



صندوق ذخیره سپهریان

(ویژه اعضای صندوق و سایر سپهریان)

بیمه عمر و حوادث

سال 1399

بسمه تعالی

جدول تعهدات و شرایط بیمه نامه: (حق بیمه ها به ریال و سالانه و با احتساب مالیات و ارزش افزوده)

ردیف	نام طرح	خطرات تحت پوشش بخش عمر	حداکثر سرمایه بخش عمر	حداکثر سرمایه نقص عضو و از کارافتادگی بر اثر حادثه	جمع حق بیمه بخش عمر واحده
طرح 1	سرپرست	فوت به هر علت	200.000.000	200.000.000	250.000
	همسر	فوت به هر علت	100.000.000	100.000.000	
	فرزند یک نفر	فوت به هر علت	50.000.000	50.000.000	
	هرکدام از فرزندان، پدر، مادر، و پدر و مادر همسر	فوت به هر علت	100.000.000	100.000.000	83.500

*نکته: حداکثر تعهد بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان معادل سرمایه فوت به هر علت و نقص عضو و از کارافتادگی بر اثر حادثه مطابق جدول فوق می باشد.

استفاده کنندگان سرمایه :

نام	ذینفع در بخش عمر	درصد سهم	ذینفع در بخش حادثه
سرپرست	وراث قانونی	به نسبت مساوی در صورت ذکر صرفاً نام و عدم تعیین درصد	بیمه شده اصلی
پدر و مادر و پدر و مادر همسر	بیمه شده اصلی	100 درصد	بیمه شده
همسر و فرزند	بیمه شده اصلی	100 درصد	بیمه شده اصلی

شرایط بیمه عمر حوادث

ماده اول - پوششهای بیمه ای:

عبارت است از:

- 1- پوشش خطرهای مشمول بیمه عمر زمانی بیمه شدگان (فوت به هر علت) طبق شرایط عمومی بیمه عمر مورد عمل بیمه گر.
 - 2- پوشش خطرهای مشمول بیمه حوادث بیمه شدگان(نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی و یا جزئی ناشی از حوادث) طبق شرایط عمومی بیمه حوادث مورد عمل بیمه گر .
- تبصره 1 - نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم عبارت است از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کارعضوی ازاعضاء بدن که ناشی از حادثه بوده و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد. ملاک تشخیص و تعیین میزان نقص عضو یا ازکارافتادگی نظر کمیسیون پزشکی معتمد بیمه گر و براساس جداول مندرج در دستورالعمل تعیین درصد نقص عضو مورد عمل بیمه گر خواهد بود.
- تبصره 2 - در صورت بروز اختلاف در مورد میزان نقص عضو یا ازکارافتادگی، موضوع به کمیسویی که متشکل از پزشک معتمد بیمه گر و پزشک معتمد بیمه گذار و پزشک سومی که منتخب طرفین می باشد ارجاع ورأی این کمیسیون برای طرفین قطعی و لازم الاجراء خواهد بود.
- تبصره 3 - حداکثر تعهد بیمه گر برای هریک از بیمه شدگان معادل سرمایه تعیین شده در جدول صفحه اول این قرارداد می باشد.

ماده دوم - بیمه شدگان :

