

قوانین و مقررات بیمه ویژه ارزیابان خسارت

آئین نامه ارزیابان خسارت (شماره ۸۵)

مصوب ۱۳۹۲/۰۹/۲۶

● ۱- ارزیاب خسارت بیمه ای شخص حقیقی یا حقوقی مستقلى است كه داراى پروانه ارزیابى خسارت بیمه ای از بیمه مركزى بوده و مجاز به بررسی، تحقیق در خصوص علت بروز حادثه و تحقق خسارت، تعیین مقدار خسارت و تشخیص میزان تعهدات بیمه گر طبق شرایط بیمه نامه و نیز مذاکره برای تعدیل و تسویه خسارت بیمه ای میباشد.

● ۲- پروانه ارزیابی خسارت برای اشخاص حقیقی صرفاً در یک زمینه تخصصی بیمه ای و برای موسسات ارزیابی حقوقی خسارت بیمه ای در یک یا چند زمینه تخصصی صادر میگردد.

• ۳- اشخاص حقیقی برای دریافت پروانه ارزیابی خسارت باید واجد شرایط زیر باشند.

• تابعیت جمهوری اسلامی ایران

• عدم اعتیاد به موارد مخدر به تائید مراجع ذیربط

• انجام خدمت وظیفه عمومی و پایان کارت معافیت

• داشتن حد اقل ۲۵ سال سن

• نداشتن سوء شهرت

• نداشتن سوء پیشینه کیفری و سابقه ارتکاب یا معاونت یکی از جرائم ارتشاء ، تصرف غیر قانونی در اموال دولتی ، جعل و تزوید ، پولشویی ، تبانی و یا مداخله در معاملات دولتی و اخلال در نظام اقتصادی و جرایم موضوع ماده ۶۴ قانون تاسیس بیمه مرکزی

• داشتن حداقل مدرک تحصیلی لیسانس

• داشتن سه سال سابقه کار مفید در ارزیابی و کارشناسی خسارت در زمینه تخصصی مورد تقاضا به تشخیص بیمه مرکزی.

- موفقیت در آزمون کتبی (مصاحبه حضوری تخصصی بیمه مرکزی)
- گذراندن دوره آموزشی تخصصی و توجیهی طبق دستورالعملی که بیمه مرکزی ابلاغ می کند.

تبصره : افرادی که به تشخیص بیمه مرکزی دارای حداقل ۱۰ سال سابقه ارزیابی و کارشناسی خسات در زمینه تخصصی باشند از آزمون معافند.

تبصره : حداقل مدارک تحصیلی برای افرادی که حداقل ۱۵ سال در ارزیابی و کارشناسی خسارت در زمینه تخصصی مورد تقاضا سابقه داشته باشند دیپلم است.

۴- اشخاص حقوقی متقاضی پروانه باید در قالب یکی از اشکال حقوقی زیر به ثبت برسند

* موسسه غیر تجاری

- کلیه موسسین و اعضاء باید واجد شرایط ارزیاب خسارت حقیقی باشند.

- موضوع فعالیت مندرج در اساسنامه منحصر ارزیابی خسارت بیمه ای باشد.

- حداقل سرمایه برای هر زمینه ۰۰۰/۰۰۰/۱۰۰ ریال را تامین نمایند.

- امکانات اداری و نیروی انسانی لازم متناسب را داشته باشند.

* شرکت سهامی خاص و تعاونی متعارف

- مدیر عامل و کلیه اعضاء هیات مدیره باید واجد شرایط ارزیاب خسارت حقیقی باشند
- موضوع فعالیت مندرج در اساسنامه منحصرأ ارزیاب خسارت بیمه ای باشند.
- حداقل سرمایه برای هرزمینه ۰۰۰/۰۰۰/۱۰۰ ریال را تامین نمایند.
- امکانات اداری و نیروی انسانی لازم متناسب را داشته باشند .

تبصره : اشخاص حقوقی قبل از ثبت باید اساسنامه خود را به تأیید بیمه مرکزی برسانند و تغییرات نیز منوط به موافقت بیمه مرکزی است.

تبصره : ارزیاب خسارت حقوقی با تأیید بیمه مرکزی می تواند در هر نقطه از کشور شعبه تاسیس کنند.

تبصره : با موافقت بیمه مرکزی مجوز تاسیس شعبه در خارج از کشور را داد.

تبصره : ارزیاب خسارت حقوقی باید گزارش ارزیاب بیمه خود را توسط افراد دارای پروانه ارزیابی خسارت بیمه ای حقیقی در زمینه تخصصی تهیه نماید.

۵- پروانه ارزیابی توسط بیمه مرکزی صادر و مدت آن ۳ سال است و تمدید آن با درخواست ارزیاب توسط بیمه مرکزی صورت میگیرد.

۶- اعضاء هیات مدیره، مدیر عامل و یا کارمند شاغل (رسمی، پیمانی، قرارداد و ساعتی) موسسات بیمه، بیمه مرکزی، نمایندگان حقوقی بیمه، دلالان رسمی حقوقی بیمه، دفاتر ارتباطی و یا سایر ارزیابان خسارت بیمه ای حقوقی و نمایندگان بیمه حقیقی و دلالان رسمی بیمه حقیقی نمی توانند ارزیاب خسارت بیمه حقیقی با موسسه و عضو موسسه غیر تجاری ارزیابی خسارت بیمه ای مدیر عامل، عضو هیات مدیره، مسئول شعبه و کارمند ارزیاب خسارت بیمه ای حقوقی باشند.

