

بخش دوم

ساختار بازار بیمه در ایران

قبل از پیروزی انقلاب ایران چهار گروه شرکت بیمه براساس نوع مالکیت در ایران فعالیت داشتند که به ترتیب عبارتند از شرکت سهامی بیمه ایران (دولتی)، شرکت سهامی خصوصی (با سرمایه ملی)، شرکت سهامی چند ملیتی (سرمایه مختلط) و دو نمایندگی خارجی به نام یورکشایر و اینگستراخ که بخش کوچکی از کل پرتفوی بازار را در اختیار داشتند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی، شورای انقلاب در تاریخ ۱۳۵۸/۴/۴ با صدور مصوبه ای صنعت بیمه کشور را ملی اعلام کرد. مطابق ماده یک این مصوبه ((به منظور حفظ حقوق بیمه گذاران و گسترش صنعت بیمه در سراسر کشور و گماردن بیمه به خدمت مردم از تاریخ تصویب این قانون کلیه موسسات بیمه کشور ضمن قبول اصل مالکیت مشروع مشروط ملی اعلام می شود)) در نتیجه از پانزده موسسه بیمه دوازده شرکت بیمه خصوصی ملی و دو نمایندگی خارجی منحل شدند. به منظور پیشبرد مفاد مصوبه فوق اداره امور شرکتهای بیمه ملی شده به عهده مجمع عمومی مشترکی مرکب از وزرای بازرگانی، امور اقتصادی و دارایی، کار و امور اجتماعی، بهداشتی و برنامه و بودجه گذاشته می شود از نقطه نظر اجرائی نیز امور به هیات مدیره مشترکی مرکب از نمایندگان وزرای فوق الذکر و مدیر عامل شرکت سهامی بیمه ایران و رئیس کل بیمه مرکزی ایران محول می شود. پس از بررسیهای به عمل آمده داده و بقیه فقط به انجام تعهدات گذشته و پرداخت خسارت معوقه پردازند.

قانون اداره امور شرکتهای بیمه در سال ۱۳۶۷ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید به موجب این قانون شرکتهای بیمه ایران، آسیا و البرز و دانا به صورت سهامی اداره می شوند. مجاز به انجام انواع عملیات بیمه ای در بخشهای دولتی تعاونی و خصوصی می باشند به استثنای شرکت سهامی بیمه دانا که صرفاً در قسمت بیمه های اشخاص فعالیت خواهد داشت. شرکتهای بیمه ای که قبل از انقلاب فعالیت داشتند و عملیات آنها قبلاً متوقف شده بود در بیمه دانا ادغام گردیدند. کلیه سهام شرکتهای بیمه ایران، آسیا، البرز و دانا طبق این قانون متعلق به دولت بوده هر یک از شرکتهای دارای اساسنامه ای جدا گانه شدند مدیر عامل و اعضاء هیات مدیره شرکتهای بیمه با پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی و تصویب مجمع عمومی انتخاب و با حکم وزیر امور اقتصادی و دارایی منصوب می شوند و عزل مدیر عامل و اعضاء هیات مدیره شرکتهای بیمه با پیشنهاد هر یک از اعضاء مجمع عمومی و تصویب مجمع با حکم وزیر امور اقتصادی و دارایی انجام می گیرد رئیس کل بیمه مرکزی ایران بدون حق رای در جلسات مجمع عمومی شرکتهای بیمه، حضور می یابد شرکتهای بیمه ایران، آسیا، البرز و دانا با رعایت قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری و قانون اداره امور شرکتهای بیمه طبق مقررات

اساسنامه مربوط اداره خواهند شد و در موارد پیش بینی نشده مشمول قانون تجارت می باشند و در صورتی تابع مقررات عمومی مربوط به دولت و موسساتی که با سرمایه دولت تشکیل شده، می گردند که در مقررات مزبور صراحتاً از آنها نام برده شده باشد. در سالهای اخیر تعداد قابل توجهی شرکت بیمه توسط بخش خصوصی تاسیس شده است که فضای بیمه کشور را تقریباً رقابتی نموده است

نهاد های فعال در بازار بیمه ایران

بیمه مرکزی ایران

قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری در تاریخ ۱۳۵۰/۳/۳۰ به تصویب رسید و تغییرات مهمی را در نحوه نظارت بر موسسات بیمه موجب شده بدین ترتیب برای اولین بار در ایران امور بیمه گری منجمله نظارت بر موسسات بیمه، تاسیس شرکتهای جدید و هدایت امر بیمه و غیر تحت ضوابط قانونی کامل در آمد. از انجائی که اکثر بیمه گذاران با امور بیمه اشنائی کافی ندارند قسمتی از وظایف بیمه مرکزی ایران به این امر اختصاص یافته است. در ماده یک این قانون آمده است که ((به منظور تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها همچنین به منظور اعمال نظارت دولت بر این فعالیت موسسه ای به نام بیمه مرکزی ایران طبق مقررات این قانون به صورت شرکت سهامی تاسیس می گردد))

الف_وظایف و اختیارات

بیمه مرکزی ایران دارای وظایف و اختیارات زیر است:

- ۱_تهیه آئین نامه ها و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه در ایران لازم باشد با توجه به مفاد این قانون
- ۲_تهیه اطلاعات لازم از فعالیت های کلیه موسسات بیمه که در ایران کار می کنند
- ۳_انجام بیمه های اتکائی اجباری
- ۴_قبول بیمه های اتکائی اختیاری از موسسات داخلی یا خارجی
- ۵_واگذاری بیمه های اتکائی به موسسات داخلی یا خارجی در هر مورد که مقتضی باشد
- ۶_اداره صندوق تامین خسارتهای بدنی و تنظیم آئین نامه، موضوع ماده ۱۰ قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسائل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب دی ماه ۱۳۴۷

۷_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 اتکائی و جلوگیری از رقابت های مکارانه و نا سالم بیمه مرکزی ایران ملزم به حفظ اسرار موسساتی است که به موجب این قانون حق نظارت بر آنها را دارا می باشد و به هیچ وجه نباید از اطلاعاتی که در جهت اجرای این قانون به دست می آورد جز در مواردی که قانون معین می نماید استفاده کند.

ب_ ارکان بیمه مرکزی ایران

بیمه مرکزی ایران ارکان زیر است :

۱-مجمع عمومی

۲-شورای عالی بیمه

۳-هیات عامل

۴-بازرسان

مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مرکب از وزیر امور اقتصادی و دارائی وزیر بازرگانی ، وزیر کار و امور اجتماعی است. قانونگذار بیمه مرکزی ایران را حامی بیمه گذار و بیمه گر قرار داده است این سازمان نیز با تنظیم و تدوین شرایط عمومی و آئین بیمه گری و تهیه فرم بیمه نامه های یکسان و تعرفه نرخ کار بیمه گر را در انتقال اطلاعات در حد قابل قبولی تسهیل می کند و موسسات بیمه گری نیز با تهیه آمار نتیجه فعالیت خود و ارائه به بیمه مرکزی ایران می توانند این سازمان را در انجام وظایف قانونی خود یاری دهند. در همین راستا وظایف بیمه مرکزی ایران از طریق دادن اطلاعات متقابل به بیمه گذاران برای شناسائی تعهدات بیمه گر از طریق مصوبات شورای عالی بیمه به صورت زیر انجام می پذیرد :

۱-تنظیم بیمه نامه های هم شکل با درج شرایط عمومی در آن با زبان ساده و قابل درک بیمه گذاران

۲- تنظیم تعرفه نرخ بیمه متحدالشکل برای خطرات یکسان

۳-ایجاد مراکز جهت تعلیم فن بیمه و دادن اطلاعات فنی به بیمه گذاران

۴-انتشار نشریه تخصصی برای هر چه بیشتر شناساندن امر بیمه .

- قرار دادن تقدم شرایط خصوصی (که بیمه گذار تعیین می کند) بر شرایط عمومی و کلوزها .

