

جزوه آموزشی

مدرسه کسب و کار پیمه





جزوه آموزشی

مدرسه کسب و کار بیمه

فهرست مطالب

جزوه آموزشی مدرسه کسب و کار بیمه

۵	تعریف و چیستی بیمه	۱
۶	فقه بیمه	۲
۱۲	ساختار صنعت بیمه در ایران	۳
۱۸	سازمان تأمین اجتماعی	۴
۲۴	ریسک و مدیریت ریسک	۵
۳۵	انواع بیمه‌ها	۶
۴۱	ترمینولوژی بیمه	۷
۴۷	بیمه‌های اتکایی	۸
۵۴	آیین‌نامه‌های بیمه مرکزی	۹
۵۶	حسابداری شرکت‌های بیمه (IFRS)	۱۰
۷۹	بررسی آماری صنعت بیمه	۱۱
۸۴	تکافل	۱۲

◀ جزوه حاضر، یک گردآوری علمی از منابع پژوهشی موجود در حوزه بیمه است. طبیعی است کلیه حقوق مادی و معنوی، اختصاص به پژوهشگران محترم داشته و مدرسه کسب و کار بیمه صرفاً گردآورنده این مطالب جهت آموزش داوطلبان گرامی است.

بیمه

۱-۱ تاریخچه

ابتدای قرن هفدهم میلادی، بازرگانان و کشتی‌داران انگلیسی پیمانی را پایه‌گذاری کردند که می‌توان آن را اولین شکل از بیمه امروزی دانست. آنها در کافه‌ای در لندن به نام لویدز گرد هم آمدند و با یکدیگر قرارداد کردند تا در سود و زیان سفرهای دریایی با یکدیگر سهیم باشند. در حقیقت آنها شرکت بیمه لویدز را پایه‌گذاری نمودند که امروزه نیز به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین شرکت‌های فعال در صنعت بیمه شناخته می‌شود.

در سال ۱۶۶۶ میلادی پس از آتش‌سوزی بزرگ لندن، مسئولان و سرمایه‌داران شهر لندن در کافه لویدز گرد هم جمع شدند تا علت وقوع چنین حادثه‌ای را ریشه‌یابی کنند و مانع از تکرار آن در آینده شوند. یکی از راه‌هایی که مورد تصویب آنها قرار گرفت، تقسیم‌کردن خسارت‌های سنگین بین تعداد زیادی از مردم بود.



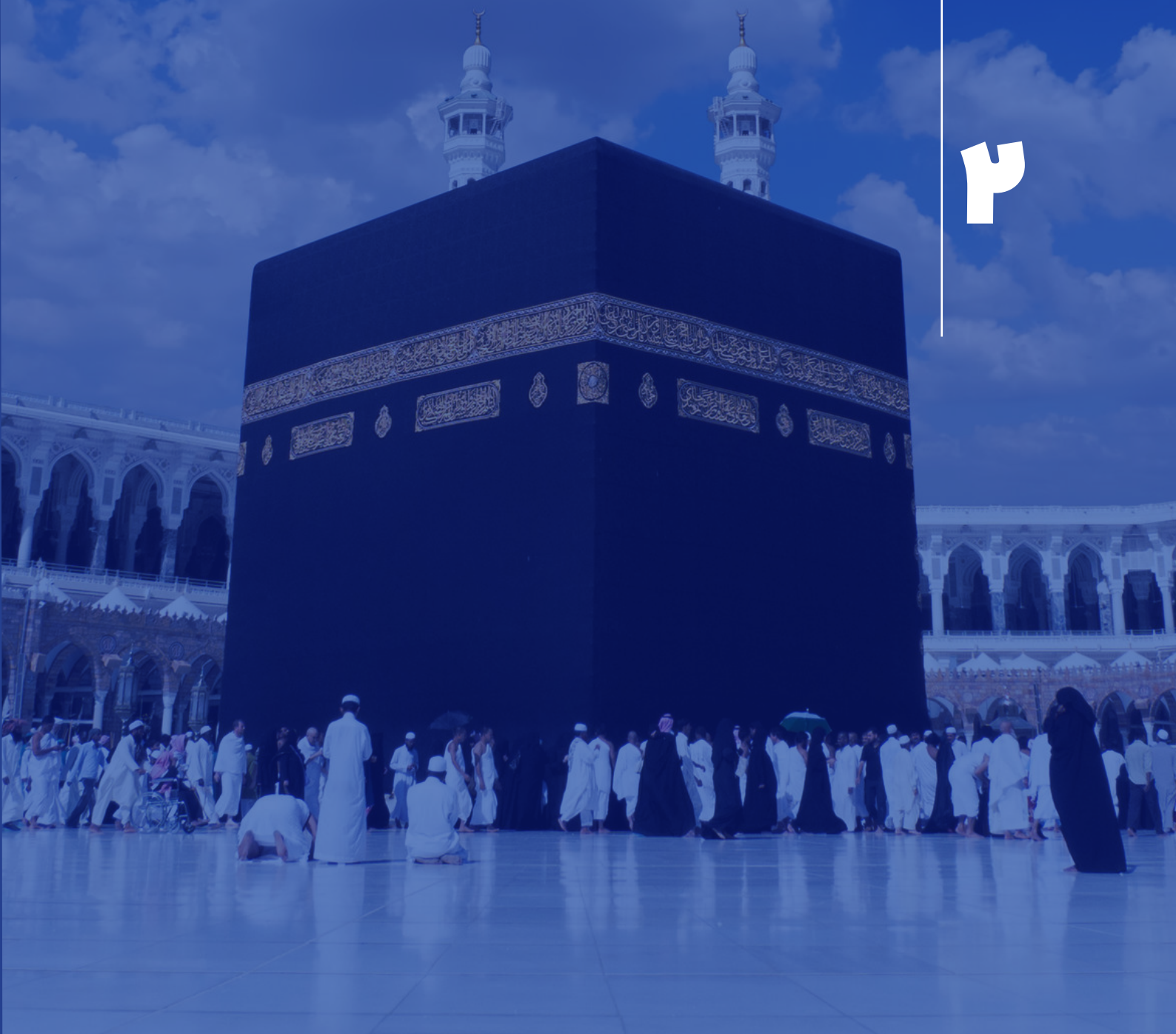
۲-۱ تعریف بیمه

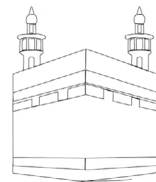
بیمه در لغت‌نامه دهخدا، اطمینان در مقابل مخاطره‌ای که محتمل‌الوقوع است و باعث ضمانت جان و مال می‌شود، تعریف شده است. فرهنگ معین بیمه را از منظر حقوقی تعریف می‌کند می‌نویسد بی‌مه عقدی است که به‌موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه (حق بیمه) از طرف دیگر (بیمه‌گذار) در صورت وقوع حادثه خسارت وارده بر او را جبران کند. در زبان لاتین بیمه معادل کلمه Insurance از ریشه Insure به معنای اطمینان بخشیدن است. در زبان عربی، بیمه را با کلمه تأمین نام می‌برند. لغت تأمین از ماده امن به معنای آرامش نفسانی و از بین رفتن ترس است و تأمین یعنی آرامش بخشیدن و از بین بردن ترس در نفوس.

بیمه عقدی است که به‌موجب آن یک طرف تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا جوهی از سوی طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی بپردازد. متعهد را بیمه‌گر، طرف تعهد را بیمه‌گذار، وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر می‌پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می‌شود موضوع بیمه نامند.

فقه بیمه

۲





۱/۲. تاریخ بیمه در اسلام

بیمه اجتماعی که امروزه دولت‌ها آن را عهده‌دار هستند، از وظایف دولت‌های اسلامی در طول زمان بوده است. همچنین ضمانت جریره که از عقود جاهلیت بوده و مورد تأیید اسلام قرار گرفته است، عقد موالات است که ضمانت جریره را به عهده می‌گیرد؛ یعنی این‌که دو نفر (بنده آزادشده‌ای که سرپرستی ندارد و یا کسی که اصلاً وارثی نداشته باشد با فردی) پیمان می‌بندند که دیه قتل خطایی همدیگر را به عهده بگیرند و هریک از سوی طرف دیگر، جنایت او را که موجب پرداخت خسارت مالی شود به عهده بگیرد. هریک از دیگری (اگر وارث نداشته باشد و قبل از او بمیرد) ارث ببرد. این پیمان نزد فقهای امامیه به دلیل روایات و عمومات به طور اجماع و همچنین نزد حنیفه صحیح است؛ بنابراین ضمانت جریره کسی که وارث ندارد، چه آزاد باشد و چه بنده‌ای که سرپرست ندارد (مانند آزاد شده به واسطه کفارات یا نذور) صحیح است و اختصاص به مسلمان ندارد، بلکه شامل ذمی هم می‌شود. عقد ضمان، نوعی بیمه است و عقد موالات (با وجود تفاوت) نوعی بیمه مسئولیت است برای کسی که در میان خویشاوندان و عشیره‌اش حامی نداشته باشد؛ زیرا خانواده و عشیره به‌خصوص در زمان‌های گذشته از شخص هنگام وقوع خسارت حمایت می‌کردند؛ همان‌گونه که دیه قتل خطایی به عهده عاقله شخص بود؛ یعنی اگر شخص جنایتی مرتکب می‌شد که قتل عمد نبود، به‌طوری که باید دیه پرداخت شود (نه قصاص) این دیه بر افراد عاقله او توزیع می‌شد و اگر عشیره نداشت، ضامن جریره به منزله عاقله او بود که از او برای پرداخت خسارت وارده حمایت می‌کرد.

نظام عاقله مانند بیمه یک تعاونی در عشیره است که عقد موالات برای کسانی که عشیره ندارند به آن ملحق می‌شود و مکمل آن است. امروزه بیمه مانند نظام عاقله عمل می‌کند؛ گرچه فرق‌های زیادی با هم از لحاظ شرایط دارند.

۲/۲. بیمه جدید و فقهای اسلامی

به دلیل نبود نظامات بیمه‌ای در گذشته، فقهای متقدم در این مورد مطلبی ندارند و در عصر حاضر نیز فقها بنا بر ملاکات فقهی خود نسبت به پذیرش یا عدم‌پذیرش بیمه و مشروعیت آن نظرات متفاوتی دارند که شرح آن خواهد آمد.

- فقهای که همه انواع بیمه را غیرشرعی و حرام می‌دانند (اکثریت این عده را علمای اهل‌تسنن تشکیل می‌دهند).

- فقهای که کلیه بیمه‌ها را حلال و شرعی می‌دانند (اکثر علمای شیعه چنین نظری دارند).

- فقهای که در حرمت و حلیت انواع بیمه‌ها قائل به تفکیک شده‌اند. قرارداد بیمه عمر بیش از دیگر انواع بیمه مورد مخالفت فقهای اهل سنت و عده‌ای از علمای شیعه قرار گرفته است.

|| از میان فقهای شیعی احتمالاً سید محمدکاظم طباطبائی یزدی (متوفی ۱۳۳۷) اولین بار درباره بیمه اظهارنظر کرده و پس از او در اواخر قرن چهاردهم شیخ حسین حلی به تفصیل و با عنوانی مستقل به بررسی آن پرداخته است. فقهای معاصر امامیه، عقود مثل بیمه را کاملاً صحیح و معتبر می‌دانند؛ اما در بین فقها در مورد طریق اعتبار و صحت بیمه اختلافاتی وجود دارد که به ترتیب نظرات برخی از فقهای معاصر را در این باره بررسی می‌کنیم.

|| آیت‌الله سید محمد موسوی بجنوردی در مقاله‌ای با عنوان «عقد بیمه» پس از توضیحاتی در مورد واژه بیمه و مسئله ایجاب و قبول در آن به بررسی عناصر عقد ضمان و عقد بیمه می‌پردازد و تعداد نوزده عنصر را برای عقد ضمان شمرده‌اند و این چنین نتیجه‌گیری می‌کنند که: »

|| ۴ بعد از بررسی عناصر نوزده گانه عقد ضمان به این نتیجه رسیدیم که بسیاری از موارد، عنصر عقد ضمان نیستند لذا فقدان آن موارد، مایه بطلان عقد ضمان نخواهد بود عقد بیمه اگرچه فاقد بعضی از موارد است ولی فقدان این موارد که

عنصر عقد ضمان، نیستند مانع اندراج آن عقد در تحت عقد ضمان نیست ولی برای اثبات این معنی ضروری است. ایشان در جای دیگری می‌گویند در بیمه بیمه‌کننده با انعقاد قرارداد و دریافت پول از بیمه‌گذار تعهد می‌کند در صورت تلف مال، خسارات وارد بر بیمه‌گذار را جبران کند به اعتقاد ما اطلاقات خود ضمان، یعنی «اوفوا بالعقود» و در اینجا حتی الزعیم غارم شامل این قرارداد می‌شود از آنجاکه ضمان نفس تعهد و مسئولیت و بیمه جبران خسارت احتمالی است و مسئله ادا و نحوه رجوع مضمون له به ضامن جزء ذات عقد ضمان نیست و با شرط صحت می‌یابد لذا عقد ضمان ممکن است بدون مضمون عنه باشد. با این توضیحات به اعتقاد ما بیمه یک نحوه ضمان عقلایی است. . . .»

شیخ وحید خراسانی: می‌توان تمام اقسام عقد بیمه را از باب تعهد بیمه‌کننده و بیمه، شونده به پرداخت خسارت و مال معین قرارداد هر چند احوط آن است که مثلاً بیمه‌شونده مال معینی به بیمه‌کننده صلح کند به شرط آنکه بیمه‌کننده خسارت احتمالی که معین شده جبران نماید و بر بیمه، کننده جبران واجب می‌شود و همچنین در صورتی که مال معین از طرف بیمه‌شونده عین باشد می‌توان عقد بیمه را به عنوان هبه به شرط تحمل خسارت احتمالی از جانب بیمه‌کننده انجام داد که بر بیمه‌کننده وفای به شرط، واجب است.

آیت‌الله میرزا جواد تبریزی: «... این معامله داخل در هبه مشروطه است و چنانچه آسیبی وارد شود حسب شرط بر مشروط علیه واجب است که از عهده برآید و برای گیرنده اشکالی ندارد. آیت‌الله خوئی: «می‌توان قرارداد بیمه را با تمام اقسام آن از باب هبه معوضه تصحیح کرد به این معنی که بیمه‌کننده مبلغی را به طور ماهیانه یا سالیانه یا یکجا به بیمه‌گر هبه می‌کند و در ضمن عقد هبه به بیمه‌گر شرط می‌کند که در صورت پیش آمد و رخداد هر نوع خسارتی که در بیمه‌نامه ذکر شده باید بیمه‌گر آن را جبران کند و بر بیمه‌گر نیز واجب است به این شرط وفا کند و خسارت بیمه‌کننده را جبران کند؛ بنابراین این عقد بیمه به تمام اقسام آن یک نوع هبه معوضه است جایز و صحیح است.» اما در مقابل عده کثیری از فقها معتقدند که بیمه یک عقد مستقل است:

• **امام خمینی (ره)** در تحریرالوسیله به جایگاه بیمه در بین عقود اشاره کرده و می‌گویند: «ظاهر این است که بیمه عقدی است مستقل و بدون شبهه این بیمه‌ای که در زمان ما رایج و متعارف است نه صلح است و نه هبه معوضه احتمال هم دارد که عقد مستقلاً نباشد؛ بلکه مصداقی از ضمانت با عوض باشد لکن عقد مستقل بودنش روشن‌تر است و از باب ضمان عهده نیست؛ بلکه از باب التزام به جبران خسارت است هر چند که آن را هم به نحو صلح می‌شود واقع ساخت و هم به صورت هبه معوض و هم ضمان معوض (لکن این دلیل نیست بر اینکه بیمه یکی از اینها است)....»

• **شهید مرتضی مطهری** مسئله داخل بودن بیمه در تحت عقد ضمان را بعید دانسته و می‌گویند: «در میان عقود که ما در فقه داریم، یک عقد هست که احتمال اینکه اساساً بیمه داخل در آن باشد زیاد است و آن ضمان است... بیمه به عنوان یک معامله مستقل هیچ اشکالی ندارد. اساساً ضرورتی ندارد که اسمش را ضمان بگذاریم ضمان شرعی همان ضمان دین است و بس ما تابع اسم نیستیم که آن را ضمان عهده یا ضمان درک بنامیم خودش یک معامله مستقل است و همان چیزی است که امروز به آن بیمه می‌گویند و شامل همه اقسام بیمه هم می‌شود و جامع مشترک همه آنها برای اینکه این معامله یک معامله عقلایی باشد تأمین بودن آن است.»

• آیت‌الله محمدعلی اراکی: «بیمه عقد مستقلاً است تابع شرائطی که در قرارداد، طرفین توافق نموده‌اند.»

• آیت‌الله موسوی اردبیلی: بیمه عقد مستقلاً است و می‌توان به عنوان بعضی از عقود دیگر از قبیل صلح، آن را اجرا کرد.

• شیخ حسین نوری «بیمه هر چند در سابق به شکل فعلی وجود نداشته است؛ ولی مشمول

کلیات و قوانین پویای اسلام و یکی از عقود است که میان کسی که بیمه را می‌پذیرد و بیمه‌کننده چه شخص باشد یا شرکت و مؤسسه به وجود می‌آید...»

• سید محمد شیرازی «بیمه‌کردن زندگی یا سایر اموال انسان جایز است مثلاً. می‌توان کشتی در دریا یا هواپیما در فضا را بیمه کرد؛ زیرا معامله‌ای است عقلایی و عموم آیه (أوفوا بالعقود) شامل آن می‌شود.»

• آیت‌الله مکارم شیرازی: «بیمه قراردادی است بین بیمه‌کننده و شرکت یا شخص بیمه‌گر... و این معامله و قرارداد مستقلی است.»

• آیت‌الله لنکرانی: «بیمه عقد مستقلی است و احکام خاص خود را دارد و شرایط عقود بیع یا اجاره یا مضاربه در آن جاری نیست...»

• آیت‌الله محمدی گیلانی از کسانی که بیمه را عقد مستقلی نمی‌دانند انتقاد می‌کند و می‌گوید «بیمه عقدی است مستقل و لازم و همانند سایر عقود لازمه از یک طرف مشمول ادله عامه نسبت به تعهد و التزام طرفین را ملزم به محترم شمردن آن و مراعات شرائطی که مورد توافق طرفین در عقد بیمه قرار گرفته است می‌شمارد و از طرف دیگر باید شرائط کلی صحت عقد در انعقاد قرارداد بیمه ملحوظ شود. بعضی از علمای اسلام چون ادله عامه (أوفوا بالعقود) یا (المؤمنون عند شروطهم) را به عقودی که در زمان نزول وحی رواج داشته منحصر دانسته‌اند و بیمه را مشمول عناوین دیگر از قبیل هبه مشروط، صلح ضمان و... دانسته و مسائل آن را بر، بیمه منطبق کرده‌اند اگر چه بیمه از جهاتی شباهت به عناوین یاد شده دارد؛ ولی روشن است که هر یک از عناوین فوق در اصطلاح و عرف جامعه معنایی ویژه داشته و شرائط ویژه به خود دارد. اگر چه مشترکاتی بین مصادیق آن هست؛ ولی تفاوت‌هایی دارند که حدود هر یک را مشخص می‌کند «بیمه» خود قرارداد خاصی است که در عرف جامعه ارتباطی با عناوین دیگر فقهی ندارد؛ بلکه یک قرارداد رسمی و مستقل است که بیمه‌گر و بیمه‌گذار با شرائط ویژه‌ای بین خود منعقد کرده و ملتزم به مراعات آن هستند.»

۳/۲. خصوصیات عقد بیمه

عقد بیمه دارای خصوصیات ذیل است:

لازم بودن عقد بیمه.

تشریفاتی بودن عقد:

بیمه عقدی نیست که شفاهی واقع شود؛ بلکه باید علاوه بر ایجاب و قبول طرفین مکتوباً هم عقد نوشته شود.

تعهدی بودن عقد:

در بیمه تعهدی به عهده طرفین قرار می‌گیرد.

معوض بودن عقد.

عقد بیمه بر حسن‌نیت:

مبتنی است عدم رعایت حسن‌نیت موجب فسخ یا تعدیل عقد بیمه می‌گردد.

مستمر بودن عقد:

بعد از ایجاب و قبول، عقد خاتمه نمی‌یابد؛ بلکه در طول مدت تعیین شده استمرار می‌یابد.

الحاقی بودن عقد بیمه:

اصل بر این است که طرفین ابتداه ساکن به توافق و اراده عقدی را منعقد می‌نمایند در برخی موارد قانون‌گذار افراد را اجبار به اموری می‌نمایند در عقد بیمه شرایط و ضوابط را بیمه مرکزی تعیین نموده و بیمه‌گذار آن‌چنان به حق دخل و تصرف در عقد را ندارد در موارد جزئی شرایط را بیمه‌گذار تعیین می‌کند. به عبارت دیگر عقد بیمه عقدی است الحاقی، اضطراری یا تحمیلی.

منجر بودن عقد بیمه:

به محض ایجاب و قبول عقد واقع می‌شود.

۴/۲. کلیات قرارداد بیمه

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

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

۵/۲. شرایط عقد بیمه و صحت آن**۱. قصد و رضای طرفین:**

طرفین قرارداد یعنی بیمه گر و بیمه گذار باید قصد و اراده انجام بیمه را داشته باشند و رضایت آنها نباید معلول یا معیوب باشد.

۲. اهلیت طرفین:

اهلیت بیمه گر بر اساس قانون و در قالب شرکت های سهامی عام ایرانی روشن و بدون ابهام است. اهلیت بیمه گزار: باید بالغ و عاقل و رشید باشند. بالغ کسی است که ۱۸ سال تمام داشته باشد، عاقل کسی است که مجنون نباشد و رشید کسی است که قوه تمیز داشته و خوب و بد خود را تشخیص دهد.

۳. موضوع معین:

موضوع قرارداد بیمه باید مشخص و معلوم باشد، یعنی طرفین دقیقاً باید مشخص نمایند هر کدام چه تعهدی را نسبت به طرف مقابل به عهده می گیرند.

۴. مشروعیت جهت معامله:

علت انعقاد عقد بیمه مانند سایر عقود می بایست دارای مشروعیت قانونی باشد.

۶/۲. شبهات مطرح شده در مورد صحت عقد بیمه:**۱. غرر:**

ممکن است این شبهه مطرح شود که به دلیل معلوم نبودن کیفیت و میزان و زمان بروز خسارت احتمالی بیمه عقد غرری شود و چنانچه می دانیم عقد غرری نیز باطل است جواب این شبهه و دفع آن را از زبان آیت الله محمدی گیلانی نقل می کنیم «برای روشن شدن موضوع و دفع این شبهه. نخست بایسته است (غرر) را معنی: کنیم (غرر) در لغت به معنی خطر و به هلاکت افتادن است.

(غرر) جهل و جهالت نیست اگر چه خود یکی از عوامل به خطر افتادن و هلاک شدن است. بیع (غرری) را از آن جهت (غرری) می نامند که مال و سرمایه طرف به مخاطره می افتد. در بیمه غرر به معنایی که شمرده شد وجود ندارد مخاطره ای برای دو طرف نیست. بیمه گر و بیمه گذار هر دو با توجه و بر مبنای همین احتمالات عقد بیمه را منعقد می کنند و این اندازه ابهام میزان خسارت وارده زیانی به درستی عقد بیمه نمی زند؛ زیرا نوع خسارت و بیشترین میزان تأمین آن و حدود و مشخصات دیگر، تعیین و مورد توافق دو طرف قرار گرفته است.

از سویی دیگر ادله یاد شده در مورد بیع غرری است و عقد بیمه بیع نیست؛ بلکه همان طور که گفته شد قراردادی است مستقل و با تعریفی مشخص و مخصوص به خود و اعتبار آن عقلائی و جهانی است و تحمل یک هزینه جزئی برای کسب منافع زیادی که برای بیمه گر و بیمه گذار دارد، عاقلانه و مقرون به صرفه است و تحمل ضرر کم برای جلب منفعت بیشتر یک روش عقلائی است که در سطوح مختلف بشری رواج دارد. آیت الله لنگرانی غرر در بیمه مطرح نیست؛ چون اصل عقد بیمه بنا بر جبران خسارت نامعلوم است.

۲. اکل مال به باطل:

ممکن است این شبهه به صحت عقد بیمه وارد شود که در اکثر موارد بیمه بیمه‌گر در مقابل وجهی که از بیمه‌گذار دریافت می‌کند کاری برای او انجام نمی‌دهد؛ یعنی ضرری به وقوع نمی‌پیوندد تا بیمه‌گر آن را جبران کند پس این از موارد و مصادیق اکل مال به باطل است در پاسخ به این شبهه باید گفت که در ادامه آیه مربوط به نهی از اکل مال به باطل (لا تأکلوا اموالکم بینکم بالباطل...) آمده است که می‌توان معاملاتیه که مورد رضا و میل طرفین هستند را انجام داد و میل و رضا و دلیل انعقاد عقد نیز در عقود مختلف متفاوت است که در عقد بیمه یک دلیل عقلائی و منطقی با رضایت طرفین وجود دارد که حصول آرامش و اطمینان خاطر است درحالی‌که در مقابل چنین هدف مهم و با ارزشی مقدار کمی مال انسان صرف می‌شود و عقلاً این کار را جایز بلکه خوب می‌دانند.

۳. ضمان ما لم یجب:

شبهه دیگری که ممکن است مطرح گردد این است که ضمان در صورتی محقق می‌شود که ذمه یک شخص مشغول باشد تا کس دیگر بتواند تعهد آن شخص را ضمانت کند در عقد بیمه که هنوز خسارتی بر بیمه‌گذار وارد نشده و رویدادی برای او رخ نداده است موضوع ضمان محقق نگردیده که بیمه‌گر بخواهد تعهد پرداخت و جبران آن را بنماید؛ بنابراین چنین قراردادی صحیح نبوده و باطل خواهد بود.

پاسخ به شبهات:

نخست آنکه بیمه ضمان نیست که مسائل و شرائط مربوط به ضمان در آن جاری باشد؛ همان‌طور که در آغاز بحث گفته شد: بیمه قرارداد مستقلی است که به جهت منافع عقلائی که دارد بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار با حفظ و مراعات شرائط ویژه خود برقرار می‌گردد.

اساس و پایه دادوستدها و قراردادها در همه جوامع بشری بر اعتباریات استوار است اعتباراتی که از نظر خردمندان ارزش دارد چگونگی و حدود این قراردادها را توافق دو طرف قرارداد مشخص می‌کند. انسان در زندگی اجتماعی خود برای جبران خسارت‌ها و ضررهای ناشی از حوادث طبیعی و غیرطبیعی که همواره او را تهدید می‌کند و نیز جهت رسیدن به منافع مادی و غیرمادی خود به «بیمه» و بهره‌بری از مزایای آن نیازمند است. دیگر آنکه در فقه ما مواردی وجود دارد که انسان با شرایطی تعهدی را می‌پذیرد و ذمه خود را مشغول می‌کند؛ مانند موارد «جعاله» که «جاعل» برای رسیدن به منافع و اهداف خود با شرایطی متعهد می‌شود که حق «الجعاله» را بپردازد در جعاله انسان می‌تواند در برابر هر عمل حلالی ذمه خود را مشغول کند که در صورت انجام آن عمل توسط فرد یا گروهی که آن را بجا آورد و هدف او را محقق سازد، چیزی را بپردازد.

در نتیجه:

عقد بیمه یک عقد صحیح بوده و دلائل قائلین به عدم اعتبار عقود غیر از عقود معین منطقی نمی‌باشد.

به نظر می‌آید که بیمه یک عقد مستقل است و در تحت عنوان دیگر عقود مانند ضمان و هبه و صلح قرار نمی‌گیرد. البته می‌توان بیمه را در قالب یکی از این عقود نیز واقع ساخت.

می‌توان گفت که تقریباً تمام فقها در مورد شرائط عقد بیع با هم متفق هستند. چه در مورد شروط عمومی آن و چه در مورد شروط اختصاصی آن.

اشکالات و شبهاتی که برای اعتبار عقد بیمه طرح شده است (غیر اکل مال باطل ضمان ما لم یجب) بی‌اساس هستند و خللی به صحت بیمه وارد نمی‌کنند.

بیمه از جمله عقودیه است که با توجه به روابط اجتماعی و اقتصادی زمان و دگرگونی این روابط برای تمام جوامع کنونی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و بنای عقلای جوامع کنونی بر گسترش بیمه و اهمیت‌دادن به آن است.

۳

ساختار صنعت بیمه در ایران .

ساختار صنعت بیمه در ایران

سابقه فعالیت بیمه در کشور به صورت غیررسمی بیش از یک قرن است. نخستین بار در سال ۱۲۸۹ خورشیدی دو شرکت بیمه خارجی به تأسیس نمایندگی در ایران اقدام کردند. تأسیس شرکت سهامی بیمه ایران در ۱۵ آبان ۱۳۱۴ و تصویب قانون بیمه در هفتم اردیبهشت ۱۳۱۶ را باید نقطه آغاز تحولات بازار بیمه کشور دانست. با تصویب این قانون حدود ۱۰ شرکت بیمه خارجی، شعب و نمایندگی‌های خود در ایران را ثبت کردند.

در سال ۱۳۲۹ نخستین شرکت بیمه خصوصی ایرانی به نام "بیمه شرق" تأسیس شد و پس از آن در دهه‌های بعد، تعداد دیگری از شرکت‌های بیمه خصوصی ایرانی و یا با سرمایه‌گذاری مشترک ایرانی و خارجی در ایران آغاز به فعالیت کردند.

۱/۳. بیمه مرکزی

نظارت و بیمه‌گری توأمان شرکت سهامی بیمه ایران در بازار بیمه موجب شد که سیاست‌گذاران به دنبال تفکیک تصدی از سیاست‌گذاری و نظارت در بازار بیمه باشند و با تأسیس بیمه مرکزی تحولات صنعت بیمه شتاب بیشتری گرفت.

قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در ۳۰ خرداد ۱۳۵۰ در ۷۷ ماده به تصویب رسید و نحوه فعالیت و عملیات بیمه را در مورد شرکت‌های داخلی و خارجی ترسیم نمود. ماده (۱) این قانون اعلام کرده است که:

به منظور تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها و همچنین به منظور اعمال نظارت بر این فعالیت، موسسه‌ای به نام بیمه مرکزی طبق مقررات این قانون با اهداف زیر تأسیس می‌گردد:

تنظیم بازار بیمه کشور و هدایت آن از طریق تصویب آیین‌نامه‌ها و مقررات؛

توسعه و تعمیم بیمه‌های بازرگانی؛

اعطای مجوز تأسیس شرکت‌ها و شبکه کارگزاری و نظارت بر فعالیت شرکت‌های بیمه‌ای به

نمایندگی از دولت در بازار؛

انجام امور اتکایی اجباری برای مؤسسات بیمه‌ای؛

قبولی و واگذاری بیمه‌های اتکایی با مؤسسات داخلی و خارجی.

اهم وظایف و اختیارات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران طبق قانون مذکور عبارت است از:

تهیه آیین‌نامه‌ها و مقررات برای حسن اجرای امر بیمه؛

تهیه اطلاعات لازم از عملکرد مؤسسات بیمه فعال در بازار بیمه ایران؛

انجام بیمه‌های اتکایی اجباری؛

قبول یا واگذاری بیمه‌های اتکایی به مؤسسات بیمه داخلی یا خارجی؛

ارشاد، هدایت و نظارت بر مؤسسات بیمه و حمایت از آنها برای حفظ سلامت بازار بیمه؛

تنظیم امور نمایندگی و دلالتی بیمه و نظارت بر امور بیمه اتکایی.

طبق ماده ۶ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، بیمه مرکزی ایران دارای ارکان زیر است:

۱. مجمع عمومی

طبق ماده ۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مرکب از وزیر امور اقتصادی و دارایی، وزیر بازرگانی، وزیر کار و امور اجتماعی، هیئت عامل و بازرسان بدون داشتن حق رأی در جلسه شرکت خواهند کرد.

(به موجب تصویب نامه شماره ۴۹۷۰۸ مورخ ۱۳۵۳/۸/۲۶ هیئت وزیران مستند به ماده ۴ قانون تشکیل وزارت امور اقتصادی و دارایی به شرح متن اصلاح شده است.)

طبق ماده ۸ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، مجمع عمومی عادی به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران سالی یک مرتبه حداکثر تا پایان شهریورماه تشکیل می شود. مجمع عمومی فوق العاده به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران و یا به پیشنهاد هر يك 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 به صورت کتبی دعوت کند. در دعوت نامه دستور جلسه، روز و محل انعقاد جلسه ذکر خواهد شد. هیچ موضوعی را نمی توان در مجمع عمومی عادی یا فوق العاده مطرح کرد مگر آن که قبلاً جزو دستور قرار داده شده باشد.

طبق ماده ۹ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، 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 آیین نامه های 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 اعضا هیئت عامل و حق الزحمه بازرسان؛
- ح. تصمیم نسبت به هر موضوعی که از طرف رئیس کل بیمه مرکزی ایران جزو دستور قرار داده شده باشد.

۲. شورای عالی بیمه

طبق ماده ۱۰ قانون تأسیس 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 دارایی؛
۳. معاون وزارت بازرگانی؛
۴. معاون وزارت کار و امور اجتماعی؛
۵. معاون وزارت جهاد کشاورزی؛
۶. رئیس شرکت سهامی بیمه ایران؛
۷. مدیرعامل یکی از مؤسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه گران ایران؛
۸. يك نفر کارشناس امور حقوقی به انتخاب مجمع عمومی؛
۹. يك نفر کارشناس در امور بیمه به انتخاب مجمع عمومی؛
۱۰. يك نفر مطلع در امور بیمه به انتخاب رئیس اتاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران.

تبصره: اعضا شورای عالی بیمه موضوع بندهای ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ برای مدت سه سال انتخاب می شوند و انتخاب مجدد آنان بلامانع است.

طبق ماده ۱۱ ریاست شورای عالی بیمه بدون شرکت در اخذ رأی با رئیس کل بیمه مرکزی ایران و در غیاب او با قائم مقام خواهد بود.

طبق 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 عالی بیمه را حفظ کنند.

طبق 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 کتباً تقاضای تشکیل جلسه را بنمایند رئیس شورای عالی بیمه موظف است ظرف يك هفته اعضای شورای عالی را برای تشکیل جلسه دعوت کند.

طبق ماده ۱۴ جلسه شورای عالی بیمه با حضور حداقل شش نفر از اعضا رسمیت می‌یابد و تصمیمات با اکثریت پنج رأی حاضر در جلسه رسمی معتبر و قابل اجرا است. هنگام رسیدگی و اخذ رأی نسبت به مؤسسه بیمه‌ای که یکی از اعضای شورای عالی به نحوی در آن سهیم است آن عضو در رأی شرکت نخواهد کرد.

طبق 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.

طبق ماده ۱۶ شورای عالی بیمه دارای دبیرخانه‌ای خواهد بود که سازمان آن را شورای عالی بیمه تصویب خواهد کرد. رئیس و کارکنان دبیرخانه از بین کارکنان بیمه مرکزی ایران انتخاب می‌شوند.

طبق ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، وظایف شورای عالی بیمه به شرح زیر است:

- رسیدگی و اظهارنظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه طبق مقررات این قانون و پیشنهاد آن به مجمع عمومی؛

- تصویب نمونه ترازنامه که باید مورد استفاده مؤسسات بیمه قرار گیرد؛
- تعیین انواع معاملات بیمه و شرائط 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 اظهارنظر 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؛
- اظهارنظر 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.

۳. هیئت عامل

طبق ماده ۱۸ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، هیئت عامل بیمه مرکزی ایران مرکب از رئیس‌کل و قائم‌مقام رئیس‌کل و معاونان بیمه مرکزی ایران خواهد بود.

طبق ماده ۱۹ رئیس‌کل بیمه مرکزی ایران و قائم‌مقام او به پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و دارایی و تصویب هیئت وزیران و معاونان بیمه مرکزی ایران به پیشنهاد رئیس‌کل بیمه مرکزی ایران و موافقت وزیر امور اقتصادی و دارایی به موجب تصویب‌نامه هیئت وزیران منصوب می‌شوند.

طبق ماده ۲۰ رئیس‌کل و قائم‌مقام رئیس‌کل بیمه مرکزی ایران برای مدت چهار سال منصوب می‌شوند و انتصاب مجدد آنان بلامانع است.

طبق ماده ۲۱ رئیس‌کل بیمه مرکزی ایران بالاترین مقام اجرایی و اداری بیمه مرکزی ایران است.

