



فصل اول - کلیات

ماده (1) اساس قرارداد :

این پوشش تکمیلی بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب سال 1316، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه، قوانین و مقررات بیمه، اظهارات کتبی بیمه گذار و بیمه شده در فرم پیشنهاد بیمه و پیوست های احتمالی آن، گزارش پزشک معاینه کننده و تایید بیمه گر، شرایط عمومی و شرایط خصوصی بیمه نامه که جزو لاینفک آن بوده، تنظیم گردیده و مورد توافق بیمه گر و بیمه گذار می باشد.

ماده (2) تعاریف و اصطلاحات :

تعاریف و اصطلاحات مندرج در این شرایط عمومی صرف نظر از هر معنی و مفهوم دیگری که می توانند داشته باشند با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار گرفته اند :

1-2) بیمه گر : شرکت سهامی بیمه ایران که پرداخت سرمایه بیماری خاص و سرطان مندرج در بیمه نامه یا جداول پیوست آن را طبق شرایط مقرر در بیمه نامه زندگی سپاس ایران بر عهده می گیرد.

2-2) بیمه گذار : شخص حقیقی یا حقوقی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می نماید. بیمه گذار و بیمه شده ممکن است یک نفر باشند، چنانچه بیمه گذار و بیمه شده شخص واحد نباشند، رضایت کتبی بیمه شده الزامی است و امضا و اثر انگشت وی در فرم پیشنهاد به عنوان رضایت کتبی تلقی می شود.

1-2-1) در مواردی که بیمه شده اهلیت قانونی نداشته باشد، اظهارات کتبی ولی یا قیم قانونی او قابل استناد خواهد بود.

3-2) بیمه شده : شخص حقیقی است که مشخصات وی در قرارداد بیمه درج گردیده و ابتلای نامبرده به یکی از بیماری های تحت پوشش، موجب می گردد تا بیمه گر سرمایه بیمه این پوشش تکمیلی را مطابق این شرایط عمومی، شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه و جدول پیوست آن پرداخت نماید.

4-2) حق بیمه : وجهی است که بیمه گذار متعهد است مطابق شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه، در مقابل اخذ این پوشش تکمیلی به بیمه گر بپردازد. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

5-2) دوره انتظار : مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

6-2) سرمایه بیمه : سرمایه بیمه یا غرامت وجهی است که بیمه گر متعهد می گردد در صورت تحقق خطر یا خطرات مشمول این پوشش تکمیلی و حداکثر تا مبلغ مندرج در بیمه نامه و جدول پیوست آن به بیمه شده یا ذینفع آن بپردازد.

7-2) فرم پیشنهاد : فرمی است حاوی مجموعه ای از سوالات و پرسشها که بیمه گر آن را در اختیار بیمه گذار قرار می دهد و بیمه گذار و بیمه شده موظف به تکمیل آن بوده و بیمه گر بر اساس آن نسبت به ارزیابی شرایط بیمه شده و تعیین خطر و در صورت قبول آن نسبت به صدور بیمه نامه اقدام می نماید. آن قسمت از فرم پیشنهاد که بیمه گر قبول نکرده و همزمان یا پیش از صدور بیمه نامه به بیمه گذار اعلام کرده است، جزو تعهدات بیمه گر محسوب نمی گردد. فرم پیشنهاد تکمیل شده جزو لاینفک بیمه نامه می باشد.

تبصره: در هر حال امضای فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار و بیمه شده به منزله قبول کلیه مفاد مندرج در آن می باشد.

8-2) مدت بیمه : مدت بیمه این پوشش تکمیلی برابر با مدت بیمه نامه سپاس ایران می باشد. منوط بر آنکه مجموع سن بیمه شده و مدت بیمه از 60 سال تمام تجاوز ننماید.

9-2) بیماری های تحت پوشش: بیماری های تحت پوشش این بیمه نامه عبارتند از ابتلا به هرگونه عارضه جسمی و یا اختلال در اعمال طبیعی اعضا و جهاز مختلف بدن در طول مدت بیمه که ناشی از بروز سکت قلبی، سکت مغزی، جراحی عروق کرونر قلب، سرطان و پیوند اعضای اصلی بدن بر طبق تشخیص و تایید پزشک معتمد بیمه گر و با رعایت مفاد

ماده 6، به شرح زیر می باشد :

9-2-1) سکت قلبی (Myocardial Infarction) : عبارت است از آسیب یا از بین رفتن بخشی از اعضای قلب در نتیجه خون رسانی ناکافی.

