



بیجه البرز

آشنایی کلی سازمانی با بیجه البرز

(ویژه داوطلبان واجد شرایط دعوت به مصاحبه استخدامی ۱۴۰۲)



شکل ۱. ساختمان ستاد مرکزی بیمه البرز (ساختمان شریعتی)



شکل ۲. ساختمان ستادی شماره یک (خیابان سپهبد قرنی)

فهرست عناوین

❖ بخش اول: آشنایی کلی با ساختار بیمه البرز

فصل اول: تاریخچه، ساختار و اهداف سازمانی

تاریخچه

بیمه البرز و جایگاه آن

افتخارات در حیطه عملکرد و خدمات

نمودار سازمانی

ارزش‌های بنیادین سازمان

ماموریت، چشم‌انداز و اهداف کلان کیفی شرکت

مرامنامه

خط‌مشی کیفیت و رضایت مشتری

سند راهبردی امنیت

منشور اخلاق حرفه‌ای صنعت بیمه

فصل دوم: مقررات عمومی شرکت

وظایف عمومی کارکنان

انواع مرخصی‌ها

ماموریت‌های اداری

سیستم‌های کاربردی شرکت

حجاب اسلامی

❖ بخش دوم: آشنایی کلی با حوزه بیمه

فصل اول: بیمه و مفاهیم آن

اصطلاحات رایج در بیمه

ساختار بیمه در ایران

فصل دوم: اصول بیمه

معرفی اصول ۸ گانه بیمه

فصل سوم: انواع بیمه و فروش آن

انواع بیمه و تعاریف آن

موارد مطرح در بیمه‌نامه

شبکه فروش در شرکت‌های بیمه

پیش درآمد

شناخت از ماهیت و نوع فعالیت سازمان متبوع برای هر فردی که در آن استخدام می‌شود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. آشنایی با تاریخ شکل‌گیری آن سازمان، هدف از تشکیل آن، نحوه تعامل بین واحدهای سازمانی، سلسله‌مراتب سازمانی و انواع فعالیت‌هایی که یک شاغل موظف به انجام آن است، موجب تسهیل در روند کار شده و در خدمات‌رسانی کمک شایانی به سازمان می‌کند.

با این وصف، کارکنان هر سازمانی می‌باید، علاوه بر رعایت مسئولیت‌ها و وظایف تخصصی مربوط به شغلی که به ایشان واگذار می‌شود، از مقررات عمومی حاکم بر آن سازمان نیز آگاهی لازم و کافی داشته باشند تا در تعامل با سازمان متبوع خود به مشکلی برخوردند و حقوق طرفین تضییع نشود.

این دفترچه در دو بخش **آشنایی کلی با ساختار بیمه البرز و بخش آشنایی کلی با حوزه بیمه تدوین** گردیده است که در بخش اول با فصول: **تاریخچه، ساختار، چشم‌انداز، اهداف سازمانی و مقررات عمومی شرکت** به شرح مطالب مهم سازمانی شرکت بیمه البرز پرداخته و در بخش دوم شامل فصولی چون **بیمه و مفاهیم آن، اصول بیمه و انواع بیمه و فروش آن** بصورت متنی قابل فهم و ساده کلیاتی از این مفاهیم را تشریح می‌نماید.

بخش اول: آشنایی کلی با ساختار پیمه البرز

فصل اول: تاریخچه، ساختار و اهداف سازمانی

تاریخچه

شرکت بیمه البرز با هدف اولیه ارائه خدمات بیمه‌ای مطلوب و با کیفیت به هموطنان و ایجاد تنوع در بازار بیمه و کسب رضایت بیمه‌گذاران در تاریخ ۲۸ تیرماه ۱۳۳۸ تاسیس شد و در مدت زمان کوتاهی توانست اعتماد بسیاری از صاحبان سرمایه و کالا را به خود جلب کند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی، بیمه البرز به دلیل عملکرد موفق با همان نام به عنوان یک شرکت بیمه دولتی به فعالیت خود ادامه داد.

بیمه البرز و جایگاه آن

شرکت بیمه البرز هم اکنون با ۵۳ شعبه و حدود ۱۳۶۰ نفر پرسنل، بیش از ۲۴۴۰ نماینده فعال و ۱۰۷۵ کارگزار در سرتاسر کشور آماده ارائه خدمات بیمه‌ای به ملت شریف ایران است.

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۲۴ آذرماه خود بنا به پیشنهاد شماره ۱۵۷۲۸۶ وزارت امور اقتصادی و دارایی و به استناد بند «ب» ماده ۳ قانون اجرای سیاستهای کلی اصل (۴۴) قانون اساسی مصوب ۱۳۸۶ با واگذاری بخش دیگری از سهام دولت در دو شرکت بزرگ بیمه دولتی خصوصی شده شامل بیمه‌های البرز و آسیا، سه بانک دولتی خصوصی شده بانک‌های ملت، صادرات ایران و تجارت، دو شرکت خودروساز بزرگ کشور سایپا و ایران خودرو و دو شرکت بزرگ دیگر کشتیرانی جمهوری اسلامی و شرکت مخابرات موافقت کرد. لذا بیمه البرز در سال ۱۳۸۸ به عنوان اولین شرکت بیمه دولتی در بورس پذیرفته که با استقبال بی‌نظیر سرمایه‌گذاران و فعالان بورس، ۸۰ درصد سهام آن واگذار شد. بدین ترتیب بیمه البرز از یک شرکت بیمه دولتی به شرکت بیمه خصوصی تغییر مالکیت داد.

بیمه البرز در سال‌های اخیر توانسته است موفقیت‌های بی‌شماری را در صنعت بیمه کشور و همچنین در بین دستگاه‌های اجرایی کشور به دست آورد. کسب رتبه اول در شاخص استفاده از فناوری اطلاعات (IT) در بین شرکت‌های بیمه خصوصی یکی از دستاوردهای این شرکت در سال ۱۳۸۹ بود. شرکت بیمه البرز در سال ۱۳۸۸ موفق به دریافت گواهینامه رعایت حقوق مصرف‌کنندگان از وزیر بازرگانی شد و در همان سال در طرح سنجش میزان رضایت‌مندی ارباب رجوع در بین بانک‌ها و بیمه‌ها موفق به کسب رتبه اول شد. در سال‌های ۱۳۸۳ و ۸۴ و ۸۵ نیز توانست در میان بانک‌ها و بیمه‌ها رتبه اول مشتری‌مداری را به دست آورد و در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ نیز در طرح سنجش میزان رضایت‌مندی مراجعان از نحوه ارائه خدمات دستگاه‌های عمومی و دولتی علاوه بر گروه بانک‌ها و بیمه‌ها در میان تمام دستگاه‌های اجرایی رتبه اول را به خود اختصاص داد.

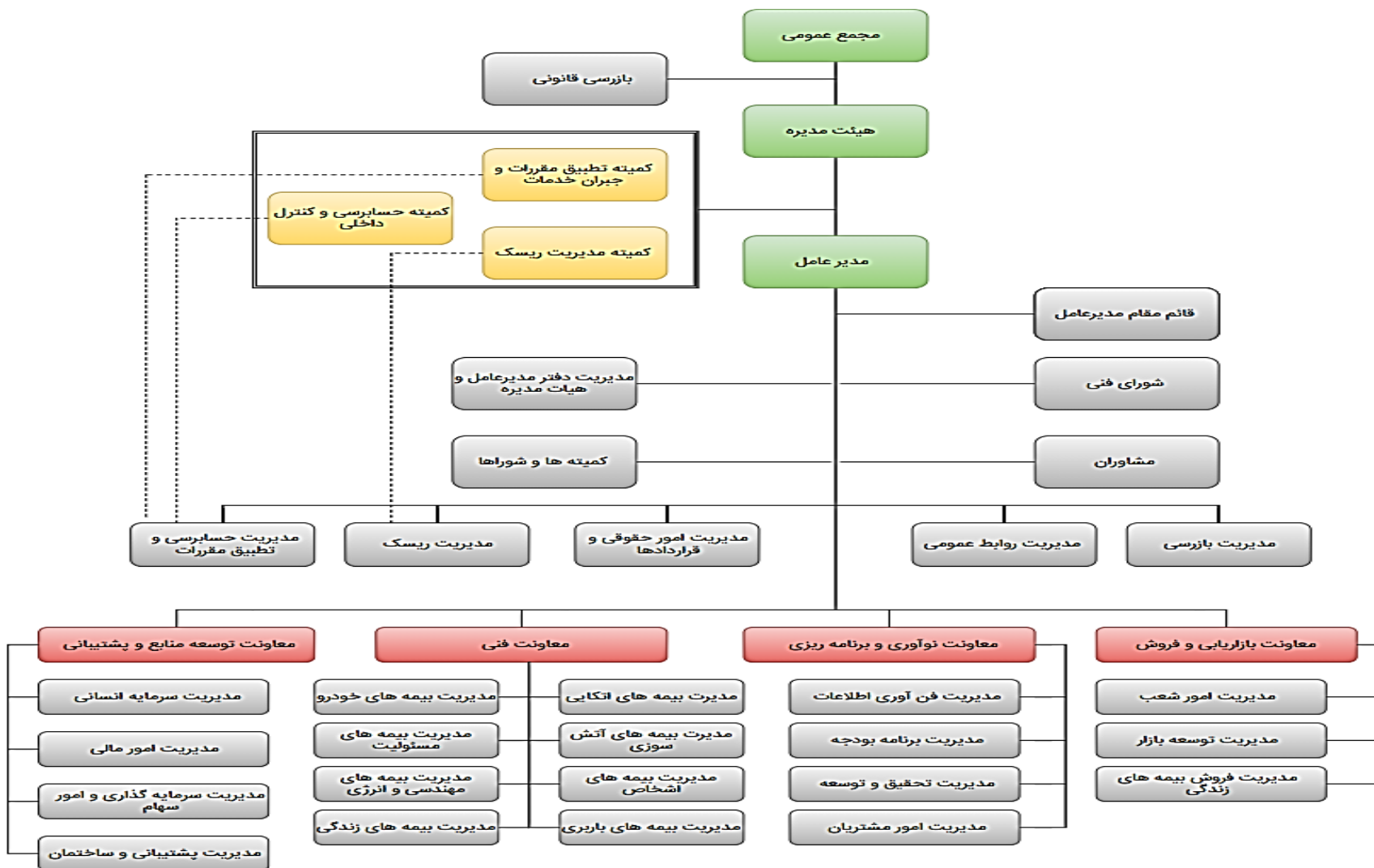
کسب مقام اول در کاربرد فناوری اطلاعات IT، شفافیت گزارشگری مالی و حضور و کارایی در بازار سرمایه در میان شرکت‌های بیمه دولتی و خصوصی در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ و کسب عنوان برتر بیمه کشور در سال ۱۳۸۷ در رتبه‌بندی شرکت‌های بیمه که از سوی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران انجام شد نیز از افتخارات دیگر شرکت بیمه البرز است. این شرکت در سال ۱۳۸۳ همچنین موفق به اخذ گواهینامه ISO ۹۰۰۱-۲۰۰۰ در سیستم مدیریت کیفیت شده است.

