

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مفاهيم و اصول بیمه

گردآورندگان:

محمد صالح ترکستانی

ابوذر زنگویی نژاد

امیر بابا اکبری

محمد عاملی

سید جعفر خامسی

حمیدرضا علیمحمدی

عاطفه نقی زاده

فاطمه نصیری

ایران دخت عسگری

علی سلطانی

امید قوی بازو

محسن قره خانی

احمد سازگار

پیشگفتار

صنعت بیمه که فضای فعالیت اقتصادی و اجتماعی ما است، در شرف تحول و دگرگونی است. حضور بخش خصوصی، واگذاری شرکت‌های دولتی، آزادسازی تعرفه‌ها، گسترش سریع تقاضای بیمه، و اهتمام و توجه دولت به تحول در صنعت بیمه، ملاحظات است که فضای جدید کسب و کار ما را بازتعریف کرده است. در این میان، تنها متخصصان حرفه‌ای، با اخلاق و متعهد هستند که می‌توانند صنعت بیمه را به جایگاه واقعی آن در جامعه ایران اسلامی برسانند.

انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه، به منظور توسعه توان حرفه‌ای صنعت بیمه، اصلاح محیط کسب و کار و توسعه منابع انسانی را به عنوان راهبردهای اصلی خود، در نظر گرفته است. یکی از فعالیت‌های صورت گرفته در این راستا، تدوین نظام صلاحیت حرفه‌ای و برگزاری آزمون‌های صلاحیت حرفه‌ای است که متخصصان حرفه‌ای را به مردم معرفی می‌کند.

انجمن، در چشم‌انداز خود، بنیان‌گذاری ساختاری را قرار داده است که این مهم را محقق کند. این ساختار با ارزیابی متخصصان و اعطای گواهینامه حرفه‌ای معتبر که نشان دهنده قابلیت و دانش افراد در حوزه‌های تخصصی است، هدف مورد نظر را تأمین می‌کند. گواهی صلاحیت حرفه‌ای به معنای انطباق دانش فنی و تخصصی افراد با استانداردهای فنی صنعت بیمه کشور است. در تدوین این استانداردها نیز اصول و مبانی حرفه‌ای بین‌المللی حوزه‌های تخصصی مختلف و قوانین و مقررات داخلی کشور مد نظر است. ارتقاء سطح تحلیل، دانش تخصصی و صلاحیت حرفه‌ای فعالان بازار بیمه در راستای ایجاد بازاری کارآمد و شفاف و حرفه‌ای با تعیین استانداردهای صلاحیت حرفه‌ای افراد، برای فعالیت در نهادهای بیمه‌ای و بیمه‌گذاران نهادی میسر می‌شود. نظارت اجتماعی و درونی بر فعالیت دارندگان گواهینامه‌های صلاحیت حرفه‌ای، از دیگر اهداف طراحی نظام صلاحیت حرفه‌ای است. شرکت‌های بیمه می‌توانند برای رتبه‌بندی حرفه‌ای خود، تعداد متخصصان دارای گواهینامه حرفه‌ای و رتبه آنها را مدنظر قرار دهند.

آنچه پیش روی شماست، منبع تهیه شده برای آزمون صلاحیت حرفه‌ای، سطح مقدماتی است. سعی شده با بهره‌گیری منابع معتبر و کسب نظر کارشناسان برجسته، منبع مطالعاتی جامع و مانعی تهیه شود تا در اختیار داوطلبان آزمون صلاحیت حرفه‌ای قرار گیرد. مطالعه این کتاب، علاوه بر داوطلبان آزمون صلاحیت حرفه‌ای، برای دانشجویان، کارشناسان، نمایندگان بیمه، کارگزاران بیمه و بیمه‌گذاران نیز مفید است.

با وجود تلاش فراوان برای تدوین کتاب، ممکن است اشکالاتی در آن یافت شود. پیشاپیش از استادان، کارشناسان و دوستانی که با انتقادات و توصیه‌های خود انجمن را راهنمایی خواهند کرد، سپاسگزاری می‌کنیم.

مسعود حجاریان

مدیرعامل انجمن حرفه‌ای صنعت بیمه

فهرست

۱

۱	سیر تحول بیمه در ایران و جهان
۳	اهداف یادگیری
۳	تاریخچه بیمه
۱۰	انواع بیمه
۱۲	بیمه‌های اجباری و اختیاری

۲

۱۷	مبانی مقدماتی ریسک
۱۹	اهداف یادگیری
۱۹	مقدمه
۱۹	ماهیت ریسک و ارتباط آن با بیمه
۲۰	تعریف ریسک
۲۱	نگرش به ریسک
۲۱	انواع ریسک
۲۳	انواع ریسک‌هایی که قابل بیمه‌شدن هستند
۲۵	انواع ریسک‌هایی که قابل بیمه‌شدن نیستند
۲۸	اجزای ریسک
۳۶	خود بیمه‌گری، بیمه مشترک، بیمه مضاعف، بیمه اتکایی
۳۹	مزیت‌های بیمه

۳

۴۱	مقدمه‌ای بر اصول بیمه
۴۳	اهداف یادگیری
۴۳	اصطلاحات کلیدی
۴۴	الزامات یک قرارداد معتبر
۴۵	نماینده‌گی
۴۸	حداعلای حسن نیت
۵۵	اصل نفع بیمه‌پذیر
۵۸	اصل جبران خسارت (غرامت)
۶۳	اصل علت نزدیک
۶۶	مشارکت
۷۰	اصل جانشینی یا قائم مقامی
۷۴	قاعده نسبی سرمایه و کاربرد قاعده نسبی

۴

۷۷	عملکرد و ساختار بازار بیمه
۷۹	اهداف یادگیری
۷۹	مقدمه
۸۲	خریداران
۸۳	واسطه‌ها
۸۳	فروشنده‌گان
۸۶	لوی‌دز
۸۸	کانال‌های توزیع
۹۰	اجاستر و ارزیابان خسارت، بیمه‌گران و کارمندان اداره خسارت

۹۳	مرکز ارتباط با مشتریان (مرکز تماس)
۹۳	تجارت الکترونیکی
۹۵	کارگزاران الکترونیکی
۹۵	خدمات غیر بیمه‌ای
۹۷	نهادهای صنعت بیمه در ایران

۵

۱۰۷	آشنایی با فرایند بیمه‌گری
۱۰۹	اهداف یادگیری
۱۰۹	بیمه‌گری
۱۱۳	فسخ/ دوره ارفاقی
۱۱۳	برگه پیشنهاد
۱۱۴	بیمه‌نامه‌ها، بیمه‌نامه‌های موقت و گواهی‌های بیمه
۱۱۸	پرداخت حق بیمه
۱۱۹	متن بیمه‌نامه
۱۲۳	استثنائات و شروط کلی بیمه‌نامه
۱۲۹	مازادها و فرانشیزها
۱۳۱	التزامات، شروط و استثنائات
۱۳۷	تمدید

۶

۱۳۹	آشنایی با فرایند خسارت
۱۴۱	اهداف یادگیری
۱۴۱	ارزیابی و تعیین خسارت
۱۴۱	ادعای خسارت معتبر، تا اندازه‌ای معتبر و نامعتبر

۱۴۵	وظایف بیمه‌گذار پس از خسارت
۱۴۷	مدارک مکتوب
۱۵۲	پرداخت خسارت
۱۵۵	مطالبات کلاهبردارانه
۱۵۹	قرارداد باطل و قرارداد قابل ابطال



۱۶۱	آشنایی با انواع بیمه‌ها
۱۶۳	اهداف یادگیری
۱۶۳	مقدمه
۱۶۳	بیمه‌های اتومبیل
۱۶۷	بیمه آتش‌سوزی
۱۷۴	بیمه‌های باربری (حمل و نقل کالا)
۱۷۷	بیمه‌های زندگی
۱۸۲	بیمه‌های حوادث
۱۸۳	بیمه‌های درمانی
۱۸۳	بیمه‌های مسئولیت
۱۸۵	بیمه‌های مهندسی
۱۸۷	بیمه‌های اتکایی



۱۹۳	آشنایی با بازاریابی بیمه
۱۹۵	اهداف یادگیری
۱۹۵	مقدمه‌ای بر بازاریابی و فروش بیمه
۲۰۴	آشنایی با حقوق بیمه‌گذاران و مصرف‌کنندگان

۲۰۵	مشتري مداری
۲۱۸	امنیت، اطلاعات محرمانه و حفاظت از اطلاعات مشتریان
۲۲۲	آشنایی با پول شویی و ارتباط آن با صنعت بیمه
۲۳۰	آشنایی با مبانی حل اختلاف در صنعت بیمه
۲۳۱	قانون‌گرایی و قانون‌پذیری

۹

۲۴۱	اخلاق حرفه‌ای
۲۴۳	اهداف یادگیری
۲۴۳	آیین رفتار حرفه‌ای
۲۴۴	اصول بنیادین
۲۴۸	احکام
۲۵۵	نقض آیین‌نامه اخلاق حرفه‌ای
۲۵۶	احکام ویژه برای اعضاء هیئت مدیره و مدیران ارشد در صنعت بیمه
۲۵۷	احکام ویژه برای نمایندگی‌های بیمه و کارگزاران (واسطه‌ها)
۲۵۸	احکام ویژه برای اکچوئری
۲۵۹	احکام ویژه برای کارشناسان مشاور در صنعت بیمه
۲۶۰	احکام ویژه برای ارزیابان خسارت

پیوست ۱

۲۶۳	متن کامل قانون بیمه، مصوب سال ۱۳۱۶
-----	------------------------------------

پیوست ۲

۲۷۳	قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب سال ۱۳۵۰
-----	---

پیوست ۳

۲۹۳	قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب سال ۱۳۹۵
۲۹۵	بخش نخست- کلیات
۲۹۸	بخش دوم- حقوق و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار
۳۰۵	بخش سوم- حقوق و تعهدات صندوق
۳۱۱	بخش چهارم- پرداخت خسارت
۳۱۴	بخش پنجم- تکالیف سایر نهادها و دستگاه‌های مرتبط
۳۲۱	بخش ششم- مقررات کیفری
۳۲۲	بخش هفتم- مقررات نهایی

پیوست ۴

۳۲۵	آیین‌نامه شماره ۷۱- آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها مصوب سال ۱۳۹۱
۳۳۹	منابع



سیر تحول بیمه در ایران و جهان

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این بخش شما می‌توانید:

- تاریخچه پیدایش بیمه را بیان کنید.
- انواع بیمه را براساس کار بیمه‌گری شرح دهید.
- بیمه‌های اجباری و اختیاری را توضیح دهید.
- نقش بیمه در اقتصاد و توسعه جامعه را بیان نمایید.

تاریخچه بیمه

تعاون در عهد باستان

همه اقوام و تمدن‌های کهن کوشیده‌اند به شیوه‌ای، زبان‌های وارده به خود را کاهش دهند. از زمان‌های دور، مردم جواهر و اشیاء ارزشمند خود را برای روز مبادا نگهداری می‌کردند و هنوز هم چنین شیوه‌ای وجود دارد. این شیوه در بین سومری‌ها و بابلی‌ها نیز وجود داشته است. گاهی اشیاء با ارزش را به پرستش‌گاه‌ها می‌سپردند و در برابر نگهداری از آن‌ها، هزینه‌ای نیز پرداخت می‌کردند. اما، پس‌انداز کردن همواره شیوه مناسبی نبود، چرا که گاهی غارتگران به چپاول پرستش‌گاه‌ها دست می‌زدند. علاوه بر این، تاراج بازرگانان توسط راهزنان و غرق شدن کشتی‌ها در دریا نیز همواره وجود داشته است.

بازرگانان چینی برای پشتیبانی از یکدیگر و همچنین، کاهش احتمال زیان در سفرهای دریایی در اثر وقوع حوادثی مانند، دزدی‌های دریایی یا هر رویداد ناگواری که منجر به غرق و نابودی کشتی‌ها می‌شد، بارهایشان را بین چند کشتی پخش می‌کردند و بر این باور بودند که اگر یک کشتی در یک روز غرق شود یا آسیب ببیند، همه کشتی‌هایی که در چند روز به دریا می‌روند، آسیب نخواهند دید. آن‌ها با این کار، از زیان ناشی از غرق شدن کشتی‌ها یا دزدیده شدن کالاهایشان می‌کاستند.

اما، به نظر می‌رسد بابلی‌ها که در بانکداری نیز پیشتاز بودند، شیوه‌بهتری برای بیمه کردن بازرگانان پیدا کرده بودند. بر پایه‌سند‌های نوشتاری که از آنان برجای مانده است، اگر بازرگان بابلی برای خرید کالا یا هزینه‌های کشتی، از بانکداران وام می‌گرفت و کالا را می‌دزدیدند یا رویداد ناخواسته‌دیگری پیش می‌آمد، بازرگان چیزی پرداخت نمی‌کرد، چرا که بهره بالا که گاه بیش از بیست و پنج درصد بود، در واقع حق بیمه‌ای بود که بازرگان بابلی می‌پرداخت. قاعده این شیوه بیمه، در استوانه قانون حمورابی آمده است.

فینیقی‌ها که کشتی‌هایشان در دریای مدیترانه به جابه‌جایی کالا می‌پرداخت، بیمه کردن را از بابلی‌ها یاد گرفتند. برخی پژوهشگران، نوشته‌های آن‌ها را کهن‌ترین اسناد بیمه‌دریایی می‌دانند. بیمه‌دریایی را یونانی‌ها و رومی‌ها از فینیقی‌ها آموختند. سپس، بازرگانان ایتالیایی در سده‌های میانه (قرون وسطی) به این نوع بیمه روی آوردند. بندرهای ونیز، لمباردی و جنوا در ایتالیا، از مراکز اصلی بیمه‌دریایی در اروپا شدند. ایتالیایی‌ها، بیمه‌دریایی را به انگلستان بردند. سپس، در آغاز قرن هفدهم میلادی، بازرگانان انگلیسی و کشتی‌داران، در قهوه‌خانه‌ای به نام لویڈز که متعلق به فردی به نام ادوارد لویڈز بود و در نزدیکی بارانداز لندن قرار داشت، گرد هم آمدند. آن‌ها هم‌پیمان شدند تا در سود و زیان سفرهای دریایی با هم سهیم باشند. خطر رویدادهای ناخواسته برای برخی از دریانوردان بیشتر بود، چرا که بار بیشتری حمل می‌کردند یا بار آن‌ها ارزشمندتر بود. از این رو، باید هزینه بیشتری پرداخت می‌کردند و به این طریق کشتی و بار خود را به صورت مشترک بیمه می‌کردند. آن‌ها از پایه‌گذاران سندیکای بیمه لویڈز شدند که بعدها مهم‌ترین مرکز بیمه دریایی جهان شد. این سندیکا اکنون نیز به کار بیمه می‌پردازد و یکی از مراکز مهم مشاوره و پژوهش‌های بیمه جهان نیز هست.

جدا از بیمه‌دریایی، بیمه‌های دیگری نیز در عصر باستان وجود داشت. برای نمونه، بر پایه‌نوشته‌های جاحظ، نویسنده عرب که کتاب‌هایی پیرامون تاریخ باستانی ایران نوشته است، دولت‌های باستانی ایران از خانواده‌هایی که در آیین جشن‌های نوروز، هدیه‌ای به ارزش ده هزار درهم یا بیشتر به پادشاه می‌دادند، در رویدادهای ناخواسته و گرفتاری‌های مالی پشتیبانی

می‌کرد. او در کتاب التاج فی اخلاق الملوک چنین آورده است:

"اگر ارزش هدیه‌ها به ده هزار درهم رسید، آن را در دیوان ویژه بنویسند و اگر در طی سال اتفاقی برای هدیه‌دهنده رخ دهد که نیازمند کمک شود، مانند این که بلیه‌ای بر او برسد یا ساختمانی بسازد یا مهمانی بزرگ و ولیمه‌ای بدهد یا پسر زن دهد یا دختر به شوی فرستد و هدیه او ده هزار درهم بوده، دو برابر آن را به عنوان کمک به او بدهند. ولی اگر هدیه او چیز کوچکی بوده، مانند پیکانی یا سیبی یا ترنجی و مانند آن‌ها، بر شاه است که در هنگام نیازمندی او به اندازه‌ای که اخلاص و وفاداری هدیه‌دهنده مقتضی آن و خیلی بیش از اندازه هدیه او باشد، او را پاداش دهد. و اگر کسی از این افراد در هنگام نیازمندی کمکی به او نمی‌رسید، وظیفه داشته است که آن را به دیوان اطلاع دهد و از زنده نگه‌داشتن این آیین غفلت نکند."

از جمله بیمه‌هایی که در روزگار گذشته، به‌ویژه در سرزمین‌های اسلامی وجود داشت، بیمه بهداشت است. در روزگار شکوفایی تمدن اسلامی، بیمارستان‌های پیشرفته‌ای در شهرهای گوناگون، به‌ویژه ری، فیروزآباد، نیشابور، سیستان، اصفهان، مرو، خوارزم، بغداد، قاهره، فسطاط، دمشق و فاس ساخته شده بود که هزینه آن‌ها، از دستمزد پزشکان و کارکنان تا هزینه دارو و غذا را دولت می‌پرداخت یا در بیشتر جاها از موقوفه‌ها پرداخت می‌شد. در آن زمان معمول بود که با بنای هر بیمارستان، به اندازه کافی موقوفه برای هزینه‌های آن در نظر می‌گرفتند.

بیمارستان عضدی بغداد که به فرمان عضدالدوله دیلمی ساخته شد و محمد بن زکریای رازی به ریاست آن برگزیده شده بود، از پیشرفته‌ترین بیمارستان‌های آن زمان بود. در این بیمارستان، حتی پس از این که بیمار از بیمارستان مرخص می‌شد، هزینه زندگی او برای شمار روزهایی که بنا به تشخیص پزشک باید استراحت می‌کرد، از سوی بیمارستان پرداخت می‌شد تا بار دیگر بیماری او بازنگردد و هزینه مجدد به بیمارستان تحمیل نشود.

بیمه‌های نوین

گرچه نخستین بیمه‌ها برای کشتی‌های باری پی ریزی شده بود، اما بازرگانان بر آن شدند که

در خطرهای دیگر، مانند آتش‌سوزی نیز با هم شریک شوند. نخستین شرکت بیمه آتش‌سوزی در سال ۱۶۶۷ میلادی در انگلستان تاسیس شد و پس از آتش‌سوزی بزرگی که در لندن رخ داد و نزدیک صد و سی هزار خانه را نابود کرد و صد هزار نفر بی‌خانمان برجای گذاشت.

سپس، نخستین شرکت بیمه آمریکایی، با مشارکت فروشگاه‌داران در سال ۱۷۳۵ برای پشتیبانی از یکدیگر در برابر حریق ساختمان‌های چوبی به وجود آمد. البته این شرکت تنها پنج سال دوام آورد. سپس در سال ۱۷۵۲، بنجامین فرانکلین شرکت بیمه آتش‌سوزی را در فیلادلفیا بنیان گذاشت. این شرکت به صورت شرکت بیمه آمریکای شمالی باقی ماند و هنوز هم مقر اصلی آن در فیلادلفیا است.

ایجاد بیمه‌های اجتماعی در جهان، پیامد انقلاب صنعتی و ایجاد طبقه کارگر بود و این بیمه‌ها عمدتاً به منظور مقابله با نظریه کارل مارکس در مورد انقلاب پرولتاریا ایجاد شدند. بین سال‌های ۱۸۸۰ تا ۱۸۹۰ برنامه بیمه اجتماعی در آلمان اجرا شد تا برنامه سوسیالیست‌ها را خنثی کند. این بیمه، شامل بیمه حوادث ناشی از کار، بیمه بی‌کاری، بیمه از کار افتادگی و سالمندی بود.

در انگلستان نیز هنگامی که قانون بیمه ملی در سال ۱۹۱۱ به تصویب رسید، قانونی مقرر شد تا کارگران در برابر بیماری، بی‌کاری و پیری بیمه شوند. گسترش شهرنشینی و رشد و گسترش صنایع، و تمرکز کالا در انبارها در سده بیستم میلادی، باعث افزایش خطر و ضرورت توسعه بیمه‌های گوناگون شد.

تاریخچه بیمه در ایران

بیمه مردم در ایران، از دوره کیقباد آغاز شده است. در این دوره اگر کسی آسیب می‌دید، باید به او تاوان یا خسارت داده می‌شد که به آن، بیمه تاوان و به بیمه شدگان، دریغ‌مندان می‌گفتند. پادشاهی کیقباد برابر با دوره‌ای در ایران است که پادشاهی‌های کوچک -ملوک الطوایفی- پدید آمده بود. ایرانیان در آن زمان دریافتند که زیر یک درفش و یک حکومت مرکزی بودن بسیار

بهتر است و در برابر دشمنان یارای مقاومت بیشتری دارند، به همین دلیل، از میان خود یک شاه انتخاب کردند که بر بقیه حکومت می‌کرد و شاهنشاه خوانده می‌شد. در آن زمان، کیقباد نماد پادشاهی بود که تمام ایران به فرمانش بودند. یکی از این فرمان‌ها، پرداخت بیمه به آسیب دیدگان بود. در زمان پادشاهی کیقباد، اگر کسی آسیب می‌دید یا خانه‌اش در آتش سوخت یا کشتزارش با خشکسالی بی ثمر می‌ماند، باید به او تاوان یا بیمه داده می‌شد.

واژه بیمه نخستین بار در منابع فارسی، در تحفه العالم عبداللطیف شوشتری به معنای اطمینان دادن به شخص به کار رفته است و محمد معین آن را برگرفته از "بیما"، یک واژه هندی یا اردو می‌داند. نخستین بار ناصرالدین شاه در ۱۲۶۹ خورشیدی امتیاز نامه‌ای را با عنوان "تاسیس اداره حمل و نقل و سازمان بیمه در ایران" به لازار پولیاکف روسی واگذار کرد که به اجرا در نیامد. سپس، در دوران احمدشاه قاجار به سال ۱۲۸۹ دو شرکت روسی نادژا و کافکاز مرکوری به معنای مریخ قفقاز دفتر بیمه‌ای در ایران تاسیس کردند.

به تدریج شرکت‌های بیمه خارجی دیگری در ایران شعبه یا دفتر نمایندگی تاسیس کردند، طوری که در سال ۱۳۱۴، دست کم ۲۹ شرکت بیمه خارجی در ایران فعالیت داشتند. در سال ۱۳۱۴، به کوشش الکساندر آقایان و علی اکبر داور، شرکت سهامی بیمه ایران با سرمایه دولتی ۲۰ میلیون ریال تاسیس شد.

تا پیش از این تاریخ، شرکت صد در صد ملی در خاورمیانه و حتی هندوستان وجود نداشت. آغاز به کار شرکت سهامی بیمه ایران خوشایند شرکت‌های خارجی نبود و با کارشکنی‌های بسیاری رو به رو شد و شرکت‌های خارجی به سختی با آن قرارداد بیمه‌اتکایی می‌بستند. سپس، قانون بیمه در اردیبهشت ۱۳۱۶ خورشیدی به تصویب مجلس شورای ملی رسید و بیمه سازمان‌های دولتی، به شرکت بیمه ایران واگذار شد. همچنین، به موجب مصوبه دولت، شرکت‌های خارجی موظف شدند ۲۵ درصد از بیمه‌های صادره خود را در ایران، نزد شرکت سهامی بیمه ایران، بیمه اتکایی کنند.

در ۲۹ آبان ۱۳۲۲ قانون بیمه کارگران در مجلس شورای ملی به تصویب رسید. بر پایه ماده اول این قانون، همه کارخانه‌ها و بنیادهای اقتصادی، بازرگانی، صنعتی و معدنی و هر بنیادی که

کارگری را در استخدام دارد، چه دولتی و چه غیردولتی، باید کارگران خود را نزد شرکت سهامی بیمه ایران یا شرکت بیمه داخلی دیگری که دولت مقتضی داند، در برابر رویدادهای ناخواسته‌ای که هنگام کار رخ دهد، بیمه کند. بین سال‌های ۱۳۲۹ تا ۱۳۴۳ هشت شرکت بیمه خصوصی ایرانی تأسیس شدند و در دولت دکتر مصدق، به سال ۱۳۳۱ قانونی برای محدود کردن فعالیت شرکت‌های بیمه‌خارجی تصویب شد که به موجب این قانون، شرکت‌های بیمه خارجی برای ادامه فعالیت در ایران موظف به سپرده‌گذاری مبلغ ۲۵۰ هزار دلار در ایران و اضافه کردن سود آن به این مبلغ بودند تا به ۵۰۰ هزار دلار برسد. به این ترتیب، با توجه به این قانون، فعالیت شرکت‌های بیمه‌خارجی کاهش یافت و فعالیت شرکت‌های بیمه داخلی شکوفا شد.

"قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث" در ۲۹ دی‌ماه ۱۳۴۷ به تصویب رسید. همچنین، در سال ۱۳۴۹ "مدرسه‌عالی بیمه" برای پرورش نیروی فنی صنعت بیمه کشور تأسیس شد تا افراد متخصص در امر بیمه، در اختیار شرکت‌های بیمه قرار بگیرند و به هم میهنان خود خدمت کنند.

با تصویب "قانون تأسیس بیمه‌مرکزی" در ۳۰ خرداد ۱۳۵۰، فعالیت‌های بیمه‌ای در ایران تحت نظارت قانونی بیشتری قرار گرفت. این سازمان، با سرمایه دولت برای ساماندهی فعالیت‌های بیمه‌ای، پشتیبانی از بیمه‌گذاران و بیمه‌شوندگان و زمینه‌سازی برای شکوفایی بیمه در ایران پی‌ریزی شد.

فعالیت‌های این سازمان و رشد اقتصادی ناشی از افزایش قیمت نفت در دهه ۱۳۵۰، به تأسیس چند شرکت بیمه‌ای جدید، از جمله بیمه تهران، بیمه دانا، بیمه حافظ و بیمه ایران و آمریکا با مشارکت سرمایه‌گذاران خارجی انجامید. به این ترتیب، فعالیت‌های بیمه‌ای در ایران افزایش یافت و تا پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷، علاوه بر شرکت سهامی بیمه ایران، ۱۲ شرکت بیمه خصوصی و دو شرکت بیمه خارجی در صنعت بیمه ایران فعالیت می‌کردند.

پس از پیروزی انقلاب اسلامی، شورای انقلاب در چهارم تیرماه ۱۳۵۸، همه شرکت‌های بیمه ایرانی را ملی اعلام کرد و متعاقباً به استناد اصل ۴۴ قانون اساسی، همه فعالیت‌های بیمه‌ای در

اختیار دولت قرار گرفت. همچنین، در سال‌های ۱۳۶۰ و ۱۳۶۱، فعالیت کلیه شرکت‌های بیمه ملی شده، به استثنای شرکت‌های بیمه البرز و آسیا متوقف شد و از آن پس تنها سه شرکت بیمه ایران، آسیا و البرز به فعالیت بیمه‌ای خود ادامه دادند. در سال ۱۳۶۷ با تصویب قانون اداره شرکت‌های بیمه، ۱۰ شرکت بیمه‌ای که فعالیتشان متوقف شده بود، در یکدیگر ادغام شدند و شرکت بیمه دانا پدید آمد. در سال ۱۳۷۳ نیز شرکت بیمه صادرات و سرمایه‌گذاری با مشارکت پنج بانک، چهار شرکت بیمه دولتی و بیمه مرکزی ایران تأسیس شد و فعالیت خود را در زمینه صدور بیمه‌های اعتباری آغاز کرد و شمار شرکت‌های بیمه، به پنج شرکت رسید (که اکنون با نام بیمه معلم در بازار فعالیت می‌کند).

در سال ۱۳۷۹، با تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام، ابتدا یک بند به قانون "نحوه اداره مناطق آزاد تجاری و ویژه اقتصادی" اضافه شد که طبق آن، شرکت‌های بیمه با مالکیت غیر دولتی، اجازه تأسیس و فعالیت در این مناطق داشتند. همچنین، برای توسعه رشته‌های بیمه‌ای کمتر توسعه یافته در کشور، به این شرکت‌ها اجازه داده شد که در ۱۱ عنوان بیمه‌ای در کل کشور فعالیت کنند. نزدیک به یکسال پس از تصویب این قانون و در حالی که شرکت‌های متقاضی تأسیس تحت این قانون هنوز در مراحل ثبت و اخذ مجوز بودند، در شهریور ماه ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی "قانون تأسیس شرکت‌های بیمه غیر دولتی" را تصویب کرد. بر اساس قانون اول، شرکت‌های بیمه خصوصی حافظ، امید، ایران معین و اتکایی امین در منطقه آزاد کیش تأسیس شدند. در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۲، بیمه مرکزی ایران مجوز فعالیت نخستین شرکت‌های بیمه غیر دولتی را در کشور پس از انقلاب اسلامی صادر کرد و به تبع آن، طی چند سال شرکت‌های بیمه خصوصی، همچون پارسیان، رازی، کارآفرین، توسعه، ملت، سامان، دی، سینا، نوین، پاسارگاد، میهن، کوثر، ما، آرمان، تعاون و سرمد و اتکایی ایرانیان، آسماری، متقابل کیش و قشم، تجارت نو و حکمت صبا تأسیس شدند و این روند همچنان ادامه دارد.

انواع بیمه

با آنکه بیمه دامنه وسیعی دارد و موارد کاربرد آن تقریباً نامحدود بنظر می‌رسد، اما برای سهولت یادگیری و اجرا، مانند سایر امور می‌توان آن را از زوایا و دیدگاه‌های مختلف تقسیم‌بندی کنیم. بطور کلی، در دنیای امروز، اساس کار بیمه‌گری در زمینه اجتماعی و بازرگانی است. بیمه‌های اجتماعی که ماهیت حقوقی خاصی دارند، به بیمه‌هایی اطلاق می‌شود که به دلیل مصلحت اجتماعی و حمایت از اشخاص یا طبقه خاصی از جامعه، جنبه اجباری پیدا کرده‌اند. در این نوع بیمه، خطرهایی مثل بیماری، ازکارافتادگی، پیری، بیکاری و حوادث ناشی از کار، پوشش داده می‌شوند و چون از یکسو متضمن نفع و مصلحت اجتماع یا طبقه خاصی است و از سوی دیگر، قصد تجارت و سودجویی در آن وجود ندارد، اجرای آن معمولاً به دولت یا شرکت‌ها و سازمان‌های خاص واگذار می‌شود. بیمه‌های اجتماعی با توجه به خصوصیات خود در موارد زیر با بیمه‌های بازرگانی تفاوت دارد:

الف- سرمایه بیمه و نحوه تعیین حق بیمه

اصولاً در موسسات بیمه بازرگانی، حق بیمه هر شخص با توجه به فراوانی و شدت خطر و ارزش مورد بیمه یا مبلغی که به عنوان سرمایه بیمه تعیین می‌شود، محاسبه می‌گردد و بنابراین مقدار حق بیمه، با اندازه خطر و میزان تعهد بیمه‌گر نسبت مستقیم دارد. در صورتی که در بیمه‌های اجتماعی، تعهدات بیمه‌گر بر اساس حداقل نیازهای حمایتی که برای بیمه شدگان در نظر گرفته می‌شود، تعیین می‌گردد و مقدار حق بیمه نیز بر اساس توانایی مالی آنها تعیین و قسمتی از آن به صورت یارانه تامین می‌شود.

نکته دیگر اینکه در بیمه‌های اجتماعی معمولاً صرف‌نظر از اینکه بیمه شده یک نفر باشد یا افرادی هم تحت تکفل وی باشند، حق بیمه به صورت درصد ثابتی از دستمزد بیمه شده تعیین می‌شود و در نتیجه، اصل تناسب حق بیمه با خطر رعایت نمی‌شود.

ب- مسائل حقوقی

در بیمه‌های بازرگانی، روابط بین بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و موسسات بیمه تابع حقوق خصوصی است، درحالی که رابطه بین موسسات بیمه اجتماعی و بیمه‌شدگان اغلب تابع حقوق عمومی است.

ج- سود دهی بیمه‌های بازرگانی

هدف از تأسیس شرکت‌های بیمه بازرگانی در هر صورت، کسب سود است، درحالی که موسسات بیمه‌های اجتماعی، غیرانتفاعی هستند و با مأموریت افزایش رفاه اجتماعی تأسیس می‌شوند.

د- اجباری بودن بیمه اجتماعی

اصل آزادی اراده حکم می‌کند که هرکس اختیار داشته باشد معامله‌ای را انجام دهد یا ندهد. طبق این اصل، هیچکس را نمی‌توان برخلاف میلش مجبور به انعقاد قرارداد کرد. با این وجود، گاهی اوقات مصالح اجتماع ایجاب می‌کند که آزادی اراده افراد محدود شود. بیمه‌های اجتماعی، یکی از مصلحت‌هایی است که دولت برای حمایت از طبقات معینی در جامعه، ناچار می‌شود آن را اجباری نماید.

هـ- بیمه اتکایی:

موسسات بیمه بازرگانی در بسیاری از موارد، به بیمه اتکایی نیاز دارند، زیرا از یک سو گاهی اوقات تعهداتی که می‌پذیرند، بقدری زیاد است که به تنهایی از عهده جبران خسارت آنها بر نمی‌آیند و از سوی دیگر، تعداد بیمه‌شده‌های آنها کم و بیش، محدود است. در بیمه‌های اجتماعی، وضع درست برعکس است. خساراتی که در هر مورد پرداخت می‌شود کم و تعداد بیمه‌شده‌ها بسیار زیاد است، به همین دلیل، موسسات بیمه‌های اجتماعی در صورتی که محاسبات حق بیمه و جدول مرگ و میر به‌درستی انجام شود، نیازی به بیمه اتکایی ندارند.

بیمه‌های اجباری و اختیاری

در تقسیم‌بندی دیگری، بیمه‌ها می‌توان را به دو نوع اجباری و اختیاری به شرح زیر، تقسیم کرد:

بیمه‌های اجباری

در این نوع بیمه که معمولاً الزام قانونی دارد، قانون‌گذار حقوق اجتماع را در نظر می‌گیرد و برای حمایت از مردم، به ویژه طبقات آسیب‌پذیر اجتماع، افراد جامعه را اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی ملزم به انجام آن می‌کند. به عنوان مثال، بیمه‌های اجتماعی برای کارگران یا گروه‌های دیگری است که با درآمد متوسط زندگی می‌کنند و هنگام وقوع بیماری، حوادث و خطراتی که منجر به خسارت می‌شود، از جنبه مادی توان تحمل یا جبران هزینه‌های آن را ندارند. بیمه مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل اشخاص ثالث، نمونه دیگری از بیمه اجباری است.

از جنبه نظارتی نیز دولت‌ها به منظور نظارت بیشتر و نزدیک‌تر، شرکت‌های بیمه را وادار می‌کنند که سهمی از هر یک از بیمه‌نامه‌های خود را به یک موسسه بیمه اتکایی که بطور مستقیم زیر نظر دولت اداره می‌شود، واگذار کنند، که به آن اتکایی اجباری یا واگذاری قانونی گویند.

بیمه‌های اختیاری

در این نوع بیمه، همه طبقات اجتماع می‌توانند به طور اختیاری با پرداخت حق بیمه متناسب، جان، مال و مسئولیت‌های خود را بیمه کنند. اما در بیمه‌های اجباری، هم شرکت بیمه و هم بیمه‌گذار باید طبق قانون، قرارداد بیمه منعقد کنند و تقاضای بیمه و قبول آن برای طرفین، اجباری است.

شایان یادآوری است که در مواردی، مردم برای استفاده از تسهیلات بانکی، مجبور به انعقاد قرارداد بیمه بر اساس نظر ارائه‌کننده تسهیلات هستند که نمی‌توان آن را بیمه‌های اجباری

قانونی دانست. مثلاً، بیمه‌های عمر مانده بدهکار.

نقش بیمه در شکوفایی اقتصاد

صنعت بیمه به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی، از سویی به عنوان یکی از عمده‌ترین نهادهای اقتصادی مطرح است و از سوی دیگر، فعالیت دیگر نهادها را پشتیبانی می‌کند. به عبارتی، صنعت بیمه با گردآوری حق بیمه‌های دریافتی و سرمایه‌گذاری آن‌ها در توسعه اقتصادی نقش دارد و با ایجاد امنیت و اطمینان برای فعالیت‌های تولیدی، بازرگانی و خدماتی، روند سازندگی، پیشرفت و ترقی جامعه را تسهیل می‌کند. بنابراین، توجه به تعاملات و ساز و کارهای صنعت بیمه در سه نقش زیر، می‌تواند تصویر روشنی از نقش توسعه‌ای این بخش نمایان کند:

۱- تضمین آرامش جامعه

بیمه‌های بازرگانی براساس رسالت خود، در تضمین آرامش جامعه که ارزنده‌ترین تاثیر خدمات بیمه‌های بازرگانی است، نقش مهمی ایفا می‌کنند. مفهوم و ساز و کار فعالیت بیمه‌های بازرگانی، تشکیل موسسه یا صندوق مشترکی است که کارش سازمان‌دهی تعاون افراد در معرض خطر یکسان است و با جمع‌آوری وجوه معینی طبق موازین آماری، با عواقب خطر مورد نظر مقابله می‌کند.

مبنای شکل‌گیری بیمه، وجود ریسک یا عدم قطعیت در فعالیت‌های اقتصادی و همچنین، انواع ریسک و خطر در زندگی و اموال افراد است. برای مثال، بسیاری از افراد جامعه و به ویژه، بازرگانان ناگزیرند بخش عمده‌ای از سرمایه خود را برای ایام وقوع خطر (اصطلاحاً برای روز مبادا) کنار بگذارند تا در صورت بروز حوادث، زیان‌های آن را جبران کنند (خود بیمه‌گری). روشن است که این گونه افراد می‌توانند با پرداخت وجوهی اندک، خطرهای موجود را بیمه کنند و سپس، با همه سرمایه خود وارد عرصه بازار شوند.

در واقع، بیمه با پرداخت خسارت به اشخاصی که به علت حادثه، ضرر و زیان دیده‌اند، به

استحکام و پایداری مالی افراد یا شرکت‌ها کمک‌ها می‌کند. به همین ترتیب، اگر شرکت‌هایی که با خسارت‌های مالی بزرگ مواجه می‌شوند، سرمایه‌های خود را بیمه نکرده باشند، ممکن است فعالیت آنها تعطیل شود. در چنین مواردی، این شرکت‌ها نه تنها ارزش خود را از دست می‌دهند، بلکه کمک آنها به اقتصاد کشور نیز از بین می‌رود. از پیامدهای تعطیلی بنگاه‌ها، می‌توان به بیکاری کارگران و کارفرمایان، از دست رفتن فرصت خریداری مشتریان از آن شرکت و حذف درآمد مالیاتی دولت اشاره کرد. بنابراین، صنعت بیمه از شرکت‌ها در خلق ثروت حمایت می‌کند، با این ضمانت که سرمایه آن‌ها را در مقابل خطرات بیمه‌پذیر، بیمه می‌کند. همچنین، صنعت بیمه می‌تواند جانشین و مکمل برنامه‌های تأمین اجتماعی دولت باشد و از راه افزایش نرخ پس‌انداز و بهره‌وری بیشتر عوامل تولید، بر نرخ رشد اقتصادی تاثیر بگذارد.

علاوه بر این، صنعت بیمه می‌تواند به کاهش خسارت شرکت‌ها کمک کند. خدماتی که شرکت بیمه برای پیشگیری و کنترل خسارت ارائه می‌دهد، برای کاهش فراوانی و شدت خسارت است. از آنجا که کاهش خسارت‌ها باعث افزایش سود مورد انتظار و کاهش حق بیمه‌های مرتبط می‌شود، فعالیت‌های مربوط به کنترل و پیشگیری از خسارت، به نیازی اساسی برای شرکت‌های بیمه تبدیل شده است.

به عبارت دیگر، برای شکوفایی اقتصاد کشور، توسعه صنعت بیمه از طریق ارائه پوشش‌های بیمه‌ای متنوع و مناسب برای افزایش رفاه جامعه و رفع نگرانی سرمایه‌گذاران در مورد وضعیت نامتعادل مالی در اثر تحقق ریسک‌های احتمالی، ضروری است.

۲- نقش رشد نوآوری و کارآفرینی

شرکت‌های بیمه و در مجموع صنعت بیمه هر کشور، یکی از مهمترین نهادهای بازارهای مالی، به ویژه بازار سرمایه است که علاوه بر تأمین امنیت فعالیت‌های اقتصادی، می‌تواند از طریق ارائه خدمات بیمه‌ای، در تحرک و پویایی بازارهای مالی و تأمین وجوه قابل سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های اقتصادی، نقش بسیار اساسی و تعیین‌کننده‌ای داشته باشد.

بدیهی است که انتقال ریسک احتمالی به بیمه‌گر، توانایی بنگاه‌های اقتصادی و بازرگانان را بالا می‌برد. هنگامی که بنگاه‌های اقتصادی از طریق بیمه، از برخی خطرهای احتمالی آسوده خاطر شوند، و تأمین کافی به دست آورند، همه تلاش خود را صرف عوامل اصلی و مهم بنگاه و تجارت و سرمایه‌گذاری‌های خود خواهند کرد و از طریق ایجاد نوآوری و کارآفرینی بهتر و به موقع، تعهدات خود را در فضای بازار رقابتی انجام خواهند داد.

مثلاً شخصی را فرض کنید که سرمایه اندک خود را در تجارت و صادرات بکار می‌اندازد؛ اگر سرمایه‌گذاری او در معرض خطرهای ناشی از حمل و نقل، آتش‌سوزی و سرقت قرار داشته باشد، ممکن است بعد از مطالعه و شناخت خطرانی مختلفی که کسب و کار جدیدش را تهدید می‌کند، از سرمایه‌گذاری منابعی که همه پس‌انداز و سرمایه اوست، پشیمان شود. اما این سرمایه‌گذار با اتکا به بیمه می‌تواند با خیال آسوده‌تر، ذهن خود را فقط به فعالیت‌های اصلی کسب و کار معطوف کند و در کار خود موفق شود. به عبارت دیگر، زمانی که ریسک‌ها به واسطه شرکت‌های بیمه مدیریت می‌شوند، ریسک‌پذیری بنگاه‌ها و افراد بالاتر می‌رود و شجاعت نوآوری و کارآفرینی تقویت می‌شود.

علاوه بر این، شرکت‌های بیمه در همه رشته‌های بیمه‌ای براساس فاصله بین پرداخت حق بیمه از سوی بیمه‌گذار و ایفای تعهد بیمه‌گر به پرداخت خسارت، درصدی از حق بیمه‌ها را که قبل از وقوع خسارت دریافت کرده‌اند و مبلغ آن نیز قابل توجه است، بعنوان ذخیره فنی نزد موسسات مالی و بانکی، سپرده‌گذاری یا از طریق بورس به طور مستقیم سرمایه‌گذاری می‌کنند که این امر، خود به خود باعث توسعه و افزایش حجم سرمایه‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب، شرکت‌های بیمه به علت توان مالی بالاتر در مقایسه با افراد حقیقی، می‌توانند علاوه بر سرمایه‌گذاری در دامنه و مقیاس وسیع‌تر، در پروژه‌های صنعتی سرمایه‌گذاری کنند که علیرغم ریسک بالاتر، منافع بیشتری نیز برای اقتصاد دارند.

۳- نقش شایسته‌پروری

بیمه از طریق کمک موثر در توزیع نسبی هزینه‌ها و افزایش اعتبار بیمه‌گذاران، موجب شایسته‌پروری و بقای شایسته‌ها در جامعه می‌شود.

برای مثال، توزیع‌کننده، تولیدکننده، حتی مصرف‌کننده و نیز مالک و موسسه حمل و نقل، به تناسب ریسک و هزینه خود در قراردادهای بیمه، حق بیمه می‌پردازند و هر کدام از آنان در صورت تحقق خطر، به اندازه خسارت و زیان وارده، از بیمه‌گر خسارت دریافت می‌دارند. حال، اگر هر یک از موجودیت‌های حقیقی و حقوقی بالا، فعالیت‌ها و تراکنش‌های نامطلوب کاری بیشتری در طول مدت بیمه‌نامه ثبت کنند، آنگاه مبلغ حق بیمه افزایش می‌یابد یا شرکت‌های بیمه از پذیرش بیمه آن‌ها امتناع می‌کنند^۱؛ در این وضعیت، تولیدکننده یا سرمایه‌گذار، به میزان خسارت‌های ناشی از وقوع خطراتی مانند بدهکاران بد حساب، آتش‌سوزی، سرقت و غیره، بر قیمت تمام شده کالا اضافه می‌کنند و این مازاد را از مصرف‌کننده دریافت می‌کنند که این کار موجب افزایش قیمت‌های بازار و گرانی می‌شود و در نتیجه شرکت مشتریان خود را از دست خواهد داد.

شرکت‌های بیمه از طریق افزایش اعتبار بیمه‌گذاران، که یکی از عوامل مهم موفقیت در هر فعالیت اقتصادی (تولیدی، تجاری، خدماتی) است، نقش مهمی در شایسته‌پروری دارند. برای مثال، موسسات بازرگانی که تحت پوشش انواع بیمه‌نامه‌های اعتباری و دیگر بیمه‌ها قرار دارند، در بازارهای اقتصادی بیشتر مورد اعتماد و پذیرش هستند و سرمایه‌گذاران با اعتقاد و قوت قلب بیشتری با آنان وارد فعالیت‌های مشترک می‌گردند. شایسته‌ها تلاش خواهند کرد تا ضمن ثبت رکورد مثبت، بتوانند در کنترل ریسک‌ها و خطرهای، با پرداخت حق بیمه کمتر، از مزایای بیمه برخوردار شوند و از این طریق، اعتبار خود را افزایش دهند.

^۱ بیمه از این منظر، تشویق‌کننده رفتار ایمن و تنبیه‌کننده رفتار و شرایط نایمن است.

۲

مبانی مقدماتی ریسک

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این بخش شما می‌توانید:

- تعریفی از ریسک ارائه نموده و انواع آن را توضیح دهید.
- اجزای ریسک را شرح دهید.
- خود بیمه‌گری، بیمه مشترک و بیمه مضاعف را تعریف نمایید.
- مزیت‌های بیمه را برشمارید.

مقدمه

در این فصل، یکی از مهمترین مفاهیم مرتبط با صنعت بیمه، یعنی ریسک تشریح خواهد شد. ریسک عاملی است که انسان را به تکاپو می‌اندازد و مسیری را در ذهن افراد ترسیم می‌کند که بیمه، یکی از نتایج آن است. انسان‌ها همواره با درجات متفاوت، به دنبال این هدف هستند که ریسک‌های خود و کسب و کار خود را به حداقل برسانند و تحت کنترل خود در آورند. صنعت بیمه از دو وجه با مفهوم ریسک ارتباط دارد. وجه اول، بعنوان صنعتی که افراد و صنایع مختلف ریسک‌های بیمه‌پذیر خود را به این صنعت منتقل می‌کنند و خود به آرامش می‌رسند؛ وجه دوم، به عنوان صنعتی همانند سایر صنایع که باید ریسک‌های خود را که بخشی از آن نیز متعلق به بیمه گذارانش است، مدیریت کند. در این فصل، پس از تعریف ریسک و معرفی رویکرد اشخاص به ریسک، انواع ریسک و طبقه‌بندی آن‌ها شرح داده می‌شود و با جایگاه مدیریت ریسک و ارتباط آن با بیمه و همچنین، تعدادی از اصطلاحات مهم مرتبط با ریسک آشنا خواهید شد.

ماهیت ریسک و ارتباط آن با بیمه

"ریسک" به چه معنا است؟ این واژه می‌تواند به معنای حوادثی باشد که تحت پوشش بیمه

قرار می‌گیرند؛ به عنوان مثال، ریسک آتش‌سوزی یا سرقت، علاوه بر این، واژه ریسک گاهی به عنوان "چیزی" که بیمه می‌شود یا موضوع مورد بیمه، استفاده می‌شود. به عنوان مثال، ریسک ممکن است یک اتومبیل یا یک خانه باشد.

اگر ریسک را به عنوان مخاطره بالقوه در نظر بگیریم، می‌توانیم تعداد زیادی ریسک متفاوت را که بر زندگی روزمره ما اثر می‌گذارند، مشاهده کنیم. همه ما با ریسک‌ها، به عنوان بخشی از فعالیت‌های شخصی و کاری خود سروکار داریم.

(هر کدام از ما، مسئول ریسک‌هایی هستیم که انتخاب می‌کنیم آن‌ها را بپذیریم.) بسیاری از ریسک‌ها، خارج از کنترل ما هستند، ولی شرکت‌های بیمه برای بسیاری از این ریسک‌ها، پوشش بیمه‌ای ارائه می‌کنند. هریک از ما، با خرید این پوشش‌های بیمه‌ای می‌توانیم از خودمان در برابر بسیاری از ریسک‌های خارج از کنترل، محافظت کنیم.

تعریف ریسک

ارائه تعریفی جامع و مانع از ریسک، بسیار دشوار است، اما در زیر برخی از این تعاریف ارائه می‌شود:

- ریسک، عدم اطمینان از نتیجه یک موقعیت یا وضعیت در آینده است.
- ریسک، عدم اطمینان از وقوع خسارت است.
- ریسک، به معنای غیرقابل پیش‌بینی بودن است.
- ریسک، احتمال وقوع خسارت است.

به عنوان مثلاً، مالکیت اتومبیل را در نظر بگیرید. ریسک‌های بسیاری در ارتباط با این موضوع وجود دارند که شامل موارد زیر می‌شوند:

- ریسک این که اتومبیل در آینده دزدیده شود.
- ریسک تصادف اتومبیل با صدمه زدن یا نزدن به راننده
- ریسک صدمه زدن به دیگران در اثر تصادف اتومبیل
- ریسک خسارت به اتومبیل که توسط راننده دیگری ایجاد شده است.

برای تمام این ریسک‌ها، پوشش بیمه‌ای وجود دارد و مالک اتومبیل می‌تواند در صورت داشتن بیمه‌نامه مناسب، در مقابل اثرات مالی هر نوع خسارت، از خود محافظت کند. برای فرد بیمه‌گذار راهی وجود ندارد که از قبل بداند هر تصادفی ممکن است چقدر هزینه برای وی به همراه داشته باشد. کاری که بیمه انجام می‌دهد این است که یک هزینه مشخص (حق بیمه) را جایگزین یک خسارت نا معلوم (ریسک آسیب بدنی یا ریسک مالی ناشی از تصادف) می‌کند.

نگرش به ریسک

نگرش هر فرد به ریسک متفاوت است. بنابراین، افراد به صورت‌های مختلف به ریسک پاسخ می‌دهند. برخی، به نگهداری ریسک نزد خود تمایل دارند که به آن‌ها اصطلاحاً "ریسک‌پذیر"^۱ می‌گویند، درحالی‌که در مقابل، گروه دیگری از افراد بسیار محتاطانه عمل می‌کنند و تلاششان به حداقل رساندن ریسک‌هایی است که با آن مواجهند. به این افراد "ریسک‌گریز"^۲ گفته می‌شود.

انواع ریسک

همه ریسک‌ها بیمه‌پذیر نیستند. این کتاب بر روی ریسک‌هایی متمرکز است که بیمه‌پذیرند. ریسک‌های بیمه‌پذیر، به صورت زیر قابل تقسیم‌بندی هستند:

- ریسک‌های مالی
- ریسک‌های خالص
- ریسک‌های خاص

¹ Risk seeking

² Risk Averse

ریسک‌های مالی

برای این که ریسکی بیمه‌پذیر باشد، نتیجه آن باید قابل اندازه‌گیری بر حسب واحد پولی باشد.^۱ اصطلاح "ریسک مالی" به جای این که به طبیعت خود ریسک مربوط باشد، به نتیجه و برآمد آن مربوط است.

به عنوان مثال:

- در صدمه ناشی از تصادف با یک اتومبیل: ارزش مالی ریسک، هزینه تعمیر یا جایگزینی وسیله نقلیه است.
- در سرقت اموال: ارزش مالی ریسک سرقت یک دستگاه تلویزیون، برابر با ارزش بازار آن است.

ریسک‌های خالص

ریسک‌های خالص ریسک‌هایی هستند که در آن‌ها، احتمال سود بردن وجود ندارد. بهترین اتفاقی که می‌تواند بیافتد این است که ریسک بدون سود و زیان باشد و علاوه بر آن، امکان وقوع خسارت و زیان نیز وجود داشته باشد.

به عنوان مثال:

- ریسک تصادف خودرو: اگر خسارتی رخ دهد، مالک در وضعیت بدتری قرار می‌گیرد و اگر تصادفی رخ ندهد، مالک در وضعیت عدم تغییر قرار گرفته است.
- ریسک آتش‌سوزی در یک کارخانه: اگر محتویات کارخانه نابود شود یا صدمه ببیند، مالک متحمل خسارت می‌شود و اگر آتش‌سوزی رخ ندهد، مالک خسارتی نخواهد داشت.

ریسک‌های خاص

تاثیر ریسک‌های خاص، در حد شخصی یا محلی است. این ریسک‌ها از عللی به وجود می‌آیند

^۱ قابل تقویم به ارزش مالی

که تنها بر اشخاص یا جوامع محدود تاثیر گذار هستند.

به عنوان مثال:

- بر اثر آتش سوزی ممکن است ماشین آلات یک کارخانه، موجودی آن یا حتی سود آینده کارخانه صدمه ببیند. این آتش سوزی ممکن است به ساختمان همسایه مجاور نیز سرایت کند. در چنین حادثه‌ای، تنها مالکان کارخانه و ساختمان‌های مجاور آسیب دیده تحت تاثیر آتش سوزی قرار می‌گیرند.
- اگر سرقتی رخ دهد، نتیجه آن تنها بر قربانی اثر می‌گذارد که از امکان استفاده چیزی که مالک آن بوده، محروم شده است.

انواع ریسک‌هایی که قابل بیمه شدن هستند

برای این که ریسکی قابل بیمه شدن باشد، باید ویژگی‌های زیر را داشته باشد:



علاوه بر این، در بیمه‌های اموال، تامین پوشش خسارت تدریجی، ممکن نیست. نظیر، سایدگی، خوردگی و استهلاک اجتناب ناپذیر.

پیشامد تصادفی

برای بیمه پذیر بودن، وقوع پیشامد باید تصادفی، اجتناب ناپذیر و خارج از کنترل بیمه گذار باشد. پیشامد باید تا حدی که به بیمه شده مربوط است، اتفاقی باشد.

مورد کاوی:

یک بیمه‌گر اتومبیل، دو ادعای خسارت دریافت می‌کند، یکی از سوی آقای الف که اتومبیل وی علی‌رغم این‌که تمام درهای آن قفل و دزدگیر نیز فعال بوده، دزدیده شده است؛ و دیگری، از سوی آقای ب که درهای اتومبیل خود را قفل نکرده و سوئیچ را نیز بر روی اتومبیل جا گذاشته است. خودروی وی نیز دزدیده شده است. خسارت آقای الف پرداخته می‌شود، زیرا سرقت اتومبیل وی یک پیشامد تصادفی بوده است. اما خسارت آقای ب پرداخت نمی‌شود، زیرا سرقت اتومبیل وی در آن شرایط، تقریباً اجتناب ناپذیر بوده است.

نفع بیمه‌پذیر

منظور از نفع بیمه‌پذیر، وجود ارتباط قانونی و شناخته شده بین بیمه‌گذار و مالی است که ممکن است بر اثر وقوع پیشامد متحمل خسارت شود. شما می‌توانید ریسک سرقت اتومبیل خود را بیمه کنید، زیرا اگر اتومبیل‌تان دزدیده شود، متحمل زیان مالی خواهید شد. ارتباط معتبر قانونی شامل موارد زیر است:

- مالکین و یا مالکین مشترک؛
 - مرتهن؛
 - امانت‌دار (که اموال دیگران به صورت حقوقی در امانت اوست)؛
 - نمایندگان؛
 - مجریان و امانا (که قادرند اموالی را که از نظر حقوقی مسئول آن هستند، بیمه کنند)؛
- مفهوم نفع بیمه‌پذیر با جزییات بیشتر در فصل‌های آینده بحث خواهد شد.

مصالح عمومی جامعه

قراردادها نباید قانوناً و عرفاً مخالف مصالح عمومی جامعه یا مویذ چیزی باشند که جامعه انجام آن را از نظر اخلاقی درست نمی‌داند. بنابراین، بیمه‌گران ریسک‌هایی را که مخالف مصالح جامعه باشند، بیمه نخواهند کرد. به عنوان مثال، ریسک جریمه شدن افراد به علت انجام یک

جرم جنایی مخالف مصالح جامعه است و قابل بیمه کردن نیست.

پرسش ۲-۱: در مورد ریسک‌های دیگری که مخالف مصالح جامعه هستند فکر کنید.

ریسک‌های همگن

بیمه‌گر با در اختیار داشتن تعداد کافی از ریسک‌های مشابه که در معرض خطر مشابهی قرار دارند، می‌تواند فراوانی و شدت احتمالی خسارت‌ها را پیش‌بینی نماید. این موضوع با استفاده از قانون اعداد بزرگ قابل دستیابی است. این قانون بیان می‌دارد که هرچه حجم داده‌های مبنای فرضیه بیشتر بشوند، پیش‌بینی‌ها دقیق‌تر خواهند شد. این تئوری در بخش‌های بعد با جزئیات بیشتر مورد بررسی قرار خواهد گرفت. در صورت عدم وجود تعداد زیادی از ریسک‌های همگن، این کار دشوارتر می‌شود، زیرا تعیین یک الگو دشوارتر است.

درحالی‌که تصادفی بودن خسارت، وجود نفع بیمه‌پذیر و مخالف مصالح جامعه نبودن پوشش بیمه از الزامات مسلم برای بیمه‌پذیر بودن یک ریسک هستند، وجود ریسک‌های همگن یک شرایط ایده‌آل است. زمانی که بیمه‌گر برای تعیین حق بیمه، نیازمند استفاده از داده‌های گذشته است، همگن بودن ریسک به برآورد بهتر ریسک کمک شایانی می‌نماید.

انواع ریسک‌هایی که قابل بیمه‌شدن نیستند

در مقابل ریسک‌هایی که در بالا گفتیم، ریسک‌هایی وجود دارند که قابل بیمه‌شدن نیستند.

انواع این ریسک‌ها به شرح زیرند:

- ریسک‌های غیرمالی
- ریسک‌های سوداگرانه
- ریسک‌های عام

ریسک‌های غیرمالی

ریسک غیرمالی، ریسکی است که نتیجه آن قابل اندازه‌گیری بر حسب واحدهای پولی نیست و برای برآمد حاصل از آن نمی‌توان ارزشی در نظر گرفت.

به‌عنوان مثال:

- انتخاب خانه جدید: ریسک‌های مرتبط با تصمیم‌گیری در مورد خانه‌ای خاص، به آسانی قابل اندازه‌گیری با واحد پولی نیست. این ریسک‌ها شامل سبک، نحوه زندگی، محل و سلیقه شخصی می‌شود.
- تصمیم‌گیری در مورد مدرسه فرزند: تصمیم‌گیری در این مورد ممکن است شامل عملکرد آموزشی، جایگاه اجتماعی، امکانات ورزشی و فوق برنامه مدرسه باشد. در هر دو مثال ممکن است ضرر مالی وجود داشته باشد، اما نتیجه آن قابل اندازه‌گیری مالی نیست. به همین دلیل، چنین ریسک‌هایی بیمه‌پذیر نیستند.

ریسک‌های سوداگرانه

به این ریسک‌ها اغلب "ریسک کسب و کار" گفته می‌شود، اما ضرورتاً قمار نیستند. ریسک‌های سوداگرانه ممکن است شامل سه نتیجه باشد: خسارت، سود، نه خسارت و نه سود. بیمه‌گران این نوع ریسک‌ها را بیمه نمی‌کنند، زیرا این ریسک‌ها به صورت داوطلبانه تقبل می‌شوند، به امید این که سودی در آن‌ها وجود داشته باشد. اگر بیمه‌گذار بداند که شرکت بیمه هر خسارتی را تحت پوشش قرار خواهد داد، در این صورت، عنصر ریسک کاملاً از بین می‌رود. به عنوان مثال:

- در تدوین استراتژی بازاریابی برای برند جدید، مثلاً یک شیرینی فروشی، ریسک‌های بزرگی وجود دارد. اگر استراتژی شکست بخورد، خسارات بسیار بزرگ خواهند بود، اما یک استراتژی موفق می‌تواند به سودی هنگفت منجر شود. چنین ریسکی قابل بیمه شدن نیست و مالک این کسب و کار باید تمام ریسک ناشی از ضرر یا سود را بپذیرد.

- سرمایه‌گذاری در سهام یک شرکت بورسی ممکن است سود سهام و افزایش ارزش سرمایه خوبی ایجاد کند، اما اگر شرکت ورشکسته شود، ممکن است همه سرمایه‌گذاری از دست برود. ریسک ورشکستگی قابل بیمه شدن نیست.

اما باید توجه داشت که اثرات خالص و خاص یک ریسک سوداگرانه قابل بیمه شدن است. مثال اول را در نظر بگیرید. اگر مالک شیرینی فروشی دستگاه گران‌قیمتی خریده باشد که نوع جدیدی از شکلات را تولید کند، ریسک آسیب دیدن، آتش‌سوزی یا سرقت آن قابل بیمه شدن است، اگرچه این دستگاه در اصل به امید کسب سود، در نتیجه افزایش فروش خریداری شده است.

ریسک‌های عام

ریسک عام، ریسکی است که از حیطه کنترل فرد یا حتی گروهی از افراد خارج و اثرات آن معمولاً فراگیر است. خسارت‌های مرتبط با این نوع ریسک اغلب فاجعه‌آمیز هستند. چنین ریسک‌هایی ممکن است به دلایل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی یا طبیعی ایجاد شوند.

مثال:

- رکود اقتصادی
- جنگ
- زلزله
- قحطی

با این حال، ریسک‌های عام ممکن است نتایج خاصی برای افراد داشته باشد که این نتایج قابل بیمه شدن است. به عنوان مثال، اگرچه بیمه کردن تأثیرات عمومی رکود اقتصادی امکان‌پذیر نیست، اما ایجاد پوشش بیمه‌ای برای پرداخت اقساط وام در اثر بیکار شدن بیمه‌گذار وجود دارد. زلزله در این‌جا به عنوان ریسک عام آمده است، اما باید دقت بیشتری به آن کرد. این ریسک به درستی به عنوان ریسک عام طبقه‌بندی شده است، اما در مکان‌هایی که احتمال وقوع

خسارت بزرگ وجود ندارد یا بسیار اندک است، زلزله قابل بیمه شدن است. به عنوان مثال، در مورد خریدن این پوشش بیمه‌ای در بریتانیا مشکلی وجود ندارد، اما در کالیفرنیا یا ژاپن که در معرض خسارات بالقوه بسیار بزرگتری هستند، خالی از اشکال نیست. همین ملاحظات در مورد خسارت‌های طوفان نیز وجود دارد. خریدن پوشش بیمه‌ای برای طوفان در بخش‌هایی از آمریکا که نزدیک خلیج مکزیک است، دشوار به نظر می‌رسد، اما چنین پوششی در بریتانیا به راحتی در دسترس است.

اجزای ریسک

اجزای ریسک شامل موارد زیر است:

- عدم اطمینان
- سطح ریسک
- خطر و مخاطره

عدم اطمینان

مفهوم عدم اطمینان، شک و تردید در مورد آینده را نشان می‌دهد. این شک و تردید در نتیجه دانش ناقص ماست. عدم اطمینان، مهمترین عنصر مفهوم ریسک است، به این دلیل که اگر همواره می‌دانستیم که قرار است چه اتفاقی بیفتد، در این صورت، عنصری از ریسک وجود نمی‌داشت.

سطح ریسک

دومین ریسک، سطوح متفاوت ریسکی است که وجود دارد. می‌دانیم که احتمال وقوع برخی از وقایع، بیشتر از موارد دیگر است و این موضوع، بر میزان ریسک موجود اثر می‌گذارد. ریسک معمولاً بر حسب فراوانی (در چه فواصل زمانی اتفاق خواهد افتاد؟) و شدت (اگر رخ دهد به چه میزان خسارت خواهد زد؟) ارزیابی می‌شود.

فراوانی

تصور کنید خانه‌ای در کنار رودخانه‌ای قرار دارد که گفته می‌شود مستعد طغیان است. در این وضعیت، ریسک وجود دارد. در مورد نتیجه آینده، شک و تردید داریم، زیرا عدم اطمینان وجود دارد که آیا رودخانه طغیان خواهد کرد یا نه و چه زمانی این اتفاق خواهد افتاد. این واقعیت که رودخانه مستعد طغیان است، احتمال ایجاد خسارتی را افزایش می‌دهد.

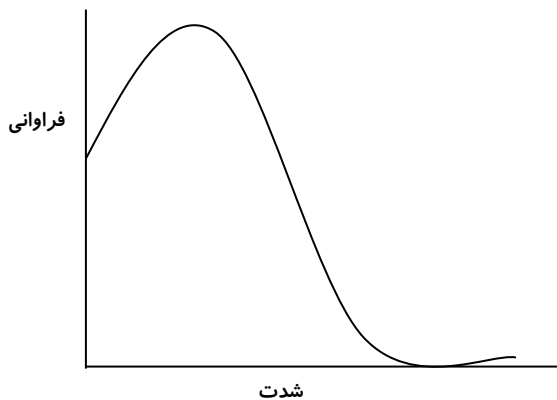
حال، خانه دومی را تصور کنید که ۱۰۰ متر دورتر از ساحل رودخانه و در تپه کوتاهی واقع است. این خانه به دلیل مکانی که قرار دارد، برای وقوع سیل و ایجاد خسارت، ریسک کمتری خواهد داشت.

شدت

اگر مقدار بالقوه خسارت، صدمه یا تخریب را در نظر بگیریم، قضاوتمان در مورد سطح ریسک تغییر خواهد کرد. به عنوان مثال، اگر قیمت خانه اول که نزدیک رودخانه است، ۵۰ میلیون تومان و خانه دوم که کمی دورتر از رودخانه است، ۲۰۰ میلیون تومان باشد، نظر خود را در مورد این که کدام خانه در معرض ریسک بیشتری قرار دارد، با توجه به شدت خسارت بالقوه، اصلاح خواهیم کرد. بنابراین، عوامل مرتبط با فراوانی و شدت (هر دو) را باید در ارزیابی ریسک مد نظر قرار دهیم. ارتباط بین شدت و فراوانی، از ریسکی به ریسک دیگر متفاوت است.

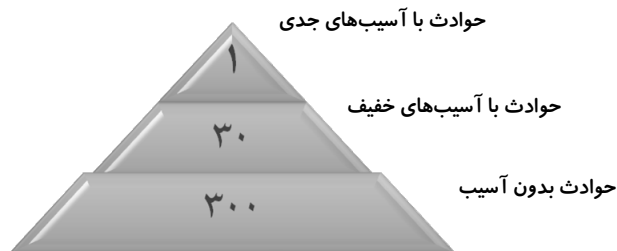
فراوانی بالا و شدت کم

در تعداد زیادی از وضعیت‌های ریسک مختلف، همانطور که شکل ۲-۱ نشان می‌دهد، فراوانی خسارت بالا و شدت آن، کم است. در این حالت، تعداد زیادی خسارت کوچک و تعداد نسبتاً اندکی خسارات بزرگ وجود دارد.



شکل ۲-۱ - خسارت‌هایی با فرآوانی زیاد و شدت کم

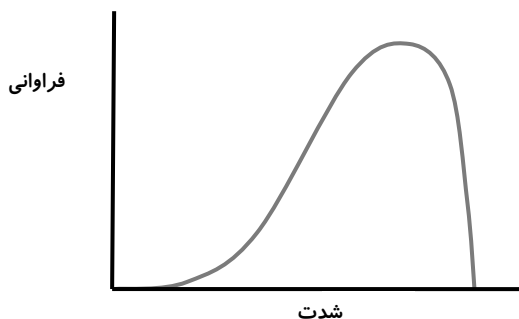
این ارتباط بین فرآوانی زیاد و شدت کم، به خسارت اموال محدود نمی‌شود. در واقع، تحقیقات در مورد وقوع حوادث صنعتی منجر به جراحت نیز موارد مشابهی را نشان می‌دهد. مثلث هاینریش (شکل ۲-۲) نشان می‌دهد که به ازای هر آسیب جدی در محیط کار، ۳۰ آسیب خفیف و ۳۰۰ حادثه بدون آسیب وجود دارد. این مثلث، حاصل بررسی چند هزار حادثه در محل کار و مطالعات مشابهی است که بسیار تکرار شده‌اند و نتایج یکسانی داشته‌اند. این الگو، تعداد بسیار کم خسارات جدی و تعداد بسیار زیاد خسارت خفیف را نشان می‌دهد.



شکل ۲-۲ - مثلث هاینریش

فرآوانی کم و شدت زیاد

در برخی موارد، همان‌طور که شکل ۲-۳ نشان می‌دهد، فرآوانی خسارت کم و شدت آن، بالا است.



شکل ۲-۳- زیان‌های با فراوانی کم و شدت بالا

همان‌طور که در شکل ۲-۳ نشان می‌دهد، تعداد کل چنین رخدادهایی بالا نیست. در این مورد، تعداد کم رخدادها باعث بالا رفتن هزینه‌ها می‌شود. سوانح هواپیمایی مثال خوبی از این نوع ریسک هستند، زیرا هنگامی که حادثه رخ می‌دهد ممکن است هزینه قابل ملاحظه باشد. هر چند پیشرفت فن‌آوری به کاهش فراوانی سوانح کمک کرده است. بنابراین، با بررسی فراوانی و شدت می‌توان نتیجه گرفت که رابطه میان این دو جنبه، معکوس است، یعنی افزایش یکی باعث کاهش دیگری می‌شود و بالعکس.

پرسش ۲-۲: کدام دو ویژگی بر سطح ریسک اثرگذار هستند؟

خطر^۱ و مخاطره^۲

- این ویژگی، آخرین المان ریسک است که به علت خسارت مربوط می‌شود:
- خطر، عاملی است که باعث ایجاد خسارت می‌شود.
 - مخاطره، عاملی است که عملکرد خطر را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

¹ Peril

² Hazard

در ابتدا ممکن است تشخیص این دو مفهوم واضح و روشن نباشد. مثال زیر می‌تواند به درک این موضوع کمک کند.

فرض کنید خانه‌های روستایی در مقابل خطر آتش‌سوزی بیمه شده‌اند. آتش علت اولیه‌ای است که منجر به زیان می‌شود. اما سقف کاهگلی باعث می‌شود که آتش به سرعت گسترش یابد و صدمه بیشتری به خانه وارد شود. بر این اساس، آتش خطر و سقف کاهگلی مخاطره است.

مخاطرات به دو دسته مخاطرات فیزیکی^۱ و اخلاقی^۲ تقسیم می‌شوند. مخاطرات فیزیکی، به ابعاد و ویژگی‌های فیزیکی ریسک مربوط می‌شوند. برای مثال، رعایت استانداردهای برتر ساختمان‌سازی، مخاطره فیزیکی ساختمان در مقابل آتش‌سوزی و ریسک‌های مشابه را کاهش می‌دهد و به مقاومت‌تر شدن ساختمان در مقابل آسیب منجر می‌شود.

مخاطرات اخلاقی، از رفتار و گرایش افراد ناشی می‌شود. در حوزه بیمه، معمولاً رفتار فرد بیمه‌شده مد نظر قرار می‌گیرد. با این حال، رفتار کارکنان شرکت بیمه و افراد جامعه نیز به طور کلی جنبه‌هایی از مخاطرات اخلاقی به شمار می‌روند.

در برخی مواقع، تمایز میان مخاطرات اخلاقی و فیزیکی دشوار است. برای مثال، اتومبیل مسابقه‌گران قیمتی را در نظر بگیرید. اگر شما بیمه‌گر باشید و بخواهید راننده را در مقابل ریسک صدمه به شخص ثالث بیمه کنید، خود اتومبیل مخاطره اخلاقی محسوب نمی‌شود، بلکه رفتار راننده می‌تواند مخاطره اخلاقی باشد.

اساسی بیمه به عنوان سازوکار انتقال ریسک

کارکرد اولیه بیمه، سازوکاری برای انتقال ریسک است. انتقال ریسک، از فرد بیمه‌گذار به فرد دیگر (بیمه‌گر) است. انتقال ریسک به خودی خود از وقوع زیان پیشگیری نمی‌کند، اما امنیت مالی و آرامش خاطر برای بیمه‌گذار ایجاد می‌کند. بسیاری از ریسک‌های مالی نامشخصی که

^۱ Physical Hazard

^۲ Moral Hazard

فرد با آن مواجه است (مثلاً، ریسک آتش‌سوزی منزل مسکونی) به بیمه‌گر انتقال داده می‌شود و به جای آن، هزینه کمتر و مشخص (حق بیمه) جایگزین می‌شود.

از آنجا که بیمه سازوکاری برای انتقال ریسک است، باید نحوه تصمیم‌گیری برای بیمه‌کردن مورد بررسی قرار گیرد. بیمه در برخی مواقع به دلیل اینکه از سوی قانون اجباری است، انجام می‌شود (مثلاً، بیمه شخص ثالث)؛ اما در برخی موارد به دلیل ایجاد آرامش خاطر انجام می‌شود. سازمان‌های تجاری هنگام تصمیم‌گیری برای بیمه کردن غالباً نگرش تحلیلی‌تری دارند. در واقع، بیمه آخرین مرحله از فرایندی است که مدیریت ریسک نامیده می‌شود.

مدیریت ریسک

به منظور تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد ریسک‌هایی که کسب و کار با آن مواجه است، سه مرحله اصلی در فرایند مدیریت ریسک وجود دارد: شناسایی، ارزیابی و کنترل (شامل امکان انتقال ریسک)

شناسایی ریسک

روش‌های شناسایی ریسک عبارتند از:

- بازدید دقیق مکان، اموال و فرایندها
- جلسات بحث
- ارزیابی سوابق اطلاعات سوانح
- ارزیابی حساب‌ها
- توجه به مخاطرات بهداشتی و ایمنی

ارزیابی ریسک

پس از شناسایی ریسک، اطلاعات آن باید در قالب شدت و فراوانی، ارزیابی شوند. موارد زیر می‌توانند بخشی از این فرایند باشند:

- ارزشیابی تأثیری که زیان‌های بالقوه می‌تواند بر بیمه‌گذار یا کسب و کار وی داشته باشند.
- بازنگری تأثیر زیان‌های قبلی بر بیمه‌شده
- ارزشیابی توانایی مواجهه بیمه‌شده با زیان‌های جدی

کنترل ریسک

کنترل ریسک، به کنترل فیزیکی ریسک و کنترل مالی ریسک تقسیم می‌شود.

کنترل مالی ریسک	کنترل فیزیکی ریسک
سازوکارهای مالی که می‌توان برای کنترل ریسک در نظر گرفت به طبقات زیر تقسیم می‌شوند:	در این نوع کنترل، مراحل فیزیکی که می‌توان برای کنترل ریسک در نظر گرفت، مورد توجه قرار می‌گیرند. کنترل فیزیکی ریسک به صورت زیر است:
نگهداری ریسک: در قالب خودبیمه‌گری، پوشش‌های اولین خسارت، فرانشیز و مازادها	کنترل قبل از زیان: حداقل کردن یا پیشگیری از امکان رخداد ریسک
انتقال ریسک: با انتقال ریسک به شخص ثالث یا خرید بیمه	کنترل پس از زیان: حداقل کردن اثر زیان بعد از وقوع رخداد
حذف ریسک: این نوع کنترل، آخرین روشی است که انجام می‌شود، اما معمولاً عملی نیست. مثلاً، کارخانه‌دار نمی‌تواند فرایندهای بالقوه ریسک دار را که جزء فرایندهای اصلی تولید محصول نهایی سودآور است، رها نماید.	

تسهیم ریسک‌ها

اصل اولیه بیمه این است که زیان تعداد اندکی از افراد، با تعداد افراد بیشتری به اشتراک گذاشته می‌شود. هر شرکت بیمه، مبلغ نسبتاً اندکی از افرادی دریافت می‌کند که تمایل به حمایت در مقابل خطرات مشابه تمایل دارند. بیمه‌گر، خودش به عنوان یک صندوق مشترک^۱

^۱ Common pool

عمل می‌کند. در واقع، بیمه‌گران به عنوان صندوق، برای هر یک از طبقات مختلف بیمه، صندوق‌های مجزا تشکیل می‌دهند.

از بیمه‌گذاران هر صندوق، سهم‌المشارکه‌ای در قالب حق بیمه، دریافت و وارد صندوق می‌شود و خسارت تعداد اندکی از این افراد، از محل همین حق بیمه‌ها پرداخت می‌شود. این سهم‌المشارکه یا حق بیمه‌ها باید به اندازه‌ای باشند که در مجموع، خسارت‌های یک سال را پوشش دهند و هزینه‌های عملیاتی اداره صندوق و سود بیمه‌گر را نیز تامین کنند. بیمه‌گر تلاش می‌کند تا اطمینان یابد که حق بیمه پرداختی بیمه‌گذار، به نسبت ریسکی که به اشتراک گذاشته می‌شود، منصفانه است.

قانون اعداد بزرگ

بیمه‌گران در اداره صندوق مشترک ریسک، از قانون اعداد بزرگ استفاده می‌کنند. بر اساس این قانون، اگر تعداد زیادی موقعیت‌های مشابه وجود داشته باشند، تعداد واقعی وقوع رخدادها، به سمت تعداد مورد انتظار (میانگین) می‌رود.