این تشخیص براساس وجود مجموعه ی یافته های زیر صورت می گیرد :

9-2-1-1) وجود درد سینه ای

9-2-1-2) تغییرات جدید در نوار قلب (E.C.G)

9-2-1-3) افزایش آنزیم های قلبی

9-2-2) سکت مغزی (Stroke) : عبارت است از هر واقعه عروقی مغز یا ترومای سر که باعث نتایج و عوارض عصبی (نورولوژیک) به مدت بیش از 24 ساعت شود و شامل انفارکتوس مغزی، خونریزی یا آمبولی از یک منبع خارجی مغز بوده مشروط بر اینکه با سی تی اسکن یا M.R.I تأیید گردد و شواهد نقایص عصبی به مدت **حداقل سه ماه** موجود باشد.

9-2-3) جراحی عروق کرونر قلب (Coronary Artery Surgery) : عبارت است از انجام عمل جراحی قلب باز به وسیله گرافت عروق کرونر (CABG)، برای ترمیم 2 رگ یا بیشتر از عروق قلبی که تنگ و یا مسدود شده باشند. لزوم انجام عمل جراحی باید به وسیله آنژیوگرافی عروق کرونر تأیید شده باشد. آنژیوپلاستی یا هر نوع اقدام دیگری که از طریق روش های داخل عروقی انجام می گیرد از تعریف فوق مستثنی هستند.

9-2-4) پیوند اعضای اصلی بدن (Main – Organ – Graft) : پیوند اعضای اصلی بدن عبارت است از دریافت عضو از طریق پیوند یکی از اندام های زیر : قلب، ریه، کبد، کلیه و مغز. استخوان

9-2-5) سرطان (Cancer) : عبارت است از بیماری هایی که به وسیله حضور یک تومور بدخیم نشان داده شده و با رشد و انتشار (گسترش) غیرقابل کنترل سلول های بدخیم و تهاجم بافتی (متاستاز) مشخص می شود. اصطلاح سرطان (Cancer) همچنین لوسمی (انواع سرطان خون) و بیماری های بدخیم سیستم لنفاتیک همانند بیماری های هوچکین (Hodgkin) را نیز شامل می شود. اصطلاح متاستاز یا فراگستری به گسترش و مهاجرت سلول های سرطانی از یک بافت به بافت دیگر گفته می شود. در صورت ابتلای بیمه شده به هر نوع تومور یا توده بدخیم که فاقد متاستاز باشد، بیمه گر حداکثر معادل 1/3 (یک سوم) سرمایه بیمه این پوشش تکمیلی را مطابق این شرایط عمومی پرداخت خواهد نمود.



ماده (3) موضوع بیمه :

موضوع بیمه در این پوشش تکمیلی عبارت است از پرداخت سرمایه بیمه مندرج در جدول پیوست بیمه نامه ، در صورت ابتلا یا فوت ناگهانی بیمه شده به دلیل یکی از بیماری های تحت پوشش مندرج در بیمه نامه ، پس از سپری شدن دوره انتظار تعیین شده.

فصل دوم – وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده (4) رعایت اصل حد اعلاای حسن نیت :

بیمه گذار و بیمه شده موظف هستند به کلیه پرسش های مندرج در فرم پیشنهاد، در کمال حسن نیت پاسخ داده و با رعایت دقت و صداقت کلیه اطلاعات راجع به وضعیت سلامت بیمه شده، سوابق یا لزوم انجام درمان هر یک از بیماری های بیمه شده را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش های بیمه گر به طور عمد از اظهار مطلبی خودداری نموده یا بر خلاف واقع اظهار نمایند، بیمه نامه صادره باطل و بی اثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچ گونه تاثیری در وقوع حادثه یا بیماری بیمه شده نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز از وی مطالبه نماید. همچنین چنانچه بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه یا در هنگام بروز خسارت به عمد از اظهار مطالبی که موثر بر تعهدات بیمه گر و وظایف بیمه گذار باشد خودداری نماید به منزله عدم رعایت اصل حسن نیت بوده و در نتیجه بیمه نامه باطل و بی اثر گردیده و بیمه گر نیز تعهدی برای جبران خسارت بیمه شده نخواهد داشت. اگر خودداری از اظهار مطالب یا ارایه اظهارات خلاف واقع از سوی بیمه گذار یا بیمه شده از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی شود. در این صورت بیمه گر محق خواهد بود به یکی از روش های زیر عمل نماید:

