

اصول، مقررات و رشته‌های بیمه

جلد اول

تدوین و گردآوری

پژوهشکده بیمه

به سفارش بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران



فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول: کلیات و اصول بیمه	۱
بخش اول: بیمه و بیمه‌گری	۲
۱- مقدمه	۲
۲- تعریف بیمه و بیمه‌گری	۳
۳- ریشه‌ و اژه بیمه	۵
۴- انواع بیمه و معرفی بیمه‌های بازرگانی	۵
بخش دوم: تحولات صنعت بیمه در ایران	۱۵
۱- تاریخچه صنعت بیمه در ایران	۱۵
۲- ارکان (ساختار) صنعت بیمه کشور	۲۲
بخش سوم: اصول اساسی بیمه	۲۹
۱- مقدمه	۲۹
۲- الزامات	۲۹
۳- ساختار بیمه‌نامه	۳۵
۴- اصول اساسی بیمه از دیدگاه حقوقی	۳۷
۵- اصول اساسی بیمه از دیدگاه مالی	۵۹
۶- ویژگی‌های اساسی بیمه	۷۰
۷- بیمه اتکایی - پیوند گروه‌های تعاونی	۹۲
نمونه سؤالات چهار گزینه‌ای	۱۰۰
فصل دوم: اصول مدیریت ریسک	۱۰۷
بخش اول: تاریخچه مدیریت ریسک	۱۰۸
بخش دوم: مسئله ریسک	۱۱۲
۱- مقدمه	۱۱۲
۲- مفهوم ریسک	۱۱۲

- ۳- عدم اطمینان و ارتباط آن با ریسک ۱۱۵
- ۴- درجه ریسک ۱۱۶
- ۵- عامل ضرر (خطر) و مخاطره ۱۱۷
- ۶- دسته‌بندی ریسک ۱۱۹
- ۷- انواع ریسک‌های خالص ۱۲۲
- ۸- بار ریسک بر دوش جامعه ۱۲۴
- ۹- روش‌های مواجهه با ریسک ۱۲۴
- بخش سوم: مدیریت ریسک ۱۲۹**
- ۱- مقدمه ۱۲۹
- ۲- اهداف مدیریت ریسک ۱۳۰
- ۳- فرآیند مدیریت ریسک ۱۳۱
- ۴- مدیریت ریسک انفرادی ۱۴۷
- ۵- ملاحظات در خصوص انتخاب ابزار مدیریت ریسک ۱۵۰
- ۶- جایگزین‌هایی برای بیمه‌های بازرگانی ۱۵۳
- نمونه سؤالات چهار گزینه‌ای ۱۵۷
- فصل سوم: فرآیند صدور بیمه‌نامه ۱۶۳**
- بخش اول: رویه صدور بیمه‌نامه ۱۶۴**
- ۱- اعتبار نرخ بیمه پیشنهادی ۱۶۴
- ۲- فرم‌های پیشنهاد بیمه ۱۶۵
- ۳- محاسبه حق بیمه ۱۶۶
- ۴- بیمه‌نامه ۱۶۸
- بخش دوم: رویه‌های تجدید و فسخ قرارداد ۱۷۰**
- ۱- مقدمه ۱۷۰
- ۲- اهمیت رویه‌های مربوط به تجدید قرارداد ۱۷۰
- ۳- نحوه عملکرد ماده‌های مربوط به فسخ قرارداد ۱۷۱

بخش سوم: ملاحظات مربوط به بیمه‌نامه (پذیرش ریسک)..... ۱۷۳

۱- مقدمه ۱۷۳

۲- اصول کلیدی صدور بیمه‌نامه ۱۷۳

۳- تقلب در بیمه ۱۸۲

۴- قوانین ۱۸۳

بخش چهارم: تعیین قیمت ۱۸۵

۱- مقدمه ۱۸۵

۲- اطلاعات مورد نیاز برای صدور بیمه‌نامه ۱۸۵

۳- اطلاعات مورد نیاز برای اجرای سیاست پذیرش ریسک ۱۸۶

۴- انواع مختلف نظارت و دوره‌های محاسباتی ۱۹۰

بخش پنجم: عوامل مؤثر بر قیمت ۱۹۵

۱- مقدمه ۱۹۵

۲- عواملی که باید در ارزیابی حق بیمه خالص در نظر گرفته شوند ۱۹۵

۳- تأثیر هزینه‌ها بر نرخ‌های حق بیمه ۱۹۷

۴- آیین‌نامه شماره ۹۴ ۲۰۰

۵- آیین‌نامه شماره ۹۵ ۲۲۰

نمونه سؤالات چهارگزینه‌ای ۲۲۶

فصل چهارم: فرآیند پرداخت خسارت ۲۴۹

بخش اول: شرایط ادعای خسارت، وظایف و اصول ۲۵۰

۱- شرایط قانونی ادعای خسارت ۲۵۰

۲- مسئولیت‌های بیمه‌گر در فرآیند پرداخت خسارت ۲۵۰

۳- اعمال شرایط بیمه‌نامه در خصوص ادعاهای خسارت ۲۵۱

۴- اسناد و مدارک لازم برای دریافت خسارت ۲۵۳

۵- اصل علت نزدیک (بلافضل) ۲۵۵

بخش دوم: مدیریت ادعای خسارت و ملاحظات مربوط به آن ۲۵۸

۱- مقدمه ۲۵۸

- ۲- اهمیت استاندارد خدمات ۲۵۹
- ۳- مدیریت ادعای خسارت اشخاص ثالث ۲۶۰
- ۴- ذخیره‌گیری ۲۶۰
- ۵- پیشگیری از تقلب و پیامدهای آن ۲۶۱
- ۶- سازوکار حل اختلافات ۲۶۲
- بخش سوم: رویه‌های رسیدگی به ادعاهای خسارت و خدمات مکمل آن ۲۶۴**
- ۱- مقدمه ۲۶۴
- ۲- ادعای خسارت در بیمه‌های شخصی ۲۶۴
- ۳- ادعای خسارت در بیمه‌های تجاری ۲۶۷
- ۴- خدمات تکمیلی ۲۷۱
- نمونه سؤالات چهار گزینه‌ای ۲۷۳
- فصل پنجم: آشنایی با قوانین و مقررات بیمه‌های بازرگانی ۲۷۷**
- بخش اول: ماهیت حقوقی بیمه ۲۷۸**
- ۱- بیمه چگونه عقدی است؟ ۲۷۸
- ۲- خصوصیات عقد بیمه ۲۷۹
- ۳- شرایط صحت عقد بیمه ۲۸۲
- بخش دوم: قوانین و مقررات بیمه‌های بازرگانی ۲۸۳**
- ۱- قانون بیمه (مصوب ۱۳۱۶/۲/۷) ۲۸۳
- ۲- قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری (مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰) ۲۸۹
- ۳- قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی (مصوب ۱۳۸۰/۶/۶) ۳۰۸
- ۴- قانون عضویت دولت جمهوری اسلامی ایران در سازمان‌ها و مجامع بین‌المللی (اکو - فیر) (مصوب ۱۳۶۵/۱/۲۶) ۳۱۰
- ۵- قانون اجازه عضویت بیمه مرکزی ایران در «اتحادیه نظارت‌کنندگان بر شرکت‌های بیمه در کشورهای درحال توسعه» (مصوب ۱۳۶۵/۵/۲) ۳۱۱
- ۶- قانون عضویت بیمه مرکزی ایران در شرکت بیمه انکایی آسیا (مصوب ۱۳۷۱/۱۱/۲۵) ۳۱۱
- ۷- قانون اصلاح قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری-صنعتی جمهوری اسلامی ایران ۳۱۱
- ۸- مقررات تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد تجاری-صنعتی جمهوری اسلامی ایران ۳۱۲

۳۲۱.....	۹- آیین‌نامه شماره ۴۰.....
۳۳۱.....	۱۰- آیین‌نامه شماره ۹۰.....
۳۳۸.....	نمونه سؤالات چهارگزینه‌ای.....
۳۶۹.....	فصل ششم: مقررات واسطه‌های بیمه.....
۳۷۰.....	بخش اول: آیین‌نامه شماره ۹۱.....
۳۷۸.....	بخش دوم: آیین‌نامه شماره ۹۲.....
۳۹۵.....	بخش سوم: آیین‌نامه شماره ۷۵.....
۴۰۹.....	بخش چهارم: آیین‌نامه شماره ۸۳.....
۴۱۶.....	بخش پنجم: آیین‌نامه شماره ۹۶.....
۴۱۹.....	بخش ششم: آیین‌نامه شماره ۸۵.....
۴۲۵.....	بخش هفتم: آیین‌نامه شماره ۴۸.....
۴۲۷.....	بخش هشتم: آیین‌نامه شماره ۴۱.....
۴۲۸.....	بخش نهم: آیین‌نامه شماره ۷۱.....
۴۳۸.....	بخش دهم: آیین‌نامه شماره ۷۸.....
۴۴۲.....	نمونه سؤالات چهارگزینه‌ای.....
۴۸۵.....	فصل هفتم: بازاریابی بیمه.....
۴۸۶.....	بخش اول: تعریف بازاریابی و بررسی بازاریابی بیمه در ایران.....
۴۸۶.....	۱- مقدمه.....
۴۸۷.....	۲- روش‌های مختلف بازاریابی بیمه.....
۴۸۹.....	۳- ده اشتباه رایج در بازاریابی.....
۴۹۱.....	۴- سیزده شیوه صرفه‌جویی در بازاریابی.....
۴۹۴.....	۵- ده روش برای رسیدن به فروش بیشتر.....
۴۹۶.....	۶- مشکلات بازاریابی در ایران.....
۴۹۹.....	بخش دوم: آمیخته بازاریابی در صنعت بیمه.....
۴۹۹.....	۱- مقدمه.....
۴۹۹.....	۲- آمیخته بازاریابی.....

بخش سوم: دیدگاه‌های رایج فعالیت‌های بازاریابی ۵۰۵

۱- دیدگاه تولید ۵۰۵

۲- دیدگاه محصول ۵۰۵

۳- دیدگاه فروش ۵۰۶

۴- دیدگاه بازاریابی ۵۰۷

۵- دیدگاه بازاریابی اجتماعی ۵۰۷

۶- بازاریابی کششی ۵۰۸

۷- مدیریت ارتباط‌های بازاریابی در صنعت بیمه ۵۰۸

۸- مکانیسم بازاریابی داخلی ۵۱۵

نمونه سؤالات چهارگزینه‌ای ۵۱۷

فصل هشتم: برخی مفاهیم بیمه‌ای ۵۲۳

۱- قرارداد بیمه ۵۲۴

۲- شرکت بیمه ۵۳۱

۳- عدم توانگری ۵۳۳

۴- توانگری مالی ۵۳۷

۵- عرضه بیمه (Insurance Supply) ۵۴۶

۶- کارگزار بیمه ۵۵۰

۷- فرانشیز ۵۵۲

۸- انواع قراردادهای اتکالی ۵۵۳

۹- صندوق تأمین خسارت‌های بدنی ۵۸۴

۱۰- کارت سبز ۵۸۷

نمونه سؤالات چهارگزینه‌ای ۵۹۱

منابع ۵۹۹

فصل اول: کلیات و اصول بیمه

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل خوانندگان باید بتوانند:

اصول اساسی بیمه را نام ببرند و آنها را به اختصار شرح دهند.

قانون اعداد بزرگ و کاربرد آن در صنعت بیمه را توضیح دهند.

ویژگی‌های اساسی بیمه را نام ببرند.

بیمه را از دیدگاه فردی و دیدگاه جامعه تعریف کنند.

انتخاب نامساعد در بیمه را توضیح دهند.

فواید بیمه برای جامعه را نام ببرند.

اصول حقوقی خاص قراردادهای بیمه را نام برده و آنها را به اختصار شرح دهند.

بخش اول:

بیمه و بیمه‌گری^۱

۱- مقدمه

یکی از ارزشمندترین دستاوردهای بشر برای رویارویی با حوادث و تأمین برخی از نیازهای اقتصادی، اجتماعی و روانی، بیمه است. بیمه، سازوکاری است که علاوه بر جبران خسارات اقتصادی ناشی از حوادث، تأمین آینده و ارتقای سطح زندگی افراد و همچنین ایجاد بستری مناسب و مطمئن برای رشد و توسعه اقتصادی، موجب آرامش خاطر اعضای جامعه شده و این آرامش نیز به نوبه خود موجب پویایی حیات اجتماعی، رشد و شکوفایی استعدادها و افزایش کارایی و بهره‌وری می‌شود.

بشر در زندگی روزمره خود با انواع خطراتی مواجه است که جان و مال او را تهدید می‌کنند؛ بعضی از این خطرات ناشی از قوای طبیعی و بدون ارتباط با فعالیت‌های خود اوست؛ از قبیل: سیل، زلزله، آتش‌فشان، طوفان، صاعقه و... بعضی دیگر مرتبط با اقدامات و عملیات عمدی یا غیرعمدی بشر است؛ از قبیل: حریق، تصادف اتومبیل‌ها و خطرات مربوط به الکتریسته، گاز، انرژی اتمی و نظایر آنها. قابل توجه اینکه هر قدر دسترسی بشر به علم و تکنولوژی بیشتر می‌شود و سطح رفاه به لحاظ استفاده از وسایل مدرن بالاتر می‌رود، به تنوع و شدت و تواتر خطرها افزوده می‌شود.

بشر به مقتضای هوش، استعداد و دانشی که دارد و به لحاظ گزینه میل به ادامه حیات، در اندیشه مبارزه با آثار زیان‌بار خطرات، پیش‌بینی‌های مفیدی به عمل می‌آورد و خود را برای تحمل خساراتی که علی‌رغم همه تدابیر وارد می‌شوند، آماده می‌کند. از جمله این تدابیر، ایجاد ذخیره‌ای برای مقابله با خسارات مالی است که در آینده ایجاد می‌شوند؛ به عبارت دیگر، پس‌انداز قسمتی از درآمد به منظور جبران خسارات احتمالی، یک تدبیر عاقلانه و منطقی برای رویارویی با آثار خطراتی است که اموال او را تهدید می‌کنند.

اما پس انداز هر فرد یا هر واحد اقتصادی برای جبران خسارات احتمالی آن کافی نیست؛ چه بسا خطر قبل از تشکیل پس انداز کافی و در ابتدای فعالیت فرد یا واحد اقتصادی پیش آید و خسارات آن به حدی باشد که ادامه فعالیت را به کلی غیرممکن کند؛ از این رو، در بسیاری از موارد، تدبیر پس انداز - که ایده‌ای بسیار عاقلانه است - مشکلی را حل نمی‌کند مگر اینکه از صورت انفرادی خارج شود و حالت جمعی به خود گیرد و گروهی از افراد یا واحدهای اقتصادی که فعالیت مشابه و خطرات نظیر هم دارند، توافق کنند که ذخایر خود را یکجا متمرکز و خسارات احتمالی را از محل آن جبران کنند. از آنجاکه همه افراد یا واحدهای اقتصادی همزمان دچار خسارت نمی‌شوند، ذخایر جمعی هر دوره برای جبران چند خسارت که در آن دوره برای برخی افراد و یا واحدهای اقتصادی پیش می‌آید، کفایت می‌کند. امروزه، جمع‌آوری ذخایر جمعی، تحت عنوان حق بیمه و تأمین خسارات احتمالی با استفاده از مکانیزم «بیمه» انجام می‌شود و شرکت‌های بیمه بازرگانی پوشش‌های مورد نیاز مربوط به فعالیت‌های اقتصادی را ارائه می‌کنند.

۲- تعریف بیمه و بیمه‌گری

کارشناسان بیمه در ایران و جهان، بیمه را از دیدگاه‌های مختلفی تعریف کرده‌اند که در زیر اعم این تعریف‌ها از دیدگاه «حقوقی»، «فنی» و «مالی» مورد توجه قرار گرفته است.

۲-۱- تعریف بیمه از دیدگاه حقوقی

بیمه، عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند در ازای دریافت وجه یا وجوهی از طرف دیگر، در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارد بر او را جبران کند یا وجه معینی را پردازد. متعهد را «بیمه‌گر»، طرف تعهد را «بیمه‌گذار»، وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر می‌پردازد «حق بیمه» و آنچه را که بیمه می‌شود «موضوع بیمه» می‌نامند.^۱ این تعریف، گرچه کامل نیست، اما رابطه حقوقی بین دو طرف قرارداد بیمه را بیان می‌کند. به‌هر حال تعریف‌هایی که به این ترتیب از بیمه شده است نواقص زیادی دارد، زیرا قرارداد بیمه، دارای جنبه‌های فنی است که در تعریف فوق مورد غفلت قرار گرفته است.

۲-۲- تعریف بیمه از دیدگاه فنی

بیمه، عملیاتی است که به موجب آن یک طرف با پرداخت وجه یا وجوهی به نام «حق بیمه»، ریسک‌های تهدیدکننده جان و اموال خود را به طرف دیگر واگذار (منتقل) می‌کند. واگذارنده ریسک را «بیمه‌گذار» و قبول‌کننده ریسک را «بیمه‌گر» می‌نامند. «ریسک»، احتمال تحقق خسارت است و قبول‌کننده ریسک (بیمه‌گر) تعهد می‌کند در صورت بروز خسارت برای بیمه‌گذار، آن را جبران کند.

بنا به این تعریف، عمل بیمه‌ای نیاز به تشکیلات معینی دارد و هنگامی می‌توان گفت موضوع بیمه در مقابل خطر معینی بیمه شده است که از نظر فنی، محاسبات دقیق متکی به آمار و احتمالات وجود داشته باشد. عملیات منظم بیمه وقتی به وجود می‌آید که:

اولاً: شمار بیمه‌گذاران به اندازه کافی زیاد باشند؛

ثانیاً: خطرات پراکنده باشند؛

ثالثاً: خطرات مشابه باشند.

بنابراین، بیمه را از دیدگاه فنی این گونه نیز می‌توان تعریف کرد: «بیمه، عملی است که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) با سازمانی به نام مؤسسه بیمه، تعهد می‌کند در ازای دریافت وجه یا وجوهی (حق بیمه) از گروهی (بیمه‌گذاران) که هریک از افراد گروه به این سازمان می‌پردازد، در صورت وقوع یا بروز حادثه معینی برای آنها، خسارت وارده را جبران کند یا وجه معینی را بپردازد».

این تعریف که در حقیقت به وجود سازمان و تشکیلاتی منظم و مبتنی بر قوانین آماری تکیه می‌کند، می‌تواند تمام انواع بیمه‌ها را دربرگیرد.

۲-۳- تعریف بیمه از دیدگاه مالی

بیمه، عملیاتی است که با استفاده از آن، آثار مالی هزینه‌های احتمالی، غیرعادی و غیرمترقبه در یک دوره بلندمدت تسهیم شده و به عنوان حق بیمه به صورت هزینه عادی در هر سال مالی نمایان می‌شود. از دیدگاه مالی، در یک جمله می‌توان گفت: «بیمه ابزاری برای تبدیل هزینه‌های غیرقابل پیش‌بینی به هزینه‌های قابل پیش‌بینی است».

۳- ریشهٔ واژه بیمه^۱

در باره ریشهٔ واژه بیمه، دیدگاه‌ها و نگرش‌های متفاوتی وجود دارد:

۳-۱- در فرهنگ معین آمده است که برخی بر این باورند که این واژه از زبان هندی و واژه «بیما» گرفته شده و ریشه سانسکریت دارد که با واژه «بیم» در زبان پارسی هم ریشه است.

۳-۲- برخی دیگر بر این نظرند که «بیمه» ترجمه واژه روسی «استراخوانی» به معنای ضد بیم و ترس است زیرا، نخستین بار روس‌ها در ایران به کارهای بیمه‌ای پرداخته‌اند. به همین جهت نزدیکی دو واژه «بیم و بیمه» در ذهن مردم، سراینده‌ای را برآن داشته است تا از سر شکوه و درد بگوید:

بر هر که رسد بیمی، بر بیمه نماید رو
در بیمه‌ام و در بیم، این با که توان گفتن

برخی از مؤلفان نیز واژه بیمه را یک واژه فارسی دانسته و به استناد کتاب ابواسحاق ابراهیم اصطخری می‌گویند که «بیمه» نام شهری در دیار طبرستان و دیلم بوده است.

۴- انواع بیمه و معرفی بیمه‌های بازرگانی

باتوجه به تنوع ریسک‌ها، قراردادهای بیمه نیز انواع متعددی دارند. به‌طور کلی عملیات بیمه‌گری به دو بخش: «بیمه‌های اجتماعی» و «بیمه‌های بازرگانی» تقسیم می‌شود.

۴-۱- بیمه‌های اجتماعی

تأمین اجتماعی از وظایف دولت‌هاست و معمولاً این تأمین، از طریق بیمه‌های اجتماعی میسر است. از مهم‌ترین پوشش‌های بیمه اجتماعی در ایران می‌توان به این موارد اشاره کرد:

- حوادث و بیماری‌ها؛
- بازنشستگی؛
- از کارافتادگی؛
- غرامت دستمزد؛
- کمک ازدواج و عائله‌مندی؛
- بیکاری؛
- بارداری.

۴-۲- بیمه‌های بازرگانی

از آنجاکه پوشش‌هایی که توسط نظام بیمه اجتماعی برای تأمین خسارات ارائه می‌شود، محدود بوده و همه ابعاد زندگی اجتماعی و اقتصادی افراد را دربر نمی‌گیرد، بیمه‌های بازرگانی در انواع مختلف به وجود آمده‌اند که شرکت‌های بیمه بازرگانی آنها را عرضه می‌کنند. به‌طور کلی، بیمه‌های بازرگانی که موضوع فعالیت شرکت‌های بیمه است، از نظر موضوع به بیمه‌های اموال، بیمه‌های مسئولیت و بیمه‌های اشخاص تقسیم می‌شوند و انواع قراردادهای بیمه باتوجه به موضوع بیمه در این مجموعه قرار می‌گیرند.

۴-۲-۱- بیمه‌های اموال

در بیمه‌های اموال، موضوع بیمه دارایی‌ها و اموال است و از انواع آن می‌توان به این بیمه‌ها اشاره کرد:

- بیمه‌های آتش‌سوزی

در سال ۱۶۶۶، آتش‌سوزی بسیار بزرگی در شهر لندن رخ داد که سبب به‌وجود آمدن اولین بیمه آتش‌سوزی شد. با اطلاعات موجود مشخص نیست که اولین بیمه‌نامه آتش‌سوزی به‌صورت کنونی در چه تاریخی صادر شده است، اما نخستین شرکت بیمه آتش‌سوزی به نام اداره آتش‌سوزی در سال ۱۶۸۰ تأسیس شد و بعدها به شرکت فونیکس تغییر نام یافت. بعد از حادثه آتش‌سوزی لندن، افراد و شرکت‌های خصوصی توانستند عملیات آتش‌نشانی را سازماندهی کنند و به موازات آن، بیمه‌گران رشته آتش‌سوزی نشان‌های فلزی را طراحی و بر ساختمان‌هایی نصب کردند که بیمه آتش‌سوزی داشتند. این علامت، نشانگر این بود که ساختمان نزد کدام شرکت، بیمه آتش‌سوزی شده است. آتش‌سوزی سال ۱۸۶۱ شهر لندن نیز حادثه مهمی بود که باعث شد شیوه‌های فنی تعیین نرخ حق‌بیمه مورد توجه قرار گیرد. در ضمن، مالکان ساختمان‌ها تشویق شدند تا با اقدام‌های پیشگیرانه از آتش‌سوزی، حق‌بیمه کمتری پرداخت کنند.

در بیمه آتش‌سوزی، خسارات وارده به اموال و دارایی‌هایی که وقوع یا شروع آتش‌سوزی مسبب آن بوده، توسط بیمه‌گر جبران می‌شود. باتوجه به اینکه وقوع آتش‌سوزی همواره محتمل است، اموال منقول و غیرمنقول از قبیل ساختمان، اثاثیه و... باید در مقابل خطر آتش‌سوزی تحت پوشش بیمه قرار گیرند. بدیهی است، چنانچه موارد بیمه‌شده به قیمت واقعی بیمه نشود، بیمه‌گر به

نسبت مبلغ بیمه شده و قیمت واقعی مال، مسئول جبران خسارت خواهد بود^۱. به همراه خطر آتش سوزی، بعضی از خطرات تبعی از قبیل سرقت، سیل، زلزله، توفان، ضایعات ناشی از آب و برف، سقوط هواپیما و... همچنین شورش و بلوا و اعتصاب، در مقابل دریافت حق بیمه اضافی، بیمه می شوند. علاوه بر این موارد، انفجار و صاعقه به همراه بیمه آتش سوزی تحت پوشش قرار می گیرد. این نوع بیمه نامه، به بیمه آتش سوزی و خطرات تبعی معروف است. در ایران، بیمه گران به لحاظ فروش بیشتر و آسان تر بیمه های آتش سوزی، اقدام به طراحی انواع بیمه نامه های آتش سوزی کرده اند.

- بیمه حمل و نقل کالا (بیمه باربری)

اولین بیمه های حمل و نقل در حمل و نقل دریایی استفاده شده است. بیمه دریایی احتمالاً در قرن های ۱۱ و ۱۲ میلادی در منطقه ای در شمال ایتالیا به وجود آمده است. فردی به نام لومباردز نیز در قرن های ۱۴ و ۱۵ موفق شد انگلیسی ها را با بیمه دریایی آشنا کند. مفاهیم بیمه و بیمه گری، اولین بار در بیمه دریایی مطرح شد. در آن زمان هر تاجری که حاضر به قبول بخشی از یک خطر بود، نام خود را همراه با سهمی که از آن خطر در آن تعیین شده بود، می نوشت؛ بدین ترتیب، مالکان کشتی ها و بازرگانان متوجه شدند که می توانند کشتی ها را برای حمل کالاهای سودآور اعزام کنند، زیرا چنانچه کشتی ها دچار حادثه ای می شدند، از این طریق خساراتشان جبران می شد.

بیمه باربری، با توجه به نوع کالا و مسیر حمل با شرایط گوناگونی صادر می شود که به مواردی از آن اشاره می کنیم.

● بیمه باربری با شرایط C

بیمه باربری با شرایط C، کالای بیمه گذار را در مقابل آتش سوزی، حادثه و وسیله نقلیه، عدم تحویل یک بسته کامل، خسارت ناشی از زیان همگانی یا هزینه های نجات و تلف شدن یک بسته کامل هنگام بارگیری، انتقال یا تخلیه از کشتی، بیمه می کند.

● بیمه باربری با شرایط B

خطرات تحت پوشش در بیمه باربری با شرایط B عبارت است از خطرات تحت پوشش شرایط C به انضمام خطرات دزدی، آبدیدگی، شکست، ریزش، چنگک زدگی، روغن زدگی و خسارات ناشی از کالاهای مجاور و خسارت جزئی طوفان دریا.

● بیمه باربری با شرایط A

در بیمه باربری با شرایط A همه خطرات تحت پوشش قرار می‌گیرد ولی دامنه تأمین آن به هیچ‌وجه شامل عیب ذاتی، تأخیر در حمل، جنگ، شورش، اعتصاب و بلوا نمی‌شود.

● بیمه باربری داخلی

در بیمه باربری داخلی، خسارت ناشی از آتش‌سوزی و حادثه وسیله نقلیه حامل کالا، بیمه می‌شود. این بیمه برای محموله‌هایی که در داخل کشور حمل می‌شوند، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

- بیمه‌های اتومبیل

امروزه در بسیاری از جوامع، بیمه اتومبیل یکی از رشته‌های اصلی بیمه است. این رشته از بیمه، با عمری بیش از یک‌صد سال، به‌عنوان یکی از جدیدترین انواع بیمه، پس از اختراع اتومبیل و رویارویی مردم با مشکلات و خطرات آن، به‌وجود آمده و به‌مرور پیشرفت کرده و توسعه یافته است. بهره‌مندی از اتومبیل در جامعه، نیازهای جدید بیمه‌ای را به‌وجود آورد که هر یک در قالب خاصی و به‌عنوان بخشی از بیمه اتومبیل، متداول و موجب فعالیت بیمه‌گران شد و مورد استفاده صاحبان اتومبیل قرار گرفت. از انواع بیمه‌های اتومبیل می‌توان به بیمه‌های زیر اشاره کرد:

● بیمه بدنه اتومبیل

بیمه اتومبیل به دو شاخه اصلی بیمه مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری در مقابل اشخاص ثالث و بیمه بدنه اتومبیل تقسیم می‌شود. در بیمه‌نامه بدنه، اتومبیل بیمه‌شده در مقابل خطرات سرقت، آتش‌سوزی، انفجار و حادثه بیمه می‌شود و خسارت جزئی و کلی وارده به اتومبیل بیمه‌شده، اعم از دستمزد تعمیرات و ارزش لوازم به‌قیمت روز حادثه پرداخت می‌شود.

● بیمه مسئولیت مدنی اتومبیل (شخص ثالث)^۱

تعهد بیمه‌گر در بیمه‌های مسئولیت مدنی اتومبیل، جبران زیان وارده به اشخاص ثالثی است که به‌دلیل مسئولیت راننده اتومبیل بیمه‌شده، زیان می‌بینند.

بیمه مسئولیت مدنی دارندگان وسیله نقلیه موتوری زمینی، کلیه حوادث مندرج در قانون بیمه شخص ثالث اجباری را که موجب زیان مالی و جانی به اشخاص ثالث شود، تحت پوشش قرار می‌دهد و به‌صورت اجباری (قانونی) و مازاد اختیاری به بیمه‌گذاران ارائه می‌شود.

۱. ر. ک: به قانون اصلاح بیمه شخص ثالث

این بیمه‌نامه خسارات مالی زیان‌دیده را بیمه می‌کند و دیه صدمات بدنی، فوت و نقص عضو ناشی از حادثه و وسیله نقلیه را، به‌موجب نظر محاکم صالح قضایی و هزینه‌های پزشکی را، طبق صورت حساب‌های بیمارستان تأمین می‌کند.

● بیمه حوادث سرنشین

بیمه حوادث سرنشین یکی دیگر از پوشش‌های بیمه اتومبیل است که به‌موجب آن بیمه‌گر تعهد می‌کند غرامت صدمات بدنی (فوت، نقص عضو و هزینه معالجه‌های پزشکی) سرنشینان و وسیله نقلیه بیمه‌شده، اعم از راننده و مسافر را که به‌علت حادثه اتومبیل بیمه‌شده ایجاد شده است، جبران کند.

- بیمه‌های مهندسی

صنعتی شدن اروپا در قرن نوزدهم ضرورت ارائه انواع دیگر بیمه، از جمله بیمه‌های مهندسی را فراهم آورد. اولین بیمه‌های مهندسی در نیمه دوم این قرن آغاز شد؛ به‌طور مثال در سال ۱۹۵۹ میلادی در انگلستان، بیمه موسوم به دیگ بخار و در آلمان بیمه اتومبیل^۱ پدید آمد. بیمه‌نامه‌های تمام‌خطر نصب و تمام‌خطر مقاطعه‌کاری که موضوع اصلی بیمه‌های مهندسی است در سال‌های ۱۹۲۰ تا ۱۹۲۵ میلادی رایج شد و هم‌اکنون به‌صورت گسترده در همه بازارهای بیمه جهان استفاده می‌شود.

قبل از طراحی این نوع بیمه‌نامه‌ها، هریک از اشخاصی که به‌نحوی در اجرای یک پروژه صنعتی ذی‌نفع بودند، برای تأمین پوشش بیمه‌ای، خود اقدام به انعقاد قراردادهای مختلف در مقابل خطرات اصلی مانند: آتش‌سوزی، صاعقه، انفجار، سرقت، سیل، زلزله و مسئولیت در مقابل اشخاص ثالث می‌کردند که این امر در بیشتر موارد بیمه‌گذاران را هنگام خسارت با مشکلات فراوانی از قبیل بیمه مضاعف و مراحل مربوطه اصل قائم‌مقامی مواجه می‌کرد. از سوی دیگر، گاهی خطر رخ داده، تحت پوشش هیچ‌یک از بیمه‌نامه‌ها نبود و بیمه‌گران الزامی به جبران خسارت نداشتند؛ ضمن آنکه کل هزینه‌های پرداختی به‌مراتب بیش از حق بیمه معقول برای یک پروژه محاسبه می‌شد.

● بیمه تمام‌خطر نصب^۱

در بیمه تمام‌خطر نصب، کلیه خطرات محتمل در زمان نصب و راه‌اندازی ماشین‌آلات و لوازم و همچنین نصب هر نوع بنای اسکلت فلزی، تحت پوشش بیمه بوده و خسارات وارده قابل جبران است. در این نوع بیمه، خسارات وارده به پروژه و خسارات مالی و صدمات جسمی وارده به اشخاص ثالث با هم تحت پوشش قرار می‌گیرند؛ به‌عنوان مثال پروژه‌های نصب ماشین‌آلات انواع کارخانجات، عملیات لوله‌گذاری خطوط لوله، پالایشگاه‌ها، نیروگاه‌ها، توربین‌ها، ژنراتورها و دیگ‌های بخار را می‌توان نام برد.

● بیمه تمام‌خطر مقاطعه‌کاری^۲

این نوع بیمه، رشته نسبتاً جدیدی از بیمه‌های مهندسی است که در آن خسارات وارد به عملیات مورد مقاطعه، لوازم و تجهیزات ساختمانی یا ماشین‌آلات ساختمانی، همچنین خسارات مادی و صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالثی که به‌واسطه اجرای یک پروژه ساختمانی ایجاد می‌شود، تحت پوشش جامع و کافی قرار می‌گیرند؛ برای مثال در این زمینه می‌توان بیمه احداث ساختمان‌های مسکونی و اداری، بیمارستان‌ها، مدارس، کارخانجات، نیروگاه‌ها، فرودگاه‌ها، تأسیسات راه‌آهن، پل‌ها و سدها یا هر نوع کار ساختمانی دیگر را نام برد.

- بیمه‌های پول

این بیمه به دو صورت «بیمه پول در صندوق» و «بیمه پول در گردش» عرضه می‌شود.

● بیمه پول در صندوق

در این بیمه، پول (اسکناس یا وجوه رایج مملکتی)، سکه (به‌استثنای مسکوکات گرانبها)، چک بانکی و تمبرهای مالیاتی موجود در صندوق و خزانه مؤسسات، شرکت‌ها و بانک‌ها تا هنگامی که در صندوق یا خزانه موردنظر نگهداری می‌شود، در مقابل خطر سرقت با شکست حرز، تحت پوشش است. در ضمن چنانچه محل استقرار صندوق یا خزانه متعلق به بیمه‌گذار باشد، خسارات وارده به محل مورد بیمه در نتیجه سرقت یا اقدام به سرقت نیز تحت پوشش است.

● بیمه پول در گردش

در این نوع بیمه، کلیه وجوه در حین نقل و انتقال از یک نقطه به نقطه دیگر در مقابل خطرات آتش‌سوزی، انفجار، صاعقه و سرقت (اعم از مسلحانه یا غیرمسلحانه و توأم با جبر و عنف) تحت پوشش بیمه‌ای است.

- سایر بیمه‌ها (ریسک‌های متنوع)

امروزه، علاوه بر بیمه‌هایی که توضیح داده شد، انواع دیگری از بیمه وجود دارند که در اینجا فقط به عناوین آنها اشاره می‌شود:

- بیمه هواپیما و مسئولیت‌های مدنی مربوط به آن؛
- بیمه کشتی و مسئولیت‌های مدنی مربوط به آن؛
- بیمه محصولات کشاورزی؛
- بیمه عدم‌النفع؛
- بیمه‌های اعتباری؛
- بیمه صداقت و امانت کارکنان؛
- بیمه شکست شیشه؛
- بیمه‌های انرژی؛
- بیمه دام، طیور، پرورش زنبور عسل و آبزیان.

۴-۲-۲- بیمه‌های مسئولیت

این بیمه نامه‌ها در انواع مختلفی عرضه می‌شوند و موضوع بیمه در اغلب آنها، پوشش مسئولیت جانی و مالی بیمه‌گذار نسبت به کارکنان و اشخاص ثالث است. برخی از انواع این بیمه‌نامه‌ها عبارت‌اند از:

- بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان؛
- بیمه مسئولیت حرفه‌ای مدیران و مسئول فنی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها؛
- بیمه مسئولیت مدنی کارفرمایان واحدهای صنعتی، تولیدی و خدماتی در مقابل کارگران؛
- بیمه مسئولیت مدیران هتل‌ها، مهمان‌سراها و متل‌ها؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران و نجات‌غریق‌ها نسبت به استفاده‌کنندگان؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران نمایشگاه‌ها؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران باشگاه‌های ورزشی؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران شهربازی‌ها نسبت به استفاده‌کنندگان؛
- بیمه مسئولیت مدنی دارندگان و سرویس‌کاران آسانسور؛
- بیمه مسئولیت مدنی دارندگان تعمیرگاه‌های مجاز خودرو؛

- بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارگران ساختمانی؛
- بیمه مسئولیت مدنی آرشیتکت‌ها و مقاطعه‌کاران؛
- بیمه مسئولیت حرفه‌ای مهندسان طراح و ناظران ساختمان؛
- بیمه مسئولیت مدنی مالکان ساختمان در مقابل همسایگان؛
- بیمه مسئولیت مدنی مستأجر در مقابل مؤجر و مؤجر در مقابل مستأجر.

۴-۲-۳- بیمه‌های اشخاص

از انواع بیمه‌های اشخاص می‌توان موارد زیر را نام برد:

- بیمه‌های حوادث بدنی

همچنان‌که خطرات و پیشامدهای گوناگونی، اموال و دارایی افراد را تهدید می‌کنند، مخاطرات بی‌شماری نیز متوجه سلامتی و حیات انسان‌هاست که جهت حمایت اقتصادی افراد در مقابل خسارات ناشی از حوادث گوناگون و به‌منظور جبران و تأمین بخشی از خسارات حاصل از حوادثی که منجر به جرح و صدمه بدنی، نقص عضو، ازکارافتادگی و فوت می‌شود، بیمه‌نامه‌ای تحت عنوان بیمه‌نامه حوادث تنظیم و عرضه شده که حق بیمه اندک آن و تشدید خطرات احتمالی روزمره، ضرورت برخورداری از چنین تأمینی را ایجاب می‌کند. پوشش‌های این بیمه‌نامه عبارت‌اند از:

- فوت و نقص عضو دائم (کلی و جزئی)؛
- هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه؛
- غرامت روزانه.

این بیمه‌نامه به دو صورت انفرادی و گروهی صادر می‌شود. بیمه حوادث انفرادی، یک نفر را بیمه می‌کند و در بیمه حوادث گروهی، یک گروه از افراد جامعه مانند کارگران یا کارکنان یک شرکت، بیمه می‌شوند.

- بیمه‌های عمر

کسب آرامش و اطمینان خاطر از تأمین آتیه افراد مورد علاقه و اعضای خانواده هر شخص از نیازهای فطری و دیرین انسان به‌شمار می‌آید و ایجاد امنیت مالی برای این‌گونه وابستگان، حاکی از عاقبت‌اندیشی و دوربینی فرد است.

بر مبنای این نظریه و به‌منظور رفع بخشی از تشویش خاطر موجود، بیمه‌های عمر متداول و رایج شده‌اند که براساس آن، شخص، خود یا بستگان خود را برای مدت معین و با سرمایه

معینی بیمه می‌کند. سرمایه مشخص شده در بیمه‌نامه به ذی‌نفع‌های مندرج در آن پرداخت می‌شود. حق بیمه بیمه‌های عمر، براساس عواملی نظیر سن بیمه‌شده، مدت بیمه و سرمایه بیمه تعیین می‌شود و پرداخت آن اغلب به شیوه اقساطی است. بیمه‌های عمر تحت عناوین مختلف، به‌طورکلی به دو دسته بیمه عمر زمانی و بیمه عمر و پس‌انداز و به لحاظ بیمه‌شدگان به دو بخش انفرادی و گروهی تقسیم می‌شوند.

بیمه عمر گروهی

توسعه و گسترش روزافزون مؤسسات تولیدی و خدماتی و توجه به مسائل رفاهی و تأمین کارکنان و خانواده‌های آنها از مواردی است که به‌خصوص در سال‌های اخیر ضرورت آن به‌خوبی احساس شده و با گذشت زمان تأکید و اهمیت بیشتری یافته است تا جایی که در بعضی از کشورها تأمین گروهی بیمه‌های اشخاص به‌صورت پوشش اجباری در آمده است. در ایران نیز بیمه عمر و حوادث گروهی کارکنان دولت اجباری است. در قرارداد عمر گروهی، بیمه‌گذار طرف قرارداد بیمه‌گر، اغلب شخص حقوقی مانند شرکت، مؤسسه و... است. در این بیمه، درواقع بیمه‌گر با بیمه‌گذار طرف است و طبیعی است که وظیفه پرداخت حق‌بیمه نیز به‌عهده بیمه‌گذار باشد.

بیمه عمر انفرادی

از مهم‌ترین انواع این بیمه‌نامه می‌توان به بیمه عمر و پس‌انداز اشاره نمود. در بیمه عمر و پس‌انداز، تعهد بیمه‌گر عبارت است از پرداخت مبلغ بیمه در صورت فوت بیمه‌شده در طول مدت بیمه یا پرداخت سرمایه بیمه در صورت حیات و زنده‌بودن بیمه‌شده در پایان مدت بیمه. به‌این‌ترتیب در این بیمه‌نامه ایفای تعهد بیمه‌گر حتمی و قطعی است و با سایر بیمه‌ها که تعهد بیمه‌گر در آنها مشروط به وقوع حادثه و فوت در طول مدت بیمه است، تفاوت دارد.

در بیمه‌هایی مانند بیمه‌های عمر و پس‌انداز و بیمه تمام عمر، بیمه‌گر متعهد پرداخت مبلغ بیمه یا قسمتی از آن (به‌صورت سرمایه مخفف) است. درواقع بیمه‌گر از ابتدای زمان صدور بیمه‌نامه، خود را برای ایفای این تعهد آماده می‌کند و حق‌بیمه‌ای که در بیمه‌های مختلط عمر و پس‌انداز دریافت می‌شود را به دو قسمت تقسیم می‌کند: قسمتی را برای خطر فوت در نظر می‌گیرد که در صورت فوت بیمه‌شده در طول مدت بیمه، سرمایه بیمه به ذی‌نفع‌های بیمه عمر زمانی پرداخت می‌شود و قسمت دیگر که معمولاً قسمت عمده حق‌بیمه نیز هست،

پس انداز می‌شود. واضح است هر چه از شروع اعتبار بیمه‌نامه بگذرد، با پرداخت اقساط حق بیمه از طرف بیمه‌گذار، بخش پس انداز بیمه‌نامه نیز بیشتر می‌شود. این ذخایر پس اندازی که به تدریج اضافه می‌شوند اصطلاحاً «ذخایر ریاضی» نامیده می‌شوند و با توسعه صدور بیمه‌نامه‌های عمر و پس انداز بر حجم و مبالغ آنها اضافه می‌شود و منابع مالی مناسبی را در اختیار بیمه‌گر قرار می‌دهند. بیمه‌گر با توجه به ماهیت بیمه‌های عمر، به خصوص بیمه‌های عمر و پس انداز، باید این مبالغ عظیم ذخایر ریاضی را سرمایه‌گذاری کند و در سود اضافی آن (اضافه بر سود فنی حق بیمه) بیمه‌گذاران را نیز مشارکت دهد.

- بیمه‌های درمان

از انواع بسیار مهم بیمه، بیمه‌های درمان است که قسمتی از آن به عهده بیمه‌های اجتماعی است و معمولاً بخش تکمیلی آن به بیمه‌های بازرگانی واگذار شده است. از بیمه‌های درمان می‌توان بیمه هزینه‌های بیمارستانی را نام برد که دو نمونه آن عبارت‌اند از:

- بیمه گروهی درمان؛
- بیمه درمان مسافران عازم به خارج از کشور.

بخش دوم:

تحولات صنعت بیمه در ایران^۱

۱- تاریخچه صنعت بیمه در ایران

آغاز فعالیت بیمه در ایران به سال ۱۲۸۹ ه.ش برمی‌گردد. عملیات بیمه در ایران را دو مؤسسه روسی آغاز کردند. تا سال ۱۳۱۴ که اولین شرکت بیمه ایرانی تأسیس شد، بازار بیمه در اختیار شرکت‌های بیمه خارجی بود.

باتوجه به اینکه صنعت بیمه در طول مدت فعالیت خود در مقاطع مختلف در شرایط کاملاً متفاوتی بوده است، می‌توان مقاطع زمانی تحولات صنعت بیمه را به شرح زیر تقسیم کرد:

- ۱-۱- از سال ۱۲۸۹، آغاز فعالیت بیمه در ایران تا سال ۱۳۱۴؛
- ۲-۱- از سال ۱۳۱۴، تاریخ تأسیس شرکت سهامی بیمه ایران تا سال ۱۳۵۰؛
- ۳-۱- از سال ۱۳۵۰، تاریخ تأسیس بیمه مرکزی ایران^۲ تا سال ۱۳۵۸؛
- ۴-۱- از سال ۱۳۵۸، تاریخ ملی شدن شرکت‌های بیمه خصوصی تا سال ۱۳۶۷؛
- ۵-۱- از سال ۱۳۶۷، تاریخ تصویب قانون اداره امور شرکت‌های بیمه تا سال ۱۳۸۰؛
- ۶-۱- از سال ۱۳۸۰، تاریخ تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی تا سال ۱۳۸۸، خصوصی سازی شرکت‌های بیمه دولتی.

۱-۱- از سال ۱۲۸۹ آغاز فعالیت بیمه در ایران تا سال ۱۳۱۴، تاریخ تأسیس

شرکت سهامی بیمه ایران

صنعت بیمه به شکل امروزی آن و به صورت یک حرفه مستقل، برای نخستین بار در سال ۱۲۶۹ در ایران مطرح شد. در این سال امتیاز فعالیت انحصاری در زمینه بیمه حمل و نقل برای مدت ۷۵ سال به فردی از اتباع روسیه به نام لازار پولیاکف واگذار شد. او طی مهلت سه سالی که به منظور آغاز فعالیت بیمه‌ای برای وی در نظر گرفته بودند، قادر به تأسیس بیمه نشد و در نتیجه امتیازش لغو شد. در سال ۱۲۸۹ دو شرکت بیمه روسی به نام‌های نادژدا و کافکاز

۱. ضمیری و روحانی، ۱۳۹۰

۲. ر. ک.: به قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و اصلاحیه‌های بعدی

مرکوری اقدام به تأسیس نمایندگی در ایران کردند.

در سال ۱۳۱۰، قانون و نظام‌نامه ثبت شرکت‌ها در ایران به تصویب رسید و در پی آن بسیاری از شرکت‌های بیمه خارجی اقدام به تأسیس شعبه یا نمایندگی در ایران کردند. تعدادی از این شرکت‌ها پیش از تصویب قانون یادشده فعالیت بیمه‌ای خود را در ایران آغاز کرده بودند و پس از تصویب قانون به ثبت رسیدند.

در میان شرکت‌های بیمه خارجی فعال در ایران، شرکت‌های انگلیسی از نظر تعداد و حجم فعالیت موقعیت برتری داشتند. به تدریج تغییراتی در فعالیت شرکت‌های بیمه خارجی پدیدار شد و فعالیت برخی از شرکت‌ها متوقف و شرکت‌های جدید جانشین آنها شدند. به‌عنوان مثال شرکت‌های نادژدا و کافکاز مرکوری که فقط در زمینه باربری فعالیت داشتند، در سال ۱۲۹۹ تعطیل شدند و در سال ۱۳۰۴ به جای آنها شرکت بیمه اینگستراخ شوروی سابق شروع به فعالیت کرد.

۱-۲- از سال ۱۳۱۴، تاریخ تأسیس شرکت سهامی بیمه ایران تا سال ۱۳۵۰،

تاریخ تأسیس بیمه مرکزی ایران

در سال ۱۳۱۴، اولین شرکت بیمه ایرانی به نام شرکت سهامی بیمه ایران با سرمایه دولت تأسیس شد. تا قبل از تأسیس شرکت سهامی بیمه ایران، عملیات بیمه‌گری در ایران، در انحصار نمایندگی شرکت‌های خارجی بود. پس از تأسیس شرکت بیمه ایران و وضع قوانین و مقررات از سوی دولت جهت پرداخت سپرده نقدی از سوی شرکت‌های خارجی، اغلب نمایندگی‌های خارجی فعالیت خود را در ایران متوقف کردند و در عمل بازار بیمه به انحصار شرکت بیمه ایران درآمد.

در ادامه این تحولات، «قانون بیمه» با ۳۶ ماده، در جلسه مورخ ۱۳۱۶/۲/۷ مجلس شورای ملی تصویب شد.

در فاصله سال‌های ۱۳۲۹ الی ۱۳۴۳ تعداد ۸ شرکت بیمه ایرانی متعلق به بخش خصوصی

تأسیس شدند. این شرکت‌ها عبارت بودند از:

سال ۱۳۲۹	شرکت بیمه شرق
سال ۱۳۳۱	شرکت بیمه آریا
سال ۱۳۳۴	شرکت بیمه پارس
سال ۱۳۳۵	شرکت بیمه ملی
سال ۱۳۳۸	شرکت بیمه البرز
سال ۱۳۳۸	شرکت بیمه آسیا
سال ۱۳۳۹	شرکت بیمه امید
سال ۱۳۴۳	شرکت بیمه ساختمان و کار

تحول بعدی در صنعت بیمه در سال ۱۳۴۷ روی داد و آن، تصویب «قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در قبال شخص ثالث» بود. این قانون از اول فروردین ماه سال ۱۳۴۸ اجرا شد و از اول مهرماه همان سال به مرحله اجرا درآمد. نهایتاً قانون جدید شخص ثالث مشتمل بر ۶۶ ماده در ۲۰ اردیبهشت سال ۱۳۹۵ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده و در ۲۹ اردیبهشت همان سال به تأیید شورای نگهبان رسید.^۱ در سال ۱۳۴۹ دست‌اندرکاران صنعت بیمه به منظور تأمین کادر فنی بیمه، با همکاری وزارت آموزش عالی اقدام به تأسیس مدرسه عالی بیمه در تهران کردند. در این دانشکده علاوه بر تدریس علوم مربوط به بیمه‌های بازرگانی، بیمه‌های اجتماعی نیز به عنوان یکی از شاخه‌های بیمه تدریس می‌شد. فعالیت مدرسه عالی بیمه تهران تا سال ۱۳۵۹ ادامه داشت و در این سال فعالیت مستقل آن متوقف و در یکی از دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی ادغام شد. با بررسی عملکرد مدرسه عالی بیمه تهران مشخص شد که این مدرسه عالی یکی از موفق‌ترین مؤسسات آموزش عالی در امر تربیت متخصصان امور اقتصادی کشور است؛ به طوری که هم‌اکنون بسیاری از دانش‌آموختگان آنجا از مدیران ارشد صنعت بیمه کشورند. در حال حاضر، آموزش عالی بیمه به دانشکده امور اقتصادی محول شده است، ضمن آنکه علوم بیمه در سایر دانشگاه‌های کشور نیز تدریس می‌شود.

۱. ر. ک: به قانون جدید بیمه شخص ثالث (۱۳۹۵)

۱-۳- از سال ۱۳۵۰، تاریخ تأسیس بیمه مرکزی ایران تا سال ۱۳۵۸، تاریخ

ملی شدن شرکت‌های بیمه

در سال ۱۳۵۰ با تصویب قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، تغییرات عمده‌ای در ساختار صنعت بیمه کشور ایجاد شد. این سازمان که با سرمایه دولت تشکیل شده بود، وظیفه تنظیم، تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت از بیمه‌گذاران و صاحبان حقوق آنها و اعمال نظارت بر فعالیت مؤسسات بیمه در کشور را به عهده گرفت. همچنین به موجب ماده ۵ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، مقرر شد انجام بیمه‌های اتکایی اجباری شرکت‌های بیمه صرفاً نزد بیمه مرکزی ایران انجام پذیرد. به موجب این قانون کلیه شرکت‌های بیمه در ایران موظف شدند ۲۵ درصد بیمه‌نامه‌های غیرزندگی و ۵۰ درصد بیمه‌نامه‌های زندگی خود را نزد بیمه مرکزی ایران، بیمه اتکایی اجباری کنند.

به موجب همین قانون، شورای عالی بیمه که یکی از ارکان بیمه مرکزی ایران است، با این وظایف شروع به فعالیت کرد:

- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه؛
- تصویب نمونه ترازنامه و سودوزیان شرکت‌های بیمه؛
- تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی و نظارت بر امور بیمه‌های اتکایی؛
- تعیین میزان کارمزد و حق بیمه مربوط به رشته‌های مختلف بیمه مستقیم؛
- تصویب آیین‌نامه‌های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت مؤسسات بیمه.

بعد از سال ۱۳۵۰ تعداد شرکت‌های بیمه از ۹ شرکت قبلی به ۱۳ شرکت و نمایندگی بیمه‌های خارجی افزایش یافت. این شرکت‌ها عبارت بودند از: شرکت سهامی بیمه ایران دارای مالکیت دولتی و شرکت‌های بیمه خصوصی شرق، آریا، البرز، آسیا، امید، ساختمان و کار، حافظ، ایران و آمریکا، تهران، دانا و نیز دو نمایندگی بیمه خارجی یورکشایر و اینگستراخ. ورود چندین شرکت بیمه خصوصی در چنین مدت کوتاهی در یک بازار محدود مؤسسات دولتی موظف بودند، بیمه‌های خود را نزد شرکت بیمه ایران انجام دهند) رقابت شدیدی را در پی داشت که امری بسیار طبیعی و قابل پیش‌بینی بود.

۱-۴- از سال ۱۳۵۸، تاریخ ملی شدن شرکت های بیمه خصوصی تا سال ۱۳۶۷،

تاریخ تصویب قانون اداره امور شرکت های بیمه

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، در تاریخ ۱۳۵۸/۰۴/۰۴ شورای انقلاب، شرکت های بیمه خصوصی را ملی اعلام و اداره امور آنها را به دولت واگذار کرد و به فعالیت نمایندگی های بیمه خارجی خاتمه داد.

با ملی شدن شرکت های بیمه خصوصی، بیمه ایران و بیمه مرکزی ج.ا.ا به روال گذشته به فعالیت خود ادامه دادند و شرکت های بیمه ملی شده نیز تا اواسط سال ۱۳۶۰ به طور مستقل به فعالیت بیمه گری پرداختند. در این زمان براساس مصوبه هیئت مدیره مشترک شرکت های بیمه ملی شده، مقرر شد فعالیت بیمه گری کلیه شرکت های ملی شده به جز شرکت بیمه آسیا و شرکت بیمه البرز متوقف شود و به صورت تدریجی پرتفوی شرکت های بیمه متوقف شده، به این دو شرکت انتقال یابند. با ملی شدن و ادغام شرکت های بیمه، عملاً قانون انحصار کارهای بیمه ای دولتی نزد بیمه ایران، کارایی خود را از دست داد و این دو شرکت نیز مبادرت به صدور بیمه نامه برای مؤسسات دولتی کردند.

به عبارت دیگر، می توان گفت در سال های ۱۳۵۹ و ۱۳۶۰ فعالیت شرکت های بیمه ملی شده به جز شرکت های بیمه آسیا و البرز متوقف شد و از سال ۱۳۶۰ امور بیمه های بازرگانی کشور به شرکت های بیمه ایران، آسیا و البرز محول شد.

در سال ۱۳۶۷ هم زمان با تصویب قانون اداره امور شرکت های بیمه و بیمه مرکزی ج.ا.ا، به شرکت بیمه دانا نیز اجازه داده شد تا فقط در بخش بیمه های اشخاص ادامه فعالیت دهد؛ بدین ترتیب علاوه بر شرکت های بیمه ایران، آسیا و البرز، بیمه دانا نیز به بازار بیمه ایران اضافه شد و تعداد شرکت های بیمه فعال در بازار بیمه به چهار شرکت رسید.

۱-۵- از سال ۱۳۶۷، تاریخ تصویب قانون اداره امور شرکت های بیمه، تا سال

۱۳۸۰، تاریخ تصویب قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی

بیمه مرکزی ایران از سال ۱۳۶۴ با قدم های استوار در تحکیم مبانی بیمه، همت گماشت و با کوشش بسیار، جریاناتی را که برای انحلال مؤسسات باقی مانده از شرکت های بیمه ملی شده وجود داشت، مدیریت کرد و در انتها با تصویب قانون اداره امور شرکت های بیمه در سال ۱۳۶۷، به نگرانی ها پایان داد و وضعیت بیمه بر پایه استوار قانونی قرار گرفت.

براساس اصلاح قانون اداره امور شرکت‌های بیمه که مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۷۵ تصویب کرد، بیمه دانا نیز مانند سایر شرکت‌های بیمه، مجاز به فعالیت در کلیه بخش‌های بیمه شد و علاوه بر آن، چهار شرکت بیمه دولتی و بانک‌های دولتی با موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا برای کمک به امر توسعه صادرات، شرکت بیمه صادرات و سرمایه‌گذاری را تأسیس کردند.

در سال ۱۳۷۹ هیئت‌وزیران مقررات تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد تجاری - صنعتی را تصویب کرد. به موجب این مصوبه در سال ۱۳۸۱ اولین شرکت متعلق به بخش خصوصی با نام شرکت بیمه حافظ در جزیره کیش فعالیت خود را آغاز کرد و در پی آن شرکت‌های بیمه آسیا، البرز و دانا اقدام به تأسیس شرکت «امید کیش» در این جزیره کردند و شرکت بیمه اتکایی امین نیز با سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه، بانک ملی ایران و ۵ شرکت سرمایه‌گذاری، در این منطقه تأسیس شد.

در سال ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی، «قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی»^۱ را تصویب کرد و اجازه تأسیس و تعیین سرمایه شرکت‌های بیمه خصوصی را به بیمه مرکزی ج.ا.ا و وزارت امور اقتصادی و دارایی محول کرد.

۱-۶- از سال ۱۳۸۰، تاریخ تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی تا سال ۱۳۸۸،

خصوصی‌سازی شرکت‌های بیمه دولتی

با تصویب قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی، چشم‌انداز تحول مهمی در صنعت بیمه ایران هویدا شد؛ به طوری که در آغاز، بیش از ۲۰ شرکت برای اخذ مجوز تأسیس ثبت نام کردند و تا تیرماه سال ۱۳۸۱، چهار شرکت بیمه توسعه، کارآفرین، پارسیان و رازی اجازه تأسیس و شروع فعالیت گرفتند.

با تأسیس شرکت‌های بیمه خصوصی از سال ۱۳۸۱ به بعد، صنعت بیمه در تولید حق بیمه رشد فزاینده‌ای داشت و این امر موجب افزایش ضریب نفوذ بیمه شد.

در سال ۱۳۸۵ با اعلام سیاست‌های اجرایی اصل ۴۴ قانون اساسی، مقرر شد سهام شرکت‌های بیمه آسیا، البرز و دانا به بخش خصوصی واگذار شود و صرفاً شرکت سهامی بیمه ایران همچون گذشته به شکل دولتی به فعالیت خود ادامه دهد.

با واگذاری سهام شرکت‌های بیمه آسیا، البرز و دانا، از طریق بورس اوراق بهادار به بخش خصوصی، سهم مؤسسات خصوصی از بازار بیمه به بیش از ۵۰ درصد افزایش یافت و تا شهریورماه سال ۱۳۹۱ تعداد شرکت‌های بیمه در ایران به ۲۵ شرکت افزایش یافت.

۱. ر. ک: به قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی

جدول ۱-۱. فهرست شرکت‌های بیمه

ردیف	شرکت بیمه	نوع مالکیت	حوزه فعالیت	پروانه فعالیت	نوع فعالیت
۱	ایران	دولتی	سرزمین اصلی	۱۳۱۴/۰۸/۱۵	تمام رشته‌های بیمه
۲	آسیا	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۳۸/۰۴/۳۰	تمام رشته‌های بیمه
۳	البرز	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۳۸/۰۴/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۴	دانا	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۶۷/۰۹/۱۵	تمام رشته‌های بیمه
۵	معلم	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۷۴/۱۰/۰۱	تمام رشته‌های بیمه
۶	پارسیان	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۰۲/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۷	توسعه	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۰۲/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۸	رازی	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۰۲/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۹	کارآفرین	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۰۲/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۱۰	سینا	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۰۸/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۱۱	ملت	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۰۹/۰۴	تمام رشته‌های بیمه
۱۲	ایران معین	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۸۲/۱۲/۱۶	تمام رشته‌های بیمه
۱۳	امید	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۸۳/۰۲/۱۲	تمام رشته‌های بیمه
۱۴	حافظ	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۸۳/۰۳/۱۳	تمام رشته‌های بیمه
۱۵	اتکایی امین	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۸۳/۰۲/۱۲	عملیات اتکایی
۱۶	دی	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۳/۱۲/۰۴	تمام رشته‌های بیمه
۱۷	سامان	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۳/۱۲/۱۱	تمام رشته‌های بیمه
۱۸	نوین	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۴/۱۲/۱۴	تمام رشته‌های بیمه
۱۹	پاسارگاد	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۵/۱۱/۲۹	تمام رشته‌های بیمه
۲۰	میهن	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۷/۱۱/۱۶	تمام رشته‌های بیمه
۲۱	اتکایی ایرانیان	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۸/۱۱/۲۵	عملیات اتکایی
۲۲	کوثر	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۹/۰۷/۲۷	تمام رشته‌های بیمه
۲۳	ما (ملت ایران)	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۹۰/۰۴/۱۵	تمام رشته‌های بیمه
۲۴	متقابل کیش	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۹۰/۰۵/۱۲	بیمه‌های دریایی
۲۵	آرمان	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۹۰/۱۱/۱۸	تمام رشته‌های بیمه
۲۶	تعاون	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۹۲/۰۴/۲۰	تمام رشته‌های بیمه
۲۷	سرمد	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۹۲/۰۸/۰۱	تمام رشته‌های بیمه
۲۸	آسماری	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۹۱/۱۱/۱۶	تمام رشته‌های بیمه
۲۹	متقابل اطمینان متحد قشم	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۹۱/۱۱/۱۶	-
۳۰	تجارت نو	خصوصی	سرزمین اصلی		تمام رشته‌های بیمه
۳۱	خاورمیانه	خصوصی	سرزمین اصلی		بیمه‌های عمر
۳۲	حکمت صبا	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۹۵/۱۲/۱۸	تمام رشته‌های بیمه

۲- ارکان (ساختار) صنعت بیمه کشور

امروزه در بسیاری از کشورهای جهان، به‌منظور صیانت از حقوق بیمه‌گذاران و سهام‌داران، فعالیت مؤسسات بیمه تحت نظارت دولت‌ها انجام می‌شود. موضوع نظارت بر فعالیت بیمه‌ای در ایران نیز از سابقه طولانی برخوردار است. اولین بار در ماده ۸ قانون ثبت شرکت‌ها که در دوم خرداد سال ۱۳۱۰ شمسی به تصویب مجلس وقت رسید، پیش‌بینی شد که شرکت‌های بیمه، اعم از ایرانی و خارجی، تابع نظام‌نامه‌هایی باشند که توسط وزارت عدلیه تنظیم می‌شود. نظارت بر عملکرد مؤسسات بیمه توسط دولت‌ها بدین معنا نیست که دولت‌ها به‌صورت انحصاری به فعالیت بیمه‌های بازرگانی بپردازند، بلکه این بخش خصوصی است که می‌تواند به‌صورت فعال و با نظارت دولت، در امر بیمه حضور یابد و دولت نیز صرفاً به لحاظ حفظ منافع بیمه‌گذاران و حمایت از سرمایه‌گذاران بر عملکرد شرکت‌های بیمه نظارت کند. مکانیزم نظارت بر امر بیمه و بیمه‌گری در ایران توسط بیمه مرکزی، شباهت زیادی به نظارت بر صنعت بانکداری از طریق بانک مرکزی ج.ا.ا. دارد.

پیش از تأسیس بیمه مرکزی ایران، وظایف دولت در امر نظارت بر عملکرد شرکت‌های بیمه خصوصی، به شرکت بیمه ایران محول شده بود. در ۳۰ خرداد سال ۱۳۵۰، با تصویب قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران، امور بیمه‌گری و از جمله نظارت بر صنعت بیمه به شکل قانونی درآمد و از آن زمان تاکنون شرکت‌های بیمه، هم‌اکنون فعالیت‌های بیمه‌ای خود را در چارچوب قوانین و مقررات بیمه مرکزی ج.ا.ا. و با رعایت مصوبات شورای عالی بیمه انجام می‌دهند. با توجه به مجموعه مقررات حاکم بر صنعت بیمه کشور، ساختار این صنعت به این شرح معرفی می‌شود:

۲-۱- بیمه مرکزی ج.ا.ا.^۱

تنظیم، تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت از بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها؛ همچنین اعمال نظارت دولت بر این فعالیت، به‌موجب قانون به بیمه مرکزی ج.ا.ا. محول شده است.

۱. از تاریخ ۱۳۸۷/۱۲/۱۱ نام «بیمه مرکزی ایران» به «بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران» تغییر یافته و این عنوان در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسیده است.

به موجب همین قانون، بیمه مرکزی ج.ا.ا این وظایف و اختیارات را دارد:

- تهیه آیین‌نامه‌ها و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه در ایران لازم باشد؛
- تهیه اطلاعات لازم از فعالیت‌های کلیه مؤسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند؛
- انجام بیمه‌های اتکایی اجباری؛
- به موجب قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری^۱، شرکت‌های بیمه فعال در ایران، موظفند ۲۵ درصد بیمه‌نامه‌های غیرزندگی و ۵۰ درصد بیمه‌نامه‌های زندگی را به صورت اتکایی به بیمه مرکزی ج.ا.ا واگذار کنند^۲؛
- قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی؛
- واگذاری بیمه‌های اتکایی به مؤسسات داخلی یا خارجی در هر مورد که مقتضی باشد؛
- اداره صندوق تأمین خسارت‌های بدنی و تنظیم آیین‌نامه آن؛
- ارشاد، هدایت و نظارت بر مؤسسات بیمه و حمایت از آنها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم امور نمایندگی و دلالی بیمه و نظارت بر امور بیمه اتکایی و جلوگیری از رقابت‌های مکارانه و ناسالم.

ارکان بیمه مرکزی ج.ا.ا

- مجمع عمومی؛
- شورای عالی بیمه؛
- هیئت‌عامل؛
- بازرسان.

وظایف شورای عالی بیمه

- رسیدگی و اظهارنظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه و پیشنهاد آن به مجمع عمومی؛
- تصویب نمونه ترازنامه که باید مورد استفاده مؤسسات بیمه قرارگیرد؛
- تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها و نظارت بر امور بیمه‌های اتکایی؛

۱. ر.ک: به قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری

۲. از ابتدای سال ۱۳۹۱ در اجرای ماده ۱۱۴ قانون برنامه پنجم توسعه کشور سهم بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران از اتکایی اجباری بیمه‌های زندگی به ۲۵٪ کاهش یافت.

- تعیین میزان کارمزد و حق بیمه مربوط به رشته‌های مختلف بیمه مستقیم؛
- تصویب آیین‌نامه‌های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت مؤسسات بیمه؛
- رسیدگی و اظهارنظر نسبت به گزارش بیمه مرکزی ج.ا.ا درباره عملیات و فعالیت‌های مؤسسات بیمه در ایران که حداقل هر شش ماه یکبار باید تسلیم شود؛
- اظهارنظر درباره هرگونه پیشنهاد که از طرف رئیس شورای عالی بیمه به آن ارجاع می‌شود؛
- ریاست شورای عالی بیمه با رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا است.

۲-۲- شرکت‌های بیمه

مؤسسات بیمه ایرانی با سرمایه حداقل ۱۵۰ میلیارد تومان برای فعالیت در بیمه‌های اشخاص و حداقل ۲۰۰ میلیارد تومان برای فعالیت در بیمه‌های اموال و مسئولیت و با حداقل ۲۵۰ میلیارد تومان برای فعالیت در هر دو بخش تشکیل می‌شوند. شرکت‌های بیمه اتکایی نیز با حداقل سرمایه ۴۰۰ میلیارد تومان می‌توانند برای فعالیت در امور اتکایی به ثبت برسند.^۱

اشخاص حقیقی و حقوقی که تابعیت ایرانی دارند می‌توانند شرکت بیمه تأسیس کنند و برای این کار باید از بیمه مرکزی ج.ا.ا مجوز دریافت کنند. براین اساس پس از طرح موضوع و تصویب شورای عالی بیمه، درخواست باید به تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا برسد و با امضای وزیر امور اقتصادی و دارایی و رئیس مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا، موافقت اصولی تأسیس شرکت بیمه صادر می‌شود. شرکت‌های بیمه باید به یکی از صورت‌های سهامی عام یا تعاونی به ثبت برسند، بیمه مرکزی ج.ا.ا پروانه فعالیت این شرکت‌ها را در یک یا چند رشته بیمه صادر می‌کند.

۱. براساس مصوبه مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۲۴ هیئت محترم وزیران، حداقل سرمایه مورد نیاز برای تأسیس مؤسسه بیمه مستقیم یک هزار میلیارد ریال است. در این مصوبه، سرمایه مورد نیاز برای صدور پروانه فعالیت مؤسسه بیمه مستقیم در رشته بیمه‌های غیرزندگی ۳۰۰ میلیارد ریال، بیمه‌های زندگی و مستمری ۲۰۰ میلیارد ریال و بیمه‌های مختلط ۵۰۰ میلیارد ریال تعیین شده است. همچنین حداقل سرمایه برای تأسیس و شروع به فعالیت مؤسسه‌های بیمه اتکایی ۲۵۰۰ میلیارد ریال تعیین شده است.

- مؤسسات شرکت‌های بیمه موظفند جهت اخذ پروانه فعالیت، این اطلاعات و مدارک را به بیمه مرکزی ج.ا.ا. تسلیم کنند:

- اساسنامه شرکت؛
- میزان سرمایه؛
- صورت کامل اسامی شرکا و مدیران و تابعیت و تعداد سهام هریک از آنها؛
- میزان سهام نقدی و غیرنقدی و نحوه پرداخت آنها؛
- اسناد و مدارک و اطلاعات دیگری که بیمه مرکزی ج.ا.ا. برای احراز صلاحیت فنی و مالی مؤسسه و حسن شهرت مدیران لازم بداند.

- پروانه بیمه برای تمام رشته‌ها یا رشته‌های معینی در این موارد، پس از موافقت شورای عالی بیمه با تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا. ابطال می‌شود:

- در صورت تقاضای دارنده پروانه؛
- در صورتی که مؤسسه بیمه تا یک سال پس از صدور پروانه، عملیات خود را شروع نکرده باشد؛
- در مواردی که مؤسسه برخلاف اساسنامه خود یا قوانین و مقررات بیمه رفتار کند، به پیشنهاد بیمه مرکزی ج.ا.ا. و تصویب شورای عالی بیمه به‌طور موقت از قبول بیمه در رشته‌های معین ممنوع خواهد شد.

۲-۳- سندیکای بیمه‌گران

به منظور تسهیل همکاری بین مؤسسات بیمه و حفظ حقوق صنفی آنها و براساس ماده ۷۵ قانون تأسیس بیمه مرکزی، سندیکای بیمه‌گران تشکیل شد.

اهداف و وظایف سندیکای بیمه‌گران

- تحکیم و توسعه همکاری بین مؤسسات بیمه و کمک به حفظ سلامت بازار بیمه؛
- حمایت از حقوق مؤسسات بیمه؛
- حل و فصل اختلاف بین مؤسسات بیمه؛
- کوشش در حل و فصل اختلاف بین بیمه‌گذاران و مؤسسات بیمه؛
- مطالعه در امور مربوط به حرفه‌وفن بیمه.

۲-۴- واسطه‌های بیمه

به موجب ماده ۶۶ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری، عرضه بیمه علاوه بر شرکت‌های بیمه، به وسیله این اشخاص امکان پذیر است:

- نمایندگان بیمه؛

- دلالات رسمی بیمه.

• نمایندگان بیمه

شرکت‌های بیمه علاوه بر عرضه و فروش بیمه‌نامه به صورت مستقیم، بازاریابی، فروش و در برخی از رشته‌های بیمه‌ای، پرداخت خسارت را به اشخاص حقیقی و حقوقی تحت عنوان «نماینده» واگذار می‌کنند. شورای عالی بیمه، طبق آیین‌نامه شماره ۷۵، موسوم به «آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه»^۱، روابط بین مؤسسات بیمه و نمایندگان را تعیین کرده است.

به موجب ماده یک این آیین‌نامه، نماینده، شخص حقیقی یا حقوقی است که با رعایت قوانین و مقررات مربوط از جمله قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا. و بیمه‌گری، مفاد آیین‌نامه مذکور و سایر مصوبات شورای عالی بیمه، مجاز به عرضه خدمات بیمه‌ای به نمایندگی از طرف یک شرکت بیمه طرف قرارداد است.

نمایندگان بیمه به‌زای فروش بیمه‌نامه از شرکت طرف قرارداد خود کارمزد و هزینه صدور دریافت می‌کنند. میزان کارمزد و هزینه صدور و نحوه پرداخت آن برای انواع رشته‌های بیمه‌ای طبق آیین‌نامه شماره ۸۳ شورای عالی بیمه مشخص شده است و شرکت‌های بیمه موظف به رعایت آن هستند.

دلالات رسمی (کارگزاران رسمی) بیمه

کارگزار یا دلال رسمی بیمه شخصی است حقیقی یا حقوقی که براساس مفاد آیین‌نامه‌های شماره ۹۱ و ۹۲ مصوب شورای عالی بیمه^۲ در مقابل دریافت کارمزد، واسطه معاملات بیمه‌ای بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر است و شغل او عرضه خدمات بیمه‌ای است.

کارگزاران بیمه، مجوز فعالیت خود را از بیمه مرکزی ج.ا.ا. اخذ می‌کنند و براساس این مجوز می‌توانند با هریک از شرکت‌های بیمه قرارداد همکاری منعقد کنند و برخلاف نمایندگان

۱. ر.ک: به آیین‌نامه ۷۵ - تنظیم امور نمایندگی بیمه ۱۳۹۵

۲. ر.ک: به آیین‌نامه‌های شماره ۹۱ و ۹۲ شورای عالی بیمه

از همکاری با چند شرکت بیمه به طور هم‌زمان، منع نشده‌اند. مقررات و ضوابط کارمزد کارگزاران در آیین‌نامه شماره ۸۳ مشخص شده است.

از آنجا که حرفه کارگزاری، فنی و تخصصی است، کارگزاران می‌توانند با حفظ منافع بیمه‌گران و بیمه‌گذاران، نقش به‌سزایی را در عرضه خدمات بیمه‌ای ایفا کنند. لازم به ذکر است که کارگزاران رسمی بیمه حق صدور بیمه‌نامه ندارند.

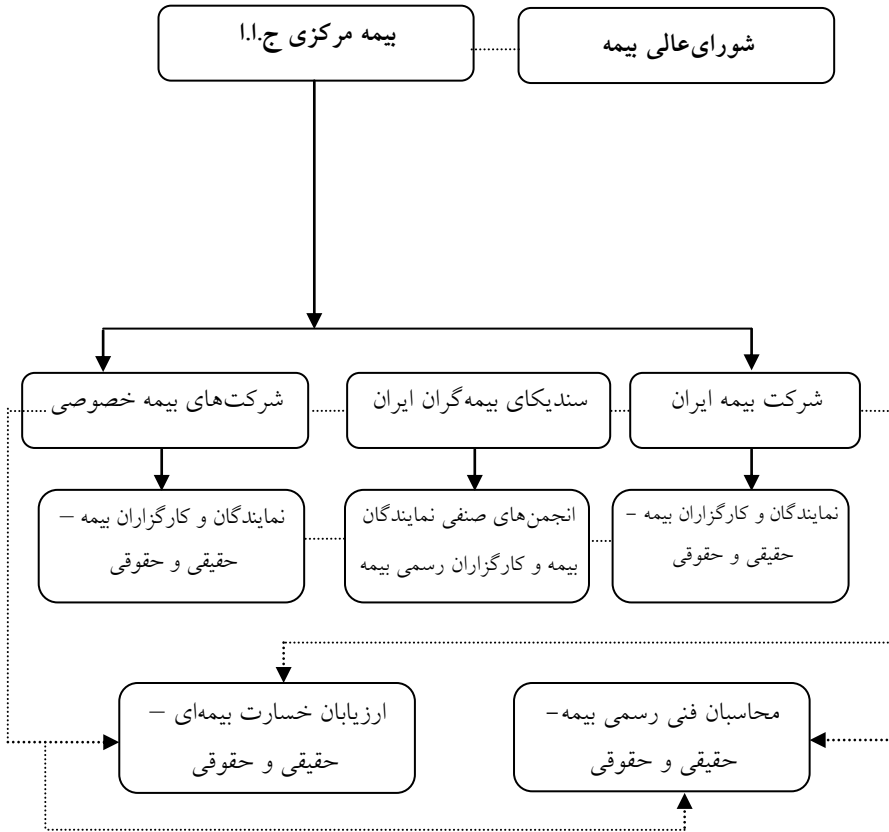
ارزیابان خسارت بیمه‌ای

به استناد ماده یک آیین‌نامه شماره ۸۵ مصوب شورای عالی بیمه، ارزیاب خسارت بیمه‌ای، شخص حقیقی یا حقوقی مستقلی است که دارای پروانه ارزیابی خسارت بیمه‌ای از بیمه مرکزی بوده و مجاز به بررسی و تحقیق در مورد علت بروز حادثه و تحقق خسارت، تعیین مقدار خسارت و تشخیص میزان تعهد بیمه‌گر طبق شرایط بیمه‌نامه و نیز مذاکره برای تعدیل و تسویه خسارت بیمه‌ای است.

ارزیابان خسارت بیمه‌ای مجوز فعالیت خود را از بیمه مرکزی ج.ا.ا. اخذ می‌کنند.

محاسبان فنی رسمی بیمه

به استناد آیین‌نامه شماره ۷۸ مصوب شورای عالی بیمه، محاسب فنی رسمی بیمه شخص حقیقی یا حقوقی است که پروانه فعالیت او طبق مفاد این آیین‌نامه به تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ا. می‌رسد. محاسب فنی رسمی بیمه مجوز فعالیت خود را از بیمه مرکزی ج.ا.ا. اخذ می‌کند.



شکل ۱-۱. ارکان (ساختار) صنعت بیمه کشور

بخش سوم:

اصول اساسی بیمه^۱

۱- مقدمه

بیمه، رابطه‌ای مالی بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار است. به عبارت دیگر، بیمه نوعی فعالیت حرفه‌ای بین بیمه‌گر و تعداد زیادی بیمه‌گذار است که هدف از آن جبران خسارت یا خسارات احتمالی است که از وقوع حادثه یا حوادث معینی ناشی می‌شود.

هر رابطه مالی بین اشخاص، یک رشته روابط حقوقی ایجاد می‌کند؛ بنابراین زمانی می‌توان اصول بیمه را از دیدگاه مالی بررسی کرد که آگاهی لازم از خصوصیات و جنبه‌های حقوقی آن وجود داشته باشد. بیمه همانند حسابداری، یک فن بوده و دارای اصولی است.

۲- الزامات

انتقال ریسک از فرد به شرکت بیمه از طریق توافق‌های قراردادی انجام می‌شود که طی آنها شرکت بیمه در قبال دریافت حق بیمه از بیمه‌گذار و تعهد او در وفاداری به شرایط و بندهای قرارداد، متعهد می‌شود که در صورت وقوع حوادث معینی که در بیمه‌نامه ذکر شده است، خسارت بیمه‌گذار را تا سقف مبلغ از پیش تعیین شده‌ای جبران کند.

بخش عمده‌ای از قوانین که ساختار قراردادهای بیمه‌ای را شکل می‌دهند و بر محتویات آن اثرگذارند، از قوانین عمومی حاکم بر کلیه قراردادها گرفته شده‌اند. اما به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد معاملات بیمه‌ای، این قوانین عمومی با توجه به نیازهای بیمه‌ای اصلاح شده‌اند تا مناسب نیاز قراردادهای بیمه‌ای باشند.

بحث مربوط به این بخش را با بررسی جنبه‌های قانونی بیمه و تأثیر قوانین عمومی بر معاملات بیمه‌ای آغاز می‌کنیم. قوانین بیمه‌ای تا حد زیادی از قوانین عمومی حاکم بر کلیه قراردادها الهام گرفته شده‌اند. قراردادهای بیمه‌ای نیز مانند همه قراردادهای دیگر باید دارای ویژگی‌ها و الزامات خاصی باشند تا از نظر قانونی برای طرفین قرارداد تعهد ایجاد کنند. این

الزامات شامل چنین مواردی است:

پیشنهاد و پذیرش

برای اینکه هر قراردادی از نظر قانونی معتبر باشد، باید پیشنهادی صریح، روشن و کامل از جانب یک طرف وجود داشته باشد؛ سپس این پیشنهاد با شرایط دقیق خود از جانب طرف دیگر مورد پذیرش قرار گیرد. در بیشتر موارد، متقاضی بیمه پیشنهاد خود را ارائه می‌کند و این شرکت بیمه است که پیشنهاد را با صدور بیمه‌نامه پذیرفته یا آن را رد می‌کند. نماینده شرکت بیمه از متقاضی بیمه فقط درخواست کرده یا او را دعوت می‌کند که پیشنهاد خود را ارائه کند. جزئیات بیشتر در مورد الزام پیشنهاد و پذیرش با بیان تفاوت دقیق این موضوع بین بیمه‌اموال و مسئولیت و بیمه عمر قابل بررسی است.

صلاحیت طرفین قرارداد بیمه

دومین الزام یک قرارداد بیمه‌ای معتبر آن است که طرفین باید از نظر قانونی دارای صلاحیت بوده و ظرفیت قانونی وارد شدن به قرارداد را داشته باشند. ممکن است برخی از طرفین قرارداد بیمه ناتوان از ظرفیت فهم قراردادی باشند که وارد آن می‌شوند. بیشتر بزرگسالان از نظر قانونی صلاحیت ورود به قراردادهای بیمه‌ای را دارند، اما برخی استثنائات نیز وجود دارد؛ مثلاً افراد دیوانه، مست و شرکت‌هایی که خارج از حوزه اختیارات خود فعالیت می‌کنند، نمی‌توانند وارد قراردادهای بیمه‌ای قابل اجرا شوند. افراد نابالغ نیز معمولاً از نظر قانونی صلاحیت ورود به قراردادهای بیمه‌ای را ندارند مگر در بیمه‌های عمر و درمان و به‌عنوان بیمه‌شده.^۷

هدف قانونی

الزام دیگر این است که قرارداد باید دارای هدفی قانونی باشد. قرارداد بیمه‌ای که موارد غیرقانونی یا غیراخلاقی را دربرمی‌گیرد یا ترویج می‌کند، برخلاف منافع عمومی است و نمی‌تواند قابل اجرا باشد. به‌عنوان مثال، فروشنده مواد مخدر یا سایر داروهای غیرقانونی نمی‌تواند بیمه‌نامه‌اموالی بخرد که داروهای او را در برابر توقیف پلیس پوشش دهد. این نوع قرارداد به‌طور آشکار قابل اجرا نیست، زیرا فعالیت‌های غیرقانونی را ترویج می‌کند که برخلاف منافع عمومی است. همچنین قراردادی که طی آن فردی قبول می‌کند در ازای دریافت وجهی فرد دیگری را به قتل برساند، از نظر قانونی قابل اجرا نیست.

به‌همین ترتیب، هر قرارداد بیمه‌ای که در واقع قرارداد شرط‌بندی باشد، به‌دلیل اینکه تعهدی در رابطه با عملکرد مجرمانه بیمه‌گذار است، از نظر قانونی غیرقابل اجراست. متداول‌ترین نمونه‌های چنین قراردادی، قراردادی است که در آن نفع بیمه‌پذیر وجود ندارد و دادگاه از پذیرفتن آن خودداری می‌کند. اما علاوه بر فقدان نفع بیمه‌پذیر، موارد دیگری نیز ممکن است با هدف قراردادهای بیمه در تضاد باشد. به‌عنوان مثال، بیمه‌نامه وقفه در کسب‌وکار^۱ که برای تولید محصولی غیرقانونی صادر شده است، از نظر قانونی قابل اجرا نیست. حتی ممکن است پوشش بیمه‌ای در مورد خسارت فیزیکی به اموال مؤسسه شرط‌بندی غیرقانونی نیز از نظر قانونی غیرقابل اجرا باشد.

شکل قانونی

در بسیاری از موارد، قوانین، قالب و محتویات بیمه‌نامه‌ها را به دقت تعیین می‌کنند. گرچه شرکت‌های بیمه‌ای از قالب‌های گوناگون و متفاوتی در صدور بیمه‌نامه‌های خود استفاده می‌کنند اما برخی از مواد یا بندهای استاندارد حتماً باید در تمام قراردادهای بیمه گنجانده شوند تا همه بیمه‌نامه‌ها مطابق با قوانین بیمه‌ای باشند. بنابراین، برای اینکه قراردادهای بیمه‌ای دارای قالب استاندارد باشند، باید اصطلاحات و شرایط مشابه با قرارداد استاندارد داشته یا برخی مواد حاوی بندهای استاندارد آن را داشته باشند.

۲-۱- ویژگی‌های قانونی مختص قراردادهای بیمه

قراردادهای بیمه‌ای ویژگی‌های قانونی متمایزی دارند که آنها را از سایر قراردادهای قانونی متفاوت می‌کند: بیشتر قراردادهای بیمه‌ای اموال و مسئولیت، قراردادهای غرامتی‌اند؛ همه قراردادهای بیمه‌ای را نفع‌پذیر حمایت می‌کند. قراردادهای بیمه‌ای باید بر مبنای حد اعلای حسن‌نیت باشند. سایر ویژگی‌های قانونی خاص قراردادهای بیمه به این قرارند:

تصادفی بودن^۲

یک‌جانبه بودن^۳

مشروط بودن^۴

شخصی بودن^۵

اذعان (عقد تصویبی/ اذعانی)^۱

1. Business Interruption Insurance
2. Aleatory Contract
3. Unilateral Contract
4. Conditional Contract
5. Personal Contract

تصادفی بودن

قرارداد بیمه‌ای به جای اینکه مبادله‌ای^۲ باشد، تصادفی و احتمالی است. قرارداد تصادفی، قراردادی است که در آن ممکن است ارزش مبادله‌شده بین طرفین برابر نباشد، اما به پیشامدی غیرحتمی وابسته است. بنا به شانس، یک طرف ممکن است ارزشی را دریافت کند که با ارزشی که داده است، متفاوت باشد. به عنوان مثال، فرض کنید فردی حق بیمه‌ای برابر با ۵۰۰ هزار تومان را در ازای دریافت پوشش بیمه‌ای برابر با ۱۰۰ میلیون تومان برای بیمه آتش‌سوزی می‌پردازد. اگر خانه او اندکی بعد به‌طور کامل در اثر آتش‌سوزی ویران شود، او مبلغی دریافت خواهد کرد که بسیار بیشتر از حق بیمه‌ای است که پرداخته است. از سوی دیگر، ممکن است بیمه‌گذاری سال‌ها برای بیمه آتش‌سوزی خود حق بیمه پرداخت کرده و هرگز خسارت ندیده باشد.

در مقابل، سایر قراردادهای تجاری مبادله‌ای هستند. قرارداد مبادله‌ای قراردادی است که در آن ارزش مبادله‌شده توسط هر دو طرف از لحاظ نظری برابر باشد. به عنوان مثال، خریدار یک ملک معمولاً مبلغی را می‌پردازد که برابر با ارزش روز آن ملک در نظر گرفته شده است. اگرچه ماهیت قرارداد تصادفی، احتمال وقوع پیشامدی اتفاقی است، اما قرارداد بیمه را نمی‌توان قرارداد شرط‌بندی دانست زیرا شرط‌بندی، ریسک سوداگرانه جدیدی خلق می‌کند که قبل از عقد قرارداد وجود نداشته است. اما بیمه، روشی برای مواجهه با ریسک خالصی است که در حال حاضر نیز وجود دارد. بنابراین، اگرچه بیمه و شرط‌بندی، سرشت تصادفی دارند، اما قرارداد بیمه قراردادی قماری نیست، زیرا ریسک جدیدی به واسطه آن ایجاد نمی‌شود.

یک‌جانبه بودن

قرارداد بیمه، قراردادی یک‌جانبه است. یک‌جانبه بودن قرارداد بدان معناست که از نظر قانونی، فقط یک طرف تعهدی قابل اجرا دارد. در مورد بیمه، فقط بیمه‌گر تعهد قانونی قابل اجرایی برای پرداخت خسارت یا فراهم‌آوردن سایر خدمات به بیمه‌گذار خواهد داشت. پس از اینکه اولین حق بیمه پرداخت شده و قرارداد بیمه فعال شود، بیمه‌گذار از نظر قانونی مجبور به پرداخت حق بیمه‌ها یا اجابت بندهای قراردادی بیمه نیست. اگرچه بیمه‌گذار باید به پرداخت حق بیمه‌ها ادامه دهد تا در اثر وقوع خسارت غرامت دریافت کند، اما از نظر قانونی مجبور به این کار نیست. در واقع، اگر حق بیمه‌ها پرداخت شوند، بیمه‌گر باید آنها را بپذیرد و به تأمین پوشش بیمه‌ای تعهدشده تحت قرارداد ادامه دهد.

1. Contract of Adhesion
2. Commutative

در مقابل، بیشتر قراردادهای تجاری طبیعتاً دو جانبه هستند. هر طرف از نظر قانونی تعهدی قابل اجرانسیب به طرف مقابل دارد. اگر یک طرف در انجام تعهد خود کوتاهی کند، طرف دیگر می‌تواند بر روی ایفای تعهد طرف اول اصرار کند یا به دلیل آسیب‌هایی که در اثر نقض قرارداد به او رسیده، آن طرف را مورد تعقیب قانونی قرار دهد.

مشروط بودن

هر قرارداد بیمه‌ای، قراردادی مشروط است؛ یعنی، الزام بیمه‌گر به پرداخت خسارت بستگی به آن دارد که آیا بیمه‌گذار یا ذی‌نفع بیمه‌نامه با همه شرایط بیمه‌نامه موافق است یا خیر. شرایط، بندهای موجود در قرارداد هستند که محدودیت‌هایی را بر انجام تعهد بیمه‌گر اعمال کرده و یا این محدودیت‌ها را توصیف می‌کنند. در صورتی که بیمه‌گذار بخواهد بر اثر وقوع خسارت غرامت دریافت کند، بخش شرایط قرارداد بیمه وظایف ویژه‌ای را بر بیمه‌گذار تحمیل می‌کند. اگرچه بیمه‌گذار مجبور به وفادار ماندن به شرایط بیمه‌نامه نیست، اما برای اینکه بتواند در صورت بروز خسارت، از شرکت بیمه غرامت دریافت کند، باید به شرایط قرارداد وفادار بماند. اگر شرایط بیمه‌نامه رعایت نشود، بیمه‌گر مجبور به پرداخت خسارت نیست. به‌عنوان مثال، در قرارداد بیمه آتش‌سوزی بیمه‌گذار موظف است وقوع خسارت را سریعاً اعلام کند. اگر بیمه‌گذار طی مدت نامعقولی در اعلام خسارت تأخیر کند، بیمه‌گر می‌تواند در زمینه‌ای که شرایط بیمه‌نامه نقض شده، از پرداخت خسارت خودداری کند.

شخصی بودن

در بیمه اموال، بیمه قراردادی شخصی است؛ بدان معنا که قراردادی بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار است. به بیان دقیق‌تر، قرارداد بیمه اموال، دارایی را بیمه نمی‌کند بلکه صاحب دارایی را در برابر خسارت بیمه می‌کند. اگر آن دارایی آسیب ببیند یا از بین برود، به مالک اموال بیمه‌شده غرامت پرداخت می‌شود. از آنجاکه قرارداد بیمه، قراردادی شخصی است، متقاضی بیمه باید مورد قبول بیمه‌گر باشد و استانداردهای بیمه‌گری معینی را با توجه به ویژگی‌ها، اخلاق و اعتبار داشته باشد. معمولاً، قرارداد بیمه اموال بدون رضایت بیمه‌گر قابل واگذاری به فرد دیگری نیست. اگر دارایی به فرد دیگری فروخته شود، ممکن است مالک جدید مورد پذیرش بیمه‌گر نباشد. بنابراین، قبل از اینکه بیمه‌نامه اموال به‌طور قانونی قابل واگذاری به طرف دیگری باشد، معمولاً به رضایت کتبی بیمه‌گر نیاز دارد. ویژگی‌های شخصی بیمه‌گذار و محیط پیرامون مورد بیمه برای شرکت بیمه در تعیین اینکه بیمه‌نامه را صادر کند یا خیر، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های به‌کارگیری قانون قرارداد شخصی در بیمه‌نامه‌ها، حق بیمه‌گذار برای واگذاری بیمه‌نامه به فرد دیگری است. از آنجاکه قانون به صورت کلی بیان می‌کند که فرد نمی‌تواند برخلاف میل دیگری او را مجبور به امضای قراردادی کند، حق بیمه‌گذار برای واگذاری بیمه‌نامه نیاز به رضایت شرکت بیمه دارد. در غیر این صورت، شرکت بیمه نباید به‌طور قانونی به‌واسطه قرارداد با فردی که شرکت در واقع هرگز با او بیمه‌نامه‌ای را امضا نکرده است، مقید و ملزم شود. به‌عنوان مثال، فرض کنید مالک اتومبیلی تصمیم می‌گیرد اتومبیل خود را به جوان ۱۸ ساله‌ای بفروشد. اگر واگذاری قرارداد بیمه به جوان خریدار، بدون رضایت شرکت بیمه صورت پذیرد، شرکت ممکن است مجبور به پذیرش ریسک فردی شود که اصلاً تمایل به قبول آن ندارد. بنابراین، بیمه‌گذار حق واگذاری بیمه‌نامه خود را دارد، اما از نظر قانونی در بیشتر قراردادهای بیمه‌نامه واگذارشده فقط با رضایت کتبی بیمه‌گر برایش الزام‌آور است.

الزام رضایت کتبی بیمه‌گر در مورد واگذاری بیمه‌نامه در همه قراردادهای بیمه‌ای قابل اعمال نیست. قرارداد بیمه عمر بدون رضایت بیمه‌گر به‌طور آزادانه با هر کسی قابل امضاست، زیرا امضای قرارداد معمولاً ریسک را تغییر نمی‌دهد و احتمال مرگ را نیز افزایش نمی‌دهد. بنابراین، هر شخصی که نفع بیمه‌پذیری در قرارداد بیمه عمر دارد، می‌تواند این نفع را منتقل کند، حتی به کسی که نفع بیمه‌پذیری در بیمه عمر او ندارد یا هیچ منفعت و ضرر مالی متوجه او نیست. اگرچه هیچ محدودیتی برای حق بیمه‌گذار در مورد واگذاری بیمه عمرش وجود ندارد، اما در بیمه‌نامه آمده است که شرکت بیمه در مورد واگذاری قرارداد بیمه مقید و متعهد نخواهد بود تا زمانی که اعلان کتبی از طرف بیمه‌گذار در مورد واگذاری دریافت کند که این کار صرفاً به‌منظور حمایت از شرکت بیمه است. به‌عنوان مثال، بیمه‌گذار ممکن است قرارداد بیمه عمر خود را واگذار کند و شرکت بیمه از این واقعت اطلاع نداشته باشد، در این صورت شرکت بیمه باید به شخص دیگری غیر از آنکه قرارداد بیمه به او واگذارشده، غرامت پرداخت کند.

برای اجتناب از شکایت و حذف این امکان که بیمه‌گر مجبور به پرداخت به دو نفر باشد، شرکت الزام کرده است که اعلام کتبی در مورد واگذاری از طرف بیمه‌گذار دریافت کند و تا زمان دریافت این اعلام هیچ الزام و تعهدی به بیمه‌گذار نخواهد داشت.

اختلاف در مورد به‌کارگیری قانون واگذاری بیمه در بیمه عمر و بیمه اموال و مسئولیت در این واقعت است که واگذاری قرارداد بیمه عمر، طبیعت ریسک را برای بیمه‌گر تغییر نمی‌دهد بلکه فقط مالکیت آن تغییر می‌کند. شخصی که زندگی او موضوع بیمه است، هنوز همان

بیمه شده است و واگذاری قرارداد بیمه اثری بر امکان فوت او نخواهد داشت. اما در بیمه اموال، واگذاری قرارداد می تواند اثر قابل توجهی در امکان وقوع خسارت داشته باشد.

ادعان

ادعان بدان معناست که بیمه گذار باید کل قرارداد را با تمامی شرایط و بندهای آن بپذیرد. بیمه گر بیمه نامه را آماده کرده و آن را چاپ می کند و بیمه گذار باید کل مدارک را بپذیرد و نمی تواند اصرار کند که بندهای ویژه ای به قرارداد اضافه شده یا از آن حذف شود یا قرارداد به درخواست بیمه گذار و برای مناسب بودن با شرایط آن بازنویسی شود. با این حال، قرارداد با اضافه کردن الحاقیه ها یا فرم ها قابل تغییر است.

برای جبران عدم تعادل موجود در چنین وضعیتی، دادگاه ها قانونی را وضع کرده اند که هرگونه ابهام یا عدم اطمینان در قرارداد بیمه علیه بیمه گر تفسیر می شود. اگر در بیمه نامه ابهامی وجود داشته باشد، بیمه گذار از آن سود می برد.

این قانون عمومی که ابهامات در قراردادهای بیمه علیه بیمه گر تفسیر می شود، با اصل انتظارات معقول تأیید می شود. "اصل انتظارات معقول" بیان می کند که بیمه گذار مستحق دریافت پوشش بیمه ای تحت بیمه نامه ای است که به طور منطقی انتظار دارد شرکت بیمه آن را فراهم کند. قرارداد باید قابل اجرا باشد و استثنائات یا شرایط آن آشکار، ساده و واضح باشند. به عنوان مثال، در مورد بیمه مسئولیتی که در آن بیمه گر به دلیل اینکه بیمه گذار مرتکب عمل عمدی شده و این اعمال عمدی از بیمه نامه مستثنی هستند، دفاع از بیمه گذار را نمی پذیرد. اما طبق قانون، بیمه گر مسئول پرداخت هزینه های دفاع در دادگاه است. بیمه گذار این انتظار منطقی را دارد که هزینه های دفاع قانونی تحت بیمه نامه اش پوشش داده شود، زیرا بیمه نامه سایر انواع فعالیت های عمدی را در برمی گیرد.

۳- ساختار بیمه نامه

اگرچه قراردادهای بیمه در رشته های مختلف با هم متفاوت اند، اما از نظر ساختاری همگی از ۴ بخش تشکیل شده اند:

اظهارات

توافقات بیمه ای

استثنائات

شرایط

- اظهارات

بخش اظهارات شامل بیانات بیمه‌گذار است که معمولاً توسط دادگاه‌ها به‌عنوان مطالب اعلام‌شده توسط بیمه‌گذار شناخته می‌شود. این بخش حاوی اطلاعاتی در مورد محل دارایی بیمه‌شده، نام بیمه‌گذار و سایر موضوعات مربوط به شناسایی بیمه‌گذار یا دارایی تحت بیمه^۱ است.

- توافقات بیمه‌ای

در این بخش شرکت بیمه متعهد می‌شود که در صورت بروز حادثه ناشی از خطرات تحت پوشش بیمه‌نامه، خسارت بیمه‌گذار را پرداخت کند. پوشش بیمه‌ای ممکن است به دو صورت اصلی تأمین شود: ۱- بر مبنای خطرات ذکر شده^۱ که در آن فهرست تمامی خطراتی که بیمه‌گذار در مقابل آنها بیمه‌شده در بیمه‌نامه ذکر می‌شود و ۲- بر مبنای خطرات نامحدود (باز)^۲ که در آن در برابر هر خطری پوشش بیمه‌ای ارائه می‌شود به‌جز آنهایی که فهرست‌شان به‌طور مشخص به‌عنوان خطرات مستثنی شده در بیمه‌نامه آمده است.

- استثنائات

در این بخش شرکت بیمه چیزی را بیان می‌کند که انجام نخواهد داد. تعداد استثنائات ارتباط مستقیمی با گستردگی یا محدودیت توافق بیمه‌ای دارد. اگر بیمه‌نامه بر مبنای خطرات ذکر شده صادر شده باشد، استثنائات آن بسیار کم خواهد بود. از سوی دیگر، بیمه‌نامه‌های مبتنی بر خطرات آزاد برای حذف پوشش خطرات بیمه‌ناپذیر نیاز به استثنائات زیادی دارند. استثنائات یکی از بخش‌های اصلی قرارداد هستند که آگاهی کامل از آنها از طریق درک توافق ضروری است. خطرات مشخصی باید از قرارداد بیمه مستثنی شوند، به این دلیل که بیمه‌پذیر نیستند یا به دلیل اینکه حق بیمه پایه آن خطرها را پوشش کامل نمی‌دهد. از این‌رو، پوشش این خطرات باید از طریق پرداخت حق بیمه اضافی یا قرارداد ویژه دیگری به‌دست‌آید.

- شرایط

این بخش، وظایف و حقوق هر دو طرف را با جزئیات بیان می‌کند. بیشتر موارد موجود در این بخش، کاملاً استاندارد و مربوط به وظایف بیمه‌گذار در صورت بروز حادثه است و از شرکت بیمه در مقابل تجربه خسارت نامطلوبی حمایت می‌کند که در اثر افزایش مخاطره قابل کنترل توسط بیمه‌گذار به وجود می‌آید.

1. Named-peril Basis
2. Open-peril Basis

۴- اصول اساسی بیمه از دیدگاه حقوقی

۴-۱- اصل نفع بیمه‌ای^۱

اصل نفع بیمه‌ای به‌طور خلاصه عبارت است از: ذی‌نفع بودن بیمه‌گذار در بقای آنچه بیمه می‌کند؛ به‌بیان دیگر بیمه‌گذار باید در صورتی که مورد بیمه در معرض خطر قرار گیرد یا ضرر و زیان ببیند، از سالم ماندن آن سود ببرد. در این صورت است که بیمه‌گذار همه سعی و کوشش خود را به‌کار می‌بندد تا مورد بیمه را از قرار گرفتن در معرض خطر محفوظ نگه دارد و از آن مراقبت کند؛ همچنین برای جلوگیری از وقوع حادثه پیشگیری‌های لازم را به‌عمل آورده و حتی در صورت وقوع حادثه نیز اقدامات مقتضی جهت جلوگیری از توسعه خسارت را انجام می‌دهد.

نکته قابل توجه اینکه، منحصراً مالکیت بیمه‌گذار نسبت به مورد بیمه موجب نفع بیمه‌ای نمی‌شود، بلکه صرف داشتن نفعی در عدم تحقق خطر، شخص را دارای نفع بیمه‌ای می‌کند؛ برای مثال مستأجر نیز نسبت به عین مستأجره دارای نفع بیمه‌ای است و می‌تواند نسبت به انعقاد قرارداد بیمه اقدام کند و همچنین امین، قیم، مرتهن و... عمده نتایجی که از اصل نفع بیمه‌ای حاصل می‌شود به این شرح است:

- مصونیت بیمه‌گر از نتایج اعمال عمدی بیمه‌گذار؛
- جلوگیری از وقوع حادثه توسط بیمه‌گذار؛
- جلوگیری از توسعه خسارت؛
- خودداری از تشدید خطر توسط بیمه‌گذار؛
- اعلام به‌موقع خسارت توسط بیمه‌گذار.

۴-۱-۱- شرایط وجود نفع بیمه‌پذیر

در بیمه اموال، نفع بیمه‌پذیر باید در زمان وقوع خسارت وجود داشته باشد. برای این الزام دو دلیل وجود دارد:

نخست اینکه بیشتر قراردادهای بیمه اموال، قراردادهای گرامتی‌اند. اگر در زمان وقوع خسارت نفع بیمه‌پذیر در میان نباشد، خسارت مالی رخ نداده است. بنابراین، در صورتی که پرداختی صورت گیرد، اصل گرامت نقض خواهد شد. به‌عنوان مثال، اگر فردی خانه‌اش را به شخص دیگری بفروشد و قبل از اینکه قرارداد بیمه خانه فسخ شود، آتش‌سوزی رخ دهد، صاحب اول خانه نمی‌تواند از

شرکت بیمه غرامت دریافت کند زیرا او دیگر دارای نفع بیمه‌پذیر در آن خانه نیست. صاحب جدید خانه نیز نمی‌تواند از شرکت بیمه غرامت دریافت کند، زیرا نام او به‌عنوان بیمه‌گذار در بیمه‌نامه ثبت نشده است.

دوم اینکه ممکن است فرد در زمان عقد بیمه‌نامه دارای نفع بیمه‌پذیر در دارایی نباشد، اما در آینده، یعنی در زمان وقوع خسارت نفع بیمه‌پذیر داشته باشد. به‌عنوان مثال، در بیمه حمل‌ونقل دریایی، بیمه کردن یک محموله بازگشتی توسط قرارداد ورودی پیش از ترک کشتی متداول است. اما، این قرارداد ممکن است تا زمانی که کالاها به‌عنوان دارایی بیمه‌شده روی عرشه کشتی قرار نگرفته‌اند، تحت پوشش قرار نداشته باشند. اگرچه زمانی که قرارداد بیمه منعقد می‌شود نفع بیمه‌پذیر مطرح نیست و فرد می‌تواند همچنان از شرکت بیمه غرامت دریافت کند، به شرط آنکه در زمان خسارت در کالاها دارای نفع بیمه‌پذیر باشد.

در مقابل، در بیمه عمر، الزام نفع بیمه‌پذیر باید فقط به هنگام آغاز دوره بیمه‌نامه و نه در زمان مرگ وجود داشته باشد. بیمه عمر، قراردادی غرامتی نیست، بلکه بر مبنای ارزش توافق شده است، که در اثر فوت بیمه‌گذار مبلغ توافق شده‌ای پرداخت می‌شود. از آنجاکه ذی‌نفع فقط ادعای قانونی برای دریافت غرامت از بیمه‌نامه دارد، مجبور به نشان دادن این موضوع نیست که در اثر فوت بیمه‌گذار متحمل خسارتی شده است.

۴-۱-۲- پرسش و پاسخ

پرسش: آقای ماسون، گاراژ خدمات و تعمیرات خودرو دارد و درصد بیمه کردن خودروهایی است که روی آنها کار می‌کند. مشتریان ماشین‌های خود را جلوی گاراژ او می‌گذارند و گاراژ در قبال این خودروها تا زمانی که تحت نظر او هستند مسئولیت دارد. به نظر شما، آقای ماسون در ارتباط با ماشین‌های مشتریان خود تا زمانی که برای سرویس کردن نزد او هستند، نفع بیمه‌پذیر دارد؟

ب- خیر

الف- بله

پاسخ: «الف». اگر هر اتفاق ناخوشایندی برای ماشین‌های مشتریان رخ دهد، گاراژ در قبال آن مسئول خواهد بود و باید خسارت مشتریان را پرداخت کند. بنابراین، اگرچه آقای ماسون خود صاحب ماشین‌ها نیست، اما در این مورد نفع بیمه‌پذیر مطرح است.

کوتاهی در اجرای این وظیفه، قانون‌گذار ضمانت اجرایی شدیدی را در نظر گرفته است. خودداری از ارائه اطلاعات یا کتمان حقایق، برحسب اینکه سهوی یا عمدی باشد، موجب فسخ یا بطلان قرارداد بیمه می‌شود. در صورت بطلان، نه فقط وجوهی که بیمه‌گذار به‌عنوان حق بیمه پرداخته قابل استرداد نیست؛ بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط حق بیمه عقب‌افتاده را نیز از بیمه‌گذار مطالبه کند. رعایت اصل حسن‌نیت از جانب بیمه‌گر نیز ضروری است و متقابلاً بیمه‌گر موظف است به وظایف و تعهدات خود طبق شرایط و مقررات بیمه‌نامه عمل کند و بیمه‌گذار را به حقوق و تکالیف خود آشنا کرده و موارد استثنا از شمول بیمه را به‌طور واضح در بیمه‌نامه منعکس و تعهدات خود را در اسرع وقت ایفا کند.

۴-۲-۱- حسن نیت بیمه‌گذار قبل از صدور بیمه‌نامه

در اغلب رشته‌های بیمه، بیمه‌گر ورقه مخصوصی را که «پیشنهاد بیمه» نامیده می‌شود در اختیار بیمه‌گذار قرار می‌دهد و او با تکمیل برگه پیشنهاد، شرایط و خصوصیات آنچه را که می‌خواهد بیمه کند در اختیار بیمه‌گر می‌گذارد. لازم به‌ذکر است که بیمه‌گر حق دارد اطلاعاتی را که در ارزیابی خطر موضوع بیمه، ضروری تشخیص می‌دهد، به‌دست‌آورد، اگرچه درخصوص بیمه‌نامه‌هایی با مبلغ بیمه پایین، غالباً بیمه‌گر به اطلاعات ارائه‌شده توسط بیمه‌گذار اکتفا می‌کند. از آنجاکه بعضی از اطلاعات مندرج در برگه پیشنهاد را فقط بیمه‌گذار در اختیار دارد و بیمه‌گر به‌راحتی نمی‌تواند به آنها دست یابد (مانند اطلاع از بیماری‌های موروثی جهت بیمه عمر) پاسخ‌گویی دقیق و صحیح به سؤالات برگه پیشنهاد توسط بیمه‌گذار از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است، چراکه پیشنهاد فوق، درواقع اساس بیمه‌نامه‌ای است که پس از آن صادر می‌شود.

تسلیم پیشنهاد بیمه به تنهایی برای هیچ یک از طرفین تعهدی ایجاد نمی‌کند و همان‌گونه که بیمه‌گر حق دارد بیمه مورد درخواست پیشنهاددهنده را غیرقابل قبول اعلام کند، بیمه‌گذار نیز می‌تواند از پیشنهاد خود منصرف شود. اما در صورت صدور بیمه‌نامه، مطالب مندرج در برگه پیشنهاد برای بیمه‌گذار تعهدآور است و این پیشنهاد جزء لاینفک قرارداد محسوب می‌شود و در صورتی که با دقت و صحت و از روی حسن‌نیت کامل به مطالب آن پاسخ داده نشود، ضمانت اجرایی مختلفی را برای بیمه‌گذار در پی دارد.

۴-۲-۲- حسن نیت بیمه‌گذار در مدت اعتبار بیمه‌نامه

حسن نیت بیمه‌گذار طی مدت بیمه نیز باید وجود داشته باشد و ادامه یابد، زیرا این احتمال وجود دارد که تغییر شرایط خطر، موجب عدم تعادل در محاسبات حق بیمه و در نتیجه تعهدات بیمه‌گر شود؛ در این خصوص باید به تغییر شرایط خطر که بیمه‌گذار سبب تشدید خطر یا تخفیف آن شود، اشاره کرد.

هرگاه بیمه‌گذار در نتیجه عمل خود خطری را که به مناسبت آن بیمه منعقد شده، تشدید کند یا یکی از کیفیات یا وضعیت موضوع بیمه را به نحوی تغییر دهد که اگر آن وضعیت قبل از قرارداد هم وجود می‌داشت، بیمه‌گر حاضر به انعقاد قرارداد با شرایط یادشده در قرارداد نمی‌شد، باید بیمه‌گر را بلافاصله از آن مطلع کند. اگر تشدید خطر یا تغییر وضعیت موضوع بیمه در نتیجه عمل بیمه‌گذار نباشد، او باید مراتب را ظرف ده روز از تاریخ اطلاع خود رسماً به بیمه‌گر اعلام کند. در هر دو مورد، بیمه‌گر حق دارد اضافه حق بیمه را تعیین و به بیمه‌گذار پیشنهاد کند و در صورتی که بیمه‌گذار حاضر به قبول و پرداخت آن نشود، قرارداد را فسخ کند. بنابراین اعم از اینکه تشدید خطر در نتیجه عمل شخص بیمه‌گذار باشد یا بیمه‌گذار شخصاً در جهت تشدید خطر عملی انجام نداده باشد، باید مراتب به بیمه‌گر اعلام شود و پس از اعلام تشدید خطر، بیمه‌گر حق دارد پوشش بیمه‌نامه را ادامه دهد یا آن را فسخ کند.

در قانون بیمه، اشاره‌ای به تخفیف خطر نشده است، اما غالباً در شرایط عمومی بیمه این مطلب پیش‌بینی می‌شود. در صورت تخفیف خطر نیز بیمه‌گر باید قسمتی از حق بیمه را متناسب با شرایط تخفیف خطر به بیمه‌گذار برگشت دهد، در غیر این صورت یا در صورت عدم توافق طرفین، به بیمه‌گذار حق فسخ بیمه‌نامه برای باقی‌مانده مدت بیمه داده می‌شود. در موضوع حسن نیت بیمه‌گذار در حین اعتبار بیمه‌نامه باید به مراقبت بیمه‌گذار از مورد بیمه و جلوگیری او از گسترده‌گی خسارت نیز اشاره کرد.

۴-۲-۳- حسن نیت بیمه‌گذار هنگام وقوع خسارت

بیمه‌گذار، در صورت وقوع خسارت نیز دارای وظایفی است که برای نشان‌دادن حسن نیت خود، باید به آنها عمل کند؛ در غیر این صورت، این عمل، قصور و کوتاهی در انجام وظایف تلقی می‌شود؛ به‌ویژه زمانی که این کوتاهی عمدی باشد، نتایج و آثاری را به همراه خواهد داشت. از جمله وظایف بیمه‌گذار در هنگام وقوع خسارت، موارد زیر است:

- جلوگیری از گسترده‌گی خسارت و نجات مورد بیمه؛
- اعلام به موقع خسارت به بیمه‌گر؛
- همکاری با بیمه‌گر به منظور بررسی خسارت؛
- حفظ وضعیت قسمت‌های خسارت‌دیده و اعلام کیفیت خسارت؛
- دادن امکان رسیدگی به بیمه‌گر.

۴-۲-۴- حسن نیت از طرف بیمه‌گر

باتوجه به تسلطی که بیمه‌گر به شرایط و مقررات بیمه‌نامه دارد - و اصولاً حرفه او ایجاب می‌کند که اطلاعات جامعی از شرایط بیمه‌نامه داشته باشد- و از این لحاظ بیمه‌گذار در وضعیت ضعیف‌تری قرار دارد، یکی از وظایف بیمه‌گر آشنا کردن بیمه‌گذار با شرایط مقررات و تکالیف قرارداد بیمه است. درخصوص حسن نیت بیمه‌گر به‌طور خلاصه می‌توان به مواردی از این قبیل اشاره کرد که بیمه‌گر باید:

- موارد استثنا از شمول تعهدات بیمه‌نامه را به‌طور واضح در بیمه‌نامه منعکس کند؛
- اسرار بیمه‌گذاران را حفظ کند؛
- خسارت را در اسرع وقت رسیدگی و پرداخت کند.

۴-۳- اصل غرامت^۱

چنانچه بیمه‌گذار یا نماینده او با قصد تقلب، مالی را اضافه بر قیمت عادلانه در زمان عقد قرارداد، بیمه کرده باشد، عقد بیمه باطل و حق بیمه دریافتی قابل استرداد نیست. دریافت مبلغ خسارت بیش از میزان واقعی آن توسط بیمه‌گذار یا ذی‌نفع، علاوه‌بر آنکه موضوع و هدف قرارداد بیمه نیست، موجب سودجویی نیز می‌شود که از نظر اخلاقی و اجتماعی نیز مذموم است. درواقع با دریافت خسارت اضافی، وضع مالی بیمه‌گذار پس از وقوع حادثه بهتر از وضع او نسبت به قبل از حادثه می‌شود و این امر می‌تواند علاوه‌بر آنکه انگیزه او را از مراقبت مورد بیمه و پیشگیری از وقوع حادثه کاهش دهد، موجب تشویق بیمه‌گذار به ایجاد خسارت عمدی نیز شود.

قلمرو اجرای اصل جبران خسارت، محدود به بیمه‌های اموال است و در بیمه‌های اشخاص (بیمه‌های عمر و حادثه جسمانی) اعمال نمی‌شود. در بیمه‌های خسارتی بیمه‌گذار برای دریافت

خسارت باید این موارد را اثبات کند:

- وقوع حادثه موضوع بیمه؛
- وجود خسارت و ضرر و زیان در پیامد وقوع حادثه؛
- وجود رابطه علیت بین وقوع حادثه و خسارت وارده؛
- موجودیت و ارزش مورد بیمه در لحظه وقوع حادثه.

بیمه‌گذار باید مورد بیمه را به قیمت عادلانه بیمه کند و بیمه‌گر نیز خسارت کامل و واقعی را بپردازد. در این رابطه تناسب بین مبلغ بیمه‌شده، ارزش واقعی مورد بیمه و مبلغ خسارت، موضوع بسیار مهمی است که باتوجه به اهمیت آن به‌طور خلاصه توضیح داده می‌شود.

حق بیمه هر قرارداد بیمه براساس دو عامل نرخ حق بیمه و مبلغ بیمه تعیین می‌شود؛ بنابراین اگر ارزش مالی که بیمه می‌شود کمتر از ارزش واقعی آن در نظر گرفته شود، بیمه‌گذار حق بیمه کمتری می‌پردازد و در این صورت منطقی است که بیمه‌گر نیز متعهد به جبران خسارت به‌طور کامل نباشد. در این حالت بیمه‌گر خسارت را طبق این رابطه محاسبه و پرداخت می‌کند:

$$\text{ارزش واقعی مال بیمه‌شده} \times \text{خسارت وارده} = \frac{\text{مبلغ بیمه‌شده}}{\text{ارزش واقعی مال بیمه‌شده}} \times \text{خسارت قابل پرداخت}$$

این موضوع به «قاعده نسبی سرمایه» معروف است و روشن است که در صورت اعمال قاعده نسبی، بیمه‌گذار متضرر می‌شود و ناگزیر است قسمتی از خسارت را خود تحمل کند. به‌موجب ماده ده قانون بیمه ایران^۱، در صورتی که مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد، بیمه‌گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال، مسئول خسارت خواهد بود. ماده ده قانون بیمه در مورد بیمه‌های عمر و حوادث جسمانی اعمال نمی‌شود؛ در خصوص این نوع بیمه‌ها تعهد بیمه‌گر همان مبلغ مورد توافق مندرج در بیمه‌نامه است. در واقع چون در بیمه‌های عمر و حوادث جسمانی موضوع تعهد بیمه‌گر حیات، ممات و سلامتی بیمه شده است و ارزش زندگی و جان انسان‌ها قابل تبدیل به پول نیست، پس موضوع جبران خسارت به مفهوم مطرح‌شده در بیمه‌های اموال، مطرح نیست.

۴-۳-۱- تعدیل اصل غرامت در بیمه‌های عمومی (غیر عمر)^۱

گاهی اصل غرامت^۲ می‌تواند باتوجه به توافقی که میان بیمه‌گر و بیمه‌گذار به عمل می‌آید، تعدیل شود. این امر به بیمه‌گر اجازه می‌دهد که مبلغی بیشتر یا کمتر از مبلغ خسارت پرداخت کند. یک مثال رایج آن پوشش «نو به جای کهنه»^۳ در بیمه‌نامه وسایل منزل است. اگر ادعای خسارتی ارائه شود، مبلغ قابل پرداخت براساس قیمت کنونی شیء بیمه شده است و هیچ کسوراتی بابت استهلاک و فرسودگی آن اعمال نخواهد شد.

پرسش: لوسی مبل راحتی جدیدی به مبلغ ۱۰۰۰ پوند خریداری و آن را تحت بیمه‌نامه وسایل منزل خود که سرمایه تحت پوشش آن ۴۰ هزار پوند است، بیمه کرده است. سه سال بعد، مبل او فراتر از صرفه تعمیراتی آسیب می‌بیند. درحال حاضر، قیمت مبل مورد نظر با همان مشخصات ۱۴۰۰ پوند است و بیمه‌نامه او نیز بر پایه «نو در قبال کهنه» است. به نظر شما، مبلغی که شرکت بیمه بابت خسارت پرداخت خواهد کرد چه مقدار است؟

الف - ۱۰۰۰ پوند؛

ب - ۱۰۰۰ پوند منهای مبلغ فرسودگی؛

ج - ۱۴۰۰ پوند منهای مبلغ فرسودگی؛

د - ۱۴۰۰ پوند.

پاسخ: «د». پوشش «نو به جای کهنه» ارزش فعلی شیء بیمه شده را برای جایگزینی پرداخت می‌کند.

۱. مهدوی، ۱۳۹۲

۲. یکی از اصول بنیادی بیمه است که به موجب آن بیمه‌گر تلاش می‌کند بیمه‌گذار را در همان شرایط مالی که درست قبل از وقوع خسارت داشته است، قرار دهد. این جبران خسارت به وسیله پول نقد، جایگزینی، تعمیر یا بازگرداندن شیء بیمه شده به حالت اول محقق می‌شود.

۳. این نوع پوشش بیمه‌گذار را در وضعیت مالی بهتری نسبت به قبل از وقوع خسارت قرار می‌دهد و در نتیجه بیمه‌گر مبلغی بیشتر از آنچه در اصل غرامت باید پرداخت شود، عرضه می‌کند. در توجیه این اضافه غرامت می‌توان گفت اساس پوشش، همۀ سرمایه بیمه تحت پوشش است که بیمه‌گذار نیز برای این گزینه باید حق بیمه بالاتری را پرداخت کند. بیمه اموال که بر پایه «بازگرداندن به حالت اول» است نیز شکلی از پوشش نو به جای کهنه است. در این نوع بیمه نیز مبلغی بیشتر از غرامت پرداخت می‌شود.

۴-۳-۲- تعدیل اصل غرامت - بیمه ارزش توافق شده^۱

بیمه ارزش توافق شده، در شرایطی مطرح می شود که امکان مشاجره و نزاع در مورد ارزش شیء بیمه شده در زمان وقوع خسارت وجود داشته باشد. برای مثال، اگر شیء موضوع بیمه یک ماشین قدیمی یا یک اثر هنری باشد، میزان غرامت بر پایه ارزش توافق شده در شروع قرارداد بیمه است (که در اغلب این موارد، ارزش توافق شده، براساس ارزیابی و ارزش گذاری حرفه ای است) و در هر تجدید بیمه نامه ای نیز این ارزش بررسی می شود. در این حالت، نیازی به اثبات ارزش شیء بیمه شده در زمان وقوع خسارت نیست.

ارزش توافق شده، خسارت های کلی را تحت پوشش قرار می دهد و خسارت های جزئی، باتوجه به مفاد بیمه نامه، بر پایه اصل غرامت یا اصلی مشابه جبران می شوند.

۴-۳-۳- تعدیل اصل غرامت - بیمه اولین خسارت^۲

پوشش اولین خسارت، مربوط به مواقعی است که وقوع خسارت کلی برای شیء بیمه شده نامحتمل است.

پرسش: به نظر شما، کدام یک از خطرهای زیر مناسب ترین گزینه برای بیمه اولین خسارت است؟

الف- عبدل یک ماشین قدیمی دارد که سالی دو یا سه بار با آن برای شرکت در جشنواره ماشین های قدیمی رانندگی می کند؛ اما او مجبور است به دلیل قوانین، ماشین خود را بیمه اتومبیل کند؛

ب- بروس یک انبار بزرگ کالا دارد و می خواهد آن را در برابر خطر دزدی بیمه کند؛

ج- صوفی خانه جدیدی را در بالای تپه ای خریداری کرده است. به نظر خودش، خانه اش نیازی به پوشش سیل ندارد، اما بیمه نامه خانه او به طور خودکار شامل پوشش خطر سیل است.

پاسخ: «ب». به دلیل ماهیتی که انبار پر از کالا دارد (مقدار زیاد کالاها، سنگینی آنها و نیاز به تعداد زیادی کامیون برای جابه جایی)، دزدیدن این کالاها به طور کامل در یک زمان امری ناممکن است. در این موقعیت، پوشش براساس بیمه اولین خسارت که در ادامه به شرح آن می پردازیم، مناسب ترین گزینه است.

تحت بیمه نامه اولین خسارت، سرمایه تحت پوشش بر مبنای حداکثر خسارت برآورد شده^۳ محاسبه می شود (احتمال حداکثر خسارت در هر حادثه). در این نوع بیمه، شرکت های بیمه

1. Agreed Value Insurance
 2. First Loss Insurance
 3. Estimated Maximum Loss (EML)

فقط اندکی تخفیف حق بیمه در مقایسه با بیمه‌های تمام‌ارزش در نظر می‌گیرند، زیرا همه عوامل برای درجه‌بندی ریسک اعمال شده است.

از آنجاکه بیشتر خسارت‌ها به صورت جزئی و نه کلی‌اند، در این نوع بیمه‌نامه، سطح خسارتی که شرکت بیمه با آن روبه‌رو می‌شود، فقط به مقدار کمی کاهش می‌یابد.

۴-۳-۴- عامل‌های محدودکننده

بیمه‌نامه اولین خسارت مثالی است که نشان می‌دهد چگونه غرامت با انتخاب یک پوشش محدود توسط بیمه‌گذار محدود می‌شود. مثال و نمونه‌های دیگری هم وجود دارند که در آنها بیمه‌گر مقدار کمتری از کل غرامت را پرداخت می‌کند. کاربرد اصل غرامت می‌تواند به عوامل زیر مشروط شود:

مبلغ مازاد بیمه‌نامه^۱؛

سرمایه تحت پوشش^۲؛

بیمه‌کردن با سرمایه‌ای کمتر از ارزش کالا^۳.

در ادامه، به هریک از این عوامل می‌پردازیم.

۴-۳-۵- مبلغ مازاد بیمه‌نامه

مبلغ مازاد، مبلغ اولیه هر خسارت است که بیمه‌نامه آن را پوشش نمی‌دهد و باید بیمه‌گذار آن را پرداخت کند. این مبلغ می‌تواند به خواست بیمه‌گذار باشد که در این صورت، در حق بیمه او تخفیفی اعمال می‌شود. بعضی مواقع این گزینه اجباری است.

هر چه مبلغ مازاد افزایش یابد، بیمه‌گر لازم نیست همچنان خود را در خسارت‌های جزئی درگیر کند و در نتیجه، هزینه‌های اجرایی‌اش کاهش می‌یابد. این گزینه همچنین میزان خسارت‌های بزرگ را کاهش می‌دهد.

مبلغ مازادی که بسیار بزرگ باشد، با اصطلاح کاستنی^۴ شناخته می‌شود.

پرسش: بیمه‌نامه بدنه اتومبیل دایانا تابع مازاد خسارت تا مبلغ ۲۰۰ پوند برای خسارت به اتومبیل است. او به ماشینی که در پارک بوده برخورد کرده و منجر به خسارتی به مبلغ ۱۵۰ پوند به اتومبیل خود و ۲۵۰ پوند به اتومبیل دیگری شده است. به نظر شما، شرکت بیمه چه

1. Policy Excess
2. Sum Insured
3. Under Insurance
4. Deductible

مبلغی را برای جبران خسارت اتومبیل دایانا و شخص زیان‌دیده از محل بیمه‌نامه‌های بدنه و شخص ثالث پرداخت خواهد کرد؟

الف- هیچ مبلغی بابت خسارت ماشین دایانا پرداخت نمی‌کند، اما همه مبلغ خسارت ماشین دیگر را که در پارک بوده پرداخت خواهد کرد؛

ب- هیچ مبلغی بابت خسارت ماشین دایانا پرداخت نمی‌کند، اما ۲۰۰ پوند بابت خسارت ماشین پارک‌شده پرداخت خواهد کرد؛

ج- کل خسارت هر دو اتومبیل را پرداخت می‌کند، زیرا مبلغ خسارت از «مبلغ مازاد بیمه‌نامه» بیشتر است.

پاسخ: «الف». مبلغ مازاد فقط در مورد ادعای خسارت دایانا نسبت به اتومبیل خودش اعمال می‌شود. عامل محدودکننده دیگر در جبران خسارت، سرمایه واقعی تحت پوشش است. برای مثال، در بیمه‌های اموال، حداکثر مبلغی که قابلیت بازیافت دارد، سرمایه بیمه‌شده است (حتی اگر مقدار خسارت بیشتر از آن مبلغ باشد).

باتوجه به این شرایط، ممکن است محدودیت‌های خاصی برای برخی از ریسک‌های مشخص وجود داشته باشد. رایج‌ترین مثال در این مورد بیمه وسایل منزل است که در آن محدودیتی برای وسایل باارزش و محدودیتی برای پول‌های نقد وجود دارد.

توجه کنید که اگر مبلغ کاستنی اعمال شود، ممکن است در صورت وقوع خسارت کلی، حد غرامت مطرح‌شده بیمه‌نامه را معادل مبلغ کاستنی کاهش دهد. حداکثر مبلغ قابل پوشش همان‌گونه که در بیمه مسئولیت آمده، به میزان غرامت به اضافه هزینه‌های توافق‌شده در برخی از انواع آن است.

قانون در مورد پوشش آسیب بدنی شخص ثالث در بیمه‌نامه وسایل نقلیه موتوری تصریح کرده است که در این بیمه‌نامه‌ها هیچ‌گونه محدودیت مالی وجود ندارد. درعمل، تنها محدودیت، مبلغی است که دادگاه معین کرده یا خارج از دادگاه به توافق رسیده باشند.

پرسش: کلود انبار خود را در برابر آتش‌سوزی بیمه می‌کند. هنگامی که آتش‌سوزی کوچکی رخ می‌دهد، او برای هزینه تعمیر انبار خود ادعای خسارت می‌کند. در ارزیابی کارشناس خسارت، اعلام می‌شود که حداقل هزینه بازسازی کامل انبار، دو برابر سرمایه تحت پوشش در بیمه‌نامه باتوجه به حق بیمه‌ای است که کلود پرداخت کرده است. آیا به نظر شما شرکت بیمه باید خسارت کلود را به‌طور کامل بپردازد؟

الف- آری.

ب- خیر.

پاسخ: «ب». عادلانه به نظر می‌رسد که کلود به دلیل بیمه کردن انبار خود به مبلغی کمتر از ارزش واقعی‌اش (کم‌بیمه‌شدگی) جریمه شود.

همان‌طور که در ادامه متوجه می‌شویم، بیمه‌گران اموال معمولاً این حق را دارند تا بیمه‌گذارانی را که اموال خود را به اندازه ارزش واقعی‌شان بیمه نکرده‌اند جریمه کنند. شرکت‌های بیمه با انباشت تعداد زیادی از ریسک‌های مشابه در یک گروه که بیمه‌گذاران آن گروه حق بیمه‌ای متناسب با ارزش ریسک‌شان می‌پردازند، کار می‌کنند. اگر شخصی ریسک خود را پایین‌تر از آنچه که هست بیان کند، در واقع مشارکت منصفانه‌ای در گروه مربوطه نداشته است.

۴-۳-۶- قاعده نسبی

قاعده نسبی^۱ که اغلب در بیمه‌نامه‌های اموال اعمال می‌شود، برای محدود کردن غرامت به هنگامی است که بیمه‌گذار ارزش مال خود را پایین‌تر از ارزش واقعی‌اش اعلام کرده است.

پرسش: جان، محتویات مغازه خواروبارفروشی خود را در برابر آتش‌سوزی به ارزش ۱۰هزار پوند بیمه کرده است. در صورت کم‌بیمه‌شدگی، قاعده نسبی^۲ متناسب در این بیمه‌نامه اعمال می‌شود. آتش‌سوزی منجر به خسارتی به مبلغ ۹۰۰ پوند به محتویات مغازه جان شده است. ارزیاب خسارت اعلام می‌کند که ارزش واقعی محتویات مغازه جان در زمان وقوع خسارت ۱۵هزار پوند بوده است. در این شرایط، بیمه‌گر چه مبلغی را بابت خسارت پرداخت می‌کند؟

الف - ۴۵۰ پوند؛

ب - ۶۰۰ پوند؛

ج - ۹۰۰ پوند.

پاسخ: «ب». محاسبه آن به شکل زیر است:

$$\frac{۱۰,۰۰۰}{۱۵,۰۰۰} \times ۹۰۰ = ۶۰۰$$

1. Average Condition

۲. قاعده نسبی چنین بیان می‌کند که در صورتی که بیمه‌گذار مال خود را کمتر از ارزش واقعی‌اش بیمه کند، خود مسئول آن مقدار از اموالش است که آن را بیمه نکرده است. هر ادعایی که در خسارت‌های جزئی مطرح شود، به دلیل کم‌بیمه‌شدگی اموال به نسبت کاهش می‌یابد.

فرمولی که برای محاسبه خسارت قابل پرداخت تحت قاعده نسبی به کار می‌رود، به شکل زیر است:

خسارت وارده * (ارزش واقعی مال در معرض خطر / سرمایه تحت پوشش بیمه‌نامه)

توجه کنید که اگر همه کالاهای جان در آتش سوزی از بین می‌رفت، این کم‌بیمه‌شدگی در خسارت کلی به مبلغ ۱۰ هزار پوند (سرمایه بیمه‌شده) در برابر ارزش خسارت که به مبلغ ۱۵ هزار پوند بود، نمود پیدا می‌کرد.

امروزه، پوشش بیمه‌نامه‌های اموال بر پایه بازگرداندن اموال به حالت اول ارائه می‌شود. این عمل حاشیه خطایی در سرمایه بیمه‌شده انتخابی به وجود می‌آورد تا مبنایی برای پیش‌بینی هزینه بازسازی هر یک از اموال در طول یک یا چند سال آینده به حساب گرفته شود. به شرط آنکه سرمایه تحت پوشش بیمه‌نامه از ۸۵ درصد هزینه بازسازی کمتر نباشد، حالت قاعده نسبی کاربرد ندارد.

قاعده نسبی می‌تواند در مواردی، دستخوش اصلاحاتی گردد. به‌عنوان نمونه، بیمه‌گران کاربرد قاعده نسبی در مورد کشاورزان و مزرعه‌داران را به دلیل نوسان قیمت محصولات کشاورزی به‌خصوص در زمان خشکسالی، قابل تغییر در نظر گرفته و اگر ارزش این محصولات در زمان وقوع خسارت از ۷۵ درصد ارزش واقعی‌اش کمتر نباشد، قاعده نسبی را اعمال نمی‌کنند.

پرسش: شرکت ماکستد و پسران صاحب یک ملک تجاری است که آن را بر پایه بازگرداندن به حالت اول به ارزش یک میلیون پوند بیمه کرده است. حالت قاعده نسبی ۸۵ درصد در این بیمه‌نامه اعمال شده است. این ملک در اثر آتش‌سوزی آسیب می‌بیند و هزینه بازسازی آن ۲۵۰ هزار پوند برآورد می‌شود. در گزارش ارزیاب خسارت آمده است که ارزش کل ساختمان در زمان وقوع خسارت یک میلیون و ۱۵۰ هزار پوند بوده است. به‌نظر شما شرکت بیمه بابت خسارت چه مبلغی را پرداخت خواهد کرد؟

الف - ۲۱۲ هزار پوند؛

ب - ۲۱۷،۳۹۱ پوند؛

ج - ۲۵۰ هزار پوند.

پاسخ: «ج». قاعده نسبی در اینجا اعمال نخواهد شد، زیرا سرمایه تحت پوشش بیشتر از ۸۵

درصد ارزش واقعی بوده است. در نتیجه، خسارت باید به‌طور کامل پرداخت شود.

۴-۴- اصل جانشینی^۱

از دیگر اصول بیمه که شاید به تعبیری بتوان آن را نتیجه اجرای اصل جبران خسارت نیز در نظر گرفت، اصل جانشینی یا قائم‌مقامی یا حق رجوع به مسئول حادثه است.

در صورتی که در حادثه‌ای، عامل ایجاد حادثه و خسارت، مشخص و شناخته شده باشد، بیمه‌گذار حق دارد خسارت خود را از مسئول حادثه مطالبه کند. طبیعی است که به موجب اصل خسارت، در صورت جبران خسارت از طرف بیمه‌گر، بیمه‌گذار نباید از مسئول ایجاد حادثه، خسارتی دریافت کند، زیرا موجب نفع و استفاده او شده است. به همین دلیل، در قراردادهای بیمه، بین طرفین قرارداد توافق می‌شود (معمولاً در شرایط عمومی بیمه‌نامه) در صورتی که حادثه مسئول مشخص و شناخته شده‌ای دارد، خسارت توسط بیمه‌گر جبران شود، اما بیمه‌گر از حقی که بیمه‌گذار در مقابل مسئول حادثه دارد استفاده کند؛ بنابراین با پرداخت خسارت به بیمه‌گذار حق رجوع به مسئول حادثه، به بیمه‌گر واگذار می‌شود و بیمه‌گر می‌تواند اقدامات لازم را جهت وصول مبلغ خسارت از مسئول حادثه انجام دهد.

به موجب ماده ۳۰ قانون بیمه^۲، بیمه‌گر در حدودی که خسارت وارد شده را قبول یا پرداخت می‌کند، در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت‌اند، قائم‌مقام بیمه‌گذار است. اگر بیمه‌گذار اقدامی کند که منافی با این عقد باشد، در مقابل بیمه‌گر مسئول شناخته می‌شود. انتقال حق رجوع از بیمه‌گذار به بیمه‌گر، در واقع مبتنی بر اصل جبران خسارت و به منظور احتراز از دریافت خسارت مکرر و متعدد توسط بیمه‌گذار است. در این خصوص توجه به این نکات ضروری است:

- همان‌گونه که اصل جبران خسارت در بیمه‌های اشخاص (عمر و حادثه جسمانی) کاربردی ندارد، اصل جانشینی نیز در مورد چنین بیمه‌هایی مصداق نخواهد داشت و قلمرو اجرای آن بیمه‌های اموال است؛

- بیمه‌گر نتیجه اجرای اصل جانشینی را که باز یافت مقداری از خسارات است، در محاسبات نرخ حق بیمه و آمار مربوطه لحاظ می‌کند؛

- بیمه‌گر فقط پس از پرداخت خسارت یا قبول پرداخت آن، صاحب این حق می‌شود؛

- حق بیمه‌گر محدود به مبلغی است که می‌پردازد یا تعهد پرداخت آن را می‌کند؛ بنابراین اگر بیمه‌گر به لحاظ ناقص بودن پوشش بیمه‌ای یا وجود شرط فرانشیز یا محدودیت در تعهد، فقط قسمتی از خسارت را قبول یا پرداخت کند، نسبت به آن قسمت از خسارت که به‌عهده بیمه‌گذار باقی مانده، حق رجوع به مسئول حادثه برای بیمه‌گذار محفوظ می‌ماند؛ به عبارت دیگر بیمه‌گذار و بیمه‌گر به نسبتی که خسارت را تحمل کرده‌اند، در حق رجوع به مسئول حادثه نیز سهیم می‌شوند.

پرسش: یک کشتی در برخورد با کشتی دیگر به شدت آسیب می‌بیند. بیمه‌گر کشتی مبلغ ۷۲ هزار پوند را بابت خسارت پرداخت می‌کند و سپس در پی بازیافت پول خود از صاحب کشتی دیگر که موجب تصادم شده است، برمی‌آید. اما به دلیل گذشت مدت طولانی و کاهش ارزش پول بین زمان پرداخت خسارت و بازیافت آن از شخص سوم، مبلغی که بیمه‌گر بازیافت می‌کند ۱۲۷ هزار پوند است. کدام عبارت صحیح است؟

الف- بیمه‌گر مستحق مبلغ بازیافتی است؛

ب- بیمه‌گر باید ۵۵ هزار پوند به بیمه‌گذار پرداخت کند؛

ج- بیمه‌گر باید ۷۲ هزار پوند را بردارد و بقیه ۵۵ هزار پوند را به‌طور مساوی بین خود و بیمه‌گذار تقسیم کند.

پاسخ: «ب». این همان مثال پرونده شرکت بیمه Yorkshire علیه شرکت کشتیرانی Nisbet (۱۹۶۱) است. طبق اصل غرامت، مبلغ بازیافتی توسط بیمه‌گر، فقط می‌تواند به اندازه مبلغی باشد که بابت خسارت پرداخت کرده است و بقیه این پول باید به بیمه‌گذار پرداخت شود.

۴-۵- اصل علت نزدیک یا سبب بلافصل خسارت^۱

اصل علت نزدیک عبارت است از اینکه بین حادثه بیمه‌شده و خسارت مورد ادعای بیمه‌گذار رابطه علت و معلولی وجود داشته باشد. بدین معنی که خسارت ایجادشده معلول حادثه بیمه‌شده باشد. براساس این اصل، یکی از مواردی که بیمه‌گذار یا استفاده‌کننده از مزایای بیمه جهت دریافت خسارت، یا حتی سرمایه بیمه (در بیمه‌های اشخاص) باید اثبات کند، اصل علت نزدیک است. در صورتی که چنین رابطه‌ای وجود نداشته باشد، بیمه‌گر نیز تعهدی نسبت به جبران خسارت وارده نخواهد داشت؛ زیرا بیمه‌گر جبران خسارت را به‌هردلیل و هر علتی که باشد تعهد نکرده و نرخ حق بیمه را براساس تعهد خود محاسبه کرده است.

برای مثال در صورتی که کارخانه‌ای فقط در مقابل خطر آتش سوزی بیمه شده باشد، تعهد بیمه‌گر، جبران خسارت مستقیم ناشی از خطر حریق است و خطرات طبیعی، از جمله زلزله جزء تعهدات و خطرات مشمول پوشش بیمه‌گر به‌شمار نمی‌آیند. حتی در صورتی که زمین‌لرزه موجب بروز حریق شود، بیمه‌گر تعهدی برای جبران خسارت ناشی از حریق نخواهد داشت؛ زیرا سبب بلافصل که باعث خسارت حریق شده، زمین‌لرزه است و مورد تعهد بیمه‌گر نبوده و بیمه‌گر نیز بابت آن حق بیمه‌ای دریافت نکرده است.

۴-۵-۱- پرسش و پاسخ

پرسش: علت اصلی یک خسارت همیشه:

الف- اولین علت است؛

ب- آخرین علت است؛

ج- علت غالب است؛

د- تنها علت است.

پاسخ: «ج». علت غالب، علت اصلی خسارت است و همیشه ارتباط مستقیمی میان علت

اصلی و خسارت ایجاد شده وجود دارد.

پرسش: این مثالی از زندگی واقعی است. انباری پر از چوب خشک دچار آتش سوزی می‌شود. آتش به سرعت گسترش می‌یابد و به انبار همسایه که حاوی منسوجات است، می‌رسد. گروه آتش‌نشانی که در حال خاموش کردن آتش با آب و حفاظت از انبار دوم‌اند، خسارت زیادی را به واسطه آب به پارچه‌ها وارد می‌آورند.

صاحب انبار دوم با بیمه‌نامه آتش سوزی (شامل پوشش آتش سوزی، صاعقه و انفجار) خود در مورد زیانی که در اثر آب به پارچه‌هایش وارد شده است، ادعای خسارت می‌کند. آیا به نظر شما این خسارت تحت بیمه‌نامه آتش سوزی قابل پرداخت است؟

ب- خیر

الف- بله

پاسخ: «الف» شرکت بیمه قبول می‌کند که آتش علت اصلی زیان به پارچه‌ها بوده است. آنها

توانستند رابطه‌ای مستقیم و بدون مداخله میان آتش سوزی و زیانی که بر اثر آب به صاحب منسوجات وارد شده بود، ترسیم کنند. بنابراین، خسارت پرداخت می‌شود.

۴-۶- اصل تعدد بیمه‌ای^۱

اصل تعدد بیمه اظهار می‌دارد که فقط در صورتی تعدد بیمه‌نامه در مورد یک موضوع بیمه مجاز است که مجموع سرمایه‌های بیمه‌ای بیمه‌نامه‌های متعدد از ارزش موضوع بیمه بیشتر نباشد. بیشتر قراردادهای بیمه‌ای غیر از بیمه عمر و در بیشتر موارد بیمه درمان، حاوی بندی در مورد محدود کردن پوشش بیمه‌ای توسط بیمه‌نامه دیگر هستند. هدف اولیه قراردادان محدودیت، پیشگیری از بهره‌مندی بیمه‌گذار و کسب سود در اثر وقوع خسارت به هنگام داشتن دو یا چند بیمه‌نامه است.

یکی از متداول‌ترین بندهای مربوط به داشتن بیمه‌نامه دیگر به‌عنوان بند روش نسبی^۲ شناخته می‌شود. این ماده در قراردادهای اموال بیان می‌کند که شرکت بیمه مسئول پرداخت آن بخش از خسارت است که از نسبت سرمایه بیمه‌گذار به سرمایه کامل (ارزش دارایی) به‌دست می‌آید.

فرض کنید فردی خانه خود به ارزش ۲۰۰ میلیون تومان را با سرمایه بیمه ۱۰۰ میلیون تومان نزد شرکت الف و ۱۰۰ میلیون تومان نزد شرکت ب بیمه می‌کند. اگر آتش‌سوزی به میزان ۵۰ میلیون تومان برایش رخ دهد، این فرد نمی‌تواند ۵۰ میلیون تومان از شرکت الف و ۵۰ میلیون تومان از شرکت ب غرامت دریافت کند، زیرا در این صورت از خسارت خود سود برده است و این با اصل غرامت مغایر است. اما براساس اصل نسبت، هر بیمه‌گر فقط ملزم به پرداخت بخشی از خسارت است که متناسب با خسارت رخ داده به سرمایه بیمه تحت پوشش اوست. بنابراین براساس اصل یادشده در این مثال، هر شرکت بیمه، فقط ۲۵ میلیون تومان خواهد پرداخت که این کار از سودبری بیمه‌گذار جلوگیری می‌کند.

۴-۷- اصل مشارکت^۳

۴-۷-۱- اصل مشارکت^۴ در پرداخت خسارت

«بیمه دوگانه» اشاره به وضعیتی دارد که در آن بیش از یک بیمه‌نامه برای مدت تحت پوشش قراردادان یک ریسک جاری است. برای مثال، فردی اموال شخصی خود را برای مدت

1. Multiplicity of Insurance Principle
2. Pro Rata Clause

۳. مهدوی، ۱۳۹۲

4. Contribution Principle

زمانی که در سفر است، تحت پوشش بیمه مسافرتی قرار می‌دهد. اموال او ممکن است تحت بیمه‌نامه خانوار، زمانی که خارج از منزل است نیز باشد.

اگر اموال این شخص دزدیده شود یا آسیب ببیند، کدام‌یک از بیمه‌گران باید مبلغ خسارت را پرداخت کند؟ اگر فقط یکی از این بیمه‌گران مبلغ را پرداخت کند، آنگاه بیمه‌گر دیگر به یقین از مسئولیت مالی خود شانه خالی کرده است. اصل مشارکت در پرداخت خسارت برای این است که در زمان خسارت بار مسئولیت بین بیمه‌گرانی که یک ریسک را تحت پوشش قرار داده‌اند، به‌طور منصفانه تقسیم شود. این اصل، اصل غرامت را تحکیم می‌کند و به‌همین دلیل لازم است به‌صراحت در بیمه‌نامه ذکر شود.

باوجوداین، بسیاری از بیمه‌گران برای آنکه مسئولیت‌شان به سهمی که از خسارت دارند محدود شود، شرط مشارکت را در بیمه‌نامه قید می‌کنند. بدون وجود این شرط، بیمه‌گذار حق دارد کل خسارت را از یکی از بیمه‌گران دریافت کند و سپس آن بیمه‌گر مجبور است برای دریافت سهم مشارکت دیگر بیمه‌گران، طرح دعوا کند.

اگر شرط مشارکت وجود داشته باشد، لازم است بیمه‌گذار برای دریافت کل خسارت تحت هر یک از بیمه‌نامه‌های خود، به اندازه مبلغی که بیمه‌گر مسئولیت آن را دارد، از او مطالبه کند. تعریف موثق اصل مشارکت در زیر آمده است:

«اصل مشارکت بدان معنی است که بیمه‌گذار ریسکی را نزد چند شرکت بیمه تحت پوشش قرار می‌دهد و بیمه‌گر در زمان وقوع خسارت این حق را دارد که برای پرداخت خسارت از بیمه‌گران دیگر طلب مشارکت کند و هرکدام از آنها باید به اندازه سهمی که از ریسک مورد نظر دارند، خسارت را پرداخت کنند (این سهم لزوماً برابر نیست)».

مثال‌هایی از بیمه دوگانه را که مشارکت بیمه‌گران در آن امری مهم به‌شمار می‌رود، در پانوشت آورده‌ایم.^۱

۱. مثال‌های رایج از بیمه دوگانه شامل موارد زیر است:

- بیمه‌نامه «تمام‌خطر» و بیمه‌نامه مسافرتی که هر دو اموال را زمانی که فرد در مسافرت است، تحت پوشش قرار می‌دهند.
- بیمه منزل و بیمه اموال شخصی تحت بیمه‌نامه خودرو، دارایی‌های فرد را زمانی که در خودرو است، پوشش می‌دهند.
- یک بیمه‌نامه مشخص انبار و یک بیمه‌نامه شناور هر دو کالاهایی را در چند منطقه تحت پوشش قرار می‌دهند.
- زمانی که ساختمانی هم توسط صاحب ملک و هم توسط شخصی که در آن مستأجر است نزد دو بیمه‌گر متفاوت بیمه می‌شود.

پرسش: وندی یک بیمه‌نامه حوادث شخصی دارد که شامل سرمایه فوتی به مبلغ ۲۰ هزار پوند است. او همچنین پوشش فوت بر اثر تصادف رانندگی تحت بیمه‌نامه جامع اتومبیل خود را هم دارد که در صورت فوت بر اثر تصادف رانندگی مبلغ ۵ هزار پوند را به ذی‌نفعان پرداخت می‌کند. وندی در یک سانحه رانندگی فوت می‌کند و تحت هر دو بیمه‌نامه او طرح دعوا می‌شود. به نظر شما، چه مبلغی به ذی‌نفع‌ها پرداخت می‌شود؟

الف - بیمه‌گر بیمه‌نامه حوادث شخصی مبلغ ۲۰ هزار پوند را پرداخت خواهد کرد، اما ۵ هزار پوند آن را از بیمه‌گر اتومبیل باز یافت می‌کند؛

ب - ذی‌نفع‌ها حق دارند مبلغ ۱۵ هزار پوند را از بیمه‌گر حوادث شخصی و ۵ هزار پوند را از بیمه‌گر وسیله نقلیه مطالبه کنند

ج - هریک از بیمه‌نامه‌ها کل سرمایه فوت را پرداخت می‌کند و هیچ‌گونه مشارکتی در پرداخت وجود ندارد.

پاسخ: «ج». اصل مشارکت در پرداخت خسارت، اصل غرامت را تقویت می‌کند اما در مورد بیمه‌نامه‌های سرمایه‌ای مانند بیمه‌نامه حوادث شخصی صادق نیست. در بیمه‌نامه‌های سرمایه‌ای، صرف نظر از تعداد بیمه‌نامه‌های موجود، ذی‌نفع‌ها می‌توانند کل خسارت و سرمایه فوت را از هریک از بیمه‌گران به‌طور جداگانه مطالبه کنند.

اصل مشارکت زمانی مطرح می‌شود که دو (یا تعدادی) بیمه‌نامه غرامت برای یک ریسک مشخص وجود داشته و این خطر میان بیمه‌گران تقسیم شده باشد. در صورت وقوع خسارت، هر کدام سهمی از خسارت مورد بیمه را برعهده خواهند گرفت. این بیمه‌نامه‌ها همچنین باید دارای ویژگی‌های زیر باشند:

نفع بیمه‌ای مشترک^۱

۱. این عامل در پی دعوی میان شرکت بیمه کانتیل بریتانیای شمالی علیه بیمه جهانی لیورپول در سال ۱۸۷۷ مطرح شد. تاجری غله خود را در انبار غله متعلق به شرکت Barnett انبار کرد. هر کدام از دو طرف (تاجر و شرکت Barnett) غله‌های موجود در انبار را بیمه کردند و زمانی که آتش‌سوزی رخ داد، بیمه‌گر شرکت Barnett خسارت را به‌طور کامل پرداخت کرد و سپس از بیمه‌گر تاجر سهم مشارکت را طلب کرد. از آنجاکه نفع بیمه‌ای در این بیمه‌نامه‌ها با هم متفاوت بود (یکی از آنها تحویل‌گیرنده و دیگری صاحب انبار بود) دادگاه مشارکت را رد کرد و بیمه‌گر شرکت Barnett مجبور به پرداخت کل خسارت شد.

خطر مشترک که منجر به خسارت می‌شود^۱
موضوع بیمه مشترک^۲

لازم نیست بیمه‌نامه‌ها یکسان باشند، اما باید در پوشش خسارت مورد نظر هم‌پوشانی داشته باشند.

پرسش: کدام یک از عبارات‌های زیر درست و کدام یک نادرست است؟

الف - مشارکت بیمه‌گر را قادر می‌کند تا دیگر بیمه‌گرانی را که به‌طور مشابه مسئول جبران هزینه خسارت هستند، فرا بخوان؛

درست نادرست

ب - مشارکت در خسارت فقط زمانی می‌تواند ایجاد شود که در بیمه‌نامه به‌صراحت این موضوع بیان شده باشد؛

درست نادرست

ج - شرط مشارکت مستلزم نفع بیمه‌ای، خطر و موضوع بیمه مشترک در همه بیمه‌نامه‌ها است؛

درست نادرست

د - وقتی که شرط مشارکت اعمال می‌شود، همه بیمه‌گران مسئول به‌طور مساوی در خسارت شریک‌اند.

درست نادرست

پاسخ: الف (درست)، ب (نادرست)، ج (درست)، د (نادرست).

۴-۷-۲- روش محاسبه مقدار مشارکت

دو روش برای محاسبه مقدار مشارکت وجود دارد که در هر دو، هدف، تقسیم میزان خسارت بین بیمه‌گران باتوجه به نسبت سهم مسئولیت‌شان است.

در روش مسئولیت مستقل^۳، نسبت سهم برای پرداخت خسارت به‌طور مستقل برای هر بیمه‌گر تعیین می‌شود. این روش زمانی به‌کار می‌آید که بیمه‌نامه‌های اموال شامل قاعده نسبی شوند یا

۱. North British and Mercantile Insurance Company دو بیمه‌نامه تجاری توسط یک شرکت بزرگ تهیه شده را در نظر بگیرید. یکی از آنها با صداقت و دیگری فاقد صداقت است و خسارت عمدی و سرقت را تحت پوشش قرار می‌دهد. اگر خسارتی بر اثر عدم صداقت رخ دهد، آنگاه هر دو شرکت بیمه مسئول بوده و می‌توانند در پرداخت خسارت مشارکت کنند. اگر زیان ایجاد شده بر اثر خسارت عمدی باشد، آنگاه دیگر مشارکت معنی پیدا نمی‌کند.

۲. London Liverpool and Global insurance Company اگر دو بیمه‌گر بخواهند در هزینه‌های خسارت مشارکت کنند، موضوع بیمه در هر دوی بیمه‌نامه‌ها باید مشترک باشد. موضوع مورد بیمه معمولاً شیء یا اموالی مانند خانه، ساعت و... است و در برخی مواقع حتی می‌تواند مسئولیت قانونی یکسان نیز باشد.

خسارتی محدود در حادثه‌ای^۱ در چارچوب سرمایه تحت پوشش بیمه‌نامه اعمال شود. این روش همچنین در بیمه‌نامه‌های مسئولیت مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در روش مسئولیت مستقل، مقدار سهم هر بیمه‌گر به نحوی محاسبه می‌شود که گویی بیمه‌نامه دیگری موجود نیست و بیمه‌گر در جبران خسارت بیمه‌گذار تنهاست. سپس خسارت به نسبت سهم مسئولیت‌های مستقلی که دارند، بین‌شان تقسیم می‌شود. به مثالی در این مورد توجه کنید.

کارخانه گرگ به ارزش ۱۰۰ هزار پوند به وسیله دو بیمه‌نامه آتش‌سوزی تحت پوشش قرار گرفته است. هر دو بیمه‌نامه در شرایط لازم از قاعده نسبی پیروی می‌کنند. سرمایه تحت پوشش اولین بیمه‌نامه ۲۰ هزار پوند و دومی ۴۰ هزار پوند است. حادثه آتش‌سوزی منجر به خسارتی به مبلغ ۲۰ هزار پوند می‌شود.

از آنجاکه ارزش کارخانه بیشتر از جمع سرمایه‌های تحت پوشش بیمه‌نامه‌هاست، مبلغی که هر یک از بیمه‌نامه‌ها بابت خسارت می‌پردازد، عبارت است از:

$$\text{ارزش مورد بیمه} \times \text{میزان خسارت} = \frac{\text{مقدار خسارت قابل پرداخت متناسب با قاعده نسبی}}{\text{ارزش تحت پوشش بیمه‌نامه}}$$

پس اولین بیمه‌گر ۴ هزار پوند و بیمه‌گر دوم ۸ هزار پوند پرداخت می‌کند و بیمه‌گذار متحمل پرداخت بقیه مبلغ خسارت (۸ هزار پوند) می‌شود.

در رایج‌ترین روش و آنچه ما در اینجا بر آن تمرکز کردیم، سهم متناسب، با توجه به سرمایه تحت پوشش در هر بیمه‌نامه تعیین می‌شود. این روش در بیمه‌های اموالی که از قاعده نسبی پیروی نمی‌کنند ولی موضوع بیمه در آنها یکسان است نیز کاربرد دارد.

در روش مسئولیت مستقل، سرمایه تحت پوشش در هر یک از بیمه‌نامه‌ها بر کل سرمایه تحت پوشش توسط همه بیمه‌نامه‌ها تقسیم و حاصل در مبلغ خسارت ضرب می‌شود.

جین هنگامی که خانه خود را خریداری می‌کند آن را تحت پوشش بیمه منزل با سرمایه ۱۵۰ هزار پوند درمی‌آورد. مجتمع ساختمانی که وام مسکن برای خانه فراهم کرده نیز بیمه‌نامه‌ای از طرف جین با سرمایه تحت پوشش ۱۰۰ هزار پوند خریداری می‌کند. آتش‌سوزی رخ می‌دهد و ۵ هزار پوند به ساختمان آسیب می‌رسد.

از آنجایی که هر دو بیمه‌نامه این ریسک را تحت پوشش قرار داده‌اند، خسارت بین آنها به نسبت سرمایه‌های تحت پوشش در هر بیمه‌نامه تقسیم می‌شود. سرمایه تحت پوشش برای این ساختمان در بیمه‌نامه اول ۱۵۰ هزار پوند و در بیمه‌نامه دوم ۱۰۰ هزار پوند است.

در نتیجه، خسارت آنها متناسب با سرمایه تحت پوشش عبارت است از:

$$\frac{\text{سرمایه تحت پوشش بیمه‌نامه} \times \text{مقدار خسارت}}{\text{کل سرمایه تحت پوشش}}$$

برای بیمه‌نامه اول:

$$\frac{150,000}{250,000} \times 5,000 = 3,000$$

برای بیمه‌نامه دوم:

$$\frac{100,000}{250,000} \times 5,000 = 2,000$$

پرسش: کلبه درک توسط دو بیمه‌نامه آتش‌سوزی تحت پوشش قرار می‌گیرد که این بیمه‌نامه‌ها به اسم خود او و با شرایط و دوره بیمه‌ای یکسان‌اند. سرمایه تحت پوشش بیمه‌نامه A، ۲۵ هزار پوند و سرمایه تحت پوشش بیمه‌نامه B، ۵۰ هزار پوند است. آتش‌سوزی خسارتی به مبلغ ۳۰ هزار پوند به کلبه وارد می‌آورد.

با فرض اینکه در هر بیمه‌نامه‌ای شرط مشارکت در پرداخت خسارت درج شده باشد، خسارت، طبق روش سرمایه تحت پوشش چگونه بین این دو شرکت بیمه تقسیم می‌شود؟

الف- بیمه‌گر A، ۱۰ هزار پوند و بیمه‌گر B، ۲۰ هزار پوند؛

ب- بیمه‌گر A، ۱۳،۶۳۶ پوند و بیمه‌گر B، ۱۶،۳۶۴ پوند؛

ج- بیمه‌گر A، ۱۵ هزار پوند و بیمه‌گر B، ۱۵ هزار پوند؛

د- بیمه‌گر A، ۲۵ هزار پوند و بیمه‌گر B، ۵ هزار پوند.

پاسخ: «الف». کل سرمایه تحت پوشش در این دو بیمه‌نامه ۷۵۰،۰۰۰ پوند است. بنابراین،

بیمه‌گر اول

$$\frac{250,000}{750,000} \times 30,000 = 10,000$$

و بیمه‌گر دوم

$$\frac{50,000}{750,000} \times 30,000 = 20,000$$

پرداخت خواهند کرد.

۴-۷-۳- تعدیلات در اصل مشارکت در خسارت

موقعیت‌هایی وجود دارند که در آنها اصل مشارکت در خسارت تغییر می‌کند، مانند:

بند عدم مشارکت: برخی از بیمه‌نامه‌ها ممکن است شامل بند «عدم مشارکت» باشند که براساس آن اگر چندین پوشش بیمه‌ای وجود داشته باشد، دیگر این بیمه‌نامه در خسارت سهیم نخواهد شد. باین حال، دادگاه‌ها نظر مساعدی به چنین بندهایی ندارند و زمانی که تعدد بیمه پیش می‌آید، اگر هرکدام از آنها دارای بند عدم مشارکت در خسارت باشند، درواقع تأثیر یکدیگر را خنثی کرده و قانون مشارکت در پرداخت خسارت اجرا می‌شود.

بند وجود بیمه‌نامه‌های مرتبط‌تر: این حالت زمانی پیش می‌آید که مثلاً در بیمه‌نامه اثاثیه منزل بیان شده باشد، در صورتی که جواهرات بیمه‌گذار تحت پوشش بیمه‌نامه خاص جواهرات باشد، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد.

توافق بازار: هم‌پوشانی بین بیمه‌های مسافرتی، تمام‌خطر، وسایل منزل و پوشش وسایل شخصی در بیمه جامع اتومبیل تقریباً بسیار کم است. یک توافق در انجمن بیمه‌گران بریتانیا^۱ وجود دارد که بیان می‌کند بیمه‌گران در این موقعیت بر سهم خسارت به تناسب بیمه‌گر پافشاری نکنند. به‌طور مشابه، راننده‌ای ممکن است برای راندن خودرو شخص دیگری، هم تحت پوشش بیمه‌نامه خود و هم تحت بیمه‌نامه صاحب خودرو دارای پوشش باشد. در این شرایط، بیمه‌گر خودرو، هرگونه خسارتی را بدون جلب نظر مشارکت بیمه‌گر راننده پرداخت می‌کند.

۵- اصول اساسی بیمه از دیدگاه مالی^۲

۵-۱- منشأ بیمه - اصل تعاون

تعاون به معنای گسترده‌اش عبارت است از تنظیم و تمرکز کار و کوشش و ابزار و وسایل کار یک فرد در چارچوب و کانون کار و کوشش جمع همدردان و نیازمندان مشترکی که بر پایه رفع احتیاج مشترک دور هم گردآمده و نیروی خود را روی هم می‌گذارند.

در این معنا و مفهوم، تعاون و همکاری در سرشت و فطرت انسان است و از نیاز ابدی «انسان به انسان» سرچشمه می‌گیرد. چنان‌که در سازمان و ساختار هستی انسان، هر سلولی بر پایه «بقا» ضمن خویشتن‌خواهی یا تلاش برای حفظ و تغذیه خود، با سلول‌های کناری خود همکاری دارد و خون دریافتی را به آنها می‌رساند تا آنها هم زنده بمانند.

1. Association of British Insurers (ABI)

۲. محمودصالحی، ۱۳۹۳

یکی از موارد کاربردی و عملی این اصل حیاتی، رویارویی با حوادث و آفت‌های طبیعی و اجتماعی و مقابله با پیامدهای زیان‌بار آنهاست. به هر صورت، بهره‌گیری و سازماندهی «تدبیر تعاون» راهگشایی بنیادی است و به همین دلیل حس تعاون‌خواهی انسان در طول تاریخ به تدریج از حالت ساده و ابتدایی به شکل سازمان‌یافته‌تری درآمده است.

۵-۲- حق بیمه - وسیله مشارکت در تعاونی

در هر دوره، هر عضو تعاونی پولی را در اختیار مدیریت تعاونی می‌گذارد که در اصطلاح حرفه بیمه‌گری «حق بیمه» نامیده می‌شود. بدیهی است، حق بیمه‌ای که هر فرد می‌پردازد باید متناسب با ارزش اموالی باشد که جبران خسارات احتمالی را از تعاونی انتظار دارد. اما چه رابطه‌ای بین حق بیمه و ارزش مال بیمه شده وجود دارد؟ به اصطلاح نرخ حق بیمه به چه ترتیب تعیین می‌شود؟

برای پاسخ به این پرسش‌ها باید گفت که جمع حق بیمه‌ها باید در حدی تعیین شود که برای جبران همه خسارات دوره موردنظر کافی باشد و چون حجم خسارات احتمالی در ابتدای دوره مشخص نیست، برای تعیین حق بیمه باید به آمار خسارات در دوره‌های گذشته توجه کرده و با این فرض که در دوره موردنظر نیز وضع خسارات، مشابه با دوره‌های قبل خواهد بود و براساس خسارات گذشته، نرخ حق بیمه برای آینده مشخص شود. اگرچه تضمینی وجود ندارد که خسارات دوره موردنظر کاملاً مشابه خسارات دوره‌های قبل باشد، اما گریزی غیر از این فرض نیست. با وجود این به منظور اطمینان خاطر نسبی بیشتر دو اقدام زیر مورد توجه قرار می‌گیرد:

- آمار مورد استفاده از حیث زمان و تعداد دوره‌های آزمایش هر چه طولانی‌تر باشد؛

- آمار از لحاظ مکان و تعداد نمونه‌های هر دوره، گستردگی کافی داشته باشد.

به عبارت دیگر، نباید به آمار یک منطقه و یک دوره محدود اکتفا کرد؛ مثلاً آمار خسارات آتش‌سوزی در مناطق وسیع و در چند سال مورد توجه قرار گیرد تا از احتمال خسارت حریق تصویری به دست آید که با واقعیات آینده هرچه بیشتر قابل تطبیق باشد. علاوه بر این‌ها، تکنیک بیمه، راه‌حل‌های دیگری را نیز عرضه می‌کند. به طور خلاصه اینکه حق بیمه‌هایی که دریافت می‌شود باید برابر باشد با خسارات مورد انتظاری که بر مبنای آمار ارزیابی شده‌اند و از هر بیمه‌گذار باید حق بیمه‌ای دریافت شود که متناسب با ارزش مال بیمه نشده باشد.

۵-۲-۱- محاسبه نرخ حق بیمه

آمار نشان می‌دهد که احتمال حریق مثلاً در منازل مسکونی در چه حد است. ممکن است نتیجه آمار این باشد که از هر ۱۰ هزار واحد، ۱۲ مورد آن دستخوش حریق می‌شود. از طرف دیگر، خسارات ناشی از هر حریقی، جز در موارد استثنایی، کلی نیست، بلکه در اغلب موارد بخش کوچکی از یک واحد قبل از نجات می‌سوزد و در مواردی هم خسارات سنگین وارد می‌شود. باید متوسط هر خسارت را نیز با استفاده از آمار و تجربیات به‌دست آورد. اگر معلوم شود که به‌طور متوسط از هر واحدی که دچار حریق شده، ۲۵ درصد آن می‌سوزد، نرخ حق بیمه باید حاصل ضرب احتمال وقوع حریق، در متوسط خسارات هر حریق باشد؛ یعنی:

$$\frac{12}{10,000} \times \frac{25}{100} = \frac{300}{1,000,000} = \frac{3}{10,000} = 3 \text{ در ده هزار}$$

این ترتیب محاسبه باید برای هر نوع مورد بیمه فرضی، مثلاً انواع مغازه‌ها، کارخانه‌ها و انبارها انجام شود تا تعرفه‌ای برای نرخ بیمه آتش‌سوزی به‌دست‌آید. البته در نرخ تعرفه، عامل دیگری هم مطرح است و آن هزینه‌های اداری و تجاری بیمه‌گر است. اگر جمع کارمزد و هزینه‌های اداری بیمه‌گر ۴۰ درصد حق بیمه در نظر گرفته شود، نرخ مربوطه ۶۰ درصد حق بیمه‌ای است که باید از بیمه‌گذار دریافت کرد. بنابراین نرخ مندرج در تعرفه برای منازل مسکونی باید چنین باشد:

$$\frac{0.3}{1,000} \div \frac{60}{100} = \frac{100 \times 0.3}{1,000 \times 60} = \frac{30}{60,000} = \frac{1}{2,000} = 1 \text{ نیم در هزار}$$

۵-۲-۲- مدل ریاضی محاسبه حق بیمه (فنی)

بیمه‌گران، حق بیمه‌ای که مبتنی بر اصول فنی محاسبه می‌شود و تأمین‌کننده ریسک است را «حق بیمه فنی» یا «نرخ فنی» می‌نامند. در محاسبه حق بیمه فنی، هزینه‌های ارزیابی ریسک، اداری، آموزش و تحقیقات، فروش و... در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه صرفاً «هزینه ریسک» مورد نظر است.

- A: جمع خسارات قابل تحقق؛
- n: تعداد خسارات قابل تحقق؛
- N: تعداد موضوع [مورد] بیمه؛
- a: میانگین خسارت ناشی از تحقق هر خطر؛
- m: حق بیمه هر موضوع [مورد] بیمه؛
- M: جمع حق بیمه ریسک.

برای تعیین حق بیمه فنی، فرض می‌کنیم «جمع خساراتی که واقع می‌شود» برابر است با «جمع حق بیمه‌هایی که بابت ریسک دریافت می‌شود»؛ یعنی $A=M$. به عبارت دیگر، با این فرض باید «جمع حق بیمه» مساوی «حق بیمه هر واحد» ضرب در «تعداد موضوع [مورد] بیمه» باشد:

$$\text{تعداد موضوع [مورد]} \times \text{بیمه } N \times \text{حق بیمه هر مورد } m = \text{حق بیمه ریسک } M$$

از طرف دیگر، از آنجاکه معمولاً همه موارد بیمه یا موضوعاتی که بیمه شده‌اند، به‌طور صددرصد (کامل) از بین نمی‌روند (خسارت‌های کلی) و خسارت‌های جزئی نیز وجود دارند، بنابراین می‌توان «جمع خسارات» را بر «تعداد خسارات» تقسیم کرد و متوسط آن را به دست آورد:

$$a = \frac{\text{جمع خسارت } A}{\text{تعداد خسارت‌ها } n}$$

یا $A = n \times a$

از فرمول $A=M$ می‌توان نتیجه گرفت $N \times m = n \times a$ ، یا به عبارتی:

$$m = a \times \frac{n}{N}$$

(شدت احتمال خطر \times دامنه خطر = حق بیمه ریسک)

برای محاسبه حق بیمه بیمه‌نامه‌های عمر، زمانی که پوشش آنها به لحاظ میزان خسارت با سایر بیمه‌نامه‌ها متفاوت است (در بیمه عمر زمانی خسارت جزئی وجود ندارد و کلیه خسارات، کلی است)، دامنه خطر با سرمایه بیمه برابر است:

شدت احتمال خطر \times سرمایه بیمه = حق بیمه ریسک

برای محاسبه حق بیمه، هزینه‌های عملیاتی بیمه و همچنین «سود فنی مورد انتظار» مطابق

این فرمول به حق بیمه ریسک اضافه می‌شود:

سود فنی مورد انتظار + هزینه‌های عملیاتی بیمه + حق بیمه ریسک = حق بیمه مورد انتظار

مهم‌ترین هزینه‌های عملیاتی بیمه، اقلام زیر است:

- هزینه ارزیابی ریسک؛

- هزینه اداری؛

- هزینه فروش؛

- هزینه آموزش و تحقیقات؛

- هزینه‌های مربوط به پرداخت‌های قانونی (عوارض، مالیات و...).

سود فنی مورد انتظار، عبارت است از:

سود سرمایه‌گذاری‌ها - سود مورد انتظار صاحبان سهام = سود فنی مورد انتظار

یا

سود فنی مورد انتظار + سود سرمایه‌گذاری‌ها = سود مورد انتظار صاحبان سهام

۵-۳- ذخیره فنی - پس‌انداز مشترک گروه تعاونی

در ترازنامه شرکت‌های بیمه، اقلام بسیار بزرگی تحت عنوان ذخایر فنی به چشم می‌خورد. این ذخایر از حق‌بیمه‌های دریافتی تشکیل شده است و باید به مصرف پرداخت خسارات برسد. دلیل وجود آنها این است که معمولاً بیمه‌گر حق‌بیمه هر دوره را در ابتدای قرارداد دریافت می‌کند، اما خسارات به تدریج و در طول دوره واقع می‌شوند و برای رسیدگی و پرداخت هرکدام به مدت زمانی کم‌وبیش طولانی نیاز است؛ بنابراین حق‌بیمه‌ها قبل از آنکه کاملاً به مصرف جبران خسارات برسند، مدتی در اختیار بیمه‌گر باقی می‌مانند. این حق‌بیمه‌های انباشته را اصطلاحاً ذخایر فنی می‌نامند. بیمه‌گر که مسئول نگهداری ذخایر است، آنها را سرمایه‌گذاری می‌کند. درآمد حاصل از ذخایر، درآمد مناسبی برای بیمه‌گر است که می‌تواند در محاسبه حق‌بیمه به این درآمد نیز توجه کند، به‌خصوص در بیمه‌های عمر که مدت طولانی دارند و درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر آن، ارقام قابل توجهی را تشکیل می‌دهد. این اصل رعایت می‌شود و حق‌بیمه بیمه عمر باتوجه به درآمد مورد انتظار از ذخایر فنی آن تقلیل می‌یابد.

انواع مهم ذخایر فنی در بیمه‌های زندگی و غیرزندگی عبارت‌اند از:

- ذخیره حق‌بیمه (حق‌بیمه عایدنشده)؛
- ذخیره ریسک‌های منقضی نشده؛
- ذخیره خسارات معوق؛
- ذخیره برگشت حق‌بیمه؛
- ذخیره ریاضی؛
- ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع؛
- ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی.

۵-۳-۱- ذخیره حق‌بیمه (حق‌بیمه عایدنشده)

از آنجاکه شروع مدت بیمه‌نامه‌ها با شروع سال مالی همزمان نیست، بنابراین در پایان دوره مالی، بیمه‌نامه‌های معتبری وجود دارند که برای بیمه‌گر تعهد آورند. بیمه‌گر باید قسمتی از حق بیمه‌ها را به تناسب مدت باقیمانده از اعتبار بیمه‌نامه‌ها، از درآمد خود جدا کند و در حسابی منعکس کند که آن حساب را اصطلاحاً «ذخیره حق بیمه» می‌نامند. هرچه تعداد بیمه‌نامه‌ها و حجم حق بیمه آنها بیشتر باشد، جمع رقم ذخیره حق بیمه بزرگ‌تر است.

روش‌های محاسبه حق بیمه عایدنشده (ذخیره حق بیمه)

برای محاسبه حق بیمه عایدنشده شرکت‌های بیمه، روش‌های متفاوتی وجود دارند که به شرح برخی از این روش‌ها می‌پردازیم. در کلیه محاسبات مربوط به تعیین حق بیمه عایدنشده باید به این موضوع توجه کنیم که «هزینه تحصیل بیمه» که همان هزینه‌های بازاریابی و صدور بیمه‌نامه است، از حق بیمه‌های صادرشده کسر می‌شود تا حق بیمه مبنای محاسبه ذخیره به‌دست‌آید.

• روش روزشمار یا $\frac{1}{365}$

براساس این روش حق بیمه عایدنشده برای تک‌تک بیمه‌نامه‌های صادره شرکت با توجه به تعداد روزهایی که در پایان سال از اعتبار آنها باقی مانده محاسبه می‌شود؛ به‌طورمثال برای بیمه‌نامه‌ای که برای مدت ۹۰ روز صادرشده و ۲۵ روز از مدت آن در سال بعد است، $\frac{25}{90}$ حق بیمه مبنای محاسبه ذخیره به‌عنوان ذخیره حق بیمه (حق بیمه عایدنشده) منظور می‌شود. اگرچه این روش بسیار دقیق است ولی به‌علت وقت و هزینه زیادی که دارد عملاً جز در مواردی که شرکت بیمه از رایانه استفاده می‌کند، به‌ندرت به‌کار می‌رود.

• روش نسبی ماهانه یا $\frac{1}{24}$

در این روش فرض می‌شود که بیمه‌نامه‌های صادرشده در هر ماه توزیعی یکنواخت داشته‌اند و حق بیمه‌های مربوطه نیز به‌صورت یکنواخت عاید شده است. براساس این فرض و با توجه به مفهوم میانگین، زمان شروع تمامی بیمه‌نامه‌های صادرشده در هر ماه، وسط آن ماه در نظر گرفته می‌شود و بدین ترتیب $\frac{1}{24}$ حق بیمه‌های صادرشده در ماه اول سال، $\frac{3}{24}$ حق بیمه‌های صادرشده در ماه دوم سال و $\frac{23}{24}$ حق بیمه‌های صادرشده در ماه دوازدهم سال پس از کسر هزینه تحصیل به‌عنوان ذخیره حق بیمه، به حساب درآمد سال بعد منتقل می‌شود.

جدول ۱-۲. نحوه محاسبه حق بیمه عایدنشده با روش ماهانه $\frac{1}{24}$

نام ماه	حق بیمه *	نسبت ذخیره	حق بیمه عایدنشده
فروردین	۱۲,۰۰۰	$\frac{1}{24}$	۵۰۰
اردیبهشت	۱۰,۰۰۰	$\frac{3}{24}$	۱,۲۵۰
خرداد	۱۳,۰۰۰	$\frac{5}{24}$	۲,۷۰۸
تیر	۱۵,۰۰۰	$\frac{7}{24}$	۴,۳۷۵
مرداد	۳۰,۰۰۰	$\frac{9}{24}$	۱۱,۲۵۰
شهریور	۳۵,۰۰۰	$\frac{11}{24}$	۱۶,۰۴۲
مهر	۳۰,۰۰۰	$\frac{13}{24}$	۱۶,۲۵۰
آبان	۴۰,۰۰۰	$\frac{15}{24}$	۲۵,۰۰۰
آذر	۸۰,۰۰۰	$\frac{17}{24}$	۵۶,۶۶۷
دی	۴۰,۰۰۰	$\frac{19}{24}$	۳۱,۶۶۷
بهمن	۷۰,۰۰۰	$\frac{21}{24}$	۶۱,۲۵۰
اسفند	۹۰,۰۰۰	$\frac{23}{24}$	۸۶,۲۵۰

* هزینه تحصیل - حق بیمه صادره = حق بیمه

● روش نسبی سالانه یا $\frac{1}{4}$

در این روش فرض می شود که بیمه نامه های شرکت، در طول سال توزیعی یکنواخت داشته و حق بیمه های مربوط نیز به صورت یکنواخت عاید شده اند. براساس این فرض و باتوجه به مفهوم میانگین، زمان شروع تمامی بیمه نامه های صادر شده طی سال، اول مهرماه (وسط سال) در نظر گرفته می شود و بدین ترتیب نیمی از حق بیمه های سال به عنوان ذخیره حق بیمه به درآمد سال بعد منتقل می شود.

بدیهی است این روش فقط در مورد شرکت هایی کاربرد دارد که توزیع حق بیمه آنها در طول سال از یکنواختی لازم برخوردار باشد و حق بیمه های صادر شده در مواقع مختلف سال نوسانات قابل توجهی نداشته باشد. از این رو، چنانچه حق بیمه های شرکت به لحاظ شرایط فصلی و سایر شرایط در اوایل یا اواخر سال متمرکز باشد، استفاده از این روش موجب زیاده یا کم در نظر گرفتن ذخیره حق بیمه می شود.

تا سال ۱۳۸۶ مؤسسات بیمه به موجب آیین‌نامه شماره ۲۲ مصوب شورای عالی بیمه از این روش برای محاسبه ذخیره حق بیمه استفاده می‌کردند. بدین ترتیب که پس از کسر «هزینه تحصیل»، ۵۰ درصد حق بیمه باقی‌مانده را به‌عنوان حق بیمه عایدنشده در حساب‌ها شناسایی می‌کردند. براساس ماده ۷ آیین‌نامه یادشده، ذخیره حق بیمه برای بیمه‌های اتومبیل (بدنه و شخص ثالث) ۴۵ درصد و برای سایر رشته‌های بیمه غیرزندگی ۴۰ درصد حق بیمه صادرشده ظرف سال پس از کسر حق بیمه اتکایی و‌اگذاری تعیین شده بود. از سال ۱۳۸۷ به‌موجب ماده ۷ آیین‌نامه شماره ۵۸ مصوب شورای عالی بیمه^۱، ذخیره حق بیمه عایدنشده، با استفاده از روش $\frac{1}{8}$ محاسبه می‌شود.

• روش نسبی سه‌ماهه یا $\frac{1}{8}$

در این روش فرض می‌شود که بیمه‌نامه‌های شرکت در هر سه‌ماهه توزیعی یکنواخت داشته‌اند و حق بیمه‌های مربوطه نیز به‌صورت یکنواخت عاید شده است. براساس این فرض و باتوجه به مفهوم میانگین، زمان شروع تمامی بیمه‌نامه‌های صادره در هر سه‌ماهه، وسط آن سه‌ماهه در نظر گرفته می‌شود و بدین ترتیب $\frac{1}{8}$ حق بیمه‌های سه‌ماهه اول، $\frac{3}{8}$ حق بیمه‌های سه‌ماهه دوم، $\frac{5}{8}$ حق بیمه‌های سه‌ماهه سوم و $\frac{7}{8}$ حق بیمه‌های سه‌ماهه چهارم سال به‌عنوان ذخیره حق بیمه به حساب درآمد سال بعد منتقل می‌شوند.

نحوه محاسبه ذخیره حق بیمه عایدنشده با این روش به‌این ترتیب است:

جدول ۱-۳. نحوه محاسبه ذخیره حق بیمه عایدنشده

شرح	حق بیمه	نسبت ذخیره	حق بیمه عایدنشده
سه‌ماهه اول	۳۵۰,۰۰۰	$\frac{1}{8}$	۴,۳۷۵
سه‌ماهه دوم	۸۰۰,۰۰۰	$\frac{3}{8}$	۳۰,۰۰۰
سه‌ماهه سوم	۱۵۰۰,۰۰۰	$\frac{5}{8}$	۹۳,۷۵۰
سه‌ماهه چهارم	۲۰۰۰,۰۰۰	$\frac{7}{8}$	۱۷۵,۰۰۰
جمع	۴۶۵۰,۰۰۰	----	۳۰۳,۱۲۵

۱. ر. ک: به آیین‌نامه شماره ۵۸ مصوب شورای عالی بیمه

ذخیره حق بیمه عایدنشده در این روش مبلغ ۳۰۳،۱۲۵ ریال است. چنانچه ذخیره را براساس محاسبه روش نسبی سالانه ($\frac{1}{3}$) محاسبه کنیم، ذخیره حق بیمه عایدنشده معادل ۲۳۲،۵۰۰ ریال محاسبه می‌شود؛ یعنی مبلغ ۷۰،۶۲۵ ریال ذخیره کمتر محاسبه شده است.

به طوری که ملاحظه می‌شود در ارتباط با نحوه محاسبه ذخیره حق بیمه، هرچه فواصل در نظر گرفته شده (یک ساله، سه ماهه، یک ماهه) کمتر باشد، ذخیره محاسبه شده از دقت بیشتری برخوردار است.

در جدول صفحه بعد مقایسه ذخیره حق بیمه (حق بیمه عایدنشده) با روش های محاسبه مختلف نشان داده شده است.