بیمه‌گر با به کارگیری اصل قانون اعداد بزرگ، می‌تواند هزینه نهایی خسارت‌ها را در یک سال با سطح اطمینان قابل قبولی پیش‌بینی کند. زیرا بیمه‌گران هر پوشش را برای تعداد زیادی از ریسک‌های مشابه ارائه می‌کنند و تعداد نهایی رخدادهای زیان واقعی (خسارات)، به تعداد مورد انتظار بسیار نزدیک خواهد بود. این بدان معناست که بیمه‌گر می‌تواند زیان‌های احتمالی را محاسبه کند و بر این اساس، حق بیمه ثابتی را تعیین کند که هزینه‌های یک سال بیمه شدن است (صرفنظر از تعداد یا اندازه زیان هر فرد).

با این حال، فشار، رقابت و الزامات کسب و کار برای رشد یا حفظ سهم بازار ممکن است بر سطح حق بیمه، به نفع یا ضرر بیمه‌گذار، اثر بگذارد.

حق بیمه‌های منصفانه

برای اینکه سیستم اشتراک‌گذاری یا تسهیم ریسک موفق عمل کند، باید برای هر یک از گروه‌های

اصلی ریسک، صندوق مجزایی تشکیل شود. مثلاً یک صندوق برای بیمه اتومبیل و صندوق دیگری برای آتش‌سوزی منازل مسکونی تشکیل می‌شود. هر فردی که تمایل دارد به صندوق ملحق شود، باید خود را برای مشارکت منصفانه در صندوق آماده کند.

پرسش ۲-۳: چه اصلی در پشت ایجاد صندوق مشترک وجود دارد؟

خود بیمه‌گری، بیمه مشترک، بیمه مضاعف، بیمه اتکایی

در ادامه، انواع دیگر بیمه و همچنین، بیمه اتکایی را بررسی می‌کنیم.

خود بیمه‌گری

اصطلاح خودبیمه‌گری به این معناست که فرد یا شرکت تصمیم می‌گیرد برای انتقال ریسک خود از بیمه استفاده نکند و در عوض، خودش ریسک را بر عهده گیرد. به همین منظور، مبلغی را برای پرداخت زیان‌ها کنار می‌گذارد. مثلاً، مغازه‌داری ممکن است به این نتیجه رسیده باشد که قادر است ریسک سرقت جزئی، از قفسه‌های مغازه خود را بر عهده گیرد و بر این اساس، ماهانه مبلغی را برای تامین مالی این رویداد احتمالی کنار می‌گذارد.

این اصطلاح، هنگامی که در بیمه‌نامه به فرانشیز یا مازاد اشاره می‌شود نیز به کار می‌رود. مثلاً، بیمه‌گذار برای ۱۰۰ هزار تومان اول خسارت، خودبیمه‌گر است. این مفهوم، به معنای نداشتن بیمه نیست. مفهوم خودبیمه‌گری، برای ریسک‌های با فراوانی بالا و شدت کم مناسب است (هنگامی که هزینه خرید بیمه، بیشتر از تامین مالی زیان‌های اندک متوالی باشد).

افراد و شرکت‌ها می‌توانند مبالغ لازم برای جبران چنین خساراتی را محاسبه کنند و آن را به قیمت فروش کالاها و خدمات خود بیافزایند.

بیمه مشترک

اگر بیمه‌گران مایل به برعهده گرفتن تمام ریسک‌هایی که با آن مواجه می‌شوند نباشند، در این

صورت بیمه مشترک فعالیتی معمول برای بیمه‌گران است. در بیمه مشترک، چند بیمه‌گر می‌توانند در یک ریسک مشارکت داشته باشند، طوری که هر یک سهم مشخصی از ریسک را بر عهده می‌گیرند و سهم مشخصی از حق بیمه را نیز دریافت می‌کنند و مسئول جبران خسارتی هستند که ریسک آن را بر عهده گرفته‌اند.

در عمل، غالباً یک بیمه‌گر عملیات بیمه مشترک را مدیریت می‌کند. این بیمه‌گر معمولاً بیشترین سهم را از پوشش دارد و راهبر نامیده می‌شود. راهبر حق بیمه‌ها را جمع‌آوری و توزیع می‌کند، بیمه‌نامه را صادر می‌کند و تمام خسارت‌هایی را که پایین‌تر از سقف معین هستند، به نمایندگی از تمام بیمه‌گران مشترک، پرداخت می‌کند. هر گاه خسارت‌ها از سطح معینی بیش‌تر باشد، هر بیمه‌گر مشترک سهم خود را از خسارت به طور جداگانه، از طریق راهبر، به بیمه‌گذار پرداخت می‌کند.

حق بیمه و خسارت سایر بیمه‌گران، به نسبت سهم آن‌ها در پوشش، جمع‌آوری و توزیع خواهد شد.

در بیمه مشترک، بیمه‌گذار به نسبت سهم هر بیمه‌گر از ریسک، با او ارتباط مستقیم دارد.

طریز کار:

تولید کننده بزرگ مواد شیمیایی قصد دارد واحد تحقیق و توسعه خود را به مبلغ ۲۵۰ میلیون دلار بیمه کند. هیچ یک از بیمه‌گران تمایل به پوشش کل ریسک را ندارند، بنابراین ده بیمه‌گر، تصمیم می‌گیرند هر کدام، یک دهم این ریسک را (۲۵ میلیون دلار) پوشش دهند. توجه شود که نیازی نیست سهم بیمه‌گران به طور مساوی تعیین شود. حتی برخی از بیمه‌گران ممکن است تصمیم بگیرند که بیمه اتکایی کنند.

اصطلاح بیمه مشترک را می‌توان به نحوی تعمیم داد که شامل شرایطی شود که مازاد یا فرانشیز بیمه‌نامه، مبلغ ثابتی نباشد و به صورت درصد بیان شود. مثلاً در بیمه‌نامه‌ای ممکن است بیمه‌شده مسئول ۱۰٪ کل خساراتی باشد که به وقوع می‌پیوندد.

بیمه مضاعف

این اصطلاح اساساً هنگامی استفاده می‌شود که دو یا چند بیمه‌نامه، برای ریسک واحدی صادر شده باشند. این وضعیت معمولاً هنگامی رخ می‌دهد که پوشش یک بسته بیمه‌ای، با پوشش‌های بیمه‌نامه‌ای که به منظور تامین خسارت‌های خاص خریداری شده است، همپوشانی داشته باشد. مثلاً، بیمه‌نامه مسافرتی، شامل پوشش حوادث انفرادی باشد که در بیمه‌نامه حوادث گروهی خریداری شده باشد و از طرف دیگر توسط کارفرمای فرد موردنظر نیز پوشش داده شده است.

بیمه اتکایی

بیمه اتکایی، تعمیم مفهوم اولیه بیمه در تسهیم و اشتراک‌گذاری ریسک است. بیمه اتکایی سازوکار دیگری برای انتقال ریسک است که در آن، بیمه‌گر دوباره ریسک موردنظر را بیمه می‌کند. بیمه‌گر اتکایی، به پشتیبانی از بیمه‌گر اولیه، صندوق مشترک را در مقابل مخاطرات پوشش می‌دهد و تضمین می‌کند که در ازای پذیرش ریسک سود مطلوبی حاصل می‌شود. دو حالت وجود دارد که بیمه‌گران نگران صندوق مشترک خود باشند. حالت اول، امکان وقوع یک حادثه واحد است که باعث ایجاد خسارت بسیار گسترده می‌شود (کارخانه بزرگ با ارزش بالا) و حالت دیگر، امکان وقوع خسارت‌های زیاد در یک ناحیه (مثلاً سیل) یا ناشی از یک رخداد (مثلاً مسمومیت غذایی) می‌شود. بر این اساس، برخی از سازوکارهای بیمه اتکایی، با ریسک خاص و برخی دیگر، با رخدادهای احتمالی خاص ارتباط دارند.

بعداً می‌گوییم که در قرارداد بیمه باید نفع بیمه‌پذیر وجود داشته باشد. بیمه‌گران در ریسک‌هایی که پوشش می‌دهند، نفع بیمه‌پذیر دارند، زیرا باید زیان مالی احتمالی را در صورت وقوع، جبران کنند. بنابراین، می‌توانند ریسک را در قالب بیمه اتکایی، انتقال دهند.

هر قرارداد اتکایی، میان بیمه‌گر و بیمه‌گر اتکایی است و از نظر قانونی، ارتباط مستقیم میان بیمه‌گذار و بیمه‌گر اتکایی وجود ندارد. بیمه‌گر حتی اگر بیمه‌گر اتکایی قادر به پرداخت تعهدات

مالی خود به بیمه‌گر نباشد، کاملاً به کل ریسک بیمه‌شده متعهد است. بیمه‌گر، به طور جداگانه خسارت‌های پرداختی به بیمه‌گذار را از بیمه‌گر اتکایی باز یافت می‌کند. بیمه‌گذار معمولاً از وجود سازوکار بیمه اتکایی توسط بیمه‌گر آگاهی نمی‌یابد.

مزیت‌های بیمه

بیمه، مزایای زیادی برای بیمه‌گذاران و جامعه دارد. همان‌طور که ذکر شد، بیمه باعث آرامش خاطر می‌شود و ریسک زیان مالی را انتقال می‌دهد. برخی از دیگر مزایای بیمه عبارتند از:

- بهبود جریان نقدی و برنامه‌ریزی مالی، زیرا با وجود بیمه دیگر لازم نیست پول به عنوان ذخیره زیان‌های بالقوه نگهداری شود.
- کسب و کار مورد تشویق قرار می‌گیرد، زیرا بیمه باعث تسهیل ورود به کسب و کارهای جدید و سرمایه‌گذاری و توسعه کسب و کارهای موجود می‌شود.
- کنترل زیان بهبود می‌یابد. بیمه‌گران نه تنها مایل به کاهش شدت و فراوانی زیان‌ها برای سودآوری خود هستند، بلکه به دنبال سهیم شدن در کاهش هدر رفت منابع اقتصادی ناشی از خسارت‌ها نیز هستند. همچنین، بیمه‌گذار وقفه کمتری را در کسب و کار خود متحمل می‌شود و مشکلاتی که در نتیجه زیان به وجود می‌آیند، به حداقل می‌رسند یا اساساً رخ نمی‌دهند.
- حق بیمه‌ها را می‌توان سرمایه‌گذاری کرد و از این محل بازده کسب کرد. مبالغ حق بیمه، تا زمانی که خسارت پرداخت شود، نزد بیمه‌گر نگهداری می‌شوند.
- بیمه یکی از سودآورترین کالاهای صادراتی کشور انگلستان است که صادرات نامشهود نامیده می‌شود، زیرا محصول مشهودی در آن وجود ندارد. بسیاری از بیمه‌گران خارجی، با شرکت‌های بیمه انگلستان در ارتباط هستند. این مسئله باعث

- کسب پول برای انگلستان می‌شود و به بهبود وضعیت تراز پرداخت‌های بین‌المللی^۱ کمک می‌کند. تراز پرداخت‌های بین‌المللی نوعی حسابداری ملی است که تمام مبادلات پولی سالانه میان انگلستان و سراسر جهان را ثبت می‌کند.
- بیمه، مزیت‌های اجتماعی بسیاری، مانند تشویق فعالیت‌های تجاری و کمک به اشتغال افراد، به همراه دارد.

¹ Balance of payments

۳

مقدمه‌ای بر اصول بیمه

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این بخش باید بتوانید:

- رابطه نماینده بیمه‌گر و بیمه‌گذار و وظایف نماینده را شرح دهید.
- اصل حداعلا‌ی حسن‌نیت را تشریح نمایید.
- اصل نفع بیمه‌پذیر را تعریف نمایید.
- منظور از علت نزدیک را بیان نمایید
- اصل جانشینی را شرح دهید.
- بیمه اتکایی و انواع آن را توضیح دهید.
- قاعده نسبی سرمایه را به کار برید.

اصطلاحات کلیدی

این بخش، توضیحاتی در مورد مفاد و مفاهیم زیر ارائه می‌دهد:

قرارداد معتبر	پیشنهاد و پذیرش	نمایندگی	نمایندگی مورد توافق
نمایندگی در مواقع لزوم	نمایندگی در صورت تصدیق	نفع بیمه‌ای	حداعلا‌ی حسن نیت
نقش افشا	اظهارات واقعی درباره مورد بیمه	جبران غرامت	بازسازی
بیمه‌نامه‌های ارزش توافقی	بیمه‌نامه‌های جایگزینی با نو	بیمه‌نامه اولین خسارت	علت نزدیک
مشارکت	اصل جانشینی	قاعده نسبی	

الزامات یک قرارداد معتبر

در این بخش، به بررسی الزامات یک قرارداد معتبر بیمه‌ای خواهیم پرداخت که شامل پیشنهاد، پذیرش و عوض معامله^۱ می‌شود.

قانون قرارداد

قرارداد، ارتباط قانونی میان دو طرف است که یکی از آن‌ها موافقت می‌کند که در مقابل انجام اقدام خاصی از سوی طرف مقابل، عمل مشخصی انجام دهد.

قرارداد بیمه، توافقی است میان بیمه‌گر و بیمه‌گذار که از نظر قانونی لازم‌الاجرا است. بیمه‌گذار توافق می‌کند که تا حق بیمه‌ای را به بیمه‌گر پرداخت کند و بیمه‌گر توافق می‌کند در صورت وقوع حادثه‌ای مشخص، مبلغی به بیمه‌گذار پرداخت کند.

این توافق، باید شرایطی داشته باشد که باعث اعتبار قرارداد شود. مهمترین این شرایط عبارتند از: پیشنهاد، پذیرش و عوض معامله

پیشنهاد و پذیرش

قرارداد زمانی به وجود می‌آید که یکی از طرفین پیشنهاد می‌دهد و طرف دیگر، این پیشنهاد را بدون شرط می‌پذیرد.

پذیرش بدون شرط

برای اینکه پذیرش موثر شود، باید در مورد توافق نهایی و بی قید و شرطی باشد که پیشنهاد می‌شود.

اگر مفاد جدیدی مطرح شود، پذیرش یادشده به پیشنهادی جدید^۲ مبدل می‌شود که پذیرش یا رد آن توسط کسی که پیشنهاد اولیه را ارائه داده است، آزاد است. توافق تنها زمانی اتفاق

¹ Consideration

² Counter offer

می‌افتد که در مورد پذیرش قرارداد، اتفاق آرا^۱ وجود داشته باشد.

پذیرش مشروط

قرارداد در صورت پذیرش مشروط، زمانی منعقد می‌شود که پیشنهاد، بدون شرط جدیدی پذیرفته شده باشد.

پذیرش از طریق پست

قرارداد از نظر قانونی زمانی منعقد می‌شود که پیشنهاد کننده، پذیرش طرف مقابل را دریافت کند. با این حال، اگر روش ارتباطی مورد توافق طرفین، پُست باشد، پذیرش زمانی کامل می‌شود که نامه پذیرش، پست شده باشد.

طبق این قانون، حتی اگر نامه پذیرش با تاخیر تحویل شود یا طی مراحل ارسال گم شود یا از بین رود و هیچ‌گاه به دست پیشنهاد دهنده نرسد، باز هم قرارداد لازم الاجراست.

عوض معامله

قرارداد برای معتبر بودن، باید عوض معامله داشته باشد.

عوض معامله می‌تواند به عنوان سهم هر یک از طرفین قرارداد تعریف شود. پرداخت پول یکی از انواع متداول عوض معامله است، اما تنها نوع آن نیست. در بیمه‌نامه، عوض معامله بیمه‌گذار، حق بیمه است.

نمایندگی

همه قراردادها به طور مستقیم توسط طرفین آن مورد مذاکره قرار نمی‌گیرند. اغلب، واسطه‌ای وجود دارد. این امر در مورد بیمه نیز مصداق دارد. حضور واسطه در قرارداد، شکل قانونی دارد و

¹ Mind meeting

واسطه از نظر قانونی، به نماینده^۱ تبدیل می‌شود و از جانب کار فرما عمل می‌کند. نماینده توسط کارفرما مجاز می‌شود تا او را با شخص ثالث، وارد رابطه قراردادی کند.

رابطه نماینده و کارفرما

توجه کنید که برخی واسطه‌ها (مانند کارگزاران) مشاوران مستقلی هستند که وضعیت قانونی آن‌ها به این دلیل ماهیتی پیچیده دارند که برخی کارها را به نفع مشتری خود و برخی دیگر را به نفع بیمه‌گر انجام می‌دهند. مسئولیت اقداماتی که نماینده‌های شرکت‌های بیمه انجام می‌دهند، عمدتاً بر عهده بیمه‌گری است که به نمایندگی از او کار می‌کنند.

واسطه مستقل زمانی نماینده بیمه‌گذار شناخته می‌شود که:

- در مورد انعقاد قرارداد بیمه یا خرید پوشش بیمه‌ای، توصیه‌هایی ارائه دهد.
 - در مورد چگونگی ادعای خسارت توصیه‌هایی ارائه دهد.
- واسطه مستقل زمانی نماینده بیمه‌گر شناخته می‌شود که:
- بیمه‌گر، او را مجاز بداند که برگ‌های پیشنهاد را از طرف شرکت بیمه دریافت و بررسی کند و پوشش بیمه را تایید کند.
 - ریسک‌ها را به نمایندگی از بیمه‌گر بازدید کند.
 - اجازه داشته باشد حق بیمه را دریافت کند.

¹ Agent

وظایف نماینده

نماینده در قبال کار فرمای خود وظایف زیر را بر عهده دارد:

متابعت ^۱	نماینده باید از مفاد توافق نامه کاملاً تبعیت کند.
عملکرد	اصولاً، نماینده باید شخصاً به تکالیف مورد توافق در قرارداد نمایندگی، عمل کند.
شخصی ^۲	عدم انجام این تکالیف، حتی اگر مشخص شود نماینده از خدمات شخص ثالثی برای این هدف استفاده می‌کند، قابل قبول نیست.
مراقبت و مهارت ^۳ لازم	سطح مراقبت و مهارت مورد انتظار، به جایگاه واسطه بستگی دارد. واسطه‌های مستقل که به نفع مشتری خود عمل می‌کنند، نسبت به نماینده غیر مستقل، وظیفه سنگین‌تری بر عهده دارند.
حسن نیت ^۴	نماینده باید همواره با حسن نیت عمل کند. یعنی نباید فریبکاری تعمدی داشته باشد یا وضعیت گمراه کننده‌ای ایجاد کند. در مذاکرات پوشش‌های بیمه‌ای، توجه به این موضوع بسیار ضروری است. همانگونه که در ادامه این فصل خواهیم دید، در بیمه به این موضوع 'حداعلای حسن نیت' گفته می‌شود.
نگهداری سوابق مالی ^۵	نماینده باید برای نگهداری میزان پول و مبادلات مالی، بایگانی مناسبی داشته باشد.

وظایف کارفرما

کار فرما در قبال نماینده خود، وظایف زیر را دارد:

جبران خدمت؟ در معاملات بیمه‌ای، حق الزحمه معمولاً به صورت کارمزد و درصدی از حق بیمه است.

¹ Obedience

² Personal performance

³ Due care and skill

⁴ Good faith

⁵ Accountability

⁶ Remuneration

جبران غرامت: پرداخت هزینه‌ها و خسارت‌هایی که نماینده از طرف کار فرما به بیمه‌گذار پرداخت کرده است.

اصل حداعلای حسن نیت

در بررسی وظایف نماینده گفتیم که نماینده باید حسن نیت داشته باشد. در واقع، طرفین باید حسن نیت داشته باشند و بدون وجود حسن نیت، انعقاد و اجرای قرارداد بیمه به عنوان سازوکار انتقال ریسک، غیرممکن است.

در بسیاری از قراردادها برای خرید کالاهای ملموس، هر یک از طرفین می‌تواند کالا را آزمایش کند. در چنین مواردی، تا جایی که یکی از طرفین، دیگری را گمراه نکند و کلیه سوال‌های وی را با صداقت پاسخ دهد، دلیلی برای طرف مقابل باقی نمی‌ماند که بخواهد قرارداد را فسخ کند. در این موارد، لزومی ندارد که سوال‌های پرسیده نشده، پاسخ داده شود. مثلاً، در مورد خرید یک iPod، می‌توان آن را کنترل کرد. دستگاه را روشن کرده و از کارکرد مناسب آن اطمینان حاصل کرد. خرید و فروش کالاها و خدمات تابع این قانون است که "اجازه بده خریدار خودش آگاه شود". یعنی، فروشنده مسئولیتی در قبال کالاهایی که می‌فروشد ندارد، اما خریدار می‌تواند قبل از خرید کالا، هرگونه تحقیق و آزمایشی در مورد آن انجام دهد.

طبیعی است که درمورد بیمه نمی‌توان بدین شکل عمل کرد. می‌توانیم بیمه‌نامه را مطالعه کنیم، اما تنها زمانی می‌توانیم به نحوه عملکرد آن پی ببریم که خسارتی واقع شود.

در قرارداد بیمه، چیزی برای لمس کردن یا دیدن وجود ندارد. به همین دلیل، بیمه‌گر در مورد پاسخ به سوالات بسیاری که از پیشنهاد دهنده می‌پرسد، به او اعتماد می‌کند. این سوال‌ها و پاسخ آن‌ها، به بیمه‌گر کمک می‌کند که در مورد پذیرش ریسک و شرایط پذیرش تصمیم بگیرد. نتیجه دعوی Brownlie v. Campbell (1880) نشان داد که عدم افشای تعمدی حقایق مهم در قرارداد بیمه، مجاز نیست. به دلیل ماهیت خاص قراردادهای بیمه، مسئولیت‌پذیری بیشتری در مورد رعایت حسن نیت نیاز است؛ به همین دلیل، این موضوع در

بیمه، به‌عنوان "حد اعلاای حسن نیت" شناخته می‌شود.

تعریف حد اعلاای حسن نیت

حداعلاای حسن نیت را بدین گونه تعریف می‌کنیم:

وظیفه افشای دقیق و کامل تمام حقایق مهم در مورد ریسکی که پیشنهاد می‌شود، چه این حقایق پرسیده شده باشند یا نشده باشند.

یعنی طرفین قرارداد باید قبل از انعقاد قرارداد، کلیه اطلاعات مهم در مورد آن را در اختیار یکدیگر قرار دهند.

رعایت این اصل در طول مذاکرات قرارداد، به طور یکسان برای هر دو طرف، پیشنهاد دهنده و بیمه‌گر الزامی است. اما قانون، پیشنهاد دهنده را منبع اصلی ارائه اطلاعات مهم در مورد قرارداد می‌داند. زیرا بیمه‌گر بدون داشتن اطلاعات مورد نیاز، قادر به شناسایی و ارزیابی ریسک نیست و مخفی کردن اطلاعات می‌تواند باعث گمراهی بیمه‌گر شود.

عدول از وظایف مرتبط با حد اعلاای حسن نیت ممکن است به صورت زیر اتفاق بیافتد:

- عدم افشا یا غفلت در ارائه حقایق مهم، سهوی باشد یا به دلیل اینکه پیشنهاد دهنده آن را مهم نمی‌دانسته است.
- پنهانکاری در خصوص حقایق مهم:
- ظاهر سازی با هدف فریب یا اظهاراتی که عمداً به منظور فریب بیمه‌گر انجام می‌شود.
- ظاهر سازی بدون قصد فریب یا اظهارات غیر صحیحی که باور بر صحت آن‌ها است.

وظیفه افشا

در هر مذاکره بیمه‌ای، باید حقایق مهم بدون قید و شرط افشا شود. این مساله به‌طور خاص در مرحله ایجاب و قبل از اینکه قراردادی به‌وجود آید، بسیار مهم است. وظیفه افشا در هر تاریخی

که قرارداد تجدید می‌شود، دوباره تکرار خواهد شد.

وظیفه بیمه‌گذار در افشا

از آنجایی که در بسیاری از موارد، فقط پیشنهاد دهنده شرایط کامل مورد بیمه را می‌داند، پس بسیار مهم است که بیمه‌گذار تمام حقایق مهم مربوط به قرارداد را افشا کند. اولین موردی که وظیفه افشا را در بیمه بنیان نهاد، دعوی (1766) *Carter v. Boehm* بود. همچنین، بیمه‌گذار باید در طول دوره قرارداد بیمه، در قبال بیمه‌گر حسن نیت نیز داشته باشد. البته، ذکر این نکته ضروری است که بیمه‌گر نمی‌تواند به دلیل اشتباه بیمه‌گذار در ارائه اطلاعات غیر مهم، از پرداخت خسارت او اجتناب کند. موردی را در نظر بگیرید که پیشنهاد دهنده‌ای برای بیمه منزل شخصی، سن خود را به اشتباه ۲۷ سال اعلام کرده است، در حالی که ۲۸ سال دارد. این اشتباه، دلیلی بر عدم پوشش دادن فرد نیست و هیچ بیمه‌گری به دلیل این نکته‌ای سعی در عدم پذیرش خسارت نخواهد داشت.

وظیفه بیمه‌گر در افشا

بیمه‌گر نیز به همین ترتیب، در قبال بیمه‌گذار وظیفه افشا دارد. بیمه‌گر نیز به منظور بر آورده کردن این وظیفه باید کمال حسن نیت را داشته باشد. مثلاً، به بیمه‌گذار اطمینان بدهد که آنچه در طول مذاکره قرارداد رخ می‌دهد، درست است. فریب بیمه‌گذار در مورد پوشش بیمه‌نامه، نمونه‌ای از نقص حد اعلا حسن نیت از سوی بیمه‌گر است.

پرسش ۳-ا: در قرارداد بیمه، اصل حسن نیت در قبال چه کسانی به کار گرفته می‌شود؟

قوانین بین‌المللی در مورد افشا

در قوانین بین‌المللی مواردی وجود دارد که بیمه‌گر چنانچه سندی برای فریبکاری بیمه‌گذار نداشته باشد، نمی‌تواند بی‌دلیل درخواست خسارت بیمه‌گذار را رد کند.

در ادامه به این موارد اشاره می‌شود:

۱- عدم افشای وقایع مهم در مورد ریسک‌هایی که منطقاً از بیمه‌گذار انتظار نمی‌رود آن را افشا کند.

۲- ارائه غیر عمد اطلاعات نادرست در مورد ریسک

۳- عدول از شرایطی که ارتباطی به خسارت نداشته‌اند.

در همین رابطه و برای جلوگیری از وقوع چنین مواردی، در بازار انگلستان راهنمایی برای مشاوره مشتری وجود دارد که در آن، به روش‌های کسب اطمینان از اینکه مشتری می‌داند چه اطلاعاتی را باید افشا کند، به شرح زیر اشاره شده است:

۱- وظیفه بیمه‌گذار در افشای همه حقایق مهم در مورد بیمه‌نامه؛ شامل آنچه که باید افشا

شود و عواقب هرگونه کوتاهی در عدم افشای چنین مواردی، برای او تشریح شود.

۲- در مورد اینکه سوالات روشنی در مورد حقایق مهم از مشتری پرسیده شده است، اطمینان حاصل شود.

این راهنما هم برای مشتریان حقیقی و هم برای مشتریان حقوقی به کار می‌رود.

بنابراین، در جایی که غیر منطقی است از پیشنهاد دهنده انتظار داشته باشیم که واقعیتی را افشا کند یا در مواقعی که اطلاعاتی غیر عمدی به غلط افشا می‌شود؛ بیمه‌گر طبیعتاً نباید ادعای خسارت را رد کند. در نتیجه، بیمه‌گران نیازمندند که پیشنهاد دهندگان تا جایی که می‌توانند به سوالات پاسخ دهند. در مواردی که وظیفه رعایت حسن نیت توسط بیمه‌گذار نقض می‌شود (به جز موارد استثنای فوق)، بیمه‌گر طبیعتاً حق دارد که از ایفای مسئولیت‌های خود تحت بیمه‌نامه سر باز زند.

حقایق مهم^۱

تعریف اولیه حقایق مهم، در دعوی (1880) Rivaz v. Gerussi مطرح شد. با این حال، در

¹ Material facts

این‌جا از تعریف قانونی که در قانون بیمه دریایی ۱۹۰۶ انگلستان وجود دارد، استفاده می‌کنیم. البته، این قانون در بیمه‌های دیگر نیز کاربرد دارد:

"هر شرایطی که بر قضاوت یک بیمه‌گر محتاط در مورد تعیین حق بیمه و یا تعیین چگونگی پذیرش ریسک تاثیر بگذارد، یک حقیقت مهم است."

طبق قوانین بین‌المللی، چنانچه پیشنهاد دهنده در مورد اهمیت هر واقعیتی دچار شک شود، باید آن را بدون توجه به اینکه آیا سوال خاصی در برگیرنده پیشنهاد وجود دارد یا نه، افشا کند. ضرورت این مساله بدین دلیل است که فقط پیشنهاد دهنده از تمام واقعیت‌های مهم مربوط به ریسک آگاه است و این واقعیت‌ها باید هنگام بررسی ریسک، به بیمه‌گر ارائه شوند. دادگاه، اهمیت واقعیت را با نگرش به آن از منظر بیمه‌گر محتاط، بررسی می‌کند. به نظر بیمه‌گذار یا یک بیمه‌گر خاص، توجهی نمی‌شود. هر واقعیتی که ریسک را از حد عادی بزرگ‌تر کند، به‌وضوح مهم است.

واقعیت‌هایی که نیازی به افشا ندارند، در ادامه بیان شده‌اند:

- واقعیت‌های قانونی: انتظار می‌رود که همگان آنچه را که قانون بیان می‌کند، بدانند.
- واقعیت‌های دانش عمومی^۱: مثلاً، اینکه یک ناحیه در منطقه جنگی واقع شده است.
- واقعیت‌هایی که خطر را کاهش می‌دهند: مانند وجود دزدگیر و مجهز بودن به تجهیزات اطفاء حریق.
- واقعیت‌ها در جایی که بیمه‌گر در مورد آن‌ها بی‌تفاوت ظاهر شده است یا اطلاعات را نادیده گرفته است: نادیده گرفتن اطلاعات به معنای این است که آن‌ها را بی‌اهمیت بدانیم. این حالت، زمانی پیش می‌آید که در برگیرنده پیشنهاد، به سوال یا سوالاتی پاسخ نداده باشیم و بیمه‌گر نیز پیگیر پاسخ‌ها نباشد.
- واقعیت‌هایی که بیمه‌گر در پرتو موارد افشا شده، استنباط می‌کند.

¹ Public knowledge

- واقعیت‌های قابل کشف در جایی که اطلاعات کافی به منظور انجام استعلام، به بیمه‌گر ارائه شده است.
- واقعیت‌هایی که پیشنهاد دهنده نیز از آن‌ها آگاه نیست.
- واقعیت‌هایی که از طریق مفاد بیمه‌نامه، پوشش داده شده‌اند: به ریسک‌هایی مربوط می‌شوند که توسط بیمه‌نامه، مستثنی شده‌اند.
- واقعیت‌های در مورد محکومیت‌های سپری شده^۱ تحت قانون اصلاح افراد خاطی (۱۹۷۴): پس از گذشت دوره‌های زمانی متفاوت، فرد خاطی دیگر نیازی به افشای محکومیت‌هایی که دوره آن‌ها تمام شده است، ندارد.

انواع حقایق مهم

بیشتر سوال‌ها در برگه پیشنهاد، در مورد حقایق مهمی است که بیشتر به ریسک‌های فیزیکی مربوط می‌شوند.

مانند مثال‌های زیر:

- در بیمه خودرو: سن و نوع خودرو، سن راننده، تصادف‌ها و محکومیت‌های پیشین؛
 - در بیمه سرقت: ماهیت کالا، ارزش آن و ماهیت اقدامات امنیتی پیشگیرانه؛
 - در بیمه حوادث شخصی: نقص‌های بدنی و شغل فرد؛
- برخی سوال‌ها، به ریسک‌های اخلاقی مربوط می‌شوند. مانند مثال‌های زیر:
- سابقه بیمه: عدم پذیرش (امتناع) بیمه شدن بیمه‌گذار توسط بیمه‌گران دیگر در گذشته، سوابق خسارت بیمه‌گذار
 - سابقه فردی: محکومیت‌های جنایی و درگیری در حوادث قابل اجتناب

¹ Spent convictions

کاربرد تنوری در عمل

سیستم گرمایشی کارخانه‌ای در یک بیمه‌نامه آتش‌سوزی که ساختمان‌ها را پوشش می‌دهد، حقیقت مهم خواهد بود. فاکتورهای دیگری که بیمه‌گر آن‌ها را حقیقت مهم می‌داند عبارتند از:

- نوع سازه
- میزان ظرفیت مورد استفاده کارخانه
- فرایندهای تجاری در حال انجام
- نحوه انبار کردن کالاهای قابل اشتعال
- سوابق خسارت و بیمه‌نامه‌های قبلی
- ماهیت و سازه ساختمان‌های مجاور

عواقب عدم افشا

اگر بیمه‌گذار وظیفه خود را در افشای حقایق مهم نقض کند، بیمه‌گر می‌تواند از مسئولیت‌های ناشی از قرارداد، به طور کل و از ابتدا، اجتناب کند. به عبارت دیگر، در چنین شرایطی هیچ خسارتی قابل پرداخت نیست و بیمه‌گر باید کل قرارداد را کنار بگذارد. اگر عدم افشا با قصد تقلب باشد (اغلب، پنهان‌کاری نامیده می‌شود) بیمه‌گر می‌تواند هم حق بیمه را برگرداند و هم خسارت‌های پرداختی قبلی خود را بازیافت کند. آنچه که بیمه‌گر نمی‌تواند انجام دهد، عدم پرداخت خسارتی خاص، اما ادامه دادن قرارداد در آینده است. بیمه‌گر حق دارد نقض را نادیده بگیرد، اما در این مورد باید خسارت را پرداخت کند و بیمه‌نامه را نیز ادامه دهد.

در مورد عواقب عدم افشا، قانونگذار ضمانت‌های اجرایی پیش‌بینی کرده است که مواد ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۶ قانون بیمه در این مورد است.

- طبق قانون، عدم افشای مشروع این است که عدم افشا به‌وجود آمده برای فرد دوم قرارداد (بیمه‌گذار) زمینه را فراهم می‌آورد که از قرارداد اجتناب کند. در جایی که واقعیت را فرد اول (بیمه‌گر) می‌داند.

- در مورد رشته اجباری بیمه، طبق قوانین مربوط اگر بیمه‌گذار در مورد افشای واقعیت کوتاهی کرده باشد، با محدودیت‌هایی در مورد تعهدات شخص ثالث روبرو خواهد شد.
- در مورد بیمه‌نامه‌های باطل و قابل ابطال بعداً بحث می‌شود.

اصل نفع بیمه پذیر^۱

در این بخش، به اختصار به "اصل نفع بیمه پذیر" می‌پردازیم و توضیح می‌دهیم که وجود نفع بیمه پذیر چه زمانی الزامی است.

تعریف نفع بیمه پذیر

نفع بیمه پذیر، عنصر الزامی برای انعقاد قرارداد بیمه معتبر است. نفع بیمه پذیر به زبان ساده بدین صورت تعریف می‌شود:

حق قانونی به منظور بیمه کردن مورد بیمه توسط بیمه‌گذار است که در اثر رابطه مالی قانونی بین بیمه‌گذار و مورد بیمه به وجود می‌آید.

ویژگی‌های نفع بیمه پذیر که در ادامه بیان می‌شوند، تعریف آن را روشن‌تر می‌کند.

¹ Insurable Interest

موضوع مورد بیمه^۱ مال یا حادثه‌ای که قرارداد بیمه آن را بیمه کرده است. موضوع مورد بیمه می‌تواند هر نوعی دارایی یا هر حادثه‌ای باشد که باعث وارد آمدن خسارت به حق قانونی بیمه‌گذار می‌شود یا التزام قانونی ایجاد می‌کند. مثال‌های مشخص آن، خودروها یا کالاهای انبار شده در مغازه یا انبار هستند.

رابطه قانونی^۲ رابطه میان بیمه‌گذار و مورد بیمه باید توسط قانون معتبر اثبات شود. اگر رابطه قانونی وجود نداشته باشد، نفع بیمه‌ای نیز نمی‌تواند وجود داشته باشد. این موضوع تفاوت مهم بین بیمه و شرط‌بندی را پررنگ‌تر می‌کند.

ارزش مالی^۳ برای اینکه موضوع بیمه مشمول نفع بیمه‌ای باشد، باید ارزش مالی داشته باشد. این بدین معناست که مثلاً برای ارزش‌گذاری یک دارایی موروثی خانوادگی، ارزش واقعی یا ذاتی آن مدنظر است، نه ارزش عاطفی و احساسی آن برای خانواده.

نفع بیمه‌ای بیمه‌گر بیمه‌گرها در مورد بیمه‌نامه‌هایی که صادر می‌کنند، نفع بیمه‌ای دارند. این بدان معناست که آن‌ها ممکن است بخشی یا تمام ریسکی را که تقبل کرده‌اند از نظر قانونی نزد بیمه‌گر دیگری (یا بیمه‌گر اتکایی) بیمه کنند.

نفع بیمه‌ای مورد انتظار به‌دست آوردن نفع بیمه‌ای در آینده، برای ایجاد نفع بیمه‌ای کافی نیست. انتظار^۴

قرارداد بیمه تنها زمانی امکان انعقاد دارد که حادثه بیمه شده (که البته باید اتفاق بیفتد)، برای بیمه‌گذار یا وابستگان او خسارت مالی ایجاد کند. هر قرارداد بیمه‌ای باید توسط نفع بیمه‌پذیر حمایت شود. بنابراین، در مورد اموال، بیمه‌گذار از سلامت اموال بهره می‌برد و از خسارت، آن زیان می‌بیند.

وجود نفع بیمه‌پذیر

در رشته‌های مختلف بیمه برای اینکه قرارداد بیمه اعتبار داشته باشد، لازم است نفع بیمه‌پذیر در زمان‌های متفاوتی وجود داشته باشد.

¹ Subject matter of insurance

² Legal relationship

³ Financial value

⁴ Anticipated

در بیمه‌های عمومی^۱ که شامل تمام بیمه‌ها، به جز بیمه‌های دریایی و عمر می‌شود، نفع بیمه‌پذیر در زمان صدور بیمه‌نامه لازم است و قطعاً در زمان خسارت نیز باید وجود داشته باشد.

پرسش ۳-۲: نفع بیمه‌پذیر هر یک از موارد زیر به چه میزان است:

A : وام رهن دهنده در قبال دارایی قرض گیرنده؟

B : تعمیر کار برقی، در قبال تلویزیون مشتری که نزد او در حال تعمیر است؟

ایجاد نفع بیمه‌پذیر

نفع بیمه‌پذیر، از ۳ طریق می‌تواند در بیمه‌نامه ایجاد شود:

- از طریق قوانین عرفی
- از طریق قرارداد
- از طریق قانون

قوانین عرفی^۲

در بسیاری از موارد، نفع بیمه‌پذیر در قوانین عرفی به صورت خودکار از طریق مالکیت به وجود می‌آید. شما به حفظ خودرو، منزل شخصی و سایر اموال شخصی خود علاقه‌مند هستید، پس می‌توانید آن‌ها را بیمه کنید. راه دیگری که می‌تواند نفع بیمه‌ای ایجاد کند، زمانی است که در نتیجه قصور، خسارتی به شخص ثالث وارد می‌کنید. افراد برای خسارت‌هایی که به اشخاص ثالث وارد می‌کنند، نفع مالی دارند.

قرارداد

قرارداد می‌تواند برای افراد مسئولیت‌هایی ایجاد کند که در حالت عادی بابت آن‌ها مسئول

¹ General insurance

² Common Law

نیستند. مالک یک دارایی طبیعتاً مسئول نگهداری دارایی است که مالکیتش را در اختیار دارد. با این حال، مالک ممکن است مسئولیت نگهداری دارایی خود را براساس مفاد اجاره نامه، به مستأجر واگذار کند. ایجاد این تعهدات یا مسئولیت‌های بالقوه، نفع بیمه‌پذیر پدید می‌آورد.

قوانین^۱

بسیاری از قوانین، مسئولیت‌های خاصی را به افراد مشخصی محول می‌کنند یا مزایایی را به آن‌ها اعطاء می‌کنند که این موضوع، نفع بیمه‌پذیر ایجاد می‌کند. مثلاً، قانون هتلداری سال ۱۹۵۶ نمونه‌ای از قوانینی است که مسئولیت سنگین هتلداران و مالکان مسافرخانه‌ها را در قبال خسارت وارده به اموال مهمان‌ها محدود می‌کند.

اصل جبران خسارت (غرامت)^۲

در این بخش، اصل غرامت، ویژگی‌ها و شرایط آن را به اختصار بیان می‌کنیم.

تعریف غرامت:

تعریف غرامت به شرح زیر است:

"جبران مالی به میزانی که بیمه‌گذار را پس از خسارت به همان موقعیت مالی برگرداند که قبل از وقوع خسارت در آن قرار داشته است."

بسیاری از قراردادهای بیمه عمومی، در حوادث منجر به خسارت، به بیمه‌گذار غرامت پرداخت می‌کنند. استثنای اصلی غیر از غرامت، بیمه‌نامه‌های حوادث و عمر هستند. زیرا واضح است که مثلاً، جبران مالی دقیقی نمی‌تواند برای از کار افتادگی عضو بدن وجود داشته باشد. این نوع قراردادهای جبران غرامت نیستند، بلکه قراردادهای Benefit هستند و سطح غرامت افراد در قرارداد، به‌وسیله توانایی آن‌ها در پرداخت حق بیمه محدود می‌شود.

¹ Statute

² Indemnity

در مورد بیمه اموال بیمه‌گذار، جبران غرامت محدود به مبلغ بیمه‌شده است.

گزینه‌های در دسترس بیمه‌گرها

اگر بیمه‌گذار محق دریافت غرامت باشد (در دامنه محدودیت‌های سرمایه تحت پوشش بیمه و مفاد و شرایط بیمه‌نامه)، روش‌های متفاوتی برای پرداخت غرامت وجود دارند. این بیمه‌گر است که تصمیم می‌گیرد غرامت را چگونه باید پرداخت کند. ۴ گزینه در دسترس بیمه‌گر عبارت است از:

- پرداخت نقدی
- تعمیر
- جایگزینی
- بازسازی

این گزینه‌ها قاعده‌تاً در قرارداد بیمه تعیین می‌شوند. در مواردی که این گونه نباشد، بیمه‌گذار قانوناً حق دارد که جبران خسارت را به صورت پول درخواست کند.

پرداخت نقدی

جبران خسارت بیمه، اغلب به صورت پرداخت نقدی و مستقیماً توسط بیمه‌گر به بیمه‌گذار می‌باشد.

تعمیر

بیمه‌گرها ممکن است انتخاب کنند که آسیب وارده به کالای بیمه‌گذار را تعمیر کنند. در این مورد آن‌ها شاید بتوانند به دلیل قدرت چانه‌زنی سازمان بزرگ، خسارتی کمتر از آنچه که بیمه‌گذار می‌تواند دریافت کند، به تعمیرکار بپردازند. مثال متداول این مورد، پرداخت خسارت بیمه مسئولیت دارندگان وسایط نقلیه است که در آن، صدمات ناشی از تصادف، در تعمیرگاه مجاز مورد تایید بیمه‌گر تعمیر می‌شوند.

جایگزینی

متداول‌ترین مثال جایگزینی، جبران غرامت بیمه شکست شیشه است. این موضوع به خصوص، در جایی اهمیت دارد که جایگزینی، به معنای کاستن از خسارت بیشتر است، مانند زمانی که شیشه‌های مغازه‌ای شکسته می‌شوند.

در سال‌های اخیر، گزینه جایگزینی در بیمه‌های انفرادی تا حدودی تغییر کرده است. در حال حاضر، برای این مورد روشی در حال گسترش است که استفاده از "خرده فروشان منتخب بیمه‌گر" نام دارد. برای بیمه‌گرانی که از این گزینه جایگزینی استفاده می‌کنند، منافع بسیاری به شرح زیر وجود دارد:

- تخفیف‌هایی که معمولاً بیمه‌گران از فروشگاه‌ها می‌گیرند، به معنای هزینه خسارت کمتر است.
- استفاده از گزینه جایگزینی می‌تواند از ادعاهای تقلبی (با هدف به دست آوردن پول نقد) جلوگیری یا حداقل، آن را کمتر کند.
- استفاده از خرده فروش‌های با کیفیت، نوعی ارائه خدمات ویژه به بیمه‌گذارهای شرکت است که در ایجاد رضایت آن‌ها تاثیر دارد.

بازسازی

بازسازی، روشی در پرداخت غرامت است که بیمه‌گر را متعهد به تعمیر ساختمان (یا قطعه‌ای از ماشین) می‌کند که به وسیله خطر بیمه شده، آسیب دیده است. در عمل، گزینه بازسازی به ندرت استفاده می‌شود، زیرا زمانی که بیمه‌گر با این شرط موافقت می‌کند، اگر هزینه بازسازی بیشتر از ارزش کل بیمه شده شود، باید آن را پرداخت کند. آن‌ها در طول دوره بازسازی نیز باید بیمه‌گر خودشان باشند و مطمئن شوند که کار به نحوی صورت می‌گیرد که مورد بازسازی شده، بسیار شبیه حالت پیش از آسیب باشد.

تعدیل اصل غرامت

اصل غرامت، سخت و تغییر ناپذیر نیست و طبق توافق طرفین قرارداد می‌تواند تغییر کند. در این حالت، بیمه‌گذار ممکن است خسارت کمتر یا بیشتر از حالت اعمال سخت گیرانه اصل غرامت، دریافت کند.

اصل پرداخت غرامت، از طرق زیر تعدیل می‌شود:

- بیمه‌نامه با ارزش توافقی
- بیمه‌نامه جایگزین با نو^۱
- بیمه‌نامه اولین خسارت^۲

بیمه‌نامه با ارزش توافقی

در این بیمه‌نامه، ارزش موضوع بیمه در ابتدای قرارداد مورد توافق قرار می‌گیرد و سرمایه تحت پوشش بیمه، بعداً تثبیت می‌شود. این ارزش، در هر تمدید قرارداد باز بینی می‌شود. در حادثه منجر به خسارت، نیازی نیست که ارزش در زمان خسارت ثابت شود.

بیمه‌نامه‌های با ارزش توافقی، در بیمه آثار هنری و سایر کالاهای منحصر به فرد و بدون جایگزین، استفاده می‌شوند؛ کالاهایی که ارزش واقعی آن‌ها می‌تواند در زمان ادعای خسارت، مورد مناقشه باشد و بازار دست دومی نیز برای آن‌ها وجود ندارد.

معمولاً ارزش توافقی محدود به خسارت‌های کلی است و در صورت وجود پوشش برای خسارت جزئی، همانند سایر خسارت‌های تابع اصل غرامت، پرداخت می‌شوند. اگر ارزش توافق شده، محدود به خسارات کلی نباشد، خسارات جزئی از طریق محاسبه نسبتی از خسارت کلی، رسیدگی خواهد شد.

¹ New for old

² First loss

کاربرد تنوری در عمل

آقای الف اتوموبیل رانی است که افتخار و سرگرمی او، مرسدس بنز مدل ۱۹۰۶ است که با سختی فراوان آن را بازسازی کرده است. وسیله نقلیه تنها مدل از این نوع است و اگر هر اتفاق ناخوشایندی پیش آید، نمی‌توان جایگزینی برای آن یافت. از آن جایی که نمی‌توان بر آن قیمت گذاشت و ارزش بازاری ندارد، او با بیمه‌گر توافق کرده است که در صورت بروز خسارت، مبلغ ۲۵۰ میلیون یورو به او پرداخت شود.

بیمه‌نامه‌های جایگزین با نو

این نوع پوشش ممکن است چیزی بیش از پرداخت غرامت برای بیمه‌گذار فراهم آورد. این نوع بیمه‌نامه، برای اسباب و وسایل منازل مسکونی متداول است تا پوششی بر اساس بیمه جایگزین با نو را به‌عنوان گزینه‌ای برای پرداخت غرامت در اختیار بیمه‌گذار قرار دهد. این بدین معناست که در زمان خسارت، مبلغی برای فرسودگی یا استهلاک کسر نمی‌شود. مبلغ قابل پرداخت، بر اساس هزینه جایگزین کالا در زمان خسارت است. البته شایان یادآوری است که در زمان صدور این بیمه‌نامه، سرمایه تحت پوشش بیمه و حق بیمه باید بر اساس "ارزش" نو تمام کالاها باشد.

بیمه‌نامه‌های جایگزین با نو، ممکن است برای دارایی‌های تجاری، از قبیل ساختمان‌ها و قطعات ماشین به کار روند. در این حالت، اساس قرارداد "بازسازی" نامیده می‌شود.

بیمه‌نامه‌های اولین خسارت

بیمه‌نامه‌های اولین خسارت، با سرمایه‌ای کمتر از ارزش کلی مورد بیمه صادر می‌شوند. به عبارت دیگر، خسارت کلی^۱ یا حتی خسارت بسیار قابل توجه به مورد بیمه، غیر ممکن به نظر می‌رسد. این سرمایه کاهش یافته اغلب تابعی از آن چیزی است که بیمه‌گذار، آن را میزان خسارت یا آسیبی می‌داند که می‌تواند در یک حادثه به وجود آید.

¹ Reinstatement

بیمه‌گران نیز این پتانسیل را ارزیابی می‌کنند و آن را ارزش حداکثر خسارت ممکن^۱ یا حداکثر خسارت تخمینی^۲ می‌نامند. با این حال، امکان دارد بیمه‌گذار یا بیمه‌گر (یا هر دو) آنچه را که می‌تواند حداکثر خسارت باشد، کمتر ارزیابی کنند و در حادثه‌ای که سرمایه بیمه‌نامه براساس اولین خسارت تعیین شده است، خسارتی بیش از حد سرمایه بیمه‌نامه باشد. در چنین مواردی، بیمه‌گذار مجبور است شخصاً مابه‌التفاوت خسارت را پرداخت کند.

مثال این مورد، پوشش بیمه سرقت از یک انبار بزرگ است که احتمال دزدیدن تمام کالاها در یک مرحله، بسیار کم است.

اصل علت نزدیک^۳

هر بیمه‌نامه، معمولاً خساراتی را پوشش می‌دهد که به‌وسیله ریسک‌های بیمه‌شده مشخص به‌وجود می‌آید. بیمه‌گران ابتدا رابطه میان ریسک و خسارت را بررسی می‌کنند تا علت مستقیم خسارت را پیدا کنند. آن‌ها قبل از پرداخت خسارت تصمیم می‌گیرند که آیا علت حادثه، ریسک بیمه‌شده، بوده است یا نه.

علت نزدیک، در پرونده دعوی (1907) *Pawsey v. Scottish union and national* تعریف شده است. علت نزدیک، دلیل فعال و موثر در ایجاد زنجیره‌ای از حوادث است که به وقوع نتیجه‌ای منجر می‌شود. این زنجیره حوادث، بدون دخالت نیروی خارجی آغاز می‌شود و فعالانه و مستقل، به کارش ادامه می‌دهد.

علت نزدیک یک رویداد، همواره علت غالب است و اتصالی مستقیم بین این علت و خسارت حاصله، وجود دارد.

¹ Possible Maximum Loss (PML)

² Forcasted Maximum Loss (FML)

³ Proximate cause

پرسش ۳-۳:

آقای الف یک موتور سوار مشتاق است. او بیمه‌نامه حوادث شخصی دارد که فوت را پوشش می‌دهد. یک روز بارانی که بیرون منزل بود، از موتور افتاد و دست و پایش شکست. روز بعد بیهوش و خیس پیدا شد که در نتیجه آن به بیمارستان منتقل شد و بر اثر ذات الریه فوت کرد. آیا شما خسارت فوت را می‌پردازید؟

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، یک حادثه به تنهایی همیشه علت مستقیم خسارت نیست: خسارت معمولاً بعد از زنجیره حوادث به‌وجود می‌آید.

راه خوب دیگر نمایش ارتباط میان علت و معلول، در نظر گرفتن ردیفی از دومینوهای ایستاده است. تصور کنید که اولین دومینو با تلنگری می‌افتد، به دومی می‌خورد و بعداً به سومی و ... تا همه پی‌درپی بیافتند. تلنگر به اولین دومینو، مجموعه‌ای از حوادث را سبب می‌شود که باعث افتادن آخرین دومینو می‌شود. اگر افتادن آخرین دومینو را نماد خسارت بدانیم، بنابراین، افتادن اولین دومینو، علت مستقیم یا نزدیک است.

چنانچه یکی از دومینوها در نتیجه افتادن دومینوی اول نیافتد، اما توسط مراقب انداخته شود، مجموعه حوادث متوقف می‌شود و دخالت نیروی جدید، مستقل از مجموعه اصلی حوادث، باعث افتادن آخرین دومینو می‌شود. بنابراین، ضربه خارجی، علت نزدیک جدیدی برای خسارت است.

تشخیص علت^۱

در بسیاری از موارد، می‌توان با ملاحظه علت و معلول، از خرد جمعی^۲ برای تشخیص علت نزدیک یا مستقیم خسارت، بهره گرفت. این مورد را می‌توان در عمل در پرونده دعوی Marsden v. City and County (1865) insurance company ملاحظه کرد.

^۱ Identifying the cause

^۲ Common sense

مغازه‌داری، شیشه ویتترین خود را در مقابل خسارت یا آسیب ناشی از هر دلیلی، به جز آتش‌سوزی، بیمه کرد. اموال همسایه دچار آتش‌سوزی شد و ازدحام جمعیت به وجود آمد. سپس، جمعیت اغتشاش کرد و شیشه‌های مغازه شکست. بعداً مشخص شد که علت شکست شیشه، اغتشاش جمعیت بود، نه آتش‌سوزی. بنابراین، خسارت حاصله نتیجه غیر قابل اجتناب آتش‌سوزی نبوده است.

ماهیت خطرات

اگر بیمه‌گر دلیل مستقیم خسارت را احراز کند، باید مطمئن شود که خطر تحت پوشش بیمه‌نامه قرار دارد. خطرات به صورت زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

- خطرات بیمه شده^۱: خطراتی که در قرارداد به عنوان "تحت پوشش" نامیده می‌شوند.
- خطرات مستثنی یا استثنائات: خطراتی که در قرارداد صریحاً "پوشش نیافته" نامیده می‌شوند.
- خطرات بیمه نشده یا نام‌نبرده^۲: خطراتی که در بیمه‌نامه، نه به عنوان "تحت پوشش" و نه "استثناء" اصلاً قید نشده‌اند.

بیمه‌گران تصمیم می‌گیرند که آیا خسارت قابل پرداخت است یا خیر. بدین منظور، خطری را که علت نزدیک خسارت است، در طبقه‌بندی بالا قرار می‌دهند. تنها در حالتی که کلیه حوادث پیش از خسارت، جزء خطرات "بیمه‌شده" نباشد، لازم است علت مستقیم خسارت مشخص شود. اگر حتی یکی از حوادث منجر به خسارت، از خطر مستثنی باشد، این قاعده باید به کار رود، تا مشخص شود که آیا خطر مستثنی شده دلیل مستقیم خسارت است یا خیر؟ اگر چنین باشد، بیمه‌گر مسئولیتی در قبال آسیب وارده ندارد.

¹ Insured perils

² Unnammed Perils

اگر در زنجیره خسارت، خطر بیمه نشده یا نام نبرده، وجود داشته باشد و چنانچه علت نزدیک خطری بیمه شده باشد، بیمه گر در قبال آن مسئول است. مثلاً، خسارت آبرگرفتنی که در نتیجه اطفای حریق، به وجود آمده است.

مشارکت

در این بخش، توضیح خواهیم داد اصل مشارکت چیست. وقتی که اصل پرداخت غرامت را بررسی می کردیم، گفتیم که بیمه گذار در پرداخت خسارت، باید در همان موقعیت مالی قبل از خسارت قرار بگیرد، بعلاوه، گفتیم که بیمه گذار نمی تواند بیشتر از خسارت مالی وارد شده، تحت پوشش قرار گیرد. بیمه گذار حق دارد که هر تعداد بیمه نامه خریداری کند، مشروط بر آنکه با قصد کلاهبرداری نباشد.

اما اگر بیمه مضاعف با بیش از یک بیمه نامه معتبر وجود داشته باشد، چه اتفاقی می افتد؟ آیا بیمه گذار می تواند تحت پوشش دو بیمه نامه قرار بگیرد، و بنابراین، بیشتر از آنچه که خسارت دیده است، دریافت کند؟

بیمه مضاعف^۱

در موقعیت های بسیاری، بیمه مضاعف وجود دارد. یعنی دو بیمه نامه در حادثه منجر به خسارت، پوشش فراهم می آورند.

مثال های بیمه مضاعف به صورت زیر است:

- بیمه نامه تمام خطر اموال و بیمه نامه مسافرتی، هر دو دارایی های یکسان بیمه گذار را در طول سفر به خارج از کشور، تحت پوشش می دهند.

¹ Dual Insurance

- بیمه‌نامه آتش‌سوزی موجودی انبار و بیمه‌نامه شناور، موجودی چندین انبار را پوشش می‌دهند: این دو برنامه ممکن است در مورد یک انبار خاص، موجودی یکسانی را پوشش دهند.

بر اساس اصل غرامت، بیمه‌گذار نباید در هر دوی بیمه‌نامه‌ها، بیشتر از غرامتی که برای خسارت ادعا شده است، تحت پوشش قرار گیرد. بنابراین، بیمه‌گذار تنها می‌تواند کل میزان خسارت متحمل شده را بدون توجه به بیمه‌نامه‌های معتبر، بازیافت کند. اگر بیمه‌شده دو بیمه‌نامه دارد، ولی تنها از یکی از بیمه‌گران خسارت و غرامت طلب کند، یکی از بیمه‌گر دیگر از انجام مسئولیت مالی خود در قبال بیمه‌گذار اجتناب کرده است. در مقابل، بیمه‌گری که خسارت را پرداخت می‌کند، به کل تعهد مالی خود در مورد خسارت عمل کرده است. همین موضوع، اصل مشارکت را در بیمه به‌وجود می‌آورد، تا بار خسارت‌ها میان تمام بیمه‌گرهای پوشش دهنده خسارت، به طور عادلانه تقسیم شود.

شرایط قراردادی^۱

در نبود شرایط خاص در بیمه‌نامه، بیمه‌گذار می‌تواند تمام خسارت را از یکی از بیمه‌گرانی که خطر را پوشش می‌دهد، مطالبه کند و این بیمه‌گر را در طلب خسارت از سایر افراد مسئول، آزاد بگذارد. گرچه بیمه‌گران شرایط همکاری خود را شفاهی بیان می‌کنند، تا اظهار کنند که تنها به میزان سهم خود در خسارت مسئولند. یعنی بیمه‌گران تنها در قبال سهم خود مسئولند و این بر عهده بیمه‌گذار است که در صورت تمایل، اگر بخواهد که غرامت بیشتری دریافت کند، از بیمه‌گر دیگر نیز طلب خسارت کند. شرایط، بیمه‌گذار را ملزم به ادعای خسارت تحت بیمه‌نامه‌های دیگر نمی‌کند، گرچه در عمل به نفع آن‌هاست که این کار را انجام بدهند.

¹ Contractual Condition

کاربرد تنوری در عمل

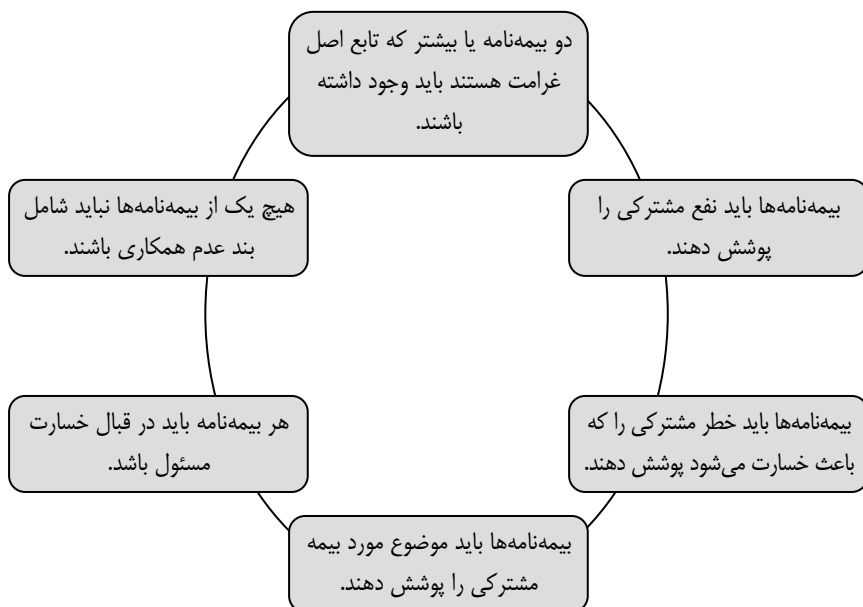
فرد الف با استفاده از وام مسکن خانه‌ای خرید. بانک، بیمه‌نامه منازل مسکونی به سرمایه ۱۰۰ میلیون برای او صادر کرد (بیمه‌نامه A). متعاقباً، مشاور بیمه به او خاطر نشان کرد که ارزش خانه به ۱۵۰ میلیون افزایش یافته است و بیمه‌نامه مضاعفی از بیمه‌گر دیگری برای متوازن کرده این مسئله خرید (بیمه‌نامه B). آتش‌سوزی مهیبی صورت گرفت و آسیب وارده ۱۰۰ میلیون تخمین زده شد. بیمه‌گران هر یک در پرداخت سهم خود برای تعمیر خانه همکاری می‌کنند.

مشارکت به صورت زیر تعریف می‌شود:

حق بیمه‌گر برای مسئول دانستن بیمه‌گران دیگری که در قبال بیمه‌گذار یکسانی، برای سهیم شدن در پرداخت غرامت به صورت متناسب و نه الزاماً به یک اندازه، مسئول بوده‌اند. اکنون بررسی می‌کنیم که همکاری چگونه و کی به‌وجود می‌آید.

همکاری چگونه به وجود می‌آید؟

در قانون عرف، پیش‌نیازهای زیر باید قبل از ایجاد همکاری وجود داشته باشد.



در این نمودار می‌توان ملاحظه کرد که تنها نفع، خطر و موضوع بیمه باید در تمام بیمه‌نامه‌ها مشترک باشد. بنابراین، نیازی نیست که بیمه‌نامه‌ها یکسان باشند، اما لازم است که اشتراکاتی بین یک بیمه‌نامه و دیگری وجود داشته باشد.

اکنون به معرفی این الزامات می‌پردازیم:

- نفع بیمه‌پذیر مشترک
- خطر مشترک
- موضوع مورد بیمه مشترک

نفع بیمه‌پذیر مشترک

این مورد در دعوی North British and Mercantile v. Liverpool and London and globe (1877) بنیان نهاده شد. در پرونده‌ای که به عنوان پرونده king and queen granaries شناخته شده است، مشارکت تنها در جایی به کار می‌رود که بیمه‌نامه‌ها، نفع بیمه‌پذیر مشترکی را در موضوع، پوشش می‌دهند. به عبارت دیگر، نفع بیمه‌پذیر یکسان است (مالک یا استفاده کننده و...).

در این مورد، یک بازرگان، حبوبات خود را در انبار حبوبات با مالکیت بارنت¹ به ودیعه گذاشته بود. بارنت طبق قانون تجارت، برای این حبوبات، نفع بیمه‌ای داشت و آن را بیمه کرده بود. مالک نیز جداگانه حبوبات را بیمه کرده بود، تا نفع خود را پوشش دهد. وقتی که حبوبات در آتش‌سوزی خسارت دیدند، بیمه‌گران بارنت، کل خسارت را پرداخت کردند و خواستار پوشش از جانب بیمه‌گران مالک شدند. با این وجود، از آنجایی که که نفع دو بیمه‌گذار متفاوت بود (یکی به عنوان امانت‌دار و دیگری مالک) مشارکت قابل انجام نبود و بیمه‌گر بارنت، تمام خسارت را متقبل شد.

¹ Barnett

خطر مشترک

خطری که باعث خسارت می‌شود، باید در هر دو قرارداد یکسان باشد. تصور کنید که یک بیمه‌نامه خیانت در امانت و دیگری آتش‌سوزی، سرقت و خیانت در امانت را پوشش داده است. در این مورد زمانی می‌توان مشارکت کرد که خسارت در نتیجه خیانت در امانت باشد، نه زمانی که خسارت تنها در نتیجه آتش‌سوزی است، زیرا این خطر در هر دو بیمه‌نامه مشترک نیست. بیمه‌گری که آتش‌سوزی را پوشش می‌دهد، باید بار خسارت را در چنین شرایطی بر عهده بگیرد.

موضوع مورد بیمه مشترک

برای مشارکت، هر بیمه‌گر باید دقیقاً به مورد بیمه‌ای که آسیب دیده یا خسارتی به آن وارد شده، پوشش بیمه‌ای داشته باشد. موضوع مورد بیمه غالباً به شکل دارایی است، اما می‌تواند به شکل مسئولیت قانونی نیز باشد.

اصل جانشینی^۱ یا قائم مقامی

جانشینی، به حق بیمه‌گری اشاره دارد که خسارت بیمه‌گذار را پرداخته است، تا براساس این حق هر نوع اقدامی را که بیمه‌گذار قانوناً می‌تواند برای کاستن از خسارت انجام دهد، به نمایندگی از او پیگیری کند. دلیل وجود این حق در قراردادهای مبتنی بر اصل غرامت، این است که اگر بیمه‌گر خسارت بیمه‌گذار را پرداخت کرده باشد، او نمی‌تواند خسارت خود را برای بار دوم، از منبع دیگری باز یافت کند. این الزام که بیمه‌گران باید قبل از پیگیری حق جانشینی، خسارت را به بیمه‌گذار پرداخته باشند، در برخی موارد باعث ایجاد مشکلاتی می‌شود. بدین دلیل که بیمه‌گران از زمان ایجاد خسارت، اجازه کنترل کامل پرداخت‌ها ندارند. نتیجه نهایی پیگیری‌ها، می‌تواند با تاخیر در اقدامات یا سایر کارهایی که بیمه‌گذار ممکن است انجام دهد تا حد زیادی تغییر کند.

¹ Subrogation

بیمه‌گران برای داشتن این کنترل، شرطی را به طور ثابت در بیمه‌نامه قید می‌کنند که بر اساس آن، قبل از پرداخت خسارت، به خودشان حق جانشینی می‌دهند. تنها محدودیت این شرط، آن است که بیمه‌گر نمی‌تواند تا قبل از پرداخت خسارت به بیمه‌گذار، آن را از شخص ثالثی بازپافت کند اما می‌تواند کلیه پیگیری‌های حقوقی را از طرف بیمه‌گذار انجام دهد.

تعریف جانشینی

جانشینی به صورت زیر تعریف می‌شود:

حق فردی که بر اساس تعهد قانونی، به فرد دیگری، غرامت پرداخته است، برای اینکه خود را به جای این فرد قرار دهد و از تمام حقوق این فرد بهره گیرد. چه این فرد تا کنون برای استفاده از این حقوق اقدام کرده باشد یا نکرده باشد.

اجازه دهید به پرونده‌ای مربوط به پرداخت غرامت و جانشینی به نام پرونده دعوی Castellain v. Preston (1883) نگاهی داشته باشیم. پرستن، در حال فروش خانه خود به رایینز بود که خانه در آتش‌سوزی آسیب دید. پرستن پول خسارت را از بیمه‌گران خود دریافت کرد، اما خانه را تعمیر نکرد. یعنی پرستن کل پول بیمه را دریافت کرد، ولی ساختمان تعمیر نشده بود. دادخواستی از جانب بیمه‌گران برای بازپافت مبلغی که به پرستن پرداخته بودند، به دادگاه ارائه شد و به دلیل وجود اصل غرامت و منطق جانشینی، رأی دادگاه به نفع آن‌ها صادر شد. این بیمه‌گذار بیش از کل مبلغ غرامت خسارت، دریافت کرده بود. او از بیمه‌گران، خسارت خانه را دریافت کرده بود و همچنین، کل مبلغ خانه را از خریدار گرفته بود. با این وجود، بیمه‌گران معمولاً در دنیای واقعی تمام یا بخشی از خسارت‌ها را از اشخاص ثالث بازپافت می‌کنند.

پرسش ۳-۴: مشارکت و جانشینی از کدام اصل بیمه منشا گرفته‌اند؟

جانشینی چگونه به وجود می‌آید؟

حقوق جانشینی از یکی از چهار حالت زیر ناشی می‌شود:

- شبه جرم^۱
- قرارداد
- قانون
- موضوع مورد بیمه

شبه جرم

در عرف، همگان موظفند در قبال دیگران معقول عمل کنند. نقض این وظیفه، "شبه جرم" نامیده می‌شود. فرد آسیب دیده باید جبران خسارت شود. متداول‌ترین شبه جرم، بی‌احتیاطی است. نقض این مسئولیت به چند روش به وجود می‌آید. مثلاً: راننده تریلر کنترل خودروی خود را از دست می‌دهد و به دیوار منزل شما برخورد می‌کند. کارگری تابلو جاده را به زمین انداخته است و باعث برخورد شما به گاردریل می‌شود. در هر دو مثال، فردی به شما یا دارایی شما آسیب رسانده است. بیمه‌نامه‌هایی برای جبران هر یک از این خسارت‌ها وجود دارد. بیمه‌گرانی که خسارت شما را می‌پردازند، تلاش می‌کنند هزینه خود را از مقصر حادثه بازیافت کنند.

کاربرد تئوری در عمل

صوفی در حال رانندگی در یک اتوبان بود که خودروی دیگری با رانندگی هری، از عقب به خودروی او زد. صوفی بیمه‌نامه بدنه داشت و ادعای خسارت کرد تا هزینه تعمیر خودروی خود را دریافت کند. بیمه او، هزینه تعمیرگاه را پرداخت کرد سپس، برای بازیافت بخشی از هزینه، از هری که بی‌دقتی او باعث تصادف شده بود، اقدام کرد.

¹ Tort

قرارداد

بطور کلی، نقض قرارداد بدون توجه به قصور، فرد خسارت دیده را مستحق می‌داند که جبران خسارت شود. مثال این مورد، خسارت اموال در جایی است که مستاجر براساس امضا قرارداد، موظف است بدون توجه به علت اشتباه یا وجود بیمه‌نامه ثانوی برای پوشش خسارت، خسارت وارد به ساختمان را جبران کند. درچنین حالتی بیمه‌گر صاحب خانه می‌تواند پس از پرداخت خسارت، از این حق برای بازیافت بخشی از خسارت یا تمام آن بهره گیرد.

قوانین

طبق قانون (خسارت ناشی از) اغتشاش (۱۸۸۶) وقتی که بر اثر اغتشاش، خسارتی به اموال بیمه‌گذار وارد می‌شود و بیمه‌گر آن را جبران می‌کند، بیمه‌گران می‌توانند هزینه خود را از مقامات پلیس ناحیه‌ای که اغتشاش در آن صورت گرفته است، بازیافت کنند. بیمه‌گران می‌توانند درچنین مواردی، خواستار پیگرد قانونی شوند، اما فقط ۱۴ روز بعد از اغتشاش فرصت دارند.

مورد بیمه

در برخی مواقع، بیمه‌گران مبلغ خسارت را بر مبنای خسارت کلی محاسبه می‌کنند. بدین معنا که بیمه‌گر، تعمیر مورد بیمه را اقتصادی نمی‌داند. در چنین مواردی، بیمه‌گر اغلب کالای مورد نظر را جایگزین می‌کند یا خسارت بیمه‌گذار را به صورت مالی جبران می‌کند. پرداخت خسارت کلی، معمولاً در بیمه وسایل نقلیه صورت می‌گیرد و بیمه‌گر در بسیاری از بیمه‌نامه‌های وسایل نقلیه، از قبل در قرارداد اعلام می‌کند که "تعمیر اقتصادی" به چه معناست. لاشه باقی مانده اتومبیل پس از خسارت، اصطلاحاً داغی یا بازیافت^۱ نامیده می‌شود و جزء اموال بیمه‌گر خواهد بود. بیمه‌گران می‌توانند هرطور که صلاح می‌دانند اجناس بازیافتی را استفاده کنند یا به فروش رسانند. در این‌جا، بیمه‌گران حق جانشینی خود را تحت حمایت اصل غرامت به کار می‌برند. این

¹ Salvage

کار، با جبران کل خسارت وارده به بیمه‌گذار انجام می‌شود. اگر بیمه‌گذاران مجاز به حفظ بازداشت بودند، چیزی بیش از غرامت دریافت می‌کردند.

قاعده نسبی سرمایه و کاربرد قاعده نسبی

در بیمه اموال، سقف مبلغ قابل پرداخت توسط بیمه‌گر، معادل سرمایه تحت پوشش بیمه‌نامه است. این سرمایه، بر اساس ارزش کلی است که توسط بیمه‌شده اعلام شده است. این عدد است که به عنوان مبنای محاسبه مبلغ حق بیمه مورد استفاده قرار می‌گیرد. حق بیمه‌های عادلانه بر اساس مفهوم تسهیم ریسک‌ها تعیین می‌شوند.

در چنین حالتی، اگر بیمه‌گذار مبلغی را که کمتر از ارزش کل جایگزینی مورد بیمه است، اظهار نماید، چه اتفاقی می‌افتد؟ بیمه‌گر در تعیین حق بیمه اشتباه می‌کند و این برای تمام افراد دیگری که سرمایه بیمه‌نامه خود را بدرستی اعلام کرده‌اند، نا عادلانه است.

پر واضح است که در صورت بروز خسارت کلی، بیمه‌گذار خسارتی بیش از سرمایه بیمه‌شده خود را دریافت نخواهد کرد، ولی همان‌گونه که ملاحظه شد، عمده خسارات در دنیای واقعی، خسارات جزئی هستند. بنابراین، می‌توانیم ادعا کنیم که بخش اعظم حق بیمه‌های پرداختی، صرف پرداخت خسارات جزئی می‌شود. بیمه‌گران حتی زمانی که خسارت جزئی است، باید راهی پیدا کنند که بفهمند ارزش واقعی کل مورد بیمه، قبل از خسارت چقدر بوده است. در چنین مواردی، بسیاری از بیمه‌های اموال، از شرطی استفاده می‌کنند که شرط قاعده نسبی¹ نامیده می‌شود. براساس این قاعده، بیمه‌گذار برای تفاوت‌های میان ارزش واقعی و ارزش اظهار شده مورد بیمه، خودش بیمه‌گر خود است و متعاقباً، سهم خود را از هر خسارتی متقبل می‌شود. در زمان اعمال قاعده نسبی برای محاسبه میزان خسارت، از سه عدد شامل: سرمایه بیمه‌نامه، ارزش واقعی مورد بیمه و خسارت، به شکل زیر استفاده می‌شود:

¹ Average clause

خسارت × سرمایه بیمه‌نامه

ارزش واقعی مورد بیمه

قاعده نسبی، در بیمه آتش‌سوزی و سرقت و بسیاری از بیمه‌های اموال متداول است.

کاربرد تنوری در عمل

مغازه فرد الف آتش گرفت و ۸۰۰ میلیون خسارت وارد آورد. کارشناس مستقل خسارت که توسط بیمه‌گر برگزیده شده بود از اینکه میزان خسارت به درستی اعلام شده بود ابراز خشنودی کرد. اما اینگونه گزارش کرد: حدود ۱۲ میلیون کالا در انبار وجود داشته است، اما سرمایه مورد بیمه تنها ۱۰۰۰۰ میلیون بوده است. بنابراین، آن‌ها خسارت را تعدیل کردند و پرداخت آن را به صورت زیر پیشنهاد دادند:

خسارت × سرمایه بیمه گذار

ارزش واقعی مورد بیمه

$$\frac{10000}{12000} \times 800 = 667$$

نتیجه: ششصد و شصت و هفت پوند باید پرداخت شود ۶۶۷ =

پرسش ۳-۵:

ساختمان‌های تعمیرگاه آقای الف ۲۵۰۰۰۰ تومان ارزش دارند و به مبلغ ۲۰۰۰۰۰ تومان تحت پوشش بیمه‌نامه‌ای هستند که شرط قاعده نسبی را دارد. اگر آقای الف ۵۰۰۰۰ تومان خسارت ببیند، بیمه‌گر او چقدر به او پرداخت خواهد کرد؟



عملکرد و ساختار بازار بیمه

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این بخش شما می‌توانید:

- ساختار و عملیات بازار بیمه را شرح دهید.
- نقش بازیگران صنعت بیمه را تحلیل نمایید.
- تجارت الکترونیکی در بازار را تشریح نمایید.
- نهادهای مهم صنعت بیمه ایران را نام ببرید.

مقدمه

بازار، در تعریف مکانی است که کالاها و خدمات، خرید و فروش می‌شوند و جایی است که فروشنده و خریدار آزاد هستند با یکدیگر معامله کنند.

بسیاری از خریداران بیمه، شرکت‌های چند ملیتی هستند که در کشورهای مختلف فعالیت می‌کنند و تامین کنندگان بیمه آن‌ها (بیمه‌گران) نیز غالباً چند ملیتی هستند و در سراسر جهان فعالیت می‌کنند. در این حالت، بازار بیمه واقعاً جهانی است.

عملکرد موفق بازار، به توانایی برقراری ارتباط فروشنده و خریدار و ورود آزادانه آن‌ها به قرارداد، بستگی دارد. اگرچه بدین معنی نیست که آن‌ها نیاز دارند در مکان مشخصی باشند.

پیشرفت روش‌های ارتباطی، بدین معناست که تجارت می‌تواند به سوی محیطی هدایت شود که برای هر دو طرف (بیمه‌گر و بیمه‌گذار) مناسب باشد و در واقع، لزومی ندارد که دو طرف در مکان فیزیکی خاصی حضور یابند. پیشرفت روش‌های ارتباطی بدین معنی است که معاملات می‌توانند در هر مکانی که برای بیمه‌گر و بیمه‌گذار مناسب است، انجام شوند. بسیاری از بیمه‌نامه‌ها با استفاده از اینترنت یا تلفن منعقد می‌شوند، در حالی که خریدار و فروشنده هرگز یکدیگر را ملاقات نمی‌کنند. با این حال، اگر فرض کنیم بازار مکان مشخصی است، درک سازوکارهای آن راحت‌تر خواهد بود.