- 1- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می بود باز هم با دریافت حق بیمه اضافی اقدام به صدور بیمه نامه می کرد ، بیمه گر حق دارد نسبت به حذف این پوشش تکمیلی یا فسخ بیمه نامه اقدام نماید یا در صورت موافقت بیمه گذار ، با دریافت حق بیمه متناسب با خطر اضافه شده ، بیمه نامه را ادامه دهد. در صورت فسخ، بیمه گر باید مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ 30 روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر موظف است اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه گذار مسترد نماید. در صورت حذف این پوشش تکمیلی بیمه گر موظف است با صدور الحاقیه مراتب را به بیمه گذار اعلام نموده و حق بیمه های دریافتی بابت این پوشش را از تاریخ حذف به بیمه گذار مسترد نماید.
- 2- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده قبل از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود و اهمیت موضوع کشف شده به اندازه ای باشد که اگر بیمه گر در زمان عقد بیمه نامه از آن مطلع می بود اقدام به صدور بیمه نامه نمی کرد ، بیمه گر حق دارد نسبت به ابطال بیمه نامه اقدام نماید. در این صورت بیمه گر می تواند 10 درصد حق بیمه های دریافتی را بابت هزینه های بیمه گری کسر و باقیمانده حق بیمه را به بیمه گذار مسترد نماید.
- 3- چنانچه موضوع خلاف واقع یا مطلب اظهار نشده بعد از وقوع حادثه یا بیماری کشف شود خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی و حق بیمه ای که بایستی در صورت اظهار خطر به طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

ماده (5) پرداخت حق بیمه :

بیمه گذار موظف است حق بیمه این پوشش تکمیلی را مطابق شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه صادره در سررسید مقرر پرداخت نماید. انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به همان نحوی است که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.

تبصره 1 : چنانچه حق بیمه های مقرر بیمه نامه در سررسیدهای تعیین شده در شرایط خصوصی بیمه نامه ، توسط بیمه گذار پرداخت نشده باشد و تامین حق بیمه پوشش های تکمیلی نیز از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه امکان پذیر نباشد و بیمه شده به یکی از بیماری های تحت پوشش این بیمه نامه مبتلا شود ، بیمه گر هیچگونه تعهدی برای جبران خسارت مرتبط با این پوشش تکمیلی نخواهد داشت.

تبصره 2 : نحوه پرداخت حق بیمه این پوشش تکمیلی به صورت سالانه می باشد.

ماده (6) وظایف بیمه گذار و بیمه شده :

1-6 بیمه گذار یا بیمه شده حسب مورد موظف می باشند کلیه مستندات پرونده بالینی بیمه شده و نظر پزشک معالج وی ، صورتحساب های بیمارستانی یا سایر مدارک مورد درخواست بیمه گر را به وی تسلیم نموده و به کلیه سوالاتی که در رابطه با سوابق پزشکی بیمه شده از ایشان می شود با دقت و صداقت پاسخ دهند.

2-6 در صورتی که بیمه گذار یا بیمه شده تکالیف مقرر در این ماده و مواد 7 و 8 این شرایط عمومی را انجام ندهند، بیمه گر تعهدی مبنی بر پرداخت هزینه های این پوشش تکمیلی به بیمه گذار یا بیمه شده یا دینفع وی نخواهد داشت. مگر اینکه بیمه گذار یا بیمه شده ثابت نمایند به علتی خارج از تعهد و اراده خود قادر به انجام تکالیف مذکور نبوده اند.

تبصره : کلیه بیمه شدگان این پوشش تکمیلی قبل از صدور بیمه نامه توسط بیمه گر مورد معاینه پزشکی قرار گرفته و ارایه پوشش بیمه ای به آنان منوط به تایید پزشک معتمد بیمه گر خواهد بود.