جدول ۱-۴. مقایسه ذخیره حق بیمه (حق بیمه عاید نشده) با انواع روش‌های محاسبه

تاریخ صدور بیمه‌نامه		حق بیمه پس از کسر هزینه تحصیل	روش نسبی روزشمار		روش نسبی ماهیانه $\frac{1}{24}$		روش نسبی سه‌ماهه $\frac{1}{8}$		روش نسبی سالانه $\frac{1}{2}$
روز	ماه / فصل		روز	مبلغ	روز	مبلغ	روز	مبلغ	مبلغ
۱۸	فروردین	۱۲,۰۰۰	۱۸	۵۹۲	$\frac{1}{24}$	۵۰۰	---	---	---
۵	اردیبهشت	۱۰,۰۰۰	۳۶	۹۸۶	$\frac{3}{24}$	۱,۲۵۰	---	---	---
۳۰	خرداد	۱۳,۰۰۰	۹۲	۳,۲۷۷	$\frac{5}{24}$	۲,۷۰۸	---	---	---
---	سه‌ماهه اول	۳۵,۰۰۰	---	۴,۸۵۵	---	۴,۴۵۸	$\frac{1}{8}$	۴,۳۷۵	---
۲	تیر	۱۵,۰۰۰	۹۵	۳,۹۰۴	$\frac{7}{24}$	۴,۳۷۵	---	---	---
۱۵	مرداد	۳۰,۰۰۰	۱۳۹	۱۱,۴۲۵	$\frac{9}{24}$	۱۱,۲۵۰	---	---	---
۱۸	شهریور	۳۵,۰۰۰	۱۷۳	۱۶,۵۸۹	$\frac{11}{24}$	۱۶,۰۴۲	---	---	---
---	سه‌ماهه دوم	۸۰,۰۰۰	---	۳۱,۹۱۸	---	۳۱,۶۶۷	$\frac{2}{8}$	۳۰,۰۰۰	---
۱۰	مهر	۳۰,۰۰۰	۱۹۶	۱۶,۱۰۹	$\frac{13}{24}$	۱۶,۲۵۰	---	---	---
۱۵	آبان	۴۰,۰۰۰	۲۳۱	۲۵,۳۱۵	$\frac{15}{24}$	۲۵,۰۰۰	---	---	---
۲۵	آذر	۸۰,۰۰۰	۲۷۱	۵۹,۳۹۷	$\frac{17}{24}$	۵۶,۶۶۷	---	---	---
---	سه‌ماهه سوم	۱۵۰,۰۰۰	---	۱۰۰,۸۲۱	---	۹۷,۹۱۷	$\frac{5}{8}$	۹۳,۷۵۰	---
۱	دی	۴۰,۰۰۰	۲۷۷	۳۰,۳۵۶	$\frac{19}{24}$	۳۱,۶۶۷	---	---	---
۱۰	بهمن	۷۰,۰۰۰	۳۱۶	۶۰,۶۰۳	$\frac{21}{24}$	۶۱,۲۵۰	---	---	---
۲۸	اسفند	۹۰,۰۰۰	۳۶۴	۸۹,۷۵۳	$\frac{23}{24}$	۸۶,۲۵۰	---	---	---
---	سه‌ماهه چهارم	۲۰۰,۰۰۰	---	۱۸۰,۷۱۲	---	۱۷۹,۱۶۷	$\frac{7}{8}$	۱۷۵,۰۰۰	---
---	سال	۴۶۵,۰۰۰	---	۳۱۸,۳۰۶	---	۳۱۳,۲۰۹	---	۳۰۳,۱۲۵	۲۳۲,۵۰۰

در صورتی که شواهد کافی وجود داشته باشد که بیانگر عدم تکافوی ذخیره حق بیمه نسبت به تعهدات آتی بیمه‌گر است، ذخیره ریسک‌های منقضی‌نشده به‌عنوان ذخیره مکمل ذخیره حق بیمه در نظر گرفته می‌شود. مطابق مصوبه شورای عالی بیمه، این ذخیره در رشته‌هایی محاسبه می‌شود که ضریب خسارت بیشتر از ۸۵ درصد دارند. فرمول محاسبه آن عبارت است از:

$$\frac{۸۵ - \text{ضریب خسارت رشته}}{۸۵} \times \text{ذخیره حق بیمه} = \text{ذخیره ریسک‌های منقضی‌نشده}$$

۳-۳-۵- ذخیره خسارت معوق

برخلاف ذخیره حق بیمه که برای پرداخت خسارات احتمالی در سال بعد در نظر گرفته می‌شود، ذخیره خسارت رقیمی است که بیمه‌گر باید برای پرداخت خسارت وارد شده در دوره مالی جاری اختصاص دهد. بسیاری از پرونده‌های خسارت، به‌خصوص آنها که در روزهای آخر سال تشکیل شده‌اند، تا پایان سال مالی تسویه نمی‌شوند. بیمه‌گر رقم تقریبی این خسارات را می‌داند و باید به تناسب آن وجهی را کنار بگذارد و در حساب ذخیره خسارت منعکس کند تا به این ترتیب خسارات مربوط به بیمه‌نامه‌های صادره در هر دوره مالی، از محل درآمد همان دوره پرداخت شود. رقم ذخیره خسارت، متناسب با حجم فعالیت یک بیمه‌گر و اهمیت خسارات معوقه است. علاوه بر خسارات اعلام‌شده پرداخت نشده، بیمه‌گر موظف است برای آن تعداد از خسارات وارد شده در سال مالی که به او اعلام نشده‌اند نیز، ذخیره خسارت معوق محاسبه کند.

۳-۳-۴- ذخیره برگشت حق بیمه

این ذخیره در مورد بیمه‌نامه‌هایی که ممکن است در دوره مالی بعدی فسخ یا ابطال شود و حق بیمه آنها برگشت داده شود، در نظر گرفته می‌شود. میزان این ذخیره مطابق مصوبات شورای عالی بیمه ۵۰ درصد میانگین حق بیمه برگشتی سه سال گذشته ضرب در حق بیمه سهم نگهداری سال جاری تقسیم بر کل حق بیمه سه سال قبل است.

۳-۳-۵- ذخیره ریاضی

در بیمه‌های عمر ذخیره خسارت اهمیت کمتری دارد زیرا پرداخت خسارت در این رشته بیمه، تشریفات و مشکلات زیادی ندارد اما ذخیره حق بیمه رقم بسیار بزرگی را تشکیل می‌دهد؛ زیرا اولاً مدت بیمه عمر معمولاً طولانی است و گاه به ۲۰ یا ۳۰ سال می‌رسد و حتی تا آخر عمر بیمه‌شده ادامه دارد و ذخیره حق بیمه مدت زیادی نزد بیمه‌گر می‌ماند؛ ثانیاً در بیمه عمر جنبه پس‌انداز همراه با تأمین بیمه‌ای است، از همین رو همیشه مبالغ قابل توجهی از وجوه پس‌انداز نزد بیمه‌گر است. نظر به اینکه محاسبات این نوع ذخیره بیمه‌ای مستلزم استفاده از فرمول‌های ریاضی

است، آن را ذخیره ریاضی نامیده‌اند. ذخیره ریاضی ممکن است در بیمه‌های حوادث و مسئولیت که بیمه‌گر متعهد به پرداخت مستمری است نیز مطرح باشد. در ماده ۳ آیین‌نامه ذخایر مؤسسات بیمه (آیین‌نامه ۵۸)، ذخیره ریاضی چنین تعریف شده است: «ذخیره ریاضی بیمه‌های زندگی عبارت است از تفاوت بین ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گر (اعم از سرمایه و مستمری) و ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گذاران که با رعایت مبانی فنی مورد استفاده در محاسبه حق بیمه و نسبت به سهم‌نگهداری مؤسسه بیمه، محاسبه می‌شود».

۵-۳-۶- ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع

در صورتی که مطابق شرایط بیمه‌نامه، بیمه‌گذار در منافع حاصل از بیمه‌نامه خود شریک باشد، بیمه‌گر باید مطابق شرایط تعیین شده نسبت به محاسبه ذخیره لازم و منظور کردن آن در حساب‌ها اقدام کند.

۵-۳-۷- ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی

در بحث حق بیمه دریافتیم که تعرفه حق بیمه بر مبنای آمار گذشته و این فرض تنظیم می‌شود که واقعیت‌های آینده مشابه پیش‌بینی‌های مبتنی بر آمار موجود خواهد بود. این فرض همیشه با واقعیت تطابق ندارد؛ چه بسا که خسارات یک دوره بسیار بیشتر یا کمتر از آن باشد که بر مبنای آمار و تجربیات گذشته پیش‌بینی شده است؛ به خصوص در بعضی از بیمه‌ها، از قبیل بیمه آتش‌سوزی، باربری و مقاطعه‌کاری که حوادث طبیعی در ایجاد خسارت نقش عمده‌ای دارند و در این حوادث تغییرات جوی دوره‌ای مؤثرند. طوفان‌ها، سیل‌ها، خشکسالی‌ها، تگرگ‌ها، یخبندان‌ها دوره‌های تحولی دارند که بسیار بیشتر از یک سال است؛ بنابراین ممکن است یک سال و حتی چندسال متوالی با خساراتی بیش از آنچه آمار حکم می‌کند مواجه شویم؛ از این رو، پیش‌بینی ذخیره تکمیلی و خطرات طبیعی برای مقابله با این احتمالات لازم است.

۶- ویژگی‌های اساسی بیمه

یک برنامه بیمه‌ای ویژگی‌های خاصی دارد که شامل موارد زیر است:

به اشتراک گذاشتن خسارات

انتقال ریسک

پرداخت غرامت

۶-۱- به اشتراک گذاشتن خسارات

به اشتراک گذاشتن خسارات بین خریداران بیمه یا یک‌کاسه‌کردن آنها، ماهیت و اساس بیمه است. یک‌کاسه‌کردن، عبارت است از جمع کردن یک‌جای همه خساراتی که ممکن است برای بیمه‌شدگان رخ دهد و پخش کردن خسارت وارده بین کل اعضای گروه (یعنی، خریداران نوعی پوشش بیمه‌ای مشخص)، به طوری که در این فرآیند میانگین خسارت، جایگزین خسارت واقعی می‌شود. علاوه بر این، یک‌کاسه‌کردن گروه‌بندی تعدادی از واحدهای در معرض خسارت است، به نحوی که قانون اعداد بزرگ بتواند پیش‌بینی نسبتاً دقیقی از خسارات آینده فراهم کند. در حالت ایده‌آل، باید تعداد زیادی از واحدهای در معرض خسارت شبیه به هم (همگن) - اما نه ضرورتاً یکسان - وجود داشته باشند که همگی در معرض یک خطر قرار دارند. بنابراین، یک‌کاسه‌کردن بر ۱) به اشتراک‌گذاری خسارت‌ها بین کل اعضای گروه و ۲) پیش‌بینی خسارت‌های آینده با دقت نسبی بر مبنای قانون اعداد بزرگ دلالت می‌کند. مثال‌های بعدی به درک مفهوم به اشتراک گذاشتن خسارت‌ها کمک می‌کند.

تصور کنید که ۱۰۰۰ کشاورز در اصفهان توافق کرده‌اند که اگر مزرعه هر کدام از آنها در اثر آتش‌سوزی از بین رفت، سایرین نیز در پرداخت غرامت عده‌ای که خسارت دیده‌اند، مشارکت کنند. همچنین فرض کنید که ارزش هر یک از مزارع ۱۰۰ میلیون تومان باشد و به‌طور متوسط هر سال یک مزرعه آتش بگیرد. در غیاب بیمه حداکثر خسارت برای هر کشاورز اگر مزرعه‌اش در آتش بسوزد ۱۰۰ میلیون تومان است. اما با یک‌کاسه‌کردن خسارت این هزینه می‌تواند بین کل اعضای گروه پخش شود و اگر کشاورزی خسارت ببیند، حداکثر خسارتی که خود او باید پردازد

فقط ۱۰۰ هزار تومان یعنی $\frac{100,000,000}{1,000}$ است. در عمل، روش یک‌کاسه‌کردن منجر به جایگزینی میانگین خسارت (در اینجا ۱۰۰ هزار تومان) به جای خسارت واقعی (۱۰۰ میلیون تومان) می‌شود. به علاوه، از طریق یک‌کاسه‌کردن یا ترکیب خسارت تعداد زیادی از افراد در معرض خسارت، یک بیمه‌گر قادر به پیش‌بینی خسارات آینده با دقت بیشتری خواهد بود. از نگاه بیمه‌گر، اگر خسارات آینده را بتوان دقیق‌تر پیش‌بینی کرد، ریسک بیمه‌گر کاهش می‌یابد. بنابراین، ویژگی دیگری که در بسیاری از مسائل بیمه‌ای دیده می‌شود، کاهش ریسک بیمه‌گر بر مبنای قانون اعداد بزرگ است. در بیشتر موارد محاسب فنی به ندرت احتمال و شدت واقعی خسارات را می‌داند. به ناچار هر دو

مقدار میانگین فراوانی^۱ و میانگین شدت^۲ خسارت باید بر مبنای سوابق خسارات گذشته برآورد شود. اگر تعداد زیادی معرض خطر^۳ وجود داشته باشند، سوابق خسارات واقعی گذشته می‌تواند تخمین خوبی از خسارات آینده باشد. از آنجایی که ریسک به‌طور معکوس با جذر تعداد نمونه‌های تحت مشاهده تغییر می‌کند، وقتی که تعداد در معرض خطرها افزایش می‌یابد، اختلاف نسبی خسارت واقعی از خسارت موردانتظار (میانگین خسارت) کاهش خواهد یافت.

بنابراین، بیمه‌گر می‌تواند خسارات آینده را هنگامی که تعداد در معرض خطرها افزایش می‌یابد با دقت بیشتری پیش‌بینی کند. این مورد موضوع مهمی به‌شمار می‌رود، زیرا بیمه‌گر باید حق بیمه‌ای را از بیمه‌شده مطالبه کند که برای پرداخت همه خسارات و مخارج او در طول مدت بیمه‌نامه کافی باشد. هرچه درجه ریسک پایین‌تر باشد، بیمه‌گر اطمینان بیشتری خواهد داشت که حق بیمه مطالبه‌شده برای پرداخت همه مطالبات خسارت و مخارج بیمه‌ای کافی است و آنچه باقی می‌ماند سود شرکت بیمه است.

۶-۲- انتقال ریسک

انتقال ریسک یکی دیگر از ویژگی‌های بسیار مهم بیمه است. برخلاف خودبیمه‌گری، یک طرح بیمه‌ای واقعی همواره با انتقال ریسک در ارتباط است. انتقال ریسک یعنی ریسک خالص از بیمه‌شده به بیمه‌گری منتقل می‌شود که معمولاً در وضعیت مالی قوی‌تری نسبت به بیمه‌شده برای پرداخت خسارت قرار دارد. از نگاه یک شخص، ریسک‌های خالصی که معمولاً به بیمه‌گران انتقال می‌یابند، شامل ریسک مرگ نابه‌هنگام، بیماری، از کارافتادگی، تخریب یا دزدی اموال و دعاوی مسئولیت هستند.

۶-۳- پرداخت غرامت

ویژگی نهایی بیمه، پرداخت غرامت به‌هنگام وقوع خسارات است. پرداخت غرامت یعنی در صورت وقوع خسارت، بیمه‌شده باید توسط بیمه‌گر تقریباً به وضعیت مالی خود پیش از روی دادن خسارت بازگردانده شود و بخش قابل توجهی از خسارتش بنا به مقدار پوشش بیمه‌ای جبران شود؛ مثلاً، اگر خانه شما در آتش بسوزد، قرارداد بیمه آتش‌سوزی تاوان خسارت شما را پرداخت خواهد کرد و تا حدودی شما را به وضعیت قبل از آتش‌سوزی باز خواهد

1. Average Frequency
2. Average Severity
3. Exposure

گرداند. به طور مشابه، اگر شخصی در اثر حادثه‌ای آسیب ببیند و نتواند برای مدتی کار کند، قرارداد بیمه‌ای کارافتادگی حداقل قسمتی از دستمزد از دست رفته او را برای دوره درمان تأمین خواهد کرد.

۶-۴- تئوری احتمال و قانون اعداد بزرگ

تئوری احتمال^۱ مجموعه‌ای از اطلاعات مربوط به اندازه‌گیری احتمال رخ دادهای تصادفی و پیش‌بینی بر مبنای این احتمال است. به عبارت دیگر، این تئوری با پیشامدهای تصادفی سروکار دارد و به احتمال وقوع هر پیشامدی مقداری بین صفر و یک اختصاص می‌دهد. بدین ترتیب که پیشامدهایی که وقوعشان غیرممکن است مقدار صفر، آنهایی که اجتناب‌ناپذیرند و حتماً رخ خواهند داد، مقدار یک و پیشامدهایی که احتمال رخ داد آنها نه غیرممکن و نه حتمی است، مقداری بین صفر و یک می‌گیرند. هر چه احتمال روی دادن پیشامدی بیشتر باشد، مقدار احتمال اختصاص یافته به آن به یک نزدیک‌تر است و به عکس. در اینجا ذکر دو تعبیر مختلف از احتمال می‌تواند مفید واقع شود:

- **تعبیر فراوانی نسبی**^۲: طبق این تعبیر وقتی تعداد زیادی از آزمایش‌ها به صورت مستقل و جدا از هم رخ می‌دهند، احتمال تخصیص یافته به هر پیشامد بر فراوانی نسبی موردانتظار آن دلالت می‌کند. یعنی، فقط پیشامدهایی را که برای دوره‌ای طولانی تکرار می‌شوند می‌توان به کمک احتمالات بیان کرد.

- **تعبیر ذهنی**: بر اساس این تعبیر احتمال روی دادن یک پیشامد از طریق میزان باور ذهنی فرد از روی دادن حتمی آن اندازه‌گیری می‌شود. به عنوان مثال، مربی یک تیم فوتبال می‌گوید که تیم او ۷۰ درصد شانس برنده شدن در یک مسابقه را دارد، دانش‌آموزی می‌گوید که شانس او برای گرفتن نمره ۱۶ در درس ریاضی ۵۰-۵۰ است یا مسئول پیش‌بینی وضع هوا می‌گوید که به احتمال ۹۰ درصد باران خواهد بارید. اگرچه هر دو تعبیر فراوانی نسبی و تعبیر ذهنی از احتمال در صنعت بیمه مورد استفاده قرار می‌گیرند، اما در این بخش بر تعبیر فراوانی نسبی تمرکز می‌کنیم.

۶-۵- تعیین احتمال وقوع پیشامد

برای به‌دست‌آوردن برآوردی از احتمال وقوع یک پیشامد از طریق فراوانی نسبی، یکی از دو روش زیر را می‌توان مورد استفاده قرارداد. روش اول، آزمودن شرایطی است که تحت پیشامدی رخ می‌دهد. به‌عنوان مثال، وقتی می‌گوییم که احتمال "شیر آمدن" در پرتاب یک سکه ۵۰ درصد یا $\frac{1}{2}$ است، فرض کرده‌ایم که سکه کاملاً متعادل است و هیچ دخالتی از طرف "پرتاب کننده" به‌منظور تغییر دو احتمال مورد تصور وجود ندارد. اگر ما این فرض تقریباً محال را که سکه ممکن است روی لبه‌اش بر زمین بنشیند نادیده بگیریم، فقط دو برآمد امکان‌پذیر وجود دارد و این برآمدها به‌طور مساوی ممکن‌اند (یعنی، احتمال برابر دارند)، بنابراین ما می‌دانیم که احتمال شیرآمدن ۵۰ درصد است.

طبق همین شیوه احتمال آمدن عدد ۶ در پرتاب یک تاس سالم نیز $\frac{1}{6}$ است. این احتمالات، شکل قابل قیاس و بدیهی از طبیعت یک پیشامد هستند. به‌دلیل اینکه در این روش، احتمالات قبل از آزمایش کردن تعیین شده‌اند، آنها را احتمالات پیشین^۱ می‌نامند. از احتمالات پیشین می‌توان در تشریح عملکرد قانون اعداد بزرگ استفاده کرد. اگرچه ما می‌دانیم که احتمال شیرآمدن در پرتاب سکه سالم ۵۰ درصد است، اما نمی‌توانیم از این دانش برای پیشگویی اینکه در یک پرتاب، مشخص شیر می‌آید یا خط، استفاده کنیم. در مورد تعداد کافی از پرتاب‌ها انتظار داریم به این نتیجه نزدیک شویم که در آن نیمی از پرتاب‌ها شیر و نیمی دیگر خط باشند. این تصور منطقی که نتایجی از این دست فقط در مورد تعداد بسیار زیادی از آزمایش‌ها معنادار است، درک شهودی از قانون اعداد بزرگ است که در ساده‌ترین شکل بیان می‌کند:

"فراوانی مشاهده‌شده یک پیشامد وقتی که تعداد آزمایش‌ها به بی‌نهایت میل می‌کند، به احتمال واقعی یا احتمال پیشین جامعه نزدیک خواهد شد."

به‌عبارت‌دیگر، برای اینکه این قانون به‌خوبی عمل کند، آزمایش‌های زیادی موردنیاز است. مثلاً، در مورد پرتاب سکه هرچه تعداد پرتاب‌ها بیشتر باشد، نتایج مشاهده‌شده در مورد شیر یا خط آمدن به احتمال ۵۰ درصد نزدیک‌تر خواهد شد.

اگرچه به‌وضوح این روش مقدماتی در تعیین احتمال وقوع یک پیشامد روشی برتر است، اما جز در مورد پیشامدهای ساده، تعیین احتمال پیشین در موارد دیگر عملی نیست. بنابراین، در

موارد دشوارتر از روش دیگری نیز می‌توان استفاده کرد. زمانی که احتمال پیشین واقعی پیشامدی را نمی‌دانیم و نمی‌توانیم مقدار آن را از طبیعت پیشامد استنباط کنیم، می‌توانیم آن را بر مبنای تجربیات گذشته تخمین بزنیم. فرض کنید بیان می‌شود که احتمال اینکه مرد ۲۱ ساله‌ای قبل از رسیدن به ۲۲ سالگی بمیرد ۱۹۱ صد هزارم است. این گفته بدان معناست که با آزمودن آمارهای مربوط به مرگ‌ومیر، این نتیجه به دست آمده است که در گذشته ۱۹۱ مرد از هر صد هزار مرد زنده در سن ۲۱ سالگی و قبل از رسیدن به ۲۲ سالگی مرده‌اند. به جز تغییراتی که در مورد علل مرگ‌ها صورت می‌گیرد و می‌تواند احتمال مرگ‌ومیر را تغییر دهد، می‌توانیم انتظار داشته باشیم که تقریباً به همان تعداد (یا با همان احتمال) از مردهای ۲۱ ساله در آینده بمیرند.

این احتمال که به‌عنوان فراوانی نسبی حاصل از آزمایش‌ها یا مشاهدات زیادی در نظر گرفته می‌شود، پس از تجربه مشاهدات گذشته به‌عنوان حالتی از احتمالات پیشین برآورد می‌شود. احتمالاتی که پس از مطالعه تجربیات گذشته محاسبه می‌شوند، احتمالات پسین^۱ یا تجربی^۲ نامیده می‌شوند. احتمالات پیشین - مانند آنهایی که در پرتاب سکه مشاهده شده‌اند - فقط در روشی که این احتمالات را تعیین می‌کند و نه در تفسیرشان، با احتمالات پسین متفاوت‌اند. احتمالات پیشین از بطن رابطه علت و معلولی به‌دست می‌آیند (همانند دو حالتی بودن پرتاب یک سکه و ۶ حالتی بودن پرتاب تاس که در آن احتمال وقوع $\frac{1}{6}$ برای هر عدد به‌دلیل ۶ حالتی بودن تاس است و نه به‌دلیل مشاهدات و تجربیات)، درحالی‌که احتمالات پسین به کمک داده‌ها و اطلاعات گذشته محاسبه می‌شوند و نتیجه مشاهدات و تجربیات گذشته هستند. قانون اعداد بزرگ گویای آن است که برآوردهای پیشین فقط در مورد تعداد زیادی از مشاهدات معنادارند. از آنجاکه فراوانی مشاهده‌شده یک پیشامد، زمانی که تعداد آزمایشات افزایش می‌یابد، به احتمال واقعی‌اش در جامعه نزدیک می‌شود، می‌توان درکی از احتمال پیشامدهای روی داده به‌دست آورد. بعد از مشاهده برآمدهای مختلف تعداد زیادی از آزمایش‌ها در یک دوره زمانی نسبتاً طولانی و تحت شرایط ضرورتاً یکسان، شاخصی از فراوانی نسبی رخداد هر برآمدی به‌دست می‌آید. شاخص فراوانی نسبی همه برآمدهای ممکن، توزیع احتمال^۳ نامیده می‌شود که در آن احتمال تخصیص یافته به هر پیشامدی، نرخ میانگین موردانتظار از برآمد آن است.

-
1. A Posteriori Probabilities
 2. Empirical Probabilities
 3. Probability Distribution

برای به‌دست‌آوردن برآوردها بر مبنای داده‌های تاریخی یا تجربیات گذشته از استنباط آماری^۱ استفاده می‌شود، یعنی استنباطی دربارهٔ جامعه که بر مبنای داده‌های نمونه به‌دست می‌آید. آزمودن جامعهٔ کامل معمولاً امکان‌پذیر نیست و ما باید به نمونه بسنده کنیم. با استفاده از نمونه، یعنی بر مبنای مقادیر نمونه (که آمارهٔ نمونه نامیده می‌شود)، نتایجی دربارهٔ برخی از اندازه‌های جامعه (که به آن پارامتر می‌گویند) می‌توان استخراج کرد. در این روش، پارامتر موردنظر، میانگین یا متوسط فراوانی داده‌هاست که بر مبنای داده‌های نمونه برآورد می‌شود. به‌دلیل اینکه فقط اطلاعات جزئی از جامعه (به اندازهٔ حجم نمونه) فراهم است، ممکن است با این مسئله مواجه شویم که برآورد ما از میانگین جامعه دقیق نباشد. بنابراین، طبق قانون اعداد بزرگ هر چه نمونه‌ای که ما بر مبنای آن پارامتر جامعه را برآورد می‌کنیم بزرگ‌تر باشد، برآوردهای بهتری به‌دست خواهیم آورد که به مقادیر واقعی جامعه نزدیک‌ترند.

۶-۶- کاربرد آمار در بیمه

به جرأت می‌توان گفت که کاربرد احتمالات و آمار در هیچ صنعتی به اندازهٔ صنعت بیمه مهم نیست. محاسبان فنی در صنعت بیمه به‌طور مداوم با سبک و سنگین کردن نرخ حق بیمه‌ها برای تعیین پوشش‌های مختلف بیمه‌ای سروکار دارند. حق بیمه باید به اندازهٔ کافی زیاد باشد تا هم مخارج و هم خسارات موردانتظار بیمه را پوشش دهد و باید به اندازهٔ کافی کم باشد تا شرکت بیمه بتواند با سایر بیمه‌گران در بازار بیمه رقابت کند. همچنین محاسبان فنی برای تعیین سطوح موردانتظار خسارات و میزان انحراف از این سطوح، از تجزیه و تحلیل آماری استفاده می‌کنند. از طریق به‌کارگیری قانون اعداد بزرگ می‌توان ریسک برآمدهای نامطلوب^۲ را که در بخش بعدی توضیح داده می‌شود نیز کاهش داد. در این بخش برخی از مفاهیم و شاخص‌های آماری نظیر احتمال، شاخص گرایش به مرکز^۳ و شاخص پراکندگی^۴ را که برای بیمه‌گران از اهمیت خاصی برخوردارند مرور می‌کنیم و پس از آن در مورد به‌کارگیری قانون اعداد بزرگ، مشتقات آن و اینکه چگونه شرکت‌های بیمه از آن برای کاهش ریسک استفاده می‌کنند، توضیح خواهیم داد.

-
1. Statistical Inference
 2. Adverse Outcomes
 3. Central Tendency
 4. Dispersion

محاسبه‌گران فنی (اکچوئرها) برای تعیین خسارات موردانتظار از آمار و احتمال استفاده می‌کنند. یک شیوه مناسب برای خلاصه کردن پیشامدها و احتمالات، بیان آنها توسط توزیع احتمال است. همان‌طور که قبلاً یادآوری شد، توزیع احتمال فهرستی از پیشامدهایی که ممکن است روی دهند و احتمال متناظر با رخداد هر پیشامدی را فراهم می‌کند. توزیع احتمال می‌تواند گسسته باشد، بدین معنا که فقط برآمدهای گسسته امکان‌پذیر باشند؛ یا پیوسته باشد، به این معنی که هر برآمدی در محدوده برآمدهای ممکن می‌تواند رخ دهد.

۶-۷- قانون اعداد بزرگ در صنعت بیمه

حتی اگر ویژگی‌های جامعه‌ای با قطعیت شناخته شده باشد، بیشتر بیمه‌گران قادر به بیمه کردن کل آن جامعه نیستند، بلکه فقط می‌توانند نمونه‌ای از آن جامعه را بیمه کنند. واضح است که ارتباط بین پارامترهای جامعه و آماره‌های نمونه (میانگین و انحراف معیار) برای بیمه‌گر بسیار مهم است، زیرا تجربه واقعی ممکن است به‌طور معناداری با پارامترهای جامعه متفاوت باشد. این ویژگی توزیع نمونه‌گیری به ما کمک می‌کند تا قانون اعداد بزرگ را که زیربنای ریاضیات بیمه است، توصیف کنیم.

۶-۸- محاسبات حق بیمه با استفاده از آمار کاربردی

یکی از اصول مهم در دانش محاسبات فنی، اصل برابری^۱ است که مبنای فعالیت شرکت‌های بیمه و محاسبات مربوط به حق بیمه، خصوصاً در رشته‌های اموال و حوادث است. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، شرکت‌های بیمه باید در محاسبه مقدار حق بیمه دقت کافی به خرج دهند. از یک سو، بیمه‌گر باید حق بیمه‌ای را تعیین کند که نه تنها خسارت‌های موردانتظار و هزینه‌های بیمه‌گری و احتمال حوادث فاجعه‌آمیز و غیره را تحت پوشش قرار دهد، بلکه سود موردنظر شرکت بیمه را نیز فراهم کند. از سوی دیگر، اگر در بازار رقابتی بیمه، بیمه‌گر حق بیمه‌ای را تعیین کند که از حق بیمه ارائه شده توسط شرکت‌های بیمه دیگر بیشتر باشد، مشتریان خود را از دست خواهد داد. اصل برابری این مسئله را به‌صورت ساده بیان می‌کند:

مجموع خسارت‌های احتمالی = مجموع حق بیمه‌های جمع شده

براساس این اصل در هر رشته بیمه‌ای مجموع حق‌بیمه‌های جمع‌شده از همه بیمه‌گذاران تقریباً باید برابر با مجموع خسارت‌های موردانتظار در یک دوره زمانی مشخص باشد. با استفاده از همین اصل ساده، فرمول محاسبه حق‌بیمه خالص به صورت زیر است:

$$\text{حق بیمه خالص} = \frac{\text{مجموع خسارت‌ها}}{\text{تعداد در معرض خطر}}$$

یا به عبارت دیگر:

متوسط خسارت \times نرخ خسارت = حق بیمه خالص
 حق بیمه خالص، مقدار حق‌بیمه‌ای است که فقط برای پوشش خسارات در نظر گرفته می‌شود و هیچ هزینه‌ای را شامل نمی‌شود؛ به همین دلیل به آن هزینه خسارت^۱ نیز گفته می‌شود. با کمی دقت در این رابطه نتیجه می‌گیریم که حق بیمه خالص میانگین خسارتی است که در اثر به اشتراک گذاشتن ریسک بین همه اعضای گروه، به هر بیمه‌گذاری به ازای هر بیمه‌نامه اختصاص می‌یابد.

به عنوان مثال، اگر فرض کنیم که شرکت بیمه‌ای ۱۰۰ هزار خودرو را در مقابل تصادف بیمه کرده است و انتظار داشته باشیم که ۱۰ خودرو دچار حادثه شوند و متوسط هر خسارت ۱۰۰ میلیون ریال باشد. مقدار حق‌بیمه خالص برابر است با:

$$\text{نرخ خسارت} = \frac{۱۰}{۱۰۰,۰۰۰} = \frac{۱}{۱۰,۰۰۰}$$

$$\text{حق بیمه خالص} = \frac{۱۰}{۱۰۰,۰۰۰} \times ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ = ۱۰,۰۰۰ \text{ ریال}$$

که در این رابطه نرخ خسارت برابر است با:

$$\text{نرخ خسارت} = \frac{\text{تعداد خسارات یا میانگین تعداد خسارات}}{\text{تعداد در معرض خطر}}$$

اگر فرض کنیم که تعداد خسارت‌ها از توزیع نرمال پیروی کند، می‌توان برای آنها فواصل اطمینان تعریف کرد. از آنجاکه ریسک بیمه‌گر فقط زمانی است که تعداد خسارت‌های واقعی از تعداد خسارت‌های پیش‌بینی شده یا موردانتظار (میانگین خسارت‌ها) بیشتر باشد، این فواصل اطمینان به صورت بازه‌های یک‌طرفه تعریف می‌شوند.

در فرآیند محاسبه حق بیمه خالص، نه تنها مقدار خسارت‌ها یا به عبارت دیگر هزینه آنها در نظر گرفته می‌شود، بلکه شرکت‌های بیمه در جریان صدور بیمه‌نامه و ارزیابی خسارت‌ها متحمل هزینه‌هایی می‌شوند که باید همراه با هزینه‌های عمومی - اداری شرکت‌های بیمه و سایر موارد در محاسبه حق بیمه نهایی مطالبه شده از بیمه‌گذاران در نظر گرفته شوند. همه این هزینه‌ها باید تحت عنوان عامل سربار^۱ (β) با حق بیمه خالص جمع شوند تا حق بیمه نهایی^۲ یا حق بیمه ناخالص^۳ را به دست دهند. این عامل سربار درصدی از حق بیمه ناخالص است که شامل حق کمیسیون‌ها، هزینه‌های عمومی - اداری، مالیات بر حق بیمه‌ها، هزینه ارزیابی خسارت، احتمال حوادث غیرمترقبه، سود، انتخاب نامساعد و مخاطرات اخلاقی می‌شود.

عامل سربار + حق بیمه خالص = حق بیمه ناخالص

(حق بیمه ناخالص $\times \beta$) + حق بیمه خالص = حق بیمه ناخالص

حق بیمه خالص = حق بیمه ناخالص $(1 - \beta)$ \Rightarrow

$$\text{حق بیمه خالص} = \frac{\text{حق بیمه ناخالص}}{1 - \beta}$$

در مثال فوق اگر عامل سربار ۱۰ درصد حق بیمه نهایی باشد، مقدار حق بیمه نهایی یا حق بیمه ناخالص برابر است با:

$$\begin{aligned} \text{حق بیمه ناخالص} &= \frac{14950}{1 - 0.1} = 16611/11 \\ \text{حق بیمه ناخالص} &= 14950 + 1661/11 \end{aligned}$$

هزینه سربار حق بیمه خالص

همان‌طور که ملاحظه می‌شود از این مقدار حق بیمه ناخالص، ۱۴۹۵۰ ریال آن مربوط به حق بیمه خالص و ۱۶۶۱/۱۱ ریال آن مربوط به هزینه سربار شرکت بیمه است.

صنعت بیمه بر پایه قانون اعداد بزرگ استوار است. شرکت‌های بیمه با استفاده از انواع تکنیک‌های بازاریابی در جذب تعداد بیشتری از بیمه‌گذاران برای خرید محصولات خود تلاش می‌کنند. باتوجه به آنچه گفته شد، اگر شرکت بیمه بتواند به اندازه کافی مشتریانش را افزایش دهد، می‌تواند به همان ترتیب حق بیمه‌ها را کاهش داده و در نتیجه در بازار رقابتی مشتریان

1. Loading Factor
2. Final Premium
3. Gross Premium

بیشتری را جذب کند و به فعالیت خود ادامه دهد و به عکس، اگر تعداد بیمه‌گذاران یک شرکت بیمه به اندازه کافی زیاد نباشد، شرکت بیمه برای داشتن سطح اطمینان مناسب مجبور به افزایش حق بیمه خود می‌شود. در این شرایط، بیمه‌گذاران کم‌ریسک که این مقدار حق بیمه را منصفانه نمی‌بینند، قرارداد خود را فسخ خواهند کرد و بدین ترتیب بیمه‌گذاران با ریسک بالا همراه شرکت باقی‌مانده و در ضمن تعداد بیمه‌گذاران کاهش می‌یابند. با کاهش تعداد مشتریان، شرکت برای به دست آوردن همان سطح اطمینان باید حق بیمه خود را بیشتر افزایش دهد. مجدداً با افزایش میزان حق بیمه، تعدادی از بیمه‌گذاران با سطح ریسک پایین‌تر از شرکت جدا می‌شوند. اگر این اتفاق چندین مرحله رخ دهد، شرکت در پرداخت ادعاهای خسارت خود دچار مشکل شده و این وضع منجر به ورشکستگی شرکت بیمه می‌شود. بنابراین، نکته مهم در فعالیت‌های بیمه‌ای این است که شرکت بیمه برای کسب اطمینان از داشتن ثبات و استمرار در کسب و کار خود باید بر مبنای قانون اعداد بزرگ تعداد کافی از بیمه‌گذاران را جذب کند تا بتواند با دریافت حق بیمه‌ای معقولی به سطح اطمینان مورد نظر خود رسیده و به فعالیت ادامه دهد.

آنچه در اینجا ذکر شد، تنها روشی بسیار ابتدایی و مدل بسیار ساده‌ای در تعیین حق بیمه یک محصول بیمه‌ای بر اساس اصل برابری حق بیمه‌ها با خسارات مورد انتظار است، در حالی که به یقین شرکت‌های بیمه از روش‌های پیچیده‌تر و دقیق‌تری در الگوریتم‌های نرخ‌گذاری خود استفاده می‌کنند و برای نرخ‌گذاری هر رشته بیمه‌ای روش متناسب با آن رشته را به کار می‌گیرند.

نکته دیگر این است که مثال یاد شده با فرض انحصاری بودن فضای کسب و کار بیمه‌ای است و شرکت بیمه با این فرض برای داشتن سطح اطمینان مورد نظر خود حق بیمه را به هر میزانی که بخواهد می‌تواند افزایش دهد. در حالی که واقعیت این‌گونه نیست و شرکت‌های بیمه در بازاری رقابتی به فعالیت خود ادامه می‌دهند که نمی‌توانند به علت نگره داشتن سهم خود از بازار، حق بیمه‌های شرکت را به هر میزان که بخواهند بالا ببرند. بنابراین، آنها برای اطمینان از ایفای تعهدات خود، باید به دنبال راه‌حل دیگری باشند که مهم‌ترین آن نگره داشتن ذخیره است. ذخیره مبلغی از حق بیمه است که شرکت بیمه باید برای داشتن سطوح اطمینان تعیین شده نزد خود نگه دارد تا مطمئن باشد که تعهدات خود را در قبال بیمه‌گذاران ایفا خواهد کرد.

۹-۶- انتخاب نامساعد^۱ (کژگزینی) در بیمه

تئوری مرسوم و سنتی تقاضای بیمه اذعان می‌دارد که وقتی محصولی بیمه‌ای عرضه می‌شود، ابتدا افراد با سابقه ریسکی بالاتر، مبادرت به تقاضای بیمه می‌کند. از این رو، چنانچه شرکت بیمه مبنای قیمت‌گذاری خود را متوسط ریسک کل جامعه قرار داده باشد، قادر به جبران همه خسارت‌ها نخواهد بود. به چنین مسئله‌ای در ادبیات بیمه، انتخاب نامساعد می‌گویند. مشکل انتخاب نامساعد وقتی به وجود می‌آید که شرکت بیمه قادر به دسته‌بندی ریسکی مشتریان و در نتیجه قادر به تعیین نرخ‌های متفاوت نباشد و ضمناً عامل اصلی تعیین‌کننده تقاضا، سطح ریسک یا تجربه ریسکی افراد باشد. اما چنانچه درجه ریسک‌گریزی عامل انگیزاننده اصلی در تقاضای بیمه باشد، در آن صورت لزوماً انتخاب نامساعدی رخ نخواهد داد. زیرا فرض بر این است که افراد ریسک‌گریز، جوانب احتیاطی بیشتری را رعایت می‌کنند و در عین حال که متقاضی بیمه‌اند، سطح ریسک خود را پایین نگه می‌دارند. بنابراین با این فرض، لزوماً بازار بیمه با مشتریان با ریسک بالا مواجه نخواهد شد و بسیار محتمل است که با مشتریانی با میانگین ریسک پایین‌تر از میانگین ریسک کل جامعه مواجه شود. در این صورت بازار بیمه با انتخاب مطلوب یا انتخاب مساعد مواجه می‌شود.

۱۰-۶- ویژگی‌های ریسک بیمه‌پذیر

اگرچه از لحاظ نظری، بیمه کردن بسیاری از خسارت‌ها امکان‌پذیر است، اما در عمل برخی از خسارات با قیمتی مناسب بیمه‌پذیر نیستند. بیمه‌گران نیز به طور طبیعی فقط ریسک‌های خالص را بیمه می‌کنند، باین حال همه ریسک‌های خالص هم قابل بیمه شدن نیستند. بنابراین برای تعیین بیمه‌پذیر بودن یک خسارت، باید ویژگی‌های معینی وجود داشته باشد.

از نگاه بیمه‌گر به طور ایده‌ال، شش ویژگی برای یک ریسک بیمه‌پذیر وجود دارد:

باید تعداد زیادی در معرض خطرهای بیمه‌پذیر وجود داشته باشد که در معرض ریسک معینی هستند.

خسارت باید غیرعمدی و تصادفی باشد؛

خسارت باید قابل تعیین و شدت آن قابل اندازه‌گیری باشد؛

خسارت نباید فاجعه‌آمیز باشد؛

احتمال وقوع خسارت باید قابل محاسبه باشد؛

حق بیمه باید از نظر اقتصادی امکان‌پذیر و قابل پرداخت باشد.

۶-۱۰-۱- وجود تعداد زیادی موارد در معرض خطر بیمه‌پذیر

اولین نیاز یک ریسک بیمه‌پذیر این است که باید تعداد کافی موارد در معرض خطرهای همگن برای پیش‌بینی منطقی خسارات وجود داشته باشند. به‌طور ایده‌آل، باید گروه بزرگی از واحدهای تقریباً مشابه، اما نه ضرورتاً یکسان، از در معرض خطرها وجود داشته باشند که در معرض ریسک یکسانی باشند. مثل تعداد زیادی از ساختمان‌های مسکونی یک شهر که با هدف تأمین بیمه اموال برای آن خانه‌ها با یکدیگر گروه‌بندی می‌شوند. اولین هدف این ویژگی بیمه، توانمندسازی بیمه‌گر در مورد پیش‌بینی خسارت بر مبنای قانون اعداد بزرگ است. داده‌های مربوط به خسارت‌ها در طول زمان گردآوری شده و خسارت برای کل گروه با درجه‌ای از دقت پیش‌بینی می‌شود. بدین ترتیب هزینه‌های خسارت بین همه بیمه‌گذاران پخش می‌شود. چنانچه تعداد مواردی که در معرض ریسک قرار دارند به اندازه کافی بزرگ نباشند، امکان بهره‌برداری از قانون اعداد بزرگ که حق بیمه‌ها را به سمت حق بیمه کل جامعه آماری همگرا می‌سازد، وجود نخواهد داشت.

۶-۱۰-۲- خسارت غیرعمدی و تصادفی

دومین ویژگی و الزام ریسک بیمه‌پذیر این است که خسارت حاصل از آن باید تصادفی و غیرعمدی باشد. در ایده‌آل‌ترین حالت، خسارت باید اتفاقی و خارج از کنترل بیمه‌شده باشد. بنابراین اگر شخصی عمداً موجب خسارتی شود، به آن فرد نباید غرامتی پرداخت شود. وجود ویژگی تصادفی و غیرعمدی بودن خسارت به دو دلیل ضروری است: اول اگر برای خسارت عمدی غرامت پرداخت شود، اساساً مخاطرات اخلاقی و در نتیجه آن مقادیر حق بیمه افزایش خواهد یافت. افزایش حق بیمه‌ها نیز به نوبه خود منجر به خرید تعداد نسبتاً کمتر پوشش بیمه‌ای توسط افراد می‌شود و ممکن است بیمه‌گر نتواند تعداد کافی مشتری برای پیش‌بینی خسارات آینده در اختیار داشته باشد. دوم اینکه، خسارت باید تصادفی باشد، زیرا قانون اعداد بزرگ مبتنی بر رخداد تصادفی حوادث است. خسارتی که عمداً ایجاد شده نمی‌تواند اتفاقی یا تصادفی باشد، زیرا بیمه‌شده می‌داند که چه موقع و چگونه خسارت به وقوع خواهد پیوست. بنابراین اگر تعداد زیادی از خسارت‌ها غیرتصادفی و عمدی رخ دهد، پیشگویی خسارت‌های آینده ممکن است بسیار نادقیق باشد.

۶-۱۰-۳- خسارت قابل تعیین و اندازه‌گیری

نیاز سوم این است که خسارت باید هم قابل تعیین و هم قابل اندازه‌گیری باشد. این امر بدان معناست که باید علت، زمان، مکان و مقدار خسارت معین باشد و جعل کردن آن مشکل باشد. همچنین از نظر مالی نیز باید میزان خسارت قابل اندازه‌گیری باشد. به عنوان مثال، بیمه عمر در بیشتر مواقع این نیاز را داراست، زیرا علت و زمان مرگ به سهولت تعیین می‌شود و اگر شخص بیمه شده باشد، سرمایه بیمه عمر از سوی بیمه‌گر قابل پرداخت است. اما تعیین و اندازه‌گیری برخی از خسارت‌ها دشوار است. مثلاً تحت یک قرارداد از کارافتادگی، بیمه‌گر متعهد می‌شود که مبلغ ماهانه‌ای را به شخص آسیب‌دیده - در صورتی که شرایط از کارافتادگی بیان شده در قرارداد را داشته باشد - پرداخت کند. برخی از افراد متقلب ممکن است برای دریافت غرامت از بیمه‌گر تظاهر به بیماری یا آسیب‌دیدگی کنند. حتی اگر این ادعا قانونی و واقعی باشد، این بیمه‌گر است که باید تعیین کند آیا بیمه‌شده تعریف از کارافتاده^۱ را طبق قرارداد دارد یا ندارد. هدف اساسی چنین ویژگی بیمه این است که بیمه‌گر قادر به تعیین این موضوع باشد که آیا خسارت روی داده تحت پوشش بیمه بوده یا نه و در صورت تحت پوشش بودن چه مقدار غرامت باید به بیمه‌گذار پرداخت شود.

۶-۱۰-۴- خسارت غیر فاجعه‌آمیز

چهارمین ویژگی این است که خسارت نباید فاجعه‌آمیز باشد. این بدان معناست که نسبت بزرگی از در معرض خطرها نباید در یک زمان متحمل خسارت شوند. همان‌طور که قبلاً اشاره کردیم، یک کاسه کردن خسارت اساس بیمه است. اگر همه یا بیشتر در معرض خطرهای گروه، همزمان متحمل خسارتی شوند، روش یک کاسه کردن خسارت‌ها، شکست خورده یا ناکارآمد خواهد بود. در این صورت حق بیمه‌ها باید افزایش یابند و بیمه دیگر روشی کاربردی نخواهد بود که در آن میزان اندکی خسارت بین کل گروه بخش می‌شود. بیمه‌گران در بهترین حالت می‌خواهند از همه خسارت‌های فاجعه‌آمیز اجتناب کنند. در دنیای واقعی این کار غیرممکن است، زیرا خسارت‌های فاجعه‌بار مانند سیل، گردباد، زمین‌لرزه، آتش‌سوزی جنگل و سایر بلاهای طبیعی به صورت دوره‌ای رخ می‌دهند. خوشبختانه چندین رویکرد برای مواجهه با خسارت‌های فاجعه‌آمیز وجود دارد.

اول، استفاده از بیمه اتکایی^۱، روش مناسبی که در آن بیمه‌گران اتکایی به شرکت‌های بیمه غرامت پرداخت می‌کنند. بیمه اتکایی، فرآیند انتقال همه یا بخشی از تعهدات قراردادهای بیمه‌ای است که در اصل بین بیمه‌گران و بیمه‌گذاران منعقدشده و بیمه‌گر اتکایی مسئول پرداخت سهم خود در هنگام وقوع خسارت است. دوم، بیمه‌گران می‌توانند با پراکندن پوشش بیمه‌ای خود در سراسر یک منطقه بزرگ جغرافیایی از تمرکز ریسک پرهیز کنند. تمرکز در معرض خطرهای منطقه‌ای که در معرض سیل، طوفان و سایر بلاهای طبیعی قرار دارد، می‌تواند به صورت متناوب منجر به وقوع خسارت‌های فاجعه‌آمیز شود. اگر در معرض خطرهای پراکنده باشند، احتمال وقوع خسارت فاجعه‌آمیز کاهش می‌یابد. اگرچه امروزه ابزارهای مالی جدیدی نیز برای رویارویی با این‌گونه خسارت‌ها فراهم شده‌اند.

۶-۱۰-۵- قابل محاسبه بودن احتمال وقوع خسارت

بیمه‌گر باید بتواند هم میانگین فراوانی و هم میانگین شدت خسارت‌ها آینده را با درجه معینی از دقت محاسبه کند. این موضوع امری ضروری است، زیرا حق بیمه مطالبه شده باید برای پرداخت همه خسارت‌ها و هزینه‌ها و کسب سود متعارف در طول دوره قرارداد کافی باشد. بیمه‌کردن قطعی خسارت به این دلیل دشوار است که احتمال وقوع آنها به درستی قابل برآورد نیست. خسارتی مثل سیل، جنگ، بیکاری دوره‌ای به‌طور نامنظم روی می‌دهند و پیش‌بینی میانگین فراوانی و میانگین شدت آنها دشوار است. بنابراین، برای بیمه‌گران خصوصی بدون همکاری دولت، بیمه‌کردن این خسارت‌ها دشوار خواهد بود.

۶-۱۰-۶- امکان‌پذیر و قابل پرداخت بودن حق بیمه از نظر اقتصادی

آخرین نیاز یک ریسک بیمه‌پذیر آن است که پرداخت حق بیمه باید از نظر اقتصادی میسر باشد، یعنی بیمه‌گذاران باید توانایی مالی پرداخت آن را داشته باشند. به‌علاوه، برای اینکه خرید بیمه جذاب باشد، باید به‌طور ذاتی حق بیمه از سرمایه بیمه کمتر باشد. برای تعیین حق بیمه قابل پرداخت، احتمال خسارت نیز باید نسبتاً کم باشد. یک دیدگاه آن است که اگر احتمال وقوع خسارت بیش از ۴۰ درصد باشد، قیمت بیمه‌نامه برای بیمه‌گذار از سرمایه بیمه که بیمه‌گر در اثر بروز خسارت می‌پردازد، بیشتر خواهد شد. به‌عنوان مثال، بیمه‌گر می‌تواند یک قرارداد بیمه یک میلیون تومانی برای مرد ۹۹ ساله‌ای صادر کند، اما حق بیمه خالص باید ۹۸۰ هزار تومان باشد و

مقداری برای مخارج نیز به آن اضافه شود. در نتیجه، حق بیمه نهایی از سرمایه بیمه (یعنی، یک میلیون تومان) بیشتر خواهد شد، زیرا در این مورد شانس خسارت بسیار بالایی وجود دارد. بر مبنای نیازهایی که توضیح داده شد، ریسک‌های اشخاص، اموال و مسئولیت را می‌توان به صورت خصوصی بیمه کرد، زیرا الزامات ریسک بیمه‌پذیر در این گونه ریسک‌ها تقریباً وجود دارد. در مقابل، بیشتر ریسک‌های بازار، ریسک‌های مالی، ریسک‌های تولید و ریسک‌های سیاسی معمولاً به چند دلیل توسط بیمه‌گران خصوصی بیمه‌پذیر نیستند: اول اینکه سوداگرانه هستند و بیمه کردن آنها توسط بیمه‌گر خصوصی دشوار است. دوم، پتانسیل بالقوه این ریسک‌ها برای به وجود آوردن خسارت‌های فاجعه‌آمیز بسیار است. این امر به خصوص در مورد ریسک‌های سیاسی مثل ریسک جنگ صادق است و نهایتاً اینکه محاسبه حق بیمه مناسب برای چنین خسارت‌هایی می‌تواند دشوار باشد، زیرا احتمال وقوع خسارت به درستی قابل برآورد نیست. مثلاً بیمه‌ای وجود ندارد که خرده فروشی را به دلیل تغییر ذائقه مصرف‌کننده (مثل تغییر مد یا فصل) در مقابل خطر ورشکستگی پوشش دهد. در این مورد، که داده‌های مربوط به خسارت به اندازه کافی وجود ندارند، راه درستی برای محاسبه حق بیمه وجود ندارد و حق بیمه مطالبه شده نیز ممکن است برای پرداخت تمام خسارات و مخارج کافی نباشد. از آنجائی که بیمه‌گران خصوصی برای کسب سود مشغول به فعالیت هستند، اکثراً حاضر به بیمه کردن ریسک‌های قطعی که احتمال خسارت به صورت بالقوه در آنها وجود دارد، نیستند.

۶-۱۱- مقایسه بیمه و شرط‌بندی

بیمه اغلب با شرط‌بندی اشتباه گرفته شده و ادعا می‌شود که بیمه حالتی از شرط‌بندی است، درحالی که دو تفاوت مهم بین بیمه و شرط‌بندی وجود دارد: اولاً، شرط‌بندی ریسک سوداگرانه‌ی جدیدی ایجاد می‌کند، در صورتی که بیمه روشی برای مقابله با ریسک خالصی است که از قبل وجود داشته است. بنابراین، اگر شما ۳۰۰ هزار تومان روی اسبی شرط‌بندی کنید، ریسک سوداگرانه‌ی جدیدی خلق کرده‌اید، اما اگر ۳۰۰ هزار تومان به عنوان حق بیمه به بیمه‌گری برای بیمه آتش‌سوزی بپردازید، به واسطه این قرارداد، ریسک آتش‌سوزی را که از قبل وجود داشته به بیمه‌گر منتقل کرده‌اید، و در ضمن هیچ ریسک جدیدی با این معامله ایجاد نمی‌شود.

دومین تفاوت بین بیمه و شرط‌بندی این است که شرط‌بندی از نظر اجتماعی فعالیتی غیرتولیدی است، زیرا سود برنده از هزینه بازنده تأمین می‌شود. اما بیمه از نظر اجتماعی همواره

مولد است، باتوجه به آنکه نه بیمه‌گر و نه بیمه‌گذاران در جایگاهی نیستند که منفعت یکی از هزینه دیگری تأمین شود. بیمه‌گر و بیمه‌گذار هر دو سود مشترکی در پیشگیری از خسارت دارند، هر دو طرف اگر خسارتی روی ندهد، سود خواهند برد. به‌علاوه، معاملات قمارگونه هرگز بازندگان را به وضعیت مالی سابقشان باز نمی‌گرداند، ولی قراردادهای بیمه، در صورت وقوع خسارت، زیان مالی بیمه‌گذاران را به‌طور کامل جبران می‌کنند.

۶-۱۲- خودبیمه‌گری^۱

واژه خودبیمه‌گری، یکی از واژه‌های پرکاربرد در بیمه است، اما به‌نظر می‌رسد که به لحاظ عملی امکان‌پذیر نباشد، زیرا مکانیسم بیمه شامل انتقال ریسک یا یک کاسه‌کردن ریسک واحدهای در معرض خطر است. ولی یک نفر نمی‌تواند ریسک خود را به خودش انتقال دهد یا آن را با خودش یک کاسه کند. به‌همین دلیل در بیشتر مواقع خودبیمه‌گری امکان‌پذیر نیست. بااین حال از این واژه به‌صورت گسترده استفاده می‌شود و ما ناگزیریم که تعریف قابل‌قبولی از آن ارائه کنیم، اگرچه این تعریف ممکن است از نظر معنایی نادرست باشد.

همان‌طورکه بیمه‌گر با ریسک‌های خود سروکار دارد، تحت شرایطی برای مؤسسات تجاری یا سایر سازمان‌ها، درگیر شدن با برخی از فعالیت‌ها امکان‌پذیر است. وقتی این فعالیت‌ها با قانون اعداد بزرگ و پیشگویی‌های مربوط به خسارت‌های آتی سروکار دارد، به آنها معمولاً "خودبیمه‌گری" می‌گویند. البته برای اینکه این فعالیت‌ها از نظر عملی قابل‌اعتماد باشند، باید ویژگی‌های زیر را داشته باشند:

- سازمان به‌منظور اینکه بتواند تعداد زیادی در معرض خطر در اختیار داشته باشد - که بتوان از آنها برای پیش‌بینی خسارت استفاده کرد - باید به‌اندازه کافی بزرگ باشد، زیرا خودبیمه‌گری باید بر مبنای عملکرد قانون اعداد بزرگ اجرا شود؛
- خودبیمه‌گری باید از نظر مالی قابل اعتماد باشد. در بیشتر موارد این کار نیازمند جمع‌آوری سرمایه کافی برای مواجهه با خسارات و محافظت‌کردن در مقابل انحرافات غیرمترقبه از خسارات است؛

- واحدهای در معرض خطر باید از نظر جغرافیایی به گونه‌ای پخش شده باشند که از وقوع یک فاجعه پیشگیری نمایند. یعنی وقوع همزمان خسارت برای تعداد زیادی از واحدها که منجر به زیان مالی شدید می‌شود، باید تقریباً غیرممکن باشد.

شرکت‌ها یا سازمان‌های بسیار کمی وجود دارند که برای درگیر شدن در برنامه‌هایی با این ویژگی‌ها به اندازه کافی بزرگ و قدرتمند باشند. در بیشتر مواقع، هیچ ذخیره‌ای برای پرداخت خسارت در شرکت‌ها گرفته نمی‌شود. علاوه بر این، تا زمانی که سرمایه جمع شده شرکت به حدی برسد که برای پرداخت حداکثر خسارت ممکن^۱ کافی باشد، امکان خسارت همچنان برای واحدهای منحصر به فرد در معرض آن وجود دارد. به همین دلایل است که از خودبیمه‌گری به عنوان واژه‌ای تقریباً غیرقابل کاربرد نام برده می‌شود.

۶-۱۳- فواید بیمه برای جامعه

بیمه، ابزاری اقتصادی تلقی می‌شود که مزایای اجتماعی - اقتصادی مهمی دارد. این مزایا شامل موارد زیر می‌باشد:

- پرداخت غرامت برای خسارت‌های بیمه شده؛
- نگرانی و ترس کمتر و آرامش خاطر بیشتر؛
- منبع وجوه قابل سرمایه‌گذاری؛
- پیشگیری از خسارت؛
- افزایش اعتبار افراد و مشاغل؛
- توزیع عادلانه خسارت‌ها و ریسک‌ها؛
- که هریک را توضیح خواهیم داد.

۶-۱۳-۱- پرداخت غرامت برای خسارت‌های بیمه شده

پرداخت غرامت، به اشخاص و خانواده‌ها کمک می‌کند که به وضعیت مالی پیشین خود، قبل از وقوع خسارت برگردند و امنیت مالی خویش را حفظ کنند. اغلب افراد ترجیح می‌دهند کمک‌های مالی عمومی یا کمک‌های مالی بستگان و دوستان خود را طلب نکنند. همچنین پرداخت غرامت به افراد و شرکت‌ها به آنها کمک می‌کند که در شغل خود باقی بمانند و کارمندان خود را نیز حفظ کنند، متصدیان به دریافت سفارشات ادامه می‌دهند و

مشتریان هنوز می‌توانند کالاها و خدمات دلخواه خود را دریافت کنند. اجتماع نیز از خدمات این شرکت همچنان منتفع می‌شود. به‌طور خلاصه، پرداخت غرامت ازسوی بیمه‌گر در ثبات درآمدی خانواده‌ها و مشاغل بسیار مؤثر است و به همین سبب از مهم‌ترین فواید اقتصادی و اجتماعی بیمه است.

۶-۱۳-۲- ترس و نگرانی کمتر و آرامش خاطر بیشتر

دومین فایده بیمه این است که ترس و نگرانی به‌واسطه آن کاهش یافته و آرامش خاطر بیشتر می‌شود؛ شرایطی که در مورد قبل و بعد از خسارت صادق است. به‌عنوان مثال، اگر سرپرست خانواده سرمایه بیمه عمر کافی داشته باشد، در صورت فوت نابه‌هنگام خود، نگرانی بسیار کمتری در مورد امنیت مالی اعضای خانواده خواهد داشت یا افرادی که در مقابل ازکارافتادگی طولانی‌مدت بیمه شده‌اند، در مورد فقدان درآمد هنگام بیماری یا تصادف جدی نگرانی ندارند. صاحبان اموالی که بیمه شده‌اند نیز لذت بیشتری از آرامش خیال خود می‌برند، زیرا می‌دانند که اگر خسارتی رخ دهد تحت پوشش و حمایت بیمه قرار می‌گیرند. به‌همین ترتیب، ترس و نگرانی بعد از وقوع خسارت نیز کاهش می‌یابد، زیرا بیمه‌گذاران می‌دانند تاوان خسارت آنها را بیمه خواهد پرداخت. ازاین‌رو، رسالت اصلی بیمه، ایجاد امنیت و آرامش خاطر برای همه فعالیت‌های افراد اجتماع است.

۶-۱۳-۳- منابع وجوه قابل سرمایه‌گذاری

صنعت بیمه حجم عظیمی از وجوه تجمیع‌شده حق‌بیمه دارد که می‌تواند آن را سرمایه‌گذاری کرده و کسب سود کند. حق‌بیمه‌ها از قبل برای پرداخت به‌هنگام خسارت جمع‌آوری می‌شوند و معمولاً فاصله زمانی قابل توجهی بین زمان دریافت حق‌بیمه و پرداخت خسارت وجود دارد، بنابراین شرکت‌های بیمه معمولاً این سرمایه‌ها را در مراکز خرید، بیمارستان‌ها، کارخانجات، توسعه مسکن و ماشین‌آلات و تجهیزات جدید سرمایه‌گذاری می‌کنند. وجوه سرمایه‌گذاری‌شده، دارایی‌های بیمه را افزایش و رشد اقتصادی و اشتغال را ارتقا می‌دهند. حتی سود این سرمایه‌گذاری‌ها نیز در بسیاری از موارد به بیمه‌گذاران پرداخت می‌شود. بنابراین یکی از کارکردهای اساسی صنعت بیمه افزایش سرمایه‌گذاری و اشتغال و رونق فعالیت‌های اقتصادی است.

۶-۱۳-۴- پیشگیری از خسارت

شرکت‌های بیمه فعالانه در برنامه‌های پیشگیری از خسارت شرکت و تعداد زیادی کارمند شامل مهندسان ایمن‌سازی، متخصصان پیشگیری از آتش، ایمنی و سلامتی اشتغال و مسئولیت محصولات را برای پیشگیری از خسارت استخدام می‌کنند. این فعالیت‌های پیشگیرانه می‌تواند هم خسارت‌های مستقیم و هم خسارت‌های غیرمستقیم را کاهش دهند و زمانی که خسارت‌ها کاهش یابند جامعه نیز از آن منتفع خواهد شد.

۶-۱۳-۵- افزایش اعتبار

فایده دیگر بیمه این است که بیمه، اعتبار اشخاص را در سرمایه‌گذاری‌ها بالا می‌برد. همچنین بیمه استفاده بهینه از سرمایه‌ها را ممکن می‌کند. بدون وجود بیمه، افراد و مشاغل مجبور می‌شوند مقدار نسبتاً زیادی از دارایی‌های خود را برای مواجه شدن با ریسک‌های مختلف کنار بگذارند؛ دارایی‌هایی که باید به صورت نقد نگهداری شوند یا در اوراق قرضه ایمن با ریسک و سود کم که به سرعت نقد می‌شوند، سرمایه‌گذاری شوند که این شیوه، راهکار ناکارآمدی برای استفاده از سرمایه‌هاست. اما هنگامی که ریسک‌ها به ریسک‌پذیرنده‌ای حرفه‌ای همچون بیمه‌گر منتقل می‌شوند، انحرافات از نتایج موردانتظار به حداقل می‌رسد و افراد نسبت به زمانی که بیمه وجود ندارد، مجبور به نگهداری مقدار بسیار کمتری از سرمایه‌ها می‌شوند. این سرمایه‌های آزادشده برای سرمایه‌گذاری در مشاغل پرسودتری به کارگرفته شده و منجر به بهره‌وری بیشتر در جامعه می‌شوند.

۶-۱۳-۶- توزیع عادلانه خسارت‌ها و ریسک‌ها

از کارکردهای دیگر بیمه توزیع عادلانه ریسک‌هاست. در نبود بیمه هر فرد یا بنگاه اقتصادی باید شخصاً هزینه خسارت‌ها را تحمل کند که در مواقعی که این خسارت‌ها قابل توجه باشند می‌تواند فرد یا بنگاه را با مشکلات اساسی مواجه کرده و فقر و بدبختی را به ارمغان بیاورند. اما وقتی فرد یا بنگاه بیمه شده باشد، بیمه‌گر خسارت‌های او را جبران و از تنگدستی افرادی که با ریسک مواجه شده‌اند جلوگیری می‌کند. از این رو بیمه ابزار مناسبی برای توزیع عادلانه ریسک است که به وسیله آن هر بیمه‌گذار صرفاً به میزان حق بیمه پرداختی، میانگین خسارت بیمه‌شدگان را برعهده می‌گیرد و از ایجاد فقر و تنگدستی برای قشری از اجتماع جلوگیری می‌کند.

این کارکرد صنعت بیمه می‌تواند برای سیاست‌گذاران کلان کشور قابل توجه باشد زیرا، چنانچه هدف الگوی توسعه‌ای عدالت‌محور برای کشور باشد، آنگاه نفوذ بیشتر صنعت بیمه می‌تواند در این راستا بسیار مفید واقع شود.

۶-۱۴- هزینه‌های بیمه برای جامعه

اگرچه صنعت بیمه فواید اجتماعی و اقتصادی بسیاری برای جامعه فراهم می‌کند، اما هزینه‌های اجتماعی آن نیز باید مورد توجه قرار گیرد که مهم‌ترین این هزینه‌ها شامل موارد زیر هستند:

- هزینه فعالیت‌های بیمه‌گری؛
- مخاطرات اخلاقی و روحی؛
- مطالبات فراتر از واقعیت.

۶-۱۴-۱- هزینه فعالیت‌های بیمه‌گری

یکی از مهم‌ترین هزینه‌های بیمه، هزینه‌های سربار بیمه‌گری است. بیمه‌گران منابع اقتصادی کمیابی مانند زمین، کار، سرمایه و سرمایه‌گذاری تجاری را به‌منظور فراهم کردن بیمه برای جامعه مصرف می‌کنند. در اصطلاح مالی، هزینه سربار باید به‌حق بیمه خالص اضافه شود تا مخارج تحمیل‌شده به شرکت‌های بیمه در طول فعالیت‌های روزانه‌شان را پوشش دهد. هزینه سربار، مبلغ موردنیاز برای پرداخت همه هزینه‌ها شامل حق کمیسیون‌ها، مخارج عمومی-اداری و مبلغی نیز برای احتمالات و سود است. به‌عنوان مثال، فرض کنید که کشوری کوچک بدون وجود بیمه اموال هر ساله به‌طور متوسط ۱۰۰ میلیون دلار خسارت آتش‌سوزی داشته باشد. در صورتی که بعدها بیمه اموال در این کشور ایجاد شود و مخارج سربار خسارت ۳۵ درصد، یعنی ۳۵ میلیون دلار شود، مجموع هزینه‌ها برای این کشور به ۱۳۵ میلیون دلار افزایش می‌یابد. اما، این هزینه‌های اضافی را به چند دلیل می‌توان توجیه کرد: اول اینکه از دیدگاه بیمه‌گذار عدم اطمینان مربوط به پرداخت هزینه خسارت به علت وجود بیمه کاهش می‌یابد. دوم، هزینه‌های انجام فعالیت‌های تجاری ضرورتاً بی‌فایده نخواهد بود، زیرا بیمه‌گران عملیات پیشگیری از خسارت بسیار متنوعی را اجرا می‌کنند و به‌علاوه، بسیاری از هزینه‌های سربار یادشده، درآمد کارمندان بیمه است.

۶-۱۴-۲- مخاطرات اخلاقی و روحی

دومین هزینه بیمه، به دلیل ادعاهای کلاهبردانه است. مثال‌های مربوط به این نوع ادعا شامل مواردی از این قبیل‌اند:

- تصادفات ساختگی و صحنه‌سازی شده برای دریافت غرامت؛
 - دزدی و سرقت ساختگی یا فعالیت‌های خرابکارانه گزارش شده به بیمه‌گران؛
 - ادعاهای دروغین در مورد بیمه‌های درمانی ارائه شده برای کسب سود.
- پرداخت غرامت برای ادعاهای متقلبانه‌ای نظیر آنچه در بالا نام برده شد، منجر به حق‌بیمه‌های بیشتر برای همه بیمه‌گذاران می‌شود. جذابیت پرداخت خسارت بیمه، برخی از بیمه‌گذاران را وادار به ایجاد خسارت‌های عمدی به منظور سوءاستفاده از شرکت بیمه می‌کند و این هزینه‌های اجتماعی به‌طور مستقیم بر جامعه تحمیل می‌شوند. علاوه بر آن، وجود بیمه باعث می‌شود که بیمه‌گذار توجه کمتری به ریسک کند و احتمال وقوع آن را بالا ببرد. ضمناً، بسیاری از بیمه‌گذاران به دلیل اینکه غالب هزینه‌ها را شرکت بیمه پرداخت می‌کند، توجه کمتری به پیشگیری از خسارت و رعایت احتیاط می‌کند یا در مورد بیمه‌های درمان، وجود بیمه منجر به مراجعات غیرضروری به پزشک می‌شود که ریسک شرکت بیمه را افزایش می‌دهد.

۶-۱۴-۳- مطالبات فراتر از واقعیت

هزینه دیگر بیمه، مربوط به ارائه مطالبات اضافی است. اگرچه در این مورد خسارت را بیمه‌گذار به عمد ایجاد نمی‌کند، اما مبلغ ادعا شده، ممکن است از خسارت مالی واقعی بیشتر باشد. نمونه‌هایی از این‌گونه ادعاها شامل موارد زیر هستند:

وکیل مدافعی ممکن است برای دفاع از یک دعوی مسئولیت، درخواست دستمزد بالایی کند که از تلفات و خسارات ناشی از مسئولیت شخص یا شرکت موردنظر بیشتر باشد. بیمه‌گذار میزان خسارت وارده در اثر تصادف اتومبیل را به میزانی وانمود می‌کند که مبلغ فرانشیز تصادف را هم پوشش دهد.

افراد ناتوان اغلب برای دریافت مزایای ازکارافتادگی طی مدت طولانی‌تری خود را، بیمار جلوه داده یا ناتوانی خود را به‌صورت مبالغه‌آمیزی وانمود می‌کنند.

این مطالبات اضافی باید به‌عنوان هزینه مهم اجتماعی بیمه مورد توجه قرار گیرند، زیرا حق‌بیمه‌ها باید برای پوشش این نوع خسارت تحمیل شده به جامعه افزایش یابند و در نتیجه آن درآمد قابل عرضه و مصرف سایر کالاها و خدمات برای کل جامعه کاهش می‌یابد.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که مزایای اجتماعی و اقتصادی بیمه به‌صورت معناداری عموماً از هزینه‌های اجتماعی آن بیشتر و مهم‌ترند. همهٔ مواردی که به‌عنوان فواید بیمه نام برده شد، به نسبت زیادی در پایداری اقتصادی و اجتماعی جامعه سهیم‌اند، به‌طوری‌که می‌توان هزینه‌های بیمه را در مقابل آنها نادیده گرفت. به‌عبارت‌دیگر، هزینه‌های اجتماعی بیمه به‌عنوان مخارجی تحمیلی در نظر گرفته می‌شوند که جامعه باید برای به‌دست‌آوردن منافع بیمه آنها را تحمل کند.

۷- بیمه اتکایی - پیوند گروه‌های تعاونی

ممکن است بعضی از بیمه‌هایی که برای پوشش به بیمه‌گر عرضه می‌شوند، متضمن تعهدات سنگینی باشد که بیمه‌گر قادر به تحمل آنها نباشد؛ از این‌رو بیمه‌گر ناچار است ریسک‌هایی را که قادر به تحمل آنها نیست، به بیمه‌گر دیگری واگذار کند. به این‌گونه عملیات بیمه‌ای که بین شرکت‌های بیمه انجام می‌شود، بیمه اتکایی می‌گویند.

۷-۱- تعریف بیمه اتکایی

ارنست فیر در کتاب خود، بیمه اتکایی را چنین تعریف می‌کند: «بیمه اتکایی نوعی از عملیات بیمه‌ای است که به‌موجب آن بیمه‌گر اتکایی در مقابل دریافت مبلغی به‌عنوان حق‌بیمه، تمام یا قسمتی از تعهدات بیمه‌گذار اتکایی (واگذارنده) را در مقابل بیمه‌گذارانش به‌عهده می‌گیرد. این تعهدات تابع مقررات مخصوص قرارداد اتکایی است». در این تعریف پس از ذکر تعهدات هر یک از دو طرف «بیمه‌گذار و بیمه‌گر اتکایی» به قرارداد اتکایی اشاره شده است. در حقیقت ارتباط مؤسسات مختلف بیمه و اقدام به عملیات اتکایی به‌موجب قراردادی صورت می‌گیرد که طرفین مبادرت به تنظیم آن می‌کنند و آنرا «قرارداد اتکایی» می‌گویند.

صرف‌نظر از تعریف‌های مختلفی که از بیمه اتکایی می‌شود، می‌توان گفت این عمل بیمه‌ای وسیله‌ای برای تقسیم ریسک است. به‌عبارت‌دیگر، بیمه‌گر باتوجه به قرارداد اتکایی که با شرکت‌های بیمه اتکایی منعقد می‌کند، می‌تواند ریسک‌های بزرگی را قبول کند، زیرا آن مقدار از هر ریسک را که خود قادر به نگهداری آن نیست بین بیمه‌گران اتکایی تقسیم می‌کند و در نتیجه در موقع بروز خسارت، شرکایی برای پرداخت خسارت دارد.

این نکته را نیز باید در نظر داشت که فقط خطرات بزرگ نیستند که مشمول عملیات اتکایی می‌شوند، بلکه امروزه قاعده بر این است که همهٔ ریسک‌ها، اعم از بزرگ و کوچک، بنا بر قراردادهای مخصوص به بیمه‌گران اتکایی واگذار شوند. بیمه اتکایی سبب می‌شود که عملیات

بیمه از داخل یک کشور خارج شده و جنبه بین‌المللی پیدا کند؛ زیرا مؤسسات بیمه در کشورهای مختلف معمولاً ریسک‌های خود را نزد یکدیگر اتکایی می‌کنند و به این ترتیب بازار بین‌المللی بیمه اتکایی به وجود آمده است که مؤسسات بیمه در کشورهای مختلف در آن فعالیت می‌کنند.

۷-۲- انواع مختلف بیمه اتکایی

انواع مختلف بیمه اتکایی را می‌توان از نظر فنی و از نظر فرم تقسیم‌بندی کرد:

۷-۲-۱- بیمه اتکایی از نظر فنی

- بیمه اتکایی سرمایه؛

- بیمه اتکایی مازاد خسارت.

● بیمه اتکایی سرمایه

در این نوع بیمه، بیمه‌گر اتکایی همه یا قسمتی از سرمایه بیمه‌شده (ریسک) را در ازای مبلغی به عنوان حق بیمه به عهده می‌گیرد. حق بیمه معمولاً با مقدار سرمایه‌ای که به عهده گرفته می‌شود، متناسب است ولی مقداری از آن به عنوان کارمزد کسر می‌شود. این کارمزد برای جبران مخارجی است که بیمه‌گذار اتکایی (واگذارنده) برای تهیه و اداره کردن بیمه‌نامه، مانند هزینه‌های اداری، کارمزد نمایندگان و غیره... متحمل می‌شود. بدین ترتیب، هرگاه خسارتی وارد شود، بیمه‌گر اتکایی نیز در جبران آن سهیم است. بدیهی است مبلغی که او به عنوان خسارت می‌پردازد، متناسب با سهمی است که برعهده گرفته است. برای روشن شدن مطلب به این مثال توجه کنید:

شرکت بیمه «الف» ریسکی را به مبلغ ۱۰۰ میلیون ریال بیمه می‌کند، نرخ حق بیمه ۴ در هزار است؛ در نتیجه حق بیمه معادل ۴۰۰ هزار ریال می‌شود. حال این شرکت بیمه ۵۰ درصد ریسک ذکر شده را نزد بیمه‌گر اتکایی «ب» اتکایی می‌کند. کارمزد اتکایی نیز ۳۰ درصد در نظر گرفته می‌شود.

$$۴۰۰,۰۰۰ \times ۵۰\% = ۲۰۰,۰۰۰$$

حق بیمه واگذاری به بیمه‌گر اتکایی

$$۲۰۰,۰۰۰ \times ۳۰\% = ۶۰,۰۰۰$$

کارمزد اتکایی واگذاری

$$۲۰۰,۰۰۰ - ۶۰,۰۰۰ = ۱۴۰,۰۰۰$$

مانده حق بیمه قابل پرداخت به بیمه‌گر اتکایی

اکنون فرض کنید خسارتی معادل ۷۰۰ هزار ریال ایجاد شود (با در نظر گرفتن همه هزینه‌ها). در این صورت نصف این مبلغ، یعنی ۳۵۰ هزار ریال برعهده بیمه‌گر اتکایی است؛ البته شرکت «الف» خود مسئول جبران همه خسارت است و در واقع در این معامله بیمه‌ای نفعی نبرده است ولی اگر

نصف ریسک ذکرشده را اتکایی نمی‌کرد، باید ۷۰۰ هزار ریال را خود می‌پرداخت در صورتی که با این عمل نصف خسارت به‌عهده بیمه‌گر اتکایی است.

به طوری که نتیجه‌گیری می‌شود در این نوع بیمه، بیمه‌گر اتکایی همیشه در پرداخت خسارت سهیم است؛ به عبارت دیگر، برای اینکه بیمه‌گر اتکایی همیشه در پرداخت خسارت شرکت کند لازم نیست لزوماً رقم بزرگ باشد، بلکه خسارات جزئی نیز مشمول عملیات اتکایی است و بیمه‌گر اتکایی در همه خسارات، اعم از بزرگ و کوچک به نسبت سهم خود شرکت می‌کند.

● بیمه اتکایی مازاد خسارت

در این نوع بیمه، بیمه‌گر اتکایی فقط در پرداخت خساراتی شرکت می‌کند که از حد معینی تجاوز کنند و جبران همه خسارات کوچک به‌عهده بیمه‌گذار اتکایی است. به‌عنوان مثال بیمه‌گر اتکایی در ازای دریافت ۵ درصد از کل حق بیمه‌ای که واگذارنده طی مدت یک‌سال دریافت می‌کند متعهد می‌شود مازاد هر خسارتی را که مبلغ آن از ۱۰ میلیون ریال تجاوز کند، بپردازد یا تعهد می‌کند که ۸۰ درصد از همه خسارات بزرگ و کوچک او را جبران کند، مشروط بر اینکه جمع کل خسارت‌های یکساله از حق بیمه دریافتی واگذارنده بیشتر باشد.

در هر حال، هدف هر دو نوع بیمه اتکایی تقسیم ریسک است؛ به این ترتیب که یا مبلغ بیمه‌شده تقسیم می‌شود یا خسارات احتمالی از تلفیق این دو نوع بیمه اتکایی می‌تواند نوع سومی نیز به وجود آورد؛ به این طریق که بیمه‌گر اتکایی هم در پرداخت همه خسارات شرکت کند و هم مازاد خسارات سنگین را برعهده بگیرد.

۷-۲-۲- انواع بیمه اتکایی از نظر فرم

از لحاظ فرم نیز می‌توان بیمه اتکایی را به دو نوع تقسیم کرد:

بیمه اتکایی اختیاری

بیمه اتکایی اجباری

● بیمه اتکایی اختیاری

منظور از بیمه اتکایی اختیاری آن است که قرارداد اتکایی نسبت به ریسک‌های مشخص و معین و جدا از یکدیگر صورت گیرد.

● بیمه اتکایی اجباری

بیمه اتکایی اجباری براساس قراردادی صورت می‌گیرد که به موجب آن بیمه‌گذار اتکایی (واگذارنده) یک قسمت یا همه مازاد ریسک‌های معینی را مرتباً به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌کند و او نیز ملزم به پذیرش آنها می‌شود.

تعریف متداول از بیمه اتکایی اجباری و اختیاری در صنعت بیمه ایران، شاید متفاوت از این تعریف‌ها باشد؛ زیرا براساس قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری، همه شرکت‌های بیمه فعال در ایران موظفند ۲۵ درصد از همه بیمه‌های غیرزندگی و ۵۰ درصد همه بیمه‌های زندگی را به بیمه مرکزی ج.ا.ا. واگذار کنند و مازاد بر ارقام واگذاری به بیمه مرکزی ج.ا.ا. را با اختیار خود تحت قراردادهای متفاوت به بیمه مرکزی ج.ا.ا. و سایر بیمه‌گران اتکایی واگذار کنند. با توجه به توضیح اخیر، در شرکت‌های بیمه ایرانی، واگذاری اجباری به بیمه مرکزی را، اتکایی اجباری و سایر واگذاری‌ها را اتکایی اختیاری می‌گویند.

۷-۳- انواع مختلف قراردادهای اتکایی

- قرارداد اتکایی نسبی و انواع آن

در قراردادهای اتکایی نسبی، سرمایه بیمه شده، حق بیمه و خسارت به نسبت درصدی که از قبل مشخص شده است، بین بیمه‌گر واگذارنده و بیمه‌گر اتکایی تقسیم می‌شود. انواع این قرارداد عبارت‌اند از:

• قرارداد اتکایی نسبی مشارکت

در قرارداد مشارکت، واگذارنده نسبتی از همه بیمه‌نامه‌های صادرشده در رشته خاصی را خود نگه می‌دارد و بقیه را تا مبلغ معینی به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌کند.

• قرارداد اتکایی نسبی مازاد سرمایه

در این نوع قرارداد، شرکت بیمه واگذارنده آن بخش از عملیات بیمه‌ای خود را که نمی‌تواند یا نمی‌خواهد نگهداری کند، به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌کند.

• قرارداد اتکایی نسبی مختلط مشارکت و مازاد سرمایه

زمانی که قرارداد اتکایی مشارکت به تنهایی همه پرتفوی شرکت را دربر نمی‌گیرد، از پوشش مازاد سرمایه برای تکمیل عملیات اتکایی استفاده می‌شود. در این نوع پوشش ظرفیت قرارداد مشارکت به تفکیک ریسک وابسته است و ممکن است رقم آن ثابت یا متغیر باشد.

- قرارداد مازاد خسارت و انواع آن

برخلاف قراردادهای نسبی که تعهدات طرفین بر پایه سرمایه بیمه استوار است، در این قراردادها تعهد بیمه‌گر واگذارنده و بیمه‌گر اتکایی براساس خسارت تعیین می‌شود.

● قرارداد اتکایی مازاد خسارت برای هر ریسک

هدف اصلی در این پوشش آن است که بیمه‌گر واگذارنده، درخصوص مازاد مبلغی از خسارت در هر ریسک (خطر بیمه‌شده) که خود توان جبران آن را ندارد، حمایت شود؛ مثلاً بیمه‌گذار اتکایی (واگذارنده) شرط می‌کند که همه خسارات را تا میزان ۲۰۰ هزار ریال خود به‌عهده‌بگیرد ولی اگر خسارت از این مبلغ بیشتر شود، جبران مازاد آن به‌عهده بیمه‌گر اتکایی باشد.

تعهد بیمه‌گر اتکایی ممکن است محدود یا نامحدود باشد. در مقابل تعهدی که بیمه‌گر اتکایی می‌کند، واگذارنده درصدی از حق‌بیمه‌های دریافتی خود را به او می‌پردازد. در این نوع قراردادها کارمزد وجود ندارد.

مثال: یک قرارداد مازاد خسارت در مورد ریسک اتومبیل بیمه‌گر «الف» با بیمه‌گر اتکایی «ب» منعقدشده و به‌موجب آن بیمه‌گر اتکایی «ب» متعهد شده است که همه خسارت‌های ۷۰ هزار ریال تا ۵۷۰ هزار ریال را بپردازد. در مقابل این تعهد، بیمه‌گر «الف» حق‌بیمه‌ای معادل ۵ درصد از مجموع حق‌بیمه‌های دریافتی سالیانه را به بیمه‌گر اتکایی «ب» پرداخت می‌کند. حال فرض می‌کنیم صورت خسارات پرداختی بیمه‌گر «الف» به شرح جدول زیر باشد:

جدول ۲-۵. خسارات پرداختی بیمه‌گر «الف»

صورت خلاصه خسارات پرداختی بیمه‌گر «الف»

ردیف	تعداد	از حداقل - ریال	تا حداکثر - ریال	میانگین - ریال
۱	۲۰۰۰	۰	۲۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰
۲	۶۰۰	۲,۰۰۰	۵,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰
۳	۱۲۰	۵,۰۰۰	۱۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰
۴	۱۰۰	۱۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰
۵	۲۰	۲۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰
۶	۳۰	۴۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰	۱,۶۵۰,۰۰۰
۷	۴	۷۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۳۸۰,۰۰۰
۸	۲	۱۲۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۳۲۰,۰۰۰
۹	۱			۲۵۰,۰۰۰
۱۰	۱			۸۰۰,۰۰۰
جمع	۲۸۷۸			۱۰,۵۰۰,۰۰۰

فرض می‌شود مجموع حق بیمه‌هایی که واگذارنده وصول کرده است ۱۰ میلیون ریال باشد. از این مبلغ سهم بیمه‌گر اتکایی ۵ درصد یعنی ۵۰۰ هزار ریال است. برای تعیین سهم خسارت بیمه‌گر اتکایی به ترتیب زیر عمل می‌کنیم:

- اولاً همه ردیف‌های ۱ تا ۶ برعهده واگذارنده است، زیرا مبلغ آنها از ۷۰ هزار ریال کمتر است.
 - ثانیاً مجموع خسارات ردیف‌های ۷، ۸ و ۹ مبلغ ۹۵۰ هزار ریال می‌شود که از این مبلغ سهم واگذارنده $490,000 = 70,000 \times 7$ ریال و سهم بیمه‌گر اتکایی $460,000 = 950,000 - 490,000$ ریال می‌شود.

در مورد ریسک ردیف دهم که مبلغ آن ۸۰۰ هزار ریال است، چون حداکثر مبلغی را که بیمه‌گر اتکایی تقبل کرده، ۵۰۰ هزار ریال است، در نتیجه جمع کل خسارت‌هایی که بیمه‌گر اتکایی باید بپردازد برابر است با: $460,000 + 500,000 = 960,000$

● قرارداد مازاد زیان در مدت معین

این پوشش، از شرکت بیمه در مقابل نتایج نامطلوب فنی فعالیت‌هایش در یک رشته و در مدت معینی که بر اثر افزایش تعداد و میزان خسارات به وجود آمده است، حمایت می‌کند. پوشش اتکایی مازاد زیان در مدت معین به ندرت مورد استفاده قرار می‌گیرد، زیرا این قرارداد برای بیمه‌گران اتکایی بسیار تعهدآور است.

مثال: واگذارنده «الف» قراردادی با بیمه‌گر اتکایی «ب» منعقد می‌کند که به موجب آن طرف «ب» متعهد می‌شود که در مقابل ۴ درصد از حق بیمه سالانه آتش‌سوزی، اگر نسبت خسارت‌های وارده به حق بیمه‌های دریافتی در طول یک سال از ۱۱۰ درصد تجاوز کرد، مازاد آن را جبران کند.

مثال: فرض کنیم مجموع حق بیمه‌های دریافتی در یک سال ۸۰۰ هزار ریال و خسارت‌ها بالغ بر یک میلیون ریال باشد؛ در این صورت سهم بیمه‌گر «ب» از حق بیمه‌ها $320,000 = 800,000 \times 4\%$ ریال و از خسارت‌ها ۱۲۰ هزار ریال می‌شود.

چون سهم واگذارنده از خسارت ۱۱۰ درصد حق بیمه معادل $880,000 = 800,000 \times 110\%$ می‌شود. در این نوع قراردادها معمولاً مازاد خسارت را به چند قسمت تقسیم می‌کنند و به این ترتیب مازاد اول و دوم و سوم تشکیل می‌شود؛ مثلاً واگذارنده مجموع خسارت‌های تا ۹۰ درصد حق بیمه را برای خود نگه می‌دارد و از ۹۰ درصد تا ۱۵۰ درصد را به صورت مازاد اول به چند بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌کند. همچنین ممکن است از ۱۵۰ درصد تا ۲۵۰ درصد را به صورت مازاد دوم واگذار کند.

قرارداد اتکایی مازاد خسارت بر حوادث فاجعه‌آمیز

این پوشش، بیمه‌گر واگذارنده را در مقابل خسارات بزرگی که از یک حادثه ناشی می‌شود، حمایت می‌کند؛ مانند خسارات طبیعی فاجعه‌آمیز.

- بیمه مشترک (اشتراکی)

بیمه‌گران مستقیم یا اتکایی ممکن است طی یک قرارداد بیمه مشترک، طرف بیمه‌گذار واقع شوند یا هر یک به نسبت سهم خود از بیمه مشترک، قراردادهای جداگانه با بیمه‌گذار منعقد کنند. در این موارد بیمه‌گران سهم خود از حق بیمه، خسارت و سایر هزینه‌ها را براساس نسبت‌های توافق‌شده حساب می‌کنند.

بیمه‌نامه‌هایی که به‌طور مستقیم توسط یکی از اعضای گروه بیمه‌گران مشترک صادر می‌شود باید توسط آن عضو به‌عنوان بیمه مستقیم، و بخشی از خطرات که توسط سایر اعضای گروه پذیرفته می‌شود بیمه اتکایی واگذاری محسوب شود. بیمه‌گرانی که این خطرات را می‌پذیرند باید با آن همانند بیمه اتکایی قبولی برخورد کنند.

- سپرده اتکایی

سپرده اتکایی را می‌توان وثیقه‌ای نامید که بیمه‌گر اتکایی برای اجرای تعهدات خود (پرداخت خسارت) به واگذارنده می‌دهد. وثیقه ذکرشده معمولاً عبارت از درصد معینی از حق بیمه‌های اتکایی است که واگذارنده از حساب او کسر می‌کند. گرچه سپرده اتکایی در بسیاری از قراردادهای اتکایی آورده می‌شود، ولی از نظر فن بیمه اتکایی نقش مهمی را ایفا نمی‌کند؛ به طوری که بیمه اتکایی بدون در نظر گرفتن این سپرده‌ها نیز می‌تواند وجود داشته باشد. بیمه‌گذار اتکایی (واگذارنده) موظف است براساس توافق به‌عمل آمده با بیمه‌گر اتکایی، سپرده اتکایی را در صورت حساب اتکایی درج و به حساب بدهکار بیمه‌گر اتکایی منظور نماید. این عملیات هنگام تنظیم صورت حساب‌های اتکایی تکرار می‌شود و در اولین سال بعد از شروع قرارداد، سپرده اولین صورت حساب تنظیمی سال قبل آزاد می‌شود؛ در نتیجه معادل سپرده از حساب سپرده اتکایی برگشت و به حساب بستانکار بیمه‌گر اتکایی واریز می‌شود و بدین ترتیب در پایان سال دوم قرارداد، سپرده سال اول به‌طور کامل آزاد شده است.

● سود سپرده اتکایی

در تعریفی که از سپرده بیمه‌گران اتکایی ارائه شد، در صورتی که سپرده نقدی باشد، یعنی واگذارنده مبلغی از حق بیمه‌های اتکایی را به‌عنوان وثیقه نزد خود نگاه‌دارد، موظف است سود آن را نسبت به همان مدت به حساب بیمه‌گر اتکایی منظور کند.

• نرخ سود سپرده اتکایی

نرخ سود سپرده اتکایی بستگی به نرخ سود در کشور و اگذارنده دارد، ولی می‌توان گفت بیش از هر چیز این نرخ در نتیجه توافق طرفین تعیین می‌شود. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که همان عواملی که در تعیین نرخ کارمزد و کارمزد منافع تأثیر دارند، در تعیین این نرخ هم مؤثرند.

- مشارکت در سود (کارمزد منافع)

علاوه بر قسمتی از حق بیمه اتکایی که به عنوان کارمزد به حساب و اگذارنده برگشت داده می‌شود، در قرارداد اتکایی بین دو طرف توافق می‌شود که در پایان هر سال بیمه‌گر اتکایی سهم معینی از منافع حاصل از قرارداد را به و اگذارنده بپردازد. این سهم را مشارکت در سود و یا کارمزد منافع می‌نامند.

مشارکت در سود را نمی‌توان حق مسلم و اگذارنده دانست و دلایلی برای آن آورد، بلکه صرفاً توافقی است که بین طرفین قرارداد صورت می‌گیرد.

کارمزد منافع بر اساس صورت حساب سود و زیان عملیات اتکایی فی مابین تعیین می‌شود. ارقامی که در محاسبه کارمزد منافع منظور می‌شود عبارت‌اند از:

جدول ۱-۶. ارقام لحاظ شده در محاسبه کارمزد منافع

درآمد	هزینه
۱. حق بیمه اتکایی	۱. کارمزد اتکایی
۲. ذخیره خسارت‌های معوق سال قبل	۲. خسارت‌های پرداخت شده
۳. سود سپرده	۳. ذخیره خسارت‌های معوق سال جاری
۴. ذخیره حق بیمه سال قبل	۴. هزینه‌های عمومی اتکایی
	۵. ذخیره حق بیمه سال جاری
	۶. زیان سال‌های گذشته

- بردرو

همه اطلاعات مربوط به واگذاری‌ها، تغییرات آنها و خسارات پرداختی و معوق، بر اساس شرایط خصوصی قراردادهای اتکایی، باید توسط «بردرو» برای اطلاع بیمه‌گر اتکایی ارسال شود. بردروهای واگذاری و تغییرات آن معمولاً ظرف ۳۰ روز پس از پایان هر سه ماه برای بیمه‌گر اتکایی ارسال می‌شوند و بیمه‌گر اتکایی نیز باید آنها را بررسی کند و هرگونه اشکال و اشتباه در آنها را به اطلاع و اگذارنده برساند.

نمونه سؤالات چهار گزینه‌ای

۱. در ماده ۱ قانون بیمه ایران، بیمه چگونه تعریف شده است؟

الف) بیمه عقدی است که به موجب آن بیمه‌گذار تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف بیمه‌گر، در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارد بر او را جبران کند و یا وجه معینی را بپردازد.

ب) بیمه عقدی است که به موجب آن بیمه‌گر تعهد می‌کند در ازای دریافت وجه یا وجوهی از طرف بیمه‌گذار، در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارد بر او را جبران کند و یا وجه معینی را بپردازد.

ج) بیمه ابزاری برای تبدیل هزینه‌های غیرقابل پیش‌بینی به هزینه‌های قابل پیش‌بینی است.

د) بیمه عملیاتی است که به موجب آن بیمه‌گذار با پرداخت حق بیمه ریسک‌های تهدیدکننده جان و مال خود را به بیمه‌گر انتقال می‌دهد.

۲. کدام یک از بیمه‌های زیر جزء بیمه‌های اموال محسوب نمی‌شود؟

الف) بیمه آتش‌سوزی

ب) بیمه حمل و نقل کالا

ج) بیمه عمر

د) بیمه بدنه اتومبیل

۳. بیمه‌های مهندسی از نظر موضوع جزء کدام یک از بیمه‌نامه‌های زیر است؟

الف) بیمه‌های اموال

ب) بیمه‌های مسئولیت

ج) بیمه‌های اشخاص

د) بیمه‌های حمل و نقل

۴. کدام یک از موارد زیر جزء پوشش‌های بیمه اجتماعی در ایران نیست؟

الف) بیکاری

ب) بازنشستگی

ج) بارداری

د) بیمه درمان تکمیلی

۵. اولین شرکت بیمه ایرانی چه نام داشت و در چه سالی تأسیس گردید؟

الف) شرکت سهامی بیمه ایران سال ۱۳۱۴

ب) شرکت سهامی بیمه ایران سال ۱۲۸۹

ج) شرکت بیمه آریا سال ۱۳۳۱

د) شرکت بیمه ملی سال ۱۳۳۵

۶. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء وظایف شورای عالی بیمه نیست؟

- الف) تصویب نمونه ترازنامه و سود و زیان شرکت‌های بیمه
ب) تعیین میزان کارمزد و حق بیمه‌های مربوط به رشته‌های مختلف بیمه مستقیم
ج) تحکیم و توسعه همکاری بین مؤسسات بیمه و کمک به حفظ سلامت بازار بیمه
د) تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی و نظارت بر امور بیمه اتکایی

۷. عرضه بیمه در کشور توسط چه کسانی امکان‌پذیر است؟

- الف) شرکت‌های بیمه
ب) نمایندگان بیمه
ج) دلالان رسمی بیمه
د) هر سه گزینه صحیح است.
۸. محاسب فنی رسمی بیمه مجوز فعالیت خود را از کجا دریافت می‌کند؟
الف) بیمه مرکزی ج.ا.
ب) انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه

- ج) شرکت‌های بیمه
د) سندیکای بیمه‌گران

۹. براساس کدام ویژگی قانونی قراردادهای بیمه اموال بدون رضایت بیمه‌گر قابل واگذاری به فرد دیگر نیست؟

- الف) مشروط بودن
ب) شخصی بودن
ج) رضایت
د) تصادفی بودن

۱۰. براساس کدام ویژگی قانونی قرارداد بیمه آتش‌سوزی، بیمه‌گذار موظف است که وقوع خسارت را سریعاً به بیمه‌گر اعلام نماید؟

- الف) مشروط بودن
ب) شخصی بودن
ج) رضایت
د) تصادفی بودن

۱۱. براساس کدام ویژگی قانونی قراردادهای بیمه، بعد از پرداخت شدن اولین حق بیمه و فعال شدن قرارداد بیمه، بیمه‌گذار از نظر قانونی مجبور به پرداخت حق بیمه‌ها یا اجابت نمودن بندهای قرارداد بیمه نیست؟

- الف) مشروط بودن
ب) شخصی بودن
ج) رضایت
د) یک جانبه بودن

۱۲. براساس کدام ویژگی قانونی قراردادهای بیمه، بیمه‌گر مسئول پرداخت هزینه‌های دفاع از قرارداد بیمه در دادگاه است؟

- الف) مشروط بودن
ب) شخصی بودن
ج) اذعان
د) تصادفی بودن

۱۳. براساس کدام ویژگی قانونی قراردادهای بیمه، هرگونه ابهام یا عدم اطمینان در قرارداد بیمه علیه بیمه‌گر تفسیر می‌شود؟

- الف) مشروط بودن
ب) شخصی بودن
ج) اذعان
د) یک جانبه بودن

۱۴. در کدام بخش از ساختار بیمه‌نامه‌ها، اطلاعات مربوط به محل دارایی بیمه‌شده و نام بیمه‌گذار ثبت می‌شود؟

- الف) اظهارات
ب) توافقات بیمه‌ای
ج) استثنائات
د) شرایط

۱۵. از دیدگاه حقوقی کدام یک از اصول اساسی بیمه منتج به اعلام به موقع خسارت توسط بیمه‌گذار می‌شود؟

- الف) اصل حسن نیت و اعتماد متقابل
ب) اصل نفع بیمه‌ای
ج) اصل غرامت
د) اصل جانشینی

۱۶. از دیدگاه حقوقی کدام یک از اصول اساسی بیمه منتج به مصونیت بیمه‌گر از نتایج اعمال عمدی بیمه‌گذار می‌شود؟

- الف) اصل حسن نیت و اعتماد متقابل
ب) اصل نفع بیمه‌ای
ج) اصل غرامت
د) اصل جانشینی

۱۷. از دیدگاه حقوقی براساس کدام یک از اصول اساسی بیمه، مستأجر می‌تواند نسبت به انعقاد قرارداد بیمه عین مستأجره اقدام کند؟

- الف) اصل حسن نیت و اعتماد متقابل
ب) اصل نفع بیمه‌ای
ج) اصل تعدد بیمه‌ای
د) اصل مشارکت

۱۸. در قرارداد بیمه اموال، اگر در زمان خسارت نفع بیمه‌پذیر وجود نداشته باشد ولی پرداخت

خسارت انجام شود، از دیدگاه حقوقی کدام یک از اصول اساسی بیمه نقض شده است؟

الف) اصل حسن نیت و اعتماد متقابل (ب) اصل نفع بیمه‌ای

ج) اصل غرامت (د) اصل جانشینی

۱۹. در کدام یک از بیمه‌نامه‌های زیر الزام نفع بیمه‌پذیر فقط در آغاز دوره بیمه‌نامه وجود دارد؟

الف) بیمه عمر (ب) بیمه اموال

ج) بیمه درمان (د) بیمه شخص ثالث

۲۰. از دیدگاه حقوقی براساس کدام یک از اصول اساسی بیمه، عدم ارائه اطلاعات و یا

کتمان حقایق توسط بیمه‌گذار برحسب اینکه سهوی یا عمدی باشد، موجب فسخ قرارداد

بیمه می‌شود؟

الف) اصل نفع بیمه‌ای (ب) اصل حسن نیت و اعتماد متقابل

ج) اصل تعدد بیمه‌ای (د) اصل مشارکت

۲۱. حسن نیت طرف بیمه‌گر در رعایت کدام یک از موارد زیر نمایان می‌شود؟

الف) رسیدگی و پرداخت خسارت در اسرع وقت

ب) حفظ اسرار بیمه‌گذاران

ج) مشخص نمودن موارد استثناء از شمول تعهدات بیمه‌نامه

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۲. رعایت اصل حسن نیت بیمه‌گذار شامل کدام مرحله از قراردادهای بیمه‌ای نیست؟

الف) مرحله قبل از صدور بیمه‌نامه (ب) هنگام وقوع خسارت

ج) در مدت اعتبار بیمه‌نامه (د) بعد از انقضای مدت اعتبار بیمه‌نامه

۲۳. از دیدگاه حقوقی براساس کدام یک از اصول اساسی بیمه، بیمه‌گذار تغییر شرایط خطر

را رسماً به بیمه‌گر اعلام می‌کند؟

الف) اصل نفع بیمه‌ای (ب) اصل تعدد بیمه‌ای

ج) اصل حسن نیت و اعتماد متقابل (د) اصل مشارکت

۲۴. از دیدگاه حقوقی براساس کدامیک از اصول اساسی بیمه، بیمه‌گر ملزم به پرداخت

خسارت حریق ناشی از زلزله در بیمه آتش‌سوزی نیست؟

الف) اصل حسن‌نیت و اعتماد متقابل (ب) اصل سبب بلافصل خسارت

ج) اصل مشارکت (د) اصل نفع بیمه‌ای

۲۵. تحت چه شرایطی برای یک موضوع بیمه تعدد بیمه‌نامه مجاز است؟

الف) مجموع سرمایه‌های بیمه بیمه‌نامه‌های متعدد از ارزش موضوع بیمه کمتر نباشد.

ب) مجموع سرمایه‌های بیمه بیمه‌نامه‌های متعدد از ارزش موضوع بیمه بیشتر نباشد.

ج) طبق اصل تعدد بیمه‌ای، تعدد بیمه‌نامه تحت هیچ شرایطی مجاز نیست.

د) طبق اصل تعدد بیمه‌ای، تعدد بیمه‌نامه در هر شرایطی مجاز است.

۲۶. کدامیک از اصول اساسی زیر، اصل غرامت بیمه را تقویت می‌کند؟

الف) اصل حسن‌نیت و اعتماد متقابل (ب) اصل سبب بلافصل خسارت

ج) اصل مشارکت (د) اصل نفع بیمه‌ای

۲۷. در صورتی که یک ریسک مشخص تحت پوشش چند بیمه‌نامه باشد، پرداخت خسارت

بابت آن چگونه است؟

الف) طبق اصل مشارکت به نسبت سهم پوشش ریسک مقید در بیمه‌نامه‌ها

ب) طبق اصل تعدد بیمه‌ای ۱۰۰٪ خسارت تحت پوشش فقط از یک بیمه‌نامه دریافت می‌شود.

ج) طبق توافق بین بیمه‌گران مختلف صادرکننده بیمه‌نامه‌ها

د) کلیه خسارات باید توسط بیمه‌گر اول جبران شود و سایر بیمه‌گران هیچ تعهدی ندارند.

۲۸. کدامیک از گزینه‌های زیر در مورد «حق بیمه فنی» صحیح است؟

الف) در محاسبه آن هزینه‌های ارزیابی ریسک لحاظ می‌شود.

ب) مبتنی بر اصول فنی محاسبه می‌شود و تأمین‌کننده ریسک است.

ج) حق بیمه فنی با شدت احتمال خطر رابطه معکوس دارد.

د) در محاسبه آن هزینه‌های آموزش و تحقیقات لحاظ می‌شود.

۲۹. میانگین خسارت ناشی از تحقق هر خطر چگونه به دست می‌آید؟

الف) از نسبت جمع خسارت قابل تحقق بر تعداد خسارت قابل تحقق

ب) از جمع سود فنی مورد انتظار و هزینه‌های عملیاتی بیمه و حق بیمه ریسک

ج) از ضرب سرمایه بیمه‌شده در شدت احتمال هر خطر

د) از ضرب کل ارزش مورد بیمه در میزان خسارت تقسیم بر ارزش تحت پوشش بیمه‌نامه

۳۰. دقت محاسبه ذخیره حق بیمه، با کاهش فواصل دوره محاسبه چگونه تغییر می‌کند؟

الف) بیشتر می‌شود. ب) کمتر می‌شود.

ج) تغییر نمی‌کند. د) نمی‌توان قضاوت کرد.

۳۱. ذخیره ریسک‌های منقضی‌نشده مطابق مصوبه شورای عالی بیمه در چه رشته فعالیت‌های بیمه‌ای نگهداری می‌شود؟

الف) در رشته‌هایی که ضریب خسارت بیش از ۸۵٪ است.

ب) در رشته‌هایی که ضریب خسارت کمتر از ۷۵٪ است.

ج) صرف‌نظر از سطح ضریب خسارت برای همه رشته‌ها

د) فقط برای بیمه شخص ثالث

۳۲. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد ذخیره برگشت حق بیمه صحیح است؟

الف) طبق مصوبات شورای عالی بیمه، ۵۰٪ میانگین حق بیمه برگشتی سه سال گذشته ضرب در حق بیمه سهم نگهداری سال جاری تقسیم بر کل حق بیمه سه سال قبل است.

ب) طبق مصوبات شورای عالی بیمه، ۳۳٪ میانگین حق بیمه برگشتی سه سال گذشته ضرب در حق بیمه سهم نگهداری سال جاری تقسیم بر کل حق بیمه سه سال قبل است.

ج) این ذخیره بیمه تنها برای بیمه‌نامه‌های که در دوره مالی بعد فسخ و ابطال شود، در نظر گرفته می‌شود.

د) گزینه الف و ج صحیح است.

۳۳. طبق ماده ۳ آیین‌نامه ۵۸ بیمه مرکزی ج.ا.ا، ذخیره ریاضی برای کدام یک از

بیمه‌نامه‌های زیر نگهداری می‌شود؟

الف) بیمه شخص ثالث ب) بیمه‌های زندگی

ج) بیمه حمل‌ونقل د) بیمه مهندسی

۳۴. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد قاعده نسبی «Average Condition» صحیح است؟

الف) این قاعده اغلب در بیمه‌نامه‌های اشخاص اعمال می‌شود.

ب) طبق این قاعده، در صورتی که بیمه‌گذار مال خود را کمتر از ارزش واقعی اش بیمه کند، خود مسئول آن مقدار از اموالش است که آن را بیمه نکرده است.

ج) طبق این قاعده، بیمه‌گر مسئول آن مقدار از مال بیمه‌گذار است که کمتر از ارزش واقعی اش بیمه شده است.

د) هیچ کدام

۳۵. فرض کنید ملک تجاری به ارزش ۱۰ میلیون تومان بیمه آتش‌سوزی شده است و قاعده نسبی متناسب در این بیمه‌نامه اعمال شده است. این ملک در اثر آتش‌سوزی آسیب می‌بیند و ارزیاب خسارت اعلام می‌دارد که خسارت وارده ۹ میلیون تومان است و ارزش کل ملک قبل از حادثه ۱۵ میلیون تومان بوده است؛ در این شرایط بیمه‌گر چه مبلغی را بابت خسارت پرداخت می‌کند؟

الف) ۶ میلیون تومان

ب) ۹ میلیون تومان

ج) ۱۰ میلیون تومان

د) ۱۵ میلیون تومان

۳۶. قلمرو اجرای اصل جانشینی شامل چه بیمه‌هایی است؟

الف) بیمه اشخاص

ب) بیمه اموال

ج) بیمه عمر

د) بیمه درمان

۳۷. قلمرو اجرای اصل جبران خسارت شامل چه بیمه‌هایی است؟

الف) بیمه اشخاص

ب) بیمه اموال

ج) بیمه عمر

د) هیچ‌کدام

فصل دوم: اصول مدیریت ریسک

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل خوانندگان باید بتوانند:

تعریفی از ریسک و مدیریت ریسک بیان کنند.

دسته‌بندی ریسک‌ها را نام برده و انواع ریسک را به‌طور مختصر توضیح دهند.

روش‌های رویارویی با ریسک را نام برده و هر یک از آنها را به‌طور مختصر شرح دهند.

مراحل فرآیند مدیریت ریسک را نام ببرند.

خودبیمه‌گری را توضیح دهند و معایب آن را ذکر کنند.

شرکت‌های بیمه وابسته (کپتیو) را تعریف کرده و انواع آن را نام ببرند.

بخش اول:

تاریخچه مدیریت ریسک^۱

با گذشت زمان و افزایش جمعیت، نیازهای جوامع بشری نیز گسترش یافت؛ در نتیجه شیوه‌های بهره‌برداری از منابع، سبک زندگی و معیشت و اقتصاد و همچنین کارکردهای اقتصادی و اجتماعی در جوامع نیز دستخوش تغییر شد. به تدریج، مبادلات اقتصادی و اجتماعی افزایش یافت و در نتیجه توسعه و تعامل ملت‌ها و فرهنگ‌ها، تمدن‌های جدید و علوم متفاوت پا به عرصه حیات گذاشتند؛ به طوری که می‌توان گفت سیر ظهور و تکامل علوم با پیدایش و پیشرفت تمدن‌ها پیوند خورده است.

یکی از شاخه‌های علوم انسانی که در گستره ظهور و پیشرفت تمدن‌های بشری نقش مؤثری داشته و به طور متقابل همگام با تحولات اساسی در حوزه‌های اقتصادی و اجتماعی دچار تغییرات اساسی شده و در چالش با مشکلات باعث توسعه و تکامل علوم شده است، تئوری مدیریت است. اگر مدیریت را به مفهوم عام آن و تلاشی آگاهانه برای حل مسائل بشری بدانیم، این دانش با آغاز حیات انسان بر کره خاکی متولد شده است و با تلاش برای رویارویی با مسائل و مشکلات زندگی و همگام با آن رشد و تکوین یافته و همواره به عنوان کلید حل بسیاری از مسائل عمده و نگرانی‌های اساسی جامعه شناخته شده است. با این تعبیر، ریسک و مدیریت ریسک نیز سابقه‌ای به قدمت حیات بشری دارد؛ زیرا بدون تردید، بشر با قدم گذاشتن به محیط ناشناخته‌ها قبل از هر چیز نگران تأمین نیازهای اساسی خود بوده و با تلاش برای رفع آنها، شیوه‌های مختلف حل مشکلات را آزموده و به کمک علم مدیریت به طور نسبی بر نگرانی‌های خود فائق آمده است. گواه این ادعا، واقعیت زندگی و تداوم حیات بشری است.

با نگاهی به تاریخ، به روشنی می‌توان دریافت که جوامع مختلف همواره با شکل‌های گوناگونی از بیم و نگرانی روبه‌رو بوده‌اند که امروزه از آن به «ریسک» تعبیر می‌شود. به علاوه، آنها برای غلبه بر آن عدم اطمینان‌ها و بیم و نگرانی‌ها، شیوه‌های متفاوتی را به کار برده‌اند که امروزه به آنها «مدیریت ریسک» گفته می‌شود.

یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های جامعه از دیرباز تاکنون مسئله تأمین امنیت بوده که به‌طور عمده در امنیت جانی و مالی خلاصه شده است. جوامع و تمدن‌های مختلف برای حل این مسئله به شکل‌های مشخصی اقدام کرده‌اند که صرف‌نظر از نام و عنوان و روش اجرایی مورد استفاده، عمدتاً کارکرد یکسانی داشته و به تعبیر امروزی نزدیک‌ترین مفهوم به آن واژه «بیمه» است. باید اذعان کرد که فلسفه وجودی و تاریخچه پیدایش بیمه با مدیریت ریسک پیوند خورده و به جرأت می‌توان گفت که بیمه شناخته‌شده‌ترین و رایج‌ترین ابزار اداره ریسک در جوامع قبل از میلاد مسیح تا قرن‌های اخیر بوده است. از آن پس هم باوجود پیدایش ابزارهای پولی و مالی جدید در بسیاری از کشورها، بیمه به‌عنوان مهم‌ترین ابزار اداره ریسک‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. بنابراین، برای شناخت سیر تاریخی پیدایش و تحول مدیریت ریسک، ناچار از مطالعه تاریخ صنعت بیمه هستیم که درحقیقت تا حدود زیادی از سرنوشت آن قابل تفکیک نیست.

شاید بتوان گفت چینی‌ها در سه هزار سال قبل از میلاد مسیح اولین قومی بودند که در مبادلات کالاهای بازرگانی خود که از طریق دریا انجام می‌گرفت، خطرات ناشی از عملیات حمل‌ونقل دریایی را شناسایی کرده و برای مقابله با آنها و تأمین امنیت کالاهای خود، اصل تقسیم خطر را برای حوادث باربری دریایی به‌کار بردند.

در زمان سلطنت حمورابی در دو هزارسال قبل از میلاد مسیح نیز برای حمایت از کاروان‌های تجاری و مقابله با خطر سرقت و دستبرد راهزنان، قوانینی وضع شد که خسارت‌های وارده به آنها از طریق اهالی شهر کلدیه جبران می‌شد. صندوق‌های تعاونی که در مصر باستان برای پرداخت هزینه‌های کفن و دفن وجود داشت نیز نمونه‌ای از نحوه برخورد با ریسک اشخاص بود. بین سال‌های ۹۰۶ تا ۷۰۰ قبل از میلاد مسیح در امپراتوری روم در جزیره رودس، قانون جبران زیان همگانی وجود داشت. طی قرن‌های ۵، ۶ و ۷ قبل از میلاد مسیح که مدیترانه مرکز تجارت اروپا بود، تجار یونانی و سامی نوعی از بیمه باربری را مرسوم کردند که وام دریایی نامیده می‌شد و درواقع، نوعی مشارکت در پذیرش ریسک بود. این نظام، در سده اول میلادی در بیشتر کشورها و به‌خصوص در میان رومیان گسترش و رونق داشت، اما با سقوط امپراتوری روم دچار رکود شد. با پیشرفت مذهب در قرون وسطی و مبارزه روحانیان با رباخواری، به دستور پاپ همه معاملات رباخواری و از جمله وام دریایی نیز تعطیل شدند.

در قرن سیزدهم، با آغاز دوران جنگ‌های صلیبی که منجر به فراوانی ثروت و رونق تجارت شد، وام‌های دریایی دوباره رونق گرفتند. سرانجام، در اوایل سده ۱۴ میلادی در ایتالیا، بیمه باربری مرسوم و در سال ۱۳۶۹ میلادی اولین مقررات قانونی درباره بیمه توسط رییس‌جمهور جنوا وضع و به مورد اجرا گذاشته شد. البته بعضی معتقدند اولین قانون بیمه را پادشاه پرتغال، دنیز در سال ۱۲۸۹ میلادی وضع کرده است. به هر حال، گرچه ممکن است برخی از افراد یا بنگاه‌ها به‌طور انفرادی و به‌صورت آگاهانه یا ناآگاهانه نسبت به نگهداری ریسک و تأمین مالی خسارت از محل درآمد یا پس‌اندازهای شخصی اقدام کرده باشند، ولی هیچ‌کدام از موارد یادشده به‌صورت انسجام یافته و قانون‌مند نبود و به‌عنوان یک روش شناخته‌شده مطرح یا متداول نشد و تنها روش و ابزار مورد استفاده و متداول مدیریت ریسک تا پایان قرن ۱۶ میلادی بیمه بود. پس از اروپا، در سال ۱۷۹۲ در امریکا، اولین شرکت بیمه‌ای برای صدور بیمه‌نامه باربری دریایی و آتش‌سوزی در فیلادلفیا تأسیس شد.

پس از ریسک حمل‌ونقل دریایی که با بیمه باربری دریایی اداره می‌شد، ریسک آتش‌سوزی نیز از مجموعه ریسک‌های اموال بود که از قرن هفتم میلادی به‌طور قانونی توسط دولت‌ها به‌عنوان یک ریسک عمده شناسایی و با اهمیت تلقی شد. به این ترتیب ابتدا در کشور بلژیک امروزی، تشکیلاتی به‌وجود آمد که خسارت آتش‌سوزی و خسارت وارده به دام‌ها را بیمه می‌کرد. در ایسلند نیز به موجب قوانینی، اتحادیه‌های تعاونی ملزم به جبران خسارت‌های ناشی از آتش‌سوزی شدند. در اروپا طی قرن دهم تا سیزدهم، اتحادیه‌های اصناف برای جبران خسارت ناشی از حوادث مختلف تأسیس شدند. اما اولین گام در مدیریت ریسک آتش‌سوزی به شیوه امروزی و به کمک بیمه با تأسیس صندوق آتش‌سوزی هامبورگ در سال ۱۵۹۱ برداشته شد. بعدها دامنه فعالیت این صندوق گسترده‌تر شد و در نهایت در قرن ۱۷ به دنبال آتش‌سوزی بزرگ لندن در سال ۱۶۶۲ شرکت‌های رسمی بیمه آتش‌سوزی در انگلستان به‌وجود آمدند.

یکی دیگر از ریسک‌های شناخته‌شده توسط دولت‌ها که در اواخر قرن ۱۹ میلادی مورد توجه خاص قرار گرفت، خسارت‌های ناشی از حوادث بود که طبق مدارک موجود قبل از سال ۱۳۵۰ میلادی در منطقه فلاندر اسپانیا با بیمه احشام رواج پیدا کرد. در سال ۱۶۶۳ میلادی، دولت هلند سربازان خود را در مقابل خطرات جنگ بیمه کرد. سپس، این نوع بیمه در انگلستان بین سال‌های ۱۸۴۵ تا ۱۸۵۰ با بیمه حوادث ناشی از راه‌آهن شروع شد و با انقلاب صنعتی و شناسایی ریسک‌های جدید مانند حوادث ناشی از انفجار، شکست شیشه‌های بزرگ و بیمه حوادث اتومبیل توسعه یافت.

ریسک‌های مربوط به اشخاص به‌طور عام و ریسک‌های عمر و پس‌انداز به‌طور خاص از دیگر مواردی هستند که از دیرباز مورد توجه جوامع و دولت‌ها قرار گرفته بودند که برای رویارویی با آنها روش‌های مختلفی به‌کار گرفته می‌شد. در یکی از نوشته‌های باستان متعلق به ۴۵۰۰ سال قبل آمده است که میان کارگران مومی‌اگر مصری این مسئله رایج بوده که هنگام فوت یکی از اعضا، دیگران موظف به حمایت از ورثه او بودند. در یونان قدیم و روم نیز مراقبان معابد اعانه‌هایی از مردم دریافت می‌کردند تا پس از مرگ برای افراد مراسم تدفین شایسته‌ای برگزار کنند و به‌نوعی نگرانی آنها را برای حفظ اعتبار گذشته‌شان نزد مردم برطرف کنند. اما برخورد ساختاریافته با این ریسک به شکل کنونی‌اش که از آن به‌عنوان بیمه عمر یاد می‌شود به سده ۱۴ میلادی برمی‌گردد که در بلژیک شرکتی برای این منظور تأسیس شد. در ایتالیا نیز در سده ۱۶ نوعی بیمه سرمایه متداول شد. ولی انگلستان به‌عنوان مهد پیدایش و توسعه بیمه عمر گروهی در جهان به‌شمار می‌آید.

اولین شرکت تجاری بیمه‌ای در آمریکای شمالی در سده ۱۹ پدید آمد و در سایر کشورها نیز رواج یافت، به‌گونه‌ای که در اوایل سده ۱۹ در سراسر جهان ۳۰ شرکت بیمه عمر تأسیس شده بودند. به تدریج با گسترش دامنه کاربرد علوم مدیریت در جوامع مختلف، پیشرفت‌های شگرفی در این حوزه رخ داد و با ظهور و توسعه علوم و فناوری‌های نوین در عرصه اطلاعات و ارتباطات، تکنیک‌های جدیدی با تأکید بر کارکرد مدیریت ریسک برای رویارویی با ریسک ابداع شد. همچنین تجربیات گذشته در قالب یک وظیفه مشخص و تخصصی مدیریتی در سازمان‌ها مطرح شد و مورد توجه خاص قرار گرفت.

چنانکه گفته شد در عموم سازمان‌ها، بحث ریسک یا عدم اطمینان، واقعیتی مسلم و چالشی جدی است و به‌همین دلیل رعایت ایمنی به‌عنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر برای مدیریت هر سازمانی مطرح است. با گسترش نیازهای جامعه بشری و به‌تبع آن توسعه سازمان‌های اقتصادی و اجتماعی، ماهیت ریسک‌ها نیز دچار تغییرات، تنوع و پیچیدگی بیشتر شد و ملاحظات ایمنی و بهداشتی اهمیت ویژه‌ای یافت. همچنین قوانین متعددی از سوی نهادهای قانونی در جهت الزام سازمان‌های مختلف به رعایت برنامه‌های ایمنی وضع شد. دامنه این الزامات نه تنها کارکنان مؤسسات، بلکه مصرف‌کنندگان و محیط خارج از سازمان را نیز در بر گرفت و بار دیگر مدیریت سازمان‌ها را با این چالش اساسی روبه‌رو کرد که چگونه به کمک منابع محدود اقتصادی و با رعایت جنبه‌های ایمنی، نیازهای جامعه بشری را تأمین کنند. پاسخ به این مسئله اساسی، حوزه جدیدی را به نام اصول مدیریت ریسک در میان تئوری‌های مدیریت گشود که منجر به تحول اساسی در عملکرد مدیریت و بهبود شاخص‌های بهره‌وری سازمان‌ها شد.

بخش دوم:

مسئله ریسک^۱

۱- مقدمه

همه روزه در نقاط مختلف دنیا، حوادث ناگواری مانند سیل، زلزله، طوفان، تگرگ، گردباد و... روی می‌دهد که ممکن است شما هم با برخی از آنها مواجه شوید یا آنها را از طریق تلویزیون و یا از نزدیک ببینید. به‌عنوان مثال، هنگام عبور از خیابان‌های داخل شهر یا جاده‌های بیرون از شهر تکه‌های فلز یا ماشین‌های به شدت آسیب دیده‌ای را مشاهده می‌کنید که ظاهراً بقایای یک تصادف‌اند. حتی وقتی که در خانه هستید، صدای آژیر ماشین‌های آتش‌نشانی یا آمبولانس را می‌شنوید که از خیابان عبور می‌کنند و صدایشان تا مدتی به گوش می‌رسد و شما حدس می‌زنید که حادثه‌ای در نزدیکی شما رخ داده است یا تصاویر مربوط به خسارات ناشی از حوادث و افراد آسیب‌دیده از حوادث را می‌بینید. همه این اتفاقات ناگوار احساسات و عواطف شما را تحریک می‌کنند و با کسانی که حادثه دیده‌اند احساس همدردی می‌کنید، اما در ضمن از اینکه این حادثه برای شما روی نداده خرسند و شکرگزارید. البته اتفاقاتی از این قبیل برای شما نیز ممکن است رخ دهند و شما هرگز نمی‌توانید با اطمینان بگویید که کی و چگونه خواهند بود. واقعیاتی که ذکر شد بیانگر شرایطی است که آن را ریسک می‌نامیم.

ریسک در هر حالی وجود دارد. اگرچه درک ما از مفهوم ریسک به اندازه کافی روشن و واضح است ولی معمولاً واژه‌هایی که معانی ساده‌ای در استفاده روزمره دارند زمانی که در یک چارچوب خاص علمی مطرح می‌شوند، معانی ویژه‌ای پیدا می‌کنند. در این بخش به بررسی ریسک به‌عنوان یکی از موضوعات اساسی که بیمه با آن سروکار دارد و به برخی از موضوعات مربوط به آن خواهیم پرداخت.

۲- مفهوم ریسک

اقتصاددانان، آمارگران، محاسبان فنی و نظریه‌پردازان بیمه سالیان متمادی درمورد مفاهیم ریسک و عدم اطمینان^۱ بحث و تبادل نظر کرده‌اند تا بتوانند تعریف جامع و واحدی از آن ارائه

دهند که برای استفاده در رشته‌های مختلف کاربرد داشته باشد، اما هنوز نتوانسته‌اند در مورد چنین تعریفی به توافق برسند. اگرچه همه این متخصصان واژه ریسک را به کار می‌برند ولی ممکن است هر یک معنی کاملاً متفاوتی را مدنظر داشته باشند. به هر صورت، واژه ریسک در بیمه به معنی یک خطر بیمه‌شده (مثل آتش سوزی که در آن بیشتر اموال در معرض خطر قرار دارند) یا مورد بیمه یعنی شخص یا اموال محافظت‌شده توسط بیمه است. در این فصل، واژه ریسک را به معنی وضعیتی که در آن احتمال خسارت دیدن وجود دارد، به کار می‌بریم. ریسک وضعیتی از دنیای واقعی است که در آن احتمال وقوع خطر ناگواری وجود دارد. به بیان دقیق‌تر، ریسک موقعیتی است که در آن امکان انحراف منفی از نتیجه دلخواه موردانتظاری وجود دارد که به رخ دادن آن امیدواریم. طبق این تعریف، ریسک وضعیتی در دنیای واقعی است، یعنی ترکیبی از رویدادها در محیط پیرامون که در آن احتمال خسارت دیدن نیز ممکن است. وقتی می‌گوییم اتفاقی امکان‌پذیر است، منظورمان این است که احتمال رخداد آن بین صفر و یک است، یعنی نه قطعی است و نه غیرممکن. این نکته را باید در نظر داشت که نیازی نیست این احتمال حتماً قابل اندازه‌گیری باشد، بلکه کافی است که احتمال رخ دادن آن وجود داشته باشد. حتی اگر قادر به محاسبه مقدار ریسک نباشیم می‌دانیم که احتمال نتیجه مخالف آن باید بین صفر و یک باشد. اگر مالک خانه‌ای هستید امیدوارید که هرگز آتش نگیرد، اگر اتومبیلی دارید، امیدوارید که با آن تصادف نکنید یا دزدیده نشود. از این رو، ریسک، احتمال وقوع آتش سوزی، دزدیده شدن یا تصادف است. این واقعیت که نتیجه هر رویدادی ممکن است چیزی باشد غیر از آنچه که شما انتظار آن را دارید، احتمال خسارت یا ریسک نامیده می‌شود. در مورد بیمه‌گر نیز ریسک زمانی وجود دارد که خسارات از آنچه موردانتظار شرکت بیمه است انحراف منفی داشته باشد. به عبارت دیگر، خسارت رخ داده بیشتر از میانگین خسارت موردانتظار شرکت باشد.

یکی از بهترین شاخص‌ها برای نشان دادن ریسک، واریانس است که توسط هری مارکوویتز^۲ حدود چهار دهه قبل پیشنهاد شد. واریانس از طریق رابطه زیر محاسبه می‌شود:

$$var(R_i) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (R_i - \bar{R})^2$$

1. Uncertainty
2. Harry Markowitz

که در آن n تعداد مشاهدات جامعه، \bar{R} میانگین جامعه و R_i مقدار به‌دست‌آمده از مشاهده نام است. او در مقاله‌اش علاوه بر معرفی واریانس در مورد نقاط ضعف این شاخص نیز توضیح داده است که از بین آنها می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در رابطه واریانس، هم انحرافات مثبت و هم انحرافات منفی از میانگین محاسبه می‌شود، درحالی‌که طبق تعریف، ریسک فقط انحراف منفی از میانگین یعنی آنچه را که موردانتظار است در نظر می‌گیرد.

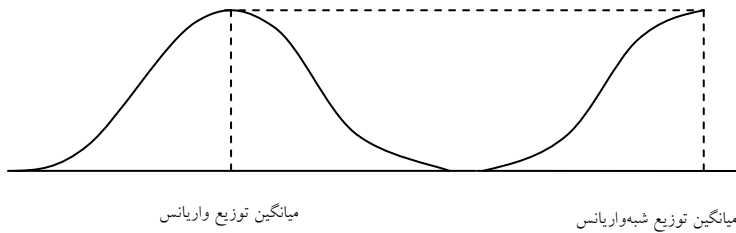
به دلیل وجود این نقاط ضعف، شاخص دیگری برای اندازه‌گیری ریسک به‌عنوان شبه‌واریانس^۱ ارائه شد. این شاخص از نظر تئوریک نقص‌های واریانس را ندارد و انحرافات مثبت از میانگین را از محاسبه خارج می‌کند:

$$Sv = \frac{1}{n'} \sum_{i=1}^n (R'_i - \bar{R})^2 \sqrt{a^2 + b^2}$$

که در این رابطه R'_i ، نامین مشاهده ای است که دارای انحراف منفی از میانگین است و n' تعداد مشاهداتی است که دارای انحراف منفی اند. اگرچه شبه‌واریانس به لحاظ نظری، ریسک را به‌خوبی تعریف می‌کند، اما عملاً ضعف‌های چشمگیری دارد و در نتیجه برای محاسبه ریسک توصیه نمی‌شود. دو ضعف عمده شبه واریانس عبارت‌اند از:

۱. از نظر آماری به دلیل اینکه در شبه واریانس، مقادیر مختلفی از انحرافات مثبت - که برخی از آنها بسیار کوچک و قابل صرف‌نظر کردن هستند - در صورت کسر در نظر گرفته نمی‌شود، ولی به ازای هر یک از این انحرافات مثبت یک واحد (یک مشاهده) از مخرج کسر کم می‌شود و در نهایت شاخص غیرواقعی و نادقیقی به‌دست می‌آید که با محاسبه آن نمی‌توان ریسک‌های مختلف را با هم مقایسه کرد و اندازه‌دستی از میزان ریسک به‌دست آورد.

۲. در مورد مجموعه‌های مختلف داده‌ها می‌توان گفت که در بسیاری از آنها، مشاهدات به‌صورت متقارن توزیع شده‌اند، درحالی‌که اگر انحرافات مثبت در شبه واریانس حذف شوند، توزیع مشاهدات نامتقارن شده و همان‌طور که در شکل دیده می‌شود، توزیع شبه‌واریانس فقط شامل محدوده نیمه چپ (نیم - زنگوله‌ای قبل از میانگین) توزیع واریانس می‌شود و هیچ منطق قابل توجیهی برای آن وجود ندارد. این امر نیز بر نامناسب بودن شبه‌واریانس به‌عنوان شاخصی برای نشان‌دادن میزان ریسک صحنه می‌گذارد.



شکل ۱-۲. مقایسه توزیع واریانس و شبه‌واریانس

۳- عدم اطمینان و ارتباط آن با ریسک

از آنجاکه واژه عدم اطمینان اغلب در ارتباط با واژه ریسک (و حتی گاه به اشتباه به جای آن) به کار می‌رود، توضیح ارتباط بین این دو ضروری به نظر می‌رسد. عدم اطمینان به حالتی ذهنی درون خود انسان اشاره می‌کند که با شک و تردید توصیف می‌شود و مبنای آن کمبود اطلاعات در مورد اتفاقی است که در آینده ممکن است رخ دهد. اما همان‌طور که در قسمت قبل تعریف شد، ریسک خطرات احتمالی دنیای خارج است که ما هیچ کنترلی بر آنها نداریم و با عدم اطمینان متفاوت است. نمونه‌های بسیاری وجود دارند که در آنها عدم اطمینان وجود ندارد، اما همچنان ریسک موجود است. مثلاً دانش‌آموزی با اطلاع از وضعیت درسی و میزان تلاش و استعداد خود مطمئن است که در درس ریاضی نمره بسیار خوبی خواهد گرفت. با وجود اطمینانی که او از قبولی خود با نمره عالی دارد، همچنان احتمال وقوع اتفاقاتی نظیر دیر رسیدن به امتحان یا بیمار شدن در آن روز وجود دارد که ممکن است مانع از قبولی او در این درس شود. در این شرایط، علی‌رغم داشتن اطمینان ذهنی، ریسک وجود دارد. زیرا ریسک مربوط به حوادث دنیای بیرونی و محیط اطراف ماست که از کنترل و اراده ما خارج است.

البته اطلاع از وجود ریسک برای برخی از افراد عدم اطمینان ایجاد می‌کند، زیرا شرایط عدم اطمینان در اثر اطلاعات و رفتارهای یک شخص تغییر می‌کند. به عبارت دیگر، از افراد مختلف تحت شرایط یکسان رفتارهای متفاوتی سر می‌زند. مثلاً ممکن است شخصی در مورد امنیت خود عدم اطمینان داشته باشد و تصور کند که برای او اتفاق ناخوشایندی خواهد افتاد، در صورتی که واقعاً احتمال وقوع خسارتی وجود ندارد. در ضمن باید به این نکته نیز اشاره کرد که شناسایی یک ریسک، وجود و ماهیت آن را تغییر نمی‌دهد. به این دلیل تا وقتی امکان وقوع خسارت وجود دارد، ریسک هم موجود است، حال چه شخص در معرض خسارت از وجود ریسک آگاه باشد چه نباشد.

۴- درجه ریسک

گاهی شرایطی پیش می‌آید که در آنها ریسک بیشتر از زمان‌های دیگر است. از آنجاکه باید معنی واژه ریسک هنگام استفاده از آن کاملاً روشن باشد، لازم است در مورد روش‌های اندازه‌گیری میزان ریسک توافق کرد. درجه ریسک به احتمال رخ دادن آن مربوط است؛ یعنی، آن اتفاقاتی که احتمال وقوع خسارت در آنها بیشتر است، با عنوان «ریسکی‌تر» خوانده می‌شوند. این تعریف ساده از درجه ریسک با تعریف ما از ریسک نیز سازگار است. وقتی ریسک به معنای میزان انحراف منفی از انتظارات تعریف می‌شود، درجه ریسک نیز احتمال وقوع این انحرافات منفی خواهد بود. به عنوان مثال، طبق جدول‌های مرگ، احتمال مرگ در سن ۵۲ سالگی تقریباً ۱ درصد و در سن ۷۹ سالگی تقریباً به ۱۰ درصد است، اما در سن ۹۷ سالگی این احتمال تقریباً به ۵۰ درصد افزایش می‌یابد. باتوجه به مقدار انحراف منفی از نتیجه موردانتظار، ریسک مرگ در سن ۷۹ سالگی بیشتر از سن ۵۲ سالگی و کمتر از ۹۷ سالگی است. از آنجاکه احتمال خسارت کمتر از یک است، هرچه احتمال وقوع حادثه‌ای بیشتر باشد، انحراف از نتیجه یا برآورد موردانتظار بیشتر خواهد بود؛ بنابراین ریسک بیشتری نیز در مورد آن وجود دارد. شرکت‌های بیمه نیز، براساس پیش‌بینی نرخ خسارت حق‌بیمه را تعیین می‌کنند، زیرا ریسک شرکت بیمه از طریق پیش‌بینی غیرقطعی محاسبه می‌شود.

فرض کنید بر مبنای تجربیات گذشته یک شرکت بیمه (داده‌هایی که از سال‌های قبل جمع‌آوری شده‌اند)، بیمه‌گری برآورد می‌کند که از هر ۱۰۰۰ خانه ۱ خانه دچار حریق خواهد شد. اگر این شرکت ۱۰۰ هزار خانه را بیمه کند، طبق پیش‌بینی انجام‌شده، احتمالاً ۱۰۰ خانه از این ۱۰۰ هزار خانه بیمه‌شده گرفتار آتش‌سوزی خواهند شد، اما احتمال اینکه دقیقاً ۱۰۰ خانه آتش بگیرد، بسیار ضعیف است. تجربیات واقعی بدون شک از آنچه موردانتظار است یا پیش‌بینی می‌شود، انحراف خواهند داشت؛ بنابراین به همان میزانی که این انحراف برای بیمه‌گر نامطلوب است، شرکت‌های بیمه با ریسک مواجه‌اند.

محدوده پیش‌بینی شرکت‌های بیمه فقط باتوجه به تعداد خانه‌هایی که براساس داده‌های گذشته آتش می‌گیرند، تعیین نمی‌شود، بلکه مقدار مشخصی خطا را نیز به ضرورت دربرمی‌گیرد. بنابراین آن ۱۰۰ خانه به‌علاوه و منهای انحراف ممکن که ۱۰ خانه در نظر گرفته شده است، بازه تعداد خسارات (۹۰-۱۱۰) است. امکان اینکه تعداد خانه‌های آتش‌گرفته

بیش از ۱۰۰ خانه باشد (یعنی بین ۱۰۰ تا ۱۱۰ خانه)، ریسک بیمه‌گر است (۱۰ خانه‌ای که به‌عنوان میزان خطا در نظر گرفته می‌شود، با استفاده از جذر واریانس (انحراف معیار) داده‌های موجود و درصد اطمینانی که برای پیش‌بینی‌ها تعیین شده محاسبه می‌شود).

زمانی که یکی از معیارهای اندازه‌گیری پراکندگی مانند انحراف معیار برای نشان دادن میزان ریسک به‌کار برده می‌شود، ریسک قابل اندازه‌گیری است و می‌توان گفت که در شرایط مشخصی با توجه به مقدار انحراف استاندارد، ریسک بیشتر یا کمتری وجود دارد؛ یعنی هرچه اندازه انحراف معیار بیشتر باشد، ریسک بیشتر و هرچه این مقدار کمتر باشد، ریسک کمتر خواهد بود. معمولاً از واژه‌های «ریسک بیشتر» یا «ریسک کمتر» برای تعیین مقیاسی از میزان خسارت احتمالی استفاده می‌شود. احتمال رخ دادن یک خسارت و شدت بالقوه آن در چگونگی عکس‌العمل فرد نسبت به ریسک مؤثر است. به دلیل اینکه محاسبه اندازه بالقوه خسارت و احتمال آن در تعیین میزان ریسک دشوار است، استفاده از مفهوم مقدار مورد انتظار^۱ می‌تواند در بیان این دو مفهوم از ریسکی معین مفید واقع شود. مقدار مورد انتظار یک خسارت در شرایطی مشخص، احتمال وقوع آن خسارت ضرب در میزان بالقوه آن است:

$$\text{میزان بالقوه خسارت} \times \text{احتمال وقوع خسارت} = \text{مقدار مورد انتظار خسارت}$$

به‌عنوان مثال، اگر مقدار خسارت ۱۰ هزار تومان و احتمال وقوع آن ۱۰ درصد باشد، مقدار مورد انتظار یا به‌عبارت دیگر میانگین خسارت ۱،۰۰۰ تومان می‌شود و اگر مقدار خسارت یک ریسک ۱۰۰ هزار تومان و احتمال آن یک درصد باشد مقدار مورد انتظار خسارت همان ۱،۰۰۰ تومان خواهد بود.

۵- عامل ضرر (خطر)^۲ و مخاطره^۳

واژه‌های عامل خسارت و مخاطره نیز نباید با مفهوم ریسک که قبلاً درباره آن توضیح داده شد، اشتباه گرفته شوند. گرچه استفاده از این واژه‌ها به‌جای یکدیگر و به‌جای واژه ریسک رایج نیست، اما باید میان معانی و کاربرد آنها تفاوت قائل شد.

1. Expected Value

2. Peril

3. Hazard

۵-۱- عامل خسارت (خطر)

عامل خسارت به‌عنوان علت خسارت تعریف می‌شود. اگر خانه شما در آتش بسوزد، عامل خسارت یا علت خسارت، آتش است. اگر اتومبیلی در تصادف با اتومبیل دیگر آسیب ببیند، تصادف، عامل خسارت یعنی علت خسارت است. عوامل خسارت متعددی نظیر آتش، صاعقه، طوفان، تگرگ، گردباد، زمین‌لرزه و دزدی و... وجود دارند که باعث آسیب رسیدن به اموال افراد یا صاحبان مشاغل می‌شوند.

۵-۲- مخاطره

مخاطره وضعیتی است که احتمال تحقق خسارتی را ایجاد کرده یا آن را افزایش می‌دهد. یک حادثه می‌تواند هم عامل خسارت و هم مخاطره باشد. به‌عنوان مثال، بیماری عامل خسارتی است که خسارت اقتصادی ایجاد می‌کند، اما به‌طور هم‌زمان ممکن است مخاطره‌ای باشد که احتمال خسارت را برای عامل خسارت دیگری مثل مرگ نابه‌هنگام افزایش دهد. مخاطره‌ها معمولاً به سه گروه دسته‌بندی می‌شوند:

- مخاطره فیزیکی^۱؛
- مخاطره اخلاقی^۲؛
- مخاطره روحی^۳.

۵-۲-۱- مخاطرات فیزیکی

مخاطرات فیزیکی به همه ویژگی‌های فیزیکی گفته می‌شود که احتمال وقوع خسارت را برای عوامل خسارت مختلف افزایش می‌دهند. نمونه‌های مخاطرات فیزیکی شامل جاده یخ‌زده‌ای است که احتمال تصادف را افزایش می‌دهد یا سیم‌کشی معیوب ساختمانی که خطر آتش‌سوزی را بیشتر می‌کند یا ویژگی مکانی که منجر به افزایش احتمال وقوع حادثه می‌شود، همچون نزدیکی ساختمان به پمپ بنزین که احتمال آتش‌سوزی را افزایش می‌دهد.

۵-۲-۲- مخاطرات اخلاقی

مخاطره اخلاقی افزایش احتمال خسارت در اثر رفتارهای متقلبانانه بیمه‌گذار است. به‌عبارت ساده‌تر، تمایلات نادرست و عدم صداقت فرد، او را وادار می‌کند که برای فریب‌دادن شرکت بیمه

1. Physical Hazard
2. Moral Hazard
3. Morale Hazard

تلاش کند. فرد متقلب ممکن است به امید گرفتن غرامت از شرکت بیمه خسارتی عمدی ایجاد کند. از جمله مخاطرات اخلاقی می‌توان صحنه‌سازی تصادف برای گرفتن غرامت، ارائهٔ یک دعوی کلاهبردارانه به دادگاه، بزرگنمایی خسارت برای گرفتن غرامت بیشتر از شرکت بیمه و آتش‌زدن عمدی کالاهای به فروش نرفتهٔ موجود در انبار که بیمه شده‌اند را نام برد. همان‌طور که در این مثال‌ها ذکر شد، گاهی بیمه‌گذاران برای دریافت غرامتی بیش از آنچه مستحق آن هستند، در میزان خسارت وارده اغراق می‌کنند. فریب‌کاری این افراد مشکل مهمی برای شرکت‌های بیمه است که هزینه‌های بیمه را افزایش می‌دهد، ضمن آنکه کنترل کردن آنها نیز دشوار است.

۵-۲-۳- مخاطرات روحی

مخاطره‌های روحی نباید با مخاطرات اخلاقی اشتباه گرفته شوند. مخاطرات روحی به رفتارهایی گفته می‌شوند که به دلیل اطمینان بیمه‌شدگان از داشتن بیمه، خسارات را افزایش می‌دهند. به عبارت دیگر، مخاطرهٔ روحی، بی‌توجهی یا بی‌تفاوتی بیمه‌گذار نسبت به وقوع خسارت است. برخی از افراد به دلیل اینکه بیمه شده‌اند در مراقبت از اموال خود دقت نمی‌کنند. جا گذاشتن سوئیچ روی اتومبیلی که قفل نشده است، نمونه‌ای از مخاطرهٔ روحی است که احتمال دزدی را افزایش می‌دهد. مخاطرات روحی در رفتار افرادی که بیمه نیستند نیز منعکس می‌شود. به عنوان مثال، برخی از پزشکان به دلیل اینکه هزینه‌های پزشکی توسط بیمه‌گر پوشش داده می‌شوند، مراقبت‌های پزشکی پرهزینه‌تری را برای بیماران خود تجویز می‌کنند. به‌طور خلاصه، مخاطرهٔ روحی، عمل یا رفتاری است که هم فراوانی و هم شدت خسارات را زمانی که توسط بیمه پوشش داده شده‌اند، افزایش می‌دهد. از دیگر مثال‌های این مخاطره می‌توان به مراجعه بیش از حد بیمه‌شدگان به پزشک اشاره کرد که خسارت شرکت‌های بیمه را افزایش می‌دهد.

۶- دسته‌بندی ریسک

ریسک‌ها را می‌توان براساس اهداف مشخص، به شکل‌های متفاوتی دسته‌بندی کرد که مهم‌ترین آنها شامل موارد زیر است:

- ریسک‌های مالی و غیرمالی؛
- ریسک‌های ایستا و پویا؛
- ریسک‌های خالص و سوداگرانه؛
- ریسک‌های عام و خاص.

۱-۶- ریسک‌های مالی^۱ و ریسک‌های غیرمالی

در حالت کلی، واژه ریسک در بردارنده همه حالاتی است که در آن افراد در معرض حوادث ناگواری قرار می‌گیرند. برخی از این ریسک‌ها خسارت مالی ایجاد کرده و برخی دیگر خسارت مالی در پی ندارند. در این کتاب با ریسک‌هایی سروکار داریم که خسارت مالی به‌بارمی‌آورند.

۲-۶- ریسک‌های ایستا^۲ و ریسک‌های پویا^۳

دومین دسته‌بندی مربوط به ریسک‌های ایستا و پویا است. ریسک‌های پویا ریسک‌هایی هستند که از تغییرات و تحولات اقتصادی ناشی می‌شوند. مثلاً تغییر در سطوح قیمت‌ها، ذائقه مصرف‌کننده، سطح درآمد، میزان بازده و رشد فن‌آوری می‌تواند برای اعضای یک اقتصاد، خسارت مالی ایجاد کند. ریسک‌های پویا ممکن است بر افراد بسیاری تأثیر بگذارند و عموماً نسبت به ریسک‌های ایستا کمتر قابل پیش‌بینی‌اند، زیرا با نظم دقیقی اتفاق نمی‌افتند. ریسک‌های ایستا شامل خساراتی می‌شوند که حتی اگر تغییر اقتصادی رخ ندهد، باز هم روی خواهند داد. این خسارت‌ها در اثر عواملی جز تغییرات اقتصادی مثل عوامل ضرر طبیعی یا اشتباهات و خطاهای انسانی به‌وجود می‌آیند. برخلاف ریسک‌های پویا، ریسک‌های ایستا منبع کسب درآمد برای جامعه نیستند و اغلب به‌طور منظم در طول زمان روی می‌دهند، از این‌رو، عموماً قابل پیش‌بینی هستند و به‌دلیل پیش‌بینی‌پذیر بودنشان، نسبت به ریسک‌های پویا برای بیمه‌شدن مناسب‌ترند. تصادف، آتش‌سوزی، طوفان از مثال‌های ریسک‌های ایستا هستند.

۳-۶- ریسک‌های خالص^۴ و ریسک‌های سوداگرانه^۵

ریسک خالص، ریسکی است که در آن فقط دو گزینه خسارت یا فقدان خسارت وجود دارد. یکی از بهترین نمونه‌های ریسک خالص، امکان خسارت دیدن اموال افراد است. مثلاً به محض اینکه شخصی اتومبیلی می‌خرد با این امکان روبرو است که حادثه‌ای روی دهد و در اثر آن ماشین او آسیب فیزیکی ببیند یا کاملاً از بین برود. از نمونه‌های دیگر ریسک خالص می‌توان به مرگ نابه‌هنگام، حوادث ناگواری شغلی، مخارج سرسام‌آور درمانی و غیره اشاره کرد. در مقابل، ریسک سوداگرانه ریسکی است که در آن سه امکان سود بردن، خسارت دیدن و خسارت‌ندیدن وجود دارد. قماربازی، شرط‌بندی روی اسب‌های مسابقه، سرمایه‌گذاری در

-
1. Financial Risks
 2. Static Risks
 3. Dynamic Risks
 4. Pure Risks
 5. Speculative Risks

املاک و مستغلات یا هرگونه سرمایه‌گذاری دیگری که سود قطعی در آن وجود ندارد، نمونه‌هایی از ریسک‌های سوداگرانه اند که در آنها افراد ریسک را دلخواهانه و به امید کسب سود می‌پذیرند. به سه دلیل مهم باید بین این دو ریسک تفاوت قائل شویم: اولاً بیمه‌گران معمولاً فقط ریسک‌های خالص را بیمه می‌کنند. ثانیاً قانون اعداد بزرگ در مورد ریسک‌های خالص بسیار آسان‌تر از ریسک‌های سوداگرانه به‌کار می‌روند و ثالثاً جامعه ممکن است از یک ریسک سوداگرانه سود ببرد، درحالی‌که با رخ دادن ریسک خالص، جامعه حتماً متحمل زیان می‌شود. به‌عنوان مثال، یک شرکت کامپیوتری، فناوری جدیدی را برای تولید رایانه‌های ارزان‌تر به کار می‌برد که با این کار برخی از رقبای شرکت ممکن است در خطر ورشکستگی قرار گیرند و حتی عده‌ای شغل خود را از دست بدهند، اما در کنار این ورشکستگی، کل جامعه به دلیل اینکه رایانه‌ها با هزینه کمتری تولید شده‌اند، سود خواهد برد. غالباً زمانی که خسارت‌هایی مانند سیل و زلزله در اثر یک ریسک خالص روی می‌دهند و منطقه وسیعی را ویران می‌کنند، جامعه منتفع نخواهد شد. در نهایت، باید این نکته را ذکر کرد که همه ریسک‌های خالص نیز بیمه‌پذیر نیستند، از این رو، باید بین ریسک‌های خالص بیمه‌پذیر و بیمه‌ناپذیر تفاوت قائل شد.

۶-۴- ریسک‌های عام^۱ و ریسک‌های خاص^۲

تفاوت ریسک‌های عام و خاص بر مبنای اختلاف در اصل و نتایج حاصل از خسارات است. ریسک‌های عام شامل خساراتی می‌شوند که در اصل و نتیجه، غیرفردی‌اند، یعنی بر کل افراد جامعه یا تعداد زیادی اثر می‌گذارند. اگرچه ممکن است این ریسک‌های گروهی از رخدادهای فیزیکی نیز ناشی شوند، اما در بیشتر موارد در اثر پدیده‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی ایجاد می‌شوند. نمونه ریسک‌های عام یا به سبب عوامل انسانی نظیر تورم سریع، بیکاری دوره‌ای، جنگ و شیوع بیماری‌های مسری روی می‌دهند یا نتیجه ریسک‌های طبیعی همچون طوفان، گردباد، زمین‌لرزه، سیل و آتش‌سوزی جنگل‌ها هستند که هر یک می‌توانند منجر به میلیاردها ریال زیان مادی و مرگ تعداد زیادی از انسان‌ها شوند. در مقابل، ریسک‌های خاص آنهایی هستند که فقط بر اشخاص معدودی اثر گذاشته و آنها را متحمل خسارت می‌کنند و بر کل جامعه تأثیری ندارند. سرقت اتومبیل، دزدی بانک و آتش‌سوزی منزل، نمونه‌هایی از ریسک‌های خاص‌اند.

تمایز بین ریسک عام و ریسک خاص از این نظر اهمیت دارد که در صورت بیمه پذیر بودن یک ریسک عام، بیمه کردن آن به مساعدت و همکاری دولت نیز نیازمند است. عموماً برنامه‌هایی نظیر بیمه‌های اجتماعی و دولتی، تعهدات دولت به مردم و اجرای یارانه‌ها برای بیمه کردن این نوع از ریسک‌ها ضروری‌اند.

۷- انواع ریسک‌های خالص

مهم‌ترین انواع ریسک‌های خالص که ممکن است برای افراد و مشاغل زیان‌های مالی به وجود آورند، شامل ریسک‌های اشخاص^۱، اموال^۲ و مسئولیت^۳‌اند که هر یک در اینجا توضیح داده شده‌اند:

۷-۱- ریسک‌های اشخاص

ریسک‌هایی هستند که مستقیماً بر افراد تأثیر می‌گذارند. به عبارت دیگر، این ریسک‌ها افراد را درگیر مسائلی چون امکان وقوع خسارت کلی، کاهش میزان درآمد، تحمیل شدن مخارج اضافی و هزینه کردن دارایی‌های شخصی می‌کنند. پنج دسته مهم برای ریسک‌های اشخاص وجود دارند:

- ریسک فوت نابهنگام؛
- ریسک ازکارافتادگی؛
- ریسک درآمد ناکافی در دوران بازنشستگی؛
- ریسک فقر سلامت یا بیماری؛
- ریسک بیکاری.

۷-۲- ریسک‌های اموال

هر کسی که دارایی شخصی دارد با ریسک اموال مواجه است، زیرا این دارایی‌ها ممکن است به دلایل متعددی نظیر آتش سوزی، صاعقه، گردباد، طوفان و بسیاری خطرات دیگر آسیب ببینند، از بین بروند یا دزدیده شوند. ریسک اموال دو نوع مختلف از خسارات را دربرمی‌گیرد: خسارات مستقیم^۴ و خسارات غیرمستقیم^۵ یا تبعی^۶.

-
1. Personal Risks
 2. Property Risks
 3. Liability Risks
 4. Direct Losses
 5. Indirect Losses
 6. Consequential Losses

۷-۲-۱- خسارت مستقیم

درک خسارت مستقیم بسیار ساده است. یک خسارت مستقیم بدون واسطه و در نتیجه آسیب فیزیکی، خرابی یا دزدی اموال به وجود می‌آید. مثلاً اگر خانه‌ای در اثر آتش‌سوزی از بین برود، مالک خانه هم ساختمان و هم وسایل داخل آن را از دست داده است که این یک خسارت مستقیم است.

۷-۲-۲- خسارت غیرمستقیم یا تبعی

همان‌طور که از نام این خسارت معلوم است، خسارت غیرمستقیم یا تبعی، خسارتی مالی است که نتیجه غیرمستقیم وقوع یک حادثه است. در این مثال علاوه بر بهای از دست رفتن ساختمان، صاحب‌خانه دیگر جایی برای زندگی کردن ندارد و در همه مدتی که بازسازی ساختمان طول می‌کشد، این امکان وجود دارد که صاحب‌خانه متحمل مخارج اضافی مربوط به اجاره مکان دیگر یا مخارج بازسازی منزل خود شود. این هزینه‌ها همگی جزء خسارت غیرمستقیم و تبعی آتش‌سوزی ساختمان هستند.

۷-۳- ریسک‌های مسئولیت

ریسک‌های مسئولیت نیز نوع دیگری از ریسک‌های خالص هستند که بیشتر افراد با آنها مواجه‌اند. عامل اساسی زیان در ریسک مسئولیت، آسیب غیرعمدی به افراد دیگر یا صدمه زدن به اموال دیگران در اثر غفلت یا بی‌توجهی است؛ اگرچه این مسئولیت ممکن است در نتیجه صدمات یا آسیب‌های عمدی نیز باشد. در یک نظام قانون‌مند، اگر کاری انجام دهید که منجر به خسارت فیزیکی یا آسیب‌رسیدن به اموال فرد دیگری شوید، از نظر قانونی مسئول آن اتفاق خواهید بود و دادگاه می‌تواند شما را ملزم به پرداخت غرامت به فردی کند که خسارت دیده است. ریسک‌های مسئولیت به دلایل متعددی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. اول اینکه هیچ حد نهایی برای مقدار این خسارات وجود ندارد و از شما ممکن است به هر میزانی ادعای خسارت شود. دوم اینکه ممکن است از طرف مراجع قانونی تا زمان پرداخت خسارت به طرف مقابل، حق تصرف در دارایی یا درآمد شما به زیان‌دیده داده شود. مثلاً دادگاهی شما را ملزم به پرداخت خسارت به فردی می‌کند که آسیبی به او رسانده‌اید. اگر شما نتوانید غرامت او را به موقع بپردازید، ممکن است دادگاه حق تصرف اموالتان را تا زمان پرداخت مبلغ تعیین‌شده از سوی شما به او بدهد.

۸- بار ریسک بر دوش جامعه

وجود ریسک منجر به اثرات اقتصادی و اجتماعی نامطلوب و قطعی در جامعه می‌شود. گاهی اوقات خسارت‌ها واقعاً رخ می‌دهند و زیان‌های مالی بر جامعه تحمیل می‌کنند. علاوه‌بر خود خسارت، عدم اطمینان ناشی از روی دادن یا ندادن آن، افراد را محتاط می‌کند که بتوانند خود را برای هر حادثه‌ای آماده کنند. به‌علاوه، وجود ریسک ممکن است اثرات متفاوتی بر رشد اقتصادی و تجمع سرمایه داشته باشد. عدم اطمینان مرتبط با ریسک، معمولاً احساس ناامیدی و آشفتگی ایجاد می‌کند. اما این امر در مورد ریسک‌های خالص صادق است، زیرا ریسک‌های سوداگرانه غالباً برای افراد جذاب‌اند و اشخاص مشتاقانه‌پذیرای این ریسک‌ها هستند. کنار گذاشتن پول برای مواقع اضطراری نیز اقدامی محتاطانه است. در غیاب بیمه، افراد و شرکت‌ها مجبور خواهند بود مقداری پول برای مقابله با خسارات غیرمنتظره کنار بگذارند یا مقدار آن را افزایش دهند. نکته دیگر این است که وجود ریسک جامعه را از برخی کالاها و خدمات مسلم محروم می‌کند. به‌عنوان مثال، به‌دلیل خطر بروز دعوی‌های مسئولیت علیه شرکت‌ها، بسیاری از آنها تولید محصولی را کاهش می‌دهند یا آن را از چرخه تولید خود حذف می‌کنند. در گذشته تعداد ۲۵۰ شرکت در دنیا واکسن کودکان را تولید می‌کردند، اما امروزه به‌دلیل ترس این شرکت‌ها از شکایت مردم، فقط تعداد اندکی از آنها همچنان به تولید واکسن برای کودکان ادامه می‌دهند.

۹- روش‌های مواجهه با ریسک

همان‌طور که قبلاً بیان شد، ریسک، باری است که نه فقط بر دوش تک‌تک افراد، بلکه بر کل جامعه تحمیل می‌شود. بنابراین هیچ راه قطعی برای فرار از حضور ریسک وجود ندارد. بسیاری از دولت‌ها برای کنترل ریسک‌هایی که عموماً دارای طبیعت عام هستند، تلاش‌های فراوانی می‌کنند. اگرچه جامعه و دولت می‌توانند در جهت کم‌کردن بار ریسک‌ها بر جامعه در زمینه‌های بسیاری همکاری کنند، ولی برخی از ریسک‌ها هستند که اشخاص خود باید مسئولیت آنها را برعهده بگیرند. اساساً پنج روش عمده برای مواجهه با ریسک وجود دارد که عبارت‌اند از:

- اجتناب از ریسک؛
- کنترل خسارت؛

- نگهداری ریسک؛^۱
- انتقالات غیربیمه‌ای؛^۲
- بیمه.

۹-۱- اجتناب از ریسک

یکی از روش‌های مقابله با ریسک‌ها، اجتناب از رویارویی با آنهاست. هنگامی که شخص از قبول ریسک، حتی برای لحظه‌ای سرباز می‌زند، از ریسک اجتناب کرده است. این کار فقط با درگیر نشدن در فعالیتی که در آن ریسک وجود دارد، امکان پذیر است. به‌عنوان مثال، از ریسک تصادف می‌توان با عدم استفاده از اتومبیل جلوگیری کرد. یک شرکت می‌تواند از ریسک تولید یک محصول معیوب با تولید نکردن آن اجتناب کند. اگرچه این روش یکی از راه‌های برخورد با ریسک است، اما بیشتر از اینکه روش مثبتی باشد، نتایج منفی به‌دنبال دارد. اجتناب از همه ریسک‌ها مطلوب و عملی نیست، زیرا پیشرفت فردی و رشد اقتصادی، هر دو نیاز به ریسک کردن دارد. اگر روش اجتناب از ریسک به‌صورت گسترده به‌کار گرفته شود، هم شخص و هم جامعه متحمل ضرر خواهند شد. بنابراین نگهداری برخی ریسک‌ها، از اجتناب کردن از آنها عاقلانه‌تر است. مثلاً سوار شدن در هواپیما، خطر سقوط را در پی دارد، اما سابقه ایمنی هواپیما و سرعت جابه‌جایی و بسیاری از مسائل دیگر نشان‌دهنده منطقی بودن قبول این ریسک است.

۹-۲- کنترل خسارت

کنترل خسارت نیز روش دیگری برای مواجه شدن با ریسک است. کنترل خسارت در بردارنده فعالیت‌هایی است که هم فراوانی و هم شدت خسارت را کاهش می‌دهد. بنابراین کنترل خسارت دو هدف عمده دارد: پیشگیری از خسارت و کاهش خسارت.

۹-۲-۱- پیشگیری از خسارت^۳

هدف پیشگیری از خسارت، کاهش احتمال روی دادن آن است، به‌طوری‌که فراوانی رخداد خسارات کاهش یابد. مثلاً شخصی می‌تواند با کنترل وزن خود، سیگار نکشیدن و رعایت رژیم غذایی سالم، احتمال حمله قلبی را در خود کاهش دهد. پیشگیری از ریسک برای مشاغل نیز مهم است. به‌عنوان مثال، از انفجار یک دیگ بخار می‌توان با بازرسی دوره‌ای آن توسط مهندس ایمنی دستگاه‌ها جلوگیری کرد. پیشگیری از خسارت معمولاً قبل از وقوع حادثه انجام می‌پذیرد.

1. Risk Retention
2. Non-insurance Transfer
3. Loss Prevention

۹-۲-۲- کاهش خسارت^۱

تلاش‌های جدی در جهت پیشگیری از خسارت، می‌تواند فراوانی آن را کاهش دهد، اما هنوز خسارت‌هایی وجود دارند که اجتناب‌ناپذیرند و رخ خواهند داد. بنابراین هدف دوم در کنترل خسارت، کاهش دادن شدت خسارات به‌هنگام روی‌دادن آنهاست. مثلاً صاحب یک فروشگاه می‌تواند با نصب سیستم آب‌پاش خودکار و وسایل اطفای حریق بعد از شروع آتش‌سوزی آن را به سرعت خاموش کند تا میزان خسارت کاهش یابد یا به حداقل برسد. از دیدگاه جامعه، کنترل خسارت به دو دلیل بسیار مطلوب است: اول اینکه گاهی هزینه‌های غیرمستقیم خسارت می‌تواند بسیار زیاد باشد و حتی ممکن است در برخی موارد از هزینه‌های مستقیم خسارت تجاوز کند. دوم اینکه، در اثر کاهش خسارات هزینه‌های اجتماعی آنها نیز کاهش می‌یابد. مثلاً، اگر کارگری در اثر حادثه‌ای در حین کار جان خود را از دست بدهد، جامعه برای همیشه از کالاها یا خدماتی که این کارگر می‌توانست در صورت زنده‌ماندن تولید کند، محروم می‌شود. خانواده این کارگر نیز سهم درآمدي این شخص در مخارج خود را از دست می‌دهند و ممکن است رنج و ناراحتی بسیار و ناامنی مالی را تجربه کنند. خلاصه اینکه، بسیاری از این هزینه‌های اجتماعی می‌توانند از طریق برنامه‌های مؤثر کنترل خسارت کاهش یابند.

۹-۳- نگهداری ریسک

شاید نگهداری ریسک رایج‌ترین روش برخورد با ریسک باشد. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، یک شخص با تعداد نسبتاً نامحدودی از ریسک‌ها مواجه است که در بیشتر مواقع کاری در مورد آنها انجام نمی‌دهد. نگهداری ریسک یک راه قانونی و در بسیاری از مواقع بهترین راه است. هر شخص خودش باید تصمیم بگیرد که کدام ریسک را نگه دارد، از کدام یک اجتناب کند یا کدام را منتقل کند که مبنای آن میزان توانایی مالی شخص در تحمل خسارت است. خسارتی که ممکن است برای خانواده‌ای یک بحران مالی شدید به‌وجود آورد، توسط خانواده‌ای دیگر به‌دلیل توانایی مالی بیشتر، به راحتی پشت سر گذاشته می‌شود. به‌عنوان قانونی کلی می‌توان گفت که آن دسته از ریسک‌هایی باید حفظ شوند که منجر به خسارت نسبتاً کوچکی می‌شوند.

۹-۴- انتقال غیربیمه‌ای

انتقال غیربیمه‌ای نیز روش دیگری برای مواجهه با ریسک‌هاست. در این روش ریسک به طرف دیگری غیر از شرکت بیمه منتقل می‌شود که برای تحمل ریسک مشتاق‌تر یا آماده‌تر است. انتقال غیربیمه‌ای ریسک به روش‌های متعددی صورت می‌گیرد که مهم‌ترین آنها به این قرارند:

۹-۴-۱- انتقال ریسک از طریق قراردادها

برخی از ریسک‌های ناخواسته را می‌توان به وسیلهٔ قراردادها انتقال داد. مثلاً یک مستأجر می‌تواند ریسک افزایش اجاره‌بها در سال‌های بعد را از طریق بستن یک قرارداد اجارهٔ چندین ساله به صاحب‌خانه‌اش منتقل کند.

۹-۴-۲- پوشش قیمتی ریسک‌ها

پوشش قیمتی ریسک‌ها^۱ هم نمونهٔ دیگری از انتقال ریسک است. پوشش دادن یا تأمین، روشی است که در آن ریسک نوسانات نامطلوب قیمت‌ها از طریق خرید و فروش قراردادهای آتی‌ها^۲ به سفته‌بازان^۳ انتقال می‌یابد که این کار معمولاً در بازارهای مشتقه^۴ صورت می‌گیرد.

۹-۴-۳- ادغام شرکت‌های تجاری

الحاق^۵ شرکت‌ها برای ایجاد یک شخصیت حقوقی واحد، نمونهٔ دیگری از انتقال ریسک است. اگر یک شرکت دارای مالکیت انحصاری باشد، دارایی‌های شخصی صاحب آن می‌تواند توسط طلبکاران بابت پرداخت بدهی‌ها ضبط شود، اما اگر یک شرکت توسط چندین شریک تجاری تأسیس شده باشد، این امر امکان‌پذیر نیست. در اصل با تشکیل یک شرکت سهامی، مسئولیت سهام‌داران محدود شده و ریسک نداشتن دارایی کافی برای پرداخت بدهی‌های شرکت به طلبکاران یا همهٔ سهام‌داران منتقل می‌شود.

۹-۵- بیمه

برای بیشتر مردم، بیمه کاربردی‌ترین و قابل‌اطمینان‌ترین روش در رویارویی با ریسک است که در آن با پرداخت مبلغی مشخص (حق بیمه) از طرف بیمه‌گذار، طرف دوم یعنی شرکت بیمه متعهد می‌شود که غرامت طرف اول را برای خسارت مشخصی که امکان روی دادن آن وجود

-
1. Hedging Price Risks
 2. Futures Contracts
 3. Speculators
 4. Derivative Markets
 5. Incorporation

دارد، تا سقف معینی (به اندازه سرمایه بیمه) پردازد. بیمه ویژگی های متعددی دارد که بر سه ویژگی مهم آن باید تأکید شود: اول اینکه بیمه یکی از روش های انتقال ریسک است که در آن ریسک خالصی به بیمه‌گر منتقل می‌شود. دوم اینکه روش بیمه، به اشتراک گذاشتن ریسک بین همه اعضای گروهی است که آن بیمه مشخص را خریداری می‌کنند. از این رو، می‌توان بیمه را به عنوان حالتی از نگهداری ریسک دانست که در آن ریسک تعداد زیادی از افراد جمع شده و یک‌جا نگهداری می‌شود و در نهایت اینکه در بیمه، به کار بردن قانون اعداد بزرگ به کاهش ریسک کمک می‌کند و از طریق آن بیمه‌گر خسارات آینده را با دقت بیشتری برآورد می‌کند.

مدیریت ریسک^۱

۱- مقدمه

یکی از مباحث مهم در مطالعه ریسک، مدیریت ریسک است. مدیریت ریسک به این معناست که چگونه افراد و مشاغل می‌توانند با ریسک‌های خود به بهترین شیوه مواجه شده و آنها را مدیریت کنند. به‌عنوان تعریفی برای مدیریت ریسک می‌توان گفت "مدیریت ریسک، راهبردی علمی برای رویارویی با همه ریسک‌های خالصی است که افراد و صاحبان مشاغل با آنها روبرو هستند." برطبق تعریفی دیگر، مدیریت ریسک فرآیندی برای شناسایی و انتخاب مناسب‌ترین و بهترین روش برخورد با خسارت‌هایی است که یک سازمان با آنها مواجه خواهد شد.

براساس تعریف نخست، مدیران ریسک عموماً فقط ریسک‌های خالصی را که شرکت با آنها مواجه خواهند شد، مورد توجه و بررسی قرار می‌دهند. اما یک فرد یا شرکت همواره با ریسک‌های مالی گوناگونی روبرو می‌شود که ممکن است خطر ورشکستگی را به دنبال داشته باشند. ازاین‌رو، مدیریت ریسک باید روش‌هایی برای برخورد با ریسک‌های سودگرانه نظیر ریسک بهره^۲، ریسک سرمایه‌گذاری^۳ و غیره را نیز ارائه کند. شیوه‌های جدیدی در مدیریت ریسک پدید آمده‌اند که ریسک‌های سودگرانه را نیز به اندازه ریسک‌های خالص مورد توجه قرار می‌دهند و با استفاده از روش‌های نسبتاً جدیدتر و پیچیده‌تری، چگونگی رویارویی با آن ریسک‌ها را بررسی می‌کنند. در این بخش به چگونگی برخورد با ریسک‌های خالص و عوامل بروز خسارات خالص می‌پردازیم.

مدیریت ریسک با مدیریت بیمه در ارتباط است، اما باید بین این دو تفاوت قائل شویم. مدیریت ریسک وسیع‌تر از مدیریت بیمه است، زیرا هم مدیریت ریسک‌های بیمه‌پذیر^۴ و هم ریسک‌های بیمه‌ناپذیر را دربرمی‌گیرد، اما مدیریت بیمه محدود به حوزه ریسک‌های بیمه‌پذیر است. در کل، مدیریت ریسک بر کاهش هزینه‌های رویارویی با ریسک‌ها از طریق انتخاب بهترین روش مواجه‌شدن با آنها تأکید می‌کند.

۱. مهدوی و نصیری، ۱۳۹۱

2. Interest Risk
3. Investment Risk
4. Insurable Risks

۲- اهداف مدیریت ریسک

مدیریت ریسک اهداف بسیار مهمی دارد که به دو گروه اهداف قبل از وقوع خسارت و اهداف بعد از وقوع خسارت دسته‌بندی می‌شوند.

۲-۱- اهداف قبل از وقوع خسارت

اهداف مدیریت ریسک قبل از وقوع خسارت عبارت‌اند از: استفاده بهینه از منابع، کاهش نگرانی و رعایت الزامات قانونی.

اولین هدف مدیریت ریسک قبل از وقوع خسارت، استفاده بهینه از منابع است؛ یعنی یک شرکت باید برای رویارویی با خسارات به اقتصادی‌ترین شکل ممکن آماده باشد. این آمادگی نیاز به تحلیل هزینه‌های مربوط به برنامه‌های ایمن‌سازی، حق‌بیمه‌های پرداختی و سایر هزینه‌هایی دارد که با روش‌های مختلف مواجهه با خسارت در ارتباط است.

دومین هدف، کاهش نگرانی است. احتمال بروز یک خسارت می‌تواند ترس و نگرانی زیادی را برای مدیران ریسک و مدیران ارشد شرکت ایجاد کند. به‌عنوان مثال، ترس ناشی از یک دادخواهی پر سرو صدا در اثر تولید محصولی معیوب می‌تواند نگرانی بیشتری را نسبت به یک خسارت کوچک آتش‌سوزی به‌وجود آورد. در هر صورت، مدیر ریسک همواره در تلاش است که با برنامه‌ای منظم، ترس و نگرانی ناشی از بروز خسارت را کمینه کند.

آخرین هدف پیش از بروز خسارت، رعایت الزامات قانونی است؛ مثلاً قوانین دولتی ممکن است شرکت‌ها را ملزم به نصب تجهیزات ایمنی در محیط کار برای محافظت از کارگران کند، یا به‌منظور دفع اصولی مواد زاید پرخطر، شرکت را مجبور به نصب برچسب‌های هشداردهنده بر روی محصولات خود کند. وظیفه مدیران ریسک این است که این الزامات قانونی را مدنظر قرار دهند.

۲-۲- اهداف پس از وقوع خسارت

اهداف مهمی برای مدیریت ریسک بعد از وقوع خسارت تعریف شده‌اند که شامل تداوم فعالیت، ثبات درآمدی، ادامه تولید و مسئولیت‌های اجتماعی هستند.

مهم‌ترین هدف مدیریت ریسک پس از بروز خسارت، تداوم فعالیت شرکت است. تداوم فعالیت یعنی اینکه شرکت بعد از روی‌دادن یک خسارت باید بتواند حداقل بخشی از فعالیت‌های سابق خود را پس از دوره زمانی معقولی از سربگیرد. برای برخی شرکت‌ها، توانایی از سرگرفتن فعالیت‌ها بسیار مهم است، زیرا درغیراین‌صورت نمی‌توانند با سایر رقبا در بازار رقابت کنند. مثلاً،

اگر یک شرکت تولید محصولات لبنی نتواند به تولید روزانه خود ادامه دهد، سایر رقبا به سرعت جای آن را در بازار خواهند گرفت.

هدف دیگر بعد از بروز خسارت، برقراری ثبات درآمدی است. دستیابی به این هدف ممکن است شرکت را متحمل مخارج اضافی زیادی مانند هزینه ادامه فعالیت در محلی دیگر کند و این پایداری در کسب درآمد ممکن است در کوتاه مدت دست یافتنی نباشد.

ادامه تولید شرکت، سومین هدف مدیریت ریسک پس از وقوع خسارت است. یک شرکت می تواند با توسعه تولید، تولید محصولات جدید و حتی از طریق ادغام شدن با شرکت های دیگر به رشد و تولید خود ادامه دهد. مدیر ریسک باید اثراتی را که یک خسارت ممکن است بر ادامه تولید و توسعه شرکت داشته باشد به دقت بررسی کند.

هدف آخر نیز انجام تعهدات و مسئولیت های اجتماعی شرکت در قبال جامعه و مردم است. مدیر ریسک باید اثرات وقوع یک خسارت بر افراد جامعه را به حداقل برساند. یک خسارت شدید می تواند بر کارگران، مدیران، طلبکاران و به طور کلی بر جامعه تأثیر منفی داشته باشد. مثلاً فرض کنید که کارخانه ای در یک شهر کوچک وجود دارد که بیشتر مردم آن شهر در آن کار می کنند و اقتصاد شهر به شدت به وجود آن کارخانه وابسته است. اگر خسارت بزرگی برای آن کارخانه رخ دهد که باعث شود کارخانه برای مدتی طولانی غیرفعال بماند، این امر می تواند منجر به تحمیل فشار اقتصادی قابل توجهی بر مردم شهر شود. هدف مسئولیت اجتماعی ایجاب می کند که شرکت در قبال این معضل اجتماعی راهکارهای مناسبی اندیشیده باشد.

۳- فرآیند مدیریت ریسک

فرآیند مدیریت ریسک شش گام اصلی دارد که به ترتیب زیرند:

- تعیین اهداف؛
- شناسایی ریسک ها؛
- ارزیابی ریسک ها؛
- مطالعه روش های مختلف و انتخاب بهترین روش برخورد با ریسک مورد نظر؛
- اجرای تصمیمات؛
- ارزیابی و مرور.

۳-۱- تعیین اهداف

اولین قدم در فرآیند مدیریت ریسک، تعیین هدف‌های برنامه مدیریت ریسک است. یعنی باید به‌طور دقیق مشخص شود که یک سازمان از برنامه مدیریت ریسک خود انتظار انجام چه کارهایی را دارد. اولین هدف مدیریت ریسک، تلاش بر ادامه فعالیت موثر سازمان یا شرکت و کسب اطمینان از این موضوع است که وقوع خسارت یا وجود ریسک‌های خالص و حتی اجرای برنامه‌های مدیریت ریسک، شرکت را از دستیابی به سایر اهداف مهم خود باز نمی‌دارد. دومین هدف که به‌همان اندازه هدف اول مهم است، محافظت کارگران و کارمندان از حوادث شغلی است که می‌تواند منجر به بروز صدمات شدید یا مرگ آنها شود. اهداف دیگری نظیر کاهش هزینه‌ها، استفاده بهینه از منابع، مسئولیت‌های اجتماعی و حفظ ارتباطات و مناسبات اجتماعی نیز وجود دارند که این اهداف در بخش قبل به دو دسته اهداف قبل از وقوع خسارت و اهداف بعد از وقوع خسارت دسته‌بندی شده و به‌طور کامل شرح داده شد. در این بخش تعیین اهداف به عنوان اولین مرحله از فرآیند مدیریت ریسک در نظر گرفته شده است و کاملاً روشن است که اهداف برنامه مدیریت ریسک ممکن است از شرکتی به شرکت دیگر متفاوت باشد. شرکت‌ها این اهداف را در خط مشی مدیریت ریسک خود که بیان‌کننده مسئولیت‌ها و وظایف شرکت در قبال دارایی‌های خود است، به دقت مشخص می‌کنند.

۳-۲- شناسایی ریسک‌ها

دومین گام در فرآیند مدیریت ریسک، شناسایی ریسک‌ها و همه خسارت‌های کوچک و بزرگی است که ممکن است شرکت با آنها روبه‌رو شود. اگر ریسک‌ها به‌دقت شناسایی نشوند، نمی‌توان آنها را به‌درستی مدیریت کرد. روش‌ها و ابزارهای متعددی وجود دارند که می‌توانند در این زمینه مفید واقع شوند. تعدادی از این ابزارهای مهم به شرح زیرند:

تبیین جهت‌گیری شرکت

تبیین جهت‌گیری بدین معناست که مدیر ریسک باید تا حد امکان در مورد اهداف و عملکرد شرکت اطلاعات کافی جمع‌آوری کند، زیرا این کار کمک مؤثری به شناسایی هرچه بهتر ریسک‌های شرکت می‌کند.

پرسش‌نامه‌های تحلیل ریسک

هدف پرسش‌نامه‌های تحلیل ریسک، هدایت مدیر ریسک در راه کشف جزئیات بیشتر در مورد شرکت و خسارت‌های آن است که توسط خود او طراحی می‌شوند. از این پرسش‌نامه‌ها هم برای شناسایی ریسک‌های بیمه‌پذیر و هم ریسک‌های بیمه‌ناپذیر می‌توان استفاده کرد.

فهرست خسارات

فهرست خسارات، لیستی از همهٔ خسارت‌هایی است که ممکن است شرکت با آنها مواجه شود. روشن است که تفاوت‌های زیادی بین فهرست خسارات شرکت‌های مختلف وجود دارد و هر مدیر ریسک باید فهرست مربوط به شرکت خود را تهیه کند.

فهرست انواع بیمه‌نامه‌ها

این فهرست را به‌آسانی می‌توان از نمایندگان^۱ و کارگزاران یا به‌طور مستقیم از خود شرکت‌های بیمه تهیه کرد که شامل انواع مختلف بیمه‌نامه‌ها و به‌طورکلی همهٔ پوشش‌های بیمه‌ای می‌شود که شرکت ممکن است به آنها نیاز داشته باشد. با وجود این فهرست، شرکت می‌تواند به‌موقع و به مقدار موردنیاز پوشش‌های بیمه‌ای موردنظر خود را بدون اینکه چیزی از قلم بیفتد، تهیه کند.

نمودارهای گردش کار

تهیه و تحلیل نمودارهای گردش کار سازمانی از فعالیت و عملکرد بخش‌های مختلف شرکت، به مدیر ریسک در شناسایی ریسک‌ها کمک شایانی می‌کند. نمودارهای گردش کاری که جریان تولید و توزیع محصولات را نشان می‌دهند، می‌توانند درجایی که وقوع خسارت پیامدهای مالی شدیدی برای شرکت به همراه دارد، تنگناهای تولید را شناسایی کنند.

تحلیل صورت‌های مالی شرکت

بررسی صورت‌های مالی شرکت توجه مدیر ریسک را به نکاتی جلب می‌کند که از چشم او دور مانده‌اند. همچنین تحلیل صورت‌های مالی می‌تواند دارایی‌های بزرگ و مهم شرکت را که باید محافظت شوند آشکار کند.

بازرسی فیزیکی

بازرسی فیزیکی دستگاه‌ها و بخش‌های مختلف شرکت ممکن است ارزشمندتر از تهیه‌ی صدها فهرست باشد، زیرا به شناسایی خسارت‌ها و ریسک‌هایی منجر می‌شود که جز از این طریق امکان‌پذیر نیست. همچنین مصاحبه با کارگران، کارمندان و مدیران شرکت، استفاده از داده‌های مربوط به خسارات گذشته و غیره، روش‌ها و ابزارهای دیگری هستند که به مدیر ریسک در شناسایی هرچه بهتر ریسک‌ها و خسارات احتمالی کمک خواهند کرد.

علاوه بر همه‌ی مطالبی که گفته شد، مدیران ریسک باید به حرکت‌های همزمان صنعت و تغییرات بازار توجه داشته باشند، زیرا این‌گونه تغییرات می‌توانند خسارت‌ها و نگرانی‌های جدیدی برای شرکت‌ها پدید آورند.

۳-۳- ارزیابی ریسک‌ها

گام سوم در فرآیند مدیریت ریسک، ارزیابی و اندازه‌گیری اثر خسارات بر شرکت است. همین‌که خسارات و ریسک‌ها شناسایی شدند، باید آنها را مورد ارزیابی قرار داد. در این گام، برآوردی از فراوانی^۱ و شدت^۲ بالقوه خسارت‌ها به دست می‌آید. منظور از فراوانی، تعداد خسارت‌های احتمالی است که ممکن است در دوره‌ی زمانی مشخصی روی دهند. شدت خسارت نیز به اندازه و بزرگی خسارت‌های احتمالی اشاره دارد. ارزیابی خسارت‌ها نیاز به اولویت‌بندی ریسک‌ها دارد. به دلیل اینکه شدت خسارت برخی از ریسک‌ها بیشتر از سایر ریسک‌هاست، آن ریسک‌ها از اهمیت بیشتری برخوردارند. به عنوان مثال، خسارتی که خطر ورشکستگی شرکت را به همراه دارد، بسیار مهم‌تر از خسارت کوچکی است که زیان‌های مالی شدیدی به همراه ندارند. به علاوه، فراوانی و شدت نسبی خسارت‌ها نیز باید در نظر گرفته شود. از آنجاکه تعداد زیادی از خسارت‌ها از نظر فراوانی و شدت از درجه‌ی اهمیت یکسانی برخوردارند، بهتر است به جای اولویت‌بندی ریسک‌ها آنها را دسته‌بندی کرد. ریسک‌ها از نظر شدت و فراوانی خسارت‌ها به سه گروه کلی ریسک‌های بحرانی^۳، ریسک‌های مهم و ریسک‌های غیرمهم دسته‌بندی می‌شوند، که به شرح زیرند:

ریسک‌های بحرانی: ریسک‌هایی هستند که در آنها بزرگی خسارت به حدی است که ممکن است منجر به ورشکستگی شرکت شوند.

1. Frequency
2. Severity
3. Critical Risks

ریسک‌های مهم: ریسک‌هایی هستند که در آنها خسارت‌های ممکن، منجر به ورشکستگی نخواهد شد، اما احتمالاً شرکت برای ادامهٔ فعالیت خود نیازمند تأمین مالی یا قرض‌گرفتن مبالغی از دیگران می‌شود.

ریسک‌های غیرمهم: آن دسته از ریسک‌هایی هستند که در آنها خسارت‌های محتمل، تغییرات بسیار اندکی در میزان دارایی‌های موجود و درآمدهای جاری شرکت ایجاد نموده و فشار ناچیزی را بر شرکت تحمیل خواهند نمود.