ج - شورای عالی بیمه

طبق ماده ۱۰ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری شورای عالی بیمه از اشخاص زیر تشکیل می شود:

- ۱- رئیس کل بیمه مرکزی ایران
 - ۲- معاون وزارت امور اقتصادی و دارائی
 - ۳- معاون وزارت بازرگانی
 - ۴- معاون وزارت کار و امور اجتماعی
 - ۵- معاون وزارت تعاون
 - ۶- مدیر عامل شرکت سهامی بیمه ایران
 - ۷- مدیر عامل یکی از موسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه گران ایران
 - ۸- یک نفر کارشناس امور حقوقی به انتخاب مجمع عمومی
 - ۹- یک کارشناس در امور بیمه به انتخاب مجمع عمومی
 - ۱۰- یک نفر مطلع در امور بیمه به انتخاب رئیس اطاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران
- وظایف شورای عالی بیمه به شرح ذیل است:

- ۱- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به صدور پروانه تاسیس یا لغو پروانه موسسات بیمه طبق مقررات این قانون و پیشنهاد آن به مجمع عمومی
- ۲- تصویب نمونه ترازنامه که باید مورد استفاده موسسات بیمه قرار گیرد
- ۳- تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه ها و نظارت بر امور بیمه های اتکائی
- ۴- تعیین کارمزد و حق بیمه مربوط به رشته های مختلف بیمه مستقیم
- ۵- تصویب آیین نامه های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت موسسات بیمه
- ۶- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش بیمه مرکزی ایران درباره عملیات فعالیتهای موسسات بیمه ایران که حداقل هر ۶ ماه یک بار باید تسلیم شود.
- ۷- اظهار نظر درباره هر گونه پیشنهاد که از طرف رئیس شورای عالی بیمه به آن ارجاع می شود
- ۸- انجام سایر وظایفی که این قانون برای آن تعیین نموده است.

شرکتهای بیمه:

الف - انواع مختلف شرکت‌های بیمه بر اساس نوع محصول

به طور کلی، شرکت‌های بیمه را بر اساس نوع محصول می‌توان به سه گروه طبقه‌بندی نمود:

- ۱- شرکت‌های بیمه زندگی که بیمه‌نامه‌های زندگی، مستمری، حوادث و درمان را ارائه می‌دهند.
- ۲- شرکت‌های بیمه اموال و مسئولیت که تمام انواع بیمه نامه‌های اموال و مسئولیت، درمان و حوادث به غیر از بیمه‌نامه‌های زندگی را ارائه می‌دهند.
- ۳- شرکت‌های بیمه درمان و حوادث، که شرکت‌های تخصصی هستند که تمرکز آنها بر زمینه خاصی از ریسک است. همچنین شرکت‌هایی وجود دارند که تنها در یک رشته بیمه ای از رشته‌های اموال و مسئولیت فعالیت می‌نمایند. چنین شرکت‌هایی نیز در طبقه شرکت‌های اموال و مسئولیت قرار می‌گیرند.

ب - انواع مختلف شرکت‌های بیمه از لحاظ مالکیت و سازماندهی قانونی

علاوه بر طبقه‌بندی بر اساس نوع محصول، شرکت‌های بیمه خصوصی بر اساس نحوه مالکیت قانونی به ۳ گروه زیر تقسیم می‌شوند:

۱. شرکت بیمه سهامی

همان‌طور که از نامش پیداست، یک شرکت سهامی شرکت بیمه ای است که تحت مالکیت سهامداران است . سهامداران مالک سهام شرکت هستند و سهام شرکت اکثراً به صورت عمومی در بازارهای بورس تجارت می‌شود.

۲. شرکت بیمه تعاونی

این نوع شرکت متعلق به اشخاص حقیقی یا حقوقی است که شرکت، آنها را بیمه کرده است . شرکت بیمه تعاونی، شرکت بیمه ای است که مالکیت آن به طور کامل بر عهده بیمه گذاران است؛ بر خلاف شرکت بیمه سهامی که مالکیت آن بر عهده سهامداران است. اعضای هیئت مدیره که مسئولیت انتخاب مدیر عامل به منظور مدیریت شرکت را بر عهده دارند توسط بیمه گذاران انتخاب می‌شوند. در شرکت بیمه تعاونی، سود شرکت بین بیمه‌گذاران تقسیم می‌شود یا به عنوان کاهش حق بیمه آتی در نظر گرفته می‌شود.

هدف از شکل گیری شرکت های بیمه تعاونی، فراهم نمودن پوشش بیمه ای برای اعضای این شرکت ها است. مشخصه متمایزکننده شرکت های تعاونی، عدم دسترسی به سرمایه سهامی و توزیع درآمد است. درآمد حاصله بعد از پرداخت تمام هزینه های عملیاتی، خسارات و مازاد به بیمه گذاران پرداخت می شود. برخلاف شرکت های سهامی، شرکت های تعاونی هیچ سرمایه ای برای ضمانت توانگری مالی شرکت در مواقع نامساعد ندارند. بنابراین، بیمه گرهای تعاونی باید مازادی را برای حمایت در برابر خسارت های سنگین یا کاهش سود سرمایه گذاری تعیین و جمع آوری نمایند. شرکت های بیمه تعاونی در ایالات متحده، یک سوم سهم بازار بیمه های اموال و مسئولیت و تقریباً یک سوم سهم بازار بیمه زندگی را در دست دارند.

۳. شرکت بیمه دوجانبه

تبادل دوجانبه (تبادل بین بیمه ای) ایده ای امریکایی است و در حالی که نهادهای دوجانبه بخش کوچکی از صنعت بیمه را تشکیل می دهند، نهادهایی با معنا هستند. این نهادها در بعضی مواقع با شرکت های تعاونی اشتباه گرفته می شوند. علی رغم وجود شباهت ها، تفاوت های اساسی بین این دو وجود دارد. نهادهای دوجانبه شامل گروهی از افراد هستند که تعهدکننده (تبادل ریسک های بیمه) نامیده می شوند. هر عضو (یا تعهدکننده) بیمه شده و بیمه گر نامیده می شود. هر فرد به عنوان عضوی از گروه، بیمه شده توسط سایرین و بیمه گر سایرین است. در سازمان های تعاونی، اعضای گروه تعهداتشان را به طور جمعی در نظر می گیرند در حالی که در نهادهای دوجانبه، هر تعهدکننده تعهد خود را به صورت جداگانه در نظر می گیرد. مزیت این کار این است که مسئولیت هر تعهدکننده محدود است. حق بیمه پرداختی توسط هر تعهدکننده در حسابی جداگانه نگهداری می شود و سهم تعهدکننده از هر خسارت از همین حساب پرداخت می شود. تمام حق بیمه پرداختی توسط اعضای انجمن به منظور پرداخت خسارت واقع شده توسط اعضا، جمع آوری می شود. تمام اعضا به نسبت سهم خود از پوشش بیمه، در سود و زیان شرکت سهیم هستند. تمام تصمیمات بدون نیاز به نظر هیئت مدیره گرفته می شود. ساختار شرکت شبیه شرکت تعاونی است که در آن مالکیت شرکت بر عهده بیمه گذاران است و پرداخت خسارت از سرمایه جمع شده از حق بیمه ها صورت می گیرد.

سهم حق بیمه صادره کل در نهادهای دوجانبه نسبتاً کم است، به طوری که در سال ۱۹۹۷ تنها ۶٪ از حق بیمه اموال و حوادث صادر شده توسط نهادهای دوجانبه صادر شده بود.

هدف اصلی در شرکت های دوجانبه، کاهش هزینه های کلی بیمه است. شرکت های سهامی و شرکت ها تعاونی، به دنبال پرداخت هزینه های سربار هستند و هدف آنها کاهش هزینه ها و مزایا به منظور پرداخت سود به ترتیب به سرمایه گذاران و بیمه گذاران هستند. سودهای عملیاتی در شرکت های دوجانبه، برای پرداخت تعهدات آتی نگهداری می شود.

۴. شرکت‌های اختصاصی (Captive)

این شرکتها در اصل وابسته به شرکت‌های هلدی نگي هستند که با هدف اولیه تحت پوشش قرار دادن اموال ، اشخاص و مسئولیت‌های تحت تابعه شرکت مذکور بوجود می آیند.

نماینده بیمه

آئین نامه شماره ۲۸ مصوب مورخ ۱۳۷۱/۶/۹ شورای عالی بیمه نمایندگی بیمه را چنین تعریف کرده است: نماینده بیمه که در این آئین نامه اختصاراً (نماینده) نامیده می شود شخصی است حقیقی یا حقوقی که با توجه به قوانین و مقررات و مفاد این آئین نامه مجاز به عرضه خدمات بیمه ای به نمایندگی از جانب شرکت بیمه طرف قرارداد خواهد بود.

مقررات این آیین نامه شامل نمایندگانی است که خدماتت بیمه ای در داخل کشور عرضه می نمایند . نمایندگی بیمه طبق مقررات این آئین نامه از طرف شرکت‌های بیمه به اشخاص واجد شرایط اعطاء می گردد نمایندگی بیمه برای مدت یک سال اعطاء می گردد و به شرط ارائه اظهار نامه مالیاتی آخرین دوره مالی نمایندگی ، تمدید خواهد شد . شرکت بیمه می تواند در رشته های بیمه اشخاص ، اموال و مسئولیت اعطاء نمایندگی نماید. بخشی از حقوق و تکالیف شرکت بیمه و نماینده

*شرکت بیمه موظف است قرارداد و پروانه نمایندگی بیمه را طبق نمونه ای که توسط بیمه مرکزی ایران تهیه می شود تنظیم و صادر نماید.

