

## چارچوب برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور

شورای عالی بیمه در اجرای مفاد بند (۴) ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ایران و بیمه گری، سازوکار اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور را طی شش جلسه شورا بررسی و نهایتاً در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۵/۷، «چارچوب برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور» را به ترتیب زیر تصویب نمود:

از استراتژی های اصلی «برنامه تحول درصنعت بیمه کشور» به منظور دستیابی به اهداف کلان پیش بینی شده، استراتژی «استقرار نظام نظارت هوشمند، نهادینه و خودتنظیم در حوزه حاکمیتی» است که راهکار تحقق آن در قالب هفت سیاست تعیین شده و «استقرار نظارت غیرتعرفه ای به جای نظارت تعرفه ای در صنعت بیمه کشور» یکی از مهمترین این سیاست ها محسوب می شود.

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در راستای عملیاتی کردن سیاست مذکور، «چارچوب برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور» را تدوین و به شورای عالی بیمه پیشنهاد نمود. شورا با بررسی همه جانبه طی شش جلسه، ضمن تصویب چارچوب فوق، موارد زیر را مقرر نمود:

۱- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است مقررات و آیین نامه های مربوط به اجرای مفاد چارچوب برنامه را حداکثر تا پایان سال جاری تدوین و برای تصویب به شورای عالی بیمه ارایه نماید.

۲- نظارت بر اجرای چارچوب برنامه فوق در سطح صنعت بیمه به عهده بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران است و مدیر عامل و هیات مدیره شرکت های بیمه، همکاری لازم به منظور حسن اجرای مفاد این چارچوب را خواهند نمود.

۳- به منظور ارزیابی نتایج حاصل از اجرای «برنامه اصلاح نظام تعرفه در بازار بیمه کشور» و اتخاذ تدابیر لازم برای تحقق اهداف موردنظر از برنامه، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است در مقاطع شش ماهه گزارشی از روند اجرای برنامه فوق را به شورای عالی بیمه ارایه نماید.

## چارچوب برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور:

- اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور به صورت تدریجی و طی یک دوره حداکثر پنج ساله به منظور تسهیل بازار رقابتی
- حمایت از حقوق بیمه گذاران، بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها و لزوم پیش بینی تدابیر لازم
- حمایت از ایجاد و توسعه نهادهای حرفه ای و تخصصی در بازار بیمه کشور
- جلوگیری از ایجاد انحصار در بازار بیمه کشور و مقابله با موارد مختل کننده بازار رقابتی از قبیل قیمت گذاری هاجمی (دامپینگ)، تبانی و ارائه اطلاعات خلاف واقع و گمراه کننده

- تعیین نرخ حق بیمه توسط شرکتهای بیمه با حفظ توازن بین حق بیمه و سایر درآمدهای متعلقه هر رشته بیمه‌ای با خسارتها و هزینههای متعلقه همان رشته و با رعایت ضریب خسارت متعارف در بازار بیمه کشور
- استفاده بهینه از ظرفیت اتکایی داخلی با رعایت اصول حرفه‌ای توزیع ریسک در بازارهای بین‌المللی
- تدوین و عملیاتی نمودن نظام جامع نظارت در صنعت بیمه کشور با هدف «استقرار نظارت غیرتعرفه‌ای به جای نظارت تعرفه‌ای» و با پیش‌بینی ضمانت‌های اجرایی لازم، حداکثر ظرف مدت دو سال
- بکارگیری فن آوری اطلاعات در جمع‌آوری و تولید اطلاعات بیمه‌ای در چارچوب فرم‌های استاندارد تعیین‌شده
- صدور بیمه‌نامه با رعایت ظرفیت شرکت بیمه در نگهداری ریسک و یا با اخذ پوشش‌های اتکایی مناسب
- بازنگری و تدوین ضروریات عملیات اتکایی موسسات بیمه
- تدوین استانداردها و بازنگری شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها در هر رشته بیمه‌ای و سایر آیین‌نامه‌ها و مقررات
- تدوین مقررات مربوط به تایید صلاحیت مسئول فنی و اکچوئر موسسات بیمه
- تدوین آیین‌نامه مربوط به حمایت از حقوق بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و نحوه رسیدگی به شکایات و اختلافات در صنعت بیمه

### آیین‌نامه شماره ۹

تعرفه بیمه آتش سوزی (تاریخ تصویب ۵۲/۸/۱) (در تاریخ ملغی شده و آیین‌نامه شماره ۲۵ جایگزین آن شده است)

۱۳۸۶/۰۲/۰۹

### آیین‌نامه شماره ۸

تعیین میزان حق بیمه مربوط به بیمه مستقیم باربری کالا (تعرفه بیمه باربری) (تاریخ تصویب ۵۲/۶/۲۰)

۱۳۸۶/۰۲/۰۸

### آیین‌نامه شماره ۷

مقررات مکمل آیین‌نامه‌های شماره ۱ و ۳ (تاریخ تصویب ۵۲/۳/۷)

۱۳۸۶/۰۲/۰۷

## آیین نامه شماره ۶

آیین نامه دلالتی رسمی بیمه (تاریخ تصویب ۵۲/۲/۲۴)

۱۳۸۶/۰۲/۰۶

---

## آیین نامه شماره ۵

آیین نامه مربوط به تعیین کارمزد انواع بیمه که در آیین نامه شماره ۱ مصوب شورای عالی بیمه معین نشده است

تاریخ تصویب (۵۱/۱۰/۱۶)

۱۳۸۶/۰۲/۰۵

---

## آیین نامه شماره ۴

آیین نامه ودایع موسسات بیمه خارجی تاریخ تصویب (۵۱/۵/۲۴)

۱۳۸۶/۰۲/۰۴

---

## آیین نامه شماره ۳

تعیین میزان کارمزد و حق بیمه تاریخ تصویب (۵۱/۱/۲۷) در تاریخ ۸۵/۱۱/۲۸ ملغی شدو آئین نامه شماره ۲۰ جایگزین آن شده

۱۳۸۶/۰۲/۰۳

---

## آیین نامه شماره ۲

تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه ها تاریخ تصویب (۵۱/۱/۲۷)

۱۳۸۶/۰۲/۰۲

---

## آیین نامه شماره ۱

نحوه واگذاری بیمه های اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود (تاریخ تصویب ۵۱/۱/۲۷)

۱۳۸۶/۰۲/۰۱

### آیین نامه شماره ۱۹

آیین نامه تعیین نحوه استفاده از ذخیره فنی احتیاطی

۱۳۸۶/۰۲/۱۹

---

### آیین نامه شماره ۱۸

آیین نامه نمایندگی بیمه (ملغی شده)

۱۳۸۶/۰۲/۱۸

---

### آیین نامه شماره ۱۷

مجازبودن موسسات بیمه کشور به صدور بیمه نامه اعتبار

۱۳۸۶/۰۲/۱۷

---

### آیین نامه شماره ۱۶

آیین نامه میزان کارمزد و مشارکت در سود (کارمزد منافع) بیمه های اتکایی اجباری بیمه های غیر زندگی

تصویب ۵۴/۳/۵

۱۳۸۶/۰۲/۱۶

---

### آیین نامه شماره ۱۵

مجاز نمودن شرکت های بیمه به صدور بیمه نامه برای انواع دام و طیور (تاریخ تصویب ۱۳۵۳/۶/۱۱)

۱۳۸۶/۰۲/۱۵

---

### آیین نامه شماره ۱۴

نحوه برخورد با موسسات بیمه که تعرفه های مصوب شورای عالی بیمه را رعایت نمی کنند.

۱۳۸۶/۰۲/۱۴

### آیین نامه شماره ۱۳

آیین نامه بیمه های زندگی تاریخ تصویب (۵۳/۳/۲۶)

۱۳۸۶/۰۲/۱۳

---

### آیین نامه شماره ۱۲

سرمایه گذاری موسسات بیمه (در تاریخ ۸۱/۳/۲۸ ملغی شده و ۴۲ جایگزین آن شده است)

۱۳۸۶/۰۲/۱۲

---

### آیین نامه شماره ۱۱

ذخایر و اندوخته های قانونی مؤسسات بیمه (تاریخ تصویب ۱۳۵۳/۲/۹)

۱۳۸۶/۰۲/۱۱

---

### آیین نامه شماره ۱۰

ذخایر فنی مؤسسات بیمه (در تاریخ ۶۷/۸/۱۱ ملغی شده و آیین نامه ۲۲ جایگزین آن شد)

۱۳۸۶/۰۲/۱۰

### آیین نامه شماره ۹

آیین نامه کارمزد نمایندگی

۱۳۸۶/۰۲/۲۹

---

### آیین نامه شماره ۸

آیین نامه ۲۸ ملغی شده و آیین نامه ۵۷ جایگزین آن و تمام ضمائمه آن گردید.

تعریف و شرایط نمایندگی بیمه و...

۱۳۸۶/۰۲/۲۸

---

### آیین نامه شماره ۲۷

تعرفه بیمه هزینه های بیمارستانی و جراحی

۱۳۸۶/۰۲/۲۷

---

### آیین نامه شماره ۲۶

شرایط عمومی بیمه نامه هزینه های بیمارستانی و جراحی

۱۳۸۶/۰۲/۲۶

---

### آیین نامه شماره ۲۵

آیین نامه راجع به تعرفه بیمه آتش سوزی و خطرات اضافی

۱۳۸۶/۰۲/۲۵

---

### آیین نامه شماره ۲۴

تعرفه بیمه حوادث

۱۳۸۶/۰۲/۲۴

---

### آیین نامه شماره ۲۳

شرایط عمومی بیمه حوادث انفرادی

۱۳۸۶/۰۲/۲۳

---

### آیین نامه شماره ۲۲

ذخائر فنی موسسات بیمه (جایگزین آیین نامه شماره ۱ و مکمل های آن)

۱۳۸۶/۰۲/۲۲

---

### آیین نامه شماره ۲۱

شرایط عمومی بیمه نامه آتش سوزی ، صاعقه ، انفجار(جایگزین ماده ۲ آیین نامه شماره ۲)

۱۳۸۶/۰۲/۲۱

---

### آیین نامه شماره ۲۰

حداکثر کارمزد قابل پرداخت (در تاریخ ۷۱/۹/۲ ملغی و آیین نامه شماره ۲۹ جایگزین آن شد)

### آیین نامه شماره ۳۹

قرارداد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای متصدیان حمل و نقل داخلی

۱۳۸۶/۰۳/۰۹

---

### آیین نامه شماره ۳۸

تعرفه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

۱۳۸۶/۰۳/۰۸

---

### آیین نامه شماره ۳۷

شرایط عمومی بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

۱۳۸۶/۰۳/۰۷

---

### آیین نامه شماره ۳۶

شرایط عمومی بیمه باربری و مجموعه شرایط C و B و A

۱۳۸۶/۰۳/۰۶

---

### آیین نامه شماره ۳۵

بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث

۱۳۸۶/۰۳/۰۵

---

### آیین نامه شماره ۳۴

شرایط عمومی بیمه نامه اعتبارصادرات کالا و حداقل نرخ حق بیمه آن

۱۳۸۶/۰۳/۰۴

---

### آیین نامه شماره ۳۳

تعرفه بیمه بدنه اتومبیل

۱۳۸۶/۰۳/۰۳

---

### آیین نامه شماره ۳۲

تعرفه مازاد مالی و جانی بیمه مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل اشخاص ثالث

۱۳۸۶/۰۳/۰۲

---

### آیین نامه شماره ۳۱

باز یافت خسارت

۱۳۸۶/۰۳/۰۱

---

### آیین نامه شماره ۳۰

بدهیهای معوق ناشی از عملیات اتکایی اجباری

### آیین نامه شماره ۴۹

نمونه صورتهای مالی موسسات بیمه مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران

۱۳۸۶/۰۳/۱۹



### آیین نامه شماره ۴۸

ضوابط اعطای پروانه نمایندگی بیمه به اشخاص حقیقی در مناطق آزاد

۱۳۸۶/۰۳/۱۸

---

### آیین نامه شماره ۴۷

دستورالعمل نحوه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران

۱۳۸۶/۰۳/۱۷

---

### آیین نامه شماره ۴۶

دستورالعمل ذخایر فنی مؤسسات بیمه مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران

۱۳۸۶/۰۳/۱۶

---

### آیین نامه شماره ۴۵

دستورالعمل ذخایر و اندوخته‌های قانونی مؤسسات بیمه مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران

۱۳۸۶/۰۳/۱۵

---

### آیین نامه شماره ۴۴

تعرفه بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی

۱۳۸۶/۰۳/۱۴

---

### آیین نامه شماره ۴۳

شرایط عمومی بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی

۱۳۸۶/۰۳/۱۳

---

## آیین نامه شماره ۴۲

آیین نامه سرمایه گذاری مؤسسات بیمه

۱۳۸۶/۰۳/۱۲

---

## آیین نامه شماره ۴۱

تاسیس ، فعالیت و انحلال دفاتر ارتباطی مؤسسات بیمه و مؤسسات کارگزاری بیمه خارجی در جمهوری اسلامی ایران

۱۳۸۶/۰۳/۱۱

---

## آیین نامه شماره ۴۰

ضوابط تاسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی

۱۳۸۶/۰۳/۱۰

## آیین نامه شماره ۵۸

ذخایر فنی مؤسسات بیمه

۱۳۸۸/۰۱/۲۵

---

پوشش خسارت بدنی یکسان زن و مرد

۱۳۸۷/۱۲/۱۸

---

## آیین نامه شماره ۵۷

آیین نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه

۱۳۸۷/۰۸/۱۱

---

## آیین نامه شماره ۵۶

تعرفه مازاد مالی و بدنی بیمه مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث

۱۳۸۶/۰۳/۲۶

---

آیین	نامه	شماره 55
------	------	----------

آیین نامه نحوه نظارت بر امور بیمه‌های اتکائی مؤسسات بیمه مستقیم

۱۳۸۶/۰۳/۲۵

---

آیین	نامه	شماره 54
------	------	----------

آیین نامه نمایندگی فروش بیمه های عمر

۱۳۸۶/۰۳/۲۴

---

آیین	نامه	شماره 53
------	------	----------

شرایط عمومی بیمه نامه بدنه وسایل نقلیه زمینی

۱۳۸۶/۰۳/۲۳

---

آیین نامه	شماره 52
-----------	----------

قرارداد بیمه مسئولیت متصدیان حمل و نقل داخلی

۱۳۸۶/۰۳/۲۲

---

آیین	نامه	شماره 51
------	------	----------

آیین نامه قرارداد گروهی بیمه اعتبار داخلی

۱۳۸۶/۰۳/۲۱

---

آیین	نامه	شماره 50
------	------	----------

اعطای پروانه و نحوه فعالیت مؤسسات ارزیابی خسارت بیمه ای

---

مرحله	سوم	اصلاح	نظام	تعرفه	بازار	بیمه	کشور
-------	-----	-------	------	-------	-------	------	------

۱۳۸۹/۰۳/۱۸

---

آیین	نامه	شماره 61
اندوخته های قانونی مؤسسات بیمه		
۱۳۸۹/۰۲/۰۱		

---

آیین نامه	شماره 60	
سرمایه گذاری شرکت های بیمه		
۱۳۸۸/۱۲/۲۴		

---

مبنای	زمانی	اجرای	قانون
اصلاح	قانون	بیمه	شخص
		ثالث	
۱۳۸۸/۱۲/۱۱			

---

مکمل	آئین	نامه	شماره 4/40
۱۳۸۸/۱۱/۲۱			

---

آیین	نامه	شماره 59	
۱۳۸۸/۰۹/۲۳			

---

مرحله	دوم	برنامه	اصلاح	نظام	تعرفه	بازار	بیمه
-------	-----	--------	-------	------	-------	-------	------

## چارچوب برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور

۱۳۸۸/۰۵/۰۷

مرحله	اول	اصلاح	نظام	تعرفه	بازار	بیمه
-------	-----	-------	------	-------	-------	------

۱۳۸۸/۰۴/۰۷

نمونه	صورت‌های	مالی	استاندارد	۲۸
-------	----------	------	-----------	----

## مرحله سوم اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور

شورای عالی بیمه به استناد مفاد بند (۴) ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ایران و بیمه‌گری و در اجرای مرحله سوم «برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور» در جلسه مورخ ۱۳۸۹/۲/۲۲ موارد زیر را تصویب نمود:

- ۱- مؤسسات بیمه مجازند نرخ‌های حق بیمه رشته‌های بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان و بیمه حوادث اشخاص (انفرادی و گروهی) را مشروط به رعایت ضوابط مندرج در این مصوبه، رأساً تعیین نمایند.
- ۲- ضوابط مربوط به آزادسازی رشته‌های بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان و بیمه حوادث اشخاص (انفرادی و گروهی) به شرح زیر تعیین می‌گردد:

الف- مؤسسات بیمه موظفند شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های رشته‌های فوق را طبق آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه (آیین‌نامه شماره ۳۷ و ۲۳) و اصلاحات بعدی آنها تنظیم و اجرا نمایند. همچنین مؤسسات بیمه مکلفند سایر شرایط چاپی و فرم‌های پیشنهاد بیمه و بیمه‌نامه مربوط به این رشته‌ها را به تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران برسانند.

ب- هر یک از مؤسسات بیمه موظفند ضمن تصویب معیارهای تعیین حق بیمه و نرخ‌های حق بیمه رشته‌های فوق در هیأت مدیره خود، یک نسخه از مصوبات موضوع این بند را به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران ارسال نمایند.

ج- مؤسسات بیمه موظفند آمار مربوط به عملیات بیمه رشته‌های فوق را در چارچوبی که بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران تعیین می‌کند، نگهداری و ارائه نمایند

## آیین نامه شماره ۶۱

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۱۲/۱۹، در اجرای ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و بیمه گری و به استناد بند ۸ ماده ۱۷ همان قانون، آئین نامه اندوخته های قانونی مؤسسات بیمه را مشتمل بر ۶ ماده و یک تبصره به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- مؤسسات بیمه مکلفند برای تقویت سرمایه و بنیه مالی خود، اندوخته های زیر را محاسبه و در حساب های خود منعکس نمایند:

(الف) اندوخته قانونی

(ب) اندوخته سرمایه ای

ماده ۲- مؤسسات بیمه مکلفند هر سال حداقل یک بیستم از سود خالص مؤسسه را به عنوان اندوخته قانونی موضوع نمایند. زمانی که اندوخته قانونی به یک دهم سرمایه رسید، موضوع کردن آن اختیاری است. در صورتی که سرمایه مؤسسه افزایش یابد، کسر یک بیستم مذکور ادامه خواهد یافت تا وقتی که اندوخته قانونی به یک دهم سرمایه بالغ گردد.

ماده ۳ - مؤسسات بیمه مکلفند هر سال حداقل یک دهم از سود خالص مؤسسه را به عنوان اندوخته سرمایه ای موضوع نمایند. احتساب اندوخته سرمایه ای تا رسیدن به ۱۰۰٪ سرمایه مؤسسه الزامی است. در صورتی که اندوخته سرمایه ای به سرمایه افزوده شود، کسر اندوخته مذکور تا رسیدن به ۱۰۰٪ سرمایه جدید ضروری می باشد.

تبصره - در صورتی که موضوع نمودن اندوخته قانونی با توجه به نصاب تعیین شده در ماده دو متوقف شود، اندوخته سرمایه ای هر سال به حداقل پانزده درصد سود خالص افزایش خواهد یافت.

ماده ۴ - مؤسسات بیمه ای که در اساسنامه آنها نصاب بالاتری برای اندوخته های قانونی و سرمایه ای تعیین شده باشد، می بایست اندوخته های مذکور را با نصاب های مقرر در اساسنامه منظور نمایند.

ماده ۵ - مؤسسات بیمه مجازند با رعایت استانداردهای حسابداری و تصویب مجامع عمومی خود، نسبت به موضوع نمودن سایر اندوخته ها اقدام نمایند.

ماده ۶ - این آئین نامه از تاریخ ۱۳۸۹/۱/۱ جایگزین آئین نامه شماره ۱۱ و متمم های آن خواهد بود.

## آیین نامه شماره ۶۰

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۱۱/۱۴ در اجرای ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و بیمه گری و به استناد بند ۵ ماده ۱۷ همان قانون، آئین نامه سرمایه گذاری مؤسسات بیمه آیین نامه سرمایه گذاری مؤسسات

بیمه مشتمل بر ۱۷ ماده و ۱۲ تبصره را با توجه به اصول زیر تصویب کرد:

- حفظ سلامت مالی مؤسسات بیمه و حمایت از حقوق بیمه‌گذاران
- شفاف سازی و تسهیل مقررات متناسب با رویکرد آزادسازی و همسو با سیاست‌های اصل ۴۴ قانون اساسی
- تقویت مدیریت منابع مالی مؤسسات بیمه به منظور افزایش بازده اقتصادی سرمایه‌گذاری‌ها
- تبیین جامع و پویای منابع قابل سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه و به‌روزرسانی انواع سرمایه‌گذاری‌های مجاز متناسب با تحولات بازار سرمایه

**ماده ۱-** مؤسسه بیمه موظف است عملیات سرمایه‌گذاری از محل منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره (شامل حقوق صاحبان سهام و ذخایر فنی سهم نگهداری ابتدای دوره مالی) و سایر منابع مالی را با رعایت حد نصاب‌ها و سایر ضوابط این آیین‌نامه انجام دهد.

**تبصره-** در صورتی که مؤسسه بیمه صورت‌های مالی حسابرسی شده میان‌دوره‌ای داشته باشد، ملاک محاسبه حد نصاب‌های مقرر در این آیین‌نامه برای شش ماهه دوم سال مالی، اقلام مندرج در صورت‌های مالی میان‌دوره‌ای مزبور خواهد بود.

**ماده ۲-** مؤسسه بیمه موظف است حداقل سی درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را به صورت سپرده بانکی (اعم از ریالی و ارزی) و اوراق مشارکت که با تضمین دولت یا بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران یا سایر بانک‌ها منتشر شده باشد، سرمایه‌گذاری نماید.

**تبصره ۱-** سپرده‌گذاری مؤسسه بیمه نزد مؤسسات مالی و اعتباری که مجوز بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران را دارند، حداکثر تا بیست درصد سپرده‌های بانکی مجاز است.

**تبصره ۲-** مؤسسه بیمه مجاز نیست بیش از ده درصد مجموع سپرده بانکی و اوراق مشارکت خود را به عنوان تضمین و یا وثیقه تعهدات خود استفاده نماید. افزایش سقف موضوع این تبصره با اخذ موافقت قبلی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران مجاز است.

**ماده ۳-** مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع، حداکثر چهار درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را در سهام شرکت‌های پذیرفته شده در بورس و اوراق بهادار و فرابورس سرمایه‌گذاری نماید.

**تبصره ۱-** سرمایه‌گذاری در سهام هر شرکت، حداکثر تا ده درصد منابع موضوع این ماده مجاز است.

**تبصره ۲-** سرمایه‌گذاری در سهام هر شرکت، حداکثر تا ده درصد سرمایه شرکت سرمایه‌پذیر مجاز است. سرمایه-

گذاری‌های مؤسسه بیمه، قبل از تاریخ اجرای این آیین‌نامه، مشمول محدودیت مندرج در این تبصره نیست.

**تبصره ۳-** سرمایه‌گذاری در سهام شرکت‌های پذیرفته شده در فرابورس، در مجموع حداکثر تا بیست درصد منابع موضوع این ماده مجاز است.

**ماده ۴-** مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر پانزده درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را در ابزارهای پولی و مالی مورد تأیید بانک مرکزی جمهوری اسلامی و یا سازمان بورس و اوراق بهادار سرمایه‌گذاری نماید.

**تبصره ۴-** سرمایه‌گذاری در هر ابزار پولی یا مالی، حداکثر تا بیست درصد منابع موضوع این ماده مجاز است.

**ماده ۵-** مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر بیست درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را در سهام شرکت‌های غیربورسی سرمایه‌گذاری نماید.

**تبصره ۵-** سرمایه‌گذاری در سهام هر شرکت تا چهل درصد منابع موضوع این ماده مجاز است و مازاد بر آن مستلزم اخذ موافقت قبلی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران است.

**ماده ۶-** مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر بیست و پنج درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را به صورت مشارکت در طرح‌ها، اجرای عملیات عمرانی و ساختمانی و املاک و مستغلات سرمایه‌گذاری نماید.

**تبصره ۶-** سرمایه‌گذاری در هر طرح یا پروژه تا سی درصد منابع موضوع این ماده مجاز است و مازاد بر آن مستلزم اخذ موافقت قبلی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران است.

**ماده ۷-** مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر ده درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را با رعایت شرایط زیر به صورت انعقاد انواع قراردادهای مشارکت سرمایه‌گذاری نماید:

(۱) سرمایه‌گذاری در هر قرارداد تا پنجاه درصد منابع موضوع این ماده مجاز است.

(۲) حداقل نرخ سود خالص (پس از کسر مالیات) قراردادهای مشارکت، کمتر از بالاترین نرخ سود سپرده‌های بلندمدت پنج ساله مؤسسه بیمه در مقطع انعقاد قرارداد نباشد.

**ماده ۸-** مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر پنج درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را با تأیید هیأت مدیره و با رعایت شرایط زیر، برای خرید محل فعالیت به نمایندگان خود تسهیلات پرداخت نماید.

(۱) حداقل دو سال از شروع فعالیت نماینده گذشته باشد.

(۲) محل خریداری شده به عنوان وثیقه در رهن مؤسسه بیمه قرار گیرد.

(۳) از تاریخ خرید محل تا زمان ارائه آن به عنوان وثیقه، بیش از شش ماه نگذشته باشد.



۴) سقف تسهیلات حداکثر تا پنجاه درصد ارزش محل خریداری شده به منظور فعالیت نمایندگی باشد.

۵) مدت بازپرداخت تسهیلات حداکثر پنج سال باشد.

۶) نرخ سود تسهیلات کمتر از بالاترین نرخ سود سپرده‌های بلندمدت پنج‌ساله مؤسسه بیمه در مقطع اعطای تسهیلات

نباشد.

**ماده ۹ -** مؤسسه بیمه مجاز است از محل ذخایر ریاضی، طبق شرایط بیمه‌نامه‌های زندگی به بیمه‌گذاران مربوط تسهیلات پرداخت نماید.

**ماده ۱۰ -** مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر پنج درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را به کارکنان خود تسهیلات پرداخت نماید.

**تبصره -** در موارد خاص به درخواست مؤسسه بیمه و تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، حد نصاب مندرج در این ماده تا ده درصد قابل افزایش است.

**ماده ۱۱ -** مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر سی درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره به استثنای ذخایر ریاضی سهم نگهداری را به تأمین دارائی‌های ثابت (مشهود و نامشهود) مورد نیاز برای انجام فعالیت اصلی مؤسسه اختصاص دهد. مبنای محاسبه ارزش دارائی‌های ثابت، ارزش دفتری آنهاست.

**تبصره -** در موارد خاص به درخواست مؤسسه بیمه و تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، حد نصاب مندرج در این ماده تا پنجاه درصد قابل افزایش است.

**ماده ۱۲ -** مؤسسه بیمه موظف است درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری‌های خود را به نسبت حقوق صاحبان سهام و ذخایر فنی ابتدای دوره تفکیک و در صورت‌های مالی منعکس نماید.

**ماده ۱۳ -** برای مؤسسه بیمه فعال در سایر کشورها، سرمایه‌گذاری منابع مالی ایجاد شده در خارج از کشور تابع مقررات کشور محل فعالیت خواهد بود.

**ماده ۱۴ -** مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از پایان هر دوره سه ماهه، اطلاعات مربوط به سرمایه‌گذاری‌های انجام شده خود در دوره‌های سه‌ماهه، شش‌ماهه، نه‌ماهه و دوازده‌ماهه را در چارچوبی که بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران تعیین و اعلام خواهد کرد، به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران ارسال نماید.

**ماده ۱۵-** بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است موارد تخلف از مقررات این آیین‌نامه را جهت اتخاذ تصمیم به شورای عالی بیمه گزارش نماید.

**تبصره-** انحراف تا ده درصد مقادیر حاصل از نصاب‌های تعیین شده در این آیین‌نامه، در دوره‌های سه‌ماهه، شش‌ماهه و نه‌ماهه دوره مالی مشروط به این که مقادیر فوق در دوره دوازده‌ماهه اصلاح گردد، تخلف محسوب نمی‌شود.

**ماده ۱۶-** ضوابط این آیین‌نامه مشمول مؤسسات بیمه مختلط و غیرزندگی است. مؤسسات بیمه زندگی و اتکایی نیز، تا زمانی که آیین‌نامه جداگانه برای سرمایه‌گذاری آنها تصویب نشده باشد، ملزم به رعایت ضوابط این آیین‌نامه خواهند بود.

**ماده ۱۷-** این آیین‌نامه از تاریخ ۱۳۸۹/۱/۱ لازم‌الاجرا و جایگزین آیین‌نامه شماره ۴۲ و مکمل‌های بعدی آن خواهد بود.

مبنای	زمانی	اجرای	قانون
<b>اصلاح قانون بیمه شخص ثالث</b>			

شورای عالی بیمه به منظور هماهنگی در اجرای صحیح قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسؤلیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث (قانون اصلاح قانون بیمه شخص ثالث- مصوب ۱۳۸۷) و ایجاد وحدت رویه بین مؤسسات بیمه، به استناد بند (۷) ماده (۱۷) قانون تأسیس بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۱۱/۱۴، موارد زیر را به تصویب رساند:

۱- خسارت بدنی پرونده‌هایی که حوادث رانندگی آنها در تاریخ ۱۳۸۷/۶/۲۰ و بعد از آن رخ داده‌است، اعم از آن که بیمه‌نامه مربوط قبل یا بعد از تاریخ ۱۳۸۷/۶/۲۰ صادر شده باشد، باید بر مبنای قانون اصلاح قانون بیمه شخص ثالث- مصوب ۱۳۸۷ بررسی و پرداخت شود.

۲- در صورتی که ذی‌نفعان خسارت بدنی پرونده‌هایی که حوادث رانندگی آنها در تاریخ ۱۳۸۷/۶/۲۰ و بعد از آن رخ داده است، برای دریافت مابه‌التفاوت خسارت بدنی دریافتی بر مبنای قانون بیمه شخص ثالث- مصوب ۱۳۴۷ و قانون اصلاح قانون بیمه شخص ثالث- مصوب ۱۳۸۷، به مؤسسه بیمه ذی‌ربط مراجعه نمایند، مؤسسه بیمه مذکور مکلف است مابه‌التفاوت خسارت بدنی پرونده‌های فوق را بر مبنای قانون اصلاح قانون بیمه شخص ثالث- مصوب ۱۳۸۷ پرداخت نماید.

#### مکمل آیین نامه شماره ۴۰/۴

شورای عالی بیمه به استناد بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و بیمه‌گری در جلسات مورخ ۱۳۸۸/۱۰/۲ و ۱۳۸۸/۱۱/۷، مواد (۲) و (۱۲) آیین‌نامه ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی (آیین‌نامه شماره ۴۰) را به ترتیب زیر اصلاح و تصویب نمود.

