

## بیمه های اشخاص

## سرفصل های آموزشی بیمه های اشخاص

### بخش اول: مقدمه

### بخش دوم: عمر

۱- کلیات بیمه های عمر

۲- انواع بیمه نامه های عمر (گروهی \_ انفرادی):

۱-۲- فوت ساده زمانی

۲-۲- عمر مانده بدهکار

۳-۲- تمام عمر

۴-۲- عمر و پس انداز

۵-۲- مستمری

۳- معرفی بیمه نامه های عمر و شرایط و آیین نامه های مربوط به آنها

۱-۳- مقایسه و تطبیق انواع بیمه های عمر با یکدیگر

۲-۳- تفاوت ماهیت بیمه های عمر با سایر بیمه های اشخاص

۳-۳- آشنایی با آیین نامه های شماره ۱۳/۷\_ ۱۳/۷ شورای عالی بیمه در خصوص بیمه های عمر

۴-۳- آشنایی با جداول مرگ و میر و نرخ بهره فنی بیمه های عمر (جداول ضمیمه آیین نامه ۱۳/۷)

۵-۳- آشنایی با جداول معاینات پزشکی

- ۳-۶- آشنایی با فرم های پیشنهاد بیمه نامه های عمر
- ۳-۷- نمونه قراردادهای بیمه نامه عمر انفرادی و گروهی
- ۳-۸- آشنایی با غرامت و مدارک لازم جهت ارائه به واحد مربوطه

### بخش سوم: حوادث

- ۱- کلیات بیمه های حوادث
- ۲- انواع بیمه نامه های حادثه (گروهی\_ انفرادی)
- ۳- معرفی بیمه نامه های حوادث:
  - ۳-۱- تفکیک بیمه نامه های حوادث (گروهی\_ انفرادی) و انواع آن
  - ۳-۲- آشنایی با آیین نامه شماره ۲۳ شورای عالی بیمه (شرایط عمومی بیمه حوادث)
  - ۳-۳- آشنایی با آیین نامه شماره ۲۴ و ۲۴/۱ شورای عالی بیمه در خصوص نرخ، گروههای شغلی و.....
  - ۳-۴- خطرات اضافی و استثنائات بیمه نامه حوادث
  - ۳-۵- تفاوت ماهیت بیمه های حوادث با مسئولیت
  - ۳-۶- نمونه قرار داد مربوط به عمر انفرادی و گروهی
  - ۳-۷- آشنایی با فرم پیشنهاد بیمه نامه های حوادث و مفاد آن
  - ۳-۸- آشنایی با غرامت و مدارک لازم جهت ارائه به واحد مربوطه
- ۴- تفاوت ماهیت بیمه های حوادث انفرادی با مسئولیت

### بخش چهارم: درمان

- ۱- معرفی بیمه نامه های گروهی مازاد درمان:
  - ۱-۱- آشنایی با آیین نامه شماره ۴۳ و ۴۳/۱ شورای عالی بیمه (شرایط عمومی)

۱-۲- معرفی بیمه نامه های درمان مسافرتی خارج از کشور

۱-۲-۲- آکسا و تعرفه های مربوط به آن (ریالی- یورویی)

۱-۲-۲- میفیری و تعرفه های مربوط به آن (ریالی- یورویی)

۲- چگونگی اعلام نرخ به بیمه گذار در درمان و استعلام نرخ و پیگیری نتیجه اعلام نرخ

۳- کلیات خسارت درمانی و تقسیم بندی های مربوط به آن

### بخش اول:

#### - علل پیدایش، گسترش و تکامل بیمه های اشخاص

از اولین پیدایش جوامع انسانی، بشر همواره در جستجوی تامین، البته تامین جسمی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی بوده است و به همین دلیل، بیمه های اشخاص یکی از ابداعات انسانها برای بدست آوردن این تامین اقتصادی به حساب می آید.

تاریخچه بیمه های اشخاص به چند قرن قبل باز می گردد. اولین اثر و یا بهتر بگوئیم بیمه نامه صادره در زمان ملکه الیزابت اول صادر گردید که بصورت یک بیمه «عمر ساده زمانی» بوده و زندگی بیمه گذار را برای مدت یکسال تحت پوش قرار داده بود.

- بیمه های اشخاص را از یک دیدگاه وسیع و گسترده می توان به چند بخش مهم تقسیم نمود که هر یک از آنها بالقوه دارای اثر مثبت و منفی در جوامع بشری می باشد، زیرا بیمه های اشخاص علاوه بر اینکه یک محصول به

حساب می آید، ارائه کننده یک سرویس مهم و قابل توجه در جهت تامین نیازهای اولیه انسانها هم محسوب می گردد.

ابناء بشر نیاز به تامین دارد و این گزینه ای است که شاخه هائی از ثبات و اطمینان اجتماعی محسوب می گردد. شرکتهای بیمه با ارائه بیمه های اشخاص، زندگی انسانها را ارزیابی نمی کنند، بلکه هدف اصلی و اساسی، ارزیابی و حراست از ارزشهای اقتصادی زندگی انسانهاست، ارزش مادی و اقتصادی درآمد حاصله از کار و فعالیت یک انسان که، تامین کننده نیاز مادی انسانهایی است که به آن شخص و درآمد او متکی هستند، بنابراین بیمه های زندگی علاوه بر جنبه خدماتی و انسانی آن، می تواند نیازهای مالی و اقتصادی خانواده ها را پاسخگو باشد.

بیمه های اشخاص یکی از شاخص های شناخته شده در سنجش تامین و رفاه مردم کشورها می باشد و کشورهایی که آحاد آن به فراخور نیاز خود از این تامین برخوردار هستند، با اطمینان و اعتماد بیشتری در برنامه ریزی توسعه و گسترش جامعه خویش مشارکت می نمایند. بیمه های اشخاص در مراحل بدوی ابتدائی خود بر پایه و اصول علمی و فنی در رابطه با جداول حق بیمه و نحوه انتخاب ریسک پایه گذاری نشده بود، بهمین دلیل توسعه و گسترش و در واقع پیدایش «جدول مرگ و میر» نقطه عطفی در تاریخچه بیمه های اشخاص محسوب می گردد.

در سالهای آغازین پیدایش بیمه اشخاص، صدور بیمه نامه بدون توجه به اصول پزشکی انجام می شد و صرفاً کافی بود که شخص متقاضی در مقابل مدیران شرکت بیمه ظاهر گردد و آنها با مذاکره با وی و ارزیابی ظاهرش خطر را ارزیابی کنند. در سالهای بعد، پزشکان به جمع این مدیران اضافه شدند و ارزیابی خطر صرفاً براساس اظهارات متقاضی بیمه و از روی ظاهر وی انجام می پذیرفت. به مرور زمان و با گسترش روزافزون بیمه های اشخاص، این روند ارزیابی غیر ممکن گردید و از سوئی اهمیت معاینات پزشکی کامل به منظور گزینش و ارزیابی واقعی خطر مدنظر قرار گرفت و بهمین دلیل شرکتهای بیمه قبل از صدور بیمه نامه از متقاضی می خواستند تا گزارشی درباره سلامتی خود از یکی از پزشکان اخذ نماید. بتدریج پرسشنامه های پزشکی شکل گرفت و کامل گردید و

شرکتهای بیمه قبل از صدور بیمه نامه با ارزیابی دقیق اطلاعات مندرج در فرمهای پزشکی و تاریخچه سلامتی فرد متقاضی و اعضاء خانواده اش، به بررسی دقیق خطر مورد بیمه می پرداختند. با توجه باینکه تجارب بدست آمده در آغاز خلاء مشهودی را بین اطلاعات حاصله و مورد نیاز با واقعیت ها را نشان داده بود، بهمین مناسبت، پزشکان و «محاسبان فنی» به همکاری نزدیک و تنگاتنگ پرداختند.

تحقیقات در مورد مرگ و میر منتج به آمیزش و ترکیب اطلاعات فنی پزشکان گردید که در نهایت باعث بروز یک سری اطلاعات مفید در مورد عوامل موثر هر خطر گردید و بیمه گران با دسترسی به این اطلاعات با اطمینان خاطر بیشتری به کار صدور پرداختند. بررسی های انجام شده نشان میدهد که معمولاً انسانها به پنج دلیل اقدام به خرید بیمه های اشخاص می نمایند.

این پنج دلیل عبارتند از:

۱- نیاز اصلی و اساسی فیزیولوژیکی انسان

۲- نیاز به حفظ و حراست خود در قبال خطرات خارجی

۳- نیاز به عشق، محبت و فعالیت های اجتماعی

۴- اقبال حس احترام نسبت به خویشان

۵- به منظور خودآگاهی و تکامل

با توجه باینکه بشر در مقابل بسیاری از خطرات آسیب پذیر است این خطرات را میتوان به دو گروه اصلی تقسیم بندی نمود.

الف\_ خطرات مالی

خطرات مالی مانند آتش سوزی، طوفان، صاعقه، زلزله و یا از بین رفتن اموال در زمان حمل و صدها مورد مشابه دیگر می باشد.

ب\_ خسارات جانی شامل ( فوت، نقص عضو، از کار افتادگی)

خطرات جانی مانند فوت ناشی از حادثه، نقص عضو و از کار افتادگی باعث از دست رفتن و یا کاهش درآمدهای مالی و اقتصادی یک شخص می گردد. همه میدانیم که انسان نمی تواند زمان بروز اینگونه خطرات را پیش بینی نماید. یکی از طرق کم کردن مخاطرات و یا بهتر بگوئیم خنثی نمودن اثرات منفی یک مرگ نابهنگام در جوامع انسانی، همانا تامین قابل اکتساب از طریق بیمه های اشخاص است. اگر حادثه ای ناگوار منجر به مرگ و از دست رفتن یک زندگی گردد، این بیمه های عمر است که ضرر و زیان مالی و اقتصادی حاصله را جبران می نماید، اما اگر حادثه منجر به از کار افتادگی و یا نقص عضو گردد، غرامت تحت پوشش بیمه نامه حادثه و یا درمانی قابل پرداخت می باشد. از دیدگاه اجتماعی می توان گفت که بیمه های اشخاص یک طرح اجتماعی است تا از طریق جمع آوری پول (حق بیمه) بتوان خسارات فوت و از کارافتادگی و نقص عضو گروهی از افراد را که زودتر از موعد مورد انتظار دچار این حوادث می شوند جبران نمود. تئوری و فرضیه بیمه های اشخاص، کاهش دادن اثرات اقتصادی اینگونه خطرات برای خانواده ها می باشد.

### - مبانی حقوقی بیمه های اشخاص

در رابطه با بیمه های اشخاص، اصول حقوقی فراوانی وجود دارد، همانطور که میدانید، بیمه های اشخاص یک قرارداد حقوقی و قانونی است که تابع قوانین و مقررات قراردادهای منعقد می باشد، بهمین جهت عقد قرارداد و تعبیر و تفسیرهای آنهم مبتنی بر اصول حقوقی و قانونی است. قوانین قراردادهای، تابع قوانین خاص یک کشور نیست، بلکه اینگونه قوانین با این دیدگاه تنظیم شده اند تا روابط افراد اعم از حقیقی یا حقوقی را با یکدیگر شکل بخشند و حقوق حقه طرفین را محفوظ نگاه دارند. آنچه در زیر بطور کلی و خلاصه بیان خواهد گردید، بعضی از اصول و قواعد کلی حاکم بر قراردادهای بیمه های اشخاص می باشد.

### ۱- قانون قراردادها

شرایط هر قرارداد، معمولاً براساس قوانین و مقررات مدون و در بعضی از کشورها قوانین، مقررات و عرف تنظیم شده است.

## **۲- اصول کلی یک قرارداد معتبر**

شرایطی که یک قرارداد معتبر می‌گردد: بشرح ذیل می‌باشد.

۱- طرفین قرارداد قانوناً باید صلاحیت عقد و ورود به قرارداد را داشته باشند.

۲- رضایت طرفین: یک قرارداد زمانی معتبر و نافذ شناخته می‌شود که طرفین قرارداد با شرایط و روح حاکم بر

قرارداد موافقت داشته باشند. در موارد زیر یک قرارداد معتبر شناخته نمی‌شود:

الف\_ اگر طرفین قرارداد در زمان عقد آن دارای اندیشه و طرز فکر یکسانی نباشند.

ب\_ اگر رضایت واقعی طرفین موجود نباشد و یا اینکه از طریق اعمال نفوذ، تقلب و یا عدم ارائه صحیح اطلاعات،

قرارداد منعقد شده باشد. در صورت انعقاد قرارداد با چنین شرایطی، قانوناً آن قرارداد باطل و از درجه اعتبار ساقط

است. اصولاً قرارداد بیمه‌های اشخاص، مانند بسیاری از قراردادهای بیمه‌ای با یک فرم پیشنهاد بیمه شروع می‌

شود. بیمه‌گر با بررسی شرایط و ارزیابی اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد از قبیل سلامت جسمی و روحی، یا بیمه

نامه مورد نظر را با شرایط و عرف متداول و به صورت استاندارد صادر نموده و یا شرایط جدید خود را برای

صدور بیمه نامه به اطلاع بیمه‌گذار می‌رساند. این شرایط ممکن است بصورت تعدیل نرخ، تعدیل سرمایه و درج

شرایط خاص در بیمه نامه باشد و چنانچه بیمه‌گذار/ بیمه‌شده/ شرایط جدید بیمه‌گر را پذیرفت و حق بیمه را

پرداخت کرد، قراردادی نافذ و معتبر بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار منعقد شده است. ارزیابی صحیح یک ریسک بوسیله

شرکت، بستگی به ارائه اطلاعات صحیح و دقیق توسط بیمه‌گذار/ بیمه‌شده/ دارد، لذا معاینه پزشکی بیمه‌گذار

توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، همیشه نمی‌تواند بیمه‌گر را در ارزیابی دقیق خطر کمک و مساعدت نماید، لذا

به‌همین دلیل بیمه‌گذار/ بیمه‌شده/ موظف است که اطلاعات کاملی در مورد وضعیت جسمانی و روحی خود،



عادات، اعتیادات و تاریخچه پزشکی بستگان درجه یک خود را در اختیار بیمه گر قرار دهد. بیمه گذار/ بیمه شده / براساس روح حاکم بر قوانین قراردادهای، ملزم به افشاء کلیه اطلاعات مورد نیاز بیمه گر می باشد. این جنبه از قوانین، صرفاً مربوط به قراردادهای بیمه های اشخاص است که بر خلاف قوانین تجاری دیگر است. براساس قوانین موضوعه و حاکم بر قراردادهای، هر طرف وظیفه دارد که از هر گونه ارائه اطلاعات غلط و نادرست در مورد موضوع قرار داد پرهیز نماید. بنابراین، روح حاکم بر قراردادهای بیمه های اشخاص اصل حسن نیت است نه روح کتمان حقایق و واقعیت ها. «حسن نیت» روح حاکم بر کلیه قوانین بیمه ای است و در کلیه کشورهای جهان پایه و اصل کلی شناخته شده است. که در صورت نادیده انگاشتن این اصل از سوی یکی از طرفین قرارداد بیمه ای، طرف دیگر میتواند پس از اثبات آن، قرارداد را فسخ نماید و یا تعهدات خود را انجام ندهد.

۳- حق بیمه: هر قراردادی، زمانی جنبه قانونی و حقوقی پیدا خواهد کرد که شروط آن تحقق یابد که یکی از این شروط، پرداخت حق بیمه می باشد. حق بیمه وجهی است که یکطرف در مقابل طرف دیگر برای انجام کاری و یا پرداخت تعهدی آن را پرداخت کرده و یا جزء دیون ممتاز خود میدانند. در قرارداد بیمه های اشخاص، بیمه گر متعهد می گردد که با دریافت حق بیمه سرمایه معین و توافق شده ای را در پایان قرارداد بیمه ای و یا قبل از آن، در زمان مرگ بیمه شده پرداخت کند. در مقابل بیمه گذار/ بیمه شده متعهد است که در برابر تعهد بیمه گر، مبلغ معینی را بابت پوشش اخذ شده پرداخت نماید. این پرداخت ممکن است یکجا و یا بصورت اقساط باشد. باید توجه داشت که با ادامه پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار/ بیمه شده/ بیمه گر متعهد پرداخت سرمایه مندرج در بیمه نامه می باشد، اما چنانچه پرداخت حق بیمه از طرف بیمه گذار/ بیمه شده/ بدلایلی قطع گردد، و یا مدتی به تعویق افتاد، بیمه گر دیگر تعهدی در مورد ادامه پوشش بیمه نداشته و در مورد بیمه عمر تعهدات او منحصر محدود به ارزش «سرمایه مخفف» بیمه نامه خواهد بود و حال آنکه در بیمه های حوادث، بیمه نامه بحال تعلیق در خواهد آمد. اصولاً قرارداد بیمه های اشخاص بشرط ایجاب و قبول از سوی بیمه گر و بیمه گذار و پرداخت اولین قسط حق

بیمه معتبر شناخته می شود، مگر اینکه بعضی از شروط قرارداد از سوی طرفین رعایت نگردد، که در اینصورت بیمه نامه از همان تاریخ از درجه اعتبار ساقط خواهد گردید.

۴- قانونی بودن موضوع قرارداد: موضوع قرارداد میبایست یک موضوع و شرط و تعهد قانونی بوده و مغایر اصول اخلاقی و اجتماعی و یا قوانین موضوعه کشور نباشد پس هر قراردادی زمانی معتبر شناخته می شود که موضوع قرارداد مشروع و قانونی باشد. موضوع قرارداد، همان هدف غایی و نهایی طرفین است نه محرک هایی که آنها را وادار به عقد قرارداد کرده است، لذا عقد هر گونه قراردادی که به منظور یک هدف و یا خواسته غیر قانونی و نامشروع و یا اهدافی که مغایر روح کلی جامعه باشد، غیر قانونی تلقی می گردد مانند قمار. هدف قرارداد بیمه های اشخاص ارائه پوشش بیمه ای در زمان مرگ زودرس نان آور خانواده می باشد تا افراد وابسته به او دچار مصیقه مالی نشده و از لحاظ اقتصادی در یک رفاه نسبی قرار گیرند. موضوع قرارداد بیمه، انسانها هستند که مرگ برای آنها یک امر طبیعی و محقق است، اما زمان آن نامشخص می باشد. یکی از شروط عمده در قراردادهای بیمه های اشخاص، همانا شرط «نفع مالی بیمه ای» است که در آن قرار داده شده است تا بیمه گذار به دلیل نفع مالی و مادی که در زندگی بیمه شده دارد، اقدام به اخذ پوشش بیمه ای به جهت حفظ و حراست همین نفع نماید. عدم وجود نفع بیمه ای در یک قرارداد، آن را غیر قانونی نموده و مشروعیت آن را خدشه دار می نماید.

۵- شروط و قوانینی که اعتبار حقوقی اینگونه قراردادها را خدشه دار نماید در شرایط قرارداد، وجود نداشته باشد.

### **نفع بیمه ای:**

براساس قانون شخص می تواند به طور نامحدود در زندگی خود نفع بیمه ای داشته باشد، زیرا با مرگ نابهنگام، وضعیت مالی برای بازماندگانش دگرگون می شود. یک قرارداد بیمه زمانی معتبر است که نفع بیمه ای در آن وجود داشته باشد. باید در نظر داشت که هر انسانی دارای نفع بیمه ای در زندگی خود می باشد و مجاز است

چنانچه بتواند حق بیمه مورد نظر بیمه گر را که متناسب با سن، نوع بیمه نامه و وضعیت پزشکی اوست بپردازد و خود را به هر میزان که مایل است بیمه نماید.

مثال: همسری میتواند زندگی شوهر خود را بیمه نماید، زیرا شوهر مسئول اداره زندگی بوده و فوت و یا از کارافتادگی او می تواند اثرات نامطلوب اجتماعی\_اقتصادی در زندگی آن خانواده باشد. وام دهنده تا میزان وام می تواند در زندگی وام گیرنده نفع بیمه ای داشته باشد و..... لذا نفع بیمه ای در زمانی که پیشنهاد دهنده زندگی دیگری را بیمه می نماید از اهمیت ویژه ای برخوردار می گردد. اگر در زمان عقد قرارداد و صدور بیمه نامه نفع بیمه ای محرز بوده باشد کلیه دارندگان بیمه نامه که از طریق انتقال به آن دست یافته اند می توانند با پرداخت حق بیمه آنرا ادامه داده و از مزایای قانونی آن هم بهره مند گردند. قرارداد بیمه های اشخاص قانونی و قابل اقدام در مجاری قانونی می باشد حتی اگر در زمان بروز حادثه و خسارت، نفع بیمه ای وجود نداشته باشد. براساس عرف و قانون «نفع بیمه ای» حاکم بر قراردادهای بیمه های اشخاص (عمر، حادثه، درمانی، مستمری، بازنشستگی) می باشد.

برای نفع بیمه ای سه اصل کلی را باید به شرح زیر مد نظر داشت:

۱- هیچ قرارداد بیمه ای مشروعیت قانونی نداشته و منعقد نمی گردد مگر اینکه نفع بیمه ای در زندگی آن شخص و یا آن حادثه مورد بیمه داشته باشد.

۲- اسم و یا اسامی فرد یا افرادی که قرارداد بیمه در مورد آنها منعقد گردیده باید بصراحت در بیمه نامه درج گردیده باشد.

۳- بیمه گر متعهد پرداخت مبلغی بیشتر از مبلغ و یا ارزش نفع بیمه ای بیمه شده \_ سرمایه بیمه \_ نمی باشد

بنابراین نفع بیمه ای باید در هر قرارداد بیمه موجود باشد که این امر نشان دهنده حقوق حقه و قانونی فرد و یا افرادی است که نسبت به قرارداد منعقد شده ذینفع می باشند. نفع بیمه ای باید در آغاز قرارداد وجود داشته باشد.

حدود نفع بیمه ای را بشرح زیر می توان مشخص و معین نمود.

۱- شخصی که قرارداد بیمه را منعقد می نماید باید دارای نفع بیمه ای در زندگی بیمه شده باشد.

۲- در بیمه نامه باید به صراحت قید گردد که بیمه نامه به درخواست چه کسی و از طرف چه شخصی منعقد می گردد.

۳- سرمایه بیمه در زمان انعقاد قرارداد بیمه، نمی تواند بیشتر از نفع بیمه ای باشد.

۴- اثبات نفع بیمه ای و آنهم پس از بروز حادثه و مرگ بیمه شده لازم و ضروری نیست.

۵- نفع بیمه ای باید در زمان انعقاد قرارداد محرز و مشخص باشد.