۷- ارزیاب خسارت بیمه ای حقیقی یا موسس و عضو موسسه حقوقی ارزیابی خسارت یا مدیر عامل، عضو هیات مدیره، مسئول شعبه و کارمند ارزیابان خسارت حقوقی نمی توانند سهامدار عمده (۱۵ درصد) موسسات بیمه، نمایندگی بیمه حقوقی، دلال رسمی بیمه حقوقی و نیز سایر ارزیابان خسارت بیمه ای حقوقی باشند.

۸- ارزیاب خسارت و..... و همچنین اقارب نسبی و سببی درجه ۱ از طبقه اول آنان نباید هیچ نفع مستقیم و غیر مستقیم درپرونده خسارت داشته باشند .

۹- ارزیاب خسارت باید بیمه نامه مسئولیت حرفه ای تهیه نمایند.

۱۰- ارزیاب خسارت برای ارزیابی موظف به انعقاد قرارداد کتبی با موسسه بیمه یا بیمه گذار میباشد .

تبصره : موسسه بیمه و بیمه گذار میتوانند با توافق ارزیاب خسارت بیمه مرضی الطرفین تعیین کنند .

۱۱- پرداخت حق الزحمه ارزیاب برعهده بیمه گر است در صورت انتخاب توسط بیمه گذار برعهده بیمه گذار است .

۱۲- ارزیاب خسارت نمی تواند در یک پرونده هم ارزیاب بیمه گر باشد هم ارزیاب بیمه گذار مگر در صورت توافق.

۱۳- ارزیاب باید گزارش خود در حدود معینه تهیه و ارائه نماید و گزارش را حداقل ۳ سال نگهداری کند .

۱۴- مرجع رسیدگی به اختلافات بین ارزیاب خسارت بیمه ای با موسسه بیمه ، یا بیمه گذار و سایر ذینفعان در خصوص قرار داد ارزیابی و مفاد آن هیأتی مرکب از نماینده بیمه مرکزی ، نماینده سندیکای بیمه گران ایران و نماینده انجمن صنفی ارزیابان خسارت بیمه ای خواهد بود(در رسیدگی به اختلاف بین ارزیاب خسارت با بیمه گذار و سایر ذینفعان، نماینده بیمه گذار جایگزین نماینده سندیکا می شود).

۱۵- چنانچه موسسه بیمه بخواهد در رسیدگی به بیمه پرونده خسارتی خود از اشخاص غیر از کارکنان خود استفاده کند موظف است صرفاً از ارزیابان خسارت بیمه ای دارای پروانه استفاده کند .

۱۶- نمایندگان بیمه که اجازه رسیدگی به پرونده خسارتی را دارند باید از ارزیاب استفاده کنند.

۱۷- در صورت تخلف از آئین نامه توسط موسسات بیمه ، بیمه مرکزی می تواند حسب مورد اقدامات زیر را انجام دهد .

۱- تذکر کتبی به مدیر عامل و هیأت مدیره یا مدیران فنی موسسه بیمه

۲- اخطار کتبی به مدیر عامل و هیأت مدیره یا مدیران فنی موسسه بیمه

۳- سلب صلاحیت مدیر عامل ، هیأت مدیره یا مدیران فنی ذیربط موسسه بیمه

۱۸- در صورت تخلف ارزیاب بیمه مرکزی می تواند اقدامات زیر را انجام دهد.

۱- تذکر کتبی به ارزیاب خسارت بیمه ای

۲- اخطار کتبی به ارزیاب خسارت بیمه ای

۳- تعلیق پروانه فعالیت ارزیاب خسارت بیمه ای از سه ماه تا یکسال

۴- لغو پروانه فعالیت ارزیابی خسارت

- با اصلاح آئین نامه افرادی که دارای ۵ سال سابقه ارزیابی خسارت باشند و یا کارشناس رسمی باشند از آزمون و مصاحبه معاف هستند .

منابع حقوقی بیمه

- قانون (عام و خاص. شکلی و ماهوی. امره و تکمیلی)
- عرف
- رویه قضایی
- دکترین

انواع عقد:

- عقد لازم
- عقد جائز
- عقد خياری
- عقد منجز
- عقد معلق

انواع عقد

➤ عقد معوض

➤ عقد مجانی

➤ عقد رضائی

➤ عقد تشریفاتی

➤ عقد عہدی

➤ عقد تملیکی

تعریف عقد بیمه

- تعریف عقد بیمه: ماده ۱ قانون بیمه ((بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می کند در ازاء پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی بپردازد. متعهد را بیمه گر طرف تعهد را بیمه گزار و وجهی را که بیمه گزار می پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می شود موضوع بیمه می نامند.))
- تعریف مذکور جامع نیست (بیمه های مسئولیت و عمر به شرط حیات را در بر نمی گیرد).
- تعریف مذکور مانع نیست (به علت عدم توجه به اصل تعاون و محاسبات آماری معاملات قمار را در بر می گیرد).