#### اول- ماده ۲ به شرح زیر اصلاح گردید:

ماده ۲- تشکیل مؤسسه بیمه صرفاً به صورت «شرکت سهامی عام» ایرانی یا «شرکت تعاونی سهامی عام» ایرانی که سهام آن با نام بوده و با رعایت قانون تأسیس و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشد، امکان‌پذیر است. در تأسیس

مؤسسه بیمه به صورت «شرکت تعاونی سهامی عام»، مقررات ماده (۱۲) «قانون اصلاح موادی از قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی - مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام به تاریخ ابلاغی ۱۳۸۷/۴/۳۱ مجلس شورای اسلامی» نیز رعایت خواهد شد.

### **دوم - ماده ۱۲ به شرح زیر اصلاح گردید:**

ماده ۱۲ - حسابرس و بازرس قانونی مؤسسه بیمه باید از میان حسابرسان مورد تایید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و معتمد سازمان بورس و اوراق بهادار انتخاب شوند.

**آیین نامه شماره ۵۹**

**شرایط عمومی بیمه نامه مسئولیت مسئولان و مجریان امر واگذاری**

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۳ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۹/۴، شرایط عمومی بیمه‌نامه «مسئولیت مسئولان و مجریان امر واگذاری» را مشتمل بر ۵ فصل، ۱۲ ماده و ۳ تبصره تصویب نمود:

## فصل اول: کلیات

**ماده ۱- اساس قرارداد:** این بیمه‌نامه براساس ماده ۲۴ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران تنفیذی در ماده ۳۰ قانون اصلاح موادی از قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و در اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی و آیین‌نامه اجرایی نحوه بیمه مسئولان و مجریان امر واگذاری مصوب جلسه مورخ ۱۳۸۷/۱۱/۲۹ هیأت واگذاری و قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه ۱۳۱۶ و پیشنهاد بیمه‌گذار که جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد، تنظیم گردیده است و مورد توافق طرفین می‌باشد. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه‌گذار که مورد قبول بیمه‌گر نبوده و همزمان با صدور بیمه‌نامه یا قبل از آن کتباً به بیمه‌گذار اعلام گردیده است، جزء تعهدات بیمه‌گر محسوب نمی‌شود.

## ماده ۲ - تعاریف و اصطلاحات:

- ۱- بیمه‌گر: هر یک از شرکت‌های بیمه که مجوز فعالیت در رشته‌های بیمه مسئولیت را از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران دریافت کرده‌اند.
- ۲- بیمه‌گذار: سازمان خصوصی‌سازی که موظف به پرداخت حق بیمه تمام بیمه شده/گان می‌باشد.
- ۳- بیمه‌شده/گان: کلیه مسئولان و مجریان ذی سمت در امر واگذاری که هرساله فهرست مشاغل و مصادیق مسئولیت‌های آنها توسط هیات واگذاری تصویب و اسامی متصدیان هر شغل به همراه حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هر یک، از طرف بیمه‌گذار به بیمه‌گر اعلام و در گواهی بیمه صادره درج می‌شود.
- ۴- مبلغ بیمه شده: حداکثر تعهد بیمه‌گر به ازای هر بیمه شده و به ازای هر بنگاه مورد واگذاری و سقف کلی تعهدات بیمه‌نامه در طول مدت اعتبار آن به ترتیبی خواهد بود که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه مشخص می‌گردد.
- ۵- مدت اعتبار بیمه‌نامه: شروع و انقضای مدت اعتبار این بیمه‌نامه به ترتیبی خواهد بود که در شرایط خصوصی بیمه‌نامه مشخص می‌گردد.
- ۶- امر واگذاری: فروش و واگذاری سهم، سهم الشرکه، حق تقدم ناشی از سهام و سهم الشرکه، حقوق مالکانه، حق بهره‌برداری و مدیریت در شرکت‌ها، بنگاه‌ها و موسسات دولتی و غیر دولتی، که توسط سازمان خصوصی سازی انجام می‌شود.

۷- دوره کشف: منظور از دوره کشف دوره پس از انقضاء دوره اعتبار بیمه نامه می باشد که بیمه گذار می تواند ادعای خسارات مطروحه را همانند زمان اعتبار بیمه نامه به بیمه گر اعلام نماید. چنانچه خطای غیر عمد در دوره اعتبار بیمه نامه صورت گرفته باشد و در دوره کشف مطرح گردد، بیمه گر متعهد جبران خسارت های مذکور خواهد بود.

۸- خطای غیر عمد: هرگونه غفلت، قصور، اهمال یا اشتباه در انجام وظیفه که ناشی از عمد نباشد و موجب مسئولیت مدنی، محکومیت جزایی مالی یا هر محکومیت قابل خرید دیگر یا محکومیت به جبران ضرر و زیان ناشی از جرم مسئولان و مجریان امر و واگذاری موضوع این بیمه نامه شود.

۹- هزینه های حق الوکاله و یا دادرسی: کلیه هزینه های حق الوکاله و یا دادرسی که بیمه شده موظف و یا محکوم به بازپرداخت آن به زیاننده/گان است.

**ماده ۳-** موضوع بیمه: عبارت است از بیمه مسئولیت مدنی، محکومیت جزایی مالی، محکومیت به جبران ضرر و زیان ناشی از جرم و هر محکومیت قابل تقویم به جزای نقدی بیمه شده/گان در قبال خطاهای غیر عمدی آنان در ارتباط با امر واگذاری.

## فصل دوم : وظایف و تعهدات بیمه گذار

**ماده ۴-** رعایت اصل حد اعلای حسن نیت: بیمه گذار مکلف است پرسش های کتبی بیمه گر را با دقت و صداقت و به طور کامل پاسخ دهد. هر گاه بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطالبی خودداری و یا اظهارات خلاف واقع بنماید، به نحوی که مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع، موضوع خطر را تغییر دهد و یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، قرارداد بیمه از تاریخ انعقاد باطل و بلااثر خواهد بود. حتی اگر مطالبی که کتمان شده یا بر خلاف واقع اظهار شده است، هیچگونه تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت علاوه بر آنکه وجوه پرداختی بیمه گذار به وی مسترد نخواهد شد، بیمه گر می تواند اقساط معوق حق بیمه تا آن تاریخ را نیز از وی مطالبه نماید.

**ماده ۵-** شروع پوشش و اجرای تعهدات بیمه گر: شروع پوشش و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به انعقاد قرارداد بیمه و پرداخت حق بیمه آن است.

**ماده ۶ - اعلام خسارت:** بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت پنج روز کاری از تاریخ اطلاع از طرح هرگونه دادخواست، شکایت و خسارت ادعا شده ناشی از مسئولیت هر یک از بیمه شده/گان، به بیمه گر (شرکت بیمه صادر کننده بیمه نامه) مراجعه و با تکمیل فرم اعلام خسارت، خسارت ادعا شده ناشی از مسئولیت هر یک از بیمه شده/گان را اعلام نماید یا مراتب را ظرف مدت مذکور کتباً به اطلاع بیمه گر برساند و ضمن انجام اقدامات و دفاعیات لازم، مدارک مثبت و

سایر اطلاعاتی که راجع به حادثه و تعیین میزان خسارت از او خواسته می‌شود را در اختیار بیمه‌گر قرار دهد. در صورتی که بیمه‌گذار هر یک از تعهدات فوق را انجام ندهد بیمه‌گر تعهدی در قبال خسارت مورد ادعا نخواهد داشت، مگر آنکه بیمه‌گذار ثابت کند به دلیل امور غیر قابل اجتناب از عهده انجام آنها بر نیامده است.

**ماده ۷-** اعلام فهرست بیمه‌شده /گان: بیمه‌گذار موظف است فهرست بیمه‌شده/گان را به همراه میزان حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هر یک از این افراد، جهت صدور گواهی بیمه حداکثر ظرف مدت یکماه از تاریخ صدور بیمه‌نامه به بیمه‌گر اعلام نماید. در غیر اینصورت بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت ندارد.

**ماده ۸- رعایت قوانین و مقررات مربوط:** بیمه‌گذار و بیمه‌شده /گان موظفند، کلیه قوانین و مقررات مربوط از جمله: قانون برنامه سوم و چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ج.ا.ا.، قانون اصلاح موادی از قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ج.ا.ا. و سیاستهای کلی اصل ۴۴ قانون اساسی و همچنین دستورالعمل‌ها و رویه جاری در امر موضوع این بیمه‌نامه، بخصوص ضوابط کارشناسی، آئین‌نامه معاملات و مزایده و غیره را رعایت نماید.

**ماده ۹- توجه بیمه‌گذار به نظرات بیمه‌گر در مراجع قضایی:** در صورتی که بیمه‌گر پس از دریافت فرم اعلام خسارت نسبت به جزئیات امر از جمله چگونگی و میزان ضرر و زیان ادعا شده و کم و کیف ادعای مطروحه در دادگاه یا سایر مراجع رسیدگی کننده نظراتی داشته باشد و آن‌ها را به بیمه‌گذار منعکس نماید، بیمه‌گذار مکلف است به نظرات وی توجه کافی و دقیق نموده و آن را در هر مرحله در اختیار مراجع قضایی و یا سایر مراجع رسیدگی کننده قرار دهد. علاوه بر آن در صورتی که مقررات و پرونده قضایی اجازه دهد، بیمه‌گر می‌تواند در جلسات رسیدگی به دعاوی شرکت نماید.

## فصل سوم : وظایف و تعهدات بیمه‌گر

**ماده ۱۰-** بیمه‌گر متعهد است در صورت احراز مسئولیت بیمه‌گذار در مراجع ذیصلاح، حداکثر ظرف مهلت ۱۵ روز پس از دریافت اسناد و مدارک مورد نیاز، نسبت به ایفای تعهدات خود، طبق شرایط عمومی و خصوصی این بیمه‌نامه اقدام کند. میزان هزینه‌ها و خسارات موضوع بیمه و عمد یا غیر عمد بودن جرم یا خطا، توسط مراجع ذیصلاح تعیین می‌شود. تبصره ۱ - پرداخت هزینه‌های حق الوکاله و یا دادرسی موضوع بند ۹ ماده ۲ در تعهد بیمه‌گر قرار دارد. تبصره ۲ - تعیین وکیل برای دفاع از دعاوی موضوع این بیمه‌نامه با موافقت بیمه‌گر و بیمه‌گذار انجام می‌شود. پرداخت هزینه‌های دادرسی و حق الوکاله دفاع از دعاوی مطروحه علیه بیمه‌شده/گان منوط به موافقت قبلی بیمه‌گر طبق قرارداد وکالت و جمعاً تا ۱۰٪ مبلغ تعهد بیمه‌گر می‌باشد. تبصره ۳- در مواردی که مسئولیت بیمه‌گذار با توجه به اسناد و مدارک ارائه شده از نظر بیمه‌گر محرز باشد، بیمه‌گر می‌تواند

قبل از صدور رای از سوی مراجع قانونی ذیصلاح با تحصیل موافقت مدعی یا مدعیان نسبت به پرداخت و تسویه خسارت اقدام کند.

## **فصل چهارم : استثنائات**

### **ماده ۱۱- خسارتهای زیر تحت پوشش این بیمه نامه نمی باشند:**

- ۱- سئولیت های مدنی بیمه گذار و بیمه شده /گان خارج از موضوع این قرارداد
- ۲- مسئولیت های ناشی از تولیدات و خدمات هریک از شرکتهای واگذار شده
- ۳- خسارت ناشی از عدم النفع، از دست دادن هرگونه سود، پاداش و درآمد شرکتهای واگذار شده
- ۴- خسارت ناشی از اعتصاب و اغتشاش نیروی کار معترض به امر واگذاری
- ۵- خسارتهای ناشی از هرگونه معاملات و تبانی مجریان و مسئولان امر واگذاری، عمد بیمه شده/گان، افترا، تهمت و انتشار افترا به صورت کتبی یا شفاهی، غرامت های کیفری ناشی از تقلب و کلاهبرداری
- ۶- هر گونه صدمه بدنی وارده از سوی هر یک از مسئولان و مجریان امر واگذاری
- ۷- خسارات مستقیم یا غیر مستقیم ناشی از نوسانات نرخ ارز و ارزش سهام در بازار بورس

## **فصل پنجم : سایر مقررات**

**ماده ۱۲-** در موارد سکوت این قرارداد مطابق ضوابط کلی حاکم بر امر بیمه، عرف بیمه گری و سایر مقررات و قوانین جاری عمل خواهد شد.



## مرحله دوم برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه

شورای عالی بیمه به استناد مفاد بند (۴) ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ایران و بیمه‌گری و در اجرای مرحله دوم «برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور» در جلسات مورخ ۱۳۸۸/۸/۶ و ۱۳۸۸/۸/۲۰ و ۱۳۸۸/۹/۴، موارد زیر را تصویب نمود:

**الف-** از ابتدای دی‌ماه سال ۱۳۸۸، مؤسسات بیمه مجازند نرخ‌های حق‌بیمه رشته‌های بیمه آتش‌سوزی و خطرات تبعی (بجز زلزله) برای ساختمان‌های مسکونی و موارد بیمه غیرصنعتی، بیمه بدنه وسایل نقلیه موتوری زمینی و بیمه مهندسی را مشروط به رعایت ضوابط مندرج در این مصوبه، راساً تعیین نمایند.

۱. ضوابط مربوط به رشته‌های بیمه آتش‌سوزی و خطرات تبعی (بجز زلزله) برای ساختمان‌های

مسکونی و موارد بیمه غیرصنعتی و بیمه بدنه وسایل نقلیه موتوری زمینی

۱-۱. موسسه بیمه موظف است شرایط عمومی بیمه‌نامه‌های رشته‌های فوق را طبق آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه (آیین‌نامه‌های شماره ۲۱ و ۵۳) و اصلاحات بعدی آنها تنظیم و اجرا نماید. همچنین موسسه مذکور مکلف است سایر

شرایط چاپی و فرم‌های پیشنهاد بیمه و بیمه‌نامه مربوط به این رشته‌ها را به تایید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران برساند.

۱-۲. موسسه بیمه موظف است ضمن تصویب معیارهای تعیین حق بیمه و نرخ‌های حق بیمه رشته‌های فوق در هیات مدیره خود، یک نسخه از مصوبات موضوع این بند را به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران ارسال نماید.

۱-۳. موسسه بیمه موظف است برای عملیات بیمه هر یک از رشته‌های فوق، حداقل یک نفر مسئول فنی که صلاحیت تخصصی و فنی وی برای رشته موردنظر به تایید سندیکای بیمه‌گران ایران رسیده باشد، منصوب و ایشان را به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و سندیکای بیمه‌گران ایران معرفی نماید.

۱-۴. موسسه بیمه موظف است آمار مربوط به عملیات بیمه رشته‌های فوق را در چارچوبی که بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران تعیین و اعلام خواهد کرد، نگهداری و ارائه نماید.

## ۲. ضوابط مربوط به رشته بیمه مهندسی

۱-۲. موسسه بیمه موظف است بیمه‌نامه‌های مهندسی خود را طبق شرایط و کلوذهای استاندارد بین‌المللی تنظیم و اجراء نماید.

۲-۲. در مواردی که سرمایه بیمه‌نامه بیش از ۷۰۰ میلیارد ریال باشد، موسسه بیمه موظف است یک نسخه از گزارش کارشناسی ارزیابی ریسک مربوط را قبل از انعقاد قرارداد، به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران ارسال نماید.

۲-۳. موسسه بیمه موظف است برای عملیات بیمه‌ای موضوع این رشته، حداقل یک نفر مسئول فنی که صلاحیت تخصصی و فنی وی برای رشته مهندسی به تایید سندیکای بیمه‌گران ایران رسیده باشد، منصوب و ایشان را به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و سندیکای بیمه‌گران ایران معرفی نماید.

۲-۴. موسسه بیمه موظف است آمار مربوط به عملیات بیمه مهندسی را در چارچوبی که بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران تعیین و اعلام خواهد کرد، نگهداری و ارائه نماید.

ب- سندیکای بیمه‌گران ایران موظف است ضمن تدوین ضوابط تایید صلاحیت تخصصی و فنی برای مسئولان فنی موسسات بیمه، نسبت به تشکیل کارگروه‌های تخصصی برای بررسی صلاحیت افراد به عنوان مسئولان فنی در موسسات

مذکور اقدام نماید. در جلسات بررسی صلاحیت مسئولان فنی موسسات بیمه، نماینده بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به عنوان عضو ناظر (بدون حق رای) شرکت خواهد کرد.

ج- در صورت استعفاء، عزل یا فوت هر یک از مسئولان فنی تایید صلاحیت شده موسسه بیمه و یا سلب شرایط آنها (به تشخیص هیات عامل بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران)، موسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف سه ماه مسئول فنی واجد صلاحیت دیگری را منصوب و به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و سندیکای بیمه‌گران ایران معرفی نماید. تا زمان انتصاب مسئول فنی مورد تایید سندیکای بیمه‌گران ایران، انجام وظایف وی بر عهده مدیر عامل یا قائم مقام مدیر عامل موسسه بیمه خواهد بود.

د- در صورت تخلف موسسه بیمه از ضوابط و مقررات مربوط به رشته‌های موضوع این مصوبه (به تشخیص هیات عامل بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران) و یا در صورتی که موسسه بیمه به هر علت بیش از سه ماه در هر یک از رشته‌های موضوع این مصوبه، فاقد مسئول فنی تایید صلاحیت شده باشد، اختیار تعیین حق بیمه رشته‌های مذکور بطور موقت یا دائم از موسسه بیمه سلب خواهد شد. در صورت سلب اختیار تعیین نرخ حق بیمه از موسسه بیمه، موسسه مذکور حسب مورد موظف به رعایت تعرفه‌های مصوب شورای عالی بیمه و یا استعلام نرخ حق بیمه از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ه- مراحل اجرای «برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور» برای حذف تعرفه رشته‌های بیمه به شرح جدول پیوست تعیین گردید.

مراحل حذف تعرفه رشته های بیمه در اجرای

### برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور

مرحله اول	مرحله دوم	مرحله سوم	مرحله چهارم	مرحله پنجم	مرحله ششم	مرحله هفتم
باربری	مهندسی	مسئولیت مدنی	مسئولیت متصدیان حمل	کشتی	اعتبار داخلی	عمر

			و نقل			
کشتی*	بدنه اتومبیل	پول	حوادث شخصی	هواپیما	اعتبار صادرات کالا	شخص ثالث اختیاری
هواپیما**	آتش سوزی غیر صنعتی و مسکونی	مسئولیت پزشکان	آتش سوزی صنعتی***	درمان	آتش سوزی صنعتی	

\* هر کشتی تا مبلغ ۳۰ میلیارد ریال و هر ناوگان تا مبلغ ۱۰۰ میلیارد ریال یا معادل ارزی آن

\*\* هر هواپیما تا مبلغ ۲۰ میلیارد ریال و هر ناوگان تا مبلغ ۸۰ میلیارد ریال یا معادل ارزی آن

\*\*\* آتش سوزی صنعتی تا مبلغ ۱۰۰ میلیارد ریال

### چارچوب برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور

شورای عالی بیمه در اجرای مفاد بند (۴) ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ایران و بیمه‌گری، سازوکار اصلاح

نظام تعرفه بازار بیمه کشور را طی شش جلسه شورا بررسی و نهایتاً در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۵/۷، «چارچوب برنامه

اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور» را به ترتیب زیر تصویب نمود:

از استراتژی‌های اصلی «برنامه تحول در صنعت بیمه کشور» به منظور دستیابی به اهداف کلان پیش‌بینی شده، استراتژی «استقرار نظام نظارت هوشمند، نهادینه و خودتنظیم در حوزه حاکمیتی» است که راهکار تحقق آن در قالب هفت سیاست تعیین شده و «استقرار نظارت غیرتعرفه‌ای به جای نظارت تعرفه‌ای در صنعت بیمه کشور» یکی از مهمترین این سیاست‌ها محسوب می‌شود.

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در راستای عملیاتی کردن سیاست مذکور، «چارچوب برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور» را تدوین و به شورای عالی بیمه پیشنهاد نمود. شورا با بررسی همه‌جانبه طی شش جلسه، ضمن تصویب چارچوب فوق، موارد زیر را مقرر نمود:

- ۱- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است مقررات و آیین‌نامه‌های مربوط به اجرای مفاد چارچوب برنامه را حداکثر تا پایان سال جاری تدوین و برای تصویب به شورای عالی بیمه ارایه نماید.
- ۲- نظارت بر اجرای چارچوب برنامه فوق در سطح صنعت بیمه به عهده بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران است و مدیر عامل و هیات مدیره شرکت‌های بیمه، همکاری لازم به منظور حسن اجرای مفاد این چارچوب را خواهند نمود.
- ۳- به منظور ارزیابی نتایج حاصل از اجرای «برنامه اصلاح نظام تعرفه در بازار بیمه کشور» و اتخاذ تدابیر لازم برای تحقق اهداف موردنظر از برنامه، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است در مقاطع شش‌ماهه گزارشی از روند اجرای برنامه فوق را به شورای عالی بیمه ارایه نماید.

### چارچوب برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور:

- اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور به صورت تدریجی و طی یک دوره حداکثر پنج ساله به منظور تسهیل بازار رقابتی
- حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها و لزوم پیش‌بینی تدابیر لازم
- حمایت از ایجاد و توسعه نهادهای حرفه‌ای و تخصصی در بازار بیمه کشور
- جلوگیری از ایجاد انحصار در بازار بیمه کشور و مقابله با موارد مختل کننده بازار رقابتی از قبیل قیمت‌گذاری تهاجمی (دامپینگ)، تبانی و ارائه اطلاعات خلاف واقع و گمراه کننده
- تعیین نرخ حق بیمه توسط شرکت‌های بیمه با حفظ توازن بین حق بیمه و سایر درآمدهای متعلقه
- هر رشته بیمه‌ای با خسارت‌ها و هزینه‌های متعلقه همان رشته و با رعایت ضریب خسارت متعارف در بازار بیمه کشور

- استفاده بهینه از ظرفیت اتکایی داخلی با رعایت اصول حرفه‌ای توزیع ریسک در بازارهای بین‌المللی
- تدوین و عملیاتی نمودن نظام جامع نظارت در صنعت بیمه کشور با هدف «استقرار نظارت غیرتعرفه‌ای به جای نظارت تعرفه‌ای» و با پیش‌بینی ضمانت‌های اجرایی لازم، حداکثر ظرف مدت دو سال
- بکارگیری فن‌آوری اطلاعات در جمع‌آوری و تولید اطلاعات بیمه‌ای در چارچوب فرم‌های استاندارد تعیین‌شده
- صدور بیمه‌نامه با رعایت ظرفیت شرکت بیمه در نگهداری ریسک و یا با اخذ پوشش‌های اتکایی مناسب
- بازنگری و تدوین ضروریات عملیات اتکایی موسسات بیمه
- تدوین استانداردها و بازنگری شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها در هر رشته بیمه‌ای و سایر آیین‌نامه‌ها و مقررات
- تدوین مقررات مربوط به تایید صلاحیت مسئول فنی و اکچوئر موسسات بیمه
- تدوین آیین‌نامه مربوط به حمایت از حقوق بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و نحوه رسیدگی به شکایات و اختلافات در صنعت بیمه

مرحله اول اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه

شورای عالی بیمه در اجرای مفاد بند (۴) ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۳/۶، مرحله اول اصلاح نظام تعرفه بازار بیمه کشور در برخی از رشته های بیمه را به ترتیب زیر تصویب نمود:

۱- مؤسسات بیمه مجازند حق بیمه رشته های باربری، کشتی و هواپیما را با رعایت موارد زیر تعیین و اعمال نمایند:

الف- برای صدور بیمه نامه در رشته باربری، اعمال تعرفه ها طبق آیین نامه شماره (۸) و اصلاحات بعدی آن الزامی نمی باشد.

ب- برای صدور بیمه نامه در رشته کشتی، استعلام نرخ حق بیمه از بیمه مرکزی ج.ا.ایران برای هر کشتی تا سقف ۳۰ میلیارد ریال و برای هر ناوگان تا سقف ۱۰۰ میلیارد ریال و یا معادل ارزی آن الزامی نمی باشد.

ج- برای صدور بیمه نامه در رشته هواپیما، استعلام نرخ حق بیمه از بیمه مرکزی ج.ا.ایران برای هر هواپیما تا سقف ۲۰ میلیارد ریال و برای هر ناوگان تا سقف ۸۰ میلیارد ریال و یا معادل ارزی آن الزامی نمی باشد.

۲- مؤسسات بیمه موظفند بیمه نامه رشته های مشمول اصلاح نظام تعرفه را بر اساس شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه صادر نمایند. رشته های فاقد شرایط عمومی مصوب باید در چارچوب شرایط و کلوهای متعارف بین المللی مربوط تنظیم و صادر شود. سایر سیاستها و ضوابط کلی مربوط به نحوه اعمال اختیارات تفویض شده فوق، متعاقباً ابلاغ خواهد شد.

## آیین نامه شماره ۵۰

✦ شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۸۲/۴/۳ آیین نامه اعطای پروانه و نحوه فعالیت مؤسسات ارزیابی خسارت بیمه ای را در ده ماده و سه تبصره به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱. موسسه ارزیابی خسارت بیمه ای شخص حقوقی است که طبق این آیین نامه وظیفه بررسی و تحقیق در مورد علت و مقدار خسارت و تشخیص میزان تعهد بیمه گر طبق شرایط بیمه نامه و نیز مذاکره برای تعدیل و تسویه خسارت یا خسارت‌های مورد ادعا را به عهده دارد.

تبصره - بیمه مرکزی ایران می‌تواند به اشخاص حقیقی واجد شرایط مندرج در ماده ۳ این آیین نامه پروانه ارزیابی خسارت در یک رشته معین بدهد. اینگونه ارزیابان نیز مشمول ضوابط این آیین نامه خواهند بود.

ماده ۲. ثبت مؤسسه ارزیابی خسارت منوط به آن است که بیمه مرکزی ایران اساسنامه آن را تأیید و موافقت کتبی خود را اعلام نماید.

ماده ۳. برای دریافت پروانه ارزیابی خسارت در یک یا چند رشته بیمه ای، موسسین و شرکاء باید واجد شرایط زیر باشند:

۱- تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران.

۲- نداشتن سوء پیشینه کیفری و سابقه ارتکاب یا معاونت در یکی از جرائم موضوع ماده ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری.

۳- داشتن حسن شهرت و موفقیت در آزمون کتبی و شفاهی بیمه مرکزی ایران.

۴- داشتن حداقل مدرک تحصیلی لیسانس.

۵- داشتن دو سال سابقه کار مفید بیمه ای به تشخیص بیمه مرکزی ایران یا طی موفقیت آمیز دوره آموزشی به مدت ۴۰ ساعت که برنامه آن را بیمه مرکزی ایران تهیه و اجرا می‌نماید.

۶- عدم اعتیاد به مواد مخدر به تأیید مراجع ذیربط.

۷- انجام خدمت وظیفه عمومی و یا ارائه برگ معافیت دائم یا خرید خدمت وظیفه عمومی برای آقایان.

تبصره - اعضاء هیئت مدیره و مدیر عامل مؤسسه الزاماً از بین مؤسسین و شرکاء انتخاب خواهند شد.

ماده ۴. موسسین و شرکاء مؤسسه ارزیابی خسارت نمی‌توانند عضو هیئت مدیره، مدیرعامل، یا کارمند شرکت‌های بیمه، شرکت‌های نمایندگی یا کارگزاری بیمه و دفاتر ارتباطی بوده یا نماینده یا کارگزار بیمه باشند.



ماده ۵. بیمه مرکزی ایران مؤسسات ارزیابی خسارت را با توجه به توان تخصصی آنها رتبه بندی خواهد کرد.

ماده ۶. مؤسسه ارزیابی خسارت برای دریافت پروانه فعالیت باید تضمینی بصورت وجه نقد یا ضمانت نامه بانکی یا وثیقه ملکی یا بیمه نامه مناسب و یا ترکیبی از موارد یاد شده بمنظور حسن انجام کار و تضمین حقوق شرکتهای بیمه، بیمه گذار یا سایر اشخاص ذینفع به ترتیبی که بیمه مرکزی ایران متناسب با رتبه مؤسسه مشخص می نماید نزد بیمه مرکزی ایران تودیع نماید.

ماده ۷. مؤسسه ارزیابی خسارت موظف است گزارش خود را به صورت مستدل و مستند که حداقل شامل موارد زیر باشد تهیه و حسب مورد به شرکت بیمه و یا بیمه گذار ارائه نماید:

۱- مشخصات کامل مکان، زمان و علت وقوع خسارت، مبلغ خسارت تحقق یافته و خطر یا حادثه ای که منجر به وقوع خسارت شده است.

۲- انطباق خسارت با شرایط قرارداد بیمه و تعیین مبلغ خسارت قابل پرداخت توسط بیمه گر و علت تفاوت (احتمالی) بین مبلغ خسارت تحقق یافته و قابل پرداخت.

۳- امکان تحقق شرایط جانشینی و حدود خسارت قابل بازیاخت توسط بیمه گر.

ماده ۸. مؤسسه ارزیابی خسارت، مؤسسين و شرکاء همچنين اقارب نسبی و سببی درجه ۱ از طبقه اول آنان نباید هیچ گونه نفع مستقیم یا غیرمستقیم در خسارت تحت ارزیابی خود داشته باشند.

ماده ۹. در صورت تخلف مؤسسه ارزیابی خسارت از قوانین، مقررات و ضوابط مربوط و یا از دست دادن صلاحیت لازم، بیمه مرکزی ایران می تواند با تصویب هیئت عامل پروانه فعالیت آن را معلق یا لغو نماید.

ماده ۱۰. از اول تیر ماه ۱۳۸۳ شرکتهای بیمه مجاز به استفاده از خدمات مؤسسات و اشخاصی که دارای پروانه ارزیابی خسارت از بیمه مرکزی ایران نیستند برای امر ارزیابی خسارت نمی باشند.

تبصره - آن دسته از مؤسسات معتبر ارزیابی خسارت که در خارج از ایران به ثبت رسیده اند و بصورت بین المللی فعالیت می نمایند از شمول این ماده مستثنی هستند.

## آیین نامه شماره ۵۰/۱

«مکمل آیین نامه اعطای پروانه و نحوه فعالیت مؤسسات ارزیابی خسارت بیمه ای»  
شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، در جلسه مورخ ۱۳۸۳/۱۲/۱۸ تصویب نمود آیین نامه اعطای پروانه و نحوه فعالیت مؤسسات ارزیابی خسارت بیمه ای به شرح زیر اصلاح شود:

۱- بند ۵ ماده ۳ آیین نامه شماره ۵۰ به شرح زیر اصلاح شود:  
۵. داشتن دو سال سابقه کار مفید بیمه ای به تشخیص بیمه مرکزی ایران یا دو سال سابقه کار مفید در تعیین و کارشناسی خسارت و طی موفقیت آمیز دوره آموزشی به مدت ۴۰ ساعت.  
۲- ماده ۱۰ به شرح زیر اصلاح شود. (تبصره ماده به قوت خود باقی است)  
ماده ۱۰- از اول تیر ماه ۱۳۸۳ شرکت های بیمه مجاز به استفاده از خدمات مؤسسات و اشخاصی که دارای پروانه ارزیابی خسارت از بیمه مرکزی ایران نیستند برای امر ارزیابی خسارت نمی باشند اما استفاده از کارشناسان شرکت و یا متخصصین فنی در رشته های مختلف برای برآورد میزان خسارت بلامانع است.

