



ضوابط التعامل مع شكاوى وحماية المتعاملين لأنشطة التأمين والمهن

ماهر أبو الفضل

والخدمات المرتبطة به والفصل فيها

"المعلومة مهمة .. وتحليلها أهم"



مقدمة:

- تهدف هذه الضوابط الى حماية المتعاملين مع جميع الأشخاص الاعتبارية الخاضعة لأحكام قانون التأمين الموحد الصادر بالقانون رقم (١٥٥) لسنة ٢٠٢٤، كما تهدف الضوابط الموضوعية الخاصة بالشكاوى الى وضع إجراءات لتنظيم عملية التعامل مع شكاوى عملاء شركات التأمين وشركات الرعاية الصحية وشركات المهن وصناديق التأمين الحكومية وصناديق التأمين الخاصة والأنشطة المرتبطة بالتأمين، بهدف العمل على دراسة ومعالجة الشكاوى بفاعلية وشفافية وعدالة بما يساعد على الارتقاء بالخدمات التأمينية المقدمة وتعزيز تنافسية سوق التأمين المصري ويأتي ذلك في ضوء اختصاصات الهيئة العامة للرقابة المالية المنصوص عليها بالمادة رقم (٤) من القانون رقم (١٠) لسنة ٢٠٠٩ وفي ضوء أحكام المادة (١٥١) والتي تنص "تختص الهيئة، دون غيرها، بالإشراف والرقابة على نشاط التأمين وإعادة التأمين والخدمات والمهن والأنشطة المرتبطة بهما، ولها في سبيل ذلك على وجه الخصوص:

- البند (٧) وضع الضوابط اللازمة لحماية المتعاملين، على أن تكون ملزمة لجميع الجهات والأشخاص الخاضعين لأحكام هذا القانون.
- البند (١٢) فحص شكاوى المتعاملين مع الأشخاص الطبيعية والاعتبارية التي تمارس نشاط التأمين والمهن والخدمات المرتبطة به والفصل فيها وفقاً للضوابط والقواعد التي يضعها مجلس إدارة الهيئة".

- تتضمن هذه الضوابط والقواعد الحد الأدنى من الإجراءات والمتطلبات الواجب توافرها من أجل تنظيم فحص الشكاوى بمراحلها المختلفة بداية من شركات التأمين ومجمعات التأمين وشركات إدارة برامج الرعاية الصحية بأنواعها وصناديق التأمين الحكومية وصناديق التأمين الخاصة والأنشطة والمهن المرتبطة بالتأمين. ثم فحصها بالهيئة حالة عدم الاستجابة للشاكي من جانب هذه الجهات، وتنظم كذلك الفصل في هذه الشكاوى وفقاً لنص حكم المادة (١٥١) بند (١٢) من قانون التأمين الموحد سالف الإشارة إليه.

١- نطاق التطبيق:

- تسري هذه الإجراءات على الشكاوى التي تقدم من المتعاملين مع المنشآت التي تزاول التأمين وإعادة التأمين المقيدة بسجلات الهيئة العامة للرقابة المالية من شركات تأمينات الأشخاص وتأمينات الممتلكات والمسئوليات (تجاري/تكافلي/الطبي المتخصص/متناهي الصغر) ومجمعات التأمين، وكافة شركات إدارة برامج الرعاية الصحية بأنواعها وصناديق التأمين الحكومية وصناديق التأمين الخاصة وشركات المهن والأنشطة المرتبطة بالتأمين من (الوساطة في التأمين، والوساطة في إعادة التأمين، والخبرة الاكتوارية، والخبرة الاستشارية في التأمين، وخبراء المعاينة وتقدير الأضرار أو خبراء تقييم الأخطار والمقيدين بسجلات الهيئة العامة للرقابة المالية)، وذلك كله دون الإخلال بحق الهيئة في فحص الشكاوى ذات الطبيعة الخاصة التي ترد إليها مباشرة في الحالات المتعلقة بالفساد داخل هذه الشركات او الشكاوى التي ترد من جهات رقابية أو سيادية أخرى بغرض الفحص والإفادة أو الحالات المرتبطة بالمنافسة أو غيرها من الحالات التي تقدرها الهيئة.



٢- نطاق الشكاوى:

- أي تعبير أو بيانات يتم تقديمها من المخاطبين بأحكام هذا القرار الوارد بنطاق التطبيق بأي وسيلة ممكنة سواء شفهيًا أو كتابيًا (لغة الإشارة لذوي الإعاقة) ويتبين منه عدم رضاء مقدم الشكاوى عن الخدمة المقدمة.

٣- تعريفات

- **مقدم الشكاوى:** يشمل جميع العملاء الحاليين والمستقبلين المتعاملين مع شركات التأمين بأنواعها، أو مجتمعات التأمين، أو شركات الرعاية الصحية بأنواعها، أو صناديق التأمين الحكومية، أو صناديق التأمين الخاصة أو شركات المهن والأنشطة المرتبطة بالتأمين بأنواعها.
- **وحدة / إدارة شكاوى حملة وثائق التأمين والمستفيدين منها:** يتم انشائها بشركات التأمين بأنواعها، أو مجتمعات التأمين، أو صناديق التأمين الحكومية، أو صناديق التأمين الخاصة التي يزيد المال الاحتياطي لها عن مبلغ مليار جنيه وفقاً لهذه الإجراءات والتي تختص بدراسة ومعالجة الشكاوى المقدمة على أن يكون عدد العاملين بتلك الإدارة / الوحدة مناسباً لحجم العمليات والاكتمالات للجهات المخاطبة.
- **مسئول الشكاوى:** هو الشخص الذي تقوم شركة إدارة برامج الرعاية الصحية أو شركات المهن والأنشطة المرتبطة بالتأمين أو صناديق التأمين الخاصة التي لا يزيد المال الاحتياطي لها عن مبلغ مليار جنيه بتعيينه ليكون مسؤولاً عن استقبال ودراسة ومعالجة شكاوى المتعاملين.

رئيس التحرير

ساهر أبو الفضل

٤- أحكام عامة:

- ٤-١- تلتزم كافة الجهات المخاطبة بهذا القرار بوضع ضوابط وقواعد واضحة للتعامل مع شكاوى العملاء وحملة الوثائق والمستفيدين منها، مع موافاة الهيئة بنسخة من هذه الضوابط والقواعد والإجراءات قبل العمل بها.
- ٤-٢- يتعين على الجهات المخاطبة بهذا القرار توفير العناية اللازمة لمقدمي الشكاوى من ذوي الاحتياجات الخاصة والأميين من أجل تيسير تقديم شكاوهم بسهولة.
- ٤-٣- تلتزم كافة الجهات المخاطبة بهذا القرار بعدم فرض أي شروط تعيق حق العميل في تقديم الشكاوى أو تؤثر على تعامله مع الجهة أو تشتت التنازل عن الشكاوى.

٤-٤- فيما يخص شركات التأمين بأنواعها، مجتمعات التأمين، صناديق التأمين الحكومية، وصناديق

التأمين الخاصة التي يزيد المال الاحتياطي لها عن مبلغ مليار جنيه تلتزم بالآتي:

- ٤-٤-١- إنشاء إدارة / وحدة مستقلة (تتكون من ثلاثة اشخاص على الأقل) للتعامل مع شكاوى حملة وثائق التأمين والمستفيدين منها أو المتعاملين أعضاء الصناديق الحكومية وصناديق التأمين الخاصة على أن يتم تجهيز وتدعيم تلك الإدارة بما يلي:
 - الموارد البشرية المؤهلة لاستقبال وفحص ومعالجة الشكاوى ودراستها ويفضل من لديهم خبرة في مجال التأمين والعلوم الاكتوارية أو القانون.
 - تجهيز الإدارة بالبنية التكنولوجية، الأجهزة والأنظمة الالكترونية بما يساعد على سرعة استقبال وفحص الشكاوى.
 - إعطاء الصلاحيات اللازمة لتلك الإدارة/الوحدة من أجل الحصول على السجلات، الوثائق والملفات اللازمة وغيرها من البيانات والمستندات الخاصة بالشكاوى خلال مدة إجراء عملية فحص ومعالجة ودراسة الشكاوى.



- تقديم التدريب اللازم للعاملين بالإدارة ورفع كفاءتهم.
- ٤-٤-٢ قيام إدارة الالتزام ولجنة المراجعة أو المدير التنفيذي المتفرغ لصندوق التأمين الخاص بحسب الأحوال بمتابعة كافة السياسات والإجراءات التي تتبعها إدارة الشكاوى وإعداد تقارير بشأنها والعرض بصفة دورية على مجلس إدارة الجهة أو الصندوق.

٤-٥ فيما يخص شركات إدارة برامج الرعاية الصحية بأنواعها، شركات المهن، الأنشطة المرتبطة بالتأمين، وصناديق التأمين الخاصة التي لا يزيد المال الاحتياطي لها عن مبلغ مليار جنيه:

٤-٥-١ تلتزم تلك الجهات بتخصيص موظف واحد على الأقل للتعامل مع شكاوى العملاء على أن يكون لديه خبره في مجال التأمين أو القانون أو لديه خبرة في المجال الطبي أو شركات المهن أو النشاط المرتبط بالتأمين حسب الأحوال، ويتعين على الجهة توفير ما يلزم من أجهزة وأنظمة إلكترونية بما يساعد على سرعة استقبال وفحص الشكاوى بالإضافة إلى منح الصلاحيات اللازمة لمسئول دراسة الشكاوى من أجل الحصول على السجلات، الوثائق والملفات اللازمة وغيرها من البيانات والمستندات الخاصة بالشكاوى خلال مدة إجراء عملية فحص ودراسة الشكاوى.

٤-٥-٢ يلتزم مسئول / إدارة الالتزام ولجنة المراجعة والمدير التنفيذي المتفرغ لصندوق التأمين بحسب الأحوال بتلك الجهات بمتابعة كافة السياسات والإجراءات التي يتبعها مسئول الشكاوى وإعداد تقارير بشأنها والعرض بصفة دورية على مجلس إدارة الجهة.

ساره أبو النضل

٥- إجراءات توعية حملة الوثائق والعملاء بتقديم الشكاوى:

٥-١ تلتزم كافة الجهات المخاطبة بهذا القرار بتوعية العملاء بحقوقهم وفقاً للإجراءات التالية كحد أدنى:

٥-١-١ بالنسبة للشركات، توفير ملخص وافى للوثائق وإجراءات الغاء وتصفية الوثائق للعملاء وتوعية العملاء بالخدمات التي تقدمها والمخاطر المتعلقة بها عند إجراء التعاقد بأي طريقة.

٥-١-٢ بالنسبة لصناديق التأمين الخاصة، يتم توفير البيانات المتعلقة بشرط

العضوية وتعريف الاشتراكات والمزايا التي يقدمها الصندوق، وتعريف أجر الاشتراك الذي تحصل على أساسه الاشتراكات وتصرف بموجبه المزايا.

٥-١-٣ نشر إجراءات تقديم الشكاوى وآلية التعامل معها على الموقع الإلكتروني للمخاطبين بأحكام هذا القرار ووسائل التواصل الاجتماعي (حال وجوده).

٥-١-٤ نشر وتوزيع النشرات الخاصة بإجراءات تقديم الشكاوى بجميع فروع الجهات.

٥-١-٥ إرسال رسائل نصية من خلال الهاتف المحمول وإرسال بريد إلكتروني لعملاء الجهات المخاطبين يتضمن إجراءات تقديم الشكاوى وآلية التعامل معها.

٥-١-٦ صياغة وإضافة رقم الشكاوى على اللوحات الاعلانية للجهة إن وجدت.

٥-١-٧ إضافة بند بنماذج ووثائق شركات التأمين أو لائحة النظام الأساسي لصندوق

التأمين التي يتم تقديمها للهيئة للاعتماد وفي جدول الوثيقة بالنسبة للوثائق

السابق اعتمادها من الهيئة تفيد ان حال وجود شكاوى يجب تقديمها أولاً الى

وحدة إدارة شكاوى حملة وثائق التأمين والمستفيدين منها بالشركة أو



المتعاملين بصناديق التأمين الخاصة ويتم التوضيح بأنه في حال عدم الاقتناع
برد الجهة أو الصندوق على الشكوى المقدمة يمكن للعميل تصعيد الشكوى الى
الهيئة العامة للرقابة المالية.

- ٢-٥ تلتزم شركة التأمين وشركات إدارة برامج الرعاية الصحية وشركات المهن والأنشطة
المرتبطة بالتأمين وصناديق التأمين الحكومية وصناديق التأمين الخاصة بوضع نموذج
لتقديم الشكاوى (باللغة العربية والانجليزية) ويتم توفير ذلك النموذج على الموقع
الالكتروني للجهة مع إخطار الهيئة بها.
- ٣-٥ تلتزم كافة الجهات المخاطبة بهذا القرار بعدم فرض أي رسوم مالية على استقبال الشكاوى
أو دراستها.

٦- آليات التعامل مع الشكاوى:

١-٦ يجب على الجهات المخاطبة بأحكام هذا القرار وضع السياسات والإجراءات اللازمة للتعامل
مع الشكاوى على أن يتم ما يلي:

١-٦-١ اعتماد تلك السياسات من مجلس إدارة الجهة ومراجعتها سنويًا وتحديث
السياسات بشكل دوري بالإجراءات التصحيحية لمعالجة المشاكل المتكررة وفقاً
لنتائج المتابعة الخاصة بجودة التعامل مع الشكاوى والسعي المستمر إلى
تخفيض عدد الشكاوى وتقليل الفترة الزمنية لمعالجتها وموافاة الهيئة بنسخة
من تلك السياسة وإجراءاتها وبأي تعديلات تطرأ عليها فور حدوثها.

١-٦-٢ يجب أن تتضمن تلك السياسات المدد الزمنية لدراسة الشكاوى ومعالجتها وفقاً
لنوع الشكاوى بما لا يجاوز ١٥ يوم عمل.

١-٦-٣ يجب أن تتضمن السياسات طرق وإجراءات قياس جودة التعامل مع
الشكاوى المقدمة للشركة سواء عن طريق الاستبيانات أو فحص عينة
عشوائية من الشكاوى للتأكد من معايير الجودة.

١-٦-٤ يجب أن تتضمن السياسة إجراءات لضمان حماية بيانات ومعلومات العملاء
والأعضاء والحفاظ على سريتها وتوفير البيئة المناسبة لحماية تلك البيانات
والمعلومات.

٢-٦ ضرورة قيام الجهات المخاطبة بأحكام هذا القرار بتوفير وسائل متنوعة لتلقي الشكاوى
على أن تتضمن ما يلي:

- جميع فروع الجهة.
- استقبال الشكاوى من خلال مركز الاتصال بخدمة العملاء الخاص بالجهة عن
طريق تخصيص كود لتقديم الشكاوى.
- الفاكس والبريد الإلكتروني والموقع الإلكتروني للجهة.
- تقديم الشكاوى مباشرة الى وحدة إدارة شكاوى بالجهات.



فيما يخص شركات التأمين بأنواعها، مجموعات التأمين، صناديق التأمين الحكومية وصناديق التأمين الخاصة التي يزيد المال الاحتياطي لها عن مبلغ مليار جنيه:

٣-٦ تلتزم وحدة / إدارة الشكاوى بالاحتفاظ بسجلات لقيد الشكاوى التي ترد إليها من المؤمن لهم أو المستفيدين أو العملاء تثبت فيه ما يلي:

- تاريخ تقديم الشكاوى ورقم مسلسل قيدها، واسم مقدمها ورقم الوثيقة المشكو بشأنها.
- المنتج / الإدارة المعنية بالشكاوى.
- بيان مختصر بموضوع الشكاوى.
- بيان بالمستندات المرفقة مع الشكاوى أو التي تقدم تأييداً لها.
- بيانات الاتصال الخاصة بمقدم الشكاوى.

٤-٦ يتعين على وحدة / إدارة الشكاوى دراسة الشكاوى بعناية واتخاذ ما يلزم لمعالجة تلك الشكاوى.

٥-٦ تلتزم وحدة / إدارة الشكاوى بإعداد تقرير نصف سنوي للعرض على مجلس إدارة الجهة من خلال إدارة الالتزام ولجنة المراجعة بالنسبة لشركات التأمين ومجموعات التأمين أو المدير التنفيذي المتفرغ لصندوق التأمين الخاص / الحكومي بحسب الأحوال على أن يتضمن التقرير ما يلي:

- عدد الشكاوى التي وردت للجهة حسب النوع/المنتج.
- عدد الشكاوى التي تم معالجتها وطبيعتها والمدة الزمنية التي تم من خلالها التعامل مع الشكاوى.
- عدد الشكاوى القائمة، وعدد الشكاوى المرفوضة مع بيان أسباب الرفض.
- قيمة التعويضات أو التسويات المالية التي سددتها الجهة لمقدمي الشكاوى.
- تصنيف الشكاوى وفقاً لمسبباتها ومدى تكرارها.
- توصيات الإدارة / الوحدة للقيام بأي تعديلات أو تحديث في الإجراءات والسياسات من أجل تفادي تقديم مثل تلك الشكاوى مرة أخرى.

فيما يخص شركات إدارة برامج الرعاية الصحية بأنواعها، شركات المهن، الأنشطة المرتبطة بالتأمين، وصناديق التأمين الخاصة التي لا يزيد المال الاحتياطي لها عن مبلغ مليار جنيه:

٦-٦ يلتزم مسئول الشكاوى بتلك الجهات بالاحتفاظ بسجلات لقيد الشكاوى التي ترد إليه من العملاء أو المتعاملين بصناديق التأمين الخاصة يثبت فيه ما يلي:

- تاريخ تقديم الشكاوى ورقم مسلسل قيدها، واسم مقدمها ورقم الوثيقة المشكو بشأنها.
- اسم مقدم الخدمة ورقم تسجيله بالهيئة.
- ملخص مختصر بموضوع الشكاوى.
- بيان بالمستندات المرفقة مع الشكاوى أو التي تقدم تأييداً لها.
- بيانات الاتصال الخاصة بمقدم الشكاوى.