بر اساس اعلام بیمه مرکزی از آخرین نسبت توانگری مالی شرکت‌های بیمه در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸ و پس از بررسی و کنترل محاسبات سرمایه توسط اداره کل نظارت مالی، بیمه البرز موفق به کسب سطح یک توانگری مالی در بین تمامی شرکت‌های بیمه‌ای ایران شده است. ذخایر و اندوخته کافی، بدنه کارشناسی متخصص و حرفه‌ای، سرعت در ارزیابی و پرداخت خسارت از شاخص‌های توانگری و وجود مشتریان وفادار و قدیمی، ارتباطات گسترده با بازار جهانی بیمه، مدیریت علمی و پاسخگو و نسبت‌های مالی بسیار خوب از شاخص‌های ماندگاری این شرکت به حساب می‌آید.

افتخارات در حیطة عملکرد و خدمات

کسب رتبه برترین شرکت بیمه دولتی در سال ۱۳۸۷ و رتبه‌های اول مشتری‌مداری در چهار سال پیاپی (۸۶-۸۳)، رتبه اول در کاربرد فناوری اطلاعات، رتبه اول در حضور و کارایی در بازار سرمایه، کارایی عملیاتی و شفافیت گزارشگری مالی از دیگر افتخارات شرکت بیمه البرز در طول مدت فعالیت خود بوده است. علاوه بر افتخارات این شرکت در حیطة عملکرد، بیمه البرز با وجود تمام ناملایمتی‌ها و شرایط دشوار اقتصادی که در سال ۱۳۹۷ برای کشور رقم خورد، شرایط مساعد و بسیار خوب و کماکان مقام اول مشتری‌مداری را داشته و تعهدات سنگینی از جمله کشتی سانچی، شرکت پشتیبانی دام ایران و زلزله منطقه غرب کشور را به جامعه و بیمه‌گذاران زیان‌دیده خود پرداخت کرده است. در زلزله غرب کشور با وجود حادثه تلخ، بیمه البرز با ایفای به موقع تعهدات خود توانست شرایط زندگی را برای آسیب‌دیدگان زلزله به نحو احسن مهیا سازد و شرایط ادامه حیات مجدد اقتصادی آنها را فراهم کند.

نمودار سازمانی



ارزش‌های بنیادین سازمان

ارزش‌های بنیادین شرکت به شرح زیر می‌باشند:

- اخلاق حرفه‌ای
- اصول اساسی بیمه‌گری
- عدالت محوری
- شفافیت
- فرهنگ تعاون و مشارکت
- فرهنگ مدیریت ریسک
- نوآوری و خلاقیت

ماموریت، چشم انداز و اهداف کلان کیفی شرکت

بیانیه ماموریت (Mission Statement) "شرکت بیمه البرز" به شرح ذیل می‌باشد:

گسترش آرامش و آسودگی برای هر فرد و سازمان ایرانی

بیانیه چشم انداز (Vision Statement) "شرکت بیمه البرز" به شرح ذیل می‌باشد:

رهبر بخش خصوصی بازار بیمه و پربازده ترین شرکت حوزه خدمات بیمه ای در ایران

هدف اصلی شرکت عبارتست از:

حفظ سهم بازار با در نظر گرفتن رشد در رشته‌های سودده

اهداف کلان کیفی (Goals) "شرکت بیمه البرز":

| کد | عنوان هدف کیفی | جهت گیری با | | |
|----|--|-------------|-----------|------|
| | | ماموریت | چشم انداز | ارزش |
| ۱ | توسعه فروش با استفاده از حفظ و نگهداری بیمه گذاران بزرگ قبلی، تمدید حداکثری بیمه نامه ها، افزایش و توسعه کانال های فروش الکترونیک | ✓ | ✓ | |
| ۲ | فروش بیمه نامه های خرد؛ افزایش بیمه نامه های زندگی، طرح های خاص بیمه نامه های آتش - سوزی مسکونی واصناف و استفاده از ظرفیت بیمه گذاران | ✓ | ✓ | ✓ |
| ۳ | توسعه فروش بیمه های زندگی؛ سازماندهی و ایجاد شبکه های فروش گسترده و نظامند، برگزاری دوره های آموزشی کاربردی برای ارکان شبکه فروش در حوزه فروش بیمه نامه زندگی، بهبود زیرساخت های نرم افزاری و ارائه طرح های جدید | ✓ | ✓ | ✓ |
| ۴ | طراحی و توسعه محصول جدید؛ طراحی محصول مبتنی بر بهره برداری از فناوری های دیجیتال، شناخت نیاز مشتری با در نظر گرفتن شرایط جامعه | ✓ | ✓ | ✓ |
| ۵ | پایش مستمر و اصلاح شبکه فروش؛ رتبه بندی و درجه بندی شعب و شبکه فروش، پایش عملکرد شبکه فروش و شناسایی نمایندگان کم فعالیت و ارتقاء فروش ایشان | ✓ | ✓ | ✓ |
| ۶ | افزایش در تعداد و توسعه و رشد نمایندگان عمر و جنرال در سراسر کشور | ✓ | ✓ | |
| ۷ | توازن در پرتفوی شرکت؛ عدم وابستگی به پرتفوی یک یا چند مشتری بزرگ و کلیدی، توازن سهم گروه های بیمه در ترکیب پرتفوی | ✓ | ✓ | ✓ |
| ۸ | تحول دیجیتال؛ افزایش نفوذ فناوری اطلاعات در سطح شرکت | ✓ | | ✓ |
| ۹ | چابک سازی سازمان؛ افزایش سرعت تصمیم گیری، واکنش منطقی به تحولات محیطی در زمان مناسب، تغییر راهبردها براساس تغییرات محیطی و سازمانی | ✓ | ✓ | ✓ |
| ۱۰ | مشتری مداری؛ تکمیل خدمات امور مشتریان، تعریف خدمات ویژه، اصلاح محیطی مراکز ارائه خدمات، حرکت به سمت معماری یکپارچه شعب | ✓ | ✓ | ✓ |
| ۱۱ | اصلاح و ارتقاء سطح نیروی انسانی؛ ارتقاء سطح آموزش و انگیزش کارکنان، مدیریت دانش و بهره گیری از تجربه و مهارت های ذاتی سازمان و جانشین پروری | ✓ | ✓ | ✓ |

مرامنامه

افزایش سهم بازار، افزایش وفاداری مشتریان، کاهش هزینه‌های عملیاتی، افزایش کارایی و افزایش نوآوری در فرآیندهای اجرایی و عرصه‌ی خدمات، تلاش برای خدمت‌رسانی به مردم را تضمین می‌کند که در تحقق این اهداف، مجموعه مدیران، کارکنان، شبکه نمایندگان شرکت و کارگزاران، سهم و جایگاه ویژه دارند. اهداف و منافع مشترک و وفاداری این مجموعه تضمین‌کننده توانگری و حضور مداوم شرکت در بازار است. بیمه‌گذاران کوچک و بزرگ در سراسر کشور از خدمات حرفه‌ای و صادقانه مجموعه بیمه البرز بهره می‌گیرند و حضور تعداد کثیری از مشتریان که طی سال‌های طولانی به آنان خدمت کرده‌ایم، گواه این ادعاست. صداقت و شفافیت در ارتباطات در درون مجموعه‌ی بیمه البرز، بیمه‌گذاران و ذینفعان و حفظ جایگاه و شأن انسانی آن‌ها از طریق ایجاد محیط کاری آرام، پویا، انگیزشی و فاقد تبعیض مبتنی بر اعتماد و احترام متقابل، مرام ماست.

بهبود مداوم توانگری (پشتوانه مالی و تخصص حرفه‌ای) و ماندگاری (حضور همیشگی در صنعت بیمه و اقتصاد کشور) شرکت هدف راهبردی ماست.

رقابت غیرحرفه‌ای تنها منافع کوتاه مدت را تأمین می‌کند اما خانواده بیمه البرز که به حضور قدرتمند و درازمدت در صنعت بیمه کشور می‌اندیشد بر رقابت سالم، حرفه‌ای و مبتنی بر اخلاق کسب و کار و جلب رضایت و حفظ حقوق مشتریان تکیه دارد.