به هرصورت، فراوانی و شدت نسبی خسارت‌ها باید برآورد شوند. این کار به مدیر ریسک در انتخاب بهترین روش یا ترکیبی از روش‌های مناسب برای برخورد با یک ریسک معین کمک شایانی می‌کند. مثلاً اگر خسارتی حتمی به‌طور منظم روی دهد و به اندازهٔ کافی قابل پیش‌بینی باشد، می‌توان هزینهٔ آن را از درآمد شرکت وضع کرد و با آن همانند یک هزینهٔ عملیاتی معمولی رفتار کرد. اگرچه مدیر ریسک باید به هر دو معیار فراوانی و شدت خسارت توجه داشته باشد، اما شدت وقوع خسارت‌ها مهم‌تر است، زیرا یک خسارت فاجعه‌آمیز به‌تنهایی می‌تواند شرکتی را نابود کند ولی چند خسارت کوچک که طی یک دورهٔ زمانی تکرار شده‌اند، ممکن است زیان مالی شدیدی بر شرکت تحمیل نکند. علاوه‌براین، مدیر ریسک باید همهٔ خسارات ناشی از یک حادثه را بررسی کند؛ هم حداکثر خسارت ممکن و هم حداکثر خسارت محتمل^۱ باید برآورد شوند. حداکثر خسارت ممکن، بدترین خسارتی است که ممکن است (با احتمال بسیار کم) در طول دورهٔ حیات یک شرکت اتفاق بیفتد و حداکثر خسارت محتمل، بدترین خسارتی است که احتمالاً رخ می‌دهد. به‌عنوان مثال، اگر کارخانه‌ای به‌طور کامل در اثر سیل نابود شود، مدیر ریسک تخمین می‌زند که هزینهٔ جایگزینی، آواربرداری، تخریب و سایر هزینه‌ها جمعاً دو میلیارد تومان خواهد شد، بنابراین حداکثر خسارت ممکن دو میلیارد تومان است. همچنین مدیر ریسک باید برآورد کند که سیل بیش از ۸۰۰ میلیون تومان خسارت ایجاد می‌کند و احتمالاً سیل‌هایی نظیر این بیش از ۵۰ سال یک‌بار رخ می‌دهد. اگر مدیر ریسک تصمیم به نادیده‌گرفتن این حادثهٔ نادر بگیرد، حداکثر خسارت محتمل برای شرکت ۸۰۰ میلیون تومان است.

پیش‌بینی خسارت‌های فاجعه‌آمیز به دلیل نادر بودن آنها بسیار دشوار است، اما اثر بالقوهٔ این خسارات بر شرکت به حدی است که باید آنها را در اولویت قرار داد. در مقابل، خسارت‌های حتمی مانند خسارت‌های فیزیکی اتومبیل‌ها و سایر وسایل نقلیه یا کامیون‌های یک شرکت که با فراوانی بیشتری روی می‌دهند، معمولاً از نظر شرکت نسبتاً کوچک‌اند و می‌توانند با دقت بیشتری پیش‌بینی شوند.

۳-۴- بررسی روش‌های مختلف و انتخاب بهترین روش مدیریت ریسک

گام بعدی در فرآیند مدیریت ریسک مطالعهٔ روش‌های مختلف و انتخاب بهترین و مناسب‌ترین روش رویارویی با ریسک‌های گوناگون است. این روش‌ها را می‌توان به صورت گسترده به دو گروه کنترل ریسک^۱ و تأمین مالی ریسک^۲ دسته‌بندی کرد.

۴-۱- کنترل ریسک

کنترل ریسک روش‌هایی را دربرمی‌گیرد که هدف آنها کمینه کردن ریسک خسارت یا به‌نوعی کاهش شدت و فراوانی خسارت، مانند اجتناب از ریسک و کنترل خسارت است؛ روش‌هایی که یا از بروز خسارت جلوگیری می‌کنند یا شدت خسارت را بعد از وقوع آن کاهش می‌دهند.

- **اجتناب از ریسک:** اجتناب کردن زمانی روی می‌دهد که فرد یا شرکت از پذیرش یک ریسک با درگیرنشدن در فعالیت‌های مخاطره‌آمیز مربوط به آن سرباز زند، به‌طوری‌که خسارت هرگز روی ندهد یا از ریسک‌های موجود پرهیز شود. مثلاً از خسارت‌های سیل با نساختن کارخانهٔ جدید در زمین‌های سیل‌خیز می‌توان اجتناب کرد یا یک کارخانهٔ داروسازی که دارویی با اثرات جانبی مضر و خطرناک تولید می‌کند، می‌تواند از عرضهٔ آن کالا یا تولید آن صرف‌نظر کند. سود بزرگ این پیشگیری آن است که شانس خسارت به صفر کاهش می‌یابد. اگر از یک عامل بروز خسارت دوری شود، شانس خسارت آن کاهش می‌یابد یا به‌طورکامل از بین می‌رود، زیرا از فعالیتی که ممکن است موجب وقوع خسارت شود، اجتناب شده است. اما اجتناب از ریسک دو زیان عمده در پی خواهد داشت: اول اینکه شرکت نمی‌تواند از همهٔ خسارت‌ها اجتناب کند. مثلاً جلوگیری از مرگ نابه‌هنگام مدیر شرکت امکان‌ناپذیر است. دوم اینکه ممکن است پیشگیری از خسارت امکان‌پذیر نباشد. به‌عنوان مثال، یک کارخانهٔ رنگ‌سازی می‌تواند از

خسارت‌های به‌وجودآمده در اثر تولید رنگ با تولیدنکردن آن اجتناب کند، اما بدون تولید رنگ، کارخانه دیگر کسب‌وکاری نخواهد داشت.

- **کنترل خسارت:** کنترل خسارت دو جنبه دارد که شامل پیشگیری از ریسک^۱ و کاهش ریسک^۲ است. پیشگیری از ریسک به فعالیت‌هایی اشاره دارد که فراوانی خسارت خاصی را کاهش می‌دهند. اقداماتی نظیر معاینات دوره‌ای رانندگان و وسایل نقلیه آنها، جلوگیری شدید از مصرف موادمخدر و مشروبات الکلی توسط رانندگان به‌واسطه اجرای قوانین سخت رانندگی، همگی سبب کاهش وقوع تصادفات و وسایل نقلیه، خصوصاً وسایل نقلیه سنگین می‌شود.

کاهش خسارت به اموری اشاره دارد که در کاهش شدت خسارت پس از وقوع آنها مؤثر است که از جمله آنها می‌توان نصب سیستم آب‌پاش خودکار اطفای حریق که به سرعت آتش را خاموش می‌کند یا توانبخشی کارگرانی که در اثر حوادث شغلی آسیب دیده‌اند را نام برد. کنترل ریسک به‌طور خاص در کاهش تصادفات و بیماری‌های شغلی مؤثر است؛ رویدادهایی که می‌توانند منجر به پرداخت غرامت‌های سنگین به کارگران شوند. از آنجایی که بیشتر تصادفات و حوادث خسارت‌بار در اثر اشتباهات انسانی رخ می‌دهند، بهترین و مؤثرترین شیوه کنترل یا پیشگیری از ریسک، تغییر رفتار یا به‌عبارتی بهتر، اصلاح رفتار افراد است.

۳-۴-۲- تأمین مالی ریسک

تأمین مالی ریسک شامل روش‌هایی است که بعد از وقوع خسارت، مخارج مالی آنها را تأمین می‌کنند. از جمله این روش‌ها نگهداری ریسک، انتقال‌های غیربیمه‌ای و بیمه‌های تجاری^۳ هستند.

۳-۴-۱- نگهداری ریسک

نگهداری ریسک یعنی یک شرکت، همه یا بخشی از خسارتی را که از ریسک مشخصی حاصل می‌شود، نزد خود نگه دارد. این نگهداری می‌تواند آگاهانه یا ناآگاهانه باشد. نگهداری آگاهانه ریسک یعنی شرکت از احتمال وقوع خسارت معینی آگاه است و با وجود این تصمیم به نگهداری همه یا بخشی از آن می‌گیرد، مانند خسارت ناشی از تصادفات که به ناوگان حمل‌ونقل یک شرکت وارد می‌شود. نگهداری ناآگاهانه هنگامی صورت می‌گیرد که فرد هیچگونه توجهی به ریسک مورد اشاره ندارد. از این رو اقدام به مدیریت آن توسط بیمه یا سایر ابزار نکرده و آن را نزد خود نگه می‌دارد. به‌عنوان مثال عدم‌توجه به ریسک زلزله و عدم‌مدیریت آن، نوعی نگهداری ناآگاهانه است.

1. Risk Prevention
2. Risk Reduction
3. Commercial Insurance

همچنین نگهداری ریسک می‌تواند داوطلبانه یا اجباری باشد، یا هزینه‌های ناشی از آن در بودجه شرکت پیش‌بینی شده باشد یا نشده باشد. نگهداری ریسک می‌تواند به صورت کلی یا جزئی باشد؛ یعنی شرکت باتوجه به توانایی مالی خود همه ریسک را نزد خود نگه می‌دارد یا فقط بخشی از ریسک را می‌پذیرد و بخش دیگر آن را به طرف دیگری مثلاً شرکت بیمه انتقال می‌دهد. تحت شرایط زیر از روش نگهداری می‌توان به صورت مؤثر در برنامه مدیریت ریسک استفاده کرد:

اول اینکه راه دیگری برای رویارویی با ریسک وجود نداشته باشد. ممکن است بیمه‌گران نسبت به ارائه نوعی پوشش بیمه‌ای خاص بی‌میل باشند یا پوشش موردنظر بسیار گران باشد یا انتقالات غیربیمه‌ای نیز امکان‌پذیر نباشد. به علاوه، اگرچه جلوگیری از یک خسارت می‌تواند فراوانی آن را کاهش دهد، ولی همه خسارت‌ها قابل اجتناب نیستند. در چنین شرایطی، نگهداری تنها روش باقی مانده است. هنگامی که خسارت‌ها را نمی‌توان بیمه کرد یا انتقال داد یا از آنها اجتناب کرد، باید آنها را نگهداری کرد.

دوم اینکه شدیدترین خسارت‌های ممکن، جدی و خطرناک نباشند. مثلاً خسارت‌های صدمات فیزیکی به اتومبیل‌های یک شرکت بزرگ موجب ورشکستگی آن نخواهد شد، زیرا در صورتی که همه اتومبیل‌ها در کنار هم نباشند، احتمال آسیب‌رسیدن به همه آنها به طور هم‌زمان بسیار کم است.

سوم اینکه خسارت‌ها تا حد زیادی قابل پیش‌بینی نباشند. در این صورت نیز نگهداری ریسک را می‌توان تجویز کرد.

در برنامه‌های مدیریت ریسک روش نگهداری فواید و زیان‌های مختلفی دارد. فواید آن شامل پس‌انداز پول، مخارج پایین‌تر و افزایش گردش پول و زیان‌های آن نیز شامل وقوع خسارات احتمالی بزرگ‌تر، مخارج و مالیات‌های احتمالی بیشتر است.

۳-۲-۲- انتقال غیربیمه‌ای

انتقالات غیربیمه‌ای روش دیگری در تأمین مالی ریسک است. انتقالات غیربیمه‌ای روش‌هایی غیر از بیمه‌اند که به واسطه آنها ریسک خالص یا نتایج بالقوه آن به طرف دیگر (فرد یا شرکت دیگر) منتقل می‌شود. به عنوان مثال، شرکتی تصمیم می‌گیرد که کارخانه یا واحد جدیدی احداث کند و طی قراردادی که با یک شرکت ساختمانی می‌بندد، آن شرکت ساختمانی متعهد می‌شود که مسئولیت هرگونه خسارت وارده به کارخانه یا ساختمان جدید را تا زمانی که در حال احداث است، برعهده بگیرد. مشارکت در فعالیت‌های اقتصادی مثال دیگری از انتقالات غیربیمه‌ای است.

۳-۴-۲-۳- بیمه

بیمه یکی از ابزارهای مورد استفاده در برنامه تأمین مالی ریسک است. بیمه برای آن دسته از خسارت‌هایی مناسب است که فراوانی روی دادن آنها کم ولی شدتشان زیاد است. اگر مدیر ریسک، بیمه را برای مواجه شدن با ریسک ویژه‌ای برگزیند، مواردی را باید مورد توجه قرار دهد که عبارت‌اند از:

انتخاب پوشش بیمه‌ای مناسب

مدیر ریسک باید سقف پوشش مورد نیاز را به صورتی تعیین کند که پوشش انتخاب شده برای بیمه کردن خسارت مهم کافی باشد. برای تعیین این پوشش‌های مورد نیاز، مدیر ریسک باید دانشی تخصصی در مورد قرارداد بیمه‌های تجاری، مسئولیت و اموال داشته باشد. همچنین او باید تعیین کند که آیا نیازی به فرانشیز هست یا نه یا مقدار آن چقدر باید باشد. فرانشیز، مبلغ یا درصدی از خسارت است که بیمه شده شخصاً پرداخت آن را برعهده می‌گیرد. ذاتاً فرانشیز را می‌توان حالتی از نگهداری ریسک دانست که در آن بیمه‌گذار بخشی از خسارت را نزد خود نگه می‌دارد. بسیاری از برنامه‌های مدیریت ریسک ترکیبی از روش‌های نگهداری بیمه‌های بازرگانی هستند. یک شرکت ممکن است از نظر مالی آن قدر توانمند باشد که بخواهد سهم نسبتاً بزرگی از خسارت ممکن را نزد خود نگه دارد. تحت یک طرح بیمه مازاد خسارت، بیمه‌گر تا زمانی که خسارت واقعی از مقداری که شرکت تصمیم به نگهداری آن گرفته بیشتر نباشد، در خسارت مداخله نمی‌کند. معمولاً ممکن است حداکثر خسارت احتمالی (نه حداکثر خسارت ممکن) به عنوان حد نگهداری ریسک توسط مدیر ریسک شرکت انتخاب شود.

انتخاب بیمه‌گر

مدیر ریسک ممکن است یک یا چند بیمه‌گر را برای بیمه کردن خسارت‌های شرکت برگزیند. توان مالی بیمه‌گر، خدمات مدیریت ریسک ارائه شده توسط بیمه‌گر، هزینه‌ها، دوره‌های پوشش بیمه‌ای و مزایای جانبی بیمه‌نامه‌ها همگی جزء عواملی هستند که در انتخاب بیمه‌گر توسط مدیر ریسک نقش دارند. همچنین مدیر ریسک باید فراهم بودن خدمات کنترل خسارت و سایر خدمات جانبی از طرف بیمه‌گر را نیز در انتخاب خود لحاظ کند. در کنار همه این عوامل، مدیر ریسک باید برای خرید پوشش بیمه‌ای مورد نیاز شرکت در پایین‌ترین قیمت ممکن تلاش کند. بسیاری از مدیران ریسک برای گرفتن خدمات و پوشش‌های لازم با پایین‌ترین قیمت ممکن، بازار رقابتی حقیقه بیمه‌گران مختلف را بررسی می‌کنند.

گفتگو و توافق در مورد شرایط و اصطلاحات قیدشده در بیمه‌نامه

پس از انتخاب بیمه‌گر، شرایط درج‌شده در بیمه‌نامه باید برای عقد قرارداد بین دو طرف، مورد مذاکره قرار گیرد. اگر از قراردادهای چاپ‌شده تیپ استفاده می‌شود، مدیر ریسک و بیمه‌گر باید در مورد همه مستندات که اساس قرارداد را تشکیل می‌دهد، توافق کنند. در قراردادهای دست‌نویس نیز باید در مورد اصطلاحات و معانی همه بندهای آن به‌طور صریح گفتگو شود تا هم بیمه‌گر و هم بیمه‌شده درک یکسانی از آنچه در قرارداد آمده، داشته باشند تا در مواقع لازم دچار سردرگمی و اختلاف نشوند. در بسیاری از مواقع نماینده یا کارگزار بیمه، مجری این گفتگو خواهد بود.

انتشار اطلاعات مربوط به قراردادها و پوشش‌های بیمه‌ای برای همه افراد شرکت

همه افراد شاغل در شرکت، خصوصاً مدیران باید از پوشش‌های بیمه‌ای خریداری‌شده توسط شرکت اطلاع یابند. کارمندان و مدیران باید از کمیت و کیفیت پوشش‌های بیمه‌ای، مذاکرات و توافقات انجام‌شده بین شرکت و شرکت‌بیمه و خدماتی که بیمه‌گر برای مدیریت ریسک فراهم می‌کند و همچنین از هرگونه تغییر در مخاطرات که می‌توانند منجر به تعلیق قرارداد بیمه شوند، آگاهی داشته باشند.

مرور دوره‌ای برنامه‌ها

برنامه‌های بیمه‌ای باید به‌طور دوره‌ای و منظم مرور شوند. مرور برنامه‌ها به ویژه هنگامی اهمیت می‌یابد که شرکت با تغییری اساسی در فعالیت‌های شغلی نظیر ادغام با شرکت‌های دیگر یا انتقال مالکیت به شخص یا شرکت دیگر مواجه باشد. مرور برنامه‌ها می‌تواند شامل تحلیل روابط شرکت با نماینده یا کارگزار بیمه، پوشش بیمه‌ای مورد نیاز، کیفیت خدمات کنترل خسارت ارائه‌شده، سرعت پرداخت خسارات و بسیاری از عوامل دیگر باشد. حتی این موضوع اساسی که نیازی به خرید بیمه وجود دارد یا نه نیز باید به‌طور منظم مرور شود.

۳-۴-۳- فواید بیمه

استفاده از بیمه‌های بازرگانی در برنامه مدیریت ریسک فوایدی قطعی دارد که از جمله آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

پس از وقوع خسارت شرکت می‌تواند از بیمه غرامت دریافت کند.

بعد از وقوع خسارت شرکت می‌تواند همچنان به فعالیت خود ادامه دهد، بدون اینکه هیچ‌گونه نوسانی در کسب درآمد آن به‌وجود آید.

عدم اطمینان در مورد خسارت‌ها کاهش می‌یابد. این امر به شرکت اجازه می‌دهد تا افق برنامه‌ریزی‌های خود را وسیع‌تر و طولانی‌تر کند. ترس و نگرانی کارمندان و مدیران کم می‌شود و این امر کارایی آنها را بیشتر می‌کند.

بیمه‌گران می‌توانند ضمن قرارداد بیمه، خدمات مدیریت ریسک ارزشمندی مانند خدمات کنترل ریسک، تحلیل خسارت برای شناسایی ریسک‌ها و تعیین میزان خسارت‌ها را برای شرکت فراهم آورند.

حق بیمه‌ها به‌عنوان یک هزینه شغلی از مالیات معاف‌اند.

۳-۴-۲- مضرات بیمه

در کنار فواید بیمه، خرید بیمه‌های بازرگانی مضراتی نیز به‌همراه دارد که از جمله آنها مواردی از این قبیل را می‌توان ذکر کرد:

پرداخت حق بیمه، هزینه قابل توجهی است. حق بیمه‌ها شامل اجزایی همچون هزینه ناشی از خسارت، هزینه‌های اداری، حق کمیسیون‌ها، هزینه سود و احتمالات و هزینه فرصت هستند. تحت روش نگهداری که قبلاً در مورد آن توضیح داده شد، حق بیمه‌ها را می‌توان تا زمانی که نیاز به پرداخت خسارت باشد، سرمایه‌گذاری کرد یا در فعالیت‌های تجاری از آنها استفاده کرد، ولی در صورت خرید بیمه، همه حق بیمه‌ها باید به‌موقع پرداخت شوند.

وقت و انرژی قابل ملاحظه‌ای باید برای مذاکره در مورد خرید پوشش بیمه‌ای صرف شود.

مدیر ریسک ممکن است پس از خرید بیمه، انگیزه کمتری در پیگیری برنامه کنترل ریسک داشته باشد، زیرا بیمه‌گر در صورت وقوع خسارت مسئول پرداخت غرامت است. این عدم توجه و دقت مدیر ریسک یا حتی افراد شرکت می‌تواند وقوع خسارات بیمه‌نشده را به‌اندازه خسارات بیمه‌شده افزایش دهد.

در خرید بیمه، همیشه این خطر وجود دارد که به‌دلیل ضعف در مدیریت ریسک، بین میزان خسارت احتمالی و میزان پوشش بیمه‌ای خریداری شده تناسب لازم وجود نداشته باشد.

۳-۴-۵- نیاز به برنامه در خرید بیمه

به‌منظور کسب بیشترین سود از مبالغ هزینه‌شده برای خرید بیمه، مدیر ریسک باید طرحی برای اولویت‌بندی مخارج بیمه‌ای شرکت تهیه کند. این کار به معنی طبقه‌بندی پوشش‌های بیمه‌ای طراحی‌شده به سه گروه پوشش بیمه‌ای ضروری، پوشش بیمه‌ای مطلوب و پوشش بیمه‌ای دلخواه به ترتیب برای مقابله با ریسک‌های بحرانی، ریسک‌های مهم و ریسک‌های غیرمهم است.

پوشش بیمه‌ای ضروری

این پوشش شرکت را در مقابل ریسک‌هایی محافظت می‌کند که ممکن است به ورشکستگی شرکت منجر شوند. پوشش بیمه‌ای ضروری برای مقابله با ریسک‌های بحرانی خریداری می‌شود.

پوشش بیمه‌ای مطلوب

پوشش ذکرشده نیز شرکت را در مقابل ریسک‌های مهم بیمه می‌کند که در صورت وقوع خسارت، شرکت را برای تأمین مخارج خود، به گرفتن قرض از دیگران یا استفاده از اعتبارات شخصی وادار می‌کند.

پوشش بیمه‌ای دلخواه

این پوشش بیمه‌ای، از شرکت در مقابل ریسک‌هایی حمایت می‌کند که خسارت ناشی از آنها تأثیر چندانی بر دارایی‌ها و درآمدهای موجودش نمی‌گذارد. به‌عبارت‌دیگر، این پوشش بیمه‌ای برای مواجهه با ریسک‌های غیرمهم است.

از آنجاکه پوشش بیمه‌ای کامل بسیار گران و غیراقتصادی است، باید در درجه اول، ریسک‌هایی را بیمه کرد که ضروری‌ترند. پوشش بیمه‌ای دلخواه همواره گران‌تر از خساراتی است که انتظار رخ‌دادن آنها می‌رود. بنابراین از بیمه باید به‌عنوان آخرین راهکار، آن هم هنگامی استفاده کرد که واقعاً مورد نیاز است. استفاده از فرانشیز نیز برای هر دو طرف قرارداد بیمه مفید است.

۳-۴-۶- اشتباهات معمول در خرید بیمه

اگرچه بیمه فقط یکی از روش‌های موجود برای مواجهه شدن با ریسک‌های خالصی است که فرد یا شرکت با آن مواجه می‌شود، اما بسیاری از تصمیمات مدیریت ریسک به انتخاب بین بیمه و غیربیمه منتهی می‌شود. آزمودن کاربرد بعضی از اصول مدیریت ریسک در حوزه خرید بیمه نیز می‌تواند مفید واقع شود.

عموماً، اشتباهاتی که بیشتر افراد در هنگام خرید بیمه مرتکب می‌شوند به دو دسته تقسیم می‌شوند: خرید پوشش بیمه‌ای بسیار کم و خرید پوشش بیمه‌ای بسیار زیاد. اولی که به صورت بالقوه پرهزینه‌تر است، شامل اشتباه در نخریدن پوشش‌های ضروری است که می‌تواند فرد را در مقابل خسارت مالی غیرقابل تحمل، آسیب‌پذیر کند. جز مواردی که بیمه برای محافظت در برابر حوادث فاجعه‌آمیز طراحی شده است، کل کسب‌وکار فرد می‌تواند در اثر خسارت بیمه‌نشده‌ای از بین برود.

مورد دیگر، خرید پوشش بیمه‌ای بیش از اندازه است؛ یعنی خرید پوشش در مقابل خسارت‌هایی که نگهداری آنها می‌تواند اقتصادی‌تر باشد. مشکل خرید مقدار مناسب بیمه با این واقعیت ترکیب می‌شود که ممکن است هر دو اشتباه را همزمان مرتکب شویم. درحقیقت، اگرچه بیشتر افراد برای تأمین پوشش بیمه‌ای مناسب پول کافی خرج می‌کنند، اما بسیاری از اوقات از ریسک‌های بحرانی چشم‌پوشی می‌کنند، یعنی ریسک‌های غیرمهم با استفاده از مبالغ حق‌بیمه‌ای تحت پوشش بیمه‌ای قرار گرفته‌اند که می‌توانستند به صورت مؤثرتری در جای دیگر برای تأمین پوشش ضروری‌تری هزینه شوند.

۳-۴-۷- اصل خسارت بزرگ: اول پوشش‌های ضروری

تأکید اولیه در مورد پوشش‌های ضروری از اولین قانون مدیریت ریسک پیروی می‌کند. اصلی وجود دارد که بیان می‌کند احتمال اینکه خسارتی رخ می‌دهد یا نه، از حجم خسارت ممکن کم اهمیت‌تر است. از آنجاکه فرد باید برخی از ریسک‌ها را پذیرفته و برخی دیگر را منتقل کند، کار عاقلانه این است که با انتقال آنهایی شروع کند که در صورت بروز خسارت، استطاعت مالی پرداخت آنها را ندارد.

عدم توانایی تأمین مالی در برابر خسارت، دلیل نیاز به بیمه است. بنابراین، واقعیت این است که آنهایی که به بیمه نیاز دارند، کسانی هستند که حداقل استطاعت مالی برای خرید آن را دارند و همچنین کسانی هستند که در صورت نخریدن بیمه، حداقل توانایی مالی برای پرداخت خسارت را ندارند. برای تعیین اینکه در وضعیتی خاص باید بیمه خرید یا نه، پرسش مهم این است که "توانایی خرید بیمه را دارم یا نه" اما مهم‌تر از آن این است که "آیا در صورت نخریدن بیمه، توانایی پرداخت خسارت را دارم یا نه". اگر پاسخ به پرسش اول مثبت و دومی منفی باشد آنگاه خرید بیمه ضروری خواهد بود.

هنگامی که با مبلغ موجود امکان خرید همه پوشش‌های ضروری و مهمی که به آنها نیاز داریم وجود ندارد، این پرسش منجر به توقف ما می‌شود. یک راه حل این است که بخشی از خسارت مربوط به این پوشش‌ها را بپذیریم. این کار با قبول فرانشیز بالاتر برای این پوشش‌های بیمه‌ای قابل انجام است. بدین وسیله مبالغی برای خرید سایر پوشش‌هایی که به آنها نیاز داریم، آزاد می‌شود. در بسیاری از رشته‌های بیمه‌ای، خرید پوشش کامل به دلیل هزینه بالای آن در مقابل خسارت‌های کوچک، غیراقتصادی است. اگر از پوشش این‌گونه خسارت‌ها از طریق فرانشیز اقدام شود، تخفیف حقیقی داده شده به بیمه‌گذار، اجازه خرید سایر پوشش‌های مورد نیاز را فراهم خواهد ساخت.

۳-۴-۸- بیمه به‌عنوان آخرین راهکار: پوشش‌های اختیاری

همان‌طور که بررسی کردیم، بیمه همیشه گران‌تر از ارزش موردانتظار خسارت است. دلیل آن این است که علاوه بر ارزش موردانتظار خسارت (حقوق بیمه موردانتظار)، هزینه عملیات بیمه‌ای و فعالیت‌های شرکت بیمه نیز باید توسط بیمه‌گذار تقبل شود. به همین دلیل، از بیمه باید به‌عنوان آخرین راهکار و زمانی که واقعاً مورد نیاز است، استفاده کرد.

این مسئله با آخرین جنبه ذکر شده از بیمه در ارتباط است که بسیاری از مردم توانایی درک عملکرد مناسب مکانیسم بیمه را ندارند. از بیمه نباید برای تأمین غرامت خسارت‌های کوچک و نسبتاً قطعی استفاده کرد. خسارت‌های کوچک قطعی را می‌توان به‌صورتی مطلوب‌تر به‌عنوان بخشی از هزینه تولید در یک حرفه یا به‌عنوان هزینه کوچکی در نظر گرفت که یک فرد می‌تواند شخصاً آن را تقبل کند. چرا باید کسی بابت ۲ یا ۳ تخته چوبی که از سقف خانه‌اش به دلیل طوفان شکسته شده از بیمه‌گر غرامت بگیرد؟

در بسیاری از موارد، این خسارت‌های کوچک و نسبتاً قطعی را می‌توان از سبد بیمه‌ای حذف کرد یا برای آنها از فرانشیز استفاده کرد. به دلیل استفاده نادرست از بیمه، شرکت‌های بیمه نیز از تأمین غرامت برای چنین خسارات کوچکی به اندازه بیمه‌گذاران ناراحت‌اند.

در صورتی که فرد یا شرکتی خواهان خرید برخی از پوشش‌های اختیاری است، فقط باید زمانی این پوشش‌ها را خریداری کند که قبلاً همه پوشش‌های ضروری را خریداری کرده باشد. بدین ترتیب، مبالغ حق بیمه در جایی هزینه خواهند شد که کاراترند؛ یعنی ابتدا پوشش بیمه‌ای در برابر خسارت‌هایی فراهم می‌شود که می‌توانند منجر به ورشکستگی شوند و سپس آنهایی که ممکن است فرد یا شرکت را مجبور به قرض گرفتن کنند و در نهایت وقتی همه ریسک‌های

دیگر تحت پوشش قرار گرفتند، برای خسارت‌هایی پوشش بیمه‌ای فراهم می‌شود که ممکن است با دارایی‌ها و منابع مالی موجود نیز بتوان با آنها مواجه شد.

۳-۴-۹- مزایای فرانشیز

استفاده از فرانشیز در قراردادهای بیمه‌ای، چه یک فرد آن را خریداری کرده باشد یا یک شرکت، کار عاقلانه‌ای به نظر می‌رسد. کاهش حق‌بیمه معمولاً ارزش بیشتری از تأمین غرامت برای ریسک‌هایی دارد که نگهداری می‌شوند. به‌عنوان مثال، بیمه بدنه اتومبیل را در نظر بگیرید. اختلاف میزان خسارت پرداختی برای قراردادی با فرانشیز ۵۰ هزار تومان و پوشش بیمه‌ای با فرانشیز ۲۰۰ هزار تومان، ممکن است قابل توجه باشد. این تفاوت به نرخ‌های استفاده‌شده برحسب یک منطقه، سن و ارزش ماشین بستگی خواهد داشت.

۳-۴-۱۰- کدام روش مدیریت ریسک باید به کار برده شود؟

در تعیین بهترین روش یا روش‌های مواجهه با خسارت‌ها از جدول دوطرفه‌ای به شکل زیر می‌توان استفاده کرد که خسارت‌های مختلف را طبق فراوانی و شدت آنها دسته‌بندی می‌کند.

جدول ۲-۱. دسته‌بندی خسارت‌ها براساس شدت و فراوانی

فراوانی کم	فراوانی زیاد	
بیمه	اجتناب	شدت زیاد
نگهداری	کنترل، نگهداری	شدت کم

اولین گروه، خسارت‌هایی با فراوانی کم و شدت کم هستند. بهترین شیوه رویارویی با اینگونه خسارت‌ها روش نگهداری است، زیرا این خسارت‌ها به‌طور غیرتکراری روی می‌دهند و وقتی که اتفاق می‌افتند به‌ندرت خسارت مالی قابل ملاحظه‌ای ایجاد می‌کنند.

گروه دوم، خسارت‌های جدی‌تری هستند که مکرر روی می‌دهند اما شدت آنها نسبتاً کم است و شامل خساراتی نظیر آسیب فیزیکی به اتومبیل، پرداخت غرامت به کارگران، سرقت از مغازه یا غارت مواد غذایی از مغازه می‌شوند. در اینجا، برای کاهش فراوانی خسارت‌ها از روش کنترل خسارت استفاده می‌شود. به‌علاوه، چون خسارت‌ها به‌صورت منظم روی می‌دهند و قابل پیش‌بینی نیز هستند، می‌توان روش نگهداری را در مورد این گروه به کار برد. به‌دلیل اینکه تکرار خسارت‌های کوچک در مجموع می‌تواند به مبالغ قابل ملاحظه‌ای در طول یک سال برسند، خرید بیمه‌ای نیز در مواردی خاص توصیه می‌شود.

گروه سوم، خسارت‌های دارای شدت زیاد و فراوانی کم هستند. شدت زیاد بدین معناست که پتانسیل فاجعه‌بار بودن در خسارت وجود دارد و احتمال کم وقوع خسارت نشان‌دهنده آن است که خرید بیمه از نظر اقتصادی به‌صرفه است. آتش‌سوزی، انفجار، حوادث طبیعی و دعوی‌های مسئولیت از جمله مثال‌های مربوط به این گروه است. مدیر ریسک می‌تواند ترکیبی از بیمه‌های بازرگانی و روش نگهداری را برای مقابله با این خسارت‌ها به‌کار بندد.

چهارمین گروه که شدیدترین نوع خسارت‌ها هستند، با فراوانی زیاد و شدت زیاد توصیف می‌شوند. بهترین روش برخورد با این خسارت‌ها، اجتناب است. به‌عنوان مثال، راننده کامیونی که چندین بار به علت رانندگی خطرناک محکوم و توقیف شده است، به‌عنوان راننده در یک شرکت حمل‌ونقل استخدام می‌شود. اگر این راننده با فردی تصادف کرده و به او صدمه وارد کند یا او را بکشد، شرکت با یک دعوی حقوقی بسیار بزرگ مواجه خواهد بود. بهترین راه مواجه نشدن با چنین دعوی، چشم‌پوشی از استخدام راننده‌ای با این شرایط است.

۳-۵- اجرا و پیاده‌سازی تصمیمات گرفته شده در برنامه مدیریت ریسک

زمانی که روش مناسبی برای مواجهه با ریسک‌ها انتخاب شد، برای اجرای آن روش، فعالیت‌های مربوطه باید آغاز شود. مدیران اجرایی در سطوح بالا باید با فرآیند مدیریت ریسک آشنا شوند و در این مرحله به مدیر ریسک باید اختیارات بیشتری از سوی شرکت داده شود. تهیه و به‌کارگیری یک دفترچه راهنمای مدیریت ریسک نیز مفید خواهد بود. این دفترچه راهنما برنامه‌های مدیریت ریسک شرکت را با جزئیات و مرحله به مرحله شرح می‌دهد و می‌تواند ابزار بسیار مفیدی برای آموزش کارمندان باشد که در این برنامه‌ها مشارکت خواهند داشت. تدوین این دفترچه، مدیر ریسک را ناگزیر از بیان دقیق مسئولیت‌های خود، اهداف برنامه و روش‌های موجود می‌کند. کار مدیر ریسک فعالیتی انفرادی نیست، سایر بخش‌های مشغول به کار در شرکت نیز می‌توانند در شناسایی ریسک‌های خالص و اجرای روش‌های انتخاب‌شده در مورد خسارت‌ها مؤثر واقع شوند. مثلاً بخش‌هایی نظیر حسابداری، مالی، بازاریابی، تولید و منابع انسانی می‌توانند در این زمینه کمک شایانی کرده و در فرآیند مدیریت ریسک همکاری کنند. در حقیقت بدون همکاری سایر بخش‌ها، برنامه مدیریت ریسک ناکارآمد و ناقص باقی خواهد ماند.

۳-۶- مرور و ارزیابی دوره‌ای

برای اینکه برنامه‌های مدیریت ریسک مؤثر واقع شوند، باید این برنامه‌ها را به‌طور دوره‌ای و منظم مرور و ارزیابی کرد. دو دلیل عمده برای این کار وجود دارد، اولاً اینکه فرآیند مدیریت ریسک در خلأ رخ نمی‌دهد و همه چیز در حال تغییر است. ریسک جدیدی به‌وجود می‌آید و ریسکی که در گذشته وجود داشته از بین می‌رود. بنابراین توجه مستمر به برنامه‌های انجام شده یا در حال اجرا ضروری است. دوم اینکه همواره اشتباهاتی رخ می‌دهند که برای جبران آنها و جلوگیری از تکرارشان باید همه چیز به‌دقت ارزیابی شود. به‌ویژه هزینه‌های مدیریت ریسک، برنامه‌های امنیتی و برنامه‌های اجتناب از ریسک باید مرتب مورد بررسی قرار گیرند. اطلاعات گذشته‌مربوط به خسارت‌ها نیز برای کشف اینکه آیا تغییری در فراوانی یا شدت خسارت به‌وجود آمده است یا خیر، باید بازبینی شوند. درنهایت، مدیر ریسک باید تعیین کند که آیا در کل شرکت به اهداف مدیریت ریسک خود دست یافته است یا نه و اینکه به‌طورکلی مدیر ریسک همکاری سایر بخش‌ها را در انجام فعالیت‌های مدیریت ریسک دریافت کرده است یا خیر.

۴- مدیریت ریسک انفرادی

مدیریت ریسک انفرادی به شناسایی ریسک‌های خالصی که افراد یا خانواده‌ها با آنها مواجه‌اند و انتخاب مناسب‌ترین روش مواجهه با این ریسک‌ها اشاره دارد. بسیاری از اصول مدیریت ریسک شرکت‌ها برای مدیریت ریسک انفرادی نیز قابل استفاده است. مدیریت ریسک انفرادی علاوه‌بر بیمه سایر روش‌های برخورد با ریسک‌ها را نیز مورد بررسی قرار می‌دهد.

۴-۱- مراحل مدیریت ریسک انفرادی

برنامه مدیریت ریسک انفرادی دربردارنده چهار گام عمده است که عبارت‌اند از:

شناسایی ریسک‌های بالقوه

ارزیابی خسارت‌های بالقوه

انتخاب بهترین روش مقابله با خسارت

مرور دوره‌ای برنامه‌ها

۴-۱-۱- شناسایی ریسک‌های بالقوه

اولین گام در این فرآیند، شناسایی همه ریسک‌ها و خسارت‌های بالقوه‌ای است که برخی از آنها می‌توانند مشکلات مالی جدی را برای افراد ایجاد کنند. این خسارت‌های مالی فاجعه‌آمیز می‌توانند نتیجه سه گروه از ریسک‌ها، یعنی ریسک‌های اشخاص، اموال و مسئولیت باشند.

ریسک‌های اشخاص

انواع ریسک‌های اشخاص شامل موارد زیرند:

- کاهش یا حذف درآمد خانواده به دلیل مرگ نابه‌هنگام سرپرست خانوار؛
- درآمد و دارایی ناکافی در دوره بازنشستگی؛
- صورت‌حساب‌های سنگین درمانی و درآمد ناکافی در دوره طولانی از کارافتادگی؛
- ناتوانی در درآمد در دوره بیکاری.

ریسک‌های اموال

نمونه‌های ریسک‌های اموال نیز موارد زیر را دربرمی‌گیرند:

- خسارت فیزیکی مستقیم به خانه و اموال شخصی به دلیل آتش‌سوزی، صاعقه، طوفان، سیل و زلزله و سایر موارد؛
- خسارت‌های غیرمستقیم که نتیجه آسیب فیزیکی مستقیم هستند، نظیر هزینه اضافی انتقال به آپارتمان یا خانه‌ای دیگر در دوره بازسازی، ضرر اجاره‌بها و استفاده از ساختمان یا اموال دیگران؛
- به سرقت رفتن دارایی شخصی ارزشمندی نظیر پول، اوراق بهادار، جواهرات، لباس‌های گران‌قیمت پوستی، نقاشی و هنرهای زیبا، دوربین و تجهیزات کامپیوتری، سکه، مجموعه‌های تمبر، اشیاء عتیقه و ... ؛
- خسارت آسیب فیزیکی مستقیم به اتومبیل، موتورسیکلت و سایر وسایل نقلیه در اثر تصادف و خسارت‌های دیگری غیر از تصادف.

ریسک‌های مسئولیت

نمونه‌های ریسک‌های مسئولیت نیز شامل موارد زیرند:

- مسئولیت‌های قانونی به‌وجودآمده در اثر توهین‌کردن یا افترازدن به دیگران و خسارت‌هایی از این قبیل؛

- مسئولیت قانونی به وجود آمده در اثر بی توجهی به هنگام استفاده از اتومبیل، موتورسیکلت، قایق و یا وسایل نقلیه تفریحی؛
- مسئولیت قانونی به وجود آمده در کسب و کار و فعالیت های تجاری حرفه ای؛
- پرداخت دستمزد به وکیل و سایر هزینه های دفاع قانونی.

۴-۱-۲- ارزیابی خسارات بالقوه

گام دوم برآورد فراوانی و شدت خسارات بالقوه و انتخاب بهترین روش مواجهه با ریسک است. مثلاً احتمال اینکه منزل شما در اثر آتش سوزی یا گردباد یا طوفان شدید کاملاً تخریب شود نسبتاً کم است، اما شدت این خسارت در صورت رخ دادن آن می تواند فاجعه بار باشد. خسارت هایی از این قبیل به دلیل آنکه به طور بالقوه فاجعه آمیزند، باید بیمه شوند. اما هنگامی که فراوانی خسارت زیاد اما شدت آن کم است (مانند فرورفتگی قسمتی از بدنه اتومبیل در اثر تصادفات خفیف)، نباید از بیمه استفاده کرد. روش های دیگری مانند نگهداری برای برخورد با این نوع خسارات کوچک مناسب ترند. مثلاً خسارات فیزیکی جزئی به اتومبیل از طریق خرید بیمه بدنه دارای فرانشیز قابل نگهداری هستند.

۴-۱-۳- انتخاب بهترین روش مقابله با خسارت

گام سوم، انتخاب مناسب ترین روش برخورد با خسارت های بالقوه است که مهم ترین آنها اجتناب، کنترل خسارت، نگهداری، انتقالات غیربیمه ای و بیمه هستند. روش های برخورد با خسارت های بالقوه در قسمت های قبل توضیح داده شده اند.

۴-۱-۴- مرور دوره ای برنامه ها

آخرین گام در فرآیند مدیریت ریسک انفرادی، مرور برنامه ها به صورت منظم است. برنامه ها، حداقل هر دو یا سه سال یک بار باید بررسی شوند که آیا همه ریسک های مهم به اندازه کافی پوشش داده شده اند یا خیر. همچنین برنامه ها و اقدامات انجام شده در اتفاقات مهم زندگی مانند ازدواج، طلاق، تولد فرزندی جدید، خرید خانه، تغییر شغل و مرگ همسر یا یکی از اعضای خانواده به منظور یافتن راه ها و رفتارهای صحیح باید مرور شوند.

۵- ملاحظات در خصوص انتخاب ابزار مدیریت ریسک

با پیشرفت مدیریت ریسک به‌عنوان یکی از ابزارهای عملکردی خاص در حوزه کسب‌وکار، تلاش‌های بسیاری برای فرمول‌بندی اصول و روش‌های آن جهت مهیا کردن راهنماهای مدیریت ریسک در فرآیند تصمیم‌گیری صورت گرفته است. در این قسمت، در مورد برخی از ملاحظات مهمی بحث خواهیم کرد که در انتخاب روش مناسب مواجهه با ریسکی خاص مؤثر است.

۵-۱- قوانین مدیریت ریسک

یکی از اولین موضوعات در این زمینه، ایجاد مجموعه‌ای از قوانین مدیریت ریسک است. این رهنمودها برای مدیریت ریسک و تصمیم‌گیری، تنها اصول معقولی هستند که در مورد ریسک‌های خالص از آنها استفاده می‌شود. مهر و هِجَز^۱ سه قانون اصلی زیر را برای مدیریت ریسک پیشنهاد داده‌اند:

بیشتر از آنچه استطاعت مالی پرداخت آن را دارید، ریسک نکنید.

احتمالات را در نظر بگیرید.

برای چیزی که ارزش زیادی ندارد، بیش از حد ریسک نکنید.

این سه قانون ساده، راهکاری را فراهم می‌کنند که تحت آن می‌توان در فرآیند مدیریت ریسک، تصمیم‌های بهتری گرفت. برای درک بهتر، هریک از این قوانین را در اینجا توضیح می‌دهیم:

بیشتر از آنچه استطاعت مالی پرداخت آن را دارید ریسک نکنید.

این اصل بی‌شک مهم‌ترین قانون مدیریت ریسک است. اگرچه این قانون به صراحت بیان نمی‌کند که در مورد ریسکی خاص دقیقاً چه کاری باید انجام دهیم، اما نشان می‌دهد که در مورد کدام یک از ریسک‌ها باید اقدامی انجام داد. اگر در مورد این مسئله شناخت کافی وجود داشته باشد که چه وقت نباید در مورد ریسکی کاری انجام داد، در آن صورت، فرد یا شرکت امکان خسارت به‌وجود آمده از آن ریسک را نزد خود نگه می‌دارد (یعنی در مورد آن ریسک از روش نگهداری ریسک استفاده می‌کند). در این صورت، مسئله تعیین اینکه در مورد کدام ریسک‌ها باید کاری انجام داد، به تعیین اینکه کدام ریسک‌ها نباید نگه داشته شوند، تقلیل می‌یابد.

مهم‌ترین عامل در تعیین اینکه درمورد کدام ریسک‌ها باید اقدامی صورت گیرد، حداکثر خسارت بالقوه‌ای است که از آن ریسک حاصل می‌شود. برخی از خسارت‌ها از نظر مالی می‌توانند به حدی ویران‌کننده باشند که دارایی شرکت یا فرد را کاملاً از بین ببرند، درحالی‌که سایر خسارت‌ها فقط پیامدهای مالی خفیفی به دنبال دارند. اگر حداکثر خسارت بالقوه حاصل از یک ریسک به حدی بزرگ باشد که بتواند منجر به ورشکستگی شود، نگهداری آن کاری عاقلانه نیست. بنابراین، شدت خسارت ممکن باید به سطحی که قابل مدیریت کردن باشد، کاهش یابد یا ریسک باید به‌طورکامل منتقل شود.

پاسخ این پرسش که چه مقداری از ریسک را می‌توان به‌طور ایمن نگه داشت، مسئله‌ای پیچیده و فنی است. سطح نگهداشت برای هر ریسک، مستقیماً به ظرفیت تحمل خسارت توسط فرد یا شرکت، مربوط است و ظرفیت تحمل خسارت نیز بستگی به ثروت خالص، وجه نقد، ذخایر قابل نقدشدن و امکان قرض گرفتن آسان در مواقع ضروری دارد. برخی خسارت‌ها ممکن است از همه این منابع بزرگتر باشند. مبلغی که یک فرد یا سازمان "می‌تواند از دست بدهد"، از فردی به فرد دیگر و از شرکتی به شرکت دیگر متفاوت است. علاوه‌براین، میزان خسارتی که توانایی مالی در پرداخت آن وجود دارد نیز بنا به منابعی که در هر زمان درمورد یک خسارت در دسترس است و همچنین در طول زمان تغییر خواهد کرد.

- احتمالات را در نظر بگیرید.

اگر شخصی بتواند احتمال روی‌دادن خسارتی را تعیین کند، برای مواجهه با ریسک در وضعیت بهتری نسبت به‌حالتی قرار دارد که این اطلاعات وجود ندارد. احتمال کم یا زیاد خسارت، نشانه مفیدی برای شناسایی مناسب‌ترین وسیله برای مواجهه با ریسکی مشخص فراهم می‌کند، البته نه به شکلی که بیشتر مردم تصور می‌کنند. احتمال زیاد وقوع خسارت، نشان‌دهنده آن است که احتمالاً بیمه، راهکار اقتصادی برای مواجه شدن با ریسک نیست. این مسئله ناشی از این واقعیت است که بیمه بر مبنای میانگین‌ها کار می‌کند. براساس سوابق گذشته خسارت، بیمه‌گر مبلغ مورد نیاز برای پوشش خسارت‌های موردانتظار را برآورد می‌کند. حق‌بیمه‌ها باید علاوه‌بر پوشش خسارت‌ها، هزینه‌های شرکت بیمه را نیز پوشش دهند. بنابراین، هر چه احتمال خسارت بیشتر باشد، میانگین خسارت برای هر بیمه‌شده و در نتیجه آن حق‌بیمه نیز بیشتر خواهد بود.

همان‌طور که قبلاً اشاره کردیم، بهترین حالت خرید بیمه برای ریسک‌هایی است که احتمال وقوع خسارت در آنها پایین و شدت خسارت ممکن زیاد است و بدترین حالت خرید بیمه نیز برای ریسک‌هایی است که میزان خسارت بالقوه در آنها پایین و احتمال وقوع خسارت زیاد است. مؤثرترین شیوه در مواجهه با خسارت‌هایی که احتمال وقوع در آنها زیاد است، استفاده از روش‌های پیشگیری از خسارت است که هدفشان کاهش احتمال وقوع و فراوانی خسارت است.

- برای چیزی که ارزش زیادی ندارد، بیش از حد ریسک نکنید.

قانون اول، ما را در مورد ریسک‌هایی راهنمایی می‌کند که هرگز نباید نگهداشته شوند یعنی آنهایی که خسارت فاجعه‌آمیزی به بار می‌آورند و شدت بالقوه آنها کاهش پذیر نیست. دومین قانون، ریسک‌هایی را مورد توجه قرار می‌دهد که نباید منتقل شوند یعنی آن خسارت‌هایی که احتمال وقوع آنها بسیار زیاد است. اما گروه دیگری از ریسک‌ها باقی می‌مانند که به جهت گیری دیگری نیاز دارند. به عنوان مثال، موارد بسیاری وجود دارند که خسارت بالقوه در آنها منجر به ورشکستگی نمی‌شود، اما انتقال آنها همچنان مطلوب است. قانون "برای موارد کوچک، بیش از حد ریسک نکنید" برای این دسته باقی‌مانده از ریسک‌ها راهنمایی‌های خوبی فراهم می‌کند.

قانون سوم بیان می‌کند که باید ارتباط منطقی بین هزینه انتقال ریسک و منفعتی که از انتقال ریسک به انتقال‌دهنده تعلق می‌گیرد، وجود داشته باشد. این قانون از دو جهت ما را راهنمایی می‌کند: اولاً، هنگامی که خسارت حاصل از یک ریسک نسبت به حق بیمه‌های صرفه‌جویی شده در اثر نگهداری آن بیشتر باشد، نباید ریسک را نگه داشت. به عبارت دیگر، موارد بسیاری وجود دارند که در آنها هزینه پرداخت حق بیمه‌ها نسبت به خسارتی که ممکن است از ریسک‌های منتقل شده حاصل شوند به صورت نامتناسبی بالاست.

اگرچه قانون "بیشتر از آنچه استطاعت مالی آن را دارید، ریسک نکنید" حداکثر میزان نگهداشتن ریسک‌ها را معین می‌کند، اما قانون "برای موارد کوچک، بیش از حد ریسک نکنید" توصیه می‌کند که برخی از ریسک‌هایی که در بردارنده خسارت‌هایی پایین‌تر از حداکثر سطح نگهداشت هستند نیز باید منتقل شوند. این بدان معناست که از آنجاکه حداکثر سطح نگهداشت باید برای همه ریسک‌ها یکسان باشد، سطح نگهداشت واقعی برای برخی از خسارت‌ها می‌تواند کمتر از این حداکثر باشد. در حقیقت، از آنجاکه تفاوت‌هایی در ساختار نرخ‌گذاری انواع مختلف رشته‌های بیمه‌ای وجود دارد، سطح واقعی نگهداشت برای هر ریسک را می‌توان بر مبنای تحلیل هزینه-فایده بیان شده در قانون سوم تعیین کرد.

۵-۲- مدیر ریسک غیر حرفه‌ای

در شرکت‌های سهامی بسیار بزرگ، مدیر ریسک می‌تواند توجه کامل خود را وقف حل مسئله ریسک‌های خالص کند. در شرکت‌های کوچک‌تر، مدیر ریسک ممکن است وظایف دیگری نیز داشته باشد. در کوچک‌ترین شرکت‌ها، مدیر ریسک ممکن است بهترین فردی باشد که همه چیز را مدیریت می‌کند. کار این شخص به‌عنوان مدیر ریسک مسئولیت بسیار سنگینی است، زیرا نیاز به تصمیم‌گیری‌های بسیار مهمی دارد. تصمیماتی که باید گرفته شوند این است که چه نوع بیمه‌ای باید خریداری شود، به چه میزان و از چه کسی. اگر پوشش بیمه‌ای ناکافی باشد و خسارتی روی دهد، شرکت متحمل خسارت مالی خواهد شد. از سوی دیگر، اگر پوشش بیمه‌ای بیش از حد معمول باشد، خسارت کم منجر به هدر رفتن حق بیمه‌ها می‌شود.

قطعاً، مدیر ریسک غیر حرفه‌ای به همه کمک‌هایی که به او می‌شود، نیاز دارد. چنین مدیری ممکن است از منابع بسیاری برای کمک به تصمیم‌گیری، مشاوره بگیرد. اما در نهایت گرفتن تصمیم آخر برعهده خود اوست. متأسفانه، مدیران ریسکی که به خدمات مشاوره‌ای دیگران نیاز دارند، همیشه نمی‌توانند مطمئن باشند که مشاوران آنها حقیقتاً مشاوره‌ی درستی می‌دهند. به همین دلیل، مدیر ریسک غیر حرفه‌ای باید شخصاً اصول مدیریت ریسک را درک کرده و بپذیرد. همچنین مدیر باید به خوبی مشکل را بشناسد تا تشخیص دهد که آیا به مشاوره نیازی هست یا نه. مدیر باید در مورد مدیریت ریسک و بیمه نیز به اندازه کافی بداند تا بتواند تعیین کند که چه زمانی به کمک نیاز هست و اینکه کمک درستی را دریافت می‌کند یا خیر.

۶- جایگزین‌هایی برای بیمه‌های بازرگانی

با پیشرفت مدیریت ریسک و تأکید روزافزون بر یافتن مناسب‌ترین روش مواجه شدن با ریسک‌ها، ابزارهای جایگزینی برای بیمه و روش‌های سستی نگهداری ریسک ایجاد شده است. این ابزارها شامل برنامه‌های خودبیمه‌گری، بیمه‌گران وابسته (کپتیو)^۱، گروه‌های نگهداری ریسک و بیمه مشترک ریسک هستند. این جایگزین‌ها برای بیمه تجاری به دلایل مختلفی ایجاد شده‌اند. در برخی موارد، مانند برنامه‌های خودبیمه‌گری که توسط کارفرمایان برای بیمه‌ی درمانی فراهم شده است، بیمه‌های بازرگانی نیز به‌عنوان جایگزین وجود دارند، اما صاحبان مشاغل و سازمان‌ها دریافته‌اند که از طریق برنامه‌های خودبیمه‌گری می‌توانند منابع مالی خود را به بهترین شکل مصرف کرده و

صرفه جویی کنند. در سایر موارد، به دلیل عدم وجود بیمه بازرگانی در بازار، جایگزین‌هایی برای بیمه پذیرفته شده‌اند. به دلیل مواجه شدن با هزینه‌های رو به افزایش بیمه‌ای و در برخی موارد، ناتوانی در به دست آوردن انواع مختلف بیمه‌های مسئولیت، برخی سازمان‌ها روش خودبیمه‌گری یعنی پرداخت مستقیم خسارت‌ها از درآمد خود را انتخاب کرده‌اند. سایر سازمان‌ها نیز به یکدیگر پیوسته‌اند و گروه‌های وابسته (کپیو) یا نگهداری ریسک را تشکیل داده‌اند.

۶-۱- خودبیمه‌گری

خودبیمه‌گری فعالیتی بسیار متداول است و از این واژه به صورت گسترده استفاده شده و مورد قبول قرار گرفته است ولی از لحاظ نظری، اشکالاتی در واژه خودبیمه‌گری وجود دارد. برای تمایز قائل شدن بین برنامه‌های نگهداری که از روش‌های بیمه‌ای استفاده می‌کنند و سایر برنامه‌هایی که از روش‌های بیمه‌ای استفاده نمی‌کنند، روش مناسبی وجود دارد. برنامه‌های خودبیمه‌گری در تشریفات مربوط به توافقات با سایر برنامه‌های نگهداری ریسک متفاوت است. در برخی موارد، این تشریفات به معنای کسب مجوز از قانون‌گذار برای نگهداری ریسک‌ها تحت شرایط خاصی تعریف شده است. در سایر موارد نیز، این تشریفات به معنای اجرای برنامه‌ای بیمه‌ای شامل تعیین معیارهای تأمین مالی بر مبنای محاسبات فنی و تعریف‌های قراردادی در معرض خطرها است.

۶-۲- معایب خودبیمه‌گری

علاوه بر مزایایی که ذکر شد، خودبیمه‌گری دارای معایبی به این شرح است:
بزرگ‌ترین ایراد خودبیمه‌گری این است که سازمان را در معرض خسارت فاجعه‌آمیز رها می‌کند. البته این اشکال را نیز می‌توان با خرید بیمه اتکایی توسط خود بیمه‌گر برای خسارت‌هایی که به صورت بالقوه فاجعه‌آمیزند، برطرف کرد. این کار دقیقاً همان است که بیمه‌گر نیز انجام می‌دهد.

ایراد دیگر برنامه خودبیمه‌گری آن است که ممکن است تفاوت زیادی بین هزینه‌ها از یک سال به سال دیگر وجود داشته باشد. هنگامی که این تفاوت در هزینه‌ها از سالی به سال دیگر زیاد باشد، امکان برنامه‌ریزی برای سرمایه‌گذاری مختل می‌شود.

خودبیمه‌گری برخی از ریسک‌ها می‌تواند ارتباطات عمومی نامناسبی بین کارگران و صاحبان یا مدیران شرکت ایجاد کند. ممکن است برای یک سازمان کنترل ریسک‌ها از طریق

خرید بیمه (در مقابل کنترل ریسک‌ها توسط کارمندان سازمان) مزایایی دربرداشته باشد که خود بیمه‌گری آن مزایا را از بین می‌برد.

خدمات ویژه‌ای توسط بیمه‌گران فراهم می‌شود که وقتی شرکتی از برنامه خودبیمه‌گری استفاده می‌کند، این خدمات را از دست خواهد داد. بیشتر این خدمات مربوط به پیشگیری از خسارت و اداره امور مربوط به مطالبات خسارت است. این خدمات به صورت جدا از فعالیت‌های شرکت بیمه، از شرکت‌های تخصصی نیز قابل خرید است. هنگامی که هزینه خودبیمه‌گری با بیمه‌های بازرگانی مقایسه می‌شود، باید هزینه دریافت این خدمات را نیز به هزینه‌های خودبیمه‌گری افزود.

همچنان‌که خودبیمه‌گری در میان شرکت‌های سهامی بزرگ بیشتر رواج می‌یابد، بیمه‌گران نیز برای رقابت با خودبیمه‌گری، برنامه‌های نرخ‌گذاری حساس به خسارت و برنامه‌های نگهداری را آغاز کرده‌اند. این برنامه‌ها شامل بیمه‌های دارای فرانشیز بزرگ، نرخ‌گذاری تجربی (که در آن تجربه خسارت خود بیمه‌گذار مهم‌ترین عامل در تعیین قیمت بیمه است) و طرح‌های جریان نقدی که در آن توافقات مربوط به پرداخت حق بیمه، به بیمه‌گذار اجازه می‌دهد که حق بیمه‌ها را تا زمانی که برای پرداخت خسارات به آن وجوه موردنیاز باشند، برای سرمایه‌گذاری نزد خود نگه دارد.

۶-۳- شرکت‌های بیمه‌ای وابسته (کپیتو)

شرکت‌های بیمه‌ای وابسته (کپیتو)، حالت خاصی از نگهداری ریسک و در برخی موارد، انتقال ریسک را ارائه می‌دهند. یک شرکت بیمه‌ای وابسته (کپیتو)، نهادی است که شرکت مادر آن را ایجاد و کنترل می‌کند، درحالی‌که هدف اصلی آن تأمین بیمه برای آن شرکت مادر است. این شرکت وابسته (کپیتو)، شرکت بیمه‌ای است که برای مالک یا مالکان شرکت سهامی خود، پوشش بیمه‌ای فراهم می‌کند. در متن این تعریف دو نوع سازمان مورد توجه قرار می‌گیرد:

شرکت‌های وابسته (کپیتوهای) خالص^۱

شرکت‌های وابسته (کپیتوهای) گروهی^۲ یا شرکت‌های وابسته (کپیتوهای) انجمنی^۳

1. Pure Captives
2. Group Captives
3. Association Captive

شرکت‌های وابسته (کپتوهای) خالص

شرکت وابسته (کپیتو) خالص، شرکت بیمه‌ای است که توسط سازمانی غیربیمه‌ای فقط با هدف بیمه‌گری برای ریسک‌های شرکت مادر و شرکت‌های تابعه آن تأسیس شده است. اگرچه واژه وابسته (کپیتو) گاه در مورد سایر بیمه‌گران تابعه نیز به‌کار می‌رود، اما در شرکت‌های وابسته (کپتوهای) خالص، این واژه شامل شرکت‌های بیمه‌ای تابعه^۱ نمی‌شود که هدف آنها صدور بیمه برای عموم است.

شرکت‌های وابسته (کپتوهای) گروهی یا انجمنی

یک انجمن یا گروه کپیتو، شرکت بیمه‌ای است که توسط گروهی از شرکت‌ها برای بیمه کردن ریسک‌های جمع‌شده آنها تأسیس شده است. همچنین گاهی این سازمان‌ها به‌عنوان شرکت‌های بیمه گروهی تجاری^۲ و همچنین به‌عنوان گروه‌های نگهداری ریسک شناخته می‌شوند. گروه نگهداری ریسک، یک شرکت وابسته (کپیتو) خودگروهی^۳ است که تحت مواد قانونی نگهداری ریسک سازمان‌دهی شده است.

-
1. Insurance Subsidiaries
 2. Trade Association Insurance Companies
 3. Self-grouped

نمونه سؤالات چهار گزینه‌ای

۱. علت اصلی یک خسارت همیشه

- الف) اولین علت است.
ب) آخرین علت است.
ج) علت غالب است.
د) تنها علت است.

۲. ویژگی اساسی بیمه چیست؟

- الف) انتقال ریسک
ب) پرداخت غرامت
ج) اشتراک گذاشتن خسارت
د) هر سه گزینه صحیح است.

۳. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد عبارت «انتقال ریسک» صحیح است؟

- الف) به معنی پرداخت غرامت به هنگام وقوع خسارت است.
ب) یعنی ریسک خالص از بیمه‌شده به بیمه‌گری منتقل می‌شود که معمولاً در وضعیت مالی قوی‌تری نسبت به بیمه‌شده برای پرداخت خسارت قرار دارد.
ج) به معنی انتقال ریسک بین بیمه‌گذاران است.
د) منظور یک کاسه کردن ریسک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار است.

۴. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد عبارت «اشتراک گذاشتن خسارت» صحیح است؟

- الف) به معنای یک کاسه کردن تمام خسارات وارده ممکن بر گروه بیمه‌شدگان است.
ب) به معنای پخش کردن کل خسارت وارده بین کل اعضای گروه بیمه‌شدگان است.
ج) برگرداندن بیمه‌گذار به وضعیت مالی خود پیش از وقوع حادثه توسط بیمه‌گر و سایر گروه بیمه‌گذاران

د) گزینه الف و ب صحیح است.

۵. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء ویژگی‌های یک ریسک بیمه‌پذیر نیست؟

- الف) عمدی بودن خسارت
ب) قابل اندازه‌گیری بودن شدت خسارت
ج) قابل محاسبه بودن احتمال وقوع خسارت
د) قابل پرداخت بودن حق بیمه از نظر اقتصادی

۶. کدامیک از گزینه‌های زیر تفاوت بیمه و شرط‌بندی را بهتر نشان می‌دهد؟

الف) در شرط‌بندی ریسک سوداگرانه جدید ایجاد می‌شود اما بیمه روشی برای مقابله با ریسک خالصی است که از قبل وجود داشته است.

ب) در بیمه، منفعت بیمه‌گر از هزینه بیمه‌گذار تأمین می‌شود.

ج) بیمه و شرط‌بندی هر دو از نظر اجتماعی فعالیتی غیرمولد است.

د) در بیمه و شرط‌بندی هرگز زیان‌دیدگان به وضعیت مالی سابقشان باز نمی‌گردند.

۷. کدامیک از گزینه‌های زیر از فواید بیمه در جامعه نیست؟

الف) توزیع عادلانه خسارت‌ها و ریسک (ب) افزایش اعتبار افراد و مشاغل

ج) پیشگیری از ارتکاب جرائم (د) گزینه الف و ب صحیح است.

۸. کدامیک از گزینه‌های زیر در مورد درجه ریسک صحیح است؟

الف) درجه ریسک به معنی میزان انحراف منفی از انتظارات است.

ب) درجه ریسک احتمال وقوع انحراف منفی از انتظارات است.

ج) درجه ریسک به احتمال وقوع ریسک مربوط است.

د) گزینه ب و ج صحیح است.

۹. کدامیک از گزینه‌های زیر در مورد عبارت «مخاطره» صحیح است؟

الف) به علت خسارت، مخاطره گویند.

ب) مخاطره وضعیتی است که احتمال تحقق خسارتی را ایجاد کرده و یا آن را افزایش می‌دهد.

ج) به هزینه‌های سربار بیمه‌گری مخاطره گویند.

د) نوعی از عملیات بیمه است که تمام یا قسمتی از تعهدات شرکت بیمه را به دیگری منتقل می‌کند.

۱۰. بنابر اصل نفع بیمه‌ای،

الف) منافع بیمه‌گر و بیمه‌گذار متقابل است.

ب) بیمه‌گذار در بقای آنچه بیمه می‌کند ذی‌نفع است.

ج) بیمه‌گذار منافعش در این است که خسارتی رخ ندهد.

د) بیمه‌گر منافعش در این است که خسارتی رخ ندهد.

۱۱. رابطه مدیریت ریسک و مدیریت بیمه چگونه است؟

الف) مدیریت ریسک وسیع‌تر از مدیریت بیمه است.

ب) مدیریت بیمه وسیع‌تر از مدیریت ریسک است.

ج) هم‌ارز و معادل هستند.

د) با یکدیگر رابطه‌ای ندارند.

۱۲. اولویت خرید بیمه برای ریسک‌هایی است که احتمال وقوع خسارت در آنها و

شدت خسارت ممکن است.

الف) بالا، پایین (ب) بالا، بالا

ج) پایین، پایین (د) پایین، بالا

۱۳. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد «شرکت بیمه وابسته» صحیح نیست؟

الف) نهادی است که شرکت بیمه مادر آن را ایجاد و کنترل می‌کند.

ب) شرکت بیمه‌ای است که برای مالک یا مالکان شرکت سهامی خود، پوشش بیمه فراهم می‌کند.

ج) توسط گروهی از شرکت‌ها برای بیمه کردن ریسک‌های جمع شده آنها تأسیس شده است.

د) استفاده از شرکت بیمه وابسته ممکن است تفاوت زیادی بین هزینه‌ها از یک سال به سال

دیگر ایجاد کند.

۱۴. مخاطره افزایش احتمال خسارت در اثر رفتارهای متقلبانه بیمه‌گذار است.

الف) اخلاقی (ب) فیزیکی

ج) روحی (د) شخصیتی

۱۵. جاده یخ‌زده‌ای که احتمال تصادف را افزایش می‌دهد نمونه‌ای از مخاطرات

است.

الف) اخلاقی (ب) فیزیکی

ج) روحی (د) شخصیتی

۱۶. سیم‌کشی معیوب ساختمانی که خطر آتش‌سوزی را بیشتر می‌کند نمونه‌ای از مخاطرات

..... است.

الف) شخصیتی (ب) اخلاقی

ج) روحی (د) فیزیکی

۱۷. آتش سوزی مثالی از ریسک‌های است.

الف) ایستا (ب) پویا

ج) سوداگرانه (د) عام

۱۸. در صورتی که ریسک عام بیمه‌پذیر باشد

الف) بیمه‌کردن آن به مساعدت و همکاری دولت نیازمند است.

ب) بیمه‌کردن آن به مساعدت و همکاری بیمه مرکزی ج.ا.ا. نیازمند است.

ج) بیمه‌کردن آن به مساعدت و همکاری سندیکای بیمه‌گران ایران نیازمند است.

د) بیمه‌کردن آن به مساعدت و همکاری صندوق بین‌المللی پول نیازمند است.

۱۹. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء روش‌های مواجهه با ریسک است؟

الف) کنترل خسارت (ب) نگهداری ریسک

ج) انتقالات غیربیمه‌ای (د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۰. الحاق شرکت‌ها برای ایجاد یک شخصیت حقوقی واحد، نمونه‌ای از است.

الف) انتقال ریسک (ب) نگهداری ریسک

ج) اجتناب از ریسک (د) مدیریت ریسک

۲۱. اهداف مدیریت ریسک قبل از وقوع خسارت کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) استفاده بهینه از منابع (ب) کاهش نگرانی

ج) رعایت الزامات قانونی (د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۲. کدام یک از گزینه‌های زیر از اهداف مهم مدیریت ریسک بعد از وقوع خسارت است؟

الف) ثبات درآمدی (ب) ادامه تولید

ج) مسئولیت‌های اجتماعی (د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۳. فرآیند مدیریت ریسک چند گام اصلی دارد؟

الف) ۳ (ب) ۴

ج) ۵ (د) ۶

۲۴. ریسک‌های ریسک‌هایی هستند که در آنها بزرگی خسارت به حدی است که

منجر به ورشکستگی شرکت شوند.

الف) بحرانی (ب) مهم

ج) غیرمهم (د) غیرعملدی

۲۵. بهترین روش رویارویی با خسارت‌هایی با فراوانی کم و شدت کم است.

الف) نگهداری

ب) اجتناب

ج) بیمه

د) واگذاری

۲۶. کدام یک از گزینه‌های زیر از ابزارهای جایگزین برای بیمه‌های بازرگانی است؟

الف) خود بیمه‌گری

ب) بیمه‌گران وابسته

ج) گروه‌های نگهداری ریسک

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۷. جاگذاشتن سوئیچ روی اتومبیلی که قفل نشده است، نمونه‌ای از است.

الف) مخاطره فیزیکی

ب) مخاطره روحی

ج) مخاطره اخلاقی

د) ریسک‌گریزی

۲۸. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء فرآیند مدیریت ریسک نیست؟

الف) شناسایی ریسک

ب) ارزیابی ریسک

ج) تعیین اهداف

د) صرفه‌جویی

۲۹. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء اهداف مدیریت ریسک است؟

الف) استفاده بهینه از منابع

ب) رعایت الزامات قانونی

ج) کاهش نگرانی

د) هر سه گزینه صحیح است.

۳۰. کدام یک از گزینه‌های زیر از روش‌های انتقال غیربیمه‌ای ریسک است؟

الف) انتقال ریسک از طریق قراردادها

ب) ادغام شرکت‌های تجاری

ج) نگهداری

د) گزینه الف و ب صحیح است.

فصل سوم: فرآیند صدور بیمه نامه

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این فصل، خوانندگان باید بتوانند:

- فرآیندهای مرتبط با پیشنهاد نرخ بیمه، فرم‌های پیشنهاد، محاسبه حق بیمه و بیمه نامه را توضیح دهند.
- ملاحظات مربوط به تعیین قیمت و عوامل مؤثر بر قیمت را بیان کنند.
- رویه‌های تجدید و فسخ قرارداد را توضیح دهند.

- اگر در پایان دوره مقرر پیشنهاددهنده نرخ پیشنهادی را نپذیرفته باشد، نرخ مذکور بعد از آن معتبر نخواهد بود.

۲- فرم‌های پیشنهاد بیمه

به‌طور سنتی، «فرم‌های پیشنهاد بیمه» رایج‌ترین سازوکاری است که به‌وسیله آن بیمه‌گران اطلاعات لازم را برای ارائه نرخ‌های پیشنهادی خود، دریافت می‌کنند. با توسعه روزافزون بسترهای ارتباطی نظیر اینترنت، استفاده از فرم‌های سنتی پیشنهاد، کاهش چشمگیری داشته است. فرم‌های پیشنهاد برای بسیاری از ریسک‌های بزرگ و پیچیده بازرگانی مناسب نیستند و ارزیابی یا راه‌کارهای مناسب دیگری جایگزین آنها شده است. هرگاه فرم پیشنهاد بیمه پر شده باشد، این فرم می‌تواند به منزله مبنایی برای قرارداد بیمه تلقی شود.

فرم‌های پیشنهاد بیمه، برحسب نوع کسب‌وکار، از حیث اندازه و پیچیدگی‌ها متفاوت‌اند. برخی سؤالات فرم‌های پیشنهاد (مانند نام و نشانی پیشنهاددهنده، شغل و مدت مورد نیاز جهت پوشش) در رشته‌های گوناگون، مشترک است. پرسش‌های دیگر مختص «ریسک‌های خاص» است و بیمه‌گر به یاری آنها می‌تواند تصمیم بگیرد که آیا ریسک را بپذیرد یا نپذیرد و در صورت پذیرش، تحت چه شرایطی قرارداد ببندد (مانند سوابق راننده در بیمه وسایل نقلیه موتوری و نوع فعالیت‌های تجاری در ریسک‌های بازرگانی).

پس از تکمیل پرسشنامه ارائه‌شده در فرم پیشنهادی، از پیشنهاددهنده درخواست می‌شود که صحت اظهارات خود را در اظهاریه‌ای در پایان فرم، امضا کند تا تأییدی باشد براینکه براساس اطلاعات و اعتقاد بیمه‌گذار، اطلاعات ارائه‌شده واقعی است. سپس یک «هشدار» (یا اخطار مهم) همراه این تأیید و امضا درخصوص ضرورت افشای کلیه حقایق عمده و پیامدهای افشا نکردن این حقایق درج می‌شود.

۲-۱- فرم پیشنهاد بیمه

فرمی است که توسط متقاضی بیمه تکمیل می‌شود. این فرم بیمه‌گر را قادر می‌کند ریسک را ارزیابی و بیمه‌نامه را تهیه کند و سایر امور اداری را به انجام برساند. تکمیل فرم پیشنهاد بیمه در مرحله‌ای که بیمه‌گر نرخ ارائه می‌دهد، الزامی نیست، ولی اگر نرخ بدون پرسشنامه داده شود، اعمال آن می‌تواند مشروط به تکمیل فرم پیشنهاد شود.

۲-۲- کاهش استفاده از فرم‌های پیشنهاد

مراکز ارائه خدمات تلفنی و اینترنتی بیمه‌ای از برخی گزینه‌های از پیش نوشته شده استفاده می‌کنند تا اطلاعات مورد نیاز را که از طریق فرم‌های پیشنهاد تهیه می‌شد، کسب کنند. پیشنهاددهنده می‌تواند این اطلاعات را به منزله گزارش «حقایق عمده» چاپ و صحت آن را بررسی کند، ولی معمولاً نیازی به امضا ندارد.

۲-۳- راه کارهای مناسب دیگر

بازدید از محل، استفاده از پرسشنامه‌های تکمیلی یا ملاقات با مشتری از راه کارهای مناسب جهت بررسی و ارزیابی ریسک تلقی می‌شود.

پرسش: فردی یک خودروی دست دوم خریده است. چیزی که او از آن اطلاع نداشته و در نتیجه در فرم پیشنهاد خود اظهار نکرده، این است که صاحب قبلی تغییراتی روی موتور خودرو انجام داده است تا قدرت آن را تقویت کند. هنگامی که این فرد تصادف می‌کند، بیمه‌گران او متوجه تغییر در موتور می‌شوند. آیا این موضوع به بیمه‌گر حق می‌دهد که به دلیل عدم افشای حقایق اساسی، پوشش بیمه‌ای را رد کند؟

الف- بله
ب- خیر

پاسخ: «ب» طبق قواعد و اصول کلی حاکم بر صنعت بیمه، بیمه‌گر نباید رسیدگی به ادعای خسارت یک مشتری را به یکی از این دو دلیل رد کند: عدم افشای حقایق اساسی که به لحاظ منطقی از مشتری انتظار نمی‌رفته که اظهار کند یا اظهارات نادرست ناشی از بی‌اطلاعی.

۳- محاسبه حق بیمه

بر اساس اطلاعات ارائه شده در فرم پیشنهاد بیمه (یا مشابه آن)، بیمه‌گر حق بیمه را متناسب با ریسکی که پیشنهاددهنده مطرح کرده، محاسبه می‌کند.

این یک اصل بنیادی بیمه‌ای است که حق بیمه‌های دریافتی برای ریسک‌های مشابه، یک صندوق مشترک را تشکیل می‌دهند. سهم مشارکت بیمه‌گذار (حق بیمه) باید نمایان‌گر میزان ریسک او و احتمال دریافت پول از صندوق، هنگام طرح ادعای خسارت باشد.

۳-۱- حق بیمه

در اغلب بیمه‌های عمومی گوناگون، حق بیمه به‌طور سالیانه و در هر دوره تمدید قرارداد، قابل پرداخت است. پرداخت حق بیمه می‌تواند به شیوه‌های مختلفی انجام پذیرد، مانند پرداخت با کارت‌های اعتباری یا اقساط ماهیانه تا تأمین بودجه آن تسهیل شود. مالیات حق بیمه نیز به آن اضافه می‌شود (معادل ۹ درصد مبلغ حق بیمه برای تمام انواع بیمه‌نامه‌ها که با توجه به مصوبه مجلس شورای اسلامی، حذف خواهد شد).

۳-۲- نرخ حق بیمه

این نرخ متناسب با خطرات مرتبط با موضوع بیمه‌شده تعیین می‌شود. از تحلیل‌های آماری برای به دست آوردن توزیع ریسک و احتساب نرخ حق بیمه استفاده می‌شود. البته می‌توان یک نرخ «استاندارد» محاسبه کرد و بر پایه مبالغ اضافی یا تخفیفاتی که خاص هر ریسک است، آن را اصلاح کرد.

۳-۳- حق بیمه پایه

حق بیمه پایه به‌عنوان شاخص «در معرض خطر بودن» تلقی می‌شود. در بیمه‌های اموال، حق بیمه پایه، به‌طور معمول ارزش بیمه‌شده (هزینه جایگزینی) یا سقف هر نوع پرداخت خسارت است.

پرسش: کدام یک از گزینه‌های زیر بیمه‌گران را قادر می‌کند تا میزان حق بیمه بسیاری از ریسک‌های بیمه‌ای را به نحوی دقیق ارزیابی کنند؟

الف- قانون اعداد بزرگ

ب- حداعلای حسن نیت

ج- اصل جبران خسارت

پاسخ: «الف» از هر یک از اعضای صندوق مشترک بیمه درخواست می‌شود «یک حق بیمه متناسب» برحسب میزان و درجه ریسک وارده، به صندوق پرداخت کند. هرچه تعداد اعضای صندوق بیشتر باشند، ارزیابی سهم حق بیمه هر یک از اعضا، برای پرداخت خسارت اعضای بدشانسی که در طول سال آینده با خسارت روبه‌رو می‌شوند، تسهیل خواهد شد.

پرسش: فردی را در نظر بگیرید که پرسشنامه‌ای را برای قایق لاستیکی نوی خود پر کرده است. فکر می‌کنید در چه مرحله‌ای، قرارداد بیمه منعقد می‌شود؟

الف- هنگامی که بیمه‌گر پرسشنامه را دریافت کرد.

ب- هنگامی که حق بیمه پرداخت شده یا توافقی جهت پرداخت آن به عمل آید.

ج- هنگامی که بیمه‌نامه صادر شده باشد.

پاسخ: «ب» بیمه‌گر لازم است فرم پیشنهاد بیمه‌نامه را بپذیرد و بیمه‌گذار باید حق بیمه را بپردازد یا توافق کند که آن را پرداخت کند. (برای مثال به شکل اقساط ماهانه از طریق کارت اعتباری) قبل از منعقد شدن قرارداد. شایان توجه است که یک قرارداد بیمه بدون توجه به اینکه آیا بیمه‌نامه صادر شده یا خیر منعقد می‌شود. بیمه‌نامه فقط «سند» قرارداد است.

۴- بیمه‌نامه

بیمه‌گذار و بیمه‌گر باید به‌طور کامل از شرایط و محتوای قرارداد مورد توافق خود آگاه باشند و به‌همین دلیل است که بیمه‌نامه صادر می‌شود. بیمه‌نامه شامل جزئیات اقدام یا میزان در معرض خطر بودن موضوع بیمه، خطرهای عملیاتی، دوره پوشش، استثنائات، شرایط، حق بیمه و اطلاعات مرتبط دیگر است.

۴-۱- محاسبه حق بیمه

معمولاً حق بیمه از طریق اعمال نرخ حق بیمه در حق بیمه مبنا (سرمایه بیمه) به دست می‌آید. بنابراین، حق بیمه معمولاً از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

حق بیمه = نرخ × مبلغ یا سرمایه بیمه‌شده

اگرچه روش معمول، مطالبه نرخ درصدی بر مبنای مبلغ بیمه‌شده یا ارزش سرمایه بیمه شده است، ولی در مواردی ممکن است این روش مناسب نباشد.

در این موارد، حق بیمه قابل تعدیل و حق بیمه ثابت ملاک عمل قرار می‌گیرند.

۴-۲- نرخ درصدی

نرخ درصدی قیمت (برحسب ریال) برای هر ۱۰۰ ریال بیمه است؛ مثلاً نرخ ۱٫۵ درصدی، یعنی بیمه‌گر به ازای هر ۱۰۰ ریال سرمایه بیمه‌شده، ۱٫۵ ریال مطالبه می‌کند. گاهی این نرخ به جای درصد، برای مبالغ بزرگ برحسب «در هزار» و برحسب ریال (به ازای هر هزار ریال پوشش بیمه) اعلام می‌شود.

۴-۳- سرمایه بیمه شده

در بعضی از رشته‌های بیمه‌ای، موضوع بیمه دارایی نیست و از این رو، شاخص دیگری از در معرض خطر بودن باید برای اندازه‌گیری نرخ مورد استفاده قرار گیرد. برای مثال، در بیمه مسئولیت کارفرمای ساختمانی، متراژ زیربنای ساختمان و در بیمه مسئولیت کارفرمای خدماتی، تولیدی و صنعتی، تعداد کارکنان می‌تواند ملاک باشد.

۴-۴- حق بیمه قابل تعدیل

در برخی موارد، شاخص «در معرض خطر بودن» در ابتدای دوره بیمه مشخص نیست و تنها کاری که می‌توان انجام داد، محاسبه تخمینی سرمایه در معرض خطر است (مانند دستمزد کارکنان در بیمه‌های مسئولیت مدنی کارفرمایان). سپس نرخ بیمه در آن رقم ضرب و بیمه‌گذار در پایان سال اظهارنامه‌ای حاوی دستمزدهای حقیقی پرداختی تسلیم می‌کند. سپس حق بیمه برحسب اینکه دستمزد حقیقی پرداختی از میزان تخمینی کمتر یا بیشتر بوده، تعدیل می‌شود. حق بیمه اولیه را سپرده حق بیمه می‌نامند. بسیاری از سپرده‌های حق بیمه، «حداقل حق بیمه» است که در این موارد در پایان دوره بیمه فقط مبلغی به حق بیمه اضافه می‌شود (یعنی استرداد حق بیمه وجود ندارد).

۴-۵- حق بیمه ثابت

در بعضی موارد، روال محاسبه چنین است که یک حق بیمه ثابت به جای حاصل ضرب نرخ بیمه در حق بیمه پایه دریافت می‌شود؛ مانند بیمه‌های وسایل نقلیه موتوری که حق بیمه از جدول‌های نرخ‌گذاری با احتساب خطرات مرتبط با بیمه‌گذار منفرد و خودروی او استخراج می‌شود.

بخش دوم:

رویه‌های تجدید و فسخ قرارداد

۱- مقدمه

بیمه‌گران برای جلب مشتری، هزینه‌های گزافی را تحمل می‌کنند؛ هزینه‌های «پنهانی» چون تبلیغات، کارمزدها و هزینه‌های اداری. بنابراین، تجدید قراردادهای موجود تا حد امکان جهت پایین نگه‌داشتن هزینه‌ها مؤثر است. در این بخش، به موضوع تجدید و تمدید قراردادها می‌پردازیم، ولی در عین حال، به اختیار بیمه‌گر در فسخ بیمه‌نامه‌ها نیز اشاره می‌کنیم.

۲- اهمیت رویه‌های مربوط به تجدید قرارداد

اغلب قراردادهای بیمه‌نامه عمومی یک دوره دوازده‌ماهه را پوشش می‌دهند که در پایان دوره قابل تمدیدند. البته هیچ نوع الزامی در تمدید قرارداد، چه برای بیمه‌گذار و چه از سوی بیمه‌گر وجود ندارد. اما همان‌گونه که پیشتر خاطر نشان شد، بیمه‌گران معمولاً تمایل بیشتری به تمدید قرارداد دارند؛ زیرا تمدید یک بیمه‌نامه موجود نسبت به ایجاد یک قرارداد جدید، از نظر هزینه باصرفه‌تر است.

اگر بیمه‌گر آمادگی تداوم بیمه را داشته باشد، در موعد مناسبی پیش از تاریخ تجدید قرارداد، یک آگهی تمدید قرارداد برای بیمه‌گذار می‌فرستد.

اگر بیمه‌گذار به تمدید قرارداد تمایل داشته باشد، باید حق بیمه سالیانه پرداخت کند (مگر در شرایطی که به صورت اقساطی پرداخت می‌کند) و برگه تأییدیه تمدید یا گواهی بیمه جدیدی دریافت کند.

۲-۱- الزامی نبودن تمدید قرارداد

تمدید قرارداد حائز اهمیت قابل توجهی است، زیرا به بیمه‌گر اجازه می‌دهد مندرجات، شرایط و حق بیمه را براساس ریسک، مورد بازبینی و تجدیدنظر قرار دهد. بیمه‌گذار نیز باید باتوجه به این تغییرات، برای تمدید تصمیم‌گیری کند.

۲-۲- باصرفه بودن

علاوه بر اینکه تمدید قرارداد در مقایسه با به‌دست آوردن مشتری جدید، کم‌هزینه‌تر است، در صورت ثبات تعداد مشتریان، اطلاعات آماری درخصوص پرتفوی شرکت نیز دقیق‌تر خواهد شد.

۲-۳- موعد مناسب

بیمه‌گر باید اطلاعات لازم در موعد مناسب جهت تمدید قرارداد را به مشتری ارائه کند تا او بتواند آگاهانه در مورد تمدید قرارداد یا ترتیبات جایگزین دیگر تصمیم‌گیری کند. البته سطح اطلاعاتی که باید ارائه شود، به عوامل زیر بستگی دارد:

- دانش و تجربه مشتری؛

- پیچیدگی موضوع.

۳- نحوه عملکرد ماده‌های مربوط به فسخ قرارداد

بیمه‌گران به‌ندرت قراردادهای بیمه را در میانه دوره فسخ می‌کنند، به‌طوری‌که معمولاً انتظار می‌رود یک بیمه‌نامه تا تاریخ تمدید ادامه یابد. ولی ماده فسخ قرارداد در بیمه‌نامه به بیمه‌گر حق فسخ قرارداد در میانه دوره را نیز می‌دهد. به‌طور معمول، ماده فسخ قرارداد تصریح می‌کند که بیمه‌گر باید با پست سفارشی یک اخطاریه کتبی را به آخرین نشانی موجود بیمه‌گذار بفرستد. پرسش: کدام یک از موارد زیر احتمالاً سبب می‌شود تا یک بیمه‌گر بیمه‌نامه را در میانه دوره فسخ کند؟

الف- تجربه خسارتی زیاد

ب- کشف سابقه جنایی بیمه‌گذار

ج- تغییر در نوع کسب‌وکار متعهدشده

پاسخ: «ب» بعید است که یک بیمه‌گر قرارداد بیمه را در میانه دوره به دلایلی مانند داشتن تجربه پرداخت خسارت زیاد لغو کند، اما اگر اطلاعاتی مبنی بر وجود مخاطرات اخلاقی در رابطه با ریسک مربوطه دریافت کند (مانند کشف اینکه بیمه‌گذار سابقه جنایی افشا نشده قبلی داشته) ممکن است شرایط فسخ را اجرا کند. تغییر در نوع کسب‌وکار، فقط در شرایطی که بیمه‌گر قادر یا مایل به بیمه‌کردن فعالیت جدید نباشد، منجر به فسخ قرارداد می‌شود. اگر

بیمه‌نامه در میان دوره فسخ شود، بیمه‌گذار حق بیمه متناسب با مدت پوشش باقی‌مانده را پس خواهد گرفت.

ماده فسخ قرارداد به بیمه‌گذار نیز این اجازه را می‌دهد که قرارداد را در میانه دوره فسخ کند، اگرچه این رویه مرسوم نیست. هنگامی که بیمه‌گذار قرارداد را در میانه دوره فسخ می‌کند، اغلب نرخ‌های کوتاه مدت اخذ می‌شود.

نرخ‌های کوتاه‌مدت حاکی از کاهش چشمگیر در نسبت حق بیمه بازگشتی است تا انعکاسی از هزینه‌های تحمیلی صدور بیمه‌نامه به بیمه‌گر باشد. بیمه‌گران همیشه نرخ‌های کوتاه‌مدت را اعمال نمی‌کنند، بلکه در برخی موارد مبلغ حق بیمه‌ای متناسب (تناسبی) با مانده دوره را بازپرداخت می‌کنند.

بخش سوم:

ملاحظات مربوط به بیمه‌نامه (پذیرش ریسک)

۱- مقدمه

بیمه‌گر قبل از آنکه موارد، شرایط و گستره پوشش قابل ارائه و قیمت را تعیین کند، ارزیابی می‌کند که آیا پیشنهاددهنده میزان قابل قبولی خطر برای «صندوق مشترک بیمه» به همراه دارد یا خیر. در این بخش، به بررسی چگونگی ارزیابی یا «نرخ‌گذاری» انواع متعدد ریسک توسط بیمه‌گر خواهیم پرداخت. همچنین روش‌های مبارزه با تقلب و پیروی از مقررات در حین بیمه‌گری را بیان خواهیم کرد.

۲- اصول کلیدی صدور بیمه‌نامه

به‌طورکلی، رویه صدور بیمه‌نامه مشتمل بر موارد زیر است:

- عوامل اصلی صدور بیمه‌نامه، مؤثر بر تجربه خسارت هر حرفه خاص.
- ادعای خسارت «میانگین» به ازای هر عضو گروه.
- ویژگی‌های پیشنهاددهنده ریسک در مقایسه با یک عضو «متعارف».

اساساً بیمه‌گر، مخاطره ریسک پیشنهادشده را ارزیابی می‌کند. این نگرش عمومی در بیمه‌گری بیمه‌های شخصی یا بیمه‌های تجاری به کار گرفته می‌شود. پیش از آنکه به ملاحظات خاص بیمه‌گری در رشته‌های مختلف بیمه‌های شخصی و بیمه‌های تجاری بپردازیم، به تفاوت‌های این دو نوع بیمه توجه کنید.

۲-۱- حرفه خاص

برای مثال، درودگران در کارشان از ابزار برقی قوی و خطرناکی استفاده می‌کنند. بنابراین، تعجب‌آور نیست که نرخ جراحات‌های کارگران در صنعت درودگری، فراوان‌تر و شدیدتر از جراحات کارمندان دفتری باشد.

۲-۲- ویژگی پیشنهاددهنده

برای مثال، احتمال خطر حریق در یک مرکز تولیدی صنعتی که دارای کارشناسان ایمنی بوده و رویه‌های دوره‌ای و منظمی جهت بازدید از قسمت‌های پرخطر دارد، نسبت به کارگاهی که هیچ برنامه‌ای برای پیشگیری از خطر ندارد، کمتر است.

۲-۳- بیمه شخصی

بیمه‌ای است که برای شخصی حقیقی در خارج از حرفه، تجارت یا شغلشان ارائه می‌شود.

۲-۴- بیمه بازرگانی

بیمه‌ای برای کسب و کار.

پرسش: فکر می‌کنید عموماً بیمه‌گری کدام‌یک از بیمه‌های زیر پیچیده‌تر است؟

الف- بیمه شخصی

ب- بیمه تجاری

پاسخ: «ب» معمولاً بیمه‌گری بیمه‌های تجاری پیچیده‌تر است، زیرا برخلاف انواع بیمه‌های شخصی، خطرات از همگنی کمتری برخوردارند. بیمه‌های بازرگانی، گستره‌ای از مغازه‌های کوچک و کارخانه‌ها تا شرکت‌های چندملیتی را دربرمی‌گیرد که در بسیاری از کشورها فعالیت می‌کنند. خطرها ممکن است از چند خودرو متعلق به یک شرکت تا هواپیما و ماهواره را شامل شود.

۲-۵- بیمه شخصی - ساختمان

اکنون به بررسی ملاحظات خاص بیمه‌گری مؤثر بر بیمه‌نامه‌های شخصی می‌پردازیم. در

بیمه شخصی، مهم‌ترین ملاحظات در مورد ساختمان‌ها عبارت‌اند از:

- ساخت؛

- منطقه.

بیمه‌گران در رابطه با محتویات ساختمان، مسائل زیر را در نظر می‌گیرند:

- محله؛

- شغل در طی روز؛

- ایمنی؛

- نوع و سطح پوشش؛

- ساخت.

برای بیمه‌گران مادهٔ ساخت ساختمان اهمیت دارد. اگر ساختمان از آجر، سنگ یا بتون ساخته نشده یا بام آن از لوح سنگی، سفالی، فلزی یا بتون نباشد، ریسک بیشتری دارد و بنابراین باید حق بیمه بیشتری پرداخت شود (مانند خانه‌های با سقف حصیری).

- منطقه

حق بیمه اضافه‌ای که برای مناطقی دریافت می‌شود که سابقهٔ تاریخی خطرهای عمده مانند توفان، سیل، نشست، جنایت و آتش‌سوزی عمدی دارند.

- محله

بعضی از محله‌ها ریسک بیشتری دارند.

- شغل در طی روز

گاهی برای خانه‌هایی که کسی در طول روز در آنها حضور دارد یا بیمه‌شده، عضو یک طرح مراقبتی است، تخفیف‌هایی در نظر گرفته می‌شود.

- ایمنی

مانند نوع قفل به‌کارگرفته‌شده. معمولاً یک حداقل سطح ایمنی برای بیشتر ریسک‌ها ضرورت دارد.

- نوع و سطح پوشش

آیا پوشش بیمه‌ای فقط برای ساختمان است یا تلفیق ساختمان و اثاثیه؟ آیا پوشش بیمه‌ای لوازم، مختص مکان خاصی (مانند خانه) است یا در خارج آن نیز دارای پوشش‌اند؟ آیا این پوشش، شامل جواهرات گران‌بها نیز می‌شود؟

۲-۶- بیمه شخصی - سلامت

اکنون به سراغ دومین نوع بیمه شخصی رفته، بیمه سلامت را بررسی می‌کنیم.
پرسش: فکر می‌کنید کدام یک از گزینه‌های زیر ملاحظه‌ای کلیدی در بیمه‌گری بیمه سلامت

است؟

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> آری | <input type="checkbox"/> الف - منطقه: |
| <input type="checkbox"/> آری | <input type="checkbox"/> ب - سن: |
| <input type="checkbox"/> آری | <input type="checkbox"/> ج - جنسیت: |
| <input type="checkbox"/> آری | <input type="checkbox"/> د - شغل: |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> خیر |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> خیر |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> خیر |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> خیر |

پاسخ: به‌طور کلی، منطقه بیمه‌شده نباید تأثیری بر روی ریسک سلامتی او بگذارد (مگر اینکه بیمه‌شده در کشورهای خارجی زندگی کند)، بنابراین، معمولاً عامل کلیدی برای بیمه‌گر نیست. معمولاً خطر بیماری با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. پس سن به همراه جنسیت، یک عامل نرخ‌گذاری است؛ چون عموماً ریسک‌های بیمه سلامت برای زنان بیشتر از مردان است. همچنین حرفه‌های مختلف، سطوح مختلف ریسک بیماری یا حادثه دارند. دیگر عوامل نرخ‌گذاری برای بیمه سلامتی عبارت‌اند از: سبک زندگی، شرایط جسمی، سابقه بیماری و شرایط خانوادگی (و غالباً شامل جزئیات مالی خاص برای درخواست بیمه دائمی سلامت است تا از گراف نبودن منافع بیمه اطمینان حاصل شود).

۲-۷- بیمه شخصی - سفر

در بیمه سفر، همه عوامل زیر نیاز به توجه ویژه دارند:

- مقصد؛
- هدف و مدت سفر؛
- بیمه‌نامه‌های گروهی؛
- وجود شرایط پیشین.

- مقصد

در بعضی از کشورها، مثلاً آمریکا هزینه‌های پزشکی بسیار گران است.

- هدف و مدت سفر

برای تفریح، کار و غیره.

- بیمه‌نامه‌های گروهی

این بیمه‌نامه برای پوشش خطراتی است که برای گروهی از مردم که به طریقی با هم مرتبط‌اند، (نظیر هم سفر شدن) پیش آید.

- وجود شرایط پیشین

بیمه‌گران می‌خواهند بدانند آیا بیمه‌گذار از شرایطی مانند بیماری قلبی رنج می‌برد که منجر به ادعای خسارتی شود تا آن را از هزینه‌های پزشکی در رابطه با آن بیماری مستثنی کنند.

۲-۸- بیمه شخصی و تجاری - وسایل نقلیه موتوری

عوامل مختلف بسیاری در رویه پذیره‌نویسی بیمه‌های وسایل نقلیه موتوری دخیل‌اند. شماری از آنها هم مربوط به خودروهای شخصی و موتورسیکلت و هم مرتبط با خودروهای تجاری است.

بعضی از عوامل کلیدی عبارت‌اند از:

- سن راننده؛
- نوع و مدل خودرو؛
- نوع استفاده؛
- منطقه جغرافیایی؛
- محل نگهداری؛
- سابقه رانندگی؛
- پوشش مورد نیاز و تعمیم‌های درخواستی؛
- تغییرات خودرو.

- سن راننده

این موضوع اهمیت دارد زیرا احتمالاً بعضی از گروه‌های سنی (مانند پسران کورس‌گذار) بیش از دیگران مشکوک به خسارت‌اند.

- نوع و مدل خودرو

بعضی از خودروها گران‌بها ترند یا با زحمت تعمیر می‌شوند؛ از جمله خودروهای پر قدرت که در دستان رانندگان کم‌تجربه به سختی هدایت می‌شوند (این مثال خوبی برای روابط متقابل عوامل گوناگون است).

- نوع استفاده

خودرویی که در ناوگان حمل‌ونقل عمومی به کار می‌رود، طبعاً بیشتر از خودرویی که برای کار شخصی استفاده می‌شود، در خیابان‌ها تردد می‌کند.

- منطقه جغرافیایی

در بعضی از مناطق کشور، نرخ سرقت بیشتر از مناطق دیگر است. در مناطقی که خودروهای بیشتری در جاده‌ها در ترددند، احتمال تصادف نیز بیشتر است.

- محل نگهداری

مکانی که خودرو را شب‌ها یا هنگامی که استفاده نمی‌شود در آنجا نگهداری می‌کنند. طبعاً خودرویی که در پارکینگ نگهداری می‌شود، کمتر در معرض سرقت است تا آنکه در خیابان باشد و نیز کمتر احتمال دارد که صدمه عمدی ببیند.

- سابقه رانندگی

سابقه ادعای خسارت پیشین مهم است. یک سابقه خسارت بد می‌تواند دلیل وجود مخاطره اخلاقی باشد، همان‌طور که در سابقه محکومیت چنین است.

- پوشش مورد نیاز و تعمیم‌های درخواستی

هرچه پوشش گسترده‌تر باشد، ریسک بیشتری به صندوق مشترک بیمه وارد می‌شود. بنابراین پذیره‌نویس باید حق بیمه بیشتری بگیرد و شرایط متفاوتی را تعیین کند.

- تغییرات خودرو

وسایل جانبی متنوع مثل استریو یا رینگ و تایرهای چشم‌گیر، احتمال سرقت را افزایش می‌دهند. یکی از عوامل در بیمه وسایل نقلیه موتوری، نوع خودرو است. اکنون با دقت بیشتری به این موضوع می‌پردازیم.

پرسش: انتظار دارید در بیشتر فرم‌های پیشنهادی، کدام یک از جنبه‌های خودرو بزرگ‌ترین تاثیر را در مبلغ حق بیمه بدنه داشته باشد؟

الف- نسبت قدرت به وزن

ب- سن خودرو

ج- ارزش خودرو

پاسخ: «ج» بدون شک، ارزش خودرو، مهم‌ترین عامل تأثیرگذار در تعیین حق بیمه بدنه خودرو می‌باشد. پوشش‌های تکمیلی و عواملی نظیر عمر خودرو نیز در تعیین حق بیمه بدنه مؤثر است.

۲-۹- بیمه تجاری مسئولیت

هرچند بیشتر ملاحظات آنکه در بیمه‌گری بیمه خودرو به کار می‌رود، مرتبط با بیمه‌های شخصی و تجاری است، ولی سایر ملاحظات بیمه‌گری که به بررسی آنها خواهیم پرداخت، به بیمه‌های تجاری مربوط است. اولین بیمه تجاری که به بررسی آن خواهیم پرداخت، بیمه مسئولیت است.

ملاحظات بیمه‌گری بیمه مسئولیت براساس نوع پوشش مورد نیاز متفاوت است. انواع بیمه‌های مسئولیت و نکات مورد نظر بیمه‌گران عبارت‌اند از:

- مسئولیت کارفرما

در بیمه مسئولیت کارفرما، ملاحظه اصلی در نرخ‌گذاری، خطر خاص هر شغل است (مانند کارمند اداری در برابر کارگر داربست‌بند). بیمه‌گر فقط نگران احتمال جراحت کارکنان نیست، بلکه نگرانی برای دچار شدن آنان به بیماری و امراض دیگر نیز وجود دارد.

- مسئولیت عمومی

مهم‌ترین ملاحظه در بیمه‌گری بیمه مسئولیت عمومی، فعالیت‌های تجاری بیمه‌گذار و میزان ارتباط آنها با مردم و دیگر اشخاص ثالث است.

- مسئولیت کالا

همانند مسئولیت عمومی، ملاحظه اصلی، تجارت و فعالیت پیشنهاددهنده است. برای مثال، ریسک و در معرض خطر بودن یک تولیدکننده دارو بیشتر از تولیدکننده جوراب است. افزون بر ویژگی کالا، بیمه‌گران نیاز دارند بدانند کالا به چه کسی و کجا فروخته می‌شود.

- مسئولیت آلودگی محیط زیست

ارزیابی ریسک به شدت متأثر از تجارت، مواد و کنترل‌هایی است که به کار گرفته می‌شوند. بیمه‌گر نیاز دارد بداند چه مواد شیمیایی به کار گرفته و چگونه انبار می‌شوند.

- مسئولیت حرفه‌ای

بیمه‌گران نیاز به اطلاعاتی در خصوص فعالیت‌ها و تجربه بیمه‌گذار دارند. حق بیمه خالص^۱، نسبتی از پیامدهای بالقوه مشاوره نادرست است.

۱. Risk Premium که معادل دیگر انگلیسی آن Pure Premium است و فرانسویان به آن Prime Nette می‌گویند، عبارت است از بخش اصلی حق بیمه که برای جبران خسارت به‌کار می‌رود. بخش‌های دیگر؛ سربارهای احتیاطی، هزینه‌ها و سود هستند.

۲-۱۰- بیمه تجاری - اموال

اکنون بیمه‌های تجاری - اموال را بررسی می‌کنیم.

- بیمه آتش‌سوزی

پرسش: فکر می‌کنید کدام گزینه درخصوص آتش‌سوزی و خطرهای خاص در فرآیند

بیمه‌گری به‌کار می‌رود؟

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| الف - روش به‌کار گرفته‌شده برای روشنایی و گرمایش | <input type="checkbox"/> آری | <input type="checkbox"/> خیر |
| ب - ویژگی‌های مدیریت ریسک | <input type="checkbox"/> آری | <input type="checkbox"/> خیر |
| ج - سن کارکنان | <input type="checkbox"/> آری | <input type="checkbox"/> خیر |
| د - سابقه پزشکی کارکنان | <input type="checkbox"/> آری | <input type="checkbox"/> خیر |

پاسخ: سن و سابقه بیماری کارکنان نمی‌توانند تأثیر محسوسی بر ریسک خسارت بیمه‌شده بگذارند، ولی ویژگی‌های مدیریت ریسک مانند مدیریت داخلی، نظارت پیمانکاران، حسابرسی، بازرسی و تعمیرات دوره‌ای، افزون بر روش‌های روشنایی و گرمایش (که آتش‌زا هستند) بر ریسک تأثیر دارند.

سایر عوامل اصلی نرخ‌گذاری برای آتش‌سوزی و خطرهای خاص عبارت‌اند از:

کاربری؛

نوع کالای انبارشده در محل؛

ساختار بنا و جنس مواد؛

ویژگی‌های ایمنی؛

تعداد طبقات و سطح زیر بنا؛

روش روشنایی و گرمایش؛

نزدیکی به خطرهایی مانند توفان، سیل، نشست، دزدی و آتش‌زنی عمدی.

- بیمه دزدی

ملاحظات مهم در بیمه دزدی عبارت‌اند از:

- کسب‌وکار: بعضی از کسب‌وکارها طبیعتاً بیشتر در معرض دزدی قرار دارند؛
- منطقه جغرافیایی: بعضی از مناطق برای دزدی مستعدترند؛
- مخاطره اخلاقی مالک؛

- چگونگی و ساخت محل تجارت (مهم‌ترین ملاحظه، مقاومت در برابر ورود با زور است)؛
- پیشگیری از دزدی: مانند استفاده از زنگ هشداردهنده، دوربین مداربسته، مأموران حراستی، روشنایی امنیتی و غیره.

- بیمه شکست شیشه

ملاحظه اصلی در بیمه شیشه، کاربری ساختمان (در رابطه با احتمال شکسته شدن شیشه) و منطقه جغرافیایی (با احتمال خرابکاری) است.

۲-۱۱- بیمه تجاری - پول

نوع دیگر بیمه تجاری، بیمه پول است. کسب‌وکاری که با مبالغ زیادی پول سروکار دارد (مانند یک مغازه‌دار)، نسبت به تجارتی که عمده دادوستد آن بر پایه حساب بانکی است و پول از راه الکترونیکی از طریق بانک انتقال می‌یابد (مانند یک اداره) بیشتر در معرض ریسک است. بیمه‌های پول، به دو صورت وجوه و مسکوکات در صندوق و در راه بیمه می‌شوند. علاوه بر بیمه پول، ضرر و زیان ناشی از وقفه در فعالیت‌های بیمه‌گزاران نیز قابل پوشش است. در رابطه با بیمه وقفه در فعالیت، بیمه‌گر نگران سرعت بازگشت به کار پیشنهاددهنده به حالت عادی پس از هر حادثه یا توقف است. افزون بر بیمه وقفه در کار و تولید، بیمه پول شامل بیمه هزینه‌های حقوقی پیگیری امور از طریق دادگاه‌ها و مراجع قضایی نیز می‌گردد.

پرسش: درخصوص بیمه وقفه در فعالیت، بیمه‌گر علاوه بر اینکه نگران سرعت بازگشت به کار پیشنهاددهنده پس از وقوع حادثه و وقفه‌کاری است، دست به ارزیابی‌هایی می‌زند. فکر می‌کنید موارد مورد ارزیابی، بیشتر از کدام جنبه مورد ارزیابی قرار گیرد؟

الف- بیمه‌گری اموال

ب- بیمه‌گری مسئولیت

پاسخ: «الف» بیمه‌گر بیمه وقفه در کسب‌وکار، به ارزیابی ویژگی‌های فیزیکی نظیر ریسک‌های مدنظر بیمه‌گر بیمه اموال می‌پردازد. زیرا می‌خواهد بداند یک خسارت در خصوص ویژگی فیزیکی (مانند آتش‌سوزی در ساختمان) چه مدت زمانی سبب تعطیلی کسب‌وکار خواهد شد.

۳- تقلب در بیمه

حال به جنبه دیگری از ملاحظات بیمه‌گری یعنی تقلب می‌پردازیم. اگر تقلب کشف نشود و ادعای خسارت متقلبانه پرداخت شود، پیامدهای زیر را خواهد داشت:

- برای بیمه‌گر: سودش کاهش می‌یابد و در برابر ادعاهای خسارت متقلبانه آتی، آسیب‌پذیر می‌شود.
- برای بیمه‌گذار: حق بیمه افزایش می‌یابد.
- برای مدعی: وسوسه می‌شود که ادعاهای خسارت متقلبانه بیشتری کند.

- کلاهبرداری

نمونه‌های عمده عبارت‌اند از:

- جعل ادعای خسارتی که واقع نشده است.
 - بزرگنمایی ادعای خسارت (مانند تعداد و ارزش اشیای دزدیده‌شده یا اندازه جراحت).
 - فعالیت عمدی (مانند آتش زدن خودرو برای دریافت ارزش بیمه‌ای آن).
 - بیمه کردن دو (یا چند) بار و تلاش برای دریافت خسارت از چند بیمه‌گر.
- ولی شما در کمک به پیشگیری از کلاهبرداری تنها نیستید و مجموعه‌های گوناگونی شما را یاری خواهند نمود. به‌عنوان نمونه، نهاد ناظر خدمات مالی بر پایه وظیفه قانونی خود در کاهش «جرایم مالی»، درگیر مبارزه با تقلبات بیمه‌ای است. مؤسساتی نظیر مؤسسه بیمه چارتر^۱ درگیر آموزش و اعطای مدارک بیمه‌ای است و مؤسسات خدمات دآوری مالی نیز، مسئولیت حل و فصل اختلاف‌ها میان بیمه‌گران و بیمه‌گذاران را برعهده دارند.

روش‌های دیگری که برای پیشگیری از کلاهبرداری در بیمه استفاده می‌شود، پایگاه‌های اطلاعاتی مانند نمونه‌های زیرند:

- بانک تبادل اطلاعات بیمه‌گران و خسارت؟
- ثبت آثار هنری گمشده؟
- ثبت آمار دزدی و تقلب بیمه وسایل نقلیه موتوری؟
- بانک اطلاعاتی بیمه وسایل نقلیه موتوری^۱.

1. The Chartered Insurance Institute (CII)
2. The Claims and Underwriters Exchange (CUE)
3. The Arts Loss Register
4. The Motor Insurance Anti-Fraud and Theft Register (MIAFTR- now MIAFTR2)

دیگر راه‌هایی که کارمندان رسیدگی و مبارزه با کلاهبرداری به کار می‌گیرند، عبارت‌اند از:

● **پر کردن پرسشنامه تلفنی خسارت**

معمولاً دروغگویی مستقیم سخت‌تر از دروغگویی صرفاً از طریق تکمیل فرم است.

● **جبران از طریق جایگزینی**

اگر متقلب برای تلویزیون دزدیده شده ادعای خسارت و دریافت پول نقد کرده باشد، از اینکه باید تلویزیون جایگزین را بفروشد تا به پول برسد ناامید می‌شود (البته در این صورت تقلب هنوز موفقیت‌آمیز بوده، ولی می‌توان امید داشت که از این کار در آینده پیشگیری شود).

- **نشانه‌ها**

برای مثال، کارمندانی که به ادعای خسارت رسیدگی می‌کنند باید مراقب ادعاهای خسارت

زیر باشند:

- خسارت‌هایی که بلافاصله پس از صدور یا تجدید قرارداد باشند؛
- هنگامی که بیمه‌گذار مستندات اشیای گمشده را ندارد؛
- هنگامی که بیمه‌گذار چند خسارت مشابه را در فاصله‌های کوتاه ایجاد کرده است.

۴- قوانین

یکی از قوانینی که هنگام بیمه‌گری باید در نظر گرفته شود، قانون محافظت از داده است. اساساً این قانون برای نظارت بر حفظ و پردازش داده‌های شخصی طراحی شده است. همه فعالیت‌های تجاری که از این گونه داده‌ها استفاده می‌کنند، باید هشت اصل را رعایت کنند.

هشت اصل حفاظت از اطلاعات ملزم می‌کند که این اطلاعات:

- قانون‌مند و منصفانه پردازش شوند؛
- برای موارد قانونی و مشخص نگهداری شوند؛
- متناسب و مربوط بوده و بیش از اندازه نباشند؛
- به روز و دقیق باشند؛
- بیش از زمان موردنیاز نگهداری نشوند؛
- باتوجه به حقوق افراد پردازش شوند؛
- امنیت آنها رعایت شود؛

- به کشورهای دیگر منتقل نشوند، مگر آن که آن کشور دارای سطح قابل قبول حفاظت از داده‌ها باشد.
- هفت حق افرادی که داده‌های شخصی آنها توسط دیگران نگهداری می‌شود عبارت‌اند از:
 - دانستن اینکه چه اطلاعاتی در موردشان (به صورت رایانه‌ای یا دستی) نگهداری شده است؛
 - از پردازش اطلاعات مربوط به کسانی که زیان یا ناراحتی برایشان یا برای دیگران ایجاد می‌کند، جلوگیری کنند؛
 - از پردازش اطلاعات برای بازاریابی مستقیم جلوگیری کنند؛
 - اجازه ندهند تصمیماتی در موردشان به صورت خودکار گرفته شود؛
 - خسارت‌ها و ناراحتی‌هایی که از نقض قانون ناشی می‌شود، جبران شود؛
 - اطلاعات نادرست را اصلاح، مسدود، پاک و منهدم کنند؛
 - در موارد ضروری درخواست بررسی کنند که آیا نقض قانون شده است یا نه.
- پرسش: فرض کنید نرخی برای بیمه خانوار تهیه می‌کنید. فکر می‌کنید بیمه‌گر کدام‌یک از پرسش‌های زیر را می‌تواند بپرسد بی‌آنکه اصل سوم حفاظت اطلاعات (اطلاعات شخصی باید کافی، مربوط و بیش از اندازه نباشد) را نقض کرده باشد؟
 - الف- خانه به‌طور تقریبی چند سال ساخت دارد؟
 - ب- آیا شما در سلامتی کامل به سر می‌برید؟
 - ج- منزل شما چند اتاق خواب دارد؟
 - د- قومیت خود را چگونه توصیف می‌کنید؟
 - ه- آیا بر روی همه پنجره‌های قابل دسترسی قفل دارید؟
- پاسخ: «الف»، «ج» و «ه». برای اندازه‌گیری ریسک یک پیشنهاد بیمه خانگی، منطقی است که بیمه‌گر سؤال‌هایی درباره‌ی خانه بپرسد؛ ولی به‌سختی می‌توان ضرورت پرسش از قومیت و وضع سلامتی فرد را توجیه کرد.

بخش چهارم:

تعیین قیمت

۱- مقدمه

همه شرکت‌ها از جمله شرکت‌های بیمه برای سوددهی خود، نیاز به برنامه‌ریزی گسترده‌ای دارند. یکی از اولین گام‌های برنامه‌ریزی، جمع‌آوری اطلاعات صحیح برای اتخاذ تصمیم است. در این بخش، به اطلاعاتی که برای تصمیم‌گیری، به‌ویژه در رابطه با نرخ‌گذاری و قیمت‌گذاری در روند پذیره‌نویسی لازم است، می‌پردازیم.

۲- اطلاعات مورد نیاز برای صدور بیمه‌نامه

بیمه‌گران مانند تمامی شرکت‌های بزرگ، در سطوح مختلفی تصمیم می‌گیرند. به‌طور کلی می‌توان گفت که تصمیم‌ها در سه سطح زیر گرفته می‌شوند:

- سطح هیئت‌مدیره

در این سطح، مدیران درگیر اجرای سیاست‌های کلان‌اند. برای مثال، بعضی از مسائل، تصمیم‌ها و طرح‌هایی که در این سطح بررسی می‌شوند، عبارت‌اند از:

- رشد: خالص و ناخالص؛
- ترکیب تجارت: بر پایه رشته، مسیرهای توزیع و منطقه؛
- جایگاه رقابتی؛
- توانگری مالی.

- سطح مدیران

مدیران مسئول اجرای دقیق برنامه‌های طراحی شده‌ای هستند که هیئت‌مدیره درخصوص آنها به توافق رسیده است. آنها همچنین مسئول بخش‌های مختلف در کسب‌وکار، مانند بیمه‌گری، فروش و کارمندان هستند.

مسائل، تصمیم‌ها و برنامه‌هایی که در این سطح بررسی می‌شوند، شامل موارد زیر است:

- تغییرات نرخ؛
- ثبات ذخائر؛

- ضرایب خسارت؛
- خسارت‌های مرتبط با آب و هوا؛
- نرخ کارمزد واسطه‌ها؛
- نسبت هزینه‌ها.

- سطح عملیاتی

سطوح عملیاتی، درگیر اجرای روزانه روش‌ها و شیوه‌های تعیین‌شده توسط مجموعه مدیران است. مسائل، تصمیم‌ها و برنامه‌هایی که در این سطح بررسی می‌شوند، عبارت‌اند از:

- سطح خدمات به مشتری؛
- حفظ مشتری.

بنابراین، هر سطح نیازمند نوع و مقدار متفاوتی از اطلاعات است تا بر آن اساس تصمیم‌گیری کند. ولی در عمل، اطلاعات زیادی در هر سطح مورد نیاز است و بعضی از این اطلاعات به سطوح گوناگونی ارائه می‌شود.

در این قسمت، بر روی اطلاعاتی که برای تصمیم‌گیری در خصوص فرآیند بیمه‌گری، به‌ویژه برای نرخ‌گذاری و قیمت‌گذاری، مورد نیاز است و بیشتر مدیران درگیر آن هستند، تمرکز می‌کنیم.

پرسش: آیا می‌توانید اطلاعات مورد نیاز زیر را با سطح مدیریت مربوط مطابقت دهید؟

الف- اطلاعات درباره مطابقت با استانداردهای اطمینان از قرارداد

ب- ارقام سود سرمایه: سود برحسب درصدی از سرمایه

ج- جزئیات روند ادعای خسارت‌ها: فراوانی و شدت

پاسخ: هیئت‌مدیره نیازمند اطلاعاتی است که از آن برای تصمیم‌های مربوط به عملکرد

مجموعه (مانند ارقام سود) کمک بگیرد. سطح عملیاتی نیازمند اطلاعاتی مرتبط با اجرای روزانه

روش‌ها و شیوه‌هایی است که مدیریت تعیین کرده. سطح مدیریتی (در اینجا مدیر بیمه‌گری) به

اطلاعات مربوط به حوزه کاری خود نیاز دارد تا بتواند در اجرای تصمیم‌های مورد توافق

هیئت‌مدیره کمک کند. برای مثال، بیمه‌گران باید راهبرد قیمت‌گذاری را اجرا کنند.

۳- اطلاعات مورد نیاز برای اجرای سیاست پذیرش ریسک

برای اجرای راهبرد قیمت، بیمه‌گر باید اطلاعات ادعاهای خسارت را تحلیل کند و برای

اطمینان از اینکه می‌توان روند خسارت‌های آینده را پیش‌بینی کرد، اطلاعات بیشتری

به‌دست‌آورد. سپس او باید حق‌بیمه‌ای را محاسبه کند که برای پوشش هزینه خسارت‌های مورد انتظار آینده نیاز است.

اهمیت اطلاعات ادعاهای خسارت بر شرایط بیمه‌گری و نرخ حق‌بیمه‌ها را می‌توان از طریق دامنه پرسش‌هایی متوجه شد که پذیره‌نویس هنگام مطالعه اطلاعات ادعاهای خسارت می‌پرسد. نمونه پرسش‌هایی که ممکن است پذیره‌نویس طی مطالعه اطلاعات ادعاهای خسارت بپرسد، عبارت‌اند از:

با بررسی سال‌های متوالی، آیا تجربه خسارتی بهبود یافته یا بدتر شده است؟

تعداد ادعاهای خسارت در هر سال افزایش یافته یا کاهش؟

علت ادعاهای خسارت چیست؟

آیا ادعاهای خسارت بزرگی وجود دارد که روند را برهم زند؟

آیا ذخیره انفرادی ادعاهای خسارت با توجه به ویژگی آنها دقیق است؟

۳-۱- اهمیت فراوانی و شدت خسارت‌ها

پیش از آنکه بیمه‌گر به بررسی بیشتر رابطه محاسبه ادعاهای خسارت و حق‌بیمه پردازد، باید ویژگی ریسک و به‌ویژه اهمیت فراوانی و شدت ادعاهای خسارت‌ها را دریابد. معمولاً ریسک بر پایه دو مقیاس زیر اندازه‌گیری می‌شود:

فراوانی: چند بار تکرار خواهد شد؟

شدت: هنگام وقوع، چه اندازه سنگین خواهد بود؟

- فراوانی

تعداد ادعاهای خسارت موردانتظار باید به دقت پیش‌بینی شود. این پیش‌بینی همچنین باید جواب‌گوی تغییرات احتمالی در محیط، پرتفوی ریسک و ریسک‌های منفرد باشد.

- شدت

همانند فراوانی، میانگین هزینه انواع خسارت‌ها را باید سنجید و همیشه یک ظرفیت اضافی برای فاجعه‌های بزرگ نیز در نظر گرفت (مانند کولاک، سیل، زلزله و توفان). در ارزیابی ریسک، باید عوامل مربوط به فراوانی و شدت در نظر گرفته شود، درحالی‌که این رابطه در میان ریسک‌ها متغیر است.

پرسش: براساس سطح ریسک، یک بیمه‌گر چگونه دزدی تلفن‌های همراه را توصیف می‌کند؟

الف- فراوانی کم، شدت کم

ب- فراوانی زیاد، شدت زیاد

ج- فراوانی کم، شدت زیاد

د- فراوانی زیاد، شدت کم

پاسخ: «د» در دزدی‌های تلفن‌های همراه، شمار زیادی خسارت کم و تعداد نسبتاً کمی خسارت بزرگ وجود دارد. مثال دیگر ادعای خسارت با فراوانی زیاد و شدت کم، ادعای خسارت شیشه‌های خودرو است. تحقیقات حوادث صنعتی، روند مشابهی را نشان می‌دهد.

تحقیقات حوادث صنعتی نشان‌دهنده روندی با فراوانی زیاد و شدتی کم است. مثلث هنریک نشان می‌دهد که به ازای هر صدمه شدید در محل کار، ۳۰ حادثه کوچک و ۳۰۰ حادثه غیر جراحی روی می‌دهد. این‌گونه خسارت‌ها نسبتاً قابل پیش‌بینی‌اند و می‌توان آنها را «هزینه‌های پایه/ ثابت ادعای خسارت»^۱ نام گذاشت و تقریباً تناسبی مستقیم با شمار واحدهای در معرض خطر بیمه‌شده دارند. یک بیمه‌گر محتاط باید بتواند با تقریبی قابل قبولی این سطوح زیان را پیش‌بینی کند.

۳-۲- پیش‌بینی سطوح زیان

برای مثال، باید انتظار داشته باشید که بر پایه حساب اموال بین ۲۰ تا ۳۰ درصد از کل حق‌بیمه در معرض هزینه‌های اصلی خسارت باشد. این میزان جدای از خسارت‌های آب‌وهوایی و بزرگی است که تا اندازه‌ای به آنها ناپایداری داده است.

در عوض، ریسک‌های بسیار متفاوتی درخصوص وقایع فاجعه‌بار مانند زلزله یا حوادث هواپیما وجود دارد. این نوع حوادث دارای فراوانی کم و شدت زیادند. آنها به‌ندرت اتفاق می‌افتند ولی درصورت وقوع، اثرشان بسیار شدید است.

پرسش: فرض کنید بیمه‌گر هستید و به‌دنبال یافتن رابطه‌ای میان شدت و فراوانی حوادث مرتبط با وسایل نقلیه موتوری هستید. کدام گزینه را برای نشان دادن این رابطه انتخاب می‌کنید؟

الف- فراوانی کم، شدت کم

ب- فراوانی زیاد، شدت زیاد

ج- فراوانی کم، شدت زیاد

د- فراوانی زیاد، شدت کم

پاسخ: «د». حوادث وسایل نقلیه موتوری فراوان اتفاق می‌افتند، ولی شمار کمی از آنها منجر به خسارت یا مسئولیت شدید می‌شود.

۳-۳- اهمیت ضریب خسارت^۱

اکنون بیمه‌گر می‌تواند بررسی رابطه میان ادعاهای خسارت و حق بیمه و به‌ویژه ضریب خسارت را آغاز کند. ضریب خسارت، نسبت ادعاهای خسارت به حق بیمه است و با تقسیم مقدار خسارت پرداختی به مقدار حق بیمه دریافتی محاسبه می‌شود:

$$\text{ضریب خسارت} = \frac{\text{خسارت پرداختی}}{\text{حق بیمه}} \times 100$$

پرسش: فرض کنید بیمه‌گری هستید که حساب‌های شرکتی را بررسی می‌کند که درآمد حق بیمه‌اش ۱۰۰,۰۰۰ پوند و ادعای خسارتش برابر ۱۰۳,۰۰۰ پوند است. ضریب خسارت چه عددی است؟

الف - ۳٪

ب - ۳٪

ج - ۹۷٪

د - ۱۰۳٪

پاسخ: «د» یک بازده نامناسب برای بیمه‌گر.

همان‌گونه که ملاحظه می‌کنید، محاسبه ضریب خسارت شاخصی مفید برای بیمه‌گران به‌منظور پی‌بردن به وضعیت است. بنابراین می‌توانند تصمیم‌های درستی درباره پذیرش ریسک و مقدار حق بیمه بگیرند.

پس از محاسبه ضریب خسارت، پذیره‌نویس نیازمند ملاحظه مفهوم «حق بیمه عایدشده» است.

اگر بیمه‌گر در روز اول جولای پوشش را آغاز کند و سال مالی او از اول ژانویه تا ۳۱ دسامبر باشد، او صرفاً ۵۰ درصد حق بیمه را در سال مالی‌ای که حق بیمه وارد حساب‌ها (یا «ثبت») شده، عاید کرده است. «ضرایب خسارت‌های عایدشده»^۲ را می‌توان با مقایسه ادعاهای خسارت تا پایان ۳۱ دسامبر و حق بیمه‌های عایدشده به طریقی که اشاره شد، محاسبه کرد.

ضریب خسارت وارد شده در سطح حساب‌ها، برای انعکاس هزینه‌های بیمه اتکایی و خسارت‌های وارد شده اما گزارش نشده^۱ تعدیل می‌شود. بنابراین، ضریب خسارت وارد شده دقیق‌ترین مقیاس اندازه‌گیری عملکرد در سطح بیمه‌نامه را نشان می‌دهد و به پذیره‌نویس کمک می‌کند تا پذیرش ریسک و حق بیمه را در نظر بگیرد.

۴- انواع مختلف نظارت و دوره‌های محاسباتی

با محاسبه دقیق‌ترین مقیاس عملکرد در سطح بیمه‌نامه برای پشتیبانی از تصمیم‌های نرخ‌گذاری و قیمت‌گذاری، بیمه‌گران می‌توانند بر این اطلاعات در دوره‌های مختلف نظارت کنند. انواع اصلی نظارت و دوره‌های حسابداری عبارت‌اند از:

سال بیمه‌نامه؛

سال پذیره نویسی؛

سال تقویمی؛

سال مالی.

هر کدام از این دوره‌ها کاربرد خود را دارد.

برای مقایسه و سنجش نظارت بر مبنای سال بیمه‌نامه با نظارت بر مبنای سال پذیره‌نویسی،

سال تقویمی و سال مالی، از داده‌های جدول ذیل استفاده خواهیم کرد:

جدول ۱-۳

	جزئیات بیمه‌نامه		جزئیات ادعای خسارت	
	دوره بیمه‌نامه	حق بیمه (£)	زمان خسارت	ارزش (£)
بیمه‌نامه ۱	۲۰۰۶/۰۷/۰۱-۲۰۰۷/۰۶/۳۰	۱,۰۰۰	۲۰۰۷/۱۲/۰۱ و	۲۵۰ و ۱۰۰
	۲۰۰۷/۰۷/۰۱-۲۰۰۸/۰۶/۳۰	۱,۵۰۰	۲۰۰۸/۰۳/۰۱	
	۲۰۰۸/۰۷/۰۱-۲۰۰۹/۰۶/۳۰	۲,۰۰۰		
بیمه‌نامه ۲	۲۰۰۵/۰۴/۱۰-۲۰۰۴/۰۴/۰۹	۵,۰۰۰	۲۰۰۵/۰۷/۰۱ و	۱,۰۰۰ و
	۲۰۰۶/۰۴/۱۰-۲۰۰۷/۰۴/۰۹	۴,۰۰۰	۲۰۰۶/۰۲/۰۱	۲,۵۰۰
	۲۰۰۷/۰۴/۱۰-۲۰۰۸/۰۴/۰۹	۵,۰۰۰	۲۰۰۷/۰۵/۰۱	۱۰,۰۰۰
	۲۰۰۸/۰۴/۱۰-۲۰۰۹/۰۴/۰۹	۴,۵۰۰	۲۰۰۸/۰۶/۲۸	۳,۰۰۰

سال بیمه‌نامه برای نشان‌دادن عملکرد بیمه‌نامه‌های انفرادی مناسب است. به‌طورکلی، هر دوره دوازده‌ماهه، یک دوره بیمه‌نامه مجزا محسوب می‌شود. اگر پذیرهنویس از ارقام بالا برای بیمه‌نامه ۱ استفاده کند و آن را در یک دوره بیمه‌نامه نشان دهد، نتیجه چنین می‌شود.

جدول ۲-۳

دوره	حق بیمه	خسارت‌ها	
		تعداد	ارزش
۲۰۰۶/۰۷/۰۱ - ۲۰۰۷/۰۶/۳۰	۱,۰۰۰	۰	۰
۲۰۰۷/۰۷/۰۱ - ۲۰۰۸/۰۶/۳۰	۱,۵۰۰	۲	۳۵۰
۲۰۰۸/۰۷/۰۱ - ۲۰۰۹/۰۶/۳۰	۲,۰۰۰	۰	۰
کل	۴,۵۰۰	۲	۳۵۰

پرسش: با استفاده از جدول‌های ۱-۳ و ۲-۳ بالا، ضریب خسارت را برای بیمه‌نامه ۱ حساب کنید. سپس گزینه‌ای را که فکر می‌کنید احتمال بیشتری دارد که یک بیمه‌گر برای نشان دادن ضریب خسارت بیمه‌نامه ۱ استفاده کند، انتخاب کنید.

الف- یک بازده خوب برای بیمه‌گر؛

ب- یک بازده میانگین برای بیمه‌گر؛

ج- یک بازده بد برای بیمه‌گر.

پاسخ: «الف» ضریب خسارت برای بیمه‌نامه ۱ چنین حساب می‌شود:

$$\frac{350}{4500} \times 100 = 7.78\%$$

و این بازده خوبی برای بیمه‌گر است.

سال بیمه‌گری برای نظارت در سطح حساب‌ها استفاده می‌شود. بدین‌گونه که بیمه‌نامه‌های منفرد در «سال صدور» و بر پایه سالی که بیمه‌نامه در آن آغاز (یا تجدید) شده است، دسته‌بندی می‌شود. در جدول ۳-۳، ابتدا داده‌های اولیه و سپس در جدول ۴-۳ پس از آنکه بیمه‌گر آنها را بر پایه سال صدور، گروه‌بندی کرده نمایش داده شده است.

آغاز

با فرض اینکه دوره بیمه دوازده ماهه است، دو سال بین آغاز سال بیمه‌گری و آخرین روز آخرین بیمه‌نامه‌ای که مربوط به آن سال است، خواهد گذشت؛ ولی آن ریسک‌ها بر پایه بیمه‌گری و

قیمت‌گذاری خاص آن سال خواهند بود. بنابراین، دوره نظارت بر هر دو روند خسارت‌ها و تأثیر تصمیم‌گیری که به تدریج و طی زمان تعیین می‌شود، تمرکز می‌کند.

گروه‌بندی

همان‌گونه که در جدول ۳-۴ دیده می‌شود، سال پذیرهنویسی جمع داده‌های دوره بیمه‌نامه‌ها بر پایه سال اول دوره بیمه‌نامه است.

جدول ۳-۳

	جزئیات بیمه‌نامه		جزئیات خسارت	
	دوره بیمه‌نامه	حق بیمه (£)	تاریخ خسارت	ارزش (£)
بیمه‌نامه ۱	۲۰۰۶/۰۷/۰۱-۲۰۰۷/۰۶/۳۰	۱,۰۰۰	۲۰۰۷/۱۲/۰۱ و	۲۵۰ و ۱۰۰
	۲۰۰۷/۰۷/۰۱-۲۰۰۸/۰۶/۳۰	۱,۵۰۰	۲۰۰۸/۰۳/۰۱	
	۲۰۰۸/۰۷/۰۱-۲۰۰۹/۰۶/۳۰	۲,۰۰۰		
بیمه‌نامه ۲	۲۰۰۵/۰۴/۱۰-۲۰۰۶/۰۴/۰۹	۵,۰۰۰	۲۰۰۵/۰۷/۰۱ و	۲,۵۰۰ و ۱,۰۰۰
	۲۰۰۶/۰۴/۱۰-۲۰۰۷/۰۴/۰۹	۴,۰۰۰	۲۰۰۶/۰۲/۰۱	
	۲۰۰۷/۰۴/۱۰-۲۰۰۸/۰۴/۰۹	۵,۰۰۰	۲۰۰۷/۰۵/۰۱ و	۱۰,۰۰۰ ۳,۰۰۰
	۲۰۰۸/۰۴/۱۰-۲۰۰۹/۰۴/۰۹	۴,۵۰۰	۲۰۰۸/۰۶/۲۸	

جدول ۴-۳

سال بیمه‌گری	تعداد بیمه‌نامه	حق بیمه	تعداد خسارت	ارزش خسارت	ضریب خسارت
۲۰۰۵/۰۱/۰۱-۲۰۰۶/۱۲/۳۱	۱	۵,۰۰۰	۲	۳,۵۰۰	۷۰٪
۲۰۰۶/۰۱/۰۱-۲۰۰۷/۱۲/۳۱	۲	۵,۰۰۰	۰	۰	۰٪
۲۰۰۷/۰۱/۰۱-۲۰۰۸/۱۲/۳۱	۲	۶,۵۰۰	۳	۱۰,۳۵۰	۱۵۹/۲۰٪
۲۰۰۸/۰۱/۰۱-۲۰۰۹/۱۲/۳۱	۲	۶,۵۰۰	۱	۳,۰۰۰	۴۶/۱۵٪

در نظارت بر پایه سال تقویمی، حق بیمه‌ها و ادعاهای خسارت بیمه‌نامه‌های منفرد به سال تقویمی تخصیص داده می‌شوند. در جدول ۳-۵، داده‌های اولیه را مشاهده می‌کنید که بیمه‌گر آنها را در جدول ۳-۶ بر پایه سال تقویمی تنظیم کرده است.

جدول ۳-۵

	جزئیات بیمه‌نامه		جزئیات خسارت	
	دوره بیمه‌نامه	حق بیمه (£)	تاریخ خسارت	ارزش (£)
بیمه‌نامه ۱	۲۰۰۶/۰۷/۰۱-۲۰۰۷/۰۶/۳۰	۱,۰۰۰	۲۰۰۷/۱۲/۰۱	۲۵۰ و ۱۰۰
	۲۰۰۷/۰۷/۰۱-۲۰۰۸/۰۶/۳۰	۱,۵۰۰	و	
	۲۰۰۸/۰۷/۰۱-۲۰۰۹/۰۶/۳۰	۲,۰۰۰	۲۰۰۸/۰۳/۰۱	
بیمه‌نامه ۲	۲۰۰۵/۰۴/۱۰-۲۰۰۶/۰۴/۰۹	۵,۰۰۰	۲۰۰۵/۰۷/۰۱	و ۱۰۰۰
	۲۰۰۶/۰۴/۱۰-۲۰۰۷/۰۴/۰۹	۴,۰۰۰	و	۲,۵۰۰
	۲۰۰۷/۰۴/۱۰-۲۰۰۸/۰۴/۰۹	۵,۰۰۰	۲۰۰۶/۰۲/۰۱	۱۰,۰۰۰ ۳,۰۰۰
	۲۰۰۸/۰۴/۱۰-۲۰۰۹/۰۴/۰۹	۴,۵۰۰	۲۰۰۷/۰۵/۰۱	
			۲۰۰۸/۰۶/۲۸	

جدول ۳-۶

سال تقویم	تعداد خسارت‌ها	ارزش خسارت‌ها
۱۹۹۹	۱	۱,۰۰۰
۲۰۰۰	۱	۲,۵۰۰
۲۰۰۱	۲	۱۰,۱۰۰
۲۰۰۲	۲	۳,۲۵۰
۲۰۰۳	۰	۰

روش سال مالی، با اعمال تغییرات زیر، مشابه روش سال تقویمی خواهد بود:
 دوره بر پایه سال مالی است، ۱۰/۱ تا ۹/۳۰ به جای ۱/۱ تا ۱۲/۳۱.
 تحولات حق بیمه و ادعای خسارت انتظاری باید از پایان سال مالی تخمین زده شوند.
 اکنون برای تصمیم‌گیری درخصوص نرخ‌گذاری و قیمت‌گذاری، می‌توان با استفاده از رویه‌هایی که به آنها پرداخته‌ایم، بر عملکرد نظارت کرد.

پرسش: به‌طورکلی، فکر می‌کنید یک بیمه‌گر از کدام یک از چهار روش یادشده با احتمال کمتری جهت فرآیند تصمیم‌گیری استفاده می‌کند؟

الف - سال بیمه‌نامه

ب - سال صدور

ج - سال تقویمی

د - سال مالی

پاسخ: «د». در استفاده از سال مالی تخمین‌ها به‌کار گرفته می‌شوند و بدین ترتیب یافتن روندها سخت‌تر می‌شود. پس این اطلاعات را باید در تصمیم‌گیری به عنوان آخرین راهکار به‌کار برد. درحقیقت، نباید میان سال حسابداری، سال تقویمی و سال مالی تفاوتی باشد، ولی این بستگی به آخر سال مالی و زمانی دارد که داده‌ها جمع‌آوری شده است.

بخش پنجم:

عوامل مؤثر بر قیمت

۱- مقدمه

محاسبه یک نرخ مناسب کار آسانی نیست. در این میان، ملاحظات زیادی اعم از محاسبه هزینه ادعاهای خسارت تا در نظر گرفتن مالیات حق بیمه‌ها وجود دارد. مسئولیت برخی از این ملاحظات بر عهده پذیره‌نویس است ولی او در حوزه‌های دیگر هیچ‌گونه دخالت مستقیمی ندارد. در این بخش، با جزئیات بیشتری به همه جنبه‌های قیمت‌گذاری بیمه خواهیم پرداخت.

۲- عواملی که باید در ارزیابی حق بیمه خالص در نظر گرفته شوند

اولین گام در قیمت‌گذاری این است که بیمه‌گر باتوجه به آماري که در اختیار دارد، حق بیمه ریسک را محاسبه کند. حق بیمه خالص، مبلغ مورد نیاز برای پوشش همه هزینه‌ها در رابطه با ادعاهای خسارت است. عوامل کلیدی در شناخت محاسبه حق بیمه ریسک و برخی موارد مرتبط با آن عبارت‌اند از:

- فراوانی؛
- شدت؛
- خسارت‌های بزرگ؛
- هزینه بیمه اتکایی؛
- برآورد ادعای خسارت؛
- خسارت‌های واقع شده ولی گزارش نشده؛
- خسارت‌های فاجعه‌آمیز؛
- خسارت‌های پنهان؛
- تورم ادعاهای خسارت؛
- موضوعات در معرض خطر مجدد.

- خسارت‌های بزرگ

بیمه‌گر باید تعداد خسارت‌های بزرگ مورد انتظار و نیز میزان خسارت آنها را در نظر بگیرد. خسارت‌های بزرگ اهمیت بسیار زیادی در قیمت‌گذاری و سوددهی دارند، به نحوی که بیمه‌گران کوچک‌تر در این زمینه مزیتی ندارند و پرتفوی آنها توانایی کمتری برای جذب چنین خسارتی دارد.

- هزینه بیمه اتکایی

بیمه‌گران برای حفظ شرکت از چند خسارت هم‌زمان یا یک خسارت فاجعه‌آمیز، پوشش بیمه اتکایی خریداری می‌کنند.

- برآورد ادعاهای خسارت

آمار ادعاهای خسارت، باید به دلیل طبیعت موقتی برآوردهای موردی، تعدیل شوند. یک بیمه‌گر به تجربه مشاهده می‌کند که پس از دریافت اطلاعات بیشتر نسبت به هر خسارتی، ذخیره ریسک دوباره محاسبه می‌شود. بیمه‌گران ادعاهای خسارت مسئولیت، از ذخایر احتیاطی استفاده می‌کنند حتی هنگامی که مسئولیت ادعای خسارتی را رد کنند. دلیل این امر آن است که بیمه‌گران بر اساس وظیفه‌ای که قانون تعیین کرده، باید مسئولیت‌های بالقوه را شناسایی کنند و مطمئن شوند که ذخایر کافی را برای آنها در اختیار دارند. گاهی ادعاهای خسارت ممکن است پس از بسته شدن پرونده، بار دیگر بازگشایی شود.

- خسارت‌های وارد شده ولی گزارش نشده

ادعاهای خسارت وارد شده ولی گزارش نشده هنگام قیمت‌گذاری در صورت حساب بیمه‌گر وارد نشده‌اند. برای مثال، در آخر سال، هنگامی که بسیاری از حساب‌ها بسته می‌شود، نامه‌های پستی به کندی می‌رسد، مردم به تعطیلات می‌روند و بعضی از خسارت‌ها تا بعد از سال نو گزارش نمی‌شود.

- خسارت‌های فاجعه‌آمیز

خسارت‌های فاجعه‌آمیز متفاوت از خسارت‌های بزرگی هستند که نتیجه انباشت تعداد زیادی خسارت ناشی از یک علت‌اند.

- خسارت‌های پنهان

این خسارت‌ها که به آنها خسارت‌های «دنباله‌دار» هم می‌گویند، ناشی از انواع طولانی‌مدت ادعاهای واقع شده ولی گزارش نشده هستند. به همین دلیل، در این خسارت‌ها فاصله بین علت

(حادثه) و خسارت، ممکن است به بیش از ۵۰ سال برسد (مانند بیماری‌های مرتبط با آزیست که خود را ابتدا نمایان نمی‌کنند).

- تورم ادعاهای خسارت

غالباً تورم ادعاهای خسارت، به‌ویژه در رابطه با خسارت‌های حوادث جراحات شخصی، به‌دلیل تغییر قوانین که ممکن است به گذشته نیز برگردد، از تورم عادی بیشتر است.

- موضوعات در معرض خطر مجدد

آمار ادعاهای خسارت به گذشته برمی‌گردد، بنابراین باید تعدیل شود تا منعکس‌کننده در معرض خطر بودن تاریخی زمان طرح خسارت باشد. برای مثال، روش‌های کاری در یک صنعت می‌تواند آن‌چنان تغییر کند که بروز نوع خاصی از خسارت رایج در آن نادر شود. تحلیل داده‌های تاریخی می‌تواند یاری‌رسان باشد، ولی جایگزین ارزیابی کنونی ریسک نمی‌شود.

پرسش: آیا می‌توانید سناریوهای زیر را با عنوان‌هایی که به آنها مربوط است، مطابقت دهید؟

۱- یک پذیرهنویس باید یک مورد ادعای خسارت را دوباره بررسی کند و ذخیره مناسب‌تری در نظر بگیرد.

۲- خودروی فردی منجر به از خط خارج شدن قطار و مجروح شدن شدید ۵۲ نفر می‌شود.

۳- یک بیمه‌گر بیشتر خانه‌هایی که در نزدیکی خیابان سیل‌زده‌ای دچار خسارت آب‌گرفتگی شده‌اند بیمه کرده است.

۴- فردی به اشتباه فکر کرده که مسئول یک حادثه رانندگی نیست و آن را به بیمه‌گر خود گزارش نکرده است.

۵- امروزه، ۵۰ سال پس از آغاز پوشش بیمه‌ای، خسارت‌های مرتبط با بیماری ریوی برای یک ریسک رایج‌تر شده است.

پاسخ: ۱- موضوعات در معرض خطر، ۲- خسارت‌های بزرگ، ۳- خسارت‌های فاجعه‌آمیز، ۴- خسارت‌های واقع‌شده ولی گزارش نشده و ۵- خسارت‌های پنهان.

۳- تأثیر هزینه‌ها بر نرخ‌های حق بیمه

پس از در نظر گرفتن حق بیمه ریسک، عامل دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد هزینه‌های اداری یک شرکت بیمه است که باید از طریق حق بیمه دریافتی، پوشش داده شود. معمولاً هزینه‌ها به هزینه‌های ثابت و متغیر تقسیم می‌شوند.

- هزینه‌های ثابت

هزینه‌های مرتبط با فرآیند تولیدند که با اندازه ریسک افزایش نمی‌یابند.

- هزینه‌های متغیر

هزینه‌هایی که با اندازه، پیچیدگی و طبیعت هر ریسک تغییر می‌کنند.

نمونه‌ای از این هزینه‌ها عبارت‌اند از:

- دستمزد کارمندان؛
- ساختمان‌ها؛
- آب، برق، گاز و تلفن؛
- رایانه و دیگر دستگاه‌ها؛
- بازاریابی و تبلیغات؛
- کارمزد پرداختی به نمایندگان و کارگزاران.

پرسش: یک شرکت بیمه هزینه‌های ذیل را دارد. کدام یک ثابت و کدام یک متغیر است؟

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| الف- اجاره | <input type="checkbox"/> ثابت | <input type="checkbox"/> متغیر |
| ب- نرخ‌های تجاری | <input type="checkbox"/> ثابت | <input type="checkbox"/> متغیر |
| ج- خدمات مدیریت ریسک | <input type="checkbox"/> ثابت | <input type="checkbox"/> متغیر |
| د- کارمزد پرداختی به نمایندگان و کارگزاران | <input type="checkbox"/> ثابت | <input type="checkbox"/> متغیر |

پاسخ: اجاره و عوارض ساختمان با تغییر تعداد بیمه‌گذاران تغییر نمی‌کند و جزو هزینه‌های

ثابت است. هزینه‌های خدمات مدیریت ریسک بستگی به پیچیدگی و اندازه ریسک دارد.

کارمزد پرداختی با حجم کار تغییر می‌کند و بنابراین یک هزینه متغیر است.

کارمزد، نمونه‌ای از هزینه‌های متغیر است که در قیمت‌گذاری باید در نظر گرفته شود.

- کارمزد

کارمزد پولی است (معمولاً درصدی) که به نماینده، واسطه یا کارگزاری که مشتری را به بیمه‌گر معرفی می‌کند، پرداخت می‌شود (و در دوره‌های بعدی بیمه انجام می‌گیرد).

رسیدگی به ادعاهای خسارت‌ها نیز هزینه‌های ثابت و متغیر دارد. هزینه‌ها با توجه به تعداد و

پیچیدگی ادعاهای خسارت تغییر می‌کند. همان‌گونه که مثال‌ها نشان می‌دهند، تخصیص مبلغی

مناسب برای هر بیمه‌نامه به‌منظور در نظر گرفتن هزینه‌های ثابت و متغیر بسیار اهمیت دارد.

- تعداد و پیچیدگی خسارت‌ها

از آنجاکه هزینه‌ها با تعداد و پیچیدگی خسارت‌ها تغییر می‌کند، پس باید:

- یک هزینه برای هر خسارت؛

- یک هزینه برای تفاوت حجم کاری که در موارد پیچیده‌تر لازم است، در نظر گرفته شود.

- مفهوم بازده سرمایه به کار گرفته شده

مرحله بعدی که بیمه‌گر باید در تعیین قیمت در نظر بگیرد، بازده سرمایه به کار گرفته شده^۱ برای سرمایه‌گذارانش است. در ادامه، به این موضوع می‌پردازیم.

پرسش: به تفاوت‌های ریسک‌های سرمایه‌گذاری در یک شرکت بیمه در مقایسه با یک بانک معمولی فکر کنید. کدام یک از گزینه‌های زیر این وضعیت را بهتر نشان می‌دهد؟

الف- برای سرمایه‌گذاری در شرکت بیمه باید بازده بیشتری در نظر گرفت.

ب- برای سرمایه‌گذاری در حساب یک بانک باید بازده بیشتری در نظر گرفت.

ج- برای سرمایه‌گذاری در شرکت بیمه باید بازدهی مشابه با بازده سرمایه‌گذاری در حساب یک بانک در نظر گرفت.

پاسخ: «الف». گذاشتن پول در حساب یک بانک تقریباً هیچ ریسکی ندارد اما سرمایه‌گذاری در یک شرکت بیمه ریسک بزرگ‌تری به همراه دارد. اگر در این مورد شک دارید، به بورس اوراق بهادار در چند سال گذشته نگاه کنید! بنابراین، سرمایه‌گذاری در یک شرکت بیمه نیاز به بازده بیشتری دارد تا اینکه جایزه‌ای برای پذیرش ریسک بیشتر در نظر گرفته شود. بازده سرمایه به کار گرفته شده مفهومی کلیدی در مباحث مالی است. هنگام محاسبه قیمت، یک بیمه‌گر باید بازدهی مناسبی برای سرمایه‌گذارانش در نظر بگیرد.

بیمه‌گران همان‌گونه که باید به کسانی که در شرکت‌شان سرمایه‌گذاری کرده‌اند سود پرداخت کنند، خودشان نیز سود قابل ملاحظه‌ای از سرمایه‌گذاری درآمدهای تحت اختیار خود به دست می‌آورند. بیمه‌گران سرمایه‌های قابل ملاحظه‌ای در اختیار دارند که قانون آنها را ملزم می‌کند میزان مشخصی از آن را (برای ادعاهای خسارت‌های آتی) براساس کل درآمد حق بیمه دریافتی ذخیره کنند.

بیمه‌گران مجازند این درآمد را سرمایه‌گذاری و جریان درآمدی دیگری برای فعالیت خود ایجاد کنند.

- جریان درآمدی

مبالغ قابل ملاحظه‌ای در این زمینه سرمایه‌گذاری می‌شود و درآمد این سرمایه‌گذاری ممکن است مهم باشد ولی نباید به این سودها اتکا کرد.

- مالیات حق بیمه

مالیات بر فروش با نرخ استاندارد کنونی ۹ درصد حق بیمه ناخالص اعمال می‌شود. مالیات را بیمه‌گذار می‌پردازد و بیمه‌گر مسئول دریافت و بازپرداخت آن به اداره مالیات است. بیمه‌گران باید مالیات حق بیمه را در تعیین قیمت در نظر داشته باشند.

۴- آیین‌نامه شماره ۹۴

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و به استناد فصل نهم قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی و سایر مقررات مربوط، در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۰۵/۲۹ «مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای» را مشتمل بر ۱۰ ماده و ۴ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱. مؤسسه بیمه مکلف است حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای را با رعایت مقررات این آیین‌نامه و موازین فنی پیوست تعیین و اعمال نماید.

تبصره- انواع رشته‌های بیمه‌ای که حق بیمه آنها توسط هیئت وزیران، شورای عالی بیمه و یا بیمه مرکزی تعیین شده یا می‌شود تابع مقررات مربوط خواهد بود.

ماده ۲. مؤسسه بیمه موظف است ضمن رعایت موازین فنی تعیین حق بیمه موضوع ماده ۱، نرخ حق بیمه، جدول تعرفه کوتاه‌مدت و روزشمار، میزان و موارد تخفیف و یا اضافه نرخ انواع رشته‌های بیمه‌ای و هرگونه تغییر در آنها را در کمیته‌ای متشکل از اکچوئر داخلی، مسئول فنی رشته ذی‌ربط و معاون فنی تعیین و پس از تأیید مدیرعامل (یا قائم مقام وی) به تصویب هیئت‌مدیره برساند و هم‌زمان با ابلاغ آن یک نسخه را به همراه گزارش توجیهی مبانی محاسباتی به بیمه مرکزی ارسال نماید.

ماده ۳. در تعیین نرخ حق بیمه رشته‌هایی از قبیل بیمه‌های مهندسی که امکان تعیین تعرفه یکسان وجود ندارد مؤسسه بیمه موظف است به جای تعیین تعرفه، مبانی تعیین نرخ را با توجه به مقررات این آیین‌نامه تعیین و هم‌زمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

ماده ۴. در تعیین نرخ حق‌بیمه رشته‌های آتش‌سوزی، باربری، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی، کشتی و هواپیما، رعایت ماده ۶ "آیین‌نامه نحوه واگذاری بیمه‌های اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن" (آیین‌نامه شماره ۷۶ مصوب شورای عالی بیمه) و اصلاحات بعدی آن الزامی است.

ماده ۵. چنانچه حسب بررسی بیمه مرکزی مشخص شود نرخ حق‌بیمه، جدول تعرفه کوتاه‌مدت و روزشمار، میزان و موارد تخفیف و یا اضافه نرخ هر یک از رشته‌های بیمه‌ای با ضوابط مقرر در این آیین‌نامه انطباق ندارد، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز پس از اعلام بیمه مرکزی موارد اعلامی را با رعایت مراحل مقرر در ماده ۲ این آیین‌نامه اصلاح و هم‌زمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نماید.

ماده ۶. چنانچه براساس صورت‌های مالی حسابرسی شده مؤسسه بیمه ضریب خسارت شش‌ماهه در رشته درمان بیشتر از ۸۰ درصد و ضریب خسارت یکساله در سایر رشته‌های موضوع این آیین‌نامه بیشتر از ۷۵ درصد باشد، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز مصوبه موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه را درخصوص آن رشته اصلاح و به تأیید مدیرعامل (یا قائم مقام وی) و تصویب هیئت‌مدیره برساند و هم‌زمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نماید.

تبصره ۱- در رشته‌های بیمه مهندسی، نفت و گاز، پتروشیمی، کشتی و هواپیما میانگین ضریب خسارت در دوره پنج‌ساله منتهی به سال مورد بررسی ملاک عمل است.

تبصره ۲- مبنای محاسبه ضریب خسارت مؤسسه بیمه در هر یک از رشته‌های بیمه‌ای مقررات مندرج در ماده ۳ آیین‌نامه ذخایر فنی مؤسسات بیمه (آیین‌نامه شماره ۵۸) مصوب شورای عالی بیمه خواهد بود.

ماده ۷. مؤسسه بیمه موظف است در رشته‌هایی که شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه دارد بیمه‌نامه‌های خود را با رعایت آن شرایط صادر نماید.

تبصره- در رشته‌های بیمه فاقد شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه، مؤسسه بیمه موظف است شرایط بیمه‌نامه‌های خود را حسب مورد براساس آیین‌نامه‌های مربوط آن رشته یا براساس کلوزهای متعارف بین‌المللی یا چارچوبی که بیمه مرکزی خواهد کرد صادر نماید.

ماده ۸. در صورت احراز تخلف مؤسسه بیمه از اجرای مفاد این آیین‌نامه بیمه مرکزی می‌تواند متناسب با تخلف و تکرار آن حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام دهد:

- ۱- اخطار کتبی به مسئول فنی، معاون فنی، مدیرعامل و یا هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه؛
- ۲- الزام شرکت به استعلام نرخ از بیمه مرکزی قبل از صدور بیمه‌نامه در یک یا چند رشته بیمه؛
- ۳- کاهش کارمزد اتکایی اجباری سهم بیمه مرکزی حداکثر تا ۹۰٪ مبلغ کارمزد مصوب؛
- ۴- سلب صلاحیت مسئول فنی، معاون فنی و یا مدیرعامل مؤسسه بیمه؛
- ۵- تعلیق پروانه فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه با تصویب شورای عالی بیمه؛
- ۶- لغو پروانه فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه با تأیید شورای عالی بیمه و تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا.ایران.

ماده ۹. بیمه مرکزی هر سال یکبار گزارشی از نتیجه اجرای این آیین‌نامه توسط هر یک از موسسات بیمه را تهیه و به شورای عالی بیمه ارائه خواهد نمود.

ماده ۱۰. این آیین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۷/۰۱/۰۱ لازم‌الاجرا است و جایگزین آیین‌نامه‌های شماره ۸۱ (مقررات تعیین حق‌بیمه کلیه رشته‌های بیمه‌ای) و اصلاحات بعدی آن می‌شود.

موازنین فنی تعیین نرخ‌های حق‌بیمه

مؤسسه بیمه موظف است در تعیین حق‌بیمه کلیه رشته‌های بیمه معیارهای عمومی مندرج در بند الف و حسب مورد معیارهای اختصاصی رشته ذی‌ربط مندرج در سایر بندهای این موازین را رعایت نماید:

الف) معیارهای عمومی تعیین نرخ حق‌بیمه انواع رشته‌های بیمه:

- ۱- بیمه‌پذیر بودن ریسک؛
- ۲- شدت و تواتر ریسک؛
- ۳- باتوجه به تابع توزیع ریسک و میانگین و واریانس آن؛
- ۴- سوابق عملیات بیمه‌ای آن رشته؛
- ۵- اعمال تخفیف یا اضافه نرخ براساس سابقه بیمه‌گذار؛
- ۶- در بیمه‌های اشخاص: عوامل متعارف بازار بیمه از جمله جدول مرگ‌ومیر و نرخ بهره فنی؛
- ۷- وضعیت ریسک از لحاظ رعایت استانداردهای پیشگیری و ایمنی؛
- ۸- رعایت حد توانگری شرکت؛
- ۹- باتوجه به عوامل تشدید خطر؛
- ۱۰- مدت بیمه؛
- ۱۱- خطرات اضافی و استثنائات؛

- ۱۲- فرانشیز؛
- ۱۳- هزینه‌های اداری و عملیاتی؛
- ۱۴- عدم تبعیض غیرموجه در تعیین نرخ؛
- ۱۵- امکان واگذاری اتکایی به‌ویژه در رشته‌هایی مانند کشتی و هواپیما که کلوزهای استاندارد دارند؛
- ۱۶- مقررات بین‌المللی در رشته‌هایی که جنبه بین‌المللی دارد و تابعی از کنوانسیون‌ها و موافقتنامه‌های بین‌المللی است؛
- ۱۷- ارائه بیمه‌نامه در قالب بیمه‌های مشترک نباید اصول حاکم بر محاسبه حق‌بیمه را نقض نماید؛
- ۱۸- باتوجه به اوضاع پیرامون بازار بیمه کشور؛
- ۱۹- موازین فنی و اصول اکچوئری رعایت شود و با لحاظ ماهیت رشته‌های بیمه‌ای، نرخ حق‌بیمه به نحوی تعیین گردد که حق‌بیمه حداقل معادل مجموع هزینه‌های خسارت، هزینه‌های اداری، بیمه‌گری و کارمزد فروش پس از کسر درآمد سرمایه‌گذاری باشد.
ب) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق‌بیمه رشته هواپیما:
بیمه هواپیما یکی از تخصصی‌ترین رشته‌های بیمه‌ای است که به‌دلیل تنوع پوشش‌ها از جمله بدنه، مسئولیت در قبال مسافران، مسئولیت تولیدکنندگان و ... پیچیدگی خاصی در نرخ‌گذاری دارد و یکی از رشته‌هایی است که به‌دلیل جنبه بین‌المللی، تابع کنوانسیون‌ها و موافقتنامه‌های بین‌المللی است و از کلوزهای استاندارد مختلفی در هر بخش از پوشش‌های آن استفاده می‌شود.
- ۱- نوع هواپیما؛
- ۲- ارزش هواپیما؛
- ۳- سال ساخت هواپیما؛
- ۴- تجهیزات ایمنی هواپیما؛
- ۵- خطرات اضافی و استثنائات؛
- ۶- تعداد هواپیماهای بیمه‌شده در ناوگان (یک هواپیما یا تعدادی از یک ناوگان)؛
- ۷- حوزه استفاده (منطقه جغرافیائی)؛
- ۸- سابقه خسارتی در پنج سال گذشته؛
- ۹- سوابق پروازی، تجربه و سن خلبان؛

- ۱۰- مدت پرواز سالانه؛
- ۱۱- نوع کاربرد هواپیما (آموزشی، مسافری، باری و ...)
- ۱۲- مبنا و میزان مسئولیت (کنوانسیون ورشو، موافقتنامه مونترال، ...)
- ۱۳- کلوزهای مورد استفاده؛
- ۱۴- برنامه‌های تعمیراتی و رتبه مؤسساتی که تعمیرات را انجام داده‌اند؛
- ۱۵- علامت ثبتی و کشور سازنده هواپیما؛
- ۱۶- مدیریت خطوط هوایی؛
- ۱۷- وضعیت و نوع فرودگاه‌های مورد استفاده و تجهیزات ایمنی آنها.
(پ) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته کشتی:
باتوجه به تنوع کشتی‌ها از جمله باری و مسافری و محدوده تردد آنها، محاسبه نرخ در بیمه کشتی تابع عوامل مختلفی مانند ویژگی‌های فنی کشتی، نوع کاربری و مسئولیت‌های مختلف صاحبان و شرکت‌های کشتیرانی در قبال عوامل انسانی و محیط زیست است. این رشته نیز مانند بیمه هواپیما تابع کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی و کلوزهای مختلفی است که در این رشته مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- ۱- نوع شناور (باری، مسافری و کشتی‌های ویژه عملیات خاص)؛
- ۲- موسسه طبقه‌بندی و تأییدکننده سلامت شناور؛
- ۳- ایمنی و قابلیت دریانوردی؛
- ۴- سن شناور؛
- ۵- محدوده تردد؛
- ۶- سابقه خسارتی؛
- ۷- تعداد شناورهای بیمه‌شده (یک کشتی یا تعدادی از یک ناوگان)؛
- ۸- سابقه فعالیت حرفه‌ای مالک شناور؛
- ۹- مشخصات شرکت سازنده؛
- ۱۰- کشور سازنده و پرچم؛
- ۱۱- سوابق شغلی خدمه؛
- ۱۲- ارزش شناور؛
- ۱۳- فرانشیز؛

۱۴- نوع نیروی محرکه شناور و ماشین‌آلات؛

۱۵- امکانات تعمیر شناور؛

۱۶- کلوزهای مورد استفاده؛

۱۷- محموله (مواد فاسد شدنی، مواد نفتی، مسافر و ...).

ت) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مهندسی:

در بیمه‌های مهندسی به دلیل تعدد پوشش و تنوع پروژه‌ها، احصای عوامل موثر در ارزیابی ریسک و تعیین حق بیمه به صورت جامع دشوار است زیرا بسته به نوع پروژه ممکن است عوامل مورد نظر آنقدر متنوع و متکثر باشند که نتوان همه آنها را فهرست نمود. به همین دلیل محدودیت، آنچه در این ضوابط اعلام شده است عوامل کلی و فراگیر بیمه‌های مهندسی است. بنابراین توجه به عوامل و پارامترهای ویژه هر نوع پروژه موضوع بیمه که در این ضوابط ذکر نشده نیز مورد تأکید است

۱- شناسایی ریسک‌های هر بخش از پروژه؛

۲- تعیین میزان تعهدات بیمه‌گر در هر بخش؛

۳- تفکیک پروژه به بخش‌های مختلف از جمله سازه‌های موقتی، عملیات ساختمانی، ماشین‌آلات، دوره نگهداری، آزمایش و راه‌اندازی و ... ؛

۴- نحوه پرداخت حق بیمه؛

۵- سابقه فعالیت‌های پیمانکار؛

۶- امکانات ایمنی در بخش‌های مختلف پروژه‌ها؛

۷- مسئولیت در قبال اشخاص ثالث با در نظر گرفتن محیط پیرامون پروژه‌ها؛

۸- عوامل تشدید خطر در رابطه با وضعیت و محل اجرای پروژه‌ها و ماشین‌آلات؛

۹- استهلاک و عمر مفید ماشین‌آلات؛

۱۰- برآورد زیان‌های ناشی از خطای انسانی، نقص فنی و مخاطرات بیرونی؛

۱۱- خطرات اضافی و استثنائات؛

۱۲- توجه به خسارت‌های غیرمستقیم مانند عدم‌النتفع؛

۱۳- تجربه خسارت‌های سال گذشته و ویژگی‌های هر ریسک؛

۱۴- دوره انتظار در پوشش عدم‌النتفع؛

۱۵- دامنه خسارت‌های تحت پوشش براساس نوع پروژه‌ها؛

- ۱۶- بررسی کامل خطرات طبیعی و محیطی و وضعیت زمین‌شناختی محل؛
 - ۱۷- مدت اجرای پروژه؛
 - ۱۸- ویژگی‌های طرح و نوع مصالح ساختمانی؛
 - ۱۹- درصد پیشرفت پروژه؛
 - ۲۰- شرایط و تمهیدات مربوط به اطمینان از سلامت اجرای پروژه؛
 - ۲۱- تجهیزات ایمنی و اطفای حریق و امکانات حفاظتی؛
 - ۲۲- تجربه پرسنل؛
 - ۲۳- سوابق اجرائی پیمانکار در انجام پروژه‌های مشابه؛
 - ۲۴- شرایط مالی بیمه‌گذار و روش‌های تامین مالی پروژه؛
 - ۲۵- تعداد و نوع شیفت‌های کاری؛
 - ۲۶- میزان و نوع مسئولیت‌های مجری؛
 - ۲۷- سازندگان و عرضه‌کنندگان تجهیزات و لوازم و مصالح؛
 - ۲۸- سوابق و خسارات قبلی پیمانکار؛
 - ۲۹- شرایط و کلوزهای پیوست بیمه‌نامه؛
 - ۳۰- نوع و سطح تکنولوژی انجام کار.
- ث) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته باربری:
- ۱- نوع و دامنه پوشش براساس کلوزهای A و B و C و TOTAL LOSS و پوشش‌های فراتر از هر کلوز؛
 - ۲- نوع و خصوصیات محموله (شکندگی، فسادپذیری و ...)
 - ۳- طریق حمل (زمینی، هوایی و یا دریایی)؛
 - ۴- مسافت و مسیر حمل؛
 - ۵- قلمرو جغرافیایی حمل؛
 - ۶- امکانات ایمنی وسیله حمل؛
 - ۷- مقررات بین‌المللی حاکم بر حمل؛
 - ۸- عوامل غیر قابل پیش‌بینی از جمله تغییر مسیر حمل؛
 - ۹- خطرات اضافی و استثنائات؛
 - ۱۰- مبداء و مقصد حمل؛

- ۱۱- خسارت‌های ناشی از جنگ، اغتشاش و یا تحریم؛
 - ۱۲- انتقال کالا از یک وسیله حمل به وسیله دیگر (Transshipment)؛
 - ۱۳- دفعات حمل (Partshipment)؛
 - ۱۴- دوره اعتبار بیمه‌نامه؛
 - ۱۵- نحوه پرداخت حق بیمه؛
 - ۱۶- درج شرط اخذ بارنامه حاوی ارزش‌دار در رابطه با بیمه‌نامه‌های داخلی؛
 - ۱۷- مشخصات وسیله حمل.
- (ج) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته آتش‌سوزی:
- ۱- نوع قرارداد (عادی، تمام خطر، فرست لاس و ...)
 - ۲- گزارش کارشناس ریسک؛
 - ۳- نوع و امکانات ایمنی مورد بیمه؛
 - ۴- نوع کالاهای مورد بیمه؛
 - ۵- دامنه پوشش؛
 - ۶- درصد و میزان فرانشیز در خطرات اضافی؛
 - ۷- خطرات اضافی و استثنائات؛
 - ۸- سوابق خسارتی در زمینه مورد بیمه، نوع فعالیت و گذشته بیمه‌گذار؛
 - ۹- طبقه‌بندی ریسک‌های پروژه؛
 - ۱۰- محاسبه EML و MPL؛
 - ۱۱- خطرهای تحت پوشش؛
 - ۱۲- مدت زمان اعتبار بیمه‌نامه؛
 - ۱۳- پوشش مسئولیت در قبال اشخاص ثالث؛
 - ۱۴- استهلاك سازه‌های مورد بیمه؛
 - ۱۵- منطقه خطر (میزان ریسک زلزله)؛
 - ۱۶- پراکندگی ریسک.
- (چ) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته بدنه اتومبیل:
- ۱- نوع خودرو (سواری، اتوکار، بارکش، موتورسیکلت یا سایر وسایل نقلیه)؛
 - ۲- ظرفیت خودرو براساس وزن و یا تعداد سرنشین؛

- ۳- حجم موتور؛
 - ۴- تعداد سیلندر؛
 - ۵- نوع پلاک (سازمانی، شخصی، عمومی و ...)
 - ۶- سال ساخت؛
 - ۷- امکانات ایمنی خودرو (ترمز ABS و ...)
 - ۸- محدوده مجاز تردد (درون شهری - برون شهری)؛
 - ۹- سوابق خسارتی بیمه‌گذار؛
 - ۱۰- وزن وسیله نقلیه؛
 - ۱۱- نوع کاربری (امدادی، خدماتی، راهسازی، کشاورزی و ...)
 - ۱۲- خطرات اضافی و استثنائات؛
 - ۱۳- میزان استهلاك؛
 - ۱۴- دامنه پوشش‌های ارائه شده؛
 - ۱۵- مشخصات بیمه‌گذار از جمله سن، تحصیلات، جنسیت، شغل و ...
 - ۱۶- تعداد رانندگان خودرو و میزان استفاده آنها؛
 - ۱۷- نحوه نگهداری از خودرو (داشتن پارکینگ و ...).
- ح) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته حوادث:
- ۱- مشخصات بیمه‌گذار یا بیمه‌شده از جمله جنسیت، شغل، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و ...
 - ۲- وضعیت سلامتی بیمه‌شده؛
 - ۳- نوع بیمه حادثه (گروهی، خانواده و انفرادی)؛
 - ۴- تعیین حد تعهد بیمه‌گر برای خطرات فوت، نقص عضو، از کارافتادگی و هزینه‌های پزشکی؛
 - ۵- تعیین خطرات اصلی تحت پوشش؛
 - ۶- تعیین مرجع حل اختلاف؛
 - ۷- طبقه ریسک شغل و یا فعالیت بیمه‌شده و یا بیمه‌گذار؛
 - ۸- تعیین میزان تعهد بیمه‌گر در هر حادثه و در مدت اعتبار بیمه‌نامه؛
 - ۹- میزان غرامت روزانه عمومی و غرامت بستری شدن در بیمارستان؛
 - ۱۰- دوره اعتبار بیمه‌نامه؛

- ۱۱- حوزه جغرافیایی فعالیت بیمه‌شده؛
 - ۱۲- نوع حادثه (حوادث ناشی از کار یا سایر حوادث)؛
 - ۱۳- تعریف دقیق و جامع حادثه؛
 - ۱۴- طبقه‌بندی عوامل خارجی مسبب حادثه؛
 - ۱۵- مشخص کردن مصادیق دفاع مشروع و نجات اشخاص و اموال در معرض خطر در بیمه‌نامه؛
 - ۱۶- منطقه فعالیت و مکان ارائه پوشش؛
 - ۱۷- سوابق خسارتی بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده.
- خ) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ در حق بیمه رشته مسئولیت حرفه‌ای پزشکان:
- ۱- مشخصات بیمه‌گذار یا بیمه‌شده از جمله جنسیت، شغل، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و...؛
 - ۲- طبقه‌بندی گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی براساس تخصص و ماهیت فعالیت؛
 - ۳- مبنای احراز مسئولیت بیمه‌گذار؛
 - ۴- تعیین دقیق حد تعهد بیمه‌گر (براساس دیه یا توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار)؛
 - ۵- تعیین مرجع حل اختلاف؛
 - ۶- سوابق خسارتی بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده؛
 - ۷- حوزه جغرافیایی فعالیت بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده؛
 - ۸- نوع بیمه‌نامه (گروهی یا انفرادی)؛
 - ۹- هزینه‌های دفاع و دادرسی؛
 - ۱۰- خسارت‌های تبعی (غیرمستقیم)؛
 - ۱۱- خطرات اصلی تحت پوشش؛
 - ۱۲- سابقه فعالیت بیمه‌گذار در رشته تخصصی؛
 - ۱۳- تعیین حداکثر تعهد بیمه‌گر در هر حادثه و در طول مدت بیمه‌نامه؛
 - ۱۴- تعیین مرجع ذی صلاح تشخیص و تایید میزان صدمات وارده به اشخاص ثالث؛
 - ۱۵- هزینه‌های پزشکی؛
 - ۱۶- دوره اعتبار بیمه‌نامه؛
 - ۱۷- تعداد تقریبی اعمال جراحی طی مدت اعتبار بیمه‌نامه.

د) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان:

۱- موضوع فعالیت (عمرانی، ساختمانی و ...)

۲- محدوده مکانی پروژه؛

۳- مدت زمان اجرای پروژه؛

۴- تعداد کارکنان فعال در پروژه؛

۵- تعداد طبقات پروژه؛

۶- سقف تعهدات؛

۷- خطرات اصلی و فرعی تحت پوشش؛

۸- کلوزهای تحت پوشش؛

۹- سابقه فعالیت کارفرما؛

۱۰- سوابق خسارتی کارفرما؛

۱۱- مهارت و سوابق تجربی کارکنان؛

۱۲- متوسط سنی کارکنان؛

۱۳- ساعت کار کارکنان (شبانه یا روزانه)؛

۱۴- پیشرفت فیزیکی پروژه؛

۱۵- استانداردهای پیشگیری و ایمنی پروژه؛

۱۶- مبنای احراز مسئولیت؛

۱۷- شخصیت حقوقی بیمه‌گذار (حقیقی، حقوقی، دولتی، خصوصی و ...).

ذ) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مسئولیت متصدیان حمل و نقل داخلی:

۱- ارزش محموله؛

۲- نوع حمل؛

۳- نوع کالاهای مورد حمل؛

۴- تعداد حمل در دوره اعتبار بیمه‌نامه؛

۵- حوزه جغرافیایی فعالیت بیمه‌گذار؛

۶- سوابق خسارتی و حسن شهرت راننده؛

۷- مبداء و مقصد حمل؛

۸- میزان مسافت حمل؛

- ۹- مشخصات وسیله حمل؛
 - ۱۰- محموله‌های خاص؛
 - ۱۱- سابقه فعالیت بیمه‌ای بیمه‌گذار؛
 - ۱۲- تعهد بیمه‌گر در هر حادثه براساس ارزش کالا؛
 - ۱۳- مرجع تشخیص میزان صدمات وارده به کالا؛
 - ۱۴- نحوه کنترل بیمه‌گذار بر عملیات حمل و نقل؛
 - ۱۵- میزان فعالیت‌های تخصصی بیمه‌گذار از جمله حمل محصولات پتروشیمی و ...؛
 - ۱۶- رعایت استاندارد لازم در تخلیه و بارگیری و سختیت نوع وسیله نقلیه با نوع کالا؛
 - ۱۷- مشخصات مسیر حمل.
- ر) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق‌بیمه رشته مسئولیت مدنی در مقابل کارکنان و اشخاص ثالث برای شناورهای صیادی:
- ۱- سابقه فعالیت حرفه‌ای بیمه‌گذار؛
 - ۲- محدوده مکانی فعالیت؛
 - ۳- وضعیت ایمنی شناور؛
 - ۴- مشخصات فنی شناور (سال ساخت، نوع، سن و ...)
 - ۵- ظرفیت شناور؛
 - ۶- تعداد شناورهای تحت پوشش؛
 - ۷- مسافت مسیر مورد تردد؛
 - ۸- تخصص پرسنل شناور؛
 - ۹- شرایط آب و هوایی محل مورد بیمه؛
 - ۱۰- تعیین مرجع احراز مسئولیت؛
 - ۱۱- بانام و بی‌نام بودن کارکنان؛
 - ۱۲- میزان فعالیت شناور؛
 - ۱۳- حوزه جغرافیایی فعالیت (آب‌های آزاد یا داخل کشور)؛
 - ۱۴- تعداد نیروی انسانی؛
 - ۱۵- خطرات فعالیت شناور در برابر محیط زیست؛
 - ۱۶- حجم و اندازه صید.

ز) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مسئولیت مسئولان و مجریان امر واگذاری:

- ۱- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هر بنگاه؛
- ۲- حداکثر تعهد بیمه در طول مدت قرارداد؛
- ۳- نحوه واگذاری (مناقصه‌ای، توافقی و ...)
- ۴- دوره کشف؛
- ۵- میزان واگذاری؛
- ۶- تعداد واگذاری‌ها؛
- ۷- نحوه حل اختلاف؛
- ۸- مبنای احراز مسئولیت؛
- ۹- سوابق اجرایی و تجربه مسئولان و مجریان واگذاری؛
- ۱۰- هزینه‌های دفاع و داوری؛
- ۱۱- دایره و حدود مدعیان بیمه‌نامه؛
- ۱۲- نوع فعالیت شرکت‌های واگذارشده.

ژ) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته اعتبار داخلی:

- ۱- نوع تضمین اخذشده؛
- ۲- مدت زمان بازپرداخت؛
- ۳- میزان اعتبار دریافتی؛
- ۴- سهم آورده وام گیرنده؛
- ۵- نرخ بهره اعتبار دریافتی؛
- ۶- رده‌بندی مؤسسات مالی (بانکی، لیزینگ، مؤسسات مالی و اعتباری و ...)
- ۷- تعداد بیمه‌نامه اعتباری؛
- ۸- سهم بیمه‌گذار در خسارت؛
- ۹- رتبه اعتباری مؤسسه مالی؛
- ۱۰- رتبه اعتباری تسهیلات گیرنده؛
- ۱۱- درجه توانگری مؤسسه مالی؛
- ۱۲- سابقه بهره‌وری فعالیت اقتصادی وام گیرنده؛
- ۱۳- شهرت اجتماعی تسهیلات گیرنده.

س) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته اعتبار صادرات کالا:

- ۱- دوره اعتبار بیمه‌نامه؛
 - ۲- میزان اعتبار تحت پوشش؛
 - ۳- تعداد قراردادهای فروش؛
 - ۴- نوع تضامین دریافتی (دولت، بانک مرکزی و ...)
 - ۵- مدت زمان وصول مطالبات؛
 - ۶- اعتبارسنجی خریدار؛
 - ۷- میزان مطالبات وصول‌نشده بیمه‌گذار؛
 - ۸- وضعیت تراز تجاری کشور مبدا و مقصد؛
 - ۹- امکان پیگیری قضائی خریداران براساس قوانین کشور مقابل؛
 - ۱۰- سطح و میزان استحکام روابط دو کشور؛
 - ۱۱- میزان امنیت و ثبات سیاسی و اقتصادی کشور مقصد؛
 - ۱۲- درجه اعتبار پشتیبان معامله؛
 - ۱۳- مفاد قرارداد فروش (مواردی از جمله الزام به رعایت استاندارد کالاهای صادراتی)؛
 - ۱۴- اعتبارسنجی فروشنده از نظر ارائه محصولات استاندارد.
- ش) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته وجوه در صندوق:
- ۱- سرمایه ثبتي بیمه‌گذار؛
 - ۲- نوع و مشخصات فنی و تعداد گاو صندوق؛
 - ۳- جانمایی محل استقرار گاو صندوق؛
 - ۴- نوع سازه محل استقرار گاو صندوق و به‌خصوص دیوارهای جانب آن؛
 - ۵- نوع و موقعیت سازه‌های هم‌جوار؛
 - ۶- موقعیت جغرافیایی منطقه؛
 - ۷- مخاطرات اقتصادی، تجاری، طبیعی، فنی و سیاسی که فعالیت بیمه‌گذار و محل استقرار گاو صندوق را تهدید می‌کند؛
 - ۸- جایگاه اقتصادی بیمه‌گذار در صنعت و صنف مربوطه؛
 - ۹- سیستم حسابداری و دفاتر مالی و نحوه ثبت و نگهداری آنها؛

- ۱۰- تعداد افراد شاغل در محل، ساعت کاری، تعداد شیفت کاری و به‌خصوص نوع و فرایند استخدام افراد؛
 - ۱۱- تعداد نگهبانان مستقر در محل و نحوه گشت‌زنی آنها و تعداد شیفت کاری آنها؛
 - ۱۲- تعداد و جایگاه حقوقی افرادی که به کلید و رمز گاو صندوق دسترسی دارند؛
 - ۱۳- برآورد نوع و ارزش محتویات گاو صندوق بر پایه آمار و اطلاعات عملکرد سه تا پنج سال گذشته بیمه‌گذار؛
 - ۱۴- سیستم‌های ایمنی و تجهیزات جانبی آنها (سیستم دزدگیر، دوربین مداربسته، دستگاه تلفن‌کننده، برق اضطراری، آژیر و اعلام‌کننده‌های ایمنی و ...)
 - ۱۵- مسافت و فاصله زمانی تا مرکز انتظامی (کلاتری‌ها، پاسگاه، اداره آگاهی و ...)
 - ۱۶- پوشش‌های بیمه‌ای تامین‌شده برای محل استقرار گاو صندوق با تأکید بر خطرات بالقوه مرتبط با آن؛
 - ۱۷- سابقه بیمه‌ای محل مورد بیمه؛
 - ۱۸- سابقه حوادث، بخصوص سرقت در طول سه الی پنج سال گذشته؛
 - ۱۹- مدت بیمه‌نامه؛
 - ۲۰- خطرات تحت پوشش بیمه‌نامه؛
 - ۲۱- نوع و میزان تعهدات بیمه‌گر؛
 - ۲۲- سهم مشارکت بیمه‌گذار در خسارت.
- ص) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق‌بیمه رشته و جوه در راه:
- ۱- سرمایه ثبتي بیمه‌گذار؛
 - ۲- موقعیت جغرافیایی منطقه؛
 - ۳- فاصله طولی و زمانی بین مبداء و مقصد حمل؛
 - ۴- ریسک ترافیکی مسیر حمل؛
 - ۵- نوع وسیله حمل؛
 - ۶- تعداد محافظین و نگهبانان مستقر در مبداء و مقصد بارگیری و تخلیه و جوه؛
 - ۷- تعداد محافظین و نگهبانان همراه وسیله حمل؛
 - ۸- نوع تجهیزات ایمنی همراه محافظین (اسلحه، گاز اشک‌آور و ...)
 - ۹- میزان احاطه نیروهای انتظامی بر مسیر حمل؛

- ۱۰- سیستم‌های کنترلی موجود در مسیر حمل (دوربین‌های ترافیکی و):
 - ۱۱- میزان یکپارچگی و عدم توقف وسیله حمل در طول مسیر؛
 - ۱۲- مخاطرات اجتماعی، تجاری، ترافیکی، طبیعی و سیاسی که در طول مسیر حمل وسیله حمل را تهدید می‌کند؛
 - ۱۳- برآورد نوع و ارزش محتویات بسته‌های حمل شونده در هر سفر و تعداد حمل‌ها در هر روز در طول مدت بیمه‌نامه بر پایه آمار و اطلاعات سه تا پنج سال گذشته بیمه‌گذار؛
 - ۱۴- مدت بیمه‌نامه؛
 - ۱۵- خطرات تحت پوشش بیمه‌نامه؛
 - ۱۶- نوع و میزان تعهدات بیمه‌گر؛
 - ۱۷- سهم مشارکت بیمه‌گذار در خسارت.
- ض) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق‌بیمه قرارداد بیمه تعهد پرداخت حقوق ورودی عبور کالای خارجی و قرارداد بیمه تعهد حقوق ورودی عبور داخلی کالا:
- ۱- نوع کالا؛
 - ۲- مالک کالا؛
 - ۳- مسیر حرکت و موقعیت جغرافیایی؛
 - ۴- نوع ترانزیت؛
 - ۵- نوع وسیله حمل؛
 - ۶- گمرک مبدا و مقصد؛
 - ۷- حجم فعالیت شرکت بیمه؛
 - ۸- سطح توانگری و ظرفیت مجاز نگهداری ریسک؛
 - ۹- مکانیزم پیشگیری از خسارت؛
 - ۱۰- مکانیزم مدیریت خسارت؛
 - ۱۱- سطح دانش فنی مدیریت فنی مربوطه؛
 - ۱۲- جدیت سازمان راهداری در برخورد با رانندگان متخلف؛
 - ۱۳- جدیت گمرک در برخورد با شرکت متخلف؛
 - ۱۴- همکاری گمرک در مدیریت خسارت شرکت بیمه؛
 - ۱۵- خود مالک بودن راننده کامیون حامل کالای ترانزیتی.