### نحوه تعیین انواع ذینفع در بیمه های عمر و حوادث

۱- ذینفع از بیمه را بیمه گذار معین میکند. ممکن است استفاده کننده یک یا چند نفر باشند سهم آنان ممکن است مساوی و یا متفاوت باشد.

۲- ممکن است تعیین ذینفع با ذکر سمت (همسر، فرزند) باشد و یا بنام باشد.

۳- اگر استفاده کننده معین نشده باشد و یا از قبول نفع بیمه ای خودداری کرده باشد و یا قبل از بیمه شده فوت کرده باشد سرمایه بیمه مانند ترکه متوفی به وارث تعلق میگیرد و طبق قواعد ارث تقسیم میشود با این تفاوت که سرمایه بیمه مشمول مالیات نمیشود.

۴- استفاده کننده از بیمه در صورت خودداری بیمه گذار از ادامه پرداخت حق بیمه میتواند حق بیمه های سالیانه را بپردازد تا مانع از لغو اعتبار بیمه شود.

۵- اگر یکی از استفاده کنندگان موجب قتل بیمه شده شود حق خود را نسبت به سرمایه بیمه از دست میدهد.

۶- بیمه گذار میتواند ذینفع از بیمه را عزل کند مگر در صورتیکه ذینفع طلبکار او باشد و این مطلب در بیمه نامه درج شده باشد.

پس بطور خلاصه میتوان گفت:

- نحوه تعیین ذینفع میتواند بصورت مشخص و بنام باشد.
- میتواند بصورت غیر مستقیم و با به سمت باشد.
- در صورتیکه تعیین نشده باشد و یا ذینفع نفع بیمه ای را قبول نکرده باشد و یا بهر صورت ذینفع مشخص نباشد در واقع استفاده کنندگان از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده وارث قانونی بیمه شده خواهند بود.

### **وجوه تفارق قراردادهای بیمه اشخاص با سایر قراردادهای بیمه ای**

موضوع بیمه در بیمه نامه آتش سوزی، باربری و اشخاص کاملاً متفاوت است. در بیمه نامه آتش سوزی، موضوع بیمه در ازای ارزش تجاری است و حال آنکه در بیمه اشخاص، موضوع بیمه زندگی انسانهاست، لذا با توجه به همین دلایل، اصل «جبران غرامت» در مورد بیمه های اشخاص حاکم نیست، زیرا نمیتوان زندگی انسانها را ارزیابی مالی نمود.

- در بیمه های اشخاص (عمر) «حادثه یا خطر» امری محتمل و حتمی است و حال آنکه تاریخ قطعی وقوع آن مشخص نمی باشد، اما از مدت معینی هم نمی تواند متجاوز باشد، در صورتیکه کالای مورد بیمه برای حمل در یک سفر دریائی یا زمینی بیمه شده که ممکن است خسارت ببیند و یا سالم به مقصد برسد. کارخانه یا انباری ممکن است در سال اول بیمه آتش سوزی خود دچار حریق شود و یا ممکن است چندین سال بدور از هر گونه خسارت و خطر باقی بماند. ولی در بیمه اشخاص و علی الخصوص بیمه های مختلط، سرمایه بهر حال قابل پرداخت است، زیرا در صورت فوت بیمه شده، سرمایه بیمه به وارث او پرداخت می گردد و در صورت حیات، شخص بیمه شده از سرمایه بیمه ای سود خواهد برد.

- طبقه بندی خطر در بیمه های عمر ساده تر است. در بیمه عمر یا افراد سالم هستند که براساس، روال و عرف شرکتهای بیمه تحت پوشش در می آیند و یا افرادی می باشند که احتمالاً مریض بوده و از ناخوشیهای رنج می

برند، اما بهر حال با اضافه نرخ پزشکی قابل بیمه شدن می باشند. دسته سوم افرادی هستند که از نقطه نظر پزشکی

غیر قابل بیمه شدن می باشند. گروه اول بنام گروه «استاندارد» و گروه دوم را «زیر استاندارد» نامگذاری می کنیم.

- مدت بیمه: در اکثر قراردادهای بیمه ای، معمولاً پوشش برای مدت یکسال و یا یک سفر دریائی و زمینی تنظیم

می گردد و طرفین قرارداد قادر به فسخ بیمه نامه می باشند. اما در بیمه های عمر، معمولاً قرارداد طولانی بوده و

برای مدت یک دهه یا چند دهه منعقد می گردد و بیمه گر حق فسخ قرارداد را ندارد، مگر در بعضی از شرایط

خاص، منجمله کتمان حقایق و موارد مشابه آن.

- در کلیه رشته های بیمه ای، ارزش واقعی کالا ملاک تصفیه خسارت می باشد، ولی در بیمه عمر، هر کس به هر

مبلغی که مایل باشد می تواند خود را بیمه کند مشروط بر اینکه بتواند حق بیمه مربوط را پرداخت نماید ضمن

آنکه در قوانین بیمه ایران سرمایه محدود شده است و یا اصولاً شرکتهای بیمه میتوانند پیشنهاد سرمایه ای بالاتر از

حد نصاب خودشان را نپذیرند.

- مبلغ بیمه: بیمه گذار مبلغ بیمه (سرمایه) را معین می کند و به تناسب آن حق بیمه می پردازد. البته عملاً برای مبلغ

از دو جهت محدودیت وجود دارد یکی از جهت حق بیمه است. بیمه گزار تا حدی می تواند حق بیمه را آن هم

برای مدت طولانی پردازد. بعبارت دیگر حق بیمه باید متناسب با درآمد شخص باشد و گرنه از ادامه پرداخت حق

بیمه باز خواهد ماند. دیگر از جهت آمادگی بیمه گر است. بیمه گر حاضر نیست هر بیمه شده ای را برای هر مبلغی

که بخواهد بیمه کند. بیمه گر علاقمند است مبلغ بیمه متناسب با وضع مالی بیمه شده باشد تا مبادا مبلغ نامتناسب و

هنگفت بیمه موجب وسوسه استفاده کنندگان و یا خود بیمه شده گردد. تعیین مبلغ بیمه از این جهت در اختیار بیمه

گزار است که اصولاً در بیمه عمر بحث جبران خسارت بکلی منتفی است، بیمه گر به هیچ وجه جبران خسارت

نمی کند بلکه سرمایه توافق شده را پرداخت خواهد کرد بعبارت دیگر مالی برای بیمه کردن وجود ندارد که

بخواهیم آن مال را به قیمت واقعی بیمه کنیم و به همین دلیل وجهی که بیمه گر می پردازد ارتباطی با خسارت وارده ندارد. تعهد بیمه گر پرداخت همان سرمایه مورد توافق است.

- تعدد بیمه: به دلایلی که ذکر شد تعدد بیمه که در واقع حالتی از بیمه به مبلغ بیشتر است در بیمه عمر ایجاد اشکال نمی کند و یک بیمه شده می تواند چند بیمه نامه از یک یا چند بیمه گر دریافت کند. در صورت فوت مجموع سرمایه بیمه نامه های مختلف به ذینفع پرداخت خواهد شد. البته اگر بیمه گر مایل نباشد بیمه شده ای را برای مبالغ بسیار زیاد بیمه کند از قبول درخواست برای بیمه های بعدی خودداری می نماید. اما در بیمه های دیگر نمی توان مالی را به مبلغی بیشتر از ارزش واقعی آن و به دفعات نزد شرکتهای مختلف بیمه ای، بیمه نمود.

- قاعده نسبی: در بیمه های دیگر اگر مبلغ بیمه کافی نباشد بیمه گر نیز جبران خسارت کامل را نخواهد کرد اما در بیمه عمر از آنجا ئیکه هم بحث خسارت منتفی است و هم ضابطه مشخص برای تعیین مبلغ بیمه وجود ندارد، بنابراین در صورت فوت بیمه شده (و یا انقضاء مدت اگر بیمه از نوع به شرط حیات باشد) مبلغ بیمه بطور کامل پرداخت می شود و قاعده نسبی سرمایه هرگز مورد اجراء پیدا نمی کند معهدا ممکن است در مواردی اگر به دلایلی از جمله بعثت اطلاعات ناقص و نادرست نرخ حق بیمه کمتر از میزان مناسب تعیین شود اعمال قاعده نسبی حق بیمه مطرح می گردد.

- حق رجوع به مسئول حادثه: در سایر انواع بیمه، بیمه گر پس از پرداخت خسارت حق دارد مسئول حادثه را تعقیب و خسارت پرداختی را از او مطالبه کند. در بیمه عمر و همچنین در بیمه حوادث شخصی در غرامت فوت و نقض عضو و از کارافتادگی دائم چنین حقی برای بیمه گر وجود ندارد زیرا همان طور که گفتیم در این بیمه اصولا بحث خسارت منتفی است. بنابراین بازماندگان بیمه شده متوفی می توانند علاوه بر دریافت سرمایه بیمه به مسئول حادثه نیز مراجعه کنند. و طبق قوانین جاریه اگر حق دارند (نظیر حق دیه) مطالبه نمایند و رجوع به مسئول حادثه و دریافت وجهی از او موجب تقلیل تعهد بیمه گر نمی شود.

## - آثار اجتماعی اقتصادی بیمه های اشخاص

هدف اصلی و اساسی بیمه های اشخاص تامین همین نیازهای اولیه اجتماعی\_ اقتصادی هر خانواده پس از مرگ نان آور خانواده است. آثار اقتصادی و اجتماعی بیمه های اشخاص را می توان بشرح زیر تقسیم بندی نمود:

- بیمه های اشخاص بعنوان یک اصل سرویس دهنده و تولید، پاسخ گوی نیازهای اصلی و اساسی افراد بسیاری است. انسانهای زیادی نسبت به خرید بیمه های اشخاص اقدام می نمایند، که از احتمال محروم شدن وابستگان خود از یک درآمد مستمر و همیشگی نگرانند. لذا بیمه های اشخاص نقشی اصلی و سازنده در پاسخگویی به این نیازهای انسانی خواهد داشت.

- دومین اثر اقتصادی اجتماعی بیمه های اشخاص، همان گردآوری سرمایه ها و در واقع جنبه پس اندازی آن است. در بسیاری از کشورها، بیمه نامه های عمر که دارای عامل پس اندازی است، فرصتی مناسب را در اختیار افراد برای پس انداز قرار میدهد، لذا یکی از عوامل موفقیت بیمه های اشخاص در یک بازار، ایجاد جاذبه سرمایه گذاری است، یعنی شرایطی، که قراردادهای بیمه عمر جهت تامین و سرمایه گذاری ارائه می دهند باید قابل رقابت با امکانات موجود سرمایه گذاری در آن کشورها باشد. البته در این قسمت باید از تورم بعنوان یک عامل بازدارنده نام برد.

- سومین اثر اقتصادی\_ اجتماعی بیمه های اشخاص را می توان بدینصورت بیان نمود: مجموعه اثرات بیمه های اشخاص در اقتصاد ملی کشور نه تنها عامل پرداخت سرمایه به خریداران بیمه های اشخاص و یا بازماندگان آنهاست، بلکه، بیمه های اشخاص بعنوان مجموعه ای از عملیات مالی\_ اقتصادی و بعنوان یک بخش تولیدی و فعالیت اجتماعی که توسط شرکتهای بیمه انجام می پذیرد، می تواند سهم موثر و سازنده در بالا بردن سطح تولید و درآمد ملی داشته باشد. بیمه های اشخاص می تواند ضمن داشتن اثرات پس اندازی و سرمایه گذاری و تخصیص منابع اقتصادی یک گردش(چرخه) اقتصادی را باعث گردد.



## - آثار اقتصادی بیمه های اشخاص در زندگی انسانها

بیمه های اشخاص به حراست از مبنای اقتصادی زندگی انسانها اقدام می نماید. و در واقع سرمایه بیمه نامه را میتوان هم طراز و هم ارزش زندگی انسانها دانست و البته باید اذعان نمود که ارزش زندگی انسانی برای خود شخص و برای افراد وابسته به او ورای این جمع بندیها و ارزش گذاریهاست، لذا معادل قرار دادن سرمایه بیمه ای با زندگی انسانی نمیتواند معنا و مفهومی داشته باشد، بهمین جهت باید پذیرا شد که بیمه های اشخاص با ارزش بستگی نداشته، بلکه مرتبط با ارزشهای اقتصادی زندگی انسانی است، ارزش مادی و اقتصادی از دست رفته برای افراد وابسته به آن ارزش مالی و اقتصادی. با توجه به این مطلب می توان گفت که بیمه های اشخاص پاسخگوی نیازهای اقتصادی متعددی است که اهم آنها بشرح زیر است.

## الف\_ بیمه های اشخاص یکی از منابع درآمد خانواده

- تولید اطمینان از اینکه در آمد معین و مشخص پس از مرگ نان آور خانواده هم چنان در مجاری اقتصاد و حیات این خانواده برای ادامه زیست جاری باشد. یکی از آثار اقتصادی بیمه های اشخاص حفظ و حراست ارزشهای اقتصادی برای اعضای یک خانواده پس از مرگ نان آور خانواده می باشد.
- یکی دیگر از آثار اقتصادی اشخاص در زندگی بازماندگان یک فرد، همان استفادهها از سرمایه بیمه ای به منظور پرداخت دیون و هزینه های ناشی از مرگ شخص متوفی است. این هزینه ها را میتوان بشرح زیر خلاصه کرد.
- هزینه های پزشکی و بیمارستانی در رابطه با بیماری شخص متوفی
- هزینه های کفن و دفن و سایر مراسم مربوط به شخص متوفی
- انجام تعهدات مالی متوفی از قبیل قروض بجا مانده پرداخت صورت حسابهای معوق و غیره

- اقساط معوق و یا سایر قروض شخصی

- مالیات بر ارث و سایر هزینه های جنبی

### **ب\_ بیمه های اشخاص بعنوان درآمد ایام پیری و از کار افتادگی:**

بیمه نامه های اشخاص (بیمه نامه عمر)، معمولاً تعهد پرداخت سرمایه معینی را در زمان مرگ می نمایند، اما انواع دیگری از بیمه نامه های اشخاص وجود دارد که سرمایه و یا مستمری ماهانه ای را تا سن معینی پرداخت خواهد نمود. لازم بذکر است که پرداخت مستمریها در پوشش بیمه برای ایام پیری و از کار افتادگی یکی از ضروریات زندگی انسانی است و بهمین دلیل است که صنعت بیمه و علی الخصوص بیمه های اشخاص و ارائه پوشش مستمری تا زمانی که شخص زنده می باشد پرداخته است. نکته اصلی و اساسی در این نوع بیمه نامه ها این است که هر خانواده نیاز به امکانات مالی و اقتصادی برای ادامه حیات دارد و این نیاز ممکن است در زمان فوت نان آور خانواده باشد و یا در زمانی که صحت و سلامت او در مخاطره قرار گرفته و دیگر قادر به کسب درآمد و ادامه حیات اقتصادی خود نمی باشد.

### **- نقش بیمه های اشخاص بعنوان یک عامل پس اندازی:**

یکی دیگر از اثرات اقتصادی بیمه های اشخاص، همان نقش مهم و سازنده آن در پس انداز نمودن بخشی از درآمد روزمره افراد است. و بعنوان یک عامل تداوم و بقاء برای فعالیتهای تجاری محسوب می گردد، بدین صورت که بیمه گر برای سالهای اولیه حق بیمه اضافی از بیمه گذار/ بیمه شده/ بعنوان پس انداز دریافت داشته و در عوض بیمه گذار/ بیمه شده/ در سنین پیری که می بایست حق بیمه بیشتری می پرداخته، تغییری در میزان حق بیمه پرداختی او حاصل نشده. این روش پرداخت را حق بیمه ثابت می گویند. حق بیمه هائی که بدین طریق جمع آوری شده است از نقطه نظر بیمه شده دارای دو جنبه مهم است:

- اول اینکه مبالغ پس انداز شده در زمان نیاز خود او یا خانواده اش می تواند در دسترس او قرار گیرد.

- دوم اینکه، مبلغ دریافتی شرکت بیمه، توسط اداره سرمایه گذاری شرکت سرمایه گذاری گردیده و با کسب درآمد حاصل از سرمایه گذاری بر مبلغ آن افزوده می شود که این عامل، یعنی بهره فنی یا سود حاصل از سرمایه گذاری قبلا در محاسبات حق بیمه منظور و براساس درصد سود حاصل از سرمایه گذاری، بخشی از آن زمان محاسبه حق بیمه کسر شده که در جای خود به مباحث فنی نحوه محاسبه حق بیمه اشاره خواهد شد. یکی از جنبه های مهم، اصلی و حیاتی بیمه های اشخاص نه تنها در تامینی است که به افراد جامعه ارائه می دهد، بلکه همانا عامل پس اندازی و نحوه اداره شرکتهای بیمه است که برای مردم دارای جاذبه می باشد. لازم به ذکر است که سرمایه گذاری افراد در بیمه های اشخاص، معمولا در خطر تورم هم قرار دارد. البته پس اندازهای بانکی هم از فشار تورم و کم شدن قدرت خرید پول در امان نیستند، چه در هیچ مقطع از زمان، سود حاصل از ذخیره پول در بانکها برابر درصد افزایش تورم در آن جامعه نبوده است.

### - اثرات بیمه های اشخاص در سطح ملی

بیمه های اشخاص و ذخایر انباشته آن بعنوان یک عامل اقتصادی مهم می تواند در بالا رفتن سطح تولید ملی نقشی مهم و سازنده ایفا نماید. واضح است که بیمه های اشخاص مانند هر عامل فعالیت برانگیز اقتصادی دیگر باعث افزایش سطح تولید ملی می گردد. این افزایش سطح تولید، همان پرداخت سرمایه ها و غرامتهای مربوط به کلیه رشته های بیمه های اشخاص (عمر\_ حادثه\_ درمان\_ مستمری\_ بازنشستگی) می گردد که اینگونه پرداختها باعث بگردش در آمدن چرخهای اقتصادی در کلیه رشته ها و زمینه های اجتماعی و اقتصادی خواهد گردید.

سه عامل اصلی و اساسی در افزایش تولید ناخالص مالی وجود دارد:

۱- اولین عامل اصلی و اساسی همانا فروش تامین توسط شرکتهای بیمه به عامه مردم است و ارزشی را که مردم برای این تامین پرداخت می کنند می توان از طریق نحوه و میزان حق بیمه معین نمود بنابراین خدمات ارائه شده از

سوی شرکتهای بیمه بطریق «تامین و پوشش» را می توان از جمع آوری حق بیمه های پرداختی توسط خریداران که وارد شریان اقتصادی کشور شده است ارزیابی نمود.

۲- دومین عامل در افزایش تولید ناخالص ملی را صرفاً نمی توان از نقطه نظر پرداخت حق بیمه ها توسط بیمه گذاران ارزیابی نمود، بلکه باید کلیه هزینه های انجام شده توسط جامعه بیمه گذاران را مدنظر قرار داد. لازم به ذکر است که بیمه گذاران در قبال خرید «پوشش و تامین» مورد نیاز موظف هستند حق بیمه معینی را بپردازند و در عوض شرکتهای بیمه تعهد می نمایند که غرامتهای مندرج در بیمه نامه را پس از تحقق خطر به بیمه شده یا وارث او پرداخت کنند و این گردش پولی، باعث بحرکت درآمدن چرخهای اقتصادی می گردد.

۳- عامل سوم همان تزریق درآمد در اقتصاد کشور توسط بیمه گذاران و از محل غرامتهای دریافتی و یا سرمایه های مدت رسیده است.

### **اصول قراردادهای بیمه های اشخاص، جدول مشخصات، توافق بیمه ای، شروط، استثنائات**

بیمه های اشخاص، یکی از انواع بیمه های بازرگانی است که به منظور جبران توقف درآمد بیمه شده، خواه در اثر مرگ و یا نقض عضو و از کارافتادگی بوجود آمده باشد ابداع گردیده است. بیمه های اشخاص، سندی است مکتوب و حاکی از توافق های به عمل آمده بین بیمه گر و بیمه گذار که حدود وظایف هر یک را در مقابل دیگری بصراحت معین و مشخص نموده است. ماده یک قانون بیمه ایران عقد بیمه را چنین تعریف می نماید: بیمه عقدی است که بموجب آن یک طرف تعهد می کند در ازاء پرداخت وجه یا جوهی از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی را بپردازد متعهد را بیمه گر، طرف تعهد را بیمه گذار و وجهی را که بیمه گذار به بیمه گر می پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می شود موضوع بیمه می نامند. «ماده ۲ همین قانون بیمه ایران، بیمه نامه و مشخصات آن را چنین تعریف می کند: عقد بیمه و شرایط آن باید بموجب سند کتبی باشد و سند مزبور موسوم به بیمه نامه خواهد بود». بیمه نامه های مورد عمل در موسسات بیمه از

دو قسمت جدول مشخصات و شرایط عمومی تشکیل یافته است در جدول مشخصات اطلاعات خاص مربوط به بیمه گذار، تاریخ انعقاد قرارداد، سرمایه مورد بیمه ذکر می شود. ماده ۳ قانون بیمه ایران در مورد موضوعاتی که باید بطور صریح در بیمه نامه درج گردد چنین حکم می کند:

- در بیمه نامه باید امور ذیل بطور صریح قید شود.

۱- تاریخ انعقاد قرارداد

۲- اسم بیمه گر و بیمه گذار

۳- موضوع بیمه

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

۵- ابتدا و انتهای بیمه

۶- حق بیمه

۷- میزان تعهد بیمه گر در صورت وقوع حادثه

مجموعه اطلاعاتی که یک بیمه نامه را تشکیل می دهد شامل سه گروه بشرح زیر می باشد.

- جدول مشخصات و تعاریف آن

- توافق بیمه ای

- شروط بیمه نامه

تعاریف جدول مشخصات:

۱- بیمه گر: شرکت بیمه مجازی است که براساس قانون و مقررات بیمه در ایران و شرایط عمومی و خصوصی این بیمه نامه در ازاء دریافت حق بیمه انجام تعهداتی را بعهده می گیرد.

۲- بیمه گذار: شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می نماید.

۳- بیمه شده: شخصی است که احتمال تحقق خطر و یا خطرهای مشمول این بیمه نامه برای او موجب انعقاد قرارداد می باشد.

۴- استفاده کننده: شخصی است که در صورت تحقق خطر برای بیمه شده از مزایای بیمه نامه و یا قرارداد بیمه استفاده می کند.

۵- غرامت (سرمایه بیمه) \_ وجهی است که بیمه گر متعهد است طبق شرایط این بیمه نامه در مقابل بروز خطر یا خطرات مورد بیمه به ذینفع یا استفاده کننده پردازد.