### آیین نامه شماره ۵۰/۲

«مکمل آیین نامه اعطای پروانه و نحوه فعالیت مؤسسات ارزیابی خسارت بیمه ای»  
شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۹ تصویب نمود :

در ماده ۶ آیین نامه شماره ۵۰ به جای عبارت «بیمه نامه مناسب» عبارت «سفته با ضامن معتبر» نوشته شود.

### آیین نامه شماره ۵۱

«شورای عالی بیمه بر اساس بند ۳ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، در جلسه مورخ ۱۳۸۲/۹/۱۸، آیین نامه قرارداد گروهی بیمه اعتبار داخلی را در هفده ماده و سه تبصره به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱. در این آیین نامه منظور از «اعتبار» ظرفیت بدهی یک مشتری است که از طرف بنگاه های اقتصادی در قبال ارائه کالا و خدمات یا بانک ها و مؤسسات مالی و اعتباری که مجوز بانک مرکزی را دارند به صورت تسهیلات مالی در اختیار مشتریان قرار گرفته و مطالبات ناشی از این فعالیت ها در معرض ریسک عدم بازپرداخت قرار می گیرند.

ماده ۲. شرکت های بیمه موظفند قراردادهای بیمه اعتبار را در چارچوب ضوابط این آیین نامه به صورت گروهی و فقط با اشخاص حقوقی مذکور در ماده ۱ مشروط به اینکه فعالیت های اقتصادی آنها متضمن ریسک عدم بازپرداخت مطالبات ناشی از اعتبارات اعطایی آنها باشد، منعقد نمایند.

تبصره: شرایط عمومی و خصوصی بیمه اعتبار توسط هر یک از شرکت‌های بیمه در چارچوب ضوابط این آیین نامه تنظیم می‌شود

ماده ۳. شرکت‌های بیمه باید در قراردادهای بیمه اعتبار بیمه‌گذار را مکلف به انجام موارد زیر نمایند

۳-۱ - قبل از اعطای اعتبار، سابقه و وضعیت مالی اعتبارگیرنده را ارزیابی و از توانایی مالی و حسن سابقه وی در بازپرداخت اعتبار اعطایی اطمینان حاصل نمایند.

۳-۲ - از هر اعتبارگیرنده حداقل معادل صد و بیست درصد مجموع اعتبار اعطایی و کارمزد متعلقه تضمین معتبر یا وثیقه اخذ نموده و یا حسب مورد، موضوع مورد معامله را در رهن یا مالکیت خود نگه دارند.

۳-۳ - برای مجموع اعتبار اعطایی در بخش خاصی از فعالیت و تمام اعتبار گیرندگان آن بخش، تقاضای بیمه نماید. تقاضای بیمه‌گذار در صورتی پذیرفته می‌شود که تعداد اعتبارات اعطایی در طول یک سال بیش از بیست و پنج مورد باشد.

۳-۴ - در مورد فروش اقساطی یا اجاره به شرط تملیک، حداقل بیست درصد ارزش موضوع مورد معامله را به صورت نقدی از اعتبار گیرنده دریافت نماید.

۳-۵ - در قراردادهای گروهی فروش اقساطی تعداد دفعات فروش در هر سال نباید کمتر از بیست و پنج مورد باشد.

ماده ۴. حداکثر تعهد شرکت بیمه معادل هفتاد و پنج درصد مجموع اعتبار اعطایی و کارمزد متعلقه خواهد بود و بیست و پنج درصد سهم بیمه‌گذار قابل بیمه نخواهد بود

تبصره: در مواردی که وثیقه ملکی یا سند ملکی و یا اسناد مالی تضمین شده توسط دولت یا بانک مرکزی در رهن بیمه‌گذار قرار گیرد سهم بیمه‌گذار از خسارت تا پانزده درصد قابل کاهش است

ماده ۵. اعتباراتی مشمول این آیین نامه قرار می‌گیرد که دوره بازپرداخت آنها بیش از پنج سال نباشد.

ماده ۶. در صورتی که اعتبارگیرنده تا سی روز بعد از سررسید پرداخت بدهی یا هر قسط، وجه آن را پرداخت نکند بیمه‌گذار موظف است با ارسال تذکر کتبی وجه پرداخت نشده را مطالبه نماید.

ماده ۷. در صورتی که اعتبارگیرنده ظرف مدت سه ماه بعد از سر رسید، تمام یا بخشی از مطالبات مربوط را پرداخت نکند بیمه‌گذار موظف است ظرف پانزده روز پس از انقضای مدت مذکور، به صورت مکتوب و مستند به شرکت بیمه اعلام خسارت نماید.

ماده ۸. شرکت بیمه پس از قبول یا پرداخت خسارت می‌تواند جهت باز یافت خسارت پرداخت شده به اعتبارگیرنده یا ضامن وی مراجعه نماید. بیمه‌گذار موظف است تمام تضمین‌های اخذ شده و یا وثایق مربوط را در اختیار شرکت بیمه قرار دهد و

حقوق خود نسبت به استفاده از آنها را به شرکت بیمه منتقل نماید. شرکت بیمه موظف است پس از تامین مطالبات خود مابه التفاوت را به بیمه گذار مسترد کند.

ماده ۹. چنانچه به دلیل وقایعی نظیر جنگ ، شورش ، بحران اقتصادی ، بلایای طبیعی و یا شرایط فورس ماژور، بخش قابل توجهی از اعتبار گیرندگان (به تشخیص شورای عالی بیمه) نتوانند بدهی یا قسط خود را بپردازند، بیمه گر تعهدی نسبت به جبران خسارت نخواهد داشت.

ماده ۱۰. بیمه اعتبار فروش اقساطی یا اجاره به شرط تملیک برای مواردی مجاز است که موضوع فروش یا اجاره به اندازه ارزش روز آن و برای طول دوره بازپرداخت اقساط یا اجاره، تحت پوشش بیمه های رایج برای حوادثی که آن را تهدید می کند قرار گیرد.

ماده ۱۱. نمایندگان و کارگزاران بیمه می توانند نسبت به عرضه این بیمه اقدام نمایند لیکن صدور این بیمه نامه صرفاً در شعب شرکت بیمه انجام خواهد شد.

ماده ۱۲. قرارداد بیمه برای مدت یک سال منعقد خواهد شد و در صورتی که حداقل یک ماه قبل از خاتمه قرارداد هر یک از طرفین عدم تمایل خود را به تمدید قرارداد اعلام نکنند قرارداد برای سال بعد با همان شرایط تمدید خواهد شد.

ماده ۱۳. هر یک از طرفین قرارداد بیمه می توانند با اخطار کتبی سی روزه نسبت به فسخ آن اقدام نمایند.

ماده ۱۴. سقف پوشش بیمه برای هر یک از اعتبار گیرندگان حقیقی پانصد میلیون ریال و برای هر یک اعتبار گیرندگان حقوقی سه میلیارد ریال خواهد بود. در هر حال سقف تعهد شرکت بیمه در مقابل بیمه گذار در هر قرارداد با رعایت حداکثر ظرفیت نگهداری ریسک براساس اساسنامه شرکت بیمه نباید از سیصد میلیارد ریال بیشتر باشد.

تبصره: بیمه مرکزی ایران می تواند هر سال سقف پوشش بیمه ای را برای اشخاص حقیقی و حقوقی متناسب با شاخص قیمت خرده فروشی افزایش دهد.

ماده ۱۵. حداقل نرخ حق بیمه این نوع بیمه برحسب نوع تضمین و مدت بازپرداخت اعتبار به ترتیب زیر است:

الف) اعتبارهایی که برای تضمین آنها وثیقه اخذ شده یا مورد معامله در مالکیت بیمه گذار است و مدت بازپرداخت حداکثر یک سال است پنج در هزار مجموع اعتبار و سود متعلقه و چنانچه مدت بازپرداخت بیشتر از یک سال باشد به ازای هر ماه، یک دهم در هزار به حداقل نرخ اضافه می شود.

ب) اعتبارهایی که برای تضمین آنها چک و سفته اخذ شده است و مدت بازپرداخت حداکثر یک سال است هفت و نیم در هزار مجموع اعتبار و سود متعلقه و چنانچه مدت بازپرداخت بیشتر از یک سال باشد به ازای هر ماه، یک و نیم در هزار به حداقل نرخ اضافه می شود.

ماده ۱۶. شرکت‌های بیمه موظفند فهرست اعتبار گیرندگان بدحساب را به بیمه مرکزی ایران گزارش نمایند تا در اختیار سایر شرکت‌های بیمه قرار گیرد.

ماده ۱۷. کارمزد اتکایی اجباری قراردادهای گروهی بیمه اعتبار پنج درصد خواهد بود.

### آیین نامه شماره ۵۱/۱

مکمل	آیین	نامه	قرارداد	گروهی	بیمه	اعتبار	داخلی
شورای عالی بیمه براساس بند ۳ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۸۲/۱۱/۱۴ تصویب نمود تبصره، ذیل ماده ۱۴ آیین نامه قرارداد گروهی بیمه اعتبار داخلی به شرح زیر اصلاح شود: «تبصره - بیمه مرکزی ایران می‌تواند هر سال سقف پوشش بیمه‌ای را برای اشخاص حقیقی و حقوقی متناسب با شاخص قیمت خرده‌فروشی افزایش دهد و یا با تقاضای هر یک از شرکت‌های بیمه برای ارائه بیمه با پوشش بیشتر از سقف مقرر در	این	ماده	موافقت	کند.			

### آیین نامه شماره ۵۱/۲

مکمل	آیین	نامه	قرارداد	گروهی	بیمه	اعتبار	داخلی
شورای عالی بیمه بر اساس بند ۳ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۹/۲۹ تصویب نمود ماده ۲، بند ۳-۳ و ماده ۴ آیین نامه قرارداد گروهی بیمه اعتبار داخلی (شماره ۵۱) به شرح زیر اصلاح شود: ماده ۲. شرکت‌های بیمه موظفند قراردادهای بیمه اعتبار را در چارچوب ضوابط این آیین نامه به صورت گروهی و فقط با اشخاص	زیر	منعقد	نمایند:				
۱. بانکها و مؤسسات اعتباری و سایر اشخاص حقوقی ارائه‌کننده خدمات مالی و عملیات شبه بانکی (مانند عرضه و تقاضای وجوه و اعتبار، دریافت سپرده و ودیعه و موارد مشابه، اعطای وام و تسهیلات و صدور کارت اعتباری) مشروط بر آن که برای فعالیت خود از بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران مجوز این فعالیتها را گرفته باشند.							
۲. بنگاه‌های اقتصادی که کالا را به صورت غیر نقدی می‌فروشند.							
۳. مؤسسات دولتی یا وابسته به دولت و یا نهادهای عمومی غیر دولتی که بر اساس ضوابط مربوط مجاز به اعطای وام و تسهیلات	به	سایر	اشخاص	هستند.			
تبصره: در موارد خاص تا زمانی که مقرراتی از سوی مراجع ذی ربط ابلاغ نشده است انعقاد قرارداد بیمه اعتبار با اخذ مجوز							

کتابی از بیمه مرکزی ایران امکان پذیر است.  
بند ۳-۳- برای مجموع اعتبار اعطایی در بخش خاصی از فعالیت و تمام اعتبار گیرندگان آن بخش تقاضای بیمه نماید،  
تقاضای بیمه گزار در صورتی پذیرفته می شود که تعداد اعتبار گیرندگان وی در طول یک سال بیش از بیست و پنج شخص  
حقیقی و یا حقوقی باشد.  
ماده ۴. حداکثر تعهد بیمه گر در مورد هر قسط معادل ۷۵ درصد مبلغ آن خواهد بود و جبران ۲۵ درصد بقیه بر عهده بیمه  
گذار می باشد.  
تبصره: در مواردی که سند ملکی یا اسناد مالی تضمین شده توسط دولت یا بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رهن  
بیمه گزار قرار گیرد سهم بیمه گزار از هر خسارت تا پانزده درصد قابل کاهش است.

**آیین نامه شماره ۵۱/۲ اصلاح آیین نامه قرارداد گروهی بیمه اعتبار داخلی**

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۳ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، در جلسه مورخ ۱۳۸۷/۶/۴ اصلاح  
آیین نامه قرارداد گروهی بیمه اعتبار داخلی را به شرح زیر تصویب نمود:  
در آیین نامه شماره ۵۱ ( آیین نامه قرارداد گروهی بیمه اعتبار داخلی) ماده ۱۱ به شرح زیر اصلاح شود:  
نمایندگان و کارگزاران بیمه می توانند نسبت به عرضه این بیمه اقدام نمایند. علاوه بر این، شرکت بیمه مجاز است به  
نماینده دارای مجوز صدور بیمه نامه اعتبار، هزینه صدور بپردازد.

**آیین نامه شماره ۵۲**

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۳ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری قرارداد  
بیمه مسئولیت متصدیان حمل داخلی مشتمل بر ۱۳ ماده و ۳ تبصره را به شرح زیر در جلسه مورخ  
۱۳۸۲/۱۰/۲۳ تصویب نمود:

قرارداد بیمه مسئولیت متصدیان حمل و نقل داخلی  
شماره قرارداد .....

این قرارداد بین شرکت سهامی بیمه ..... (به عنوان بیمه گر) از یک طرف و شرکت حمل و نقل

داخلی..... به نشانی .....

(به عنوان بیمه‌گذار) از طرف دیگر با رعایت قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ به شرح زیر منعقد می‌شود :

ماده ۱: موضوع قرارداد

موضوع قرارداد عبارت است از بیمه مسئولیت بیمه‌گذار در قبال ارسال کنندگان و یا صاحبان کالا به استناد بارنامه‌های صادره، که ناشی از تحقق خطرات بیمه شده در این قرارداد بوده و بیمه‌گذار به عنوان متصدی حمل و نقل مسئول جبران آن‌ها شناخته شود .

ماده ۲: شروع و خاتمه تعهدات بیمه‌گر

تعهدات بیمه‌گر تحت این قرارداد پس از تکمیل بارگیری کالا در مبدأ، آغاز و همزمان با شروع تخلیه در مقصد مندرج در بارنامه خاتمه می‌یابد.

ماده ۳: حدود و میزان تعهد بیمه‌گر

بیمه‌گر طبق شرایط این قرارداد و مشروط به انجام کلیه وظایف و تعهدات بیمه‌گذار به شرح مندرج در ماده ۸ متعهد جبران خسارتهایی است که در نتیجه وقوع حوادث زیر به محمولات مورد حمل وارد و مسئولیت جبران آن به عهده بیمه‌گذار باشد :

۱-۳- تصادف و واژگونی وسیله نقلیه و یا برخورد کالا با شیئی ثابت .

۲-۳- خسارتهای وارد به کالا در اثر پرتاب شدن از روی وسیله نقلیه..

۳-۳- آتش سوزی، صاعقه و انفجار وسیله نقلیه

۴-۳- سرقت کلی محموله با وسیله نقلیه .

تبصره: بیمه‌گر در مجموع تا بیست درصد تعهدات خود متعهد جبران هزینه های زیر نیز خواهد بود:

۱- هزینه های لازم و متعارف جهت نجات کالا و جلوگیری از توسعه خسارت پس از وقوع حوادثی که جبران زیان آن در تعهد بیمه‌گر باشد.

۲- هزینه دادرسی و دفاع از بیمه‌گذار که به صورت متعارف در ارتباط با خطرات بیمه شده در مراجع قضایی ثبت شده باشد .

ماده ۴: استثنائات

جبران خسارتهایی که به طور مستقیم و یا غیرمستقیم در نتیجه عوامل زیر به کالای مورد حمل وارد آمده باشد در تعهد بیمه‌گر نیست:

۱-۴- جعل اسناد و خیانت در امانت و هرنوع عمل عمد یا مجرمانه بیمه‌گذار (شامل کارکنان و نمایندگان وی)، راننده و یا کمک راننده وسیله نقلیه .

۴-۲- حوادث طبیعی مانند سیل، طوفان، زلزله، آتشفشان.

۴-۳- جنگ، شورش، اعتصاب، بلوا، ضبط و مصادره .

۴-۴- تشعشعات رادیواکتیو و فعل وانفعالات هسته‌ای .

۴-۵- عیب ذاتی و یا خودسوزی کالاها .

۴-۶- هرگونه خسارت غیرمستقیم و عدم‌النفع و کاهش ارزش کالا در بازار.

۴-۷- حمل کالاهای قاچاق و غیرمجاز .

۴-۸- خسارت هنگام تخلیه و بارگیری .

۴-۹- عدم صلاحیت راننده برای رانندگی وسیله نقلیه باتوجه به نوع گواهی‌نامه .

۴-۱۰- ریزش، روندگی، آبدیدگی، مگر این که ناشی از تحقق خطرات مذکور در ماده (۳) باشد .

۴-۱۱- کاهش طبیعی وزن محموله .

۴-۱۲- سرقت قسمتی از محموله و یا هرنوع سرقت ناشی از خیانت در امانت .

۴-۱۳- فقدان کالا .

۴-۱۴- تغییر وسیله حمل جز با موافقت قبلی بیمه گر .

۴-۱۵- خسارت وارده به علامت و بسته بندی کالا.

تبصره: خسارت ناشی از تخلیه و بارگیری و آبدیدگی مشروط به پرداخت حق بیمه اضافی قابل پوشش خواهد بود .

ماده ۵: نرخ حق بیمه

۵-۱- نرخ حق بیمه هر بارنامه (حمل) برای محموله های تا ارزش پنجاه میلیون ریال معادل ۰/۵ در هزار ارزش محموله

۵-۲- نرخ حق بیمه بارنامه هایی که ارزش محموله آن بیش از پنجاه میلیون ریال باشد ۰/۲ در هزارنسبت به مازاد مبلغ پنجاه میلیون ریال محاسبه شده و به مبلغ حق بیمه بند ۵-۱ اضافه می‌شود .

۳\_۵\_ در مواردی که بیمه گذار منحصراً آهن آلات، غلات، علوفه، سنگ های معدنی، گچ و سیمان و یا سایر مصالح ساختمانی را به صورت فله حمل می‌نماید نرخ حق بیمه به نصف تقلیل می‌یابد.

۴-۵- بیمه‌گذار متعهد است در تاریخ شروع قرارداد مبلغ ..... ریال به عنوان سپرده حق بیمه به بیمه گر بپردازد. این سپرده تا پایان قرارداد نزد بیمه‌گر باقی خواهد ماند.

۵-۵- بیمه‌گذار موظف است مالیات و یا عوارضی که طبق قوانین و یا مقررات در ارتباط با این قرارداد ملزم به پرداخت آن است را در هر مورد محاسبه و علاوه بر حق بیمه متعلقه به بیمه‌گر پرداخت نماید.



ماده ۶: مشارکت در منافع

در صورتی که در پایان هر دوره یکساله قرارداد مشخص شود که نسبت مجموع خسارت های پرداختی و معوق به حق بیمه دریافتی هر قرار داد کمتر از پنجاه درصد است بیمه گر می تواند حداکثر معادل ۱۰ درصد حق بیمه آن قرارداد را به عنوان مشارکت در منافع به بیمه گذار پرداخت نماید

ماده ۷: خسارت سهم بیمه گذار

در خسارت ناشی از سرقت کلی محموله جبران بیست درصد خسارت به عهده بیمه گذار است و باید توسط وی به صاحب کالا پرداخت گردد

ماده ۸: تعهدات بیمه گذار

بیمه گذار متعهد است :

۸-۱ برای کلیه محمولات به صورت مسلسل (پشت نمره) بارنامه جاده ای داخلی وزارت راه و ترابری صادر نموده و مسئولیت خود را در قبال ارسال کننده و یا صاحبان محمولات مذکور را تحت شرایط این قرارداد، بیمه نماید .

۸-۲ یک نسخه از تصویر (کپی) حواله سازمان پایانه ها و حمل و نقل کشور را که برای دریافت بارنامه بنام وی (بیمه گذار) صادر می گردد همواره و حداکثر تا پنج روز بعد از تاریخ صدور حواله به بیمه گر تحویل نماید .

۸-۳ فهرست کلیه بارنامه های صادره طی هر روز را با ذکر شماره سریال، مبدأ، مقصد، نوع و ارزش محموله، میزان حق بیمه تا پایان وقت اداری همان روز و حداکثر در آغاز وقت اداری روز بعد به بیمه گر اعلام و حق بیمه مربوط به بارنامه های صادره را ظرف ۳ روز پس از پایان هر هفته به بیمه گر پرداخت نمایند. چنانچه بیمه گذار تا پایان مهلت مقرر در این بند نسبت به اعلام مشخصات بارنامه های صادره اقدام نکند و یا حق بیمه مربوط را ظرف مدت تعیین شده نپردازد بیمه گر متعهد جبران خسارت احتمالی نخواهد بود.

۸-۴ ارزش محموله و میزان حق بیمه را در بارنامه درج کند .

۸-۵ هم زمان با صدور بارنامه مدارک رانندگان و خودروها را کنترل نماید .

۸-۶ در ذیل حواله بار، مشخصات راننده شامل نام و نام خانوادگی، شماره دفترچه کار، شماره گواهینامه، نشانی محل سکونت و شماره تلفن وی را درج نماید .

۸-۷ سوابق بارنامه های مورد نظر را حداقل تا یک سال نزد خود نگهداری نموده و هر زمان که بیمه گر درخواست نماید، اطلاعات مورد نیاز را در اختیار وی قرار دهد .

۸۸ مراقبت های لازم را که هر کس عرفا از منافع خود به عمل می آورد، نسبت به محموله و حفظ حقوق و منافع بیمه گر به عمل آورد و کالای مورد حمل را در مسیرهای مجاز و متعارف، بارعایت قوانین و مقررات حمل و نقل داخلی در مدت زمان متعارف حمل و به مقصد برساند.

۸۹ در صورت وقوع حادثه موارد زیر را رعایت نماید :

۸۹-۱ مراتب را در اولین فرصت و حداکثر تا پنج روز بعد از تاریخ اطلاع به طور کتبی به اولین و نزدیک ترین شعبه بیمه گر اطلاع دهد .

۸۹-۲ هیچ گونه مسئولیتی را نسبت به حادثه و خسارت ، بدون جلب موافقت بیمه گر قبول نکند

۸۹-۳ بدون اطلاع و موافقت بیمه گر، تغییری در وضعیت خسارت به عمل نیابد مگر اقدامات و تغییراتی که برای نجات کالا و جلوگیری از توسعه خسارت ضروری است و عرفا باید انجام شود .

۸۹-۴ در صورت دریافت هرگونه اظهارنامه و احضاریه از دادگاه در خصوص مسئولیت تحت پوشش این قرارداد سریعاً اوراق مذکور را جهت اطلاع به بیمه گر ارائه نماید .

۸۱۰ اصل اسناد و مدارک زیر را تهیه و در اسرع وقت به بیمه گر تسلیم نماید .

۸۱۰-۱ گزارش مقامات انتظامی محل وقوع حادثه .

۸۱۰-۲ بارنامه و صورت مشخصات محموله .

۸۱۰-۳ فاکتور خرید محموله یا هرگونه مدارک قانونی دیگری که دال بر تعیین ارزش محموله باشد .

۸۱۰-۴ هرگونه ادعای خسارتی که از طرف مدعی به وی اعلام شده باشد .

۸۱۰-۵ هرگونه مدرک دیگری که برای تشخیص مسئولیت بیمه گذار و یا میزان خسارت مؤثر بوده و یا به هر نحوی در رابطه با خسارت، مورد نیاز بیمه گر باشد.

ماده ۹: حق جانشینی

بیمه گر در حدودی که خسارت وارده را قبول یا پرداخت می کند جانشین بیمه گذار بوده و حق دارد به شخص یا اشخاصی که مسئولیت منفرد یا مشترک در بروز خسارت داشته باشند مراجعه و استیفای حق نماید.

تبصره: حق جانشینی در مورد خسارت های غیر عمدی ناشی از تقصیر رانندگان بیمه گذار اعمال نخواهد شد .

ماده ۱۰: مقررات گوناگون

۱۰-۱ در صورت وقوع حادثه ای که موجب مسئولیت بیمه گذار شود بیمه گر می تواند برای اعزام کارشناس جهت بازدید و برآورد خسارت اقدام نماید .

۲-۱۰- بیمه‌گر می‌تواند در تمام دعاوی حقوقی که علیه بیمه‌گذار در رابطه با مسؤولیت های ناشی از بارنامه های صادره (که جزو مسؤولیت تحت پوشش این قرارداد می‌باشد) در مراجع قضایی مطرح می‌شود، توسط وکیل مورد نظر خود از بیمه‌گذار دفاع و در مواردی که مصلحت بدانداخارج از دادگاه، نسبت به پرداخت خسارت اقدام یا با زیان دیده توافق نماید. بدین منظور بیمه‌گذار به موجب این قرارداد به وکیل مورد نظر بیمه‌گر وکالت با حق توکیل می‌دهد.

۳-۱۰- بیمه‌گر موظف است ظرف ۲۰ روز پس از دریافت مدارک لازم و یا صدور حکم قطعی دایر بر محکومیت بیمه‌گذار تعهدات خود را ایفا نماید .

۴-۱۰- خسارت براساس قیمت کالا در زمان بارگیری درمبدأ محاسبه می‌گردد و درغیاب چنین قیمتی، ارزش کالای مشابه در مبدأ حمل، مبنای محاسبه قرار خواهد گرفت. به هر حال خسارت قابل پرداخت از حداکثر مبلغی که بر مبنای آن حق بیمه پرداخت شده است تجاوز نخواهد کرد.

۵-۱۰- خسارت ناشی از سرقت کلی محموله حداقل دو ماه بعد از اعلام خسارت تصفیه می‌شود .

ماده ۱۱: مدت قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد یک سال شمسی است که از ساعت ۲۴ روز ..... شروع و در ساعت ۲۴ روز..... منقضی می‌گردد و برای سال های بعد خود به خود تمدید خواهد شد مگر آن که هریک از طرفین لاقلاً یک ماه قبل از انقضاء مدت، نظر خود را مبنی بر عدم تمایل به ادامه قرارداد به طرف دیگر اعلام نماید .

۱-۱۱- اعتبار قرارداد منوط به مهر و امضای طرفین و پرداخت سپرده از طرف بیمه‌گذار می‌باشد .

۲-۱۱- پس از انقضای قرارداد، تعهد طرفین نسبت به کلیه بارنامه هایی که در مدت اعتبار این قرارداد تحت پوشش قرار گرفته است ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۲: فسخ قرارداد

هر یک از طرفین قرارداد می‌توانند با اعلام کتبی و مهلت یک ماهه به طرف مقابل، قرارداد را فسخ نمایند .

ماده ۱۳: نحوه حل و فصل اختلافات

هرگونه اختلاف ناشی از تعبیر، تفسیر و یا اجرای این قرارداد، در صورتی که از طریق مذاکره حل و فصل نشود، به کارشناس مرضی طرفین ارجاع خواهد شد و رأی کارشناس مزبور قطعی و برای طرفین لازم‌الاتباع است. در صورتی که طرفین در مورد انتخاب کارشناس واحد به توافق نرسند، موضوع به هیئت کارشناسی که به نحو زیر انتخاب خواهد شد ارجاع می‌گردد .

۱-۱۳- هر یک از طرفین یک نفر کارشناس اختصاصی تعیین و به طرف دیگر معرفی می‌نماید .

۱۳-۲- کارشناسان اختصاصی قبل از بحث در موضوع مورد اختلاف به اتفاق کارشناس دیگری را به عنوان سرکارشناس انتخاب خواهند نمود .

۱۳-۳- رأی هیأت کارشناسی با اکثریت آرا معتبر و برای طرفین لازم‌الاتباع خواهد بود .

۱۳-۴- در صورتی که هر یک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از انتخاب و معرفی کارشناس طرف مقابل، کارشناس اختصاصی خود را تعیین نکند و یا کارشناسان اختصاصی تا ۳۰ روز در مورد تعیین سرکارشناس به توافق نرسند، هریک از طرفین می‌توانند حسب مورد از دادگاه ذیصلاح درخواست تعیین کارشناس یا سرکارشناس بنمایند .

۱۳-۵- هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق الزحمه کارشناس اختصاصی خود و پنجاه درصد از حق الزحمه سرکارشناس را پرداخت خواهند کرد و در خاتمه تمام‌هزینه های کارشناسی به عهده طرفی خواهد بود که رأی به زیان او صادر می‌گردد. این قرارداد در ۱۳ ماده و ۳ تبصره و در دو نسخه که هر دو نسخه حکم واحد را دارند تنظیم و امضاء گردید

شرکت حمل و نقل داخلی .....

شرکت سهامی بیمه .....

### آیین نامه شماره ۵۳

« شورای عالی بیمه در اجرای بند ۳ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۹ آیین نامه شرایط عمومی بیمه بدنه وسایل نقلیه زمینی را شامل ۲۴ ماده و ۱۰ تبصره به شرح زیر تصویب نمود:

### فصل اول : کلیات

#### ماده ۱ . اساس قرارداد

این بیمه نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه ۱۳۱۶ و پیشنهاد بیمه گذار (که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد) تنظیم شده و مورد توافق طرفین است. آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر نبوده و همزمان با صدور بیمه نامه یا قبل از آن به صورت کتبی به بیمه گذار اعلام گردیده است جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی شود.

#### ماده ۲: اصطلاحات

اصطلاحات زیر صرفنظر از هر معنی و مفهوم دیگری که ممکن است داشته باشند در این شرایط عمومی با تعریف مقابل آن به کار رفته است:

۱- بیمه گر: شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در این بیمه نامه درج گردیده است و در ازای دریافت حق بیمه ، جبران خسارت احتمالی را طبق شرایط این بیمه نامه به عهده می گیرد.

۲- بیمه گذار: شخص حقیقی یا حقوقی است که مالک موضوع بیمه است یا به یکی از عناوین قانونی، نمایندگی مالک یا ذینفع را داشته یا مسئولیت حفظ موضوع بیمه را از طرف مالک دارد و قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد می کند و متعهد پرداخت حق بیمه آن می باشد.

۳- ذینفع: شخصی است که بنا به درخواست بیمه گذار نام وی در این بیمه نامه درج گردیده است و تمام یا بخشی از خسارت به وی پرداخت می شود.

۴- حق بیمه: مبلغی است که در بیمه نامه مشخص شده و بیمه گذار موظف است آن را هنگام صدور بیمه نامه یا به ترتیبی که در بیمه نامه مشخص می شود به بیمه گر پرداخت نماید.

۵- موضوع بیمه: وسیله نقلیه زمینی است که مشخصات آن در این بیمه نامه درج شده است. لوازمی که مطابق کاتالوگ وسیله نقلیه بیمه شده به خریدار تحویل و یا در بیمه نامه درج شده است نیز جزو موضوع بیمه محسوب می شود.

۶- فرانشیز: بخشی از هر خسارت است که به عهده بیمه گذار است و میزان آن در بیمه نامه مشخص می گردد.

۷- مدت اعتبار بیمه نامه: شروع و پایان مدت اعتبار بیمه نامه به ترتیبی خواهد بود که در بیمه نامه معین می گردد.