*شرکت بیمه مکلف است بخش نامه ها و دستورالعمل های لازم در رابطه با فعالیت نمایندگی را بموقع به نماینده یا نمایندگان خود ابلاغ نماید.

*شرکت بیمه موظف است نام نماینده خود را در بیمه نامه ای که بنا به پیشنهاد او صادر می شود درج نماید

*نماینده مکلف است اطلاعات لازم درباره بیمه مورد پیشنهاد ، از جمله : نرخ ، شرایط ، استثنائات و تعهدات بیمه گر و بیمه

گذار را با رعایت بخش نامه ها و دستورالعمل های مربوط به بیمه گذار ارائه نماید

*نماینده به منظور تامین و تضمین حقوق و مطالبات بیمه گذاران ، بیمه شدگان شرکت بیمه و یا ذینفع بیمه

نامه موظف به تودیع تضمین به نفع شرکت بیمه مربوطه می باشد.

* شرکت بیمه مکلف است در صورت لغو نمایندگی ؛ مرتب را به نحو مقتضی به اطلاع بیمه گذاران مربوطه برساند .

* نماینده مسئول جبران خسارات مستقیم و یا غیر مستقیم ناشی از عمد ، تقصیر غفلت و یا قصور خود ، کارکنان و بازاریابهای متبوعه در رابطه با عملیات بیمه ای موضوع قرارداد نمایندگی می باشد در هر حال مفاد این ماده نافی مسئولیت شرکت بیمه در برابر بیمه گذار نخواهد بود.

* پرداخت حق بیمه به نماینده در حکم پرداخت حق بیمه به شرکت بیمه می باشد

* نماینده مکلف است حق بیمه دریافتی را اعم از وجه نقد یا چک حداکثر تا پایان وقت اداری روز دریافت ، به صندوق شرکت بیمه طرف قرارداد یا به حساب بانکی شرکت مزبور تحویل و واریز نماید طرفین می توانند در قرارداد نمایندگی به نحو دیگری به توافق نمایند.

* شرکت بیمه نبایستی تقاضای صدور بیمه نامه ای را که به وسیله یک یا نمایندگان خود ارائه می شود از طریق دیگری اعم از مستقیم یا غیر مستقیم قبول نماید مگر با موافقت بیمه گذار .

* در صورتی که شرکت بیمه پیشنهاد نماینده ای را رد نماید، نمی تواند همان پیشنهاد را از طریق دیگری اعم از مستقیم یا غیر مستقیم قبول نماید.

- اگر چند نماینده برای یک نوع بیمه نرخ و شرایط خواسته باشند ، شرکت بیمه موظف است نرخ و شرایط یکسان اعلام نماید.

* شرکت بیمه مکلف است کارمزد نماینده خود را به میزان پیش بینی شده در قرارداد نمایندگی پرداخت نماید مشروط بر اینکه از حداکثر میزان تعیین شده در مصوبات شورای عالی بیمه تجاوز ننماید.

* بیمه نامه هائی که از طرف یا به پیشنهاد نماینده توسط شرکت بیمه صادر می شود پرتفوی نماینده خواهد بود.

کارگزاران یا دلالان بیمه

دلالان بیمه همانند نماینده بیمه هیچگونه مسئولیتی در مورد خطرات بیمه شده ندارد بلکه به عنوان واسطه بین بیمه گر و بیمه گذار عمل می نماید فعالیت دلال بیمه در کل بازار بیمه است نه برای یک بیمه گر خاص بنابراین نقش او با نقش نماینده بیمه که نمایندگی از یک بیمه گر و یا چند بیمه گر دارد متفاوت است فعالیت دلال بیمه بسیار با اهمیت تلقی می گردد . در اهمیت فعالیت دلال بیمه همین بس که صد درصد عملیات بیمه

گری لویدز از طریق دلالات بیمه است و ۶۰ درصد کل بازار داخلی و خارجی کشور انگلیس از طریق دلال انجام می‌گردد. به عنوان یک واسطه این دلال بیمه است که با نیازهای بیمه‌گذار اعم از بیمه‌گذاران حقیقی و حقوقی آشنا شده و برای تهیه پوشش مناسب برای مشتری خود با بهترین شرایط خود به بیمه‌گران متعددی مراجعه می‌کند تا بهترین پوشش بیمه‌ای را با مناسبترین حق بیمه فراهم نماید. دلال به جامعه بیمه‌گذاران از بیمه نزدیکتر است بنابراین اولین شخص است که با تقاضای جدید بیمه‌ای آشنا می‌شود به همین خاطر با توجه به دانش فنی و تجربیات خود می‌تواند طرف بحث و مشورت بیمه‌گران قرار گیرد که چه نوع تامین بیمه‌ای برای ریسکهای جدید با حق بیمه معقول مناسب است.

در این راستا او کمک موثری در جهت رشد صنعت بیمه کشور و رفع نیازهای جدید جامعه بیمه‌گذار محسوب می‌گردد. به نظر می‌رسد که دلال نماینده بیمه‌گذاری باشد که خدمات بیمه‌ای را به او عرضه می‌دارد به هر حال دستمزد و هزینه‌های دلال از محل کارمزدی، تامین می‌شود که از بیمه‌گر دریافت می‌نماید میزان کارمزد در صورت درخواست بیمه‌گذار باید به اعلان شود. اگر کارمزدی که دلال از بیمه‌گر دریافت می‌کند تکافوی هزینه‌های اداری او را نکند، او می‌تواند مبلغی مازاد بر کارمزد از بیمه‌گذار بخواهد چنین درخواستی باید قبل از شروع بیمه تحت صورتحساب جداگانه‌ای به بیمه‌گذار اعلام شود. وظیفه دلال نه تنها تهیه بهترین تامین بیمه‌ای با شرایط مساعد برای مشتری می‌باشد بلکه در صورت تحقق خطر مورد بیمه نیز مشتری انتظار دارد دلال او نهایت تلاش خود را به کار برد تا طبق شرایط قرارداد خسارات واقعی خود را در مدت معقول از بیمه‌گری که او واسطه تنظیم قرارداد بیمه بوده دریافت نماید دلال بیمه وظیفه ندارد پلای دریافت خساراتی که تحت پوشش قرار داد بیمه نمی‌باشد تلاش نماید بلکه محدودیت فعالیت او در چهار رچوب بیمه‌نامه‌ای است که به واسطه او تنظیم شده مثلاً "بیمه‌گذار نمی‌تواند انتظار داشته باشد که دلال برای دریافت خسارتی که بیمه نشده است از شخص ثالث مقصر حادثه ندر تصادف وسیله نقلیه موتوری تلاش نماید. البته طرفین می‌توانند برای چنین خدماتی که دلال می‌تواند ارائه نماید توافق نمایند. در صورت چنین توافقی دلال باید قبل از شروع به کار میزان حق الزحمه خود را تعیین و به مشتری اعلام کند تا در صورت توافق او شروع به فعالیت نماید.

دلال بیمه در بازار بیمه ایران موضوع آئین نامه شماره ۶ مصوب شورای عالی بیمه :

- دلال رسمی شخصی است که در مقابل دریافت کارمزد واسطه انجام معاملات بیمه بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر بوده و شغل معمولی او عرضه بیمه باشد. دلال رسمی بیمه باید دارای پروانه دلالی بیمه باشد.

- دلال رسمی بیمه بازرگان شناخته می شود و باید طبق قانون و مقررات جاری معاملات مربوط را در دفاتر ثبت نماید .

- پروانه دلالی رسمی بیمه طبق مقررات این آئین نامه از طرف بیمه مرکزی ایران صادر و به اشخاص حقیقی و حقوقی واجد شرایط داده می شود .

- پروانه دلالی رسمی بیمه برای رشته بیمه های زندگی و یا سایر انواع بیمه که در آن ذکر شده باشد معتبر است .

دلال رسمی بیمه باید تکالیف مقرر در قانون تجارت و آئین نامه های مربوط و قانون تاسیس بیمه مرکزی و بیمه گری و آئین نامه های مصوب شورای عالی بیمه و دستورالعمل های بیمه مرکزی و قانون راجع به دلالان را رعایت نموده و برخلاف آنها عملی انجام ندهد .