- 1- بیمه شدگان در طرح خانواده 1 شامل بیمه شده اصلی و همسر و یک فرزند می باشند.(جمعا سه نفر)
 - 2- در طرح خانواده 1 اعلام اسامی و مشخصات بیمه شدگان شامل بیمه شده اصلی و همسر و فرزندان به جهت پوشش بیمه ای الزامی است .
 - 3- پدر و مادربیمه شده اصلی و پدر و مادر همسر بیمه شده اصلی می توانند صرفاً در ابتدای ثبت نام زیر مجموعه بیمه شده اصلی قرار گیرند.
 - 4- حق بیمه خانواده های بالای 3 نفر از بابت هر فرزند و هر کدام از پدر و مادربیمه شده اصلی و پدر و مادر همسر بیمه شده اصلی معادل یک سوم طرح خانواده و براساس جدول صفحه اول این قرارداد می باشد که براساس تعداد بیمه شدگان به حق بیمه خانواده اضافه خواهد شد.
- تبصره : حداکثر سن مورد تعهد بیمه گر برای بیمه شدگان اصلی و پدر و مادر ایشان و همسران و پدر و مادر همسران آنان 70 سال تمام در زمان ثبت نام و فرزندان بیمه شدگان اصلی نیز با رعایت تا 30 سال می توانند به عداد بیمه شدگان درآیند.
- بدیهی است در صورتیکه حق بیمه ای بابت افراد خارج از حدود سنین مورد تعهد بیمه گر پرداخت شود، عیناً قابل استرداد خواهد بود و در صورت بروز خطر مورد تعهد بیمه گر، خسارت غیر قابل پرداخت بوده و حق بیمه های دریافتی هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و بیمه شده و تعهدی برای بیمه گر ایجاد نخواهد نمود.

ماده سوم - ثبت نام

- 1- ثبت نام در سایت از ابتدای هر ماه تا 25 ام ماه بعد از ثبت نام نهایی آغاز خواهد شد و حق بیمه کامل ماه از بیمه شده اخذ خواهد شد و خاتمه پوشش در سال آتی پایان ماه ثبت نام شده خواهد بود .
- 2- در طرح های خانواده 1 ثبت نام اعضای خانواده صرفاً در ابتدای پوشش بیمه ای انجام خواهد شد و فقط در صورت ازدواج بیمه شده اصلی همسر و در صورت تولد فرزند جدید این افراد با اعلام اسامی در سایت به بیمه شدگان اضافه خواهند شد.
- 3- امکان تکمیل فرم تعیین ذینفع صرفاً در ابتدای قرارداد وجود دارد.

ماده پنجم - نحوه پرداخت حق بیمه :

1- بیمه شده متعهد است حق بیمه بیمه نامه را در لحظه ثبت نام براساس روش اجرایی صندوق پرداخت نماید.

2- حق بیمه هایی که پرداخت می شود قابل استرداد نیست .

ماده ششم - اصل حسن نیت :

بیمه شده مکلف است با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات خود را درج نمایند اگر بیمه شده در پاسخ به پرسشها عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنماید، قرارداد باطل و بلا اثر خواهد بود. ولو اینکه مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده هیچ گونه تأثیری در وقوع بیماری یا حادثه نداشته باشد. در این صورت وجوه پرداختی ایشان مسترد نخواهد شد .

ماده هفتم - استفاده کننده (گان) یا ذینفع (ها) :

1- در صورت فوت بیمه شده سرمایه مورد تعهد به ترتیبی که از طرف بیمه شده در فرم تعیین ذینفع مشخص گردیده است در وجه ذینفع های تعیین شده پرداخت خواهد شد. چنانچه سهم هر یک از ذینفع ها توسط بیمه شده تعیین نشده باشد، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین آنان تقسیم خواهد شد و در صورت عدم تعیین ذینفع و یا عدم تکمیل فرم تعیین ذینفع و یا مخدوش بودن آن سرمایه بیمه براساس قوانین جاری جمهوری اسلامی ایران در وجه وراثت قانونی وی پرداخت خواهد شد.

تبصره 1 - در صورت فوت بیمه شده و عدم تعیین ذینفع توسط بیمه شده متوفی، مراتب باید کتباً توسط بیمه گذار تأیید گردد.

تبصره 2- در صورتی که ثابت شود ذینفع (ها) و یا استفاده کننده (گان) در قتل بیمه شده عمداً مباشرت و یا معاونت داشته و یا قتل به سبب تحریک یا تباری وی (آنها) روی داده است، چنین ذینفع (ها) یا استفاده کننده (گان) از دریافت سرمایه بیمه محروم خواهد (خواهند) شد. در این صورت بیمه گر منحصراً متعهد به پرداخت سهم سایر افراد ذینفع در سرمایه بیمه خواهد بود.