## **فصل دوم: خسارت ها و هزینه های تحت پوشش**

### **ماده ۳. خسارت های تحت پوشش**

جبران خسارت های وارد به موضوع بیمه و هزینه های مربوط، به شرح زیر در تعهد بیمه گر خواهد بود:

۱- خسارتی که ناشی از برخورد موضوع بیمه به یک جسم ثابت یا متحرک و یا برخورد اجسام دیگر به موضوع بیمه و یا واژگونی و سقوط موضوع بیمه باشد و یا چنانچه در حین حرکت، اجزا و یا محمولات موضوع بیمه به آن برخورد نماید و موجب بروز خسارت شود.

۲- خسارتی که در اثر آتش سوزی، صاعقه و یا انفجار به موضوع بیمه و یا لوازم یدکی اصلی همراه آن وارد گردد.

۳- در صورتی که موضوع بیمه دزدیده شود و یا در اثر عمل دزدی یا شروع به دزدی به وسیله نقلیه و یا وسایل اضافی آن که در بیمه نامه درج شده است خسارت وارد شود.

۴- خسارتی که در جریان نجات و یا انتقال موضوع بیمه خسارت دیده به آن وارد شود.

۵- خسارت باطری و لاستیک های چرخ موضوع بیمه در اثر هر یک از خطرات بیمه شده تا پنجاه درصد قیمت نو قابل پرداخت است.

### **ماده ۴. هزینه های قابل تامین**

هزینه های متعارفی که بیمه گذار برای نجات موضوع بیمه خسارت دیده و جلوگیری از توسعه خسارت و نیز انتقال موضوع بیمه خسارت دیده به نزدیک ترین محل مناسب برای تعمیر آن پرداخت می نماید حداکثر تا بیست درصد کل خسارت وارده قابل جبران خواهد بود.

### **فصل سوم : خسارت های مستثنا شده یا غیر قابل جبران**

#### **ماده ۵. خسارت های مستثنا شده**

خسارت های زیر تحت پوشش این بیمه نامه نیست مگر آنکه در بیمه نامه یا الحاقیه آن به نحو دیگری توافق شده باشد:

- ۱- خسارت های ناشی از سیل ، زلزله و آتشفشان.
- ۲- خسارت هایی که به علت استفاده از موضوع بیمه در مسابقه اتومبیل رانی یا آزمایش سرعت به آن وارد شود.
- ۳- خسارت های وارد به موضوع بیمه به علت حمل مواد منفجره ، سریع الاشتعال و یا اسیدی مگر آنکه موضوع بیمه مخصوص حمل آن باشد.
- ۴- خسارت های وارده در اثر پاشیده شدن رنگ ، اسید و سایر مواد شیمیایی روی بدنه موضوع بیمه مگر آنکه ناشی از حوادث تحت پوشش بیمه باشد.
- ۵- خسارت ناشی از سرقت لوازم و قطعات موضوع بیمه پس از وقوع حادثه.
- ۶- خسارت ناشی از کشیدن میخ و سایر اشیاء مشابه روی بدنه موضوع بیمه.
- ۷- کاهش ارزش موضوع بیمه حتی اگر در اثر وقوع خطرات بیمه شده باشد.
- ۸- زیان ناشی از عدم امکان استفاده از موضوع بیمه حادثه دیده به علت تحقق خطرات تحت پوشش بیمه نامه.

#### **ماده ۶. خسارت های غیر قابل جبران**

در موارد زیر جبران خسارت در تعهد بیمه گر نخواهد بود:

- ۱- خسارت های ناشی از جنگ ، شورش ، اعتصاب و یا تهاجم.
- ۲- خسارت های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از انفجارهای هسته ای.
- ۳- خسارت هایی که عمداً توسط بیمه گذار ، ذی نفع و یا راننده موضوع بیمه به آن وارد می شود.
- ۴- خسارت های وارده به موضوع بیمه حین گریز از تعقیب مقامات انتظامی مگر آنکه عمل گریز توسط متصرفین غیر قانونی باشد.

۵- در صورتی که راننده موضوع بیمه هنگام وقوع حادثه فاقد گواهینامه رانندگی باشد یا گواهینامه رانندگی وی باطل شده باشد و یا مطابق مقررات راهنمایی و رانندگی گواهینامه راننده برای رانندگی موضوع بیمه متناسب نباشد. اتمام اعتبار گواهینامه در حکم بطلان آن نیست.

۶- خسارت های ناشی از حوادثی که طبق گزارش مقامات ذی صلاح به علت مصرف مشروبات الکلی و یا استعمال مواد مخدر یا روان گردان توسط راننده موضوع بیمه بوجود آمده باشد.

۷- خسارت ناشی از بکسل کردن وسیله نقلیه دیگر مگر آنکه موضوع بیمه مخصوص و مجاز به انجام این کار باشد و اصول و مقررات ایمنی را رعایت کرده باشد.

۸- خسارت های وارده به وسایل و دستگاههای الکتریکی و الکترونیکی موضوع بیمه در صورتی که ناشی از نقص و خرابی در کارکرد آنها باشد.

۹- خسارت هایی که به علت حمل بار بیش از حد مجاز توسط موضوع بیمه به آن وارد شود.

## **فصل چهارم : وظایف و تعهدات بیمه گذار**

### **ماده ۷. رعایت اصل حد اعلاى حسن نیت**

بیمه گذار مکلف است پرسش های کتبی بیمه گر را با دقت و صداقت و به طور کامل پاسخ دهد. هرگاه بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری و یا اظهار خلاف واقع بنماید به نحوی که مطالب اظهار نشده و یا اظهارات خلاف واقع، موضوع خطر را تغییر دهد و یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد قرارداد بیمه از تاریخ انعقاد باطل و بلااثر خواهد بود حتی اگر مطلبی که کتمان شده یا بر خلاف واقع اظهار شده است هیچگونه تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت علاوه بر آنکه وجوه پرداختی بیمه گذار به وی مسترد نخواهد شد بیمه گر می تواند اقساط معوق حق بیمه تا آن تاریخ را نیز از وی مطالبه نماید.

### **ماده ۸. پرداخت حق بیمه**

قرارداد بیمه با تقاضای بیمه گذار و قبول بیمه گر منعقد می شود ولی شروع تأمین و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در بیمه نامه پیش بینی شده است. چنانچه پرداخت حق بیمه به صورت قسطی باشد و بیمه گذار یک یا چند قسط از اقساط موعود رسیده حق بیمه را پرداخت نکند بیمه گر می تواند بیمه نامه را فسخ نماید. چنانچه بیمه گر بیمه نامه را فسخ نکرده باشد، در صورت وقوع حادثه، پرداخت خسارت تابع ضوابط پیش بینی شده در شرایط خصوصی بیمه نامه خواهد بود.

### **ماده ۹. اعلام تشدید خطر**

هرگاه در طول مدت بیمه تغییراتی در کیفیت و یا وضعیت و یا کاربری موضوع بیمه بوجود آید که موجب تشدید خطر شود بیمه گذار موظف است به محض اطلاع ، بیمه گر را آگاه سازد. در صورت تشدید خطر قبل از وقوع خسارت، بیمه گر می تواند حق بیمه اضافی متناسب با خطر را برای مدت باقیمانده مطالبه و در صورت عدم پرداخت آن توسط بیمه گذار ، قرارداد بیمه را فسخ نماید. هرگاه بعد از وقوع خسارت، تشدید خطر معلوم شود بیمه گر می تواند خسارت را براساس نسبت حق بیمه تعیین شده به حق بیمه متناسب با خطر مشدد پرداخت کند

### **ماده ۱۰. اعلام خسارت**

بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف پنج روز کاری از تاریخ اطلاع خود از وقوع حادثه به یکی از مراکز پرداخت خسارت بیمه گر مراجعه و با تکمیل فرم اعلام خسارت، وقوع حادثه را اعلام نماید یا مراتب را ظرف مدت مذکور از طریق پست سفارشی به اطلاع بیمه گر برساند. همچنین بیمه گذار موظف است مدارک مثبت و سایر اطلاعاتی که راجع به حادثه و تعیین میزان خسارت از او خواسته می شود را در اختیار بیمه گر قرار دهد. در صورتی که بیمه گذار هر یک از تعهدات فوق را انجام ندهد بیمه گر می تواند ادعای خسارت را رد کند مگر آنکه بیمه گذار ثابت کند به دلیل امور غیر قابل اجتناب از عهده انجام آنها برنیامده است.

### **ماده ۱۱. عدم اظهارات خلاف واقع**

هرگاه بیمه گذار به قصد تقلب ، در خصوص خسارت و کیفیت وقوع حادثه به طور کتبی اظهارات نادرستی بنماید و یا مدارک معمول تسلیم کند بیمه گر می تواند وی را از دریافت خسارت محروم کند.

### **ماده ۱۲. جلوگیری از وقوع حادثه و توسعه خسارت**

بیمه گذار موظف است برای جلوگیری از وقوع حادثه و توسعه خسارت و یا نجات موضوع بیمه و لوازم همراه آن ، اقدامات و احتیاط های لازم را که هرکس عرفاً از مال خود می کند به عمل آورد. چنانچه ثابت شود که بیمه گذار عمداً از انجام این اقدامات خودداری نموده است بیمه گر می تواند به نسبت تاثیر قصور بیمه گذار، خسارت پرداختی را تقلیل دهد.

### **ماده ۱۳. خودداری از جابجایی و یا تعمیر وسیله نقلیه**

در صورت بروز حادثه بیمه گذار باید از جابجایی وسیله نقلیه جز به حکم مقررات یا دستور مقامات انتظامی و همچنین تعمیر آن بدون موافقت بیمه گر خودداری نماید.

### **ماده ۱۴. انتقال حقوق بیمه گذار به بیمه گر**

بیمه گر در حدودی که خسارت وارده را قبول یا پرداخت می کند در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت هستند قائم مقام بیمه گذار خواهد بود و بیمه گذار موظف است از هر عملی که اقدام بیمه گر را علیه مسئول خسارت



مشکل و یا نا مقدور می سازد خودداری نماید. در غیر این صورت بیمه گر می تواند خسارت را پرداخت نکند یا در صورت پرداخت خسارت، حق استرداد آن را از بیمه گذار خواهد داشت.

## **فصل پنجم: فسخ و انفساخ قرارداد بیمه**

### **ماده ۱۵: فسخ قرارداد بیمه**

در موارد زیر بیمه گر یا بیمه گذار می تواند قرارداد بیمه را فسخ نماید:

الف - موارد فسخ از طرف بیمه گر:

۱- در صورتی که بیمه گذار حق بیمه را به موقع نپردازد.

۲- در صورت تشدید خطر مگر آنکه توافق خاصی بین طرفین صورت گرفته باشد.

۳- چنانچه بیمه گذار سهواً از اظهار مطالبی خودداری یا اظهارات خلاف واقع بنماید و مطالب اعلام نشده یا اظهارات خلاف واقع در ارزیابی خطر مؤثر باشد.

ب - موارد فسخ از طرف بیمه گذار:

۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲- در صورتی که فعالیت بیمه گر به هر دلیل متوقف شود.

تبصره - در صورتی که بیمه گذار بنا به دلایل دیگری متقاضی فسخ بیمه نامه باشد بیمه گر حق بیمه مدت اعتبار بیمه نامه را به روش کوتاه مدت محاسبه و باقیمانده حق بیمه را به بیمه گذار پرداخت می کند.

### **ماده ۱۶ - انفساخ قرارداد بیمه**

در صورتی که موضوع بیمه به علت وقوع حوادثی که تحت پوشش این بیمه نامه نیست از بین برود، بیمه نامه منفسخ می گردد.

### **ماده ۱۷: نحوه اعلام فسخ و برگشت حق بیمه**

چنانچه بیمه گذار یا بیمه گر بخواهند بیمه نامه را فسخ کنند باید مراتب را به طور کتبی و رسمی به طرف مقابل اطلاع دهند. اثر فسخ در تمام موارد ده روز پس از ابلاغ مراتب به اقامتگاه طرف مقابل شروع می شود. در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه گر یا بیمه گذار یا انفساخ قرارداد بیمه ، حق بیمه مدت اعتبار بیمه (به جز در مورد تبصره ماده ۱۵) به صورت روز شمار محاسبه و باقیمانده به بیمه گذار مسترد می گردد.

تبصره - در صورتی که ذینفع بیمه نامه شخص دیگری غیر از بیمه گذار باشد فسخ بیمه نامه توسط بیمه گذار مستلزم کسب موافقت ذینفع می باشد. در صورت فسخ از طرف بیمه گر، مراتب باید علاوه بر بیمه گذار به طور کتبی به اطلاع ذینفع نیز رسانده شود.

### **ماده ۱۸: انتقال مالکیت وسیله نقلیه بیمه شده**

در صورت انتقال مالکیت موضوع بیمه به هر یک از انحاء قانونی، بیمه گذار می تواند بیمه نامه را فسخ و حق بیمه مدت باقیمانده بیمه نامه خود را مسترد نماید. در صورت عدم فسخ بیمه نامه چنانچه مالک جدید به تعهدات بیمه گذار در مقابل بیمه گر عمل نماید، تعهدات بیمه گر در قبال مالک جدید ادامه خواهد یافت.

تبصره - چنانچه انتقال مالکیت موضوع بیمه پس از وقوع حادثه ای باشد که به بیمه گر اعلام نشده است بیمه گر هیچ گونه مسئولیتی برای جبران خسارت های وارده در مقابل مالک جدید نخواهد داشت.

### **فصل ششم: نحوه تعیین و پرداخت خسارت**

#### **ماده ۱۹: نحوه تعیین مقدار خسارت**

مقدار خسارت قابل پرداخت توسط بیمه گر به ترتیب زیر تعیین می شود. در صورت عدم توافق در مورد میزان خسارت طبق ماده ۲۲ عمل خواهد شد.

#### **الف - خسارت کلی**

موضوع بیمه موقعی بکلی از بین رفته تلقی خواهد شد که حداقل ۶۰ روز پس از سرقت پیدا نشود یا به علت حوادث مشمول بیمه به نحوی آسیب ببیند که مجموع هزینه های تعمیر و تعویض قسمتهای خسارت دیده آن با احتساب هزینه های نجات از ۷۵ درصد قیمت آن در روز حادثه بیشتر باشد.

تبصره ۱- در خسارت کلی ملاک محاسبه و تصفیه خسارت، ارزش معاملاتی موضوع بیمه در روز حادثه و حداکثر تا مبلغ بیمه شده خواهد بود. از خسارت کلی، ارزش بازیافتی احتمالی و کسورات مقرر کسر و هزینه متعارف نجات و حمل تا حد مقرر به آن اضافه می شود مشروط بر اینکه از کل مبلغ بیمه بیشتر نشود.

تبصره ۲- ارزش بازیافتی موضوع بیمه توسط بیمه گر تعیین می شود. در صورت عدم موافقت بیمه گذار با ارزش تعیین شده، بیمه گر پس از تملک موضوع بیمه و انتقال سند، خسارت را با کسر فرانشیز و سایر کسورات و اضافه نمودن هزینه های متعارف نجات و حمل پرداخت خواهد نمود.

تبصره ۳- با پرداخت خسارت کلی، قرارداد بیمه خاتمه می یابد و چنانچه مدت قرارداد بیمه بیش از یک سال باشد حق بیمه سال های بعد به بیمه گذار مسترد می شود.

تبصره ۴- قبل از پرداخت خسارت مربوط به سرقت کلی موضوع بیمه ، سند مالکیت وسیله نقلیه بیمه شده باید به بیمه گر منتقل شود.

تبصره ۵- چنانچه تا یک سال پس از پرداخت خسارت وسیله نقلیه سرقت شده و انتقال مالکیت آن به بیمه گر ، وسیله نقلیه مذکور پیدا شود بیمه گر موظف است آن را با رعایت آیین نامه بازیافت خسارت مصوب شورای عالی بیمه به فروش رساند و سهم بیمه گذار از مبلغ بازیافتی را با توجه به درصدی که از خسارت پرداختی کسر کرده است به وی پرداخت نماید.

ب - خسارت جزئی

خسارت هایی که مشمول تعریف مندرج در بند الف فوق نیست خسارت جزئی تلقی می شود. ملاک تعیین خسارت جزئی ، هزینه تعمیر شامل دستمزد عادلانه و قیمت روز لوازم تعویضی پس از کسر استهلاک و فرانشیز و اضافه نمودن هزینه نجات و حمل تا حد مقرر خواهد بود. میزان استهلاک برای قطعات تعویضی (به جز شیشه ها و شیشه چراغها) از شروع سال پنجم تولید وسیله نقلیه به بعد برای هر سال ۵ درصد و حداکثر ۲۵ درصد خواهد بود.

#### ماده ۲۰: مهلت و نحوه پرداخت خسارت

بیمه گر موظف است حداکثر پانزده روز بعد از تکمیل مدارک و توافق طرفین در خصوص میزان آن یا اعلام رای داور مرضی الطرفین، هیئت داورى یا دادگاه (موضوع ماده ۲۲) خسارت را پرداخت کند . این مدت برای پرداخت خسارت سرقت موضوع بیمه ۶۰ روز است که از تاریخ اعلام خسارت به بیمه گر شروع و پس از سپری شدن این مدت در صورت پیدا نشدن موضوع بیمه ، خسارت وارده به موجب شرایط این بیمه نامه پرداخت می شود.

تبصره ۱ - بیمه گر می تواند به جای پرداخت نقدی خسارت، موضوع بیمه را در مدتی که عرفاً کمتر از آن میسر نیست تعمیر کند یا وسیله نقلیه مشابهی را در عوض آن به تملک بیمه گذار درآورد. در هر حال فرانشیز و استهلاک به عهده بیمه گذار خواهد بود.

تبصره ۲- در صورتی که مبلغ بیمه شده کمتر از ارزش موضوع بیمه در روز وقوع حادثه باشد بیمه گر فقط به تناسب مبلغ بیمه شده با قیمت واقعی آن در روز حادثه مسئول جبران خسارت خواهد بود.

#### فصل هفتم : سایر مقررات

#### ماده ۲۱: بیمه مضاعف

اگر وسیله نقلیه موضوع این بیمه نامه در طول مدت اعتبار قرارداد ، بدون قصد تقلب به موجب بیمه نامه یا بیمه نامه های دیگری در مقابل تمام یا بخشی از خطرات مذکور در این قرارداد بیمه شده باشد، در صورت وقوع خطرهای تحت پوشش ،

بیمه گر موظف است خسارت را جبران و سپس برای دریافت سهم بقیه بیمه گرها به آنان مراجعه نماید. چنانچه قبلاً تمام خسارت با استفاده از سایر بیمه نامه ها جبران شده باشد بیمه گر تعهدی برای جبران خسارت در قبال بیمه گذار نخواهد داشت ولی اگر بخشی از خسارت توسط سایر بیمه گرها جبران شده باشد بیمه گر موظف است براساس نسبت تعهد خود به مجموع پوشش همه بیمه نامه ها، خسارت را جبران نماید.

### **ماده ۲۲: ارجاع به داوری**

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند. اگر اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد می توانند از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه موضوع را حل و فصل کنند. در صورت انتخاب روش داوری، طرفین قرارداد می توانند یک نفر داور مرضی الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی الطرفین هر یک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می کند. داوران منتخب، داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آراء اقدام به صدور رای داوری می کنند. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند هر یک از طرفین قرارداد می تواند تعیین داور سوم را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین حق الزحمه داور انتخابی خود را می پردازد و حق الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می شود.

### **ماده ۲۳: مهلت اقامه دعوی**

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

### **ماده ۲۴: قلمرو جغرافیایی پوشش قرارداد بیمه**

پوشش های این قرارداد شامل خسارت هایی است که در محدوده جغرافیایی جمهوری اسلامی ایران ایجاد شود و تعمیم آن به حوادث خارج از کشور مشروط به توافق خاص است.

### **بین نامه شماره ۵۴**

✦ شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۲ «آیین نامه نمایندگی فروش بیمه های عمر» را در یازده ماده به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- نماینده فروش بیمه عمر که در این آیین نامه اختصاراً «نماینده فروش» نامیده می شود ، شخصی است حقیقی که با توجه به ضوابط این آیین نامه ، مجاز به بازاریابی و عرضه بیمه های عمر انفرادی به نمایندگی از طرف شرکت بیمه ذریبند در ازای دریافت کارمزد مندرج در قرارداد فی مابین می باشد.

ماده ۲- شرکت بیمه می تواند در رشته بیمه عمر انفرادی به اشخاص حقیقی واجد شرایط زیر پروانه نمایندگی فروش برای مدت سه سال که قابل تمدید است اعطاء نماید:

الف - تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران .

ب - اعتقاد به ادیان رسمی کشور.

ج - عدم اعتیاد به مواد مخدر.

د - نداشتن سوء پیشینه و محکومیت کیفری مؤثر.

ه - داشتن گواهی پایان خدمت وظیفه عمومی یا هر نوع معافیت قانونی در مدت قرارداد نمایندگی.

و- دارا بودن حداقل مدرک دیپلم .

ز - طی دوره های آموزش نظری و عملی مورد تایید بیمه مرکزی ایران و اخذ گواهینامه مربوطه.

ماده ۳ - شرکت بیمه موظف است با رعایت مواردی که بیمه مرکزی ایران با توجه به این آیین نامه و قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری تهیه و ابلاغ خواهد نمود با نماینده فروش ، قرارداد نمایندگی منعقد و هر سه ماه یک بار فهرست مشخصات نمایندگان فروش را به بیمه مرکزی ایران ارسال نماید.

ماده ۴- کارمزد نماینده فروش نباید از هفتاد درصد میزان کارمزد نمایندگان حقیقی مقرر در مصوبات شورای عالی بیمه ، تجاوز نماید.

ماده ۵ - شرکت بیمه مسئول پاسخگویی و جبران هرگونه خسارت مستقیم و یا غیر مستقیم ناشی از عمد ، تقصیر ، غفلت یا قصور نماینده در رابطه با عملیات بیمه ای موضوع قرارداد نمایندگی در مقابل بیمه گذاران ، بیمه شدگان و اشخاص ثالث می باشد.

ماده ۶- نماینده فروش موظف است پیشنهادات بیمه ای دریافتی را به طور مستقیم به شرکت بیمه طرف قرارداد ارائه نماید.

ماده ۷- نمایندگان بیمه ، دلالت رسمی بیمه و مدیران و کارکنان آنها و نیز کارکنان و مدیران شرکت های بیمه و بیمه مرکزی ایران نمی توانند تحت عنوان نماینده فروش موضوع این آیین نامه فعالیت نمایند.

ماده ۸- نماینده فروش ملزم به داشتن محل کار نمی باشد.

ماده ۹- شرکت بیمه مجاز به اعطای اجازه صدور بیمه نامه به نمایندگان فروش نمی باشد.

ماده ۱۰- در صورتی که تخلف نماینده فروش از قوانین و مقررات، مورد تایید بیمه مرکزی ایران قرار گیرد شرکت بیمه موظف است حسب اعلام بیمه مرکزی ایران فعالیت نماینده را محدود یا معلق نموده و یا نسبت به فسخ قرارداد اقدام کند.

ماده ۱۱- در صورت وضع مقررات جدید توسط شورایی عالی بیمه، مقررات مذکور از تاریخ لازم الاجرا شدن بر شرایط قرارداد نمایندگی حاکم خواهد بود.

## آیین نامه شماره ۵۵

✦ در جلسه مورخ ۱۳۸۶/۲/۲۵ شورای عالی بیمه در اجرای بندهای ۳ و ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، آیین نامه نحوه نظارت بر امور بیمه‌های اتکائی مؤسسات بیمه مستقیم را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- مؤسسات بیمه مستقیم که در این آیین نامه مؤسسه بیمه نامیده می‌شوند موظفند عملیات اتکائی خود را با رعایت ضوابط مقرر در این آیین نامه انجام دهند.

ماده ۲- حداکثر ظرفیت نگهداری مجاز مؤسسه بیمه از هر بیمه‌نامه یا هر ریسک معادل بیست در صد مجموع سرمایه پرداخت شده، اندوخته‌ها و ذخایر فنی به استثناء ذخیره خسارت معوق می‌باشد. صدور بیمه‌نامه برای ریسک‌هایی که مبلغ آنها بیش از حد نگهداری مؤسسه بیمه باشد صرفاً در صورتی مجاز است که مؤسسه بیمه برای بخش مازاد آن پوشش اتکائی تحصیل نموده باشد.

تبصره ۱- در مواردی که موضوع بیمه از نظر فنی قابل تفکیک به چند ریسک مستقل باشد، مؤسسه بیمه با جلب نظر بیمه‌گذار و موافقت بیمه مرکزی ایران می‌تواند نسبت به تفکیک ریسک اقدام نماید. تفکیک ریسک به مفهوم لزوم صدور چند بیمه‌نامه برای یک موضوع بیمه نیست و می‌توان کلیه ریسک‌های مستقل را بنحوی که در ماده ۱۱ آیین نامه شماره ۲۵ مشخص شده است در قالب یک بیمه‌نامه تحت پوشش بیمه قرارداد که در این صورت مشخصات کامل، ارزش، نرخ و میزان حق بیمه مربوط به هر ریسک می‌باید به صورت مستقل در بیمه‌نامه یا ضمیمه آن درج شود.

تبصره ۲- مؤسسه بیمه موظف است در مناطق و مواردی که امکان تحقق همزمان خسارت برای چند ریسک وجود داشته باشد، حد نگهداری و پوشش‌های اتکائی خود را به نحوی تعیین نماید که همواره امکان ایفای تعهدات خود را در مقابل بیمه‌گذاران و سایر اشخاص ذینفع داشته باشد.

ماده ۳- مؤسسه بیمه موظف است در مواردی که نیاز به اخذ پوشش اتکائی از خارج از کشور باشد، بیمه‌گر اتکائی راهبر را از بین بیمه‌گران اتکائی که حداقل رتبه **A** از مؤسسه رتبه‌بندی **P & S** یا معادل آن از سایر مؤسسات رتبه‌بندی

معتبر بین‌المللی (مانند S, FITCH, A.M.BEST, MOODY) داشته باشد، انتخاب نماید. سایر بیمه‌گران اتکائی نیز می‌باید حداقل دارای رتبه BBB از مؤسسه مذکور و یا معادل آن از سایر مؤسسات رتبه‌بندی معتبر بین‌المللی باشند. تبصره - در موارد خاص، واگذاری اتکائی به بیمه‌گرانی که فاقد حداقل رتبه‌های تعیین شده در این ماده باشند با اخذ موافقت قبلی بیمه‌مرکزی ایران مجاز خواهد بود.

ماده ۴- مؤسسه بیمه موظف است کارگزار/ کارگزاران بیمه اتکائی خود را از بین کارگزاران حرفه‌ای و معتبر بین‌المللی انتخاب نماید.

ماده ۵- مؤسسه بیمه موظف است در صورت انعقاد هر گونه قرارداد در زمینه بیمه‌های اتکائی حداکثر ظرف پانزده روز کلیه اطلاعات مربوط از جمله نام کارگزار/ کارگزاران اتکائی، نام بیمه‌گر اتکائی راهبر و سایر بیمه‌گران اتکائی و سهم اختصاص یافته به آنها را به بیمه‌مرکزی ایران اعلام و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از آن نسخه‌ای از قراردادهای منعقد را به بیمه‌مرکزی ایران ارسال نماید.

تبصره- در مواردی که بخشی از بیمه‌نامه یا ریسک به صورت اختیاری واگذار شود، مؤسسه بیمه موظف است اطلاعات مذکور را برای ریسک‌های بیمه شده طی هر ماه، حداکثر تا پایان ماه بعد به بیمه‌مرکزی ایران ارسال نماید.

ماده ۶- انجام عملیات بیمه اتکائی قبولی توسط مؤسسه‌های بیمه دولتی، در چارچوب اساسنامه مصوب آنها و انجام عملیات بیمه‌های اتکائی قبولی توسط مؤسسات بیمه غیردولتی، با رعایت بند ج آیین‌نامه شماره ۴۰/۳ مصوب شورای عالی بیمه و ضوابط اجرائی آن مجاز می‌باشد.

تبصره - مؤسسه بیمه صرفاً در رشته‌هایی می‌تواند عملیات بیمه اتکائی قبولی انجام دهد که مجوز فعالیت بیمه مستقیم در آن رشته‌ها را داشته باشد.

ماده ۷- مؤسسه بیمه موظف است حساب‌های مربوط به عملیات بیمه اتکائی را (اعم از قبولی و واگذاری) به صورت مشخص تفکیک و در صورت‌های مالی خود به نحو مناسب منعکس نماید.

ماده ۸- بیمه‌مرکزی ایران مکلف است بر حسن اجرای این آیین‌نامه نظارت نماید و در صورت عدم رعایت مفاد آن از سوی هر یک از مؤسسات بیمه، موضوع را کتباً به مؤسسه مزبور تذکر دهد و حسب مورد، مهلت مشخصی را جهت رفع تخلف تعیین نماید. چنانچه ظرف مهلت تعیین شده اقدام لازم از سوی مؤسسه بیمه ذیربط انجام نپذیرد، بیمه‌مرکزی ایران باید مراتب را جهت اطلاع و اتخاذ تصمیم مقتضی به شورای عالی بیمه گزارش نماید.

آیین‌نامه شماره ۵۶

✦ شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۸۶/۶/۱۹ در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیسی بیمه مرکزی ایران وبیمه گری آیین نامه زیر را تصویب نمود:

ماده ۱. موسسات بیمه مکلفند بیمه نامه های اختیاری (مازاد) مسئولیت مدنی دارندگان وسائل نقلیه موتوری زمینی در مقابل اشخاص ثالث را بر اساس نرخها و مقررات تعیین شده در این آیین نامه صادر نمایند.

ماده ۲. نرخ های تعهدات مالی وبدنی بیمه شخص ثالث اختیاری(مازاد) بشرح جداول شماره ۱ تا ۸ پیوست این آیین نامه می باشد.

ماده ۳. در صورتیکه بیمه گذاردرطول مدت اعتبار بیمه نامه خسارتی نداشته باشد بیمه گر مکلف است از سال دوم به بعد تخفیف های زیر را درحق بیمه سالانه پوشش های اختیاری (مازاد) بیمه شخص ثالث اعمال نماید:

سال	سال	سال	سال	سال	سال
دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	سال هفتم به بعد
۵٪	۱۰٪	۱۵٪	۲۵٪	۳۵٪	۵۰٪

ماده ۴. جریمه تعدد خسارت در بخش تعهدات پوششهای اختیاری (مازاد) بیمه شخص ثالث مشابه ماده ۱۳ آیین نامه اجرائی قانون بیمه شخص ثالث به ترتیب زیر محاسبه و اعمال می گردد:

دو بار خسارت	سه بار خسارت	چهار بار خسارت	بیش از چهار بار خسارت
۲۰٪	۴۰٪	۶۰٪	۱۰۰٪

ماده ۵. تعهد بیمه گر از لحاظ تعداد افراد زیان دیده خارج از وسیله نقلیه مورد بیمه نامحدود و در مورد سرنشینان آن محدود به ظرفیت مجاز وسیله نقلیه میباشد.

ماده ۶. موسسات بیمه می توانند در صورت توافق با بیمه گذار و زیان دیده بدون رای دادگاه خسارت وارده به اشخاص ثالث را تا سقف مقرر در بیمه نامه پرداخت نمایند.

