تاریخ .....
شماره .....
پیوست.....

بیمه ایران

قرارداد بیمه عمر و حوادث تکمیلی گروهی

تاریخ صدور : 93/02/13 تعداد بیمه شدگان : 5200
تاریخ شروع : 93/01/01 شماره قراردادعمر: 93/310/3145/600001
تاریخ انقضاء : 94/01/01 شماره قراردادحوادث : 93/310/3145/400001
واحد صادرکننده :مجتمع سعدی ۱درصدبابت سلامت به حق بیمه اضافه میگردد

حق بیمه عمر:	1/201/200/000	حق بیمه حوادث :	234/000/000
4/3٪ما لیات :	51/651/600	4/3٪ما لیات :	10/062/000
2/7٪عوارض	32/432/400	2/7٪ عوارض :	6/318/000
جمع کل حق بیمه :	1/297/296/000	جمع کل حق بیمه :	252/720/000

این قرارداد بین شرکت سهامی بیمه ایران بعنوان بیمه گر از یک طرف و شرکت تعاونی کارکنان دانشگاه فنی وحرفه ای که بعنوان بیمه گذار اطلاق میشود ازطرف دیگر براساس قانون بیمه مصوب ۱ ردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶آئین نامه های شورایعالی بیمه و شرایط عمومی بیمه اشخاص که جزء لاینفک این قرارداد می باشد با شرایط خصوصی زیر منعقد میگردد.

فصل اول – کلیات

ماده ۱ : بیمه گر :

شرکت سهامی بیمه ایران – که جبران خسارت ناشی از وقوع حوادث احتمالی را بر طبق شرایط این قرارداد بعهده دارد .

ماده ۲ : بیمه گذار :

شرکت تعاونی کارکنان دانشگاه فنی وحرفه ای - که شخصیت حقوقی آن برای بیمه گر محرز گردیده و متعهد پرداخت حق بیمه قرارداد در وجه بیمه گر می باشد .

ماده ۳ : بیمه شدگان :

عبارتند از کلیه کارکنان شاغل(رسمی –قراردادی) که توسط بیمه گذار به بیمه گر معرفی می شوند.

تبصره یک– بیمه شدگان این قرارداد حداکثر تا سن ۷۰ سال تمام تحت پوشش بیمه عمر و تا سن ۷۵ سال تمام تحت پوشش بیمه حادثه می باشند .

تبصره دو – حداقل ۷۰٪ از کل کارکنان می بایستی جهت اخذ پوشش بیمه ای معرفی گردند.

تبصره سه – بیمه گر میتواند به انتخاب خود از تعدادی متقاضی بیمه معاینات پزشکی بعمل آورده و متعاقباً در رد و قبول و همچنین تائید پوشش بیمه ای بعضی از آنان با اضافه نرخ پزشکی مختار است بهرحال شروع و اعتبار پوشش هریک از کارکنان پس از تائید کتبی بیمه گر طی الحاقی می باشد.

تاریخ .....
شماره .....
پیوست.....

بیمه ایران

ماده ٤ : موضوع بیمه :

موضوع این قرارداد عبارت از بیمه عمر زمانی (فوت بهرعلت) و بیمه فوت و نقص عضو کلی و جزئی دائم در اثر حادثه اعضاء بیمه گذار براساس شرایط مقرر در این قرارداد می باشد .

فصل دوم – وظائف و تعهدات بیمه گذار

ماده ٥ :

بیمه گذار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت ١٥ روز از تاریخ شروع قرارداد ، اسامی و مشخصات بیمه شدگان را در دو نسخه بدون قلم خوردگی و با خط خوانا ، ترجیحاً بوسیله رایانه ، تهیه نموده و جهت بیمه گر ارسال نماید .

تبصره یک – لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان می باید حاوی اطلاعات زیر باشد : شماره ردیف که همان شماره بیمه ای بیمه شده می باشد ، نام و نام خانوادگی ، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) ، شماره شناسنامه ، محل صدور و شغل سازمانی .