۶- حق بیمه \_ وجهی است که بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر می پردازد.

### جدول مشخصات

صفحه اول بیمه نامه و یا به اصطلاح بیمه گران خارجی (face of the policy) شامل اطلاعات مورد نظر بیمه

گر و بیمه گذار می باشد. اطلاعات طبقه بندی شده در جدول مشخصات بیمه ای را می توان

بشرح زیر تقسیم بندی نمود.

شماره بیمه.....	تاریخ صدور.....
تاریخ شروع.....	مدت بیمه.....
تاریخ انقضاء.....	نوع بیمه.....
سرمایه بیمه عمر..... ریال	سرمایه فوت بر اثر حادثه.....ریال
اسم بیمه گذار	شماره شناسنامه..... صادره از.....
اسم بیمه شده	شماره شناسنامه..... تاریخ روز ماه سال

## محل صدور

نشانی و تلفن

شغل و حرفه

استفاده کننده از سرمایه بیمه ای

نحوه پرداخت / شش ماهه / سه ماهه / ماهانه

حق بیمه سالانه

محل امضاء بیمه گر

### - توافق بیمه ای

توافق بیمه ای، معمولاً بیانگر تعهدات دو طرف بیمه گر و بیمه گذار می باشد. که معمولاً بدینصورت و مفهوم در بیمه نامه ها ذکر می گردد.

شرکت بیمه..... براساس مندرجات پیشنهاد بیمه مورخ..... بیمه گذار/ بیمه شده/ و ضمائم آن تعهد می نماید در برابر پرداخت منظم حق بیمه توسط بیمه گذار و شرایط عمومی و خصوصی چاپی و غیر چاپی مندرج در این بیمه نامه و اوراق الحاقی آن، در صورت فوت بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه نامه، سرمایه مندرج در بیمه نامه را به استفاده کننده و در صورت حیات به خود وی پرداخت نماید.

توافق بیمه ای معمولاً بعنوان اساس قرارداد هم تلقی می گردد.

### - شروط بیمه نامه

شرایط عمومی مورد عمل در بازار بیمه ایران در سال ۱۳۴۷ توسط سندیکای بیمه گران با اقتباس و یا ترجمه از شرایط بیمه نامه های انگلیسی و مدنظر قرار دادن قوانین مدنی و قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶ تنظیم گردید که پس از تاسیس بیمه مرکزی ایران در سال ۱۳۵۰، شورایعالی بیمه که یکی از ارکان بیمه مرکزی می باشد، ادامه استفاده موسسات بیمه از این شرایط را تا تنظیم شرایط جدید بلامانع نمود. با نگاهی به شرایط موجود در بیمه نامه ها، می توانیم آنها را به سه دسته خاص و کلی تقسیم بندی نمائیم.

- شرایط عمومی

- استثنائات

- شرایط خصوصی

شرایط عمومی به مجموعه شرایطی گفته می شود که کاربری یکسان و عام داشته و معمولاً بیمه گران آنها را بصورت چاپی در ظهر بیمه نامه درج می نمایند. شرایط عمومی معمولاً ناظر به احکام آمره قانون بیمه بوده و بیمه گر و بیمه گذار ملزم به رعایت آن می باشند.

**استثنائات**

مهمترین استثنائات بیمه نامه عبارت است از:

**خطر جنگ**

در صورتیکه بیمه شده در نتیجه عملیات تعرضی و تدافعی و یا هر نوع حادثه که جنبه نظامی در مقابل نیروی مهاجم داشته باشد فوت نماید، بیمه گر در خصوص بیمه های عمر اندوخته ساز بیمه گر فقط ذخیره ریاضی بیمه را تا روز حادثه خواهد پرداخت و در سایر بیمه نامه های اشخاص (حوادث، درمان، عمر ساده زمانی) پرداخت تعهدات تابع شرایط قرارداد خواهد بود. چنانچه بیمه شده بعنوان نظامی و یا در تشکیلات نظامی تحت هر عنوان به جنگ فرستاده شود، بیمه نامه از تاریخ تجهیز بیمه شده به بیمه معلق تبدیل می شود، حتی اگر بیمه گر در اثر عدم اطلاع از وقوع بیمه شده به دریافت حق بیمه ادامه داده باشد. در اینصورت چنانچه بهر عللی خطری پیش آید، بیمه گر فقط ذخیره ریاضی سرمایه بیمه را تا روز تعلیق خواهد پرداخت و حق بیمه های اضافی دریافتی احتمالی از تاریخ تعلیق مسترد خواهد شد. در صورتیکه بیمه شده در کشوری که در حال جنگ است فوت کند با بیمه گذار و وارث قانونی اوست که ثابت نمایند که فوت بیمه شده بعلت عملیات جنگی نبوده و بیمه نامه معلق نبوده است در غیر اینصورت بیمه گر فقط ذخیره ریاضی بیمه را خواهد پرداخت.



## - سعی در خودکشی

در صورتیکه بیمه شده در اثر خودکشی یا سعی در خودکشی در طول مدت..... سال از تاریخ شروع قرارداد بیمه و یا از تاریخ برقراری مجدد فوت نماید، در بیمه های عمر اندوخته ساز فقط ذخیره ریاضی بیمه نامه پرداخت می شود مگر اینکه وارث قانونی بیمه شده با دلایل مکفی ثابت نمایند که خودکشی غیر ارادی بوده است، اما چنانچه..... سال از مدت بیمه و یا تاریخ برقراری مجدد گذشته باشد، تمام سرمایه بیمه پرداخت می شود، اما چنانچه استفاده کننده یا بیمه گذار مسبب مرگ بیمه شده باشند، در اینصورت فقط ذخیره ریاضی به سایر استفاده کنندگان و یا وارث قانونی او پرداخت خواهد شد.

## - شرایط خصوصی

شرایط خصوصی آن شرط یا شروطی هستند که طی توافق جداگانه ای در آن مورد خاص، بین بیمه گر و بیمه گذار توافق می گردد. گاهی اوقات ممکن است که شرایط خصوصی با شرایط عمومی و یا شرایط پیوست بیمه نامه مغایرت داشته باشد که در این چنین زمانی براساس عرف، شرایط خصوصی به ترتیب بر شرایط پیوست و شرایط عمومی بیمه نامه حاکمیت دارد.

## - انواع اصلی بیمه های اشخاص یا عمر (زندگی)

۱- بیمه های عمر

۲- بیمه های مستمری

۳- بیمه های حوادث

۴- بیمه های درمانی

۵- بیمه های بازنشستگی

## ★ بخش دوم:

### - بیمه های عمر (زندگی)

بیمه های اشخاص را براساس نیاز افراد و جوامع انسانی می توان به چندین نوع و شکل تقسیم بندی نمود. متخصصین بیمه های اشخاص تقسیم بندی های گوناگون و متنوعی را در این زمینه ارائه داده اند. مولف کتاب «بیمه های عمر» قراردادهای بیمه اشخاص را به چهار دسته کلی بشرح زیر تقسیم بندی نموده است:

الف) بیمه های عمر زمانی (بشرط فوت یا خطر فوت ساده زمانی)

ب) بیمه های تمام عمر

ج) بیمه های پس انداز

د) مستمریها

اگر چه اشکال و صور مختلف بیمه های عمر با هم متفاوت اند، یا محاسبه حق بیمه براساس محاسبات فنی و ریاضی است که ارزش هر بیمه نامه را براساس محاسبات و فرضیات ریاضی معین و مشخص می نماید. مقصود از ارزش بیمه نامه، همان تعهد بیمه گر در سررسید بیمه نامه و یا وقوع خطر می باشد. هدف اصلی و اساسی بیمه های عمر، تشکیل، ایجاد و جمع آوری ذخایر مالی است که این هدف با فروش بیمه های عمر ساده زمانی (بیمه های بشرط فوت) امکان پذیر نمی باشد. اصل و فرضیه کلی بیمه های اشخاص تشکیل و جمع آوری ذخایر مفید برای سرمایه گذاری است و حال آنکه بیمه نامه های مستمری بر عکس این خصوصیت عمل می نمایند، زیرا براساس

طرح های مستمری و بازنشستگی، این طرحهای مصرف کننده تدریجی ذخایر جمع شده در شرکتهای بیمه می باشد که از طریق سرمایه گذاری و سود حاصل و یا از طریق بیمه های عمر زمانی حاصل شده اند.

### - فواید بیمه عمر -

بیمه عمر چهار دسته از نیازمندیهای ما را مرتفع می گرداند:

۱- تامین خطر فوت

۲- تامین مستمری در دوران بازنشستگی

۳- تامین خطر از کار افتادگی

۴- پس انداز و تشکیل سرمایه

### خطر موضوع بیمه

خطر موضوع بیمه در بیمه نامه های عمر، همانا زندگی انسانهاست که تحت پوشش قرار می گیرد، مشروط بر اینکه قرارداد منعقدہ دارای وجوه قانونی مورد لزوم برای اعتبار یک قرارداد بوده باشد. خطرات مشروحه زیر در بیمه نامه های عمر تحت پوشش قرار می گیرد.

۱- مرگ\_ مرگ ممکن است ناشی از عوامل متعدد گوناگونی باشد مانند، مرگ ناشی از حوادث، ناخوشی یا مرض، عادات مضره (مانند اعتیاد بیمه شده به مشروبات الکلی و مواد مخدر) و یا خطرات ناشی از سست بودن مبانی فکری، اخلاقی و مذهبی مانند اندیشه خودکشی در بعضی انسانها.

۲- از کارافتادگی\_ از کارافتادگی ناشی از بیماری و مرض و یا ناشی از حادثه که معمولاً پرداخت حق بیمه را توسط بیمه شده با مشکلات متعدد مواجه می سازد.

۳- شرط حیات و زنده بودن\_ اگر چه این امر جزء خطرات مورد بیمه نیست، اما بهر حال شانس در قید حیات بودن تا یک تاریخ معین که همانا سررسید بیمه نامه می باشد، باعث می گردد که سرمایه بیمه قابل پرداخت گردد.

## اصول بیمه گری بیمه های عمر

ارزیابی خطر یکی از اصول مهم بیمه گری در اشخاص است. این ارزیابی شرکتها را قادر می سازد که بیمه شدگان را در گروههای خاص طبقه بندی نمایند و گروهی را که از نقطه نظر صحت و سلامت مزاج وضع مناسبی ندارد در این طبقه بندی در «گروه مخصوص» و یا «غیر استاندارد» قرار می دهند. بیمه های عمر براساس قانون میانگین استوار است (law of average) در حالیکه طول مدت عمر و زمان زیست یک نفر به شانس و اقبال بستگی دارد. با کمی اختلاف می توان محدوده و معدل سنی افراد یک گروه و تعداد فوت آنها را پیش بینی کرد. «نرخ مرگ و میر» معمولاً بستگی به ترکیب گروه سنی و سایر مشخصه های خاص آن گروه دارد. لذا از اهم واجبات یک شرکت بیمه، تعیین ضوابط معقول و مناسب برای پذیرش خطر براساس جدول مرگ و میر جداول حق بیمه است، زیرا خطر باید براساس ضوابط و استانداردها و دریافت اطلاعات مورد نیاز بیمه گزایابی گردد. هدف از اصول بیمه گری، ارزیابی خطر بیمه شدگان بطریقی است که از درصد مرگ و میر آن گروه سنی خاص که قبلاً براساس فرضیات بررسی و در مورد آن تصمیم گرفته شده است و حق بیمه بر آن اساس دریافت شده بدتر نباشد. همیشه در عمل درصد مرگ و میر انتخابی شرکتهای بیمه از درصد مرگ و میری که براساس آن حق بیمه را محاسبه نموده اند کمتر است.

شرکتهای بیمه، بیمه شدگان خود را معمولاً به سه گروه تقسیم مینمایند:

- ۱- بیمه شدگانیکه میتوان آنها را با حق بیمه معمولی بیمه نمود. این گروه معمولاً از صحت و سلامت مزاج برخوردار بوده و از آنها بعنوان بیمه شدگان «استاندارد» نام می برند.
- ۲- بیمه شدگانی که از ناخوشیها و امراض رنج میبرند و معمولاً با حق بیمه اضافی مناسب با آن ناخوشی تحت پوشش بیمه درمی آیند.

۳- این دسته از بیمه شدگان بعلت ابتلاء به یک بیماری و یا چند بیماری و یا پیچیدگی خاص وضع پزشکی خود از نقطه نظر بیمه گر قابل بیمه شدن نیستند، بهمین دلیل شرکت بیمه از پذیرش پیشنهاد اینگونه افراد طفره رفته و در واقع آن را قبول نمی کند و از آنها بعنوان گروه غیر استاندارد نام میبرند.

### - عوامل موثر در انتخاب ریسک و تعیین نرخ و صدور بیمه عمر

این عوامل عبارتند از سن، جنس، قد و وزن، وضعیت جسمانی (چاقی، لاغری، عضلاتی)، تاریخچه سلامت خانواده، وضعیت جسمانی آشکار شده در معاینات پزشکی، سابقه سلامتی، شغل و حرفه، عادات و استانداردهای اخلاقی و سایر عوامل موثر از قبیل مسافرت ملیت، نژاد.

سن: میتوانیم افراد را از بدو تولد تا سن ۶۵-۷۰ سالگی تحت پوشش بیمه قرار داد به همین دلیل سن عامل اصلی تعیین حق بیمه بشمار میرود و استفاده از جدول مرگ و میر یکی از عوامل موثر در تعیین و محاسبه حق بیمه میباشد. سن در زمان ارزیابی خطر برای افرادی که از بعضی از ناخوشیها رنج میبرند جزو عوامل تعیین کننده بشمار میرود. مثلاً لاغری و کسر وزن بیش از حد در سنین جوانی از اهمیت بیشتری برخوردار است تا در سنین پیری و یا مرض قند در جوانان به مراتب خطرناکتر از پیدایش این مرض در پیران و یا کسانی است که از سن و سال جوانی گذشته اند.

جنس: درصد مرگ و میر بیمه شدگان زن معمولاً کمتر از مردان بوده و از نقطه نظر سلامتی در وضعیت بهتری قرار دارند که این امر باید در زمان صدور بیمه نامه مورد توجه قرار گیرد. علی رغم خطرات زایمان و امراض متداول مربوط به زنان و میانگین سنی زنان بهتر از مردان است و عامل مهم دیگر وجود نفع بیمه ای است، علی الخصوص اگر بیمه شده دارای درآمد، خاص و حاصل از فعالیت خود نباشد.

قد و وزن: بهترین و دقیق ترین بررسی در مورد وضعیت جسمانی افراد را میتوان از اندازه گیری قد و وزن آنها بدست آورد. کلیه آمار نرخ مرگ و میر تهیه شده بوسیله شرکتهای بیمه با توجه به قد و وزن بیمه شدگان این شرکتهای بوده است. پزشک در فرم مخصوص باید ذکر نماید که بیمه شده دارای قدی بلند، متوسط و یا کوتاه است زیرا کلیه این عوامل اثرات مهم در قبول و یا رد خطر دارد.

وضعیت جسمانی: سلامت ظاهری شخص از عوامل مهم و تعیین کننده محسوب میشود. یک ظاهر ناسالم همیشه زنگ خطری برای بیمه گران محسوب میشود چه معمولاً اینگونه افراد در معرض خطرهای جسمانی و امراض مختلف قرار خواهند گرفت که برای بیمه نمودن آنها نیاز به اضافه نرخ پزشکی وجود دارد. علاوه بر آگاهی از تاریخچه سلامت خانواده در رابطه با امراض مختلف، گوناگون و مرگ و میر متداول در آنها، تاریخچه سلامتی خود بیمه شده و یک ظاهر جسمانی ناسالم و نامتناسب میتواند اثرات ناخوشایندی در قبول و یا رد خطر برای بیمه گر محسوب شود. تعیین اضافه و یا کسر وزن معمولاً با توجه به قد و وزن بیمه شدگان انجام میپذیرد. با طبقه بندی ظاهری انسانها به سه گروه کار بیمه گران آسان شده است. "شلدن" یک از متخصصان همین امر است که جسم ظاهری انسان را به سه گروه تقسیم نموده است: چاق، لاغر، عضلانی و برای هر یک از سه طبقه بندی فوق درجاتی را ذکر می کند و مشخصات هر یک از این جسم و بدن انسانی را به خوبی تشریح می نماید.

#### - تاریخچه سلامت خانواده

آمار و تجربه نشان میدهد که عمر طولانی و زیاد یک امر موروثی در خانواده است. البته عمر طولانی هم ممکن است به علت توراژ و یا محیط و شرایط زیست یک خانواده باشد. بعضی از امراض موروثی است به همین دلیل مرگ والدین و یا سایر اعضاء خانواده میتواند در زمان پذیرش خطر عامل تعیین کننده محسوب شود.

#### - وضعیت جسمانی آشکار شده در معاینات پزشکی

ارزش گزارش پزشک معاینه کننده تا حدود بسیار زیادی بستگی به دقت وی در آزمایشات انجام شده دارد. آزمایشات از قبیل نوار قلب، آزمایش خون و ادرار میباشد و بایستی بین پزشکان و بیمه گران رابطه و همکاری نزدیکی وجود داشته باشد. تا بیمه گر بتواند از اطلاعات و گزارش پزشکی دریافت شده ارزیابی لازم را بعمل آورد.

### - سابقه سلامتی

از عواملی است که در ارزیابی خطر از اهمیت ویژه ای برخوردار است زیرا بعضی از امراض ممکن است که مجددا در سنین بالا بروز نماید به همین دلیل امراض قبلی بیمه شده باید کاملاً مورد بررسی قرار گیرد.

### - شغل و حرفه

شغل و حرفه یکی از شناخته ترین و مهمترین عوامل تشکیل دهنده خطر برای بیمه های اشخاص محسوب میشود، زیرا حرفه معندنچیان و یا افرادی که با مواد شیمیائی خاصی سر و کار دارند و یا تحت فشار هوا، جاذبه، درجه حرارت، رطوبت و اشعه های یوزان قرار دارند از عوامل فوق العاده مهم در قبول و یا رد ریسک میباشد. گاهی اوقات ممکن است خطرات اضافی، مربوط به آن شغل و حرفه نبوده و مربوط به شرایط خاص آن شغل و حرفه باشد.

برای مثال: اگر حرفه ای خاص علاوه بر خطرات شغلی از حقوق و دستمزد کمتری هم برخوردار باشد و بیمه شده از امکانات رفاهی نسبی و استاندارد مورد نیاز بی بهره باشد، در این وضعیت خاص افزایش خطر مربوط به آن حرفه و شغل نبوده بلکه قابل انطباق با درآمد کم و شرایط اقتصادی بیمه شده هم میباشد. با پیشرفتهای بدست آمده در امور پیش گیری و ایمنی و داروهای صنعتی، مخاطرات شغلی کاهش یافته است. بعلاوه بهبود نسبی وضعیت زندگی بیمه شدگان و برخورداری از امکانات رفاهی بهتر و تغذیه مناسبتر و بهداشت قابل قبول باعث بهبود نسبی

در جدول مرگ و میر شده است و کلیه این عوامل دست به دست هم داده تا شرایط بهتری را برای بیمه شدن افرادی که دارای مشاغل پرخطری هستند بوجود آورد.

### **- عادات و استانداردهای اخلاقی**

دور شدن تدریجی از خط مشی زندگی اجتماعی رایج در یک کشور ممکن است بر درصد مرگ و میر اثر بگذارد. برای مثال مصرف مشروبات الکلی و اعتیاد به مواد مخدر. که اینها علاوه بر اینکه باعث به خطر انداختن سلامت جسمی و روحی بیمه شده میگردد ممکن است آنها را به سوی جرایمی بکشاند که باعث ضرر و زیانهای جبران ناپذیری گردد.

### **- سایر عوامل موثر از قبیل مسافرت، ملیت، نژاد**

این دگرگونیها عبارتند از آب و هوا، استانداردهای زندگی، بهداشت عمومی و امکانات داروئی و درمانی که در تغییرات جدول مرگ و میر اثر میگذارد. تجربه به اثبات رسانیده که نژادهای گوناگون که در یک منطقه زندگی میکنند دارای نرخ و درصد مرگ و میر متفاوتی میباشند و این بدان علت است که بعضی از نژادها در معرض ناخوشی و امراض خاصی قرار دارند و نهایتاً از دیدگاه توارث از درجه مرگ و میر بالاتری برخوردارند. به تجربه ثابت شده است که علت افزایش نرخ مرگ و میر در بعضی از نژادها عامل نژادی نبوده بلکه بدی وضعیت زندگی، سوء تغذیه، عدم بهداشت و دسترسی به مراکز درمانی و داروئی از عوامل عمده افزایش نرخ مرگ و میر بوده است و عوامل جغرافیائی و طبیعی در مقایسه با عوامل پیش گفته از اهمیت آنچنانی برخوردار نبوده است. یکی از اهداف عمده بیمه گری، بیمه نمودن تعداد زیادی از انسانهای معمولی (استاندارد) با حق بیمه معمولی است. البته در کنار این خیل عظیم بیمه شدگان، میشود تعدادی را هم که از سلامت کامل برخوردار نیستند (غیراستاندارد) با اضافه نرخ پزشکی بیمه نمود. تفکیک و تقسیم بندی بیمه شدگان به سه گروه استاندارد، زیر استاندارد و غیر قابل بیمه شدن را انتخاب خطر می نامند.



## - انواع بیمه های عمر

### **الف) بیمه های عمر زمانی:**

شامل بیمه های به شرط خطر فوت، به شرط حیات و ترکیب ایندو یعنی بیمه مختلط، بیمه تمام عمر و پس اندازی (مختلط) میباشد. بیمه های مستمری را هم می توان جزو انواع بیمه عمر آورد با این تفاوت که در بیمه مستمری نقد کردن سرمایه مطرح است اما در بیمه عمر، تشکیل و مصرف سرمایه مطرح است.