٧-٦ يتعين على مسئول الشكاوى بالجهة دراسة الشكاوى بعناية واتخاذ ما يلزم لمعالجة الشكاوى.



- ٨-٦ يلتزم مسنول الشكاوى بإعداد تقرير (نصف سنوي بالنسبة لشركات الرعاية الصحية – سنوي بالنسبة لصناديق التأمين الخاصة التي لا يزيد مالها الاحتياطي اخر العام عن مليار جنيه وشركات المهن والأنشطة المرتبطة بالتأمين للعرض على مجلس إدارة الجهة من خلال مسنول / إدارة الالتزام ولجنة المراجعة (ان وجدت) أو المدير التنفيذي المتفرغ لصندوق التأمين الخاص (بحسب الأحوال على أن يتضمن التقرير ما يلي:
- عدد الشكاوى التي وردت للجهة حسب النوع/المنتج.
 - عدد الشكاوى التي تم معالجتها وطبيعتها والمدة الزمنية التي تم من خلالها التعامل مع الشكاوى.
 - عدد الشكاوى القائمة، وعدد الشكاوى المرفوضة مع بيان أسباب الرفض.
 - ملخص بالرأي النهائي سواء بقبول الشكاوى أو رفضها.
 - التوصيات اللازمة للقيام بأي تعديلات أو تحديث في الإجراءات والسياسات من أجل تفادي تقديم مثل تلك الشكاوى مرة أخرى.
 - تصنيف الشكاوى وفقاً لمسبباتها ومدى تكرارها.

٧- إجراءات دراسة ومعالجة الشكاوى:

- ١-٧ وحدة إدارة الشكاوى أو مسنول الشكاوى حسب الأحوال مسنولين عن استلام كافة الشكاوى وتوثيقها وتسجيلها ومتابعتها بشكل فعال من تاريخ استلامها حتى الرد على الشاكي.
- ٢-٧ على وحدة إدارة الشكاوى أو مسنول الشكاوى التأكيد على العميل انها قد استلمت الشكاوى فور ورودها للجهة وذلك بالوسيلة التي تم بها تقديم الشكاوى أو بالوسيلة التي يتم الاتفاق عليها مع العميل / العضو.
- ٣-٧ يجب أن يتضمن تأكيد استلام الشكاوى المعلومات التالية:
- الرقم المرجعي للشكاوى.
 - الاسم الكامل للشاكي.
 - معلومات الاتصال الخاصة بالشاكي.
 - موضوع الشكاوى.
 - تاريخ استلام الشكاوى.
 - رقم الهاتف والبريد الإلكتروني الخاص بالوحدة لدى الجهة أو المسنول لمتابعة الشكاوى.
 - الفترة الزمنية المتوقعة لقيام الجهة بالرد على العميل بخصوص الشكاوى.
- ٤-٧ يجب على الوحدة أو مسنول الشكاوى فحص شكاوى العملاء أو المتعاملين بصناديق التأمين الخاصة بكفاءة وبذل ما يلزم من أجل معالجتها والتعامل مع جميع الشكاوى بدون تمييز وبصورة واضحة وفعالة لتحقيق العدالة.
- ٥-٧ اتخاذ ما يلزم من أجل الحصول على أي بيانات أو معلومات ضرورية لفحص الشكاوى.
- ٦-٧ في حال لم تتمكن الوحدة أو مسنول الشكاوى من معالجة الشكاوى فور استلامها فيجب على مسنول فحص الشكاوى أن يشرح للعميل الإجراءات التي ستتخذ لمتابعة شكواه وتزويده بالرقم المرجعي الخاص به وإطلاعه على اخر المستجدات حولها.
- ٧-٧ يتعين على الجهة الرد على الشكاوى (كتابياً أو إلكترونياً) خلال (مدة ١٥ يوم عمل بحد أقصى بالنسبة لشركات التأمين، "مدة ١٠ أيام عمل بحد أقصى بالنسبة لصناديق التأمين



الحكومية أو صناديق التأمين الخاصة أو شركات المهن والأنشطة المرتبطة بالتأمين"،
"مدة خمسة ايام عمل بحد أقصى بالنسبة لشركات إدارة برامج الرعاية الصحية
بأنواعها"، واطار الشاكي بما انتهت اليه دراسة الشكوى بشكل يسمح لمقدمها بالاحتفاظ
بالرد.

ويجب على شركات إدارة الرعاية الصحية التدخل الفوري في حال الشكاوى او
الاستفسارات في الحالات الطبية الحرجة او الطارئة لتقديم الخدمة الطبية المناسبة وذلك
في حدود أحكام التعاقد.

٨-٧ يجب أن يتضمن رد الجهة على الأقل ما يلي:

- قبول الشكوى وعرض الحلول والإجراءات التصحيحية المناسبة على مقدم الشكوى
أو رفضها مع ذكر المبررات.
- اخطار مقدم الشكوى بكافة حقوقه في حال عدم قبوله رد الجهة وما يلزم اتباعه من
إجراءات في هذه الحالة.

٩-٧ فيما يخص شركات التأمين بأنواعها:

٩-٧-١ في حالة عدم قبول مقدم الشكوى رد الشركة يتعين عليه اخطار الشركة بذلك (كتابياً أو
الالكترونياً) خلال ١٥ يوم عمل بحد أقصى (بخلاف الاجازات الرسمية) من تاريخ استلامه للرد
موضحاً أسباب عدم القبول ويعد عدم اعتراض مقدم الشكوى لفترة ١٥ يوم عمل (بخلاف
الاجازات الرسمية) من تاريخ تلقيه الرد بمثابة قبولاً ضمناً للرد الوارد إليه.

٩-٧-٢ في حالة قيام مقدم الشكوى باخطار الشركة بعدم قبول الرد، يتعين على الشركة اخطار مقدم
الشكوى (كتابياً أو الكترونياً) باستلامها وإعادة فحص الشكوى مرة أخرى على ألا يكون قد
شارك أي من أعضاء إعادة الفحص في فحصها السابق.

٩-٧-٣ يتعين على الشركة ارسال الرد النهائي (كتابياً أو الكترونياً) إلى مقدم الشكوى خلال ١٥ يوم
عمل كحد أقصى (بخلاف الاجازات الرسمية) من تاريخ استلام الاخطار على أن يتم ذلك بشكل
يمكن مقدم الشكوى من الاحتفاظ بالرد وفي جميع الأحوال يجب أن يتضمن الرد النهائي ما يلي
كحد أدنى:

"المعلومة مهمة .. وتحليلها أهم"

➤ ابداء المبررات والأسباب الكافية والواضحة للرد.

➤ تقديم الأدلة الداعمة إذا أمكن ذلك.

➤ الاشارة إلى اللوائح والتشريعات المنظمة ذات الصلة بالشكوى محل الفحص.

٩-٧-٤ في حالة عدم قبول الشاكي برد الشركة النهائي وعدم حل موضوع الشكوى بالشكل الكافي،
يمكنه التقدم بشكوى إلى الهيئة في الحالات التالية:

- عدم رد الشركة على الشكوى خلال المدة المحددة ضمن هذه التعليمات.
- رد الشركة لم يكن مقنعا للعميل ولم يتضمن المبررات المناسبة والواضحة.



١٠-٧ وفيما يخص شركات إدارة برامج الرعاية الصحية بأنواعها وشركات المهن والأنشطة المرتبطة بالتأمين وصناديق التأمين الحكومية وصناديق التأمين الخاصة:

في حالة عدم قبول الشاكي برد الجهة النهائي وعدم حل موضوع الشكوى بالشكل الكافي، يمكنه التقدم بشكوى إلى الهيئة في الحالات التالية:

- عدم رد الجهة على الشكوى خلال المدة المحددة ضمن هذه التعليمات.
- رد الجهة لم يكن مقنعا للعميل ولم يتضمن المبررات المناسبة والواضحة.

٨- شروط تقديم الشكاوى إلى الهيئة العامة للرقابة المالية:

- ألا يكون موضوع الشكوى منظورا أمام القضاء أو التحكيم أو أن يكون قد صدر فيه حكما قضائيا.
- ألا تتعلق الشكوى بقضايا وظيفية/عمالية.
- عدم تقدم الشاكي بشكوى سابقة تتضمن ذات الوقائع.
- عدم توقيع العميل لمخالصة تتعلق بالشكوى مع الجهة.
- أن تكون الشكوى ضمن اختصاص الهيئة.
- أن تكون الشكوى متضمنة كافة البيانات المطلوبة وعلى النموذج الخاص بذلك على ان تتضمن الرقم المرجعي للشكوى لدى الجهة إن وجد وموضوع الشكوى واسم الشاكي وصورة الوثيقة وعنوان الشاكي ووسيلة الاتصال به وكافة المستندات المؤيدة للشكوى بما في ذلك رد الجهة على الشكوى إن وجد.
- وتقوم الهيئة بفحص الشكوى والرد على الشكوى خلال ١٥ يوم عمل من تقديمها مستوفاة كافة المستندات.

٩- التقارير الخارجية:

- تلتزم الجهات المخاطبة بهذا القرار بموافاة الهيئة بتقارير عن الشكاوى (نصف سنوية بالنسبة لشركات التأمين بأنواعها - سنوية بالنسبة لشركات المهن والأنشطة المرتبطة بالتأمين وصناديق التأمين الحكومية وصناديق التأمين الخاصة) وفقاً لما يلي:
- فروع التأمين (بالنسبة لشركات التأمين)، مقدم الخدمة الطبية مقسماً وفقاً لنوع الخدمة الطبية (بالنسبة لشركات الرعاية الصحية)، فروع التأمين واسم مقدم الخدمة أو المهنة ورقم تسجيله بالهيئة (بالنسبة لشركات المهن والأنشطة المرتبطة بالتأمين).
- تصنيف الشكاوى وفقاً لمسبباتها ومدى تكرارها.
- نتائج الشكاوى من (أحقية أو عدم أحقية) لمقدم الشكوى.
- موقف الشكاوى الجاري دراستها.



١٠- لجنة حماية المتعاملين وتسوية المنازعات:

- تشكل لجنة بقرار من رئيس الهيئة برئاسة نائب رئيس الهيئة المختص بشئون التأمين، وعضوية أعضاء من ذوي الخبرة من داخل أو خارج الهيئة يختارهم رئيس الهيئة، وتختص تلك اللجنة بتسوية المنازعات التأمينية التي تحال إليها من الإدارة المختصة بالهيئة والتي تنشأ بين أي من حملة الوثائق والمستفيدين منها أو الغير وأي من منشآت التأمين المنصوص عليها في البنود من ١ الى ٥ من أولاً من المادة رقم (٣) من قانون التأمين الموحد الصادر بالقانون رقم ١٥٥ لسنة ٢٠٢٤ المشار إليه والمسجلة بالهيئة.
- كما تختص تلك اللجنة بتسوية المنازعات التي تنشأ بين أي من المقيدين بإحدى المهن التأمينية من جانب ومنشآت التأمين المشار إليها من جانب آخر.
- وتصدر تلك اللجنة قرارها خلال ثلاثين يوماً من تاريخ استيفاء البيانات والمستندات المطلوبة.
- يكون قرار تلك اللجنة ملزماً ويتعين تنفيذه فور إخطار ذوي الشأن به دون الإخلال بالحق في التظلم من هذا القرار أمام اللجنة المنصوص عليها في المادة (٢١٤) من قانون التأمين الموحد.
- ويصدر رئيس الهيئة قرار بتنظيم عمل اللجنة والإجراءات المتبعة أمامها.

رئيس التحرير

ماهر أبو الفضل

"المعلومة مهمة .. وتحليلها أهم"



رئيس التحرير

ضوابط حماية المتعاملين مع الأشخاص الطبيعية والاعتبارية التي تمارس نشاط التأمين والمهن والخدمات المرتبطة به

"المعلومة مهمة .. وتحليلها أهم"



أولاً-ضوابط حماية المتعاملين مع شركات التأمين:

المبدأ الأول: الإفصاح والشفافية:

تلتزم شركات التأمين لدى تعاملها مع عملائها بالإفصاح والشفافية، وعلى وجه أخص ما يلي:

1. عرض المعلومات الخاصة بالمنتجات والخدمات التي تقدمها-سواء التأمينية منها أو الاستثمارية لعمليات تأمينات الأشخاص وتكوين الأموال بلغة سهلة وواضحة، متضمنة كافة المفاهيم والشروط والأحكام الأساسية، مع عدم استخدام مصطلحات فنية غير واضحة أو غير ضرورية، وإذا تم استخدام مصطلحات تقنية فيجب تفسيرها بطريقة واضحة.
2. أن يكون حجم الخط وتباعد المسافات بين الأحرف والكلمات واضحاً ومقروءاً بسهولة للشخص العادي.
3. أن يكون التواصل الشفوي -خلال مرحلتي ما قبل التعاقد والتعاقد في شرح الخصائص والمميزات الرئيسية لوثائق التأمين للمؤمن عليهم -بشكل واضح ومفهوم، وإزالة أي غموض حتى يتمكن المؤمن عليهم من اتخاذ قراراتهم التأمينية.
4. تسليم العملاء نموذج البيانات الأساسية، يتضمن المعلومات الرئيسية عن نوع المنتجات والخدمات التأمينية المقدمة، وأهم المخاطر التي تغطيها هذه المنتجات والخدمات التأمينية، والشروط العامة والاستثناءات للتغطية التأمينية، وفترة السماح، وأية ضمانات مالية إن وجدت، والشروط الفاسخة لوثائق التأمين، وما يترتب عليها من آثار مالية، وكيفية الاستفادة من صندوق ضمان حملة الوثائق و/أو المستفيدين منها، ويجب أن يتضمن النموذج تنويهاً هاماً وصريحاً بأن أي عوائد أو أرباح سابقة على تلك المنتجات والخدمات التأمينية غير مضمون تحقيقها في المستقبل، كما يصدر النموذج في حدود صفحتين على الأكثر لكل منتج أو خدمة تأمينية، ويجب أن يوقع العملاء عليه بعد قراءة كافة بنوده، ويتيح نموذج البيانات الأساسية أن تكون البيانات المقدمة للعملاء سهلة المقارنة مع عروض شركات التأمين المختلفة في السوق لاختيار أفضل منتج وخدمة تأمينية مناسبة لاحتياجاتهم التأمينية.
5. توفير كتيبات أو ملخصات صغيرة شارحة لكل منتج وخدمة تأمينية تقدمها شركات التأمين، على أن تكون مكتوبة بأسلوب واضح وسهل الفهم، بما يتناسب مع كافة المستويات الثقافية والتعليمية للمؤمن لهم، ومراعاة ألا يشوب ما يتم الدعاية عنه غموض أو تضليل.
6. أن تدرج كافة المنافع الرئيسية والشروط الفاسخة للعقود، في نماذج تقديم طلبات الحصول على المنتجات والخدمات التأمينية، التي يقوم المؤمن لهم باستيفائها والتوقيع على كل صفحاتها، على أن تكون شاملة ومصاغة بوضوح، ومفهومة وغير مضللة، وبخط مقروء وبارز، ويجب أن يحصل المؤمن لهم على نسخ من الطلبات بعد توقيعهم عليها.
7. فيما عدا ما يتعلق بتعديل الأخطاء الإملائية، وما تقره الأنظمة المعمول بها -يجب الالتزام بما تضمنته وثائق التأمين وملحقاتها وعدم تعديلها إلا بموافقة خطية من المؤمن لهم، ووفقاً لنموذج يعد بغرض التعديلات على وثائق التأمين، على أن تصدر شركات التأمين ملحقاً للوثائق بعد موافقة المؤمن لهم على التعديلات.



٨. بالرغم من اختلاف طبيعة كل منتج تأميني عن الآخر، إلا أنه يجب إيضاح البيانات الأساسية في كل منتج تأميني كالتالي:

- اسم المؤمن، والشكل القانوني أو المجموعة التي ينتمي إليها إن وجد.
- نوع وثيقة التأمين، شاملة التغطية التأمينية والشروط والاستثناءات.
- طريقة سداد الأقساط، ومواعيد الاستحقاق، ودورية سدادها، وتبعات التأخير في دفع الأقساط.
- عندما يتعلق الأمر بسياسة دمج وثيقة التأمين مع منتجات مالية وخدمات أخرى، يجب الإفصاح عن كل منتج وخدمة مالية وقيمة أقساطهم على حدة.
- الإفصاح للعملاء عند شرائهم وثائق تأمين عما إذا كانت الوثيقة إجبارية أو تكميلية.
- الإفصاح للعملاء عن أي خصم أو إضافة في قيمة التكاليف الفعلية والمصاريف الإدارية على مبلغ الأقساط المحدد، وأي مصاريف أخرى سوف يقوم العملاء بدفعها بشكل مباشر.
- الإفصاح وإبلاغ العملاء عن تاريخ بدء التغطية التأمينية ونهايته.
- النص صراحة في وثائق التأمين والإفصاح للعملاء على أنه توجد فترة سماح مدتها عشرة أيام عمل، إذا لم يتم تقديم خدمات تأمينية لهم. وتبدأ فترة السماح من تاريخ تعاقد المؤمن لهم مع شركات التأمين، والتي يسمح خلالها للمؤمن لهم بفسخ التعاقد واسترداد مستحقاتهم بدون توقيع أية شروط جزائية عليهم. ويجوز للشركات خصم أي مصاريف إدارية تكبدتها لإصدار العقود، بشرط أن تكون المصاريف الإدارية محددة القيمة ومبررة ومعلنة مسبقاً للعملاء قبل التوقيع على العقود.
- شرح وإيضاح جميع المخاطر التي تتضمنها وثائق التأمين، وكذا المخاطر غير القابلة للتأمين للمؤمن عليهم، مع إيضاح كافة المعلومات الجوهرية ذات الشأن؛ لإبراز أي مخاطر جسيمة أو استثنائية أو أي قيود على وثائق التأمين.
- إيضاح حقوق ومسئوليات وواجبات كل طرف من أطراف العلاقة التأمينية، وتوضيح تفاصيل الأقساط وأية ضرائب أو رسوم أو دمغات، وكذا أنواع المخاطر، وشرح آلية إنهاء العلاقة التأمينية أو إلغاء وثائق التأمين، وما يترتب على ذلك من آثار -أيًا كان نوعها- من حقوق ومسئوليات والتزامات واقعة على العملاء وعلى الشركات في ذات الوقت، وإيضاح سبل التعويض. وكذا شرح الجزاءات المطبقة في حالات فسخ التعاقد من جانب العملاء.