ماده ۷. چنانچه قبل از صدور حکم توسط مراجع ذیصلاح قضائی مبلغی تحت هر عنوان توسط بیمه گر به ذینفع بیمه نامه پرداخت شود، مبلغ پرداختی از خسارت متعلقه کسر خواهد شد.

ماده ۸. این آیین نامه از تاریخ ابلاغ جایگزین آیین نامه شماره ۳۲ مصوب شورای عالی بیمه ومکمل های آن می گردد. نرخهای حق بیمه پوششهای اختیاری (مازاد)بیمه شخص ثالث وسائل نقلیه موتوری زمینی



جدول ۱- نرخ حق بیمه تعهدات مالی خودروهای سواری شخصی (در هزار)

ردیف	وسیله نقلیه / تعهدات	مازاد بر ۱۰ میلیون ریال	مازاد بر ۲۰ میلیون ریال	مازاد بر ۳۰ میلیون ریال
		تا ۲۰ میلیون ریال	تا ۳۰ میلیون ریال	میلیون ریال
1	کمتر از چهار سیلندر	7/9	5/3	2/6
2	چهار سیلندر	10/6	7/9	4/0
	(پیکان، پراید، رنو ۵ و هیلمن)			
3	سایر چهار سیلندرها	11/9	9/2	4/6
4	شش سیلندر و بالاتر	13/2	10/6	5/3

جدول ۲- نرخ حق بیمه تعهدات بدنی خودروهای سواری شخصی (در هزار)

ردیف	وسیله نقلیه / تعهدات	مازاد بر ۱/۲ ديه ماه حرام	مازاد بر ۱/۵ ديه ماه حرام	مازاد بر ۲/۲ ديه ماه حرام	مازاد بر ۲/۲ ديه ماه حرام
		تا ۱/۲ ديه ماه حرام	تا ۱/۵ ديه ماه حرام	تا ۲/۲ ديه ماه حرام	دیه ماه حرام

1	کمتر از چهار سیلندر	2/9	2/4	1/8	1/3
2	چهار سیلندر	3/4	2/9	2/1	1/5
	(پیکان، پراید، رنو و وهیلمن)				
3	سایر چهار سیلندرها	4/0	3/4	2/3	1/9
4	شش سیلندر و بالاتر	4/5	4/0	2/6	2/1

توضیحات:

۱- این تعرفه شامل خودروهائی است که مورد استفاده آنها فقط سواری شخصی است. در مورد سایر خودروهای سواری اضافه نرخ مربوط بر اساس آیین نامه اجرائی قانون بیمه شخص ثالث محاسبه خواهد شد.  
 ۲- منظور از دیه ماه حرام، معادل ریالی یک دیه مرد مسلمان در ماههای حرام بر مبنای ارزانهترین نوع دیه است.

(ب) اتو کارها

جدول ۳- نرخ حق بیمه تعهدات مالی اتو کارها ( در هزار)

ردیف	وسیله نقلیه / تعهدات	مازاد بر ۱۰ میلیون ریال	مازاد بر ۲۰ میلیون ریال	مازاد بر ۳۰ میلیون ریال
		تا ۲۰ میلیون ریال	تا ۳۰ میلیون ریال	مازاد بر ۳۰ میلیون ریال
1	با ظرفیت حداکثر ۹	15/8	11/9	10/6

	نفر			
2	با ظرفیت حداکثر ۲۱ نفر	29	23/8	21/1
3	با ظرفیت حداکثر ۳۲ نفر	42/2	37	31/7
4	با ظرفیت حداکثر ۴۰ نفر	55/4	50/2	42/2
5	با ظرفیت بیشتر از ۴۰ نفر	59/4	52/8	43/6

جدول ۴- نرخ حق بیمه تعهدات بدنی اتو کارها ( در هزار)

ردیف	وسیله نقلیه / تعهدات	مآزاد بر			
		مآزاد بر یک ديه ماه حرام	۱/۲ ديه ماه حرام	مآزاد بر ۱/۵ ديه ماه حرام	مآزاد بر ۲/۲ ديه ماه حرام
		تا ۱/۲ ديه ماه حرام	تا ۱/۵ ديه ماه حرام	تا ۲/۲ ديه ماه حرام	ديه ماه حرام
1	با ظرفیت حداکثر ۹ نفر	8/3	7/2	5/2	4
2	با ظرفیت حداکثر ۲۱ نفر	10/7	9/1	6/6	5

3	با ظرفیت حداکثر ۳۲ نفر	15/8	14/5	10/3	7/9
4	با ظرفیت حداکثر ۴۰ نفر	19/8	16/8	11/9	9/2
5	با ظرفیت بیشتر از ۴۰ نفر	22/7	19/3	13/8	10/6

توضیحات:

۱- منظور از دیه ماه حرام، معادل ریالی یک دیه مرد مسلمان در ماههای حرام بر مبنای ارزاترین نوع دیه است.

ج) خودروهای بارکش

جدول ۵- نرخ حق بیمه تعهدات مالی خودروهای بارکش ( در هزار)

ردیف	وسیله نقلیه / تعهدات	مازاد بر ۱۰ میلیون ریال	مازاد بر ۲۰ میلیون ریال	مازاد بر ۳۰ میلیون ریال
		تا ۲۰ میلیون ریال	تا ۳۰ میلیون ریال	تا ۳۰ میلیون ریال
1	با ظرفیت حداکثر ۱ تن	9/2	7/9	5/3
2	با ظرفیت حداکثر ۳ تن	11/9	10/6	9/2
3	با ظرفیت حداکثر ۵ تن	15/8	13/2	10/6

4	با ظرفیت حداکثر ۱۰ تن	22/4	18/5	14/5
5	با ظرفیت حداکثر ۲۰ تن	25/1	21/1	17/2
6	با ظرفیت بیشتر از ۲۰ تن	27/7	23/8	19/8

جدول ۶- نرخ حق بیمه تعهدات بدنی خودروهای بارکش ( در هزار)

ردیف	وسیله نقلیه	مازاد بر ۱/۲	مازاد بر ۱/۵	مازاد بر ۲/۲	مازاد بر ۲/۲
		دیه ماه حرام	دیه ماه حرام	دیه ماه حرام	دیه ماه حرام
تعهدات		تا ۱/۲ دیه ماه حرام	تا ۱/۵ دیه ماه حرام	تا ۲/۲ دیه ماه حرام	ماه تا ۲/۲ دیه ماه حرام
1	با ظرفیت حداکثر ۱ تن	3/3	2/8	2/2	1/5
2	با ظرفیت حداکثر ۳ تن	4	3/4	2/3	1/9
3	با ظرفیت حداکثر ۵ تن	5/2	4/6	3/4	2/6
4	با ظرفیت حداکثر ۱۰ تن	7	6/1	4/7	3/4

5	با ظرفیت حداکثر ۲۰ تن	8/3	7/3	5/6	4
6	با ظرفیت بیشتر از ۲۰ تن	8/8	7/7	5/7	4/2

توضیحات:

۱- منظور از دیه ماه حرام، معادل ریالی یک دیه مرد مسلمان در ماههای حرام بر مبنای ارزانهترین نوع دیه است.

(د) موتور سیکلت ها

جدول ۷- نرخ حق بیمه تعهدات مالی موتور سیکلت ها ( در هزار)

ردیف	نقلیه وسیله / تعهدات	مازاد بر ۱۰ میلیون ریال	مازاد بر ۲۰ میلیون ریال
		تا ۲۰ میلیون ریال	میلیون ریال
1	گازی	1/3	0/7
2	دنده ای حداکثر ۲ سیلندر	2/6	1/3
3	دنده ای حداکثر ۳ سیلندر	2/6	1/3
4	دنده ای دارای ساید کار	2/6	1/3

جدول ۸- نرخ حق بیمه تعهدات بدنی موتور سیکلت ها (در هزار)

ردیف	وسیله نقلیه / تعهدات	مازاد بر ۱/۲	مازاد بر ۱/۵	مازاد بر ۱/۵
		دیه ماه حرام تا ۱/۲ دیه ماه حرام	دیه ماه حرام تا ۱/۵ دیه ماه حرام	دیه ماه حرام
1	گازی	1/3	1	0/8
2	دنده ای حداکثر ۲ سیلندر	1/5	1/3	0/9
3	دنده ای حداکثر ۳ سیلندر	1/8	1/4	1
4	دنده ای دارای ساید کار	1/9	1/5	1/3

توضیحات:

۱- منظور از دیه ماه حرام، معادل ریالی یک دیه مرد مسلمان در ماههای حرام بر مبنای ارزانهترین نوع دیه است.

آیین نامه شماره ۵۷

✦ شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری، آیین‌نامه تنظیم

امور نمایندگی بیمه را با هدف تعمیم و توسعه بیمه و با توجه به اصول زیر در جلسه مورخ

۱۳۸۷/۷/۱۷ تصویب کرد:

- حفظ حقوق بیمه‌گذاران، شرکت‌های بیمه و نمایندگان آنها با تأکید بر ارائه بهترین کیفیت خدمات و تکریم مشتریان؛
- واگذاری امور مربوط به نمایندگی هر شرکت بیمه به خود آن شرکت و صرفاً تعیین حداقل‌های مورد نیاز برای تنظیم بازار

بیمه و حفظ حقوق طرفین؛

• تسهیل و شفاف‌سازی جریان کار فعالیت‌های بازاریابی، فروش و امور نمایندگی جهت ایجاد رقابت برای افزایش کارآمدی با مسئولیت شرکت‌های بیمه.

لذا این آیین‌نامه مشتمل بر ۴ فصل و ۳۰ ماده و ۲۰ تبصره از تاریخ ابلاغ جایگزین آیین‌نامه نمایندگی بیمه (شماره ۲۸) و مکمل‌های آن شده و کلیه دستورالعمل‌های مغایر با آن ملغی می‌شود.

## فصل اول : تعریف و شرایط اعطای پروانه نمایندگی بیمه

ماده ۱. نماینده بیمه که در این آیین‌نامه اختصاراً «نماینده» نامیده می‌شود، شخص حقیقی یا حقوقی است که با رعایت قوانین و مقررات مربوط، از جمله قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، مفاد این آیین‌نامه و سایر مصوبات شورای عالی بیمه، مجاز به عرضه خدمات بیمه‌ای به نمایندگی از طرف یک شرکت بیمه طرف قرارداد می‌باشد.

تبصره: مقررات این آیین‌نامه شامل نمایندگانی است که در داخل کشور خدمات بیمه‌ای عرضه می‌نمایند. اعطای نمایندگی بیمه در خارج از کشور مستلزم اخذ موافقت قبلی بیمه مرکزی ایران است.

ماده ۲. شرکت بیمه موظف است در اعطای پروانه نمایندگی بیمه در کلیه رشته‌ها یا رشته‌های بیمه‌ای معین، طبق مفاد این آیین‌نامه عمل نماید. مدت نمایندگی بیمه نامحدود است اما پروانه و قرارداد نمایندگی بیمه هر سه سال یک بار و به شرط رعایت مفاد این آیین‌نامه و گذراندن دوره‌های آموزشی لازم توسط نماینده، تجدید خواهد شد.

تبصره: شرکت بیمه می‌تواند بخشی از اختیارات و وظایف خود در صدور بیمه‌نامه و در صورت لزوم، در پرداخت خسارت را در رشته‌های مختلف بیمه به نماینده تفویض نماید.

ماده ۳. شرکت بیمه موظف است شرایط اعطای نمایندگی بیمه را از طرق مقتضی، به ویژه درج در پایگاه اینترنتی خود به اطلاع عموم برساند.

ماده ۴. شخص حقیقی متقاضی اخذ پروانه نمایندگی بیمه باید واجد شرایط زیر باشد:

(الف) تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران؛

(ب) اعتقاد به اسلام یا یکی دیگر از ادیان رسمی کشور؛

(ج) عدم اعتیاد به مواد مخدر؛

(د) نداشتن سوء پیشینه کیفری و همچنین نداشتن سابقه محکومیت به جرایم نام برده شده در ماده ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری؛

(ه) داشتن گواهی پایان خدمت وظیفه عمومی یا معافیت دائم؛



و) داشتن حداقل مدرک کارشناسی در رشته بیمه (و یا سایر رشته‌ها با گرایش بیمه) با شش ماه سابقه کار بیمه ای فنی و تخصصی، یا مدرک کارشناسی در رشته غیر بیمه و یک سال سابقه کار بیمه ای فنی و تخصصی و یا مدرک دیپلم با دو سال سابقه کار بیمه ای فنی و تخصصی.

تبصره ۱: متقاضیان فاقد سابقه کار مندرج در بند «و»، به غیر از دارندگان مدرک کارشناسی در رشته بیمه (و سایر رشته‌ها با گرایش بیمه)، باید دوره آموزشی شامل اصول بیمه، آشنایی با رشته‌های بیمه، بازاریابی بیمه، قوانین و مقررات بیمه و رایانه (شامل آموزش مهارت های Word، Excel و Internet) را در مجموع، به میزان حداقل ۸۰ ساعت در مرکز آموزشی شرکت بیمه، یا مرکز آموزش فنی و حرفه ای وزارت کار و امور اجتماعی و یا سایر مراکز آموزشی مورد تأیید بیمه مرکزی ایران گذرانده و گواهی‌نامه قبولی را ارائه نمایند. علاوه بر این متقاضیان مذکور باید دوره کارآموزی را در شرکت بیمه مربوط طی نمایند.

متقاضیان فاقد سابقه کار دارای مدرک کارشناسی در رشته بیمه (و سایر رشته‌ها با گرایش بیمه)، فقط دوره کارآموزی را در شرکت بیمه خواهند طی کرد.

تبصره ۲: شرکت بیمه می تواند برای پذیرش نماینده، هر نوع شرایط رقابتی برای انتخاب نمایندگان برتر، از جمله برگزاری آزمون را تعیین و اعمال نماید.

ماده ۵. مسئولیت احراز صحت شرایط لازم در مورد هر یک از متقاضیان اخذ پروانه نمایندگی بیمه بر عهده شرکت بیمه مربوط می باشد.

ماده ۶. شرکت بیمه برای اعطای پروانه نمایندگی حقوقی باید موارد زیر را بررسی و رعایت نماید:

۱. تشکیل نمایندگی حقوقی به شکل شرکت سهامی خاص با مسئولیت تضامنی یا شرکت تعاونی؛
۲. تأیید اساسنامه نمایندگی توسط شرکت بیمه؛
۳. انحصار فعالیت به نمایندگی بیمه؛
۴. وجود حداقل سه عضو هیئت مدیره؛
۵. داشتن حداقل ۵۰۰ میلیون ریال سرمایه؛
۶. ارائه گواهی نامه بانک حاکی از تأدیه قسمت نقدی سرمایه، حداقل به مقدار ۵۰ درصد کل سرمایه نماینده حقوقی؛
۷. صورت کامل اسامی سهامداران، مدیران و میزان سهام هر یک از آنها؛
۸. گواهی عدم سوء پیشینه کیفری مدیران؛
۹. داشتن مدیر عامل و عضو بیمه ای هیئت مدیره طبق شرایط مندرج در ماده ۹ این آیین‌نامه؛

۱۰. صورت جلسات مجمع عمومی مؤسس و هیئت مدیره؛

۱۱. اظهارنامه ثبت نمایندگی حقوقی و تأییدیه نام آن.

ماده ۷. ثبت نمایندگی حقوقی و هرگونه تغییرات بعدی از جمله تغییر در مفاد اساسنامه، میزان سرمایه، ترکیب سهامداران، مدیرعامل و اعضای هیئت مدیره آن، موکول به رعایت مقررات این آیین نامه و با مسئولیت و موافقت شرکت بیمه طرف قرارداد خواهد بود.

تبصره: شرکت بیمه موظف است قبل از ثبت نمایندگی حقوقی بیمه و هرگونه تغییرات بعدی آن، نظر بیمه مرکزی ایران را استعلام نماید. عدم اعلام نظر بیمه مرکزی ایران ظرف مدت ۲۰ روز به معنای موافقت با ثبت نمایندگی حقوقی یا تغییرات بعدی آن خواهد بود.

ماده ۸. نماینده حقوقی موظف است ترازنامه و حساب سود و زیان خود را طبق فرم نمونه ای که بیمه مرکزی ایران تهیه و به شرکتهای بیمه ابلاغ می نماید، تنظیم کند و پس از تصویب در مجمع عمومی سهامداران خود، نسخه ای از آن را برای بررسی و تأیید به شرکت بیمه طرف قرارداد ارسال نماید.

تبصره ۱: شرکت بیمه موظف است حداکثر تا پایان مرداد هر سال، ترازنامه و حساب سود و زیان هر یک از نمایندگان حقوقی خود را به بیمه مرکزی ایران ارسال کند.

تبصره ۲: نماینده حقوقی موظف است در هر سال مالی حداقل ۱۰ درصد از سود سالانه خود را به عنوان اندوخته سرمایه ای در حسابهای خود منظور نماید.

ماده ۹. مدیر عامل و حداقل یک عضو هیئت مدیره نماینده حقوقی، علاوه بر شرایط مندرج در ماده ۴ این آیین نامه باید واجد یکی از شرایط زیر باشند:

۹-۱. داشتن حداقل مدرک کارشناسی در رشته بیمه و یا سایر رشته ها با گرایش بیمه و دو سال سابقه کار بیمه ای فنی و تخصصی در نمایندگی بیمه، یا کارگزاری بیمه، یا ارزیابی خسارت بیمه ای، یا شرکت بیمه و یا بیمه مرکزی ایران.

۹-۲. داشتن حداقل مدرک کارشناسی در سایر رشته ها و سه سال سابقه کار بیمه ای فنی و تخصصی در نمایندگی بیمه، یا کارگزاری بیمه، یا ارزیابی خسارت بیمه ای، یا شرکت های بیمه و یا بیمه مرکزی ایران.

تبصره: در صورتی که مدرک تحصیلی مدیر عامل و عضو بیمه ای هیئت مدیره در نمایندگی های حقوقی ثبت شده قبل از ابلاغ این آیین نامه، دیپلم یا کاردانی بوده باشد به ترتیب، چهار سال و دو سال به سابقه کار مندرج در این بند اضافه می شود.

ماده ۱۰. نماینده حقیقی و مدیر عامل، اعضای هیئت مدیره و سهامداران نمایندگی حقوقی نمی توانند در وزارتخانه ها،

مؤسسات و شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی غیر دولتی شاغل باشند یا به عنوان نماینده دیگری یا کارگزار حقیقی فعالیت کنند. علاوه بر این، اشخاص مذکور نمی‌توانند در شرکت‌های بیمه غیردولتی و سایر نمایندگی‌ها یا کارگزاری‌های حقوقی بیمه شاغل بوده و یا بیش از ۱۰ درصد، سهام داشته باشند. تبصره: مدیر عامل و اعضای هیئت مدیره و کارکنان شاغل (اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و ساعتی) شرکت‌های بیمه و بیمه مرکزی ایران، نمی‌توانند به عنوان نماینده حقیقی فعالیت نمایند و یا در نمایندگی‌های حقوقی، سمت یا سهم داشته باشند.

ماده ۱۱. نمایندگی حقوقی با موافقت قبلی شرکت بیمه طرف قرارداد و اجازه بیمه مرکزی می‌تواند دفتر فرعی دایر نماید، مشروط بر آن که مسئول دفتر فرعی، شرایط نماینده حقیقی را داشته باشد.

## فصل دوم : حقوق و تکالیف شرکت بیمه و نماینده

ماده ۱۲. شرکت بیمه مکلف است:

۱. در قرارداد نمایندگی موارد زیر را درج نماید:

۱-۱. مشخصات و نشانی طرفین قرارداد شامل کد ملی و کد پستی؛

۲-۱. حدود اختیارات و وظایف طرفین قرارداد؛

۳-۱. میزان کارمزد و نحوه پرداخت آن به تفکیک رشته‌های بیمه و تغییرات آن ناشی از تغییر، فسخ یا ابطال بیمه‌نامه؛

۴-۱. مدت قرارداد نمایندگی؛

۵-۱. میزان و نوع تضمین دریافتی از نماینده به منظور تأمین و تضمین حقوق و مطالبات بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان، سایر

اشخاص ذینفع و شرکت بیمه؛

۶-۱. ممنوعیت انعقاد قرارداد نمایندگی توسط نماینده با سایر شرکت‌های بیمه در مدت اعتبار قرارداد؛

۷-۱. موارد محدود نمودن فعالیت، تعلیق یا فسخ قرارداد نمایندگی بیمه و نحوه اجرای آن؛

۸-۱. ارجاع رسیدگی به اختلاف شرکت بیمه و نماینده به هیئت نام برده شده در ماده ۲۱ این آیین نامه؛

۹-۱. شمول مصوبات جدید شورای عالی بیمه بر شرایط قرارداد نمایندگی؛

۱۰-۱. عدم ایجاد هرگونه حقی برای طرفین در پایان قرارداد نمایندگی، مگر در موارد تصریح شده در قرارداد.

۲. بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های لازم و مربوط را به‌موقع به نماینده ابلاغ نماید.

۳. نام و کد نماینده را در بیمه نامه ای که بنا به پیشنهاد او صادر می‌شود، درج نماید.

۴. در صورت لغو پروانه نمایندگی، مراتب را بلافاصله از طرق مقتضی به اطلاع بیمه‌گذاران برساند و نسبت به جمع‌آوری

تابلو، سربرگ، مهر، اسناد و مدارک ذیربط اقدام نماید.

۵. اگر چند نماینده برای یک نوع بیمه، نرخ و شرایط خواسته باشند، نرخ و شرایط یکسان اعلام نماید. تبصره ۱: شرکت بیمه مجاز نیست تقاضای صدور بیمه‌نامه‌ای را که به وسیله نماینده ارائه شده است از طریق دیگری، اعم از مستقیم یا غیرمستقیم، قبول نماید مگر با تقاضای کتبی بیمه گذار.

تبصره ۲: در صورتی که شرکت بیمه، پیشنهاد نماینده ای را رد کند، نمی تواند همان پیشنهاد را از طریق دیگری اعم از مستقیم یا غیر مستقیم قبول نماید.

۶. امکانات و شرایط لازم برای فروش بیمه در فضای مجازی را برای نمایندگان مورد نظر خود فراهم نماید.

۷. زیرساخت های فیزیکی و امکانات نرم افزاری لازم را برای ایجاد ارتباطات الکترونیکی بین نماینده، شرکت بیمه و بیمه مرکزی ایران برقرار نماید تا در راستای توسعه کاربرد فن آوری اطلاعات در صنعت بیمه کشور، طبق ابلاغ بیمه مرکزی ایران، ارتباطات هم‌زمان بین نماینده، شرکت بیمه و بیمه مرکزی ایران فراهم شده و توسعه یابد.

۸. در صورت فوت یا حجر نماینده حقیقی یا توقف فعالیت نماینده طبق توافق و نبودن شرط خلاف در قرارداد نمایندگی، ارزش پرتفوی نماینده را پرداخت یا با انتقال آن به نماینده دیگر همان شرکت موافقت نماید. ارزش پرتفوی نماینده و نحوه محاسبه آن با توافق طرفین در قرارداد نمایندگی تعیین می شود.

تبصره: بیمه‌نامه‌هایی که از طرف یا به پیشنهاد نماینده توسط شرکت بیمه صادر می شود پرتفوی نماینده محسوب می شود.

ماده ۱۳. نماینده مکلف است:

۱. کد و نام نماینده و نام شرکت بیمه طرف قرارداد را در تابلو، سربرگ و آگهی خود درج نماید. نام شرکت بیمه باید با حروف درشت‌تر از نام و کد نماینده درج شود.

۲. اطلاعات لازم درباره بیمه‌نامه درخواست شده از جمله نرخ و شرایط، استثنائات، تعهدات بیمه گر و وظایف بیمه گذار را با رعایت بخشنامه ها و دستورالعمل های مربوط، به متقاضی بیمه ارائه نماید.

۳. به منظور تأمین و تضمین حقوق و مطالبات بیمه گذاران، بیمه شدگان، سایر اشخاص ذینفع و شرکت بیمه، تضمین لازم را نزد شرکت بیمه طرف قرارداد تودیع نماید. نوع، مدت و میزان تضمین مذکور در این ماده متناسب با حجم فعالیت هر نماینده حقیقی یا حقوقی و شکل حقوقی ثبت آن، به تشخیص شرکت بیمه طرف قرارداد تعیین می شود.

۴. از رقابت مکارانه و ناسالم با سایر نمایندگان بیمه، دلان (کارگزاران) رسمی بیمه و شرکت های بیمه و انجام تبلیغات سوء علیه آنها خودداری نماید.

۵. حق بیمه دریافتی را اعم از چک یا پرداخت الکترونیکی حداکثر تا قبل از پایان وقت اداری روز دریافت، به حساب بانکی

شرکت بیمه مربوط واریز کند و در موارد استثنایی به صندوق آن شرکت تحویل نماید.

۶. کد و نام دلال (کارگزار) رسمی بیمه را در بیمه نامه ای که بنا به پیشنهاد او صادر می‌شود درج نماید.

۷. امکانات سخت افزاری و نیروی انسانی آموزش دیده برای برقراری ارتباط الکترونیکی با شرکت بیمه مربوط و بیمه مرکزی ایران را تهیه نماید.

ماده ۱۴. شغل نماینده حقیقی و مدیر عامل، عضو بیمه ای هیئت مدیره و مسئول دفتر فرعی نماینده حقوقی باید منحصراً ارائه خدمات بیمه ای در محدوده قرارداد مربوط باشد.

تبصره: سمت های آموزشی در مؤسسات آموزش عالی مستثنی هستند.

ماده ۱۵. کلیه کارکنان نماینده که به امر فروش یا صدور بیمه نامه مبادرت می نمایند به عنوان متصدیان نمایندگی بیمه شناخته می شوند و باید واجد شرایط زیر و دارای گواهی صلاحیت باشند:

۱. داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و کسب گواهی نامه طی دوره آموزشی لازم به تشخیص شرکت بیمه.
۲. داشتن حسن اخلاق و رفتار و توانایی ایجاد ارتباط با مشتریان و داشتن سایر شرایط عمومی مندرج در ماده ۴ به تشخیص و مسئولیت

تبصره ۱: گواهی صلاحیت متصدیان نمایندگی بیمه به صورت عکس دار توسط شرکت بیمه یا با تفویض اختیار توسط نمایندگی بیمه برای مدت معین صادر می شود و لازم است در معرض دید مراجعان قرار داده شود.

تبصره ۲: در صورت وجود هرگونه شکایت از متصدیان نمایندگی بیمه، موضوع باید توسط نماینده رسیدگی و تا حد امکان رضایت مشتری جلب شود. در غیر این صورت شرکت بیمه موظف است به شکایت مشتری رسیدگی و نتیجه را کتباً به اطلاع او برساند.

ماده ۱۶. پرداخت حق بیمه به نماینده، کارمند یا بازاریاب او در حکم پرداخت حق بیمه به شرکت بیمه می باشد. علاوه بر این، در قبال دریافت حق بیمه، باید رسید کددار به متقاضی بیمه داده شود.

ماده ۱۷. مسئولیت جبران خسارات مستقیم و یا غیرمستقیم وارده به بیمه‌گذار و سایر اشخاص ذینفع که ناشی از عمد، تقصیر، غفلت و یا قصور نماینده، کارکنان یا بازاریابان وی در رابطه با عملیات بیمه ای موضوع قرارداد نمایندگی بیمه باشد به صورت تضامنی بر عهده شرکت بیمه و نماینده می‌باشد. در هر حال مفاد این ماده، نافی مسئولیت نماینده در مقابل خسارات وارده به شرکت بیمه، از جمله خسارت پرداختی، سایر هزینه ها و حق بیمه دریافت نشده نخواهد بود.

ماده ۱۸- شرکت بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت یک سال وضعیت نمایندگان حقوقی خود را با شرایط این آیین نامه منطبق نماید. در صورت عدم انطباق با شرایط این آیین نامه، کارمزد قابل پرداخت معادل کارمزد نماینده حقیقی خواهد بود.

ماده ۱۹. شرکت بیمه می تواند نماینده را در سود حاصل از پرتفوی متعلق به او در کلیه رشته های بیمه به استثنای بیمه های عمر مشارکت دهد. سود قابل پرداخت نباید از ۱۵ درصد مجموع کارمزدهای پرداختی به همان نماینده بابت عملیات بیمه ای در سال مورد نظر بیشتر باشد.

ماده ۲۰. پروانه و قرارداد نمایندگی در موارد زیر لغو می شود:

(الف) با تصمیم یکی از طرفین قرارداد ضمن رعایت حقوق طرف مقابل؛

(ب) در صورتی که نماینده حقیقی هر یک از شرایط مقرر در این آیین نامه را از دست بدهد؛

(ج) در صورتی که مدیر عامل یا عضو بیمه ای هیئت مدیره نمایندگی حقوقی هر یک از شرایط مقرر در این آیین نامه را از دست بدهد یا فوت کند یا محجور یا معذور شود و ظرف مدت سه ماه، فرد جایگزین واجد شرایط معرفی نشود؛

(د) در صورت تصمیم هیئت رسیدگی به اختلاف نماینده و شرکت بیمه، موضوع ماده ۲۱ یا کمیته رسیدگی به تخلفات نماینده، موضوع ماده ۲۲.

### فصل سوم : رسیدگی به اختلاف نماینده و شرکت بیمه و رسیدگی به تخلفات نماینده

ماده ۲۱. به منظور رسیدگی به اختلافات نماینده و شرکت بیمه در رابطه با مقررات این آیین نامه و قرارداد نمایندگی منعقد، هیئت رسیدگی به اختلافات نماینده و شرکت بیمه مرکب از سه نفر به شرح زیر تشکیل می شود:

(الف) نماینده بیمه مرکزی ایران؛

(ب) نماینده منتخب سندیکای بیمه گران ایران؛

(ج) نماینده منتخب انجمن های صنفی نمایندگان بیمه.

تبصره ۱: هر یک از نمایندگان مذکور برای مدت دو سال انتخاب می شوند و عزل یا تجدید انتخاب آنها بلامانع است.

تبصره ۲: تصمیمات هیئت به صورت مکتوب و مستدل صادر می شود. این تصمیمات با اکثریت آراء، قطعی و معتبر و برای طرفین لازم الاجراست و حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از اتخاذ تصمیم نهایی و امضاء اعضای هیئت، توسط بیمه مرکزی ایران به طرفین ابلاغ خواهد شد. حداکثر مدت رسیدگی به هر پرونده اختلاف دو ماه از زمان وصول آن خواهد بود. در صورت عدم اتمام رسیدگی در این مدت، هیئت باید طی گزارش مستدل به رئیس کل بیمه مرکزی ایران، دلایل عدم اتمام رسیدگی در مدت مقرر را ارائه نماید.

تبصره ۳: دبیرخانه هیئت رسیدگی به اختلاف در بیمه مرکزی ایران مستقر خواهد بود.

تبصره ۴: دستورالعمل نحوه تشکیل جلسات و اتخاذ تصمیم هیئت رسیدگی حداکثر ظرف مدت دو ماه پس از ابلاغ این آیین نامه، توسط بیمه مرکزی ایران تدوین و ابلاغ خواهد شد.

ماده ۲۲. شرکت بیمه موظف است تخلفات نماینده و شکایت واصله از عملکرد او را در کمیته رسیدگی به تخلفات نماینده، با حضور نماینده انجمن صنفی نمایندگان شرکت بیمه، رسیدگی نماید. ضوابط مربوط به تشکیل این کمیته در هر شرکت بیمه را همان شرکت تدوین و اعلام خواهد کرد.