انعقاد عقد بیمه

ایجاب+قبول+تشریفات

قانون(قوانین و ایین نامه هاومصوبات)

شرایط عمومی

شرایط خصوصی

شرایط پیوست

خصوصیات عقد بیمه

بخش دوم

- بیمه عقدی است لازم
 - بیمه عقدی است معوض
 - بیمه عقدی است تشریفاتی
 - بیمه عقدی است عهدی
 - عقدی مبتنی حسن نیت
 - الحاقی یا اضطراری
 - عقدی است مستمر
 - بیمه عقدی است از طرف بیمه گر معلق
- (۱- پرداخت حق بیمه ۲- وقوع حادثه)

اعتبار قرارداد بیمه

۱. از تاریخ معین

۲. انجام کار معین

۳. از زمان قرارداد

شرایط صحت عقد بیمه

شرایط اساسی صحت عقد ماده ۱۹۰ قانون مدنی
(الف) قصد و رضای طرفین.

(ب) اهلیت طرفین: *اهلیت تمتع ماده ۲۱۰.

**اهلیت استیفاء ماده ۲۱۱.

*** شرایط اهلیت استیفا (بلوغ، عقل، رشد)

(ج) موضوع معین مورد معامله: *خطر.

**مورد بیمه

(د) مشروعیت جهت معامله

(ه) تشریفات

(ی) موجود بودن مورد بیمه

تعهدات بیمه گذار قبل از حادثه

۱. اعلام دقیق کیفیات خطر
۲. پرداخت حق بیمه
۳. حفاظت از مورد بیمه در حد متعارف
۴. اعلام تشدید خطر
۵. اعلام انتقال قهری یا ارادی مورد بیمه

تعهدات بیمه گذار بعد از حادثه

۱. جلوگیری از توسعه خسارت
۲. اعلام فوری به بیمه گر
۳. اطلاع مراتب به مراجع ذیربط
۴. خودداری از انجام تغییرات در مورد بیمه قبل از کارشناسی بیمه گر
۵. ارائه مدارک جهت تعیین خسارت
۶. عدم سازش با مسئول حادثه
۷. امضای رسید مفاصا حساب

تعهد بیمه گر ماده ۱۹ قانون بیمه

- تعهد بیمه گر عبارت است از تفاوت قیمت مال بیمه شده بلافاصله قبل از وقوع حادثه با قیمت باقی مانده آن بلافاصله بعد از حادثه .

- پرداخت به پول نقد

- مگر اینکه حق تعمیر یا تعویض برای بیمه گر پیش بینی شده باشد .

- مگر اینکه توافق دیگری شده باشد .

● موارد انحلال قرارداد بیمه:

- بطلان
- فسخ
- انفساخ
- تفاسخ
- انقضاء

مصادیق بطلان (منع پرداخت خسارت)

۱. بیمه نامه مجدد نسبت به یک شیء: ماده ۸ قانون بیمه
۲. قصد تقلب بیمه گزار: ماده ۱۱ قانون بیمه
۳. عدم اظهار واقع یا اظهار خلاف واقع اگر عمدی باشد: ماده ۱۲ قانون بیمه
۴. واقع شدن خطر قبل از عقد قرارداد بیمه: ماده ۱۸ قانون بیمه
۵. انعقاد بیمه عمر بدون رضایت بیمه شده: ماده ۲۳ قانون بیمه
۶. بطلان قرارداد به علت باطل شدن جزیی از قرارداد ماده ۳۴ قانون بیمه

مصادیق فسخ از طرف بیمه گر

۱. خودداری از اظهار واقع یا اظهار خلاف اگر عمدی نباشد: ماده ۱۳ قانون بیمه
۲. در صورت تشدید خطر: ماده ۱۶ قانون بیمه
۳. در صورت انتقال وسیله مورد بیمه: ماده ۱۷ قانون بیمه
۴. فسخ مطابق ماده ۳۵ قانون بیمه (عدم پرداخت حق بیمه، بعد از هر خسارت، ورشکستگی بیمه گذار و ...)

مصادیق فسخ از طرف بیمه گذار

۱. از بین رفتن تشدید خطر و عدم قبول بیمه گر جهت تغییر بیمه نامه
۲. در صورت انتقال قهری یا ارادی مورد بیمه نامه
۳. در صورت ورشکستگی بیمه گر: ماده ۳۱ قانون بیمه
۴. در صورت توقیف وسیله نقلیه
۵. فسخ مطابق ماده ۳۵ قانون بیمه

مصادیق انفساخ

در صورتی که مورد بیمه به علتی جز خطرات تحت پوشش از بین برود، اجازه عملیات بیمه ای از بیمه گر گرفته شود.

روشهای حل اختلاف در بیمه

- از طریق بیمه مرکزی و آئین نامه شماره ۷۱ شورای عالی بیمه .
- از طریق داوری
- از طریق مراجع قضائی

• مرور زمان بیمه:

طبق ماده ۳۶ قانون بیمه مرور زمان دعاوی مربوط به بیمه ۲ سال از تاریخ وقوع حادثه می باشد.