تبصره 3- چنانچه بنا به درخواست بیمه گذار و موافقت بیمه گر چک غرامت در وجه بیمه گذار صادر گردد، بیمه گذار موظف است سرمایه بیمه پرداخت شده را حسب مورد در وجه وراثت قانونی یا ذینفع های منتخب بیمه شده پرداخت نماید .

2- در صورت نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم کلی یا جزئی بیمه شده به علت حوادث سرمایه بیمه و یا درصدی از آن براساس جدول تعیین نقص عضومندرج در شرایط عمومی بیمه حوادث مورد عمل بیمه گریه بیمه شده پرداخت خواهد شد.

ماده هشتم - وظایف بیمه گذار و ذینفع (ها) در صورت وقوع حادثه :

بیمه شدگان یا ذینفع ها در صورت وقوع حادثه ، مراتب را باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف مدت دو هفته از تاریخ وقوع کتباً و در سایت به اطلاع صندوق برسانند، مگر اینکه ثابت نمایند به علت خارج از اراده خود قادر به اعلام نبوده اند.

ماده نهم - مدارک پرداخت خسارت :

1- با عنایت به تعداد بیمه شدگان و فراگیری جغرافیایی ایشان در سراسر کشور و فرآیند اجرایی طرح بسیج، نحوه ارسال مدارک در مراکزی که شرکت بیمه تعیین خواهد نمود انجام خواهد شد.

2- در صورت وقوع خطرات برای بخش عمر موضوع قرارداد (فوت به هر علت در طرح یک) برای هریک از بیمه شدگان، بیمه گذار مکلف است مراتب را به بیمه گر اعلام و متعاقباً مدارک مستند بشرح زیر را ارسال نماید:

1-2 گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح تنظیم گردیده باشد. (در صورتی که فوت ناشی از حادثه باشد)

2-2 گواهی پزشک معالج یا پزشک قانونی مبنی بر تعیین علت فوت

3-2 کپی برابر با اصل خلاصه رونوشت وفات و یا جواز دفن

4-2 کپی برابر با اصل شناسنامه باطل شده متوفی (کلیه صفحات)

5-2 مشابه حوادث

6-2 کپی صفحه اول (مشخصات) دفترچه تأمین اجتماعی

7-2 اصل برگ تعیین ذینفع به امضاء بیمه شده متوفی و مهر و امضاء بیمه گذار

8-2 برگ انحصار وراثت (در صورت عدم تعیین ذینفع)

9-2 کپی شناسنامه ذینفع (ها) و استفاده کننده (گان)

10-2 کپی برابر با اصل گواهینامه رانندگی بیمه شده در صورتی که فوت ناشی از حادثه رانندگی باشد و بیمه شده رانندگی وسیله نقلیه را به عهده داشته است.

11-2 تایید عضویت فرد توسط صندوق

3- در صورت وقوع خسارت نقص عضو و از کار افتادگی ناشی از حادثه

1-3 گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح (انتظامی، قضائی، تأمین اجتماعی، ...) تنظیم و نام بیمه شده در آن ذکر گردیده باشد.

2-3 گواهی اولین مرجع درمانی که بیمه شده بلافاصله پس از وقوع حادثه به آن مراجعه نموده است. (برای بیمه شدگان طرح 3 مدارک هزینه های پرداخت شده)

3-3 گواهی پزشک معالج مبنی بر خاتمه معالجات و تایید نقص عضو بانضمام سوابق پزشکی و کلیه رادیوگرافیهای بعمل آمده .

4-3 تصویر برابر با اصل شناسنامه .

5-3 تصویر برابر با اصل گواهینامه رانندگی بیمه شده در صورتیکه وی رانندگی وسیله نقلیه را بعهده داشته باشد.

6-3 تایید عضویت فرد توسط صندوق

ماده دهم - استثنائات قرارداد (موارد خارج از تعهد بیمه گر):

10-1- تأمین خطرات ناشی از جنگ از شمول پوششهای این قرارداد مستثنی بوده و تابع توافق جداگانه ای در مورد نرخ و شرایط آن می باشد .