دلال رسمی بیمه مسئول عملیات و جبران خسارات ناشی از تقصیر ، غفلت و یا قصور خود و بازار یاب ها و کارکنان خود در امور مربوط به دلالی بیمه می باشد . دلال رسمی بیمه ملزم به حفظ اسرار و اطلاعاتی است که به مناسبت شغل خود به دست می آورد . باید از رقابت مکارانه و ناسالم با دلال و یا دلالان رسمی بیمه دیگر و از انجام تبلیغات سوء علیه موسسات بیمه خودداری کند . دلال رسمی بیمه حق دریافت خسارت از بیمه گر را ندارد و موسسات بیمه موظفند خسارت را در وجه بیمه گذار یا ذینفع یا به حواله کرد پرداخت نمایند . دلال رسمی بیمه حق ندارد از خسارتی که بیمه گر به بیمه گذار می پردازد مبلغی به هر عنوان دریافت دارد .

صندوق تامین خسارتهای بدنی

صندوق تأمین خسارت های بدنی به موجب ماده ۱۰ قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب ۱۳۴۷/۱۰/۲۳ هجری شمسی تأسیس شد و آیین نامه آن در تاریخ ۱۳۴۸/۰۴/۲۱ به تصویب هیأت وزیران رسید . ضمناً به موجب بند ۶ ماده ۵ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب ۱۳۵۰/۰۳/۳۰ اداره صندوق به بیمه مرکزی واگذار شده بود . طبق قانون مذکور صندوق یکی از مدیریت های بیمه مرکزی بوده و مدیر آن توسط رئیس کل بیمه مرکزی منصوب می شد .

قانون اصلاح قانون بیمه شخص ثالث مصوب ۱۳۸۷/۰۴/۱۶ سازمان ، تکالیف و اداره صندوق را متحول کرد . بر اساس قانون مذکور مدیر صندوق به پیشنهاد رئیس کل بیمه مرکزی ایران و تصویب مجمع عمومی و با حکم رئیس مجمع عمومی منصوب می گردد . ترکیب مجمع عمومی صندوق عبارت است از وزراء امور اقتصادی و دارایی ، بازرگانی ، کار و امور اجتماعی ، دادگستری و رئیس کل بیمه مرکزی ایران . طبق قانون مذکور میزان تعهدات صندوق برای جبران خسارت های بدنی افزایش یافت و تا حد دیه کامل مرد

مسلمان در ایام حرام افزایش یافت و برای جبران تعهدات جدیدی که بر عهده آن گذاشته شد منابع درآمدی جدیدی برای صندوق منظور شد که در بخش منابع مالی صندوق در قانون اصلاح قانون بیمه شخص ثالث ذکر گردیده است.

ضمناً صندوق به موجب آیین نامه چگونگی اداره صندوق مصوب ۱۳۸۸/۰۹/۲۲ هیأت محترم وزیران دوره جدید فعالیت خود را انجام می دهد. که برخی از اقدامات صندوق تا پایان سال ۱۳۹۰ در جداول ذیل آمده است .

طبق ماده ۱۰ قانون فوق صندوق تأمین خسارت‌های بدنی برای حمایت از زیان‌دیدگان حوادث رانندگی که به دلایل زیر قابل پرداخت نیستند تأسیس شد.

- فقدان یا انقضاء بیمه‌نامه.
- بطلان قرارداد بیمه.
- تعلیق تأمین بیمه‌گر.
- فرارکردن و یا شناخته نشدن مسؤول حادثه.
- ورشکستگی بیمه‌گر.
- یا به طور کلی خسارت‌های بدنی خارج از شرایط بیمه نامه (به استثناء موارد مصرح در ماده ۷) توضیح : ماده ۷ قانون اشعار می‌دارد که موارد زیر از شمول بیمه موضوع این قانون خارج است:
- خسارت وارده به وسیله نقلیه مسبب حادثه.
- خسارت وارده به محمولات وسیله نقلیه مسبب حادثه.
- خسارت مستقیم و یا غیرمستقیم ناشی از تشعشعات اتمی و رادیو اکتیو.
- خسارت ناشی از محکومیت جزایی و یا پرداخت جرایم.

۳- نحوه تأمین منابع مالی صندوق:

به موجب ماده ۱۱ قانون فوق منابع مالی صندوق تأمین خسارت‌های بدنی به شرح زیر است :

- الف - پنج درصد از حق بیمه اجباری موضوع این قانون.
- ب- مبلغی معادل حداکثر یک سال حق بیمه اجباری که از دارندگان وسایل نقلیه‌ای که از انجام بیمه موضوع این قانون خودداری نمایند وصول می‌شود.
- ج- مبالغی که صندوق پس از جبران خسارت زیان‌دیدگان بتواند از مسؤولان حادثه وصول نماید.
- د- درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری وجوه صندوق.
- هـ - بیست درصد از جرایم وصولی راهنمایی و رانندگی در کل کشور.
- و- بیست درصد از کل هزینه‌های دادرسی و جزای نقدی وصولی توسط قوه قضائیه.

ز- جرایم موضوع ماده ۲۸ این قانون.

ح- کمک‌های اعطایی از سوی اشخاص مختلف.

تبصره ۱- در صورت کمبود منابع مالی صندوق، دولت موظف است در بودجه سنواتی سال بعد کسری منابع صندوق را تأمین نماید.

تبصره ۲- درآمدهای صندوق از هر گونه عوارض معاف می‌باشد.

تبصره ۳- صندوق از پرداخت هزینه‌های دادرسی و اوراق و حق‌الاجرا معاف است.

تبصره ۴- اسناد مربوط به مطالبات و پرداخت‌های خسارت صندوق در حکم اسناد لازم‌الاجرا است.

تبصره ۵- عدم پرداخت حقوق قانونی صندوق از سوی شرکت‌های بیمه در حکم دخل و تصرف غیرقانونی در وجوه عمومی می‌باشد.

تبصره ۶- مصرف درآمدهای صندوق در مواردی به جز موارد مصرح در این قانون ممنوع بوده و حکم تصرف غیرقانونی در وجوه عمومی می‌باشد.

سندیکای بیمه گران ایران

سندیکای بیمه گران ایران “ اولین بار در تصویب نامه هیئت وزیران در سال ۱۳۱۶ و حدود دو سال پس از تاسیس شرکت سهامی بیمه ایران و حدود ۵ ماه پس از تصویب قانون بیمه، در حالی که شرکت بیمه ایران تنها شرکت بیمه داخلی در کشور بود، مطرح گردید

ارزیابان خسارت

ارزیاب خسارت بیمه ای شخصیتی حقیقی و یا حقوقی می باشد که کاملاً“ مستقل از شرکت های بیمه بوده و هیچگونه وابستگی حقوقی و یا استخدامی با آنان ندارد. بنابراین نظری که در مورد میزان خسارت ابراز می دارد نمی تواند شبیهه ای در مورد طرفداری از بیمه گر و یا بیمه گذار ایجاد نماید

وظیفه ارزیاب خسارت ؟

۱- علت حادثه را تعیین کند.

۲- میزان خسارت وارده به بیمه گذار را برآورد نماید

۳- خسارت وارده را با شرایط و مقررات بیمه نامه تطبیق نماید اگر بیمه گذار هزینه هائی برای محدود کردن خسارت و نجات اموال و متحمل شده به خسارت اضافه و اگر کسورات قانونی وجود دارد کسر نماید

۴- در پایان میزان خسارت قابل پرداخت به بیمه گذار را به شرکت بیمه اعلام نماید/ شایان ذکر است که طبق ماده ۱۰ بیمه مرکزی از لول مهره ۱۳۹۰ شرکتهای بیمه موظفند در فرآیند ارزیابی خسارت، صرفاً از خدمات مؤسسات و اشخاصی که دارای پروانه فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران هستند، استفاده نمایند و همچنین طبق تبصره ۱ همان ماده استفاده از کارشناسان خسارت شرکتهای بیمه با ارایه فهرست اسامی و اطلاعات کارشناسان مزبور به صورت سالانه از سوی شرکتهای بیمه و تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران بلامانع است. و نیز تبصره ۲: استفاده از کارشناسان خسارت شرکتهای بیمه موقتی بوده و پس از تکمیل ظرفیت کارشناسان ارزیابی خسارت دارای پروانه فعالیت به تفکیک رشته های بیمه های که از سوی بیمه مرکزی اعلام می شود، استفاده از کارشناسان خسارت شرکتهای بیمه برای ارزیابی خسارت، با تأیید شورای عالی بیمه متوقف خواهد شد

بخش سوم

مباحث فنی بیمه

تعریف فنی بیمه

قانون بیمه در تعریف بیمه می گوید: "بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می کند در ازاء پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر، در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی بپردازد. متعهد را بیمه گر، طرف تعهد را بیمه گذار، وجهی را که بیمه گذار به بیمه گر می پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می شود موضوع بیمه نامند."