طبق ماده ۲۲ وظایف و اختیارات رئیس‌کل بیمه مرکزی ایران به شرح زیر است:

الف. نظارت در اجرای این قانون و آیین‌نامه‌های مربوط به آن؛

ب. نمایندگی بیمه مرکزی ایران در مقابل اشخاص و مؤسسات دولتی یا خصوصی و دادگاه‌ها و سایر مراجع قضایی و غیرقضایی با حق توکیل و سازش و سایر اختیارات مندرج در ماده ۶۲ قانون آئین دادرسی مدنی؛

ج. تفویض قسمتی از اختیارات خود و حق امضا به قائم‌مقام و یا معاونان و یا رؤسا یا کارمندان و تعیین وظایف آنان؛

د. تقدیم گزارش وضع حساب‌ها و امور بیمه مرکزی ایران به مجمع عمومی؛

ه. تقدیم گزارش عملیات و فعالیت‌های مؤسسات بیمه در ایران و شورای عالی بیمه.

طبق ماده ۲۳ در غیاب رئیس‌کل بیمه مرکزی ایران قائم‌مقام رئیس‌کل دارای کلیه اختیارات و وظایف قانونی او خواهد بود.

۴. بازرسان

طبق ماده ۲۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، بیمه مرکزی ایران دارای دو نفر بازرس (به موجب

اساسنامه سازمان حسابرسی مصوب ۱۳۶۶/۶/۱۷ وظیفه بازرسان به سازمان حسابرسی محول گردیده است.)

که اطلاعات و تجارب کافی در امور بیمه و حسابداری داشته باشند خواهد بود که يك 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.

طبق 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 است 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.

۲/۳. سندیکای بیمه‌گران ایران

تاریخ تأسیس سندیکای بیمه‌گران ایران به سال ۱۳۱۶ برمیگردد. طبق ماده (۹) مصوبه هیات وزراء مورخ ۲۶ مهرماه ۱۳۱۶ مؤسسات خارجه که در ایران کار می‌کنند باید عضویت سندیکای بیمه‌گران ایران را قبول نمایند. نظامنامه تشکیل این سندیکا به تصویب وزارت تجارت خواهد رسید. با تأسیس شرکت‌های بیمه ایرانی در دهه ۱۳۳۰، نیاز به سندیکا بیشتر احساس شد و به همین دلیل در سال ۱۳۴۰ بیمه‌گران دور هم جمع شدند و برای فعالیت بیشتر سندیکا مذاکراتی انجام دادند. لذا باتوجه به قسمت آخر ماده نهم تصویب نامه هیئت وزراء، اساسنامه سندیکا در سال ۱۳۴۲ تهیه و به تصویب وزارت اقتصاد وقت رسید، در ماده اول این اساسنامه آمده است: "به منظور حفظ و حمایت منافع حقه شرکت‌های بیمه کشور و ایجاد همکاری و هماهنگی و توسعه و تعمیم بیمه در ایران سندیکای بیمه‌گران ایران به مدت نامحدود تشکیل می‌شود." سرانجام این سندیکا پس از سالها تلاش با اجتماع مدیران ۱۱ شرکت بیمه فعال در کشور در تاریخ ۱۱ اسفندماه ۱۳۴۴ تشکیل و فعالیت خود را آغاز کرد.

با تصویب قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری که در جلسه ۳۰ خرداد ۱۳۵۰ به تصویب نهایی نمایندگان مجلس رسیده، نظارت بر امور شرکت‌های بیمه به بیمه مرکزی محول شد که ماده ۷۵ این قانون به موضوع فعالیت سندیکای بیمه‌گران ایران می‌پردازد. آخرین اساسنامه سندیکای بیمه‌گران ایران مشتمل بر (۲۸) ماده و (۱۳) تبصره توسط شورایی عالی بیمه در سال ۱۳۹۸ تصویب و این اساسنامه جایگزین مصوبه ۱۳۸۳ شورایی عالی بیمه شد. به موجب این اساسنامه، سندیکای بیمه‌گران ایران تشکل صنفی، حرفه‌ای و غیرانتفاعی است و تمامی مؤسسات بیمه بازرگانی که در ایران فعالیت می‌کنند، عضو سندیکا شناخته می‌شوند و صندوق تأمین خسارت‌های بدنی می‌تواند با تصویب مجمع عمومی خود، عضو سندیکا شود.

سندیکای بیمه‌گران ایران دارای اهداف زیر است:

صیانت از حقوق و منافع قانونی، حرفه‌ای و صنفی اعضاء سندیکا در سازمان‌ها و مراجع ذی‌ربط؛

کوشش برای توسعه اخلاق حرفه‌ای و توسعه همکاری بین اعضاء؛

کوشش در جهت نهادینه کردن اخلاق و رفتار حرفه‌ای در صنعت بیمه؛

کوشش در جهت توسعه و ترویج فرهنگ بیمه در کشور؛

کمک به بهبود مقررات و محیط کسب و کار صنعت بیمه؛

کمک به ارتقای دانش فنی و مدیریتی کارشناسان و مدیران مؤسسات بیمه؛

رسیدگی و کمک به حل و فصل اختلافات بین اعضاء؛

کمک به توسعه همکاری‌های بین‌المللی صنعت بیمه با مؤسسات مرتبط خارجی.

همچنین سندیکای بیمه‌گران ایران برای نیل به اهداف خود وظایف و اختیارات زیر را به عهده دارد:

بررسی و اظهارنظر درباره موضوعات و مسائل مربوط به امر بیمه؛

ایجاد هماهنگی و همکاری بین مؤسسات بیمه با سایر دستگاه‌های اجرایی و مراجع ذی‌ربط در

چارچوب قوانین و مقررات مربوطه؛

تعیین میزان حق عضویت اعضاء؛

اظهارنظر درباره مسائل مرتبط با اهداف و وظایف سندیکا که از طرف هریک از اعضاء، بیمه مرکزی

و سایر مراجع به سندیکا ارجاع شود؛

- کوشش برای آشنا کردن مردم با مزایای بیمه و ارتقای سطح فرهنگ بیمه در جامعه؛
- برگزاری همایش‌ها، نمایشگاه‌های تخصصی و برنامه‌های آموزشی مورد نیاز در امور بیمه‌های بازرگانی و حضور در کنفرانس‌ها، مجامع و سمینارهای داخلی و بین‌المللی در چارچوب قوانین و مقررات مربوط؛
- کمک به ساماندهی نظام آماری صنعت بیمه و تجزیه و تحلیل آن؛
- انتشار نشریات تخصصی و عمومی بیمه‌ای؛
- پیشنهاد تدوین یا اصلاح آئین‌نامه‌های مربوط به صنعت بیمه و نرخ و شرایط انواع رشته‌های بیمه‌ای به بیمه مرکزی؛
- انجام وظایفی که به موجب قوانین و مقررات بر عهده سندیکا است؛
- ایجاد تشکیلات اداری و فنی لازم برای اجرای وظایف و اختیارات سندیکا؛
- رسیدگی به اختلاف بین اعضاء و انجام داوری بین آنها با رعایت قوانین و مقررات مربوط؛
- برگزاری آزمون‌های حرفه‌ای مرتبط با صنعت بیمه از قبیل آزمون‌های نمایندگی و ارزیابی خسارت با رعایت مقررات مربوط به اخذ مجوزهای لازم؛
- کمک به اعمال نظارت حرفه‌ای بر فعالیتهای بخش‌های مختلف صنعت بیمه در مواردی که بیمه مرکزی به سندیکا محول می‌کند؛
- ارتباط و تعامل با سایر تشکلهای، مجامع، انجمن‌ها، اتحادیه‌ها، سندیکاها و اتاق‌های بازرگانی داخلی و خارجی؛
- قبول و دریافت هدایا و کمک‌های مالی؛
- همکاری با مؤسسات و سازمان‌های آموزشی و تحقیقاتی به منظور اجرای طرح‌ها و پروژه‌های مطالعاتی مرتبط با صنعت بیمه؛
- کمک و همکاری با مراجع قانونی ذی ربط، برای مبارزه با هرگونه فساد و تقلب در بازار بیمه و ایجاد سازوکارهای مناسب.

۳/۳. واسطه‌های رسمی صنعت

- دلال رسمی بیمه 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 رسمی بیمه باشد. این پروانه به مدت یک سال از طرف بیمه مرکزی ایران صادر و به اشخاص حقیقی و حقوقی با شرایط خاص داده می‌شود و طبق قوانین قابل تمدید است.
- شخص حقیقی برای گرفتن پروانه دلالی رسمی بیمه باید واجد شرایط زیر باشد:
- الف. داشتن حداقل ۲۵ سال تمام؛
 - ب. انجام خدمت وظیفه عمومی با داشتن معافیت قانونی؛
 - پ. تابعیت ایران؛
 - ت. داشتن حداقل تحصیلات دبیرستانی و اطلاعات فنی بیمه و یا تحصیلات لازم در رشته بیمه؛
 - ث. عدم شهرت به نادرستی؛
 - ج. نداشتن سابقه محکومیت به ارتکاب جنایت و یا ورشکستگی به تقصیر و یا کلاهبرداری و یا خیانت‌درامانت و یا دزدی و یا صدور چک بلامحل و یا اختلاس و یا معاونت در یکی از جرایم فوق به گواهی اداره سجل کیفری وزارت دادگستری.
- شخص حقوقی برای گرفتن پروانه دلالی رسمی بیمه باید واجد شرایط زیر باشد:
- الف. به صورت یکی از شرکت‌های مندرج در قانون تجارت به ثبت برسد؛
 - ب. اساسنامه شرکت به تأیید بیمه مرکزی ایران رسیده باشد؛
 - پ. مدیرعامل شرکت دارای شرایط مندرج در ماده (۷) این آیین‌نامه باشد.
- لازم به ذکر است که دلال رسمی بیمه باید عضو سندیکای دلالان رسمی بیمه باشد.

۴

سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی
SOCIAL SECURITY ORGANIZATION

سازمان تأمین اجتماعی

۱/۴. تاریخچه سازمان تأمین اجتماعی

فعالیت بیمه‌های اجتماعی در ایران با تشکیل صندوق احتیاط کارگران شبکه راه‌آهن کشور در سال ۱۳۱۰ پایه‌ریزی شد. گسترش شمول حمایت‌های بیمه‌ای منجر به تصویب لایحه بیمه کارگران در ۲۹ آبان ۱۳۲۲ و سپس تصویب لایحه بیمه‌های اجتماعی کارگران در سال ۱۳۳۲ و آغاز به کار سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران شد.

سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران در سال ۱۳۴۲ بنا به پیشنهاد وزارت کار و امور اجتماعی و تأیید هیئت وزیران وقت به سازمان بیمه‌های اجتماعی تغییر نام یافت و در نهایت در تیرماه ۱۳۵۴ با گسترش یافتن دامنه پوشش و شمول تعهدات آن و ادغام برخی سازمان‌های بیمه اجتماعی دیگر، سازمان تأمین اجتماعی تشکیل شد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی، تعمیم و گسترش تأمین اجتماعی برگرفته از اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران باتکیه بر برخورداری آحاد مردم از مزایای تأمین اجتماعی به‌عنوان "حق همگانی" سرلوحه کار قرار گرفت. در آذرماه سال ۱۳۵۸، ضمن واگذاری اداره امور بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی به وزارت بهداشت و بهزیستی (با حفظ مالکیت سازمان)، مقرر گردید تا ۹ درصد از حق بیمه‌های وصولی سازمان بابت درمان نیز در اختیار این وزارتخانه قرار گیرد. این وضعیت تا سال ۱۳۶۹ ادامه یافت تا آنکه در این سال با تصویب ماده واحده‌ای، اداره واحدهای درمانی و تأمین خدمات درمانی موردنیاز بیمه‌شدگان مجدداً به عهده سازمان تأمین اجتماعی قرار گرفت. در اوایل سال ۱۳۸۳ قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان رکن اساسی نظام بیمه‌ای کشور مرتبط به این وزارتخانه و همسو با سیاست‌های کلان نظام جامع تأمین اجتماعی به ادامه فعالیت پرداخت.

۲/۴. اهداف تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی دارای کارکردها و اهداف متفاوتی است، اما در یک دسته‌بندی کلان، این اهداف را می‌توان در چهار گروه ذیل دسته‌بندی کرد:

تأمین معیشت افراد جامعه در هنگام کاهش یا قطع درآمد؛

کاهش فقر و ارتقای سطح بهداشت و سلامت جامعه؛

ایجاد آرامش خاطر نیروی کار و صاحبان سرمایه و افزایش کارآمدی اقتصادی کشور؛

نظام باز توزیع درآمدها در جهت برقراری عدالت اجتماعی.

صرف‌نظر از اهداف فوق، نقش تأمین اجتماعی در ساختار اقتصادی و اجتماعی را نیز نباید فراموش کرد. مقوله‌ای که در مباحث مربوط به تأمین اجتماعی موردتوجه قرار نگرفته، اما به‌صورت پنهان آثار عظیمی بر تداوم حیات جامعه دارد. این عوامل را می‌توان در دو گروه ذیل دسته‌بندی کرد:

۱. نقش اجتماعی

ایجاد یکپارچگی اجتماعی و همبستگی ملی؛

ایجاد ثبات و ارتقای سطح امنیت جامعه؛

کاهش بزه‌های اجتماعی و ناهنجاری‌های جامعه؛

ایجاد آرامش خاطر و عزت‌نفس؛

ارتقای سرمایه اجتماعی جامعه.

۲. نقش اقتصادی

- ایجاد زمینه لازم برای رقابت‌پذیری بخش اقتصادی و زمینه‌سازی برای کارآفرینان و اشتغال‌زایی؛
- ارتقای کارآمدی نظام توزیعی و بازتوزیعی جامعه؛
- کاهش ضایعات و افزایش کیفیت تولیدات؛
- ارتقای بهره‌وری و توسعه اقتصادی جامعه.

۳/۴. سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی

حضرت آیت‌الله خامنه‌ای (مدظله‌العالی) در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی و پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام، سیاست‌های کلی و مصوب تأمین اجتماعی را برای اقدام به رؤسای قوای سه‌گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام در تاریخ ۲۱ فروردین‌ماه ۱۴۰۱ ابلاغ کردند. متن سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی به این شرح است:

ایجاد رفاه عمومی، بر طرف ساختن فقر و محرومیت، حمایت از اقشار و گروه‌های هدف خدمات اجتماعی از جمله بی‌سرپرستان، از کارافتادگان، معلولان و سالمندان و آنچه از اهداف رفاه و تأمین اجتماعی که در اصول ۳، ۲۱، ۲۸، ۲۹، ۳۱ و ۴۳ قانون اساسی آمده است، اقتضا می‌کند نظامی کارآمد، توانمندساز، عدالت بنیان، کرامت‌بخش و جامع برای تأمین اجتماعی همگان که برگرفته از الگوهای اسلامی - ایرانی و مبتنی بر نظام اداری کارآمد، حذف تشکیلات غیرضرور و رفع تبعیض‌های ناروا و بهره‌گیری از مشارکت‌های مردمی باشد، طراحی و اجرا شود و ترتیبات زیر در آن رعایت گردد:

۱- استقرار نظام تأمین اجتماعی به صورت جامع، یکپارچه، شفاف، کارآمد، فراگیر و چندلایه.

۲- ایجاد یک سازوکار تخصصی و فرابخشی به منظور حفظ انتظام و انسجام امور مربوط، لایه‌بندی و سطح‌بندی خدمات، ایجاد وحدت رویه، اعمال نظارت راهبردی در تکوین و فعالیت سازمان‌ها و صندوق‌ها و نهادهای فعال در قلمروهای امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و شکل‌دهی پایگاه اطلاعات، با رعایت ملاحظات امنیتی مربوط به نیروهای مسلح و دستگاه‌های امنیتی کشور.

۳- پایبندی به حقوق و رعایت تعهدات بین‌نسلی و عدم تحمیل طرح‌های فاقد تضمین مالی بین‌نسلی، تأمین منابع پایدار، رعایت محاسبات بیمه‌ای و تعادل بین منابع و مصارف و حفظ و ارتقای ارزش ذخایر سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی به عنوان اموال متعلق حق مردم با تأکید بر امانت‌داری، امنیت، سودآوری و شفافیت با ایجاد ساز و کار لازم.

۴- اصلاح قوانین، ساختارها و تشکیلات سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی در جهت تأمین عدالت و یکسان‌سازی قواعد و مقررات بیمه‌ای و جلوگیری از ایجاد و انباشت بدهی‌های دولت و رعایت قواعد بیمه‌ای و تأمین بار مالی تضمین شده و بین‌نسلی.

۵- لایه‌بندی امور امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و سطح‌بندی خدمات با رویکرد فعال دولت بر اساس وسع و استحقاق، به ترتیب ذیل:

- امور امدادی از محل پوشش بیمه‌ای، مشارکت‌های مردمی و مساعدت دولت.

- امور حمایتی باهدف رفع فقر و آسیب اجتماعی و تضمین سطح پایه خدمات از محل منابع دولتی، عمومی و مردمی.

- امور بیمه پایه برای آحاد جامعه متناسب با وضع آنان از محل حق بیمه سهم بیمه‌شدگان، کارفرمایان و دولت.

- امور بیمه‌های مازاد و تکمیلی از محل مشارکت بیمه‌شدگان و کارفرمایان با مشوق‌های مالیاتی و پشتیبانی حقوقی دولت در فضای رقابتی.

- حفظ قدرت خرید اقشار ضعیف جامعه از طریق متناسب‌سازی مزد شاغلین، مستمری بازنشستگان و مقرری بیکاران.

- اعمال رویکرد مناسب برای زدودن جلوه‌های آشکار فقر و آسیب اجتماعی از محلات کم‌برخوردار شهری و مناطق روستایی و عشایری.

۶- بسط و تأمین عدالت اجتماعی، کاهش فاصله طبقاتی با هدفمندسازی یارانه‌ها، دسترسی آحاد جامعه

- به خدمات تأمین اجتماعی، توانمندسازی، کارآفرینی و رفع تبعیض‌های ناروا در بهره‌مندی از منابع عمومی.
- ۷- استقرار نظام ملی احسان و نیکوکاری و ایجاد پیوند میان ظرفیت‌های مردمی و دستگاه‌های موظف.
- ۸- ارائه خدمات لازم به‌منظور تحکیم نهاد خانواده و فرزندآوری.
- ۹- الزام به تهیه پیوست تأمین اجتماعی برای طرح‌ها و برنامه‌های کلان کشور.

۴/۴. تعهدات سازمان تأمین اجتماعی به مشمولین

تعهدات بیمه تأمین اجتماعی به دودسته تعهدات بلندمدت و کوتاه‌مدت تقسیم می‌شوند:

۱. تعهدات کوتاه‌مدت:

- حمایت‌های درمانی در موارد بیماری، بارداری، حوادث و غیره؛
- پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری؛
- پرداخت غرامت دستمزد ایام بارداری؛
- پرداخت هزینه سفر و اقامت بیمار و همراه؛
- مشارکت در تأمین هزینه پروتز و ارتز (تأمین هزینه وسایل کمک پزشکی)؛
- پرداخت غرامت نقص عضو مقطوع؛
- پرداخت کمک‌هزینه ازدواج؛
- پرداخت هزینه کفن و دفن به بازماندگان بیمه‌شده متوفی؛
- پرداخت مقرری بیمه بیکاری.

۲. تعهدات بلندمدت:

- پرداخت مستمری بازنشستگی؛
- پرداخت مستمری ازکارافتادگی کلی؛
- پرداخت مستمری ازکارافتادگی جزئی؛
- پرداخت مستمری بازماندگان؛
- پرداخت مزایای نقدی، غیرنقدی و عیدی مستمری‌بگیران. (کمک عائله‌مندی، کمک‌هزینه اولاد، عیدی و...)

۵/۴. ارکان سازمان تأمین اجتماعی

ارکان سازمان تأمین اجتماعی عبارت‌اند از:

الف. شورای عالی تأمین اجتماعی

اعضای شورای عالی تأمین اجتماعی عبارت‌اند از:

۱. چهار نفر نمایندگان دولت به شرح زیر:

وزیر بهداشت و بهزیستی که ریاست شورا را بر عهده خواهد داشت؛

وزیر کار و امور اجتماعی یا معاون او؛

وزیر مشاور در سازمان برنامه و بودجه و یا معاون او؛

وزیر اقتصاد و دارایی و یا معاون او.

۲. سه نفر نمایندگان کارفرمایان به شرح زیر:

یک نفر کارفرمای واحدهای تولیدی صنعتی به انتخاب کنفدراسیون کارفرمایی و مادام که کنفدراسیون مذکور تشکیل نشده است به انتخاب وزیر صنایع و معادن.

دو نفر کارفرمای واحدهای صنفی و بازرگانی به انتخاب کنفدراسیون کارفرمایی و مادام که کنفدراسیون مذکور تشکیل نشده است به انتخاب وزیر بازرگانی.

۳. سه نفر نمایندگان بیمه‌شدگان به شرح زیر:

یک نفر نماینده بیمه‌شدگان واحدهای تولیدی صنعتی به انتخاب کنفدراسیون کارگری و مادام که کنفدراسیون مذکور تشکیل نشده است به انتخاب وزیر کار و امور اجتماعی.

یک نفر نماینده بیمه‌شدگان واحدهای اداری دولتی به انتخاب اتحادیه کارمندان دولت و مادام که اتحادیه مذکور تشکیل نشده است به انتخاب وزیر بهداشت و بهزیستی.

یک نفر نماینده بیمه‌شدگان واحدهای صنفی و بازرگانی به انتخاب کنفدراسیون صنفی و بازرگانی مادام که کنفدراسیون مذکور تشکیل نشده است به انتخاب وزیر بازرگانی. لازم به ذکر است اعضای انتخابی شورای عالی تأمین اجتماعی برای مدت سه سال انتخاب می‌شوند و تجدید انتخاب آنها بلامانع است.

وظایف و اختیارات شورای عالی تأمین اجتماعی به شرح زیر است:
تصویب آیین‌نامه‌های اجرایی که طبق مقررات قانون تأمین اجتماعی یا سایر قوانین به آن محول شده است.

- اتخاذ تصمیم درباره خط‌مشی و سیاست کلی تأمین اجتماعی به پیشنهاد هیئت‌مدیره سازمان.
- تصویب تشکیلات کلی سازمان به پیشنهاد هیئت‌مدیره سازمان.
- رسیدگی به بودجه و گزارش مالی و ترازنامه و تصویب آن.
- تعیین حقوق و مزایای مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره با تأیید شورای حقوق و دستمزد و حق حضور اعضای انتخابی شورا و حق‌الزحمه اعضای هیئت نظارت.
- تصویب پیشنهادهای هیئت‌مدیره در خصوص سرمایه‌گذاری و به کار انداختن وجوه ذخائر سازمان.
- تصویب خرید و فروش اموال غیرمنقول سازمان.
- بررسی و اتخاذ تصمیم در خصوص سایر مواردی که بنا به پیشنهاد هیئت‌مدیره سازمان در شورا مطرح می‌گردد.

ب. هیئت‌مدیره

- اعضاء هیئت‌مدیره سازمان تأمین اجتماعی مرکب از ۳ نفر به شرح زیر است:
۱. رئیس هیئت‌مدیره که سمت مدیرعامل را دارا است از بین افرادی که در امور و تأمین اجتماعی دارای بصیرت و سوابق ممتد باشد؛ با پیشنهاد وزیر بهداشت و تصویب هیئت وزیران منصوب می‌شود.
 ۲. دو نفر عضو اصلی هیئت‌مدیره با پیشنهاد وزیر بهداشت و تصویب هیئت وزیران تعیین می‌شوند.
 ۳. یک نفر عضو علی‌البدل هیئت‌مدیره که از بین اعضای عالی‌رتبه سازمان به ترتیب مذکور در مورد اعضای اصلی، تعیین خواهد شد.

مدت مأموریت مدیرعامل و اعضای هیئت‌مدیره سه سال است و تجدید انتخاب آنها بلامانع است. در موارد فوت یا استعفای هر یک از آنها جانشین آنها برای بقیه مدت به ترتیب مذکور تعیین خواهد شد. اعضای هیئت‌مدیره پس از اتمام مدت مأموریت خود، تا تعیین هیئت‌مدیره جدید کماکان به کار خود ادامه خواهند داد.

وظایف و اختیارات هیئت‌مدیره به شرح زیر است:

پیشنهاد سیاست کلی و خط‌مشی و برنامه‌های اجرایی تأمین اجتماعی به شورای عالی تأمین اجتماعی.

تأیید آیین‌نامه‌های اجرایی موضوع قانون تأمین اجتماعی و اساسنامه جهت پیشنهاد به مراجع مربوط.

- تأیید برنامه و بودجه و گزارش مالی و ترازنامه سازمان جهت تصویب شورای عالی تأمین اجتماعی.
- پیشنهاد تشکیلات سازمان در حدود بودجه مصوب جهت تصویب شورا.
- تصویب کلیه معاملاتی که مبلغ آن بیش از پنج میلیون ریال است.
- بررسی در مورد بهره‌برداری و سرمایه‌گذاری از محل وجوه و ذخائر سازمان و تهیه پیشنهاد لازم جهت طرح و تصویب در شورا.

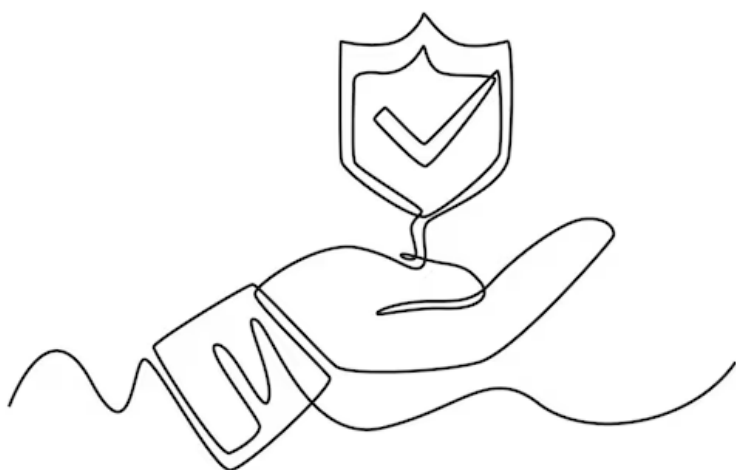
ج. مدیرعامل

رئیس هیئت‌مدیره و مدیرعامل که مسئول اداره امور سازمان است؛ عالی‌ترین مرجع اجرایی سازمان بوده و بر کلیه تشکیلات و کارکنان سازمان ریاست دارد. وظایف و اختیارات مدیرعامل به شرح زیر است:

- اجرای مصوبات شورای عالی تأمین اجتماعی و هیئت مدیره.
- تهیه و تنظیم بودجه و برنامه و گزارش مالی و ترازنامه سازمان و پیشنهاد آن به هیئت مدیره.
- پیشنهاد تشکیلات سازمان به هیئت مدیره جهت تأیید و تقدیم آن به شورای عالی تأمین اجتماعی جهت تصویب.
- پیشنهاد خط مشی عملیاتی اعم از استخدامی، مالی، معاملاتی و غیره به هیئت مدیره جهت تصویب.
- اداره امور سازمان در حدود خط مشی و مقررات و اختیارات مصوب.
- تصویب انجام معاملات تا مبلغ پنج میلیون ریال.
- مدیرعامل در مقابل اشخاص حقیقی یا حقوقی و کلیه مراجع قانونی نماینده سازمان است و می تواند این اختیار را شخصاً یا به وسیله وکلا یا نمایندگانی که تعیین می کند اعمال نماید.

د. هیئت نظارت

- اعضاء هیئت نظارت مرکب از سه نفر به شرح زیر است:
- ۱. یک نفر نماینده دولت به انتخاب وزیر دارایی و امور اقتصادی.
- ۲. یک نفر نماینده کارفرمایان به انتخاب کنفدراسیون کارفرمایی و تا زمانی که کنفدراسیون مذکور تشکیل نشده است، یک نفر از بین کارفرمایان به انتخاب وزیر صنایع و معادن.
- ۳. یک نفر نماینده بیمه شدگان به انتخاب کنفدراسیون کارگری و تا زمانی که کنفدراسیون مذکور تشکیل نشده است، یک نفر از بین بیمه شدگان به انتخاب وزیر بهداشت و بهزیستی.
- وظایف و اختیارات هیئت نظارت به شرح زیر است:
- نظارت بر حسن اجرای اساسنامه سازمان و قانون تأمین اجتماعی و تطبیق عملیات سازمان با مقررات قانونی؛
- اظهار نظر در مورد ترازنامه تنظیمی سازمان، قبل از طرح در شورای عالی؛
- انجام وظایف دیگری که به موجب این اساسنامه یا قانون تأمین اجتماعی و مقررات دیگر در صلاحیت هیئت نظارت است.
- ۶/۴. نرخ حق بیمه به سازمان تأمین اجتماعی
- منابع درآمد سازمان به میزان ۲۰ درصد مزد یا حقوق بیمه شده سهم کارفرما، ۷ درصد مزد یا حقوق به عهده بیمه شده و ۳ درصد آن بر عهده دولت است. علاوه بر ۳۰ درصد حق بیمه فوق الذکر چنانچه بیمه شده مشمول قانون کار باشد؛ کارفرما مکلف است ۳ درصد مزد و حقوق بیمه شده را به عنوان حق بیمه بیکاری به سازمان پرداخت نماید. ضمناً در مشاغل سخت و زیان آور نیز کارفرما مکلف است ۴ درصد مزد و حقوق را علاوه بر اصل حق بیمه و حسب مورد بیمه بیکاری به سازمان پرداخت نماید.



۵

ریسک و مدیریت ریسک



ریسک و مدیریت ریسک

۱/۵. تعریف ریسک

هر نوع فعالیتی در فرایند اجرای خود با احتمال وقوع حوادث یا مخاطراتی روبه‌رو است که حاصل آن می‌تواند از برآورده شدن نتیجه و یا خواست مورد انتظار جلوگیری کند؛ بنابراین احتمالی را که موجب گردیده تا بازده موردنظر حاصل نشود؛ ریسک می‌نامند. این امر اشاره به وضعیت ناخوشایندی دارد که ممکن است فرد و یا سازمان در معرض آن قرار گرفته و باعث به وجود آمدن زیان گردد. این وضعیت جدید می‌تواند یک حادثه زیان‌بار و یا یک عامل بازدارنده و یا هر نوع خطر یا بی‌نظمی و یا بی‌ثباتی در مسیر فعالیت باشد؛ بنابراین به طور خلاصه عدم اطمینان از وقوع خسارت و غیرقابل پیش‌بینی بودن وقوع پیش آمدها را ریسک می‌نامند.

۲/۵. انواع ریسک

الف. انواع ریسک‌های مالی

۱. ریسک بازار

نوسانات نرخ‌های مختلف در بازار از قبیل نرخ تورم، بهره، ارز، قیمت دارایی‌ها، بدهی‌ها و هزینه‌های ناشی از آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. خطای در پیش‌بینی این نوع از نوسانات را ریسک بازار می‌نامند. ریسک‌های عمده بازار به شرح زیر هستند:

- ریسک نوسانات نرخ ارز

- ریسک نوسانات قیمت‌ها

- ریسک نوسانات نرخ بهره

- ریسک نقدینگی: ریسک نقدینگی عبارت از خطر بروز کمبود نقدینگی برای تأمین هزینه‌های جاری و نیز تقاضای سپرده‌گذاران در بانک‌ها است.

۲. ریسک اعتباری

ریسک اعتباری ناشی از اعطای اعتبارات تجاری، مهم‌ترین ریسک فعالیت‌های بانکی است. برای اعطای تسهیلات باید درجه اعتبار و قدرت بازپرداخت اصل و فرع دریافت‌کنندگان تسهیلات را تعیین نمود. احتمال عدم برگشت اصل و فرع تسهیلات اعطا شده را ریسک اعتباری می‌نامند. این مسئله می‌تواند ناشی از کاهش توان بازپرداخت و عدم برنامه‌ریزی درست برای ریسک اعتباری باشد.

۳. ریسک نرخ تبدیلی

تبدیل یک ارز (ارز اولیه) به ارزی دیگر (ارز ثانویه) و سرمایه‌گذاری ارز جدید (ثانویه) به منظور منتفع شدن از نرخ بازدهی بیشتر، ریسک نرخ تبدیل تا سررسید به ارز اولیه برای کوپن و اصل را به همراه خواهد داشت. اگر نرخ تبدیل ارز ثانویه در زمان دریافت کوپن و اصل، در مقاطع تا سررسید نسبت به ارز اولیه کاهش یابد؛ ممکن است علاوه بر منتفع نشدن از تفاوت دو نرخ، بازدهی قسمتی از سرمایه نیز فدا شود.

۴. ریسک عملیاتی

ریسک عملیاتی می‌تواند از قصور و عدم کارایی پرسنل و افراد (People Risk) و تکنولوژی (Technology Risk) و روند کاری (Process Risk) رخ دهد. مدیران در تمامی سازمان‌ها با ریسک سروکار دارند.

مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بروز ریسک عملیاتی به شرح زیر هستند:

کلاهبرداری داخلی: یعنی کلاهبرداری توسط کارکنان بانک.

کلاهبرداری خارجی: یعنی آن دسته از کلاهبرداری‌هایی که توسط افراد خارج از بانک انجام می‌شوند.

عوامل غیر عمدی یا سهل انگاری های کارکنان، یا عدم ایمنی محل کار: که باعث از بین رفتن فیزیکی دارایی ها می شود.

عوامل ناشی از عملکرد گیرندگان تسهیلات.

عوامل بیرونی: از قبیل محدودیت های قانونی، تحولات سیاسی، عوامل طبیعی.

۵. ریسک تورم

به معنای مخاطرات مرتبط با زیان سرمایه گذار در اثر کاهش ارزش پول یا تورم است. تورم عبارت از وضعیتی در اقتصاد است که در آن سطح عمومی قیمت ها به طور معنادار و مداوم و اغلب به صورت غیر قابل برگشت افزایش می یابد.

۶. ریسک تغییرهای سطح عمومی قیمت ها

این ریسک که به صورت ریسک قدرت خرید (Purchase Power Risk) نیز شناخته می شود؛ بدین معناست که هنگام افزایش سطح عمومی قیمت ها با مقدار ثابتی از دارایی مالی، مقدار کمتری کالا می توان خرید. به عبارت دیگر، تورم به معنای کاهش قدرت دارایی های مالی به نسبت دارایی های حقیقی است.

ب. انواع ریسک های غیر مالی

۱. ریسک سیاسی

این ریسک از تحولاتی ناشی می شود که به وسیله تصمیم دولت ها پدید آمده و به شکل های گوناگون سرمایه گذاری را با مشکل روبه رو می کند. هنگامی که این تغییرها از ناحیه مراجع حقوقی، قضایی یا ادارات دولتی باشد، صرف نظر از اینکه آیا منافع سیاسی یا اقتصادی در پشت صحنه وجود دارد؛ ریسک به وجود آمده ریسک سیاسی نامیده می شود. تغییرهای قوانین از جمله قوانین مالیات و قوانین مربوط به صادرات و واردات به ریسک سیاسی خواهند انجامید.

۲. ریسک دولت

سیطره دولت بر نظام های اقتصادی باعث کاهش کارایی اقتصاد از جمله نظام بانکی می شود. تسهیلات تکلیفی و دستوری و تعیین نرخ سود تسهیلات و سپرده ها به وسیله دولت و بدون توجه به نرخ سود حاصل از عرضه و تقاضا در بازار، باعث افزایش ریسک نقدینگی و ریسک کاهش سپرده برای بانک های دولتی خواهد شد.

۳. ریسک قوانین مقررات

ریسک قوانین و مقررات یکی از انواع مهم ریسک سرمایه گذاران است. این ریسک از سه مقوله کلی تغییر مقررات به شرح ذیل ناشی می شود:

- تغییرات در مقررات در قبال یک شرکت ذی نفع (ریسک مربوط به کسب مجوز و لغو آن)
- تغییر در سیاست عملیاتی مقامات تدوین کننده مقررات
- تغییر در کفایت سرمایه

۴. ریسک منابع انسانی

این ریسک به سیاست های پرسنلی یک شرکت مانند استخدام، آموزش، انگیزش و حفظ کارمندان مربوط می شود. ریسک منابع انسانی به اشکال مختلفی مانند ریسک از دست دادن کارمندان ارزشمند، ریسک انگیزش ناکافی یا غلط مسئولین کادر مدیریتی و غیره بروز می نماید.

۵. ریسک حقوقی

در صورت ضعف در طراحی قراردادهای بانکی به صورتی که حق و حقوق بانک ها و مشتریان در حالت های مختلف به صورت عادلانه لحاظ نگردد، ریسک حقوقی بانک ها را بالا می برد. این ریسک می تواند باعث ضرر و زیان بسیار سنگینی شود. در بعضی از موارد، این زیان ها به ورشکستگی بانک ها منجر گردیده است.

ریسک حقوقی به حالت‌های زیر خود را نشان می‌دهد:

عادلانه نبودن و طراحی ناصحیح قراردادها؛

عدم توانایی در اجرای مفاد قرارداد.