آیین نامه شماره ۷۱

- شورای عالی بیمه با استناد به ماده ۱ و بند ۵ ماده ۱۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری و به منظور:
- ☐ تقویت اعتماد عمومی به صنعت بیمه و افزایش آگاهی عمومی از خدمات بیمه ای و شیوه عرضه آن.
- ☐ الزام بیمه گران به ارائه اطلاعات کامل، درست و به موقع قبل و بعد از صدور بیمه نامه به بیمه گذاران.
- ☐ الزام بیمه گران به تسهیل فرایند بررسی و پرداخت خسارت و رسیدگی به شکایات بیمه ای.
- ۱ "آیین نامه حمایت از حقوق بیمه گذاران، بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها" را در هفت فصل، ۳۱/۳۱/ در جلسه مورخ ۳۱
- سی و سه ماده و چهار تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول: تعاریف

ماده ۱- واژگان و اصطلاحات مذکور در این آیین نامه صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشند با این تعاریف استفاده شده اند:

- ۱- بیمه مرکزي: بیمه مرکزي جمهوري اسلامي ايران
- ۲- عرضه کننده بیمه: شامل مؤسسه بیمه، نماینده بیمه و دلال رسمي (کارگزار) بیمه است.
- ۳- مؤسسه بیمه: شرکت بیمه اي است که داراي پروانه فعالیت از بیمه مرکزي بوده و مجاز به انجام عملیات بیمه است.
- ۴- دلال رسمي (کارگزار) بیمه: شخصي حقيقي يا حقوقي است که در مقابل دریافت کارمزد، واسطه انجام معاملات بیمه بین بیمه گذار و بیمه گر بوده و شغل او منحصرأً ارایه خدمات بیمه اي مي باشد. دلال رسمي بیمه باید داراي پروانه دلالي رسمي بیمه از بیمه مرکزي باشد.
- ۵- نماینده بیمه: شخصي حقيقي يا حقوقي است که پس از اخذ مجوز فعالیت از يك شرکت بیمه در مقابل دریافت کارمزد یا هزینه صدور به عرضه خدمات بیمه در يك یا چند رشته و به نمایندگی از جانب يك شرکت بیمه طرف قرارداد همان شرکت مي پردازد.
- ۶- متقاضی خدمات بیمه اي: شخص حقيقي يا حقوقي است که به منظور دریافت خدمات بیمه اي به عرضه کننده بیمه مراجعه مي نماید.
- ۷- بیمه گذار: شخص حقيقي يا حقوقي است که مشخصات وي در بیمه نامه یا قرارداد بیمه ذکر گردیده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.

- ۸- فرم پیشنهاد بیمه: مجموعه پرسش هایی است که بیمه گر به منظور شناسایی نیازهای بیمه ای، کسب اطلاعات در مورد موضوع بیمه، ارزیابی خطر و تعیین نرخ حق بیمه از متقاضی خدمات بیمه یا نماینده وی می پرسد و پس از پاسخ متقاضی و تکمیل فرم و امضاء آن توسط بیمه گذار یا نماینده وی، جزء لاینفک بیمه نامه محسوب می شود.
- ۹- بیمه نامه یا قرارداد بیمه: سندی کتبی مشتمل بر مشخصات و تعهدات بیمه گر و بیمه گذار و شرایط عقد بیمه است.
- ۱۰ - حق بیمه: وجهی که بیمه گذار در برابر اخذ پوشش و تعهد بیمه گر برای جبران خسارت وارده به موضوع بیمه در صورت وقوع یا بروز حادثه تحت پوشش بیمه نامه می پردازد.
- ۱۱ - شرایط عمومی: قسمتی از مندرجات بیمه نامه به صورت چاپی است که برای هر رشته بیمه ای، به صورت یکسان برای کلیه بیمه گذاران، توسط بیمه گر بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی نوشته می شود. شرایط عمومی شامل مواردی از قبیل تعاریف و اصطلاحات، مقررات حاکم بر طرفین قرارداد، وظایف و تعهدات بیمه گر و بیمه گذار، خطرات اصلی تحت پوشش، خطرات استثناء شده، شرایط فسخ، انفساخ و ابطال بیمه نامه و نحوه حل اختلافات احتمالی آتی است.
- ۱۲ - شرایط خصوصی: قسمتی از مندرجات بیمه نامه، شامل شرایط و اطلاعات خاص و ویژه و یا پوشش های اضافی یا حذفی است که بین بیمه گر و بیمه گذار معین، توافق می گردد. در صورت تعارض بین شرایط عمومی و شرایط خصوصی، شرایط خصوصی بیمه نامه بر شرایط عمومی مقدم است.
- ۱۳ - شرایط پیوست بیمه نامه: متون استانداری که معمولاً توسط نهادهای بین المللی بیمه برای هر یک از رشته های بیمه به صورت شرایط استاندارد یا کلوز بیمه ای تدوین و در عرف بین الملل حاکم بوده و به بیمه نامه پیوست می شود و جزء لاینفک آن محسوب می گردد. شرایط پیوست بیمه نامه بر شرایط عمومی مقدم است.