٩. أن تكون شروط وثائق التأمين واستثناءاتها ومزاياها الرئيسية واضحة ومختصرة وسهلة الفهم ودقيقة وغير مضللة، بحيث تناسب كافة أنماط المؤمن لهم من حيث مستوياتهم الثقافية والتعليمية، وتمكنهم من قراءتها دون عناء.

١٠. الإجابة على كافة استفسارات المؤمن لهم، من جانب موظفي شركات التأمين ومدوبيها ومسؤولي مبيعاتها، والمتعلقة بوثائق التأمين التي تقدم لهم، وتظل الشركات هي المسؤولة عن أية معلومات تم تقديمها للمؤمن لهم من خلال أي من ممثليها، على أن تكون هذه المعلومات مكتوبة.

١١. تحديث كافة المعلومات المتعلقة بالخدمات والمنتجات التأمينية بشكل دوري، وتوفير كافة المعلومات اللازمة والمحدثة للمؤمن لهم عبر مواقع الشركات الإلكترونية، ومن خلال قنوات الاتصال المتاحة والتي يجب أن تناسب كافة العملاء.

١٢. أن تتسم المعلومات المقدمة من شركات التأمين بالحياد والشفافية والدقة والأمانة، في ضوء التشريعات المنظمة للتأمين أو قرارات الهيئة في هذا الشأن.



١٣. إخطار العملاء بأي تعديلات تطرأ على وثائق التأمين أو أي تعديلات أخرى تخص بيانات عمل الشركات ومراكزها الرئيسية وفروعها أو في حالة تغيير أي من مسؤوليها و/أو ممثليها الذين ينبغي على المؤمن عليهم التعامل معهم مباشرة، ويجب أن تتسم الاخطارات بالوضوح والشفافية والصراحة وأن تكون في توقيتها المناسب.

١٤. إخطار عملائها بأية أحداث تكون جوهرية أو تتسم بالقوة القاهرة وتؤثر على مراكزهم المالية والتأمينية، ومنها على سبيل المثال لا الحصر: انخفاض معدلات العائد على الاستثمار، أو تغير سعر الصرف للعملة الأجنبية، أو زيادة قيمة الشيء موضوع التأمين.

١٥. تعريف عملائها بوسطاء التأمين المخول لهم التعامل معهم، وعلى الوسطاء أن يقدموا للعملاء ما يثبت علاقتهم بالشركات، وكذا كاريبيات القيد بالهيئة العامة للرقابة المالية.

١٦. إخطار المؤمن لهم وحملة الوثائق مسبقاً برغبة الشركات بتعديل بعض الأحكام والشروط الموضحة بالوثائق، مع تقديم شرح وافي لأسباب تغيير السياسة الخاصة بحملة الوثائق، ولما ستؤول إليه حقوق حملة الوثائق والمستفيدين منها بعد التغيير. ولا يجوز إجراء أية تعديلات على الوثائق بدون موافقة مكتوبة من المؤمن عليهم أو حملة الوثائق، وبالتأكيد بعد اعتماد الهيئة العامة للرقابة المالية تلك التعديلات.

١٧. نشر ملخص وافي للتقارير والقوائم المالية السنوية وأية أحداث جوهرية في صحيفتين يوميتين واسعتي الانتشار، تكون إحداها على الأقل باللغة العربية، وفقاً للنماذج التي تعدها الهيئة في هذا الشأن، وكذلك على الموقع الإلكتروني الذي تخصصه الهيئة لهذا الشأن.

١٨. أن يكون لديها مواقع إلكترونية تنشر عليها كافة المعلومات والبيانات الأساسية لها، والتوعية التأمينية للعملاء، وتعريفهم بالشركات وكيفية الاتصال بها، وتقديم الشكاوى والاستفسارات وتلقي الردود عليها، وكذا القوائم المالية والميزانيات الختامية. بالإضافة إلى الإجراءات والشروط والأحكام الخاصة بوثائقهم وأية تغيرات تطرأ عليها، ولا يجوز استخدام هذه المواقع لغير الغرض المصرح به من الهيئة. ويتعين الحصول على موافقة مسبقة من الهيئة قبل إطلاقهم المواقع الإلكترونية على شبكة الإنترنت، كما يجب عليها الالتزام بعدم إنشاء أكثر من موقع للشركة الواحدة، وأن يتم كتابة محتويات الموقع وفقاً لقرارات الهيئة في هذا الشأن.

١٩. يجب على شركات التأمين أن تفصح كتابة -وبخط واضح وفي مكان بارز ومرئي في كافة العقود والمكاتبات والإعلانات والمطبوعات مع العملاء - عن خضوعها لرقابة الهيئة العامة للرقابة المالية مع توضيح رقم الترخيص والسجل التجاري، وأيضاً الإدارة المختصة لديها للتعامل مع شكاوى وتظلمات العملاء وكيفية التواصل المباشر معها عن طريق رقم هاتف مخصص للشكاوى. ويجب إحاطة العملاء كتابة عن حقهم في اللجوء إلى الإدارة المختصة بالهيئة إذا لم يقبلوا التسوية المعروضة عليهم من قبل إدارة الشكاوى الخاصة بشركات التأمين.



٢٠. شروط الدعاية والإعلان:

تلتزم شركات التأمين، في مجال الدعاية والإعلان، بما يلي:

- التواصل مع عملائها باستخدام أي وسيلة من وسائل الاتصال التي يختارها العملاء مثل: البريد الإلكتروني، البريد المسجل، الرسائل النصية، تطبيقات الهاتف الجوال، الخط الساخن، وللشركات استخدام قنواتها الرئيسية، الفروع، والمواقع الإلكترونية وكذلك استخدام قنوات الإعلام العامة المرئية والمسموعة والمقروءة لتسويق منتجاتها باستخدام الأساليب الإعلانية والدعائية والتسويقية التي تراها مناسبة للشرائح المستهدفة، وبما يتماشى مع الأنظمة واللوائح والتعليمات والقواعد الصادرة من الهيئة.
- أن يتسم المحتوى التسويقي والإعلاني للمنتجات أو الخدمات التأمينية بالشفافية والصدق والأمانة والدقة، وألا يشوبه أي تضليل.
- توخي الحذر عند إرسال إشعارات أو إعلانات للعملاء عن طريق البريد الإلكتروني أو أي وسائل اتصال أخرى؛ للتحقق من عدم احتواء الإشعارات المرسله على معلومات شخصية تخص العملاء.
- اتباع الأساليب المهنية، وأن تراعي في كل إعلان يصدر الصدق في شكله ومضمونه، بحيث تراعي دقة البيانات وعرضها بأسلوب صحيح وواضح. ويجب أن تكون كافة العبارات والأرقام المستخدمة واضحة ودقيقة وسهلة الفهم وبخط مقروء.
- أن تتناسب المواد التسويقية مع الفئة العمرية والثقافية والمادية لكل عميل.
- أن توضح المادة التسويقية -أثناء الدعاية- الجهة الإدارية والرقابية التابع لها شركات التأمين، وكافة التفاصيل الأخرى مثل: رقم الترخيص، والسجل التجاري.

٢١. يحظر على شركات التأمين ما يلي:

- تقديم أي عروض أو نشر بيانات أو ادعاءات كاذبة، أو استخدام عبارات من شأنها أن تخدع أو تضلل العملاء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.
- عرض إعلان يتضمن علامة تجارية لا تخص الشركات وبدون وجه حق في استعمالها.
- عرض إعلانات تسويقية غير صحيحة أو مضللة للجمهور، سواء كان ذلك متعلقاً بالأسعار، أو أوضاع الشركات المالية، أو تصنيفها من جهة غير معترف بها، أو غير ذات اختصاص، بما يضلل العملاء.
- استخدام صيغ المبالغة في كتابة مزايا تأمينية أو مالية أو أية ميزة تتعدى شروط الوثائق، أو إصدار بيانات مضللة بخصوص إبرام رهون أو قروض بضمان الوثائق.
- حذف أية معلومات مهمة، أو استخدام أية ألفاظ أو عبارات أو بيانات توضيحية أو أسماء أو عناوين أو أوصاف على الوثائق من شأنها تضليل حملة الوثائق والعملاء المرتقبين أو خداعهم، فيما يتعلق بطبيعة أو مدد المزايا المدفوعة أو نطاق التغطية التأمينية أو الأقساط المقررة أو أي تبعات ضريبية على ذلك.



٢٢. خدمة العملاء ما قبل البيع:

يجب على شركات التأمين أن تلتزم بالآتي:

- تقديم المعلومات الكافية لعملائها، عندما تقوم بمهمة التواصل مع العملاء؛ بهدف تقديم العروض والمنتجات التأمينية، والتي تحتوي على الحد الأدنى التالي:
 - o معلومات عن نشاط الشركات وما إذا كان الوسيط (شركات أو أشخاص طبيعيين أو مندوبين)، يعملون لمصلحتهم مباشرة أو لمصلحة شركات تأمين أخرى أو يعملون بشكل مستقل.
 - o إبلاغ العملاء بأية علاقة مالية بين الوسيط وشركات التأمين بخلاف اتفاقيات العمولة المتعارف عليها، على سبيل المثال، إذا كانت هناك أية ملكية أو مصلحة مشتركة لدى الطرفين.
 - o معلومات عن طبيعة ونطاق المنتجات والخدمات التأمينية التي يمكن أن تقدمها الشركات.
 - o أن تسعى للحصول على قدر معقول من المعلومات عن العملاء لتقدير احتياجاتهم من المنتجات والخدمات التأمينية، وتقديم العروض الملائمة لاحتياجات كل عميل.
 - o تقديم المشورة والتوصية للعملاء في اختيار الخدمات والمنتجات التأمينية الملائمة والملبية لاحتياجاتهم وقدراتهم المالية بشكل كاف.
 - o عند تقديم مشورة تتعلق باستبدال وثائق التأمين، يجب توضيح مقدار الزيادة في المصروفات الأولية وتبريره، وإيضاح الآثار المالية المترتبة على العملاء عند استبدال الوثائق.

ماهر أبو الفضل

٢٣. خدمة العملاء ما قبل البيع:

تلتزم شركات التأمين عند إصدار وثائق التأمين، بالآتي:

- مراعاة كتابة كافة البيانات بأسلوب سهل وبسيط وواضح، والبعد عن استخدام المصطلحات الغامضة أو المجحفة أو التي تثير الشكوك.
- مراعاة أن تتضمن الوثائق كافة الأحكام المنظمة للعلاقة بين الأطراف الشركات المؤمنة والمؤمن لهم أو المستفيدين بالإضافة إلى مراعاة الوصف الدقيق لكافة التفاصيل الخاصة بالتغطية التأمينية، وقيمة مبلغ التأمين بشكل واضح وصريح، وفي حالة وجود شرط بنسبة التحمل يجب إيضاحه وتحديد قيمته.
- مراعاة إيضاح كافة الإجراءات التي يتعين على المؤمن لهم أو المستفيدين اتباعها عند وقوع الخطر المؤمن ضده، وكيفية حصول المؤمن لهم على مستحقاتهم من الشركات المؤمنة.
- مراعاة طبيعة العلاقة بين المؤمن لهم والمستفيدين، والتحقق بدقة من توافر المصلحة التأمينية للمستفيدين عند إبرام العمليات التأمينية الكبيرة، وكذا العمليات التأمينية التي ليس لها هدف اقتصادي وقانوني واضح.
- النص صراحة في وثيقة التأمين على شروط إلغاء أو تخفيض أو تصفية وثيقة التأمين إذا كانت من النوع الذي له قيمة تصفية.
- يجب أن تتضمن الوثائق شروط جواز اللجوء للتحكيم لفض أي نزاع ينشأ بين الأطراف، بالإضافة إلى كتابة الشروط الخاصة بسقوط حق المؤمن لهم في مبلغ التأمين وحالاته بخط واضح وبارز مقروء وسهل الفهم.



- قبل إبرام وثائق التأمين، على الشركات أن تبادر بالإفصاح لعملائها عن كل ما يتعلق بالتغطيات التأمينية المطلوبة من جانبهم أو المقترحة من جانبها، وأن تزودهم بالأحكام والشروط الأساسية للمنتج والخدمة التأمينية التي سيتم شراؤها، ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:
 - اسم الشركة.
 - المزايا والتغطيات التأمينية والاستثناءات والاستقطاعات.
 - مدة التغطية التأمينية.
 - نسب التحمل لكل بند من بنود التغطية التأمينية إن وجدت.
 - الأسعار والرسوم والدمغات والضرائب والأتعاب وأية مصاريف أخرى.
 - طريقة سداد الأقساط ودورية سدادها.
 - إجراءات تسوية المطالبات والتعامل مع الشكاوى.
 - الت التزامات وواجبات كل طرف بموجب الوثائق.
 - أي بند يحق للشركات تعديله بعد سريان العقد.
 - أي شروط تتضمنها الوثائق من شأنها أن تؤدي إلى تقييد أو تخفيض أو إلغاء القيمة الاسمية المستحقة للوثائق، أو قد يترتب عليها ضرر يمس بمصلحة العملاء.
 - عناوين الشركات ووسائل الاتصال بها.
 - تقديم معلومات وإفصاح لعملائها عن وثائق التأمين التي تتضمن المشاركة في الأرباح سواء كانت تأمينات حياة أو تأمينات تكافلية أو مرتبطة بوحدة استثمارية، من حيث كيفية المشاركة في الأرباح، ومبالغ التغطيات التأمينية، والعوائد المالية، والمخاطر المحتملة، وأية معلومات تخص تلك الوثائق، وبما يحقق الفهم الكامل للعملاء عن المنتجات التأمينية المقدمة.
 - يحق لكافة العملاء الحصول على المنتجات التأمينية المطلوبة، كما يجب أن يكون لدى شركات التأمين أسباب مقنعة لرفض أو إلغاء أو عدم قبول تجديد التأمين، وفي حالات رفض التأمين لا يعد قرار الشركات الأخرى لوحده سبباً مقنعاً لذلك.
 - تقديم كافة مستندات وثائق التأمين للعملاء فوراً وبعد إبرام تلك الوثائق.
- "المعلومة مهمة .. وتحليلها أهم"**
٢٤. خدمة العملاء بعد البيع يجب على شركات التأمين:
- أن تقوم -بعد بيع المنتجات التأمينية- بتقديم الخدمات للعملاء في أوقات وطرق مناسبة، بما في ذلك الرد على استفساراتهم وطلباتهم الإدارية، والأمور الأخرى المتعلقة بتعديل شروط وثائق التأمين.
 - ذكر أية تعديلات تتم على وثائق التأمين كتابة، بالإضافة إلى أية مبالغ إضافية مستحقة على المؤمن لهم نتيجة هذه التعديلات.
 - سرعة إرسال إشعارات للعملاء بأي تغييرات في الإفصاح أو الشروط المعدة للعملاء عند إبرام وثائق التأمين، أو تغييرات في بيانات الاتصال بالشركات أو إجراءات تقديم المطالبات، وذلك كله في توقيتاتها المناسبة، وبالطريقة التي تناسب كافة العملاء.
 - إرسال إشعارات للعملاء بتواريخ تجديد أو انتهاء وثائقهم التأمينية قبلها بفترة كافية.
 - أن تضمن الحفاظ على أموال العملاء نيابة عنهم وفق الضوابط المعمول بها، وذلك عند تقسيط مبلغ التأمين على العملاء.



٢٥. حسن إدارة وحماية حسابات العملاء يجب على شركات التأمين:

- استيفاء البيانات والمستندات التفصيلية الموضحة عن عملائها أو من ينوب عنهم، مع مراعاة التحديث المستمر لهذه البيانات، والاحتفاظ بسجلات بيانات تحديد هوية العملاء خاصة المقيمين خارج البلاد، وفقا لمتطلبات قانون التأمين الموحد الصادر بالقانون رقم ١٥٥ لسنة ٢٠٢٤.
- أن يحصل المؤمن لهم على كشوف حساب دورية موضح بها قيم ما لديهم من وثائق وأصول أو استثمارات. كما يجوز للمؤمن لهم الاعتراض خلال فترة محددة بكشوف الحساب خلال ١٥ يومًا من تاريخ استلامهم، ويجوز للمؤمن لهم خلالها الاعتراض عما ورد من بيانات بكشف حسابهم، من خلال طرق محددة سلفاً عند التعاقد.
- أن تقوم بإخطار العملاء بمواعيد تجديد وثائق التأمين الخاصة بهم، وأن يتم ذلك قبل حلول موعد انتهاء الوثائق القديمة بفترة كافية لا تقل عن ٣٠ يومًا، وفي حالة عدم رغبة الشركات في تجديد الوثائق، فيجب أن يتم إخطار العملاء مسبقًا وبفترة معقولة عن أسباب عدم التجديد.
- إخطار العملاء في نهاية كل سنة تأمينية بموقف وثائقهم من حيث معدل الأرباح المضافة على حساباتهم الاستثمارية أو على مبالغ تأمينهم، أو حصتهم من فائض صندوق التأمين كما في التأمين التكافلي.