- ط) معیارهای عمومی تعیین نرخ حق بیمه رشته نفت، گاز و پتروشیمی:
- ۱- موضوع پروژه؛
 - ۲- مدت بیمه‌نامه؛
 - ۳- تفکیک زمانی پروژه از نظر مدت ساخت، دوره نگهداری، دوره آزمایش و راه‌اندازی (داشتن برنامه زمان‌بندی)؛
 - ۴- منطقه جغرافیایی پروژه؛
 - ۵- سرمایه بیمه‌نامه؛
 - ۶- تعهد بیمه‌نامه (تعیین سقف تعهدات بیمه‌گر در هر بخش)؛
 - ۷- شروط بیمه‌نامه، کلوژها و حد غرامت‌های مربوطه؛
 - ۸- سایر پوشش‌های ارائه‌شده؛
 - ۹- میزان کسورات قابل اعمال در هر بخش؛
 - ۱۰- تفکیک ریسک‌های پروژه به بخش‌های مختلف از جمله ماشین‌آلات در حال نصب و در حال بهره‌برداری سازه‌های موقتی و عملیات ساختمانی؛
 - ۱۱- سابقه فعالیت و صلاحیت فنی پیمانکار در پروژه‌های مشابه؛
 - ۱۲- تمهیدات و تجهیزات ایمنی مرتبط با نوع و ماهیت ریسک؛
 - ۱۳- میزان استهلاک و عمر مفید ماشین‌آلات؛
 - ۱۴- شناسایی عوامل تشدید خطر (محل اجرا و عوامل بیرونی پروژه) و اقدامات بیمه‌گذار در جهت پیشگیری به موقع از آنها؛
 - ۱۵- خسارات سنوات گذشته در ارتباط باریسک‌های بهره‌برداری؛
 - ۱۶- درصد پیشرفت پروژه؛
 - ۱۷- نحوه عملکرد عوامل H.S.E؛
 - ۱۸- اقدامات و تمهیدات مورد عمل بیمه‌گذار برای اطمینان از سلامت اجرای پروژه از لحاظ رعایت استانداردها؛
 - ۱۹- شناسایی خسارت‌های زیست محیطی محتمل؛
 - ۲۰- تجهیزات ایمنی اطفای حریق و امکانات حفاظتی؛
 - ۲۱- برآورد زیان‌های ناشی از خطای انسانی، نقص فنی و مخاطرات بیرونی؛
 - ۲۲- دامنه خسارت‌های تحت پوشش براساس نوع پروژه؛

- ۲۳- شرایط مالی بیمه‌گذار و روش‌های تامین مالی پروژه؛
- ۲۴- تعداد و نوع شیفت‌های کاری؛
- ۲۵- کنترل شیفت‌ها طبق استانداردهای تعیین شده؛
- ۲۶- ساختار سازمانی مصوب پیمانکار؛
- ۲۷- شناخت مشارکت پیمانکاران فرعی (در این بخش توجه به sub contractorها هم می‌شود)؛
- ۲۸- محاسبه EML, MPL جهت برآورد حداکثر میزان خسارت سازندگان و عرضه‌کنندگان ماشین‌آلات، تجهیزات، لوازم و لایسنس‌ها و گارانتی‌ها و وارانتی‌ها؛
- ۳۰- گستردگی و پراکندگی ریسک؛
- ۳۱- برنامه زمان‌بندی ترسیم خسارت وارده و تدوین صورت وضعیت خسارت در بازه زمانی مشخص؛
- ۳۲- اهمیت مدیران پروژه به مقوله ایمنی.
ظ) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته نفت، گاز و پتروشیمی در بخش off shore:
 - ۱- نظارت بر عملکرد پیمانکار توسط ناظر شخص ثالث (MWS, TP)؛
 - ۲- برنامه ساخت و مونتاژ تجهیزات در یارد پیمانکار؛
 - ۳- برنامه دستورالعمل‌های بارگیری، چیدمان، تجهیزات سنگین بر روی وسیله حمل؛
 - ۴- شرایط کیفیت و قابلیت و کالیبراسیون تجهیزات جابه‌جاکننده از قبیل جرثقیل‌ها، شناورها و قایق‌ها؛
 - ۵- برنامه زمان‌بندی حمل و تطابق آن با شرایط آب و هوایی براساس پیش‌بینی سازمان‌های معتبر هواشناسی؛
 - ۶- برنامه مقابله پیمانکار در مواجهه با شرایط بحران؛
 - ۷- تطابق اقدامات اجرایی با اصول، موازین و استانداردهای کارفرما؛
 - ۸- شناخت و نحوه برخورد و ثبت Near Missها (آنچه که به‌وقوع نمی‌پیوندد ولی خیلی به‌وقوع نزدیک است)؛
- ۹- وجود (QC plan quality control)؛
- ۱۰- رعایت استانداردهای بین‌المللی IMO؛
- ۱۱- سوابق و تمهیدات ایمنی پروژه از نظر حوادث طبیعی؛
- ۱۲- تست‌های غیرمخرب بر روی تجهیزات و ماشین‌آلات؛

- ۱۳- استانداردهای اورهال (over Haul) تجهیزات و ماشین‌آلات براساس دستورالعمل‌های کارخانه سازنده؛
- ۱۴- نگهداری سازه توسط پیمانکار پس از انجام نصب و تکمیل کار در دریا قبل از تحویل به کارفرما/ بهره‌بردار.
- ع) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته نفت، گاز و پتروشیمی در بخش on shore:
- ۱- دارابودن مجوز انجام کارهای سرد (cold work permit) و گرم (Hot work permit)؛
 - ۲- وجود آموزش‌های تخصصی ایمنی اشخاص درگیر در حین پروژه؛
 - ۳- شناخت و نحوه برخورد و ثبت Near Miss ها (آنچه که به وقوع نمی‌پیوندد ولی خیلی به وقوع نزدیک است)؛
 - ۴- کالیبراسیون تجهیزات و ماشین‌آلات؛
 - ۵- استانداردهای اورهال (Over Haul) تجهیزات و ماشین‌آلات براساس دستورالعمل‌های کارخانه سازنده؛
 - ۶- روش‌های اجرایی ساخت یا بهره‌برداری؛
 - ۷- تمهیدات لازم جهت مواجهه با تغییرات جوی (وقوع طوفان و نزولات آسمانی) و دارابودن ماشین‌آلات، پمپ‌های لازم جهت تخلیه و یا برگشت آب؛
 - ۸- سوابق و تمهیدات ایمنی پروژه از نظر حوادث طبیعی؛
 - ۹- آنالیز ریسک تجهیزات سنگین وزن (نحوه تخلیه، بارگیری، حمل و تخلیه در سایت، زمان جابجایی تجهیزات و نصب آن در ارتفاعات)؛
 - ۱۰- ایمنی انجام کار در ارتفاعات و ایجاد داربست‌ها؛
 - ۱۱- برنامه انجام گودبرداری‌ها و نحوه پایداری در دیواره‌های گود؛
 - ۱۲- برنامه اجرای فونداسیون مربوط به تجهیزات سنگین و مهم؛
 - ۱۳- برنامه نصب تجهیزات سنگین و مهم؛
 - ۱۴- وجود مانورهای تمرین جهت مواجهه با حادثه؛
 - ۱۵- برنامه مقابله پیمانکار در مواجهه با شرایط بحران.
- ع) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مازاد مالی خسارت واردشده به شخص ثالث در اثر حوادث ناشی از وسیله نقلیه:
- ۱- نوع وسیله نقلیه؛

- ۲- کاربری؛
 - ۳- قدرت موتور؛
 - ۴- ظرفیت؛
 - ۵- میزان تعهد؛
 - ۶- سال ساخت؛
 - ۷- وضعیت ایمنی؛
 - ۸- ضریب خسارت نوع خودرو؛
 - ۹- سوابق رانندگی و بیمه‌ای دارنده.
- ف) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته درمان گروهی:
- ۱- خطرات تحت پوشش؛
 - ۲- میزان تعهدات؛
 - ۳- تعداد بیمه‌شدگان؛
 - ۴- پراکندگی جغرافیایی بیمه‌شدگان؛
 - ۵- میانگین سنی بیمه‌شدگان؛
 - ۶- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه تمرکز بیمه‌شدگان؛
 - ۷- نوع فعالیت بیمه‌گذار؛
 - ۸- سوابق و رفتارهای بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان.
- ق) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته درمان خانواده:
- ۱- گروه سنی؛
 - ۲- وضعیت سلامت؛
 - ۳- سابقه بیمه‌ای؛
 - ۴- شغل و نوع فعالیت؛
 - ۵- خطرات تحت پوشش؛
 - ۶- میزان تعهدات؛
 - ۷- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه تمرکز بیمه‌شدگان.

۵- آیین‌نامه شماره ۹۵

آیین‌نامه ضوابط مربوط به بیمه مشترک

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۰۶/۲۶ آیین‌نامه «ضوابط مربوط به بیمه مشترک» را مشتمل بر ۱۲ ماده و ۳ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱. کلمات و عبارات زیر صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشند، در این آیین‌نامه با مفاهیم زیر استفاده شده‌اند:

۱- بیمه مشترک: تحت پوشش قراردادن مورد بیمه به نفع یک شخص یا اشخاص معین در مقابل خطرات یکسان توسط بیش از یک مؤسسه بیمه مستقیم به نحوی که هر یک از مؤسسات بیمه مستقیم درصدی از ریسک را برعهده می‌گیرد.

۲- بیمه مشترک با راهبر: نوعی بیمه مشترک که یک مؤسسه بیمه مستقیم به‌عنوان راهبر بیمه مشترک و چند مؤسسه بیمه مستقیم به‌عنوان اعضای بیمه مشترک انتخاب و یک بیمه‌نامه با مدت و شرایط و خطرهای یکسان از طرف همه اعضا، توسط راهبر صادر می‌شود.

۳- راهبر بیمه مشترک: مؤسسه بیمه مستقیمی که واجد شرایط مقرر در این آیین‌نامه بوده و با درخواست کتبی بیمه‌گذار یا با توافق چند مؤسسه بیمه مستقیم و با موافقت کتبی بیمه‌گذار به‌عنوان راهبر بیمه مشترک انتخاب می‌شود و وظایف مصرح در کلوز آن را برعهده دارد.

۴- کلوز بیمه مشترک: متن استاندارد پیوست این آیین‌نامه که همزمان با صدور بیمه‌نامه مشترک، تنظیم و به مهر و امضای راهبر و کلیه اعضا و بیمه‌گذار می‌رسد و در آن وظایف و اختیارات راهبر و اعضا، سهم راهبر و اعضا و حق بیمه متعلق به هر یک از آنها درج می‌گردد.

ماده ۲. راهبر بیمه مشترک باید حداقل معادل ۱۵ درصد مبلغ بیمه‌شده یا حد تعهد بیمه‌نامه پس از کسر سهم اتکایی اجباری، ظرفیت مجاز نگهداری ریسک داشته باشد.

ماده ۳. راهبر بیمه مشترک به نیابت از اعضای بیمه مشترک، وظایف زیر را برعهده دارد:

۱- نرخ و شرایط بیمه‌نامه را تعیین و قبل از صدور بیمه‌نامه با اعضای بیمه مشترک توافق نموده و براساس توافق مذکور درصد سهم خود و هر یک از اعضا از ریسک را تعیین نماید.

۲- چنانچه مبلغ بیمه‌شده/حد تعهد بیمه‌نامه از نصاب‌های مقرر در ماده ۶ آیین‌نامه شماره ۷۶ و اصلاحات بعدی آن بیشتر باشد، موافقت بیمه مرکزی درخصوص نرخ و شرایط آن را اخذ نماید.

۳- بیمه‌نامه مشترک را صادر و در کلوز آن سهم خود و هر یک از اعضای از ریسک، حق بیمه متعلق به راهبر و هر عضو و وظایف و اختیارات راهبر و اعضا را درج نماید و به مهر و امضای خود و کلیه اعضا و بیمه‌گذار برساند.

۴- کل حق بیمه و مالیات بر ارزش افزوده آن را از بیمه‌گذار دریافت و پس از کسر کارمزد شبکه فروش براساس آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالتی رسمی بیمه (آیین‌نامه شماره ۸۳) و هزینه‌های بیمه‌گری طبق توافق فیما بین، سهم هر یک از اعضا از حق بیمه را به آنان پرداخت نماید.

تبصره ۱- اعضای بیمه مشترک موظفند مالیات بر ارزش افزوده سهم خود را رسماً به حساب سازمان امور مالیاتی واریز نماید.

تبصره ۲- راهبر بیمه مشترک می‌تواند وفق توافقات مندرج در کلوز بیمه مشترک درصدی از حق بیمه را به‌عنوان هزینه مدیریت و بازاریابی منظور نماید.

تبصره ۳- در صورتی که راهبر بیمه مشترک نتواند حق بیمه را به ترتیب مقرر در بیمه‌نامه وصول نماید، موظف است موضوع را ظرف ۱۵ روز پس از موعد پرداخت، جهت اتخاذ تصمیم مقتضی به اطلاع اعضا برساند.

۵- در صورت وقوع حادثه و ادعای خسارت توسط بیمه‌گذار، کارشناس یا ارزیاب خسارت بیمه‌ای مجاز را انتخاب کند و پس از قطعی شدن مبلغ خسارت، سهم هر یک از اعضا از کل خسارت پرداختی را وفق توافقات مندرج در کلوز بیمه مشترک دریافت و کل خسارت بیمه‌گذار را طبق مفاد بیمه‌نامه صادره پرداخت نماید.

۶- در صورتی که اعضا اختیار اخذ پوشش اتکایی اختیاری را به راهبر بیمه مشترک واگذار نموده باشند، راهبر موظف است در این خصوص اقدام لازم را به عمل آورده و ضمن اعلام وضعیت پوشش اتکایی اخذشده به اعضا و تعیین سهم هر یک از آنها از حق بیمه اتکایی پرداختی، در صورت وقوع خسارت سهم بیمه‌گر اتکایی از خسارت را وصول نموده و سهم هر یک از اعضا را به آنها بپردازد.

۷- کلیه اطلاعات مربوط به بیمه‌نامه و کلوز بیمه مشترک را از طریق سامانه نظارت و هدایت الکترونیکی بیمه (سנהاب) برای بیمه مرکزی ارسال نماید.

۸- در صورت بروز اختلاف و اقامه دعوی در مراجع ذیصلاح قانونی توسط بیمه‌گذار، یا سایر اشخاص ذی‌نفع، به نیابت/ وکالت از سایر اعضا نزد مراجع مذکور از حقوق قانونی خود و اعضا دفاع نماید.

۹- در صورتی که امکان بازیافت خسارت پرداخت شده از شخص یا اشخاصی که مسئول وقوع حادثه هستند وجود داشته باشد، ظرف مهلت قانونی مقرر، اقدام لازم برعلیه آنها بعمل آورده و در صورت موفقیت سهم هریک از اعضا از مبالغ بازیافتی را پس از کسر هزینه‌های مربوط بپردازد.

ماده ۴. مؤسسه بیمه مستقیم عضو بیمه مشترک موظف است اطلاعات مربوط به سهم خود از بیمه‌نامه صادره را از طریق سامانه نظارت و هدایت الکترونیکی بیمه (سנהاب) برای بیمه مرکزی ارسال نماید.

ماده ۵. مؤسسه بیمه مستقیم پس از صدور بیمه‌نامه برای هر مورد بیمه یا مبلغ هر ریسک، مجاز به بیمه مشترک نمودن آن نیست. راهبر و اعضای بیمه مشترک نیز نمی‌توانند سهم خود از بیمه‌نامه مشترک صادرشده را مجدداً بیمه مشترک نمایند.

ماده ۶. مؤسسات بیمه مستقیم مناطق آزاد تجاری- صنعتی ج.ا.ایران با رعایت ماده ۳ مقررات تاسیس و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد تجاری- صنعتی ج.ا.ایران و مشروط به رعایت ضوابط این آیین‌نامه فقط می‌توانند عضو یا راهبر بیمه مشترک مربوط به موضوعات یا موارد بیمه موجود در مناطق آزاد تجاری- صنعتی ج.ا.ایران باشند.

ماده ۷. مؤسسات بیمه مستقیم موظفند از تاریخ لازم‌الاجراشدن این آیین‌نامه حساب مربوط به عملیات بیمه مشترک با راهبر را طبق نمونه‌ای که بیمه مرکزی ابلاغ خواهد کرد، ثبت نمایند.

ماده ۸. از تاریخ لازم‌الاجراشدن این آیین‌نامه انعقاد قرارداد بیمه تحت عناوینی از قبیل کنسرسیوم و کلوز بیمه مشترک و بیمه‌گر راهبر و سایر عناوین مشابه ممنوع است.

ماده ۹. عضو بیمه مشترک، با مهر و امضای کلوز بیمه مشترک، مکلف به رعایت موارد زیر است:

۱- در صورت بروز خسارت، سهم خود از خسارت را وفق توافقات مندرج در کلوز مذکور به راهبر بیمه مشترک پراخت نماید.

۲- کلیه تصمیمات راهبر بیمه مشترک در رابطه با پرداخت خسارت را بدون مراجعه به مراجع ذیصلاح قانونی، ارجاع به داوری و یا انجام سایر اقدامات حقوقی، بپذیرد.

۳- تصمیمات مراجع ذیصلاح قانونی که بر علیه راهبر بیمه مشترک اتخاذ و اجرا شده است را تا میزان سهم خود و بدون نیاز به ارسال اطلاعیه رسمی از سوی مراجع مذکور، بپذیرد. ماده ۱۰. هرگونه اختلاف بین راهبر و اعضای بیمه مشترک به استثنای موارد مندرج در ماده ۹ این آیین‌نامه، در صورتی که از طریق مذاکره حل و فصل نشود، به داور مرضی‌الطرفین یا هیئت داوری ارجاع خواهد شد و رأی داور مزبور یا هیئت داوری قطعی و برای طرفین لازم‌الاتباع است.

ماده ۱۱. مؤسسات بیمه مستقیم موظفند در صدور بیمه‌نامه مشترک با راهبر، الزامات این آیین‌نامه را رعایت نمایند و در صورت عدم رعایت این آیین‌نامه، بیمه مرکزی می‌تواند متناسب با نوع، سابقه، تکرار و تعدد قصور یا تخلف مؤسسه بیمه مذکور اقدامات زیر را به عمل آورد:

۱- تذکر کتبی به کارکنان کلیدی ذی‌ربط؛

۲- اخطار کتبی به کارکنان کلیدی ذی‌ربط؛

۳- سلب صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی ذی‌ربط برای مدتی که بیمه مرکزی تعیین می‌کند؛

۴- منع مؤسسه بیمه مستقیم از راهبری در بیمه مشترک برای مدتی که بیمه مرکزی تعیین می‌کند.

ماده ۱۲. این آیین‌نامه از تاریخ ۰۱/۰۱/۱۳۹۷ لازم‌الاجرا است.

کلوز بیمه مشترک

مربوط به بیمه‌نامه شماره

بیمه‌گذار

نوع بیمه

موضوع بیمه

به موجب این کلوز که همزمان با صدور بیمه‌نامه و با رعایت مفاد آن تنظیم شده است، مؤسسات بیمه زیر حسب مورد با توافق فیما بین و موافقت بیمه‌گذار و یا با درخواست کتبی بیمه‌گذار، مؤسسه بیمه را به‌عنوان راهبر بیمه مشترک تعیین و موارد زیر را مورد توافق قرار دادند.

۱- راهبر بیمه مشترک موظف است به نیابت از سایر مؤسسات بیمه عضو، اقدامات زیر را به عمل آورد:

۱-۱- نرخ و شرایط بیمه‌نامه را با رعایت آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه تعیین کند.

۲-۱- قبل از صدور بیمه‌نامه، موافقت اعضا را در مورد میزان سهم آنها از صد درصد ریسک

جلب نماید.

۳-۱- بیمه‌نامه را صادر و نسبت به درج سهم خود و هر یک از مؤسسات بیمه مستقیم

عضو و حق بیمه متعلق به هر یک از آنها در این کلوز اقدام نماید.

۴-۱- کل حق بیمه و مالیات بر ارزش افزوده را از بیمه‌گذار دریافت نموده و سهم هر یک

از مؤسسات بیمه مستقیم عضو از مبالغ مذکور را پس از کسر حق بیمه اتکایی اختیاری (در

صورت واگذاری توسط راهبر بیمه مشترک) و کارمزد شبکه فروش طبق آیین‌نامه شماره ۸۳

مصوب شورای عالی بیمه و اصلاحات بعدی آن، حداکثر طی ۱۵ روز کاری به آنان پرداخت

نماید. در صورتی که راهبر نتواند حق بیمه را به ترتیب مقرر در بیمه‌نامه وصول نماید باید موضوع

را ظرف ۱۵ روز پس از موعد پرداخت، جهت اتخاذ تصمیم مقتضی به اطلاع اعضا برساند.

تبصره- راهبر بیمه مشترک می‌تواند در صورت موافقت اعضا، ... درصد از حق بیمه را

به‌عنوان هزینه مدیریت و بازاریابی منظور نماید.

۵-۱- در صورت وقوع حادثه و ادعای خسارت توسط بیمه‌گذار، نسبت به انتخاب

کارشناس یا ارزیاب خسارت بیمه‌ای مجاز اقدام و پس از قطعی شدن میزان خسارت قابل

پرداخت نسبت به اخذ سهم هر یک از اعضا از خسارت اقدام و کل خسارت بیمه‌گذار را طبق

مفاد بیمه‌نامه صادره پرداخت نماید.

۶-۱- در صورتی که اعضا اختیار اخذ پوشش اتکایی اختیاری را به راهبر بیمه مشترک

واگذار نموده باشند، ضمن اعلام وضعیت پوشش اتکایی اخذشده به اعضا و تعیین سهم هر

یک از آنها از حق بیمه پرداختی، در صورت وقوع خسارت نسبت به اخذ سهم بیمه‌گر اتکایی از

خسارت اقدام نموده و سهم هر یک از اعضا را به آنها بپردازد.

۷-۱- در صورتی که امکان بازیافت خسارت پرداخت‌شده از شخص یا اشخاصی که مسئول

وقوع حادثه هستند وجود داشته باشد، ظرف مهلت قانونی مقرر، اقدام لازم بر علیه آنها بعمل

آورده و در صورت موفقیت سهم هریک از اعضا از مبالغ بازیافتی را پس از کسر هزینه‌های مربوط، به آنها بپردازد.

۸-۱- در صورت بروز اختلاف و اقامه دعوی در مراجع ذیصلاح قانونی توسط بیمه‌گذار یا سایر اشخاص ذی‌نفع، به نیابت/وکالت از سایر اعضا در محاکم مربوط شرکت و از حقوق قانونی خود و اعضا دفاع نماید.

۲- مؤسسات بیمه مستقیم عضو بیمه مشترک، با مهر و امضاء این کلوز، مکلف به رعایت موارد زیر هستند:

- ۱-۲- در صورت بروز خسارت سهم خود از خسارت را به راهبر بیمه مشترک پراخت نمایند.
- ۲-۲- کلیه تصمیمات راهبر بیمه مشترک در رابطه با پرداخت خسارت را بدون مراجعه به مراجع ذیصلاح قانونی، ارجاع به داوری و سایر اقدامات حقوقی، بپذیرند.
- ۳-۲- تصمیمات مراجع ذیصلاح قانونی که بر علیه راهبر بیمه مشترک اتخاذ و اجرا شده است را تا میزان سهم خود و بدون نیاز به ارسال اطلاعیه رسمی از سوی مراجع مذکور، بپذیرند.
- ۳- هرگونه اختلاف بین راهبر و اعضای بیمه مشترک به استثناء موارد مندرج در بند ۲ این کلوز، در صورتی که از طریق مذاکره، حل و فصل نشود به داور مرضی الطرفین یا هیئت داوری ارجاع خواهد شد و رأی داور مزبور یا هیئت داوری قطعی و برای طرفین لازم‌الاتباع است.
- ۴- سهم راهبر و امضاء بیمه مشترک به شرح جدول زیر می‌باشد:

ردیف	نام مؤسسه بیمه مستقیم	سهم مؤسسه بیمه مستقیم (%)	میزان حق بیمه و مالیات ارزش افزوده متعلقه	مهر و امضاء مؤسسه بیمه مستقیم
	راهبر بیمه مشترک			
	عضو بیمه مشترک			
	عضو بیمه مشترک			
	عضو بیمه مشترک			
			
	جمع کل			
تاریخ صدور بیمه‌نامه:				
تاریخ صدور کلوز بیمه مشترک:				
نحوه اخذ حق بیمه توسط راهبر بیمه مشترک:				
نام بیمه‌گذار:			مهر و امضاء بیمه‌گذار:	

نمونه سؤالات چهارگزینه‌ای

۱. به‌طور سنتی رایج‌ترین سازوکار دریافت اطلاعات لازم توسط بیمه‌گران و ارائه نرخ

پیشنهادی چیست؟

الف) بازدید از محل و پرسشنامه‌های تکمیلی (ب) مراکز خدمات اینترنتی بیمه

ج) مراکز خدمات تلفنی بیمه (د) فرم پیشنهاد بیمه‌نامه

۲. در مورد فرم پیشنهاد بیمه کدام‌یک از گزینه‌های زیر صحیح نیست؟

الف) فرمی است که توسط بیمه مرکزی ج.ا.ا تکمیل می‌شود.

ب) این فرم بیمه‌گر را قادر می‌کند ریسک را ارزیابی و بیمه‌نامه را تهیه کند.

ج) تکمیل فرم پیشنهاد بیمه در مرحله‌ای که بیمه‌گر نرخ ارائه می‌دهد، الزامی نیست.

د) فرم‌های پیشنهاد بیمه، برحسب نوع کسب‌وکار، از حیث اندازه و پیچیدگی‌ها متفاوتند.

۳. در بیمه‌های اموال، حق بیمه پایه، به‌طور معمول عبارت است از

الف) سقف هر نوع پرداخت خسارت (ب) ارزش بیمه‌شده

ج) هزینه جایگزینی (د) هر سه گزینه صحیح است.

۴. در مواردی که در ابتدای دوره بیمه، تعیین حق بیمه دقیق امکان‌پذیر نیست، وجه پرداختی

اولیه از سوی بیمه‌گذار را چه می‌نامند؟

الف) حق بیمه قابل تعدیل (ب) حق بیمه سربار

ج) حق بیمه اتکایی (د) حق بیمه ثابت

۵. ملاک انعقاد قرارداد بیمه‌ای عبارت است از

الف) صدور بیمه‌نامه

ب) قبول فرم پیشنهاد توسط بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار

ج) تکمیل فرم پیشنهاد بیمه

د) اعلام نرخ توسط بیمه‌گر

۶. کدام‌یک از گزینه‌های زیر در فرآیند بیمه‌گری بیمه آتش‌سوزی و خطرهای خاص یک

واحد تجاری اثر ندارد؟

الف) سابقه پزشکی کارکنان (ب) ویژگی‌های مدیریت ریسک

ج) سن کارکنان (د) گزینه الف و ج صحیح است.

۷. کدام یک از بیمه‌های زیر شامل بیمه هزینه‌های حقوقی پیگیری امور از طریق دادگاه و

مراجع قضایی می‌گردد؟

- (الف) بیمه پول
(ب) بیمه مسئولیت
(ج) بیمه وقفه در فعالیت
(د) گزینه‌های الف و ج صحیح است.

۸. کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح است؟

- (الف) بیمه‌گری بیمه شخصی از بیمه تجاری پیچیده‌تر است.
(ب) بیمه‌گری بیمه تجاری از بیمه شخصی پیچیده‌تر است.
(ج) معمولاً پیچیدگی بیمه‌گری همه انواع بیمه‌ها یکسان است.
(د) هیچ کدام

۹. کدام یک از گزینه‌های زیر ملاحظه‌ای کلیدی در بیمه‌گری بیمه سلامت نیست؟

- (الف) سن
(ب) جنسیت
(ج) شغل
(د) منطقه

۱۰. در بیمه‌گری بیمه سفر، کدام یک از عوامل زیر نقش دارند؟

- (الف) مقصد
(ب) هدف و مدت سفر
(ج) وجود شرایط پیشین
(د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۱. انتظار دارید در بیشتر فرم‌های پیشنهادی بیمه‌نامه خودرو، کدام یک از جنبه‌های خودرو

بزرگترین تأثیر را در مبلغ حق بیمه بدنه داشته باشند؟

- (الف) نسبت قدرت به وزن
(ب) سن خودرو
(ج) ارزش خودرو
(د) پارکینگ مورد استفاده برای خودرو

۱۲. کدام یک از گزینه‌های زیر بیمه‌گران را قادر می‌سازد تا میزان حق بیمه بسیاری از

ریسک‌های بیمه‌ای را به نحوی دقیق ارزیابی کنند؟

- (الف) قانون اعداد بزرگ
(ب) اصل حد اعلائی حسن نیت
(ج) اصل جبران خسارت
(د) اصل غرامت

۱۳. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد تمدید قرارداد بیمه صحیح نیست؟

- (الف) هیچ نوع الزامی در تمدید قرارداد بیمه، برای هیچ کدام از طرفین وجود ندارد.
(ب) بیمه‌گران معمولاً تمایل بیشتری به تمدید قرارداد دارند.

ج) اگر بیمه‌گذار تمایل به تمدید قرارداد داشته باشد، باید حق بیمه برای مدت زمانی که قصد تمدید دارد، پرداخت کند.

د) اگر بیمه‌گذار تصمیم به تمدید قرارداد داشته باشد، بیمه‌گر موظف است آن را تمدید کند.

۱۴. بنابر ماده بیمه‌گر در میانه دوره قرارداد بیمه را فسخ کند.

الف) فسخ قرارداد - نمی‌تواند
ب) فسخ قرارداد - می‌تواند

ج) حسن نیت - باید
د) حسن نیت - نمی‌تواند

۱۵. براساس سطح ریسک، یک بیمه‌گر چگونه دزدی تلفن‌های همراه را توصیف می‌کند؟

الف) فراوانی کم، شدت کم
ب) فراوانی زیاد، شدت زیاد

ج) فراوانی زیاد، شدت کم
د) فراوانی کم، شدت زیاد

۱۶. فرض کنید درآمد حق بیمه، بیمه‌گری ۱۰۰ میلیون ریال و ادعای خسارتش ۱۰۳ میلیون

ریال است. ضریب خسارت این بیمه‌گر چه عددی می‌شود؟

الف) ۳ درصد
ب) ۳ درصد

ج) ۹۷ درصد
د) ۱۰۳ درصد

۱۷. دقیق‌ترین مقیاس اندازه‌گیری عملکرد در سطح بیمه‌نامه کدام یک از موارد زیر است؟

الف) ضریب خسارت
ب) حق بیمه عایدشده

ج) خسارت معوق
د) میزان پوشش اتکایی اختیاری

۱۸. یک بیمه‌گر از کدام یک از چهار روش نظارتی زیر، با احتمال کمتری جهت فرآیند

تصمیم‌گیری استفاده می‌کند؟

الف) نظارت براساس سال بیمه‌نامه
ب) نظارت براساس سال پذیره‌نویسی

ج) نظارت براساس سال تقویمی
د) نظارت براساس سال مالی

۱۹. کدام یک از عبارات زیر صحیح است؟

- الف) به‌طور کلی برای سرمایه‌گذاری در شرکت بیمه باید بازده بیشتری از سرمایه‌گذاری در حساب یک بانک در نظر گرفت.
- ب) به‌طور کلی برای سرمایه‌گذاری در شرکت بیمه باید بازده کمتری از سرمایه‌گذاری در حساب یک بانک در نظر گرفت.
- ج) به‌طور کلی برای سرمایه‌گذاری در شرکت بیمه باید بازدهی مشابه با بازده سرمایه‌گذاری در حساب یک بانک در نظر گرفت.
- د) باتوجه به نوع شرکت بیمه و نوع حساب بانکی، بازده سرمایه‌گذاری‌ها می‌تواند متفاوت باشد.

۲۰. کدام یک از گزینه‌های زیر تعریف بیمه شخصی است؟

- الف) بیمه‌ای برای کسب‌وکار است.
- ب) بیمه‌ای است که برای شخص حقیقی در خارج از حرفه، تجارت یا شغلشان ارائه می‌شود.
- ج) بیمه‌ای است که پوشش جداگانه برای سرنشین اتومبیل ارائه می‌دهد.
- د) بیمه‌ای است که با مبالغ زیادی پول سروکار دارد.

۲۱. در بیمه شخصی ساختمان، بیمه‌گران در رابطه با محتویات ساختمان کدام یک از گزینه‌های زیر را در نظر می‌گیرند؟

- الف) شغل در طی روز
- ب) ایمنی
- ج) نوع و سطح پوشش
- د) هر سه گزینه صحیح است.
۲۲. در بیمه شخصی و تجاری وسایل نقلیه موتوری کدام یک از گزینه‌های زیر جزء عوامل کلیدی محسوب می‌شود؟

- الف) سن راننده
- ب) سابقه رانندگی
- ج) نوع استفاده
- د) هر سه گزینه صحیح است.
۲۳. کدام یک از گزینه‌های زیر از ملاحظات مهم در بیمه دزدی است؟
- الف) ساختار بنا
- ب) مخاطره اخلاقی مالک
- ج) منطقه جغرافیایی
- د) گزینه ب و ج صحیح است.

۲۴. در صورتی که تقلب در بیمه کشف نشود و ادعای خسارت متقلبانه پرداخت شود چه

پیامدهایی را برای بیمه‌گر در بر خواهد داشت؟

الف) سودش کاهش می‌یابد و در برابر ادعاهای خسارت متقلبانه آتی، آسیب‌پذیر می‌شود.

ب) حق بیمه افزایش می‌یابد.

ج) مدعی و سوسه می‌شود که ادعاهای خسارت متقلبانه بیشتری کند.

د) بیمه مرکزی ج.ا.ا.خطار کتبی برای مدیران ارشد شرکت بیمه صادر می‌کند و در صورت

تکرار آن پروانه شرکت بیمه در رشته بیمه‌ای مذکور لغو می‌شود.

۲۵. کدام‌یک از گزینه‌های زیر از مصادیق کلاهبرداری در بیمه است؟

الف) بزرگ‌نمایی ادعای خسارت

ب) تلاش برای دریافت خسارت از چند بیمه‌گر

ب) جعل ادعای خسارتی که واقع نشده است.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۶. کدام‌یک از گزینه‌های زیر از روش‌های پیشگیری از کلاهبرداری در بیمه محسوب می‌شود؟

الف) بانک تبادل اطلاعات بیمه‌گران و خسارت

ب) ثبت آمار دزدی و تقلب بیمه وسایل نقلیه موتوری

ج) بانک اطلاعاتی بیمه وسایل نقلیه موتوری

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۷. ریسک بر پایه اندازه‌گیری می‌شود.

الف) فراوانی

ب) شدت

ج) تصمیمات مدیریتی

د) گزینه الف و ب صحیح است.

۲۸. کدام‌یک از گزینه‌های زیر از عوامل کلیدی در شناخت محاسبه حق بیمه ریسک است؟

الف) خسارت‌های پنهان

ب) تورم و ادعاهای خسارت

ج) هزینه بیمه اتکایی

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۹. کمیته تعیین‌کننده حق بیمه در هر شرکت بیمه متشکل از چه افرادی است؟

- الف) محاسب فنی داخلی، مدیرعامل (یا قائم مقام او)، معاون فنی
- ب) محاسب فنی داخلی، مسئول فنی رشته مربوطه، محاسب فنی ناظر (از بیمه مرکزی)
- ج) محاسب فنی داخلی، مسئول فنی رشته مربوطه، معاون فنی.
- د) محاسب فنی داخلی، مدیرعامل (یا قائم مقام او)، محاسب فنی ناظر (از بیمه مرکزی)

۳۰. کدام عبارت در مورد تصویب نرخ فنی حق بیمه صحیح نیست؟

- الف) می‌بایست به تأیید مدیرعامل (یا قائم مقام او) برسد.
- ب) می‌بایست به تأیید هیأت مدیره برسد.
- ج) همزمان با ابلاغ آن یک نسخه به همراه گزارش توجیهی مبانی محاسباتی به بیمه مرکزی ارسال شود.
- د) می‌تواند پس از ابلاغ آن نیز یک نسخه به همراه گزارش توجیهی مبانی محاسباتی به بیمه مرکزی ارسال شود.

۳۱. در کدام یک از رشته‌های زیر امکان تعیین تعرفه یکسان وجود ندارد؟

- الف) زندگی
 - ب) درمان
 - ج) مسئولیت
 - د) مهندسی
۳۲. در تعیین نرخ حق بیمه رشته‌هایی که امکان تعیین تعرفه یکسان وجود ندارد مؤسسه بیمه موظف است بجای تعیین تعرفه، ...

- الف) تعیین تعرفه را به بیمه مرکزی واگذار نماید
- ب) میانگین نرخ‌های سه سال گذشته کل شرکت‌های بیمه را تعیین و به بیمه مرکزی ارسال نماید.
- ج) مبانی تعیین نرخ را با توجه به مقررات این آیین‌نامه تعیین و به بیمه مرکزی ارسال نماید
- د) میانگین نرخ‌های سه سال گذشته خود را تعیین و به بیمه مرکزی ارسال نماید

۳۳. در صورتی که مشخص شود نرخ حق بیمه و ... مربوط به یک رشته بیمه‌ای با ضوابط

مقرر در آیین‌نامه ۹۴ انطباق ندارد، تکلیف بیمه‌گر چیست؟

(الف) می‌بایست سهم بیمه مرکزی از خسارت را نیز شخصاً بپردازد

(ب) موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز پس از اعلام بیمه مرکزی موارد اعلامی را اصلاح و به بیمه مرکزی ارسال نماید

(ج) می‌تواند با خرید پوشش اتکایی، عدم مغایرت را جبران نماید.

(د) می‌بایست تعیین نرخ حق بیمه را به بیمه مرکزی واگذار نماید

۳۴. در کدام مورد اصلاح نرخ حق بیمه لازم نیست؟

(الف) نرخ با ضوابط آیین‌نامه ۹۴ مغایرت داشته باشد

(ب) ضریب خسارت آن رشته به‌خصوص نسبت به سال گذشته ۱۰۰ درصد افزایش یافته باشد

(ج) ضریب خسارت شش ماهه در رشته درمان بیشتر از ۸۰ درصد باشد

(د) ضریب خسارت یکساله در کلیه رشته‌ها (به‌جز درمان) بیشتر از ۷۵ درصد باشد

۳۵. ضرب‌العجل اصلاح نرخ حق بیمه بخاطر بالابودن ضریب خسارت چقدر است؟

(الف) ۱۰ روز (ب) ۲۰ روز

(ج) ۳۰ روز (د) ۶۰ روز

۳۶. موارد اصلاحی در مورد مغایرت چه مواردی با ضوابط آیین‌نامه ۹۴ الزامی است؟

(الف) نرخ حق بیمه، جدول تعرفه کوتاه‌مدت و روزشمار

(ب) نرخ حق بیمه، میزان و موارد تخفیف و یا اضافه نرخ

(ج) نرخ حق بیمه، جدول تعرفه کوتاه‌مدت و روزشمار، میزان و موارد تخفیف و یا اضافه نرخ

(د) نرخ حق بیمه، میزان و موارد تخفیف و یا اضافه نرخ

۳۷. مؤسسات بیمه در کدام رشته‌ها موظفند ضمن ارسال اطلاعات مربوط به بیمه‌نامه‌هایی

که نسبت به مازاد سهمیه بیمه اتکایی اجباری، واگذاری دارند قبل از صدور بیمه‌نامه با

تمهدهات/سرمایه آنها بیش از مبالغ معین، موافقت بیمه مرکزی را در مورد نرخ و شرایط

جلب نمایند؟

(الف) آتش‌سوزی، باربری، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی، مهندسی

(ب) آتش‌سوزی، مهندسی، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی، کشتی و هواپیما

(ج) مهندسی، باربری، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی، کشتی و هواپیما

(د) آتش‌سوزی، باربری، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی، کشتی و هواپیما

۳۸. کدام عبارت در مورد نرخ اصلاح شده حق بیمه صحیح تر است؟

- الف) می‌بایست به تأیید مدیر عامل (یا قائم مقام او) برسد.
ب) می‌بایست به تصویب هیأت مدیره برسد.
ج) می‌بایست به تأیید مدیرعامل، یا قائم مقام وی و تصویب هیأت مدیره برسد.
د) در مورد نرخ‌های اصلاحی، تأیید کمیته فنی مربوطه و بیمه مرکزی کافی است.
- ۳۹. در کدام رشته‌ها اصلاح نرخ باتوجه به میانگین ضریب خسارت در پنج سال گذشته تعریف می‌شود؟**

- الف) مهندسی، نفت و گاز، پتروشیمی، کشتی و هواپیما
ب) مهندسی، آتش‌سوزی، پتروشیمی، باربری
ج) باربری، نفت و گاز، آتش‌سوزی، کشتی و هواپیما
د) مهندسی، نفت و گاز، پتروشیمی، آتش‌سوزی
- ۴۰. طبق مفاد آیین‌نامه ۹۴ (تبصره ۲ ماده ۶) منظور از ضریب خسارت کدام است؟**

- الف) نسبت خسارت پرداخت شده به حق بیمه عاید شده
ب) نسبت خسارت واقع شده به حق بیمه عاید شده
ج) نسبت خسارت واقع شده به حق بیمه تعیین شده
د) نسبت خسارت پرداخت شده به حق بیمه تعیین شده
- ۴۱. منظور از خسارت واقع شده چیست؟**

- الف) خسارت پرداختی طی دوره منهای ذخیره خسارت معوق در پایان دوره به‌علاوه ذخیره خسارت معوق ابتدای دوره
ب) خسارت پرداختی طی دوره به‌علاوه ذخیره خسارت معوق در پایان دوره منهای ذخیره خسارت معوق ابتدای دوره
ج) خسارت پرداختی طی دوره به‌علاوه ذخیره خسارت معوق در پایان دوره به‌علاوه ذخیره خسارت معوق ابتدای دوره
د) خسارت پرداختی طی دوره منهای ذخیره خسارت معوق در پایان دوره منهای ذخیره خسارت معوق ابتدای دوره

۴۲. منظور از حق بیمه عایدشده چیست؟

- (الف) حق بیمه صادره منهای حق بیمه عایدنشده ابتدای دوره به علاوه حق بیمه عایدنشده پایان دوره
(ب) حق بیمه صادره به علاوه حق بیمه عایدنشده ابتدای دوره منهای حق بیمه عایدنشده پایان دوره
(ج) حق بیمه صادره به علاوه حق بیمه عایدنشده ابتدای دوره به علاوه حق بیمه عایدنشده پایان دوره
(د) حق بیمه صادره منهای حق بیمه عایدنشده ابتدای دوره منهای حق بیمه عایدنشده پایان دوره
۴۳. در کدام رشته‌های بیمه‌ای، بیمه‌گر موظف است بیمه‌نامه خود را با رعایت کامل شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه صادر نماید؟

- (الف) در تمامی بیمه‌نامه‌ها
(ب) مهندسی، نفت و گاز، پتروشیمی، کشتی و هواپیما
(ج) در رشته‌هایی که شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه دارند
(د) در رشته‌هایی که فاقد شرایط خصوصی‌اند.
۴۴. در رشته‌هایی که فاقد شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه هستند، کدام مورد نمی‌تواند مبنای شرایط بیمه‌نامه باشد؟

- (الف) آیین‌نامه‌های مربوط آن رشته
(ب) کلوزهای متعارف بین‌المللی
(ج) چارچوبی که بیمه مرکزی ابلاغ خواهد کرد
(د) شرایط خصوصی بیمه‌نامه که بر شرایط عمومی ارجح است
۴۵. در صورت احراز تخلف بیمه‌گر از اجرای مفاد آیین‌نامه ۹۴، بیمه مرکزی می‌تواند متناسب با تخلف و تکرار آن حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام دهد به جز:

- (الف) صلب صلاحیت مدیرعامل
(ب) صلب صلاحیت معاون فنی
(ج) صلب صلاحیت مسئول فنی
(د) صلب صلاحیت هیأت مدیره
۴۶. در صورت احراز تخلف بیمه‌گر از اجرای مفاد آیین‌نامه ۹۴، بیمه مرکزی کارمزد انکابایی اجباری سهم خود را تا چه میزان کاهش می‌دهد؟
- (الف) ۷۵ درصد
(ب) ۸۰ درصد
(ج) ۸۵ درصد
(د) ۹۰ درصد

۴۷. در صورت احراز تخلف بیمه‌گر از اجرای مفاد آیین‌نامه ۹۴، بیمه مرکزی می‌تواند متناسب با تخلف و تکرار آن حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام دهد به‌جز:

الف) لغو پروانه فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته

ب) تعلیق پروانه فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته

ج) صلب صلاحیت هیأت مدیره و عزل رئیس هیأت مدیره

د) الزام شرکت به استعلام نرخ از بیمه مرکزی قبل از صدور بیمه‌نامه در یک یا چند رشته

۴۸. هر سال یکبار گزارشی از نتیجه اجرای آیین‌نامه ۹۴ توسط هریک از مؤسسات بیمه را تهیه و به ارایه می‌دهد.

الف) بیمه مرکزی - شورای عالی بیمه ب) شورای عالی بیمه - بیمه مرکزی

ج) بیمه مرکزی - سندیکای بیمه‌گران د) سندیکای بیمه‌گران - بیمه مرکزی

۴۹. بازه زمانی متناوب گزارش‌دهی انجام مفاد آیین‌نامه ۹۴ چقدر است؟

الف) هر سه سال دوبار ب) هر سه سال یکبار

ج) هر یکسال دوبار د) هر یکسال یکبار

۵۰. کدام مورد جزو معیارهای عمومی تعیین نرخ حق‌بیمه انواع رشته‌های بیمه نیست؟

الف) سوابق عملیات بیمه‌ای آن رشته ب) رعایت حد توانگری شرکت

ج) نحوه پرداخت حق‌بیمه د) توجه به عوامل تشدید خطر

۵۱. نرخ بهره فنی جزو معیارهای عمومی تعیین نرخ حق‌بیمه کدام رشته است؟

الف) نفت و گاز ب) زندگی

ج) مهندسی د) طرح‌های خاص در بیمه‌های اموال

۵۲. بر کدام مبنا اعمال تخفیف یا اضافه نرخ جزء معیارهای عمومی تعیین نرخ حق‌بیمه است؟

الف) براساس حد غرامت ب) براساس سابقه بیمه‌گذار

ج) براساس فرانشیز د) براساس میزان حق‌بیمه

۵۳. با توجه به تابع توزیع ریسک و میانگین و واریانس آن جزو کدام دسته از معیارهای تعیین نرخ حق‌بیمه است؟

الف) نه عمومی نه اختصاصی ب) هم عمومی هم اختصاصی

ج) فقط عمومی د) فقط اختصاصی

۵۴. مهم‌ترین معیار عمومی تعیین‌کننده نرخ حق بیمه در رشته‌هایی مانند کشتی و هواپیما که کلوزهای استاندارد دارند، کدام است؟

الف) شدت و تواتر ریسک

ب) عدم تبعیض غیرموجه

ج) امکان واگذاری اتکایی

د) هزینه‌های اداری و عملیاتی

۵۵. مهم‌ترین معیار عمومی تعیین‌کننده نرخ حق بیمه در رشته‌هایی که تابع کنوانسیون‌ها و موافقتنامه‌های بین‌المللی هستند، کدام است؟

الف) هزینه‌های اداری و عملیاتی

ب) عدم تبعیض غیرموجه

ج) امکان واگذاری اتکایی

د) مقررات بین‌المللی

۵۶. کدام گزینه جزو معیارهای عمومی تعیین نرخ حق بیمه در مورد «بیمه‌های مشترک» است؟

الف) میانگینی از حق بیمه بیمه‌گران مشترک است

ب) نباید اصول حاکم بر محاسبه حق بیمه را نقض نماید

ج) بر مبنای محاسبات فنی ارجحیت دارد

د) با توجه به نرخ بیمه اتکایی تعیین می‌شود

۵۷. با لحاظ ماهیت رشته‌های بیمه‌ای، نرخ حق بیمه به نحوی تعیین گردد که ...

الف) حق بیمه حداکثر معادل مجموع هزینه‌های خسارت، هزینه‌های اداری، بیمه‌گری و کارمزد فروش پس از کسر درآمد سرمایه‌گذاری باشد.

ب) حق بیمه حداکثر معادل مجموع هزینه‌های خسارت، هزینه‌های اداری، بیمه‌گری و کارمزد فروش باشد.

ج) حق بیمه حداقل معادل مجموع هزینه‌های خسارت، هزینه‌های اداری، بیمه‌گری و کارمزد فروش پس از کسر درآمد سرمایه‌گذاری باشد.

د) حق بیمه حداقل معادل مجموع هزینه‌های خسارت، هزینه‌های اداری، بیمه‌گری و کارمزد فروش باشد.

۵۸. تعیین نرخ کدام رشته از پیچیدگی بیشتری برخوردار است؟

الف) هواپیما

ب) زندگی

ج) مسئولیت

د) مهندسی

۵۹. کدام رشته تابع کنوانسیون‌های بین‌المللی نیست؟

الف) کشتی

ب) هواپیما

ج) باربری

د) نفت و گاز

۶۰. محاسبه نرخ در بیمه کشتی تابع کدام عامل نیست؟

الف) ویژگی‌های فنی کشتی

ب) نوع کاربری

ج) نحوه مالکیت

د) مسئولیت‌های مختلف صاحبان و شرکت‌های کشتیرانی

۶۱. کدام مورد جزو معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته کشتی نیست؟

الف) مؤسسه طبقه‌بندی و تاییدکننده سلامت شناور

ب) حد زیان

ج) تعداد شناورهای بیمه‌شده (یک کشتی یا تعدادی از یک ناوگان)

د) کشور سازنده و پرچم

۶۲. در کدام مورد اصلاح نرخ حق بیمه لازم نیست؟

الف) نرخ با ضوابط آیین‌نامه ۹۴ مغایرت داشته باشد

ب) ضریب خسارت آن رشته به‌خصوص نسبت به سال گذشته ۱۰۰ درصد افزایش یافته باشد

ج) ضریب خسارت شش ماهه در رشته درمان بیشتر از ۸۰ درصد باشد

د) ضریب خسارت یکساله در کلیه رشته‌ها (به‌جز درمان) بیشتر از ۷۵ درصد باشد

۶۳. در بیمه‌های مهندسی به‌دلیل تمام زیر تعیین حق بیمه به‌صورت جامع دشوار است، به‌جز:

الف) تعدد پوشش

ب) تنوع پروژه‌ها

ج) کلوزهای از پیش تعیین شده

د) احصای عوامل موثر در ارزیابی ریسک

۶۴. در کدام رشته علاوه بر عوامل مقرر در آیین‌نامه ۹۴ پارامترهای ویژه هر ریسک نیز

می‌بایست بررسی شوند؟

الف) مهندسی

ب) کشتی و هواپیما

ج) مسئولیت

د) نفت و گاز

۶۵. برآورد زیان‌های ناشی از خطای انسانی، نقص فنی و مخاطرات بیرونی در کدام رشته

جزو مبانی اختصاصی تعیین نرخ است؟

الف) آتش‌سوزی

ب) نفت، گاز و پتروشیمی

ج) کشتی و هواپیما

د) مهندسی

۶۶. دوره انتظار در پوشش عدم‌النفع در کدام رشته جزو مبانی اختصاصی تعیین نرخ است؟

الف) آتش سوزی (ب) مهندسی

ج) کشتی و هواپیما (د) باربری

۶۷. Partshipment و Transshipment در کدام رشته جزء مبانی اختصاصی تعیین نرخ

است؟

الف) آتش سوزی (ب) مهندسی

ج) کشتی و هواپیما (د) باربری

۶۸. دوره اعتبار بیمه‌نامه در کدام رشته جزء مبانی اختصاصی تعیین نرخ است؟

الف) آتش سوزی (ب) مهندسی

ج) کشتی و هواپیما (د) باربری

۶۹. منطقه فعالیت و مکان ارائه پوشش در کدام رشته جزء مبانی اختصاصی تعیین نرخ است؟

الف) حوادث (ب) درمان

ج) زندگی (د) مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان

۷۰. کدام مورد جزء معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته اعتبار داخلی نیست؟

الف) سهم آورده وام گیرنده

ب) تعداد بیمه نامه اعتباری

ج) رده بندی مؤسسات مالی

د) سن وام گیرنده (احتمال فوت براساس جدول مرگ و میر)

۷۱. کدام مورد جزء معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته وجوه در صندوق نیست؟

الف) جایگاه اقتصادی صنف مربوطه در صنعت

ب) سرمایه ثبتي بیمه گذار

ج) جانمایی محل استقرار گاو صندوق

د) نوع و موقعیت سازه-های همجوار

۷۲. سیستم‌های کنترلی موجود در مسیر حمل در کدام رشته جزء مبانی اختصاصی تعیین نرخ است؟

- الف) پوشش سرقت در رشته آتش‌سوزی
ب) پوشش سرقت در رشته مهندسی
ج) وجوه در راه
د) وجوه در صندوق

۷۳. گمرک مبدأ و مقصد در کدام رشته جزء مبانی اختصاصی تعیین نرخ است؟

- الف) باربری
ب) مسئولیت باربری
ج) گشایش اعتبار اسنادی (LC)
د) تعهد حقوق ورودی عبور داخلی کالا

۷۴. نحوه عملکرد عوامل H.S.E در کدام رشته جزء مبانی اختصاصی تعیین نرخ است؟

- الف) مهندسی
ب) نفت، گاز و پتروشیمی
ج) مسئولیت
د) حوادث گروهی

۷۵. کدام مورد جزء معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته درمان خانواده نیست؟

- الف) فرانشیز
ب) شغل و نوع فعالیت
ج) میانگین سنی خانواده
د) میزان تعهدات

۷۶. کدام مورد جزء معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته مازاد مالی خسارت

وارد شده به شخص ثالث در اثر حوادث ناشی از وسیله نقلیه نیست؟

- الف) قدرت موتور خودرو
ب) ضریب خسارت
ج) وضعیت ایمنی
د) تعداد خودرو

۷۷. کدام گزینه تعریف صحیح بیمه مشترک می‌باشد؟

الف) تحت پوشش قراردادن مورد بیمه به نفع یک شخص یا اشخاص معین در مقابل خطرات یکسان توسط بیش از یک مؤسسه بیمه مستقیم به نحوی که هر یک از مؤسسات بیمه مستقیم درصدی از ریسک را برعهده گیرند.

ب) تحت پوشش قراردادن مورد بیمه در مقابل خطرات متفاوت توسط بیش از یک مؤسسه بیمه.

ج) تحت پوشش قراردادن موضوع بیمه در مقابل انواع خطرات توسط چند مؤسسه بیمه به صورت مشترک با توزیع یکنواخت ریسک.

د) هیچ‌کدام

۷۸. کدام گزینه مفهوم "بیمه مشترک" است؟

الف) Coinsured (ب) Coinsurance pool

ج) Co-insurance (د) Reinsurance

۷۹. راهبر در بیمه مشترک دارای چه خصوصیتی است؟

الف) مؤسسه بیمه مستقیم است.

ب) با موافقت کتبی بیمه‌گذار به‌عنوان راهبر بیمه مشترک انتخاب می‌شود.

ج) بادرخواست کتبی بیمه‌گذار یا با توافق چند مؤسسه بیمه مستقیم به‌عنوان راهبر بیمه مشترک انتخاب می‌شود.

د) هیچ‌کدام

۸۰. متن کلوز بیمه مشترک حاوی چه شرایطی است؟

الف) متن توافق‌شده فی‌مابین راهبر و اعضاء می‌باشد و کلیه وظایف و اختیارات راهبر و اعضاء را مشخص می‌نماید.

ب) متن استاندارد است که همزمان با صدور بیمه‌نامه مشترک بین راهبر، اعضاء و بیمه‌گذار امضاء می‌شود و حاوی کلیه وظایف و اختیارات راهبر و اعضاء می‌باشد.

ج) متنی است که براساس نوع بیمه‌نامه مشترک بین اعضاء مورد تفاهم و توافق قرار می‌گیرد.

د) این کلوز جزو شرایط خصوصی بیمه‌نامه است و مشخص‌کننده شرح وظایف بیمه‌گذار در قبال بیمه‌گر است.

۸۱. بیمه مشترک چگونه صادر می‌شود؟

الف) مورد بیمه در مقابل خطر / خطرات یکسان توسط بیش از یک مؤسسه بیمه مستقیم تحت پوشش قرار می‌گیرد.

ب) در بیمه مشترک هر یک از مؤسسات بیمه مستقیم درصدی از ریسک را برعهده می‌گیرد.

ج) مورد بیمه در قبال هر یک از خطرات توسط یک مؤسسه بیمه مستقیم تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌گیرد.

د) گزینه الف و ب صحیح است.

۸۲. کدام گزینه نشان‌دهنده حداقل حد تعهد راهبر در بیمه مشترک می‌باشد؟

الف) راهبر بیمه مشترک باید حداقل معادل ۱۵٪ مبلغ بیمه‌شده یا حد تعهد بیمه‌نامه پس از کسر سهم اتکایی اجباری، ظرفیت نگهداری ریسک داشته باشد.

ب) حداکثر تعهد راهبر معادل ظرفیت نگهداری مؤسسه بیمه است.

ج) حداقل تعهد راهبر معادل ظرفیت نگهداری مؤسسه قبل از کسر سهم بیمه اتکایی اجباری، قراردادی و اختیاری می‌باشد.

د) هیچ‌کدام

۸۳. راهبر بیمه مشترک دارای چه وظایفی است؟

الف) نرخ و شرایط بیمه‌نامه را تعیین کند.

ب) بیمه‌نامه را صادر و در کلوز مشترک شرایط بیمه‌نامه شامل حق بیمه، وظایف و اختیارات راهبر و اعضاء درج نماید.

ج) کل حق بیمه را از بیمه‌گذار دریافت و پس از کسر کارمزد شبکه فروش، سهم هر یک از اعضاء از حق بیمه را به آنان پرداخت نماید.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۸۴. نحوه پرداخت سهم مالیات بر ارزش افزوده اعضاء بیمه مشترک چگونه است؟

الف) اعضاء موظفند سهم خود را رأساً به حساب سازمان امور مالیاتی واریز نمایند.

ب) مالیات بر ارزش افزوده به صورت یکجا توسط راهبر به حساب سازمان امور مالیاتی واریز می‌شود.

ج) با توجه به ماهیت بیمه‌نامه مشترک، این بیمه‌نامه مشمول کسر مالیات بر ارزش افزوده نمی‌باشد.

د) هیچ‌کدام

۸۵. کدام گزینه صحیح است؟

الف) راهبر بیمه مشترک نمی‌تواند هزینه مدیریت و بازاریابی از سایر اعضاء دریافت نماید.

ب) راهبر بیمه مشترک می‌تواند درصدی از حق بیمه را تحت عنوان کارمزد بازاریابی در حساب‌های خود منظور نماید.

ج) راهبر بیمه مشترک می‌تواند براساس توافقات مندرج در کلوز مشترک درصدی از حق بیمه را به عنوان هزینه مدیریت و بازاریابی منظور نماید.

د) راهبر بیمه مشترک مجاز به اخذ هزینه‌های صدور و بیمه‌گری از اعضاء نمی‌باشد.

۸۶. بیمه مرکزی ج.ا.ایران چگونه اطلاعات مربوط به بیمه‌نامه مشترک را دریافت می‌نماید؟
الف) کلیه اطلاعات مربوط به بیمه‌نامه و کلوز مشترک صرفاً از طریق واحد اتکایی برای بیمه مرکزی ج.ا.ایران ارسال می‌شود.

ب) کلیه اطلاعات مربوط به بیمه‌نامه و کلوز مشترک از طریق سامانه سنها برای بیمه مرکزی ج.ا.ایران ارسال می‌شود.

ج) هر شرکت منفرداً موظف به اعلام مجموع تعهدات بیمه‌گران در بیمه مشترک به بیمه مرکزی ج.ا.ایران می‌باشد.

د) صرفاً اطلاعات مربوط به بیمه‌نامه‌هایی که دارای کد یکتا هستند برای بیمه مرکزی ج.ا.ایران ارسال می‌شود.

۸۷. کدام گزینه صحیح است؟

مؤسسه بیمه مستقیم برای مجاز به بیمه مشترک نمودن آن نیست.

الف) پس از صدور بیمه‌نامه - هر مورد بیمه یا مبلغ هر ریسک

ب) پس از صدور بیمه‌نامه - انجام عملیات اتکایی اختیاری

ج) مؤسسه‌ای است که در مناطق آزاد تجاری و اقتصادی به ثبت رسیده - هر مورد بیمه

د) هیچ‌کدام

۸۸. آیا مؤسسات بیمه در مناطق آزاد تجاری - صنعتی ج.ا.ایران می‌توانند راهبر بیمه مشترک باشند؟

الف) خیر، صرفاً می‌توانند عضو بیمه مشترک باشند.

ب) بله می‌توانند مانند سایر مؤسسات بیمه در سرزمین اصلی، عضو یاراهبر بیمه مشترک باشند.

ج) با رعایت ضوابط آئین‌نامه ۹۵ فقط می‌توانند عضو یا راهبر بیمه مشترک مربوط به موضوعات یا موارد بیمه موجود در مناطق آزاد تجاری - صنعتی ج.ا.ایران باشند.

د) خیر، این مؤسسات نمی‌توانند عضو یا راهبر بیمه مشترک باشند.

۸۹. عضو بیمه مشترک با امضاء کلوز بیمه مشترک مکلف به رعایت چه مواردی است؟

الف) در صورت بروز خسارت، سهم خود از خسارت را براساس توافقات مندرج در کلوز به راهبر بیمه مشترک بپردازد.

ب) کلیه تصمیمات راهبر بیمه مشترک در رابطه با پرداخت خسارت را بدون مراجعه به مراجع ذیصلاح قانونی یا سایر اقدامات قانونی، بپذیرد.

ج) تصمیمات مراجع ذیصلاح قانونی که برعلیه راهبر بیمه مشترک اتخاذ و اجرا شده است را تا میزان سهم خود بپذیرد.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۹۰. رسیدگی به اختلاف بین راهبر و اعضای بیمه مشترک به استثناء مواردی که در آئین‌نامه

تصریح شده است به چه نحوی انجام می‌شود؟

الف) در صورتی که اختلاف طرفین از طریق مذاکره حل و فصل نشود، به داور مرضی‌الطرفین یا هیأت داوری ارجاع می‌شود و رأی داور مزبور یا هیأت داوری قطعی و برای طرفین لازم‌الاتباع است.

ب) رسیدگی به اختلاف طرفین صرفاً از طریق ارجاع به داوری انجام می‌شود.

ج) در صورتی که اختلاف طرفین از طریق مذاکره حل و فصل نشود، موضوع از طرح موضوع در مراجع قضائی قابل رسیدگی است.

د) در صورتی که اختلاف طرفین از طریق مذاکره حل و فصل نشود، موضوع به هیأت کارشناسی منتخب مراجع قانونی ارجاع و رأی هیأت مزبور قطعی و برای طرفین لازم‌الاتباع است.

۹۱. آیا راهبر و اعضای بیمه مشترک می‌توانند سهم خود از بیمه‌نامه مشترک صادرشده را

مجدداً بیمه مشترک نمایند؟

الف) خیر نمی‌توانند.

ب) بله می‌توانند سهم خود را بین اعضای بیمه مشترک، با راهبری خود مجدداً بیمه مشترک نمایند.

ج) بله می‌توانند برای توزیع ریسک، پس از کسر سهم بیمه‌گران اتکایی، بخشی از سهم خود را به مؤسسه بیمه‌ای که راهبر بیمه مشترک است واگذار نماید.

د) خیر این امکان صرفاً در بیمه‌نامه‌هایی که سرمایه آن بیش از ظرفیت نگهداری مجموع بیمه‌گران بیمه مشترک باشد برای هر عضو میسر است.

۹۲. راهبر بیمه مشترک موظف است

الف) به نیابت از سایر اعضای نرخ و شرایط بیمه‌نامه را با رعایت مصوبات شورای عالی بیمه تعیین کند.

ب) نسبت به انتخاب بیمه‌گر اتکایی و تعیین سهم واگذاری اختیاری هر یک از اعضای اقدام نماید.

ج) قبل از صدور بیمه‌نامه، موافقت اعضای را در مورد میزان سهم آنها از صددرصد ریسک جلب نماید.

د) گزینه الف و ج صحیح است.

۹۳. براساس آئین‌نامه ۹۵ کارمزد شبکه فروش چگونه تعیین می‌شود؟

الف) براساس آئین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه (آئین‌نامه ۸۳)

ب) براساس توافق فی‌مابین راهبر و اعضای بیمه مشترک

ج) براساس میزان کارمزد اتکایی موضوع آئین‌نامه ۷۶

د) با در نظر گرفتن سوابق خسارتی بیمه‌گذار، از بیمه مرکزی ج.ا.ایران کسب تکلیف می‌شود.

۹۴. در بیمه‌نامه مشترک با راهبر وصول حق بیمه از وظایف کیست؟

الف) جزو وظایف راهبر بیمه مشترک است

ب) هر یک از اعضای برای دریافت سهم خود از حق بیمه، حق رجوع به بیمه‌گذار را دارند.

ج) جزو تعهدات بیمه‌گذار است و بیمه‌گذار موظف است سهم راهبر و اعضای را به تفکیک به ایشان پرداخت نماید.

د) در کلوز مشترک، باتوافق فی‌مابین اعضای یکی از مؤسسات بیمه به استثناء راهبر برای وصول حق بیمه به بیمه‌گذار معرفی می‌شود.

۹۵. وظیفه راهبر بیمه مشترک در صورتی که مبلغ بیمه‌شده / حد تعهد بیمه‌نامه بیش از

نصاب‌های مقرر در آئین‌نامه ۷۶ و اصلاحات بعدی آن باشد، چیست؟

الف) موافقت بیمه مرکزی را در خصوص نرخ و شرایط بیمه‌نامه اخذ نماید.

ب) نرخ و شرایط بیمه‌نامه را در توافق با اعضای به بیمه‌گذار اعلام نماید.

ج) باتوجه به شرایط بیمه‌نامه مشترک، ضمن بررسی سوابق بیمه‌ای بیمه‌گذار، نرخ و شرایط بیمه‌نامه را اعلام نماید.

د) راهبر موظف است با اعضای هماهنگ نماید تا هر یک از اعضای به‌صورت جداگانه نرخ و

شرایط را از بیمه مرکزی ج.ا.ایران اخذ نمایند.

۹۶. در صورت بروز اختلاف بین بیمه‌گذار یا سایر اشخاص ذی‌نفع درخصوص موضوع بیمه مشترک، راهبرچه وظایفی را برعهده دارد؟

- الف) به نیابت از سایر اعضا در مراجع قانونی از حقوق قانونی خود و اعضاء دفاع می‌نماید.
- ب) به وکالت از سایر اعضا در مراجع قانونی از حقوق قانونی خود و اعضاء دفاع می‌نماید.
- ج) هر یک از اعضاء بیمه مشترک نماینده خود را برای حضور در مراجع قضائی به راهبر معرفی می‌کنند.
- د) گزینه الف و ب صحیح است.

۹۷. کدام گزینه تعریف صحیحی از "بیمه مشترک" را ارائه می‌نماید؟

الف) تحت پوشش قراردادان مورد بیمه توسط یک مؤسسه بیمه مستقیم و واگذاری ریسک به بیمه‌گران اتکایی.

ب) تحت پوشش قراردادان مورد بیمه به نفع یک شخص یا اشخاص معین در مقابل خطرات یکسان توسط بیش از یک مؤسسه بیمه مستقیم به نحوی که هر یک از مؤسسات بیمه مستقیم درصدی از ریسک را برعهده گیرند.

ج) تحت پوشش قراردادان مورد بیمه به نفع اشخاص معین در مقابل خطرات یکسان
د) تحت پوشش قراردادان مورد بیمه به نفع یک شخص یا اشخاص معین در مقابل خطرات متفاوت توسط یک مؤسسه بیمه مستقیم.

۹۸. بیمه‌نامه‌ای که توسط راهبر بیمه مشترک و چند مؤسسه بیمه مستقیم به‌عنوان اعضاء بیمه مشترک صادر می‌شود دارای چه خصوصیتی است؟

الف) یک بیمه‌نامه با مدت و شرایط و خطرهای یکسان از طرف همه اعضا توسط راهبر صادر می‌شود.

ب) چند بیمه‌نامه با مدت یکسان و تعهدات متعدد از طرف همه اعضا توسط راهبر صادر می‌شود.

ج) یک بیمه‌نامه با شرایط توافق‌شده بیمه‌گذار توسط راهبر صادر و سپس ریسک بین شرکت‌های بیمه توزیع می‌شود.

د) برای هر خطر یک بیمه‌نامه از طرف همه اعضا توسط راهبر صادر می‌شود.

۹۹. در صورت وقوع حادثه و ادعای خسارت توسط بیمه‌گذار، کدام گزینه وظایف راهبر بیمه مشترک می‌باشد؟

- (الف) انتخاب کارشناس یا ارزیاب خسارت بیمه‌ای مجاز
(ب) با قطعی شدن مبلغ خسارت، سهم هر یک از اعضاء از کل خسارت پرداختی را وفق توافقات مندرج در کلوز بیمه مشترک از ایشان دریافت نماید.
(ج) راهبر بیمه مشترک اقدامات لازم مطابق با گزینه "الف" - "ب" را انجام داده و سپس کل خسارت بیمه‌گذار را طبق مفاد بیمه‌نامه صادره پرداخت می‌نماید.
(د) هر یک از اعضاء موظف به انتخاب کارشناس یا ارزیاب خسارت بیمه‌ای است و پس از انجام کارشناسی، هر یک از اعضاء نسبت به پرداخت سهم خود از خسارت اقدام می‌نماید.
۱۰۰. وظیفه راهبر بیمه مشترک، در صورتی که اعضاء اختیار اخذ پوشش اتکایی اختیاری را به وی واگذار نمایند چیست؟

- (الف) راهبر موظف است درخصوص اخذ پوشش اتکایی اختیاری اقدام لازم را به عمل آورد.
(ب) راهبر موظف است وضعیت پوشش اتکایی اختیاری اخذ شده و سهم هر یک از اعضاء از حق بیمه اتکایی را به ایشان اعلام نماید.
(ج) در صورت وقوع خسارت راهبر بیمه مشترک سهم بیمه‌گر اتکایی از خسارت را وصول نموده و سهم هریک از اعضاء را به آنها می‌پردازد.
(د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۰۱. کارمزد شبکه فروش در بیمه مشترک با راهبر چگونه پرداخت می‌شود؟

- (الف) توسط هر یک از اعضاء به صورت مستقیم به نماینده پرداخت می‌شود.
(ب) کارمزد و هزینه صدور توسط هر عضو در بیمه‌نامه مشترک جداگانه به حساب نماینده واریز می‌شود.
(ج) راهبر بیمه مشترک به نیابت از اعضاء نسبت به پرداخت کارمزد شبکه فروش اقدام می‌نماید.
(د) بیمه مشترک به صورت مستقیم توسط راهبر و اعضاء صادر می‌شود و کارمزد در این بیمه‌نامه‌ها قابل پرداخت نمی‌باشد.

۱۰۲. راهبر بیمه مشترک، چه هزینه‌هایی را می‌تواند برای خود در بیمه‌نامه مشترک منظور نماید؟

الف) کارمزد تشویقی

ب) هزینه‌های بیمه‌گری و در صورت توافق با اعضاء درصدی از حق بیمه به‌عنوان هزینه مدیریت و بازاریابی در کلوز مشترک منظور می‌شود.

ج) هزینه وصول حق بیمه

د) هیچ‌کدام

۱۰۳. در صورتی که پس از وقوع خسارت، مشخص شود شخص یا اشخاصی مسئول وقوع

حادثه هستند، وظیفه راهبر بیمه مشترک چیست؟

الف) ظرف مدت قانونی، اقدام لازم بر علیه شخص یا اشخاص مسئول وقوع حادثه به عمل آورد.

ب) در صورت موفقیت در دعوی، نسبت به دریافت باز یافت خسارت اقدام کند.

ج) پس از کسر هزینه‌های مربوط به اقامه دعوی و سایر هزینه‌های مرتبط، نسبت به پرداخت سهم اعضاء از باز یافت خسارت اقدام نماید.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۰۴. در صورتی که مؤسسه بیمه مستقیم در صدور بیمه‌نامه مشترک با راهبر الزامات آئین‌نامه

۹۵ مصوب شورای عالی بیمه را رعایت ننماید، نهاد ناظر متناسب با نوع، سابقه، تکرار

و تعدد قصور و تخلف مؤسسه بیمه، چه اقداماتی را به عمل می‌آورد؟

الف) تذکر کتبی به کارکنان کلیدی ذی‌ربط

ب) اخطار کتبی به کارکنان کلیدی ذی‌ربط

ج) سلب صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی ذی‌ربط برای مدتی که بیمه مرکزی ج.ا. ایران تعیین می‌کند.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۰۵. کدام گزینه جزو وظایف عضو بیمه مشترک می‌باشد؟

- الف) کلیه تصمیمات راهبر بیمه مشترک در رابطه با پرداخت خسارت را بدون مراجعه به مراجع ذیصلاح قانونی، ارجاع به داوری و یا انجام سایر اقدامات حقوقی، بپذیرد.
- ب) نسبت به دریافت حق بیمه سهم خود از بیمه‌گذار اقدام نماید.
- ج) تصمیمات مراجع ذیصلاح قانونی که برعلیه راهبر بیمه مشترک اتخاذوا اجرا شده است را تا میزان سهم خود و بدون نیاز به ارسال اطلاعیه رسمی از سوی مراجع، بپذیرد.
- د) گزینه الف و ج صحیح است.

۱۰۶. در صورت بروز خسارت، عضو بیمه مشترک چه وظیفه‌ای را برعهده دارد؟

- الف) عضو بیمه مشترک مخیر است نسبت به پرداخت سهم خود از خسارت به راهبر اقدام نماید.
- ب) عضو بیمه مشترک مکلف است سهم خود از خسارت را وفق توافقات مندرج در کلوز مشترک به راهبر پرداخت نماید.
- ج) عضو بیمه مشترک موظف است پس از بررسی مستندات و در صورت تأیید نسبت به پرداخت سهم خود به راهبر اقدام نماید.
- د) عضو بیمه مشترک مکلف است سهم خود از خسارت را به شماره حساب معرفی شده از سوی بیمه‌گذار واریز نماید.

فصل چهارم: فرآیند پرداخت خسارت

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل، خوانندگان باید بتوانند:

- الزامات حقوقی درست بودن ادعای خسارت را تشخیص دهند.
- شرایط حاکم بر بیمه‌نامه‌ها برای پرداخت خسارت را بیان کنند.
- وظایف بیمه‌گذار برای دریافت خسارت را توصیف کنند.
- اسناد و مدارک مورد نیاز در رابطه با ادعای خسارت را شرح دهند.
- ملاحظات کلیدی برای پرداخت خسارت در انواع بیمه‌نامه‌ها را توضیح دهند.

بخش اول:

شرایط ادعای خسارت، وظایف و اصول^۱

۱- شرایط قانونی ادعای خسارت

برای این که ادعای خسارت معتبر باشد، بیمه‌گذار باید:

- ۱- ثابت کند خطر تحت پوشش، به وقوع پیوسته است. برای مثال، بیمه‌گذار به طور مستقیم به علت وقوع خطری که تحت پوشش بیمه‌نامه بوده، دچار زیان شده است. این امر معمولاً با تکمیل فرم خسارت صورت می‌پذیرد.
 - ۲- شواهد و مدارکی در زمینه میزان خسارت مالی ارائه نماید. این شواهد و مدارک می‌تواند رسید خرید، هزینه تعمیر و موارد مشابه باشد.
- اگرچه اثبات خسارت برعهده بیمه‌گذار است، اما این وظیفه بیمه‌گر است که ثابت کند خسارت وارده جزو استثنائات بیمه‌نامه یا متقلبانه بوده است. در غیر این صورت باید خسارت را پرداخت کند.

۲- مسئولیت‌های بیمه‌گر در فرآیند پرداخت خسارت

- بیمه‌نامه در زمان وقوع خسارت معتبر بوده و منقضی نشده باشد؛
 - موضوع خسارت دیده همان باشد که در بیمه‌نامه قید شده است؛
 - خطر تحت پوشش بیمه‌نامه بوده است؛
 - بیمه‌گذار اقدامات قابل قبولی برای کاهش خسارت به عمل آورده است؛
 - شرایط و تعهدات بیمه‌نامه برقرار است؛
 - اصل حد اعلاای حسن نیت رعایت شده است؛
 - خسارات مشمول استثنائات بیمه‌نامه قابل پرداخت نیست؛
 - ارزش واقعی خسارت قابل قبول است.
- اگر شرایط یادشده برقرار نباشد یا بیمه‌گر بتواند تقلب را ثابت کند، ادعای خسارت معتبر نیست.

۳- اعمال شرایط بیمه‌نامه در خصوص ادعاهای خسارت

همه بیمه‌نامه‌ها شرایطی دارند که به دو گروه تقسیم می‌شوند: شرایط صریح^۱ و شرایط ضمنی^۲. شرایط صریح در بیمه‌نامه قید می‌شود اما شرایط ضمنی شرایطی است که براساس قانون بر بیمه‌نامه حاکم است اما در متن آن درج نمی‌شود. برای مثال، این شرط که وجود بیمه نباید موجب بی‌احتیاطی بیمه‌گذار شود، از جمله شرایط ضمنی است. تأثیر نقض یکی از شرایط قرارداد در هریک از حالات زیر متفاوت خواهد بود:

- شرایط پیش از انعقاد قرارداد؛

- شرایط پس از انعقاد قرارداد؛

- شرایط پیش از قطعی شدن تعهد بیمه‌گر (پوشش).

در این قسمت، به شرایط پیش از قطعی شدن تعهد بیمه‌گر خواهیم پرداخت؛ زیرا پرداخت خسارت در این حیطه قرار خواهد گرفت.

اگر شرطی که مربوط به پیش از قطعی شدن تعهد بیمه‌گر است رعایت نشود، بیمه‌گر می‌تواند جبران خسارتی مشخص را برعهده نگیرد، اما این بدان معنا نخواهد بود که بیمه‌گر کل قرارداد را باطل شده تلقی کند. اگر بیمه‌گذار ضمن رعایت شرایط، درخواست خسارتی معتبر را دیرتر از موعد مقرر ارائه کند، بیمه‌گر باید خسارت را پرداخت کند.

براساس کتاب مرجع راهنمای تجارت بیمه، بیمه‌گر به‌جز در موارد تقلب، نباید به بهانه عدم رعایت یکی از شرطها (که با رویداد خسارت مرتبط نیست) از پرداخت خسارت خودداری کند. برای مثال اگر در بیمه‌نامه وسائط نقلیه موتوری شرط شده باشد که وسیله نقلیه بیمه‌شده در طول شب در پارکینگ باشد ولی این شرط نقض شود؛ اگر وسیله نقلیه در طول روز در جاده دچار حادثه شود، چون وقوع حادثه با شرط نقض شده مرتبط نبوده است، بیمه‌گر دلیلی در رابطه با عدم پرداخت خسارت نخواهد داشت. باین حال، اگر خودرو شب در خیابان پارک و سرقت شود، شرکت بیمه می‌تواند خسارت را پرداخت نکند.

در مواردی حتی اگر ادعای خسارت معتبر باشد، شرایطی وجود دارد که بیمه‌گر فقط بخشی از آن را پرداخت می‌کند.

پرسش: در کدام یک از گزینه‌های زیر بیمه‌گر مبلغی از کل خسارت پرداختی را کسر خواهد کرد؟ پاسخ را با «بله» یا «خیر» مشخص کنید.

الف- در بیمه‌نامه حوادث شخصی تعهد بیمه‌گر در قبال نقص عضو ده میلیون تومان است. بازوی بیمه‌گذار در اثر حادثه‌ای قطع می‌شود و ادعای خسارت می‌کند.

ب- حداکثر پوشش مسئولیت عمومی بیمه‌نامه یک شرکت ۲ میلیون تومان است و زیان‌دیده موفق می‌شود از بیمه‌گذار ۳ میلیون تومان بابت خسارت‌های وارده دریافت کند.

ج- بیمه‌نامه بدنه وسائط نقلیه موتوری شامل کاستنی^۱ به مبلغ یک میلیون تومان است و بیمه‌گذار بابت خسارتی که شخص ثالث ناشناس به خودرو پارک‌شده او وارد کرده، ادعای خسارت می‌کند.

د- شخصی انبار کالای خود را در برابر سرقت تا ۵۰ میلیون تومان بیمه می‌کند. پس از سرقت از انبارش، ادعای خسارتی به مبلغ ۵ میلیون تومان دارد. ارزیاب خسارت ارزش کالای موجود در انبار هنگام سرقت را ۱۰۰ میلیون تومان برآورد می‌کند. قرارداد شامل قاعده نسبی است.

پاسخ: گزینه الف «خیر» و سایر گزینه‌ها «بله» است. از آنجاکه بیمه‌نامه حوادث شخصی در زمره بیمه‌نامه‌های جبران خسارت نیست، بیمه‌شده کل مبلغ بیمه‌نامه را دریافت خواهد کرد. در سایر گزینه‌ها بیمه‌گذار مبلغ کامل خسارت را دریافت نمی‌کند. لازم به توضیح است که در شرایط ذیل، خسارت به صورت کامل جبران نمی‌شود:

- مبلغ بیمه‌نامه (یا سقف جبران خسارت در بیمه‌نامه‌های غرامتی) کمتر از مقدار خسارت و تعهد بیمه‌گر محدود به مبلغ بیمه‌نامه باشد؛

- اعمال قاعده نسبی یعنی بیمه‌گذار اموال خود را به قیمتی کمتر از قیمت واقعی بیمه کرده است؛

- اعمال کاستنی یعنی بیمه‌گذار جبران بخشی از خسارت را برعهده بگیرد.

با این حال، گاه حتی اگر پوشش معتبری برای خسارت وجود نداشته باشد، ممکن است بیمه‌گر برای نشان دادن حسن نیت خود مبلغی از خسارت را پرداخت کند. این کار می‌تواند با هدف ارتقای شهرت و اعتبار بیمه‌گر یا تسهیل شرایط برای بیمه‌گذار انجام شود.

برای دریافت خسارت، بیمه‌گذار باید وظایف مشخصی را پس از بروز خسارت انجام دهد. وظایف ضمنی وظایفی است که باید براساس حقوق عرفی انجام می‌شود. برای مثال، بیمه‌گذار

باید همهٔ کوشش خود را برای کاهش خسارت به کار ببندد (مانند اقدام برای جلوگیری از انتشار آتش و اطلاع به آتش‌نشانی).

وظایف صریح به وظایفی گفته می‌شود که در قرارداد درج شده است. مانند الزامات اطلاع‌رسانی (اطلاع دادن بروز خسارت به بیمه‌گر در مهلت مقرر) و کارهای دیگری که باید انجام شوند.

۴- اسناد و مدارک لازم برای دریافت خسارت

براساس الزامات حقوقی ادعای معتبر خسارت، اثبات وقوع خسارت و میزان آن برعهدهٔ بیمه‌گذار است. اصلی‌ترین سندی که برای دریافت خسارت استفاده می‌شود، فرم خسارت است که ۵ کاربرد دارد. با تکمیل این فرم بیمه‌گر قادر خواهد بود فرآیند پرداخت خسارت را آغاز کند، اعتبار آن را بررسی و درستی ادعای اشخاص ثالث برای دریافت خسارت را تعیین کند. تکمیل فرم‌ها به صورت کاغذی، اینترنتی یا تلفنی صورت می‌گیرد. ۵ کاربرد فرم خسارت به این شرح است:

- آیا بیمه‌گذار مستحق جبران خسارت است یا خیر. این امر با بررسی تحت پوشش بودن خسارت در بیمه‌نامه، افشای اطلاعات لازم و عدم ارائه اطلاعات ضروری یا غلط در زمان خرید بیمه‌نامه انجام می‌شود؛
 - گرفتن اطلاعات کافی به منظور آغاز فرآیند پرداخت خسارت؛
 - ارزیابی شدت حادثه و برآورد میزان خسارت پرداختی؛
 - بررسی اولیه مبنی بر وجود ادعای اشخاص ثالث برای دریافت خسارت؛
 - تصمیم‌گیری در مورد وجود اشخاص ثالث مقصر و جبران خسارت از طریق آنها.
- پرسش: در کدام یک از گزینه‌های زیر، بیمه‌گذار حتی اگر ادعای خسارت نداشته باشد باید فرم خسارت را تکمیل کند؟

الف- بیمهٔ وسائط نقلیه موتوری

ب- آتش‌سوزی

ج- سرقت

د- حمل و نقل دریایی

پاسخ: «الف». در خصوص بیمه وسایل نقلیه موتوری، فرم خسارت با عنوان فرم گزارش حادثه شناخته می‌شود و براساس شرایط بیمه‌نامه، همه حوادث، اعم از آنکه ادعای خسارت بشود یا خیر، باید به بیمه‌گر گزارش شود.

با تکمیل فرم گزارش حادثه، اطلاعات زیر دریافت می‌شود:

- مشخصات بیمه‌گذار؛

- ساعت و تاریخ حادثه، روشن بودن چراغ‌های جاده و چراغ‌های خودرو؛

- نوع خودرو و نحوه استفاده از آن؛

- مشخصات راننده در زمان وقوع حادثه در صورتی که او بیمه‌گذار نباشد؛

- جزئیات حادثه شامل کروکی محل حادثه؛

- سایر اشخاص آسیب‌دیده مالی یا جانی در حادثه؛

- مشخصات شاهدان حادثه.

با تکمیل فرم خسارت اموال، اطلاعات زیر کسب می‌شود:

- مشخصات اموال خسارت‌دیده مانند فرش و نظایر آنها؛

- تاریخ، دلیل، شرایط و ارزش مالی خسارت وارده؛

- وضعیت و نحوه تصرف اموال خسارت‌دیده؛

- نوع مالکیت بیمه‌گذار (مانند مالک، متولی، مستأجر و...);

- وجود فرد دیگری که در اموال خسارت‌دیده منفعت دارد؛

- آیا بیمه‌نامه دیگری نیز این خطر را پوشش می‌دهد.

پرسش: کارمندی که مسئول پرداخت خسارت است پس از دریافت فرم تکمیل‌شده

خسارت از بیمه‌گذار در گام نخست، چه اقدامی خواهد کرد؟

الف- بررسی اینکه بیمه‌نامه منقضی نشده باشد

ب- ارزیابی میزان خسارت

ج- بررسی آنکه میزان خسارت وارده معقول و قابل قبول باشد

پاسخ: «الف». اولین گام عبارت است از بررسی عدم انقضای بیمه‌نامه و کسب اطمینان از

آنکه خطری که باعث بروز خسارت شده، تحت پوشش بیمه‌نامه بوده است. گام بعدی، بررسی

انطباق پاسخ‌های مندرج در فرم خسارت با اطلاعاتی است که بیمه‌گذار در آن فرم ارائه کرده

است. این انطباق با هدف رعایت اصل حد اعلای حسن‌نیت صورت می‌پذیرد.

سپس او این موضوع را بررسی می‌کند که آیا خسارت وارده در حد قابل قبولی است یا خیر. در صورتی که همه اطلاعات درخواست شده در فرم حادثه تکمیل شده باشد، امور مربوط به ادعای خسارت‌های کوچک و محلی، به سرعت انجام خواهد شد. در مورد درخواست‌های خسارت بزرگ، ارزیاب متخصص به منظور ارزیابی خسارت، با درخواست‌کننده ملاقات خواهد کرد. درخصوص ادعاهای خسارت بسیار بزرگ، بررسی‌ها را کارشناس خسارت انجام خواهد داد.

علاوه بر فرم خسارت، ممکن است نیاز به ارائه شواهد و مدارک دیگری نیز باشد. برای مثال:

- **ادعای خسارت سرقت:** مندرجات فرم خسارت با گزارش پلیس مقایسه خواهد شد. البته پلیس باید آگاه شده باشد که پس از اتمام تحقیقاتش بیمه‌گر می‌تواند در ازای پرداخت کارمزد، نسخه‌ای از گزارش آن را دریافت کند. این کار بیشتر در مورد حوادث وسائط نقلیه انجام می‌گیرد. در این گونه موارد، ممکن است پلیس ارزیابی خود دربارهٔ مسئول حادثه را در گزارش درج کرده باشد یا مشخصات اشخاص ثالث را در اختیار داشته باشد.

- **ادعای خسارت حوادث:** ممکن است لازم باشد گزارش مهندسان، عکس اموال آسیب‌دیده، مقیاس نقشه و... تهیه شود.

- **ادعای خسارت آسیب‌های بدنی شخصی:** در ادعای خسارت آسیب‌های بدنی شخصی و بیماری، گزارش‌های پزشکی، گواهی معاینه، گواهی فوت و نظر پزشکی قانونی مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

- **ادعای خسارت وسائط نقلیه موتوری:** مدارک پلیس راهنمایی و رانندگی دربارهٔ زیان کلی یا سرقت مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

- همچنین از نظرات متخصصان در زمینه‌های یادشده استفاده خواهد شد. برای مثال:

- وکلا: برای ارائه مشورت‌های قانونی یا طرح موضوع در دادگاه؛
- پیمانکاران: برای بررسی هزینه بازسازی؛
- پزشکان: برای ارزیابی میزان صدمات وارده.

۵- اصل علت نزدیک (بلا فصل)

زمانی که حادثه‌ای رخ می‌دهد و ادعای خسارتی مطرح می‌شود، شرکت بیمه وظیفه خود را برای پرداخت خسارت بررسی می‌کند. در بیشتر موارد، این اقدام به سهولت انجام می‌پذیرد و اغلب، خطری که سبب بروز خسارت شده است شناسایی و تحت پوشش بودن علت حادثه

تأیید می‌شود. با وجود این، در برخی موارد وقوع خسارت به دلیل بروز فقط یک واقعه نیست، بلکه زنجیره‌ای از علت‌ها در این زمینه دخالت دارند. در چنین مواردی، شرکت بیمه شناسایی می‌کند که در این زنجیره کدام یک علت بلافصل حادثه بوده است.

تعریف آکادمیک علت نزدیک (بلافصل) به شرح زیر است:

علت فعال و مؤثری که بدون دخالت هیچ نیروی وارد شده فعال دیگری از یک منبع جدید و مستقل، آغازگر زنجیره‌ای از وقایع است و موجب پیامدهایی می‌شود.

روشن است که علت نزدیک (بلافصل)، علت غالب بروز خسارت است و باید ارتباطی مستقیم میان آن عامل و خسارت وجود داشته باشد. اگر عاملی مستقل یا نیرویی دیگر در ماجرا دخیل باشد، علت اصلی، علت بلافصل نخواهد بود.

برای مثال، ردیفی از قطعات دومینو را در نظر بگیرید. با افتادن اولین قطعه، قطعه دوم نیز خواهد افتاد و این روند تا افتادن آخرین قطعه ادامه خواهد یافت. اگر افتادن آخرین قطعه را وقوع خسارت فرض کنیم، افتادن اولین قطعه علت نهایی (بلافصل) بروز خسارت است. حال تصور کنید که فقط چند قطعه اولیه بیفتند و بقیه قطعات همچنان پابرجا باقی بمانند. در این صورت، اگر کسی اولین قطعه ایستاده را بیندازد و به موجب آن بقیه قطعات نیز بیفتند، نتیجه نهایی در هر دو حالت یکسان خواهد بود: بروز خسارت؛ اما در حالت دوم، دو زنجیره مجزا از وقایع را شاهد بوده‌ایم و بروز خسارت (افتادن آخرین قطعه) به دلیل وجود نیرویی دیگر (ضربه دوم) بوده است که علت بلافصل نام دارد.

پرسش: انباری پر از چوب آتش می‌گیرد، آتش به سرعت منتشر می‌شود و به انبار دیگری حاوی منسوجات سرایت می‌کند. با هدف پیشگیری از آتش‌سوزی در انبار دوم، آتش‌نشانان آب‌پاشی می‌کنند و منسوجات بر اثر آن به شدت آسیب می‌بینند. مالک انبار حاوی منسوجات بیمه‌نامه آتش‌سوزی (آتش‌سوزی، صاعقه و انفجار) دارد. او با توجه به اینکه منسوجاتش بر اثر آب آسیب دیده‌اند ادعای خسارت می‌کند. آیا شرکت بیمه غرامتی به او پرداخت خواهد کرد؟

ب - خیر

الف - بله

پاسخ: «الف». در این پرسش، آتش دلیل غالب و علت بلافصل خسارت وارده بوده است. در این زمینه رابطه‌ای مستقیم میان خطر تحت پوشش (آتش) و آسیب وارده به منسوجات از بابت آب‌پاشی وجود دارد.

با شناسایی علت بلافصل حادثه، شرکت بیمه پوشش خطر در بیمه‌نامه را بررسی می‌کند. خطرها به سه دسته تقسیم می‌شوند:

- خطرهای بیمه‌شده: که به‌طور مشخص به‌عنوان موارد تحت پوشش در بیمه‌نامه ذکر می‌شوند؛
- خطرهای مستثنی‌شده: که به‌طور مشخص به‌عنوان مواردی که تحت پوشش قرار ندارند، در بیمه‌نامه درج می‌شوند؛

- خطرهای بیمه‌نشده: خطرهایی‌اند که هیچ‌یک از آنها به میان نیامده است.
اگر خطر مستثنی‌شده علت بلافصل حادثه باشد، بیمه‌گر مسئولیتی در پرداخت خسارت نخواهد داشت. اگر خسارت به‌علت خطر بیمه‌نشده باشد (مانند مورد مطرح‌شده در پرسش بالا)، بیمه‌گر در صورتی مسئول پرداخت خسارت خواهد بود که علت بلافصل بروز حادثه از گروه خطرهای بیمه‌شده باشد؛ حتی اگر علت بلافصل بیمه‌نشده باشد.

بخش دوم:

مدیریت ادعای خسارت و ملاحظات مربوط به آن

۱- مقدمه

اداره خسارت در واقع جلوه‌گاه یک شرکت بیمه و همچنین واحدی اساسی در تضمین مدیریت صحیح وجوه صندوق‌های بیمه است.

برای انجام وظایف مربوطه، کارابودن اداره خسارت و داشتن کارکنانی شایسته، با صلاحیت و حرفه‌ای، امری حیاتی است.

وظایف کارکنان اداره خسارت عبارت‌اند از:

- برآورد دقیق هزینه نهایی خسارت‌های معوق.

- تشخیص خسارت‌های واقعی و تقلبی.

- رسیدگی سریع و عادلانه به ادعاهای خسارت.

- پرداخت خسارت‌ها با حداقل تضییع حق و اجتناب از اضافه پرداخت.

شرکت بیمه دارای فلسفه‌ای درخصوص پرداخت خسارت است که مشرف بر استانداردهای خدماتی است و کارکنان بر مبنای آنها عمل می‌کنند. لازم به ذکر است که هر بیمه‌گر دارای نگرشی (به صورت مکتوب یا به سایر شیوه‌ها) درخصوص مسائل مهم مربوط به ادعاهای خسارت، مانند موارد زیر است:

- کیفیت خدماتی که ارائه می‌کند؛

- نحوه انجام امور مربوط به ادعاهای خسارت معتبر؛

- ویژگی خدمات مربوط به ادعاهای خسارت در هر مرحله از فرآیند پرداخت خسارت‌ها؛

- سرعت ارائه خدمات؛

- کارایی اقتصادی فرآیند خسارت‌ها.

پرسش: باتوجه به آنچه تاکنون فراگرفته‌اید، کدام یک از موارد زیر می‌تواند به یک شرکت

بیمه کمک کند که استاندارد خدمات خود را بهبود بخشد؟

الف- برقراری خط ۲۴ ساعته رسیدگی به ادعاهای خسارت؛

ب- کاهش زمان پاسخ‌گویی در تأیید اولیه ادعای خسارت از ۵ روز به ۴ روز؛

ج- کاهش حق‌بیمه برای افراد بدون سابقه خسارت.

پاسخ: «الف» و «ب». کاهش حق‌بیمه برای افراد بدون سابقه خسارت، قطعاً سبب خوشحالی آنها خواهد شد اما روشی برای بهبود استاندارد خدمات نخواهد بود. سایر گزینه‌ها سبب ارتقای استاندارد می‌شوند و جزئیاتی که درباره انتظارات بیمه‌گذاران از شرکت بیمه ارائه می‌کنند، در مدیریت انتظارات مشتریان مفید است.

۲- اهمیت استاندارد خدمات

مشتریان یک شرکت بیمه که در زمینه ادعای خسارت رویه استاندارد مکتوب دارد، دقیقاً می‌دانند که چه انتظاراتی می‌توانند داشته باشند و مطمئن‌اند که این انتظارات به‌درستی مدیریت خواهد شد. شرکت بیمه، تعهد خود را متناسب با خدماتی که ارائه می‌کند تعیین خواهد کرد. برای مثال، اگر سرعت ارائه خدمات براساس آنچه وعده داده است، نباشد و یا ادعای خسارت مشتریان مطابق انتظاراتشان جبران نشود، منجر به عدم‌رضایت آنها از خدمات و مناقشات طولانی خواهد شد و مشتری می‌تواند شکایت‌نامه‌ای قانونی تنظیم کند. استاندارد خدمات باید میان رفتار کارا و همدلانه با مشتریان و نیاز به پرداخت ادعای خسارت معتبر تعادل برقرار کند. نحوه پرداخت خسارت به افرادی که مشتری شرکت نیستند نیز بسیار مهم و بخشی از کارهای اداره خسارت است. برای مثال، در بیمه‌های وسائط نقلیه موتوری، ادعاهای خسارت ممکن است مربوط به افرادی باشد که بیمه‌گذار (راننده) موجب صدمه بدنی یا مالی آنها شده باشد.

پرسش: درخصوص گزینه‌های زیر، شخص اول، شخص دوم و شخص ثالث را تعیین کنید.

الف- شخص یا شرکتی که تحت پوشش شرکت بیمه قرار گرفته است.

ب- مالک اموالی که بیمه‌گذار باعث آسیب آنها شده است.

ج- شرکت بیمه‌ای که شخص یا شرکتی را بیمه می‌کند.

پاسخ: گزینه «الف» شخص اول، گزینه «ب» شخص ثالث و گزینه «ج» شخص دوم است.

شخص ثالث به شخص دیگری گفته می‌شود که در حادثه بوده است. برای مثال، در حادثه خودرو شخص ثالث ممکن است مالک وسیله نقلیه دیگر، مالک اموال، مسافر یا عابر پیاده باشد. توجه داشته باشید که شخص ثالث با شرکت بیمه‌ای که خسارت‌ها را می‌پردازد قراردادی ندارد.

۳- مدیریت ادعای خسارت اشخاص ثالث

اشخاص ثالث رابطه‌ای مبتنی بر قرارداد با شرکت بیمه ندارند. این امر بر رفتار شرکت بیمه و نحوه رسیدگی به خسارت‌ها تأثیرگذار است. از آنجاکه شخص ثالث رابطه‌ی مبتنی بر قرارداد با شرکت بیمه ندارد، می‌تواند سبب بروز نتایجی از این قرار شود:

- ممکن است سطح انتظارات شخص ثالث برای دریافت خسارت بیشتر از بیمه‌گذاران باشد زیرا منافعش در تضاد با شرکت بیمه است (به‌رحال او قربانی سهل‌انگاری بیمه‌گذار است) و ممکن است به شرکت بیمه به چشم نماینده بیمه‌گذار نگاه کند؛

- شخص ثالث برای شرکت بیمه شناخته شده نیست، پس ممکن است تمایل به بزرگنمایی ادعای خسارتش داشته باشد؛

- فشار اشخاص ثالث در پاسخ‌گویی سریع شرکت بیمه کمتر است زیرا به‌عکس بیمه‌گذاران فاقد انگیزه ادامه همکاری با شرکت بیمه‌اند؛

- ادعای خسارت بابت هزینه‌های قانونی رایج‌تر است زیرا به‌کارگیری اشخاص ثالث از وکیل محتمل‌تر است. اگر شخص ثالث در اثبات ادعای خود در دادگاه موفق باشد، شرکت بیمه معمولاً ملزم به پرداخت هزینه‌های قانونی می‌شود.

۴- ذخیره‌گیری^۱

یکی از وظایف مهم رسیدگی‌کنندگان به امور خسارت، از اعلام خسارت تا مرحله پرداخت آن، عبارت است از برآورد دقیق خسارت تا حد امکان و پیش‌بینی مبلغ خسارتی که در نهایت پرداخت خواهد شد. این فرآیند ذخیره‌گیری نامیده می‌شود.

پرسش: اهمیت ذخیره‌گیری در چیست؟

الف- برای کسب اطمینان از اینکه منابع کافی برای پرداخت همه خسارت‌ها موجود است.

ب- به حداقل رساندن هزینه خسارت‌ها

ج- امکان ارزیابی مستمر سودآوری شرکت بیمه

د- ذخیره‌گیری یک الزام قانونی است.

پاسخ: «الف»، «ج» و «د». شرکت‌های بیمه باید برای خسارت‌هایی که در نهایت پرداخت خواهند شد ذخایر کافی در اختیار داشته باشند و منابع کافی به‌منظور مواجهه با پرداخت‌های

خسارت کنار بگذارند. علاوه بر آن، براساس الزامات قانونی، شرکت‌های بیمه باید همه‌ساله صورت‌های مالی خود را که شامل برآورد خسارت‌های پرداختی آتی است به نهاد ناظر مالی ارائه کنند.

به منظور استفاده از روش ذخیره‌فراگیر خسارت‌ها (برای مثال، ذخیره‌ای که همه عملیات بیمه‌ای را پوشش می‌دهد):

- مبلغی برای هر ادعای خسارت در نظر گرفته می‌شود؛
- مبلغی به هزینه‌های ادعای خسارت مستقیم افزوده می‌شود؛
- مبلغ کل خسارت پرداختنی با برآورد تاریخ پرداخت، تعدیل می‌شود؛
- علاوه بر ذخیره کلی، باید ذخایر فردی مورد به مورد مدنظر گرفته شود.

۵- پیشگیری از تقلب و پیامدهای آن

تقلب‌های بیمه‌ای سبب تحمیل هزینه قابل توجهی در هر سال می‌شود، به طوری که ردیابی و پیشگیری از تقلب را به یکی از اولویت‌های شرکت‌های بیمه تبدیل کرده است. افرادی که با امور مربوط به ادعاهای خسارت سروکار دارند، نقشی اساسی در ردیابی تقلب ایفا می‌کنند. حتی اگر بخشی از ادعای خسارت متقلبانه باشد، شرکت بیمه می‌تواند از پرداخت کل خسارت خودداری کند. برای تشخیص تقلب، شاخص‌هایی برای کمک به افرادی که با امور مربوط به ادعاهای خسارت سروکار دارند وجود دارند.

پرسش: فرض کنید کارمند اداره خسارت هستید و ادعاهای زیر را ارزیابی می‌کنید. به نظر شما کدام یک از موارد زیر مشکوک به تقلب است؟

الف- فردی که به‌عنوان فروشنده در یک فروشگاه کفش کار می‌کند، در ماه ژانویه بیمه‌نامه لوازم منزل خریده است و در ماه مارس بابت سرقت جواهرات از منزلش ادعای خسارت می‌کند؛

ب- فردی که بیمه‌نامه شخص ثالث، آتش‌سوزی و سرقت دارد، بابت سرقت خودرواش ادعای خسارت می‌کند. او با ادعای اینکه دادن گزارش سرقت به پلیس هدر دادن زمان است نسبت به این امر بی‌رغبتی نشان می‌دهد؛

ج- فردی براساس بیمه‌نامه بار مسافرت خود، بابت ازدست‌دادن برخی از وسایلش در مسافرت ادعای خسارت می‌کند. با آنکه بسیاری از این وسایل با ارزش‌اند، او نمی‌تواند رسید خرید آنها را ارائه کند؛

د- فردی بابت خسارت وارده به فرشش به دلیل نشت آب، ادعای خسارت می‌کند. این سومین بار طی سال گذشته است که او ادعای خسارت کرده است.

پاسخ: در همه گزینه‌های بالا احتمال تقلب وجود دارد. برخی شاخص‌های معمول تقلب به این شرح‌اند:

- ادعاهای خسارت در فاصله اندکی از زمان پوشش اتفاق می‌افتند؛
- اسناد و مدارکی که ادعا را تأیید کند وجود ندارد؛
- بیمه‌گذار نحوه وقوع حادثه را درست بیان نمی‌کند؛
- برای گزارش دادن مراتب به پلیس رغبتی نشان نمی‌دهد؛
- ادعای خسارت با نحوه زندگی بیمه‌شده مطابقت ندارد؛
- بدسابقه بودن در ادعای خسارت.

- تقلب و پیامدهای آن

اگر تقلب ادامه یابد و ردیابی نشود، پیامدهای زیر را برای طرف‌های درگیر به وجود خواهد آورد:

- برای شرکت بیمه: علاوه بر هزینه‌های گزافی که بر صنعت تحمیل می‌شود، سبب افزایش هزینه‌های پرداخت خسارت و کاهش سود برای هر شرکت بیمه‌ای می‌شود که نتواند تقلب را به طرز مؤثر شناسایی کند، به طوری که ممکن است آن شرکت بیمه به هدفی آسان برای بیمه‌گذاران بی‌قید تبدیل شود؛
- برای بیمه‌گذاران: حق بیمه‌ها بیشتر از حالتی خواهد بود که تقلب ردیابی شود؛
- برای بیمه‌گذار متقلب: اگر در کار خود موفق شود، انگیزه‌ای برای ادامه اعمال متقلبانانه خواهد داشت.

۶- سازوکار حل اختلافات

هراندازه که اداره خسارت کارا باشد و عملکرد خود را برای مشتریان توضیح دهد، باز هم مواردی وجود خواهد داشت که مدعی خسارت از نتیجه راضی نباشد. بنابراین، وجود فرآیندهایی برای مواردی که منجر به اختلاف می‌شود، لازم است. به مثال‌های زیر توجه کنید:

- **داوری:** بسیاری از شرکت‌های بیمه پیشرفته در قراردادهای خود، بندی را به‌عنوان داوری می‌گنجانند تا براساس آن اختلافات بین شرکت بیمه و بیمه‌گذار به داوری ارجاع شود. داوری بر

رویه‌های قضایی که هزینه‌بر و زمان‌بر است، ترجیح دارد و با اختلافات مربوط به مبلغ پرداختی از محل بیمه‌نامه سروکار دارد. اختلافات مربوط به اینکه آیا خسارت تحت پوشش بیمه‌نامه بوده است یا خیر، قابل ارجاع به داوری نیست.

- روش‌های جایگزین حل اختلاف (میانجی‌گری^۱ و مصالحه^۲): در این روش یک میانجی بی‌طرف تعیین می‌شود و با هر دو طرف مذاکره می‌کند اما تصمیمی نمی‌گیرد. منطق این روش آن است که دلیل اصلی اختلاف ریشه‌یابی و شناسایی شود و دو طرف درگیر به یک راه‌حل مورد قبول برسند. اگر دو طرف به توافق نرسند، می‌توانند گزینه‌های دیگری را دنبال کنند. مصالحه مانند میانجی‌گری است اما دو طرف پیشاپیش خود را متعهد و مقید به اجرای نظر فرد مصالحه‌گر می‌کنند. اگر دو طرف این روش را بپذیرند، پس از ارائه نظر مصالحه‌گر، نخواهند توانست به نظام‌های قانونی رسمی‌تر مراجعه کنند.

بخش سوم:

رویه‌های رسیدگی به ادعاهای خسارت و خدمات مکمل آن

۱- مقدمه

واکنش شرکت بیمه به ادعای خسارت یکسان نیست و به نوع کسب‌وکار شرکت بستگی دارد. در این بخش برخی از مسائل مهم ادعای خسارت که باتوجه به بیمه‌های متفاوت رخ می‌دهد و نیز خدمات مکمل آن را که همراه رویه‌های رسیدگی به ادعای خسارت ارائه می‌شوند، بررسی خواهیم کرد.

۲- ادعای خسارت در بیمه‌های شخصی

در اینجا برخی از ملاحظات مهم در جهت رسیدگی به ادعاهای خسارت در بیمه‌های شخصی شامل بیمه‌نامه وسایل نقلیه موتوری، درمان و لوازم منزل را بیان می‌کنیم.

۲-۱- بیمه وسایل نقلیه موتوری

پرسش: فردی با بیمه‌نامه وسایل نقلیه موتوری شخصی، تحت پوشش خسارت‌های وارده به اشخاص ثالث، آتش‌سوزی و سرقت^۱ قرار دارد. او به‌طور اتفاقی با خودرویی که منتظر سبزشدن چراغ راهنمایی است تصادف می‌کند. خودرو فرد مقصر اندکی آسیب می‌بیند، اما خودرو فرد دیگر دچار خسارت‌های مشهود نمی‌شود. در این شرایط، آیا الزامی برای فرد مقصر جهت ارائه گزارش حادثه به شرکت بیمه وجود دارد؟

الف- از آنجاکه خسارت وارده به خودرو تحت پوشش نبوده و خسارتی نیز به خودرو دیگر وارده نشده است نیازی به گزارش حادثه نیست؛

ب- فقط در صورتی باید حادثه را گزارش دهد که راننده خودرو دیگر ادعای خسارت کند؛

ج- باید حادثه را گزارش کند.

پاسخ: «ج». بیمه‌نامه‌های وسایل نقلیه موتوری شرطی دارند که براساس آن بیمه‌گذار باید همه حوادث را به‌طور کامل، فارغ از آنکه ادعای خسارتی وجود داشته باشد یا خیر، گزارش

۱. در کشور ما، خطرات فوق در دو بیمه نامه مجزاً (مسئولیت در قبال اشخاص ثالث و بدنه) تحت پوشش قرار می‌گیرند.

کند. به این ترتیب، شرکت‌های بیمه می‌توانند جزئیات حادثه را با توجه به آنچه هنوز در خاطر بیمه‌گذار است دریافت و از آنها در صورت ادعای خسارت در آینده، استفاده کنند. برای مثال، با آنکه خسارت فرد مقصر تحت پوشش نیست، ممکن است راننده خودرویی دیگر مدتی بعد خسارت‌هایی را در خودرو خود مشاهده کند یا دچار صدماتی بدنی شود که در زمان وقوع حادثه بروز نکرده بود.

علاوه بر الزامات مربوط به آگاه‌سازی شرکت بیمه، الزامات کلیدی زیر هم برای ادعای خسارت وسایل نقلیه شخصی (خودرو و موتورسیکلت) وجود دارد:

- اگر شرکت بیمه نیازمند بررسی ادعای خسارت اشخاص ثالث بابت صدمات بدنی باشد، باید به میزان صدمات بدنی و نظر پزشک معتمد توجه و درخصوص مبلغ مناسب پرداخت خسارت تصمیم‌گیری کند. همه درخواست‌های خسارت بابت صدمات بدنی باید پیش از انجام اقدامات قانونی براساس پروتکل مربوط به اقدامات لازم انجام شود. در این صورت، رعایت مهلت مقرر برای آگاه کردن خواننده (مدعی علیه یا بیمه‌گر) بالقوه الزامی است. سپس بیمه‌گر یا ادعا را می‌پذیرد یا آن را رد می‌کند و در صورتی که آن را رد کند دلایل خود را ارائه می‌دهد؛

- ممکن است شرکت بیمه نیازمند بررسی ادعای خسارت اشخاص ثالث برای خسارت‌های مالی باشد. شرکت بیمه خودرو بیمه‌شده را در صورتی که تحت پوشش بیمه‌نامه باشد، تعمیر خواهد کرد. ممکن است ادعاهای خسارت مربوط به آسیب وارده به وسیله نقلیه یا اموال شخص ثالث (مانند دیوار و حصار خانه) باشد. در این صورت معمولاً لازم است شخص ثالث برآورد خسارت را خود به‌طور مکتوب اعلام کند که شرکت بیمه یا آن را می‌پذیرد یا رد می‌کند؛

- اگر تعمیرات تحت پوشش بیمه‌نامه باشد، بیمه‌گر آن را انجام می‌دهد یا اجازه شروع تعمیرات را خواهد داد. در مورد تعمیراتی که هزینه‌های آن بالاست، شرکت بیمه مهندسی را تعیین می‌کند تا بر هزینه‌ها و امور مربوط به تعمیرات نظارت کند. امروزه، خودروهای خسارت‌دیده به تعمیرگاه‌های مورد تأیید شرکت بیمه انتقال داده می‌شوند. با وجود این، اگر هزینه تعمیرات بالا باشد شرکت بیمه نسبت به پرداخت قیمت خودرو اقدام خواهد کرد؛

- بیمه‌گر به بررسی ادعای خسارتی می‌پردازد که درخصوص حوادث وسایل نقلیه، به‌وقوع پیوسته و شامل مقصر حادثه یا تعیین میزان تقصیر هریک از دو طرف خواهد بود. این امر کمک خواهد کرد که دریابیم آیا احتمال دارد اشخاص ثالث بابت صدمات بدنی یا آسیب مالی ادعای خسارت کنند و آیا می‌توان با تعیین مقصر، برای دریافت خسارت‌های پرداختی از شرکت بیمه شخص ثالث مقصر اقدام کرد؛

- معمولاً بیمه‌گذار باید فرم گزارش حادثه را پس از آنکه بیمه‌گر را آگاه کرد تکمیل کند. زمانی که بیمه‌گر اطلاعات لازم را دریافت کرد، آن را به همراه پرونده خسارت (در صورت نیاز) در سیستم خود ثبت می‌کند.

۲-۲- بیمه‌های درمانی

ادعای خسارت درمانی مربوط به بیمه‌نامه‌های حوادث شخصی، بیماری و هزینه‌های پزشکی است. بیمه‌نامه‌های هزینه‌های پزشکی مانند بیمه‌نامه‌های وسایل نقلیه موتوری، قراردادهایی مبتنی بر جبران خسارت‌اند و براین اساس به آنها رسیدگی می‌شود. این نوع بیمه‌نامه‌ها بیمه‌گذار را در قبال هزینه‌های تعیین شده، هزینه‌های بستری شدن و همچنین درمان سرپایی در بیمارستان‌های خصوصی پوشش می‌دهد. در ادعاهای خسارت معتبر، لازم است صورت‌حساب‌های مورد تأیید بیمه‌گر ارائه شوند.

نحوه رسیدگی به ادعاهای خسارت بیمه‌نامه‌های حوادث اشخاص به دلیل آنکه مبتنی بر قراردادهای پرداخت مزایا هستند متفاوت خواهد بود. در این گونه بیمه‌نامه‌ها، خسارت پرداختی به صورت یک‌جا و به میزانی که قبلاً توافق شده یا به صورت هفتگی که میزان آن در زمان عقد قرارداد مشخص شده پرداخت می‌شود. خسارت در صورتی پرداخت خواهد شد که حادثی معین (مانند مرگ تصادفی، ازدست‌دادن یک چشم در حادثه) که از قبل مشخص می‌شود، اتفاق بیفتد. وقتی شرکت بیمه با صدمات بدنی حادی روبرو شود، ممکن است نیاز به تعیین قبلی این نکته باشد که خسارت براساس فوت یا بیماری تسویه شود.

اگر خسارت موضوع بیمه روی دهد و بیمه‌نامه حوادث شخصی یا بیماری همچنان معتبر و شرایط بیمه‌نامه برقرار باشد، بیمه‌گر مبلغ خسارت را پرداخت خواهد کرد.

۲-۳- بیمه منزل (خانوار)

چگونگی رسیدگی به ادعای خسارت بیمه‌نامه لوازم منزل بستگی به بادوام یا مصرفی بودن لوازم دارد. لوازم بادوام به سرعت لوازم مصرفی مستهلک نمی‌شوند. اغلب بیمه‌گران در شرط‌های بیمه‌نامه منزل عنوان می‌کنند که پرداخت خسارت به صورت جایگزینی نو با کهنه خواهد بود. این بدان معناست که کالاهای آسیب‌دیده که قابل تعمیر نباشند بدون کسر مبلغی بابت استهلاک، با کالای نو جایگزین خواهند شد.

کالاهای مصرفی، کالاهایی هستند که با سرعت بیشتری نسبت به کالاهای بادوام مستهلک می‌شوند. خسارت‌های مربوط به کالاهای مصرفی باتوجه به سن کالا، معمولاً براساس هزینه جایگزینی کالای نو منهای استهلاک انجام می‌شود.

پرسش: اقلام زیر را در نظر بگیرید. فرض کنید که همه آنها سه‌ساله‌اند و در حادثه‌ای که تحت پوشش بیمه‌نامه لوازم منزل بوده، آسیب دیده‌اند. اقلامی را که خسارت آنها با روش جایگزینی نو به جای کهنه قابل جبران است مشخص کنید.

الف- یخچال

ب- دو عدد پرده

ج- میز مطالعه

د- لباس

پاسخ: «الف» و «ج». کالاهای بادوام می‌توانند شامل اقلامی مانند یخچال و مبلمان خانه و کالاهای مصرفی شامل اجناسی همچون لباس و پرده باشند.

رسیدگی به ادعای خسارت بیمه‌نامه‌های ساختمان معمولاً به صورت تعمیر، بازسازی یا جایگزینی اموال آسیب‌دیده انجام می‌گیرد. اگر بازسازی منجر به افزایش ارزش اموال شود، برای رعایت اصل جبران خسارت، شرکت بیمه می‌تواند مالک اموال را در تأمین هزینه‌ها مشارکت دهد.

۳- ادعای خسارت در بیمه‌های تجاری

۳-۱- بیمه اموال

مانند دیگر ادعاهای خسارت که تاکنون بررسی کرده‌ایم، در ادعای خسارت بیمه‌نامه آتش‌سوزی و خطرات ویژه و بیمه‌نامه تمام‌خطر در صورت آسیب‌دیدن اموال، بیمه‌گر تعیین می‌کند که آیا:

- بیمه‌نامه در زمان وقوع خسارت معتبر بوده است؟

- ادعای خسارت معتبر است؟

- خسارت تحت پوشش بیمه‌نامه بوده است؟

باوجوداین، گاهی به جای آنکه مبلغی به‌عنوان خسارت پرداخت شود، شرکت بیمه به روش‌های دیگری که در قرارداد بیمه آمده است - نظیر تعمیر، جایگزینی، بازسازی، تعمیر مجدد و

بازگرداندن به حالت اولیه^۱ - خسارت را جبران می‌کند. اگر میزان خسارت زیاد باشد، شرکت بیمه معمولاً از خدمات ارزیابان مستقل خسارت استفاده می‌کند.

ارزیاب خسارت به بررسی موضوع می‌پردازد و براساس گزارشی که تهیه می‌کند مبلغی را که براساس شرایط بیمه‌نامه باید پرداخت شود پیشنهاد می‌دهد. ارزیابان خسارت همچنین به بررسی علت و میزان خسارت و اطمینان از اینکه بیمه‌شده مطابق شرایط بیمه‌نامه عمل کرده است می‌پردازند. ممکن است بیمه‌گذار نیز ارزیابی را تعیین کند تا از طرف او به مذاکره با ارزیاب خسارت یا بیمه‌گر بپردازد.

پرسش: باتوجه به آنچه تاکنون درباره روش‌های پرداخت خسارت در بیمه‌نامه‌های اموال تجاری فراگرفته‌اید، در هریک از موارد زیر کدام یک از روش‌های پرداخت خسارت، اعم از تعمیرات، تعمیر مجدد به شرط بازگشت به وضعیت قبل از حادثه، پرداخت نقدی و جایگزینی مناسب است؟

الف - بیمه‌گر «الف» بابت پنجره‌ای که خرابکاران شکسته‌اند، ادعای خسارتی را دریافت می‌کند.
ب - بیمه‌گر «ب» ادعای خسارت ناشی از ترکیدگی لوله آب بر اثر کوبیدن غیرعمدی میخ توسط یکی از کارکنان را دریافت می‌کند.

ج - بیمه‌گر «ج» ادعای خسارت وارده به طویله گاو به علت توفان را دریافت می‌کند.
بیمه‌گذار در صدد فروش مزرعه است و نمی‌خواهد طویله را تعمیر کند.

د - بیمه‌گر «د» مظنون است که بیمه‌گذار به منظور دریافت خسارت به عمد موجب آتش‌سوزی انبارش شده است. بیمه‌گر نمی‌تواند موضوع را ثابت کند اما می‌خواهد احتمال انگیزه عمل متقلبانه را به صفر برساند.

پاسخ: گزینه «الف» جایگزینی، گزینه «ب» پرداخت برای تعمیرات، گزینه «ج» پرداخت نقدی و گزینه «د» تعمیر مجدد به شرط بازگشت به حالت اولیه است. اگرچه از روش تعمیر مجدد به شرط بازگشت به وضعیت قبل از حادثه به‌ندرت استفاده می‌شود، اما گزینه «د» وضعیتی را نشان می‌دهد که ممکن است این روش مناسب باشد. اگرچه مثال‌های بالا مربوط به

۱. Reinstare: بیمه‌گر تعمیر خانه یا ماشینی که آسیب‌دیده را برعهده می‌گیرد. این روش به‌ندرت به کارگرفته می‌شود؛ زیرا در این صورت بیمه‌گر باید هزینه را به هر میزان که باشد، بر عهده گیرد. همچنین اموال باید تا جایی که ممکن است به وضعیت قبل از وقوع حادثه بازگردانده شوند.

بیمه‌نامه‌های اموال تجاری است اما مبالغ پرداختی می‌تواند به مقداری باشد که در بیمه‌نامه ساختمان پرداخت می‌شوند.

۳-۲- بیمه زیان پولی

بر اساس بیمه‌نامه هزینه‌های قانونی، به محض آنکه ادعای خسارت آغاز شود، بیمه‌گر می‌تواند تعهد احتمالی خود را ارزیابی کند. گرچه این بیمه‌نامه‌ها هزینه‌های قانونی مربوط به تعقیب و طرح دعوی در دادگاه‌ها را پوشش می‌دهند، اما این امر زمانی میسر خواهد بود که بیمه‌گر با مراجعه به دادگاه موافق باشد. بیمه‌گذار باید بیمه‌گر را از تصمیم خود برای طرح دعوی یا حضور در دادگاه مطلع کند تا او زمان کافی برای ارزیابی موضوع را داشته باشد. برای مثال بیمه‌گر می‌تواند وکیل تعیین کند تا در خصوص شانس موفقیت در دادگاه اعلام نظر کند یا با بیمه‌گذار برای تعیین مبلغ خسارت پرداختی پیش از طرح دعوا در دادگاه همکاری کند. اگر بیمه‌گذار برخلاف نظر وکیل اقدام کند چنین هزینه‌هایی قابل پوشش نخواهد بود.

یکی از ملاحظات مهم در زمینه ادعای خسارت، بابت وقفه در کار و تولید، آن است که ادعا معتبر باشد و بیمه‌گذار شرایط مربوط به پوشش خسارت مواد را رعایت کند. بر این اساس، قبل از آن که بیمه‌نامه وقفه در کار و تولید اجرایی شود، باید بیمه‌نامه اموال معتبر هم اخذ شده باشد. این امر بدان دلیل است که از طولانی شدن مدت وقفه در کسب و کار جهت تعمیر به علت فقدان بیمه اموال جلوگیری شود. معمولاً هر دو بیمه‌نامه را یک بیمه‌گر صادر می‌کند و ادعای خسارت برای وقفه در کار و تولید با توجه به ادعای خسارت اموال پرداخت می‌شود.

۳-۳- بیمه‌های مسئولیت

یکی از ملاحظات مهم برای ادعای خسارت مسئولیت، بررسی عوامل سه‌گانه ادعای خسارت زیر است:

- **علت:** در بیشتر موارد، بیمه‌نامه مسئولیت کارفرمایان، صدمات بدنی یا بیماری‌هایی را که در مدت بیمه رخ می‌دهد پوشش می‌دهد. این پوشش‌ها ممکن است چند سال بعد از مدت بیمه هم ادامه یابند به خصوص اگر پیشرفت بیماری در ابتدا به آهستگی شروع شود (آزبست، التهاب ریوی، مشکلات تکرارشونده جسمی).

- **زمان وقوع:** مبنای معمول پوشش مسئولیت‌های عمومی و تولیدی زمانی است که حادثه اتفاق می‌افتد و بیمه‌گری که حادثه را در زمان وقوع پوشش می‌دهد (مثلاً بیمه‌گری که دیوار

خرابۀ ریزش کرده‌ای را پوشش داده است) خسارت را خواهد پرداخت نه بیمه‌گری که در زمان ساخت آن را پوشش داده بود.

- **اعلام خسارت:** اگر پوشش براین اساس ارائه شده باشد، بیمه فقط ادعاهایی را پوشش می‌دهد که حادثۀ مربوط به خسارت در مدت بیمه اعلام شده باشد. این بدان معناست که اگر ادعای خسارت در دورۀ بیمه اعلام شود، زمان وقوع حادثه‌ای که منجر به خسارت شده است اهمیتی نخواهد داشت. بیمه‌های جبران خسارت حرفه‌ای بر این اساس صادر می‌شوند.

پرسش: فردی در سال ۱۳۸۶ در حال ساخت ملک تحت پوشش بیمه مسئولیت عمومی بیمه‌گر «الف» بود. در سال ۱۳۸۸، سایبان آن بر روی یک رهگذر سقوط کرد. در زمان وقوع حادثه، این فرد تحت پوشش بیمه مسئولیت بیمه‌گر «ب» بوده است. شدت صدمات بدنی وارده به رهگذر تا سال ۱۳۹۰ به‌طورکامل مشخص نشده بود و زمانی که او ادعای خسارت کرد مالک تحت پوشش بیمه‌گر «ج» قرار داشت. اگر هر سه بیمه‌نامه براساس «زمان وقوع» صادر شده باشند کدام بیمه‌گر پرداخت خسارت را برعهده خواهد گرفت؟

الف - بیمه‌گر «الف»

ب - بیمه‌گر «ب»

ج - بیمه‌گر «ج»

پاسخ: «ب». اغلب بیمه‌نامه‌های مسئولیت عمومی براساس اعلام خسارت صادر می‌شوند. این بدان معناست که ادعای خسارت یا آسیب باید طی دورۀ بیمه ارائه شده باشد حتی اگر پیش‌تر عمل سهل‌انگارانه‌ای (مثلاً نصب سایه‌بان معیوب) صورت گرفته باشد. بنابراین، در مثال بالا، بیمه‌گر «ب» خسارت را خواهد پرداخت. اگر مبنای بیمه‌نامه «ادعای خسارت» بود، بیمه‌گر «ج» ملزم به پرداخت خسارت می‌شد. این مثال اهمیت این‌که پوشش بر مبنای «علت»، «زمان وقوع» یا «اعلام خسارت» ارائه شده را برای تعیین اینکه کدام شرکت بیمه‌ای باید به خسارت رسیدگی کند نشان می‌دهد.

۴- خدمات تکمیلی

۴-۱- خطوط ارتباطی

باتوجه به آنچه درباره ملاحظات مهم انواع بیمه‌نامه‌های شخصی و تجاری فرا گرفتیم اکنون به خدمات تکمیلی مربوط به ادعای خسارت و فرآیند پرداخت آن می‌پردازیم:

- خطوط یاری‌رسان (مشاوره‌ای)؛

- تعمیرکاران و عرضه‌کنندگان مجاز؛

- خدمات جبران خسارت‌های بیمه‌نشده؛

- خدمات هزینه‌های قانونی؛

- توصیه‌های مربوط به کنترل ریسک.

بسیاری از شرکت‌های بیمه خط‌های ارتباطی ۲۴ ساعته برای مشتریان‌شان دارند. این خطوط، کمک‌های اضطراری یا مشاوره تخصصی را هر زمان که نیاز باشد، ارائه می‌کنند.

- **خط ارتباطی وسایل نقلیه موتوری:** در حال حاضر، بسیاری از بیمه‌گران با کمک خطوط ارتباطی، فرآیند ادعای خسارت وسایل نقلیه موتوری را ساده کرده و بهبود بخشیده‌اند. ویژگی‌های این خدمت عبارت‌اند از:

- جزئیات حادثه به‌صورت تلفنی گرفته می‌شود، سپس توصیه‌های لازم ارائه و فرم ادعای خسارت صادر می‌شود؛
- اگر امکان حرکت خودرو وجود نداشته باشد ترتیب انتقال آن به تعمیرگاه مجاز داده می‌شود (و آسیب وارده برطرف می‌شود)؛
- کارکنان شرکت بیمه می‌توانند با مشتری تماس بگیرند و از رضایت او در مورد تعمیرات اطمینان یابند.

- **خط ارتباطی بیمه‌نامه منزل:** شرکت‌های بیمه با کمک خطوط ارتباطی از مزایای زیر استفاده می‌کنند:

- مشتریان می‌توانند در هر زمان با یک خط ارتباطی رایگان تماس بگیرند؛
- جزئیات خسارت گرفته می‌شود، توصیه‌ها ارائه و فرم ادعای خسارت اولیه صادر می‌شود؛
- کارکنان شرکت بیمه می‌توانند برای تعمیر یا جایگزینی اقدام کنند؛

- در صورت لزوم، هزینه تعمیرات مستقیماً به تعمیرکار پرداخت خواهد شد؛
- کارکنان شرکت بیمه می‌توانند با مشتری تماس بگیرند و از رضایت او در مورد تعمیرات اطمینان یابند.

- خطوط ارتباطی توصیه‌های قانونی: ارتباط تلفنی برای راهنمایی بیمه‌گذاران در زمینه فرآیندهای دادگاهی و قانونی هم در دسترس‌اند. مشاوران وکلای مدافع یا مشاورند و ارتباطات ممکن است درباره موضوعات حقوقی معمولی یا تعهدات قانونی پیچیده باشد. خدمات مشاوره‌ای، هم برای تعقیب و هم برای دفاع قضایی به بیمه‌گذار ارائه می‌شود.

نمونه سؤالات چهار گزینه‌ای

۱. مفهوم اصل علت در عملیات بیمه‌گری چیست؟

(الف) هر معلولی یک علت دارد.

(ب) وقتی وقوع حادثه‌ای محرز است نیاز به علت‌یابی ندارد.

(ج) علت وقوع حادثه جزء تعهدات بیمه‌گر باشد.

(د) گزینه الف و ب صحیح است.

۲. کدام یک از گزینه‌های زیر، یکی از وظایف بیمه‌گذار در زمان وقوع حادثه است؟

(الف) اطلاع بلافاصله به بیمه‌گر

(ب) جلوگیری از توسعه خسارت

(ج) نجات اموال در معرض خطر

(د) هر سه گزینه صحیح است.

۳. در زمان وقوع خسارت بیمه‌گذار موظف به همکاری با

(الف) نیروی انتظامی است.

(ب) نیروی امدادی است.

(ج) کارشناسان بیمه‌گر

(د) هر سه گزینه صحیح است.

۴. شرط لازم قانونی و حقوقی برای ادعای خسارت چیست؟

(الف) خسارت به علت خطر تحت پوشش بیمه‌گر به وقوع پیوسته باشد.

(ب) بیمه‌گذار مستندات و مدارک لازم اثبات ادعای خویش را ارائه نماید.

(ج) خسارت جزء استثنائات نبوده و قابل بررسی باشد.

(د) هر سه گزینه صحیح است.

۵. در فرآیند پرداخت خسارت

(الف) بیمه‌نامه در زمان وقوع خسارت معتبر بوده و منقضی نشده باشد.

(ب) نیاز به تأیید اعتبار بیمه‌نامه نیست. کافی است خسارت رخ داده باشد (نظریه خطر).

(ج) موضوع خسارت دیده در بیمه‌نامه قید شده باشد.

(د) گزینه الف و ج صحیح است.

۶. معمولاً بیمه‌گر جهت بررسی خسارت به چه چیز نیاز دارد؟

(الف) خطر تحت پوشش بیمه‌نامه باشد.

(ب) شرایط و تعهدات بیمه‌نامه کافی نباشد.

(ج) خسارت رخ داده بخشی از استثنائات بیمه‌نامه باشد.

(د) موضوع خسارت دیده الزاماً همانی نباشد که در بیمه‌نامه قید شده باشد.

۷. کدام یک از گزینه‌های زیر در ادعای یک خسارت معتبر نیست؟

الف) زمانی که موضوع خسارت در بیمه‌نامه قید نشده باشد.

ب) خطر تحت پوشش بیمه‌نامه نباشد.

ج) بیمه‌گذار در وقوع خسارت دخالت داشته باشد.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۸. وجود بیمه‌نامه نباید موجب بی‌احتیاطی بیمه‌گذار شود؟

الف) شرط ضمن عقد است.

ب) از شروط صریح بیمه‌نامه است.

ج) معمولاً این شرط در شرایط خصوصی قید می‌گردد.

د) گزینه ب و ج صحیح است.

۹. بخشی از خسارت که در تعهد بیمه‌گذار است

الف) قابل پرداخت نیست.

ب) به معنای معافیت بیمه‌گر از پرداخت خسارت است.

ج) بیمه‌گر نمی‌تواند پرداخت کند.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۰. آنچه که در صنعت بیمه دنیا متعارف است چیست؟

الف) فرانشیز در اشخاص و اکسس در اموال منظور می‌گردد.

ب) فرانشیز و اکسس فرقی ندارند.

ج) فرانشیز و اکسس هر دو مفهوم سهم بیمه‌گذار از خسارات است.

د) گزینه الف و ج صحیح است.

۱۱. قاعده نسبی سرمایه به چه معناست؟

الف) همان مفهوم ماده ده قانون بیمه است.

ب) بیمه‌گذار مال خود را کمتر از قیمت واقعی بیمه کرده است.

ج) خسارت به نسبت مبلغ بیمه‌شده به مبلغ واقعی پرداخت می‌گردد.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۲. در زمان وقوع خسارت، جلوگیری از توسعه خسارت

الف) جزء وظایف ضمنی بیمه‌گذار است.

ب) جزء وظایف صریح بیمه‌گذار است.

ج) وظایف ضمنی و صریح فرقی ندارند.

د) هدف بیمه‌گذار جلوگیری از قطع خسارت است.

۱۳. هر آنچه در شرایط خصوصی و در متن بیمه‌نامه قید می‌گردد:

الف) شروط صریح بیمه‌نامه است.

ب) شروط ضمنی بیمه‌نامه است.

ج) شروط صریح و ضمنی مجموعه تعهدات بیمه‌گذار است.

د) گزینه الف و ج صحیح است.

۱۴. بیمه‌گذاری که ادعای دریافت خسارت دارد باید اثبات کند که بین وقوع حادثه و

خسارت وارده رابطه علت و معلولی وجود دارد، این به معنای:

الف) اصل غرامت است. ب) علت بلافصل است.

ج) اصل نفع بیمه‌پذیر است. د) اصل حسن نیت است.

۱۵. اولین اقدام بیمه‌گر پس از دریافت فرم اعلام خسارت از بیمه‌گذار چیست؟

الف) تعیین اصالت و اعتبار بیمه‌نامه است. ب) ارزیابی میزان خسارت است.

ج) تحقیق در علت خسارت است. د) گزینه الف و ج صحیح است.

۱۶. معمولاً علت بلافصل خسارت را

الف) به معنای تجمیعی از زنجیره‌های علت می‌دانند.

ب) مفهوم علت اولیه و تامه خسارت است.

ج) آخرین حلقه زنجیره علت است که ناشی از علت اولیه است.

د) هیچ‌کدام

۱۷. هرگاه معلوم شود خطری که برای آن بیمه‌نامه صادر شده است قبلاً از صدور بیمه‌نامه

واقع شده است

الف) قرارداد باطل و یک دهم حق بیمه کسر و مابقی مسترد می‌گردد.

ب) قرارداد معلق و یک دهم حق بیمه اضافه و بیمه‌نامه ادامه می‌یابد.

ج) قرارداد باطل و هیچ‌گونه وجهی مسترد نخواهد شد.

د) هیچ‌کدام

۱۸. در زمان وقوع خسارت بیمه‌گذار موظف به انجام چه کاری است؟

- الف) طبق ماده ۱۵ قانون بیمه اقدام نماید.
- ب) طبق ماده ۱۵ قانون بیمه ظرف ۵ روزکاری از زمان وقوع خسارت، بیمه‌گر را مطلع نماید.
- ج) طبق ماده ۱۵ قانون بیمه ظرف ۵ روزکاری از زمان اطلاع از وقوع خسارت، بیمه‌گر را مطلع نماید.
- د) گزینه الف و ج صحیح است.

۱۹. خسارت به چه طریق محاسبه می‌گردد؟

- الف) در بیمه حمل و نقل قیمت مال در مقصد
- ب) در بیمه منافی که متوقف بر امری است منافی که در صورت پیشرفت امر عاید بیمه‌گذار گردد.
- ج) در بیمه حمل و نقل قیمت تمام‌شده کالا در مقصد
- د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۰. منظور از ذخیره‌گیری در خسارت چیست؟

- الف) تأمین منابع کافی جهت جبران خسارات موجود و خسارات معوق
- ب) به‌توان به‌طور مستمر سود شرکت را پیش‌بینی کرد.
- ج) جمع خسارات پرداختی و خسارات پرداخت‌نشده
- د) گزینه الف و ب صحیح است.

فصل پنجم: آشنایی با قوانین و مقررات بیمه‌های بازرگانی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل خوانندگان باید بتوانند:

- در مورد اصطلاحات بیمه، عقد، فسخ، بطلان، بیمه‌گر و بیمه‌گذار از دیدگاه حقوقی توضیح ارائه کنند.
- وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ایران طبق قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری سال ۱۳۵۰ را نام برده و ارکان بیمه مرکزی ایران را ذکر کنند.
- مقررات مربوط در خصوص مؤسسات بیمه خارجی را طبق قانون بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰ به‌طورکلی توضیح دهند.
- خصوصیات عقد بیمه را نام برده و شرایط صحت عقد بیمه را ذکر کنند.

بخش اول:

ماهیت حقوقی بیمه^۱

در این بخش ابتدا جایگاه عقد بیمه در میان سایر عقود را مشخص می‌کنیم و پس از تعیین نوع عقد بیمه، به ذکر خصوصیات و ویژگی‌های آن پرداخته و در نهایت شرایط صحت عقد بیمه را بیان خواهیم کرد.

۱- بیمه چگونه عقدی است؟

اصولاً کلمه «عقد» فقط در مورد عقود معینه یعنی عقودی که دارای آثار و احکام خاص خود است و در فقه اسلامی و قانون نیز نام مخصوصی دارد، به کار می‌رود^۲، مانند بیع، رهن، هبه، ضمان و ... که به تفصیل در فقه اسلامی از آنها یاد شده است. از طرفی کلمه «قرارداد» به کلیه عقود معینه یا غیرمعینه‌ای^۳ اطلاق می‌شود که چنانچه تابع شرایط اساسی لازم برای صحت معامله باشد^۴ بدون اشکال است حتی اگر در قانون و یا فقه اسلامی اسمی از آن برده نشده باشد. به همین دلیل ماده ۱۰ ق.م. طرفین را در تعیین شرایط و مقررات مربوط به قراردادها آزاد گذاشته و چنانچه شرطی مغایر قوانین مدنی و فقهی در آنها نباشد، عقد قرارداد را صحیح و درست دانسته است.

۱. ماحوزی، ۱۳۸۹

۲. «عقد معین»، عقدی است که در قانون، عنوان معین دارد و قانون‌گذار، به لحاظ اهمیت و کثرت استعمال در عرف، شرایط و آثار آن را معین کرده است؛ مانند بیع، اجاره، قرض، صلح، شرکت و ... (کاتوزیان، ۱۳۷۸ الف).

۳. عقودی که در قانون، عنوان و صورت خاصی ندارد و شرایط و آثار آن برطبق قواعد عمومی تعیین می‌شود، عقود «بی‌نام» یا «غیرمعین» است؛ مانند قرارداد مربوط به طبع و نشر کتاب و تبلیغ درباره کالای معین و اقامت در میهمان‌سرا (کاتوزیان، ۱۳۷۸ ب).

۴. این شرایط در ماده ۱۹۰ ق.م. آمده است.

۵. متن ماده به این شرح است: «قراردادهای خصوصی نسبت به کسانی که آن را منعقد کرده‌اند، در صورتی که مخالف صریح قانون نباشد، نافذ است». براین اساس، اشخاص الزامی ندارند که معاملات خود را به صورت‌های معینی که در قوانین پیش‌بینی شده است، درآورند. قراردادهای خصوصی، به‌هرشکل در صورتی که بسته شود، تابع قواعد کلی عقود و معاملات است (کاتوزیان، ۱۳۷۸ ب).

براین اساس، به مجموعه توافق‌هایی که در خصوص شرایط بیمه و تعهدات متقابل بین طرفین طبق ضوابط فنی و قانونی حاصل شود، «قرارداد بیمه» گفته می‌شود (محمودصالحی، ۱۳۷۲ ب).

اما همان‌طور که می‌دانیم، در ق.م. بیمه جزء عقود معین ذکر نشده است، ولی مقنن بیمه را جزء عقود به حساب آورده است.^۱

بنابراین بیمه از جمله عقود غیرمعین محسوب می‌شود، زیرا:

۱. قانون‌گذار، بیمه را در قانون مدنی، به عمد تعریف نکرده است. زیرا عملیات بیمه‌ای قبل از اعلام مشروعیت آن توسط مراجع تقلید و تحت تأثیر فقه اسلامی، به عنوان قراردادهای قمار و شرط‌بندی محسوب می‌شد؛

۲. در ماده ۱ ق.ب. مصوب سال ۱۳۱۶، کلمه «عقد» ذکر شده است؛ امری که به عنوان نص صریح قانونی مورد استناد قرار می‌گیرد؛

۳. چنانچه عقدی جزء عقود معین (در فقه) طبقه‌بندی نشده باشد، دلیلی ندارد که جزء عقود غیرمعین نیز نباشد.^۲

بنابراین در عقدبودن بیمه جای شک و شبهه‌ای باقی نمی‌ماند^۳ (دستباز، ۱۳۷۷).

۲- خصوصیات عقد بیمه

اگرچه در عقد بیمه انجام تعهد بیمه‌گر مشروط و منوط به پرداخت حق بیمه از سوی بیمه‌گذار و وقوع حادثه است، ولی عقد بیمه، عقدی مشروط و معلق نیست و به محض انجام توافق بین طرفین، عقد بیمه، کامل و لازم‌الاجراست (دستباز، ۱۳۷۷).

به‌طور خلاصه «عقد بیمه»، عقدی است که براساس اصل حاکمیت اراده و توافق طرفین استوار است. ماده ۲ ق.ب. مصوب سال ۱۳۱۶ مقرر می‌دارد که عقد بیمه و شرایط آن باید به صورت سندی کتبی باشد که این سند به عنوان «بیمه‌نامه» شناخته می‌شود.^۴ سایر خصوصیات عقد بیمه از این قرار است:

۱. براساس ماده ۱ ق.ب. مصوب ۱۳۱۶

۲. برای اطلاعات بیشتر ر.ک: مطهری، ۱۳۶۴.

۳. برای اطلاعات بیشتر ر.ک: عرفانی، ۱۳۷۱.

۴. البته این امر به ویژگی «رضایی بودن» عقد بیمه خللی وارد نمی‌کند. براساس ویژگی «رضایی» یا «غیرتشریفاتی» بودن عقد بیمه، این عقد صرفاً با توافق قصد و رضای طرفین تحقق می‌یابد و سند نوشته، فقط به عنوان وسیله اثبات پیش‌بینی شده است (بو، ۱۳۷۸).

الف) بیمه، عقدی لازم است

در حالت کلی، بیمه عقدی لازم است و بنا به تعریف آورده شده در ماده ۱۸۵ ق.م. «عقد لازم آن است که هیچ‌یک از طرفین معامله، حق فسخ آن را نداشته باشد، مگر در موارد معینه». اما هرگاه یکی از طرفین یا هر دو بتوانند عقد را هر زمان که بخواهند به میل خود فسخ کنند، آن عقد «جایز» است.^۱ در بیمه نیز در حالت کلی پس از انعقاد قرارداد، طرفین ملزم به رعایت آن و انجام تعهدات خود هستند و به‌همین دلیل تا عقد به تراضی فسخ نشود، طرفین باید تعهدات ناشی از قرارداد را انجام دهند.^۲

ب) بیمه، عقدی معوض است

«عقد معوض» یا «عقد دو تعهدی»، عقدی است که هریک از طرفین قرارداد در عین حال متعهد و متعهدله قرار می‌گیرند.^۳ بیمه‌گر در مقابل دریافت حق بیمه متعهد جبران خسارت است و بیمه‌گذار نیز به‌خاطر تضمینی که دریافت می‌کند (جبران خسارت در صورت وقوع حادثه) حق بیمه را می‌پردازد.^۴ پس بیمه یک قرارداد دوطرفه است.

ج) بیمه، عقدی الحاقی است

اصولاً قراردادهای بیمه به‌وسیله بیمه‌گر تنظیم می‌شود و بیمه‌گذار آن قرارداد را قبول یا رد می‌کند. تنظیم شرایط قراردادهای بیمه‌ای از طریق مذاکره بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار صورت نمی‌پذیرد بلکه در هر زمانی که بیمه‌گذار شرایط قرارداد را نامناسب تشخیص دهد می‌تواند آن را خریداری نکند، اما هرگاه قرارداد بیمه را پذیرفت باید شرایط آن را اجرا کند. به‌همین دلیل است که چون بیمه‌گران از قبل قراردادهای بیمه‌ای را تنظیم می‌کنند، دادگاه‌ها در موارد وجود ابهام در

۱. ماده ۱۸۶ ق.م. برای اطلاعات بیشتر ر.ک: کاتوزیان، ۱۳۷۸.

۲. استثنائاً در برخی موارد مانند بیمه عمر یا بیمه زندگی، قرارداد بیمه برای بیمه‌گذار جایز، اما برای بیمه‌گر لازم است. (همانند عقد رهن که نسبت به مرتهن جایز و نسبت به راهن لازم است. برای اطلاعات بیشتر ر.ک: مواد ۱۸۷ و ۷۸۷ ق.م.)

۳. برای ملاحظه آثار حقوقی این‌گونه عقود ر.ک: دستباز، ۱۳۷۷.

۴. تأکید بر این مطلب خالی از فایده نیست که مبلغی که در نهایت در صورت وقوع حادثه، بیمه‌گر به بیمه‌گذار می‌پردازد، طرف معامله و یکی از عوضین نیست، بلکه عوضی که بیمه‌گر ارائه می‌دهد، همان تعهد و تأمینی است که به بیمه‌گذار آرامش و اطمینان خاطر می‌دهد؛ به عبارت دیگر دو عوضی که در مقابل هم قرار می‌گیرند عبارت‌اند از: حق بیمه‌ای که از طرف بیمه‌گذار پرداخت می‌شود در برابر تعهد و تأمین و آرامش خاطر که بیمه‌گر به بیمه‌گذار می‌دهد، نه مبلغی که بیمه‌گر در نهایت در صورت بروز حادثه به‌عنوان جبران خسارت به بیمه‌گذار خواهد پرداخت (مطهری، ۱۳۷۵).

شرایط بیمه‌نامه‌ها آن را به نفع بیمه‌گذار تفسیر می‌کنند.^۱

د) بیمه، عقدی اتفاقی است^۲

اصولاً عقد، زمانی اتفاقی تلقی می‌شود که ویژگی‌ها و امتیازات آن هنگام عقد قرارداد برای طرفین نامعلوم باشد زیرا امتیازات، ناشی از بروز حادثه‌ای خواهد بود که در آینده اتفاق خواهد افتاد. در عقد بیمه نیز بیمه‌گذار وجه معینی را به‌عنوان حق بیمه می‌پردازد و اگر حادثه‌ای اتفاق نیفتد، بیمه‌گر خسارتی را پرداخت نمی‌کند، اما اگر حادثه‌ای به‌وقوع پیوست، مبلغ حق بیمه پرداختی توسط بیمه‌گذار به مراتب کمتر و کوچک‌تر از خسارتی است که بیمه‌گر پرداخت خواهد کرد.

ذکر دو نکته اصلی لازم است. اول اینکه تعهد بیمه‌گر غالباً موقوف به واقعه غیرقطعی یا اتفاقی است که موضوع قرارداد بیمه است و این درحالی است که تعهد بیمه‌گذار در پرداخت حق بیمه قطعی است؛ دوم آنکه انشای این عقد معلق نیست، بلکه تعهدات ناشی از آن درمورد بیمه‌گر معلق و مشروط است (دستباز، ۱۳۷۷).

ه) بیمه، عقدی مستمر است

اجرای این دسته از عقود، مستلزم صرف وقت است و تعهدات طرفین در آنها در مدت زمان نسبتاً طولانی به اجرا گذاشته می‌شود، مانند قراردادهای اجاره و بیمه که نقطه مقابل قراردادهای فوری مانند «بیع» هستند. نحوه فسخ و بطلان در قراردادهای فوری و مستمر یکسان نیست، چنان‌که تجدیدنظر در شرایط قرارداد (به‌علت پیدایش تحولات خاص و غیرقابل پیش‌بینی، آن هم بعد از انعقاد عقد) فقط در قراردادهای مستمر میسر است و تمدید ضمنی نیز فقط در این نوع قراردادها امکان‌پذیر است^۳ (دستباز، ۱۳۷۷).

۱. زیرا در قرارداد بیمه، طرفین از نظر اجتماعی، حقوقی و اقتصادی در شرایط مساوی نیستند (دستباز، ۱۳۷۷). برای اطلاعات بیشتر ر.ک: کاتوزیان، ۱۳۷۸ ب.

۲. در تعریف مفهوم کلمه «اتفاقی» باید بگوییم که نتیجه قرارداد، نامعین و نامشخص است و میزان پولی را که هر یک از طرفین از دست می‌دهند، باهم برابر نیست.

۳. برای اطلاعات بیشتر ر.ک: کاتوزیان، ۱۳۷۸ ب.

۳- شرایط صحت عقد بیمه

طبق ماده ۱۹۰ ق.م. ایران، برای صحت هر عقد و معامله‌ای شرایط زیر لازم است:

۱. قصد طرفین و رضایت آنها: یعنی در حالت ایجاب یک طرف و قبول طرف دیگر، هر دو طرف باید دارای قصد و رضا باشند و چنانچه قصد یکی از طرفین مفقود یا رضای وی معیوب باشد، عقد غیرصحیح و باطل خواهد بود.^۱
۲. اهلیت طرفین^۲: ماده ۲۱۱ ق.م. شروط سه‌گانه‌ای برای اهلیت [استیفا] قائل است: بلوغ، رشد و عقل. هنگام انعقاد قرارداد بیمه نیز این سه شرط رعایت می‌شوند.^۳
۳. موضوع معین مورد معامله: در کلیه بیمه‌نامه‌ها موضوع بیمه مشخص می‌شود و بیمه‌گذار می‌تواند خطرات اضافی را نیز علاوه‌بر خطرات اصلی (مذکور در بیمه‌نامه) بیمه کند که در این صورت باید تک‌تک خطرات اضافی درخواستی را مشخص کند.
۴. مشروعیت جهت معامله: یعنی جهت و سببی که شخص برای رسیدن به آن، حاضر به تعهد و قبول دین می‌شود، مشروع باشد.

۱. برای اطلاعات بیشتر ر.ک: مواد ۱۹۱ تا ۲۰۹ ق.م.

۲. «اهلیت» توانایی قانونی افراد برای انجام امور اجتماعی خود است که به دو نوع «اهلیت تمتع» و «اهلیت استیفا» تقسیم می‌شود. اهلیت تمتع، توانایی بالقوه افراد برای استفاده از حقوق مدنی خود است که با تولد او شروع شده و با مرگش پایان می‌یابد. اما اهلیت استیفا، توانایی بالفعل افراد برای استفاده از حقوق مدنی آنهاست. ق.م می‌گوید: «هیچ‌کس نمی‌تواند حقوق خود را اجرا کند مگر آنکه برای این امر اهلیت قانونی داشته باشد» (احمدی، ۱۳۸۲).

برای اطلاعات بیشتر ر.ک: کاتوزیان، ۱۳۷۸ ب.

۳. به‌طورکلی در مورد سه شرط یادشده، قانون بیمه چنین مقرر کرده است که:

الف) قرارداد بیمه صغیر غیرممیز [زیر ۱۵ سال] و مجنون، باطل است.

ب) قرارداد بیمه صغیر ممیز [۱۵ تا ۱۸ سال] و غیررشدید، با اجازه ولی آنها مجاز است.

بخش دوم:

قوانین و مقررات بیمه‌های بازرگانی^۱

۱- قانون بیمه (مصوب ۱۳۱۶/۲/۷)

معاملات بیمه

ماده ۱. بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا جوهری از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی بپردازد.

متعهد را بیمه‌گر، طرف تعهد را بیمه‌گذار، وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر می‌پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می‌شود موضوع بیمه نامند.

ماده ۲. عقد بیمه و شرایط آن باید به موجب سند کتبی باشد و سند مزبور موسوم به بیمه‌نامه خواهد بود.

ماده ۳. در بیمه‌نامه باید امور ذیل به‌طور صریح قید شود:

۱. تاریخ انعقاد قرارداد؛

۲. اسم بیمه‌گر و بیمه‌گذار؛

۳. موضوع بیمه.

۴. حادثه یا خطری که عقد بیمه به مناسبت آن به‌عمل آمده است؛

۵. ابتدا و انتهای بیمه؛

۶. حق بیمه؛

۷. میزان تعهد بیمه‌گر در صورت وقوع حادثه.

ماده ۴. موضوع بیمه ممکن است مال باشد اعم از عین یا منفعت یا هر حق مالی یا هر نوع مسئولیت حقوقی مشروط بر این که بیمه‌گذار نسبت به بقای آنچه بیمه می‌دهد ذی‌نفع باشد و همچنین ممکن است بیمه برای حادثه یا خطری باشد که از وقوع آن بیمه‌گذار متضرر می‌گردد.

ماده ۵. بیمه‌گذار ممکن است اصیل باشد یا به یکی از عناوین قانونی نمایندگی صاحب مال یا شخص ذی‌نفع را داشته یا مسئولیت حفظ آن را از طرف صاحب مال داشته باشد.

ماده ۶. هرکس بیمه می‌دهد بیمه متعلق به خود اوست مگر آن که در بیمه‌نامه تصریح شده باشد که مربوط به دیگری است لیکن در بیمه حمل و نقل ممکن است بیمه‌نامه بدون ذکر اسم (به نام حامل) تنظیم شود.

ماده ۷. طلبکار می‌تواند مالی را که در نزد او وثیقه یا رهن است بیمه دهد. در این صورت هرگاه حادثه‌ای نسبت به مال مزبور رخ دهد از خساراتی که بیمه‌گر باید بپردازد تا میزان آنچه را که بیمه‌گذار در تاریخ وقوع حادثه طلبکار است به شخص او و بقیه به صاحب مال تعلق خواهد گرفت.

ماده ۸. در صورتی که مالی بیمه شده باشد در مدتی که بیمه باقی است نمی‌توان همان مال را به نفع همان شخص و از همان خطر مجدداً بیمه نمود.

ماده ۹. در صورتی که مالی به کمتر از قیمت بیمه شده باشد، نسبت به بقیه قیمت می‌توان آن را بیمه نمود. در این صورت هر یک از بیمه‌گران به نسبت مبلغی از مال که بیمه کرده است مسئول خواهد بود.

ماده ۱۰. در صورتی که مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد بیمه‌گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال مسئول خسارت خواهد بود.

فسخ و بطلان

ماده ۱۱. چنانچه بیمه‌گذار یا نماینده او با قصد تقلب مالی را اضافه بر قیمت عادلانه در موقع عقد قرارداد بیمه داده باشد عقد بیمه باطل و حق بیمه دریافتی قابل استرداد نیست.

ماده ۱۲. هرگاه بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات کاذب بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذب طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد عقد بیمه باطل خواهد بود حتی اگر مراتب مذکوره تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوهی که بیمه‌گذار پرداخته است قابل استرداد نیست بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه‌گذار مطالبه کند.

ماده ۱۳. اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد، عقد بیمه باطل نمی‌شود - در این صورت هرگاه مطلب اظهارنشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و قرارداد را ابقا کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند- در صورت فسخ بیمه‌گر باید مراتب را به موجب اظهارنامه یا نامه سفارشی دو قبضه به بیمه‌گذار اطلاع دهد. اثر فسخ ده روز پس از ابلاغ مراتب به بیمه‌گذار شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار مسترد دارد.

در صورتی که مطلب اظهارنشده یا اظهار خلاف واقع بعد از وقوع حادثه معلوم شود خسارت به نسبت وجه بیمه پرداختی و وجهی که بایستی در صورت اظهار خطر به‌طور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت.

ماده ۱۴. بیمه‌گر مسئول خسارات ناشیه از تقصیر بیمه‌گذار یا نمایندگان او نخواهد بود.

ماده ۱۵. بیمه‌گذار باید برای جلوگیری از خسارت مراقبتی را که عادتاً هر کس از مال خود می‌نماید نسبت به موضوع بیمه نیز بنماید و در صورت نزدیک شدن حادثه یا وقوع آن اقداماتی را که برای جلوگیری از سرایت و توسعه خسارت لازم است به‌عمل آورد. اولین زمان امکان و منتهی در ظرف پنج روز از تاریخ اطلاع خود از وقوع حادثه بیمه‌گر را مطلع سازد و الا بیمه‌گر مسئول نخواهد بود مگر آنکه بیمه‌گذار ثابت کند که به‌واسطه حوادثی که خارج از اختیار او بوده است اطلاع به بیمه‌گر در مدت مقرر برای او مقدور نبوده است.

مخارجی که بیمه‌گذار برای جلوگیری از توسعه خسارت می‌نماید بر فرض که منتج به نتیجه نشود به‌عهده بیمه‌گر خواهد بود ولی هرگاه بین طرفین در موضوع لزوم مخارج مزبوره یا تناسب آن با موضوع بیمه اختلافی ایجاد شود حل اختلاف به حکم یا محکمه رجوع می‌شود.

ماده ۱۶. هرگاه بیمه‌گذار در نتیجه عمل خود خطری را که به مناسبت آن بیمه منعقد شده است تشدید کند یا یکی از کیفیات یا وضعیت موضوع بیمه را به‌طوری تغییر دهد که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد موجود بود، بیمه‌گر حاضر برای انعقاد قرارداد با شرایط مذکوره در قرارداد نمی‌گشت باید بیمه‌گر را بلافاصله از آن مستحضر کند - اگر تشدید خطر یا تغییر وضعیت موضوع بیمه در نتیجه عمل بیمه‌گذار نباشد مشارالیه باید مراتب را در ظرف ده روز از تاریخ اطلاع خود رسماً به بیمه‌گر اعلام کند.

در هر دو مورد مذکور در فوق بیمه‌گر حق دارد اضافه حق بیمه را معین نموده به بیمه‌گذار پیشنهاد کند و در صورتی که بیمه‌گذار حاضر برای قبولی و پرداخت آن نشود قرارداد را فسخ کند و اگر تشدید خطر در نتیجه عمل خود بیمه‌گذار باشد خسارات وارده را نیز از مجرای محاکم عمومی از او مطالبه کند و در صورتی که بیمه‌گر پس از اطلاع تشدید خطر به نحوی از انجای رضایت به بقای عقد قرارداد داده باشد مثل آنکه اقساطی از وجه بیمه را پس از اطلاع از مراتب از بیمه‌گذار قبول کرده یا خسارت بعد از وقوع حادثه به او پرداخته باشد دیگر نمی‌تواند به مراتب مذکوره استناد کند - وصول اقساط حق بیمه بعد از اطلاع از تشدید خطر یا پرداخت خسارت پس از وقوع حادثه و نحوه آن دلیل بر رضایت بیمه‌گر به بقای قرارداد می‌باشد.

ماده ۱۷. در صورت فوت بیمه‌گذار یا انتقال موضوع بیمه به دیگری اگر ورثه یا منتقل‌الیه کلیه تعهداتی را که به موجب قرارداد به عهده بیمه‌گذار بوده است در مقابل بیمه‌گر اجرا کند عقد بیمه به نفع ورثه یا منتقل‌الیه به اعتبار خود باقی می‌ماند مع‌هذا هر یک از بیمه‌گر یا ورثه یا منتقل‌الیه حق فسخ آن را نیز خواهند داشت.

بیمه‌گر حق دارد در ظرف سه ماه از تاریخی که منتقل‌الیه قطعی موضوع بیمه تقاضای تبدیل بیمه‌نامه را به نام خود می‌نماید عقد بیمه را فسخ کند.

در صورت انتقال موضوع بیمه به دیگری ناقل مسئول کلیه اقساط عقب‌افتاده وجه بیمه در مقابل بیمه‌گر خواهد بود لیکن از تاریخی که انتقال را به بیمه‌گر به موجب نامه سفارشی یا اظهارنامه اطلاع می‌دهد نسبت به اقساطی که از تاریخ اطلاع به بعد باید پرداخته شود مسئول نخواهد بود.

اگر ورثه یا منتقل‌الیه متعدد باشند هر یک از آنها نسبت به تمام وجه بیمه در مقابل بیمه‌گر مسئول خواهد بود.

ماده ۱۸. هرگاه معلوم شود خطری که برای آن بیمه به عمل آمده قبل از عقد قرارداد واقع شده بوده است قرارداد بیمه باطل و بی‌اثر خواهد بود در این صورت اگر بیمه‌گر وجهی از بیمه‌گذار گرفته باشد عشر از مبلغ مزبور را به عنوان منخارج کسر و بقیه را باید به بیمه‌گذار مسترد دارد.

مسئولیت بیمه‌گر

ماده ۱۹. مسئولیت بیمه‌گر عبارت است از تفاوت قیمت مال بیمه‌شده بلافاصله قبل از وقوع حادثه با قیمت باقی‌مانده آن بلافاصله بعد از حادثه خسارت حاصله به پول نقد پرداخته خواهد شد مگر این که حق تعمیر و یا عوض برای بیمه‌گر در سند بیمه پیش‌بینی شده باشد در این صورت بیمه‌گر ملزم است موضوع بیمه را در مدتی که عرفاً کمتر از آن نمی‌شود تعمیر کرده یا عوض را تهیه و تحویل نماید.

در هر صورت حداکثر مسئولیت بیمه‌گر از مبلغ بیمه‌شده تجاوز نخواهد کرد.

ماده ۲۰. بیمه‌گر مسئول خساراتی که از عیب ذاتی مال ایجاد می‌شود نیست مگر آنکه در بیمه‌نامه شرط خلافی شده باشد.

ماده ۲۱. خسارات وارده از حریق که بیمه‌گر مسئول آن است عبارت است از:

۱. خسارت وارده به موضوع بیمه از حریق اگر چه حریق در نزدیکی آن واقع شده باشد؛
۲. هر خسارت یا تنزل قیمت وارده به اموال از آب یا هر وسیله دیگری که برای خاموش کردن آتش به کار برده شده است؛
۳. تلف شدن یا معیوب شدن مال در موقع نجات دادن آن از حریق؛
۴. خسارت وارده به اموال بیمه‌شده در نتیجه خراب کردن کلی یا جزئی بنا برای جلوگیری از سرایت یا توسعه حریق.

ماده ۲۲. در بیمه‌های ذیل خسارت به این طریق حساب می‌شود:

۱. در بیمه حمل و نقل قیمت مال در مقصد؛
۲. در بیمه منافی که متوقف بر امری است منافی است منافی که در صورت پیشرفت امر عاید بیمه‌گذار می‌شد؛

۳. در بیمه محصول زراعتی قیمت آن در سر خرمن و موقع برداشت محصول. برای تعیین میزان واقعی خسارت مخارج و حق‌الزحمه که در صورت عدم وقوع حادثه به مال تعلق می‌گرفت از اصل قیمت کسر خواهد شد و در هر صورت میزان خسارت از قیمت معینه در بیمه‌نامه تجاوز نخواهد کرد.

ماده ۲۳. در بیمه عمر یا نقص یا شکستن عضوی از اعضای بدن مبلغ پرداختی بعد از مرگ یا نقصان عضو باید به‌طور قطع در موقع عقد بیمه بین طرفین معین شود.

بیمه عمر یا بیمه نقصان یا شکستن عضو شخص دیگری در صورتی که آن شخص قبلاً رضایت خود را کتباً نداده باشد باطل است.

هرگاه بیمه‌گذار اهلیت قانونی نداشته باشد رضایت ولی یا قیم او شرط است.

اگر بیمه راجع به عمر یا نقص یا شکستن عضو بدن جماعتی به‌طور کلی باشد میزان خسارت عبارت از مبلغی خواهد بود که مطابق تعرفه قبلاً بین طرفین معین می‌شود.

ماده ۲۴. وجه بیمه عمر که باید بعد از فوت پرداخته شود به ورثه قانونی متوفی پرداخته می‌شود مگر این‌که در موقع عقد بیمه یا بعد از آن در سند بیمه قید دیگری شده باشد که در این صورت وجه بیمه متعلق به کسی خواهد بود که در سند بیمه اسم برده شده است.

ماده ۲۵. بیمه‌گذار حق دارد ذی‌نفع در سند بیمه عمر خود را تغییر دهد مگر آنکه آن را به دیگری انتقال داده و بیمه‌نامه را هم به منتقل‌الیه تسلیم کرده باشد.

ماده ۲۶. در تمام مدت اعتبار قرارداد بیمه عمر بیمه‌گذار حق دارد وجه معینه در بیمه‌نامه را به دیگری منتقل نماید انتقال مزبور باید به امضای انتقال‌دهنده و بیمه‌گر برسد.

ماده ۲۷. اثرات قانونی انتقال وجه بیمه عمر از تاریخ فوت بیمه‌شده شروع می‌شود ولی اگر بیمه‌گذار از بابت آن وجهی دریافت کرده یا نسبت به آن با بیمه‌گر معامله نموده باشد در کمال اعتبار خواهد بود.

ماده ۲۸. بیمه‌گر مسئول خسارات ناشیه از جنگ و شورش نخواهد بود مگر آنکه خلاف آن در بیمه‌نامه شرط شده باشد.

ماده ۲۹. در مورد بیمه مال منقول در صورت وقوع حادثه و پرداخت خسارت به بیمه‌گذار بیمه‌گر از هرگونه مسئولیت در مقابل ثالث بری می‌شود.

ماده ۳۰. بیمه‌گر در حدودی که خسارات وارده را قبول یا پرداخت می‌کند در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت هستند قائم‌مقام بیمه‌گذار خواهد بود و اگر بیمه‌گذار اقدامی کند که منافی با عقد مزبور باشد در مقابل بیمه‌گر مسئول شناخته می‌شود.

ماده ۳۱. در صورت توقف یا افلاس بیمه‌گر بیمه‌گذار حق فسخ قرارداد را خواهد داشت.

ماده ۳۲. در صورت ورشکستگی بیمه‌گر بیمه‌گذاران نسبت به سایر طلبکاران حق تقدم دارند و بین معاملات مختلف بیمه در درجه اول حق تقدم با معاملات بیمه عمر است.

ماده ۳۳. بیمه‌گر نسبت به حق بیمه در مقابل هرگونه طلبکاری بر مال بیمه‌شده حق تقدم دارد حتی اگر طلب سایرین به موجب سند رسمی باشد.

ماده ۳۴. اگر در یک قرارداد بیمه موضوعات مختلفی بیمه شده باشد در صورت اثبات تقلب از طرف بیمه‌گذار نسبت به یکی از آن موضوعات بطلان نسبت به سایر موضوعات نیز سربایت کرده تمام قرارداد باطل خواهد بود.

موضوعات مختلفی که در یک بیمه‌نامه ذکر می‌شود در حکم یک قرارداد محسوب است.

ماده ۳۵. طرفین می‌توانند در قراردادهای بیمه هر شرط دیگری بنمایند لیکن موعد مذکوره در ماده ۱۶ را نمی‌توانند تقلیل دهند ولی ممکن است موعد را به رضایت یکدیگر تمدید کنند. این قانون شامل قراردادهای گذشته بیمه نیز خواهد بود.

ماده ۳۶. مرور زمان دعوی ناشی از بیمه دو سال است و ابتدای آن از تاریخ وقوع حادثه منشأ دعوی خواهد بود لکن دعوی که قبل از اجرای این قانون در محاکم طرح شده باشد مشمول این ماده نخواهد بود.

این قانون که مشتمل بر سی و شش ماده است در جلسه هفتم اردیبهشت ماه یک هزار و سیصد و شانزده به تصویب مجلس شورای ملی رسید.

۲- قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری (مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰)

بخش اول - بیمه مرکزی ایران

قسمت اول - تشکیل و موضوع

ماده ۱. به منظور تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها همچنین به منظور اعمال نظارت دولت بر این فعالیت مؤسسه‌ای به نام بیمه مرکزی ایران طبق مقررات این قانون به صورت شرکت سهامی تأسیس می‌گردد.

ماده ۲. سرمایه بیمه مرکزی ایران پانصد میلیون ریال است که به پنجاه سهم ده میلیون ریالی با نام تقسیم می‌شود و تمامی آن متعلق به دولت و غیرقابل انتقال است و افزایش آن با تصویب مجمع عمومی امکان‌پذیر است. مبلغ مزبور از محل اندوخته‌های شرکت سهامی بیمه ایران تأمین خواهد شد.

ماده ۳. مرکز اصلی بیمه مرکزی ایران تهران است و بیمه مرکزی ایران می‌تواند در هر جاکه لازم بداند به شرکت سهامی بیمه ایران نمایندگی بدهد.

ماده ۴. بیمه مرکزی ایران تابع قوانین و مقررات عمومی مربوط به دولت و دستگاه‌هایی که با سرمایه دولت تشکیل شده‌اند نمی‌باشد مگر آنکه در قانون مربوط صراحتاً از بیمه مرکزی ایران نام برده شده باشد ولی نسبت به مواردی که در این قانون پیش‌بینی نشده باشد بیمه مرکزی ایران تابع قانون تجارت است.

قسمت دوم - وظایف و اختیارات

ماده ۵. بیمه مرکزی ایران دارای وظایف و اختیارات زیر است:

۱. تهیه آیین‌نامه‌ها و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه در ایران لازم باشد با توجه به مفاد این قانون؛

۲. تهیه اطلاعات لازم از فعالیت‌های کلیه مؤسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند؛

۳. انجام بیمه‌های اتکایی اجباری؛

۴. قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی؛

۵. واگذاری بیمه‌های اتکایی به مؤسسات داخلی یا خارجی در هر مورد که مقتضی باشد؛

۶. اداره صندوق تأمین خسارت‌های بدنی و تنظیم آیین‌نامه آن، موضوع ماده ۱۰ قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب دی‌ماه ۱۳۴۷؛

۷. ارشاد و هدایت و نظارت بر مؤسسات بیمه و حمایت از آنها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم امور نمایندگی و دلالتی بیمه و نظارت بر امور بیمه اتکایی و جلوگیری از رقابت‌های مکارانه و ناسالم.

تبصره- بیمه مرکزی ایران ملزم به حفظ اسرار مؤسساتی است که به موجب این قانون حق نظارت بر آنها را دارا می‌باشد و به هیچ وجه نباید از اطلاعاتی که در جهت اجرای این قانون به دست می‌آورد جز در مواردی که قانون معین می‌نماید استفاده کند.

قسمت سوم - ارکان بیمه مرکزی ایران

ماده ۶. بیمه مرکزی ایران دارای ارکان زیر است:

۱. مجمع عمومی؛

۲. شورای عالی بیمه؛

۳. هیئت عامل؛

۴. بازرسان.

فصل اول - مجمع عمومی

ماده ۷. مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مرکب است از وزیر امور اقتصادی و دارایی، وزیر بازرگانی، وزیر کار و امور اجتماعی. هیئت عامل و بازرسان بدون داشتن حق رأی در جلسه شرکت خواهند کرد^۱.

ماده ۸. مجمع عمومی عادی به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران سالی یک مرتبه حداکثر تا پایان شهریورماه تشکیل می‌شود.

مجمع عمومی فوق‌العاده به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران و یا به پیشنهاد هریک از اعضای مجمع عمومی تشکیل خواهد شد.

رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است ظرف ده روز پس از دریافت پیشنهاد تشکیل جلسه مجمع عمومی را کتباً دعوت کند. در دعوتنامه دستور جلسه، روز و ساعت و محل انعقاد جلسه ذکر خواهد شد.

هیچ موضوعی را نمی‌توان در مجمع عمومی عادی یا فوق‌العاده مطرح کرد مگر آنکه قبلاً جزو دستور قرار داده شده باشد.

ماده ۹. وظایف مجمع عمومی به شرح زیر است:

الف) تعیین خط مشی کلی؛

ب) رسیدگی و اظهارنظر نسبت به گزارش سالانه رئیس کل بیمه مرکزی ایران؛

ج) رسیدگی و تصویب بودجه و ترازنامه و حساب سود و زیان و ترتیب تقسیم سود؛

د) تصویب سازمان و آیین‌نامه‌های مالی و اداری بیمه مرکزی ایران؛

۱. به موجب تصویب‌نامه شماره ۴۹۷۰۸ مورخ ۱۳۵۳/۸/۲۶ هیأت وزیران مستند به ماده ۴ قانون تشکیل وزارت امور اقتصادی و دارایی به شرح متن اصلاح شده است.

ه) تصویب مقررات استخدامی با رعایت بند پ ماده ۲ قانون استخدام کشوری؛

و) انتخاب بازرسان؛

ز) تعیین حقوق رئیس کل و اعضای هیئت عامل و حق‌الزحمه بازرسان؛

ح) تصمیم نسبت به هر موضوعی که از طرف رئیس کل بیمه مرکزی ایران جزو دستور قرار داده شده باشد.

فصل دوم - شورای عالی بیمه

ماده ۱۰. شورای عالی بیمه از اشخاص زیر تشکیل می‌شود:

۱. رئیس کل بیمه مرکزی ایران؛

۲. معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی؛

۳. معاون وزارت بازرگانی؛

۴. معاون وزارت کار و امور اجتماعی؛

۵. معاون وزارت جهاد کشاورزی؛^۱

۶. رئیس شرکت سهامی بیمه ایران؛

۷. مدیرعامل یکی از مؤسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه‌گران ایران؛

۸. یک نفر کارشناس امور حقوقی به انتخاب مجمع عمومی؛

۹. یک نفر کارشناس در امور بیمه به انتخاب مجمع عمومی؛

۱۰. یک نفر مطلع در امور بیمه به انتخاب رئیس اتاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران.

تبصره- اعضای شورای عالی بیمه موضوع بندهای ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ برای مدت سه سال انتخاب می‌شوند و انتخاب مجدد آنان بلامانع است.

ماده ۱۱. ریاست شورای عالی بیمه بدون شرکت در اخذ رأی با رئیس کل بیمه مرکزی ایران و در غیاب او با قائم‌مقام او خواهد بود.

ماده ۱۲. اعضای شورای عالی بیمه قبل از شروع به کار باید در مجمع عمومی سوگند یاد کنند که در انجام وظایف شورای عالی بیمه نهایت دقت و مراقبت را مبذول دارند و کلیه تصمیمات خود را به صلاح کشور اتخاذ نمایند و اسرار شورای عالی بیمه را حفظ کنند.

۱. حسب نظریه مورخ ۱۳۸۳/۷/۱۲ معاونت حقوقی و امور مجلس ریاست جمهوری، به جای معاون وزارت تعاون و امور روستاها معاون وزارت جهاد کشاورزی در جلسات شورای عالی بیمه شرکت می‌نماید.

ماده ۱۳. جلسات شورای عالی بیمه حداقل ماهی یک‌بار به دعوت رئیس شورای عالی بیمه تشکیل خواهد شد و در صورتی که حداقل چهار نفر از اعضای شورای عالی بیمه کتباً تقاضای تشکیل جلسه را بنمایند رئیس شورای عالی بیمه موظف است ظرف یک هفته اعضای شورای عالی را برای تشکیل جلسه دعوت کند.

ماده ۱۴. جلسه شورای عالی بیمه با حضور حداقل شش نفر از اعضا رسمیت می‌یابد و تصمیمات با اکثریت پنج رأی حاضر در جلسه رسمی معتبر و قابل اجرا است. هنگام رسیدگی و اخذ رأی نسبت به مؤسسه بیمه‌ای که یکی از اعضای شورای عالی به نحوی در آن سهم است آن عضو در رأی شرکت نخواهد کرد.

ماده ۱۵. صورت جلسات مذاکرات شورای عالی بیمه در دفتری ثبت و به امضای رئیس شورای عالی بیمه رسیده و در بیمه مرکزی ایران نگاهداری می‌شود.

ماده ۱۶. شورای عالی بیمه دارای دبیرخانه‌ای خواهد بود که سازمان آن را شورای عالی بیمه تصویب خواهد کرد، رئیس و کارکنان دبیرخانه از بین کارکنان بیمه مرکزی ایران انتخاب می‌شوند.

ماده ۱۷. وظایف شورای عالی بیمه به شرح زیر است:

۱. رسیدگی و اظهارنظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه طبق مقررات این قانون و پیشنهاد آن به مجمع عمومی؛

۲. تصویب نمونه ترازنامه که باید مورد استفاده مؤسسات بیمه قرار گیرد؛

۳. تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها و نظارت بر امور بیمه‌های اتکایی؛

۴. تعیین میزان کارمزد و حق بیمه مربوط به رشته‌های مختلف بیمه مستقیم؛

۵. تصویب آیین‌نامه‌های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت مؤسسات بیمه؛

۶. رسیدگی و اظهارنظر نسبت به گزارش بیمه مرکزی ایران درباره عملیات و فعالیت‌های

مؤسسات بیمه در ایران که حداقل هر شش ماه یک‌بار باید تسلیم شود؛

۷. اظهارنظر درباره هرگونه پیشنهاد که از طرف رئیس شورای عالی بیمه به آن ارجاع می‌شود؛

۸. انجام سایر وظایفی که این قانون برای آن تعیین نموده است.

فصل سوم - هیئت عامل

ماده ۱۸. هیئت عامل بیمه مرکزی ایران مرکب از رئیس کل و قائم‌مقام رئیس کل و معاونان

بیمه مرکزی ایران خواهد بود.

ماده ۱۹. رئیس کل بیمه مرکزی ایران و قائم‌مقام او به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی و تصویب هیئت وزیران و معاونان بیمه مرکزی ایران به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی ایران و موافقت وزیر امور اقتصادی و دارایی به موجب تصویب‌نامه هیئت وزیران منصوب می‌شوند.

ماده ۲۰. رئیس کل و قائم‌مقام رئیس کل بیمه مرکزی ایران برای مدت چهار سال منصوب می‌شوند و انتصاب مجدد آنان بلامانع است.

ماده ۲۱. رئیس کل بیمه مرکزی ایران بالاترین مقام اجرایی و اداری بیمه مرکزی ایران می‌باشد.

ماده ۲۲. وظایف و اختیارات رئیس کل بیمه مرکزی ایران به شرح زیر است:

الف) نظارت در اجرای این قانون و آیین‌نامه‌های مربوط به آن؛

ب) نمایندگی بیمه مرکزی ایران در مقابل اشخاص و مؤسسات دولتی یا خصوصی و دادگاه‌ها و سایر مراجع قضایی و غیرقضایی با حق توکیل و سازش و سایر اختیارات مندرج در ماده ۶۲ قانون آیین دادرسی مدنی؛

ج) تفویض قسمتی از اختیارات خود و حق امضا به قائم‌مقام و یا معاونان و یا رؤسا یا کارمندان و تعیین وظایف آنان؛

د) تقدیم گزارش وضع حساب‌ها و امور بیمه مرکزی ایران به مجمع عمومی؛

ه) تقدیم گزارش عملیات و فعالیت‌های مؤسسات بیمه در ایران به شورای عالی بیمه.

ماده ۲۳. در غیاب رئیس کل بیمه مرکزی ایران قائم‌مقام رئیس کل دارای کلیه اختیارات و وظایف قانونی او خواهد بود.

فصل چهارم - بازرسان

ماده ۲۴. بیمه مرکزی ایران دارای دو نفر بازرس^۱ که اطلاعات و تجارب کافی در امور بیمه و حسابداری داشته باشند خواهد بود که یک نفر از آنان از طرف وزیر امور اقتصادی و دارایی و دیگری از طرف وزیر بازرگانی پیشنهاد و با تصویب مجمع عمومی برای یک سال تعیین خواهند شد، انتخاب مجدد بازرسان بلامانع است.

ماده ۲۵. بازرسان حق دارند هرگونه اطلاعی را از بیمه مرکزی ایران بخواهند ولی حق دخالت مستقیم در امور بیمه مرکزی ایران را ندارند.

رسیدگی به ترازنامه سالانه وظیفه اصلی بازرسان می‌باشد. ترازنامه بیمه مرکزی ایران یک‌ماه

۱. به موجب اساسنامه سازمان حسابرسی مصوب ۱۳۶۶/۶/۱۷ وظیفه بازرسان به سازمان حسابرسی محول گردیده است.

قبل از تشکیل مجمع عمومی تسلیم بازرسان خواهد شد تا گزارش درباره آن تهیه و ضمن اظهارنظر به مجمع عمومی تسلیم کنند.

قسمت چهارم - مقررات مختلف

ماده ۲۶. رئیس کل و سایر اعضای هیئت عامل در مدت تصدی خود نمی‌توانند عضویت شرکت‌ها و مؤسسات بازرگانی را قبول نمایند و یا در سایر دستگاه‌های دولتی یا ملی سمتی داشته باشند.

تبصره - تدریس در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و قبول سمت‌های غیرموظف در مؤسسات خیریه و اجتماعی و آموزشی بلامانع است.

ماده ۲۷. اسناد مالی و اوراق بهادار و چک‌های بیمه مرکزی ایران با دو امضا معتبر خواهد بود.

ماده ۲۸. بیمه مرکزی ایران مجاز خواهد بود که موجودی‌های نقدی خود را به صورت حساب جاری و یا سپرده نزد بانک بیمه ایران^۱ نگاهداری نماید. یا براساس بودجه مصوب از محل سرمایه و ذخایر و اندوخته‌های خود و صندوق تأمین خسارت‌های بدنی تا مبلغ یکصد میلیون ریال در هر سال با تصویب هیئت عامل و مازاد بر آن با تصویب مجمع عمومی به هر نوع عملیات دیگر از جمله خرید سهام و مشارکت در بانک‌ها و شرکت‌های دیگر با حق فروش و انتقال آنها که برای توسعه و پیشرفت وظایف بیمه مرکزی ضروری یا مفید باشد مبادرت نماید^۲.

ماده ۲۹. اعضای شورای عالی بیمه و مشاورین و اعضای اداری شورای عالی بیمه و افرادی که شورای عالی بیمه در اجرای وظایف خود به آنها مراجعه می‌کند و رئیس کل و سایر اعضای هیئت عامل و بازرسان و کلیه کارکنان بیمه مرکزی ایران باید از افشای اطلاعات محرمانه‌ای که در اجرای وظایف محوله به‌دست می‌آورند خودداری نمایند و الا مشمول مقررات ماده ۱۳۸ قانون مجازات عمومی خواهند بود.

ماده ۳۰. شرکت سهامی بیمه ایران عملیات خود را جز آنچه به موجب بندهای ۱ و ۲ و ۳ و ۶ و ۷ ماده ۵ این قانون جزو وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ایران قرار داده شده است بر طبق اساسنامه خود ادامه خواهد داد.

۱. این بانک در بانک ملت ادغام شده است.

۲. به موجب قانون اصلاح قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۳/۳/۶ به شرح متن اصلاح شده است.

وزارتخانه‌ها و مؤسسات و شرکت‌های دولتی و شهرداری‌ها و هر مؤسسه دیگری که اکثریت سرمایه آن متعلق به دولت یا سازمان‌های مزبور می‌باشد و یا تحت نظر دولت و یا سازمان‌های مزبور اداره می‌شوند موظف‌اند بیمه‌های خود را منحصرراً در شرکت سهامی بیمه ایران انجام دهند.

این حکم شامل شرکت ملی نفت ایران - شرکت ملی ذوب آهن ایران - شرکت هواپیمایی ملی ایران - بانک مرکزی ایران - بانک ملی ایران - سازمان مرکزی گسترش و نوسازی صنایع ایران و صندوق توسعه کشاورزی خواهد بود مگر آنکه مجمع عمومی هریک از این مؤسسات نسبت به بیمه آنها تصمیم دیگری اتخاذ نماید.

تبصره- دولت مکلف است ظرف چهار ماه از تاریخ تصویب این قانون اساسنامه جدید شرکت مزبور را برای تصویب کمیسیون‌های دارایی و استخدام مجلسین تقدیم کند.