درست است که پیوند میان بیمه گران و بیمه گذاران با بستن قرارداد یا پیمان بیمه (عقد بیمه) ایجاد می شود، ولی باید توجه داشت که بیمه تنها یک رابطه حقوقی میان این دو طرف نیست. به سخن دیگر، بیمه همچون عقد بیع یا عقد هبه، تنها دربر گیرنده پیوند میان خریدار و فروشنده یا هبه کننده و هبه گیرنده نیست بلکه تحقق این پیوند حقوقی پیرو ضابطه ها و ساخت و کارهای فنی (موازن آماری و حساب احتمال ها) و در گرو تحقق مشارکت گروهی و همکاری شمار زیادی از اشخاص در معرض خطر است. بدین معنا که مؤسسه بیمه یا بیمه گر با ساماندهی و سامانگری همکاری اشخاص در معرض خطر و با دریافت سهمی به نام "حق بیمه" (بهاء مشارکت و تأمین خطر) شمار زیادی از خطرهای بر پایه معیارها و موازن آماری گردآوری می کند و با سامانگری ریسک ها و اعمال مدیریت و سرمایه گذاری های سودمند، تأمین بایسته و مقدور را در اختیار بیمه گذاران و بیمه شدگان و حقمنندان می گذارد. در واقع، مؤسسه بیمه همچون مدیر علمی و فنی صندوق مشترک جامعه و جمهور بیمه گذاران و بیمه شدگان بر پایه مشارکت آن به فعالیت های بیمه گری یا تأمین گری می پردازد. این ویژگی مشارکتی (مشارکت سازمان یافته)، نهاد بیمه را از صورت انفرادی بیرون می آورد و به آن خصلت جمعی و جمهوری می دهد (جامعه سامان یافته بیمه گذاران)

بنابراین، بیمه گران در برابر جامعه و جمهور بیمه گذاران به پذیرش و اجراء تعهد و تضمین بیمه ای می پردازند. به همین جهت، عملیات بیمه گری و معامله های بیمه ای ظرافت و پیچیدگی ویژه ای دارند که اجراء آنها مستلزم بهره گیری بهینه از دانش ریاضی (آمار و محاسبه های فنی)، دانش حقوقی (اصول قراردادهای)، دانش مالی و اقتصادی (اصول نگهداری حق بیمه ها و سرمایه گذاری اندوخته ها)، دانش بازاریابی و بازرگانی و دانش مدیریت و سامانگری است.

اصول پایه

-چیزیستی تعاونی بیمه یا اصل مشارکت:

گردآوری اشخاص در معرض خطر و سر و سامان دادن به یاری و مشارکت آنان برای جبران زیان ها و تأمین سرمایه، شالوده تکنیک بیمه‌ای را تشکیل می‌دهد.

- مکانیسم یا ساخت و کار آماری بیمه:

بدون محاسبه‌های آماری و تعیین درجه احتمال وقوع خطر، سازمان دادن به همکاری اشخاص در معرض خطر و تأمین وجوه لازم برای جبران خسارت ها یا پرداخت تعهدهای مالی بیمه‌گران نامقدور یا عملی غیرعلمی و نسنجیده و زیانبار است.

بیمه عملی است که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) اشخاصی (بیمه‌گذاران یا بیمه‌شدگان) را که در معرض خطر یا خطرهای معینی هستند جهت جبران متقابل زیان احتمالی یا پرداخت وجهی معین (سرمایه بیمه) در ازاء دریافت مبلغی (حق بیمه یا وجه اشتراک) گردآوری می‌کند و مجموعه خطرهایی را، مطابق اصول و موازین آماری، به‌عهده می‌گیرد.

عناصر تشکیل دهنده بیمه

عناصر تشکیل دهنده بیمه عبارتند از: خطر، حق بیمه و خسارت

خطر

موضوع تمام عملیات بیمه را خطر تشکیل می‌دهد و آن عبارت از اتفاقی مهتمل و قریب‌الوقوع. از ویژگیهای خطر می‌توان به احتمالی بودن - نامعین بودن زمان اتفاق افتادن و ایجاد خسارت در صورت بروز را نام برد.

در بیمه مسئولیت مدنی، مسئولیت مدنی ناشی از حوادث، موضوع بیمه است که می‌تواند در اثر عمل یا رفتار شخص یا اشخاص وابسته و یا ناشی از اشیاء و اموال تحت مالکیت یا تصرف او ایجاد شود. بنابراین بیمه‌گذار در ازاء پرداخت حق بیمه مسئولیت مدنی رفتار خود، اشخاص وابسته یا اشیاء و اموال خود را که ممکنست موجب خسارت دیگران شود بیمه کرده و پرداخت خسارت احتمالی را به بیمه‌گر منتقل می‌کند. یعنی بیمه‌گر متعهد می‌شود در صورت مسئول شناخته شدن بیمه‌گذار به جای او خسارت زیان دیده را بپردازد. این عمل (یعنی بیمه کردن) اموال و دارائیهای شخص بیمه‌گذار را از خسارت ناشی از مسئولیت او محافظت می‌کند.

در زندگی امروزی اکثر مردم درمقابل خطرات ناشی از مسئولیت مدنی در مقابل دیگران قرار دارند و بهترین راه برای حفظ دارائیها و پرداخت خسارت زیان‌دیدگان با حداقل هزینه "بیمه" می‌باشد

حق بیمه

حق بیمه وجهی است که بیمه‌گذار در قبال خرید بیمه یا با به عبارت بهتر انتقال خطر به بیمه‌گر پرداخت می‌کند. با پرداخت حق بیمه و خرید بیمه مسئولیت مدنی، تعهد جبران خسارت از بیمه‌گذار منتقل شده و بیمه‌گر متعهد می‌گردد.

خسارت

واژه خسارت در لغت به معنی زیان و ضرر است ولی در اصطلاح بیمه ای تنها به این اکتفا نشده و صاحب‌نظران علم بیمه تعاریف ویژه‌ای برای آن ارائه داده‌اند. اما اغلب آنها کم و بیش به این موضوع اذعان دارند که خسارت یعنی وقوع خطر پیش‌بینی شده در بیمه‌نامه و ادعای زیان از طرف زیان‌دیده.

با بروز خسارت زیان‌دیده به عامل زیان مراجعه کرده و عامل زیان نیز با استفاده از بیمه‌نامه عملاً خواستار حمایت بیمه‌گر می‌شود که در اینجا بیمه‌گر وارد موضوع شده و در حدود بیمه‌نامه نسبت به پرداخت خسارت زیان‌دیده اقدام می‌کند.

در بیمه مسئولیت مدنی نیز خسارت را می‌توان واقعه‌ای دانست که موجب مسئولیت بیمه‌گذار در مقابل اشخاص زیان‌دیده می‌گردد.^۲

انواع بیمه

بیمه باتوجه به نوع نگاه ما به مبنای قانونی - اهداف و مقررات به انواع مختلفی تقسیم‌بندی می‌شود. در یک تقسیم‌بندی، بیمه به دو نوع کلی تقسیم می‌شود:

الف - بیمه‌های اجتماعی

ب - بیمه‌های بازرگانی

الف - بیمه‌های اجتماعی یا بیمه‌های اجباری به بیمه‌های ناشی از قانون نیز معروف هستند که درمورد کارگران و اقشار کم‌درآمد جامعه صدق پیدا می‌کند. قانون‌گذار برای اقشاری از جامعه که از یک سو نیروی تولیدی جامعه محسوب می‌شوند و از سوی دیگر خود به فکر آینده و معیشت خود نیستند یا برای آینده خود نمی‌توانند برنامه

دکتر جانعلی محمد صالحی - حقوق زیان دیدگان^۲

مناسبی داشته باشند، دولت را موظف کرده در جهت حمایت از آنها، بیمه‌های اجتماعی را برقرار کرده و این اقشار را زیر چتر این نوع بیمه‌ها قرار دهد.

از مهمترین ویژگی این نوع بیمه‌ها می‌توان به پرداخت بخش اعظم حق بیمه توسط کارفرما و نیز محاسبه حق بیمه براساس درصدی از حقوق و دستمزد مشمولین اشاره کرد.

