد شد، مگر آنکه در توضیحات پوشش، دوره انتظار دیگری تعیین شده باشد.

صرف وجود علائم اولیه، عوامل خطر، احتمال ابتلا، بررسی‌های تشخیصی، یافته‌های آزمایشگاهی غیرقطعی یا بیماری‌هایی که قبل از شروع پوشش بیمه‌ای ایجاد شده یا علائم آن وجود داشته است، موجب تحقق تعهد بیمه‌گر نخواهد شد.

تاریخ تحقق بیماری یا اقدام درمانی، تاریخی است که شرایط مقرر در تعریف همان بیماری یا اقدام درمانی برای نخستین بار احراز شود.

بیمه‌گر متعهد است پس از سپری شدن دوره انتظار، در صورت ابتلای بیمه‌شده به یکی از بیماری‌های تحت

پوشش و یا "فوت وی پس از ۳۰ روز از تاریخ ابتلاء" به علت ابتلاء به یکی از بیماری‌های تحت پوشش، سرمایه مندرج در بیمه‌نامه را به میزان مبالغ مندرج به بیمه‌شده یا استفاده‌کننده/گان بیمه‌نامه پرداخت نماید. بدیهی است اگر بیمه‌شده بر اثر ابتلا به یکی از بیماری‌های تحت پوشش امراض خاص در کمتر از ۳۰ روز از تاریخ ابتلا فوت کند فقط سرمایه فوت به هر علت قابل پرداخت خواهد بود.

در صورت ابتلای همزمان یا متوالی بیمه‌شده به بیش از یک بیماری تحت پوشش یا انجام بیش از یک اقدام درمانی تحت پوشش در طول یک سال بیمه‌ای، مجموع تعهدات بیمه‌گر از محل این پوشش از سرمایه امراض خاص قابل پرداخت در همان سال بیمه‌ای تجاوز نخواهد کرد. در مواردی که چند بیماری یا اقدام درمانی ناشی از یک علت، بیماری زمینه‌ای یا وضعیت پزشکی مشترک باشد، میزان تعهد بیمه‌گر صرفاً مطابق مفاد این پوشش و با رعایت سقف تعهدات تعیین خواهد شد. با پرداخت کامل سرمایه امراض خاص مقرر در بیمه‌نامه، تعهدات بیمه‌گر بابت این پوشش خاتمه خواهد یافت. برقراری مجدد پوشش در سال‌های بیمه‌ای بعد، منوط به درخواست کتبی بیمه‌گذار، موافقت بیمه‌گر، ارزیابی مجدد خطر و پرداخت حق بیمه مربوط خواهد بود. در صورت تمدید مجدد پوشش، بیماری تحقق یافته، بیماری‌های مرتبط با آن و کلیه عوارض و پیامدهای ناشی از آن، از تعهدات بیمه‌گر خارج خواهد بود.

علیرغم سرمایه مقرر امراض خاص در بیمه‌نامه، حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت انجام آنژیوپلاستی عروق کرونر از طریق بالن یا استنت‌گذاری، معادل ۲۰ درصد سرمایه امراض خاص همان سال بیمه‌ای خواهد بود در صورت پرداخت خسارت موضوع این بند، مانده سرمایه امراض خاص همان سال بیمه‌ای پس از کسر مبلغ پرداختی، بابت سایر بیماری‌ها و اقدامات درمانی تحت پوشش قابل پرداخت خواهد بود. در سال‌های بیمه‌ای بعد، سرمایه کامل امراض خاص مطابق مفاد بیمه‌نامه برقرار خواهد بود.

استثنائات عمومی پوشش امراض خاص

موارد زیر، صرف‌نظر از نوع بیماری یا اقدام درمانی، از شمول تعهدات این پوشش خارج خواهد بود؛ مگر آنکه در بیمه‌نامه یا شرایط اختصاصی به‌طور صریح توافق شده باشد:

۱. بیماری‌ها، عوارض، علائم یا شرایط پزشکی که قبل از شروع اعتبار این پوشش وجود داشته، تشخیص داده شده یا بیمه‌شده بابت آن تحت بررسی، درمان یا پیگیری پزشکی قرار داشته است.