ماده ۲۳. در صورت احراز تخلف نماینده، کمیته مذکور می تواند متناسب با نوع تخلف، تصمیمات زیر را اتخاذ نماید:

۱. تذکر کتبی به نماینده.
۲. ایجاد محدودیت در اختیارات تفویضی شامل مجوز بازدید و صدور بیمه نامه.
۳. کاهش میزان کارمزد نماینده در یک یا چند رشته بیمه به مدت حداکثر شش ماه.
۴. تعلیق فعالیت نماینده در یک یا چند رشته بیمه به مدت حداکثر شش ماه.
۵. لغو پروانه فعالیت.

ماده ۲۴. در صورتی که تصمیم کمیته، لغو پروانه فعالیت نماینده باشد، این تصمیم ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ آن به نماینده، با درخواست کتبی وی، قابل تجدید نظرخواهی در هیئت رسیدگی به اختلاف نماینده و شرکت بیمه می باشد. تصمیمات کمیته در سایر موارد، قطعی و برای طرفین لازم الاجرا است.

ماده ۲۵. اگر پروانه فعالیت نماینده ای با تصمیم کمیته لغو شود این شخص نمی تواند حداقل تا مدت یک سال پس از لغو پروانه، به عنوان نماینده بیمه در هر یک از شرکت های بیمه فعالیت نماید.

## فصل چهارم : نظارت

ماده ۲۶. شرکت بیمه مسئول احراز و انطباق شرایط فعالیت نمایندگان خود با مقررات این آیین نامه می باشد. تبصره: در صورت عدم رعایت مقررات این آیین نامه در اعطای نمایندگی و یا نحوه فعالیت نمایندگان، شرکت بیمه طبق نظر بیمه مرکزی ایران ملزم به متوقف نمودن فعالیت نماینده یا نمایندگان مرتبط می باشد. همچنین شرکت بیمه مسئول جبران هر گونه خسارت وارده به اشخاص ثالث، ناشی از عدم رعایت مفاد این آیین نامه خواهد بود.

ماده ۲۷. بیمه مرکزی ایران موظف است بر حسن اجرای مفاد این آیین نامه، نظارت نماید. در صورت عدم رعایت مقررات این آیین نامه توسط هر یک از شرکت های بیمه، بیمه مرکزی ایران می تواند متناسب با هر مورد، تصمیمات زیر را اتخاذ نماید:

۱. اخطار کتبی به شرکت بیمه مبنی بر ضرورت رعایت مقررات مربوط.
۲. ایجاد محدودیت برای شرکت بیمه در زمینه پذیرش نماینده.
۳. ارائه پیشنهاد ممنوعیت شرکت بیمه از قبول بیمه در یک یا چند رشته بیمه برای مدت مشخص، به شورای عالی بیمه.

ماده ۲۸. شرکت بیمه موظف است امکان دسترسی مناسب بیمه مرکزی ایران به آمار و اطلاعات صحیح و قابل اطمینان را بر اساس دستورالعملی که بیمه مرکزی ایران تهیه و ابلاغ می کند فراهم نماید.

ماده ۲۹. بیمه مرکزی ایران و یا شرکت بیمه می‌توانند در صورت لزوم، علاوه بر اخذ اطلاعات لازم، دفاتر، اسناد و محل نمایندگی را بازرسی کنند. نماینده مکلف به همکاری لازم در این زمینه می‌باشد.

ماده ۳۰. موارد پیش‌بینی نشده در این آیین‌نامه در رابطه با نمایندگی بیمه، تابع قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، قانون تجارت، سایر قوانین مربوط و عرف بیمه خواهد بود.

### پوشش خسارت بدنی یکسان زن و مرد

#### مصوبه جدید شورای عالی بیمه در مورد خسارت بدنی زن و مرد

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در بخشنامه‌ای به امضای دکتر جواد فرشباتف ماهریان، روز ۱۳۸۷/۱۲/۱۷ مصوبه جدید شورای عالی بیمه در خصوص «لغو مصوبه مورخ چهارم دی ماه ۱۳۸۷» را به مدیران عامل شرکت‌های بیمه ابلاغ کرد و طی آن همچنین بر اجرای قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث» مصوب ۱۳۸۷/۴/۱۶ تأکید نمود.

متن بخشنامه مورخ ۱۳۸۷/۱۲/۱۷ رئیس کل بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و رئیس شورای عالی بیمه به مدیران عامل شرکت‌های بیمه به این شرح است:

«احتراماً، به اطلاع می‌رساند نظر مورخ ۱۳۸۷/۱۱/۱۲ وزیر محترم امور اقتصادی و دارایی مبنی بر تعلیق مصوبه مورخ ۱۳۸۷/۱۰/۰۴ شورای عالی بیمه در مورد پوشش خسارت بدنی یکسان زن و مرد، در جلسه مورخ ۱۳۸۷/۱۲/۱۴ شورای عالی بیمه مطرح و شورا تصویب نمود که مصوبه مذکور از تاریخ ۱۳۸۷/۱۲/۱۷ لغو گردد.

در ضمن پیرو ابلاغیه شماره ۱۸۴۶۸ مورخ ۱۳۸۷/۶/۴، بدین‌وسیله مجدداً بر اجرای قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب ۱۳۸۷/۴/۱۶ تأکید می‌گردد.»

پیش از این شورای عالی بیمه در مصوبه مورخ ۱۳۸۷/۱۰/۴ مقرر نموده بود که «تا زمان ابلاغ آیین‌نامه تعرفه حق بیمه شخص ثالث» از سوی هیئت وزیران، شرکت‌های بیمه با اخذ حق بیمه ای معادل هشت درصد به حق بیمه تعهدات اجباری بیمه شخص ثالث، پوشش مورد نظر در تبصره ۲ ماده ۴ قانون جدید بیمه شخص ثالث را با عنوان «پوشش خسارت بدنی یکسان زن و مرد» به متقاضیان ارائه نمایند که با ابلاغ مصوبه جدید، اخذ هشت درصد حق بیمه اضافی ملغی شده است.



## پوشش خسارت بدنی یکسان زن و مرد

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۸۷/۱۰/۴ براساس بندهای ۳ و ۴ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری تصویب نمود:

"تا زمان ابلاغ آیین‌نامه تعرفه حق بیمه شخص ثالث، موضوع ماده ۸ قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث، شرکت‌های بیمه با حق بیمه‌ای معادل هشت درصد حق بیمه تعهدات اجباری بیمه شخص ثالث، پوشش مورد نظر در تبصره ۲ ماده ۴ قانون فوق را با عنوان «پوشش خسارت بدنی یکسان زن و مرد» در بیمه‌نامه شخص ثالث به متقاضیان ارائه نمایند. در مورد بیمه‌نامه‌های شخص ثالث که قبل از ابلاغ این مصوبه صادر شده و معتبر است شرکت‌های بیمه به نحو مقتضی اطلاع رسانی نموده و در صورت مراجعه بیمه‌گذار، با اخذ حق بیمه متناسب با باقی‌مانده مدت بیمه و به صورت روز شمار، پوشش مذکور را با صدور برگه الحاقی ارائه خواهند کرد."

## آیین‌نامه شماره ۵۸

## ذخایر فنی مؤسسات بیمه

شورای عالی بیمه در راستای اجرای ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و با هدف ایجاد شفافیت برای حقوق بیمه‌گذاران و صاحبان سهام مؤسسات بیمه، چگونگی لحاظ کردن ذخایر فنی در حساب‌های مؤسسات بیمه را با توجه به اصول زیر در جلسه مورخ ۱۳۸۷/۱۰/۲۵ تصویب کرد:

۱. ایجاد هماهنگی در اجرای استانداردهای حسابداری از جمله استاندارد شماره ۲۸، برای در نظر گرفتن ذخایر فنی مؤسسات بیمه و فراهم شدن امکان مقایسه عملکرد مالی این مؤسسات با التزام به کاربرد رویه یکسان حسابداری.  
۲. شفافیت ترازنامه و حساب سود و زیان در صورت‌های مالی مؤسسات بیمه‌ای به منظور افشای وضعیت مالی واقعی سهامداران و ذی‌نفعان.

۳. حفظ حقوق بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان با ایجاد پشتوانه مناسب برای توانمند سازی مؤسسات بیمه در مواجهه با حوادث طبیعی و خسارت‌های بزرگ غیرمترقبه.

این آیین‌نامه مشتمل بر ۱۸ ماده و ۸ تبصره بوده و از تاریخ ابلاغ، لازم الاجراء است و جایگزین آیین‌نامه شماره ۲۲ و مکمل‌های آن می‌شود.

کلیات

اول:

فصل

**ماده ۱.** مؤسسات بیمه مکلف‌اند برای ایفای تمامی تعهداتی که به موجب قراردادهای بیمه مستقیم و قراردادهای بیمه

اتکایی به عهده گرفته‌اند، ذخایر فنی زیر را براساس ضوابط این آیین‌نامه محاسبه نمایند:

(الف) بیمه‌های زندگی:

۱. ذخیره ریاضی؛

۲. ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع؛

۳. ذخیره فنی بیمه عمر زمانی؛

۴. ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی.

(ب) غیرزندگی:

۱. ذخیره حق بیمه (حق بیمه عاید نشده)؛

۲. ذخیره ریسک‌های منقضی نشده؛

۳. ذخیره خسارات معوق؛

۴. ذخیره برگشت حق بیمه؛

۵. ذخیره ریاضی؛

۶. ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع؛

۷. ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی.

**ماده ۲.** ضوابط این آیین‌نامه، نحوه محاسبه و برآورد ذخایر فنی سهم مؤسسات بیمه را پس از کسر سهم بیمه‌گران اتکایی

تعیین می‌نماید. در احتساب آن بخش از ذخایر فنی که بیمه‌گران اتکایی نیز در آن سهم دارند مؤسسات بیمه موظف‌اند

ضمن منعکس کردن ذخایر فنی قبل از کسر سهم بیمه‌گر یا بیمه‌گران اتکایی، سهم بیمه‌گران اتکایی را نیز حسب مورد

محاسبه و همراه با ذخایر فنی ابتدای دوره، به ترتیب مقرر در نمونه ترازنامه و صورت سود و زیان مصوب شورای عالی بیمه

در صورت‌های مالی خود منعکس نمایند.

**ماده ۳.** در این آیین‌نامه منظور از ضریب خسارت نسبت خسارت واقع شده به حق بیمه عاید شده است. خسارت واقع شده

عبارت است از خسارت پرداختی طی دوره به علاوه ذخیره خسارت معوق در پایان دوره منهای ذخیره خسارت معوق ابتدای

دوره و حق بیمه عاید شده عبارت است از حق بیمه صادره به علاوه حق بیمه عاید نشده ابتدای دوره منهای حق بیمه عاید

نشده پایان دوره.

**فصل دوم: ذخایر فنی بیمه‌های زندگی**

**ماده ۴.** ذخیره ریاضی بیمه‌های زندگی عبارت است از تفاوت بین ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گر (اعم از سرمایه و مستمری) و ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گذاران که با رعایت مبانی فنی مورد استفاده در محاسبه حق بیمه و نسبت به سهم نگهداری مؤسسه بیمه محاسبه می‌شود.

**ماده ۵.** ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع بیمه‌های زندگی عبارت است از درصدی از منافع حاصل از معاملات بیمه‌های زندگی و سرمایه‌گذاری ذخایر فنی آن که به موجب شرایط قراردادهای بیمه‌های زندگی باید بین بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی تقسیم شود. سهم بیمه‌گذاران در منافع، اعم از این که در پایان هر سال مالی یا سال‌های بعد قابل تقسیم باشد، باید در این ذخیره منظور شود.

**ماده ۶.** ذخایر فنی بیمه‌های عمر زمانی براساس مبانی تعیین شده برای بیمه‌های غیرزندگی (به غیر از بیمه‌های باربری) -موضوع فصل سوم این آیین‌نامه- محاسبه و در حساب‌ها منظور خواهد شد.

**ماده ۷.** ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی بیمه‌های زندگی که بابت تضمین تعهدات مؤسسات بیمه در مقابل خسارات ناشی از حوادث فاجعه‌آمیز منظور می‌شود از جمع ارقام زیر حاصل می‌شود:

الف) ۳ درصد حق بیمه صادره بیمه‌های زندگی پس از کسر حق بیمه اتکایی واگذاری.

ب) ذخایر فنی تکمیلی و خطرات طبیعی که از سال قبل منتقل شده است.

**تبصره ۱.** میزان ذخیره موضوع این ماده نباید از ۲۰ درصد میانگین حق بیمه نگهداری بیمه‌های زندگی سه سال گذشته مؤسسه تجاوز نماید.

**تبصره ۲-** در صورتی که بر اثر وقوع حوادث طبیعی و فاجعه‌آمیز، ضریب خسارت در بیمه‌های زندگی از ۸۵ درصد تجاوز نماید، مؤسسه بیمه مجاز است مازاد خسارات ایجاد شده ناشی از وقوع حوادث مذکور را از محل ذخایر فنی تکمیلی و خطرات طبیعی جبران نماید. استفاده از این ذخیره در سایر موارد منوط به پیشنهاد مؤسسه بیمه و تصویب شورای عالی بیمه خواهد بود.

**فصل سوم: ذخایر فنی بیمه‌های غیرزندگی**

**ماده ۸.** ذخیره حق بیمه (حق بیمه عاید نشده) در بیمه‌های غیرزندگی عبارت است از حق بیمه‌های مربوط به فاصله زمانی بین تاریخ ترازنامه تا انقضای مدت قراردادهای بیمه که به ترتیب زیر محاسبه می‌شود:

الف) برای کلیه رشته‌های بیمه به جز بیمه باربری به روش فصلی (یک هشتم) و بر مبنای حق بیمه صادره پس از کسر ۱۵ درصد آن به عنوان هزینه تحصیل و همچنین کسر حق بیمه اتکایی واگذاری مربوطه.

ب) برای رشته بیمه باربری ذخیره حق بیمه عبارت است از ذخیره محاسبه شده به روش بند الف به علاوه یک هشتم ذخیره

مذکور.

**تبصره ۱.** چنانچه دوره بیمه‌نامه بیش از یک سال باشد، حق بیمه مازاد بر یک سال، به طور کامل به عنوان حق بیمه سال‌های آتی محسوب می‌شود. حق بیمه سال‌های آتی باید به تفکیک مشخص و در سال مربوطه به عنوان حق بیمه صادره شناسایی شود.

**تبصره ۲-** در بیمه‌های مهندسی، اگر مدت اعتبار بیمه‌نامه بیش از یک سال باشد، برای احتساب حق بیمه سال‌های آتی از روش مجموع ارقام سنوات استفاده خواهد شد.

**ماده ۹.** ذخیره ریسک‌های منقضی‌نشده برای جبران کسری ذخیره حق بیمه عاید نشده در رشته‌هایی که ضریب خسارت آنها بیش از ۸۵ درصد باشد مطابق فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$(۸۵\% - \text{ضریب خسارت رشته}) \times \text{حق بیمه عاید نشده پایان دوره} = \text{ذخیره ریسک‌های منقضی نشده } ۸۵\%$

**ماده ۱۰.** ذخیره خسارات معوق بیمه‌های غیرزندگی عبارت است از جمع اقلام ذیل:

الف) خسارات اعلام شده در دست رسیدگی به علاوه برآورد مخارج تسویه خسارت پس از کسر سهم بیمه‌گر اتکایی.  
ب) خساراتی که تا قبل از پایان دوره مالی ایجاد شده و هنوز به بیمه‌گر اعلام نشده به علاوه برآورد مخارج تسویه خسارت پس از کسر سهم بیمه‌گر اتکایی.

**تبصره ۱.** در رشته بیمه شخص ثالث چنانچه به تشخیص و تأیید هیئت مدیره مؤسسه امکان محاسبه ذخیره خسارات اعلام شده در دست رسیدگی برای مورد به مورد پرونده‌ها وجود نداشته باشد، حاصل ضرب متوسط هزینه خسارت بدنی هر پرونده (نفر) طی سال مالی در تعداد پرونده‌های در دست رسیدگی به عنوان ذخیره موضوع بند الف شناسایی خواهد شد.  
**تبصره ۲.** حداکثر خسارات برآوردشده بند «ب» نمی‌تواند بیش از ۳ درصد بند «الف» باشد، مازاد بر آن منوط به تأیید بیمه مرکزی ایران می‌باشد.

**ماده ۱۱.** ذخیره برگشت حق بیمه در بیمه‌های غیرزندگی عبارت است از ۵۰ درصد نسبت حق بیمه‌های برگشتی به کل حق بیمه صادره در سه سال مالی قبل ضربدر حق بیمه صادره سال مالی جاری پس از کسر حق بیمه اتکایی واگذاری.

**ماده ۱۲.** ذخیره ریاضی در بیمه‌های غیرزندگی برای پرداخت مستمری‌هایی که قطعی شده عبارت است از ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گر پس از کسر سهم بیمه‌گر اتکایی.

**ماده ۱۳.** ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع بیمه‌های غیرزندگی عبارت است از درصدی از منافع حاصل از هر یک از قراردادهای بیمه که به موجب شرایط قرارداد به بیمه‌گذاران قابل پرداخت باشد.

**ماده ۱۴.** ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی بیمه‌های غیرزندگی که بابت تضمین تعهدات مؤسسات بیمه در مقابل خسارات ناشی از حوادث فاجعه‌آمیز منظور می‌شود، از جمع ارقام زیر حاصل می‌شود:

الف) ۳ درصد حق بیمه صادره بیمه‌های غیرزندگی پس از کسر سهم حق بیمه اتکایی واگذاری.

ب) ذخایر فنی تکمیلی و خطرات طبیعی که از سال قبل منتقل شده است.

تبصره ۱. میزان ذخیره موضوع این ماده نباید از ۲۰ درصد میانگین حق بیمه نگهداری بیمه‌های غیرزندگی سه سال گذشته مؤسسه تجاوز نماید.

تبصره ۲. در صورتی که بر اثر وقوع حوادث طبیعی و فاجعه‌آمیز، ضریب خسارت در هر یک از رشته‌های بیمه غیرزندگی از ۸۵ درصد تجاوز نماید، مؤسسه بیمه مجاز است مازاد خسارات ایجاد شده ناشی از وقوع حوادث مذکور را از محل ذخایر فنی تکمیلی و خطرات طبیعی جبران نماید. استفاده از این ذخیره در سایر موارد منوط به پیشنهاد مؤسسه بیمه و تصویب شورای عالی بیمه خواهد بود.

**فصل چهارم: ذخایر فنی بیمه‌های اتکایی قبولی**

**ماده ۱۵.** ذخایر فنی معاملات بیمه اتکایی قبولی با رعایت قواعد مقرر در مواد قبلی این آیین‌نامه و به موجب شرایط قراردادهای و توافقاتی اتکایی محاسبه می‌شود.

فصل پنجم: سایر مقررات

**ماده ۱۶.** مؤسسات بیمه در اولین سال اجرای این آیین‌نامه می‌توانند افزایش ذخایر فنی ناشی از اعمال مقررات این آیین‌نامه در مقایسه با مقررات آیین‌نامه قبلی را از محل ذخایر فنی تکمیلی و خطرات طبیعی تأمین نمایند.

**ماده ۱۷.** در اجرای این آیین‌نامه، مانده ذخایر فنی خطرات طبیعی در ابتدای دوره به تناسب حق بیمه سه سال گذشته در بیمه‌های زندگی و غیرزندگی تسهیم می‌شود.

**ماده ۱۸.** مؤسسات بیمه‌ای که در خارج از کشور فعالیت دارند، در محاسبه ذخایر فنی مربوط به عملیات خود در خارج از کشور، تابع مقررات محل فعالیت خواهند بود. در صورتی که در کشور خارجی محل فعالیت مؤسسه بیمه ایرانی مقرراتی در این باره وجود نداشته باشد، مؤسسه بیمه مربوط، تابع مقررات این آیین‌نامه خواهد بود.

## آیین نامه شماره ۴۰

شورای عالی بیمه با توجه به قانون تاسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی مصوب ششم شهریور ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی و در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری ضوابط تاسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱. در این آیین نامه واژه ها یا عبارتهای زیر به جای توضیح مربوط به کار می رود:

الف - مؤسسه بیمه : مؤسسه بیمه ای که به موجب قانون تاسیس مؤسسات بیمه غیردولتی مصوب ششم شهریور ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی و براساس قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری و مقررات این آیین نامه به صورت غیر دولتی ایجاد و به عملیات بیمه گری مبادرت می نماید. مؤسسه بیمه غیر دولتی در این آیین نامه مؤسسه بیمه نامیده می شود.

ب - شخص حقیقی داخلی : شخص حقیقی تبعه جمهوری اسلامی ایران

پ - شخص حقوقی داخلی: شخص حقوقی که دارای تابعیت ایرانی بوده و براساس قوانین موضوعه جمهوری اسلامی ایران در مراجع ذیصلاح به ثبت رسیده باشد.

ت - موافقت اصولی : موافقت با درخواست تاسیس مؤسسه بیمه که پس از اخذ مصوبه مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران به منظور تشکیل پرونده ثبتی و پذیره نویسی سهام صادر می شود.

ث - پروانه تاسیس : موافقت با ثبت مؤسسه بیمه در مرجع ثبت شرکتها که بیمه مرکزی ایران پس از تایید طرح اساسنامه و انتخاب اولین مدیران و بازرسان یا بازرسان در مجمع عمومی مؤسس و در صورت احراز شرایط لازم براساس موافقت اصولی صادر می کند.

ج - پروانه فعالیت: مجوز فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه ای که بیمه مرکزی ایران صادر می نماید.

ح - قانون تاسیس : قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب سال ۱۳۵۰ و اصلاحات بعدی آن.

ماده ۲. تشکیل مؤسسه بیمه صرفاً به صورت شرکت سهامی عام ایرانی که سهام آن با نام بوده و با رعایت قانون تاسیس و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشد امکان پذیر است.

ماده ۳. مؤسسین مؤسسه بیمه باید فاقد سابقه محکومیت موضوع ماده ۶۴ قانون تاسیس و یا هرگونه محکومیت دیگری که منجر به محرومیت از حقوق اجتماعی شده است باشند.

ماده ۴. وزارتخانه ها ، مؤسسه های دولتی ، مؤسسات و نهادهای عمومی غیر دولتی و شرکتهای موضوع ماده ۲ «قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت» نمی توانند جزء مؤسسین مؤسسه بیمه باشند.

تبصره ۱. وزارتخانه ها ، مؤسسات ، نهادها و شرکت های موضوع این ماده در مجموع نمی توانند بیش از ده درصد در مؤسسه بیمه سهم داشته باشند .

تبصره ۲. شرکت های موضوع تبصره ماده ۴ قانون محاسبات عمومی کشور مشمول حکم این ماده نمی باشند ولی در هر حال مجموع سهام آنها نباید بیش از ۲۰ درصد سهام مؤسسه بیمه باشد.

ماده ۵. اشخاص حقوقی که وزارتخانه ها، شرکتهای دولتی و مؤسسات و نهادهای عمومی غیر دولتی در آنها بیش از ۲۰ درصد سهم دارند نمی توانند در مجموع بیش از ۲۰ درصد در مؤسسه بیمه سهم داشته باشند .

ماده ۶. در اجرای ماده (۳۳) قانون تاسیس ، از نظر این آیین نامه مجموع اشخاص زیر در هر حالت یک شخص محسوب می شود: الف - شخص حقیقی متقاضی به علاوه اقارب مندرج در ماده مذکور .

ب - اشخاص حقوقی که شخص حقیقی متقاضی و یا اقارب مندرج در ماده مذکور در آن بیش از ۲۰ درصد حق رای داشته باشند.

پ - شخص حقوقی متقاضی به علاوه سایر اشخاص حقوقی که متقاضی به طور مستقیم یا با واسطه در آنها بیش از ۲۰ درصد حق رای داشته باشد.

ت - اشخاص حقوقی که یک شخص حقیقی یا حقوقی همزمان به طور مستقیم یا با واسطه در آنها بیش از ۲۰ درصد حق رای داشته باشد.

ماده ۷. برای دریافت موافقت اصولی ، اشخاص حقیقی و حقوقی داخلی که واجد شرایط مقرر در این آیین نامه هستند باید تقاضای تاسیس مؤسسه بیمه را همراه پیش نویس اساسنامه ، برنامه جامع عملیاتی و سایر مدارک و اطلاعاتی که برای احراز شرایط پیش بینی شده در قانون تاسیس و این آیین نامه مورد نیاز است به بیمه مرکزی ایران تسلیم نمایند.

تبصره ۱. برنامه جامع عملیاتی باید شامل اهداف مؤسسه ، بازارهای هدف ، تمهیدات بیمه اتکالی و نحوه حصول به اهداف مورد نظر حداقل برای سه سال اولیه فعالیت مؤسسه بیمه باشد.

تبصره ۲. در صورتی که بیمه مرکزی ایران پس از دریافت مدارک از متقاضی ، برای احراز شرایط ،، ارائه مدارک و اطلاعات دیگری را لازم بداند باید ظرف پانزده روز اداری مراتب را به طور کتبی به متقاضی اعلام نماید.

ماده ۸. در صورتی که شخص یا اشخاص حقوقی جزء مؤسسين مؤسسه بیمه باشند، مؤسسين مکلفند یک نسخه از اساسنامه و ترازنامه و حساب عملکرد سود و زیان مصوب آن شخص یا اشخاص حقوقی در سه سال مالی قبل را همراه اظهارنامه ای مشتمل بر اسامی اعضای هیئت مدیره و سهامداران عمده (دارای بیش از پنج درصدسهم) و سایر اطلاعات ضروری به بیمه مرکزی ایران ارائه دهند.

ماده ۹. بیمه مرکزی ایران پس از دریافت کلیه مدارک و اطلاعات مورد نیاز و احراز شرایط قانونی مؤسسين ، حداکثر ظرف یک ماه نظر خود را درباره تقاضای مطرح شده برای طر مراحل قانونی به شورای عالی بیمه ارائه خواهد نمود.

ماده ۱۰. مفاد اعلامیه پذیره نویسی باید قبل از ارائه به اداره ثبت شرکتهای به تایید بیمه مرکزی ایران برسد.

ماده ۱۱. اعضای هیئت مدیره(اعم از اشخاص حقیقی یا نماینده اشخاص حقوقی) ، مدیر عامل و قائم مقام مدیر عامل (در صورت وجود) باید ضمن داشتن مدرک کارشناسی مرتبط (بیمه، اقتصاد، امور مالی ، مدیریت ، حقوق و رشته های مشابه)و نداشتن محکومیت موضوع ماده ۶۴ قانون تاسیس ، به تشخیص بیمه مرکزی ایران از حسن شهرت برخوردار باشند. مدیر عامل و قائم مقام مدیر عامل( در صورت وجود) باید به تشخیص بیمه مرکزی ایران تجربه کاری مفید و مؤثر داشته باشند

ماده ۱۲. حسابرس و بازرس قانونی مؤسسه بیمه باید از میان حسابداران رسمی موضوع «قانون استفاده از خدمات تخصصی و حرفه ای حسابداران ذی صلاح به عنوان حسابدار رسمی» انتخاب شوند.

ماده ۱۳. مؤسسات بیمه ای که در بیمه های زندگی فعالیت می کنند موظفند محاسب فنی مورد تایید بیمه مرکزی ایران را معرفی نمایند.

ماده ۱۴. هیچ یک از اهضای هیئت مدیره ، مدیر عامل و قائم مقام مدیر عامل مؤسسه بیمه نمی توانند در سایر مؤسسات بیمه ، کارگزاری ها و نمایندگی های بیمه سمت داشته باشند.

ماده ۱۵. پس از تعیین سرمایه ، تصویب اساسنامه و همچنین تعیین مدیران ، بازرس قانونی و سایر موارد مندرج در قانون تجارت در مجمع عمومی مؤسس همچنین تعیین مدیر عامل و در صورت لزوم محاسب فنی ، بیمه مرکزی ایران با رعایت مقررات ، پروانه تاسیس مؤسسه بیمه را صادر خواهد نمود.

ماده ۱۶. مدت اعتبار موافقت اصولی و پروانه تاسیس حداکثر یک سال پس از صدور است مگر آنکه قبل از انقضاء به درخواست متقاضی و موافقت بیمه مرکزی ایران این مهلت تمدید شود.

تبصره - مجوزهای صادر شده قابل انتقال به غیر نمی باشد.



ماده ۱۷. برای صدور پروانه فعالیت در هر یک از مجموعه رشته های اموال ، اشخاص یا مسئولیت، مؤسسه بیمه باید مدیر فنی که صلاحیت وی مورد تایید بیمه مرکزی باشد معرفی نماید.

ماده ۱۸. بیمه مرکزی ایران پس از ثبت مؤسسه بیمه و معرفی مدیر یا مدیران فنی مورد تایید ، ظرف یک ماه پروانه فعالیت برای رشته های مورد تقاضا را در چارچوب اساسنامه صادر خواهد کرد.

ماده ۱۹. مدیران مؤسسه بیمه موظفند براساس برنامه عملیاتی پیش بینی شده مؤسسه بیمه را اداره نمایند و هرگونه تغییر در کلیات برنامه عملیاتی را قبلاً به اطلاع و تایید بیمه مرکزی ایران برسانند.

ماده ۲۰. انجام عملیات بیمه اتکایی قبولی از خارج از کشور جز به شکل متقابل در محدوده ای که مورد تایید بیمه مرکزی ایران باشد منوط به برخورداری مؤسسه بیمه از حداقل سرمایه لازم برای تاسیس مؤسسات بیمه اتکایی و دریافت پروانه فعالیت جداگانه از بیمه مرکزی ایران است.

ماده ۲۱. مواردی که در این آیین نامه ذکر نشده است حسب مورد تابع قانون تاسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی، قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری ، قانون تجارت ، مصوبات شورای عالی بیمه ، دستور العمل های بیمه مرکزی ایران و سایر قوانین و مقررات جاری خواهد بود.

این ضوابط در ۲۱ ماده و ۵ تبصره در تاریخ ۱۳۸۰/۱۱/۱ به تصویب شورای عالی بیمه رسید .

### آئین نامه شماره ۴۰/۱

(مکمل آیین نامه ضوابط تاسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی )

شورای عالی بیمه براساس بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری درجلسات مورخ ۱۳۸۱/۹/۵ و ۱۳۸۱/۱۱/۸ ،اصلاحات زیر در آئین نامه ضوابط تاسیس مؤسسات بیمه غیردولتی تصویب نمود.

۱- متن زیر به عنوان تبصره ، ذیل ماده ۱۱ اضافه شود

تبصره - در صورتی که مدرک کارشناسی افراد معرفی شده جهت عضویت در هیئت مدیره مؤسسه بیمه در درشته های غیر مرتبط باشد به شرط آنکه واجد شرایط بوده حداقل پنج سال تجربه موثر مدیریتی داشته باشند بیمه مرکزی ایران می تواند به تشخیص خود با عضویت آنها در هیئت مدیره موافقت نماید. در هر صورت تعداد اینگونه اعضا نمی تواند از دو پنجم

تعداد اعضای هیئت مدیره هر مؤسسه بیمه بیشتر باشد.