بازار بیمه، از گروه‌های زیر تشکیل می‌شود:

- خریداران (بیمه گذاران)
- واسطه‌ها (شامل کارگزاران و نمایندگان و...)
- فروشندگان (بیمه‌گران)

پرسش ۴-۱:

بازار دیگری را در نظر بگیرید، (مانند بازار اتومبیل): کارگزاران اتومبیل را از کارخانه‌ها خریداری می‌کنند و آن‌ها را به نمایندگان می‌فروشند و سپس، نمایندگان اتومبیل‌ها را به افراد و شرکت‌ها می‌فروشند.

ارتباط در بازار، میان گروه‌ها و همچنین، در داخل خود گروه‌ها به شرح زیر برقرار می‌شود:

خریداران، با مشاوران (واسطه‌های) خود در مورد پوشش بیمه‌ای کسب و کارشان صحبت می‌کنند.



واسطه‌ها، اطلاعات مربوط به بیمه‌گذار را برای گرفتن نرخ و شرایط، به بیمه‌گران عرضه می‌کنند.



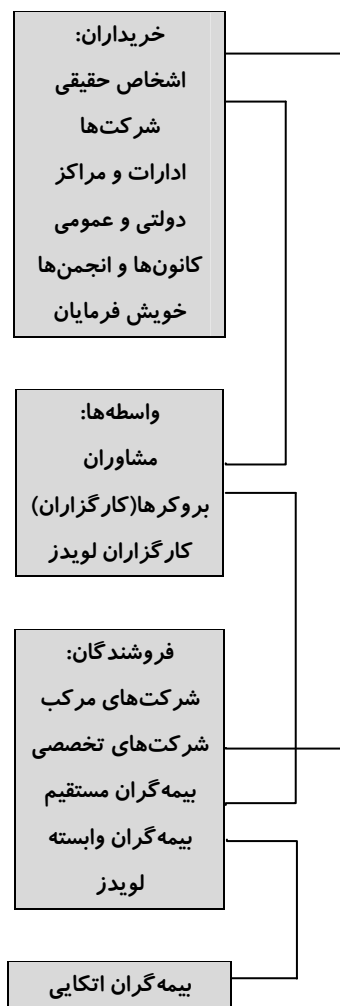
سپس، واسطه‌ها شرایط پذیرش ریسک توسط بیمه‌گران را به خریداران ارائه می‌کنند و امیدوارند که بیمه‌گذار با شرایط و نرخ موافقت کند.



بیمه‌گران، در مورد روش‌های محافظت از خودشان در برابر خسارت‌های بسیار بزرگ یا تعداد زیادی از خسارت‌ها در یک حادثه، با بیمه‌گران اتکایی مذاکره می‌کنند.

گاهی شاهدیم که بیمه‌گران تبلیغات در مورد محصولات و قابلیت‌های متمایز خود را به واسطه‌ها عرضه می‌کنند و گاهی نیز آن‌ها را مستقیماً به مصرف کنندگان عرضه می‌کنند.

افرادی که می‌توانند تحت عناوین خریداران، واسطه‌ها و فروشندگان باشند، در شکل ۱-۴ نشان داده شده‌اند.



شکل ۱-۴

خریداران

افرادی که بیمه می‌خرند، در بازه زمانی قبل از انعقاد قرارداد بیمه، به عنوان "پیشنهاد دهنده"^۱ شناخته می‌شوند. زمانی که قرارداد بیمه آغاز می‌شود، خریدار به عنوان "بیمه‌گذار" شناخته می‌شود.

خریداران بیمه را می‌توان به ۵ گروه اصلی طبقه بندی نمود.

اشخاص حقیقی بیمه‌های شخصی، مانند اتومبیل و منازل مسکونی، هم از لحاظ تعداد بیمه‌نامه و هم میزان حق بیمه؛ بخش بزرگی از بازار را تشکیل می‌دهند. البته، افراد به سایر رشته‌های بیمه‌ای، مانند بیمه مسافرتی و بیمه‌های درمان نیز نیاز دارند.

شرکت‌ها در تجارت و صنعت، مبلغ زیادی برای خرید طیف وسیعی از محصولات بیمه پرداخت می‌شود. اغلب، بسته‌های بیمه‌ای که به صورت خاص، متناسب با نیازهای شرکت‌ها طراحی شده‌اند به ایشان عرضه می‌شوند.

نهادهای عمومی بسیاری از شوراهای محلی، مدارس و حتی نیروهای پلیس، خریداران اصلی بیمه هستند. آن‌ها ممکن است بیمه عمومی بخرند، مثلاً، بیمه اتومبیل یا بیمه‌های خاص، مانند بیمه مسئولیت حرفه‌ای (که جبران کننده خسارات افرادی است که از مشاوره حرفه‌ای ضعیف رنج می‌برند).

باشگاه‌ها و انجمن‌ها باشگاه‌های ورزشی و سایر گروه‌های وابسته بیمه را برای حفظ دارایی و انتقال مسئولیت‌های احتمالی می‌خرند.

خویش فرمایان در زندگی روزمره، تعداد زیادی از اعضا این گروه دیده می‌شوند که ممکن است لوله کش، تعمیرکار یا متعلق به تعداد بیشماری از اصناف یا حرفه‌های مختلف باشند و برای حفاظت از تجارت و درآمد خود، به بیمه نیاز دارند.

¹ Proposer

واسطه‌ها

نقش واسطه‌ها در بازار، گردهم آوردن خریداران و فروشندگان است. ویژگی‌های اصلی واسطه‌های بیمه را در بخش‌های آتی شرح خواهیم داد.

فروشنندگان

در بازار بیمه، انواع مختلف بیمه‌گر وجود دارد که می‌توانیم آن‌ها را به دو طریق مختلف دسته‌بندی کنیم:

۱- از نظر وظیفه و روش عملکرد

۲- از نظر ساختار شرکت

وظیفه و روش عملکرد

شرکت‌های مرکب

این شرکت‌ها، رشته‌های مختلف بیمه‌ای، مانند آتش‌سوزی، حوادث، اتومبیل و مسئولیت را ارائه می‌دهند.

شرکت‌های بیمه تخصصی

شرکت‌هایی که رشته‌های محدود بیمه‌ای را عرضه می‌کنند. مثلاً، بیمه‌های عمر. این شرکت‌ها غالباً بیمه را مستقیماً به عموم بیمه‌گذاران ارائه نمی‌دهند و به جای آن ترجیح می‌دهند که از طریق واسطه‌ها اقدام کنند.

شرکت‌های بیمه مستقیم

اگرچه این شرکت‌ها به لحاظ نوع محصولات و خدمات با دو نوع شرکت قبل تفاوت چندانی ندارند، اما از آنجایی که روش کسب درآمد آن‌ها با موارد قبل متفاوت است، جداگانه بررسی می‌کنیم.

این شرکت‌های بیمه فقط بطور مستقیم با مردم و جامعه در ارتباط هستند و اغلب فروش آن‌ها از طریق تلفن یا اینترنت است. چنین شرکت‌هایی عمدتاً در حوزه بیمه اتومبیل و منازل مسکونی فعالیت می‌کنند.

شرکت‌های بیمه وابسته

بیمه‌گرانی هستند که به عنوان زیر مجموعه شرکت‌های بزرگ (معمولاً کارخانجات بزرگ) به منظور قبول ریسک‌هایی تاسیس شده‌اند که از طریق بازار بیمه معمول، به عنوان نامطلوب یا حتی غیر قابل بیمه شدن، شناخته می‌شوند. آن‌ها به شرکت‌های اصلی (مادر) محصول و قیمتی ارائه می‌دهند که ممکن است در بازار بیمه سنتی، دست‌نیافتنی باشد. البته، در حال حاضر بسیاری از این بیمه‌گران ریسک‌های بیمه‌گذاری را پوشش می‌دهند که ارتباطی با شرکت‌های اصلی (والدین) ندارند. بنابراین، در این شرایط دیگر نمی‌توانند الزاماً به عنوان شرکت بیمه وابسته تلقی شوند. شرکت‌های بیمه وابسته معمولاً در کشورهایی تاسیس شده‌اند که نظام مالیاتی مناسبی دارند.

لویدز

جامعه‌ای از بیمه‌گران است که اعضای آن، پذیرش ریسک‌های بیمه‌ای را انجام می‌دهند (مهمترین خصوصیات لویدز در بخش‌های بعدی خلاصه شده است).

بیمه‌گران اتکایی

برای درک بهتر، بیمه‌گران اتکایی را می‌توانیم به عنوان افرادی در نظر بگیریم که بیمه‌گران را بیمه می‌کنند. این نگاه کمک می‌کند که به نقش آن‌ها پی ببریم. بیمه‌گران خود نیاز دارند که پوششی را برای محافظت از زیان‌های بزرگ خریداری کنند (مثلاً، وقوع یک سیل می‌تواند به ریسک‌های مختلفی که بیمه‌گذارند، خسارت وارد کند). آن‌ها این پوشش را از بیمه‌گران اتکایی خریداری می‌کنند. این پوشش‌ها ممکن است به یک ریسک محدود باشند یا حوزه گسترده‌ای از ریسک‌ها را دربرگیرند.

بیمه‌گران اتکایی، اغلب امکان ارائه پوشش اتکایی به شرکت‌های بیمه، سندیکای لویدرز و سایر بیمه‌گران اتکایی را دارند. علاوه بر شرکت‌های تخصصی اتکایی، هم سندیکای لویدرز و هم شرکت‌های بیمه می‌توانند همانند بیمه‌گران اتکایی عمل کنند. بازار اتکایی انگلستان، بیشتر معاملات خود را در شهر لندن انجام می‌دهد.

لویدرز لندن و اتحادیه بین‌المللی بیمه‌گران لندن^۱ دو مورد از مهمترین مراکز اتکایی هستند. بیمه اتکایی از مباحث پیچیده صنعت بیمه است، اما تلاش می‌کنیم با زبانی ساده، فرایندی را که در بازار اتکایی انجام می‌شود، بررسی کنیم. مورد ساده‌ای به صورت زیر انجام می‌شود:

- پیشنهاد، یک ریسک را به واسطه‌ها پیشنهاد می‌کند.
- واسطه، مطلوب‌ترین شرایط را از یک بیمه‌گر در بازار به‌دست می‌آورد.
- پیشنهاد دهنده شرایط و بیمه‌نامه‌ی صادر شده را قبول می‌کند.
- اکنون پیشنهاد دهنده، بیمه‌گذار می‌شود.
- بیمه‌گر به تسهیم ریسک تمایل دارد، زیرا بسیار بزرگ است و یک بخش آن را به بیمه‌گران اتکایی واگذار می‌کند.

به یاد داشته باشید اینکه ریسک از طریق واسطه‌ها به بیمه‌گر معرفی شود و یا از کانال‌های مستقیم تحت پوشش قرار بگیرد، در نیاز یا عدم نیاز آن به بیمه اتکایی، بی‌تأثیر است. همچنین، به یاد داشته باشید که بیمه‌گر اتکایی، رابطه قراردادی با بیمه‌گذار ندارد و اگر بیمه‌گر اتکایی ورشکسته شود، بیمه‌گر اصلی مسئول جبران خسارت خواهد بود.

پرسش ۴-۲: کدام نوع بیمه‌گر، بیمه را به عموم عرضه نمی‌کند؟

^۱ IUA

طرق تاسیس^۱

شرکت‌های بیمه و بیمه اتکایی، به یکی از دو روش زیر تشکیل شده‌اند.

- شرکت‌های با مالکیت خصوصی^۲

این شرکت‌ها عمدتاً تحت قانون Companies Act (1985) (در حال حاضر Companies, 2006 Act) ثبت شده‌اند. متعلق به سهامداران خود هستند؛ کسانی که از طریق دریافت سود سهام خود از منافع شرکت سود می‌برند. این شرکت‌ها با مسئولیت محدود هستند، بدین معنا که مسئولیت سهامدار در برابر شرکت، محدود به ارزش اسمی سهام آن است. بسیاری از شرکت‌های بیمه و بیمه اتکایی بدین روش تاسیس شده‌اند. بیمه‌گران وابسته، شرکت‌های وابسته‌ای هستند که تماماً به شرکت مادر (اصلی) تعلق دارند.

- شرکت‌های متقابل^۳

این شرکت‌ها به بیمه‌گذاران تعلق دارند یعنی کسانی که از طریق حق بیمه کمتر، در سود شرکت سهیم هستند. در تئوری، بیمه‌گذاران در مورد زبانی که به وسیله شرکت ایجاد می‌شود، مسئول هستند، اما در واقعیت، شرکت‌های متقابل، با گارانتی محدود شده‌اند. بدین معنا که حداکثر مسئولیت بیمه‌گذاران، محدود به پرداخت حق بیمه می‌شود. البته، در سالیان اخیر بسیاری از آن‌ها از حالت متقابل خارج شده‌اند و به شرکتی با مالکیت خصوصی تبدیل شده‌اند.

لویدز^۴

اگرچه لویدز برند شناخته شده‌ای در صنعت بیمه است، اما شرکت بیمه نیست و از این نظر، منحصر به فرد است. درحقیقت، لویدز از قدیم به عنوان شرکت و سازمان، ریسک‌های بیمه را

¹ Constitution

² Proprietary Companies

³ Mutual Companies

⁴ Lloyd's

نمی‌پذیرد، بلکه امکاناتی را برای واگذاری ریسک‌ها در بازار خود یا "در لویدرز"^۱ فراهم می‌کند. کسب و کار بیمه، توسط اعضاء لویدرز از طریق سندیکاها مدیریت می‌شود که هر یک از آنها به‌وسیله آژانس مدیریتی، اداره می‌شوند. سندیکاها تعدادی بیمه نویس^۲ را برای پذیرش ریسک‌ها، به نمایندگی آنها و ارائه خدمات تخصصی برای برآورده کردن نیازهای متقاضیان بیمه، استخدام می‌کنند. اعضای لویدرز در ابتدا همگی اشخاص حقیقی بودند، ولی در پی چند سال بدون سود، یک سری تغییرات مهم از سال ۱۹۹۴ در لویدرز آغاز شد. یکی از مهمترین تغییرات، اجازه ورود سرمایه توسط گروه جدیدی از اعضاء حقوقی، برای تقویت سرمایه "لویدرز" بود. اعضاء حقوقی لویدرز، مسئولیت محدودی در برابر ریسک پذیرفته شده خود داشتند. نسبت سرمایه افراد حقیقی به طرز چشمگیری از سال ۱۹۹۴ کاهش یافت و در حال حاضر، کمتر از ۱۵ درصد است.

بازار لویدرز، به جز در موارد خاص، فقط توسط کارگزاران لویدرز قابل دسترسی است. آنها باید اطلاعات مربوطه به ریسک را در برگ از پیش تهیه شده ای به نام اسلیپ^۳ وارد کنند و آن را به بیمه نویسان لویدرز، در ساختمان لویدرز لندن ارائه دهند.^۴ بیمه نویس تصمیم می‌گیرد که چه مقدار را بپذیرد و میزان پذیرش (لاین)^۴ در اسلیپ ذکر می‌شود و توسط بیمه‌نویس امضاء می‌شود. دیگران نیز درصدهای مورد نظر خود را در زیر اولین امضاء وارد و امضاء می‌کنند تا زمانی که تمام اسلیپ واگذار شود (یعنی مجموع درصد پذیرش تمام بیمه‌گران، معادل کل پوشش مورد نیاز شود). این گونه بود که واژه بیمه نویس برای اولین بار به وجود آمد.

چگونگی کارکرد

کارگزار، از اطلاعات مشتری داده‌های ریسک پیشنهادی برای بیمه را به‌دست می‌آورد که

^۱ Loyd's Underwriter or Underwriting staff

^۲ Slip

^۳ The Room

^۴ Line

شامل تفسیری از موضوع بیمه، سرمایه بیمه‌گذار و سقف تعهد، مکان یا محدوده جغرافیایی و شاخصی از سطح حق بیمه‌ای است که باید مورد توافق قرارگیرد. در برخی از موارد ممکن است لازم باشد قبل از اینکه کارگزار، پیشنهاد پوششی را که مشتری احتمالاً مایل به پذیرش آن است به او ارائه دهد، مذاکرات اولیه‌ای با کارگزاران او نیز انجام دهد. البته، در حال حاضر با ظهور و پیدایش سیستم‌های کامپیوتری تمایل و امکان ارسال الکترونیکی اطلاعات وجود دارد. لویدز در طول سال ۲۰۰۳ با هدف تبدیل شدن به محیط تجاری با حداکثر بازدهی مالی، تغییرات عمده‌ای را در ساختار خود ایجاد کرد. لایحه اصلاحات قانونی لویدز (۲۰۰۸)^۱ این محدودیت که تنها کارگزاران لویدز می‌توانند ریسک‌های مورد نظر را در لویدز بیمه کنند، حذف کرد. این اصلاحات، بازار را برای واسطه‌های جدید باز کرد، اکنون افراد دیگری نیز هستند که می‌توانند در کنار کارگزاران فعلی لویدز کار کنند. بر اساس قانون خدمات و بازارهای مالی سال ۲۰۰۰، در حال حاضر نهاد خدمات مالی^۲ کنترل و نظارت قانونی بر لویدز را بر عهده دارد.

کانال‌های توزیع^۴

کانال‌های توزیع بیمه، مانند کانال‌های فروش محصولات ملموس نیستند، مثلاً، محصولی مانند پرتقال در مقادیر زیاد توسط تولید کنندگان برداشت و به عمده‌فروشان فروخته می‌شود که خود آن‌ها نیز آن را به خرده فروشان می‌فروشند. این روند به همین ترتیب ادامه می‌یابد، تا زمانی که محصول به دست مصرف‌کننده برسد. از دیدگاه بیمه‌گر، محصول بیمه به شخصی که خودش آن را به دیگری می‌فروشد (واسطه)، فروخته نشده است. بیمه در هر حال، قراردادی بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار است. بنابراین، وقتی صحبت از کانال‌های توزیع بیمه می‌کنیم، منظورمان راه‌های مختلفی است که شرکت‌های بیمه به وسیله‌ی آن محصولات خود را به فروش می‌رسانند.

¹ Legislative Reform (Lloy's) Order 2008

² Financial Services and Markets Act 2000

³ Financial Services Agency (FSA)

⁴ Distribution Channels

برای عرضه محصولات بیمه به بازار دو روش وجود دارد:

کانال‌های بازاریابی در این روش، بیمه‌گر فروشنده‌ای استخدام می‌کند. کارکنان تمام وقت شرکت مستقیم بیمه نیز در همین گروه قرار دارند. علاوه بر این، تبلیغات اعم از تلویزیونی، آگهی و پوستر، اغلب همین هدف را دارند. این روش تبلیغات به صورت گسترده توسط بیمه‌گران مستقیم استفاده می‌شود و قراردادهای بیمه بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار، بدون واسطه، منعقد می‌شوند.

کانال‌های بازاریابی غیر در این روش، واسطه‌ها به نحوی درگیر هستند. بیمه‌گر، نمایندگان را با پرداخت کارمزد^۱، از محل فروش بیمه‌نامه استخدام کند. مثلاً، زمانی که فروشنده خودرو، خودرویی را به خریدار می‌فروشد، می‌تواند در کنار آن، بیمه‌نامه خودرو نیز از جانب بیمه‌گر به فرد بیمار بفروشد. بیمه‌گران به طور فزاینده‌ای تمایل دارند که از طریق واسطه‌های غیر تخصصی معرفی نشوند. مشاوران حرفه‌ای، مانند کارگزاران بیمه، از طرف مشتریان خود برای اخذ پوشش از بیمه‌گران، اقدام می‌کنند. فعالیت‌های تبلیغاتی بیمه‌گران در این کانال‌ها، به قابلیت‌ها و حرفه‌ای بودن نیروی فروش و همچنین، سمینارها و فعالیت‌های حرفه‌ای که آن‌ها انجام می‌دهند، وابسته خواهند بود.

مزایای خرید بیمه به صورت مستقیم

- امکان ارائه تخفیف (زیرا، کارمزدی به واسطه‌ها پرداخت نمی‌شود)، مخصوصاً در رشته‌های انفرادی که افراد در مورد قیمت حساس هستند (مانند بیمه خودرو و بیمه منازل مسکونی). هرگونه مزیت در هزینه، مستقیماً بیمه‌گر به بیمه‌گذار منتقل می‌شود.
- پوشش فوری می‌تواند از طریق تلفن یا اینترنت کسب شود.

معایب خرید بیمه به صورت مستقیم

- برخی از هزینه‌های اضافی (مانند تبلیغ) در حق بیمه منظور شده است.

¹ Commission

- برخی از بیمه‌گران مستقیم، فقط آنچه را می‌پذیرند که به عنوان پوشش استاندارد در نظر دارند. بنابراین، امکان دارد خرید برخی پوشش‌ها ممکن نباشد.
- فقط محصولات یک شرکت بیمه ارائه می‌شوند.

مزایای بیمه به صورت غیر مستقیم

- مشاوره مستقل از تعداد زیادی واسطه کسب می‌شود.
- سایر خدمات، مانند کمک به بازیافت خسارات بیمه نشده پس از یک خسارت می‌تواند فراهم شود.
- قیمت و پوشش بیمه‌گران مختلف می‌توانند با هم مقایسه شوند.

معایب تهیه بیمه به صورت غیر مستقیم

- برخی از واسطه‌ها می‌توانند فقط محصولات یک شرکت بیمه را ارائه دهند.
- حتی مشاوران مستقل هم همیشه قادر نیستند اطلاعات یا نرخ را از بیمه‌گران مستقیم به دست آورند.

پرسش ۴-۳:

ما از دیدگاه بیمه‌گذار نگاهی به مزایا داشتیم، ولی مزیت اصلی بیمه‌گر مستقیم چیست؟

اجاستر و ارزیابان خسارت، بیمه‌گران و کارمندان اداره خسارت

اجاسترهای خسارت

اجاسترهای خسارت، افراد مستقل و واجد صلاحیت حرفه‌ای هستند و ارزیابان خسارت چارتر، اعضای موسسه اجاستری خسارت چارتر هستند. آن‌ها متخصص فرایند خسارت، از ابتدا تا پایان هستند. خسارت‌های کوچک و بی‌دردسر، معمولاً توسط بیمه‌گر و کارمندان حل و فصل می‌شوند. اما تحقیق و بررسی خسارات بزرگتر، مذاکره، تخمین و پرداخت خسارت، عمدتاً به

اجاسترهای حرفه‌ای واگذار می‌شوند. وظیفه آن‌ها، مذاکره در مورد خسارت، بر اساس شرایط بیمه‌نامه است به نحوی که برای هر دو طرف بیمه‌گر و بیمه‌گذار منصفانه باشد. در انتها نیز آن‌ها مبلغ خسارت پیشنهادی را به بیمه‌گر اعلام می‌کنند.

ارزیابان خسارت

ارزیابان خسارت، کارشناسانی هستند که با خسارت بیمه‌سر و کار دارند. آن‌ها توسط بیمه‌گذار و برای آماده‌سازی مدارک خسارت و مذاکره منصوب می‌شوند. هزینه کارشناسی آن‌ها را بیمه‌گذار پرداخت می‌کند و این هزینه‌ها جزء هزینه‌های خسارت نیست. بدین ترتیب، بیمه‌گذار (شاکی) تنها در خسارات سنگین و پیچیده ممکن است هزینه استخدام ارزیاب خسارت را بپذیرد و از او استفاده کند.

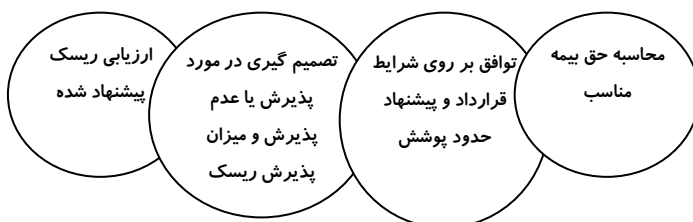
پرسش ۴-۴: تفاوت میان ارزیاب خسارت و اجاستر خسارت چیست؟

بیمه‌گران

هدف کلی بیمه‌گری، ایجاد یا نگهداری پرتفوی است (به معنای همه ریسک‌هایی که یک بیمه‌گر می‌پذیرد) که برای پرداخت موارد زیر کافی باشد:

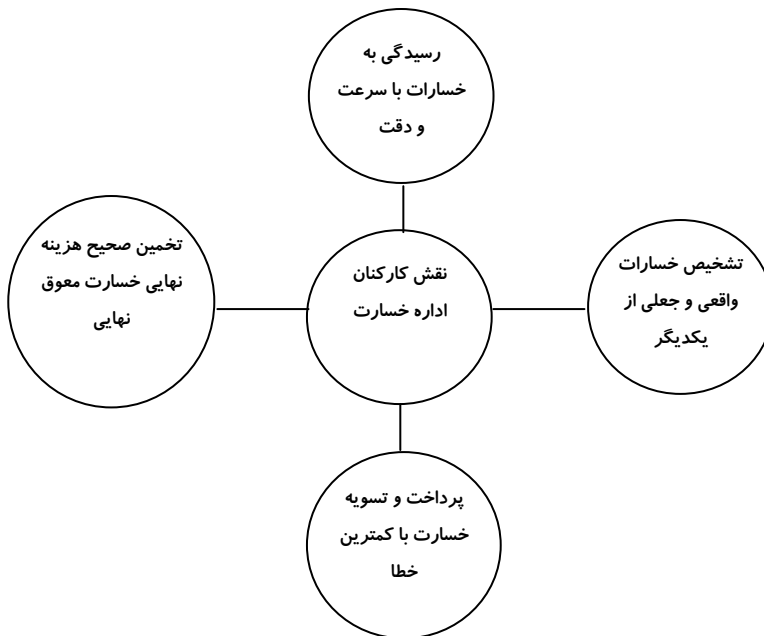
- پرداخت تمام خسارات آتی
- پرداخت تمام هزینه‌های انجام کسب و کار
- ارائه سود قابل قبول

بدین منظور بیمه‌گر باید موارد زیر را انجام دهد:



کارمندان اداره خسارت

یک واحد کارای خسارت که از پرسنل حرفه‌ای و متخصص خسارت تشکیل شده باشد می‌تواند تاثیر به سزایی در کسب اطمینان از مدیریت مناسب و جوه شرکت بیمه داشته باشد. نقش و وظایف کارکنان اداره خسارت شرکت بیمه در نمودار زیر آمده است:



کارکنان اداره خسارت می‌توانند با در نظر گرفتن موارد زیر، سطح مطلوبی از خدمات را به زیان دیدگان ارائه دهند و از پرداخت‌های اضافی یا پرداخت‌های غیر لازم اجتناب کنند:

- ۱- آیا خطر، تحت پوشش است؟
- ۲- آیا فردی که ادعای خسارت دارد، تحت بیمه‌نامه مشمول جبران خسارت هست؟
- ۳- آیا در زمان خسارت، بیمه‌نامه معتبر بوده است؟
- ۴- آیا استثنائات یا محدودیت‌هایی وجود دارد؟

خساراتی که مشکلی نداشته باشند، سریع و فوری پرداخت می‌شوند، در حالی که سایر خسارت‌ها برای مذاکرات و بررسی بیشتر ارجاع داده می‌شوند.

مرکز ارتباط با مشتریان (مرکز تماس)

مرکز تماس، معمولاً محلی ویژه است (یا گاهی بیش از یک مکان که با مودم و خطوط تلفن به هم متصل شده‌اند) که در آن، اکثریت قریب به اتفاق تماس‌های بیمه‌گر اداره می‌شود. در این مرکز، اپراتورهایی کار می‌کنند که با سیستم‌های کامپیوتری به تماس گیرندگان پاسخ می‌دهند. مراکز تماس در بازار بیمه، اولین بار به عنوان بخشی از فرایند بازاریابی بیمه‌گران مستقیم و به منظور ارائه خدمات نرخ‌دهی سریع برای مشتریان جدید، معرفی شدند. در این مراکز، سیستم‌های کامپیوتری وجود دارند که با ورود اطلاعات مشتری به آن در طول مکالمه، این امکان فراهم می‌شود که بلافاصله نرخ و شرایط برای اغلب تماس گیرندگان پیشنهاد شود. این سیستم‌ها، به خصوص برای بیمه‌های شخصی کاربرد دارد که ارزیابی ریسک در آن‌ها، کمتر به قضاوت ذهنی بیمه‌نویس متکی و بیشتر، قاعده‌مند^۱ است.

این فرایند، به وسیله سیستم کامپیوتری بیمه‌گری پیچیده میسر می‌شود. با پیشرفت تکنولوژی، کارهای بیشتری با این روش انجام می‌شود. تغییرات در بیمه‌نامه‌ها (الحاقیه) و اعلام خسارات، مثال‌هایی از این دست هستند.

تجارت الکترونیکی

معاملاتی که از طریق اینترنت انجام می‌شوند، تحت عنوان تجارت الکترونیک^۲ نام دارند. در حال حاضر، برای سازمان‌هایی که می‌خواهند تجارت الکترونیک داشته باشند، اینترنت انتخابی عمومی است، زیرا روشی آسان برای رسیدن به مشتریان جدید و موجود ارائه می‌دهد و

^۱ Rule based

^۲ E. Trading / E. Commerce

سازمان‌ها را با سرعت و کمترین هزینه، به سایر شرکت‌ها و افراد متصل می‌کند. اتصال جهانی اینترنت می‌تواند شرکت‌هایی را با دسترسی به سایر کسب و کارها و افراد ایجاد کند. اما چالش اصلی که بیمه‌گران با آن مواجه می‌شوند، این است که آیا می‌توانند محصولات بیمه‌ای را از طریق اینترنت با موفقیت به فروش برسانند.

بیمه‌گر می‌تواند به دلایل بسیاری، وبسایت طراحی و پیاده‌سازی کند. مهمترین دلایل به شرح زیرند:

- فروش بیمه به صورت عمومی و گسترده
- فروش تنها نوع خاصی از بیمه
- آگهی‌های تجاری
- ارائه اطلاعات محصول خاص
- ارائه سایر اطلاعات عمومی
- ارائه فهرست قیمت برای محصولات متنوع بیمه‌ای
- اطلاعات درخواست مشتری و ارائه قیمت به آن‌ها از طریق ایمیل
- اطلاعات درخواست بازدید کنندگان سایت، برای کسب پروفایل آن‌ها و استراتژی‌های بازاریابی متنوع
- ارائه مطالب آموزشی

اینترنت، رسانه‌ای خوب برای فروش محصولات بیمه شخصی، مانند خودرو و منازل مسکونی است، زیرا این رشته‌ها در قیمت، رقابت موثر دارند و اکثر محصولات این رشته‌ها می‌توانند سوالات ساده با پاسخ‌های محدود داشته باشند. به‌طور کلی، فروش محصولات پیچیده‌تر بیمه، نیازمند ارائه مشاوره به مشتری، از طریق واسطه یا شرکت بیمه است و فروش این گونه محصولات از طریق اینترنت مشکل است.

کارگزاران الکترونیکی

واسطه‌ها، برای کسب سهم رقابتی بیشتر و جذب مشتری، بازار را جستجو می‌کنند، اگرچه ظهور اینترنت روش‌های مختلف نرخ‌های رقابتی را تسهیل کرده است. یک کارگزار الکترونیکی، اطلاعات را از منابع داده‌های مختلف جمع‌آوری و تحلیل می‌کند. جمع‌بندی، شرطی است که بر اساس آن، اطلاعات کالاها و خدمات با/ بدون اجازه در اینترنت بازایی می‌شود.

در مفهوم بیمه، بازاریابان الکترونیکی بازار تلاش می‌کنند تا با همکاری با واسطه‌ها و بیمه‌گران، برای دستیابی به قیمت‌های آن‌ها برای ریسک‌های مختلف، اعتماد کنند.

خدمات غیر بیمه‌ای

برخی از این خدمات بشرح زیر هستند:

- خطوط کمک‌رسانی و مشاوره
- تعمیرگاه‌های مجاز و تامین‌کنندگان
- خدمات کنترل ریسک / مشاوره
- خدمات باز یافت خسارات بیمه نشده

خطوط کمک‌رسانی و مشاوره

بسیاری از بیمه‌گران، کمک‌های فوری یا کارشناس مشاوره برای بیمه‌گذاران خود دارند که معمولاً به صورت ۲۴ ساعته و بدون هزینه هستند.

تعمیرکاران مجاز و تامین‌کنندگان

بیمه‌گران منازل مسکونی، خدمات اورژانسی و فوری دارند. در این‌جا، تامین‌کنندگان و پیمانکاران، تعمیرکنندگان مجاز هستند.

بیمه‌گران خودروهای خصوصی، پنل‌هایی از تعمیرکاران مجاز دارند. برای آن‌ها اهمیت دارد که تعمیرکاران، صلاحیت فنی و قیمت معقول داشته باشند. کاهش قیمت در لوازم یدکی و کار، اغلب همراه با فن آوری بالا، مانند دوربین‌های ویدیویی دیجیتال، به مهندسين اجازه می‌دهد که خسارت خودرو را بدون بازدید، در گاراژ بازرینی کنند.

خدمات کنترل ریسک / مشاوره

کنترل ریسک، فرایندی است که بسیاری از شرکت‌ها به صورت جدی به آن می‌پردازند. کسب و کارهای در معرض ریسک‌های بسیاری هستند. در بیمه، به حوادث قابل بیمه شدن فکر می‌کنیم: آتش‌سوزی، دزدی و غیره... البته، این نقطه شروع نیست، در واقع، بیمه مدتی طولانی است که شامل فهرست فعالیت‌هایی است که باید در مدیریت ریسک انجام شوند. در مورد ریسک‌هایی که بیمه‌گذار در اغلب موارد، مشاوره و راهنمایی از بیمه‌گر (و گاهی به صورت فوری) دریافت می‌کند، مثال‌هایی به شرح زیر وجود دارد:

- در بیمه اموال کارخانه، ارزیاب، بازدید و ارزیابی می‌کند. این عمل، به بیمه‌گر اطلاعات بیمه‌گری و مشاوره در خصوص بهبود چیزهایی که لازم و مطلوب هستند، ارائه می‌دهد و اغلب، برای کسب و کار بیمه‌گذار، با کاهش احتمال وقوع زیان یا خسارت مفید است.
- ناوگان وسایل نقلیه موتوری باید بیمه شوند و پیشنهادهایی برای بهبود تجربه خسارتی لازم است.

خدمات باز یافت خسارت بیمه نشده

وضعیت‌های مختلفی در مورد بیمه خودرو وجود دارد که بیمه‌گذار پوشش ندارد، ولی از نظر قانونی به طور بالقوه حق دارد که خسارت را از شخص دیگری باز یافت کند. اغلب بیمه‌گران، برای باز یافت خسارات بیمه نشده‌ای که واقعاً قابل باز یافت نیستند، به بیمه‌گذاران خود تحت بیمه‌نامه خودشان کمک می‌کنند. این نوع همکاری ممکن است برای هزینه‌هایی، نظیر کارشناسی یا به عنوان خدمات یا به صورت رسمی‌تر، بیمه‌نامه و هزینه‌های قانونی پیشنهاد شود.

سایر سازمان‌ها، مانند شرکت‌های مدیریت حوادث و مشاوران حقوقی نیز جایگزینی وسیله نقلیه و بدنبال آن، جبران خسارت جراحت فردی را پیشنهاد می‌کنند.

نهادهای صنعت بیمه در ایران

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

عملیات بیمه‌ای در ایران عملاً از سال ۱۲۹۰ هجری شمسی به وسیله شرکت‌های بیمه روسی شروع شد. اولین شرکت بیمه ایرانی با سرمایه دولت در سال ۱۳۱۴ به نام شرکت سهامی بیمه ایران شروع به فعالیت کرد و متعاقب آن، قانون بیمه در سال ۱۳۱۶ به تصویب رسید.

گفتیم که از سال ۱۳۲۹ به بعد، چند شرکت بیمه خصوصی در ایران تأسیس شدند که باید در مورد اعمال نظارت مقتضی بر فعالیت آن‌ها و همچنین، بیمه اتکایی اجباری بخشی از فعالیت‌های آن‌ها، چاره‌ای اندیشیده می‌شد. هرچند که بیمه اتکایی اجباری و بخشی از امور نظارتی و فنی به عهده بیمه‌ایران گذاشته شد، اما دولت نهایتاً به این نتیجه رسید که برای تعمیم و هدایت امر بیمه‌گری و نظارت بر آن و انجام امور بیمه اتکایی اجباری، وجود سازمانی مستقل ضرورت دارد؛ بنابراین، قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری در سال ۱۳۵۰ به تصویب قوه مقننه رسید که بخش اول آن، مربوط به تشکیلات بیمه مرکزی ایران، به عنوان دستگاه ناظر بر فعالیت‌های بیمه‌گری است.

الف- در ماده اول این قانون، مقصود کلی از تأسیس بیمه مرکزی، تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و اعمال نظارت دولت بر فعالیت‌های بیمه‌گری اعلام شده است.

ب- ماده پنجم نیز به شرح کامل وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ایران پرداخته است و وظایف این سازمان به شرح زیر اعلام شده 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 تامین خسارات بدنی و تنظیم آیین‌نامه آن، موضوع ماده ۱۰ قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث، مصوب دی سال ۱۳۴۷.
- ۷- 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 ایران

مجمع عمومی
شورای عالی
هیأت عامل
بازرس

مجمع عمومی

مجمع عمومی بیمه مرکزی، مرکب از وزیر اقتصاد و دارایی، وزیر صنعت، معدن و تجارت، وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی و هیأت عامل و بازرسان بدون داشتن حق رأی در جلسه شرکت خواهند کرد.

شورای عالی بیمه

از طرف دیگر، به موجب ماده ۱۰ این قانون، به منظور تصویب آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط با نحوه نظارت بر امور بیمه‌گری، توسعه، تعمیم و هدایت امر بیمه و ضوابط بیمه‌گری، شورایی به نام شورای عالی بیمه ((متشکل از رئیس کل بیمه مرکزی ایران- معاونین وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی- وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی- وزارت صنعت، معدن و تجارت- وزارت جهاد کشاورزی- رئیس شرکت سهامی بیمه ایران- مدیرعامل یکی از شرکت‌های بیمه به انتخاب سندیکای بیمه‌گران ایران- یک نفر کارشناس حقوقی- یک نفر کارشناس بیمه (هر دو به انتخاب مجمع عمومی بیمه مرکزی) و یک نفر به عنوان مطلع در امور بیمه (به انتخاب رئیس اطاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران)) به عنوان یکی از ارکان بیمه مرکزی ایران تشکیل شد که وظایف و اختیارات این شورا عبارت است از:

- ۱- رسیدگی و اظهارنظر در مورد 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 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 اظهار نظر نسبت به گزارش بیمه مرکزی ایران درباره عملیات و فعالیت مؤسسات بیمه در ایران که حداقل هر شش ماه یکبار باید تسلیم شود.
- ۷- اظهار نظر درباره هرگونه پیشنهاد که از طرف رئیس شورای عالی بیمه به آن ارجاع می‌گردد.

- ۸- انجام سایر وظایفی که این قانون برای آن تعیین کرده است.
- بخش دیگری از قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، با موضوعاتی از قبیل نحوه

تشکیل و تأسیس شرکت‌های بیمه - صدور پروانه - فعالیت شرکت‌های بیمه - نحوه ابطال پروانه فعالیت - مقررات مربوط به شرکت‌های بیمه خارجی - نحوه انحلال و ورشکستگی شرکت‌های بیمه - مقررات مربوط به دلالتی بیمه - نمایندگی بیمه و غیره مرتبط است. گرچه با توجه به اصل ۴۴ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و قانون ملی شدن مؤسسات اعتباری و بیمه‌ها، لغو پروانه فعالیت مؤسسات بیمه خارجی، قسمت عمده مواد این بخش از قانون مذکور طی سال‌های گذشته موضوعیت و مورد استفاده عملی قرار نداشت، ولی اینک با توجه به مقررات جدید، فعالیت مجدد شرکت‌های بیمه غیردولتی آغاز شده است و فعالیت مجدد شرکت‌های بیمه خارجی نیز بعید به نظر نمی‌رسد. بنابراین، مواد این بخش از قانون، مجدداً استفاده می‌شود.

همانطوری که ملاحظه شد، یکی از وظایف شورای عالی بیمه، تصویب آیین‌نامه‌های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت مؤسسات بیمه است. در این رابطه، آیین‌نامه‌هایی از قبیل: آیین‌نامه دلالتی بیمه - آیین‌نامه نمایندگی بیمه - اساسنامه سندیکای بیمه‌گران و... به تصویب شورای عالی بیمه رسیده است.

هیأت عامل

هیأت عامل بیمه مرکزی، مرکب از رئیس کل، قائم‌مقام رییس کل و معاونان بیمه مرکزی است. رئیس کل و قائم‌مقام او به پیشنهاد وزیر امور اقتصاد و دارایی و تصویب هیأت وزیران و معاونان بیمه مرکزی به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی و موافقت وزیر امور اقتصاد و دارایی و به موجب تصویب‌نامه هیأت وزیران خواهد بود. رئیس کل و قائم‌مقام بیمه مرکزی، برای مدت ۴ سال انتخاب می‌شوند.

سندیکای بیمه‌گران ایران

حدود ۲ سال پس از تأسیس شرکت سهامی بیمه ایران و حدود ۵ ماه پس از تصویب قانون بیمه، در حالی که بیمه ایران تنها شرکت بیمه داخلی در کشور بود، برای اولین مرتبه در

تصویب‌نامه مورخ ۱۳۱۶/۰۷/۲۶ هیأت وزیران، تشکیل سندیکای بیمه‌گران ایران مطرح و مقرر شد: "مؤسسات بیمه خارجی که در ایران کار می‌کنند، باید عضویت سندیکا را قبول کنند. بر همان اساس، "نظام‌نامه اساسی" که مشتمل بر ۱۶ ماده است در تاریخ ۱۶/۱۱/۱۳۱۶ توسط وزیر تجارت، به شرکت سهامی بیمه ایران ابلاغ می‌شود" که به موقع به اجرا گذارده شود.

نکات مهم این "نظام‌نامه اساسی" چنین است:

- کلیه مؤسسات بیمه داخلی و خارجی (مشغول به کار در ایران) "اجباراً عضویت سندیکا را دارا خواهند بود؛"
 - از جمله وظایف سندیکا "تنظیم بیمه‌نامه‌ها و تعرفه‌های متحدالشکل است که پس از تصویب "وزارت تجارت"، رعایت آن توسط کلیه مؤسسات بیمه اجباری است؛
 - تمرکز اطلاعات مربوط به بیمه از جمله وظایف سندیکا شناخته شده است؛
 - ساختار سازمانی سندیکا چنین است:
 - مجمع عمومی اعضا؛
 - رئیس سندیکا؛
 - دفترخانه.
 - مجمع عمومی سالی چهار مرتبه تشکیل می‌شود. رئیس سندیکا از بین مدیران یکی از شرکت‌های بیمه فعال در ایران و به نمایندگی از وزارت تجارت، از طرف این وزارت منصوب می‌شود. دفترخانه سندیکا، یک رئیس موظف دارد که از طرف مجمع عمومی انتخاب می‌شود؛
 - در حالی که هر یک از اعضا، یک رای دارند، اما حق عضویت (سهیمیه اعضا) به تناسب "عواید غیر خالص سال قبل" تعیین خواهد شد.
- هیأت مدیره بیمه ایران در گزارش عملکرد سال ۱۳۱۷ در رابطه با بحث تقلیل تعرفه حق بیمه و تنظیم بازار بیمه، به مجمع عمومی شرکت چنین گزارش می‌دهد:

... برای خدمت به اقتصاد کشور، شرکت جدیدی نمود که نرخ بیمه‌های مختلف را تا حد امکان تنزل دهد و بیمه را ارزان در دسترس عموم قرار دهد. در نتیجه تأسیس سندیکای بیمه‌گران ایران که به موجب آئین‌نامه مصوب هیات وزیران، عموم شرکت‌های مقیم ایران اجباراً عضو آن می‌باشند، این منظور عملی گردید. بدین قرار که شرکت سهامی بیمه ایران در سندیکا پیش‌قدم وضع بیمه‌نامه‌ها و تعرفه‌های متحدالشکلی گردید که به وسیله تمام شرکت‌های بیمه یکسان اجرا شود. مخصوصاً در تنظیم این تعرفه جدید نمود که نرخ‌های نازلی وضع گردد. لازم است در این جا از حسن تفاهم و موافقتی که عموم شرکت‌های بیمه در پیشرفت این مقصود شرکت سهامی بیمه ایران ابراز داشتند، قدردانی شود. مثال‌های زیر نشان می‌دهد که تا چه میزان در نرخ بیمه تخفیف داده شده است:

- نرخ بیمه خانه دارای ساختمان درجه اول با سقف آجری که سابقاً هزاری ۸۷۵/۱ ریال بوده، فعلاً هزاری شش دهم ریال دریافت می‌شود؛ یعنی نرخ کنونی از ثلث نرخ سابق هم کمتر است.
- نرخ بیمه اتومبیل سواری که سابقاً ۵/۳٪ بود، فعلاً ۲٪ است.

از این به بعد، سابقه‌ای در دسترس نیست تا این که در جلسه مورخ ۱۳۳۱/۰۹/۱۲ هیات وزیران، آیین‌نامه‌ای به شماره ۲۵۲۲۶ تصویب می‌شود که حتی قبل از آن را که در ماده ۱۰ کلیه موسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند، به "عضویت سندیکای بیمه‌گران ایران" مجبور کند، در ماده ۶ آورده است که "ترقی نرخ‌های بیمه در هر مورد باید با تصویب سندیکای بیمه‌گران ایران صورت گیرد."

هرچند در مقاله "سندیکای بیمه‌گران ایران را بشناسیم" (پیوست ۴) که در نشریه ویژه سندیکا (مورخ ۱۳۵۰) چاپ شده، آمده است که اساسنامه سندیکا در سال ۱۳۴۲ تهیه و به تصویب وزارت اقتصاد رسید، اما دیگر اطلاعی در دست نیست تا آن که جلسه عمومی سندیکای بیمه‌گران ایران در تاریخ ۱۳۴۴/۱۲/۱۱ تشکیل می‌شود و از صورتجلسه آن (پیوست ۵) معلوم می‌شود که در جلسات قبلی، دکتر فرهنگ مهر (مدیرعامل وقت شرکت بیمه ایران) بعنوان

رئیس انتخاب شده و بنابراین برای سایر مقامات رای گیری می شود. از جمله نکات حائز اهمیت این صورت جلسه این است که:

- قرار می شود در صورتی که سندیکا به ثبت نرسیده، به ثبت برسد؛
 - محلی برای فعالیت های سندیکا "تاسیس" شود؛
 - در مورد تاسیس انستیتوی بیمه مطالعه شود؛
 - میزان کارمزد مربوط به ۲۵٪ اتکایی اجباری که در آن تاریخ به شرکت بیمه ایران واگذار می شد افزایش یابد؛
 - به بیمه اجباری "حوادث شخص ثالث" (که در حدود سه سال بعد قانونی می شود) اشاره می گردد؛ اساسنامه ای هم تهیه می کنند که مهمترین نکات آن چنین است:
 - از وظایف سندیکا این است که نرخ و شرایط بیمه نامه و کارمزد را تنظیم و تصویب کند؛
 - ارکان سندیکا چنین است::
 - جلسات عمومی که حداقل ماهی یک بار تشکیل می شود؛
 - رئیس (که مدیرعامل شرکت بیمه ایران و یا قائم مقام او است) و قائم مقام رئیس؛
 - دبیرکل که مسئول امور اداری سندیکاست و در اولین جلسه هر سال به اکثریت آرا انتخاب می شود؛
 - خزانه دار.
- در حالی که اعضا آراء برابر دارند، اما ۵۰٪ از هزینه سالیانه سندیکا توسط شرکت سهامی بیمه ایران و بقیه بطور مساوی توسط سایر شرکت های بیمه تامین خواهد شد و بالاخره سندیکا در تاریخ ۱۳۴۵/۱۱/۲۳ به شماره ۸۳۲ در اداره ثبت شرکت ها و مالکیت صنعتی ثبت می شود. و بعد آگهی تاسیس در روزنامه رسمی مورخ ۱۳۴۵/۱۱/۲۷ چاپ می شود.
- باز هم مستندات و سوابق سندیکای تاسیس شده در اختیار نیست، اما در ماده ۷۵ قانون

تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری (مصوب ۱۳۵۰/۰۳/۳۰) آمده است که:

موسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند عضو سندیکای بیمه‌گران ایران شناخته می‌شوند. اساسنامه این سندیکا بوسیله 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.

از مصوبات اولیه شورای عالی بیمه مستفاد می‌شود که سندیکا فعالیت‌هایی داشته است و از جمله در ماده ۷ از آیین‌نامه شماره ۳ (تعرفه میزان کارمزد و حق بیمه) به "نرخ‌های تعرفه آتش‌سوزی و باربری و بدنه‌اتومبیل" که توسط سندیکای بیمه‌گران ایران، در فاصله تیرماه ۱۳۴۴ تا خردادماه ۱۳۴۷، مصوب شده، اشاره می‌شود. اما هر چند اساسنامه سندیکای بیمه‌گران ایران در جلسه مورخ ۲ شهریور ۱۳۵۱ شورای عالی بیمه (به‌موجب همان ماده ۷۵ قانون تاسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری) تصویب می‌شود، در پرونده ثبتی سندیکا اثری از تغییر اساسنامه قبلی (پیوست ۷) با اساسنامه اخیرالذکر (پیوست ۱۰) وجود ندارد. البته این عدم توجه مدیران وقت سندیکا باعث نشده که از امتیاز مندرج در بند ۱۰ ماده ۱۰ همان قانون استفاده نکنند و بنابراین همیشه "مدیرعامل یکی از موسسات بیمه" از طرف ایشان، عضو شورای عالی بیمه بوده است.

مهمترین نکات مندرج در اساسنامه اخیرالذکر چنین است:

- تنظیم نرخ و شرایط بیمه و کارمزد، دیگر به عهده سندیکا نیست، چراکه این امر طبق قانون به بیمه مرکزی ایران محول شده است؛
- ارکان سندیکا عبارتند از:
 - شورای عمومی که حداقل ماهی یکبار تشکیل می‌گردد؛
 - دبیرکل که مسئول امور اجرایی و اداری سندیکاست؛
 - خزانه‌دار. رئیس شورای عمومی و رئیس سندیکا، مدیرعامل شرکت سهامی بیمه ایران (و در غیاب وی، قائم مقام ایشان) خواهد بود؛
- جلسات شورای عمومی با حضور دو ثلث اعضا رسمیت می‌یابد و از جمله حضور

رئیس شورای عمومی برای رسمیت ضروری است؛

- میزان آراء هر عضو (حداکثر سه رای) به "سرمایه پرداخت شده و اندوخته‌های

سرمایه‌ای یا ودیعه قانونی" ارتباط داده می‌شود؛

- هرچند باز هم ۵۰٪ هزینه‌های سندیکا را شرکت بیمه ایران متقبل می‌شود، اما سهم سایر

اعضا از ۵۰٪ باقیمانده، به میزان تعداد آراییی خواهد بود که در شورای عمومی دارند.

با تصویب لایحه "ملی شدن موسسات بیمه و..." (در تاریخ ۱۳۵۸/۰۴/۰۴) شرکت‌های بیمه عضو، بعضاً یا ملی، یا این که از ادامه فعالیت در ایران منع شدند و در نتیجه با توجه به ماده ۱۲ اساسنامه ثبت شده عضویت ایشان باطل و بنابراین سندیکا از حالت فعال خارج شد. در خردادماه ۱۳۸۵، آقای علی اکبر ریشه، معاون وقت بیمه‌های مهندسی در شرکت بیمه ایران، نقل کرده‌اند که در سال ۱۳۶۰ (وقتی که در بیمه مرکزی ایران مشغول به کار بوده‌اند) چندماهی برای رسیدگی به اوضاع سندیکا به محل آن در خیابان ملک‌الشعرای بهار رفته‌اند و حاصل آن که، ۴ یا ۵ قطعه فرش متعلق به سندیکا را که غیر ضروری می‌دیده‌اند، فروخته‌اند و پولش را به صندوق واریز کرده‌اند و بعد هم همه اسناد موجود در محل را به سرکار خانم الهه عمویی (که در آن زمان از همکاران بیمه مرکزی ایران بوده‌اند) تحویل داده‌اند. از آنجا که سرکار خانم عمویی، بعداً سوابق خود را بازخیرد کرده‌اند، هنوز دسترسی به آن اسناد مورد اشاره آقای ریشه، میسر نشده است. با تصویب قانون تأسیس موسسات بیمه غیردولتی در سال ۱۳۸۰، از سال ۱۳۸۲ نخستین گروه شرکت‌های بیمه خصوصی مجوز فعالیت گرفتند و سپس شورای عالی بیمه در جلسات مورخ ۱۳۸۴/۰۳/۱۲ و ۱۳۸۳/۰۴/۰۹ اساسنامه جدیدی را برای سندیکای بیمه‌گران ایران تصویب نمود.

مهمترین نکات مندرج در این اساسنامه چنین است:

- ارکان سندیکا عبارتند از:

- شورای عمومی که حداقل ماهی یکبار تشکیل جلسه می‌دهد و از بین خود،

یک رئیس، یک نایب رئیس و یک منشی و یک خزانه‌دار، انتخاب می‌کنند؛

- دبیرکل که برای اولین بار، بالاترین مقام اجرایی سندیکا تلقی می‌شود؛
 - بازرس.
 - اعضا دارای حق رای مساوی هستند و حق عضویت اولیه و سالیانه ایشان نیز برابر خواهد بود.
- تقریباً ۸ ماه پس از تصویب اساسنامه مذکور، اولین جلسه شورای عمومی سندیکای بیمه‌گران ایران بنا به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران (در تاریخ ۱۳۸۳/۱۲/۰۵) تشکیل و رئیس و نایب رئیس شورای عمومی و نماینده برای عضویت در شورای عالی بیمه انتخاب میشوند. انتخاب دبیرکل تا جلسه ششم شورای عمومی (که پس از جلسه اول، دیگر با دعوت رئیس شورای عمومی تشکیل می‌شود) در تاریخ ۱۳۸۴/۰۴/۰۵ انجام می‌شود و سپس در هفتمین جلسه (۱۳۸۴/۰۴/۱۲) خزانه‌دار و منشی نیز انتخاب می‌شوند.
- پیگیری سوابق ثبتی سندیکا باعث می‌شود که احیای سندیکای قبلی مورد تصویب شورای عمومی قرار گیرد و در نتیجه سندیکای بیمه‌گران ایران از لحاظ قانونی احیا می‌گردد. در نهمین جلسه شورای عمومی (مورخ ۱۳۸۴/۰۶/۰۶) مصوب شد تا سه کمیسیون آغاز به کار کنند:
- کمیسیون راهبردی؛
 - کمیسیون فنی؛
 - کمیسیون اخلاق و رفتار حرفه‌ای



آشنایی با فرایند بیمه‌گری

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این بخش شما می‌توانید:

- حقایق مهم و مخاطرات فیزیکی و اخلاقی را شرح دهید.
- فرم پیشنهاد، بیمه‌نامه موقت و گواهی بیمه را توضیح دهید.
- مفاد بیمه‌نامه (wording) و شرایط و استثنائات را تشریح کنید.
- مازاد، کاستنی‌ها و فرانشیز را تعریف نمایید.

بیمه‌گری

تعریف قانونی حقایق مهم براساس قانون بیمه دریایی سال ۱۹۰۶ را تکرار می‌کنیم: حقایق مهم، شامل تمام واقعیت‌ها یا شرایطی می‌شود که می‌تواند بر قضاوت یک بیمه‌نویس (بیمه‌گر) محتاط در زمینه‌های زیر تأثیر بگذارد:

- پذیرش یا عدم پذیرش ریسک
 - اگر ریسک قابل پذیرش است، با چه نرخ حق بیمه و چه شرایطی
- پیشنهاد دهنده (شخص حقیقی یا حقوقی درخواست کننده پوشش بیمه‌ای) موظف است حقایق در مورد ریسکی را که می‌خواهد بیمه شود، ارائه دهد. این به آن معناست که کلیه حقایقی که می‌توانند میزان احتمال وقوع خسارت یا شدت آن را افزایش دهند، باید افشا شوند.
- به همین ترتیب، جزئیات خسارت‌های قبلی (فارغ از اینکه پوشش بیمه داشته یا نداشته‌اند)، شرایط خاصی که بیمه‌گران قبلی در نظر گرفته‌اند، یا رد درخواست‌های قبلی بیمه‌نامه (یک بیمه‌گر پیشنهاد بیمه گذار را نپذیرفته یا بیمه‌نامه را تمدید نکرده است) باید افشا شوند. بیمه‌نویس در زمان ارزیابی ریسک باید از کلیه حقایق مهم از این دست آگاه باشد، به این دلیل که این حقایق می‌توانند بر تصمیم او در مورد پذیرش و نرخ گذاری ریسک موثر باشند.

مخاطرات فیزیکی و اخلاقی

وظیفه اصلی بیمه‌نویس، ارزیابی ریسکی است که هر فرد با خود به صندوق بیمه وارد می‌کند. در نظر گرفتن مخاطرات برای پذیرش یا عدم پذیرش ریسک، بسیار مهم است و از طرف دیگر، نرخ و شرایط را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. در فصل‌های قبل در مورد تعاریف ریسک و مفاهیم مرتبط با آن صحبت کردیم. یکی از این مفاهیم، مخاطره بود. باید بین خطر و مخاطره تمایز قائل شویم.

پرسش ۵-۱: مفهوم مخاطره را در زمینه بیمه تعریف کنید.

وظیفه بیمه‌نویس، ارزیابی مخاطرات مربوط به ریسک‌های متنوعی است که به صندوق عمومی بیمه وارد می‌شوند. هنگام تصمیم‌گیری در مورد پذیرش یا عدم پذیرش ریسک، حق بیمه و شرایط بیمه‌نامه، توجه به مخاطرات بسیار مهم است. دو نوع مخاطره اصلی، شامل مخاطرات فیزیکی و مخاطرات اخلاقی وجود دارد که توجه به آن‌ها برای بیمه‌نویس ضروری است.

مخاطرات فیزیکی

مخاطرات فیزیکی، با خصوصیات فیزیکی ریسک ارتباط دارند. با بررسی مثال‌هایی از مخاطرات فیزیکی در ارتباط با انواع بیمه، بخوبی با این مطلب آشنا خواهید شد:

- بیمه آتش‌سوزی: ماهیت سازه ساختمان، موجود بودن تجهیزات اطفاء حریق، فرآیندهای کسب و کار تولید
- بیمه سرقت: ماهیت سازه ساختمان، امکانات امنیتی، محتویات ساختمان
- بیمه خودرو: سال ساخت، مدل و وضعیت سلامت وسیله نقلیه، محلی که معمولاً وسیله نقلیه در آن نگهداری می‌شود و مورد استفاده خودرو
- بیمه مسئولیت کارفرما: فرآیندهایی که در کارخانه انجام می‌شود، حفاظ صنعتی

- بیمه درمان و حوادث انفرادی: سابقه سلامت پیشنهاددهنده، شغل او، تفریحات خطرناک او

ابعادی که می‌توانند در مقایسه با "ریسک متوسط"، موجب کاهش احتمال وقوع خسارت یا شدت خسارت شوند، "مخاطرات فیزیکی خوب" محسوب می‌شوند. به همین ترتیب، ابعادی که می‌توانند احتمال وقوع خسارت یا شدت خسارت بالقوه را افزایش دهند، "مخاطرات فیزیکی بد" منظور می‌شوند. بیمه‌نویسان سعی می‌کنند ریسک‌های بد را با اعمال برخی از شرایط متناسب با مخاطره، کنترل کنید.

مخاطرات اخلاقی

مخاطرات اخلاقی، با جنبه‌های انسانی موثر بر ریسک، ارتباط مستقیم دارند. این موضوع، بیشتر به نحوه تفکر افراد و جامعه بستگی دارد، تا مالی که تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد. در بیمه، منشاء اصلی مخاطرات اخلاقی، شخص بیمه‌گذار است. با این وجود، تعامل بین شخصیت بیمه‌گذار و جامعه، به طور کلی تأثیر روزافزونی بر ارزیابی مخاطرات اخلاقی دارد. در برخی مواقع، به سختی می‌توان بین مخاطرات فیزیکی و اخلاقی تمایز قائل شد. در اغلب موارد، مخاطره فیزیکی در نتیجه وجود مخاطره اخلاقی بد ایجاد می‌شود. برای مثال، محیط کار کثیف و پر خطر (خطر فیزیکی بد) می‌تواند نتیجه عدم پاکسازی یا نظارت ضعیف باشد (مخاطره اخلاقی بد). در ادامه خواهید دید که مخاطرات اخلاقی، مسئله اصلی پیش روی بیمه‌نویسان محسوب می‌شود و همیشه نمی‌توان آن را با اعمال حق بیمه اضافه یا شرایط خاص در بیمه‌نامه کنترل کرد، غالباً، تنها کاری که می‌توان برای مقابله با این مخاطرات انجام داد، رد درخواست صدور بیمه‌نامه یا عدم تمدید بیمه‌نامه جاری است.

روش‌های مورد استفاده برای کسب حقایق مهم

برگ پرسشنامه، مهمترین سازوکاری است که بیمه‌نویس به وسیله آن اطلاعات مرتبط با ریسک مورد بیمه را دریافت می‌کند. برگ پرسشنامه در غالب انواع بیمه‌ها بکار می‌رود. این

برگ به وسیله پیشنهاد دهنده تکمیل و به بیمه‌نویس ارائه می‌شود. این برگ‌ها می‌توانند مستقیماً نیز توسط بیمه‌گر یا یک واسطه، به بیمه‌گذار ارائه شوند. بیمه‌گران از روی تجربه می‌دانند که چه سؤالاتی باید در برگ پیشنهاد مطرح شود تا به کمک آن‌ها بتوانند ریسک‌های پیشنهاد دهنده را ارزیابی کنند. طبیعی است که استفاده از پرسشنامه در مقایسه با سایر روش‌های گردآوری اطلاعات از پیشنهاد دهنده، مناسب‌تر، سریع‌تر و کم هزینه‌تر است.

برگ پیشنهاد، در واقع پرسشنامه‌ای است که حاوی سؤالاتی در مورد موضوع مورد بیمه است. از آنجایی که بیمه‌نویس از این اطلاعات برای ارزیابی ریسک و محاسبه حق بیمه استفاده می‌کند، پیشنهاد دهنده باید تمام اطلاعات مهم در خصوص ریسک را، بدون توجه به اینکه در آن مورد خاص، سؤالاتی در پرسشنامه وجود دارد یا نه، افشا کند.

برگ پیشنهاد باید ساده و قابل فهم باشد و در ضمن، بیمه‌گذار به راحتی بتواند آن را تکمیل کند. جزئیات این پرسشنامه‌ها معمولاً به فایل‌های کامپیوتر منتقل می‌شوند. این موضوع، در طراحی سؤالات و پاسخ‌های آن تأثیر دارد. مثلاً، پاسخ اغلب سؤالات با "تیک زدن" یک یا چند گزینه، مشخص می‌شود.

برگه پیشنهاد، بسته به ماهیت ریسک و اطلاعاتی که بیمه‌گر نیاز به بررسی آن‌ها دارد، می‌تواند کوتاه یا طولانی باشد. S.P.¹ روشی است که برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به ریسک در لویدز و گاهی در بازار لندن بکار می‌رود. در این روش، اطلاعات کاملی از جزئیات ریسک در قالبی استاندارد ارائه می‌شود.

همانطور که گفتیم برگ پرسشنامه و S.P. اغلب به عنوان شناخته‌شده‌ترین راه‌های کسب اطلاعات توسط بیمه‌نویسان محسوب می‌شوند. با این وجود، بیمه‌نویسان راه‌های دیگری نیز دارند. این روش‌ها بسته به نوع بیمه‌نامه، متفاوت و به شرح زیر هستند:

¹ Slip presentation

بازدید^۱ برای ریسک‌های بزرگ آتش‌سوزی بکار می‌رود. برای مثال، کارخانه بزرگ تولیدی

پرسشنامه تکمیلی^۲ این برگ‌ها توسط بیمه‌گر یا واسطه‌ها طراحی شده می‌شوند.

ملاقات با مشتری معمولاً، برای بیمه‌های تجاری کاربرد دارد.

تلفن برای بیمه وسایل نقلیه یا آتش‌سوزی منازل مسکونی بکار می‌رود. در این روش، اسنادی که نگهداری می‌شوند، به جای کاغذ، نوارها و فایل‌های صوتی هستند.

اینترنت اغلب، برای بیمه‌های شخصی، نظیر بیمه مسافرتی، بیمه وسیله نقلیه یا بیمه منازل مسکونی و به وسیله پر کردن پرسشنامه در سایت شرکت بیمه انجام می‌شود.

البته، بیمه‌گر حق دارد که هرگونه اطلاعات تکمیلی منطقی را از پیشنهاد دهنده درخواست کند.

فسخ^۳ / دوره ارفاقی^۴

اگر یک مشتری نخواهد به قرارداد بیمه خود ادامه دهد، می‌تواند قرارداد خود را در طول مدتی که برای فسخ در نظر گرفته شده است (دوره ارفاقی)، فسخ کند و تمام حق بیمه خود را پس بگیرد (مادامی که خسارتی به بار نیامده باشد).

برگه پیشنهاد

همانطور که گفتیم، برای آن دسته از بیمه‌هایی که نیاز به برگ پیشنهاد دارند، روش سنتی این است که پیشنهاد دهنده برگ پیشنهاد را تکمیل کند و آن را به بیمه‌گر تحویل دهد. این کار می‌تواند به طور مستقیم یا از طریق واسطه انجام شود.

¹ Survey

² Supplementary questionnaires

³ Dcancellation

⁴ Cooling- off period

با این حال، در میان تعدادی از واسطه‌ها و همین‌طور بیمه‌گران مستقیم، این شیوه باب شده است که از طریق تلفن با پیشنهاد دهنده تماس می‌گیرند و پرسشنامه را تلفنی تکمیل می‌کنند. با توسعه تکنولوژی و تکمیل پرسشنامه‌های اینترنتی، بیمه از طریق اینترنت نیز فروخته می‌شود.

در برخی موارد، برگ پیشنهادی که توسط بیمه‌گر یا واسطه، بر مبنای اطلاعات دریافتی از طریق تلفن یا اینترنت تکمیل می‌شود، برای پیشنهاد دهنده ارسال و خواسته می‌شود که برگ امضاء و مجدداً برای بیمه‌گر ارسال شود تا به عنوان مدرک در سوابق نگهداری شود. البته، مواردی نیز وجود دارد که در آن کاغذی رد و بدل نمی‌شود و کل فرایند الکترونیکی است. این روش در بیمه خودرو و منازل مسکونی غالب است.

تمام برگ‌های پیشنهاد، قسمتی تحت عنوان اظهارنامه^۱ و اخطار یا نکته^۲ دارند که حائز اهمیت است:

- اظهارنامه‌ای که پیشنهاددهنده باید آن را امضا کند، تصریح می‌کند که اطلاعات ارائه شده توسط پیشنهاد دهنده، صحیح است و بر اساس بهترین دانش و اعتقاد کامل او تکمیل شده است.
- قسمت اخطار یا نکته مهم به آن دسته از حقایق اشاره می‌کند که باید افشا شوند و همچنین، تبعات عدم افشای حقایق مهم توضیح داده می‌شود. در این قسمت همچنین، اشاره می‌شود که اگر پیشنهاددهنده درباره مهم بودن حقایق تردید دارد، باید آن را افشا کند.

بیمه‌نامه‌ها، بیمه‌نامه‌های موقت و گواهی‌های بیمه

در این قسمت، رویه‌های مرتبط با صدور بیمه‌نامه، بیمه‌نامه‌های موقت و گواهی بیمه را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

¹ Declaration

² Warning or important note

بیمه‌نامه^۱

بیمه‌نامه به این منظور صادر می‌شود که شرایط توافق بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار، کاملاً روشن و مشخص شود. بیمه‌نامه، شامل جزئیات پوشش، دوره پوشش، استثنائات، شرایط، حق بیمه و سایر اطلاعات مرتبط است. بیمه‌نامه، فی نفسه، قرارداد بیمه نیست، بلکه مدرک مستندی مبنی بر وجود قرارداد است. قرارداد بیمه از زمانی شکل قانونی به خود می‌گیرد که بیمه‌گر، پیشنهاد بیمه را پذیرش کند، شرایط مورد توافق طرفین قرار گیرد و حق بیمه پرداخت شود، یا برای پرداخت آن، توافق صورت گیرد. بنابراین، قرارداد صرف نظر از وجود سند بیمه‌نامه، وجود دارد. فقدان بیمه‌نامه یا گم کردن آن، قرارداد بیمه را باطل نمی‌کند، اما بیمه‌نامه به عنوان مدرکی هنگام مجادله بر سر موارد توافقی، سندی کاملاً موثر است. ساختار و جزئیات بیمه‌نامه را در ادامه به تفصیل توضیح خواهیم داد.

بیمه‌نامه‌های موقت^۲

همانطور که گفتیم، بیمه‌نامه مدرکی حاکی از وجود قرارداد بیمه است. در عین حال، همیشه مقدور نیست که به محض اینکه شرایط قرارداد مورد توافق قرار گرفت، سند بیمه‌نامه صادر شود. در مواردی، مراحل کنترل، بازبینی و صدور بیمه‌نامه، زمان بر خواهد بود. البته، در بسیاری از موارد، در قرارداد تاکید می‌شود که سند بیمه‌نامه باید در کمتر از ۳۰ روز پس از آغاز دوره پوشش، صادر شود. در این شرایط ممکن است تا قبل از صدور بیمه‌نامه، اثبات اعتبار پوشش بیمه‌ای ضروری باشد. در این موارد، بیمه‌نامه موقتی توسط بیمه‌گر (یا توسط واسطه دارای مجوز از طرف بیمه) صادر و به بیمه‌گذار تحویل می‌شود. بیمه‌نامه موقت، سندی است که نشان دهنده توافق قرارداد بیمه است و تا زمان صدور بیمه‌نامه، به بیمه‌گذار تحویل می‌شود. بیمه‌نامه موقت می‌تواند برگ تکمیل شده چاپی یا در موارد نادری، نامه تایید پوشش باشد.

¹ Policy

² Cover Note

در بیمه‌نامه‌های غیر خودرویی، بیمه‌نامه موقت تنها معتبر بودن قرارداد بیمه را بیان می‌کند و جزئیات مختصری از پوشش اخذ شده را ارائه می‌دهد. گواهی موقت بیمه خودرو، به اطلاعاتی بیشتر از اعلام ساده درباره پوشش نیاز دارد، چرا که بیمه‌نامه موقت خودرو نه تنها به عنوان بیمه‌نامه موقت، بلکه به عنوان گواهی قانونی موقت هم استفاده می‌شود. قوانین محکمی درباره محتویات چنین بیمه‌نامه‌های موقتی وجود دارد. در این مورد، بیمه‌نامه موقت باید تأیید کند که پوشش بیمه‌نامه، مطابق با حداقل پوشش قانونی مورد نیاز است. بیمه‌نامه موقت تاریخ آغاز پوشش (در مورد بیمه‌های خودرو، ساعت) را نشان می‌دهد. بیمه‌نامه موقت همانطور که از نامش پیداست، موقتی است و به محض صدور بیمه‌نامه، از درجه اعتبار ساقط می‌شود.

در عمل

نکته مهم این است که بیمه‌نامه موقت باید با انواع مختلف بیمه‌نامه مطابقت داشته باشد. این موضوع به خصوص در مورد بیمه خودرو قابل تأمل است. به عنوان بیمه اجباری، سند صادر شده باید با قوانین جاده‌ای مطابقت داشته باشد، بنابراین، شروع پوشش از تاریخی قبل از تاریخ صدور واقعی، جرم محسوب می‌شود. بیمه‌نامه موقت باید به افراد ثالثی که درگیر تصادف شده‌اند ثابت کند که بیمه‌نامه معتبری وجود دارد. همچنین، ممکن است لازم باشد که به پلیس ارائه شود.

گواهی‌های بیمه^۱

هنگامی که بیمه‌ای قانوناً اجباری است، ضرورت قانونی وجود دارد که گواهی صادر شود تا ثابت کند که پوشش معتبر بیمه‌ای وجود دارد. بنابراین، گواهی بیمه مدرکی است که نشان می‌دهد قرارداد بیمه وجود دارد و با ضروریات قانونی مطابق است. این گواهی توسط بیمه‌گر و به نام بیمه‌گذار صادر می‌شود. به همین دلیل، به جای اینکه راکب خودرو مجبور باشد مدارک

¹ Certificate insurance

بیمه‌نامه را در هر زمانی در هنگام رانندگی همراه داشته باشد، کافی است گواهی بیمه را به همراه داشته باشد که تأیید می‌کند پوشش معتبر است و با مراتب قانونی مرتبط، مطابقت دارد. اطلاعاتی که باید در گواهی بیمه ذکر شوند توسط قوانین مرتبط مشخص می‌شوند. در مورد بیمه‌های خودرو، گواهی بیمه باید حاوی اطلاعات زیر باشد.

- شماره ثبت وسیله نقلیه (پلاک)
 - نام دارنده بیمه‌نامه
 - تاریخ آغاز پوشش
 - تاریخ انقضای پوشش
 - فرد یا رده افرادی که مجاز به رانندگی هستند
 - محدودیت‌های استفاده
 - تأییدیه‌ای که نشان دهد پوشش با ضروریات قانونی بریتانیا مطابقت دارد.
- برای گواهی‌های بیمه خودرو ضرورت ندارد که طیف و گستره پوشش هم ذکر شود (شخص ثالث، بدنه و یا غیره)؛ زیرا این گواهی تنها مدرکی برای نشان دادن اخذ حداقل پوشش قانونی است.

در مورد بیمه مسئولیت کارفرما، این گواهی باید حاوی موارد زیر باشد:

- نام بیمه‌گذار
 - تاریخ آغاز پوشش
 - تاریخ انقضای پوشش
- در پاره‌ای از موارد، گواهی‌های بیمه برای بیمه‌های غیر اجباری هم صادر می‌شود. مثلاً، برای نفت‌کش‌ها، در رشته بیمه دریایی.

پرسش ۵-۲: اهمیت قانونی بیمه‌نامه در چیست؟

پرداخت حق بیمه

در این قسمت، در مورد ارتباط پرداخت حق بیمه با صحت بیمه‌نامه، توضیحاتی ارائه می‌دهیم.

حق بیمه، مبلغی است که به بیمه‌گر در ازای پذیرش ریسک پرداخت می‌شود. حق بیمه، با مبلغ مورد بیمه (سرمایه بیمه/حد غرامت و مسئولیت) و با ماهیت ریسک مورد بیمه (فراوانی و شدت آن) ارتباط دارد.

یکی از وظایف بیمه‌نویس، محاسبه حق بیمه مناسب است. حق بیمه‌ای که بیمه‌گذار پرداخت می‌کند، بیانگر سهم بیمه‌گذار در "صندوق مشترک" بیمه است. این سهم باید عادلانه و نشان‌دهنده میزان ریسکی باشد که بیمه‌گذار وارد این صندوق می‌کند. اعضای مختلف این صندوق، هر یک میزان متفاوتی از ریسک را با خود می‌آورند. بنابراین، باید ارتباطی بین احتمال اینکه یک فرد ممکن است بر اثر خسارت، مبلغی را از صندوق دریافت نماید و حق عضویت او در صندوق، وجود داشته باشد.

بیمه‌گران معمولاً با تعداد زیادی از ریسک‌ها سروکار دارند، مثلاً منازل، خودروها، کارخانه‌ها، کشتی‌ها و غیره. استفاده از قانون اعداد بزرگ به بیمه‌گران اجازه می‌دهد که در مقایسه با زمانی که تنها چند ریسک محدود را پوشش می‌دهند، حق بیمه صحیح‌تری برای دریافت از بیمه‌گذار محاسبه کنند.

به محض اینکه بیمه‌گر برگ پیشنهاد را بپذیرد و پیشنهاد دهنده حق بیمه قرارداد را پرداخت کند، پوشش، اعتبار خواهد داشت. در مواردی که ممکن است روش‌های مختلفی برای پرداخت حق بیمه توسط پیشنهاد دهنده به صورت اعتباری، یا از طریق چک فراهم باشد، معمولاً در قرارداد اعلام می‌شود که پیشنهاد دهنده متعهد به پرداخت حق بیمه‌گذار است. این تعهد به پرداخت، از نظر قانونی، برای صحت قرارداد کفایت می‌کند. در تمام بیمه‌نامه‌ها، به پرداخت حق بیمه اشاره می‌شود، معمولاً اعلام می‌شود که حق بیمه پرداخت شده است یا در آینده پرداخت خواهد شد.

در بیمه‌های عمومی، بیمه‌نامه‌ها معمولاً هر سال تمدید می‌شوند. حق بیمه برای مدت یک سال و از آغاز دوره پوشش دریافت می‌شود. امکان پرداخت مبلغ معمولاً به وسیله کارت اعتباری یا به صورت اقساط وجود دارد.

متن بیمه‌نامه

همان‌طور که قبلاً گفتیم، برای آن که بیمه‌گذار و بیمه‌گر در شرایط و ضوابط قراردادی که با هم می‌بندند، شفاف‌تر باشند، بیمه‌نامه‌ای صادر می‌شود که جزئیات شرایط و ضوابط قرارداد را به عنوان سند به طور مفصل بیان می‌کند.