تبصره دو – دو نسخه فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده می بایست به امضاء طرفین رسیده ممهور و مبادله گردد . چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت غرامت ، مورد عمل و استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت .

تبصره سه – بیمه گذار ملکف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش بیمه شدگان را مطابق تبصره یک و تبصره دو ماده پنج حداکثر تا پایان ماه بعد برای بیمه گر ارسال نماید.

١/٣/ت/٥) افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به عداد بیمه شدگان اضافه شوند اعضاء می باشند و موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از اعضائی که رابطه همکاری آنان با بیمه گذار قطع میشود.

٢/٣/ت/٥) تاریخ موثر برای پوشش بیمه ای اعضای جدید از تاریخ
ای اعضای حذفی از تاریخ قطع همکاری می باشد منوط به اینکه ا
پنج ، حداکثر تا پایان ماه بعد از طرف بیمه گذار کتباً به بیمه گر اعا
برای انجام تغییرات از تاریخ دریافت تقاضای کتبی بیمه گذار توسح
تبصره چهار – بیمه شدگانی که اسامی و مشخصات آنان در لیست ا
نباشد باستناد ازقلم افتادگی نمی توانند از ابتدای قرارداد در عداد
پوشش بیمه ای اینگونه افراد منوط به موافقت بیمه گر ، از تاریخ د
خواهد بود .

تبصره پنج – بهرحال شروع بیمه برای هریک از بیمه شدگان از تا
صادره توسط بیمه گر خواهد بود .

بابت حق بیمه فوت و نقص عضو
کلی و جزئی تهیه گردیده شود

ماده ٦ : حق بیمه

حق بیمه سالانه هر یک از بیمه شدگان جمعاً بمبلغ ٢٧٦/٠٠٠ ریال (بابت بیمه فوت بهر علت بر مبنای نرخ ١/١ درهزار سرمایه وحق بیمه هرنفر ٢٣١/٠٠٠ و بابت فوت و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه بر مبنای نرخ ٤٥/. در هزار سرمایه وحق بیمه هرنفر ٤٥/٠٠٠ ریال) می باشد که بیمه گذار موظف است براساس تعداد کل بیمه شدگان بطور یکجا در هنگام شروع قرارداد در وجه بیمه گر پرداخت نماید. 8 ٪عوارض شهرداری ومالیات ارزش افزوده وسلامت اضافه می گردد.

تبصره یک – حق بیمه الحاقیه های صادره مربوط به تغییرات طول قرارداد اعم از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان براساس روز شمار محاسبه خواهد شد .

تبصره دو – حق بیمه مربوط به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که بوسیله الحاقی تعیین میگردد میبایست حداکثر تا پایان ماه بعد تسویه شود.

تبصره سه – در هر صورت انجام تعهدات بیمه گذار مقدم بر تعهدات بیمه گر می باشد.

ماده ۷ : اصل حسن نیت

بیمه گذار مکلف است با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه گر قرار دهد، اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسشهای بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنماید، قرارداد باطل و بلااثر خواهد بود. ولواینکه 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 استحقاق دریافت مانده حق بیمه را نیز دارد.

فصل سوم – شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۸ :

بیمه گر متعهد است در ازاء انجام وظایف و تعهدات بیمه گذار، در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبته مندرج در ماده نهم سرمایه های موضوع این قرارداد را بشرح زیر در وجه بیمه گذار پرداخت نموده تا حسب مورد به ذینفع قانونی بیمه شده تادیه نماید:

۸/۱) پرداخت غرامت عمر زمانی (فوت بهر علت) مشمول بیمه جهت هریک از بیمه شدگان در طول سال قرارداد مبلغ 1 00/000/000 ریال.

۸/۲) پرداخت غرامت فوت در اثر حادثه مشمول بیمه جهت هریک از بیمه شدگان در طول سال قرارداد مبلغ 100/000/000 ریال.