- ۱۴- الحاقیه: اوراقی که به بیمه نامه ضمیمه شده و جزء لاینفک آن محسوب می شود و هر گونه تغییر در بیمه نامه از طریق آن صورت می گیرد.
- ۱۵ - جدول بازخرید: جدولی است که به بیمه نامه های عمر دارای ذخیره ریاضی پیوست می شود و ارزش بازخرید بیمه نامه در طول مدت اعتبار در آن مشخص می شود.
- ۱۶ - جدول سرمایه مخفف: جدولی است که به بیمه نامه های عمر دارای ذخایر ریاضی پیوست می شود که سرمایه بیمه نامه در پایان دوره را در صورت توقف یا خودداری از پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه مشخص مینماید.
- ۱۷ - فروش اجباری بیمه: هر گونه فروش بیمه بدون تقاضا و تمایل بیمه گذار یا ملزم کردن وی به هر طریقی به خرید بیمه یا خرید از یک بیمه گر خاص.
- ۱۸ - اطلاعات شخصی: به اطلاعاتی از قبیل نام و نام خانوادگی، تحصیلات، نشانی محل سکونت و محل کار، کد پستی، شغل، شماره تلفن شخصی، کد ملی، شماره حساب بانکی، شماره کارت اعتباری، میزان درآمد و ثروت، عادت های فردی، بیماریهای جسمی و روانی فردی و خانوادگی، قومیت، جنسیت و مذهب گفته می شود.

- ۱۹- بیمه زندگی(عمر): نوعی از بیمه های بازرگانی که در آن انجام تعهد بیمه گر منوط به فوت و یا حیات بیمه شده طی مدت بیمه است.
- ۲۰ - بیمه های غیر زندگی: عبارتست از کلیه رشته های بیمه بازرگانی به استثناء بیمه های زندگی.
- ۲۱ - بیمه شخص ثالث: بیمه موضوع قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب مجلس شورای اسلامی
- فصل دوم : اطلاع رسانی و تبلیغ خدمات بیمه ای
- ماده ۲- منظور از تبلیغ بیمه ای هرگونه معرفی انواع خدمات بیمه ای است که به منظور ایجاد تقاضا و تأثیر در فروش بیمه به صورت متن، تصویر و صوت از طریق مطبوعات، رسانه های همگانی و یا سایت های اینترنتی یا هر ابزار ارتباطی دیگر انجام می شود.
- ماده ۳- عرضه کنندگان بیمه باید از تبلیغات گمراه کننده خودداری نمایند. منظور از تبلیغ گمراه کننده تبلیغی است که:
- ۱- موجب ابهام در تشخیص محصولات بیمه ای شود.
- ۲- وعده هایی خارج از پوشش های مقرر در بیمه نامه یا فراتر از عملکرد بیمه گر ارائه دهد.
- ۳- با شرایط بیمه نامه منطبق نباشد.
- ۴- با قوانین و مقررات بیمه ای و عرف بیمه منطبق نباشد.

● ماده ۴- مؤسسات بیمه موظفند از انطباق تبلیغات بیمه ای شرکت، نمایندگان خود و کارکنان آن با مقررات مربوط اطمینان حاصل نمایند و ضمن ایجاد سیستمی برای کنترل محتوی، فرم و روش انتشار تبلیغات بیمه ای موارد زیر را ثبت و در دفاتر مؤسسه نگهداری نماید:

- ۱- اختصاص کد برای هر تبلیغ بیمه ای و نگهداری يك نمونه از هر تبلیغ منتشر شده به مدت حداقل سه سال
- ۲- تهیه گزارش برای هر تبلیغ بیمه ای به گونه ای که این گزارش شامل مشخصات تبلیغ، روش، گستردگی و پوشش بیمه ای مورد تبلیغ باشد.
- تبصره- مؤسسات بیمه موظفند قبل از انجام تبلیغات بیمه ای در صدا و سیماي جمهوری اسلامی ایران تایید بیمه مرکزي را اخذ نمایند. عدم اظهار نظر بیمه مرکزي ظرف مدت يك هفته از تاریخ دریافت تقاضا به منزله تایید است.
- ماده ۵- هرگونه تبلیغ بیمه ای که توسط نمایندگان بیمه انجام می شود باید با هماهنگی و تایید مؤسسه بیمه ذیربط باشد. مؤسسه بیمه موظف است بر تبلیغات نمایندگان خود نظارت نموده و با موارد تخلف برخورد نماید.
- ماده ۶- عرضه کننده بیمه موظف است در وب سایت یا پرتال خود، نام ثبت شده، شماره مجوز، لوگو و شناسه ملي(اشخاص حقوقي) خود را درج نماید.
- ماده ۷- در مواردی که بیمه مرکزي تبلیغ بیمه را مغایر با قوانین و مقررات تشخیص دهد ، اقدامات زیر را انجام می دهد:
- ۱- دستور تغییر یا اصلاح تبلیغ مطابق نظر بیمه مرکزي و انتشار مجدد آن از طریق همان رسانه ای که تبلیغ اولیه از آن طریق منتشر شده است.
- ۲- جلوگیری از ادامه انتشار تبلیغ.
- ۳- هرگونه اقدام دیگری که توسط بیمه مرکزي در جهت حفظ منافع عمومی مناسب تشخیص داده شود.