بیمه‌نامه‌ها معمولاً در چارچوب و قالبی استاندارد صادر می‌شوند که برگ آن از قبل چاپ شده است. متن بیمه‌نامه غالباً، به جز جدول مشخصات بیمه‌نامه، در تمام بیمه‌نامه‌ها مشترک است. جدول مشخصات بیمه‌نامه، تمام اطلاعات لازم در مورد بیمه‌گذار و ریسک مورد بیمه را در بر می‌گیرد و به همین دلیل، برای هر بیمه‌گذار به صورت اختصاصی آماده می‌شود.

هر بیمه‌گر، بیمه‌نامه مخصوص خود را برای رشته‌های بیمه‌ای مختلف طراحی می‌کند. این بیمه‌نامه‌ها در شکل و اندازه با یکدیگر تفاوت‌های زیادی دارند. شکل و ظاهر بیمه‌نامه، معمولاً منطبق با روش‌های شرکت برای مستندسازی مدارک تعیین می‌شود. برخی از بیمه‌گران، بیمه‌نامه‌ها را در کاغذهای A4 و برخی دیگر، به صورت دفترچه‌های کوچک چاپ می‌کنند. اندازه بیمه‌نامه، بیشتر بستگی به رشته بیمه دارد، نه به رویکرد شرکت در مورد مستندسازی. مثلاً، بیمه‌نامه حوادث انفرادی ساده می‌تواند بسیار مختصر باشد، ولی بیمه‌نامه آتش‌سوزی قاعداً طولانی‌تر و مفصل‌تر خواهد بود.

از آنجایی که بیمه‌نامه‌ها متفاوت‌اند، سعی کنید یک یا دو نمونه بیمه‌نامه را بررسی کنید. اگر بیمه‌نامه خود را دارید، آن را بررسی کنید.

پرسش ۵-۳: قالب و ساختار متن بیمه‌نامه خود را خلاصه کنید.

استثنائات بیمه‌نامه خود را فهرست کنید.

شرایط عمومی بیمه‌نامه خود را فهرست کنید.

در ادامه این بخش، به برخی از اجزای اصلی بیمه‌نامه می‌پردازیم.

عنوان

هر بیمه‌نامه، عنوان دارد که در آن، نام بیمه‌گر و در برخی مواقع، آدرس و لوگوی شرکت بیمه اعلام می‌شود.

بند مقدمه^۱

مقدمه، پیشگفتاری است که در آن، دو طرف قرارداد بیمه، یعنی بیمه‌گذار و بیمه‌گر (بدون ذکر نام آن‌ها) و اینکه بیمه‌گر در قبال دریافت حق بیمه، متعهد می‌شود که بیمه‌گذار را در راستای تعهدات و خطرات تحت پوشش مشخص شده در بیمه‌نامه تامین نماید، مطالبی آورده می‌شود.

مقدمه همچنین، بیان می‌کند که برگ پیشنهاد، مبنای قرارداد و جزء لاینفک قرارداد است. یعنی، علی‌رغم این که برگ پیشنهاد، تکثیر و به پیوست قرارداد نمی‌آید، اما قسمتی جدایی‌ناپذیر از قرارداد است. این موضوع نشان می‌دهد که بیمه‌گذار باید هنگام تکمیل برگ پیشنهاد، نهایت دقت را داشته باشد، زیرا برگ پیشنهاد نیز قسمتی از قرارداد خواهد بود.

امضا

در زیر بند مقدمه یا انتهای بیمه‌نامه، امضای مجاز بیمه‌گر به صورت پیش چاپ، درج می‌شود.

¹ Recital clause

بندهای عملیاتی^۱

این بندها، شروط عملیاتی قلمرو پوشش را به طور مفصل توضیح می‌دهد. این بخش، قسمت اصلی بیمه‌نامه است که در آن مشخص می‌شود چه مواردی توسط بیمه‌نامه تحت پوشش قرار گرفته است. این بخش، ممکن است فقط شامل یک بند باشد یا در مواردی (مانند بیمه خودرو و منازل مسکونی) شامل چند بند باشد که هر بخش، به ابعاد مختلفی از بیمه‌نامه می‌پردازد و معمولاً به استثنائاتی نیز اشاره می‌شود که مختص آن بخش است.

استثنائات

همه بیمه‌نامه‌ها، چندین استثناء عمومی دارند که در کل قرارداد، اعمال می‌شوند. این استثنائات، مازاد بر استثنائات خاصی است که در قسمت‌های خاص بیمه‌نامه اعمال می‌شوند و در شروط عملیاتی (که در بالا اشاره شد) آورده می‌شوند. در هر بیمه‌نامه معمولاً چندین استثناء عمومی وجود دارد که در کلیه قسمت‌های بیمه‌نامه اعمال می‌شود؛ مانند، استثنائات مربوط به ریسک جنگ و ریسک آلودگی‌های اتمی. در بخش بعد، به استثنائات معمول اغلب بیمه‌نامه‌ها اشاره خواهیم کرد.

شرایط^۲

بیمه‌نامه شروط مشخصی دارد که در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه اعمال می‌شود. بعضی از شروط، به طور ضمنی^۳ از حقوق عرفی نشأت می‌گیرند و نیاز به مطرح شدن در بیمه‌نامه ندارند. شروط ضمنی، با مباحثی مانند وجود نفع بیمه‌ای، حد اعلاای حسن نیت و مراقبت از مورد بیمه، به نحوی که انگار پوشش بیمه‌ای ندارد، سروکار دارد. سایر موارد، شروط

¹ Operative clauses

² Conditions

³ IMPLIED

صریح^۱ است که در بیمه‌نامه قابل مشاهده است. بعضی از شروط صریح یادآور وظایف حقوق عرفی است، در حالی که سایر شروط، از حقوق و امتیازات ویژه سخن می‌گویند. برای مثال، برخی از این حقوق ویژه عبارتند از محدود کردن پوشش یا مشخص کردن فرایند پرداخت خسارت.

جدول مشخصات بیمه‌نامه^۲

آخرین جزء تشکیل دهنده بیمه‌نامه، جدول مشخصات بیمه‌نامه است. بخش‌هایی از بیمه‌نامه که تا به حال در مورد آن صحبت کرده‌ایم، به صورت چاپ شده ارائه می‌گردند و برای بیمه‌گذاران مختلف یکسان هستند. در این بخش‌های بیمه‌نامه، نکته‌ای وجود ندارد که به طور خاص و ویژه به هر بیمه‌گذاران مرتبط باشد. جدول مشخصات بیمه‌نامه، تنها قسمت اختصاصی بیمه‌نامه است و مختص هر بیمه‌گذار تهیه می‌شود.

در جدول مشخصات بیمه‌نامه به جزئیات مختلفی از بیمه‌نامه اشاره می‌شود که عبارتند از:

- نام بیمه‌گذار
- آدرس بیمه‌گذار
- دوره اعتبار بیمه‌نامه
- حق بیمه
- جزئیات موضوع مورد بیمه
- سرمایه بیمه یا حد تعهدات بیمه‌گر
- محدودیت‌های جغرافیایی در صورت وجود
- شماره بیمه‌نامه
- استثنائات خاص، شروط و ابعاد پوشش

¹ Express

² Policy schedule

استثنائات و شروط کلی بیمه‌نامه

در این بخش، به بررسی معنا، اهمیت، مفاد استثنائات و شروط بیمه‌نامه می‌پردازیم.

استثنائات

همانطور که گفتیم، بیمه‌نامه‌ها غالباً استثنائات خاصی^۱ را در بر می‌گیرند که در بخش‌های خاصی از بیمه‌نامه اعمال می‌شوند. این استثنائات، مختص همان نوع بیمه‌نامه هستند و ممکن است در سایر بیمه‌نامه‌ها مشاهده نشوند.

علاوه بر آن، بیمه‌نامه‌ها استثنائاتی عمومی^۲ دارند که بر تمام بخش‌های قرارداد اعمال می‌شوند. نقض استثنائات، معمولاً به بیمه‌گر اختیار می‌دهد که در آن بیمه‌نامه، کلیه تعهدات خود را (بدون توجه به این که استثناء مربوط به کدام بخش بیمه‌نامه است) ایفا نکند. بسیاری از این استثنائات عمومی در تمام بیمه‌نامه‌ها دیده می‌شوند و از آن‌ها با عنوان استثنائات بازار^۳ نیز نام برده می‌شود. در این بخش، به طور خلاصه به برخی از این استثنائات عمومی می‌پردازیم.

جنگ و خطرات مرتبط با آن

این استثنا به طور استاندارد در اغلب بیمه‌نامه‌های اموال وجود دارد. خساراتی که به دلیل خطرات جنگی، جنگ داخلی و ... به وجود می‌آید، به عنوان مسئولیت دولت محسوب می‌شود و نه بیمه‌گر، و به همین دلیل، استثنا هستند. البته، بیمه‌نامه‌های کشتی و هواپیما، به دلیل ماهیت بین‌المللی آن‌ها ممکن است ریسک‌های جنگ را پوشش دهند.

¹ Specific Exclusion

² General Exclusion

³ Market Exclusion

شورش و اعتصاب^۱

این استثنا نیز به طور استاندارد در بیمه‌نامه‌های اموال وجود دارد (مگر آن که این ریسک در بیمه‌نامه، با شرایط و محدودیت‌های خاص تحت پوشش قرار گرفته باشد). شورش و اعتصاب همیشه در بیمه‌نامه‌های خودرو و اموال استثناء هستند، زیرا اغلب با یکدیگر، در زمان‌ها و مکان‌های مختلف ارتباط دارند. در برخی از کشورها، بیمه‌گران این خطر را بسته به منطقه خطر با نرخ‌های متفاوت پوشش می‌دهند.

آلودگی اتمی و تسلیحات اتمی قابل انفجار

این استثنا به طور استاندارد در اکثر بیمه‌نامه‌ها وجود دارد. در ابتدای گسترش کاربرد انرژی اتمی در صنعت، مشاهده شد که خسارات بالقوه این موضوع، فراتر از ظرفیت بیمه‌گران به صورت انفرادی است. به همین دلیل، استثناء آلودگی اتمی و... تقریباً در تمام بیمه‌نامه‌های اموال اعمال می‌شود. اما، این ریسک می‌تواند از طریق صندوق‌های مشترک بیمه‌گران و بیمه‌گران اتکایی، تحت پوشش قرار گیرد که در آن، هر بیمه‌گر به اقتضای ظرفیت بیمه‌گری خود، در درصدی از ریسک سهم می‌دهد.

تروریسم

این استثنا هم اکنون به‌طور استاندارد در تمام بیمه‌نامه‌های اموال وجود دارد. این نوع بیمه‌نامه‌ها، خسارات، تخریب‌ها و آسیب‌های حاصل از تروریسم را مستثنی می‌کنند.

آلودگی و آلاینده^۲

این استثنا به طور استاندارد در بیمه‌نامه‌های اموال وجود دارد. بیمه‌نامه‌های اموال، تنها اموال بیمه‌گذار را پوشش می‌دهند و مسئولیت صاحب اموال را پوشش نمی‌دهند. به همین دلیل،

^۱ Riot and civil commotion

^۲ Pollution and/or contamination

آلودگی حاصل از اموال بیمه‌گذار، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد.

بیمه‌های دریایی

این استثناء به طور استاندارد در بسیاری از بیمه‌های اموال وجود دارد. تاثیر این مطلب در بیمه‌نامه، بدین گونه است که مسئولیت آسیب به اموالی را که قبلاً تحت پوشش بیمه‌نامه دریایی بوده است، مستثنی می‌کند، مگر آن که میزان پوشش بیمه‌نامه دریایی، کم باشد. تنها در این وضعیت است که بیمه‌نامه اموال، مازاد پوشش بیمه دریایی را پوشش می‌دهد.

ممکن است بیمه‌نامه دریایی، شرطی داشته باشد که در آن، مسئولیت خسارت تحت پوشش بیمه‌نامه آتش‌سوزی را مستثنی کند. به هر حال، بیمه‌گذار اغلب تحت یکی از بیمه‌نامه‌های آتش‌سوزی یا باربری دریایی اعلام غرامت می‌کند و حتی می‌تواند بر اساس توافق، خسارت را به نسبت بین بیمه‌گران خود تقسیم کند.

مسئولیت‌های قراردادی^۱

این استثنا به طور استاندارد در تمام بیمه‌های خودرو و مسئولیت وجود دارد. تعهدات قراردادی به این معناست که بیمه‌گر، ادعاهایی را که برخاسته از توافقات بیمه‌گذار با سایرین و از نظر حقوق عرفی، خارج از تعهد او است پوشش نمی‌دهد.

شکسته شدن دیوار صوتی^۲

این استثنا نیز به طور استاندارد در تمام بیمه‌نامه‌های اموال وجود دارد. طبق این ماده، خسارات ناشی از فشار حاصل از امواج صوتی/فراصوتی هواپیماها و سایر ادوات هوایی، مستثنی است.

^۱ Contraactual liability

^۲ Sonic bangs

شرایط

تمام بیمه‌نامه‌ها، فهرستی از شرایط دارند. این شروط در قسمت‌های مختلف بیمه‌نامه‌ها مشاهده می‌شوند، ولی نکات مشترکی دارند. شرایط معمول بیمه‌نامه‌ها به شرح زیر است:

وظایف بیمه‌گذار

این شرط بیان می‌دارد که بیمه‌گذار باید کلیه شرایط بیمه‌نامه را به دقت مطالعه کند و انجام دهد.

تغییرات^۱

طبق این شرط، بیمه‌گذار باید بیمه‌گر را در جریان هرگونه تغییری بگذارد که منجر به افزایش ریسک می‌شود.

وظایف بیمه‌گذار در زمان خسارت

این شرط اقداماتی را نشان می‌دهد که بیمه‌گذار باید در زمان خسارت انجام دهد. این شرط از رشته ای به رشته دیگر کاملاً متفاوت است، ولی حتماً به بازه زمانی اشاره دارد که بیمه‌گذار باید بیمه‌گر را در جریان خسارت قرار دهد.

تقلب^۲

در شرایط زیر، کلیه غرامت‌ها تحت بیمه‌نامه لغو خواهد شد:

- ادعای خسارت متقلبانه باشد.
- از ابزارها و روش‌های متقلبانه برای دریافت خسارت، از محل بیمه‌نامه استفاده شده باشد.

¹ Alteration

² Fraud

- هرگونه تخریب یا آسیب که به طور عامدانه توسط بیمه‌گذار یا نمایندگان او صورت گیرد. این شرط تنها مربوط به زمان خسارت است.

مراقبت‌های منطقی

براساس این شرط، بیمه‌گذار باید تمام احتیاط‌ها و مراقبت‌های منطقی را برای کاهش هرچه بیشتر ریسک خسارت انجام دهد. به عبارت دیگر، وجود پوشش بیمه‌نامه به این معنا نیست که بیمه‌گذار، بهانه‌ای برای بی‌دقتی و بی‌مبالاتی خود داشته باشد. این شرط برای آن است که وظیفه ضمنی بیمه‌گذار برای مراقبت و احتیاط، همانند زمانی باشد که او بیمه‌نامه‌ای نداشته است.

مشارکت^۱

تقسیم خسارت در حقوق عرفی، به معنای حق بیمه‌گر برای اطلاع‌رسانی به سایر بیمه‌گران مشابه در بیمه‌نامه، برای مشارکت (نه الزاماً مساوی) در پرداخت خسارت مورد بیمه است.

این شرط تنها در بیمه‌نامه‌های تابع اصل غرامت مشاهده می‌شود. شرط مشارکت، اصل غرامت را به نحوی اصلاح می‌کند که اگر بیمه‌گران دیگری نیز مورد بیمه را پوشش داده باشند، هر بیمه‌گر به میزانی متناسب با پوشش خود، در خسارت سهیم شوند.

شرط عدم مشارکت

در برخی بیمه‌نامه‌های اموال و مسئولیت، شروطی وجود دارد که فراتر از شروط استاندارد مشارکت هستند. طبق این شروط، بیمه‌گر اعلام می‌کند که اگر بیمه‌نامه دیگری نیز مورد بیمه را پوشش داده باشد، این بیمه‌نامه به جای پرداخت خسارت، به تناسب پوشش هر بیمه‌نامه، خسارتی پرداخت نمی‌کند یا تنها خسارات مازاد بر پوشش بیمه‌نامه دیگر را پرداخت می‌کند.

¹ Contribute

قاعده نسبی

در بیمه اموال، اصل غرامت بیمه‌گر را مجاب می‌کند که تمام ارزش خسارت را به بیمه‌گذار پرداخت کند، بر مبنای این پیش فرض که بیمه‌گذار، حق بیمه کامل و متناسب با ارزش کلی ریسک مورد بیمه را پرداخته است. ولی اگر در بیمه اموال، بیمه‌گر متوجه شود که به‌علت کم بیمه‌شدگی، حق بیمه کافی را دریافت نکرده است (یعنی، ارزش اظهار شده، کمتر از ارزش واقعی مورد بیمه اعلام شده باشد)، قاعده نسبی را اعمال می‌کند. بنابراین، در مواقعی که سرمایه بیمه‌نامه، کمتر از ۱۰۰٪ ارزش مورد بیمه باشد، بیمه‌گران به نسبت درصدی از ریسک که در مقابل آن حق بیمه دریافت کرده‌اند، خسارت پرداخت می‌کنند.

جانشینی

اصل جانشینی، بر حق بیمه‌گر (پس از پرداخت خسارت) برای جانشینی به جای بیمه‌گذار برای دریافت خسارت از مقصرین حادثه است. وجود شرط جانشینی در شرایط بیمه‌نامه، موقعیت بیمه‌گر را در حقوق عرفی اصلاح می‌کند و به او اجازه می‌دهد که اصل جانشینی را قبل از پرداخت هرگونه خسارت به بیمه‌گذار، اعمال کند اگر چه بازایافت مالی خسارت از مقصر باید پس از پرداخت خسارت به بیمه‌گذار انجام شود.

داوری^۱

شرط داوری، به حل و فصل اختلافات در مورد میزان خسارت قابل پرداخت تحت بیمه‌نامه اشاره دارد. طبق این شرط، بیمه‌گر و بیمه‌گذار برای انتخاب داور مستقل، با یکدیگر توافق می‌کنند، ولی اگر نتوانستند، از طریق دادگاه یا کانون کارشناسان رسمی، یک داور برای حل و فصل اختلافات، برگزیده می‌شود.

برخی از بیمه‌گران این تبصره را در بیمه‌نامه خود قید می‌کنند که استفاده از فرایند داوری،

¹ Arbitration

بیمه‌گذار را از مراجعه و شکایت به دادگاه، برای اعتراض به رای داور منع نمی‌کند.

فسخ

این شرط، چگونگی فسخ قرارداد را در زمان اعتبار آن، عمدتاً توسط بیمه‌گر یا بیمه‌گذار نشان می‌دهد. شرط فسخ بیان می‌کند که بیمه‌گر، در موارد مجاز به فسخ که در قرارداد مشخص می‌شوند، باید ظرف ۷ یا ۱۴ روز قبل از فسخ، اعلامیه‌ای به وسیله پست سفارشی به آخرین آدرس بیمه‌گذار ارسال کند. همچنین، بیمه‌گر متعهد می‌شود که حق بیمه متناسب با زمان باقی مانده بیمه‌نامه را به بیمه‌گذار برگرداند. البته، بیمه‌گران به ندرت از این حق خود استفاده می‌کنند. مثلاً، کمتر مشاهده می‌شود که بیمه‌گر، بیمه‌نامه را در طول مدت اعتبار آن، به علت تجربه خسارت بد بیمه‌گذار، فسخ کند. تاریخ موثر اعلامیه فسخ، از تاریخ صدور اعلامیه توسط بیمه‌گر محاسبه می‌شود.

در مورد فسخ قرارداد بیمه خودرو به درخواست بیمه‌گذار، تاریخ موثر فسخ، از زمانی محاسبه می‌شود که بیمه‌گر، بیمه‌نامه خودروی بیمه‌گذار را از او دریافت می‌کند. هنگامی که بیمه‌گذار درخواست فسخ قرارداد بیمه را می‌کند، نحوه بازپرداخت حق بیمه به بیمه‌گذار، در مفاد بیمه‌نامه قید خواهد شد. نحوه بازپرداخت می‌تواند به صورت نسبی یا روز شمار یا براساس تعرفه کوتاه‌مدت باشد که در این مورد، هزینه‌های اداری بیمه‌گر، از حق بیمه کسر و الباقی، به بیمه‌گذار مسترد می‌شود.

مازادها^۱ و فرانشیزها^۲

در این قسمت، به مازادها، کاستنی‌ها^۳ و فرانشیزها می‌پردازیم. مازاد، عبارت است از مقدار ابتدایی از هر خسارت که تحت پوشش بیمه‌نامه نیست. در تئوری،

¹ Excess

² Franchise

³ Deductible

بیمه‌گذار برای مقدار مازاد، بیمه‌گر خود است.

مازادها ممکن است:

- اجباری باشند: از طرف بیمه‌گر، به بیمه‌گذار تحمیل شود.
 - اختیاری باشند: از طرف بیمه‌گذار در ازای تخفیف در حق بیمه، مورد قبول قرار گیرد.
- مازادها در اکثر رشته‌های بیمه‌ای مشاهده می‌شوند و بسیار متداول‌اند، به خصوص در بیمه خودرو و اموال. مازاد رانندگان جوان کم تجربه، نمونه‌ای از مازاد اجباری است. نمونه‌ای از مازاد اختیاری در بیمه خودرو، حالتی است که بیمه‌گذار به ازای قبول مازاد به میزان ۲۰۰، ۳۵۰ یا ۵۰۰ هزار تومان در خسارات وارده به خودروی خود، از کاهشی در حق بیمه به عنوان تخفیف بهره‌مند می‌شود.
- در مواقعی که بیمه‌نامه‌ای شامل هر دو نوع مازاد اختیاری و اجباری می‌شود، برای محاسبه سهم نگهداری بیمه‌گذار، در صورت ادعای خسارت، مازادها به صورت جداگانه و پی در پی منظور می‌شوند، نه همزمان.

پرسش ۵-۳:

فرد الف بیمه‌نامه بدنه خودرویی دارد که میزان مازاد اختیاری آن ۳۵۰ هزار تومان است. چون سن او ۱۹ سال است، بیمه‌نامه شامل مازاد اجباری ۵۰۰ هزار تومانی نیز می‌شود. در صورت رخداد خسارت، در چه میزانی از هزینه تعمیر، شرکت خواهد کرد؟

الف) صفر

ب) ۳۵۰

ج) ۵۰۰

د) ۸۵۰

کاستنی‌ها همانند مازادها عمل می‌کنند، اما میزان آن‌ها بسیار زیاد است و معمولاً در بیمه‌نامه‌های اموال تجاری و شرکتی مشاهده می‌شوند.

فرانشیز

فرانشیز، سطحی از خسارت است که اگر میزان خسارت بیشتر از این سطح باشد، کل خسارت توسط بیمه‌گر قابل پرداخت می‌شود. اگر خسارت کمتر از سطح مورد نظر باشد، بیمه‌گر هیچ گونه خسارتی را پرداخت نمی‌کند.

برای مثال، اگر بیمه‌نامه‌ای فرانشیز ۲۰۰ هزار تومان داشته باشد و خسارت ۲۰۰ هزار تومانی اتفاق بیافتد، بیمه‌گذار از بیمه‌گر چیزی دریافت نمی‌کند. ولی اگر خسارت به میزان ۵۰۰ هزار تومان رخ دهد، بیمه‌گر تمام خسارت را پرداخت می‌کند، زیرا میزان خسارت از سطح مورد نظر بیشتر است.

فرانشیزهای پولی دیگر همانند گذشته مرسوم نیستند، زیرا این نوع فرانشیزها، بیمه‌گذار را تشویق می‌کند که تا میزان خسارت را افزایش دهد تا از سطح مورد نظر بیشتر شود و بیمه‌گر تمام خسارت را پرداخت کند. به همین دلیل، مشاهده می‌شود که در برخی بیمه‌نامه‌ها، فرانشیزهای زمانی اعمال می‌شوند. این گونه فرانشیزها معمولاً در مورد پوشش بیماری، در بیمه‌های درمان و حوادث شخصی نیز مشاهده می‌شوند. در این بیمه‌نامه‌ها، بیمه‌گران نمی‌خواهند خسارات بیماری‌های جزئی را پرداخت کنند. بنابراین، طور معمول فرانشیز زمانی ۷ روزه تا قبل از شروع تعهدات خود اعمال می‌کنند. بدین شکل که در مورد بیماری‌هایی که طول دوره درمان آن‌ها کمتر از ۷ روز است، تعهدی نداشته باشند و خسارتی پرداخت نکنند.

التزامات^۱، شروط^۲ و استثنائات^۳

در این بخش، به تفاوت‌های میان التزامات، شروط و استثنائات می‌پردازیم.

¹ Warranties

² Condition

³ Exclusion

التزامات

از نظر حقوقی متداول، التزام در قرارداد، اهمیت کمی دارد، اما از دیدگاه بیمه‌ای، التزام قلب قرارداد بیمه است. به همین دلیل، وقتی موضوعی تحت عنوان التزام در بیمه‌نامه بیان می‌شود، از اهمیت بسیار زیادی دارد که باید طبق با آن عمل شود.

وقتی ریسکی بیمه می‌شود، بیمه‌گر چگونه می‌تواند مطمئن باشد که این ریسک دقیقاً به همان میزانی است که بیمه‌گذار اعلام کرده است و احتمال افزایش آن به علت عمل بیمه‌گذار نبوده است؟ بیمه‌گران می‌توانند شروط ضمن عقد در بیمه‌نامه قرار دهند که بیمه‌گذار باید از آن تبعیت کند. این شروط به نام "التزامات" شناخته می‌شوند و از آن‌ها برای کنترل ریسک استفاده می‌شود. التزامات ممکن است به‌طور صریح یا ضمنی وجود داشته باشند، که به هر حال، باید به‌طور دقیق اجرا شوند.

التزام، قولی است که بیمه‌گذار در مورد وقایع و فعالیت‌هایی که ریسک را تحت تاثیر قرار می‌دهند، به بیمه‌گر می‌دهد. به عبارت دیگر، التزام مسئولیتی است که بیمه‌گذار بر عهده می‌گیرد که:

- عملی را انجام بدهد یا ندهد.

- حقیقت مهمی در مورد ریسک وجود دارد یا نه.

التزام می‌تواند به حقایقی در مورد حال یا گذشته مربوط باشد (یعنی قول بدهیم که موضوعی به شکل خاصی بوده است یا هست) یا می‌تواند التزام پیوسته^۱ باشد که در آن، بیمه‌گذار تعهد می‌کند که موقعیت خاصی در طول دوره بیمه‌نامه ادامه پیدا خواهد کرد یا بیمه‌گذار عمل خاصی را در طول مدت بیمه‌نامه انجام خواهد داد.

التزامات به دلایل زیادی اعمال می‌شوند که مهمترین آن، ایجاد اطمینان از رعایت بعضی جوانب احتیاط مانند رعایت اصول ایمنی یا مدیریت صحیح از سوی بیمه‌گذار است. هدف التزامات، این است که بیمه‌گر اطمینان پیدا کند که ریسک بدون اطلاع و خارج از پیش‌بینی او افزایش پیدا نمی‌کند.

¹ Continuing warranty

نقض التزامات

عدم رعایت التزامات، به معنای نقض آن است و بیمه‌گر از زمان نقض التزام، از هرگونه مسئولیت در پرداخت خسارت مصون خواهد شد. یعنی، قرارداد از زمان نقض التزام، قابل لغو^۱ است.

بیمه‌گر، همچنان در قبال خساراتی که قبل از نقض التزام اتفاق افتاده است، مسئول است. اصطلاح نقض التزام، به معنای ابقا مسئولیت بیمه‌گر در مقابل خسارات نیست. اگر التزام، در مورد حقایق گذشته یا حال، نه فعالیت‌های بیمه‌گذار باشد، بیمه‌گر می‌تواند با توجه به این که نقض التزام از ابتدای قرارداد بوده است، بیمه‌نامه را از ابتدا^۲ ابطال کند. البته، قوانین بین‌المللی بیمه بیان می‌کنند که اگر نقض التزام با شرایط خسارت مرتبط نباشد، بیمه‌گر نمی‌تواند از مسئولیت خود به علت نقض التزام سر باز زند، مگر آنکه تقلبی در کار باشد. مثال:

بیمه‌نامه‌ای برای آرایشگاه سارا صادر شده است که براساس آن، طوفان، سیل و شکست لوله‌ها تحت پوشش قرار دارد. در متن بیمه‌نامه شرطی قید شده است که در صورت خالی بودن ساختمان به میزان بیشتر از ۱۴ روز متوالی، لوله‌های آبرسانی ساختمان باید بسته شده باشند. ساکنین که از مسافرت ۱۵ روزه از خارج کشور بازگشته‌اند، در می‌یابند که فراموش کرده‌اند شیر اصلی آبرسانی ساختمان را ببندند. وقتی به شهر خود می‌رسند در می‌یابند که طوفان بی‌سابقه‌ای منجر به آبدیدگی کل ساختمان، و ایجاد خسارت زیاد شده است. خسارت آن‌ها از طرف بیمه‌گر قابل پرداخت است، زیرا نقض التزام آن‌ها در میزان خسارت به وجود آمده به علت طوفان بی‌سابقه، تاثیری نداشته است.

¹ Voidable

² Abainitio

التزامات صریح

التزامات صریح، به طور مشخص و دقیق در بیمه‌نامه ذکر می‌شوند. این التزامات معمولاً به صراحت در بیمه‌نامه ذکر می‌شوند. مثال‌هایی از این التزامات به شرح زیر است:

التزامات بیمه آتش‌سوزی: پارچه‌های کهنه روغنی باید در ظرف‌های فلزی نگهداری و هر روز به خارج از ساختمان منتقل شوند و پارافین بیشتر از مقدار معین نباید در ساختمان نگهداری شود.

التزامات بیمه سرقت: ساختمان نباید در زمان شب خالی از سکنه باشد و باید از قفل‌های ضد سرقت استفاده شود.

اگر بیمه‌گذار عدم رعایت التزامات صریح را قبلاً به بیمه‌گر خود اطلاع داده باشد یا حق بیمه اضافی آن را پرداخت کرده باشد، قابل بخشش و چشم‌پوشی است. ولی بیمه‌گران حق دارند که از زمان نقض التزام به مسئولیت خود، در قرارداد، عمل نکنند و باید در تعاملات خود با بیمه‌گذار مراقب باشند، طوری رفتار و عمل نکنند که به طور ضمنی از رفتار آن‌ها برداشت شود که از این حق خود گذشته‌اند.

التزامات ضمنی

التزامات ضمنی که حتی در صورت عدم درج در بیمه‌نامه، نافذ هستند، تنها در بیمه‌های دریایی قابل مشاهده‌اند.

شروط

همان‌طور که گفتیم، در قرارداد بیمه شروط می‌تواند ضمنی یا صریح باشد. نقض چنین شروطی، تبعات سنگینی دارد. با این حال، اثر نقض این شروط، بسته به این که شرط مورد نظر در کدام یک از گروه‌های زیر قابل تقسیم‌بندی باشد، متفاوت است.

شروط مقدم بر قرارداد

این شروط باید قبل از شکل‌گیری قرارداد، رعایت شوند. شروط ضمنی (نفع بیمه‌پذیر،

حد اعلاى حسن نیت و...) در این گروه قرار دارند. اگر در اجرای این شروط اهمالی صورت گیرد، اعتبار کل قرارداد زیر سوال می‌رود.

شروط موخر بر قرارداد

این شروط به مجرد شروع قرارداد باید رعایت شوند. برای مثال، تغییرات در ریسک باید توسط بیمه‌گذار به بیمه‌گر اعلام شود.

شروط مقدم بر مسئولیت

شروطی وجود دارند که در صورت رعایت آن‌ها، خسارت معتبر خواهد بود. شروط خسارت در این گروه قرار می‌گیرند. اگر شرطی مقدم بر مسئولیت، رعایت نشود، بیمه‌گران می‌توانند از مسئولیت خود در مقابل آن خسارت خاص سر باز بزنند، ولی لازم نیست تمام قرارداد را از اعتبار ساقط کنند. اگر خسارت دیگری رخ دهد، در صورت رعایت شروط مقدم بر مسئولیت بیمه‌گذار در آن خسارت، بیمه‌گر باید خسارت را بپردازد.

باید توجه داشت که در قوانین انگلستان، اگر تقلب صورت نگرفته باشد، بیمه‌گر نمی‌تواند از مسئولیت خود برای پرداخت غرامت حادثه به بیمه‌گذار حقیقی (فردی) به علت آنکه او شرطی را نقض کرده است که به چگونگی خسارت مربوط نبوده است، سر باز زند. همان گونه که مشاهده می‌شود، طبق این قوانین، در مورد نقض التزامات و شروط توسط بیمه‌گذاران حقیقی، به طور یکسان عمل می‌کنند.

استثنائات

استثنائات بیمه‌نامه، برای تعیین وسعت پوشش بیمه‌نامه به کار می‌روند. بر خلاف برخی شروط و التزامات، در صورت عدم رعایت استثنائات، بیمه‌گر حقی در فسخ بیمه‌نامه ندارد. این قسمت از بیمه‌نامه تنها در زمان وقوع خسارت بررسی می‌شود تا در صورت عدم رعایت آن، خسارت پرداخت نشود، اما کل بیمه‌نامه فسخ نمی‌شود.

برای مثال، بیمه‌گذار ممکن است برگ خسارت مربوط به بیمه‌نامه حوادث شخصی را پر کرده

باشد و در توصیف شرایط حادثه بیان کند که بیمه‌گذار در زمان وقوع حادثه مشغول غواصی بوده است. بیمه‌گر متن قرارداد را بررسی می‌کند تا ببیند استثنا مربوط به ورزش‌های مخاطره‌آمیز در آن قید شده است یا خیر. اگر استثنا وجود داشته باشد، خسارت قابل پرداخت نخواهد بود. ولی قرارداد هیچ گاه فسخ نمی‌شود و اگر خسارات آتی به علت استثنائات رخ نداده باشد، قابل پرداخت است.

مقایسه التزامات، شروط و استثنائات

التزامات

- باید موکداً و به‌طور دقیق رعایت شوند.
- به بیمه‌گر اجازه می‌دهد در صورت نقض آن‌ها، خسارت را پرداخت نکند.
- به غیر از التزامات ضمنی، التزامات در متن بیمه‌نامه ذکر می‌شوند.

شروط

- شروط ضمنی باید رعایت شوند؛ در غیر این صورت، اعتبار تمام قرارداد زیر سوال می‌رود.
- شروط مقدم بر قرارداد باید در ابتدای انعقاد قرارداد و در حین اجرای آن، مد نظر قرار گیرند.
- شروط موخر بر قرارداد یا مقدم بر مسئولیت، حق را به بیمه‌گر می‌دهد تا از پرداخت خسارت سر باز زند، ولی نمی‌تواند کل قرارداد را فسخ کند.

استثنائات

- برای تعیین حدود پوشش استفاده می‌شوند.
- اجازه عدم پرداخت را در صورتی می‌دهد که استثنائات در آن‌ها صدق کند.
- نیازمند آن است که بیمه‌گر ثابت کند استثنا صدق می‌کند.
- همیشه در بیمه‌نامه ذکر می‌شود.

تمدید

در این بخش، به فرایندهای مربوط به تمدید بیمه‌نامه می‌پردازیم.

اغلب بیمه‌نامه‌های عادی، دوره‌های اعتبار ۱۲ ماهه اعتبار دارند. بیمه‌گران به‌طور معمول هدفشان این است که افراد، پوشش ۱۲ ماهه دیگری علاوه بر پوشش ۱۲ ماهه فعلی خود بگیرند. به عبارت دیگر، بیمه‌گران در صدد هستند که بیمه‌گذاران، قرارداد خود را تمدید کنند. اجباری برای تمدید بیمه‌نامه از جانب بیمه‌گذار یا بیمه‌گر وجود ندارد، ولی در بسیاری از موارد، بیمه‌گر تمایل دارد که کسب و کار خود را برای سال‌های آتی نیز حفظ کنند. علاوه بر آن، از دیدگاه بازاریابی نیز برای شرکت بیمه کم هزینه‌تر است که بیمه‌نامه‌ای را که قبلاً صادر شده است، تمدید کند، به‌جای اینکه به دنبال مشتریان جدید باشد.

فرایند تمدید استاندارد، شامل ارسال اعلامیه تمدید برای بیمه‌گذار است که قبل از پایان اعتبار بیمه‌نامه فعلی، انجام می‌شود. اعلامیه تمدید موجب می‌شود که بیمه‌گذار دریابد بیمه‌نامه فعلی در حال پایان یافتن است. حق بیمه تمدید بیمه‌نامه جدید نیز در اعلامیه تمدید اعلام می‌شود. اگر بیمه‌گذار بخواهد بیمه‌نامه را تمدید کند، حق بیمه باید برای بیمه‌گر ارسال می‌شود (مگر آنکه به صورت قسطی باشد) و در مقابل، بیمه‌گر تایید تمدید را همراه با سایر تاییدیه‌های متناسب با آن رشته، برای بیمه‌گذار ارسال می‌کند.

قوانین انگلستان بیان می‌کند که بیمه‌گر یا واسطه باید تلاش‌های منطقی انجام دهد تا مشتری "آگاهی کافی" را در "زمان مناسب"، قبل از تمدید بیمه‌نامه داشته باشد تا بتواند در مورد تمدید تصمیم بگیرد. چنین قوانینی در شروع بیمه‌نامه جدید نیز صدق می‌کند. میزان اطلاعات لازم (آگاهی کافی) برای تمدید بیمه‌نامه، به عواملی مانند آگاهی و تجربه مشتری و ماهیت بیمه‌نامه، از جمله پیچیدگی، شروط و مزایا بستگی دارد. زمان مناسب که در بالا ذکر شد، به اهمیت اطلاعات در فرایند تصمیم‌گیری بیمه‌گذار و زمانی که به این اطلاعات نیاز است، بستگی دارد.

دوره ارفاقی^۱

عدم پرداخت حق بیمه تمدید، به معنای این است که بیمه‌گذار قصد ندارد بیمه‌نامه را تمدید کند. به همین دلیل بیمه‌نامه در تاریخ تمدید آن فسخ می‌شود.

اما در مواردی، علی‌رغم این که حق بیمه در تاریخ تمدید پرداخت نشده است، بیمه‌گذار قصد دارد بیمه‌نامه خود را تمدید کند. این موضوع زمانی اتفاق می‌افتد که اعلامیه تمدید گم شده باشد یا بیمه‌گذار به صورت غیر عمدی تمدید بیمه‌نامه را فراموش کرده است.

برای مقابله با چنین مواردی، بیمه‌گران به بیمه‌گذاران دوره ارفاقی می‌دهند که طی ۱۵ تا ۳۰ روز پس از تاریخ تمدید، بیمه‌گذار باید حق بیمه را پرداخت کند (مگر آنکه بخواهد حق بیمه را به صورت قسطی بپردازد). برخی از بیمه‌نامه‌های کشتی و تمام بیمه‌نامه‌های اتومبیل خودرو دوره ارفاقی ندارند.

دوره ارفاقی، به عنوان پوشش مازاد محسوب نمی‌شود. بلکه تعداد روز مشخص از دوره بعدی بیمه‌نامه است. وقتی که حق بیمه‌ها پرداخت شد، پوشش از زمان اصلی تمدید به اجرا در می‌آید، و نه زمانی که حق بیمه پرداخت شده است.

اگر دوره ارفاقی در قرارداد پیش‌بینی شده باشد، ولی بیمه‌گذار به نحوی اعلام کند که قصد تمدید بیمه‌نامه را ندارد، دوره ارفاقی نیز به اجرا در نخواهد آمد (یعنی پوشش در آن دوره نیز لغو می‌شود). شایان یادآوری است که به کارگیری پوشش ارفاقی در صنعت بیمه، رو به کاهش است.

پرسش ۵-۴:

چرا در موارد استفاده از دوره ارفاقی، پوشش بیمه‌نامه از زمان تمدید بیمه‌نامه اجرا می‌شود و نه از زمان پرداخت حق بیمه؟

¹ Days of grace



آشنایی با فرایند خسارت

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این بخش شما می‌توانید:

- فرآیند ارزیابی و تعیین خسارت را شرح دهید.
- وظایف بیمه‌گذار به‌هنگام وقوع خسارت و مدارک لازم را توضیح دهید.
- اشکال مختلف پرداخت خسارت را تشریح نمایید.
- انواع مطالبات کلاهبردارانه را تعریف نمایید.
- قرارداد باطل و قرارداد قابل ابطال را شرح دهید.

ارزیابی و تعیین خسارت

در عالم واقعیت، خسارت نتیجه ملموس عملیات بیمه‌گری است. مردم دست به خرید بیمه می‌زنند، چرا که نگران احتمال عواقب بد ناشی از بداقبالی هستند. اما، نهایتاً "ارزش بیمه" به واسطه روشی که شرکت بیمه برای رسیدگی به خسارت دنبال می‌کند، برای اکثر افراد مورد قضاوت قرار می‌گیرد.

فرایندهای فعلی برای رسیدگی به خسارت، با توجه به عواملی همانند نوع پوشش، میزان مطالبه و داشتن ماهیت شخصی یا تجاری خسارت، کاملاً متفاوت است. به هر حال، تمام دوایر خسارت و کارمندان آن‌ها باید توانایی تصمیم‌گیری کارآمد، صحیح و به موقع را در ارتباط با میزان تعهد بیمه‌نامه داشته باشند. این در حالی است که نباید پوشش‌های ارائه شده و موقعیت حقوقی بیمه‌نامه را هم از نظر دور داشته باشند.

در این فصل، مباحث مرتبط با خسارات صحیح و نحوه رسیدگی به خسارات، بررسی می‌شود.

ادعای خسارت معتبر، تا اندازه‌ای معتبر و نامعتبر

در این قسمت، بایسته‌های ادعای خسارت معتبر بررسی می‌شود. همچنین، بطور خلاصه

توضیح می‌دهیم که چرا یک ادعای خسارت ممکن است نا معتبر باشد یا فقط تا اندازه‌ای معتبر شود.

بار اثبات وقوع خسارت، بر عهده بیمه‌گذار است. در بیمه‌های اموال، اثبات موارد زیر برای بیمه‌گذار لازم است:

اثبات وقوع خطر تحت پوشش: بیمه‌گذار باید ثابت کند که خسارت مستقیماً نتیجه خطراتی است که در بیمه‌نامه، تحت پوشش قرار داشته است. در بیشتر موارد، عملیات اثبات خسارت، با تکمیل برگ مطالبه خسارت آغاز می‌شود، اما ممکن است مدارک تکمیلی دیگری نیز نیاز باشد.

میزان خسارت: زمانی که در بیمه‌نامه، اصل غرامت حاکم است، بیمه‌گذار باید این موضوع را اثبات کند که متحمل خسارت مالی شده است و باید میزان آن را نیز تعیین کند. بیمه‌گذار به سادگی و بدون اثبات ارزش موارد خسارت‌دیده، نمی‌تواند برای زیان طلب خسارت کند. این اثبات می‌تواند به شکل یک فاکتور خرید، تعمیر یا ارزش‌گذاری باشد. نکته مهم این که اثبات ارزش خسارت، بر عهده بیمه‌گر نیست.

اگر بیمه‌نامه‌های مسئولیت در نظر باشد، بیمه‌گر زمانی که قانع شود خسارت واقع شده است، اقدام به بررسی و پرداخت خسارت می‌کند. مبلغ قابل پرداخت، توافقی یا مبلغی است که توسط دادگاه مشخص می‌شود. در هر حالتی، بیمه‌گر اثبات‌کننده میزان خسارت در چنین بیمه‌نامه‌هایی، بیمه‌گر نخواهد بود.

بیمه‌گر مدارک خسارت را بررسی می‌کند تا اطمینان یابد که:

- پوشش در زمان وقوع خسارت، اعتبار دارد (یا در بعضی بیمه‌نامه‌ها، زمانی که مطالبه انجام می‌شود، پوشش اعتبار دارد)
- نام بیمه‌شده در بیمه‌نامه قید شده است.
- خطر یا حادثه در بیمه‌نامه تحت پوشش است.
- بیمه‌گذار، اقدامات منطقی و قابل قبولی برای حداقل کردن خسارت، انجام داده است.

- تمام شرایط و تعهدات، تطابق دارند.
- اصل حد اعلاى حسن نیت تطابق دارد.
- هیچ گونه استثنایی قابل اجرا نیست.
- ارزش خسارت، قابل قبول و منطقی است.

در چه شرایطی بیمه‌گر از پرداخت خسارت سرباز خواهد زد؟ نمونه‌هایی از این دست، موارد زیر است:

پوشش به هیچ عنوان مطالبه برای خسارت وارده به خودرویی که تنها تحت پوشش بیمه‌نامه شخص معتبر نیست.. ثالث قرارداد. در این مورد، بیمه‌گر ملزم است در دوره زمانی "قابل قبول" به بیمه‌گذار رسماً اطلاع دهد که این نوع خسارت، در این نوع بیمه‌نامه‌ها تحت پوشش قرار نمی‌گیرند.

نقض تعهدات مرتبط دزدی، در شبی اتفاق افتاده است که دزدگیر خاموش بوده است.

نقض شرایط بیمه‌نامه مطالبه به اندازه‌ای دیر گزارش شده است که بیمه‌گران در مراحل تحقیقات خود، دچار زیان شده‌اند یا نمی‌توانند از حقوق بازبایی خسارت خود استفاده کنند.

کلاهبرداری اگر هر گونه تقلبی قابل اثبات باشد، بیمه‌گذار تمام منافع بیمه‌نامه را از دست خواهد داد.

موقعیت‌های بسیاری وجود دارند که مطالبه کاملاً صحیح است، اما تنها تا اندازه‌ای قابل پرداخت است. در این حال، بیمه‌گر به واسطه انتخاب بیمه‌گذار (مثلاً، در مورد بیمه‌نامه‌های اولین خسارت) یا به واسطه تنظیم نامناسب شرایط بیمه‌نامه، می‌تواند مبلغی کمتر از مقدار کامل خسارت، به بیمه‌گذار پرداخت کند.

البته، عوامل دیگری نیز وجود دارند که دریافت خسارت کامل توسط بیمه‌گذار را تحت تاثیر قرار می‌دهند. وجود شرایط زیر در بیمه‌نامه‌ها، به این معناست که احتمالاً تنها بخشی از خسارت قابل پرداخت است:

- وجود سرمایه مورد بیمه (در بیمه‌نامه‌های اموال) یا حد غرامتی (در بیمه‌نامه‌های مسئولیت) که حداکثر مبلغ قابل بازیافت را محدود می‌کند. اگر میزان غرامت پس از خسارت، بزرگتر از مبلغ مورد بیمه یا حد مسئولیت باشد، بازایی خسارت بیمه‌گذار محدود به همان مبلغ مورد بیمه یا حد مسئولیت خواهد بود.
 - وجود محدودیت سرمایه هر یک از موارد بیمه در بیمه‌نامه‌هایی که ارزش نامعین مواردی مثل جواهرات را پوشش می‌دهد. در چنین مواردی، توافق می‌شود که سرمایه هر یک از موارد بیمه نباید از مبلغی (مثلاً پنج درصد از کل سرمایه مورد بیمه) تجاوز کند.
 - اعمال قاعده نسبی: در مورد کم بیمه‌گری در بیمه‌نامه‌های اموال، زمانی که بیمه‌گذار ارزش ریسک را کمتر اظهار کرده باشد، بیمه‌گر احتمالاً "نسبتی" از هر خسارت را منظور خواهد کرد، و تنها بخشی از خسارت را به نسبت سرمایه بیمه‌گذار به ارزش واقعی آن، پرداخت خواهد کرد.
 - مبلغ قابل پرداخت ممکن است با توجه به وجود فرانشیز اجباری یا اختیاری، محدود شود.
- در هر کدام از این موارد باید توضیحاتی به بیمه‌گذار ارائه شود تا نشان دهد که چرا بین مبلغ مورد مطالبه و مبلغ پرداخت شده، اختلاف وجود دارد.
- پرداخت خسارت ارفاقی^۱، پرداختی که بیمه‌گر "از روی لطف" انجام می‌دهد، حتی اگر چنین پرداختی الزامی نباشد. پرداخت‌ها را زمانی انجام می‌دهد که در صورت عدم پرداخت، مشکلات زیادی برای بیمه‌گذار به وجود آید، یا اگر پوشش به دلایل غیرقابل پیش‌بینی فنی، قابل ارائه نباشد، پرداخت خسارت منجر به افزایش اعتبار بیمه‌گر، به عنوان شرکت منصف خواهد شد.

¹ Ex gratia

وظایف بیمه‌گذار پس از خسارت

وظایف بیمه‌گذار پس از وقوع خسارت، به وظایف ضمنی و وظایف صریح تقسیم می‌شود:

وظایف ضمنی

- وظایفی که به واسطه حقوق عرفی وضع شده‌اند. برای مثال، در قانون موارد زیر نیاز است:
 - بیمه‌گذار باید خود را به عنوان فرد فاقد پوشش بیمه‌ای در نظر بگیرد و تمام مراحل منطقی را برای کم کردن خسارت انجام دهد.
 - بیمه‌گذار باید در زمان حادثه یا خسارت، مقامات مرتبط را آگاه کند. مثلاً، اطلاع به آتش‌نشانان هنگام حادثه آتش‌سوزی یا اطلاع به پلیس هنگام سرقت.
 - بیمه‌گذار باید تمام اقدامات را برای جلوگیری از گسترش خسارت انجام دهد (مثلاً، در مورد آتش‌سوزی)
 - بیمه‌گذار نباید در هیچ‌کدام از مراحل بررسی خسارت، مانع بیمه‌گر شود.
- اگر هر کدام از این وظایف اجرا نشود، بیمه‌گذار احتمالاً نمی‌تواند غرامت ذکر شده در بیمه‌نامه را دریافت کند.

وظایف صریح

این وظایف، بطور کامل در بیمه‌نامه مکتوب شده‌اند و معمولاً در قالب بخشی مجزا، تحت عنوان شرایط در بیمه‌نامه دیده می‌شوند. نقض این شرایط به بیمه‌گر اجازه می‌دهد که شروط موجود در بیمه‌نامه را نقض کند یا از نظر قانونی آن‌ها را اعمال کند.

در بیشتر بیمه‌نامه‌ها، شرایط زیادی گنجانده شده است که تعدادی از آن‌ها با خسارت مرتبط هستند. به‌ویژه، مجموعه‌ای از وظایف بیمه‌گذار تحت عنوان "دستورالعمل خسارت" در هنگام وقوع حادثه، در بیمه‌نامه ذکر می‌شود.

این شرایط اساساً اقداماتی را مشخص می‌کند که بیمه‌گذار باید هنگام خسارت انجام دهد، برای مثال:

- اطلاع‌رسانی سریع به بیمه‌گر
- در جریان قراردادن پلیس، در صورت لزوم
- ممانعت منطقی از توسعه خسارت و انجام اقدامات منطقی برای بازیابی هر گونه خسارت یا اموال دزدیده شده.
- اثبات وقوع و تشریح جزئیات خسارت به صورت مکتوب، ظرف مدت زمانی مشخص.

اعلام خسارت

شرایط اعلام خسارت متفاوت است. بیمه‌گذار در مواقعی باید پس از وقوع حادثه‌ای که احتمالاً به خسارت منجر شده است، در اولین فرصت ممکن، بیمه‌گر را مطلع کند. اعلام خسارت در اغلب موارد باید کتبی باشد، اگر چه در بسیاری موارد بیمه‌گر اجازه می‌دهد که اعلام خسارت به وسیله تلفن یا تماس با شعب بیمه‌گر انجام شود. در برخی موارد لازم است بیمه‌گذار، پس از اعلام خسارت اولیه، ویژگی‌های کامل خسارت را به صورت کتبی در دوره زمانی مشخصی، مثلاً ۷، ۱۵، ۳۰ روز برای بیمه‌گر ارسال کند. بیمه‌گر برای خسارت بیمه‌نامه‌های ساده‌ای همانند خودرو، گاهی شماره تماس اختصاصی برای اعلام خسارت، پیش‌بینی و مهیا کرده است. جزئیات می‌تواند از طریق تلفن اعلام شود و برگ گزارش وقوع خسارت، از طرف بیمه‌گر، برای بیمه‌گذار تکمیل شود. این برگ پس از تکمیل، برای بازبینی و امضا برای بیمه‌گذار ارسال می‌شود. در مورد مطالبات بیمه‌های مسئولیت شخص ثالث خودرو، احتمالاً باید تمام مدارک مربوط به موارد اعلام جراحات بدنی، گزارش مامور قضایی و تحقیقات مرتبط با آن، در اسرع وقت به بیمه‌گر ارسال کرد. این مدارک، بیمه‌گر را قادر می‌کند که در صورت لزوم، بتواند به شکل مناسبی از خود دفاع کند.

مدارک مکتوب

در این قسمت، مدارک کتبی مورد نیاز در ارتباط با ادعای خسارت را بررسی می‌کنیم.

برگ ادعای خسارت

همان‌طور که گفتیم، ضرورت دارد که بیمه‌گذار در سریع‌ترین زمان ممکن پس از وقوع حادثه‌ای که احتمالاً منجر به خسارات شده است یا می‌شود، بیمه‌گر را مطلع کند. پس از اطلاع وقوع خسارت توسط بیمه‌گذار، معمولاً برگ ادعای خسارتی توسط بیمه‌گر برای تکمیل صادر می‌شود.

هدف از صدور برگ خسارت در موارد زیر خلاصه شده است:

- تصدیق استحقاق بیمه‌گذار برای جبران خسارت بیمه‌نامه. بیمه‌گر باید قانع شود که خسارت بالقوه یا واقعی، با توجه به شرایط بیمه‌نامه، تحت پوشش بوده است و اطلاعات ارائه شده در برگ خسارت، با اطلاعات ارائه شده در برگ پیشنهاد مطابقت دارد.
- برای فراهم آوردن اطلاعات کافی که به بیمه‌گر اجازه دهد در صورت لزوم، تحقیق درباره خسارت را آغاز کند.
- بیمه‌گر بتواند نمایی کلی از شدت حادثه، با توجه به هزینه‌های بالقوه، به دست آورد و دیدگاهی ابتدایی در مورد احتمال مطالبه خسارت از جانب شخص ثالث شکل دهد (در مورد بیمه خودرو و مسئولیت).
- بیمه‌گر بتواند هر گونه حقی را که احتمالاً برای بازیابی خسارت وجود دارد، مورد توجه قرار دهد.

در بیمه خودرو، این برگ بیشتر به عنوان برگ گزارش تصادف شناخته می‌شود، تا برگ ادعای خسارت.

گزارش وقوع هر گونه خسارت، باید به شرکت بیمه ارائه شود فارغ از اینکه بیمه‌گذار قصد مطالبه خسارت را داشته باشد یا نداشته باشد یا خسارت را از محل دیگری دریافت کند. به همین دلیل، از عبارت "برگ گزارش تصادف" به جای "برگ خسارت" استفاده می‌شود.

محتوای برگ ادعای خسارت

این برگ شامل تعدادی سوال می باشد و اغلب، سندی نسبتاً طولانی است. طبیعتاً، سوالات یک برگ مطالبه، بسته به نوع بیمه نامه آن، متفاوت خواهد بود، اگرچه هدف اصلی از طراحی چنین برگی اغلب مشترک است. برای نمایش نوع اطلاعات مورد نیاز در برگ خسارت، نگاهی به نمونه این اطلاعات در بیمه های اموال می اندازیم و پس از آن، برگ گزارش خسارت را در بیمه های خودرو بررسی می کنیم.

بیمه اموال: علاوه بر سوالات اصلی مرتبط با جزئیات فردی، برگ خسارت باید حاوی اطلاعات برگ خسارت زیر باشد:

توصیف اموال آسیب دیده، برای مثال، انبار، تجهیزات و قطعات

شرایط و وضعیت مالکیت موارد بالا

صلاحیت بیمه گذار برای مطالبه خسارت (مثلاً، به عنوان مالک یا بهره بردار موقت)

ذی النفع بودن هر فرد دیگری در اموال آسیب دیده

وجود هر گونه پوشش بیمه دیگری در این زمینه

بیمه خودرو: برگ گزارش تصادف، در جستجوی اطلاعاتی با عناوین زیر است:

برگ گزارش جزئیات اطلاعات بیمه گذار

تصادف

وسیله نقلیه درگیر در تصادف و موارد استفاده از آن

مشخصات راننده در زمان وقوع تصادف (در صورتی که راننده وسیله نقلیه، بیمه گذار نباشد).

جزئیات تصادف، ساعت وقوع تصادف، شرایط جاده و چگونگی استفاده از نور

کروکی صحنه تصادف که موقعیت (های) خودرو (ها) را قبل و پس از حادثه نشان دهد.

جزئیات سایر طرف های درگیر در حادثه و اموال خسارت دیده آن ها

جزئیات مشخصات دو شاهد مستقل حاضر در صحنه حادثه

بررسی فرم خسارت

با دریافت برگ تکمیل شده خسارت، واحد خسارات شرکت بیمه باید اقدامات مشخصی را انجام دهد، مانند بررسی محتویات بیمه‌نامه با واحد صدور، برای حصول اطمینان از معتبر بودن بیمه‌نامه و همچنین، اطمینان از تحت پوشش بودن خطراتی که منجر به آسیب یا خسارت شده است. برای مسئولیت‌های بیمه‌گر در هنگام وقوع خسارت، به بخش‌های قبلی رجوع کنید. یکی از همین موارد، شرط ضمنی اصل اعلاای حسن نیت است که بیمه‌گران باید پاسخ‌های ارائه شده در برگ خسارت را با پاسخ‌هایی که در برگ پیشنهاد ارائه شده است، مقایسه کنند تا اطمینان یابند که در مسئله افشای اطلاعات در قرارداد بیمه، هیچ‌گونه نقضی وجود ندارد. به همین ترتیب، کارمندان بخش خسارت، با همکاری صادرکنندگان بیمه‌نامه یا بخش صدور اطلاعات بیمه‌نامه را بررسی می‌کنند تا از تطابق اظهارات بیمه‌گذار در زمان تکمیل برگ پیشنهاد و زمان خسارت، اطمینان حاصل کنند.

با انجام این بررسی‌ها و حصول اطمینان از اینکه خسارت باید بررسی شود، کارکنان بخش خسارت وارد مرحله بعدی می‌شوند. آن‌ها در این مرحله باید اطمینان حاصل کنند که ارزش خسارت، منطقی است. این کار به کمک مواردی همچون، تجربه کارمندان بخش خسارت، بررسی کاتولوگ‌ها، فهرست قیمت‌ها و کتاب‌های مرجع و مراجعه به کارشناسانی که با بیمه ارتباط دارند، انجام می‌شود.

بیشتر مطالبات کوچک، اگر خسارت حادثه‌ای منفرد باشد و اگر برگ خسارت به‌درستی تکمیل شده باشد و همه چیز مرتب و صحیح باشد، به سرعت رسیدگی و پرداخت می‌شوند. ولی برای خسارات بزرگتر، ممکن است کارشناسان متخصص خسارت برای بررسی خسارت، با فرد مطالبه‌کننده (یا بیمه‌گذاری که مطالبه دارد) ملاقات کنند. در مورد خسارات بزرگتر و پیچیده‌تر، معمولاً از اجاستر خسارت استفاده می‌شود.

مدارک پشتیبان

علاوه بر برگ خسارت، مدارک پشتیبانی مورد نیاز برای انواع متفاوت خسارت، شامل موارد زیر می‌شود:

- خسارات سرقت: گاهی اوقات احتمال دارد که جزئیات اموال ربوده شده (همانطور که در برگ خسارت اشاره شد) با فهرست ارائه شده بیمه‌گذار مقایسه شود.
 - خسارات شکست ماشین‌آلات در خسارات مراکز صنعتی (برای مثال، خسارت به ماشین‌آلات): بهتر است گزارش مهندسی دریافت شود که حاوی طرح و نقشه ماشین‌آلات و تعدادی عکس از محل حادثه است.
 - خسارت‌های بیماری و حوادث فردی: مدارک پزشکی یا گواهی پزشکی ضروری است.
 - خسارت‌های خودرو: ارائه اسناد ثبتی خودرو هنگام دریافت خسارتِ خودرو ضروری است.
- نظر طیف متفاوتی از کارشناسان احتمالاً در فرایند بررسی خسارت، استفاده می‌شود. برای مثال:

- مشاوران حقوقی: برای اظهار نظر حقوقی یا آغاز اقداماتی علیه فرد دیگر
 - ارزیابان: برای تخمین هزینه‌های بازسازی به صورت صحیح
 - پزشکان: برای بازبینی یا ارزیابی شدت جراحات
- اگر بیمه‌گر بخواهد این افراد را درگیر خسارت کند، باید توضیحاتی در مورد میزان مسئولیت آن‌ها و دلیل حضورشان در موضوع به بیمه‌گر ارائه کند.

پرسش ۶-۱:

احتمالاً به چه مدارکی برای نشان دادن خسارت ساعت مچی در تعطیلات نیاز داریم؟

اجاستر خسارت

اگر خسارات کوچک و سراسر باشد، معمولاً مورد موافقت طرفین قرار گرفته و توسط کارمندان داخل سازمان در بخش خسارت تسویه می‌شوند، اما در مورد خسارت‌های بزرگتر یا پیچیده‌تر، پروسه تحقیق، مذاکره و پرداخت معمولاً در اختیار متخصصین حرفه‌ای ارزیابی خسارت است. اجاسترهای خسارت، کارشناسانی حرفه‌ای و مستقل هستند. اگرچه هزینه آن‌ها توسط شرکت‌های بیمه پرداخت می‌شود، اما در موارد نادری نیز مشاهده می‌شود که شرکت بیمه به دلیل بررسی همزمان تعداد زیادی از خسارات معمولی، از حداکثر توان و انرژی کارمندان درون سازمانی خود در حال استفاده است و به همین دلیل، از خدمات اجاستر خسارت بهره می‌برد. برای مثال، پس از وقوع طوفانی که به تعداد زیادی از خانه‌های دارای بیمه‌نامه، آسیب رسانده است.

اجاستر خسارت، فردی حرفه‌ای در پردازش خسارت از آغاز تا انتهاست. این فرایند از طریق بررسی وجود پوشش بیمه‌ای کافی در مورد بیمه در زمان خسارت، این اطمینان را برای بیمه‌گر فراهم می‌آورد که حقوقش محفوظ مانده است. ارزیاب خسارت، تخمین‌های ابتدایی و مرحله‌ای از خسارت بالقوه فراهم می‌کند. در نهایت، ارزیاب خسارت گزارش خسارت را تکمیل می‌کند، نظرات دقیق‌تری در مورد واقعه‌ای که منجر به خسارت شده است ارائه می‌دهد، اموال از بین رفته و آسیب‌دیده مرتبط با خسارت را مشخص می‌کند و به بیمه‌گر پیشنهاد می‌دهد که پرداخت خسارت (یا هر عمل جایگزین دیگری) به چه میزان انجام شود.

بیمه‌گذار حق دارد که فرد متخصصی را برای کمک به آماده‌سازی ادعای خسارت خود استخدام کند. این فرد یا شرکت که ارزیاب خسارت است، کاملاً برای بیمه‌گذار و در جهت حفظ منافع وی عمل می‌کند و نباید با اجاستر خسارت که برای بیمه‌گر کار می‌کند، اشتباه گرفته شود. هزینه ارزیابی خسارت، همیشه توسط بیمه‌گذار پرداخت می‌شود.

پرداخت خسارت

مرحله نهایی در فرآیند مطالبه، پرداخت مبلغ واقعی خسارت است. خسارت، به موقع گزارش شده است، تمام طرفین وظایف به خود را انجام داده‌اند و آن چیزی که باقی مانده است، تنها پرداخت خسارت است. بیمه‌گران می‌توانند خسارت مورد قبول در قرارداد را به اشکال متفاوتی پرداخت کنند، مثل:

- پرداخت پول نقد
- پرداخت هزینه تعمیر
- جایگزینی
- بازسازی

گزینه‌های جایگزینی و بازسازی، تنها زمانی به کار می‌روند که در بیمه‌نامه، قید شده باشند. اگر این گزینه‌ها در بیمه‌نامه‌های موضوع بحث به کار برده نشوند، بیمه‌گذار حق مطالبه جبران مالی خسارت را خواهد داشت. هرکدام از مواردی را که بیمه‌گر انتخاب می‌کند باید توضیحاتی به بیمه‌گذار ارائه کند تا روش‌های معمول پرداخت خسارت برای او مشخص شود. شرایطی هم وجود دارد که در آن، بیمه‌گر مبلغی را به فردی به غیر از بیمه‌گذار، پرداخت می‌کند. مثل:

- پرداخت به تعمیرگاه برای تعمیر خودرو
 - پرداخت مبلغی به شرکت خریدار موارد گم شده.
 - پرداخت به شرکت راهن اموال، پس از وقوع خسارت جدی به اموال
- این موارد بالا پیش از پرداخت، باید برای بیمه‌گذار توضیح داده شود.

پرداخت پول

یکی از معمول‌ترین شیوه‌های تسویه مطالبه، پرداخت مستقیم پول به بیمه‌گذار است (یا پرداخت به وسیله چک). این ساده‌ترین شیوه پرداخت غرامت است.

پرداخت برای تعمیرات

بیمه‌گران می‌توانند برای هزینه تعمیرات، مبلغی بپردازند. این موضوع می‌تواند آن‌ها را درگیر درخواست کتبی تخمین هزینه‌های تعمیر و سپس، پرداخت مبلغ تعمیر به صورت مستقیم به تعمیرکنندگان کند. بسته به میزان این تخمین، بیمه‌گر می‌تواند متخصصی را برای مشاوره در این زمینه منصوب کند. تعمیرات وسایل نقلیه به این روش، معمولاً به کمک تعمیرکاران رسمی، رسیدگی می‌شود.

تعویض

بیمه‌گر می‌تواند امکان تعویض کالای آسیب دیده را فراهم آورد. معمول‌ترین نمونه جایگزینی، در مورد بیمه شکست شیشه است؛ جایی که بیمه‌گر با پیشنهاد تخفیف مناسب از جانب شیشه‌گر مواجه است. همچنین، جایگزینی سریع می‌تواند ریسک خسارات غیر مستقیم را نیز کاهش دهد. مثلاً، جلوگیری از غارت، به واسطه شکسته شدن شیشه ورودی مغازه.

بازسازی

در مورد خسارات وسیع یا از بین رفتن کامل، مثلاً یک ساختمان، روش دیگری هم برای شرکت‌های بیمه وجود دارد که در دست گرفتن کنترل تعمیر یا بازسازی در اختیار شرکت‌های بیمه است. اگرچه این بازسازی می‌تواند به برخی از سنگین‌ترین تعهدات برای بیمه‌گران، از جمله مسئولیت پرداخت مبلغ کامل، حتی در صورت فراتر رفتن از سرمایه بیمه‌شده، منجر شود.

بازیافت

یکی از ملاحظات نهایی در زمان رسیدگی به خسارت برای واحدهای خسارت شرکت‌های بیمه، مشخص کردن این است که آیا موضوع مورد خسارت، ارزش بازیافت دارد یا خیر. در بیمه‌های خودرو، اگر مبنای خسارت کلی مورد رسیدگی قرار گیرد، بیمه‌گر معمولاً اموال

بازیافتی را نزد خود حفظ می‌کند و به منظور حداقل کردن هزینه‌های خسارت، آن‌ها را از طریق شرکت متخصص در امر بازیافت، به فروش می‌رساند. به همین ترتیب، بیمه‌گذار نیز اجازه دارد که داغی را نزد خود حفظ کند و بدین ترتیب، از مبلغ پرداختی خسارت، با توجه به مبلغ مورد توافق برای داغی، کاسته می‌شود.

در بیمه‌های اموال نیز همین اصول کاربرد دارد. مثلاً، بیمه‌گذار مطالبه‌ای برای دریافت فرش جدید برای جایگزینی فرشی که رنگی شده است، ارائه می‌دهد. این احتمال وجود دارد که فرش آسیب دیده، ارزش بازیافت داشته باشد، که در این صورت، ممکن است بریده و در اتاق کوچکتری استفاده شود. در این مثال، بیمه‌گر می‌تواند با بیمه‌گذار مذاکره کند تا با کسر مبلغی از خسارت، فرش بازیافت شده را نزد خود نگه دارد.

بیشتر بیمه‌گران، شرایطی را در متن بیمه‌نامه خود قرار می‌دهند که بعد از رسیدگی به مطالبه، هر گونه بازیافتی جزء اموال بیمه‌گر خواهد بود.

کارخانه الف به دلیل وقوع آتش‌سوزی آسیب‌دیده است، و به این دلیل که انبار آن کمتر از مبلغ واقعی بیمه‌گذار بوده است، مبلغ غرامت کامل را دریافت نمی‌کند. ب هم مالک گاراژی در مجاورت مکان وقوع آتش‌سوزی است که توسط همان آتش‌سوزی آسیب دیده است، اما به این دلیل که او به‌طور کامل تحت پوشش بیمه قرار داشته است، مطالبه او به‌طور کامل پرداخت شده است. در فرایند رسیدگی هر دو مطالبه، برای انبار قسمت آسیب‌دیده به میزانی ارزش اسقاط منظور شده است. قوانین انصراف از حق (اسقاط) در این مورد حکم می‌دهد که الف و ب به شکل متفاوت تحت تاثیر واقع شده‌اند. الف مستحق دریافت ارزش اسقاط تا اندازه‌ای است که اختلاف بین خسارت واقعی او و خسارت پرداخت شده‌اش را نشان می‌دهد. به این دلیل که مطالبه او به‌طور کامل پرداخت شده است، ارزش اسقاط او به‌طور کامل به بیمه‌گر او تعلق خواهد داشت.

مطالبات کلاهبرانه

در این قسمت، مسئله تقلب را در صنعت بیمه مطرح می‌کنیم: به شاخص‌هایی که با آن‌ها

می‌توان تقلب را کشف کرد، نگاهی می‌اندازیم، فرایندهای قابل استفاده برای جلوگیری از آن و عواقب مطالبات کلاهبردانه را بررسی می‌کنیم.

هر ساله مبالغ زیادی به واسطه کلاهبرداری، به صنعت بیمه تحمیل می‌شود و درست به همین دلیل، ابزارهای پیشگیری و همچنین، کشف تقلب برای بیمه‌گران حائز اهمیت است. کلاهبرداری در عمل، حداقل در دو طبقه‌بندی متفاوت قرار می‌گیرد:

- نوع اول، بیمه‌نامه‌ای که با قصد مشخص تقلب، برای کسب پول از بیمه‌گر خریداری می‌شود. نمونه‌های موجود در این طبقه‌بندی، بیمه کردن مواردی است که هرگز وجود نداشته است و سپس، مطالبه برای دزدیدن آن است، یا بیمه کردن کارخانه در برابر آتش‌سوزی و سپس، سوزاندن کامل آن برای دریافت خسارت کامل نقدی.
- نوع دوم، با همان درجه از اهمیت که اغراق کردن متقلبانه هنگام ادعای یک خسارت است. مطالعات نشان داده‌اند که اندازه‌گیری و پیش‌بینی چنین مواردی، بسیار سخت‌تر هستند، چراکه معمولاً شامل افرادی می‌شود که ریسک آن‌ها را در میان ریسک‌های خوب طبقه‌بندی کرده‌ایم. نمونه‌های معمول، قراردادن اقلام اضافه در خسارتی معتبر، یا اغراق در ارتباط با گستردگی خسارت است.

جلوگیری از کلاهبرداری

پیشگیری از تقلب در صنعت بیمه، بیشتر مرتبط با اداره کلاهبرداری بیمه (IFB)، زیر نظر انجمن بیمه‌گران بریتانیا^۱ است. این اداره، واکنش صنعت بیمه به تقلب برنامه‌ریزی شده با هدف شناخت شبکه‌های کلاهبرداران و با تشخیص الگوهای خسارات در بین مناطق، شرکت‌ها، محصولات و نواحی است. IBF در جولای سال ۲۰۰۶ کار خود را آغاز کرد و آخرین تخمین آن از هزینه عمومی مطالبات کلاهبردانه کشف نشده در صنعت بیمه، رقمی معادل ۱/۹

^۱ ABI

میلیون پوند است. این نهاد، مرکز مبارزه با تقلب را راه‌اندازی کرده است که هرکس با داشتن اطلاعاتی که مشکوک به کلاهبرداری است، می‌تواند از آن استفاده کند.

کشف تقلب

برای کشف تقلب در صنعت بیمه، از چندین شاخص استفاده می‌شود.

تبادل اطلاعات صدور و خسارت^۱ (CUE)

این شاخص، توسط تعدادی از بیمه‌گران در میانه دهه ۹۰ آماده شد و پس از آن، سایرین هم از آن استفاده کردند. CUE پایگاه داده‌ای است که توسط بیمه‌گران در سطح کشور به اشتراک گذاشته می‌شوند و شامل داده‌ها و اطلاعات درباره حوادث مطالبات فردی و مصدومیت یا حوادث فردی و صنعتی است. اعضای ثبت‌نام کرده، اطلاعات مربوط به مطالبات فردی شاکیان را روی این پایگاه داده، بارگذاری و سابقه مطالبات صحیح این افراد را بررسی می‌کنند. این تبادل اطلاعات توسط بیمه‌گران می‌تواند هم در زمان پذیرش ریسک و هم در زمان وقوع خسارت استفاده شود.

ثبت خسارات هنری^۲

ثبت خسارات هنری (ALR) در سال ۱۹۹۱ به واسطه همکاری صنعت بیمه و دنیای هنر و در واکنش به روند رو به افزایش سرقت آثار هنری تاسیس شد. عملیات آن با تکیه بر حق عضویت اعضا انجام می‌شود. اهداف آن عبارت است از:

- افزایش نرخ بازیابی محصولات هنری و عتیقه‌جات دزدیده شده
 - بازداشتن از سرقت با سخت‌تر کردن فروش مجدد اقالام دزدیده شده
- نام‌نویسی و استفاده از خدمات برای صنعت بیمه، تجار هنری، مأمورین حقوقی یا ادارات گمرک

^۱ Claim and Underwriting Exchange (CUE)

^۲ Art loss Register

و مجموعه‌داران و موزه‌داران ممکن است.

بیمه خودرو

در سال ۱۹۸۷، ثبت ضدقلب و دزدی بیمه خودرو^۱ (MIAFTR) که هم‌اکنون به نام MIAFR2 شناخته می‌شود، با هدف کمک به مبارزه در برابر کلاهبرداری مرتبط با وسائل نقلیه تشکیل شد. آمار ثبت شده، شامل جزئیات تمام مطالبات خسارت کلی و سرقت است. این اطلاعات، سپس می‌تواند برای بررسی، در دسترس بیمه‌گران قرار بگیرند. برای مثال، اینکه خسارت یا دزدی یک وسیله نقلیه، بیش از یک بار مورد مطالبه قرار گرفته است یا خیر.

متصدی خسارت^۲

کشف کلاهبرداری، در سطح فردی نیز بسیار مهم است. علاوه بر استعلام‌های مرتبط از طریق CUE، MIAFTR، و AUR، متصدی خسارت، بازیگر نقش کلیدی در سناریوی کشف خسارت است. روش‌های کشف، احتمالاً در میان انواع مختلف بیمه متفاوت است، اگرچه شاخص‌های مشترک کلاهبرداری، در میان انواع خسارت‌ها وجود دارد. برای مثال، متصدی خسارت باید از خساراتی که دقیقاً پس از صدور بیمه‌نامه یا تمدید آن، به شرکت بیمه ارسال می‌شود و خساراتی که بیمه‌گذار هیچگونه مدارکی برای موارد خسارت دیده ارائه نمی‌دهد، با نگاه ویژه رسیدگی کند. در این شرایط، باید احتمال وقوع مطالبه کلاهبردارانه را متذکر شد.

پرسش ۶-۲: به دیگر انواع محتمل نشانگرهای مطالبات کلاهبردارانه فکر کنید.

¹ Motor insurance Anti Fraud and Theft Register(MIAFTR)

² Claim Handler

نتایج کلاهبرداری

عدم کشف تقلب و پرداخت خسارت‌های متقلبانه، عواقب مستقیمی برای بیمه‌گران، بیمه گذاران و کلاهبرداران دارد.

عواقب تقلب برای بیمه‌گر

بیمه‌گرانی که مسئله پیشگیری از تقلب را جدی نمی‌گیرند، آثار این کار را در نتیجه نهایی، یعنی سود خود خواهند دید. هزینه‌های خسارات آن‌ها افزایش خواهد یافت و همین امر، بر میزان حق بیمه هم تاثیرگذار خواهد بود و آن‌ها را در بازار رقابت، ضعیف‌تر خواهد کرد. علاوه بر آن، با توجه به ارتباطات شفاهی، اینکه کدام بیمه‌گران در رابطه با مطالبات کلاهبردانه "احمق‌تر"^۱ هستند، به راحتی در میان کلاهبرداران منتقل می‌شوند و همین، باعث مطالبات بیشتری در این دسته خواهد شد.