۲- ماده ۲۰ به شرح زیر اصلاح شود

ماده ۲۰- قبول بیمه اتکائی از داخل یا خارج از کشور صرفاً برای مؤسسات بیمه اتکائی مجاز است و مؤسسات بیمه مستقیم

مجاز به قبول بیمه اتکائی از سایر موسسات بیمه نمی باشند. تبصره - در مواردی که موسسات بیمه مستقیم به جهت عضویت در صندوق های بیمه محلی ، منطقه ای و یا بین المللی موظف به واگذاری و قبولی بیمه اتکائی به صورت متقابل می باشند، قبول بیمه اتکائی در محدوده مورد تأیید بیمه مرکزی ایران بلامانع است

آئین	نامه	شماره	۴۰/۲
( مکمل آئین نامه ضوابط تاسیس موسسات بیمه غیر دولتی )			
شورای عالی بیمه براساس بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۲۹ تصویب نمود متن زیر به عنوان تبصره ۳ ، ذیل ماده ۴ آئین نامه شماره ۴۰ ( ضوابط تاسیس موسسات بیمه غیر دولتی ) اضافه شود			
تبصره ۳ - صندوقهای بازنشستگی کارکنان شرکتها و موسسات دولتی به استثنای صندوق بازنشستگی کشوری و صندوق های بازنشستگی نیروهای مسلح مشمول محدودیت این ماده نمی باشند.			

#### آئین نامه شماره ۴۰/۳

آئین	نامه	شماره	۴۰/۳
(مکمل آئین نامه ضوابط تاسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی)			
شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۲/۱۳ تصویب نمود آئین نامه ضوابط تاسیس مؤسسات بیمه غیردولتی (شماره ۴۰) به شرح زیر اصلاح شود:			
الف - تبصره های ۲ و ۳ به شرح زیر ذیل ماده ۱۱ اضافه و عنوان تبصره فعلی به «تبصره ۱» تغییر یابد:			
تبصره ۲: در صورتی که هیأت مدیره مؤسسه بیمه هر یک از شرایط مندرج در این آئین نامه و یا سایر مقررات مربوط را از دست بدهد مؤسسه بیمه موظف است حداکثر تا سه ماه وضعیت هیأت مدیره را با شرایط و مقررات مربوط منطبق نماید. در غیر اینصورت رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است در اجرای ماده ۴۱ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری موضوع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای عالی بیمه مطرح نماید.			
تبصره ۳: در صورت استعفاء، عزل یا فوت مدیر عامل مؤسسه بیمه یا سلب شرایط وی (به تشخیص بیمه مرکزی ایران)، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر تا دو ماه فرد واجد شرایط دیگری را به بیمه مرکزی ایران معرفی نماید. بیمه مرکزی ایران موظف است حداکثر ظرف مدت یک ماه نظر خود را در مورد صلاحیت فرد معرفی شده اعلام کند. تا زمان انتصاب مدیر عامل مورد تأیید بیمه مرکزی ایران، انجام وظایف وی بر عهده رئیس هیأت مدیره یا قائم مقام مدیر عامل مؤسسه			

بیمه خواهد بود.  
چنانچه مؤسسه بیمه ای به هر علت بیش از سه ماه فاقد مدیر عامل تأیید صلاحیت شده باشد رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است در اجرای ماده ۴۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری موضوع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای عالی بیمه مطرح نماید.

ب - دو تبصره به شرح زیر ذیل ماده ۱۷ اضافه شود:  
تبصره ۱: در صورت استعفاء، عزل یا فوت هر یک از مدیران فنی مؤسسه بیمه یا سلب شرایط آنها (به تشخیص بیمه مرکزی ایران)، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف دو ماه فرد واجد شرایط دیگری را به بیمه مرکزی ایران معرفی نماید. بیمه مرکزی ایران موظف است حداکثر ظرف یک ماه نظر خود را در مورد صلاحیت فرد معرفی شده اعلام کند. تا زمان انتصاب مدیر فنی مورد تأیید بیمه مرکزی ایران، انجام وظایف وی بر عهده مدیر عامل یا قائم مقام مدیر عامل مؤسسه بیمه خواهد بود.

چنانچه مؤسسه بیمه به هر علت بیش از سه ماه در هر یک از رشته های بیمه اموال، اشخاص و یا مسئولیت فاقد مدیر فنی تأیید صلاحیت شده باشد، رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است در اجرای ماده ۴۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری موضوع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای عالی بیمه مطرح نماید.  
تبصره ۲: چنانچه مؤسسه بیمه بخواهد فردی را به عنوان معاون فنی یا عناوین مشابه منصوب نماید صلاحیت وی باید قبلاً به تأیید بیمه مرکزی ایران رسیده باشد.  
ج - ماده ۲۰ و اصلاحات بعدی آن به شرح زیر اصلاح شود:  
قبول بیمه اتکایی از خارج از کشور صرفاً برای مؤسسات بیمه اتکایی مجاز است. مؤسسات بیمه مستقیم مشروط به داشتن حداقل سرمایه مورد نیاز برای فعالیت در بیمه های اتکائی و با رعایت ضوابطی که از سوی بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد، در حدود ظرفیت نگهداری خود مجاز به قبول بیمه اتکائی از سایر مؤسسات بیمه مستقیم داخلی (اعم از دولتی، غیر دولتی و یا ثبت شده در مناطق آزاد) می باشند.

ضوابط	اجرایی	ماده	۲۰	آیین	نامه	شماره	۴۰/۳
۱. مؤسسات بیمه موضوع این آیین نامه می باید حداقل یک نفر آشنا به امور اتکایی از بین کارکنان خود را به بیمه مرکزی ایران معرفی و در صورت تایید بیمه مرکزی ایران، با رعایت سایر ضوابط زیر، مجاز به قبول اتکایی می باشند.							
۲. حداقل سرمایه لازم برای انجام عملیات اتکایی ۴۰۰ میلیارد ریال می باشد.							

۳. قبولی اتکایی صرفاً از بیمه نامه های صادره توسط سایر مؤسسات بیمه مستقیم داخلی (اعم از دولتی، غیر دولتی و یا ثبت شده در مناطق آزاد) مجاز بوده و قبولی از واگذاریهای مجدد آنان (Retrocession) مجاز نمی باشد.

۴. مؤسسات بیمه موضوع این آیین نامه صرفاً در رشته هایی می توانند قبولی اتکایی انجام دهند که قبلاً مجوز فعالیت عملیات بیمه مستقیم در آن رشته ها را از بیمه مرکزی ایران دریافت کرده باشند:

تبصره : قبول اتکایی در انواع بیمه های اعتباری و زندگی مجاز نمی باشد.

۵. حداکثر میزان مجاز نگهداری خالص (Retention Net) در عملیات قبولی اتکایی، به شرح زیر می باشد:

۵/۱- قراردادهای نسبی (Proportional) : حداکثر میزان نگهداری خالص در هر قرارداد (Monetary Line) ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال یا معادل ارزی آن، مشروط بر آنکه حداکثر مجموع تعهدات موسسه بیمه (نگهداری خالص) در مورد خطرات فاجعه آمیز در هر قرارداد از ۱۰٪ مجموع سرمایه پرداخت شده، اندوخته و ذخایر فنی به استثناء ذخیره خسارت معوق مؤسسه تجاوز نماید.

۵/۲- قراردادهای غیر نسبی (Non Proportional) : حداکثر در هر قرارداد ۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال یا معادل ارزی آن.

۵/۳- قبولی های اختیاری (Facultative): حداکثر مجموع تعهدات مؤسسه بیمه (نگهداری خالص) در یک بیمه نامه / ریسک، نمی باید از ۱۰ درصد مجموع سرمایه پرداخت شده، اندوخته و ذخایر فنی به استثناء ذخیره خسارت معوق مؤسسه تجاوز نماید.

۶. حداکثر مجموع تعهدات نگهداری خالص هر یک از مؤسسات بیمه موضوع این آیین نامه درخصوص خطرات فاجعه آمیز در هر یک از مناطق مندرج در بند ۷ نمی باید از ۵۰ درصد مجموع سرمایه پرداخت شده، اندوخته و ذخایر فنی به استثناء ذخیره خسارت معوق مؤسسه تجاوز نماید.

۷. مناطق

ذخیره	خسارت	موق	مؤسسه	تجاوز	نماید.
مورد اشاره	در بند ۶	فوق	، عبارتند	از :	
۱- استان	تهران	(به	غیر	از	تهران (بزرگ)
۱/۱-	تهران				بزرگ
۲- استان					گیلان
۳- استان					مازندران
۴- استان					خراسان شمالی

مشهد (مشهد)	از	غیر	رضوی (به)	خراسان	استان	۵- -۵/۱
مشهد			شهر			
جنوبی			خراسان		استان	۶- -۶/۱
قزوین (قزوین)	صنعتی	شهر	غیر	(به)	قزوین	۷- -۷/۱
قزوین		صنعتی	از	شهر		
کرمان					استان	۸- -۸/۱
تبریز (تبریز)	شهر	از	غیر	(به)	آذربایجان شرقی	۹- -۹/۱
تبریز				شهر		
اصفهان (اصفهان)	شهر	از	غیر	(به)	اصفهان	۱۰- -۱۰/۱
اصفهان				شهر		
یزد				استان	استان	۱۱- -۱۱/۱
مرکزی				استان	استان	۱۲- -۱۲/۱
فارس				استان	استان	۱۳- -۱۳/۱
خوزستان				استان	استان	۱۴- -۱۴/۱
زنجان				استان	استان	۱۵- -۱۵/۱
غربی		آذربایجان			استان	۱۶- -۱۶/۱
کرمانشاه				استان	استان	۱۷- -۱۷/۱
گلستان				استان	استان	۱۸- -۱۸/۱
هرمزگان				استان	استان	۱۹- -۱۹/۱
سمنان				استان	استان	۲۰- -۲۰/۱
اردبیل				استان	استان	۲۱- -۲۱/۱
همدان				استان	استان	۲۲- -۲۲/۱
لرستان				استان	استان	۲۳- -۲۳/۱
بلوچستان	و		سیستان		استان	۲۴- -۲۴/۱

بوشهر	استان	۲۵-				
کردستان	استان	۲۶-				
قم	استان	۲۷-				
ایلام	استان	۲۸-				
احمد	بویر	و	کهنکلیویه	استان	۲۹-	
بختیاری	و	محال	چهار	استان	۳۰-	
اقتصادی	و	صنعتی	تجاری	ازاد	مناطق آزاد تجاری - صنعتی و مناطق ویژه اقتصادی	۳۱-
جنوبی		پارس			۳۲-	
عسلویه					۳۳-	

۸. مؤسسات بیمه موضوع این آیین نامه موظفند حسابهای مربوط به عملیات بیمه اتکایی (به تفکیک قبولی و واگذاری) خود را به صورت جداگانه در صورتهای مالی خود منعکس نمایند و حداکثر یک ماه پس از پایان هر سه ماهه، لیست کاملی از قبولی های خود را به بیمه مرکزی ایران ارسال نمایند.

۹. چنانچه مؤسسات بیمه ای هر یک از ضوابط فوق الذکر را رعایت نکند، بیمه مرکزی ایران می تواند مجوز قبولی اتکایی آن مؤسسه را لغو نماید.

#### آئین نامه شماره ۴۰/۴

( مکمل آئین نامه ضوابط تاسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی )

شورای عالی بیمه به استناد بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و بیمه‌گری در جلسات مورخ ۱۳۸۸/۱۰/۲ و ۱۳۸۸/۱۱/۷، مواد (۲) و (۱۲) آیین‌نامه ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی (آیین‌نامه شماره ۴۰) را به ترتیب زیر اصلاح و تصویب نمود.

#### اول- ماده ۲ به شرح زیر اصلاح گردید:

ماده ۲- تشکیل مؤسسه بیمه صرفاً به صورت «شرکت سهامی عام» ایرانی یا «شرکت تعاونی سهامی عام» ایرانی که سهام آن با نام بوده و با رعایت قانون تأسیس و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشد، امکان‌پذیر است. در تأسیس مؤسسه بیمه به صورت «شرکت تعاونی سهامی عام»، مقررات ماده (۱۲) «قانون اصلاح موادی از قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی» - مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام به تاریخ ابلاغی ۱۳۸۷/۴/۳۱ مجلس شورای اسلامی» نیز رعایت خواهد شد.

## دوم- ماده ۱۲ به شرح زیر اصلاح گردید:

ماده ۱۲- حسابرس و بازرس قانونی مؤسسه بیمه باید از میان حسابرسان مورد تایید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و معتمد سازمان بورس و اوراق بهادار انتخاب شوند.

### آیین نامه شماره ۴۱

✳️ **شورای عالی بیمه در اجرای وظایف مقرر در «قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری» در جلسه مورخ ۱۳۸۰/۱۲/۱۴ «آیین نامه تاسیس ، فعالیت و انحلال دفاتر ارتباطی مؤسسات بیمه و مؤسسات کارگزاری بیمه خارجی در جمهوری اسلامی ایران» را در شش ماده به شرح زیر تصویب نمود:**

ماده ۱- مؤسسات بیمه و مؤسسات کارگزاری بیمه خارجی می توانند با موافقت بیمه مرکزی ایران و در چارچوب ضوابط این آیین نامه اقدام به تاسیس دفتر ارتباطی در جمهوری اسلامی ایران نمایند . دفاتر ارتباطی موظفند علاوه بر ضوابط این آیین نامه ، از قوانین دولت جمهوری اسلامی ایران و همچنین به عنوان شخص حقوقی از مقررات حاکم بر صنعت بیمه کشور ایران پیروی نمایند.

ماده ۲- دفاتر ارتباطی می توانند به عنوان رابط بین مؤسسه متبوع خود و مؤسسات بیمه ایرانی در زمینه پیگیری امور بیمه اتکایی ، ارائه خدمات کارشناسی و انتقال دانش فنی بیمه ای فعالیت نمایند اما مجاز به عرضه بیمه و انجام عملیاتی که در حیطه وظایف مؤسسات بیمه داخلی قرار دارد نیستند.

ماده ۳- بیمه مرکزی ایران براساس وظایف قانونی خود بر فعالیت دفاتر ارتباطی نظارت خواهد کرد.

ماده ۴- مؤسسات بیمه خارجی می توانند دفتر ارتباطی خود در ایران را با اطلاع بیمه مرکزی ایران و رعایت قوانین موجود به طور موقت تعطیل و یا آن را منحل نمایند.

ماده ۵- در صورتی که دفتر ارتباطی به تشخیص بیمه مرکزی ایران از مقررات مربوط تخلف نماید، بیمه مرکزی ایران می تواند حسب مورد تذکر یا اخطار دهد یا با موافقت رئیس کل بیمه مرکزی ایران از فعالیت آن جلوگیری کند.

ماده ۶- نحوه تاسیس ، فعالیت و انحلال دفاتر ارتباطی مزبور در چارچوب این آیین نامه از سوی بیمه مرکزی ایران تعیین و اعلام خواهد شد.

این آیین نامه از تاریخ ابلاغ قابل اجرا خواهد بود.

## آیین نامه شماره ۴۲

در اجرای ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، شورای عالی بیمه آیین‌نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه (نحوه به‌کار افتادن ذخایر و اندوخته‌ها) را مشتمل بر یازده ماده و سه تبصره در جلسه مورخ ۱۳۸۱/۳/۲۸ تصویب نمود:

ماده ۱- مؤسسات بیمه باید دارایی‌های معرف ذخایر فنی و ذخایر و اندوخته‌های قانونی و همچنین سرمایه خود را طبق مقررات این آیین‌نامه به‌طور شفاف و منطبق بر استانداردهای حسابداری در صورت‌های مالی خود منعکس کنند.

ماده ۲- سرمایه‌گذاری‌های مجاز از محل ذخایر فنی برای مؤسسات بیمه ایرانی که فقط در بیمه‌های غیرزندگی فعالیت می‌کنند عبارت است از:

الف- سپرده بانکی حداقل بیست و پنج درصد جمع ذخایر فنی.

ب- اوراق مشارکت تضمین شده بوسیله دولت یا بانک‌های دولتی حداقل ده درصد و حداکثر بیست و پنج درصد جمع ذخایر فنی. در صورتیکه خرید اوراق مشارکت مندرج در این بند به میزان حداقل تعیین شده میسر نباشد، مؤسسات بیمه می‌توانند حداقل مذکور را با سپرده بانکی تامین نمایند.

ج- اوراق مشارکت تضمین شده توسط بانک‌های خصوصی که با مجوز مراجع قانونی ذیربط منتشر شده باشد حداکثر تا ۱۰ درصد ذخایر فنی مؤسسه بیمه.

د- سهام شرکت‌های پذیرفته شده در بورس به شرطی که میزان آن برای هر شرکت سرمایه‌پذیر از ده درصد سهام آن شرکت و در مجموع از سی درصد جمع ذخایر فنی مؤسسات بیمه تجاوز نکند.

تبصره: مؤسسات بیمه می‌توانند در سایر ابزارهای مالی و اوراق بهادار پذیرفته شده در بورس حداکثر تا ۱۰ درصد ذخایر فنی سرمایه‌گذاری کنند مشروط بر اینکه جمع کل این بند از ۳۰ درصد ذخایر فنی مؤسسه بیمه تجاوز نکند.

ه- مشارکت در طرح‌های ساختمانی به شرطی که سرمایه‌گذاری در هر طرح از بیست درصد قیمت تمام شده آن طرح و در مجموع از بیست درصد جمع ذخایر فنی مؤسسه بیمه تجاوز نکند.

و- خرید اموال غیرمنقول (املاک و مستغلات) واقع در محدوده شهرهای بزرگ به شرطی که مجموع آنها از ده درصد جمع ذخایر فنی تجاوز نکند.

ز- اعطای تسهیلات برای خرید محل فعالیت به نمایندگان مؤسسه بیمه ذی‌ربط که حداقل دو سال از شروع فعالیت آنها گذشته باشد به شرطی که:



- ۱- مجموع تسهیلات اعطایی از پنج درصد جمع ذخایر فنی تجاوز نکند.
- ۲- در هر مورد، محل خریداری شده به عنوان وثیقه در رهن اعطا کننده تسهیلات قرار گیرد و رهن اول باشد و سقف تسهیلات اعطایی از پنجاه درصد ارزش محل خریداری شده بیشتر نباشد.
- ۳- مدت بازپرداخت تسهیلات اعطایی حداکثر پنج سال و نرخ سود آن حداقل دو درصد بیشتر از سود سپرده های بلندمدت بانکی باشد.
- ح سرمایه گذاری در شرکت های خارج از بورس با تأیید بیمه مرکزی ایران به شرطی که مجموع آنها از ده درصد جمع ذخایر فنی تجاوز نکند.
- ط وام به کارکنان مؤسسه بیمه به منظور تهیه مسکن طبق آیین نامه های استخدامی حداکثر تا ۵ درصد ذخایر فنی شرکت بیمه.
- ماده ۳ سرمایه گذاری مجاز از محل ذخایر ریاضی برای مؤسسات بیمه ایرانی که فقط در بیمه های زندگی فعالیت می کنند عبارت است از:
  - الف وام به بیمه گذاران از محل ذخایر ریاضی آنها طبق شرایط بیمه نامه ها.
  - ب سپرده های بانکی حداقل ده درصد جمع ذخایر ریاضی.
  - ج اوراق مشارکت تضمین شده به وسیله دولت یا بانک های دولتی حداقل ده درصد و حداکثر بیست و پنج درصد جمع ذخایر فنی. در صورتیکه خرید اوراق مشارکت مندرج در این بند به میزان حداقل تعیین شده میسر نباشد، مؤسسات بیمه می توانند حداقل مذکور را با سپرده بانکی تامین نمایند.
  - د اوراق مشارکت تضمین شده توسط بانک های خصوصی که با مجوز مراجع قانونی ذیربط منتشر شده باشد حداکثر تا ۱۰ درصد ذخایر فنی مؤسسه بیمه.
  - ه' سهام شرکت های پذیرفته شده در بورس به شرطی که میزان آن برای هر شرکت سرمایه پذیر از ده درصد و در مجموع از چهل درصد جمع ذخایر فنی تجاوز نکند.
- تبصره: مؤسسه بیمه می تواند در سایر ابزارهای مالی و اوراق بهادار پذیرفته شده در بورس حداکثر تا ۱۰ درصد ذخایر فنی سرمایه گذاری کنند مشروط بر اینکه جمع کل این بند از ۴۰ درصد ذخایر فنی مؤسسه بیمه تجاوز نکند.
- و مشارکت در اجرای طرح های ساختمانی به شرطی که سرمایه گذاری در این طرح ها از بیست درصد قیمت تمام شده هر طرح و در مجموع از سی درصد جمع ذخایر فنی تجاوز نکند.
- ز خرید اموال غیرمنقول در محدوده شهرهای بزرگ به شرطی که مجموع آنها از ده درصد جمع ذخایر ریاضی تجاوز نکند.

ح اعطای تسهیلات برای خرید محل فعالیت نمایندگان مؤسسه ذی ربط که حداقل دو سال از شروع فعالیت آنها گذشته باشد طبق شرایط مندرج در بند (ه) ماده ۲ این آیین نامه.

ط سرمایه‌گذاری در شرکت های خارج از بورس با تأیید بیمه مرکزی ایران به شرطی که مجموع آنها از ده درصد جمع ذخایر فنی تجاوز نکند.

ی وام به کارکنان مؤسسه بیمه به منظور تهیه مسکن طبق آیین نامه های استخدامی حداکثر تا ۵ درصد ذخایر فنی مؤسسه بیمه .

ماده ۴- سرمایه‌گذاری مجاز از محل ذخایر فنی برای مؤسسات بیمه‌ای که همزمان در بیمه های زندگی و غیرزندگی (مختلط) فعالیت می کنند عبارت است از:

الف وام به بیمه‌گذاران بیمه های زندگی طبق شرایط بیمه نامه های زندگی از محل ذخایر ریاضی آنها.

ب سپرده های بانکی حداقل ۲۰ درصد جمع ذخایر فنی.

ج اوراق مشارکت تضمین شده به وسیله دولت یا بانک های دولتی حداقل ده درصد و حداکثر بیست درصد جمع ذخایر فنی. در صورتیکه خرید اوراق مشارکت مندرج در این بند به میزان حداقل تعیین شده میسر نباشد، مؤسسات بیمه می‌توانند حداقل مذکور را با سپرده بانکی تامین نمایند.

د اوراق مشارکت تضمین شده توسط بانک های خصوصی که با مجوز مراجع قانونی ذی ربط منتشر شده باشد حداکثر تا ۱۰ درصد ذخایر فنی مؤسسه بیمه.

ه سهام شرکت های پذیرفته شده در بورس به شرطی که میزان آن برای هر شرکت سرمایه پذیر از ده درصد و در مجموع از سی و دو درصد جمع ذخایر فنی تجاوز نکند.

تبصره: مؤسسه بیمه می‌تواند در سایر ابزارهای مالی و اوراق بهادار پذیرفته شده در بورس حداکثر تا ۱۰ درصد ذخایر فنی سرمایه‌گذاری کنند مشروط بر اینکه جمع کل این بند از ۳۲ درصد ذخایر فنی مؤسسه بیمه تجاوز نکند.

و مشارکت در اجرای طرح های ساختمانی به شرطی که سرمایه گذاری در هر طرح از بیست درصد قیمت تمام شده آن و در مجموع از بیست و پنج درصد جمع ذخایر فنی تجاوز نکند.

ز خرید اموال واقع در محدوده شهرهای بزرگ به شرطی که مجموع آنها از ده درصد جمع ذخایر فنی تجاوز نکند.

ح اعطای تسهیلات برای خرید محل فعالیت به نمایندگان مؤسسه ذی ربط که حداقل دو سال از شروع فعالیت آنها گذشته باشد، طبق شرایط مندرج در بند (ه) ماده ۲.

ط سرمایه‌گذاری در شرکت های خارج از بورس با تأیید بیمه مرکزی ایران به شرطی که مجموع آنها از ده درصد جمع ذخایر فنی تجاوز نکند.

ی و ام به کارکنان مؤسسه بیمه به منظور تهیه مسکن طبق آیین‌نامه های استخدامی حداکثر تا ۵ درصد ذخایر فنی شرکت بیمه.

ماده ۵- مؤسسات بیمه‌ای که فقط در بیمه های اتکایی فعالیت می‌کنند، می‌توانند طبق مفاد ماده ۴ این آیین‌نامه ذخایر فنی خود را سرمایه‌گذاری کنند

ماده ۶- مؤسسات بیمه می‌توانند موارد زیر را جزء سرمایه‌گذاری خود منظور نمایند

الف سپرده هایی که این مؤسسات به موجب قراردادهای بیمه اتکایی نزد مؤسسات بیمه‌گر واگذارنده دارند.

ب بدهی مؤسسات بیمه‌گر واگذارنده به این مؤسسات بابت معاملات بیمه اتکایی حداکثر تا بیست درصد جمع ذخایر مربوط به این معاملات.

ج بدهی بیمه‌گذاران بابت حق بیمه قراردادهای بیمه های غیرزندگی حداکثر تا ده درصد ذخایر فنی بیمه های غیرزندگی.

د بدهی وزارتخانه ها و مؤسسات دولتی حداکثر تا بیست درصد جمع ذخایر فنی.

ماده ۷- دارایی‌های مورد نیاز در فعالیت مؤسسه بیمه حداکثر تا سقف ۳۰٪ از ارزش ویژه مجاز خواهد بود. بقیه ارزش ویژه مؤسسات بیمه با رعایت درصدهای مذکور در مواد ۲ تا ۵ سرمایه‌گذاری می‌شود. برای تامین این ماده در مورد بیمه‌های موجود بیمه مرکزی ایران بررسی لازم را انجام داده و ظرف چهار ماه گزارش خود را به شورای عالی بیمه جهت تصمیم‌گیری ارائه می‌کند.

ماده ۸- مؤسسات بیمه‌ای که در خارج از کشور فعالیت دارند، نسبت به ذخایر فنی و سرمایه‌گذاری هایی که مربوط به عملیات آنها در خارج است، تابع مقررات محل فعالیت خواهند بود. در صورتی که در کشور خارجی محل فعالیت مؤسسه بیمه ایرانی مقرراتی در این موارد وجود نداشته باشد مؤسسه بیمه مربوط تابع مقررات این آیین‌نامه خواهند بود.

ماده ۹- در مؤسسات بیمه مختلط، حسابهای بیمه های زندگی و یا بیمه های متضمن پرداخت مستمری باید به طور کامل جدای از حسابهای بیمه های غیرزندگی نگاهداری شود.

ماده ۱۰- بیمه مرکزی ایران می‌تواند به عنوان بخشی از وظایف نظارتی خود تمام یا قسمتی از اموال خریداری شده از محل سرمایه و ذخایر فنی و ذخایر و اندوخته های قانونی مؤسسات بیمه را در هر زمان که مقتضی بداند ارزشیابی کند.

ماده ۱۱- مؤسسات بیمه مکلفند در صورتهای مالی هر سال سرمایه‌گذاری های انجام شده از محل سرمایه و ذخایر فنی و ذخایر و اندوخته های قانونی خود را به تفکیک تعیین و ضمیمه صورتهای مالی به بیمه مرکزی ایران ارسال کنند.

این آیین نامه از تاریخ تصویب جایگزین آیین نامه های شماره ۱۲ و ۱۲/۱ خواهد بود

### آیین نامه شماره ۴۲/۱

(مکمل آیین نامه سرمایه گذاری مؤسسات بیمه)

در اجرای ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۸۲/۱۰/۲۳ تصویب نمود ماده ۴ آیین نامه سرمایه گذاری مؤسسات بیمه (شماره ۴۲) به شرح زیر اصلاح شود:

۱- بند (ج) ذیل این ماده حذف و متن زیر جایگزین بند (ب) شود:

(ب) سپرده های بانکی و یا اوراق مشارکت تضمین شده توسط دولت و یا بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران حداقل سی درصد جمع ذخایر فنی.

۲- متن زیر به عنوان تبصره ذیل این ماده اضافه شود:

تبصره - شرکت های بیمه مجاز نیستند از اوراق مشارکت موضوع بندهای (ب) و (د) و یا اوراق سپرده بانکی خود به عنوان تضمین و یا وثیقه استفاده نمایند.

### آیین نامه شماره ۴۲/۲

(مکمل آیین نامه سرمایه گذاری مؤسسات بیمه)

در اجرای ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۸۳/۵/۲۷ تصویب نمود بند ۳ قسمت «ز» ذیل ماده ۲ آیین نامه سرمایه گذاری مؤسسات بیمه به شرح زیر اصلاح شود:

۳- مدت بازپرداخت تسهیلات اعطایی حداکثر پنج سال و نرخ سود آن حداقل دو درصد بیشتر از سود سپرده پنج ساله بانکی مصوب شورای پول و اعتبار باشد.

### آیین نامه شماره ۴۲/۳

(مکمل آیین نامه سرمایه گذاری مؤسسات بیمه)

در اجرای ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۹/۲۹ تصویب نمود تبصره ذیل ماده ۴ آیین نامه سرمایه گذاری مؤسسات بیمه (آیین نامه شماره ۴۲/۱) به شرح زیر اصلاح شود:

تبصره - شرکت های بیمه به استثناء شعب و نمایندگی های خارج از کشور آنها که طبق مقررات کشور محل فعالیت ملزم

به تودیع وثیقه یا تضمین می باشند، مجاز نیستند از اوراق مشارکت موضوع بندهای «ب» و «د» و یا اوراق سپرده بانکی خود به عنوان تضمین و یا وثیقه استفاده نمایند.

### آئین نامه شماره ۴۳

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۳ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری آئین نامه زیر را مشتمل بر ۱۶ ماده و ۲ تبصره در جلسه مورخ ۱۳۸۱/۵/۲۲ تصویب نمود که از تاریخ ۱۳۸۱/۷/۱ جایگزین آئین نامه شماره ۲۶/۱ و مکمل های بعدی آن می گردد.

#### فصل اول کلیات

##### ماده ۱ - اساس قرارداد

این بیمه نامه براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و پیشنهاد کتبی بیمه گذار(که جز لاینفک بیمه نامه میباشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد.

آن قسمت از پیشنهاد کتبی بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر واقع نگردیده و همزمان یا قبل از صدور بیمه نامه کتباً به بیمه گذار اعلام شده است جز تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد.

##### ماده ۲ - تعاریف :

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این بیمه نامه صرفنظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می تواند داشته باشد با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند.

##### ۱-۲- بیمه گر:

شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در این بیمه نامه قید گردیده و جبران هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه بعهده میگیرد.

##### ۲-۲- بیمه گذار :

بیمه گذار شخص حقوقی است که مشخصات وی در این بیمه نامه ذکر گردیده و متعهد پرداخت حق بیمه میباشد.

##### ۳-۲- بیمه شدگان :

کارکنان رسمی ، قراردادی، پیمانی، و... بیمه گذار میباشند که حداقل یکسال نزد بیمه گذار سابقه کار داشته و به اتفاق کلیه اعضاء خانواده خود از طرف بیمه گذار بعنوان بیمه شده معرفی گردیده اند و حداقل ۷۰ درصد آنان می باید تحت پوشش بیمه قرارگیرند

۲-۳ - ۱ منظور از اعضاء خانواده ، همسر ، فرزندان و افراد تحت تکفل بیمه شدگان می باشد .