ماده (7) مدارک لازم برای پرداخت سرمایه بیماری های تحت پوشش:

بیمه گذار یا بیمه شده حسب مورد موظف هستند مدارک مورد نیاز را به شرح زیر تهیه و به بیمه گر ارایه نمایند:

- 1-7 اصل دفترچه بیمه گر پایه و مدارک پوشش بیمه ای تکمیلی بیمه شده (در صورت وجود پوشش بیمه ای پایه یا مکمل برای بیمه شده)
- 2-7 هرگونه مدارک بالینی که پزشک معتمد بیمه گر برای بررسی و پرداخت سرمایه بیماری های تحت پوشش به آنها نیاز دارد.
- 3-7 اصل صورتحساب، ریز صورت هزینه ها و رسیدهای پرداخت مربوطه و گواهی بیمارستان به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج درخصوص علت بیماری ، شرح معالجات و جراحی انجام شده

ماده (8) مهلت اعلام خسارت و تحویل مدارک

بیمه گذار یا بیمه شده موظف می باشند حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از وقوع علایم هر یک از بیماری های تحت پوشش ، کلیه مدارک بیماری و پزشکی خود را مطابق مفاد ماده 7 این شرایط عمومی ، به بیمه گر ارایه نمایند.



بیمه ایران

شرایط عمومی پوشش تکمیلی بیماری های خاص و سرطان بیمه نامه زندگی سپاس ایران

ماده (9) نشانی قانونی - تغییر محل اقامت - نماینده در ایران

9-1) نشانی محل اقامت بیمه گذار یا نماینده وی در ایران که توسط بیمه گذار در پیشنهاد بیمه نوشته و امضا شده است، برای بیمه گر نشانی قانونی و رسمی تلقی می گردد.

9-2) بیمه گذار موظف است تغییر محل اقامت و آخرین نشانی کامل خود را کتبا به اطلاع بیمه گر برساند.

9-3) هر گاه بیمه گذار خارج از ایران اقامت نماید باید یک نفر را که مقیم ایران است، به عنوان نماینده خود به بیمه گر معرفی نماید و بیمه گر موظف است نامه ها و مکاتبات مربوطه را به عنوان و نشانی نامبرده ارسال نماید.

9-4) در صورت عدم رعایت مقررات فوق توسط بیمه گذار، آخرین نشانی اعلام شده از سوی بیمه گذار در ایران معتبر خواهد بود.

9-5) کلیه مکاتبات بیمه گذار و نماینده وی در خصوص این قرارداد باید با ذکر شماره بیمه نامه به آدرس واحد صادر کننده آن که در ذیل بیمه نامه درج می گردد، فرستاده شود.

فصل سوم - وظایف و تعهدات بیمه گر

ماده (10) تعهدات بیمه گر :

بیمه گر متعهد می گردد در صورت پرداخت حق بیمه تعیین شده در بیمه نامه توسط بیمه گذار در سررسید های مقرر ، در صورت ابتلای بیمه شده به یکی از بیماری های تحت پوشش یا فوت ناگهانی وی به علت یکی از همین بیماری ها (مندرج در بند 9-2 ماده 2 همین شرایط عمومی) و پس از سپری شدن دوره انتظار ، مبلغ مندرج در بیمه نامه یا جدول پیوست آن را به شرح زیر پرداخت نماید:

10-1) پرداخت سرمایه بیماری های خاص مندرج در بیمه نامه به بیمه شده به محض ابتلا به یکی از بیماری های مندرج در ماده 9-2 (بندهای 1-9-2 تا 4-9-2) و اثبات آن به وسیله آزمایش های پزشکی و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، یک بار در طول مدت بیمه و برای یکی از بیماری های تحت پوشش مندرج در ماده 9-2 (بندهای 1-9-2 تا 4-9-2)

10-2) پرداخت سرمایه سرطان مندرج در بیمه نامه به بیمه شده به محض ابتلا به بیماری سرطان مندرج در بند 5-9-2 ماده 9-2 و اثبات آن به وسیله آزمایش های پزشکی و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، یک بار در طول مدت بیمه و برای یکی از انواع سرطان بدخیم دارای متاستاز