#### ۱- بیمه عمر به شرط فوت (ساده زمانی):

نوعی از بیمه اشخاص است که پوشش بیمه ای را برای مدت معینی ارائه داده و سرمایه بیمه صرفاً در صورت فوت بیمه شده در اثناء مدت اعتبار قرارداد قابل پرداخت است و در صورتیکه بیمه شده تا پایان قرارداد در قید حیات باشد، وجهی بابت تعهدات بیمه گر به بیمه گذار پرداخت نخواهد شد. اینگونه بیمه نامه برای مدت های کمتر از یکسال و یا چندین سال می تواند صادر گردد و می توان بیمه شده را تا سن ۶۵ یا ۷۰ سالگی تحت پوشش قرار داد. بیمه عمر زمانی ساده یک پوشش بیمه ای موقت است و به همین دلیل است که حق بیمه این نوع پوشش در مقایسه با سایر انواع بیمه ای نسبتاً ارزانتر می باشد که علت به این جهت است که بیمه گر در زمان پیری که معمولاً درصد مرگ و میر بالا میرود تعهدی نسبت به پرداخت سرمایه بیمه ای ندارد. بیمه گر در عمر زمانی بروز یک حادثه احتمالی را بیمه مینماید و حال آنکه در بیمه های تمام عمر قرارداد بیمه یک امر محتمل و قطعی را تحت پوشش قرار می دهد.

مزایای این بیمه عبارت است از:

۱- حق بیمه آن در مقایسه با سایر طرحهای بیمه ای ارزان است و بیمه شده می تواند با حق بیمه های کم و اندک

پوشش بیمه ای مناسبی را اخذ نماید.

۲- تورم اثر ناچیزی بر روی این نوع بیمه دارد زیرا با توجه به حق اندک آن بیمه گذار می تواند به راحتی افزایش سرمایه داده و بدین سان اثرات مخرب تورم را خنثی کند.

## ۲- بیمه عمر بشرط حیات

نوعی قرارداد بیمه است که براساس آن، سرمایه بیمه بصورت یکجا و در صورت حیات بیمه شده در پایان مدت اعتبار قرارداد، پرداخت می گردد. اگر بیمه شده قبل از انقضای قرارداد فوت نماید براساس شرایط قرارداد (در بیمه نامه های با برگشت حق بیمه)، بخش و یا تمامی حق بیمه های دریافتی با بهره و یا بدون بهره براساس قرارداد برگشت داده می شود. هدف این نوع بیمه نامه ها صرفاً پرداخت سرمایه معینی در صورت در قید حیات بودن بیمه شده می باشد. این نوع از بیمه نامه ها صرفاً پرداخت سرمایه معینی در صورت در قید حیات بودن بیمه شده می باشد. این نوع از بیمه نامه برای افرادی مناسب است که تشکیل خانواده نداده و افراد وابسته به خود ندارند و می خواهند در ایام پیری و کهنسالی از یک رفاه مادی بهتری برخوردار باشند. شرکتهای بیمه در فروش اینگونه بیمه نامه ها فرض را بر سلامت و صحت بیمه گذار می گذارند و آن دقت و وسواسی که در مورد بیمه نامه های به شرط فوت و یا مختلط پس انداز نشان می دهند اعمال می نمایند. در چنین مواقعی حتی اگر بیمه شده کمی بعد از انعقاد قرارداد فوت نماید، ضرر و زیان شرکت بیمه صرفاً محدود به کارمزد پرداختی به دلالان و کارگزاران و همچنین هزینه های اداری می گردد به همین دلیل شرکتهای بیمه به منظور صدور اینگونه بیمه نامه ها اقدام به انجام معاینات پزشکی نمی کنند. اینگونه بیمه نامه ها صرفاً جنبه پس اندازی داشته و دیگر خطر فوت بیمه شده تحت پوشش قرار ندارد. در بیمه نامه های به شرط حیات و یا برگشت حق بیمه، ارزش بازر خرید مدنظر گرفته و سرمایه قابل پرداخت در زمان فوت بیمه شده تا حدود خیلی زیادی مرتبط با ارزش بازر خرید منظور شده در بیمه نامه را دارد. در صورت فوت بیمه شده ارزش بازر خرید بصورت اختیاری از سوی شرکت بیمه تعهد شده است که معمولاً معادل حق بیمه های پرداختی منهای حق بیمه سال اول خواهد بود که این در بیمه نامه هایی است که شرط برگشت تمامی حق بیمه

بدون بهره منظور شده است ضمن آنکه برای محاسبه ارزش باز خرید روشها و توافقات مختلفی ممکن است وجود داشته باشد.

### **- صور مختلف بیمه های عمر ساده زمانی:**

۱- بیمه نامه های قابل تمدید:

در بسیاری از بیمه نامه های عمر ساده زمانی ۵ یا ۱۰ ساله شرط تمدید و تجدید بیمه نامه برای مدت معین دیگری بدون انجام معاینات پزشکی پیش بینی شده است. این حق اختیار به بیمه شده اجازه میدهد که در پایان اولین دوره اعتبار بیمه نامه، آن را بدون انجام معاینات پزشکی و بدون در نظر گرفتن وضعیت جسمانی بیمه شده تمدید نماید. در واقع تمدید بیمه نامه با پرداخت حق بیمه مربوط به همان سن و سال و بدون ارائه اسناد و مدارک دال بر قابلیت بیمه شدن بیمه شده تمدید میگردد. لازم بذکر است که معمولاً شرکتهای بیمه محدودیت سنی برای اینگونه بیمه شدگان قائل میشود که معمولاً بین سنین ۶۰ تا ۶۵ سالگی بوده و مدت تمدیدی هم برای سالهای معینی که نمیتواند از ۵ سال بیشتر باشد خواهد بود.

۲) **شرط قابل تبدیل:** در بسیاری از بیمه نامه های عمر زمانی ساده شرط قابل تبدیل بیمه نامه به یک بیمه دائمی پس از تعیین و پرداخت حق بیمه واقعی آن بدون ارائه مستندات پزشکی قابل بیمه شدن از سوی بیمه شده منظور میگردد. پیش بینی این شرط در بیمه نامه به بیمه شده حق میدهد بعد از صدور آنرا به هر نوع دیگری که ارزش بازخریدی دارد (بدون توجه به وضع سلامتی در سن جدید) تبدیل گرداند.

### ۳) بیمه عمر مانده بدهکار:

یکی دیگر از صور مختلف بیمه عمر زمانی (یا بیمه به شرط فوت) بیمه عمر مانده بدهکار است که سرمایه بیمه نامه متغیر بوده و همه ماهه با پرداخت اقساط از سرمایه کم میشود. اینگونه پوشش بیمه ای مناسب افرادی است که از بانکها یا موسسات وامهایی برای خرید منازل مسکونی دریافت داشته اند و با توجه به اینکه اقساط خود را ماهیانه پرداخت میکنند، حق بیمه بصورتی محاسبه گردیده که هماهنگی و تناسب با سرمایه متغیر و رو به کاهش بیمه نامه باشد. معمولاً این کاهش سرمایه در سالهای آخر به صفر میرسد که نمودار بازپرداخت وام، وام گیرنده است. در اینگونه پوششها نحوه پرداخت حق بیمه به دو صورت میباشد.

- پرداخت حق بیمه ثابت معادل مدت قرارداد بیمه.

- پرداخت حق بیمه ثابت کمتر از مدت قرارداد بیمه و یا یکجا و در اول قرارداد.

### ب) بیمه های تمام عمر:

برخلاف بیمه های عمر زمانی و یا شرط فوت که سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده در اثناء اعتبار قرارداد بیمه قابل پرداخت است بیمه های تمام عمر سرمایه بیمه را به شرط فوت بیمه شده بدون توجه زمان وقوع آن پرداخت می نماید. بیمه های تمام عمر را می توان بدو صورت با شرکتهای بیمه منعقد نمود نوع اول بیمه نامه با پرداخت حق بیمه در طول مدت قرارداد است و نوع دوم بیمه نامه با محدودیت در مدت پرداخت حق بیمه می باشد. (در تمام مدت بیمه نامه نیست بلکه کمتر است) در این نوع بیمه نامه ها، معاینات کامل پزشکی مورد نیاز نیست بلکه معمولاً فرمهای مربوط به پرسشنامه پزشکی توسط بیمه شده تکمیل می گردد. و یا پزشک معتمد شرکت بیمه ضمن تکمیل فرم پرسشنامه، بیمه شده را معاینه می نماید.

- بیمه تمام عمر با پرداخت حق بیمه در تمام طول قرارداد

این نوع بیمه نامه ها بهترین نوع برای تامین پوشش مورد نیاز وابستگان شخص میباشد و واقعی ترین نوع بیمه نامه است، زیرا عوامل سرمایه گذاری بصورت خیلی ناچیزی در آن دخالت دارد. لازم به توضیح است که ذخایر انباشته شده در این نوع بیمه نامه سرمایه گذاری میگردد که سود حاصل از سرمایه گذاری در محاسبات حق بیمه منظور گردیده است. یکی از مزایای این نوع بیمه نامه ارزان بودن آنست لذا مناسب برای افرادیست که قادر به پرداخت حق بیمه کمتری هستند و میخواهند از پوشش مناسبی هم بهره مند گردند. یکی از عیوب این بیمه نامه ها پرداخت حق بیمه یکسان در زمان پیری و ایامی است که درآمد شخص کاهش می یابد. البته اشخاص بازنشسته میتوانند بیمه خود را بصورت یک بیمه نامه با سرمایه مخفف در آورده و پرداخت حق بیمه را متوقف نمایند. در بیمه نامه های تمام عمر، پس از دو یا سه سال پرداخت حق بیمه، میتوان بیمه نامه را باز خرید نمود و یا آنرا تبدیل به سرمایه مخفف کرد.

#### **- بیمه تمام عمر با پرداخت حق بیمه محدود**

در این بیمه نامه نحوه پرداخت حق بیمه برابر تمام طول مدت قرارداد نخواهد بود، بلکه با توافق بیمه گر / بیمه شده و بیمه گذار پرداخت حق بیمه تمام عمر به مدت معینی کاهش پیدا میکند. بیمه شده میتواند توافق کند که پرداخت حق بیمه همزمان با بازنشستگی او کاهش یابد زیرا در زمان بازنشستگی درآمد شخص کاهش می یابد و با این توافق او دارای پوشش بیمه ای است که حق بیمه آن کاملاً پرداخت گردیده است. البته اگر بیمه شده در آن زمان نیاز به ادامه پوشش برای خود نداشته باشد میتواند بیمه نامه را باز خرید نماید و مبلغی کلی و اساسی از این طریق بدست آورد.

#### **- بیمه عمر مشترک**

اگر چه بسیاری از بیمه نامه های عمر، زندگی یک فرد معین و مشخصی را تحت پوشش قرار میدهند، اما عملاً میتوان زندگی دو یا چند نفر را تحت یک قرارداد بیمه تحت پوشش قرار داد که این نوع بیمه نامه را بیمه نامه

مشترک مینامند. بیمه نامه مشترک بیمه نامه ایست که متعهد پرداخت سرمایه بیمه در زمان بروز اولین فوت یکی از بیمه شدگان میباشد. اگر بیمه نامه مشترک بین دو نفر باشد، سرمایه بیمه پس از فوت دو یا چند نفر قابل پرداخت است که این بیمه نامه را اصطلاحاً بیمه نامه تمام عمر بنفع آخرین بازمانده مینامند. بیمه نامه های مشترک را یا بصورت بیمه نامه های تمام عمر و یا بصورت مختلط پس انداز صادر میکنند، اما هرگز براساس بیمه نامه های (خطر فوت) عمر ساده زمانی نمیشود.

### - مزایای بیمه (تمام عمر):

- مزایای بیمه های تمام عمر را بدون در نظر گرفتن نحوه پرداخت حق بیمه بشرح زیر می توان تقسیم بندی کرد:
  - پوششی است برای تمام عمر که دارای تضمین کافی و مناسب هم می باشد.
  - پرداخت اقساط بیمه می تواند طوری طرح ریزی شده و به فواصلی تأدیه گردد که متناسب با درآمد بیمه شده باشد.
  - تا حدودی واجد شرایط لازم پس انداز می باشد و بیمه شده می تواند از محل ذخایر خود وام دریافت دارد و یا آن را تبدیل به بیمه نامه با سرمایه مخفف نموده و یا آن را بازخريد کند.
  - در مقایسه با بیمه نامه مختلط پس انداز ارزانتر است و بیمه شده می تواند با پرداخت حق بیمه کمتری تامین و پوشش مناسبی را دریافت دارد.

## - عیوب بیمه نامه های تمام عمر:

بیمه نامه تمام عمر، دارای دو عیب کلی است که بطور خلاصه بشرح زیر است:

۱- حق بیمه بایستی در تمام طول مدت قرارداد و تا زمانی که بیمه گذار/ بیمه شده در قید حیات است پرداخت گردد که این امر در زمان بازنشستگی خالی از اشکال نیست.

۲- در بیمه نامه های تمام عمر، جنبه پس اندازی و سرمایه گذاری آن ضعیف بوده و مناسب برای بیمه شده نیست توضیحا اضافه می نماید که عیب اول را می توان با تغییر در نحوه پرداخت حق بیمه برطرف نمود و عیب دوم با توجه باینکه این بیمه نامه در مقایسه با بیمه های مختلط پس انداز ارزانتتر است قابل چشم پوشی است.

## (ت) بیمه های مختلط پس انداز:

در بیمه نامه های مختلط پس انداز، سرمایه بیمه در هر صورت قابل پرداخت است چنانچه اگر بیمه شده قبل از مدت قرارداد بیمه فوت کند، سرمایه بیمه به بازماندگان و وارث پرداخت می شود و چنانچه تا پایان ماه اعتبار بیمه نامه در قید حیات باشد، سرمایه بیمه بخود او پرداخت خواهد شد. بیمه نامه های پس انداز در چند دهه اخیر از استقبال عامه مردم برخوردار گردیده و علت آنهم ارائه پوشش مناسب در صورت فوت زودرس و نابهنگام بیمه گذار برای بازماندگان او و هم جنبه پس اندازی و ذخیره سازی آن برای زمانی است که بیمه گذار در قید حیات باشد. بیمه های مختلط پس انداز دارای دو جنبه کلی است یکی اصول ریاضی و دیگری اصول اقتصادی آن است. اصول ریاضی: محاسبه میزان حق بیمه بر اساس محاسبات ریاضی استوار است. شرکت بیمه می بایست با انجام محاسبات ریاضی هم تعداد آنهائی را که فوت می نمایند معین کند و هم آنهائی را که ممکن است پس از خاتمه قرارداد بیمه در قید حیات باشند مشخص نماید. از ترکیب بیمه نامه به شرط حیات و بشرط فوت بیمه نامه مختلط پس انداز بوجود می آید.

اصول اقتصادی بیمه های مختلط پس انداز: بیمه های مختلط پس انداز از نظر تجزیه و تحلیل های اقتصادی به دو بخش عمده تقسیم می شود:

۱- بیمه عمر زمانی با سرمایه نزولی که یک بیمه عمر بشرط حیات محسوب می شود و معادل مابه التفاوت بین ذخایر جمع آوری شده و سرمایه مندرج در بیمه نامه است.

بیمه عمر زمانی به دو صورت با سرمایه نزولی و با سرمایه ثابت ارائه میگردد.

۲- افزایش سرمایه گذاری

ث) بیمه های مستمری:

نوع پوشش بیمه ای است که تعهد پرداخت مستمری دوره ای را برای مدت زمان معین و یا تمامی حیات بیمه شده تعهد می نماید. اگر پرداختهای دوره ای تا زمان حیات بیمه شده تعهد شده باشد، قرارداد بیمه مستمری بنام "مستمری دوران حیات" نامیده می شود. بیمه مستمری از دو مرحله تشکیل شده است مرحله اول تشکیل سرمایه و یا تشکیل مستمری است یعنی اقساط حق بیمه را بیمه گذار می پردازد که وقتی مام شد مرحله آخر که سررسید مستمری است شروع میشود و از اینجا تعهد بیمه گر شروع میشود (یعنی نقد کردن سرمایه) در مرحله سررسید مستمری از حق بیمه و سود سرمایه مبلغی تعیین می شود که از تاریخ سررسید به بیمه گذار پرداخت می شود.

بیمه مستمری انواع مختلف دارد:

۱- سرمایه گذاری خالص یا غیر عمدی: این نوع از بیمه های مستمری جنبه سرمایه گذاری دارد یعنی سرمایه گذاری شده و تشکیل سود می دهد و بعد از مدتی در زمان سررسید، بیمه گذار سرمایه اش را دریافت می کند که می تواند به دفعات مختلف باشد و یا متعدد که به آن سرمایه گذاری خالص یا غیر عمدی گویند که خطر در آن مطرح نیست. عمری: حق بیمه مستمری را بیمه گذار می پردازد اما از زمان سررسید به بعد بستگی به حیات شخص بیمه شده، بیمه گر تا زمان حیات او مستمری را می پردازد.



بر اساس این تقسیم بندی در بیمه های عمر مستمری از نظر حق بیمه چون زنان طول عمر بالایی دارند ریسک بدتری محسوب می شوند و از نظر پرداخت و اقساط حق بیمه:

۱- مستمری برای تمام عمر بدون بازگردان هیچگونه وجهی از زمان سررسید به بعد که حق بیمه ها پرداخت گردیده اگر شخص زنده باشد تا زمانی که زنده است اقساط مستمری را دریافت می کند. و اگر فوت کند بیمه گر تعهدی ندارد.

۲- مستمری برای تمام عمر با تضمین پرداخت وجه معین. در حالت فوت بعد از پرداخت حق بیمه و رسیدن سررسید بیمه گذار می تواند اقساط بیمه مستمری را دریافت کند و اگر فوت کند ذینفع او آن را دریافت کند که مبلغ با توجه به زمان زنده بودن شخص پرداخت می شود که پرداخت یا یکجا و یا به دفعات است.

۳- بیمه مشترک و بازماندگی: تعهد بیمه گر در مقابل حیات و ممات دو نفر می باشد که به محض فوت یکی بیمه گر پرداخت مستمری را به اقساط و یا مبلغ واحد به دیگری می پردازد.

۴- هر دو نفر حیات داشته باشند که در صورت پایان دوره مستمری اگر هر دو حیات داشتند بیمه گر باز هم تعهد دارد. در بیمه مستمری طول عمر مشخص برای بیمه گر خطر است اما در بیمه عمر، فوت برای بیمه گر خطر را تشکیل می دهد. چون مسئله پس اندازی در بیمه مستمری مطرح است مسائل بازخرید و ... نیز مطرح است که اگر بیمه گذار نتواند به پرداخت حق بیمه ادامه دهد بر اساس مدتی که مبالغ حق بیمه را پرداخته و نوع مستری، در اینجا بیمه گذار حق و حقوقی نسبت به آن دارد که مبلغی از آن را می توان بازخرید کرده و یا سرمایه را بخواهد که از مدتش و حق بیمه کم می شود.

ذخیره ریاضی:

حق بیمه پس انداز (مختلط) از دو قسمت تشکیل می شود

۱- حق بیمه تأمین

۲- حق بیمه پس اندازی: این قسمت نزد بیمه گر بتدریج جمع می شود و اضافه می شود و در پایان معادل مبلغ بیمه می شود. بنابراین ذخیره ریاضی متعلق به بیمه گذار است اما در اختیار بیمه گر است که بطور افزایش یابنده در پایان مدت بیمه معادل مبلغ ریاضی می شود و چون با فرمولهای خاص ریاضی محاسبه می شود به قسمت ذخیره، ذخیره ریاضی گفته می شود و منظور از اصطلاح ذخیره ریاضی، آن مقدار وجهی است که از حق بیمه های سالانه پرداختی توسط بیمه گذار بمنظور تشکیل سرمایه بیمه برداشته می شود.

- بازخرید:

در بیمه های مختلط تشکیل ذخیره ریاضی (حق بیمه قسمت پس اندازی) موجب ایجاد حقوقی برای بیمه گذار می گردد که در صورتیکه پس از گذشت مدتی از پرداخت حق بیمه، بیمه گذار منصرف شود قسمت اعظم ذخیره ریاضی به او بازگردانده می شود و بعبارت دیگر بیمه گذار می تواند در صورت تمایل از ادامه پرداخت حق بیمه خودداری کند و با ادامه بیمه بصورت مخفف مخالفت کند در اینصورت می تواند در صدی از ذخیره ریاضی را (حداقل ۹۰٪) دریافت نماید. این عمل به بازخرید بیمه عمر معروف شده است. اگر بیمه نامه به نفع طلبکار معینی باشد بازخرید آن در اختیار بیمه گذار نیست. همچنین اگر بیمه نامه ای فاقد ذخیره ریاضی قابل توجه باشد قابل بازخرید نیز نمی باشد. در سالهای اولیه بیمه نامه با توجه به هزینه های بیمه گر قسمت ذخیره ریاضی یا بازخرید که به بیمه گذار برگشت داده می شود، بسیار نازل بوده و در بیمه های مختلط بلند مدت حتی به صفر می رسد و در دو سال اول بیمه نامه ارزش بازخریدی ندارد ولی در بیمه های به شرط حیات با استرداد حق بیمه با توجه به اینکه مکانیسم آن طور است که هم خطر فوت و هم حیات در آن مطرح است مسئله بازخرید هم مطرح است.

- سرمایه مخفف:

در بیمه هایی که حالت پس انداز دارد مثل بیمه مختلط اگر بعلمت بیمه گذار در جریان مدت بیمه از ادامه پرداخت حق بیمه منصرف شد قرارداد فسخ و بلا اثر نمی شود بلکه ذخیره ریاضی موجود متعلق به بیمه گذار است. همچنین

ذخیره ریاضی موجب می شود که تعهد بیمه گر با میزان کمتر ادامه یابد بنابراین در صورت قطع پرداخت حق بیمه، بیمه نامه با همان شرایط سابق اما با سرمایه کمتری ادامه خواهد داشت. این ترتیب را اصطلاحاً تخفیف سرمایه گویند.

#### - سرمایه تحت خطر

حق بیمه بیمه مختلط پس انداز از دو قسمت تشکیل شده است:

۱- جنبه حمایتی یا کاهش یابنده دارد

۲- جنبه ذخیره پس اندازی (یا افزایش یابنده) دارد.

جنبه حمایتی آن در شروع بیمه نامه زیاد است چون هیچ پس اندازی وجود ندارد و اگر در اول قرارداد فوت اتفاق افتد و یا در طول مدت بیمه فوت رخ دهد بیمه گر باید مبلغ بیمه را بپردازد که این مبلغ بیمه تماماً (اگر فوت در اول دوره رخ داده باشد) از قسمت حمایتی پرداخت می شود و هر چه از مدت زمان قرارداد بگذرد از جنبه حمایتی بیمه نامه کم شده و به جنبه پس اندازی آن اضافه می شود پس اگر در اول شروع بیمه نامه فوت رخ دهد بیمه گر سرمایه را از محل بیمه تأمین می پردازد.