۸/۳) پرداخت غرامت نقص عضو کلی و دائم در اثر حادثه مشمول بیمه جهت هر یک از بیمه شدگان در طول سال قرارداد مبلغ100/000/000ریال

۸/٤) پرداخت غرامت نقص عضو جزئی و دائم در اثر حادثه مشمول بیمه ،ضریبی از مبلغ 100/000/000 ریال طبق جدول نقص عضو مندرج در شرایط عمومی بیمه نامه های حوادث اشخاص – شرکت سهامی بیمه ایران در طول سال قرارداد.

تبصره یک -درصورت بروز فوت در اثرحادثه سرمایه موردتعهد بیمه گر مجموع سرمایه بندهای ۸/۱ و ۸/۲ معادل 200/000/000 ریال خواهد بود.

تبصره دو – حداکثرتعهدبند۸/۲ با احتساب تعهدات بندهای ۸/۳ و۸/٤ مبلغ 100/000/000 ریال می باشد.

تبصره سه – موارد مندرج در ماده های ۲٤-۲۵ فصل سوم استثنائات در شرایط عمومی بیمه های حوادث، از شمول تعهدات بیمه گر در بیمه حوادث (موضوع بندهای ۸/۲ الی ۸/٤) خارج می باشد.

فصل چهارم – مقررات گوناگون

ماده ۹ : مدارک پرداخت خسارت

در صورت فوت و یا نقص عضو هریک از بیمه شدگان، بیمه گذار مکلف است مراتب را به محض اطلاع، حداکثر ظرف مدت ده روز از تاریخ اطلاع، به بیمه گر اعلام و متعاقباً مدارک مستند بشرح ذیل را ارسال نماید. بدیهی است هرگونه مدارک مورد لزوم جهت تادیه و پرداخت غرامت مورد تعهد حسب مورد کتباً باطلاع بیمه گذار خواهد رسید.

الف - در صورت فوت

۱- اصل یا فتوکپی تائید شده خلاصه رونوشت فوت ، صادره از طرف اداره آمار .

۲- گواهی پزشک قانونی یا آخرین پزشک معالج مبنی بر تعیین علت فوت .

۳- گذارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح تهیه شده باشد .

ب - درصورت نقص عضو کلی و جزئی

۱- گذارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح تهیه شده باشد .

۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر پایان معالجات و غیرقابل علاج بودن نقص عضو .

ماده ۱۰ :

هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً بوسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود نموده است در این حالت نام بیمه شده از لیست قرارداد بیمه خارج شده وبیمه گر محق به دریافت وجوه ایست که تحت هر عنوان بابت غرامت به بیمه شده پرداخت نموده است .

ماده ۱۱ :

حوادث ناشی از رانندگی توسط شخص بیمه شده در صورتی مشمول بیمه حوادث این قرارداد می باشد که بیمه شده دارای گواهی نامه معتبر و متناسب با نوع وسیله نقلیه مورد استفاده که در آئین نامه و مقررات اداره راهنمایی و رانندگی کشور پیش بینی شده است باشد .

ماده ۱۲ :

حداکثر سن بیمه شده هنگام وقوع خطر مشمول این قرارداد در مورد بیمه عمر زمانی ۷۰ سال تمام و در مورد بیمه های حوادث تکمیلی ۷۵ سال تمام پذیرفته میشود . بیمه گر نسبت به کسانی که سن آنها از سنوات اعلام شده بیشتر باشد هیچ گونه تعهدی ندارد . چنانچه بیمه شدگان در اثنای قرارداد به سن ۷۰ در بیمه عمر و سن۷۵ در بیمه حادثه برسند پوشش بیمه ای آنان به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان سال بیمه ای ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۳ :

حق بیمه هائی که بابت قرارداد به بیمه گر پرداخت شده باشد قابل استرداد نیست مگر در موارد ذیل :

۱- اشتباه در محاسبه

۲- حق بیمه ، بیمه شدگانی که سن آنان از حداکثر سن مشمول بیمه بیشتر باشد و بابت نامبردگان اشتباهاً حق بیمه پرداخت شده باشد .

ماده ۱٤ :

هرگونه تغییر در شرایط این قرارداد با توافق طرفین و بوسیله صدور الحاقی که جزء لاینفک قرارداد می باشد انجام می گیرد .