۲. بیماری‌ها، عوارض یا ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های مادرزادی، ارثی یا ژنتیکی

۳. بیماری‌ها یا شرایط ناشی از اقدام عمدی بیمه‌شده، آسیب عمدی به خود، تقلب یا هرگونه اقدام با هدف ایجاد یا دریافت غیرواقعی خسارت.

۴. بیماری‌ها یا شرایط ناشی از مصرف غیرمجاز مواد مخدر، مواد روان‌گردان، سوءمصرف عمدی داروها یا مصرف الکل.

۵. بیماری‌ها، عوارض یا شرایط ناشی از اقدامات غیرقانونی، فعالیت‌های مجرمانه یا مشارکت مستقیم بیمه‌شده در آن‌ها.

۶. بیماری‌ها یا شرایط ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، عملیات تروریستی یا موارد مشابه

۷. بیماری‌ها یا شرایط ناشی از تشعشعات هسته‌ای، آلودگی‌های رادیواکتیو یا عوامل مشابه.

۸. اقدامات درمانی، جراحی‌ها یا روش‌های آزمایشی که فاقد ضرورت پزشکی بوده یا صرفاً با هدف تحقیقاتی انجام شده باشد.

بیماری‌ها و اقدامات درمانی تحت پوشش به شرح ذیل است:

بیماری‌های مغز و اعصاب

۱. سکته مغزی

آسیب بافت مغزی ناشی از اختلال حاد در جریان خون مغز شامل انسداد یا خونریزی عروق مغزی که موجب بروز علائم عصبی پایدار شود.

احراز این بیماری منوط به وجود شواهد تصویربرداری پزشکی و تداوم اختلال عصبی حداقل به مدت ۳ ماه پس از تشخیص خواهد بود.

استثنائات:

حمله ایسکمیک گذرا (TIA) - اختلالات عصبی بدون شواهد آسیب مغزی.

۲. مولتیپل اسکلروزیس (MS)

بیماری مزمن سیستم عصبی مرکزی که بر اساس معیارهای معتبر تشخیصی، شامل شواهد بالینی و تصویربرداری، تأیید شده و موجب اختلال دائمی عملکرد عصبی شود که بایستی به مدت حداقل ۶ ماه تداوم داشته باشد.

دوره انتظار: ۱۲ ماه

استثنائات:

موارد احتمالی یا مشکوک به MS - علائم منفرد عصبی یا تصویربرداری بدون تشخیص قطعی.

۳. بیماری آلزایمر

بیماری پیشرونده و غیرقابل برگشت عصبی که موجب اختلال شدید و دائمی عملکرد شناختی، کاهش توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و نیاز به مراقبت مستمر شود. استثنائات:

سایر انواع زوال عقل ناشی از بیماری‌ها یا اختلالات روانی - اختلالات موقت شناختی.

۴. بیماری پارکینسون اولیه

بیماری تخریبی سیستم عصبی مرکزی که موجب اختلال پیشرونده و دائمی عملکرد حرکتی شود.

دوره انتظار: ۱۲ ماه

استثنائات:

پارکینسونیسم ناشی از دارو، سموم یا مواد مخدر- پارکینسونیسم عروقی- پارکینسونیسم ناشی از سایر بیماری‌های عصبی.

۵. بیماری نورون حرکتی (ALS)

بیماری پیشرونده و غیرقابل برگشت سیستم عصبی که موجب تخریب نورون‌های حرکتی و اختلال دائمی در عملکرد عضلات ارادی شامل حرکت، تکلم، بلع یا تنفس شود. تشخیص باید توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب بر اساس شواهد بالینی، آزمایش‌های تخصصی و سایر مدارک پزشکی معتبر انجام شود.

دوره انتظار: ۱۲ ماه

استثنائات:

نوروپاتی‌های حرکتی قابل درمان- سندرم پس از فلج اطفال- آتروفی عضلانی نخاعی- میوزیت و سایر بیماری‌های التهابی عضلات- فلج شبه بولبار.