خط مشی کیفیت و رضایت مشتری

شرکت بیمه البرز (سهامی عام) با بیش از نیم قرن سابقه فعالیت بیمه‌گری و با برخورداری از اعتبار و خوشنامی نزد مشتریان خود، با اتکاء بر توانایی حرفه‌ای و تخصصی همکاران و توانگری مالی و مدیریتی به عرضه انواع خدمات بیمه‌ای در سراسر کشور می‌پردازد. بر این باوریم که بازار بالقوه بیمه کشور بسیار گسترده است، شناسایی نیازهای بیمه‌ای مشتریان، خلاقیت، نوآوری و رعایت حقوق مشتریان و ایجاد محیط کاری خلاق و مناسب در بالفعل‌سازی آن کارساز خواهد بود. بیمه البرز که به حضور قدرتمند و درازمدت در صنعت بیمه کشور می‌اندیشد بر رقابت سالم، حرفه‌ای و مبتنی بر اخلاق کسب و کار و جلب رضایت و حفظ حقوق مشتریان تکیه دارد که در این راستا با هدف بهره‌گیری از استانداردهای و الگوها موجود، سیستم‌های استاندارد مدیریت کیفیت (ISO 9001:2015)، استاندارد مدیریت رسیدگی و پاسخگویی به مشتریان (ISO 10002:2018) و استاندارد پایش و اندازه‌گیری رضایت مشتریان

(۲۰۱۸:۱۰۰۰۴:ISO) را در سازمان پیاده‌سازی و جاری نموده است و بهبود مداوم اثربخشی آن‌ها در سازمان را دنبال می‌کند.

راهبردهای شرکت برای رسیدن به چشم‌انداز و مأموریت شرکت بیمه البرز عبارتند از:

۱- نفوذ در بازار از طریق متمایز سازی خدمات از طریق بهبود مسیر تجربه مشتری

۲- توسعه محصول جدید مبتنی بر بهره برداری اطف فناوری های دیجیتال.

برای تحقق بخشیدن این استراتژی ها شرکت هدف های رشد در آمد، افزایش سهم بازار، افزایش وفاداری مشتریان، کاهش هزینه های عملیاتی، افزایش کارایی و افزایش نوآوری در فرآیندهای اجرایی و عرصه ی خدمات را دنبال خواهد کرد.

در تحقق این هدف‌ها که تلاش برای خدمت رسانی به مردم را تضمین می کند، مجموعه مدیران، کارکنان، شبکه نمایندگی شرکت و کارگزاران، سهم و جایگاه ویژه دارند. اهداف و منافع مشترک و وفاداری این مجموعه تضمین کننده توانگری و حضور مداوم شرکت در بازار است. بیمه گذاران کوچک و بزرگ در سراسر کشور از خدمات حرفه ای و صادقانه مجموعه بیمه البرز بهره می گیرند و حضور تعداد کثیری از مشتریان که طی سال‌های طولانی به آنان خدمت کرده‌ایم، گواه این ادعاست. صداقت و شفافیت در ارتباطات در درون مجموعه‌ی بیمه البرز، بیمه گذاران و ذینفعان و حفظ جایگاه و شأن انسانی آن‌ها از طریق ایجاد محیط کاری آرام، پویا، انگیزشی و فاقد تبعیض مبتنی بر اعتماد و احترام متقابل، مرام ماست.

با بیش از نیم قرن با خوشنامی و اعتبار در این حرفه مانده‌ایم، بازخورد و نقد و اعتراض احتمالی مشتریان از خدمات خود را دریافت و رصد کرده و امیدواریم با پایبندی به اصول بنگاهداری اقتصادی در چارچوب قوانین و مقررات، در عرصه اقتصاد کشور فعالانه بمانیم و در توسعه اقتصاد ملی نقشی در خور ایفا نماییم. توانمندی شبکه نمایندگی در بازاریابی و فروش، ظرفیت بالای تخصصی همکاران در ارائه خدمات فنی بیمه‌ای، انتخاب تامین کنندگان توانمند و قابل اطمینان، بکارگیری مدیریت دانش، روشهای علمی در مدیریت منابع و تفکر مبتنی بر مدیریت ریسک و تداوم وفاداری مجموعه مشتریان به شرکت بیمه البرز (سهامی عام) پشتوانه ماست. دقت، سرعت و صداقت در کار، روش ما و کسب رضایت مشتریان هدف ماست.

از کلیه همکاران می‌خواهم تمامی تلاش خود را برای حسن اجرای الزامات سیستم مدیریت کیفیت و سیستم‌های مدیریت رسیدگی به شکایات و پایش و اندازه‌گیری رضایت مشتریان بکار بگیرند و اینجانب نتایج اثربخشی و میزان تحقق اهداف سیستم را بر اساس نظام‌نامه‌های مربوطه و در دوره‌های زمانی تعیین شده مورد بررسی و بازبینی قرار خواهم داد.

سند راهبردی امنیت

شرکت سهامی بیمه البرز (سهامی عام) به عنوان یکی از شرکت‌های پیشرو بیمه بازرگانی در ایران در سال ۱۳۳۸ تاسیس و با چشم‌انداز حضور پایدار و موثر در بازار بیمه کشور، در حفظ حقوق طرف‌های ذینفع گام برداشته و با رعایت اصول فنی، حرفه‌ای و اقتصادی، کسب و کار خود را توسعه می‌دهد.

از آنجایی که اطلاعات شرکت از اهمیت بسیار بالایی برخوردار می‌باشد و افشا و یا تغییرات غیر مجاز آن باعث تهدید سهم بازار شرکت می‌شود، در صورتی که کارکنان بدون توجه به اهمیت اطلاعات در اختیار خود سبب مخدوش شدن اطلاعات شوند و یا اقدام به ارسال و انتشار غیرمجاز آنها نمایند، عامل ناکارآمدی شرکت و یا دستیابی افراد غیرمجاز به این اطلاعات خواهند شد و به رقبا کمک می‌نماید تا منافع شرکت بیمه البرز (سهامی عام) را به خطر انداخته و ضرری جمعی به شرکت، سهامداران، نمایندگان، کارکنان و سایر ذینفع‌ها وارد می‌شود. بنابراین برای حفظ و صیانت از منافع جمعی، تداوم پایدار کسب و کار، ایجاد حداکثر ظرفیت‌ها و دسترسی به خدمات ارائه شده و با لحاظ حفظ صحت و تمامیت، دقت و محرمانگی اطلاعات، ارتقا حس مسولیت‌پذیری کارکنان در رابطه با اطلاعات در اختیار و نحوه انتشار آن و همچنین جلوگیری از نفوذ افراد غیرمجاز به سامانه‌های اطلاعاتی شرکت، سیستم مدیریت امنیت اطلاعات بر اساس استاندارد ISO ۲۷۰۰۱ را پیاده‌سازی نموده و بهبود و استمرار اقدامات ذیل را در شرکت لازم می‌داند.

۱. ارزیابی و مدیریت مخاطرات وارد بر دارایی‌های اطلاعات
۲. اتخاذ سیاست‌ها، روال‌ها و کنترل‌های امنیتی برای جلوگیری از بروز حوادث احتمالی و یا عمدی و کاهش دامنه اثرات آن.
۳. آموزش و اطلاع‌رسانی مستمر برای افزایش سطح دانش تخصصی و عمومی کارکنان در راستای کاهش خطاهای کاربری و افزایش بهره‌وری و تخصص.

۴. آزمایش دوره‌ای و نگهداری طرح تداوم کسب و کار برای سامانه‌های جامع اطلاعاتی و سایر خدمات فراگیر الکترونیک و تخصصی ارائه شده توسط مدیریت فناوری اطلاعات.
۵. اجرای صحیح نظامنامه امنیت اطلاعات شرکت بیمه البرز (سهامی عام)
۶. ایجاد فرآیندهای پایش، ثبت و گزارش وقایع امنیتی برای اتخاذ راهکار مناسب و رفع و یا به حداقل رساندن اثرات ناشی از آن.
۷. اجرای فرایند ممیزی دوره‌ای جهت کسب اطمینان از اثربخش بودن اقدامات اتخاذ شده و بهبود مستمر. نماینده مدیریت در سیستم مدیریت امنیت اطلاعات به عنوان نماینده تام‌الاختیار مدیرعامل مسئولیت نظارت مستمر بر عملکرد صحیح این سیستم را بر عهده دارد و می‌بایست از طریق ممیزی‌های داخلی و ارائه گزارش‌های منظم، اثربخشی و چگونگی عملکرد سیستم مدیریت امنیت اطلاعات را به مدیریت عامل اطلاع دهد تا اقدامات به موقع برای بهبود و یا جلوگیری از هرگونه انحراف در عملکرد صورت پذیرد. از آنجایی که موفقیت این سیستم بستگی به مشارکت تمامی همکاران دارد، بنابراین از تمامی مدیران و کارکنان انتظار می‌رود نسبت به لحاظ نمودن این خط مشی در تمامی فعالیت‌های خود اقدام نمایند.