ج. تقسیم‌بندی ریسک از بعد سود و زیان

ریسک را به دودسته ریسک واقعی (خالص) و سوداگرانه (بردو باخت) تقسیم می‌کنند. بدین صورت که ریسک واقعی، همواره دربرگیرنده زیان است. (همانند مالکیت خودرو که در صورت تصادف، زیان وارد می‌شود و در غیر این صورت، وضعیت، بدون تغییر است.) و ریسک سوداگرانه، سود و زیان را در بردارد. (نمونه بارز آن مالکیت یک کارخانه یا شرکت است. (به عبارت ساده، ریسک هم می‌تواند جنبه زیان (ریسک منفی) و هم جنبه سود (ریسک مثبت) را در بر گیرد.

۱. ریسک سوداگرانه یا پویا

ریسک‌هایی هستند که در صورت وقوع پیامد آن می‌تواند زیان یا سود باشد. انگیزه اقتصادی در پیدایش آنها اهمیت دارد. در این ریسک شخص انتظار سود از عملیات خود را دارد. در این نوع ریسک ۳ حالت سود، عدم سود و زیان ناشی از عملیات فرد متصور است. در ریسک سوداگرانه، شما می‌توانید یک سودآوری تحقق‌یافته یا بهبودی در روال شرایط نسبت به وضع موجودتان داشته باشید و به طور هم‌زمان نیز امکان بالقوه‌ای برای تجربه یک زیان یا بدتر شدن شرایط نسبت به وضع موجود را داشته باشید. قمار بازی یک مثال از انجام یک ریسک سوداگرانه است. وقتی شما یک شرط‌بندی انجام می‌دهید، می‌بایست احتمال به دست آوردن پول بیشتر در مقابل انتظار ازدست‌دادن میزان شرط‌بندی‌تان را مورد ارزیابی قرار دهید. افزایش ثروتتان است و تمایل شما به سرمایه‌گذاری در ریسک، به‌منظور فراهم ساختن یک فرصت سودآورانه است. مثلاً بازرگانی که کالایی را خریداری نموده تا با قیمت بیشتری (با سود) بفروشد. این نوع ریسک‌ها معمولاً مطلوب بیمه نیستند.

ویژگی‌های ریسک سوداگرانه عبارت‌اند از:

- دلیل احتمال سود، قبول این ریسک برای شخص جذابیت دارد.
- تابع شرایط مختلفی است و پیش‌بینی موقعیت‌های آن دشوار و یا غیرممکن است.
- فرد نسبت به پذیرش ریسک تصمیم می‌گیرد.

۲. ریسک واقعی یا خالص یا ایستا

ریسک‌های هستند که بر اثر بروز خطرهای فیزیکی به وجود آمده و اثر تخریبی به‌جای می‌گذارند و پیامد احتمالی آنها زیان‌بار بوده و در صورت وقوع، نتیجه آن صرفاً خسارت است. نتیجه ریسک‌های خالص فقط دو حالت زیان یا عدم زیان است. مثلاً ریسک آتش‌سوزی ساختمان که در آن یا ریسک آتش‌سوزی اتفاق می‌افتد و ساختمان دچار حریق می‌شود و آسیب می‌بیند و یا اینکه به‌خاطر عدم وقوع ریسک آتش‌سوزی، تغییری در وضعیت ساختمان به وجود نمی‌آید و مالک زیانی نمی‌بیند. در مقابل ریسک واقعی (خالص) فقط یک امکان بالقوه زیان به همراه دارد و هیچ فرصتی برای بهبود روال شرایط فراهم نمی‌سازد. برای مثال به چگونگی درنظرگرفتن امنیت، به‌عنوان یک ریسک حقیقی توجه کنید. فرض کنید که شما نگران محافظت از اشیای با ارزشی باشید که در خانه نگهداری می‌شوند. هدف اصلی شما در این مثال، اطمینان از عدم دستبرد به اشیای موجود در منزل شما بدون اطلاع و اجازه از جانب شماست. بعد از بررسی میزان کیفیت امنیت اشیای، امکان دارد که شما تصمیم به نصب یک سیستم امنیتی در منزلتان به‌منظور جلوگیری از ورود دزد و سرقت اشیای بگیرید. توجه کنید که هدف در این مثال طبق تعریف، تنها تمرکز ریسک بر روی محدوده امکان بالقوه زیان است. در اکثر شرایط مناسب، شما تنها آنچه را که هم اکنون مالک آن هستید، محافظت می‌کنید و هیچ امکان بالقوه‌ای برای سودآوری وجود ندارد.

ویژگی‌های ریسک واقعی عبارت‌اند از:

- همیشه ناخوشایند و زیان‌بار است.
- تحت شرایط مشابه قابل تکرار هستند.
- وقوع آن تابع قانون اعداد بزرگ است.
- وقوع آن قابل پیش‌بینی است.

ریسک‌های واقعی یا خالص خود به شرح ذیل بخش‌بندی می‌گردد:

الف. ریسک‌های ذهنی

این نوع ریسک در عالم خیال و ذهن شخص ظهور می‌کند و شدت و ضعف آن بستگی به باورها و نگرانی‌های فرد از آن موضوع دارد. مثل؛ ترس از تاریکی و یا ترس از ورود به گورستان در شبانگاه. به دلیل آنکه فرایند وقوع این ریسک مشخص نیست، بیمه‌گران در برخورد با آن با احتیاط عمل می‌کنند؛ زیرا گاه نتایج حاصل می‌تواند فاجعه‌آمیز باشد.

ب. ریسک‌های عینی

ریسک‌هایی هستند که در علم واقع امکان بروز دارند و در صورت واقع موجب خسارت و زیان می‌گردند و به دودسته ذیل تقسیم می‌شوند:

۱. ریسک عام

ریسک‌هایی هستند که در صورت وقوع بر تعداد زیادی از افراد جامعه تأثیر می‌گذارند و در محدوده وسیع جغرافیایی اتفاق می‌افتند. وقوع این ریسک‌ها عموماً خارج از کنترل انسان است. مثل ریسک‌های طبیعی یا ریسک جنگ این نوع، ریسک‌های مطلوب بیمه‌ای نیست.

۲. ریسک‌های خاص

ریسک‌هایی هستند که بر روی فرد یا گروه کوچکی از مردم تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر ریسک‌های خاص برخلاف ریسک‌های عام در محدوده کوچک‌تری اتفاق افتاده و افراد کمتری را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مثل ریسک آتش‌سوزی در منزل یا کارگاه و ریسک تصادف خودرو.

۲/۲/۵. تفاوت ریسک واقعی یا خالص با ریسک سوداگرانه (پویا)

ریسک واقعی زمانی است که احتمال ضرر وجود دارد؛ ولی احتمال سود وجود ندارد ریسک حقیقی همیشه ناخوشایند و توأم با استرس است. مثلاً اینکه مالک ماشین در معرض تصادف قرار بگیرد و دچار زیان گردد؛ ولی اگر تصادف نکند سود دریافت نمی‌کند. اما در ریسک سوداگرانه یا بردو باخت هم احتمال برد و هم احتمال باخت وجود دارد و همچنین ریسک سوداگرانه به طور بالقوه دارای جنبه جذابیت است. مثل عقد قرارداد با یک شرکت جدیدالتأسیس.

۳/۲/۵. یک تقسیم‌بندی دیگر از ریسک**۱. ریسک سیستماتیک**

ریسک‌هایی هستند که در عرصه اقتصاد یا کل بازار واقع می‌گردد. مثل ریسک رکود اقتصادی یا تحریم اقتصادی. این نوع ریسک‌ها را اغلب نمی‌توان با تکنیک‌های مقابله با ریسک مثل متنوع‌سازی یا انتقال و... کاهش داد.

۲. ریسک‌های غیرسیستماتیک

ریسک‌هایی هستند که مربوط به دارایی خاص یا موضوع خاص می‌گردد و می‌توان با استفاده از تکنیک‌های مقابله با ریسک مثل متنوع‌سازی یا انتقال آنها را کاهش داد.

۳. ریسک استراتژیک

ریسک استراتژیک، ریسکی است که یک سازمان برای تحقق اهداف تجاری‌اش می‌پذیرد. توجه کنید که

چگونه چهارعنصر ریسک برای ریسک استراتژیک به کار برده می‌شود. برای مثال، شرایطی را فرض کنید که مدیریت ارشد در یک مؤسسه مالی در حال بررسی درباره ورود به یک بازار جدید مثل ایجاد خدمات بانکداری آنلاین است. مدیریت تعدادی از انتخاب‌های قابل پیگیری، شامل چهار مورد زیر را پیشروی دارد:

- تصمیم‌گرفتن برای ورود فوری به بازار؛
- انجام اقدام احتیاطی از طریق ارائه خدمات آزمایشی اندک؛
- در حال حاضر عملی انجام‌دادن ولی محفوظ نگه‌داشتن حقوق برای اقدامات آتی؛
- تصمیم‌گرفتن برای عدم ورود به بازار.

۴/۲/۵. عناصر اصلی ریسک

تمامی اشکال ریسک، چه آنها که به‌عنوان ریسک سوداگرانه طبقه‌بندی شده باشند و چه به‌عنوان ریسک خطرناک، شامل عناصر مشترکی هستند که شامل چهارعنصر ذیل است:

محتوا؛

فعالیت؛

شرایط؛

پیامدها.

عنصر محتوا یعنی زمینه، وضعیت، یا محیطی که ریسک در آن منظور شده و مشخص‌کننده فعالیت‌ها و شرایط مرتبط با آن وضعیت است. بعد از ایجاد یک محتوا، عناصر باقی‌مانده در ریسک به طور مناسبی قابل بررسی هستند.

عنصر فعالیت یعنی عمل یا اتفاقی که باعث ریسک می‌شود. فعالیت، عنصر فعال ریسک است و می‌بایست با یک یا چندین شرط ویژه برای ظهور ریسک ترکیب شود. تمامی اشکال ریسک با یک فعالیت به وجود می‌آیند؛ بدون فعالیت، امکان ریسک وجود ندارد.

درحالی‌که فعالیت، عنصر فعال ریسک است، شرایط تشکیل‌دهنده عنصر منفعل ریسک است. عنصر شرایط، وضعیت جاری یا یک مجموعه از اوضاع و احوال است که می‌تواند به ریسک منجر شود. شرایط، وقتی با یک فعالیت آغازگر خاص ترکیب می‌شود، می‌تواند یک مجموعه از پیامدها یا خروجی‌ها را تولید کند.

عنصر پیامدها، به‌عنوان آخرین عنصر ریسک، نتایج یا اثرات بالقوه یک فعالیت در ترکیب با یک شرط یا شرایط خاص است.

۵/۲/۵. عوامل مؤثر در واکنش به ریسک

برخورد با ریسک یکی از اهداف مهم ریسک بوده و از وظایف او بررسی میزان آمادگی نیروی کار در پذیرش و یا واکنش به ریسک است. بررسی عوامل مؤثر در واکنش به ریسک برای ایجاد ایمنی در برابر پیامدهای ناگوار ریسک اهمیت دارد.

۱. عدم اطمینان

هرقدر عدم اطمینان شخص نسبت به احتمال وقوع پیشامد شدیدتر باشد، عکس‌العمل شدیدتری نشان خواهد داد. مثل واکنشی که جامعه در برابر تغییرات جدید اجتماعی از خود نشان می‌دهد.

۲. وضعیت اقتصادی فرد

واکنش فردی که موقعیت اقتصادی و مالی مناسبی دارد نسبت به فردی که دارای بنیه مالی ضعیفی است در مقابل ریسک متفاوت است؛ زیرا شخص ثروتمند به دلیل شرایط مالی بهتر ترس و نگرانی کمتری دارد.

۳. شدت ریسک

پذیرش ریسک و یا واکنش فرد در برابر ریسکی که سود و زیان ناشی از آن ناچیز است به مراتب کمتر از واکنش همان فرد در موقعیتی است که نتیجه آن سنگین است.

۴. شخصیت و موقعیت اجتماعی فرد

واکنش افراد به علت شخصیت و محیط زندگی آنها در برابر ریسک واحد می تواند متفاوت باشد.

۵. سن

افراد در سنین متفاوت نسبت به یک ریسک واحد واکنش های متفاوتی نشان می دهند. مثال؛ افراد مسن در رانندگی بسیار محتاط تر از جوانان هستند.

۶. نسبت

در مورد برخی از ریسک ها، زنان طبیعتی ریسک گریز تر از مردان دارند، البته موارد استثنا هم وجود دارد.

۷. گروه های اجتماعی

افراد در یک گروه کاری گرایش بیشتری به پذیرش ریسک دارند تا زمانی که قرار است به طور فردی تصمیم بگیرند، زیرا:

رهبر گروه ریسک پذیر است و در بالابردن ریسک پذیری افراد تأثیر مثبت می گذارد.

در تصمیم گیری گروهی، مسئولیت آن بین اعضای گروه سرشکن می گردد.

درجه ریسک پذیری گروه بالا می رود؛ زیرا اطلاعات بیشتری رد و بدل شده و اعتماد به نفس گروه

برای تصمیم گیری افزایش می یابد.

اجتماع، افراد ریسک پذیر را تأیید می کند؛ لذا اعضای گروه سعی می کنند موافق سلیقه گروه

حرکت کنند.

۶/۲/۵. ریسک های بیمه پذیر

بیمه تنها در محدوده شرایط بیمه پذیر بودن می تواند فعالیت کند. این حدود نه تنها توسط ظرفیت بیمه ای تعریف می شود؛ بلکه از طریق سایر پارامترها نیز قابل تعریف است. به طور خاص محدودیت های بیمه پذیری در شرایط اقتصادی نیز توسط نیاز به کنترل مسائل مربوط به اطلاعات متقارن به ویژه مخاطره اخلاقی و انتخاب نامساعد تحمیل می شود در نهایت موضوع دیگر سطح بسیار بالای عدم اطمینان است که در آن صورت ریسک منطقاً غیرقابل مدیریت است.

ریسک دلیل وجودی بیمه است، بدون ریسک بیمه مفهومش را از دست می دهد. در جامعه ای که ریسک وجود نداشته باشد بیمه نیز وجود نخواهد داشت. ریسک بیمه پذیر در هر حال نتیجه اش نامطلوب، منفی و ناخوشایند است.

ویژگی های ریسک های بیمه پذیر

برای اینکه ریسکی بیمه پذیر باشد خسارت بالقوه حاصل از آن باید دارای ویژگی های زیر باشد:

- خسارت باید اتفاقی و مستقل از خسارات دیگر باشد.

برای بیمه پذیر بودن، خسارت بالقوه ریسک باید غیرمنتظره و غیرقابل پیش بینی بوده و به صورت عمدی توسط بیمه گذار ایجاد نشده باشد.

- خسارت باید متناهی باشد.

هدف بیمه گر کاهش یا حذف عدم اطمینان خسارت اقتصادی است. ضروری است که خسارت اقتصادی بیمه گذار محقق شدنی بوده و بر حسب زمان و مقدار متناهی باشد. به عبارت دیگر، بیمه گذار باید بتواند ارزش پولی برای خسارت قرار دهد، بداند که چه زمانی خسارت را بپردازد و چگونه دوره های پوشش اعطای شده به بیمه گذار محدود می شود؛ بنابراین بیمه گر انتظار دارد که خسارتی را پرداخت نماید

که در طول دوره زمانی مشخصی رخ می‌دهند. خسارت بالقوه باید قابل‌اندازه‌گیری باشد، به‌طوری‌که در صورت بروز خسارت، هر دو طرف بتواند بر روی مبلغ قابل‌پرداخت توافق کنند. مثال؛ در مواردی که نتوان ارزش مورد بیمه را به‌طور مشخص تعیین نمود از قبیل نقاشی‌ها، مجسمه‌ها، لوازم قدیمی گران‌قیمت و جواهرات، قراردادهای بیمه‌ای با ارزش توافق شده صادر می‌گردد که قراردادهای ارزشی نامیده می‌شوند. نمونه دیگر قراردادهای ارزشی مانند بیمه‌های تمام خطر، بیمه‌های عمر و پس‌انداز و زمانی.

- خسارت باید قابل‌پیش‌بینی باشد.

برای تأمین پوشش در صورت وقوع خسارت بر اثر پیشامدی معین، بیمه‌گر باید قادر به ارزیابی احتمال وقوع خسارت یا پیش‌بینی میزان خسارت احتمالی باشد. این پیش‌بینی بیمه‌گر را قادر می‌سازد تا نرخ حق بیمه مناسب را از بیمه‌گذار مطالبه نماید تا وجوه کافی برای پرداخت خسارت‌ها در اختیار داشته باشد. برای پیش‌بینی احتمال وقوع خسارت و میزان خسارت وارده از تحلیل داده‌ها آماری (آمار حال و گذشته) استفاده می‌گردد. علاوه برای بیمه‌گران قانون اعداد بزرگ برای تعیین احتمال خسارت بکار می‌گیرند. بر طبق قانون اعداد بزرگ هر چه تعداد مشاهدات برای پیشامدی خاصی بیشتر باشد احتمال اینکه نتایج مشاهده شده برآوردی درستی از احتمال واقعی آن پیشامد تولید کنند، بیشتر خواهد بود.

- خسارت نباید برای بیمه‌گر فاجعه‌آمیز باشد.

وقتی تعداد زیادی از مردم در معرض ریسک‌های شدیدی قرار می‌گیرند یا تمرکز ریسک در یک منطقه وجود دارد خسارت بالقوه حاصله می‌تواند خسارت فاجعه‌باری برای بیمه‌گر ایجاد نموده و یا در بروز آن مشارکت کند. این گونه ریسک‌ها معمولاً بیمه‌پذیر نیستند؛ زیرا این‌گونه ریسک‌ها خسارات بسیار فزاینده‌ای را به بار می‌آورند و وجوه بیمه‌ای جمع‌آوری‌شده توسط بیمه‌گر به‌تنهایی برای پوشش آنها کافی نخواهد بود. به‌عنوان مثال ریسک جنگ یا ریسک زمین‌لرزه که در چنین مواردی معمولاً دولت‌ها مسئولیت آنها را برعهده می‌گیرند.

- تعداد زیادی مورد بیمه یا بیمه شده در معرض ریسک همگن وجود داشته باشد.

بیمه‌گر باید به‌اندازه کافی ریسک‌های مشابه و همگن را تحت پوشش داشته باشد تا بتواند اطلاعات لازم در رابطه با سابقه خسارت قبلی آنها جمع‌آوری کند و بر اساس آن میزان احتمال وقوع ریسک و نرخ حق بیمه آن را محاسبه نماید؛ بنابراین از نقطه‌نظر بیمه‌گر یکی از نیازهای اولیه ریسک بیمه‌پذیر این است که تعداد کافی ریسک مشابه وجود داشته باشد به‌طوری‌که محاسبات دقیق و منطقی خسارت محتمل قابل‌تعیین باشد.

- خسارت باید قابل‌توجه باشد.

برخی از انواع خسارات هستند که برای آحاد جامعه مشکلات مالی به وجود می‌آورند؛ مانند آتش‌سوزی طبیعت خسارت باید به‌گونه‌ای باشد که تحمل هزینه حقی بیمه برای پوشش خسارت بالقوه مقرون‌به‌صرفه باشد. بسیاری از خسارات مانند گم‌شدن دسته‌کلید یا چتر یا مداد و خودکار و عینک از نظر مالی خسارت قابل‌توجهی نیست و دشواری زیادی برای صاحب آن ایجاد نمی‌کند

۷/۲/۵. انواع ریسک‌های واقعی یا خالص بیمه‌پذیر

مهم‌ترین انواع ریسک‌های خالص که ممکن است برای افراد و مشاغل زیان‌های جانی و مالی به وجود آورند شامل ریسک‌های اشخاص، ریسک‌های اموال ریسک‌های مسئولیت ناشی از قصور افراد و ریسک‌های زیان مالی است.

۱. ریسک‌های اشخاص

ریسک‌های اشخاص ریسک‌هایی هستند که مستقیماً بر افراد تأثیر می‌گذارند و آنها را دچار کاهش درآمد، ضعف جسمانی، مخارج اضافی و خرج کردن دارایی‌های شخصی می‌نماید. مأخذ و مبنای کلیه محاسبات از جمله میزان حق بیمه در بیمه‌های اشخاص ریسک است. در بیمه‌های عمر، حق بیمه بر اساس جدول مرگومیر محاسبه می‌شود که برای ریسک‌های نرمال است. برای همین بیمه‌گر در انتخاب ریسک دقت بیشتری می‌کند که اصلح را انتخاب نماید.

پنج دسته ریسک‌های اشخاص عبارت‌اند از:

- ریسک مرگ نابهنگام
- ریسک نقص عضو و ازکارافتادگی
- ریسک کاهش درآمد ناشی از بازنشستگی
- ریسک بیماری
- ریسک بیکاری

۲. ریسک‌های اموال

ریسک‌هایی هستند که اموال و دارائی‌های افراد تهدید می‌نمایند. هر فردی که اموال و دارایی دارد با ریسک مواجه است؛ زیرا این اموال می‌توانند به دلایل متعددی نظیر آتش‌سوزی، سیل، صاعقه، گردباد، توفان، سرقت و بسیاری از ریسک‌های دیگر آسیب ببینند، از بین بروند یا دزدیده شوند. ریسک اموال دو نوع مختلف از خسارت را در بر می‌گیرد. خسارات مستقیم که بدون واسطه و در نتیجه آسیب فیزیکی، خرابی یا دزدی اموال به وجود می‌آید و خسارات غیرمستقیم یا نتیجه غیرمستقیم وقوع حادثه است.

۳. ریسک‌های مسئولیت

ریسک‌های مسئولیت نیز نوع دیگری از ریسک‌های خالص هستند که بیشتر افراد با آنها مواجه هستند. عامل اصلی وقوع ریسک‌های مسئولیت صدمه غیرعمدی فرد به افراد دیگر یا اموال آنها در اثر غفلت و بی‌توجهی است.

۴. ریسک‌های زیان مالی

یکی دیگر از ریسک‌ها است که البته در نتیجه وقوع ریسک‌های سه‌گانه قبلی هستند و شامل ریسک‌های عدم النفع، اعتباری و... هستند.

۵/۲/۸. سطوح ۷ گانه ریسک

ردیف	سطح	کلیدواژه‌های تبیین ریسک
۱	فردی	سیگارکشیدن، مشروب خوردن، بیماری
۲	خانواده یا منزل	وضعیت تهویه هوا، حوادث منزل
۳	محلی	ترافیک، صنایع پرخطر، مه‌دود شیمیایی
۴	منطقه‌ای	آلودگی اتمسفر، خاک و آب‌های زیرزمینی
۵	فرامنطقه‌ای	آلوده‌سازی رودها، دریاچه‌ها، مناطق ساحلی
۶	قاره‌ای	باران‌های اسیدی، افزایش گاز دی‌اکسیدکربن
۷	جهانی	تخریب لایه اوزون، تأثیر گلخانه‌ای بر آب‌وهوا

۵/۳ مدیریت ریسک

پیچیدگی محیطی، شدت رقابت، رواج تکنولوژی‌های نو و پیشرفته، توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات، شیوه‌های نوین عرضه کالاها و خدمات، مسائل زیست‌محیطی و سمت‌گیری سازمان‌ها از دارایی‌های

مشهود به نامشهود و... از عوامل عمده‌ای است که موجب شده است سازمان‌ها و بنگاه‌های اقتصادی در دوران حیات خود با ریسک‌های بسیار متعدد و خطرات زیاد و حتی پیش‌بینی نشده مواجه شوند. به همین جهت به‌منظور کاهش ریسک و جبران زیان‌های ناشی از آن امروزه در ادبیات علمی انواع مدیریت ریسک نظیر مدیریت ریسک بنگاه، مدیریت ریسک کسب‌وکار و مدیریت ریسک استراتژیک مطرح شده و هریک جایگاهی خاص دارند. مفاهیم مربوط به مدیریت ریسک را می‌توانیم در سه گروه خلاصه کنیم:

۱. گروهی معتقدند که اداره کلیه ریسک‌هایی که یک شرکت یا یک مؤسسه در معرض آنهاست، در حیطه وظایف مدیریت ریسک است.

۲. گروه دوم معتقدند مدیریت ریسک منحصرأً مربوط به اداره ریسک‌های حقیقی است.
۳. گروه سوم مدیریت ریسک را در واقع نام دیگر واحد امور بیمه‌ای سازمان می‌نامند. به هر صورت مدیریت ریسک را فرایند یافتن و به‌اجرا گذاشتن روش‌های مقابله با ریسک باید دانست؛ به‌عبارت‌دیگر مدیریت ریسک به مجموعه اعمالی گفته می‌شود که بتواند دارائی‌های یک مؤسسه و بنگاه اقتصادی را حفظ نماید.

۱/۳/۵. تعریف مدیریت ریسک

مدیریت ریسک عبارت است از "فرایند تشخیص و شناسایی، تجزیه و تحلیل و کنترل اقتصادی ریسک‌هایی که می‌توانند جان

اشخاص، دارائی‌ها و درآمدهای یک مؤسسه را تهدید کنند." این تعریف چهار نکته اساسی دارد:

۱. اشاره به تشخیص شناسایی و ارزیابی و تحلیل و کنترل ریسک یعنی مدیریت ریسک شامل فرایند یا مراحل خاصی است که از شناخت ریسک شروع و به کنترل اقتصادی آن ختم می‌شود.
۲. کنترل خطرهای بایستی صرفه اقتصادی داشته باشد؛ یعنی مقرون به صرفه باشد.
۳. محافظت از دارائی‌ها و درآمدها. دارائی چیزی که موجود است. خسارات غیرمستقیم مثل توقف درآمد است که باید از این کار هم جلوگیری کند.
۴. محافظت از جان انسان‌ها.

دلایل گرایش به مدیریت ریسک عبارت‌اند از:

- وقوع حوادث طبیعی و حوادث ناشی از تکنولوژی‌های پیشرفته.
- وارد آمدن خسارات غیرقابل جبران به محیط زیست.
- محدود بودن منابع طبیعی.
- از بین رفتن اعتبار و حیثیت مؤسسات که قابل جبران با پول نیست.
- تئوری مصرف؛ یعنی عادت افراد جامعه به مصرف یک نوع کالا که در صورت بروز حادثه و متوقف شدن تولید مصرف‌کننده به دنبال خرید کالاهای مشابه می‌رود.
- شرایط دشوار اقتصادی مثل تورم یا آثار ناشی از جنگ که خودبه‌خود روی بنیه مالی مؤسسات تأثیر می‌گذارد.

- تراکم و تجمع واحدهای صنعتی، افزایش جمعیت و انباشت سرمایه‌ها.
- به‌کارگیری مدیران متخصص که دارای احساس مسئولیت شدید هستند.
- ارتقای آگاهی‌های عمومی جامعه.

اهم وظایف ریسک مدیریت

- تعریف مدیریت ریسک و تعیین اهداف سازمان از اجرای برنامه‌های مدیریت ریسک؛
- تعیین نقش و وظایف مدیر ریسک و کمیته مدیریت ریسک؛
- تعیین ارتباط بین بیمه و وظایف مربوط به دعاوی با برنامه‌های مدیریت ریسک؛

- تعیین ارتباط بین مدیریت توسعه فراگیر سازمان و برنامه‌های مدیریت ریسک؛
- جمع‌آوری اطلاعات لازم در مورد ریسک؛
- تعیین روش‌های مربوط به شناسایی ریسک؛
- تعیین مناطق پرخطر و پرحادثه و همچنین سوءمدیریت‌های احتمالی و مقایسه آن با شاخص‌های استاندارد؛
- تعیین روش‌های جبران هزینه‌ها و خسارات احتمالی و نحوه پوشش‌های بیمه‌ای خطرات احتمالی؛
- اقدامات مربوط به پیشگیری از حوادث و سوءاستفاده‌های احتمالی؛
- پیشگیری از صدمات و خسارات و سوءاستفاده از مشتریان و تعیین مسئولیت‌های ناشی از اجرای نادرست وظایف و فعالیت‌ها، کاهش مسئولیت کلی از طریق اجرای مؤثر مدیریت ریسک و اجرای سیستم‌های دقیق نظارتی.

۲/۳/۵. ساختار مدیریت ریسک

مدیریت ریسک "فرایندی است برای شناسایی و اداره کردن خطرات و خساراتی که ممکن است یک سازمان را تهدید کند." به عبارت دیگر این فعالیت عبارت است از بازدید مستمر از فعالیت‌های سازمان، شناخت پتانسیل‌های خطرهای و احتمال وقوع آنها در سازمان و انجام اعمال مناسب و مقتضی در رابطه با کنترل تهدیدهای محتمل.

در برخی از سازمان‌ها، فعالیت‌های مدیریت ریسک فاقد یک سازمان رسمی و برنامه‌های مؤثر و ساختاریافته است. برای مثال دیدگاه بعضی از سازمان‌ها در مورد مدیریت ریسک فقط محدود به یک برنامه ایمنی یا یک بخشی است که تنها در زمینه بیمه کالا و یا اداره فعالیت‌های مدیریت ریسک به طور مستقل و بدون ارتباط با دیگر فعالیت‌ها و وظایف مربوطه است. به منظور اجرای یک برنامه جامع مدیریت ریسک، اقدامات ذیل پیشنهاد می‌گردد:

۱. ایجاد واحد مدیریت ریسک یا کمیته مدیریت ریسک که عهده‌دار توسعه و سرپرستی برنامه‌های مدیریت ریسک در سازمان باشد.
۲. استفاده از یک دستورالعمل جامع مدیریت ریسک که بیانگر اهداف جامع مدیریت ریسک در سازمان بوده و ساختار و برنامه‌های سازمانی و نیز مسئولیت‌های مربوطه را برای مدیریت تشریح نماید.
۳. ایجاد مکانیسم‌های رسمی و غیررسمی برای هماهنگ کردن برنامه مدیریت ریسک با سایر بخش‌ها و وظایف سازمان.
۴. تعیین و تعریف مسئولیت برای مدیر ریسک توسط مدیریت عالی
۵. هماهنگی برنامه‌های مدیریت ریسک با سایر فعالیت‌ها و واحدهای سازمانی

۳/۳/۵. فرایند مدیریت ریسک

به طور کلی فرایند مدیریت ریسک شامل ۳ گام اصلی به شرح ذیل است:

۱. شناسایی ریسک؛
۲. تجزیه و تحلیل ریسک؛
۳. کنترل ریسک.

انواع بیمه‌ها



انواع بیمه‌ها

بیمه در گذر زمان سیر تحول زیادی را تجربه کرده است و منطبق با این سیر تحول طبقه‌بندی بیمه نیز دچار دگرگونی و تغییر شده است. برخی از طبقه‌بندی‌های بیمه هم‌اکنون کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرند و برخی طبقه‌بندی‌ها کماکان مورد استفاده هستند. معروف‌ترین طبقه‌بندی‌های بیمه به شرح زیر هستند.

۱. بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های بازرگانی.

۱/۱. بیمه‌های اجتماعی:

بیمه‌های اجتماعی بیمه‌هایی هستند که معمولاً به موجب قوانین یا مقررات ملی به صورت اجباری هستند. یعنی بیمه‌گذاران مجبور به خرید آن هستند. البته بدیهی است که در این نوع بیمه‌ها نیز لزوماً بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان یکسان نیستند و در بسیاری موارد بیمه‌گذاران به موجب قانون مجبور به خرید بیمه‌نامه برای بیمه‌شدگان هستند.

این بیمه‌ها معمولاً برای حمایت از آحاد جامعه و اقشار کم‌درآمد برقرار می‌گردند و هدف اصلی آن ارائه حداقل حمایت‌های لازم بیمه‌ای برای تمامی افراد جامعه است. با عنایت به این هدف و عدم توانایی اقشار کم‌درآمد در پرداخت حق بیمه در بیمه‌های اجتماعی اغلب بخش قابل‌ملاحظه‌ای از حق بیمه توسط دولت و یا اشخاص حقیقی و حقوقی جدا از بیمه‌شده پرداخت می‌شود. برای مثال در بیمه‌های تأمین اجتماعی به عنوان یک بیمه اجتماعی بخش قابل‌ملاحظه‌ای از حق بیمه کارگران توسط کارفرمایان پرداخت می‌گردد.

بیمه‌های اجتماعی عمدتاً خطرهای و حوادث مرتبط با اشخاص را تحت پوشش قرار می‌دهند. بیمه‌های اجتماعی توسط دولت‌ها به منظور جلوگیری از فقر ناشی از حوادث و در راستای نظام رفاه اجتماعی عمومی ارائه می‌گردد. خدماتی مانند بیمه‌های بازنشستگی، بیمه‌های درمانی، بیمه‌های حوادث و بیمه‌های ازکارافتادگی معمولی‌ترین بیمه‌های اجتماعی در دنیا هستند. کشورهای پیشرو در حوزه نظام تأمین اجتماعی و رفاه معمولاً حساب خاصی روی بیمه‌های اجتماعی باز می‌کنند.

۲/۱. بیمه‌های بازرگانی:

بیمه‌های بازرگانی بیمه‌هایی هستند که افراد جامعه برای پوشش خطرات و ریسک‌هایی که با آن مواجه هستند با پرداخت حق بیمه خرید ایمنی و انتقال ریسک را توأمان انجام می‌دهند. بیمه‌های بازرگانی در جهان کالایی ارزشمند هستند که در حفظ سرمایه‌های ملی و شخصی کارکرد بسیار مؤثری دارند. کاملاً بدیهی است که هر چقدر دایره خطرات وسیع‌تر باشد و ریسک بیشتری وجود داشته باشد افراد نگرانی بیشتری داشته باشند. از دیگران و دولت‌ها امکان پوشش تمام خطرات و تهدیدات را ندارند؛ لذا بیمه‌های بازرگانی پایه اصلی ارائه پوشش هستند.

بیمه‌های بازرگانی در قالب‌های گوناگون شرکت سهامی و تعاونی و شرکت‌های متقابل به ارائه خدمت می‌پردازند.

با آن که این نوع بیمه‌ها ارکان تشکیل حقوقی متفاوتی دارند؛ اما در اصل بر پایه اصل تعاون شکل می‌گیرد؛ یعنی گروهی از افراد در معرض ریسک با یکدیگر در تعاونی جمعی قرار می‌گذارند که خسارت وارده بر هر یک از افراد را به صورت جمعی جبران نمایند. فلسفه حق بیمه نیز همین تعاون و مشارکت جمعی است و صرف‌نظر از نوع حقوقی تشکیل بیمه به صورت شرکت سهامی یا تعاونی و یا متقابل، کارکرد اصلی بیمه‌ها جمع‌آوری وجوه حق بیمه و پرداخت خسارت از محل آنها است.

بدیهی است که شرکت‌های بیمه به‌عنوان یک شرکت سهامی علاوه بر ارائه خدمت به بیمه‌گذاران به‌عنوان ذی‌نفعان اصلی خود، هدف ایجاد سود از محل سرمایه‌گذاری حق بیمه‌های تجمیعی و همچنین سرمایه شرکت را دارند، لذا باید در مدیریت شرکت‌های بیمه و همچنین راهبری صنعت بیمه علاوه بر ذی‌نفعان بیرونی و علل الخصوص بیمه‌گذاران، نیم‌نگاهی به ایجاد سود برای سهام‌داران نیز داشت. بیمه‌های بازرگانی در طول زمان با تحول تکنولوژی و فناوری تطوّر قابل‌ملاحظه‌ای داشتند و در عمل با پیچیده‌تر شدن ریسک‌ها، دامنه‌ی اثرگذاری این بیمه‌ها در زندگی بشر بیشتر و بیشتر گردیده است. باتوجه‌به تاریخچه بیمه که عمدتاً از خطرات دریایی و حمل‌ونقل کالا در دریاهای آزاد و بین‌قاره‌ای شکل گرفت نخستین طبقه‌بندی بیمه‌های بازرگانی به دو نوع دریایی و غیردریایی بود.

۱/۲/۱. بیمه‌های دریایی:

بیمه‌های دریایی به بیمه وسایل حمل دریایی و عمدتاً کشتی‌های بادبانی و بعدها تجاری و هم چنین محموله‌های آن‌ها و مال‌التجاره باز می‌گشت. خطرات طوفان، راهزنی و دزدی دریایی و سوء عملکرد کاپیتان و جاشوان و دیگر ارکان محل در کنار فضای بازرگانی بین‌الملل شکل گرفته، علت ایجاد این رشته بود.

۲/۲/۱. بیمه‌های غیردریایی:

تمامی انواع بیمه‌هایی که غیر از دریا پوشش ارائه می‌داد در این طبقه جا می‌گرفتند و بیمه‌های گوناگونی را شامل می‌شد. با تحول و گسترش بیمه‌ها و بزرگ و بزرگ‌تر شدن بیمه‌های غیردریایی عملاً این نوع تقسیم‌بندی منسوخ گردیده است. دومین نوع طبقه‌بندی بیمه‌های بازرگانی که هم‌اکنون نیز متداول‌ترین نوع طبقه‌بندی است تقسیم بیمه‌های بازرگانی به بیمه‌های زندگی و غیرزندگی است.