عواقب تقلب برای بیمه‌گذاران

بیمه‌گذارانی که رفتار کلاهبردانه‌ای انجام نمی‌دهند، در نتیجه مطالبات متقلبانه‌ای که پرداخت می‌شود، متحمل ضرر می‌شوند، چرا که افزایش حق بیمه، تمام بیمه‌گذاران را تحت تاثیر قرار می‌دهد، نه فقط بیمه‌گذارانی را که مطالبات کلاهبردانه دارند. باید به یاد داشته باشید که بیمه‌گر تلاش می‌کند تا مطمئن شود هر بیمه‌گذار، حق بیمه عادلانه‌ای را برای ریسک‌های ارائه شده به سبد حق بیمه، اضافه می‌کند. این موضوع، با مطالبات کلاهبردارانه مخدوش خواهد شد.

عواقب برای کلاهبردار

عواقب تقلب برای مطالبه‌گر متقلبی که مطالبه خود را دریافت می‌کند، مشخص است. اگر او در

¹ Soft touch

راه دریافت پول موفق باشد، وسوسه ادامه این روش در آینده وجود خواهد داشت.

قرارداد باطل و قرارداد قابل ابطال

یک قرارداد ممکن است طبق قانون، به دلایلی اصلاً صحیح نباشد یا کاملاً صحیح باشد. قرارداد باطل، هیچگونه اثر الزام‌آوری برای طرف مقابل به وجود نمی‌آورد. به این دلیل که قرارداد باطل، به هیچ عنوان قرارداد نیست، تمام اظهارات در واقع متناقض است. شرایطی که منجر به باطل شدن بیمه‌نامه می‌شود، شامل موارد زیر است:

اشتباه اگر اشتباه بنیادی در اصل قرارداد وجود داشته باشد، هیچگونه توافقی وجود نخواهد داشت و بنابراین، هیچ قرارداد قانونی وجود ندارد.

غیر قانونی بودن اگر بیمه‌نامه، فعالیتی غیرقانونی را پوشش دهد، این بیمه‌نامه باطل است. بطور به همین ترتیب، بیمه برای اموال کسب شده به طور غیرقانونی، باطل خواهد بود.

نبود نفع اگر نفع بیمه‌پذیر مرتبط با بیمه‌نامه در مورد کالاها و اجناس، به امید خسارت یا بیمه‌پذیر آسیب به آن‌ها، وجود نداشته باشد، بیمه‌نامه باطل و از درجه اعتبار ساقط است.

یک قرارداد قابل فسخ تا وقتی که یکی از طرفین تصمیم به فسخ بگیرد، الزام‌آور است. قراردادهای ممکن است به دلایل متفاوتی قابل فسخ باشند. مثلاً:

نقض حسن نیت افشای نادرست یا عدم افشا، به بیمه‌گر اجازه می‌دهد که با بیمه‌نامه، به عنوان بیمه‌نامه فسخ شده برخورد کند.

نقض تعهدات این موضوع، بیمه‌گر را در مقامی قرار می‌دهد که بیمه‌نامه را فسخ شده در نظر بگیرد.

نقض شرط تحقق این موضوع، به بیمه‌گر اجازه نمی‌دهد که قرارداد را به صورت کامل فسخ کند، اما **مسئولیت** بیمه‌گر را قادر می‌کند تا منکر مطالبات خاص شود. این مورد، شامل شرط اعلام خسارت قابل مشاهده، در اکثر بیمه‌نامه‌ها است.



آشنایی با انواع بیمه‌ها

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این بخش شما می‌توانید:

- بیمه‌های اتومبیل و خطرات تحت پوشش را توضیح دهید.
- بیمه‌های آتش‌سوزی و خطرات اصلی و تبعی را شرح دهید.
- بیمه‌های زندگی و انواع آن را تعریف نمایید.
- شرح مختصری از بیمه‌های حوادث، درمان و مسئولیت ارائه دهید.
- بیمه‌های مهندسی و انواع آن را تشریح نمایید.
- بیمه‌های اتکایی و انواع قرارداد اتکایی را تشریح کنید.

مقدمه

پس از آشنایی با مفاهیم بنیادی بیمه در فصل‌های گذشته، در فصل حاضر تلاش خواهد شد تا رشته‌های مختلف بیمه‌ای موجود در صنعت بیمه کشور معرفی و مفاهیم مقدماتی برای آشنایی بیشتر با این رشته‌ها ارائه شود.

بیمه‌های اتومبیل

بیمه‌های اتومبیل فراوان‌ترین تعداد بیمه‌نامه را در عملکرد صنعت بیمه دارد که نزدیک به ۳۰ درصد پرتفوی صنعت را نیز به خود اختصاص داده است. این رشته بیمه‌ای دارای سه زیر رشته است.

۱- بیمه شخص ثالث

۲- بیمه بدنه اتومبیل

۳- بیمه حوادث راننده

سه گروه اصلی بیمه شامل بیمه‌های اموال، اشخاص و بیمه‌های مسئولیت بیمه به ترتیب با

بیمه بدنه، بیمه حوادث راننده و بیمه شخص ثالث در هم آمیخته شده است، رابطه دارند. بر این اساس مختصراً به تشریح این پوشش‌ها در ادامه خواهیم پرداخت.

بیمه شخص ثالث

بیمه شخص ثالث که جبران خسارت‌های مالی و بدنی (جانی) اشخاص ثالث را به عهده دارد اولین بار در دی ماه سال ۱۳۴۷ به تصویب مجلس وقت رسید و از ابتدای سال ۱۳۴۸ اجرایی شد. این قانون نزدیک به ۴۰ سال مورد استفاده قرار گرفت تا نهایتاً در سال ۱۳۸۷ مورد اصلاح قرار گرفت و قانون اصلاح قانون مذکور برای ۵ سال به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و نهایتاً قانون مستقل جدیدی در سال ۱۳۹۵ پس از طی مراحل تصویب و در ۲۹ خرداد ۱۳۹۵ اجرایی شد.

عنوان این قانون از "قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایط نقلیه موتوری در مقابل شخص ثالث" که در قانون مصوب سال ۱۳۴۷ آمده است به "قانون بیمه اجباری خسارات واردشده به شخص ثالث در اثر حوادث ناشی از وسایل نقلیه" تغییر پیدا کرد. تغییر عنوان یکی از واژه‌های مهم قانون قبل را که مسئولیت مدنی می‌باشد را حذف نمود تا به این موضوع تکیه کند که بیمه مذکور پوششی فراتر از مسئولیت مدنی دارد. بدین معنا که هر گونه خسارت وارده توسط خودرو، محموله و یدک به اشخاص ثالث در حدود تعهدات مربوط قابل جبران است.

این قانون در ۶ بخش شامل کلیات، حقوق و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، حقوق و تعهدات صندوق، پرداخت خسارت، تکالیف سایر نهادها و دستگاه‌های مرتبط، مقررات کیفری تهیه شده است. از مهم‌ترین موضوعات قابل توجه در قانون جدید مختار شدن شرکت‌های بیمه (به جز شرکت سهامی بیمه ایران) به فعالیت در رشته شخص ثالث می‌باشد بر این اساس شرکت‌های بیمه تا دو سال پس از اجرایی شدن قانون موظف به تعیین موضع خود برای فعالیت در این رشته از طریق بیمه مرکزی ج.ا.ا شدند.

یکی از مواردی که در سال‌های قبل باعث ایجاد مشکل برای جبران خسارت می‌شد تغییر نرخ دیه و عدم توجه دارندگان وسایط نقلیه برای تهیه الحاقیه و تکمیل پوشش دیه بود. در بسیاری از موارد به علت اینکه بیمه‌گذاران متوجه تغییر نرخ دیه نمی‌شدند، ضرورت مراجعه به بیمه‌گر خود را نمی‌دانستند و تصور می‌کردند که بیمه‌نامه‌ای با تعهدات کامل دارند، اگر چه برخی موارد هم علی‌رغم آگاهی به دلیل آنکه تصور می‌کردند حادثه‌ای برای آنها رخ نمی‌دهد برای تکمیل پوشش اقدام نمی‌کردند.

در هر حال قانون جدید این مشکل را حل نمود و بر اساس آن نیازی به تهیه الحاقیه تغییر نرخ دیه وجود ندارد. بنابراین هر دارنده‌ای (مالک یا راننده‌ای) که بیمه‌نامه ثالث خود را تهیه کرده است با تغییر نرخ دیه نیازی به تکمیل آن ندارد و شرکت بیمه موظف است خسارت را بر اساس نرخ روز (یوم الدا) پرداخت نماید و البته مابه‌التفاوت آن را از صندوق تامین خسارت‌های بدنی دریافت کند.

در عین حال باید به این موضوع توجه نمود که تهیه پوشش‌های قانونی تکمیلی مالی در صورت تغییر دیه از این موضوع مستثنی است و دارنده در هر زمان اعم از تغییر و یا عدم تغییر دیه می‌تواند برای تغییر و طبیعتاً افزایش تعهدات مالی خود اقدام نماید.

بیمه حوادث راننده که در سال‌های اخیر و بر اساس آیین‌نامه ۶۷ دارای تغییرات مختلفی از جنبه حداقل تعهدات داشت در قانون ثالث ۱۳۹۵ به این شکل منتهی شد که حداقل تعهدات برابر دیه مرد مسلمان در ماه عادی باشد و مبنای محاسبه میزان خسارت قابل پرداخت به راننده مسبب حادثه، معادل دیه فوت یا دیه و یا ارش جرح در فرض ورود خسارت بدنی به مرد مسلمان در ماه غیرحرام و هزینه معالجه آن می‌باشد.

از طرفی سازمان پزشکی قانونی که تا به حال موظف به اعلام نوع و درصد صدمه بدنی واردشده به راننده مقصر نبود بر اساس این قانون موظف شد که در صورت تقاضای زیان‌دید و یا شرکت بیمه نسبت به بررسی و اعلام نظر اقدام نماید. علاوه بر آن همان‌طوری که پیش‌تر ذکر شد دیگر ملاک پرداخت خسارت جداول نقص عضو و از کار افتادگی شرکت‌های بیمه و

نظر پزشک معتمد نیست بلکه میزان پرداخت خسارت دیه و ارش است که از طریق پزشکی قانونی تعیین می‌گردد به استثنای مواردی که زیان دیده و بیمه‌گر با یکدیگر توافق نمایند. ایجاد انگیزه برای خرید بیمه‌نامه ثالث و اعمال موارد بازدارنده در این قانون شدیدتر شده است. در قانون یکی از موارد بازدارنده که برای اولین بار اعمال شده است جریمه مالک خودروهایی است که بدون بیمه خودرو را در اختیار راننده قرار دهند. بر این اساس در صورتی که مالک فرد حقیقی باشد به میزان ۱۰ درصد و اگر مالک فرد حقوقی باشد به میزان ۲۰ درصد مجموع خسارت‌های مالی و بدنی را به عنوان خسارت بایستی به حساب درآمدهای اختصاصی صندوق نزد خزانه‌داری کل کشور به عنوان جریمه واریز نماید.

در قانون اخیر در خصوص موضوع تخفیف به این شکل تصمیم‌گیری شده است که تخفیف عدم خسارت متعلق به بیمه‌گذار یا انتقال‌دهنده است، انتقال‌دهنده می‌تواند تخفیفات مذکور را به وسیله نقلیه دیگر از همان نوع، که متعلق به او یا متعلق به همسر، والدین یا اولاد بلاواسطه وی باشد، منتقل کند.

در قوانین قبل تهیه بیمه شخص ثالث بر اساس قانون برای خودروهایی که از کشور خارج می‌شدند اجباری نبود ولی بر اساس این قانون کلیه خودروهایی که از کشور خارج می‌شوند موظفند وسیله نقلیه خود را در مقابل خساراتی که بر اثر حوادث نقلیه مذکور در خارج از کشور به اشخاص ثالث ایرانی وارد شود حداقل به میزان دیه ماه حرام سال مربوط و نیز بیمه حوادث راننده برابر دیه ماه عادی سال مربوط بیمه نمایند. در غیر این صورت از تردد وسایل مزبور توسط مراجع ذی‌ربط جلوگیری می‌شود.

موضوع عدم اعمال مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه و پرداخت خسارت به زیان‌دیدگان از موارد دیگری است که برای اولین بار در قانون ثالث جدید آمده است.

حداکثر خسارت مالی که مقصر حادثه، موظف به جبران آن شده است اعم از اینکه بیمه داشته باشد یا نداشته باشد برابر نصف تعهدات دیه ماه حرام تعیین شده است. این موضوع که جبران خسارت‌های حوادث رانندگی حداکثر این میزان می‌باشد نقطه عطفی در رفع مسئولیت

مقصرهای این گونه حوادث می‌باشد که منجر به بوجود آمدن دو تعریف جدید گردید. یکی خودروهای متعارف و دیگری خودروهای غیر متعارف.

خودروی متعارف خودرویی است که قیمت و یا ارزش بازار آن کمتر از نصف دیه ماه حرام سال حادثه باشد و طبیعتاً خودروی نامتعارف خودرویی است که قیمت آن از نصف دیه ماه حرام سال حادثه بیشتر باشد. بر اساس این موضوع پرداخت خسارت‌های جزیی دستخوش شرایط جدید شدند. بر اساس دستورالعمل بیمه مرکزی ج.ا.ا پرداخت خسارت به خودروهای نامتعارف علاوه بر محدودیت اعلام شده مشمول پرداخت بر اساس ارزش گران‌ترین خودروی متعارف گردید. علاوه بر بیمه شخص ثالث و بیمه حوادث راننده بیمه بدنه خودرو یکی دیگر از بیمه‌های خودرو است. غرض از ارایه بیمه بدنه اتومبیل سه هدف اصلی است.

- در صورتی که خودروی مقصر علاوه بر خسارت به زیان‌دیده خود نیز دچار خسارت شود.

- در یک حادثه رانندگی مقصر فاقد بیمه شخص ثالث باشد.

- اگر پوشش بیمه‌ای شخص ثالث مقصر حادثه برای جبران خسارت خودروی زیان‌دیده کافی نباشد.

- اگر خودروی زیان‌دیده خودروی با قیمت نامتعارف باشد.

علاوه بر موارد فوق بیمه بدنه حمایت‌های مالی بیشتری را برای بیمه‌گذار فراهم می‌کند. اساساً بیمه بدنه دارای سه پوشش اصلی است. پوشش‌های سرقت، آتش سوزی و حادثه و پوشش‌های تبعی یا اضافی، مانند: سرقت در جا، شکست شیشه، غرامت ایام تعمیرگاه، کشیدن اشیاء تیز، بلایای طبیعی، افت قیمت در اثر حادثه، خسارت ناشی از مواد شیمیایی و اسیدی و... می‌باشد.

بیمه آتش‌سوزی

بیمه آتش‌سوزی، جزء بیمه نامه‌های اموال (اشیاء) است و به‌غیر از انسان می‌تواند شامل اشیاء،

حیوانات و گیاهان شود. این رشته بعد از رشته بیمه باربری، یکی از قدیمی‌ترین رشته‌های بیمه است که انسان، برای حفظ اموال و دارایی‌های خود از آن استفاده کرده است. در کشورهای بزرگ جهان، دارایی و مالی بدون پوشش بیمه آتش‌سوزی وجود ندارد و در موارد لزوم، دارایی‌ها و اموال در مقابل خطرات تبعی بیمه آتش‌سوزی نیز تحت پوشش قرار می‌گیرند.

در بیمه آتش‌سوزی، ساختمان و تاسیسات منصوبه و کلیه کالاها و لوازم موجود در آن، در مقابل خطر آتش‌سوزی و انفجار و صاعقه بیمه می‌شود. محل مورد بیمه ممکن است منزل مسکونی، غیرمسکونی یا واحد صنعتی یا تجاری باشد. خسارت‌های وارده ناشی از آتش‌سوزی و همچنین هزینه‌های پیشگیری از توسعه آتش، در این بیمه‌نامه قابل جبران است. غیر از آتش‌سوزی، خطرات دیگری نظیر زلزله، سیل، طوفان، ترکیدگی لوله آب، ضایعات برف و باران، سقوط هواپیما و هلی‌کوپتر، شکست شیشه و سرقت و برخی خطرات دیگر نیز در بیمه آتش‌سوزی و با عنوان خطرات اضافی، قابل پوشش است. صدور این نوع بیمه نامه از قرن هفدهم میلادی به بعد و مخصوصاً، پس از آتش‌سوزی بزرگ لندن در سال ۱۶۶۶ میلادی آغاز شد که در آتش‌سوزی مهیبی در لندن در یک ثانویاتی اتفاق افتاد و دامنه گسترده‌ای پیدا کرد که سطح وسیعی از شهر لندن را طعمه آتش کرد. در پی این حادثه، مؤسسات و بنیادهایی به‌عنوان تأمین خسارات آتش‌سوزی تأسیس شدند که شکل امروزی آن‌ها، شرکت‌های بیمه است. انقلاب صنعتی و ایجاد کارخانجات، مؤسسات تولیدی و صنعتی و... کمک موثری به رشد هرچه بیشتر بیمه‌های آتش‌سوزی کرد. این رشته در ایران علیرغم نیاز مبرم به این نوع بیمه، خیلی دیرتر از سایر رشته‌های متداول بیمه پیشرفت کرده است. قبل از انقلاب اسلامی، بیمه آتش‌سوزی در ایران منحصر به بیمه آتش‌سوزی ساختمان و اموال دولتی بود، و تنها حجم بسیار کوچکی از سرمایه‌های خصوصی در مقابل خطرات آتش‌سوزی تحت پوشش بودند، ولی به مرور و پس از انقلاب، عملاً شناخت مردم از بیمه آتش‌سوزی گسترش یافت، به‌طوری‌که سهم عمده‌ای از حق بیمه‌های رشته بیمه آتش‌سوزی شرکت‌های بیمه متعلق به بیمه اموال خصوصی است.

آتش‌سوزی در لغت به معنی احتراق توأم با شعله است. شعله نیز معمولاً همراه با نور، دود و حرارت است. بنابراین، سوختن آهسته، اکسیداسیون، تغییر رنگ و بو گرفتن مواد و تخمیر و نظایر آن، به معنی آتش‌سوزی نیست و طبعاً تحت پوشش بیمه‌نامه آتش‌سوزی نیست. در بیمه آتش‌سوزی، خساراتی تحت پوشش است که:

۱- حریق از یک منبع حرارتی کنترل‌ناپذیر سرچشمه گیرد و به اشیای قابل اشتعال

سرایت کند، مثل انتقال حریق از شعله کبریت به اموال قابل اشتعال.

۲- حریق، منبع حرارتی کنترل‌شده‌ای را ترک کند و باعث آتش گرفتن بیرون آن منبع

شود، مثل آتش‌سوزی منزل در اثر واژگون شدن بخاری.

بدین ترتیب، آتش گرفتن اشیاء در داخل محدوده آتش کنترل شده، نظیر داخل بخاری یا کوره یا مثلاً سوختگی فرش زیر بخاری یا هیتر (بدون آتش‌سوزی) که مستقیماً از آن ناشی شود و یا دودگرفتگی منزل، بدون ایجاد آتش‌سوزی و صرفاً به خاطر دود ناشی از بخاری، جزء تعهدات بیمه‌گر نیست.

خطرات مورد تعهد در بیمه‌های آتش‌سوزی

الف) خطرات اصلی (حریق - صاعقه - انفجار)

۱- آتش: ترکیب هر ماده با اکسیژن به شرط آن که با شعله همراه باشد. در بیمه

آتش‌سوزی، مقصود، آتش خسارت‌زننده و غیر قابل مهار است؛ و گرنه از بین رفتن

اشیاء در داخل محدوده آتش کنترل شده، نظیر داخل بخاری یا داخل کوره، تحت

پوشش نیست.

۲- صاعقه: تخلیه بار الکتریکی بین دو ابر یا بین ابر و زمین که بر اثر القای دو بار

مخالف به وجود می‌آید.

۳- انفجار: هر نوع آزاد شدن ناگهانی انرژی حاصل از انبساط گاز یا بخار را گویند.

تفاوت اصلی انفجار با حریق، سرعت بسیار زیاد آزاد شدن انرژی هنگام انفجار است.

معمولاً انفجار در سه دسته قرار می‌گیرد: ۱) انفجار مطلق که مربوط به مواد منفجره است، ۲) احتراق سریع که از ترکیب گازهای سوختنی با اکسیژن حاصل می‌شود، ۳) آزاد شدن فشار مایع بسیار متراکم در درجات حرارت بالاتر از نقطه جوش، مثل ترکیدن دیگ بخار.

ب) خطرات اضافی یا تبعی

خطرات اضافی یا تبعی آتش‌سوزی، خطرانی است که با پرداخت حق بیمه اضافی، همراه بیمه‌نامه آتش‌سوزی، تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد؛ برخی از این خطرات عبارتند از:

۱- زلزله و آتشفشان:

زمین‌لرزه یا زلزله، لرزش و جنبش زمین است که به علت آزاد شدن انرژی ناشی از گسیختگی سریع در گسل‌های پوسته زمین در مدتی کوتاه روی می‌دهد و فعل و انفعال آتشفشانی خروج مواد مذاب درونی زمین به شکل گدازه‌های آتشفشانی و گاز است. بیمه‌گذار می‌تواند با پرداخت حق بیمه اضافی، در مورد خرید خطر زلزله و آتشفشان اقدام کند. این پوشش، شامل کلیه خساراتی است که مستقیماً در اثر وقوع زلزله یا آتشفشان ایجاد می‌شود.

شرکت‌های بیمه برای پوشش خطر زلزله، دو عامل را در نظر می‌گیرند:

اول، منطقه جغرافیایی محل مورد بیمه: کلیه شهرهای ایران به ۵ منطقه کم خطر تا زلزله خیز شدید تقسیم شده‌اند که هر کدام، ریسک خاصی دارند.

دوم، نوع سازه ساختمان محل مورد بیمه: که معمولاً خشتی و گلی، آجری، اسکلت فلزی و بتونی است. مرحله دوم، میزان مقاومت ساختمان را ارزیابی می‌کند.

۲- سیل

در صورت خرید بیمه این خطر، خسارات وارده به اموال بیمه شده در اثر جاری شدن آب، به معنای طغیان رودخانه یا جریان سیلاب در اثر ریزش باران یا شکست آبگیر و سد یا پیشروی

آب دریا و خارج شدن هر یک از این موارد از مسیر طبیعی و اصلی خود، جبران خواهد شد. ریسک سیل، برای حریم رودخانه‌ها، دریا، مناطق پست و سیل خیز، بالا است و معمولاً پوشش داده نمی‌شود، مگر اینکه با نرخ و شرایط بالاتر و خاص پوشش داده شود.

۳- سقوط هواپیما و هلیکوپتر و قطعات منفصله از آن‌ها

این پوشش، شامل کلیه خسارات ناشی از سقوط هواپیما، هلیکوپتر یا اشیاء ساقط شده از آن‌ها روی اموال مورد بیمه، است و معمولاً نرخ آن برای مناطق نزدیک به فرودگاه‌ها بیشتر از سایر مناطق است. مثلاً، نرخ این خطر در شهر تهران برای منطقه تجریش ۰/۰۵ در هزار سرمایه و برای مناطق اطراف فرودگاه مهرآباد، مثل تهرانسر ۰/۱ در هزار سرمایه محاسبه می‌شود.

۴- شکست شیشه

چنانچه شیشه‌های نصب شده، در اثر عوامل خارجی شکسته شود، این پوشش، هزینه‌های وارد به شیشه‌ها را جبران می‌کند. معمولاً شرکت‌های بیمه، شیشه‌های نما، درهای شیشه‌ای و به‌طور کلی، شیشه‌های با مقاومت نسبتاً بالا و قطور را تحت پوشش بیمه شکست شیشه قرار می‌دهند.

۵- طوفان، گردباد و تندباد

معمولاً حرکت و جابجایی هوا با سرعت بالای ۶۶ کیلومتر در ساعت را تند باد و طوفان گویند. در صورت خرید این پوشش، خسارت مستقیم وارد به اموال بیمه شده در اثر طوفان، جبران خواهد شد. باید توجه داشت که امکان تخریب ساختمان‌ها و سازه‌های ضعیف، همانند چوبی و خستی و گلی و شیروانی‌های غیر استاندارد و همچنین، برخی مناطق خاص، همانند کوهپایه‌ها و مناطق ساحلی و مناطقی که فضای اطراف آن‌ها باز است، در برابر طوفان بالا است.

۶- ترکیب لوله آب و ضایعات آب، برف و باران

با خرید این پوشش، خسارت ناشی از ترکیدن تانکرها و شبکه آبرسانی و فاضلاب یا لبریز

شدن، گرفتگی و سر ریز شدن منابع و مخازن آبرسانی مربوط به محل مورد بیمه و همچنین، خسارات ناشی از آب باران و ذوب شدن برف، مشروط به اینکه آب از طریق بام یا گرفتگی لوله‌ها، لبریز شدن آبراه‌ها و ناودان‌ها، به محل مورد بیمه نفوذ کرده باشد، تحت پوشش قرار می‌گیرد.

۷- دزدی با شکست حرز

به موجب این پوشش، خسارات وارده در اثر فقدان یا خراب شدن اموال بیمه شده ناشی از دزدی، به شرط شکستن حرز، تحت پوشش خواهد بود.

معمولاً شکست حرز (حریم) شامل موارد زیر است:

- بالا رفتن از دیوار محل استقرار اموال بیمه شده یا شکستن در یا پنجره یا خراب کردن دیوار و نظایر آن.
 - باز کردن در بوسیله کلید و سایر آلات و ادوات غیر مجاز.
 - ورود به محل با تهدید به جان یا آبروی بیمه‌گذار یا اعضاء خانواده یا کارکنان.
- شرکت‌های بیمه برای پوشش بیمه سرقت، فهرست اموال و اثاثیه و مشخصات و قیمت تفکیکی هر یک از اموال بیمه شده را دریافت، مهر، امضا و پیوست بیمه‌نامه می‌کند.

۸- پوشش زیان یا خسارات ناشی از اعتصاب، شورش و اغتشاش

در صورت خرید این پوشش خطر از سوی بیمه‌گذار، بیمه‌گر خسارات وارده به مورد بیمه را که مستقیماً "ناشی از شورش و بلوا و اعتصاب" باشد، پوشش می‌دهد. قیام‌های عمومی و سراسری و جنگ با دشمن خارجی و جنگ داخلی، تحت پوشش این بیمه‌نامه نیست. ضمناً، این پوشش با امکان اخطار فسخ هفت روزه از سوی بیمه‌گر فروخته می‌شود.

۹- خطر انفجار ظروف تحت فشار صنعتی

در شرایط عمومی بیمه‌نامه آتش‌سوزی، خسارات وارد به ظروف تحت فشار صنعتی (مانند کمپرسورها،

دیگ‌های بخار و...) که ناشی از انفجار و دفرمه شدن این ظروف باشد، مستثنی شده است. بنابراین، بیمه‌گذاران می‌توانند با پرداخت حق بیمه اضافی، در مورد پوشش این خطر اقدام کنند.

۱۰- هزینه پاکسازی

پوششی است که معمولاً به بیمه‌نامه‌ها اضافه می‌شود و طبق آن، شرکت بیمه می‌پذیرد که هزینه پاکسازی محل مورد بیمه را که ناشی از خطرات بیمه شده باشد، جبران کند. این پوشش، حداکثر تا ۲۰ درصد سرمایه بیمه‌نامه است و نرخ آن نیز ۵۰ درصد مجموع نرخ‌های بیمه‌نامه در نظر گرفته می‌شود.

۱۱- خطر خود سوزی

برخی مواد، مثلاً تفاله چغندر قند در دما و شرایط عادی نیز با اکسیژن ترکیب می‌شود و ایجاد حریق و خود سوزی می‌کند. در صورت خرید این پوشش توسط بیمه‌گذار، بیمه‌گر خسارت وارد به مورد بیمه را تا سقف مورد تعهد، جبران خواهد کرد.

۱۲- خطر برخورد جسم خارجی

این نوع پوشش را بیمه‌گذاران در صورتی درخواست می‌کنند که محل مورد بیمه، در مجاورت جاده یا پایین تپه شیبدار یا از مکان‌های مشابه قرار گرفته باشد.

۱۳- پوشش خسارت ناشی از نشت گاز آمونیاک و فریون سردخانه‌ها

در مواردی که نشت گاز منجر به حریق نشود، ولی موجب فساد کالا یا آسیب موجودی‌ها، اعم از اینکه خسارت مستقیماً ناشی از اثر گاز باشد یا اینکه موجب از کار افتادن دستگاه‌های مبرد شود، بیمه‌گر در صورت وجود پوشش، این خطر را جبران می‌کند.

۱۴- ریزش و فروکش کردن چاه

خسارت ناشی از ریزش و فروکش کردن چاه، به دو طریق زیر تحت پوشش قرار می‌گیرد:

الف) جبران خسارت وارده به چاه و تاسیسات آن. در این حالت، فقط خسارات وارد به دیواره چاه و تاسیسات آن، تحت پوشش قرار خواهد گرفت.

ب) جبران خسارت وارده به ساختمان و تاسیسات منصوب، به دلیل تخریب و فروکش کردن چاه.

۱۵- رانش زمین

این پوشش، خسارات وارد به اموال بیمه شده را در صورت رانش، ریزش و فروکش کردن در اثر حرکت طبیعی زمین جبران می‌کند. این خطر، جدا از خطر زلزله است و معمولاً در مناطق کوهستانی و شیب دار رخ می‌دهد.

برای پوشش این بیمه‌نامه باید محل مورد بیمه، بازدید و وضعیت ساختمان، سوابق خسارتی منطقه و نوع خاک (رسی، شنی، آهکی) ارزیابی شود.

۱۶- سقوط بهمن

در بعضی نقاط کوهستانی و برفگیر و شیب دار، احتمال سقوط بهمن وجود دارد. در صورت خرید این پوشش، بیمه‌گر خسارت ناشی از سقوط بهمن بر اموال مورد بیمه را جبران می‌کند. باید دقت کرد که برخی نقاط، شرایط خاصی دارند و احتمال وقوع بهمن به صورت سالانه در آن وجود دارد و پوشش خطر ریزش بهمن، ریسک بالایی دارد و بنابراین، نرخ و شرایط بیمه‌گر نیز باید متناسب با میزان ریسک باشد.

بیمه‌های باربری (حمل و نقل کالا)

بیمه حمل و نقل کالا، یکی از قدیمی‌ترین انواع بیمه در جهان است که ابتدا در کشور انگلستان، از طریق شرط‌بندی در قهوه‌خانه لویڈز لندن بین دارندگان کشتی‌ها شروع شد و سپس، با گذشت زمان و با توجه به اهمیت موضوع، از طریق دولت انگلستان قوانینی برای آن تدوین شد و از حالت شرط‌بندی و قمار خارج و بتدریج، ضوابط و مقررات آن تکمیل‌تر شد و شرایط و مقرراتی برای آن وضع شد که امروزه، در انگلستان و بسیاری از شرکت‌های بیمه کشورهای

جهان و از جمله ایران، تحت عنوان "انستیتو بیمه‌گران لندن"، بهره‌برداری و اجرا شده است. بیمه حمل و نقل کالا، بیمه‌ای است که به موجب آن، بیمه‌گر در مقابل حق بیمه‌ای که از بیمه‌گذار دریافت می‌کند، متعهد می‌شود، چنانچه در جریان حمل کالا از نقطه‌ای به نقطه دیگر، در نتیجه وقوع خطرهای موضوع بیمه، کالا تلف یا دچار خسارت شود یا بیمه‌گذار هزینه‌هایی در مورد این خطرات متحمل شود، زیان وارده را جبران کند. علاوه بر آن، در بعضی موارد، زیان وارده به اشخاص ثالث نیز از طریق این بیمه جبران می‌شود.

کالا ممکن است توسط وسایل نقلیه مختلف، مانند کشتی، وسیله نقلیه زمینی یا هواپیما، حمل شود. بنابراین، بیمه حمل و نقل کالا می‌توانیم را به سه قسمت تقسیم کنیم که عبارت است از:

- بیمه حمل و نقل دریایی
- بیمه حمل و نقل زمینی
- بیمه حمل و نقل هوایی

گاهی برای حمل و نقل، از وسایل مختلف حمل استفاده می‌شود. مثلاً کالایی از انبار یک کارخانه در کشور مبدأ با کامیون به بندر همان کشور حمل می‌شود و از آنجا با کشتی به بندر کشور مقصد منتقل می‌شود و پس از آن، نیز مجدداً با کامیون به انبار مقصد حمل می‌شود، یا در مورد حمل کالایی از وسایل مختلف دریایی، هوایی و زمینی استفاده می‌شود. معمولاً هرگاه برای حمل کالا از یک وسیله حمل استفاده شود، بیمه‌نامه مربوط به آن حمل، صادر خواهد شد. مثلاً، برای کالایی که از مبدأ تا مقصد با وسیله نقلیه زمینی حمل می‌شود، بیمه‌نامه حمل و نقل خشکی صادر می‌کنند، اما چنانچه برای حمل کالا از وسایل نقلیه مختلف استفاده شود، در بیمه‌نامه باید قید شود که حمل کالا با وسایل مختلف مجاز است. در اغلب بیمه‌نامه‌های حمل و نقل دریایی کالا، این موضوع ذکر می‌شود، زیرا در این نوع حمل و نقل‌ها، تمام مسیر از ابتدا تا مقصد، راه دریایی نیست.

در حال حاضر، موضوع تعیین خطرهای بیمه شده و خطرهای خارج از تعهد بیمه‌گر در بیمه حمل و نقل کالا، با الحاق شرایط از پیش تعیین شده به بیمه‌نامه صورت می‌پذیرد. این شرایط

که به شرایط استاندارد مؤسسه بیمه‌گران لندن معروف است، برای کالاهای معمولی عبارت است از شرایط A, B, C که به تفصیل درباره آن بحث خواهد شد. بدیهی است بیمه‌گذار می‌تواند در مورد بعضی از کالاها، علاوه بر پوشش‌های استاندارد مندرج در شرایط یاد شده، پوشش‌های اضافی دیگری نیز از بیمه‌گر درخواست کند که در صورت موافقت بیمه‌گر، بیمه‌نامه به نحو مورد نظر بیمه‌گذار، صادر خواهد شد. در این صورت، خطرات اضافی در شرایط خصوصی بیمه‌نامه درج می‌شود.

برای بیمه بعضی از کالاها که کیفیت خاصی دارد یا حمل آن‌ها تابع مقررات مخصوصی است، شرایط جداگانه‌ای تنظیم شده است؛ مانند شرایط مربوط به بیمه مواد نفتی، گوشت و اغذیه منجمد، حیوانات زنده و غیره.

علاوه بر این، چنانچه بیمه‌گذار بخواهد از پوشش بیمه‌ای بعضی از خطرات که در شرایط عادی جزء استثنائات است، استفاده کند، شرایط مربوط به آن خطرات، به بیمه‌نامه ضمیمه می‌شود؛ مانند شرایط بیمه خطر جنگ.

از آنجا که حمل و نقل کالا از کشوری دیگر، به خصوص وقتی که به وسیله کشتی انجام می‌شود، تحت تأثیر بعضی مسائل و مقررات بین‌المللی نیز قرار می‌گیرد، دست‌اندرکاران امور در برخی از کشورهای اروپا و آمریکا مقرراتی وضع کرده‌اند که به موجب آن، حقوق و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، در این نوع بیمه‌ها، به صورت یکسان و یکنواخت در آمده است تا از اختلاف نظرها و مشکلاتی که معمولاً در صورت وقوع حادثه‌ای ایجاد می‌شود، تا حد زیادی جلوگیری شود. امروزه، این شرایط و مقررات بیمه‌ای در اغلب کشورهای دنیا، با اختلافاتی کم و بیش اندک، توسط شرکت‌های بیمه قرار شده است. از جمله معروف‌ترین مؤسساتی که به تنظیم شرایط و مقررات بیمه حمل و نقل می‌پردازد «مؤسسه بیمه‌گران لندن» است. شرایط بیمه تدوین شده به وسیله این مؤسسه برای حمل و نقل کالاهای عادی، عبارت است از A, B, C که از آن‌ها به عنوان کلوز A، کلوز B و کلوز C یاد می‌شود.

خطرهای مورد تعهد

منظور از خطرهای مورد تعهد بیمه‌گری یا به عبارتی، خطرات عادی حمل و نقل، حوادث و اتفاقاتی است که شرکت‌های بیمه به طور معمول و بدون نیاز به بررسی‌های خاص، بیمه می‌کنند. حق بیمه این خطرها برای کالاهای مختلف، قبلاً تعیین شده است و به صورت مجموعه‌ای، تحت عنوان "تعرفه حق بیمه" در دسترس صادرکنندگان بیمه‌نامه قرار دارد. در مقابل این دسته از خطرات، حوادث و اتفاقات دیگری وجود دارد که ممکن است در جریان حمل و نقل کالا به وقوع بپیوندد و ایجاد خسارت کند که به آن‌ها، خطرات خارج از تعهد می‌گویند. این خطرها نیز دو نوعند: یک نوع خطراتی است که به هیچ وجه تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد؛ مانند خطر عیب ذاتی مورد بیمه یا خطر ورشکستگی بیمه‌گذار و غیره. نوع دوم خطراتی است که در شرایط عادی خارج از تعهد بیمه‌گر است، اما ممکن است طبق توافق بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار، تحت پوشش قرار گیرد، مانند خطر جنگ.

در مورد خطرهای مورد تعهد بیمه‌گر باید بگوییم که اولاً، کالاها به‌طور یکسان در معرض تمام خطرات ناشی از حمل و نقل قرار ندارند؛ ثانیاً، بیمه‌گذار را نمی‌توان مجبور کرد که کالاهایش را در مقابل تمام خطرهای بیمه کند، زیرا ممکن است تمایل و نیازی به استفاده از پوشش بیمه‌ای کامل که حق بیمه آن زیاد است، نداشته باشد. بر این اساس، شرکت‌های بیمه برای بیمه کالا از سه مجموعه شرایط مختلف، یا سه مجموعه کلوز، استفاده می‌کنند.

بیمه‌های زندگی

بیمه‌های اشخاص، در سه رشته بیمه عمر و مستمری، بیمه حوادث و بیمه درمان، به بیمه‌گذاران عرضه می‌شوند. این سه رشته نیز هر کدام برحسب نیازهای بیمه‌ای مردم، به شاخه‌های متعدد دیگری به شرح زیر تقسیم می‌شوند:

بیمه‌های عمر و مستمری

بیمه‌های عمر و مستمری، اصولاً دو نوع ریسک کلی را در زندگی انسان پوشش می‌دهند: فوت ناگهانی و غیرمنتظره (ریسک فوت): این ریسک مخصوصاً در مورد فوت سرپرست و نان‌آور خانواده، از اهمیت خاصی دارد. در بسیاری از خانواده‌ها، حیات اقتصادی خانواده به وجود نان‌آور آن وابسته است و با فوت ناگهانی او، اعضای دیگر از حمایت مادی و معنوی او محروم می‌شوند، درآمدهای حاصل از فعالیت و کسب و کار او قطع می‌شود و خانواده تحت شرایط و آسیب‌های سخت اقتصادی و به تبع آن، اجتماعی قرار می‌گیرند.

طول عمر بیش از حد انتظار (ریسک حیات): این خطر در مقابل خطر فوت قرار دارد که در آن، فرد و خانواده، در اثر طول عمر بسیار زیاد او در شرایط سخت اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرند. دلیل این امر آن است که با افزایش سن و رسیدن به دوران بازنشستگی و کهولت سن، درآمد افراد کاهش می‌یابد و در مقابل، هزینه‌های او به دلیل افزایش هزینه‌های درمانی ناشی از بیماری‌ها و مشکلات پیری، افزایش می‌یابد.

برای پوشش این ریسک‌ها، سه نوع بیمه عمر وجود دارد:

- بیمه عمر به شرط فوت (با پوشش فوت)
- بیمه عمر به شرط حیات (با پوشش حیات)
- بیمه عمر به شرط فوت و حیات (با پوشش توام فوت و حیات یا مختلط)

به عبارت دیگر، تمام انواع بیمه‌های عمر در جهان، در یکی از این ۳ طبقه قرار می‌گیرند. در بیمه‌نامه‌های با پوشش فوت، بیمه‌گر تنها در صورت فوت بیمه شده، منافع بیمه را پرداخت می‌نماید و در قبال زنده بودن فرد، تعهدی ندارد. در بیمه‌نامه‌های با پوشش حیات، بیمه‌گر تنها در صورت حیات بیمه شده در موعد مقرر، منافع بیمه‌نامه را می‌پردازد و تعهدی در قبال فوت او ندارد. به عبارت دیگر، در این بیمه‌ها، انجام تعهدات بیمه‌گر موقوف به حیات بیمه شده در موعد معین است. بالاخره، در بیمه‌های با پوشش توام فوت و حیات، بیمه‌گر در هر دو صورت متعهد به پرداخت منافع تعیین شده در بیمه‌نامه است. در این بیمه‌نامه‌ها که به

بیمه‌های مختلط نیز موسومند، در صورت فوت بیمه شده، بیمه‌گر منافع را پرداخت می‌کند، در غیر این صورت، اگر بیمه شده تا آخر دوره قرارداد، زنده بماند، باز هم بیمه‌گر متعهد به پرداخت منافع است.

بیمه‌های پس‌اندازی: در بیمه‌های عمری که به صورت مطلق یا مختلط، پوشش حیات ارائه می‌شوند، این کار با جمع‌آوری پس‌انداز از محل حق بیمه‌ها انجام می‌شود که با پایان مدت بیمه، به بیمه‌شده یا بیمه‌گذار پرداخت می‌شود. به همین دلیل، به این بیمه‌ها، بیمه‌های پس‌اندازی نیز اطلاق می‌شود.

بر این اساس، بیمه عمر را می‌توان به شکل ساده زیر تعریف کرد:

بیمه عمر یا بیمه زندگی، قراردادی است که به موجب آن، شرکت بیمه متعهد می‌شود تا در صورت فوت یا حیات شخص بیمه شده، مبلغی را به‌صورت یکجا یا مستمری به استفاده‌کننده از بیمه‌نامه بپردازد. خطر فوت در بیمه‌های عمر، به هر علت، شامل فوت ناشی از انواع بیماری‌ها یا حوادث می‌شود و فقط فوت‌های ناشی از جنگ یا خودکشی را به‌صورت استثناء در نظر می‌گیرد و تنها تحت ضوابط مشخصی، پوشش می‌دهد.

مزایای مهم بیمه‌های عمر

بیمه‌های عمر و مستمری، چهار دسته از نیازمندی‌ها را مرتفع می‌کنند:

- تامین خطرات ناشی از فوت
- تامین مستمری در دوران بازنشستگی
- تامین در مقابل حوادث و از کار افتادگی
- پس‌انداز و تشکیل سرمایه

با توجه به شرایطی که افراد و خانواده‌ها ممکن است در اثر فوت نان‌آور یا رسیدن او به سن بازنشستگی متحمل شوند، کاربردهای بیمه‌های عمر به صورت زیر برشمرده می‌شود:

تامین هزینه‌های فوت

به طور کلی، با فوت سرپرست خانواده، تعهدات تازه‌ای برای بازماندگان، شامل از هزینه تدفین و مراسم به خاکسپاری، هزینه‌های درمانی و بیمارستانی بیماری احتمالی متوفی، پرداخت قروض، صورتحساب‌های جاری، مالیات‌های سنگین بر دارایی و غیره بر جای می‌ماند که با تهیه بیمه عمر و پوشش فوت، می‌توان آن‌ها را تامین کرد.

تامین مستمری برای بازماندگان پس از فوت

با فوت سرپرست خانوار، بازماندگان نیازمند مقرری ماهانه یا مستمر هستند تا هزینه‌های جاری و روزانه خود را تامین کنند. به خصوص، وجود فرزندان کمتر از ۱۸ سال، عدم اشتغال همسر بیوه، وجود افراد پیر یا معلول و نیازمند نگهداری و تعداد فرزندان دختر، از عواملی هستند که نیاز به وجود مستمری را بعد از فوت سرپرست خانواده تشدید می‌کنند. مثلاً، برقراری مستمری هر چند ناچیز، برای همسری که مجبور به ادامه زندگی در منزل فرزندان است، اثر بسیار مثبتی در زندگی و شرایط حیات او خواهد داشت.

تامین اقساط وام‌ها و دیون

اغلب افراد در طول حیات خود، وام‌هایی را از موسسات و بانک‌ها به خصوص برای خرید یا تامین مسکن دریافت می‌کنند که تا پرداخت کامل اقساط، در رهن بانک خواهد بود، و با فوت فرد، بقیه اقساط را باید بازماندگان پردازند که در صورت عدم پرداخت، ممکن است آن دارایی یا خانه مصادره شود که با وجود بیمه‌های عمر، این تهدید جدی، مرتفع خواهد شد.

تامین هزینه تحصیلات

سرمایه دیگری که ممکن است با فوت سرپرست خانوار نیاز باشد، تامین هزینه تحصیل فرزندان به خصوص، در دوره‌های عالی است و بیمه عمر می‌تواند سرمایه‌هایی را در دوره‌های معین، در اختیار فرزندان قرار دهد.

تامین سرمایه برای مقاصد خاص

اشخاصی که قصد دارند پس از فوت، وجوهی از ماترک خود را برای امور خیریه، مانند تأسیس درمانگاه، مدرسه، مسجد یا رفع نیاز مستمندان اختصاص دهند، می‌توانند با استفاده از بیمه عمر، این کار را انجام دهند و بیمه‌گر پس از فوت او، سرمایه مقرر را یکجا یا به دفعات، در اختیار موسسه یا اشخاص تعیین‌شده، قرار می‌دهد.

تامین برخی نارسایی‌ها در کسب و کار

بیمه‌های عمر با تامین سرمایه می‌توانند برخی از زیان‌های پیش‌بینی نشده یک موسسه را در صورت فوت مدیر یا برخی متخصصین کلیدی آن مرتفع کنند. همچنین، بیمه عمر کاربرد وسیعی در رفع مشکلات یک شریک، ناشی از فوت شریک دیگر و پرداخت سهم او به وراثت دارد.

تامین مستمری بازنشستگی

اگر شخص تا سن بازنشستگی زنده باشد، نیازمند درآمدی، ترجیحاً به صورت مستمری است تا بتواند نیازهای مالی خود، مانند هزینه رو به افزایش درمان بیماری‌ها را در دوران کهولت سن مرتفع کند. علاوه بر آن، در کشورمان به دلیل وجود برخی مولفه‌های فرهنگی در خانواده‌ها، پس از تحصیل و ازدواج فرزندان و تشکیل خانواده و مراودات جدید، هزینه‌های افراد مسن و بازنشسته نه تنها کاهش نمی‌یابد، بلکه افزایش نیز می‌یابد. در چنین شرایطی، فرد بازنشسته و خانواده‌اش، نیازمند حمایت مالی بیشتری هستند.

تامین آتیه فرزندان

در بسیاری موارد، والدین ممکن است برای آتیه فرزندان خود، برنامه‌ریزی کنند. معمولاً، پدر و مادری که خود در سن ۳۰ الی ۴۰ سال قرار دارند و فرزندانشان در سنین ۵ الی ۱۰ سال هستند، در ۱۵ الی ۲۰ سال آینده، به یکباره با هزینه‌هایی روبرو خواهند شد که تقریباً با دوره بازنشستگی خودشان هم‌زمان است. در آن زمان، پسر خانواده نیازمند تامین هزینه‌های

تحصیلات دانشگاهی، سرمایه‌ای برای شروع کسب‌وکار، مبلغ قابل توجهی برای ازدواج و شروع زندگی زناشویی و حتی، تامین هزینه‌های اولیه زندگی مشترک و مهریه خواهد بود. از سوی دیگر، دختر خانواده نیز علاوه بر هزینه تحصیل، مبالغ زیادی برای تامین جهیزیه نیاز دارد. تمام این هزینه‌ها که به عنوان آتیه فرزندان به عهده خانواده هستند، با خرید بیمه‌های عمر و پس‌انداز (با پوشش حیات) به‌طور تدریجی، قابل پرداخت است.

پس‌انداز با قاعده و سرمایه‌گذاری منظم مبالغ اندک

اغلب خانوارها به خصوص طبقات متوسط به بالا، متوسط و متوسط به پایین، معمولاً پس‌اندازهای ماهیانه‌ای دارند که به خودی خود نمی‌توان از آن‌ها برای خرید یک دارایی با هزینه‌های هنگفت، مانند مسکن، خودرو یا زمین استفاده کرد. به علاوه، بسیاری از موسسات مالی و بانک‌ها نیز برنامه‌ای برای جذب این مبالغ اندک به صورت بلند مدت ندارند. از سوی دیگر، جمع‌آوری این وجوه توسط خود شخص نیز مستمر نیست و چه بسا، دستخوش وسوسه‌های گوناگون قرار گیرد و خرج شود. به همین دلیل، بسیاری از افراد، پس‌انداز اجباری و مطمئن را به پس‌انداز آزاد و نامرتب ترجیح می‌دهند و بیمه‌های عمر، یکی از بهترین روش‌هایی است که این وجوه را به شکل کارا و با استفاده از سود مرکب برای فرد، پس‌انداز و سرمایه‌گذاری می‌کند.

کارایی در سید هزینه‌های خانوار

موسسات بیمه معمولاً برای جمع‌آوری حق بیمه در سررسیدهای معین، مشتریان و بیمه‌گذاران را مطلع می‌کنند و این امر موجب می‌شود بیمه‌گذاران، این وجوه را از درآمد خود کنار بگذارند و وجوهی که در غیر این صورت، احتمالاً صرف خرید کالاهای غیر ضروری یا صرفاً مصرفی می‌شود.

بیمه‌های حوادث

موضوع این بیمه، پوشش در برابر سانحه و حادثه‌ای است که می‌تواند به فوت و نقص عضو، از

کارافتادگی دائم کلی یا جزئی، از کارافتادگی موقت و جراحات و صدمات بدنی منجر شود. حوادث مورد نظر در این بیمه باید به صورت ناگهانی، غیر مترقبه و بدون دخالت عمدی بیمه شده و ناشی از عامل خارجی باشد. حوادث تحت پوشش این بیمه نامه معمولاً به صورت عام هستند، مگر آن‌هایی که استثناء شده‌اند و در صورت نیاز و موافقت بیمه‌گر با حق بیمه اضافی قابل پوشش هستند، از قبیل حوادث ناشی از مشاغل خطرناک، مانند چتربازی، رانندگی حرفه‌ای و غیره. این بیمه، همانند بیمه‌های زندگی، دارای انواع مختلفی دارد. علاوه بر این امروزه بیمه‌های غرامت درد یا از دست دادن زیبایی نیز در این رشته و بیمه‌های زندگی تحت پوشش قرار می‌گیرند.

بیمه‌های درمانی

این بیمه نیز برحسب نیاز بیمه شدگان و تعهدات متنوع، به روش‌های مختلف ارائه می‌شود و هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان را جبران می‌کند. امروزه، بیمه درمانی به عنوان بیمه‌های مکمل درمان، در خدمت گروه‌هایی است که خدمات بیمه‌ای اجتماعی و خدمات درمانی، تکافوی نیازهای آنان را نمی‌کند و نقش مهمی در این راستا به عهده دارد. با عنایت به ضرورت بهداشت و درمان در جوامع متمدن امروزی و مشکل تامین هزینه‌های آن، بیمه درمانی به ویژه در کنار بیمه‌های عمر و حوادث، زندگی بی‌دغدغه و راحت‌تری را برای بیمه شدگان به ارمغان می‌آورد.

بیمه‌های مسئولیت

در این بیمه، مسئولیت مدنی بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث، پوشش داده می‌شود. بدین معنی که خسارت‌هایی که در اثر قصور و سهل انگاری فرد یا افراد، در مقابل اشخاص ثالث به وجود می‌آید، تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد. طبق ماده ۳۲۸ قانون مدنی ایران "هر کس مال غیر را تلف نماید، ضامن آن است و باید مثل یا قیمت آن را پرداخت نماید و هر کس موجب زیان یا خسارت به جان و مال اشخاص دیگر شود، مسئول جبران آن است". بنابراین، بیمه مسئولیت

برای پاسخگویی به پیامدهای این ماده قانونی به‌وجود آمده است. شایان یادآوری است که آنچه تحت پوشش بیمه مسئولیت می‌رود، منحصرأً مسئولیت مدنی افراد است و مسئولیت جزایی یا کیفری افراد نمی‌تواند تحت پوشش قرار گیرد. از بیمه‌های رایج و مهم که در این رشته کاربرد زیادی دارد، می‌توان از بیمه‌های مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان، اشخاص ثالث، بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان، پیراپزشکان، مدیران مجموعه‌های ورزشی، مدیران هتل‌ها و اماکن اقامتی، دارندگان و مالکان آسانسور، مسئولیت مدنی حرفه‌ای متصدیان حمل و نقل داخلی و... نام برد.

این رشته بیمه‌ای، دارای ویژگی‌هایی است که آن را از بیمه‌های اموال و اشخاص، متمایز می‌کند در حالی که در بیمه‌های اموال، به دلیل ذات ناگرامتی آن، پرداخت بیمه‌گر جنبه مقطوع دارد. در بیمه‌های مسئولیت، چون حوادث و نتیجه وقوع خطر یا میزان خسارت احتمالی، نامعلوم است، بیمه‌گران برای تعیین خسارت‌های وارده، ملاک و ضوابط مختلفی را در نظر می‌گیرند. بدین صورت که کارشناسان اعم از پزشکی، رسمی دادگستری یا بیمه‌گر، میزان خسارات وارده را تعیین می‌کنند و نیز بر پایه، آن تعهد خود را تا میزان تعیین شده در بیمه‌نامه، در مقابل اشخاص زیان‌دیده، پرداخت می‌کنند.

انواع بیمه‌نامه‌های این رشته عبارتند از:

- بیمه مسئولیت مدنی شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی زمینی
- بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان
- بیمه مسئولیت مدنی متصدیان حمل و نقل داخلی
- بیمه مسئولیت مدنی ناشی از اجرای عملیات ساختمانی یا بیمه مسئولیت پیمانکاران ساختمانی
- بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان
- بیمه مسئولیت تعمیرکاران
- بیمه مسئولیت آتش سوزی

- بیمه تضمین تعهدات شرکت‌های حمل و نقل در قبال گمرک ایران
- بیمه مسئولیت مدیریت استخرها و ناجیان غریق در قبال استفاده‌کنندگان از استخرها
- بیمه مسئولیت کالای تولید شده
- بیمه تضمین کالا گارانتی
- بیمه مسئولیت مدنی هتل‌داران و صاحبان موسسه‌های خدماتی رفاهی

بیمه‌های مهندسی

پیشرفت‌های عمرانی و اقتصادی در هر کشور، مستلزم سرمایه‌گذاری‌های عظیم است. اما، بیم از دست رفتن سرمایه به دلیل خطراتی که بالقوه در کمین است، مانع از سرمایه‌گذاری در پروژه‌ها می‌شود.

با توجه به اینکه یکی از عوامل بنیادی در رشد و توسعه، امنیت سرمایه است و این امر نیز بدون وجود بیمه تحقق نخواهد یافت، شرکت‌های بیمه‌ای با توانایی پذیرش انواع پوشش‌های بیمه‌ای و با سرمایه مختلف، تلاش کرده‌اند تا ضمن ایجاد امنیت در سرمایه‌گذاری، گامی موثر در ایجاد خدمت بهتر به بیمه‌گذاران محترم بردارند.

از جمله بیمه‌های جدیدی که در اثر پیشرفت تکنولوژی و صنعت از اواسط قرن ۱۹ میلادی به وجود آمده است، بیمه‌هایی مهندسی است که به شاخه‌های مختلفی تقسیم می‌شوند.

در ابتدا، استفاده‌کنندگان از دیگ‌های بخار، به علت خسارات ناشی از انفجارهایی که موجب صدمات جانی و مالی به اشخاص و اموال می‌شد، در صدد چاره‌اندیشی برآمدند. بدین منظور، گردهمایی استفاده‌کنندگان از دیگ بخار در سال ۱۸۵۴ در شهر منچستر، به تاسیس سازمان استفاده‌کنندگان از دیگ‌های بخار منجر شد و این سازمان نیز از طریق استخدام کارشناسان متخصص، به طور منظم از دیگ‌های بخار بازدید و نظرات مشورتی ارائه می‌کرد. به تدریج دامنه این‌گونه فعالیت‌ها گسترش یافت و بیمه‌های مهندسی متداول شد.

بیمه‌های مهندسی در واقع، بیمه‌هایی هستند که پروژه‌های در حال احداث یا سازه‌ها و

تأسیسات در حال بهره‌برداری یا ماشین‌آلات و تجهیزات فنی را تحت پوشش قرار می‌دهند و از جمله رشته‌های بیمه‌ای هستند که سرمایه را در بخش خصوصی و عمومی تضمین می‌کنند و باعث رونق چرخه اقتصادی می‌شوند.

بیمه‌های مهندسی، از جمله رشته‌های مهم و نوین در بازار جهانی بیمه محسوب می‌شوند که با توجه به کاربردهای گوناگون آن، تنوع زیادی دارند: مهمترین بیمه‌های مهندسی عبارتند از:

- ۱- بیمه تمام خطر پیمانکاران
- ۲- بیمه تمام خطر نصب
- ۳- بیمه ماشین‌آلات و تجهیزات پیمانکاری
- ۴- بیمه شکست ماشین‌آلات
- ۵- بیمه سازه‌های تکمیل شده
- ۶- بیمه تجهیزات الکترونیکی
- ۷- بیمه فساد کالا در سردخانه
- ۸- بیمه عدم النفع شکست ماشین‌آلات
- ۹- بیمه بویلر و مخازن تحت فشار
- ۱۰- بیمه تضمین کیفیت ساختمان (بیمه‌نامه عیوب اساسی و پنهان ساختمان)

وجوه اشتراک بیمه‌های مهندسی

- ۱- پوشش بیمه‌ای حوادث و اتفاقات غیر منتظره و ناگهانی
- ۲- جبران خسارت‌های فیزیکی وارده به مورد بیمه
- ۳- تنوع، پیچیدگی، اندازه ریسک و خطرهای تحت پوشش
- ۴- نیاز به تخصص و دانش فنی
- ۵- بررسی و تحلیل عوامل بروز خسارت و علت خسارت وارده

۶- استفاده از کارشناسان و متخصصان خارجی

۷- تاکید بر اهمیت تجربه، نه تنها برای پرداختن به امور بیمه‌گری، بلکه برای کاربرد در

جهت جلوگیری از وقوع حوادث و خسارت‌های وارده

انواع پوشش‌های بیمه‌ای

پوشش‌های بیمه‌ای شامل موارد زیر است:

۱- بیمه‌نامه تمام خطر

حمایت و حفاظت بیمه‌گذار و مورد بیمه در قبال کلیه خسارت‌های وارده (با توجه به استثنایهای استاندارد موجود)

۲- بیمه‌نامه با خطرهای معین و مشخص

حمایت و حفاظت بیمه‌گذار و مورد بیمه در قبال خطرهای معین و مشخص موجود در جدول بیمه‌نامه. این پوشش معمولاً با سایر بیمه‌نامه‌ها ترکیب می‌شود تا پوشش کامل را ارائه دهد.

بیمه‌های اتکایی

بیمه اتکایی، قرارداد بیمه‌ای است که به موجب آن، بیمه‌گر مستقیم تمام یا قسمتی از نتایج مالی تعهدات بیمه‌ای خود را به بیمه‌گر (اتکایی) دیگری انتقال می‌دهد. به عبارت ساده‌تر، بیمه اتکایی، بیمه نمودن مجدد ریسک‌های بیمه شده نزد بیمه‌گران اتکایی می‌باشد. بیمه‌گر مستقیم را بیمه‌گر واگذارنده و بیمه‌گر قبول کننده را بیمه‌گر اتکایی می‌نامند.

ضرورت

تقریباً هر تلاش انسانی، مشمول برخی ریسک‌ها است، اما برخی از آن‌ها خطرناک‌ترند. بیمه‌گران اتکایی حفاظت مشابهی را برای بیمه‌گران فراهم آورده و اصولاً وجود بیمه اتکایی به دلیل وجود بیمه است.

اساساً غیرممکن است که بیمه اتکایی بدون وجود بیمه در وهله اول معنی پیدا کند. به عبارت

ساده، بدون بیمه نیازی به بیمه اتکایی وجود ندارد. بیمه اتکایی از همان مفهوم بیمه در خصوص پراکنده کردن خطرات، هم به صورت جداگانه (یک خطر در یک زمان) و هم به صورت تشدید خطر (فاجعه‌آمیز) پیروی می‌کند.

بنابراین بیمه اتکایی، نقشی حیاتی در صنعت بیمه دارد. این نقش‌ها را می‌توان تحت چهار عنوان خلاصه نمود:

- فراهم کردن ظرفیت
- ایجاد ثبات
- تقویت مالی
- بسیج منابع مالی برای سرمایه‌گذاری

ظرفیت پذیرش ریسک

شرکت‌های بیمه اتکایی با هدف ارائه ظرفیت بیمه اتکایی از طریق بیمه‌گری اتکایی آغاز به کار کردند. در هر شاخه‌ای از بیمه، ریسک‌هایی وجود دارند که به دلیل اندازه یا ماهیت آن‌ها، شرکت بیمه قادر به نگهداری آن نزد خود نمی‌باشد. از این دست ریسک‌ها بسیاریند، هواپیماهای مسافربری به عنوان نمونه‌ای از آن‌ها هستند. این ریسک‌ها فراتر از حدی است که برای پذیرفتن تعهد از سوی یک شرکت بیمه عاقلانه به نظر برسد و لازم است که شرکت از بیمه اتکایی استفاده نماید. شرکت‌های بیمه می‌بایست ریسک را در بازارهای بین‌المللی بیمه اتکایی توزیع نمایند، این بدان معنی است که شرکت‌های بیمه به نوعی مجبور به صادرات پول به خارج از کشور شده که بخش بزرگی از پرداخت هر کشور برای خدمات بین‌المللی است.

ایجاد ثبات

شرکت‌های بیمه اتکایی از طریق ملایم سازی و جذب اثر حاصل از زیان‌های بزرگی که می‌تواند نتایج بدی را برای شرکت‌های بیمه به همراه داشته باشد به ایجاد ثبات در صنعت بیمه و اقتصاد داخلی می‌پردازند. بیمه‌گران اتکایی خود را با حل و فصل و تسهیل بازگشت تولید به

صنایع خسارت دیده و دیگر کسب و کارهای درگیر به اثبات رسانده‌اند. نوسانات وسیع در نتایج یک شرکت بیمه می‌تواند برای تصویر آن در ذهن مردم بسیار مخرب بوده و موجب نگرانی سهامداران شود، که در این موقعیت، بیمه‌گران اتکایی نقش کلیدی خود را نشان می‌دهند.

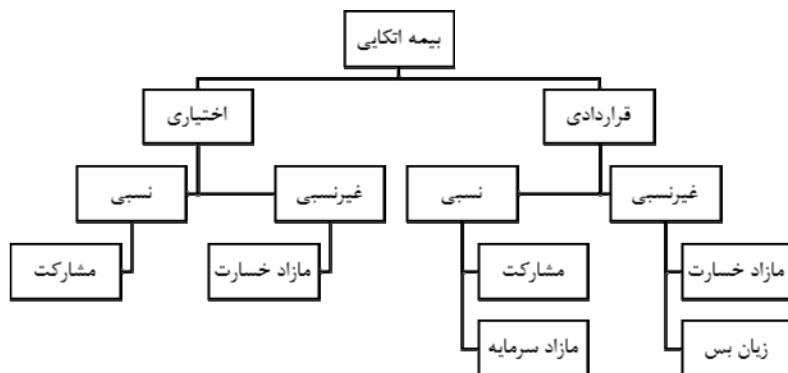
جنبه‌های مالی

نقش اصلی دیگر بیمه‌های اتکایی در جنبه تأمین مالی آن می‌باشد. یکی از معیارهایی که توسط نهادهای نظارتی برای کنترل شرکت‌های بیمه استفاده می‌شود، اندازه‌گیری توانگری مالی است. این مقدار با استفاده از نسبت مبلغ سرمایه موجود به مبلغ سرمایه الزامی محاسبه می‌شود. اگر این مقدار از حد معینی پایین‌تر باشد، شرکت‌های بیمه با اخطار از طرف ناظر بازار مواجه شده یا از فعالیت بیمه‌ای بازداشته می‌شوند. با واگذاری حق بیمه‌ها به شرکت بیمه اتکایی، شرکت بیمه مستقیم، به طور خودکار حاشیه توانگری مالی خود را افزایش می‌دهد.

دلایل خرید پوشش اتکایی

- بالا بودن سرمایه بیمه‌نامه
- بالا بودن ریسک بیمه‌نامه (احتمال وقوع خسارت)
- سابقه بد خسارتی (تعدد / شدت وقوع خسارت) - (اتومبیل / هواپیما)
- افزایش ظرفیت بیمه‌نامه نویسی جهت صدور بیمه‌نامه بیشتر
- کسب اطمینان خاطر جهت صدور بیشتر بیمه‌نامه‌های با سرمایه‌های بالاتر
- پراکنده کردن ریسک
- تأمین پوشش حوادث طبیعی و فجایع انسان ساخت

انواع بیمه‌های اتکایی



قراردادهای مازاد خسارت^۱

در این نوع قرارداد، بیمه‌گر اتکایی مسئولیت پرداخت خسارت را از مبلغ معینی (سهم نگهداری بیمه‌گر واگذارنده) تا یک سقف مشخص، تعهد می‌نماید.

قراردادهای زیان بس^۲

در این نوع قرارداد، بیمه‌گر اتکایی مسئولیت پرداخت خسارت را از درصد معینی (سهم نگهداری بیمه‌گر واگذارنده از ضریب خسارت = مجموع خسارت تقسیم بر مجموع حق بیمه) تا یک سقف (درصد) مشخص، تعهد می‌نماید.

قراردادهای مشارکت^۳

در این نوع قرارداد، درصد ثابتی از سرمایه و حق بیمه تمامی بیمه‌نامه‌ها به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌گردد.

^۱ Excess of Loss

^۲ Stop Loss

^۳ Quota Share

قراردادهای مازاد سرمایه^۱

در این نوع قرارداد، چنانچه سرمایه مورد بیمه از مبلغ ثابتی (سهام نگهداری شرکت بیمه واگذارنده) بیشتر باشد، مازاد چنین سرمایه‌ای به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌گردد.

آیین‌نامه‌های مربوط به بیمه اتکایی

آیین‌نامه‌های شماره ۴۰/۵، ۵۵ و ۷۶ آیین‌نامه‌هایی هستند که شرکت‌های بیمه موظفند براساس آن‌ها نسبت به عملیات‌های اتکایی خویش اقدام نمایند. به غیر از شرکت‌های بیمه اتکایی که به صورت تخصصی در زمینه قبولی بیمه‌های اتکایی فعالیت می‌نماید، شرکت‌های بیمه مستقیم نیز می‌توانند در صورت تایید طبق ضوابط نسبت به عملیات قبولی اتکایی به صورت اختیاری و قراردادی اقدام نمایند.

بیمه‌گران اتکایی برتر در جهان

بر اساس گزارش موسسه‌ای. ام. بست^۲ در سال ۲۰۱۹، شرکت مونیخ ری در بین فهرست برترین شرکت‌های بیمه اتکایی جهان توانسته رتبه نخست را از آن خود کند؛ و شرکت سوییس ری در جایگاه دوم این فهرست قرار گرفته است. گروه مونیخ ری، مالکیت شرکت‌های بیمه "ارگو" را در اختیار دارد. در حال حاضر شرکت ارگو یکی از بزرگترین شرکت‌های بیمه در منطقه اروپا و حتی مناطقی از آسیا محسوب می‌شود. این شرکت در ۳۰ کشور دنیا فعالیت دارد و مقر اصلی این شرکت در کشور آلمان است. سرمایه سهام این گروه در سال‌های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۵ برابر با ۵۸۷ میلیون یورو بوده است.

شرکت سوییس ری از سال ۲۰۰۶ پس از خریداری شرکت بیمه "جی ای" با ارزش ۷/۴ میلیارد دلار از شرکت "جنرال الکتریک"، دومین ارائه دهنده خدمات بیمه اتکایی در جهان

^۱ Surplus

^۲ A.M. Best

محسوب می‌شود. این شرکت در سال ۱۸۶۳ تحت نام شرکت بیمه اتکایی "سوئیس" تاسیس شد. دفتر مرکزی سوئیس ری در شهر زوریخ قرار دارد و هم اکنون در ۲۵ کشور جهان دارای شعبه است. سهام شرکت سوئیس ری، در بازار بورس "سیکس" سوئیس معامله می‌شود. همچنین طبق این گزارش، لویدز در جایگاه سوم قرار گرفته و شرکت "هانوفر ری" نیز با یک پله سقوط نسبت به سال‌های گذشته چهارمین شرکت برتر بیمه اتکایی جهان است که نامش در این فهرست ذکر شده است.



آشنایی با بازاریابی بیمه

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این بخش شما می‌توانید:

- بازاریابی و فروش بیمه را توضیح دهید.
- حقوق بیمه‌گذاران و مصرف‌کنندگان را شرح دهید.
- مشتری‌مداری در صنعت بیمه را تشریح نمایید.
- شرحی از امنیت و حفاظت از اطلاعات مشتریان ارائه نمایید.
- پول‌شویی در صنعت بیمه را تشریح کنید.
- مبانی حل اختلاف در بیمه را توضیح دهید.
- قانون‌گرایی و قانون‌پذیری را شرح دهید.

مقدمه‌ای بر بازاریابی و فروش بیمه

بازاریابی چیست؟

بازاریابی، فرآیند مدیریت در تشخیص و پیش‌بینی نیازهای مشتریان و یافتن راه‌حل‌های سودآور برای رفع این نیازها است.

نیاز و خواسته‌ها

مثلاً و رکن اساسی نظام بازاریابی، نیاز^۱ و خواسته^۲های انسان است. محصول، زائیده نیاز بشر است، هر چیزی که خدمتی ارائه دهد یا نیازی را برآورده کند، می‌توان محصول قلمداد کرد که شامل افراد، مکان‌ها، سازمان‌ها، خدمات و عقاید است. به عبارت دیگر، محصول چیزی است که یک خواسته را ارضا می‌کند. نیاز، بیان حالت محرومیت احساس شده در فرد است. محصولات به هر اندازه که خواسته‌های فرد را برآورده کنند، ارزش دارند.

¹ Need

² Desire

تعریف بازار

مجموعه‌ای از خریداران بالقوه و حقیقی محصول که در محل مشخصی فعالیت دارند.

فعالیت‌های بازاریابی

این فعالیت‌ها شامل موارد زیر است:

- ۱- مشخص کردن نیازها و خواسته‌های مشتری
- ۲- طراحی یا ارائه بیمه نامه‌های متناسب با این نیازها
- ۳- تعیین حق بیمه‌های مربوط
- ۴- انجام تبلیغات برای معرفی محصول به مشتریان بالقوه
- ۵- سازماندهی شبکه‌های توزیع مناسب فروش
- ۶- برآورد و تحقیق در مورد نیازهای آتی بازار

تقسیم بازار چیست؟

هدف از تقسیم بازار^۱ برآورد دقیق خواسته‌های خریداران و یافتن پاسخ لازم برای نیازهای گوناگون آن‌ها و بالاخره، شناسایی و گزینش آن بخش از بازار که شرکت در پاسخگویی به نیازهایش، بهتر و موثرتر عمل کند. به‌طور خلاصه، هدف از تقسیم بازار، یافتن موقعیتی مناسب در بازار است.

مزیت‌های تقسیم بازار

- ۱- آزمایش نیازهای مشتری در قبال عرضه رقبا و سنجش میزان رضایت مشتری
- ۲- با توجه به کسب اطلاعات از هر بازار خاص، امکان تخصیص بودجه بازاریابی مناسب فراهم می‌شود.
- ۳- جلب رضایت هر چه بیشتر گروه‌های مشتری

¹ Market Segmentation

سطوح تقسیم بازار

تقسیم بازار، تلاش برای افزایش دقت در هدف‌گیری شرکت را نشان می‌دهد. تقسیم بازار در چهار سطح مختلف انجام می‌شود. این چهار سطح عبارتند از: قسمت‌ها کوچک، قسمت‌های تخصصی، مناطق محلی و افراد. قبل از وارد شدن به این بحث، اشاره‌ای گذرا به بازاریابی انبوه می‌کنیم.

بازاریابی انبوه. در بازاریابی انبوه، فروشنده به تولید، توزیع و انجام تبلیغات پیشبردی انبوه برای یک کالا، اما برای تمام خریداران، می‌پردازد. هنری فورد، مظهر بازاریابی انبوه است. رشد و تکثیر رسانه‌های تبلیغاتی و کانال‌های توزیع بازاریابی، اجرای قاعده "همه را با یک چوب راندن" دشوار کرده است. تعجبی ندارد، اگر بعضی‌ها اعتقادشان بر این باشد که بازاریابی انبوه^۱، مرده است. بسیاری از شرکت‌ها هم از بازاریابی انبوه فاصله گرفته‌اند و به بازار خرد، در یکی از سطوح چهار گانه آن روی می‌آورند.

انواع قسمت‌های کوچک بازار

بازاریابی بخشی: یک قسمت بازار، از گروه بزرگ قابل تشخیصی در بازار تشکیل شده است. شرکتی که به تقسیم بازار روی می‌آورد، به خوبی می‌داند که خریداران از نظر خواسته، قدرت خرید، محل جغرافیایی زندگی، عقیده در مورد خرید و عادات خرید، با هم فرق می‌کنند. تقسیم بازار، درست در میانه بازاریابی انبوه و بازاریابی انفرادی قرار دارد.

بازاریابی بخشی، نسبت به بازاریابی انبوه مزایای چندی دارد. در بازاریابی بخشی، هر شرکت قادر است کالا/خدمت را به مراتب سفارشی‌تر و نزدیکتر به خواسته مشتری ایجاد کند و آن را برای مخاطبین هدف خود، به نحو مناسب‌تری قیمت‌گذاری کنیم. در بازاریابی بخشی، انتخاب کانال‌های توزیع و کانال‌های ارتباطی، به مراتب آسان‌تر است.

¹ Mass Marketing

بازاریابی تخصصی (خلأهای بازار): قسمت‌های بازار معمولاً از گروه‌های بزرگی در داخل بازار تشکیل می‌شوند. مثلاً، کسانی که اصلاً سیگار نمی‌کشند، کسانی که تفننی سیگار می‌کشند، کسانی که به رسم عادت سیگار می‌کشند و کسانی که خیلی سیگار می‌کشند. بازار تخصصی و متمرکز از گروهی تشکیل می‌شود که دقیق‌تر تعریف شده است. یک خلأ در بازار، بازار کوچکی است که نیازهای آن به نحوی برآورده نمی‌شود. بازار تخصصی، مشخصات زیر را دارد: مشتریان بازار تخصصی، مجموعه نیازهای کامل و شاخصی دارند؛ آن‌ها حاضرند به شرکتی که بتواند نیازهای آنان را بهتر برآورده کند، مبلغی اضافه‌تر از قیمت فروش پرداخت کنند؛ شرکت پرکننده خلأ، مهارت و تخصص بالاتری برای خدمت به بازار تخصصی دارد؛ پرکننده خلأ، با تکیه بر تخصص، از صرفه‌جویی‌های حاصل از مقیاس خاصی برخوردار می‌شود؛ احتمال اینکه بازار تخصصی برای دیگر رقبا جاذبه داشته باشد، کم است؛ پرکننده خلأ می‌تواند به خودش متکی باشد؛ بازار تخصصی، به اندازه کافی بزرگ، سودآور و از رشد بالقوه‌ای برخوردار است.

بازاریابی محلی: بازاریابی هدفمند، به طور روز افزونی هویت بازاریابی محلی و منطقه‌ای به خود می‌گیرد، بر این مبنا، کوشش می‌شود که برنامه‌های بازاریابی دقیقاً بر اساس نیازها و خواسته‌های گروه‌های مشتری محلی، نظیر مناطق تجاری، محله‌ها و حتی فروشگاه‌های منفرد، تهیه و تنظیم شود. از همین رو است که سیتی‌بانک بسته به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مناطق مختلف، ترکیب متفاوتی از خدمات بانکی را در شعب خود ارائه می‌دهد.

بازاریابی انفرادی: سطح‌نهایی تقسیم بازار، به قسمت‌های تکی، بازاریابی سفارشی^۱ یا بازاریابی یک به یک ختم می‌شود. رواج بازاریابی انبوه باعث شد تا این حقیقت فراموش شود که مشتریان قرن‌ها به‌طور انفرادی خدمات دریافت می‌کردند.

^۱ Customized Marketing

کسب موقعیت در بازار

برای کسب موقعیت در بازار جدید باید اطمینان حاصل کنیم که چه کسانی را به عنوان مشتری می‌خواهیم و تمایل داریم چه انتظاراتی از ما داشته باشند. برای دستیابی به این هدف، شرکت باید ابتدا قادر به پاسخگویی به چهار سوال مهم زیر باشد:

۱- رقبای واقعی ما چه کسانی هستند؟

۲- نقاط ضعف و قوت ما کدامند؟

۳- کدام منابع تجاری، بیشترین شرایط بالقوه را ارائه می‌دهند؟

۴- چه انگیزه‌هایی برای خرید وجود دارد؟

بازاریابی، علم و عمل پاسخگویی به نیازها و نیازمندان است. پیش نیاز پاسخگویی، آگاهی و شناخت بازار، رفتارها و معیارهای روز خریداران و نیز عوامل تأثیرگذار بر نظام بازاریابی است. ارتباط دائم با بازار، اطلاع یابی درست از نیازها و انتظارات روز، اطلاع رسانی به بازار و انجام داد و ستدهای معمول از طریق خدمات فراگیر، بازارپذیر و رقابتی و از همه مهم‌تر، ایجاد تقویت و حفظ ارتباطی ماندگار و پایدار با مشتریان، مهمترین اقداماتی است که بازاریابان خدمات بیمه باید انجام دهند. تحقیق و بویژه تحلیل درست بازار و رفتارشناسی بازار بیمه و آگاهی از واکنش‌ها، ارزش‌ها و علل و عوامل پذیرش یا عدم پذیرش خدمات بیمه توسط مخاطبان، از دیگر نکاتی است که می‌تواند در موفقیت بازاریابی خدمات بیمه نقش آفرین باشد. بازاریابی نوین، بازاریابی مبتنی بر واکنش سریع به فرصت‌ها و پدیده‌ها، چابکی و چالاکی، هوشمندی و رقابت پذیری است. موضوعی که در فرایند بازاریابی نوین بیمه از مهمترین نکات تمایز با سایر رشته‌ها است و در سایر حوزه‌های بازاریابی کمتر یافت می‌شود، این است که می‌توانید مخاطب را وارد حوزه کاملاً انسان دوستانه کند. در این شرایط، پیوند دانش و تجربه، علم و عمل و همچنین بینش و بصیرت و مهارت‌های ارتباطی، خلاقیت و نوآوری در ارائه خدمات، بسیار ضروری است.