۶. تومور خوش خیم مغزی

وجود تومور غیرسرطانی داخل جمجمه که موجب اختلال پایدار عملکرد عصبی شده (حداقل به مدت ۳ ماه) یا نیازمند درمان جراحی، پرتودرمانی یا سایر درمان‌های تخصصی باشد. تشخیص باید بر اساس مدارک تصویربرداری، گزارش آسیب‌شناسی در موارد لازم و تأیید پزشک متخصص مربوطه انجام شود.

استثنائات:

کیست‌ها، گرانولوم‌ها، آبسه‌ها و هماتوم‌ها- ناهنجاری‌های عروقی مغزی- تومورهای مادرزادی- تومورهای کوچک بدون علائم یا اختلال عملکرد عصبی.

۷. مننژیت باکتریایی

التهاب پرده‌های مغز و نخاع ناشی از عفونت باکتریایی که موجب عوارض عصبی پایدار شود. تشخیص باید بر اساس شواهد آزمایشگاهی، بررسی‌های پزشکی و تأیید پزشک متخصص مغز و اعصاب انجام شود.

استثنائات:

مننژیت ویروسی، قارچی یا غیرعفونی- موارد بدون عارضه پایدار عصبی.

۸. کما

حالت بیهوشی عمیق و غیرقابل پاسخ به محرک‌های محیطی یا داخلی که صرفاً در اثر بیماری ایجاد شده و موجب اختلال پایدار عملکرد عصبی شود. احراز کما منوط به تحقق حداقل یکی از شرایط زیر و تداوم آن حداقل به مدت ۳۰ روز متوالی خواهد بود:

- کاهش سطح هوشیاری با امتیاز ۸ یا کمتر بر اساس معیارهای پزشکی معتبر
 - نیاز به حمایت‌های حیاتی.
 - ایجاد نقص پایدار عصبی پس از سپری شدن دوره پزشکی لازم برای ارزیابی وضعیت بیمار.
- تشخیص و تأیید این وضعیت باید توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب و بر اساس مدارک پزشکی معتبر، سوابق درمانی و نتایج بررسی‌های تشخیصی انجام شود.

دوره انتظار: ندارد

استثنائات:

کمای ناشی از حادثه- آسیب‌های تروماتیک، صدمات خارجی، ضربه، تصادف، سقوط- اقدامات عمدی، مصرف الکل، مواد مخدر یا سوءمصرف داروها- شرایطی که منشأ آن بیماری نباشد.

۹. ترومای خارجی شدید سر

اختلال عملکرد مغزی ناشی از ضربه که به نقص دائمی عصبی برای حداقل ۳ ماه بعد از تاریخ ترومای سر منجر گردد. تشخیص و نقص عصبی (بدون شانس برای بهبودی) بایستی توسط پزشک فوق تخصص نورولوژی گواهی و با شواهد بالینی و آزمایش‌های تخصصی معتبر انجام شود.

استثنائات:

هرگونه ضربه سر شدید به علت آزار کودک یا تهاجم توسط سرپرست قانونی یا سایر خشونت‌های خانوادگی- هرگونه ضربه سر شدید به علت آسیب به خود، نزاع و درگیری (به غیر از شرایط دفاع از خود)، مصرف الکل یا مواد مخدر- ناهنجاری مشاهده شده در مطالعات تصویربرداری از مغز بدون اختلال بالینی مربوطه- نقص عصبی بدون ضایعات مطالعه تصویربرداری مربوطه- ضربه مغزی که مطالعات تصویربرداری غیرطبیعی ندارد.