رئيس التحرير

ماهر أبو الفضل

"المعلومة مهمة .. وتحليلها أهم"



٢٦. إلغاء أو تصفية وثائق التأمين تلتزم شركات التأمين بالآتي:

- عدم إلغاء أو تصفية التأمين ساري المفعول، ما لم يكن ذلك بطلب من العملاء أنفسهم، أو ما لم تنص وثائق التأمين على شروط الإلغاء أو التصفية.
- ما لم تنص وثائق التأمين على شروط الإلغاء أو التصفية – تلتزم برد جزء نسبي من قيمة الأقساط أو الاشتراكات المدفوعة عن المدة غير المنقضية من التأمين الملغي، كما ينبغي عليها تزويد العملاء بمبررات الإلغاء كتابيًا، بالإضافة إلى وصف طريقة استرداد أقساط أو اشتراكات التأمين (التأمين التكافلي) المستحقة للمؤمن لهم عند إلغاء أو تصفية وثائق التأمين.
- ما لم تنص وثائق التأمين على شروط الإلغاء أو التصفية، يحق للمؤمن لهم إلغاء أو تصفية التأمين، واسترداد جزء نسبي من الأقساط أو الاشتراكات (التأمين التكافلي) المدفوعة عن المدة غير المنقضية من التأمين الملغي.
- يجوز لشركات التأمين إلغاء وثائق التأمين في حالة عدم سداد المؤمن لهم، أو تخلفهم عن سداد الأقساط أو الاشتراكات (التأمين التكافلي) الخاصة بوثائقهم وتجاوزهم المدة المحددة لذلك ضمن شروط الوثائق.
- يجب أن تكون هناك أسباب مقنعة ومبررة لإلغاء التأمين، وعلى شركات التأمين أن تقوم بإجراء معاینات دورية لمحل التأمين؛ بحيث تتناسب التغطيات التأمينية مع قيمته الحقيقية، وعليها متابعة تنفيذ المؤمن لهم للتوصيات وتدابير الوقاية التي ترد في تقارير المعاينة، وفي حالة امتناعهم عن ذلك تقوم الشركات بإلغاء وثائق التأمين.

رئيس التحرير

ماهر أبو النضل

٢٧. تحديد الأسعار والعمولات يجب على شركات التأمين:

- الالتزام عند التسعير بمراعاة الأسس الفنية السليمة والمعتمدة من الهيئة العامة للرقابة المالية عند تسعير الوثائق.
- أن تقوم بإخطار الهيئة بالأسعار المقترحة مرفقاً بها بيان مفصل بالأسس الاكتوارية التي استندت إليها في تحديد هذه الأسعار، وذلك خلال فترة لا تقل عن ثلاثين يوماً قبل بدء تطبيقها لمراجعتها وفقاً للمعايير الفنية والاكتوارية.
- أن تقدم للهيئة طرق التسعير التي سبق للعملاء الموافقة عليها كجزء من طلبات الموافقة على المنتجات والخدمات التأمينية.

٢٨. مطالبات العملاء لشركات التأمين ما يجب على شركات التأمين:

- في حالة وقوع الخطر، يلتزم المؤمن لهم أو المستفيدون من وثائق التأمين بإخطار شركات التأمين بذلك، وطلب التعويض خلال عشرة أيام عمل من تاريخ وقوع الخطر أو علمهم به، ما لم ينص في الوثائق على ميعاد آخر.
- تسوية المطالبات بشكل سريع، ويجوز لهم رفض المطالبات أو قبولها بحد أقصى شهر من تاريخ استلام المطالبات مكتملة المستندات الكافية المتعلقة بها، مع بيان أسباب الرفض كتابيًا.
- تقديم إرشادات وتوجيهات للعملاء عند تقديم المطالبات، وتزويدهم بمعلومات كافية عن الإجراءات المتبعة لإتمام عملية تسوية المطالبات. وتلتزم الشركات بتقديم نموذج لأصحاب المطالبات أو من يمثلهم، على أن يشمل جميع البنود والبيانات اللازمة ومكان إدارة المطالبات بها وأرقام وثائق التأمين وأرقام المطالبات.



- تعيين خبراء معاينة أو مقدري أضرار متى تطلب الأمر، ويجب إخطار العملاء أو المستفيدين بهذا الإجراء، حيث يجب البدء في فحص أي مطالبة خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ استلام المطالبة. في حالة الاستعانة بخبراء لتقدير حجم الضرر، فإن عليهم تقديم تقارير نهائية خلال ثلاثين يوماً من تاريخ المطالبة، ما لم ينص على خلاف ذلك.
- إرسال إشعارات كتابية للعملاء أو المستفيدين بقبول أو رفض المطالبات، وفي حالة الرفض الكلي أو الجزئي، يتعين على الشركات أن تبدي أسباب رفض المطالبات بوضوح وشفافية، وأن تسلم العملاء أو المستفيدين كافة المستندات المتعلقة بالمطالبات.
- عند قبول المطالبات، يتم توضيح الآلية التي تم من خلالها التوصل إلى مبلغ التسوية، وتقديم المبررات اللازمة حال تخفيض أو عدم قبول جزء من المطالبات.
- دفع مبالغ المطالبات حال صحتها بدون تأخير غير مبرر وفقاً لأحكام القانون.
- الاحتفاظ بملف خاص بكل المطالبات يضم كافة المراسلات والعمليات والتقارير، سواء الطبية أو تقارير المعاينة وتقدير الأضرار أو أية تقارير أخرى والملاحظات، وأي مستندات أخرى ذات صلة لتيسير عمليات الرقابة والفحص.
- وضع إجراءات محددة لاستقبال مطالبات عملاء التأمين متناهي الصغر ودارستها وإنهائها خلال عشرة أيام عمل من تاريخ استيفاء المستندات المطلوبة.
- يجب على الشركة الاحتفاظ بملفات خاصة بمطالبات العملاء وتقسيمها إلى تعويضات مسددة، وتعويضات تحت التسوية، وتعويضات مرفوضة، ويجب ألا تتجاوز مدة تسوية المطالبات المغطاة المدة المنصوص عليها في الوثائق

رئيس التحرير

ساهر أبو النضل

المبدأ الثاني: السلوك والكفاءة المهنية:

تلتزم شركات التأمين في مجال السلوك والكفاءة المهنية بما يلي:

- أن يتمتع العاملون بشركات التأمين بحسن السير والسلوك، وعدم التورط أو الاتهام في أي جرائم مخلة بالشرف والأمانة، أو سوء التصرف أو التعثر المالي، وأيضاً خلو ملفاتهم من أي جزاءات بسبب عدم تنفيذ مسنولياتهم الوظيفية بدقة والالتزام.
- أن يتمتع العاملون بشركات التأمين بالكفاءات المهنية، والحصول على التدريبات اللازمة، وأن تكون لديهم الخبرات اللازمة التي تؤهلهم لمباشرة اختصاصاتهم الوظيفية على أكمل وجه.
- أن يتمتع وسطاء التأمين ومسئولو المبيعات بأعلى درجات الكفاءة والمهنية والشفافية ليتمكنوا من أداء دورهم على أكمل وجه لجذب العملاء، وإقناعهم بأهمية المنتج التأميني ومساعدتهم في اختيار ما يناسب احتياجاتهم التأمينية.
- التنافس في تقديم أفضل المنتجات والخدمات والأسعار بما يلبي احتياجات العملاء التأمينية، دون إخلال بما تقتضيه الأنظمة واللوائح والتعليمات المتعلقة بأسس وطريقة تسعير المنتجات التأمينية.
- ممارسة وأداء أعمالهم بأسلوب مهني مسنول لتحقيق أفضل مصلحة للعملاء في كافة مراحل تعاملهم مع الشركات باعتبارها مسؤولة عن حماية العملاء فيما يقدم إليهم من خدمات ومنتجات مالية، ويأتي على قمة هذه السلوكيات النزاهة والمصادقية والتحقق من توافق المنتجات والخدمات المقدمة للعملاء مع قدراتهم المالية واحتياجاتهم التأمينية.
- التأكد من توافر المؤهلات العلمية والكفاءات والمهارات اللازمة، بالإضافة إلى التدريب الملازم والمستمر للعاملين، خاصة الذين يتعاملون مع العملاء ويقدمون لهم المنتجات والخدمات



- التأمينية. ويجب التأكد من فهم وإلمام واستيعاب العاملين بالشركات للمنتجات والخدمات التأمينية المقدمة للعملاء.
- تقييم مستوى الكفاءة المهنية لوسطاء التأمين من خلال تقارير تقييم دورية تعد من الإدارة المسؤولة داخل شركات التأمين، وتتضمن معرفة آراء العملاء وتقييمهم لمستوى الخدمات المقدمة من جانب وسطاء التأمين، وعمّا إذا كان تم اطلاعهم على كافة التفاصيل والمعلومات الواجب توافرها لدى المؤمن لهم.
- التأكد من عدم ممارسة وسطاء التأمين لعملهم قبل الحصول على ترخيص مزاولة مهنة الوساطة، واستيفائهم كافة المتطلبات والشروط المهنية المطلوبة، بالإضافة إلى الاهتمام بتنمية قدراتهم المهنية عن طريق التدريب المستمر، وكذلك تقييمهم عن طريق اختبارات الكفاءة المهنية المتعارف عليها، ومن خلال توافر نظم الرقابة الداخلية الفعالة.
- إلزام العاملين لديها بقواعد السلوك المهني في أداء دورهم والعمل بطريقة مهنية وبأسلوب مسنول، وأن تكون هناك قواعد مكتوبة وصادرة من مجلس إدارة الشركات.
- حظر استقطاب العاملين بشركات التأمين لعملائهم حال الانتقال بين الشركات العاملة بالسوق، بما قد يضر بمصالح العملاء وقدراتهم على السداد، وكذا يؤثر على سلامة المراكز المالية للشركات.
- القيام بواجباتها والتزاماتها وتقديم خدماتها بأعلى جودة وفي توقيتات مناسبة لمصلحة العملاء والمستفيدين على طول امتداد العلاقة فيما بينهم، حيث تعتبر الشركات هي المسؤولة عن حماية مصالح عملائها التأمينية.
- أن يتوافر في الموظفين ومسئولي بيع الخدمات والمنتجات التأمينية المؤهلات والكفاءات اللازمة التي تتناسب مع درجة صعوبة وتعقيد المنتجات والخدمات المقدمة للعملاء.
- أن يلتزم وسطاء التأمين ببذل جهود فعالة لتقديم خدمات تأمينية تناسب احتياجات العملاء التأمينية وقدرتهم المالية.
- تدريب الوسطاء والعاملين المعنيين بجهات التوزيع الإلكتروني على آليات التعامل مع وثائق التأمين المصدرة إلكترونياً وما يرتبط بذلك من خدمات للمؤمن عليهم وتزويدهم بالإرشادات اللازمة، وذلك بما يحقق فهم متطلباتهم ويعزز الشفافية والوضوح ويزيد من وعي المتعاملين.
- التأكد من أن العاملين من ذوي العلاقة بالعملاء والمستفيدين على إلمام كامل بأفضل الممارسات المهنية في مجال تقديم الخدمات لعملاء شركات التأمين، سواء التي تصدر من خلال الهيئة للمهن المرتبطة أو من خلال الاطلاع على التجارب الدولية في هذا الشأن.
- أن يكون لديها سياسات محددة بشأن تعارض المصالح، وتحديد الإجراءات اللازمة لضمان التعامل العادل مع كافة العملاء.
- التأكد من أن السياسات التي تساعد في كشف العمليات المحتملة لتضارب المصالح مفعلة ومطبقة.
- عند احتمالية حدوث تعارض للمصالح بين شركات التأمين وأي أطراف أخرى، وكان لهذا التضارب أي آثار محتملة على العملاء -فينبغي على الشركات الإفصاح للعملاء عن هذا التضارب، وفقاً لما تفتضيه الأنظمة واللوائح والتعليمات ذات العلاقة.
- حظر الاشتراك في الممارسة الخاصة بأسعار ووثائق التأمين، إذا كانت هذه الممارسة متصلة بمناقصة عامة أو محدودة لا تزال قائمة.



- أن تكون هناك سياسات وإجراءات واضحة موضوعة من قبل الإدارة العليا لشركات التأمين؛ لتجنب تعارض المصالح التي قد تنشأ بسبب نظم المرتبات والمكافآت المخصصة للموظفين والوسطاء، والتي ترتبط بزيادة عدد ومبالغ التأمين للعملاء الحاليين والمرتقبين.

المبدأ الثالث: العدالة وعدم التمييز بين العملاء:

تلتزم شركات التأمين في مجال العدالة وعدم التمييز بين العملاء، بما يلي:

١. أن تضع مبادئ خاصة مكتوبة ومعلنة تتضمن سياسة واستراتيجية الإدارة العليا للشركات لتحقيق المعاملة العادلة للعملاء.

٢. استخدام سياسات للمرتبات والعمولات والحوافز للعاملين لديها، لا تحت على قبول أخطار إضافية أو غير متوافقة مع احتياجات العملاء، ولا تحقق العدالة التأمينية لهم، ويسري ذلك أيضاً على شركات الوساطة التأمينية.

٣. حظر استخدام نظام تحميل العمولات مقدماً على العملاء، التي يحصل عليها الوسطاء من العملاء وقت شراء وثائق التأمين؛ لأن العمولة المغالى فيها تؤدي إلى انخفاض في قيمة التأمين الفعلية.

٤. حظر استبدال الوسطاء لوثائق التأمين بدون موافقة العملاء وبدون حدوث أي تغيير فعلي في التغطية التأمينية.

٥. أن تراعي مصالح العملاء، وأن تعمل دائماً على تقديم أفضل الخدمات لتحقيق أعلى درجات الأمان، وتحقيق أهداف العملاء المالية والتأمينية، بما يتناسب مع قدرتهم المادية.

٦. من حق المؤمن لهم إنهاء تعاقدهم مع شركات التأمين بعد تسديد كافة المستحقات المطلوبة منهم، وأن يتعاقدوا مع شركات أخرى. ويجب على الشركات أن تساعد العملاء في تحقيق رغباتهم في سهولة التحويل لشركات أخرى.

٧. التعامل بعدل وأمانة، والحرص على مصالح المؤمن لهم والمستفيدين، في جميع مراحل العلاقة بينهم، وتحقيق المساواة بين من تتشابه مراكزهم التأمينية، كما يجب على الشركات الالتزام بجميع الأنظمة واللوائح والقوانين والتعليمات الصادرة.

٨. بذل العناية والاهتمام الخاص بالمؤمن لهم والمستفيدين بشكل عام، لا سيما محدودي التعليم وكبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة من الجنسين.

٩. عدم التمييز أو التفضيل في التعامل بين عملائها الحاليين أو المستقبلين بسبب العرق أو الجنس أو الدين أو اللغة، إلا إذا كان ذلك مبنياً على أسس اكتوارية أو فنية، فعلى سبيل المثال معروف أن معدلات الوفاة للإناث أقل منها في الرجال، أو تختلف طبقاً للمناطق الجغرافية وحسب الحالة الصحية للعملاء.

١٠. عدم القيام بأي ممارسات من شأنها إقران أو تقييد أي معاملات مالية بأخرى، ويجب ترك حرية الاختيار دائماً للعملاء، بدون ممارسة أي ضغوط عليهم.

١١. في حالة تعذر تقديم المنتجات أو الخدمات التأمينية للعملاء، يحق للعملاء معرفة أسباب الرفض، كما يحق لهم استعادة المستندات الأصلية التي قدموها لشركات التأمين.

١٢. إخطار الهيئة والمؤمن لهم بعمليات التأمين التي رفضتها أو امتنعت عن القيام بها أو تجديدها، برغم طلبات العملاء، وأسباب الرفض أو الامتناع، وبالعمليات التي قامت بإنهائها بسبب عدم وفاء العملاء بالتزاماتهم، وذلك خلال مدة لا تتجاوز ثلاثين يوماً من رفض التأمين أو التجديد أو

القرية الذكية، مبنى ١٣٦، الجيزة، مصر

الرقم البريدي : ١١٠

تليفون: ٢٠٢ ٣٥٣٤٥٣٥٠ فاكس: ٢٠٢ ٣٥٣٧٠٠٣٦

WWW.FRA.GOV.EG



اتخاذ إجراءات إنهاء الوثائق، على أن يتم ذلك من خلال الموقع الإلكتروني

. <https://insurance.fra.gov.eg/admin/login>

المبدأ الرابع: حماية خصوصية وسرية حسابات وبيانات العملاء:

تلتزم شركات التأمين في مجال خصوصية وسرية حسابات وبيانات العملاء بما يلي:

١. حماية بيانات وحسابات المؤمن لهم المالية والتأمينية والشخصية، وعدم استخدامها إلا لأغراض مهنية محددة ومرتبطة بالعمليات التأمينية، وعدم الكشف عنها إلا بموافقة المؤمن عليهم، باستثناء الأحوال التي تقضي بالزامها بالكشف عن تلك البيانات دون الحاجة إلى موافقة المؤمن عليهم على ذلك وفقاً للقوانين الحاكمة في هذا الشأن، كما في حالة الدعاوى المرفوعة أمام القضاء، أو في حالات العرض على لجان فض المنازعات على سبيل المثال.

٢. ألا تفصح عن أية معلومات تخص أي من عملائها لأي طرف ثالث دون تصريح مسبق من الهيئة، باستثناء مراقبي حسابات الشركات والخبراء الإكتواريين وشركات إعادة التأمين المشتركة.

٣. اتخاذ الإجراءات المناسبة وتفعيل الأنظمة الرقابية واستخدام التكنولوجيا الحديثة؛ لحماية قواعد بيانات العملاء والمستفيدين واكتشاف ومعالجة التجاوزات التي حدثت أو المتوقع حدوثها.

٤. اتخاذ كافة التدابير والإجراءات الأمنية اللازمة لحماية المعلومات المتبادلة إلكترونياً مع العملاء، وتوفير أحدث التقنيات والبرامج لضمان حماية وسلامة عمليات الدفع الإلكتروني.