وظیفه فروش

اصولاً چگونه می‌توانیم وظیفه فروش بیمه نامه را به بهترین نحو سازماندهی کنیم؟ قسمتی از این موضوع به انتخاب راهبرد فروش مستقیم یا از طریق واسطه‌ها مربوط می‌شود؛ بعد از انتخاب یکی از این دو روش باید مشخص کنیم که:

- وظایف خاص فروش چیست؟
 - چگونه می‌توانیم این وظایف را به طور موثر کنترل کنیم؟
- به‌طور کلی، به دو صورت می‌توان به این موضوع نگاه کرد؛ اول، زمانی که فقط فروش مورد نیاز باشد؛ دوم، وقتی که هم خدمات بعد از فروش و هم فروش اولیه مطرح است. در فروش محض، فقط به دنبال کسی هستیم که خدمات ما و در واقع، محصولات شرکت ما را بفروشد، اعم از این که از طریق واسطه و یا مستقیم باشد.

فروش و ارائه خدمات

در این حالت، نه تنها به دنبال فروش هستیم، بلکه می‌خواهیم بعد از فروش نیز این رابطه از طریق ارائه خدمات بیشتر، ادامه یابد؛ حتی اگر از طریق واسطه‌ها باشد. در هر دو حالت، نیاز داریم به سوالات کلیدی زیر پاسخ دهیم:

- ۱- آیا نیازمند جذب مشتریان جدید یا حفظ مشتریان موجود هستیم؟
 - ۲- این مشتریان در چه مکان‌هایی هستند؟
 - ۳- چه کسی این ارتباط را در اختیار یا در کنترل دارد؟
 - ۴- انگیزه مشتری برای خرید چیست؟
 - ۵- فروشنده از نظر مشتری چگونه است؟ آیا این نوع فروشنده یا شبکه برنامه‌ریزی شده، ارزش اضافی برای مشتری ایجاد می‌کند؟
 - ۶- چه نوع سیستم پاداش و جبران خدمات مناسب است؟
- پاسخ‌های مربوط به فروش و ارائه خدمات، برای پی‌ریزی رابطه بلندمدت با مشتری، بسیار

موثرتر از فروش محض است. در فروش محض، فروشنده فقط به منافع کوتاهمدت خود نظر دارد و منافع مشتری و رابطه با او را که پایه و اساس هر نوع فعالیت بازاریابی و فروش موفق است، مورد توجه قرار نمی‌دهد.

فروش مستقیم چیست؟

فروش مستقیم^۱ روشی پر جنب و جوش و با سرعت رو به رشد است. در دنیای امروز، محصولات و خدمات، اکثراً از طریق انجام حجم زیادی از فعالیت‌های بازاریابی و تبلیغات و پس از پشت سر گذاشتن کانال‌های خاص توزیع، به فروش می‌رسند. این روش، طبیعتاً پر هزینه است که مشتری باید آن را پرداخت کند. این هزینه غالباً برای خرید یک کیت شروع کار و چندین قلم از محصولات شرکت، پرداخت می‌شود. فروش مستقیم، تکمیل‌کننده شبکه‌های توزیع کالا در سیستم‌های اقتصادی جوامع است و منبع مناسبی از محصولات با کیفیت بالا را برای مشتریان فراهم می‌کند؛ فروش مستقیم، روشی برای فروش کالا و خدمات فرد به فرد یا شخص به شخص، به دور از محل فروش ثابت است. بازاریابی و فروش محصولات و خدمات، توسط فروشندگان مستقل انجام می‌شود. فروش محصولات عمدتاً از طریق نمایش آن‌ها در منازل و میهمانی‌های فروش خانگی و فروش نفر به نفر انجام می‌شود که در واقع، قدرت تبلیغات کلامی به کار می‌رود که قدرتمندترین روش تبلیغات محسوب می‌شود.

نظام توزیع کالا در ایران هنوز به صورت سنتی است و تعداد واسطه‌ها با توجه به شرایط اقتصادی ایران، رو به افزایش است. به این دو علت بسیار مهم، قیمت کالاهای مصرفی و حتی صنعتی یا خدمات افزایش می‌یابد. فروش مستقیم به عنوان روشی جایگزین کارآمد، تأثیر بسزایی در کاهش قیمت‌ها و رضایتمندی مشتری دارد. فروش مستقیم، به نوعی از بازاریابی است که محصولات و خدمات به طور مستقیم و به صورت رو در رو به مشتریان ارائه می‌شود و

¹ Direct Selling

معمولاً در خانه افراد یا محل کار انجام می‌شود. این بازاریابی، توسط فروشنده مستقل، به‌طور مستقیم انجام می‌شود.

امتیازات برای مشتریان: روش بازاریابی کالا یا خدمات به صورت مستقیم، امتیازات فراوانی برای مشتری دارد. از آن جمله می‌توان تعیین زمان بازدید از محصول توسط مشتری، خرید در منزل یا محل کار و همچنین، مرجوع کردن محصول با شرایطی از قبل تعیین شده را نام برد. علاوه بر این، صرف وقت بیشتر توسط فروشنده به منظور آشنایی مشتری با محصول و همچنین پاسخ به سؤالات مشتری، از دیگر امتیازات فروش مستقیم است. کاهش قیمت خرید نسبت به خرده فروشی نیز یکی دیگر از مهمترین امتیازات فروش مستقیم است.

امتیازات برای فروشندگان: روش فروش مستقیم، برای فروشندگان مستقلی مناسب است که تمایل به کسب و کار دارند، اما سرمایه آن‌ها بسیار اندک است. آن‌ها در حقیقت، رئیس خود هستند و ساعات کار را خود تعیین می‌کنند و هر قدر بیشتر از محصول بفروشند، انگیزه بیشتری نیز برای کار خود پیدا خواهند کرد.

امتیازات برای شرکت‌ها: شرکت‌ها از این طریق می‌توانند روش سنتی توزیع کالا را در بازار کنار بگذارند و از فروش مستقیم استفاده کنند که حتی می‌تواند مشتریان بیشتری را در دسترس شرکت قرار دهد. این روش نسبت به روش سنتی، هزینه کمتری را برای شرکت دارد.

شبکه فروش

شبکه فروش^۱ از نظر شرکت‌های بیمه، مهمترین عنصر آمیخته بازاریابی به حساب می‌آید. واسطه‌های فروش، اعم از اینکه برای فروش یا خدمت‌دهی فعالیت کنند، باید همواره به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، نوعی ارزش اضافی را برای مشتری در این رابطه دخالت دهند، زیرا آن‌ها تنها گروهی هستند که به‌راحتی می‌توانند با مشتری تماس برقرار کنند.

¹ Sales Network

انواع شبکه‌های فروش

شرکت‌های بیمه، از دو نوع شبکه فروش اصلی بهره می‌برند:

شبکه فروش مستقیم: کارکنان بیمه‌گر محصولات بیمه‌ای را عرضه می‌کنند.

شبکه فروش غیرمستقیم: نمایندگان (که در استخدام بیمه‌گر نیستند) از طریق بیمه‌گر، پوشش‌های لازم بیمه‌ای را ارائه می‌دهند.

دیگر شبکه‌های فروش

بانک‌ها

بانک‌ها، سرمایه‌های زیادی را در توسعه سیستم‌های متمرکز مربوط به مشتری مداری صرف می‌کنند. آن‌ها با کمک این سیستم‌ها می‌توانند اطلاعات بیشتری از موقعیت مالی هر یک از مشتریان را نسبت به رقبای خود در سایر بخش‌ها مهیا کنند. جزئیات مربوط به درآمد، عادات مربوط به نحوه هزینه کردن، استفاده از وام‌ها و سایر اطلاعاتی که از سوابق مبادلات حساب جاری مشتری جمع‌آوری می‌شود، برای تشکیل سوابق او مورد استفاده می‌شود. این سوابق، شامل اطلاعات دقیق و مناسبی برای توسعه محصولات مالی، در طول زندگی کاری مشتری خواهد بود.

بانک‌ها همچنین به دلیل شبکه توزیع وسیعی که دارند، می‌توانند در فروش بیمه‌نامه‌هایی مانند بیمه‌های اعتباری، وام و دیگر بیمه‌نامه‌ها، رقیب یا شریک واقعی شرکت‌های بیمه باشند. هم‌اکنون، در بعضی موارد، بانک‌ها و شرکت‌های بیمه به طور مشترک طرح‌های بیمه‌ای را به عموم ارائه می‌دهند.

استفاده از شبکه‌های فروش، مانند بانک‌ها و موسسات مالی معتبر می‌تواند در توسعه فرهنگ بیمه‌ای و نهایتاً، افزایش حق بیمه سرانه که در مقایسه با سایر کشورهای در حال توسعه، در رتبه پایین‌تری قرار دارد، بسیار موثر باشد.

انجمن‌ها و اتحادیه‌ها

در سال‌های اخیر، شبکه‌های توزیع برای بیمه‌های انفرادی در کشورهای پیشرفته، به سرعت رو به افزایش بوده است که مهمترین آن‌ها، انجمن‌ها و اتحادیه‌های ساختمانی، موسسات مالی، خرده فروشی‌ها و آژانس‌های مسافرتی هستند. انجمن‌های ساختمانی و بنیادهای مسکن، از آنجا که برای متقاضیان خرید خانه، وام مورد نظر را فراهم می‌کنند، می‌توانند در فروش محصولات مربوط به بیمه‌های عمر، بیمه‌های تضمین وام و بیمه‌های ساختمان، فعالیت کنند و از این نظر موقعیت بسیار مناسبی در فروش انواع بیمه‌نامه‌ها به دست بیاورند.

باید یادآوری کرد که توسعه شبکه فروش غیرمستقیم در سال‌های اخیر در کشور ما سیر صعودی داشته است و با در نظر گرفتن روند خصوصی‌سازی، انتظار می‌رود رشد سریع‌تری نیز داشته باشد.

آشنایی با حقوق بیمه‌گذاران و مصرف‌کنندگان

تعریف کیفیت و خدمات به مشتریان

تعریف کیفیت

کیفیت، درجه انطباق محصول با انتظارات مشتری و مشخصات ارائه شده است. کیفیت محصول یا ارائه خدمات، نقش مهمی در ایجاد مزیت‌های رقابتی، وفاداری مشتریان، تولید و عرضه محصولات متمایزتر، کاهش هزینه‌های بازاریابی و تعیین قیمت‌های بالاتر دارد.

تعریف خدمات مشتری: کلیه اموری است که شرکت در جهت جلب رضایت مشتری و کمک به او برای کسب بیشترین ارزش از محصول یا خدماتی که خریداری کرده است، انجام می‌دهد. ارائه خدمات به مشتریان طی مراحل زیر صورت می‌گیرد:

- مرحله اول: درک انتظارات مشتریان
- مرحله دوم: برقراری اولویت برای مشتریان:

- ۱- مشتریان اصلی
 - ۲- مشتریان در حال رشد
 - ۳- سایر افراد
- مرحله سوم: تعریف اهداف خدمت که بستگی به موقعیت بازار منحصر به فرد شرکت دارد و شامل ویژگی‌های زیر است:
 - بیان کننده دقیق نیت شرکت
 - متمایز کردن شرکت از رقبا
 - قابل فهم بودن برای مشتری
 - قابل دسترسی بودن برای مشتری
 - مثال:** نحوه برخورد یک شرکت بیمه با یک بیمه‌گذار شاکی، در مورد عدم پرداخت به موقع چک مربوط به سرمایه بیمه در سررسید بیمه‌نامه، در مقایسه با استانداردهای بالا را بررسی می‌کنیم:
 - پرداخت چک به تنهایی (پایین‌تر از کیفیت مورد انتظار مشتری)
 - پرداخت چک با عذرخواهی در مورد تأخیر (در حد کیفیت مورد انتظار)
 - پرداخت چک با عذرخواهی، به علاوه سود مدت تأخیر (تا اندازه‌ای بیش از حد انتظار مشتری)
 - پرداخت چک با عذرخواهی و سود مدت تأخیر، به علاوه هدیه‌ای به عنوان درک وضعیت نامناسب پیش‌آمد (کاملاً دور از حد انتظار مشتری)
 - تجسم درباره چگونگی میزان کیفیت، فقط در صورتی امکان‌پذیر است که شرکت دیدگاه روشنی نسبت به مشتریان و انتظارات آن‌ها داشته باشد.

مشتری مداری

در روندهای کسب و کار جدید، به دست آوردن رضایت مشتریان جایگاهی مهم و حیاتی در اهداف سازمان‌ها به خود اختصاص داده است و مدیران ارشد به خوبی می‌دانند، موفقیت آن‌ها

در راه رسیدن به اهداف کلان سازمان، در گرو جلب رضایت مشتریان است. از سوی دیگر، نمی‌توان گفت همه مشتریان به یک اندازه در موفقیت سازمان نقش دارند. بنابراین، جلب رضایت مشتریان کلیدی، حساسیت بیشتری خواهد داشت. بدین ترتیب، لازم است که در سازمان، سیستمی برای جذب و حفظ مشتریان طراحی و پیاده‌سازی شود؛ سیستمی که بتواند روابط سازمان و مشتریان را به خوبی مدیریت کند. امروزه این سیستم‌ها به سیستم‌های مدیریت ارتباط با مشتریان مشهور شده‌اند و نرم‌افزارهایی نیز با نام CRM (مدیریت ارتباط با مشتری) به بازار آمده است که می‌توانند سازمان را در راه جلب رضایت مشتریان توانا تر کنند.

فلسفه ارتباط با مشتری از چند بعد قابل بررسی است

بُعد تاکتیکی: روابط به عنوان ابزاری برای ترفیع فروش به کار می‌رود. در این مورد می‌توان به توسعه فناوری اطلاعات در جهت ایجاد جنبه‌های مختلف وفاداری اشاره کرد. هرچند اجرای چنین پروژه‌هایی پرهزینه است، اما در عوض، فرصت بسیار مناسبی در جهت ایجاد وفاداری و سودآوری برای شرکت ایجاد می‌کند.

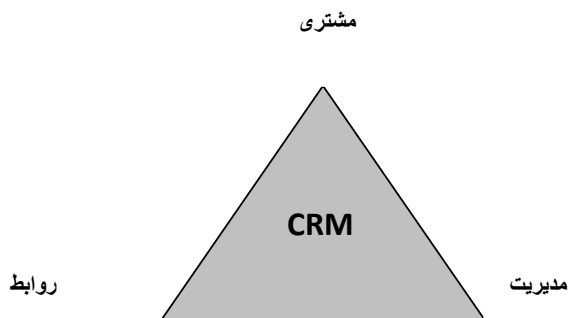
بُعد استراتژیک: هدف از روابط، پیوند خوردن با مشتریان و ایجاد وفاداری در مشتریان است. امروزه اغلب مدیران ارشد سازمان‌ها از مشتریان خود درخواست می‌کنند تا با آن‌ها تماس بگیرند و نیازهای خود را در میان بگذارند. برای مثال، رئیس بخش آمریکای شمالی شرکت پپسی کولا روزانه دست کم با چهار مشتری تماس می‌گیرد و با آن‌ها گفتگو می‌کند.

بُعد فلسفی: از بعد فلسفی، برقراری این روابط به سمت قلب مفهوم بازاریابی پیش می‌رود که همان مشتری محوری و درک نیازها و انتظارات او است. برای درک بهتر مفهوم بازاریابی رابطه مند با آنچه که بیشتر در بازاریابی سنتی مطرح می‌شد، به این مثال توجه کنید: یک بازار رقابتی مثل صنعت خودرو را در نظر بگیرید که در آن، تولیدکنندگان در نظر دارند اتومبیل‌های خود را از نظر اصول طراحی، راحتی، ایمنی، سرعت و قدرت، به صورت سنتی تولید کرده و آن را در نظر مشتریان متفاوت جلوه دهند. عده‌ای دیگر از تولیدکنندگان نیز قصد دارند با ارائه خدمات پس از

فروش و ارائه ضمانت‌نامه، محصول خود را متفاوت جلوه دهند، اما در این بین، تولیدکنندگانی هم هستند که قصد دارند با شناختی که از مشتری، سوابق و علایق او دارند، مشاوره‌هایی در زمینه‌های مختلف، مثل چگونگی تامین مالی برای خرید خودرو، نگهداری، بیمه، تعویض، یا حتی فروش دهند و بدین وسیله، اعتماد او را جلب و روابط مستحکم‌تری با مشتری برقرار کنند.

بخش‌های اصلی CRM

CRM^۱ از سه بخش اصلی تشکیل شده است:



شکل ۸-۱- اجزای تشکیل دهنده CRM

مشتری: منظور از مشتری، مصرف‌کننده نهایی است که در روابط ارزش‌آفرین، نقش حمایت‌کننده دارد.

روابط: منظور از روابط، ایجاد مشتریان وفادارتر و سودمندتر، از طریق ارتباطی یادگیرنده است. مدیریت: مدیریت عبارت است از خلاقیت و هدایت فرایند کسب و کار مشتری‌مدار و قرار دادن مشتری در مرکز فرایندها و تجارب سازمان.

^۱ Customer Relationship Management (CRM)

هدف ارتباط با مشتری (CRM)

هدف مدیریت ارتباط با مشتری، توانمندسازی شرکت به منظور ارائه خدمات بهتر به مشتریان، از طریق معرفی فرایندهای خودکار قابل اطمینان خدمات، جمع‌آوری و پردازش اطلاعات است و سعی دارد که تا فرایندهای متعدد خدمت‌رسانی به مشتری را در درون شرکت، یکپارچه و خودکار کند (ایجاد و حفظ ارتباطی بلندمدت با مشتریان، به طوری که هر دو طرف از آن سود ببرند).

در واقع، این نوع مدیریت، سه بخش از کسب و کار را درگیر می‌کند. این بخش‌ها عبارتند از: سیستم خدمات به مشتری، سیستم اطلاعات بازاریابی و سیستم مدیریت فروش. بخش اطلاعات بازاریابی، اطلاعات درباره محیط کسب و کار، نظیر رقبا و متغیرهای فرامحیطی را فراهم می‌آورد.

بخش مدیریت فروش، برخی از فروش‌ها و عملکردهای مدیریت فروش را خودکار می‌کند. این بخش اولویت‌های مشتری، عادات خرید، پراکندگی جمعیت و همچنین، کارایی کارشناسان فروش را ردیابی می‌کند. بخش خدمات به مشتری، برخی از درخواست‌های خدمت، شکایات، بازگشت محصول و درخواست اطلاعات را خودکار می‌کند.

بسیاری از مراکز تماس، از نرم افزار CRM برای ذخیره سازی اطلاعات مشتری استفاده می‌کنند. هنگامی که مشتری تماس می‌گیرد، سیستم برای بازیابی و ذخیره اطلاعات مربوط به مشتری، به کار می‌رود. شرکت با خدمت‌رسانی سریع‌تر و کارآمدتر به مشتری و همچنین، نگهداری اطلاعات او در یک مکان، سعی می‌کند که در هزینه‌ها، صرفه‌جویی و مشتریان جدیدی را جذب کند.

روندهای ارتباط با مشتریان

کلید رشد کسب و کار، در ارتباط موفق آن با مشتری نهفته است؛ این کار شامل شناخت و ردیابی نیازها، رفتارها و چرخه زندگی مشتری است و همچنین، مستلزم استفاده از این اطلاعات

در جهت ایجاد ارزش برای مشتری است. مهم‌ترین روندهایی که موجب ارتباط ارزش‌آفرین با مشتری می‌شوند، عبارتند از:

- سرعت ارائه خدمات
- خویش‌خدمتی
- یکپارچه‌سازی
- سهولت استفاده
- رضایت مشتری

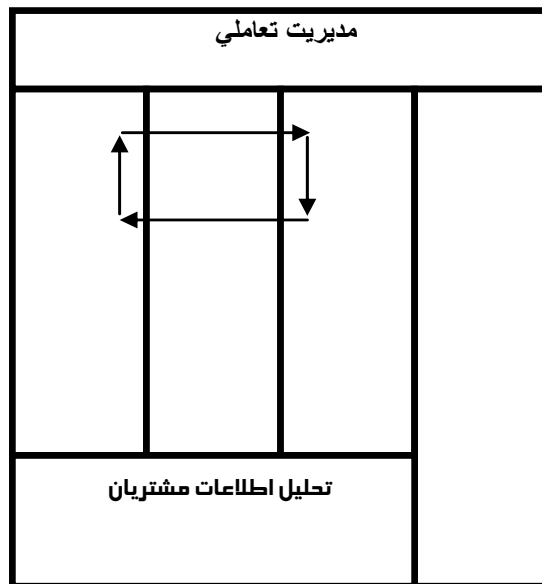
روندها، مسائلی جهانی هستند که معمولاً به آرامی آغاز می‌شوند و تقریباً، پنج الی ده سال طول می‌کشند؛ اما با افزایش نیازهای سازمان و مصرف‌کنندگان، به سرعت پراکنده و منتشر می‌شوند. شبکه، نمونه‌ای از یک روند است؛ این مفهوم در سال ۱۹۸۹ به تدریج در سوئیس به کار گرفته شد.

الف) سرعت ارائه خدمات: سرعت ارائه خدمات برای مشتری‌ها بسیار اهمیت دارد. مشتری‌ها به تأخیر علاقه‌ای ندارند و از منتظر ماندن بیزارند و هر قدر زمان برایشان اهمیت بیشتری پیدا کند، به دنبال سازمان‌هایی خواهند بود که خدمات خود را با سرعت بیشتری ارائه می‌کنند. با افزایش سرعت ارائه خدمات، انتظارات مشتری‌ها در جهت دریافت خدمات بیشتر، افزایش پیدا می‌کند. بنابراین، ابزارهای کاربردی خدماتی باید به سهولت قابل استفاده باشند و فضایی راحت و دوستانه داشته باشند.

مشتری‌ها، از معاملات آهسته و مشکل اجتناب می‌کنند. آن‌ها معمولاً سیستم‌های خویش‌خدمتی^۱ را بهتر می‌پسندند، چون این سیستم‌ها ۲۴ ساعته و ۷ روز هفته فعال هستند و می‌توان بدون استفاده از کارکنان بخش فروش، از طریق این خدمات به جستجوی اطلاعات و محصولات مورد نظر پرداخت.

^۱ Self service

ب) خویش خدمتی: علاقه و تمایل مشتری‌ها به خویش خدمتی، در سازمان‌های خدماتی فوق‌العاده است، اما پیش از آن که خویش خدمتی بتواند به واقعیت تبدیل شود باید زیرساخت‌های جدیدی ایجاد شود و پروتکل‌های جدیدی طراحی شوند. در این صورت، یکپارچه‌سازی فرایندها امری ضروری خواهد بود. خویش خدمتی، تغییراتی در روندهای کسب و کار ایجاد کرده است. هنگامی که خریداران و فروشندگان به طور آنلاین و مستقیم با هم در ارتباط هستند، نقش واسطه‌ها بسیار کم‌رنگ می‌شود. حذف واسطه‌ها، یکی از ویژگی‌های کسب و کار الکترونیک است. خویش خدمتی در صنایع هواپیمایی و مسافرتی آنلاین کاملاً به چشم می‌خورد. در این سیستم‌ها، مشتری قادر است از طریق شبکه، به سیستم ذخیره مرکزی متصل شود و برای ذخیره پرواز مورد نظر خود، سریع‌تر و مناسب‌تر اقدام کند. این کار، سازمان‌ها را قادر می‌کند تا فرایند ذخیره کردن را خودکار کنند. خویش خدمتی، باعث کاهش هزینه‌ها و عدم نیاز به تجهیزات فیزیکی گران‌قیمت می‌شود.



شکل ۸-۲- ساختار یکپارچه CRM

ج) ارائه خدمات یکپارچه: سازمان‌ها نیازمند آن هستند که به جای تمرکز بر راهکارهای موضعی و سطحی که فقط به بخشی از ارتباطات با مشتری می‌پردازند، از ابزارهای کاربردی یکپارچه و جامعی استفاده کنند که کل ارتباطی را که با مشتری برقرار می‌شود، پوشش دهند. راهکارها و خدمات یکپارچه، یکی از بخش‌های ضروری و حیاتی هر راهبرد کسب و کار به حساب می‌آیند. مصرف‌کننده‌ها نیز از راهکارهای نقطه‌ای، به سمت راهکارهای یکپارچه حرکت کرده‌اند. این روند در خرده‌فروشی‌ها بسیار به چشم می‌خورد. در این فروشگاه‌ها، مشتری‌ها طالب هستند که تمام نیازهای خود را در یک محل و زیر یک سقف تهیه کنند. آن‌ها به کسب و کارهایی نیاز دارند که خدمات یکپارچه‌ای ارائه دهد تا نیازهای خرید یک مرحله‌ای آن‌ها را پوشش دهند و فرایند تصمیم‌گیری را برایشان ساده‌تر کنند.

د) سهولت استفاده از خدمات ارائه شده: با بروز شدن روندهای جدید در رفتارهای خرید آنلاین، شرکت‌ها باید زمان پردازش بین جستجو، انتخاب، دریافت سفارش و اجرای آن را کاهش دهند تا بتوانند به موفقیت برسند. تأخیر در مراحل فرایند، قابل قبول نیست و در عین حال، سهولت استفاده مشتری نیز باید کاملاً مد نظر قرار گیرد؛ چرا که سازمان با مشتریانی در سطوح مختلف ارتباط دارد. سازمان‌ها باید مسائل مربوط به خدمات‌رسانی به مشتری را با تمام کسانی که به نوعی با مشتری در تماس هستند، به اشتراک بگذارند؛ آن‌ها باید به جای آنکه مشتری را از یک بخش به بخش دیگری بفرستند، نقطه واحدی برای ارتباط با مشتری‌ها به وجود آورند.

ه) رضایت مشتری: مشتری کسی است که انجام معامله یا داد و ستد را در محیط رقابتی به عهده دارد و در حالت تعاملی، چیزی را می‌دهد و چیزی را می‌گیرد و رضایت مشتری، مقدار احساسی است که در اثر رفع انتظاراتش یا افزودن به انتظارات، به او دست می‌دهد. بنابراین، مشتری، محور تشکیلات و مصرف‌کننده، فلسفه وجودی سازمان‌ها است. بنابراین، شناسایی، تفکیک، اولویت‌بندی، کشف انتظارات اصلی و نهایتاً، حصول رضایت مشتری، از اهم فعالیت‌های سازمان به شمار می‌رود. سازمان باید مخاطب‌شناسی را که از مباحث اساسی در

فرهنگ مشتری‌مداری است، به درستی درک و مد نظر قرار دهد و هر ساله، کیفیت محصولات و کمیت آن‌ها را متناسب با افزایش توقع مشتریان، روزآمد کند و افزایش دهد. رقابت، دلیل محوریت مشتری، افزایش درآمد و کسب سود است. در حوزه خدمات دولت‌ها، مشتری‌مداری و تکریم ارباب‌رجوع با الزام قانونی، بخشنامه یا صدور دستورالعمل مورد توجه قرار گرفته است. در حالی که در عرصه فروش کالا و ارائه خدمات انحصاری که امروزه به فراوانی در تعاملات اجتماعی وجود دارد، مشتری‌مداری، کرامت انسانی و انگیزه‌های معنوی ضرورت دارد؛ ضرورتی که غفلت از آن، کرامت انسانی عرضه‌کنندگان را مخدوش می‌کند.

آنچه سازمان‌های امروزی را به مشتری‌مداری وامی‌دارد، وجود رقابتی فشرده در کسب و کار است. آن‌گونه که غفلت از آن می‌تواند سازمانی را برای همیشه از عرصه رقابت محو و خسارات سنگینی به آن تحمیل کند. در خدمات انحصاری نیز اگرچه کسب درآمد، بسیار سهل‌الوصول و به نوعی، تضمین شده است، اما ضرورت‌های بسیاری برای مشتری‌مداری در آن‌ها وجود دارد، همچنین، در عرصه خدمات دولت‌ها نیز الزاماتی برای تأمین حقوق ارباب‌رجوع وجود دارد که بر اساس آن‌ها، حقوق مشتریان و مراجعین تأمین می‌شود.

مشتری‌مداری با پشتوانه‌های اعتقادی، محدود به زمان نیست و در همه اعصار، به‌ویژه در تمدن اسلامی، از سوی تجار و کاسبان مسلمان مورد توجه بوده است. تا آنجا که در فرهنگ ارزشی اسلام، شاخه‌ای از علوم به نام «مکاسب» برای افرادی که به فعالیت‌های اقتصادی می‌پرداختند شکل گرفته و مورد عنایت بوده است. در تعریفی با نگرش اسلامی از مشتری‌مداری، چنین آمده است: مشتری‌مداری یعنی سعی در برآورده کردن خواسته‌های مشتریان با تکیه بر قوانین الهی، حق‌مداری، رضایت طرفین معامله، عدم ضرر و انصاف.

در این شکل از تجارت، ضمن توجه به کسب درآمد و سود مناسب، توصیه‌های بسیاری برای تاجر و به نفع مشتری صورت گرفته است که در هیچ تجارت آزادی در دنیا دیده نمی‌شود. در تجارت اسلامی، رضایتی فراتر از رضایت مشتری مطرح است و آن، رضایت الهی است که

خوشبختانه از طریق ظاهرسازی و فریب، امکان حصول آن وجود ندارد. اما مشتری‌مداری ناشی از رقابت، زمانی آغاز شد که میزان عرضه کالا و خدمات، نسبت به تقاضا به دلیل امکان تولید انبوه، فزونی یافت.

جان وانامیکر، مالک فروشگاه‌های بزرگ در ایالت فیلادلفیای آمریکا، برای اولین بار در تبلیغات خود، عبارت «حق با مشتری است» را به کار برد که در زمان کوتاهی، نتیجه مطلوبی از آن گرفت. تجار بریتانیایی، جمله‌های مشابهی را همچون «مشتری پادشاه است»، وارد فضای کسب و کار کردند. با علمی شدن و توسعه فضای تجارت، تعاریف گوناگونی از مشتری‌مداری ارائه شد که در یکی از تعاریف این‌گونه آمده است: مشتری‌مداری یعنی تولید و عرضه کالا یا ارائه خدمات با محوریت مشتریان، به منظور جلب رضایت آن‌ها از طریق تأمین نیازهای کاربردی، احساسی و منطقی متقاضیان. با توجه به این تعریف، به نظر می‌رسد که محوری بودن مشتریان، اصلی مسلم و خدشه‌ناپذیر است و سازمان برای رسیدن به اهداف خود باید تلاش کند از طریق تأمین نیازهای کاربردی، احساسی و منطقی متقاضیان، رضایت آنان را جلب کند.

نروم مشتری‌مداری

هر سازمانی، اعم از خصوصی، دولتی یا تعاونی که شکل می‌گیرد، برای تأمین نیازی از جامعه است و برای رسیدن به اهدافی از پیش تعیین شده، تشکیل می‌شود. معمولاً سازمان‌ها برای تأمین یکی از اهداف زیر به وجود می‌آیند:

- کسب درآمد، اصلی‌ترین دلیل تشکیل بنگاه‌های اقتصادی اعم از خصوصی، تعاونی و حتی در بسیاری از موارد، دولتی، کسب درآمد و افزایش سود است که از طریق توزیع کالاهای تولیدی یا ارائه خدمات تحقق می‌یابد.
- اجرای قوانین، برخی از سازمان‌ها به منظور ارائه خدمات پیش‌بینی شده در قانون، برای تأمین نیازهای عموم مردم، تشکیل می‌شوند، مانند ثبت اسناد، ثبت احوال،

گذرنامه، نیروی انتظامی، ارتش و بسیاری سازمان‌های دیگر که دولت به نوعی مسئولیت انجام آن را در سیستم اجتماعی به عهده گرفته است.

- انگیزه‌های اجتماعی، در هر جامعه سازمان‌هایی پدید می‌آورد که اغلب به گونه‌ای خودجوش از سوی مردم و برای تأمین منافع عمومی شکل می‌گیرند، مانند سازمان‌های مردم‌نهاد^۱ که تشکیل آن‌ها کاملاً بر اساس علایق اجتماعی مردم است و هیچ نفع مادی از آن دنبال نمی‌شود.

در برخی موارد نیز در این اهداف هم‌پوشانی دیده می‌شود که گاهی یک سازمان ضمن برخورداری از حمایت قانونی برای شکل‌گیری، اهداف انتفاعی نیز در آن دیده می‌شود. در مجموع، سازمان‌ها با هریک از اهداف بالا که تشکیل شده باشند، برای رسیدن به مقاصد خود نیازمند جلب رضایت مردم یا مراجعین هستند که دلایل آن می‌تواند موارد زیر باشد:

ضرورت‌های بین‌المللی

نوع بشر، با اعتقاد راسخ به کرامت انسان، هر جا که قانونی ملی یا بین‌المللی وضع کند، بر این کرامت نیز تأکید می‌کند. چنان‌که در دیباچه اعلامیه جهانی حقوق بشر که دهم دسامبر به تصویب مجمع عمومی سازمان ملل متحد رسیده است و از منظر بسیاری پژوهشگران الزام‌آور است و اعتبار حقوق بین‌الملل را دارد، چنین آمده است:

مشتري‌مداری، سازمان را به اجرای دقیق مدیریت هزینه‌ها ملزم می‌کند که بتواند قیمت نهایی محصول را برای جلب رضایت مشتریان، تا حد ممکن کاهش دهد. شناسایی حیثیت و کرامت ذاتی تمام اعضای خانواده بشری و حقوق برابر و سلب‌ناپذیر آنان، اساس آزادی، عدالت و صلح در جهان است. این مطلب، مهر تأیید بر اعتقاد جهانی نسبت به کرامت ذاتی برای هر انسانی است که در نقش‌های گوناگون اجتماعی، به‌ویژه در نقش مشتری، در ارتباطات اجتماعی ظاهر می‌شود.

¹ N.G.O

ضرورت‌های قانونی

از جمله اعتقادات عمومی و ارزشمند هر کشوری، کرامت ملت است که در جای جای دنیا به اشکال گوناگون دیده می‌شود. طبیعی است که در همه کشورهای جهان، بخشی از خدمات، تنها از طریق دولت‌ها و کاملاً انحصاری به مردم ارائه می‌شود، بنابراین، توجه به جایگاه انسانی افراد جامعه و تامین کرامت مردم از جمله مسائل بدیهی است که برای رعایت آن، الزام عمومی و در بسیاری از موارد الزام قانونی وجود دارد. در قوانین اغلب کشورها نیز به این نکته توجه شده است و به گونه‌ای، کرامت انسان مورد تأکید قرار گرفته است که قانون برخی کشورها برای نمونه ذکر می‌شود.

- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران - جمهوری اسلامی، نظامی است بر پایه ایمان به خدای یکتا و اختصاص حاکمیت و تشریع به او و لزوم تسلیم در برابر امر او، وحی الهی و نقش بنیادی آن در بیان قوانین، معاد و نقش سازنده آن در سیر تکاملی انسان به سوی خدا، عدل خدا در خلقت و تشریع، امامت و رهبری مستمر و نقش اساسی آن در تداوم انقلاب اسلامی، کرامت و ارزش والای انسان و آزادی توأم با مسئولیت او در برابر خدا.
- قانون اساسی آلمان - اصل یازدهم قانون اساسی آلمان بیان می‌کند: حیثیت انسان مصون از تعرض است و رعایت و حمایت از آن به عهده هیات حاکمه است.
- قانون اساسی ژاپن - در اصل سیزده از قانون اساسی ژاپن آمده است: همه مردم به عنوان افراد جامعه مورد احترام هستند.
- قانون اساسی اسپانیا - اصل یازده از قانون اساسی اسپانیا: کرامت اشخاص حقوق غیرقابل نقض آن‌ها است. آزادی، رشد افراد، احترام به قانون و حقوق دیگران، اساس نظم سیاسی و آرامش اجتماعی را تشکیل می‌دهد.
- قانون اساسی ایتالیا - اصل نود و هشتم قانون اساسی ایتالیا می‌گوید: کارمندان دولت منحصرأ در خدمت ملت هستند.

ضرورت‌های انتفاعی

همه سازمان‌های تولیدی و عرضه‌کنندگان خدمات، در یک هدف نهایی مشترک هستند و این هدف، کسب و افزایش درآمد و بقای سازمان است. سازمان‌های اقتصادی در هر رتبه و جایگاهی، برای رسیدن به اهداف زیر تلاش می‌کنند:

- بازگشت سرمایه با سود مناسب در نگرش اقتصادی: هرگونه سرمایه‌گذاری، نیازمند بازگشت سرمایه در یک دوره منطقی با سود مناسب است. این هدف وقتی تحقق می‌یابد که فروش محصول یا عرضه خدمات، در بازار پر پیچ و خم رقابت، با موفقیت همراه باشد و چنین موفقیتی تنها از طریق جلب رضایت مشتریان ممکن می‌شود.
- کاهش هزینه‌های مشتری‌مداری، سازمان را به اجرای دقیق مدیریت هزینه‌ها ملزم می‌کند که بتواند قیمت نهایی محصول را برای جلب رضایت مشتریان، تا حد ممکن کاهش دهد. پیشگیری از هزینه‌های خواب سرمایه، کاهش ضایعات به دلیل توجه به کیفیت مورد تقاضای مشتریان، بهبود فرایندهای تولید و خدمات متناسب با انتظارات مشتریان، پیشگیری از هزینه‌های جذب مشتری جدید، کاهش شکاف اطلاعاتی سازمان با مشتریان و از همه مهم‌تر، ایجاد خلاقیت و نوآوری در کارکنان عواملی هستند که هزینه‌ها را بشدت کاهش می‌دهند و از این رهگذر، منافع سازمان به شکل مطلوب‌تری تأمین می‌شود.
- رشد قیمت سهام سازمان مشتری‌مدار در بازار عرضه و تقاضا، فروش محصولات تولیدی یا خدماتی را افزایش می‌دهد و سود حاصله سازمان را بالا می‌برد. با افزایش سود، تقاضا برای خرید سهام سازمان مشتری‌مدار فزونی می‌یابد. در این چرخه، آنچه باعث افزایش ارزش سهام سازمان می‌شود، مشتری‌مداری است.
- رشد سهم بازار با توجه به تاکید اصول مشتری‌مداری به کیفیت، همچنین، توجه به تأمین نیازها و انتظارات مشتریان در سازمان‌های مشتری‌محور، همواره تقاضای مشتریان به شرط تناسب منطقی با قیمت کالا و خدمات بیشتر از کالاهای و خدمات

مشابه را در پی دارد و به همین دلیل، میزان سهم بازار سازمان مشتری مدار نسبت به رقیبان بیشتر است و در نتیجه، سود آن نیز بیشتر خواهد بود.

سازمان ها با هر هدفی که تشکیل شده باشند، ملزم به جلب رضایت مشتریان خود هستند. این الزام از دستورات الهی در حفظ کرامت انسان ها، از قانون و انگیزه های اجتماعی، همچنین از ضرورت های تأمین منافع سازمانی برای کسب سود مناسب، ناشی می شود. مشتری مداری در بازار رقابت، الزامی برای حفظ بقاء و در بازار انحصار، الزام الهی، قانونی و اجتماعی است که در صورت عدم تحقق، نتیجه ای جز نیستی برای سازمان در بر ندارد.

اگر بخواهیم فرایند مشتری مداری را در سه جمله خلاصه کنم، آن سه جمله به صورت زیر است:

۱- حفظ مشتریان فعلی

۲- تماس با مشتریان قدیمی که دیگر با ما کار نمی کنند

۳- جذب مشتریان جدید

حفظ مشتریان فعلی

رضایت مشتریان فعلی، آینده شرکت را تضمین می کند. تمام تلاش خود را برای جلب رضایت مشتریان سودآور انجام دهید. این نکته را مد نظر داشته باشید: رقبای شما هرگز بیکار ننشسته اند! آن ها تمام تلاش خود را برای جذب مشتریان شما انجام می دهند. پس مشتریان خود را حفظ کنید. با مشتریان فعلی خود در تماس باشید. هزینه جذب یک مشتری جدید، پنج برابر حفظ مشتری کنونی است. پیشنهادهای کاری جدید به آن ها بدهید؛ با معرفی محصولات جدید سعی کنید، نیازهای آن ها را بهتر از رقبای برآورده کنید؛ اعتراضات و شکایات آن ها را (چه معقول/ چه نامعقول) بشنوید؛ اعتراضات معقول را بررسی کنید و تمام تلاش خود را برای جبران آن انجام دهید. به یاد داشته باشید زمانی که مشتری اعتراض می کند، یعنی می خواهد با شما کار کند! اما مشکلی در این میان وجود دارد و گر نه می توانست بدون این که چیزی به شما بگوید،

به سراغ رقیبان شما برود. با مذاکره دوستانه، اعتراضات نامعقول آن‌ها را به آن‌ها بفهمانید و در هر صورت، از آن‌ها تشکر کنید که مشکلات کاری خود را با شما در میان گذاشته‌اند.

تماس با مشتریان قدیمی که دیگر با ما کار نمی‌کنند

دلایل زیادی وجود دارد که مشتری قدیمی، دیگر سراغ ما نیاید. مثلاً شغل او عوض شده، فوت کرده، جابجا شده، از ما ناراضی بوده یا رقیب، پیشنهاد بهتری به او داده است. با مشتریان قدیمی تماس بگیرید. دلیل همکاری یا عدم همکاری او را جویا شوید. جالب است بدانید بیش از نود و پنج درصد مشتریان، در صورت نارضایتی، بدون اینکه از ما شکایت کنند به سراغ رقبای می‌روند. اگر نارضایتی وجود دارد، تمام سعی خود را بکنید تا آن را جبران کنید و دوباره آن مشتری را جذب کنید. گاهی اوقات نارضایتی خاصی وجود ندارد، اما رقیب پیشنهاد جذابتری به او داده است.

جذب مشتریان جدید

در بازار، نیروهای فرساینده‌ای مثل فعالیت رقبای، تغییر سلیقه و علایق مشتریان، تکنولوژی‌های جدید و ... وجود دارد که باعث می‌شود تعداد مشتریان کاهش پیدا کند. در این راستا، تلاش برای جذب مشتریان جدید، ضرورتی غیر قابل انکار است.

امنیت، اطلاعات محرمانه و حفاظت از اطلاعات مشتریان

در این بخش به حقوق افراد، تحت قانون پشتیبانی اطلاعات مصوب سال ۱۹۹۸، ویژگی‌های اطلاعات محرمانه، و نیاز به امنیت و الزاماتی برای محرمانه بودن اطلاعات خواهیم پرداخت.

ویژگی‌های اطلاعات محرمانه

امروزه بسیاری از سازمان‌ها برای نگهداری اطلاعات محرمانه خود، سیستم‌های کامپیوتری دارند که می‌باید در مقابل سوءاستفاده، پشتیبانی و حفاظت شوند. اطلاعاتی که شرکت در

فایل‌های کامپیوتری خود نگهداری می‌کند، از با ارزش‌ترین دارایی‌ها محسوب می‌شود. بنابراین، ایمنی و امنیت این اطلاعات، اهمیت زیادی در بقای شرکت دارد. اطلاعات به‌طور کلی در یکی از این سه طبقه جای می‌گیرد:

اطلاعات عمومی این اطلاعات مانند مجموعه کتابخانه در دسترس افراد طالب آن قرار دارند.

اطلاعات گروهی این اطلاعات شامل جزئیات مربوط مشتریان، تامین کنندگان، محصولات، دستمزد کارمندان و اطلاعات مالی خود شرکت هستند.

اطلاعات شخصی این اطلاعات که به افراد (مشتریان یا کارمندان) می‌شود، اطلاعاتی درباره افراد زنده و قابل شناسایی است. بیان حقیقت و ابراز عقیده درباره افراد، اطلاعات شخصی در نظر گرفته می‌شود، اما قصد و منظور کاربر در مورد افراد، در این حیطه نمی‌گنجد. اطلاعات شخصی ذخیره شده، شامل نام، آدرس، شغل، حقوق، سابقه بیمه، سابقه کیفری و جزئیات وابستگان است.

اطلاعات محرمانه، شامل دو طبقه گروهی و شخصی می‌شود که ممکن است به صورت شفاهی انتقال داده شود یا به‌طور کتبی یا کامپیوتری نگهداری شوند. اطلاعات گروهی باید در مقابل دستکاری، اعمال خرابکارانه عمدی و جاسوسی صنعتی محافظت و پشتیبانی شوند. اطلاعات محرمانه نباید برای حق‌السکوت و افشای غیرقانونی و بدون مجوز، مورد استفاده قرار گیرند.

اصول ذخیره‌سازی و پاکسازی اسناد

سازمان‌های بیمه برای حفاظت و پشتیبانی از اطلاعات موجود در کامپیوترها، باید از اصول پایه ذخیره‌سازی پیروی کنند.

دسترسی محدود

دسترسی به اطلاعات محرمانه باید محدود شود و تنها کارکنان دارای اختیار، حق دسترسی، اصلاح یا پاک کردن آن‌ها را داشته باشند. کنترل دقیق دسترسی برای هر کاربر حائز اهمیت است.

ذخیره سازی فایل و ایجاد نسخه پشتیبانی

هر یک از کارکنان باید در مورد مسئولیت خود در قبال ذخیره سازی فایل آگاه باشد. تهیه نسخه‌های پشتیبانی و قرار دادن آن‌ها در قفسه‌های نسوز لازم است، همچنین، باید نسخه‌ای بیرون از ساختمان شرکت نگهداری شود.

نگهداری اسناد مرجع

به منظور ایجاد امنیت بیشتر برای اطلاعات حساس، باید اطلاعات مرجع اصلی در ساختمان امن دیگری نگهداری شوند.

قانون پشتیبانی اطلاعات مصوب سال ۱۹۹۳

در انگلیس قانون پشتیبانی اطلاعات مصوب سال ۱۹۹۳ مرجعی قانونی برای افراد است تا در صورت افشای غیرقانونی و بدون مجوز، نقصان یا نگهداری اطلاعات نادرست توسط کاربران اطلاعات، همچون سازمان‌ها، به قانون مراجعه کنند. قانون پشتیبانی اطلاعات مصوب سال ۱۹۹۳ (جایگزین قانون مصوب سال ۱۹۸۴) شروط دستورالعمل پشتیبانی اطلاعات کمیسیون اروپا، مصوب سال ۱۹۹۵ را در قانون بریتانیا اعمال می‌کند. قانون مصوب سال ۱۹۹۸ اساساً برنامه‌ریزی شد تا تمام روش‌های انتقال اطلاعات را تنظیم و کنترل کند و برخلاف قانون مصوب سال ۱۹۸۴، به اطلاعات کامپیوتری محدود نشده است. از این رو، قانون مصوب سال ۱۹۹۸ به استفاده از کامپیوتر و دیگر تجهیزات پردازش اطلاعات خودکار می‌پردازد. امروزه اطلاعات، داده‌های ثبت شده دستی و یادداشت‌های کاغذی را نیز شامل می‌شود. **اطلاعات** این‌طور تعریف می‌شود «... داده‌های ثبت شده‌ای هستند به صورتی که در پاسخ به دستورالعمل‌های مشخص توسط تجهیزاتی با عملکرد خودکار قابل پردازش باشند». **اطلاعات شخصی** مربوط به افراد زنده‌ای هستند که از طریق این اطلاعات قابل شناسایی هستند.

اطلاعات حساس به اصل قومی یا نژادی، باورهای مذهبی یا سیاسی، وضعیت سلامت و جسمانی می‌پردازد.

تمامی شرکت‌هایی که چنین اطلاعاتی را رسیدگی می‌کنند باید به **اصول پشتیبانی اطلاعات** زیر وفادار باشند:

- محتویات اطلاعات شخصی باید درست و طبق قانون، پردازش شوند.
 - اطلاعات شخصی، تنها در مورد اهدافی مشخص و قانونی مورد استفاده می‌شود.
 - اطلاعات شخصی برای هر هدفی که نگهداری می‌شوند، باید دقیق، مرتبط و غیر افراطی در مورد آن اهداف باشند.
 - اطلاعات شخصی باید صحیح باشند و به روز شوند.
 - اطلاعات شخصی برای هر هدفی که نگهداری می‌شوند، نباید بیشتر از زمان مورد نیاز برای آن اهداف باقی بمانند.
 - اطلاعات شخصی باید طبق حقوق مسایل اطلاعاتی، تحت قانون مربوط پردازش شوند.
 - تمهیدات امنیتی مناسبی باید در مقابل دسترسی غیرقانونی و بدون مجوز، افشا یا از بین بردن اطلاعات شخصی و همچنین، از دست رفتن یا از بین بردن تصادفی اطلاعات شخصی صورت گیرند.
 - اطلاعات شخصی نباید به کشوری خارج از منطقه اقتصادی اروپا فرستاده شود مگر آنکه آن کشور، پشتیبانی کافی برای موضوعات اطلاعاتی را داشته باشد.
- قانون در قبال اطلاعات شخصی افراد که توسط دیگران نگهداری می‌شوند، به آن‌ها حقوقی از قبیل زیر ارائه می‌دهد:
- نسخه ای از اطلاعات شخصی
 - اطلاع از منطق فرایندهای تصمیم‌گیری خودکار مربوط به آن‌ها
 - جلوگیری از فرایندی که احتمال ایجاد صدمه یا خطر داشته باشد

- جلوگیری از فرایندی به منظور اهداف بازاریابی مستقیم و بی‌واسطه
- جبران خسارات
- اصلاح اطلاعات نادرست

کاربران اطلاعات که اطلاعات شخصی را نگه‌داری می‌کنند باید توسط عضو کمیسیون پشتیبانی اطلاعات ثبت شوند. پردازش اطلاعات، بدون اطلاع عضو کمیسیون، جرم تلقی می‌شود.

آشنایی با پول‌شویی و ارتباط آن با صنعت بیمه

پول‌شویی^۱ فرایندی است که توسط آن مجرمان و تروریست‌ها پولی را که به صورت غیرقانونی به دست آورده‌اند، به اندوخته‌ای مشروع تبدیل می‌کنند. این مورد تنها توسط سندیکاهای بزرگ مجرمان صورت نمی‌گیرد، بلکه در میزان بسیار کوچک‌تر نیز دیده می‌شود. این مساله، به خصوص مربوط به شرکت‌های خدماتی مالی در موقعیتی است که پول نقد به ترتیبی به ظاهر قانونی، همچون سهم بازنشستگی، بیمه کل زندگی، شرکت سرمایه‌گذاری، سپرده‌های تعاونی مسکن و چک‌های مسافرتی درآمده یا حتی بیمه‌نامه‌ای را خریداری و کمی پس از آغاز، آن را فسخ می‌کنند تا حق بیمه برگشتی دریافت کنند. مجرمان حاضر هستند که حتی از ارزش پول «کثیف» آن‌ها کمتر شود. برای مثال، روی هر نتیجه ممکن مسابقه ورزشی شرط‌بندی کنند، البته به شرط آن که در پایان پول «پاک» حاصل آید.

فرایند پول‌شویی شامل سه مرحله می‌باشد. اولین مرحله **جایابی** است. این فرایند به جریان انداختن پول نقد در سیستمی مالی و تبدیل آن به دارایی دیگر، همچون چک یا حتی ملک می‌پردازد. با انجام این کار هنوز هم احتمال ردیابی پول به منبع غیرقانونی‌اش وجود دارد. اینجاست که مجرمان به مرحله لایه‌بندی می‌پردازند. این پروسه شامل ایجاد یک سری معاملات پیچیده

¹ Money Laundering

است که برای پنهان کردن منابع اصلی پول طراحی شده‌اند. این کار ممکن است از طریق انتقال برون مرزی اندوخته یا معامله سهام آتی صورت گیرد. آخرین مرحله، دسترسی به پول است که با عنوان **ادغام** شناخته شده است. روش‌های زیادی برای قانونی جلوه دادن امور وجود دارد. تعویض موجودی و فروش آن به عموم، نمونه‌ای از این موارد است. اغلب، روش‌های بسیار پیچیده‌تری استفاده می‌شود. خرید ملک و اجاره دادن آن یا ایجاد شرکت و تنظیم حقوق، دو مثال از این مورد است.

چرا برخی از خدمات بیمه، برای پول‌شویی کلاهبرداران مناسب است؟

- قطعیت بازپرداخت، حتی احتمالاً با مقداری سود، به خاطر تاثیر بازگشت سرمایه
- بخش‌هایی از شرکت بیمه که با پروفایل‌های خسارت خفیف، اما مکرر سر و کار دارند، اغلب بازگشت چشمگیر حق بیمه را ضمانت می‌کنند. توجه داشته باشید که کلاهبرداران پرداخت خسارت را به صورت نقدی و نه تعمیر، تعویض یا بازگشت به وضع قبلی، ترجیح می‌دهند.

تعریف

پول‌شویی یعنی مشروع جلوه‌دادن پول‌هایی که از راه‌های غیرقانونی و نامشروع به‌دست می‌آیند، با استفاده از روش‌هایی که باعث پنهان شدن منشاء غیر قانونی آن پول‌ها می‌شوند. پول‌شویی فعالیتی غیرقانونی است که در طول انجام آن، عواید و درآمدهای ناشی از اعمال خلاف قانون، مشروعیت می‌یابد. به عبارت دیگر، پول‌های کثیف ناشی از اعمال خلاف به پول‌های به‌ظاهر تمیز تبدیل و در بدنه اقتصاد تزریق می‌شوند.

طبق ماده ۲ قانون مبارزه با پول‌شویی ایران، جرم پول‌شویی عبارت است از:

- ۱- تحصیل، تملک، نگهداری یا استفاده از عواید حاصل از فعالیت‌های غیرقانونی با علم به این که به طور مستقیم یا غیر مستقیم در نتیجه ارتکاب جرم به دست آمده باشد؛
- ۲- تبدیل، مبادله، یا انتقال عوایدی به منظور پنهان کردن منشاء غیرقانونی آن با علم به

این که به طور مستقیم یا غیر مستقیم ناشی از ارتکاب جرم بوده یا کمک به مرتکب به نحوی که وی مشمول آثار و تبعات قانونی ارتکاب آن جرم نگردد؛

۳- اخفاء یا پنهان کردن ماهیت واقعی، منشاء، منبع، محل، نقل و انتقال، جابه‌جایی، یا مالکیت عوایدی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم در نتیجه جرم تحصیل شده باشد.

این عمل، روشی معمول و منطقی برای به‌دست آوردن سود از فعالیت‌های غیرقانونی برای مجرمان است. خلاف کاران از طیف وسیع اعمال غیراخلاقی و غیرقانونی مانند استفاده از رانت شرکت‌های دولتی در ایران و حذف منبع پول و همچنین، قاچاق مواد مخدر، تقلبات، ثروت‌های قابل مصادره، گروگان‌گیری، قمار و اهدای پول به سازمان‌های تروریستی و حتی تقلبات مالی در اینترنت یا دیگر ابزار اطلاع‌رسانی سودهای کلانی را به‌دست می‌آورند.

تاریخچه اصطلاح

نخستین بار فردی به نام آل کاپون، گروهی به نام آلکاپون‌ها تشکیل داد. این گروه به زور از مردم اخاذی می‌کردند. آنان برای پنهان‌سازی شیوه عمل خود، رخت‌شوی خانهای تاسیس و وانمود کردند درآمد خود را از این راه به دست می‌آورند؛ نه از راه نامشروع. اصطلاح پول‌شویی این چنین شکل گرفت.

هم اکنون در ایران بزرگترین افرادی که به این اعمال مجرمانه اقدام می‌کنند، با استفاده از روش‌های متفاوت، هم‌چون جعل اسناد و استفاده از افراد خاص در بدنه اداره ثبت احوال کشور اقدام به ایجاد هویت‌های متفاوت می‌نمایند تا اعمال خلافکارانه خود را از دید ماموران دور نگه دارند تا بتوانند آزادانه حجم انبوه منابع مالی را که از راه غیر قانونی به دست آورند، موجه جلوه دهند.

روش‌های پول‌شویی

شیوه‌های پول‌شویی پیچیده و متنوع است. این شیوه‌ها به عواملی چون نوع خلاف انجام‌شده،

نوع نظام اقتصادی و قوانین و مقررات کشوری بستگی دارد که خلاف در آن جا صورت گرفته است و نوع مقررات کشوری که پول در آنجا تطهیر می‌شود. از معمول‌ترین و مهم‌ترین روش‌های پول‌شویی این است که پول‌شویان برای نقل و انتقال پول‌های کثیف، اقدام به تاسیس شرکت‌های مختلف و همچنین، هزینه کردن این نوع پول‌ها در امور اقتصادی متنوع، همچون انجام کارهای عمرانی یا سرمایه‌گذاری در انواع مختلف بازارهای مالی، مانند بانک، بورس، خدمات مهندسی گوناگون و ... می‌کنند. راحت‌ترین روش برای کاهش جلب توجه مجریان قانون، به عملیات پول‌شویی، این است که مقادیر هنگفت پول نقد به مقادیر کوچکی تبدیل می‌شود. این مبالغ به طور مستقیم در بانک سپرده‌گذاری می‌شود، یا با آن ابزارهای مالی همچون چک، سفته، سهام، اوراق مشارکت، و غیره خریده می‌شود و آن‌ها را در مکان‌های دیگر سرمایه‌گذاری می‌کنند.

از شیوه‌های دیگر تطهیر پول می‌توان به سرمایه‌گذاری موقت در بنگاه‌های تولیدی-تجاری قانونی، سرمایه‌گذاری در بازار سهام و اوراق قرضه، ایجاد سازمان‌های خیریه قلابی، سرمایه‌گذاری در بازار طلا و الماس و دیگر فلزات گران‌بها یا جواهرآلات، شرکت در مزایده‌های آثار هنری و اجناس عتیقه و انتقال پول به کشورهای دارای مقررات بانکی آزاد - مثل سوئیس - اشاره کرد. به این ترتیب، پول کثیف زمانی که در فعالیت‌های قانونی وارد و سرمایه‌گذاری می‌شود، در طول گردش و دست‌به‌دست شدن، با پول‌های تمیز آمیخته می‌شود تا جایی که شناسایی آن ناممکن می‌شود. متأسفانه، تاکنون روش قابل‌قبولی برای اندازه‌گیری حجم پول‌شویی ارائه نشده است.

تاثیر پول‌شویی بر اقتصاد

پول‌شویی به عنوان جرم مالی، تاثیر منفی چشم‌گیری بر رشد و توسعه اقتصادی کشورها به جای می‌گذارد. در قطعنامه‌ای که در ژوئن ۱۹۹۸ در مجمع عمومی سازمان ملل متحد تصویب شد، برآورد شد که سالانه دست‌کم ۲ میلیارد دلار پول تطهیر می‌شود. از جمله اثرات منفی

پول شویی می‌توان موارد زیر را نام برد:

- تخریب بازارهای مالی
- فرار غیرقانونی سرمایه از کشور
- کاهش تقاضای پول و کاهش معینی در نرخ سالانه تولید ناخالص ملی
- ورشکستگی بخش خصوصی
- کاهش بهره‌وری در بخش واقعی اقتصاد
- افزایش ریسک خصوصی سازی
- تخریب بخش خارجی اقتصاد
- بی‌ثباتی در روند نرخ‌های ارز و بهره
- توزیع نابرابر درآمد

این تصور که بخش بیمه برای فعالیت‌های پول شویی کمتر مستعد است در اکثر بخش‌های جهان منجر به دادن آزادی به کسب و کار بیمه شده است بدون اینکه به نتایج منفی آن توجه شود. زمانی که پول شویی رخ دهد، بیمه‌گران در معرض ریسک‌های قانونی، عملیاتی و شهرت قرار می‌گیرند.

در ده سال اخیر همراه با آگاهی نسبت به پول شویی تعدیل چشمگیری در بخش بیمه ایجاد شده است. انجمن جهانی ناظران ۴ به عنوان یکی از نهادهای غیردولتی، بر نظارت و کنترل فعالیت‌های پولشویی در بخش بیمه توجه دارد. بعد از آغاز سال ۲۰۰۰،^۱ IAIS^۱ مقابله با پول شویی در بیمه را در اولویت‌های مهم ۵ مجموعه قرار داد. در ژوئن ۲۰۰۳، گروه کار فعالیت‌های مالی مقابله با فعالیت‌های مالی ۴۰ پیشنهاد مربوط به ضد پول شویی تروریستی را پذیرفت که در بردارنده هشت پیشنهاد خاص در رابطه با فعالیت‌های مالی تروریستی به منظور مقابله با فعالیت‌های تأمین مالی تروریسم، در ماه اکتبر ۲۰۰۱ بود.

¹ International Association of Insurance Supervisors

به این ترتیب، در اکتبر ۲۰۰۳، IAIS اصول کلی و روشی را تصویب و منتشر کرد که برای نظارت بیمه‌گران در تمام دنیا بازنگری شده بود. در کشورهای درحال توسعه، بخش بیمه بیشتر در معرض آسیب پول‌شویی قرار دارد؛ به این دلیل که در کشورهای درحال توسعه اغلب قوانین، بخش بیمه را از اقدامات و تدابیر احتیاطی مستثنی می‌کنند. هر چند اخیراً کشورهای درحال توسعه نظیر مالزی اقدامات پیشگیرانه را برای مقابله با پول‌شویی در بخش بیمه شروع کرده‌اند.

در طول این مدت، این سیاست‌ها به دنبال آشکار نمودن فعالیت‌های پول‌شویی در بخش بیمه مالزی بودند تا بتوانند تمام بخش مالی کشور را مورد حفاظت قرار دهند.

۱- مانند دیگر بخش‌های مالی، صنعت بیمه نیز به شدت در معرض پول‌های منتج از فعالیت‌های مجرمانه (به خصوص پول‌شویی) است. این بخش به سبب ماهیتش در ایجاد بازده مطمئن و تمیز وجوه سرمایه‌گذاری شده، محل جذابی برای پول‌شویی است. پول‌شو، کسی است که پول‌ها را وارد سیستم بیمه کرده و مبالغی را از شرکت بیمه دریافت می‌کند و از این طریق با موفقیت پولش را قانونی می‌کند.

بیمه‌نامه‌های عمر دائمی که ارزش بازخرید نقدی دارند ابزار جذابی برای پول‌شویی هستند. چنین جریان‌ات نقدی می‌توانند توسط پول‌شو بازخرید شوند و یا به عنوان منبعی برای سرمایه‌گذاری آینده استفاده شوند؛ برای مثال، دریافت وام در ازاء ارزش‌های نقدی. این بیمه‌نامه‌ها به طرق مشابهی مانند تراست‌های واحد یا صندوق‌های متقابل فعالیت می‌کنند؛ به عبارت دیگر، پول‌شو می‌تواند وجوه را به بیمه‌نامه وارد یا از آن خارج کرده و با پرداخت جریمه کم آنرا بازپس بگیرد.

قراردادهای مستمری نیز در معرض ریسک پول‌شویی قرار دارند زیرا آن‌ها به پول‌شوها اجازه می‌دهند وجوه نامشروع خودشان را به جریان درآمدی فوری یا مدت‌دار تبدیل کنند. سود اوراق قرضه بیمه، اغلب در ترکیبی از سهام، اوراق بهادار با نرخ بهره ثابت و اموال، سرمایه‌گذاری می‌شود و بدین‌گونه یکی از بهترین انواع سرمایه‌گذاری یکجا در سال‌های اخیر بوده است. قراردادهای مستمری به عنوان سرمایه‌گذاری‌های کم ریسک رواج پیدا کرده‌اند زیرا بازده آن‌ها

از طریق پاداش‌ها به دست بیمه‌گذاران می‌رسد. یک قرارداد بسیار جذاب برای این هدف قراردادهای مستمری است. در سال ۲۰۰۴ کمیته مبارزه با تقلب مثال‌هایی از قراردادهای بیمه عمری را که در معرض فعالیت‌های پول‌شویی قرار گرفته بودند، ذکر کرده است. این مثال‌ها شامل این موارد بودند:

- قراردادهای بیمه عمر سرمایه‌گذاری، با حق بیمه یکجا
 - بیمه نامه‌های عمر با حق بیمه یکجا که ارزش نقدی را حفظ می‌کنند.
 - مقرری سالانه ثابت و متغیر
 - بیمه‌نامه‌های عمر و پس انداز با مدت معین
- پول‌شویی در بیمه اتکایی می‌تواند با تأسیس شرکت‌های اتکایی جعلی یا واسطه‌های اتکایی، توافقات پذیرش ریسک به نیت واگذاری کامل و کپتیو^۱ها یا با سوءاستفاده از معاملات معمول اتکایی رخ دهد. کمیته فرعی تقلب بیمه‌ای در سال ۲۰۰۴ مثال‌هایی را در این رابطه بیان کرده است:

- انعقاد قراردادهایی سوء با بیمه‌گر اتکایی از طریق بیمه‌گری که عواید حاصل از وجوه کیفری یا تروریستی را به منظور پنهان‌سازی منشاء آن‌ها پوشش می‌دهد.
 - تأسیس شرکت بیمه اتکایی جعلی برای بهره‌برداری از منافع جرائم در پول‌شویی
 - تشکیل بیمه‌گران جعلی برای این که عواید جرائم را به بیمه‌گران اتکایی قانونی بسپارند.
- واسطه‌ها در بخش بیمه بسیار اهمیت دارند. آن‌ها یکی از مهم‌ترین کانال‌های توزیع در این بخش هستند. با این حال، واسطه‌ها، همیشه به عنوان بخش بالقوه برای سوءاستفاده مورد توجه پول‌شوها نیستند؛ بلکه، آن‌ها بیشتر بر فروش زیاد و پس از آن سود توجه دارند؛ بنابراین، واسطه‌ها در مرزهای قانونی و مقرراتی پول‌شویی محدود نمی‌شوند و این اطمینان ایجاد می‌شود که مشتریان بالقوه، قراردادهای بیمه را به قصد پول‌شویی منعقد نمی‌کنند.

¹ Captive

شناسایی علائم پول شویی در صنعت بیمه

یکی از کارهای مشکل در صنعت بیمه، شناسایی علائم فعالیت‌های پول شویی است. در حالی که ابزارهای گوناگونی برای مجازات و تنبیه کردن پول شوها وجود دارد، پیشگیری سریع، همیشه بهترین راه برای شرکت‌های بیمه است. در ادامه، مثال‌هایی از علائم پول شویی می‌آید که در بخش بیمه انجام می‌شود:

- درخواست برای بیمه‌نامه که از جانب مشتریان بالقوه‌ای در مکان دور تقاضا می‌شود؛ در حالی که بیمه‌نامه مشابه را از مکان نزدیک‌تر می‌توان تهیه کرد.
- مشتریانی که درخواست پوشش بیمه‌ای، خارج از کسب و کار معمولش را می‌دهد.
- مشتریانی که شرایط نامطلوبی را که بی‌ارتباط با سطح سلامتی و سن آنها است، می‌پذیرند.
- مشتریانی که بیمه‌نامه‌ای با حق بیمه بالایی می‌گیرند که خارج از توان مالی آنها است.
- مشتریانی که محصولات بیمه‌ای که هدف مشخصی ندارد، درخواست می‌کنند و در بیان دلیل سرمایه‌گذاری هم بی‌میل هستند.
- مشتریانی که درخواست فسخ خیلی سریع بیمه‌نامه را دارند، اگر همراه با زیان باشد و همچنین مشتریانی که مخصوصاً درخواست می‌کنند وجوه از طریق چک به شخص ثالثی پرداخت شود.
- متقاضیان بیمه که قراردادهایی با سرمایه بالا درخواست می‌کنند، درحالی که بیمه‌گذار در گذشته پرداخت‌های کم و معینی داشته است.
- متقاضیانی که از چک شخص ثالث برای خرید بیمه‌نامه استفاده می‌کنند.
- متقاضیان بیمه کسب و کار که نگرانی در مورد خود بیمه‌نامه ندارد؛ اما به فسخ سریع قرارداد علاقه‌مندند.

آشنایی با مبانی حل اختلاف در صنعت بیمه

حل اختلاف

توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار بر سر داوری، حتی در مواقعی که تعهد جبران خسارت تحت بیمه‌نامه مورد تردید واقع شده است، مانعی ندارند.

لرد وولف^۱ بر این مورد به عنوان روشی مناسب در اصلاحات پیشنهادی‌اش به‌منظور کاهش هزینه‌های بالای قانونی مربوط به ارائه مسائل به دادگاه‌ها بسیار تاکید کرده است. قوانین آیین دادرسی مدنی (CPR) که از آوریل سال ۱۹۹۹ اعمال شده است، فشار (و هزینه‌ها) را در صورتی که ابتدا طرفین از طریق داوری اقدام به حل اختلاف نکرده باشند، اعمال می‌کند. دو روش عمده برای حل اختلاف توسط **راه حل اختلاف جایگزین (ADR)** ارائه شده است: وساطت و جلب رضایت.

وساطت

طرفین اختلاف توافق می‌کنند تا واسطه‌ای را انتخاب کنند که نقش او شفاف‌سازی موقعیت هر یک از طرفین باشد، تا از این طریق درکی صحیح و در نهایت، توافقی مسالمت‌آمیز حاصل آید. واسطه به عنوان متخصص در زمینه مورد بحث عمل نمی‌کند و در صورتی که توافقی حاصل نشود، طرفین به دادگاه مراجعه می‌کنند. وساطت روشی بسیار معمول‌تر از جلب رضایت است.

جلب رضایت

در روش جلب رضایت سعی می‌شود نتیجه مشخصی حاصل شود. فردی متخصص که زمینه مورد نظر را می‌شناسد، سعی می‌کند رضایت صلح‌کننده را جلب کند. طرفین ممکن است در ابتدا توافق کنند که رسیدن به حکمی مشخص، الزامی است. در غیر این صورت، می‌توانند به دادگاه مراجعه کنند.

¹ Lord Woolf

قانون‌گرایی و قانون‌پذیری

یکی از مشکلات عمدهٔ بیشتر کشورهای امروزی، به لحاظ حقوقی، میزان و درجهٔ پذیرش واقعی قوانین از سوی افراد جامعه است. اجرا نشدن قوانین در سطوح خرد و کلان جامعه نه تنها مشکلات و دشواری‌هایی در ادارهٔ بهتر جامعه و ایجاد نظم به وجود می‌آورد، بلکه در بلندمدت، ممکن است مشروعیت قوانین موجود را زیر سؤال ببرد. این مسئله می‌تواند در ابعاد گوناگون سیاسی، فرهنگی و اخلاقی جامعه اثر گذارد و احیاناً، سبب گسیختگی و بی‌سازمانی اجتماعی شود. در بسیاری از کشورهای جهان سوم، مشکلات فرهنگی و اجتماعی بیشماری در مقابل پذیرش عمومی قانون وجود دارد. ساخت اجتماعی این کشورها به گونه‌ای است که هنوز روابط دوستانهٔ غیررسمی حاکمیت خود را بر رفتارهای افراد از دست نداده‌اند. این هنجارها و روابط سنتی در کنار قوانین و مقررات رسمی به حیات خود ادامه می‌دهند و کارکرد خود را دارند؛ طوری که در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها، انتخاب افراد برای مناصب گوناگون، اعطای پاداش یا اعمال مجازات برای افراد نقش بازی می‌کنند.

این شرایط سبب شده است که آگاهی عمومی مردم از اهمیت قانون و لزوم اجرای دقیق آن کم باشد. پایین بودن سطح آگاهی‌های عمومی سبب بی‌اعتنایی آنها به قانون است. از این رو، در بیشتر کشورهای جهان سوم، مشکلات مربوط به قانون‌پذیری ریشه در ساختارهای جامعه دارد و در رابطه با فرهنگ عمومی جامعه درخور بررسی است. در کشور ما نیز به نظر می‌رسد که اقبال عمومی در مورد قانون و مقررات، کاستی‌هایی وجود دارد. مشخص شدن میزان گرایش افراد به قانون و شناسایی علل ضعف آن به مطالعات علمی نیاز دارد. از طریق پژوهش‌های علمی می‌توان درجهٔ قانون‌پذیری افراد را مشخص کرد، نکات ضعف و علل آن را تشریح و راه را برای برنامه‌ریزی‌های بهتر و جامع‌تر و اتخاذ تدابیر مناسب هموار کرد.

انسان موجودی اجتماعی، سیاسی و مخلوقی مدنی‌الطبع است و خدا او را برای زندگی اجتماعی خلق کرده است. یکی از احتیاجات و لازمه‌های زندگی اجتماعی، نظم و امنیت جامعه است که

افراد در جریان اجتماعی شدن، هنجارها، ارزش‌ها، آداب و قوانین جامعه خود را به تدریج فرا می‌گیرند و آن را جزئی از شخصیت خود قلمداد می‌کنند (قانون‌پذیری). واضح است که زندگی بدون مقررات و قوانین، نظم و امنیت هر جامعه‌ای تهدید تلقی می‌شود و باعث سلب آرامش و آسایش افراد جامعه می‌شود. زندگی در جوامع امروزی بدون قوانین که روابط افراد و نهادها و موسسات را تنظیم می‌کند تقریباً غیرممکن به نظر می‌رسد.

به سخن دیگر، قانون حیثیت و شرف و ناموس اجتماعی جامعه است؛ قانون به زندگی اجتماعی انسان معنا می‌دهد و زندگی را با آسایش امنیت و عدالت توأم می‌کند و نظم و ثبات اجتماعی را در جامعه تحقق می‌بخشد. تداوم زندگی اجتماعی انسان بدون قانون و مقررات امکان ندارد. پیدایش قانون، همزاد با پیدایش جوامع بشری است. در جوامع ابتدایی هم بیشتر به صورت ضمنی افراد مابین خود به قراردادهایی برای امرار معاش تن می‌دادند. بنابراین، قانون لازمه اجتماعی انسانی است و به عنوان اصل، در ذات جوامع مختلف نهفته شده است، طوری که هیچ اجتماعی بدون تکیه به قانون، امیدی به تداوم زندگی خود نخواهد داشت. قانون باید به صورتی وضع و اجرا شود که ضمن تأمین امنیت و نظم و مصالح مادی افراد جامعه، از ارزش‌های معنوی انسان‌ها نیز حمایت کند. زیرا حیات شایسته انسانی بدون تحقق این ارزش‌ها امکان‌پذیر نخواهد بود. قانون در پی عوامل و ارزش‌های اجتماعی است و نفس انسان را به دلیل همین هدف، مورد بازرسی قرار می‌دهد. وجود فرد و اجتماع هر دو حقیقت دارد و هدف قانون باید حفظ شخصیت انسان و تأمین منافع عمومی باشد. قانون‌پذیری اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است. به‌طور کلی، قانون‌پذیری جامعه نیاز به توسعه فرهنگی دارد و آن از طریق چهار فرایند زیر قابل دستیابی است:

- ۱- نگرش علمی بر فرهنگ جامعه حاکم شود: منظور این است که الگوهای جدید علمی و منطقی در طول چنین جریاناتی در جامعه جایگاه خود را پیدا می‌کنند و عمدتاً بدان وسیله است که قانون‌پذیری در جامعه قابل دستیابی است. برای رشد نگرش علمی کشورها و جوامع مختلف در حد امکانات خود، سرمایه‌گذاری‌های فراوانی در

زمینه‌های آموزش و پرورش، آموزش عالی، تأسیس موسسات تحقیقاتی و نظیر آن اعمال کرده‌اند.

۲- فرهنگ مناسب توسعه اقتصادی در جامعه باید جایگاه خود را پیدا کند: از این طریق و به دنبال دستیابی به عناصر مناسب فرهنگی، جامعه مورد نظر قادر می‌شود زمینه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی خود را فراهم کند و بدین وسیله نظم اجتماعی در جامعه حکم‌فرما شود.

۳- اعتقاد به لزوم رعایت حقوق دیگران توسعه یابد: این خود جریانی است که از آن طریق توسعه اجتماعی و اقتصادی تا حد زیادی تضمین می‌شود. یعنی از طریق توسعه انضباط عمومی، انضباط اجتماعی و حفظ حقوق دیگران در جامعه که خود حرکتی فرهنگی است، جامعه می‌تواند به توسعه اجتماعی دسترسی پیدا کند.

۴- نظم‌پذیری جمعی به صورت یک باور فرهنگی پذیرفته شود: یعنی اعتقاد و ایمان پیدا کردن به قوانین و هنجارهای اجتماعی، پایبندی به قوانین و زمینه‌های مختلف انضباط اجتماعی، مجموعه چنین عناصری خود پیش‌نیاز هرگونه تحول اجتماعی و اقتصادی در جوامع است. به طور کلی، جوامع به طور عام و جوامع جهان سوم به طور خاص، در صورتی می‌توانند به توسعه فرهنگی به عنوان اهرمی تکیه کنند که در نهایت قانون‌پذیری و سلامت اجتماعی را به دنبال آورد.