منشور اخلاق حرفه‌ای صنعت بیمه

مولفه‌های با اهمیت در منشور اخلاق حرفه‌ای صنعت بیمه به شرح ذیل است:

پایبندی به مقررات و تعهدات

۱. احترام و توصیه به رعایت قانون و مقررات و عدم تلاش برای بی‌اثر کردن آنها،
۲. برخورد با همکاران و واسطه‌هایی که از طرق غیراخلاقی از جمله پرداخت رشوه به بازاریابی می‌پردازند؛
۳. عدم چشم‌پوشی نسبت به تخلف دیگران و همکاری برای کاستن هرگونه فساد؛
۴. پایبندی به قول و تعهد خود و وفاداری به عهد و توافقات و قراردادهای قانون بر آن ناظر باشد چه نباشد، چه آشکار باشد چه پنهان؛
۵. پرداخت به موقع خسارت مطابق آنچه در قرارداد آمده است؛
۶. رعایت و حمایت از رقابت آزاد و عادلانه و پیروزی از اصول بیمه‌گری، به‌ویژه در تعیین نرخ و شرایط؛
۷. عدالت و انصاف
۸. تعیین دستمزد همکاران به صورت منصفانه و پرداخت کارمزد نمایندگان و کارگزاران طبق ضوابط؛

۹. رفتار منصفانه با مشتریان و طرف‌های تجاری در همه جوانب؛
۱۰. پرهیز از به چنگ آوردن اطلاعات تجاری با ابزار غیراخلاقی و غیرصادقانه؛
۱۱. تعیین نرخ حق بیمه بر پایه اصول فنی، معقول، منصفانه و در خور شرایط بیمه بدون تاثیر از رقبا؛

شفافیت و صداقت

۱۲. صداقت و راستی در مبادله اطلاعات و نیز خودداری از عرضه گزارش‌های فریب‌دهنده، پنهان‌کاری و حذف هدفمند برخی از اطلاعات؛
۱۳. خودداری از ارائه اطلاعات نادرست در تبلیغات و اطلاع‌رسانی؛
۱۴. انتشار مستمر اطلاعات دقیق مالی و ویژگی‌های حرفه‌ای خود به صورت واقعی؛
۱۵. اطلاع‌رسانی به موقع به بیمه‌گذاران نسبت به بروز هر گونه تغییرات موثر در ادای تعهدات؛
۱۶. توجیه کامل مشتریان نسبت به شرایط پوشش بیمه و محدودیت‌های دریافت خسارت؛
۱۷. برقراری روابط شفاف با مشتری به گونه‌ای که امکان هیچ نوع سوءاستفاده نباشد؛

حفظ کرامت انسانی

۱۸. خودداری از تقدیم و دریافت مسرفانه هدیه و برگزاری بیش از حد برنامه‌های سرگرمی و تفریحی برای طرف‌های تجاری؛
۱۹. انتخاب همکارانی که به اصول اخلاق حرفه‌ای متعهدند و از هر گونه آلودگی به ارتشا و پرداخت‌های غیرموجه مبرا می‌باشند؛
۲۰. محترم دانستن و حفظ حریم خصوصی مشتریان؛ همکاران و رقبا؛

رعایت حقوق اجتماعی

۲۱. احترام به منزلت و حقوق انسانی و شهروندی افراد و پاسداری از آن؛
۲۲. احترام به فرهنگ، آداب، رسوم و اعتقادات مشتریان؛
۲۳. سلوک و عدم‌کینه‌توزی با منتقدانی که سخن از نقض قانون و مقررات می‌گویند و عملکردها را نقد می‌کنند؛
۲۴. مقابله با پولشویی و هر گونه فعالیت دیگری که پشتیبان بزه‌های سازمان‌یافته باشد؛
۲۵. پاسداری از طبیعت، محیط زیست و توسعه پایدار؛

۲۶. همکاری با سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO) و حمایت از آن دسته از تدابیر عمومی که سبب تقویت توسعه

صنعت بیمه می‌شود؛

۲۷. پذیرش شکایت مشتریان و نظارت مقامات مجاز؛

۲۸. احترام به حقوق مالکیت مادی و معنوی رقیبان.

فصل دوم: مقررات عمومی شرکت

وظایف عمومی کارکنان

کارکنان شرکت از بدو همکاری به صورت قرارداد ساعتی مشغول به کار شده و قرارداد آنان ماهانه تمدید می شود. پس از طی یک سال فعالیت در شرکت، قرارداد آنان به قرارداد مدت معین تغییر یافته که بنابر تشخیص مسئول مربوطه تا یک سال قابل تمدید است. کارمند موظف است وظایف و تکالیفی را که از طرف شرکت تعیین می شود اجرا کند. اهم این تکالیف به شرح ذیل است:

- وظایف محول شده از طرف شرکت را به نحو احسن، در کمال جدیت، صمیمیت و درستکاری و طبق مقررات و رویه های جاری انجام دهد.
- در حدود قوانین و مقررات، احکام و دستورهای مقام بالاتر از خود را اطاعت کند. هرگاه حکم یا دستور مقام بالاتر را برخلاف قوانین و مقررات تشخیص دهد باید به صورت کتبی مغایرت دستور را با ذکر دلیل به وی گزارش کند. در صورتی که بعد از این اطلاع، مقام بالاتر اجرای دستور خود را به صورت کتبی خواستار شود، کارمند مکلف است دستور صادر شده را اجرا و مراتب را به مقام بالاتر سرپرست خود گزارش کند.
- نباید در معاملات بیمه حق العمل دریافت کند یا با کارگزاران و نمایندگان شرکت شریک شود.
- در صورت مشاهده امور خلاف مقررات گزارش مقتضی تهیه و به سرپرست مربوط تسلیم کند.
- اسرار اداری و امور محرمانه شرکت را حفظ کند.
- کارمند موظف است سلسله مراتب اداری را رعایت کرده و قبل از مراجعه به مقامات بالاتر به سرپرست بلافاصله خود مراجعه کند. با تاکید بر این که ارائه درخواست های اداری کارمندان می باید از طریق مدیر ذیربط کارمند به مدیریت سرمایه انسانی ارسال شود، بنابراین ارسال هرگونه درخواست خارج از روال اعلام شده که موجب بروز اختلال و بی نظمی در روند طبیعی کار باشد، از مصادیق عدم رعایت سلسله مراتب اداری بوده و با متخلفین مطابق مقررات رفتار خواهد شد.
- وسایل، لوازم و اموال شرکت را که در اختیار دارد حفظ کرده و از آنها نباید برای امور شخصی استفاده کند. در صورت اثبات قصور یا مسامحه ملزم به جبران خسارت است.

- اختیار تعیین محل جغرافیایی خدمت کارمند با شرکت است و کارمند موظف است در هر نقطه از ایران که شرکت مقتضی بداند انجام وظیفه کند.
- هر فعل یا ترک فعل که موجب وقفه، اخلال، کم کاری یا بی نظمی در کار شرکت شود یا برخلاف اخلاق حسنه یا شئون اداری باشد، همچنین عدم رعایت ضوابط، مقررات و تکالیف مقرر، تخلف محسوب و با متخلف براساس مقررات رفتار می شود.
- ارتکاب جرم و تخلف به عذر عدم اطلاع از مقررات شرکت مسموع نیست و موجب معافیت از تنبیهات انضباطی و اداری نخواهد شد.
- موظف به انجام سایر امور محوله در چارچوب و ظایف شغلی.

مرخصی ها

مرخصی استحقاقی

کارکنان در قبال هر سال خدمت، حق استفاده از ۲۶ روز مرخصی (روزانه و ساعتی) بدون احتساب تعطیلات با استفاده از حقوق و مزایا را دارند. حداکثر مدتی که کارکنان در طول یک سال شمسی می توانند از مرخصی همان سال و مرخصی ذخیره شده استفاده کنند جمعاً از شصت (۶۰) روز کاری تجاوز نمی کند. استفاده از باقی مانده مرخصی ذخیره شده چنین فردی موکول به یک سال تمام خدمت است.

به استناد ماده ۶۶ قانون کار، کارگر نمی تواند بیش از ۹ روز از مرخصی سالانه خود را ذخیره نماید و این مدت قابل تجمیع برای سال های آتی نیز خواهد بود. بنابراین، ایام مرخصی مازاد بر ۹ روز باطل می شود. به ایام مرخصی بدون حقوق و یا ایام غیبت، مرخصی استحقاقی تعلق نخواهد گرفت.

در اجرای دستور مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۰ مدیریت محترم عامل در خصوص پوشش بیمه درمان و نحوه بازپرداخت اقساط وام های اعطائی کارکنان در ایام مرخصی بدون حقوق، مراتب به شرح ذیل برای اطلاع رسانی به کلیه کارکنان اعلام می شود:

الف) کارکنانی که مدت مرخصی بدون حقوق ایشان بیش از شش ماه باشد، پوشش بیمه تکمیلی درمان آنان از تاریخ شروع مرخصی تا بازگشت مجدد به کار قطع می شود.

ب) کارکنانی که بیش از یک ماه در مرخصی بدون حقوق به سر می برند در دوران مرخصی موظف به پرداخت اقساط وام به صورت ماهانه هستند و در صورت عدم واریز اقساط وام های دریافتی (حتی یک قسط) اقساط مربوط از

محل حقوق ضامنین او کسر و وام گیرنده که در مرخصی بدون حقوق بوده و به تعهد خود عمل نکرده، به کمیته انضباط کار معرفی خواهد شد.

مرخصی استعلاجی

کارکنان در صورت ابتلا به بیماری که مانع از انجام خدمت باشد با تأیید پزشک معتمد شرکت از مرخصی استعلاجی استفاده خواهند کرد.

کارکنان علاوه بر مرخصی استحقاقی در موارد زیر به شرط درخواست و ارائه مدارک حداکثر تا سه روز از مرخصی اضطراری برخوردار خواهند بود.

الف- ازدواج دائم

ب- فوت بستگان شاغل شامل: همسر، اولاد، پدر، مادر، برادر و خواهر

مرخصی زایمان و شیردهی

بر اساس مقررات و ضوابط مربوط به قانون ترویج تغذیه با شیر مادر، مرخصی زایمان و شیردهی شش ماه تعیین شده است.

کلیه مادران شاغلی که فرزندان خود را شیر می دهند، برابر با ضوابط و مقررات مربوطه می توانند تا ۲۴ ماهگی فرزند خود با ارائه گواهی تایید شیردهی از مراکز بهداشت و درمان، روزانه یک ساعت از مرخصی شیردهی به شرط درخواست در سیستم جامع اداری ماهرافزار استفاده کنند.