۳/۲/۱. بیمه‌های زندگی:

موضوع این بیمه‌ها انواع مخاطرات مرتبط با فوت یا حیات افراد را در برمی‌گیرد و بیمه‌های عمر به شرط فوت و بیمه‌های عمر به شرط حیات دو نوع اصلی این نوع بیمه‌ها هستند. بیمه‌های زندگی خطر فوت را به‌عنوان اصلی‌ترین خطر برای بازماندگان یک فرد فوت شده پوشش می‌دهند؛ اما باتوجه‌به میل افراد به داشتن سرمایه‌گذاری بلندمدت از محل این رشته را می‌یابند و این رشته بیمه‌ای نقش اساسی در تشکیل سرمایه‌های ملی در جهان بازی می‌کند.

۴/۲/۱. بیمه‌های غیرزندگی:

بیمه‌های غیرزندگی تمام رشته‌های بیمه‌ای در پوشش اموال، مسئولیت‌ها، حوادث و درمان را شکل می‌دهند. در واقع این گروه بیمه‌ای تمامی ریسک‌های مرتبط با اموال افراد به مسئولیت‌های یک فرد در مقابل سایر افراد جامعه و حوادث و درمان را در برمی‌گیرد.

۵/۲/۱. بیمه‌های اموال:

بیمه‌های مرتبط با اموال هر فرد در مقابل هر خطر بیرونی توسط بیمه‌های اموال پوشش داده می‌شوند. طیف وسیعی از اموال مانند منازل مسکونی، خودروها، وسایل، سرمایه‌های ملی، کارخانه‌ها، وسایل حمل‌ونقل، پول، تجهیزات و... در این بیمه تحت پوشش قرار می‌گیرند.

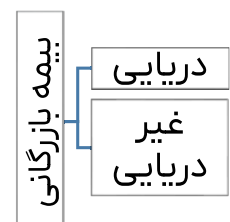
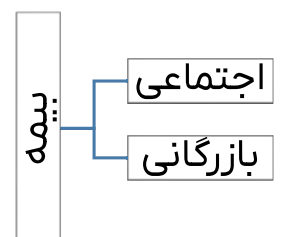
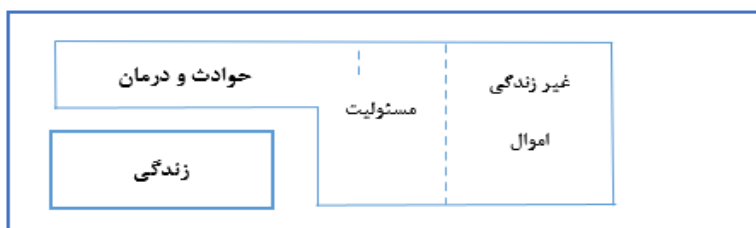
۶/۲/۱. بیمه‌های مسئولیت:

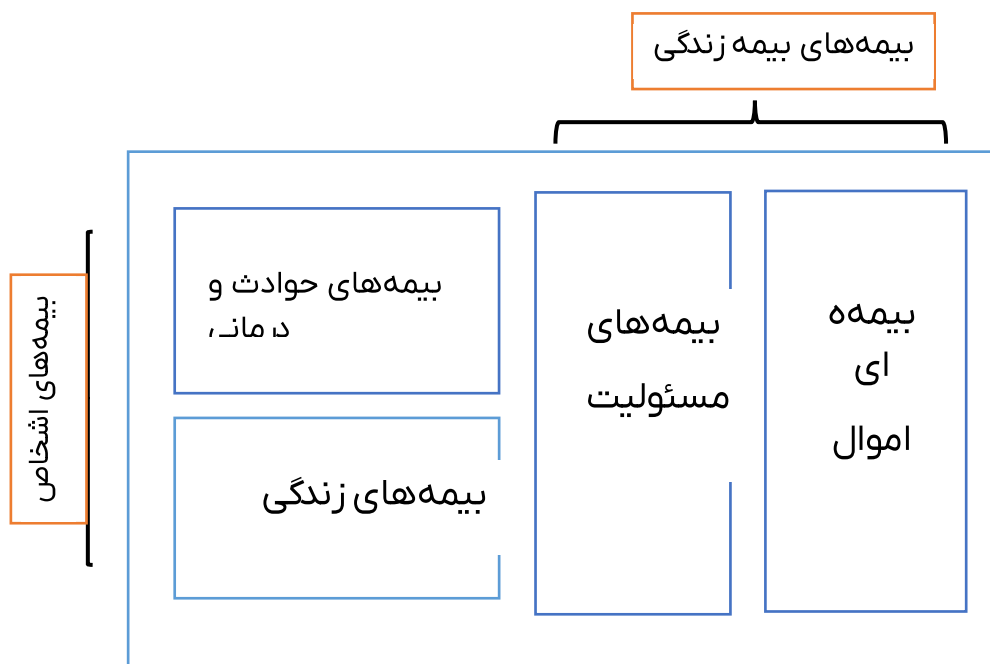
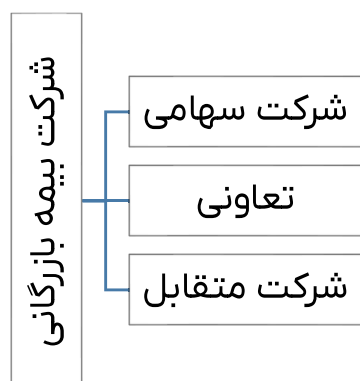
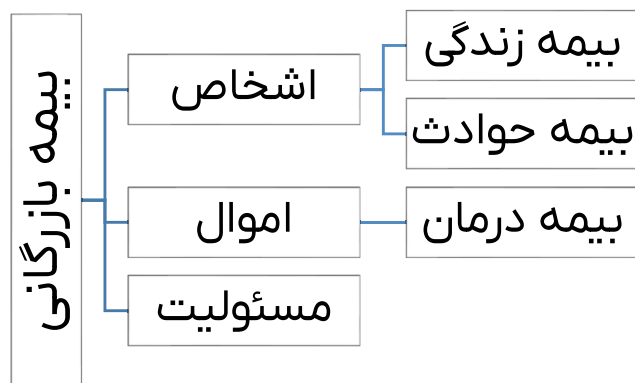
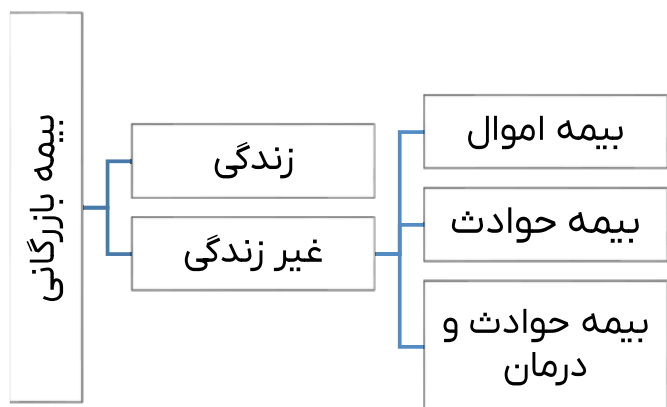
ماهیت این بیمه‌ها پوشش مسئولیت‌های افراد در مقابل آحاد جامعه است. معروف‌ترین نوع این بیمه، بیمه‌های شخص ثالث هستند. در این بیمه‌ها یک طرف (شرکت بیمه) متعهد می‌شود

مسئولیت‌های مالی طرف دوم (بیمه‌گذار) را در مقابل اشخاص حادثه‌دیده به دلیل تقصیر بیمه‌گذار، ایفا نماید. برای مثال در زمان تصادف رانندگی شرکت بیمه خسارتی را که علل الاصول می‌بایست راننده مقصر بپردازد، به جای او پرداخت می‌کند. این رشته بیمه‌ای هر چقدر کشوری از بعد قانونی پیشرفته‌تر باشد، توسعه‌یافته‌تر است. جهان توسعه‌یافته، جهان مسئولیت‌ها است و زیان‌دیدگان از مسئولین شکایت می‌کنند و شرکت‌های بیمه با دریافت حق بیمه، به ایفای تعهد این افراد می‌پردازند. مهم‌ترین انواع این بیمه بیمه‌های مسئولیت مدنی، بیمه‌های مسئولیت حرفه‌ای و بیمه‌های عمومی هستند. به‌علاوه بیمه مسئولیت تولیدکنندگان در مقابل مصرف‌کنندگان نیز جزو بیمه‌هایی است که کشورهای پیشرفته ارائه می‌شود.

۷/۲/۱. بیمه‌های اشخاص:

بیمه‌های اشخاص مضرات و خطرات مرتبط با اشخاص را پوشش می‌دهد. در این بیمه‌ها که خود از سه گروه اصلی بیمه‌های زندگی، بیمه‌های حوادث و بیمه‌های درمان تشکیل یافته‌اند، موضوع بیمه حیات و سلامتی افراد است و در این بیمه‌ها با توجه به عدم توانایی ارزش‌گذاری روی انسان، بر مبنای سرمایه از پیش تعیین شده در صورت فوت و یا در صورت حیات فرد، سرمایه از پیش توافق شده به ذی‌نفعان و یا فرد پرداخت می‌گردد. البته این پرداخت می‌تواند یک‌دفعه و یا طی مدت باشد. در بیمه‌های حوادث و درمان نیز هزینه‌های بیمارستانی و درمانی و بهبود افراد تحت پوشش قرار می‌گیرد و معیار پرداخت هزینه‌های صورت‌گرفته جهت درمان و بازگشت فرد به شرایط قبل از حادثه تا حد امکان است. در بسیاری موارد در حوادث نیز با توجه به عدم ارزش‌گذاری مالی اعضای بدن، غرامت از پیش تعیین شده جهت جبران غرامت پرداخت می‌گردد. مهم‌ترین نکته اختلاف بین بیمه‌های اشخاص و بیمه‌های زندگی در بیمه‌های درمان و حوادث است که جزو بیمه‌های اشخاصی هستند؛ ولی جزو بیمه‌های زندگی نیستند و در طبقه‌بندی جزو بیمه‌های غیرزندگی قرار می‌گیرند.









ترمینولوژی بیمه



ترمینولوژی بیمه

بیمه

عقدی است که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا وجوهی (حق بیمه) از طرف دیگر (بیمه‌گذار) در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی بپردازد.

بیمه تجاری

بیمه‌ای که موضوع آن ممکن است مال باشد اعم از عین یا منفعت یا هر حق مالی یا هر نوع مسئولیت حقوقی، مشروط بر این که بیمه‌گذار نسبت به بقای آنچه بیمه می‌دهد ذی‌نفع باشد و همچنین ممکن است بیمه برای حادثه یا خطری باشد که از وقوع آن بیمه‌گذار متضرر می‌شود.

بیمه‌نامه (قرارداد بیمه)

سند کتبی فیزیکی یا الکترونیکی حاوی مشخصات و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار و شرایط عقد قرارداد بیمه است.

بیمه‌گر

شخصیت حقوقی که در مقابل دریافت حق بیمه از بیمه‌گذار در صورت وقوع حادثه در چارچوب قرارداد بیمه متعهد جبران خسارت وارده به موضوع بیمه و پرداخت زیان وارده به بیمه‌گذار می‌شود.

بیمه‌گذار

شخص حقیقی یا حقوقی که مشخصات وی در بیمه‌نامه یا قرارداد بیمه درج شده و متعهد پرداخت حق بیمه است.

شبکه فروش بیمه

مجموعه عوامل حقیقی یا حقوقی مشتمل بر نمایندگی شرکت‌های بیمه و کارگزاران بیمه که مجاز به عرضه خدمات بیمه‌ای هستند.

عرضه‌کننده بیمه

شامل مؤسسه بیمه، نماینده بیمه و کارگزار بیمه است.

مؤسسه بیمه

شرکتی که دارای پروانه فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی بوده و مجاز به انجام عملیات بیمه است.

کارمزد بیمه

درصدی از حق بیمه که بابت فروش بیمه از طرف مؤسسه بیمه به نماینده یا کارگزار بیمه پرداخت می‌شود.

شعبه

واحد سازمانی وابسته و تابع مؤسسه بیمه است که به عرضه خدمات بیمه‌ای می‌پردازد.

نماینده بیمه

طبق مقررات مصوب شورای عالی بیمه، شخص حقیقی یا حقوقی‌ای است که به نمایندگی از سوی شرکت بیمه طرف قرارداد، به عرضه خدمات بیمه‌ای در داخل کشور می‌پردازد.

کارگزار بیمه (دلال رسمی بیمه)

طبق مقررات مصوب شورای عالی بیمه شخصی حقیقی یا حقوقی است که در مقابل دریافت کارمزد، واسطه معاملات بیمه‌ای بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر است.

کارکنان شرکت‌های بیمه

مجموع کارکنان تمام‌وقت در مراکز و شعب شرکت بیمه اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و ساعتی را شامل می‌شود و پرسنل پاره‌وقت و شاغلین در نمایندگی‌ها و کارگزاری‌های بیمه را در بر نمی‌گیرد.

دفاتر ارتباطی بیمه

دفاتر ارتباطی شرکت‌ها یا کارگزاران بیمه خارجی در کشور را شامل می‌شود.

کارمزد بیمه

درصدی از حق بیمه که بابت فروش بیمه از طرف مؤسسه بیمه به نماینده یا کارگزار بیمه پرداخت می‌شود.

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.

مبلغ بیمه

مبلغی است که به‌عنوان بهای مال بیمه شده یا به‌عنوان مبلغ بیمه در قرارداد بیمه قید می‌شود و حداکثر تعهد مالی بیمه‌گر در مقابل بیمه‌گذار یا بیمه شده (ذی‌نفع) است.

حق بیمه مستقیم

حق بیمه تولیدی مربوط به بیمه‌نامه‌های صادره که مستقیماً توسط شرکت بیمه یا شعب مربوطه دریافت شده باشد.

بیمه مستقیم

عملیات بیمه‌ای مستقیم شرکت بیمه‌گر که جدا از عملیات بیمه اتکایی است.

حق بیمه غیرمستقیم

حق بیمه تولید شده مربوط به بیمه‌نامه‌هایی است که توسط نمایندگان شرکت بیمه و کارگزاران بیمه عرضه شده است.

حق بیمه تولیدی

مبالغ حق بیمه بیمه‌نامه‌هایی که طی دوره مورد بررسی توسط مؤسسات بیمه صادر شده‌اند. این مبالغ در بیمه‌های غیرزندگی بر مبنای حق بیمه صادره و در بیمه‌های زندگی بر مبنای حق بیمه‌های وصولی (دریافتی) لحاظ می‌شود.

تعداد بیمه‌نامه صادره

بیمه‌نامه یا قرارداد بیمه، سندی کتبی مشتمل بر مشخصات و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار و شرایط عقد بیمه است.

خسارت پرداختی

مبالغی که طی دوره مورد بررسی توسط مؤسسات بیمه جهت جبران خسارت به بیمه‌گذار پرداخت می‌شود.

تعداد خسارت پرداختی

مجموع تعداد موارد پرداخت شده خسارت توسط کلیه شرکت‌های بیمه در رشته‌های بیمه مختلف.

حق بیمه عاید شده

حاصل جمع حق بیمه تولیدی و تفاضل ذخیره حق بیمه اول و آخر سال که بیانگر آن است چه میزان از حق بیمه‌های تولیدی به دلیل انقضای مدت بیمه‌نامه‌ها نصیب مؤسسه بیمه شده است.

خسارت واقع شده

حاصل جمع خسارت پرداختی سال مالی به‌علاوه مابه‌التفاوت خسارت معوق پایان و ابتدای سال است.

ضریب خسارت

حاصل تقسیم خسارت واقع شده به حق بیمه عاید شده برحسب درصد است. براین اساس در دوره‌های سالانه از ضریب خسارت و در دوره‌های کوتاه‌تر از نسبت خسارت استفاده می‌شود. در محاسبه ضریب خسارت نیز کارمزد نمایندگان و کارگزاران، هزینه‌های اداری و عمومی مؤسسات بیمه دخالت داده نمی‌شود.

بیمه آتش‌سوزی

بیمه‌ای که در آن بیمه‌گر در چارچوب مقررات مصوب شورای عالی بیمه تعهد می‌کند که خسارت‌های وارد شده به علت وقوع آتش‌سوزی، انفجار و صاعقه به اموال بیمه شده را جبران کند. در این نوع بیمه‌نامه می‌توان خطرهای دیگر مثل زمین‌لرزه، سیل، توفان، نشت آب، ترکیدگی لوله، شکست شیشه، سرقت با شکست حرز و سقوط هواپیما بر روی اموال و اماکن را نیز با پرداخت حق بیمه اضافی تحت پوشش قرارداد.

بیمه باربری

بیمه‌ای که در آن بیمه‌گر در چارچوب مقررات مصوب شورای عالی بیمه تعهد می‌کند که خسارت‌های وارد شده به اموال بیمه شده را در هنگام بارگیری، حمل و تخلیه جبران کند. این رشته را می‌توان به سه بیمه باربری کالاهای وارداتی، صادراتی و داخلی تقسیم کرد.

بیمه حوادث

بیمه‌ای که در آن بیمه‌گر در چارچوب مقررات مصوب شورای عالی بیمه تعهد می‌کند که غرامت جانی ناشی از حوادث (فوت، نقص عضو و ازکارافتادگی) را به بیمه شده پرداخت نماید. در این نوع بیمه با توافق و دریافت حق بیمه اضافی، هزینه پزشکی و غرامت روزانه نیز تحت پوشش قرار می‌گیرد. بیمه‌نامه در این رشته‌ها به صورت انفرادی و گروهی صادر می‌شود.

بیمه حوادث راننده

بیمه‌ای است که در آن، بیمه‌گر در چارچوب شرایط بیمه‌نامه متعهد می‌شود در صورتی که راننده وسیله مقصر حادثه به علت وقوع حوادث رانندگی دچار صدمه بدنی (اعم از جرح یا نقص عضو) شود یا فوت کند، هزینه معالجه یا غرامت فوت را بر اساس شرایط و مبالغ تعیین شده در بیمه‌نامه پرداخت کند.

بیمه بدنه اتومبیل

بیمه‌ای که در آن بیمه‌گر در چارچوب مقررات مصوب شورای عالی بیمه تعهد می‌کند که خسارت‌های وارد شده به وسیله نقلیه بیمه شده ناشی از حوادث مختلف (از قبیل سرقت، آتش‌سوزی، انفجار، تصادف، سقوط، واژگونی و به‌طورکلی برخورد اتومبیل به هر جسم ثابت یا متحرک و یا برخورد جسم دیگری با اتومبیل بیمه شده) را جبران کند.

بیمه شخص ثالث و مازاد

بیمه‌ای که در آن بیمه‌گر در چارچوب قانون و مقررات مصوب تعهد می‌کند که چنانچه دارنده وسیله نقلیه بیمه شده به علت وقوع حوادث رانندگی، مسئول جبران خسارت‌های مالی یا جانی وارده به اشخاص ثالث شناخته شود، این خسارت‌ها را بر اساس شرایط بیمه‌نامه تا سقف تعهد پرداخت نماید.

بیمه درمان

بیمه‌ای که در آن بیمه‌گر در چارچوب مقررات مصوب شورای عالی بیمه تعهد می‌کند که هزینه معالجات پزشکی بیمه‌شدگان را تا مقدار معینی پرداخت نماید. این بیمه برای داخل کشور معمولاً به صورت گروهی صادر می‌شود که بیمه درمان سازمان‌های دولتی از آن جمله‌اند.

بیمه کشتی

بیمه‌ای که در آن بیمه‌گر در چارچوب شرایط بیمه‌نامه تعهد می‌کند که خسارت وارد شده به بدنه

و تجهیزات کشتی یا از بین رفتن آن بر اثر وقوع حوادثی مانند تصادف، آتش سوزی، غرق شدن و به گل نشستن، همچنین هزینه های نجات و سهم مالک کشتی از زیان های همگانی را در حدودی که در بیمه نامه مشخص شده است پرداخت کند.

بیمه هواپیما

بیمه ای که در آن بیمه گر در چارچوب شرایط بیمه نامه هواپیما تعهد می کند که خسارت وارد شده به بدنه هواپیما یا از بین رفتن آن بر اثر حوادثی مانند سقوط، تصادم، آتش سوزی و دزدی هوایی را، در حدودی که در بیمه نامه مشخص می شود پرداخت نماید.

بیمه مهندسی

بیمه ای که در آن بیمه گر در چارچوب شرایط بیمه نامه مهندسی تعهد می کند که خسارت ها یا زیان های ناشی از طراحی، ساخت، نصب و نگهداری سازه ها و ماشین آلات را که مسئولیت آن ها به مهندسان مربوط است، بر اساس شرایط بیمه نامه جبران کند. در این نوع بیمه، زیان های ناشی از خرابی ماشین آلات هم تحت پوشش بیمه قرار می گیرد. بیمه کامپیوتر و تجهیزات الکترونیکی و بیمه عیوب پنهان ساختمان نیز از انواع این بیمه محسوب می شود.

بیمه پول

بیمه ای که در آن بیمه گر در چارچوب شرایط بیمه نامه پول تعهد می کند، زیان هایی که بر اثر بروز سرقت (مسلحانه) و حادثه (آتش سوزی، انفجار، سیل و...) به پول موجود در صندوق (بانک ها، مؤسسات مالی و...) یا در حال جابه جایی وارد می شود، جبران کند. به طور کلی بیمه پول به دو رشته پول در گردش و پول در صندوق تقسیم می شود.

بیمه مسئولیت

بیمه ای که در آن بیمه گر در چارچوب شرایط بیمه نامه مسئولیت تعهد می کند، خسارت هایی را که بیمه گذار به طور ناخواسته به اشخاص ثالث وارد می کند و مسئول جبران آن ها شناخته می شود، پرداخت نماید. بیمه مسئولیت مدنی عمومی، بیمه مسئولیت حرفه ای (پزشکان، پیراپزشکان، دامپزشکان و...)، بیمه مسئولیت حمل و نقل داخلی و بین المللی و بیمه مسئولیت کارفرما در مقابل کارگر از انواع این رشته بیمه است.

بیمه اعتبار

بیمه اعتبار به دو بخش اعتبار داخلی و صادرات کالا تقسیم می شود. بر اساس مقررات مصوب شورای عالی بیمه منظور از اعتبار داخلی، ظرفیت بدهی یک مشتری است که از طرف بنگاه های اقتصادی، در قبال ارائه کالا و خدمات، یا بانک ها و مؤسسات مالی و اعتباری که مجوز بانک مرکزی را دارند و به صورت تسهیلات مالی در اختیار مشتریان قرار گرفته و مطالبات ناشی از این فعالیت ها، در معرض ریسک عدم بازپرداخت قرار می گیرند. طبق مقررات، قراردادهای بیمه اعتبار داخلی به صورت گروهی و فقط به اشخاص حقوقی مشروط بر اینکه فعالیت های اقتصادی آن ها متضمن ریسک عدم بازپرداخت مطالبات ناشی از اعتبارات اعطایی آن ها باشد منعقد می شود. تأمین مطالبات بیمه گذار یا ذی نفع در رابطه با فروش کالاهای صادراتی در قالب قراردادهای گشایش اعتبار اسناد (L/C) و واگذاری اسناد در مقابل پرداخت (D/P) و واگذاری اسناد در مقابل تضمین (D/A) موضوع بیمه اعتبار صادرات است.

بیمه نفت و انرژی

در این بیمه ریسک های شرکت های نفتی در بخش های مختلف همچون سکوها نفتی، پالایشگاه های نفت و گاز، پتروشیمی ها، حمل اموال و تجهیزات خریداری شده، مقاطعه کاری و اشتباه در طراحی و نصب، حریق تجهیزات و امکانات، زیان های ناشی از عدم سود و بهره روری بر اثر توقف عملیات و ریسک های مرتبط با کارکنان این شرکت ها تحت پوشش قرار می گیرد.

بیمه زندگی (عمر)

نوعی بیمه است که در آن بیمه‌گر متعهد می‌شود، مبلغ معینی به صورت سرمایه و یا مستمری به بیمه‌گذار و یا ذی‌نفعانی که او تعیین کرده است پرداخت کند. بیمه‌گذار می‌تواند بر حسب شرط دریافت مزایای بیمه‌نامه‌های زندگی (حیات و یا فوت بیمه شده)، نحوه دریافت مزایا (یکجا و یا مستمری)، زمان دریافت مزایا و نحوه پرداخت حق بیمه، هر نوع بیمه‌نامه‌ای را که پاسخگوی نیازهایش باشد، خریداری نماید. بیمه‌نامه‌های زندگی به دو صورت انفرادی و گروهی صادر شده و بیمه‌شدگان را تحت پوشش قرار می‌دهند. رایج‌ترین بیمه‌نامه انفرادی در این رشته، «بیمه‌نامه عمر و پس‌انداز» است که علاوه بر جنبه پس‌انداز و تشکیل سرمایه، خطر فوت را تحت پوشش قرار می‌دهد. مزایای بیمه‌نامه‌های انفرادی می‌تواند به شرط فوت بیمه شده به بازماندگان او (یا ذی‌نفع بیمه‌نامه) تعلق یابد. یکی از نمونه‌های بیمه‌نامه‌های گروهی «بیمه‌نامه عمر کارکنان دولت» است که کارمندان یک سازمان دولتی را تحت پوشش قرار می‌دهد.

سایر انواع بیمه

بیمه دام صنعتی و گاوداری‌ها، بیمه اسب، بیمه شترمرغ از جمله رشته‌های تشکیل‌دهنده عنوان "سایر انواع" هستند. این رشته‌ها به دلیل اندک بودن مقدار حق بیمه در مقایسه با سایر رشته‌های بیمه، جداگانه بررسی نمی‌شوند.

بیمه‌های غیرزندگی

سایر رشته‌های بیمه به جز بیمه زندگی، تحت عنوان "بیمه‌های غیرزندگی" دسته‌بندی می‌شوند.

بازار بیمه

بازاری که در آن خدمات تمامی مؤسسات بیمه فعال در همه رشته‌های بیمه اعم از بیمه‌های زندگی (عمر) و غیرزندگی عرضه می‌شود.

حق بیمه سرانه

نسبت مجموع حق بیمه‌های تولیدی مؤسسات بیمه در یک سال به جمعیت هر کشور است و بیانگر مقدار حق بیمه‌ای است که به طور متوسط هر نفر پرداخت کرده است.

ضریب نفوذ بیمه

برای مقایسه وضعیت صنعت بیمه کشور با کل اقتصاد، از ضریب نفوذ بیمه استفاده می‌شود. این شاخص نسبت مجموع حق بیمه‌های تولیدی مؤسسات بیمه در یک سال به محصول ناخالص داخلی کشور (به قیمت جاری) است و بیانگر حرکت سریع‌تر (آهسته‌تر) صنعت بیمه در مقایسه با مجموعه اقتصاد کشور است.

معرفی بیمه‌های اتکایی



معرفی بیمه‌های اتکایی

از اصول اولیه و مهم بیمه در کلیه رشته‌ها این است که ریسک بیمه شده تا جایی که ممکن است در سطح وسیعی پخش شود. پوشش اتکایی بیمه اتکایی به مفهوم توزیع جهانی ریسک است. این بیمه امکان پاسخگویی به خسارت‌هایی که در طول زمان اعتبار قرارداد به وقوع می‌پیوندد، را برای شرکت بیمه واگذارنده به وجود می‌آورد؛ تا شرکت بیمه بتواند ریسک‌های یکسان را برای سهام خود جمع‌آوری کند، ولی اگر مجموع این ریسک‌ها مازاد بر ظرفیت نگهداری تشخیص داده شود، وجود قرارداد اتکایی کمک می‌کند تا این شرکت تعادل مالی خود را حفظ کند؛ و به او اجازه می‌دهد تا سرویس بهتری به مشتریان خود ارائه کند، و خسارت‌های وارد شده را به موقع پرداخت نماید. بیمه‌گر اتکایی، بیمه‌گر واگذارنده را در مقابل زیان‌های سنگین مالی که ممکن است با وقوع خسارت‌های بزرگ یا تعداد زیادی خسارت در ابعاد کوچک و متوسط که در یک‌زمان محدود وارد شوند، حمایت می‌کند. در حقیقت بیمه اتکایی عبارت است از:

«بیمه ریسکی که بیمه‌گر واگذارنده آن را بیمه کرده است.»

البته لازم است اشاره شود که از نظر حقوقی ارتباطی بین قرارداد بیمه ریسکی که بیمه‌گذار و بیمه‌گر منعقد می‌کنند با قرارداد بیمه‌ای که بیمه‌گر واگذارنده و بیمه‌گر اتکایی می‌بندند وجود ندارد و در واقع دو قرارداد جداگانه محسوب می‌شود. به‌طورکلی قراردادهای اتکایی با قراردادهای سایر رشته‌های بیمه متفاوت است. طبق قوانین اکثر کشورها، شرکت‌های «بیمه مستقیم» مجبور به عقد قراردادهای بیمه اتکایی هستند تا منافع مشتریان محفوظ بماند.

۱/۸. تعاریف و اصطلاحات

- بیمه واگذارنده:
- شرکت بیمه مستقیم یا بیمه‌گر اولیه (اعم از داخلی یا خارجی) است که در خصوص واگذاری بخشی از ریسک‌های خود با شرکت بیمه پذیرنده قرارداد اتکایی منعقد می‌نماید.
- بیمه پذیرنده (اتکایی):
- شرکت بیمه پذیرنده یا اتکایی (اعم از داخلی یا خارجی)، شرکتی است که در ازاء دریافت حق بیمه معین، مجاز به قبول ریسک از شرکت بیمه واگذارنده است.
- بیمه‌گر اتکایی مجدد:
- شرکت بیمه پذیرنده (اتکایی) هم می‌تواند بیمه‌های اتکایی را که پذیرفته است، مجدداً به صورت اتکایی بیمه نماید که این قرارداد را واگذاری مجدد می‌نامند، و شرکت بیمه اتکایی اولیه را واگذارنده و شرکت اتکایی که واگذارنده مجدد را پذیرفته است، بیمه‌گر اتکایی مجدد می‌نامند.
- شرط Cut Through:
- طبق این شرط در صورت ناتوانی شرکت بیمه‌گر اولیه (عدم توانایی اجرای تعهدات تحت شرایط ویژه مانند ورشکستگی و ...)، بیمه‌گر اتکایی خسارت را طبق شرایط مندرج در قرارداد بیمه اتکایی مستقیماً به بیمه‌گذار پرداخت می‌نماید.

۲/۸. مهم‌ترین دلایل خرید پوشش اتکایی

- بالابودن میزان سرمایه بیمه‌نامه
- بالابودن میزان خطرات بیمه‌نامه (احتمال وقوع خسارت)
- سابقه بد خسارتی (تعدد/ شدت وقوع خسارت) □ (اتومبیل / هواپیما)
- افزایش ظرفیت بیمه‌نامه نویسی برای صدور بیمه‌نامه بیشتر
- حصول اطمینان خاطر برای صدور هرچه بیشتر بیمه‌نامه با سرمایه‌های بالاتر
- پراکنده کردن خطرات تأمین پوشش فاجعه

۳/۸. فواید بیمه اتکایی

- پراکنده کردن میزان تعهدات در مقابل خطرات
- افزایش توان شرکت‌های بیمه در گسترش فعالیت خود
- توانایی پذیرش پوشش دادن انواع خطرات و معامله در حجم‌های مختلف مالی
- ثبات عمل در امر پذیرش خطرات
- امکان ارائه خدمات متنوع‌تر
- امکان سرمایه‌گذاری بیشتر در فعالیت‌های بیمه‌ای
- افزایش ظرفیت پذیرش ریسک و صدور بیمه‌نامه
- تنوع و بهبود سرمایه ریسک
- پوشش حوادث فاجعه‌آمیز
- ابزاری برای مدیریت ریسک
- انتقال و کسب تخصص در صنعت بیمه

۴/۸. مهم‌ترین جنبه‌های حقوقی بیمه اتکایی

- استقلال قرارداد بیمه مستقیم از قرارداد بیمه اتکایی
- محدودیت تعهدات بیمه‌گر اتکایی، نسبت به بیمه‌گر مستقیم
- عدم مراجعه بیمه‌گذار به بیمه‌گر اتکایی
- شرط Cut Through در صورت عدم توانایی مالی بیمه‌گر مستقیم

۵/۸. اهمیت بیمه اتکایی از جنبه‌های اقتصادی، فنی و بین‌المللی

۱. اقتصادی

بیمه اتکایی ابزاری در راستای توسعه بیمه و پذیرش تعهدات سنگین توسط بیمه‌گر اولیه است و از شرکت‌های بیمه تازه‌تأسیس حمایت می‌نماید.

۲. فنی

میزان سهم بیمه‌گر اولیه از یک ریسک (معمولاً ریسک‌های بزرگ) را با میزان توان نگهداری از آن ریسک از لحاظ فنی و مالی تعیین می‌کنند، و مازاد بر آن را به شرکت‌های بیمه اتکایی و یا شرکت‌های بیمه که توانایی مطابقت بین شرایط قراردادهای مختلف را دارند، واگذار می‌نمایند.

۳. بین‌المللی

بیمه اتکایی باعث ایجاد مبادلات پولی بین کشورها و ایجاد درآمد ارزی و افزایش سرمایه‌گذاری می‌گردد.

۶/۸. انواع بیمه اتکایی

۱. بیمه اتکایی اختیاری
۲. بیمه اتکایی اجباری یا قراردادی
۳. قرارداد اتکایی نسبی
۴. قرارداد اتکایی غیرنسبی یا مازاد خسارت

۱/۶/۸. بیمه اتکایی اختیاری

این نوع بیمه‌نامه اتکایی از قدیمی‌ترین اشکال قرارداد اتکایی است که هنوز در تمام رشته‌ها به‌ویژه در شرایط زیر متداول است:

- زمانی که ظرفیت قراردادهای اتوماتیک تکمیل شده است.
- ریسک از قراردادهای اتکایی اجباری استثنا شده باشد.
- بیمه‌گر اتکایی ترجیح دهد که ریسک‌های سنگین و بزرگ را جزو قراردادهای اتکایی موجود به حساب بیاورد.
- بیمه‌گر در بعضی رشته‌ها که تعداد بیمه‌نامه‌ها اندک است، ترجیحاً پوشش اتوماتیک تهیه نمی‌کند.

در بیمه اتکایی اختیاری، به صورت موردی و برحسب نیاز تصمیم‌گیری می‌شود و اقدام به واگذاری اختیاری می‌نمایند؛ به همین دلیل این نوع اتکایی برای بیمه‌گر واگذارنده پر هزینه است. بیمه‌گر واگذارنده باید اطلاعات کافی از ریسک پیشنهادی خود را به بیمه‌گر اتکایی ارائه کند تا وی با آگاهی کامل از شرایط، ریسک را قبول یا رد نماید. این واگذاری در رشته‌های انرژی و کشتی، هواپیما و حمل کالا به صورت کلی و بقیه رشته‌ها برحسب درخواست انجام می‌گیرد.

مزیت‌های بیمه اتکایی اختیاری

از دید بیمه‌گر اتکایی، قراردادهای اختیاری مزیت‌هایی به شرح زیر دارند:

- حق انتخاب ریسک و امکان بررسی و قبول پیشنهادهایی که با خطمشی و تخصص بیمه‌گر سازگارتر و مطلوب‌تر باشد، و رد کردن بقیه پیشنهادهای.
- امکان بهبود شرایط مورد ریسک به منظور کاهش احتمال وقوع خسارت‌ها از راه انتقال تجربیات به دست‌آمده؛ بیمه‌گر واگذارنده می‌تواند از شرکت اتکایی درخواست کند که در زمینه اقدام‌های نامطلوب به او هشدار دهد.
- امکان دریافت حق بیمه متناسب با ریسک بیمه شده.
- امکان محاسبه میزان دقیق تعهد در هر ریسک و جلوگیری از تجمع خطر.
- اطلاع از نحوه انتخاب و صدور بیمه‌نامه شرکت واگذارنده.
- امکان افزایش ظرفیت صدور شرکت واگذارنده بدون ایجاد تغییر در قراردادهای اتوماتیک که قبلاً منعقد شده.

□ یافتن بازاری برای واگذاری ریسک‌هایی که قبلاً تصویری شد مطلوب بازارهای اتکایی نیستند.

معایب بیمه اتکایی اختیاری

- بیمه اتکایی اختیاری معایبی هم دارد که به دلیل آنها بیمه‌گر واگذارنده تا حد امکان سعی می‌کند واگذاری خود را در این زمینه به حداقل ممکن کاهش دهد:
- تأخیر در صدور بیمه‌نامه (به دلیل یافتن بازار اتکایی) که بیمه‌گر و بیمه‌گذار را دچار مشکل می‌کند.