٥. الالتزام بالضوابط التكنولوجية وقواعد تأمين المعلومات المرتبطة بإصدار وتوزيع شركات التأمين لبعض وثائق التأمين النمطية الإلكترونية من خلال شبكة نظم المعلومات.

٦. إدارة كافة المخاطر التي قد يتعرض لها العملاء نتيجة تقديم المنتجات والخدمات التأمينية بوسائل إلكترونية.

٧. تحمل أية أضرار أو خسائر قد تلحق بالعملاء بسبب وقوع خلل في الأنظمة لدى شركات التأمين أو عمليات الاحتيال أو الاختراق التي قد تحدث لأي سبب كان، بخلاف ما وقع نتيجة لتقصير من جانب العملاء.

٨. أن تتخذ كافة الإجراءات اللازمة لحماية وثائق التأمين المصدرة إلكترونياً، ضد التزوير والتلاعب عن طريق طباعة علامات مائية-شعارات بارزة... الخ مع الالتزام بضوابط إصدار وثائق التأمين الإجباري.

المبدأ الخامس: سبل الضمانات والتعويضات:

بالنسبة لقطاع التأمين هناك إجراءات محددة لحماية العملاء وحملة الوثائق، من خلال الآليات التالية:

- صندوق ضمان حملة الوثائق و/ أو المستفيدين منها لدى شركات التأمين:

وافق مجلس إدارة الهيئة على إنشاء صندوق ضمان حملة الوثائق و/أو المستفيدين منها لدى شركات التأمين المسجلة بالهيئة العامة للرقابة المالية وفقاً لأحكام المادة رقم (١٩٨) من قانون التأمين الموحد رقم ١٥٥ لسنة ٢٠٢٤، ويهدف الصندوق وفقاً لأحكام نظامه الأساسي إلى تعويض حملة الوثائق و/أو المستفيدين منها من عملاء الشركات الأعضاء بالصندوق في الحالات الناشئة عن عدم قدرة هذه الشركات على الوفاء بالتزاماتها تجاه حملة الوثائق والمستفيدين منها، وذلك في حالة إلغاء الترخيص أو شطب التسجيل أو الحكم بإفلاس أو التصفية، وبعد ثبوت أن أصول وموارد الشركات غير كافية للوفاء بكامل التزاماتها قبل



حملة الوثائق والمستفيدين منها، على أن تكون التغطية بحد أقصى النسبة المحددة بالنظام الأساسي للصندوق والمعتمد من الهيئة من قيمة التعويض للوثيقة الواحدة، وذلك بعد خصم أية التزامات على العميل من قبل العضو، ويجوز للصندوق تعويض عملاء أعضاء الصندوق من خلال تحويل وثائقهم بذات الشروط والأوضاع لشركة أخرى مرخص لها بمزاولة نشاط التأمين في مصر، شريطة موافقة الشركة المحال إليها على ذلك، وبصفة خاصة الوثائق طويلة الأجل.

- تحديد القواعد والأسس الفنية التي تحكم حساب المخصصات الفنية لحملة وثائق التأمين، وذلك على الوجه المحدد بقانون التأمين الموحد الصادر بالقانون رقم ١٥٥ لسنة ٢٠٢٤:

○ تتضمن كافة أنواع المخصصات والاحتياطيات الفنية سواء لشركات تأمينات الأشخاص أو شركات تأمينات الممتلكات والمسئوليات والمطلوبة لوفاء تلك الشركات بالتزاماتها تجاه حملة الوثائق و/أو المستفيدين منها، والتي تضمنت أيضًا مخصصًا لمواجهة أي تقلبات عكسية في نتائج أنشطة شركات التأمين على أن يكون تقدير المخصصات الفنية من خلال الخبير الاكتواري للشركة مع قيام الشركة بتقديم شهادة من الخبير الاكتواري للشركة تفيد بكفاية المخصصات الفنية.

التزامات هامة تخص عملاء شركات التأمين:

١- الإفصاح عن كافة المعلومات بصدق:

- يلتزم العملاء بتقديم كافة المعلومات وبشكل دقيق مع اتباع مبدأ منتهى حسن النية عند استيفاء أي نماذج تطلبها الشركات، والامتناع عن تقديم أي معلومات مضللة أو خاطئة أو غير مكتملة أو عدم الإفصاح عن المعلومات الهامة أو الجوهرية.
- يجب أن يكون العملاء على دراية بأن تقديم أية معلومات غير صحيحة في طلبات التأمين قد يؤدي إلى بطلان التأمين.

٢- قراءة كافة المعلومات التي قدمتها الشركات بدقة:

- يتم تسليم العملاء معلومات وافية بشأن التزاماتهم، مقابل حصولهم على المنتجات والخدمات التأمينية. ويجب على العملاء الاطلاع على تلك الالتزامات والتأكد من فهمهم لها بشكل واضح وقدرتهم على الالتزام بها.

٣- طرح الأسئلة:

- في حالة عدم وضوح أي بند أو شرط في وثائق التأمين أو أي من المستندات المقدمة من قبل الشركات، فإنه يحق للعملاء الاستفسار عنها، وطرح الأسئلة على موظفي الشركات، كما يجب على موظفي الشركات الإجابة على تلك الأسئلة بأسلوب مهني واضح يساعد العملاء على اتخاذ القرارات المناسبة.

٤- التأكد من البيانات الواردة بوثائق التأمين:

- التأكد من أن النسخ المصدرة لوثائق التأمين تشمل كافة محتويات الوثائق، ومن ذلك - على سبيل المثال لا الحصر- البيانات الشخصية، وتاريخ سريان التغطية التأمينية، وشروط التأمين، وبصفة خاصة شروط التصفية والإلغاء، وحدود واستثناءات التغطيات وملاحق الوثائق.



٥- معرفة كيفية تقديم الشكاوى:

- سوف توفر الشركات المعلومات والبيانات اللازمة بشأن آلية تقديم الشكاوى، مثل أرقام و عناوين الاتصال لتقديم الشكاوى ومتابعاتها، والإطار الزمني لموافاة العملاء بالنتائج. ويجب على العملاء استخدام تلك الخدمات عند الحاجة ومعرفة كيفية رفع الشكاوى إلى الهيئة عند الضرورة.

٦- استخدام الخدمة أو المنتج التأميني بموجب الأحكام والشروط:

- يجب على العملاء عدم استخدام المنتجات والخدمات التأمينية إلا وفقاً للأحكام والشروط الموضحة في وثائق التأمين، وذلك بعد التأكد من فهمها بشكل كامل.

٧- عدم التعرض للمخاطر:

- تحتوي بعض الخدمات والمنتجات التأمينية على مستويات متفاوتة من المخاطر، وينبغي على الشركات شرحها بوضوح للعملاء. ويجب على العملاء تجنب طلب منتجات وخدمات تأمينية عند الشعور أن المخاطر لا تتلاءم مع وضعهم المالي.

٨- تقديم طلبات للحصول على المنتجات أو الخدمات التي تتناسب مع احتياجات العملاء:

- عند تقديم العملاء طلب الحصول على أي من المنتجات والخدمات التأمينية، ينبغي عليهم التأكد من ملاءمتها لاحتياجاتهم التأمينية، بالإضافة إلى قدرتهم على الوفاء بالالتزامات المترتبة على حصولهم على تلك المنتجات والخدمات التأمينية.

٩- إبلاغ الشركات بشأن الإجراءات غير النظامية:

- عند اكتشاف العملاء أي إجراءات غير نظامية تمس المنتجات والخدمات المقدمة لهم، يجب عليهم إبلاغ الشركات بذلك على الفور، وفي حالة عدم تجاوب الشركات فإنه يحق لهم التقدم بشكاوهم إلى الهيئة.

١٠- استشارة الشركات عند مواجهة أي صعوبات:

- يجب على العملاء استشارة الشركات التي يتعاملون معها عند مواجهة صعوبات مالية ينتج عنها عدم قدرتهم على تحمل الالتزامات الخاصة بالمنتجات والخدمات التأمينية، حتى يستطيعوا مناقشة الخيارات المتاحة بما يتناسب مع وضعهم المالي.

١١- تحديث المعلومات:

- ينبغي على العملاء تحديث بياناتهم الشخصية بما فيها بيانات الاتصال، ويكون التحديث بشكل مستمر وعندما تطالبهم الشركات بذلك. وينبغي أن يدرك العملاء بأن عدم تحديث بياناتهم الشخصية، لا سيما الجوهرية منها، قد يؤدي إلى وقوع مسؤولية عليهم أو ضياع حقوقهم.



١٢- عنوان البريد:

- يجب أن يستخدم العملاء عنوان البريد العادي أو الإلكتروني وأرقام الاتصال الخاصة بهم عند طلبها من الشركات التي يتعاملون معها، كما يجب ألا يستخدم العملاء عناوين أخرى لا تخصهم كالأصدقاء أو الأقارب، مما قد يؤدي إلى إفشاء معلوماتهم الشخصية.

١٣- التوكيلات:

- يجب على العملاء الحذر من إصدار توكيلات عامة لأي أشخاص لإنجاز تعاملاتهم التأمينية، والاكتفاء -كلما كان ذلك ممكناً- بالتوكيلات الخاصة والمحدد بها نوع التصرف الموكل للشخص الصادر له التوكيل، وعدم التوسع في منح سلطات أكثر مما تتطلبه العملية التأمينية، وأن يكون مكتوباً بصورة محددة ليس فيها أي لبس، بالإضافة إلى الحرص من إعطاء أية معلومات عن وثائق التأمين لأشخاص غير مخول لهم الاطلاع على تلك المعلومات.

١٤- عدم التوقيع على نماذج الاستثمارات غير المكتملة:

- يجب على العملاء التأكد من اكتمال كافة الموضوعات والأرقام المطلوبة في النماذج المقدمة لهم للتوقيع عليها، وعدم القيام بالتوقيع على أي نماذج فارغة على بياض أو غير مكتملة البيانات.

رئيس التحرير

ماهر أبو الفضل

١٥- مراجعة جميع المعلومات والبيانات:

- ينبغي على العملاء مراجعة جميع المعلومات والبيانات التي قاموا بتدوينها في نماذج طلب المنتجات والخدمات التأمينية؛ لضمان صحة المعلومات المقدمة، والتأكد من عدم وجود أي أخطاء في البيانات المدونة، مع الإدراك بأن توقيعهم على النماذج يعني موافقتهم عليها.

١٦- الإفصاح عن معلوماتهم الشخصية:

- ينبغي على العملاء تحت أي ظرف من الظروف -عدم الإفصاح عن أي معلومات شخصية أو تأمينية لأي طرف آخر غير الشركات التي يتعاملون معها أو الجهات الرسمية.

- يتعين على العملاء الإفصاح للشركات عن أي معلومات ذات صلة بالمنتجات والخدمات التأمينية المطلوبة، والمعلومات الضرورية لتحديد احتياجاتهم التأمينية وتقييم المخاطر التي قد يتعرضون لها.

١٧- أحقية العملاء في الحصول على نسخ من العقود والمستندات الموقعة:

- ينبغي على العملاء التأكد من حصولهم على نسخ من العقود والمستندات بعد التوقيع عليها والمصدق عليها والمعتمدة من الشركات والاحتفاظ بها في مكان آمن.
- وفيما يتعلق بوثائق التأمين الإلكتروني التي تصدرها الشركات أو فروعها عن طريق البريد الإلكتروني، يكون للمؤمن لهم الحق في أن يطلبوا من الشركات تزويدهم بنسخ ورقية من وثائق التأمين المصدرة إلكترونياً وأي مستندات أخرى لها علاقة بتلك



الوثائق، موقعة ومختومة من الشركات، أو أن يطلبوا من الشركات إرسالها لهم عن طريق البريد المسجل خلال مدة لا تتجاوز سبعة أيام عمل من تاريخ طلب المؤمن لهم.





ثانياً: ضوابط حماية المتعاملين مع شركات التأمين الطبي المتخصص:

- شركات التأمين الطبي المتخصص تسري عليها ضوابط حماية المتعاملين مع شركات التأمين وفقاً لأحكام المادة (١٩١) من قانون التأمين الموحد الصادر بالقانون رقم (١٥٥) لسنة ٢٠٢٤ والتي تنص "فيما لم يرد به نص خاص تخضع شركات التأمين الطبي المتخصصة طويل وقصير الأجل الواردة في هذا الباب لذات الأحكام المقررة بالنسبة لشركات التأمين المرخص لها بالعمل في الفروع الواردة بالمادة (٢) من هذا القانون، وبما لا يخل بطبيعة الأنشطة التي تزاولها تلك الشركات".

ثالثاً- ضوابط حماية المتعاملين مع شركات إدارة برامج الرعاية الصحية:

المبدأ الأول: الإفصاح والشفافية:

تلتزم شركات إدارة الرعاية الصحية لدى تعاملها مع عملائها بالإفصاح والشفافية، وعلى وجه أخص ما يلي:

- بيانات شركات إدارة الرعاية الصحية مثل: العنوان، المركز الرئيسي أو أي فروع وأسماء المسؤولين عن الإجابة على أي استفسارات خاصة بالشبكة الطبية والموقع الإلكتروني أو البريد الإلكتروني ولا يجوز استخدام هذه المواقع لغير الغرض المصرح به من الهيئة. ويتعين الحصول على موافقة مسبقة من الهيئة قبل إطلاقهم المواقع الإلكترونية على شبكة الإنترنت، كما يجب عليها الالتزام بعدم إنشاء أكثر من موقع للشركة الواحدة، وأن يتم كتابة محتويات الموقع وفقاً لقرارات الهيئة في هذا الشأن.

- الإفصاح كتابة عن خضوعها لرقابة الهيئة العامة للرقابة المالية، مع توضيح رقم الترخيص والسجل التجاري، وأيضاً الإدارة المختصة لديها للتعامل مع شكاوى وتظلمات العملاء وكيفية التواصل المباشر معها عن طريق رقم هاتف مخصص للشكاوى. ويجب إحاطة العملاء كتابة عن حقهم في اللجوء إلى الإدارة المختصة بالهيئة إذا لم يقبلوا التسوية المعروضة عليهم من قبل إدارة الشكاوى الخاصة بشركات التأمين أو لجنة فض المنازعات بالهيئة إذا لم يقبلوا التسوية المعروضة عليهم.

تلتزم شركات إدارة الرعاية الصحية في مجال خصوصية وسرية حسابات وبيانات العملاء بما يلي:

- حماية بيانات وحسابات العملاء المالية والتأمينية والشخصية، وعدم استخدامها إلا لأغراض مهنية محددة ومرتبطة بالعمليات التأمينية، وعدم الكشف عنها إلا بموافقة المؤمن عليهم، باستثناء الأحوال التي تقضي بالزامها بالكشف عن تلك البيانات دون الحاجة إلى موافقة المؤمن عليهم على ذلك وفقاً للقوانين الحاكمة في هذا الشأن، كما في حالة الدعاوى المرفوعة أمام القضاء، أو في حالات العرض على لجان فض المنازعات على سبيل المثال.

- ألا تفصح عن أية معلومات تخص أي من عملائها لأي طرف ثالث دون تصريح مسبق من الهيئة.
- اتخاذ الإجراءات المناسبة وتفعيل الأنظمة الرقابية واستخدام التكنولوجيا الحديثة؛ لحماية قواعد بيانات العملاء والمستفيدين واكتشاف ومعالجة التجاوزات التي حدثت أو المتوقع حدوثها.
- اتخاذ كافة التدابير والإجراءات الأمنية اللازمة لحماية المعلومات المتبادلة إلكترونياً مع العملاء، وتوفير أحدث التقنيات والبرامج لضمان حماية وسلامة عمليات الدفع الإلكتروني.



- على شركة إدارة برامج الرعاية الصحية الالتزام بقواعد ممارسة المهنة وآدابها المتمثلة بما يلي:
- 1- الالتزام بأحكام العقود المبرمة بينها وبين شركة التأمين وبينها وبين مقدمي خدمات العلاج الطبي.
 - 2- إلزام موظفي الشركة بالتعريف بها وبشركة التأمين وبمقدمي خدمات العلاج الطبي لدى تعاملها مع الغير وبيان طبيعة الخدمات المسموح لها بتقديمها.
 - 3- سرعة الاستجابة على كافة الاستفسارات وتقديم المعلومات والموافقات الطبية لعملائها خلال المدد الزمنية المحددة بعقد الاتفاق بينهما.
 - 4- الانتظام في تسديد المطالبات إلى مقدمي الخدمات الطبية خلال المدة المحددة في العقد.
 - 5- الامتناع عن القيام بأي تصرف من شأنه أن يؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على قرار المؤمن له بالتعامل مع شركة تأمين دون أخرى أو وقف التعامل مع إحداها.
 - 6- إبلاغ شركة التأمين والعملاء في حال التعاقد أو وقف التعاقد مع أي من مقدمي خدمات العلاج الطبي، أو في حال إجراء أي تعديل على الاتفاقية المبرمة مع أي منهم قبل إجراء التعديل.
 - 7- التعامل مع جميع البيانات والمعلومات التي تحصل عليها بموجب عملها بمنتهى السرية وأن تتخذ الإجراءات المناسبة للمحافظة على سرية المعلومات والوثائق والمستندات التي تحوزها، ويحظر عليها الإفصاح للغير عن أي منها إلا بناء على إذن صريح من الهيئة، أو موافقة صريحة من صاحب الشأن ممن تتعلق به البيانات والمعلومات والوثائق والمستندات السرية، أو تنفيذاً لحكم القانون، أو لأمر قضائي صادر من المحكمة المختصة.
 - 8- الامتناع عن اللجوء للدعاية والإعلان عن الأعمال والخدمات التي تقدمها نيابة عن شركة التأمين دون الحصول على موافقة خطية مسبقة منها وعلى أن تكون المعلومات الواردة فيها صحيحة ودقيقة وواضحة وبصورة تعكس طبيعة الأعمال التي تقوم بها.
 - 9- تحري الدقة والموضوعية والحياد عند تسوية المطالبات ومعاملة شركات التأمين ومقدمي خدمات العلاج الطبي المتعاقد معها دون تحيز.
 - 10- المحافظة على مستوى الخدمات المقدمة للعملاء خلال فترة سريان العقد وفقاً لأحكام الاتفاقية المبرمة بينها.