ماموریت اداری

کارکنانی که به عنوان ماموریت موقت به خارج از محل خدمت خود اعزام می شوند می باید قبل از انجام ماموریت نسبت به تکمیل فرم های مربوط به اعزام که به تأیید مقام مافوق رسیده باشد اقدام و پس از انجام ماموریت و ارائه گزارش و تکمیل قسمت تایید انجام ماموریت، اصل فرم را برای محاسبه هزینه های انجام شده به مدیریت سرمایه انسانی ارائه کنند.

- فوق العاده روزانه (طبق مقررات) به کارمندانی پرداخت می شود که به موجب حکم برای انجام وظیفه ای موقت به خارج از محل جغرافیایی خدمت به عنوان مامور اعزام می شوند.
- فوق العاده روزانه مذکور در صورتی قابل پرداخت است که فاصله ماموریت تا محل خدمت بیشتر از ۵۰ کیلومتر باشد.

- میزان فوق العاده روزانه، اقامت، خوراک و غیره که در مدت ماموریت پرداخت می شود عبارت است از:
 - برای ماموریت های داخل کشور معادل یک سی ام حقوق، سایر مزایا، بازار کار و حق پست به اضافه رقم ثابت مصوب هیات محترم مدیره برای هر سال به ازاء هر روز پرداخت می شود.
 - شرکت به کارمندانی که به موجب حکم برای طی دوره های آموزشی و یا کارآموزی به خارج از محل جغرافیائی خدمت خود اعزام می شوند، صرفاً هزینه های غذا و محل اقامت همانند ماموران به شرط عدم تامین هر یک از آنها توسط واحد برگزارکننده پرداخت خواهد کرد.
 - به کارکنانی که برای ماموریت در داخل کشور اعزام می شوند علاوه بر پرداخت بهای بلیط ارائه شده وسیله نقلیه از قبیل هواپیما، قطار و اتوبوس، بابت هر بار رفت و برگشت به فرودگاه، ایستگاه قطار و اتوبوس، در مبدا و نیز در مقصد با ارائه فاکتور (رسید) در حد متعارف به شرط عدم استفاده از سرویس های شرکت، هزینه تردد پرداخت خواهد شد.
 - در صورتی که کارمند از وسایل نقلیه فوق استفاده نکند، معادل هزینه بهای بلیط اتوبوس به وی پرداخت خواهد شد.
- شرکت برای ایاب و ذهاب کارمندانی که وظایف شغل مورد تصدی آنان مستلزم تردد در داخل شهر و یا حومه آن است، وسیله نقلیه لازم را تامین و یا هزینه های آن را در ماموریت های محوله پرداخت می کند.
- به استناد بند "۷" ماده ۵۶ آئین نامه اداری و استخدامی شرکت، کارمند موظف است سلسله مراتب اداری را رعایت کرده و قبل از مراجعه به مقامات بالاتر، به سرپرست بلافاصله خود مراجعه کند. با تأکید بر این که ارائه درخواست های اداری کارمندان می باید از طریق مدیر ذیربط کارمند به مدیریت سرمایه انسانی ارسال شود.

معرفی سیستم های کاربردی در شرکت

۱) سیستم ثبت حضور و غیاب

سامانه ثبت درخواست های کارکنان از قبیل ماموریت ها، انواع مرخصی ها، اضافه کاری و جزئیات ساعات ورود و خروج پرسنل است.

۲) سیستم اتوماسیون اداری

به منظور تسریع و سهولت در ارتباطات درون سازمانی و افزایش امنیت اطلاعات و اسناد اداری، کلیه مکاتبات در بیمه البرز در سیستم اتوماسیون اداری چارگون به آدرس انجام می گیرد و هر شاغلی با استخدام در شرکت و تحویل رایانه، در این سیستم دارای نام کاربری شخصی می شود. مسئولیت مراقبت از مکاتبات و مستندات موجود در سیستم اتوماسیون اداری بر عهده صاحب نام کاربری است و کاربر نباید رمز ورود خود را برای سایر همکاران فاش کند. برای ورود به نرم افزار چارگون، نام کاربری و رمز عبور همان نام کاربری و رمز عبور رایانه در اختیار هر کارمند تعریف شده است.

۳) ایمیل سازمانی

کارکنان می توانند از طریق ایمیل سازمانی مستندات و مدارک سازمانی را برای گیرندگان مورد نظر خود ارسال کنند.

۴) سیستم جامع آموزش منابع انسانی

این سامانه سیستم جامع و تخصصی است که برای بهره برداری نیازسنجی آموزشی، برنامه ریزی آموزشی، اجرای آموزش، ارزشیابی و اثربخشی آن در اختیار واحد آموزش یک سازمان قرار می گیرد. مشاهده شناسنامه آموزشی، اطلاع رسانی دوره های آموزشی، ثبت نام در برنامه های آموزشی، شرکت در دوره های آموزشی غیر حضوری، استفاده از کتابخانه الکترونیک و ... از جمله امکانات سامانه آموزش شرکت است.

رعایت حجاب اسلامی

پیرو بخشنامه های ریاست جمهوری، وزارت کشور و وزارت امور اقتصادی و دارائی کلیه کارمندان موظف به رعایت کامل شئونات و حجاب و پوشش اسلامی به شرح ذیل هستند:

۱. مانتو و شلوار ساده، گشاد و بلند از پارچه ضخیم و از یک رنگ.

۲. مانتو و شلوار مورد استفاده از رنگ های سنگین انتخاب شود (سرمه ای، قهوه ای، طوسی، مشکی).

۳. از مقنعه جلویسته، مدل ساده و یک‌رنگ و بدون هرگونه تزئین و رنگ‌هایی که جلب توجه نکند و تقلید از فرهنگ غرب نباشد استفاده شود.
۴. کفش از مدل ساده با پاشنه معمولی جهت کار در رنگ‌های مناسب.
۵. جوراب به رنگ‌های سنگین.
۶. عدم استفاده از زیورآلاتی که در شان خانم‌های کارمند نیست و عدم استفاده از لوازم آرایش.
۷. پوشش برادران کارمند نیز ساده، معمولی، آستین بلند و آزاد باشد، به طوری که تقلید از فرهنگ غرب نبوده و در شان آقایان کارمند باشد.
۸. مسئولیت مستقیم حسن اجرای مفاد این بخشنامه به عهده مسئولین و مدیران مستقیم کارمند است که البته رافع مسئولیت کارکنان خاطی نخواهد بود.
۹. بدیهی است رعایت نکردن حجاب اسلامی مطابق بند ۵-۳ آئین‌نامه انضباطی کارکنان، تخلف محسوب می‌شود.

بخش دوم: آشنایی کلی با حوزه پیم

مقدمه

در منابع مختلف از دوران کهن، سازوکارهایی را به عنوان شکلی از بیمه‌های امروزی مثال می‌زنند. اولین نمونه‌ها را مربوط به بازرگانان چینی می‌دانند که برای حفظ ارزش مال خود در تجارت‌های دریایی و جبران خسارت ناشی از حوادث و یا سرقت که توسط دزدان دریایی انجام می‌شد تصمیم گرفتند که بارها را در چندین کشتی تقسیم کنند تا اگر یک کشتی دچار حادثه شد زیان کمتری به آنان وارد شود. شکل پیشرفته‌تری از بیمه در عهد باستان را مربوط به بابلی‌ها می‌دانند. بابلی‌ها سیستم اقتصادی‌ای داشتند که به نوعی شکلی از بانکداری امروز بوده است که اگر بازرگانان بابلی برای انجام امور تجاری مثل خرید کالا و یا کشتی از این بانک‌ها سرمایه‌ای مثل وام دریافت می‌کردند و طی حوادثی این اموال دچار آسیب شده و یا به سرقت می‌رفت، از پرداخت خسارت معاف بودند. فنیقی‌ها نیز که در کار تجارت دریایی بودند این سازوکار را که می‌توان نام بیمه دریایی بر آن گذاشت از بابلی‌ها آموختند و بعدها یونانی‌ها و رومی‌ها نیز از این روش پیروی کردند تا در قرون وسطا شهرهایی مثل لمباردی و جنوا تبدیل به مراکز بیمه دریایی شدند. بیمه دریایی را اولین نوع بیمه می‌دانند و با این حال اولین بیمه‌نامه‌ها در شهرهای ژن و بروگک به دست آمده است که گویا در سال‌های ۱۲۴۷ و ۱۳۷۰ میلادی تنظیم شده‌اند. بیمه دریایی از ایتالیا به انگلستان رفت و باعث شد تا طی جلسه‌ای در کافه لویدز بازرگانان انگلیسی گرد هم آمده و متعهد شوند که در سود و زیان تجارت دریایی خود سهیم باشند. این حرکت آغاز تأسیس شرکت بیمه لویدز شد که اکنون یکی از معروف‌ترین شرکت‌های بیمه است. در ایران نیز به سازوکارهایی از دوران کهن اشاره کرده‌اند که مشابه بیمه بوده است. قدیمی‌ترین آن‌ها به دوره کیقباد و بعدها به دوره هخامنشیان می‌رسد که طبق قوانینی چنانچه شخصی به ارزش مشخصی هدایا برای حکومت می‌فرستاد؛ در مقابل حکومت وقت نیز در هنگام ضرر و زیان شخص به وی کمک می‌کرده است.