● فصل سوم: فروش، پیشنهاد و صدور بیمه نامه

- ماده ۸ - عرضه کننده بیمه موظف است کلیه اطلاعات ضروری در مورد پوشش های بیمه ، وظایف و تعهدات بیمه گر و بیمه گذار، میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن، استثنائات و محدودیت های بیمه نامه، تاریخ شروع و انقضای بیمه نامه و نحوه ارایه خدمات بیمه ای و سایر توضیحات لازم را به متقاضی خدمات بیمه به صورتی مناسب (نظیر مکتوب، الکترونیکی و غیره) اعلام نماید. این اطلاعات باید به گونه ای ارایه شود که مقایسه خدمات بیمه ای را از نظر قیمت، مدت و شرایط برای متقاضی خدمات بیمه امکان پذیر سازد.
- ماده ۹- فروش اجباری بیمه به هر طریقی ممنوع است. در صورت اثبات فروش اجباری بیمه نامه، شرکت بیمه مکلف است در صورت درخواست بیمه گذار بیمه نامه های صادره را باطل، حق بیمه های دریافتی را عیناً مسترد نماید.
- ماده ۱۰ - عرضه کننده بیمه مکلف است قبل از صدور بیمه نامه، فرم پیشنهاد بیمه را که توسط متقاضی خدمات بیمه تکمیل و امضاء شده دریافت و يك نسخه را در سوابق خود نگهداری نماید.
- ماده ۱۱ - عرضه کننده بیمه باید به نحو مقتضی پیامدهای ناشی از اظهارات خلاف واقع یا کتمان حقیقت از روی عمد را به اطلاع متقاضی خدمات بیمه برساند.
- ماده ۱۲ - عرضه کننده بیمه نباید هیچ گونه اطلاعاتی مازاد بر اطلاعاتی که طبق قوانین و مقررات مربوط برای انجام عملیات بیمه گری ضرورت دارد از متقاضی خدمات بیمه درخواست نماید

- ماده ۱۳ - عرضه کننده بیمه موظف است از اطلاعات شخصی متقاضی بیمه و بیمه گذاران محافظت نموده و جز به حکم قانون از افشاء و ارایه آن به اشخاص ثالث خودداری نماید.
- ماده ۱۴ - مؤسسه بیمه موظف است بیمه نامه و شرایط آن را با حروف خوانا، و عبارات قابل درک برای عموم بیمه گذاران تهیه نماید. مسئولیت درج صحیح اطلاعات در بیمه نامه بر عهده بیمه گر است و موارد اجمال، ابهام یا اختلاف در مندرجات بیمه نامه یا سایر مستندات به نفع بیمه گذار یا ذینفع تفسیر می شود.
- ماده ۱۵ - عرضه کننده بیمه موظف است بیمه گذار را متوجه اهمیت مطالعه مفاد قرارداد بیمه یا بیمه نامه جهت حصول اطمینان از تناسب پوشش بیمه با نیاز خود نماید.
- ماده ۱۶ - عرضه کننده بیمه موظف است بیمه نامه صادره را مشتمل بر شرایط عمومی و سایر شرایط به بیمه گذار تسلیم نماید.
- ماده ۱۷ - مؤسسه بیمه موظف است علاوه بر رعایت ماده سه قانون بیمه، حداقل اطلاعات و موارد زیر را در بیمه نامه های زندگی درج نماید:
 - ۱- نام محصول بیمه ای بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی
 - ۲- تعریف عبارات و واژه های بکار رفته در بیمه نامه
 - ۳- شرایط، پوشش ها و استثنائات بیمه نامه
 - ۴- مشخصات و اقامتگاه بیمه گر، بیمه گذار، بیمه شده، ذینفع یا ذینفعان و سهم هر یک و پیامد عدم تعیین ذینفع
 - ۵- در صورت وجود شرط مشارکت در منافع، درج آن در بیمه نامه و مشخص کردن شیوه پرداخت آن
 - ۶- زمان صدور بیمه نامه و شروع پوشش، سررسید بیمه نامه و موعدی که در آن سرمایه بیمه و سایر مزایا قابل پرداخت می شود.
 - ۷- مشخص کردن مبلغ سرمایه بیمه خطر فوت یا به شرط حیات و سایر مزایای قابل پرداخت و شرایط پرداخت آنها
 - ۸- مدارک لازم برای ایفای تعهدات بیمه گر
 - ۹- حداکثر مهلت زمانی انجام تعهدات بیمه گر
 - ۱۰ - مبلغ اقساط حق بیمه، دوره های پرداخت، موعد و مهلت پرداخت، زمان پرداخت آخرین قسط حق بیمه، شرایط معافیت از پرداخت حق بیمه و تصریح پیامدهای عدم پرداخت به موقع اقساط حق بیمه