۲-۳ - ۲-ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروهها مشروط به آنکه با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه ای موضوع این بیمه ای موضوع این بیمه نامه متشکل شده و حداقل ۷۰ درصد آنان جزء بیمه شدگان قرار گیرند با تائید بیمه مرکزی ایران امکان پذیر خواهد بود.

۲-۴ - موضوع بیمه :

موضوع بیمه پرداخت هزینه های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث احتمالی طبق شرایط مقرر در این بیمه نامه می باشد.

۲-۴ - ۱ - حادثه : حادثه عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد واراده بیمه شده روی داده و موجب وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد.

۲-۴ - ۲ - بیماری : بیماری عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک .

۲-۵ - حق بیمه : حق بیمه وجهی است که بایستی بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده می باشد.

۲ - ۶ - دوره انتظار: دوره انتظار مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

۲ - ۷ - فرانشیز درصد معینی از هزینه های مورد تعهد است که تامین آن بعهده بیمه شده یا بیمه گذار است و میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.

۲ - ۸ - مدت : مدت این بیمه نامه یکسال تمام شمسی است . تاریخ شروع و انقضاء آن با توافق طرفین در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.

فصل دوم - شرایط

ماده ۳- اصل حسن نیت :

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه گر قرار دهند .

اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنماید، بیمه نامه باطل و بلااثر خواهد بود ولو اینکه مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده ، هیچگونه تاثیری در وقوع

بیماری یا حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد، بلکه بیمه گر میتواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

تبصره - چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطالبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده است .

ماده ۴- هزینه های بیمارستانی و جراحی قابل پرداخت :

۱- هزینه های بیمارستانی ، درمانی و جراحی طی دوران بستری در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود .

۲- هزینه های مربوط به سایر پوششهای اضافی توافق شده در قرارداد یا شرایط خصوصی .

۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی در صورتیکه نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان گردد .

ماده ۵- پرداخت حق بیمه :

۵- ۱- بیمه گذار موظف است حق بیمه تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه نامه را در ابتدای هرماه پرداخت و قبض رسیدی که به مهر وامضاء بیمه گر رسیده باشد دریافت نماید و یا وجه حق بیمه را به حساب معرفی شده از طرف بیمه گر واریز و رسید آنرا برای بیمه گر ارسال نماید.

۵- ۲- نحوه پرداخت حق بیمه موضوع بند ۲-۳-۲ در هر مورد توسط بیمه مرکزی ایران تعیین خواهد شد .

ماده ۶- استثنائات :

هزینه بیمارستانی و جراحی در موارد زیر از شمول تعهد بیمه گر خارج می باشد:

۶- ۱ اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میگردد، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث بیمه شده در طی مدت بیمه باشد

۶- ۲- عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد قرارداد بیمه مشخص بوده و بیمه گذار از آن مطلع شده باشد.

۶- ۳- سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک .

۶- ۴- ترک اعتیاد.

۶- ۵- خودکشی ، قتل و جنایت .

۶- ۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان مگر اینکه در شرایط خصوصی به نحو دیگری توافق شده باشد.

۶- ۷- جنگ ، شورش ، اغتشاش ، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب ، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

۶- ۸- فعل و انفعالات هسته ای .

۶- ۹- اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج .

۶- ۱۰- بیماری روانی یا سایکو تیک : منظور از بیماریهای سایکوتیک آن دسته از بیماریهایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.

۶- ۱۱- دندانپزشکی مگر جراحی فک به علت وقوع حادثه تحت پوشش .

۶- ۱۲- زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر

۶- ۱۳- وسایل کمک توانبخشی از قبیل جوراب واریس ، لنز و سمک ، شکم بند و لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارد.

۶- ۱۴- رفع عیوب انکساری چشم مگر در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر نقص بینائی هر چشم ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد.

#### فصل سوم - مقررات مختلف

ماده ۷- بیمه شده در انتخاب هریک از بیمارستانهای داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوطه میبایستی صورتحساب بیمارستان را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم نماید. در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند صورتحساب بیمارستان اساس محاسبه هزینه های مورد تعهد خواهد بود در غیر اینصورت هزینه های مربوط براساس قراردادهای منعقد بیمه گر با بیمارستانهای همتراز صورت خواهد گرفت .

ماده ۸- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳ روز از زمان بستری شدن هریک از بیمه شدگان در بیمارستان ، مراتب را به بیمه گر اعلام نماید.

ماده ۹- حداکثر سن بیمه شده برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال میباشد و از آن به بعد بیمه گر میتواند با دریافت حق بیمه اضافی پوشش بیمه درمانی را ادامه دهد. مشمولین سازمانها و صندوقهای بازنشستگی تابع این حکم نبوده و پوشش درمان آنان با پرداخت حق بیمه اضافی امکان پذیر خواهد بود. در صورتی که سن بیمه شده در شروع قرارداد کمتر از ۶۰ سال باشد پوشش بیمه ای تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد یافت .

ماده ۱۰ - در صورتی که بیمه شده در طول مدت بیمه فوت نماید پوشش بیمه ای سایر اعضاء خانواده بیمه شده متوفی مشروط به پرداخت حق بیمه ، ادامه خواهد داشت .

ماده ۱۱- هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً بوسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود نموده است دراین حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست



قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت نموده است .

ماده ۱۲- هزینه های بیمارستانی بیمه شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تأیید بیمه گر به خارج اعزام میگردند در صورت تأیید صورتحسابهای مربوط توسط سفارت ایران ، براساس ضوابط این بیمه نامه پرداخت خواهد شد. تبصره - نرخ ارز در محاسبه میزان خسارت معادل نرخ ارز اعلام شده از سوی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده ۱۳- موارد فسخ بیمه نامه :

بیمه گر و یا بیمه گذار میتوانند در موارد زیر اقدام به فسخ بیمه نامه نمایند:

۱-۱۳- موارد فسخ از طرف بیمه گر.

بیمه گر در موارد زیر میتواند بیمه نامه را فسخ نماید. در این صورت برگشت حق بیمه بصورت روز شمار محاسبه خواهد شد.

۱-۱۳-۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در موعد یا مواعد معین .

۱-۱۳-۲- هرگاه بیمه گذار سهواً و یا بدون سوء نیت مطالبی را اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند بنحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر را تغییر داده و یا از اهمیت آن بکاهد .

۱-۱۳-۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه .

۱-۱۳-۲- موارد فسخ از طرف بیمه گذار.

بیمه گذار میتواند در هر زمان بیمه نامه را فسخ نماید، در این صورت بیمه گر حق بیمه تا زمان فسخ را براساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می نماید معهداً در صورتیکه ضریب خسارت قرارداد (با احتساب حق بیمه کوتاه مدت ) تا زمان فسخ بیشتر از ۷۰ درصد باشد بیمه گذار موظف است ما به التفاوت درصد مذکور تا میزان خسارت واقع شده را به بیمه گر پرداخت نماید .

در مواردی که فسخ بیمه نامه توسط بیمه گذار مستند به یکی از دلایل زیر باشد حق بیمه تا زمان فسخ بطور روز شمار محاسبه خواهد شد.

۱-۱۳-۲-۱- انتقال پرتفوی بیمه گر.

۱۳-۲-۲- در صورتیکه گروه بیمه شده بعلت توقف در کار و یا مشکلات پیش بینی نشده دیگر ترکیب گروهی خود را از دست بدهد.

ماده ۱۴ - نحوه فسخ :

۱۴-۱ - در صورتیکه بیمه گر بخواهد بیمه نامه را فسخ نماید، موظف است موضوع را بوسیله نامه یا تلفنگرام و سایر وسائل مقتضی به بیمه گذار اطلاع دهد در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از اعلام مراتب به بیمه گذار، فسخ شده تلقی می گردد.

۱۴-۲ - بیمه گذار می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر تقاضای فسخ بیمه نامه را بنماید در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور به بیمه گر بیمه نامه فسخ شده محسوب می شود چنانچه در درخواست بیمه گذار تاریخ مشخصی برای فسخ تعیین شده باشد، اثر فسخ از تاریخ اخیر خواهد بود.

ماده ۱۵ - مهلت پرداخت خسارت :

بیمه گر موظف است حداکثر ظرف یکماه پس از تاریخ دریافت کلیه اسناد و مدارکی که بتواند بوسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد خسارات را پرداخت نماید.

ماده ۱۶ - کتبی بودن اظهارات :

هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه گذار و بیمه گر در رابطه با این بیمه نامه بایستی کتباً به آخرین نشانی اعلام شده ارسال گردد.

### آئین نامه شماره ۴۳/۱

شماره	نام	آئین	مکمل
۴۳	نام	آئین	مکمل
شماره	۴۳	بند ۳ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۸۴/۱۲/۱۵ تصویب نمود	آئین نامه
شرح	به	شرح	آئین نامه
زیر	بیمه	شرح	آئین نامه
اصلاح	عمومی	شرح	آئین نامه
شود:	بیمه	شرح	آئین نامه
الف -	بیمه	شرح	آئین نامه
نام	بیمه	شرح	آئین نامه
آئین نامه	بیمه	شرح	آئین نامه
بند ۲-۱	بیمه	شرح	آئین نامه
بند	بیمه	شرح	آئین نامه
۲-۱	بیمه	شرح	آئین نامه
بیمه‌گر:	بیمه	شرح	آئین نامه

شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در این بیمه‌نامه درج گردیده است و جبران هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری و حوادث و سایر هزینه‌های تحت پوشش را طبق شرایط مقرر در این بیمه‌نامه به عهده می‌گیرد.

ج - بند ۲-۳-۲ حذف و متن‌های زیر به عنوان بندهای ۲-۳-۲ و ۲-۳-۳ جایگزین آن شود:

۲-۳-۲: چنانچه فرزندان بیمه‌شده دچار معلولیت ذهنی یا ازکارافتادگی کلی باشند تأمین هزینه درمان سایر بیماریهای آنها (به جز معلولیت و ازکارافتادگی) با تائید پزشک معتمد بیمه‌گر تحت پوشش خواهد بود.

۲-۳-۳: ارائه پوشش بیمه درمان به سایر گروهها مشروط به آنکه با هدفی غیر از اخذ پوشش بیمه موضوع این بیمه‌نامه

تشکیل شده باشند و حداقل هفتاد درصد اعضای هر گروه تحت پوشش قرار گیرند در چارچوب ضوابطی که بیمه مرکزی ایران تعیین و ابلاغ خواهد نمود مجاز است.

د - - بند ۲-۴ به شرح زیر اصلاح شود:

۲-۴ - موضوع بیمه :

موضوع بیمه، پرداخت آن بخش از هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و نیز سایر هزینه‌های اضافی تحت پوشش است که توسط بیمه‌گر اول (مانند سازمان‌های بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی) جبران نشده است.

ه - متن زیر به عنوان بند ۲-۷-۱-۲ ذیل بند ۲-۷ اضافه شود.

۲-۷-۱ : فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، اعمال جراحی و زایمان با پرداخت حق بیمه اضافی قابل کاهش خواهد بود.

و- عنوان ماده ۴ به «هزینه‌های درمانی قابل پرداخت» تغییر یابد و بند ۳ این ماده به شرح زیر اصلاح شود:

۳ - هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی.

ز- برخی از بندهای ذیل ماده ۶ به شرح زیر اصلاح یا اضافه شود:

۲-۶: عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته و معالجه آن ضروری باشد.

۳-۶ : سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۹-۶ : هزینه اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر.

۱۰-۶ : جنون و به طور کلی بیماریهایی که شخص بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.

۱۱-۶ : دندانپزشکی و جراحی لثه .

۱۴-۶ : جراحی فک مگر آنکه به علت وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۵-۶ : هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی.

۱۶-۶ : لقاح مصنوعی

۱۷-۶- عقیم‌سازی مگر آنکه جنبه درمانی داشته باشد.

ح - ماده ۱۲ و تبصره ذیل آن به شرح زیر اصلاح شود:

ماده ۱۲ - هزینه‌های بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تایید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت‌های پزشکی نیاز به معالجه پیدا می‌کنند در صورت تایید صورت‌حسابهای آن توسط سفارت جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوط تا سقف تعهد سالیانه هزینه‌های بیمارستانی و

اعمال جراحی مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد. در غیر این صورت هزینه‌های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره : میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان و یا زمان پرداخت خسارت هر کدام کمتر باشد محاسبه خواهد شد.

ط - ماده ۱۳ - شرح زیر اصلاح شود:

ماده ۱۳ : موارد فسخ بیمه‌نامه و نحوه تصفیه حق بیمه:

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌تواند در موارد زیر برای فسخ بیمه‌نامه اقدام نمایند:

۱-۱۳ : موارد فسخ از طرف بیمه‌گر:

۱-۱-۱۳ : عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید.

۱-۲-۱۳ : هر گاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار نماید و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود .

۳-۱-۱۳ : در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه.

۲-۱۳ : موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار:

بیمه‌گذار می‌تواند در هر زمان برای فسخ بیمه‌نامه اقدام نماید.

۳-۱۳ : نحوه تصفیه حق بیمه در موارد فسخ :

۱-۳-۱۳ - در صورت فسخ قرارداد بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روز شمار محاسبه می‌گردد.

۲-۳-۱۳ - در صورت فسخ از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ بر اساس حق بیمه ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد) معهداً در صورتی که تا زمان فسخ قرارداد، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق قرارداد به حق بیمه پرداختی بیشتر از هفتاد درصد باشد بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به هفتاد درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت نماید.

ی - بند ۲-۱۴ به شرح زیر اصلاح شود:

۲-۱۴ - بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر فسخ بیمه‌نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مزبور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌شود.

پیشنهاد : نام بیمه گذار : قرارداد : بیمه : گروهی : مزاد : درمان : فعالیت :  
آدرس :

تعداد کل کارکنان : تعداد کارکنان متقاضی پوشش : مجموع تعداد بیمه شوندگان اعم از اصلی و تبعی:

تعداد بیمه شوندگان ۶۰ تا ۷۰ ساله: تعداد بیمه شوندگان بیش از ۷۰ ساله: نام سازمان : بیمه : گر : اول :

تعهدات مورد درخواست براساس موارد مربوط در آئین نامه تعرفه بیمه نامه گروهی درمان (شماره ۴۴)

بند ۳-۴	هرچشم	لیزیک
		پارا کلینیکی ۳
۳-۵		بند
		پارا کلینیکی ۲
۳-۳-۲		بند
		پارا کلینیکی ۱
۳-۳-۱		بند
		زایمان
۳-۱		بند
		جراحی تخصصی
۳-۲		بند
عمومی	جراحی	و بیمارستانی

آیا کارکنان آن سازمان قبلاً پوشش بیمه درمان مزاد داشته اند؟

در صورت مثبت بودن پاسخ ، ضمن بیان علت درخواست انتقال قرارداد به این شرکت جدول زیر را تکمیل و گواهی تسویه حساب بیمه گر قبلی را ارائه فرمائید:

تعهدات قرارداد قبلی :

تاریخ شروع قرارداد

تاریخ انقضاء قرارداد

نام بیمه گر قبلی

تعهدات سالیانه و پاراکلینیکی

حق بیمه پرداختی

خسارت دریافتی و در جریان

بدهی حق بیمه به شرکت بیمه گر قبلی

(۱)

(۲)

(۳)

(۴)

اطلاعات ارائه شده را درنهایت صداقت و امانت اعلام نموده ام و در صورتیکه خلاف آن ثابت شود مسئولیت آنرا بعهده می گیرم.

امضاء بیمه گذار

أئین نامه شماره ۴۴

تعرفه بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری آئین نامه زیر را که مشتمل بر ۷ ماده است در جلسه ۱۳۸۱/۶/۱۹ تصویب نمود که از تاریخ ۱۳۸۱/۷/۱ جایگزین آئین نامه شماره ۲۷/۲ و مکمل های بعد آن می گردد.

ماده ۱- موسسات بیمه مکلفند بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی موضوع آئین نامه شماره ۴۳ را براساس مقررات و نرخهای تعیین شده در این آئین نامه صادر نمایند .

ماده ۲- شرایط، میزان تعهدات و حداقل حق بیمه جهت جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care ( با بیشتر از ۶ ساعت بستری ) و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن برای گروههایی که تحت پوشش بیمه های درمانی سازمان بیمه درمان همگانی، سازمان تامین اجتماعی و... می باشند بشرح زیر تعیین می گردد:

ردیف	سقف تعهد سالیانه برای هر بیمه شده به میلیون ریال	حداقل نرخ حق بیمه ماهانه (در هزار)
۱	۵	۱/۵۵
۲	بیش از ۵ الی ۱۰	۰/۷۵ در هزار نسبت به مازاد تعهد ردیف ۱
۳	بیش از ۱۰ الی ۵۰	۰/۳ در هزار نسبت به مازاد تعهد ردیف ۲

ماده ۳- پوششهای اضافی

۱-۳- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا میزان ۳۰ درصد سقف تعهد سالیانه و حداکثر تا مبلغ ۵ میلیون ریال با نرخ حق بیمه ماهانه حداقل ۱ در هزار مبلغ تعهد شده در این مورد قابل بیمه شدن می باشد.

۱-۱-۳- مدت انتظار جهت استفاده از پوشش این بند ۶ ماه میباشد که صرفاً برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر اعمال می گردد.

۲-۳- افزایش سقف تعهد، برای اعمال جراحی مغز و اعصاب ( به استثناء دیسک ستون فقرات ) ، قلب، پیوند کلیه و مغز استخوان حداکثر تا دو برابر مبلغ تعهد پذیرفته شده ، با حق بیمه اضافی به میزان ۲۰ درصد حق بیمه پایه مجاز میباشد.

۳-۳- هزینه های پاراکلینیکی به ترتیب زیر قابل پوشش می باشد:

۱-۳-۳- جبران هزینه های سونوگرافی ، ماموگرافی، رادیوتراپی ، انواع اسکن، انواع سیتی اسکن ، انواع اندوسکوپی، ام آرآی ، اکوکاردیوگرافی با سقف حداکثر ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ای معادل ۱/۶ در هزار مبلغ تعهد شده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه شدن می باشد.

۳-۳-۲- جبران هزینه های مربوط به تست ورزش ، نوارعضله، نوار عصب ، نوار مغز ، آنژیوگرافی چشم ( علاوه بر موارد فوق ) با سقف تعهد ۵ درصد تعهد پایه با حق بیمه ۰/۶ در هزاردر ماه قابل بیمه شدن می باشد.

۳-۴- جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم تا میزان حداکثر ۳ میلیون ریال ( یک میلیون و پانصد هزار ریال برای هر چشم ) با نرخ حق بیمه ماهانه ای معادل ۲/۰ در هزار تعهد پذیرفته شده قابل بیمه شدن می باشد.

۳-۵- هزینه جراحیهای مجاز سرپائی مانند شکستگی ها، گچ گیری، ختنه ، بخیه ، کرایوترابی، اکسیژیون لیپوم ، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۵ درصد تعهدات پایه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ای معادل ۰/۸ در هزار مبلغ تعهد شده قابل تامین می باشد.

۳-۵-۱- فهرست اعمال غیر مجاز سرپائی ( در مطب ) پیوست می باشد.

۳-۶- هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن ( صرفاً برای گروههای بالای ۱۰ هزار نفر ) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه با نرخ حق بیمه ای معادل ۰/۰۵ در هزار مبلغ تعهد شده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه شدن می باشد.

۳-۷- ارائه پوشش بیمه ای جهت خطرات طبیعی ( به استثناء زلزله ) با حق بیمه اضافی به میزان ۵ درصد حق بیمه پوششهای اخذ شده مجاز است .

۳-۸- هزینه هائی که در اجرای ماده ۳ پرداخت می گردد مازاد بر سقف تعهدات سالیانه می باشد.

ماده ۴- فرانشیز:

۴-۱- حداقل فرانشیز در کلیه موارد بابت سهم بیمه گر اول معادل ۳۰ درصد هزینه های درمان مورد تعهد است در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نماید مشروط بر اینکه تعهدات بیمه گر اول از حداقل مذکور کمتر نباشد فرانشیزی کسر نخواهد شد.

۴-۲- علاوه بر فرانشیز موضوع بند فوق برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر ۱۰ درصد فرانشیز اضافی از هزینه های مورد تعهد بیمه گر کسر خواهد شد.

ماده ۵ - تخفیفات :

۵-۱- شرکت های بیمه می توانند با توجه به تعداد بیمه شدگان تخفیف های زیر را در حق بیمه منظور نمایند:

تعداد بیمه شدگان	درصد تخفیف
الی ۲۰۰۰۰	۴۰۰۱
	۵



۱۰	۲۰۰۰۱ الی ۱۰۰۰۰۰
۱۵	۱۰۰۰۰۱ الی ۵۰۰۰۰۰
۲۰	۵۰۰۰۰۱ به بالا

۵-۲- در صورتیکه حداکثر تعهد سالیانه موضوع مواد ۲ و یا بند ۳-۳ الی ۵-۳ بعنوان سقف تعهد برای خانواده در نظر گرفته شود شرکت بیمه می تواند ۱۰ درصد تخفیف در حق بیمه پوشش محدود شده منظور نماید.

ماده ۶- حق بیمه اضافی

۶-۱- حداقل اضافه نرخ برای افراد بالای ۶۰ سال تمام در گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر به شرح زیر است:

۶-۱-۱- برای افرادی که بین ۶۰ الی ۷۰ سال سن دارند با ۵۰ درصد حق بیمه اضافی .

۶-۱-۲- برای افرادی که بیش از ۷۰ سال سن دارند با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی .

۶-۲- ارائه پوشش درمان به صندوقها و سازمانهای بازنشستگی و امثال آن با دریافت حداقل ۳۰ درصد حق بیمه اضافی مجاز می باشد.

ماده ۷- سایر مقررات

۷-۱- حداقل تعداد افراد گروه بیمه ای ( با رعایت بند ۳-۲ آئین نامه شماره ۴۳ ) ۵۰ نفر میباشد. در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از پنجاه نفر باشد، شرکت بیمه مکلف است توافق بیمه مرکزی ایران را در مورد نرخ و شرایط قبل از صدور بیمه نامه اخذ نماید.

۷-۲- ارائه پوشش هزینه های درمانی سرپائی جز مواردی که در این آئین نامه ذکر شده است مجاز نمی باشد مگر آنکه قبلاً توافق بیمه مرکزی در مورد نوع پوشش ، حدود تعهدات و میزان حق بیمه کسب شده باشد.

۷-۳- حداکثر مبلغ تعهد برای جبران هزینه های آمبولانس ( موضوع بند ۳ ماده ۴ شرایط عمومی ) برای جابجائی بیمار در داخل شهر ۲۰۰۰۰۰ ریال و بین شهری ۵۰۰۰۰۰ ریال می باشد.

۷-۴- بیمه مرکزی ایران می تواند در هر مورد با ارائه پوششهای بیمه درمانی با نرخ و شرایط دیگری موافقت نماید.

۷-۵- بیمه مرکزی ایران می تواند هر ساله متناسب با افزایش هزینه های درمانی در کشور و عملکرد موسسات بیمه در این رشته نرخ حق بیمه را تعدیل نماید.

۷-۶- شرکتهای بیمه موظفند آمار حق بیمه و خسارت بیمه نامه های صادره خود را به تفکیک هزینه های بیمارستانی زایمان و پاراکلینیکی تهیه و هر سه ماه یکبار به بیمه مرکزی ایران اعلام نمایند.

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توام باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد ( از جمله انواع فتق ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوانهای بزرگ و طویل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری - کاتریسم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات - اوتار - اعصاب - عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاههای تناسلی و ادراری زن و مرد ، گذاردن فورمیس و زایمانهای غیر طبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوانهای فک و صورت و داخل حلق ( منجمله شکاف کام و لب شکری ، لوزتین و سینوسها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری - تراشه - برونش ها - روده ها - مثانه - کبد - طحال
۱۰	عمل کاتاراکت - گلوکوم - پارگی شبکیه - تومورهای حفره چشم - استرایسیم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و غیره
۱۲	عمل جراحی استئوستنوز در شکستگی فکین ( Open reduction )
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان

۱۷	عمل جراحی باز در آرچ زیگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب داندانی - تحتانی
۲۱	بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

### بخشنامه به کلیه شرکت های بیمه

با توجه به اینکه تعرفه بیمه گروهی درمان مصوب جلسه مورخ ۱۳۸۷/۶/۱۹ شورایعالی بیمه از زمان تصویب آن، تاکنون بدون تغییر مانده در حالی که طی همین مدت تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی هر ساله توسط هیئت محترم وزیران افزایش یافته است، لذا در اجرای ماده ۵-۷ آیین نامه شماره ۴۴ مصوب شورایعالی بیمه و با توجه به عملکرد مؤسسات بیمه در این رشته و نیز اختیاری بودن ارائه این پوشش، تعرفه های مصوب بیمه نامه گروهی درمان از تاریخ ۱۳۸۴/۴/۱۵ به شرح زیر تعدیل و جهت اجرا ابلاغ می گردد:

جدول حداقل نرخ حق بیمه برای جبران هزینه های بیمارستانی موضوع ماده ۲ آیین نامه شماره ۴۴

ردیف	سقف تعهد سالیانه برای هر بیمه شده به میلیون ریال	حداقل نرخ حق بیمه ماهانه
۱	۵	۱/۸ در هزار
۲	بیش از ۵ الی ۱۰	۰/۸۵ در هزار
۳	بیش از ۱۰ الی ۵۰	۰/۳۵ در هزار

حداقل نرخ پوشش های اضافی آیین نامه شماره ۴۴:

- ۱- نرخ هزینه زایمان موضوع ماده ۱-۳ معادل ۱/۱۵ در هزار
- ۲- نرخ هزینه پاراکلینیکی موضوع ماده ۱-۳-۳ معادل ۱/۸۵ در هزار مبلغ مورد تعهد

۳- نرخ هزینه پاراکلینیکی موضوع ماده ۲-۳-۳ معادل ۰/۷ در هزار مبلغ مورد تعهد

۴- نرخ هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم موضوع ماده ۴-۳ معادل ۰/۲۳ در هزار مبلغ

مورد تعهد

۵- نرخ هزینه‌های جراحی‌های مجاز سرپایی موضوع ماده ۵-۳ معادل ۰/۹۲ در هزار مبلغ مورد تعهد

آئین نامه شماره ۴۴/۱

(مکمل آئین نامه شماره ۴۴)

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۵

تصویب نمود آئین‌نامه شماره ۴۴ به شرح زیر اصلاح شود:

الف- نام آئین‌نامه به «تعرفه بیمه گروهی مزاد درمان» تغییر یابد و ماده یک نیز بر همین اساس اصلاح گردد.

ب- بندهای ۱-۳، ۲-۳ و ۴-۳ به شرح زیر اصلاح شود:

۱-۳: هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا چهل درصد سقف تعهد سالیانه با حداقل حق بیمه ماهانه ۱/۱۵ در هزار

مبلغ تعهد شده در این مورد قابل بیمه شدن است. سقف تعهد بیمه‌گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با

بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر تجاوز نماید.

۲-۳: افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثنای دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند، ریه، پیوند، کبد،

پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان حداکثر تا دو برابر مبلغ تعهد سالیانه مجاز می‌باشد. حق بیمه اضافی این پوشش معادل

بیست و پنج درصد حق بیمه تعهد سالیانه‌ای است که مبنای تعیین سقف تعهد اضافی قرار گرفته است.

۴-۳: هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم حداکثر تا مبلغ پنج میلیون ریال (دو میلیون و پانصد هزار ریال برای

هر چشم) با نرخ حق بیمه ماهانه یک در هزار مبلغ تعهد پذیرفته شده قابل بیمه شدن می‌باشد.

ج - مفاد ماده ۴ (فرانشیز) به شرح زیر اصلاح شود:

ماده ۴ - فرانشیز

۱-۴: فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه

درمانی بیمه‌گر اول حداقل سی درصد کل هزینه‌های درمانی مربوط و در غیر این صورت معادل سهم بیمه‌گراول خواهد بود.

۲-۴ - برای گروه‌های کمتر از هزار نفر علاوه بر فرانشیز موضوع بند فوق، ده درصد فرانشیز اضافی از هزینه‌های قابل

قبول کسر خواهد شد.

۳-۴: شرکت بیمه می‌تواند صرفاً فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی عمومی و تخصصی و زایمان را با دریافت حق

بیمه اضافی معادل «درصد فرانشیز کاهش یافته به علاوه ده واحد» تحت پوشش قرار دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ده درصد خواهد بود که قابل بیمه شدن نمی‌باشد.

د- بند ۲-۶ به شرح زیر اصلاح و بندهای ۳-۶ و ۴-۶ به شرح زیر، ذیل ماده ۶ اضافه گردد:

۲-۶: ارائه پوشش درمان به مضمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی با دریافت حداقل صد درصد حق بیمه اضافی مجاز می‌باشد

۳-۶: نرخ حق بیمه گروه‌های کمتر از پنجاه نفر حداقل هفتاد درصد بیشتر از نرخ‌های مربوط به هر یک از پوشش‌ها می‌باشد.

۴-۶: حق بیمه قراردادهای بیمه درمانی که شروع آن در شش ماهه دوم هر سال باشد حداقل با پنج درصد اضافه نرخ محاسبه شود.

ه- بندهای ۱-۷ و ۳-۷ از ماده ۷ به شرح زیر اصلاح شود:

۱-۷-۱- حداقل تعداد افراد گروه بیمه‌ای (با رعایت بند ۳-۲ آئین‌نامه شماره ۴۳) پنجاه نفر می‌باشد. در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از پنجاه نفر باشد، شرکت بیمه مکلف است در صدور بیمه‌نامه ضوابط زیر را رعایت نماید:

۱-۱-۷- هر یک از اعضای اصلی گروه و سرپرست خانواده موظف است فرم پرسشنامه سلامتی تهیه شده توسط بیمه‌گر را برای خود و سایر اعضای خانواده بطور کامل و خوانا تکمیل نماید. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، لازم است معاینه پزشکی به هزینه متقاضی بعمل آید.

۲-۱-۷- بیمه‌گذار موظف است برای تمام اعضای گروه یا خانواده درخواست بیمه نماید لکن بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پرسشنامه سلامتی یا معاینات انجام شده، از بیمه‌کردن فرد یا افرادی از گروه خودداری نماید.

۳-۱-۷- ارائه پوشش هزینه‌های رفع عیوب انکساری چشم مجاز نمی‌باشد.

۴-۱-۷- سقف تعهد بیمه‌گر برای هر یک از اعضای گروه و هر یک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحی‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.

۵-۱-۷- در سال اول قرارداد، جبران هزینه‌های زایمان و هزینه درمان بیماری‌هایی که سابقه درمان قبلی دارد استثناء شود.

۶-۱-۷- حق بیمه سالانه این پوشش یکجا دریافت شود.

۷-۱-۷- صدور این بیمه نامه صرفاً توسط شرکت بیمه انجام گیرد.

۳-۷: حداکثر مبلغ تعهد برای هزینه آمبولانس در داخل شهرها سیصد هزار ریال و برای بین شهرها ششصد هزار ریال تعیین شود.