بیماری‌ها و اقدامات درمانی قلب و عروق

۱۰. سکته قلبی (انفارکتوس حاد میوکارد)

آسیب غیرقابل برگشت بخشی از عضله قلب ناشی از اختلال حاد در خون‌رسانی قلب که با علائم بالینی، تغییرات نوار قلب و افزایش نشانگرهای اختصاصی قلبی تشخیص داده شود

استثنائات:

آنزین صدری پایدار یا ناپایدار- سندرم حاد کرونری بدون وقوع سکته قلبی- افزایش نشانگرهای قلبی بدون شواهد سکته قلبی- سکته قلبی ایجادشده در فاصله ۱۴ روز پس از آنژیوپلاستی عروق کرونری یا جراحی بای‌پس.

۱۱. جراحی بای‌پس عروق کرونر قلب (CABG)

انجام جراحی قلب باز با استفاده از گرافت عروق کرونر به منظور درمان تنگی یا انسداد عروق کرونر قلب.

استثنائات:

روش‌های درمانی غیرجراحی از جمله آنژیوپلاستی و استنت‌گذاری.

۱۲. آنژیوپلاستی عروق کرونر و استنت‌گذاری

انجام اقدام درمانی با استفاده از بالن یا تعبیه استنت به منظور باز کردن تنگی یا انسداد عروق کرونر قلب. تعهد بیمه‌گر بابت این مورد، معادل ۲۰ درصد سرمایه امراض خاص خواهد بود.

استثنائات:

آنژیوگرافی تشخیصی- آنژیوپلاستی عروق محیطی- اقدامات تشخیصی تصویربرداری عروق- آنژیوپلاستی عروق مغزی یا کاروتید.

۱۳. تعویض یا ترمیم دریچه‌های قلب

انجام عمل جراحی برای تعویض یا ترمیم یک یا چند دریچه قلب به علت بیماری یا اختلال شدید عملکرد دریچه‌ای که ضرورت آن توسط متخصص قلب یا جراح قلب تأیید شده باشد.

استثنائات:

بیماری‌های مادرزادی یا ارثی دریچه‌ای- روش‌های درمانی غیرجراحی.

۱۴. جراحی آنورت

انجام عمل جراحی بر روی آنورت سینه‌ای یا شکمی به علت بیماری‌هایی مانند آنوریسم، دیسکسیون، تنگی یا انسداد آنورت.

استثنائات:

جراحی شاخه‌های آنورت یا سایر عروق محیطی- بیماری‌های ارثی بافت همبند مانند سندرم مارفان و موارد مشابه.

۱۵. کاردیومیوپاتی شدید

بیماری عضله قلب که موجب اختلال شدید و پایدار عملکرد قلب و کاهش توانایی پمپاژ خون شود.

استثنائات:

میوکاردیوپاتی گشادشونده ناشی از اعتیاد به الکل- هیپرتانسیون مزمن- کاردیومیوپاتی ایدیوپاتی- تنگی شدید آنورت- نارسایی دریچه قلب- عفونت‌های ویروسی از جمله هپاتیت سی- مسمومیت دارویی- آمیلوئیدوز- هموکروماتوز- بیماری‌های پریکارد- تیروتوکسیکوز- اختلالات ژنتیکی.

بیماری‌های کبد

۱۶. نارسایی شدید و غیرقابل برگشت کبد

اختلال شدید و پایدار عملکرد کبد ناشی از بیماری‌های کبدی که منجر به نارسایی قابل توجه عملکرد کبد، آسیب و نکروز شده و بیماری مزمن کبدی در صورتی که بر اساس دسته بندی CHILD-PUGH بیماری کبدی در گروه B یا C باشد و تشخیص بیماری وخیم

کیدی با امتیاز CHILD-PUGH حداقل ۷ (کلاس B یا C) صورت پذیرد.

استثنائات:

بیماری‌های کیدی، علائم یا عوارض موجود قبل از شروع پوشش بیمه‌ای- سایر نارسایی‌های کیدی به علل غیروبروسی (مشمول بر مسمومیت پاراستامول (استامینوفن) و افلاتوکسین)- آسیب کیدی ناشی از مصرف الکل، مواد مخدر یا مواد روان گردان.

۱۷. هیپاتیت

این پوشش شامل بیماری‌های هیپاتیت ویروسی A، B و C خواهد بود، مشروط بر اینکه بیماری موجب آسیب شدید و پایدار عملکرد کبد یا نارسایی غیرقابل برگشت کبد شده باشد.