□ هزینه‌های اداری زیاد

- کاهش اختیار و آزادی عمل بیمه‌گر واگذارنده. بیمه‌گر اتکایی شرطی در قرارداد در نظرمی گیرد که مطابق آن میزان و نحوه پرداخت خسارت باید با مشارکت و موافقت او باشد.
- هرگونه تغییری در بیمه‌نامه باید با اطلاع و موافقت بیمه‌گر اتکایی صورت پذیرد.
- ایجاد تنش و شرایط رقابتی ناسالم در صورت واگذاری اتکایی اختیاری به شرکت رقیب.
- مواجه شدن با مشکل تفسیرهای متفاوت، درمورد مفاهیم به کاررفته در قراردادهای در بعضی رشته‌ها مانند حمل و نقل دریایی.
- افزایش هزینه‌های بیمه‌گر واگذارنده به دلیل مشکلات ناشی از پیدا کردن بازار و گذر زمان در برخی موارد.

اشاره به این نکته ضروری است که بیمه اتکایی اختیاری به صورت نسبی صورت می‌گیرد. یعنی بیمه‌گر اتکایی درصدی به نسبت سرمایه از بیمه‌نامه را می‌پذیرد و به همان نسبت، حق بیمه بیمه‌نامه را دریافت می‌کند. اتکایی مازاد خسارت در این مورد در حال حاضر استثنا است.

۲/۶/۸. بیمه اتکایی اجباری یا قراردادی

در پوشش اتکایی اجباری، بیمه‌گر واگذارنده موظف می‌شود که مبلغ معینی از اتکایی رشته‌های خاصی را به بیمه‌گر اتکایی پیشنهاد کند و در مقابل بیمه‌گر اتکایی ملزم به پذیرش آن است. اگر مبنای رابطه بین بیمه‌گر واگذارنده و بیمه‌گر اتکایی، سرمایه بیمه شده باشد، به آن قرارداد اتکایی نسبی می‌گویند و اگر بر مبنای خسارت استوار باشد به آن قرارداد اتکایی مازاد خسارت گفته می‌شود. در قرارداد اتکایی اجباری، بیمه‌گر اتکایی ملزم به پذیرش هر آنچه بیمه‌گر واگذارنده در چارچوب مفاد

قرارداد پیشنهاد می‌کند، است. به عبارت دیگر، بیمه‌گر واگذارنده در صدور بیمه‌نامه مختار است و می‌تواند بیمه‌نامه را به انتخاب خود با نرخ دلخواه صادر کند و خسارت‌های مربوط را نیز بپردازد. بیمه‌گر اتکایی غیر از موارد استثنا از قبیل قصور و کلاهبرداری واگذارنده، نمی‌تواند هیچ‌گونه دخالتی در عملیات صدور بیمه‌نامه توسط واگذارنده داشته باشد.

بیمه‌های اتکایی اجباری به دو نوع نسبی و مازاد خسارت (غیرنسبی) تقسیم می‌شود که هر یک از آنها نیز به شاخه‌های متفاوتی تقسیم می‌شوند؛ این بیمه‌نامه‌ها عبارت‌اند از:

۳/۶/۸. قرارداد اتکایی نسبی

در این نوع از قراردادهای اتکایی، مبلغ بیمه شده، حق بیمه و خسارت به نسبت درصدی که از قبل مشخص شده بین بیمه‌گر واگذارنده و بیمه‌گر اتکایی تقسیم می‌شود. در قراردادهای نسبی، سیستم‌های مختلف به شرح زیر وجود دارد که نحوه عمل آنها به هدف‌های موردنظر وابسته است:

۱. قرارداد اتکایی نسبی مشارکتی

در قرارداد اتکایی نسبی مشارکتی، بیمه‌گر واگذارنده نسبتی از تمام بیمه‌نامه‌های صادره در رشته خاصی را خود نگه می‌دارد، و نسبت باقی‌مانده را تا مبلغ معین به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌نماید.

۲. قرارداد اتکایی نسبی مازاد سرمایه

در این قرارداد، بیمه‌گر واگذارنده آن بخش از عملیات بیمه‌ای خود را که نمی‌تواند یا نمی‌خواهد به حساب خود نگه دارد، به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌کند. در قرارداد اتکایی مازاد سرمایه، بیمه‌گر واگذارنده مکلف است مبلغ معین طبق جدول ظرفیت‌ها (که به قرارداد الحاق شده و جزء آن به شمار می‌آید) را به حساب خود نگه دارد. همچنین بیمه‌گر واگذارنده متعهد می‌شود که سهم ثابتی از عملیات خود را که در شرایط خصوصی مشخص شده، به بیمه‌گر اتکایی واگذار نماید و بیمه‌گر اتکایی ملزم به پذیرش آن است.

۳. پوشش اتکایی اختیاری / اجباری

در این سیستم بیمه‌گر واگذارنده الزامی ندارد که به طور اتوماتیک پس از کسر سهم نگهداری، بقیه پرتفوی خود را به پرکردن ظرفیت قراردادهای اتکایی مازاد سرمایه اختصاص دهد. در این نوع قرارداد بیمه‌گر واگذارنده خود تصمیم می‌گیرد که کدام ریسک را تا چه میزانی به بیمه‌گر اتکایی واگذار کند. تصمیم‌گیری در امور واگذاری یا عدم واگذاری، به عهده بیمه‌گر واگذارنده است و در مقابل بیمه‌گر اتکایی متعهد است که آن را حداکثر به میزان ظرفیت قرارداد و لاین‌های مشخص شده بپذیرد و در حقیقت این قرارداد برای واگذارنده اختیاری و برای بیمه‌گر اتکایی اجباری است. این نوع پوشش خارج از چارچوب مستقیم واگذاری بر اساس مازاد سرمایه است.

۴. پوشش اتکایی باز

این قرارداد نوعی از قراردادهای اتکایی اختیاری / اجباری است. نوعی پوشش اتکایی باز است که در آن بدون در نظر گرفتن ظرفیت ثابت، بیمه‌گر واگذارنده اختیار واگذاری یا عدم واگذاری دارد و در صورت پیشنهاد وی، بیمه‌گر اتکایی ملزم است که آن را تا مبلغ معینی بدون توجه به سرمایه بیمه شده و تعداد لاین بپذیرد. میزان سهم نگهداری واگذارنده نیز می‌تواند متغیر باشد. لازم به توضیح است که به‌طور کلی قراردادهای اتکایی اختیاری / اجباری که پوشش اتکایی باز نیز از انواع آن است، در بعضی رشته‌های بیمه مانند باربری متداول است و محدودیت حق انتخاب ریسک نیز زیاد مصداق پیدا نمی‌کند.

۵. پوشش اتکایی نیمه اتوماتیک

در این نوع پوشش اتکایی، بیمه‌گر واگذارنده به‌صورت اختیاری ریسک را پیشنهاد می‌کند. اگر بیمه‌گر اتکایی آن را بپذیرد، واگذارنده آن ریسک را جزو پرتفوی قرارداد اتکایی محسوب می‌کند، در غیر این صورت جزو قرارداد به شمار نمی‌آید. مزیتی که بیمه‌گر اتکایی در این نوع قرارداد دارد این است که می‌تواند قرارداد را تجزیه و تحلیل و در مورد شرایط و نرخ بیمه به بیمه‌گر واگذارنده کمک کند. واگذارنده نیز کارمزد بهتری در مقایسه با دیگر قراردادهای اتکایی دریافت می‌کند و می‌تواند سپرده نگه دارد. درعین حال کار کمتری نیز در مقایسه با قراردادهای اختیاری متحمل می‌شود.

۶. پوشش اتکایی اجباری / اختیاری

این نوع پوشش اتکایی نقطه مقابل قراردادهای اتکایی اختیاری / اجباری است. در این مورد، واگذارنده ملزم به واگذاری است، اما بیمه‌گر اتکایی اجباری در قبول آن ندارد.

۷. پوشش اتکایی مختلط مشارکت و مازاد سرمایه

طبق شرایط این پوشش بیمه، هنگامی که قرارداد اتکایی مشارکت به‌تنهایی توانایی دربرگرفتن تمام پرتفوی شرکت را نداشته باشد، از پوشش مازاد سرمایه برای تکمیل برنامه اتکایی استفاده می‌شود. در این سیستم ظرفیت قرارداد مشارکت به کیفیت ریسک وابسته است که می‌تواند رقم ثابت یا رقم متغیر باشد. بیمه‌گر واگذارنده می‌تواند درصد ثابتی از ظرفیت قرارداد مشارکت را به حساب خود نگه دارد (ظرفیت قرارداد، تعدادی لاین است که هر لاین برابر حداکثر ظرفیت قرارداد مشارکت است). در واقع بیمه‌گر واگذارنده، درصدی از ظرفیت قرارداد مشارکت را به حساب خود نگه می‌دارد و بقیه قرارداد مشارکت و مازاد سرمایه را به بیمه پذیرنده اتکایی واگذار می‌کند.

۴/۶/۸. قرارداد اتکایی غیرنسبی یا مازاد خسارت

همان‌طور که گفته شد، در این نوع از بیمه اتکایی مسئولیت بیمه‌گر واگذارنده و بیمه‌گر اتکایی بر اساس خسارت تعیین می‌شود؛ و این مشخصه اصلی قراردادهای مازاد خسارت است. برخلاف قراردادهای نسبی که تعهدات طرفین بر اساس سرمایه استوار است، حق بیمه‌ای که بیمه‌گر اتکایی برای اجرای تعهدات خود دریافت می‌کند درصدی از مجموع حق بیمه‌های پرتفوی (مجموع سهام) واگذارنده در رشته خاص یا مجموعه فعالیت‌های او است، در صورتی که در قراردادهای اتکایی نسبی میزان حق بیمه سهم بیمه‌گر اتکایی با توجه به سرمایه بیمه شده تعیین می‌گردد.

در این بخش انواع پوشش‌های اتکایی مازاد خسارت را به اختصار شرح می‌دهیم:

۱. پوشش اتکایی مازاد خسارت برای هر ریسک (WXL)

این نوع پوشش اتکایی، باهدف حمایت از بیمه‌گر واگذارنده در مواردی که توانایی جبران مازاد مبلغ خسارت در هر ریسک (خطر بیمه شده) را ندارد، ایجاد شده است.

۲. پوشش اتکایی مازاد خسارت برای حوادث فاجعه‌آمیز (loss-XL)

این نوع پوشش اتکایی، باهدف حمایت از بیمه‌گر واگذارنده در مقابل خسارت‌های بزرگی که از یک حادثه فاجعه‌آمیز ناشی می‌شود، به وجود آمده است (خسارت‌های اتفاقی و فاجعه‌آمیز مانند سیل، زلزله، طوفان، تگرگ، آتش‌سوزی‌های مهیب و نظایر آن).

۳. پوشش اتکایی مازاد خسارت در مدت معین

این نوع پوشش اتکایی، باهدف حمایت از بیمه‌گر واگذارنده در مقابل نتایج نامطلوب فنی فعالیت‌های شرکت در یک‌رشته و در مدت‌زمان معین که بر اثر افزایش تعداد و میزان خسارت‌های رخ داده، به وجود آمده است. پوشش اتکایی مازاد خسارت در مدت معین، برای بیمه‌گران اتکایی بسیار تعهدآور است و هزینه‌های بالایی را در بر دارد، به همین دلیل به‌ندرت مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۷/۸. فسخ قرارداد اتکایی

فسخ قرارداد اتکایی به دلایل مختلفی مانند موارد زیر صورت می‌گیرد:

▢ نتیجه قرارداد و میزان خسارت وارده

▢ نبود سوددهی و ورشکستگی

▢ تصویب قوانین نظارتی جدید از قبیل وضع قوانین نظارت و کنترل ارز که پرداخت و خروج هرگونه

ارزی را برای حق بیمه اتکایی و تسویه حساب‌ها غیرممکن می‌سازد.

▢ تمایل یکی از طرفین قرارداد بیمه اتکایی و یا هر دو طرف برای فسخ قرارداد

در موارد زیر قرارداد بیمه اتکایی از سوی طرفین می‌تواند فسخ فوری شود:

▢ در صورتی که تغییری در مالکیت، وضعیت مالی و یا مدیریت هر یک از طرفین رخ دهد.

▢ در صورتی که تغییر در قانون و مقررات و یا شرایط موجب شود که هر یک از طرفین قرارداد نتوانند

به تعهدات خود عمل کنند.

در صورتی که شروع جنگ بر تعهدات هر یک از طرفین اثر بگذارد.

انتظارات شرکت بیمه مستقیم از بیمه‌گر اتکایی:

کنترل و مدیریت ریسک‌های بزرگ در جهت افزایش توانایی شرکت در این زمینه.

ایجاد ثبات در نتایج عملیات فنی واگذارنده.

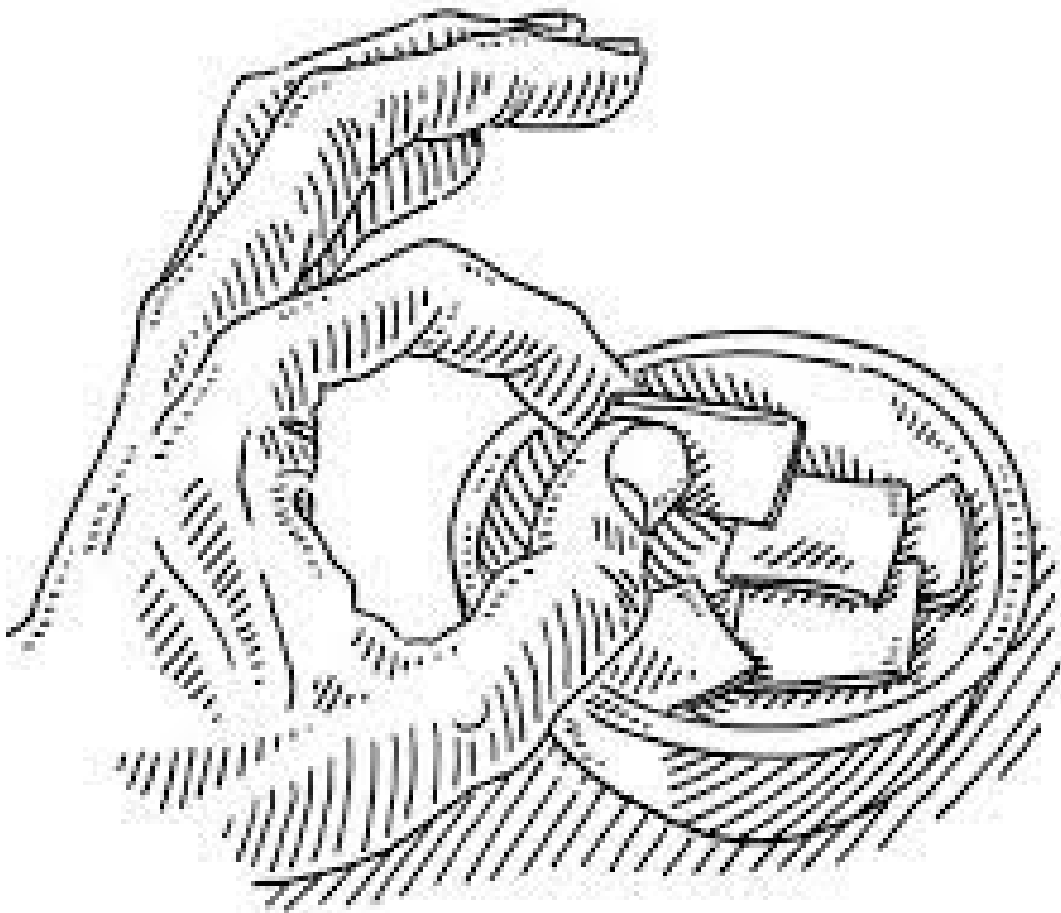
حمایت از مؤسسه واگذارنده در مقابل خسارت‌های کلی یا خسارت‌های سنگین که افزون بر توان مالی شرکت است.

توزیع جغرافیایی ریسک‌های بیمه شده در مقابل خطرهای فاجعه‌آمیز به مطلوب‌ترین حالت ممکن.

راهی برای ورود و خروج از بازارهای بین‌المللی داشته باشد.

دریافت کمک و تسهیلات فنی و اداری برای بهبود روش‌ها و سیستم‌ها نظیر کامپیوتر و مشکلات خاص فنی و مدیریتی.

در نتیجه برنامه یاد شده، ظرفیت صدور شرکت‌های بیمه و کل بازار بیمه ملی افزایش می‌یابد. البته این‌که بیمه اتکایی تنها راه‌حل افزایش ظرفیت صدور شرکت‌های بیمه و کل بازار نیست، غیرقابل انکار است. اما از طریق افزایش ذخایر و توانایی‌های فنی شرکت بیمه می‌توان ظرفیت صدور را بالا برد.



معرفی اجمالی آیین نامه ها

۹

معرفی اجمالی آیین‌نامه‌ها

مهم‌ترین آیین‌نامه‌های ابلاغی بیمه مرکزی که لازم است موردتوجه و مطالعه داوطلبان مدرسه کسب‌وکار بیمه قرار گیرند؛ به شرح ذیل است:

آیین‌نامه شماره ۹۴ مربوط به مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای؛

آیین‌نامه شماره ۹۷ مربوط به مقررات سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه؛

آیین‌نامه شماره ۵۸ مربوط به مقررات ذخایر فنی مؤسسات بیمه؛

آیین‌نامه شماره ۷۱ مربوط به حمایت از حقوق بیمه‌گذاران؛

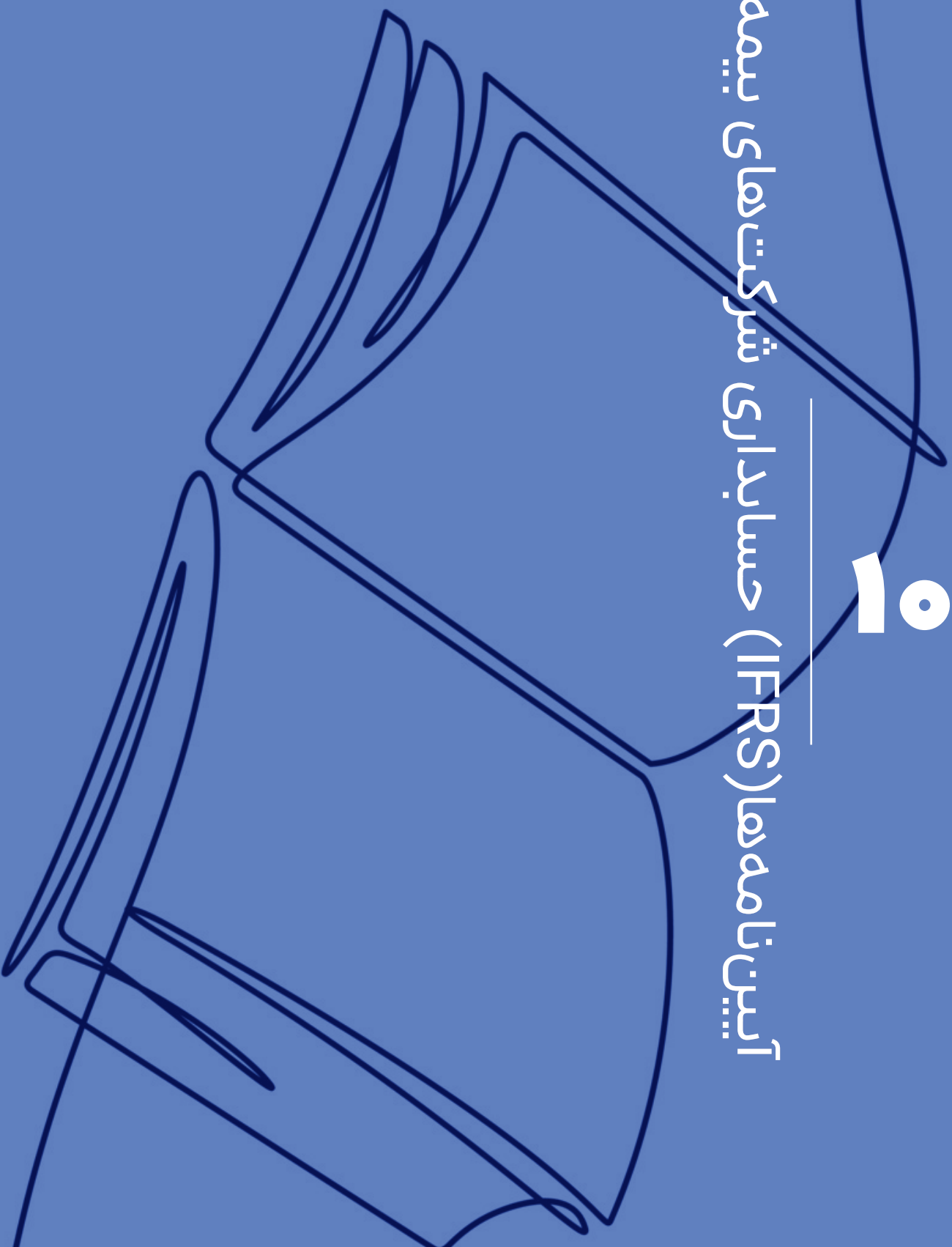
آیین‌نامه شماره ۶۸ مربوط به بیمه‌های زندگی و مستمری؛

لازم به ذکر است از آیین‌نامه‌های فوق، در آزمون ورودی سوال مطرح خواهد شد.





آیین نامه‌ها (IFRS) حسابداری شرکت‌های بیمه



حسابداری شرکت‌های بیمه (IFRS)

هر شرکت بیمه‌ای اگرچه مشابه سایر شرکت‌های تجاری موضوع ماده (۲۰) قانون تجارت تلقی می‌شود؛ اما از آنجاکه قانون و مقررات بیمه‌ای کشور به منزله قانون بالادستی و حاکمیتی ناظر بر فعالیت‌های شرکت‌های بیمه‌ای محسوب می‌شود، این شرکت‌ها عملاً به‌عنوان شرکت‌های خاص تلقی می‌شود که آشنائی با این خصوصیات شرط اول بازشناسی حسابداری فعالیت‌ها و رویدادهای بیمه است.

۱/۱۰. اصطلاحات کاربردی در حسابداری شرکت‌های بیمه

حق بیمه:

مبلغی است که بیمه‌گر در ازای پذیرش خطر، طبق قرارداد بیمه از بیمه‌گذار دریافت می‌کند.

تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای:

عبارت است از تاریخ شروع پذیرش خطر توسط بیمه‌گر طبق قرارداد بیمه.

شروع خطر:

زمانی است که تعهدات شرکت بیمه نسبت به یک بیمه‌نامه یا قرارداد آغاز می‌گردد. در بیمه‌نامه‌ها یا قراردادهایی که پوشش باز مداوم (بیمه‌نامه‌های عمومی) ارائه می‌نمایند، در هر سال تاریخ شروع خطر در اولین سال به‌عنوان زمان شروع خطر فرض می‌شود.

تنزیل:

تعیین ارزش فعلی رویدادها و عملیات آتی.

دوره مالی:

فاصله زمانی بین دو مقطع تاریخی که گزارش مالی برای آنها تهیه می‌گردد، دوره مالی است دوره یک‌ساله یا شش‌ماهه و غیره بر اساس قانون تجارت دوره مالی در ایران از اول فروردین هر سال شروع و به پایان اسفندماه همان سال خاتمه می‌یابد.

هزینه‌های صدور:

تمامی هزینه‌های مرتبط با صدور بیمه‌نامه مانند تبلیغات بازاریابی کارمزد و غیره هزینه صدور است.

هزینه‌های صدور انتقالی:

آن قسمت از هزینه‌های صدور که مربوط به دوره مالی بعد است و از دوره جاری به دوره مالی بعد منتقل می‌گردد.

هزینه خسارت:

مبالغی که بیمه‌گر در پی وقوع حادثه و ایجاد خسارت می‌باید پرداخت نماید و یا جوهی که به‌موجب شرایط قرارداد بیمه پس از وقوع حادثه برای بیمه شده از قبیل نابودی یا صدمه دیدن دارایی و فوت و صدمات جانی ناشی از آن هزینه‌های بیمارستانی و پزشکی فوت یا ازکارافتادگی بیمه شده سرسید یک بیمه‌نامه مختلط پس‌انداز رسیدن به سن بازنشستگی، بازخرید یک بیمه‌نامه عمر که باید توسط شرکت بیمه پرداخت شود، هزینه خسارت است.

هزینه‌های رسیدگی به خسارت:

هزینه‌هایی که یک مؤسسه بیمه به‌منظور رسیدگی و تصفیه خسارات متحمل می‌گردد اعم از این که این هزینه‌ها در اثر به‌کارگیری پرسنل خود مؤسسه و یا استفاده از خدمات اشخاص ثالث ایجاد شود.

▮ هزینه‌های کارشناسی:

هزینه‌هایی که مؤسسه بیمه به‌منظور ارزیابی مورد بیمه قبل از صدور بیمه‌نامه و همچنین ارزیابی خسارت پس از ایجاد حادثه متحمل خواهد شد هزینه‌های کارشناسی است که در اثر به‌کارگیری پرسنل خود مؤسسه یا استفاده از خدمات اشخاص ثالث ایجاد می‌گردد.

▮ هزینه‌های عمومی:

تمامی هزینه‌هایی که مستقیماً به تحصیل بیمه‌نامه‌ها یا قراردادهای بیمه‌ای موجود مرتبط هستند.

▮ هزینه‌های بیمه‌های بلندمدت:

تمامی هزینه‌هایی که مستقیماً به تحصیل بیمه‌نامه‌های جدید مرتبط هستند.

▮ خسارات واقع شده:

جمع تمامی خسارات پرداخت شده در طی دوره به همراه هزینه‌های رسیدگی به این خسارات پس از تعدیل لازم در مورد ذخیره انتظارات معوق ابتدا و انتهای دوره.

▮ خسارات واقع شده ولی اعلام نشده:

خسارات ناشی از حوادث بیمه شده‌ای که قبل از پایان دوره مالی وقوع یافته؛ ولی هنوز به مؤسسه اعلام نشده است.

▮ خسارات معوق:

شامل خساراتی است که مؤسسه بیمه در پایان سال مالی پرداخت نکرده و باید در سال آتی پرداخت نماید شامل مبالغ تخصیص یافته به‌منظور جبران هزینه نهایی معادل ارزش فعلی خساراتی که در اثر وقوع حوادث تا قبل از پایان دوره مالی ایجاد شده، پس از کسر مبالغی که قبلاً در ارتباط با این خسارات پرداخت شده است. این مبلغ شامل هزینه خسارات واقع شده ولی اعلام نشده همچنین هزینه رسیدگی به خسارات نیز خواهد بود. همچنین در ارتباط با تصفیه خسارات ناشی از حوادثی که قبل از پایان دوره مالی به مؤسسه اعلام شده است پس از کسر مبالغی که قبلاً در ارتباط با همین خسارات پرداخت شده است.

▮ خسارت پرتفوی:

مبالغ پرداختنی به‌منظور انتقال تعهدات خسارات واقع شده تا قبل از تاریخ معین بین مؤسسه واگذارنده و مؤسسه اتکایی طبق قرارداد بیمه اتکایی است تاریخ معین مذکور غالباً تاریخ شروع یا خاتمه قرارداد اتکایی است.

▮ حق بیمه‌های عمومی:

مبالغی که از بابت صدور بیمه‌های عمومی به مؤسسه بیمه پرداخت می‌شود.

▮ حق بیمه صادره:

جمع وجوه حاصل از فروش بیمه‌نامه‌ها در رشته‌های مختلف بیمه یک دوره مالی حق بیمه صادره است.

□ حق بیمه برگشتی:

مبالغی که در اثر تقلیل خطر یا کاهش سرمایه بیمه شده و فسخ قرارداد طی الحاقیه‌ای به بیمه‌گذار برگشت داده شود؛ حق بیمه برگشتی است.

□ پرتفوی حق بیمه:

به مجموعه بیمه‌نامه‌هایی که یک بیمه‌گر در طی یک دوره مالی صادر می‌نماید پرتفوی حق بیمه گفته می‌شود.

□ بیمه‌های مشترک:

نوعی بیمه که به موجب آن دو یا چندین مؤسسه مشترکاً با یک بیمه‌گذار قرارداد بیمه‌ای را منعقد و خطر بیمه‌ای را به نسبت‌های توافق شده بین خود تقسیم و تعهد می‌کنند.

□ بیمه مستقیم:

تمامی بیمه‌های که در آن بیمه‌گر به استناد یک قرارداد بیمه در قبال بیمه شده مسئولیت دارد باید یادآور شد بیمه مشترک نیز عملاً نوعی بیمه مستقیم به شمار می‌رود؛ اما بیمه اتکایی در قلمرو بیمه مستقیم قرار ندارد.

□ بیمه غیرمستقیم:

بیمه‌های قبولی به موجب قراردادهای اتکایی

□ بیمه‌های بلندمدت:

عملیات بیمه‌ای است که عمدتاً به رسیدن بیمه شده به یک سن مشخص یا فوت وی مرتبط می‌گردد. خطرات بیمه شده در این نوع بیمه عمدتاً عبارت‌اند از فوت از کارافتادگی، مستمری و بازنشستگی ولی شامل بیمه‌های درمانی، بلندمدت بازخرید سرمایه و اداره وجوه بازنشستگی نیز می‌شود. بیمه‌های بلندمدت غالباً با پس‌انداز توأم هستند.

□ حق بیمه‌های بلندمدت:

مبلغ قابل پرداخت به مؤسسه بیمه در مقابل پذیرش خطرات بیمه‌های بلندمدت.

□ هزینه‌های نگهداری (فقط در بیمه‌های بلندمدت):

هزینه‌هایی که عمدتاً به نگهداری قراردادهای موجود بیمه‌ای مرتبط است.

□ حق بیمه‌های پرتفوی:

مبالغ پرداختنی به منظور انتقال تعهدات مربوط به پوشش‌های بیمه‌ای از یک تاریخ معین به بعد بین مؤسسه واگذارنده و مؤسسه اتکایی طبق قرارداد اتکایی است، تاریخ معین مذکور غالباً تاریخ شروع یا خاتمه قرارداد اتکایی است.

□ حساب درآمد عملیاتی:

حسابی که خلاصه مالی درآمدها و هزینه‌های عملیاتی بیمه‌ای طی دوره مالی را نشان می‌دهد حساب درآمد عملیاتی نامیده می‌شود.

□ حق بیمه‌های عاید نشده (ذخیره حق بیمه):

نسبتی از حق بیمه‌ها که مربوط به طول مدت اعتبار بیمه‌نامه‌ها در دوره مالی بعد است و به حساب درآمد سال بعد منتقل می‌گردد حق بیمه‌های عاید نشده ذخیره حق بیمه نامیده می‌شود.

□ حق بیمه‌های بین‌راهی:

حق بیمه‌هایی که بیمه‌های آن قبل از خاتمه یک دوره مالی صادر و شروع گردیده است؛ ولی در دوره مالی بعد در دفاتر حسابداری ثبت و به حساب گرفته می‌شوند.

□ حق بیمه‌های صادر شده:

حق بیمه‌های مربوط به قراردادهایی که در طول دوره مالی شروع می‌شوند.

□ ارزش واقعی:

تعیین ارزش فعلی مورد بیمه و یا انتظارات آتی از قرارداد بیمه و یا به عبارتی از ارزش جایگزینی مال مورد بیمه پس از کسر استهلاک در شرایط فعلی.

□ بیمه منافع:

بیمه منافع پوششی است که زیان ناشی از تأخیر در ارسال کالا یا ناسالم.

□ بیمه‌های غیرمستقیم:

بیمه‌های قبولی به موجب قراردادهای اتکایی.

□ درآمد سرمایه‌گذاری شامل:

بهره حق الامتیاز سود سهام و اجاره دریافت شده یا دریافتنی.

□ حساب درآمد عملیاتی:

حسابی که خلاصه مالی درآمدها و هزینه‌های عملیاتی بیمه‌ای طی دوره مالی را نشان می‌دهد حساب درآمد عملیاتی نامیده می‌شود. رسیدن کالا را به مقصد جبران می‌نماید.

□ حق بیمه عاید شده:

حق بیمه صادر شده پس از انجام تعهدات لازم در مورد ذخیره حق بیمه (حق بیمه عاید نشده) ابتدای دوره و انتهای دوره.

□ حق بیمه‌های عاید نشده و ذخیره حق بیمه:

نسبتی از حق بیمه‌ها که مربوط به طول مدت اعتبار بیمه‌نامه‌ها در دوره مالی بعد است و به حساب درآمد سال بعد منتقل می‌گردد حق بیمه‌های عاید نشده ذخیره حق بیمه نامیده می‌شود.

□ ذخیره خسارات معوق:

ذخیره‌ای که بیمه‌گر برای تصفیه خسارات به شرح زیر نگهداری می‌نماید خساراتی که تا پایان دوره مالی

اعلام شده ولی پرداخت نشده است. خساراتی که هنوز مبلغ آن ارزیابی و تعیین نشده است. خساراتی که واقع شده اما هنوز به بیمه‌گر اعلام نگردیده است.

❑ ذخیره خطرات منقضی نشده:

مبلغی که تخمین می‌شود علاوه بر حق بیمه‌های عاید نشده برای پرداخت خسارات آتی مربوط به بیمه‌نامه‌های معتبر در پایان دوره مالی موردنیاز مؤسسه است هزینه‌های رسیدگی و تصفیه خسارات نیز جزء این مبلغ خواهد بود.

❑ اکچوئر منتخب:

اکچوئری که از طرف یک شرکت بیمه‌ای انتخاب می‌گردد می‌تواند داخلی یا خارجی باشد که در محاسبات اکچوئری مربوطه را به عمل آورد.

۲/۱۰. خصوصیات و ویژگی‌های صنعت بیمه

همان گونه که بیان شد ویژگی‌های حسابداری شرکت‌های بیمه تابع خصوصیات صنعت و ویژگی‌های حاکم بر این صنعت است و به همین دلیل روش‌های حسابداری خاص خود را می‌طلبد این ویژگی‌ها و خصوصیات به‌قرار زیر است:

۱. موضوع شناخت درآمد حق بیمه:

فعالیت اصلی شرکت‌های بیمه را عملیات بیمه‌گری تشکیل می‌دهد درآمد عمده یک شرکت بیمه از محل صدور بیمه‌نامه و فروش آن است. طبق اصل تحقق درآمد در واحدهای تجاری با فروش کالا و تحویل آن درآمد تحقق‌یافته به شمار می‌رود آیا شناسایی و اندازه‌گیری درآمد در یک شرکت بیمه نیز همانند دیگر واحدهای تجاری است؟ به عبارت دیگر آیا در یک شرکت بیمه با صدور بیمه‌نامه و تحویل آن، درآمد تحقق می‌یابد یا خیر؟

پاسخ به پرسش بالا به ماهیت عملیات شرکت‌های بیمه بر می‌گردد با صدور بیمه‌نامه (قرارداد بیمه) شرکت بیمه (بیمه‌گر) متعهد می‌شود در ازای دریافت حق بیمه از بیمه‌گذار در صورت وقوع حادثه خسارت وارده به او یا اشخاص ذی‌نفع را جبران نماید یا مبلغ معینی را بپردازد. شرکت بیمه با صدور بیمه‌نامه از یک‌سو خطری را می‌پذیرد و از دیگر سو، درآمد کسب می‌کند؛ به عبارت دیگر کسب درآمد در یک شرکت بیمه تابع پذیرش خطر یا ریسک است.

معمولاً با صدور بیمه‌نامه خطر یا خطرات مورد تعهد تحت پوشش بیمه‌گر قرار گرفته و به تناسب پوشش ارائه شده درآمد شناسایی خواهد شد.

از آنجایی که در یک شرکت بیمه ملاک شناسایی درآمد تحقق‌یافته پوشش خطر است در صورتی که دوره پذیرش خطر یا پوشش بیمه‌ای منطبق بر دوره مالی باشد؛ یعنی پوشش خطر یا خطرات تعهد شده هم زمان با آغاز دوره مالی بوده و پایان تعهدات بیمه‌گر، مصادف با پایان دوره مالی باشد کل درآمد حق بیمه در آن دوره به عنوان درآمد تحقق‌یافته شناسایی و گزارش خواهد شد.

در غیر این صورت اگر دوره پوشش خطر منطبق با دوره مالی نباشد، به گونه ای که بخشی از دوره پوشش خطر یا خطرات تعهد شده در یک دوره مالی و بخش دیگری در دوره مالی دیگری باشد، شناسایی حق بیمه متناسب با دوره پوشش خطر یا خطرات تعهد شده خواهد بود به عبارت دیگر در یک شرکت، بیمه شناسایی و اندازه گیری درآمد تحقق یافته به پوشش خطر یا خطرات تعهد شده در بیمه نامه وابسته است و در هر دوره مالی که خطر بیمه شده پوشش داده شود، درآمد نیز متناسب با پوشش خطر صورت گرفته تحقق یافته تلقی شده و اندازه گیری خواهد شد. باتوجه به آنچه که گفته شد می توان دریافت که اساساً موضوع تحقق درآمد و شناسایی اندازه گیری آن در یک شرکت بیمه با واحدهای تجاری دیگر کاملاً متفاوت بوده و نیازمند رویه شناسایی و حسابداری متفاوتی است.