فصل اول: بیمه و مفاهیم آن

اصطلاحات رایج در بیمه

واژه بیمه که در زبان فرانسه Assurance و در زبان انگلیسی Insurance نامیده می شود، ظاهراً به کلام فارسی وجود دارد ولی معلوم نیست از چه تاریخی مصطلح شده و غرض از استعمال آن چه بوده است لغت شناسان معتقدند که واژه های انگلیسی و فرانسه از ریشه لاتینی Securus که به معنای اطمینان است گرفته شده و علاوه بر عقد بیمه در معانی تضمین، تامین، اعتماد یا اطمینان به کار رفته است. در اصطلاح حقوقی نیز تعریف بیمه از این قرار است: «عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می کند که در ازای پرداخت وجه و یا جوهی از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده و یا وجه معینی بپردازد.» پس بیمه قراردادی است که طی آن ریسک مشخصی از یک طرف قرارداد، که بیمه گذار نامیده می شود، به طرف دیگر، که بیمه گر نامیده می شود، در ازای پرداخت وجه، که حق بیمه نامیده می شود، مطابق اصول بیمه منتقل می گردد.

بیمه گر: شرکت بیمه ای است که مشخصات آن در بیمه نامه درج شده است و در ازای دریافت حق بیمه، متعهد به جبران خسارت های احتمالی طبق شرایط مندرج در بیمه نامه می باشد.

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

بیمه شده: شخصی است که حیات یا سلامت او موضوع بیمه قرار می گیرد.

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

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

موضوع بیمه: ممکن است اموال شخص بیمه گذار باشد، که شامل خود اموال یا سود و منفعت حاصل از آنها است، و یا هر حق مالی یا هر نوع مسئولیت حقوقی، و یا بیمه عمر یا نقص یا شکستن عضوی از اعضاء بدن انسان. همچنین ممکن است بیمه برای حادثه یا خطری باشد که از وقوع آن بیمه گذار متضرر می گردد.

فرانشیز: بخشی از هر خسارت است که به عهده بیمه گذار است و میزان آن در بیمه نامه مشخص می گردد.
مدت اعتبار بیمه نامه: شروع و پایان مدت اعتبار بیمه نامه به ترتیبی خواهد بود که در بیمه نامه معین می گردد.

ساختار بیمه در ایران

شرکت های بیمه در ایران از سال ۱۲۸۹ شروع به کار کردند. در ابتدا دو شرکت روسی نادژا و مرکوری مشغول به فعالیت بودند اما تا سال ۱۳۱۴ که اولین شرکت بیمه ایرانی تأسیس شد ۲۹ شرکت بیمه مختلف در ایران مشغول به کار شدند که همه از کشورهای مختلف بودند. در سال ۱۳۱۴ اولین شرکت بیمه ایرانی در کشور تأسیس شد که فعالیت دیگر شرکت ها را تحت شعاع قرارداد و با حمایت از قوانین بیمه توانست باعث تغییر فضای کشور به سمت شرکت های بیمه ایرانی و تعطیلی شرکت های بیمه خارجی شود. در سال ۱۳۱۶ قانون بیمه در ایران به تصویب رسید و از سال ۱۳۲۹ شرکت های بیمه خصوصی نیز در ایران تأسیس شدند به طوری که ۸ شرکت خصوصی تا سال ۱۳۴۳ مشغول به فعالیت بودند. در سال ۱۳۳۱ و در دولت مصدق قوانینی تثبیت شد که فعالیت های بیمه را برای شرکت های خارجی محدود می کرد که نتیجه آن تعطیلی این شرکت ها و رشد شرکت های داخلی بیمه شد. در خرداد سال ۱۳۵۰ برای حمایت اتکایی از شرکت های بیمه داخلی، قانون تأسیس بیمه مرکزی به تصویب رسید و بنا بر آن بیمه مرکزی تأسیس شد.

قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در ۳۰ خرداد ۱۳۵۰ در ۷۷ ماده به تصویب رسید و نحوه فعالیت و عملیات بیمه را در مورد شرکت های داخلی و خارجی ترسیم نمود. ماده (۱) این قانون اعلام کرده است که: به منظور تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها و همچنین به منظور اعمال نظارت بر این فعالیت، مؤسسه ای به نام بیمه مرکزی طبق مقررات این قانون با اهداف زیر تأسیس می گردد:

- تنظیم بازار بیمه کشور و هدایت آن از طریق تصویب آیین نامه ها و مقررات
- توسعه و تعمیم بیمه های بازرگان
- اعطای مجوز تأسیس شرکت ها و شبکه کارگزاری و نظارت بر فعالیت شرکت های بیمه ای به نمایندگی از دولت در بازار
- انجام امور اتکایی اجباری برای مؤسسات بیمه ای
- قبولی و واگذاری بیمه های اتکایی با مؤسسات داخلی و خارجی

فصل دوم: اصول بیمه

در این بخش بصورت اجمالی به معرفی ۸ اصل بیمه پرداخته می‌شود:

۱- **اصل حد اعلاى حسن نیت:** تمام قراردادها و روابط باید مبتنی بر حسن نیت باشد ولی در بیمه، حسن

نیت از عوامل اساسی تنظیم رابطه بین تعهدات طرفین است. برای طرفین بیمه گر این امکا وجود ندارد که

قبل از صدور بیمه نامه و قبول تعهد جبران خسرات احتمالی هربک از اموالی را که برای بیمه کردن به او

عرضه می شود از نزدیک ملاحظه و کیفیات خطر آن را ارزیابی کند. لذا از نظر قانون بیمه وظایفی برای

طرفین قرارداد در نظر گرفته شده (در جهت اجرای اصل حسن نیت) که به شرح ذیل است:

در مورد بیمه گذار: بیمه گذار باید در هنگام عقد قرارداد بیمه، و همچنین در زمان اجرای آن، کلیه اطلاعاتی که در

ارزیابی خطر مورد بیمه موثر هستند را در اختیار شرکت بیمه گر بگذارد، خواه بیمه گر این اطلاعات را در فرم پیشنهاد

بیمه نامه خواسته باشد و یا نخواستہ باشد. در صورتی که بیمه گذار عمداً از بیان مطلبی که موضوع خطر را تغییر دهد،

خودداری کند و یا اظهار خلاف واقع بنماید، حتی اگر مطلب کتمان شده یا خلاف واقع اظهار شده هیچ تأثیری در

وقوع حادثه نداشته باشد، قرارداد بیمه از تاریخ انعقاد، باطل و بلااثر خواهد بود. در این صورت وجوه پرداختی بیمه

گذار به وی مسترد نخواهد شد.

در مورد بیمه گر: بیمه گر موظف است در قرارداد بیمه کلیه تعهدات خود را به طور واضح و مشخص بیان کند و

مواردی را که در پرداخت خسارت موثر است به اطلاع بیمه گذار برساند.

در صورت عدم رعایت این اصل از سوی هر یک از طرفین، طرف مقابل می تواند بیمه را باطل اعلام کند.

۲- **اصل غرامت یا اصل زیان:** بیمه، قراردادی است که موضوع آن جبران خسارت وارده به اموال و دارایی

بیمه گذار است. به موجب اصل غرامت، بیمه نباید هرگز به صورت منبع استفاده برای بیمه گذار در آید. بیمه

گر متعهد جبران خسارت و رفع بی تعادلی است که در پی حادثه مورد بیمه در وضع مالی بیمه گذار پدیدار

می شود. بنابراین، جبران خسارت نباید بیمه گذار را در وضعی مساعدتر از قبل از وقوع حادثه قرار دهد. به

دیگر سخن، وقتی بیمه به طور کامل و صحیح انجام گرفته باشد نباید پرداخت خسارت تغییری به نفع بیمه

گذار در وضع مالی او به وجود آورد. اگر این اصل ملاک پرداخت خسارت نباشد و بپذیریم که بیمه، منبع

استفاده بیمه گذار شود، فساد ایجاد می کند و مخل نظم عمومی است و تشویقی خواهد بود برای ایجاد خسارت های عمدی. تعیین سرمایه بیمه (مبلغ بیمه شده) تأثیر زیادی در پرداخت خسارت (غرامت) دارد:

❖ بالاتر بودن سرمایه از قیمت واقعی آن

این کار ممکن است به دو دلیل صورت پذیرد:

الف) با قصد تقلب: در صورتی که بیمه گذار با قصد تقلب و با قصد دریافت غرامت بیشتر از خسارت وارده، اموال خود را بیمه کند، طبق اصول بیمه قرارداد بیمه باطل است و خسارت پرداخت نمی شود، و حق بیمه های دریافتی نیز مسترد نخواهد شد. (ماده ۱۱ قانون بیمه)

ب) بدون قصد تقلب: در صورتی که بیمه گذار سهوا و در اثر خطا اموال خود را بیشتر از قیمت واقعی آن بیمه کند، بیمه گر فقط خسارت واقعی را می پردازد و نه سرمایه بیمه شده را.

❖ پایین تر بودن سرمایه بیمه از قیمت واقعی آن

قصد تقلب در اینجا مصداق پیدا نمی کند، چون در صورت بروز حادثه بیمه گذار مبلغ کمتری را دریافت خواهد کرد. به هر حال بیمه گر پس از اطلاع از این امر به دو صورت ممکن است برخورد کند:

الف) اعمال قاعده نسبی سرمایه

هنگام بروز حادثه و در زمان پرداخت خسارت اگر بیمه گر متوجه شود که بیمه گذار اموال خود را به قیمتی کمتر از قیمت واقعی آن بیمه کرده است، می تواند ماده ۱۰ قانون بیمه را اعمال کند.

ب) عدول از قاعده نسبی سرمایه

در مواردی ممکن است به دلیل توافقات خاصی بین بیمه گر و بیمه گذار، قاعده نسبی سرمایه اعمال نشود، یکی از این موارد بیمه به صورت اولین خطر یا اولین خسارت است.