"المعلومة مهمة .. وتحليلها أهم"



رابعاً-ضوابط حماية المتعاملين مع صناديق التأمين الخاصة:

المبدأ الأول: الإفصاح والشفافية:

تلتزم صناديق التأمين الخاصة بالإفصاح والشفافية مع أعضائها، وبصفة خاصة فيما يلي:

1. عرض كافة المعلومات الرئيسية عن أنظمة صناديق التأمين الخاصة بلغة سهلة وواضحة متضمنة أهميتها ودورها في تأمين المخاطر التأمينية للأعضاء وكذا أحكام نظمها الأساسية، مع عدم استخدام مصطلحات فنية غير واضحة أو غير ضرورية، واستخدام أمثلة توضيحية تتناسب مع مختلف مستويات الأعضاء الفكرية والثقافية.
2. أن يكون حجم الخط وتباعد المسافات بين الأحرف والكلمات واضحة ومقروءة بسهولة للشخص العادي.
3. إيضاح وشرح التفاصيل والمبادئ والمؤشرات الرئيسية لمزايا صناديق التأمين الخاصة للأعضاء كتابياً بشكل وافٍ وواضح وصريح ودون أي غموض.
4. تسليم الأعضاء نموذج البيانات الأساسية، ويتضمن أهم المعلومات الرئيسية كما يلي:
 1. كافة المصاريف والتكاليف الإدارية أو الاشتراكات الدورية أو رسوم تأسيسية أو رسوم عضوية سوف يسدها الأعضاء.
 2. أي اشتراكات أو أي صورة من صور التمويل النقدية من جانب جهة أو صاحب العمل، وتوضيح الآثار المترتبة على مزايا واشتراكات أعضاء الصناديق في حالة عدم وفاء جهة أو صاحب العمل بحصته التمويلية.
 3. العوائد أو الأرباح السابقة لاستثمارات الصناديق، مع ضرورة التنويه على أن العوائد المحققة ليس بالضرورة يمكن تحقيقها مستقبلاً.
 4. كيفية تحقيق التوازن المالي والاكتمالي للصناديق ومدى ارتباطه باستمرار جميع الأعضاء في الصناديق واستقرارهم، وكذلك علاقته بقيمة واستمرارية مساهمة جهة العمل.
 5. نوعية الضمانات المتوفرة من خلال الاشتراك في الصناديق للحفاظ على حقوق الأعضاء ومزاياهم، وعلى سبيل المثال: (شرح لأحكام القانون ١٥٥ لسنة ٢٠٢٤، وكذا وجود هيئة الرقابة المالية التي تراقب كافة حسابات وأنشطة الصناديق، وشرح لأنظمة الرقابة الداخلية والإحكام على أنشطة الصناديق).
 6. "السياسات المتبعة، وتبعيات الخروج المبكر من الصناديق، والأسباب التي تؤدي إلى إمكانية تخفيض الميزة التأمينية وأيضاً شروط وآليات العضوية واستثناءاتها، وما يترتب على ذلك من آثار أياً كان نوعها.
 7. مدى إمكانية الاستمرار في عضوية الصناديق في حالة تركهم للخدمة لدى جهة أو صاحب العمل لأي سبب غير حالات الاستحقاق، أو تحويل الاحتياطي الحسابي أو رصيد الاشتراكات المترام للعضو لصندوق آخر في حالة النقل لجهة أو صاحب عمل آخر وفقاً لأحكام لائحة الصندوق.
 8. شروط وكيفية حساب قيم المزايا عند التصفية.
5. توقيع الأعضاء على طلب الانضمام لعضوية الصناديق مكون من أصلين (أصل مع الصندوق وأصل مع العضو) بعد قراءة كافة بنوده.

على أن يتضمن الطلب ما يلي:

 1. البيانات الشخصية والوظيفية والمالية (مفردات المرتب، ونسب خصم الاشتراكات، وطريقة تزايدها ودورية خصمها).



٢. بيانات الصناديق الأساسية مثل: العنوان، المركز الرئيسي أو أي فروع أو مكاتب للصناديق، وأسماء المسؤولين عن الإجابة على أي استفسارات خاصة بالعضوية والموقع الإلكتروني أو البريد الإلكتروني وأي وسيلة أخرى للحصول على أي بيانات للصناديق.
٣. الإفصاح كتابة عن خضوعها لرقابة الهيئة العامة للرقابة المالية، مع توضيح رقم التسجيل بسجلات الهيئة، وأيضاً الإدارة المختصة لديهم للتعامل مع شكاوى وتظلمات الأعضاء وكيفية التواصل المباشر معها عن طريق رقم هاتفي مخصص للشكاوى. ويجب إحاطة الأعضاء كتابة عن حقهم في اللجوء إلى الإدارة المختصة بالشكاوى بالهيئة إذا لم يقبلوا التسوية المعروضة عليهم.
٤. النص على طريقة التواصل التي يرغب بها العضو، على أن تتضمن ثلاثة طرق للتواصل على الأقل.
٥. الإفصاح للأعضاء عن أي تغييرات تطرأ على إدارة الصناديق ومجلس الإدارة والقائمين عليها.
٦. إخطار الأعضاء كتابياً، أو الإعلان بصورة تصل بسهولة لكافة الأعضاء – في حالة إسناد أي من مهام إدارة الصناديق لجهة خارجية – بأي تعاقدات / إسناد الأعمال لإدارة خارجية، وأهم شروطها والتكاليف والأعباء المرتبطة بها، وذلك من خلال ملخص كافٍ.
٧. الإفصاح للأعضاء عن أي خطط أو مقترحات للدمج مع صناديق أخرى بوقت كافٍ، على أن يتضمن كافة البيانات اللازمة التي توضح مزايا وعيوب الدمج؛ لتسهيل اتخاذ الأعضاء للقرارات السليمة في هذا الشأن.
٨. تقديم المعلومات للأعضاء التي توضح كافة مزاياهم التأمينية مثل:
 ١. الإفصاح للأعضاء عما إذا كانت هناك اختيارات أخرى في المزايا والاشتراكات، ومتى يحق لهم الاستفادة تلك الخيارات والحد الأدنى من المزايا المضمونة.
 ٢. في حالة وجود ضمانات مرتبطة بالمعاشات، يتم الإفصاح عن طبيعة الضمانات وقيمتها وكذلك بيانات تفصيلية عن الضامن، والتكلفة الفعلية لتلك الضمانات، وما إذا كان من حق الأعضاء الاشتراك أو عدم الاشتراك بها، وتبعيات ذلك من حيث المخاطر والتكلفة.
 ٣. في حالة قيام الصناديق بتقديم عدة مزايا تأمينية للأعضاء، يتم وضع الآليات اللازمة لتوضيح كافة المعلومات الخاصة بكل ميزة تأمينية على حدة أو وضع آليات موحدة لكافة الخدمات؛ وفي جميع الأحوال، تقدم المعلومات بطرق مبسطة وموحدة وقابلة للمقارنة وتسهل عملية الاختيار للأعضاء.
 ٤. في حالة صرف المزايا التأمينية للتقاعد والعجز يتم تحديد كيفية وتوقيتات صرف المزايا، وذلك قبل تاريخ بدء صرفها. **مهمة مهمة .. وتحليلها أهم**
 ٥. عند استحقاق مزايا الوفاة يتم صرف المزايا المستحقة للمستفيدين فور استيفاء المستندات اللازمة، موضحةً بها كيفية صرف المزايا وكيفية تلقي أي شكاوى تخص حقوق المستفيدين.
١٠. إخطار الأعضاء بأي وسيلة من وسائل الإخطار فوراً بأي تغييرات تطرأ على النظام الأساسي للصناديق، وبصفة خاصة ما يلي:
 ١. شروط العضوية.
 ٢. شروط استحقاق المزايا وقيمتها.
 ٣. نسب الاشتراكات وقيمتها ودوريتها.
 ٤. مساهمة الجهة سواء كانت عينية أو نقدية.
 ٥. أية تعديلات على النظام الذي تم الاشتراك بناء عليه.
 ٦. المصروفات الإدارية والعمومية أو أي تكاليف خاصة بإدارة الصندوق واستثماراته.
 ٧. ويتم الإفصاح بصورة كتابية مرفقاً بها الإجراءات القانونية التي تم/أو سيتم اتخاذها نحو اعتمادها من الجمعية العامة للصناديق، وكذا هيئة الرقابة المالية.



١١. إتاحة كل القرارات والضوابط الصادرة من الهيئة العامة للرقابة المالية، بشأن الصناديق للأعضاء فور صدورها من الهيئة ونشرها على الموقع الإلكتروني للهيئة وكذا المواقع الإلكترونية للصناديق.
١٢. إخطار الأعضاء بحقهم في حضور الجمعيات العامة للصناديق وكيفية ممارسة حقوقهم بصورة مكتوبة وموثقة لكل عضو بصفة شخصية، أو النشر في إحدى الجرائد واسعة الانتشار وكذلك الإعلان عن ذلك بمقار الصناديق وفروعها أو أحد وسائل التواصل الاجتماعي التي توافق عليها الهيئة.
١٣. إخطار الأعضاء بأي وسيلة من وسائل الإخطار بالحالات التي يحق لهم فيها دعوة الجمعية العامة، والنصاب القانوني اللازم لذلك، ونوعية الموضوعات التي يحق لهم عرضها، وكيفية اتخاذ القرارات بشأنها.
١٤. التزام القائمين على إدارة الصناديق بعدم نشر أي معلومات مضللة أو غير واضحة أو خاطئة للأعضاء أو قبل اعتمادها من الجمعية العامة للصندوق أو الهيئة العامة للرقابة المالية، في الحالات التي تتطلب الحفاظ على حقوقهم.
١٥. الإفصاح للأعضاء عن أي تخفيض للمزايا المكتسبة مع شرح أسبابها ومبرراتها؛ وذلك بوقت كافٍ قبل اتخاذ أي إجراءات قانونية نحو اعتماد التخفيض.
١٦. يقدم مجلس الإدارة تقريراً سنوياً يتضمن مؤشرات الأداء الرئيسية وحجم الأموال المستثمرة وقنوات استثمارها والمخاطر المرتبطة بها، وكذلك تكاليف إدارتها والتي ينبغي أن تحتوي على مقارنات متعددة السنوات وتحليل لتطور النتائج المالية والاستثمارية للصناديق وذلك للعرض على الجمعية العامة السنوية للصناديق.
١٧. أن يكون للصناديق مواقع إلكترونية تنشر عليها كافة المعلومات والبيانات الأساسية لها وتقاريرها السنوية، بالإضافة إلى التوعية المالية للأعضاء.
- يعتبر الموقع الإلكتروني للهيئة بمثابة أحد المصادر الرئيسية للمعلومات والمواد الإرشادية لأعضاء صناديق التأمين الخاصة. وينشر الموقع تقارير مقارنة لأداء الصناديق من حيث معدل الاستثمار المحقق ومعدل التكلفة الإدارية بغرض المقارنة والإفصاح وتقييم الأداء، من خلال الكتاب الإحصائي السنوي الصادر عن الهيئة.
١٨. شروط الدعاية والإعلان:
 ١. تلتزم صناديق التأمين الخاصة في مجال الدعاية والإعلان بما يلي:
 ١. الحرص على نشر أهدافها من خلال المنشورات والمطبوعات والنشر على الإنترنت، مع مراعاة إيضاح العناصر الأساسية من حيث المزايا والمخاطر والتكلفة، ومراعاة الوضوح وسهولة الفهم، وأن يكون في مستوى الشخص العادي.
 ٢. الحرص على القيام بالمبادرات والبرامج التوعوية عن أنواع وأهداف الصناديق عامة ودورها لدى الجمهور، وذلك من خلال كافة القنوات المتاحة (إعلام، إذاعة، إنترنت، صحافة، منشورات، ومطبوعات).
 ٣. التواصل مع الأعضاء باستخدام وسيلتي اتصال على الأقل من الوسائل التي يفضلها الأعضاء (مثل البريد الإلكتروني، البريد المسجل، الرسائل النصية والهاتف) كما يمكن للصناديق استخدام قنواتهم الرئيسية (الفروع، والموقع الإلكتروني)، وبما يتماشى مع الأنظمة واللوائح والتعليمات والقواعد الصادرة من الهيئة.
 ٤. توخي الحذر عند إرسال أي إشعارات أو إعلانات لأكثر من عضو في ذات الرسالة عن طريق البريد الإلكتروني أو وسائل اتصال أخرى؛ للتحقق من عدم احتواء الإشعارات المرسلّة على معلومات شخصية تخص أعضاء آخرين.



٥. حظر تقديم أي عروض أو بيانات أو ادعاءات كاذبة أو أن تكون مصوغة بعبارات من شأنها أن تؤدي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلى خداع أو تضليل الأعضاء، حيث تقع المسؤولية على الإدارة في حالات التضليل أو الغش.
٦. مراعاة أن تناسب المواد التوعوية كافة الفئات العمرية والثقافية لمختلف الأعضاء.
٢٠. اشتراطات خاصة بصحة العضوية:

١. التوقيع على نموذج العضوية بالصناديق، والتأكد من أنه تم استيفاءه مباشرة من الأعضاء.
٢. انطباق شروط العضوية الواردة بلانحة النظام الأساسي للصناديق على الأعضاء.
٣. وجود نسختين أصليتين من نموذج طلب الانضمام، موقعتين من الأعضاء، ومعمدتين من الصناديق تسلم إحداها للأعضاء من خلال التوقيع بالاستلام في سجل خاص بالعضوية تمسكه الصناديق.
٤. منح الأعضاء صورة من لانحة النظام الأساسي للصناديق وفهمهم لكافة محتوياتها وعدم وجود أي معلومات غير مفهومة أو غير واضحة لديهم.
٥. أن البيانات التي تم استيفؤها من جانب الأعضاء تتفق مع الواقع وليس بها أي معلومات مضللة أو مزورة أو غير حقيقية.
٦. الإفصاح للأعضاء أن الاشتراك بالصناديق اختياري وليس إجبارياً وأن من حق أي عضو الانسحاب وفقاً للشروط اللانحة إن وجدت.
٢١. إدارة وحماية حسابات وبيانات الأعضاء:

تلتزم صناديق التأمين الخاصة بما يلي:

١. استخدام النظم الإلكترونية اللازمة لتحصيل اشتراكات الأعضاء وسداد مستحققاتهم بصورة ذاتية بما يساهم في تعزيز التحول لاستخدام المعاملات المالية الإلكترونية.
٢. الاحتفاظ بكافة المعلومات اللازمة عن أعضاء الصناديق بسجلات إلكترونية لكل عضو على حدة تتضمن ما يلي:

بالنسبة للصناديق محددة الاشتراكات:

- البيانات الشخصية.
- البيانات الوظيفية.
- قيمة الاشتراكات الدورية.. وتحليلها أهم
- البيانات المالية ورصيد الحساب الادخاري الدوري.
- مع الالتزام بإخطار الأعضاء في بداية كل عام بكشوف الحساب، والتي تظهر قيمة رصيد العضو الادخاري والعائد المحقق سنوياً، وذلك وفقاً لطرق الاتصال المثبتة من الأعضاء في نموذج العضوية، مع إعطاء الأعضاء الحق في الاعتراض خلال ١٥ يوماً من تاريخ استلام الكشوف؛ وعلى أن تتضمن كشوف الحساب أي تغييرات متوقع حدوثها في السياسة الاستثمارية لإدارة أموال وأصول واستثمارات الأعضاء.

بالنسبة للصناديق محددة المزايا:

- البيانات الشخصية.
- البيانات الوظيفية.
- قيمة الاشتراكات الدورية.
- البيانات التأمينية مثل الميزة التأمينية، بصفة خاصة المكتسبة (المدد السابقة) وقيم التصفية
- الخروج المبكر.
- نسب تمويل المزايا المكتسبة.



٣. تحصيل الاشتراكات بشكل سليم وقانوني وقيدها بشكل صحيح، وإحالتها إلى الكيان القائم على إدارة واستثمار أموال الصناديق.
٤. إنشاء عدة سجلات تتضمن ما يلي:
 ١. سجل للعضوية يتضمن كافة البيانات الواردة بنموذج طلب العضوية.
 ٢. سجل لمحاضر جلسات مجلس الإدارة والجمعية العامة.
 ٣. سجل للأموال والأصول والاستثمارات للصناديق وكافة التعاملات المالية والتغييرات التي تطرأ عليها.
 ٤. سجل الإيرادات متضمناً الاشتراكات ومساهمات الجهة/صاحب العمل سواء كانت عينية أو نقدية.
 ٥. سجل المصروفات الإدارية والعمومية.
 ٦. سجل مطالبات الأعضاء والتعويضات والمزايا التأمينية أو الاجتماعية أو العينية.
 ٧. سجل قروض الأعضاء إن وجدت.
 ٨. سجل الشكاوى والقضايا المرفوعة.
٥. تلتزم إدارة الصناديق بعمل فحص اكتواري للمراكز المالية للصناديق كل خمس سنوات على الأكثر؛ لتحديد التوازن الاكتواري بين موارد والتزامات الصناديق، وكيفية الاستفادة من الفائض الاكتواري إن وجد، أو تدعيم العجز إن وجد، وبما يحقق استمرارية أداء الصناديق وتحقيق العدالة التأمينية بين الأجيال المختلفة للأعضاء.
٦. يجب على إدارة الصناديق بذل العناية اللازمة لترشيد استخدام الموارد الإدارية والمالية والتشغيلية والبشرية اللازمة لتنفيذ أعمالهم قدر المستطاع والعمل بأمانة لحفظ أصول الأعضاء وعدم ضياع مدخراتهم.
٧. الحفاظ على الحقوق المكتسبة للأعضاء وحماية استثماراتهم من خلال الاستعانة بمختصين لإدارة المحافظ الاستثمارية للصناديق.
٨. لا يجوز استغلال أموال الصناديق والاشتراكات في غير الأغراض المخصصة لها، ويجب أن تكون أموال الصناديق مخصصة للوفاء بالتزاماتها قبل أعضائها.
٩. الفصل التام بين أموال الجهة أو صاحب العمل وأموال الصناديق، وعدم استخدام أموال الصناديق للوفاء بأي التزامات على صاحب العمل.
١٠. تتضمن عملية الترخيص موافقة الهيئة العامة للرقابة المالية على ممارسة الصناديق لنشاطها ودراسة ورقابة الهيئة لها لمدى امتثالها للمتطلبات القانونية والفنية الخاصة بالخدمات التأمينية المراد تقديمها للأعضاء.