۲- ذخایر پس اندازی: هر چه از زمان شروع بیمه نامه بگذرد از جنبه حمایتی کم شده و به جنبه پس اندازی آن افزوده می شود و در تأمین خطر از قسمت حمایتی کم شده و به پس اندازی اضافه می شود اگر در طول زمان بیمه نامه فوت رخ ندهد در پایان مدت بیمه گر پس اندازها را که معادل سرمایه بیمه شده می گردد می پردازد. (در بیمه نامه به شرط حیات) اما اگر در وسط سال فوت رخ دهد مقداری از سرمایه پرداختی توسط بیمه گر از ذخایر و مابه التفاوت آن از جنبه حمایتی پرداخت می شود.

جنبه پس انداز - مبلغ بیمه = سرمایه تحت خطر



(بیمه شده آن را چه تا پایان بیمه نامه فوت کرده باشد و چه زنده باشد دریافت می کند)

و در واقع سرمایه تحت خطر مابه التفاوت مبلغ بیمه از قسمت ذخیره پس اندازی است که این از لحاظ تعهد بیمه گر است.

- وام: در بیمه های عمر و پس اندازی که ارزش بازخریدی دارد اگر بیمه گذار احتیاج مبرم مالی داشته باشد می تواند از محل ذخایر ریاضی خود مبلغی بصورت وام دریافت کند. بدیهی است باید وام را یک قرارداد جداگانه تلقی کرد که متقابلاً بیمه گذار باید نرخ بهره وام متعلقه (نرخ بهره + هزینه های وام) علاوه بر مبلغ اصلی وام به بیمه گر در سررسید های معین شده مسترد نماید و در صورت عدم استرداد اقساط وام، بدهیهای مربوط به وام از محل سرمایه بیمه در صورت فوت و یا بازخرید بیمه نامه کسر خواهد شد. از آنجائیکه ذخیره ریاضی بیمه نامه متعلق به بیمه گذار است وی می تواند از محل آن در صورت نیاز وام دریافت کند و بیمه گر ملزم به پرداخت وام است. ترتیب استهلاک وام نیز با نظر بیمه گذار معین می شود. اگر بیمه نامه به نفع طلبکار معین صادر شده باشد بیمه گذار حق دریافت وام از آن محل را ندارد.

- ارتباط حق بیمه با مدت در بیمه های عمر زمانی، مختلط، تمام عمر و بیمه های مستمری:

در بیمه های عمر زمانی نرخ حق بیمه ارتباط مستقیم با مدت دارد یعنی هر چه مدت بیشتر باشد نرخ حق بیمه بیشتر خواهد شد زیرا سن بالا می رود. در بیمه های مختلط بر عکس است چون موضوع تشکیل سرمایه مطرح است هر چه مدت کم باشد نرخ بالا خواهد بود و بر عکس پس بین مدت و حق بیمه رابطه عکس وجود دارد و چون تعهد بیمه گر از دو عنصر حمایتی (خطر فوت) و پس اندازی (ذخیره افزایش یابنده) تشکیل می شود اگر بخواهد این ذخیره زودتر تشکیل شود باید بیمه گذار بیشتر بپردازد. پس در بیمه های مختلط مدت با نرخ رابطه عکس دارد. در تمام عمر مسئله سن مطرح است یعنی با افزایش مدت سن بالا می رود و با افزایش سن نرخ حق بیمه بالا می رود. بیمه های مستمری هم مثل بیمه های مختلط است و جنبه سرمایه ای دارد و رابطه مدت با نرخ حق بیمه رابطه ای معکوس است.

- نحوه پرداخت حق بیمه در بیمه های عمر و حادثه:

پرداخت حق بیمه در کلیه رشته های بیمه های اشخاص می تواند بصورت یکجا باشد و در ابتدای مدت بیمه و یا بصورت سالیانه پرداخت شود. ممکن است حق بیمه سالانه در تمام مدت پرداخت گردد و یا اینکه در بخشی از مدت مثلاً در ۱۰ سال اول آن پرداخت شود. ممکن است حق بیمه سالانه در طول مدت بیمه ثابت باشد و یا متغیر. حق بیمه سالانه قابل تقسیط به حق بیمه سه ماهه و یا ماهانه نیز هست. البته حق بیمه سالانه برای ارفاق به بیمه گذار به اقساط ماهیانه، سه ماهه و شش ماهه قابل تبدیل است یا اینکه در دفعات معینی باشد که بیشتر در بیمه عمر مطرح است مثلاً کل حق بیمه در ۵ یا ۱۰ دفعه باشد یا می تواند تا سنین مشخصی پرداخت شود که بیشتر در بیمه عمر مطرح است مثلاً تا سن ۶۵ سالگی و یا می تواند در سالهای اولیه قرارداد باشد.

## شرط برقراری مجدد بیمه - قابلیت بیمه تضمین شده و مزایا و شرایط آن

شرط برقراری مجدد: در صورتیکه چنین شرطی در بیمه نامه وجود داشته باشد

بیمه گذار می تواند بیمه نامه ای را که فسخ شده و یا مخفف شده (به هر حال اعتبار ندارد) با ارائه شرط سلامتی و پرداخت حق بیمه های گذشته (+ درصدی بعنوان جریمه + کلیه بدهیهای احتمالی)، بیمه نامه را با توجه به شرایط بیمه نامه و از همان تاریخ مجدداً برقرار نماید. بدهی است بیمه گذار برای برقراری مجدد بیمه نامه و پرداخت مابه التفاوت حق بیمه نامه های گذشته، مابه التفاوت حق بیمه های سن جدید را می دهد اما در صورتیکه تعرفه های بیمه گر افزایش یافته باشد و یا شرایط بیمه نامه تغییر کرده باشد بیمه گذار از شرایط و تعرفه نرخ حق بیمه قبلی استفاده می کند. این شرط مخصوص بیمه نامه های عمر از نوع پس اندازی است که اگر بیمه گذار تا ۲ سال حق بیمه را بپردازد و بعد از پرداخت حق بیمه سرباز زند این به معنای خاتمه بیمه نامه نیست یعنی بیمه گذار می تواند آن را اگر شرطی نداشته باشد ابقاء کند. در این مورد می تواند بیمه گر به هزینه خود بیمه شده معاینات مجدد را از بیمه گذار بعمل آورد معمولاً این شرط برای سالهای محدودی مانند ۵ سال اول برقرار می گردد.

مزایای برقراری مجدد: در واقع بیمه نامه اولیه مجدداً برقرار می گردد و کلیه آثار و شرایط بیمه نامه قبلی به قوت خود باقی است مثلاً زمان رعایت شرط خودکشی از ابتدا منظور می گردد یعنی از زمان برقراری مجدد محاسبه نمی شود یا در صورتیکه بیمه نامه قبلی فرضاً حائز شرایط خوبی از لحاظ نحوه حل و فصل اختلافات باشد بیمه گذار از همان شرایط قبلی استفاده می کند.

**شرط قابلیت بیمه تضمین شده:** اگر بیمه نامه عمری چنین شرطی را داشته باشد بیمه شده یا بیمه گذار از این نظر که بیمه گر طرح او را رد کند مصون است و اگر بخواهد سرمایه اش را افزایش دهد بیمه گر می تواند تغییراتی در شرایط ایجاد کند. این شرط تا مدت معینی از قابلیت برخوردار است که حداکثر ۵ الی ۱۰ سال تا پایان انقضاء است و یا به دفعات محدودی می تواند از این شرط استفاده کند. این شرط به این معنی است که در

صورتیکه در بیمه نامه چنین شرطی وجود داشته باشد بیمه گذار می تواند بدون توجه به وضعیت سلامتی خود (بدون احراز وضعیت سلامتی خود) نسبت به دریافت اضافه سرمایه با پوششهای تکمیلی اجازه داده شده در بیمه نامه اقدام نماید. بیمه گران برای رعایت منافع حال خود معمولاً استفاده از چنین شرطی را در سالها یا سنین مشخصی (حداکثر تا سن ۶۵ سالگی) اجازه می دهند.

مزایا و شرایط بیمه تضمین شده: بیمه گذار لازم نیست اگر وضع سلامتی خارج از استاندارد است اضافه نرخ را پردازد یا اگر در وضعیتی از سلامتی است که بیمه گران جدید بیمه او را قبول نمی کنند (بیمه گذار در بیمه نامه ای که چنین شرطی را دارد) می تواند از چنین مزایایی استفاده کند.

شرط معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کارافتادگی کلی:

در این نوع پوشش تکمیلی، چنانچه بیمه شده در اثر بیماری و یا حادثه مشروط براینکه در زمان اعتبار قرارداد از کارافتاده شود از پرداخت اقساط حق بیمه معاف می باشد و به همین دلیل شرکتهای بیمه این شرط را جزو قراردادهای خود قرار می دهند. لازم به توضیح است که چنانچه بیمه شده در اثر حادثه و یا بیماری از کار افتاده شود و مدت ششماه هم از تاریخ کارافتادگی وی بگذرد و بهبودی حاصل ننماید، از پرداخت حق بیمه تا زمان بهبودی معاف است و شرکتهای بیمه در بعضی از موارد شروط سنی برای اینگونه بیمه شدگان قرار می دهند که معمولاً بین ۵۰ تا ۶۰ سال می باشد.

- بیمه های عمر گروهی

آنچه که ما امروز بنام بیمه گروهی میشناسیم یکی از پدیده های جدید بحساب می آید و بیشتر از ۶۰ تا ۷۰ سال از پیدایش آن نمیگذرد، اما علیرغم این عمر کوتاه از چنان اقبال و گسترشی برخوردار گردیده که در جوامع صنعتی و پیشرفته یکی از ستونهای حفاظتی و حمایتی اقتصادی اغلب خانواده ها محسوب میگردد.

بیمه های گروهی یک طرح بیمه ای است که طی آن تعداد زیادی تحت پوشش بیمه ای قرار میگیرند. ارزانی، با صرفه بودن و تا حدودی بدور از تشریفات بیمه های انفرادی باعث گسترش و توسعه این نوع از بیمه در بین جوامع صنعتی گردیده است. بعضی از منتقدان و متخصصان بیمه های اشخاص، توسعه و گسترش بیمه های گروهی را باعث افزایش پر تفوی بیمه های عمر و حوادث میدانند.

- شرایط لازم جهت قرارداد گروهی:

اولاً جمع بیمه شده به دلیلی غیر از بیمه شدن تشکیل شده باشد. ثانیاً تعداد آنها حداقل ۲۰ الی ۲۵ نفر باشد (که این برای قراردادهای بیمه عمر و حوادث و درمان متفاوت میباشد). در بیمه گروهی باید احتمال بیمه شدن بیمه شده های غیر استاندارد را کم کرد و این با سلب اختیار از بیمه شده ها انجام می گیرد که بوسیله شرط اول (به دلیلی غیر از بیمه شدن جمع شده باشند) فراهم می شود. در بیمه گروهی حتماً باید شخص حقوقی باشد و باید بیمه گذار مشخصی داشته باشد چون طرف قرارداد او بیمه است باید شخصیتی اعم از حقیقی یا حقوقی داشته باشد که وظایف بیمه شده را در مقابل بیمه گر انجام دهد و منظور از اختیار نداشتن بیمه شده ها هستند. باید این مطلب در مبلغ بیمه هم رعایت شود تا جوابگوی احتیاجات بیمه گر هم باشد و باید در انتخاب مبلغ بیمه هم حالت اجباری (ضوابط از پیش تعیین شده ای) وجود داشته باشد و گرنه در میان افراد گروه که از وضعیت بدتری برخوردارند و مبلغ بالاتری را به خود اختصاص میدهند موجب بالا رفتن احتمال ریسک به بیمه گر می شود و مبالغ بیمه های بیمه شده ها هم در اختیار بیمه شده نباید باشد. در بیمه های عمر انفرادی از نوع فوت حق بیمه متناسب با سن است که هر چه سن افزایش یابد نرخ حق بیمه هم افزایش می یابد اما در بیمه نامه های گروهی باید حق بیمه متناسب با میانگین سنی افراد باشد یعنی در گروه هر کسی نرخ سن خود را پردازد به همین خاطر بیمه گر سنها را باید طوری دسته بندی کند که شامل همه افراد شود. سن بیمه شده ها مانند بیمه عمر زمانی تا ۶۵ سالگی است که مورد بیمه قرار می گیرد.



## - مزایای بیمه گروهی

مزایای بیمه گروهی بطور خلاصه عبارتست از:

۱- نازل بودن نرخ حق بیمه بدلیل کم بودن هزینه های بیمه گری و عدم وجود تشریفات صدور قرارداد یا بیمه

نامه

۲- استناد به اسناد مدارک مثبت بیمه گذار

۳- قائل شدن مهلتهایی برای پرداخت حق بیمه

۴- ادامه مزایای قرارداد تا سن بازنشستگی

۵- وجود مشارکت در منافع در بعضی از بیمه نامه های عمر گروهی

۶- استناد بیمه گذار به اسناد و مدارک مثبت در صورتی که اشتباهاً اسم یا اسامی از تعداد بیمه شدگان حذف شده

باشد و در صورتیکه در تعیین میزان سرمایه بیمه اشتباهی رخ داده باشد.

۷- انعطاف پذیری در تدوین شرایط و مقررات بیمه نامه

بیمه های عمر زمانی گروهی (بشرط فوت):

یکی از رایجترین نوع بیمه عمر گروهی، بیمه عمر زمانی گروهیست که بر اساس این نوع بیمه نامه، بیمه گر تعهد

مینماید که در صورت فوت هر یک از بیمه شدگان تحت قرارداد گروهی، سرمایه بیمه مشخص شده در قرارداد را

به ذینفع مشخص شده و یا وراثت قانونی پرداخت نماید. بیمه عمر گروهی بعلاوه اینکه از نرخ ارزآوری بهره مند

است و در زمان عقد قرارداد از سهولت و راحتی بیشتری برخوردار میباشد، بیشترین متقاضی را تا کنون به خود

اختصاص داده است. معمولاً در این نوع بیمه نامه ها، روش تعیین سرمایه بیمه ای معمولاً ضریبی از حقوق و یا

حقوق و مزایای ماهیانه میباشد که معمولاً بین ۳۶ برابر حقوق تا ۶۰ برابر در نوسان است. بیمه گر میتواند در

مواردی که بین حداقل و حداکثر حقوق تفاوت زیادی وجود داشته باشد، تعهدات خود را در مورد حداکثر حقوق محدود نماید.

این بیمه نامه بر اساس یک پوشش یکساله تکراری که قابل تمدید است ارائه میگردد که نیاز به نگهداری ذخیره نداشته و ارزش باخرید هم ندارد و نمیتوان آنرا بصورت سرمایه مخفف تبدیل نمود.

عرف بر اینست که در پایان هر سال بیمه ای و بر اساس آمار و اطلاعات، نرخ حق بیمه مجدداً بر اساس میانگین سنی مورد محاسبه قرار گیرد. نرخ تمدیدی باید با در نظر گرفتن دو عامل تعیین گردد، یکی نرخ محاسبه شده و دیگری تجارب و آمار خسارتی مربوط به گروه.

بر اساس شرایط بیمه های عمر زمانی گروهی، سرمایه فوت بیمه شده به محض فوت قابل پرداخت است، حتی اگر علت مرگ ناشی از حادثه شغلی و یا بیماری باشد (فوت بهر علت). سرمایه فوت در مورد هر بیمه شده در زمان مرگ و با توجه به فرمول خاصی و شرایط مندرج در بیمه نامه گروهی محاسبه و پرداخت میگردد. این شرایط خاص معمولاً در رابطه با شرایط استخدامی بیمه شده، میزان دستمزد دریافتی، شغل و حرفه و طول مدت خدمت میباشد.

مزایای بیمه های عمر زمانی گروهی را بشرح زیر میتوان خلاصه کرد.

۱- مزایای کارفرمایان: با وجود این پوشش بیمه ای کارفرما از پرداخت هر گونه کمک و مساعدت مالی به بازماندگان افراد حادثه دیده بی نیاز است.

۲- مزایای کارگران و کارکنان: با وجود این پوشش بیمه ای در زمان بروز حادثه خانواده آنها در قبال فوت و یا از کار افتادگی دائم کلی و جزئی آنها از یک امکانات مالی و کمکی بهره مند خواهند شد.

\* غرامت: وجهی است که بیمه گر تعهد مینماید طبق شرایط بیمه نامه در مقابل بروز خطر یا خطرات مورد بیمه به ذینفع یا استفاده کننده آن پرداخت نماید، غرامت ماحصل و ثمره بیمه است و ممکن بصورت مبلغی یکجا که در اینصورت آنرا مستمری مینامند پرداخت گردد.

پوشش از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از بیماری:

در اغلب کشورهای پیشرفته میبینیم که شرکتهای بیمه این موافقت را نموده اند که کارفرمایان کارکنان از کارافتاده خود را هم حداقل برای مدتی تحت پوشش قرار دهند. به همین علت معمولاً کارفرمایان با اخذ پوشش بیمه های عمر زمانی گروهی، طی شرایط خصوصی، پوشش از کارافتادگی دائم کلی ناشی از حوادث یا بیماری را برای کارکنان خود از شرکتهای بیمه اخذ مینمایند.

پوشش از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از بیماری دارای سه طرح کلی بشرح زیر است:

#### ۱- ارزش غرامت در سررسید

با توجه به شرایط این نوع پوشش، غرامات از کارافتادگی که معادل سرمایه بیمه نامه می باشد یا بصورت یکجا پرداخت می شود و یا اینکه در اغلب موارد بصورت اقساط ماهیانه و از زمانیکه بیمه شده و قبل از رسیدن به سن ۶۵ سالگی از کارافتاده دائم و کلی می گردد پرداخت خواهد شد. واژه "از کارافتادگی دائم و کامل" به مفهوم این است که شخص بیمه شده برای تمام عمر و در اثر بیماری و یا حادثه قادر به کار و فعالیت و کسب درآمد نبوده و تا پایان عمر بصورت از کارافتاده باقی خواهد ماند. شرایط اینوع از کارافتادگی بشرح زیر است:

۱- از کارافتادگی باید قبل از رسیدن به سن ۶۵ سالگی باشد.

۲- از کارافتادگی باید بعد از اخذ پوشش بیمه ای توسط کارفرما اتفاق افتاده باشد. در بعضی از قراردادها شروع اعتبار پوشش بیمه ای را قبل از انقضاء و ترک خدمت و یا قطع رابطه استخدامی بیمه شده با کارفرما ذکر می کنند.

۳- پرداخت غرامت معمولاً بصورت اقساط ماهیانه می باشد که تعداد اقساط بر اساس شرایط قرارداد تعیین می گردد و معمولاً ۱۰-۱۵-۲۰-۶۰ یا ۱۲۰ ماهه می باشد.

۴- در صورت بهبود شخص از کارافتاده، پوشش بیمه ای در مورد او ادامه خواهد یافت.

#### ۲- غرامت تمدید شده فوت

غرامت فوت مشروط بر اینکه فوت بیمه شده در طول مدت یکسال بعد از قطع رابطه استخدامی او اتفاق افتاده و در طول این مدت از مزایای از کارافتادگی استفاده کرده باشد و تاریخ فوت هم قبل از رسیدن به سن ۶۵ سالگی باشد قابل پرداخت می باشد.

#### ۳- معافیت از پرداخت حق بیمه

این شرط معمولاً در بیمه نامه ها گنجانیده می شود تا چنانچه بعد از قطع رابطه استخدامی با کارفرما فوت نماید، غرامت و سرمایه فوت او بدون در نظر گرفتن مدت زمان قطع رابطه استخدامی و عدم پرداخت حق بیمه توسط او پرداخت می گردد مشروط بر اینکه بیمه شده قبل از رسیدن به سن ۶۰ یا ۶۵ سالگی از کارافتاده بود و تا زمان فوت هم از کارافتادگی او ادامه داشته است.

#### بیمه های عمر زمانی مانده بدهکار

کارفرمایان و یا بانکها و یا مؤسساتی که برای خرید منازل مسکونی وام میدهند و یا علی الاصول هرگونه وام گیرنده ای می تواند خود را به نفع مؤسسه وام دهنده و تا مبلغ دریافتی بیمه نماید تا چنانچه قبل از انقضاء و بازپرداخت وام دریافتی فوت کند، مؤسسه وام دهنده از محل بیمه عمر زمانی او وام پرداختی خود را تحصیل نموده و از مورد مرهونه فک رهن بعمل آورد. دراینوع از قرارداد بیمه عمر، سرمایه بیمه متغیر بوده و با پرداخت اقساط ماهیانه سرمایه کاهش می یابد که این کاهش سرمایه معمولاً منظم می باشد. این بیمه نامه برعکس بیمه نامه های دیگر دارای سرمایه ثابتی نبوده بلکه با گذشت هر سال سرمایه تقلیل پیدا می کند بطوریکه در سال آخر بیمه

نامه تقریباً به صفر می رسد. در این نوع از بیمه نامه های گروهی، بیمه گران ترجیح می دهند که مدت پرداخت حق بیمه معمولاً معادل مدت وام نبوده و کمتر باشد.

مشارکت در منافع در بیمه های عمر گروهی:

در واقع بصورت برگشت مقداری از حق بیمه است که در قراردادهای با تعداد زیاد بیمه شده و احتمالاً از سالهای دوم به بعد انجام می شود. در صورتیکه بیمه گذار در طول مدت بیمه (در سال بیمه ای) پس از کسر خسارات دریافتی مانده حق بیمه دریافتی با وضع هزینه های بیمه گر (حدود ۲۰ درصد) رقم مثبتی باشد، درصدی از آن را بیمه گذار بعنوان مشارکت در منافع دریافت می کند. در صورتیکه در سال بیمه ای خسارت دریافتی و معوقه بیمه گذار بیش از حق بیمه پرداختی او باشد مازاد بعنوان زیان به حساب مشارکت در منافع سالهای آتی منظور می گردد و غیر مستقیم زیان در مشارکت در منافع آتی اثر می گذارد.