۲. موضوع ذخایر فنی در شرکت های بیمه:

به موجب مفاهیم نظری گزارشگری مالی ذخایر بخشی از بدهی واحد تجاری به شمار می روند. واحد تجاری مجاز است اقلامی را به عنوان ذخیره شناسایی کند که شرایط شناخت بدهی را احراز کرده باشند. یکی از این شرایط وجود تعهد فعلی برای انتقال منافع اقتصادی است.

اقلامی که در پایان دوره مالی جزء تعهدات کنونی شرکت بیمه هستند باید به عنوان ذخیره شناسایی اندازه گیری پردازش و در صورت های مالی گزارش شوند.

شرکت های بیمه طبق قراردادهای بسته شده با بیمه گزاران تا پایان مدت بیمه نامه متعهد به پوشش خطر هستند و از آنجایی که پایان مدت بیمه نامه لزوماً با پایان دوره مالی یکسان نیست، از این رو، در زمان تهیه صورت های مالی پایان دوره باید برای ایفای تعهدات خود در قبال بیمه گزاران ذخیره شناسایی کنند هر چند در تطبیق مبنای مفهومی گزارش ذخایر بیمه ای به عنوان بدهی شرکت های بیمه با مفهوم ارائه شده از ذخایر طبق مفاهیم نظری گزارشگری مالی بین صاحب نظران اختلاف نظر وجود دارد، اما بر اساس استاندارد حسابداری شماره ۲۸ و آیین نامه شماره ۵۸ شورای عالی بیمه به عنوان مبنا و فصل الخطاب گزارشگری مالی در صنعت بیمه به دلیل وجود تعهدات شرکت های بیمه در قبال بیمه گزاران در پایان دوره مالی ذخایر بیمه ای پس از محاسبه در متن صورت وضعیت و در قسمت بدهی ها گزارش می شوند بحث شناسایی و اندازه گیری ذخایر بیمه ای در صنعت بیمه از موضوعاتی است که منحصر به این صنعت بوده و در سایر واحدهای تجاری موضوعیت ندارد درست است که موضوع شناسایی ذخایر در بیشتر واحدهای تجاری و در ابعاد ریالی کوچکتر مانند ذخیره مالیات بر درآمد، ذخیره هزینه های معوق و... مطرح است؛ اما ذخایر بیمه ای در شرکت های بیمه سهم در خور توجهی از بدهی این شرکت ها را تشکیل می دهند و مبلغ این ذخایر قابل مقایسه با ذخایر محاسبه شده در دیگر واحدهای تجاری نیست شناسایی اندازه گیری پردازش و گزارش ذخایر بیمه ای باتوجه به قابل برآورد بودن آنها و نیز دارا بودن سهم بالایی از بدهی شرکت های بیمه رویه حسابداری خاص خود را می طلبد.

ذخایر فنی در شرکت های بیمه ای بیان تعهدات برآوردی آنها نسبت به بیمه گزاران در تاریخ صورت وضعیت

است. این ذخایر در متن صورت‌وضعیت و در قسمت بدهی‌ها گزارش می‌شوند.

۳. مدیریت وجوه نقد و سرمایه‌گذاری:

وجود نقدینگی قابل‌توجه ناشی از فروش تعداد زیادی بیمه‌نامه به بیمه‌گذاران از مشخصات بارز شرکت‌های بیمه به شمار می‌آید؛ از سوی دیگر ممکن است در اثر وقوع حوادث بابت پوشش بیمه‌نامه‌های صادره وجوه نقد زیادی برای پرداخت خسارت‌های احتمالی موردنیاز باشد. فاصله زمانی بین دریافت حق بیمه و پرداخت خسارت در یک شرکت بیمه ضرورت استفاده بهینه از وجوه نقد را دوچندان می‌کند؛ ازاین‌رو مدیریت سرمایه‌گذاری و وجوه نقد در شرکت‌های بیمه از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و جزء فعالیت‌های اصلی آنها به شمار می‌رود.

اهمیت حیاتی مدیریت وجوه نقد در شرکت‌های بیمه‌ای به حدی است که درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری از محل ذخایر فنی توسط شرکت‌های بیمه به‌جای اینکه در طبقه سایر درآمدها قرار گیرد جزء درآمد اصلی آنها به شمار آمده و در تعیین سود و زیان ناخالص حاصل از فعالیت بیمه‌ای محاسبه می‌شود. بررسی صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه بزرگ دنیا نشان می‌دهد که در بسیاری از دوره‌های مالی که عملیات بیمه‌گری با زیان روبه‌رو بوده است سود حاصل از سرمایه‌گذاری و مدیریت بهینه وجوه نقد زیان مربوطه را پوشش داده و منجر به انعکاس سود در صورت‌های مالی می‌شود درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری از محل ذخایر فنی همانند درآمد حق بیمه صادره، جزء درآمد اصلی شرکت‌های بیمه بوده و در محاسبه سود و زیان ناخالص حاصل از فعالیت‌های بیمه‌ای نقش تعیین‌کننده دارد.

۳/۱۰. چالش اجرای استانداردهای حسابداری با قانون و مقررات بیمه‌ای در ایران

رشد تجارت بین‌المللی و جریان‌های سرمایه و پیوستگی اقتصادی فزاینده طی دو دهه گذشته منجر به تمایل به هماهنگ‌سازی استانداردهای حسابداری در میان کشورها شده است. در نتیجه تعداد زیادی از کشورها استفاده از استانداردهای بین‌المللی حسابداری (IFRS) را پذیرفته‌اند. استانداردهای گزارشگری مالی بین‌المللی (IFRS) به مجموعه‌ای از استانداردهای حسابداری گفته می‌شود که توسط هیئت استانداردهای حسابداری بین‌المللی (IASB) - یک نهاد مستقل در لندن است که ۱۵ عضو از کشورهای مختلف دارد و کار خود را از سال ۲۰۰۱ آغاز کرده است صورت می‌پذیرد پایه‌گذاری این هیئت توسط شرکت‌های بزرگ حسابداری مؤسسات مالی خصوصی و تعدادی دیگر از سازمان‌های حرفه‌ای در حوزه حسابداری انجام شده است.

تاکنون بیش از ۱۵۴ کشور IFRS را برای گزارش‌دهی مالی شرکت‌های خود الزامی دانسته‌اند. هدف این استانداردها تهیه صورت‌های مالی شرکت‌های سهامی در قالب یک استاندارد جهانی است استانداردهای مذکور با افزایش قابلیت مقایسه و کیفیت اطلاعات مالی موجب شفافیت اطلاعاتی می‌شود که از یک طرف به سرمایه‌گذاران و سایر ذی‌نفعان در اتخاذ تصمیمات اقتصادی آگاهانه‌تر و به‌موقع کمک می‌کند و از طرف دیگر با کاهش شکاف اطلاعاتی بین دارندگان اطلاعات و سرمایه‌گذاران موجب تقویت پاسخگویی می‌شود. ضمن این که سرمایه‌گذاران با فرصت‌ها و تهدیدهای سرمایه‌گذاری در سطح جهان آشنا شده تخصیص بهینه سرمایه و افزایش کارایی اقتصاد فراهم می‌شود یادآور می‌شود قانون و امکان و مقررات بیمه‌ای کشور

مقررات حاکمیتی است؛ اما استانداردهای حسابداری ضوابط لازم‌الاجرا بوده و مقررات حاکمیتی بر ضوابط استاندارد ترجیح و اولویت دارد.

ضمن این که سرمایه‌گذاران با فرصت‌ها و تهدیدهای سرمایه‌گذاری در سطح جهان آشنا شده تخصیص بهینه سرمایه و افزایش کارایی اقتصاد فراهم می‌شود یادآور می‌شود قانون و امکان و مقررات بیمه‌ای کشور مقررات حاکمیتی است؛ اما استانداردهای حسابداری ضوابط لازم‌الاجرا بوده و مقررات حاکمیتی بر ضوابط استاندارد ترجیح و اولویت دارد.

فارغ از اجرای استانداردهای بین‌المللی گزارشگری یکی از چالش‌های اساسی در صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه‌ای که از سنوات قبل وجود دارد موضوع نحوه محاسبه ذخایر بیمه‌ای است.

به استناد بند (۲۹) استاندارد شمارهاست؛ اما استانداردهای چنانچه حق بیمه‌های عاید نشده برای پوشش خسارت مورد انتظار مربوط به بیمه‌نامه‌های منقضی نشده در تاریخ صورت‌وضعیت کافی نباشد باید ذخیره تکمیلی لازم برای آن شناسایی شود که از این بابت شرکت‌های بیمه‌ای با استفاده از مدل‌های مختلف ریاضی اقدام به تأمین ذخایر در صورت‌های مالی خود می‌نمایند.

دراین‌بین یکی از چالش‌برانگیزترین مباحث مالی مطرح در صنعت بیمه از سنوات قبل که همواره محل اختلاف بوده و بعضاً به صورت بند عدم توافق در گزارش حسابرسی شرکت‌های بیمه‌ای درج می‌شود موضوع محاسبه ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی است، موضوعی که متأسفانه در استاندارد حسابداری مربوطه جایگاهی ندارد یادآور می‌شود به استناد ماده (۱) آیین‌نامه شماره (۵۸) بیمه مرکزی شرکت‌های بیمه‌ای علاوه بر ذخایر معمول می‌بایست نسبت به احتساب ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی نیز اقدام کنند و هر ساله این ذخیره را محاسبه و به صورت جمع‌شونده به حساب ذخیره مربوط طه در صورت‌وضعیت شرکت اضافه نمایند علت اصلی عدم احتساب این ذخیره در استانداردهای حسابداری توجه به چارچوب گزارشگری مالی است باتوجه به اینکه حساب ذخیره یک حساب بدهی است تنها اقلامی را می‌توان به عنوان ذخیره شناسایی کرد که دارای شرایط شناخت باشند یکی از این شرایط وجود تعهد فعلی برای انتقال منافع اقتصادی است؛ لذا اقلامی که در تعهد کنونی شرکت بیمه نیستند، نباید به عنوان ذخیره در صورت‌های مالی شناسایی شود به همین علت و به دلیل عدم توانایی برآورد زمان بلایای طبیعی و حجم آن و میزان خسارت متصور از این بابت احتساب ذخیره و شناسایی هزینه در دوره‌های زمانی قبل از وقوع از منظر حسابداری اشتباه است.

در سال‌های اخیر این ذخیره اجباری در صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه‌ای ریسک‌های گزارشگری مختلفی نیز ایجاد نموده است از یک سو باتوجه به شرایط اقتصادی و سایر عوامل تأثیرگذار احتساب هر ساله هزینه بابت ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی باعث ایجاد زیان انباشته برای شرکت‌های بیمه‌ای و از سوی دیگر نحوه رفع این مشکل نیز خود می‌تواند منجر به حدوث مسائل حقوقی و مالیاتی خاصی گردد؛ زیرا چنانچه به هر دلیلی موضوع حذف این ذخیره و انتقال آن به حساب سود انباشته عملاً باعث انتقال منافع

از سهام‌داران قبلی شرکت‌های بیمه‌ای به سهام‌داران آتی آن خواهد شد.

۴/۱۰. مشکلات شرکت‌های بیمه‌ای در ایران:

نکته شرکت‌های بیمه از یک طرف ملزم به رعایت استاندارد حسابداری شماره ۲۸ از سوی دیگر ملزم به رعایت آیین‌نامه‌های شورای عالی بیمه هستند. گزارشگری مالی در شرکت‌های بیمه باید با رعایت استاندارد حسابداری تهیه و ارائه گردد؛ اما استاندارد مزبور در برخی موارد با آیین‌نامه‌های شورای عالی بیمه به‌ویژه آیین‌نامه شماره ۵۸ آیین‌نامه ذخایر فنی مؤسسات بیمه مغایرت دارد.

استاندارد حسابداری ایران (بند) ۱۷ جهت محاسبه حق بیمه عاید نشده (در این خصوص استاندارد بین‌المللی الزام مشخصی ندارد). روش تناسب زمانی روزانه (۱/۳۶۵)، ماهانه (۱/۱۲)، فصلی (۱/۸) و سالانه (۱/۲) را به‌نحوی که دقت آن کمتر از روش فصلی (۱/۸) نباشد را پیشنهاد نموده است.

لیکن آیین‌نامه شماره ۵۸ صرفاً روش فصلی را الزام نموده البته پس از کسر ۱۵ درصد حق بیمه به‌عنوان هزینه تحصیل که در استاندارد حسابداری به‌طور مستقیم به آن اشاره‌ای نشده است:

۱- ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی؛

۲- ذخیره برگشت حق بیمه.

۵/۱۰. ویژگی شرکت‌های بیمه‌ای

شرکت‌های بیمه مؤسساتی هستند که در مقابل دریافت حق بیمه پرداخت خسارات در مقابل خطرات معینی را می‌پذیرند و از نظر اقتصادی بیمه روشی است جهت سرشکن کردن نتایج مالی و روی‌دادن خطری معین میان گروهی که در مقابل چنین خطری قرار دارند.

در یک طبقه بندی کلی، فعالیت‌های بیمه‌ای به دو گروه طبقه‌بندی می‌شود؛ بیمه‌های اموال و مسئولیت و بیمه‌های اشخاص. در بیمه‌های اموال و مسئولیت خسارات و زیان‌های وارد به دارایی‌های اشخاص و نیز مسئولیت‌های قانونی که در اثر وارد آمدن صدمه و زیان به سایر اشخاص یا دارایی‌های آنها برای اشخاص بیمه شده ایجاد می‌شود تحت پوشش قرار می‌گیرد این نوع بیمه‌ها را بیمه‌های عمومی نیز می‌نامند در بیمه‌های اشخاص خطرات مربوط به طول عمر و سلامت افراد از قبیل فوت از کارافتادگی بازنشستگی تحت پوشش قرار می‌گیرد این نوع بیمه‌ها را به لحاظ طولانی‌بودن دوره پوشش بیمه‌نامه‌های بلندمدت نیز می‌نامند.

بارزترین ویژگی عملیات بیمه‌ای که حسابداری شرکت‌های بیمه را از حسابداری سایر مؤسسات متفاوت می‌سازد وجود فاصله زمانی بین دریافت حق بیمه و پرداخت خسارت است. این فاصله به دو دلیل زیر ایجاد می‌شود:

- دریافت تمام یا لاقط بخشی از حق بیمه در زمان صدور بیمه‌نامه صورت می‌گیرد و شرکت بیمه در مقابل آن جبران خسارت‌ها در آینده را تعهد می‌کند.

اگر چه به‌محض ایجاد خسارت‌های تحت پوشش شرکت بیمه ملزم به پرداخت آن می‌شود؛ ولی همواره

به دلیل لزوم اعلام خسارت از سوی بیمه‌گذار و رسیدگی و ارزیابی خسارت، بین تاریخ پرداخت آن فاصله پیش می‌آید.

این فاصله در برخی از رشته‌ها مانند خسارات مالی اتومبیل معمولاً کوتاه و در برخی از رشته‌ها مانند باربری و مسئولیت یا برخی از رشته‌های بیمه‌های اتکایی نسبتاً طولانی است که باعث می‌شود یک شرکت بیمه همواره در برابر میزان چشمگیری از تعهدات ایجاد شده ولی پرداخت نشده قرار داشته باشد. فاصله‌ای که به دو دلیل پیش‌گفته بین جریان دریافت‌ها و پرداخت‌های شرکت‌های بیمه ایجاد می‌گردد باعث می‌شود بین محاسبه سود در دو چارچوب حسابداری نقدی و حسابداری تعهدی تفاوت درخور توجهی پدید آید؛ از این‌رو نگهداری حساب‌های عملیات بیمه‌ای و تهیه صورت‌های مالی بر اساس مفاهیم بنیادی حسابداری از جمله مفهوم تعهدی و رعایت اصل تحقق درآمد و اصل تطابق هزینه‌ها با درآمد ایجاب می‌کند که شناخت درآمدها و هزینه‌های عملیات بیمه‌ای با به‌کارگیری رویه‌ها و روش‌های خاصی صورت پذیرد.

علاوه بر این لزوم رعایت قوانین، نظارتی توزیع خطر بین مؤسسات بیمه به‌صورت بیمه‌های اتکایی و نیز فعالیت‌های سرمایه‌گذاری بر حسابداری شرکت‌های بیمه تأثیر می‌گذارد.

بر اساس مطالعات انجام شده در مورد استانداردهای حسابداری کشورهای مختلف و مقایسه و بررسی سیستم حسابداری شرکت بیمه ایران و مقایسه آن با استانداردهای حسابداری بین‌المللی نتیجه‌گیری می‌شود که صورت‌های مالی تهیه شده توسط شرکت سهامی بیمه ایران از ویژگی‌های کیفی برخوردار نمی‌باشد؛ لذا برای ارتقای ویژگی‌های کیفی استفاده از اصول و استانداردهای حسابداری و اصلاح مصوبات شورای عالی بیمه ضرورت داشته؛ زیرا بررسی اجمالی سیستم‌های اطلاعاتی حسابداری شرکت‌های بیمه‌ای و نیازهای اطلاعاتی مدیران شرکت‌های مزبور نشان می‌دهد سیستم حسابداری موجود در صنعت بیمه، حتی قادر به فراهم کردن اطلاعات لازم جهت تصمیم‌گیری مدیران نبوده مضافاً مدیران نیز از اطلاعات حاصل از خروجی‌های سیستم اطلاعات حسابداری در صنعت بیمه استفاده نمی‌نمایند.

۶/۱۰. تفاوت‌های بین استاندارد حسابداری شماره ۲۸ و آیین‌نامه شماره ۵۸ مصوب شورای عالی بیمه

۱. طبق استاندارد حسابداری شماره ۲۸، شرکت‌های بیمه در رابطه با حوادث طبیعی فاجعه‌آمیز مانند زلزله‌های شدید که خسارات سنگینی به بار می‌آورد تعهد فعلی ندارند؛ لذا نمی‌توانند از این بابت ذخیره شناسایی کنند حوادثی مانند زلزله قابل‌پیش‌بینی نیست و انعکاس هزینه از این بابت در دوره‌های زمانی قبل از وقوع خسارت با مفاهیم نظری گزارشگری مالی سازگار نبوده درحالی‌که طبق ماده ۱۴ آیین‌نامه شماره ۵۸ شورای عالی بیمه شرکت‌های بیمه موظف‌اند در مقابل تضمین تعهدات خسارات ناشی از حوادث فاجعه‌آمیز ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی محاسبه نمایند این ذخیره معادل ۳ درصد حق بیمه‌های صادره پس از کسر سهم حق بیمه اتکایی و اگذاری به‌علاوه مانده ذخیره سال قبل است و نباید از ۲۰ درصد میانگین حق بیمه نگهداری بیمه‌های غیرزندگی سه سال گذشته تجاوز نماید.

۲. در استاندارد حسابداری شماره (۲۸) موضوع محاسبه ذخیره برگشت حق بیمه که طبق آیین‌نامه (۵۸) شورای عالی بیمه الزامی است را مدنظر قرار نداده؛ لذا از این بابت پیش‌بینی خاصی هم صورت نگرفته است.

در میان تفاوت‌های فوق عدم‌پذیرش ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی توسط کمیته تدوین استانداردهای حسابداری کشور به‌عنوان بارزترین وجوه افتراق بین استاندارد حسابداری شماره (۲۸) و آیین‌نامه شماره ۵۸ شورای عالی بیمه مطرح بوده به‌نحوی که از سال ۱۳۸۷ تاکنون همواره به‌عنوان بند گزارش عدم رعایت استاندارد در گزارش‌های حسابرسی شرکت‌های بیمه منعکس گردیده و باتوجه به تأثیر قابل‌ملاحظه آن بر سود خالص و به‌تبع آن سود قابل تخصیص و مالیات عملکرد شرکت‌های مزبور موجب سردرگمی و بعضاً گمراهی استفاده‌کنندگان از صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه گردیده است.

در مورد ذخیره برگشت حق بیمه شایان ذکر است که ذخیره مزبور در استاندارد حسابداری شماره (۲۸) پیش‌بینی نشده است لیکن همواره بخشی از بیمه‌های صادره در یک سال مالی (به ویژه در اواخر سال) ممکن است در سال مالی بعد برگشت شود به همین دلیل احتساب ذخیره مذکور مطابق با آیین‌نامه شماره ۵۸ شورای عالی بیمه الزامی گردیده است.

نظریه کمیته تدوین استانداردهای حسابداری کشور باتوجه به اینکه برای بیمه‌نامه‌های به استناد منقضی نشده تا پایان سال مالی به طور کامل ذخیره حق بیمه (حق بیمه عاید) ((نشده) محاسبه شده و بخشی از بیمه‌نامه‌ها که زمان آن منقضی شده نیز مشمول برگشت نمی‌باشد، لذا احتساب ذخیره برگشت حق بیمه به طور کامل ضرورت نداشته ضمن اینکه حق بیمه‌های برگشتی از محل بیمه‌نامه‌های صادره سال قبل در حساب‌های جاری شرکت بیمه منعکس می‌گردد و این روند هر سال ادامه دارد به این معنی که درصدی از بیمه‌نامه‌های صادره در سال مالی قبل در سال جاری برگشت می‌شود و درصدی از بیمه‌نامه‌های صادره در سال جاری در سال بعد برگشت می‌شود و این تسلسل همواره ادامه دارد بر همین اساس در استاندارد حسابداری شماره ۲۸) احتساب ذخیره مذکور پیش‌بینی نشده است.

۷/۱۰. ویژگی‌ها و مشخصات معاملات بیمه

بر اساس استاندارد حسابداری بین‌المللی

تمام معاملات بیمه‌ای یک‌سری ویژگی‌های مشترک دارند که باید در نظام اندازه‌گیری و شناخت به آنها توجه شود خریدار بیمه بیمه‌گذار مبالغی را بابت قرارداد بیمه به بیمه‌گر پرداخت می‌کند (حق بیمه)، این مبالغ در شروع قرارداد در (بیمه‌های عمومی) یا به‌صورت دوره‌ای طی مدت قرارداد در بیمه‌های زندگی پرداخت می‌شود.

بیمه‌گر به نوبه خود تعهد می‌کند تا در صورت وقوع حوادث مشخص در طول یک دوره زمانی که در قرارداد تعریف شده است مبالغی را به بیمه‌گذار پرداخت کند بیمه‌گذار معمولاً از حق فسخ قرارداد در هر زمان برخوردار است؛ اما ممکن است حق بیمه پرداختی به وی مسترد شود یا اینکه استرداد حق بیمه پرداختی به وی ممکن نباشد بیمه‌گر معمولاً نمی‌تواند در طول مدت قرارداد، آن را فسخ کند.

۱. زمانی که قرارداد به قوت خود باقی باشد بیمه‌گر خدمات اضافی شامل مدیریت سرمایه‌گذاری رسیدگی و پیگیری خسارات پشتیبانی از اقامه دعوا و مشاوره کنترل ضرر و زیان را ارائه می‌دهد.
۲. عدم اطمینان و تنوع بخشی اساس فعالیت‌های بیمه‌ای است. زمان‌بندی وقوع یا مبلغ جبران خسارت حوادث آتی که به وسیله یک قرارداد خاص پوشش داده می‌شود، در آغاز قرارداد مشخص نیست بیمه‌گر سعی می‌کند تا از طریق فروش بیمه به تعداد زیادی از بیمه‌گذاران مخاطره خود را تنوع بخشد بیمه‌گر انتظار دارد مبلغ وصولی از تمام بیمه‌گذاران و بازده سرمایه‌گذاری ناشی از مابه‌التفاوت حق بیمه دریافتی و مبالغ پرد پرداختی برای پرداخت خسارات و کسب سود موردنظر کافی باشد همچنین یک شرکت بیمه ممکن است تلاش کند تا مخاطره خود را در طول زمان متنوع سازد با این انتظار که مبالغ وصولی طی چندین دوره با خسارت پرداختی و کسب سود موردنظر متناسب گردد.
۳. هر قرارداد بیمه دارای عناصر فعالیت‌هایی ارائه خدمات و خطر است. بیمه‌گر مبالغی را از قبل دریافت می‌کند (عنصر فروش) که می‌تواند آن را تا زمان پرداخت بابت حوادث احتمالی آتی و فراهم نمودن خدمات دیگر را به عهده می‌گیرد (عناصر خطر و ارائه خدمات) اهمیت نسبی این عناصر بین قراردادهای بیمه مختلف متفاوت است؛ اما این عناصر همواره وجود دارند.
۴. بیمه‌گران از هر یک از بیمه‌گذاران دارایی‌هایی را تحصیل می‌کنند و بدهی‌هایی را در قبال آنها تعهد می‌کنند با این حال بیمه‌گران معمولاً هنگام بحث در مورد مسائل شناخت و اندازه‌گیری به گروهی از قراردادهای بیمه مشابه (مجموعه قراردادهای) توجه دارند.
- هر مجموعه معمولاً شامل یک گروه از قراردادهای مشابه منعقد شده در طول یک دوره مشخص و اغلب یک سال است اشاره به یک مجموعه از قراردادهای با قیمت‌گذاری و مدیریت قراردادهای بیمه و نقش تنوع بخشی، خطر هماهنگی و سازگاری دارد.
۵. نظام شناخت و اندازه‌گیری موجود در متداول‌ترین حالت قراردادهای بیمه را می‌توان به دو گروه تقسیم کند قراردادهایی بیمه عمومی و قراردادهای بیمه زندگی ۶-۳-۲- تفاوت‌های گوناگون میان قراردادهای بیمه عمومی و زندگی موجب ایجاد مسائل خاص و متفاوت در حسابداری متفاوت می‌شوند.
۶. شناخت درآمد در صنعت بیمه:
- شرکت‌های بیمه با دریافت حق بیمه از بیمه‌گذاران مشتریان تعهداتی را تقبل می‌کنند که انجام این تعهدات به یک دوره مالی محدود نمی‌شود حتی در بیمه‌های کوتاه مدت یک ساله نیز پوشش بیشتر بیمه‌نامه‌ها بیش از یک دوره مالی را در بر می‌گیرد. چنانچه دوره مالی شرکت بیمه‌ای را برحسب معمول یک سال در نظر بگیریم، با فرض اینکه تاریخ شروع بیمه‌نامه‌ها روز صدور آنها باشد ملاحظه خواهد شد که کلیه بیمه‌نامه‌های یک ساله به جز بیمه‌نامه‌هایی که در روز اول دوره مالی صادر می‌شوند بسته به تاریخ صدور خود قسمتی از دوره مالی بعد را نیز پوشش می‌دهند به عنوان نمونه بیمه‌نامه‌ای که در اول اردیبهشت ماه صادر می‌شود یک ماه و بیمه‌نامه‌ای که در اول اسفند ماه صادر می‌شود یازده ماه از سال

بعد را پوشش می‌دهد براین اساس برخلاف سایر مؤسسات تولیدی و بازرگانی که معمولاً فروش یک دوره آنها درآمد همان دوره محسوب می‌شود در شرکت‌های بیمه تمامی حق بیمه‌های صادر شده در یک دوره درآمد تحقق‌یافته همان دوره تلقی نمی‌شود.

بلکه حق بیمه‌های صادر شده را می‌توان به دو بخش تقسیم کرد یک بخش حق بیمه‌های مربوط به دوره سپری شده بیمه‌نامه‌هاست که اصطلاحاً حق بیمه عاید شده نامیده می‌شود و به‌عنوان درآمد در حساب سود و زیان منظور می‌گردد و بخش دیگر مربوط به دوره سپری نشده بیمه‌نامه‌هاست که حق بیمه عاید نشده نامیده می‌شود در پایان هر دوره مالی باید این بخش از حق بیمه‌ها بر اساس روش مناسبی برآورد و محاسبه شود و باتوجه به مفهوم تعهدی در حسابداری به‌صورت ذخیره به دوره مالی بعد منتقل گردد تا در دوره یا دوره‌های مالی بعد به‌عنوان درآمد شناخته شود. چنین ذخیره‌ای را در بیمه‌های اموال و مسئولیت ذخیره حق بیمه و در بیمه‌های اشخاص ذخیره ریاضی می‌نامند طبیعی است که هر چه طول مدت بیمه‌نامه‌ها بیشتر باشد حق بیمه‌های عاید نشده یا ذخیره حق بیمه بخش بزرگ‌تری از حق بیمه‌های مربوط به بیمه‌نامه‌های صادر شده شرکت را تشکیل می‌دهد و به همین لحاظ معمولاً ذخایر حق بیمه در شرکت‌های بیمه عمر که بیمه‌های بلندمدت عرضه می‌کنند در مقایسه با سایر شرکت‌های بیمه حجم بیشتری دارد.

۷. شناخت درآمد حق بیمه در استاندارد حسابداری شماره «۲۸»

در رعایت استاندارد حسابداری شماره ۲۸ ایران درآمد حق بیمه باید از تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای و به‌محض اینکه حق بیمه به‌گونه‌ای اتکاپذیر قابل اندازه‌گیری باشد، شناسایی شود. بیمه‌گر، درآمد حق بیمه را در ازای پذیرش خطر کسب می‌کند لذا درآمد حق بیمه از تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای و نه تاریخ صدور در رابطه با هر یک از بیمه‌نامه‌ها شناسایی می‌شود؛ اما به دلیل حجم زیاد بیمه‌نامه‌های صادر شده و پراکندگی جغرافیایی صدور بیمه‌نامه‌ها عدم دسترسی به‌موقع به اطلاعات لازم و سایر محدودیت‌های موجود در برخی موارد تعیین تاریخی شروع پوشش بیمه‌ای در رابطه با هر یک از بیمه‌نامه‌ها عملی دشوار و فاقد توجیه اقتصادی است؛ بنابراین بر اساس ملاحظات عملی، بیمه‌گران می‌توانند از یک تاریخ تقریبی برای تعیین تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای برای مجموعه‌ای از بیمه‌نامه‌ها استفاده کنند به شرطی که درآمد حق بیمه شناسایی شده باتوجه به تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای هر یک از بیمه‌نامه‌ها در دوره مالی مربوط تفاوت با اهمیتی نداشته باشد.

حق بیمه بابت پذیرش خطر توسط بیمه‌گر برای یک دوره معین است در بیمه‌های عمومی اغلب دوره زمانی پوشش خطر توسط بیمه‌نامه‌ها با دوره تحت پوشش صورت‌های مالی منطبق نیست؛ لذا باید بر اساس الگوی مشخص آن بخش از حق بیمه که با خطرات پذیرفته شده در دوره مالی جاری مرتبط است به‌عنوان درآمد حق بیمه و بخش دیگری که با خطرات پذیرفته شده در دوره یا دوره‌های آتی مرتبط است به‌عنوان حق بیمه عاید نشده (بدهی بیمه‌گر) شناسایی شود. برای آن دسته از فعالیت‌های بیمه عمومی

که توزیع خطر در طول دوره پوشش خطر (مدت بیمه نامه) نوسان قابل ملاحظه‌ای ندارد فرض بر این است که حق بیمه به طور یکنواخت در طول دوره پوشش خطر عاید می‌شود بنابراین درآمد حق بیمه را می‌توان با استفاده از الگوی تناسب زمانی شناسایی کرد از بین روش‌های قابل استفاده در الگوی تناسب زمانی شامل روش‌های روزانه (۳۶۵/۱) ماهانه (۲۴/۱)، فصلی (۸/۱) و سالانه (۲/۱) به کارگیری روش سالانه به خاطر غیر واقعی بودن بیش از حد نتایج نامناسب است. (کمیتة تدوین استانداردهای حسابداری ۱۳۸۸)

به موجب ماده ۷ آیین نامه شماره (۲۲) (مصوبات شورای عالی بیمه) برای شناسایی درآمد حق بیمه و حق بیمه عاید نشده روش درصد ثابت به عنوان روش متداول به شرح زیر تعریف شده است. ذخیره حق بیمه برای خطرات جاری در بیمه‌های غیر زندگی که عبارت است از حق بیمه‌های مربوط به فاصله زمانی بین تاریخ صورت وضعیت تا انقضای مدت قراردادهای بیمه به ترتیب، برای بیمه‌های اتومبیل بدنه و شخص ثالث: ۴۵٪ حق بیمه نامه‌های صادر شده در طی سال پس از کسر حق بیمه اتکایی و واگذاری و برای سایر بیمه‌ها ۴۰٪ حق بیمه بیمه نامه‌های صادر شده در طول سال پس از کسر حق بیمه اتکایی و واگذاری این روش دارای دو ایراد اساسی است:

الف- حجم فعالیت شرکت‌های بیمه در دوره‌های زمانی مختلف متفاوت است و اعمال درصد ثابت باعث می‌شود شفافیت صورت‌های مالی مخدوش شود.

ب- تعیین یک درصد ثابت امری بسیار قضاوتی است و در مقایسه با روش تناسب زمانی از قابلیت اتکای کمتری در گزارشگری مالی برخوردار است.

۸. حق بیمه عاید نشده

طبق استاندارد شماره (۲۸) حسابداری بخشی از حق بیمه مرتبط با بیمه نامه‌های صادر شده طی دوره مالی که قابل انتساب به پوشش خطر بعد از پایان دوره مالی است به عنوان حق بیمه عاید نشده شناسایی می‌شود روش‌های برآورد حق بیمه عاید نشده باید به گونه‌ای انتخاب شود که مبلغ برآوردی تفاوت با اهمیتی با بدهی واقعی در تاریخ صورت وضعیت نداشته باشد.

در مواردی که الگوی وقوع خطر در طول دوره بیمه نامه تقریباً یکنواخت است برای محاسبه حق بیمه عاید نشده از روش تناسب زمانی استفاده می‌شود شیوه‌های محاسبه حق بیمه عاید نشده در روش تناسب زمانی برای بیمه نامه‌های سالانه شامل روزانه (۳۶۵/۱) ماهانه (۲۴/۱)، فصلی (۸/۱) و سالانه (۲/۱) است در شیوه روزانه حق بیمه عاید نشده شامل مجموع حق بیمه‌های عاید نشده‌ای است که در پایان دوره مالی با توجه به مدت منقضی نشده بیمه نامه‌ها محاسبه می‌شود. در شیوه فصلی فرض می‌شود که صدور بیمه نامه‌ها در طی فصل به طور یکنواخت است در صورتی که در شیوه ماهانه فرض بر این است که صدور بیمه نامه‌ها در طول ماه به طور یکنواخت است. چنانچه صدور بیمه نامه‌ها در طول دوره مالی یکنواخت نباشد هر چه طول دوره مورد نظر برای محاسبه حق بیمه عاید نشده کمتر شود سطح دقت آن بیشتر می‌شود. در مواردی که حق بیمه متناسب با گذشت زمان به عنوان درآمد شناسایی می‌شود روش تناسب

زمانی باید به‌گونه‌ای انتخاب و به کار گرفته شود که دقت آن از روش فصلی روش (۸/۱) کمتر نباشد. چنانچه دوره بیمه‌نامه بیش از یک سال باشد در اعمال روش تناسب زمانی حق بیمه یک‌ساله در محاسبات مدنظر قرار می‌گیرد و حق بیمه مازاد بر یک سال به طور کامل به‌عنوان حق بیمه عاید نشده محسوب می‌گردد (کمیته تدوین استانداردهای حسابداری، ۱۳۸۸).

محاسبه ذخیره حق بیمه‌های عاید نشده در بیمه‌های اموال و مسئولیت باید بر مبنای مدت منقضی نشده بیمه‌نامه‌ها صورت پذیرد مگر در مواردی که به لحاظ یکنواخت نبودن خطرات در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه استفاده از روش دیگری مناسب‌تر باشد در بیمه‌های اشخاص محاسبه و برآورد تعهدات آینده شرکت در ارتباط با حق بیمه‌های صادر شده با در نظر گرفتن حدود و سررسید تعهدات برعهده اکچوئر (محاسبه‌گر فنی بیمه) منتخب است که در چارچوب مقررات و رویه‌های حرفه‌ای و با استفاده از احتمالات مربوط به طول عمر و روش‌های آماری صورت می‌گیرد.

در بیمه‌هایی که مدت آنها بیش از یک سال است معمولاً حق بیمه یک سال جزء حق بیمه‌های صادر شده سال و بقیه آن در حساب حق بیمه سال‌های بعدی منظور می‌شود. با توجه به اینکه تمامی بیمه‌نامه‌های چند ساله در اولین روز دوره مناسب‌تر باشد نمی‌شوند باید برای حق بیمه‌های سال اول این‌گونه بیمه‌نامه‌ها نیز مانند سایر بیمه‌های یک‌ساله ذخیره حق بیمه محاسبه شود.

در برخی از انواع بیمه مانند بیمه‌های خطرات، سیل، زلزله و خطرات فاجعه‌آمیز معمولاً فاصله و تواتر وقوع خسارات بیش از یک دوره مالی است و چنین حوادثی ممکن است هر چند سال یک‌بار رخ دهد این خصوصیت باعث می‌شود که در دوره‌هایی که خسارت وجود ندارد سود بیش از حد معمول باشد و در دوره‌هایی که خسارت وجود دارد شرکت در معرض زیان‌های هنگفتی قرار گیرد. در چنین بیمه‌هایی لازم است بخشی از درآمد سال‌های بدون حادثه جهت جبران خسارت‌های احتمالی سنگین در دوره‌های بعد ذخیره و انباشته شود.