بخش دوم - بیمه‌گری

قسمت اول - مؤسسات بیمه

فصل اول - کلیات

ماده ۳۱. عملیات بیمه در ایران به وسیله شرکت‌های سهامی عام ایرانی که کلیه سهام آنها بانام بوده و با رعایت این قانون و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشند انجام گرفت.

تبصره ۱. فعالیت مؤسسات بیمه خارجی مشمول مقررات فصل چهارم این قانون خواهد بود.

تبصره ۲. تشخیص فعالیت‌هایی که به آن عملیات بیمه اطلاق می‌شود با شورای عالی بیمه خواهد بود.

ماده ۳۲. تعداد سهام‌داران یک مؤسسه بیمه ایرانی نباید کمتر از ده شخص حقیقی یا حقوقی باشد.

ماده ۳۳. هر شخص حقیقی یا حقوقی نمی‌تواند بیش از ۲۰ درصد سهام یک مؤسسه بیمه ایرانی را دارا باشد، نصاب ۲۰ درصد شامل اقارب نسبی و سببی درجه یک از طبقه اول صاحب سهم نیز خواهد بود.

ماده ۳۴. احکام مواد ۳۱ و ۳۲ و ۳۳ شامل مؤسسات بیمه‌ای که صاحب سهم آن دولت یا بنیاد علوی^۱ است نمی‌شود.

۱. نام بنیاد یادشده بعد از انقلاب از بنیاد پهلوی به بنیاد علوی تغییر یافته است.

ماده ۳۵. واگذاری سهام مؤسسات بیمه ایرانی غیردولتی به اشخاص حقیقی یا حقوقی تبعه خارج تا بیست درصد با موافقت بیمه مرکزی ایران مجاز است و بیش از آن موکول به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیئت وزیران خواهد بود. در مورد اخیر انتقال سود سهام سهام‌داران خارجی در هر سال نباید از دوازده درصد مجموع سرمایه پرداخت شده و سود انتقال نیافته سال‌های قبل تجاوز کند^۱.

تبصره- انتقال سهام مؤسسات بیمه ایرانی به دولت‌های خارجی یا انتقال بیش از ۴۹ درصد سهام آنها به اشخاص حقیقی یا حقوقی خارجی مطلقاً ممنوع است. انتقال سهام بین سهام‌داران اتباع خارجی باید با موافقت قبلی بیمه مرکزی ایران صورت گیرد.

ماده ۳۶. مؤسسات بیمه ایرانی با سرمایه حداقل یکصد میلیون ریال تشکیل می‌شود که باید ۵۰ درصد آن نقداً پرداخت شده باشد میزان ودیعه‌ای که عندالاقضا برای هریک از رشته‌های بیمه در نظر گرفته خواهد شد در آیین‌نامه‌ای که از طرف بیمه مرکزی ایران تهیه و به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد تعیین خواهد شد.

ماده ۳۷. ثبت هر مؤسسه بیمه در ایران موکول به ارائه پروانه تأسیس که از طرف بیمه مرکزی ایران صادر می‌شود خواهد بود. همچنین ثبت هرگونه تغییرات بعدی در اساسنامه و میزان سرمایه و سهام مؤسسات بیمه‌ای که به ثبت رسیده باشند موکول به ارائه موافقت بیمه مرکزی ایران می‌باشد.

فصل دوم - صدور پروانه

ماده ۳۸. برای انجام عملیات بیمه در تمام رشته‌ها یا رشته‌ای معین باید قبلاً طبق مقررات این فصل از بیمه مرکزی ایران پروانه تحصیل گردد. برای تحصیل پروانه مذکور متقاضی باید مدارک و اطلاعات زیر را به بیمه مرکزی ایران تسلیم کند:

۱. اساسنامه مؤسسه؛

۲. میزان سرمایه مؤسسه؛

۳. صورت کامل اسامی شرکا و مدیران و تابعیت و تعداد سهام هریک از آنها؛

۴. میزان سهام نقدی و غیرنقدی و نحوه پرداخت آنها؛

۱. به موجب قانون اصلاح قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۳/۳/۶ به شرح متن اصلاح شده است.

۵. اسناد و مدارک و اطلاعات دیگری که بیمه مرکزی ایران برای احراز صلاحیت مالی و فنی مؤسسه و حسن شهرت مدیران لازم بدانند.

ماده ۳۹. تقاضای صدور پروانه به بیمه مرکزی ایران تسلیم می‌شود بیمه مرکزی ایران مکلف است حداکثر ظرف مدت شصت روز از تاریخ تسلیم آخرین مدارک و اطلاعات خواسته‌شده با رعایت مفاد بند یک ماده ۱۷ نظر مجمع عمومی را اعم از قبول یا رد تقاضا کتباً به متقاضی اعلام نماید.

هرگاه متقاضی نسبت به نظر اعلام‌شده اعتراض داشته باشد می‌تواند ظرف سی روز اعتراض خود رابه هیئت وزیران تسلیم نماید. نظری که هیئت وزیران اتخاذ نماید قطعی خواهد بود.

فصل سوم - ابطال پروانه

ماده ۴۰. پروانه بیمه برای تمام رشته‌ها و یا رشته‌های معینی در موارد زیر پس از موافقت شورای عالی بیمه با تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران ابطال خواهد شد:

۱. در صورت تقاضای دارنده پروانه؛

۲. در صورتی که مؤسسه بیمه تا یک‌سال پس از صدور پروانه عملیات خود را شروع نکرده باشد؛

۳. در مواردی که به تشخیص بیمه مرکزی ایران وضع مالی مؤسسه بیمه طوری باشد که نتواند به تعهدات خود عمل نماید یا بر بیمه مرکزی ایران ثابت گردد که ادامه فعالیت مؤسسه به زیان بیمه‌شدگان و بیمه‌گذاران و یا صاحبان حقوق آنها است.

ماده ۴۱. در مواردی که مؤسسه بر خلاف اساسنامه خود یا قوانین و مقررات بیمه رفتار کند به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تصویب شورای عالی بیمه به‌طور موقت از قبول بیمه در رشته‌های معین ممنوع خواهد شد.

ماده ۴۲. در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه‌ای طبق ماده ۴۰ باطل گردد مؤسسه مزبور می‌تواند ظرف سی روز به هیئت وزیران مراجعه و لغو تصمیم متخذه را درخواست کند. نظر هیئت وزیران قطعی است.

ماده ۴۳. صدور یا لغو پروانه مؤسسه بیمه و اطلاعاتی که از لحاظ حفظ منافع بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها لازم باشد به هزینه خود مؤسسه بیمه توسط بیمه مرکزی ایران در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران و در صورتی که مؤسسه بیمه در شهر یا شهرهای دیگر شعبه یا نمایندگی داشته باشد در یکی از روزنامه‌های آن شهرها نیز در دو نوبت به فاصله یک‌ماه آگهی خواهد شد.

ماده ۴۴. در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه‌ای برای یک یا چند رشته به‌طور دائم لغو شود بیمه مرکزی ایران با تصویب شورای عالی بیمه کلیه سوابق و اسناد مربوط به حقوق و تعهدات (پرتفوی Portfolio) مؤسسه مزبور را به شرکت سهامی بیمه ایران انتقال خواهد داد و یا ترتیب خاص دیگری را که متضمن منافع بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها باشد خواهد داد.

فصل چهارم - مقررات مربوط به مؤسسات بیمه خارجی

ماده ۴۵. از تاریخ تصویب این قانون شروع فعالیت مؤسسات بیمه خارجی در ایران موقوف به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیئت وزیران خواهد بود.

ماده ۴۶. مؤسسات بیمه خارجی باید طبق آیین‌نامه‌ای که به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد مبلغی برای هر یک از دو رشته بیمه‌های زندگی و سایر انواع بیمه نزد بیمه مرکزی ایران تودیع نمایند. مبلغ این ودیعه در هر یک از دو مورد مذکور از پانصد هزار دلار یا معادل آن از ارزهای مورد قبول بانک مرکزی ایران کمتر نخواهد بود.

هر یک از مؤسسات بیمه خارجی باید درآمدهای خود را سال به سال به ودیعه مزبور اضافه کند تا در هر مورد مبلغ ودیعه حداقل به دو برابر مبلغ مصوب شورای عالی بیمه برسد. افزایش ودیعه مازاد بر مبالغ فوق اختیاری است.

ماده ۴۷. انتقال درآمد مؤسسات بیمه خارجی پس از تکمیل ودیعه مذکور در ماده ۴۶ به خارج بلامانع خواهد بود مشروط بر این که رقم انتقالی در هر سال از ۱۰ درصد مبلغی که به عنوان ودیعه در نزد بیمه مرکزی ایران است تجاوز ننماید.

تبصره - ترتیب انتقال درآمد مازاد بر ودیعه به مأخذ ده درصد در سال مذکور در این ماده موقوف به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیئت وزیران خواهد بود.

ماده ۴۸. مؤسسات بیمه خارجی که در ایران کار می‌کنند باید نماینده‌ای که در ایران مقیم و دارای اختیارات لازم برای اداره کردن تمام کارهای مؤسسه در ایران و انجام تعهدات از طرف مؤسسه بیمه اصلی باشد معرفی نمایند. نماینده مذکور مسئول کلیه عملیات مؤسسه بیمه اصلی در ایران خواهد بود و باید دارای اختیارنامه‌ای باشد که ضمن آن حدود اختیارات او مشخص گردیده و حق انتخاب نماینده مجاز یا قائم‌مقام به جای خود به او داده شده باشد.

نماینده مزبور موظف است کلیه بیمه‌های منعقدشده در ایران را شخصاً یا به وسیله قائم‌مقام یا نماینده مجاز خود بدون این که تصویب مؤسسه بیمه اصلی لازم باشد امضا نماید و بتواند در دعاوی خواننده یا خواهان قرار گیرد و حق توکیل و سازش داشته باشد.

ماده ۴۹. نماینده مؤسسات بیمه خارجی فقط تا حدودی که از مؤسسه بیمه اصلی اختیار دارد اقدام به بیمه در ایران خواهد نمود و در صورتی که در هر یک از رشته‌های بیمه از مؤسسه بیمه اصلی سلب اجازه بیمه کردن به طور موقت یا دائم بشود و یا مؤسسه بیمه اصلی از نماینده خود جزئاً یا کلاً سلب اختیار کند باید مراتب را کتباً به بیمه مرکزی ایران اطلاع دهد.

ماده ۵۰. مؤسسات بیمه خارجی علاوه بر مقررات این قانون و آیین‌نامه‌های اجرایی مربوط مشمول مقررات عمومی مربوط به شرکت‌ها و مؤسسات خارجی نیز خواهند بود.

قسمت دوم - انحلال و ورشکستگی

ماده ۵۱. در صورتی که ورشکستگی یک مؤسسه بیمه اعلام بشود دادگاه مکلف است قبل از اتخاذ هرگونه تصمیم نظر بیمه مرکزی ایران را جلب نماید. بیمه مرکزی ایران از تاریخ وصول استعلام دادگاه باید ظرف ۱۵ روز نظریه خود را کتباً به دادگاه اعلام دارد. دادگاه باتوجه به نظریه بیمه مرکزی ایران تصمیم مقتضی اتخاذ خواهد کرد.

ماده ۵۲. ابطال پروانه یک مؤسسه بیمه برای کلیه عملیات بیمه‌ای از موارد انحلال مؤسسه است و در این صورت مفاد ماده ۴۴ این قانون اجرا خواهد شد.

ماده ۵۳. تصفیه مؤسسه بیمه ورشکسته طبق قانون تجارت به عمل می‌آید. در نقاطی که اداره تصفیه امور ورشکستگی وجود ندارد دادگاه بیمه مرکزی ایران را به‌عنوان قائم‌مقام اداره تصفیه تعیین می‌نماید و در حوزه دادگاه‌های شهرستانی که اداره تصفیه در آنجا تأسیس گردیده است اداره تصفیه با معاونت بیمه مرکزی ایران امر تصفیه را انجام خواهد داد.

قسمت سوم - انتقال عملیات و ادغام

ماده ۵۴. مؤسسات بیمه می‌توانند با موافقت بیمه مرکزی ایران و تصویب شورای عالی بیمه تمام یا قسمتی از پرتفوی^۱ خود را با کلیه حقوق و تعهدات ناشی از آن به یک یا چند مؤسسه بیمه مجاز دیگر واگذار کنند.

ماده ۵۵. تقاضای انتقال پرتفوی یک مؤسسه بیمه به مؤسسات دیگر بیمه دویار به فاصله ده روز در روزنامه رسمی کشور و در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران و عنداللزوم در یکی از روزنامه‌های محلی به هزینه متقاضی از طرف بیمه مرکزی ایران آگهی خواهد شد.

ماده ۵۶. پس از انقضای سه ماه از تاریخ آخرین آگهی بیمه مرکزی ایران در صورت حصول اطمینان از این‌که در این انتقال هیچ‌یک از حقوق بیمه‌شدگان و بیمه‌گذاران و صاحبان حقوق آنها تضییع نخواهد شد موافقت خود را با انتقال پرتفوی کتباً به مؤسسه بیمه متقاضی اعلام خواهد داشت.

ماده ۵۷. در صورت موافقت بیمه مرکزی ایران با انتقال پرتفوی این انتقال برای کلیه بیمه‌شدگان و بیمه‌گذاران و صاحبان حقوق آنها از تاریخ انتقال معتبر خواهد بود.

ماده ۵۸. یک یا چند مؤسسه بیمه می‌توانند با رعایت مواد ۵۵-۵۶ و ۵۷ با موافقت بیمه مرکزی ایران و تصویب شورای عالی بیمه در یک مؤسسه بیمه دیگر ادغام شوند.

ماده ۵۹. بیمه مرکزی ایران به منظور حفظ حقوق بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها یا به ملاحظات اقتصادی و حمایت امر بیمه می‌تواند با تأیید شورای عالی بیمه و تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مؤسسات بیمه‌ای را که وضع مالی یا اداری آنها رضایت‌بخش نیست مکلف نماید که در یکی از مؤسسات بیمه دیگری که موافق باشند ادغام شوند و در صورتی که ادغام صورت نگیرد پروانه مؤسسه‌ای که وضع مالی یا اداری آن رضایت‌بخش نیست طبق مقررات این قانون لغو خواهد شد. تصمیم بیمه مرکزی ایران علاوه بر ابلاغ کتبی به مؤسسات موردنظر در روزنامه رسمی کشور و در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران و عنداللزوم در یکی از روزنامه‌های محلی به اطلاع عموم خواهد رسید.

قسمت چهارم - مقررات مختلف

ماده ۶۰. اموال مؤسسات بیمه همچنین ودایع مذکور در مواد ۳۶ و ۴۶ تضمین حقوق و مطالبات بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان است و در صورت انحلال یا ورشکستگی مؤسسه بیمه بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان نسبت به سایر بستانکاران حق تقدم دارند. در میان رشته‌های مختلف بیمه حق تقدم با بیمه عمر است.

مؤسسات بیمه نمی‌توانند بدون موافقت قبلی بیمه مرکزی ایران اموال خود را صلح حقوق نمایند و یا به رهن واگذار کنند و یا موضوع هر نوع معامله با حق استرداد قرار دهند.

دفاتر اسناد رسمی موظفند هنگام انجام این قبیل معاملات موافقتنامه بیمه مرکزی ایران را مطالبه و مفاد آن را در سند منعکس کنند.

ماده ۶۱. مؤسسات بیمه موظفند اندوخته‌های فنی و قانونی نگه‌دارند و در حساب‌های خود نحوه به‌کار افتادن آنها را به‌طور مشخص منعکس نمایند. انواع اندوخته‌های فنی و قانونی برای

هریک از رشته‌های بیمه و میزان و طرز محاسبه همچنین ترتیب به‌کار انداختن این اندوخته‌ها و نحوه ارزیابی اموال منقول و غیرمنقولی که نماینده اندوخته‌های مؤسسات بیمه است از طرف شورای عالی بیمه تعیین خواهد شد.

ماده ۶۲. کلیه مؤسسات بیمه موظفند ترازنامه و حساب‌های سود و زیان خود را طبق نمونه‌ای که از طرف بیمه مرکزی ایران تهیه و به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد تنظیم نمایند و پس از تصویب نسخه‌ای از آن را برای بیمه مرکزی ایران ارسال دارند.

ماده ۶۳. مؤسسات بیمه موظفند ترازنامه خود را در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران درج نمایند.

ماده ۶۴. اشخاصی که در ایران یا در خارجه به‌علت ارتکاب جنایت یا دزدی یا خیانت در امانت یا کلاهبرداری یا صدور چک بی‌محل یا اختلاس یا معاونت در یکی از جرایم فوق محکوم شده باشند و ورشکستگان به تقصیر نمی‌توانند جزو مؤسسين یا مدیران مؤسسات بیمه باشند. همچنین واگذاری نمایندگی به این اشخاص و اشتغال به دلالتی از طرف آنان ممنوع است.

ماده ۶۵. در صورتی که به حکم دادگاه مسلم شود که ورشکستگی مؤسسه بیمه به علت تقصیر و تقلب مدیر یا مدیران بوده است در صورت عدم تکافوی دارایی مؤسسه مدیران متضامناً مسئول پرداخت طلب بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان خواهند بود.

ماده ۶۶. عرضه بیمه جز به وسیله اشخاص زیر ممنوع است:

۱. مؤسسات بیمه؛

۲. نمایندگان بیمه؛

۳. دلالان رسمی بیمه.

تبصره- هر کارمند یا نماینده بیمه که اقدام به عرضه بیمه نماید باید دارای کارت شناسایی از طرف مؤسسه بیمه مربوط باشد. نام دلال رسمی یا نماینده بیمه که بیمه‌نامه به وسیله او عرضه شده است باید در بیمه‌نامه ذکر شود.

ماده ۶۷. مؤسسات بیمه و نمایندگان و دلالان رسمی بیمه مسئول جبران خساراتی می‌باشند که در اجرای وظایفشان به سبب تقصیر و یا مسامحه آنها یا کارکنانشان به دیگران وارد آید.

ماده ۶۸. پروانه دلالتی رسمی بیمه به وسیله بیمه مرکزی ایران صادر خواهد شد و آیین‌نامه دلالان رسمی بیمه به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب شورای عالی بیمه خواهد رسید.

ماده ۶۹. هر مؤسسه بیمه در رشته یا رشته‌های معینی که پروانه بیمه ندارد رأساً و یا به وسیله نمایندگان خود قبول بیمه نماید مکلف به جبران خسارت زیان‌دیده خواهد بود.

تبصره- هر شخص حقیقی یا حقوقی که بدون داشتن پروانه از مؤسسه بیمه تحت عنوان نمایندگی بیمه برای هریک از رشته‌ها قبول بیمه نماید به مجازات مقرر در ماده ۲۳۸ قانون مجازات عمومی محکوم خواهد شد.

ماده ۷۰. بیمه‌های زیر باید منحصراً به وسیله مؤسسات بیمه‌ای که براساس این قانون اجازه فعالیت دارند انجام گیرد:

الف) بیمه اموال منقول یا غیرمنقول موجود در ایران؛

ب) بیمه حمل‌ونقل کالای وارداتی که قرارداد خرید آن در ایران منعقد می‌شود یا اعتبار اسنادی آن در ایران باز شده است.

تبصره- تجهیزات نظامی مورد نیاز وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح که فاقد امکان ساخت در داخل کشور بوده و فروشندگان آن تجهیزات حمل‌ونقل کالاهای مورد معامله را انحصاراً توسط بیمه‌های کشور فروشنده بیمه می‌نمایند، با پیشنهاد وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و تأیید بیمه مرکزی ایران و موافقت وزیر امور اقتصادی و دارایی از شمول بند (ب) این ماده مستثنی می‌باشد.^۱

ج) بیمه مربوط به کارگران و مستخدمین خارجی به استثنای بیمه عمر و حوادث شخصی در مدت اقامت در ایران؛

د) بیمه مربوط به ایرانیان مقیم ایران.

ماده ۷۱. کلیه مؤسسات بیمه که در ایران فعالیت می‌نمایند باید ۵۰ درصد در رشته بیمه‌های زندگی و ۲۵ درصد در سایر رشته‌ها از معاملات بیمه‌ای مستقیم خود را نزد بیمه مرکزی ایران بیمه اتکایی نمایند. بیمه مرکزی ایران مکلف است باتوجه به ظرفیت قبولی هریک از مؤسسات بیمه‌ای که در ایران کار می‌کنند تمام یا قسمتی از بیمه اتکایی مجدد سهمیه اتکایی اجباری دریافتی را در صورت تساوی شرایط به آنها واگذار نماید.

۱. این تبصره به صورت ماده واحده در جلسه علنی روز دوشنبه ۱۳۸۰/۲/۳ مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۰/۲/۱۲ به تأیید شورای نگهبان رسیده است که به ماده ۷۰ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰ الحاق می‌شود.

تبصره- آنچه مؤسسات بیمه به‌عنوان اتکایی قبول می‌کنند از شمول این ماده خارج است.
ماده ۷۲. نحوه واگذاری بیمه اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن برای هر رشته بیمه به‌وسیله شورای عالی بیمه تعیین خواهد شد.

ماده ۷۳. مؤسسات بیمه که در ایران فعالیت می‌کنند موظف خواهند بود معادل ۳۰ درصد از مزاد سهمیه بیمه اتکایی اجباری از معاملات مستقیم خود را با همان شرایطی که در خارج بیمه اتکایی می‌نمایند به بیمه مرکزی ایران واگذار کنند.

در صورتی که بیمه مرکزی ایران به هر علت از قبول آن استنکاف بنماید مؤسسات مزبور مجاز خواهند بود در خارج از ایران بیمه اتکایی نمایند. انتقال ارز بابت این ۳۰ درصد موکول به ارائه اجازه بیمه مرکزی ایران خواهد بود.

ماده ۷۴. مؤسسات بیمه اعم از ایرانی یا خارجی که تا تاریخ تصویب این قانون به‌موجب مقررات قبلی به ثبت رسیده‌اند و مشغول فعالیت‌های بیمه‌ای می‌باشند برای رشته‌هایی که در آن فعالیت می‌کنند احتیاج به کسب پروانه جدید نخواهند داشت ولی در هر حال موظفند ظرف هیجده ماه از تاریخ تصویب این قانون وضع خود را با مقررات این قانون تطبیق دهند در غیر این صورت پروانه آنها لغو خواهد شد. شورای عالی بیمه می‌تواند با توجه به دلایل و مقتضیات این مدت را یک‌بار تمدید نماید.

ماده ۷۵. مؤسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند عضو سندیکای بیمه‌گران ایران شناخته می‌شوند. اساسنامه این سندیکا به‌وسیله بیمه مرکزی ایران با جلب نظر اعضای سندیکا تدوین می‌شود و حداکثر ظرف شش ماه پس از تشکیل بیمه مرکزی ایران به تصویب شورای عالی بیمه خواهد رسید.

ماده ۷۶. مؤسسات بیمه که در ایران فعالیت می‌نمایند ملزم به رعایت دستورات بیمه مرکزی ایران که در حدود این قانون و آیین‌نامه‌های اجرایی آن صادر می‌شود خواهند بود.

ماده ۷۷. کلیه قوانین و مقررات مغایر با این قانون از تاریخ تصویب این قانون ملغی است.
قانون فوق مشتمل بر هفتاد و هفت ماده و ده تبصره پس از تصویب مجلس سنا در تاریخ روز شنبه ۱۳۵۰/۳/۲۹ در جلسه فوق‌العاده عصر روز یکشنبه سی‌ام خرداد ماه یک‌هزار و سیصد و پنجاه شمسی به تصویب مجلس شورای ملی رسید.

لایحه قانونی ملی شدن مؤسسات بیمه و مؤسسات اعتباری (مصوب ۱۳۵۸/۴/۴)

ماده ۱. به منظور حفظ حقوق بیمه‌گذاران و گسترش صنعت بیمه در سراسر کشور و گماردن بیمه به خدمت مردم از تاریخ تصویب این قانون کلیه مؤسسات بیمه کشور ضمن قبول اصل مالکیت مشروع مشروط، ملی اعلام می‌شود.

ماده ۲. پروانه فعالیت نمایندگی‌های مؤسسات بیمه خارجی در ایران لغو می‌شود و بیمه مرکزی ایران ترتیب تصفیه عملیات نمایندگی‌های مذکور را به هر نحوی که مقتضی بداند خواهد داد.

ماده ۳. به جای مجامع عمومی مؤسسات بیمه، مجمع عمومی مشترکی متشکل از وزیر امور اقتصادی و دارایی، وزیر بازرگانی، وزیر بهداشتی و بهزیستی، وزیر مشاور و سرپرست سازمان برنامه و بودجه، وزیر کار و امور اجتماعی خواهد بود.

ماده ۴. به جای هیئت‌مدیره مؤسسات بیمه کشور، هیئت‌مدیره مشترکی متشکل از رئیس کل بیمه مرکزی ایران، مدیرعامل شرکت سهامی بیمه ایران و نمایندگان وزارتخانه‌های مذکور در ماده ۳ خواهد بود.

ماده ۵. مدیران عامل مؤسسات بیمه کشور از طرف هیئت مدیره مشترک مؤسسات بیمه انتخاب و به تصویب مجمع عمومی مشترک مؤسسات بیمه خواهد رسید و احکام انتصاب مدیران عامل از طرف وزیر امور اقتصادی و دارایی صادر خواهد شد.

ماده ۶. کلیه اختیارات مدیران عامل سابق مؤسسات بیمه تا تصویب مقررات جدید از طرف مجمع عمومی مشترک به مدیران عامل منتخب تفویض می‌شود.

ماده ۷. کلیه کارکنان مؤسسات بیمه کشور تا تصویب مقررات استخدامی مربوط، تابع مقررات استخدامی موجود خواهند بود، لکن از لحاظ حداقل و حداکثر حقوق، تابع مقررات مصوب دولت می‌باشند.

ماده ۸. کلیه شرکت‌های پس‌انداز و وام مسکن مشمول قانون ملی شدن بانک‌ها از تاریخ تصویب قانون مذکور خواهند بود.

قانون اداره امور شرکت‌های بیمه (مصوب ۱۳۶۷/۹/۱۳)

ماده ۱. شرکت‌های بیمه ایران، آسیا و البرز و دانا به صورت سهامی اداره می‌شوند و مجاز به انجام انواع عملیات بیمه‌ای در بخش‌های دولتی، تعاونی و خصوصی می‌باشند^۱.

تبصره ۱- شرکت‌های بیمه آریا، امید، پارس، تهران، توانا، حافظ، ساختمان و کار، شرق و ملی در شرکت بیمه دانا ادغام می‌گردند.

تبصره ۲- اجازه داده می‌شود مطالبات اشخاص حقیقی و حقوقی بابت سهام ارزیابی‌شده شرکت‌های بیمه ملی شده که در تاریخ ملی شدن (۱۳۵۸/۴/۴) دارای ارزش مثبت بوده است با تصویب مجمع عمومی شرکت‌های مذکور منتهی ظرف ۲ سال از تاریخ تصویب این قانون از محل منابع داخلی شرکت‌های مربوطه پس از کسر مطالبات دولتی و دیون ممتازه تأمین و پرداخت گردد مشروط بر اینکه عدم مشروعیت مالکیت آنها از سوی دادگاه انقلاب اسلامی اعلام نشود.

تبصره ۳- اجازه داده می‌شود مطالبات دولت و بانک‌ها از شرکت‌های بیمه‌ای که تراز منفی دارند از منابع داخلی شرکت‌های بیمه ملی شده دارای تراز مثبت پرداخت شود.

ماده ۲. کلیه سهام شرکت‌های بیمه موضوع ماده ۱ این قانون متعلق به دولت بوده و هر یک از این شرکت‌ها دارای اساسنامه‌ای خواهد بود که حداکثر ظرف مدت شش ماه از تاریخ تصویب این قانون توسط مجمع عمومی شرکت‌های مذکور تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد و شامل هدف، موضوع شرکت، نحوه اداره آن و سایر وظایف و اختیارات می‌باشد. مجمع عمومی هر یک از شرکت‌های مزبور مرکب از وزرای اقتصاد و دارایی، بازرگانی و برنامه و بودجه می‌باشد. ریاست مجامع مزبور با وزیر امور اقتصادی و دارایی است^۲.

۱. براساس قانون اصلاح ماده ۱ قانون اداره امور شرکت‌های بیمه که به صورت ماده واحده در جلسه علنی مورخ ۱۳۷۵/۱۰/۱۱ مجلس شورای اسلامی تصویب شده به شرح متن اصلاح شد.

ماده ۱ قبل. شرکت‌های بیمه ایران، آسیا و البرز و دانا به صورت سهامی اداره می‌شوند و مجاز به انجام انواع عملیات بیمه‌ای در بخش‌های دولتی، تعاونی و خصوصی می‌باشند به استثنای شرکت سهامی بیمه دانا که صرفاً در قسمت بیمه‌های اشخاص در کلیه بخش‌های مذکور فعالیت خواهد داشت.

۲. در اجرای قانون اصلاح موادی از قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، قسمتی از سهام شرکت‌های بیمه آسیا، البرز و دانا به بخش غیردولتی واگذار شده است.

تبصره- رئیس کل بیمه مرکزی ایران بدون حق رأی در جلسات مجمع عمومی شرکت‌های بیمه حضور می‌یابد.

ماده ۳. مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره شرکت‌های بیمه با پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی و تصویب مجمع عمومی انتخاب و با حکم وزیر امور اقتصادی و دارایی منصوب خواهد شد و عزل مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره شرکت‌های بیمه با پیشنهاد هریک از اعضای مجمع عمومی و تصویب مجمع عمومی با حکم وزیر امور اقتصادی و دارایی انجام می‌گیرد.

ماده ۴. شرکت‌های بیمه ایران، آسیا، البرز و دانا با رعایت قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و این قانون، طبق مقررات اساسنامه مربوط اداره خواهند شد و در موارد پیش‌بینی نشده مشمول قانون تجارت می‌باشند و در صورتی تابع مقررات عمومی مربوط به دولت و مؤسساتی که با سرمایه دولت تشکیل شده‌اند، می‌گردند که در مقررات مزبور صراحتاً از آنها یاد شده باشد.

ماده ۵. آیین‌نامه استخدامی مشترک شرکت‌های بیمه و بیمه مرکزی بنا به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

ماده ۶. مؤسسات بیمه موضوع ماده ۵ می‌توانند حداکثر ۵ درصد از سود ویژه مازاد در سال قبل خود را فقط بین کارکنانی که در سال مربوط با فعالیت فوق‌العاده در جهت افزایش تولید یا ارائه خدمات مناسب‌تر باعث بالا رفتن سود ویژه مؤسسه شده‌اند توزیع نمایند مشروط بر این که مبلغ آن بیش از ۴۰ درصد حقوق سالانه هر فرد نباشد.

تبصره- نحوه توزیع که توسط هیئت مدیره انجام می‌گیرد با در نظر گرفتن ارزش کمی و کیفی فعالیت کارکنان مزبور برطبق آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ماده ۷. از تاریخ تصویب این قانون، کلیه قوانین و مقررات مغایر ملغی است.

قانون فوق مشتمل بر هفت ماده و پنج تبصره در جلسه علنی روز یکشنبه مورخ سیزدهم آذرماه یک‌هزار و سیصد و شصت و هفت مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۶۷/۱۱/۱۲ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.

۳- قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی (مصوب ۱۳۸۰/۶/۶)^۱

ماده واحده. به منظور تعمیم و گسترش صنعت بیمه در کشور، افزایش رقابت و کارایی در بازار بیمه، افزایش رفاه عمومی و گسترش امنیت اجتماعی و اقتصادی، افزایش نقش بیمه در رشد و توسعه اقتصادی کشور و جلوگیری از ضرر و زیان جامعه باتوجه به ذیل اصل چهل و چهارم (۴۴) قانون اساسی و در چارچوب ضوابط، قلمرو و شرایط تعیین شده زیر اجازه تأسیس مؤسسه بیمه غیردولتی به اشخاص داخلی داده می‌شود:

۱. سیاست‌گذاری در صنعت بیمه، اعمال نظارت بر فعالیت‌های بیمه‌ای و صدور مجوز فعالیت بیمه‌ای کماکان جهت اعمال حاکمیت در اختیار دولت جمهوری اسلامی ایران باقی خواهد بود.

۲. ضوابط مربوط به نحوه تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه داخلی از قبیل شرایط اخذ مجوز تأسیس و لغو آن، نحوه انتقال عملیات و ادغام، انحلال و ورشکستگی مؤسسات بیمه‌ای، محدوده فعالیت بیمه‌ای و بیمه اتکایی شامل انواع معاملات بیمه، حق بیمه و کارمزد مربوط به رشته‌های مختلف بیمه، میزان ذخایر فنی و اندوخته‌های قانونی و نحوه سرمایه‌گذاری آنها براساس «قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰ و اصلاحیه بعدی» و «قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶/۲/۷» تعیین خواهد شد.

۳. حداقل سرمایه مؤسسات بیمه موضوع ماده ۳۶ قانون «تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰» برای مؤسسات بیمه غیردولتی با پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید وزارت امور اقتصادی و دارایی و تصویب هیئت وزیران تعیین خواهد شد.

قانون فوق مشتمل بر ماده واحده در جلسه علنی روز سه‌شنبه مورخ ششم شهریور ماه یک‌هزار و سیصد و هشتاد مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۰/۶/۲۷ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.

حداقل سرمایه مؤسسات بیمه غیردولتی

تصویب نامه در خصوص تعیین حداقل سرمایه برای مؤسسات بیمه غیردولتی^۱

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۵/۱ بنا به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید وزارت امور اقتصادی و دارایی و به استناد بند (۳) ماده واحده قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی - مصوب ۱۳۸۰ - تصویب نمود:

الف- حداقل سرمایه مؤسسات بیمه موضوع ماده (۳۶) قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری- مصوب ۱۳۵۰- برای مؤسسات بیمه غیردولتی به شرح زیر تعیین می‌شود:

۱- حداقل سرمایه پایه برای تأسیس مؤسسه بیمه مستقیم مبلغ یک هزار میلیارد ریال (۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) تعیین می‌گردد. برای صدور پروانه فعالیت بیمه‌ای در هر یک از گروه رشته‌های بیمه‌ای، مبالغ زیر به حداقل سرمایه پایه اضافه می‌شود:

(ارقام برحسب میلیارد ریال)

۶۰۰	بیمه اموال
۵۰۰	بیمه‌های اشخاص (زندگی- مستمری- حوادث شخصی- درمان)
۴۰۰	بیمه مسئولیت
۳۰۰	بیمه‌های وسایل نقلیه موتوری زمینی شخص ثالث بدنه حوادث راننده
۲۰۰	بیمه‌های زندگی و مستمری
۱۵۰۰	بیمه‌های مختلط (کلیه رشته‌ها)

۲- حداقل سرمایه پایه برای تأسیس مؤسسه بیمه اتکایی مبلغ چهار هزار میلیارد ریال (۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) تعیین می‌گردد.

ب- مؤسسات بیمه‌ای که قبلاً تأسیس شده‌اند موظفند ظرف چهار سال حداقل سرمایه خود را با این تصویب‌نامه منطبق نمایند مشروط به اینکه میزان این افزایش سرمایه در هر سال حداقل پانزده درصد و براساس برنامه زمانبندی مورد تأیید شورای عالی بیمه باشد.

ج- این تصویب‌نامه جایگزین تصویب نامه شماره ۱۱۵۹۹۸/ت/۳۵۴۴۱ هـ مورخ ۱۳۸۵/۹/۱۸ می‌شود.^۲

۱. تصویب‌نامه شماره ۱۸۱۰۷۰/ت/۴۷۹۰۵ هـ مورخ ۱۳۹۱/۹/۱۸.

۲. براساس مصوبه مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۲۴ هیأت محترم وزیران، حداقل سرمایه مورد نیاز برای تأسیس مؤسسه بیمه مستقیم یک هزار میلیارد ریال است. در این مصوبه، سرمایه مورد نیاز برای صدور پروانه فعالیت مؤسسه بیمه مستقیم در رشته بیمه‌های غیرزندگی ۳۰۰ میلیارد ریال، بیمه‌های زندگی و مستمری ۲۰۰ میلیارد ریال و بیمه‌های ←

۴- قانون عضویت دولت جمهوری اسلامی ایران در سازمان‌ها و مجامع بین‌المللی (اکو - فیر) (مصوب ۱۳۶۵/۱/۲۶)^۱

ماده واحده. عضویت دولت ایران در سازمان‌ها و مجامع بین‌المللی به شرح فهرست پیوست تأیید و به دولت اجازه داده می‌شود نسبت به پرداخت حق عضویت‌های معوقه اقدام نماید.

تبصره ۱- عضویت‌هایی که به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده، کماکان به اعتبار خود باقی است.

تبصره ۲- به دولت اجازه داده می‌شود در صورت ضرورت نسبت به پرداخت حقوق معوقه عضویت در سازمان‌هایی که ادامه عضویت در آنها به تصویب نرسیده اقدام نماید.

تبصره ۳- تغییرات میزان حق عضویت سازمان‌ها و مجامع مذکور در این قانون همه ساله در بودجه سالانه کل کشور پیش‌بینی و پس از تصویب مجلس شورای اسلامی به وسیله هیئت وزیران تخصیص داده می‌شود.

قانون فوق مشتمل بر ماده واحده و سه تبصره و دو فقره فهرست ضمیمه در جلسه روز سه‌شنبه بیست و ششم فروردین ماه یک‌هزار و سیصد و شصت و پنج مجلس شورای اسلامی به تصویب رسیده است.

نام سازمان بین‌المللی	نام وزارتخانه‌ها و یا سازمان دولتی	حق عضویت
۱....
۲....
⋮		
۳۷. صندوق بیمه‌های اتکایی همکاری عمران منطقه‌ای (اکو) ^۲	وزارت اموراتقتصادی و دارایی و بیمه مرکزی ایران	حق عضویت ندارد
⋮		
۵۳. فدراسیون بیمه‌گران و بیمه‌گران اتکایی آفریقایی و آسیایی (FAIR) ^۳	بیمه مرکزی ایران	۷۵۰ دلار

→مختلط ۵۰۰ میلیارد ریال تعیین شده است. همچنین حداقل سرمایه برای تأسیس و شروع به فعالیت مؤسسه‌های بیمه اتکایی ۲۵۰۰ میلیارد ریال تعیین شده است.

۱. مجموعه قوانین و مقررات بیمه‌های بازرگانی، ۱۳۹۳

۲ و ۳. مستخرج از فهرست وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی که در سازمان‌ها و مجامع بین‌المللی عضو بوده و مجوز قانونی داشته‌اند.

۵- قانون اجازه عضویت بیمه مرکزی ایران در «اتحادیه نظارت‌کنندگان بر

شرکت‌های بیمه در کشورهای در حال توسعه» (مصوب ۱۳۶۵/۵/۲)

ماده واحده. به بیمه مرکزی ایران اجازه داده می‌شود که عضویت «اتحادیه نظارت‌کننده بر شرکت‌های بیمه در کشورهای در حال توسعه» را پذیرفته و حق عضویت مربوطه را از محل منابع داخلی خود پرداخت نماید.

قانون فوق مشتمل بر ماده واحده در جلسه روز پنج‌شنبه دوم مردادماه یک هزار و سیصد و شصت و پنج مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۶۵/۵/۱۳ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.

۶- قانون عضویت بیمه مرکزی ایران در شرکت بیمه اتکایی آسیا (مصوب

۱۳۷۱/۱۱/۲۵)

ماده واحده. بیمه مرکزی ایران مجاز است براساس شرایط مذکور در موافقتنامه تأسیس شرکت بیمه اتکایی آسیا در آن شرکت مشارکت و سهم‌الشرکه مربوط را از محل منابع داخلی خود پرداخت نماید.

قانون فوق مشتمل بر ماده واحده در جلسه علنی روز یکشنبه مورخ بیست و پنجم بهمن ماه یک هزار و سیصد و هفتاد و یک مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۷۱/۱۲/۲ به تأیید شورای نگهبان رسیده است. (بند ۵ ماده واحده)

۷- قانون اصلاح قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری-صنعتی جمهوری

اسلامی ایران^۱

(مصوب ۱۳۷۷/۱۲/۲۵ مجلس شورای اسلامی و ۱۳۷۸/۴/۳۰ مجمع تشخیص مصلحت نظام)

ماده واحده. قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری-صنعتی جمهوری اسلامی ایران-

مصوب ۱۳۷۲ به شرح زیر اصلاح می‌شود:

- ۱.
- ۲.
- ۳.

۴.

۵. متن زیر به‌عنوان ماده ۲۸ به قانون مذکور الحاق می‌شود:

ماده ۲۸. تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه ایرانی با سرمایه داخلی و خارجی و شعب و نمایندگی آنها و مؤسسات کارگزاری بیمه در مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران مجاز و صرفاً تابع مقرراتی است که به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

تبصره - حکم مذکور در این ماده شامل شعب و نمایندگی مؤسسات خارجی و مؤسسات کارگزاری بیمه خارجی نیز خواهد بود.^۱

۸- مقررات تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران^۲

تصویب‌نامه هیئت وزیران (۱۳۷۹/۶/۲)

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۹/۶/۲ بنا به پیشنهاد شماره ۱۲۶۱۱ مورخ ۱۳۷۸/۸/۱۲ بیمه مرکزی ایران و به استناد ماده ۲۸ الحاقی به قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۷۸ - مقررات تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران را تصویب نمود.

فصل اول - تعاریف

ماده ۱. در این آیین‌نامه واژه‌های زیر به جای عبارتهای مشروح مربوط به کار می‌رود:

الف) مناطق آزاد: مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران.

ب) سایر نقاط کشور: کشور جمهوری اسلامی ایران به استثنای مناطق آزاد.

پ) منطقه: هر یک از مناطق آزاد.

ت) سازمان: سازمان هر یک از مناطق آزاد.

ث) مؤسسات موضوع این آیین‌نامه: کلیه مؤسسات مذکور در ماده ۲ این آیین‌نامه.

۱. تبصره فوق به‌موجب قانون اصلاح قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری صنعتی جمهوری اسلامی ایران که در تاریخ ۱۳۸۸/۵/۷ توسط مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۸/۱۲/۱۵ از سوی مجمع تشخیص مصلحت موافق با مصلحت نظام تشخیص داده شده است به ماده ۲۸ اضافه شده است.

۲. مجموعه قوانین و مقررات بیمه‌های بازرگانی، ۱۳۹۳

ج) **مؤسسات بیمه:** مؤسسات بیمه‌ای که طبق مقررات این آیین‌نامه مجاز به فعالیت در منطقه می‌باشند.

چ) **مؤسسات بیمه متقابل:** مؤسسات بیمه‌ای که خدمات خود را به صورت بیمه متقابل تنها به اعضا ارائه می‌نمایند.

ح) **مؤسسه کارگزاری بیمه:** شخص حقوقی که در مقابل دریافت کارمزد، واسطه انجام معاملات بیمه و یا بیمه اتکایی بین طرف‌ها بوده و شغل او تنها ارائه خدمات بیمه‌ای باشد.

خ) **شعبه:** واحد تابعه یکی از مؤسسات بیمه ایرانی که در چارچوب موضوع و وظایف مؤسسه اصلی تحت نام و مسئولیت آن در منطقه فعالیت می‌کند.

د) **نمایندگی بیمه:** شخص حقیقی یا حقوقی که براساس قرارداد نمایندگی با یکی از مؤسسات بیمه ایرانی و مقررات این آیین‌نامه، انجام بخشی از موضوع و وظایف مؤسسه طرف قرارداد در امر بیمه را در منطقه به عهده گرفته است.

ذ) **دفتر ارتباطی:** دفتر مؤسسات بیمه ثبت شده در مناطق آزاد که به منظور تسهیل ارتباط با بیمه مرکزی ایران و دیگر سازمان‌های ذی‌ربط در سایر نقاط کشور ایجاد می‌شود.^۱

فصل دوم - تأسیس

ماده ۲. عملیات بیمه و بیمه اتکایی در مناطق آزاد به وسیله مؤسساتی که بنا به پیشنهاد سازمان، طبق مقررات این آیین‌نامه از بیمه مرکزی ایران مجوز دریافت داشته و به یکی از صورت‌های زیر به ثبت برسند انجام خواهد شد:

۱. شرکت سهامی یا تعاونی بیمه ایرانی با مشارکت سهام‌داران حقیقی و حقوقی ایرانی و یا خارجی که کلیه سهام آن با نام باشد؛

۲. مؤسسه نمایندگی و یا کارگزاری بیمه.

تبصره ۱- تأسیس شعبه توسط مؤسسات بیمه با رعایت مقررات این آیین‌نامه و ثبت در منطقه بلامانع است.

تبصره ۲- اعطای نمایندگی بیمه به اشخاص حقیقی با رعایت ضوابطی که به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد امکان‌پذیر است.

۱. به موجب تصویب‌نامه مورخ ۱۳۸۲/۶/۵ هیئت وزیران بند ذ به انتهای ماده ۱ اضافه گردیده است.

تبصره ۳- مؤسسات بیمه ایرانی مشمول مقررات قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری (اعم از دولتی و غیردولتی) مجاز به فعالیت در مناطق آزاد به یکی از اشکال زیر می‌باشند:

الف) تأسیس شعبه و ایجاد نمایندگی با رعایت قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری؛

ب) تأسیس مؤسسه بیمه با مشارکت اشخاص حقیقی و حقوقی داخلی و خارجی در چارچوب مقررات این آیین‌نامه.

تبصره ۴- ضوابط ایجاد و محدوده فعالیت دفاتر ارتباطی مؤسسات بیمه از سوی بیمه مرکزی ایران تعیین و اعلام خواهد شد.^۱

ماده ۳. مؤسساتی که در اجرای این آیین‌نامه اجازه فعالیت در منطقه دریافت می‌نمایند، مجاز به عرضه بیمه برای اشخاص مقیم، موضوعات و موارد بیمه موجود در سایر نقاط کشور و بیمه حمل‌ونقل کالای وارداتی به سایر نقاط کشور که قرارداد خرید آن در ایران منعقد یا اعتبار اسنادی آن در ایران باز شده است نمی‌باشند. عملیات بیمه اتکایی از شمول حکم این ماده مستثناست.

تبصره ۱- مؤسساتی که تنها اجازه فعالیت بیمه‌ای مستقیم در منطقه را دارند نمی‌توانند از مؤسسات بیمه سایر نقاط کشور بیمه اتکایی قبول نمایند.

تبصره ۲- مؤسسات بیمه می‌توانند نسبت به بیمه اموال و مسئولیت (غیربیمه اشخاص) در چارچوب این آیین‌نامه و رعایت قوانین و مقررات مربوط در مناطق ویژه اقتصادی فعالیت کنند.

تبصره ۳- صدور بیمه‌نامه توسط مؤسسات بیمه‌ای مناطق آزاد برای آن دسته از موضوعات و موارد بیمه‌ای که از طرف مؤسسات بیمه‌ای ایرانی فعال در سایر نقاط کشور عرضه نمی‌شود از شمول این ماده مستثناست و فهرست این قبیل موضوعات و موارد بیمه مجاز در سایر نقاط کشور، برای مؤسسات بیمه، توسط بیمه مرکزی ایران حداکثر ظرف ۳ ماه از تاریخ تصویب این مقررات، تهیه و به سازمان‌ها اعلام می‌شود.

ماده ۴. حداقل سرمایه برای مؤسسات بیمه، نمایندگی و کارگزاری بیمه به قرار زیر است:

۱. مؤسسات بیمه مستقیم با سرمایه حداقل پانزده میلیارد (۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تشکیل می‌شوند که باید حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) آن به صورت نقد پرداخت شده باشد؛

۱. به موجب تصویب‌نامه مورخ ۱۳۸۲/۶/۵ هیئت وزیران تبصره ۴ به ماده ۲ اضافه گردیده است. همچنین تبصره ۳ ذیل ماده ۲ نیز اصلاح گردیده است.

۲. مؤسسات بیمه متقابل با سرمایه حداقل دوست میلیون (۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تشکیل می‌شوند که باید حداقل (۵۰٪) آن به صورت نقد پرداخت شده باشد؛

۳. مؤسسات بیمه اتکایی با سرمایه حداقل هشتاد و پنج میلیارد (۸۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تشکیل می‌شوند که باید حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) آن به صورت نقد پرداخت شده باشد؛

۴. مؤسسات نمایندگی و یا کارگزاری بیمه با سرمایه حداقل سیصد میلیون (۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال تشکیل می‌شوند که باید حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) آن به صورت نقد پرداخت شده باشد.

تبصره ۱- هرگونه تعدیل در ارقام مندرج در این ماده هر ۲ سال یکبار موقوف به پیشنهاد مشترک دبیرخانه شورای عالی مناطق آزاد و بیمه مرکزی ایران و تصویب هیئت وزیران است.

تبصره ۲- سهام‌داران خارجی مؤسسات موضوع این آیین‌نامه سهم‌الشرکه ریالی خود را باید به ارزهای مورد قبول بانک مرکزی ایران پرداخته و یا گواهی تبدیل ارز را ارائه نمایند.

تبصره ۳- وجوه سرمایه موضوع این ماده باید نزد یکی از بانک‌های مورد تأیید بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران که ترجیحاً در مناطق آزاد دارای شعبه باشد واریز شود.

فصل سوم - مجوز ثبت و پروانه فعالیت

ماده ۵. ثبت مؤسسات موضوع این آیین‌نامه در منطقه، موقوف به ارائه مجوز ثبت که توسط بیمه مرکزی ایران صادر می‌شود و ثبت هرگونه تغییرات بعدی در اساسنامه مدیران، میزان سرمایه و سهام مؤسساتی که به ثبت رسیده باشند موقوف به ارائه موافقت بیمه مرکزی ایران است.^۱

ماده ۶. برای تحصیل مجوز ثبت، مدارک و اطلاعات زیر باید به بیمه مرکزی ایران تسلیم شود:
الف) اساسنامه مؤسسه؛

ب) میزان سرمایه مؤسسه، رسید یا گواهی‌نامه تعهد پرداخت آن؛

پ) سهام نقدی و غیرنقدی و نحوه پرداخت آنها؛

ت) صورت اسامی سهام‌داران، بازرسان و مدیران و تابعیت و تعداد سهام هر یک از آنها؛

ث) اسناد و مدارک و اطلاعات دیگری که معرف صلاحیت مالی و فنی مؤسسه و حسن شهرت مدیران آن باشد.

تبصره - مجوز ثبت صادرشده برای مدت ۶ ماه اعتبار دارد. در صورت عدم ثبت مؤسسه ظرف مهلت مذکور باید مجدداً مجوز ثبت تحصیل شود.

۱. به موجب تصویب‌نامه مورخ ۱۳۸۵/۶/۵ هیئت وزیران ماده ۵ به شرح متن اصلاح شده است.

ماده ۷. بیمه مرکزی ایران موظف است حداکثر ظرف ۳۰ روز از تاریخ تسلیم آخرین مدارک و اطلاعات خواسته‌شده با رعایت ماده ۲۸ قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۷۲ - و مقررات این آیین‌نامه نظر خود را اعم از قبول یا رد تقاضا به طور کتبی به سازمان اعلام نماید.

تبصره- در صورتی که متقاضی به نظر اعلام‌شده اعتراض داشته باشد می‌تواند ظرف ۳۰ روز اعتراض خود را به مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران تسلیم کند. تصمیم مجمع مزبور قطعی و لازم‌الاجراست.

ماده ۸. بیمه مرکزی ایران با دریافت گواهی ثبت مؤسسه در منطقه، پروانه فعالیت برای بیمه اتکایی، یک یا چند رشته بیمه مستقیم و یا هر دو صادر خواهد کرد.

فصل چهارم - لغو پروانه و محدود نمودن فعالیت

ماده ۹. پروانه فعالیت صادرشده توسط بیمه مرکزی ایران برای تمام رشته‌ها یا رشته‌های معین در موارد زیر لغو خواهد شد:

الف) در صورت تقاضای دارنده پروانه.

ب) در صورتی که مؤسسه تا یک سال پس از صدور پروانه عملیات خود را در منطقه شروع نکرده باشد.

پ) در صورت ورشکستگی مؤسسه.

ت) در صورتی که به تشخیص بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه، وضع مالی مؤسسه طوری باشد که نتواند به تعهدات خود عمل نماید یا ادامه فعالیت مؤسسه به زیان بیمه‌شدگان و بیمه‌گذاران و صاحبان حقوق آنها باشد.

ث) سایر موارد پیش‌بینی شده در این آیین‌نامه.

ماده ۱۰. در مواردی که مؤسسات موضوع این آیین‌نامه برخلاف اساسنامه خود یا مقررات این آیین‌نامه یا حسب اعلام سازمان برخلاف سایر مقررات حاکم بر این مؤسسات در منطقه رفتار نمایند، به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تصویب شورای عالی بیمه از فعالیت در رشته یا رشته‌های معین یا بیمه‌های اتکایی به طور موقت یا دایم ممنوع خواهند شد.

ماده ۱۱. صدور و لغو پروانه فعالیت مؤسسات موضوع این آیین‌نامه یا ممنوعیت آنها از فعالیت به طور موقت و اطلاعاتی که از لحاظ حفظ منافع بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها

لازم باشد، به هزینه خود مؤسسه توسط بیمه مرکزی ایران در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران و منطقه در دو نوبت به فاصله یک‌ماه آگهی خواهد شد.

ماده ۱۲. در صورتی که پروانه فعالیت مؤسسه بیمه‌ای برای یک یا چند رشته بیمه یا بیمه اتکایی به‌طور دایم لغو شود بنا به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تصویب شورای عالی بیمه، ترتیبی اتخاذ خواهد شد که متضمن منافع بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها باشد. از جمله این ترتیبات، انتقال پرتفوی مؤسسه با کلیه سوابق و اسناد مربوط به حقوق و تعهدات آن به مؤسسه دیگری که مجاز به فعالیت در منطقه باشد خواهد بود.

فصل پنجم - نحوه فعالیت

ماده ۱۳. مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه موظفند حساب اندوخته‌های قانونی و ذخایر فنی خود را نگه‌دارند و نحوه به‌کار افتادن آنها را به‌صورت مشخص منعکس نمایند. انواع اندوخته‌های قانونی و ذخایر فنی برای هر یک از رشته‌های بیمه و میزان و طرز محاسبه، همچنین ترتیب به‌کار انداختن این اندوخته‌ها و ذخایر و نیز سرمایه مؤسسه و نحوه ارزیابی اموال منقول و غیرمنقول که نماینده منابع مالی مؤسسات مذکور است به موجب دستورالعمل‌هایی است که به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسند.

ماده ۱۴. مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه موظفند ده درصد (۱۰٪) از کلیه معاملات بیمه‌ای مستقیم خود را نزد بیمه مرکزی ایران بیمه اتکایی نمایند. بیمه مرکزی ایران در قبول یا رد اتکایی مزبور مجاز می‌باشد.

تبصره - نرخ کارمزد و سایر شرایط به‌موجب دستورالعملی است که به تصویب شورای عالی بیمه خواهد رسید.

ماده ۱۵. اموال مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه همچنین اندوخته‌ها و ذخایر مذکور در ماده ۱۳ تضمین حقوق و مطالبات بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان است و در صورت انحلال یا ورشکستگی مؤسسه، بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان نسبت به سایر بستانکاران حق تقدم دارند.

تبصره ۱- در میان رشته‌های مختلف بیمه حق تقدم با بیمه عمر است.

تبصره ۲- مؤسسات مذکور در این ماده نمی‌توانند بدون موافقت قبلی بیمه مرکزی ایران اموال خود را صلح حقوق نمایند و یا به رهن واگذار کنند و یا موضوع هر نوع معامله با حق استرداد قرار دهند.

تبصره ۳- دفاتر اسناد رسمی موظفند هنگام انجام معاملات موضوع تبصره ۲ این ماده، مطابق بخش اخیر ماده ۶۰ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری موافقتنامه بیمه مرکزی ایران را مطالبه و مفاد آن را در سند منعکس نمایند.

ماده ۱۶. مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه موظفند ترازنامه و صورت سود و زیان خود را در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران و منطقه درج نمایند.

ماده ۱۷. مؤسسات موضوع این آیین‌نامه موظفند هرگونه تغییر در سهام‌داران عمده، مدیران و بازرسان (حسابرسان) مؤسسه را ظرف دو هفته به اطلاع بیمه مرکزی ایران برسانند.

ماده ۱۸. اشخاصی که در ایران یا در خارج از کشور به یکی از جرایم قتل، سرقت، خیانت در امانت، کلاهبرداری، صدور چک بی‌محل و اختلاس یا معاونت در جرایم مذکور محکوم شده باشند، همچنین ورشکستگان به تقصیر و تقلب نمی‌توانند جزو مؤسسان یا مدیران مؤسسات موضوع این آیین‌نامه باشند.

ماده ۱۹. مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه از نظر ادغام و انتقال عملیات، انحلال و ورشکستگی، تابع مقررات این آیین‌نامه و مواد ۵۱ الی ۵۹ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری می‌باشند.

فصل ششم - نظارت

ماده ۲۰. بیمه مرکزی ایران طبق مقررات این آیین‌نامه بر فعالیت مؤسسات موضوع این آیین‌نامه در منطقه نظارت خواهد کرد.

ماده ۲۱. مؤسسات موضوع این آیین‌نامه حسب مورد موظفند:

الف) حساب‌ها و صورت‌های مالی خود را طبق نمونه‌ای که به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تأیید شورای عالی بیمه می‌رسد تنظیم و نگهداری نمایند.

ب) یک نسخه از صورت‌های مالی خود را که مورد رسیدگی و اظهارنظر حسابرسان تأییدشده توسط سازمان حسابرسی یا حسابرسان معتبر بین‌المللی قرار گرفته است حداکثر ظرف ۶ ماه از پایان دوره مالی به بیمه مرکزی ایران تسلیم کنند.

پ) صورت وضعیت عملیات بیمه‌ای سالانه خود را طبق نمونه‌ای که بیمه مرکزی ایران تهیه می‌کند، تنظیم و ظرف ۳ ماه از پایان دوره مربوط به بیمه مرکزی ایران تسلیم نمایند.

ت) سایر اطلاعات و آمار دوره‌ای یا موردی را که بیمه مرکزی ایران به‌منظور نظارت بر حسن اجرای این آیین‌نامه لازم تشخیص دهد در اختیار سازمان قرار دهند.

ث) با بازرسان اعزامی که با حکم کتبی یکی از اعضای هیئت عامل بیمه مرکزی ایران و با اطلاع دبیرخانه شورای عالی مناطق آزاد در محل حضور پیدا می‌کنند همکاری نمایند و اطلاعات لازم را در اختیار آنان قرار دهند.

تبصره- مؤسسات بیمه‌ای که بیمه‌نامه‌های بلندمدت زندگی عرضه می‌نمایند، علاوه بر رعایت ترتیبات فوق موظفند ترتیبی اتخاذ کنند تا حساب‌ها و ذخایر فنی مربوط مورد رسیدگی و تأیید محاسب فنی مورد قبول بیمه مرکزی ایران قرار گیرد.

ماده ۲۲. حساب‌رسان مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه علاوه بر وظایف قانونی و حرفه‌ای مکلفند در گزارش نهایی خود نسبت به حسن اجرای مقررات این آیین‌نامه نیز اظهارنظر نمایند.

ماده ۲۳. بیمه مرکزی ایران در صورت مشاهده هرگونه تخلف مؤسسات موضوع این آیین‌نامه از مقررات مربوط، مراتب را به‌طور کتبی به مؤسسه و سازمان اعلام و مهلت مناسبی را برای رفع ایراد تعیین و ابلاغ می‌نماید.

در صورت عدم رفع به موقع تخلف یا تکرار تخلف، بیمه مرکزی ایران حسب مورد و با اخطار کتبی مطابق ماده ۱۰ این آیین‌نامه عمل خواهد کرد.

ماده ۲۴. ارزش خالص دارایی‌ها (حقوق صاحبان سهام) در مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه هیچ‌گاه نباید از بزرگ‌ترین رقم حاصل از بندهای زیر کمتر باشد:

الف) نود درصد (۹۰٪) حداقل سرمایه پرداخت شده طبق مقررات این آیین‌نامه.

ب) ده درصد (۱۰٪) حق بیمه‌های صادرشده ناخالص آخرین سال مالی ضرب در نسبت نگهداری خسارت دوره.

ج) چهارده و سه دهم (۱۴/۳٪) درصد میانگین سالانه کل خسارات ایجاد شده در سه دوره مالی قبل ضرب در نسبت نگهداری خسارت دوره.

تبصره- نسبت نگهداری خسارت دوره عبارت است از:

کل خسارت ایجادشده پس از کسر خسارت سهم بیمه‌گران اتکایی

کل خسارت ایجادشده دوره مربوط

ماده ۲۵. در صورت عدم حصول نصاب‌های مندرج در ماده ۲۴ این آیین‌نامه، مؤسسه بیمه موظف است طرح خود درخصوص نیل به نصاب‌های مذکور را ظرف ۳ ماه از پایان مهلت مقرر برای ارائه صورت‌های مالی، به تأیید بیمه مرکزی ایران برساند. درغیراین صورت بیمه مرکزی ایران طبق مقررات این آیین‌نامه نسبت به محدودکردن فعالیت یا لغو پروانه مؤسسه بیمه حسب مورد اقدام خواهد کرد. درهرحال زمان اجرای طرح ارائه‌شده نباید بیشتر از یک‌سال باشد.

ماده ۲۶. مؤسسات موضوع این آیین‌نامه مکلفند کلیه دارایی‌های معرف بدهی‌ها و ذخایر عملیات بیمه‌ای، همچنین سرمایه و اندوخته‌های خود را تنها در مناطق آزاد یا سایر نقاط کشور نگهداری و سرمایه‌گذاری نمایند

تبصره- نگهداری بخشی از دارایی‌های موضوع این ماده در خارج از کشور با تأیید سازمان و موافقت بیمه مرکزی ایران مجاز است.

فصل هفتم - سایر مقررات

ماده ۲۷. مؤسسات بیمه و نمایندگان و کارگزاران رسمی بیمه مسئول جبران خساراتی می‌باشند که در اجرای وظایفشان به سبب تقصیر و یا مسامحه آنها یا کارکنانشان به دیگران وارد آید. هر مؤسسه بیمه در رشته یا رشته‌های معینی که پروانه بیمه ندارد رأساً یا به‌وسیله نمایندگان خود قبول بیمه نماید، مکلف به جبران خسارت زیان‌دیده خواهد بود.

ماده ۲۸. از عملیات اشخاصی که بدون تحصیل پروانه مبادرت به عملیات بیمه و یا بیمه اتکایی موضوع این آیین‌نامه نمایند، به درخواست بیمه مرکزی ایران توسط سازمان جلوگیری به‌عمل آمده و به‌علاوه در صورت لزوم، بیمه مرکزی ایران اشخاص مزبور را براساس مقررات ماده ۲۱ ضوابط ثبت شرکت‌ها و مالکیت‌های صنعتی و معنوی در مناطق آزاد تجاری-صنعتی جمهوری اسلامی ایران-مصوب ۱۳۷۴/۲/۴ شورای عالی مناطق آزاد - و سایر قوانین و مقررات مربوط از طریق مراجع ذیصلاح تحت پیگرد قرار خواهد داد.

ماده ۲۹. رئیس شورای عالی بیمه در کلیه مواردی که اعضای شورای عالی بیمه را به‌منظور اتخاذ تصمیم نسبت به موضوعات مربوط به تأسیس یا فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد دعوت می‌نماید، از دبیر شورای عالی مناطق آزاد یا نماینده وی نیز برای شرکت در جلسه دعوت می‌کند. در این جلسات دبیر شورای عالی مناطق آزاد یا نماینده وی نیز حق رأی خواهد داشت.

ماده ۳۰. فعالیت مؤسسات موضوع این آیین‌نامه تنها تابع مقررات این آیین‌نامه است و در موارد پیش‌بینی‌نشده از حیث اداره امور مؤسسه، تابع قانون تجارت و قانون اصلاح قسمتی از قانون تجارت خواهد بود.

ماده ۳۱. از تاریخ تصویب این آیین‌نامه، کلیه مقررات مغایر با آن در منطبقه لغو می‌شود.

۹- آیین‌نامه شماره ۴۰

شورای عالی بیمه با توجه به قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی مصوب ششم شهریور ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی و در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱. در این آیین‌نامه واژه‌ها یا عبارات‌های زیر به جای توضیح مربوط به کار می‌رود:

الف- مؤسسه بیمه: مؤسسه بیمه‌ای که به موجب قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی مصوب ششم شهریور ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی و براساس قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و مقررات این آیین‌نامه به صورت غیردولتی ایجاد و به عملیات بیمه‌گری مبادرت می‌نماید. مؤسسه بیمه غیردولتی در این آیین‌نامه مؤسسه بیمه نامیده می‌شود.

ب- شخص حقیقی داخلی: شخص حقیقی تبعه جمهوری اسلامی ایران

پ- شخص حقوقی داخلی: شخص حقوقی که دارای تابعیت ایرانی بوده و براساس قوانین موضوعه جمهوری اسلامی ایران در مراجع ذیصلاح به ثبت رسیده باشد.

ت- موافقت اصولی: موافقت با درخواست تأسیس مؤسسه بیمه که پس از اخذ مصوبه مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران به منظور تشکیل پرونده ثبتی و پذیره‌نویسی سهام صادر می‌شود.

ث- پروانه تأسیس: موافقت با ثبت مؤسسه بیمه در مرجع ثبت شرکت‌ها که بیمه مرکزی ایران پس از تأیید طرح اساسنامه و انتخاب اولین مدیران و بازرس یا بازرسان در مجمع عمومی مؤسس و در صورت احراز شرایط لازم براساس موافقت اصولی صادر می‌کند.

ج- پروانه فعالیت: مجوز فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه‌ای که بیمه مرکزی ایران صادر می‌نماید.

ح- قانون تأسیس: قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب سال ۱۳۵۰ و اصلاحات بعدی آن.

ماده ۲. تشکیل مؤسسه بیمه صرفاً به صورت شرکت سهامی عام ایرانی که سهام آن با نام بوده و با رعایت قانون تأسیس و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشد امکان‌پذیر است.

ماده ۳. مؤسسين مؤسسه بیمه باید فاقد سابقه محکومیت موضوع ماده ۶۴ قانون تأسیس و یا هرگونه محکومیت دیگری که منجر به محرومیت از حقوق اجتماعی شده است باشند.

ماده ۴. وزارتخانه‌ها، مؤسسه‌های دولتی، مؤسسات و نهادهای عمومی غیردولتی و شرکت‌های موضوع ماده ۲ «قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت» نمی‌توانند جزء مؤسسين مؤسسه بیمه باشند.

تبصره ۱- وزارتخانه‌ها، مؤسسات، نهادها و شرکت‌های موضوع این ماده در مجموع نمی‌توانند بیش از ده درصد در مؤسسه بیمه سهم داشته باشند.

تبصره ۲- شرکت‌های موضوع تبصره ماده ۴ قانون محاسبات عمومی کشور مشمول حکم این ماده نمی‌باشند ولی در حال مجموع سهام آنها نباید بیش از ۲۰ درصد سهام مؤسسه بیمه باشد.

ماده ۵. اشخاص حقوقی که وزارتخانه‌ها، شرکت‌های دولتی و مؤسسات و نهادهای عمومی غیردولتی در آنها بیش از ۲۰ درصد سهم دارند نمی‌توانند در مجموع بیش از ۲۰ درصد در مؤسسه بیمه سهم داشته باشند.

ماده ۶. در اجرای ماده (۳۳) قانون تأسیس، از نظر این آیین‌نامه مجموع اشخاص زیر در هر حالت یک شخص محسوب می‌شود:

الف- شخص حقیقی متقاضی به علاوه اقارب مندرج در ماده مذکور؛

ب- اشخاص حقوقی که شخص حقیقی متقاضی و یا اقارب مندرج در ماده مذکور در آن بیش از ۲۰ درصد حق رأی داشته باشند؛

پ- شخص حقوقی متقاضی به علاوه سایر اشخاص حقوقی که متقاضی به طور مستقیم یا با واسطه در آنها بیش از ۲۰ درصد حق رأی داشته باشد؛

ت- اشخاص حقوقی که یک شخص حقیقی یا حقوقی هم‌زمان به طور مستقیم یا با واسطه در آنها بیش از ۲۰ درصد حق رأی داشته باشد.

ماده ۷. برای دریافت موافقت اصولی، اشخاص حقیقی و حقوقی داخلی که واجد شرایط مقرر در این آیین‌نامه هستند باید تقاضای تأسیس مؤسسه بیمه را همراه پیش‌نویس اساسنامه، برنامه جامع

عملیاتی و سایر مدارک و اطلاعاتی که برای احراز شرایط پیش‌بینی شده در قانون تأسیس و این آیین‌نامه مورد نیاز است به بیمه مرکزی ایران تسلیم نمایند.

تبصره ۱- برنامه جامع عملیاتی باید شامل اهداف مؤسسه، بازارهای هدف، تمهیدات بیمه اتکای و نحوه حصول به اهداف مورد نظر حداقل برای سه سال اولیه فعالیت مؤسسه بیمه باشد.

تبصره ۲- در صورتی که بیمه مرکزی ایران پس از دریافت مدارک از متقاضی، برای احراز شرایط، ارائه مدارک و اطلاعات دیگری را لازم بداند باید ظرف پانزده روز اداری مراتب را به‌طور کتبی به متقاضی اعلام نماید.

ماده ۸ در صورتی که شخص یا اشخاص حقوقی جزء مؤسسين مؤسسه بیمه باشند، مؤسسين مکلفند یک نسخه از اساسنامه و ترازنامه و حساب عملکرد سود و زیان مصوب آن شخص یا اشخاص حقوقی در سه سال مالی قبل را همراه اظهارنامه‌ای مشتمل بر اسامی اعضای هیئت مدیره و سهام‌داران عمده (دارای بیش از پنج درصد سهام) و سایر اطلاعات ضروری به بیمه مرکزی ایران ارائه دهند.

ماده ۹. بیمه مرکزی ایران پس از دریافت کلیه مدارک و اطلاعات مورد نیاز و احراز شرایط قانونی مؤسسين، حداکثر ظرف یک‌ماه نظر خود را درباره تقاضای مطرح شده برای طر مراحل قانونی به شورای عالی بیمه ارائه خواهد نمود.

ماده ۱۰. مفاد اعلامیه پذیره‌نویسی باید قبل از ارائه به اداره ثبت شرکت‌ها به تأیید بیمه مرکزی ایران برسد.

ماده ۱۱. اعضای هیئت‌مدیره (اعم از اشخاص حقیقی یا نماینده اشخاص حقوقی)، مدیرعامل و قائم‌مقام مدیرعامل (در صورت وجود) باید ضمن داشتن مدرک کارشناسی مرتبط (بیمه، اقتصاد، امور مالی، مدیریت، حقوق و رشته‌های مشابه) و نداشتن محکومیت موضوع ماده ۶۴ قانون تأسیس، به تشخیص بیمه مرکزی ایران از حسن شهرت برخوردار باشند. مدیرعامل و قائم‌مقام مدیرعامل (در صورت وجود) باید به تشخیص بیمه مرکزی ایران تجربه کاری مفید و مؤثر داشته باشند.

ماده ۱۲. حسابرس و بازرس قانونی مؤسسه بیمه باید از میان حسابداران رسمی موضوع «قانون استفاده از خدمات تخصصی و حرفه‌ای حسابداران ذی‌صلاح به‌عنوان حسابدار رسمی» انتخاب شوند.

ماده ۱۳. مؤسسات بیمه‌ای که در بیمه‌های زندگی فعالیت می‌کنند موظفند محاسب فنی مورد تأیید بیمه مرکزی ایران را معرفی نمایند.

ماده ۱۴. هیچ یک از اعضاء هیئت‌مدیره، مدیرعامل و قائم‌مقام مدیرعامل مؤسسه بیمه نمی‌توانند در سایر مؤسسات بیمه، کارگزاری‌ها و نمایندگی‌های بیمه سمت داشته باشند.

ماده ۱۵. پس از تعیین سرمایه، تصویب اساسنامه و همچنین تعیین مدیران، بازرس قانونی و سایر موارد مندرج در قانون تجارت در مجمع عمومی مؤسس همچنین تعیین مدیرعامل و در صورت لزوم محاسب فنی، بیمه مرکزی ایران با رعایت مقررات، پروانه تأسیس مؤسسه بیمه را صادر خواهد نمود.

ماده ۱۶. مدت اعتبار موافقت اصولی و پروانه تأسیس حداکثر یک‌سال پس از صدور است مگر آنکه قبل از انقضاء به درخواست متقاضی و موافقت بیمه مرکزی ایران این مهلت تمدید شود.
تبصره - مجوزهای صادرشده قابل انتقال به غیر نمی‌باشد.

ماده ۱۷. برای صدور پروانه فعالیت در هر یک از مجموعه رشته‌های اموال، اشخاص یا مسئولیت، مؤسسه بیمه باید مدیرفنی که صلاحیت وی مورد تأیید بیمه مرکزی باشد معرفی نماید.
ماده ۱۸. بیمه مرکزی ایران پس از ثبت مؤسسه بیمه و معرفی مدیر یا مدیران فنی مورد تأیید، ظرف یک‌ماه پروانه فعالیت برای رشته‌های مورد تقاضا را در چارچوب اساسنامه صادر خواهد کرد.

ماده ۱۹. مدیران مؤسسه بیمه موظفند براساس برنامه عملیاتی پیش‌بینی شده مؤسسه بیمه را اداره نمایند و هرگونه تغییر در کلیات برنامه عملیاتی را قبلاً به اطلاع و تأیید بیمه مرکزی ایران برسانند.
ماده ۲۰. انجام عملیات بیمه اتکایی قبولی از خارج از کشور جز به شکل متقابل در محدوده‌ای که مورد تأیید بیمه مرکزی ایران باشد منوط به برخورداری مؤسسه بیمه از حداقل سرمایه لازم برای تأسیس مؤسسات بیمه اتکایی و دریافت پروانه فعالیت جداگانه از بیمه مرکزی ایران است.

ماده ۲۱. مواردی که در این آیین‌نامه ذکر نشده است حسب مورد تابع قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی، قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، قانون تجارت، مصوبات شورای عالی بیمه، دستورالعمل‌های بیمه مرکزی ایران و سایر قوانین و مقررات جاری خواهد بود.
این ضوابط در ۲۱ ماده و ۵ تبصره در تاریخ ۱۳۸۰/۱۱/۱ به تصویب شورای عالی بیمه رسید.

آیین‌نامه شماره ۴۰/۱

(مکمل آیین‌نامه ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی)

شورای عالی بیمه براساس بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری درجلسات مورخ ۱۳۸۱/۹/۵ و ۱۳۸۱/۱۱/۸، اصلاحات زیر در آیین‌نامه ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی تصویب نمود.

۱- متن زیر به‌عنوان تبصره، ذیل ماده ۱۱ اضافه شود.

تبصره- در صورتی که مدرک کارشناسی افراد معرفی شده جهت عضویت در هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه در درشته‌های غیرمرتبط باشد به شرط آنکه واجد شرایط بوده حداقل پنج سال تجربه مؤثر مدیریتی داشته باشند بیمه مرکزی ایران می‌تواند به تشخیص خود با عضویت آنها در هیئت مدیره موافقت نماید. در هر صورت تعداد اینگونه اعضا نمی‌تواند از دو پنجم تعداد اعضای هیئت‌مدیره هر مؤسسه بیمه بیشتر باشد.

۲- ماده ۲۰ به شرح زیر اصلاح شود.

ماده ۲۰. قبول بیمه اتکائی از داخل یا خارج از کشور صرفاً برای مؤسسات بیمه اتکائی مجاز است و مؤسسات بیمه مستقیم مجاز به قبول بیمه اتکائی از سایر مؤسسات بیمه نمی‌باشند.

تبصره- در مواردی که مؤسسات بیمه مستقیم به جهت عضویت در صندوق‌های بیمه محلی، منطقه‌ای و یا بین‌المللی موظف به واگذاری و قبولی بیمه اتکائی به صورت متقابل می‌باشند، قبول بیمه اتکائی در محدوده مورد تأیید بیمه مرکزی ایران بلامانع است.

آیین‌نامه شماره ۴۰/۲

(مکمل آیین‌نامه ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی)

شورای عالی بیمه براساس بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۲۹ تصویب نمود متن زیر به‌عنوان تبصره ۳، ذیل ماده ۴ آیین‌نامه شماره ۴۰ (ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی) اضافه شود.

تبصره ۳- صندوق‌های بازنشستگی کارکنان شرکت‌ها و مؤسسات دولتی به استثنای صندوق بازنشستگی کشوری و صندوق‌های بازنشستگی نیروهای مسلح مشمول محدودیت این ماده نمی‌باشند.

آیین‌نامه شماره ۴۰/۳

(مکمل آیین‌نامه ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی)

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۱۳/۲/۱۳۸۴ تصویب نمود آیین‌نامه ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی (شماره ۴۰) به شرح زیر اصلاح شود:

الف- تبصره‌های ۲ و ۳ به شرح زیر ذیل ماده ۱۱ اضافه و عنوان تبصره فعلی به «تبصره ۱» تغییر یابد:

تبصره ۲- در صورتی که هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه هریک از شرایط مندرج در این آیین‌نامه و یا سایر مقررات مربوط را از دست بدهد مؤسسه بیمه موظف است حداکثر تا سه ماه وضعیت هیئت‌مدیره را با شرایط و مقررات مربوط منطبق نماید. در غیر این صورت رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است در اجرای ماده ۴۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری موضوع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای عالی بیمه مطرح نماید.

تبصره ۳- در صورت استعفاء، عزل یا فوت مدیرعامل مؤسسه بیمه یا سلب شرایط وی (به تشخیص بیمه مرکزی ایران)، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر تا دو ماه فرد واجد شرایط دیگری را به بیمه مرکزی ایران معرفی نماید. بیمه مرکزی ایران موظف است حداکثر ظرف مدت یک‌ماه نظر خود را در مورد صلاحیت فرد معرفی‌شده اعلام کند. تا زمان انتصاب مدیرعامل مورد تأیید بیمه مرکزی ایران، انجام وظایف وی برعهده رئیس هیئت‌مدیره یا قائم‌مقام مدیرعامل مؤسسه بیمه خواهد بود.

چنانچه مؤسسه بیمه‌ای به هر علت بیش از سه ماه فاقد مدیرعامل تأیید صلاحیت شده باشد رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است در اجرای ماده ۴۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری موضوع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای عالی بیمه مطرح نماید.

ب- دو تبصره به شرح زیر ذیل ماده ۱۷ اضافه شود:

تبصره ۱- در صورت استعفاء، عزل یا فوت هریک از مدیران فنی مؤسسه بیمه یا سلب شرایط آنها (به تشخیص بیمه مرکزی ایران)، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف دو ماه فرد واجد شرایط دیگری را به بیمه مرکزی ایران معرفی نماید. بیمه مرکزی ایران موظف است حداکثر ظرف یک‌ماه نظر خود را در مورد صلاحیت فرد معرفی‌شده اعلام کند. تا زمان انتصاب مدیرفنی مورد تأیید بیمه مرکزی ایران، انجام وظایف وی برعهده مدیرعامل یا قائم‌مقام مدیرعامل مؤسسه بیمه خواهد بود.

چنانچه مؤسسه بیمه به هر علت بیش از سه ماه در هریک از رشته‌های بیمه اموال، اشخاص و یا مسئولیت فاقد مدیرفنی تأیید صلاحیت شده باشد، رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است در اجرای ماده ۴۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری موضوع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای عالی بیمه مطرح نماید.

تبصره ۲- چنانچه مؤسسه بیمه بخواهد فردی را به‌عنوان معاون فنی یا عناوین مشابه منصوب نماید صلاحیت وی باید قبلاً به تأیید بیمه مرکزی ایران رسیده باشد.

ج- ماده ۲۰ و اصلاحات بعدی آن به شرح زیر اصلاح شود:

قبول بیمه اتکایی از خارج از کشور صرفاً برای مؤسسات بیمه اتکایی مجاز است. مؤسسات بیمه مستقیم مشروط به داشتن حداقل سرمایه مورد نیاز برای فعالیت در بیمه‌های اتکایی و با رعایت ضوابطی که از سوی بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد، در حدود ظرفیت نگهداری خود مجاز به قبول بیمه اتکایی از سایر مؤسسات بیمه مستقیم داخلی (اعم از دولتی، غیردولتی و یا ثبت‌شده در مناطق آزاد) می‌باشند.

ضوابط اجرایی ماده ۲۰ آیین‌نامه شماره ۴۰/۳

۱. مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه می‌باید حداقل یک نفر آشنا به امور اتکایی از بین کارکنان خود را به بیمه مرکزی ایران معرفی و در صورت تأیید بیمه مرکزی ایران، با رعایت سایر ضوابط زیر، مجاز به قبول اتکایی می‌باشند.

۲. حداقل سرمایه لازم برای انجام عملیات اتکایی ۴۰۰ میلیارد ریال می‌باشد.

۳. قبولی اتکایی صرفاً از بیمه‌نامه‌های صادره توسط سایر مؤسسات بیمه مستقیم داخلی (اعم از دولتی، غیردولتی و یا ثبت‌شده در مناطق آزاد) مجاز بوده و قبولی از واگذاری‌های مجدد آنان (Retrocession) مجاز نمی‌باشد.

۴. مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه صرفاً در رشته‌هایی می‌توانند قبولی اتکایی انجام دهند که قبلاً مجوز فعالیت عملیات بیمه مستقیم در آن رشته‌ها را از بیمه مرکزی ایران دریافت کرده باشند:

تبصره- قبول اتکایی در انواع بیمه‌های اعتباری و زندگی مجاز نمی‌باشد.

۵. حداکثر میزان مجاز نگهداری خالص (Net Retention) در عملیات قبولی اتکایی، به شرح زیر می‌باشد:

۵/۱- قراردادهای نسبی (Proportional): حداکثر میزان نگهداری خالص در هر قرارداد (Monetary Line) ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال یا معادل ارزی آن، مشروط بر آنکه حداکثر مجموع

تعهدات موسسه بیمه (نگهداری خالص) در مورد خطرات فاجعه‌آمیز در هر قرارداد از ۱۰٪ مجموع سرمایه پرداخت‌شده، اندوخته و ذخایر فنی به استثناء ذخیره خسارت معوق مؤسسه تجاوز ننماید.

۵/۲- قراردادهای غیرنسبی (Non Proportional): حداکثر در هر قرارداد ۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال یا معادل ارزی آن.

۵/۳- قبولی‌های اختیاری (Facultative): حداکثر مجموع تعهدات مؤسسه بیمه (نگهداری خالص) در یک بیمه‌نامه / ریسک، نمی‌باید از ۱۰ درصد مجموع سرمایه پرداخت‌شده، اندوخته و ذخایر فنی به استثناء ذخیره خسارت معوق مؤسسه تجاوز نماید.

۶. حداکثر مجموع تعهدات نگهداری خالص هر یک از مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه در خصوص خطرات فاجعه‌آمیز در هر یک از مناطق مندرج در بند ۷ نمی‌باید از ۵۰ درصد مجموع سرمایه پرداخت‌شده، اندوخته و ذخایر فنی به استثناء ذخیره خسارت معوق مؤسسه تجاوز نماید.

۷. مناطق مورد اشاره در بند ۶ فوق، عبارت‌اند از:

- | | |
|---|--|
| ۱- استان تهران (به‌غیر از تهران بزرگ) | ۱۵- استان زنجان |
| ۱/۱- تهران بزرگ | ۱۶- استان آذربایجان غربی |
| ۲- استان گیلان | ۱۷- استان کرمانشاه |
| ۳- استان مازندران | ۱۸- استان گلستان |
| ۴- استان خراسان شمالی | ۱۹- استان هرمزگان |
| ۵- استان خراسان رضوی (به غیر از مشهد) | ۲۰- استان سمنان |
| ۵/۱- شهر مشهد | ۲۱- استان اردبیل |
| ۶- استان خراسان جنوبی | ۲۲- استان همدان |
| ۷- استان قزوین (به‌غیر از شهر صنعتی قزوین) | ۲۳- استان لرستان |
| ۷/۱- شهر صنعتی قزوین | ۲۴- استان سیستان و بلوچستان |
| ۸- استان کرمان | ۲۵- استان بوشهر |
| ۹- استان آذربایجان شرقی (به‌غیر از شهر تبریز) | ۲۶- استان کردستان |
| ۹/۱- شهر تبریز | ۲۷- استان قم |
| ۱۰- استان اصفهان (به‌غیر از شهر اصفهان) | ۲۸- استان ایلام |
| ۱۰/۱- شهر اصفهان | ۲۹- استان کهگیلویه و بویر احمد |
| ۱۱- استان یزد | ۳۰- استان چهارمحال و بختیاری |
| ۱۲- استان مرکزی | ۳۱- هر یک از مناطق آزاد تجاری-صنعتی و مناطق ویژه اقتصادی |
| ۱۳- استان فارس | ۳۲- پارس جنوبی |
| ۱۴- استان خوزستان | ۳۳- عسلویه |

۸. مؤسسات بیمه موضوع این آیین‌نامه موظفند حساب‌های مربوط به عملیات بیمه اتکایی (به تفکیک قبولی و واگذاری) خود را به صورت جداگانه در صورت‌های مالی خود منعکس نمایند و حداکثر یک‌ماه پس از پایان هر سه ماهه، لیست کاملی از قبولی‌های خود را به بیمه مرکزی ایران ارسال نمایند.

۹. چنانچه مؤسسات بیمه‌ای هریک از ضوابط فوق‌الذکر را رعایت نکند، بیمه مرکزی ایران می‌تواند مجوز قبولی اتکایی آن مؤسسه را لغو نماید.

آیین‌نامه شماره ۴۰/۴

(مکمل آیین‌نامه ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی)

شورای عالی بیمه به استناد بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و بیمه‌گری در جلسات مورخ ۱۳۸۸/۱۰/۲ و ۱۳۸۸/۱۱/۷، مواد (۲) و (۱۲) آیین‌نامه ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی (آیین‌نامه شماره ۴۰) را به ترتیب زیر اصلاح و تصویب نمود.

اول- ماده ۲ به شرح زیر اصلاح گردید:

ماده ۲. تشکیل مؤسسه بیمه صرفاً به صورت «شرکت سهامی عام» ایرانی یا «شرکت تعاونی سهامی عام» ایرانی که سهام آن با نام بوده و با رعایت قانون تأسیس و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشد، امکان‌پذیر است. در تأسیس مؤسسه بیمه به صورت «شرکت تعاونی سهامی عام»، مقررات ماده (۱۲) «قانون اصلاح موادی از قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی - مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام به تاریخ ابلاغی ۱۳۸۷/۴/۳۱ مجلس شورای اسلامی» نیز رعایت خواهد شد.

دوم- ماده ۱۲ به شرح زیر اصلاح گردید:

ماده ۱۲. حسابرس و بازرس قانونی مؤسسه بیمه باید از میان حساب‌برسان مورد تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و معتمد سازمان بورس و اوراق بهادار انتخاب شوند.

آیین‌نامه شماره ۴۰/۶

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۱۵ «آیین‌نامه ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی (آیین‌نامه شماره ۴۰)» را به شرح زیر اصلاح و به‌عنوان آیین‌نامه شماره ۴۰/۶ و مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود:

۱- ماده ۸ به شرح زیر اصلاح می‌گردد:

ماده ۸ شخص یا اشخاص حقوقی مؤسس مؤسسه بیمه باید حداقل سه دوره مالی سابقه فعالیت داشته باشند و مکلفند یک نسخه از اساسنامه و ترازنامه و حساب عملکرد سود و زیان مصوب آن شخص یا اشخاص حقوقی در سه سال مالی قبل را همراه اظهارنامه‌ای مشتمل بر اسامی اعضای هیئت‌مدیره و سهام‌داران عمده (دارای بیش از پنج درصد سهام) و سایر اطلاعات ضروری به بیمه مرکزی ارائه دهند.

۲- تبصره ۱ ماده ۱۱ به شرح زیر اصلاح و تبصره‌های ۴ و ۵ به این ماده اضافه می‌گردد:

تبصره ۱- در صورتی که مدرک کارشناسی افراد موضوع این ماده در رشته‌های غیرمرتبط باشد به شرط آنکه واجد سایر شرایط لازم بوده و حداقل پنج سال تجربه مؤثر مدیریتی داشته باشند بیمه مرکزی می‌تواند به تشخیص خود با عضویت آنها در هیئت‌مدیره و یا انتصاب آنها به‌عنوان مدیرعامل و قائم‌مقام مدیرعامل موافقت نماید. در هر صورت حداقل سه پنجم تعداد اعضای هیئت‌مدیره هر مؤسسه بیمه باید دارای مدرک مرتبط باشند.

تبصره ۴- در صورتی که شخص یا اشخاص حقوقی، عضو هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه باشند باید حداقل سه دوره مالی سابقه فعالیت داشته باشند.

تبصره ۵- تعداد اعضای هیئت‌مدیره باید حداقل پنج نفر به‌علاوه دو نفر علی‌البدل باشد و همواره حداقل سه پنجم اعضای اصلی موظف باشند.

۳- ماده ۱۴ به شرح زیر اصلاح می‌گردد:

ماده ۱۴. هیچ یک از اعضای هیئت‌مدیره، مدیرعامل و قائم‌مقام مدیرعامل مؤسسه بیمه نمی‌توانند در سایر مؤسسات بیمه (سرزمین اصلی و یا مناطق آزاد)، کارگزاری‌ها و نمایندگی‌های بیمه سمت داشته باشند.

۴- ماده ۱۳ و تبصره ۲ ماده ۱۷ ملغی و ماده ۱۷ به همراه تبصره ۱ آن به شرح زیر

اصلاح می‌گردد:

ماده ۱۷. برای صدور پروانه فعالیت و ادامه فعالیت مؤسسه بیمه باید صلاحیت فنی معاون فنی، مدیران (مسئولان) فنی در هریک از رشته‌های بیمه‌ای و نیز اکچوئر مؤسسه بیمه به تأیید بیمه مرکزی رسیده باشد.

تبصره ۱- در صورت استعفاء، عزل یا فوت هریک از مدیران فنی مؤسسه بیمه یا سلب شرایط آنها (به تشخیص بیمه مرکزی ایران)، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف دو ماه فرد واجد شرایط دیگری را به بیمه مرکزی ایران معرفی نماید. بیمه مرکزی ایران موظف است حداکثر ظرف یک‌ماه نظر خود را در مورد صلاحیت فرد معرفی‌شده اعلام کند. تا زمان انتصاب مدیر فنی مورد تأیید بیمه مرکزی ایران، انجام وظایف وی برعهده مدیرعامل یا قائم‌مقام مدیرعامل مؤسسه بیمه خواهد بود. چنانچه مؤسسه بیمه به هر علت بیش از سه ماه در هریک از رشته‌های بیمه فاقد مدیرفنی تأیید صلاحیت شده باشد، رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است در اجرای ماده ۴۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری موضوع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای عالی بیمه مطرح نماید.

۱۰- آیین‌نامه شماره ۹۰

سیصدونودودومین جلسه شورای عالی بیمه مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۲۶ در بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران تشکیل شد و پس از بحث و تبادل نظر پیرامون دستورات جلسه، به استناد ماده ۱۷ و در اجرای مواد ۳۸ و ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، «آیین‌نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه» را مشتمل بر ۱۵ ماده و ۶ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول- کلیات

ماده ۱. کلمات و اصطلاحات زیر صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشند، در این آیین‌نامه با تعاریف زیر استفاده شده‌اند:

بیمه مرکزی: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

مؤسسه بیمه: مؤسسه بیمه دولتی و مؤسسه بیمه غیردولتی داخلی در سرزمین اصلی (اعم از مستقیم و اتکایی) که مجاز به انجام عملیات بیمه در ایران بوده و یا متقاضی اخذ پروانه فعالیت از بیمه مرکزی می‌باشند.

کارکنان کلیدی: مدیر ارشد، مسئول فنی و مسئول امور مالی یا کنترل مؤسسه بیمه است.

۱-۳- مدیر ارشد: اعضای هیئت‌مدیره (عضو حقیقی یا نماینده عضو حقوقی)، مدیرعامل، قائم‌مقام مدیرعامل و معاون فنی مدیرعامل مؤسسه بیمه است.

۲-۳- مسئول فنی: فردی است که به‌موجب ساختار سازمانی مؤسسه بیمه که به تصویب هیئت‌مدیره رسیده است، پس از معاون فنی مدیرعامل، مسئولیت کلیه امور مربوط به صدور یا پرداخت خسارت در یکی از رشته‌های بیمه مستقیم، بیمه اتکایی و اکچوئری داخلی مؤسسه بیمه را برعهده دارد.

۳-۳- مسئول امور مالی یا کنترلی: فردی است که به‌موجب ساختار سازمانی مؤسسه بیمه که به تصویب هیئت‌مدیره رسیده است، مسئولیت یکی از امور سرمایه‌گذاری، مالی یا مدیریت ریسک شرکتی مؤسسه بیمه را برعهده دارد.

کارکنان عملیاتی: سرپرست منطقه، رئیس مجتمع یا رئیس شعبه مؤسسه بیمه و سایر عناوین با مسئولیت‌های مشابه.

فرد پیشنهادی: شخص حقیقی است که به‌منظور تأیید صلاحیت حرفه‌ای جهت تصدی سمت کارکنان کلیدی حسب مورد توسط مجمع عمومی، هیئت‌مدیره یا مدیرعامل مؤسسه بیمه به‌ترتیب مقرر در اساسنامه به بیمه مرکزی معرفی می‌شود.

صلاحیت عمومی: برخوردار بودن فرد از حداقل الزامات قانونی جهت اشتغال در جمهوری اسلامی ایران که در قوانین و مقررات عام تعیین شده است.

صلاحیت حرفه‌ای: برخوردار بودن فرد از حداقل الزامات قانونی مقرر در قوانین و مقررات بیمه‌ای، حداقل مدارک تحصیلی و تجربه حرفه‌ای مفید و قبولی در مصاحبه تخصصی که طبق ضوابط این آیین‌نامه تعریف شده است.

تجربه حرفه‌ای مفید: برخوردار بودن فرد از تجربه بیمه‌ای یا مدیریتی متناسب با سمت وی به تشخیص بیمه مرکزی برای کارکنان کلیدی یا مؤسسه بیمه برای کارکنان عملیاتی.

تجربه بیمه‌ای: سنوات تجربی فعالیت در صنعت بیمه در زمینه مرتبط با سمت پیشنهادی.
تجربه مدیریتی: سنوات تجربی فعالیت در سمت‌های کارکنان کلیدی یا عملیاتی مؤسسات بیمه در صنعت بیمه یا فعالیت در سمت مدیرعامل یا عضویت در هیئت‌مدیره مؤسسات مالی و اقتصادی.
تأییدیه: گواهی است که پس از تأیید صلاحیت حرفه‌ای فرد پیشنهادی برای تصدی یکی از سمت‌های کارکنان کلیدی توسط بیمه مرکزی صادر می‌گردد.

فصل دوم- شرایط تأیید صلاحیت

ماده ۲. افراد موضوع این آیین‌نامه باید از صلاحیت‌های عمومی و حرفه‌ای زیر برخوردار باشند: نداشتن سوءپیشینه کیفری مؤثر و سابقه ارتکاب یا معاونت در یکی از جرائم ارتشاء، تصرف غیرقانونی در اموال دولتی و عمومی، جعل و تزویر، تدلیس، پولشویی، تبانی و یا مداخله در معاملات دولتی و اخلال در نظام اقتصادی و جرایم موضوع ماده ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری.

نداشتن سوء شهرت

نداشتن سابقه نقض فاحش قوانین و مقررات بیمه‌ای در صنعت بیمه به تشخیص هیئت عامل بیمه مرکزی.

داشتن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی از دانشگاه‌های مورد تأیید وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

داشتن مدرک تحصیلی مرتبط و حداقل تجربه حرفه‌ای مفید به شرح جدول زیر:

حداقل تجربه حرفه‌ای مفید (سال)	عنوان رشته‌های تحصیلی مرتبط	عنوان سمت‌های پیشنهادی	کارکنان	
۱۰ سال تجربه مدیریتی	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	کلیه اعضای هیئت‌مدیره	مدیر ارشد	کلیدی
۱۰ سال تجربه مدیریتی که حداقل نیمی از آن تجربه بیمه‌ای باشد.	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	مدیر عامل و قائم‌مقام مدیرعامل		
۱۲ سال تجربه بیمه‌ای که حداقل نیمی از آن در رده مدیریت فنی یکی از رشته‌های بیمه باشد.	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	معاون فنی مدیرعامل		
۱۰ سال تجربه بیمه‌ای در رشته‌های مربوط	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	هریک از رشته‌های بیمه مستقیم	مسئول فنی	

۱۰ سال تجربه بیمه ای در بیمه های اتکایی	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، زبان انگلیسی، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	بیمه اتکایی		
۵ سال تجربه بیمه‌ای در زمینه اکچوئری	اکچوئری، آماربیمه، ریاضی، آمار، اقتصاد و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	اکچوئری داخلی		
۱۰ سال تجربه در زمینه کاری مرتبط (مالی، اقتصادی و بیمه‌ای)	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	سرمایه‌گذاری مالی مدیریت ریسک شرکتی	مسئول امور مالی یا کنترلی	
۵ سال تجربه بیمه‌ای مرتبط	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	- سرپرست منطقه - رئیس مجتمع - رئیس شعبه	عملیاتی	

تبصره ۱- حداقل تجربه حرفه‌ای مفید برای دارندگان مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد یا دکتری در رشته‌های تحصیلی مرتبط به ترتیب ۲ و ۴ سال کمتر از تجربه مندرج در جدول فوق است.

تبصره ۲- چنانچه مدرک تحصیلی فرد پیشنهادی برای تصدی هریک از سمت‌های کارکنان عملیاتی در رشته‌های تحصیلی غیرمرتبط باشد، حداقل تجربه حرفه‌ای مفید ۱/۵ برابر حداقل‌های مقرر در جدول فوق می‌باشد.

قبولی کارکنان کلیدی در مصاحبه تخصصی بیمه مرکزی.

تبصره- ضوابط و معیارهای مصاحبه تخصصی را بیمه مرکزی تعیین و در پایگاه اطلاع‌رسانی خود منتشر خواهد کرد.

فصل سوم- نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای

ماده ۳. صلاحیت حرفه‌ای فرد پیشنهادی در چارچوب ضوابط این آیین‌نامه توسط بیمه مرکزی بررسی و در صورت احراز شرایط مقرر در این آیین‌نامه تأییدیه صادر خواهد شد.

تبصره ۱- مسئولیت احراز صلاحیت عمومی فرد پیشنهادی برعهده مؤسسه بیمه است.

تبصره ۲- تأییدیه صادره برای فرد پیشنهادی صرفاً برای سمتی است که مؤسسه بیمه وی را برای تصدی آن معرفی نموده و اشتغال وی در سایر سمت‌های کارکنان کلیدی در آن مؤسسه بیمه یا در سایر مؤسسات بیمه منوط به اخذ تأییدیه مجدد از بیمه مرکزی است.

ماده ۴. انتصاب افراد به سمت کارکنان کلیدی قبل از صدور تأییدیه ممنوع است و مؤسسه بیمه موظف است قبل از انتصاب، صلاحیت حرفه‌ای آنها را به تأیید بیمه مرکزی برساند.

ماده ۵. بیمه مرکزی حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز پس از تاریخ تکمیل مدارک، در خصوص صلاحیت حرفه‌ای فرد پیشنهادی اعلام نظر خواهد نمود. بیمه مرکزی مدارک مورد نیاز برای بررسی صلاحیت حرفه‌ای تعیین و در پایگاه اطلاع‌رسانی خود منتشر خواهد کرد.

ماده ۶. مسئولیت احراز صلاحیت عمومی و تأیید صلاحیت حرفه‌ای افراد جهت تصدی سمت کارکنان عملیاتی در چارچوب اساسنامه مؤسسه و ضوابط این آیین‌نامه برعهده مؤسسه بیمه است.

ماده ۷. مؤسسه بیمه موظف است امکان دسترسی به اطلاعات و مستندات مربوط به تأیید صلاحیت حرفه‌ای کارکنان عملیاتی خود را برای بیمه مرکزی فراهم نماید.

ماده ۸. مؤسسه بیمه موظف است ساختار سازمانی مصوب هیئت مدیره خود و تغییرات بعدی آن را بلافاصله پس از تصویب به بیمه مرکزی ارسال نماید.

فصل چهارم - نظارت

ماده ۹. بیمه مرکزی می‌تواند در موارد زیر با تأیید هیئت عامل، تأییدیه صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی مؤسسه بیمه را لغو نماید:

در صورت احراز تخلف هریک از کارکنان کلیدی مؤسسه بیمه از قوانین و مقررات بیمه‌ای که به موجب مصوبات شورای عالی بیمه مشمول یا مستوجب سلب صلاحیت حرفه‌ای باشد. در صورتی که هریک از کارکنان کلیدی شرایط موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه را از دست بدهد یا مستنداتی کشف شود مبنی بر اینکه وی از ابتدا شرایط ماده مذکور را نداشته است. ارائه هرگونه اطلاعات کذب و خلاف واقع و یا گمراه‌کننده توسط کارکنان کلیدی به بیمه مرکزی یا اکچوئر رسمی بیمه.

تبصره - در احکام لغو تأییدیه صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی مؤسسه بیمه، مدت محرومیت و همچنین سمت‌های مشمول محرومیت درج می‌شود.

ماده ۱۰. مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ لغو تأییدیه صلاحیت حرفه‌ای هریک از کارکنان کلیدی، نسبت به معرفی فرد جایگزین اقدام نماید. در دوره مذکور مسئولیت سمت‌های بالاتر حسب مورد به‌عهده مدیرعامل، معاون فنی یا یکی

از اعضای هیأت مدیره مؤسسه بیمه خواهد بود. در هر حال چنانچه مؤسسه بیمه به هر علت ظرف مدت ۶۰ روز نسبت به معرفی فرد جایگزین واجد شرایط در یکی از سمت‌های کارکنان کلیدی اقدام ننماید، بیمه مرکزی می‌تواند در اجرای قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، موضوع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای عالی بیمه مطرح نماید.

ماده ۱۱. مؤسسه بیمه موظف است در صورت احراز تخلف هریک از کارکنان عملیاتی از قوانین و مقررات بیمه‌ای و مصوبات شورای عالی بیمه یا از دست‌دادن هریک از شرایط موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه، به تشخیص خود یا حسب اعلام بیمه مرکزی، ضمن جایگزینی وی با فرد واجد شرایط، مراتب را به بیمه مرکزی اعلام نماید.

ماده ۱۲. مسئولیت حسن اجرای تکالیف مؤسسه بیمه مصرح در این آیین‌نامه در خصوص کارکنان کلیدی و کارکنان عملیاتی با مدیرعامل و در خصوص مدیرعامل با هیأت‌مدیره مؤسسه بیمه است. مدیرعامل یا هیأت‌مدیره حسب مورد در مقابل مؤسسه بیمه یا اشخاص ثالث نسبت به تخلف از مقررات این آیین‌نامه و جبران خسارات وارده مسئول می‌باشند.

ماده ۱۳. بیمه مرکزی بر حسن اجرای این آیین‌نامه نظارت می‌کند. در صورت قصور یا تخلف مؤسسه بیمه در اجرای این آیین‌نامه، بیمه مرکزی می‌تواند متناسب با نوع، سابقه، تکرار و تعدد قصور یا تخلف صورت‌گرفته، به موجب تصمیم هیئت عامل هریک از اقدامات زیر را به عمل آورد:

اخطار کتبی به مدیرعامل یا هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه حسب مورد؛

لغو تأییدیه صلاحیت حرفه‌ای مدیرعامل یا هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه حسب مورد؛

ایجاد محدودیت در جذب نماینده؛

پیشنهاد تعلیق فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه‌ای معین به شورای عالی بیمه؛

پیشنهاد لغو پروانه فعالیت مؤسسه بیمه برای تمام رشته‌ها یا رشته بیمه‌ای معین به

شورای عالی بیمه.

ماده ۱۴. افرادی که قبل از تاریخ ابلاغ این آیین‌نامه در مؤسسات بیمه تصدی یکی از سمت‌های کلیدی یا عملیاتی موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه را عهده‌دار بوده‌اند صرفاً در زمان انقضای دوره تصدی یا در صورت معرفی جهت تصدی سمت جدید در آن مؤسسه بیمه یا هر سمت کلیدی یا عملیاتی در سایر مؤسسات بیمه مشمول ضوابط این آیین‌نامه خواهند بود.

ماده ۱۵. این آیین‌نامه از تاریخ ابلاغ لازم‌الاجرا است. از تاریخ مذکور، مقررات مربوط به احراز صلاحیت حرفه‌ای کارکنان مؤسسات بیمه مندرج در آیین‌نامه شماره ۴۰ مصوب شورای عالی بیمه و مکمل‌های آن لغو و احراز صلاحیت حرفه‌ای آنها تابع ضوابط این آیین‌نامه خواهد بود.

آیین‌نامه شماره ۹۰/۱

مکمل آیین‌نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه

شورای عالی بیمه به استناد ماده ۱۷ و در اجرای مواد ۳۸ و ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۴/۰۹/۳۰ آیین‌نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه (آیین‌نامه شماره ۹۰) را به شرح زیر اصلاح و به‌عنوان **"آیین‌نامه شماره ۹۰/۱"** و مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود:

۱- بند ۱۰ ماده ۱ به شرح زیر اصلاح می‌گردد:

۱۰- سنوات تجربی فعالیت در سمت‌های سرپرستی یا مدیریتی در صنعت بیمه یا فعالیت در سمت‌های مدیریتی در وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، نهادها و مؤسسات مالی و اقتصادی به تشخیص بیمه مرکزی."

۲- تبصره ۲ ذیل بند ۵ ماده ۲ به شرح زیر اصلاح می‌گردد:

تبصره ۲- چنانچه مدرک تحصیلی فرد پیشنهادی برای تصدی هریک از سمت‌های کارکنان کلیدی و عملیاتی در رشته‌های تحصیلی غیرمرتبط باشد، حداقل تجربه حرفه‌ای مفید ۱,۵ برابر حداقل‌های مقرر در جدول فوق می‌باشد.

۳- ماده ۱۴ به شرح زیر اصلاح می‌گردد:

ماده ۱۴. افرادی که در زمان ابلاغ این آیین‌نامه تصدی یکی از سمت‌های کلیدی یا عملیاتی موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه را در یکی از مؤسسات بیمه عهده‌دار بوده‌اند، مشمول ضوابط قبلی بوده و صرفاً در صورت معرفی جهت تصدی سمت دیگر در آن مؤسسه بیمه یا سایر مؤسسات بیمه مشمول ضوابط این آیین‌نامه خواهند بود.

نمونه سؤالات چهار گزینه‌ای

۱. طبق ماده ۶ قانون بیمه، در کدام یک از موارد زیر ممکن است بیمه‌نامه بدون ذکر اسم (به نام حامل) تنظیم شود؟

الف) بیمه شخص ثالث

ب) بیمه حمل و نقل

ج) بیمه عمر

د) بیمه درمان

۲. طبق ماده ۳۴ قانون بیمه، اگر در یک قرارداد بیمه موضوعات مختلفی بیمه شده باشد، در صورت اثبات تقلب از سوی بیمه‌گذار نسبت به یکی از موضوعات

الف) بطلان نسبت به سایر موضوعات نیز سرایت کرده، تمام قرارداد باطل خواهد بود.

ب) قرارداد بیمه نسبت به همان موضوع باطل خواهد شد.

ج) قرارداد بیمه فسخ می‌گردد.

د) قرارداد بیمه نسبت به همان موضوع فسخ خواهد شد.

۳. کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح است؟

الف) در صورت توقف یا افلاس بیمه‌گر بیمه‌گذار حق فسخ قرارداد را نخواهد داشت.

ب) مرور زمان دعاوی ناشی از بیمه پنج سال است و ابتدای آن از تاریخ وقوع حادثه منشا دعوی خواهد بود.

ج) بیمه‌گذار ممکن است اصیل باشد یا به یکی از عناوین قانونی نمایندگی صاحب مال یا شخص ذی‌نفع را داشته باشد.

د) در هر شرایطی بیمه‌گر مسئول خساراتی که از عیب ذاتی مال ایجاد می‌شود است.

۴. طبق ماده ۱۰ قانون بیمه، در صورتی که مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد، در

هنگام خسارت:

الف) بیمه‌گر هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال پرداخت خسارت ندارد.

ب) بیمه‌گر و بیمه‌گذار می‌بایست برای تعیین مقدار واقعی خسارت به محکمه رجوع نمایند.

ج) قرارداد بیمه باطل است و حق بیمه دریافتی قابل استرداد نمی‌باشد.

د) بیمه‌گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال مسئول خسارت خواهد بود.

۵. طبق ماده ۱۹ قانون بیمه، مسئولیت بیمه‌گر عبارت است از:

الف) تفاوت قیمت مال بیمه‌شده بلافاصله قبل از وقوع حادثه با قیمت باقی‌مانده آن بلافاصله بعد از حادثه

ب) تفاوت قیمت مال بیمه‌شده در زمانی که کمترین قیمت را در طول مدت زمان بیمه‌نامه داشته‌است با قیمت باقی‌مانده آن بعد از حادثه

ج) تفاوت قیمت مال بیمه‌شده بلافاصله بعد از وقوع حادثه با اصل آن در زمانی که بیشترین قیمت را در طول مدت زمان بیمه‌نامه داشته‌است.

د) قیمت اصل مال به اضافه حق تعمیر مال

۶. طبق ماده ۱۵ قانون بیمه، جای خالی را با گزینه مناسب تکمیل نمایید. "مخارجی که

بیمه‌گذار برای جلوگیری از توسعه خسارت می‌نماید....."

الف) برعهده شخص بیمه‌گذار است.

ب) در صورتی که منتج به نتیجه نشود برعهده بیمه‌گذار است.

ج) بر فرض که منتج به نتیجه نشود به‌عهده بیمه‌گر خواهد بود و در صورت اختلاف بین طرفین در خصوص لزوم مخارج مربوطه و تناسب آن با موضوع بیمه، حل اختلاف به حکم یا محکمه رجوع می‌شود.

د) فقط در صورتی که منتج به نتیجه شود برعهده بیمه‌گر است.

۷. در کدام یک از موارد زیر عقد بیمه باطل نیست؟

الف) چنانچه بیمه‌گذار با قصد تقلب، مالی را اضافه بر قیمت عادلانه بیمه کرده باشد.

ب) هرگاه بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند و یا عمداً اظهارات کاذبه بنماید و مطالب اظهارنشده یا اظهارات کاذبه طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد.

ج) اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از سوی بیمه‌گذار از روی عمد نباشد.

د) گزینه الف و ب صحیح است.

۸. طبق ماده ۱۳ قانون بیمه، چنانچه بیمه‌گذار به صورت غیرعمدی از اظهار مطالبی خودداری نماید یا اظهار خلاف واقع نماید و این موضوع قبل از وقوع حادثه معلوم شود، چه حالتی برای عقد بیمه متصور است؟

الف) عقد بیمه باطل می‌شود.

ب) بیمه‌گر حق دارد اضافه‌حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت داشته و قرارداد را ابقا کند.

ج) بیمه‌گر حق فسخ دارد.

د) گزینه ب و ج صحیح است.

۹. طبق ماده ۱ قانون بیمه، وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر می‌پردازد چه می‌نامند؟

الف) سرمایه بیمه

ب) حق بیمه

ج) مبلغ خسارت

د) مابه‌التفاوت ارزش ریالی مورد بیمه بلافاصله قبل از خسارت با ارزش آن پس از خسارت

۱۰. طبق ماده ۹ قانون بیمه، در صورتی که مالی به کمتر از قیمت بیمه‌شده باشد نسبت به بقیه قیمت می‌توان آن را بیمه نمود در این صورت

الف) هریک از بیمه‌گران به نسبت مبلغی از مال که بیمه کرده است مسئول خواهد بود.

ب) هریک از بیمه‌گران به طور مساوی مسئول جبران خسارت هستند.

ج) بیمه‌نامه بعد از وقوع اولین حادثه منفسخ می‌گردد.

د) بعد از وقوع اولین حادثه این بیمه‌نامه باطل می‌گردد و حق بیمه قابل استرداد نیست.

۱۱. طبق ماده ۱۶ قانون بیمه، در موقع تشدید خطر کدام یک از عبارات زیر صحیح نیست؟

- الف) اگر تشدید خطر در نتیجه عمل خود بیمه‌گذار باشد، بیمه‌گر حق دارد حق بیمه اضافه را معین نموده به بیمه‌گذار پیشنهاد کند.
- ب) اگر تشدید خطر در نتیجه عمل خود بیمه‌گذار نباشد، بیمه‌گر حق دارد حق بیمه اضافه را معین نموده به بیمه‌گذار پیشنهاد کند.
- ج) اگر تشدید خطر در نتیجه عمل خود بیمه‌گذار نباشد، بیمه‌گر حق ندارد حق بیمه اضافه را معین نموده به بیمه‌گذار پیشنهاد کند.
- د) اگر تشدید خطر در نتیجه عمل خود بیمه‌گذار باشد، بیمه‌گر حق دارد حق بیمه اضافه را معین نموده به بیمه‌گذار پیشنهاد کند و در صورتی که بیمه‌گذار حاضر به قبولی و پرداخت حق بیمه اضافه نشود، بیمه‌گر می‌تواند قرارداد را فسخ کند.

۱۲. طبق ماده ۱۷ قانون بیمه، در صورت فوت بیمه‌گذار یا انتقال موضوع بیمه به دیگری

.....

- الف) فقط بیمه‌گر حق فسخ عقد بیمه را دارد.
- ب) فقط ورثه یا منتقل‌الیه حق فسخ عقد بیمه را دارد.
- ج) بیمه‌گر حق فسخ ندارد.
- د) هر یک از بیمه‌گر یا ورثه یا منتقل‌الیه حق فسخ عقد بیمه را خواهند داشت.
۱۳. طبق ماده ۳۲ قانون بیمه، در صورت ورشکستگی بیمه‌گر، کدام یک از بیمه‌گذاران نسبت به دیگر بیمه‌گذاران حق تقدم دارند؟

- الف) رشته بیمه‌های اتومبیل
- ب) رشته بیمه‌های عمر
- ج) رشته بیمه‌های مسئولیت
- د) رشته بیمه‌های مهندسی
۱۴. طبق ماده ۲۳ قانون بیمه، بیمه‌عمر یا بیمه نقصان یا شکستن عضو شخص دیگری در چه

صورتی باطل نیست؟

- الف) در صورتی که آن شخص قبلاً رضایت خود را کتباً داده باشد.
- ب) در صورتی که منفعت بیمه‌نامه عاید بیمه‌گذار شود.
- ج) در صورتی که آن شخص قبلاً رضایت خود را کتباً نداده باشد.
- د) در صورتی که منفعت بیمه‌نامه عاید بیمه‌گذار نشود.

۲۰. طبق ماده ۱۵ قانون بیمه، در صورت وقوع حادثه

الف) بیمه‌گذار موظف است از تاریخ اطلاع خود، مراتب وقوع حادثه را ظرف ۵ روز به اطلاع بیمه‌گر برساند.

ب) بیمه‌گذار در فرصت مناسب موضوع را به اطلاع بیمه‌گر خواهد رسانید.

ج) مراتب وقوع حادثه بایستی توسط مراجع ذی‌صلاح به بیمه‌گر اطلاع داده شود و بیمه‌گذار تعهدی ندارد.

د) بیمه‌گذار مکلف است ظرف یک‌ماه موضوع وقوع حادثه را به اطلاع بیمه‌گر برساند.

۲۱. طبق ماده ۲۸ قانون بیمه، خسارات ناشی از جنگ - شورش - اعتصاب

الف) در هیچ حالتی قابل پرداخت نیست.

ب) در تعهد بیمه‌گر است.

ج) در تعهد بیمه‌گر نخواهد بود مگر آنکه خلاف آن در بیمه‌نامه شرط شده باشد.

د) جنگ قابل پرداخت نیست ولی شورش و اعتصاب در همه حالت قابل پرداخت است.

۲۲. طبق ماده ۷ قانون بیمه، وقتی طلبکار مالی را که نزد او وثیقه یا رهن است بیمه می‌کند،

در صورت وقوع حادثه، شرکت بیمه

الف) بدون توجه به میزان طلب طلبکار، خسارت را به صاحب مال پرداخت می‌کند.

ب) بدون توجه به میزان طلب به طلبکار پرداخت می‌کند.

ج) خسارت را تا میزان آنچه که بیمه‌گذار در تاریخ وقوع حادثه طلبکار است به شخص او و بقیه به صاحب مال تعلق خواهد گرفت.

د) خسارت را ب توجه به میزان آن به نسبت مساوی بین طلبکار و صاحب مال تقسیم می‌کند.

۲۳. طبق ماده ۱۶ قانون بیمه، اگر بیمه‌گر پس از اطلاع از تشدید خطر به‌نحوی از انحاء

رضایت به بقاء عقد قرارداد داده باشد مثل آنکه اقساط حق بیمه را پس از اطلاع از مراتب

از بیمه‌گذار دریافت کرده باشد، در این صورت بیمه‌گر

الف) می‌تواند با استناد به تشدید خطر اعلامی حق بیمه اضافی را محاسبه و از بیمه‌گذار مطالبه کند یا قرارداد را فسخ نماید.

ب) می‌تواند بخشی از حق بیمه را ب توجه موارد تشدید خطر اعلامی محاسبه و از بیمه‌گذار دریافت نماید.

ج) دیگر نمی‌تواند به تشدید خطر اعلامی استناد نماید.

د) گزینه الف و ب صحیح است.

۲۴. براساس قانون بیمه، کدام یک از عبارات زیر صحیح است؟

- الف) چنانچه بیمه‌گذار مالی را به کمتر از قیمت واقعی بیمه کند، عقد بیمه باطل خواهد بود.
ب) در صورت توقف یا افلاس بیمه‌گر، بیمه‌گذار حق فسخ قرارداد را نخواهد داشت.
ج) در صورتی که مالی بیمه‌شده باشد در مدتی که بیمه باقی است نمی‌توان همان مال را به نفع همان شخص در مقابل همان خطر مجدداً بیمه کرد.
د) گزینه الف و ب صحیح است.

۲۵. طبق ماده ۱۸ قانون بیمه، هرگاه معلوم شود خطری که برای آن بیمه به عمل آمده است قبل از عقد قرارداد واقع شده، عقد بیمه چه وضعیتی خواهد داشت؟

- الف) عقد بیمه به قوت خود باقی است.
ب) از زمان اطلاع بیمه‌گر، فسخ می‌شود و حق بیمه‌های پرداخت شده مسترد نخواهد شد.
ج) باطل است، در این صورت اگر بیمه‌گر از بیمه‌گذار وجهی گرفته باشد عشر از مبلغ مزبور را به عنوان مخارج کسر و بقیه را باید به بیمه‌گذار مسترد دارد.
د) از زمان اطلاع بیمه‌گر فسخ و حق بیمه‌های پرداخت شده به نسبت زمان باقی مانده مسترد می‌شود.

۲۶. کدام یک از گزینه‌های زیر در زمره شرایط اساسی صحت معاملات است؟

- الف) مشروعیت جهت معامله
ب) اهلیت طرفین
ج) حسن نیت طرفین
د) گزینه الف و ب صحیح است.

۲۷. شرایط اهلیت استیفاء کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

- الف) عقل
ب) بلوغ
ج) رشد
د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۸. عقد لازم، عقدی است که

- الف) که هیچ یک از طرفین معامله حق فسخ آن را نداشته، مگر در موارد معین
ب) که در آن برای طرفین یا برای ثالث اختیار فسخ باشد.
ج) که موقوف به امر دیگری باشد.
د) که برای طرفین اختیار فسخ نباشد.

۳۵. طبق ماده ۲۷ قانون بیمه، اثرات قانونی انتقال وجه بیمه عمر از چه تاریخی شروع می‌شود؟

- الف) از تاریخ مندرج در بیمه‌نامه
ب) از تاریخ شروع بیمه‌نامه
ج) از تاریخ فوت بیمه‌شده
د) گزینه الف و ب صحیح است.

۳۶. نام دیگر "عقد معوض" چیست؟

- الف) عقد دو تعهدی
ب) عقد تشریفاتی
ج) عقد جایز
د) عقد لازم

۳۷. این عبارت مربوط به کدام یک از شرایط صحت عقد بیمه است: «در کلیه بیمه‌نامه‌ها موضوع بیمه مشخص می‌شود و بیمه‌گذار می‌تواند خطرات اضافی را نیز علاوه بر خطرات اصلی (مذکور در بیمه‌نامه) بیمه کند که در این صورت باید تک‌تک خطرات اضافی درخواستی را مشخص کند».

- الف) مشروعیت جهت معامله
ب) اهلیت طرفین
ج) موضوع معین مورد معامله
د) حسن نیت طرفین

۳۸. این عبارت مربوط به کدام یک از شرایط صحت عقد بیمه است:

«جهت و سببی که شخص برای رسیدن به آن، حاضر به تعهد و قبول دین می‌شود، مشروع باشد».

- الف) مشروعیت جهت معامله
ب) اهلیت طرفین
ج) موضوع معین مورد معامله
د) حسن نیت طرفین

۳۹. طبق قانون بیمه کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح نیست؟

الف) عقد بیمه و شرایط آن باید به موجب سند کتبی باشد.
ب) میزان تعهد بیمه‌گر در صورت وقوع حادثه از مواردی است که باید به‌طور صریح در بیمه‌نامه قید شود.

ج) بیمه‌گر نسبت به حق بیمه در مقابل هرگونه طلبکاری بر مال بیمه‌شده حق تقدم دارد.

د) عقد بیمه و شرایط آن می‌تواند به‌صورت شفاهی بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار منعقد گردد.

۴۰. طبق ماده ۱۴ قانون بیمه، بیمه‌گر.....

الف) مسئول خسارات ناشیه از تقصیر بیمه‌گذار یا نمایندگان او خواهد بود.

ب) مسئول خسارات ناشیه از تقصیر بیمه‌گذار یا نمایندگان او نخواهد بود.

ج) فقط مسئول خسارات ناشیه از تقصیر بیمه‌گذار خواهد بود.

د) فقط مسئول خسارات ناشیه از تقصیر نمایندگان بیمه‌گذار خواهد بود.

۴۱. کدام یک از گزینه‌های زیر از وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ج.ا.ا نیست؟

الف) تهیه آیین‌نامه‌ها و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه در ایران لازم باشد با توجه به

مفاد قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه‌گری

ب) قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی

ج) تهیه اطلاعات لازم از فعالیت‌های کلیه مؤسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند.

د) تعیین حق بیمه مربوط به رشته‌های مختلف بیمه مستقیم به‌جز شخص ثالث اتومبیل

۴۲. تشخیص فعالیت‌هایی که به آن عملیات بیمه اطلاق می‌شود با چه کسی خواهد بود؟

الف) هیئت وزیران

ب) سندیکای بیمه‌گران ایران

ج) شورای عالی بیمه

د) مجمع عمومی

۴۳. مؤسسات بیمه موظفند ترازنامه خود را.....

الف) در روزنامه رسمی کشور درج نمایند.

ب) در روزنامه‌ای که مورد تأیید هیئت‌مدیره آنها می‌باشد، درج نمایند.

ج) در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران درج نمایند.

د) گزینه الف و ج صحیح است.

۴۴. ریاست شورای عالی بیمه برعهده چه کسی است؟

الف) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا بدون شرکت در أخذ رأی

ب) رئیس شرکت سهامی بیمه ایران بدون شرکت در أخذ رأی

ج) معاون وزارت بازرگانی بدون شرکت در أخذ رأی

د) معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی بدون شرکت در أخذ رأی

۴۵. در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه‌ای طبق ماده ۴۰ قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه‌گری باطل گردد، مؤسسه مزبور می‌تواند ظرف روز به مراجعه و لغو تصمیم متخذه را درخواست کند.

الف) ۲۰ - بیمه مرکزی ج.ا.ا (ب) ۳۰ - هیئت وزیران

ج) ۴۰ - سندیکای بیمه‌گران ایران (د) ۶۰ - شرکت بیمه ایران

۴۶. انتقال بیش از درصد سهام مؤسسات بیمه ایرانی به اشخاص حقیقی یا حقوقی خارجی مطلقاً ممنوع است.

الف) ۴۹ (ب) ۵۱

ج) ۵۹ (د) ۶۱

۴۷. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء ارکان بیمه مرکزی ج.ا.ا نیست؟

الف) هیئت عامل (ب) شورای عالی بیمه

ج) بازرسان (د) سندیکای بیمه‌گران ایران

۴۸. مؤسسات بیمه که در ایران فعالیت می‌کنند موظف خواهد بود معادل درصد از مازاد سهمیه بیمه اتکایی اجباری از معاملات مستقیم خود را با همان شرایطی که در خارج بیمه اتکایی می‌نمایند به بیمه مرکزی ج.ا.ا واگذار نمایند.

الف) ۲۵ (ب) ۳۰

ج) ۵۰ (د) ۷۵

۴۹. مؤسسات بیمه می‌توانند تمام یا قسمتی از پرتفوی خود را با کلیه حقوق و تعهدات ناشی از آن به یک یا چند مؤسسه بیمه مجاز دیگر واگذار کنند.

الف) با موافقت مدیرعامل شرکت‌های بیمه واگذارکننده پرتفوی و قبول‌کننده پرتفو

ب) با موافقت سندیکای بیمه‌گران ایران

ج) با موافقت وزارت امور اقتصادی و دارایی

د) با موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا و تصویب شورای عالی بیمه

۵۰. قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی از وظایف کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) وزارت امور اقتصادی و دارایی (ب) سندیکای بیمه‌گران ایران

ج) بیمه مرکزی ج.ا.ا (د) صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

۵۱. براساس قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا. و بیمه‌گری، مجمع عمومی عادی چند بار در سال تشکیل می‌گردد؟

الف) یک (ب) دو

ج) سه (د) چهار

۵۲. جلسه شورای عالی بیمه با حضور حداقل نفر از اعضا رسمیت می‌یابد.

الف) ۳ (ب) ۴

ج) ۵ (د) ۶

۵۳. تصمیمات جلسه شورای عالی بیمه با اکثریت رأی حاضر در جلسه رسمی معتبر و قابل اجرا است.

الف) ۴ (ب) ۵

ج) ۶ (د) ۷

۵۴. رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. برای مدت سال منصوب می‌گردد.

الف) ۲ (ب) ۴

ج) ۶ (د) ۸

۵۵. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء هیئت عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا. نیست؟

الف) وزیر امور اقتصادی و دارایی (ب) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا.

ج) قائم مقام رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. (د) معاونان بیمه مرکزی ج.ا.ا.

۵۶. کدام یک از گزینه‌های زیر از اعضای مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا. ایران نیست؟

الف) وزیر امور اقتصادی و دارایی (ب) وزیر کار و امور اجتماعی

ج) هیئت عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا. (د) دبیر کل سندیکای بیمه‌گران ایران

۵۷. تعداد سهام‌داران یک مؤسسه بیمه ایرانی نباید کمتر از شخص حقیقی یا حقوقی باشد.

الف) ۲ (ب) ۵

ج) ۹ (د) ۱۰

۵۸. در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه‌ای برای یک یا چند رشته به‌طور دائم لغو شود کلیه سوابق و اسناد مربوط به حقوق و تعهدات (پرتفوی) مؤسسه مزبور به انتقال داده خواهد شد.

الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا. (ب) سندیکای بیمه‌گران ایران
ج) شرکت بیمه ایران (د) صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

۵۹. تصفیه مؤسسه بیمه ورشکسته طبق به عمل می‌آید.

الف) قانون تجارت (ب) قانون بیمه
ج) قوانین سندیکای بیمه‌گران ایران (د) قوانین صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

۶۰. کدام یک از اشخاص زیر جزء اعضای شورای عالی بیمه است؟

الف) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. (ب) معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی
ج) رئیس شرکت سهامی بیمه ایران (د) هر سه گزینه صحیح است.

۶۱. کدام یک از گزینه‌های زیر از وظایف بیمه مرکزی ج.ا.ا. است؟

الف) تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران
ب) حمایت از حقوق بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها
ج) اعمال نظارت دولت بر فعالیت مؤسسات بیمه
د) هر سه گزینه صحیح است.

۶۲. کدام یک از گزینه‌های زیر از وظایف شورای عالی بیمه است؟

الف) تصویب نمونه ترازنامه که باید مورد استفاده مؤسسات بیمه قرار گیرد.
ب) تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها و نظارت بر امور بیمه‌های اتکایی
ج) تصویب آیین‌نامه‌های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت مؤسسات بیمه
د) هر سه گزینه صحیح است.

۶۳. رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش بیمه مرکزی ج.ا.ا. درباره عملیات و فعالیت‌های

مؤسسات بیمه در ایران وظیفه چه کسی است؟

الف) سندیکای بیمه‌گران ایران (ب) شورای عالی بیمه
ج) شرکت بیمه ایران (د) قوه قضاییه

۶۴. رسیدگی و اظهارنظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه جزء وظایف است.

الف) شورای عالی بیمه

ب) شرکت بیمه ایران

ج) سندیکای بیمه‌گران ایران

د) دیوان محاسبات کل کشور

۶۵. هر شخص حقیقی یا حقوقی نمی‌تواند بیش از درصد سهام یک مؤسسه بیمه ایرانی را دارا باشد.

الف) ۵۰

ب) ۴۰

ج) ۳۰

د) ۲۰

۶۶. متقاضی تحصیل پروانه برای انجام عملیات بیمه در تمام رشته‌ها یا رشته‌ای معین کدام یک از گزینه‌های زیر را باید به بیمه مرکزی ج.ا.ا. تسلیم نماید؟

الف) اساسنامه مؤسسه

ب) میزان سهام نقدی و غیرنقدی و نحوه پرداخت آنها

ج) صورت کامل اسامی شرکا و مدیران و تابعیت و تعداد سهام هریک از آنها

د) هر سه گزینه صحیح است.

۶۷. در صورتی که مؤسسه بیمه تا یک سال پس از صدور پروانه عملیات خود را شروع نکرده باشد
الف) پروانه مؤسسه ابطال می‌گردد.

ب) مؤسسه ورشکست اعلام می‌گردد.

ج) پروانه وی به مؤسسه دیگری انتقال می‌یابد.

د) مؤسسه مذکور باید با مؤسسه دیگری ادغام شود.

۶۸. در صورت انحلال و ورشکستگی مؤسسه بیمه نسبت به سایر بستانکاران حق تقدم دارند.

الف) سهام‌داران

ب) بیمه مرکزی ج.ا.ا.

ج) بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها

د) سندیکای بیمه‌گران ایران

۶۹. در صورت انحلال و ورشکستگی مؤسسه بیمه، کدام یک از گروه‌های زیر نسبت به سایر بستانکاران حق تقدم دارند؟

- الف) زیان‌دیدگان بیمه شخص ثالث
ب) بیمه‌گذاران بیمه‌های مسئولیت
ج) بیمه‌گذاران بیمه‌های عمر
د) بیمه‌گذاران بیمه‌های درمانی

۷۰. عرضه بیمه توسط کدام یک از اشخاص زیر مجاز است؟

- الف) مؤسسات بیمه
ب) نمایندگان بیمه
ج) دلالان رسمی بیمه
د) هر سه گزینه صحیح است.

۷۱. پروانه دلالی رسمی بیمه توسط چه کسی صادر می‌شود؟

- الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا.
ب) انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه
ج) انجمن ارزیابان خسارت
د) سندیکای بیمه‌گران ایران

۷۲. مؤسسات بیمه‌ای که در ایران کار می‌کنند عضو شناخته می‌شوند.

- الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا.
ب) انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه
ج) سندیکای بیمه‌گران ایران
د) هیئت‌عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا.

۷۳. کدام یک از گزینه‌های زیر از وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ج.ا.ا. نیست؟

- الف) نظارت بر مؤسسات بیمه
ب) انجام بیمه‌های اتکایی اجباری
ج) قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی
د) صدور بیمه‌نامه عمر مانده بدهکار

۷۴. مجمع عمومی عادی بیمه مرکزی ج.ا.ا.

- الف) به دعوت دبیرکل سندیکای بیمه‌گران ایران برگزار می‌شود.
ب) به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. برگزار می‌شود.
ج) با موافقت معاون وزیر بازرگانی برگزار می‌شود.
د) به دعوت معاون وزیر امور اقتصادی و دارایی برگزار می‌شود.

۷۵. کدام یک از جملات زیر براساس قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه‌گری صحیح نیست؟

الف) مجمع عمومی فوق‌العاده به دعوت رئیس کل و یا پیشنهاد هریک از اعضای مجمع عمومی برگزار می‌شود.

ب) در دعوتنامه جلسه مجمع عمومی دستورجلسه، روز و محل انعقاد جلسه ذکر خواهد شد.

ج) هیچ موضوعی را نمی‌توان در مجمع عمومی عادی یا فوق‌العاده مطرح کرد مگر آنکه قبلاً جزء دستور قرار داده شده باشد.

د) مجمع عمومی عادی سالی دو بار برگزار می‌شود.

۷۶. کدام یک از جملات زیر در خصوص شورای عالی بیمه صحیح نیست؟

الف) اعضای شورای عالی بیمه ده نفر هستند.

ب) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا رئیس شورای عالی بیمه است و در جلسات شورا حق رأی ندارد.

ج) صورتجلسات مذاکرات شورا در سندیکای بیمه‌گران ایران نگهداری می‌شود.

د) مدیرعامل یکی از مؤسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه‌گران ایران عضو شورای عالی بیمه است.

۷۷. نمایندگی بیمه مرکزی ج.ا.ا در مقابل اشخاص و مؤسسات دولتی یا خصوصی و دادگاه‌ها و سایر مراجع قضایی چه مرجعی است؟

الف) هیئت‌عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا ب) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا

ج) شورای عالی بیمه د) معاون اداری و مالی بیمه مرکزی ج.ا.ا

۷۸. هرگاه متقاضی صدور پروانه برای انجام عملیات بیمه نسبت به رد تقاضای خود اعتراض داشته باشد، اعتراض خود را به چه مرجع قانونی باید ارائه کند؟

الف) شورای عالی بیمه ب) بیمه مرکزی ج.ا.ا

ج) سندیکای بیمه‌گران ایران د) هیئت وزیران

۷۹. در مواردی که بر بیمه مرکزی ج.ا.ا ثابت گردد که ادامه فعالیت مؤسسه به زیان بیمه‌شدگان و بیمه‌گذاران و یا صاحبان حقوق آنها است، بیمه مرکزی ج.ا.ا کدام یک از اقدامات زیر را انجام می‌دهد؟

الف) ابطال پروانه فعالیت

ب) در اختیار گرفتن کنترل و مدیریت مؤسسه بیمه

ج) تذکر کتبی موضوع به هیئت‌مدیره شرکت

د) تعلیق مدیریت مؤسسه بیمه

۸۰. در صورت ورشکستگی یک مؤسسه بیمه، مکلف است قبل از اتخاذ هرگونه تصمیم نظر را جلب نماید.

الف) شورای عالی بیمه - سهام‌داران مؤسسه

ب) شورای عالی بیمه - بیمه‌گذاران

ج) دادگاه - بیمه مرکزی ج.ا.ا.

د) دیوان محاسبات کل کشور - سندیکای بیمه‌گران ایران

۸۱. هر مؤسسه بیمه در رشته یا رشته‌های معینی که پروانه بیمه ندارد رأساً و یا به‌وسیله نمایندگان خود قبول بیمه نماید
الف) پروانه فعالیتش به‌وسیله بیمه مرکزی ج.ا.ا. معلق می‌شود.

ب) مدیران مؤسسه از سمت خود برکنار می‌شوند.

ج) مکلف به جبران خسارت زیان‌دیده خواهد بود.

د) پروانه فعالیتش ابطال می‌گردد.

۸۲. کدام یک از جملات زیر براساس قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا. و بیمه‌گری صحیح است؟

الف) جلوگیری از رقابت‌های مکارانه و ناسالم از وظایف انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه است.

ب) جلسات شورای عالی بیمه حداقل ماهی یکبار به دعوت رئیس شورای عالی بیمه تشکیل خواهد شد.

ج) رئیس کل و اعضا هیئت‌عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا. در مدت تصدی خود نمی‌توانند در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی تدریس نمایند.

د) انجام بیمه‌های اتکایی اجباری برعهده شرکت بیمه ایران است.

۸۳. کدام یک از جملات زیر صحیح نیست؟

الف) ریاست شورای عالی بیمه برعهده رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. قرار دارد.

ب) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی و تصویب هیئت‌وزیران منصوب می‌شود.

ج) معاون امور بانک و بیمه وزارت امور اقتصادی و دارایی بالاترین مقام اجرایی و اداری بیمه مرکزی ج.ا.ا. است.

د) مدت تصدی رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. چهار سال است.

۸۴. در کدام یک از شرایط زیر بیمه مرکزی ج.ا.ا می‌تواند پروانه بیمه برای تمام رشته‌ها یا رشته‌های معینی را ابطال کند؟

الف) در صورت تقاضای دارنده پروانه

ب) در صورتی که مؤسسه بیمه تا یک سال پس از صدور پروانه عملیات خود را شروع نکرده باشد.

ج) در مواردی که به تشخیص بیمه مرکزی ج.ا.ا وضع مالی مؤسسه بیمه طوری باشد که نتواند به تعهدات خود عمل کند.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۸۵. همه موارد زیر باید منحصراً توسط مؤسسات بیمه، موضوع قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه‌گری، انجام شود به غیر از

الف) بیمه اموال منقول یا غیر منقول موجود در ایران

ب) بیمه مربوط به ایرانیان مقیم ایران

ج) بیمه حمل و نقل کالای وارداتی که قرارداد خرید آن در ایران منعقد می‌شود یا اعتبار اسنادی آن در ایران باز شده است.

د) بیمه عمر و حوادث شخصی کارگران و مستخدمین خارجی

۸۶. پروانه بیمه برای تمام رشته‌ها یا رشته‌های معینی پس از موافقت با تصویب ابطال می‌گردد.

الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا - سندیکای بیمه‌گران ایران

ب) بیمه مرکزی ج.ا.ا - هیئت وزیران

ج) وزارت امور اقتصادی و دارایی - هیئت وزیران

د) شورای عالی بیمه - مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا

۸۷. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء وظایف مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا نیست؟

الف) رسیدگی و تصویب بودجه و ترازنامه، حساب سود و زیان و ترتیب تقسیم سود

ب) تعیین حقوق رئیس کل و اعضاء هیئت عامل و حق الزحمه بازرسان

ج) رسیدگی و اظهار نظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه طبق

مقررات قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه‌گری

د) رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش سالانه رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا

۸۸. کدام یک از اعضای شورای عالی بیمه برای مدت ۳ سال انتخاب می‌شود و انتخاب مجدد وی بلا مانع است؟

الف) مدیرعامل یکی از مؤسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه‌گران ایران

ب) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا.

ج) معاون وزارت بازرگانی

د) معاون وزارت وزیر جهاد کشاورزی

۸۹. در غیاب رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. چه کسی دارای کلیه اختیارات و وظایف قانونی او خواهد بود؟

الف) معاون وزارت بازرگانی

ب) قائم مقام رئیس کل

ج) رئیس شرکت سهامی بیمه ایران

د) معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی

۹۰. اسناد مالی و اوراق بهادار و چک‌های بیمه مرکزی ج.ا.ا. با امضاء معتبر خواهد بود.

الف) یک

ب) دو

ج) سه

د) پنج

۹۱. واگذاری سهام مؤسسات بیمه ایرانی غیردولتی به اشخاص حقیقی یا حقوقی تبعه خارج تا درصد با موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا. مجاز است.

الف) ۱۰

ب) ۲۰

ج) ۴۹

د) ۵۰

۹۲. تقاضای انتقال پرتفوی یک مؤسسه بیمه به مؤسسات دیگر بیمه بار به فاصله روز در روزنامه رسمی کشور و در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران و عنداللزوم در یکی از روزنامه‌های محلی به هزینه متقاضی از طرف بیمه مرکزی ج.ا.ا. آگهی خواهد شد.

الف) ۲ - ۱۰

ب) ۳ - ۵

ج) ۳ - ۱۱

د) ۴ - ۵

۹۳. در صورتی که به حکم دادگاه مسلم شود که ورشکستگی مؤسسه بیمه به علت تقصیر و تقلب مدیر یا مدیران بوده است در صورت عدم تکافوی دارایی مؤسسه مسئول پرداخت طلب بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان خواهد بود.

الف) مدیران متضامناً

ب) بیمه مرکزی ج.ا.ا.

ج) صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

د) شرکت سهامی بیمه ایران

۹۴. کدام یک از گزینه‌های زیر از وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ج.ا.ا. نیست؟

الف) تهیه آیین‌نامه‌ها و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه در ایران لازم باشد با توجه به مفاد قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا. و بیمه‌گری

ب) قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی

ج) تهیه اطلاعات لازم از فعالیت‌های کلیه مؤسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند.

د) تعیین حقیقه مربوط به رشته‌های مختلف بیمه مستقیم به‌جز شخص ثالث اتومبیل

۹۵. تشخیص فعالیت‌هایی که به آن عملیات بیمه اطلاق می‌شود با چه کسی خواهد بود؟

الف) هیئت وزیران

ب) سندیکای بیمه‌گران ایران

ج) شورای عالی بیمه

د) مجمع عمومی

۹۶. مؤسسات بیمه موظفند ترازنامه خود را

الف) در روزنامه رسمی کشور درج نمایند.

ب) در روزنامه‌ای که مورد تأیید هیئت‌مدیره آنها می‌باشد درج نمایند.

ج) در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران درج نمایند.

د) گزینه الف و ج صحیح است.

۹۷. ریاست شورای عالی بیمه برعهده چه کسی است؟

الف) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. بدون شرکت در أخذ رأی

ب) رئیس شرکت سهامی بیمه ایران بدون شرکت در أخذ رأی

ج) معاون وزارت بازرگانی بدون شرکت در أخذ رأی

د) معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی بدون شرکت در أخذ رأی

۹۸. در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه‌ای طبق ماده ۴۰ قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه‌گری باطل گردد، مؤسسه مزبور می‌تواند ظرف روز به مراجعه و لغو تصمیم متخذه را درخواست کند.

الف) ۲۰ - بیمه مرکزی ج.ا.ا (ب) ۳۰ - هیئت وزیران

ج) ۴۰ - سندیکای بیمه‌گران ایران (د) ۶۰ - شرکت بیمه ایران

۹۹. انتقال بیش از درصد سهام مؤسسات بیمه ایرانی به اشخاص حقیقی یا حقوقی خارجی مطلقاً ممنوع است.

الف) ۴۹ (ب) ۵۱

ج) ۵۹ (د) ۶۱

۱۰۰. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء ارکان بیمه مرکزی ج.ا.ا نیست؟

الف) هیئت عامل (ب) شورای عالی بیمه

ج) بازرسان (د) سندیکای بیمه‌گران ایران

۱۰۱. مؤسسات بیمه که در ایران فعالیت می‌کنند موظف خواهد بود معادل درصد از مازاد سهمیه بیمه اتکایی اجباری از معاملات مستقیم خود را با همان شرایطی که در خارج بیمه اتکایی می‌نمایند به بیمه مرکزی ج.ا.ا واگذار نمایند.

الف) ۲۵ (ب) ۳۰

ج) ۵۰ (د) ۷۵

۱۰۲. مؤسسات بیمه می‌توانند تمام یا قسمتی از پرتفوی خود را با کلیه حقوق و تعهدات ناشی از آن به یک یا چند مؤسسه بیمه مجاز دیگر واگذار کنند.

الف) با موافقت مدیرعامل شرکت‌های بیمه و اگذارکننده پرتفوی و قبول‌کننده پرتفو

ب) با موافقت سندیکای بیمه‌گران ایران

ج) با موافقت وزارت امور اقتصادی و دارایی

د) با موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا و تصویب شورای عالی بیمه

۱۰۳. قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی از وظایف کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) وزارت امور اقتصادی و دارایی (ب) سندیکای بیمه‌گران ایران

ج) بیمه مرکزی ج.ا.ا (د) صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

۱۰۴. براساس قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه‌گری، مجمع عمومی عادی چند بار در سال تشکیل می‌گردد؟

الف) یک (ب) دو

ج) سه (د) چهار

۱۰۵. جلسه شورای عالی بیمه با حضور حداقل نفر از اعضا رسمیت می‌یابد.

الف) ۳ (ب) ۴

ج) ۵ (د) ۶

۱۰۶. تصمیمات جلسه شورای عالی بیمه با اکثریت رأی حاضر در جلسه رسمی معتبر و قابل اجرا است.

الف) ۴ (ب) ۵

ج) ۶ (د) ۷

۱۰۷. رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا برای مدت سال منصوب می‌گردد.

الف) ۲ (ب) ۴

ج) ۶ (د) ۸

۱۰۸. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء هیئت‌عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا نیست؟

الف) وزیر امور اقتصادی و دارایی (ب) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا

ج) قائم‌مقام رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا (د) معاونان بیمه مرکزی ج.ا.ا

۱۰۹. کدام یک از گزینه‌های زیر از اعضای مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا ایران نیست؟

الف) وزیر امور اقتصادی و دارایی (ب) وزیر کار و امور اجتماعی

ج) هیئت‌عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا (د) دبیر کل سندیکای بیمه‌گران ایران

۱۱۰. تعداد سهام‌داران یک مؤسسه بیمه ایرانی نباید کمتر از شخص حقیقی یا حقوقی باشد.

الف) ۲ (ب) ۵

ج) ۹ (د) ۱۰

۱۱۱. در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه‌ای برای یک یا چند رشته به‌طور دائم لغو شود کلیه سوابق و اسناد مربوط به حقوق و تعهدات (پرتفوی) مؤسسه مزبور به انتقال داده خواهد شد.

الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا. (ب) سندیکای بیمه‌گران ایران

ج) شرکت بیمه ایران (د) صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

۱۱۲. تصفیه مؤسسه بیمه ورشکسته طبق به‌عمل می‌آید.

الف) قانون تجارت (ب) قانون بیمه

ج) قوانین سندیکای بیمه‌گران ایران (د) قوانین صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

۱۱۳. کدام‌یک از اشخاص زیر جزء اعضای شورای عالی بیمه است؟

الف) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. (ب) معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی

ج) رئیس شرکت سهامی بیمه ایران (د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۱۴. کدام‌یک از گزینه‌های زیر از وظایف بیمه مرکزی ج.ا.ا. است؟

الف) تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران

ب) حمایت از حقوق بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها

ج) اعمال نظارت دولت بر فعالیت مؤسسات بیمه

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۱۵. کدام‌یک از گزینه‌های زیر از وظایف شورای عالی بیمه است؟

الف) تصویب نمونه ترازنامه که باید مورد استفاده مؤسسات بیمه قرار گیرد.

ب) تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها و نظارت بر امور بیمه‌های اتکایی

ج) تصویب آیین‌نامه‌های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت مؤسسات بیمه

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۱۶. رسیدگی و اظهارنظر نسبت به گزارش بیمه مرکزی ج.ا.ا. درباره عملیات و فعالیت‌های

مؤسسات بیمه در ایران وظیفه چه کسی است؟

الف) سندیکای بیمه‌گران ایران (ب) شورای عالی بیمه

ج) شرکت بیمه ایران (د) قوه قضاییه

۱۱۷. رسیدگی و اظهارنظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه جزء وظایف است.

الف) شورای عالی بیمه
ب) شرکت بیمه ایران
ج) سندیکای بیمه‌گران ایران
د) دیوان محاسبات کل کشور

۱۱۸. هر شخص حقیقی یا حقوقی نمی‌تواند بیش از درصد سهام یک مؤسسه بیمه ایرانی را دارا باشد.

الف) ۵۰
ب) ۴۰
ج) ۳۰
د) ۲۰

۱۱۹. متقاضی تحصیل پروانه برای انجام عملیات بیمه در تمام رشته‌ها یا رشته‌ای معین کدام یک از گزینه‌های زیر را باید به بیمه مرکزی ج.ا.ا تسلیم نماید؟

الف) اساسنامه مؤسسه
ب) میزان سهام نقدی و غیرنقدی و نحوه پرداخت آنها
ج) صورت کامل اسامی شرکا و مدیران و تابعیت و تعداد سهام هریک از آنها
د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۲۰. در صورتی که مؤسسه بیمه تا یک سال پس از صدور پروانه عملیات خود را شروع نکرده باشد
الف) پروانه مؤسسه ابطال می‌گردد.
ب) مؤسسه ورشکست اعلام می‌گردد.
ج) پروانه وی به مؤسسه دیگری انتقال می‌یابد.
د) مؤسسه مذکور باید با مؤسسه دیگری ادغام شود.

۱۲۱. در صورت انحلال و ورشکستگی مؤسسه بیمه نسبت به سایر بستانکاران حق تقدم دارند.

الف) سهام‌داران
ب) بیمه مرکزی ج.ا.ا
ج) بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها
د) سندیکای بیمه‌گران ایران

۱۲۲. در صورت انحلال و ورشکستگی مؤسسه بیمه، کدام یک از گروه‌های زیر نسبت به سایر بستانکاران حق تقدم دارند؟

- الف) زیان‌دیدگان بیمه شخص ثالث
ب) بیمه‌گذاران بیمه‌های مسئولیت
ج) بیمه‌گذاران بیمه‌های عمر
د) بیمه‌گذاران بیمه‌های درمانی

۱۲۳. عرضه بیمه توسط کدام یک از اشخاص زیر مجاز است؟

- الف) مؤسسات بیمه
ب) نمایندگان بیمه
ج) دلالتان رسمی بیمه
د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۲۴. پروانه دلالتی رسمی بیمه توسط چه کسی صادر می‌شود؟

- الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا.
ب) انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه
ج) انجمن ارزیابان خسارت
د) سندیکای بیمه‌گران ایران

۱۲۵. مؤسسات بیمه‌ای که در ایران کار می‌کنند عضو شناخته می‌شوند.

- الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا.
ب) انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه
ج) سندیکای بیمه‌گران ایران
د) هیئت‌عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا.

۱۲۶. کدام یک از موارد زیر از وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ج.ا.ا. نیست؟

- الف) نظارت بر مؤسسات بیمه
ب) انجام بیمه‌های اتکایی اجباری
ج) قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی
د) صدور بیمه‌نامه عمر مانده بدهکار

۱۲۷. مجمع عمومی عادی بیمه مرکزی ج.ا.ا.

- الف) به دعوت دبیرکل سندیکای بیمه‌گران ایران برگزار می‌شود.
ب) به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. برگزار می‌شود.
ج) با موافقت معاون وزیر بازرگانی برگزار می‌شود.
د) به دعوت معاون وزیر امور اقتصادی و دارایی برگزار می‌شود.

۱۲۸. کدام یک از جملات زیر بر اساس قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه‌گری صحیح نیست؟
الف) مجمع عمومی فوق‌العاده به دعوت رئیس کل و یا پیشنهاد هریک از اعضای مجمع عمومی برگزار می‌شود.

ب) در دعوتنامه جلسه مجمع عمومی دستور جلسه، روز و محل انعقاد جلسه ذکر خواهد شد.
ج) هیچ موضوعی را نمی‌توان در مجمع عمومی عادی یا فوق‌العاده مطرح کرد مگر آنکه قبلاً جزء دستور قرار داده شده باشد.

د) مجمع عمومی عادی سالی دو بار برگزار می‌شود.

۱۲۹. کدام یک از جملات زیر در خصوص شورای عالی بیمه صحیح نیست؟

الف) اعضای شورای عالی بیمه ده نفر هستند.

ب) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا رئیس شورای عالی بیمه است و در جلسات شورا حق رأی ندارد.

ج) صورتجلسات مذاکرات شورا در سندیکای بیمه‌گران ایران نگهداری می‌شود.

د) مدیرعامل یکی از مؤسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه‌گران ایران عضو شورای عالی بیمه است.

۱۳۰. نمایندگی بیمه مرکزی ج.ا.ا در مقابل اشخاص و مؤسسات دولتی یا خصوصی و دادگاه‌ها و سایر مراجع قضایی چه مرجعی است؟

الف) هیئت‌عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا ب) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا

ج) شورای عالی بیمه د) معاون اداری و مالی بیمه مرکزی ج.ا.ا

۱۳۱. هرگاه متقاضی صدور پروانه برای انجام عملیات بیمه نسبت به رد تقاضای خود اعتراض داشته باشد، اعتراض خود را به چه مرجع قانونی باید ارائه کند؟

الف) شورای عالی بیمه ب) بیمه مرکزی ج.ا.ا

ج) سندیکای بیمه‌گران ایران د) هیئت وزیران

۱۳۲. در مواردی که بر بیمه مرکزی ج.ا.ا ثابت گردد که ادامه فعالیت مؤسسه به زیان

بیمه‌شدگان و بیمه‌گذاران و یا صاحبان حقوق آنها است، بیمه مرکزی ج.ا.ا کدام یک از اقدامات زیر را انجام می‌دهد؟

الف) ابطال پروانه فعالیت

ب) در اختیار گرفتن کنترل و مدیریت مؤسسه بیمه

ج) تذکر کتبی موضوع به هیئت‌مدیره شرکت

د) تعلیق مدیریت مؤسسه بیمه

۱۳۳. در صورت ورشکستگی یک مؤسسه بیمه، مکلف است قبل از اتخاذ هرگونه تصمیم نظر را جلب نماید.

الف) شورای عالی بیمه - سهام‌داران مؤسسه

ب) شورای عالی بیمه - بیمه‌گذاران

ج) دادگاه - بیمه مرکزی ج.ا.ا.

د) دیوان محاسبات کل کشور - سندیکای بیمه‌گران ایران

۱۳۴. هر مؤسسه بیمه در رشته یا رشته‌های معینی که پروانه بیمه ندارد رأساً و یا به وسیله نمایندگان خود قبول بیمه نماید

الف) پروانه فعالیتش به وسیله بیمه مرکزی ج.ا.ا. معلق می‌شود.

ب) مدیران مؤسسه از سمت خود برکنار می‌شوند.

ج) مکلف به جبران خسارت زیان‌دیده خواهد بود.

د) پروانه فعالیتش ابطال می‌گردد.

۱۳۵. کدام یک از جملات زیر براساس قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا. و بیمه‌گری صحیح است؟

الف) جلوگیری از رقابت‌های مکارانه و ناسالم از وظایف انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه است.

ب) جلسات شورای عالی بیمه حداقل ماهی یک‌بار به دعوت رئیس شورای عالی بیمه تشکیل خواهد شد.

ج) رئیس کل و اعضا هیئت‌عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا. در مدت تصدی خود نمی‌توانند در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی تدریس نمایند.

د) انجام بیمه‌های اتکایی اجباری بر عهده شرکت بیمه ایران است.

۱۳۶. کدام یک از جملات زیر صحیح نیست؟

الف) ریاست شورای عالی بیمه بر عهده رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. قرار دارد.

ب) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی و تصویب هیئت‌وزیران منصوب می‌شود.

ج) معاون امور بانک و بیمه وزارت امور اقتصادی و دارایی بالاترین مقام اجرایی و اداری بیمه مرکزی ج.ا.ا. است.

د) مدت تصدی رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. چهار سال است.

۱۳۷. در کدام یک از شرایط زیر بیمه مرکزی ج.ا.ا می‌تواند پروانه بیمه برای تمام رشته‌ها یا رشته‌های معینی را ابطال کند؟

الف) در صورت تقاضای دارنده پروانه

ب) در صورتی که مؤسسه بیمه تا یک سال پس از صدور پروانه عملیات خود را شروع نکرده باشد.

ج) در مواردی که به تشخیص بیمه مرکزی ج.ا.ا وضع مالی مؤسسه بیمه طوری باشد که نتواند به تعهدات خود عمل کند.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۳۸. همه موارد زیر باید منحصراً توسط مؤسسات بیمه، موضوع قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه‌گری، انجام شود به غیر از

الف) بیمه اموال منقول یا غیرمنقول موجود در ایران

ب) بیمه مربوط به ایرانیان مقیم ایران

ج) بیمه حمل و نقل کالای وارداتی که قرارداد خرید آن در ایران منعقد می‌شود یا اعتبار اسنادی آن در ایران باز شده است.

د) بیمه عمر و حوادث شخصی کارگران و مستخدمین خارجی

۱۳۹. پروانه بیمه برای تمام رشته‌ها یا رشته‌های معینی پس از موافقت با تصویب ابطال می‌گردد.

الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا - سندیکای بیمه‌گران ایران

ب) بیمه مرکزی ج.ا.ا - هیئت وزیران

ج) وزارت امور اقتصادی و دارایی - هیئت وزیران

د) شورای عالی بیمه - مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا

۱۴۰. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء وظایف مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا نیست؟

الف) رسیدگی و تصویب بودجه و ترازنامه، حساب سود و زیان و ترتیب تقسیم سود

ب) تعیین حقوق رئیس کل و اعضاء هیئت عامل و حق الزحمه بازرسان

ج) رسیدگی و اظهار نظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه طبق مقررات

قانون تأسیس بیمه مرکزی ج.ا.ا و بیمه‌گری

د) رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش سالانه رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا

۱۴۱. کدام یک از اعضای شورای عالی بیمه برای مدت ۳ سال انتخاب می‌شود و انتخاب مجدد وی بلامانع است؟

الف) مدیرعامل یکی از مؤسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه‌گران ایران

ب) رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا.

ج) معاون وزارت بازرگانی

د) معاون وزارت وزیر جهاد کشاورزی

۱۴۲. در غیاب رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. چه کسی دارای کلیه اختیارات و وظایف قانونی او خواهد بود؟

الف) معاون وزارت بازرگانی

ب) قائم مقام رئیس کل

ج) رئیس شرکت سهامی بیمه ایران

د) معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی

۱۴۳. اسناد مالی و اوراق بهادار و چک‌های بیمه مرکزی ج.ا.ا. با امضاء معتبر خواهد بود.

الف) یک

ب) دو

ج) سه

د) پنج

۱۴۴. واگذاری سهام مؤسسات بیمه ایرانی غیردولتی به اشخاص حقیقی یا حقوقی تبعه خارج تا درصد با موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا. مجاز است.

الف) ۱۰

ب) ۲۰

ج) ۴۹

د) ۵۰

۱۴۵. تقاضای انتقال پرتفوی یک مؤسسه بیمه به مؤسسات دیگر بیمه بار به فاصله روز در روزنامه رسمی کشور و در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران و عنداللزوم در یکی از روزنامه‌های محلی به هزینه متقاضی از طرف بیمه مرکزی ج.ا.ا. آگهی خواهد شد.

الف) ۲ - ۱۰

ب) ۳ - ۵

ج) ۳ - ۱۱

د) ۴ - ۵

۱۴۶. در صورتی که به حکم دادگاه مسلم شود که ورشکستگی مؤسسه بیمه به علت تقصیر و تقلب مدیر یا مدیران بوده است در صورت عدم تکافوی دارایی مؤسسه مسئول پرداخت طلب بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان خواهد بود.

الف) مدیران متضامناً

ب) بیمه مرکزی ج.ا.

ج) صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

د) شرکت سهامی بیمه ایران

فصل ششم: مقررات واسطه‌های بیمه

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل خوانندگان باید بتوانند:

- تکالیف دلال رسمی بیمه و مؤسسات بیمه را براساس مصوبات شورای عالی بیمه نام ببرند.
- نسبت به شرایط اعطای پروانه نمایندگی بیمه تسلط یابند.
- نسبت به حقوق و تکالیف شرکت بیمه و نماینده تسلط یابند.
- نسبت به نحوه رسیدگی به اختلاف نماینده و شرکت بیمه و رسیدگی به تخلفات نماینده تسلط یابند.
- نسبت به آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه تسلط یابند.

بخش اول:

آیین‌نامه شماره ۹۱

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۶ به استناد ماده ۱۷ و در اجرای ماده ۶۸ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، «آیین‌نامه کارگزاری (دلالی) رسمی بیمه اتکایی» را مشتمل بر ۳۵ ماده و ۱۰ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول- کلیات و تعاریف

ماده ۱. عبارات زیر با مفاهیم مقابل آن به کاررفته‌اند:

۱-۱- بیمه مرکزی: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران.

۱-۲- کارگزار (دلالت) رسمی بیمه اتکایی: شخص حقوقی است که با توجه به مفاد این آیین‌نامه در ازای دریافت کارمزد مجاز به ارائه خدمات واسطه‌گری بیمه اتکایی یا خدمات مشاوره بیمه اتکایی مندرج در ماده ۲ این آیین‌نامه است و با رعایت قوانین و مقررات مربوط پروانه کارگزاری (دلالتی) رسمی بیمه اتکایی دریافت نموده و در این آیین‌نامه کارگزار بیمه اتکایی نامیده می‌شود.

۱-۳- پروانه کارگزاری (دلالتی) رسمی بیمه اتکایی: مجوزی است برای انجام فعالیت‌های مندرج در ماده ۲ این آیین‌نامه که توسط بیمه مرکزی صادر می‌گردد و در این آیین‌نامه پروانه نامیده می‌شود.

۱-۴- مؤسسه بیمه واگذارنده: مؤسسه بیمه مستقیم یا اتکایی (اعم از داخلی یا خارجی) است که درخصوص واگذاری بخشی از ریسک‌های خود با مؤسسه بیمه پذیرنده قرارداد اتکایی منعقد می‌نماید.

۱-۵- مؤسسه بیمه پذیرنده: مؤسسه بیمه مستقیم یا اتکایی (اعم از داخلی یا خارجی) است که مجاز به قبول ریسک از مؤسسه بیمه واگذارنده می‌باشد.

ماده ۲. کارگزار بیمه اتکایی مجاز به انجام فعالیت‌های زیر است:

۲-۱- دریافت اطلاعات لازم از مؤسسه بیمه واگذارنده و مذاکره با مؤسسه بیمه پذیرنده و استعلام نرخ و شرایط پوشش‌های بیمه اتکایی.

۲-۲- ارائه مشاوره و پیشنهاد برای اخذ پوشش‌های بیمه اتکایی مورد نیاز به مؤسسه بیمه واگذارنده.

۲-۳- انجام امور مربوط به دریافت حق بیمه، پیگیری امور پرونده‌های خسارت بیمه‌ای و وصول و تسویه خسارت وفق توافقات فیما بین حسب مورد.

۲-۴- ارائه خدمات مشاوره مدیریت ریسک به مؤسسات بیمه واگذارنده و پذیرنده.
تبصره- در مواردی که مؤسسه بیمه پذیرنده و واگذارنده هر دو داخلی باشند، کارگزار بیمه اتکایی مجاز به ارائه خدمات واسطه‌گری بیمه اتکایی به آنها نیست.

فصل دوم- ضوابط اعطای پروانه

ماده ۳. مدیرعامل کارگزار بیمه اتکایی و یکی از اعضای هیئت مدیره آن (عضو بیمه‌ای) باید واجد شرایط زیر باشند:

۳-۱- داشتن حداقل ۳۰ سال سن.

۳-۲- نداشتن سوء پیشینه کیفری و سابقه محکومیت ناشی از ارتکاب یا معاونت در یکی از جرائم ارتشاء، تصرف غیرقانونی در اموال دولتی، جعل و تزویر، تدلیس، پولشویی، تبانی و یا مداخله در معاملات دولتی و اخلال در نظام اقتصادی و جرایم موضوع ماده ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری.

۳-۳- داشتن حداقل مدرک کارشناسی مورد تأیید وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

۳-۴- داشتن حداقل ۱۰ سال سابقه کار مفید بیمه‌ای به تشخیص بیمه مرکزی که حداقل ۵ سال از آن در زمینه بیمه اتکایی باشد.

۳-۵- موفقیت در آزمون کتبی و مصاحبه تخصصی بیمه مرکزی.

تبصره ۱- بیمه مرکزی می‌تواند برگزاری آزمون کتبی موضوع بند (۳-۵) را به پژوهشکده بیمه واگذار نماید.

تبصره ۲- چنانچه فرد پیشنهادی جهت تصدی هر یک از سمت‌های مدیرعاملی و عضو بیمه‌ای هیئت مدیره کارگزاری بیمه اتکایی به تشخیص بیمه مرکزی دارای حداقل پانزده سال سابقه کار مفید بیمه‌ای بوده و ۱۰ سال آن در زمینه بیمه اتکایی باشد، مشروط به داشتن سایر شرایط مقرر در این آیین‌نامه از آزمون کتبی موضوع بند (۳-۵) معاف هستند.

تبصره ۳- متقاضی پروانه حداکثر ظرف مدت یک سال بعد از قبولی مدیرعامل و عضو بیمه‌ای هیئت‌مدیره در مصاحبه تخصصی موضوع بند (۵-۳) می‌تواند با تکمیل مدارک، پروانه کارگزاری بیمه اتکایی دریافت نماید. پس از انقضاء مدت مذکور قبولی آنان کانلم‌یکن تلقی می‌شود.

تبصره ۴- چنانچه در هر مرحله از فعالیت به‌موجب اسناد و مدارک مثبت‌ه حجر یا سوء‌شهرت مدیرعامل یا عضو بیمه‌ای هیئت‌مدیره کارگزار بیمه اتکایی برای بیمه مرکزی محرز گردد صلاحیت حرفه‌ای آنها سلب‌شده و شرکت مکلف است افراد واجد شرایط دیگری را معرفی نماید.

ماده ۴. کارگزار بیمه اتکایی باید به یکی از اشکال زیر ثبت شود:

- ۱-۴- شرکت سهامی خاص و تعاونی متعارف با حداقل سرمایه اولیه یک میلیارد ریال.
 - ۲-۴- شرکت سهامی عام و تعاونی سهامی عام با حداقل سرمایه اولیه پنج میلیارد ریال.
- ماده ۵.** اشخاص خارجی با رعایت قوانین و مقررات مربوط می‌توانند سهام‌دار، عضو هیئت‌مدیره و مدیرعامل کارگزاری بیمه اتکایی باشند.

ماده ۶. متقاضی پروانه برای دریافت مجوز ثبت باید مدارک زیر را ارائه نماید:

- ۱-۶- صورت کامل اسامی سهام‌داران و میزان سهام هریک از آنها؛
- ۲-۶- صورت‌جلسه مجمع عمومی مؤسس؛
- ۳-۶- اساسنامه مصوب مجمع عمومی مؤسس طبق نمونه ابلاغی بیمه مرکزی؛
- ۴-۶- صورت کامل اسامی مدیران (مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره) و گواهی عدم سوء‌پیشینه کیفری مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره؛
- ۵-۶- صورت‌جلسه هیئت‌مدیره مبنی بر تعیین مدیرعامل، سمت اعضای هیئت‌مدیره و صاحبان امضای مجاز؛

۶-۶- گواهی قبولی سمت از سوی مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره؛

۷-۶- اظهارنامه ثبت شرکت و تأییدیه نام آن.

تبصره- مدیرعامل و عضو بیمه‌ای هیئت‌مدیره باید قبلاً تأییدیه مبنی بر احراز شرایط مقرر در ماده ۳ این آیین‌نامه را از بیمه مرکزی اخذ نموده باشند.

ماده ۷. صدور پروانه موکول به ارائه مدارک زیر است:

۱-۷- گواهی ثبت شرکت؛

۲-۷- گواهی نامه بانک حاکی از تأدیه قسمت نقدی سرمایه، حداقل به مقدار ۵۰ درصد کل

سرمایه شرکت و تعهد سهام‌داران شرکت به پرداخت مابقی سرمایه ظرف مدت حداکثر دو سال؛

ماده ۸. بیمه مرکزی مدارک مورد نیاز برای صدور یا تمدید پروانه و ضوابط و معیارهای مصاحبه موضوع بند ۳-۵ ماده ۳ این آیین‌نامه را تعیین و در پایگاه اطلاع‌رسانی خود منتشر خواهد کرد.

ماده ۹. بیمه مرکزی پروانه کارگزاری بیمه اتکایی را برای مدت سه سال صادر و برای دوره‌های بعد مشروط به وجود شرایط مقرر در این آیین‌نامه تمدید خواهد نمود.

فصل سوم- وظایف کارگزار بیمه اتکایی

ماده ۱۰. کارگزار بیمه اتکایی صرفاً مجاز است برای اخذ پوشش بیمه اتکایی به مؤسسات بیمه پذیرنده موضوع بند ۱-۵ ماده ۱ این آیین‌نامه مراجعه نماید.

ماده ۱۱. متقاضی پروانه باید با نظر بیمه مرکزی تضمینی به صورت وجه نقد، اوراق مشارکت بی نام با قابلیت بازخرید قبل از سررسید یا ضمانتنامه بانکی نزد بیمه مرکزی تودیع نماید. حداقل میزان این تضمین یک میلیارد ریال می‌باشد. بیمه مرکزی می‌تواند مبلغ مذکور را افزایش دهد. تضمین مذکور تضمین حقوق و مطالبات مؤسسات بیمه پذیرنده و واگذارنده در چارچوب فعالیت‌های کارگزاری بیمه اتکایی است.

تبصره ۱- بیمه مرکزی می‌تواند در زمان تمدید پروانه، مبلغ تضمین موضوع این ماده را حداکثر معادل ۱۰ درصد پرتفوی سال قبل آن کارگزار بیمه اتکایی، افزایش دهد.

تبصره ۲- مدت اعتبار ضمانت‌نامه بانکی مذکور در این ماده باید معادل دو برابر مدت اعتبار مندرج در پروانه کارگزاری بیمه اتکایی باشد.

ماده ۱۲. کارگزار بیمه اتکایی پس از سپردن تضمین موضوع ماده ۱۱ این آیین‌نامه باید طبق سند رسمی و ضمن عقد خارج لازم به بیمه مرکزی وکالت دهد که بتواند با توجه به مدلول ماده مذکور، بنا به تشخیص خود برای جبران خسارات وارده ناشی از عمد، تقصیر، غفلت، مسامحه یا قصور کارگزار بیمه اتکایی یا کارکنان وی از تضمین مذکور استفاده نماید.

ماده ۱۳. کارگزار بیمه اتکایی مکلف است قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه و دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های ابلاغی بیمه مرکزی و سایر قوانین و مقررات کشور درخصوص فعالیت دلالی را رعایت نماید.

ماده ۱۴. کارگزار بیمه اتکایی مکلف است در صورت تعلیق فعالیت یا عدم تمدید یا لغو پروانه نسبت به استرداد پروانه به بیمه مرکزی اقدام نماید.

ماده ۱۵. کارگزار بیمه اتکایی مکلف است محل فعالیت خود را به تأیید بیمه مرکزی برساند و نشانی محل کار و اقامتگاه قانونی خود و تغییرات آن را نیز اعلام نماید.

ماده ۱۶. کارگزار بیمه اتکایی مکلف است صورتجلسات مجامع عمومی خود را که موضوع آن تغییر در اساسنامه، تغییر میزان سرمایه و یا تغییر در ترکیب اعضای هیئت‌مدیره باشد به بیمه مرکزی ارایه نماید. اعمال و ثبت تغییرات، منوط به اعلام موافقت کتبی بیمه مرکزی است. بیمه مرکزی نظر خود را حداکثر ظرف مدت یک‌ماه اعلام خواهد نمود.

ماده ۱۷. کارگزار بیمه اتکایی مکلف است صورتجلسات هیئت‌مدیره خود را که موضوع آن تغییر مدیرعامل، سمت اعضای هیئت‌مدیره و صاحبان امضای مجاز باشد، به بیمه مرکزی ارائه نماید. اعمال و ثبت تغییرات منوط به اعلام موافقت کتبی بیمه مرکزی است.

ماده ۱۸. کارگزار بیمه اتکایی مسئول جبران خسارت‌های ناشی از عمد، تقصیر، غفلت، مسامحه یا قصور خود و کارکنان خود در انجام فعالیت‌های موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه است.

ماده ۱۹. کارگزار بیمه اتکایی موظف است، جز به حکم قانون از افشای اطلاعاتی که به مناسبت شغل خود به‌دست می‌آورد، خودداری نماید.

ماده ۲۰. کارگزار بیمه اتکایی باید از رقابت مکارانه و ناسالم و تبلیغ علیه سایر کارگزاران بیمه اتکایی و سایر عرضه‌کنندگان خدمات بیمه مستقیم و اتکایی خودداری کند.

ماده ۲۱. کارگزار بیمه اتکایی مکلف است صورت‌های مالی حسابرسی شده خود را همراه با یادداشت‌های پیوست حداکثر ظرف ۱۵ روز پس از تصویب در مجمع عمومی سهام‌داران به بیمه مرکزی ارائه نماید.

فصل چهارم- تکالیف مؤسسه بیمه پذیرنده و مؤسسه بیمه واگذارنده

ماده ۲۲. در صورتی که مؤسسه بیمه پذیرنده یا واگذارنده داخلی بخواهد از خدمات کارگزاران بیمه اتکایی استفاده نمایند صرفاً باید از اشخاصی که دارای پروانه می‌باشند، استفاده نماید.

تبصره- استفاده مؤسسه بیمه پذیرنده یا واگذارنده داخلی از خدمات کارگزاران بیمه اتکایی خارجی معتبر بلامانع است.

ماده ۲۳. مؤسسه بیمه پذیرنده یا واگذارنده داخلی موظفند نام و کد اختصاصی بیمه مرکزی به کارگزار بیمه اتکایی را در قرارداد بیمه اتکایی که از طریق وی منعقد می‌شود درج نمایند.

ماده ۲۴. کارگزار بیمه اتکایی می‌تواند با موافقت بیمه مرکزی در داخل یا خارج از کشور شعبه تأسیس نماید.

فصل پنجم- نظارت

ماده ۲۵. بیمه مرکزی می‌تواند محل فعالیت و اسناد و مدارک مربوط به فعالیت کارگزار بیمه اتکایی را بازرسی کند. کارگزار بیمه اتکایی مکلف به همکاری و ارائه اسناد و توضیحات مورد نیاز به بیمه مرکزی است.

ماده ۲۶. شغل مدیرعامل کارگزار بیمه اتکایی و همچنین موضوع فعالیت کارگزار بیمه اتکایی باید منحصراً انجام فعالیت‌های موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه باشد. سمت‌های آموزشی در مؤسسات آموزش عالی مشمول این حکم نمی‌باشد.

تبصره- کارکنان بیمه مرکزی و مؤسسات بیمه و اعضای هیئت‌مدیره آنها، نمایندگان بیمه و کارگزاران بیمه مستقیم، ارزیابان خسارت بیمه‌ای و اکچوئران رسمی بیمه نمی‌توانند در کارگزاری‌های بیمه اتکایی سمت یا سهم یا فعالیت داشته باشند. همچنین مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره و مسئول شعب کارگزار بیمه اتکایی نمی‌توانند در سایر کارگزاری‌های بیمه اعم از مستقیم و اتکایی سمت یا سهم داشته یا به‌عنوان کارگزار مستقیم حقیقی فعالیت داشته باشند.

ماده ۲۷. بیمه مرکزی مرجع رسیدگی به تخلفات کارگزار بیمه اتکایی از مقررات این آیین‌نامه می‌باشد. در هر حال رسیدگی به تخلفات کارگزار بیمه اتکایی در مرجع فوق‌الذکر مانع از این نخواهد بود که در دادگاه‌های عمومی، تخلفات کارگزار بیمه اتکایی طبق قوانین جزائی و یا مدنی مورد رسیدگی و تعقیب قرارگیرد.

ماده ۲۸. در صورت احراز تخلف کارگزار بیمه اتکایی، بیمه مرکزی می‌تواند متناسب با نوع، تکرار، تعدد و شدت تخلف، تصمیمات زیر را اتخاذ نماید:

۱-۲۸- تذکر کتبی به مدیرعامل یا هریک از اعضای هیئت‌مدیره کارگزار بیمه اتکایی؛

۲-۲۸- سلب صلاحیت حرفه‌ای مدیرعامل یا عضو بیمه‌ای کارگزار بیمه اتکایی؛

۳-۲۸- تعلیق پروانه به مدت شش ماه تا یک‌سال؛

۴-۲۸- لغو پروانه.

ماده ۲۹. پروانه علاوه بر تخلفات منجر به لغو موضوع ماده ۲۸ در موارد زیر نیز توسط بیمه مرکزی لغو می‌شود:

۱-۲۹- بنا به تصمیم مجمع عمومی سهام‌داران کارگزار بیمه اتکایی؛

۲-۲۹- تخلف کارگزار بیمه اتکایی از قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه، دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های ابلاغی بیمه مرکزی و قوانین و مقررات کشور؛

۳-۲۹- در صورت استعفا، عزل یا فوت مدیرعامل یا عضو بیمه‌ای هیئت‌مدیره کارگزار بیمه اتکایی یا ازدست‌دادن یکی از شرایط مقرر در ماده ۳ این آیین‌نامه و عدم معرفی فرد جایگزین ظرف سه ماه؛

۴-۲۹- در صورتی که کارگزار بیمه اتکایی تا دو سال پس از صدور پروانه عملیات خود را شروع نکند؛

۵-۲۹- در صورتی که کارگزار بیمه اتکایی یک‌سال پس از اتمام اعتبار پروانه نسبت به تمدید آن اقدام ننماید؛

۶-۲۹- انحلال کارگزار بیمه اتکایی؛

۷-۲۹- ورشکستگی کارگزار بیمه اتکایی.

ماده ۳۰. در صورت لغو پروانه، شرکت باید منحل شود یا موضوع فعالیت آن تغییر یابد. در این صورت حقوق و تعهدات مربوط به پرتفوی آن با موافقت بیمه مرکزی به کارگزار بیمه اتکایی دیگری منتقل می‌شود.

ماده ۳۱. در صورت لغو پروانه، تضمین مندرج در ماده ۱۱ این آیین‌نامه پس از ارائه مفصاحساب عملیات کارگزاری بیمه اتکایی از سوی مؤسسات بیمه پذیرنده یا واگذارنده

داخلی مسترد خواهد شد. عدم‌ارائه مفاصاحساب توسط مؤسسات بیمه پذیرنده یا واگذارنده داخلی ظرف مدت ۳ ماه از تاریخ استعلام بیمه مرکزی به منزله موافقت آنها با استرداد تضمین مذکور می‌باشد.

ماده ۳۲. بیمه مرکزی صدور، تعلیق و لغو پروانه کارگزاری بیمه اتکایی را به مؤسسات بیمه اعلام و این موارد را در طریق پایگاه اطلاع‌رسانی خود منتشر خواهد کرد.

ماده ۳۳. کارگزار بیمه اتکایی موظف است آمار، اطلاعات و مدارک مندرج در این آیین‌نامه را از طریق سامانه نظارت و هدایت الکترونیکی بیمه (سنهاب) به بیمه مرکزی ارسال نماید.

ماده ۳۴. مواردی که در این آیین‌نامه پیش‌بینی نشده است تابع قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، قانون تجارت، قانون راجع به دلالت و سایر قوانین و مقررات مربوط و عرف بیمه خواهد بود.

ماده ۳۵. این آیین‌نامه از تاریخ ابلاغ لازم‌الاجرا است.

بخش دوم:

آیین‌نامه شماره ۹۲

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۱۷ به استناد ماده ۱۷ و در اجرای ماده ۶۸ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، «آیین‌نامه کارگزاری (دلالی)

رسمی بیمه مستقیم» را مشتمل بر ۵۲ ماده و ۱۳ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول- کلیات و تعاریف

ماده ۱. در این آیین‌نامه عبارات زیر در مفاهیم مقابل آن به کاررفته است:

۱- بیمه مرکزی: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران.

۲- کارگزار (دلال) رسمی بیمه مستقیم: شخص حقیقی یا حقوقی است که با توجه به مفاد این آیین‌نامه در ازای دریافت کارمزد مجاز به انجام فعالیت‌های واسطه‌گری و مشاوره خدمات بیمه مستقیم مندرج در ماده ۲ این آیین‌نامه بوده و با رعایت قوانین و مقررات مربوط از بیمه مرکزی پروانه کارگزاری (دلالی) رسمی بیمه مستقیم دریافت نموده است و در این آیین‌نامه کارگزار بیمه نامیده می‌شود.

۳- پروانه کارگزاری (دلالی) رسمی بیمه مستقیم: مجوزی است برای انجام فعالیت‌های مندرج در ماده ۲ این آیین‌نامه در هریک از گروه رشته‌های بیمه زندگی و یا غیرزندگی که توسط بیمه مرکزی به دو شکل حقیقی یا حقوقی صادر می‌گردد و در این آیین‌نامه پروانه کارگزاری نامیده می‌شود.

۴- مؤسسه بیمه: مؤسسات بیمه مستقیم دولتی و غیردولتی در سرزمین اصلی یا مناطق آزاد تجاری- صنعتی جمهوری اسلامی ایران که مجاز به انجام عملیات بیمه در کشور می‌باشند.

۵- پروانه کارگزاری (دلال) رسمی بیمه برخط (آنلاین) مجوزی است که به کارگزار بیمه حقوقی و یا سایر اشخاص حقوقی متقاضی واجد شرایط مقرر در این آیین‌نامه برای انجام فعالیت‌ای زیر در هر یک از رشته‌های بیمه موضوع فعالیت، توسط بیمه مرکزی صادر می‌گردد:

- ایجاد امکان مقایسه و ارائه مشاوره آنلاین درخصوص نرخ و شرایط خدمات بیمه به متقاضی خدمات بیمه‌ای.

- بازاریابی و ایجاد امکان فروش آنلاین در رشته‌های بیمه‌ای برای مؤسسات بیمه، نمایندگان آنها و کارگزاران رسمی بیمه.

- ایجاد امکان واریز آنلاین حق‌بیمه از طریق اتصال به سیستم‌های مالی مؤسسه بیمه.

ماده ۲. کارگزار بیمه مجاز به انجام فعالیت‌های زیر است:

۱- دریافت اطلاعات لازم از متقاضی خدمات بیمه و ارائه مشاوره به وی در خصوص نرخ و شرایط خدمات بیمه مورد تقاضا و نحوه دریافت خسارت احتمالی؛

۲- تکمیل فرم پیشنهاد بیمه و امضای آن به نمایندگی از طرف متقاضی خدمات بیمه؛

۳- اخذ پوشش بیمه مناسب و الحاقیه از مؤسسات بیمه حسب مورد برای متقاضی خدمات

بیمه یا بیمه‌گذار؛

۴- پیگیری پرونده‌های خسارت بیمه‌نامه‌هایی که با کد همان کارگزار بیمه صادر شده است، شامل اعلام خسارت و اخذ رسید آن، تحویل مدارک و مستندات لازم برای تشکیل پرونده خسارت به مؤسسه بیمه و مذاکره با مؤسسه بیمه در خصوص خسارت به نمایندگی از بیمه‌گذار.

تبصره- انجام فعالیت‌های موضوع بندهای ۲ و ۴ این ماده مشروط به داشتن اجازه‌نامه کتبی رسمی از متقاضی خدمات بیمه یا بیمه‌گذار است. این اجازه‌نامه باید طبق نمونه ابلاغی بیمه مرکزی تنظیم گردد.