تبصره 1 : در صورت ابتلای بیمه شده به یکی از انواع سرطان بدخیم فاقد متاستاز (مطابق مندرج در بند 5-9-2 ماده 9-2) و اثبات آن به وسیله آزمایش های پزشکی و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، حداکثر معادل 1/3 (یک سوم) سرمایه سرطان مندرج در بیمه نامه یا جدول پیوست آن ، یک بار در طول مدت بیمه نامه و برای یکی از انواع سرطان بدخیم فاقد متاستاز

تبصره 2 : در صورتی که سرطان بدخیم فاقد متاستازی که بیمه شده برای ابتلای به آن از بیمه گر در این بیمه نامه غرامت دریافت نموده ، در طول مدت بیمه نامه به حالت دارای متاستاز تغییر وضعیت دهد ، با اثبات آن به وسیله آزمایش های پزشکی و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، بیمه گذار یا بیمه شده می تواند 2/3 (دو سوم) مابه التفاوت سرمایه مذکور را تا سقف تعهد کامل بیمه گر در زمان پرداخت سرمایه سرطان مندرج در بیمه نامه یا جدول پیوست آن را ز بیمه گر مطالبه نماید.

ماده (11) دوره انتظار

دوره انتظار هر یک از بیماری های مندرج در ماده 9-2 ، برای ابتلا به امراض خاص (بندهای 1-9-2 تا 4-9-2) سه ماه از تاریخ شروع بیمه نامه و برای ابتلا به سرطان (بند 5-9-2) شش ماه از تاریخ شروع بیمه نامه می باشد و در این مدت بیمه گر هیچ گونه تعهدی برای پرداخت سرمایه ابتلا به بیماری های تحت پوشش واقع شده برای بیمه شده ، نخواهد داشت.

فصل چهارم - استثنائات و خسارت های غیر قابل جبران

ماده (12) استثنائات

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است :

12-1) مبتلا شدن به هر یک از بیماری های تحت پوشش در اثر اعتیاد، مستی یا نوشیدن مشروبات الکلی، استعمال هرگونه مواد مخدر، دخانیات یا داروهای محرک بدون تجویز پزشک.

12-2) در صورتی که هر یک از بیماری های تحت پوشش قبل از شروع این پوشش تکمیلی ، برای بیمه شده آغاز شده باشد.

12-3) هر یک از بیماری های تحت پوشش که بیمه شده قبل از شروع بیمه نامه به آن مبتلا بوده است ، چه در معاینات پزشکی اولیه انجام شده از بیمه شده تشخیص داده شده باشد ، چه نشده باشد.

12-4) ابتلا به بیماری ایدز

12-5) آنژیوپلاستی یا هر نوع اقدام دیگری که از طریق روش های داخل عروقی انجام می گیرد (به جز موارد تعریف شده در بند 3-9-2 ماده 9-2)

12-6) بیماری های خاص تعریف شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی یا هر مرجع درمانی دیگر (به جز بیماری های تعریف شده در ماده 9-2)

فصل پنجم - فسخ بیمه نامه

ماده (13) موارد فسخ بیمه نامه

بیمه گر یا بیمه گذار می توانند در موارد زیر اقدام به فسخ این پوشش تکمیلی نمایند :

13-1) موارد فسخ از طرف بیمه گر :

13-1-1) عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه یا اقساط آن در سررسید یا سررسیدهای معین توسط بیمه گذار.

13-1-2) هرگاه بیمه گذار یا بیمه شده سهوا و بدون سوء نیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند یا از اظهار مطالبی خودداری نماید به نحوی که در نظر بیمه گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود. مطابق ماده 4 این شرایط عمومی

13-1-3) در صورت تشدید خطر موضوع بیمه نامه و عدم موافقت بیمه گذار با افزایش حق بیمه.

نام و امضای بیمه گذار



13-2) موارد فسخ از طرف بیمه گذار :

بیمه گذار می تواند این پوشش تکمیلی را فسخ نماید مشروط بر اینکه هیچگونه خسارتی از سوی بیمه گر بابت این پوشش تکمیلی به بیمه گذار یا بیمه شده پرداخت نشده باشد. در این صورت بیمه گر حق بیمه را تا زمان فسخ محاسبه و از بیمه گذار اخذ می نماید.