مفهوم قانون‌پذیری

قانون‌پذیری، به معنای پذیرش آگاهانه، داوطلبانه و ارادی قانون از طرف اکثریت نزدیک به اتفاق مردم و عمل به آنها است. اگر توده مردم با بینش و آگاهی خود به این نتیجه رسیده باشند که رعایت قوانین و مقررات هم به نفع خود آنها و هم به نفع جامعه است، می‌توان گفت که قانون‌پذیری در جامعه فراگیر شده است. آنچه که به خصوص به لحاظ روانشناسی اجتماعی اهمیت دارد، پذیرش ارادی و داوطلبانه قوانین از سوی افراد جامعه است. در این جا می‌توان

گفت که قانون‌پذیری به عنوان جزئی از فرایند اجتماعی شدن افراد جامعه است. اجتماعی شدن، فرایندی است که از زمان تولد تا زمان مرگ با افراد همراه است. افراد جامعه در جریان اجتماعی شدن، هنجارها، ارزش‌ها و آداب و قوانین جامعه را به تدریج فرا می‌گیرند و آن را جزئی از شخصیت خود تصور می‌کنند. اگر اجتماعی شدن افراد درست انجام گرفته باشد، افراد جامعه دلبستگی و علاقه فراوانی به رعایت قوانین دارند و سعی می‌کنند از آن تخلفی نکنند.

اهمیت و ضرورت

یکی از احتیاجات و لوازم زندگی اجتماعی، نظم و امنیت جامعه است که افراد جامعه در جریان اجتماعی شدن هنجارها، ارزش‌ها، آداب و قوانین جامعه خود را به تدریج فرا می‌گیرند و آن را جزئی از شخصیت خود قلمداد می‌کنند. پرواضح است که زندگی بدون مقررات و قوانین، نظم و امنیت هر جامعه‌ای را تهدید و باعث سلب آرامش و آسایش افراد جامعه می‌شود. زندگی در جوامع امروز بدون وجود قوانینی که روابط افراد و نهادها و موسسات را تنظیم می‌کند، تقریباً غیرممکن به نظر می‌آید.

یکی از مشکلات عمده اکثر کشورهای امروزی به لحاظ حقوقی، میزان و درجه پذیرش واقعی قوانین از سوی افراد جامعه است. هر اندازه میزان پذیرش قانون از سوی اکثریت افراد جامعه کمتر باشد، امکان اجرای درست آنها فراهم نخواهد شد؛ اجرا نشدن قوانین در سطوح خرد و کلان جامعه در بلندمدت، مشروعیت قوانین موجود را زیر سؤال می‌برد. این مسئله می‌تواند در ابعاد گوناگون سیاسی، فرهنگی و اخلاقی جامعه اثر بگذارد و احیاناً گسیختگی و بی‌سازمانی اجتماعی را به دنبال داشته باشد. هرچند که مفاد قانونی در کتب و جزوات، بسیار زیبا و با صلابت و آرمانی‌اند، اما اکثر کشورها در مرحله عمل و اجرا مشکل دارند. بدیهی است که اجرا نشدن قانون با عدم وجود آن تفاوت چندانی ندارد. بنابراین، برای بیشتر جوامع، عدم اجرای قوانین و عوارض و تبعات بی‌قانونی، مشکلی جدی و قابل توجه است.

معرفی‌های قانون‌پذیری در جامعه

برای پی بردن به میزان قانون‌پذیری افراد جامعه و درجهٔ سازگاری آنها با قوانین و مقررات موجود، معرف‌ها در ابعاد گوناگون فرهنگی، شخصیتی و روانی، اجتماعی و حقوقی قابل مطالعه‌اند. در اینجا، با توجه به اهداف تحقیق و متغیرهای مورد مطالعه، به چند مورد از مهمترین آنها اشاره می‌شود:

۱- **نگرش مثبت به قانون:** یکی از اهداف اجتماعی شدن، ایجاد آرزو و امید یا به

عبارت دیگر، ایجاد نگرش در فرد است. از آنجا که ابتدای هر عمل و رفتاری، از ذهن شروع می‌شود، برای اجرای قانون و پایبندی عملی به آن، افراد جامعه باید نگرش مثبتی به آن داشته باشند. نگرش مثبت به قانون، افکار و شخصیت افراد را متأثر می‌کند و نمود عینی خود را در رفتارهای آنها پیدا می‌کند.

۲- **کاهش ارتکاب جرائم:** یکی از شاخص‌های مهم قانون‌پذیری در هر جامعه،

میزان ارتکاب جرائم است. قانون‌پذیری، دفاع اجتماعی را در مقابل جرائم و بزهکاری به وجود می‌آورد.

۳- **افزایش مشارکت اجتماعی:** می‌توان گفت که بین قانون‌پذیری و میزان

مشارکت اجتماعی رابطه مستقیمی وجود دارد. افرادی که درجهٔ قانون‌پذیری آنها بیشتر است، معمولاً در بسیاری از امور اجتماعی عام‌المنفعه مشارکت می‌کنند.

۴- **بالا بودن انسجام اجتماعی:** در جامعه‌ای که افراد آن، احترام به قانون و رعایت

آن را برای خود یک فریضه به شمار می‌آورند، می‌توان درجهٔ بالایی از انسجام را در آن جامعه مشاهده کرد. روح همکاری، با ساخت نیرومند جامعه و رقابت و فردگرایی، با ساخت ضعیف جامعه همراه است.

۵- **تثبیت نظام حقوقی:** نظم حقوقی، عبارت از مجموعه مقررات، آیین‌نامه‌ها، قواعد

و ضوابطی است که اجرای آنها موجب بقا و استمرار نظم اجتماعی می‌شود. اهداف نظام حقوقی در همه جوامع عبارت از برقراری ثبات، تأمین امنیت و استقرار عدالت

است. به نظر می‌رسد که بین نظام حقوقی و میزان قانون‌پذیری در هر جامعه ارتباط متقابل وجود دارد.

کارکردهای قانون‌پذیری در جامعه

پذیرش قانون و مقررات از سوی مردم، سبب ایجاد نظم در عناصر مختلف اجتماع می‌شود. جوامعی که مراحل توسعه و تکامل را پیموده‌اند، معمولاً افرادی منضبط و مقید به قانون داشته‌اند. با توجه به اینکه قانون‌پذیری در هر جامعه، در رابطه با نظام‌های شخصیتی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی است، در هر کدام از این سیستم‌ها، کارکردهای مختلفی را می‌تواند ایفا نماید که به اختصار، به هر کدام از آن‌ها اشاره می‌شود:

الف) کارکرد سیاسی: قوانین موجود در هر جامعه، در رابطه نزدیک با نظام سیاسی آن جامعه‌اند. از آنجا که حکومت و دولت، عهده‌دار اجرای صحیح قوانین در جامعه هستند، درجه قانون‌پذیری افراد، نقش و وظایف دولت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نظر دورکیم، در یک جامعه مدرن، قانون خصلت سرکوبگری ندارد. به همان نسبت که فرد بیشتر از قید جامعه آزاد می‌شود، بهتر می‌تواند رابطه جامعه را با خود تشخیص دهد و تعهدات خویش را نسبت به جامعه آگاهانه بپذیرد (سی، اچ، داد، ۱۳۶۹: ۶۷).

ب) کارکرد شخصیتی و روانی: قانون‌پذیری افراد جامعه در یکپارچگی شخصیت آنان و رسیدن به تعادل روانی نقش مهمی ایفا می‌کند. رفتار غیرنرمال، شاخصی از عدم انسجام شخصیتی است. امروزه، روانشناسان یکپارچه بودن افراد را ناشی از ایجاد توازن میان عناصر سازمان افکار و شخصیت افراد می‌دانند. یکپارچگی و انسجام شخصیت، اساس و بنیان شخصیت سالم است.

ج) کارکرد اجتماعی: جوهر وجودی جامعه و بقا و استمرار نهادهای اجتماعی در درجه اول، به جایگاه قوانین وابسته است. عمل به قانون از سوی افراد، گروه‌ها و نهادهای جامعه، نظم اجتماعی را مستقر می‌کند و در رسیدن به تعادل اجتماعی و ایجاد هماهنگی میان عناصر

مختلف جامعه، نقش موثری ایفا می‌کند. به همین سبب، هیچ جامعه‌ای را نمی‌توان پیدا کرد (حتی جوامع ابتدایی و قبیله‌ای) که در آن قانون وجود نداشته باشد.

(د) کارکرد جمعیتی: بسیاری از کشورهای جهان سوم از رشد زیاد جمعیت و عدم تناسب آن با امکانات موجود جامعه رنج می‌برند. بالا بودن میزان قانون‌پذیری افراد جامعه می‌تواند آنها را در راه رسیدن به جمع متعادل کمک کند. در بسیاری از این کشورها برخی سیاست‌های جمعیتی، برنامه تنظیم خانواده و کاهش باروری اتخاذ شده است که رعایت مقررات آنها از سوی عموم مردم می‌تواند مفید و موثر باشد.

به این ترتیب، ملاحظه می‌شود که اهمیت و نقش قانون‌پذیری از بعد فردی فراتر می‌رود و ابعاد گوناگون زندگی اجتماعی انسان‌ها را در بر می‌گیرد. در نتیجه، این پدیده نه تنها در تکوین و پرورش شخصیت افراد جامعه نقش دارد، بلکه در تعامل زندگی اجتماعی و رسیدن به توسعه اقتصادی-اجتماعی عامل مهمی به شمار می‌رود.

دیدگاه‌های نظری

مفهوم قانون‌پذیری و میزان رعایت قانون در جامعه و عوامل مهم آن از دیدگاه‌های مختلفی قابل بررسی است.

به هر کدام از آنها، به اختصار اشاره می‌شود:

۱- رهیافت تربیتی: در این دیدگاه، بر تربیت به عنوان ابزار مهمی که در قانون‌پذیر کردن افراد جامعه نقش دارد، تأکید می‌شود. دورکیم تربیت را علمی می‌داند که نسل‌های قدیمی برای آماده‌سازی نسل جدید اعمال می‌کنند، و هدف از آن پیدا کردن و پرورش آن دسته از حالات جسمی، فکری و اخلاقی در کودک است که هم جامعه و هم محیط خاصی که وی در آن زندگی می‌کند، از او توقع دارند. دورکیم این عمل را جامعه‌پذیر کردن نسل‌های جدید توصیف می‌کند. اگر تربیت افراد جامعه از همان دوران کودکی و نوجوانی به شیوه‌ای صحیح و هماهنگ با هنجارهای جامعه صورت گیرد، میزان پذیرش قانون در مراحل بعدی زندگی افراد بیشتر

خواهد بود. تربیت قادر است انسان‌هایی هنجارمند و قانون‌پذیر به جامعه تحویل دهد. هرگونه دوگانگی و تضاد بین نظام تربیتی و اخلاقی خانه و مدرسه و سایر نهادهای اجتماعی موجب تعارضات شخصیتی می‌شود. وجود تعارضات شخصیتی در افراد جامعه، یکی از عوامل قانون‌گریزی محسوب می‌شود.

(۲) رهیافت اجتماعی: این نگرش، درجهٔ قانون‌پذیری افراد و میزان رعایت قانون در جامعه را در ارتباط با ساخت اجتماعی، نهادهای اجتماعی و هنجارهای موجود در جامعه بررسی می‌کند. ساخت اجتماعی، شبکه‌ای از موقعیت‌ها یا منزلت‌هایی است که مردم را در ارتباط با یکدیگر قرار می‌دهد. فرهنگ، زبان و ارتباط، به عنوان عناصر اساسی ساخت اجتماعی هستند که برای فهم کنش‌های اجتماعی، شناخت آنها و روابط میانشان ضروری است. رابرت مرتن قانون‌شکنی را مسئله‌ای اجتماعی و برخاسته از ساخت اجتماعی می‌داند. از نظر او، رفتارهای نابهنجار و ضد ارزش، محصول ناهماهنگی بین اهداف و روش‌هایی است که جامعه برای رسیدن به آنها در نظر می‌گیرد. از نظر مرتن، زمانی که هم‌نواپی و سازگاری مطلوب بین اهداف فرهنگی و وسایل نهادی شده برای رسیدن بدان اهداف وجود داشته باشد، جامعه از شرایط آنومیک مبرا است و رفتارهای افراد صورت طبیعی و نرمال خواهد داشت.

(۳) رهیافت فرهنگی: فرهنگ، مجموعهٔ پیچیده‌ای از آداب، رسوم، ارزش‌ها، فنون و کلیهٔ دستاوردهای مادی و غیرمادی افراد جامعه است.

در این دیدگاه فرهنگ به معنای عام نگرسته می‌شود و بر اولویت آن در فرایند قانون‌پذیری افراد جامعه تأکید شده است. اگر جریان فرهنگی شدن افراد جامعه درست سازماندهی شده باشد، به گونه‌ای که احساس تعهد در مقابل جامعه و ارزش‌های آن داشته باشند، اجازهٔ تخطی و عدول از قوانین جامعه را به خود نمی‌دهند. صاحب‌نظران این رهیافت معتقدند که علل ضعف رعایت قانون در جامعه و سایر ناهنجاری‌ها را باید در گسیختگی فرهنگ جامعه جستجو نمود. اگر میان اجزا و عناصر فرهنگی، چه مادی و غیرمادی، انسجام مطلوبی وجود داشته باشد و فرایند فرهنگی شدن افراد به گونه‌ای باشد که تعهد لازم را در مورد ارزش‌های اجتماعی و

هنجارهای فرهنگی در آنها به وجود آورده باشد و به اصطلاح، این ارزش‌ها و هنجارها در وجود افراد درونی شده باشد، میزان گرایش به قانون بیشتر می‌شود؛ زیرا قانون نیز بخشی از هنجارهای جامعه است که مدون شده است.

۴) رهیافت شخصیتی و روانی: بسیاری از روانشناسان، درجهٔ قانون‌پذیری افراد جامعه را در ارتباط با ویژگی‌های شخصیتی آنان مطالعه می‌کنند. هر چقدر میزان آگاهی و شعور افراد جامعه بیشتر باشد، به همان اندازه در قانون‌پذیری و رفتارهای هنجارمند آنان تأثیر خواهد داشت. صاحب‌نظران این دیدگاه معتقدند که برای افزایش رعایت قانون در جامعه و بروز رفتارهای عادی باید در سازمان افکار و نگرش افراد جامعه تغییرات مثبتی به وجود آورد. افرادی که از نظر نوع شخصیتی، حد بالایی از صفت با وجدان بودن دارند، افراد هدفمند، با اراده و مصمم، دقیق و خوش‌خلق هستند. بدیهی است که چنین شخصیت‌هایی گرایش بیشتری به رعایت قانون خواهند داشت.

۵) رهیافت حقوقی و اداری: برخی متفکران معتقدند که علل ضعف رعایت قانون در جامعه را باید در نظام حقوقی و اداری جامعه جستجو کرد. اگر سیستم قضائی و حقوقی جامعه نتواند عدالت اجتماعی را در جامعه به وجود آورد یا سبب تبعیض میان افراد جامعه شود، خود عامل اساسی قانون‌شکنی خواهد بود. ملوین سیمون در تبیین زمینه‌های قانون‌شکنی می‌نویسد که ساختار بروکراسی جامعهٔ مدرن، شرایطی را ایجاد کرده است که انسان‌ها قادر به فراگیری نحوهٔ کنترل عواقب و نتایج اعمال و روش‌های خود نیستند. نحوهٔ کنترل و مدیریت جامعه بر سیستم پاداش اجتماعی، به گونه‌ای است که فرد نمی‌تواند ارتباطی بین رفتار خود و پاداش دریافتی از جامعه ایجاد کند. در چنین وضعیتی است که احساس بیگانگی از جامعه، بر فرد مستولی می‌شود و او را به کنش منفعلانه و ناسازگارانه در قبال جامعه و ارزش‌های آن سوق می‌دهد.

۹

اخلاق حرفه‌ای

اهداف یادگیری

- آیین رفتار حرفه‌ای و اصول بنیادین آن در صنعت بیمه را شرح دهید.
- احکام رایج در صنعت بیمه را تشریح نمایید.
- احکام ویژه بازیگران صنعت بیمه را توضیح دهید.

آیین رفتار حرفه‌ای

در هر جامعه، گروه‌های مختلف حرفه‌ای، علاوه بر اصول و ضوابط اخلاق عمومی، از نظام ارزشی خاصی پیروی می‌کنند که مورد پذیرش جمعی آن حرفه است و "اخلاق حرفه‌ای" نامیده می‌شود. به مجموعه مدونی از احکام اخلاقی که چگونگی رفتار، مسئولیت اعضای حرفه در مقابل جامعه، در مقابل یکدیگر و در مقابل اشخاص ثالث را تبیین می‌کنند "آیین رفتار حرفه‌ای" گفته می‌شود و معمولاً تخطی از این احکام می‌تواند موجب تنبیه‌های انضباطی و گاه مسئولیت مدنی و در مواردی، تعقیب کیفری شود.

آیین رفتار حرفه‌های تخصصی، معمولاً به وسیله شکل حرفه‌ای مربوطه، بر مبنای اخلاق پذیرفته شده آن حرفه، تدوین می‌شود. اما، در برخی موارد، به تصویب مرجعی دولتی یا عمومی می‌رسد که مسئولیت صدور پروانه اشتغال به آن حرفه را دارد و اعضای شکل حرفه‌ای مکلف به رعایت آن در انجام خدمات حرفه‌ای خود هستند.

بیمه‌گران، مانند سایر گروه‌های حرفه‌ای، از یک سو، ملزم به رعایت اخلاق عمومی و قوانین موضوعه کشور هستند و از سوی دیگر، مکلف به رعایت آیین رفتار حرفه‌ای مصوب شکل حرفه‌ای مربوط به خود هستند. آیین رفتار حرفه‌ای که در شکل حرفه‌ای تدوین می‌شود، قاعداً نمی‌تواند و نباید حاوی احکامی خلاف قوانین و مقررات موضوعه کشور مربوط باشد و چنانچه بین قوانین موضوعه کشور و آیین و رفتار حرفه‌ای یک شکل حرفه‌ای، مورد یا مواردی تعارضی وجود داشته باشد، حکم قانونی، حاکمیت دارد.

آیین رفتار حرفه‌ای که درون یک حرفه زاده می‌شود، هر از چند گاه باید متناسب با تغییر اوضاع و احوال اقتصادی و اجتماعی، بازنگری شود. تقویت همکاری اعضا در اداره‌ی امور تشکلهای حرفه‌ای، مناسب‌ترین راه برای اصلاح آیین رفتار حرفه‌ای است. هر قدر مشارکت و روابط اعضای یک حرفه گسترده‌تر و فراگیرتر باشد، از یک سو، اخلاق اجتماعی و اعتماد متقابل در آن حرفه بهتر شکل می‌گیرد و میزان تعهد به رعایت اخلاق حرفه‌ای افزایش می‌یابد و از سوی دیگر، با آفرینش اخلاق اجتماعی، میل به سلطه بر جامعه حرفه‌ای مهار می‌شود. در نتیجه، وجه مادی و معنوی حرفه، رشد هماهنگ و متوازی پیدا می‌کند.

نظارت بر اجرای آیین رفتار حرفه‌ای به وسیله اعضای حرفه، از طریق تدوین آیین‌نامه انضباط حرفه‌ای و تشکیل مراجع انتظامی صورت می‌گیرد و اعضا، به تناسب خطاهایی که مرتکب شده‌اند، تنبیه انضباطی می‌شوند.

آیین رفتار حرفه‌ای بیمه‌گران ایران، مهمترین خط مشی‌های آن را تشکیل می‌دهد و ضامن بقای آن است. این خط مشی‌ها، مواردی همچون ویژگی‌های اصلی جامعه، روابط اعضای جامعه با نظام اقتصادی کشور، روابط اعضای جامعه با یکدیگر و بالاخره، روابط هر عضو با جامعه را در بر می‌گیرد.

اصول بنیادین

برای دستیابی به اهداف حرفه بیمه توسط بیمه‌گران، پایبندی به اصول بنیادی زیر است:

۱- **صداقت، درستی و قابل اعتماد بودن.** این صفات همواره در صدر فهرست خصوصیات اخلاقی مورد نظر سازمان‌های مختلف قرار دارند. بدون صداقت و درستی، پایه‌ای برای اعتماد وجود ندارد. خدمات مالی نظیر بیمه، هرگز موفق نخواهند بود، مگر اینکه کارکنان آن اشخاصی با قابلیت اعتماد بالا باشند. در واقع، صداقت و قابلیت اعتماد است که موجب جذب بیمه‌گذاران می‌شود. اعضا حرفه‌ای صنعت بیمه نباید درگیر سوءرفتارهایی شوند که سبب سلب اعتماد بیمه‌گذاران از آن‌ها شود. تقلب و فریب به هیچ وجه قابل تحمل نیستند،

حتی بسیاری اوقات این‌گونه سوءرفتارها منجر به پیگیری‌های قضایی نیز می‌شود.

۲- **انصاف و احترام.** در هر موقعیتی، مردم علاقه‌مند هستند که با آن‌ها با احترام و انصاف رفتار شود. این موضوع در تعاملاتی که در صنعت بیمه صورت می‌گیرد، حتی پررنگ‌تر هم می‌شود. اعضای حرفه‌ای بیمه، از بازاریابی، عملیات اداری و مفاد قانونی به عنوان مبنایی برای تعاملات مربوط به کسب و کارشان بهره می‌گیرند. بنابراین، آن‌ها در موقعیتی بسیار حساس در مواجهه با بیمه‌گذاران هستند. در چنین شرایطی، احتمال وقوع سوءرفتار بسیار زیاد است. به همین ترتیب، زمانی که بدرفتاری اتفاق می‌افتد، بیمه‌گذاران هم باید با احترام و انصاف با مسئله مواجه شوند. مردم هنگام مواجهه با چنین رفتارهایی خودشان را بسیار آسیب‌پذیر به حساب می‌آورند. برای بیمه‌گذاران، مواجهه با بی‌احترامی و بی‌انصافی، بسیار ناخوشایند است.

۳- **دقت، مراقبت، سعی و تلاش.** این صفات حاوی مفاهیم بسیاری هستند. بویژه، در صنعت بیمه باید توجه بسیار زیادی صرف ارائه خدمات به مشتریان شود. اعضای حرفه‌ای این صنعت باید در مورد آنچه می‌گویند و آنچه انجام می‌دهند، توجه و دقت بسیار زیادی داشته باشند. آن‌ها باید بیمه‌گذاران را از اطلاعاتی که نیاز دارند، به نحو مقتضی آگاه کنند. اشتباهات باید به حداقل برسد. آن‌ها باید به شدت در پی شناسایی نیاز مشتری باشند. باید اطلاعات کافی و قابل فهم را در اختیار مشتری قرار دهند تا بتوانند به‌درستی تصمیم‌گیری کنند. همچنین، باید اطلاعات درستی در مورد حقایق و تعهدات هنگام بروز مشکلات، در اختیار مشتری قرار دهند.

۴- **ایمان و عینیت.** مفهوم ایمان در اینجا به این معنا است که تمام کارهایی که در شرکت بیمه‌گر اتفاق می‌افتد و همه اموری که در پی آن می‌آید، باید تمام و کمال در جهت منافع بیمه‌گذار باشد. در واقع، بیمه‌گذار، اعضای حرفه‌ای صنعت بیمه یا سایر ذینفعان نباید هرگز این سوال را مطرح کنند که آیا آنچه که این شرکت بیمه‌گر انجام می‌دهد مناسب است یا خیر. عینیت بدان معناست که اعضای حرفه‌ای صنعت بیمه در انجام کارها و تصمیم‌گیری نباید تحت تاثیر سایر عقاید قرار بگیرند و باید هرآنچه را که در راستای منافع بیمه‌گذار است، انجام دهند. به ویژه، بیمه‌گذار همواره باید احساس کند تصمیماتی که در سازمان اتخاذ شده است،

بیطرفانه و در راستای منافع آن‌ها و در جهت ارائه بهترین و با ارزش‌ترین پوشش بیمه‌ای بوده است. پس، زمینه قومی و فرهنگی فرد، زبان، وابستگی مذهبی، رنگ پوست، سن، وضعیت تاهل و جنسیت، نباید بر تعاملات شرکت بیمه‌گر با بیمه‌گذار تأثیر بگذارد، مگر اینکه به لحاظ آماری ثابت شود که هر کدام از این عوامل، باعث ریسک مشخصی می‌شوند. مثلاً، در بسیاری از کشورها، مردان جوان نسبت به زنان مسن در زمینه تصادفات خودرو، ریسک بیشتری برای شرکت‌های بیمه‌گر ایجاد می‌کند.

۵- احترام به حفظ اسرار و اطلاعات جمع‌آوری شده. شرکت‌های بیمه و کارکنان آن‌ها در ارتباط با بیمه‌گذاران یا سایر ذینفعان، به اطلاعاتی دسترسی پیدا می‌کنند که ممکن است بسیار حساس باشند. این‌گونه اطلاعات باید از جمیع جهات حفاظت شوند. این موارد باید بسیار محرمانه قلمداد شود و نباید بدون دلیل ویژه، در اختیار سایر ذینفعان و گروه‌ها قرار بگیرند.

۶- شفافیت و بازگو کردن مناسب حقایق و جزئیات. بیمه‌گذاران و سایر ذینفعان باید به صورت شفاف و کامل در جریان اطلاعات قرار بگیرند. حقایق کلیدی در ارتباط با سیاست‌های شرکت را باید با آن‌ها در میان گذاشت. مثلاً، از بین بردن (مدفون کردن) اطلاعات مهم در متن قرارداد، در ارتباط با محدودیت‌ها یا کاستی‌هایی که ممکن است در پرداخت‌ها وجود داشته باشد، شایسته نیست.

۷- رفتار منطبق با محتوا و روح قانون بیمه و آیین‌نامه‌های اجرایی و همچنین، استانداردهای حرفه‌ای مربوطه. تمام اعضای حرفه‌ای صنعت بیمه باید به شکل کاملاً روشن، حقوق و تعهدات خود را بر اساس قوانین و مقررات بیمه و سایر قوانین مرتبط، بدانند. آن‌ها باید در انطباق کامل با این الزامات رفتار کنند.

۸- توسعه و کارا تر کردن هرچه بیشتر خدمات در ارتباط با بیمه‌گذاران و سایر ذینفعان. بیمه‌ها، از جمله کسب و کارهای خدماتی هستند. خدمات شایسته همواره برای موفقیت کسب و کار، لازم و ضروری است. بخش‌هایی از صنعت بیمه که در ارتباط

مستقیم با جامعه هستند، در خط مقدم ارائه خدمات مناسب قرار دارند. آن‌ها به‌طور مستقیم توسط بیمه‌گذاران ارزیابی می‌شوند.

۹- **بهبود رسیدگی به اعتراضات مشتریان.** این موضوع کاملاً اجتناب‌ناپذیر است که اعضای حرفه‌ای بیمه نیز در مواردی اشتباه کنند یا بدون مقدمه، تصمیماتی بگیرند که احتمالاً نادرست باشد. چنین موقعیت‌هایی، سبب بروز اعتراض از جانب مشتری می‌شود. نکته‌ای که در مواجهه با اینگونه اعتراضات باید در نظر داشت، این است که باید با سرعت و دقت، به موضوع رسیدگی شود و در عین حال، تمام گزینه‌هایی که می‌تواند در اختیار مشتری قرار بگیرد، باید برای او روشن شود.

۱۰- **از موقعیت تضاد منافع باید پرهیز شود.** اعضای حرفه‌ای بیمه نباید هرگز پول، هدیه، سرگرمی یا هر نوع منفعت دیگری را از کسانی که در کسب و کار با آن‌ها در ارتباط هستند، بپذیرند و همچنین، هرگز نباید چنین مواردی را به طرف مقابل نیز پیشنهاد دهند. البته، ممکن است موارد استثناء هم که جزئی از فعالیت کسب و کار است، وجود داشته باشد که باید به شکلی واضح و شفاف توضیح داده شود و اینگونه موارد نباید منجر به موقعیت‌های پیچیده‌ای شود که بین منافع شخصی و حقوق بیمه‌گذاران و ذینفعان، تقابلی صورت بگیرد.

۱۱- **رفتار حرفه‌ای مناسب در هنگام بروز تضاد منافع.** هنگامی که تضاد منافع بروز می‌کند، بیمه‌گر یا نماینده آن مکلفند طی تشریفات مناسب و گام‌های درست، بیمه‌گذاران را در جریان امور قرار دهند. آن‌ها همچنین، باید بیمه‌گذاران یا سایر ذینفعان را به نحو مقتضی در جریان بگذارند که اگر بیمه‌گر یا نماینده آن، در چارچوب تضاد منافع به رفتار ادامه می‌داد چه اتفاقی می‌افتاد و همچنین، پیشنهادهای مناسبی را به آن‌ها ارائه دهند تا اگر فکر می‌کنند حقوقشان ضایع شده است، از مسیر درست حقشان را استیفاء کنند.

۱۲- **رقابت حرفه‌ای.** این نکته شاید کمی عجیب به نظر برسد، چرا که به شکل مستقیم به رفتار فعلی افراد مربوط نمی‌شود. در واقع، ذکر نکته‌ای ضروری است که این موضوع صرفاً ناشی از عقایدی نمی‌شود که افراد در طول زمان گذشته کسب کرده‌اند، بلکه شاید به زمان

حال و پیش‌بینی آینده مربوط شود. تمام اعضای حرفه‌ای صنعت بیمه باید قادر باشند که با اتخاذ گام‌های آینده‌نگر و تهاجمی، دانش خود را به سطحی ارتقاء دهند که توانایی پیش‌بینی بهترین گام را برای آینده داشته باشند. اینجا نقطه‌ای است که جنبه رفتاری هم بروز می‌کند.

احکام

تمامیت

بیمه‌ها و واسطه‌ها باید همواره، صادقانه و رو به تکامل رفتار کنند. آن‌ها متعهد هستند که از رفتار یا نمایش گمراه‌کننده و فریبنده پرهیز کنند. آن‌ها نباید مشتری را از دریافت خدماتی که براساس قانون، مقررات و عرف، پذیرفته شده و مستحق دریافت است، محروم یا محدود کنند.

بازاریابی و ترویج محصولات

ارائه دهندگان خدمات باید اطمینان حاصل کنند که تمامی تبلیغات آن‌ها کاملاً شفاف، منصفانه و بدون از فریب است. بروشور تبلیغاتی هر محصول باید به روشنی بازگو کننده مزایا و میزان پوشش بیمه‌ای باشد و همچنین، به شکلی ساده و قابل فهم، ضمانت‌ها، استثنائات، محدودیت‌ها و شرایط پوشش بیمه‌ای را بیان کند. در زمینه محصولات مربوط به بیمه زندگی، باید کاملاً روشن شود که آیا این محصول سود دارد یا بدون سود است و همچنین، باید تعداد نفراتی که تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند و از آن منتفع می‌شوند، نیز روشن شود. باید میزان حق بیمه و مزایای آن برای مشتری توضیح داده شود.

چگونگی ارائه اطلاعات

- ۱- اطلاعاتی که ارائه دهنده خدمات به مشتریان ارائه می‌دهند، باید:
- از همه جهات دقیق و قابل فهم باشد و گمراه کننده نباشد.
- کتبی باشد یا از طریق تجهیزات الکترونیکی مناسب، در اختیار مشتری قرار بگیرد.

۲- اگر اطلاعات ابتدا به صورت شفاهی یا از طریق تلفن ارائه می‌شود، بعداً به صورت مکتوب هم در اختیار مشتری قرار بگیرد.

۳- به عنوان استثنا برای بند ۱، گاهی ممکن است اطلاعات به صورت شفاهی و غیر مکتوب هم ارائه شود، البته زمانی که خود مشتری درخواست کند یا ارائه فوری اطلاعات ضرورت داشته باشد.

اطلاعات اولیه مشتری در مورد خدمات

در گام اول عقد قرارداد، ارائه دهنده خدمات بیمه‌ای باید مشتری را در ارتباط با نوع خدمتی که می‌تواند ارائه دهد و ارتباط با نیاز مشتری، آگاه کند. این اطلاعات شامل انواع بیمه‌نامه و انتخاب‌هایی است که مشتری می‌تواند داشته باشد.

اطلاعات در مورد نیازهای مشتری

بیمه‌گرها و واسطه‌ها باید نیاز مشتریان بیمه را از طریق پرسیدن از آن‌ها، شناسایی کنند. این اطلاعات می‌تواند شامل وضعیت و اهداف از انتخاب بیمه‌ها باشد. البته، کسب این اطلاعات تا جایی که در ارتباط با عقد قرارداد بیمه باشد، منطقی و مجاز است. مشتریان باید در مورد اطلاعاتی که موظف به فاش کردن آن هستند و همین‌طور اطلاعاتی که موظف به حفظ آن‌ها به عنوان اسرار هستند، مطلع شوند.

مشاوره و توصیه

مشاوره و توصیه‌هایی که توسط ارائه دهنده خدمات به مشتریان عرضه می‌شود، باید بر مبنای انصاف و ارزیابی درست از موقعیت و نیازهای مشتریان باشد و باید گزینه‌های مناسبی در جهت رفع آن‌ها به مشتریان عرضه شود. همچنین، این مشاوره‌ها باید شامل توضیحاتی باشد که چگونه این گزینه‌ها جوابگوی نیازها خواهد بود.

قبل از آنکه مشتری تصمیم نهایی را برای خرید بیمه‌نامه بگیرد، ارائه دهنده خدمات موظف

است اطلاعات لازم، در مورد نقاط برجسته آن بیمه‌نامه ارائه دهد تا مشتری قادر به تصمیم‌گیری درست در مورد انتخاب آن بیمه‌نامه باشد.

محصولات بیمه عمر

شرکت‌های بیمه‌گر، نمایندگی‌ها و واسطه‌ها باید با اتخاذ سازوکار مناسب، مطمئن شوند که مشتریان در موارد زیر، اطلاعات لازم را کسب کرده‌اند:

- ۱- جزئیات مهم از منافع و انتخاب‌های مشتریان، طوری که اطلاعات کافی در مورد اهداف، مدت، مزایا و کلیت بیمه‌نامه‌های عمر در اختیارشان قرار گیرد و به این ترتیب، مشتری دیدگاه درستی در مورد آن بیمه‌نامه داشته باشد.
- ۲- شرایط قرارداد و آنچه که ممکن است باعث فسخ قرارداد شود.
- ۳- حق بیمه، نحوه پرداخت، مدت پرداخت و میزان پوشش بیمه‌نامه، همچنین هزینه‌های دیگری که ممکن است بر حق بیمه اضافه شود.
- ۴- روش محاسبه و توزیع پاداش که بیمه‌گر بر اساس ارزش سهام برآورد می‌کند.
- ۵- تعیین ارزش بازخریدی یا واگذاری بیمه‌نامه و مشخص کردن محدوده‌ای که این ارزش تضمین شده است.
- ۶- تعیین میزان حق بیمه برای هر منفعت که ممکن است اصلی یا جانبی باشد و در صورت امکان، تعیین میزان و هدف حق بیمه اضافی که برای این مزایا پرداخته می‌شود.
- ۷- هر محدودیت، محرومیت، شرایط و تعهد معنادار و غیر معمولی که برای مشتری ایجاد می‌شود.
- ۸- اطلاعات مربوط به عملکرد گذشته باید به روشنی بازگو کننده مبنایی باشد که این عملکردها، بر اساس آن اندازه‌گیری شده‌اند. همچنین، باید با این تذکر همراه باشند که عملکرد گذشته، لزوماً تضمین کننده و هدایت‌گر عملکرد آینده نیست.
- ۹- بیمه‌گر باید سازوکاری برای رسیدگی به شکایات بیمه‌شدگان به کار بگیرد.

۱۰- بیمه‌نامه‌ها باید شامل توضیحاتی در مورد چگونگی تنظیم شکایات از جانب مشتریان باشند.

۱۱- وظایف مشتری در مورد افشای اطلاعاتی که بیمه‌گر نیاز دارد، باید روشن باشد.

محصولات بیمه‌ای عمومی

۱- همه جزئیات مهم بیمه‌نامه‌ها و مزایای آن‌ها باید شامل موارد زیر باشد:

- جزئیات تعهدات، استثنائات، محدودیت‌ها، محرومیت‌ها، فرانشیز و الزاماتی که برای مشتری با زبانی قابل فهم و ساده تعیین می‌شود.
- طول مدت قرارداد بیمه.
- حق بیمه و سایر هزینه‌های اضافی.
- حق فسخ و شرایط آن.
- وظایف مشتری در مورد اطلاعاتی که بیمه‌گر نیاز دارد.
- واسطه‌ها موظفند هویت شرکت بیمه و تنظیم‌کننده بیمه‌نامه‌ها را برای مشتری افشا سازند.

۲- بیان میزان کارمزد یا هر پاداش دیگری که توسط نمایندگی‌ها برای تنظیم قرارداد بیمه‌نامه دریافت می‌شود (در صورت خواست مشتری).

۳- بیمه‌گران موظفند سازوکار لازم را برای پیگیری شکایات بیمه‌شده‌ها به کار بگیرند.

۴- بیمه‌نامه‌ها باید شامل توضیحات در مورد چگونگی تنظیم شکایت از جانب مشتریان باشند.

۵- وظایف مشتری در مورد افشای اطلاعاتی که بیمه‌گر نیاز دارد، باید روشن باشد.

تاییدیه میزان پوشی و محتویات بیمه‌نامه

ارائه دهندگان خدمات بیمه‌ای موظفند هنگام عقد قرارداد بیمه، تاییدیه‌ای نیز به طور کتبی تحویل مشتری دهند که شامل جزئیاتی به قرار زیر است:

- تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای و طول مدت زمان آن.
- هرگونه اطلاعات و تاییدیه‌ای که مشتری باید طبق قانون داشته باشد.
- رسید دریافت حق بیمه در صورت امکان.
- مستندات کامل بیمه‌نامه.
- دریافت شماره تلفن و آدرس برای تماس در مواقعی که بیمه‌شده احتیاج به کمک دارد.
- تعریف سازوکار برای پیگیری شکایت بیمه‌شدگان.

خدماتی که پس از فروش ارائه می‌شود

ارائه‌دهنده خدمات همواره باید پاسخگوی مشتریان در ارتباط با بهبود و اصلاح بیمه‌نامه‌ها و همچنین، ارائه اطلاعات در زمینه مورد بیمه، در مواقع نیاز باشد. به ویژه، شرکت‌های بیمه‌گر باید:

- ۱- موارد زیر را به‌طور کتبی ثبت و تایید کند:
 - تغییر آدرس؛
 - نام‌نویسی افراد جدید در بیمه‌نامه یا تغییر اسامی قبلی؛
 - توجه به موارد اختصاصی در بیمه‌نامه؛
 - شرایط بیمه‌نامه زندگی از قبیل پاداش اختصاص یافته به مشتری، ارزش بازخریدی، و حق برخورداری از وام؛
- ۲- جزئیات کامل در مورد پرداخت هرگونه هزینه یا حق بیمه اضافی از جانب مشتری را که ممکن است در اثر میزان مالیات و عوارض تعیین شده از جانب دولت افزایش یافته باشد، فراهم کند.
- ۳- حداقل سالی یک بار مشتریان را در ارتباط با بیمه عمر، میزان پاداش یا ارزش نهایی مزایایی که طبق قرارداد به بیمه‌گذار تعلق می‌گیرد و هرگونه سود یا پرداختی مطلع کنند که

طبق بندهای قرارداد موظف به انجام آن هستند.

۴- هرگونه حق بیمه یا هزینه‌ای را که باید به مشتری بازگردانده شود، بدون تاخیر استرداد کنند.

تجدید قرارداد، انقضاء و لغو

- ارائه دهنده خدمات باید تذکرات مرتبط با تجدید قرارداد بیمه را قبل از منقضی شدن قرارداد فعلی، به مشتری ارائه دهد. در ضمن، باید جزئیات و حق بیمه مربوط به قرارداد جدید را نیز به مشتریان اعلام کند. اگر هرگونه تغییری در قرارداد یا خدمات پیشنهاد شود، باید دلایل آن تشریح و موافقت مشتری مبنی بر تجدید قرارداد گرفته شود. در مورد فسخ قرارداد بیمه‌ای، بنابر تقاضای مشتری، بیمه‌گر متعهد است هرگونه مستندات و اطلاعات مورد نیاز مشتری را در زمان مناسب، فراهم کند و در اختیارش قرار دهد.

ادعاها (مطالبات)

شرکت بیمه‌گر باید:

- ۱- خیلی سریع در مقابل ادعایی که توسط مشتری یا از طرف مشتری مطرح می‌شود، پاسخگو باشد. در عین حال، موظف است مستندات را که مورد نیاز مشتری است، در اختیار او قرار دهد.
- ۲- نحوه رسیدگی به مطالبات (ادعا) باید منصفانه باشد و مشتری را هم در جریان پیشرفت کار قرار دهد.
- ۳- ادعا را بدون تاخیر در دریافت اطلاعات و اسناد، حل و فصل کند.
- ۴- در ارتباط با اینکه چگونه مطالبه موردنظر مشتری، مورد موافقت قرار گرفته است، یا اینکه از میزان آن کاسته شده باشد یا اینکه اصولاً با این ادعا از طرف شرکت مخالفت شده است، به‌طور کتبی به مشتری اطلاع دهد.

شکایات مشتریان

ارائه دهندگان خدمات موظف هستند فرایند مناسب و سازوکار موثری برای بررسی و پیگیری شکایات مشتریان، به صورت مناسب و سریع ایجاد کنند و باید مطمئن شوند که موارد زیر به درستی انجام می‌شوند:

۱- تعیین مسئولی مناسب برای دریافت شکایات از مشتریان به صورت شفاهی یا کتبی، گزارش‌دهی به مشتریان، پیگیری در جهت پاسخگویی به شکایات و مطلع کردن مشتریان با سرعت و دقت کافی.

۲- ارائه دهنده خدمات موظف است نام و شماره تلفن مسئول رسیدگی به شکایات را داشته باشد و با طراحی فرایندی مناسب، اعتراضات و شکایات را به سرعت به او انتقال دهد.

۳- مسئول رسیدگی به شکایات موظف است، آن‌ها را به بخش‌های مرتبط هدایت کند و از طریق پیگیری این شکایات، گزارشات مناسب به مشتریان عرضه کند.

۴- شکایات واصله همچنین، باید توسط مقامات بالاتر هم رسیدگی شوند و همین‌طور باید به مقامی که ارتباط مستقیم با این شکایت دارد، اطلاع دهند. حتی در مواردی ممکن است مدیران ارشد اجرایی یا حتی مدیرعامل هم در جریان پرونده قرار بگیرند.

۵- همه شکایات باید به شکلی منصفانه، بدون تبعیض یا تاخیر، رسیدگی شوند. در عین حال، اگر تاخیر موجهی در مورد پیگیری مسئله وجود داشته باشد، دلیل آن باید به اطلاع مشتری برسد.

۶- در پاسخ نهایی که ارائه دهنده خدمات به شکایت مشتری می‌دهد:

- باید تمام یا بخشی از آن شکایت پذیرفته و سعی در جبران آن شود.
- تمام یا بخشی از شکایت با ادله کافی و ارائه این ادله به مشتری، به‌طور کتبی رد شود.

۷- مدیریت ارشد موظف است گزارشات مربوط به شکایات واصله و نحوه پاسخگویی به آن‌ها را ماهانه مطالعه کند.

۸- در هر یک از جلسات هیئت مدیره شرکت بیمه، یکی از مواردی که حتماً باید بحث شود، بررسی گزارشات مربوط به شکایات و نحوه پاسخگویی به آنهاست.

تضاد منافع

شرکت‌های بیمه، نمایندگی‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات باید از تضاد منافع و تعارض بین خود پرهیز کنند. البته، اگر تضاد اجتناب‌ناپذیر بود، باید با تشریح درست موقعیت، در صدد مدیریت آن برآمد. به‌ویژه، ارائه‌دهندگان خدمات که از جانب مشتریان به فعالیت مشغول هستند، نباید علائق شخصی خود را به خواسته‌های مشتریان اولویت دهند.

محرمانه بودن و امنیت دارایی مشتریان

ارائه‌دهندگان خدمات باید مطمئن شوند اطلاعاتی که از مشتریان به دست می‌آید، نباید مورد سوءاستفاده یا افشا قرار گیرد. افشای اطلاعات در موارد خاصی امکان‌پذیر است:

- ۱- شرکت، رضایت مشتری را در این مورد جلب کرده باشد.
 - ۲- افشای اطلاعات برابر تعهدات الزامی باشد.
 - ۳- افشا به عنوان بخشی از روند اجرای قانون، لازم باشد.
- ارائه‌دهندگان خدمات موظفند اقدامات مناسبی را برای اطمینان از امنیت پول، اسناد یا سایر دارایی‌هایی که از طرف مشتریان نزد آنهاست، انجام دهند.

نقض آیین‌نامه اخلاق حرفه‌ای

وجود آیین‌نامه رفتار حرفه‌ای ارزشی ندارد، اگر سازوکاری برای اجرای احکام آن وجود نداشته باشد. به منظور اجرای مفاد این آیین‌نامه باید سیستمی وجود داشته باشد که روند اجرایی آن را رصد کند و انحرافات را گزارش کند. افرادی که مسئول پیگیری اجرای احکام و گزارش تخلفات هستند، باید به‌طور محرمانه باقی بمانند، تا از جانب سایرین مورد تعرض قرار نگیرند. هر یک از گروه‌های حرفه‌ای که در اینجا شناسایی و معرفی شده‌اند، باید سازوکاری را به‌کار

بگیرند که بررسی کند آیا شخصی که مظنون به تخطی از آیین‌نامه است، واقعاً متخلف است یا خیر. در عین حال، فردی هم که متهم به نقض آیین‌نامه است، این حق را دارد که در دادگاه مستقل و بی‌طرف، از خودش دفاع کند.

تعاملاتی که معمولاً اسباب تخطی از آیین‌نامه را فراهم می‌کنند، عبارتند از احساس دین یا تعهد نسبت به مدیران، کارکنان یا خانواده و افراد نزدیک به آن‌ها. احکام مخصوص هر یک از گروه‌های حرفه‌ای شناسایی شده در صنعت بیمه، به قرار زیر است:

احکام ویژه برای اعضاء هیئت مدیره و مدیران ارشد در صنعت بیمه

- ۱- فراهم آوردن خدمات مناسب اجرایی و مدیریتی، به نحوی که مطابق با خط مشی‌ها، استانداردها و اصول وضع شده توسط نهادهای بین‌المللی ناظر بر صنعت بیمه باشد.
- ۲- امضاء توافقنامه با سایر اعضاء حرفه‌ای صنعت بیمه (اکچوئری، کارشناسان مشاور صنعت بیمه و ارزیابان خسارت) در صورت نیاز.
- ۳- احترام به قراردادها و توافقنامه‌هایی که توسط هیئت‌های اجرایی و مدیران، با سایر اعضاء صنعت بیمه تنظیم می‌شود.
- ۴- پیشنهاد محصولات و خدمات بیمه‌ای مناسب که احتیاجات مشتریان را با قیمت‌هایی مناسب و رقابتی برطرف کند.
- ۵- تبلیغ محصولات و خدمات به طریقی ساده و واقعی، به نحوی که باعث فریب و گمراهی افکار عمومی نشود.
- ۶- اطمینان از اینکه تبلیغاتی که در ارتباط با مزایا و منافع حاصل از بیمه صورت می‌گیرد، واقعی، منصفانه و قابل قبول است.
- ۷- ارائه تمام قراردادهای بیمه‌ای عقد شده، به طور کاملاً شفاف، با زبانی شیوا و بدور از محدودیت‌های غیر منطقی.
- ۸- استفاده از فنون پذیرهنویسی بدون عیب.

- ۹- به کارگیری محتاطانه بیمه‌های اتکایی، برای کاهش ریسک از بین رفتن سرمایه بیمه‌گذاران و سهامداران شرکت.
- ۱۰- ارائه خدمات و فروش محصولات، به بیمه‌گذاران با رفتاری مودبانه و شایسته.
- ۱۱- سرمایه‌گذاری منابع حاصل از عملیات، طرف بیمه‌گذاران به شکل مناسب.
- ۱۲- پاسخگویی سریع، دقیق و کامل به همه پرسش‌هایی که از طرف فدراسیون بین‌المللی بیمه یا سایر نهادهای داخلی و خارجی، در جهت اخذ اطلاعات، مطرح می‌شود.
- ۱۳- اطمینان از اینکه کلیه مدیران و مقامات اجرایی، در چارچوب احکام و قوانین حاکم بر صنعت بیمه همسو با قوانین حاکم بر جامعه رفتار می‌کنند.

احکام ویژه برای نمایندگی‌های بیمه و کارگزاران (واسطه‌ها)

- ۱- پاسخگویی به مشتریان با کیفیتی مناسب که شایسته فعالیت نمایندگی و کارگزاری بیمه باشد.
- ۲- فراهم آوردن خدمات مناسب نمایندگی و کارگزاری بیمه، به نحوی که طبق خط مشی‌ها، استاندارد‌ها و اصول وضع شده توسط نهادهای بین‌المللی ناظر بر صنعت بیمه باشد.
- ۳- تبلیغ محصولات و خدمات به طریقی ساده و واقعی، به نحوی که باعث فریب و گمراهی افکار عمومی نشود.
- ۴- امضاء تفاهم‌نامه با شرکت بیمه و مشخص کردن شرایط کارگزاری و نمایندگی بیمه مربوطه و رعایت مفاد قرارداد.
- ۵- احترام به قراردادهای و سایر تفاهم‌نامه‌هایی که از طرف نمایندگی‌ها و کارگزاران با شرکت‌های بیمه‌گر تنظیم شده است.
- ۶- ارائه مشاوره بی‌طرفانه، در مواردی که سیاست‌ها و قوانین بیمه‌ای در ارتباط با بیمه‌گذاران، شرایط مناسبی داشته باشد.
- ۷- شناسایی و تعیین شرکت بیمه‌ای که از طرف آن شرکت، فعالیت نمایندگی و کارگزاری انجام دهد.

۸- توجه داشته باشند که: ۱) بیمه‌گذاران علاقه‌مندند تمام جزئیاتی را که بر شرکت‌های بیمه در ارتباط با پذیرش ریسک تاثیر گذار است، بدانند. ۲) دادن اطلاعات خلاف واقع، ممکن است باعث بروز مشکلاتی شود.

۹- پرهیز از اعمال فشار به مشتری، در جهت تنظیم و عقد قرارداد و ارائه خدمات یا فروش محصولات.

۱۰- فراهم آوردن خدمات با ارزش و قیمت رقابتی برای بیمه‌گذاران.

۱۱- کمک کردن به بیمه‌گذاران به منظور تسریع در روند پیگیری مطالبات قانونی.

۱۲- کمک به بیمه‌گذار در جهت ارائه مناسب اعتراض به شرکت بیمه و همچنین، پیگیری لازم برای حل و فصل آن اعتراض.

۱۳- پرهیز از پذیرش کاهش یا افزایش در میزان پاداش، بدون مشخص شدن موضوع در صنعت بیمه.

۱۴- فراهم آوردن صورت دقیقی از تعاملات مالی که در ارتباط با بیمه‌گذاران، سایر کارگزاران و شرکت‌های بیمه‌گر انجام داده است.

۱۵- اجتناب از وابستگی به یک شرکت بیمه در مورد کارگزاران.

۱۶- پاسخگویی سریع، دقیق و کامل به همه پرسش‌هایی که از طرف فدراسیون بین‌المللی بیمه و یا سایر نهادهای داخلی و خارجی در جهت اخذ اطلاعات مطرح می‌شود.

۱۷- اطمینان از اینکه کلیه نمایندگی‌ها و کارگزاران، در چارچوب احکام و قوانین حاکم بر صنعت بیمه همسو با قوانین حاکم بر جامعه رفتار می‌کنند.

احکام ویژه برای اکچوئری

۱- پاسخگویی به مشتریان با کیفیتی مناسب که شایسته فعالیت اکچوئری باشد.

۲- فراهم آوردن خدمات مناسب اکچوئری بیمه، به نحوی که مطابق با خط مشی‌ها، استانداردها و اصول وضع شده توسط نهادهای بین‌المللی ناظر بر صنعت بیمه باشد.

- ۳- تبلیغ محصولات و خدمات به طریقی ساده و واقعی، به نحوی که باعث فریب و گمراهی افکار عمومی نشود.
- ۴- امضاء تفاهم‌نامه با شرکت بیمه و مشخص کردن شرایط اکچوئری مربوطه و رعایت مفاد قرارداد.
- ۵- احترام به قراردادها و سایر تفاهم‌نامه‌هایی که از طرف اکچوئری با شرکت‌های بیمه‌گر تنظیم شده است.
- ۶- فراهم کردن خدمات شایسته و مودبانه برای مشتریان.
- ۷- نظارت بر خدمات حرفه‌ای انجام شده توسط دستیاران آماری، برای آنکه اطمینان حاصل شود که استانداردهای صنعت به درستی توسط آن‌ها دیده شده است.
- ۸- آمادگی کامل و به موقع، برای افشای میزان غرامت که از طریق اکچوئری و در راستای قرارداد امضا شده با مشتری، حاصل شده است.
- ۹- پاسخگویی سریع، دقیق و کامل به همه پرسش‌هایی که از طرف فدراسیون بین‌المللی بیمه یا سایر نهادهای داخلی و خارجی، در جهت اخذ اطلاعات مطرح می‌شود.
- ۱۰- اطمینان از اینکه کلیه اکچوئری در چارچوب احکام و قوانین حاکم بر صنعت بیمه همسو با قوانین حاکم بر جامعه رفتار می‌کنند.

احکام ویژه برای کارشناسان مشاور در صنعت بیمه

- ۱- پاسخگویی به مشتریان با کیفیتی مناسب که شایسته فعالیت کارشناسان مشاور بیمه باشد.
- ۲- فراهم آوردن خدمات مناسب، برای مشاوره بیمه، به نحوی که مطابق با خط مشی، استاندارد و اصول وضع شده توسط نهادهای بین‌المللی ناظر بر صنعت بیمه باشد.
- ۳- تبلیغ محصولات و خدمات به طریقی ساده و واقعی به نحوی که باعث فریب و گمراهی افکار عمومی نشود.
- ۴- آمادگی کامل و به موقع برای افشای میزان غرامت که از طریق کارشناسان مشاور و در

راستای قرارداد امضا شده با مشتری، حاصل شده است.

- ۵- امضاء تفاهم‌نامه با شرکت بیمه و مشخص کردن شرایط بیمه مربوط و رعایت مفاد قرارداد.
- ۶- احترام به قراردادهای و سایر تفاهم‌نامه‌هایی که از طرف اکچوئری با شرکت‌های بیمه‌گر تنظیم شده است.
- ۷- پیگیری خدمات حرفه‌ای که توسط دستیاران مشاوره به انجام می‌رسد، به منظور آنکه اطمینان حاصل شود که کار کیفیت لازم را داشته است.
- ۸- شناسایی نیاز مشتریان، قبل از ارائه مشاوره برای آمادگی در رفع آن نیازها.
- ۹- فراهم کردن خدمات شایسته و مودبانه برای مشتریان.
- ۱۰- پاسخگویی سریع، دقیق و کامل به همه پرسش‌هایی که از طرف فدراسیون بین‌المللی بیمه و یا سایر نهادهای داخلی و خارجی در جهت اخذ اطلاعات، مطرح می‌شود.
- ۱۱- اطمینان از اینکه کلیه مشاوران در چارچوب احکام و قوانین حاکم بر صنعت بیمه همسو با قوانین حاکم بر جامعه رفتار می‌کنند.

احکام ویژه برای ارزیابان خسارت

- ۱- پاسخگویی به مشتریان با کیفیتی مناسب که شایسته فعالیت ارزیابان خسارت بیمه باشد.
- ۲- فراهم آوردن خدمات مناسب جهت ارزیابی خسارت در صنعت بیمه، به نحوی که مطابق با خط مشی‌ها، استانداردها و اصول وضع شده توسط نهادهای بین‌المللی ناظر بر صنعت بیمه باشد.
- ۳- تبلیغ محصولات و خدمات به طریقی ساده و واقعی به نحوی که باعث فریب و گمراهی افکار عمومی نشود.
- ۴- امضاء تفاهم‌نامه با شرکت بیمه و مشخص کردن شرایط بیمه مربوط و رعایت مفاد قرارداد.
- ۵- احترام به قراردادهای و سایر تفاهم‌نامه‌هایی که از طرف ارزیابان خسارت با شرکت‌های بیمه تنظیم شده است.

- ۶- پیگیری خدمات حرفه‌ای که توسط دستیاران ارزیابان خسارت به انجام می‌رسد، به منظور آنکه اطمینان حاصل شود که کار کیفیت لازم را داشته است.
- ۷- شناسایی نیاز مشتریان، قبل از ارائه مشاوره برای آمادگی در رفع آن نیازها.
- ۸- ارائه پیشنهاد بیطرفانه به مشتریان، بدون توجه به احتمالاتی که در مورد درآمد در آینده می‌تواند وجود داشته باشد.
- ۹- آمادگی کامل و به موقع برای افشای میزان غرامت که از طریق ارزیابان خسارت و در راستای قرارداد امضا شده با مشتری، حاصل شده است.
- ۱۰- پاسخگویی سریع، دقیق و کامل به همه پرسش‌هایی که از طرف فدراسیون بین‌المللی بیمه و یا سایر نهادهای داخلی و خارجی در جهت اخذ اطلاعات مطرح می‌شود.
- ۱۱- اطمینان از اینکه کلیه ارزیابان خسارت در چارچوب احکام و قوانین حاکم بر صنعت بیمه همسو با قوانین حاکم بر جامعه رفتار می‌کنند.

پیوست ۱

متن کامل قانون بیمه، مصوب سال ۱۳۱۶

متن کامل قانون بیمه، مصوب سال ۱۳۱۶

معاملات بیمه

ماده ۱- 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 نموده یا وجه معینی را 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 می‌نامند.

ماده ۲- عقد بیمه و شرایط آن باید به موجب سند کتبی باشد و سند مزبور به بیمه‌نامه موسوم خواهد بود.

ماده ۳- در بیمه‌نامه باید امور ذیل به طور 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 به عمل 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 اینکه بیمه‌گذار نسبت به بقای آنچه بیمه می‌دهد ذی نفع 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 ذی نفع را داشته یا مسئولیت حفظ آن را از طرف صاحب مال داشته باشد.

ماده ۶- هرکس بیمه می‌دهد بیمه متعلق به خود اوست مگر آنکه 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 اینصورت هرگاه حادثه‌ای نسبت به مال مزبور رخ دهد، خساراتی که بیمه‌گر بایدپردازد تا میزان آنچه را که بیمه‌گذار در تاریخ وقوع حادثه طلبکار است به او بدهد، 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 کمال 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، هریک از بیمه‌گران به نسبت مبلغی از مال که بیمه کرده است مسئول خواهد بود.

ماده ۱۰- در صورتی که مال 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 کرده باشد عقد بیمه باطل و حق بیمه دریافتی قابل استرداد نیست.

ماده ۱۲- هرگاه بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات کاذبه بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذبه 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 مطالب اظهار نشده 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 داشته و قرارداد را ابقاء 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، بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار مسترد دارد.

در صورتی که مطالب اظهار نشده 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 هرکس 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 والا بیمه‌گر مسئول نخواهد بود مگر آنکه بیمه‌گذار ثابت کند که بواسطه 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، بعهدہ 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 آن بیمه منعقد شده را تشدید کند و یا یکی از کیفیات یا وضعیت موضوع بیمه را طوری 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 به 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 انحاء به بقاء عقد قرارداد رضایت 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 رضایت بیمه‌گر به بقاء قرارداد می‌باشد.

ماده ۱۷- در صورت فوت بیمه‌گذار یا انتقال موضوع بیمه به دیگری اگر ورثه یا منتقل‌الیه کلیه تعهداتی را که موجب قرارداد به عهده بیمه‌گذار بوده است، در مقابل بیمه‌گر اجرا کند، عقد بیمه به نفع ورثه یا منتقل‌الیه به اعتبار خود باقی می‌ماند مع هذا هر یک از بیمه‌گر یا ورثه یا منتقل‌الیه حق فسخ آن را نیز خواهند داشت.

بیمه‌گر حق دارد 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 عقب افتاده وجه بیمه در مقابل بیمه‌گر خواهد بود لیکن از تاریخی که انتقال را به بیمه‌گر بموجب نامه سفارشی یا اظهار نامه 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 بی اثر خواهد بود. در این صورت، اگر بیمه‌گر وجهی از بیمه‌گذار گرفته باشد، عشر از مبلغ مزبور را به عنوان مخارج کسر و بقیه را باید به بیمه‌گذار مسترد دارد.

مسئولیت بیمه‌گر

ماده ۱۹- مسئولیت بیمه‌گر عبارت است از تفاوت قیمت مال بیمه شده بلافاصله قبل از وقوع حادثه با قیمت باقی مانده آن بلافاصله بعد از حادثه. خسارت حاصله به پول نقد پرداخته خواهد شد مگر اینکه 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 بیمه شده تجاوز نخواهد کرد.

ماده ۲۰- بیمه‌گر مسئول خساراتی که عیب ذاتی مال است، نیست مگر آنکه در بیمه‌نامه شرط خلافی ذکر شده باشد.

ماده ۲۱- خسارات وارده از حریق که بیمه‌گر مسوول 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 بیمه شده 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 که در صورت پیشرفت امر عاید بیمه‌گذار می‌شود.

۳- در بیمه محصول زراعتی قیمت آن در سر خرمن و موقع برداشت محصول. برای تعیین میزان واقعی خسارت، مخارج و حق‌الزحمه‌ای 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 از او 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 امضاء انتقال‌دهنده و بیمه‌گر برسد.

ماده ۲۷- اثرات قانونی انتقال وجه بیمه عمر از تاریخ فوت بیمه شده 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، قائم مقام بیمه‌گذار خواهد بود و اگر بیمه‌گذار اقدامی کند که منافای 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 بیمه شده حق تقدم دارد حتی اگر طلب سایرین به موجب سند رسمی باشد.

ماده ۳۴- اگر در یک قرارداد بیمه موضوعات مختلفه بیمه شده باشد، در صورت اثبات تقلب از طرف بیمه‌گذار نسبت به یکی از آن موضوعات بطلان نسبت به سایر موضوعات نیز سرایت کرده تمام قرارداد باطل خواهد بود.

موضوعات مختلفه که در یک بیمه‌نامه ذکر می‌شود در حکم یک قرارداد محسوب می‌شود.

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 دعوای ناشی از بیمه دو سال است و ابتدای آن از تاریخ وقوع حادثه منشاء دعوی خواهد بود لیکن، دعوای که قبل از اجرای این قانون در محاکم طرح شده باشد، مشمول این ماده نخواهد بود.

پیوست ۲

قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب سال ۱۳۵۰

قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری

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 موسسه‌ای به نام "بیمه مرکزی ایران" طبق مقررات این قانون به صورت شرکت سهامی تاسیس 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 غیر قابل انتقال است و افزایش آن با تصویب مجمع عمومی امکان‌پذیر است.^۱ مبلغ مزبور از محل اندوخته‌های شرکت سهامی بیمه ایران تامین خواهد شد.

ماده ۳- مرکز اصلی بیمه مرکزی ایران تهران است و بیمه مرکزی ایران می‌تواند در هر جا که 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 آن که 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:

- تهیه آیین‌نامه و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه در ایران لازم باشد با توجه به مفاد این قانون
- تهیه اطلاعات لازم از فعالیت‌های کلیه موسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند.

^۱ اکنون، سرمایه بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، هزار و دویست میلیارد ریال است.

- انجام بیمه‌های اتکایی اجباری
- قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از موسسات داخلی یا خارجی
- واگذاری بیمه‌های اتکایی به موسسات داخلی یا خارجی در هر مورد که مقتضی باشد.
- اداره صندوق تامین خسارت‌های بدنی و تنظیم آیین‌نامه آن؛ موضوع ماده ۱۰ قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسائل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب دی ماه ۱۳۴۷

- ارشاد و هدایت و نظارت بر موسسات 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

تبصره: بیمه مرکزی ایران ملزم به حفظ اسرار موسساتی 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- هیات عامل
- ۴- بازرسان

مجمع عمومی

ماده ۷- مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مرکب از وزیر امور اقتصادی و دارایی، وزیر صنعت، معدن و تجارت، وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی، هیات عامل و بازرسان بدون داشتن حق رأی، در جلسه شرکت خواهند کرد.

ماده ۸- مجمع عمومی عادی به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران سالی یک مرتبه حداکثر تا پایان شهریور ماه تشکیل می‌شود.

مجمع عمومی فوق‌العاده به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران و یا به پیشنهاد هر یک از اعضا 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 اعلام کند. در دعوتنامه، دستور جلسه، روز، ساعت و محل انعقاد جلسه ذکر خواهد شد.

هیچ موضوعی را نمی‌توان در مجمع عمومی عادی یا فوق‌العاده مطرح کرد مگر آن که قبلاً جزء دستور قرار داده شده باشد.

ماده ۹- وظایف مجمع عمومی به شرح زیر است:

الف - تعیین خط مشی کلی

ب - رسیدگی و اظهار نظر 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

هـ - تصویب مقررات استخدامی با رعایت بند پ ماده ۲ قانون استخدام کشوری

و - انتخاب بازرسان

ز - تعیین حقوق رئیس کل و اعضای هیات عامل و حق الزحمه بازرسان

ح - تصمیم نسبت به هر موضوعی که از طرف رئیس کل بیمه مرکزی ایران جزء دستور قرار داده شده باشد.

شورای عالی بیمه

ماده ۱۰- شورای عالی بیمه از اشخاص زیر تشکیل می‌شود:

- رئیس کل بیمه مرکزی ایران

- معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی
 - معاون وزارت صنعت، معدن و تجارت
 - معاون وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
 - معاون وزارت جهاد کشاورزی
 - رئیس شرکت سهامی بیمه ایران
 - مدیر عامل یکی از موسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه‌گران ایران
 - یک نفر کارشناس امور حقوقی به انتخاب مجمع عمومی
 - یک نفر کارشناس در امور بیمه به انتخاب مجمع عمومی
 - یک نفر مطلع در امور بیمه به انتخاب رئیس اطلاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران
- تبصره:** اعضا شورای عالی بیمه موضوع بندهای ۷، ۸، 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 رای با رئیس کل بیمه مرکزی ایران و در غیاب او با قائم مقام 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.
- 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 اعضا شورای عالی بیمه کتبا 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 رای نسبت به موسسه بیمه‌ای که یکی از اعضای شورای عالی به نحوی در آن سهم

است، آن عضو در رای 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 نگهداری می‌شود.

ماده ۱۶- شورای عالی بیمه دارای دبیرخانه ای 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:

- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به صدور پروانه تاسیس یا لغو پروانه موسسات بیمه طبق مقررات این قانون و پیشنهاد آن به مجمع عمومی
- تصویب نمونه ترازنامه که باید مورد استفاده موسسات بیمه قرار گیرد.
- تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها 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
- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش بیمه مرکزی ایران در باره عملیات و فعالیت‌های مؤسسات بیمه در ایران که حداقل هر شش ماه یکبار باید تسلیم شود.
- اظهار نظر در باره هرگونه پیشنهاد که از طرف رئیس شورای عالی بیمه به آن ارجاع می‌شود.
- انجام سایر وظایفی که این قانون برای آن تعیین نموده است.

هیات عامل

ماده ۱۸- هیات عامل بیمه مرکزی ایران مرکب از رئیس کل و قائم مقام رئیس کل و معاونان بیمه مرکزی ایران خواهد بود.

ماده ۱۹- رئیس کل بیمه مرکزی ایران و قائم مقام او به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی و تصویب هیات وزیران و معاونان بیمه مرکزی ایران به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی ایران و موافقت وزیر امور اقتصادی و دارایی به موجب تصویب نامه هیات وزیران منصوب می شوند.

ماده ۲۰- رئیس کل و قائم مقام رئیس کل بیمه مرکزی ایران برای مدت چهار سال منصوب می شوند و انتصاب مجدد آنان بلامانع است.

ماده ۲۱- رئیس کل بیمه مرکزی ایران بالاترین مقام اجرایی و اداری بیمه مرکزی ایران می باشد.

ماده ۲۲- وظایف و اختیارات رئیس کل بیمه مرکزی ایران به شرح زیر است:

- الف - نظارت در اجرای این قانون و آیین نامه های مربوط به آن
 - ب - نمایندگی بیمه مرکزی ایران در مقابل اشخاص و موسسات دولتی یا خصوصی و دادگاه ها و سایر مراجع قضایی و غیر قضایی 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 قائم مقام و یا معاونان و یا رؤسا یا کارمندان و تعیین وظایف آنان
 - د - تقدیم گزارش وضع حساب ها و امور بیمه مرکزی ایران به مجمع عمومی
 - ه - تقدیم گزارش عملیات و فعالیت های موسسات بیمه در ایران به شورای عالی بیمه
- ماده ۲۳-** در غیاب رئیس کل بیمه مرکزی ایران، قائم مقام رئیس کل دارای کلیه اختیارات و وظایف قانونی او خواهد بود.

بازرسان

ماده ۲۴- بیمه مرکزی ایران دارای دو نفر بازرس (به موجب اساسنامه سازمان حسابرسی مصوب ۱۳۶۶/۶/۱۷ و وظیفه بازرسان به سازمان حسابرسی محول گردیده است) 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 می باشد. ترازنامه بیمه مرکزی ایران یک ماه قبل از تشکیل مجمع عمومی تسلیم بازرسان خواهد شد تا گزارش در باره آن تهیه و ضمن اظهارنظر به مجمع عمومی تسلیم کنند.

قسمت چهارم - مقررات مختلف

ماده ۲۶- رئیس کل و سایر اعضا هیات عامل در مدت تصدی خود نمی توانند عضویت شرکت ها و موسسات بازرگانی را قبول نمایند و یا در سایر دستگاه های دولتی یا ملی سمتی داشته باشند.

تبصره: تدریس در دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و قبول سمت های غیر موظف در مؤسسات خیریه و اجتماعی و آموزشی بلامانع است.

ماده ۲۷- اسناد مالی و اوراق بهادار و چک های بیمه مرکزی ایران با دو امضا معتبر خواهد بود.

ماده ۲۸- بیمه مرکزی ایران مجاز خواهد بود که موجودی های نقدی خود را به صورتحساب جاری و یا سپرده نزد بانک بیمه ایران (این بانک در بانک ملت ادغام شده است) نگهداری نماید یا براساس بودجه مصوب از محل سرمایه و ذخایر و اندوخته های خود و صندوق تامین خسارت های بدنی تا مبلغ یکصد میلیون ریال در هر سال با تصویب هیات عامل و مازاد بر آن با تصویب مجمع عمومی به هر نوع عملیات دیگر از جمله خرید سهام و مشارکت در بانکها و شرکت های دیگر با حق فروش و انتقال آنها که برای توسعه و پیشرفت وظایف بیمه مرکزی ضروری یا مفید باشد، مبادرت نماید (به موجب قانون اصلاح قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب ۱۳۵۳/۳/۶ به شرح متن اصلاح شده است).

ماده ۲۹- اعضا 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 اعضا هیات عامل و بازرسان و کلیه کارکنان بیمه مرکزی ایران باید از افشای اطلاعات محرمانه‌ای که در اجرای وظایف محوله به‌دست می‌آورند خودداری نمایند والا مشمول مقررات ماده ۱۳۸ قانون مجازات عمومی خواهند شد.

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 جز وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ایران قرار داده شده است بر طبق اساسنامه خود ادامه خواهد داد. وزارتخانه‌ها و موسسات 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 موظفند 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 گسترش و نوسازی صنایع ایران و صندوق توسعه کشاورزی خواهد بود مگر آن که مجمع عمومی هر یک 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 با نام بوده و با رعایت این قانون و طبق قانون تجارت به ثبت رسیده باشند، انجام خواهد 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.

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 هیأت 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.

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 هر یک 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 هر گونه 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 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.
- 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 خواسته شده، 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 اعلام شده اعتراض داشته باشد، می‌تواند ظرف سی روز اعتراض خود را به 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 یک سال 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 ممانعت خواهد شد.
- ماده ۴۲-** در صورتی که پروانه مؤسسه بیمه‌ای طبق ماده ۴۰ باطل گردد، مؤسسه مزبور می‌تواند ظرف سی روز به هیأت وزیران مراجعه و لغو تصمیم متخذه را درخواست کند. نظر هیأت 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 یک ماه 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 Portefeuille) مؤسسه مزبور را به شرکت سهامی بیمه ایران انتقال خواهد داد و یا عمل 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 موکول به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیأت 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 هریک 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 مآخذ ده درصد در سال مذکور در این ماده موکول

به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیأت وزیران خواهد بود.

ماده ۴۸- مؤسسات بیمه خارجی که در ایران کار می‌کنند باید نماینده‌ای معرفی نمایند 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 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 قائم مقام به جای خود به او داده شده باشد.

نماینده مزبور موظف است کلیه بیمه‌های منعقد شده در ایران را شخصاً یا به وسیله قائم مقام یا نماینده مجاز خود، بدون این که تصویب مؤسسه بیمه اصلی لازم باشد، امضا نماید و بتواند در دعاوی خوانده 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 به‌طور موقت یا دائم بشود و یا مؤسسه بیمه اصلی از نماینده خود 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 هر گونه 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 با توجه 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 به‌عمل می‌آید. در نقاطی که اداره تصفیه امور ورشکستگی وجود ندارد، دادگاه، بیمه مرکزی ایران را به‌عنوان قائم مقام اداره تصفیه تعیین می‌نماید و در حوزه دادگاه‌های شهرستانی که اداره تصفیه در آن‌جا تأسیس گردیده‌است، 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 (Portefeuille) 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 (Portefeuille) یک مؤسسه بیمه به مؤسسات دیگر بیمه

دوبار 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 این که 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 ۵۵-۵۶-۵۷ 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 مورد نظر، 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 به کار افتادن آن‌ها را به‌طور مشخص منعکس نمایند. انواع اندوخته‌های فنی و قانونی برای هر یک از رشته‌های بیمه و میزان و طرز محاسبه، همچنین ترتیب به کار 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 به علت ارتکاب جنایت یا دزدی، خیانت در امانت، کلاهبرداری یا صدور چک بی‌محل، اختلاس یا معاونت در یکی از جرایم فوق محکوم شده باشند و ورشکستگان به تقصیر نمی‌توانند جزء 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 دلالی 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 که رأساً و یا به وسیله نمایندگان خود در رشته یا رشته‌های معینی که پروانه بیمه ندارد قبول بیمه نماید، مکلف به جبران خسارت زیان دیده خواهد بود.

تبصره: هر شخص حقیقی یا حقوقی که بدون داشتن پروانه از مؤسسه بیمه تحت عنوان

نماینده‌گی بیمه برای هر یک 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 بر اساس این قانون اجازه فعالیت دارند انجام گیرد:

(الف) بیمه اموال منقول یا غیرمنقول موجود در ایران.

(ب) بیمه حمل و نقل 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 حمل و نقل 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.

(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 هر یک 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.

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 مازاد 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 استتکاف 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 به موجب 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.

پیوست ۳

قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی
دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث
مصوب سال ۱۳۹۵

قانون بیمه اجباری خسارات وارد شده به شخص ثالث در اثر حوادث ناشی از وسایل نقلیه

۳-۱- بخش نخست - کلیات

ماده ۱- اصطلاحات به کار برده شده در این قانون، دارای معانی به شرح زیر است:

الف- خسارت بدنی: هر نوع دیه یا ارش ناشی از هر نوع صدمه به بدن مانند شکستگی، نقص و از کارافتادگی عضو اعم از جزئی یا کلی- موقت یا دائم، دیه فوت و هزینه معالجه با رعایت ماده (۳۵) این قانون به سبب حوادث مشمول بیمه موضوع این قانون
ب- خسارت مالی: زیان‌هایی که به سبب حوادث مشمول بیمه موضوع این قانون به اموال شخص ثالث وارد شود.

پ- حوادث: هرگونه سانحه ناشی از وسایل نقلیه موضوع بند (ث) این ماده و محمولات آنها از قبیل تصادم، تصادف، سقوط، واژگونی، آتش سوزی و یا انفجار یا هر نوع سانحه ناشی از وسایل نقلیه بر اثر حوادث غیرمترقبه

ت- شخص ثالث: هر شخصی است که به سبب حوادث موضوع این قانون دچار خسارت بدنی و یا مالی شود به استثنای راننده مسبب حادثه

ث- وسیله نقلیه: وسایل نقلیه موتوری زمینی و ریلی شهری و بین شهری و واگن متصل یا غیرمتصل به آن و یدک و کفی (تریلر) متصل به آنها

ج- صندوق: صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

چ- بیمه مرکزی: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

ح- راهنمایی و رانندگی: پلیس راهنمایی و رانندگی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

ماده ۲- کلیه دارندگان وسایل نقلیه موضوع این قانون اعم از اینکه اشخاص حقیقی یا حقوقی باشند مکلفند وسایل نقلیه خود را در قبال خسارت بدنی و مالی که در اثر حوادث وسایل نقلیه

مذکور به اشخاص ثالث وارد می‌شود حداقل به مقدار مندرج در ماده (۸) این قانون نزد شرکت بیمه‌ای که مجوز فعالیت در این رشته را از بیمه مرکزی داشته باشد، بیمه کنند.

تبصره ۱- دارنده از نظر این قانون اعم از مالک و یا متصرف وسیله نقلیه است و هر کدام

که بیمه نامه موضوع این ماده را تحصیل کند تکلیف از دیگری ساقط می‌شود.

تبصره ۲- مسئولیت دارنده وسیله نقلیه در تحصیل بیمه‌نامه موضوع این قانون مانع از

مسئولیت شخصی که حادثه منسوب به فعل یا ترک فعل او است نمی‌باشد. در هر حال

خسارت وارده از محل بیمه نامه وسیله نقلیه مسبب حادثه پرداخت می‌گردد.