- ۱۱- وجود یا عدم وجود شرط مشارکت در منافع و شیوه پرداخت آن
- ۱۲- ضوابط اعطای وام و نرخ سود آن
- ۱۳- هرگونه شرایط خاص مانند محدودیت سنی برای بیمه شده یا شرط خودکشی /
- ۱۴- شرایط تبدیل بیمه نامه به بیمه نامه با سرمایه مخفف، بازخرید، تبدیل و تمدید بیمه نامه
- ماده ۱۸- مؤسسه بیمه موظف است علاوه بر رعایت ماده سه قانون بیمه، حداقل اطلاعات و موارد زیر را در بیمه نامه های

غیرزندگی درج نماید:

- ۱- نام محصول بیمه ای بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی
- ۲- تعریف عبارات و واژه های بکار رفته در بیمه نامه
- ۳- شرایط، تعهدات، خطرات تحت پوشش و استثنائات بیمه نامه
- ۴- مشخصات و اقامتگاه بیمه گر، بیمه گذار و هر ذینفع دیگر
- ۵- تاریخ صدور بیمه نامه و ابتدا و انتهای بیمه
- ۶- حداکثر تعهد بیمه گر در هر حادثه و در مدت بیمه
- ۷- مدارک لازم برای ایفای تعهدات بیمه گر
- ۸- سهم بیمه گذار از هر خسارت (فرانشیز یا کاستی)
- ۹- میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن
- ۱۰- فهرست و مشخصات اموال، اشخاص، منافع و یا مسئولیت های تحت پوشش
- ۱۱- موقعیت مکانی اموال منقول و غیرمنقول یا منافع تحت پوشش بیمه نامه با ذکر ارزش هر یک یا محدوده جغرافیایی پوشش بیمه نامه

فصل چهارم: رسیدگی به خسارت

- ماده ۱۹ - مؤسسه بیمه موظف است تمهیدات لازم برای اعلام خسارت توسط بیمه گذار، ارزیابی و پرداخت خسارت در تمامی نقاط جغرافیایی که تحت پوشش بیمه نامه قرار دارد را فراهم و در این خصوص به بیمه گذاران اطلاع رسانی نماید. همچنین در تمام مراکز صدور و پرداخت خسارت و پایگاه اطلاع رسانی یا پورتال خود در خصوص نحوه رسیدگی به خسارات و فرآیند رسیدگی به خسارت، اطلاع رسانی مناسب را انجام دهد. همچنین در خصوص اعلام نحوه و فرآیند رسیدگی به خسارت در تمام مراکز صدور، پرداخت خسارت و پایگاه اطلاع رسانی یا پورتال خود، اقدامات لازم را به عمل آورد.
- ماده ۲۰ - مؤسسه بیمه موظف است ترتیبي اتخاذ نماید که کلیه مراکز پرداخت خسارت آن با یکدیگر در ارتباط باشند به نحوی که دریافت خسارت از کلیه مراکز پرداخت خسارت آن شرکت امکان پذیر باشد.
- ماده ۲۱ - عرضه کننده بیمه موظف است در اولین مراجعه (حضوری یا غیرحضوری) زیان دیده یا بیمه گذار برای دریافت خسارت، فهرست کامل مدارك لازم جهت بررسی و رسیدگی به خسارت، فرایند و مدت زمان رسیدگی، روش های جبران خسارت و رویه های داخلی حل و فصل شکایات را به زیان دیده یا بیمه گذار را اعلام یا ارایه نماید.

- ماده ۲۲ - مؤسسه بیمه باید بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید و در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت مراتب را همراه با ذکر دلایل به طور مکتوب به بیمه گذار یا زیان دیده اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از قبول خسارت آن را پرداخت نماید. در مواردی که پرداخت خسارت پس از تکمیل مدارک مثبت از سوی بیمه گر، به تأخیر می افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می شود
- تبصره- مواردی که طبق قانون مدتی کمتر از مدت فوق برای پرداخت خسارت تعیین شده از حکم این ماده مستثنا است.
- ماده ۲۳ - اخذ رضایت نامه توسط شرکت های بیمه برای پرداخت خسارت صرفاً بر اساس متن نمونه رضایت نامه ای خواهد بود که توسط بیمه مرکزی تهیه و ابلاغ می شود.
- ماده ۲۴ - پس از احراز تعهد بیمه گر و مشخص شدن میزان آن در مواردی که به هر دلیل، شناسایی ذینفع بیمه زندگی ظرف مدت ۱/ روز پس از احراز فوت بیمه شده یا سررسید بیمه نامه امکان پذیر نباشد، مؤسسه بیمه موظف است ضمن اطلاع رسانی به روش های کارا و مؤثر، مزایای قابل پرداخت را در یکی از بانک ها با هدف پرداخت سود به ذینفع، سرمایه گذاری نماید.
- فصل پنجم: فرایند رسیدگی به شکایات بیمه ای
- ماده ۲۵ - مؤسسه بیمه موظف است با درج اطلاعیه در تمام مراکز صدور و پرداخت خسارت، در خصوص نحوه رسیدگی به شکایات بیمه ای و فرایند رسیدگی به شکایات اطلاع رسانی نماید.
- ماده ۲۶ - مؤسسه بیمه موظف است واحد رسیدگی و پاسخگویی به شکایات تحت نظارت و مسئولیت مستقیم مدیرعامل ایجاد و امکان دسترسی آسان برای عموم بیمه گذاران را در سطح کشور جهت طرح شکایات مربوطه فراهم نماید به گونه ای که حداکثر ظرف مدت ۲۰ روز شکایات رسیدگی شوند.