المبدأ الثاني: السلوك والكفاءة المهنية:

تلتزم صناديق التأمين الخاصة في مجال السلوك والكفاءة المهنية بما يلي:

١. أن تكون مسجلة وحاصلة على تراخيص من الهيئة قبل بدء ممارسة نشاطها طبقاً لأحكام القانون، ولا يجوز لها بأي حال من الأحوال ممارسة نشاطها قبل الحصول على تراخيص الهيئة.
٢. أن يتمتع القائمون على إدارة الصناديق بحسن السير والسلوك، وعدم التورط أو الاتهام في أي جرائم مخلة بالشرف والأمانة، أو سوء التصرف أو التعسر المالي، وأيضاً خلو ملفاتهم الوظيفية من أي جزاءات بسبب عدم تنفيذ مسؤولياتهم الوظيفية بدقة وبصفة خاصة المسؤوليات المالية.
٣. أن يتوفر في القائمين على إدارة الصناديق المؤهلات العلمية والكفاءات اللازمة لإدارتها، بالإضافة إلى التراخيص والتأهيل المهني والمهارات اللازمة، وأيضاً التدريب الملائم والمستمر، وبصفة خاصة



- الموظفون الذين يتعاملون مع الأعضاء. ويجب التأكد من فهم وإمام واستيعاب العاملين لدى الصناديق للخدمات المقدمة للأعضاء.
٤. وجود سياسات محددة ومعتمدة من مجلس إدارة الصناديق، بشأن عدم تعارض المصالح في كافة أنشطة الصناديق، بما فيها تلك المتعلقة بإدارة الاستثمارات وتوظيفها. ويجب أن تتضمن الإجراءات اللازمة لضمان التعامل العادل مع كافة الأعضاء، بالإضافة إلى توافر أدوات متابعة تنفيذ تلك السياسات والتحقق من تفعيلها.
٥. تلتزم الإدارة التنفيذية للصناديق بالإفصاح عن أي تعارض للمصالح مع أي تعديلات مقترحة لبنود المزايا أو الاشتراكات.
٦. مراعاة الإفصاح للأعضاء عند احتمالية حدوث تعارض للمصالح بين القائمين على إدارة الصناديق واستثماراتها، وإذا كان لهذا التضارب أي آثار محتملة على الأعضاء.

المبدأ الثالث: العدالة وعدم التمييز بين الأعضاء:

تلتزم صناديق التأمين الخاصة- في مجال العدالة وعدم التمييز بين الأعضاء- بما يلي:

١. التعامل بعدل وأمانة وإنصاف مع الأعضاء في جميع مراحل التعامل وعدم التمييز فيما بينهم على أساس النوع أو العرق أو الدين أو مستوى التعليم، وذلك كله في ضوء أحكام لائحة النظام الأساسي للصناديق.
٢. أن تراعي مصالح الأعضاء وتعمل دائماً على تقديم أفضل الخدمات لتحقيق أعلى درجات الأمان وتحقيق أهداف الأعضاء المالية.
٣. بذل العناية والاهتمام الخاص بالأعضاء بشكل عام وعدم التمييز أو التفضيل فيما بينهم، ولا سيما محدودى التعليم وكبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة من الجنسين. وعدم التمييز بين الأعضاء في توفير المعلومات وإتاحتها، سواء من ناحية التوقيت أو خصوصيتها.
٤. حظر الاستثمارات في الأدوات المالية في جهات أو شركات أخرى لها علاقة بالقائمين على إدارة الصناديق أو الجهة المنشئة للصناديق لمنع تضارب المصالح.
٥. لا يجوز القيام بأي ممارسات من شأنها إقران أو تقييد أي معاملة مالية بأخرى، بحيث ينبغي أن يكون للأعضاء حرية الاختيار دائماً بدون ممارسة أي ضغوط، مثل إجبار الأعضاء الذين ينضمون لصندوق التأمين الخاص على شراء أي منتجات أخرى -سواء كانت مرتبطة بالصندوق- أو أي جهة- أو صاحب العمل. **"المعلومة مهمة .. وتحليلها أهم"**
٦. لا يجوز لعضو الصندوق (عضو الجمعية العامة) الاشتراك في التصويت إذا كان موضوع القرار المعروف هو إبرام اتفاق معه أو رفع دعوى عليه أو إنهاء دعوى بينه وبين الصندوق، وكذلك كلما كانت له مصلحة شخصية في القرار المعروف، فيما عدا انتخاب أجهزة إدارة الصندوق.
٧. أحقية الأعضاء في الحصول على مستحقاتهم المالية والمقيمة بطريقة عادلة وفي فترة قصيرة فور تقديم كافة المستندات المطلوبة مستوفاة عند تغييرهم صاحب العمل.
٨. لا يجوز استبعاد الأعضاء من الصندوق لأي سبب غير منصوص عليه باللائحة أو لأي أسباب شخصية، ما لم يكن ذلك قرار الجمعية العامة للصندوق.
٩. في حالة تعذر تقديم أي من الخدمات- التي تقدمها الصناديق لأعضائها- يحق للأعضاء معرفة أسباب الرفض، كما يحق لهم استعادة المستندات الأصلية التي قدموها للصناديق.



المبدأ الرابع: حماية خصوصية وسرية حسابات وبيانات الأعضاء:

- تلتزم صناديق التأمين الخاصة في مجال حماية خصوصية وسرية حسابات وبيانات الأعضاء، بما يلي:
1. اتخاذ الإجراءات اللازمة المناسبة وتفعيل الأنظمة الرقابية واستخدام التكنولوجيا الحديثة لحماية قواعد بيانات الأعضاء أو اكتشاف ومعالجة التجاوزات التي حدثت أو المتوقع حدوثها.
 2. اتخاذ كافة التدابير والإجراءات الأمنية اللازمة لحماية المعلومات المتبادلة مع الأعضاء إلكترونياً، وتوفير أحدث التقنيات والبرامج لضمان حماية وسلامة عمليات الدفع الإلكتروني.
 3. إدارة كافة المخاطر التي قد يتعرض لها الأعضاء نتيجة تقديم الصناديق لخدماتها بوسائل إلكترونية.
 4. تحمل أية أضرار أو خسائر قد تلحق بالأعضاء بسبب وقوع خلل في الأنظمة لدى الصناديق أو عمليات الاحتيال أو الاختراق التي قد تحدث لأي سبب كان، بخلاف ما وقع نتيجة لتقصير من جانب الأعضاء.
 5. تطبيق الحد الأقصى من التدابير والإجراءات الأمنية لرقابة حسابات الأعضاء واستثماراتهم وحمايتهم من الاحتيال أو الاستخدام غير المشروع.
 6. عدم الإفصاح عن معلومات أي من الأعضاء لأي طرف ثالث دون تصريح مسبق لذلك من الجهات المعنية والمختصة، أو بموافقة الأعضاء أو المشتركين كتابياً، حيث لا يجوز نشر أو تبادل بيانات ومعلومات عن تعاملات الأعضاء لغير المرخص لهم من قبل القانون.
 7. إخطار الأعضاء عند وجود طرف خارجي تنوي تبادل البيانات والمعاملات معهم لأسباب قانونية.

المبدأ الخامس: التزامات هامة تخص أعضاء صناديق التأمين الخاصة:

1. مراعاة تقديم كافة المعلومات المطلوبة منهم كاملة ودقيقة عند تعبئة أي نماذج تطلبها الصناديق، ولا يجوز للأعضاء تقديم أي معلومات مضللة أو خاطئة أو غير مكتملة أو عدم الإفصاح عن المعلومات الهامة أو الجوهرية.
2. الاطلاع على كافة التفاصيل الكاملة بشأن الالتزامات المترتبة على انضمامهم للصناديق، والتأكد من فهمهم لها بشكل واضح وقدرتهم على الالتزام بها.
3. طرح أي أسئلة على القائمين على إدارة الصناديق للاستفسار في حال عدم وضوح أي بنود أو شروط في لائحة الصناديق أو أي مستندات أخرى مقدمة من قبل الصناديق، وأن يقوموا بالاستفسار عن أي أمور غير واضحة أو مفهومة بالنسبة لهم وطرح الأسئلة على القائمين على إدارة الصناديق، واللذين يجب عليهم الإجابة على تلك الأسئلة بأسلوب مهني وواضح يساعد الأعضاء على اتخاذ القرارات المناسبة.
4. إبلاغ الصناديق في حال اكتشاف أي إجراءات مخالفة أو غير سليمة تمس المنتجات أو الخدمات المقدمة لهم على الفور؛ وفي حالة عدم تجاوب القائمين على إدارة الصناديق، فإنه يحق للأعضاء التقدم بالشكاوى إلى الهيئة.
5. التحدث مع القائمين على إدارة الصناديق لطلب المشورة إذا واجهوا أي صعوبات مالية أو كانوا غير قادرين على تحمل الالتزامات المالية، ومناقشة الخيارات المتاحة بما يتناسب مع وضعهم المالي.
6. تحديث بياناتهم الشخصية بما فيها بيانات الاتصال بشكل دوري وعندما تطلب الصناديق ذلك، مع مراعاة أن عدم تحديث البيانات الشخصية ولا سيما الجوهرية منها قد يؤدي إلى نشوء مسؤولية على الأعضاء أو ضياع حقوقهم.
7. تحديد عنوان للمراسلات (البريد العادي أو الإلكتروني) وأرقام الاتصال الخاصة بهم، وألا يستخدموا عناوين أخرى لا تخصهم مثل عناوين الأصدقاء أو الأقارب؛ مما قد يؤدي إلى إفشاء معلوماتهم الشخصية.
8. توخي الحذر عند إصدار توكيلات عامة للغير لإنجاز تعاملاتهم المالية، وأهمية مراعاة المعرفة المسبقة لمن يصدر لهم التوكيلات، وتكون له صلاحية التصرف في شئونهم المالية، ومن لهم حق الاطلاع عليها.



٩. أن يقوم الأعضاء باستيفاء كافة البيانات والأرقام المطلوبة في النماذج المقدمة لهم للتوقيع عليها، ولا يجوز التوقيع على أي نماذج فارغة أو غير مكتملة.
١٠. مراجعة جميع المعلومات التي قاموا بتسجيلها في النماذج لضمان صحة المعلومات وعدم وجود أخطاء في البيانات المدونة، ومعرفة أن التوقعات الخاصة بهم على النماذج تعني موافقتهم على محتوى النماذج.
١١. التأكد من استلامهم نسخة أصلية أو صورة طبق الأصل من أي نماذج أو طلبات قاموا بالتوقيع عليها.
١٢. عدم الإفصاح عن أي معلومات شخصية أو مالية لأي أطراف أخرى غير الصناديق التابعين لها، وتحت أي ظرف من الظروف.
١٣. أهمية حضور أعضاء صناديق التأمين للجمعيات العامة، والتي تتولى انتخاب أعضاء مجلس إدارة الصناديق ومن لهم الحق في الإدارة والرقابة على أعمال مجلس الإدارة.
١٤. بذل العناية عند انتخاب أعضاء مجلس إدارة الصناديق، والتأكد من أن الأشخاص المنتخبين يتمتعون بالمهارات والخبرات المتنوعة والتي تؤهلهم لإدارة الصناديق بكفاءة.
١٥. التأكد من تمتع أعضاء مجلس إدارة الصناديق المرشحين، لهم من السمعة الطيبة والحسنة ما يؤهلهم لتولي إدارة أعمال الصناديق.
١٦. من حق أعضاء الصناديق، والمسؤولين عن رقابة أعمال مجالس إدارة الصناديق، مناقشة مجالس الإدارة في نتائج أعمال الصناديق المالية والاستثمارية والإدارية، وأن يحرصوا على تلقي الإجابات الشافية والكافية لملاحظاتهم عند حضور الجمعيات العامة.
١٧. من حق أعضاء الصناديق- أعضاء الجمعية العامة- معرفة رأي مراقبي حسابات الصناديق، وأي ملاحظات يبديونها بشأن الأداء المالي، ومؤشرات أداء الاستثمارات للصناديق، وذلك أثناء انعقاد الجمعيات العامة للصناديق.
١٨. من حق أعضاء الصناديق- أعضاء الجمعية العامة-مراجعة جدول أعمال الجمعية العامة السنوية، والتحقق من أنها تتضمن الآتي على الأقل:
 - الدعوة لحضور الجمعية العامة.
 - القوائم المالية للصناديق.
 - تقارير مجلس إدارة الصناديق عن أدائهم خلال العام المالي المعروض.
 - تقارير مراقبي الحسابات.
 - أية تقارير أو ملاحظات وردة للصناديق خلال العام المالي المعروض من الهيئة العامة للرقابة المالية، وأية بيانات أخرى وفقاً لما تقتضيه القوانين المنظمة في هذا الشأن.
١٩. لعضو الجمعية العامة للصناديق أن ينيب عنه كتابة عضو آخر يمثله في حضور الجمعيات العامة، ويحق له التصويت بالنيابة عنه.
٢٠. لأعضاء الصندوق الحق في أن يطلعوا على دفاتر وسجلات الصناديق ومستنداتها بعد الحصول على ترخيص بذلك من الهيئة.



خامساً- ضوابط حماية المتعاملين مع صناديق التأمين الحكومية:

المبدأ الأول: الإفصاح والشفافية:

تلتزم صناديق التأمين الحكومية بالإفصاح والشفافية مع أعضائها وبصفة خاصة فيما يلي:

- عرض كافة المعلومات الرئيسية عن الأنظمة الأساسية وشروط وأسعار عمليات التأمين بصناديق التأمين الحكومية وما يرتبط بها من أطر حاكمة نفاذاً لها (كتعليمات أو كتب أو منشورات تنظيمية) بلغة سهلة وواضحة متضمنة أهميتها ودورها في تأمين المخاطر التأمينية المؤمن لهم، مع عدم استخدام مصطلحات فنية أو قانونية غير واضحة أو غير ضرورية، واستخدام أمثلة توضيحية تتناسب مع مختلف مستويات المؤمن لهم الفكرية والثقافية.
- أن يكون حجم الخط وتباعد المسافات بين الأحرف والكلمات واضحة ومقروءة بسهولة للشخص العادي.
- إيضاح وشرح التفاصيل والمبادئ الرئيسية لمزايا صناديق التأمين الحكومية (الأقساط- مستندات صرف التعويض) لأعضاء أو للفئات المستهدفة من خدماتها كتابياً بشكل وافٍ وواضح وصريح ودون أي غموض، مع توضيح الفرق بين التأمين الإلزامي وبين البدائل التأمينية المتوفرة من خلال شركات التأمين.

ويجب أن يوقع العملاء على النموذج بعد قراءة كافة بنوده.

- توفير كافة المعلومات بصورة واضحة تساعد المؤمن لهم -دون اشتراط مستوى ثقافي وعلمي عالٍ- لفهم المبادئ والمؤشرات الأساسية وتحليل أداء الصناديق، ومتابعة أي تطورات خاصة بقيمة مزاياهم أو قيمهم التأمينية (بحسب الأحوال بكل صندوق تأمين حكومي).

١. الاشتراك بالصندوق يتكون من أصلين (أصل مع الصندوق وأصل مع المؤمن عليه) - حال توافر مقتضى هذا النوع من التأمين وتلك لطبيعة الصناديق الحكومية، على أن يتضمن الطلب ما يلي:

- البيانات الشخصية والوظيفية والمالية لبعض صناديق التأمين التي تقوم بالتأمين على أرباب العهد (كمفردات المرتب ونسب الخصم الموردة للصندوق وطريقة تزايدها ودورية خصمها).
- بيانات الصناديق الأساسية مثل: العنوان، المركز الرئيسي أو أي فروع وأسماء المسؤولين عن الإجابة على أي استفسارات خاصة بالأقساط والموقع الإلكتروني أو البريد الإلكتروني وأي وسيلة أخرى للحصول على أي بيانات للصناديق.
- الإفصاح كتابة عن خضوعها لرقابة الهيئة العامة للرقابة المالية، مع توضيح رقم الترخيص، وأيضاً الإدارة المختصة لديهم للتعامل مع شكاوى وتظلمات المؤمن لهم وكيفية التواصل المباشر معها. ويجب إحاطة المؤمن لهم أو المستفيدين - بحسب الأحوال - عن حقهم في اللجوء بالشكاوى / أو لجنة فض المنازعات بالهيئة إذا لم يقبلوا التسوية المعروضة عليهم.
- النص على طريقة التواصل التي يرغب بها المشترك على أن تتضمن ثلاثة طرق للتواصل على الأقل.



• تقديم المعلومات للمشاركين أو المستفيدين – بحسب الأحوال - التي توضح كافة حقوقهم ومسئولياتهم مثل:

- الأقساط والمزايا التأمينية التي يقدمها الصندوق واستثناءاتها. وتقدم أو تتاح تلك المعلومات بطريقة واضحة ومختصرة وسهلة الفهم ودقيقة وغير مضللة، بحيث تناسب كافة أنماط الأعضاء، من حيث مستوياتهم الثقافية والتعليمية، وتمكنهم من قراءتها دون عناء وتساعدهم على معرفة حقوقهم والتزاماتهم.