بیمه نامه اولین خسارت (First Loss)

در شرایطی از بیمه نامه فرست لاس استفاده می شود که بیمه گذار اطمینان دارد هر اندازه خسارت شدید باشد، امکان از بین رفتن تمامی مورد بیمه وجود ندارد؛ و یا اینکه اموال بیمه شده در سطح جغرافیایی بسیار وسیعی پراکنده است و بر اثر حادثه فقط بخشی از آن دچار خسارت می شود. همچنین می توان آن را به چندین ریسک مستقل تقسیم کرد و برای مورد بیمه از نظر سرمایه، خطر های بیمه شده و سایر عوامل، سرمایه فرست لاس محاسبه کرد. در مواردی که محاسبه سرمایه کل مورد بیمه امکان پذیر نبوده و مرتب در حال تغییر است (مثل انبارهای عمومی)، از بیمه نامه فرست

لاس استفاده می شود. اصولاً در برخی از شاخه ها، تمام اموال در معرض خطر نیستند و در صورت بروز حادثه، بیمه گر تمامی خسارت وارده (تا سقف مبلغ بیمه شده) را بدون اعمال قاعده نسبی سرمایه پرداخت می کند. بنابراین بیمه گذار در هنگام خسارت باید موارد زیر را به اثبات برساند:

✓ حادثه برای مورد بیمه اتفاق افتاده است. زیرا وقوع حادثه موضوع بیمه است و تنها در این صورت بیمه گر ملزم به اجرای تعهد خود در قبال بیمه گذار خواهد بود.

✓ بیمه گذار باید ثابت کند که بین وقوع حادثه و خسارت وارده رابطه علیت وجود داشته، به این معنی که خسارت، معلول حادثه موضوع بیمه بوده است. زیرا بیمه گر مسئول جبران هرگونه خسارت وارده به بیمه گذار نمی باشد؛ بلکه تنها خسارتی را جبران خواهد کرد که مستقیماً در نتیجه وقوع حادثه موضوع بیمه وارد آمده باشد.

✓ مورد بیمه در زمان وقوع حادثه موجودیت داشته و دارای ارزش تعیین شده در بیمه نامه بوده است. بیمه گذار باید موجودیت و ارزش مورد بیمه را در لحظه حادثه اثبات کند. زیرا صدور بیمه به تنهایی دلیل وجود یا ارزش شیء مورد بیمه در زمان وقوع حادثه نیست. حتی اگر بیمه گر هنگام صدور بیمه نامه وجود و ارزش مورد بیمه را تأیید کرده باشد، این تکلیف همچنان بر عهده بیمه گذار می باشد، زیرا ممکن است بعد از رؤیت و تأیید بیمه گر در ارزش یا وجود مورد بیمه تغییری ایجاد شده باشد.

۳- **اصل نفع بیمه ای:** در بیمه های غرامتی براساس نفع بیمه پذیر، تصور اینست که بیمه شده یا استفاده کننده علاقه مند و ذینفع است که خطر بیمه شده بروز نکند. در واقع علاقه و نفع بیمه شده در عدم وقوع حادثه موضوع تعهد بیمه گر است. بیمه گذار برای اثبات خسارت خود باید ثابت کند که با از بین رفتن اموال یا کالای مورد بیمه دچار خسارت یا زیان شده و برای اثبات این امر بیمه گذار باید در خصوص مورد بیمه نفع بیمه پذیر داشته باشد. می توان شرایطی را تصور کرد که شخصی اموال شخص دیگری را بیمه کند و در صورت خسارت دیدن این اموال از بیمه گر خسارت دریافت نماید. برای جلوگیری از این احتمال، یکی از اصول بیمه اینست که شخص بیمه گذار باید کسی باشد که در صورت ورود خسارت، از این اتفاق دچار زیان مالی شود. برای مثال چنانچه بیمه گذاری اموال بیمه شده اش را فروخته باشد یا به علل قانونی این اموال به تصرف غیر درآمده باشد، از نظر بیمه در این مورد نفع بیمه پذیر بیمه گذار در زمینه مورد بیمه قطع شده است.

۴- **اصل جانشینی (حق رجوع بیمه گر به مسئول خسارت):** در بسیاری از موارد، خسارت وارده بر اثر غفلت، کوتاهی و قصور اشخاص به وجود می آید. معمولاً بیمه گذاران تمایل ندارند که از دریافت خسارات خود از بیمه گر صرف نظر و مسئول حادثه رجوع کنند. بدین لحاظ، در قراردادهای بیمه بین طرفین توافق می شود که در چنین مواردی بیمه گر خسارت وارده را پردازد و از حق بیمه گذار نسبت به رجوع مسئول خسارت استفاده کند. بنابراین، با پرداخت خسارت حق رجوع به بیمه گر منتقل می شود (از طریق وکالتنامه) و بیمه گر می تواند اقدامات قضایی لازم را به عمل آورد. باید به این نکته توجه شود که اگر بیمه گذار قبل از دریافت خسارت از بیمه گر خسارت را از مقصر حادثه دریافت نماید بیمه گر از پرداخت خسارت مبرا است اگر بیمه گر، حق رجوع به مقصر حادثه را برای بازیافت خسارت پرداختی نداشته این مشکل پیش می آید که :

اولاً، بیمه گذار می تواند دوبار خسارت دریافت کند.

ثانیاً، شخص یا اشخاص مقصر، قادر به شانه خالی کردن از زیر بار مسئولیت و پرداخت خسارتی که مقصران هستند می شدند.

۵- **اصل تعدد بیمه:** تعدد بیمه به این معناست که برای بیمه یک شیء، چند قرارداد بیمه وجود داشته باشد. تعدد بیمه، لزوماً باعث باطل شدن قراردادهای بیمه نمی شود و در صورتی که شرایط زیر برقرار باشد، میتواند بر خلاف اصل غرامت باشد:

- ✓ جمع مبالغ بیمه شده، از ارزش واقعی شیء بیمه شده بیشتر باشد؛ یک بیمه گذار می تواند برای بیمه یک دارایی به بیمه گرهایی متعددی مراجعه کند، البته به شرط آنکه جمع مبالغ بیمه شده از ارزش آن دارایی بیشتر نباشد.
- ✓ شخص منتفع (کسی که نفع می برد) از همه بیمه نامه ها یک نفر باشد. در صورتی که افراد مختلفی ذی نفع یک دارایی باشند، هر یک از آنها می توانند نسبت به بیمه آن اقدام نمایند. اما باید توجه داشت که در صورت بروز حادثه، تنها شخصی که در آن زمان ذی نفع بوده است محق به دریافت خسارت است.
- ✓ خطرهای بیمه شده در همه بیمه نامه ها یکسان باشد. در صورتی که یک دارایی، در مقابل خطرات مختلفی بیمه شده باشد، اشکالی متوجه قرارداد بیمه نیست.

۶- **اصل داوری:** بروز هر گونه اختلاف و مشکلی بین بیمه گر و بیمه گذار، به ویژه از نظر فنی، قبل از مطرح شدن آن در دادگاه، ترجیحاً از طریق سازش و توافق حل و فصل می شود. این کار هم برای بیمه گر و هم

برای بیمه‌گذار فوایدی را در پی خواهد داشت؛ برای بیمه‌گذار به خاطر صرفه جویی در وقت و رها شدن از پیگیری‌های مداوم و برای بیمه‌گر از جهت لطمه نخوردن به اعتبار و حسن شهرت و مسائل دیگر. ساز و کار اصل داوری به این صورت است که وقتی بیمه‌گر و بیمه‌گذار پس از انعقاد قرار داد و در هنگام بروز حادثه و ایجاد خسارت، بر سر موضوعی با هم به توافق نرسند، هر کدام یک داور انتخاب می‌کنند و این دو، نفر سومی را به عنوان سر داور بر می‌گزینند. نتیجه مذاکرات و رأی‌گیری این هیات سه نفره برای طرفین لازم الاجرا است. اما در نهایت حتی پس از داوری، اگر یکی از طرفین به حکم صادره اعتراض داشته باشد، می‌تواند آن را از طریق مراجع ذیصلاح و دادگاه پیگیری کند.

۷- اصل علت نزدیک: بیمه‌گذار که در اندیشه دریافت خسارت از بیمه‌گر است باید نشان دهد که بین وقوع حادثه و خسارت وارد شده رابطه علت و معلولی نزدیک و مستقیم وجود دارد. علت نزدیک خسارت وارده باید حادثه بیمه شده باشد تا بیمه‌گر آنرا پردازد یعنی خسارت در نتیجه وقوع حادثه بیمه شده وارد آمده باشد. خسارت وارده ممکن است ناشی از مجموع علت‌های بهم پیوسته باشد که هر یک در پی دیگری و از نتیجه آن ناشی شود. امکان دارد که این پیوستگی را علتی مستقل و بی‌ارتباط با دلایل پیشگفته از هم بگسلد.