- ماده ۲۷ - در صورت عدم رسیدگی به شکایات بیمه ای در شرکت بیمه، بیمه گذاران، بیمه شدگان یا صاحبان حقوق آنها می توانند موضوع مورد اختلاف را به صورت کتبی و همراه مدارك و دلایل لازم به بیمه مركزي اعلام و تقاضاي رسیدگی نمایند. بیمه مركزي در صورت لزوم موضوع را همراه با مستندات آن برای ارایه توضیحات لازم به شرکت بیمه ذیربط اعلام خواهد نمود. شرکت بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت دو هفته پس از دریافت مدارك فوق، پاسخ خود را به صورت مستدل و مستند به بیمه مركزي اعلام نماید.
- ماده ۲۸ - بیمه مركزي پس از بررسی شکایات واصله نظر خود را در مدت زمان متعارف به صورت مکتوب به طرفین اعلام خواهد نمود. نظر بیمه مركزي برای شرکت بیمه ذیربط لازم الاجرا است.
- ماده ۲۹ - شرکت های بیمه موظفند اطلاعات مربوط به شکایات بیمه گذاران از نمایندگان و کارگزاران (دلال رسمي) بیمه را به طور کامل با مدارك و مستندات بشرح زیر، هر شش ماه یکبار برای بیمه مركزي ارسال نمایند:
 - الف- تعداد شکایت های دریافتی از هر نماینده یا کارگزار
 - ب- تعداد شکایت های رسیدگی شده
 - ج- میزان خسارت یا غرامت پرداختی به شاکیان
- فصل ششم: نظارت بر اجرا
- ماده ۳۰ - بیمه مركزي بر حسن اجرای مفاد این آیین نامه نظارت می نماید و در صورت قصور یا تخلف در اجرای آن حسب مورد و متناسب با قصور یا تخلف مربوطه اقدامات ذیل رابه عمل آورد:
 - ۱- تذکرکتبی به مسئول فني یا مدیر یا معاون فني یا مدیرعامل یا هیئت مدیره شرکت بیمه
 - ۲- پیشنهاد تعلیق فعالیت شرکت بیمه در يك یا چند رشته بیمه ای معین به شوراي عالي بیمه
 - ۳- پیشنهاد لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه برای تمام رشته ها یا رشته های معین به شوراي عالي بیمه
 - ۴- تذکرکتبی به دلال رسمي بیمه یا دستور تذکر به نماینده بیمه توسط شرکت بیمه ذیربط و در صورت تکرار، محدود یا معلق نمودن فعالیت وی
 - ۵- لغو پروانه دلال رسمي بیمه یا دستور لغو پروانه نمایندگی بیمه توسط شرکت بیمه
- تبصره ۱- بیمه مركزي مراتب لغو پروانه شرکت بیمه و اطلاعاتی که از لحاظ منافع بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها لازم باشد را به هزینه شرکت بیمه در روزنامه رسمي کشور و یکی از روزنامه های کثیرالانتشار آگهی می نماید

تبصره ۲- در رشته بیمه شخص ثالث اتومبیل با شرکت بیمه متخلف حسب مورد برابر مقررات مندرج در ماده ۲۸ قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث رفتار خواهد شد.

ماده ۳۱- شرکت های بیمه موظفند يك نسخه از بخشنامه ها یا دستورالعمل های مرتبط با نحوه صدور بیمه نامه یا پرداخت خسارت در رشته های مختلف را همزمان با ابلاغ به واحدهای ذیربط خود، به بیمه مرکزی نیز ارسال نمایند. در صورت مغایرت بخشنامه های مذکور با قوانین و مقررات، بیمه مرکزی مراتب را جهت اصلاح به شرکت بیمه منعکس می نماید.

فصل هفتم: سایر مقررات

ماده ۳۲- کلیه عرضه کنندگان بیمه موظفند:

۱- هر گونه تغییر آدرس خود را در اسرع وقت و حداکثر طی يك هفته به اطلاع بیمه گذاران خود برسانند.

۲- در صورت درخواست بیمه گذار یا الزام قانونی، هر گونه تغییر در پوشش بیمه ای یا تغییر در شرایط بیمه نامه را پس از طی مراحل قانونی با صدور الحاقیه در اسرع وقت و حداکثر طی يك هفته به انجام رسانند.

۳- در صورت درخواست بیمه گذار برای صدور بیمه نامه المثني، در اسرع وقت و حداکثر طی يك هفته نسبت به صدور بیمه نامه المثني با لحاظ سوابق بیمه گذار اقدام نمایند.

ماده ۳۳- شرکت های بیمه مکلفند در اجرای مفاد این آیین نامه اصلاحات لازم را در فرم های پیشنهاد بیمه نامه، قراردادهای بیمه، بیمه نامه ها و شرایط و ضمایم پیوست آن به عمل آورده و نسخه ای از آن را حداکثر ظرف مدت سه ماه به بیمه مرکزی ارسال نمایند.