• في حالة قيام الصناديق بتقديم عدة مزايا تأمينية للفئات المعنية بخدمات الصندوق (مشترك / مستفيد بحسب الأحوال)، يتم وضع الآليات اللازمة لتوضيح كافة المعلومات الخاصة بكل مزية تأمينية على حدة أو وضع آليات موحدة لكافة الخدمات. وفي جميع الأحوال، تقدم المعلومات بطرق مبسطة وموحدة وقابلة للمقارنة وتسهل عملية الاختيار المؤمن لهم.

• في حالة صرف المزايا التأمينية يتم تحديد كيفية وتوقيتات صرف المزايا، وذلك قبل تاريخ بدء صرفها بثلاثة أشهر على الأقل.

• بمراعاة ما قد يحكم الصندوق من نص قانوني حاكم، فإنه وعند وجود حالة من حالات استحقاق مزايا الوفاة أو العجز الكلي بالصندوق الحكومي يتم صرف المزايا المستحقة المؤمن لهم وفقاً لأنظمتها الأساسية لاستيفاء المستندات اللازمة، عن طريق إخطار المستفيدين كتابياً موضحاً بها كيفية صرف المزايا وكيفية تلقي أي شكاوى تخص حقوق المستفيدين.

• الإفصاح المؤمن لهم عن أي تغييرات تطرأ على إدارة الصناديق ومجلس الإدارة أو اللجنة الإدارية بحسب الأحوال والقائمين عليها.

• إخطار المشاركين أو المستفيدين – حال توافر مقتضيات ذلك بالصندوق - بأي تغييرات تطرأ على النظام الأساسي لصناديق التأمين الحكومية أو شروط وأسعار عمليات التأمين، وبصفة خاصة ما يلي:

١. الأقساط.

٢. شروط استحقاق المزايا وقيمتها.

٣. مساهمة الجهة.

ويتم الإفصاح بصورة كتابية أو على موقع الصندوق الإلكتروني مرفقاً بها الإجراءات القانونية التي تم/أو سيتم اتخاذها نحو اعتمادها من السلطة المختصة، وكذا الهيئة العامة للرقابة المالية.

• التزام القائمين على إدارة الصناديق بعدم نشر أي معلومات مضللة أو غير واضحة أو خاطئة للمشاركين أو قبل اعتمادها من السلطة المختصة بالصندوق أو الهيئة العامة للرقابة المالية، في الحالات التي تتطلب الحفاظ على حقوقهم.

• يقدم مجلس الإدارة تقريراً سنوياً يتضمن مؤشرات الأداء الرئيسية وتحليل لتطور النتائج المالية والاستثمارية للصناديق الحكومية.

• يعتبر الموقع الإلكتروني للهيئة بمثابة أحد المصادر الرئيسية للمعلومات والمواد الإرشادية للمتعاملين بنشاط صناديق التأمين الحكومية ويوفر الموقع تقارير مقارنة لأداء الصناديق لكل صندوق على حدة -من حيث معدل الاستثمار المحقق ومعدل التكلفة الإدارية بغرض المقارنة والإفصاح وتقييم الأداء.



شروط الدعاية والإعلان:

تلتزم صناديق التأمين الحكومية في مجال الدعاية والإعلان بما يلي:

- الحرص على نشر أهدافها من خلال المنشورات والمطبوعات والنشر على الإنترنت، مع مراعاة إيضاح العناصر الأساسية من حيث المزايا مع مراعاة الوضوح وسهولة الفهم، وأن يكون في مستوى الشخص العادي.
- الحرص على القيام بالمبادرات والبرامج التوعوية عن أنواع وأهداف صناديق لتأمين الحكومية عامة ودورها لدى الجمهور، وذلك من خلال كافة القنوات المتاحة (إعلام، إذاعة، إنترنت، صحافة، منشورات، ومطبوعات).
- التواصل مع المؤمن لهم باستخدام وسيلتي اتصال على الأقل من الوسائل التي يفضلها المؤمن لهم (مثل البريد الإلكتروني، البريد المسجل، الرسائل النصية والهاتف). كما يمكن للصناديق استخدام قنواتهم الرئيسية (الفروع، والموقع الإلكتروني)، وبما يتماشى مع الأنظمة واللوائح والتعليمات والقواعد الصادرة من الهيئة.
- توخي الحذر عند إرسال أي إشعارات أو إعلانات لأكثر من مشترك أو مستفيد عن طريق البريد الإلكتروني أو وسائل اتصال أخرى؛ للتحقق من عدم احتواء الإشعارات المرسله على معلومات شخصية تخص أعضاء آخرين.
- مراعاة أن تناسب المواد التوعوية كافة الفئات العمرية والثقافية لمختلف الأعضاء.

أحكام خاصة بصحة العضوية أو الاشتراك (بحسب الأحوال):

- وجود نسختين أصليتين من نموذج الاشتراك أو الوثيقة، موقعتين من المؤمن لهم، ومعمدتين من الصناديق تسلّم إحداها لجهة المؤمن لهم من خلال التوقيع بالاستلام في سجل خاص تمسكه الصناديق الحكومية.
- إقرارات موقعة من المؤمن لهم أو المستفيدين باطلاعهم على نظام الصندوق وفهمهم لكافة محتوياتها وعدم وجود أي معلومات غير مفهومة أو غير واضحة لديهم.
- أن البيانات التي تم استيفاؤها من جانب المؤمن لهم أو المستفيدين تتفق مع الواقع وليس بها أي معلومات مضللة أو مزورة أو غير حقيقية.

إدارة وحماية حسابات وبيانات المؤمن لهم:

تلتزم صناديق التأمين الحكومية بما يلي:

- استخدام النظم الإلكترونية اللازمة لتحصيل اشتراكات / أو الأقساط من الفئات المعنية بالغطاء التأميني له وسداد مستحقاتهم بصورة ذاتية أو من خلال التعاقد الخارجي مع أحد مقدمي هذه الخدمة بشرط موافقة الهيئة، وبما يساهم في تعزيز التحول لاستخدام المعاملات المالية الإلكترونية.
- الاحتفاظ بكافة المعلومات اللازمة عن المؤمن لهم بالصناديق بسجلات إلكترونية لكل عضو على حدة تتضمن حد أدنى من المعلومات.
- تحصيل الأقساط بشكل سليم وقانوني وقيدها بشكل صحيح، وإحالتها إلى الكيان القائم على إدارة الأموال.
- إنشاء عدة سجلات تتضمن ما يلي:
 ١. سجل الاشتراكات يتضمن كافة البيانات الواردة بنموذج طلب العضوية.
 ٢. سجل لمحاضر جلسات مجلس الإدارة والجمعية العامة.
 ٣. سجل للأموال والأصول والاستثمارات للصناديق وكافة التعاملات المالية والتغيرات التي تطرأ عليها.
 ٤. سجل الإيرادات متضمناً الأقساط ومساهمات الجهة (إن وجدت).



٥. سجل المصروفات الإدارية والعمومية.
٦. سجل مطالبات المؤمن لهم والتعويضات والمزايا التأمينية أو الاجتماعية أو العينية.
٧. سجل الشكاوى والقضايا المرفوعة.

- تلتزم إدارة الصناديق بعمل فحص اكتواري للمراكز المالية للصناديق خلال المدد التي ينص عليها القانون أو تقرها الهيئة؛ لتحديد التوازن الاكتواري بين موارد والتزامات الصناديق، وكيفية الاستفادة من الفائض الإكتواري إن وجد، أو تدعيم العجز إن وجد، وبما يحقق استمرارية أداء الصناديق وتحقيق العدالة التأمينية بين الأجيال المختلفة المؤمن لهم.
- يجب على إدارة الصناديق بذل العناية اللازمة لترشيد استخدام الموارد الإدارية والمالية والتشغيلية والبشرية اللازمة لتنفيذ أعمالهم قدر المستطاع والعمل بأمانة لحفظ أصول المؤمن لهم أو المستفيدين وعدم ضياع حقوقهم.
- الحفاظ على الحقوق المؤمن لهم أو المستفيدين وحماية استثمارات الصندوق من خلال الاستعانة بمختصين لإدارة المحافظ الاستثمارية للصناديق.
- لا يجوز استغلال أموال الصناديق في غير الأغراض المخصصة لها، ويجب أن تكون أموال الصناديق مخصصة للوفاء بالتزاماتها.
- الفصل التام بين أموال الجهة التابع له الصندوق وأموال الصناديق، وعدم استخدام أموال الصناديق للوفاء بأي التزامات على الجهة.
- تتضمن عملية الترخيص موافقة الهيئة العامة للرقابة المالية على ممارسة الصناديق لنشاطها ودراسة ورقابة الهيئة لها لمدى امتثالها للمتطلبات القانونية والفنية الخاصة بالخدمات التأمينية المراد تقديمها للمؤمن لهم.

المبدأ الثاني: السلوك والكفاءة المهنية:

تلتزم صناديق التأمين الحكومية في مجال السلوك والكفاءة المهنية بما يلي:

- أن تكون مسجلة وحاصلة على تراخيص من الهيئة قبل بدء ممارسة نشاطها طبقاً للقانون المنظم لنشاط التأمين (قانون التأمين الموحد الصادر بالقانون رقم ١٥٥ لسنة ٢٠٢٤) ولا يجوز لها بأي حال من الأحوال ممارسة نشاطها قبل الحصول على تراخيص الهيئة.
- أن يتمتع القائمون على إدارة الصناديق بحسن السير والسلوك، وعدم التورط أو الاتهام في أي جرائم مخلة بالشرف والأمانة، أو سوء التصرف أو التعسر المالي، وأيضاً خلو ملفاتهم الوظيفية من أي جزاءات بسبب عدم تنفيذ مسؤولياتهم الوظيفية بدقة وبصفة خاصة المسؤوليات المالية.
- أن يتوفر في القائمين على إدارة الصناديق المؤهلات العلمية والكفاءات اللازمة لإدارتها، بالإضافة إلى التراخيص والتأهيل المهني والمهارات اللازمة، وأيضاً التدريب اللائم والمستمر، وبصفة خاصة الموظفون الذين يتعاملون مع المؤمن لهم أو المستفيدين ويجب التأكد من فهم وإمام واستيعاب العاملين لدى الصناديق للخدمات المقدمة المؤمن لهم.
- وجود سياسات محددة ومعتمدة من مجالس إدارة الصناديق، بشأن عدم تعارض المصالح في كافة أنشطة الصناديق، بما فيها تلك المتعلقة بإدارة الاستثمارات وتوظيفها. ويجب أن تتضمن الإجراءات اللازمة لضمان التعامل العادل مع كافة المؤمن لهم أو المستفيدين، بالإضافة إلى توافر أدوات متابعة تنفيذ تلك السياسات والتحقق من تفعيلها.
- تلتزم الإدارة العليا للصناديق بالإفصاح عن أي تعارض للمصالح مع أي تعديلات مقترحة لبنود المزايا أو الأقساط/أو الأقساط التأمينية.



- مراعاة الإفصاح للمؤمن لهم في احتمالية حدوث تعارض للمصالح بين القائمين على إدارة الصناديق واستثماراتها، وإذا كان لهذا التضارب أي آثار محتملة على الأعضاء.

المبدأ الثالث: العدالة وعدم التمييز بين الأعضاء

تلتزم صناديق التأمين الحكومية في مجال العدالة وعدم التمييز بين المؤمن لهم - بما يلي:

- التعامل بعدل وأمانة وإنصاف مع المؤمن لهم أو المستفيدين في جميع مراحل التعامل وعدم التمييز فيما بينهم في الحقوق والواجبات، وذلك كله في ضوء أحكام أنظمة الصناديق الحكومية.
- أن تراعي مصالح المؤمن لهم أو المستفيدين وتعمل دائماً على تقديم أفضل الخدمات لتحقيق أعلى درجات الأمان وتحقيق أهداف المؤمن لهم المالية.
- بذل العناية والاهتمام الخاص بالأعضاء/ المؤمن لهم بشكل عام وعدم التمييز أو التفضل بينهم، وسيما محدودي التعليم وكبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة من الجنسين.
- عدم التمييز بين الأعضاء/ المؤمن لهم في توفير المعلومات وإتاحتها، سواء من ناحية التوقيت أو خصوصيتها.
- أحقية المؤمن لهم / أو المشترك أو المستفيد منه بالصندوق في الحصول على مستحقاتهم المالية والمقيمة بطريقة عادلة وفي فترة قصيرة (بحد أقصى ٣٠ يوم من تاريخ استيفاء المستندات المطلوبة كأصل عام) أو وفقاً للأنظمة الأساسية.

رئيس التحرير

المبدأ الرابع: حماية خصوصية وسرية حسابات وبيانات المؤمن لهم:

تلتزم صناديق التأمين الحكومية في مجال حماية خصوصية وسرية حسابات وبيانات المؤمن لهم ، بما يلي:

- اتخاذ الإجراءات اللازمة المناسبة وتفعيل الأنظمة الرقابية واستخدام التكنولوجيا الحديثة لحماية قواعد بيانات المؤمن لهم /أو المستفيدين من خدماته التأمينية واكتشاف ومعالجة التجاوزات التي حدثت أو المتوقع حدوثها.
- اتخاذ كافة التدابير والإجراءات الأمنية اللازمة لحماية المعلومات المتبادلة مع المؤمن لهم أو المستفيدين إلكترونياً، وتوفير أحدث التقنيات والبرامج لضمان حماية وسلامة عمليات الدفع الإلكتروني.
- تطبيق الحد الأقصى من التدابير والإجراءات الأمنية لرقابة حسابات الصندوق واستثماراته وحمايتها من الاحتيال أو الاستخدام غير المشروع.
- عدم الإفصاح عن معلومات أي من المؤمن لهم أو المستفيدين لأي طرف ثالث دون تصريح مسبق لذلك من الجهات المعنية والمختصة، أو بموافقة المؤمن لهم كتابياً، حيث لا يجوز نشر أو تبادل بيانات ومعلومات عن تعاملات المؤمن لهم لغير المرخص لهم من قبل القانون.
- إخطار المؤمن لهم أو المستفيدين عند وجود طرف خارجي تنوي تبادل البيانات والمعاملات معهم لأسباب قانونية.



التزامات هامة تخص أعضاء صناديق التأمين الحكومية:

- مراعاة تقديم كافة المعلومات المطلوبة منهم كاملة ودقيقة عند تعبئة أي نماذج تطلبها الصناديق، ولا يجوز للمؤمن لهم أو المستفيدين تقديم أي معلومات مضللة أو خاطئة أو غير مكتملة أو عدم الإفصاح عن المعلومات الهامة أو الجوهرية.
- الاطلاع على كافة التفاصيل الكاملة بشأن الالتزامات المترتبة على اشتراكهم بالصناديق الحكومية، والتأكد من فهمهم لها بشكل واضح وقدرتهم على الالتزام بها.
- طرح أي أسئلة على القائمين على إدارة الصناديق للاستفسار في حال عدم وضوح أي بنود أو شروط في لائحة الصناديق أو أي مستندات أخرى مقدمة من قبل الصناديق، وأن يقوموا بالاستفسار عن أي أمور غامضة بالنسبة لهم وطرح الأسئلة على القائمين على إدارة الصناديق، والذين يجب عليهم الإجابة على تلك الأسئلة بأسلوب مهني وواضح يساعد المؤمن لهم على اتخاذ القرارات المناسبة.
- إبلاغ الصناديق في حال اكتشاف أي إجراءات مخالفة أو غير سليمة تمس المنتجات والخدمات المقدمة لهم على الفور. وفي حالة عدم تجاوب القائمين على إدارة الصناديق، فإنه يحق المؤمن لهم التقدم بالشكاوى إلى الهيئة العامة لرقابة المالية.
- تحديث بياناتهم الشخصية بما فيها بيانات الاتصال بشكل دوري وعندما تطلب الصناديق ذلك، مع مراعاة أن عدم تحديث البيانات الشخصية، سيما الجوهرية منها قد يؤدي إلى نشوء مسؤولية على المؤمن لهم أو ضياع أو التأثير سلبا على حقوقهم.
- تحديد عنوان للمراسلات (البريد العادي/ أو البريد الإلكتروني) وأرقام الاتصال الخاصة بهم، وألا يستخدموا عناوين أخرى لا تخصهم مثل عناوين الأصدقاء أو الأقارب؛ مما قد يؤدي إلى إفشاء معلوماتهم الشخصية.
- توخي الحذر عند إصدار توكيلات عامة للغير لإنجاز تعاملاتهم المالية، وأهمية مراعاة المعرفة المسبقة لمن يصدر لهم التوكيلات، وتكون له صلاحية التصرف في شئونهم المالية، ومن لهم حق الاطلاع عليها.
- أن يتأكد المؤمن لهم من اكتمال كافة البيانات والأرقام المطلوبة في النماذج المقدمة لهم للتوقيع عليها، ولا يجوز التوقيع على أي نماذج فارغة أو غير مكتملة.
- مراجعة جميع المعلومات التي قاموا بتسجيلها في النماذج لضمان صحة المعلومات وعدم وجود أخطاء في البيانات المدونة، ومعرفة أن التوقيعات الخاصة بهم على النماذج تعني موافقتهم على محتوى النماذج.
- التأكد من استلامهم نسخة أصلية أو صورة طبق الأصل من أي نماذج أو طلبات قاموا بالتوقيع عليها.
- عدم الإفصاح عن أي معلومات شخصية أو مالية لأي أطراف أخرى غير الصناديق التابعين لها، وتحت أي ظرف من الظروف.
- أية تقارير أو ملاحظات واردة للصناديق خلال العام المالي المعروف من الهيئة العامة للرقابة المالية، وأي بيانات أخرى وفقاً لما تقتضيه القوانين المنظمة في هذا الشأن.