استثنائات:

بیماری‌های کیدی، علائم یا عوارض موجود قبل از شروع پوشش بیمه‌ای- آسیب کیدی ناشی از مصرف الکل، مواد مخدر یا مواد روان گردان- بیماری‌ها یا شرایط ناشی از رفتارهای عمدی، مجرمانه یا خارج از شرایط مقرر در بیمه‌نامه.

بیماری‌های کلیه

۱۸. نارسایی مزمن کلیه

از دست رفتن غیرقابل برگشت عملکرد هر دو کلیه که نیازمند درمان جایگزین کلیه شامل دیالیز مستمر یا پیوند کلیه باشد.

ضرورت انجام دیالیز یا پیوند باید توسط پزشک متخصص کلیه (نفرولوژیست) تأیید شود.

استثنائات:

نارسایی حاد و برگشت پذیر کلیه- دیالیز موقت

بیماری‌های خون

۱۹. کم خونی آپلاستیک شدید

اختلال شدید عملکرد مغز استخوان که موجب کاهش شدید و همزمان رده‌های سلولی خون شده و نیازمند درمان‌های تخصصی مانند انتقال مکرر خون، درمان اختصاصی یا پیوند مغز استخوان باشد. تشخیص باید بر اساس آزمایش‌های خونی، بررسی مغز استخوان و تأیید پزشک متخصص بیماری‌های خون انجام شود.

استثنائات:

کم خونی ناشی از سوء تغذیه- کم خونی‌های همولیتیک- اختلالات خوش خیم خونی- بیماری‌های مادرزادی مغز استخوان.

۲۰. عفونت HIV و سندرم نقص ایمنی اکتسابی (HIV/AIDS)

ابتلای قطعی به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) که منجر به تحقق بیماری ایدز شود و بر اساس مدارک پزشکی معتبر و تأیید پزشک متخصص بیماری‌های عفونی احراز گردد.

استثنائات:

صرف مثبت بودن آزمایش HIV بدون تحقق شرایط پزشکی مقرر در این بیمه‌نامه- ابتلا، علائم، نشانه‌ها یا شواهد بیماری موجود قبل از شروع پوشش بیمه‌ای- موارد ناشی از اقدام عمدی بیمه شده، رفتارهای غیرقانونی یا سوء مصرف عمدی مواد مخدر و روان گردان‌ها- موارد ناشی از حادثه، آسیب خارجی یا تماس شغلی با عوامل آلوده

بیماری‌های بدخیم و پیوند اعضا

۲۱. سرطان

عبارت است از وجود تومور بدخیم که با رشد غیرقابل کنترل سلول‌ها، تهاجم به بافت‌های مجاور یا انتشار به سایر نقاط بدن همراه بوده و تشخیص آن بر اساس بررسی‌های آسیب شناسی (پاتولوژی) یا سایر روش‌های تشخیصی معتبر پزشکی تأیید شود.

استثنائات:

ضایعات پیش سرطانی، دیسپلازی و سرطان درجا- سرطان‌های پوست، به استثنای ملانوم بدخیم مهاجم- تومورهای خوش خیم.

۲۲. پیوند اعضای اصلی بدن

انجام پیوند یکی از اعضای اصلی بدن شامل قلب، ریه، کبد یا کلیه به منظور درمان نارسایی غیرقابل برگشت عضو.

استثنائات:

پیوند سایر اعضا، بافت‌ها یا سلول‌ها- پیوند اعضای مصنوعی- بیماری یا آسیب ایجاد شده قبل از شروع پوشش بیمه‌ای که منجر به پیوند عضو شود.

۲۳. پیوند مغز استخوان

عبارت است از انجام پیوند کامل مغز استخوان یا سلول‌های بنیادی خون ساز از نوع آلوژنیک یا ایزوژنیک برای درمان بیماری‌های شدید و غیرقابل برگشت.