۸- اصل اتکایی: از اصول اولیه بیمه در کلیه رشته‌ها اینست که ریسک بیمه شده تا جایی که ممکن است در سطح وسیعی پخش شود. بیمه‌اتکایی راه حل این اصل است. بیمه‌اتکایی نظامی است که بیمه‌گر صادرکننده بیمه نامه را قادر می‌سازد که با توجه به سرمایه و ذخایر خود بخشی از ریسک‌های صادره را به حساب خود نگه دارد و مازاد بر توان خود را بین بیمه‌گران اتکایی مختلف تقسیم کند. به بیان دیگر، بیمه‌اتکایی را می‌توان توزیع جهانی ریسک نامید. بیمه‌اتکایی موجب می‌شود که بیمه‌گر صادرکننده ظرفیت خود را به مبلغ خاصی که توانایی او اجازه می‌دهد محدود نکند، بلکه ریسک‌های بزرگ با سرمایه‌های بالا را به راحتی قبول و مازاد را بیمه‌اتکایی کند. در نظام بیمه‌اتکایی شرکتی که بخشی از صادره‌های خود را به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌کند "شرکت واگذارنده" نامیده می‌شود. قرارداد اتکایی که بیمه‌گر واگذارنده با بیمه‌گر اتکایی منعقد می‌کند قرارداد مستقلی است که هیچ ارتباطی با قرارداد بین بیمه‌گر واگذارنده با بیمه‌گذار ندارد. نتیجه این که هیچ‌گونه رابطه حقوقی بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر اتکایی نیست و در صورت تحقق خطر بیمه‌گذار برای دریافت خسارت خود باید به بیمه‌گر مراجعه کند و او مسئول پرداخت خسارت است و خسارت سهم بیمه‌گران اتکایی را خود محاسبه و وصول می‌نماید.

فصل سوم: انواع بیمه و فروش آن

انواع بیمه

انواع بیمه بسیار متعدد و متنوع است اما به سه دسته کلی با ذکر برخی از انواع آن به شرح ذیل تقسیم می‌گردند:

الف) بیمه اشخاص:

در بیمه های اشخاص، موضوع تعهد بیمه گر شخص بیمه شده است. میزان تعهد بیمه گر، یعنی مبلغ بیمه شده، ارتباطی با غرامت ناشی از بروز واقعه بیمه شده ندارد و به پیشنهاد بیمه گذار تعیین می شود. در بیمه های اشخاص، بیمه گر با در نظر گرفتن وقایع احتمالی که برای شخص بیمه شده روی می دهد متعهد می شود. این وقایع عبارتند از: حیات، فوت، حوادث، بیماری، نقض عضو، از کارافتادگی، ازدواج، تولد و.....

هدف و منظور از بیمه جبران زیان وارده به بیمه شده نیست به ویژه که بعضی از بیمه های اشخاص (مانند حیات، ازدواج، آغاز تحصیلات دانشگاهی و تولد) وقایعی نیستند که موجب زیان و خسارتی برای بیمه شده گردند. این وجه مشترک، در انواع بیمه های اشخاص است. در سایر انواع بیمه های اشخاص (مثل بیمه های به شرط فوت، نقض عضو و بیماری) با آنکه منظور بیمه گذار دریافت غرامت یا زبانی است که حوادث بیمه شده برای بیمه شده یا صاحبان حقوق آنها دارد ولی این منظور دلیل واقعی بیمه محسوب نمی شود. بیمه گر آنچه را که وعده داده است می پردازد ولی زیان و خسارت وارده و کمیت آن مطلقاً مورد نظر نیست. به عبارت دیگر بیمه های اشخاص تابع اصل غرامت نیست.

تقسیم بندی بیمه های اشخاص: بیمه های اشخاص اصولاً شامل انواع مختلف بیمه عمر است. افزون بر بیمه های عمر،

بیمه های زیر هم بیمه اشخاص محسوب می شوند:

بیمه حوادث اشخاص، یعنی حوادثی که موجب صدمه و ضایعه جسمی برای انسان باشد

بیمه بیماری (به استثنای هزینه درمان که بیمه زیان محسوب و تابع اصل غرامت است)

ب) بیمه اشیاء:

در این نوع بیمه موضوع تعهد بیمه گر شیئی است، یعنی آنچه قابل تقویم به وجه نقد است. بیمه اشیاء، قراردادی برای جبران زیان وارده و پرداخت غرامت است. نتیجه این می شود که بیمه گذاری که متحمل زیانی شده است نمی تواند غرامتی بیشتر از مرز واقعی دریافت کند، یعنی وضعی بهتر و مساعدتر از زمان قبل از بروز حادثه داشته باشد .

از مهمترین ویژگی بیمه های اشیاء خسارتی بودن آنهاست. حداکثر تعهد بیمه گر تا سقف مبلغ بیمه شده خسارت وارده به بیمه گذار است. به عبارت دیگر بر اثر تحقق خطر بیمه شده، وضعیت مالی بیمه گذار، نامتعادل می شود که بیمه گر این وضعیت نامتعادل را برطرف می کند. بیمه های اشیاء، متنوع ترین شاخه بیمه های بازرگانی است. بر اثر پیشرفت تکنولوژی و ورود انواع محصولات و فراورده های صنعتی و... ، باوجود اینکه تسهیلات و رفاه اجتماعی برای مردم به همراه دارد، پتانسیل خسارت را نیز با خود به ارمغان می آورد.

بیمه گران طرح ها و پوشش های بیمه ای را برای جبران خسارت و زیان های احتمالی ناشی از اینگونه خطرها به بازار بیمه عرضه می کنند در نتیجه انواع بیمه های اشیاء بطور مرتب در حال افزایش هستند که در زیر به تعدادی از آنها اشاره می شود:

- بیمه آتشسوزی، انفجار، صاعقه و خطرهای اضافی نظیر سیل، زلزله، طوفان، شکست شیشه، ترکیدگی لوله آب ، ضایعات ناشی از برف و باران، دزدی.
- بیمه اتومبیل (بدنه، سرنشین، شخص ثالث)
- بیمه محصولات کشاورزی
- بیمه هواپیما
- بیمه مهندسی
- بیمه کشتی
- بیمه حمل و نقل کالا(زمینی، دریایی، هوایی)
- بیمه کامپیوتر
- بیمه سفینه های فضایی

ج) بیمه مسئولیت:

یکی از مهمترین و کاربردی ترین بیمه ها مخصوصا برای مشاغل، بیمه مسئولیت است. بیمه مسئولیت بیمه ای است که مسئولیت مدنی بیمه گذار را در قبال اشخاص ثالث بیمه می کند. بنابراین یک اصل حقوقی، هرکس مسئول زیان و خسارتی است که به جان و مال اشخاص دیگر وارد می کند.

در بیمه نامه باید موارد زیر به صورت کاملا دقیق و روشن قید شود:

- تاریخ انعقاد قرارداد بیمه
- نام و مشخصات بیمه گر و بیمه گذار
- موضوع بیمه
- ریسک یا خطری که باعث عقد قرارداد بیمه شده است
- تاریخ شروع و خاتمه بیمه نامه
- میزان حق بیمه و روش پرداخت آن
- میزان تعهدات بیمه گر در صورت وقوع حادثه

شبکه فروش در شرکت های بیمه

در ایران شبکه فروش بیمه از کارگزار، نماینده و اگریگیتورهای بیمه تشکیل شده است.

فروش از طریق کارگزار بیمه: کسی که با آگاهی از شرایط و خدمات شرکت ها و با شناخت از انواع بیمه ها در ازای دریافت کارمزد از شرکت های بیمه، نقش واسطه در فروش بیمه را به عهده دارد. در واقع وظیفه کارگزار این است که ابتدا نیاز و شرایط اقتصادی و مالی بیمه گزار را بررسی کند و سپس با توجه به اطلاعاتی که بیمه گزار در اختیار وی قرار داده است، بهترین بیمه را برای وی خریداری می کند. اطلاعات کارگزار باید به روز باشد تا پس از دریافت اطلاعات از بیمه گزار بتواند بهترین بیمه را از میان بیمه های موجود به بیمه گزار پیشنهاد دهد. همچنین کارگزار موظف است در خصوص دریافت خسارت از شرکت های بیمه مشاوره های لازم را به بیمه گزار ارائه کرده و تا زمان وصول خسارت پیگیری های آن را به عهده گیرد. از سوی دیگر از آنجا که کارگزار نقش واسطه دارد با هر دو سمت یعنی هم شرکت های بیمه و هم مشتری در ارتباط است و در نتیجه تنها نسبت به بیمه گزار تعهد ندارد بلکه نسبت به شرکت های بیمه نیز دارای تعهداتی است که باید به آن عمل کند. در همین راستا وی موظف است تا گزارش های کاری را که شرکت های بیمه و یا ناظران بیمه از وی انتظار دارند، تهیه و در زمان مقرر به این عوامل تقدیم کند.

فروش از طریق نماینده بیمه: نماینده بیمه نیز نقش واسطه در فروش بیمه را دارد. تفاوت نماینده بیمه با کارگزار در این است که نماینده تنها برای یک شرکت بیمه نقش واسطه را دارد و نمی تواند هم زمان برای چندین شرکت بیمه، فروش بیمه داشته باشد. نمایندگان بیمه با اخذ مجوزهای رسمی از مراجع مربوطه و شرکت بیمه طرف قرارداد، به طور ویژه و تنها برای همان شرکت بیمه و تحت قوانین آن اقدام به فروش بیمه های مختلف می کنند و کارمزد خود را نیز از بیمه گر طرف قرارداد دریافت می کنند. نمایندگان بیمه موظف هستند تا اطلاعات و خدمات مربوط به انواع بیمه هایی که ارائه می کنند را به صورت کامل و شفاف در اختیار بیمه گزار قرار دهند و مشاوره های لازم را به بیمه گزار ارائه کنند.

فروش آنلاین به کمک اگریگیتور بیمه: لغت اگریگیتور (Aggregator) به وبسایت و یا برنامه ای اطلاق می شود که در آن مجموعه ای از شرکت ها، برندها و موضوعات مشابه در کنار یکدیگر نمایش داده می شوند و امکان مقایسه و نرخ گیری آنلاین را برای کاربران فراهم می کنند. در جوامع مدرن استفاده از خدمات اینترنتی امری بدیهی است و یکی از این خدمات معرفی و فروش انواع محصولات به صورت مستقیم و یا با واسطه است.

موفق و سربلند باشید

مدیریت سرمایه انسانی شرکت بیمه البرز