فصل دوم- ضوابط اعطای پروانه کارگزاری

ماده ۳. متقاضی پروانه کارگزاری حقیقی و مدیرعامل کارگزاری بیمه حقوقی باید دارای

شرایط زیر باشند:

۱- تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران؛

۲- اعتقاد به اسلام یا یکی دیگر از ادیان رسمی کشور؛

۳- داشتن گواهی پایان خدمت و وظیفه عمومی یا معافیت دائم (برای آقایان)؛

۴- داشتن حداقل ۲۵ سال سن؛

۵- نداشتن سوء پیشینه کیفری و سابقه محکومیت ناشی از ارتکاب یا معاونت در یکی از

جرایم ارتشاء، تصرف غیرقانونی در اموال دولتی، جعل و تزویر، تدلیس، پولشویی، تبانی و یا مداخله در معاملات دولتی و اخلال در نظام اقتصادی و جرایم موضوع ماده ۶۴ قانون تأسیس

بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری؛

۶- تعهدنامه عدم اعتیاد؛

۷- عدم حجر و عدم شهرت به نادرستی؛

۸- داشتن حداقل مدرک کارشناسی مورد تأیید وزارت علوم، تحقیقات و فناوری؛

۹- داشتن سابقه مفید بیمه‌ای به تشخیص بیمه مرکزی حداقل دو سال برای دارندگان مدرک

کارشناسی در رشته بیمه یا گرایش بیمه یا حداقل پنج سال برای دارندگان سایر مدارک کارشناسی؛

۱۰- موفقیت در آزمون کتبی و مصاحبه بیمه مرکزی؛

۱۱- گذراندن دوره آموزشی تخصصی و توجیهی متناسب با رشته و مدرک تحصیلی طبق

دستورالعمل ابلاغی بیمه مرکزی و اخذ گواهینامه قبولی.

تبصره ۱- آزمون موضوع بند ۱۰ این ماده حداقل سالی یکبار توسط بیمه مرکزی برگزار می‌شود.

تبصره ۲- بیمه مرکزی می‌تواند برگزاری آزمون کتبی موضوع بند ۱۰ و دوره‌های آموزشی

موضوع بند ۱۱ این ماده را به اشخاص حقوقی ذی‌صلاح مورد تأیید خود واگذار نماید.

تبصره ۳- چنانچه به تشخیص بیمه مرکزی متقاضی پروانه کارگزاری حقیقی و فرد

پیشنهادی برای تصدی سمت مدیرعاملی کارگزاری بیمه حقوقی، حداقل ده سال سابقه کار

مفید بیمه‌ای داشته باشند، مشروط به داشتن شرایط مقرر در این آیین‌نامه، از آزمون کتبی

موضوع بند ۱۰ این ماده معاف هستند.

تبصره ۴- متقاضی پروانه کارگزاری حقیقی و فرد پیشنهادی برای تصدی سمت مدیرعاملی

کارگزاری بیمه حقوقی حداکثر دو سال بعد از اخذ گواهینامه قبولی دوره آموزشی تخصصی و

توجیهی موضوع این ماده، مهلت دارند که با تکمیل مدارک، پروانه دریافت نمایند و پس از

انقضای مدت مذکور قبولی آن‌ها کانالم‌یکن تلقی می‌شود.

ماده ۴. کارگزار بیمه حقوقی باید به یکی از اشکال زیر ثبت شود:

۱- شرکت سهامی خاص یا تعاونی متعارف با حداقل سرمایه اولیه پانصد میلیون ریال؛

۲- شرکت سهامی عام یا تعاونی سهامی عام با حداقل سرمایه اولیه دو میلیارد و پانصد

میلیون ریال.

تبصره ۲- تاسیس و فعالیت کارگزاری بیمه حقوقی بجز کارگزاران بیمه برخط، با

سهامداری اشخاص حقوقی ممنوع است. کارگزاری‌های بیمه حقوقی که قبلاً پروانه فعالیت اخذ

نموده‌اند، موظفند هنگام تمدید پروانه، وضعیت خود را با این تبصره تطبیق دهند.

ماده ۵. متقاضی پروانه کارگزاری حقوقی برای دریافت مجوز ثبت باید مدارک زیر را به بیمه مرکزی ارائه نماید:

- ۱- صورت کامل اسامی سهام‌داران و میزان سهام هریک از آنها؛
- ۲- صورتجلسه مجمع عمومی مؤسس؛
- ۳- اساسنامه مصوب مجمع عمومی مؤسس طبق نمونه ابلاغی بیمه مرکزی؛
- ۴- صورت کامل اسامی مدیران (مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره) و گواهی عدم سوء پیشینه کیفری مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره؛
- ۵- صورتجلسه هیئت‌مدیره مبنی بر تعیین مدیرعامل، سمت اعضای هیئت‌مدیره و صاحبان امضای مجاز؛

- ۶- گواهی قبولی سمت از سوی مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره؛
 - ۷- فرم تکمیل‌شده اظهارنامه ثبت شرکت و تأییدیه نام آن.
- تبصره-** مدیرعامل باید قبلاً تأییدیه مبنی بر احراز شرایط مقرر در ماده ۳ این آیین‌نامه را از بیمه مرکزی اخذ نموده باشند.

ماده ۶. پروانه کارگزاری پس از دریافت مدارک لازم از متقاضیان و تأییدیه محل فعالیت ایشان توسط بیمه مرکزی صادر می‌شود.

تبصره- تغییر محل فعالیت کارگزار بیمه منوط به اخذ تأییدیه قبلی بیمه مرکزی است.

ماده ۷. بیمه مرکزی فهرست مدارک مورد نیاز برای صدور و تمدید پروانه کارگزاری و همچنین ضوابط و معیارهای مصاحبه موضوع بند ۹ ماده ۳ این آیین‌نامه را تعیین و در پایگاه اطلاع‌رسانی خود منتشر خواهد کرد.

ماده ۸. بیمه مرکزی پروانه کارگزاری را برای مدت سه سال صادر و برای دوره‌های بعد مشروط به وجود شرایط مقرر در این آیین‌نامه تمدید خواهد نمود.

ماده ۹. در پروانه کارگزاری، مشخصات و اطلاعات مربوط به کارگزار بیمه، نشانی محل کار، مدت اعتبار و غیرقابل انتقال بودن آن درج می‌گردد.

ماده ۱۰. تابلو، مهر و سربرگ کارگزار بیمه و مندرجات آنها باید متحدالشکل و مانند نمونه‌ای باشد که بیمه مرکزی تعیین می‌کند.

فصل سوم- مسئولیت‌ها و وظایف کارگزار بیمه

ماده ۱۱. کارگزار بیمه مجاز است برای اخذ پوشش بیمه صرفاً به مؤسسات بیمه مجاز موضوع بند ۴ ماده ۱ این آیین‌نامه مراجعه نماید.

ماده ۱۲. کارگزار بیمه مسئول صحت امضای بیمه‌گذار که ذیل فرم پیشنهاد بیمه را امضا می‌نماید، خواهد بود. همچنین در صورتی که کارگزار بیمه به موجب اجازه‌نامه کتبی رسمی به نمایندگی از متقاضی خدمات بیمه فرم پیشنهاد را تکمیل و امضا نماید مسئول صحت اطلاعات مندرج در آن خواهد بود.

ماده ۱۳. کارگزار بیمه بازرگان شناخته می‌شود و باید طبق قوانین و مقررات جاری معاملات مربوط را در دفاتر قانونی خود ثبت نماید. کارگزار بیمه باید آمار و اطلاعات مربوط به عملکرد خود را در چارچوبی که بیمه مرکزی تعیین می‌کند ارائه نماید.

ماده ۱۴. متقاضی پروانه کارگزاری باید با نظر بیمه مرکزی تضمینی به صورت وجه نقد یا اوراق مشارکت بی‌نام با قابلیت بازخرید قبل از سررسید یا ضمانتنامه بانکی نزد بیمه مرکزی تودیع نماید. حداقل میزان این تضمین در هر یک از گروه رشته‌های بیمه‌های زندگی یا غیرزندگی برای متقاضی پروانه کارگزاری حقیقی پنجاه میلیون ریال و برای متقاضی پروانه کارگزاری حقوقی یکصد میلیون ریال می‌باشد. بیمه مرکزی می‌تواند مبالغ مذکور را هر سه سال یکبار افزایش دهد.

تضمین مذکور تضمین حقوق و مطالبات بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان یا صاحبان حقوق آنان و یا افراد ذی‌نفع در بیمه‌نامه‌ها با حرجان نسبت به سایر بستانکاران کارگزار بیمه می‌باشد و در میان آنها حق تقدم با بیمه عمر است.

تبصره ۱- بیمه مرکزی می‌تواند در زمان تمدید هر پروانه کارگزاری، مبالغ تضمین موضوع این ماده را حداکثر معادل ۱ درصد پرتفوی حق بیمه سال قبل آن کارگزار بیمه، افزایش دهد.

تبصره ۲- متقاضی پروانه کارگزاری بیمه، موظف است تعهدنامه‌ای مبنی بر تمدید سالانه تضمین‌های موضوع این ماده برای دوره‌ای حداقل معادل دو برابر مدت اعتبار مندرج در پروانه کارگزاری بیمه ارائه نماید.

ماده ۱۵. متقاضی پروانه کارگزاری و کارگزار بیمه پس از سپردن تضمین موضوع ماده ۱۴ این آیین‌نامه باید طبق سند رسمی و ضمن عقد خارج لازم به بیمه مرکزی وکالت دهد که بیمه مرکزی بتواند با توجه به مدلول ماده مذکور، بنا به تشخیص خود برای جبران خسارات وارده

ناشی از عمد، تقصیر، غفلت، مسامحه و یا قصور کارگزار بیمه و یا بازاریاب‌ها و یا کارکنان وی از تضمین مذکور استفاده نماید.

ماده ۱۶. متقاضی پروانه کارگزاری و کارگزار بیمه مکلف است علاوه بر تضمین مذکور در ماده ۱۴ این آیین‌نامه، بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای فعالیت کارگزاری بیمه را از یکی از مؤسسات بیمه مجاز موضوع بند ۴ ماده ۱ این آیین‌نامه خریداری نماید. موارد تحت پوشش، مدت و حداقل سرمایه بیمه‌نامه مسئولیت مذکور را بیمه مرکزی تعیین خواهد نمود.

ماده ۱۷. کارگزار بیمه مکلف است قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه و دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های ابلاغی بیمه مرکزی و سایر قوانین و مقررات کشور در خصوص فعالیت دلالی را رعایت نماید.

ماده ۱۸. کارگزار بیمه مکلف است در صورت تعلیق فعالیت یا عدم تمدید یا لغو پروانه کارگزاری نسبت به استرداد پروانه کارگزاری به بیمه مرکزی اقدام نماید.

ماده ۱۹. کارگزار بیمه حقوقی مکلف است صورتجلسات مجامع و یا هیئت مدیره با موضوع تغییر مدیرعامل، تغییر ترکیب و میزان سهم سهامداران، تغییر موضوع فعالیت و نوع شرکت، انحلال شرکت و ایجاد شعبه را به بیمه مرکزی ارائه نماید. اعمال و ثبت تغییرات مذکور منوط به اعلام موافقت کتبی بیمه مرکزی است.

تبصره- کارگزار بیمه حقوقی موظف است سایر تغییرات را به صورت مستقیم به مرجع قانونی و ذیصلاح ارائه نماید و روزنامه رسمی و یا آگهی ثبت تغییرات مذکور را همراه مدارک لازم از طریق سامانه نظارت و هدایت الکترونیکی بیمه (سنباب) به بیمه مرکزی ارسال نماید.

ماده ۲۰. کارگزار بیمه مسئول جبران خسارت‌های ناشی از عمد، تقصیر، غفلت، مسامحه یا قصور خود و بازاریاب‌ها و کارکنان خود در انجام فعالیت‌های موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه است.

ماده ۲۱. کارگزار بیمه ملزم به حفظ اسرار و اطلاعاتی است که به مناسبت شغل خود به دست می‌آورد، در صورت افشا غیرمجاز این اسرار، بیمه مرکزی می‌تواند نسبت به عدم تمدید یا لغو پروانه کارگزاری وی اقدام نماید.

ماده ۲۲. کارگزار بیمه مکلف است به طور مستند تمام اطلاعات لازم درباره بیمه مورد پیشنهاد و نیز نرخ حق بیمه مربوط را برای متقاضی خدمات بیمه تشریح و به او ارائه و اعلام

نماید و بیمه‌نامه را برابر با درخواست و پیشنهادات اعلامی متقاضی خدمات بیمه از مؤسسه بیمه اخذ نماید و در غیر این صورت مسئول جبران خسارات وارده خواهد بود.

ماده ۲۳. کارگزار بیمه مجاز به دریافت حق بیمه به هیچ نحو اعم از نقدی، چک بانکی در وجه حامل یا به نام خود و طرق دیگر نیست؛ چنانچه کارگزار بیمه بر خلاف مفاد این ماده عمل نماید، در مقابل بیمه‌گذار و مؤسسه بیمه مسئول خواهد بود.

تبصره- چنانچه کارگزار بیمه برخلاف مفاد این ماده عمل نماید، در مقابل بیمه‌گذار و مؤسسه بیمه مسئول خواهد بود.

ماده ۲۴. کارگزار بیمه حق دریافت خسارت بیمه‌گذار یا ذی‌نفع را از مؤسسه بیمه ندارد. مؤسسه بیمه موظف است خسارت را در وجه بیمه‌گذار و یا ذی‌نفع یا به حواله کرد پرداخت نماید.

ماده ۲۵. کارگزار بیمه حق ندارد از خسارتی که مؤسسه بیمه به بیمه‌گذار یا ذی‌نفع می‌پردازد مبلغی به هر عنوان دریافت دارد.

ماده ۲۶. کارگزار بیمه باید از رقابت مکارانه و ناسالم و انجام تبلیغات علیه مؤسسات بیمه، نمایندگان بیمه و سایر کارگزاران بیمه خودداری کند.

ماده ۲۷. کارگزار بیمه موظف است هر سال تصویر اظهارنامه مالیاتی آخرین دوره مالی خود را به بیمه مرکزی ارائه نماید.

ماده ۲۸. کارگزار بیمه حقوقی مکلف است هر سال صورت‌های مالی حسابرسی شده خود را همراه با یادداشت‌های پیوست حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از تصویب در مجمع عمومی سهام‌داران به بیمه مرکزی ارائه نماید.

ماده ۲۹. کارگزار بیمه موظف است آمار، اطلاعات و مدارک مندرج در این آیین‌نامه را از طریق سامانه نظارت و هدایت الکترونیکی بیمه (سنباب) به بیمه مرکزی ارسال نماید.

فصل چهارم- تکالیف مؤسسه بیمه

ماده ۳۰. قبول بیمه توسط مؤسسه بیمه از هر شخصی که فاقد پروانه کارگزاری معتبر باشد، به عنوان کارگزار بیمه ممنوع است. مؤسسه بیمه موظف است برای قبول بیمه از کارگزار بیمه، با وی قرارداد منعقد و در این قرارداد موارد زیر را درج کند:

۱- مشخصات کامل و نشانی طرفین قرارداد

۲- حدود اختیارات، حقوق و تعهدات طرفین قرارداد

۳- میزان کارمزد و نحوه پرداخت آن به تفکیک رشته‌های بیمه و تغییرات آن در موارد بازخرید فسخ، ابطال و یا هرگونه تغییر دیگری در بیمه‌نامه

۴- مدت قرارداد

۵- میزان و نوع تضمین دریافتی از کارگزار به منظور تامین و تضمین حقوق و مطالبات بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان، سایر اشخاص ذینفع و موسسه بیمه

۶- مواردی که موجب محدود نمودن فعالیت و یا تعلیق یا فسخ قرارداد می‌شود و نحوه اجرای آن

۷- نحوه و ترتیبات رسیدگی به اختلاف موسسه بیمه با کارگزار بیمه

۸- رشته‌های بیمه مشمول پرداخت سود مشارکت حاصل از پرتفوی متعلق به کارگزار بیمه و نحوه محاسبه آن و سایر جزئیات مربوط

۹- شمول مصوبات جدید شورای عالی بیمه بر قرارداد

۱۰- مشخصات مدیران صاحب امضای مجاز کارگزاری بیمه حقوقی

ماده ۳۱. مؤسسه بیمه و یا نماینده آن موظفند نام و کد تخصیص یافته بیمه مرکزی به کارگزار بیمه را در بیمه‌نامه‌ای که به پیشنهاد او صادر می‌شود درج نمایند.

ماده ۳۲. اگر برای بیمه‌ای چند کارگزار بیمه یا نماینده نرخ و شرایط خواسته باشند مؤسسه بیمه باید در کمال بی‌طرفی عمل نماید.

ماده ۳۳. در صورتی که مؤسسه بیمه‌ای پیشنهاد کارگزار بیمه‌ای را رد نماید، نمی‌تواند همان بیمه را با همان شرایط از کارگزار بیمه دیگری قبول کند.

ماده ۳۴. مؤسسه بیمه نمی‌تواند بیمه‌ای را که به وسیله کارگزار بیمه به مؤسسه یا نماینده مؤسسه پیشنهاد شده است از طریق مستقیم یا به وسیله نماینده خود قبول نماید مگر اینکه بیمه‌گذار انصراف خود را از صدور بیمه‌نامه از طریق کارگزار بیمه کتباً اعلام دارد. در این صورت مؤسسه بیمه یا نماینده مؤسسه نمی‌تواند تخفیفی برای بیمه‌گذار منظور نموده یا به وی پرداخت کند. همچنین کارکنان مؤسسه بیمه به جز در مواردی که به تصویب هیئت مدیره شرکت بیمه رسیده باشد، مجاز نیستند انعقاد قرارداد بیمه بیمه‌نامه‌ای که مؤسسه بیمه به‌طور مستقیم بازاریابی و یا جذب کرده است را به کارگزار بیمه هدایت و واگذار کنند.

تبصره ۱- هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه می‌تواند باتوجه به نوع بیمه‌نامه، مبلغ حق‌بیمه، درصد و میزان کارمزد و سایر ملاحظات، تصمیم‌گیری در اینگونه موارد را به مدیرعامل، مدیران و یا دیگر مسئولین مؤسسه واگذار نماید. دراین صورت میزان کارمزد فروش بیمه‌نامه متناسب با حجم کار و خدمات و نیز با رعایت سقف‌های مصوب شورای عالی بیمه تعیین می‌شود.

تبصره ۲- چنانچه محرز شود هر یک از کارکنان مؤسسه بیمه بدون رعایت ضوابط مقرر در این آیین‌نامه یا مصوبه هیئت‌مدیره، اشخاصی که قصد خرید بیمه‌نامه یا انعقاد قرارداد بیمه به صورت مستقیم از مؤسسه بیمه داشته‌اند را به کارگزار بیمه معینی معرفی و یا کد کارگزار را در بیمه‌نامه، الحاقیه یا قرارداد بیمه درج کرده است، تخلف محسوب می‌شود و مشمول مقررات انضباطی مربوط خواهد بود.

ماده ۳۵. اگر کارگزار بیمه پیشنهاد بیمه‌گذار خود را به مؤسسه بیمه یا نماینده مؤسسه تسلیم دارد، مؤسسه بیمه یا نماینده مؤسسه مزبور نمی‌تواند همان بیمه را از کارگزار بیمه دیگری قبول کند مگر با دستور صریح و کتبی بیمه‌گذار.

ماده ۳۶. مؤسسه بیمه موظف است حداکثر یک‌ماه پس از دریافت حق‌بیمه، کارمزد کارگزار بیمه را پرداخت نماید مگر آنکه طرفین کتباً به‌نحو دیگری توافق نموده باشند.

تبصره- مؤسسه بیمه موظف است میزان کارمزد قابل پرداخت به کارگزار بیمه را کتباً به وی اعلام نماید. در صورت عدم‌اعلام کتبی کارمزد به کارگزار بیمه، کارمزد قابل پرداخت معادل حداکثر کارمزدهای مقرر در آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالتی رسمی بیمه خواهد بود. درهرحال کارمزد قابل پرداخت به کارگزار بیمه نباید از حداکثر کارمزدهای مقرر در آیین‌نامه مذکور بیشتر باشد.

ماده ۳۷. چنانچه تغییراتی در بیمه‌نامه داده شده باشد و این تغییرات باعث افزایش حق بیمه گردد، کارمزد کارگزار بیمه نیز به همان نسبت افزایش خواهد یافت و درصورتی که مبلغ حق‌بیمه تقلیل یابد یا به بیمه‌گذار مستردگردد، کارمزد کارگزار بیمه نیز به همان نسبت کاهش یا برگشت داده خواهد شد. مؤسسه بیمه باید این تغییرات را به کارگزار بیمه مربوط کتباً اطلاع دهد.

ماده ۳۸. بیمه‌نامه‌هایی که به پیشنهاد کارگزار بیمه و با کد اختصاصی وی صادر شده و معتبر می‌باشد، پرتفوی کارگزار بیمه محسوب می‌شود. کارگزار بیمه می‌تواند پرتفوی خود را با موافقت بیمه مرکزی و با اطلاع مؤسسه بیمه مربوط به کارگزار بیمه دیگری انتقال دهد.

تبصره- در صورت فوت یا حجر کارگزار بیمه حقیقی، وراثت یا نماینده قانونی وی می‌توانند حداکثر تا مدت یک‌سال پس از تاریخ فوت یا حجر، با موافقت بیمه مرکزی کد اختصاصی وی را به شخص دیگری که واجد شرایط این آیین‌نامه باشد، انتقال دهند. طی این مدت پروانه کارگزاری وی تعلیق و در صورت عدم انتقال ظرف مدت مذکور، لغو می‌شود.

ماده ۳۹. کارگزار بیمه حقوقی می‌تواند با موافقت بیمه مرکزی در داخل یا خارج از کشور شعبه تأسیس نماید.

فصل پنجم - نظارت

ماده ۴۰. بیمه مرکزی می‌تواند محل فعالیت و دفاتر و مدارک کارگزار بیمه را بازرسی کند. کارگزار بیمه مکلف به همکاری و ارائه اسناد و توضیحات مورد نیاز به بیمه مرکزی است.

ماده ۴۱. شغل کارگزار بیمه حقیقی، مدیرعامل و مسئول شعب کارگزار بیمه حقوقی و همچنین موضوع فعالیت کارگزار بیمه حقوقی باید منحصراً انجام فعالیت‌های موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه باشد. سمت‌های آموزشی در مؤسسات آموزش عالی مشمول این حکم نمی‌باشد.

تبصره- کارکنان بیمه مرکزی و مؤسسات بیمه و اعضای هیئت‌مدیره آنها، نمایندگان بیمه و کارگزاران بیمه اتکایی و نماینده بیمه حقوقی، ارزیابان خسارت و اکچوئران رسمی بیمه نمی‌توانند در کارگزاری‌های بیمه سمت یا سهم یا فعالیت داشته باشند. همچنین مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره و مسئول شعب کارگزار بیمه حقوقی نمی‌توانند در سایر کارگزاری‌های بیمه اعم از مستقیم و اتکایی سمت یا سهم داشته یا به‌عنوان کارگزار بیمه حقیقی فعالیت داشته باشند.

ماده ۴۲. بیمه مرکزی مرجع رسیدگی به تخلفات کارگزار بیمه از مقررات این آیین‌نامه می‌باشد. در حال رسیدگی به تخلفات کارگزار بیمه در مرجع فوق‌الذکر مانع از این نخواهد بود که در دادگاه‌های عمومی تخلفات کارگزار بیمه طبق قوانین جزائی و یا مدنی مورد رسیدگی و تعقیب قرار گیرد.

ماده ۴۳. در صورت احراز تخلف کارگزار بیمه از قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه، دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های ابلاغی بیمه

مرکزی و قوانین و مقررات کشور، بیمه مرکزی می‌تواند متناسب با نوع، تکرار، تعدد و شدت تخلف، تصمیمات زیر را اتخاذ نماید:

۱- تذکر کتبی به کارگزار بیمه حقیقی یا مدیرعامل کارگزار بیمه حقوقی؛

۲- سلب صلاحیت مدیرعامل کارگزار بیمه حقوقی؛

۳- تعلیق پروانه کارگزاری حداکثر تا یک‌سال؛

۴- لغو پروانه کارگزاری.

ماده ۴۴. پروانه کارگزاری علاوه بر بند ۴ ماده ۴۳ در موارد زیر نیز توسط بیمه مرکزی لغو می‌شود:

۱- به درخواست کارگزار بیمه؛

۲- در صورتی که کارگزار بیمه حقیقی یا مدیرعامل کارگزار بیمه حقوقی هریک از شرایط مندرج در این آیین‌نامه را از دست بدهد یا مستنداتی کشف شود مبنی بر اینکه از ابتدا شرایط مذکور را نداشته است؛

۳- در صورت استعفا، عزل یا فوت مدیرعامل کارگزار بیمه حقوقی یا از دست دادن یکی از شرایط مقرر در ماده ۳ این آیین‌نامه و عدم معرفی فرد جایگزین تا سه‌ماه جهت بررسی صلاحیت وی؛

۴- در صورتی که کارگزار بیمه تا دو سال پس از صدور پروانه کارگزاری، عملیات خود را شروع نکند؛

۵- در صورتی که کارگزار بیمه یک‌سال پس از اتمام اعتبار پروانه کارگزاری نسبت به تمدید آن اقدام ننماید؛

۶- انحلال کارگزار بیمه حقوقی؛

۷- ورشکستگی کارگزار بیمه حقوقی؛

۸- در سایر موارد پیش‌بینی نشده در این آیین‌نامه.

ماده ۴۵. در صورت لغو پروانه کارگزاری حقوقی، چنانچه طی یک‌سال شرکت موضوع فعالیت خود را تغییر ندهد، باید منحل شود.

ماده ۴۶. در صورت لغو پروانه کارگزاری، بیمه مرکزی پس از اخذ مفصاحساب عملیات کارگزاری بیمه از مؤسسات بیمه و در صورت عدم وجود شکایت از کارگزار بیمه از سوی بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان یا صاحبان حقوق آنان یا افراد ذی‌نفع در بیمه‌نامه‌ها، تضمین مندرج در ماده ۱۴ این آیین‌نامه را مسترد خواهد نمود. عدم ارائه مفصاحساب توسط مؤسسات بیمه ظرف مدت ۳ ماه از تاریخ درخواست بیمه مرکزی به منزله موافقت آنها با استرداد تضمین مذکور می‌باشد.

ماده ۴۷. اگر پروانه کارگزاری به علت تخلف براساس اعلام بیمه مرکزی لغو شود، کارگزار بیمه حقیقی و مدیرعامل کارگزار بیمه حقوقی، برای مدتی که بیمه مرکزی تعیین می‌کند، نمی‌تواند به‌عنوان نماینده بیمه حقیقی، کارگزار بیمه حقیقی، ارزیاب خسارت بیمه‌ای حقیقی، اکچوئر رسمی بیمه حقیقی، نماینده فروش بیمه عمر یا مدیرعامل و عضو هیئت‌مدیره نماینده بیمه حقوقی، کارگزار بیمه حقوقی، کارگزار بیمه اتکایی، ارزیاب خسارت بیمه‌ای حقوقی، اکچوئر رسمی بیمه حقوقی فعالیت نماید.

ماده ۴۸. بیمه مرکزی به‌نحو مقتضی صدور، تعلیق، عدم‌تمدید و لغو پروانه کارگزاری را به سندیکای بیمه‌گران ایران، مؤسسات بیمه و کانون انجمن‌های صنفی کارگزاران بیمه اعلام خواهد نمود. بیمه مرکزی این موارد را از طریق پایگاه اطلاع‌رسانی خود به اطلاع عموم می‌رساند.

ماده ۴۹. در صورت عدم‌اجرای مفاد این آیین‌نامه توسط مؤسسه بیمه، بیمه مرکزی می‌تواند حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام دهد:

۱- اخطار کتبی به مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره یا مدیران ذی‌ربط مؤسسه بیمه؛

۲- سلب صلاحیت مدیرعامل، اعضای هیئت‌مدیره یا مدیران ذی‌ربط مؤسسه بیمه.

ماده ۵۰. کارگزاران بیمه که قبلاً پروانه کارگزاری دریافت نموده‌اند، موظفند حداکثر سه سال پس از ابلاغ این آیین‌نامه شرایط خود را با مفاد آن منطبق نمایند، در غیر این صورت پروانه کارگزاری آنها تا رفع مغایرت (حداکثر یک‌سال) تعلیق و پس از آن لغو خواهد شد.

فصل ششم - سایر موارد

ماده ۵۱. سایر شرایط لازم برای اعطای پروانه و کد فعالیت به کارگزاری برخط (آنلاین)، نحوه تبادل اطلاعات بین بیمه مرکزی و مؤسسه بیمه و کارگزار برخط (آنلاین) و سایر موضوعات مربوط با فعالیت کارگزاران برخط (آنلاین) توسط بیمه مرکزی ایران تهیه و ابلاغ خواهد شد.

ماده ۵۲. کارگزار (دلال) رسمی بیمه برخط (آنلاین) مشمول سایر احکام مقرر در این آیین‌نامه می‌باشد.

ماده ۵۳. مواردی که در این آیین‌نامه پیش‌بینی نشده است تابع قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، قانون تجارت، قانون راجع به دلالتان و سایر قوانین و مقررات مربوط و عرف‌بیمه خواهد بود.

ماده ۵۴. این آیین‌نامه از تاریخ ابلاغ جایگزین آیین‌نامه دلالتی رسمی بیمه (آیین‌نامه شماره ۶) و اصلاحات بعدی آن می‌شود.

مکمل آیین‌نامه کارگزاری (دلالی) رسمی بیمه مستقیم آیین‌نامه شماره ۹۲/۱

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۲۴ آیین‌نامه کارگزاری (دلالی) رسمی بیمه مستقیم (آیین‌نامه شماره ۹۲) را به شرح زیر اصلاح و به‌عنوان "آیین‌نامه شماره ۹۲/۱" و مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود:

- ماده ۳۴ آیین‌نامه کارگزاری (دلالی) رسمی بیمه مستقیم (آیین‌نامه شماره ۹۲)

به شرح ذیل اصلاح می‌گردد:

ماده ۳۴. مؤسسه بیمه نمی‌تواند بیمه‌ای را که به‌وسیله کارگزار بیمه به مؤسسه یا نماینده مؤسسه پیشنهاد شده است از طریق مستقیم یا به‌وسیله نماینده خود قبول نماید مگر اینکه بیمه‌گذار انصراف خود را از صدور بیمه‌نامه از طریق کارگزار بیمه کتباً اعلام دارد. در این صورت مؤسسه بیمه یا نماینده مؤسسه نمی‌تواند تخفیفی برای بیمه‌گذار منظور نموده یا به وی پرداخت کند. همچنین کارکنان مؤسسه بیمه به‌جز در مواردی که به تصویب هیئت‌مدیره شرکت بیمه رسیده باشد، مجاز نیستند انعقاد قرارداد بیمه بیمه‌نامه‌ای که مؤسسه بیمه به‌طور مستقیم بازاریابی و یا جذب کرده است را به کارگزار بیمه هدایت و واگذار کنند.

تبصره ۱- هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه می‌تواند با توجه به نوع بیمه‌نامه، مبلغ حق‌بیمه، درصد و میزان کارمزد و سایر ملاحظات، تصمیم‌گیری در این‌گونه موارد را به مدیرعامل، مدیران و یا دیگر مسئولین مؤسسه واگذار نماید. در این صورت میزان کارمزد فروش بیمه‌نامه متناسب با حجم کار و خدمات و نیز با رعایت سقف‌های مصوب شورای عالی بیمه تعیین می‌شود.

تبصره ۲- چنانچه محرز شود هریک از کارکنان مؤسسه بیمه بدون رعایت ضوابط مقرر در این آیین‌نامه یا مصوبه هیئت‌مدیره، اشخاصی که قصد خرید بیمه‌نامه یا انعقاد قرارداد بیمه به‌صورت مستقیم از مؤسسه بیمه داشته‌اند را به کارگزار بیمه معینی معرفی و یا کد کارگزار را در بیمه‌نامه، الحاقیه یا قرارداد بیمه درج کرده است، تخلف محسوب می‌شود و مشمول مقررات انضباطی مربوط خواهد بود."

دستورالعمل ماده ۵۱ مکمل آیین‌نامه کارگزاری (دلالی) رسمی بیمه مستقیم (آیین‌نامه شماره ۲/۹۲)

هیأت عامل بیمه مرکزی ج.ا.ایران در جلسه مورخ ۱۰/۱۳۹۸/ دستورالعمل ماده ۵۱ مکمل آیین‌نامه کارگزاری (دلالی) رسمی بیمه مستقیم (آیین‌نامه شماره ۲/۹۲) را مشتمل بر ۷ ماده و ۴ تبصره به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱. کارگزار(دلالت) رسمی بیمه برخط (آنلاین) علاوه بر فعالیت‌های موضوع ماده ۲ آیین‌نامه شماره ۹۲ مجاز به انجام فعالیت‌های زیر نیز می‌باشد:

۱- ایجاد امکان مقایسه خدمات بیمه و مشاوره آنلاین درخصوص نرخ و شرایط به متقاضی خدمات بیمه

۲- بازاریابی و ایجاد امکان فروش آنلاین در یک و یا چند رشته بیمه‌ای برای مؤسسات بیمه، نمایندگان آنها و کارگزاران رسمی بیمه.

۳- ایجاد امکان واریز آنلاین حق‌بیمه از طریق اتصال به سیستم‌های مالی مؤسسه بیمه.
تبصره- کارگزاران بیمه حقوقی موجود منوط به دارا بودن شرایط این دستورالعمل می‌توانند علاوه بر فعالیت‌های موضوع ماده ۲ آیین‌نامه شماره ۹۲، فعالیت‌های مندرج در این ماده را نیز انجام دهند.

ماده ۲. متقاضی دریافت پروانه کارگزاری برخط (آنلاین) در صورت احراز شرایط مندرج در آیین‌نامه شماره ۹۲ و مکمل‌های آن باید درخواست کتبی به همراه مستندات مربوط به موارد زیر را به بیمه مرکزی ارسال نماید.

۱- مجوزهای لازم برای انجام کسب‌وکارهای اینترنتی از نهادهای ذی‌صلاح در حوزه تجارت الکترونیک شامل ای-نماد (از وزارت صنعت، معدن و تجارت) و نماد ساماندهی (از وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی).

۲- دارا بودن زیرساخت‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری مناسب برای ارائه خدمات بیمه‌ای با امکان ارتباط همزمان بین کارگزار برخط (آنلاین) با مؤسسات بیمه و بیمه مرکزی و نمایندگان بیمه به تشخیص مرکز فاوای بیمه مرکزی

۳- ارایه مشخصات وبسایت تحت مالکیت کارگزار برخط (آنلاین) که به تشخیص مرکز فاوای بیمه مرکزی برای فعالیت‌های موضوع ماده ۱ این دستورالعمل قابل استفاده باشد.

۴- گواهی امنیت دریافتی درخصوص الزامات امنیتی و بسایت از آزمایشگاه‌های تست امنیت مورد تایید مرکز فاوای بیمه مرکزی

ماده ۳. پروانه کارگزاری برخط (آنلاین) پس از دریافت مدارک موضوع ماده ۲ این دستورالعمل، تأییدیه مرکز فاوای بیمه مرکزی مبنی بر امکان اتصال به سیستم‌های مالی مؤسسات بیمه به منظور واریز آنلاین حق بیمه، تأییدیه محل فعالیت و احراز سایر شرایط لازم، صادر و برای دوره‌های بعد قابل تمدید خواهد بود.

تبصره- صدور پروانه کارگزاری برخط (آنلاین) برای کارگزاران حقوقی موجود متقاضی منوط به رعایت این ماده و اعمال اصلاحات لازم در اساسنامه وفق نمونه ابلاغی بیمه مرکزی و سایر مستندات مربوط خواهد بود.

ماده ۴. از تاریخی که بیمه مرکزی اعلام خواهد کرد تبادل اطلاعات کارگزار برخط (آنلاین) با بیمه مرکزی، مؤسسات بیمه و نمایندگان آنها صرفاً از طریق سوئیچ بیمه انجام می‌شود. همچنین از تاریخ مذکور کارگزار بیمه برخط (آنلاین) موظف به رعایت موارد زیر است:

۱- سرویس‌های استعلام آنلاین نرخ و شرایط رشته‌های بیمه‌ای موضوع فعالیت خود را صرفاً از سوئیچ بیمه‌ای دریافت کند.

۲- کلیه اطلاعات مربوط به فرم پیشنهاد تکمیل و تأییدشده توسط متقاضی خدمات بیمه را به سوئیچ بیمه ارسال نماید.

ماده ۵. مسئولیت طراحی و اداره سوئیچ بیمه به عهده مرکز فاوای بیمه مرکزی است که خدمات زیر را ارائه می‌دهد:

۱-۱. دریافت API های استعلام نرخ و شرایط بیمه‌نامه، فرآیند صدور بیمه‌نامه، دریافت و واریز حق بیمه به حساب مؤسسه بیمه از ارائه‌کنندگان نرم‌افزارهای بیمه‌گری به مؤسسات بیمه

۱-۲. دریافت API های استعلام اطلاعات پایه و سوابق بیمه‌ای مورد بیمه، اطلاعات فردی/حقوقی بر مبنای کد ملی / شناسه ملی متقاضی خدمات بیمه‌ای، اطلاعات پایه خودروها و از سامانه سنهاب بیمه مرکزی

تبصره- مؤسسات بیمه و تولیدکنندگان نرم‌افزارهای بیمه‌گری برای این مؤسسات موظفند سرویس‌های API مورد نیاز برای اجرایی شدن این ماده را در اختیار بیمه مرکزی و سوئیچ بیمه قرار دهند.

- ماده ۶.** کارگزار بیمه برخط (آنلاین) موظف است در طراحی وبسایت خود موارد زیر را رعایت نماید:
- ۱- تصویر مجوز فعالیت و پروانه کارگزاری برخط (آنلاین) را در صفحه اصلی سایت خود به نحوی که به سادگی قابل رؤیت باشد قرار دهد و کد فعالیت خود را در صفحه اصلی سایت درج نماید.
 - ۲- محتوا و مطالب مندرج در سایت و فرآیند ثبت درخواست و اطلاعات متقاضی خدمات بیمه را طبق این دستورالعمل و قوانین و مقررات مربوط تنظیم نماید.
 - ۳- اطلاعات مازاد بر آنچه طبق قوانین و مقررات مربوط ضروری است از متقاضی خدمات بیمه، اخذ ننماید.
 - ۴- جزئیات مربوط به نحوه تکمیل فرم پیشنهاد و تشریح پیامدهای ناشی از اظهارات خلاف واقع یا کتمان حقیقت از روی عمد را به اطلاع متقاضی خدمات بیمه برساند.
 - ۵- امکان مطالعه فایل شرایط عمومی بیمه‌نامه مورد تأیید مؤسسات بیمه طرف قرارداد که حداقل شامل وظایف و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، استثنائات، تاریخ شروع و انقضای بیمه‌نامه، میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن، نحوه و مدارک موردنیاز برای پرداخت خسارت و سایر توضیحات لازم و تأیید مطالعه آن توسط متقاضی خدمات بیمه را ایجاد نماید.
 - تبصره-** اطلاعات این بند باید به نحوی ارائه شود که امکان مقایسه خدمات بیمه را از نظر قیمت، مدت و شرایط برای متقاضی خدمات بیمه فراهم سازد.
 - ۶- براساس اطلاعات دریافتی از متقاضی خدمات بیمه، میزان دقیق حق بیمه را محاسبه و به وی اعلام نماید.
 - ۷- در صورت خرید بیمه‌نامه به صورت اقساطی، تعداد و مبلغ هر قسط را به اطلاع متقاضی خدمات بیمه برساند و پس از دریافت شماره چک‌های مربوط توسط متقاضی، نسبت به اعلام مشخصات چک‌های مذکور به مؤسسه بیمه برای درج در بیمه‌نامه اقدام نماید.
 - ۸- فرآیند ثبت درخواست متقاضی به نحوی باشد که پس از پایان فرآیند ثبت و قبل از صدور بیمه‌نامه امکان کنترل به‌منظور تأیید یا انصراف برای متقاضی خدمات بیمه فراهم باشد.
 - ۹- بعد از ثبت درخواست و صدور بیمه‌نامه به متقاضی خدمات بیمه کد رهگیری ارائه شود تا امکان اطلاع متقاضی خدمات بیمه از مواردی از قبیل شماره بیمه‌نامه، مشخصات

مؤسسه بیمه منتخب، مشخصات کامل بیمه‌گذار و بیمه‌شده، تاریخ شروع و پایان اعتبار بیمه‌نامه، جدول تعهدات بیمه‌گر و میزان حق‌بیمه قبل از دریافت اصل بیمه‌نامه فراهم گردد.

ماده ۷. انجام فعالیت‌های موضوع ماده ۱ این دستورالعمل بدون اخذ پروانه کارگزاری برخط (آنلاین) و کد فعالیت از بیمه مرکزی ممنوع است. مؤسسات بیمه و نمایندگان آنها موظفند در صورت تمایل به استفاده از خدمات مذکور، صرفاً با کارگزار برخطی (آنلاین) که پروانه فعالیت از بیمه مرکزی دریافت نموده‌اند، همکاری نمایند. از ابتدای سال ۱۳۹۹ قبول بیمه به صورت برخط (آنلاین) توسط مؤسسه بیمه از هر شخص در صورتی که فاقد پروانه کارگزاری برخط (آنلاین) معتبر باشد، ممنوع است. اشخاصی که قبل از ابلاغ این دستورالعمل فعالیت‌های مندرج در ماده ۱ این دستورالعمل را انجام می‌داده‌اند، موظف‌اند تا تاریخ مذکور وضعیت خود را با الزامات مقرر در این دستورالعمل منطبق نمایند.

بخش سوم:

آیین‌نامه شماره ۷۵^۱

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۰۶/۰۶ "آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه" را مشتمل بر ۳۰ ماده و ۳۰ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول- تعریف و شرایط اعطای پروانه نمایندگی بیمه

ماده ۱. نماینده بیمه که در این آیین‌نامه اختصاراً «نماینده» نامیده می‌شود، شخص حقیقی یا حقوقی است که با رعایت قوانین و مقررات مربوط، از جمله قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، مفاد این آیین‌نامه و سایر مصوبات شورای عالی بیمه، مجاز به عرضه خدمات بیمه‌ای به نمایندگی از طرف یک شرکت بیمه طرف قرارداد می‌باشد.

تبصره ۱- شرکت بیمه می‌تواند بخشی از اختیارات و وظایف خود در صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت در رشته‌های مختلف بیمه را براساس درجه‌بندی نمایندگان بیمه، به نماینده تفویض نماید.

تبصره ۲- درجه‌بندی نمایندگان بیمه حقیقی و حقوقی توسط شرکت‌های بیمه انجام خواهد شد.

تبصره ۳- مقررات این آیین‌نامه شامل نمایندگانی است که در داخل کشور فعالیت می‌کنند. اعطای نمایندگی بیمه در خارج از کشور مستلزم اخذ موافقت قبلی بیمه مرکزی ج.ا.ایران و براساس دستورالعمل ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ایران خواهد بود.

ماده ۲. پروانه نمایندگی بیمه توسط شرکت بیمه پس از تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران در همه رشته‌ها یا رشته‌های بیمه‌ای معین صادر خواهد شد. مدت اعتبار قرارداد و پروانه نمایندگی سه سال است و شرکت بیمه می‌تواند با رعایت مفاد این آیین‌نامه و احراز شرایط مربوط و

۱. کلیه اصلاحات بعدی آیین‌نامه، ۷۵/۱، ۷۵/۲، ۷۵/۳ و ۷۵/۴ در متن آیین‌نامه اعمال گردیده است.

گذراندن دوره‌های آموزشی لازم توسط نماینده پروانه وی را تمدید نماید. در هر حال اعتبار پروانه نمایندگی منوط به اعتبار قرار داد نمایندگی بیمه است.

ماده ۳. شرکت بیمه موظف است شرایط اعطای نمایندگی بیمه را از طرق مقتضی، به ویژه درج در پایگاه اینترنتی خود به اطلاع عموم برساند.

ماده ۴. مسئولیت احراز صحت شرایط لازم در مورد هریک از متقاضیان اخذ پروانه نمایندگی بیمه (اعم از حقیقی و حقوقی) برعهده شرکت بیمه مربوط است.

ماده ۵. شخص حقیقی متقاضی اخذ پروانه نمایندگی بیمه باید واجد شرایط زیر باشد:

الف) تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران؛

ب) اعتقاد به اسلام یا یکی دیگر از ادیان رسمی کشور؛

پ) عدم اعتیاد به مواد مخدر؛

ت) عدم حجر؛

ث) نداشتن سوء پیشینه کیفری و همچنین نداشتن سابقه محکومیت به جرایم نام برده شده

در ماده ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری؛

ج) داشتن گواهی پایان خدمت و وظیفه عمومی یا معافیت دائم (برای آقایان)؛

چ) داشتن حداقل مدرک کارشناسی در رشته بیمه (و یا سایر رشته‌ها با گرایش بیمه) بدون نیاز به داشتن سابقه کار بیمه‌ای، یا حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های مرتبط (شامل اقتصاد، امور مالی، حسابداری، آمار، مدیریت و حقوق) با یک سال سابقه کار بیمه‌ای فنی و تخصصی، یا حداقل مدرک کارشناسی در سایر رشته‌ها با دو سال سابقه کار بیمه‌ای فنی و تخصصی، یا حداقل مدرک دیپلم با سه سال سابقه کار بیمه‌ای فنی و تخصصی؛

تبصره ۱- متقاضیان فاقد سابقه کار، باید دوره آموزشی مربوط را حداقل به مدت ۱۲۰ ساعت طبق دستورالعمل ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ایران در شرکت بیمه و یا مؤسسات آموزشی مورد تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران گذرانده و گواهی‌نامه قبولی را ارائه نمایند.

تبصره ۲- اعطای پروانه نمایندگی به متقاضیان دارای مدرک تحصیلی دیپلم و یا فوق‌دیپلم، منوط به موافقت کتبی مدیرعامل شرکت بیمه ذی‌ربط خواهد بود.

ح) موفقیت در آزمون نمایندگی بیمه مرکزی ج.ا.ایران؛

تبصره ۱- بیمه مرکزی می‌تواند برگزاری آزمون نمایندگی بیمه را به شرکت‌های بیمه یا مؤسسات آموزشی ذی‌صلاح یا پژوهشکده بیمه تفویض نماید.

تبصره ۲- اشخاصی که به تشخیص بیمه مرکزی حداقل ۱۰ سال سابقه کار مفید فنی بیمه‌ای داشته باشند، از آزمون کتبی موضوع این بند معاف هستند.

خ) گذراندن دوره کارآموزی به مدت ۱۵ روز اداری در شرکت بیمه مربوطه برای کلیه متقاضیان نمایندگی بیمه.

ماده ۶. اعطای نمایندگی حقوقی بیمه منوط به احراز شرایط زیر و ارائه آنها به شرکت بیمه مربوطه است:

- ۱- تشکیل و ثبت در قالب شرکت سهامی خاص یا شرکت تعاونی متعارف؛
- ۲- تهیه اساسنامه طبق نمونه ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ایران؛
- ۳- موضوع فعالیت نماینده حقوقی به‌طور انحصاری نمایندگی بیمه باشد؛
- ۴- تعداد اعضای هیئت‌مدیره حداقل سه نفر باشد؛
- ۵- داشتن حداقل یک میلیارد ریال سرمایه اولیه؛
- ۶- ارائه گواهی‌نامه بانک حاکی از تأدیه قسمت نقدی سرمایه، حداقل به مقدار ۵۰ درصد کل سرمایه نماینده حقوقی؛
- ۷- ارائه صورت کامل اسامی سهام‌داران، مدیران و میزان سهام هر یک از آنها؛
- ۸- ارائه گواهی عدم سوء‌پیشینه کیفری مدیران مطابق بند ۵ ماده ۵ این آیین‌نامه؛
- ۹- مدیرعامل و حداقل یک عضو بیمه‌ای هیئت‌مدیره باید واجد شرایط مندرج در ماده ۵ این آیین‌نامه باشند؛

۱۰- ارائه صورت‌جلسات مجمع عمومی مؤسس و هیئت‌مدیره؛

۱۱- ارائه اظهارنامه ثبت نمایندگی حقوقی و تأییدیه نام آن.

تبصره ۱- سهام‌داران نمایندگی حقوقی باید صرفاً اشخاص حقیقی باشند و مکلفند مبلغ تعهدی سرمایه خود را حداکثر ظرف مدت دو سال تأدیه نمایند.

تبصره ۲- مشارکت اشخاص حقوقی در سهام نمایندگی حقوقی بیمه، پس از تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران امکان‌پذیر خواهد بود.

تبصره ۳- مدیرعامل، اعضای هیئت‌مدیره و کارکنان شاغل شرکت‌های بیمه و بیمه مرکزی ج.ا.ایران و مؤسسات وابسته به آنها (اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و ساعتی)، کارگزاران (دلالتان رسمی) بیمه، نمایندگان بیمه و ارزیابان خسارت بیمه‌ای و کارکنان هریک از آنها نمی‌توانند در نمایندگی حقوقی بیمه سمت و یا سهم داشته باشند.

ماده ۷. ثبت نمایندگی حقوقی موکول به رعایت مقررات این آیین‌نامه، اعلام مؤسسه بیمه طرف قرارداد و موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ایران می‌باشد.

تبصره - موافقت با ثبت هرگونه تغییرات بعدی از جمله تغییر در مفاد اساسنامه، میزان سرمایه، ترکیب سهام‌داران، مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره با رعایت مقررات این آیین‌نامه و قانون تجارت برعهده شرکت بیمه طرف قرارداد است. مؤسسه بیمه موظف است اطلاعات تغییرات مذکور را به‌نحوی که بیمه مرکزی مشخص می‌نماید به بیمه مرکزی گزارش نماید.

ماده ۸. نماینده حقوقی موظف است ترازنامه و حساب سود و زیان خود را طبق فرم نمونه‌ای که بیمه مرکزی ج.ا.ایران تهیه و به شرکت‌های بیمه ابلاغ می‌نماید، تنظیم‌کند و پس از تصویب در مجمع عمومی سهام‌داران خود، نسخه‌ای از آن را برای بررسی و تأیید به شرکت بیمه طرف قرارداد ارسال نماید.

تبصره ۱- شرکت بیمه موظف است حداکثر تا پایان مرداد هر سال، ترازنامه و حساب سود و زیان هریک از نمایندگان حقوقی خود را به بیمه مرکزی ج.ا.ایران ارسال کند.

تبصره ۲- نماینده حقوقی موظف است در هر سال مالی حداقل ۱۰ درصد از سود سالانه خود را تا سقف سرمایه به‌عنوان اندوخته سرمایه‌ای در حساب‌های خود منظور نماید.

ماده ۹. نماینده حقیقی و مدیرعامل، اعضای هیئت‌مدیره، مسئول شعبه و سهام‌داران نمایندگی حقوقی نمی‌توانند در وزارتخانه‌ها، مؤسسات، شرکت‌های دولتی و غیردولتی، نهادهای عمومی غیردولتی، نیروهای نظامی و انتظامی و کلیه دستگاه‌هایی که به‌نحوی از بودجه عمومی استفاده می‌نمایند شاغل (اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و ساعتی) باشند یا به‌عنوان نماینده شرکت بیمه دیگر یا کارگزار بیمه فعالیت کنند. علاوه‌براین، اشخاص مذکور نمی‌توانند در سایر نمایندگی‌های حقوقی یا کارگزاری‌های حقوقی بیمه شاغل بوده و یا سمت و سهم داشته باشند.

تبصره- مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره و کارکنان شاغل (اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و ساعتی) شرکت‌های بیمه و بیمه مرکزی ج.ا.ایران نمی‌توانند به‌عنوان نماینده حقیقی فعالیت نمایند و یا در نمایندگی‌های حقوقی، سمت یا سهم داشته باشند.

ماده ۱۰. شرکت بیمه می‌تواند براساس ضوابط ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ایران به نمایندگی حقوقی خود اجازه تأسیس شعبه بدهد مشروط بر آنکه مسئول شعبه حائز شرایط نماینده حقیقی باشد.

فصل دوم- حقوق و تکالیف شرکت بیمه و نماینده

ماده ۱۱. شرکت بیمه مکلف است:

- ۱- در قرارداد نمایندگی موارد زیر را درج نماید:
 - ۱-۱- مشخصات کامل و نشانی طرفین قرارداد؛
 - ۲-۱- حدود اختیارات، حقوق و تعهدات طرفین قرارداد؛
 - ۳-۱- میزان کارمزد و نحوه پرداخت آن به تفکیک رشته‌های بیمه و تغییرات آن در موارد بازخرید، فسخ، ابطال یا هرگونه تغییر دیگری در بیمه‌نامه؛
 - ۴-۱- مدت قرارداد نمایندگی؛
 - ۵-۱- میزان و نوع تضمین دریافتی از نماینده به‌منظور تأمین و تضمین حقوق و مطالبات بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان، سایر اشخاص ذی‌نفع و شرکت بیمه؛
 - ۶-۱- ممنوعیت انعقاد قرارداد نمایندگی توسط نماینده با سایر شرکت‌های بیمه در مدت اعتبار قرارداد؛
 - ۷-۱- مواردی که موجب محدود نمودن فعالیت و یا تعلیق یا فسخ قرارداد نمایندگی بیمه می‌شود و نحوه اجرای آن؛
 - ۸-۱- ارجاع رسیدگی به اختلاف احتمالی شرکت بیمه و نماینده به هیئت موضوع ماده ۲۰ این آیین‌نامه؛

۹-۱- شمول مصوبات جدید شورای عالی بیمه بر شرایط قرارداد نمایندگی؛

۱۰-۱- مشخصات مدیران صاحب امضای مجاز نمایندگی حقوقی.

۲- بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های لازم و مربوط را به‌موقع به نماینده ابلاغ نماید.

۳- نام و کد نماینده را در بیمه‌نامه‌ای که بنابه پیشنهاد او صادر می‌شود، درج نماید.

۴- در صورت لغو پروانه نمایندگی، مراتب را بلافاصله از طرق مقتضی به اطلاع بیمه مرکزی ج.ا.ایران و بیمه‌گذاران برساند و برای استرداد پروانه و جمع‌آوری تابلو، سربرگ، مهر، اسناد و مدارک مربوط اقدام نماید.

۵- اگر چند نماینده برای یک نوع بیمه، نرخ و شرایط خواسته باشند نرخ و شرایط یکسان را به آنها اعلام نماید.

تبصره ۱- شرکت بیمه مجاز نیست تقاضای صدور بیمه‌نامه‌ای را که به‌وسیله نماینده ارائه شده است از طریق دیگری، اعم از مستقیم یا غیرمستقیم، قبول نماید مگر با تقاضای کتبی بیمه‌گذار.

تبصره ۲- در صورتی که شرکت بیمه، پیشنهاد نماینده‌ای را رد کند، نمی‌تواند همان پیشنهاد را از طریق دیگری اعم از مستقیم یا غیرمستقیم قبول نماید.

۶- زیرساخت‌های فیزیکی و امکانات نرم‌افزاری لازم برای فروش بیمه در فضای مجازی توسط نمایندگان و برقراری ارتباط الکترونیکی هم‌زمان بین نماینده، شرکت بیمه و بیمه مرکزی ج.ا.ایران فراهم نماید.

۷- در صورت فوت یا حجر نماینده حقیقی یا توقف فعالیت نماینده طبق توافق و نبودن شرط خلاف در قرارداد نمایندگی، ارزش پرتفوی نماینده را پرداخت یا با انتقال آن به نماینده دیگر همان شرکت موافقت نماید. ارزش پرتفوی نماینده و نحوه محاسبه آن با توافق طرفین در قرارداد نمایندگی تعیین می‌شود.

تبصره - بیمه‌نامه‌هایی که از طرف یا به پیشنهاد نماینده توسط شرکت بیمه صادر می‌شود پرتفوی نماینده محسوب می‌شود.

۸- کارکنان شرکت بیمه به‌جز در مواردی که به تصویب هیئت‌مدیره شرکت بیمه رسیده باشد، مجاز نیستند انعقاد قرارداد بیمه یا صدور بیمه‌نامه‌ای که شرکت به‌طورمستقیم بازاریابی و یا جذب کرده است را به نماینده بیمه هدایت و واگذار کنند.

تبصره ۱- هیئت‌مدیره شرکت بیمه می‌تواند با توجه به نوع بیمه‌نامه، مبلغ حق‌بیمه، درصد و میزان کارمزد و سایر ملاحظات، تصمیم‌گیری در این‌گونه موارد را به مدیرعامل، مدیران و یا دیگر مسئولین شرکت واگذار نماید. در این صورت میزان کارمزد فروش و هزینه صدور بیمه‌نامه متناسب با حجم کار و خدمات و نیز با رعایت سقف‌های مصوب شورای عالی بیمه تعیین می‌شود.

تبصره ۲- چنانچه محرز شود هریک از کارکنان شرکت بیمه بدون رعایت ضوابط مقرر در این آیین‌نامه یا مصوبه هیئت‌مدیره، اشخاصی را که قصد خرید بیمه‌نامه یا انعقاد قرارداد بیمه به صورت مستقیم از شرکت بیمه داشته‌اند به نماینده بیمه معینی معرفی و یا کد نماینده را در بیمه‌نامه، الحاقیه یا قرارداد بیمه درج کرده است، تخلف محسوب می‌شود و مشمول مقررات انضباطی مربوط خواهد بود.

ماده ۱۲. نماینده مکلف است:

۱- کد و نام نماینده و نام شرکت بیمه طرف قرارداد را در تابلو، سربرگ، مهر، آگهی و در پایگاه اطلاع رسانی خود (در صورت وجود) درج نماید. نام شرکت بیمه باید با حروف درشت‌تر از نام و کد نماینده درج شود؛

تبصره- تابلو نمایندگان هر شرکت بیمه و مندرجات آن باید متحدالشکل بوده و نمونه آن باید توسط شرکت بیمه ذی‌ربط پیشنهاد و به تصویب بیمه مرکزی ج.ا.ایران رسیده باشد.

۲- اطلاعات لازم درباره بیمه‌نامه درخواست‌شده از جمله نرخ و شرایط، استثنائات، تعهدات بیمه‌گر و وظایف بیمه‌گذار را با رعایت بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط، به متقاضی بیمه ارائه نماید؛

۳- به منظور تأمین و تضمین حقوق و مطالبات بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان، سایر اشخاص ذی‌نفع و شرکت بیمه، تضمین لازم را نزد شرکت بیمه طرف قرارداد تودیع نماید. نوع و میزان تضمین متناسب با حجم فعالیت هر نماینده حقیقی یا حقوقی و شکل حقوقی ثبت آن، به تشخیص شرکت بیمه طرف قرارداد تعیین می‌شود؛

تبصره ۱- تضمین مربوط تا دو سال پس از پایان یا لغو قرارداد نماینده نزد شرکت بیمه نگهداری می‌شود و پس از آن با درخواست کتبی نماینده مسترد می‌گردد.

تبصره ۲- به اجرا گذاردن تضامین مذکور توسط بیمه‌گر منوط به طرح و تصویب آن در کمیته موضوع ماده ۲۱ آیین‌نامه می باشد. در صورتی که نماینده مربوط به تصمیم کمیته مذکور معترض باشد می‌تواند ظرف ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ آن، برای تجدید نظرخواهی در هیئت رسیدگی به اختلاف نماینده و شرکت بیمه تقاضای کتبی نماید. در صورت عدم تجدیدنظرخواهی ظرف مهلت مقرر و یا تأیید رأی کمیته در هیئت مذکور، شرکت بیمه می‌تواند با رعایت قوانین مربوط، تضامین را به نفع خود کارسازی نماید.

- ۴- از رقابت مکارانه و ناسالم با سایر نمایندگان بیمه، دلالتان (کارگزاران) رسمی بیمه و شرکت‌های بیمه و یا انجام تبلیغات سوء علیه آنها خودداری نماید؛
- ۵- حق بیمه دریافتی اعم از چک یا پرداخت الکترونیکی را قبل از پایان وقت اداری روزی که دریافت کرده است به حساب بانکی شرکت بیمه مربوط واریز کند و در موارد استثنایی به صندوق آن شرکت تحویل نماید؛
- ۶- کد و نام دلال (کارگزار) رسمی بیمه را در بیمه‌نامه‌ای که به پیشنهاد او صادر می‌شود درج نماید؛
- ۷- امکانات سخت‌افزاری و نیروی انسانی آموزش‌دیده را برای برقراری ارتباط الکترونیکی با شرکت بیمه مربوط و بیمه مرکزی ج.ا.ایران تهیه نماید؛
- ۸- دفتر مناسب با کاربری اداری یا تجاری که قبلاً به تأیید شرکت بیمه ذی‌ربط رسیده باشد تهیه نماید؛
- تبصره-** مؤسسات بیمه می‌توانند آن دسته از نمایندگان بیمه حقیقی را که مجوز صدور بیمه‌نامه ندارند، از شرط تأمین دفتر موضوع این بند معاف نمایند.
- ماده ۱۳.** شغل نماینده حقیقی، مدیرعامل، عضو بیمه‌ای هیئت مدیره و مسئول شعبه نماینده حقوقی باید منحصرأ ارائه خدمات بیمه‌ای در محدوده قرارداد نمایندگی باشد.
- تبصره-** سمت‌های آموزشی در مؤسسات آموزش عالی مستثنی هستند.
- ماده ۱۴.** کارکنان نماینده که فروش یا صدور بیمه‌نامه انجام می‌دهند به‌عنوان متصدیان نمایندگی بیمه محسوب می‌شوند و باید واجد شرایط زیر و دارای گواهی صلاحیت باشند:
- ۱- داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم؛
 - ۲- گذراندن دوره آموزشی لازم به تشخیص شرکت بیمه؛
 - ۳- داشتن حسن اخلاق و رفتار و توانایی ایجاد ارتباط با مشتریان و داشتن سایر شرایط عمومی مندرج در بندهای الف تا ج ماده ۵ به تشخیص و مسئولیت نماینده.
- تبصره ۱-** گواهی صلاحیت متصدیان نمایندگی بیمه به‌صورت عکس‌دار توسط شرکت بیمه یا با تفویض اختیار توسط نمایندگی بیمه برای مدت معین صادر می‌شود و لازم است در معرض دید مراجعان قرار داده شود.

- تبصره ۲-** در صورت وجود هرگونه شکایت از نمایندگی بیمه، کارکنان و بازاریابان وی شرکت بیمه موظف است به شکایت رسیدگی و نتیجه را به‌طور کتبی به اطلاع شاکی برساند.
- ماده ۱۵.** پرداخت حق‌بیمه به نماینده، کارمند یا بازاریاب او در حکم پرداخت حق‌بیمه به شرکت بیمه است و نماینده باید در قبال دریافت حق‌بیمه، رسید کددار به متقاضی ارائه نماید.
- ماده ۱۶.** مسئولیت جبران خسارات مستقیم و یا غیرمستقیم وارده به بیمه‌گذار و سایر اشخاص ذی‌نفع که ناشی از عمد، تقصیر، غفلت و یا قصور نماینده، کارکنان یا بازاریابان وی در رابطه با عملیات بیمه‌ای موضوع قرارداد نمایندگی بیمه باشد به‌صورت تضامنی برعهده شرکت بیمه و نماینده است. درهرحال، مفاد این ماده نافی مسئولیت نماینده در مقابل خسارات وارده به شرکت بیمه، از جمله خسارت پرداختی، سایر هزینه‌ها و حق‌بیمه دریافت نشده نخواهد بود.
- ماده ۱۷.** نمایندگان حقیقی، مدیرعامل، عضو بیمه‌ای هیئت‌مدیره و مسئول شعبه نمایندگان حقوقی که بر اساس آیین‌نامه شماره ۵۷ مصوب شورای عالی بیمه پروانه نمایندگی گرفته‌اند موظفند ظرف یک‌سال یا تا اتمام قرارداد نمایندگی (هرکدام طولانی‌تر باشد) در آزمون موضوع بند ح ماده ۵ شرکت و نمره قبولی کسب نمایند. تمدید قرارداد نمایندگی منوط به رعایت مفاد این ماده است.
- ماده ۱۸.** شرکت بیمه می‌تواند نماینده را در سود حاصل از پرتفوی متعلق به او در کلیه رشته‌های بیمه به استثنای بیمه‌های عمر مشارکت دهد. سود قابل پرداخت نباید از ۱۵ درصد مجموع کارمزدهای پرداختی به همان نماینده بابت عملیات بیمه‌ای در سال مورد نظر بیشتر باشد.
- ماده ۱۹.** پروانه و قرارداد نمایندگی در موارد زیر لغو می‌شود:
- الف) با تصمیم یکی از طرفین قرارداد ضمن رعایت مفاد قرارداد نمایندگی و حقوق طرف مقابل؛
- ب) در صورتی که نماینده حقیقی هریک از شرایط مقرر در این آیین‌نامه را از دست بدهد؛
- ج) در صورتی که مدیرعامل یا عضو بیمه‌ای هیئت‌مدیره نمایندگی حقوقی هریک از شرایط مقرر در این آیین‌نامه را از دست بدهد یا فوت کند یا محجور یا معذور شود و ظرف مدت سه ماه، فرد جایگزین واجد شرایط معرفی نشود؛
- د) در صورت تصمیم هیئت رسیدگی به اختلاف نماینده و شرکت بیمه، موضوع ماده ۲۰ یا کمیته رسیدگی به تخلفات نماینده، موضوع ماده ۲۱؛
- ه) در صورت ورشکستگی نماینده حقوقی.

فصل سوم- رسیدگی به اختلاف نماینده و شرکت بیمه و رسیدگی به تخلفات نماینده

ماده ۲۰. به‌منظور رسیدگی به اختلافات نماینده و شرکت بیمه در رابطه با مقررات این آیین‌نامه و قرارداد نمایندگی منعقد، هیئت رسیدگی به اختلافات نماینده و شرکت بیمه که در این آیین‌نامه هیئت نامیده می‌شود و مرکب از سه نفر به‌شرح زیر تشکیل می‌شود:

الف) نماینده بیمه مرکزی ج.ا.ایران؛

ب) نماینده منتخب سندیکای بیمه گران ایران؛

ج) نماینده منتخب انجمن‌های صنفی نمایندگان بیمه.

تبصره ۱- هریک از نمایندگان مذکور برای مدت دو سال انتخاب می‌شوند و عزل یا تجدید انتخاب آنها بلامانع است.

تبصره ۲- تصمیمات هیئت به‌صورت مکتوب و مستدل با اکثریت آرا اتخاذ می‌شود و پس از امضای اعضای هیئت، توسط بیمه مرکزی ج.ا.ایران به طرفین ابلاغ می‌گردد. این تصمیمات برای طرفین قطعی و لازم‌الاجراست.

تبصره ۳- دبیرخانه هیئت در بیمه مرکزی ج.ا.ایران مستقر خواهد بود و دستورالعمل نحوه تشکیل جلسات و اتخاذ تصمیم هیئت توسط بیمه مرکزی ج.ا.ایران تدوین و ابلاغ خواهد شد.

ماده ۲۱. شرکت بیمه موظف است تخلفات نماینده و شکایت واصله از عملکرد او را در کمیته رسیدگی به تخلفات نماینده که در این آیین‌نامه کمیته نامیده می‌شود و مرکب از دو نفر به انتخاب هیئت‌مدیره شرکت بیمه و یک نفر منتخب انجمن صنفی نمایندگان بیمه است، مطرح نماید. تصمیمات کمیته با اکثریت آرا معتبر است.

تبصره ۱- شرکت بیمه موظف است ظرف مدت حداکثر دو ماه از تاریخ ابلاغ آیین‌نامه، اعضای کمیته را به‌طور کتبی به بیمه مرکزی ج.ا.ایران معرفی نماید.

تبصره ۲- در مواردی که شرکت بیمه فاقد انجمن صنفی نمایندگان بیمه است نماینده مربوط می‌تواند بجای وی فرد دیگری را معرفی نماید.

تبصره ۳- کمیته حسب مورد می‌تواند از کارشناس ذی‌ربط در موضوع تخلف برای حضور در جلسه و اعلام‌نظر کارشناسی بدون داشتن حق رأی دعوت نماید.

تبصره ۴- اجرای ماده ۲۱، نافی اختیارات موضوع ماده ۲۰ و همچنین اختیارات بیمه مرکزی ج.ا.ایران نخواهد بود.

ماده ۲۲. در صورت احراز تخلف نماینده، کمیته می‌تواند متناسب با نوع تخلف، تصمیمات زیر را اتخاذ نماید:

۱- تذکر کتبی به نماینده؛

۲- ایجاد محدودیت در اختیارات تفویضی مانند سلب مجوز صدور بیمه‌نامه؛

۳- کاهش میزان کارمزد نماینده در یک یا چند رشته بیمه به مدت حداکثر شش ماه؛

۴- تعلیق فعالیت نماینده در یک یا چند رشته بیمه به مدت حداکثر شش ماه؛

۵- لغو پروانه فعالیت.

تبصره- در مواردی که رأی کمیته تعلیق یا لغو فعالیت نماینده باشد، شرکت بیمه موظف است نسخه‌ای از تصمیم مربوطه را به بیمه مرکزی ج.ا.ایران ارسال نماید.

ماده ۲۳. در صورتی که تصمیم کمیته، لغو پروانه نماینده باشد ظرف ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ آن به نماینده، با درخواست کتبی وی، قابل تجدیدنظرخواهی در هیئت است. تصمیمات کمیته در سایر موارد، قطعی و برای طرفین معتبر است.

ماده ۲۴. اگر پروانه فعالیت نماینده‌ای در صورت تخلف و با اعلام بیمه مرکزی ج.ا.ایران، یا تصمیم هیئت و یا کمیته لغو شود این شخص نمی‌تواند پس از لغو پروانه، برای مدتی که هریک از مراجع مذکور تعیین می‌کنند، به‌عنوان نماینده بیمه و یا کارگزار رسمی بیمه در صنعت بیمه فعالیت نماید.

فصل چهارم- نظارت

ماده ۲۵. شرکت بیمه مسئول احراز و انطباق شرایط فعالیت نمایندگان خود با مقررات این آیین‌نامه است.

تبصره- در صورت عدم رعایت مقررات این آیین‌نامه در اعطای نمایندگی و یا نحوه فعالیت نمایندگان، بیمه مرکزی ج.ا.ایران می‌تواند شرکت بیمه را ملزم به متوقف نمودن فعالیت نماینده کند. همچنین شرکت بیمه مسئول جبران هرگونه خسارت وارده به اشخاص ثالث، ناشی از عدم رعایت مفاد این آیین‌نامه خواهد بود.

ماده ۲۶. بیمه مرکزی ج.ا.ایران بر حسن اجرای مفاد این آیین‌نامه نظارت می‌نماید. در صورت عدم رعایت مقررات این آیین‌نامه توسط هریک از شرکت‌های بیمه و نقص یا

عدم نظارت آنها بر نمایندگان بیمه، بیمه مرکزی ج.ا.ایران می‌تواند متناسب با هر مورد، تصمیمات زیر را اتخاذ نماید:

- ۱- اخطار کتبی به شرکت بیمه مبنی بر ضرورت رعایت مقررات مربوط؛
 - ۲- اعلام عدم صلاحیت حرفه‌ای مدیر ذی‌ربط شرکت بیمه؛
 - ۳- سلب صلاحیت مدیرعامل یا اعضای هیئت‌مدیره یا معاون فنی و یا مسئولین فنی شرکت بیمه؛
 - ۴- ایجاد محدودیت برای شرکت بیمه در زمینه پذیرش نماینده؛
 - ۵- ارائه پیشنهاد ممنوعیت شرکت بیمه از قبول بیمه در یک یا چند رشته بیمه برای مدت مشخص به شورای عالی بیمه؛
 - ۶- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از کارمزد بیمه اتکایی اجباری مربوط به پرتفوی نمایندگانی که به تشخیص بیمه مرکزی مفاد این آیین‌نامه در مورد آنها رعایت نشده است.
- ماده ۲۷.** شرکت بیمه موظف است امکان دسترسی مناسب بیمه مرکزی ج.ا.ایران به آمار و اطلاعات صحیح و قابل اطمینان مربوط به نمایندگان خود را براساس دستورالعملی که بیمه مرکزی ج.ا.ایران تهیه و ابلاغ می‌کند فراهم نماید.
- ماده ۲۸.** بیمه مرکزی ج.ا.ایران و یا شرکت بیمه می‌توانند در صورت لزوم، علاوه بر اخذ اطلاعات لازم، دفاتر، اسناد و محل نمایندگی را بازرسی کنند و نماینده مکلف به همکاری لازم در این زمینه است.
- ماده ۲۹.** موارد پیش‌بینی نشده در این آیین‌نامه در رابطه با نمایندگی بیمه، تابع قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، قانون تجارت، سایر قوانین مربوط و عرف بیمه خواهد بود.
- ماده ۳۰.** این آیین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۱/۰۸/۰۱ لازم‌الاجرا خواهد بود و جایگزین آیین‌نامه شماره ۵۷ مصوب شورای عالی بیمه با عنوان آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه خواهد شد.

مکمل آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه آیین‌نامه شماره ۱/۷۵

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۴/۵/۲۷ آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (آیین‌نامه شماره ۷۵) را به شرح زیر اصلاح و به‌عنوان "آیین‌نامه شماره ۷۵/۱" و مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود:

الف- تبصره دیگری به شرح زیر، ذیل بند ح ماده ۵ اضافه شود:

تبصره ۲- اشخاصی که به تشخیص بیمه مرکزی حداقل ۱۰ سال سابقه کار مفید فنی بیمه‌ای داشته باشند، از آزمون کتبی موضوع این بند معاف هستند.

ب- ماده ۷ به شرح زیر اصلاح و یک تبصره به ذیل آن اضافه شود:

ماده ۷. ثبت نمایندگی حقوقی موکول به رعایت مقررات این آیین‌نامه، اعلام مؤسسه بیمه طرف قرارداد و موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ایران می باشد.

تبصره- موافقت با ثبت هرگونه تغییرات بعدی از جمله تغییر در مفاد اساسنامه، میزان سرمایه، ترکیب سهامداران، مدیرعامل و اعضای هیئت مدیره با رعایت مقررات این آیین‌نامه و قانون تجارت برعهده شرکت بیمه طرف قرارداد است. مؤسسه بیمه موظف است اطلاعات تغییرات مذکور را به نحوی که بیمه مرکزی مشخص می‌نماید به بیمه مرکزی گزارش نماید.

مکمل آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (آیین‌نامه شماره ۲/۷۵)

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۵/۳/۳۱ آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (آیین‌نامه شماره ۷۵) را به شرح زیر اصلاح و به‌عنوان "آیین‌نامه شماره ۷۵/۲" و مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود:

۱- در تبصره ۱ ماده ۱ عبارت "رتبه" به عبارت "درجه‌بندی" اصلاح می‌شود.

۲- تبصره ۲ ماده ۱ به شرح زیر اصلاح می‌شود:

تبصره ۲- درجه‌بندی نمایندگان بیمه حقیقی و حقوقی توسط شرکت‌های بیمه انجام خواهد شد.

۳- به بند ۸ ماده ۱۲ تبصره‌ای به شرح زیر اضافه می‌شود:

تبصره- مؤسسات بیمه می‌توانند آن دسته از نمایندگان بیمه حقیقی را که مجوز صدور بیمه‌نامه ندارند، از شرط تأمین دفتر موضوع این بند معاف نمایند.

۴- در ماده ۲۴ بعد از عبارت "پس از لغو پروانه" عبارت "برای مدتی که هر یک از مراجع

مذکور تعیین می‌کنند" اضافه می‌شود.

مکمل آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه آیین‌نامه شماره ۳/۷۵

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۵/۱۰/۲۶ آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (آیین‌نامه شماره ۷۵) را به شرح زیر اصلاح و به‌عنوان "آیین‌نامه شماره ۷۵/۳" و مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود:

- یک بند به شرح زیر به ماده ۲۶ آیین‌نامه مذکور اضافه می‌گردد:

۶- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از کارمزد بیمه اتکایی اجباری مربوط به پرتفوی نمایندگانی که به تشخیص بیمه مرکزی مفاد این آیین‌نامه در مورد آنها رعایت نشده است.
بند فوق از تاریخ ۱۳۹۶/۰۱/۰۱ لازم‌الاجرا است.

مکمل آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه آیین‌نامه شماره ۴/۷۵

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۲۴ آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (آیین‌نامه شماره ۷۵) را به شرح زیر اصلاح و به‌عنوان "آیین‌نامه شماره ۷۵/۴" و مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود:

- یک بند به شرح زیر به ماده ۱۱ آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (آیین‌نامه شماره ۷۵) اضافه می‌گردد:

۸- کارکنان شرکت بیمه به جز در مواردی که به تصویب هیئت‌مدیره شرکت بیمه رسیده باشد، مجاز نیستند انعقاد قرارداد بیمه یا صدور بیمه‌نامه‌ای که شرکت به‌طور مستقیم بازاریابی و یا جذب کرده است را به نماینده بیمه هدایت و واگذار کنند.

تبصره ۱- هیئت‌مدیره شرکت بیمه می‌تواند با توجه به نوع بیمه‌نامه، مبلغ حق‌بیمه، درصد و میزان کارمزد و سایر ملاحظات، تصمیم‌گیری در اینگونه موارد را به مدیرعامل، مدیران و یا دیگر مسئولین شرکت واگذار نماید. در این صورت میزان کارمزد فروش و هزینه صدور بیمه‌نامه متناسب با حجم کار و خدمات و نیز با رعایت سقف‌های مصوب شورای عالی بیمه تعیین می‌شود.

تبصره ۲- چنانچه محرز شود هر یک از کارکنان شرکت بیمه بدون رعایت ضوابط مقرر در این آیین‌نامه یا مصوبه هیئت‌مدیره، اشخاصی را که قصد خرید بیمه‌نامه یا انعقاد قرارداد بیمه به صورت مستقیم از شرکت بیمه داشته‌اند به نماینده بیمه معینی معرفی و یا کد نماینده را در بیمه‌نامه، الحاقیه یا قرارداد بیمه درج کرده است، تخلف محسوب می‌شود و مشمول مقررات انضباطی مربوط خواهد بود.

بخش چهارم:

آیین‌نامه شماره ۸۳

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۱۳۹۲/۰۲/۲۴ «آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالتی رسمی بیمه» را مشتمل بر ۱۶ ماده و ۶ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول- کارمزد بیمه‌های غیرزندگی

ماده ۱. حداکثر کارمزد قابل پرداخت از طرف مؤسسات بیمه در انواع بیمه غیرزندگی برای معاملات بیمه‌ای که توسط نمایندگان و دلالان رسمی بیمه انجام می‌گیرد براساس درصدی از حق بیمه پرداخت شده به شرح زیر است:

درصد کارمزد شرکت نمایندگی	درصد کارمزد نماینده حقیقی	
۲۹	۲۵	الف- بیمه آتش سوزی: ۱- منازل مسکونی
۱۲	۱۰	۲- خطرات صنعتی موضوع جداول ضمیمه شماره یک آیین‌نامه شماره ۲۵ شورای عالی بیمه
۱۷	۱۵	۳- خطرات غیرصنعتی موضوع جداول ضمیمه شماره دو آیین‌نامه شماره ۲۵ شورای عالی بیمه

تبصره بند الف- میزان کارمزد مربوط به کالاهای نامبرده در جداول ضمیمه شماره ۳، ۴ و ۵ آیین‌نامه شماره ۲۵ مصوب شورای عالی بیمه بسته به مورد، معادل ارقام مندرج در بندهای ۲ و ۳ فوق می‌باشد و در مورد کارمزد خطرات تبعی بندهای ۲ و ۳ فوق حسب مورد ۲/۵ درصد افزوده می‌گردد.

درصد کارمزد شرکت نمایندگی	درصد کارمزد نماینده حقیقی	
۱۲	۱۰	ب- بیمه باربری: ۱- کالاهای وارداتی
۱۷	۱۵	۱- کالاهای داخلی و صادراتی
۶	۵	۳- باربری به نفع بانک

تبصره بند ب- در مواردی که بیمه‌نامه باربری به وسیله بانک افتتاح‌کننده اعتبار تمدید می‌گردد شرکت بیمه می‌تواند ۵۰ درصد از کارمزد حق بیمه بیمه‌نامه تمدیدی را به بانک و مابه‌التفاوت آن را حسب مورد به نماینده یا دلال رسمی بیمه پرداخت کند.

درصد کارمزد شرکت نمایندگی	درصد کارمزد نماینده حقیقی	
۱۲	۱۰	ج- بیمه بدنه و وسائط نقلیه موتوری: ۱- وسائط نقلیه سواری
۹	۷	۲- بارکش
۸	۶	۳- اتوبوس - مینی‌بوس

درصد کارمزد شرکت نمایندگی	درصد کارمزد نماینده حقیقی	
۵	۴	د- بیمه مسئولیت: ۱- مسئولیت مدنی شخص ثالث اجباری و مازاد اختیاری و حوادث راننده
۲۹	۲۵	۲- سایر انواع مسئولیت (به جز مسئولیت کشتی و هواپیما)

تبصره بند د- حداکثر کارمزد بیمه موضوع بند (۱) برای خودروهایی که اولین بار شماره‌گذاری می‌شوند ۹ درصد تعیین می‌شود. در هر حال مجموع کارمزد و هزینه صدور قابل پرداخت به این بیمه‌نامه‌ها نباید بیشتر از ۹ درصد باشد.

درصد کارمزد شرکت نمایندگی	درصد کارمزد نماینده حقیقی	
۳۲	۲۸	ه- بیمه حوادث شخصی و درمانی: ۱- حوادث انفرادی
۲۹	۲۵	۲- حوادث گروهی
۱۷	۱۵	۳- درمان انفرادی
۱۲	۱۰	۴- درمان گروهی

درصد کارمزد شرکت نمایندگی	درصد کارمزد نماینده حقیقی	
۱۷	۱۵	و- سایر انواع بیمه: ۱- پول در صندوق و گردش
۲۰	۱۷	۲- صداقت و امانت
۱۲	۱۰	۳- تمام خطر مقاطعه‌کاری، تمام خطر نصب و شکست ماشین‌آلات
۱۷	۱۵	۴- عدم النفع (به‌صورت مستقل)
۵/۳	۳	۵- بدنه و مسئولیت کشتی و هواپیما
۲۳	۲۰	۶- دام و طیور و پرورش زنبور عسل و آبزیان
۶	۵	۷- اکتشاف و استخراج نفت و گاز
۱۲	۱۰	۸- دزدی با شکست حرز (به‌صورت مستقل)
۱۲	۱۰	۹- شکست شیشه (به‌صورت مستقل)
۶	۵	۱۰- مرهونات به نفع بانک

ماده ۲. مبنای پرداخت کارمزدهای موضوع این آیین‌نامه حق بیمه پرداخت شده می‌باشد. در صورتی که به هر علت میزان حق بیمه بیمه‌نامه افزایش یا کاهش یابد به همان نسبت کارمزد نیز افزایش یا کاهش خواهد یافت.

ماده ۳. حداکثر کارمزد قابل پرداخت به دلالتان رسمی بیمه که به‌صورت شخص حقوقی فعالیت می‌کنند معادل صددرصد کارمزد نماینده حقوقی و حداکثر کارمزد قابل پرداخت به دلالتان رسمی بیمه که به‌صورت شخص حقیقی فعالیت می‌کنند معادل صددرصد کارمزد نماینده حقیقی مقرر در ماده ۱ این آیین‌نامه می‌باشد.

ماده ۴. چنانچه مؤسسات بیمه میزان کارمزد قابل پرداخت به نمایندگان و دلالان رسمی را در قرارداد فیما بین قید نمایند کارمزد قابل پرداخت معادل حداکثر یادشده در این آیین‌نامه خواهد بود.

ماده ۵. مؤسسات بیمه می‌توانند به شرط صدور بیمه‌نامه توسط نماینده، علاوه بر کارمزد مقرر در این آیین‌نامه هزینه صدور به میزان حداکثر ۵ درصد پرداخت نمایند.

تبصره - هزینه صدور قابل پرداخت برای رشته بیمه مسئولیت شخص ثالث اجباری و مازاد اختیاری آن و حوادث راننده حداکثر معادل ۴ درصد می‌باشد.

ماده ۶. مؤسسات بیمه می‌توانند نمایندگان و دلالان رسمی بیمه را در سود حاصل از پرتفوی آنها به شرح زیر مشارکت دهند:

- ۱- بیمه بدنه و سائط نقلیه موتوری مندرج در بند "ج" از ماده یک این آیین‌نامه؛
- ۲- سایر انواع بیمه مسئولیت موضوع ردیف ۲ بند "د" از ماده یک این آیین‌نامه؛
- ۳- بیمه حوادث انفرادی و بیمه درمان انفرادی موضوع ردیف‌های ۱ و ۳ بند "ه" از ماده یک این آیین‌نامه؛

۴- بیمه پول در صندوق و گردش، صداقت و امانت و شکست شیشه موضوع ردیف‌های ۱، ۲ و ۹ بند "و" از ماده یک این آیین‌نامه.

سود قابل پرداخت نباید از ۱۵ درصد کارمزد پرداختی به نماینده و دلال رسمی بیمه بابت عملیات بیمه هر سال وی بیشتر شود.

ماده ۷. مؤسسات بیمه مکلفند نسبت به مواردی که در این آیین‌نامه کارمزدی برای آن پیش‌بینی نگردیده است قبل از پرداخت کارمزد، موافقت بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران را جلب نمایند.

ماده ۸. حداکثر مبالغ پرداختی تحت عناوین کارمزد و یا سایر هزینه‌های پیش‌بینی شده در این آیین‌نامه، نمی‌تواند از ۳۵ درصد حق بیمه تجاوز نماید.

تبصره ۱- پرداخت هرگونه کارمزدی بیش از میزان مذکور در این آیین‌نامه غیرمجاز و ممنوع می‌باشد.

تبصره ۲- مؤسسات بیمه مجاز به پرداخت کارمزد به‌جز به نمایندگان و دلالان رسمی بیمه نمی‌باشند.

ماده ۹. تخفیف در میزان حق بیمه خواه در مورد بیمه‌هایی که مستقیماً و بدون دخالت دلالان رسمی بیمه یا نماینده بیمه انجام می‌شود و خواه در مورد بیمه‌هایی که با دخالت آنان انجام می‌شود به هر صورت ممنوع است.

تبصره- تخفیف در نرخ حق بیمه در موردی که تعرفه مربوط آن را مجاز دانسته است مشمول این ماده نخواهد بود.

فصل دوم- کارمزد بیمه‌های زندگی

ماده ۱۰. کارمزد قابل پرداخت برای تحصیل انواع مختلف بیمه‌های زندگی به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- برای بیمه‌های خطر فوت ساده زمانی انفرادی با حق بیمه سالانه، حداکثر ۲۵ درصد حق بیمه وصولی؛

ب- برای بیمه‌های خطر فوت ساده زمانی جمعی با حق بیمه سالانه، حداکثر ۱۰ درصد حق بیمه وصولی؛

ج- برای سایر انواع بیمه‌های زندگی با حق بیمه سالانه حداکثر ۷۵ درصد حق بیمه سال اول مشروط بر این که از ۳۰ هزار سرمایه تجاوز نکند. ۴۰ درصد این کارمزد پس از وصول حق بیمه سال اول و در سال‌های دوم تا پنجم هر سال ۱۵ درصد کارمزد پس از وصول حق بیمه‌های مربوطه قابل پرداخت است؛

د- برای سایر انواع بیمه‌های زندگی با حق بیمه یکجا، حداکثر ۲ درصد حق بیمه.

ماده ۱۱. حداکثر کارمزد قابل پرداخت به نمایندگان بیمه و دلالان رسمی بیمه معادل صد درصد کارمزد مقرر در ماده ۱۰ این آیین‌نامه و اصلاحات آن می‌باشد.

ماده ۱۲. مؤسسات بیمه می‌توانند جز در موارد بیمه‌های با حق بیمه یکجا حداکثر ۳ درصد حق بیمه را بابت هزینه وصول حق بیمه به نمایندگان بیمه و یا دلالان رسمی بیمه و یا مأمورین وصول پرداخت نمایند.

ماده ۱۳. در صورتی که کارمزد پرداختی به نمایندگان یا دلالان رسمی بیمه در مورد یک یا چند بیمه‌نامه کمتر از میزان کارمزد پیش‌بینی شده در ماده ۱۰ باشد مؤسسه بیمه می‌تواند از محل مابه‌التفاوت آن به‌عنوان کارمزد تشویقی به نمایندگان خود یا دلالان رسمی بیمه به تناسب اهمیت بیمه‌هایی که تحصیل کرده‌اند پرداخت نماید. در هر حال جمع کارمزد و کارمزد تشویقی دریافتی نمایندگان و دلالان رسمی بیمه نمی‌تواند از میزان مقرر در مواد ۱۰ و ۱۱ تجاوز کند.

فصل سوم - سایر مقررات

ماده ۱۴. شرکت‌های بیمه موظف‌اند هزینه صدور و کارمزد نمایندگان بیمه و دلالتان رسمی

بیمه را با رعایت نصاب‌های زیر محاسبه و پرداخت نمایند:

الف - کارمزد هر بیمه‌نامه با توجه به مقدار حق بیمه و طبقه‌بندی زیر:

۱- تا دو هزار و پانصد میلیون ریال حق بیمه، حداکثر صد درصد کارمزد مصوب؛

۲- بیش از دو هزار و پانصد میلیون ریال تا پنج هزار میلیون ریال حق بیمه، حداکثر پنجاه

درصد کارمزد مصوب نسبت به حق بیمه مازاد؛

۳- بیش از پنج هزار میلیون ریال تا ده هزار میلیون ریال حق بیمه، حداکثر بیست و پنج

درصد کارمزد مصوب نسبت به حق بیمه مازاد؛

۴- بیش از ده هزار میلیون ریال حق بیمه، حداکثر ده درصد کارمزد مصوب نسبت به

حق بیمه مازاد؛

ب- هزینه صدور هر بیمه‌نامه با توجه به مقدار حق بیمه و طبقه‌بندی زیر:

۱- تا پانصد میلیون ریال حق بیمه حداکثر صد درصد هزینه صدور مصوب؛

۲- بیش از پانصد میلیون ریال تا دو هزار و پانصد میلیون ریال حق بیمه حداکثر بیست و

پنج درصد هزینه صدور مصوب نسبت به حق بیمه مازاد؛

۳- بیش از دو هزار و پانصد میلیون ریال تا پنج هزار میلیون ریال حق بیمه حداکثر ده

درصد هزینه صدور مصوب نسبت به حق بیمه مازاد؛

۴- بیش از پنج هزار میلیون ریال حق بیمه، حداکثر پنج درصد هزینه صدور مصوب

نسبت به حق بیمه مازاد؛

ج- چنانچه مدت پوشش بیمه‌ای در بیمه‌نامه‌هایی که عرفاً به صورت سالانه صادر می‌شود

کمتر از یک سال باشد کارمزد و یا هزینه صدور باید براساس حق بیمه سالیانه و با رعایت

بندهای الف و ب فوق به ترتیب زیر محاسبه و پرداخت شود:

حق بیمه کوتاه مدت × (حق بیمه سالیانه / کارمزد سالیانه)

ماده ۱۵. مؤسسات بیمه مجازند برای بیمه‌نامه‌های مربوط به دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده

(۵) قانون مدیریت خدمات کشوری، دستگاه‌های موضوع مواد (۲)، (۳)، (۴) و (۵) قانون محاسبات

عمومی کشور، نیروهای نظامی و انتظامی، قوای مقننه و قضائیه و کلیه دستگاه‌هایی که به‌نحوی از

بودجه کل کشور استفاده می‌کنند حداکثر ۲۵ درصد کارمزد و هزینه صدور براساس طبقه‌بندی مندرج در بندهای الف و ب ماده ۱۴ را بپردازند.

ماده ۱۶. این آیین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۲/۴/۱ لازم‌الاجرا است و جایگزین آیین‌نامه شماره ۲۹ (کارمزد نمایندگی بیمه) مصوب شورای عالی بیمه و مکمل‌های بعدی آن خواهد شد.

آیین‌نامه شماره ۸۳/۱

مکمل آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۷/۰۴/۰۳ درخصوص کارمزد و هزینه صدور قابل پرداخت بابت بیمه‌نامه‌های خودروهایی که برای اولین بار شماره‌گذاری می‌شوند، آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه را به شرح زیر اصلاح و به‌عنوان مکمل آیین‌نامه مذکور (آیین‌نامه شماره ۸۳/۱) تصویب نمود:

" یک تبصره به شرح زیر ذیل بند د ماده ۱ آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه (آیین‌نامه شماره ۸۳) اضافه می‌گردد:

تبصره بند د- حداکثر کارمزد بیمه موضوع بیمه (۱) برای خودروهایی که اولین بار شماره‌گذاری می‌شوند ۹ درصد تعیین می‌شود. در هر حال مجموع کارمزد و هزینه صدور قابل پرداخت به این بیمه‌نامه‌ها نباید بیشتر از ۹ درصد باشد."

بخش پنجم:

آیین‌نامه شماره ۹۶

آیین‌نامه نمایندگی فروش بیمه‌های زندگی

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۰۷/۰۸ آیین‌نامه «آیین‌نامه نمایندگی فروش بیمه‌های زندگی» را مشتمل بر ۱۵ ماده و ۲ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱. نماینده فروش بیمه زندگی که در این آیین‌نامه اختصاراً «نماینده فروش» نامیده می‌شود، شخصی است حقیقی که براساس ضوابط این آیین‌نامه، در ازای دریافت کارمزد مندرج در قرارداد فی‌مابین، مجاز به فروش و عرضه بیمه‌های زندگی انفرادی به نمایندگی از طرف مؤسسه بیمه ذی‌ربط می‌باشد.

ماده ۲. مؤسسه بیمه می‌تواند در رشته بیمه زندگی انفرادی به اشخاص حقیقی واجد شرایط پروانه نمایندگی فروش اعطاء نمایند. نماینده فروش باید واجد شرایط زیر باشد:

- ۱- تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران،
- ۲- اعتقاد به ادیان رسمی کشور،
- ۳- داشتن گواهی پایان خدمت وظیفه عمومی یا هر نوع معافیت قانونی در مدت قرارداد نمایندگی فقط برای مردان،
- ۴- دارا بودن حداقل مدرک دیپلم،
- ۵- نداشتن سوء پیشینه و محکومیت کیفری مؤثر،
- ۶- عدم اعتیاد به مواد مخدر؛
- ۷- طی دوره آموزش نظری و عملی مورد تأیید مؤسسه بیمه و اخذ گواهینامه مربوطه،
- ۸- موفقیت در آزمون نمایندگی فروش بیمه مرکزی ج.ا.ایران،

تبصره- بیمه مرکزی ج.ا.ایران می‌تواند برگزاری آزمون نمایندگی فروش را به پژوهشکده بیمه، سندیکای بیمه‌گران ایران با انجمن‌های حرفه‌ای و صنفی مورد تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ایران واگذار نمایند.

ماده ۳. پروانه نمایندگی فروش توسط مؤسسه بیمه با رعایت الزامات این آیین‌نامه صادر خواهد شد. مدت اعتبار قرارداد و پروانه نمایندگی فروش در آغاز فعالیت نمایندگی حداکثر سه سال است و مؤسسه بیمه می‌تواند با رعایت مفاد این آیین‌نامه و احراز شرایط مربوط، پروانه وی را برای دوره‌های حداکثر پنج ساله تمدید نماید. در هر حال اعتبار پروانه نمایندگی فروش منوط به اعتبار قرارداد نمایندگی فروش است.

ماده ۴. مؤسسه بیمه مکلف است در قرارداد نمایندگی فروش موارد زیر را درج نماید:

- ۱- مشخصات و نشانی طرفین قرارداد،
 - ۲- حدود اختیارات، حقوق و تکالیف متقابل نماینده فروش و مؤسسه بیمه،
 - ۳- مدت قرارداد،
 - ۴- میزان کارمزد پرداختی،
 - ۵- میزان و نوع تضمین دریافتی از نماینده فروش و چگونگی استفاده و استرداد آن،
 - ۶- موارد تجدید و تعلیق فعالیت نماینده فروش،
 - ۷- موارد لغو و فسخ قرارداد از سوی نماینده فروش و مؤسسه بیمه،
 - ۸- نحوه دریافت حق بیمه و واریز به حساب مؤسسه بیمه ذی‌ربط،
 - ۹- ممنوعیت نماینده فروش از رقابت مکارانه و ناسالم با مؤسسه‌های بیمه، دلالت رسمی بیمه و سایر نمایندگان بیمه و نیز انجام تبلیغات سوء علیه آنان،
 - ۱۰- ممنوعیت نماینده فروش را از اخذ یا انجام نمایندگی برای مؤسسه‌های بیمه دیگر در مدت قرارداد نمایندگی،
 - ۱۱- ارجاع رسیدگی به اختلافات احتمالی مؤسسه بیمه و نمایندگی فروش به هیئت موضوع ماده ۱۴ این آیین‌نامه،
 - ۱۲- حاکمیت مقررات آتی شورای عالی بیمه بر قرارداد نمایندگی از تاریخ لازم‌الاجرا شدن مصوبات شورای عالی بیمه،
 - ۱۳- مسئولیت بیمه‌گر و نماینده فروش به حفظ اسرار بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و سایر ذی‌نفعان.
- ماده ۵. در صورت فوت یا حجر نماینده فروش و یا اتمام اعتبار پروانه نمایندگی فروش طبق توافق و نبودن شرط خلاف در قرارداد نمایندگی فروش، ارزش پرتفوی نماینده فروش را پرداخت یا با انتقال آن به نماینده فروش دیگر همان مؤسسه موافقت نماید. ارزش پرتفوی نماینده فروش و نحوه محاسبه آن با توافق طرفین در قرارداد نمایندگی فروش تعیین می‌شود.

ماده ۶. کارمزد نماینده فروش نباید از هفتاد درصد میزان کارمزد نمایندگان حقیقی مقرر در آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه (شماره ۸۳) مصوب شورای عالی بیمه و اصلاحات بعدی آن، تجاوز نماید.

ماده ۷. مؤسسه بیمه مجاز است آموزش، هدایت و کنترل نمایندگان فروش موضوع این آیین‌نامه را به نماینده بیمه موضوع آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (شماره ۷۵) واگذار نماید. حقوق، تکالیف، مدت همکاری و نحوه حل و فصل اختلافات طرفین در قرارداد همکاری طبق نمونه‌ای که مؤسسه بیمه مربوط ابلاغ می‌نماید، تعیین خواهد شد. در حال بیمه‌نامه‌هایی که به پیشنهاد نماینده فروش صادر می‌شود، پرتفوی نماینده فروش می‌باشد. تبصره- در این‌گونه موارد مؤسسه بیمه مجاز است حداکثر سی درصد کارمزد مقرر در آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه (شماره ۸۳) را به نماینده‌ای که آموزش، هدایت و کنترل نمایندگان فروش را برعهده دارد، پرداخت نماید.

ماده ۸. نماینده فروش موظف است طبق نظر مؤسسه بیمه، پیشنهاد بیمه را برای صدور بیمه‌نامه به نماینده بیمه موضوع آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (شماره ۷۵) که آموزش، هدایت و کنترل وی را طبق ماده ۷ این آیین‌نامه برعهده دارد یا شعب مؤسسه بیمه ارائه نماید.

ماده ۹. مؤسسه بیمه مسئول پاسخگویی و جبران هرگونه خسارت مستقیم و یا غیرمستقیم ناشی از عمد، تقصیر، غفلت یا قصور نماینده در رابطه با عملیات بیمه‌ای موضوع قرارداد نمایندگی در مقابل بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و اشخاص ثالث می‌باشد.

ماده ۱۰. نمایندگان بیمه، دلالان رسمی بیمه و مدیران و کارکنان آنها و نیز کارکنان و مدیران مؤسسه‌های بیمه و بیمه مرکزی ایران نمی‌توانند تحت عنوان نماینده فروش موضوع این آیین‌نامه فعالیت نمایند.

ماده ۱۱. نماینده فروش ملزم به داشتن محل کار نمی‌باشد.

ماده ۱۲. مؤسسه بیمه مجاز به اعطای اجازه صدور بیمه‌نامه به نمایندگان فروش نمی‌باشد.

ماده ۱۳. مؤسسه بیمه موظف است مشخصات نمایندگان فروش را از طریق سامانه نظارت و هدایت الکترونیکی بیمه (سنهاب) به بیمه مرکزی ج.ا.ایران اعلام نماید.

ماده ۱۴. رسیدگی به اختلافات نماینده فروش و مؤسسه بیمه با رعایت مواد مربوط در آیین‌نامه شماره ۷۵ مصوب شورای عالی بیمه و اصلاحات بعدی آن انجام می‌شود.

ماده ۱۵. این آیین‌نامه از ابتدای سال ۱۳۹۸ لازم‌الاجرا است و از آن تاریخ جایگزین آیین‌نامه شماره ۵۴ و اصلاحات بعدی آن می‌شود. در صورت وضع مقررات جدید توسط شورای عالی بیمه، مقررات مذکور از تاریخ لازم‌الاجرا شدن بر شرایط قرارداد نمایندگی حاکم خواهد بود.

بخش ششم:

آیین‌نامه شماره ۸۵

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۲/۰۹/۲۶ «آیین‌نامه تنظیم امور ارزیابی خسارت بیمه‌ای» را مشتمل بر ۲۰ ماده و ۱۴ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱. ارزیاب خسارت بیمه‌ای شخص حقیقی یا حقوقی مستقلی است که دارای پروانه ارزیابی خسارت بیمه‌ای از بیمه مرکزی بوده و مجاز به بررسی و تحقیق در مورد علت بروز حادثه و تحقق خسارت، تعیین مقدار خسارت و تشخیص میزان تعهد بیمه‌گر طبق شرایط بیمه‌نامه و نیز مذاکره برای تعدیل و تسویه خسارت بیمه‌ای می‌باشد.

ماده ۲. پروانه ارزیابی خسارت بیمه‌ای برای اشخاص حقیقی صرفاً در یک زمینه تخصصی بیمه‌ای و برای مؤسسات ارزیابی خسارت بیمه‌ای در یک یا چند زمینه تخصصی بیمه‌ای در چارچوب دستورالعملی که بیمه مرکزی ظرف شش ماه تهیه و ابلاغ خواهد نمود صادر می‌شود.

ماده ۳. اشخاص حقیقی برای دریافت پروانه ارزیابی خسارت بیمه‌ای باید واجد شرایط زیر باشند:

- ۱- تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران؛
- ۲- عدم‌اعتیاد به مواد مخدر به تأیید مراجع ذی‌ربط؛
- ۳- انجام خدمت وظیفه عمومی و یا ارائه کارت معافیت دائم برای آقایان؛
- ۴- داشتن حداقل ۲۵ سال سن؛
- ۵- نداشتن سوء شهرت؛
- ۶- نداشتن سوء پیشینه کیفری و سابقه ارتکاب یا معاونت در یکی از جرائم ارتشاء، تصرف غیرقانونی در اموال دولتی، جعل و تزویر، تدلیس، پولشویی، تبانی و یا مداخله در معاملات دولتی و اختلال در نظام اقتصادی و جرائم موضوع ماده ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری؛
- ۷- داشتن حداقل مدرک تحصیلی لیسانس؛
- ۸- داشتن سه سال سابقه کار مفید در ارزیابی و کارشناسی خسارت در زمینه تخصصی مورد تقاضا به تشخیص بیمه مرکزی؛

- ۹- موفقیت در آزمون کتبی و مصاحبه حضوری تخصصی بیمه مرکزی؛
- ۱۰- گذراندن دوره آموزشی تخصصی و توجیهی طبق دستورالعملی که بیمه مرکزی ابلاغ خواهد کرد.
- تبصره ۱-** افرادی که به تشخیص بیمه مرکزی حداقل ۵ سال سابقه ارزیابی و کارشناسی خسارت در زمینه تخصصی مورد تقاضا داشته باشند، از آزمون کتبی موضوع بند ۹ این ماده معاف هستند.
- تبصره ۲-** حداقل مدرک تحصیلی موضوع بند ۷ برای افرادی که حداقل ۱۵ سال در ارزیابی و کارشناسی خسارت در زمینه تخصصی مورد تقاضا سابقه فعالیت داشته باشند دیپلم می‌باشد.
- تبصره ۳-** بیمه مرکزی می‌تواند برگزاری آزمون کتبی موضوع بند ۹ و دوره‌های آموزشی موضوع بند ۱۰ را به اشخاص حقوقی ذی‌صلاح واگذار نماید.
- تبصره ۴-** کارشناسان رسمی دادگستری و کارشناسان رسمی قوه قضائیه با ارایه پروانه کارشناسی معتبر می‌توانند تقاضای دریافت پروانه ارزیابی خسارت بیمه‌ای در یک زمینه تخصصی بیمه‌ای متناسب با پروانه کارشناسی خود نمایند. این اشخاص از آزمون کتبی و مصاحبه تخصصی بیمه مرکزی موضوع بند ۹ این ماده معاف و موظف به گذراندن دوره آموزشی موضوع بند ۱۰ این ماده هستند. سایر شرایط این ماده برای آنان احراز شده تلقی می‌شود.
- ماده ۴.** اشخاص حقوقی برای دریافت پروانه فعالیت ارزیابی خسارت بیمه‌ای باید در قالب یکی از اشکال حقوقی زیر در چارچوب قانون تجارت، سایر قوانین موضوعه و با رعایت شرایط زیر به ثبت برسند:
- ۱- مؤسسه غیرتجارتی:
- ۱-۱- کلیه مؤسسين و اعضا باید واجد شرایط ارزیاب خسارت حقیقی موضوع ماده ۳ این آیین‌نامه باشند؛
- ۲-۱- موضوع فعالیت مندرج در اساسنامه منحصراً ارزیابی خسارت بیمه‌ای باشد؛
- ۳-۱- حداقل سرمایه برای هر زمینه تخصصی بیمه‌ای معادل ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال را تأمین نماید؛
- ۴-۱- امکانات اداری لازم متناسب با زمینه تخصصی فعالیت را داشته باشد.
- ۲- شرکت سهامی خاص و تعاونی متعارف:

۱-۲- مدیرعامل و کلیه اعضای هیئت مدیره باید واجد شرایط ارزیاب خسارت حقیقی موضوع ماده ۳ این آیین‌نامه باشند؛

۲-۲- موضوع فعالیت مندرج در اساسنامه منحصرأ ارزیابی خسارت بیمه‌ای باشد؛

۳-۲- حداقل سرمایه برای هر زمینه تخصصی بیمه‌ای معادل ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال را تأمین نماید؛

۴-۲- امکانات اداری و نیروی انسانی لازم متناسب با زمینه تخصصی فعالیت را داشته باشد.

تبصره ۱- اشخاص حقوقی قبل از ثبت باید اساسنامه خود را به تأیید بیمه مرکزی برسانند. همچنین ثبت هرگونه تغییرات بعدی در اساسنامه، میزان سرمایه، ترکیب سهام‌داران و نیز تغییر اعضا یا مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره منوط به موافقت کتبی بیمه مرکزی می‌باشد.

تبصره ۲- ارزیابان خسارت بیمه‌ای حقوقی با تأیید بیمه مرکزی می‌توانند در هریک از نقاط کشور شعبه تأسیس نمایند.

تبصره ۳- ارزیابان خسارت بیمه‌ای حقوقی می‌توانند در چارچوب این آیین‌نامه و دستورالعمل بیمه مرکزی، مجوز تأسیس شعبه در خارج از کشور را اخذ نمایند.

تبصره ۴- ارزیابان خسارت بیمه‌ای حقوقی باید گزارش ارزیابی خسارت بیمه‌ای خود را توسط افراد دارای پروانه ارزیابی خسارت بیمه‌ای حقیقی در زمینه تخصصی بیمه‌ای مربوط تهیه نمایند.

ماده ۵. پروانه ارزیاب خسارت بیمه‌ای توسط بیمه مرکزی صادر و اعتبار آن سه سال می‌باشد. تمدید پروانه برای سال‌های بعد، مشروط به درخواست ارزیاب خسارت بیمه‌ای توسط بیمه مرکزی خواهد شد مگر آنکه ارزیاب خسارت بیمه‌ای یکی از شرایط مندرج در این آیین‌نامه را از دست داده باشد.

ماده ۶. بیمه مرکزی لیست ارزیابان خسارت بیمه‌ای دارای پروانه فعالیت و مشخصات آنها را از طریق پایگاه اینترنتی خود اعلام و هر ماه لیست مزبور را به روز می‌کند.

ماده ۷. اعضای هیئت‌مدیره، مدیرعامل یا کارمند شاغل (اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و ساعتی) مؤسسات بیمه، بیمه مرکزی، نمایندگان حقوقی بیمه، دلالان رسمی حقوقی بیمه، دفاتر ارتباطی و یا سایر ارزیابان خسارت بیمه‌ای حقوقی و همچنین نمایندگان بیمه حقیقی و دلالان رسمی بیمه حقیقی نمی‌توانند ارزیاب خسارت بیمه‌ای حقیقی یا مؤسس و عضو مؤسسه غیرتجارتی ارزیابی خسارت بیمه‌ای یا مدیرعامل، عضو هیئت مدیره، مسئول شعبه و کارمند ارزیابان خسارت بیمه‌ای حقوقی باشند.

تبصره ۱- ارزیاب خسارت بیمه‌ای حقیقی یا مؤسس و عضو مؤسسه غیرتجارتی ارزیابی خسارت بیمه‌ای یا مدیرعامل، عضو هیئت‌مدیره، مسئول شعبه و کارمند ارزیابان خسارت بیمه‌ای حقوقی نمی‌توانند سهام‌دار عمده (بیش از ۵ درصد) مؤسسات بیمه، نمایندگی بیمه حقوقی، دلال رسمی بیمه حقوقی و نیز سایر ارزیابان خسارت بیمه‌ای حقوقی باشند.

تبصره ۲- ارزیابان خسارت بیمه‌ای حقیقی، اعضا مؤسسه غیرتجارتی ارزیابی خسارت بیمه‌ای و مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره شرکت‌های سهامی خاص و تعاونی متعارف ارزیابی خسارت بیمه‌ای و همچنین اقارب نسبی و سببی درجه ۱ از طبقه اول آنان نباید هیچ‌گونه نفع مستقیم یا غیرمستقیم در پرونده خسارت تحت ارزیابی خود داشته باشند.

ماده ۸. ارزیاب خسارت بیمه‌ای برای ارزیابی خسارت موظف به انعقاد قرارداد کتبی با مؤسسه بیمه و یا بیمه‌گذار می‌باشد. در این قرارداد حداقل باید تاریخ تنظیم قرارداد، مدت اعتبار آن، مشخصات مؤسسه بیمه و بیمه‌گذار، مبلغ حق‌الزحمه، زمان‌بندی و نحوه ارائه گزارش ارزیابی، حدود اختیارات ارزیاب خسارت بیمه‌ای و شرایط فسخ قرارداد ارزیابی مشخص شود.

تبصره ۱- مؤسسه بیمه و بیمه‌گذار می‌توانند ارزیاب خسارت بیمه‌ای مرضی‌الطرفین و حدود اختیارات وی را تعیین نمایند. در این صورت بیمه‌گر موظف است مشخصات ارزیاب منتخب و حدود اختیارات وی را در شرایط بیمه‌نامه درج نماید.

تبصره ۲- پرداخت حق‌الزحمه ارزیاب خسارت بر عهده بیمه‌گر خواهد بود. در مواردی که ارزیابی خسارت به درخواست بیمه‌گذار انجام می‌گیرد پرداخت حق‌الزحمه بر عهده وی خواهد بود.

تبصره ۳- ارزیاب خسارت بیمه‌ای نمی‌تواند در یک پرونده خسارت هم‌زمان ارزیاب مؤسسه بیمه و بیمه‌گذار باشد مگر اینکه طرفین در مورد ارزیاب مرضی‌الطرفین توافق نمایند.

ماده ۹. ارزیاب خسارت بیمه‌ای موظف است گزارش خود را به صورت مستدل و مستند در حدود اختیارات تعیین شده در قرارداد ارزیابی خسارت تهیه و به طرف و یا طرف‌های قرارداد خود ارائه نماید.

ماده ۱۰. ارزیاب خسارت بیمه‌ای موظف است، گزارش‌های ارزیابی خسارت را حداقل برای مدت ۳ سال از تاریخ تهیه در سوابق خود نگهداری نماید.

ماده ۱۱. بیمه مرکزی موظف است امکان انتخاب ارزیاب خسارت بیمه‌ای توسط بیمه‌گذار را به نحو مقتضی اطلاع‌رسانی نماید.

ماده ۱۲. مرجع رسیدگی به اختلافات بین ارزیاب خسارت بیمه‌ای با مؤسسه بیمه، یا بیمه‌گذار و سایر ذی‌نفعان در خصوص قرارداد ارزیابی و مفاد این آیین‌نامه هیئتی مرکب از نماینده بیمه مرکزی، نماینده سندیکای بیمه‌گران ایران و نماینده انجمن صنفی ارزیابان خسارت بیمه‌ای خواهد بود. نحوه تشکیل جلسات، رسیدگی به اختلافات، اتخاذ تصمیم و سایر امور اجرایی این هیئت در چارچوب دستورالعملی خواهد بود که با همکاری سندیکای بیمه‌گران ایران و انجمن صنفی ارزیابان خسارت توسط بیمه مرکزی تهیه و ابلاغ خواهد شد.

تبصره - در رسیدگی به اختلافات بین ارزیاب خسارت با بیمه‌گذار و سایر ذی‌نفعان، نماینده بیمه‌گذار جایگزین نماینده سندیکا در هیئت موضوع این ماده می‌شود.

ماده ۱۳. ارزیاب خسارت بیمه‌ای موظف است در صورت درخواست بیمه مرکزی اطلاعات، اسناد و مدارک لازم را ارائه نموده و امکان بازرسی از محل فعالیت، دفاتر و اسناد را فراهم نماید.

ماده ۱۴. در صورتی که مؤسسه بیمه بخواهد در رسیدگی به پرونده خسارت خود، از اشخاصی به غیر از کارکنان خود استفاده نماید موظف است صرفاً از ارزیابان خسارت بیمه‌ای دارای پروانه فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران استفاده نماید.

تبصره ۱- آن دسته از نمایندگان بیمه که به استناد تبصره یک ماده یک آیین‌نامه شماره ۷۵ (تنظیم امور نمایندگی بیمه) مصوب شورای عالی بیمه بخشی از اختیارات و وظایف شرکت بیمه مربوط در پرداخت خسارت در رشته‌های مختلف بیمه به آنان تفویض شده است، موظفند در ارزیابی خسارت از خدمات ارزیابان خسارت بیمه‌ای موضوع این آیین‌نامه استفاده کنند.

تبصره ۲- در آن دسته از زمینه‌های تخصصی بیمه‌ای که تاکنون پروانه ارزیابی خسارت صادر نشده است و یا تعداد ارزیابان خسارت دارای پروانه کافی نیست، مؤسسه بیمه می‌تواند در رسیدگی به پرونده‌های خسارت از خدمات سایر اشخاص ذی‌صلاح استفاده کند. این اشخاص به پیشنهاد مدیرعامل و تأیید هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه انتخاب می‌شوند و مؤسسه بیمه موظف است مشخصات آنها را در سامانه سنهاپ ثبت نماید. فهرست زمینه‌های تخصصی بیمه‌ای که از تعداد ارزیابان خسارت کافی برخوردار است، سالیانه توسط بیمه مرکزی منتشر خواهد شد."

ماده ۱۵. استفاده از آن دسته از مؤسسات معتبر ارزیابی خسارت که در خارج از کشور ایران به ثبت رسیده‌اند و به‌صورت بین‌المللی فعالیت می‌نمایند، در فرآیند ارزیابی خسارت مجاز می‌باشد.

ماده ۱۶. در صورت عدم اجرای مفاد این آیین‌نامه توسط مؤسسات بیمه، بیمه مرکزی می‌تواند حسب مورد هریک از اقدامات زیر را انجام دهد:

۱- تذکر کتبی به مدیرعامل و هیئت‌مدیره یا مدیران فنی مؤسسه بیمه؛

۲- اخطار کتبی به مدیرعامل و هیئت‌مدیره یا مدیران فنی مؤسسه بیمه؛

۳- سلب صلاحیت مدیرعامل، هیئت‌مدیره یا مدیران فنی ذی‌ربط مؤسسه بیمه.

ماده ۱۷. در صورت عدم اجرای مفاد این آیین‌نامه توسط ارزیاب خسارت بیمه‌ای و یا تخلف وی از سایر قوانین و مقررات بیمه‌ای و یا اذست‌دادن صلاحیت لازم، بیمه مرکزی می‌تواند حسب مورد هریک از اقدامات زیر را انجام دهد:

۱- تذکر کتبی به ارزیاب خسارت بیمه‌ای؛

۲- اخطار کتبی به ارزیاب خسارت بیمه‌ای؛

۳- تعلیق پروانه فعالیت ارزیاب خسارت بیمه‌ای از سه ماه تا یک‌سال؛

۴- لغو پروانه فعالیت ارزیاب خسارت بیمه‌ای.

ماده ۱۸. ارزیابان خسارت بیمه‌ای که قبلاً پروانه ارزیابی خسارت دریافت نموده‌اند موظفند حداکثر ظرف مدت ۲ سال وضعیت خود را با ضوابط این آیین‌نامه تطبیق دهند.

ماده ۱۹. این آیین‌نامه از تاریخ ابلاغ جایگزین آیین‌نامه شماره ۵۰ (آیین‌نامه اعطای پروانه و نحوه فعالیت مؤسسات ارزیابی خسارت بیمه‌ای) مصوب ۱۳۸۲/۰۴/۰۳ شورای عالی بیمه و مکمل‌های آن خواهد شد. الزامات این آیین‌نامه برای مؤسسات بیمه از تاریخ ۱۳۹۳/۰۱/۰۱ لازم‌الاجرا خواهد بود.

آیین‌نامه شماره ۴۸

شورای عالی بیمه در اجرای تبصره ۲ ماده ۲ مقررات تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۹/۰۶/۰۸ هیئت وزیران، در جلسه مورخ ۱۳۸۲/۰۴/۰۳ که با حضور نماینده دبیر شورای عالی مناطق آزاد تشکیل شد ضوابط اعطای نمایندگی بیمه به اشخاص حقیقی در مناطق آزاد جمهوری اسلامی ایران را مشتمل بر ۶ ماده و یک تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱. اشخاص حقیقی متقاضی نمایندگی مؤسسات بیمه مناطق آزاد باید واجد شرایط ذیل باشند:

الف- دارا بودن حداقل مدرک دیپلم و تجربه کافی در زمینه فعالیت‌های بیمه‌ای به تشخیص مؤسسه بیمه؛

ب- انجام خدمت وظیفه عمومی و یا داشتن معافیت دائم برای اتباع ذکور ایرانی؛

پ- عدم اعتیاد به مواد مخدر و سابقه محکومیت مؤثر کیفری به گواهی مراجع ذی‌ربط؛

ت- عدم شهرت به نادرستی و نداشتن سوابق سوء حرفه‌ای؛

ث- عدم اشتغال به کار در سایر مشاغل در مناطق آزاد و یا سایر مناطق کشور؛

تبصره- تدریس در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی مستثنی می‌باشد.

ج- موفقیت در آزمون تخصصی بیمه مرکزی ایران.

ماده ۲. نحوه فعالیت نماینده در مناطق آزاد تابع قرارداد فی‌مابین وی و مؤسسه بیمه و با

رعایت مقررات تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد تجاری- صنعتی و سایر قوانین و مقررات مربوط خواهد بود.

ماده ۳. قرارداد نمایندگی باید حداقل شامل موارد زیر باشد:

الف- مشخصات و نشانی طرفین قرارداد؛

ب- حدود اختیارات و وظایف متقابل نماینده و مؤسسه بیمه؛

پ- نرخ کارمزد به تفکیک رشته‌های مختلف بیمه‌ای؛

ت- مدت قرارداد؛

ث- میزان و نوع تضمین دریافتی از نماینده به منظور تأمین و تضمین حقوق و مطالبات بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان، مؤسسه بیمه و یا ذی‌نفع بیمه‌نامه؛

ج- ممنوعیت انعقاد قرارداد نمایندگی با سایر مؤسسات بیمه در مدت اعتبار قرارداد؛

چ- موارد محدود نمودن فعالیت، تعلیق یا فسخ قرارداد؛

ح- در قرارداد نمایندگی بایستی موارد ذیل مورد تأکید قرار گیرد:

- نماینده مسئول جبران خسارات مستقیم و یا غیرمستقیم ناشی از عمد، تقصیر، غفلت و یا قصور خود، کارکنان و بازاریاب‌های تابع در رابطه با عملیات بیمه‌ای موضوع قرارداد نمایندگی می‌باشد. در هر حال مفاد این ماده نافی مسئولیت مؤسسه بیمه در برابر بیمه‌گذاران نخواهد بود.

- نماینده بیمه باید از رقابت مکارانه و ناسالم با مؤسسات بیمه، دلالتان رسمی و سایر نمایندگان بیمه و نیز انجام تبلیغات سوء علیه مؤسسات بیمه خودداری نماید.

- پرداخت حق‌بیمه به نماینده در حکم پرداخت به مؤسسه بیمه بوده و امضاء نماینده ذیل اسناد بیمه‌ای به منزله امضاء مؤسسه بیمه می‌باشد.

- مرجع رسیدگی به اختلاف مؤسسه بیمه و نماینده، بیمه مرکزی ایران می‌باشد.

- در صورتی که شورای عالی بیمه مقررات جدیدی وضع نماید، مقررات مذکور از تاریخ تصویب بر شرایط قرارداد حاکم خواهد بود.

ماده ۴. مؤسسه بیمه مکلف است حداکثر یک‌ماه پس از انعقاد قرارداد نمایندگی بیمه، یک نسخه رونوشت آن را به بیمه مرکزی ایران ارسال نماید.

ماده ۵. مؤسسه بیمه موظف است برای نمایندگان خود پروانه نمایندگی صادر نماید. مدت اعتبار پروانه سه سال بوده و تمدید آن بلامانع است. در هر صورت مدت اعتبار پروانه نمایندگی نمی‌تواند بیشتر از مدت اعتبار قرارداد نمایندگی باشد.

ماده ۶. در صورت عدم رعایت ضوابط تعیین‌شده در این مصوبه از سوی مؤسسه بیمه و همچنین عدم رعایت مقررات تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد از طرف نماینده بنا به اعلام بیمه مرکزی ایران، مؤسسه بیمه موظف است نسبت به تعلیق یا فسخ قرارداد نمایندگی اقدام نماید.

بخش هشتم:

آیین‌نامه شماره ۴۱

ماده ۱. مؤسسات بیمه و مؤسسات کارگزاری بیمه خارجی می‌توانند با موافقت بیمه مرکزی ایران و در چارچوب ضوابط این آیین‌نامه اقدام به تأسیس دفتر ارتباطی در جمهوری اسلامی ایران نمایند. دفاتر ارتباطی موظفند علاوه بر ضوابط این آیین‌نامه، از قوانین دولت جمهوری اسلامی ایران و همچنین به‌عنوان شخص حقوقی از مقررات حاکم بر صنعت بیمه کشور ایران پیروی نمایند.

ماده ۲. دفاتر ارتباطی می‌توانند به‌عنوان رابط بین مؤسسه متبوع خود و مؤسسات بیمه ایرانی در زمینه پیگیری امور بیمه اتکایی، ارائه خدمات کارشناسی و انتقال دانش فنی بیمه‌ای فعالیت نمایند اما مجاز به عرضه بیمه و انجام عملیاتی که در حیطه وظایف مؤسسات بیمه داخلی قرار دارد نیستند.

ماده ۳. بیمه مرکزی ایران براساس وظایف قانونی خود بر فعالیت دفاتر ارتباطی نظارت خواهد کرد.

ماده ۴. مؤسسات بیمه خارجی می‌توانند دفتر ارتباطی خود در ایران را با اطلاع بیمه مرکزی ایران و رعایت قوانین موجود به‌طور موقت تعطیل و یا آن را منحل نمایند.

ماده ۵. در صورتی که دفتر ارتباطی به تشخیص بیمه مرکزی ایران از مقررات مربوط تخلف نماید، بیمه مرکزی ایران می‌تواند حسب مورد تذکر یا اخطار دهد یا با موافقت رئیس کل بیمه مرکزی ایران از فعالیت آن جلوگیری کند.

ماده ۶. نحوه تأسیس، فعالیت و انحلال دفاتر ارتباطی مزبور در چارچوب این آیین‌نامه از سوی بیمه مرکزی ایران تعیین و اعلام خواهد شد. این آیین‌نامه از تاریخ ابلاغ قابل اجرا خواهد بود.

بخش نهم:

آیین‌نامه شماره ۷۱

شورای عالی بیمه با استناد به ماده ۱ و بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و به‌منظور:

- تقویت اعتماد عمومی به صنعت بیمه و افزایش آگاهی عمومی از خدمات بیمه‌ای و شیوه عرضه آن

- الزام بیمه‌گران به ارائه اطلاعات کامل، درست و به‌موقع قبل و بعد از صدور بیمه‌نامه به بیمه‌گذاران

- الزام بیمه‌گران به تسهیل فرآیند بررسی و پرداخت خسارت و رسیدگی به شکایات بیمه‌ای
در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۰۳/۲۳ "آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها" را در هفت فصل، سی و سه ماده و چهار تبصره به‌شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول - تعاریف

ماده ۱. واژگان و اصطلاحات مذکور در این آیین‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشند با این تعاریف استفاده شده‌اند:

- ۱- بیمه مرکزی: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران
- ۲- عرضه‌کننده بیمه: شامل مؤسسه بیمه، نماینده بیمه و دلال رسمی (کارگزار) بیمه است.
- ۳- مؤسسه بیمه: شرکت بیمه‌ای است که دارای پروانه فعالیت از بیمه مرکزی بوده و مجاز به انجام عملیات بیمه‌است.
- ۴- دلال رسمی (کارگزار) بیمه: شخصی حقیقی یا حقوقی است که در مقابل دریافت کارمزد، واسطه انجام معاملات بیمه بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر بوده و شغل او منحصرأ ارائه خدمات بیمه‌ای می‌باشد. دلال رسمی بیمه باید دارای پروانه دلالی رسمی بیمه از بیمه مرکزی باشد.
- ۵- نماینده بیمه: شخصی حقیقی یا حقوقی است که پس از اخذ مجوز فعالیت از یک شرکت بیمه در مقابل دریافت کارمزد یا هزینه صدور به عرضه خدمات بیمه در یک یا چند رشته و به نمایندگی از جانب یک شرکت بیمه طرف قرارداد همان شرکت می‌پردازد.

- ۶- **متقاضی خدمات بیمه‌ای:** شخص حقیقی یا حقوقی است که به‌منظور دریافت خدمات بیمه‌ای به عرضه‌کننده بیمه مراجعه می‌نماید.
- ۷- **بیمه‌گذار:** شخص حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه‌نامه یا قرارداد بیمه ذکر گردیده و متعهد به پرداخت حق بیمه است.
- ۸- **فرم پیشنهاد بیمه:** مجموعه پرسش‌هایی است که بیمه‌گر به‌منظور شناسایی نیازهای بیمه‌ای، کسب اطلاعات در مورد موضوع بیمه، ارزیابی خطر و تعیین نرخ حق بیمه از متقاضی خدمات بیمه یا نماینده وی می‌پرسد و پس از پاسخ متقاضی و تکمیل فرم و امضاء آن توسط بیمه‌گذار یا نماینده وی، جزء لاینفک بیمه‌نامه محسوب می‌شود.
- ۹- **بیمه‌نامه یا قرارداد بیمه:** سندی کتبی مشتمل بر مشخصات و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار و شرایط عقد بیمه است.
- ۱۰- **حق بیمه:** وجهی که بیمه‌گذار در برابر اخذ پوشش و تعهد بیمه‌گر برای جبران خسارت وارده به موضوع بیمه در صورت وقوع یا بروز حادثه تحت پوشش بیمه‌نامه می‌پردازد.
- ۱۱- **شرایط عمومی:** قسمتی از مندرجات بیمه‌نامه به صورت چاپی است که برای هر رشته بیمه‌ای، به‌صورت یکسان برای کلیه بیمه‌گذاران، توسط بیمه‌گر براساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی نوشته می‌شود. شرایط عمومی شامل مواردی از قبیل تعاریف و اصطلاحات، مقررات حاکم بر طرفین قرارداد، وظایف و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، خطرات اصلی تحت پوشش، خطرات استثناء شده، شرایط فسخ، انفساخ و ابطال بیمه‌نامه و نحوه حل اختلافات احتمالی آتی است.
- ۱۲- **شرایط خصوصی:** قسمتی از مندرجات بیمه‌نامه، شامل شرایط و اطلاعات خاص و ویژه و یا پوشش‌های اضافی یا حذفی است که بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار معین، توافق می‌گردد. در صورت تعارض بین شرایط عمومی و شرایط خصوصی، شرایط خصوصی بیمه‌نامه بر شرایط عمومی مقدم است.
- ۱۳- **شرایط پیوست بیمه‌نامه:** متون استانداری که معمولاً توسط نهادهای بین‌المللی بیمه برای هریک از رشته‌های بیمه به‌صورت شرایط استاندارد یا کلوز بیمه‌ای تدوین و در عرف بین‌الملل حاکم بوده و به بیمه‌نامه پیوست می‌شود و جزء لاینفک آن محسوب می‌گردد. شرایط پیوست بیمه‌نامه بر شرایط عمومی مقدم است.

۱۴- الحاقیه: اوراقی که به بیمه‌نامه ضمیمه شده و جزء لاینفک آن محسوب می‌شود و هرگونه تغییر در بیمه‌نامه از طریق آن صورت می‌گیرد.

۱۵- جدول بازخرید: جدولی است که به بیمه‌نامه‌های عمر دارای ذخیره ریاضی پیوست می‌شود و ارزش بازخرید بیمه‌نامه در طول مدت اعتبار در آن مشخص می‌شود.

۱۶- جدول سرمایه مخفف: جدولی است که به بیمه‌نامه‌های عمر دارای ذخیره ریاضی پیوست می‌شود که سرمایه بیمه‌نامه در پایان دوره را در صورت توقف یا خودداری از پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه مشخص می‌نماید.

۱۷- فروش اجباری بیمه: هرگونه فروش بیمه بدون تقاضا و تمایل بیمه‌گذار یا ملزم کردن وی به هر طریقی به خرید بیمه یا خرید از یک بیمه‌گر خاص.

۱۸- اطلاعات شخصی: به اطلاعاتی از قبیل نام و نام خانوادگی، تحصیلات، نشانی محل سکونت و محل کار، کد پستی، شغل، شماره تلفن شخصی، کد ملی، شماره حساب بانکی، شماره کارت اعتباری، میزان درآمد و ثروت، عادت‌های فردی، بیماری‌های جسمی و روانی فردی و خانوادگی، قومیت، جنسیت و مذهب گفته می‌شود.

۱۹- بیمه زندگی (عمر): نوعی از بیمه‌های بازرگانی که در آن انجام تعهد بیمه‌گر منوط به فوت و یا حیات بیمه‌شده طی مدت بیمه است.

۲۰- بیمه‌های غیرزندگی: عبارتست از کلیه رشته‌های بیمه بازرگانی به استثناء بیمه‌های زندگی.

۲۱- بیمه شخص ثالث: بیمه موضوع قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب مجلس شورای اسلامی

فصل دوم- اطلاع‌رسانی و تبلیغ خدمات بیمه‌ای

ماده ۲. منظور از تبلیغ بیمه‌ای هرگونه معرفی انواع خدمات بیمه‌ای است که به‌منظور ایجاد تقاضا و تأثیر در فروش بیمه به‌صورت متن، تصویر و صوت از طریق مطبوعات، رسانه‌های همگانی و یا سایت‌های اینترنتی یا هر ابزار ارتباطی دیگر انجام می‌شود.

ماده ۳. عرضه‌کنندگان بیمه باید از تبلیغات گمراه‌کننده خودداری نمایند. منظور از تبلیغ گمراه‌کننده تبلیغی است که:

۱- موجب ابهام در تشخیص محصولات بیمه‌ای شود؛

۲- وعده‌هایی خارج از پوشش‌های مقرر در بیمه‌نامه یا فراتر از عملکرد بیمه‌گر ارائه دهد؛

۳- با شرایط بیمه‌نامه منطبق نباشد؛

۴- با قوانین و مقررات بیمه‌ای و عرف بیمه منطبق نباشد.

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

۱- اختصاص کد برای هر تبلیغ بیمه‌ای و نگهداری یک نمونه از هر تبلیغ منتشر شده به مدت حداقل سه سال؛

۲- تهیه گزارش برای هر تبلیغ بیمه‌ای به گونه‌ای که این گزارش شامل مشخصات تبلیغ، روش، گستردگی و پوشش بیمه‌ای مورد تبلیغ باشد.

تبصره- مؤسسات بیمه موظفند قبل از انجام تبلیغات بیمه‌ای در صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران تأیید بیمه مرکزی را اخذ نمایند. عدم اظهار نظر بیمه مرکزی ظرف مدت یک هفته از تاریخ دریافت تقاضا به منزله تأیید است.

ماده ۵. هرگونه تبلیغ بیمه‌ای که توسط نمایندگان بیمه انجام می‌شود باید با هماهنگی و تأیید مؤسسه بیمه ذی‌ربط باشد. مؤسسه بیمه موظف است بر تبلیغات نمایندگان خود نظارت نموده و با موارد تخلف برخورد نماید.

ماده ۶. عرضه‌کننده بیمه موظف است در وب سایت یا پورتال خود، نام ثبت شده، شماره مجوز، لوگو و شناسه ملی (اشخاص حقوقی) خود را درج نماید.

ماده ۷. در مواردی که بیمه مرکزی تبلیغ بیمه را مغایر با قوانین و مقررات تشخیص دهد، اقدامات زیر را انجام می‌دهد:

۱- دستور تغییر یا اصلاح تبلیغ مطابق نظر بیمه مرکزی و انتشار مجدد آن از طریق همان رسانه‌ای که تبلیغ اولیه از آن طریق منتشر شده است؛

۲- جلوگیری از ادامه انتشار تبلیغ؛

۳- هرگونه اقدام دیگری که توسط بیمه مرکزی در جهت حفظ منافع عمومی مناسب تشخیص داده شود.

فصل سوم - فروش، پیشنهاد و صدور بیمه‌نامه

ماده ۸. عرضه‌کننده بیمه موظف است کلیه اطلاعات ضروری در مورد پوشش‌های بیمه، وظایف و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، میزان حق‌بیمه و نحوه پرداخت آن، استثنائات و محدودیت‌های بیمه‌نامه، تاریخ شروع و انقضای بیمه‌نامه و نحوه ارائه خدمات بیمه‌ای و سایر توضیحات لازم را به متقاضی خدمات بیمه به‌صورتی مناسب (نظیر مکتوب، الکترونیکی و غیره) اعلام نماید. این اطلاعات باید به‌گونه‌ای ارائه شود که مقایسه خدمات بیمه‌ای را از نظر قیمت، مدت و شرایط برای متقاضی خدمات بیمه امکان‌پذیر سازد.

ماده ۹. فروش اجباری بیمه به هر طریقی ممنوع است. در صورت اثبات فروش اجباری بیمه‌نامه، شرکت بیمه مکلف است در صورت درخواست بیمه‌گذار بیمه‌نامه‌های صادره را باطل، حق‌بیمه‌های دریافتی را عیناً مسترد نماید.

ماده ۱۰. عرضه‌کننده بیمه مکلف است قبل از صدور بیمه‌نامه، فرم پیشنهاد بیمه را که توسط متقاضی خدمات بیمه تکمیل و امضاء شده دریافت و یک نسخه را درسوابق خود نگهداری نماید.

ماده ۱۱. عرضه‌کننده بیمه باید به نحو مقتضی پیامدهای ناشی از اظهارات خلاف واقع یا کتمان حقیقت از روی عمد را به اطلاع متقاضی خدمات بیمه برساند.

ماده ۱۲. عرضه‌کننده بیمه نباید هیچ‌گونه اطلاعاتی مازاد بر اطلاعاتی که طبق قوانین و مقررات مربوط برای انجام عملیات بیمه‌گری ضرورت دارد از متقاضی خدمات بیمه درخواست نماید.

ماده ۱۳. عرضه‌کننده بیمه موظف است از اطلاعات شخصی متقاضی بیمه و بیمه‌گذاران محافظت نموده و جز به حکم قانون از افشاء و ارائه آن به اشخاص ثالث خودداری نماید.

ماده ۱۴. مؤسسه بیمه موظف است بیمه‌نامه و شرایط آن را با حروف خوانا، و عبارات قابل درک برای عموم بیمه‌گذاران تهیه نماید. مسئولیت درج صحیح اطلاعات در بیمه‌نامه برعهده بیمه‌گر است و موارد اجمال، ابهام یا اختلاف در مندرجات بیمه‌نامه یا سایر مستندات به نفع بیمه‌گذار یا ذی‌نفع تفسیر می‌شود.

ماده ۱۵. عرضه‌کننده بیمه موظف است بیمه‌گذار را متوجه اهمیت مطالعه مفاد قرارداد بیمه یا بیمه‌نامه جهت حصول اطمینان از تناسب پوشش بیمه با نیاز خود نماید.

ماده ۱۶. عرضه‌کننده بیمه موظف است بیمه‌نامه صادره را مشتمل بر شرایط عمومی و سایر شرایط به بیمه‌گذار تسلیم نماید.

ماده ۱۷. مؤسسه بیمه موظف است علاوه بر رعایت ماده سه قانون بیمه، حداقل اطلاعات و موارد زیر را در بیمه‌نامه‌های زندگی درج نماید:

- ۱- نام محصول بیمه‌ای براساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی؛
- ۲- تعریف عبارات و واژه‌های به‌کاررفته در بیمه‌نامه؛
- ۳- شرایط، پوشش‌ها و استثنائات بیمه‌نامه؛
- ۴- مشخصات و اقامتگاه بیمه‌گر، بیمه‌گذار، بیمه‌شده، ذی‌نفع یا ذی‌نفعان و سهم هریک و پیامد عدم تعیین ذی‌نفع؛

۵- در صورت وجود شرط مشارکت در منافع، درج آن در بیمه‌نامه و مشخص کردن شیوه پرداخت آن؛

۶- زمان صدور بیمه‌نامه و شروع پوشش، سررسید بیمه‌نامه و موعدی که در آن سرمایه بیمه و سایر مزایا قابل پرداخت می‌شود؛

۷- مشخص کردن مبلغ سرمایه بیمه خطر فوت یا به شرط حیات و سایر مزایای قابل پرداخت و شرایط پرداخت آنها؛

۸- مدارک لازم برای ایفای تعهدات بیمه‌گر؛

۹- حداکثر مهلت زمانی انجام تعهدات بیمه‌گر؛

۱۰- مبلغ اقساط حق‌بیمه، دوره‌های پرداخت، موعد و مهلت پرداخت، زمان پرداخت آخرین قسط حق‌بیمه، شرایط معافیت از پرداخت حق‌بیمه و تصریح پیامدهای عدم پرداخت به‌موقع اقساط حق‌بیمه؛

۱۱- وجود یا عدم وجود شرط مشارکت در منافع و شیوه پرداخت آن؛

۱۲- ضوابط اعطای وام و نرخ سود آن؛

۱۳- هرگونه شرایط خاص مانند محدودیت سنی برای بیمه‌شده یا شرط خودکشی؛

۱۴- شرایط تبدیل بیمه‌نامه به بیمه‌نامه با سرمایه مخفف، بازخرید، تبدیل و تمدید بیمه‌نامه.

ماده ۱۸. مؤسسه بیمه موظف است علاوه بر رعایت ماده سه قانون بیمه، حداقل اطلاعات و موارد زیر را در بیمه‌نامه‌های غیرزندگی درج نماید:

- ۱- نام محصول بیمه‌ای براساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی؛
- ۲- تعریف عبارات و واژه‌های به‌کاررفته در بیمه‌نامه؛
- ۳- شرایط، تعهدات، خطرات تحت پوشش و استثنائات بیمه‌نامه؛
- ۴- مشخصات و اقامتگاه بیمه‌گر، بیمه‌گذار و هر ذی‌نفع دیگر؛
- ۵- تاریخ صدور بیمه‌نامه و ابتدا و انتهای بیمه؛
- ۶- حداکثر تعهد بیمه‌گر در هر حادثه و در مدت بیمه؛
- ۷- مدارک لازم برای ایفای تعهدات بیمه‌گر؛
- ۸- سهم بیمه‌گذار از هر خسارت (فرانشیز یا کاستنی)؛
- ۹- میزان حق‌بیمه و نحوه پرداخت آن؛
- ۱۰- فهرست و مشخصات اموال، اشخاص، منافع و یا مسئولیت‌های تحت پوشش؛
- ۱۱- موقعیت مکانی اموال منقول و غیرمنقول یا منافع تحت پوشش بیمه‌نامه با ذکر ارزش هر یک یا محدوده جغرافیایی پوشش بیمه‌نامه.

فصل چهارم- رسیدگی به خسارت

ماده ۱۹. مؤسسه بیمه موظف است تمهیدات لازم برای اعلام خسارت توسط بیمه‌گذار، ارزیابی و پرداخت خسارت در تمامی نقاط جغرافیایی که تحت پوشش بیمه‌نامه قرارداد را فراهم و در این خصوص به بیمه‌گذاران اطلاع‌رسانی نماید. همچنین در تمام مراکز صدور و پرداخت خسارت و پایگاه اطلاع‌رسانی یا پورتال خود در خصوص نحوه رسیدگی به خسارات و فرآیند رسیدگی به خسارت، اطلاع‌رسانی مناسب را انجام دهد. همچنین در خصوص اعلام نحوه و فرآیند رسیدگی به خسارت در تمام مراکز صدور، پرداخت خسارت و پایگاه اطلاع‌رسانی یا پورتال خود، اقدامات لازم را به‌عمل آورد.

ماده ۲۰. مؤسسه بیمه موظف است ترتیبی اتخاذ نماید که کلیه مراکز پرداخت خسارت آن با یکدیگر در ارتباط باشند به‌نحوی که دریافت خسارت از کلیه مراکز پرداخت خسارت آن شرکت امکان‌پذیر باشد.

ماده ۲۱. عرضه‌کننده بیمه موظف است در اولین مراجعه (حضور یا غیرحضور) زیان‌دیده یا بیمه‌گذار برای دریافت خسارت، فهرست کامل مدارک لازم جهت بررسی و

رسیدگی به خسارت، فرآیند و مدت زمان رسیدگی، روش‌های جبران خسارت و رویه‌های داخلی حل و فصل شکایات را به زیان‌دیده یا بیمه‌گذار را اعلام یا ارائه نماید.

ماده ۲۲. مؤسسه بیمه باید بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید و در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت مراتب را همراه با ذکر دلایل به‌طور مکتوب به بیمه‌گذار یا زیان‌دیده اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از قبول خسارت آن را پرداخت نماید. در مواردی که پرداخت خسارت پس از تکمیل مدارک مثبت از سوی بیمه‌گر، به تأخیر می‌افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می‌شود.

تبصره- مواردی که طبق قانون مدتی کمتر از مدت فوق برای پرداخت خسارت تعیین شده از حکم این ماده مستثنا است.

ماده ۲۳. اخذ رضایت‌نامه توسط شرکت‌های بیمه برای پرداخت خسارت صرفاً براساس متن نمونه رضایت‌نامه‌ای خواهد بود که توسط بیمه مرکزی تهیه و ابلاغ می‌شود.

ماده ۲۴. پس از احراز تعهد بیمه‌گر و مشخص شدن میزان آن در مواردی که به‌هردلیل، شناسایی ذی‌نفع بیمه زندگی ظرف مدت ۳۰ روز پس از احراز فوت بیمه‌شده یا سررسید بیمه‌نامه امکان‌پذیر نباشد، مؤسسه بیمه موظف است ضمن اطلاع‌رسانی به روش‌های کارا و مؤثر، مزایای قابل پرداخت را در یکی از بانک‌ها با هدف پرداخت سود به ذی‌نفع، سرمایه‌گذاری نماید.

فصل پنجم- فرآیند رسیدگی به شکایات بیمه‌ای

ماده ۲۵. مؤسسه بیمه موظف است با درج اطلاعیه در تمام مراکز صدور و پرداخت خسارت، درخصوص نحوه رسیدگی به شکایات بیمه‌ای و فرآیند رسیدگی به شکایات اطلاع‌رسانی نماید.

ماده ۲۶. مؤسسه بیمه موظف است واحد رسیدگی و پاسخ‌گویی به شکایات تحت نظارت و مسئولیت مستقیم مدیرعامل ایجاد و امکان دسترسی آسان برای عموم بیمه‌گذاران را در سطح کشور جهت طرح شکایات مربوطه فراهم نماید به‌گونه‌ای که حداکثر ظرف مدت ۲۰ روز شکایات رسیدگی شوند.

ماده ۲۷. در صورت عدم رسیدگی به شکایات بیمه‌ای در شرکت بیمه، بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان یا صاحبان حقوق آنها می‌توانند موضوع مورد اختلاف را به صورت کتبی و همراه مدارک و دلایل لازم به بیمه مرکزی اعلام و تقاضای رسیدگی نمایند. بیمه مرکزی در صورت لزوم موضوع را همراه با مستندات آن برای ارائه توضیحات لازم به شرکت بیمه ذی‌ربط اعلام خواهد نمود. شرکت بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت دو هفته پس از دریافت مدارک فوق، پاسخ خود را به صورت مستدل و مستند به بیمه مرکزی اعلام نماید.

ماده ۲۸. بیمه مرکزی پس از بررسی شکایات واصله نظر خود را در مدت زمان متعارف به صورت مکتوب به طرفین اعلام خواهد نمود. نظر بیمه مرکزی برای شرکت بیمه ذی‌ربط لازم‌الاجرا است.

ماده ۲۹. شرکت‌های بیمه موظفند اطلاعات مربوط به شکایات بیمه‌گذاران از نمایندگان و کارگزاران (دلال رسمی) بیمه را به‌طور کامل با مدارک و مستندات به شرح زیر، هر شش ماه یکبار برای بیمه مرکزی ارسال نمایند:

الف- تعداد شکایات‌های دریافتی از هر نماینده یا کارگزار؛

ب- تعداد شکایات‌های رسیدگی شده؛

ج- میزان خسارت یا غرامت پرداختی به شاکیان.

فصل ششم - نظارت بر اجرا

ماده ۳۰. بیمه مرکزی برحسب اجرای مفاد این آیین‌نامه نظارت می‌نماید و در صورت قصور یا تخلف در اجرای آن حسب مورد و متناسب با قصور یا تخلف مربوطه اقدامات ذیل را به عمل آورد:

۱- تذکر کتبی به مسئول فنی یا مدیر یا معاون فنی یا مدیرعامل یا هیئت‌مدیره شرکت بیمه؛

۲- پیشنهاد تعلیق فعالیت شرکت بیمه در یک یا چند رشته بیمه‌ای معین به شورای عالی بیمه؛

۳- پیشنهاد لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه برای تمام رشته‌ها یا رشته‌های معین به

شورای عالی بیمه؛

۴- تذکر کتبی به دلال رسمی بیمه یا دستور تذکر به نماینده بیمه توسط شرکت بیمه ذی‌ربط و در صورت تکرار، محدود یا معلق نمودن فعالیت وی؛

۵- لغو پروانه دلال رسمی بیمه یا دستور لغو پروانه نمایندگی بیمه توسط شرکت بیمه.

تبصره ۱- بیمه مرکزی مراتب لغو پروانه شرکت بیمه و اطلاعاتی که از لحاظ منافع بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها لازم باشد را به هزینه شرکت بیمه در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار آگهی می‌نماید.

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

ماده ۳۱. شرکت‌های بیمه موظفند یک نسخه از بخشنامه‌ها یا دستورالعمل‌های مرتبط با نحوه صدور بیمه‌نامه یا پرداخت خسارت در رشته‌های مختلف را هم‌زمان با ابلاغ به واحدهای ذی‌ربط خود، به بیمه مرکزی نیز ارسال نمایند. در صورت مغایرت بخشنامه‌های مذکور با قوانین و مقررات، بیمه مرکزی مراتب را جهت اصلاح به شرکت بیمه منعکس می‌نماید.

فصل هفتم - سایر مقررات

ماده ۳۲. کلیه عرضه‌کنندگان بیمه موظفند:

۱- هرگونه تغییر آدرس خود را در اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته به اطلاع بیمه‌گذاران خود برسانند؛

۲- در صورت درخواست بیمه‌گذار یا الزام قانونی، هرگونه تغییر در پوشش بیمه‌ای یا تغییر در شرایط بیمه‌نامه را پس از طی مراحل قانونی با صدور الحاقیه در اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته به انجام رسانند؛

۳- در صورت درخواست بیمه‌گذار برای صدور بیمه‌نامه المثنی، در اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته نسبت به صدور بیمه‌نامه المثنی با لحاظ سوابق بیمه‌گذار اقدام نمایند.

ماده ۳۳. شرکت‌های بیمه مکلفند در اجرای مفاد این آیین‌نامه اصلاحات لازم را در فرم‌های پیشنهاد بیمه‌نامه، قراردادهای بیمه، بیمه‌نامه‌ها و شرایط و ضوابط پیوست آن به‌عمل آورده و نسخه‌ای از آن را حداکثر ظرف مدت سه ماه به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

بخش دهم:

آیین‌نامه شماره ۷۸

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و به استناد ماده ۱۱۴ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۰۹/۲۸ «آیین‌نامه اکچوئر رسمی بیمه» را مشتمل بر ۱۹ ماده و ۳ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول- تعاریف

ماده ۱. واژگان و اصطلاحات مذکور در این آیین‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشند، با این تعاریف استفاده شده‌اند:

- ۱- بیمه مرکزی: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران
- ۲- پروانه فعالیت اکچوئری: مجوزی است که در صورت درخواست متقاضی و پس از احراز شرایط این آیین‌نامه توسط بیمه مرکزی صادر می‌شود.
- ۳- اکچوئر رسمی بیمه: شخص حقیقی یا حقوقی است که پروانه فعالیت اکچوئری وی طبق مفاد این آیین‌نامه به تأیید بیمه مرکزی می‌رسد.

فصل دوم- شرایط دریافت پروانه فعالیت اکچوئری

ماده ۲. اشخاص حقیقی برای دریافت پروانه فعالیت اکچوئری باید واجد شرایط زیر باشند:

- ۱- تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران؛
- ۲- عدم‌اعتیاد به مواد مخدر؛
- ۳- انجام خدمت وظیفه عمومی و یا ارائه کارت معافیت دائم برای آقایان؛
- ۴- دارا بودن حداقل ۲۵ سال سن؛
- ۵- فقدان سوء‌پیشینه کیفری مؤثر؛
- ۶- دارا بودن یکی از مدارک تحصیلی زیر و سابقه کار مرتبط با محاسبات فنی به تشخیص بیمه مرکزی به شرح زیر:

الف- مدرک کارشناسی ارشد آمار بیمه (اکچوئری) و حداقل ۴ سال سابقه کار؛

ب- مدرک کارشناسی ارشد سایر رشته‌های مرتبط شامل آمار، ریاضی، بیمه، اقتصاد و مدیریت مالی و حداقل ۶ سال سابقه کار؛

ج- مدرک حرفه‌ای در زمینه محاسبات فنی از مراجع حرفه‌ای بین‌المللی مورد تأیید بیمه مرکزی و حداقل ۴ سال سابقه کار.

۷- موفقیت در آزمون‌های تخصصی کتبی و شفاهی اکچوئری رسمی بیمه که توسط بیمه مرکزی برگزار خواهد شد.

ماده ۳. متقاضیان تأسیس مؤسسه اکچوئری رسمی بیمه باید پروانه فعالیت اکچوئری حقیقی داشته باشند.

ماده ۴. یک مؤسسه اکچوئری رسمی بیمه باید واجد شرایط زیر باشد:

۱- تعداد اعضا یا شرکاء نباید کمتر از سه نفر باشد؛

۲- در قالب "مؤسسه غیرتجاری" طبق مقررات مربوط ثبت شود؛

۳- عبارت "مؤسسه اکچوئری رسمی بیمه" در نام مؤسسه قید شود؛

۴- اساسنامه مؤسسه قبل از ثبت به تأیید بیمه مرکزی رسیده باشد؛

۵- موضوع فعالیت مؤسسه، انجام عملیات اکچوئری و فعالیت‌های مرتبط باشد.

تبصره ۱- مدیران مؤسسه اکچوئری رسمی بیمه در مقابل مؤسسه بیمه طرف قرارداد نسبت به فعالیت‌های مؤسسه خود مسئولیت تضامنی دارند.

تبصره ۲- ثبت هرگونه تغییرات بعدی در اساسنامه یا اعضا یا شرکاء مؤسسه محاسبات فنی رسمی بیمه که به ثبت رسیده باشد موکول به ارائه موافقت قبلی بیمه مرکزی است.

ماده ۵. اشخاص حقیقی و متقاضیان تأسیس مؤسسه اکچوئری رسمی بیمه، هنگام دریافت پروانه فعالیت اکچوئری باید تضمین‌های لازم را براساس ضوابطی که بیمه مرکزی مشخص می‌نماید تودیع نمایند.

ماده ۶. بیمه مرکزی پس از فراهم شدن بسترهای قانونی لازم، صدور پروانه فعالیت و تدوین استانداردهای حرفه‌ای محاسب فنی رسمی بیمه را به نهادهای حرفه‌ای مربوط واگذار خواهد نمود.

فصل سوم- وظایف و تعهدات اکچوئر رسمی بیمه

ماده ۷. اکچوئر رسمی بیمه موظف است حداقل سالی یک‌بار گزارش خود مشتمل بر ارزیابی و اظهارنظر پیرامون وضعیت مؤسسه بیمه را در محورهای زیر تهیه و حسب مورد به مؤسسه بیمه و بیمه مرکزی ارائه نماید:

۱- مبنای نرخ‌گذاری و نحوه تعیین حق‌بیمه در انواع بیمه‌های زندگی و غیرزندگی و فنی بودن آنها؛

۲- نحوه ذخیره‌گیری و کفایت آن؛

۳- نحوه محاسبه نسبت توانگری مالی و صحت آن؛

۴- نحوه پذیرش و نگهداری ریسک و کفایت پوشش‌های اتکایی؛

۵- نحوه مدیریت ریسک‌های مؤسسه بیمه از جمله ریسک سرمایه‌گذاری‌ها؛

۶- نحوه محاسبه و توزیع مشارکت در منافع بیمه‌گذاران به‌ویژه بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی و صحت آن.

ماده ۸. اکچوئر رسمی بیمه موظف است گزارش‌های خود را در چهارچوب استانداردهای حرفه‌ای که بیمه مرکزی ابلاغ می‌کند و با توجه به صورت‌های مالی مؤسسه بیمه تهیه نماید.

ماده ۹. در صورتی که بررسی‌های اکچوئر رسمی بیمه نشان دهد که مؤسسه بیمه نمی‌تواند به تعهدات خود عمل نماید و ادامه فعالیت مؤسسه بیمه به زیان بیمه‌شدگان، بیمه‌گذاران و صاحبان حقوق آنها می‌باشد، موظف است موضوع را بلافاصله به مؤسسه بیمه و بیمه مرکزی اعلام نماید.

ماده ۱۰. بیمه مرکزی با توجه به گزارش محاسب فنی در چهارچوب قوانین و مقررات مربوط، اقدامات اصلاحی را به مؤسسه بیمه ابلاغ می‌نماید و مؤسسه بیمه موظف است طبق نظر بیمه مرکزی اصلاحات لازم را اعمال نماید.

ماده ۱۱. اکچوئر رسمی بیمه موظف است جز به حکم قانون، از افشای اطلاعاتی که برای انجام وظایف و تهیه گزارش‌های اکچوئری دریافت می‌نماید خودداری کند. در غیراین صورت مشمول مقررات مربوط خواهد بود.

ماده ۱۲. محاسب فنی رسمی بیمه، در قبال صحت گزارش‌های اکچوئری که طبق مقررات این آیین‌نامه تهیه و ارائه می‌نماید، مسئول است.

ماده ۱۳. اکچوئر رسمی بیمه حقیقی و اعضا و شرکای مؤسسات اکچوئری رسمی بیمه نمی‌توانند در مؤسسه بیمه‌ای که برای آن گزارش تهیه می‌کنند، شاغل بوده و یا سمت یا بیش از یک درصد سهم داشته باشند.

فصل چهارم - وظایف و تعهدات مؤسسه بیمه

ماده ۱۴. هر یک از مؤسسات بیمه موظفند از تاریخی که بیمه مرکزی اعلام خواهد کرد، یک اکچوئر رسمی بیمه داشته باشند.

ماده ۱۵. هر یک از مؤسسات بیمه موظفند محاسب فنی رسمی بیمه اصلی و محاسب رسمی بیمه علی‌البدل خود را برای مدت سه سال از میان اکچوئرهای دارای پروانه فعالیت از بیمه مرکزی انتخاب کرده و پس از تأیید در هیئت‌مدیره و تصویب در مجمع عمومی خود، اسامی آنها را به همراه میزان حق‌الزحمه و نحوه پرداخت آن به بیمه مرکزی اعلام نمایند. سقف حق‌الزحمه قابل پرداخت به اکچوئر رسمی بیمه هر ساله از سوی بیمه مرکزی تعیین و به مؤسسات بیمه اعلام خواهد شد.

تبصره - در صورت استعفا، فوت، تعلیق یا لغو پروانه اکچوئر رسمی بیمه اصلی، محاسب فنی رسمی بیمه علی‌البدل جایگزین می‌شود.

ماده ۱۶. مؤسسه بیمه موظف است اسناد، مدارک و اطلاعات لازم برای انجام وظایف و تهیه گزارش‌های اکچوئری را در اختیار محاسب فنی رسمی بیمه قرار دهد.

فصل پنجم - ضمانت‌های اجرایی آیین‌نامه

ماده ۱۷. در صورت تخلف اکچوئر رسمی بیمه از قوانین، مقررات و ضوابط مربوط و یا از دست دادن شرایط مندرج در این آیین‌نامه، بیمه مرکزی حسب مورد هر یک از اقدامات زیر را انجام خواهد داد:

۱- اخطار کتبی به محاسب فنی رسمی بیمه؛

۲- تعلیق پروانه فعالیت محاسب فنی رسمی بیمه برای مدت محدود؛

۳- لغو پروانه فعالیت محاسب فنی رسمی بیمه.

ماده ۱۸. مرجع رسیدگی به اختلافات بین اکچوئر رسمی و مؤسسه بیمه، بیمه مرکزی خواهد بود.

نمونه سؤالات چهارگزینه‌ای

۱. کارگزار بیمه مجاز به انجام کدام یک از فعالیت‌های زیر نیست؟

- (الف) تکمیل فرم پیشنهاد بیمه و امضای آن به نمایندگی از طرف متقاضی خدمات بیمه
(ب) أخذ پوشش بیمه مناسب و الحاقیه از مؤسسات بیمه حسب مورد برای متقاضی خدمات بیمه یا بیمه‌گذار

(ج) پرداخت خسارت‌های خرد در رشته بیمه شخص ثالث

(د) مذاکره با مؤسسه بیمه در خصوص خسارت به نمایندگی از بیمه‌گذار

۲. کدام یک از موارد زیر جزء ضوابط اعطای پروانه کارگزاری برای متقاضی پروانه کارگزاری

حقیقی، مدیرعامل کارگزاری بیمه حقوقی و عضو بیمه‌ای هیئت‌مدیره نیست؟

(الف) اعتقاد به اسلام یا یکی دیگر از ادیان رسمی کشور

(ب) داشتن حداقل ۲۵ سال سن

(ج) داشتن حداقل مدرک کارشناسی مورد تأیید وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

(د) داشتن حداقل ۳ سال سابقه فعالیت بیمه‌ای برای دارندگان مدرک کارشناسی در رشته بیمه

۳. در چه صورت متقاضی پروانه کارگزاری حقیقی و فرد پیشنهادی جهت تصدی سمت

مدیرعامل و عضو بیمه‌ای هیئت‌مدیره کارگزار بیمه حقوقی از شرکت در آزمون کتبی بیمه

مرکزی ج.ا.ا. معاف می‌شوند؟

(الف) هرگز معاف نمی‌شوند.

(ب) قبل از أخذ کارگزاری، نمایندگی حقوقی داشته باشند.

(ج) مدرک کارشناسی در رشته مدیریت بیمه داشته باشند.

(د) به تشخیص بیمه مرکزی ج.ا.ا. حداقل ده سال سابقه کار مفید بیمه‌ای داشته باشند.

۴. کارگزار بیمه حقوقی چگونه ثبت می‌شود؟

(الف) شرکت سهامی خاص یا تعاونی متعارف با حداقل سرمایه اولیه پانصد میلیون ریال

(ب) شرکت سهامی عام یا تعاونی سهامی عام با حداقل سرمایه اولیه دو میلیارد و پانصد میلیون ریال

(ج) شرکت سهامی خاص یا تعاونی متعارف با حداقل سرمایه اولیه سه میلیارد و پانصد میلیون ریال

(د) گزینه الف و ب صحیح است.

۵. بیمه مرکزی ج.ا.ا پروانه کارگزاری را برای چه مدت صادر می‌کند؟

الف) یک سال

ب) سه سال

ج) پنج سال

د) ده سال

۶. کدام یک از گزینه‌های زیر در پروانه کارگزاری درج نمی‌گردد؟

الف) نشانی محل کار کارگزار

ب) تحصیلات کارگزار

ج) غیرقابل انتقال بودن پروانه

د) مدت اعتبار

۷. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد تغییر محل کار کارگزار صحیح است؟

الف) کارگزار به هیچ‌وجه نمی‌تواند محل کار خود را تغییر دهد.

ب) کارگزار می‌بایست بلافاصله پس از تغییر محل مراتب را به بیمه مرکزی ج.ا.ا اعلام نماید.

ج) اعلام تغییر محل کارگزاری به بیمه مرکزی ج.ا.ا لازم نیست.

د) تغییر محل فعالیت کارگزار بیمه منوط به أخذ تأییدیه قبلی بیمه مرکزی ج.ا.ا است.

۸. کدام یک از افراد زیر می‌تواند صحت امضای بیمه‌گذار در فرم پیشنهاد را تأیید نماید؟

الف) شخص بیمه‌گذار

ب) بازاریاب (فروشنده مستقیم)

ج) کارگزار بیمه

د) ارزیاب خسارت

۹. در مفاد آیین‌نامه ۹۲ کارگزار بیمه با چه عناوینی شناخته شده است؟

الف) بازرگان

ب) نماینده

ج) ارزیاب خسارت

د) کارشناس

۱۰. کدام یک از گزینه‌های زیر نمی‌تواند تضمین کارگزار بیمه باشد؟

الف) وجه نقد

ب) اوراق مشارکت بی‌نام با قابلیت بازخرید قبل از سررسید

ج) ضمانتنامه بانکی

د) سهام معتبر در سازمان بورس اوراق بهادار

۱۱. حق تقدم در بازیافت حقوق بستانکاران کارگزاری با کدام یک از رشته‌های بیمه‌ای زیر است؟

الف) شخص ثالث اتومبیل

ب) بیمه حوادث (اعم از انفرادی و گروهی)

ج) بیمه درمان گروهی

د) بیمه عمر

۱۲. خرید کدام یک از رشته‌های بیمه‌ای زیر از سوی شخص کارگزار ضروری است؟

الف) بیمه درمان تکمیلی کارکنان

ب) بیمه مسئولیت حرفه‌ای فعالیت کارگزاری بیمه

ج) بیمه آتش‌سوزی محل فعالیت کارگزار

د) بیمه عمر کارکنان کارگزاری

۱۳. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد تغییر مدیرعامل کارگزاری حقوقی صحیح است؟

الف) با تصویب هیئت‌مدیره انجام می‌شود.

ب) با نظر شخص مدیرعامل و موافقت سایر اعضای هیئت‌مدیره انجام می‌شود.

ج) با درخواست اکثریت سهام‌داران انجام می‌شود.

د) منوط به اعلام موافقت کتبی بیمه مرکزی ج.ا.ا است.

۱۴. ارسال سالانه تصویر اظهارنامه مالیاتی آخرین دوره مالی کارگزار برای کدام یک از نهادهای

زیر اجباری است؟

الف) سازمان امور مالیاتی کشور

ب) بیمه مرکزی ج.ا.ا

ج) کلیه شرکت‌های بیمه طرف قرارداد با کارگزاری

د) سندیکای بیمه‌گران ایران

۱۵. در صورتی که مؤسسه بیمه‌ای پیشنهاد کارگزار بیمه‌ای را رد نماید،

الف) نمی‌تواند همان بیمه را با همان شرایط از کارگزار بیمه دیگری قبول کند.

ب) می‌تواند همان بیمه را با همان شرایط از کارگزار بیمه دیگری قبول کند.

ج) در صورت تغییر در شرایط بیمه‌نامه نیز نمی‌تواند همان بیمه را با همان شرایط از کارگزار

بیمه دیگری قبول کند.

د) تا یک‌ماه نمی‌تواند بیمه‌نامه‌های پیشنهادی کارگزار مذکور را صادر نماید.

۱۶. در مورد پرتفوی کارگزار، کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح است؟

- الف) بیمه‌نامه‌هایی که به پیشنهاد کارگزار بیمه و با کد اختصاصی وی صادر شده و معتبر می‌باشد، پرتفوی کارگزار بیمه محسوب می‌شود.
- ب) کارگزار بیمه می‌تواند پرتفوی خود را با موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا و با اطلاع مؤسسه بیمه مربوط به کارگزار بیمه دیگری انتقال دهد.
- ج) بیمه‌نامه‌هایی که به پیشنهاد کارگزار صادر شده باشند پرتفوی کارگزار محسوب می‌شود حتی اگر دارای کد اختصاصی وی نباشند.
- د) گزینه الف و ب صحیح است.

۱۷. کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح نیست؟

- الف) کارگزار بیمه حقوقی می‌تواند با موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا در مناطق آزاد تجاری شعبه تأسیس نماید.
- ب) کارگزار بیمه حقوقی می‌تواند با موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا در داخل یا خارج از کشور شعبه تأسیس نماید.
- ج) کارگزار بیمه حقوقی می‌تواند با موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا تنها در داخل کشور شعبه تأسیس نماید.
- د) کارگزار بیمه حقیقی نمی‌تواند در داخل یا خارج از کشور شعبه تأسیس نماید.

۱۸. کدام دسته از افراد زیر نمی‌توانند در کارگزاری‌های بیمه سمت یا سهم یا فعالیت داشته باشند؟

- الف) کارکنان بیمه مرکزی ج.ا.ا و مؤسسات بیمه و اعضای هیئت‌مدیره آنها
- ب) ارزیابان خسارت و اکچوئران رسمی بیمه
- ج) افراد دارای سمت‌های آموزشی در مؤسسات آموزش عالی
- د) گزینه الف و ب صحیح است.

۱۹. کدام یک از گزینه‌های زیر از موارد لغو پروانه کارگزاری نیست؟

- الف) در صورتی که کارگزار بیمه تا دو سال پس از صدور پروانه کارگزاری، عملیات خود را شروع نکند.
- ب) در صورتی که کارگزار بیمه یک‌سال پس از اتمام اعتبار پروانه کارگزاری نسبت به تمدید آن اقدام ننماید.
- ج) در صورت نارضایتی بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها از خدمات بیمه‌ای کارگزار
- د) در صورت فوت عضو بیمه‌ای هیئت‌مدیره کارگزار بیمه حقوقی و عدم معرفی فرد جایگزین تا سه ماه جهت بررسی صلاحیت وی

۲۰. بیمه مرکزی ج.ا.ا. به‌نحو مقتضی صدور، تعلیق، عدم‌تمدید و لغو پروانه کارگزاری را به کدام یک از نهادهای زیر اطلاع می‌دهد؟

الف) سندیکای بیمه‌گران ایران

ب) مؤسسات بیمه

ج) کانون انجمن‌های صنفی کارگزاران بیمه

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۱. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء ضوابط اعطای پروانه کارگزاری نیست؟

الف) نداشتن سابقه محکومیت ناشی از پولشویی

ب) موفقیت در آزمون کتبی و مصاحبه بیمه مرکزی ج.ا.ا.

ج) سابقه تدلیس

د) داشتن حداقل ۲۵ سال سن

۲۲. چنانچه متقاضی پروانه کارگزاری حقیقی ظرف مدت یک‌سال بعد از اخذ گواهی‌نامه

قبولی دوره آموزشی تخصصی و توجیهی موضوع بند ۱۰ ماده ۳ آیین‌نامه ۹۲ مدارک خود

را تکمیل ننماید و پروانه دریافت نکند، پس از انقضاء مدت مذکور

الف) قبولی وی کانلم‌یکن تلقی می‌شود.

ب) با مراجعه به وزارت اقتصاد و ارائه مدارک می‌تواند پروانه خود را دریافت نماید.

ج) پروانه صادره به‌دلیل بی‌نظمی کارگزار، مدت اعتبار سالانه خواهد داشت.

د) اسم وی در لیست سیاه قرار می‌گیرد و دیگر نمی‌تواند در آزمون کارگزاری شرکت کند.

۲۳. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء مدارکی است که متقاضی پروانه کارگزاری حقوقی

برای دریافت مجوز ثبت باید به بیمه مرکزی ج.ا.ا. ارائه نماید؟

الف) صورتجلسه مجمع عمومی مؤسس

ب) صورتجلسه هیئت‌مدیره مبنی بر تعیین مدیرعامل، سمت اعضای هیئت‌مدیره و صاحبان

امضای مجاز

ج) صورت کامل اسامی سهام‌داران و میزان سهم هر یک از آنها

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۴. پروانه کارگزاری پس از دریافت مدارک لازم از متقاضیان و تأییدیه محل فعالیت ایشان توسط صادر می‌شود.

الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا. (ب) سندیکای بیمه‌گران ایران

ج) شرکت بیمه مربوطه (د) انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه

۲۵. کارگزار بیمه باید متحدالشکل باشد و مانند نمونه‌ای باشد که بیمه مرکزی ج.ا.ا. تعیین می‌کند.

الف) تابلو (ب) مهر

ج) سربرگ (د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۶. کارگزار بیمه باید آمار و اطلاعات مربوط به عملکرد خود را

الف) به سندیکای بیمه‌گران ایران ارائه نماید.

ب) در چارچوبی که بیمه مرکزی ج.ا.ا. تعیین می‌کند ارائه نماید.

ج) در چارچوبی که شرکت بیمه تعیین می‌کند ارائه نماید.

د) سالی یک‌بار به انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه ارائه نماید.

۲۷. حداقل میزان تخمین تودیع شده متقاضی پروانه کارگزاری حقیقی ریال است.

الف) یکصد میلیون (ب) یکصد و پنجاه میلیون

ج) پنجاه میلیون (د) دو‌یست میلیون

۲۸. بیمه مرکزی ج.ا.ا. می‌تواند در زمان تمدید هر پروانه کارگزاری، مبالغ تخمین تودیع

شده (موضوع ماده ۱۴ آیین‌نامه ۹۲) را حداکثر معادل درصد پرتفوی حق بیمه سال

قبل آن کارگزار بیمه افزایش دهد.

الف) یک (ب) دو

ج) سه (د) چهار

۲۹. مدت اعتبار تخمین تودیع شده توسط متقاضی کارگزاری باید حداقل معادل

برابر مدت اعتبار مندرج در پروانه کارگرای باشد.

الف) دو (ب) سه

ج) چهار (د) پنج

۳۰. کارگزار بیمه مکلف است

- الف) در صورت تعلیق فعالیت یا عدم‌تمدید یا لغو پروانه کارگزاری نسبت به استرداد پروانه کارگزاری به بیمه مرکزی ج.ا.ا اقدام نماید.
- ب) تمام اطلاعات لازم درباره بیمه مورد پیشنهاد و نیز نرخ حق‌بیمه مربوط را برای متقاضی خدمات بیمه تشریح و به او ارائه و اعلام نماید.
- ج) بیمه‌نامه را برابر با درخواست و پیشنهادات اعلامی متقاضی خدمات بیمه اخذ نماید و در غیر این صورت مسئول جبران خسارت وارده خواهد بود.
- د) هر سه گزینه صحیح است.

۳۱. مسئولیت جبران خسارت‌های ناشی از مسامحه بازاریاب‌های کارگزاری در انجام فعالیت‌های کارگزار با است.

- الف) خود کارگزار (ب) شرکت بیمه
- ج) بیمه مرکزی ج.ا.ا (د) انجمن کارگزاران
- ۳۲. در صورت افشاء غیرمجاز اسرار و اطلاعاتی که کارگزار به مناسبت شغل خود به دست آورده بیمه مرکزی ج.ا.ا می‌تواند**

- الف) نسبت به عدم‌تمدید پروانه کارگزاری وی اقدام نماید.
- ب) نسبت به لغو پروانه کارگزاری وی اقدام نماید.
- ج) کارگزار را به سه سال حبس محکوم نماید.
- د) گزینه الف و ب صحیح است.

۳۳. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد کارگزار صحیح است؟

- الف) کارگزار بیمه حق دریافت خسارت بیمه‌گذار یا ذی‌نفع را از مؤسسه بیمه ندارد.
- ب) کارگزار بیمه حق ندارد از خسارتی که مؤسسه بیمه به بیمه‌گذار یا ذی‌نفع می‌پردازد مبلغی به هر عنوان دریافت کند.
- ج) کارگزار بیمه باید از انجام تبلیغات علیه مؤسسات بیمه خودداری نماید.
- د) هر سه گزینه صحیح است.

۳۴. چنانچه تغییراتی در بیمه‌نامه داده شده باشد و این تغییرات باعث افزایش حق بیمه گردد، کارمزد کارگزار
الف) به همان نسبت کاهش خواهد یافت.
ب) به همان نسبت افزایش خواهد یافت.
ج) تغییری نخواهد یافت.
د) در صورت صلاحدید شرکت بیمه تغییر خواهد کرد.

۳۵. در صورت فوت کارگزار حقیقی، وراثت وی
الف) می‌تواند حداکثر تا مدت یک‌سال پس از تاریخ فوت، با موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا کد اختصاصی وی را به شخص دیگری که واجد شرایط آیین‌نامه ۹۲ باشد انتقال دهند.
ب) می‌تواند خودشان با کد کارگزار فعالیت نمایند.
ج) باید سریعاً کد کارگزاری مذکور را ابطال نمایند.
د) حداکثر ظرف مدت سه ماه باید کد کارگزاری را به بیمه مرکزی ج.ا.ا تحویل نمایند.

۳۶. در صورت احراز تخلف کارگزار بیمه از قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، آیین‌نامه و دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ا و قوانین و مقررات کشور، بیمه مرکزی ج.ا.ا می‌تواند متناسب با نوع، تکرار، تعدد و شدت تخلف کدام یک از تصمیمات زیر را اتخاذ نماید؟
الف) تعیین پروانه کارگزاری حداکثر تا یک‌سال
ب) لغو پروانه کارگزاری
ج) سلب صلاحیت مدیرعامل یا عضو بیمه‌ای کارگزاری بیمه حقوقی
د) هر سه گزینه صحیح است.

۳۷. طبق آیین‌نامه شماره ۷۵ (آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه)، سهام‌داران نمایندگی حقوقی بیمه
الف) بدون هیچ شرطی، شامل اشخاص حقیقی و حقوقی می‌شوند.
ب) باید صرفاً اشخاص حقیقی باشند.
ج) باید صرفاً اشخاص حقوقی باشند.
د) الزاماً باید از مدیران عامل شرکت‌های بیمه انتخاب شوند.

۳۸. نمایندگی حقوقی بیمه چگونه می‌تواند اقدام به تأسیس شعبه نماید؟

- الف) این کار امکان‌پذیر نیست.
ب) شرکت بیمه می‌تواند براساس ضوابط ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ا به نمایندگی حقوقی خود اجازه تأسیس بدهد.
ج) مشروط بر آنکه مسئول شعبه حائز شرایط نماینده حقیقی باشد.
د) گزینه ب و ج صحیح است.

۳۹. کدام یک از موارد زیر در قرارداد نمایندگی بیمه درج نمی‌شود؟

- الف) مدت قرارداد نمایندگی
ب) میزان و نوع تضمین دریافتی از نماینده
ج) اجازه انعقاد قرارداد نمایندگی با سایر شرکت‌ها
د) حدود اختیارات، حقوق و تعهدات طرفین قرارداد
۴۰. اگر چند نماینده برای یک نوع بیمه، نرخ و شرایط خواسته باشند
الف) شرکت بیمه مربوط می‌تواند به هر کدام، نرخ و شرایط متفاوت اعلام کند.
ب) شرکت بیمه مربوط می‌تواند برحسب میزان فروش آنها، نرخ و شرایط متفاوت اعلام کند.
ج) شرکت بیمه مربوط می‌تواند برحسب سابقه کار آنها، نرخ و شرایط متفاوت اعلام کند.
د) شرکت بیمه مربوط باید نرخ و شرایط یکسان را به آنها اعلام کند.

۴۱. مدت اعتبار قرارداد و پروانه نمایندگی بیمه چند سال است؟

- الف) یک سال
ب) دو سال
ج) سه سال
د) چهار سال
۴۲. براساس آیین‌نامه ۷۵ مسئولیت جبران خسارات مستقیم و یا غیرمستقیم وارده به بیمه‌گذار و سایر اشخاص ذی‌نفع که ناشی از عمد، تقصیر، غفلت و یا قصور نماینده، کارکنان یا بازاریابان وی در رابطه با عملیات بیمه‌ای موضوع قرارداد نمایندگی بیمه باشد به‌عهده کیست؟

- الف) برعهده بیمه مرکزی ج.ا.ا است.
ب) به‌صورت تضامنی برعهده شرکت بیمه و نماینده است.
ج) برعهده کارکنان و بازاریابان است.
د) برعهده صندوق تأمین خسارت‌های بدنی است.

۴۳. براساس آیین‌نامه شماره ۷۵ (آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه)، نماینده بیمه

الف) مجاز به عرضه خدمات بیمه‌ای به نمایندگی از طرف یک شرکت بیمه طرف قرارداد می‌باشد.

ب) مجاز به عرضه خدمات بیمه‌ای به نمایندگی از طرف چند شرکت بیمه طرف قرارداد می‌باشد.

ج) مجاز به پرداخت خسارت نمی‌باشد.

د) مجاز به صدور بیمه‌نامه نمی‌باشد.

۴۴. درجه‌بندی نمایندگان چگونه انجام می‌شود؟

الف) توسط بیمه مرکزی ج.ا.ا. ب) توسط شرکت‌های بیمه

ج) توسط مؤسسات درجه‌بندی د) توسط سندیکای بیمه‌گران ایران

۴۵. در مورد شرایط پذیرش شخص حقیقی متقاضی أخذ پروانه نمایندگی بیمه کدام یک از

موارد زیر صحیح نیست؟

الف) عدم تابعیت جمهوری اسلامی ب) اعتقاد به اسلام یا یکی از ادیان رسمی کشور

ج) عدم حجر د) عدم اعتیاد به مواد مخدر

۴۶. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد حداقل مدرک تحصیلی و سابقه کار مورد نیاز برای

متقاضی نمایندگی بیمه صحیح است؟

الف) حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های مرتبط (شامل اقتصاد، امور مالی، حسابداری، آمار،

مدیریت و حقوق)، بدون نیاز به سابقه کار بیمه‌ای

ب) حداقل مدرک کارشناسی در رشته بیمه و یا سایر رشته‌ها با گرایش بیمه، بدون نیاز به

داشتن سابقه کار بیمه‌ای

ج) حداقل مدرک دیپلم، با دو سال سابقه کار بیمه‌ای فنی و تخصصی

د) حداقل مدرک کارشناسی ارشد در رشته بیمه با چهار سال سابقه کار بیمه‌ای

۴۷. اعطای پروانه نمایندگی بیمه به متقاضیان دارای مدرک تحصیلی دیپلم یا فوق دیپلم در چه

صورت ممکن است؟

الف) امکان‌پذیر نیست.

ب) در صورت تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ا. امکان‌پذیر است.

ج) منوط به موافقت کتبی مدیرعامل شرکت بیمه ذی‌ربط خواهد بود.

د) در صورت داشتن سابقه کار کافی اشکالی ندارد.

۴۸. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد نمایندگی حقوقی بیمه صحیح نیست؟

- الف) می‌تواند در قالب شرکت سهامی عام باشد.
ب) تشکیل و ثبت در قالب شرکت سهامی خاص یا شرکت تعاونی متعارف
ج) موضوع فعالیت نماینده حقوقی به‌طور انحصاری نمایندگی بیمه باشد.
د) اساسنامه نماینده حقوقی باید طبق نمونه ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ا تهیه شده باشد.
۴۹. مقررات آیین‌نامه شماره ۷۵ (آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه)، شامل کدام یک از نمایندگان زیر است؟

- الف) نمایندگانی که در داخل کشور فعالیت می‌کنند.
ب) نمایندگانی که در داخل و خارج از کشور فعالیت می‌کنند.
ج) نمایندگانی که رتبه‌بندی شده‌اند.
د) گزینه ب و ج صحیح است.

۵۰. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد صدور پروانه نمایندگی بیمه صحیح است؟

- الف) توسط سندیکای بیمه‌گران ایران صادر می‌شود.
ب) توسط کارگزار صادر می‌شود.
ج) توسط شرکت بیمه پس از تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ا در همه رشته‌ها یا رشته‌های بیمه‌ای معین صادر می‌شود.
د) توسط انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه صادر می‌شود.

۵۱. مسئولیت احراز صحت شرایط لازم در مورد هریک از متقاضیان أخذ پروانه نمایندگی بیمه (اعم از حقیقی و حقوقی) برعهده است.

- الف) شرکت بیمه مربوط
ب) بیمه مرکزی ج.ا.ا
ج) پژوهشکده بیمه
د) سندیکای بیمه‌گران ایران
۵۲. نماینده در قبال حق بیمه‌های دریافتی اعم از چک یا پرداخت الکترونیکی چه وظیفه‌ای دارد؟
- الف) تا آخر سال مالی به حساب بانکی شرکت بیمه مربوط واریز نماید.
ب) تا آخر ماه به حساب بانکی شرکت بیمه مربوط واریز نماید.
ج) قبل از پایان وقت اداری هفته‌ای که آنها را دریافت کرده است به حساب بانکی شرکت بیمه مربوط واریز نماید.
د) قبل از پایان وقت اداری روزی که آنها را دریافت کرده است به حساب بانکی شرکت بیمه مربوطه واریز نماید و در موارد استثنایی به صندوق آن شرکت تحویل نماید.

۵۳. آیا نماینده حقیقی می‌تواند علاوه بر نمایندگی به امور دیگری نیز اشتغال داشته باشد؟

الف) فقط می‌تواند به سمت‌های آموزشی در مؤسسات آموزش عالی اشتغال داشته باشد.

ب) می‌تواند در نیروی انتظامی شاغل باشد.

ج) می‌تواند به مشاغل بیمه‌ای مرتبط نیز مشغول باشد.

د) امکان اشتغال در تمام سازمان‌های دولتی و غیردولتی وجود دارد.

۵۴. اگر پروانه فعالیت نماینده‌ای در صورت تخلف و با اعلام بیمه مرکزی ج.ا.ا با تصمیم هیئت و

یا کمیته لغو شود.....

الف) این شخص هرگز نمی‌تواند فعالیت بیمه‌ای داشته باشد.

ب) این شخص می‌تواند در طی دوره لغو پروانه، به‌عنوان نماینده در شرکت بیمه دیگری

فعالیت داشته باشد.

ج) این شخص نمی‌تواند پس از لغو پروانه برای مدتی که هر یک از مراجع مذکور تعیین

می‌کنند، به‌عنوان نماینده بیمه و یا کارگزار رسمی بیمه در صنعت بیمه فعالیت داشته باشد.

د) این شخص در طی دوره لغو پروانه نمایندگی می‌تواند به‌عنوان کارگزار رسمی بیمه در

صنعت بیمه فعالیت نماید.