استثنائات:

پیوند سایر بافت‌ها و سلول‌ها- پیوند سایر رده‌های سلول‌های بنیادی

ناتوانی‌های دائمی و از دست دادن عملکردهای حیاتی

موارد مندرج در این بخش صرفاً در صورتی تحت پوشش خواهد بود که ناشی از بیماری بوده و منشأ ایجاد آن بر اساس مدارک و مستندات پزشکی معتبر مورد تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر احراز شود. موارد ناشی از حادثه، صدمات خارجی، آسیب‌های فیزیکی، اقدام عمدی بیمه شده، هرگونه ناتوانی به علت آزار کودک یا تهاجم توسط سرپرست قانونی یا سایر خشونت‌های خانوادگی، عوامل غیر پزشکی یا سایر عللی که ماهیت بیماری نداشته باشند، از شمول تعهدات این پوشش‌ها خارج خواهد بود.

۲۴. از دست دادن اندام‌های حرکتی

از دست دادن اندام حرکتی (شامل دست‌ها و پاها) به معنای تشخیص قطعی از دست دادن کامل کارکرد و یا قطع کامل ۲ اندام یا بیشتر از مچ دست یا مچ پا یا بالای آن در نتیجه بیماری می‌باشد.

استثنائات:

از دست دادن اندام‌ها ناشی از حادثه- هر نوع فقدان اندام که ناشی از آسیب به خود باشد.

۲۵. نابینایی کامل و دائمی

از دست دادن کامل و غیرقابل برگشت بینایی هر دو چشم که با اصلاح بینایی قابل جبران نباشد. تشخیص باید بر اساس معاینات تخصصی چشم پزشکی و معیارهای پزشکی معتبر انجام شود.

استثنائات:

نابینایی مادرزادی یا ارثی- نابینایی ناشی از مصرف الکل یا مواد مخدر- نابینایی ناشی از شرایط پزشکی یا بیماری‌هایی که قبل از شروع پوشش بیمه‌ای وجود داشته است.

۲۶. ناشنوایی کامل و دائمی

از دست دادن کامل و غیرقابل برگشت شنوایی در هر دو گوش که با استفاده از وسایل کمک شنوایی به طور مؤثر قابل جبران نباشد. تشخیص باید بر اساس آزمون‌های شنوایی سنجی معتبر توسط پزشک متخصص گوش، حلق و بینی انجام شود.

استثنائات:

ناشنوایی مادرزادی یا ارثی- ناشنوایی ناشی از مصرف الکل یا مواد مخدر- ناشنوایی ناشی از شرایط پزشکی یا بیماری‌هایی که قبل از شروع پوشش بیمه‌ای وجود داشته است.

۲۷. از دست دادن دائمی قدرت تکلم

از دست دادن کامل و غیرقابل برگشت توانایی تکلم که حداقل به مدت ۶ ماه تداوم داشته و موجب اختلال پایدار در توانایی ارتباط کلامی شود. تشخیص باید بر اساس مدارک پزشکی، بررسی‌های تخصصی و تأیید پزشک متخصص مربوطه انجام شود.

استثنائات:

اختلالات تکلمی قبل از شروع پوشش بیمه‌ای- اختلالات تکلم ناشی از مشکلات روانی یا عملکردی بدون منشأ جسمی- اختلالات موقت یا قابل درمان.

۲۸. فلج یا از دست دادن دائمی عملکرد اندام‌ها

از دست دادن کامل و غیرقابل برگشت عملکرد حداقل دو اندام اصلی بدن شامل دست یا پا که موجب محدودیت پایدار عملکردی شود و بیش از ۳ ماه ادامه یابد. تشخیص باید توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب یا پزشک متخصص مربوطه و بر اساس شواهد بالینی و مدارک پزشکی معتبر انجام شود.

استثنائات:

بیماری‌ها یا ناهنجاری‌های مادرزادی - بیماری‌های ارثی یا اختلالات دوره‌ای که قبل از شروع پوشش بیمه‌ای وجود داشته است - اختلالات روانی - اختلالات عملکردی بدون منشأ جسمی.