ب - بیمه‌های بازرگانی به بیمه‌های اختیاری نیز معروف هستند که در آن بیمه‌گذار به میل و اراده خود و به صورت آزادانه نسبت به تهیه انواع پوششهای آن اقدام می‌کند. در این نوع بیمه‌ها تعهد دوطرفه است یعنی بیمه‌گر در ازاء دریافت حق بیمه از بیمه‌گذار، تأمین بیمه در اختیار وی قرار می‌دهد. در بیمه‌های بازرگانی محاسبه حق بیمه متناسب با خطر بیمه‌شده تعیین می‌گردد و کلاً از بیمه‌گذار اخذ می‌گردد. بیمه‌های بازرگانی به انواع مختلفی در طول زمان تقسیم‌بندی شده‌اند که به فراخور نیاز روز و تنوع خطرها به کار گرفته شده‌اند نظیر:

۱ - بیمه‌های دریائی و غیردریائی

۲ - بیمه‌های اموال و اشخاص

۳ - بیمه‌های زندگی و غیرزندگی

۴ - بیمه‌های اشیاء - مسئولیت، زیان پولی و اشخاص

تجزیه و تحلیل حق بیمه:

هر گونه تغییر در نرخ حق بیمه نیازمند تجزیه و تحلیل آن است اما تجزیه و تحلیل حق بیمه باید متناسب با شرایط هر رشته بیمه‌ای انجام شود. در این نوشتار موارد عمومی و مشترک بین تمام رشته‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

حق بیمه بهای تأمین خطر و هزینه خدمات ارائه شده به بیمه‌گذاران است. درآمد اصلی شرکت‌های بیمه حق بیمه است که برای جبران خسارت ایجاد شده و پرداخت هزینه‌های اداری و تشکیلاتی وصول می‌گردد. حق بیمه از سه بخش اصلی زیر تشکیل شده است:

حق بیمه خطر: این بخش بر مبنای احتمال وقوع خطرات و تجربیات تاریخی خسارت ایجاد شده

تعیین می شود. آنالیز اجزای خطر و میزان قابلیت کنترل آنها در تعیین این نرخ بسیار موثر است. به عنوان مثال محاسبه حق بیمه خطر رشته آتش سوزی برای منازل مسکونی از نوع چوب و یک ساختمان بتونی با یکدیگر برابر نیست. از طرفی دیگر مناطق جغرافیایی که منازل مسکونی در آنها قرار گرفته‌اند در بروز خطر آتش سوزی متفاوت‌اند.

۳. **حق بیمه تجاری:** برای جبران هزینه‌های اداری و تشکیلاتی بین ۷ درصد تا ۱۵ درصد به حق بیمه خطر اضافه شده و حق بیمه تجاری بدست می‌آید.

۴. **حق بیمه ترازنامه‌ای (انوانتر):** این بخش از حق بیمه، سود شرکت‌های بیمه را پوشش می‌دهد. بعد از تعیین حق بیمه خطر و حق بیمه تجاری درصدی به عنوان سود شرکت‌های بیمه به آن اضافه شده و نرخ حق بیمه در واحد سرمایه تعیین خواهد شد. با توجه به بخش فوق کدامیک تحت کنترل شرکت‌های بیمه بوده و قابل تغییر است؟

برای کاهش حق بیمه خطر باید احتمال و بزرگی (حجم خسارت ایجاد شده) خطرات در یک منطقه یا کل کشور کاهش یابد. مثلاً کاهش خطر آتش‌سوزی در یک منطقه نیازمند ایجاد امکانات و شرایطی از قبیل گسترش امکانات اطفای حریق، بهبود مهندسی ساخت، فرهنگ‌سازی و آموزش عمومی و... است. بنابراین کاهش عوامل این بخش از حق بیمه از توان شرکت‌های بیمه خارج است و نیازمند اقداماتی در سطح ملی است. ولی حق بیمه‌های تجاری و ترازنامه‌ای تا حدی در کنترل شرکت‌های بیمه است. شرکت‌های بیمه می‌توانند با کنترل هزینه‌های اداری و تشکیلاتی خود و یا تامین سود از طریق بازارهای جایگزین تا حد ممکن حق بیمه‌ها را کاهش دهند. اما باید توجه داشت هزینه در شرکت‌های بیمه خصوصی به دلیل آزادی عمل بیشترشان نسبت به شرکت‌های بیمه دولتی قابل کنترل‌تر است. شرکت‌های بیمه دولتی به دلیل ساختار و اهداف سازمانی‌شان مجبور به رعایت الزامات و محدودیت‌های بیشتری در فعالیت‌های خود بوده و رسالت سنگین‌تری دارند. نکته دیگر این که هزینه‌های اداری و تشکیلاتی شرکت‌های بیمه با یکدیگر برابر نبوده ولی حق بیمه‌ها به صورت یکسان بین آنها اعمال می‌شود. به عنوان مثال هزینه استهلاک که ارتباط مستقیم با میزان دارایی‌های ثابت دارد و یا هزینه‌های پرسنلی که در ارتباط با تعداد پرسنل واحدهای تجاری است بین شرکت‌های بیمه یکسان نیست. بنابراین حق بیمه بهتر است بر مبنای عرضه و تقاضای بازار بیمه و شرایط هر شرکت بیمه تعیین گردد.

توانگری مالی در شرکت های بیمه

کرانه توانگری مالی یا کفایت سرمایه چیست؟ کرانه توانگری مالی، به سرمایه ای اطلاق می شود که نهاد بیمه ای ناظر، شرکت های بیمه را ملزم می دارد تا آن را در اختیار داشته باشند به بیان ساده تر، کرانه توانگری مالی نشان دهنده میزان آمادگی شرکت های بیمه از لحاظ مالی در مواجهه با حوادث غیرقابل پیش بینی است. کرانه توانگری مالی را نهاد بیمه ای ناظر برای ارائه مجوز در هر رشته بیمه ای مشخص می کند. لزوم وجود کرانه توانگری مالی در شرکت های بیمه به چه دلیل است؟

از آنجایی که شرکت های بیمه مسوولیت پرداخت خسارات آتی بیمه گذاران را متعهد می شوند، باید همواره آمادگی پرداخت خسارات را داشته باشند. شرکت های بیمه ملزم هستند مبلغ پولی را برای پوشش خسارات آتی (که در بعضی مواقع حق فنی نامیده می شود) ذخیره کنند. با این وجود، شرکت های بیمه در دسته کسب و کارهای پرریسک به شمار می آیند و ممکن است حوادثی غیرقابل پیش بینی اتفاق بیفتد که بیشتر از مبلغ خسارت مورد انتظار بوده یا بر اثر سرمایه گذاری نادرست به وجود آید. بنابراین، حق فنی به رغم جنبه احتیاطی و آینده نگری که دارد، نمی تواند به تنهایی کافی به نظر برسد. کرانه توانگری مالی، منبع مازاد دیگری از سرمایه است که شرکت های بیمه را در رویارویی با حوادث غیرقابل پیش بینی و حمایت از بیمه گذاران یاری می کند.

قانون اعداد بزرگ:

در همه معاملات آنچه بین طرفین مبادله می شود قطعی و مسلم است ولی در بیمه جبران خسارات از طرف بیمه گر جنبه احتمالی دارد لذا عده ای مشروعیت آن را مورد تردید قرار داده اند. اما باید گفت برای بیمه گر پیش بینی تعداد و میزان خسارت ها حتی برای خطرهای فاجعه آمیز طبیعی امکان پذیر است و بیمه گر با استفاده از حساب احتمالات و تجربیات گذشته تعداد و میزان خسارت های هر طبقه، ریسک را محاسبه می کند.^۳ عملیات بیمه بر پایه تئوری احتمالات استوار است. به این معنا که بیمه گر باید خطری را که نتیجه تحقق آن را به عهده می گیرد به دقت ارزیابی کرده و حق بیمه را متناسب با احتمال وقوع خطر تعیین نماید برای تعیین میزان دقیق حق بیمه باید درصد احتمال وقوع خطر تعیین شود. تعیین دقیق درصد احتمال وقوع خطر از طریق به کارگیری «قانون اعداد بزرگ»^۴ امکان پذیر است. منظور از قانون اعداد بزرگ این است که هر چه تعداد خطرهای بیمه شده افزایش یابد تعیین دقیق درصد احتمال وقوع حادثه بیشتر خواهد شد به عنوان مثال: فردی با اسلحه هدفی را نشانه گیری می کند. ممکن است به هدف بزند یا در هدف گیری خطا کند. اگر این شخص فقط یک بار تیراندازی کند، نمی توان پیش بینی کرد که آیا او واقعاً به هدف می زند یا خیر؟

لکن اگر همین شخص در شرایط مشابه با همان اسلحه به همان هدف تیراندازی کند و این آزمایش حدود

هزار بار تکرار شود، پیش‌بینی دقیق‌تر احتمال اصابت تیر به هدف در تیراندازی‌های بعدی امکان‌پذیر خواهد بود. به عنوان نمونه در بیمه عمر به شرط فوت؛ خطر مورد بیمه عبارت است از مرگ شخص بیمه شده در مدت معین. لحظه مرگ هیچ فردی معلوم نیست. هیچ کس نمی‌داند شخصی که به سن بیست و یک سالگی وارد شده آیا داخل بیست و دو سالگی هم خواهد شد؟ این سؤال با اطمینان کامل جواب داده نمی‌شود، لکن شمار اشخاصی که مثلاً از یک صد هزار نفر بیست و یک ساله که پس از سن بیست و یک سالگی زنده خواهد ماند «با اطمینان قوی» قابل محاسبه است.