۵۵. کدام یک از شرایط زیر برای کارکنان نماینده که فروش یا صدور بیمه‌نامه انجام

می‌دهند ضروری نیست؟

الف) داشتن حداقل یک میلیارد ریال سرمایه اولیه

ب) عدم‌اعتیاد به مواد مخدر

ج) تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران

د) نداشتن سوء پیشینه کیفری

۵۶. اشخاص حقوقی در چه صورت می‌توانند در سهام نمایندگی حقوقی بیمه شریک شوند؟

الف) به هیچ‌وجه نمی‌توانند شریک شوند.

ب) پس از تأیید اداره کل ثبت شرکت‌ها امکان‌پذیر خواهد بود.

ج) پس از تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ا امکان‌پذیر خواهد بود.

د) بدون هیچ‌گونه شرطی امکان‌پذیر است.

۵۷. نماینده حقوقی بیمه موظف است در هر سال مالی از سود سالانه خود را تا سقف سرمایه به‌عنوان در حساب‌های خود منظور نماید.

الف) حداقل پانزده درصد - قسمت نقدی سرمایه

ب) حداقل بیست درصد - قسمت نقدی سرمایه

ج) حداقل ده درصد - اندوخته سرمایه‌ای

د) حداقل بیست و پنج درصد - سرمایه

۵۸. در چه صورت شرکت بیمه مجاز است تقاضای صدور بیمه‌ای که به‌وسیله یک نماینده ارائه شده است را از طریق دیگری قبول کند؟

الف) در صورت تقاضای مستقیم کارگزار (ب) در صورت تقاضای کتبی نماینده دیگر

ج) در صورت تقاضای کتبی بیمه‌گذار (د) در صورت تقاضای کتبی کارگزار

۵۹. کدام‌یک از نهادهای زیر مسئول جبران هرگونه خسارت وارده ناشی از عدم‌رعایت مفاد آیین‌نامه شماره ۷۵ (آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه)، به اشخاص ثالث است؟

الف) نماینده بیمه (ب) بیمه مرکزی ج.ا.ا

ج) شرکت بیمه (د) سندیکای بیمه‌گران ایران

۶۰. تضمین تودیع‌شده توسط نماینده نزد شرکت بیمه طرف قرارداد تا چند سال نزد شرکت بیمه باقی‌می‌ماند؟ نحوه استرداد آن چگونه است؟

الف) یک‌سال - به‌طور خود به خود توسط شرکت بیمه مسترد می‌شود.

ب) یک‌سال - بیمه مرکزی ج.ا.ا

ج) سه سال - به‌طور خود به خود توسط شرکت بیمه مسترد می‌شود.

د) دو سال - با درخواست کتبی نماینده

۶۱. حداقل ساعات دوره آموزشی مورد نیاز برای متقاضیان نمایندگی بیمه فاقد سابقه کار چند ساعت است؟

الف) ۴۰ ساعت (ب) ۶۰ ساعت

ج) ۸۰ ساعت (د) ۱۲۰ ساعت

۶۲. در صورت عدم رعایت مقررات آیین‌نامه شماره ۷۵ (آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه) توسط هریک از شرکت‌های بیمه و نقص یا عدم نظارت آنها بر نمایندگان بیمه، بیمه مرکزی ج.ا.ا می‌تواند چه تصمیماتی را اتخاذ نماید؟

الف) اخطار کتبی به شرکت بیمه مبنی بر ضرورت رعایت مقررات مربوط

ب) اعلام عدم صلاحیت حرفه‌ای مدیر ذی‌ربط شرکت بیمه

ج) سلب صلاحیت مدیرعامل یا اعضای هیئت‌مدیره یا معاون فنی و یا مسئولین فنی شرکت بیمه

د) هر سه گزینه صحیح است.

۶۳. در صورت احراز تخلف نماینده بیمه، متناسب با نوع تخلف، کدام یک از تصمیمات زیر توسط کمیته رسیدگی به تخلفات نماینده قابل اتخاذ نیست؟

الف) ایجاد محدودیت در اختیارات تفویضی مانند سلب مجوز صدور بیمه‌نامه

ب) لغو پروانه فعالیت

ج) تعلیق فعالیت نماینده در رشته بیمه شخص ثالث به مدت حداقل یک سال

د) تذکر کتبی به نماینده

۶۴. مسئولیت احراز و انطباق شرایط فعالیت نمایندگان بیمه با مقررات آیین‌نامه شماره ۷۵ (آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه) و مسئولیت نظارت بر حسن اجرای مفاد این آیین‌نامه به ترتیب برعهده کدام یک از نهادهای زیر است؟

الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا - شرکت بیمه

ب) شرکت بیمه - بیمه مرکزی ج.ا.ا

ج) شرکت بیمه - هیئت رسیدگی به اختلافات نماینده

د) هیئت رسیدگی به اختلافات نماینده - بیمه مرکزی ج.ا.ا

۶۵. بر چه اساسی شرکت بیمه می‌تواند بخشی از اختیارات و وظایف خود در صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت در رشته‌های مختلف بیمه‌ای را به نمایندگان تفویض نماید؟

الف) براساس سرمایه نماینده

ب) براساس درجه‌بندی نماینده

ج) براساس سابقه کار نماینده

د) براساس مدرک تحصیلی نماینده

۶۶. ثبت نمایندگی حقوقی موکول به

الف) تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ا. و موافقت انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه مربوطه خواهد بود.
 ب) رعایت مقررات آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه، اعلام مؤسسه بیمه طرف قرارداد و موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا. می‌باشد.

ج) رعایت آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه و موافقت سندیکای بیمه‌گران ایران مربوط خواهد بود.
 د) رعایت قوانین، مقررات و مصوبات شورای عالی بیمه و با موافقت سازمان ثبت شرکت‌ها خواهد بود.
 ۶۷. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء وظایف شرکت بیمه در قرارداد نمایندگی در قبال

نماینده است؟

الف) بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های لازم و مربوط را به‌موقع به نماینده ابلاغ نماید.
 ب) نام و کد نماینده را در بیمه‌نامه‌ای که بنا به پیشنهاد او صادر می‌شود، درج نماید.
 ج) در صورت لغو پروانه نمایندگی، مراتب را بلافاصله از طرق مقتضی به اطلاع بیمه مرکزی ج.ا.ا. و بیمه‌گذاران برساند و برای استرداد پروانه و جمع‌آوری تابلو، سربرگ، مهر، اسناد و مدارک مربوطه اقدام نماید.
 د) هر سه گزینه صحیح است.

۶۸. کدام یک از نهادهای زیر می‌تواند در صورت لزوم علاوه بر اخذ اطلاعات لازم، دفاتر، اسناد و محل نمایندگی را بازرسی کنند و نماینده مکلف به همکاری لازم در این زمینه است؟

الف) بیمه مرکزی ج.ا.ا. و یا شرکت‌های بیمه ب) کارگزاران بیمه
 ج) شورای عالی بیمه د) سندیکای بیمه‌گران ایران

۶۹. نمایندگان عضو هیئت رسیدگی به اختلاف‌های میان نماینده و شرکت بیمه متشکل از

چه افرادی است؟

الف) نماینده انجمن ثبت شرکت‌ها، نماینده شاکی، نماینده منتخب انجمن‌های حرفه‌ای صنعت بیمه
 ب) نماینده بیمه مرکزی ج.ا.ا.، نماینده منتخب سندیکای بیمه‌گران ایران، نماینده منتخب انجمن‌های صنفی نمایندگان بیمه

ج) نماینده شرکت بیمه، نماینده شاکی، نماینده انجمن ثبت شرکت‌ها
 د) نماینده شرکت‌های بیمه، نماینده بیمه مرکزی ج.ا.ا.، نماینده منتخب انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه

۷۴. هریک از نمایندگان عضو هیئت رسیدگی به اختلافات میان نماینده و شرکت بیمه برای

چه مدت انتخاب می‌شوند و عزل یا تجدید انتخاب آنها
.....

الف) یک‌سال - بلامانع نیست. ب) یک‌سال - بلامانع است.

ج) دو سال - بلامانع است. د) سه سال - بلامانع نیست.

۷۵. نوع و میزان تضمینی که نماینده موظف است به نفع شرکت بیمه تودیع کند چه قدر است؟

الف) متناسب با حجم کار هر نماینده و حداقل ۵۰ میلیون ریال

ب) متناسب با حجم کار هر نماینده و به تشخیص بیمه مرکزی ج.ا.ا.

ج) متناسب با حجم کار هر نماینده و حداقل ۲۰ میلیون ریال

د) متناسب با حجم فعالیت هر نماینده حقیقی یا حقوقی و شکل حقوقی ثبت آن به تشخیص

شرکت بیمه طرف قرارداد تعیین می‌شود.

۷۶. طبق آیین‌نامه شماره ۷۵ شورای عالی بیمه، بیمه مرکزی ج.ا.ا می‌تواند برگزاری آزمون

نمایندگی بیمه را
.....

الف) به شرکت‌های بیمه یا مؤسسات آموزشی ذی‌صلاح یا پژوهش‌گده بیمه تفویض نماید.

ب) به سندیکای بیمه‌گران تفویض نماید.

ج) خود اختصاصاً انجام دهد.

د) به انجمن صنفی نمایندگان بیمه تفویض نمایند.

۷۷. طبق آیین‌نامه شماره ۷۵ شورای عالی بیمه کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح است؟

الف) گذراندن دوره کارآموزی به مدت ۱۵ روز اداری در شرکت بیمه مربوطه برای کلیه

متقاضیان نمایندگی بیمه ضروری است.

ب) گذراندن دوره کارآموزی به مدت ۲۰ روز اداری در شرکت بیمه مربوطه برای کلیه متقاضیان

نمایندگی بیمه ضروری است.

ج) گذراندن دوره کارآموزی به مدت ۱۴ روز اداری در شرکت بیمه مربوطه برای کلیه متقاضیان

نمایندگی بیمه ضروری است.

د) گذراندن دوره کارآموزی به مدت ۱۲ روز اداری در شرکت بیمه مربوطه برای کلیه متقاضیان

نمایندگی بیمه ضروری است.

۷۸. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد نمایندگی حقوقی بیمه صحیح است؟

الف) تعداد اعضای هیئت‌مدیره حداقل ۴ نفر باشد.

ب) ارائه کامل اسامی سهام‌داران، مدیران و میزان سهم هر یک از آنها ضروری است.

ج) ارائه صورت‌جلسات مجمع عمومی مؤسس و هیئت‌مدیره

د) گزینه ب و ج صحیح است.

۷۹. دستورالعمل نحوه تشکیل جلسات و اتخاذ تصمیم هیئت رسیدگی به اختلافات نماینده

و شرکت بیمه توسط چه بخشی تدوین و ابلاغ می‌گردد؟

الف) سندیکای بیمه‌گران ایران

ب) انجمن صنفی نمایندگان بیمه

ج) بیمه مرکزی ج.ا.ا.

د) انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه

۸۰. کمیته رسیدگی به تخلفات نماینده متشکل از چه افرادی است؟

الف) دو نفر به انتخاب هیئت‌مدیره شرکت بیمه و یک نفر منتخب انجمن صنفی نمایندگان بیمه

ب) یک نفر به انتخاب هیئت‌مدیره شرکت بیمه و دو نفر منتخب انجمن صنفی نمایندگان بیمه

ج) سه نفر به انتخاب هیئت‌مدیره شرکت بیمه و یک نفر منتخب بیمه مرکزی ج.ا.ا.

د) یک نفر به انتخاب هیئت‌مدیره شرکت بیمه و دو نفر منتخب بیمه مرکزی ج.ا.ا.

۸۱. به موجب ماده ۲۳ آیین‌نامه شماره ۷۵ در صورتی که تصمیم کمیته رسیدگی به تخلفات

نماینده، لغو پروانه نماینده باشد، ظرف روز از تاریخ ابلاغ آن به نماینده با

درخواست کتبی وی قابل تجدیدنظرخواهی در هیئت است.

الف) ۲۰

ب) ۲۵

ج) ۳۰

د) ۳۵

۸۲. مبنای پرداخت کارمزد نماینده چیست؟

الف) حق‌بیمه پرداخت شده

ب) اندوخته قانونی به‌علاوه ذخیره فنی

ج) هزینه‌های عمومی و اداری

د) خسارت

۸۳. حداکثر مبالغ پرداختی تحت عناوین کارمزد و یا سایر هزینه‌های پیش‌بینی شده در

آیین‌نامه شماره ۸۳ (کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه) چقدر است؟

الف) نمی‌تواند از ۴۰ درصد حق‌بیمه تجاوز کند.

ب) نمی‌تواند از ۳۵ درصد حق‌بیمه تجاوز کند.

ج) نمی‌تواند از ۳۰ درصد حق‌بیمه تجاوز کند.

د) نمی‌تواند از ۵۰ درصد حق‌بیمه تجاوز کند.

۸۴. کارمزد بیمه مسئولیت مدنی شخص ثالث اجباری و مازاد اختیاری و حوادث راننده برای نماینده حقیقی درصد و برای شرکت نمایندگی بیمه به ترتیب درصد است.

الف) ۴ و ۵ (ب) ۱۰ و ۱۵

ج) ۲۵ و ۲۶ (د) ۷ و ۱۶

۸۵. در مواردی که بیمه‌نامه باری به وسیله بانک افتتاح‌کننده اعتبار تمدید می‌گردد، چند درصد از کارمزد حق بیمه بیمه‌نامه تمدیدی به بانک قابل پرداخت است؟

الف) ۵۰ درصد (ب) ۳۰ درصد

ج) ۲۵ درصد (د) ۲۰ درصد

۸۶. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد پرداخت کارمزد به نماینده صحیح است؟

الف) در صورتی که به هر علت میزان حق بیمه بیمه‌نامه افزایش یابد، میزان کارمزد تغییر نمی‌کند.

ب) در صورتی که به هر علت میزان حق بیمه بیمه‌نامه کاهش یابد، میزان کارمزد تغییر نمی‌کند.

ج) در صورتی که به هر علت میزان حق بیمه بیمه‌نامه افزایش یا کاهش یابد، به همان نسبت کارمزد نیز افزایش یا کاهش خواهد یافت.

د) مبنای پرداخت کارمزد، هزینه‌های عمومی و اداری است.

۸۷. کارمزد بیمه بدنه وسایل نقلیه سواری برای نماینده حقیقی درصد است.

الف) ۵ (ب) ۷

ج) ۱۰ (د) ۱۲

۸۸. براساس آیین‌نامه شماره ۸۳ شورای عالی بیمه، کارمزد قابل پرداخت برای بیمه‌های خطر فوت ساده زمانی جمعی با حق بیمه سالانه چقدر است؟

الف) حداکثر ۱۰٪ حق بیمه وصولی (ب) حداقل ۱۰٪ حق بیمه وصولی

ج) حداکثر ۲۵٪ حق بیمه وصولی (د) حداقل ۲۵٪ حق بیمه وصولی

۸۹. چنانچه مؤسسات بیمه میزان کارمزد قابل پرداخت به نمایندگان و دلالان رسمی را در قرارداد فی‌مابین قید ننمایند حداکثر میزان کارمزد قابل پرداخت چقدر است؟

الف) معادل حداقل یادشده در آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالتی رسمی می‌باشد.

ب) معادل حداکثر یادشده در آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالتی رسمی می‌باشد.

ج) معادل میانگین درصدهای یادشده در آیین‌نامه کارمزد نمایندگی و دلالتی رسمی می‌باشد.

د) بنا به تشخیص هیئت رسیدگی به اختلافات بین شرکت بیمه و نماینده می‌باشد.

۹۰. مؤسسات بیمه در مواردی که در آیین‌نامه شماره ۸۳ (کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه) کارمزدی برای آن پیش‌بینی نشده است قبل از پرداخت کارمزد باید
 الف) موافقت نماینده را جلب نمایند.

ب) موافقت سندیکای بیمه‌گران ایران را جلب نمایند.

ج) موافقت بیمه مرکزی ج.ا.ا را جلب نمایند.

د) موافقت نماینده‌ای که بیشترین صدور را در آن رشته بیمه‌ای داشته جلب نمایند.

۹۱. حداکثر کارمزد قابل پرداخت به دلالتان رسمی بیمه که به صورت شخص حقوقی فعالیت

می‌کنند معادل درصد کارمزد نماینده حقوقی و حداکثر کارمزد قابل پرداخت به دلالتان

رسمی بیمه که به صورت شخص حقیقی فعالیت می‌کند معادل درصد کارمزد نماینده حقیقی

مقرر در ماده ۱ آیین‌نامه شماره ۸۳ (کارمزد نمایندگی و دلالی رسمی بیمه) می‌باشد.

الف) ۹۰ - ۱۲۰ ب) ۹۰ - ۱۲۰

ج) ۱۰۰ - ۱۰۰ د) ۱۱۰ - ۱۲۰

۹۲. در صورتی که به هر علت میزان حق بیمه بیمه‌نامه افزایش یا کاهش یابد، میزان کارمزد

نماینده چه تغییری خواهد داشت؟

الف) تغییری نخواهد یافت.

ب) به همان نسبت افزایش یا کاهش خواهد یافت.

ج) فقط افزایش می‌یابد.

د) میزان کارمزد نماینده بستگی به نظر سندیکای بیمه‌گران ایران دارد.

۹۳. کارمزد بیمه آتش‌سوزی منازل مسکونی برای نمایندگان حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۲۵ ب) ۲۹

ج) ۱۰ د) ۱۲

۹۴. کارمزد بیمه آتش‌سوزی منازل مسکونی برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۲۵ ب) ۲۹

ج) ۱۰ د) ۱۲

۹۵. کارمزد بیمه آتش‌سوزی خطرات صنعتی (موضوع جداول ضمیمه شماره ۱ آیین‌نامه شماره ۲۵ شورای عالی بیمه) برای نمایندگان حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۲۵ (ب) ۲۹

ج) ۱۰ (د) ۱۲

۹۶. کارمزد بیمه آتش‌سوزی خطرات صنعتی (موضوع جداول ضمیمه شماره ۱ آیین‌نامه شماره ۲۵ شورای عالی بیمه) برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۲۵ (ب) ۲۹

ج) ۱۰ (د) ۱۲

۹۷. کارمزد بیمه آتش‌سوزی خطرات غیرصنعتی (موضوع جداول ضمیمه شماره ۲ آیین‌نامه شماره ۲۵ شورای عالی بیمه) برای نمایندگان حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۱۷ (ب) ۱۵

ج) ۱۰ (د) ۲۹

۹۸. کارمزد بیمه آتش‌سوزی خطرات غیرصنعتی (موضوع جداول ضمیمه شماره ۲ آیین‌نامه شماره ۲۵ شورای عالی بیمه) برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۱۷ (ب) ۱۵

ج) ۱۰ (د) ۲۹

۹۹. کارمزد بیمه باربری کالاهای وارداتی برای نمایندگان حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۱۲

ج) ۵ (د) ۶

۱۰۰. کارمزد بیمه باربری کالاهای وارداتی برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۱۲

ج) ۵ (د) ۶

۱۰۱. کارمزد بیمه باربری کالاهای داخلی و صادراتی برای نمایندگان حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۱۲

ج) ۱۵ (د) ۱۷

۱۰۲. کارمزد بیمه باربری کالاهای داخلی و صادراتی برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۱۲

ج) ۱۵ (د) ۱۷

۱۰۳. کارمزد بیمه باربری به نفع بانک برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۵ (ب) ۶

ج) ۷ (د) ۱۰

۱۰۴. کارمزد بیمه باربری به نفع بانک برای نمایندگان حقیقی درصد است.

الف) ۵ (ب) ۶

ج) ۷ (د) ۱۰

۱۰۵. کارمزد بیمه بدنه وسایل نقلیه سواری برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۱۲

ج) ۷ (د) ۹

۱۰۶. کارمزد بیمه بدنه وسایل نقلیه موتوری بارکش برای نمایندگان حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۷

ج) ۹ (د) ۱۲

۱۰۷. کارمزد بیمه بدنه وسایل بارکش برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۷

ج) ۹ (د) ۱۲

۱۰۸. کارمزد بیمه بدنه اتوبوس - مینی‌بوس برای نمایندگان حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۶ (ب) ۸

ج) ۷ (د) ۹

۱۰۹. کارمزد بیمه بدنه اتوبوس - مینی‌بوس برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۶ (ب) ۸

ج) ۷ (د) ۹

۱۱۰. کارمزد سایر انواع بیمه مسئولیت (به جز مسئولیت کشتی و هواپیما) برای نمایندگان حقیقی درصد است.

الف) ۴

ب) ۵

ج) ۲۵

د) ۲۹

۱۱۱. کارمزد سایر انواع بیمه مسئولیت (به جز مسئولیت کشتی و هواپیما) برای شرکت نمایندگان بیمه درصد است.

الف) ۴

ب) ۵

ج) ۲۵

د) ۲۹

۱۱۲. کارمزد بیمه حوادث انفرادی برای نمایندگان حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۲۸

ب) ۳۲

ج) ۲۵

د) ۲۹

۱۱۳. کارمزد بیمه حوادث انفرادی برای شرکت نمایندگان بیمه درصد است.

الف) ۲۸

ب) ۳۲

ج) ۲۵

د) ۲۹

۱۱۴. کارمزد بیمه حوادث گروهی برای نمایندگان حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۲۸

ب) ۳۲

ج) ۲۵

د) ۲۹

۱۱۵. کارمزد بیمه حوادث گروهی برای شرکت نمایندگان بیمه درصد است.

الف) ۲۸

ب) ۳۲

ج) ۲۵

د) ۲۹

۱۱۶. کارمزد بیمه درمان انفرادی برای نمایندگان حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۱۵

ب) ۱۷

ج) ۱۰

د) ۱۲

۱۱۷. کارمزد بیمه درمان انفرادی برای شرکت نمایندگان بیمه درصد است.

الف) ۱۵

ب) ۱۷

ج) ۱۰

د) ۱۲

۱۱۸. کارمزد بیمه درمان گروهی برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.
- الف) ۱۵
ب) ۱۷
ج) ۱۰
د) ۱۲
۱۱۹. کارمزد بیمه درمان گروهی برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.
- الف) ۱۵
ب) ۱۷
ج) ۱۰
د) ۱۲
۱۲۰. کارمزد بیمه پول در صندوق و گردش برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.
- الف) ۱۵
ب) ۱۷
ج) ۱۰
د) ۲۰
۱۲۱. کارمزد بیمه پول در صندوق و گردش برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.
- الف) ۱۵
ب) ۱۷
ج) ۱۰
د) ۲۰
۱۲۲. کارمزد بیمه صداقت و امانت برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.
- الف) ۱۵
ب) ۱۰
ج) ۱۷
د) ۲۰
۱۲۳. کارمزد بیمه صداقت و امانت برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.
- الف) ۱۵
ب) ۱۰
ج) ۱۷
د) ۲۰
۱۲۴. کارمزد بیمه تمام خطر مقاطعه کاری برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.
- الف) ۱۰
ب) ۱۲
ج) ۱۵
د) ۱۷
۱۲۵. کارمزد بیمه تمام خطر نصب برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.
- الف) ۱۰
ب) ۱۲
ج) ۱۵
د) ۱۷
۱۲۶. کارمزد بیمه شکست ماشین‌آلات برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.
- الف) ۱۰
ب) ۱۲
ج) ۱۵
د) ۱۷

۱۲۷. کارمزد بیمه تمام خطر مقاطعه کار برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.
- الف) ۱۰ (ب) ۱۲
ج) ۱۵ (د) ۱۷
۱۲۸. کارمزد بیمه تمام خطر نصب برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.
- الف) ۱۰ (ب) ۱۲
ج) ۱۵ (د) ۱۷
۱۲۹. کارمزد بیمه شکست ماشین‌آلات برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.
- الف) ۱۰ (ب) ۱۲
ج) ۱۵ (د) ۱۷
۱۳۰. کارمزد بیمه عدم‌النفع (به‌صورت مستقل) برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.
- الف) ۱۰ (ب) ۱۲
ج) ۱۵ (د) ۱۷
۱۳۱. کارمزد بیمه عدم‌النفع (به‌صورت مستقل) برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.
- الف) ۱۰ (ب) ۱۲
ج) ۱۵ (د) ۱۷
۱۳۲. کارمزد بیمه بدنه و مسئولیت کشتی برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.
- الف) ۳ (ب) ۳/۵
ج) ۲۰ (د) ۲۳
۱۳۳. کارمزد بیمه بدنه و مسئولیت هواپیما برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.
- الف) ۵/۳ (ب) ۱۷
ج) ۲۰ (د) ۲۳
۱۳۴. کارمزد بیمه بدنه و مسئولیت کشتی برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.
- الف) ۳ (ب) ۵/۳
ج) ۲۰ (د) ۲۳

۱۳۵. کارمزد بیمه بدنه و مسئولیت هواپیما برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۵ (ب) ۳

ج) ۲۰ (د) ۲۳

۱۳۶. کارمزد بیمه دام و طیور برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۳ (ب) ۳/۵

ج) ۲۰ (د) ۲۳

۱۳۷. کارمزد بیمه پرورش زنبور عسل برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۳ (ب) ۳/۵

ج) ۲۰ (د) ۲۳

۱۳۸. کارمزد بیمه آبریزان برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۳ (ب) ۳/۵

ج) ۲۰ (د) ۲۳

۱۳۹. کارمزد بیمه دام و طیور برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۳ (ب) ۳/۵

ج) ۲۰ (د) ۲۳

۱۴۰. کارمزد بیمه پرورش زنبور عسل برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است؟

الف) ۳ (ب) ۳/۵

ج) ۲۰ (د) ۲۳

۱۴۱. کارمزد بیمه آبریزان برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۳ (ب) ۳/۵

ج) ۲۰ (د) ۲۳

۱۴۲. کارمزد بیمه اکتشاف و استخراج نفت و گاز برای نماینده حقیقی بیمه درصد

است.

الف) ۵ (ب) ۶

ج) ۱۰ (د) ۱۲

۱۴۳. کارمزد بیمه اکتشاف و استخراج نفت و گاز برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۵ (ب) ۶

ج) ۱۰ (د) ۱۲

۱۴۴. کارمزد بیمه دزدی با شکست حرز (به صورت مستقل) برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۵ (ب) ۶

ج) ۱۰ (د) ۱۲

۱۴۵. کارمزد بیمه دزدی با شکست حرز (به صورت مستقل) برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۵ (ب) ۶

ج) ۱۰ (د) ۱۲

۱۴۶. کارمزد بیمه شکست شیشه (به صورت مستقل) برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۱۲

ج) ۵ (د) ۶

۱۴۷. کارمزد بیمه شکست شیشه (به صورت مستقل) برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۱۲

ج) ۵ (د) ۶

۱۴۸. کارمزد بیمه مرهونات به نفع بانک برای نماینده حقیقی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۱۲

ج) ۵ (د) ۶

۱۴۹. کارمزد بیمه مرهونات به نفع بانک برای شرکت نمایندگی بیمه درصد است.

الف) ۱۰ (ب) ۱۲

ج) ۵ (د) ۶

۱۵۰. طبق آیین‌نامه شماره ۸۳ شورای عالی بیمه کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح است؟

- الف) پرداخت هرگونه کارمزد بیش از میزان ذکرشده در آیین‌نامه شماره ۸۳ مجاز است.
- ب) پرداخت هرگونه کارمزد بیش از میزان ذکرشده در آیین‌نامه شماره ۸۳ غیرمجاز و ممنوع است.
- ج) مؤسسات بیمه مجاز به پرداخت کارمزد به نمایندگان و دلالان رسمی بیمه نیستند.
- د) هزینه صدور قابل پرداخت برای رشته بیمه مسئولیت شخص ثالث اجباری و مازاد اختیاری آن و حوادث راننده حداکثر معادل ۷ درصد است.

۱۵۱. به موجب آیین‌نامه شماره ۸۳ شورای عالی بیمه کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح است؟

- الف) مؤسسات بیمه مجاز به پرداخت کارمزد به‌جز به نمایندگان و دلالان رسمی بیمه نمی‌باشند.
- ب) مؤسسات بیمه مجاز به پرداخت کارمزد به نمایندگان و دلالان رسمی بیمه می‌باشند.
- ج) حداکثر کارمزد قابل پرداخت به دلالان رسمی بیمه که به‌صورت شخصی حقوقی فعالیت می‌کنند معادل ۸۰ درصد کارمزد نماینده حقوقی است.
- د) کارمزد قابل پرداخت برای بیمه‌های خطر فوت ساده زمانی جمعی با حق بیمه سالانه، حداکثر ۱۵ درصد حق بیمه وصولی است.

۱۵۲. تخفیف در میزان حق بیمه در مورد بیمه‌هایی که مستقیماً و بدون دخالت دلالان

رسمی بیمه یا نماینده بیمه انجام می‌شود

- الف) به هر صورت ممنوع است.
- ب) با جلب موافقت بیمه مرکزی ج.ا.م مجاز است.
- ج) با جلب موافقت سندیکای بیمه‌گران ایران مجاز است.
- د) همواره امکان‌پذیر است.

۱۵۳. کارمزد قابل پرداخت برای تحصیل انواع مختلف بیمه‌های زندگی با حق بیمه یکجا

به‌جز بیمه‌های خطر فوت ساده زمانی، درصد حق بیمه است.

الف) ۲ (ب) ۵

ج) ۷ (د) ۱۰

۱۵۴. در بیمه‌های زندگی، مؤسسات بیمه می‌توانند جز در موارد بیمه‌های با حق بیمه یکجا حداکثر درصد حق بیمه را بابت هزینه وصول حق بیمه به نمایندگان بیمه و یا دلالتان رسمی بیمه و یا مأمورین وصول پرداخت نمایند.

- الف) ۲
ب) ۳
ج) ۵
د) ۷

۱۵۵. شرکت‌های بیمه موظفند هزینه صدور و کارمزد نمایندگان بیمه و دلالتان رسمی بیمه را با رعایت کدامیک از نصاب‌های زیر محاسبه و پرداخت نمایند؟

- الف) کارمزد هر بیمه‌نامه باتوجه به مقدار حق بیمه تا دو هزار و پانصد میلیون ریال حق بیمه، حداکثر صددرصد کارمزد مصوب
ب) بیش از دو هزار و پانصد میلیون ریال تا پنج هزار میلیون ریال حق بیمه، حداکثر ۷۰ درصد کارمزد مصوب نسبت به حق بیمه مازاد
ج) بیش از پنج هزار میلیون ریال تا ده هزار میلیون ریال حق بیمه، حداکثر ۵۰ درصد کارمزد مصوب نسبت به حق بیمه مازاد
د) بیش از ده هزار میلیون ریال حق بیمه، حداکثر ۳۰ درصد کارمزد مصوب نسبت به حق بیمه مازاد

۱۵۶. شرکت‌های بیمه موظف‌اند هزینه صدور و کارمزد نمایندگان بیمه و دلالتان رسمی بیمه را با رعایت کدامیک از نصاب‌های زیر محاسبه و پرداخت نمایند؟

- الف) هزینه صدور هر بیمه‌نامه باتوجه به مقدار حق بیمه تا پانصد میلیون ریال حق بیمه حداکثر ۵۰ درصد هزینه صدور مصوب
ب) بیش از ده هزار میلیون ریال حق بیمه، حداکثر ۱۰ درصد کارمزد مصوب نسبت به حق بیمه مازاد
ج) بیش از دو هزار و پانصد میلیون ریال تا پنج هزار میلیون ریال حق بیمه حداکثر ۲۰ درصد هزینه صدور مصوب نسبت به حق بیمه مازاد
د) بیش از پنج هزار میلیون ریال حق بیمه، حداکثر ۱۰ درصد هزینه صدور مصوب نسبت به حق بیمه مازاد

۱۵۷. نماینده فروش بیمه‌های زندگی مجاز به صدور انواع بیمه‌نامه عمر

الف) می‌باشد.

ب) نمی‌باشد.

ج) از طریق هر یک از کارگزاران بیمه می‌باشد.

د) به نمایندگی از طرف هر یک از مؤسسات بیمه می‌باشد.

۱۵۸. کدام گزینه صحیح است؟

کلیه عرضه‌کنندگان بیمه موظفند

الف) هرگونه تغییر آدرس خود را در اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته به اطلاع بیمه‌گذاران برساند.

ب) هرگونه تغییر در پوشش‌های بیمه‌ای را با رعایت صلاح‌دید و شرایط بیمه‌نامه از طریق صدور الحاقی انجام دهند.

ج) در صورت درخواست بیمه‌گذار برای صدور بیمه‌نامه المثنی، پس از اخذ استعلام از مراجع قضائی، اقدام نمایند.

د) هیچ‌کدام

۱۵۹. پروانه نمایندگی فروش بیمه‌های زندگی با رعایت الزامات کدام آئین‌نامه صادر می‌شود؟

الف) آئین‌نامه ۵۴ (ب) آئین‌نامه ۹۶

ج) آئین‌نامه ۹۲ (د) آئین‌نامه ۷۵

۱۶۰. پروانه نمایندگی فروش بیمه‌های زندگی در آغاز فعالیت تا چند سال اعتبار دارد؟

الف) ۵ سال (ب) ۳ سال

ج) حداکثر ۳ سال (د) نامحدود

۱۶۱. براساس آئین‌نامه ۹۶ کارمزد نماینده فروش بیمه‌های زندگی به چه میزان تعیین شده است؟

الف) حداکثر ۷۰٪ میزان کارمزد نمایندگان حقیقی در آئین‌نامه ۸۳

ب) معادل کارمزد نماینده حقیقی در آئین‌نامه ۸۳

ج) هزینه صدور به‌علاوه ۷۰٪ میزان کارمزد نمایندگان حقیقی در آئین‌نامه ۸۳

د) حداقل ۷۰٪ میزان کارمزد نمایندگان حقیقی در آئین‌نامه ۸۳

۱۶۲. کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح نیست؟

- الف) نماینده فروش بیمه‌های زندگی باید تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران را داشته باشد.
- ب) نماینده فروش بیمه‌های زندگی باید اعتقاد به ادیان رسمی کشور داشته باشد.
- ج) نماینده فروش بیمه‌های زندگی باید حداقل دارای مدرک کارشناسی باشد.
- د) نماینده فروش بیمه‌های زندگی نباید سوء پیشینه و محکومیت کیفری مؤثر داشته باشد.

۱۶۳. هیات رسیدگی به اختلاف نماینده فروش بیمه‌های زندگی و شرکت بیمه مرکب از

- الف) نماینده بیمه مرکزی ج.ا.ایران و نماینده منتخب انجمن‌های صنفی نمایندگان بیمه می‌باشد.
- ب) سه نفر شامل نماینده بیمه مرکزی ج.ا.ایران، نماینده منتخب سندیکای بیمه‌گران ایران، نماینده منتخب انجمن‌های صنفی نمایندگان بیمه می‌باشد.
- ج) تیم کارشناسی است که هر یک از طرفین یک نفر کارشناس انتخاب و کارشناسان منتخب متفاقی نسبت به تعیین کارشناس سوم اقدام خواهند نمود.
- د) نماینده منتخب بیمه‌گر و نماینده منتخب انجمن‌های صنفی نمایندگان بیمه می‌باشد.

۱۶۴. نماینده فروش بیمه‌های زندگی ملزم به

- الف) اجاره اطاق در دفتر نمایندگی می‌باشد.
- ب) داشتن دفتر مناسب با کاربری اداری یا تجاری است.
- ج) اجاره یک محل مناسب به منظور پاسخگویی به بیمه‌گذاران می‌باشد.
- د) داشتن محل کار نمی‌باشد.

۱۶۵. مسئولیت حفظ اسرار بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و ذی‌نفعان قراردادهای بیمه عمر با چه

شخصی است؟

- الف) بیمه‌گر و نماینده فروش بیمه‌های زندگی
- ب) صرفاً نماینده فروش بیمه‌های زندگی
- ج) مسئولیتی متصور نیست.
- د) کارگزاری که عهده‌دار آموزش نماینده فروش بیمه‌های زندگی، مسئول است.

۱۶۶. نماینده فروش بیمه زندگی مجاز به فروش و عرضه نمی‌باشد.

الف) انواع بیمه‌های زندگی انفرادی اعم از اندوخته‌ای و غیراندوخته‌ای

ب) انواع بیمه‌های عمر اندوخته‌دار

ج) انواع بیمه‌های عمر گروهی

د) انواع بیمه‌های عمرمانده بدهکار انفرادی

۱۶۷. نماینده فروش بیمه موظف است پیشنهاد صدور بیمه‌نامه را طبق نظر مؤسسه بیمه

الف) بررسی و نسبت به صدور اقدام نماید.

ب) به شعب مؤسسه بیمه ارائه نماید.

ج) به نماینده بیمه (موضوع آئین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه) که آموزش، هدایت و کنترل

وی را برعهده دارد ارائه نماید.

د) گزینه ب و ج صحیح است.

۱۶۸. با استناد به آئین‌نامه ۹۶، مسئول پاسخگوئی و جبران هرگونه خسارت مستقیم و یا

غیرمستقیم ناشی از عمد، تقصیر، غفلت یا قصور نماینده فروش بیمه‌های زندگی در رابطه

با عملیات بیمه‌ای موضوع قرارداد نمایندگی در مقابل بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و اشخاص

ثالث چه کسی است؟

الف) نماینده فروش بیمه‌های زندگی

ب) نماینده فروش بیمه‌های زندگی و مؤسسه بیمه به میزان درصد تقصیر

ج) مؤسسه بیمه

د) مسئول پاسخگوئی براساس رأی محاکم قضائی تعیین می‌شود.

۱۶۹. اعطاء پروانه نمایندگی فروش بیمه‌های زندگی انفرادی توسط کدام نهاد انجام می‌شود؟

ب) مؤسسه بیمه

الف) بیمه مرکزی ج.ا. ایران

د) پژوهشکده بیمه

ج) انجمن‌های حرفه‌ای صنعت بیمه

۱۷۰. با استناد به آئین‌نامه ۹۶ نماینده فروش بیمه‌های زندگی باید واجد چه شرایطی باشد؟

الف) دارا بودن حداقل مدرک دیپلم

ب) اعتقاد به ادیان رسمی کشور

ج) نداشتن سوء پیشینه و محکومیت کیفری مؤثر

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۷۱. بیمه مرکزی ج.ا.ایران می‌تواند برگزاری آزمون نمایندگی فروش بیمه‌های زندگی را

.....

الف) به پژوهشکده بیمه، سندیکای بیمه‌گران ایران یا انجمن‌های حرفه‌ای و صنفی مورد تأیید نهاد ناظر واگذار نماید.

ب) به شرکت‌های بیمه واگذار نماید.

ج) از طریق آزمون نمایندگان جنرال و کارگزاران برگزار می‌کند.

د) به مؤسسات آموزش عالی واگذار کند.

۱۷۲. مدت اعتبار قرارداد نماینده فروش بیمه‌های زندگی در آغاز فعالیت نمایندگی است.

الف) معادل مدت اعتبار پروانه نمایندگی فروش می‌باشد.

ب) حداکثر سه سال است.

ج) معادل مدت اعتبار پروانه نمایندگی فروش و حداکثر ۵ سال می‌باشد.

د) گزینه الف و ب صحیح است.

۱۷۳. نماینده فروش بیمه زندگی شخصی است که براساس ضوابط آئین‌نامه در ازای

دریافت مندرج در قرارداد فی‌مابین، مجاز به فروش و عرضه بیمه‌های زندگی به

نمایندگی از مؤسسه بیمه ذی‌ربط می‌باشد.

الف) حقیقی - حق صدور - گروهی ب) حقوقی - کارمزد - انفرادی

ج) حقیقی - کارمزد - انفرادی د) حقیقی - کارمزد - گروهی

۱۷۴. مدت اعتبار قرارداد و پروانه فروش نماینده فروش بیمه زندگی در آغاز فعالیت حداکثر و پس از آن پروانه وی برای دوره‌های حداکثر از سوی مؤسسه بیمه قابل تمدید است

الف) ۱سال - ۳ سال

ب) ۳سال - ۵سال

ج) ۳سال - ۳ سال

د) ۵سال - ۵ سال

۱۷۵. حدود اختیارات و تکالیف متقابل نماینده فروش بیمه‌های زندگی و مؤسسه بیمه چگونه تعیین تکلیف می‌شود؟

الف) براساس آئین‌نامه ۸۳

ب) براساس مصوبات شورای عالی بیمه

ج) در قرارداد نمایندگی فروش

د) با استناد به آئین‌نامه تنظیم امور نمایندگی

۱۷۶. حاکمیت مقررات آتی شورای عالی بیمه بر قرارداد نمایندگی فروش بیمه‌های زندگی چگونه اعمال می‌شود؟

الف) از تاریخ لازم الاجرا شدن مصوبات شورای عالی بیمه، مقررات جدید در قرارداد نماینده اعمال می‌شود.

ب) پس از اتمام دوره قرارداد نمایندگی، مقررات جدید در قرارداد نماینده اعمال می‌شود.

ج) در پایان سال مالی، مقررات جدید در قرارداد نماینده اعمال می‌شود.

د) مقررات جدید در قرارداد صادره با نماینده قابل اعمال نمی‌باشد.

۱۷۷. مؤسسه بیمه مجاز است آموزش، هدایت و کنترل نمایندگان فروش بیمه‌های زندگی را به واگذار نماید.

الف) سندیکای بیمه‌گران ایران

ب) کارگزار رسمی بیمه

ج) پژوهشکده بیمه

د) نماینده بیمه موضوع آئین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه

۱۷۸. بیمه‌نامه‌هایی که به پیشنهاد نماینده فروش صادر می‌شود
الف) پورتنفو نماینده‌ای است که آموزش، هدایت و کنترل نماینده فروش بیمه زندگی را عهده‌دار بوده است.
ب) پورتنفو نماینده فروش است.
ج) پورتنفو غیرمستقیم مؤسسه بیمه است.
د) هیچ‌کدام

۱۷۹. نماینده فروش بیمه زندگی موظف است پیشنهاد بیمه را برای صدور بیمه‌نامه
الف) به نماینده بیمه موضوع آئین‌نامه تنظیم امور نمایندگی که آموزش، هدایت و کنترل وی را برعهده دارد ارایه نماید.
ب) حسب مورد براساس صلاح‌دید به نماینده ناظر یا شعب مؤسسه بیمه ارایه نماید.
ج) به شعب مؤسسه بیمه ارایه نماید.
د) گزینه الف و ج صحیح است.

۱۸۰. چه کسانی نمی‌توانند تحت عنوان نماینده فروش بیمه‌های زندگی فعالیت نمایند؟
الف) نمایندگان بیمه، مدیران و کارکنان آنها
ب) دلالان رسمی بیمه، مدیران و کارکنان آنها
ج) کارکنان و مدیران مؤسسه‌های بیمه و بیمه مرکزی ج.ا.ایران
د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۸۱. نحوه دریافت حق بیمه و واریز به حساب مؤسسه بیمه، چگونه بین مؤسسه بیمه و نماینده فروش بیمه زندگی مورد توافق قرار می‌گیرد؟
الف) در قرارداد نمایندگی فروش
ب) با استناد به آئین‌نامه ۷۵
ج) با استناد به آئین‌نامه ۹۲
د) براساس عرف موجود در صنعت بیمه

۱۸۲. کارمزد نماینده فروش بیمه زندگی به چه میزان است؟

الف) تا ۱۰ درصد کارمزد نمایندگان حقیقی مقرر در آئین‌نامه ۸۳

ب) حداکثر ۳۰ درصد کارمزد نمایندگان حقیقی مقرر در آئین‌نامه ۸۳

ج) حداکثر ۷۰ درصد کارمزد نمایندگان حقوقی مقرر در آئین‌نامه ۸۳

د) حداکثر ۷۰ درصد کارمزد نمایندگان حقیقی مقرر در آئین‌نامه ۸۳

۱۸۳. نماینده فروش بیمه‌های زندگی موظف است دوره آموزش مورد تأیید مؤسسه

بیمه را گذرانده و گواهینامه مربوطه را اخذ نماید.

الف) نظری

ب) نظری و عملی

ج) عملی

د) آکادمیک

۱۸۴. مؤسسه بیمه موظف است مشخصات نمایندگان فروش بیمه زندگی را از طریق کدام

سامانه به بیمه مرکزی ج.ا.ایران اعلام نماید؟

الف) سیماپ

ب) چهارگون

ج) سامانه نظارت و هدایت الکترونیکی بیمه

د) هیچ‌کدام

۱۸۵. کدام‌یک از گزینه‌های زیر در قرارداد نماینده فروش بیمه‌های زندگی الزامی نیست؟

الف) مدت قرارداد

ب) میزان کارمزد پرداختی

ج) موارد لغو و فسخ قرارداد از سوی نماینده فروش و مؤسسه بیمه

د) اعلام شرط داوری

۱۸۶. نماینده فروش بیمه‌های زندگی از انجام کدام‌یک از اقدامات زیر منع شده است؟

الف) رقابت مکارانه و ناسالم با مؤسسه‌های بیمه

ب) رقابت مکارانه و ناسالم با دلان رسمی بیمه و سایر نمایندگان بیمه

ج) اخذ یا انجام نمایندگی برای سایر مؤسسه‌های بیمه در مدت قرارداد نمایندگی

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۸۷. کدامیک از گزینه‌های زیر مصداق تبلیغ گمراه‌کننده بیمه‌ای طبق آیین‌نامه ۷۱ بیمه

مرکزی ج.ا.ا است؟

الف) وعده‌هایی که در شرایط بیمه‌نامه نیست ولی در الحاقیه درج شده است.

ب) وعده‌هایی خارج از پوشش‌های مقرر در بیمه‌نامه‌ها یا فراتر از عملکرد بیمه‌گر ارائه دهد.

ج) وعده‌هایی که سبب شفافیت در محصولات بیمه‌ای می‌شود.

د) وعده‌هایی که با قوانین و مقررات بیمه‌ای و عرف منطبق باشد.

۱۸۸. انجام تبلیغات شرکت بیمه‌گر در صدا و سیما تابع چه شرایطی است؟

الف) نیاز به مجوز بیمه مرکزی ج.ا.ا است.

ب) نیاز به مجوز سندیکای بیمه‌گران است.

ج) فقط نیاز به تأیید شورای تبلیغات است.

د) نیاز به مجوز وزارت امور اقتصادی و دارایی دارد.

۱۸۹. در مواردی که تبلیغ بیمه دارای اشکال فنی یا قانونی باشد وظیفه بیمه مرکزی ج.ا.ا

چیست؟

الف) تغییر تبلیغ

ب) اصلاح تبلیغ

ج) جلوگیری از ادامه انتشار تبلیغ

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۹۰. بیمه‌نامه‌ای به صورت اجباری به بیمه‌گذار فروخته شده است. این بیمه‌نامه

الف) با درخواست بیمه‌گذار فسخ می‌شود.

ب) با یا بدون درخواست بیمه‌گذار فسخ می‌گردد.

ج) با درخواست بیمه‌گذار باطل می‌گردد.

د) با یا بدون درخواست بیمه‌گذار باطل می‌گردد.

۱۹۱. کدامیک از موارد زیر براساس آیین‌نامه ۷۱، وظیفه عرضه‌کننده بیمه است؟

الف) کلیه اطلاعات ضروری برای مقایسه قیمت، مدت و شرایط بیمه‌نامه‌ها را ارائه دهد.

ب) فرم پیشنهاد بیمه را که توسط متقاضی خدمات بیمه تکمیل و امضاء شده دریافت و یک

نسخه را در سوابق خود نگهداری نماید.

ج) بیمه‌نامه صادره را مشتمل بر شرایط عمومی و سایر شرایط به بیمه‌گذار تسلیم نماید.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۹۲. نماینده بیمه‌گر اطلاعات شخصی دریافت شده از متقاضی بیمه را

الف) باید محرمانه تلقی نماید.

ب) باید جهت ارزیابی ریسک مورد استفاده قرار دهد.

ج) باید محافظت نماید.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۹۳. گستردگی مراکز دریافت اعلام خسارت از بیمه‌گذار به چه عاملی وابسته است؟

الف) تعداد بیمه‌شدگان

ب) گستردگی جغرافیایی تحت پوشش بیمه‌نامه

ج) نوع بیمه‌نامه

د) گزینه الف و ج صحیح است.

۱۹۴. حداکثر مهلت تعیین‌شده برای ارزیابی خسارت پس از دریافت کلیه مدارک مورد نیاز

..... روز است.

الف) ۴۰ (ب) ۵۰

ج) ۳۰ (د) ۶۰

۱۹۵. حداکثر مهلت تعیین‌شده برای پرداخت خسارت پس از قبول خسارت روز است.

الف) ۱۰ (ب) ۱۵

ج) ۳۰ (د) ۶۰

۱۹۶. در یکی از بیمه‌نامه‌های زندگی که بیمه‌شده فوت نموده و سرمایه فوت قابل پرداخت

است، با وجود گذشت ۳۰ روز ذی‌نفعان هنوز شناسایی نشده‌اند. وظیفه بیمه‌گر چیست؟

الف) اطلاع‌رسانی به روش کارا و مؤثر

ب) انتظار جهت تعیین ذی‌نفع از سوی بیمه‌گذار

ج) مزایای قابل پرداخت را در یکی از بانک‌ها با هدف پرداخت سود به نفع ذی‌نفع،

سرمایه‌گذاری کند.

د) گزینه الف و ج صحیح است.

۱۹۷. اطلاع‌رسانی در خصوص کدام‌یک از جنبه‌های زیر وظیفه بیمه‌گر نیست؟

الف) فرآیند رسیدگی به شکایات

ب) نحوه رسیدگی به شکایت در خصوص خسارت قابل پرداخت

ج) نحوه وقوع حادثه به افکار عمومی

د) گزینه الف و ب صحیح است.

۱۹۸. در صورت عدم رسیدگی به شکایت بیمه‌شدگان یا بیمه‌گذاران در شرکت بیمه، توصیه

شما طبق آیین‌نامه ۷۱ بیمه مرکزی ج.ا.ا چیست؟

الف) ارجاع پرونده به محاکم قضایی ب) ارجاع پرونده به داور

ج) ارجاع پرونده به کارشناسان رسمی د) ارجاع پرونده به بیمه مرکزی ج.ا.ا

۱۹۹. بیمه مرکزی ج.ا.ا در خصوص یک پرونده شکایتی که از سوی بیمه‌گذار مطرح شده

است رأی صادر کرده است. کدام یک از گزینه‌های زیر در این خصوص صحیح است؟

الف) رأی صادره فقط برای شرکت بیمه لازم‌الاجرا است.

ب) رأی صادره فقط برای بیمه‌گذار لازم‌الاجرا است.

ج) رأی صادره برای بیمه‌گر و بیمه‌گذار لازم‌الاجرا است.

د) رأی صادره برای بیمه‌گر و بیمه‌گذار لازم‌الاجرا نیست.

۲۰۰. در صورت قصور و یا تخلف در اجرای آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران،

بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها، بیمه مرکزی ج.ا.ا حسب مورد و متناسب با قصور یا

تخلف مربوطه می‌تواند

الف) به دلال رسمی بیمه تذکر کتبی دهد یا دستور تذکر به نماینده بیمه توسط شرکت بیمه

ذی‌ربط بدهد.

ب) پیشنهاد تعلیق فعالیت شرکت بیمه در یک یا چند رشته بیمه‌ای معین را به شورای عالی بیمه بدهد.

ج) پروانه دلال رسمی بیمه را لغو کند یا دستور لغو پروانه نمایندگی بیمه توسط شرکت بیمه را بدهد.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۰۱. گزارشات مربوط به شکایت بیمه‌گذاران از نمایندگان یا کارگزاران هر یک‌بار

باید به بیمه مرکزی ج.ا.ا گزارش شود.

الف) سه ماه ب) شش ماه

ج) نه ماه د) دوازده ماه

۲۰۲. طبق آیین نامه ۷۱ بیمه مرکزی ج.ا.ا دریافت خسارت توسط بیمه‌گذاران

الف) فقط در برخی مراکز پرداخت خسارت بیمه‌گر امکان‌پذیر است.

ب) در کلیه مراکز پرداخت خسارت بیمه‌گر امکان‌پذیر است.

ج) فقط در مراکز پرداخت خسارت انتخاب‌شده توسط بیمه‌گذار امکان‌پذیر است.

د) فقط در شعبه صادرکننده بیمه‌نامه امکان‌پذیر است.

۲۰۳. درخصوص اطلاع‌رسانی شفاف و صحیح در بیمه‌نامه‌ها کدام‌یک از گزینه‌های زیر

صحیح نیست؟

الف) مسئولیت درج اطلاعات صحیح در بیمه‌نامه امضاءشده برعهده بیمه‌گر است.

ب) در موارد دارای ابهام یا تفاسیر متفاوت در بیمه‌نامه امضاءشده، موضوع به نفع بیمه‌گر تفسیر می‌شود.

ج) در موارد دارای ابهام یا تفاسیر متفاوت در بیمه‌نامه امضاءشده، موضوع به نفع بیمه‌گذار

تفسیر می‌شود.

د) در صورت درخواست بیمه‌گذار یا الزام قانونی، بیمه‌گر موظف است هرگونه تغییر در

پوشش بیمه‌ای یا تغییر در شرایط بیمه‌نامه را پس از طی مراحل قانونی با صدور الحاقیه در

اسرع وقت و حداکثر طی یک هفته به انجام برساند.

۲۰۴. کدام‌یک از موارد زیر مصداق فروش اجباری بیمه‌نامه توسط نمایندگی است؟

الف) فروش بیمه‌نامه بدون تقاضا و تمایل بیمه‌گذار

ب) فروش بیمه‌نامه بدون تکمیل کردن فرم پیشنهاد

ج) فروش بیمه‌نامه شخص ثالث جدید در زمان انقضاء بیمه‌نامه قبلی و صرفاً با ارثه بیمه‌نامه قبلی

د) فروش بیمه‌نامه پس از تکمیل کردن فرم پیشنهاد توسط بیمه‌گذار

۲۰۵. در بیمه‌نامه صادرشده توسط بیمه‌گر، میان شرایط عمومی و شرایط اختصاصی

بیمه‌نامه تعارض وجود دارد. در این صورت

الف) بیمه‌نامه باطل است.

ب) بیمه‌نامه باید فسخ و مجدداً صادر گردد.

ج) شرایط اختصاصی بر شرایط عمومی مقدم است.

د) بیمه‌نامه ادامه می‌یابد و شرایط عمومی بر شرایط اختصاصی ارجحیت دارد.

۲۰۶. براساس آیین‌نامه ۷۱، عرضه‌کننده بیمه شامل است.

الف) مؤسسه بیمه

ب) کارگزار

ج) نماینده بیمه

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۰۷. براساس آیین‌نامه ۷۱، مؤسسات بیمه موظفند یک نمونه از هر تبلیغ منتشرشده توسط

نمایندگان خود را برای مدت حداقل سال نگهداری نمایند.

الف) دو

ب) سه

ج) چهار

د) پنج

۲۰۸. براساس آیین‌نامه ۷۱، عرضه‌کننده موظف است در وب سایت یا پورتال خود

کدام یک از موارد زیر را درج نماید؟

الف) نام ثبت شده

ب) لوگو

ج) شماره مجوز

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۰۹. در صورت فروش اجباری بیمه، شرکت بیمه موظف است

الف) در صورت درخواست نماینده، بیمه‌نامه را فسخ نماید.

ب) در صورت درخواست بیمه‌گذار، بیمه‌نامه را فسخ نماید.

ج) در صورت درخواست بیمه‌گذار، بیمه‌نامه را باطل و حق بیمه‌های دریافتی را عیناً مسترد نماید.

د) در حق بیمه سال بعد ۵۰ درصد تخفیف دهد.

۲۱۰. براساس آیین‌نامه ۷۱، مؤسسه بیمه موظف است کدام یک از موارد زیر را در

بیمه‌نامه‌های زندگی درج نماید؟

الف) حداکثر مهلت زمانی انجام تعهدات بیمه‌گر

ب) ضوابط اعطای وام و نرخ سود آن

ج) تعریف عبارات و واژه‌های به کار رفته در بیمه‌نامه

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۱۱. براساس آیین‌نامه ۷۱، مؤسسه بیمه موظف است کدامیک از موارد زیر را در

بیمه‌نامه‌های غیرزندگی درج نماید؟

- (الف) حداکثر تعهد بیمه‌گر در هر حادثه و در مدت بیمه
- (ب) موقعیت مکانی اموال منقول و غیرمنقول یا منافع تحت پوشش بیمه‌نامه با ذکر ارزش هر یک یا محدوده جغرافیایی پوشش بیمه‌نامه
- (ج) سهم بیمه‌گذار از هر خسارت
- (د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۱۲. اخذ رضایت‌نامه توسط شرکت‌های بیمه برای پرداخت خسارت

(الف) صرفاً براساس متن نمونه رضایت‌نامه‌ای خواهد بود که توسط بیمه مرکزی ج.ا.ا تهیه و ابلاغ می‌شود.

- (ب) توسط خود شرکت بیمه مربوطه طراحی می‌شود.
- (ج) توسط سندیکای بیمه‌گران ایران طراحی می‌شود.
- (د) توسط انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه طراحی می‌شود.

۲۱۳. درخصوص شکایات بیمه‌گذاران از نمایندگان و کارگزاران بیمه، شرکت‌های بیمه موظفند مستندات و مدارک مربوط به کدامیک از گزینه‌های زیر را برای بیمه مرکزی ج.ا.ا ارسال نمایند؟

- (الف) تعداد شکایت‌های دریافتی از هر نماینده یا کارگزار
- (ب) تعداد شکایت‌های رسیدگی شده
- (ج) میزان خسارت یا غرامت پرداختی به شاکیان
- (د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۱۴. کلیه عرضه‌کنندگان بیمه موظفند هرگونه تغییر آدرس خود را در اسرع وقت و حداکثر طی به اطلاع بیمه‌گذاران برسانند.

- (الف) ۱۰ روز
- (ب) ۱۵ روز
- (ج) یک هفته
- (د) دو هفته

۲۱۵. در صورت درخواست بیمه‌گذار برای صدور بیمه‌نامه المثنی، بیمه‌گر موظف است حداکثر طی نسبت به صدور بیمه‌نامه المثنی با لحاظ سوابق بیمه‌گذار اقدام نماید.

الف) یک هفته

ب) دو هفته

ج) ۳ روز

د) ۱۰ روز

۲۱۶. براساس آیین‌نامه ۷۱، بیمه مرکزی ج.ا.ا مراتب لغو پرواز شرکت بیمه و اطلاعاتی که از لحاظ منافع بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها لازم باشد را

الف) به هزینه شرکت بیمه در روزنامه رسمی کشور آگهی می‌نماید.

ب) به هزینه شرکت بیمه در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار آگهی می‌نماید.

ج) به هزینه بیمه مرکزی ج.ا.ا در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار آگهی می‌نماید.

د) گزینه الف و ب صحیح است.

فصل هفتم: بازاریابی بیمه

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل خوانندگان باید بتوانند:

- بازاریابی را تعریف کنند.
- در مورد بازاریابی بیمه توضیح دهند.
- روش‌های مختلف بازاریابی بیمه را ذکر کنند و در مورد هر یک به اختصار توضیح دهند.
- ده اشتباه رایج در بازاریابی را نام ببرند.
- شیوه‌های صرفه‌جویی در بازاریابی را برشمارند.
- در مورد اصطلاح آمیخته بازاریابی توضیح دهند.
- دیدگاه‌های موجود درباره فعالیت بازاریابی را نام ببرند و هر یک را به اختصار توضیح دهند.
- مشکلات بازاریابی در ایران را ذکر کنند.

بخش اول:

تعریف بازاریابی و بررسی بازاریابی بیمه در ایران^۱

۱- مقدمه

تعریف‌های متفاوتی از بازاریابی ارائه می‌شود اما به گفته یکی از اساتید مطرح دانش بازاریابی جهان و پدر بازاریابی مدرن در این رشته، فیلیپ کاتلر^۲، بازاریابی فعالیتی انسانی در جهت ارضای نیازها و خواسته‌ها از طریق فرآیند مبادله است. حال در اینجا می‌توان کلمات کلیدی این جمله را مورد مطالعه قرار داد. در ابتدا نیاز و خواسته را بررسی می‌کنیم. نیاز، حالت محرومیت از چیزی در فرد است که آرامش وی را بر هم می‌زند و او برای برطرف کردن آن انگیزه پیدا می‌کند، ما با نیازهای بی‌شماری در زندگی روبرو هستیم که ما را وادار به تلاش می‌کنند و بازاریابی سعی بر برطرف کردن این نیازها با کمترین سختی دارد. خواسته اما، تمایلی است که پس از نیاز به وجود می‌آید، در واقع میل به برطرف کردن نیاز است. مثلاً یک نفر آمریکایی وقتی به غذا احتیاج دارد، خواستار یک همبرگر، سیب‌زمینی و یک کوکاکولا می‌شود که این نیازها ممکن است در جامعه‌ای دیگر به‌گونه‌ای کاملاً متفاوت تأمین شوند. در واقع نیازهای بشر محدودند ولی خواسته‌های آنها بسیار زیاد؛ نیازها ایجاد کردنی نبوده و در نهاد انسان‌ها وجود دارند ولی خواسته‌های متفاوت را می‌توان به‌عنوان راه‌های گوناگون برطرف کردن نیازها، ایجاد کرد.

محصول، زائیده نیاز و خواسته‌های انسانی است؛ به‌عبارت‌دیگر محصول، عبارت از چیزی است که قادر به ارضای یک خواسته باشد و نیاز، بیان‌کننده حالت محرومیتی است که فرد احساس می‌کند. این محرومیت آرامش آدمی را برهم می‌زند و در او شوقی برای برطرف‌کردنش به‌وجود می‌آورد.

سپس نوبت به مبادله می‌رسد. توجه به این حقیقت که بشر دارای نیازها و خواسته‌هایی است و محصولاتی هم هستند که قادر به ارضای آن هستند و این در تعریف بازاریابی الزامی است، اما کافی نیست.

۱. سبزی، حسن‌زاده و بهادر، ۱۳۹۱؛ میرزایی مقدم، جهانی و ملاجان، ۱۳۹۱؛ حسن‌زاده، حسینی و آزادبخت، ۱۳۹۱.

بازاریابی از زمانی آغاز می‌شود که فرد تصمیم می‌گیرد نیازها و خواسته‌هایش را از طریق فرآیند خاصی که آن را مبادله می‌نامیم، ارضا کند. مبادله، یکی از چهار انتخابی است که فرد می‌تواند برای ارضای نیازهای خود از آن استفاده کند. اولین انتخاب، خود تولیدی است که نیازی به ارتباط با دیگران ندارد، نه بازاری وجود دارد و نه معامله‌ای. دومین انتخاب فرد، استعانت از دیگران و درخواست کمک است. سومین انتخاب، اعمال زور است؛ می‌توان با دزدی غذا را از چنگ دیگری درآورد. گزینه آخر مبادله است، فرد گرسنه به کسی که غذا را در اختیار دارد چیزی می‌دهد و در ازای آن غذا می‌گیرد و نیاز خود را برطرف می‌کند (مدیریت بازاریابی) و در مورد آخر است که بازاریابی برای خود جایی را باز می‌کند. بازاریابی مهم‌ترین کاری است که در تجارت اتفاق می‌افتد حتی اگر کلمه بازاریابی در کنار اسم شغل به طور غیر مستقیم نیامده باشد. به عنوان مثال کارمند بانکی را در نظر بگیرید که با رفتار سرد و غیرمحترمانه خود سبب می‌شود که شما حتی شعبه بانک خود را عوض کنید و نیز عکس این موضوع را تصور کنید که کارمند بانکی با رفتار حساب‌شده و دقیق و محترمانه خود شما را تشویق به این می‌کند که مسافت بیشتری را طی کرده ولی کارهای بانکی خود را در آن شعبه انجام دهید. شما در مورد این بانک به تک‌تک اطرافیان خود آگاهی می‌دهید و در نتیجه بازاریابی این کارمند منجر به جذب مشتری‌های بیشتر و در نتیجه جذب سرمایه مالی بیشتری برای این شعبه می‌شود. موردی که در اینجا ذکر شد در مورد مشاغلی بود که به طور مستقیم با بازاریابی در ارتباط نیستند، درحالی که در مورد مشاغل خدماتی به خصوص بیمه، موضوع به طور کل فرق می‌کند؛ زیرا بیمه یعنی بازاریابی و نه فروش به تنهایی.

۲- روش‌های مختلف بازاریابی بیمه

۲-۱- بروشور و تبلیغات و دیگر مطالب چاپی

اغلب بازاریاب‌ها بیشتر از هر چیز دیگری برای تبلیغات چاپی هزینه می‌کنند. تبلیغات چاپی - که با سایر رسانه‌های بازاریابی نیز هماهنگی دارد- را می‌توان برای پشتیبانی فروش شخصی استفاده کرد. کاتالوگ‌ها^۱ و بروشورها^۲ برای بالابردن فروش است پس باید به این نکته توجه خاصی داشته باشید که وقتی افراد برای خرید می‌آیند چه چیزی می‌بینند؟! بروشورهایی که برای طراحی آماده

می‌شوند باید با طرح و موضوع کالا یا خدماتی که شما آن را می‌فروشید هماهنگی داشته باشند. معمولاً مطالب چاپی دارای این قسمت‌ها هستند:

- عنوان؛ حروف چاپی درشتی که بیش از هر قسمت دیگری توجه را جلب می‌کند و معمولاً در بالای صفحه است؛

- عنوان فرعی؛ افزوده‌ای اختیاری که می‌تواند در حکم‌دادن اطلاعات جزئی بیشتر به مشتری باشد.

- متن یا بدنه آگهی، متن اصلی که با اندازه‌ای قابل خواندن چاپ می‌شود و مشابه اندازه‌ای است که در چاپگر برای متن اصلی کتاب یا مجله استفاده می‌شود.

- عنصر بصری؛ عکس یا تصویری که بیانی تصویری ایجاد می‌کند. این تصویر ممکن است کانون اصلی آگهی یا دیگر مطالب چاپی باشد. این تصویر نیز اختیاری است؛

- زیرنویس؛ متن الحاقی به تصویر برای توضیح یا بحث در مورد آن. معمولاً زیرنویس را زیر تصویر می‌آورند اما می‌توان آن را در دو طرف یا حتی داخل تصویر آورد؛

- مارک تجاری؛

- امضا؛

- نسخه تجاری نام شرکت؛ اغلب مسئولان تبلیغات از طرح لوگویی^۱ استفاده می‌کنند که نام یک مارک را با حروفی و قالبی متمایز معرفی کند. امضا یا معادل نوشتاری مشخصه بصری علامت تجاری است.

۲-۲- تابلوهای آگهی خیابانی و پلاکاردها و علائم

تبلیغ در فضای آزاد شامل انواع متفاوتی از تبلیغ است. مشخص‌ترین اما نه لزوماً مهم‌ترین آنها تابلوها و پوستره‌های^۲ بزرگ و تابلوهای کنار جاده هستند. پرچم‌ها و پلاکاردها^۳ را هم می‌توان در این طبقه قرار داد. در تمام این روش‌ها می‌کوشند پیام را با نمایش عمومی به یک پوستر یا تابلو با طراحی‌های مشابه منتقل کنند. این رسانه از چیزی که به‌نظر می‌رسد مؤثرتر و مهم‌تر است و حتی شرکت‌هایی هستند که کار خود را با این تبلیغات پیش می‌برند. در این

1. Logo
2. Posters
3. Pelakards

روش، تابلوها و اعلان‌ها باید جدای از ارزش کاربردی‌شان (که هدایت مردم به سمت تبلیغ‌کنندگان است)، تصویر و محصول را نیز معرفی کنند.

۲-۳- رادیو و تلویزیون

رادیو و تلویزیون رسانه فوق‌العاده مؤثر و جاافتاده‌ای است. استفاده از این رسانه‌ها، هزینه‌های بسیار بالایی دارد که اکثر شرکت‌های کوچک از پرداخت آن عاجزند یا لاقبل آن را غیرضروری می‌دانند. البته برای شرکت‌های بزرگ پرداخت این هزینه‌ها بسیار منطقی است، اما برای شرکت‌های کوچک هزینه‌ها بسیار سرسام‌آور است. پیشنهاد ما به این شرکت‌ها آگهی دادن در روزنامه‌ها و مجلات مختلف است.

۲-۴- تبلیغات در فضای مجازی

این نوع تبلیغات که امروزه نسبت به قبل رواج چشمگیری یافته است، را می‌توان به‌عنوان یکی از بهره‌ورترین انواع تبلیغات روز دنیا به‌شمار آورد. بهره‌وری این نوع تبلیغات در دو شاخص کارایی (اخذ بیشترین خروجی از کمترین ورودی) و نیز اثربخشی (رسیدن به هدف تبلیغات) تعریف می‌شود. مزیت‌های بزرگ تبلیغات در فضای مجازی فراوان است که از جمله آنها می‌توان به ارزان بودن، سهل بودن، در دسترس بودن، جلب کانون توجه مخاطبین، امکان ایجاد تنوع در تبلیغات، امکان تبلیغ و توزیع توسط خود مشتریان و ... اشاره نمود.

۳- ده اشتباه رایج در بازاریابی

- برای افراد نامناسب بازاریابی نکنید

فروشنندگان بیمه در خیلی از موارد افراد نادرستی را برای فروش انتخاب می‌کنند. افرادی که احتمالاً تمایلی برای خرید محصولشان ندارند و فقط قصد هدر دادن وقت و سرمایه آنها را دارند.

- پول خود را دور نریزید

بسیاری از فروشنندگان بیمه در هنگام رکود، تصمیم به ارائه تخفیف‌های غیرمنطقی و کاهش قیمت می‌گیرند. در بسیاری از موارد این کار نتیجه خوبی ندارد. فروشنندگان وقتی به منحصربه‌فرد بودن طرح خود ایمان دارند، علاقه‌ای به رقابت برسر قیمت ندارند.

- پیش از چاپ ویرایش کنید

اگر نامه، ایمیل و آگهی چاپی شما دارای غلط تایپی باشد، آن را تصحیح کنید، زیرا که مردم این اشتباه به یادشان می‌ماند. پس تأثیر اولیه منفی ایجاد نکنید.

- دائماً ایمیل یا نامه خود را تکرار نکنید

اگر نامه یا ایمیلی برای کسی می‌فرستید بعد از گذشت زمان استاندارد، آن را پیگیری کنید، ولی دوباره آن را برای آن فرد نفرستید.

- خدماتی را پیشنهاد ندهید که قادر به تحویلشان نیستید

فقط به تبلیغ خدمات جدیدی بپردازید که از قبل از استفاده از آن و توانایی خود در تحویل به موقع آن مطمئن باشید.

- از گفتن جمله «ای کاش می‌توانستم» برحذر باشید

هر حرفه‌ای نیازمند تخصص است. هر فردی بهترین عملکرد را زمانی دارد که نزدیک به حیطه تخصصی خود کار کند. پرسه زدن در حیطه‌ای که در آن تخصص ندارید خود را به دردسر انداختن است.

- مراقب برخورد فاقد هویت باشید

هریک از مشتریان شما یک شخص است و تمایل دارد با او مانند یک شخص برخورد شود. ایمیل درست افراد را یاد بگیرد. نام مشتریان خود را به خاطر بسپارید تا در هنگام مکالمه نام آنها را به اشتباه صدا نزنید. سعی کنید تلفظ نام مشتریان را به درستی انجام دهید تا حس خوبی به مشتریان منتقل کنید.

- مشتری را متهم نکنید

سعی کنید با مشتری با عصبانیت صحبت نکنید و همیشه حق را به او بدهید^۱ وگرنه او را از دست خواهید داد.

- از مشتری ناخشنود دوری نکنید

شما طبیعتاً مایلید با کسی که از دستتان ناراحت است دوری کنید، اما این کار را با مشتریان نکنید. حتی اگر شما کار آنها را درست نمی‌دانید، برخورد با مشتریان ناخشنود را اولویت بازاریابی خود بدانید. تا وقتی آنها را راضی و خوشحال نکرده‌اید آنها را رها نکنید.

- بازاریابی را متوقف نکنید

وقتی امور رو به پیشرفت‌اند شاید دلتان بخواهد کمی استراحت کنید و تا حدودی هزینه‌های بازاریابی را کاهش دهید. البته اگر هوادارانی وفادار و شناخته شده داشته باشید، احتمالاً می‌توانید

1. "The Customer is Always Right"

بدون آنکه کاهش چندانی در فروشتان داشته باشد برای مدتی از بازاریابی دست بکشید. اما چه کاهش در فروش مشاهده کنید یا نکنید این توقف به فروش شما لطمه می زند. در تمام اوقات حرکت بازاریابی تان را فعال نگه دارید.

۴- سیزده شیوه صرفه جویی در بازاریابی

- برنامه ریزی برای برنامه ریزی

بیشتر شرکت های تجاری در مورد نیمی از هزینه های بازاریابی شان بدون برنامه عمل می کنند؛ یعنی سرمایه خود را خرج می کنند بدون آنکه بیندیشند این هزینه در کجای طرح بازاریابی شان قرار می گیرد. اگر شما و سازمانتان خود را متعهد کرده اید که بدون دانستن علت و بررسی گزینه های مختلف و ممکن هیچ پولی را صرف بازاریابی نکنید، در آن صورت می توانید از هدر دادن پول خود اجتناب کنید. هر قدر زمان بیشتری صرف تهیه استراتژی و طراحی برنامه خود کنید، بازاریابی تان اثربخش^۱ و بهینه تر خواهد بود.

- هدف قرارداد مخاطب به شکل دقیق

فکر کنید چقدر پول در مورد آگهی هایی هدر می رود که در معرض مشاهده هزاران یا میلیون ها نفر قرار می گیرند، اما فقط بخش کوچکی از این گروه، مخاطبان یا مشتریان احتمالی و بالقوه هستند. برای مخاطب قرارداد مشتریان بالفعل و بالقوه خود به دنبال دقیق ترین و مشخص ترین شیوه باشید.

- محدود کردن قلمرو خود

برای صرف هزینه کمتر و فروش بیشتر بر منطقه کوچک تری از بازار متمرکز شوید. به این صورت به ماهی بزرگی در دریاچه ای کوچک^۲ شبیه می شوید.

- توسعه مرحله به مرحله

برای متمرکز کردن منابع خود می توانید به توسعه مرحله به مرحله پردازید. حتی بزرگ ترین بازاریاب هایی که مخاطبانشان مصرف کننده ها هستند نیز برای متمرکز کردن منابع خود از این استراتژی استفاده می کنند. هر بار محصول جدیدتان را در یک بازار معرفی کنید و پیش از آنکه

به بازار جدید بروید، تأثیر مطلوب خود را در آن بازار بگذارید. شما می‌توانید در یک یا دو بازار، آگهی تبلیغاتی خود را پخش کنید و قبل از هزینه کردن در بازارهای دیگر منتظر عایدات خود شوید.

- کاهش هزینه‌های ثابت

به فکر کاهش هزینه‌های ثابت خود باشید. بیشتر مشتریان به این نکته اهمیت نمی‌دهند که سربرگ نامه‌های شرکت شما دو رنگ باشد یا یک رنگ. بهتر است هزینه‌ها را در جایی صرف‌کنید که در دیدرس مشتری قرار دارد.

- متمرکزسازی منابع

شرکت را بیش از حد گسترش ندهید. فروشندگان و فروشگاه‌ها و بازاریابی مستقیم یا هر کار دیگری در برنامه خود را به مناطق و دوره‌های زمانی مشخصی محدود کنید تا بتوانید از مزایای صرفه‌جویی در مقیاس کار بهره‌مند شوید. فعالیت‌های بازاریابی خود را در مقیاسی انجام دهید که به صرفه باشد.

- متمرکز شدن بر نقطه مشکل‌دار

بر مهم‌ترین حیطه مشکل‌دار در کارتان کاملاً متمرکز شوید و سرمایه بازاریابی‌تان را آنجا هزینه کنید. آنگاه بیشترین بازگشت سرمایه را مشاهده خواهید کرد و این برگشت در قالب افزایش فروش و سود خواهد بود.

- خلاقیت

به شرط برابری شرایط با سایر رقبا، به هر مقداری در بازاریابی خود هزینه کنید، فروش بیشتری خواهید داشت. رقبایی که بزرگ‌ترین برنامه‌های بازاریابی را دارند بیشترین فروش را هم دارند. اما یکی از موارد بسیار مهم این است که با خلاقیت می‌توانید از هزینه بسیار بالا پرهیز کنید. هر ساله مواردی از آگهی‌های تبلیغاتی را می‌بینیم که بیشترین میزان اثربخشی را با کمترین هزینه دارند. این همان بهره‌وری است که بیشتر در مورد تبلیغات در فضای مجازی اشاره شد. لزوم وجود خلاقیت از طرف دیگر، برای تبلیغات در صنعت بیمه نسبت به سایر صنایع بیشتر جلوه می‌کند. چراکه جامعه هدف ما در صنعت بیمه آگاهی بسیار کمتری نسبت به سایر صنایع دارند. وجود خلاقیت می‌تواند در ورود شوک به جامعه هدف، جلب توجه و حتی ایجاد خواسته‌های جدید جهت رفع نیازهای موجود به یاری بازاریابان صنعت بیمه بیاید.

- شناخت نقطه درخشش خود

چیزی که بیشتر از همه شما را نزد مشتریان جذاب می‌کند این است که اگر نمی‌توانید این جمله را به پایان برسانید باید بیش از هر نوع فعالیت بازاریابی بر شناختن و صیقل دادن و انتقال نقاط درخشان خود سرمایه گذاری کنید. شما نمی‌توانید نیازهای همه مردم را برآورده کنید، تلاش برای این کار بی‌فایده است. پس بگویید جذاب‌ترین ویژگی شما چیست؟

- استفاده از مکان‌های رایگان برای نمایش آرم و نام و شعار خود

اغلب وسایل نقلیه کارکنان و شرکت‌ها هیچ تابلو و طرحی ندارد، حال آنکه همین شرکت‌ها پول زیادی صرف خرید فضای تبلیغاتی گران در جاهای دیگر می‌کنند. از فضاهای تبلیغاتی رایگان^۱ غفلت نکنید. از هر وسیله نقلیه، ماشین، پنجره و حتی پاکت‌های پستی می‌توانید برای تبلیغات خود استفاده کنید. می‌توانید نسخه‌هایی از آرم مخصوص به شکل برچسب‌های مخصوص شیشه یا سپر ماشین پخش کنید.

- پاداش دادن به مشتریان

به مشتریان پاداش بدهید. یک دسته گل یا هر جایزه‌ای که فکر کنید جالب است. یک نامه تشکر برای مناسبتی خاص برای او بفرستید. رفتار خوب شما با مشتریان باعث می‌شود آنها مشتریان جدیدی را برایتان بفرستند.

- استفاده از کانال‌ها و رسانه‌های جدید

شما می‌توانید با تلفن (که ارزان‌تر از اینترنت است) به بازاریابی مستقیم بپردازید. یا در صنعت خود اولین کسی باشید که برای معرفی نامه از فکس استفاده می‌کند. یکی از اولین کسانی باشید که در صنعت خود از بازاریابی مستقیم استفاده می‌کند. نو یعنی چیزی که هنوز تأیید نشده و در نتیجه طراحان تبلیغات بابت آن پول کمتری از شما می‌گیرند. نو یعنی کوچک‌تر، پس شما می‌توانید ماهی بزرگی در برکه‌ای کوچک باشید. در یک رسانه جدید احتمال مورد توجه قرار گرفتن‌تان بیشتر از زمانی است که در رسانه‌های پرآزدحام و سابقه‌دار کار کنید. بدین شکل خیلی ساده و با هزینه اندک به یک ستاره تبدیل می‌شوید. نو بودن شما نظر مشتریان را جلب می‌کند. نقش رهبر را داشته باشید نه پیرو.^۲

- پیوستن و شرکت کردن

در گروه‌ها و انجمن‌های تخصصی شرکت کنید، تیم‌های ورزشی جوان را حمایت کنید، در مناسبت‌های فرهنگی و آموزشی با افراد حرفه‌ای هم صحبت شود. از خانه بیرون بروید و در همه این فعالیت‌ها شرکت کنید تا ببینید چگونه شبکه روابطتان رشد می‌کند و فرصت‌های فروش و بازاریابی‌تان بیشتر و بیشتر می‌شود.

- ۵- ده روش برای رسیدن به فروش بیشتر

- پاکیزه نگه‌داشتن دفتر خود

پنجره‌های کثیف، دیوارهایی رنگ‌ور و رفته و مواد بازاریابی نامرغوب و درجه دو، پیامی نامناسب به مشتریان شرکت می‌دهند. نشان می‌دهند که شما بی‌اعتنا هستید. برای آنکه بتوانید بهترین چهره ممکن را از خودتان به همه نشان دهید، شما و کارمندان‌تان باید به شرکت و محصولات خود افتخار کنید.

- کار گذاشتن یک سیستم تلفنی دوستانه

مشکلات ارتباطی انجام‌دادن معاملات با سایر شرکت‌ها شامل این موارد است:

- نداشتن شیوه‌ای سریع برای خروج از حالت پاسخ‌گویی کامپیوتری؛

- داشتن زمان انتظار و مقدمات بسیار طولانی برای پاسخ‌گویی؛

- داشتن تلفنی با خطوط بسیار، به شکلی که یافتن داخلی آسان نباشد؛

- نداشتن توانایی ارسال نامه‌های صوتی؛

- پیگیری ضعیف یا عدم پیگیری پیغام‌های صوتی؛

- نداشتن سیستم دوستانه و ساده.

اگر سیستم تلفنی‌تان این مشکلات و مسائل را دارد، ندانسته بسیاری از معاملات خود را از دست داده‌اید. پس سیستم قدیمی را از کار ببندازید و وقتی تلفن زنگ می‌زند، نهایتاً پس از سه زنگ، گوشی را بردارید و پیغام‌ها را حداکثر تا ۱ ساعت بعد پاسخ گویند.

- همواره لبخند زدن

نگرش مثبت داشته باشید و لبخند بزنید تا مشتریان از کار کردن با شما لذت ببرند.

- از مشتریان خود تحسین و تمجید کنید

وقتی فرصتی پیش می‌آید با ابراز احترام و ستایش، مشتریانان را تحسین کنید. شما هم باید احساسات مثبت خود را به مشتریان بگویید. وقتی شما در ابراز احساسات خساست به خرج نمی‌دهید، مشتریان نیز چنین می‌کنند و با تعریف از شما نزد دیگران، آنها را به مشتریان آینده‌تان تبدیل می‌کنند.

- برگزاری مهمانی

مشتریان و کارمندانان را دست کم شش ماه یکبار به مهمانی دعوت کنید. با جشن گرفتن در روز تعطیل یا مناسبتی محلی، آنها را سرگرم کنید. مهمانی‌ها افراد مختلف را در شرایط سرگرم‌کننده و به دور از فشار روحی گرد هم می‌آورد و به ایجاد احساس خوب و تقویت روابط می‌انجامد.

- بازدید مجدد از مشتریان

گاه احتمال دارد که آنقدر بر جلب توجه مشتریان جدید متمرکز شوید که از مشتریان قدیمی تان غفلت کنید. از این امر برحذر باشید. آنها را مجدداً ببینید، نیازهایشان را بررسی کنید و برای برقراری تماس‌های جدید بکوشید. با مشتریانان زیاد تماس داشته باشید، آنها ستون فقرات تجارت شما هستند.

- ایجاد سهولت در خدمات پس از فروش بیمه‌نامه

ببینید چه چیزی می‌تواند فرآیندهای ارتباطی میان بیمه‌گر و بیمه‌گذار را آسان‌تر سازد. مثلاً در بیمه عمر و سرمایه‌گذاری که بیمه‌گذار برای مدت چندین سال با بیمه‌گر ارتباط خواهد داشت چه عواملی می‌توانند دست‌به‌دست هم دهند تا فرآیندهای مالی (پرداخت حق بیمه، اعمال تغییرات در مفاد قرارداد، اخذ وام، برداشت از اندوخته و ...) آسان‌تر و سریع‌تر انجام شوند. هر اندازه که این امر رضایت مشتریان را به‌دنبال دارد، عدم‌وجود آن نارضایتی آنان را تشدید خواهد کرد.

- تفکر

فروش در ذهن شماست. طرز فکر شما که رویکرد فروش‌تان را شکل می‌دهد، بیشتر از هر بخشی در فرآیند فروش، تعیین‌کننده پیامد فروش است. چارچوب ذهنی و طرز فکر دوستانه،

متبسم، مشتاق، با اعتماد، مثبت، خوداتکا و مهربان بودن در ذهن شماست که فروش بیشتر به همراه خواهد داشت.

- خودتان و محصولتان را باور داشته باشید

خودتان و محصولتان را باور داشته باشید. در غیراین صورت فروش نخواهید داشت.

- نیازهای مشتری را کشف کنید

مردم برای نیازهای خود خرید می‌کنند، نه نیازهای شما، نخست نیازهای آنها را پیدا کنید.

۶- مشکلات بازاریابی در ایران

۱- نبود توسعه فرهنگ بیمه

البته به نظر می‌آید این موضوع به کم‌کاری نهادهای نظارتی بیمه و شرکت‌های بیمه مربوط می‌شود. در شهر تهران (که پایتخت ایران و یک کلان شهر محسوب می‌شود)، چقدر شما تبلیغات بیمه عمر را می‌بینید؟ چه تعداد از این تبلیغات، حرفه‌ای و طبق اصول و استانداردهای جهانی طراحی شده‌اند؟ آیا این تبلیغات دایره هدف خود را مشخص کرده‌اند و گروه خاصی را مدنظر قرار می‌دهند؟ آیا اطلاعاتی که در این تبلیغات داده می‌شود، جذاب و گیرا و درعین حال صادقانه هستند؟

۲- فقدان تنوع و خلاقیت در بیمه‌های عمر

در بیمه‌نامه‌هایی که در کل شرکت‌های ایرانی صادر می‌شود، در واقع چند نوع بیمه‌نامه عمر وجود دارد. آیا این تنوع برای ذائقه‌ها و سلیقه‌ها و نیازهای طبقات مختلف جامعه کافی است؟ آیا این منطقی است که طرح بیمه عمری که به کارگری متعلق به طبقه متوسط روبه پایین جامعه است همان طرحی باشد که به مهندس یا وکیلی ارائه می‌شود؟

این موضوع کاملاً معقول و منطقی است که نیازهای طبقات مختلف جامعه از نظر فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی با یکدیگر متفاوت باشد. ولی متأسفانه در کشور ایران بیمه‌های عمری که طراحی می‌شوند همگی در ۸۰ درصد موارد مشابه یکدیگرند. در نتیجه نمی‌توانیم به‌صورت فراگیر فرهنگ این نوع بیمه را در جامعه جا بیندازیم.

۳- وجود تورم

بالارفتن تصاعدی قیمت‌ها و ثابت ماندن درآمد اقشار متوسط جامعه و در نتیجه کاهش قدرت خرید مردم و همچنین بی‌ارزش شدن پول باعث می‌شود سرپرست خانواده برای اینکه از

پس هزینه‌ها برآید، یک‌سری از هزینه‌ها را که از نظر او غیرضروری‌اند، حذف کند. متأسفانه در فرهنگ جامعه ایرانی اولین چیزی که از سبد خرید حذف می‌شود هزینه مربوط به بیمه‌ها به خصوص بیمه عمر است. زیرا اکثر افراد جامعه این نوع بیمه را یک کالای لوکس^۱، غیرضروری و تجملی می‌دانند.

۴- اقتصاد بیمار کشور

در کشوری که با سرمایه‌گذاری در بازار طلا، سکه و ارز می‌توان در مدت کوتاهی (حداکثر ۳ تا ۴ سال) سودهای آن‌چنانی کسب کرد، (زیرا قیمت طلا و ارز ثبات ندارد و به شدت دچار نوسانات می‌شود) چگونه می‌توان افراد را به‌راحتی قانع کرد که با پس‌انداز مبلغی در ۵ یا ۶ سال اول بیمه‌نامه حتی سودی هم نکنند.

۵- برنامه تبلیغاتی نامناسب

در شهر تهران چه تعداد تابلوهای تبلیغاتی در مورد بیمه‌های عمر می‌بینید؟ آیا همان تعداد تبلیغات اندک هم جامعه هدف خود را مشخص کرده‌اند و براساس معیارهای جهانی تبلیغات پایه‌ریزی شده‌اند؟ آیا بر نیاز مشتریان تأکید می‌کنند؟ آیا گروه هدف خود را می‌شناسند؟

۶- حس بی‌اعتمادی افراد نسبت به ثبات شرکت‌های خصوصی در ایران

نمایندگان شرکت‌های خصوصی مطمئناً بارها و بارها از مشتریان خود این سؤال را شنیده‌اند که شرکت شما زیر نظر چه نهاد نظارتی فعالیت می‌کند؟ اگر شرکت دچار اتفاقی شود چه کسی پاسخ‌گوی ماست؟

۷- اخلاق غیرحرفه‌ای نمایندگان فروش بیمه

اخلاق غیرحرفه‌ای فروشندگان بیمه موجب می‌شود که به خاطر فروش بهتر خود نام شرکت‌های دیگر را تخریب کنند و آنها را به ندادن خسارت و پوشش‌های مطلوب بیمه‌ای متهم کنند، که در این میان بازار بیمه‌ای را برای خود و دیگران نابود می‌کنند.

۸- عدم اعتماد به صنعت بیمه

باید پذیرفت که اقبال عمومی جامعه به بیمه‌گران دولتی و غیردولتی در ایران، نسبت به سایر کشورها بسیار کمتر است. در مورد دلایل این امر تحقیقات و پژوهش‌های فراوانی انجام شده که مجالی برای طرح آنها نیست. اجمالاً می‌توان به برخی از مهم‌ترین نتایج این

تحقیقات از جمله عدم شفافیت در فروش تعهدات بیمه‌نامه، عدم آگاهی جامعه از حقوق بیمه‌ای خود، عدم دریافت خسارات احتمالی قبلی با رضایت کامل، عدم رضایت از عملکرد بیمه‌گران اجتماعی و ... اشاره نمود.

۹- عدم وجود ثبات اقتصادی

این مورد در بیمه‌های بلندمدت مانند بیمه عمر تأثیر مستقیم دارد؛ چرا که بخشی از تعهد بیمه‌گران در این بیمه‌نامه‌ها موقوف به سالیان دور مانند ۲۰ یا ۳۰ سال آینده می‌شود. حال در جامعه‌ای که وضعیت اقتصاد در چند ماه آینده مشخص نیست، مشتریان چگونه تعهدات دهه‌ها سال بعد بیمه‌گر را ارزیابی نمایند؟ در حال حاضر یک بیمه عمر ۲۰ ساله تقریباً ۲ تا ۳ برابر حق بیمه‌های پرداختی توسط بیمه‌گذار را در انتهای بیمه‌نامه به ذی‌نفع حیات بیمه شده، می‌پردازد. این میزان باتوجه به شرایط مختلف بیمه‌نامه‌های گوناگون، متفاوت است. هرچند این میزان اندوخته به صورت علی‌الحساب بوده و با احتساب سود قطعی سالانه به ۵ یا حتی ۶ برابر حق بیمه‌های پرداختی می‌رسد، لیکن عدم ثبات اقتصادی در جامعه ما سایر خواسته‌های موجود برای رفع نیاز مالی در آینده را بسیار متفاوت ساخته است. برای مثال بازار مسکن امروز نسبت به ۲۰ سال پیش، بیش از ۲۰ برابر شده است. بازار طلا و ارز نیز وضعیت مشابهی دارند. حال، علی‌رغم وجود تفاوت‌ها در میزان سرمایه‌گذاری این بازارها (یک جا و سالانه بودن) و حتی خدمات شایان بیمه‌ای در بیمه عمر، مشتری در مقام مقایسه؛ ارزش اندوخته نهایی بیمه‌نامه خود را کمتر از رشد سایر بازارها می‌پندارد.

بخش دوم:

آمیخته بازاریابی در صنعت بیمه

۱- مقدمه

در هر جا که عدم اطمینان وجود داشته باشد، ریسک هم وجود دارد. هیچ‌گونه نظارتی بر عدم اطمینان‌ها (که در بردارنده خسارت‌های مالی‌اند) وجود ندارد. خطرات ممکن است رویدادهای مشخصی مثل مرگ و میر یا رویدادهای نامشخصی مثل دزدی، آتش‌سوزی، حوادث و ... باشند.

بیمه، خدمتی مالی برای گردآوری پس‌اندازهای مردم و ارائه پوشش ریسک برای آنهاست. وظیفه اصلی بیمه در برابر رخدادهای احتمالی ایجادکننده خسارت‌هاست. بیمه، نگرانی‌ها و مشکلات ناشی از خسارت‌های ایجادشده در زمینه اموال و مرگ‌ومیر را پوشش می‌دهد. بیمه همچنین سرمایه‌هایی را برای جامعه فراهم می‌کند که این سرمایه‌ها در بخش‌های سودمند سرمایه‌گذاری می‌شوند.

بیمه در زیرمجموعه بخش خدمات قرار می‌گیرد. در بازاریابی این خدمت، باید توجه کافی به کیفیت محصول و رضایت مشتری داشت. هنگام بازاریابی خدمات، لازم است افراد درباره معیارهای نوآورانه توسعه فروش فکر کنند. اینکه شما در این حوزه خوب عمل کنید، کفایت نمی‌کند، بلکه باید به دیگران اجازه بدهید تا درباره کیفیت همکاری‌های مثبت‌تان آگاه شوند. خلاقیت در معیارهای توسعه فروش، نیاز امروز است. تبلیغات، روابط عمومی و ارتباطات کلامی نیازمند توجه کافی است و فروشنده‌گی به توجه بیشتری نیاز دارد.

اصطلاح بازاریابی بیمه به بازاریابی خدمات بیمه‌ای با هدف خلق مشتری و کسب سود از طریق رضایت مشتری اشاره می‌کند. بازاریابی بیمه بر تنظیم ترکیب ایده‌آلی برای کسب‌وکارهای بیمه‌ای تمرکز دارد. به‌نحوی که سازمان بیمه ابقا می‌یابد و در یک چشم‌انداز درست رشد می‌کند.

۲- آمیخته بازاریابی

آمیخته بازاریابی، مجموعه‌ای از فعالیت‌های بازاریابی است که یک سازمان با اقدام به آن به بهترین شکل نیازهای بازارهای هدفش را برآورده می‌کند. کسب و کار بیمه با خدمات فروش

سروکار دارد، بنابراین تشکیل آمیخته بازاریابی برای آن الزامی است. آمیخته بازاریابی متشکل از عناصر ۷ p بازاریابی مثل محصول، قیمت، مکان، توسعه، افراد، فرآیند و توزیع فیزیکی^۱ است. ۷ p یادشده برای بازاریابی محصولات بیمه به روش‌های زیر به کار می‌رود.

۲-۱- محصول

محصول، چیزی است که ما تولید می‌کنیم. کالای تولیدی را محصول محسوس و خدمات را محصولی نامحسوس می‌نامند. محصول را فروشنده باید بفروشد و خریدار باید آن را بخرد. بنابراین شرکت بیمه، خدماتی را می‌فروشد که محصولات آن شرکت محسوب می‌شوند. وقتی فرد یا سازمانی بیمه‌نامه‌ای را از شرکت‌های بیمه می‌خرد، او نه تنها بیمه‌نامه خریداری می‌کند، بلکه به همراه آن، همکاری و مشاوره نمایند، اعتبار شرکت بیمه و امکانات ادعای خسارت و جبران خسارت را نیز به دست می‌آورد.

طبیعی است که کاربران، انتظار بازدهی متعارف برای سرمایه‌گذاری‌هایشان داشته باشند و شرکت‌های بیمه نیز به دنبال حداکثرسازی سودآوری خود باشند. با این حال، هنگام تصمیم‌گیری درباره پرتفوی یا ترکیب محصول باید خدمات یا طرح‌ها انگیزشی باشند. طرح‌های بیمه گروهی باید اصلاح شوند، محصول بیمه باید گسترش داده شود و باید طرح‌ها و بیمه‌نامه‌های جدید برای روستاها و مردم روستایی بسط داده شوند.

شرکت‌های بیمه برای ارتقای پس‌اندازهای شهری تلاش‌های زیادی کرده‌اند، اما تا آنجا که به پس‌اندازهای روستایی مرتبط می‌شود، این امر چندان چشمگیر نبوده است.

۲-۲- قیمت‌گذاری

در کسب‌وکار بیمه، تصمیمات قیمت‌گذاری با عوامل زیر مرتبط است:

- حق بیمه پرداخت شده برای بیمه‌نامه‌ها؛

- بهره پرداخت شده بابت عدم پرداخت حق بیمه‌ها و تسهیلات اعتباری؛

- کارمزد پرداخت شده بابت فعالیت‌های مشاوره‌ای و بیمه‌ای.

از دیدگاه تأثیرگذاری بر بازار هدف و مشتریان احتمالی، تنظیم راهبرد قیمت‌گذاری اهمیت بیشتری دارد. در کشور در حال توسعه‌ای که در آن درآمدی که می‌توان از طریق مشتریان بالقوه کسب کرد، پایین است، نحوه قیمت‌گذاری بر تبدیل بیمه‌گذاران بالقوه به بیمه‌گذاران واقعی تأثیر می‌گذارد. این راهبردها می‌تواند اعمال قیمت‌گذاری پایین یا بالا

باتوجه به سطح یا معیارهای مشتریان یا بیمه‌گذاران باشد. قیمت‌گذاری در بیمه به شکل نرخ‌های حق‌بیمه بیان می‌شود.

۲-۳- مکان

این عنصر از آمیخته بازاریابی با دو واقعیت مهم سروکار دارد:

- اداره کارمندان بیمه؛

- مکان‌یابی شعبه.

از نظر حفظ هنجارهای عرضه خدمات، مدیریت نمایندگان و کارمندان بیمه‌ای این موضوع بسیار مهمی تلقی می‌شود. همچنین این امر فرایندی است برای ارائه خدمات به کاربران نهایی به نحوی که فاصله بین خدمات وعده داده شده و خدمات عرضه شده کمتر و کمتر شود. در بیشتر سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، چنین شکافی را می‌توان یافت که نقش بسیار مؤثری در تشدید مشکل تصویر نامناسب شرکت دارد.

تبدیل بیمه‌گذاران بالقوه به بیمه‌گذاران واقعی کار مشکلی است که به مهارت حرفه‌ای کارمندان بستگی دارد. نمایندگان بیمه‌ای مستقر در شهرها و روستاها که به‌عنوان رابط عمل می‌کنند، فاقد مهارت‌های حرفه‌ای لازم هستند. کارکنان خط‌مقدم و مدیران شعب نیز نسبت به فرآیند زوال و انحطاط، مکلف و مسئول به نظر نمی‌رسند. کارمندان بیمه اگر به‌درستی مدیریت نشوند، ممکن است همه تلاش‌ها را بی‌ثمر کنند. حتی اگر سیاست‌گذاران شرایطی را برای بهبود کیفیت ایجاد کنند، باز هم خدمات وعده داده شده به‌خوبی به کاربران نهایی نخواهد رسید. ضروری است که نمایندگان روستایی، گرایش‌ات روستایی داشته باشند و به‌خوبی از سبک زندگی کاربران یا مشتریان احتمالی خودآگاه باشند. لازم است به آنها پاداش‌های کافی برای نشان دادن توانمندی‌هایشان اعطا شود. در زمان استخدام نمایندگان، مدیران شعب باید افراد محلی را ترجیح دهند و برای آنها سمینارهای اجرایی و آموزشی ارائه دهند. علاوه بر نمایندگان، کارکنان خط‌مقدم نیز به برنامه‌های آموزشی قدرتمندی برای تمرکز اساسی بر مدیریت رفتار سازمانی نیاز دارند.

جنبه مهم دیگر ترکیب مکان، به محل استقرار شعب بیمه مربوط است. در زمان مکان‌یابی شعبه‌ها، مدیر شعبه نیاز به بررسی چند عامل مانند سهولت دسترسی، دستیابی راحت به امکانات زیرساختی و مدیریت بهتر دفاتر شعب و ساختمان‌ها دارد. علاوه بر این، تهیه معیارهای امنیتی و عواملی همچون

تجهیز دفتر، تسهیلات و امکانات شهری، تسهیلات پارکینگ و دکوراسیون داخلی دفتر نکات بسیار مهمی هستند که باید توجه ویژه به آنها شود.

بنابراین مدیریت محل دفاتر شعب بیمه نیازمند رویکردی جدید و روش متمایزی است. برای ایجاد کارایی بیشتر در میان کارکنان، ضروری است محل کار مساعد، جذاب و پرتحرک باشد. به این معنا که مدیران شعب برای اخذ تصمیمات صحیح در زمینه مکان، نیاز به مهارت‌های حرفه‌ای دارند.

۲-۴- توسعه

خدمات بیمه به معیارهای اثربخش توسعه بستگی دارد. مثلاً در کشوری مانند هند که نرخ بی‌سوادی بسیار بالاست و اقتصاد روستایی بر اقتصاد ملی تسلط دارد، داشتن راهبرد توسعه شخصی و غیرشخصی ضروری است. در توسعه کسب‌وکارهای بیمه‌ای، نمایندگان و نمایندگان متخصص روستایی نقش مهمی دارند. باید بر انتخاب ابزارهای توسعه برای نمایندگان و نمایندگان روستایی و حتی برای مدیران شعب و کارکنان خط‌مقدم توجه کافی داشت. همچنین، به آنها باید آموزش‌های مناسبی در زمینه ایجاد محرک‌های خرید ارائه شود.

تبلیغات و برگزاری کنفرانس‌ها، سمینارها و پاداش به بیمه‌گذاران، ارتباطات غیرشخصی محسوب می‌شوند. برگزاری مراسم‌های موسیقی محلی، نمایشگاه‌ها، مشارکت در نمایشگاه‌ها و جشنواره‌ها، کشیدن نقاشی‌های دیواری در روستاها و تبلیغات روی وسایل نقلیه عمومی در به‌وجودآوردن انگیزه خرید، مؤثر خواهد بود و مشتریان روستایی به سادگی به بیمه‌گذاران واقعی تبدیل خواهند شد.

۲-۵- افراد

شناخت بهتر مشتری امکان طراحی محصولات مناسب را می‌دهد. بیمه، صنعتی خدماتی است که مستلزم سطح بالایی از تعامل بین افراد است، استفاده کارآمد از این منبع برای رضایت‌مندی مشتریان امر بسیار مهمی است. آموزش، پرورش و روابط قوی با واسطه‌ها، موضوعات کلیدی هستند که باید مورد توجه قرار بگیرند. آموزش کارمندان، استفاده از IT برای کارایی بیشتر، هم در سطح نماینده و هم در سطح کارکنان، یکی از زمینه‌های مهم در رسیدگی به کارها است.

۲-۶- فرآیند

فرآیند کاری در صنعت بیمه، باید مشتری پسند باشد. سرعت و صحت پرداخت‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است. شیوه پرداخت باید برای مشتریان ساده و راحت باشد. طرح‌های اقساطی کردن پرداختی‌های مشتریان نیز باید آسان و ساده باشند و IT و تجمیع داده‌ها، جریان پردازش را تسهیل کنند.

IT در خدمت‌رسانی کارآمد به تعداد زیاد مشتریان و کاهش هزینه‌های سربار کمک خواهد کرد. فناوری می‌تواند به‌طور کامل یا به شکل پشتیبان، کانال‌های توزیع را از نظر هزینه‌ای کارآمد کند؛ همچنین می‌تواند به بهبود سطوح خدمت‌رسانی به مشتریان کمک کند. استفاده از مدیریت نگهداری و استخراج داده‌ها نیز می‌تواند به شناخت سودآوری و توان بالقوه مشتریان یاری رساند.

۲-۷- توزیع فیزیکی

توزیع، عامل تعیین‌کننده موفقیت برای همه شرکت‌های بیمه است. امروزه، بیمه‌گران رقابت گسترده‌ای دارند. ایجاد یک شبکه توزیع، بسیار گران‌قیمت و زمان‌بر است. در ابتدا بیمه را به‌عنوان محصولی پیچیده با مصلحت‌اندیشی بالا و عنصری خدماتی تلقی می‌کردند. خریداران تعامل چهره‌به‌چهره را ترجیح می‌دادند و حق بیمه بالا را بر مبنای نام و اعتبار برندها تعیین می‌کردند. به محض اینکه سطح آگاهی‌ها بالاتر می‌رود، محصولات ساده‌تر شده و تبدیل به محصولات آماده مصرف می‌شوند. امروزه، واسطه‌های مختلف، نه ضرورتاً شرکت‌های بیمه، افزایش یافته‌اند و سودآوری را بالا برده‌اند. نمونه مناسبی از این وضعیت، شرکت بیمه دایرکت لاین^۱ بریتانیای کبیر است. این شرکت بر فروش‌های تلفنی و قیمت‌گذاری پایین تکیه دارد. امروزه، این شرکت یکی از بزرگ‌ترین متصدیان بیمه اتومبیل است.

فناوری، جایگزین شبکه توزیع نخواهد شد، بلکه مزایایی چون خدمات بهتر به مشتریان را ارائه می‌دهد. در هند، مؤسسات مالی و بانک‌ها می‌توانند کانال توزیع جذابی برای بیمه محسوب شوند. در هلند، شرکت‌های خدمات مالی، طیف وسیعی از محصولات از جمله حساب‌های بانکی، بیمه عمر، بیمه منازل، اتومبیل و حقوق بازنشستگی را ارائه می‌دهند. در فرانسه نیمی از بیمه‌نامه‌های صادرشده عمر از طریق شبکه بانکی صورت می‌گیرد.

در هند نیز بانک‌ها برای به حداکثرسازی شبکه‌های پرهزینه کنونی با فروش طیف وسیعی از محصولات امیدوارند. پیش‌بینی شده که علاوه بر توافق‌نامه‌های رسمی مالکیت، شبکه‌ای ارتباطی بین بیمه‌گران و بانک‌ها پدیدار شود که عمدتاً به‌عنوان بانک-بیمه شناخته می‌شوند.

دیگر کانال توزیع نوآورانه که می‌توان مورد استفاده قرار داد، مؤسسات غیرمالی‌اند. برای مثال، بیمه اقلام مصرفی همچون تلویزیون و یخچال را می‌توان در محل فروش عرضه کرد. این امر احتمال فروش بیمه‌ها را بالا می‌برد. ارتباط با تولیدکنندگان و خرده‌فروشان کالاهای مصرفی امکان‌پذیر خواهد شد و بیمه می‌تواند یکی از مشوق‌های اصلی محسوب شود. همچنین به‌دلیل وجود مشتریان فراوان و رعایت‌شدن قانون اعداد بزرگ، می‌توان رشته‌های جدید با تعهدات مورد نیاز کالاهای مختلف را نیز طراحی و اجرا نمود.

بخش سوم:

دیدگاه‌های رایج فعالیت‌های بازاریابی

بنا به نظر کاتلر و آرمسترانگ، سازمان‌ها فعالیت‌های بازاریابی خود را براساس پنج دیدگاه قرار می‌دهند. این دیدگاه‌ها عبارت‌اند از: تولید، محصول، فروش، بازاریابی و بازاریابی اجتماعی.

۱- دیدگاه تولید

گرایش تولید یکی از قدیمی‌ترین فلسفه‌ها در رهنموددادن به فروشندگان است. گرایش تولید بر پایه این اصل بنا شده است که مصرف‌کنندگان خواهان و طرفدار محصولاتی هستند که دردسترس باشد و استطاعت خرید آن را داشته باشند؛ بنابراین مدیریت باید فعالیت خود را بر بهبود کارایی تولید و توزیع متمرکز کند. این دیدگاه، برای دو وضعیت کاربرد دارد؛ نخستین وضع مربوط به زمانی است که تقاضا برای محصول بیش از عرضه باشد. در اینجا مدیریت باید برای افزایش تولید درصدد یافتن راهکارهایی برآید. دومین وضع مربوط به زمانی است که قیمت تمام‌شده محصول بسیار بالا باشد و باید برای کاهش آن چاره‌ای اندیشید. برخی از سازمان‌های خدماتی مانند نهادهای دولتی از این فلسفه پیروی می‌کنند. این نهادها قادرند مشکلات ارباب رجوع بسیاری را برطرف کنند؛ ولی در این سازمان‌ها فرض بر آن است که ارباب رجوع به خدمات ارائه شده نیاز دارند، بنابراین برای راضی کردن آنها به نحو بهینه اقدامی صورت نمی‌گیرد. این وضعیت به نحو آشکار در صنعت بیمه دیده نمی‌شود اما عملاً برای راضی کردن بیمه‌گذاران نیز اقدامی صورت نمی‌گیرد. بخشی از مفهوم جمله «بیمه فروختنی است، نه خریدنی» که در این دیدگاه قرار گرفته و حرکت جدید صنعت بیمه پس از آزادسازی نرخ‌گذاری به این سمت و سو رفته است. در واقع، تمرکز صنعت بر افزایش نیروی فروش و بهبود نظام توزیع خدمات از این دیدگاه نشأت می‌گیرد.

۲- دیدگاه محصول

این دیدگاه بر این اصل بنا شده است که مصرف‌کنندگان، محصولاتی را می‌خرند که بهترین کیفیت، کارکرد و شکل را دارند؛ بنابراین سازمان باید انرژی خود را به بهبود دائم محصول و

نوآوری اختصاص دهد. دیدگاه محصول می‌تواند به «نزدیک بینی بازاریابی» منتهی شود. برای مثال، مدیران راه‌آهن آمریکا چنین می‌اندیشیدند که مصرف‌کنندگان خواستار راه‌آهن هستند و نه وسیله حمل و نقل، از این رو؛ به چالش بزرگ و روزافزونی که به وسیله خطوط هوایی، اتوبوس، کامیون و خودرو شخصی در پیش روی شان بود، توجه نکردند. این مسئله در صنعت بیمه نمود زیادی ندارد و عملاً نوآوری و بهبود خدمات بیمه تلقی نمی‌شود. شاید یکی از دلایل آن ماهیت و سطح پوشش بیمه‌نامه‌های موجود باشد؛ همانند سطح پوشش بیمه آتش‌سوزی و الحاقیه‌های آن. اما مدیران صنعت بیمه، به‌ویژه در زمینه بیمه عمر همان مشکل مدیران راه‌آهن آمریکا را دارند! آنها نیز معتقدند که بیمه‌گذاران باید بیمه عمر بخرند، از این رو به رقبا بزرگ و شعور اقتصادی مردم بی‌توجه‌اند که به وسیله بانک‌ها، مؤسسات سرمایه‌گذاری، بورس و سایر فعالیت‌های سودآور به دنبال کسب سود در کوتاه‌مدت و بلندمدت هستند.

۳- دیدگاه فروش

گرایش فروش بر این پایه استوار است که مشتریان به مقدار کافی محصولات را نخواهند خرید مگر آنکه برای فروش و تبلیغات فعالیت‌های چشمگیری صورت گرفته باشد. در مرحله عمل، این دیدگاه را در مورد کالای ناخواسته به‌کار می‌برند؛ یعنی کالایی که خریدار به فکر خرید آن نمی‌افتد، مانند بیمه. دست‌اندرکاران صنایع باید بتوانند خریداران احتمالی را شناسایی کنند و محصولات خود را بفروشند. در اینجا فروش نقش اساسی دارد و رضایت مشتری در مرتبه دوم اهمیت است. این دیدگاه بر ایجاد فروش و انجام معامله و نه ایجاد رابطه بلندمدت و سودآور با مشتری متکی است. دیدگاه فروش بر این فرضیه استوار است که اگر مشتری، تشویق به خرید محصول شود، آن را دوست خواهد داشت. در مورد خریدار، این مفروضات نمی‌توانند دارای بنیانی محکم باشند. نتیجه بیشتر تحقیقات نشان می‌دهد که مشتریان ناراضی برای بار دوم اقدام به خرید همان جنس نمی‌کنند.

بازاریابی، دانش و هنر یافتن و نگهداری و رشد دادن مشتریان سودآور است. نگهداری و رشد دادن مشتریان، هدف نخستین آن است. شرکت‌ها برای به‌دست آوردن هر مشتری هزینه سنگینی را پذیرفته‌اند و رقیبان نیز پیوسته در پی ربودن این مشتریان هستند. از دست دادن یک مشتری برابر با از دست دادن فروش نوبت آینده نیست. شرکت، هر مشتری را که از دست بدهد برای خرید سراسر عمر خود زیان خواهد کرد. در ضمن، هزینه یافتن یک مشتری جانشین هم در کار است. بنابر

پژوهش‌های یک مؤسسه پژوهشی، هزینه‌ی جلب یک مشتری تازه، پنج برابر هزینه‌ی خوشنود نگه‌داشتن مشتری کنونی است.

درواقع، جمله معروف «بیمه فروختنی است، نه خریدنی» به این دیدگاه تعلق دارد. متأسفانه در صنعت بیمه‌ی کشور ما نیز هدف، فروش بیمه‌ی عمر است نه ارائه‌ی خدمات پس‌انداز و سرمایه‌گذاری یا آنچه که نیاز بازار است؛ زیرا شرکت‌ها معتقدند که مردم، بیمه نمی‌خرند بلکه باید آن را فروخت. در نتیجه به رضایت مشتری پس از خرید نیز توجه زیادی نمی‌شود و عملاً گوشی برای شنیدن صدای مشتری وجود ندارد. این نوع دیدگاه، در عمل، از مفهوم بازاریابی فشاری استفاده می‌کند.

۴- دیدگاه بازاریابی

مقصود از دیدگاه بازاریابی این است که دستیابی به هدف‌های سازمان در گرو شناخت نیازها و خواسته‌های بازار موردنظر و تحویل کالای موردپسند مشتریان به‌صورتی اثربخش و با بازدهی بالاتر از شرکت‌های رقیب است. باید توجه داشت که در دیدگاه فروش، مبنای فعالیت‌های شرکت‌ها تولید است که این تولید باید از طریق سیاست‌های تشویقی و ترفیعی به فروش رود تا از سود به دست آمده، ادامه‌ی حیات شرکت ممکن شود. اما در مفهوم و دیدگاه بازاریابی، آغاز و مبنای همه‌ی فعالیت‌ها، نیازها و خواسته‌های مصرف‌کنندگان و مشتریان یا به‌طور کلی، خریداران است که از طریق تحقیقات بازاریابی و بررسی شناخت بازار مشخص می‌شود. هدف نیز کسب سود با ارضای نیاز خریداران و ارائه‌ی خدمات لازم است.

۵- دیدگاه بازاریابی اجتماعی

فشار عمده برای تغییر فعالیت‌های بازاریابی معمولاً از خود مصرف‌کنندگان نشأت می‌گیرد. بازاریاب‌ها مشتریان را به‌عنوان کسانی که برندها را بر مبنای معیارهای کارکردی یا احساسی انتخاب می‌کردند، در نظر می‌گرفتند؛ اما امروزه بسیاری از مصرف‌کنندگان جنبه‌ی سومی را نیز اضافه می‌کنند. برای مثال، اینکه چگونه شرکت‌ها مسئولیت‌های اجتماعی خود را انجام می‌دهند؟ «بازاریابی اجتماعی» به‌عنوان تئوری و کاربرد بازاریابی یک ایده، علت یا رفتار تعریف می‌شود و بر این پایه استوار است که هر سازمانی باید نخست نیازها، خواسته‌ها و منافع بازارهای مصرف‌خود را تعیین کند، سپس در مقایسه با رقبا نیازها و خواسته‌ها را به‌صورت کارآمدتر و مؤثرتری تأمین کند؛ به‌نحوی که بقا و بهبود رفاه مشتری و جامعه هر دو فراهم شود. بنابراین مفهوم بازاریابی اجتماعی،

مفهوم بازاریابی محض، تضادهای ممکن بین خواسته‌های کوتاه مدت مشتری و رفاه بلندمدت او و جامعه را از نظر دور می‌دارد و به دنبال برقراری توازن بین خواسته‌های مشتریان هدف، منافع بلندمدت مشتریان و جامعه و بازده بلندمدت شرکت است.

بنابراین کیفیت زندگی و شادی شخصی همیشه با مصرف بیشتر و ارضای خواسته‌ها بالا نمی‌رود؛ از سوی دیگر، مسیر رفاهی نیز از طریق کاهش مصرف نمی‌گذرد. این امر باید از طریق مصرف مسئولانه‌تر صورت گیرد.

از این دیدگاه، برای گسترش بازار بیمه عمر می‌توان بر مسائل تغییرات ساختار جمعیتی کشور، منافع بلندمدت بیمه‌های عمر برای کشور و کاهش بار مسئولیتی دولت تأکید داشت و با ارائه محصولات جدید در این زمینه، پویایی و انعطاف پذیری بیشتری به این رشته بیمه‌ای وارد کرد تا بتواند افراد بیشتری را جذب کند.

۶- بازاریابی کشتی

باتوجه به مطالب فوق، مشخص می‌شود که محیط و فضای بازار از رویکرد عرضه محور که به برتری محصول توجه داشته به رویکردی تقاضا محور که به نیازها، خواسته‌ها و تمایلات مشتری توجه دارد، تغییر یافته است؛ یعنی تغییر از رویکرد بازاریابی فشاری به بازاریابی کشتی. تفاوت این دو رویکرد در آن است که بازاریابی کشتی با مصرف‌کننده، انواع رسانه‌های در دسترس و جواب‌گویی به خواسته‌های مشتریان آغاز می‌شود نه با محصولات، نحوه توزیع، رسانه‌ها و پیام‌هایی که بازاریاب می‌خواهد بفرستد. بنابراین به استراتژی بازاریابی خاصی که بر بیمه‌گذاران متمرکز می‌شود، می‌توان استراتژی بازاریابی کشتی اطلاق کرد؛ درحالی‌که استراتژی بازاریابی فشاری با استفاده از تبلیغات و سایر ابزارهای سنتی و یک‌طرفه ارتباط‌های بازاریابی برای جلب بیمه‌گذاران استفاده می‌کند.

۷- مدیریت ارتباط‌های بازاریابی در صنعت بیمه

در ادبیات بازاریابی کشتی، ایجاد ارتباط و مدیریت آن از مباحث جدی است؛ مباحثی که به صورت پارادایمی^۱ آشکار، استراتژی بازاریابی را از آمیخته بازاریابی به بازاریابی رابطه‌مند تغییر داده و امروزه آن را به سوی بازاریابی یکپارچه سوق داده است. بنابراین، در رویکردهای

نوین بازاریابی، بازاریابان برای ایجاد ارتباط با مشتریان بیش از آنکه به تعاملات بپردازند، برای ایجاد رویکردی ثابت که منجر به برقراری ارتباط می‌شود یکپارچه‌ساز هستند زیرا مشتری در حال حاضر حق انتخاب دارد و مهم‌تر آنکه مشتری به دنبال انتخاب بهتر و آگاهانه است. قدرت، در بازار و اقتصاد به مشتری منتقل شده و در واقع امروزه مشتری تعیین کننده است و به سادگی به هر شرکتی وفادار نمی‌ماند؛ بنابراین شرکت‌ها هم‌اکنون سخت در تلاش برای جست‌وجوی راهکارهایی در جهت مدیریت ارتباط مناسب‌تر با مشتری و تأثیر بر آن هستند. آنها علاوه بر جذب مشتری‌های جدید، حفظ مشتری موجود را در اولویت اول برای رونق اقتصادی کارشان قرار داده‌اند و به همین منظور، سعی در یکپارچه‌سازی تمامی فعالیت‌های خود دارند. صنعت بیمه ایران نیز حتی با رویکرد فروش خود می‌تواند با تغییر استراتژی‌های ارتباط‌های بازاریابی خود به سوی یکپارچگی بازاریابی حرکت کند.

ارتباط‌های بازاریابی، مجموعه‌ای از همه عناصری است که در آمیخته بازاریابی^۱ یک سازمان تبادلات را از طریق تعیین مفهومی مشترک با مشتریان (یا ارباب رجوع‌ها) سازمان تسهیل می‌کند. تمرکز تعریف ارتباط‌های بازاریابی بر این اندیشه مبتنی است که همه متغیرهای آمیخته بازاریابی و نه فقط متغیرهای ترفیعاتی با مشتریان ارتباط برقرار می‌کنند و اجازه می‌دهند ارتباط‌های بازاریابی، ارادی (همانند تبلیغات و نیروی فروش) یا غیرارادی باشند و هنگام معرفی محصول، بسته‌بندی یا قیمت‌گذاری ارتباط‌هایی را با مشتریان برقرار کنند. به همین دلیل، پیش از برقراری ارتباط و انتخاب پیام و رسانه مناسب باید انطباق آن با رفتار مصرف‌کننده (و خریدار) بررسی شود. البته از دهه‌های قبل نیز مؤسسات تلاش کرده‌اند پیام‌های فروششان را برای صحبت با مشتریان به‌طور یک‌شکل شده هماهنگ کنند. در نتیجه این حرکت، بسیاری از تبلیغات‌گران برای سازمان‌دادن به کل برنامه‌های ارتباطاتی، به ارتباطات یکپارچه بازاریابی روی آوردند.

البته ارتباطات یکپارچه بازاریابی درباره تبلیغات، پست مستقیم، روابط عمومی یا کشمکش در مورد اینکه چه کسی ارتباطات را کنترل کند، نیست؛ بلکه درباره درک مصرف‌کننده و آنچه که در واقع او به آن حساسیت نشان می‌دهد، است. ارتباطات یکپارچه بازاریابی فرآیند شیوه تفکر و برنامه‌ریزی است که همه ارتباط‌های شرکت را هم‌تراز می‌کند؛ به نحوی که مؤثرتر و پاسخ‌گوتر به علایق مصرف‌کنندگان شوند. ارتباطات یکپارچه بازاریابی از طریق انتقال از

«محصولات مؤثر» به ارضای صادقانه نیازهای مصرف‌کننده و ایجاد روابطی با گروه‌های کلیدی انتقال می‌یابد و این کار را از طریق ابزارهای اصلی خود (تبلیغات، پیشبرد فروش، فروش حضوری، روابط عمومی، و بازاریابی مستقیم) انجام می‌دهد.

تاکنون وضع چنین بوده است که در بیشتر سازمان‌ها بسیاری از وظایف بازاریابی (تبلیغات، پیشبرد فروش، بسته‌بندی، بازاریابی مستقیم، روابط عمومی، و...) به‌طور مستقیم به وجود می‌آمد و اداره می‌شدند و شرکت‌های بزرگ برای فعالیت‌های ترویجی گوناگون خود از سازمان‌های متخصص متفاوتی در تبلیغات، روابط عمومی، پیشبرد فروش و مانند اینها خدمت و کمک می‌گرفتند، اما با اجرای این سیاست، کارهای تکراری و نیز پخش نابرابر بودجه در میان ابزارهای ارتباطات بازاریابی فراوان رخ می‌داد؛ از این رو لازم شد تا تمام ارتباطاتی که از سوی یک سازمان، درباره یک محصول برقرار می‌شد، حاوی پیام یک‌دست و ثابتی درباره آن محصول باشد تا سازمان بتواند اثر بیشتری بر بازار هدفش داشته باشد.

کاتلر و همکارانش ارتباطات یکپارچه بازاریابی را این‌گونه تعریف می‌کنند: «مفهومی که برطبق آن یک شرکت به‌دقت اکثر کانال‌های ارتباطی‌اش را جهت انتقال یک پیام شفاف و یکپارچه درباره سازمان و محصولاتش، یکپارچه و هماهنگ می‌کند». برای دستیابی به چنین امری باید به خصوصیات ارتباطات یکپارچه بازاریابی توجه خاصی داشت؛ از این رو می‌توان نتیجه گرفت که ارتباطات یکپارچه بازاریابی، یک استراتژی است که رسانه‌های بازاریابی سنتی، بازاریابی مستقیم، روابط عمومی و دیگر رسانه‌های متفاوت ارتباطات بازاریابی و جنبه‌های ارتباطاتی تحویل و مصرف کالاها و خدمات، خدمات به مشتری و درگیری‌های دیگر مشتری را یکپارچه می‌کند و به‌همین جهت، چشم‌اندازی طولانی‌مدت دارد و به‌دنبال جذب و حفظ مشتریان و مصرف‌کنندگان محصولات شرکت است.

به‌همین دلیل، دیدگاه سنتی نسبت به بازاریابی در سال‌های اخیر به‌شدت زیر سؤال رفته است. این دیدگاه بر مدیریت ترکیبی عناصر کلیدی بازاریابی از قبیل محصول، قیمت، تبلیغات و توزیع در حوزه عملیاتی بخش بازاریابی تأکید می‌کرد. اما دیدگاه جدید، اگرچه هنوز به این عناصر کلیدی (و یکپارچه کردن آنها) توجه می‌کند، اما علاوه‌بر آنها نیاز به ایجاد رابطه بلندمدتی با مشتری را در بازاریابی منعکس می‌کند. این همان نیازی است که بر حفظ مشتری‌های موجود تأکید فراوان دارد. مدیریت ارتباط با مشتری هم‌اکنون تغییر بازاریابی سنتی به مدیریت مشتری را منعکس می‌کند که در این مقطع نیز وظیفه قطعی مدیریت بازاریابی ایجاد

رابطه سودمند با مشتری است. دیدگاه جدید این است که بازاریابی، علم و هنر یافتن، به دست آوردن، و افزایش مشتریان سودآور است.

باید توجه داشت که مدیریت ارتباط با مشتری یک محصول یا خدمت نیست، بلکه استراتژی درک، پیش‌بینی و مدیریت نیازهای مشتریان بالقوه و بالفعل سازمان است. مدیریت ارتباط با مشتری، یک دید و نمای کلی از مشتریان هر سازمان را برای اعضای آن سازمان به تصویر می‌کشد. براساس مفاهیم مدیریت ارتباط با مشتری، هرکس در سازمان باید روی مشتری و اطلاعات مشتری متمرکز باشد. برای این منظور باید اطلاعات مشتری متمرکز باشد و به‌طور کامل و یکسان در سراسر سازمان در اختیار همه ارکان مرتبط با مشتری قرار گیرد. در این رابطه، بخش بازاریابی در هر شرکتی با تلاشی سازمان‌یافته و مداوم اطلاعات مشتری را جمع‌آوری و در سیستم اطلاع‌رسانی و شبکه سازمان نگهداری می‌کند. عوامل فروش، خدمات مشتری، پشتیبانی و طراحی تولید با استفاده از همین اطلاعات پی به نیازهای مشتریان می‌برند و فعالیت‌های خود را مطابق این نیازها تنظیم می‌کنند. به این ترتیب اطلاعات مشابه در اختیار همه ارکان سازمان یا شرکت قرار می‌گیرد تا مشتری برای دریافت نیاز و خدمات خود مجبور به طی مراحل مختلف و تکرار اطلاعات نباشد.

مدیریت ارتباط با مشتری به‌عنوان یکی از ابزارهای نوین ارتباطات بازاریابی، استراتژی جامع و فرآیند جمع‌آوری، حفظ و شراکت با مشتریان منتخب است تا ارزش‌های بالاتری برای شرکت و مشتری به‌وجود آورد. امروزه ابزارهای ارتباطی توسعه یافته از قبیل اینترنت، شبکه‌های مجازی و ... نیز به ایجاد این ارزش بالا کمک می‌کنند. مدیریت ارتباط با مشتری بر ایجاد ارتباط بلندمدت با مشتریان و درک نیازهایشان و پاسخ‌گویی به آنها به‌وسیله محصولات و خدمات گوناگون از طریق کانال‌های مختلف دلالت می‌کند. به همین دلیل، مدیریت ارتباط با مشتری چندین مزیت نسبت به بازاریابی سنتی دارد:

- هزینه‌های تبلیغاتی را کاهش می‌دهد؛
- از طریق تمرکز بر نیازهای مشتریان خاص آنها را آسان‌تر مورد هدف قرار می‌دهد؛
- ردیابی اثربخشی، مبارزه جنگ بازاریابی را ساده‌تر می‌کند؛
- به سازمان‌ها اجازه می‌دهد تا برای مشتریان براساس خدمات رقابت کنند، نه قیمت؛
- ممانعت از ولخرجی نسبت به ارباب‌رجوع‌های کم‌ارزش یا کم‌خرج کردن در مورد مشتریان پرارزش؛

- سرعت بخشیدن به زمانی که صرف می‌شود تا محصولی توسعه‌داده و بازاریابی شود (چرخه بازاریابی)؛
 - بهبود استفاده از کانال مشتری؛ بنابراین بیشترین تماس را با مشتری دارد.
 - بیشتر شرکت‌ها به دلایل زیر از مدیریت ارتباط با مشتری استفاده می‌کنند:
 - فروش به مشتری جدید ۶ مرتبه بیشتر از فروش به مشتری کنونی هزینه در بردارد؛
 - یک مشتری ناراضی با ۸ تا ۱۰ نفر درباره تجربه‌اش صحبت می‌کند؛
 - یک شرکت می‌تواند سودش را فقط از طریق افزایش ۵ درصدی نگهداری مشتری سالانه‌اش تا ۸۵ درصد افزایش دهد.
 - ضریب فروش یک محصول برای یک مشتری جدید ۱۵ درصد است، در صورتی که ضریب فروش یک محصول به مشتری کنونی ۵۰ درصد است.
 - اگر شرکت به سرعت به خدمات توجه کند، ۷۰ درصد از مشتریان شاکی با شرکت دوباره تجارت می‌کنند؛
 - بیش از ۹۰ درصد از مشتریان کنونی، یکپارچگی فروش و خدمات را برای پشتیبانی از تجارت الکترونیک ندارند.
- در مدل تجارت الکترونیک بین بنگاه و مصرف‌کننده^۱ که سازمان‌ها با خیل عظیمی از مشتری سروکار دارند، موضوع حیاتی، بالابردن کیفیت تماس با مشتری از طریق ابزارهایی از قبیل مرکز تماس و تجارت الکترونیکی است. نتیجه اینکه سازمان‌ها باید استراتژی مناسبی برای مدیریت مشتری تعیین کنند و سپس بستر مناسب IT را چنان توسعه دهند تا به اهداف خود در حال و آینده برسند. این بسترها ممکن است ترکیبی از زیرساخت‌های IT باشند که با بانک‌های اطلاعاتی شروع و سپس به سمت مراکز داده، نگهداری داده و راهکارهای یکپارچه‌سازی و تکامل مدیریت ارتباط با مشتری با استفاده از مدل‌ها و ابزار تجارت الکترونیکی توسعه یابند. البته مدیریت ارتباط با مشتری می‌تواند بدون هرگونه ارجاعی به IT یا سیستم اطلاعاتی خاص به‌کارگرفته شده در سازمان تعریف شود. اگرچه مدیریت مؤثر شخصی‌سازی، برای مشتری نیازمند این است که سیستم‌های نرم‌افزاری مدیریت ارتباط با مشتری نه تنها عملیاتی باشند، بلکه به‌شدت در ساختار IT سازمان یکپارچه‌شده باشند. مراحل به‌وسیله سطوح IT

به کارگرفته شده و یکپارچگی سیستم اطلاعاتی استفاده شده در سازمان تعیین شده‌اند. سطوح بالاتر IT و یکپارچگی بیشتر مدیریت ارتباط با مشتری ساختار IT/IS سازمان و کاراتر/ اثربخش تر شدن مدیریت روابط با مشتری است که منجر به نیم‌رخ‌ها و شخصیت‌بخشی توسعه‌یافته مشتریان می‌شود.

در این فرآیند عملاً، دو شیوه عمده وجود دارد که در سیستم مدیریت ارتباط با مشتری می‌توان به کارگرفت و با مشتری ارتباط تعاملی برقرار کرد: ابتدا، مدیریت ارتباط با مشتری، همراه IT با تأکید بر کانال‌های سنتی همچون مراکز پشتیبانی تلفنی، ارتباطات از طریق نمابر یا پست و کارکنان فروش است. دوم، مدیریت ارتباط با مشتری که با IT اتوماتیک شده و بر تعامل با مشتری از طریق تکنولوژی‌هایی همانند وب، ابزارهای بی‌سیم و سیستم‌های تلفنی اتوماتیک تأکید دارد. این سیستم مشتریان را قادر می‌کند تا به‌طور مستقیم با مدیریت ارتباط با مشتری تعامل برقرار کنند.

تعامل با مشتری و شناخت مشتری و درک نیازهای او در پیاده‌سازی مشتری‌مداری بسیار مهم است؛ زیرا هم در جذب و هم در حفظ مشتریان نقش بسزایی دارد. به‌بیان‌دیگر، در محیط رقابتی کنونی بدون توجه به نیازها و خواسته‌های هر مشتری نمی‌توان به جذب مهم‌ترین سرمایه شرکت یعنی مشتری پرداخت. درحقیقت لازمه جذب و سپس حفظ مشتری استفاده از ابزارهای گوناگون ارتباطات بازاریابی است که برای جلوگیری از دوباره کاری‌ها و اتلاف منابع، این ابزارها باید یکپارچه شده و پیام‌هایی مطابق خواسته و نیاز مشتریان را با حداقل هزینه انتقال دهند تا علاوه بر جذب مشتریان بالقوه، به حفظ مشتریان موجود نیز بپردازند. ازسوی دیگر، با اتخاذ استراتژی مدیریت ارتباط با مشتری ازسوی شرکت، این‌گونه اطلاعات و اطلاعاتی مشابه که می‌تواند در حفظ مشتریان مثمر باشد، در پایگاه داده مدیریت ارتباط با مشتری جمع‌آوری می‌شوند. به کمک این‌گونه اطلاعات، به‌صورت دقیق‌تر و نظامندتری می‌توان اقدام به جذب و حفظ مشتریان کرد. بدین ترتیب می‌توان با آگاهی از نحوه و نوع ارتباط بین ارتباطات یکپارچه بازاریابی و مدیریت ارتباط با مشتری، چرخه مستمری بین اطلاعات مدیریت ارتباط با مشتری و پیام‌های ارتباطات یکپارچه بازاریابی به‌وجود آورد که ضمن تکمیل یکدیگر به سازمان کمک کند تا مشتریان بیشتری را جذب و حفظ کند. به‌بیان‌دیگر، شناخت نوع و میزان این رابطه (به‌خصوص با ابزارهای ارتباطات یکپارچه بازاریابی) به سازمان‌ها کمک می‌کند که

با هزینه کمتر، اطلاعات مؤثرتری را جمع‌آوری و پیام‌های کارآمدتری را ارائه کنند، تا علاوه بر حفظ مشتریان قدیمی مشتری‌های جدیدتری را به دست آورند.

به بیان دیگر، آمیخته بازاریابی (محصول، قیمت، توزیع و ارتباطات بازاریابی) و مدیریت روابط با مشتری، در یک تعامل دوسویه با یکدیگر کار می‌کنند تا بازده‌های ارتباطی و معاملاتی با مشتریان ایجاد کنند. در مدل فرض شده است که ایده‌های موازی در تمام بازارها رخ می‌دهد؛ یعنی بازاریابان همان خروجی‌ها را با مشتریان دولتی و سازمانی (به خصوص در زنجیره تأمین) دارند. ارتباطات بازاریابی موجب افزایش میزان اطلاعاتی می‌شود که می‌توان راجع به مشتریان و رفتارهایشان به منظور به‌ترساختن نیم‌رخ آنها به عنوان بخشی از مدیریت ارتباط با مشتری به دست آورد و مدیریت ارتباط با مشتری نیز اطلاعات مورد نیاز جهت هماهنگ‌سازی ابزارهای ارتباطی و یکسان‌سازی پیام برای مخاطبان را فراهم می‌کند.

این مطالب کلی هستند و شامل سازمان‌های مختلف می‌شوند؛ اما صنعت بیمه حتی با حفظ رویکرد فروش نیز می‌تواند با تغییرات استراتژیک نحوه مدیریت و استفاده از ابزارهای ارتباطات بازاریابی خود و سازماندهی ساختار مدیریت بازاریابی خود به سمت و سوی مشتری‌مداری حرکت کند. تغییر رویکرد و نگرش، کار ساده و آسانی نیست که ظرف مدت کوتاهی بتوان به آن دست یافت. گاهی این کار نیازمند سال‌ها وقت و صرف هزینه‌های فراوان به خصوص هزینه‌های آموزشی برای تغییر نگرش کارکنان است.

تغییر نگرش کارکنان برای صنعت بیمه امری حیاتی است. در واقع، پیش از انجام هرگونه فعالیت بازاریابی رابطه‌مند، ارتباطات بازاریابی و مدیریت روابط با مشتری، بازاریاب در ابتدا باید مطمئن شود که کارمندان و کارکنان شرکت برنامه‌ها و تلاش‌های بازاریابی را درک کرده‌اند و پذیرفته‌اند.

از این‌رو، بازاریابی داخلی سعی می‌کند برای تأمین رضایت مشتریان و اطمینان از اثربخش بودن فعالیت‌ها و برنامه‌های بازاریابی، همه کارمندان سازمان را به خوبی آموزش داده و ترغیب کند. بدین منظور، باید فرهنگ اصالت مشتری به تک‌تک کارکنان آموزش داده شود تا مشتری‌گرا و مشتری‌محور شوند. از آنجا که عملکرد بازاریابی سنتی و تعاملی از درون سازمان آغاز می‌شود و برای دستیابی به بازاریابی رابطه‌مند به فرآیند مستمر و کامل بازاریابی داخلی نیاز است، به‌نحو جزئی‌تری به آن اشاره می‌کنیم.

۸- مکانیسم بازاریابی داخلی

در بسیاری از کتاب‌های مدیریت رفتار سازمانی و روان‌شناسی، بر تغییر نگرش افراد برای تغییر رفتارشان تأکید شده است. امروزه، در بازاریابی نوین نیز این موضوع کاربرد یافته است. از این رو، توصیه می‌شود قبل از اجرای هرگونه فعالیت بازاریابی از پشتیبانی واحدهای سازمانی و کارکنان سازمان اطمینان حاصل کنند. این مفهوم از دهه ۱۹۷۰ میلادی به عنوان بازاریابی داخلی مطرح شده است.

مفهوم بازاریابی داخلی از بازاریابی خدمات نشأت گرفته و بر رضایت مشتری و کیفیت خدمات به مشتریان تأکید دارد. در طول زمان، مفهوم بازاریابی داخلی آنقدر توسعه پیدا کرده است که فرهنگ سازمانی، تعهد کارمندان و کیفیت خدمات را نیز شامل می‌شود. بازاریابی داخلی، کارمندان را به دو شکل مشتری داخلی و همکار واحد بازاریابی در نظر می‌گیرد. در حالت اول، بر برآوردن نیازهای کارکنان تأکید دارد و به دنبال اشاعه فرهنگ دوستی در بین همکاران است. در واقع از همه کارکنان سازمان در تمامی سطوح می‌خواهد که با همکاران خود همانند یک مشتری و ارباب رجوع رفتار کنند. نتیجه این کار افزایش سرعت و بازده کاری و در نتیجه افزایش رضایت مشتریان و جلوگیری از اصطکاک‌های سازمانی و جبهه‌گیری اعضای سازمان خواهد بود. در حالت دوم، از همه کارکنان می‌خواهد که در تمامی سطوح سازمان به مشتریان پاسخگو باشند و در عمل کل کارکنان سازمان را به صورت اعضای واحد بازاریابی در نظر می‌گیرد. در این حالت، سعی می‌کند با شفاف کردن فعالیت‌های بازاریابی برای کارکنان سازمان و با ترکیب فرآیندهای تولید دانش مشتری، نیازهای مشتریانی را که به‌هردلیلی به سازمان مراجعه می‌کنند برطرف سازد. هدف از این فعالیت افزایش و حفظ کیفیت ارتباطات بازاریابی است.

در واقع با هر نوع رویکردی که به بازاریابی داخلی نگاه شود، در عمل، بازاریابی داخلی بخش جدایی‌ناپذیر بازاریابی و بازوی راست مدیریت ارشد سازمان برای ارائه شفاف‌مأموریت و اهداف شرکت به همه اعضای سازمان است تا با کمک آموزش، انگیزش^۱ و ارزیابی، اهداف مطلوب و ایده‌آل سازمان تحقق یابد و بر سطح رضایت و وفاداری مشتریان افزوده شود.

در این فرآیند، هدف مدیریت، انگیزه دادن به کارکنان برای تقویت روابط و اخلاق حرفه‌ای در درون سازمان و استفاده از خلاقیت کارکنان در امور بازاریابی است. نوآوری در روش‌ها و فرآیندهای بازاریابی از عوامل اساسی رشد و توسعه شرکت هستند. در مقیاسی کلان‌تر؛ علاوه بر فرآیندهای بازاریابی، محصولات بیمه‌ای موجود در بازار نیز محتاج نوآوری و خلاقیت هستند. بدیهی است نوآوری ابتدا در طراحی محصولات جدید و سپس در فرآیندهای بازاریابی می‌توان سازمان را به اهداف عالی خود برساند. بدین منظور، مدیریت سازمان باید مقصود و هدف سازمان را به طور شفاف تعریف کند و نقش هر گروه از کارمندان را در فرآیند بازاریابی و پاسخ‌گویی به مشتریان در هر زمان و در هر موقعیتی بیان کند.

البته، در پس تلاش مدیریت، خط‌مشی‌های آموزشی کارکنان و طراحی چارچوب دقیق برنامه‌ریزی آموزشی و سیستم نظارت محتوای آموزشی و کنترل تغییرات نگرشی به وجودآمده بسیار اهمیت دارد.

نمونه سؤالات چهارگزینه‌ای

۱. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء شیوه‌های صرفه‌جویی در بازاریابی نیست؟

- الف) بازدید مجدد از مشتریان
ب) متمرکزسازی منابع
ج) کاهش هزینه‌های ثابت
د) پاداش دادن به مشتریان

۲. در کسب و کار بیمه، تصمیمات قیمت‌گذاری با کدام یک از عوامل زیر مرتبط نیست؟

- الف) حق بیمه پرداخت شده برای بیمه‌نامه‌ها
ب) اداره‌ی کارمندان بیمه
ج) کارمزد پرداخت شده برای فعالیت‌های مشاوره‌ای و بیمه‌ای
د) بهره پرداخت شده برای عدم پرداخت حق بیمه‌ها و تسهیلات اعتباری

۳. کدام یک از توصیه‌های زیر را برای بازاریابان بیمه صحیح نمی‌دانید؟

- الف) دائماً ایمیل یا نامه خود را تکرار کنید.
ب) خدماتی را پیشنهاد دهید که قادر به تحویل‌شان هستید.
ج) از تکرار جمله «ای کاش می‌توانستم» پرهیز کنید.
د) برای افرادی بازاریابی کنید که احتمال خرید بیشتری دارند.

۴. در دیدگاه «بازاریابی» تمرکز بر چیست؟

- الف) نیاز مشتری
ب) فروش بیشتر
ج) محصول بهتر
د) درآمد بیشتر

۵. کدام یک از توصیه‌های زیر را برای بازاریابان بیمه صحیح می‌دانید؟

- الف) مشتری را متهم کنید.
ب) وقتی امور رو به پیشرفت هستند بازاریابی را متوقف کنید و کمی استراحت کنید.
ج) از مشتری ناخشنود دوری کنید.
د) برای افراد نامناسب بازاریابی نکنید.

۶. کدام یک از دیدگاه‌های زیر در فعالیت‌های بازاریابی می‌تواند به «نزدیک‌بینی بازاریابی»

منتهی گردد؟

- الف) دیدگاه محصول
ب) دیدگاه فروش
ج) دیدگاه بازاریابی
د) دیدگاه تولید

۷. در بازاریابی داخلی هدف مدیریت چیست؟

الف) رضایت بیمه‌گذاران

ب) ارائه خدمات بیشتر به مشتریان فعلی

ج) توسعه شرکت‌های بیمه داخل کشور

د) انگیزه‌دادن به کارکنان برای تقویت روابط و اخلاق حرفه‌ای در درون سازمان

۸. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء شیوه‌های صرفه‌جویی در بازاریابی نیست؟

الف) صرف زمان و هزینه کمتر برای تهیه استراتژی و طراحی برنامه

ب) خلاقیت

ج) توسعه مرحله به مرحله

د) کاهش هزینه‌های ثابت

۹. آمیخته بازاریابی بیمه عبارتست از:

الف) محصول، قیمت، مکان، توسعه، افراد، فرآیند و توزیع فیزیکی

ب) تولید، تبلیغ، کشش و فروش

ج) تولید، تبلیغ، مکان، سود، فروش، مشتری و توزیع اینترنتی

د) سود، فروش، مشتری و توزیع اینترنتی

۱۰. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء روش‌های رسیدن به فروش بیشتر نیست؟

الف) تفکر

ب) بازدید مجدد از مشتریان

ج) کار گذاشتن یک سیستم تلفنی دوستانه

د) برخورد فاقد هویت

۱۱. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء انتخاب‌هایی که فرد می‌تواند برای ارضای نیازهای خود از آن

استفاده کند نیست؟

ب) اعمال زور

الف) خودتولیدی

د) مبادله

ج) متمرکزسازی منابع

۱۲. چرا در فرهنگ جامعه ایرانی اولین چیزی که از سبد خرید حذف می‌گردد هزینه مربوط به بیمه‌ها به خصوص بیمه عمر است؟

- الف) چون در سطح شهرها تابلوهای تبلیغاتی کمی در مورد بیمه‌های عمر نصب می‌شود.
- ب) چون اکثر افراد جامعه بیمه‌های عمر را یک کالای لوکس، غیر ضروری و تجملی می‌دانند.
- ج) چون در کشور بیمه‌های عمری طراحی می‌شوند که در ۸۰٪ موارد مشابه یکدیگرند.
- د) گزینه الف و ج صحیح است

۱۳. عبارت زیر با کدام یک از دیدگاه‌های بازاریابی تطبیق بیشتری دارد؟
"برای گسترش بازار بیمه عمر می‌توان بر مسائل تغییرات ساختار جمعیتی کشور، منافع بلندمدت بیمه‌های عمر برای کشور و کاهش بار مسئولیتی دولت تأکید داشت و با ارائه محصولاتی جدید در این زمینه، پویایی و انعطاف‌پذیری بیشتری به این رشته بیمه‌ای وارد نمود تا بتواند افراد بیشتری را جذب کند."

- الف) دیدگاه فروش
 - ب) دیدگاه بازاریابی اجتماعی
 - ج) دیدگاه تولید
 - د) دیدگاه محصول
۱۴. کدام یک از گزینه‌های زیر جزء مشکلات بازاریابی بیمه در ایران نیست؟

- الف) نبود توسعه فرهنگ بیمه
- ب) برنامه تبلیغاتی نامناسب
- ج) اخلاق غیر حرفه‌ای نمایندگان فروش بیمه
- د) شرکت‌های بیمه ناکارآمد و بدون توانگری با محصولات بد

۱۵. کدام یک از روش‌های زیر برای رسیدن به فروش بیشتر، مؤثر است؟
الف) پاکیزه نگاه داشتن دفتر
ب) برگزاری مهمانی
ج) همواره لبخند زدن
د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۶. چرا تعامل با مشتری و شناخت مشتری و درک نیازهای او در پیاده‌سازی مشتری‌مداری بسیار مهم است؟

- الف) زیرا در ایجاد رضایت در کارکنان شرکت نقش به‌سزایی بازی می‌کند.
- ب) زیرا در نگهداری کارکنان شرکت نقش به‌سزایی بازی می‌کند.
- ج) زیرا هم در جذب و هم در حفظ مشتریان نقش به‌سزایی بازی می‌کند.
- د) زیرا در شناسایی نقاط ضعف مشتریان نقش به‌سزایی بازی می‌کند.

۱۷. عنصر مکان از آمیخته بازاریابی بیمه، با کدام یک از عوامل زیر سروکار دارد؟

الف) اداره کارمندان بیمه

ب) مکان‌یابی شعبه

ج) همکاری و مشاوره نماینده

د) گزینه الف و ب صحیح است.

۱۸. عنصر محصول از آمیخته بازاریابی بیمه با کدام یک از عوامل زیر سروکار دارد؟

الف) بیمه‌نامه

ب) همکاری و مشاوره نماینده

ج) اعتبار شرکت بیمه

د) هر سه گزینه صحیح است.

۱۹. بازاریابی کشتی با چه چیزی شروع می‌گردد؟

الف) محصولات

ب) نحوه توزیع

ج) نیازهای مشتری

د) پیام‌های بازاریاب

۲۰. کدام یک از گزینه‌های زیر از عناصر اصلی و مهم در تعریف بازاریابی محسوب می‌شود؟

الف) بازاریابی فعالیتی انسانی در جهت ارضای نیازها و خواسته‌ها از طریق فرایند مبادله است.

ب) بازاریابی فعالیتی کسب‌وکاری در جهت افزایش سطح فروش است.

ج) بازاریابی فعالیتی کسب‌وکاری در جهت افزایش سطح فروش و سودآوری است.

د) بازاریابی فعالیتی انسانی در جهت اهداف سازمان از طریق فرایند مبادله است.

۲۱. کدام یک از اقدامات زیر از شیوه‌های صرفه‌جویی در بازاریابی نیست؟

الف) پاداش دادن به مشتریان

ب) هدف قراردادن مخاطب به شکل دقیق

ج) افزایش هزینه‌های ثابت

د) خلاقیت

۲۲. کدام یک از موارد زیر از مشکلات بازاریابی بیمه در ایران است؟

الف) توسعه فرهنگ بیمه در کشور

ب) تنوع و خلاقیت در بیمه‌های عمر

ج) وجود تورم

د) اخلاق مداری میان نمایندگان فروش بیمه

۲۳. کدام یک از موارد زیر از مشکلات ارتباطی نمایندگان با مشتریان است؟

الف) پیگیری ضعیف یا عدم پیگیری پیغام‌های صوتی

ب) نداشتن توانایی ارسال نامه‌های صوتی

ج) داشتن تلفنی با خطوط بسیار، به شکلی که یافتن تلفن داخلی آسان نباشد.

د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۴. فروشندگان بیمه وقتی به منحصربه‌فرد بودن طرح خود ایمان دارند،

الف) علاقه‌ای به رقابت بر سر قیمت ندارند.

ب) تمایل بیشتری به رقابت بر سر قیمت دارند.

ج) اقدام به بزرگ‌نمایی ویژگی‌های محصول خود می‌کنند.

د) از مشتری ناخشنود دوری می‌کنند.

۲۵. کدام‌یک از گزینه‌های زیر از روش‌های بازاریابی بیمه است؟

الف) بروشور و تبلیغات و دیگر مطالب چاپی ب) رادیو و تلویزیون

ج) تبلیغات در فضای مجازی د) هر سه گزینه صحیح است.

۲۶. «چیزی که بیشتر از همه شما را نزد مشتریان جذاب می‌کند»، به کدام‌یک از گزینه‌های زیر

ارتباط پیدا می‌کند؟

الف) شناخت نقطه درخشش خود ب) کاهش هزینه‌های ثابت

ج) پاداش دادن به مشتریان د) استفاده از کانال‌ها و رسانه‌های جدید

۲۷. برگزاری مراسم‌های موسیقی محلی، نمایشگاه‌ها، مشارکت در نمایشگاه‌ها و جشنواره‌ها

و کشیدن نقاشی‌های دیواری در روستاها از اقداماتی است که مربوط به عنصر

آمیخته بازاریابی بیمه است.

الف) آموزش ب) توسعه

ج) نفوذ د) رسانه‌ها

۲۸. زمانی که تقاضا بیشتر از عرضه باشد، کدام‌یک از دیدگاه‌های زیر در فعالیت‌های

بازاریابی حاکم است؟

الف) دیدگاه محصول ب) دیدگاه فروش

ج) دیدگاه بازاریابی د) دیدگاه تولید

۲۹. این جمله که «مشتریان به مقدار کافی محصولات را نخواهند خرید مگر آنکه برای

فروش و تبلیغات فعالیت‌های چشمگیری صورت گرفته باشد»، به کدام‌یک از دیدگاه‌های

زیر در فعالیت‌های بازاریابی اشاره دارد؟

الف) دیدگاه محصول ب) دیدگاه فروش

ج) دیدگاه بازاریابی د) دیدگاه تولید

۳۰. ازدست‌دادن یک مشتری چه زبانی را بر شرکت بیمه تحمیل می‌کند؟

الف) ازدست‌دادن فروش نوبت آینده

ب) به اندازه خرید سراسر عمر مشتری به اضافه هزینه یافتن یک مشتری جانشین

ج) زیان بسیار ناچیز

د) اصلاً زبانی بر شرکت تحمیل نمی‌شود، بلکه رفتن یک مشتری ناراضی منفعت هم دارد.

۳۱. جمله معروف "بیمه فروختنی است نه خریدنی"، به کدام یک از دیدگاه‌های زیر در

فعالیت‌های بازاریابی اشاره دارد؟

الف) دیدگاه محصول

ب) دیدگاه فروش

ج) دیدگاه بازاریابی

د) دیدگاه تولید

۳۲. مدیریت ارتباط با مشتری چه مزیتی نسبت به بازاریابی سنتی دارد؟

الف) هزینه‌های تبلیغاتی را کاهش می‌دهد.

ب) از طریق تمرکز بر نیازهای مشتریان خاص آنها را آسان‌تر هدف قرار می‌دهد.

ج) به سازمان‌ها اجازه می‌دهد تا برای مشتریان براساس خدمات رقابت کنند، نه قیمت

د) هر سه گزینه صحیح است.

فصل هشتم: برخی مفاهیم بیمه‌ای

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل خوانندگان باید بتوانند:

- در مورد شرکت بیمه توضیح دهند و بیان کنند برای تحصیل پروانه از بیمه مرکزی باید چه مدارک و اسنادی تحویل داده شود.
- باتوجه به نوع فعالیت، وظایف شرکت بیمه را برشمارند.
- در مورد اصطلاح عدم توانگری توضیح دهند و عوامل مؤثر بر عدم توانگری را ذکر کنند.
- به اختصار توضیح دهند که توانگری مالی بیانگر چیست.
- بیان کنند که عرضه بیمه طبق ماده ۶۶ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰/۰۳/۳۰ توسط چه اشخاص و مؤسساتی صورت می‌گیرد.
- کاستنی به چه معناست؟ و انواع آن را نام ببرند.
- انواع قراردادهای اتکایی را نام ببرند و هر یک را به اختصار شرح دهند.

۱- قرارداد بیمه^۱

قانون بیمه در ماده نخست، بیمه را نوعی عقد می‌داند و چنین شرح می‌دهد: «بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارده بر او را جبران کند یا وجه معینی را بپردازد. متعهد را بیمه‌گر و طرف تعهد را بیمه‌گذار، وجهی را که بیمه‌گر می‌پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می‌شود، موضوع بیمه نامند».

همان‌طور که برداشت می‌شود قانون بیمه به پیوند و رابطه حقوقی میان بیمه‌گر و بیمه‌گذار اشاره کرده و واژگان مربوط به این نهاد حقوقی را نیز نام برده است. به این ترتیب بحث در ماهیت یا چیستی حقوق بیمه چندان موردی ندارد. زیرا قانون بیمه نهاد بیمه را عقد می‌داند و معنا و مفهوم و انواع عقدها هم در حقوق مدنی و فقه اسلامی به اندازه کافی روشن هستند. بنابراین اگر بخواهیم به تحلیل حقوقی عقد بیمه بپردازیم، ناگزیریم به تعریف‌ها و اصول کلی حاکم بر عقدها و قراردادهای در قانون مدنی نظر داشته باشیم تا مفهوم چگونگی انواع قراردادهای بیمه به خوبی روشن شود.

اعتبار عقد بیمه: همانند سایر عقود از حیث صحت و درستی و اعتبار پیرو قانون مدنی است ولی به دلیل ویژگی‌هایی که نهاد نوین بیمه دارد، شرایط اعتبار عقد بیمه از حساسیت و ویژگی خاصی برخوردار است. چنان‌که در مورد تدلیس (فریب کاری) و غبن در قانون مدنی، قانون‌گذار قائل به حق فسخ برای دو طرف معامله است در حالی که تحقق موارد فوق در عقد بیمه موجب بطلان آن می‌شود. این امر بیانگر حساسیت فن ظریف بیمه نسبت به رعایت «اصل حسن‌نیت» و اخلاق نیک جامعه است.

به هر صورت، بر پایه قانون بیمه (ماده نخست) بیمه، یک عقد است و قانون مدنی در ماده ۱۹۰ خود شرایط صحت و اعتبار عقود را بر شمرده است که عبارت‌اند از: قصد طرفین و رضای آنها، اهلیت دو طرف، موضوع معین که مورد معامله باشد و مشروعیت جهت.

این چهار مورد در واقع چهار ستون پایه عقدها و قراردادهای هستند که در همه عقود از جمله در عقد بیمه جاری هستند و فقدان یا عیب و کاستی آنها بر حسب مورد و درجه شدت و ضعف، موجب بطلان (یا فسخ) قراردادهای می‌شود. اجرا و پیاده‌سازی این ارکان چهارگانه

در خصوص عقد بیمه، ویژگی‌های خود را دارد. در این باره چهار پرسش مطرح می‌شود: چه کسی باید اعلام رضایت کند؟ تا چه اندازه این اعلام رضایت ضروری است؟ به چه شکل و فرمی باید اعلام رضایت دو طرف عقد صورت گیرد؟ در چه زمانی تقارن قصد‌ها و توافق دو طرف یا به هم پیوستن اراده آنها تحقق پیدا می‌کند؟

پاسخ به هر یک از پرسش‌های یادشده بحث و تحلیلی حقوقی لازم را طلب می‌کند که علاقه‌مندان می‌توانند با مراجعه و مطالعه کتاب‌های حقوقی (حقوق مدنی و حقوق بیمه) پاسخ مناسب را بیابند. به هر حال، عقد بیمه با تقاضا یا پیشنهاد مشتری (بیمه‌گذار) و قبول آن از سوی بیمه‌گر (ایجاب و قبول) منعقد می‌شود و دو طرف را متعهد و ملزم به انجام وظایفی می‌کند که در شرایط عمومی بیمه‌نامه انعکاس دارند (وظایف بیمه‌گذار و وظایف بیمه‌گر). تقاضا یا پیشنهاد بیمه‌گاهی به صورت مستقیم توسط بیمه‌گذار (اصیل) و اغلب توسط میانجی و وکیل او (نمایندگان بیمه یا کارگزاران بیمه) انجام می‌گیرد و با پذیرش آن از سوی بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه از سوی بیمه‌گذار، آثار حقوقی مورد انتظار و مقصود دو طرف عقد را به وجود می‌آورد. مسئله اهلیت و شخصیت که از مباحث مهم عقد و انعقاد قراردادهاست، در زمینه عقد بیمه و صدور بیمه‌نامه‌ها و تصفیه خسارت‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بدین معنا که هم بیمه‌گذار باید قابلیت و صلاحیت انعقاد قرارداد بیمه را داشته باشد (صغیر، سفیه و مجنون نباشد) و هم از جهت صلاحیت بیمه‌گران برای قبول بیمه و صدور بیمه‌نامه، اهمیت اساسی دارد، زیرا هرکس یا هر مؤسسه و شخصیت حقوقی‌ای حق قبول بیمه و تعهد جبران خسارت یا پرداخت سرمایه بیمه را ندارد، بلکه به موجب قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، مصوب سال ۱۳۵۰، فقط اشخاص حقوقی (شرکت‌های سهامی عام) حق اشتغال به حرفه بیمه‌گری را دارند. چنان‌که به موجب ماده ۳۸ این قانون: «برای انجام عملیات بیمه در همه رشته‌ها یا رشته معین باید قبلاً طبق مقررات ...، از بیمه مرکزی ایران پروانه گرفته شود». بیمه مرکزی جمهوری اسلامی به‌عنوان یک نهاد قانونی نظارت‌گر و دیده‌بان، درخواست بیمه‌گری را مورد بررسی قرار می‌دهد و پس از احراز صلاحیت مالی و فنی متقاضی و حسن شهرت مدیران شرکت بیمه، اقدام به صدور پروانه و مجوز بیمه‌گری می‌کند.

درباره معین بودن مورد معامله یا موضوع بیمه به‌عنوان یکی از ستون‌های عقد بیمه، مسئله و مشکل چندانی مطرح نمی‌شود. همان‌گونه که هر معامله‌ای باید دارای موضوع و مورد معینی باشد (مال، حق مالی، مالکیت، منفعت)، در عقد بیمه نیز موضوع مورد معامله باید مشخص

باشد. چنان‌که قانون بیمه در ماده چهارم خود می‌گوید: «موضوع بیمه ممکن است مال باشد، اعم از عین یا منفعت یا هر حق مالی یا هر نوع مسئولیت حقوقی و... همچنین ممکن است بیمه در مورد حادثه یا خطری باشد که از وقوع آن بیمه‌گذار متضرر می‌شود.»

برخی از حقوق‌دانان و بیمه‌نویسان، نیز به پیروی از واژگان قانونی مدنی و قانون بیمه، «موضوع بیمه» را مال یا حق مالی یا مسئولیت حقوقی (مدنی) می‌دانند. به نظر می‌رسد که موضوع بیمه، نه مال است و نه منفعت، بلکه موضوع بیمه خطر یا ریسکی است که اشخاص و اموال و منافع آنها را تهدید می‌کند و موجب خسارت به آنها می‌شود. قانون‌گذار خود نیز به این نکته ظریف توجه داشته و در پایان ماده چهارم قانون بیمه به آن اشاره می‌کند. در واقع می‌توان گفت که اشخاص در معرض خطر، بیمه‌شدگان (یا زیان‌دیدگان) هستند و اموال در معرض ریسک را نیز می‌توان «مورد بیمه» نامید.

مشروعیت جهت: قانون مدنی، جهت معامله را تعریف نکرده و فقط از «مشروعیت جهت» عقد یاد کرده‌است؛ چنان‌که ماده ۲۱۷ قانون مدنی می‌گوید: «در معامله لازم نیست که جهت آن تصریح شود ولی اگر تصریح شده باشد باید مشروع باشد و اِلّا معامله باطل است». بنابراین در صورتی که در معامله یا قراردادی جهت (انگیزه) آن تصریح شود و خلاف قانون، نظم عمومی و اخلاق نیک جامعه باشد، معامله باطل خواهد بود. به نظر می‌رسد آنچه در اینجا، در صحت و اعتبار عقود اهمیت دارد، «علت و سبب» انجام عقود و قرارداهاست و نه «جهت» آنها که دو طرف معامله بیشتر اوقات از تصریح آن خودداری می‌کنند.

باری، «علت و سبب» معامله‌ها یا انعقاد قراردادها، مبادله عوض و معوض (مال و قیمت آن) است. بدین معنا که اگر فروشنده، مال مورد معامله را تحویل ندهد یا خریدار بهای مورد معامله را ندهد، معامله به بن‌بست و بطلان کشیده می‌شود. در واقع «علت و سبب» تعهد فروشنده به تحویل کالا، همانا تعهد خریدار به پرداخت بهای آن است. در عقد یا قرارداد بیمه نیز علت مستقیم تعهد بیمه‌گر به جبران خسارت یا پرداخت سرمایه معین، همانا دریافت «حق بیمه» (یا بهای تأمین) داده شده به بیمه‌گذار است.

تفسیر قراردادهای بیمه: قراردادهای بیمه یا بیمه‌نامه‌ها (سند بیمه) به دلیل پیچیدگی فنی و ویژگی خاص خدمت‌رسانی و سرویس‌دهی خود از حساسیت و اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. شرایط این گونه قراردادهای بیمه‌نامه‌های حمل و نقل دریایی، به علت سابقه و سنت دیرپا و عرف و عادت حاکم بر آنها دارای پیچیدگی (زبان تخصصی) خاص خود است که به آسانی برای

مشتریان مفهوم نیست. بیمه‌گر، یک شرکت تجارتی عرضه‌کننده و فروشنده «تأمین و امنیت خاطر» است که دستاورد یا کالایی غیرفیزیکی و ناملموس است. این خدمت‌رسانی به شکلی حقوقی (قرارداد) پذیرفته و انجام می‌شود. یک طرف، بیمه‌گر در مقابل اعطای تضمین و تعهد خود، مبلغی به عنوان بهای تأمین (حقیقه) از طرف دیگر که بیمه‌گذار است دریافت می‌کند.

آنچه بنیاد این تضمین و تعهد دو طرف را تشکیل می‌دهد، یکی عامل اخلاقی (حسن نیت و صداقت) است و دیگری موازین و محاسبه‌های آماری. به همین جهت قانون بیمه در مواد ۱۱، ۱۲ و ۱۸ خود عدم‌رعایت «اصل حسن نیت و صداقت» (دروغ‌گویی، تقلب و تدلیس و کتمان واقعیت خطرهای موضوع بیمه) را موجب بطلان مطلق قرارداد بیمه می‌داند و نه عدم‌نفاذ آن.

باتوجه به خصلت پررنگ و صریح «صداقت و حسن نیت» در قراردادهای بیمه، این‌گونه قراردادهای از نوعی آمریت (امری بودن) و الزامی بودن برخوردارند که با سرشت و هدف بیمه و تأمین سازگار است. هدف نهایی بیمه، جبران خسارت وارده به بیمه‌گذاران و زیان‌دیدگان و پرداخت سرمایه مورد تعهد در موعد مقرر است که هدفی حمایتی و عدالت‌گرایانه است. بر این پایه، تفسیر و تعبیر قانون و قراردادهای بیمه و مواد و شرایط بیمه‌نامه‌ها باید به صورت تفسیری گسترده و حق‌گزارانه و عدالت‌گرایانه انجام شود. بدین معنا که قاضیان و دادرسان (همچنین شرکت‌های بیمه) باید در تفسیر و اجرای مواد و مفاد بیمه‌نامه‌ها از تنگ‌نظری یا تفسیرهای بسته خودداری کنند و در راه تحقق هدف اصلی بیمه و قصد مشترک عاقدان قرارداد، نهایت حسن نیت و کوشش خود را نشان دهند.

به همین جهت در بیشتر کشورهای جهان، قانون‌های بیمه‌ای به‌طور مؤکد بیمه‌گران را متعهد به تصریح و شفافیت در مواد و شرایط مهم بیمه‌نامه‌ها می‌کنند و از آنها می‌خواهند که پیش از صدور بیمه‌نامه به طریق بایسته، متقاضیان را از مفاد و شرایط مهم بیمه‌نامه‌ها آگاه کنند. در ایران وظیفه تنظیم و تصویب شرایط عمومی بیمه‌نامه و آیین‌نامه‌های مربوطه برعهده شورای عالی بیمه است که با همکاری و مشارکت بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران وظایف خود را انجام می‌دهد. نظارت در اجرای مصوبه‌های شورای عالی بیمه به‌عهده بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران است که وظیفه دارد با تجهیز خود به نیروهای متخصص و بیمه‌شناس باتجربه در راه حفظ سلامت صنعت بیمه و حفظ و حمایت از حقوق زیان‌دیدگان و ذی‌حقان گام بردارد.

جایگاه عقد بیمه: ماده ۱۸۴ قانون مدنی در رابطه با انواع «عقود و معاملات» از عقد لازم، عقد جایز، خیاری، منجز و معلق نام می‌برد. ولی عقود دیگری نیز هستند که در اینجا از آنها نام برده نشده است و از آنها بیشتر به‌عنوان قرارداد یاد می‌شود که مترادف با واژه عقد است، مانند: عقد عهده‌ای، عقد تملیکی، عقد معوض، عقد رضایی (مراضاتی) عقد با آثار تدریجی، عقد عضویتی (یا الحاقی و اشتراکی)، قرارداد گرامتی یا جبرانی، قرارداد اتفافی و احتمالی.

در تعیین جایگاه عقد یا قرارداد بیمه در میان عقود و قراردادها، می‌توان گفت که بیمه یک عقد لازم، منجز، معوض، عهده‌ای، با آثار تدریجی، عضویتی، گرامتی، اتفافی و احتمالی است. «اتفافی و احتمالی» بودن قرارداد بیمه، شاخص‌ترین و مدرن‌ترین جنبه قرارداد یا عقد بیمه است که آن را از سایر قراردادها متمایز می‌کند. بدین معنا که این گونه قراردادها پیوندی بنیادین با علم حساب، احتمالات و موازین آماری دارند.

انعقاد و اجرای عقد بیمه: عقد بیمه با تقاضای (پیشنهاد) بیمه‌گذار و قبول و پذیرش بیمه‌گر (با رعایت مفاد ماده ۱۹۰ قانون مدنی درباره شرایط صحت عقود) منعقد می‌شود و حیات حقوقی به‌خود می‌گیرد و با پرداخت حق بیمه یا تعهد پرداخت آن از سوی بیمه‌گذار، جنبه اجرایی و الزامی پیدا می‌کند.

انعقاد و بستن عقد بیمه، تعهدها و وظایفی بر دوش بیمه‌گذار و بیمه‌گر می‌گذارد. وظایف بیمه‌گذار عبارت‌اند از: اعلام شاخص‌ها و ویژگی‌های خطر موضوع بیمه و تغییرهای حاصل در آن در ازای قرارداد، پرداخت حق بیمه (بهای تأمین)، اعلام خسارت به‌هنگام، همکاری با بیمه‌گر و انجام عملیات نجات و امداد لازم.

وظیفه و تعهد بیمه‌گر عبارتست از: صدور بیمه‌نامه‌ای سالم و صحیح و متناسب با نیاز و خواست بیمه‌گذاران، ارزیابی خطر و تعیین حق بیمه، کارشناسی و جبران خسارت‌ها یا پرداخت سرمایه بیمه معین (در بیمه‌های عمر).

انحلال، پایان و بطلان عقد بیمه: قرارداد بیمه با ایجاب (تقاضا یا پیشنهاد) بیمه‌گذار و پذیرش بیمه‌گر منعقد می‌شود و به تدریج در طول مدت قرارداد بیمه به مرحله اجرا درمی‌آید و سرانجام با مدت قرارداد پایان می‌گیرد یا قرارداد بیمه در موارد معین قابل فسخ و انحلال است. اما در مواردی، قرارداد بیمه دچار بطلان می‌شود. بطلان عقد یا قرارداد بیمه به معنای آن است که کردار حقوقی دو طرف، حیات حقوقی پیدا نمی‌کند و آثار لازم (تعهدهای متقابل) را به‌بار

نمی‌آورد. رعایت نکردن مفاد ماده ۱۹۰ قانون مدنی و مواد ۱۱ و ۱۲ قانون بیمه، موجب بطلان عقد بیمه می‌شود. در واقع بطلان عقد، نوعی ضمانت اجرای قانونی است که از حقوق دو طرف پشتیبانی می‌کند و به تحقق نظم عمومی و اخلاق نیک جامعه، یاری می‌رساند.

اهلیت در قرارداد بیمه: اهلیت، توانایی قانونی است که افراد برای انجام امور اجتماعی و

قانونی و غیره باید داشته باشند. اهلیت بر دو نوع است: اهلیت تمتع و اهلیت استیفا.

۱- **اهلیت تمتع:** قابلیت شخص است برای آنکه از حقوق مدنی منتفع شود و دارای حق و

تکلیف شود. اهلیت تمتع با زنده متولدشدن شخص آغاز و با مرگ او تمام می‌شود.

۲- **اهلیت استیفا:** قدرت اعمال حق و قابلیت استیفا و تصرف در اموال و دارایی، از جمله

انجام معاملات است. به همین علت ماده ۹۵۸ قانون مدنی می‌گوید: «هیچ کس نمی‌تواند حقوق

خود را اجرا کند، مگر اینکه برای این امر اهلیت قانونی داشته باشد».

قانون مدنی در ماده ۲۱۱، سه شرط «بالغ، عاقل و رشید» بودن را لازمه اهلیت و فقدان آنها

را موجب و علت معامله می‌داند.

مسئله اهلیت با توانایی انجام معامله و بستن قرارداد در زمینه فعالیت‌های حقوقی بیمه‌ای نیز

اهمیت بنیادی دارد که به شرح آن می‌پردازیم:

اهلیت بیمه‌گر: بیمه‌گر یک شخص حقوقی است که به صورت شرکت بازرگانی به ثبت

رسیده و فعالیت می‌کند. ماده ۸۸ قانون تجارت: «شخص حقوقی می‌تواند دارای کلیه حقوق و

تکالیفی شود که قانون برای افراد قائل است، مگر حقوق و وظایفی که بالطبع فقط انسان

ممکن است دارای آن باشد مانند حقوق و وظایف اُبوت و بُنوت و امثال آن».

اما شرکت‌های بیمه برای پرداختن به فعالیت بیمه‌گری باید دارای شرایطی باشند که قانون

بیمه‌گری، مصوب ۱۳۵۰، ضوابط آن را تعیین کرده است. طبق ماده ۳۸ قانون تأسیس بیمه مرکزی

ایران و بیمه‌گری: «برای انجام عملیات بیمه در همه رشته‌ها یا رشته‌ای معین باید قبلاً طبق مقررات

این فصل، از بیمه مرکزی ایران پروانه تحصیل گردد». برای تحصیل این پروانه مذکور مستقاضی

باید مدارک و اطلاعات زیر را به بیمه مرکزی ایران تسلیم کند: ۱. اساسنامه مؤسسه ۲. میزان سرمایه

مؤسسه ۳. صورت کامل اسامی شرکا و مدیران و همچنین تابعیت و تعداد سهام هریک از آنها ۴.

میزان سهام نقدی و غیرنقدی و نحوه پرداخت آنها ۵. اسناد و مدارک و اطلاعات دیگری که بیمه

مرکزی ایران برای احراز صلاحیت مالی و فنی مؤسسه و حسن شهرت مدیران لازم بداند.

اهلیت بیمه‌گذار: بیمه‌گذار برای کسب تأمین به شرکت‌های بیمه یا نمایندگان آنها مراجعه می‌کند و با دادن پیشنهاد بیمه (تقاضانامه و قبول بیمه‌گر) قرارداد بیمه بسته می‌شود. بنابراین بیمه‌گذار برای انعقاد قرارداد باید اهلیت یا توانایی بستن قرارداد بیمه را داشته باشد. اشخاص صغیر، سفیه (غیررشید) و دیوانگان گرچه صاحب‌حق هستند ولی به علت نداشتن اهلیت استیفا یا ناتوانی اجرایی خود نمی‌توانند قرارداد بیمه منعقد کنند. بنابراین اجرای حقوق‌شان، از قبیل بستن قرارداد بیمه، به عهده ولی یا قیم (نمایندگان قانونی) آنان است. به همین جهت، بیمه‌گران در هنگام تکمیل پیشنهاد بیمه و ارزیابی آن باید به سن (تاریخ تولد) و مسئله رشد عقلی تقاضاکننده بیمه توجه کنند و در صورت احراز اثبات و ادعای عدم اهلیت استیفای آن از امضا و صدور بیمه‌نامه یا تنظیم قرارداد بیمه خودداری کنند. البته اصل براین است که همه اشخاص به گونه‌ای یکسان از حقوق مدنی برخوردارند مگر آنکه خلاف آن ثابت شود. بنابراین در صورت احراز و اثبات خلاف (نداشتن اهلیت استیفا)، قرارداد بیمه باطل می‌شود.

آشکار است که احراز اهلیت اجرا و بهره‌وری از حق یا صلاحیت دخل و تصرف در اموال و حقوق مالی، در صلاحیت دادگاه قانونی است. در واقع، تشخیص و تضمین و پشتیبانی از حقوق اشخاص و بهره‌مندی و اجرای آنها تابع رأی و تصمیم مراجع دادگستری و عدالت‌گری است. به هر صورت اصل و قاعده حقوقی بر توانایی و صلاحیت داشتن حقوق مدنی و اجرا و بهره‌وری از حقوق انسانی است. بدین سان عدم اهلیت و صلاحیت امری استثنایی است که باید توسط دادگاه صلاحیت‌دار احراز شود.

اثبات عدم اهلیت شرکت بیمه در مورد صدور بیمه‌نامه و پذیرش تعهد در یک رشته یا همه رشته‌های مجاز بیمه یا لغو پروانه بیمه‌گری، با مراجعه به بیمه مرکزی ایران و بررسی پیشینه و پروانه بیمه‌گری مؤسسه روشن می‌شود و تصمیم شورای عالی بیمه در این باره به مرحله اجرا درمی‌آید و صاحبان حقوق می‌توانند به حق خود برسند و گرنه موضوع به دادگاه ارجاع خواهد شد.

بنابراین در بحث اهلیت بیمه‌گر و بیمه‌گذار در انعقاد و اجرا و انحلال قرارداد بیمه، از اصول کلی حقوق مدنی، حقوق تجارت و حقوق بیمه پیروی می‌شود و نه تنها موارد محجوربودن پیش‌بینی شده در ماده ۱۲۰۷ قانون مدنی، که موارد مربوط به ورشکستگی شرکت‌ها و حقوق تجارت و موارد پیش‌بینی شده در قانون بیمه‌گری درباره عدم صلاحیت بیمه‌گر یا لغو پروانه بیمه‌گری (مواد ۳۸ تا ۴۴ قانون بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰)، همگی حاکم و ناظر بر این موضوع و پشتیبان حقوق اشخاص ذی‌حق و ضامن سلامت صنعت بیمه هستند.

بطلان قراردادهای بیمه به علت حجر و صلاحیت نداشتن یکی از طرف‌های قرارداد از جمله ضابطه‌های الزام‌آور یا قانون‌های امری است و این موضوع، در بحث بیمه‌های عمر و حوادث اشخاص، بررسی خواهد شد.

۲- شرکت بیمه

شرکت بیمه مؤسسه‌ای است که مجاز به انجام عملیات و فعالیت‌های بیمه‌ای طبق قانون و مقررات جاری کشور است. به موجب قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری (مصوب ۱۳۵۰/۳/۲۹) عملیات بیمه‌ای به وسیله شرکت‌های سهامی ایرانی که کلیه سهام آنها با نام بوده و با رعایت قانون بیمه‌گری و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشند باید انجام شود. تعداد سهام‌داران، میزان حداقل سرمایه و ودیعه و نحوه صدور پروانه تأسیس شرکت بیمه در قانون مذکور پیش‌بینی شده است به جز شرکت سهامی بیمه ایران که مؤسسه‌ای دولتی است (با سرمایه دولت)، این قانون شرایط و مقررات حاکم بر شرکت‌های بیمه را تعیین کرده است. ماده ۳۱ این قانون بیان می‌کند که عملیات بیمه در ایران به وسیله شرکت‌های سهامی عام ایرانی که کلیه سهام آنها با نام بوده و با رعایت این قانون و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشند انجام خواهد گرفت. طبق ماده ۳۷، ثبت هر مؤسسه بیمه‌ای در ایران موکول به ارائه پروانه تأسیس است که از طرف بیمه مرکزی ایران صادر می‌شود. همچنین ماده ۳۸ تأکید می‌کند که برای انجام عملیات بیمه در همه رشته‌ها یا رشته‌ای معین باید قبلاً طبق مقررات این فصل، از بیمه مرکزی ایران پروانه تحصیل شود. برای تحصیل این پروانه متقاضی باید مدارک و اطلاعات زیر را به بیمه مرکزی ایران تسلیم کند:

- ۱- اساسنامه مؤسسه؛
- ۲- میزان سرمایه مؤسسه؛
- ۳- صورت کامل اسامی شرکا و مدیران و تابعیت و تعداد سهام هر یک از آنها؛
- ۴- میزان سهام نقدی و غیرنقدی و نحوه پرداخت آنها؛
- ۵- اسناد و مدارک و اطلاعات دیگری که بیمه مرکزی ایران برای احراز صلاحیت مالی و فنی مؤسسه و حسن شهرت مدیران لازم بداند.

همه عملیات شرکت‌های بیمه تحت نظارت و مقررات بیمه مرکزی ایران قرار دارد. بیمه مرکزی ایران به منظور حفظ حقوق بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها یا به

ملاحظات اقتصادی و حمایت امر بیمه می‌تواند با تأیید شورای عالی بیمه و تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مؤسسات بیمه‌ای را که وضع مالی یا اداری آنها رضایت‌بخش نیست مکلف کند که در یکی از مؤسسات بیمه دیگری که موافق باشند ادغام شوند و در صورتی که ادغام صورت نگیرد پروانه مؤسسه‌ای که وضع مالی یا اداری اش رضایت‌بخش نیست طبق مقررات این قانون لغو خواهد شد. همچنین اموال مؤسسات بیمه، تضمین حقوق و مطالبات بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان است و در صورت انحلال یا ورشکستگی مؤسسه بیمه، بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنان نسبت به سایر بستانکاران حق تقدم دارند. در میان رشته‌های مختلف بیمه، حق تقدم با بیمه عمر است. مؤسسات بیمه نمی‌توانند بدون موافقت قبلی بیمه مرکزی ایران اموال خود را صلح حقوق کنند یا به رهن واگذار کنند یا موضوع هر نوع معامله یا حق استرداد قرار دهند. دفاتر اسناد رسمی موظفند هنگام انجام این قبیل معاملات موافقت‌نامه بیمه مرکزی ایران را مطالبه و مفاد آن را در سند منعکس کنند.

علاوه بر این موارد، مؤسسات بیمه موظفند اندوخته‌های فنی و قانونی داشته باشند و در حساب‌های خود نحوه به‌کارافتادن آنها را به‌طور مشخص منعکس کنند. انواع اندوخته‌های فنی و قانونی برای هر یک از رشته‌های بیمه و میزان و طرز محاسبه و همچنین ترتیب به‌کار انداختن این اندوخته‌ها و نحوه ارزیابی اموال منقول و غیرمنقولی که نماینده اندوخته‌های مؤسسات بیمه است از طرف شورای عالی بیمه تعیین خواهد شد.

کلیه مؤسسات بیمه موظفند ترازنامه و حساب‌های سود و زیان خود را طبق نمونه‌ای که از طرف بیمه مرکزی ایران تهیه و به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد تنظیم کنند و پس از تصویب، نسخه‌ای از آن را برای بیمه مرکزی ایران ارسال کنند.

عناصر بنیادی تشکیل نهاد بیمه عبارت‌اند از: خطر، حق بیمه و خسارت. بر پایه این سه عنصر، شرکت بیمه شکل می‌گیرد. بدین معنا که در هر شرکت بیمه سه بخش بنیادی سازمانی فعالیت می‌کنند: بخش صدور بیمه‌نامه، بخش دریافت حق بیمه‌ها و نگهداری حساب‌ها و بخش تسویه‌گری. در پیرامون این بخش‌های محوری، اداره‌ها و دایره‌ها یا واحدهای دیگری شکل می‌گیرند و یاریگر آنها می‌شوند. کار بخش صدور بیمه‌نامه و تنظیم قراردادهای بیمه‌ای پذیرش و دریافت پیشنهادهای بیمه، ارزیابی خطرهای موضوع بیمه، نرخ‌گذاری (تعیین حق بیمه یا بهای تأمین بیمه‌گر)، تعیین شرایط بیمه و صدور بیمه‌نامه و برگ‌های الحاقی مربوط به آن است.

کار تسویه‌گری یا رسیدگی و پرداخت (یا عدم‌پرداخت) خسارت‌ها و سرمایه‌های مورد تعهد (در بیمه‌های اشخاص) نیز ظریف، دقیق و پیچیده است که تخصص، تجربه و توانایی خود را می‌طلبد.

به‌طورکلی یک شرکت بیمه باتوجه به نوع فعالیت‌های خود، وظیفه‌های گوناگونی دارد که عبارت‌اند از:

- ۱- وظیفه‌های فنی مانند نرخ‌گذاری، قبول تعهد و صدور بیمه‌نامه و برگ‌های الحاقی و تسویه خسارت‌ها یا پرداخت سرمایه بیمه مورد تعهد؛
- ۲- وظایف بازرگانی مانند تولید، عرضه و فروش بیمه؛
- ۳- وظایف حسابداری مانند دریافت‌ها، پرداخت‌ها و نگهداری حساب‌ها؛
- ۴- وظایف مالی مانند سرمایه‌گذاری اندوخته‌ها در مسیرهای مطمئن و سودآور؛
- ۵- وظایف واگذاری بیمه اتکایی یا توزیع و سرشکن کردن خطرها و خسارت‌ها در بازار بیمه داخلی، منطقه‌ای و جهانی از راه بستن پیمان‌ها و قراردادهای واگذاری به‌منظور حفظ تعادل مالی و توازن تعهدهای خود؛
- ۶- وظایف حقوقی مانند اظهارنظرها و رایزنی در مورد قراردادهای معامله‌ها، طرح دعوا و دفاع در مقابل دادگاه‌ها؛
- ۷- وظایف اداری (کارگزینی، کارپردازی، تهیه وسایل کار و دیگر موارد اداری)؛
- ۸- وظایف آماری و محاسبه‌های فنی (آکچوئری)؛
- ۹- وظایف آموزشی و پژوهشی؛
- ۱۰- وظایف رفاهی.