۲۹. دیستروفی عضلانی شدید

ابتلا به یکی از انواع مشخص بیماری‌های دیستروفی عضلانی که موجب کاهش دائمی و قابل توجه توانایی‌های حرکتی و اختلال پایدار در انجام حداقل سه مورد از ۶ مورد فعالیت‌های روزمره زندگی شود و برای حداقل ۳ ماه ادامه یابد. تشخیص باید توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب و بر اساس بررسی‌های تخصصی انجام شود.

*این پوشش فقط برای افراد بالای ۷ سال ارائه می‌گردد.

دوره انتظار: ۲۴ ماه

استثنائات:

بیماری‌های عضلانی غیر مرتبط با دیستروفی عضلانی - بیماری‌های مادرزادی یا ارثی که قبل از شروع پوشش بیمه‌ای وجود داشته است.

۳۰. سوختگی درجه سه

سوختگی‌هایی که موجب انهدام کامل در تمامی عمق پوست گردد (سوختگی درجه ۳) و حداقل ۲۰٪ از سطح بدن را در برگیرد.

استثنائات:

سوختگی‌های درجه سه ناشی از آسیب به خود - هرگونه سوختگی درجه یک یا دو

فصل ششم - احراز هویت و مبارزه با پولشویی

ماده ۲۲ - احراز هویت و شناسایی مشتری

صدور، ادامه اعتبار و ارائه هرگونه خدمات مرتبط با این بیمه‌نامه منوط به انجام فرآیندهای شناسایی و احراز هویت بیمه‌گزار، بیمه‌شده، ذی‌نفعان و سایر اشخاص مرتبط، مطابق قوانین و مقررات جاری کشور و دستورالعمل‌های ابلاغی مراجع ذی‌صلاح از جمله بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و شورای عالی مبارزه با پولشویی می‌باشد.

بیمه‌گزار و بیمه‌شده مکلف‌اند اطلاعات و مدارک مورد درخواست بیمه‌گر را به‌صورت صحیح، کامل و به‌روز ارائه نموده و در صورت تغییر اطلاعات هویتی، اقامتی، شغلی، مالی یا سایر اطلاعات مؤثر، مراتب را در اسرع وقت به بیمه‌گر اعلام نمایند. ذی‌نفعان نیز در مواردی که به موجب بیمه‌نامه یا قوانین و مقررات مربوط، ارائه خدمات یا پرداخت منافع مستلزم شناسایی و احراز هویت آنان باشد، مکلف به ارائه اطلاعات و مدارک مورد درخواست بیمه‌گر خواهند بود.

ماده ۲۳ - محدودیت ارائه خدمات

در مواردی که به موجب قوانین، مقررات یا دستورات مراجع ذی‌صلاح، ارائه خدمات بیمه‌ای به اشخاص حقیقی یا حقوقی ممنوع یا محدود شده باشد، بیمه‌گر مجاز است نسبت به محدودسازی، تعلیق یا خاتمه خدمات مرتبط با بیمه‌نامه اقدام نماید. اجرای الزامات قانونی موضوع این ماده، مسئولیتی برای بیمه‌گر از بابت خسارات احتمالی ناشی از محدودیت‌ها، تعلیق‌ها یا ممنوعیت‌های مزبور ایجاد نخواهد نمود.

ماده ۲۴ - محرمانگی اطلاعات

بیمه‌گر متعهد است اطلاعات و مدارک دریافت‌شده از بیمه‌گزار، بیمه‌شده و ذینفعان را در چارچوب قوانین و مقررات مربوط محرمانه تلقی نموده و صرفاً در موارد مجاز قانونی، بنا به درخواست مراجع ذی‌صلاح یا در راستای اجرای تعهدات بیمه‌نامه از آن‌ها استفاده نماید.