بنابراین به کمک احتمالات و قانون اعداد بزرگ، احتمال وقوع حادثه محاسبه‌پذیر است و به تجربه ثابت شده است مشاهداتی که در موارد مختلف در اعداد بزرگ به عمل آمده، نتایج مشابهی داشته است، هر چقدر موضوع مطالعه وسیع‌تر باشد، نتایج حاصله دقیق‌تر و بیشتر با هم مشابهت خواهد داشت. پس از، جهت بیمه‌گر، بیمه عملی است که براساس علم آمار و قانون اعداد بزرگ استوار است و شانس و شرط‌بندی و واقعه نامنتظر برای بیمه‌گر مفهومی ندارد.

شرایط لازم برای بیمه کردن خطر در بیمه:

اول : پراکنده بودن خطرها:

خطرهای بیمه شده باید پراکنده و متفرقه باشد به نحوی که احتمال وقوع حادثه به موارد چندی محدود گردد زیرا خسارت احتمالی باید از محل جمع آوری حق بیمه‌ها تامین شود. بدون شک اگر همه مورد بیمه‌ها یا تعداد زیادی از آنها در اثر وقوع یک حادثه از بین رفته یا خسارت ببینند قطعاً میزان تعهد بیمه‌گر از مجموع از حق بیمه‌ها تجاوز خواهد کرد و حق بیمه کفاف جبران همه خسارتها را نخواهد داد. این اصل پراکنده بودن خطرها، شرایط لازم برای تعاون بیمه‌گذاران می‌باشد و برای تعادل صندوق مشترک آنها که بیمه‌گر عهده دار اداره آن است ضروری است. این موضوع بقدری حائز اهمیت است که حتی بعضی از خطرها که فاقد خصلت پراکندگی است غیر قابل بیمه تلقی شده است. مثلاً خطر زمین لرزه و آتشفشان در مناطقی که برای این گونه حوادث مستعد است قابل بیمه کردن نمی‌باشد. زیرا در این نقاط شرط پراکنده بودن خطر وجود ندارد. همین طور زیان‌هایی که در نتیجه جنگ و بحرانهای اقتصادی وارد می‌شوند، معمولاً بیمه نمی‌شود و اگر هم بیمه شود با حق بیمه‌های گزافی خواهد بود، زیرا در صورت وقوع اینگونه حوادث که جنبه عام و همگانی دارد همه منبع مالی شرکت‌های بیمه‌ای که در امر بیمه آن دخالت داشته‌اند به خطر می‌افتد و احیاناً این شرکت‌ها قادر به ایفای تعهد خود نخواهند بود.

این ضرب المثل که انسان عاقل همه تخم مرغهای خود را در یک سبد نمی گذارد به صورت شعاری از طرف بیمه گران پذیرفته شده است.

دوم تناوب خطرها

برای اینکه خطرهای مورد بیمه از لحاظ فنی قابل ارزیابی باشد باید حادثه احتمال وقوع داشته باشد و الا اگر وقوع حادثه غیر ممکن و حتی نادر باشد از یکطرف بیمه گذار حاضر به انجام چنین بیمه ای نیست و از طرف دیگر اگر فرضاً بیمه گذار هم حاضر باشد بیمه گر نی تواند به اتکاء امار و حساب ، احتمالات ، حق بیمه متناسب با خطر را تعیین کند . زیرا در بیمه همواره خسارتها از محل حق بیمه ها پرداخت می شود و برای تعیین حق بیمه را محاسبه کند و امکان ندارد از خطرهایی که مدرت اتفاق می افتد قاعده ای برای تعیین حق بیمه و نرخ گذاری استخراج کرد.

بنابر این تناوب خطر و یا به عبارت دیگر بوقوع پیوستن آن در فواصل زمانی از باب اینکه بیمه گر بتواند خطر را ارزیابی و حق بیمه ای برای آن محاسبه نماید ، از شرایط حتمی خطرات بیمه شده می باشد. ذکر این نکته نیز ضروریست که از لحاظ بیمه گر تصادف و اتفاق وجود ندارد بلکه عامل تصادف و اتفاق بریا بیمه شدگان بصورت انفرادی است . به عبارت دیگر احتمال وقوع حادثه که برای هر بیمه گذاری بطور جداگانه موجود است برای جمع بیمه گذاران بصورت امری حتمی مطرح می شود . نتیجه ای که از شرط تناوب خطر بدست می آید این است که احتمال وقوع خطر باید حتما وجود داشته باشد تا بیمه را ممکن سازد با این حال این احتمال نباید آنقدر زیاد باشد که بصورت امری محتوم در آید. حتی بیمه خطری که غالبا و بکرات اتفاق می افتد ، خالی از اشکال نیست.

سوم: تشابه و یکنواختی خطرهای بیمه شده:

خطرهای بیمه شده باید مشابه باشد . تشابه خطرها از دو نظر حائز اهمیت است . از یک طرف شرط لازم برای اخذ اطلاعات آماری است که مسلما برای محاسبه تواتر وقوع خطر یا خطرهای مشابه را مورد توجه قرار داد. زیرا از بررسی خطرهای مختلف نتایج مورد نظر حاصل نمیشود. از طرف دیگر تشابه خطر شرط تساوی بین بیمه گذاران و کانون تعاونی است که آنها دور آن گردآمده اند. بیمه گذار باید حق بیمه ای متناسب با خطری که در مقابل آن بیمه شده است بپردازد. اگر خطرها دارای شرایط مختلفی باشند لید برای هر یک از آنها به کمک داده های آماری حق بیمه جداگانه ای در نظر گرفت که امری فوق العاده مشکل است ، اگر غیرممکن نباشد. بنابراین نه تنها برای هریک از انواع بیمه آمار خاصی تهیه کرد و حق بیمه جداگانه ای در نظر گرفت بلکه هر یک

از انواع بیمه را به قسمتهای کوچک و کوچکتري تقسیم کرد. مثلا کافی نیست که ما بین آتش سوزی و بیمه دزدی را از هم تفکیک کنیم و هر یک را تابع حق بیمه مخصوصی قرار دهیم بلکه باید بیمه آتش سوزی باید بر اساس نوع وضعیت و طبیعت خطر تقسیم کنیم و این تقسیم را تا جایی ادامه دهیم که حتی الامکان خطرهای کاملا مشابه در یک دسته قرار گیرند. فرضا خطرهای مسکونی و تجارتي و صنعتی را از هم تفکیک می کنیم و بعد خطرهای مسکونی را از نظر نوع ساختمان ، نوع مصالح ، تعداد طبقات آن ، موقعیت جغرافیایی خطر ، مورد مصرف ساختمان و... مورد بررسی قرار می دهیم و با توجه به هر یک از این عوامل حق بیمه ویژه ای در نظر می گیریم یا در بیمه عمر با توجه به آمارهای مربوط به فوت و یا حیات ، بیمه شدگان را بر اساس سنین مختلف و جنس و محل سکونت و عوامل ارثی تقسیم کرده و با در نظر گرفتن آن حق بیمه تعیین می کنیم. هماهنگی خطرها باید از لحاظ مدت نیز رعایت شود، خاصه آنکه مطالعات آماری همواره به مدت معینی محدود می شود.

چهارم : کثرت خطرهای مورد بیمه:

شماره بیمه گذاران باید به اندازه کافی زیاد باشد زیرا تنها از راه جمع آوری تعداد زیادی بیمه گذار و دریافت حق بیمه کافی از این بیمه گذاران است که بیمه گر قادر به انجام تعهد خود خواهد بود. اگر بیمه گر فرضا به قبول یک یا چند بیمه اکتفاء کند ، خطر از بین نمرود بلکه از بیمه گذار به بیمه گر منتقل می شود مثلا در صورتی که شخصی خطر معینی را نزد شخص دیگری بیمه کند و در مقابل پرداخت وجهی طرف او تعهد کند که در صورت وقوع خطر خسارت او را جبران کند صرفنظر از اینکه این شخص باید حق بیمه گزافی پردازد ، عمل انجام شده بی شباهت به قمار و شرط بندی نخواهد بود. و بیمه گری که خسارت را می پردازد مثل این است که در قمار بازنده می شود. تازه از کجا که این شخص بتواند خسارت را پردازد و بیمه گذار با خطر اعسار بیمه گر مواجه نشود. و حال آنکه نقش بیمه گر این است که بیمه گذاران زیادی را گرد هم جمع کند تا بتواند از محل بیمه ای که از این بیمه گذاران دریافت می کند خسارت احتمالی زیان دیدگان را جبران نماید. این امر که متکی به قانون اعداد بزرگ می باشد اساس بیمه را تشکیل می دهد زیرا هر قدر تعداد خطرهای بیمه شده بیشتر باشد احتمال وقوع حادثه به نسبت کمتر خواهد بود. بدین توضیح که اگر احتمال وقوع حادثه برای دو خطر بیمه شده یک دوم باشد ، چنانچه تعداد این خطرها به ده برسد احتمال همان نیم باقی نخواهد مان ، حتما احتمال کاهش خواهد یافت

حاکمیت شرکتي چیست؟

حاکمیت شرکتی مفهومی است که بر اساس آن تصمیمات برای برنامه ریزی به نحوی انجام شود که از مسیر انصاف و عدالت خارج نشود در این میان حاکمیت شرکتی بیشتر بر عملکرد "راهبردی" تمرکز دارد تا کنترل و البته تعریف مورد توافقی در مورد حاکمیت شرکتی وجود ندارد اما تعاریف زیر در مورد آن قابل طرح است:

۱. سیستمی که شرکت ها با آن هدایت و کنترل می شوند.