ماده ۱۵:

تامین خطرات ناشی از جنگ از شمول پوشش های این قرارداد مستثنی بوده و تابع توافق جداگانه ای در مورد نرخ و شرایط آن می باشد .

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

تاریخ .....
شماره .....
پیوست.....

بیمه ایران

ماده ۱۶:

به منظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت بیمه شدگان ، حق تحقیق و بررسی حادثه برای بیمه گر محفوظ می باشد .

ماده ۱۷ : حل اختلاف نظر

بیمه گر و بیمه گذار کوشش خواهند نمود هرگونه اختلاف نظر ناشی از اجرای این قرارداد را از طریق مذاکرات فیمابین حل و فصل نماید . در غیراینصورت رای مراجع ذیصلاح نافذ خواهد بود .

ماده ۱۸ : مدت قرارداد

مدت این قرارداد یکسال تمام هجری شمسی است که از ساعت صفر مورخ 93/01/01 شروع و تا ساعت صفر مورخ 94/01/01 خاتمه می یابد .

ماده ۱۹ - شرایط تمدید قرارداد

تمدید قرارداد برای سالهای بعد با توافق بیمه گر و بیمه گذار و با صدور الحاقی انجام خواهد شد .

ماده ۲۰ :

در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده است تابع شرایط عمومی بیمه عمروحوادث اشخاص شرکت سهامی بیمه ایران ، عرف بیمه و قوانین جاری مملکت خواهد بود .

ماده ۲۱ :

این قرارداد مشتمل بر ۲۱ ماده و ۱۵ تبصره و در سه نسخه که در حکم واحد می باشند تنظیم گردیده و در تاریخ امضاء و مبادله شده است .

بیمه گذار	واحداجرایی	بیمه گر
شرکت تعاونی کارکنان دانشگاه فنی وحرفه ای	شرکت خدمات بیمه ای بنیر فرهنگ و توسعه	شرکت سهامی بیمه ایران مجتمع خدمات بیمه ای سعدی

اداره کل بیمه های اشخاص

فرم شماره ۱۳

باسمه تعالی

شماره: .....

تاریخ: .....

درخواست پوشش بیمه‌ی عمر تکمیلی

تاریخ اجرای قرارداد ۱۳۹۳/۰۱/۰۱ لغایت ۱۳۹۴/۰۱/۰۱

*** با توجه به مسؤولیت پاسخگویی‌های بعدی، ضروری است مسؤولین محترم مراکز مفاد این فرم را به اطلاع تمامی پرسنل برسانند.**

مشخصات متقاضی بیمه‌ی عمر تکمیلی

اینجانب آقای/ خانم: ..... فرزند: ..... به شماره پرسنلی: .....

شماره ملی: ..... شماره شناسنامه: ..... صادره از: ..... متولد: ...../ ...../ .....

شاغل رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐ در دانشکده/ آموزشکده: ...../ شهر: .....

/ سازمان مرکزی دانشگاه فنی و حرفه‌ای ☐ بدین‌وسیله تمایل و تقاضای خویش مبنی بر استفاده از بیمه‌ی عمر تکمیلی در سال ۹۳ را اعلام می‌دارم.

بدیهی است عدم تکمیل این فرم به منزله‌ی انصراف از پوشش بیمه‌ی عمر تکمیلی خواهد بود.

*** حق بیمه‌ی یک سال مربوط به بیمه‌ی عمر تکمیلی در سال جاری با سرمایه‌ی ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال، مبلغ ۲۹۸۰۸۰ ریال می‌باشد که به صورت یک‌مرحله‌ای از حقوق متقاضیان کسر و پرداخت می‌شود.**

*** این فرم پس از تکمیل و تأیید، همراه با فرم ۱۱ (تعیین ذی‌نفع) در دستگاه محل خدمت بایگانی می‌گردد.**

امضا و اثر انگشت بیمه‌شده‌ی اصلی تاریخ ...../ ...../		مهر و امضای رئیس امور مالی تاریخ ...../ ...../	مهر و امضای رئیس دانشکده/ آموزشکده تاریخ ...../ ...../ .....
امضا	اثر انگشت		