تبصره 1 - بیمه شدگان این قرارداد تحت پوشش بیمه فوت ناشی از عملکرد مهمات جنگی عمل نکرده (در مناطقی که در زمان جنگ تحمیلی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده اند) در زمان صلح و با توجه به میزان تعهدات مندرج در این قرارداد می باشند.

10-2- کلیه خسارات ناشی از شورش، اغتشاش، اعتصاب، بلوا، آشوب، انقلاب، قیام، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و هرگونه اقدامات

تروریستی

10-3- خودکشی بیمه شده و یا اقدام به آن در طول 2 سال اول بیمه ای

10-5- مستی و یا استعمال هرگونه مواد مخدر و یا داروهای محرک بدون تجویز پزشک

10-6- ارتکاب بیمه شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و یا معاونت در آن

10-7- خسارات ناشی از انفجارات اتمی و هیدروژنی و نوتروژنی و مانند آن و فعل و انفعالات هسته ای

10-9- عمد بیمه گذار و بیمه شده در تحقق خطر

10-10- فوت بیمه شده فاقد سابقه بیمه ای (فوت به علت غیرحادثه) در طول مدت 6 ماه اول پوشش بیمه ای در اثر بیماری ایدز، سکته های قلبی و مغزی،

بیماری مزمن کبدی، بیماری مزمن کلیوی و تومور های مغزی، MS، سرطان، هپاتیت که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر منشاء آن قبل از تاریخ شروع پوشش بیمه ای بیمه شده باشد.

10-11- بیماری و ابتلا به جنون بیمه شده مگر آنکه ابتلا به جنون ناشی از تحقق خطر موضوع این بیمه باشد.

10-12- خسارات ناشی از مسابقه سرعت و پروازهای اکتشافی واکروباسی و هر نوع تمرین پرواز هوایی

10-13- کلیه خسارات اتباع خارجی که فاقد مجوز اقامت و پروانه کار باشند .

10-14- سایر موارد طبق شرایط عمومی بیمه عمر مورد عمل بیمه گر.

مدارک مورد نیاز جهت دریافت غرامت فوت ، نقض عضو دائم و هزینه های پزشکی ناشی از حادثه

هزینه های پزشکی ناشی از حادثه	غرامت فوت و نقض عضو دائم
<p>1- در موارد سوختگی تکمیل فرم سوختگی پس از حداقل 6 ماه از حادثه توسط جراح عمومی به طور دقیق (تعیین شکل ضایعات باقی مانده و درصد سوختگی هر ناحیه) بر اساس آسیب های باقی مانده لازم است.</p> <p>2- در موارد آسیب زانو (رباط، مینیسک) MRI زمان حادثه ضروری است.</p> <p>3- در کلیه مواردیکه در صورتجلسه کد با جراحی داده شده شرح عمل جراحی لازم است.</p> <p>4- در ضایعات عصب اندامها مانند اولنار و رادیال و ... نوار عصب یکسال بعد از حادثه ملاک است.</p> <p>5- در مواردیکه کد عوارض مانند محدودیت های حرکتی و آرتروز و نان یونیون (عدم جوش خوردگی) و داده می شود گواهی تایید آن عارضه توسط متخصص مربوطه پس از زمان مقرر در آیین نامه ضروری است. (6 ماه تا یک سال)</p> <p>6- دیسک کمر، ناشی از حادثه و تروما مانند تصادف- سقوط از ارتفاع مشمول آیین نامه می باشد و در موارد حمل بار و اسباب کشی و ورزش های غیر رزمی درصد تعلق نمی گیرد.</p> <p>تبصره: مدارک ذیل جهت احراز ارتباط دیسک با حادثه الزامی می باشد. الف) برگه اعزام همزمان به مراکز درمانی که توسط پزشک و یا بیمارستان مهر و تایید شده باشد.</p> <p>ب) MRI همزمان با حادثه.</p> <p>ج) صورت سانحه معتبر ناشی از حادثه های فوق الذکر.</p> <p>7- در ضایعات گوش نوار گوش همزمان با حادثه و در موارد وزوز گوش گواهی تاییدیه آن و ارتباط با حادثه الزامی می باشد.</p> <p>8- در شکستگی بینی گواهی پایان درمان الزامی است و ملاک تعیین درصد، عوارض و تغییر شکل باقی مانده در پایان درمان می باشد و میزان تغییر شکل بینی در ابتدای حادثه ملاک نمی باشد.</p> <p>9- در کلیه موارد گواهی پایان درمان ضروری است و کلیه مدارک باید دارای اسم و مشخصات و تاریخ دقیق باشد.</p>	<p>1- تصویر کارت ملی و شناسنامه (همه صفحات) بیمه شده اصلی، زیان دیده و ذینفعان</p> <p>2- معرفی نامه از یگان خدمتی (ممهور به مهر یگان خدمتی)</p> <p>3- فرم اعلام خسارت اولیه</p> <p>4- فرم پیشنهاد برای بیمه نامه حوادث انفرادی</p> <p>5- گزارش حادثه</p> <p>6- اصل برگه کمیسیون تعیین درصد (ممهور به مهر کمیسیون پزشکی)</p> <p>7- اصل فیش حقوقی ماه حادثه</p> <p>8- اطلاعات شماره حساب و شماره شبا به صورت مکتوب از بانک</p> <p>9- گواهینامه معتبر در صورت تصادف</p> <p>10- اصل یا کپی برابر اصل بیمارستانی پرونده پزشکی</p> <p>11- جواز دفن، گواهی فوت و گواهی پزشکی فوت سن بالای هفت روز (فوت بر اثر حادثه)</p> <p>12- تاییدیه علت مرگ از مراجع ذیصلاح (پزشکی قانونی) و قرار منع تعقیب در صورت نیاز</p>