\* بخش سوم

- بیمه های حوادث

بیمه های حوادث به منظور ارائه تأمین های مورد نیاز بیمه گذار در زمان فوت ناشی از حادثه و یا نقص عضو، از کارافتادگی دائم کامل و یا جزئی بصورت گروهی و انفرادی ارائه می گردد. بعضی از بیمه های حوادث، حتی پوشش درمانی در مورد بعضی از امراض خاص را هم به بیمه گذار ارائه میدهند. در بیمه های حوادث مانند بیمه اشیاء اصل غرامت حاکم نبوده، بلکه تعهد شرکت بیمه پرداخت سرمایه معینی در صورت بروز حادثه مشمول بیمه که منجر به فوت، نقص عضو از کارافتادگی باشد میباشد. بیمه های حوادث یکی از رشته بیمه های متفرقه بحساب می آید که معمولاً ضمیمه تکمیلی بیمه های عمر قرار میگیرد. بیمه های حوادث پوشش مناسبی را در مقابل مرگ ناشی از حادثه و یا نقص عضو و از کارافتادگی بیمه گذار ارائه میدهند. تفاوت کلی بین بیمه های عمر و حوادث در خطر موضوع و مورد بیمه است. در بیمه های عمر، خطر مورد بیمه، یعنی مرگ امریست محتمل و غیر قابل

انکار و صرفاً زمان آن مشخص نمی‌باشد و حال آنکه خطر موضوع بیمه های حوادث که بر اساس حدود و اتفاق آن شرکت بیمه مجبور است سرمایه بیمه را بپردازد، ممکن است هرگز وقوع نپذیرد. مرگ شخص بیمه شده موضوع بیمه حوادث نمی‌تواند قرار گیرد بلکه مرگ ناشی از حادثه و تصادف است که دارای پوشش بیمه‌ای است. پوشش بیمه حوادث هم بصورت انفرادی و هم گروهی توسط شرکتهای بیمه ارائه میگردد. در بیمه‌نامه‌های حوادث انفرادی، دو طرف یعنی بیمه‌گر و بیمه‌گذار/ بیمه‌شده قرارداد را منعقد می‌نمایند و حال آنکه در بیمه‌نامه‌های گروهی سه طرف برای عقد قرارداد وجود دارند. این سه نفر عبارتند از بیمه‌گر که شرکت بیمه‌ای است که قرارداد را منعقد می‌نماید، بیمه‌گذار که معمولاً کارفرمایی است که پرداخت حق بیمه را تعهد می‌کند و بیمه‌شده، شخصی که فوت، نقص عضو و از کارافتادگی وی باعث حادثه موضوع بیمه حوادث است. بیمه‌های حوادث هم مانند بیمه‌های عمر دارای فرم پیشنهاد است تا بیمه‌گر از تاریخچه پزشکی و سوابق بیمه‌گذار تا حدودی آگاه گردد، علی‌الخصوص آن دسته از امراضی که ممکن است بر بیمه‌های حوادث اثر داشته باشد. مطالب و اطلاعات خواسته شده در فرم پیشنهاد بیمه حوادث معمولاً بشرح زیر است:

سن - تاریخ تولد - وزن و قد - وجود هر گونه عیب و نقص ذاتی در بدن از قبیل عدم شنوائی و یا عدم دید - تاریخچه پزشکی شخص پیشنهاد دهنده - عادات و اعتیادها - وضعیت جسمانی در زمان بیمه شدن، نوع اشتغال، فعالیتهای جنبی شغلی و یا ورزشی علاوه بر اطلاعات ذکر شده قبلی، معمولاً سرمایه بیمه حوادث در صورت فوت و نقص عضو و از کار افتادگی و نام مشخصات ذینفع بیمه‌نامه در فرم پیشنهاد درج میگردد.

- تعریف حادثه و عوامل آن در بیمه حادثه شخصی

حادثه عبارت است از واقعه‌ای که بروز آن باعث عامل خارجی شدید و ناگهانی که خارج از عمد و اراده بیمه

شده است بروز نموده و موجب صدمه بدنی قابل تشخیص پزشکی می‌گردد.

عوامل:

۱- عامل حادثه می‌بایست خارج از عمد و اراده بیمه شده باشد. در این خصوص باید توجه داشت که همواره تشخیص عمد بیمه شده خصوصاً در مواردی که توأم با تقصیر یا خطای سنگین بیمه شده باشد عمل آسانی نبوده اما منظور از عمد قصد در نتیجه است نه قصد در انجام فعل.

۲- شدید بودن: یعنی بروز حادثه میبایست از لحاظ بیمه شده ملموس بوده و نتیجه حادثه را بطور محسوس درک نماید. (برای اشخاصی که دچار بی حسی و یا لختی اعضائی از بدن می‌باشند قطعاً نمی‌بایست حادثه بصورت محسوس درک شود)

۳- منظور از ناگهانی بودن این است که بروز حادثه بصورت ناگهانی (کوتاه مدت) می‌بایست باشد بدیهی است نتیجه حادثه نمی‌بایست قطعاً در مدت کوتاهی و یا بطور ناگهانی محقق شود.

۴- در اثر نیروی خارجی باشد: در مقایسه با تمام بیماریها که علت آنها عامل درونیست، بیماریها را از بیمه حادثه مستثنی میکند مثل نیروی مقاوت (مانند تصادفی که رخ میدهد و مقاومت آن فیزیکی است و امکان دارد مقاومت شیمیائی و یا الکتریکی و ... باشد)

۵- صدمه بدنی قابلیت تشخیص پزشکی داشته باشد. یعنی حادثه منجر به ایجاد خلل در سلامتی عضو و یا اعضای بدن گردد. ترس و وحشت صدمه بدنی نیست تا آنجائی که پزشک بتواند آنرا به منشأ عضوی ربط دهد لطمه واداره در بیمه حادثه قابل پوشش است.

#### پوششها و تعهدات اصلی بیمه حوادث

۶- با توجه به شدت و ضعف نتایج حاصل از بروز حادثه نتایج آن میتواند بصورت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده باشد که پوششهای نام برده شده پوششها و تعهدات اصلی بیمه نامه حادثه شخصی بوده و در صورتیکه نتایج وقوع حادثه موجب جراحت و یا از کار افتادگی موقت بیمه شده گردد منجر به

پوششهای هزینه های پزشکی و یا غرامت روزانه (هفتگی) میگردد که پوششهای تکمیلی یا تبعی بیمه حادثه شخصی محسوب میشود. بدیهی است صدور بیمه نامه بدون ارائه پوششهای اصلی صحیح نبوده و سرمایه پوششهای تکمیلی نیز باید به طریقی در نظر گرفته شود که حق بیمه آن از حق بیمه اصلی بیشتر نباشد (با توجه به حدود سقفهای تعیین شده).

نقص عضو: عبارت است از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانائی عضوی از اعضاء بدن که حالت دائمی (بعد از مدتی خوب نشود) و قطعی (امکان سالم شدنش نباشد) داشته باشد.

بعد از صدور بیمه نامه باید تغییرات خطر را با اطلاع بیمه گر رساندن تا بیمه گر با اضافه نرخ آن تشدید خطر را مورد پوشش قرار دهد و گرنه بعد از وقوع خسارت، بیمه گر غرامت را به نسبت حق بیمه ای که بیمه شده باید می پرداخت (طبق قاعده نسبی) می پردازد.

میزان پرداخت خسارت از طرف = خسارت × حق بیمه پرداخت شده

بیمه گر به بیمه گذار حق بیمه پرداختی واقعی

سرمایه بیمه برای نقص عضو و از کارافتادگی باید بیشتر از فوت باشد زیرا سرمایه فوت وقتی پرداخت میشود که شخص بسمه شده خود وجود ندارد و تأمینی برای بازماندگان فوت شده است اما در از کارافتادگی بخصوص و در نقص عضو علاوه بر بازماندگان، خود فرد نیز هزینه هایی را دارد. درجات نقص عضو و از کارافتادگی اعضاء با هم فرق میکند و از ۳ تا ۱۰۰ درصد است و نسبت به مشاغل نیز متفاوت است مثال: انگشت جراح که بیشتر با آن کار میکند بیش از استاندارد جدول تعیین شده ارزش دارد.

ملاک تعیین نقص عضو و یا از کارافتادگی عضو آسیب دیده بر اساس نظر پزشک معتمد بیمه گر و با توجه به جداول نقص عضو از قبل تعیین شده که اصولاً باید پیوست بیمه نامه باشد، تعیین می گردد. در این جدول نقص عضوهای دائم و کلی و نقص عضوهای دائم و جزئی به تفصیل تعیین گردیده است.



با نگاهی دقیق می توان گفت که غرامت ناشی از نقص عضو و از کارافتادگی هر یک از اعضاء با توجه به سوابق شغلی شخصی، نوع حرفه، هنر و ... می تواند متفاوت باشد و در برخی از کشورها نیز جداول خاصی برای مشاغل گوناگون در نظر می گیرند، اما در شرایط عمومی بیمه حوادث در ایران، میزان این غرامت بدون توجه به مسائل فوق الذکر و فقط بر اساس میزان نقص عضو نسبت به کل بدن بیمه شده است.

اگر فردی اول نقص عضو شود بعد فوت نماید در اینصورت مبلغ پرداخت شده بعلت فوت بر اثر حادثه بشرح زیر محاسبه و پرداخت میگردد:

مبلغ پرداخت شده بعلت فوت = تعهد نقص عضو - تعهد بیمه گر

بر اثر حادثه پرداخت شده

پوشش هزینه های پزشکی پوشش تکمیلی بیمه حادثه است و مبلغ سرمایه این پوشش معمولاً ۱۰ درصد مبلغ پوشش فوت و نقص عضو است.

نرخ هزینه پزشکی به درصد است چون تعدادش زیاد است و معمولاً ۱۰ درصد فوت و نقص عضو است اما نرخ نقص عضو و از کارافتادگی به هزار است.

#### عوامل موثر در نرخ حق بیمه حوادث شخصی

۱- سن بیمه گذار (بیمه شده): سن بیمه گذار اثرات قابل ملاحظه ای بر نرخ و درصد از کارافتادگی و مرض با توجه به نوع پوشش بیمه خواهد داشت زیرا طبیعی است که شدت و کثرت موارد ناخوشی و از کارافتادگی با افزایش سن و سال رو به فزونی می رود و این فزونی در تناسب با افزایش نرخ مرگ و میر در بیمه های عمر قابل مقایسه میباشد. در مورد هزینه های پزشکی و غرامت های از کارافتادگی، این افزایش تا سنین ۵۵ سالگی از اهمیت چندانی برخوردار نیست.

۲- شغل و حرفه بیمه گذار (بیمه شده): اگر شغل و حرفه بیمه گذار دارای خطرات خاص و ویژه ای ست، باید این احتمال مورد بررسی قرار گیرد. که اگر حادثه ای بوقوع پیوندد، اینگونه حوادث- باعث نقص عضو و از کارافتادگی دائمی یا موقتی بیمه گذرا خواهد شد. بهر حال شغل و حرفه از عوامل تعیین کننده برای قبول و یا حتی رد یک بیمه گذار می تواند باشد. مثال: خطر یک معدنچی با خطر فردی که شغل و حرفه او تحصیلداری است متفاوت است. هر دو از مشاغل پر خطر محسوب می شوند ولی در یک طبقه بندی شغلی قرار نمی گیرند. بنابراین در بیمه های حوادث، حرفه و شغل از اهمیت خاص و ویژه ای برخوردار است.

۳- وضعیت جسمانی بیمه گذار (بیمه شده): وضعیت جسمانی بیمه گذار از اهمیت ویژه و خاصی برخوردار است وضعیت پزشکی دارای اهمیت چند بعدی و گوناگونی در ارزیابی خطر است. علی الخصوص اضافه وزن، کسر وزن بیش از حد باید مورد توجه قرار گیرد. نقص عضوهای جسمانی هم می تواند در کیفیت خطر موثر واقع گردد. وضعیت جسمانی فعلی و تاریخچه پزشکی قبلی پیشنهاد دهنده باید به دقت بررسی شده و احتمال ناخوشی، مرض و از کارافتادگی آینده ارزیابی گردد. هر گونه عارضه و علائم جسمانی که بیشتر از حد معمول و استاندارد و یا کمتر از آن باشد باید مورد توجه بیمه گر قرار گیرد، زیرا این عوامل ممکن است بعداً تولید حوادثی نماید که منجر به فوت و یا نقص عضو بیمه شده گردد.

۴- سوابق پزشکی بیمه گذار (بیمه شده): سوابق پزشکی قبلی در رابطه با حوادث منجر به جرح و نقص عضو باید کاملاً مورد بررسی قرار گیرد تا معین و مشخص شود که جراحات قبلی تا چه حد میتواند باعث بروز حوادث ناگواری در آینده گردد. بسیاری از حوادث منجر به نقص عضو و یا از کارافتادگی قبلی ممکن است بصورتی باشد که پیشنهاد دهنده، ریسک مناسب و قابل قبولی برای شرکت بیمه بحساب نیاید.

۵- سوابق اخلاقی بیمه گذار (بیمه شده): بسیاری از اعلام خسارتهای غیر واقعی در اوایل پیدایش بیمه های حوادث باعث گردید که شرکتهای بیمه به این جنبه از خصوصیات روحی و اخلاقی بیمه گذاران دقت و توجه

کافی و خاص مبذول دارند. بسیاری از حوادث بصورت اغراق آمیز گزارش شده اند و یا حوادث غیر واقعی ترتیب یافته اند تا بدینوسیله غرامتی از شرکتهای بیمه دریافت دارند. بهتر است از بیمه نمودن افرادی که دارای اینگونه خصیصه های اخلاقی هستند پرهیز گردد، زیرا هیچگونه حق بیه اضافی نمیتواند ریسک و خطر اینگونه افراد ناصالح را برای شرکتهای بیمه مقرون بصرفه و صلاح گرداند.

مطالب مندرج در بیمه نامه

الف- خطر موضوع بیمه نامه (در تعریف حادثه آمده است)

ب- جدول مشخصات بیمه نامه

ج- شرایط بیمه نامه

د- استثنائات بیمه نامه

جدول بیمه نامه

در جدول بیمه نامه، معمولاً نام و نشانی بیمه گذار، مدت زمان بیمه، حق بیمه، سرمایه بیمه در صورت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی دائم کلی و جزئی ذکر می گردد و تشابه زیادی با جدول بیمه عمر دارد.

شرایط بیمه نامه

هر بیمه نامه دارای شرایطی است که از واجبات یک عقد و قرارداد دو طرفه محسوب می گردد، زیرا روابط بین دو سوی قرارداد را معین و مشخص می نماید، لذا لازم است که شرایط قرارداد بطور ساده، گویا و روشنی تنظیم شده باشد. از مهمترین شروط قرارداد در بیمه های حوادث، همان اصل معروف حسن نیت ( utmost good faith ) می باشد. البته نفع بیمه ای هم می بایست وجود داشته باشد. با توجه باینکه در قراردادهائی که بیمه گذار و بیمه شده یکنفر می باشند تولید اشکال نخواهد کرد. شرایط عمومی بیمه نامه های حوادث را می توان بطور خلاصه بشرح زیر تقسیم بندی نمود.

## اساس قرارداد

معمولاً اساس قرارداد پیشنهاد کتبی بیمه گذار و موافقت بیمه گر برای صدور بیمه نامه می باشد که هر گونه تغییرات بعدی در قرارداد هم بهمین صورت خواهد بود. چنانچه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحدی نباشند، بدون رضایت کتبی بیمه شده قرارداد باطل است.

## حوادث و موارد مشمول بیمه

حدود پوشش و تعهدات بیمه گر را بصراحت مشخص می نماید. خطرات تحت پوشش بیمه نامه باید بصراحت نام برده شوند تا از هر گونه تعبیر و تفسیر بعدی در زمان بروز خسارت جلوگیری شود.

## تعهدات بیمه گر

بیمه گر اعلام میدارد که در صورت فوت و یا نقص عضو و از کارافتادگی بیمه شده بعلت یکی از خطرات مشمول بیمه، سرمایه بیمه شده را طبق شرایط خصوصی بیمه نامه و اوراق الحاقی و یا هر گونه توافق کتبی دیگر به ذینفع پرداخت نماید. چنانچه یکی از افراد ذینفع بیمه نامه مسئول بروز حادثه باشد، سهم شخص عامد از غرامت کسر و بقیه سرمایه بیمه به وراثت پرداخت خواهد شد. در قسمت تعهدات بیمه گر، مواردی که بعنوان نقص عضو کلی و یا از کارافتادگی دائم کلی تلقی می گردد و بر اساس آن بیمه گر ملزم به پرداخت صد درصد سرمایه بیمه ای می باشد مشخص گردیده و برای نقص عضو و از کارافتادگی دائم جزئی، جدولی وجود دارد که بیمه گر بر اساس آن غرامتها را معادل درصدی از سرمایه پرداخت مینماید. حداکثر تعهدات بیمه گر در مورد از کارافتادگی و نقص عضو چند عضو هم مشخص گردیده و بهر حال نمیتواند بیشتر از صد درصد سرمایه بیمه ای باشد.

## حداکثر مدت جهت تعیین میزان قطعی نقص عضو

با وجود این شرط در بیمه نامه، بیمه گر و بیمه گذار موظف اند که مدت زمان معینی را جهت تعیین درصد نقص عضو و از کارافتادگی تعیین نمایند. اگر ظرف مدت یکسال نتوانند بطور قطع و یقین درصد آن را مشخص نمایند، بیمه گر می تواند مبلغی را بعنوان علی الحساب پرداخت نماید.

- تعهد بیمه گر در مورد فوت بیمه شده پس از یکبار پرداخت غرامت نقص عضو

بر اساس این ماده، چنانچه بیمه شده در نتیجه حادثه مشمول بیمه، تمام یا قسمتی از غرامت نقص عضو خود را دریافت دارد، غرامت فوت وی پس از کسر مبلغ پرداختی بابت نقص عضو و از کارافتادگی به ذینفع پرداخت خواهد شد، مگر آنکه شروط دیگری بعنوان شرط خصوصی در بیمه نامه آماده باشد.

- تعهد بیمه گر در مورد هزینه های پزشکی، غرامت هفتگی و روزانه

چنانچه در بیمه نامه تعهد پرداخت هزینه های پزشکی و غرامت هفتگی و روزانه شده باشد، حدود تعهدات بیمه گر باید به روشنی در هر مورد معین و مشخص گردد و حداکثر هزینه های پزشکی در هر حادثه و هم چنین میزان غرامت هفتگی و نحوه شروع و آغاز آن پس از حادثه ذکر شده باشد. غرامت روزانه شامل غرامت روزانه عمومی و بیمارستانی میباشد.

### **وظایف و تعهدات بیمه گذار**

در مقابل تعهدات بیمه گر، بیمه گذار هم ملزم به انجام تعهداتی است که مهمترین آنها پرداخت حق بیمه مندرج در بیمه نامه است.

۱- تغییر شغل و سرگرمیها

با توجه به اینکه تعیین میزان حق بیمه بیمه های حوادث بر اساس شغل، حرفه و سرگرمیهای بیمه گذار تعیین و توافق می گردد، هر گونه تغییر شغل و حرفه و یا سرگرمیها که باعث تشدید خطر گردد باید بلافاصله به بیمه گر اطلاع داده شود و بیمه گر با دریافت حق بیمه اضافی آن را تحت پوشش بیمه ای قرار خواهد داد.

## ۲- تغییر نشانی

بیمه گذار موظف است که تغییر نشانی خود را برای مکاتبات بعدی به بیمه گر اطلاع دهد در غیر اینصورت، اولین نشانی موجود بیمه گذار ملاک مکاتبات بعدی بین بیمه گر و بیمه گذار، رسمی و قانونی شناخته خواهد شد.

## ۳- مدارک مورد نیاز جهت تسویه خسارت

بیمه گر جهت رسیدگی به پرونده خسارت و پرداخت تعهدات خود نیاز به اسناد و مدارک دارد که در مورد فوت، نقص عضو و از کارافتادگی و یا هزینه های پزشکی و غرامت روزانه یا هفتگی بطور صریح معین و مشخص است، لذا بیمه گر و یا وراثت وی می بایست اسناد و مدارک مورد نیاز بیمه گر را در اسرع وقت تهیه و برای رسیدگی ارسال دارند.

## استثنائات بیمه نامه

استثنائات بیمه نامه معمولاً مواردی هستند که بیمه گر در قبال بروز صدمه بدنی منجر به فوت و یا نقص عضو خود را مسئول پرداخت خسارت نمی داند بهمین جهت علل متعددی که ممکن است منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده گردد، بشرح زیر جزء استثنائات بیمه نامه قید می گردد:

۱- اشتغال به ورزشهای خطرناک مانند کوهنوردی، خلبانی، شرکت در مسابقات اتومبیل رانی و سایر سرگرمیها و ورزشهای خطرناک منجمله ورزشهای رزمی.

۲- مصرف زیاده از حد مشروبات الکلی و مواد مخدر بطوری که نیروی عقلانی و کنترل کننده شخص از حالت عادی خارج شده باشد.

۳- مرگ و یا حوادث ناشی از نادیده انگاشتن قوانین و مقررات مانند رانندگی در شب بدون چراغ (در شرایط کنونی فقط رانندگی بدون گواهینامه مجاز و معتبر اعمال میگردد)، عدم رعایت قوانین و مقررات رانندگی، عدم رعایت قوانین و مقررات مربوط به هواپیمائی و یا سایر اعمال مشابه

۴- اشتغال به مشاغل و حرفه های خطرناک، مانند مشارکت در نیروهای مسلح، پلیس، کاردرمعدن و

کارخانجات باروت سازی و اسلحه سازی(در صورت درخواست با احتساب نرخ متناسب قابل پوشش است).

۵- فوت، نقص عضو و از کارافتادگی های ناشی از ورزشهای حرفه ای مانند بوکس، جنگ، دوئل های تن به تن

و یا اعدام توسط مقامات نظامی و انتظامی هر کشور.

۶- خودکشی و یا سعی در خودکشی که باعث بروز صدمات جسمانی گردد.

۷- شرکت در جنگ، خواه اعلام شده باشد یا نه.

#### سایر شروط و مقررات مختلف

در این قسمت اطلاعات و شروط گوناگون و متفرقه ای از قبیل فسخ قرارداد، قلمرو جغرافیائی قرارداد و نحوه رفع

اختلاف بین بیمه گر و بیمه گذار ذکر می گردد.

#### اصول بیمه گری بیمه های حادثه

روش های معمول و مورد عمل شرکتهای بیمه بر اساس انتخاب ریسک و خطراستوار است. افرادی که از صحت و

سلامت برخوردارند با شرایط معمول بیمه می شوند و افرادی که سالم نبوده و با دچار امراضی هستند که آنها را

بیشتر در معرض خطر قرار می دهد با حق بیه اضافی مناسب تحت پوشش بیمه ای قرار می گیرند. بیمه گر به جهت

ارزیابی دقیق خطر، باید اطلاعاتی را در دست داشته باشد که این اطلاعات در فرم پیشنهاد درج شده است و

کارشناس صدور شرکت با بررسی این اطلاعات در جهت قبول یا رد ریسک می تواند اقدامات زیر را انجام دهد.