در ایران ایجاد چنین ذخیره‌ای به‌موجب مقررات مصوب شورای عالی بیمه از سال ۱۳۷۰ تحت عنوان ذخیره فنی خطرات حوادث طبیعی الزامی شده است. علاوه بر این منظور کردن بخشی از حق بیمه‌های سال به‌عنوان ذخیره فنی تکمیلی جهت تقویت سایر ذخایر بیمه‌ای و تضمین تعهدات مؤسسات بیمه به‌موجب آیین‌نامه ذخایر فنی مصوب شورای عالی بیمه الزامی است.

معمولاً بخشی از حق بیمه‌های صادر شده هر شرکت بیمه به دلایلی از قبیل فسخ، ابطال یا تقلیل خطر برگشت داده‌شده و به بیمه‌گذاران مسترد می‌شود در پایان هر دوره مالی لازم است بخشی از حق بیمه‌های صادر شده که پیش‌بینی می‌شود در دوره مالی بعد برگشت شود بر اساس تجربه و آخرین روند برآورد و برای آن ذخیره لازم منظور شود چنین ذخیره‌ای را ذخیره برگشت حق بیمه می‌نامند. علاوه بر ذخایر فوق در مواردی که می‌توان پیش‌بینی و برآورد نمود که ذخایر حق بیمه که به‌تناسب مدت سپری نشده بیمه‌نامه‌ها محاسبه شده برای جبران خسارت‌ها در دوره بعد کافی نیست و شرکت بیمه‌ای در دوره بعد

با زیان عملیاتی مواجه خواهد شد، لازم است در اجرای مفهوم احتیاط و به منظور جلوگیری از انتقال زیان بیمه‌های صادر شده در یک دوره به دوره مالی بعدی، برای کسری ذخیره‌ها ذخیره لازم پیش‌بینی شود. این نوع ذخیره را که معمولاً برای عملیات بیمه‌ای شرکت به صورت یکجا برآورد می‌شود ذخیره خطرات منقضی نشده مجموع نامیده می‌شود.

۹. شناخت هزینه خسارت‌ها

اصلی‌ترین بخش هزینه‌های یک شرکت بیمه را خسارت‌های تحت پوشش بیمه‌نامه‌ها تشکیل می‌دهد در شرکت‌های بیمه همواره علاوه بر خسارت‌های پرداخت شده خسارت‌های دیگری نیز وجود دارد که در زمان ایجاد و مدت‌ها پس از آن به عللی از قبیل اعلام‌نشدن و یا تحت رسیدگی بودن پرداخت نشده است این‌گونه خسارت‌ها را خسارت‌های معوق می‌نامند.

در برخی از رشته‌ها مانند خسارات مالی اتومبیل معمولاً فاصله بین تاریخ ایجاد و تاریخ پرداخت خسارت کوتاه است. ولی در برخی دیگر مانند باریری و مسئولیت تأخیرات نسبتاً طولانی در اعلام خسارت‌ها و گذشت مراحل رسیدگی و ارزیابی خسارت و گاه لزوم اثبات مسئولیت در دادگاه‌ها، موجب می‌شود که در مواردی بین تاریخ وقوع و پرداخت خسارت سال‌ها فاصله ایجاد شود.

به استناد مفهوم حسابداری تعهدی لازم است که علاوه بر به حساب آوردن غرامت‌های پرداختی برای کلیه خسارت‌های ایجاد شده ولی پرداخت نشده خسارت‌های (معوق) اعم از اعلام شده یا اعلام نشده ذخیره کافی در حساب‌های شرکت بیمه منظور شود. محاسبه این ذخیره در مورد خسارات اعلام شده بر اساس آخرین اطلاعات و برآوردهای موجود و در مورد خسارات اعلام نشده بر اساس تجربه گذشته از تعدیلات روند جاری صورت می‌گیرد.

به موجب اصل جانشینی پس از قبول با پرداخت خسارات توسط شرکت بیمه حقوق بیمه‌گذاران در مقابل اشخاص ثالثی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت هستند به شرکت بیمه انتقال می‌یابد. همچنین در مواردی پس از پرداخت مالکیت قانونی اموال بیمه شده به بیمه‌گر منتقل می‌شود. در برآورد ذخیره خسارت‌های معوق باید این‌گونه بازیاftنی‌ها به حساب گرفته شود.

همزمان با برآورد و منظورکردن ذخیره برای خسارت‌های معوق بر اساس حسابداری تعهدی ضروری است برای هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم رسیدگی صورت پذیرد و برای این‌گونه خسارت‌ها نیز ذخیره لازم در حساب‌ها منظور شود.

باتوجه به اینکه تغییر در برآورد هزینه‌های سال‌های قبل مطابق رویه‌های پذیرفته شده، هزینه یا درآمد جاری محسوب می‌شود چنانچه بر اساس آخرین اطلاعات ذخایر پیش‌بینی شده برای خسارت‌هایی که در سال‌های گذشته ایجاد شده‌اند تکافوی جبران تصفیه آنها را نکند باید به میزان کسری بر موجودی حساب ذخیره خسارت‌های معوق افزوده شود و به حساب هزینه‌های عملیاتی دوره جاری منظور گردد هرگونه مازاد ذخیره مربوط به خسارت‌های دوره مالی گذشته نیز درآمد عملیاتی دوره جاری محسوب خواهد شد.

۱۰. ذخایر فنی

مجموعه انواع ذخایری که شرکت‌های بیمه در مورد تعهدات بیمه‌ای خود در حساب‌ها منظور کنند ذخایر فنی نامیده می‌شود. ذخایر حق بیمه برگشت حق بیمه خسارت‌های معوق و دیگر ذخیره‌های تکمیلی ذخایر فنی را تشکیل می‌دهند. با توجه به اینکه در هر دوره مالی انبوهی از بیمه‌نامه‌ها منقضی و بیمه‌نامه‌های زیاد جدیدی صادر می‌شود و در بخش خسارات نیز تغییرات درخور ملاحظه‌ای در ترکیب تعداد پرونده‌های خسارات معوق و میزان آنها ایجاد می‌شود معمولاً در پایان هر دوره مالی ذخایر فنی محاسبه شده در آخر دوره مالی قبل تماماً به حساب درآمد منتقل می‌شود و مجدداً برای حق بیمه‌ها و خسارت‌های معوق ذخایر فنی لازم محاسبه شده به عنوان هزینه در حساب سود و زیان منظور می‌گردد.

بنابراین، در صورت سود و زیان شرکت‌های بیمه ذخایر فنی دوره مالی قبل به عنوان درآمد و ذخایر فنی دوره مالی جاری به عنوان هزینه نشان داده می‌شود و بدین ترتیب از این بابت آنچه عملاً بر سود یا زیان عملیات بیمه‌ای تأثیر می‌گذارد مابه‌التفاوت ذخایر فنی پایان دوره قبل با ذخایر فنی پایان دوره جاری است. ذخایر فنی پایان هر دوره از یک سو به عنوان هزینه در صورت سود و زیان دوره و از سوی دیگر به عنوان تعهدات شرکت در صورت وضعیت منعکس می‌شود. در ایران شرکت‌های بیمه مکلف هستند ذخایر فنی خود را مطابق آیین‌نامه‌ای که در اجرای ماده (۶۱) قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد برآورد و در حساب‌ها منعکس نمایند.

در برخی از رشته‌های بیمه‌ای ممکن است شرکت‌های بیمه به موجب شرایط قراردادهای تعهد کنند که در صورت سودآور بودن عملیات بیمه‌ای بخشی از منافع به دست آمده را به عنوان مشارکت در منافع به بیمه‌گذاران باز گردانند. شرکت بیمه در پایان دوره مالی موظف است برای این گونه تعهدات خود نیز ذخیره لازم را در نظر بگیرد. این ذخیره، ذخیره مشارکت در منافع نامیده می‌شود یکی از اقلام تشکیل دهنده ذخایر فنی است.

۱۱. بیمه‌های اتکایی

همان گونه که اشخاص حقیقی و حقوقی با مراجعه به شرکت‌های بیمه خود را در مقابل خطرات تهدیدکننده بیمه می‌کنند شرکت‌های بیمه نیز به منظور کاهش خسارت‌های احتمالی خود معمولاً قسمتی از خطراتی را که بیمه کرده‌اند نزد یک شرکت بیمه‌ای دیگر بیمه می‌کنند.

این نوع بیمه را که ممکن است نزد مؤسسات بیمه داخلی یا خارجی صورت پذیرد بیمه اتکایی مینا شرکت بیمه‌ای که خطر را واگذار می‌کند بیمه‌گر واگذارنده و شرکتی که خطر را قبول می‌کند بیمه‌گر اتکایی نامیده می‌شود. بیمه‌های اتکایی امکان توزیع خطرات و خسارات سنگین را بین بیمه‌گران متعدد داخلی و خارجی فراهم آورده و به شرکت‌های بیمه این امکان را می‌دهند که در تقبل خطرات تنها ظرفیت داخلی خود را ملاک قرار ندهند و از این نوع بیمه برای گسترش فعالیت‌های خود استفاده کنند. باید یادآوری شود که انجام بیمه‌های اتکایی تعهدات اولیه شرکت بیمه در مقابل بیمه‌گذاران را کاهش یا انتقال نمی‌دهد؛ بلکه

شرکت بیمه پس از پرداخت تمامی خسارت به بیمه‌گذار می‌تواند بخشی از آن را از بیمه‌گر اتکایی مطالبه کند.

عملیات حسابداری قراردادهای اتکایی به لحاظ تنوع شکل و ماهیت این قراردادها خود موضوع بحث جداگانه‌ای است؛ اما برخی از اصولی که در این زمینه باید مورد توجه قرار گیرد عبارت‌اند از:

چنانچه برای عملیات بیمه‌ای شرکت بیمه پوشش اتکایی فراهم شده باشد شناخت درآمد و هزینه عملیات بیمه اتکایی باید بر اساس همان اصول و رویه‌هایی که مبنای شناخت درآمد و هزینه بیمه مستقیم قرار گرفته است صورت پذیرد.

تمامی حق بیمه‌های اتکایی واگذاری باید در همان دوره مالی که حق بیمه مستقیم مربوط به حساب درآمد منظور می‌شود به عنوان هزینه به حساب گرفته شود این همزمانی باید در مورد شناخت هزینه خسارت و درآمد خسارت‌های قابل دریافت از اتکا گران نیز رعایت شود.

تمامی حق بیمه‌ها و خسارت‌ها باید به صورت ناخالص قبل از کسر مقادیر اتکایی مربوط در صورت‌های مالی نشان داده شود و حق بیمه‌های اتکایی و خسارت‌های قابل دریافت از بیمه‌گران اتکایی به صورت جداگانه نشان داده شود.

۱۲. سرمایه‌گذاری‌ها

در اکثر مبادلات تجاری دریافت وجه در قبال تحویل کالا یا ارائه خدمت صورت می‌گیرد. به عنوان نمونه برای اینکه یک مؤسسه تولیدی بتواند کالایی را به مشتریان عرضه کند باید قسمت عمده سرمایه و اندوخته‌های خود را در ایجاد تأسیسات خرید ماشین‌آلات تهیه مواد اولیه و پرداخت هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم تولید شامل هزینه دستمزد و هزینه‌های اداری صرف کند.

در چنین مؤسسه‌ای معمولاً بخش چشمگیری از دارایی‌ها به صورت دارایی ثابت و بخش دیگر آن به صورت دارایی‌ها جاری جهت ایفای تعهدات جاری و حفظ سرمایه در گردش مورد نیاز جهت تداوم عملیات نگهداری می‌شود؛ اما در عملیات بیمه دریافت وجه از انبوه بیمه‌گذاران در جهت جبران خسارت‌های احتمالی در آینده به شرکت‌های بیمه این امکان را می‌دهد که وجوه دریافتی از مشتریان را در فاصله دریافت حق بیمه تا پرداخت خسارت سرمایه‌گذاری کنند. چنانچه فعالیت یک شرکت بیمه را با فعالیت یک بانک مقایسه کنیم ملاحظه خواهیم کرد همچنان که یک بانک وجوه مشتریان را به عنوان سپرده دریافت و در آینده به آنها پرداخت می‌کند شرکت‌های بیمه نیز حق بیمه‌های صادر شده را جهت پرداخت خسارت در آینده دریافت می‌کنند و همان گونه که بانک‌ها وجوه سپرده‌گذاران را در فاصله دریافت و پرداخت سرمایه‌گذاری کرده عوایدی کسب می‌کنند و شرکت‌های بیمه نیز وجوه انباشته بیمه‌گذاران را که به صورت ذخایر فنی در اختیار دارند به عنوان دارایی سودآور به کار می‌گیرند و در فعالیت‌های مناسب اقتصادی سرمایه‌گذاری می‌کنند بدین ترتیب شرکت‌های بیمه در ردیف مؤسسات مالی قرار می‌گیرند و سرمایه‌گذاری جزء فعالیت‌های اصلی آنها می‌شود.

با این توضیح چنانچه به صورت‌های مالی مؤسسات بیمه مراجعه شود ملاحظه خواهد شد که در صورت وضعیت آنها بزرگ‌ترین بخش دارایی‌ها را سرمایه‌گذاری‌ها تشکیل می‌دهد که منابع تأمین آن ذخایر فنی سرمایه و اندوخته‌های شرکت است در صورت سود و زیان نیز سود حاصل از عملیات سرمایه‌گذاری معمولاً رقم در خور توجهی را تشکیل می‌دهد به ترتیبی که چنانچه این رقم را از صورت سود و زیان حذف کنیم تصویر بسیار متفاوتی از سود یا زیان ارائه شده قابل مشاهده خواهد بود در سال‌های اخیر بیمه‌گران با اتکا به درآمدهای سرمایه‌گذاری نرخ‌های بیمه‌ای خود را تا حد زیادی کاهش داده‌اند که در موارد زیادی نتیجه عملیات بیمه‌ای بدون در نظر گرفتن درآمد سرمایه‌گذاری‌ها زیان‌ده بوده است.

نقش اصلی بیمه‌گر در ارائه خدمات مالی و جبران خسارت در زمان بروز حادثه ایجاب می‌کند که شرکت‌های بیمه منابع مالی خود را در اموری سرمایه‌گذاری کنند که ضمن مطمئن و سودآور بودن، از نقدپذیری بالایی برخوردار باشد.

در ایفای سود و زیان طبیعی است که بخشی از سودآوری در مقابل درجه نقدپذیری صرف نظر شود به همین علت عملیات سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه یکی از مواردی است که مورد کنترل و نظارت مقامات ذیصلاح قرار می‌گیرد.

در ایران شرکت‌های بیمه موظف‌اند سرمایه‌گذاری‌های خود را در چارچوب آیین‌نامه سرمایه‌گذاری‌ها که در اجرای ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری به تصویب شورای عالی بیمه رسیده است انجام دهند.

در این آیین‌نامه اعطای وام به بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی خرید اوراق قرضه دولتی و اسناد خزانه اوراق بهادار یا اسناد قرضه دولتی و اسناد خزانه اوراق بهادار یا اسناد قرضه تضمین شده توسط دولت سهام شرکت‌های پذیرفته شده در بورس، سپرده‌های بانکی خرید اموال غیرمنقول اعطای وام به کارکنان و مشارکت در طرح‌ها به عنوان سرمایه‌گذاری‌های مجاز تعیین شده است.

البته برای هر یک از انواع مجاز سرمایه‌گذاری‌ها سقف و محدودیت‌هایی تعیین شده است. به استناد ماده (۸) آیین‌نامه سرمایه‌گذاری‌های مؤسسات بیمه مقرر شده است: «اموال خریداری شده از محل ذخایر فنی و ذخایر و اندوخته‌های قانونی و سرمایه مؤسسه بیمه در آخر هر سال مالی باید به قیمت روز ارزیابی شود اگر قیمت روز بیش از ارزش دفتری باشد ارزش دفتری ملاک خواهد بود و اگر قیمت روز کمتر از ارزش دفتری باشد قیمت روز ملاک خواهد بود و مابه‌التفاوت به بدهکار حساب سود و زیان شرکت منظور خواهد شد.»

مؤسسات بیمه ایرانی موظف هستند در سرمایه‌گذاری خود قاعده اقل بهای تمام شده یا قیمت بازار را رعایت کنند درحالی‌که در برخی از کشورها که از بازارهای سرمایه پایدارتری برخوردار هستند به کارگیری روش ارزش بازار برای برخی از انواع سرمایه‌گذاری‌های شرکت‌های بیمه مورد قبول و مجاز شناخته شده است البته در رعایت مفهوم احتیاط غالباً تا آنجا که سرمایه‌گذاری به فروش نرسیده است اضافه ارزش بازار نسبت

به قیمت تمام شده به عنوان درآمد تحقق یافته تلقی نمی شود؛ بلکه چنین اضافه ارزشی به جای انتقال به سود و زیان دوره، به صورت جدا در صورت وضعیت تحت عنوان اندوخته تحقق نیافته در سرفصل حقوق صاحبان سهام منعکس و گزارش می شود.

به موجب ماده (۱۰) آیین نامه سرمایه گذاری های مؤسسات بیمه و به منظور اعمال نظارت بر سرمایه گذاری ها بیمه مرکزی ایران می تواند تمام یا قسمتی از اموال خریداری شده از محل سرمایه و ذخایر فنی و اندوخته های قانونی مؤسسات بیمه را در هر زمان که مقتضی بداند ارزیابی کند.

از آنجاکه سرمایه گذاری های شرکت های بیمه از دو منبع مالی یکی ذخایر فنی که از عملیات بیمه ای ناشی می شود و بیانگر تعهدات شرکت نسبت به بیمه گزاران است و دیگری از محل سرمایه و اندوخته ها حقوق صاحبان سهام صورت می پذیرد، لازم است درآمد سرمایه گذاری ها نیز به دو بخش تقسیم شود و بخش مربوط به ذخایر فنی در حساب درآمد عملیاتی که درآمدها و هزینه های عملیات بیمه ای را نشان می دهد، منظور گردد. بخش دیگر که درآمد سرمایه گذاری های انجام شده از محل سرمایه و اندوخته است باید جزء درآمدهای غیر عملیاتی گزارش شود.

۱۳. چارچوب مقررات نظارتی

هنگامی که یک مشتری کالایی را می خرد تقریباً همزمان با پرداخت قیمت کالا را در تملک و اختیار می گیرد حتی در بعضی از خدمات مانند برق یا تلفن مشتری بعد از مصرف بهای آن را می پردازد. اما در شرکت های بیمه مشتری مدت ها قبل از استفاده از خدمت بهای آن را می پردازد. این امر بدان معناست که بیمه گزار (مشتری) قول و تعهدی را خریداری و به توانایی پرداخت بیمه گر در جبران خسارت اتکا و اعتماد کند.

اگر شرکت بیمه نتواند تعهدات خود می را ایفا کند مشتری تنها حق بیمه خود را از دست نمی دهد؛ بلکه از آنجاکه در بیمه حق بیمه کم (قطعی) جهت جبران خسارت بزرگ احتمالی پرداخت می شود ممکن است بیمه گزار (مشتری) کل دارایی خود را از دست بدهد و باتوجه به اینکه معمولاً یک شرکت بیمه دارای مشتریان فراوانی است عدم انجام تعهدات از طرف چنین شرکتی ممکن است بر روند اقتصادی جامعه تأثیر گذاشته و مشکلات زنجیره ای بعدی ایجاد شود؛ لذا به منظور حفظ حقوق بیمه گزاران و جامعه دولت ها نظارت های خاص و متفاوتی بر شرکت های بیمه اعمال می کنند. این نظارت ها از طریق وضع و مقررات از جمله در موارد زیر صورت می گیرد:

- چگونگی تأسیس و اجازه فعالیت شرکت های بیمه؛
- تعیین نرخ بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه ها؛
- چگونگی فعالیت نمایندگان و بازاریابان و تعیین کارمزد پرداختی به آنان؛
- بیمه های اتکایی اجباری؛
- تبلیغات و بازاریابی؛
- کنترل مدیران؛

نظارت‌های مالی؛

تعیین حداقل سرمایه؛

چگونگی نگهداری حساب‌ها و الزامات در مورد افشای نتایج عملکرد و وضعیت مالی؛

لزوم ارائه گزارش‌ها و اظهارنامه‌های ادواری؛

مقررات در خصوص چگونگی ارزیابی دارایی‌ها و بدهی‌ها و حداقل ذخایر فنی و عادی و اندوخته‌ها؛

لزوم سپردن ودیعه و تضمین؛

تعیین سرمایه‌گذاری‌های مجاز و نظارت بر آنها؛

مقررات مربوط به انتقال عملیات و ادغام و انحلال؛

رعایت تناسب بین خالص دارایی‌های شرکت و عملیات بیمه‌ای (حق بیمه و خسارت)

مقررات نظارتی در ایران شامل قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و مصوبات شورای عالی بیمه است که بخشی از موارد پیش‌گفته را در بر می‌گیرد در تدوین و تصویب مقررات ناظر بر شرکت‌های بیمه باتوجه‌به روند تکاملی اصول و رویه‌های حسابداری کوشش بر آن است که مقررات حاکم و اصول و رویه‌های حسابداری همسو و هماهنگ باشند لیکن در مواردی ممکن است رعایت مقررات حاکم عدول از برخی از رویه‌های پذیرفته شده حسابداری را ایجاب کند که این امر در حرفه حسابداری برای برخی از مؤسسات از جمله بانک‌ها و شرکت‌های پیمانکاری پذیرفته شده است.

به‌عنوان نمونه جامعه اقتصادی اروپا شرکت‌های بیمه را از دستورالعمل چهارم خود در مورد صورت‌های مالی سالانه مستثنی کرده و در انگلستان نیز کمیته استانداردهای حسابداری در سال ۱۹۹۰ بر اساس پیشنهاد انجمن بیمه‌گران انگلستان بیانیه خاصی را به‌صورت رویه‌های پیشنهادی برای حسابداری شرکت‌های بیمه به تصویب رسانده است.

در ایران شرکت‌های بیمه در اجرای ماده (۶۲) تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری موظفاند صورت‌های مالی سالانه خود را طبق نمونه‌ای که به تصویب شورای عالی بیمه رسیده است تنظیم کنند و پس از تصویب نسخه‌ای از آن را برای بیمه مرکزی ایران بفرستند.

همچنین مؤسسات بیمه موظفاند صورت‌وضعیت خود را از طریق درج در روزنامه کشور و یکی رسمی از روزنامه‌های کثیرالانتشار منتشر کنند. صورت‌های مالی نمونه شرکت‌های بیمه یکبار در سال ۱۳۵۱ و بار دیگر در سال ۱۳۶۹ به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب شورای عالی بیمه رسیده است.

ذخایر فنی به ترتیبی که قبلاً اشاره شد از اقلام ویژه صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه است.

سرمایه‌گذاری‌ها نیز اگر چه مختص صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه نیست؛ ولی از ویژگی و اهمیت متفاوتی برخوردار است ذخایر فنی و سرمایه‌گذاری‌ها هر دو از مواردی است که عملیات حسابداری آنها باید با رعایت مقررات نظارتی مربوط صورت گیرد. در ایران شورای عالی بیمه برای هر یک از دو مورد مذکور آیین‌نامه خاصی به تصویب رسانیده است.

دو آیین نامه مصوب شورای عالی بیمه نحوه محاسبه و حسابداری ذخایر فنی و سرمایه گذاری ها را تعیین کرده است.

به موجب آیین نامه دیگری شرکت های بیمه موظفاند ذخایر برای جبران کاهش ارزش دارایی ها و هزینه های احتمالی و ذخیره تسعیر دارایی ها و بدهی های ارزی در حساب ها منظور نمایند و همچنین دو اندوخته قانونی و سرمایه ای داشته باشند حداقل اندوخته های سالانه هر شرکت بیمه ۱۵٪ سود ویژه سال تعیین شده است که ۱۰٪ سود ویژه اندوخته قانونی و ۵٪ سود ویژه اندوخته سرمایه ای است وضع اندوخته قانونی تا هنگامی که این اندوخته معادل سرمایه نشده است ادامه خواهد داشت و پس از آن میزان اندوخته سرمایه ای به ۱۵٪ سود ویژه افزایش می یابد.

در حالی که طبقه بندی دارایی ها به جاری و ثابت و سایر دارایی ها همچنین طبقه بندی بدهی ها به جاری و غیرجاری برای بیشتر مؤسسات ضروری است در شرکت های بیمه ضرورت چندانی ندارد؛ زیرا سرمایه گذاری ها و ذخایر سرمایه ای به ترتیب عمده ترین اقلام دارایی و بدهی شرکت های بیمه را تشکیل می دهند به سادگی قابل تفکیک به جاری و غیرجاری نیستند.

بنابراین، اگر چه برخی از شرکت های بیمه از این طبقه بندی استفاده کنند؛ ولی اکثریت آن را به می کار نمی برند. صورت سود و زیان شرکت های بیمه در یک طبقه بندی کلی به دو بخش تقسیم می شود، یکی حساب درآمد عملیاتی که مربوط به درآمدها و هزینه های بیمه ای است و اقلامی از قبیل حق بیمه خسارت کارمزد و افزایش یا کاهش ذخایر فنی نسبت به دوره قبل و نیز درآمدها و هزینه های عملیات بیمه های اتکایی را در بر می گیرد درآمد و هزینه سرمایه گذاری های انجام شده از محل وجوه بیمه ای (ذخایر فنی) را نیز می توان در این بخش جای داد.

بخش دیگر در برگیرنده درآمدها و هزینه های عادی غیر بیمه ای شامل درآمد و هزینه سرمایه گذاری های انجام شده از محل وجوه غیر بیمه ای مانند (سرمایه و اندوخته ها) و سایر درآمدها و هزینه هاست.

اقلام غیرعادی و سنواتی نیز هر یک به ترتیب خاصی در این بخش نشان داده می شود.

به لحاظ ماهیت متفاوت بیمه های درازمدت (اشخاص) و بیمه های کوتاه مدت (بیمه های عمومی)، شرکت های بیمه ای که در هر دو زمینه فعالیت می کنند غالباً موظفاند که حساب های بیمه های اشخاص خود را به صورت جداگانه از بیمه های عمومی نگاهداری نمایند.

بدین ترتیب حساب درآمد عملیاتی این شرکت ها خود از دو بخش تشکیل می شود که یک بخش نشان دهنده درآمدها و هزینه های بیمه های اشخاص است و بخش بعدی بیانگر درآمدها و هزینه های عمومی است. در صورت وضعیت نیز سرمایه گذاری ها و ذخایر فنی بیمه های اشخاص و بیمه های عمومی به صورت جداگانه منعکس می شود.

بررسی آماری صنعت بیمه



بررسی آماری صنعت بیمه

۱۲. گزارش تحلیلی آمار عملکرد بازار بیمه در ۵ ماهه اول ۱۴۰۲

۱. حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی

حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی به ترتیب حدود ۱۱۰/۸ و ۵۳/۶ همت (هزار میلیارد تومان) است.

مبالغ حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی نسبت به ۵ ماهه نخست سال گذشته به ترتیب ۵۹/۵ و ۸۷ درصد رشد دارد. البته در ماه‌های ابتدایی سال، رشد حق بیمه تولیدی و رشد خسارت پرداختی در سطح بالایی قرار دارد که معمولاً با گذشت ۹ ماه از سال تعدیل شده و به سطح مورد انتظار می‌رسد. رشد حق بیمه تولیدی اکثر رشته‌های بیمه بین ۲۵/۹ درصد در رشته باریبری تا ۱۸۰/۷ درصد در رشته پول (به جز رشته اعتبار با ۴۴/۶ درصد کاهش حق بیمه)، موجبات رشد ۵۹/۵ درصدی حق بیمه تولیدی بازار در این مدت را فراهم آورده است.

رشد بالای ۸۷ درصدی خسارت پرداختی بیشتر ناشی از عملکرد رشته‌های بیمه درمان، شخص ثالث-مازاد، زندگی و بدنه اتومبیل با سهم عمده در بازار (به ترتیب ۴۱/۶، ۲۷/۸، ۱۰/۹ و ۹/۴ درصد) و رشد بالای خسارت پرداختی در آنها معادل ۹۴/۶، ۸۳/۷، ۹۱/۹ و ۹۲/۷ درصد بوده است.

نسبت خسارت

نسبت خسارت بازار با ۷/۱ واحد افزایش در مقایسه با ۵ ماهه اول سال قبل به ۴۸/۳ درصد رسیده است. البته در محاسبه این نسبت (حاصل تقسیم خسارت پرداختی به حق بیمه تولیدی ضربدر ۱۰۰)، مبالغ خسارت‌های معوق، ذخایر حق بیمه، کارمزد شبکه فروش و هزینه‌های اداری-عمومی شرکت‌های بیمه در نظر گرفته نمی‌شود. همچنین، بررسی آمار عملکرد شرکت‌ها و رشته‌های بیمه از حیث "نسبت خسارت" در این مدت ۵ ماهه نمی‌تواند ارزیابی مطلوبی از عملکرد آنها در دسترس قرار داده و فعالیت واقعی شان را نشان بدهد.

۴ رشته اعتبار (با ۱۷۰/۸٪)، بدنه اتومبیل (با ۷۴/۷٪)، شخص ثالث-مازاد (با ۵۳/۸٪) و درمان (با ۵۰/۱٪) نسبت خسارتی بالاتر از بازار بیمه (با ۴۸/۳٪) داشتند.

۳. سهم بخش غیردولتی و رشته‌های بیمه در بازار

سهم بخش غیردولتی از حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی صنعت بیمه، به ترتیب ۷۸/۵ و ۷۵/۲ درصد است. البته سهم شرکت‌ها (بخش دولتی و غیردولتی) و رشته‌های بیمه در دوره‌های زمانی کمتر از یک سال معمولاً با تغییرات زیادی همراه است، لذا در تحلیل سهم از پورتفوی بازار بیمه باید این موضوع را مورد توجه قرارداد.

سهم ۴ رشته بیمه درمان، شخص ثالث-مازاد، زندگی و بدنه اتومبیل به ترتیب ۴۰/۱، ۲۵، ۱۱/۱ و ۶/۱ درصد (در مجموع ۸۲/۳٪) از پرتفوی حق بیمه تولیدی در بازار است (۱۷/۷ درصد مابقی حق بیمه به ۱۲ رشته دیگر اختصاص دارد). یادآور می‌شود، افزایش سهم بیمه درمان در بازار بیمه با پیشی گرفتن از سهم بیمه شخص ثالث-مازاد، به علت حق بیمه دریافتی بابت تمدید قرارداد بزرگ درمان گروهی به ترتیب با سازمان بنیاد شهید (در اردیبهشت ۱۴۰۲) و وزارت آموزش و پرورش (در خرداد سال جاری) است. بیشترین سهم از خسارت پرداختی در بازار بیمه همچنان به ۴ رشته درمان، شخص ثالث-مازاد، زندگی و بدنه اتومبیل به ترتیب با ۴۱/۶، ۲۷/۸، ۱۰/۹ و ۹/۴ درصد (در مجموع ۸۹/۷٪) اختصاص دارد (۱۰/۳٪ مابقی خسارت در ۱۲ رشته دیگر پرداخت شده است).

پوشش ریسک‌های مرتبط با وسایل نقلیه (با صدور بیمه‌نامه‌های شخص ثالث مازاد، حوادث راننده و بدنه اتومبیل) موجبات اختصاص ۳۴/۹ درصد از حق بیمه تولیدی و ۴۰/۵ درصد از خسارت پرداختی بازار را فراهم آورده است.

۴. تعداد بیمه‌نامه صادره و تعداد (موارد) خسارت پرداختی حدود ۲۸/۴ میلیون بیمه‌نامه صادر و ۲۹/۱ میلیون فقره خسارت پرداخت شده است. 
- تعداد بیمه‌نامه‌های صادره و تعداد موارد خسارت پرداختی نسبت به ۵ ماهه سال قبل، به ترتیب ۳/۶ درصد رشد و ۳ درصد کاهش داشته است. 
- علت اصلی رشد ۳/۶ درصدی تعداد بیمه‌نامه‌های صادره در بازار، متأثر از رشد این تعداد در دو رشته حوادث راننده و شخص ثالث-مازاد، در مجموع با ۷۱ درصد سهم (هر یک با سهم حدوداً ۳۵ درصد) از کل بیمه‌نامه‌ها و نرخ رشد ۵/۸ درصدی در تعداد صدور هر کدام از آنها بوده است. 
- کاهش ۳ درصدی تعداد خسارت‌های پرداختی بازار، در اصل به دلیل کاهش ۵/۶ درصدی این تعداد در بیمه درمان با سهم عمده (۹۲/۷ درصد) از کل تعداد خسارات پرداختی بازار است. 
۵. ارزش بیمه‌نامه، سرانه خسارت پرداختی و سرانه تعداد خسارت (بخش جدید) 
- «ارزش بیمه‌نامه» عبارت است از: نسبت حق بیمه تولیدی به تعداد بیمه‌نامه صادره که نشانگر متوسط حق بیمه تولیدی در هر بیمه‌نامه است. در ۵ ماهه اول ۱۴۰۲، این میزان به نحو کلی در بازار بیمه ۳۹ میلیون ریال است که در مقایسه با مدت مشابه سال گذشته ۵۴ درصد رشد نشان می‌دهد. همچنین طی این دوره، «ارزش بیمه‌نامه» در رشته‌های بیمه نفت و انرژی، هواپیما، اعتبار، کشتی و درمان به ترتیب حدود ۵۵/۵، ۱۷/۲، ۲، ۱/۵ و ۱/۲ میلیارد ریال و در سایر رشته‌ها به مراتب کمتر است. 
- «سرانه خسارت پرداختی» که حاصل تقسیم خسارت پرداختی به تعداد موارد خسارت است، حاکی از متوسط مبلغ پرداختی در هر مورد خسارتی است. این نسبت در ۵ ماهه نخست سال ۱۴۰۲، معادل ۱۸/۴ میلیون ریال است که ۹۲/۷ درصد در مقایسه با دوره مشابه سال قبل افزایش نشان می‌دهد. به علاوه در این مدت، «سرانه خسارت پرداختی» در رشته‌های بیمه هواپیما، نفت و انرژی، کشتی و باربری به ترتیب حدود ۸/۷، ۸/۳، ۷/۱ و ۲ میلیارد ریال و در سایر رشته‌ها به مراتب پایین تر است. 
- «سرانه تعداد خسارت» که از نسبت تعداد موارد خسارت به تعداد بیمه‌نامه صادره به دست می‌آید، مبین آن است که به طور متوسط در هر بیمه‌نامه چه تعداد خسارت پرداخت شده است. طی ۵ ماهه ابتدایی سال ۱۴۰۲، این نسبت در بازار بیمه معادل ۱ واحد است (۱/۰ واحد کمتر از ۵ ماهه نخست سال قبل) اما در رشته‌های بیمه درمان و اعتبار به ترتیب حدود ۷۱/۲ و ۴/۸ واحد بوده و در سایر رشته‌های بیمه به مراتب کمتر از یک واحد است. 