ماده ۳- دارنده وسیله نقلیه مکلف است برای پوشش خسارت‌های بدنی وارده به راننده مسبب

حادثه، حداقل به میزان دیه مرد مسلمان در ماه غیرحرام، بیمه حوادث اخذ کند؛ مبنای محاسبه

میزان خسارت قابل پرداخت به راننده مسبب حادثه، معادل دیه فوت یا دیه و یا ارش جرح در

فرض ورود خسارت بدنی به مرد مسلمان در ماه غیرحرام و هزینه معالجه آن می‌باشد. سازمان

پزشکی قانونی مکلف است با درخواست راننده مسبب حادثه یا شرکت بیمه مربوط، نوع و درصد

صدمه بدنی وارده را تعیین و اعلام کند. آیین‌نامه اجرایی و حق بیمه مربوط به این بیمه‌نامه به

پیشنهاد بیمه مرکزی پس از تصویب شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ماده ۴- در صورت وقوع حادثه و ایجاد خسارت بدنی یا مالی برای شخص ثالث:

الف- در صورتی که وسیله نقلیه مسبب حادثه، دارای بیمه‌نامه موضوع این قانون باشد،

جبران خسارت‌های وارده در حدود مقررات این قانون بر عهده بیمه‌گر است. در صورت

نیاز به طرح دعوی در خصوص مطالبه خسارت، زیان دیده یا قائم مقام وی دعوی را علیه

بیمه‌گر و مسبب حادثه طرح می‌کند. این حکم، نافی مسئولیت‌های کیفری راننده مسبب

حادثه نیست.

ب- در صورتی که وسیله نقلیه، فاقد بیمه‌نامه موضوع این قانون یا مشمول یکی از موارد

مندرج در ماده (۲۱) این قانون باشد، خسارت‌های بدنی وارده توسط صندوق با رعایت ماده

(۲۵) این قانون جبران می‌شود. در صورت نیاز به طرح دعوی در این خصوص، زیان دیده یا

قائم مقام وی دعوی را علیه راننده مسبب حادثه و صندوق طرح می‌کند.

پ- در صورتی که خودرو، فاقد بیمه‌نامه موضوع این قانون بوده و وسیله نقلیه با اذن مالک در اختیار راننده مسبب حادثه قرار گرفته باشد، در صورتی که مالک، شخص حقوقی باشد، به جزای نقدی معادل بیست درصد (۲۰٪) و در صورتی که مالک شخص حقیقی باشد به جزای نقدی معادل ده درصد (۱۰٪) مجموع خسارات بدنی وارد شده محکوم می‌شود. مبلغ مذکور به حساب درآمدهای اختصاصی صندوق نزد خزانه‌داری کل کشور واریز می‌شود و با پیش‌بینی در بودجه‌های سالانه، صددرصد (۱۰۰٪) آن به صندوق اختصاص می‌یابد.

ماده ۵- شرکت سهامی بیمه ایران مکلف است طبق مقررات این قانون و آیین‌نامه‌های مربوط به آن، با دارندگان وسایل نقلیه موضوع این قانون قرارداد بیمه منعقد کند. سایر شرکت‌های بیمه متقاضی فعالیت در رشته بیمه شخص ثالث می‌توانند پس از اخذ مجوز از بیمه مرکزی اقدام به فروش بیمه‌نامه شخص ثالث کنند. بیمه مرکزی موظف است براساس آیین‌نامه اجرایی که به پیشنهاد بیمه مرکزی و تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، برای شرکت‌های متقاضی، مجوز فعالیت در رشته شخص ثالث صادر کند. در آیین‌نامه اجرایی موضوع این ماده مواردی از قبیل حداقل توانگری مالی شرکت بیمه، سابقه مناسب پرداخت خسارت، داشتن نیروی انسانی و ظرفیت‌های لازم برای صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت باید مد نظر قرار گیرد. شرکت‌هایی که مجوز فعالیت در این رشته بیمه‌ای را از بیمه مرکزی دریافت می‌کنند، موظفند طبق مقررات این قانون و آیین‌نامه‌های مربوط به آن، با کلیه دارندگان وسایل نقلیه موضوع این قانون قرارداد بیمه منعقد کنند. ادامه فعالیت در رشته شخص ثالث برای شرکت‌هایی که در زمان تصویب این قانون در رشته بیمه شخص ثالث فعال هستند، منوط به اخذ مجوز از بیمه مرکزی ظرف مدت دو سال از تاریخ لازم الاجراء شدن این قانون می‌باشد.

ماده ۶- از تاریخ انتقال مالکیت وسیله نقلیه، کلیه حقوق و تعهدات ناشی از قرارداد بیمه موضوع این قانون به انتقال‌گیرنده منتقل می‌شود و انتقال‌گیرنده تا پایان مدت قرارداد بیمه، بیمه‌گذار محسوب می‌شود.

تبصره-۵ - کلیه تخفیفاتی که به واسطه «نداشتن حوادث منجر به خسارت» در قرارداد بیمه موضوع این قانون اعمال شده باشد، متعلق به انتقال دهنده است. انتقال دهنده می‌تواند تخفیفات مذکور را به وسیله نقلیه دیگر از همان نوع، که متعلق به او یا متعلق به همسر، والدین یا اولاد بلاواسطه وی باشد، منتقل کند. آیین‌نامه اجرایی این تبصره به پیشنهاد بیمه مرکزی و تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ماده ۷- دارندگان وسیله نقلیه موتوری زمینی که از خارج وارد ایران می‌شوند در صورتی که خارج از کشور وسیله نقلیه خود را در مقابل خساراتی که بر اثر حوادث ناشی از آن به موجب بیمه‌نامه‌ای که از طرف بیمه مرکزی معتبر شناخته می‌شود بیمه نکرده باشند، مکلفند هنگام ورود به مرز ایران وسیله نقلیه خود را در قبال خسارت‌های بدنی و مالی که در اثر حوادث نقلیه مزبور یا محمولات آنها به اشخاص ثالث وارد می‌شود حداقل به میزان مندرج در ماده (۸) این قانون بیمه کنند.

همچنین دارندگان وسیله نقلیه ایرانی که از کشور خارج می‌شوند موظفند هنگام خروج با پرداخت حق بیمه مربوط، وسیله نقلیه خود را در مقابل خساراتی که بر اثر حوادث نقلیه مذکور در خارج از کشور به اشخاص ثالث ایرانی وارد شود حداقل به میزان مندرج در ماده (۸) این قانون و نیز بیمه حوادث راننده موضوع ماده (۳) این قانون بیمه کنند. در غیر این صورت از تردد وسایل مزبور توسط مراجع ذی‌ربط جلوگیری می‌شود.

۳-۲- بخش دوم- حقوق و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار

ماده ۸- حداقل مبلغ بیمه موضوع این قانون در بخش خسارت بدنی معادل حداقل ریالی دیه یک مرد مسلمان در ماه‌های حرام با رعایت تبصره ماده (۹) این قانون است و در هر حال بیمه‌گذار موظف به اخذ الحاقیه نمی‌باشد. همچنین حداقل مبلغ بیمه موضوع این قانون در بخش خسارت مالی معادل دو و نیم درصد (۲/۵٪) تعهدات بدنی است. بیمه‌گذار می‌تواند برای جبران خسارت‌های مالی بیش از حداقل مزبور، در زمان صدور بیمه‌نامه یا پس از آن، بیمه تکمیلی تحصیل کند.

تبصره ۱- در صورتی که بیمه‌گذار در خصوص خسارت‌های مالی تقاضای پوشش بیمه‌ای بیش از سقف مندرج در این ماده را داشته باشد بیمه‌گر مکلف به انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی با بیمه‌گذار می‌باشد. حق بیمه در این مورد در چهارچوب ضوابط کلی که توسط بیمه مرکزی اعلام می‌شود، توسط بیمه‌گر تعیین می‌گردد.

تبصره ۲- در صورت بروز حادثه، بیمه‌گر مکلف است کلیه خسارات واردشده را مطابق این قانون پرداخت کند و مواد (۱۲) و (۱۳) قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶/۲/۷ در این مورد اعمال نمی‌شود.

تبصره ۳- خسارت مالی ناشی از حوادث رانندگی صرفاً تا میزان خسارت متناظر وارده به گران‌ترین خودروی متعارف از طریق بیمه‌نامه شخص ثالث و یا مقصر حادثه قابل جبران خواهد بود.

تبصره ۴- منظور از خودروی متعارف خودرویی است که قیمت آن کمتر از پنجاه درصد (۵۰٪) سقف تعهدات بدنی که در ابتدای هر سال مشخص می‌شود، باشد.

تبصره ۵- ارزیابان خسارات موضوع ماده (۳۹) و کارشناسان ارزیاب خسارت شرکت‌های بیمه و کارشناسان رسمی دادگستری در هنگام برآورد خسارت، موظفند مطابق این ماده اعلام نظر کنند.

ماده ۹- بیمه‌گر ملزم به جبران خسارت‌های واردشده به اشخاص ثالث مطابق مقررات این قانون است.

تبصره ۵- در صورتی که در یک حادثه، مسئول آن به پرداخت بیش از یک دیه به هر یک از زیان دیدگان محکوم شود، بیمه‌گر مکلف به پرداخت کل خسارات بدنی است، اعم از اینکه مبلغ مازاد بر دیه، کمتر از یک دیه کامل یا بیشتر از آن باشد.

ماده ۱۰- بیمه‌گر مکلف است در ایفاء تعهدات مندرج در این قانون خسارت وارده به زیان دیدگان را بدون لحاظ جنسیت و دین تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند. مراجع قضایی موظفند در انشای حکم پرداخت دیه، مبلغ مازاد بر دیه موضوع این ماده را به عنوان بیمه حوادث درج کنند.

ماده ۱۱- درج هرگونه شرط در بیمه‌نامه که برای بیمه‌گذار یا زیان‌دیده مزایای کمتر از مزایای مندرج در این قانون مقرر کند، یا درج شرط تعلیق تعهدات بیمه‌گر در قرارداد به هر نحوی، باطل و بلااثر است. بطلان شرط سبب بطلان بیمه‌نامه نمی‌شود. همچنین اخذ هرگونه رضایت‌نامه از زیان‌دیده توسط بیمه‌گر و صندوق مبنی بر رضایت به پرداخت خسارت کمتر از مزایای مندرج در این قانون ممنوع است و چنین رضایت‌نامه‌ای بلااثر است.

ماده ۱۲- تعهد ریالی بیمه‌گر در قبال زیان دیدگان داخل وسیله نقلیه مسبب حادثه، برابر حاصل ضرب ظرفیت مجاز وسیله نقلیه در سقف تعهدات بدنی بیمه‌نامه با رعایت تبصره ماده (۹) و ماده (۱۳) این قانون است.

در مواردی که به علت عدم رعایت ظرفیت مجاز وسیله نقلیه، مجموع خسارات بدنی زیان دیدگان وسیله نقلیه مقصر حادثه بیش از سقف مذکور باشد مبلغ خسارت مورد تعهد بیمه‌گر به نسبت خسارت وارده به هر یک از زیان‌دیدگان بین آنان تسهیم می‌گردد و مابه‌التفاوت خسارت بدنی هر یک از زیان‌دیدگان توسط صندوق تأمین خسارات‌های بدنی وفق مقررات مربوط پرداخت و مطابق مقررات این قانون از مسبب حادثه باز یافت می‌شود.

میزان ظرفیت مجاز وسایل نقلیه با توجه به نوع و کاربری آنها به موجب آیین‌نامه‌ای خواهد بود که توسط وزارت کشور با همکاری وزارتخانه‌های صنعت، معدن و تجارت و راه و شهرسازی و بیمه مرکزی تهیه می‌شود و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

در هر صورت تعداد جنین و اطفال زیر دو سال داخل وسیله نقلیه به ظرفیت مجاز خودرو اضافه می‌شود.

تبصره- تعهد ریالی بیمه‌گر در قبال زیان‌دیدگان خارج از وسیله نقلیه مسبب حادثه ده برابر سقف تعهدات بدنی بیمه‌نامه با رعایت تبصره ماده (۹) و ماده (۱۳) این قانون می‌باشد. در مواردی که مجموع خسارات بدنی زیان‌دیدگان خارج از وسیله نقلیه مسبب حادثه بیش از سقف مذکور باشد مبلغ خسارت مورد تعهد بیمه‌گر به نسبت خسارت وارده به هر یک از زیان‌دیدگان بین آنان تسهیم می‌گردد و مابه‌التفاوت خسارت بدنی هر یک از زیان

دیدگان توسط صندوق تأمین خسارت‌های بدنی وفق مقررات مربوط پرداخت می‌شود.

ماده ۱۳- بیمه‌گر یا صندوق حسب مورد مکلفند خسارت بدنی تعلق گرفته به شخص ثالث را به قیمت یوم الاداء و با رعایت این قانون و سایر قوانین و مقررات مربوط پرداخت کنند. بیمه‌گر، در صورتی که خسارت بدنی که به زیان دیده پرداخت نموده بیشتر از تعهد وی مندرج در ماده (۸) این قانون باشد، می‌تواند نسبت به مازاد پرداختی، به صندوق رجوع یا در صورت موافقت صندوق در حساب‌های فیما بین منظور کند مشروط بر اینکه افزایش مبلغ قابل پرداخت بابت دیه متناسب به تأخیر بیمه‌گر نباشد.

تبصره- در صورتی که خسارت بدنی زیان دیده بیشتر از تعهد شرکت بیمه مندرج در ماده (۸) این قانون باشد، شرکت بیمه مکلف است، بلافاصله مراتب مذکور و کلیه مستندات پرونده مربوط را از طریق سامانه الکترونیک موضوع ماده (۵۵) به صندوق و بیمه مرکزی اطلاع دهد.

ماده ۱۴- در حوادث رانندگی منجر به جرح یا فوت که به استناد گزارش کارشناس تصادفات راهنمایی و رانندگی یا پلیس راه، علت اصلی وقوع تصادف یکی از تخلفات رانندگی حادثه ساز باشد، بیمه‌گر مکلف است خسارت زیان دیده را بدون هیچ شرط و اخذ تضمین پرداخت کند و پس از آن می‌تواند به شرح زیر برای باز یافت به مسبب حادثه مراجعه کند:

الف- در اولین حادثه ناشی از تخلف حادثه ساز راننده مسبب در طول مدت بیمه‌نامه: معادل دو و نیم درصد (۲/۵٪) از خسارت‌های بدنی و مالی پرداخت شده

ب- در دومین حادثه ناشی از تخلف حادثه ساز راننده مسبب در طول مدت بیمه‌نامه: معادل پنج درصد (۵٪) از خسارت‌های بدنی و مالی پرداخت شده

پ- در سومین حادثه ناشی از تخلف حادثه ساز و حوادث بعد از آن در طول مدت بیمه‌نامه: معادل ده درصد (۱۰٪) از خسارت‌های بدنی و مالی پرداخت شده

تبصره- مصادیق و عناوین تخلفات رانندگی حادثه ساز به موجب ماده (۷) قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی مصوب ۱۳۸۹/۱۲/۸ تعیین می‌شود.

ماده ۱۵- در موارد زیر بیمه‌گر مکلف است بدون هیچ شرط و اخذ تضمین، خسارت زیان دیده را پرداخت کند و پس از آن می‌تواند به قائم مقامی زیان دیده از طریق مراجع قانونی برای باز یافت تمام یا بخشی از وجوه پرداخت شده به شخصی که موجب خسارت شده است مراجعه کند:

- الف- اثبات عمد مسبب در ایجاد حادثه نزد مراجع قضایی
- ب- رانندگی در حالت مستی یا استعمال مواد مخدر یا روانگردان مؤثر در وقوع حادثه که به تأیید نیروی انتظامی یا پزشکی قانونی یا دادگاه رسیده باشد.
- پ- در صورتی که راننده مسبب، فاقد گواهینامه رانندگی باشد یا گواهینامه او متناسب با نوع وسیله نقلیه نباشد.
- ت- در صورتی که راننده مسبب، وسیله نقلیه را سرقت کرده یا از مسروقه بودن آن، آگاه باشد.

تبصره ۱- در صورت وجود اختلاف میان بیمه‌گر و مسبب حادثه، اثبات موارد فوق در مراجع قضایی صالح صورت خواهد گرفت.

تبصره ۲- در مواردی که طبق این قانون بیمه‌گر حق رجوع به مسبب حادثه یا قائم مقام قانونی وی را دارد، اسناد پرداخت خسارت از سوی بیمه‌گر در حکم اسناد لازم الاجراء است و از طریق دوایر اجرای سازمان ثبت اسناد و املاک کشور قابل مطالبه و وصول می‌باشد.

تبصره ۳- در صورتی که حادثه در حین آموزش رانندگی توسط مراکز مجاز یا آزمون اخذ گواهینامه رخ دهد، خسارت پرداخت شده به وسیله شرکت بیمه از آموزش گیرنده یا آزمون دهنده قابل باز یافت نخواهد بود و حسب مورد آموزش دهنده یا آزمون گیرنده، راننده محسوب می‌شود.

ماده ۱۶- چنانچه به حکم مرجع قضایی اثبات شود، عواملی نظیر نقص راه، نبودن یا نقص علائم رانندگی و نقص تجهیزات مربوط یا عیب ذاتی وسیله نقلیه، یا ایجاد مانع توسط دستگاه‌های اجرایی یا هر شخص حقیقی یا حقوقی دیگر در وقوع حادثه مؤثر بوده است،

بیمه‌گر و صندوق پس از پرداخت خسارت زیان دیده می‌تواند برای بازیافت به نسبت درجه تقصیر که درصد آن در حکم دادگاه مشخص می‌شود به مسببان ذی‌ربط مراجعه کند. دستگاه‌های ذی‌ربط مجازند مسئولیت کارکنان خویش را در قبال مسئولیت‌های موضوع این ماده از محل اعتبارات جاری و تملک دارایی‌های سرمایه‌ای تحت اختیار، بیمه کنند.

تبصره- در صورتی که حسب نظریه افسران موضوع ماده (۱۷) قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی، نقص راه، وسیله نقلیه یا عامل انسانی مؤثر در بروز تصادف اعلام شود در صورت اعتراض ذی‌نفع، موضوع حسب مورد به کارشناس یا هیأت کارشناسان رسمی مستقل در امور مرتبط با موضوع از قبیل راه و مهندسی ترافیک، مکانیک و تصادفات با نظر دادگاه ارجاع می‌شود.

ماده ۱۷- موارد زیر از شمول بیمه موضوع این قانون خارج است:

الف- خسارت وارده به وسیله نقلیه مسبب حادثه و محمولات آن

ب- خسارت مستقیم و یا غیرمستقیم ناشی از تشعشعات اتمی و رادیواکتیو

پ- جرمه یا جزای نقدی

ت- اثبات قصد زیان دیده در ایراد صدمه به خود مانند خودکشی، اسقاط جنین و نظایر آن و نیز اثبات هر نوع خدعه و تبانی نزد مراجع قضایی

تبصره- در صورتی که در موارد بندهای (الف) و (ب) اختلافی وجود داشته باشد، معترض می‌تواند به مرجع قضایی صالح رجوع کند.

ماده ۱۸- آیین‌نامه مربوط به تعیین سقف حق بیمه موضوع این قانون و نحوه تخفیف، افزایش یا تقسیط آن توسط بیمه مرکزی تهیه می‌شود و پس از تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

در آیین‌نامه مذکور باید عوامل زیر مدنظر قرار گیرد:

الف- ویژگی‌های وسیله نقلیه از قبیل نوع کاربری، سال ساخت و وضعیت ایمنی آن

ب- سوابق رانندگی و بیمه‌ای دارنده شامل نمرات منفی و تخلفات ثبت شده توسط نیروی

انتظامی جمهوری اسلامی ایران موضوع قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی، خسارت‌های پرداختی توسط بیمه‌گر یا صندوق، بابت حوادث منتسب به وی

پ- رایج بودن استفاده از وسیله نقلیه برای اقشار متوسط و ضعیف شامل موتورسیکلت و خودروهای سواری ارزان قیمت

در آیین‌نامه موضوع این ماده باید ملاحظات اجتماعی در تعیین حق بیمه وسایل نقلیه پرکاربرد اقشار متوسط و ضعیف جامعه مدنظر قرار گیرد.

تبصره ۱- بیمه مرکزی موظف است با همکاری نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران ترتیبی اتخاذ کند که حداکثر تا پایان برنامه پنج ساله ششم توسعه، امکان صدور بیمه‌نامه شخص ثالث براساس ویژگی‌های «راننده» فراهم شود. تا آن زمان، سوابق رانندگی و بیمه‌ای شخصی که پلاک وسیله نقلیه به نام اوست و خسارت‌های پرداختی بابت حوادث منتسب به وی ملاک عمل است.

تبصره ۲- در آیین‌نامه موضوع این ماده نحوه تخفیف یا افزایش در حق بیمه به صورت پلکانی و متناظر به تفکیک در مورد خسارات مالی و بدنی تعیین می‌شود.

تبصره ۳- نرخ‌نامه حق بیمه موضوع این قانون در ابتدای هر سال با رعایت آیین‌نامه مصوب هیأت وزیران به وسیله بیمه مرکزی محاسبه و پس از تأیید شورای عالی بیمه، ابلاغ می‌شود. در جلسات شورای عالی بیمه برای تعیین نرخ‌نامه موضوع این تبصره دبیر کل اتحادیه (سندیکای) بیمه‌گران و دو نفر صاحب نظر به انتخاب اتحادیه (سندیکای) بیمه‌گران ایران با حق رأی شرکت می‌کنند. همچنین رئیس کل بیمه مرکزی در جلسات مذکور حق رأی دارد.

تبصره ۴- شرکت‌های بیمه می‌توانند تا دو و نیم درصد (۲/۵٪) کمتر از نرخ‌های مصوب شورای عالی بیمه را ملاک عمل خود قرار دهند. اعمال تخفیف بیشتر از دو و نیم درصد (۲/۵٪) توسط شرکت‌های بیمه، منوط به کسب مجوز از بیمه مرکزی است. بیمه مرکزی در اعطای این مجوز باید توانگری مالی شرکت و شرایط عمومی بازار و حفظ رقابت پذیری شرکت‌های بیمه را مدنظر قرار دهد. همچنین شرکت‌های بیمه می‌توانند در صورت ارائه

خدمات ویژه به مشتریان، با تأیید بیمه مرکزی تا دو و نیم درصد (۲/۵٪) بیش از قیمت‌های تعیین شده توسط بیمه مرکزی، از بیمه‌گذار دریافت کنند.

تبصره ۵- شرکت‌های بیمه موظفند در چهارچوب ضوابط مربوط نسبت به اعطای تخفیف به رانندگانی که دوره‌های آموزشی رانندگی ایمن و کم خطر را سپری نموده و موفق به اخذ گواهینامه مربوط شده‌اند، اقدام کنند. آیین‌نامه مربوط به این تبصره به پیشنهاد بیمه مرکزی و نیروی انتظامی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ماده ۱۹- هرگونه قصور یا تقصیر بیمه‌گر یا نماینده وی در صدور بیمه‌نامه موضوع این قانون رافع مسئولیت بیمه‌گر نیست.

ماده ۲۰- پوشش‌های بیمه موضوع این قانون محدود به قلمرو جمهوری اسلامی ایران است مگر آنکه در بیمه‌نامه به نحو دیگری توافق شده باشد.

۳-۳- بخش سوم- حقوق و تعهدات صندوق

ماده ۲۱- به منظور حمایت از زیان‌دیدگان حوادث ناشی از وسایل نقلیه، خسارت‌های بدنی وارد به اشخاص ثالث که به علت فقدان یا انقضای بیمه‌نامه، بطلان قرارداد بیمه، شناخته نشدن وسیله نقلیه مسبب حادثه، کسری پوشش بیمه‌نامه ناشی از افزایش مبلغ ریالی دیه یا تعلیق یا لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه یا صدور حکم توقف یا ورشکستگی بیمه‌گر موضوع ماده (۲۲) این قانون، قابل پرداخت نباشد، یا به طور کلی خسارت‌های بدنی که خارج از تعهدات قانونی بیمه‌گر مطابق مقررات این قانون است به استثنای موارد مصرح در ماده (۱۷)، توسط صندوق مستقلی به نام «صندوق تأمین خسارت‌های بدنی» جبران می‌شود.

تبصره ۱- میزان تعهدات صندوق برای جبران خسارت‌های بدنی معادل مبلغ مقرر در ماده (۸) با رعایت تبصره ماده (۹) و مواد (۱۰) و (۱۳) این قانون است.

تبصره ۲- تشخیص موارد خارج از تعهد بیمه‌گر مطابق مقررات این قانون، بر عهده شورای عالی بیمه است.

تبصره ۳- صندوق مکلف است هر شش ماه یکبار گزارش عملکرد خود را به کمیسیون اقتصادی مجلس ارائه کند.

ماده ۲۲- در صورت تعلیق یا لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه در رشته بیمه شخص ثالث و ناتوانی آن از پرداخت خسارت به زیان دیدگان، به تشخیص بیمه مرکزی یا شورای عالی بیمه، یا صدور حکم توقف یا ورشکستگی آن به وسیله دادگاه صالح، صندوق، خسارات بدنی که به موجب صدور بیمه‌نامه‌های موضوع این قانون به عهده بیمه‌گر است را پرداخته، پس از آن به قائم مقامی زیان‌دیدگان به بیمه‌گر مراجعه می‌کند.

تبصره ۱- دادگاه مکلف است نسبت به صدور حکم انتقال اموال و دارایی‌های بیمه‌گر مذکور تا میزان مبالغ پرداختی و خسارات وارده به صندوق اقدام کند.

تبصره ۲- در صورت تعلیق یا لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه، پرداخت خسارات مالی که بر عهده شرکت بیمه مذکور است مشمول ماده (۴۴) قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰ خواهد بود.

ماده ۲۳- در صورتی که زیان دیده، جز در موارد بیمه اختیاری، تمام یا بخشی از خسارت بدنی وارده را از مراجع دیگری مانند سازمان بیمه‌های اجتماعی یا سازمان بیمه کارمندان دولت یا صندوق‌های ویژه جبران خسارت دریافت کند، نسبت به همان میزان حق مراجعه به صندوق را ندارد. سازمان‌ها و صندوق‌های ویژه مذکور حق مراجعه به صندوق و استرداد خسارت پرداخت شده به اشخاص ثالث را ندارند و مکلفند اطلاعات مربوط را در اختیار صندوق قرار دهند. در هر حال در صورتی که زیان دیده علاوه بر دریافت خسارت از سازمان‌ها و صندوق‌های ویژه مذکور از صندوق نیز خسارتی دریافت کند، صندوق حق استرداد دارد.

ماده ۲۴- منابع مالی صندوق به شرح زیر است:

- الف- هشت درصد (۸٪) از حق بیمه اجباری موضوع این قانون بر مبنای نرخ‌نامه مذکور در تبصره (۳) ماده (۱۸) این قانون
- ب- مبلغی معادل حداکثر یک سال حق بیمه اجباری که از دارندگان وسیله نقلیه‌ای که از

انجام بیمه موضوع این قانون خودداری کنند وصول می‌شود.

میزان مبلغ مذکور، نحوه وصول، تخفیف، تقسیط و بخشودگی آن به پیشنهاد بیمه مرکزی به تصویب مجمع عمومی صندوق می‌رسد.

پ- مبالغ بازیافتی از مسببان حوادث، دارندگان وسایل نقلیه، بیمه‌گران و سایر اشخاصی که صندوق پس از جبران خسارت زیان دیدگان مطابق مقررات این قانون حسب مورد دریافت می‌کند.

ت- درآمد حاصل از سرمایه گذاری وجوه صندوق با رعایت ماده (۲۷) این قانون

ث- بیست درصد (۲۰٪) از جریمه‌های وصولی راهنمایی و رانندگی در کل کشور

ج- بیست درصد (۲۰٪) از کل هزینه‌های دادرسی و جزای نقدی وصولی توسط قوه قضاییه و تعزیرات حکومتی

چ- جریمه‌های موضوع بند (پ) ماده (۴)، ماده (۴۴) و بند (ت) ماده (۵۷) این قانون

ح- کمک‌های اعطایی از سوی اشخاص حقیقی یا حقوقی

تبصره ۱- مدیر صندوق و هیأت نظارت مکلفند هر سه ماه یکبار گزارش عملکرد بند (پ) را به اعضای مجمع عمومی صندوق اعلام کنند.

تبصره ۲- کلیه درآمدهای منابع موضوع بندهای (ث) و (ج) به محض تحقق به حساب درآمدهای اختصاصی صندوق نزد خزانه‌داری کل کشور واریز می‌شود و صددرصد (۱۰۰٪) آن به صندوق اختصاص می‌یابد.

تبصره ۳- در صورت کمبود منابع مالی صندوق، دولت موظف است در بودجه سنواتی سال بعد کسری منابع صندوق را تأمین کند.

تبصره ۴- درآمدهای صندوق مشمول مالیات به نرخ صفر بوده و از هرگونه عوارض معاف است. همچنین صندوق از پرداخت هزینه‌های دادرسی و اوراق و حق‌الاجراء معاف می‌باشد.

تبصره ۵- صندوق می‌تواند با تصویب مجمع عمومی مربوط، حداکثر تا دو درصد (۲٪) از

منابع مالی خود را جهت تعمیم امر بیمه، گسترش فرهنگ بیمه، ترغیب رانندگان فاقد بیمه نامه شخص ثالث به اخذ بیمه نامه و پیشگیری از زیان های ناشی از حوادث رانندگی از طریق عقد قرارداد با وزارتخانه ها و دستگاه های اجرایی ذی ربط از قبیل سازمان صدا و سیما، وزارتخانه های آموزش و پرورش، علوم، تحقیقات و فناوری، فرهنگ و ارشاد اسلامی و ورزش و جوانان اختصاص دهد.

تبصره ۶- در آرای غیابی برای بازیافت خسارات موضوع بند (پ) این ماده، صندوق می تواند بدون سپردن تأمین یا تضمین موضوع تبصره (۲) ماده (۳۰۶) قانون آیین دادرسی دادگاه های عمومی و انقلاب (در امور مدنی) مصوب ۱۳۷۹/۱/۲۱ نسبت به تقاضای اجرای احکام غیابی اقدام کند.

تبصره ۷- دولت می تواند در بودجه های سنواتی بخشی از درآمدهای ناشی از فروش حامل های انرژی را به صندوق اختصاص دهد. در صورت تصویب به تناسب سهم صندوق از محل فروش بیمه نامه موضوع بند (الف) این ماده کاهش پیدا می کند.

ماده ۲۵- صندوق مکلف است بدون اخذ تضمین از زیان دیده یا مسبب زیان، خسارت زیان دیده را پرداخت نموده و پس از آن مکلف است به شرح زیر به قائم مقامی زیان دیده از طریق مراجع قانونی وجوه پرداخت شده را بازیافت کند:

الف- در صورتی که پرداخت خسارت به سبب نداشتن، انقضاء یا بطلان بیمه نامه باشد به مسبب حادثه رجوع می کند.

ب- در صورتی که پرداخت خسارت به سبب تعلیق یا لغو پروانه یا توقف یا ورشکستگی بیمه گر موضوع ماده (۲۲) این قانون باشد به بیمه گر و مدیران آن رجوع می کند.

پ- در صورتی که پرداخت خسارت به سبب شناخته نشدن وسیله نقلیه مسبب حادثه باشد، پس از شناخته شدن آن حسب مورد به مسبب حادثه یا بیمه گر وی رجوع می کند.

ت- در صورتی که پرداخت خسارت به سبب خارج از ظرفیت بودن سرنشینان داخل وسیله نقلیه مسبب حادثه باشد به مسبب حادثه رجوع می کند.

تبصره ۱- در موارد زیر صندوق نمی‌تواند برای باز یافت به مسبب حادثه رجوع کند:

۱- در موارد جبران کسری پوشش بیمه‌نامه ناشی از افزایش مبلغ ریالی دیه (پرداخت

خسارت به استناد ماده (۱۳) این قانون)

۲- تعلیق یا لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه یا صدور حکم توقف یا ورشکستگی

بیمه‌گر موضوع ماده (۲۲) این قانون

۳- در مواردی که زیان‌دیدگان خارج از وسیله نقلیه بیش از سقف تعهدات بیمه‌گر

موضوع تبصره ماده (۱۲) این قانون باشند.

۴- در مواردی که صندوق به موجب قانون معادل دیه مرد مسلمان را به زیان دیده

یا قائم مقام قانونی وی پرداخت می‌کند برای بازپرداخت مابه‌التفاوت دیه شرعی

با دیه مرد مسلمان

تبصره ۲- صندوق مجاز است با در نظر گرفتن شرایط و وضعیت وقوع حادثه، علت نداشتن

بیمه‌نامه، سوابق بیمه‌ای مسبب حادثه، وضعیت مالی و معیشتی مسبب حادثه و سایر اوضاع

و احوال مؤثر در وقوع حادثه نسبت به تقسیط یا تخفیف در باز یافت خسارت از مسبب حادثه

اقدام کند. نحوه باز یافت از مسبب حادثه با رعایت مقررات راجع به نحوه اجرای

محکومیت‌های مالی و میزان باز یافت مطابق آیین‌نامه‌ای است که بنا به پیشنهاد هیأت

نظارت صندوق و مجمع عمومی صندوق به تصویب وزیر امور اقتصادی و دارایی می‌رسد.

ماده ۲۶- اسناد مربوط به مطالبات و پرداخت‌های خسارت صندوق در حکم اسناد لازم‌الاجراء

است و از طریق دوایر اجرای سازمان ثبت اسناد و املاک قابل مطالبه و وصول می‌باشد.

ماده ۲۷- صندوق مجاز است موجودی نقدی مازاد خود را نزد بانک‌های دولتی سپرده‌گذاری

و یا اوراق بهادار بدون خطر (ریسک) خریداری کند مشروط بر آنکه سرمایه‌گذاری‌های مذکور

به نحوی برنامه‌ریزی شود که همواره امکان انجام تعهدات صندوق وجود داشته باشد.

ماده ۲۸- صندوق، نهاد عمومی غیردولتی است و چگونگی اداره آن براساس اساسنامه‌ای

است که با رعایت موارد زیر و به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی تهیه می‌شود و ظرف

مهلت شش ماه پس از لازم‌الاجراء شدن این قانون به تصویب هیأت وزیران می‌رسد:

الف- ارکان صندوق عبارتند از: مجمع عمومی، هیأت نظارت، مدیر صندوق و حسابرس
ب- اعضای مجمع عمومی صندوق عبارت از وزرای امور اقتصادی و دارایی به عنوان رئیس مجمع، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دادگستری و صنعت، معدن و تجارت، دادستان کل کشور (بدون حق رأی) و رئیس کل بیمه مرکزی است. مجمع عمومی صندوق حداقل یک بار در سال تشکیل می‌شود. مجمع عمومی عادی به‌طور فوق‌العاده نیز به تقاضای هر یک از اعضاء به دعوت رئیس مجمع تشکیل می‌شود.

یکی از نمایندگان عضو کمیسیون اقتصادی مجلس شورای اسلامی، به پیشنهاد کمیسیون مذکور و تصویب مجلس شورای اسلامی به عنوان عضو ناظر و بدون حق رأی در جلسات مجمع شرکت می‌کند. مدیر صندوق بدون حق رأی دبیر مجمع عمومی است.

پ- اعضای هیأت نظارت صندوق عبارت از نمایندگان وزرای امور اقتصادی و دارایی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و دادگستری، دادستان کل کشور (بدون حق رأی)، بیمه مرکزی و اتحادیه (سندیکای) بیمه‌گران ایران است. اعضای هیأت نظارت غیر از مدیر صندوق به صورت غیرموظف خواهند بود؛

تبصره- نماینده وزیر امور اقتصادی و دارایی در هیأت نظارت، مدیر صندوق است که دبیر هیأت نظارت نیز خواهد بود. مدیرعامل ستاد مردمی رسیدگی به امور ديه و کمک به زندانیان نیازمند بدون حق رأی در جلسات هیأت نظارت شرکت می‌کند.

ت- مدیر صندوق به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی و تصویب مجمع عمومی انتخاب و با حکم رئیس مجمع عمومی برای مدت چهار سال منصوب می‌شود. انتخاب مجدد مدیر صندوق برای یک دوره بلامانع است. مجمع عمومی می‌تواند نسبت به عزل مدیر صندوق قبل از پایان مدت مذکور اتخاذ تصمیم کند.

ث- مرکز اصلی صندوق، تهران است. در صورت لزوم با تصویب مجمع عمومی می‌تواند در مراکز استان‌ها شعبه ایجاد یا نمایندگی اعطاء کند. اقامه دعوی علیه صندوق در محل

استقرار شعب صندوق نیز ممکن است.

وظایف و اختیارات مجمع عمومی، هیأت نظارت و مدیر صندوق و نیز نحوه انتخاب و وظایف و اختیارات حسابرس به موجب اساسنامه مصوب هیأت وزیران تعیین می‌شود.

ماده ۲۹- کلیه اختلافات بین صندوق و شرکت‌های بیمه که ممکن است در اجرای این قانون به وجود آید به وسیله هیأتی مرکب از دو نفر حقوقدان آشنا با حقوق بیمه به انتخاب وزیر دادگستری و سه متخصص بیمه به انتخاب بیمه مرکزی، صندوق و اتحادیه (سندیکای) بیمه‌گران هر کدام یک نفر حل و فصل می‌شود. ملاک تصمیم‌گیری، رأی اکثریت اعضای هیأت است و رأی صادرشده لازم‌الاجراء می‌باشد. هر یک از طرفین می‌تواند ظرف مدت بیست روز از ابلاغ رأی در مرجع قضایی ذیصلاح اقامه دعوی کند.

ماده ۳۰- اشخاص ثالث زیان دیده حق دارند با ارائه مدارک لازم برای دریافت خسارت به طور مستقیم حسب مورد به شرکت بیمه مربوط و یا صندوق تأمین خسارت‌های بدنی مراجعه کنند. همچنین مسبب حادثه می‌تواند با ارائه مدارک لازم جهت تشکیل پرونده پرداخت خسارت به زیان‌دیده حسب مورد به بیمه‌گر یا صندوق مراجعه کند.

آیین‌نامه اجرایی این ماده توسط بیمه مرکزی تهیه می‌شود و به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی ظرف مدت سه ماه از تاریخ ابلاغ این قانون به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

۳-۴- بخش چهارم - پرداخت خسارت

ماده ۳۱- بیمه‌گر و صندوق حسب مورد مکلفند حداکثر پانزده روز پس از دریافت مدارک مورد نیاز، خسارت متعلقه را پرداخت کنند.

ماده ۳۲- در حوادث منجر به خسارت بدنی، زیان دیده، اولیای دم یا وراث قانونی موظفند پس از قطعی شدن مبلغ خسارت برای تکمیل مدارک به منظور دریافت خسارت، به بیمه‌گر مراجعه کنند. بیمه‌گر مکلف است حداکثر ظرف مدت بیست روز از تاریخ قطعی شدن مبلغ

خسارت، مبلغ خسارت را به زیان دیده پرداخت و در صورت عدم مراجعه وی در مهلت مذکور نزد صندوق تودیع و قبض واریز را به مرجع قضایی مربوط تحویل دهد. در این صورت تعهد بیمه‌گر و مسبب حادثه، ایفاء شده تلقی می‌شود. صندوق مکلف است بلافاصله پس از درخواست زیان دیده مبلغ مذکور را عیناً به وی پرداخت نماید.

تبصره ۱- در مواردی که صندوق مطابق مقررات این قانون رأساً مکلف به پرداخت خسارت بدنی است، پس از قطعی شدن مبلغ خسارت چنانچه زیان دیده یا قائم مقام وی، تا بیست روز پس از ابلاغ اظهارنامه رسمی به وی برای دریافت خسارت به صندوق مراجعه نکند، مبلغ مذکور به عنوان امانت نزد صندوق باقی مانده و در زمان مراجعه زیان دیده یا قائم مقام قانونی وی عیناً پرداخت می‌شود.

تبصره ۲- در مواردی که رأی صادرشده از دادگاه بدوی، صرفاً از جنبه عمومی مورد تجدیدنظرخواهی قرار گرفته باشد، زیان دیده یا وراث قانونی و بیمه‌گر یا صندوق باید طبق مفاد این ماده اقدام کنند.

تبصره ۳- ملاک قطعی شدن میزان خسارت موضوع این ماده، قطعیت حکم دادگاه است. **ماده ۳۳-** چنانچه بیمه‌گر یا صندوق به رغم کامل بودن مدارک، تکلیف مقرر در ماده (۳۱) این قانون را انجام ندهند و در پرداخت خسارت تأخیر کنند و یا بیمه‌گر تکلیف مقرر در ماده (۳۲) این قانون را انجام ندهد، به پرداخت جریمه‌ای معادل نیم در هزار به ازای هر روز تأخیر در حق زیان دیده یا قائم مقام وی محکوم می‌شود.

ماده ۳۴- در حوادث رانندگی منجر به خسارت بدنی غیر از فوت، در صورت مطالبه زیان دیده، پس از دریافت گزارش کارشناس راهنمایی و رانندگی و یا پلیس راه و یا کمیسیون جلوگیری از سوانح راه آهن موضوع تبصره (۲) ماده (۲) قانون دسترسی آزاد به شبکه حمل و نقل ریلی مصوب ۱۳۸۴/۷/۶ (در خصوص حوادث مربوط به قطارهای شهری و بین شهری) و پزشکی قانونی، بیمه‌گر وسیله نقلیه مسبب حادثه و یا صندوق، حسب مورد مکلفند بلافاصله حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) از دیه تقریبی را به اشخاص ثالث زیان دیده پرداخت

کرده و باقی مانده آن را پس از معین شدن میزان قطعی دیه با رعایت مواد (۳۱) و (۳۲) این قانون بپردازند.

ماده ۳۵- هزینه‌های معالجه اشخاص ثالث زیان دیده و راننده مسبب حادثه در صورتی که مشمول قانون دیگری نباشد، با لحاظ ماده (۳۰) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) حسب مورد برعهده بیمه‌گر مربوط یا صندوق است.

ماده ۳۶- در حوادث منجر به فوت، در صورت مطالبه اولیای دم یا قائم مقام متوفی یا درخواست مسبب حادثه بدون نیاز به رأی مراجع قضایی، پس از دریافت گزارش کارشناس راهنمایی و رانندگی، کمیسیون جلوگیری از سوانح راه آهن موضوع تبصره (۲) ماده (۲) قانون دسترسی آزاد به شبکه حمل و نقل ریلی (در خصوص حوادث مربوط به قطارهای شهری و بین شهری) یا پلیس راه و در صورت لزوم گزارش سایر مقامات انتظامی و پزشکی قانونی بیمه‌گر وسیله نقلیه مسبب حادثه و یا صندوق حسب مورد می‌تواند خسارت بدنی را به ورثه قانونی متوفی با رعایت ماده (۳۱) این قانون بپردازند.

در صورت عدم مطالبه نیز، بیمه‌گر می‌تواند بدون نیاز به رأی مرجع قضایی خسارت بدنی را مطابق ماده (۳۲) این قانون به صندوق تودیع کند.

تبصره- چنانچه علی‌رغم وجود گزارش کارشناس راهنمایی و رانندگی و یا پلیس راه و یا کمیسیون جلوگیری از سوانح راه آهن (موضوع تبصره (۲) ماده (۲) قانون دسترسی آزاد به شبکه حمل و نقل ریلی) و نظر نهایی پزشکی قانونی، شرکت بیمه پرداخت خسارات بدنی را موکول به رأی دادگاه کند، پس از صدور رأی مکلف به پرداخت خسارات بدنی به قیمت یوم الاداء بوده و نمی‌تواند بابت مابه التفاوت خسارت پرداختی و میزان تعهد وی (موضوع ماده (۱۳) این قانون) به صندوق رجوع کند.

ماده ۳۷- بیمه‌گر، صندوق یا مسبب حادثه به میزان درصد دیه‌ای که به زیان دیده پرداخت شده یا مطابق ماده (۳۲) این قانون و تبصره آن به صندوق تودیع شده است، بری‌الذمه هستند.

ماده ۳۸- هرگاه پس از اینکه بیمه‌گر یا صندوق به موجب این قانون خسارتی را پرداخت کند

و به موجب حکم قطعی، برای پرداخت تمام یا بخشی از خسارت مسئول شناخته نشوند، بیمه‌گر یا صندوق می‌تواند به همان میزان به محکوم علیه حکم قطعی، رجوع کند.

ماده ۳۹- در حوادث رانندگی منجر به خسارت مالی، پرداخت خسارت به صورت نقدی و با توافق زیان دیده و شرکت بیمه مربوط صورت می‌گیرد. در صورت عدم توافق طرفین در خصوص میزان خسارت قابل پرداخت، شرکت بیمه موظف است در صورت تقاضای زیان دیده، وسیله نقلیه خسارت دیده را در تعمیرگاه مجاز و یا تعمیرگاهی که مورد قبول زیان دیده باشد تعمیر نموده و هزینه‌های تعمیر را تا سقف تعهدات مالی مندرج در بیمه‌نامه مذکور پرداخت کند.

تبصره- در صورتی که اختلاف از طریق مذکور حل و فصل نشود، موضوع به یک ارزیاب خسارت (دارای مجوز ارزیابی خسارت از بیمه مرکزی) به انتخاب و هزینه زیان دیده ارجاع می‌شود. هریک از طرفین ظرف مدت بیست روز از تاریخ اعلام نظر کتبی ارزیاب می‌توانند در مرجع صالح، اقامه دعوی کنند. در صورت عدم طرح دعوی توسط طرفین در مهلت مقرر نظر ارزیاب خسارت، قطعی و لازم الاجراء است. هزینه ارزیابی خسارت براساس تعرفه‌ای است که در ابتدای هر سال توسط بیمه مرکزی پیشنهاد و به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد. بیمه مرکزی موظف است در صدور مجوز ارزیابی خسارت به گونه‌ای عمل کند که در تمام شهرستان‌ها متناسب با نیاز آن شهرستان، ارزیاب خسارت وجود داشته باشد.

ماده ۴۰- شرکت‌های بیمه مکلفند خسارت مالی ناشی از حوادث رانندگی موضوع این قانون را در مواردی که وسایل نقلیه مسبب و زیان دیده در زمان حادثه دارای بیمه‌نامه معتبر بوده و بین طرفین حادثه اختلافی وجود نداشته باشد، حداکثر تا سقف تعهدات مالی مندرج در ماده (۸) این قانون بدون اخذ گزارش مقامات انتظامی پرداخت کنند.

۳-۵- بخش پنجم - تکالیف سایر نهادها و دستگاه‌های مرتبط

ماده ۴۱- به منظور ساماندهی امور مربوط به حوادث رانندگی، دولت مکلف است «سامانه جامع حوادث رانندگی» را مطابق مقررات این قانون با مشارکت همه دستگاه‌های ذی‌ربط ایجاد

و نسبت به روزآمد کردن و تحلیل مستمر داده‌های آن اقدام کند.

نیروی انتظامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مراکز فوریت‌های پزشکی (اورژانس) و بیمارستان‌ها)، سازمان پزشکی قانونی و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران موظفند اطلاعات مربوط به سوانح رانندگی را فوراً در سامانه مذکور ثبت کنند.

قوه قضاییه نیز مکلف است اطلاعات مربوط به آرای قضایی راجع به حوادث رانندگی را در سامانه مذکور قرار دهد.

دولت موظف است حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از لازم الاجراء شدن این قانون، سامانه مزبور را راه‌اندازی و دسترسی برخط (آنلاین) به آن را برای کلیه واحدهای نیروی انتظامی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شرکت‌های بیمه، صندوق و واحدهای قضایی فراهم کند.

تبصره- نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران موظف است همزمان با تعویض پلاک وسیله نقلیه، مشخصات مالک جدید را در «سامانه جامع حوادث رانندگی» درج کند. همچنین سازمان ثبت اسناد و املاک کشور نیز مکلف است اسناد تنظیم شده در خصوص وسایل نقلیه مانند نقل و انتقال، وکالت و رهن را در سامانه مذکور درج کند.

ماده ۴۲- حرکت وسایل نقلیه موتوری زمینی بدون داشتن بیمه‌نامه موضوع این قانون ممنوع است. کلیه دارندگان وسایل مزبور مکلفند سند حاکمی از انعقاد قرارداد بیمه را هنگام رانندگی همراه داشته باشند و در صورت درخواست مأموران راهنمایی و رانندگی و یا پلیس راه ارائه کنند. مأموران راهنمایی و رانندگی و پلیس راه موظفند از طرق مقتضی مانند دوربین‌های نظارت ترافیکی ضمن شناسایی وسایل نقلیه فاقد بیمه‌نامه نسبت به اعمال جریمه‌های مربوط اقدام کنند. همچنین مأموران راهنمایی و رانندگی و پلیس راه موظفند در صورت احراز فقدان بیمه‌نامه، وسایل نقلیه فاقد بیمه‌نامه موضوع این قانون را تا هنگام ارائه بیمه‌نامه مربوط در محل مطمئن متوقف کنند. آیین‌نامه مربوط به نحوه توقیف وسایل نقلیه فاقد بیمه‌نامه شخص ثالث ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این قانون توسط وزارت کشور با همکاری

وزارتخانه‌های راه و شهرسازی و دادگستری و بیمه مرکزی تهیه می‌شود و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

تبصره- نیروی انتظامی مکلف است هر شش ماه یک بار گزارش اجرای این ماده را به دادستانی کل کشور، بیمه مرکزی و کمیسیون‌های قضایی و حقوقی، اقتصادی، اجتماعی و امنیت ملی و سیاست خارجی مجلس شورای اسلامی ارسال کند.

ماده ۴۳- بیمه مرکزی و شرکت‌های بیمه موظفند ترتیبی اتخاذ کنند که با استفاده از ابزار مناسب، امکان شناسایی وسایل نقلیه فاقد بیمه‌نامه موضوع این قانون برای پلیس راهنمایی و رانندگی و یا پلیس راه فراهم شود.

ماده ۴۴- دادن بار یا مسافر و یا ارائه هرگونه خدمات به دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی فاقد بیمه‌نامه شخص ثالث معتبر، از سوی شرکت‌ها و مؤسسات حمل و نقل بار و مسافر درون شهری و برون شهری ممنوع است. نظارت بر حسن اجرای این ماده بر عهده وزارتخانه‌های کشور و راه و شهرسازی می‌باشد تا حسب مورد، شرکت‌ها و مؤسسات متخلف را به مراجع مذکور در تبصره (۱) ماده (۳۱) قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی معرفی نمایند.

در صورت احراز تخلف شرکت‌ها و مؤسسات مذکور توسط مراجع یادشده، پروانه فعالیت آنان از یک ماه تا یک سال معلق و در صورت تکرار تخلف یادشده برای بار چهارم به صورت دائم لغو می‌شود.

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است امکان احراز اصالت بیمه‌نامه از طریق سامانه‌های الکترونیکی را به صورت برخط برای وزارتخانه‌های راه و شهرسازی و کشور فراهم کند.

تبصره- اعتراض به هرنوع تصمیمات مراجع دولتی موضوع تبصره (۱) ماده (۳۱) قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی در دیوان عدالت اداری رسیدگی می‌شود.

ماده ۴۵- ارائه هرگونه خدمات به وسایل نقلیه فاقد بیمه‌نامه و رفع توقیف از آنها، توسط راهنمایی و رانندگی، دفاتر اسناد رسمی و سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با امر حمل و نقل از

قبیل تعویض پلاک وسیله نقلیه، تنظیم اسناد رسمی معاملات وسایل مذکور ممنوع می‌باشد. عدم اجرای تکالیف فوق، حسب مورد تخلف اداری یا انتظامی محسوب می‌شود.

تبصره- انتقال وسایل نقلیه اسقاطی به مراجع و نهادهای ذی‌ربط و نیز انتقال وسایل نقلیه

مشمول خسارت بیمه بدنه به بیمه گر مربوط، از حکم این ماده مستثنی است.

ماده ۴۶- عقد هرگونه قرارداد حمل و نقل بار یا مسافر از سوی دستگاه‌های اجرایی و مؤسسات دولتی و نهادهای عمومی غیردولتی و مراکز آموزشی و کلیه اشخاص حقوقی در مواردی که به موجب قوانین و مقررات مربوطه مجاز می‌باشد با دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی فاقد بیمه‌نامه شخص ثالث معتبر، ممنوع است. عدم اجرای تکلیف فوق، حسب مورد تخلف اداری یا انتظامی محسوب می‌شود.

ماده ۴۷- نیروی انتظامی مکلف است ظرف مدت یک سال از تاریخ لازم الاجراء شدن این قانون، کلیه واحدهای ثابت و سیار راهنمایی و رانندگی و پلیس راه را به ابزار لازم برای استعلام برخط وضعیت بیمه شخص ثالث وسایل نقلیه، تجهیز و سامانه مورد نیاز را طراحی یا تکمیل کند.

ماده ۴۸- ستاد مدیریت حمل و نقل و سوخت مکلف است از صدور هرگونه کارت سوخت و تخصیص اولیه سهمیه یا ادامه آن برای وسایل نقلیه فاقد بیمه‌نامه خودداری کند.

تبصره- بیمه مرکزی و نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران مکلفند اطلاعات مربوط

به وسایل نقلیه مذکور را به صورت برخط در اختیار ستاد مدیریت حمل و نقل و سوخت قرار دهند.

ماده ۴۹- مراجع قضایی مکلفند در دعاوی مربوط به حوادث رانندگی، در صورت وجود بیمه‌نامه معتبر و مکفی و احراز اصالت آن، صرفاً متناسب با جنبه عمومی جرم برای راننده مسبب حادثه قرار تأمین صادر کنند.

تبصره- عدم اجرای این ماده مستوجب مجازات انتظامی درجه سه موضوع ماده (۱۳)

قانون نظارت بر رفتار قضات مصوب ۱۳۹۰/۷/۱۷ برای متخلف است. بیمه مرکزی مکلف

است با رعایت مفاد ماده (۵۶) این قانون اطلاعات مربوط به بیمه‌نامه و بیمه‌گذاران را به نحوی در اختیار قوه قضاییه قرار دهد که امکان دسترسی مراجع قضایی برای بررسی اصالت بیمه‌نامه وجود داشته باشد.

ماده ۵۰- کلیه مراجع قانونی رسیدگی به دعاوی مرتبط با حوادث رانندگی از قبیل دادسرا و دادگاه‌های رسیدگی کننده به دعاوی ناشی از حوادث موضوع این قانون مکلفند صندوق یا شرکت بیمه مربوط را در مواردی که صندوق یا شرکت بیمه، طرف دعوی نباشند از طرح دعوی علیه مسبب حادثه مطلع نموده، زمان تشکیل جلسات دادگاه را رسماً به آنان اطلاع دهند. همچنین دادگاه مکلف است پس از صدور رأی، نسخه‌ای از رأی صادرشده را به آنها ابلاغ کند. در این موارد، بیمه‌گر یا صندوق می‌توانند با رعایت مقررات قانون آیین دادرسی مدنی نسبت به خسارات بدنی و مالی در دعوی واردشده یا پس از صدور رأی قطعی مطابق مقررات آیین دادرسی مدنی اعتراض ثالث کنند.

تبصره ۱- اعتراض ثالث شرکت بیمه یا صندوق مانع از اجرای حکم نیست.

تبصره ۲- عدم اعلام مراتب طرح دعاوی مرتبط با حوادث رانندگی موضوع این قانون حسب مورد به بیمه‌گر مربوط یا صندوق یا عدم ابلاغ رأی به آنها مستوجب مجازات انتظامی درجه سه موضوع ماده (۱۳) قانون نظارت بر رفتار قضات است.

ماده ۵۱- طرح دعوای واهی موضوع تبصره ماده (۱۰۹) قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب (در امور مدنی) در دعاوی راجع به حوادث رانندگی توسط صندوق یا بیمه‌گر - اعم از اینکه به صورت ورود ثالث یا اعتراض ثالث یا تجدیدنظرخواهی باشد - در صورتی که منجر به تأخیر در پرداخت خسارت شود، مشمول ماده (۳۳) این قانون می‌شود.

ماده ۵۲- قوه قضاییه مکلف است تا پایان پانزدهم اسفند هر سال میزان ریالی دیه موضوع ماده (۵۴۹) قانون مجازات اسلامی مصوب ۱/۲/۱۳۹۲ را تعیین و برای اجراء از ابتدای سال بعد اعلام کند.

ماده ۵۳- ادارات راهنمایی و رانندگی و پلیس راه حسب مورد مکلفند علاوه بر ثبت جزئیات

حادثه در «سامانه جامع حوادث رانندگی»، نسخه‌ای از آن را به زیان دیده و مسبب حادثه تسلیم نموده، رسید دریافت نمایند.

عدم اجرای تکلیف مذکور مستوجب مجازات مقرر برای لغو دستور موضوع ماده (۳۸) قانون جرائم نیروهای مسلح مصوب ۱۳۸۲/۱۰/۹ است.

ماده ۵۴- نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران مکلف است ظرف مدت سه ماه از تاریخ لازم الاجراء شدن این قانون ترتیبی اتخاذ کند که امکان دسترسی به بانک‌های اطلاعاتی آن نیرو در ارتباط با موضوعات مورد نیاز از قبیل مشخصات وسایل نقلیه و دارندگان آنها و گواهینامه‌های صادرشده و همچنین سوابق تخلفات و تصادفات رانندگان، از طریق سامانه‌های الکترونیکی به صورت برخط برای مراجع قضایی، صندوق و بیمه مرکزی فراهم شود. اخذ گواهینامه نیازمند کارت پایان خدمت و معافیت سربازی نیست.

ماده ۵۵- شرکت‌های بیمه مجاز به فعالیت در رشته بیمه موضوع این قانون مکلفند ظرف مدت سه ماه از تاریخ لازم الاجراء شدن این قانون با استفاده از سامانه‌های الکترونیکی امکان دسترسی به کلیه اطلاعات مورد نیاز بیمه مرکزی در رابطه با بیمه‌نامه‌های صادر شده و خسارت‌های مربوط به آنها را به صورت برخط برای بیمه مرکزی فراهم کنند.

ماده ۵۶- بیمه مرکزی مکلف است ظرف مدت شش ماه از تاریخ لازم الاجراء شدن این قانون ترتیبی اتخاذ کند که امکان دسترسی به اطلاعات مذکور در مواد (۵۴) و (۵۵) این قانون برای کلیه مراجع قضایی، شرکت‌های بیمه ذی‌ربط، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و صندوق فراهم شود.

ماده ۵۷- بیمه مرکزی بر حسن اجرای این قانون نظارت نموده و در صورت قصور یا تخلف هر یک از شرکت‌های بیمه در اجرای قانون، اقدامات زیر را به عمل می‌آورد. اعمال موارد زیر متناسب با نوع قصور یا تخلف و تعدد و تکرار آن به موجب آیین‌نامه‌ای است که به پیشنهاد بیمه مرکزی و تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد:

الف- توبیخ کتبی مدیران شرکت بیمه

ب- سلب صلاحیت حرفه‌ای مسئول فنی یا مدیر یا معاون فنی یا مدیرعامل یا هیأت مدیره شرکت بیمه، برای حداکثر پنج سال با تأیید شورای عالی بیمه

پ- سلب صلاحیت افراد موضوع بند (ب) به طور دائم با تأیید شورای عالی بیمه
ت- محکوم نمودن شرکت بیمه به پرداخت جریمه نقدی حداکثر تا مبلغ بیست برابر حداقل تعهدات بدنی موضوع ماده (۸) این قانون در زمان پرداخت
ث- تعلیق فعالیت شرکت بیمه در یک یا چند رشته بیمه برای حداکثر یک سال با تأیید شورای عالی بیمه

ج- لغو پروانه فعالیت در یک یا چند رشته بیمه به طور دائم با تأیید شورای عالی بیمه
تبصره ۱- در مورد بندهای (ت)، (ث) و (ج) این ماده، بیمه مرکزی نظر مشورتی و تخصصی اتحادیه بیمه‌گران ایران را قبل از اتخاذ تصمیم، اخذ می‌کند. چنانچه اتحادیه ظرف مدت پانزده روز از تاریخ دریافت نامه بیمه مرکزی، کتباً نظر خود را اعلام نکند بیمه مرکزی رأساً اقدام می‌کند.

تبصره ۲- در صورت سلب صلاحیت اکثریت هیأت مدیره شرکت بیمه حسب اعلام بیمه مرکزی، بیمه مرکزی با تأیید شورای عالی بیمه می‌تواند برای اداره امور شرکت فرد واجد شرایطی را به عنوان سرپرست شرکت بیمه تا زمان تعیین و تأیید اعضای جدید هیأت مدیره منصوب کند. صاحبان سهام شرکت بیمه (مجمع) موظفند حداکثر ظرف مدت یک ماه اعضای هیأت مدیره جدید خود را معرفی کنند تا پس از تأیید توسط بیمه مرکزی جایگزین اعضای قبلی سلب صلاحیت شده شوند و براساس قانون تجارت شرکت را اداره کنند. سرپرست جدید منصوب تا زمان جایگزینی اعضای هیأت مدیره جدید دارای اختیارات هیأت مدیره شرکت است و مسئولیت کلیه اقدامات او برعهده بیمه مرکزی است. حقوق و مزایای سرپرست منصوب تا تعیین مدیرعامل که حداکثر سه ماه می‌باشد توسط بیمه مرکزی پیشنهاد و پس از تصویب مجمع شرکت به سرپرست منصوب پرداخت می‌شود.

تبصره ۳- جریمه موضوع بند (ت) این ماده به حساب اختصاصی صندوق نزد خزانه‌داری کل واریز و با پیش‌بینی در بودجه‌های سنواتی به صندوق مذکور تخصیص داده می‌شود. عدم پرداخت جریمه از سوی شرکت بیمه در حکم تصرف غیرقانونی در وجوه عمومی است.

تبصره ۴- نحوه وصول، تخفیف و یا بخشودگی جریمه موضوع بند (ت) این ماده به موجب آیین‌نامه‌ای است که ظرف مدت شش ماه از تاریخ ابلاغ این قانون به پیشنهاد بیمه مرکزی پس از تأیید شورای عالی بیمه به تصویب وزیر امور اقتصادی و دارایی می‌رسد.

تبصره ۵- رسیدگی به اعتراض شرکت‌های بیمه در خصوص تصمیم بیمه مرکزی یا شورای عالی بیمه مبنی بر اعمال مجازات‌های مندرج در این ماده (به جز بند «الف») برعهده کمیسیون متشکل از یک نفر قاضی دادگستری با انتخاب رئیس قوه قضاییه (به عنوان رئیس کمیسیون)، نماینده بیمه مرکزی و یک نفر نماینده اتحادیه (سندیکای) بیمه‌گران می‌باشد. تصمیم‌گیری کمیسیون مذکور با اکثریت آرای اعضاء، لازم الاجراء و ظرف مدت بیست روز از تاریخ ابلاغ حسب مورد قابل اعتراض در مرجع قضایی ذیصلاح است. دبیرخانه این کمیسیون در بیمه مرکزی مستقر می‌باشد.

ماده ۵۸- بیمه مرکزی مکلف است مطابق مقررات مربوط بر اجرای تعهدات شرکت‌های بیمه و نحوه محاسبه ذخایر آنها در رشته بیمه شخص ثالث نظارت نموده و از کفایت ذخایر مذکور جهت ایفای تعهدات آتی شرکت‌های بیمه اطمینان حاصل کند.

شرکت‌های بیمه مکلفند ذخایر تأیید شده از سوی بیمه مرکزی را در دفاتر و صورت‌های مالی خود، مطابق دستورالعمل بیمه مرکزی ثبت کنند.

۳-۶- بخش ششم - مقررات کیفری

ماده ۵۹- عدم پرداخت حقوق قانونی صندوق از سوی بیمه‌گر یا نمایندگی آنان، مصرف درآمدهای صندوق در غیر از موارد مصرح قانونی و همچنین عدم اجرای تکالیف مقرر در مواد

(۴۵) و (۴۶) و (۴۸) این قانون علاوه بر تخلف اداری یا انتظامی در حکم دخل و تصرف در وجوه عمومی است.

ماده ۶۰- فروش هر نوع بیمه‌نامه یا مبادرت به عملیات بیمه‌گری یا نمایندگی بیمه بدون مجوز قانونی، در حکم کلاهبرداری است و مرتکب علاوه بر مجازات کلاهبرداری، ضامن جبران خسارت وارده حسب مورد به زیان دیده یا صندوق به نرخ روز جبران می‌باشد.

ماده ۶۱- هرکس با انجام اعمال متقلبانه مانند صحنه‌سازی صوری تصادف، تعویض خودرو یا ایجاد خسارت عمدی، وجوهی را بابت خسارت دریافت کند، به حبس تعزیری درجه شش و جزای نقدی معادل دو برابر وجوه دریافتی محکوم می‌شود. شروع به جرم مندرج در این ماده علاوه بر مجازات مقرر برای شروع به جرم در قانون مجازات اسلامی، مستوجب جزای نقدی درجه پنج می‌باشد.

ماده ۶۲- هرگاه شخصی برخلاف واقع خود را به عنوان راننده وسیله نقلیه مسبب حادثه معرفی کند به مجازات حبس درجه هفت محکوم می‌شود؛ راننده نیز چنانچه در این امر تبانی کرده باشد به مجازات مذکور محکوم می‌شود.

ماده ۶۳- در صورتی که مسئولیت مسبب حادثه مشمول تعهدات بیمه‌گر باشد، جز در موارد مصرح در ماده (۱۵) این قانون، مقررات مربوط به نحوه اجرای محکومیت‌های مالی در خصوص وی قابل اجراء نیست.

۳-۷- بخش هفتم - مقررات نهایی

ماده ۶۴- کلیه آیین‌نامه‌های اجرایی این قانون جز در مواردی که به نحو دیگری مقرر شده است، ظرف مدت یک سال از تاریخ ابلاغ آن توسط بیمه مرکزی و شورای عالی بیمه تهیه می‌شود و پس از تأیید وزیر امور اقتصادی و دارایی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد. مادامی که آیین‌نامه‌های مذکور، تهیه و تصویب نشده است، آیین‌نامه‌های اجرایی موجود، در حدودی که مغایر این قانون نباشد معتبر است.

ماده ۶۵- بیمه‌نامه‌های صادره پیش از لازم الاجراء شدن این قانون مشمول قانون زمان صدور خود هستند لکن در هر حال احکام بندهای (الف) و (ب) ماده (۴)، مواد (۱۱)، (۱۹)، (۲۲)، (۲۵)، (۳۰) و ماده (۳۲) و تبصره‌های آن، مواد (۳۶)، (۳۷)، (۳۸)، (۴۹)، (۵۰) و (۶۰) در مورد بیمه‌نامه‌هایی که هنوز خسارات تحت پوشش آنها پرداخت نشده نیز لازم‌الرعايه است.

ماده ۶۶- از تاریخ لازم الاجراء شدن این قانون، «قانون اصلاح قانون بیمه مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب ۱۳۸۷» نسخ می‌شود. هرگونه نسخ یا اصلاح مواد این قانون باید صریحاً در قوانین بعدی قید شود.

قانون فوق مشتمل بر ۶۶ ماده و ۵۵ تبصره در جلسه علنی روز دوشنبه ۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۵ مجلس شورای اسلامی تصویب شد و در ۲۹ اردیبهشت ۱۳۹۵ به تأیید شورای نگهبان رسید.

پیوست ۴

آیین نامه شماره ۷۱ – آیین نامه حمایت از حقوق بیمه گذاران،
بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها مصوب سال ۱۳۹۱

آیین نامه شماره ۷۱

شورای عالی بیمه با استناد به ماده ۱ و بند ۵ ماده ۱۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و به منظور:

- 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 به موقع قبل و بعد از صدور بیمه‌نامه به بیمه‌گذاران.
- الزام بیمه‌گران به تسهیل فرایند بررسی و پرداخت خسارت و رسیدگی به شکایات بیمه‌ای.

در جلسه مورخ ۹۱/۳/۲۳ "آیین نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها" را در هفت فصل، سی و سه ماده و چهار تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول: تعاریف

ماده ۱- واژگان و اصطلاحات مذکور در این آیین‌نامه صرف نظر 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 بیمه است.
- 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

- ارایه 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 به منظور دریافت خدمات بیمه‌ای به عرضه کننده 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 به منظور 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، به صورت یکسان برای کلیه بیمه‌گذاران، توسط بیمه‌گر بر اساس 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 بیمه نامه، 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 هر یک از رشته‌های بیمه به صورت 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 هر گونه 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 ذخایر 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: هر گونه 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، عادات‌های 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 بیمه شده طی مدت بیمه است.

۲۰- بیمه‌های غیر زندگی: 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 به منظور ایجاد

تقاضا و تأثیر در فروش بیمه به صورت متن، تصویر و صوت از طریق مطبوعات، رسانه‌های
همگانی و یا سایت‌های اینترنتی یا هر ابزار ارتباطی دیگر انجام می‌شود.

ماده ۳- عرضه کنندگان بیمه باید از تبلیغات گمراه کننده خودداری نمایند. منظور از تبلیغ
گمراه کننده تبلیغی است که:

۱- موجب ابهام در تشخیص محصولات 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 تایید بیمه مرکزی را اخذ نمایند. عدم اظهار نظر بیمه مرکزی ظرف مدت یک هفته از تاریخ دریافت تقاضا به منزله تایید است.

ماده ۵- هرگونه تبلیغ بیمه‌ای که توسط نمایندگان بیمه انجام می‌شود باید با هماهنگی و تایید مؤسسه بیمه ذربط باشد. بیمه موظف است بر تبلیغات نمایندگان خود نظارت نموده و با موارد تخلف برخورد نماید.

ماده ۶- عرضه کننده بیمه موظف است در وب سایت یا پرتال خود، نام ثبت شده، شماره مجوز، لوگو و شناسه 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- عرضه کننده بیمه موظف است کلیه اطلاعات ضروری در مورد پوشش‌های بیمه، وظایف و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن، استثنائات و محدودیت‌های بیمه‌نامه، تاریخ شروع و انقضای بیمه‌نامه و نحوه ارایه خدمات بیمه‌ای و سایر توضیحات لازم را به متقاضی خدمات بیمه به صورتی مناسب (نظیر مکتوب، الکترونیکی و غیره) اعلام نماید. این اطلاعات باید به گونه‌ای ارایه 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، حق بیمه‌های دریافتی را عیناً مسترد نماید.

ماده ۱۰- عرضه کننده 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 در سوابق خود نگهداری نماید.

ماده ۱۱- عرضه کننده بیمه باید به نحو مقتضی پیامدهای ناشی از اظهارات خلاف واقع یا کتمان حقیقت از روی عمد را به اطلاع متقاضی خدمات بیمه برساند.

ماده ۱۲- عرضه کننده بیمه نباید هیچ‌گونه اطلاعاتی مزاد بر اطلاعاتی که طبق قوانین و مقررات مربوط برای انجام عملیات بیمه‌گری ضرورت دارد از متقاضی خدمات بیمه درخواست نماید.

ماده ۱۳- عرضه کننده بیمه موظف است از اطلاعات شخصی متقاضی بیمه و بیمه‌گذاران محافظت نموده و جز به حکم قانون از افشاء و ارایه 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 بر عهده بیمه‌گر است و موارد اجمال، ابهام یا اختلاف در مندرجات بیمه‌نامه یا سایر مستندات به نفع بیمه‌گذار یا ذینفع تفسیر می‌شود.

ماده ۱۵- عرضه کننده 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- عرضه کننده 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 بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی
 - ۲- تعریف عبارات و واژه‌های به کار رفته در بیمه‌نامه
 - ۳- شرایط، پوشش‌ها و استثنائات بیمه‌نامه
 - ۴- مشخصات و اقامتگاه بیمه گر، بیمه گذار، بیمه شده، ذینفع یا ذینفعان و سهم هر یک و پیامد عدم تعیین ذینفع
 - ۵- در صورت وجود شرط مشارکت در منافع، درج آن در 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 حق بیمه، دوره‌های پرداخت، موعد و مهلت پرداخت، زمان پرداخت آخرین قسط حق بیمه، شرایط معافیت از پرداخت حق بیمه و تصریح پیامدهای عدم پرداخت به موقع اقساط حق بیمه
 - ۱۱- وجود یا عدم وجود شرط مشارکت در منافع و شیوه پرداخت آن
 - ۱۲- ضوابط اعطای وام و نرخ سود آن
 - ۱۳- هرگونه شرایط خاص مانند محدودیت سنی برای بیمه شده یا شرط خودکشی
 - ۱۴- شرایط تبدیل 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 بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی

- ۲- تعریف عبارات و واژه‌های بکار رفته 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 حق بیمه 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 قرار دارد 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 به عمل آورد.

ماده ۲۰- مؤسسه بیمه موظف است ترتیبی اتخاذ نماید که کلیه مراکز پرداخت خسارت آن با یکدیگر در ارتباط باشند به نحوی که دریافت خسارت از کلیه مراکز پرداخت خسارت آن شرکت امکان‌پذیر باشد.

ماده ۲۱- عرضه کننده بیمه موظف است در اولین مراجعه (حضور یا غیرحضور) زیان دیده یا بیمه‌گذار برای دریافت خسارت، فهرست کامل مدارک لازم جهت بررسی و رسیدگی به خسارت، فرایند و مدت زمان رسیدگی، روش‌های جبران خسارت و رویه‌های داخلی حل و فصل شکایات را به زیان دیده یا بیمه‌گذار را اعلام یا ارایه نماید.

ماده ۲۲- مؤسسه بیمه باید بعد از دریافت کلیه مدارک مربوط به خسارت حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز، مدارک را بررسی و نتیجه را اعلام نماید و در صورت احراز عدم استحقاق دریافت خسارت، مراتب را همراه با ذکر دلایل به‌طور مکتوب به بیمه‌گذار یا زیان دیده اعلام نماید و در صورت قبول خسارت، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز پس از قبول خسارت، آن را پرداخت نماید. در مواردی که پرداخت خسارت پس از تکمیل مدارک مثبته از سوی بیمه‌گر، به تأخیر می‌افتد، طبق حکم ماده ۵۲۲ آیین دادرسی مدنی عمل می‌شود.

تبصره ۵- 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 بر اساس 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 به هر دلیل، شناسایی ذینفع بیمه زندگی ظرف مدت ۳۰ روز پس از احراز فوت بیمه شده 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: فرایند رسیدگی به شکایات بیمه‌ای

ماده ۲۵- مؤسسه بیمه موظف است با درج اطلاعیه در تمام مراکز صدور و پرداخت خسارت، در خصوص نحوه رسیدگی به شکایات بیمه‌ای و فرایند 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 به گونه‌ای 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 ارایه 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 به طور کامل با مدارک و مستندات بشرح زیر، هر شش ماه یکبار برای بیمه مرکزی ارسال نمایند:

الف- تعداد شکایت‌های دریافتی از هر نماینده یا کارگزار

ب- تعداد شکایت‌های رسیدگی شده

ج- میزان خسارت یا غرامت پرداختی به شاکیان

فصل ششم: نظارت بر اجرا

ماده ۳۰- بیمه مرکزی بر حسن 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 هیئت مدیره 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 بیمه نامه 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- هر گونه 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، هر گونه 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 ضمایم پیوست آن به عمل آورده و نسخه‌ای از آن را حداکثر ظرف مدت سه ماه به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

منابع

- [1] Michael S. Pice BA (2013), Foundation Insurance TEST (FIT), CII.UK
- [۲] کلیات بیمه، آیت کریمی، پژوهشکده بیمه، چاپ دوازدهم، تابستان ۱۳۸۸
- [۳] حقوق بیمه، دکتر ایرج بابایی، انتشارات سمت، ۱۳۸۵
- [۴] بیمه اموال و مسئولیت، آیت کریمی، انتشارات دانشکده امور اقتصادی، ۱۳۷۸
- [۵] مبانی نظری و عملی بیمه، ترجمه دکتر عبدالناصر همتی، دکتر علی دهقانی، بیمه مرکزی، ۱۳۸۱
- [۶] اصول قراردادهای بیمه، حجت‌اله گودرزی، دکتر میرفیض فلاح شمس، انتشارات صادق‌نیا، ۱۳۸۵
- [۷] مجموع کامل مصوبات شورای عالی بیمه، غلامعلی ثبات، بیمه مرکزی، ۱۳۸۷
- [۸] مبانی نظری در صنعت بیمه، دکتر جواد فرشباغ ماهریان، انتشارات پژوهشکده بیمه، ۱۳۸۸
- [۹] کلیات و اصول بیمه‌های بازرگانی، چاپ چهارم، عباس گلچینیان، انتشارات بیمه البرز، ۱۳۹۱
- [۱۰] صنعت بیمه در مسیر تحول، محمد ابراهیم امین، سحر کمالخانی، بیمه البرز، ۱۳۸۸
- [۱۱] فرهنگ بیمه و بازرگانی، علی محمود صالحی، پژوهشکده بیمه، چاپ چهارم، ۱۳۸۹
- [۱۲] مبانی علمی و نظری بیمه اموال، آیت کریمی، پژوهشکده بیمه، ۱۳۸۶
- [۱۳] بیمه باربری، کشتی و هواپیما، هادی دستباز، انتشارات دانشکده امور اقتصادی، ۱۳۸۷
- [۱۴] مجموع جزوات آموزشی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران
- [۱۵] راهنمای جامع طراحی و پیاده‌سازی چارچوب مدیریت ریسک، دکتر محسن قره‌خانی، انتشارات آتی‌نگر، ۱۳۹۵.