۲. فرآیند نظارت و کنترل برای تضمین عملکرد مدیر شرکت مطابق با منافع سهامداران.

۳. رابطه بین سهامداران و شرکت های آنان و روشی که سه امداران به کمک آن، مدیران را به بهترین عملکرد تشویق می کنند.

۴. ساختارها، فرآیندها، فرهنگ ها و سیستم هایی که عملیات موفق سازمان را فراهم کنند.

۵. روابط میان گروه های مختلف در تعیین جهت گیری و عملکرد مدیریت.

۶. مجموعه قوانین و مقررات، نهادها و روش هایی که تعیین می کنند شرکت ها چگونه و به نفع چه کسانی اداره می شوند.

۷. حاکمیت شرکتی تنها مربوط به اداره عملیات شرکت نیست، بلکه به هدایت و نظارت و کنترل اعمال مدیران اجرایی و پاسخگویی آنها به تمام ذینفعان شرکت نیز مربوط است.

حاکمیت شرکتی در شرکت های بزرگتر که ذینفعان بیشتری دارد از اهمیت بیشتری نیز برخوردار است و هدف نظام حاکمیت شرکتی آن است که هزینه رفتار پرخطر یا رفتار غیرسالم را در شرکت ها بالا ببرد.

البته حاکمیت شرکتی مختص صنعت خاصی نیست، اما بیشتر در حوزه بورس اهمیت پیدا کرده است که باعث افزایش بهره وری در این شرکت ها می شود.

اثرات حاکمیت شرکتی

های بیمه ای که در بورس هستند باید به سهامداران خود و مردم پاسخگو باشند در این میان حاکمیت شرکتی باعث شفافیت می شود و همین "رضایت مشتریان" و "حذف فرصت های رانتی" را در پی داشته و باعث بالا رفتن شانس استفاده از فرصت ها برای گروه های ذینفع می شود.

اگر شرکتهای بیمه بخواهند به سمت حاکمیت شرکتی بروند می توانند در فرایندهای کاری خود تحول ایجاد کنند در نتیجه فرهنگ سازمانی ارتقا می یابد و "پاسخگو بودن" اتفاق می افتد و در نتیجه مشتریان، نمایندگی ها، بخش شعب و ستادی بیمه ها می توانند تعامل خوبی باهم داشته باشند.

اولین گام در شرکتی شدن بیمه ها این است که شرکت های بیمه ای تمایل داشته باشند در سازمان "تحول" ایجاد کنند. انصاف در سازمان استقرار یابد و در این زمینه هیات مدیره نقش اصلی را دارند که باید ۳ کمیته بعنوان ستاد هیات مدیره تشکیل شوند: کمیته "انتصاب"، "پرداخت" و کمیته "حسابرسی".

به حاکمیت شرکتی از دو دیدگاه می توان نگریست: دیدگاه "محدود" و دیدگاه "گسترده" ;

در دیدگاه محدود حاکمیت شرکتی به رابطه شرکت و سهامداران محدود می شود و این الگویی قدیمی است که در قالب نظریه "نمایندگی" بیان می شود.

حاکمیت شرکتی را می توان شبکه ای از روابط در نظر گرفت که نه تنها میان شرکت و مالکان آنها بلکه میان شرکت و تعداد زیادی از ذینفعان از جمله کارکنان، مشتریان، فروشندگان، دارندگان اوراق قرضه و ... وجود دارد. چنین دیدگاهی در قالب نظریه "ذینفعان" دیده می شود.

تعریف های "محدود"، متمرکز بر قابلیت های سیستم قانونی یک کشور برای حفظ حقوق سهامداران اقلیت است و اساسا برای مقایسه کشوری مناسبند و قوانین هر کشوری نقش تعیین کننده ای در سیستم حاکمیت شرکتی دارد.

تعریف گسترده تر حاکمیت شرکتی بر سطح پاسخگویی وسیع تری نسبت به سهامداران و دیگر ذینفعان تاکید دارد (به گروه بیشتری از ذینفعان تاکید دارد) و از مقبولیت بیشتری نزد صاحب نظران برخوردار است.

منشور اخلاق حرفه ای صنعت بیمه

پایبندی به مقررات و تعهدات

۱. احترام و توصیه به رعایت قانون و مقررات و عدم تلاش برای بی اثر کردن آنها،
۲. برخورد با همکاران و واسطه هایی که از طرق غیراخلاقی از جمله پرداخت رشوه به بازاریابی می پردازند؛
۳. عدم چشم پوشی نسبت به تخلف دیگران و همکاری برای کاستن هرگونه فساد؛
۴. پایبندی به قول و تعهد خود و وفاداری به عهد و توافقات و قراردادهای چه قانون بر آن ناظر باشد چه نباشد، چه آشکار باشد چه پنهان؛
۵. پرداخت به موقع خسارت مطابق آنچه در قرارداد آمده است؛
۶. رعایت و حمایت از رقابت آزاد و عادلانه و پیروزی از اصول بیمه گری، به ویژه در تعیین نرخ و شرایط:

عدالت و انصاف

۱. تعیین دستمزد همکاران به صورت منصفانه و پرداخت کارمزد نمایندگان و کارگزاران طبق ضوابط؛
۲. رفتار منصفانه با مشتریان و طرف های تجاری در همه جوانب؛
۳. پرهیز از به چنگ آوردن اطلاعات تجاری با ابزار غیراخلاقی و غیرصادقانه؛
۴. تعیین نرخ حق بیمه بر پایه اصول فنی، معقول، منصفانه و در خور شرایط بیمه بدون تاثیر از رقبا؛

شفافیت و صداقت

۱. صداقت و راستی در مبادله اطلاعات و نیز خودداری از عرضه گزارش های فریب دهنده، پنهان کاری و حذف هدفمند برخی از اطلاعات؛
۲. خودداری از ارائه اطلاعات نادرست در تبلیغات و اطلاع رسانی؛
۳. انتشار مستمر اطلاعات دقیق مالی و ویژگی های حرفه ای خود به صورت واقعی؛
۴. اطلاع رسانی به موقع به بیمه گذاران نسبت به بروز هر گونه تغییرات موثر در ادای تعهدات؛
۵. توجیه کامل مشتریان نسبت به شرایط پوشش بیمه و محدودیت های دریافت خسارت؛
۶. برقراری روابط شفاف با مشتری به گونه ای که امکان هیچ نوع سوء استفاده نباشد؛

حفظ کرامت انسانی

۱. خودداری از تقدیم و دریافت مسرفانه هدیه و برگزاری بیش از حد برنامه های سرگرمی و تفریحی برای طرف های تجاری؛
۲. انتخاب همکارانی که به اصول اخلاق حرفه ای متعهدند و از هر گونه آلودگی به ارتشا و پرداخت های غیرموجه مبرا می باشند؛
۳. محترم دانستن و حفظ حریم خصوصی مشتریان؛ همکاران و رقبا؛

رعایت حقوق اجتماعی

۱. احترام به منزلت و حقوق انسانی و شهروندی افراد و پاسداری از آن؛
۲. احترام به فرهنگ، آداب، رسوم و اعتقادات مشتریان؛
۳. سلوک و عدم کینه توزی با منتقدانی که سخن از نقض قانون و مقررات می گویند و عملکردها را نقد می کنند؛
۴. مقابله با پولشویی و هر گونه فعالیت دیگری که پشتیبان بزه های سازمان یافته باشد؛
۵. پاسداری از طبیعت، محیط زیست و توسعه پایدار؛
۶. همکاری با سازمان های مردم نهاد و حمایت از آن دسته از تدابیر عمومی که سبب تقویت توسعه صنعت بیمه می شد؛
۷. پذیرش شکایت مشتریان و نظارت مقامات مجاز؛
۸. احترام به حقوق مالکیت مادی و معنوی رقبیان.