۱- در صورت وجود ابهام از بیمه گذار درخواست ارائه اطلاعات بیشتری را در رابطه با وضعیت جسمانی و یا

تاریخچه پزشکی او بنماید.

۲- پیشنهاد بیمه را قبول نماید، اما با چه نرخ حق بیمه ای؟

۳- با توجه به وضعیت جسمانی پزشکی بیمه گذار پوشش محدودتری را باو پیشنهاد نماید.

۴- تصمیم خود را در مورد قبول خطر برای مدت معینی به تعویق اندازد تا وضعیت جسمانی و یا ناخوشی بیمه گذار حالت معین و مشخص تری بخود بگیرد.

۵- انصراف خود را از پذیرش پیشنهاد بیمه گذار برای صدور بیمه نامه اعلام دارد.

در زمانی که بیمه گر از وضعیت جسمانی بیمه گذار در رابطه با حادثه یا مجروح شدن و یا ناخوشی و بیماری قبلی او در حال شک و تردید است عاقلانه است که از بیمه گذار بخواهد تا به پزشک معتمد و یا پزشکان دیگری مراجعه نماید و بر اساس گزارش این پزشکان تصمیم خود را در مورد پذیرش و یا رد خطر اعلام دارد. به هر صورت پذیرش خطر باید تا توجه به اطلاعات مشروحه زیر باشد:

#### سن بیمه گذار

اساس محاسبه حق بیمه در بیمه نامه های حوادث صرفاً شغل و حرفه بیمه گذار نبوده ، بلکه سن بیمه گذار هم از عوامل مهم به حساب می آید، زیرا خطر بروز ناخوشیها و حوادث با بالا رفتن سن افزایش پیدا می کند، به همین دلیل در بیمه های حوادث محدودیت سنی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. علیرغم اینکه محدودیت سنی در بیمه های حوادث دارای اهمیت است، اما شرکتهای بیمه در رابطه با این محدودیت مقررات خاص و ویژه ای را برای خود وضع کرده اند که سن شروع از ۱۵ یا ۱۸ سالگی شروع و به ۶۰ یا ۶۵ سالگی خاتمه یابد. محدودیت سنی برای بیمه های حوادث در ایران ۷۰ سال می باشد.

#### شغل و حرفه بیمه گذار

(در عوامل مؤثر در نرخ حق بیمه حوادث شخصی توضیح داده شده است)

#### وضعیت جسمانی بیمه گذار

(در عوامل مؤثر در نرخ حق بیمه حوادث شخصی توضیح داده شده است)



## سوابق پزشکی بیمه گذار

(در عوامل مؤثر در نرخ حق بیمه حوادث شخصی توضیح داده شده است)

## - سوابق اخلاقی بیمه گذار

(در عوامل مؤثر در نرخ حق بیمه حوادث شخصی توضیح داده شده است)

## بیمه های حوادث گروهی

یکی از انواع مختلف پوشش های گروهی بیمه های اشخاص، همین بیمه فوت ناشی از حادثه و نقص عضو بوده است که نیازهای اقتصادی جوامع انسانی باعث رشد چشم گیر و گسترش فوق العاده این رشته بیمه ای گردیده است. گاهی اوقات بیمه های "فوت ناشی از حادثه و قطع عضو" بعنوان شکلی از بیمه های درمانی گروهی تلقی می گردد. لازم به تذکر است که چون همیشه فوت ناشی از حادثه بخش مهمتر و اساسی تر این پوشش می باشد و این نوع بیمه نامه در ارتباط با بیمه های عمر گروهی صادر می گردد، لذا این دو پوشش ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند. در صورت فوت ناشی از حادثه و یا نقص عضو و یا قطع آن ناشی از جراحات های بدنی باشد غرامت قابل پرداخت است. در بیمه نامه های گروهی، معمولاً سرمایه بیمه در صورت فوت و یا نقص عضو و از کارافتادگی دو عضو اصلی بدن مانند دو دست، دو پا، یکدست و یک پا و دو چشم و غیره ... قابل پرداخت است، اما مجموعه غرامت نقص عضو و از کارافتادگی چند عضو از بدن نمی تواند بیشتر از اصل سرمایه مورد بیمه باشد. احراز تعهد بیمه گر برای پرداخت سرمایه فوت، نقص و قطع عضو در زمانی محرز می گردد که فوت یا صدمات بدنی صرفاً ناشی از حادثه بوده و در زمان اعتبار بیمه نامه هم واقع شده باشد. برای اثبات این مدعا لازم است که صدمات بدنی توأم و همراه با جراحات سطحی قابل رویت باشد. البته این امر در مورد لطمات و یا صدمات داخلی مانند خونریزیهای داخل متفاوت است و اینگونه صدمات با کالبد شکافی و تأیید مقامات صالحه پزشکی معین و مشخص می شود. بعضی اوقات شرایط بیمه نامه ها بین زمان حادثه و زمانی که منجر به نقص یا

قطع عضو گردیده مهلت زمان خاصی را قائل شده اند که این مهلت زمانی در اغلب بیمه نامه های مدت ۹۰ روز می باشد. البته در شرایط بیمه نامه ها در یک بازار متفاوت، بر اساس اصل رقابت ممکن است بیمه گران زمانهای متفاوتی را مد نظر قرار دهند. خطر موضوع بیمه نامه های حوادث گروهی همانا خطر تعریف شده در بیمه نامه های حوادث انفرادی می باشد که مجدداً برای یا آوری تعریف می گردد. گفتیم که "حادثه" عبارت است از پیش آمد ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون اراده بیمه شده منجر به فوت یا صدمه بدنی وی می گردد که این صدمه بدنی ممکن است منجر به نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم و کامل بیمه شده گردد. معمولاً شرایط بیمه نامه های حوادث گروهی مانند بیمه نامه های حوادث است و تفاوت بین بیمه نامه های انفرادی و گروهی در امر پذیرش ریسک و خطر و نحوه نرخ گذاری و طبقه بندی مشاغل است. به جهت همین سهولت هاست که بسیاری از شرکتهای بیمه، واحد های خاصی را برای صدور اینگونه بیمه نامه ها دارند. البته شرکتهای تخصصی خاصی هم وجود دارند که صرفاً در رشته بیمه های عمر و حوادث فعالیت می نمایند. یکی از شرایط مورد نیاز برای انعقاد یک قرارداد حوادث گروهی، همانا نیاز، ارتباط و علائق مشترک کاری بین یک گروه است و چون این ارتباط و علائق مشترک بوجود آمده و کارفرما و یا کارگران تمایل به اخذ پوشش داشتند، انعقاد قرارداد گروهی ممکن پذیر می باشد برای انعقاد بیمه نامه های حوادث گروهی، یک شخص، مؤسسه یا اتحادیه ای می تواند به وکالت یا به نمایندگی از سوی کلیه کارکنان خود قرار را منعقد نماید و به همین دلیل است که طرف منعقد کننده قرارداد را "بیمه گذار" و کارکنانی را که قرارداد بیمه در مورد زندگی آنان منعقد گردیده بیمه شده می نامند. در اینگونه بیمه نامه ها، معمولاً در زمان پرداخت غرامت بیمه شده می بایست رسید تصفیه کامل خسارت را به شرکت بیمه ارائه دهد و هیچ بیمه شده ای نمی تواند منفرداً بر علیه شرکت بیمه طرح دعوی نماید. معمولاً بیمه نامه های حوادث با دو شکل خاص و معین بین بیمه گذار و کارفرما منعقد می گردد. یکی آنکه طرف قرارداد با هدف، قصد و نیت خاص و به منظور حفظ حقوق خود و هم چنین رفاه کارکنان، قراردادی را منعقد می نماید. در این

حالت نفع بیمه ای معین و قابل لمس است، و بیمه نامه های حوادث گروهی بهترین نمونه این قراردادها محسوب شود، زیرا کارفرمایان به منظور حفظ منافع خود در زمان پرداخت از کارافتادگی به کارگران حادثه دیده و یا وراث آنها اقدام به عقد اینگونه قراردادها می نمایند. دوم اینکه گاهی طرف قرارداد شخصی است که به نمایندگی از طرف کارکنان به بیمه گر اقدام به عقد قرارداد می نماید در این حالت غرامت و خسارت به تک تک افراد حادثه دیده پرداخت می شود. بیمه های حوادث گروهی را میتوان در مورد افرادی که فعالیتهای خاصی دارند تعمیم و گسترش داد. نمونه اینگونه قرارداد جمعی عبارتند از:

- ۱- بیمه افرادی که در حرفه های بخصوصی فعالیت می نمایند.
  - ۲- بیمه افرادی که در ورزشهای بخصوصی از قبیل ورزشهای رزمی بفعالیت اشتغال دارند.
  - ۳- بیمه افرادی که وظایف خاصی بدانها محول شده که معمولاً این وظایف می تواند پر خطر باشد.
  - ۴- بیمه افرادی که دائم در حال مسافرت و سفر هستند و بیشتر از افراد معمولی در معرض حوادث قراردارند.
- یکی از خصوصیات بارز این نوع بیمه نامه ها قابل انطباق بودن آنها با شرایط گروهها است، زیرا در این نوع بیمه نامه ها صرفاً خطر مرگ تحت پوشش بیمه ای قرار دارد. لازم به ذکر این نکته میباشیم که تلفیق بیمه بیماری با این گونه بیمه نامه ها خیلی دور از ذهن نمی باشد. اما در صورت تعمیم بیمه بیماری، شرکت های بیمه موظف اند که اطلاعات جامع تری را از افراد تشکیل دهنده گروه جمع آوری نمایند. حق بیمه بیمه نامه های حوادث گروهی به دو صورت پرداخت می شود.

- ۵- باتوافق بین کارفرما و کارگران حق بیمه به نسبت توافق شده بین آنها تقسیم می گردد.
- ۶- در بیمه نامه های (collective) تعهد پرداخت حق بیمه توسط اعضاء صورت می گیرد.

پوشش بیمه نامه های حوادث گروهی

شرکت های بیمه ، معمولاً دو نوع پوشش بیمه ای را در اختیار کارفرمایان و یا بیمه گذاران بیمه های حوادث گروهی قرار می دهند. این پوششها بشرح زیر است:

- ۱- پوشش بیمه های حوادث برای حوادث ناشی از کار که فقط در محیط کار دارای پوشش بیمه ای است
- ۲- پوشش بیمه حوادث برای کلیه حوادث ناشی از کار در محیط کار و یا حوادث ایام زندگی این پوشش بیه شده را در طول ۲۴ ساعت زندگی تحت پوشش قرار دارد.

#### روش تعیین سرمایه بیمه های حوادث

بیمه گر برای تعیین سرمایه بیمه نامه های حوادث گروهی معمولاً روش و استانداردهای خاصی را تعقیب می نماید، اما این روش و استاندارد می تواند با در نظر گرفتن نیازهای بیمه گذاران تغییر یابد. تمایل کارفرمایان در تعیین سرمایه های بیمه ای معمولاً در ارتباط مستقیم با مزد و یا حقوق پرداختی آنان دارد . بیمه گر معمولاً با همفکری بیمه گذار روشهای زیر را برای انتخاب سرمایه بر می گزیند.

سرمایه فوت

معمولاً سرمایه فوت دو ، ۳ یا ۴ برابر حقوق سالانه کارکنان انتخاب می شود. البته با موافقت بیمه گر، این ضرایب قابل تغییر است.

### سرمایه نقص عضو و از کارافتادگی دائم کلی

معمولاً روش تعیین سرمایه فوت بکار گرفته می شود.

از کارافتادگی به دو گروه دائم و موقت بشرح زیر تقسیم می گردد.

۱- **از کار افتادگی دائم** : که خود شامل دو گروه زیر می باشد:

از کار افتادگی دائم کلی

از کارافتادگی دائم جزئی

۲- **از کار افتادگی موقت**

تعهدات بیه گر در این خصوص به ۲ صورت غرامت روزانه عمومی و غرامت روزانه بیمارستای ارائه می گردد.

حداکثر سقف غرامت روزانه عمومی ۱۲٪ درصد سرمایه فوت و نقص عضو بوده و از روز ششم حادثه و به مدت

حداکثر ۱۸۰ روز قابل پرداخت خواهد بود و حداکثر سقف غرامت روزانه بیمارستانی ۲۴٪ درصد سرمایه فوت و

نقص عضو بوده و از روز چهارم حادثه و به مدت حداکثر ۹۰ روز قابل پرداخت خواهد بود.

از کارافتادگی موقت کلی

از کارافتادگی موقت جزئی

از کارافتادگی کلی موقت

برای تعیین سرمایه و غرامت از کار افتادگی ، معمولاً ۵۰ درصد مزد هفتگی بعنوان ایام از کارافتادگی معین می

گردد.

از کارافتادگی جزئی موقت

این غرامت معمولاً معادل ۱ یا ۱ مزد هفتگی تعیین می گردد.

البته لازم به توضیح است که در انتخاب سرمایه بیمه های حوادث گروهی ، همیشه نیاز گروهی در اولویت قرار داشته و معمولاً مدنظر قرار می گیرد. بیمه نامه های گروهی بر این نیازهای بخصوصی که در جوامع انسانی وجود دارد طرح ریزی می گردد و حق بیمه های اینگونه قراردادها معمولاً توسط کارفرمایان پرداخت می شود و شرکتهای بیمه هم غرامت فوت، نقص عضو و از کارافتادگی را به کارفرمایان پرداخت می نمایند تا از طریق آنها به بیمه شدگان تحویل گردد. مگر اینکه در شرایط قراردادهای منعقد ، شروط دیگری ملحوظ شده باشد.

#### بیمه های حوادث برای مسافرت

این نوع پوشش برای کارکنان شرکتهای که مرتباً در حال سفر هستند مفید بوده و چه آنها را در قبال فوت، نقص و از کارافتادگی در حین مأموریت و یا ۲۴ ساعت تحت پوشش قرار می دهد. در ایران بعضی از شرکتهای بیمه پوشش سفر هوایی را برای یکبار سفر ارائه داده اند. طرح بیمه حوادث مسافران اتوبوسها و قطارها را می توان از این نوع بیمه نامه ها به شمار آورد.

#### - بیمه غرامت هفتگی

شرکتهای بیمه غرامت از کارافتادگی ناشی حادثه را بصورت دو طرح بلند مدت و کوتاه مدت تحت پوشش قرار داده اند. معمولاً غرامت طرح کوتاه مدت برای یک دوره ۱۳-۲۶ و یا ۵۲ هفته ای است. از کارافتادگی ناشی از حاملگی برای زنان در اینگونه طرحها دارای پوشش بیمه ای نبوده و معمولاً جزء استثنائات بیمه نامه محسوب می شود. مدت پرداخت غرامت در طرح بلند مدت، پس از گذراندن دوران انتظار که معمولاً از هفت روز شروع و تا ۶ ماه ادامه می یابد. برای تمام عمر یعنی تا رسیدن بسن ۶۵ سالگی ادامه خواهد یافت.

#### **خسارت Loss-Claim**

خسارت عبارت است وقوع خطر یا تحقق امری که بیمه گر در قرارداد بیمه متعهد جبران عواقب آن می باشد. (حقوقدان آلمانی- اتوهاگن)

در بیمه های عمر و حوادث در واقع بیمه گر متعهد به پرداخت غرامت (Indemnity) با توجه به ماهیت بیمه های اشخاص می باشد. چنانچه بیمه شده بر اثر وقوع یکی از خطرهای مشمول بیمه فوت نماید ( اعم از عادی یا به علت حادثه ) بیه گر متعهد به پرداخت سرمایه بیمه مندرج در بیمه نامه خریداری شده می باشد.

بنابر این با توجه به تعاریف ارائه شده در بیمه های عمر:

فوت به علت حادثه در بیمه های حوادث و فوت به هر علت در بیمه های عمر و حوادث تحت پوشش می باشد. در بیمه های حوادث چنانچه حادثه رخ داده منجر به فوت بیمه شده نگردد و آثار جراحی بر جای گذارد و یا ایجاد نقصان در اعمال و حرکات شخص نماید، شخص دچار نقص عضو و از کارافتادگی شده که می تواند نقص عضو دائمی و کلی و یا دائمی و جزئی باشد.

در هر یک از حالات فوق بنا به نوع خطر تحت پوشش مدارک مستند و مثبت جهت تشکیل پرونده غرامت مورد نیاز می باشد.

الف ( مدارک مثبت در صورت فوت (به هر علت)

۱- گواهی پزشک معالج یا پزشکی قانونی مبنی بر علت و تاریخ فوت

۲- خلاصه رونوشت وفات

۳- جواز دفن

۴- تصویر کلیه صفحات شناسنامه متوفی (باطل شده)

۵- مدارک مربوط به وراثت یا استفاده کنندگان از سرمایه بیمه

ب) مدارک مثبت در صورت فوت به علت حادثه

۱- گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح تنظیم شده است.

۲- گواهینامه رانندگی معتبر و متناسب با وسیله نقلیه حادثه دیده ( در صورتیکه بیمه شده رانندگی وسیله نقلیه را به

عهده داشته است)

۳- گزارش پزشکی قانونی

ج) مدارک مثبت در صورت وقوع خطر نقص عضو و از کارافتادگی به علت حادثه

۱- گواهی اولین مرجع درمانی که بیمه شده پس از وقوع حادثه به آن مراجعه نموده است

۲- گواهی پزشک معالج و یا پزشک قانونی مبنی بر اقدامات انجام شده، خاتمه معالجات و تائید نقص عضو به

انضمام سوابق پزشکی

۳- گزارش حادثه

۴- گواهینامه معتبر و متناسب با وسیله نقلیه مربوطه

یادآور می شود در صورت عدم امکان ارائه اصل مدارک فوق تصاویر برابر با اصل مورد قبول می باشد.

د) مدارک مورد نیاز در صورت وقوع هزینه های پزشکی ناشی از حادثه

۱- ارائه اصل مدارک و فاکتورهای پزشکی (از مؤسسات پزشکی معتبر)

## بخش چهارم

۱- بیمه های درمانی

هدف از بیمه های درمانی و بیمارستانی، پرداخت هزینه های بیمارستانی در رابطه با معالجات مورد نیاز است. با

توجه باینکه هزینه های بیمارستانی و اعمال جراحی ناشی از جراحتهای و صدمات بدنی ایام کار معمولاً تحت پوشش

بیمه های اجتماعی قرار دارد، لذا هزینه های درمانی گروهی صرفاً محدود به ناخوشیها و حوادث ایام غیر کار است.

بیمه های درمانی گروهی، بالاترین درصد تشکیل دهنده حق بیمه های شرکتهای بیمه را تشکیل میدهد. این بیمه

نامه های گروهی معمولاً توسط کارفرمایان خریداری میگردد تا کارکنان و کارگران در یک رفاه و آسودگی



نسبی از نظر درمان و بهداشت قرار داشته باشند. حق بیمه این قراردادها معمولاً توسط کارفرما و بصورت یکجا و در آغاز قرارداد به شرکت بیمه پرداخت میشود و اگر کارکنان سهمی در پرداخت آن داشته باشند کارفرما همه ماهه سهم آنان را کسر و به صندوق شرکت واریز مینماید. در قراردادهای بیمه درمانی، بیماری اینگونه تعریف شده است "بیماری یا مرض عبارت است از هر گونه عارضه جسمی و تغییر نامساعد و اختلال در اعمال عادی و طبیعی اعضاء و جهازهای مختلف بدن که از سوی مراجع پزشکی قابل تشخیص بوده و ارتباطی با اعمال ارادی بیمه شده نداشته باشد لذا تعهدات بیمه شدگان که بر اساس شرایط قرارداد با رعایت فرانشیز توافق شده قابل پرداخت است".

بیمه های گروهی درمانی، برخلاف بیمه های انفرادی، معمولاً خسارات ناشی از حوادث غیر محیط کار را میپردازد، زیر غرامت ناشی از حوادث محیط کار معمولاً تحت پوشش بیمه های اجتماعی کارگران قرار دارد. "شرایط بیمه نامه های درمانی گروهی قابل انطباق در مورد بیمه های گروهی نمیشود، زیرا بیمه گران در مورد انعقاد قراردادهای گروهی از آزادی عمل بیشتری استفاده مینمایند. بیمه های درمانی دارای طرحهای متعدد و خاصی است که میتوان آنها را بشرح زیر و با نامهای متفاوت خلاصه نمود.

۱- بیمه های درمانی دائمی

۲- ادامه پوشش از کارافتادگی

۳- پوشش بیمه بیماری

۴- بیمه تأمین درآمد

علیرغم اسامی متفاوت و گوناگون که در بالا ذکر گردید، اکثر قراردادها مشابه یکدیگر بوده و اغلب آنها خطر حادثه و ناخوشی تحت پوشش قرار گرفته اند. تا چند سال قبل تعداد معدودی از بیمه گران در این رشته بیمه ای فعالیت مینمودند، اما امروزه این رشته از بیمه جای ویژه ای را در صنعت بیمه کشورهای صنعتی و مرفعی باز نموده

و کلیه شرکت‌های بیمه در این زمینه فعالیت می‌نمایند. در اغلب بیمه‌نامه‌های درمانی پرداخت غرامت هم پیش‌بینی شده که نحوه پرداخت آن بصورت هفتگی و از زمان از کارافتادگی بیمه شده آغاز می‌گردد. نکته بااهمیتی که در انعقاد اینگونه قراردادهای باید مد نظر قرار گیرد، همان اصل غرامت و زیان است نه بهره‌وری از آن، به همین دلیل شرایط قراردادهای بنحوی تنظیم می‌گردد که صرفاً جایگزین درآمد قطع شده بیمه‌گذار/ بیمه شده در زمان از کارافتادگی گردد، نه اینکه مبلغی بدون در نظر گرفتن وضعیت مالی و میزان حقوق و دستمزد بیمه شده باو پرداخت گردد. غرامت می‌تواند از روز آغاز از کارافتادگی پرداخت و یا مهلت زمان معینی در نظر گرفته شود و بعد از آن اولین پرداختها آغاز گردد. معمولاً پرداخت غرامتها تا زمان فوت بیمه شده، انقضای قرارداد بیمه و یا بهبودی کامل ادامه خواهد یافت. قراردادهای تمامی بیمه‌نامه‌های عمر هزینه‌های درمانی و بیمارستانی را پوشش نمی‌دهد، اما بسیاری از بیمه‌نامه‌های انفرادی و تقریباً تمامی بیمه‌نامه‌های گروهی دارای شروط پرداخت غرامت از کارافتادگی می‌باشد.