۳- عدم توانگری

بیمه روشی برای تجمع ریسک و تنوع‌بخشی ریسک است. هر بیمه‌گذار از طریق بیمه، حق بیمه‌ای را می‌پردازد تا خسارت‌های او در دوره‌ای معین پوشش داده شود تا در صورت وقوع حادثه، جبران شود. شرکت بیمه وجوهی را از طریق حق بیمه‌ها جمع‌آوری کرده و آنها را سرمایه‌گذاری می‌کند تا بتواند ریسک‌ها را پوشش دهد و خسارات ناشی از آنها را جبران کند. به‌دلیل آنکه ممکن است خسارت‌ها بیش از میزان مورد انتظار باشد، شرکت بیمه با مشکلات

مالی مواجهه شده و دچار عدم توانگری^۱ می‌شود. بنابراین شرکت بیمه، با ریسک عدم کفایت دارایی‌ها برای جبران خسارت‌ها مواجه است. این ریسک به ریسک عدم توانگری یا ورشکستگی معروف است.

یک شرکت بیمه وقتی توانگر است که دارایی‌های مجازش بیشتر از حداقل سرمایه یا حداقل مازادی باشد که بر طبق قانون مورد نیاز است. در عمل، شرکت بیمه زمانی دچار عدم توانگری می‌شود که دیون و تعهداتش در زمان سررسید، بیش از دارایی‌هایش باشد. معمولاً این وضعیت تا مدتی پس از شروع مشکل، احساس نمی‌شود.

عوامل مؤثر بر عدم توانگری: اگرچه عدم توانگری، پدیده‌ی تکراری نیست ولی گاهی اوقات برای برخی از شرکت‌ها رخ می‌دهد. براساس مطالعه‌ی اخیر، در بخش بیمه غیرزندگی و از سال ۱۹۷۸ تا سال ۱۹۹۴، در سراسر جهان ۶۴۸ شرکت بیمه و شرکت بیمه اتکایی با عدم توانگری مواجه شده‌اند. از آغاز دهه ۱۹۸۰ نیز روندی صعودی در این زمینه مشاهده شده است، به طوری که فقط در سال ۱۹۹۲ بیش از ۸۰ شرکت با مشکل عدم توانگری مواجه بوده‌اند. در این رابطه آمریکا و انگلیس سنگین‌ترین ضربه را خورده‌اند و به ترتیب ۶۶ درصد و ۷ درصد از عدم توانگری‌ها مربوط به این دو کشور بوده است. در مورد بقیه کشورهای دنیا از سال ۱۹۷۸، برمودا با ۵۲ شرکت مواجه با عدم توانگری، بیشترین سهم را دارد. ریسک مربوط به عدم توانگری در بازارهایی که کمتر مورد نظارت قرار می‌گیرند، به علت اینکه در این بازارها نتایج شرکت‌ها به سمت ضعیف‌تر شدن و بی‌ثباتی تمایل دارد، بیشتر است. بدیهی است در کشورهای چون ژاپن و سوئیس که قوانین سختگیرانه‌تری دارند، مواردی دال بر وجود عدم توانگری شرکت‌ها گزارش نشده است.

جدول ۸-۱. علت‌های نزدیک عدم‌توانگری

بیمه زندگی و درمان		بیمه اموال و حوادث		علت‌های نزدیک
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
-	-	۲۸	۸۶	کسری ذخایر خسارت
۲۳	۴۷	-	-	قیمت‌گذاری و مازاد ناکافی
۲۰	۴۱	۲۱	۶۴	رشد سریع
۱۹	۴۰	-	-	مشکلات شرکت وابسته
۸	۱۶	۱۰	۳۰	کلاهبرداری
۱۸	۳۷	۱۰	۳۰	مبالغه در مورد دارایی
۷	۱۵	۹	۲۶	تغییر عمده در کسب‌وکار
۲	۵	۷	۲۱	ناتوانی در بیمه اتکایی
-	-	۶	۱۷	خسارت‌های حوادث فاجعه‌آمیز
۳	۶	۹	۲۸	متفرقه
۱۰۰	۲۰۷	۱۰۰	۳۰۲	موارد ناشناخته
	۸۳		۷۰	
	۲۹۰		۳۷۲	

(A.M. Best, 1991; 1992)

در مطالعاتی که مؤسسه رتبه‌بندی ای.ام.بست^۱ در زمینه عدم‌توانگری طی سال‌های ۱۹۹۱ و ۱۹۹۲ منتشر کرده است، ۳۷۲ مورد عدم‌توانگری در بیمه‌های اموال و حوادث از سال ۱۹۶۹ تا سال ۱۹۹۰ و ۲۹۰ مورد از شرکت‌های بیمه زندگی و درمان که در فاصله سال‌های ۱۹۷۶ تا سال ۱۹۹۱ از نظر مالی صدمه دیده‌اند، گزارش شده است. کسری ذخایر خسارت و رشد سریع، از مهم‌ترین عوامل عدم‌توانگری شرکت‌های بیمه اموال و حوادث بوده است. این دو عامل، تقریباً در ۵۰ درصد از عدم‌توانگری‌ها دخیل بوده‌اند (جدول ۸-۱). قیمت‌گذاری و مازاد ناکافی در اغلب موارد، از مهم‌ترین عوامل عدم‌توانگری مالی شرکت‌های بیمه زندگی و درمان بوده‌اند. تقریباً تمام عدم‌توانگری‌ها، شامل شکل‌هایی از سوء مدیریت هستند، ضمن آنکه شباهت‌های زیادی بین بخش‌های بیمه‌زندگی و غیرزندگی وجود دارد. تجربه عدم‌توانگری در یک صنعت، معمولاً تحت تأثیر عوامل مرتبط با تورم، نرخ‌های بهره و سودآوری صنعت قرار دارد.

در ابتدای سال ۱۹۹۵، نتایج بررسی مشکلات مالی و عدم‌توانگری شرکت‌های بیمه ۲۸ کشور در حال توسعه، در برنامه بیمه اونکتاد گردآوری شد. در این مطالعه دو مشکل اساسی در بخش‌های بیمه‌زندگی و غیرزندگی، ظرفیت بیش از اندازه یا رقابت فشرده از یک‌سو و شکل جمع‌آوری حق‌بیمه‌ها از دیگر سو مشاهده شد. به سه دلیل، مشکلات دیگر در بیمه زندگی، به

مدیریت شرکت مربوط بوده‌اند: ۱. نظارت ناکافی نهادهای نظارتی؛ ۲. کلاهبرداری و سوء مدیریت و ۳. مدیریت ضعیف در سرمایه‌گذاری. در مقابل، سه مشکل اصلی دیگری که گریبانگیر بیمه‌های غیرزندگی است، به افزایش اندازه و تعداد خسارت‌ها و ظرفیت مالی بیمه‌گران در تأمین مالی چنین خسارت‌هایی مربوط بوده است (نرخ‌های بسیار پایین حق بیمه، ذخیره‌گیری ناکافی و خسارت‌های سنگین).

جدول ۸-۲. عواملی که ممکن است منجر به نابودی شرکت شوند

ارتباط با شرکت مادر یا شرکت وابسته	رویه‌های مربوط به مدیریت
<ul style="list-style-type: none"> - ضعف مالی شرکت‌های مادر یا وابسته - فقدان منابع سرمایه خارجی - معاملات غیرمنصفانه شرکت‌های وابسته - ریسک‌های تبعی 	<ul style="list-style-type: none"> - بیمه‌گری بر مبنای جریان نقدی - رشد سریع حق بیمه‌ها - ذخایر در حال کاهش - مدیریت ضعیف دارایی - سرمایه‌گذاری‌های در معرض بی‌ثباتی - ترکیب مازاد - فروش و اجاره مجدد ساختمان اداری - تغییرات عمده در فعالیت بیمه‌ای - تنوع‌سازی ضعیف محصولات بیمه‌ای - هزینه عملیاتی رو به افزایش - کنترل ضعیف بر نمایندگی‌ها - گزارشگری و حسابداری ضعیف
<p><u>ارتباط با بیمه‌گر اتکایی</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - پرداخت‌های کُند بیمه‌گر اتکایی - ارتباط ضعیف با بیمه‌گر اتکایی - ترتیبات واگذاری مجدد 	
<p><u>ارتباط با بیمه‌گذاران</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - تأخیر در تسویه خسارت‌ها 	

(UNCTAD, 1995)

روش‌های حفظ توانگری: حداقل سرمایه و مازاد مورد نیاز برای تأسیس شرکت بیمه، مهم‌ترین روشی است که از طریق آن، نهادهای نظارتی در همه کشورهای تلاش می‌کنند تا توانگری شرکت‌های بیمه را بررسی کنند. با این همه، این فرآیند مستمری است که در آن بر نیاز به نقدینگی و ذخایر و تجربه کافی در بیمه‌گری نیز تأکید می‌شود.

الزامات مربوط به گزارش‌های مالی و به‌کارگرفتن آزمون‌های تشخیص در اطلاعات مالی شرکت بیمه، ابزارهای اولیه نهاد نظارتی است. این آزمون‌ها معمولاً با بازرسی‌های دوره‌ای مرتبط با امور شرکت‌های بیمه تکمیل می‌شوند. هدف از بازرسی‌ها این است که تا حد امکان شرکت‌هایی که با مشکلات مالی مواجه‌اند یا در فعالیت‌های نامناسب درگیرند، شناسایی شوند.

بازرسی‌ها این مسئله را نیز تأیید می‌کند که آیا عمل شرکت‌ها و گزارشگری آنها مطابق با دستورالعمل‌های حسابداری است یا خیر.

بازرسان، کار خود را در محل و با مشارکت کامل مدیریت شرکت انجام می‌دهند تا از گزارش‌ها و حسابرسی‌های داخلی آگاهی یابند. نهاد نظارتی معمولاً هزینه این بازرسی‌ها را به حساب شرکت بیمه می‌گذارد.

۴- توانگری مالی

توانگری^۱ بیانگر قدرت مالی بیمه‌گر در برآوردن کامل تعهداتش است در ارزیابی قدرت مالی و توانگری، حاشیه توانگری یکی از مفاهیم کلیدی است. حاشیه توانگری بیانگر میزان مازاد دارایی‌ها بر بدهی‌هاست یا توانایی مالی مؤسسه بیمه برای پوشش ریسک‌هایی است که خودپذیرفته است. در اینجا مقدار حاشیه توانگری را با U نشان می‌دهیم. در این خصوص لازم است بین دو مفهوم حاشیه توانگری واقعی و حاشیه توانگری الزامی، تفاوت قائل شویم. اولی نشان‌دهنده ارزش واقعی حاشیه توانگری است و دومی بیانگر مقداری است که قانون‌گذار یا خود بیمه‌گر تعیین می‌کند. در واقع حاشیه توانگری واقعی نشان‌دهنده تفاوت دارایی‌ها و بدهی‌های یک شرکت بیمه است. البته سایر محدودیت‌ها را نیز باید در نظر گرفت. مثلاً نقدینگی دارایی‌ها باید بالا باشد تا در صورت لزوم امکان تبدیل دارایی‌ها به سادگی و به سرعت فراهم شود. حاشیه توانگری الزامی، وضعیت آینده بیمه‌گر را توصیف می‌کند. این شاخص در واقع اطمینان خاطر برای بیمه‌گذاران است تا آنها را نسبت به آینده مطمئن کند. در بیمه‌های غیر عمر، شاخصی که بیش از بقیه مورد استفاده است به صورت ضریب توانگری تعریف می‌شود که عبارت است از:

$$u = \frac{U}{P}$$

P درآمدهای حاصل از حق بیمه‌های دریافتی است.

یکی از شیوه‌های توصیف میزان توانگری مالی، استفاده از روش‌های نظریه ریسک، معروف به احتمال ورشکستگی است که آن را با $P(U)$ نشان می‌دهیم و بیانگر این احتمال است که بیمه‌گر دارای حاشیه توانگری اولیه U باشد ولی طی دوره \circ تا T نتواند به تعهدات خود عمل کند. وقتی $P(U)$ کوچک باشد، بیانگر آن است که توانگری به حدکفایت وجود دارد.

بدیهی است که اگر U افزایش یابد، احتمال ورشکستگی کاهش می‌یابد. به همین دلیل یکی از توابعی که برای توصیف احتمال ورشکستگی در نظری می‌گیرند، به این صورت است:

$$P(U) = Ce^{-RU}$$

R و C مقادیر ثابت هستند که بستگی به ترکیب دارایی‌های بیمه‌گر دارند. این فرمول بر مبنای فروض ساده‌کننده‌ای قرارداد دارد و مقدار آن کمتر از ۱ است. همچنان که U به سمت بی‌نهایت می‌رود، احتمال ورشکستگی به صفر می‌رسد.

عدم توانگری بیمه برای بیمه‌گذاران بسیار مهم است. به عنوان مثال اگر منزل مسکونی خانواری که آن را بیمه کرده دچار آتش‌سوزی شود و بیمه‌گر توانایی جبران خسارت را نداشته باشد، برای این خانوار، فاجعه‌بار خواهد بود. از این رو، در اغلب کشورها، فعالیت بیمه‌گری در معرض تنظیم مقررات و نظارت دولتی قرارداد تا مانع از عدم توانگری شود، یا آن را به حداقل برسد. از این رو، سطح حداقل U_{min} بیانگر حاشیه توانگری است. اگر حاشیه توانگری به کمتر از U_{min} برسد، بیمه‌گر باید آن را افزایش دهد و سریعاً وضعیت مالی خود را بهبود بخشد. U_{min} را حاشیه توانگری الزامی می‌گویند و باید به اندازه کافی بالا باشد که بتواند مانع از ورشکستگی شرکت بیمه شود.

فرمول‌های دیگری هم برای تعیین سطح حداقل حاشیه توانگری وجود دارند. در برخی روش‌ها از قواعدی استفاده می‌شود که بتواند ریسک‌های واقعی را که شرکت‌های بیمه با آن مواجه‌اند در نظر بگیرد. قاعده دیگر آن است که در بیمه‌های غیر عمر باید حاشیه توانگری حداقل ۵۰ درصد باشد. با وجود این، اگر سبد دارایی در معرض نوسانات ادواری کسب و کار قرارداد داشته باشد، آن‌گاه زیان‌های انباشته شده طی دوره رکود ممکن است بیش از حد باشد. از این رو طی دوره‌های رونق، ضریب توانگری مالی باید افزایش یابد تا کفایت آن بتواند جبران رکود و وقایع بد را بنماید. به هر حال این یک موضوع مدیریتی خاص هر شرکت است که بتواند چنین ملاحظاتی را لحاظ کند. وضعیت مالی مناسب ممکن است باعث برخی سهل‌انگاری‌ها شود و ریسک‌ها در نظر گرفته نشوند. این امر موجب سهل‌انگاری در انتخاب دارایی‌ها می‌شود که می‌تواند سودآوری بلندمدت را تحت تأثیر قرار دهد. از میان همه مهارت‌های مدیریتی، وجود یک سیستم حسابداری کامل بسیار ضروری است تا بتواند وضعیت واقعی توانگری را منعکس کرده و چشم‌انداز آینده آن را روشن کند.

توانگری مالی در بیمه‌های عمر را می‌توان مانند مباحث فوق تحلیل کرد. باوجوداین، تعهدات بلندمدت نیازمند توجه ویژه هستند. به‌ویژه، باید این حقیقت را در نظر داشت که نمی‌توان در حق بیمه‌های جاری، تجدیدنظر کرد. از این رو، امنیت دارایی‌ها وزن بالاتر به خود می‌گیرد. بر این اساس، غالباً ضریب $\frac{U}{V}$ را پیشنهاد می‌کنند که V مقدار ذخایر نوسانی است.

در خصوص مسائل مربوط به توانگری مالی لازم است به تفاوت بین ارزش دفتری و ارزش بازاری دارایی توجه شود. همین مسئله در خصوص بدهی‌ها نیز مطرح است. این تفاوت‌ها اغلب معروف به ذخایر پنهان هستند.

کفایت سرمایه: الزامات کفایت سرمایه، سنت دیرینه‌ای در صنعت بانکداری بوده است و مقررات توانگری بانک‌ها تا حد زیادی به این ابزار تکیه دارد. توانگری معمولاً الزامی که بانک باید حداقل نسبت بین سرمایه و مقدار کل ترازنامه‌اش (مثلاً کل دارایی‌هایش) را حفظ کند. هدف اصلی کمیته بال، دستیابی به یک نوع همکاری بین‌المللی و هماهنگ‌سازی حداقلی در این حوزه (حوزه بانکداری) بوده است. واضح است که اقدامات متمرکز و واحدی که فقط مبتنی بر دارایی‌های کل یک بانک باشد، خالی از اشکال نیست زیرا چنین الزامات سرمایه‌ای انگیزه‌هایی را در جهت تخصیص مجدد پرتفوی دارایی از سرمایه‌گذاری‌های کم‌ریسک به سرمایه‌گذاری‌های پرریسک (و یا بازده بالا) ایجاد می‌کند و در نتیجه این امکان وجود دارد که حتی ریسک نکول نهادی به جای کاهش، افزایش یابد.

به منظور مقابله با این نارسایی، ایده الزامات کفایت سرمایه وابسته به ریسک توسط پیمان سرمایه بال، در سال ۱۹۸۸ (بال I) معرفی و بسط داده شد. این ایده که ریسک کلی بانک به عنوان مبنای سرمایه مورد نیاز (حد کفایت سرمایه) قرار گیرد و الزامات سرمایه به ساختار دارایی و وضعیت ریسک بانک مرتبط باشد، اساساً ایده خوبی است. اما با این حال نظامی که در سال ۱۹۸۸ معرفی شد، نواقصی هم داشت. به‌ویژه اینکه طولی نکشید که اثبات شد تفکیک ریسک‌ها کافی نیست زیرا فقط تعداد محدودی از انواع طبقات ریسک شناخته شده بودند و خصوصیات ریسکی اقلام اعتباری بین هر گروه ریسک بسیار ناهمگون بود. به علاوه، کوواریانس بازده بین گروه‌های ریسک متفاوت در نظر گرفته نشده بود و ریسک‌های دارایی‌های مختلف فقط بر روی هم جمع می‌شدند. علاوه بر این، مشکل و نقص اصلی این بود که این نظام فقط بر دارایی بانک‌ها متمرکز شده بود و بدهی‌ها را نادیده می‌گرفت. نقدی که بر بال I صورت گرفت این بود که ریسک‌های بازاری بیمه نشدنی، به خصوص ریسک نرخ بهره و ریسک ادوار تجاری در این

نظام در نظر گرفته نشده است. با وجود این مشکل منجر به آن شد تا اصلاحیهٔ ریسک بازاری^۱ در سال ۱۹۹۶ تصویب شود. از اساسی‌ترین خطرات الزامات سرمایه که به‌سختی می‌توان آن را به‌طور کلی از بین برد، سوءاستفاده بالقوه از این نظام به‌عنوان ابزاری برای تخصیص اعتبار از کانال‌های سیاستی است.

وجود این مشکلات باعث ایجاد و توسعهٔ رویکرد بازنگری در خصوص مقررات کفایت سرمایه شد؛ ساختار جدیدی که به نام بال II معروف است. مضمون اصلی این پروژهٔ اصلاحی، توسعهٔ رویکرد پالایش شده‌ای است که کل ریسک پورتفوی را به‌عنوان مبنایی برای الزامات سرمایه قرار دهد؛ ضمن اینکه همزمان بتواند انگیزه‌هایی را در بانک‌ها به‌وجود آورد تا خود از ابزارهای مدرن و کارای مدیریت ریسک استفاده کنند و آنها را به‌کار گیرند. علاوه‌براین، باید ریسک‌های عملیاتی (مانند شکست نظام پرداخت‌ها و اثرات جانبی) نیز به‌عنوان منبعی برای ایجاد الزامات سرمایه‌ای اضافی در نظر گرفته شود.

بال II، سه محور را برجسته و متمایز می‌کند: این نظام علاوه‌بر اصلاح و پالایش الزامات سرمایه (رکن اول)، از طریق بالا بردن الزامات افشای اطلاعات و شفافیت بازار به‌دنبال تقویت نقش نظارت بانکی (رکن دوم) و افزایش نظم بازار (رکن سوم) نیز هست. این سه رکن باید همدیگر را تقویت کنند. با این اوصاف، بال II تعریف کامل‌تر و دقیق‌تری از فضای مقرراتی ارائه داده است.

در حوزهٔ رکن اول، مهم‌ترین نوآوری بال II، این است که یک لیست انتخاب به بانک‌ها داده می‌شود که روش‌های ارزیابی و اندازه‌گیری ریسک‌هایی را که با آن مواجه‌اند انتخاب کنند، بانک‌ها می‌توانند یکی از دو روش رویکرد استاندارد و انواع مختلف رویکرد رتبه‌بندی داخلی (خاص هر بانک) را انتخاب کنند. رویکرد استاندارد، رویکردی مبتنی بر معیارها و مقادیر ریسکی است که مقام نظارتی تعیین می‌کند. این رویکرد پالایش و اصلاح ساده‌ای از بال I است که برای طیف وسیعی از بانک‌ها مناسب است. اما رویکرد مبتنی بر رتبه‌بندی داخلی^۲، برای توسعه، اجرا و بازنگری مداوم یک نظام داخلی پیچیده و مناسب برای مدیریت و اندازه‌گیری ریسک، به خود بانک‌ها نیاز دارد. این نظام داخلی مدیریت ریسک برای بانک‌ها، باید با توافق و همکاری مقامات نظارتی انجام گیرد. ضمن اینکه وجود این نظام بیانگر سرمایه‌گذاری بالای

1. Market Risk Amendment
2. Internal Rating Based (IRB)

بانک مذکور است. این انتخاب (رویکرد IRB) برای بانک‌های چندملیتی بزرگ با فعالیت‌های تجاری پیچیده، مناسب‌تر است. نکته اصلی که در هردو رویکرد استاندارد و IRB وجود دارد، این است که باید به بانک‌ها انگیزه‌هایی داده شود تا اقدامات و استراتژی‌های خود را در جهت کاهش ریسک توسعه دهند.

به‌طور کلی، چارچوب بال II به‌عنوان یک پیشرفت و توسعه در نظام مقرراتی جاری قلمداد می‌شود. این چارچوب در مواردی همچون تمایز دقیق بین وضعیت‌های ریسکی مختلف، تکیه بر تلاش بانک‌ها در مدیریت داخلی ریسک و همچنین ارائه یک منوی انتخاب در مدل‌های ارزیابی ریسک، بر بال I برتری دارد. همچنین، تأکید بال II بر شفافیت (رکن سوم) و نقش مقام ناظر (رکن دوم) از نوآوری‌های این چارچوب است. اما با وجود این، چارچوب بال II خطرات خاصی را به‌دنبال دارد که عبارت‌اند از: هزینه بالای اجرا و به‌کارگیری این چارچوب، برخورد مجزا و تجمیعی با ریسک‌های خاص، عدم توازن بین این سه رکن و سوءاستفاده‌های بالقوه از طریق اوزان ریسکی که از مجاری سیاستی تعیین شده است.

مقررات عمومی توانگری مالی: دستاوردهای اخیر در مقررات توانگری در صنعت بیمه به‌طور قابل توجهی از مباحثی الهام‌گرفته‌است که در صنعت بانکداری در مورد بال II مطرح بوده است. کارکرد این الهامات به‌ویژه در ایجاد ساختارهای نظارتی توانگری II در اروپا و توسعه سازوکار آزمون توانگری سوئیس به‌وضوح قابل مشاهده است. از آنجاکه مشکلات و اهداف در صنعت بانکداری و بیمه تاحدی مشابه با یکدیگرند، این‌گونه تأثیرپذیری طبیعی است. اما باید این نکته را نیز در نظر داشت که مقررات صنعت بیمه باید تلاش کند خود را از وابستگی به حوزه مقررات صنعت بانکداری برهاند.

باتوجه به رقابت شدید بین‌المللی و فرآیند جهانی‌شدن در صنعت بیمه و بازارهای سرمایه، مباحث نظارت در صنعت بیمه از وضع مقررات در حوزه محصولات فردی بیمه تغییر جهت داد و به نظام نظارت متمرکز و منسجم مبتنی بر ریسک انجامید. این مسئله در سوئیس منجر به یک نظام جدید نظارت شد که براساس لایحه اصلاحی نظارت بر صنعت بیمه، مصوب اول ژانویه ۲۰۰۶ اجرا شد. این نظام جدید، نسخه جدید و توسعه‌یافته آزمون توانگری سوئیس^۱ را به‌عنوان ابزاری برای نظارت بر توانگری بیمه‌گران در مواجهه با ریسک‌هایشان به‌کار گرفته است. به‌عبارت‌دیگر، نظارت بر محصول بیمه‌گر جای خود را به نظارت بر توانگری بیمه‌گر سپرده است.

براساس نظام SST، میزان سرمایه‌ای به‌عنوان سرمایه هدف (یا مطلوب) برای شرکت‌های بیمه فرض می‌شود که با درجه‌ای از امنیت بتوانند خطر ریسک‌هایی را که با آن مواجه‌اند رفع کنند. این میزان سرمایه هدف با میزان سرمایه در معرض ریسک واقعی شرکت‌های بیمه مقایسه می‌شود. البته در مقایسه این سرمایه‌ها، SST فقط ابعاد اقتصادی مسئله را در نظر می‌گیرد، یعنی همه ریسک‌ها و پرتفوها، به‌جای ارزیابی براساس نظام حسابداری قانونی و رسمی، براساس ارزش‌های بازاری، ارزیابی و بررسی می‌شوند.

این سرمایه هدف به‌عنوان یک شاخص و علامت هشداردهنده عمل می‌کند، یعنی اگر میزان سرمایه خطرپذیر در شرکت بیمه نتواند میزان سرمایه هدف را برآورده کند، متناسب با آن نباشد و با آن تفاوت پیدا کند، اگرچه هنوز به‌معنای ناتوانی شرکت بیمه در بازپرداخت بدهی‌هایش نیست، ولی بدین معناست که باید مقادیر تصحیح شوند، خواه این تصحیح از طریق ایجاد سرمایه اضافی انجام شود یا ریسک‌ها به‌گونه‌ای کاهش یابند که از مشکل ناتوانی در پرداخت بدهی اجتناب شود. هدف SST این است که ما را از میزان ریسک شرکت‌های بیمه آگاه کند و علاوه‌براین، مسئله مدیریت ریسک را به واسطه خود بیمه‌گران بهبود بخشد. نحوه تعریف سرمایه هدف مورد نیاز را، شرکت خود مشخص می‌کند. با الهام از بال II، فهرست انتخابی را در اختیار شرکت‌های تحت نظارت قرار می‌دهد تا میزان سرمایه هدفشان را تعیین کنند. این انتخاب‌ها عبارت‌اند از: مدل استاندارد برای ارزیابی ریسک‌ها و محاسبه سرمایه هدف و مدل‌های داخلی خاص هر شرکت برای ارزیابی ریسک آن شرکت‌ها. براین‌اساس، SST مدل ثابت و غیرقابل تغییری را ارائه نمی‌کند، بلکه مجموعه‌ای از اصول بنیادین را فراهم می‌آورد. این مدل ارزیابی ریسک و محاسبه سرمایه هدف، بخشی از برنامه تجاری شرکت است که باید به موافقت مقام ناظر برسد.

همه شرکت‌های بیمه موظفند یک نفر محاسب فنی متعهد را استخدام کنند که وظیفه اصلی‌اش، ارزیابی ریسک‌های شرکت و تعیین سرمایه هدف شرکت است. محاسب فنی باید گزارش سالانه SST را ارائه دهد و این گزارش باید به تصویب مدیریت شرکت برسد.

سیستم SST، ارتقای آگاهی خود بیمه‌گران نسبت به ریسک و مدیریت مؤثر ریسک را به‌عنوان هدف در نظر گرفته است. تعیین سرمایه هدف با مسئولیت شرکت بیمه است. با الهام از سیستم بازل ۲، سیستم SST نیز امکان فهرست انتخابی را در اختیار شرکت‌های تحت نظارت قرار می‌دهد تا مبلغ سرمایه هدف خود را تعیین کنند.

سرمایه هدف در سیستم SST از دو مؤلفه کسری موردانتظار^۱ و حداقل سرمایه^۲، تشکیل می‌شود. کسری مورد انتظار، زیان متوسط (تغییر در سرمایه تحمل‌کننده ریسک) طی یک سال است که متجاوز از صدک ۹۹ (متوسط ۱ درصد نامطلوب‌ترین نتایج) است. کسری مورد انتظار به‌عنوان برآوردی از سرمایه، مورد استفاده قرار می‌گیرد و وجود آن برای بقای شرکت با احتمال بالا ضروری است. نوسانات سرمایه لازم، از ریسک‌های صدور بیمه‌نامه، بازار و اعتباری طی سال آتی ناشی می‌شوند. ریسک‌های بازار و صدور بیمه‌نامه با روش‌های تحلیلی و به کمک شیوه‌های مبتنی بر سناریو اندازه‌گیری می‌شوند. ریسک اعتباری، به‌عنوان هزینه سرمایه^۳، به محاسبات افزوده می‌شود. در صورت کسب نتیجه نامطلوب (بدترین وضعیت) سرمایه حداقل به‌نحوی محاسبه می‌شود که بیمه‌گر دیگری بتواند مسئولیت پرتفوی شرکت (دارایی‌ها و بدهی‌ها) را برعهده بگیرد؛ ضمن اینکه هزینه‌های مربوط به تهیه سرمایه طی دوره‌ای که پرتفوی شرکت نقد می‌شوند، به این بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

در همه کشورهای عضو OECD حداقل سرمایه الزامی به‌عنوان شرطی برای اعطا و داشتن پروانه باید تا هنگامی که شرکت فعال است و به صدور بیمه‌نامه می‌پردازد، فراهم‌باشد. در این دسته از کشورها به استثنای ایتالیا، لوکزامبورگ و پرتغال، وضع مقررات بیمه در مسئولیت یک وزارتخانه دولتی است. در برخی از این کشورها وظیفه وضع مقررات به‌طور مشترک با نهاد نظارت بر بیمه صورت می‌گیرد. برخی از کشورها، شرکت‌ها را ملزم می‌کنند که سرمایه‌شان را به‌طور مکرر و با توجه به توسعه و گسترش شرکت تعدیل و انطباق دهند.

به‌طور کلی، توانگری مالی که به معنای منابع مالی برحسب مبلغ اختلاف بین دارایی‌ها و بدهی‌ها و با هدف جذب اختلاف بین هزینه‌ها و سود پیش‌بینی‌شده و واقعی است، اهمیت بسیار زیادی در کشورها دارد. نه تنها در کشورهای عضو اتحادیه اروپا، بلکه در سایر کشورهای عضو OECD نیز (به استثنای استرالیا، کانادا، ژاپن و آمریکا) روش ارزیابی توانگری مالی بر اصل حاشیه توانگری مالی متکی است. در اتحادیه اروپا، در بیمه غیرعمر، حاشیه توانگری مالی باید برابر با مقدار بزرگتر یکی از این دو نسبت باشد: ۱۶ درصد حق بیمه‌های ناخالص پرداختنی، تعدیل شده برای بیمه اتکایی و اگذاری حداکثر تا ۵۰ درصد یا ۲۳ درصد متوسط

1. Expected Shortfall
2. Minimum Capital
3. Capital Charge

ادعاهای متحمل شده طی سه سال گذشته، تعدیل شده به وسیله نرخ بیمه اتکایی حداکثر تا ۵۰ درصد (یعنی نسبت ادعاهای خالص به ادعاهای ناخالص). در بیمه عمر، حداقل حاشیه براساس نسبت‌های مرتبط با ذخایر ریاضی ناخالص بیمه اتکایی (۴ درصد) و سرمایه در معرض ریسک یا حق بیمه‌های پرداختنی (۳/۰ درصد) تعیین می‌شود.

به منظور تعیین اینکه آیا شرکت، حاشیه توانگری مالی خود را پوشش می‌دهد یا خیر، تلفیقی از اجزای ذیل منظور می‌شود:

- درصد سرمایه پرداخت شده؛
- نیمی از سهم سرمایه پرداخت شده، موقعی که ۲۵ درصد چنین سرمایه‌ای پرداخت شده باشد؛
- ذخایر قانونی و اختیاری؛
- هرگونه سود انتقالی به سال‌های بعد؛
- ذخایر پنهان ناشی از برآورد کمتر دارایی‌ها؛
- اوراق بهادار دارای سررسید معین که محدود به شرایط خاصی هستند تا ۵۰ درصد؛
- در بیمه غیرعمر، ۵۰ درصد مشارکت تکمیلی برای شرکت‌هایی که توسط بیمه‌گذاران اداره می‌شود^۱ و ممکن است اعضا را ملزم به پرداخت آن طی سال مالی خاص بکنند، اضافه می‌شود؛

- در بیمه عمر بخشی از ذخایر منظور شده برای انواع تخفیف‌ها و جوایزی که هنوز برای توزیع بین بیمه‌گذاران فراهم نشده و ۵۰ درصد از سود آتی شرکت اضافه می‌شود.

به دنبال ورشکستگی چند بیمه‌گر بزرگ آمریکایی در رشته زندگی، الزامات سرمایه مبتنی بر ریسک، در دهه ۱۹۹۰ تدوین شد تا الزامات سرمایه متغیر و اندک موجود در قوانین بیمه ایالت‌های مختلف را اصلاح و تکمیل کند. الزامات سرمایه مبتنی بر ریسک، که با اندازه شرکت بیمه رابطه داشته و ریسک فعالیت‌های بیمه‌گر را منعکس می‌کند، در بین همه ایالت‌ها یکسان است. محور سیستم مبتنی بر ریسک، سرمایه تعدیل شده است که شامل ارزش خالص قانونی^۲ بیمه‌گر (یعنی دارایی‌ها منهای بدهی‌ها) به اضافه ذخیره ارزشیابی دارایی‌های بیمه‌گر است. بنابراین برای ارزشیابی توانگری مالی شرکت‌های بیمه در آمریکا، متدولوژی سرمایه بر پایه ریسک معرفی شده و به کار گرفته می‌شود؛ این روش در استرالیا (در بیمه‌های عمر)، کانادا، ژاپن و هلند (علاوه بر حاشیه

توانگری مالی) نیز در حال استفاده است. این مفهوم به دنبال ارزیابی تعداد زیادی از ریسک‌های مختلف به دست آمده و سرمایه‌گذاری‌ها را به عنوان حامل‌های واقعی ریسک قلمداد می‌کند. به منظور تعیین سرمایه مبتنی بر ریسک بیمه، داده‌های مربوط به شرکت با متوسط صنعت برای رشته‌های مختلف مقایسه می‌شود. پس مقادیر آستانه معینی مشخص می‌شوند تا به وسیله آن دستگاه نظارتی قادر به دخالت پیشگیرانه در هر مرحله باشد.

آیین‌نامه شماره ۶۹ شورای عالی بیمه در خصوص نحوه محاسبه و نظارت بر توانگری مالی مؤسسات بیمه است. این آیین‌نامه، توانگری مالی را بدین صورت تعریف می‌کند: توانایی مالی مؤسسه بیمه برای پوشش ریسک‌های پذیرفته شده خود است. همچنین ریسک‌ها را به ریسک بیمه‌گری، ریسک بازار، ریسک اعتبار و ریسک نقدشوندگی تقسیم می‌کند و همچنین نسبت توانگری مالی را معادل با نسبتی می‌داند که مقدار توانگری مالی مؤسسه بیمه را اندازه می‌گیرد از تقسیم مبلغ سرمایه موجود بر مبلغ سرمایه الزامی به دست می‌آید. سرمایه الزامی برابر با حداقل سرمایه‌ای است که مؤسسه بیمه باید برای پوشش ریسک‌هایی که در معرض آن است در اختیار داشته باشد.

طبق ماده ۶ این آیین‌نامه، مؤسسات بیمه موظفند نسبت توانگری مالی خود را به صورت سالانه محاسبه و گزارش تفصیلی محاسبات آن را پس از حسابرسی صورت‌های مالی با تأیید در هیئت‌مدیره با امضای مدیر عامل مؤسسه بیمه به همراه اظهار نظر حسابرس مؤسسه حداکثر تا چهار ماه پس از پایان سال مالی به بیمه مرکزی جهت تأیید ارسال کند. بیمه مرکزی ظرف مدت ۲ ماه مراتب تأیید یا عدم تأیید خود را به مؤسسه ذی ربط اعلام می‌کند.

ماده ۷. این آیین‌نامه، سطوح نظارت بر توانگری مالی مؤسسات بیمه را در ۵ سطح تعیین می‌کند:

سطح ۱: نسبت توانگری مالی مؤسسه بیمه برابر با ۱۰۰ درصد و بیشتر است.

سطح ۲: نسبت توانگری مالی مؤسسه بیمه برابر با یا بیش از ۷۰ درصد و کمتر از ۱۰۰

درصد است.

سطح ۳: نسبت توانگری مالی مؤسسه بیمه برابر با یا بیش از ۵۰ درصد و کمتر از ۷۰

درصد است.

سطح ۴: نسبت توانگری مالی مؤسسه بیمه برابر با یا بیش از ۱۰ درصد و کمتر از ۵۰

درصد است.

سطح ۵: نسبت توانگری مالی مؤسسه بیمه کمتر از ۱۰ درصد است.

به‌عنوان نمونه، چنانچه نسبت توانگری مالی مؤسسه بیمه برحسب‌نظر بیمه مرکزی در سطح ۲ باشد، مؤسسه موظف است برنامه ترمیم وضعیت مالی خود را برای ۳ سال مالی آتی (به تفکیک سالانه) تهیه و جهت رسیدگی به بیمه مرکزی ارائه‌دهد. در این برنامه، مؤسسه بیمه باید نشان دهد که چگونه نسبت توانگری مالی خود را ظرف ۳ سال حداقل تا سطح ۱ ارتقای خواهدداد. برنامه ترمیم وضعیت مالی مؤسسه بیمه حداقل شامل مواردی به‌شرح ذیل خواهد بود:

- ۱- صورت برآورد تفصیلی درآمدها و هزینه‌ها؛
- ۲- ترازنامه و سود و زیان پیش‌بینی‌شده؛
- ۳- نحوه تأمین منابع مالی قابل دسترس جهت پرداخت معوقات و بدهی‌ها با اولویت بیمه‌گذاران؛
- ۴- زمان‌بندی و اولویت‌بندی پرداخت معوقات و بدهی‌ها به تفکیک بدهی به بیمه‌گذاران و سایر بستانکاران با رعایت قوانین و مقررات مربوطه؛
- ۵- روش و نحوه محاسبه ذخایر فنی؛
- ۶- سیاست‌های کلی مؤسسه بیمه در مورد بیمه اتکایی؛
- ۷- سیاست پرداخت سود به سهام‌داران با رعایت قوانین و مقررات مربوطه؛
- ۸- نحوه کاهش ریسک (به‌ویژه ریسک‌های بیمه‌گری، اعتبار، نقدینگی و بازار)؛
- ۹- برنامه‌ها و اقدامات جهت تقویت ساختار مالی و نقدینگی.

۵- عرضه بیمه^۱ (Insurance Supply)

طبق ماده ۶۶ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰، عرضه بیمه فقط توسط اشخاص و مؤسسات زیر می‌تواند صورت گیرد:

- ۱- مؤسسات بیمه؛
- ۲- نمایندگان بیمه؛
- ۳- دلالان رسمی بیمه.

به‌طورکلی عرضه خدمات بیمه در بازار داخلی، شامل خدماتی است که شرکت‌های ملی با سرمایه داخلی یا سرمایه خارجی ارائه می‌کنند؛ همچنین شامل خدماتی است که شرکت‌های بیمه خارجی، یا نمایندگی‌ها یا شعبه‌های آنها عرضه می‌کنند.

عرضه خدمات بیمه بستگی به مواردی مانند ۱. امکان دسترسی شرکت به مقدار معینی از سرمایه به‌صورت سهام یا دارایی خالص؛ ۲. توانایی کسب دانش فنی و مدیریتی و ۳. داشتن حداقلی از حجم فعالیت‌های بیمه‌ای دارد. دو شرط اول نیازی به توضیح ندارند و تقریباً در همه بخش‌های اقتصادی و برای همه بنگاه‌ها مشترک‌اند. شرط سوم در صنعت بیمه عامل مهمی است، چرا که بین حجم فعالیت و «ظرفیت» یک شرکت بیمه در تولید خدمات بیمه‌ای رابطه کارکردی وجود دارد. تعداد عرضه‌کنندگان و توزیع سهم آنها در بازار، میزان رقابت در بازار را نشان می‌دهد. باوجوداین، واقعیت این است که به‌طورکلی هرچه بازار بیمه وسیع‌تر باشد، متوسط اندازه پنج بیمه‌گر پیشرو در بازار (شاخص حجم درآمد حق بیمه) بزرگ‌تر می‌شود. بزرگ‌ترین شرکت‌های بیمه فقط در شش کشور متمرکز شده‌اند.

جدول ۸-۳. بزرگ‌ترین شرکت‌های بیمه دنیا در سال ۱۹۸۸

کشور مبدأ	بیش از ۵۰۰ میلیون دلار درآمد حق بیمه		بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلیون دلار درآمد حق بیمه		بین ۱۵۰ تا ۳۰۰ میلیون دلار درآمد حق بیمه	
	رتبه	رتبه	رتبه	رتبه	رتبه	رتبه
امریکا	۵	۹	۵	۵	-	-
ژاپن	۱۱	۳	۴	۴	-	۴
انگلیس	۱	۱	۱	۳	۵	۳
آلمان	-	-	۱	۱	۲	-
فرانسه	-	-	-	-	۳	۲
سوئیس	-	-	-	-	۲	-

مأخذ: Sigma, Swiss Reinsurance Company, Zurich, no.2, 1989.

معمولاً در ادبیات مربوط به بازارهای بیمه، از رویکرد بسیار ساده‌تری استفاده می‌شود، با این فرض که بازار رقابتی است و هزینه‌های تولید بیمه صفرند در نتیجه، عرضه پوشش بیمه با نرخ منصفانه کاملاً کشش‌دار است.

بخش عرضه بازار با نظریه بنگاه شروع می‌شود. رفتار یک بنگاه براساس تابع تولید کالا یا خدمات مربوطه و ساختار بازار، مورد بررسی قرار می‌گیرد. تابع تولید بیانگر رابطه بین نهاده‌ها و مقدار محصول است که به‌نوبه خود ساختار هزینه‌های بنگاه را نیز منعکس می‌کند. ساختار بازار می‌تواند از بازار رقابتی تا انحصار کامل را شامل شود. معمولاً در مباحث عرضه و رفتار بنگاه، از بازارهای رقابتی شروع می‌کنند که رویکردی نسبتاً ساده به‌منظور بررسی بازار و رفتار بنگاه است. فرض بازار رقابتی برای بیمه نمی‌تواند چندان غیرواقع بینانه باشد، زیرا حتی در صورت وجود تعداد اندکی از بنگاه‌ها، رقابت قیمتی در شرایطی که محصولات مشابهی را عرضه می‌کنند (مانند مدل رقابت قیمتی برترند) می‌تواند منجر به پیامدهای بازار رقابتی شود.

بخش عرضه بیمه از یک طرف با مسئله ریسک مواجه است و از طرف دیگر دارای هزینه‌های معاملاتی برای عرضه محصولات بیمه‌ای است. بیمه‌گر بنگاهی است که خدمات بیمه‌ای را به شکل بیمه‌نامه می‌فروشد. کسی که بیمه‌نامه می‌خرد، فردی ریسک‌گریز است که با پرداخت حق بیمه می‌خواهد ریسک خود را منتقل کند. از این رو، عرضه‌کننده بیمه، با فروش بیمه‌نامه، ریسک‌های بیمه‌گذاران را به بنگاه خود منتقل می‌کند. در این جا دو موضوع مهم در بخش عرضه بیمه وجود دارد که به تجمیع ریسک و تقسیم ریسک معروف است. بنابراین، بخش عرضه بیمه، حق بیمه‌ها را متناسب با ریسکی که متوجه مشتریان او است، تعیین می‌کند. از طرف دیگر، علاوه بر ریسک، با هزینه‌های اداری نیز مواجه است که باید آنها را از محل حق بیمه‌ها پوشش دهد. بنابراین، بحث ریسک و هزینه‌های اداری از موضوعات مهم بخش عرضه بیمه است.

برای بررسی ساده عرضه بیمه، فرض کنید که بیمه‌گر، در یک بازار رقابتی فعالیت می‌کند. در نتیجه، نرخ حق بیمه به‌طور منصفانه تعیین می‌شود. به‌عنوان مثال اگر احتمال وقوع حادثه برابر با $\pi = 0/05$ باشد، آن‌گاه حق بیمه نیز باید حداقل برابر با ۵ درصد پوشش بیمه‌ای باشد. برای خرید پوشش بیمه‌ای $C = 1000$ باید حق بیمه لااقل برابر با ۵۰ باشد. اما بیمه‌گر برای ارائه خدمات بیمه‌ای، متحمل هزینه‌های اداری نیز می‌شود که فرض کنید برابر با $C_0 = 10$ باشد. بدیهی است که حق بیمه ۵۰ نمی‌تواند هزینه‌های بیمه‌گر (پوشش بیمه‌ای و هزینه‌های اداری) را جبران کند. از این رو؛ باید درصدی به حق بیمه اضافه شود تا بتواند علاوه بر پوشش بیمه‌ای سایر هزینه‌های اداری را جبران کند. بنابراین، سود انتظاری بیمه‌گر برابر است با:

هزینه‌ها - درآمد = سود انتظاری

$$= P - \pi C - C_0$$

P حق بیمه است که درآمد بیمه‌گر را تشکیل می‌دهد و فرض می‌شود در زمان حال به‌طور قطعی دریافت می‌شود. هزینه‌ها شامل دو قسمت است: یکی هزینه‌هایی است که بابت جبران خسارت باید پردازد که محتمل هستند. بدین معنی که اگر خسارتی رخ دهد، باید به اندازه C پرداخت کند و احتمال وقوع آن π است، ولی اگر خسارتی رخ ندهد، مبلغی پرداخت نمی‌کند که احتمال وقوع آن $1-\pi$ است. بنابراین خسارت انتظاری برابر با $\pi C + (1-\pi) \times 0 = \pi C$ است. دیگری هزینه‌های اداری معروف به هزینه‌های سربار است.

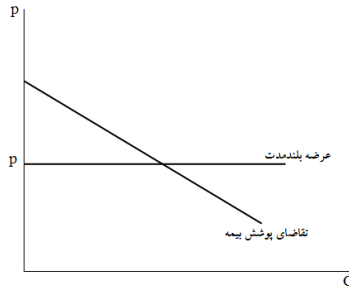
حق بیمه باید به گونه‌ای تعیین شود که این هزینه‌ها را جبران کند. حق بیمه معمولاً به صورت درصدی از پوشش بیمه بیان می‌شود که اگر این درصد را با P نشان دهیم، آن‌گاه $P = pC$ است و P نرخ حق بیمه است. سود انتظاری برابر است با:

$$E(\pi) = pC - \pi C - C_0$$

اگر هزینه‌های اداری وجود نداشته باشند ($C_0 = 0$)، آن‌گاه نرخ حق بیمه منصفانه از برابری $p = \pi$ به دست می‌آید که سود انتظاری را صفر می‌کند. بدیهی است که این حالت می‌تواند پیامد بلندمدت بازار رقابتی باشد. اگر $p > \pi$ باشد، در این صورت، سود انتظاری مثبت است و ورود بنگاه‌ها سبب افزایش عرضه و کاهش قیمت می‌شود. ورود بنگاه‌ها به بازار تا جایی ادامه می‌یابد که سود را صفر کند و تعادل بلندمدت در $p = \pi$ برقرار شود. بدین ترتیب اگر پیامد بلندمدت بازار رقابتی را برای بازار بیمه بپذیریم، آن‌گاه در صورت فقدان هزینه‌های اداری، $p = \pi$ خواهد بود. اما در صورت وجود هزینه‌های اداری، بدیهی است که $p > \pi$ خواهد بود و سود انتظاری برابر صفر است:

$$E(\pi) = pC - \pi C - C_0 = 0 \Rightarrow p = \pi + \frac{C_0}{C}$$

نسبت $\frac{C_0}{C}$ ، عامل سربار است که به نرخ حق بیمه اضافه می‌شود تا هزینه‌های اداری را پوشش دهد. پیامد بلندمدت بازار رقابتی در نمودار زیر نشان داده شده است.



شکل ۸-۱. تعادل بلندمدت بازار بیمه

۶- کارگزار بیمه^۱

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رأس ساختار سازمانی صنعت بیمه کشور قرار گرفته و وظیفه نظارت، تنظیم، تعمیم و هدایت امر بیمه و همچنین حمایت از حقوق بیمه‌گذاران را برعهده دارد. زیرمجموعه بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران را شرکت‌های بیمه تشکیل می‌دهند. انجام عملیات اصلی بیمه‌گری، یعنی صدور انواع بیمه‌نامه‌ها و پرداخت خسارات تحت پوشش، وظیفه و مأموریت شرکت‌های بیمه است. زیرمجموعه شرکت‌های بیمه نیز از نمایندگان آنها که همان شبکه فروش شرکت‌های بیمه است تشکیل شده است. هر شرکت بیمه تعدادی نماینده دارد که برای فروش بیمه‌نامه‌های وابسته به شرکت بیمه مربوطه، تبلیغ می‌کند و بیمه‌نامه‌های آن شرکت را به فروش می‌رسانند. از آنجاکه بیمه مرکزی علاوه بر کمک به انجام صحیح و قانونمند امور بیمه‌گری، مطابق قانون موظف به حفظ حقوق بیمه‌گذاران نیز هست؛ به منظور تأمین و حفظ حقوق خریداران بیمه و راهنمایی آنها، جهت خرید پوشش‌های بیمه‌ای مناسب با هزینه کمتر و تضمین پرداخت عادلانه خسارت در هنگام وقوع خسارت، امکان فعالیت کارگزاران رسمی بیمه را در قانون فراهم کرده است. بدین ترتیب برخلاف نمایندگی که از طرف شرکت‌های بیمه با متقاضیان بیمه ارتباط برقرار می‌کند، کارگزار به نمایندگی از طرف متقاضیان بیمه به سوی شرکت‌های بیمه رفته و بیمه‌گری را انتخاب می‌کند که تأمین‌کننده نیاز واقعی بیمه‌گذار باشد، چرا که منافع بیمه‌گذار منافع خود او است.

به‌طورکلی، کارگزار بیمه شخصی است حقیقی یا حقوقی که با اخذ مجوز از بیمه مرکزی ایران مجاز به خرید بیمه‌نامه و پیگیری خدمات پس از آن، از همه شرکت‌های بیمه است. کارگزار، نماینده هیچ شرکت بیمه‌ای نیست اما نماینده بیمه‌گذار یا مشتری نزد شرکت‌های بیمه

محسوب می‌شود. کارگزار با ارزیابی شرایط بیمه‌گذار و خطراتی که او را تهدید می‌کند و با تحلیل بازار بیمه، به‌سوی بیمه‌گران می‌رود تا بهترین بیمه‌نامه را از لحاظ کیفیت و قیمت با بهترین روش، برای مشتری خود خریداری کند. میان فعالیت کارگزاری و نمایندگی بیمه دو تفاوت اساسی وجود دارد:

۱- نمایندگی بیمه فقط خدمات شرکت بیمه طرف قرارداد را به مشتریان عرضه می‌کند، اما کارگزار مجاز به عرضه بیمه از طرف همه شرکت‌های بیمه است؛

۲- نمایندگی از طرف شرکت بیمه، مجاز به صدور بیمه‌نامه است اما کارگزار فقط پیشنهاد بیمه‌گذار را به شرکت بیمه ارائه می‌دهد و آن شرکت، خود بیمه‌نامه ذی‌ربط را صادر می‌کند.

کارگزار مانند نماینده بیمه باید واجد شرایط مربوط به صلاحیت اخلاقی و حرفه‌ای لازم برای عرضه خدمات شرکت بیمه به متقاضیان باشد. این شرایط در «آیین‌نامه کارگزاری بیمه» تعیین شده است. همان‌طور که نماینده در صورت داشتن شرایط مقرر در «آیین‌نامه نمایندگی بیمه»، مجاز به فعالیت نمایندگی است، کارگزار نیز در صورت داشتن شرایط مندرج در «آیین‌نامه کارگزاری بیمه»، مجاز به فعالیت کارگزاری خواهد بود. کارگزاران رسمی بیمه جهت اخذ مجوز فعالیت بیمه‌ای از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران علاوه‌بر داشتن سابقه مفید بیمه‌ای، باید در امتحان جامع بیمه که توسط پژوهشکده بیمه وابسته به بیمه مرکزی ایران برگزار می‌شود، شرکت کنند و در صورت کسب حد نصاب نمره علمی، در مصاحبه اختصاصی که توسط مدیران و کارشناسان صنعت بیمه انجام می‌گیرد، پذیرفته شوند.

برخی از نکات اصلی در «آیین‌نامه کارگزاری بیمه» عبارت‌اند از:

الف) پروانه کارگزاری بیمه را بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران تهیه می‌کند. در این پروانه مدت اعتبار، غیرقابل انتقال بودن، شماره، نام و نام خانوادگی، شماره و محل صدور شناسنامه، تاریخ تولد، نشانی محل کار و اقامت کارگزار بیمه ذکر و عکس او به آن الصاق خواهد شد.

ب) کارگزار بیمه مسئول عملیات و جبران خسارات ناشی از تقصیر، غفلت یا قصور خود و بازاریاب‌ها و کارکنان خود در امور مربوط به کارگزاری بیمه است.

ج) کارگزار بیمه ملزم به حفظ اسرار و اطلاعاتی است که به مناسبت شغل خود به‌دست می‌آورد. در صورت افشای غیرمجاز این اسرار، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می‌تواند نسبت به عدم تجدید یا لغو پروانه او اقدام است.

د) مرجع رسیدگی به تخلفات کارگزار بیمه، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران است.

۷- فرانشیز^۱

فرانشیز عبارت از درصد یا قسمتی از خسارت است که طبق شرایط بیمه‌نامه به‌عهده بیمه‌گذار است و بیمه‌گر نسبت به آن تعهدی ندارد، مگر آنکه در مورد نوع و نحوه محاسبه آن توافق شده باشد. اگر خسارت وارده کمتر از مبلغ یا درصد فرانشیز باشد، کل خسارت توسط بیمه‌گذار پرداخت می‌شود. در غیراین صورت، یعنی زمانی که مبلغ خسارت بیش از درصد یا مبلغ فرانشیز باشد، بیمه‌گر موظف به پرداخت کل خسارت بدون کسر فرانشیز خواهد بود. به‌عنوان مثال اگر در قرارداد بیمه‌ای، فرانشیز معادل ۱۰۰,۰۰۰ ریال و خسارت وارده ۹۹,۰۰۰ ریال باشد، با توجه به اینکه میزان خسارت از مبلغ فرانشیز کمتر است، هیچ خسارتی از سوی بیمه‌گر پرداخت نخواهد شد. ولی اگر خسارتی معادل ۱۰۱,۰۰۰ ریال واقع شود، کل خسارت (۱۰۱,۰۰۰ ریال) پرداخت خواهد شد و بیمه‌گذار هیچ مبلغی را پرداخت نخواهد کرد. نمونه‌ای از نحوه اعمال فرانشیز و پرداخت خسارت در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۸-۴. نمونه محاسبه فرانشیز

کل خسارت (هزار ریال)	فرانشیز (هزار ریال)	وضعیت فرانشیز نسبت به خسارت	پرداخت بابت خسارت (هزار ریال)
۳۵۰۰	۱۰۰۰	فرانشیز > خسارت	۳۵۰۰
۱۰۰۱	۱۰۰۰	فرانشیز > خسارت	۱۰۰۱
۹۹۹	۱۰۰۰	فرانشیز < خسارت	۰
۷۵۰	۱۰۰۰	فرانشیز < خسارت	۰

اگر مبلغ فرانشیز را با k و میزان خسارت را با x نشان دهیم، در این صورت $g(x, k)$ میزان خسارت قابل پرداخت را نشان خواهد داد که به‌صورت زیر بیان می‌شود:

$$g(x, k) = \begin{cases} x & x > k \\ 0 & x \leq k \end{cases}$$

این معادله نشان می‌دهد که اگر مبلغ خسارت (x) کمتر از فرانشیز k باشد، خسارتی پرداخت نخواهد شد. اما در صورتی که مبلغ خسارت بیشتر از فرانشیز باشد، خسارت قابل پرداخت برابر با $x-k$ خواهد بود.

فرانشیز یکی از ابزارهای مؤثر در فرآیند مدیریت ریسک است، زیرا با وجود فرانشیز، تمایل بیمه‌گذار به استفاده از بیمه‌نامه برای دریافت خسارت‌های جزئی، یعنی خسارت‌هایی که در توان مالی اوست، کاهش یافته و صرفاً در مواردی که خسارت‌ها بیش از توان مالی بیمه‌گذار باشد از بیمه‌نامه و پوشش‌های آن استفاده خواهد کرد. از طرف دیگر، فرانشیز تأثیر زیادی بر کاهش تعهدات بیمه‌گر نیز خواهد داشت.

گنجاندن فرانشیز در قراردادهای بیمه یکی از عوامل بازدارنده بیمه‌گذار از انجام رفتارهای پرخطر است، زیرا بخشی از خسارت را احتمالاً او پرداخت می‌کند و از این‌رو؛ او را وادار به رعایت احتیاط و نکات ایمنی می‌کند.

در مجموع هدف غایی فرانشیز اولاً جلوگیری از مراجعات بیمه‌گذار برای دریافت خسارت‌های جزئی است، ثانیاً کاهش تعهدات بیمه‌گر و اجتناب از صرف هزینه و زمان و اختصاص نیروی انسانی برای محاسبه و پرداخت خسارت‌های جزئی است و ثالثاً با این ابزار بیمه‌گر می‌تواند بیمه‌گذار را ترغیب به رعایت نکات ایمنی و کاهش خسارت کند.

فرانشیز اجباری درصد یا قسمتی از خسارت است که برعهده بیمه‌گذار گذاشته شده و قابل بیمه‌کردن و خریداری نیست. به‌عنوان مثال طبق آیین‌نامه شماره ۸ شورای عالی بیمه مصوب ۵۶/۶/۲۰ در خصوص تعرفه بیمه باربری، فرانشیز اجباری در صورت وقوع خسارت سه درصد است و در موردی که تغییر یا حذف فرانشیز موردنظر باشد، مؤسسات بیمه موظفند نرخ حق بیمه مربوطه را از بیمه مرکزی ایران اخذ و سپس به صدور بیمه‌نامه اقدام کنند.

۸- انواع قراردادهای اتکایی

بیمه اتکایی به مفهوم توزیع جهانی ریسک است. بیمه اتکایی، شرکت بیمه را قادر به پاسخ‌گویی خسارت‌هایی می‌کند که در طول زمان اعتبار قرارداد به‌وقوع می‌پیوندد. شرکت بیمه ریسک‌های همگون را برای پرتفوی خود گردآوری می‌کند، ولی اگر اجتماع این ریسک‌ها مازاد بر ظرفیت نگهداری شرکت تشخیص داده شود، وجود قرارداد اتکایی^۱ کمک کند تا این شرکت تعادل مالی خود را حفظ کند و به او امکان می‌دهد تا به مشتریان خویش سرویس بهتری بدهد و خسارت‌های وارده را به موقع پرداخت کند. بیمه‌گر اتکایی، بیمه‌گر واگذارنده را در مقابل زیان‌های سنگین مالی که ممکن است با وقوع خسارت‌های بزرگ یا خسارت‌های زیادی در

ابعاد متوسط و کوچک که در زمان محدودی وارد شوند، حمایت می‌کند. در حقیقت بیمه اتکایی عبارت است از بیمه ریسکی که بیمه‌گر واگذارنده آن را بیمه کرده است. البته لازم به اشاره است که از نظر حقوقی، ارتباطی بین قرارداد بیمه‌ای که بیمه‌گذار و بیمه‌گر منعقد می‌کنند و قرارداد بیمه‌ای که بیمه‌گر واگذارنده و بیمه‌گر اتکایی می‌بندند وجود ندارد و در واقع این دو، قرارداد جداگانه‌ای محسوب می‌شوند.

کارکرد یا نقش اتکایی، جلوگیری از وارد آمدن ضربه شدید مالی به بیمه‌گران به علت مواجه شدن با خسارتی کلان یا خسارت‌های متوسط زیادی در حوادث غیرمترقبه مانند زلزله یا سیل است. بدین جهت قرارداد اتکایی همواره (حتی در بیمه‌های زندگی و حوادث شخصی) جزو قراردادهای تأمین خسارت تلقی می‌شود.

۱-۸- قرارداد اتکایی آتش‌سوزی

در سراسر دنیا و هر جایی که بازار بیمه آتش‌سوزی وجود دارد، سنت بر این است که خطرات بزرگ آتش‌سوزی بین بیمه‌گران از طریق بیمه مشترک^۱ به طور مستقیم تقسیم شود یا در بسیاری از بازارها از طریق اتکایی اختیاری این کار انجام شود. بیمه‌گران متعدد اقدام به اخذ پوشش اتکایی نسبت به سهم اضافی نگهداری خود براساس قراردادهای «نسبی» کرده‌اند. تنوع و گوناگونی بسیار قابل توجه در اندازه و حجم خطرات بیمه‌شده، به مفهوم آن نیست که صرفاً شرکت‌های بیمه‌گر مستقیم با حجم پرتفوی اندک نیاز به پوشش اتکایی دارند، بلکه معمولاً این شرکت‌های بزرگ بیمه هستند که به عنوان رهبر قرارداد اتکایی درصدهای بالایی از خطرات بسیار بزرگ صنعتی و تجاری را می‌پذیرند. این عمل، یعنی جریان یافتن مداوم پرتفوی در جریان‌های اقتصادی شرکت، باعث پیدایش نیاز آنها به پوشش اتکایی می‌شود تا ضمن اخذ پوشش اتکایی بتوانند نیازهای روزمره خود را برآورده کنند و در موارد بسیار خاص و استثنایی، اضافی سرمایه‌ها را براساس اتکایی اختیاری زیر پوشش بیمه‌ای قرار دهند.

سه روش زیر در شرایط و اصول بیمه‌گری باعث شده که تصویر سنتی و شیوه‌های قبلی تا حدودی تغییر شکل دهند:

۱- اثرات تکنولوژی بر حجم و اندازه هر خطری باعث شده تا بیمه اتکایی اختیاری، حیات دوباره‌ای به دست آورد. غالباً صنایع تولیدی اصلی که دارای پیچیدگی‌های خاصی هستند و از

نقطه نظر صنعتی خطر ساز هم محسوب می‌شوند (مانند صنایع پتروشیمی یا پالایشگاه‌ها)، بسیار بزرگ‌تر از میزانی هستند که بتوانند جذب بازار داخلی شوند و بدین لحاظ نیاز به کمک و مساعدت بیمه‌گران اتکایی بین‌المللی وجود دارد؛

۲- در بسیاری از نقاط جهان، حتی کشورهای در حال توسعه، تمرکز روزافزون سرمایه‌های در معرض خطر در مناطقی قرار دارد که در معرض آسیب و خطرات طبیعی هستند، از این‌رو، تقاضای روزافزونی در این بازارها برای اخذ پوشش اتکایی مازاد خسارت فاجعه‌آمیز وجود دارد. در این حالت، ظرفیت مورد تقاضا روزبه‌روز در حال افزایش است تا بتواند تمامی سرمایه‌های در معرض خطر را تحت پوشش قرار دهد؛

۳- بیمه‌گران آتش‌سوزی ناچارند از هزینه‌های اداری خود همانند سایر بیمه‌گران بکاهند. در این خصوص، عرف و روش‌های بیمه‌گری متفاوتی وجود دارد، مثلاً به جای اینکه هر خطری در مورد بیمه آتش‌سوزی برای سرمایه‌های متفاوت در جدول بیمه‌نامه رقم‌به‌رقم در رابطه با ساختمان و محتویات مشخص شود، در یک «بیمه‌نامه یکجا» ادغام می‌شوند تا بیمه‌گر در زمان اخذ پوشش اتکایی خود حق‌گزینش نداشته باشد. امروزه از جهت اهداف اقتصادی، از قراردادهای اتکایی مازاد خسارت به‌عنوان بهترین نوع پوشش اتکایی برای رشته آتش‌سوزی استفاده می‌شود.

ریسک‌های تحت پوشش قرارداد اتکایی: واگذارنده، مدارک بیمه‌نامه‌هایی را که برای پوشش خطرهای آتش‌سوزی، انفجار، صاعقه و همچنین خطرهای اضافی مانند زمین‌لرزه، طوفان، شورش، آشوب و بلوا و سایر خطرهای صادر می‌کند برای بیمه‌گر اتکایی می‌فرستد. خطرهای اضافی به‌جز آتش‌سوزی باید با همان نسبت ولی نه بیش از همان مبلغ که برای آتش‌سوزی پوشش دارد، بیمه اتکایی شود. کشورهایی که در آنها فونداسیون ساختمان‌ها در مقابل خطر آتش‌سوزی، بیمه شده‌اند و مبلغ بیمه‌شده در مقابل خطر زمین‌لرزه، بیش از مبلغی است که برای خطر آتش‌سوزی پوشش دارد، استثناً بر این قاعده هستند. از این‌رو، در این موارد عملیات اتکایی به یک نسبت برای هر دو خطر انجام می‌گیرد.

قراردادهای اتکایی آتش‌سوزی همچنین می‌توانند بیمه‌خطر عدم‌النتفع را نیز (اگر در بیمه‌نامه آتش‌سوزی بیمه شده باشد) پوشش دهند. در این صورت حداکثر ظرفیت نگهداشت

واگذارنده و میزان واگذاری اتکایی از مجموع دو پوشش فوق تعیین می‌شود. ولی اگر واگذارنده مایل باشد مبلغ بیشتری را برای نگهداشت و واگذاری اتکایی تعیین کند، در این صورت ظرفیت آنها مورد به مورد (آتش سوزی، عدم‌النفع، آتش سوزی و عدم‌النفع توأم) باید در قرارداد تأکید شود.

استثناها: در برخی از بازارهای بیمه، ریسک‌های خاصی از قرارداد اتکایی استثنا می‌شوند. برای این نوع ریسک‌ها می‌توان از طریق اختیاری پوشش اتکایی کسب کرد. فهرست این نوع ریسک‌ها، ضمیمه قرارداد می‌شود. این مورد در مورد بیمه‌نامه‌هایی صادق است که باید نرخ خاصی برایشان تعیین کرد. برای ریسک‌های بزرگی که در چند قرارداد مختلف متمرکز شده‌اند و ممکن است برای بیمه‌گر اتکایی مشکلاتی ایجاد کنند یا ریسک‌های خطرناکی که بیمه‌گر اتکایی علاقه‌مند است آنها را از نزدیک کنترل و با شرایط مطلوب اتکایی کند نیز به‌همین ترتیب عمل می‌شود. کارخانه‌های پنبه پاک‌کنی، کارخانه‌های پتروشیمی، پالایشگاه‌های نفت و غیره از این جمله‌اند.

بیمه‌نامه‌هایی که چند خطر را توأم پوشش می‌دهند (مانند آتش سوزی، دزدی، مسئولیت و ...) اغلب به‌وسیله قراردادهای اتکایی خاص بیمه اتکایی می‌شوند.

قراردادهای نسبی: در یک پرتفوی بزرگ به‌علت کم‌بودن هزینه‌های اداری، عاقلانه‌ترین قرارداد اتکایی برای ریسک‌های غیرصنعتی و تجاری، قرارداد اتکایی مشارکت است. ظرفیت هر ریسک براساس توافق قبلی و بر مبنای جدول ظرفیت‌های ناخالص تعیین می‌شود. در این روش نگهداشت، شرکت واگذارنده، درصدی از ظرفیت قرارداد مشارکت است که واگذارنده برای حمایت نگهداری خود، پوشش مازاد خسارت بر مبنای هر ریسک را تهیه می‌کند. ظرفیت قرارداد مشارکت معمولاً با یک یا دو قرارداد اتکایی مازاد سرمایه تکمیل می‌شود. در بعضی از موارد نیز واگذارنده برای کاهش هزینه‌های اداری، روش کنترل تجمع ریسک تا مبلغ معینی را پیش‌بینی می‌کند.

این روش برای شرکت‌هایی که پرتفوی کوچک و متوسط دارند و حتی برای شرکت‌هایی که درصد بالایی از بیمه‌نامه‌های صادره آنها را ریسک‌های صنعتی تشکیل می‌دهد چندان مطلوب نیست، زیرا احتمال تغییرات در این موارد بیشتر است و در نتیجه حق بیمه پوشش مازاد خسارت بسیار زیاد و برای واگذارنده گران تمام می‌شود.

قرارداد اتکایی مازاد سرمایه در رشته آتش سوزی بسیار متداول است و موارد استفاده زیادی دارد. این روش به واگذارنده امکان می‌دهد که از هر ریسکی به هر میزان که براساس گزارش بازرسی مطلوب باشد به حساب خود نگهدارد.

در قرارداد اتکایی مشارکت، جدول ظرفیت‌های ناخالص باید حتی‌الامکان ساده باشد (سادگی از خصوصیات مفید بودن این روش است). ولی در قرارداد اتکایی مازاد سرمایه، این جدول باید انعطاف‌پذیر باشد و همه خصوصیات ریسک را منعکس کند.

قراردادهای اتکایی غیرنسبی: برای پرتفوی همگن، پوشش اتکایی مازاد خسارت براساس هر ریسک (WXL) راه‌حل مطلوبی است و پوشش مناسبی به شرکت واگذارنده ارائه می‌دهد، مشروط بر آنکه نگهداشت آن براساس هر ریسک تعیین شده باشد نه بر مبنای سرمایه‌های بیمه‌شده در ارزیابی ریسک باید نهایت دقت به عمل آید و حداکثر ظرفیت خسارت به‌طور دقیق تعیین شود. در غیر این صورت نوسان‌های ضریب خسارت به‌طور بارزی افزایش می‌یابد و حق بیمه این نوع پوشش بالا می‌رود.

قرارداد WXL جایگزین بخشی از قرارداد اتکایی مازاد سرمایه است که در آن سهم ناخالص نگهداشت به میزان ضریبی از نگهداری در برنامه اتکایی قراردادهای نسبی تعیین می‌شود. مثال زیر، این دو قرارداد را مقایسه می‌کند.

جدول ۸-۵. مقایسه قرارداد نسبی با قرارداد WXL

قرارداد نسبی	قرارداد WXL	
۱۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	حداکثر نگهداشت
-	۲۵۰,۰۰۰ مازاد بر ۵۰,۰۰۰	پوشش برای هر ریسک
۲,۹۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	مازاد ۲۹ لاین
۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	ظرفیت صدور

در هر دو مورد فوق شرکت واگذارنده برآورد می‌کند که توان پرداختش از هر خسارت ۵۰,۰۰۰ است. نگهداشت ۱۰۰,۰۰۰ او براساس سرمایه معمولاً برای بهترین گروه ریسک است. ریسک‌هایی که احتمال تحقق آنها نرمال باشد، یعنی ۵۰,۰۰۰، در برنامه اتکایی قراردادهای مازاد خسارت در نظر گرفته می‌شود. از مزایای قراردادهای اتکایی مازاد خسارت به شرح فوق آن است که واگذارنده می‌تواند تعداد واگذاری‌های خود را کاهش دهد و حجم بیشتری از حق بیمه را به حساب خود نگهدارد. در مجموع واگذارنده از مزایای کمتری برای واگذاری‌های خود

به صورت مازاد بهره‌مند خواهد بود که مسلماً بازده کمتری نیز به دنبال دارد، ضمن آنکه مواجهه با نوسان‌هایی در حق بیمه پوشش WXL خواهد بود. علاوه بر آن، واگذارنده باید ذخیره فنی لازم برای نگهداشت ناخالص را پیش‌بینی کند. تهیه برنامه اتکایی برای پرتفوی آتش‌سوزی با خطرهای تبعی بدون خطرهای فاجعه‌آمیز تا حدودی ساده است. برای آتش‌سوزی، فقط توجه به آمار و سایر اطلاعات ارائه‌شده و واگذارنده و اطلاعات بازار برای رسیدن به نرخ و حق بیمه مناسب، براساس ترکیب پرتفوی و میزان درگیری با ریسک کفایت می‌کند.

مشکل وقتی پیچیده می‌شود که طوفان و گردباد جزو ریسک‌های بیمه‌شده پرتفوی باشد. اگرچه از لحاظ نظری طوفان و گردباد نمی‌توانند موجب خسارت کلی یا خسارت زیادی به سرمایه بیمه‌شده در بهترین گروه ریسک شوند، اما تجربه نشان داده است که پدیده‌های جوی، صرف نظر از اندازه خسارت (کوچک، متوسط، بزرگ) معمولاً پوشش اتکایی WXL را متأثر نمی‌کنند و در عوض خسارت‌های سنگین به بعضی از انواع ریسک‌های ساختمانی که مقاومت کمتری دارند وارد می‌آورند. در مورد ریسک‌های شورش، آشوب و بلوا و زمین‌لرزه امکان تحقق خسارت کلی وجود دارد و به دفعات مشاهده شده است. بنابراین دلایل اگر پرتفوی واگذارنده شامل خطرهای طبیعی و فاجعه‌آمیز باشد، امکان اتکایی آن به طریق WXL مشکل است، زیرا بیمه‌گر اتکایی از یک سو آمار و اطلاعات کافی برای برآورد نرخ و حق بیمه ندارد و از سوی دیگر خود، تعهدات و خسارت‌های قراردادهای اتکایی مازاد خسارت برای هر ریسک و مازاد خسارت برای هر حادثه فاجعه‌آمیز، بیمه‌نامه‌های آتش‌سوزی و عدم‌النفع را پوشش می‌دهند. البته گاهی برای عدم‌النفع قرارداد جداگانه‌ای منعقد می‌شود. در خصوص خطرهای اضافی یا تبعی، موارد باید در مدارکی که ضمیمه قرارداد است قید شود، یا در شرایط خصوصی قرارداد اتکایی بیاید.

اگر ریسک‌هایی مانند طوفان، گردباد، زمین‌لرزه و شورش و آشوب و بلوا جزو پوشش‌های قرارداد اتکایی باشند قرارداد شامل شرایط خاص خود خواهد بود.

۲-۸- قرارداد اتکایی در بیمه‌های اشخاص

بیمه اشخاص شامل بیمه بیکاری، بیمه بیماری و بیمه حوادث اشخاص است که بیمه‌های اتکایی در هریک از آنها، شرایط خاص خود را دارد.

بیمهٔ بیکاری در اغلب کشورهای دنیا، ملی شده و ادارهٔ آن برعهدهٔ سازمان‌ها و مؤسسات دولتی است. بعضی از ریسک‌هایی که هنوز جذب صندوق‌های حقوق بیکاری کارگران نشده‌اند، بنابر ماهیت ویژه‌شان می‌توان به صورت اتکایی اختیاری، مشارکت و مازاد خسارت، اتکایی کرد. مبالغ بیمه‌شده در هر دو بخش «بیمهٔ حقوق بیکاری کارگران» و «بیمهٔ مسئولیت کارفرما» براساس قانون تعیین می‌شود.

در بیمه بیماری که نحوهٔ صدور و تصفیة خسارت آن بسیار پیچیده است، اغلب همراه با بیمه‌های اشخاص، اتکایی می‌شود. شرایط بیمه‌نامه‌ها و تعرفه را آکچوئری‌ها براساس جدول مرگ‌ومیر بررسی می‌کنند. اتکایی به صورت مشارکت انجام می‌شود ولی اغلب سرمایه‌های بیمه‌شده، ناچیز و کوچک‌اند، از این رو، شرکت واگذارنده می‌تواند آنها را به حساب خود نگهدارد. در بسیاری از بازارها، امور مربوط به بیمه حوادث اشخاص در اداره بیمه اشخاص انجام می‌شود، درحالی که در برخی نیز یک رشته مستقل است.

قراردادهای نسبی: در اغلب بازارهای بیمه‌ای، تعرفهٔ متحدالشکلی برای بیمه‌های اشخاص وجود ندارد، از این رو، شرکت‌های بیمه، آمار کافی و کاملی برای ارائهٔ اطلاعات جامع و مفید در اختیار ندارند. به همین دلیل است که آنها از بیمه‌گران اتکایی انتظار مشارکت در پرداخت کلیهٔ خسارت‌ها را دارند.

درواقع، قرارداد اتکایی به صورت مشارکت است و برای موارد بیمه‌ای که سرمایهٔ آنها از حد متوسط سرمایه‌های بیمه‌شده تجاوز می‌کند، از قرارداد تکمیلی مازاد سرمایه استفاده می‌کند. باوجوداین، اتکایی به صورت مازاد سرمایه نیز سازوکار بسیار متداولی در این رشته است. در بازارهایی که تعرفه بیش از پیش متمرکز است (به جای طبقه‌بندی دهگانهٔ شغل و حرفه، به علت عامل «تصادفات جاده‌ای» از دو یا سه طبقه‌بندی استفاده می‌شود)، مؤسسه بیمه ترجیح می‌دهند نگهداشت یکسانی در هر بیمه‌نامه در نظر بگیرند.

قراردادهای غیرنسبی: در برخی از موارد، حوادث اشخاص به وسیلهٔ قرارداد اتکایی مازاد خسارت پوشش داده می‌شود، درحالی که مفیدترین شکل قرارداد اتکایی مازاد خسارت در این رشته، قراردادی است که نگهداشت واگذارنده را در تجمع خطرهای نامشخص (از قبیل حوادث ناشی از تصادف وسایل نقلیهٔ موتوری، قطار، قایق و هواپیما) که امکان آسیب‌دیدگی بیمه‌شدگان بی‌شماری می‌رود، پوشش می‌دهد.

کاستنی معمولاً ضریبی از نگهداشت واگذارنده از خطر مرگ است (۳ تا ۵ برابر) و تعهد بیمه‌گر اتکایی، به ساختار پرتفوی واگذارنده بستگی دارد: تعداد بیمه‌شدگان، تعداد بیمه‌نامه‌های جمعی، صدور یا عدم‌صدور بیمه‌نامه‌های حوادث ناشی از مسافرت و مسافرت با هواپیما در فرودگاه‌ها و آژانس‌های مسافرتی.

گاهی نگهداشت واگذارنده در رشته حوادث اشخاص همراه با بیمه‌نامه‌های عمر به وسیله قراردادهای اتکایی برای پوشش خطرهای فاجعه‌آمیز، تحت پوشش قرار می‌گیرد.

ریسک‌های تحت پوشش و استثنا شده: قرارداد اتکایی، بیمه‌نامه‌های حوادث انفرادی و گروهی

اشخاص را که شرکت واگذارنده صادر کرده است، براساس مدارک صدور، پوشش می‌دهد.

در بیمه حوادث کودکان، دانش‌آموزان و مسافران هواپیما و نیز سایر انواع بیمه‌نامه، اساس تعهد بیمه‌گر وقوع حادثه است. مسافرت با خطوط هوایی معمولی و بازرگانی به‌طور خودکار پوشش داده می‌شود، اما مسافرت با خطوط غیرمعمولی استثناست، ضمن آنکه امکان اتکایی آنها به‌طور اختیاری وجود دارد.

۳-۸- قرارداد اتکایی در بیمه‌های اعتبار تجاری

بیمه‌های اعتبار، ریسک‌های اعتباری و بانکداری را پوشش می‌دهد که شامل بیمه تضمین، بیمه اعتبار تجاری و بیمه اعتبار صادرات است.

در اکثر کشورهای دنیا، بیمه‌نامه این نوع ریسک‌ها را شرکت‌های تخصصی صادر می‌کنند. جدای از احتمال وقوع خسارت برای هر یک از ریسک‌های بیمه‌شده، دوطرف قرارداد (بیمه‌گر واگذارنده و بیمه‌گر اتکایی) با وقوع خسارت‌هایی که خصوصیت فاجعه‌آمیز دارند مواجه هستند. در رشته بیمه تضمین، معمولاً تضمین‌هایی پوشش داده می‌شوند که ضرورتاً برای حسن اجرای کار سپرده می‌شود و شامل تعداد زیادی از ریسک‌های مالی است. این تضمین‌ها به درخواست دولت برای حسن اجرای کار شرکت‌های ساختمانی و سایر مؤسسات اقتصادی صادر می‌شوند. اتکایی در این رشته براساس مشارکت با ذکر انواع پوشش‌های بیمه‌نامه انجام می‌گیرد. ظرفیت صدور برای هر شرکت ساختمانی یا هر گروه اقتصادی ثابت است. به‌همین دلیل واگذارنده باید کنترل بسیار دقیقی بر انواع بیمه‌نامه‌هایی که برای هر گروه صادر می‌کند داشته باشد.

خصوصیت دیگر این رشته آن است که پرتفوی انتقالی در آن وجود ندارد، زیرا نمی‌توان تعیین کرد که چه نسبتی از ریسک‌های بیمه‌نامه‌های در جریان، سپری شده و چه نسبتی باقی مانده است. علاوه بر این، ماهیت این رشته به نحوی است که امکان استفاده از پوشش اتکایی مازاد خسارت را نمی‌دهد.

در بیمه اعتبار تجاری، اتکایی موضوع پوشش بیمه اعتبار بازرگانی و بیمه اعتبار صادرات به صورت مشارکت با ذکر ظرفیت پوشش برای هر مشتری انجام می‌گیرد. قرارداد اتکایی می‌تواند ظرفیت تکمیلی ویژه‌ای برای شرکت‌های بسیار مهم با مشتریان بزرگ داشته باشد. از آنجاکه این رشته نیاز مبرمی به تکنیک‌های تخصصی دارد، بیمه‌گران اتکایی، خود را به کنترل و بررسی مدارکی که واگذارنده می‌فرستد، محدود نمی‌کنند بلکه با بررسی‌های دوره‌ای ضمن ایجاد سیستم کنترل و صدور برای واگذارنده، روند و پیشرفت پرتفوی را زیر نظر می‌گیرند.

۴-۸- قرارداد اتکایی دریایی

علی‌رغم وجوه مشترک بسیار، بیمه اتکایی با بربری دریایی با توجه به ماهیت آن با سایر رشته‌های بیمه‌های اشیا (اموال) تفاوت‌های عمده‌ای دارد. اولاً بین بیمه‌گری بدنه کشتی، کالا و سایر خطرات تفاوت‌های مهمی وجود دارد. مثلاً، یک پرتفوی بیمه بدنه کشتی دارای واحدهای در معرض خطر بسیار کمتری است و بدین ترتیب این امکان وجود دارد که از ثبات کمتری در مقایسه با بیمه‌های با بربری یا سایر رشته‌های بیمه‌های اشیا برخوردار باشد. از طرف دیگر، اگرچه ماهیت متحرک و تغییرپذیری خطرات مورد بیمه، بیمه‌گران با بربری و بدنه کشتی را در خصوص کنترل خطر با مشکلاتی مواجه می‌کند ولی بیمه‌گر کالا همواره با تجمع خطرات ناشناخته سرمایه‌های در معرض خطر روبروست و فقط زمانی از میزان کامل تعهداتش آگاه می‌شود که خسارتی اتفاق بیفتد.

ثانیاً بیمه با بربری در مقایسه با سایر رشته‌های بیمه‌ای کمتر تابع قوانین یکنواخت است که علت آن، کیفیت خاص و ویژه خطرات مورد بیمه است که تا حدودی طبقه‌بندی خاص و متعارفی در آن امکان‌پذیر است. مثلاً، انواع کشتی‌ها، انواع کالا و روش‌های بسته‌بندی، ماهیت سفر و محدوده پوشش بیمه‌ای از این نوع است، اما هر خطری که برای بیمه‌شدن به بیمه‌گر ارائه می‌شود دارای عوامل مرکبی از موارد فوق است که بعضی از آنها در معرض تغییرات ناگهانی، زیاد و بسیار مهم قرار دارند. مثلاً، بندرت سالی سپری می‌شود بدون این که کالای

جدیدی به بازار عرضه نشود، یا روش‌های جابه‌جایی تازه یا انواع شناورهای نو وارد عرصه فعالیت نشوند.

حتی وقایعی مانند بحران نفت ممکن است آثار مستقیم بسیار اندکی بر بیمه‌گران باربری داشته باشد. افزایش قیمت نفت به کشورهای عضو اوپک امکان می‌دهد که برنامه‌های توسعه اقتصادی را دنبال کنند، و همین امر باعث تراکم شدید در برخی بنادر می‌شود. بیمه‌گر باربری باید دارای دانش فنی بالا و قابل ملاحظه و تجارب مورد نیاز باشد تا بتواند خطرات پیشنهادی را ارزیابی کند.

به این ترتیب، بیمه‌گر اتکایی تا حدود بسیار زیادی تحت نفوذ بیمه‌گران مستقیم قرار دارد، به‌همین جهت هر زمان که نیاز به بعضی از شکل‌های خاص بیمه اتکایی تحقق پیدا می‌کند، بیمه‌گر اتکایی نیاز دارد که شرایط بیمه‌گر مستقیم (بیمه‌گران) و شیوه و سیاست بیمه‌گری بیمه‌گر واگذارنده را به‌طور تمام و کمال بشناسد. به‌علاوه، در مورد قراردادها که اصولاً مغایر پوشش اتکایی اختیاری است، او نیاز به دانستن اطلاعات دوگانه زیر هم دارد.

۱- ترکیب پرتفوی بیمه‌ای شرکت، مثلاً یک شرکت ممکن است درزمینه بیمه بدنه کشتی متخصص باشد و احتمالاً انواع خاصی از شناورها، مانند نفتکش‌ها یا فله‌برها را بشناسد یا ممکن است بیمه‌گر کالایی به حساب آید که دارای یک پرتفوی تخصصی برای کالای به‌خصوص و گران‌قیمتی است؛

۲- منابع و سرچشمه پرتفوی شرکت بیمه، مثلاً این که آیا فعالیت شرکت محدود به بازار محلی است که دائماً با مشتریان محلی سروکار دارد یا در یک یا دو بازار دیگر به فعالیت و عملیات بیمه‌گری اشتغال دارد (مانند بازار لندن، پاریس، نیویورک و ترادام)، بازارهایی که در آن خطرات برای اخذ «بیمه مشترک» ارائه می‌شوند و کارهای ملی و بین‌المللی هم از طریق دلالت و واسطه‌ها ارائه می‌شوند. در بازار بیمه لندن فقط بیمه‌گران مستقیم سنتی به دنبال پوشش بیمه اتکایی نیستند، بلکه انجمن‌های تعاونی پی‌اند‌آی هم که ارائه‌دهنده پوشش مسئولیت برای مالکان کشتی هستند از مشتریان این بازار به‌شمار می‌روند، زیرا معمولاً به‌وسیله بیمه‌نامه‌های باربری مرسوم تحت پوشش قرار نمی‌گیرند. معمولاً این باشگاه‌ها براساس قراردادهای مازاد خسارت، تحت پوشش اتکایی قرار می‌گیرند و فعالیت‌های صادره در بازار بیمه لندن معمولاً به رهبری و هدایت لویدز صورت می‌پذیرد؛

بیمه اتکایی بدنه کشتی و کالا: این دو رشته بیمه باربری دارای آنچنان وجوه افتراق و ویژگی‌های مخصوص به خود در رابطه با اصول بیمه‌گری هستند که معمولاً قراردادهای اتکایی مجزایی برای هر رشته بیمه‌ای آن تنظیم می‌شود، اگرچه گاه قراردادهایی تنظیم می‌شود، که هم بدنه کشتی و هم کالا را با ظرفیت‌های متفاوت تحت پوشش قرار دهد.

قراردادهای بدنه: قراردادهای اتکایی بدنه^۱ کشتی برای تحت پوشش قرار دادن خطرات فرعی که توسط بیمه‌گر بدنه کشتی بیمه می‌شود، از قبیل ماشین‌آلات، ساخت و تعمیرات، هزینه‌های بندری، کرایه، مسئولیت مالکان کشتی، کرایه‌کنندگان (چارترکنندگان) مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، قرارداد معمولاً شامل کلیه خطراتی می‌شود که بیمه‌گر واگذارنده، آنها را به عنوان بیمه بدنه کشتی می‌شناسد.

قلمرو قرارداد بدنه کشتی تا حدود زیادی به مذاکرات فی مابین و با در نظر گرفتن پرتفوی بیمه‌ای و فعالیت بیمه‌گر واگذارنده بستگی دارد. بیمه‌گر اتکایی ممکن است بخواهد بعضی از خطرات خاص و خطرناک را از محدوده پوشش اتکایی مستثنی کند که این علاوه بر محدودیت‌های متعارف در رابطه با مالکیت یا نحوه اداره یا کاربرد شناور، تحت پرچم کشور خاصی است. محدودیت‌های متعارف عبارت‌اند از:

۱- مسئولیت و بدنه کشتی؛

۲- کارهای مربوط به سکوهای حفاری نفت و گاز؛

۳- کالا؛

۴- خطرات مربوط به «تأخیر کشتی» یا «ظرفیت»^۲؛

۵- کارهای مربوط به قراردادهای اتکایی.

گاهی اوقات سایر استثنائات مربوط به خطراتی از قبیل قایق‌های بادبانی، شناورهای چوبی، شناورهایی که بیشتر از ۲۰ سال از سال ساخت آنها گذشته، شناورهای ماهیگیری یدک‌کش‌ها، یا فقدان اجاره و درآمد یا پوشش، فقط شامل خسارت کلی و خطرات مسئولیت می‌شود و ارتباطی با بیمه‌نامه بدنه یا مازاد ارزش بدنه ندارند.

خطرات جنگ در ارتباط با بیمه‌نامه‌های باربری معمولاً ضمیمه همان قرارداد می‌شود. اگرچه بهتر است جنگ، شورش، آشوب و بلوا به صورت جداگانه تحت پوشش اتکایی قرار گیرد. در

1. Hull

2. Tonner

مواردی که بیمه‌نامه اصلی و جداگانه‌ای برای خطر جنگ صادر می‌شود (مثلاً، از طریق کلوپ‌های تخصصی)، بهتر است پوشش‌های جداگانه‌ای هم برای اتکایی آنها انجام پذیرد.

قراردادهای کالا: قراردادهای کالا معمولاً کلیه پرتفوی بیمه‌باربری شرکت بیمه واگذارنده، شامل کلیه کالا، مسکوکات و حتی ورزش‌های مختلف حمل را نیز دربرمی‌گیرد. بدین ترتیب قرارداد بیمه نه تنها حمل به وسیله دریا را شامل می‌شود، بلکه حمل و نقل بین‌المللی زمینی و هوایی و حمل آن به وسیله پست را نیز شامل می‌شود. به دلیل اینکه بیمه‌گر اتکایی تمایل به اعمال کنترل بر تعهدات پذیرفته‌شده در قراردادهای اتوماتیک را دارد (به‌ویژه قراردادهای اتکایی مازاد خسارت)، برای تحقق این هدف، سقف و ظرفیت برای هر منطقه را نیز در مورد قراردادهای «نسبی» اعمال می‌کند.

پوشش جنگ معمولاً برای این‌گونه قراردادها و از طریق گسترش دامنه پوشش بیمه‌نامه اصلی و به ضمیمه قراردادهای مربوط به کالا اعطا می‌شود.

بیمه اتکایی اختیاری: نداشتن پوشش اتکایی که بتواند خطرات متعارف و متداول شرکت بیمه را تحت پوشش اتکایی قرارداد، معمول نیست. در بسیاری از موارد و مشروط به موافقت بیمه‌گر (بیمه‌گران) اتکایی، شرکت می‌تواند پوشش اتکایی اختیاری برای «حساب مشترک» خود اخذ کند تا بدین وسیله باعث کاهش تعهدات خود و هم بیمه‌گر اتکایی در موارد تجمع خطر شناخته شده شود، از این رو، این‌گونه پوشش‌های اتکایی اختیاری باید قبل از خاتمه سفر و قبل از بروز هرگونه خسارت اعلام شده‌ای اخذ شده باشد.

اگرچه بسیاری از پوشش‌های اتکایی اختیاری از نوع «نسبی» است، اما حجم بسیار زیادی از قراردادهای مازاد خسارت اختیاری هم مورد استفاده قرار می‌گیرد که کاربرد بیشتر آنها از طرف شرکت‌های آمریکایی و غالباً هم برای بیمه بدنه کشتی‌هاست. اتکایی خطر جنگ نیز به صورت اختیاری انجام می‌پذیرد. مثلاً اگر یک بیمه‌گر اتکایی از اختیار داده‌شده به او در شرط فسخ خطر جنگ استفاده کرده و پوشش جنگ را فسخ کند، بیمه‌گر واگذارنده نیاز به پوشش اتکایی اختیاری برای بقیه تعهدات خود در قبال بیمه‌گذاران دارد.

قراردادهای نسبی: کلیه قراردادهای نسبی برای مدت نامحدود و با در نظر گرفتن شرط فسخ منعقد می‌شوند. اساس پوشش بیمه‌ای برای آن دسته خسارات ناشی از بیمه‌نامه‌هایی است که در طول مدت اعتبار قرارداد اتکایی صادر شده و در صورت خاتمه قرارداد اتکایی تا زمان «تصفیه تعهدات» آن ادامه خواهد داشت.

سهم نگهداری بیمه‌گر و واگذارنده و پوشش بیمه اتکایی در قراردادهای مشارکت و مازاد سرمایه معمولاً براساس شرایط وسیله حمل تعیین می‌شود. معمولاً قراردادهای باربری براساس سقف و ظرفیت هر کشتی منعقد می‌شوند که در این صورت جدول ظرفیت کشتی‌ها که براساس نوع و طبقه هر کشتی و ظرفیت بیمه‌گر و واگذارنده و مجموعه تعهدات او در رابطه با کالای بارشده در آن کشتی و اینکه آیا کالای مزبور تحت یک بیمه‌نامه و یا چند بیمه‌نامه بیمه شده‌اند منعقد و ضمیمه قرارداد اتکایی می‌شود. علاوه‌بر آنکه ظرفیت قرارداد براساس هر بیمه‌نامه به‌ندرت ذکر می‌شود.

قراردادهای غیرنسبی (مازاد خسارت): قرارداد اتکایی متداول، آن دسته از پوشش‌هایی را شامل می‌شود که ظرفیت نگهداری آن در سطح نسبتاً پایینی قرارداد و بدین لحاظ مسئولیت ناشی از خسارات فقط بدنه را شامل می‌شود که ارزش متوسطی دارد. درخصوص کالا این مسئولیت محدود به سقفی می‌شود که معمولاً توسط خود بیمه‌گر و واگذارنده نگهداری می‌شود. در پوشش بیمه‌ای فاجعه، علی‌رغم این تصور که بیمه‌گر اتکایی فقط در قبال خسارات ناشی از بیمه بدنه که ارزش متوسطی دارد مسئولیتی ندارد، اما اگر خسارتی وارد شود که در مورد کشتی‌ای با ارزش بسیار زیادی باشد یا خسارت ناشی از پوشش مرکبی باشد که برای بدنه و کالا ایجاد شده است، در این صورت چنین خسارتی در زمره پوشش فاجعه قرار می‌گیرد. اما این نظریه که پوشش فاجعه فقط هنگامی موضوعیت پیدا می‌کند که خساراتی به دو یا چند شناور وارد شده باشد در برخی از قراردادهای مازاد خسارت بدنه تحت عنوان «تعهد برای دو کشتی» یا «تعهد برای دو سکوی حفاری»، گنجانیده شده است که در نتیجه بیمه‌گر اتکایی را از مسئولیت مبرا می‌کند مگر اینکه دو یا چند کشتی یا سکوی حفاری هم‌زمان در یک واقعه خسارت دیده باشند. زمان پوشش: قراردادهای مازاد خسارت معمولاً برای مدت ۱۲ ماه منعقد می‌شود، اما می‌تواند به صورت دائمی ولی با در نظر گرفتن شرط فسخ هم تنظیم شده باشد. پوشش بیمه‌ای ممکن است در مورد خساراتی که مازاد بر سهم نگهداری بیمه‌گر و واگذارنده است منعقد شود که در این صورت «خسارات واقع شده» یا «خطرات مرتبط» را در زمان اعتبار و اجرای قرارداد شامل می‌شود.

خسارت: اگرچه ظرفیت قرارداد در مورد قراردادهای کالا مرتبط با هر شناور و کشتی منعقد می‌شود، اما پوشش مازاد خسارت باربری معمولاً کلیه خسارات ناشی از «یک واقعه و حادثه» را بدون در نظر گرفتن زمان یا محدودیت‌های جغرافیایی دربرمی‌گیرد.

استثناها: قراردادهای مازاد خسارت برای یک مدت ۱۲ ماهه منعقد می‌شوند، اما اگر همراه با شرط استمرار و تداوم باشد، معمولاً قرارداد در سررسید سالیانه مورد تجدیدنظر قرار می‌گیرد. رشته‌های زیر را می‌توان از قراردادهای مازاد خسارات استثنا کرد، ولی این نوع از پوشش را هم می‌توان در صورت نیاز با پرداخت حق بیمه اضافی به دست آورد:

- ۱- قرارداد اتکایی مازاد خسارت؛
- ۲- پوشش بدنه و مسئولیت هواپیما؛
- ۳- خطرات دستگیری، تصرف، ضبط و غیره؛
- ۴- بیمه حفاری‌های نفتی؛
- ۵- بیمه مسئولیت انبارداران، سازندگان کشتی، تعمیرکنندگان و متصدیان بارگیری و باراندازی.

قرارداد مازاد خسارت بدنه: قرارداد بدنه کشتی هم براساس مازاد خسارت و هم براساس قراردادهای ترکیبی بدنه و کالا متداول است. قراردادهای اتکایی مازاد خسارت معمولاً برای یک کشتی یا حتی یک ناوگان منعقد نمی‌شود و در این حالت قراردادهای اتکایی نسبی بهترین الگو و شکل پوشش به‌شمار می‌آیند. اصولاً زمانی که یک قرارداد مازاد خسارت منعقد می‌شود، کل پرتفوی بدنه کشتی بیمه‌گر واگذارنده را دربرمی‌گیرد، حتی اگر از نقطه نظر پوشش اتکایی متداول، این پرتفوی بیمه‌ای شامل تعداد اندکی کشتی باشد که فقط ارزش سرمایه‌ای آنها از ظرفیت نگهداری شرکت بیمه بیشتر است.

قرارداد مازاد خسارت کالا: قرارداد مازاد خسارت کالا برای تجمع خطرات ناشناخته ارائه می‌شود و از نقطه نظر اجرایی نیز بسیار مقرون به صرفه است.

بیمه‌نامه اصلی کالا براساس انجام یک سفر منعقد می‌شود، از این رو، بیمه‌گر اتکایی صرفاً هر محموله را از زمان بارگیری تا تحویل در مقصد تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌دهد. این پوشش شامل نگهداری در انبارها، اسکله‌ها در طول مدت حمل (مشروط به رعایت بعضی محدودیت‌ها) نیز می‌شود. در طول هر سال بیمه‌ای، بیمه‌گر دارای منافع در بسیاری از محمولات است، اگرچه بسیاری از چنین کالاهایی سفر خود را در همان سال آغاز و به پایان

می‌برند، اما بسیاری هم به سال سوم بیمه‌ای کشیده می‌شوند. بنابراین برای اجتناب از بروز هرگونه پیچیدگی، قراردادهای معمولاً براساس «خسارات واقع شده» منعقد می‌شوند.

پوشش کلی پرتفوی (پوشش مرکب بدنه و کالا) قرارداد مازاد خسارت: انعقاد قراردادهای مازاد خسارت جداگانه برای کالا و همچنین بدنه کشتی از طرف بیمه‌گر واگذارنده این اشکال را دارد که در صورت بروز واقعه و خسارت تا حداکثر ظرفیت سهم نگهداری‌اش در خسارت کالا و کشتی ناشی از همان حادثه، مسئول خواهد بود. یکی از شیوه‌هایی که بیمه‌گر می‌تواند جمع تعهدات خودش را محدود کند، تعیین یک ظرفیت پایین‌تر برای تک تک خطرات مورد بیمه است که قادر به پرداخت آن است. یک راه‌حل عاقلانه و بهتر، ممکن است اخذ پوشش مرکب بدنه و کالا باشد که معمولاً «به نام پوشش کلی پرتفوی»^۱ نامیده می‌شود که سقف مالی تعهدات، قابل انطباق به کلیه خطرات پذیرفته شده است.

نرخ پوشش ترکیبی بر همان اصولی است که در رابطه با نرخ بیمه کالا و کشتی قبلاً درباره آن به بحث پرداختیم. بیمه‌گر اتکایی باید سعی کند که هم برای پوشش اتکایی متداول و هم برای پوشش فاجعه، حداکثر اطلاعات مورد نیاز را در مورد مجموعه خطراتی که او را در بیمه بدنه و کالا تهدید می‌کند جمع‌آوری کند تا بتواند تعهدات اصلی و اساسی خودش را ارزیابی کند. روش معمول و متعارف برای پوشش اتکایی متداول در این است که نرخ حق‌بیمه هر قسمت به‌طور جداگانه محاسبه می‌شود و سپس نرخ ترکیبی را در درآمد کل حق‌بیمه خالص شرکت ضرب می‌کنند. در مورد پوشش خطر فاجعه، بیمه‌گر اتکایی باید درصد احتمالی افزایش مجموعه خساراتی را که از سقف و لایه بالایی قرارداد تجاوز می‌کند مورد بررسی قرار دهد.

خطرات جنگ: امروزه خطر جنگ در قراردادهای مازاد خسارت به‌صورت یک شرط جزء استثنائات قرار می‌گیرد یا در ضمیمه قراردادی که مربوط به خطر جنگ است گنجانیده می‌شود.

قراردادهای مازاد خسارت به شرط گزارش^۲: براساس عرف، این نوع قراردادهای محدود به پرتفوی بیمه‌کالاست و معمولاً زمانی کاربرد دارد که شرکت بیمه‌واگذارنده تمایل دارد چند خطر جدای از هم را که نیاز به پوشش اتکایی دارند و در معرض خطر تجمع هم هستند تحت پوشش قرار دهد.

1. Whole-account Cover
2. Reporting Excess of Loss Treaties

اتکایی مازاد خسارت ویژه (معین):^۱ در بعضی از مواقع که بیمه‌گر احساس می‌کند سهم نگهداری‌اش در برخی قراردادهای بسیار زیاد است، می‌تواند با اخذ یک پوشش اتکایی مازاد خسارت ویژه (معین) صرفاً همان قرارداد خاص را تحت پوشش قرار دهد. معمولاً این قبیل قراردادهای اتکایی براساس $\frac{2}{3}$ مازاد $\frac{1}{3}$ هر رده قبولی به وسیله بیمه‌گر واگذارنده منعقد می‌شود. هزینه حق بیمه نیز بین ۴۰ درصد تا ۶۰ درصد حق بیمه اصلی و باتوجه به شرایط و موقعیت‌ها متغیر است.

قراردادهای «مازاد زیان»^۲ در مدت معین و قراردادهای مازاد «نسبت زیان»:^۳ پوشش مازاد خسارت، تجمع نوع محدودتری از پوشش مازاد زیان در مدت معین است که معمولاً در بازارهای باربری کاربرد زیادی دارد و می‌تواند بیمه‌گر را در برابر دسته‌ای از خطرهای حمایت‌کند که در طول یک سال پدید می‌آید و هرکدام از این خطرات به تنهایی در محدوده سهم نگهداری او قرارداد ولی مجموع آنها ممکن است باعث بروز مشکلات مالی شود. بیمه‌گر اتکایی، پوشش را براساس مازاد خسارت، برای خسارات ناشی از یک حادثه یا واقعه (یا هر شناور و کشتی) و مازاد سهم نگهداری بیمه‌گر واگذارنده می‌باشد تا ظرفیت توافق شده ارائه می‌دهد، اما پوشش بیمه‌ای زمانی دارای کاربرد است که مجموع خسارات براساس شرایط قرارداد و در طول هر سال بیمه‌ای بیشتر از میزان و مبلغ توافق شده بوده و قابل بازیافت باشد.

۸-۵- قرارداد اتکایی ریسک‌های کشاورزی

با اینکه تلاش‌هایی برای بیمه کردن محصولات کشاورزی در چارچوب برنامه‌های دولتی به عمل می‌آید، بعضی از شرکت‌های خصوصی در بعضی از کشورها ریسک بیمه تگرگ را براساس قرارداد مشارکت یا قرارداد مازاد خسارت در مدت معین، اتکایی می‌کنند.

بیمه دام عمدتاً محدود به حیوانات نژاد اصیل به‌ویژه اسب‌های مسابقات اسب دوانی و پرش با اسب، پرورش حیوانات، گاو و نظایر اینهاست. ارائه این پوشش به دلیل دشواری صدور آن و بالا بودن مخاطره اخلاقی، بسیار مشکل است و فقط متخصصان صدور می‌توانند انجام دهند. اتکایی در این رشته نیز به صورت اختیاری در بازارهای تخصصی انجام می‌گیرد و فقط

1. Special Excess of Loss Reinsurance
2. Stop Loss
3. Excess of Loss Ratio

چند شرکت حرفه‌ای و باتجربه هستند که پرتفوی بیمه با حجم مناسبی دارند که برنامه اتکایی مشارکت با پوشش تکمیلی به صورت مازاد خسارت مشترک را برای خود تدارک می‌بینند.

۸-۶- قرارداد اتکایی عمر

بیمه اتکایی بیمه عمر در مقایسه با رشته‌های غیرعمر دارای وجوه اختلاف زیادی است، زیرا: بیمه‌های عمر اصولاً درازمدت، دارای ویژگی غیرقابل ابطال بودن (ازطرف بیمه‌گر) و همچنین کاربرد حق بیمه ثابت سالیانه دارند که منجر به توزیع خطر مرگ‌ومیر، هزینه‌های تحصیل بیمه‌نامه و هزینه‌های اداری در تمامی طول مدت بیمه‌نامه می‌شود.

نیاز اولیه به پوشش اتکایی در بیمه‌نامه‌های عمر، پوشش در مقابل خطر مرگ‌ومیر است. بیمه‌گران بیمه عمر با دارابودن آمار، سوابق خسارتی بسیار دقیق و قابل اطمینان به شکل جدول مرگ‌ومیر^۱، قادرند مشخص کنند که چه تعدادی از بیمه‌شدگان یک پرتفوی بیمه‌ای در هر سال فوت خواهند کرد. از این رو تعداد مرگ‌ومیر واقعی در هر سال به دلایل متعددی ممکن است به طرز قابل توجهی از تعداد مورد انتظار بیشتر باشد، اگرچه این گونه نوسانات به‌تنهایی موجب پیدایش پوشش اتکایی نشده است.

هزینه خسارت ناشی از فوت یک بیمه‌شده برای شرکت بیمه برابر با سرمایه بیمه‌شده به علاوه سود حاصله، منهای ذخایر مربوط به آن بیمه‌نامه است. تفاوت بین ذخیره جمع‌آوری شده و سرمایه پرداختی به‌عنوان «بار حاصله ناشی از مرگ»^۲ نامیده می‌شود. بنابراین اثر مرگ‌ومیر بر نتایج عملیات یک شرکت بیمه برای مدتی معین نه تنها بستگی به تفاوت و اختلاف بین آمار مرگ‌ومیر واقعی و پیش‌بینی شده دارد، بلکه بر وقوع خسارات و مبلغ و میزان بار حاصله ناشی از خطر مرگ هم مؤثر است.

اشکال اتکایی بیمه‌های عمر: دو شکل اصلی برای اتکایی بیمه‌های عمر وجود دارد، یکی به صورت «نسبی» و دیگری اتکایی «بخشی از قرارداد اصلی». در نوع دوم، بیمه‌گر واگذارنده ممکن است بخشی یا قسمتی از منافع از قبیل بیمه‌نامه منافع درآمد خانواده را تحت پوشش قرارداد، حال آن‌که بیمه‌نامه اصلی را جزء سهم نگهداری خودش حفظ کرده باشد، اما مهم‌ترین شکل اخذ پوشش برای بخشی از پرتفوی بیمه‌ای، اتکایی کردن «بار حاصله فوت» از طریق روش اتکایی براساس «حق بیمه خطر فوت» است.

اتکایی نسبی: اتکایی نسبی یا براساس شرایط بیمه‌گر واگذارنده که در واقع همان شرایط بیمه‌نامه اصلی است منعقد می‌شود یا براساس جدول حق‌بیمه‌ای که بیمه‌گر اتکایی در مورد کارهایش مستقیم به کار خواهد برد. در قرارداد اتکایی براساس شرایط اصلی، شیوه و نحوه عملکرد آن مشابه قراردادهای اتکایی نسبی در رشته‌های مربوط به اشیا است و آن را هم از طریق اتکایی اختیاری و هم از طریق قراردادی می‌توان انجام داد. بیمه‌گر اتکایی با قبول درصد معینی از یک بیمه‌نامه عمر با همان شرایط بیمه‌گر واگذارنده همان درصد از حق‌بیمه اصلی را هم دریافت می‌کند.

معمولاً قراردادهای اتکایی که براساس شرایط اصلی بیمه‌نامه منعقد می‌شود از نوع قراردادهای مازاد سرمایه‌اند، به طوری که فقط کاربرد قراردادهای اتکایی مشارکت در مورد اتکایی بیمه‌های عمر گروهی است که با تحت پوشش قراردادن بخشی از کل طرح، بیمه‌گر اتکایی از واگذاری و گزینش بخشی از افراد نامناسب توسط بیمه‌گر واگذارنده جلوگیری می‌کند. اگر پوشش بیمه‌ای براساس مازاد سرمایه باشد، کارهای واگذاری به بیمه‌گر اتکایی معمولاً مربوط به افراد مسن‌تر یا افرادی که از سلامت کمتری برخوردارند خواهد بود. قرارداد مشارکت جز در موارد طرح‌های گروهی به ندرت مورد استفاده و کاربرد قرار می‌گیرد زیرا غالباً فعالیت‌های یک شرکت بیمه معمولاً در چارچوب ضوابط ظرفیت و سهم نگهداری شرکت انجام می‌شود.

اتکایی براساس الگوی حق‌بیمه خطر فوت: الگو و روش حق‌بیمه خطر فوت صرفاً برای کاهش «بار حاصله ناشی از مرگ» طرح‌ریزی شده است. طرز عملکرد این نوع از اتکایی چنین است که سرمایه اتکایی شده در هر سال باید معادل سرمایه اصلی بیمه‌نامه که مازاد بر سهم نگهداری شرکت بیمه است، منهای ذخایر جمع‌آوری شده باشد. هر سال بیمه‌گر واگذارنده با جمع‌آوری ذخایر مربوط به آن بیمه‌نامه به همان نسبت از سرمایه اتکایی می‌کاهد، در نتیجه سرمایه اتکایی همه ساله در حال کاهش و نقصان است.

اتکایی غیرنسبی (مازاد خسارت): اتکایی غیرنسبی در مازاد بیمه‌های غیرعمر با استقبال زیادی مواجه است، حال آنکه در بیمه‌های عمر، چندان مقبولیتی ندارد. بخشی از این موضوع نتیجه قوانین و مقررات نظارتی است و بخشی نیز ناشی از قراردادهای مازاد خسارت است که به ندرت برای دوره‌های طولانی منعقد می‌شود، در حالی که بیمه‌های عمر معمولاً طولانی‌مدت‌اند.

۸-۶-۱- روش‌های واگذاری اتکایی در بیمه‌های عمر

اتکایی اختیاری: پوشش اختیاری ممکن است براساس شرایط اصلی بیمه‌نامه یا بر مبنای الگوی حق بیمه خطر انجام شود. در مجموع با به‌کارگیری هریک از دو روش یادشده، تعهدات بیمه‌گر اتکایی همزمان با اعتبار بیمه‌نامه اصلی آغاز خواهد شد.

قوانین، شرکت بیمه درخواست‌کننده پوشش اتکایی را موظف می‌کند که کلیه اطلاعات اصلی و اساسی موردنیاز بیمه‌گر را، حتی اگر شامل کپی بیمه‌نامه‌ها و فرم پیشنهاد قبلی باشد در اختیارش قراردهد. این اطلاعات عبارت‌اند از:

۱- جمع سرمایه‌های بیمه‌ای که هم‌اکنون شخص متقاضی بیمه در مورد زندگی خود دارد؛

۲- سهم نگهداری پیشنهادشده در مورد بیمه‌نامه جدید؛

۳- شرایطی که براساس آن بیمه‌نامه جدید منعقد شده است؛

۴- شرایط پیشنهادی (شامل کارمزد) برای بیمه‌نامه جدید.

اتکایی اجباری - اجباری: این الگوی اتکایی به همان شیوه و روش‌های اتکایی بیمه‌های اشیا

انجام می‌پذیرد. این شیوه و روش را شرکت‌های بیمه کوچکتری به‌کار می‌برند که تعداد بیمه‌نامه‌های بزرگ آنها، برای انعقاد قرارداد اتکایی کافی نباشد اما تمایل دارند از انجام واگذاری تک‌تک بیمه‌نامه‌ها به‌صورت انفرادی خودداری کنند.

قرارداد اتکایی ممکن است براساس شرایط بیمه‌نامه اصلی منعقد شود، یا از الگو و شیوه حق‌بیمه خطر فوت استفاده شود. در صورت توافق، بیمه‌گر اتکایی ممکن است درخواست کند که قسمت‌های متفاوت پرتفوی بیمه‌گر واگذارنده براساس روش و الگوهای متفاوت تحت پوشش اتکایی قرارگیرد.

معمولاً موافقت‌نامه اتکایی اختیاری - اجباری برای مدت زمان نامحدود اما با شرایط فسخ منعقد می‌شود. در صورت فسخ به‌وسیله هریک از طرفین قرارداد، واگذاری‌های انجام‌شده همچنان به قوت خود، تا پایان مدت طبیعی (سررسید) باقی خواهند ماند.

شرایط پیشنهادی برای اتکایی اختیاری - اجباری توسط بیمه‌گر اتکایی دارای همان شرایط مساعد قراردادهای معمول و متعارف نیست. برای ایجاد توازن و از بین بردن احتمال انتخاب خطرات نامناسب، معمولاً ظرفیت و سرمایه‌های واگذاری و نرخ کارمزد مجاز پایین‌تر از قراردادهای مشابه است، البته اگر تعداد قابل توجهی بیمه‌نامه در طول سالیان متممادی واگذار

شود و سوابق خسارتی آن هم رضایت‌بخش باشد، بیمه‌گر اتکایی ممکن است شرایط بهتر و مناسب‌تری را که همگون با شرایط متعارف سایر قراردادهاست ارائه دهد.

بیمه‌گر اتکایی برای واگذاری براساس شرایط حق‌بیمه خطر فوت در هر سال از جدول مرگ‌ومیر استاندارد استفاده می‌کند، اما اگر بیمه‌گر واگذارنده تمایل دارد اساس و جدول دیگری را برای محاسبه حق‌بیمه مورد استفاده قرارداد دهد و آماده‌است که سرمایه‌های مورد پوشش را محاسبه کند یا از روش سهم نگهداری ثابت استفاده کند، در این حالت بیمه‌گر واگذارنده جدول سرمایه‌های تحت پوشش را به همراه جزئیات کارهای واگذاری جدید تهیه و در اختیار بیمه‌گر اتکایی قرار می‌دهد. هر الگو و روشی که انتخاب شود، بیمه‌گر اتکایی سرمایه‌های مورد بیمه و حق‌بیمه‌ها را در صورت حساب‌ها ذکر می‌کند. این روش برای عملیات کامپیوتری است که قصد ساده‌سازی سرمایه‌های در معرض خطر و حق‌بیمه هر ساله را برای تهیه لیست‌های تمدید می‌محاسبه کند.

اتکایی خطرات غیراستاندارد: صدور بیمه‌نامه در مورد افراد غیراستاندارد مشکلات فراوان و زیادی را به دنبال دارد، به‌ویژه برای شرکت‌های بیمه کوچکی که از تجارب کافی در زمینه صدور اینگونه بیمه‌نامه‌ها برخوردارند. اگرچه بیمه‌گران عمر از مزیت در اختیار داشتن جدول مرگ‌ومیر برخوردارند، اما دقت و توجه زیادی در انتخاب و گزینش خطرات مورد بیمه باید مبذول شود، به‌ویژه در زمینه آن دسته از افرادی که دارای امراض یا ناراحتی‌های خاصی هستند و لازم است از اعطای پوشش بیمه‌ای در مورد آنها خودداری شود یا شرایط خاص و جدیدی برای آنها اعلام شود. بیشتر بیمه‌نامه‌های صادره از شرکت‌ها مربوط به افراد سالم و معمولی است که نرخ و شرایط مربوط به آنها عادی و متعارف است، اما پذیرش گروه اندکی از این بیمه‌شدگان نیاز به مشورت و رایزنی با پزشکان متخصص دارد که در زمینه صدور بیمه‌نامه‌های عمر از تبحر و تجربه کافی برخوردارند. زمانی که شرکت بیمه واگذارنده نمی‌تواند از چنین امکانات فنی درون سازمانی برخوردار شود، می‌توان ترتیبی دهد که از امکانات بیمه‌گر اتکایی استفاده کند تا او ضمن بررسی فرم پیشنهاد و شواهد و دلایل پزشکی مربوط به بیمه‌شده بیمار، نظر خود را نسبت به نرخ و شرایط بیمه‌نامه اعلام کند.

امروزه به‌جای انعقاد قرارداد جداگانه برای بیمه‌نامه‌های غیراستاندارد، عرف و روش متعارف براین است که برای همه کارهای شرکت بیمه یک قرارداد اتکایی منعقد می‌شود و واگذاری براساس شرایط اصلی بیمه‌نامه یا به شیوه حق‌بیمه خطر فوت انجام می‌پذیرد، اگرچه

ظرفیت و سهم نگهداری و پوشش اتکایی اتوماتیک موجود ممکن است در مورد خطرات غیراستاندارد کاهش یابد.

در مواردی که قرارداد جداگانه‌ای برای بیمه‌نامه‌های غیراستاندارد منعقد شده باشد، شرایط متعارف قرارداد حاکم است و کارمزد اتکایی مربوط به حق بیمه اضافی باید در قرارداد مشخص و معین شده باشد.

دو راه و روش اصولی در رابطه با صدور بیمه‌نامه برای افراد مریض و غیراستاندارد وجود دارد، یکی صدور بیمه‌نامه براساس دریافت حق بیمه اضافی و دیگری تقلیل سرمایه بیمه‌نامه است.

۸-۶-۲- قراردادهای عمر سرمایه‌گذاری

از ویژگی‌های این گونه بیمه‌نامه‌ها، تفکیک عامل پس‌انداز از اصل تأمین و پوشش است. به‌جای اینکه کل حق بیمه به صندوق کلی حق بیمه‌های عمر واریز شود، بخش اندکی از این حق بیمه به تأمین پوشش متعارف برای یک حداقل سرمایه قابل پرداخت در صورت فوت و گاهی در «سررسید»^۱ اختصاص می‌یابد. مابه‌التفاوت حق بیمه پرداختی به‌نیابت از سوی بیمه‌گذار به‌صورت اوراق بهادار و مستغلات سرمایه‌گذاری می‌شود و از این طریق سود مناسب و مکفی از سرمایه‌گذاری به‌دست می‌آید. اما در ضمن خطر از دست دادن سرمایه و گاه نوسانات درآمد حاصله نیز او را تهدید می‌کند.

۸-۶-۳- طرح‌های بیمه عمر گروهی^۲

در رابطه با اتکایی این رشته از بیمه‌های عمر دو مشکل وجود دارد؛ اول آنکه رقابت فشرده در بازار منجر به پیدایش روش عدم‌گزینش در سطح بسیار بالایی شده است، از این‌رو، صدور اکثر بیمه‌نامه‌های گروهی بدون در دست داشتن شواهد و مدارک پزشکی انجام می‌شود. دوم آنکه به‌طور معمول، مسن‌ترین و بی‌بهره‌ترین افراد از نعمت سلامتی در گروه می‌خواهند که سرمایه‌های زیادی داشته باشند که همین سرمایه‌ها نیاز به پوشش اتکایی دارد.

در نتیجه در صورتی که پوشش اتکایی براساس قراردادهای سنتی «مازاد سرمایه» منعقد شود، بسیاری از کارهای قابل واگذاری به بیمه‌گر اتکایی هم دارای سرمایه نسبتاً بالایی است و هم هیچ‌گونه اسناد، مدارک و شواهد پزشکی ندارد. به‌علاوه، بیمه‌گر اتکایی در مقایسه با بیمه‌گر واگذارنده از مزایای داشتن حجم زیاد و متناسبی از بیمه‌نامه‌های مربوط به افراد جوان و سالم

1. Maturity

2. Group Life Schemes

که تشکیل‌دهنده گروه‌اند، بی‌بهره است، از این رو تنها راه حل و چاره برای بیمه‌گر واگذارنده کاهش سهم نگهداری خود به میزانی است که بیمه‌گر اتکایی قادر باشد خطرات بیشتری را که از پایداری مناسب‌تری برخوردار است بپذیرد یا پوشش اتکایی براساس مشارکت تنظیم شود.

اغلب طرح‌های بیمه‌های عمر گروهی بریتانیا براساس «حق بیمه یکجا»^۱ و هزینه‌های جاری بیمه می‌شود، زیرا حق بیمه سالیانه صرفاً پاسخ‌گوی خطر مرگ و میر آن سال به علاوه بار اضافی مربوط به هزینه‌ها و کارمزد خواهد بود و به ندرت از روش و شیوه حق بیمه ثابت استفاده می‌شود زیرا اصولاً این روش هم گران‌تر است به‌ویژه اگر گروه بیمه‌شده دارای کارکنانی با سطح حقوق بالا باشد و هم از انعطاف‌پذیری کمتری در مقایسه با روش حق بیمه یکجا برخوردار است، از این رو، هرگونه تغییراتی از قبیل افزایش مزایای پوشش بیمه‌ای یا فسخ و خاتمه طرح به‌آسانی و راحتی بیشتری انجام می‌شود. در نتیجه اتکایی طرح‌های گروهی بیمه‌های عمر در انگلستان تقریباً براساس شرایط اصلی و با حق بیمه یکجا انجام می‌شود.

برای بیمه‌شدگانی که سرمایه‌ای مازاد بر سرمایه و طرح بدون معاینه پزشکی می‌خواهند، عرف و روش متداول بازار این است که شواهد و مدارک پزشکی کامل در اختیار بیمه‌گر اتکایی قرار گیرد، در نتیجه برای پوشش‌های اتکایی مازاد بر ظرفیت طرح این پوشش براساس شرایط اصلی بیمه‌نامه انجام می‌شود و حق بیمه مربوط به سن خاص آن بیمه‌شده اخذ می‌شود. اگر معاینات پزشکی، آشکارکننده هرگونه نارسایی و مرضی در بیمه‌شده باشد، هرگونه بار اضافی حق بیمه صرفاً در مورد سرمایه مازاد بر پوشش متعارف بیمه‌نامه خواهد بود.

۸-۶-۴- مستمری‌ها^۲

در حالی که در بیمه عمر بیمه‌گر با خطر مرگ زودرس بیمه‌شده مواجه است، در قراردادهای مستمری، طولانی‌شدن عمر مستمری‌بگیر پس از تاریخی معین، منجر به بروز خسارت می‌شود. بدین ترتیب کاهش در نرخ مرگ و میر در سنین بالاتر دارای اثرات معکوس بر وجوه جمع‌آوری شده مستمری دارد. اگرچه اتکایی بیمه‌های مستمری در مقیاس بسیار اندک و کوچکی صورت می‌پذیرد. تقاضا برای اتکایی منحصر به تعداد محدودی از قراردادهای مستمری است که دارای سرمایه‌های بسیار سنگین هستند.

علاوه بر تعداد محدودی از قراردادهای کوچک که نیاز به پوشش اتکایی دارد، مشکل اصلی برای اداره یک قرارداد «مستمری حال»^۱، اخذ موافقت بیمه‌گر اتکایی برای تغییرات در نرخ حق‌بیمه است که در ارتباط با نرخ‌بهره روز قرارداد و پیوسته در حال تغییر و تحول است. بنابراین مستمری حال معمولاً به صورت اختیاری تحت پوشش اتکایی قرار می‌گیرد. باید اضافه کرد که با توجه به قوانین مالیاتی مربوط به مستمری‌ها در انگلستان، بیمه‌گران اتکایی حرفه‌ای تمایل چندانی به مشارکت در قراردادهایی ندارند که آنها را موظف به پذیرش هرگونه بیمه‌نامه‌ای می‌کند که بیمه‌گر واگذارنده واگذار می‌کند، حال آنکه از وضعیت مالیاتی ذخایر انباشته‌شده مربوط به مستمری آگاهی ندارند.

مستمری‌های مدت‌دار به‌ندرت تحت پوشش اتکایی قرار می‌گیرند. این امر به میزان بسیار زیادی بستگی به این دارد که سرمایه مربوط به مستمری‌های مدت‌دار در مقایسه با مستمری‌های حال کمتر و اندک‌تر است. عامل دیگر این است که اخذ تصمیم در مورد اتکایی این خطر را ایجاد می‌کند که نرخ بهره در مقایسه با زمان خرید مستمری کاهش یابد و بیمه‌گر واگذارنده باید حق‌بیمه بیشتری در مقایسه با آن چیزی که از بیمه‌گذار دریافت می‌کند پردازد.

۷-۸- قرارداد اتکایی مازاد خسارت در هر حادثه‌ای (حوادث فاجعه‌آمیز)

شرکت‌های بیمه اموال، به‌ویژه با انباشت وسیع خسارت‌هایی که ناشی از حادثه مانند زمین‌لرزه یا طوفان هستند، مواجه‌اند. استفاده از یک قرارداد مازاد خسارت هر ریسک ممکن است برای خسارت‌های انفرادی نسبتاً کوچک، کاربرد نداشته باشد، اما تراکم و انباشت آنها ممکن است اثر مصیبت‌باری بر نتایج مالی شرکت داشته باشد.

قرارداد بیمه اتکایی مازاد خسارت هر حادثه‌ای که قرارداد حوادث فاجعه‌آمیز نیز نامیده می‌شود، فقط نوعی از بیمه اتکایی است که حمایت لازم را در برابر این‌گونه ریسک‌های اساسی فراهم می‌کند. در این نوع قرارداد نیز همانند قرارداد مازاد خسارت هر ریسک، مقدار نگهداشت شرکت بیمه اصلی به صورت مقدار پولی، تعیین می‌شود. با وجود این، کلیه خسارت‌های ناشی از یک رویداد، با یکدیگر جمع می‌شوند تا مقدار خسارت کل محاسبه شود، تعریف حادثه واحد، احتمالاً یکی از مهم‌ترین بخش‌های قرارداد حوادث فاجعه‌آمیز است.

این پوشش، واگذارنده را در مقابل خسارات بزرگی که از یک حادثه ناشی می‌شود حمایت می‌کند. (خسارات‌های اتفاقی و فاجعه‌آمیز مانند سیل، زلزله، طوفان، تگرگ و آتش‌سوزی‌های مهیب و غیره).

از این پوشش در همه رشته‌های بیمه‌ای که امکان تجمع خطر وجود داشته باشد، از جمله بیمه‌های آتش‌سوزی، حمل و نقل، حوادث، هواپیما و شکست شیشه استفاده می‌شود. در مورد خسارات وارده بر اثر خطرات طبیعی، هدف، تأمین و ارائه پوشش در شرایط معمول کنونی نیست، حتی اگر شدت این تغییرات فصلی بسیار زیاد هم باشد. بنابراین اگر شرکتی تصمیم به ارائه پوشش سیل در مناطقی بگیرد که در بعضی از فصول سال مرتباً در معرض سیلاب‌های موسمی قرار دارد، این وظیفه و مسئولیت بیمه‌گر واگذارنده است که واحدهای خطر را کنترل کند و سهم نگهداری خود را تا حد بسیار پایینی حفظ کند تا بتوان خسارات ناشی از تغییرات فصلی و موسمی را تحمل کرد. بنابراین بیمه‌گر اتکایی سعی می‌کند مطمئن شود که با ارائه پوشش فاجعه به شرکت واگذارنده بهانه‌ای به دست بیمه‌گر مستقیم نخواهد داد تا استانداردهای بیمه‌گری خود را ترک کند، درحالی‌که هیچ‌گونه کنترلی بر موارد بیمه‌ای در معرض خطر نداشته باشد. این کنترل با چهار روش اعمال می‌شود.

- ۱- با تعیین فرانشیز در قرارداد، آن هم به‌میزانی بسیار زیاد، زیرا بیمه‌گر واگذارنده برای اولین قسمت از خسارات مازاد بر حد متعارف، بدون پوشش اتکایی باقی خواهد ماند.
- ۲- با ملزم کردن شرکت بیمه واگذارنده مبنی بر اینکه مثلاً تا ده درصد در قرارداد مازاد خسارت سهم نگهداری نیز داشته باشد.
- ۳- به‌وسیله محدود کردن دفعات تمدید ظرفیت‌های متعدد قرارداد «مازاد خسارت».
- ۴- با تعیین و دریافت حق‌بیمه‌ای واقعی که حتی شامل حق‌بیمه اضافی برای دفعات تمدید نیز باشد.

۸-۸- قرارداد اتکایی مالی^۱

بیمه اتکایی مالی را می‌توان نوعی سیستم اتکایی قلمداد کرد که براساس آن حق‌بیمه اتکایی با توجه به میزان حدود پوشش، مدت بیمه و بر مبنای ارزش زمانی پول محاسبه می‌شود. اطلاق عنوان «مالی» به این نوع بیمه به این جهت است که میزان حق‌بیمه‌ای که شرکت بیمه واگذارنده باید پرداخت کند به میزان زیادی به درآمد متصوره بیمه‌گر اتکایی در آینده بستگی دارد.

بیمه‌گر اتکایی مالی، مؤسسات بیمه و سندیکاهای لویذز را در جهت حل مشکلات زیر کمک می‌کند:

۱. عدم ثبات مالی و نوسانات نتایج فنی فعالیت شرکت‌های بیمه به دلیل وجود دوره‌های بیمه‌ای و نوسانات بازار بیمه و بیمه اتکایی؛
۲. تغییر قوانین مالیاتی حاکم بر فعالیت شرکت‌های بیمه؛
۳. وقوع خسارات سنگین مازاد بر توان مالی شرکت‌های بیمه یا ورود خسارات سنگین که از طریق پوشش‌های بیمه‌های اتکایی سنتی قابل جبران نیستند؛
۴. توقف صدور بیمه‌نامه در یک رشته و ارائه تأمین بیمه‌ای در رشته‌ای خاص؛
۵. افزایش بار مالی شرکت به دنبال توسعه فعالیت شرکت و صدور بیمه‌نامه بیشتر.

هنگامی که تقاضای پوشش‌های متنوع اتکایی در بازارهای بیمه و بیمه‌اتکایی رشد می‌کند و در مقابل، ظرفیت عرضه پوشش اتکایی نمی‌تواند به همان نسبت رشد کند. در اغلب رشته‌ها، حق بیمه‌های اتکایی به دلیل وقوع خسارات بسیار سنگین افزایش قابل توجهی می‌یابد و تأمین پوشش بیمه اتکایی برای برخی از خطرات فاجعه‌آمیز طبیعی بسیار دشوار می‌شود. با تأثیر از این امر، تعرفه حق بیمه‌های مستقیم نیز روند صعودی را آغاز می‌کنند. در چنین شرایطی، نظرها به طرف بیمه‌اتکایی مالی سوق داده می‌شود، زیرا بیمه‌اتکایی مالی دارای چنان ظرفیت بالقوه‌ای است که می‌تواند مشکلات مربوطه را به نفع بیمه‌گران واگذارنده حل کند و تأمین گسترده‌ای را در اختیار متقاضیان قرار دهد درحالی که آنها قادر نیستند چنین تأمینی را از طریق بیمه اتکایی سنتی به دست آورند. مزید بر آن اینکه گاهی اوقات قراردادهای بیمه‌اتکایی سنتی حاوی شرایطی است که به ضرر بیمه‌گر واگذارنده است و تأمین آنها فقط از طریق بیمه‌اتکایی مالی می‌تواند به نفع واگذارنده باشد.

تفاوت‌های بیمه‌اتکایی مالی و انواع بیمه‌های اتکایی سنتی: خصوصیات بیمه‌اتکایی مالی

عبارت است از:

۱. جزئیات هر پوشش با توجه به نیاز شرکت متقاضی براساس موردی تهیه می‌شود؛
۲. براساس جدول زمانی، مدت بیمه‌اتکایی مالی حداقل سه‌سال و گاهی پنج سال یا بیشتر است؛
۳. شرایط تأمین پوشش بیمه‌اتکایی مالی براساس نیاز درازمدت شرکت متقاضی تهیه می‌شود و به عکس بیمه‌اتکایی سنتی بستگی به نوسانات بازار و دوره‌های بیمه‌ای ندارد؛

۴. پوشش بیمه‌اتکایی مالی معمولاً از یک منبع براساس صددرصد نرخ خریداری می‌شود که حاوی شرایطی است که باتوجه به نیاز خریدار تهیه می‌شود؛
۵. پوشش بیمه‌اتکایی مالی دارای هیچ‌گونه محدودیت و استثنائی برای شرکت واگذارنده نبوده و متقاضی با آزادی کامل در امر صدور می‌تواند بیمه‌نامه‌های متنوع در رشته‌های مختلف صادر کند؛
۶. مسئولیت بیمه‌گر اتکایی محدود به شرایط و ظرفیت بیمه‌نامه است، درحالی‌که بیمه‌گر واگذارنده نیز در چارچوب بیمه‌نامه مسئولیت دارد. یعنی بیمه‌گر اتکایی مالی در چارچوب بیمه‌نامه، واگذارنده را بدون اعمال هیچ‌گونه محدودیتی موردحمایت قرار می‌دهد؛
۷. ممکن است ریسک و ریسک‌هایی به بیمه‌گر اتکایی مالی واگذار نشود یا فقط بخشی از آنها واگذار شود؛
۸. در تعیین میزان حق بیمه، ارزش نقدی حق بیمه و فاصله زمانی پرداخت خسارات آینده مورد توجه قرار می‌گیرد؛
۹. بیمه‌گر واگذارنده درصد بالایی کارمزد منافع دریافت می‌کند که گاه به ۹۰ درصد سرمایه نقدی قرارداد نیز می‌رسد؛
۱۰. بیمه‌گر اتکایی مالی برای اجرای تعهدات خود تضمین لازم به‌صورت اوراق بهادار، سهام یا روش‌های دیگر تهیه و در اختیار بیمه‌گر واگذارنده قرار می‌دهد.
خصوصیات بیمه‌اتکایی سنتی عبارت است از:
 ۱. شرایط و ابزار شناخته‌شده بیمه‌اتکایی سنتی از قبل قابل تشخیص بوده و در مورد همه بیمه‌گران واگذارنده یکسان عمل می‌شود؛
 ۲. مدت بیمه‌اتکایی سنتی یک‌سال است و ممکن است در صورت توافق طرفین با همان شرایط یا با شرایط جدید برای سال بعد نیز تمدید شود؛
 ۳. مفاد قرارداد باتوجه به شرایط و نوسانات بازار تهیه می‌شود و نیاز بیمه‌گر واگذارنده نمی‌تواند نقش مهمی در این رابطه ایفا کند؛
 ۴. قرارداد بیمه‌اتکایی تعداد زیادی بیمه‌نامه را شامل می‌شود که بیمه‌گران اتکایی متعددی به اتفاق در آن مشارکت می‌کنند؛
 ۵. هر بیمه‌نامه‌ای دارای یک رشته پوشش و تعدادی استثنائات است، درحالی‌که ظرفیت صدور بیمه‌نامه و شرایط آنها متنوع است. تأمین اتکایی بیمه‌گر واگذارنده محدود به

شرایط قرارداد بیمه اتکایی است و در خارج از چارچوب قرارداد بیمه‌اتکایی بیمه‌گر واگذارنده پوشش اتکایی ندارد؛

۶. مسئولیت بیمه‌گراتکایی براساس مفاد قرارداد اتکایی براساس هر ریسک یا هر خسارتی است و از آن تجاوز نمی‌کند در صورتی که بیمه‌گر واگذارنده در معرض تراکم ریسک قرار دارد که ممکن است در یک حادثه چندین مورد بیمه خسارت ببیند و بیمه‌گر واگذارنده مجبور باشد همه این خسارات را بپردازد درحالی که پوشش اتکایی برای همه آنها نداشته باشد. در برخی از بیمه‌نامه‌ها مسئولیت بیمه‌گر صادرکننده بیمه‌نامه نامحدود است درحالی که مسئولیت بیمه‌گراتکایی همیشه محدود به مبلغ معینی است که در قرارداد قید شده است؛

۷. واگذاری ریسک از طرف بیمه‌گر واگذارنده به بیمه‌گر اتکایی براساس شرایط و ظرفیت قرارداد بیمه‌اتکایی صورت می‌گیرد؛

۸. در محاسبه حق بیمه اتکایی قراردادهای سنتی میزان تأثیر ارزش نقدی حق بیمه اتکایی و فاصله زمانی پرداخت خسارت که دو عامل عمده در تعیین میزان حق بیمه اتکایی مالی هستند، مشخص و روشن نیست؛

۹. کارمزد منافع قراردادهای اتکایی نسبی پایین است و به قراردادهای اتکایی مازاد خسارت کارمزد منافع تعلق نمی‌گیرد؛

۱۰. هیچ‌گونه تضمینی برای اجرای تعهدات از طرف بیمه‌گر اتکایی به بیمه‌گر واگذارنده داده نمی‌شود. در صورت اعسار و ورشکستگی بیمه‌گر اتکایی، بیمه‌گر واگذارنده از دریافت همه یا بخشی از خسارت سهم بیمه‌گر اتکایی محروم می‌شود که باید از حساب خود آنها را تأدیه کند.

بیمه اتکایی مالی براساس «ریسک معین»: این نوع بیمه‌اتکایی یکی از مهم‌ترین طرح‌های بیمه‌اتکایی مالی است که در اینجا به برخی از ویژگی‌های آن اشاره می‌شود تا نحوه عملکرد سیستم بیمه‌اتکایی مالی بیشتر روشن شود.

۱- عنوان «ریسک معین» بدین مفهوم است که بیمه‌گر اتکایی براساس قرارداد، میزان مشخصی از ریسک بیمه‌گر واگذارنده را با میزان حق بیمه معینی که از قبل به توافق طرفین قرارداد رسیده برعهده می‌گیرد؛

۲- میزان درآمد بیمه‌گر اتکایی بابت حق بیمه قرارداد اتکایی باید در حدی باشد که علاوه بر جبران هزینه عملیاتی بیمه‌گر اتکایی سودی نیز عاید شرکت شود؛

۳- در ارتباط با وضعیت مالی بیمه‌گر واگذارنده، بیمه‌اتکایی مالی توان مالی نهایی شرکت واگذارنده را بهبود می‌بخشد و در ترازنامه و حساب سودوزیان شرکت میزان تأثیر بیمه‌اتکایی مالی مشهود است، به‌ویژه زمانی که بیمه‌گر واگذارنده با خسارات سنگین مواجه است؛

۴- اولین مرحله تأمین پوشش اتکایی مالی براساس سیستم «ریسک معین» کارشناسی فنی و مالی شرکت واگذارنده است که وضعیت مالی و فنی او را مشخص می‌کند. این مرحله شامل بررسی جدول‌ها و برنامه اتکایی شرکت واگذارنده و اطمینان از این موضوع است که آیا شرکت برنامه اتکایی مناسب پرتفوی خود را توانسته از بازار بیمه‌اتکایی سنتی تأمین کند یا نه، استثنائات شامل چه مواردی است و در شرایط قراردادهای اتکایی سنتی او آیا بیمه‌نامه‌هایی وجود دارند که واگذارنده نتوانسته پوشش اتکایی کافی برای آنها تدارک ببیند؟ آیا بیمه‌گر واگذارنده مشکل حاد دیگری در ارتباط با تهیه پوشش بیمه‌اتکایی دارد یا خیر. علاوه بر موارد یادشده، گزارش باید برنامه‌های آینده شرکت واگذارنده را از نقطه نظر گسترش فعالیت در یک رشته یا همه رشته‌ها و کاهش یا توقف در برخی از رشته‌ها نیز مورد بررسی کارشناسی قرار دهد؛

۵- مرحله بعدی کارشناسی مسائل و مشکلات پیچیده‌ای است که شرکت بیمه واگذارنده با آنها مواجه است، از قبیل اعسار، ورشکستگی، تغییر فاحش ضریب خسارت از یک سال نسبت به سال دیگر یا عدم تکافوی ذخایر خسارات برای انجام تعهدات شرکت؛

۶- بعد از نهایی شدن نتیجه کارشناسی وضعیت شرکت واگذارنده که در اینجا به آن اشاره شد، جدول بیمه‌اتکایی مالی براساس شرایط و نیاز شرکت واگذارنده تهیه می‌شود. در حقیقت بیمه‌اتکایی مالی براساس مشکلات و نیاز شرکت واگذارنده طراحی می‌شود و موردی است. به‌همین منظور است که برخلاف قراردادهای بیمه‌اتکایی سنتی که دارای فرم مشخص بوده و درباره همه بیمه‌گران واگذارنده یکسان است، در بیمه‌اتکایی مالی جدول و فرم استاندارد برای قرارداد وجود ندارد و چارچوب آن باتوجه به وضعیت مالی و دشواری‌هایی که بیمه‌گر واگذارنده با آنها مواجه است تنظیم می‌شود، به طوری که شاید نتوان دو قرارداد بیمه اتکایی مالی مشابه را سراغ داشت.

۸-۹- قرارداد اتکایی هواپیما

بیمه هواپیما ترکیبی از بیمه‌نامه‌های باربری و حوادث است که در رابطه با حمل و نقل هوایی صادر می‌شود. حمل و نقل هوایی کالا معمولاً تحت پوشش بیمه‌نامه باربری انجام می‌شود و بسیاری از بیمه‌نامه‌های حوادث شخصی که پوشش مورد نیاز مسافران هوایی را تأمین می‌کند در ادارات حوادث صادر می‌شود، حال آنکه شرکت‌هایی که پرتفوی محدودی در رشته هواپیما دارند، معمولاً بخش خاصی برای انجام امور هواپیما ندارند. یکی از مشخصات بازار بیمه هواپیما، حجم عظیم و اگذاری مجدد است که در بازارهای بین‌المللی انجام می‌شود. معمولاً کلیه اشکال مختلف اتکایی برای تحت پوشش قراردادن یک پرتفوی هواپیمایی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

با در نظر گرفتن وجوه تفارق و اختلاف بین شرکت‌های بیمه‌ای که در کار صدور و بیمه‌گری هواپیما اشتغال دارند، نیاز بیمه‌گران هواپیما با یکدیگر متفاوت است. اگر کار یک شرکت کوچک بیمه‌ای که در کار خطوط هوایی و بیمه مسئولیت فعالیت ندارند با فعالیت یک شرکت بزرگ بیمه و بیمه اتکایی در کشورهای در حال توسعه را که بخشی از فعالیتش بیمه‌کردن خطوط هوایی محلی است، با عملیات یک شرکت بزرگ بیمه مستقیمی که هم در کار صدور و هم عملیات اتکایی به فعالیت مشغول است مقایسه کنیم اختلافات زیادی را مشاهده می‌کنیم.

اصولاً شرکت‌هایی که در بازارهای اصلی بین‌المللی فعالیت دارند، مایلند پرتفوی بیمه هواپیمای خود را به سه قسمت مجزا و منفک از هم تقسیم کنند که عبارت‌اند از: بیمه‌نامه مرکب بدنه و مسئولیت، بیمه خطر جنگ بدنه و بیمه اتکایی مازاد خسارت. هر چه پرتفوی بیمه‌ای بزرگ‌تر باشد، پیچیدگی برنامه اتکایی آن نیز بیشتر خواهد بود، اما برای یک پوشش مرکب بدنه و مسئولیت، پوشش اتکایی شامل موارد زیر خواهد بود:

- ۱- اخذ یک قرارداد مشارکت که بتواند ظرفیت مناسب و معقولی را در اختیار شرکت بیمه قرارداد تا قادر باشد کارهای معمول و متعارف را که به او پیشنهاد می‌شود تا میزان معین و مورد توافق پردازد؛
- ۲- تهیه قرارداد مازاد سرمایه که بتواند خطرات مازاد بر ظرفیت قرارداد مشارکت را تحت پوشش قرار دهد؛
- ۳- قرارداد مازاد خسارت فاجعه که می‌تواند شرکت را در قبال تجمع خطرات ناشی از یک واقعه تحت پوشش قرار دهد.

ریسک‌های تحت پوشش: ریسک‌های تحت پوشش در قرارداد اتکایی این رشته محدود به هواپیماهایی است که در کشور متبوع واگذارنده اتکایی به ثبت رسیده است. تسری پوشش به هواپیماهایی که در کشورهای دیگر به ثبت رسیده‌اند منوط به مذاکره و موافقت بیمه‌گر اتکایی است. **استثناها:** همان‌طور که اشاره شد، خطوط هواپیمایی (ناوگان‌های هوایی) اساساً به صورت اختیاری اتکایی می‌شوند و اغلب از قراردادهای دیگر اتکایی استثنا هستند. تعدادی از ریسک‌های خاص دیگر هم به شرح زیر وجود دارند که در مورد آنها نیز به همین صورت عمل می‌شود:

۱- هواپیماهای سمپاش؛

۲- پروازهای آزمایشی؛

۳- هلی‌کوپترها؛

۴- مسئولیت کالا؛

۵- بیمه‌نامه‌های مسافرت هوایی و غیره.

پوشش اتکایی اختیاری: بخش زیادی از پوشش اتکایی بیمه هواپیما به صورت اختیاری واگذار می‌شود. اگرچه بیشترین بخش این پوشش‌ها براساس قراردادهای «نسبی» است، اما در بعضی از موارد، قراردادهای مازاد خسارت به صورت اختیاری هم واگذار می‌شود.

بیمه‌گران هواپیما معمولاً به دنبال پوشش اتکایی اختیاری برای خطرات و ریسک‌های انفرادی به همان دلایل موجود در سایر رشته‌های بیمه‌ای هستند. مثلاً، بیمه‌گر تمایل به پذیرش خطرات مازاد دارد یا می‌خواهد خطراتی را بیمه کند که از پوشش قراردادهای موجودش استثنا شده است یا گاهی مجبور است آن دسته از خساراتی را بپذیرد که معمولاً ترجیح می‌دهد آنها را بیمه نکند. بیمه‌گران اتکایی معمولاً به بیمه‌گر واگذارنده اختیار می‌دهند تا خطرات مازاد را به صورت اتکایی اختیاری و قبل از عقد قرارداد بیمه تحت پوشش بیمه‌ای درآورند و بدین ترتیب از قضاوت و دانش بیمه‌گری خود به نفع طرفین قرارداد استفاده خواهند کرد.

قراردادهای نسبی: قراردادهای نسبی به اشکال مختلفی صورت می‌گیرد. در قرارداد مشارکت، معمولاً نحوه عملکرد به همان شیوه و روش سایر رشته‌های بیمه‌ای می‌باشد، و بیمه‌گر (بیمه‌گران) اتکایی با پذیرش مسئولیت برای درصد معینی از کلیه بیمه‌نامه‌ها (و بیمه اتکایی) صادره توسط شرکت بیمه واگذارنده همان نسبت از حق بیمه خالص اصلی، منهای کارمزد اضافی اتکایی را دریافت می‌کند.

محدوده قرارداد شامل کلیه بیمه‌نامه‌های اصلی و کلیه موافقت‌نامه‌های مربوط به بیمه بدنه هواپیماست که توسط بیمه‌گر واگذارنده صادر شده باشد. همچنین قلمرو جغرافیایی بیمه‌نامه‌هایی که تحت شرایط این قرارداد قرار می‌گیرند، همه جهان است، مشروط بر اینکه هواپیماهایی که در خارج از «محدوده نیمکره غربی»^۱ هستند متعلق به یا تحت بهره‌برداری شرکتی باشند که در نیمکره غربی قرار دارد یا یک شرکت تابعه یا وابسته باشد یا هواپیما در کشوری به ثبت رسیده باشد که شرکت مادر (اصلی) در آنجا واقع است. اگر این شرایط وجود نداشته باشد، بیمه‌گذاران خارج از نیمکره غربی در صورتی تحت پوشش هستند که قبلاً موافقت بیمه‌گر اتکایی برای این پوشش جلب شده باشد.

در قراردادهای مشارکت، بیمه‌نامه‌های هواپیما معمولاً برای یک دوره بیمه‌ای ۱۲ ماهه با شرط تمدید صادر می‌شود. شرایط قرارداد واگذاری ممکن است برای دوره‌های طولانی‌تری مدنظر قرار گیرد، مثلاً برای ۳۶ ماه که البته شرایط این‌گونه قراردادهای درازمدت قطعاً دارای شرط فسخ و شرط تجدیدنظر سالیانه است.

اتکایی مازاد خسارت: تا این اواخر بیمه‌گران هواپیما برای پاسخگویی به نیازهای اولیه‌شان معمولاً متکی به قراردادهای اتکایی «نسبی» هستند و قراردادهای مازاد خسارت را صرفاً محدود به پوشش فاجعه می‌کنند تا بتوانند با این پوشش پرتفوی بیمه‌ای خود را در قبال خسارات ناشی از دو هواپیمای با ارزش در قرارداد یا یک هواپیما و خسارات سنگین ناشی از مسئولیت سرنشین و مسافران حفظ کنند. اگرچه، علی‌رغم تعداد خسارت‌های کوچک انفرادی که جزء طبیعت بیمه هواپیماست و باعث می‌شود پوشش مازاد خسارت برای بیمه‌گران اتکایی نامناسب جلوه کند، تقاضاها برای ارائه این‌گونه پوشش‌ها بسیار زیادند. معمولاً قراردادهای دوره ۱۲ ماهه تنظیم می‌شوند و به‌همین دلیل هر ساله در شرایط قرارداد تجدیدنظر به‌عمل می‌آید.

اتکایی مازاد خسارت بدنه: معمولاً قراردادهای مازاد خسارت متداول برای پوشش‌های جداگانه بیمه بدنه طرح‌ریزی نشده‌اند، حال آنکه قراردادهای اتکایی نسبی به‌عنوان بهترین و مناسب‌ترین الگو برای خسارات معمول و متعارف به‌حساب می‌آیند. قرارداد مازاد خسارت اتکایی معمولاً محدود به خطرات پوشش فاجعه هستند.

جدا از «جنگ و خطرات تبعی» آن که معمولاً به صورت مجزا تحت پوشش قرار می‌گیرند، بالاترین میزان خطر برای خسارات فاجعه که منجر به ازین رفتن بیش از یک هواپیمای با ارزش می‌شود، معمولاً خسارات ناشی از خطرات زمینی در فرودگاه‌ها خواهد بود، اگرچه تصادم در هوا به ندرت روی می‌دهد، ولی باتوجه به حجم و گسترش ترافیک امکان آن هم بعید به نظر نمی‌رسد.

پوشش اتکایی مازاد خسارت مسئولیت: قراردادهایی که پرتفوی مسئولیت شرکت بیمه واگذارنده را تحت پوشش می‌گیرد، شامل انواع بیمه‌های مسئولیت صادره توسط بیمه‌گر واگذارنده از قبیل بیمه مسئولیت قانونی مسافران یا بیمه خودکار حوادث شخص، بیمه شخص ثالث عمومی، چمدان و بار، پست و مسئولیت بار، سوخت‌گیری، سمپاشی غلات و خطرات مشابه و همچنین بیمه مسئولیت تولیدات خواهد بود.

پوشش اتکایی مرکب بدنه و مسئولیت: قراردادهای اتکایی مرکب، علاوه بر خطرات بدنه و مسئولیت ممکن است کلیه بیمه‌نامه‌های صادره در اداره هواپیمایی شرکت بیمه واگذارنده از قبیل فقدان اجازه و گواهینامه و حوادث شخصی را دربرگیرد. قلمرو پوشش باید به دقت و صراحت در قرارداد تعریف و مشخص شده باشد، ولی می‌تواند پوشش به صورت بسیار وسیعی تنظیم شود.

۹- صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

صندوق تأمین خسارت‌های بدنی به موجب ماده ۱۰ قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب ۱۳۴۷/۱۰/۲۳ تأسیس شد و آیین‌نامه آن در تاریخ ۱۳۴۸/۰۴/۲۱ به تصویب هیئت وزیران رسید. ضمناً به موجب بند ۶ ماده ۵ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰/۰۳/۳۰ اداره صندوق به بیمه مرکزی واگذار شده بود. طبق این قانون صندوق یکی از مدیریت‌های بیمه مرکزی به شمار می‌آید و مدیر آن را رئیس کل بیمه مرکزی منصوب می‌کند.

قانون اصلاح قانون بیمه شخص ثالث مصوب ۱۳۸۷/۰۴/۱۶ سازمان، تکالیف و اداره صندوق را متحول کرد.

براساس این قانون، مدیر صندوق به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی ایران و تصویب مجمع عمومی و با حکم رئیس مجمع عمومی منصوب می‌شود. ترکیب مجمع عمومی صندوق عبارت است از وزرای امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، کار و امور اجتماعی، دادگستری و رئیس کل بیمه مرکزی ایران.

طبق این قانون میزان تعهدات صندوق برای جبران خسارت‌های بدنی افزایش یافت و تا حد دیه کامل مرد مسلمان در ایام حرام افزایش یافت و برای جبران تعهدات جدیدی که برعهده‌اش گذاشته شد، منابع درآمدی جدیدی برای صندوق منظور شد که در بخش منابع مالی صندوق در قانون اصلاح قانون بیمه شخص ثالث ذکر شده است.

اداره صندوق: نحوه اداره صندوق، به موجب آیین‌نامه چگونگی اداره صندوق مصوب ۱۳۸۸/۰۹/۲۲ هیئت وزیران، مشخص شده است.

طبق ماده ۲، صندوق دارای شخصیت حقوقی مستقل است و اداره آن در امور مالی، معاملاتی، استخدامی و تشکیلاتی براساس مقرراتی خواهد بود که در بیمه مرکزی مجری است. بالاترین مقام در اجرای مقررات یادشده مدیر صندوق خواهد بود.

در ماده ۳ ارکان صندوق به شرح زیر تعیین شده است:

الف- مجمع عمومی؛

ب- هیئت نظارت؛

پ- مدیر صندوق؛ و

ت- بازرس (حسابرس).

طبق ماده ۴، مجمع عمومی صندوق متشکل از اعضای زیر است:

الف- وزیر امور اقتصادی و دارایی؛

ب- وزیر بازرگانی؛

پ- وزیر دادگستری؛

ت- وزیر کار و امور اجتماعی؛

ث- رئیس کل بیمه مرکزی ایران.

تبصره ۱- مجمع عمومی در اولین جلسه یکی از اعضای خود را برای مدت دو سال به‌عنوان رئیس انتخاب می‌کند.

تبصره ۲- مدیر صندوق به‌عنوان دبیر مجمع عمومی بدون حق رأی در جلسات مجامع عمومی صندوق حضور خواهد یافت.

وظایف صندوق: طبق ماده ۱۰ قانون فوق، صندوق تأمین خسارت‌های بدنی برای حمایت از زیان‌دیدگان حوادث رانندگی که به دلایل زیر قابل پرداخت نیستند تأسیس شد.

- فقدان یا انقضای بیمه‌نامه؛
- بطلان قرارداد بیمه؛
- تعلیق تأمین بیمه‌گر؛
- فرارکردن یا شناخته‌نشدن مسئول حادثه؛
- ورشکستگی بیمه‌گر؛
- یا به‌طورکلی خسارت‌های بدنی خارج از شرایط بیمه‌نامه (به استثناء موارد مصرح در ماده ۷).

استثناها: ماده ۷ قانون اشعار می‌دارد که موارد زیر از شمول بیمه موضوع این قانون خارج است:

- خسارت وارده به وسیله نقلیه مسبب حادثه؛
 - خسارت وارده به محمولات وسیله نقلیه مسبب حادثه؛
 - خسارت مستقیم یا غیرمستقیم ناشی از تشعشعات اتمی و رادیواکتیو؛
 - خسارت ناشی از محکومیت جزایی یا پرداخت جرائم.
- نحوه تأمین مالی صندوق:** به‌موجب ماده ۱۱ این قانون، منابع مالی صندوق تأمین خسارت‌های بدنی به‌شرح زیر است:

- الف) پنج درصد از حق بیمه اجباری موضوع این قانون؛
 - ب) مبلغی معادل حداکثر یک سال حق بیمه بیمه اجباری که از دارندگان وسایل نقلیه‌ای که از انجام بیمه موضوع این قانون خودداری کنند وصول می‌شود؛
 - ج) مبالغی که صندوق پس از جبران خسارت زیان‌دیدگان بتواند از مسئولان حادثه وصول کند؛
 - د- درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری وجوه صندوق؛
 - ه) ۲۰ درصد از جرائم وصولی راهنمایی و رانندگی در کل کشور؛
 - و) ۲۰ درصد از کل هزینه‌های دادرسی و جزای نقدی وصولی توسط قوه قضائیه؛
 - ز) جرائم موضوع ماده ۲۸ این قانون؛
 - ح) کمک‌های اعطایی از سوی اشخاص مختلف.
- تبصره ۱-** در صورت کمبود منابع مالی صندوق، دولت موظف است در بودجه سنواتی سال بعد کسری منابع صندوق را تأمین کند.
- تبصره ۲-** درآمدهای صندوق از هرگونه عوارض معاف است.
- تبصره ۳-** صندوق از پرداخت هزینه‌های دادرسی و اوراق و حق‌الاجرا معاف است.

تبصره ۴- اسناد مربوط به مطالبات و پرداخت‌های خسارت صندوق در حکم اسناد لازم‌الاجراست.

تبصره ۵- عدم پرداخت حقوق قانونی صندوق از سوی شرکت‌های بیمه در حکم دخل و تصرف غیرقانونی در وجوه عمومی است.

تبصره ۶- مصرف درآمدهای صندوق در مواردی به‌جز موارد تصریح‌شده در این قانون ممنوع بوده و حکم تصرف غیرقانونی در وجوه عمومی است.

۱۰- کارت سبز^۱

کارت سبز گواهینامه‌ای بین‌المللی در زمینه بیمه شخص ثالث است که توسط رانندگانی که به‌طور موقت قصد عبور و تردد در کشورهای مشخصی واقع در منطقه جغرافیایی سیستم کارت سبز را دارند، تهیه‌شده و در صورت بروز حادثه تصادف یا در صورت نیاز در مرزها و سرحدات یا داخل کشورهای عضو ارائه می‌شود.

اساس نظام کارت بیمه بین‌المللی، وسایل نقلیه موتوری موسوم به سیستم کارت سبز بر مبنای توصیه کمیسیون اقتصادی اروپا وابسته به سازمان ملل متحد در تاریخ ۱۹۴۹/۱/۲۳ بنیان نهاده شد و براساس قطعنامه سازمان ملل متحد عملیات سیستم کارت سبز در تاریخ اول ژانویه سال ۱۹۵۳ آغاز شد.

عضویت در سیستم کارت سبز: شرط اصلی عضویت در سیستم کارت سبز چنین است که در کشور متقاضی عضویت باید قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری (قانون بیمه اجباری شخص ثالث) وجود داشته باشد. ایران نیز یکی از اعضای سیستم کارت سبز است.

دفاتر کارت سبز: در هر کشور عضو سیستم کارت سبز، یک دفتر ملی کارت سبز وجود دارد. دفتر ملی کارت سبز مطابق با قوانین و مقررات ملی هر کشور عهده‌دار مدیریت، رسیدگی و پاسخ‌گویی در زمینه خسارات ناشی از تصادفات وسایل نقلیه موتوری کشورهای عضو است. دفتر کارت سبز در هر کشوری برطبق رویه بیمه‌گر صادرکننده کارت سبز عمل می‌کند و برحسب اجرای عملیات، تسویه خسارات، طبق کلیه مفاد توافقی نظارت دارد. کلیه دفاتر کارت سبز، عضو دفتر مرکزی در لندن هستند.

در ایران، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان دفتر کارت سبز ایران مسئولیت نظارت بر حسن اجرای مفاد موافقت‌نامه هماهنگی بین دفاتر را برعهده دارد.

صدور کارت سبز: کارت سبز توسط شرکت‌های بیمه‌ای که در هر کشوری اجازه صدور بیمه‌نامه شخص ثالث را دارند و به عضویت دفتر کارت سبز آن کشور پذیرفته شده باشند صادر می‌شود. در ایران شرکت سهامی بیمه ایران به‌عنوان تنها شرکت بیمه‌ای است که عضو دفتر کارت سبز ایران بوده و اجازه صدور کارت سبز را دارد.

در صورت وقوع تصادفی که مقصر آن یک راننده خارجی دارای کارت سبز باشد زیان‌دیدگان می‌توانند به دفتر کارت سبز آن کشور که تصادف در آنجا واقع شده، مراجعه کرده و با استفاده از راهنمایی‌های دفتر کارت سبز زیان‌های وارده را جبران کنند.

موافقت‌نامه متحدالشکل مابین دفاتر: هریک از دفاتری که تحت عنوان دفتر رسیدگی یا دفتر پرداخت‌کننده یا دفتر خدمات هستند، این موافقتنامه را منعقد می‌کنند. هدف این موافقتنامه تسهیل همکاری در مورد حمل و نقل جاده‌ای است.

تعریف‌های مشترکی برای اعضا در نظر گرفته شده است که عبارت‌اند از:

الف) عضو: یک شرکت بیمه یا گروه متعهد که عضو یک دفتر باشد.

ب) بیمه‌شده: شخصی است که مسئولیت او تحت پوشش یک بیمه‌نامه قرار دارد که مربوط به یک گواهی‌نامه بیمه معتبر است.

پ) وسیله نقلیه: هر وسیله نقلیه موتوری زمینی یا تریلی که در یک گواهی‌نامه بیمه توصیف شده است.

ت) گواهی‌نامه بیمه: کارت بیمه موتوری بین‌المللی (کارت سبز) به شکل یا شکل‌های تصویب شده طرف کاری اصلی در مورد حمل و نقل جاده.

ث) بیمه‌نامه: بیانگر بیمه‌نامه صادره توسط عضو یک دفتر پرداخت‌کننده برای یک بیمه‌شده جهت پوشش مسئولیت ناشی از به‌کارگیری یک وسیله نقلیه است.

ج) ادعا: یک شخص ثالث یا یک سری ادعاهای ناشی از یک حادثه علیه یک بیمه‌شده یا بیمه‌گر او یا دفتر رسیدگی‌کننده که مسئولیت آن باید توسط بیمه بر طبق قانون کشوری که حادثه در آن اتفاق افتاده پوشش داده شود و تابع شرایط و محدودیت‌های مندرج در بیمه‌نامه و آنچه که در همین قانون اجازه داده شده است.

چ) دفتر: سازمانی که به وسیله بیمه‌گران تأسیس شده و دولت آن کشور آن را به‌عنوان سازمانی که مقررات و مفاد مندرج در توصیه‌نامه‌های ژنو را اجرا می‌کند به رسمیت می‌شناسد.

ح) دفتر رسیدگی‌کننده: دفتری (یا عضوی از آن دفتر که تحت حاکمیت آن عمل می‌کند) که در کشور خود مسئول رسیدگی و حل و فصل یک ادعا برطبق مفاد این موافقتنامه و قانون ملی خود است.

د) دفتر خدمات‌دهی: دفتری که اختیار دارد ادعایی را برطبق مفاد ماده ۱۰ این موافقتنامه رسیدگی و تسویه‌کند.

طبق ماده ۴ این موافقتنامه، هریک از دفاتر، گواهی‌نامه‌های بیمه را به اعضای خود جهت تکمیل و صدور برای بیمه‌شدگان‌شان ارائه خواهد کرد. اعضای یک دفتر ممکن است گواهی‌نامه‌های بیمه‌ای را با تأیید این دفتر به بیمه‌شدگان خود در هر کشوری که در آن مستقرند و دفتر دیگری در آنجا وجود ندارد و به خدمات‌دهی یک راننده موتوری بازدیدکننده نیاز باشد، تحویل دهند.

در ماده ۶ چنین آمده است: به محض اینکه یک دفتر رسیدگی‌کننده مطلع شود که حادثه‌ای صورت گرفته و بیمه‌شده‌ای در آن دخیل بوده است، بدون آنکه منتظر یک ادعای رسمی باشد، شروع به بررسی اوضاع و احوال حادثه می‌کند و در ضمن دفتر پرداخت‌کننده آماده رسیدگی به هر ادعایی خواهد بود. دفتر رسیدگی‌کننده همچنین اخطار فوری، به جهت هر ادعایی را به دفتر پرداخت‌کننده یا عضو پرداخت‌کننده که گواهی‌نامه بیمه را صادر کرده، خواهد فرستاد. خودداری از انجام وظیفه از سوی دفتر رسیدگی در انجام چنین امری علیه آن به‌کارگرفته نخواهد شد و ضمناً دفتر پرداخت‌کننده را نیز از تعهداتش برطبق ماده ۱۱، مبری نخواهد کرد.

بدین وسیله دفتر رسیدگی‌کننده مجاز است هرگونه ابلاغ قانونی را که متضمن پرداخت خسارات ناشی از حادثه باشد بپذیرد و هر ادعایی را تسویه‌کند.

دفتر رسیدگی‌کننده مسئول انجام وظیفه هر نماینده‌ای است که برای رسیدگی به ادعا تعیین کرده است و نباید به‌خواست خود و بدون رضایت کتبی دفتر پرداخت‌کننده موجب شود یا حتی اجازه‌دهد که هرگونه ادعایی توسط نماینده یا شخصی که خدمت‌گزار چنین نماینده‌ای است و متعهد و ذی‌نفع قرارداد است، مورد رسیدگی قرار گیرد. در صورتی که چنین عملی انجام گیرد حق او در مورد بازپرداخت از جانب دفتر پرداخت‌کننده، محدود به نصف مبلغی خواهد بود که استحقاق دریافت آن را داشته است.

فصل ۵ این موافقت‌نامه، شرایط بازپرداخت به دفتر رسیدگی‌کننده را مشخص می‌کند. طبق ماده ۱۱، هنگامی که دفتر رسیدگی‌کننده ادعایی را تسویه کرد، در صورت اثبات پرداخت و درخواست آن، حق خواهد داشت مبلغ پرداختی زیر را از دفتر پرداخت‌کننده یا عضو آن دفتر که گواهی‌نامه بیمه را صادر کرده دریافت کند.

۱- مدعی، مستحق است کل مبلغ پرداختی توسط دفتر رسیدگی‌کننده به‌عنوان خسارت یا غرامت و هزینه‌ها و مخارج را تحت عنوان خسارت یا غرامت و هزینه‌های مخارج انجام شده، دریافت کند.

۲- مبلغی که به‌طورخالص به‌وسیله دفتر رسیدگی‌کننده بابت خدمات خارجی برای بررسی و تسویه هر ادعایی، پرداخت شده و هزینه‌هایی که به‌طورخاص به‌منظور دعاوی حقوقی پرداخت شده است، در شرایط مشابه نیز به‌وسیله یک بیمه‌گر موتوری مستقر در کشور محل وقوع حادثه، پرداخت می‌شود.

۳- یک حق‌الزحمه رسیدگی که سایر هزینه‌ها را کاملاً بپوشاند، به نرخ ۱۵ درصد، معادل مبلغ پرداختی تحت بند (۱) فوق محاسبه می‌شود. این مبلغ مشروط به میزان‌های حداقل و حداکثر موجود در سطوح و بر مبنایی است که توسط مجمع عمومی شورای دفتر تعیین می‌شود.

۴- مبلغ حداقل و حداکثر مندرج در این مطالب به مارک آلمان بوده و با نرخ مبادله ارز در تاریخ اولین مطالبه برای بازپرداخت نهایی محاسبه می‌شود.

نمونه سؤالات چهار گزینه‌ای

۱. معادل لاتین «بیمه‌های مسئولیت» کدام یک از گزینه‌های زیر است؟
الف) Responsibility Insurance (ب) Reliability Insurance
ج) Liability Insurance (د) Replication Insurance
۲. معادل فارسی عبارت «Penetration Rate» در متون تخصصی بیمه کدام یک از موارد زیر است؟
الف) ضریب نفوذ (ب) نرخ مستمری
ج) نرخ بهره (د) حق بیمه
۳. معادل فارسی کلمه «Reserving» در متون تخصصی بیمه کدام یک از موارد زیر است؟
الف) جای‌گذاری (ب) جانشینی
ج) سفارش‌گیری (د) ذخیره‌گیری
۴. معادل فارسی عبارت «Sum Insured» در متون تخصصی بیمه کدام یک از موارد زیر است؟
الف) سرمایه تحت پوشش (ب) جمع بیمه‌شدگان
ج) برخی از بیمه‌شدگان (د) جمع خطرات
۵. معادل لاتین «بیمه عمر اعتبار» کدام یک از گزینه‌های زیر است؟
الف) Credit Life Insurance (ب) Value Insurance
ج) Endowment Insurance (د) Face Value of Policy
۶. معادل لاتین «مستمری» کدام یک از گزینه‌های زیر است؟
الف) Premium (ب) Continues Premium
ج) Annuity (د) Loading Factor
۷. معادل فارسی کلمه «Solvency» در متون تخصصی بیمه کدام یک از موارد زیر است؟
الف) بیمه اتکایی (ب) بیمه بین‌المللی
ج) پوشش‌های اضافی قابل ارائه (د) توانگری

۸. معادل فارسی عبارت «Insurance Broker» در متون تخصصی بیمه کدامیک از موارد

زیر است؟

الف) صادرکننده بیمه‌نامه

ب) شکست بازار بیمه

ج) جنگ قیمتی بیمه

د) کارگزار بیمه

۹. اصطلاح «Term Life Insurance» به چه معنا است؟

الف) بیمه عمر زمانی

ب) بیمه عمر جامع

ج) بیمه تمام عمر

د) بیمه عمر مستمری

۱۰. معادل لاتین «بیمه شده» کدامیک از اصطلاحات زیر است؟

الف) Insured

ب) Reinsurance

ج) Coinsurance

د) Insurer

۱۱. معادل لاتین «عامل سربار» که در محاسبه حق بیمه استفاده می‌شود، کدامیک از

گزینه‌های زیر است؟

الف) Final Premium

ب) Gross Premium

ج) Interest

د) Loading Factor

۱۲. معادل فارسی کلمه «Extensions»، در متون تخصصی بیمه کدامیک از موارد زیر است؟

الف) توسعه فاجعه

ب) استثنائات

ج) پوشش‌های اضافی قابل ارائه

د) انفجار

۱۳. معادل فارسی کلمه «Premium» در متون تخصصی بیمه کدامیک از موارد زیر است؟

الف) بیمه‌نامه

ب) ایمنی

ج) پیش فاکتور

د) حق بیمه

۱۴. اصطلاح «Whole Life Insurance» به چه معنا است؟

الف) بیمه عمر زمانی

ب) بیمه عمر به شرط حیات

ج) بیمه عمر به شرط فوت

د) بیمه تمام عمر

۱۵. معادل لاتین «بیمه‌گر» کدام یک از اصطلاحات زیر است؟

الف) Insured (ب) Insurer

ج) Reinsurer (د) Insurancer

۱۶. معادل فارسی عبارت «Moral Hazard» در متون تخصصی بیمه کدام یک از موارد زیر است؟

الف) خطر بیماری‌های روانی (ب) رعایت اخلاقیات

ج) اصل حسن‌نیت (د) مخاطره اخلاقی

۱۷. معادل فارسی عبارت «Risk Prevention» در متون تخصصی بیمه کدام یک از

گزینه‌های زیر است؟

الف) انتقال ریسک (ب) نگهداری ریسک

ج) پیشگیری از ریسک (د) کاهش ریسک

۱۸. کدام یک از عبارات زیر به معنای «تحویل در پایانه کشور مقصد» است؟

الف) Carriage Paid to (ب) Carriage and Insurance Paid to

ج) Delivered at Terminal (د) Delivered duty unpaid

۱۹. اصطلاح «Insurance Agent» معادل کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) متصدی بیمه (ب) کارگزار بیمه

ج) نماینده بیمه (د) آژانس مسافرتی

۲۰. کدام یک از گزینه‌های زیر به معنای «Contribution Principle» است؟

الف) اصل حسن‌نیت (ب) اصل نفع بیمه‌ای

ج) اصل جان‌شینی (د) اصل مشارکت

۲۱. کدام یک از گزینه‌های زیر به معنای «بیمه اتکایی» است؟

الف) Reinsurance (ب) Underinsurance

ج) Property Insurance (د) Liability Insurance

۲۲. «**Insolvency**» به چه معنا است؟

الف) عدم توانگری (ب) ورشکستگی

ج) کلاهبرداری (د) توانگری

۲۳. «ریسک سرمایه‌گذاری» معادل کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) Investment Risk (ب) Interest Risk

ج) Insurable Risk (د) Residual Risk

۲۴. «اصل جانشینی» معادل کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) Subrogation Principle (ب) Commutative Principle

ج) Indemnity Principle (د) Good Faith Principle

۲۵. کدام یک از عبارات زیر به معنای «عرضه بیمه» است؟

الف) Insurance Supply (ب) Insurance Demand

ج) Insurance Premium (د) Insurance Penetration

۲۶. کدام یک از گزینه‌های زیر به معنای «بیمه تجاری» است؟

الف) General Insurance (ب) Life Insurance

ج) Commercial Insurance (د) Marine Insurance

۲۷. کدام یک از گزینه‌های زیر به معنای «**Indemnity Principle**» است؟

الف) اصل حسن‌نیت (ب) اصل نفع بیمه‌ای

ج) اصل جانشینی (د) اصل غرامت

۲۸. معادل لاتین «خسارات تبعی» کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) Direct Losses (ب) Particular Losses

ج) Speculative Losses (د) Consequential Losses

۲۹. معنی اصطلاح «**Fundamental Risks**» کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) ریسک‌های جامع (ب) ریسک‌های خاص

ج) ریسک‌های خالص (د) ریسک‌های عام

۳۰. معادل لاتین «نگهداری ریسک» کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) Risk Control (ب) Risk Prevention

ج) Risk Reduction (د) Risk Retention

۳۱. اصطلاح «Adverse Selection» به چه معنا است؟

الف) انتخاب مساعد (ب) انتخاب نامساعد

ج) گزینش ریسک (د) گزینش کارکنان

۳۲. معنی اصطلاح «Insurance Management» چیست؟

الف) بیمه‌گری (ب) بیمه‌گذاری

ج) فروش بیمه (د) مدیریت بیمه

۳۳. معنی اصطلاح «Insurable Risk» چیست؟

الف) تقصیر بیمه‌پذیر (ب) خسارت بیمه‌گذار

ج) ریسک بیمه‌گذار (د) ریسک بیمه‌پذیر

۳۴. اصطلاح «Insurable Interest» به چه معنا است؟

الف) نفع بیمه‌ای (ب) علاقه بیمه‌ای

ج) خسارت بیمه‌ای (د) امور بیمه‌ای

۳۵. معادل فارسی کلمه «Policy» در متون تخصصی بیمه کدام یک از موارد زیر است؟

الف) بیمه‌نامه (ب) سیاست

ج) سیاست بیمه‌ای (د) بیمه خطرات سیاسی

۳۶. معادل لاتین «بیمه زندگی» کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) Existence Insurance (ب) Medical Insurance

ج) Life Insurance (د) Personal Insurance

۳۷. معادل فارسی کلمه «Loss» در متون تخصصی بیمه کدام یک از موارد زیر است؟

الف) بیمه بیش از ارزش بیمه‌شده (ب) بیمه کمتر از ارزش بیمه‌شده

ج) بیمه‌نامه (د) خسارت

۳۸. معادل فارسی عبارت «Pure Premium» در متون تخصصی بیمه کدامیک از موارد

زیر است؟

الف) بیمه‌نامه خاص

ب) حق بیمه خالص

ج) حق بیمه پرداختی

د) فرم پیشنهاد بیمه‌نامه

۳۹. معادل فارسی کلمه «Hazard» در متون تخصصی بیمه کدامیک از موارد زیر است؟

الف) فاجعه

ب) اخلاق

ج) مخاطره

د) اطمینان

۴۰. معادل لاتین «بیمه پایه‌ای» کدامیک از گزینه‌های زیر است؟

الف) Primary Insurance

ب) Life Insurance

ج) General Insurance

د) Main Insurance

۴۱. معادل لاتین «سررسید» کدامیک از گزینه‌های زیر است؟

الف) Annuity

ب) Maturity

ج) Stability

د) Mortality

۴۲. معادل فارسی عبارت «Stop Loss» کدامیک از گزینه‌های زیر است؟

الف) مازاد زیان

ب) نسبت زیان

ج) نسبت خسارت

د) ضریب خسارت

۴۳. معادل فارسی عبارت «Express Condition» در متون تخصصی بیمه کدامیک از موارد

زیر است؟

الف) شرایط ضمنی

ب) شرایط صریح

ج) شرایط فعلی

د) شرایط آینده

۴۴. معادل فارسی عبارت «Insurance Pool» در متون تخصصی بیمه کدامیک از گزینه‌های

زیر است؟

الف) گروه بیمه‌گذاران

ب) صندوق سرمایه‌گذاری مشترک

ج) صندوق مشترک بیمه

د) گروه خود بیمه‌گران

۴۵. معادل فارسی عبارت «Risk Avoidance» در متون تخصصی بیمه کدامیک از گزینه‌های زیر است؟

- الف) کنترل ریسک
ب) اجتناب از ریسک
ج) تأمین مالی ریسک
د) مواجهه با ریسک

۴۶. «ریسک بهره» معادل کدامیک از گزینه‌های زیر است؟

- الف) Investment Risk
ب) Interest Risk
ج) Insurable Risk
د) Residual Risk

۴۷. معادل فارسی عبارت «Property Risk» در متون تخصصی بیمه کدامیک از گزینه‌های زیر است؟

- الف) ریسک مسئولیت
ب) ریسک حوادث
ج) ریسک اشخاص
د) ریسک اموال

۴۸. معادل لاتین عبارت «مبلغ مازاد بیمه‌نامه» کدامیک از گزینه‌های زیر است؟

- الف) Policy Excess
ب) Loss Excess
ج) Policy Surplus
د) Excess of Loss Treaty

۴۹. معادل فارسی کلمه «Underinsurance» در متون تخصصی بیمه کدامیک از گزینه‌های زیر است؟

- الف) بیمه کردن با سرمایه‌ای کمتر از ارزش کالا
ب) بیمه کردن با سرمایه‌ای بیشتر از ارزش کالا
ج) بیمه کردن با سرمایه‌ای معادل ارزش کالا
د) بیمه کردن با سرمایه‌ای به اندازه ۵۰ درصد ارزش کالا

۵۰. معادل فارسی عبارت «Unilateral Contract» در متون تخصصی بیمه کدامیک از گزینه‌های زیر است؟

- الف) تصادفی بودن
ب) یک‌جانبه بودن
ج) مشروط بودن
د) اذغانی بودن

۵۱. معادل لاتین عبارت «بیمه عمر مختلط» کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) Whole Life Insurance ب) Temporary Life Insurance

ج) Endowment Insurance د) Credit Life Insurance

۵۲. معادل لاتین عبارت «جدول عمر گروهی» کدام یک از گزینه‌های زیر است؟

الف) Cohort Life Table ب) Generation Life Table

ج) Life Table د) Mortality Life Table

منابع

۱. افخمی، ک.الف، ۱۳۹۲. اصول مدیریت ریسک و بیمه، تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۱، صص ۱۲-۵.
۲. افقی، ر. (مترجم)، ۱۳۹۲. اصول بیمه ۴- شیوه بررسی ادعای خسارت بیمه‌ای، تهران: پژوهشکده بیمه.
۳. ایستون، آ.آی. و هریس، ت. اف، ۱۳۹۱. ابعاد محاسبه‌گری بیمه عمر، ترجمه: علیرضا دقیقی اصلی و ولی‌نظمی شرامین، تهران: پژوهشکده بیمه.
۴. براکندریج، آ، کراکس، ر. و سکیزی، ر، ۱۳۹۱. ارزیابی ریسک بیماری‌ها در بیمه‌های زندگی، ترجمه: محمدرضا خوشاوی و همکاران، چ ۱، ج ۱، صص ۱۹-۲۳.
۵. پارسا، ع.الف، ۱۳۹۳، اصول و دستورالعمل کلی بازدید اولیه بازدید ایمنی، تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۲، صص ۳-۶، ۳۲-۷۷.
۶. پارسا، ع. الف، ۱۳۹۲. کتاب علمی - کاربردی بیمه آتش‌سوزی، تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۱، صص ۱۲۳-۶۰.
۷. تقوایی، م.ر. و ده‌نمکی، م، ۱۳۹۱. مجموعه قراردادهای بیمه‌نامه‌های بازرگانی، تهران: پژوهشکده بیمه، صص ۵۹۴-۴۳۳.
۸. حسن‌زاده، ن.الف، حسینی، س.ف.الف. و آزادبخت، ف، ۱۳۹۱. بیمه عمر فروختنی است یا خریدنی... تازه‌های جهان بیمه، ۱۷۴.
۹. سایت رسمی بیمه مرکزی جمهوری ج.ا.ا، <<http://www.centinsur.ir>>.
۱۰. سبزی، م، حسن‌زاده، ن. الف. و بهادر، آ، ۱۳۹۰. آمیخته بازاریابی در صنعت بیمه. تازه‌های جهان بیمه، ۱۶۴.
۱۱. ضمیری، م. و روحانی، ف، ۱۳۹۰. حساب‌داری شرکت‌های بیمه، تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۱.
۱۲. فرهنگ مهر، ۱۳۷۴. گزارش و طرح قانون بیمه اجباری شخص ثالث وسایل نقلیه موتوری زمینی، تهران: شرکت بیمه ایران.
۱۳. فلانگان، پ، پریموکس، پ. و فرگوسن، و، ۱۳۹۲. اخلاق حرفه‌ای بیمه برای دنیای اخلاقی‌تر، ترجمه نادر مظلومی، محمدرضا زارع و ریحانه عظیمی سجادی، تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۱، صص ۱۵۵-۱۳۷.
۱۴. کاتوزیان، ن، ۱۳۶۹. حقوق مدنی، مسئولیت مدنی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۱۵. گودرزی، آ. و افقی، ر. (مترجمین)، ۱۳۹۲. اصول بیمه ۳- فرآیند صدور بیمه‌نامه، تهران: پژوهشکده بیمه.
۱۶. ماحوزی، ر، ۱۳۸۹. حقوق بیمه هوایی، تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۱، صص ۴۳-۳۸.

۱۷. مجموعه قوانین و مقررات بیمه‌های بازرگانی، ۱۳۹۳. تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۱۴.
۱۸. محمود صالحی، ج.ع، ۱۳۹۳. حقوق بیمه، تهران: پژوهشکده بیمه.
۱۹. مرکز فرهنگ‌شناسی و تدوین دانشنامه، ۱۳۹۳. دانشنامه بیمه، تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۱، ج ۱ و ۲.
۲۰. مهدوی، غ، ۱۳۹۲. اصول بیمه ۱، تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۱، صص ۲۱۹-۱۹۵.
۲۱. مهدوی، غ و نصیری، ف، ۱۳۹۱. اصول و مبانی نظری بیمه، تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۱، صص ۶۷-۱.
۲۲. میرزایی مقدم، الف، جهانی، م. و ملاجان، م، ۱۳۹۱. نوشتن طرح بازاریابی در بیمه‌های عمر. تازه‌های جهان بیمه، ۱۷۱.
۲۳. نجم‌آبادی، پ.الف، ۱۳۹۰. بیمه و برق (بیمه‌های اموال و مسئولیت)، تهران: پژوهشکده بیمه، چ ۱، صص ۳۷۴-۳۰۸.
24. A.M. Best, 1991. *A.M. Best special report*, June 1991.
25. A.M. Best, 1992. *A.M. Best special report*, June 1992.
26. Mehr, R.I. and Hedges, R.A, 2012. *Risk management in the business enterprise*, Literary Licensing, LLC., pp. 16-26.
27. Swiss Re, 1989. *Sigma*. 2, Zurich: Swiss Reinsurance Company.
28. UNCTAD, 1994. *Review of critical areas with regard to insurance legislation, regulation and supervision*, Geneva: United Nations.