نکات حائز اهمیت

- * بر اساس دستورالعمل به کاهش شنوایی ناشی از میداین تیر درصد تعلق نمی گیرد و استفاده از محافظ گوش در کلیه سازمان ها الزامی است.
- * فتق شکم مشمول آیین نامه نمی باشد صرفاً فتق ناشی از برش شکم (انسیزیونان) در اثر حادثه مستند رخ دهد قابل بررسی است.

فرم تعیین ذینفع از سرمایه بیمه عمر/حوادث

ضمن آرزوی طول عمر همراه با سلامتی، با توجه به اینکه این فرم جزء لاینفک بیمه نامه عمر و حوادث گروهی محسوب می شود، خواهشمنداست با دقت و حوصله وبدون قلم خوردگی نسبت به تکمیل جدول اقدام فرمائید.

مشخصات بیمه نامه	نام بیمه گذار:
	شماره بیمه نامه عمر: شماره بیمه نامه حوادث:
مشخصات بیمه شده	نام: نام خانوادگی: نام پدر:
	تاریخ تولد: ۱۳ / / شماره شناسنامه: محل صدور: کد ملی:

مشخصات استفاده کنندگان

ذینفع این بیمه نامه پس از فوت بیمه شده افرادی هستند که توسط بیمه شده در جدول زیر معرفی شده اند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه بیمه
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

<p>این برگه در تاریخ ۱۳ / / بنا به درخواست بیمه شده باطل و برگه جدید به شماره در تاریخ ۱۳ / / تکمیل و تایید گردید.</p> <p>اعضاء بیمه شده مهر و امضاء بیمه گذار</p>	<p>بدینوسیله صحت اطلاعات و امضاء نامبرده با مشخصات ذکر شده و نیز جدول ذینفع به تعداد نفر تایید می شود.</p> <p>مهر و امضاء بیمه گذار</p>	<p>بدینوسیله اینجانب با آگاهی کامل از مفاد مندرج در قرارداد بیمه عمر و حوادث شرکت بیمه کوثر در زمان حیات سرمایه عمر معینه را بر حسب سهم اعلامی در این برگه بین نامبردگان صلح نموده تا پس از فوت اینجانب منتفع گردند.</p> <p>تاریخ: امضاء الرانگشت</p>
--	---	---