در ایران بر خلاف سایر کشورهای متمدنی، بیمه‌های درمانی بصورت انفرادی عرضه نمی‌شود و طرحهای گروهی به دو صورت خدمات سرپائی و بیمارستانی و آنهم بصورت خیلی محدود و برای گروههای شناخته شده عرضه می‌گردد. در این قراردادهای گروهی، معمولاً جراحی و خسارات ناشی از حوادث تحت پوشش قرار می‌گیرد، اما هرگز بیمه‌نامه‌ها غرامت هفتگی و یا از کارافتادگی را ارائه نمی‌دهند و معمولاً اینگونه پوشش بعنوان هزینه‌های پزشکی و غرامت روزانه و یا هفتگی در بیمه‌نامه‌های حوادث پوشش داده می‌شود. در قراردادهای درمانی گروهی، بیمه‌گر معمولاً با توجه به تعهدات خود در مورد خدمات سرپائی، بیمارستانی و یا هزینه‌های اتاق عمل و دستمزد جراح و کمک جراح حداکثر تعهد را برای هر نفر با توجه به ترکیب گروه، تعداد آن و میزان حق بیمه معین مینماید.

**نحوه ارزیابی و انتخاب ریسک در بیمه‌های درمان:**

### سن پیشنهاد دهنده

سن بیمه گذار اثرات قابل ملاحظه ای بر نرخ و درصد از کارافتادگی و مرض با توجه به نوع پوشش بیمه نامه ها خواهد داشت زیرا طبیعی است که شدت و کثرت موارد ناخوشی و از کارافتادگی با افزایش سن و سال رو به فزونی می‌رود و این فزونی در تناسب با افزایش نرخ مرگ و میر در بیمه های عمر قابل مقایسه می باشد. در مورد هزینه های پزشکی و غرامتهای از کار افتادگی، این افزایش تا سنین ۵۵ سالگی از اهمیت چندانی برخوردار نیست.

### جنس، شغل و حرفه

در مورد بیمه های درمانی، جنس همانند بیمه های عمر از اهمیت ویژه ای برخوردار است زیرا با مطالعات انجام شده باین نتیجه رسیده ایم که زنان از امراض و از کارافتادگیهای بیشتری رنج می برند. این امر حتی در مورد بیمه نامه هایی که هزینه های حاملگی، سقط جنین، کورتاژ و سایر موارد مشابه را حذف نموده است صادق می باشد شرکت بیمه باید در تحت پوشش قرار دادن زنان احتیاط بیشتری را مد نظر قرار دهد زیرا در بیمه کردن این گروه مسائل و مشکلات خاص با توجه باینکه آنها نان آور خانواده نیستند وجود دارد. برای انواع پوشش های بیمه ای زنان دارای نرخ بیشتری در مقایسه با مردان می باشند. افزایش هزینه های درمانی و پزشکی و پرداخت غرامتهای از کارافتادگی ممکن است تا حدود خیلی زیادی تحت تأثیر شغل و حرفه بیمه گذار قرار داشته باشد زیرا هر حرفه ای خطرات شغلی خاص خود را داراست.

بسیاری از مشاغل مانند خلبان آزمایشی "افرادی که در ارتفاعات بسیار بلند کار می کنند" و یا "کارگران تونلهای زیر زمینی و زیر دریائی" که اصولاً بصورت انفرادی غیر قابل بیمه شدن محسوب می شوند.

### وضعیت جسمانی

لازم به ذکر است که وضعیت جسمانی پیشنهاددهنده از اهمیت خاصی برخوردار است. وضعیت جسمانی فعلی و تاریخچه پزشکی قبلی پیشنهاد دهنده باید به دقت بررسی شده و احتمال ناخوشی، مرض و از کارافتادگی آینده

ارزیابی گردد. اضافه وزن از عواملی است که همیشه باید مد نظر قرار گیرد، زیرا معمولاً بین ۱۵ تا ۲۰ درصد اضافه وزن برای سنین متوسط قابل چشم پوشی است و معمولاً بدون اضافه نرخ و با شرایط متعارف تحت پوشش قرار می گیرد. امراضی مانند برونشیت، سل، زخم معده باید بدقت بررسی شده و پس از اخذ معاینات پزشکی توسط بیمه گر بیمه شوند.

#### تاریخچه پزشکی شخص

اهمیتی که بیمه گر به تاریخچه پزشکی مربوط به ناخوشیهای گذشته و حوادث اتفاق افتاده نشان میدهد ممکن است متفاوت باشد، زیر تا حدود خیلی زیادی بستگی به جدی بودن مرض و ناخوشی و یا تعدد دفعاتی که مرض بازگشت نموده و یا درصد از کارافتادگی حاصله از آن خواهد داشت، بنابراین به امراضی مانند آسم باید توجه بیشتری مبذول نمود تا اعمال جراحی های انجام شده مانند آپاندیسیت و یا ناخوشیهای مانند ذات الریه. البته امراض خطرناکی مانند امراض قلبی، فشار خون، سل، سرطان خیلی بندرت تحت پوشش بیمه ای قرار می گیرند و اصولاً مورد قبول واقع نمیشوند.

#### تاریخچه پزشکی خانواده

تاریخچه پزشکی خانواده معمولاً مورد توجه قرار نمی گیرد. فرم پیشنهاد معمولاً شامل سؤالاتی در مورد وضعیت جسمانی، تاریخ فوت، وضعیت جسمانی و سلامتی والدین، برادران و خواهران میباشد. در صورت فوت هر یک از آنها و سنی که در گذشته اند بهمراه علل و علت ناخوشی و مرض پرسیده شود زیرا این اطلاعات تا حدود خیلی زیادی در اخذ تصمیم بیمه گر مناسب میباشد.

لازم به تذکر است که افراد غیر استاندارد را شرکت بیمه نمیتواند بپذیرد و یا در صورت پذیرش آن هم پس از مطالعات همه جانبه با اضافه نرخ پزشکی مناسب تحت پوشش بیمه ای قرار دهد.

اصول فنی و تکنیکی بیمه نمودن افراد غیر استاندارد شامل سه بخش بشرح زیر است:

۱- صرفنظر کردن از عدم بیمه کردن و رد خطر پیشنهاد شده

۲- بیمه نمودن باضافه نرخ پزشکی بر اساس جداول خاص و معین

۳- اعمال محدودیت هائی در شرایط بیمه نامه های صادره

اهم تعاریف در بیمه های درمان بشرح ذیل میباشد:

(۱) **بیمه گر:** شرکت بیمه ای می باشد که بر اساس قوانین و مقررات بیمه و شرایط این قرارداد در ازای دریافت

حق بیمه انجام تعهداتی را به عهده می گیرد.

(۲) **بیمه گذار:** اشخاص حقیقی یا حقوقی می باشند که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را

تعهد می نمایند.

(۳) **بیمه شدگان:** عبارتند از کلیه کارکنان بیمه گذار و افراد تحت تکفل آنان که در مقابل بیماری و یا حادثه منجر

به بستری شدن آنان در بیمارستان یا مراکز درمانی مشابه به موجب این قرارداد تحت پوشش قرار می گیرند.

افراد تحت تکفل عبارتند از: همسر یا همسران دائمی، فرزندان مجرد (فرزندان ذکور تا سن ۲۰ سالگی و در

صورت ادامه تحصیل تا سن ۲۵ سالگی و فرزندان اناث تا زمان ازدواج مشروط بر اینکه در آمد و مستمری نداشته

باشند)، پدر و مادر تحت تکفل کارکنان مشمول قرارداد مشروط بر اینکه اسامی کلیه بیمه شدگان قبلاً به بیم گر

ارائه شده و به تأیید وی رسیده باشد.

(۴) حق بیمه: وجهی است که بیمه گذار در مقابل انجام تعهدات بیمه گر به وی می پردازد.

(۵) غرامت: وجه یا جوهری است که بیمه گر متعهد است طبق شرایط این قرارداد برای انجام درمان پزشکی و

عملیات جراحی به بیمه گذار پردازد.

(۶) بیماری: عبارت است از تغییر نامساعد و اختلال در عمل عادی اعضاء مختلف بدن که به وسیله مراجع ذیصلاح

پزشکی تشخیص داده شود.

۷) حادثه: پیشامد ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی است که بدون اراده بیمه شده بروز کرده و منجر به صدمه بدنی وی شود.

۸) عملیات جراحی: منظور بخشی از اعمال جراحی است که صرفاً به تشخیص پزشک متخصص بر حسب ضرورت و برای نجات جان و بهبود بیمه شده انجام شود.

۹) فرانشیز: عبارت است از سهم بیمه شده از هزینه های درمانی انجام شده که انواع متداول آن در بیمه های درمانی عبارت است از:

فرانشیز درصدی: که به موجب آن درصد مشخصی از هزینه ها را خود بیمه گذار متحمل می نماید.

فرانشیز حداقل: که هزینه های مازاد بر آن را معمولاً بیمه گر می پردازد.

فرانشیز دوره ای: که بموجب آن ایام بخصوصی (مدت بخصوصی) از بیماری از تعهدات بیمه گر مستثنی است مثلاً هزینه های مربوط به یکی از دو روز اول بستری شدن در بیمارستان

۱۰) دوران انتظار: مدت زمانی است که تعهدات بیمه گر در مورد بعضی از بیماریها به حالت تعلیق درمی آید

تاریخ شروع دوران انتظار تاریخ شروع پوشش بیمه شده است به عبارت دیگر در مدت دوران انتظار بیمه گر

تعهدی نسبت به پرداخت غرامت مربوط نخواهد داشت و پس از سپری شدن دوران مذکور تعهد بیمه گر نسبت به

پرداخت غرامت طبق شرایط قرارداد آغاز می گردد. در بیمه های درمانی برای اینکه بیمه گر در واقع بیماریهائی

که تاریخ شروع آن قبل از تاریخ شروع بیمه باشد را بخواهد مستثنی کند از طریق پیش بینی دوره ای بعنوان دوره

انتظار این عمل را انجام میدهد. بعبارت دیگر در دوران انتظار دوره ای ایست که قبل از منقضی شدن آن بیمه گر

تعهدی در خصوص پرداخت هزینه های مربوط به بیماریهای دارای دوران انتظار ندارد. مدت دوران انتظار متفاوت

است و معمولاً حداقل ۲ ماه تا ۹ یا ۱۰ ماه (برای زایمان) میباشد که این مدت معمولاً ۳ ماه است و برای

قراردادهایی که در نیمه دوم ماه منعقد می گردد از اول ماه بعد خواهد بود. دوران انتظار شامل موارد و امراض زیر

میشود:

- ۱- امراض و ناخوشیهایی که بعلت حوادث پدید آمده باشد.
  - ۲- در مورد امراضی مانند آبله مرغان، تب نوبه، تب مالت، سیاه زخم و یرقان مسری، پاراتیفوئید، تیفوس، آبله، حصبه، دیفتری، سیاه سرفه
  - ۳- دوران انتظار شامل نوزادان متولد شده از زنان بیمه شده نمیشد.
  - ۴- چنانچه فرد بیمه شده بیماری خاصی داشته و مدت ۳ ماه از تاریخ شروع آن گذشته باشد و آنگاه ازدواج نماید در صورتیکه زوجه خود را بیمه کند، دوران انتظار شامل همسر وی نخواهد شد.
- (۱) بستری شدن: عبارت است از اقامت بیمه شده حداقل بمدت ۲۴ ساعت در بیمارستان یا مراکز درمانی مشابه به

دلایل پزشکی

- اهم تعهداتی که در این نوع بیمه نامه به عهده بیمه گذار به شرح ذیل است:

(۱) بیمه گذار متعهد است صورت اسامی کلیه بیمه شدگان را با ذکر تاریخ تولد، شماره شناسنامه، محل صدور در شروع قرارداد و نیز افزایش و یا کاهش در تعداد بیمه شدگان را کتباً و با ذکر مشخصات فوق الذکر به اطلاع بیمه گر برساند.

(۲) بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع قرارداد را در اختیار بیمه گر قرار دهند.

(۳) بیمه گذار متعهد است حق بیمه هر ماه را حداکثر تا پانزدهم یا بیستم ماه بعد پرداخت نماید در غیر اینصورت تعهدات بیمه گر از تاریخ سررسید حق بیمه به حالت تعلیق درآمده و غرامت وارده در زمان تعلیق غیر قابل

پرداخت می باشد و تعهدات بیمه گر مجدداً از زمان پرداخت حق بیمه آغاز و قرارداد از حالت تعلیق خارج می گردد.

۴) بیمه گذار متعهد است در زمان بستری شدن و ترخیص بیمه شده حداکثر ظرف مدت معینی مراتب را به اطلاع بیمه گر برساند.

تعهداتی که در این نوع بیمه نامه ها به عهده بیمه گر می باشد بر اساس میزان حق بیمه ای که با بیمه گذار به توافق می رسند متغیر است.

تعهدات بیمه گر بر اساس دو عامل تنظیم میگردد.

الف: حداکثر سقف تعهدات

بیمه گران حداکثر سقف تعهدات را برای بیمه شدگان به دو صورت انفرادی و خانوادگی ارائه می نمایند که هر کدام مزایا و معایبی دارد. مزیت سقف خانوادگی در این است که هر کدام از اعضای خانواده حداکثر پوشش را دارند و از نظر آماری احتمال اینکه از یک خانواده مثلاً چهار نفری دو نفر در سال در بیمارستان بستری شوند به مراتب کمتر از آن است که یک نفر بستری شود و یکی از عیوب این پوشش در حالت بروز حادثه است که می تواند چند نفر از اعضای یک خانواده را راهی بیمارستان نماید. حداکثر سقف تعهدات بیمه گر می تواند در مورد بیماریهای مختلف متفاوت باشد به عنوان مثال برای جراحی های عمده مثل قلب و عروق، پیوند کلیه، مغز و اعصاب پوشش بیشتری نسبت به سایر اعمال اخذ گردد.

توضیح: تعهدات مندرج در آیین نامه شماره ۲۷/۱ به صورت انفرادی است.

ب: نوع بیماری

نوع بیماری نیز در تعهدات بیمه گر تغییراتی بوجود می آورد به عنوان مثال پوشش زایمان که البته به غلط به آن بیماری اطلاق می گردد می تواند جزء تعهدات بیمه گر باشد یا نباشد.



استثنائاتی نیز در اینگونه بیمه نامه ها وجود دارد که اهم آن بشرح ذیل می باشد:

۱) اعمال جراحی به منظور زیبایی و یا رفع و یا کاهش عیوب مادر زادی و نواقص طبیعی.

۲) سقط جنین جز در مواردی که طبق مقررات و قوانین موضوعه بر حسب ضرورت انجام شده باشد.

۳) هرگونه هزینه برای ترک اعتیاد

۴) کلیه هزینه های معالجات برای عقیم شدن مگر بنا به تشخیص

۵) کلیه هزینه های ناشی از خودکشی، قتل، و جنایت.

۶) در بیمه های اشیاء به عنوان مثال مقاطعه کاری یا آتش سوزی مورد بیمه ثابت است در نتیجه می توان از نظر

ریسک سیل یا زلزله و آتش نشان مورد بررسی قرار گیرد و با توجه به احتمال بروز اینگونه حوادث طبیعی با و یا

بدون حق بیمه اضافی به آن پوشش داد ولی در بیمه های درمانی مورد بیمه متغیر است و می تواند در زمان وقوع

اینگونه حوادث در کانون خطر باشد لذا خطر آن قابل محاسبه نبوده و در نتیجه اینگونه خطرات در بیمه های

درمانی پوشش ندارند.

۷) کلیه هزینه های ناشی از جنگ، شورش، اغتشاش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، عملیات خصمانه

دشمن، حکومت نظامی و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و فعل و انفعالات اتمی به دلیل متغیر بودن

بیمه شده در بیمه های درمانی پوشش ندارند.

۸) کلیه هزینه های مربوط به بیماریهای روانی به دلیل اینکه مدت زمان معالجه و یا اثر معالجات مشخص نیست در

اینگونه بیمه نامه ها پوشش ندارند.

۹) کلیه هزینه های مربوط به بیماریهایی که منشاء قبلی داشته و یا ژنتیکی باشد و شروع و تشخیص آن قبل از شروع

قرارداد باشد.

۱۰) کلیه هزینه های ناشی از بیماریهای واگیردار (اپیدمی)

۱۱) کلیه هزینه های دندانپزشکی به جز جراحی فک و لثه ناشی از حادثه به تایید پزشک معتمد بیمه گراطاق

خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری با تایید پزشک معتمد بیمه گر

۱۲) کلیه هزینه های ناشی از نازایی

۱۳) کلیه هزینه های مربوط به چکاپ

۱۴) کلیه هزینه های مربوط به واکسیناسیون

۱۵) کلیه هزینه های تهیه اعضاء مصنوعی

۱۶) کلیه هزینه های مربوط به تقویت غذایی

۱۷) کلیه هزینه های مربوط به شامپو و صابون

۱۸) کلیه هزینه های ناشی از ورزشهای حرفه ای

۱۹) کلیه هزینه های ناشی از لیزر درمانی به منظور برداشتن عینک

۲۰) کلیه هزینه های زایمان برای فرزندان چهارم به بعد

۱- پوشش هزینه های بیمارستانی بشرط بستری شدن

بطور کل هزینه های بیمارستانی ناشی از ناخوشی و جراحات و صدمات بدنی در اثر حادثه که منجر به بستری شدن

بیمه شده در بیمارستان یا مراکز درمانی مشابه می گردد را پوشش می دهد که در بیمه نامه های گروهی درمانی

قابل پرداخت می باشد در این طرحها هزینه های بیمارستانی شامل اتاق، هزینه های همراه، پرستار خدمات ویژه،

هزینه های جراحی، اتاق عمل، عکسبرداری، آزمایشگاه و لابراتوار و دارو میباشد. بستری شدن در بیمارستان دارای

شرایط خاصی است از جمله این که بیمار حتماً باید کلیه آزمایشات مربوط به تشخیص پزشکی را انجام دهد و

کلیه خدمات درمانی از قبیل اعمال جراحی و یا معالجات تحت نظر پزشکان متخصص انجام پذیرد و حد اقل هم

مدت ۲۴ ساعت تحت نظر پرستاران متخصص در بیمارستان بستری باشد. نیاز به بستری شدن در بیمارستان میبایست توسط پزشک معالج بیمه شده تجویز شده باشد و در زمان بستری شدن هم بیمه نامه دارای اعتبار بوده باشد.

## ۲- پوشش بیمه درمانی سرپایی و بیمارستانی

در این نوع پوشش به غیر از تعهدات بیمارستانی هزینه های سرپایی از قبیل ویزیت پزشک در مطب، منزل و بیمارستان، آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی، الکتروکاردیوگرافی و تست های قلبی، دندانپزشکی، عینک طبی و فیزیوتراپی و سایر خدمات پزشکی مشابه پوشش دارد.

### پرداخت غرامت

بیمه شدگان اینگونه بیمه نامه در صورت بروز بیماری یا حادثه در انتخاب پزشک بیمارستان یا مراکز درمانی کشور مجاز هستند و هزینه ها را شخصاً پرداخت نموده و سپس مدارک را به شرکت بیمه ارائه می نمایند و هزینه ها را بر اساس تعهدات بیمه نامه دریافت می دارند. بیمه شدگان در صورتیکه به مراکز پزشکی طرف قرارداد شرکت های بیمه مراجعه نمایند هزینه ها توسط شرکت پرداخت می گردد.

### تعهدات شرکت های بیمه درمورد پرداخت غرامت

پرداخت غرامت بر اساس رسید پزشک، بیمارستان و مراکز درمانی مشابه انجام می پذیرد. پرداخت غرامت بیمه درمانی به دلیل اینکه بیمه شده دخالت مستقیم در افزایش هزینه ها دارد با دقت بسیاری باید رسیدگی گردد. زیرا بیمه شده می تواند در یک روز بدون بیماری خاص به چندین پزشک یا مراکز درمانی مراجعه نماید و شخص هزینه آفرین باشد. معمولاً در قراردادهای درمانی مدت انتظار برای برخی از بیماری ها از قبلی بیماری مزمن قلبی و عروقی، گوارش، فتق، لوزه، گواتر، تومورهای مختلف وزایمان، دیسک و... در نظر گرفته می شود که این مدت بین سه تا شش ماه است به استثناء زایمان که دوره انتظار نه ماه دارد. هزینه معالجات خارج از کشور معمولاً در اینگونه قراردادها پوشش ندارند و محدوده جغرافیائی بیمه نامه به ایران محدود می گردد.

## بیمه مضاعف

در صورتی که بیمه شده از طریق مشابهی تحت پوشش درمانی قرار گرفته باشد می تواند از هر دو قرارداد استفاده نماید مشروط بر اینکه جمع مبالغ دریافتی از دو بیمه گر از صد در صد هزینه های انجام شده بیمه شده تجاوز ننماید و در صورت وجود قرارداد مشابه بیمه شده موظف است ابتدا به بیمه گر اول مراجعه نماید و در صورت عدم تکافوی هزینه ها به بیمه گر دوم مراجعه نماید.

## موارد فسخ قرارداد

هر یک از طرفین قرارداد می توانند با ارسال اطلاعیه کتبی یک ماهه تقاضای فسخ قرارداد را بنمایند که در این صورت از تاریخ فسخ کلیه تعهدات بیمه گر نیز پایان یافته تلقی می گردد و تعهدات بیمه گر فقط در مورد هزینه هایی است که تا تاریخ فسخ انجام و یا در بیمارستان بستری بوده و حداکثر یک ماه پس از فسخ قرارداد برای بیمه گر ارسال گردیده است.

الف: موارد فسخ از طرف بیمه گر :

بیمه گر در موارد زیر می تواند قرارداد را فسخ نماید. در این صورت حق بیمه به صورت روز شمار محاسبه می گردد.

۱) هرگاه بیمه شده یا بیمه گذار سهواً و بدون سوء نیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خود داری کرده باشد به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر را تغییر داده و از اهمیت آن بکاهد.

۲) در صورت تشدید خطر موضوع قرارداد

- موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

بیمه گذار نیز می تواند قرارداد را فسخ نماید در این صورت بیمه گر می تواند حق بیمه تا زمان فسخ را بر اساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه نماید مگر در مواردی که فسخ توسط بیمه گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد که در این صورت حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه خواهد شد.

۱) انتقال پرتفوی بیمه گر

۲) کاهش خطر موضوع قرارداد و عدم موافقت بیمه گر با تعدیل حق بیمه

۳) در صورتیکه گروه بیمه شده به علت توقف در کار و یا مشکلات پیش بینی نشده دیگر ترکیب گروهی خود را از دست بدهند.