ماده (14) آثار فسخ

14-1) چنانچه بیمه گر بخواهد نسبت به فسخ این پوشش اقدام نماید ، موظف است مراتب را به وسیله نامه سفارشی به بیمه گذار اطلاع دهد. اثر فسخ این پوشش 30 روز پس از دریافت نامه سفارشی توسط بیمه گذار شروع می شود ، و پوشش تکمیلی مذکور از آن تاریخ فسخ شده تلقی می گردد.

14-2) چنانچه بیمه گذار بخواهد نسبت به فسخ این پوشش اقدام نماید می تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه گر ، فسخ این پوشش تکمیلی را تقاضا کند. بدیهی است در صورت فسخ این پوشش تکمیلی ، امکان ایتجاع مجدد آن در طول مدت بیمه نامه وجود نخواهد داشت.

فصل ششم - سایر مقررات

ماده (15) تغییر در شرایط پوشش

هرگونه تغییر در شرایط این پوشش تکمیلی به موجب برگه های الحاقیه ای خواهد بود که براساس تقاضای کتبی بیمه گذار و پس از موافقت بیمه گر ، صادر می شود و این برگه های الحاقیه جزو لاینفک بیمه نامه است .

تبصره : بیمه گر با رعایت ضوابط و مقررات می تواند در موارد خاص مطابق با شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه بدون تقاضای بیمه گذار نسبت به صدور الحاقیه اقدام نماید. چنانچه مفاد و مطالب مندرج در بیمه نامه و برگه های الحاقیه با شرایط مورد توافق فی مابین بیمه گر و بیمه گذار تطبیق نکند ، بیمه گذار می تواند ظرف مدت بیست روز از تاریخ صدور بیمه نامه یا برگه های الحاقیه ، تقاضای تصحیح آن را بنماید . پس از سپری شدن این مدت مندرجات اسناد مزبور مورد تصدیق و قبول بیمه گذار تلقی خواهد شد .

ماده (16) نحوه حل و فصل اختلافات

طرفین قرارداد باید اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند در غیر این صورت هریک از طرفین می توانند موضوع را با انتخاب روش داوری یا طرح در مراجع قضایی حل و فصل نمایند. 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 باید داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی کند. داوران منتخب، داور سومی را به عنوان سرداور انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف، با اکثریت آرا اقدام به صدور رأی می کنند. در صورتی که هریک از طرفین تا ۳۰ روز بعد از معرفی داور طرف مقابل، داور منتخب خود را معرفی نکند یا داوران منتخب، برای انتخاب سرداور به توافق نرسند هر یک از طرفین می تواند حسب مورد تعیین داور یا سرداور را از دادگاه صالح خواستار شود. هر یک از طرفین در شروع رسیدگی، حق الزحمه داور انتخابی خود و نصف حق الزحمه سرداور را می پردازد و در خاتمه، همه هزینه های داوری بر عهده طرفی خواهد بود که رأی علیه او صادر می شود.

تبصره: دعاوی حقوقی موضوع این بیمه نامه یا اجرای آن مطابق مقررات به دادگاه های صالحه ایران (دادگاه صلاحیت دار محل اقامت مدعی علیه) ارجاع خواهد شد.

ماده (17) مرور زمان

مدت مرور زمان کلیه دعاوی حقوقی ناشی از این قرارداد بیمه به مدت دو سال از تاریخ وقوع خطر مورد بیمه می باشد.

ماده (18) موارد پیش بینی نشده

در مواردی که در این شرایط عمومی و شرایط خصوصی مندرج در بیمه نامه نسبت به آن ذکری به میان نیامده است مطابق قانون بیمه، آیین نامه های مصوب شورای عالی بیمه و سایر قوانین و مقررات جاری کشور عمل خواهد شد.

ماده (19) تایید رویت شرایط عمومی توسط بیمه گذار

بیمه گر موظف است کلیه مواد این شرایط عمومی را به رویت بیمه گذار برساند و امضای بیمه گذار را در زیر تمام صفحات این شرایط عمومی از وی اخذ نماید.

کلیه مواد مندرج در شرایط عمومی اعلام شده توسط اینجانب بیمه گذار پوشش تکمیلی بیماری های خاص و سرطان بیمه نامه زندگی سپاس ایران شماره خوانده شد و مورد تایید اینجانب می باشد.

امضا و اثر انگشت بیمه گذار
تاریخ