فصل هفتم - خاتمه، فسخ و انقضای بیمه‌نامه

ماده ۲۵ - خاتمه بیمه‌نامه

بیمه‌نامه در یکی از موارد زیر خاتمه می‌یابد:

- پایان مدت بیمه‌نامه؛
- فوت بیمه‌شده در مواردی که طبق شرایط بیمه‌نامه موجب خاتمه قرارداد باشد؛
- بازخرید کامل بیمه‌نامه توسط بیمه‌گزار؛
- فسخ بیمه‌نامه طبق مفاد این شرایط عمومی یا قوانین و مقررات جاری؛
- عدم کفایت اندوخته برای تداوم بیمه‌نامه در چارچوب مقررات مربوط.

با خاتمه بیمه‌نامه، کلیه پوشش‌های بیمه‌ای از تاریخ مؤثر خاتمه فاقد اعتبار خواهد بود؛ لیکن تعهدات مالی بیمه‌گر که تا آن تاریخ ایجاد شده است، مطابق مفاد بیمه‌نامه قابل رسیدگی و پرداخت خواهد بود.

ماده ۲۶ - فسخ بیمه‌نامه

بیمه‌گزار یا بیمه‌شده می‌تواند در هر زمان مطابق شرایط بیمه‌نامه نسبت به فسخ اقدام نماید. همچنین بیمه‌گر در مواردی از جمله ارائه اطلاعات خلاف واقع، عدم ایفای تعهدات مالی، عدم رعایت الزامات قانونی یا سایر موارد مقرر در بیمه‌نامه و مقررات مربوط، مجاز به فسخ بیمه‌نامه خواهد بود.

ماده ۲۷ - تسویه منافع بیمه‌نامه

در مواردی که به موجب این بیمه‌نامه پرداخت سرمایه فوت، ارزش بازخرید، برداشت از اندوخته یا سایر منافع بیمه‌نامه مستلزم محاسبه ارزش روز اندوخته باشد، اندوخته تا تاریخ تسویه نهایی بر اساس شاخص یا شاخص‌های منتخب و مطابق مفاد بیمه‌نامه محاسبه و به‌روزرسانی خواهد شد.

مبنای پرداخت، ارزش روز اندوخته در تاریخ تسویه نهایی پس از اعمال کلیه تراکنش‌ها، هزینه‌ها، بدهی‌ها، کسورات و تعدیلات مربوط خواهد بود.

پرداخت منافع بیمه‌نامه منوط به تکمیل مدارک، احراز هویت اشخاص ذی‌حق و انجام کنترل‌های قانونی و مقرراتی مربوط است.

ماده ۲۸ - قانون حاکم و حل اختلاف

این بیمه‌نامه تابع قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران می‌باشد. اختلافات ناشی از تفسیر، اجرا، اعتبار یا آثار این بیمه‌نامه ابتدا از طریق مذاکره و سازوکارهای رسیدگی به شکایات بیمه‌گر مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در صورت عدم حصول توافق، در مراجع صالح قانونی قابل رسیدگی خواهد بود.

ماده ۲۹ - مرور زمان دعاوی

هرگونه ادعای ناشی از این بیمه‌نامه باید حداکثر ظرف مدت دو سال از تاریخ بطلان، فسخ و یا انقضای مدت بیمه‌نامه و در صورت وقوع حوادث تحت پوشش، از تاریخ وقوع حادثه اقامه شود و پس از دو سال مذکور ادعای ناشی از این بیمه‌نامه مسموع نخواهد بود. مرور زمان می‌تواند یک‌دفعه توسط هر یک از طرفین با اظهارنامه رسمی قطع شود. در صورت قطع شدن مرور زمان، به مدت باقیمانده مرور زمان یک سال اضافه خواهد شد.

ماده ۳۰ - قلمرو جغرافیایی پوشش

پوشش‌های این بیمه‌نامه در داخل و خارج مرزهای جغرافیایی قلمرو جمهوری اسلامی ایران است مگر آنکه به صورت دیگری توافق شده باشد.

ماده ۳۱ - موارد پیش بینی نشده

موارد مسکوت در این قرارداد حسب مورد تابع قانون بیمه، عرف بیمه‌گری و سایر مقررات و قوانین جاری کشور می‌باشد.