چکیده آمار عملکرد بازار بیمه در ۵ ماهه اول ۱۴۰۲

عنوان شاخص	مقدار شاخص	تغییر نسبت به مدت مشابه سال قبل
حق بیمه تولیدی	۱۱۰/۸ همت	۵۹/۵ درصد رشد
تعداد بیمه‌نامه صادره	۲۸/۴ میلیون فقره	۳/۶ درصد رشد
خسارت پرداختی	۵۳/۶ همت	۸۷ درصد رشد
تعداد خسارت پرداختی	۲۹/۱ میلیون فقره	۳ درصد کاهش
نسبت خسارت (تقسیم خسارت پرداختی به حق بیمه تولیدی ضربدر ۱۰۰)	۴۸/۳ درصد	۷/۱ واحد افزایش
سهم بخش غیردولتی	۷۸/۵ درصد از حق بیمه	۷۵/۲ درصد از خسارت
سهم رشته‌های عمده از بازار	درمان	۴۰/۱ درصد از حق بیمه ۴۱/۶ درصد از خسارت
	زندگی	۱۱/۱ درصد از حق بیمه ۱۰/۹ درصد از خسارت
ارزش بیمه‌نامه (نسبت حق بیمه تولیدی به تعداد بیمه‌نامه صادره)	شخص ثالث و مازاد	۲۵ درصد از حق بیمه ۲۷/۸ درصد از خسارت
		۶/۱ درصد از حق بیمه ۹/۴ درصد از خسارت
سرانه خسارت پرداختی (نسبت خسارت پرداختی به تعداد خسارت)	بدنه اتومبیل	۵۴ درصد رشد
		۹۲/۷ درصد رشد
سرانه تعداد خسارت (نسبت تعداد خسارت پرداختی به تعداد بیمه‌نامه صادره)	۱ واحد	
		۰/۱ واحد کاهش

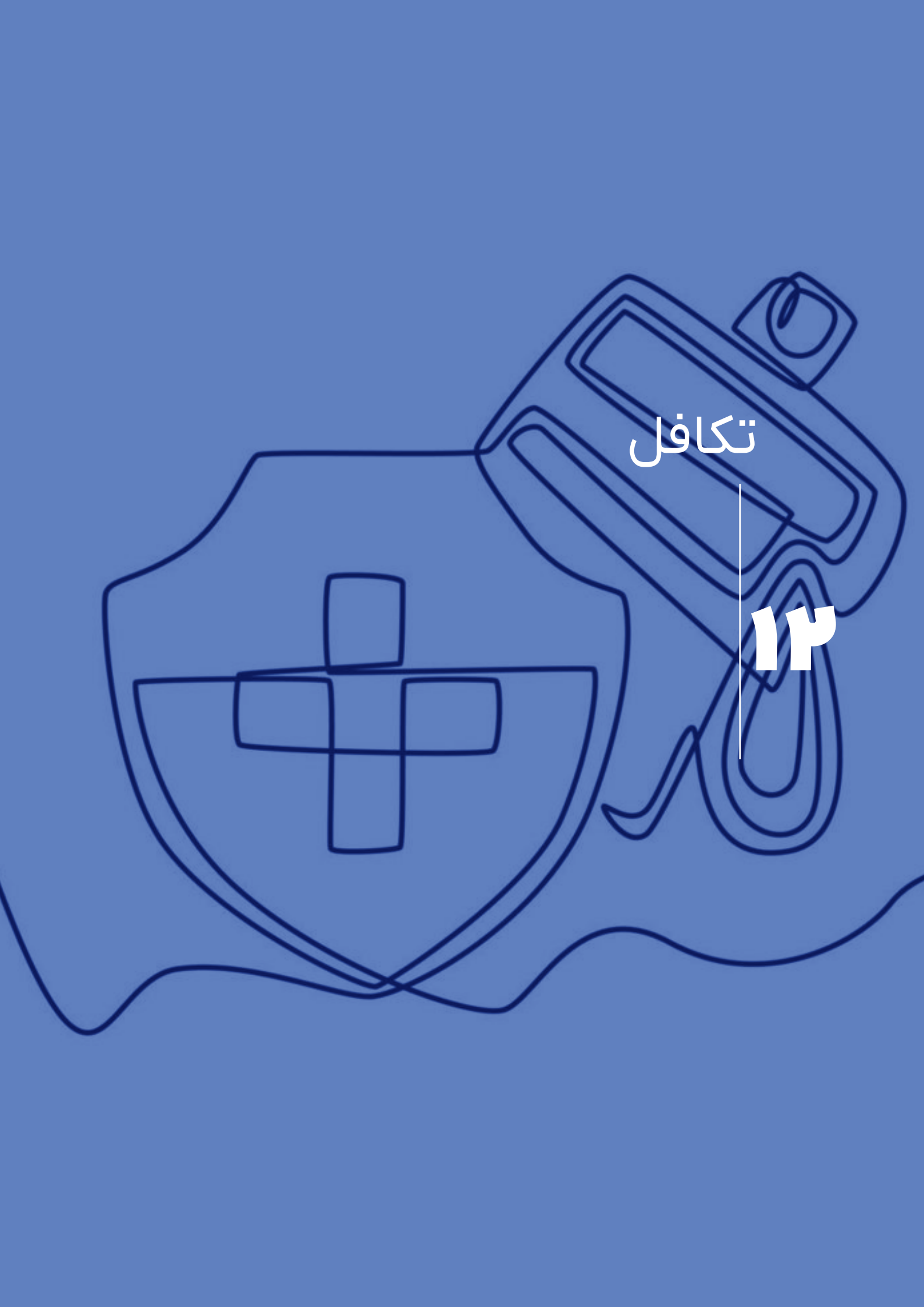
۲/۱۲. گزارش تحلیلی آمار عملکرد بازار بیمه در سال ۱۴۰۱

- مبلغ حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی به ترتیب در حدود ۱۷۵/۴ و ۱۰۰/۴ همت (هزار میلیارد تومان) است.
- تغییرات حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی نسبت به مدت مشابه سال گذشته به ترتیب در حدود ۵۰ و ۵۴/۵ درصد رشد بوده است.
- رشد حق بیمه تولیدی اکثر رشته‌های بیمه (از رشد ۳۱/۹ درصدی در بیمه کشتی تا ۱۰۲/۷ درصد در بیمه درمان و در مجموع با سهم ۹۸/۲ درصد از پرتفوی بازار) به جز ۲ رشته بیمه اعتبار و نفت و انرژی (به ترتیب با ۲۳ و ۱۱/۲ درصد کاهش حق بیمه و مجموع سهم ۱/۸ درصد از پرتفو)، موجبات رشد ۵۰ درصدی حق بیمه تولیدی بازار در این مدت را فراهم آورده است.
- فقط حق بیمه تولیدی در ۲ رشته اعتبار و نفت و انرژی از رشد مثبت برخوردار نبوده و کاهش یافته است. (به ترتیب با ۲۳- و ۱۱/۲- درصد رشد)
- ۳ رشته بیمه‌ای با سهم عمده از حق بیمه تولیدی بازار عبارت‌اند از: بیمه شخص ثالث و مازاد، بیمه درمان و بیمه زندگی به ترتیب با ۳۱/۳، ۲۶/۲ و ۱۴/۱ درصد سهم از پرتفوی حق بیمه تولیدی. در سال ۱۴۰۱، با بالا رفتن سهم بیمه درمان نسبت به سال قبل (به میزان ۸/۳ واحد)، از سهم سایر رشته‌ها در مقایسه با سال گذشته کاسته شده است؛ به ویژه در بیمه‌های شخص ثالث-مازاد (با ۳/۸ واحد)، زندگی (با ۱/۷ واحد) نفت و انرژی (با ۱/۲ واحد) و بیمه‌های: حوادث راننده، بدنه اتومبیل، باربری، آتش‌سوزی، کشتی، هواپیما، مهندس و مسئولیت (به ترتیب با ۰/۴، ۰/۳، ۰/۲، ۰/۱، ۰/۱، ۰/۱ و ۰/۱) در مجموع با ۱/۶ واحد.

- بیشترین سهم از خسارت پرداختی بازار به ۲ رشته درمان و شخص ثالث-مازاد با ۳۵/۷ و ۳۳/۷ درصد اختصاص دارد.
- سهم بیمه‌های وسایل نقلیه (شخص ثالث مازاد، حوادث راننده و بدنه اتومبیل) از حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی بازار به ترتیب ۴۳ و ۴۶/۲ درصد است.
- نسبت خسارت بازار با ۱/۷ واحد افزایش به حدود ۵۷/۳ درصد رسیده است.
- یادآور می‌شود، در محاسبه "نسبت خسارت" (حاصل تقسیم خسارت پرداختی به حق بیمه تولیدی برحسب درصد) مبالغ ذخایر خسارت‌های معوق و ذخایر حق بیمه (همچنین کارمزد شبکه فروش و هزینه‌های اداری - عمومی شرکت‌های بیمه) در نظر گرفته نمی‌شود؛ لذا میزان نسبت خسارت از مقدار "ضریب خسارت" (حاصل تقسیم خسارت واقع شده به حق بیمه عاید شده برحسب درصد) به مراتب کمتر است.
- ۴ رشته درمان (با ۷۸/۲٪)، بدنه اتومبیل (با ۶۳/۵٪)، شخص ثالث-مازاد (با ۶۱/۶٪)، حوادث راننده (با ۵۹٪) نسبت خسارتی بالاتر از بازار بیمه (۵۷/۳ درصد) داشتند. بر این اساس، بیشترین نسبت خسارت در بازار بیمه مربوط به رشته درمان است. (۷۸/۲ درصد)
- سهم بخش غیردولتی از حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی صنعت بیمه، به ترتیب ۷۲/۹ و ۷۰/۶ درصد بوده است. شایان ذکر است، با کاهش ۴/۴ واحدی سهم بخش دولتی از حق بیمه تولیدی بازار نسبت به سال قبل، به همین میزان به سهم بخش غیردولتی افزوده شده است. همچنین سهم بخش غیردولتی از خسارت پرداختی بازار در مقایسه با سال گذشته ۰/۹ واحد افزایش داشته است.
- طبق آمار سال ۱۴۰۱، شاخص انحصار در بازار بیمه نسبت به سال قبل به میزان ۱۷۶ واحد (۱۳/۱ درصد) کاهش یافته و به عدد ۱۱۷۱ رسیده است.
- میزان انحصار در بازار بیمه (بر اساس شاخص هرفیندال - هیرشمن) عبارت است از: «مجموع مجذورات سهم شرکت‌ها از حق بیمه تولیدی بازار». چنانچه این شاخص به زیر ۱۰۰۰ واحد برسد، حاکی از آن است که بازار بیمه کاملاً رقابتی شده و غیرانحصاری است.
- حدود ۷۴/۱ میلیون بیمه‌نامه صادر و ۶۹/۴ میلیون فقره خسارت پرداخت شده است.
- تعداد بیمه‌نامه‌های صادره و تعداد موارد خسارت پرداختی نسبت به سال قبل، به ترتیب ۳/۷ و ۲۴/۶ درصد رشد داشته‌اند.
- رشد ۳/۷ درصدی تعداد بیمه‌نامه صادره بازار به واسطه رشد این تعداد در اکثر رشته‌های بیمه بوده است (به جز ۴ رشته آتش‌سوزی، باربری، زندگی و نفت و انرژی در مجموع با سهم ۱۴ درصدی در بازار). به عبارت دیگر، علت اصلی رشد ۳/۷ درصدی تعداد بیمه‌نامه‌های صادره متأثر از رشد این تعداد در دو رشته شخص ثالث-مازاد و حوادث راننده در مجموع با ۷۰/۶ درصد سهم از بازار (به ترتیب ۳۵/۶ و ۳۵ درصد) و با نرخ رشدهای ۷ و ۵/۱ درصدی در تعداد بیمه‌نامه‌های آنها بوده است.
- تنها در ۴ رشته بیمه آتش‌سوزی، باربری، زندگی و نفت و انرژی، رشد مثبت در تعداد بیمه‌نامه صادره وجود نداشته و کاهش داشته است. (به ترتیب با ۳۰، ۱۶، ۴/۹ و ۴/۵- درصد رشد)
- رشد ۲۴/۶ درصدی تعداد موارد خسارت پرداختی بازار، بیشتر به دلیل رشد ۲۴/۵ درصدی این تعداد در بیمه درمان با سهم عمده (۹۴/۱ درصد) از تعداد خسارت‌های پرداختی بازار بیمه بوده است.
- شاخص حق بیمه سرانه (نسبت حق بیمه تولیدی به جمعیت کشور که میزان متوسط پرداخت حق بیمه توسط آحاد جامعه را نشان می‌دهد) با ۴۸/۱ درصد رشد نسبت به سال قبل حدود ۲ میلیون و ۴۰ هزار تومان بوده است.

چکیده آمار اولیه عملکرد صنعت بیمه در سال ۱۴۰۱

عنوان	مقدار	تغییرات در مقایسه با مدت مشابه سال قبل
حق بیمه تولیدی	۱۷۵/۴ همت	۱۷۵/۴ همت
تعداد بیمه نامه صادره	۷۴/۱ میلیون فقره	۳/۷ درصد رشد
خسارت پرداختی	۱۰۰/۴ همت	۵۴/۵ درصد رشد
تعداد موارد خسارت پرداختی	۶۹/۴ میلیون فقره	۲۴/۶ درصد رشد
نسبت خسارت	۵۷/۳ درصد	۱/۷ واحد افزایش
سهم بخش غیردولتی	۷۲/۹ درصد از حق بیمه	۷۰/۶ درصد از خسارت
سهم رشته های عمده از پرتفوی حق بیمه	۳۱/۳ درصد شخص ثالث و مازاد	۲۶/۲ درصد درمان
۱۴/۱ درصد زندگی		

A line art illustration on a blue background. On the left is a shield with a cross inside. On the right is a medical device, possibly a ventilator or monitor, with a tube connected to it. The text 'تكافل' is written in white Arabic script above a vertical line, and the number '١٢' is written in white Arabic numerals to the right of the vertical line.

تكافل

١٢

تکافل

۱/۱۳. تعاریف موجود از تکافل

۱/۱/۱۳. تعریف عام

واژه تکافل از قرآن و سنت از واژه عربی «کفالت» گرفته شده است و به معنای ضمانت مشترک است که هدف آن نیز مشارکت و یاری دو جانبه میان اعضای گروه مشخصی است. در عمل تکافل به عنوان روشی مبتنی بر ضمانت مشترک اعضای گروه مذکور در صورتی که برای فردی مشکل و حادثه ای ایجاد شود، بر ضمانت و وثیقه ی مشترک اتفاق نظر داشته و مجموع منابع جمع شده را برای جبران خسارت به فرد ضرر دیده می پردازند. تمامی اعضای گروه تلاششان را به کار می گیرند تا فرد نیازمند را حمایت نمایند. در بعضی منابع این واژه را ضمانت طرفینی یا مسئولیت مشترک نیز بیان کرده اند.

در کتاب المنجد واژه تکافل به معنای «ضمانت متقابل» آمده است. با ذکر این مثال که تکافل القوم یعنی آن قوم کفیل (ضامن) یکدیگر شدند. برخی تکافل را این چنین معنی کرده اند: نوعی زندگی جاری بین موجودات گوناگون زنده است که در آن، دو طرف منفعت را با یکدیگر مبادله می کنند. برخی نیز در تقریرات خود آورده اند که: هر عضو جامعه کفیل دیگران است، همچنان که دیگران نیز کفیل اویند و باید همه نیازهای او را تکفل کنند و بی جهت نیست که امروز محققان به این وظیفه تکافل اجتماعی نام نهاده اند. این کلمه به معنای «تضمین مشترک» و «کمک متقابل میان گروهی» و «مساعدت و کمک» نیز به کار رفته است.

تکافل یک قرارداد همیاری متقابل، اشتراک در منافع و مسئولیت، برادری در برابر خطرات یا فجایی غیرقابل پیش بینی است که در آن انتظار می رود اعضا، خالصانه و بی ریا با یکدیگر همکاری داشته باشند.

تکافل مبتنی بر اصل قرآنی تعاون و به معنای «کمک متقابل میان گروهی» است و هر عضوی در حمایت از نیازمندان داخل گروه سهم دارد. این نوع شبیه بیمه تعاونی است. در مجموع می توان گفت تکافل معادل دقیق فارسی ندارد و برای بیان آن باید از چند لفظ استفاده کرد؛ لذا با توجه به تعاریف مختلف بیان شده می توان تکافل را این چنین تعریف کرد:

تکافل عبارت است از «اهتمام عمومی به امور هموعان» اعم از این که عموم مسلمانان یا غیرمسلمانان را شامل شود. فلذا می توان تکافل اسلامی را «اهتمام عمومی مسلمانان به امور هموعان» و یا به تعبیری انجام واجبات اجتماعی و ترک محرمات اجتماعی تعریف کرد. «هموعان» نیز در این تعریف اعم از مسلمان و غیرمسلمان خواهد بود. منظور از «واجبات اجتماعی» و «محرمات اجتماعی» هر امری است که از نظر اسلام در حیطه اجتماع لازم است انجام یا ترک شود. به بیان دیگر آنچه که افراد جامعه

اسلامی به صورت تکتک یا به صورت جماعت باید بپا دارند تا رضایت شارع را جلب کنند. فلذا مقصود اموری است که به واسطه اجتماعی بودن بر تکتک یا جماعت امت اسلامی لازم می‌شود. مسلم است که اگر انسان به صورت فردی زندگی می‌کرد؛ احکام اجتماعی به وی واجب نمی‌شد.

۲/۱/۱۳. تعریف خاص

تکافل اقتصادی اسلام عبارت است از: «اهتمام عمومی مسلمانان به امور اقتصادی و مالی هموعان». در این تعبیر نیز منظور از «مال» عبارت خواهد بود از: «کل مایملک و دارایی فرد مسلمان»؛ بنابراین برای فرد یا جماعت مسلمانان در اجتماع، برخی امور از قبیل پرداخت خمس، زکات و... واجبات مالی محسوب می‌شود و برخی امور مانند انفاقات، قرض الحسنه و... اگرچه به خودی خود از مستحبات مالی به شمار می‌آید، ولی در زمان احتیاج هموعان جزء واجبات اجتماعی منظور خواهد شد؛ یعنی امور واجبی که به خاطر اجتماع لزوم پیدا کرده‌اند. از طرفی طبق این تعریف مالکیت مال از طریق مکاسب محرمه و هر نوع فعالیت اقتصادی که در اسلام نهی شده است زیر مجموعه محرمات مالی محسوب می‌شوند که لازم است ترک شود. مانند مالی که از طریق غصب، ربا، لهو و لعب، و... به دست می‌آیند.

۲/۱۳. انواع مدل بیمه های تکافل

۱/۲/۱۳. مدل وکالت در بیمه های تکافل

«الوکاله» اصطلاحی است که از ریشه کلمه «وکاله» ساخته شده است. واژه «وکاله» در قرآن چندین بار آمده است و معانی متعددی دارد، اما با وجود این، همه آنها برای نشان دادن «نماینده‌گی شخصی از جانب شخص دیگری در حالات خاص» به کار می‌روند. تحت این مدل، شرکت تکافل هزینه‌ای را برای مدیریت و عملکرد صندوق دریافت می‌کند. این هزینه توسط هیئت مشورتی شرعی شرکت تعیین می‌شود. مدل وکالت اساساً برای تمایز بین شرکت عامل (وکیل) و صندوق تکافل استفاده می‌شود. اشتراک ریسک تعاونی در میان شرکت‌کنندگانی اتفاق می‌افتد که در آن شرکت تکافل برای خدمات خود (به عنوان نماینده) هزینه‌ای دریافت می‌کند و در هیچ یک از پیامدهای بیمه‌گری شرکت سهیم نمی‌شود، زیرا این پیامدها چه به عنوان مازاد یا کسری متعلق به مشارکت‌کنندگان است.

در این مدل شرکت تکافل یا وکیل، توسط مؤسسان و سهام‌داران تأسیس می‌شود. بیمه‌گذاران مبالغی تحت عنوان حق بیمه به شرکت پرداخت می‌کنند که در حساب آنان و مجزا از حساب وجوه سهام‌داران شرکت تکافل نگهداری می‌شود. شرکت تکافل به عنوان وکیل بیمه‌گذاران می‌تواند وجوه جمع‌آوری شده بیمه‌گذاران و یا حق بیمه‌ها را مطابق مقررات شرعی و در موارد مشروع سرمایه‌گذاری کند و سود آن را

به حساب بیمه‌گذاران واریز کند و در صورت به بارآمدن خسارت، خسارت‌ها را جبران کند و علیه مقصر اقامه دعوا کند. در این مدل، شرکت تکافل به دلایلی در سود و زیان نمی‌خواهد شریک باشد و تنها به عنوان وکیل اجرت مطالبه می‌کند و مسئولیتی نیز در قبال زیان‌های وارده ناشی از سرمایه‌گذاری متوجه او نیست مگر در صورتی که خسارت وارده ناشی از تقصیر او باشد.

بر اساس این مدل، اپراتور تکافل خدماتی را بر اساس حق‌الزحمه ارائه می‌دهد که از قبل توافق شده است و هیچ سهمی در سود کسب و کار ندارد. سهم خالص پس از کسر هزینه اپراتور به حساب ریسک مشارکت‌کنندگان (PRA) وارد می‌شود که برای پرداخت مطالبات، تکافل مجدد و تعدیل ذخایر استفاده می‌شود.

سرمایه‌گذاری اولیه در این مدل درست مانند مدل مضاربه، سرمایه یا سرمایه اولیه توسط شرکت‌کنندگان تأمین می‌شود. در طول مدت قرارداد، اگر شرکت به دلیل تجربه مطالبات نامطلوب با کسری مواجه شود، معمولاً اپراتور موظف است کسری را جبران کند و به اصطلاح قرض‌الحسنه یا وام بدون بهره ارائه کند که از مازاد آتی بازپرداخت می‌شود. برای مدیریت موفقیت‌آمیز عملیات وکالت به مهارت‌های زیادی نیاز است. شرکت‌کنندگان موظف‌اند تمام هزینه‌های مربوط به مدیریت را از سهم خود و هر مقدار باقی‌مانده به عنوان سود شرکت‌کننده تأمین کنند.

در مضاربه سود بین دو طرف یعنی شرکت‌کننده و بهره‌بردار تقسیم می‌شود. اما تحت قرارداد وکالت اپراتورها خدمات خود را به عنوان یک نماینده بر اساس حق‌الزحمه یا نسبت ثابت ارائه می‌دهند، بنابراین کل سود پس از پرداخت تمامی مطالبات، بر اساس سهم آنها بین شرکت‌کنندگان توزیع می‌شود. به طور کلی، بخشی از مازاد ممکن است به عنوان ذخیره احتیاطی حفظ شود و باقیمانده ممکن است به تناسب مشارکت آنها بین شرکت‌کنندگان توزیع شود. مسئولیت تمامی هزینه‌های مدیریت و بازاریابی بر عهده مشارکت‌کننده است. در صورتی که شرکت با کسری مواجه شود، معمولاً اپراتور موظف به جبران کسری و تأمین وجوه اضافی (قرض‌الحسنه) است.

برخی انتقادات در خصوص مدل وکالت به شرح زیر است:

۱. در مدل وکالت، تبری به عنوان دارایی شرکت‌کننده باقی می‌ماند، او حق دارد مازاد را پس بگیرد و بنابراین مشروط می‌شود. این بدان معناست که مبلغی که توسط مشارکت‌کننده ارائه می‌شود، طبق تعریف تبرع اهدایی نیست.

۲. موضوعی که هنوز در حال بررسی است، مربوط به درصدی از مازاد حق بیمه است که به عنوان انگیزه عملکرد برای اپراتور پرداخت می‌شود.

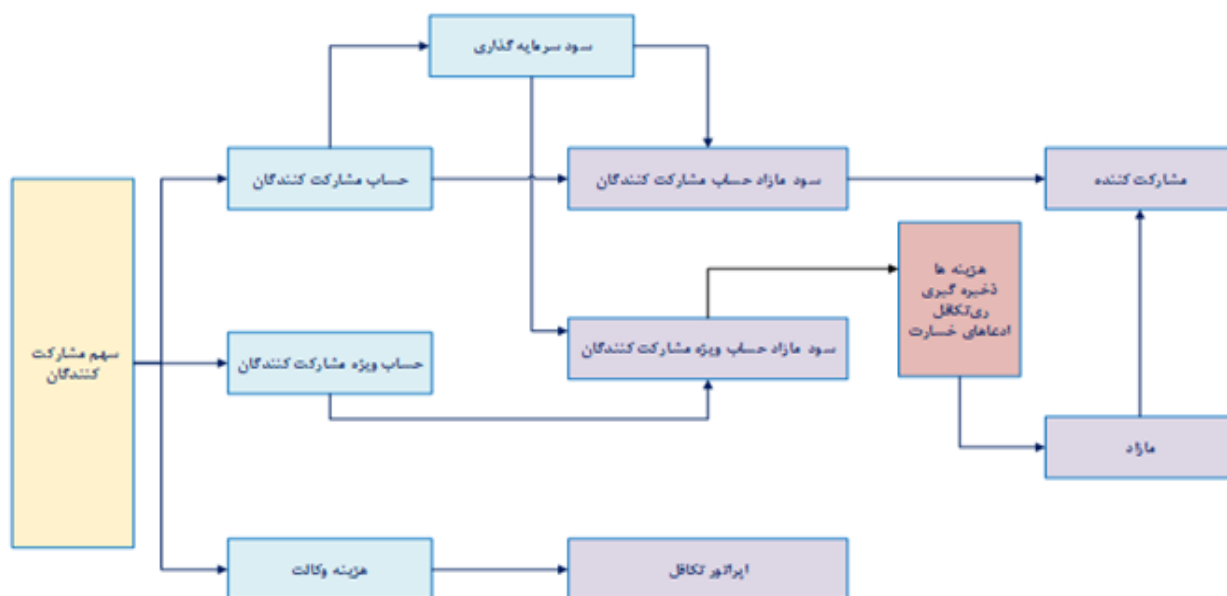
۳. به عنوان وکیل، اپراتور مسئولیت مدیریت عادلانه صندوق تکافل را بر عهده دارد.

مدل وکالت را این‌گونه تعریف می‌کنند که یک طرف برای مدیریت صندوق تکافل سرمایه و طرف دیگر به جای سود، کارمزد دریافت می‌کند. در تکافل خانوادگی دو حساب تشکیل می‌شود که عبارت‌اند از

حساب پس‌انداز فردی و حساب ریسک که خسارت شرکت‌کنندگان را رسیدگی می‌کند. برای مدیریت دو حساب کارمزد نمایندگی ثابت دریافت می‌شود. مبلغ مازاد پس از پرداخت مطالبات و هزینه‌ها از حساب ریسک به حساب پس‌انداز فردی منتقل می‌شود. مبالغ هر دو حساب نیز در ابزار شرعی سرمایه‌گذاری می‌شود و سود حاصل از سرمایه‌گذاری ابزار در هر دو حساب واریز می‌شود.

در تکافل عمومی، هزینه ثابتی از سهم مشارکت‌کنندگان در صندوق تکافل کسر می‌شود. پس از کسر، مبلغ به حساب ریسک می‌رود که در ابزار شرعی نیز سرمایه‌گذاری می‌شود. سود به حساب اضافه می‌شود. سپس مبلغ خسارت و سایر هزینه‌ها کسر می‌شود. اگر مازادی ایجاد شود، اپراتور تکافل هزینه وکلا را از آن دریافت می‌کند، سپس مبلغ باقیمانده به حساب مشارکت‌کننده واریز می‌شود. به گفته یکی دیگر از محققین، مبلغ مازاد از حساب ویژه مشمولان پس از کسر کلیه مطالبات و سایر هزینه‌ها به این حساب واریز می‌شود. سود حاصل از سرمایه‌گذاری حساب شرکت‌کننده نیز در این حساب واریز می‌شود. هزینه وکالت از هر دو حساب دریافت می‌شود. به این مدل، مدل خالص وکالت می‌گویند. در مدل وکالت اصلاح شده، مقدار مازاد با اپراتورهای تکافل به اشتراک گذاشته می‌شود.

مدل وکالت



۲/۲/۱۳. مدل وقف

بر اساس این الگو، بیمه‌گذار در قرارداد خود با شرکت تکافل، رضایت خود را به این نحو بیان می‌دارد که حق بیمه‌های پرداختی بر اساس اصول وقف به صندوق تکافل واریز گردد. برای آغاز این عمل، شرکت تکافل صندوق وقفی را در داخل صندوق تکافل ایجاد می‌کند. بدین منظور شرکت تکافل مجبور است مقداری از سرمایه شرکت را برای ایجاد چنین صندوقی کنار بگذارد که در اصطلاح به آن «پول اولیه» گفته می‌شود. سرمایه موجود در این صندوق مثل سرمایه صندوق تکافل بوده و طبق همان اصول سرمایه‌گذاری خواهد شد. اما به چه دلیل باید شرکت تکافل این صندوق را ایجاد کند و آیا لازم است که این عمل حقوقی از جانب شرکت آغاز گردد. دلیل این مسئله را واقف محسوب کردن این شرکت دانسته‌اند تا نحوه اداره آن و هر آنچه که در اختیارات واقف است، توسط شرکت معین گردد. توضیح آن که یکی از اشکالات وارد بر تبرع در تکافل، التزام متقابل صندوق تکافل و بیمه‌گذاران در تبرع کردن است؛ یعنی بیمه‌گذار باید تبرع نماید و صندوق تکافل نیز در صورت حادثه باید به وی تبرع نماید و این التزام با ذات تبرع مغایرت دارد. تمام هزینه‌های مربوط به صدور بیمه‌نامه و تصدی‌گری شرکت تکافل از همین صندوق وقف قابل برداشت است. شرکت تکافل به‌عنوان مدیر، می‌تواند تمام اعمال موردنیاز راجع به این صندوق را در مقابل حق‌الوکاله‌ای که از حق بیمه‌های پرداختی کسر می‌شود، انجام دهد. شرکت تکافل به‌عنوان مضارب نیز، سرمایه موجود در صندوق تکافل را به روش‌های مطابق با شرع (نه عدم مخالفت) سرمایه‌گذاری می‌کند و با درصد توافقی، سهمی را از سود حاصله برداشت می‌کند. فرقی که میان این مدل با مدل‌های دیگر تکافل وجود دارد آن است که در مدل وقف، قصد بیمه‌گذاران وقف است، درحالی‌که در مدل‌های دیگر قصد آنها تبرع سرمایه است. البته لازم به ذکر است که وجود قصد تبرع و وقف در تکافل به دلیل احتراز از شبهه وجود میسر و قمار در بیمه است. اما دو اشکالی که در این زمینه ممکن است از لحاظ فقهی وجود داشته باشد، مسئله تقسیم سود حاصله از صندوق تکافل و صندوق وقف و تعیین نکردن میزان جبران خسارت مذکور در قرارداد است؛ زیرا اضافه صندوق وقف از اموال شخصیت حقوقی وقف است و بدون دلیل نباید میان بیمه‌گذاران توزیع گردد. البته در این مورد، شرکت تکافل باسیاست خود عمل می‌کند و تمام اضافی صندوق به بیمه‌گذاران داده نمی‌شود بلکه می‌تواند به سه قسمت تقسیم کند: قسمتی از آن به صندوق وقف بازگردانده شود تا خطر شرکت در جبران خسارات در زمان‌های آتی کاسته شود و سرمایه صندوق در برابر خسارات آتی مکفی واقع گردد؛ سهمی نیز به بیمه‌گذارانی که در دوره قرارداد خود، مبلغی را به‌عنوان جبران خسارت از شرکت نگرفته‌اند، بازگردانده شود تا تفاوتی میان بیمه‌های رایج و این نوع از بیمه وجود داشته باشد و سهمی نیز برای اهداف خیریه برای کمک به صندوق‌های خیریه، ذخیره گردند. پاسخی که به اشکال موردنظر داده‌اند، آن است که خود مسجد وقف است؛ ولی دارایی‌های آن ملک خود مسجد است و مال موقوفه محسوب نمی‌گردد. بر اساس این نظر، بیمه‌گذاران قصد وقف ندارند و تنها مال خود را

به صندوق وقف تبرع می‌نمایند. در واقع هر بیمه‌گذاری برای آن که از مزایای وقف‌نامه استفاده نماید و شامل بیمه‌گذاران در طرح تکافل گردد، مبلغی را تبرع نموده باشند و در نتیجه، تبرع به شرط تبرع می‌شود و همین معاوضه‌ای مستقل است؛ بنابراین اگر تکافل معاوضه‌ای در نظر گرفته شود، همانند بیمه‌های متعارف، به دلایل غرر، ربا و قمار غیرشرعی محسوب خواهد شد. همچنین بدون تعیین و موافقت قبلی در سند قرارداد تکافل، خود شرکت تصمیم می‌گیرد که بابت خسارتی که به بیمه‌گذار وارد شده است، چه مقداری توسط صندوق وقف باید به وی اعطا گردد. از سوی دیگر شاید تعلق دو عنوان به شرکت تکافل (مضارب و مدیر) خالی از اشکال نباشد. لازم به ذکر است که از حق بیمه‌های اعطایی توسط بیمه‌گذاران، حق الوکاله‌ای جهت هزینه‌های مدیریت و تصدی‌گری کسر می‌گردد و پس از ورود باقی‌مانده به صندوق وقف، دوباره هزینه حق الوکاله‌ای جهت انجام امور وقف از صندوق وقف کسر می‌گردد. اما نکته‌ای که حایز اهمیت است آن است که برخلاف سایر انواع الگوهای تکافل، مالکیت صندوق وقف برای خود صندوق است که می‌تواند برگشت‌ناپذیری تمام اضافی صندوق را توجیه کند. بعضی بر این عقیده‌اند که مدل وقف بیشترین هماهنگی و مطابقت را با روح تعاونی تکافل دارد؛ زیرا این مدل با بسیاری از اهداف تعاونی در تطابق است. یکی از ویژگی‌های این مدل آن است که مردم بیشتر با عقد وقف که تقریباً در میان مسلمانان کمرنگ‌تر شده است، آشنا می‌شوند.

در قالب وقف نیز بیمه‌گذار حق بیمه‌ای را به صندوق بیمه می‌پردازد که موقوفه بوده و شخصیت حقوقی دارد و متولی آن، حقی به‌عنوان حق‌التولیه برداشته و در صورت ایجاد خسارت به یکی از بیمه‌گذاران مبلغی را به‌عنوان خسارت تأدیه می‌کند. به نظر می‌رسد، سه اشکال که عبارت‌اند از عدم پذیرش وقف پول، عدم پذیرش وقف از سوی اشخاص حقوقی، عدم سازگاری وقف اموال شرکت با ماهیت شرکت‌های تجاری بیمه، بر این عقد از عقود تکافل در فقه امامیه و حقوق ایران وارد است.

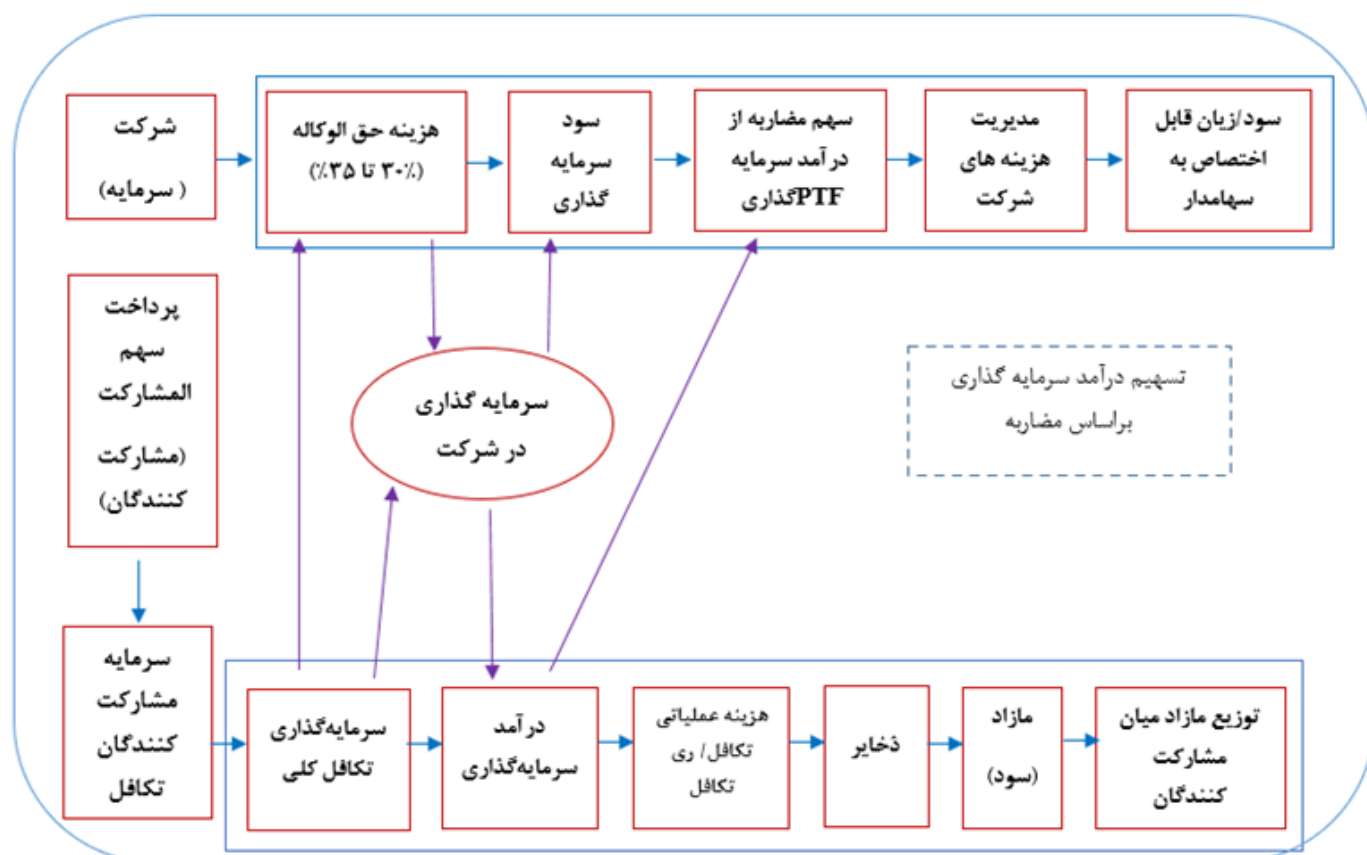
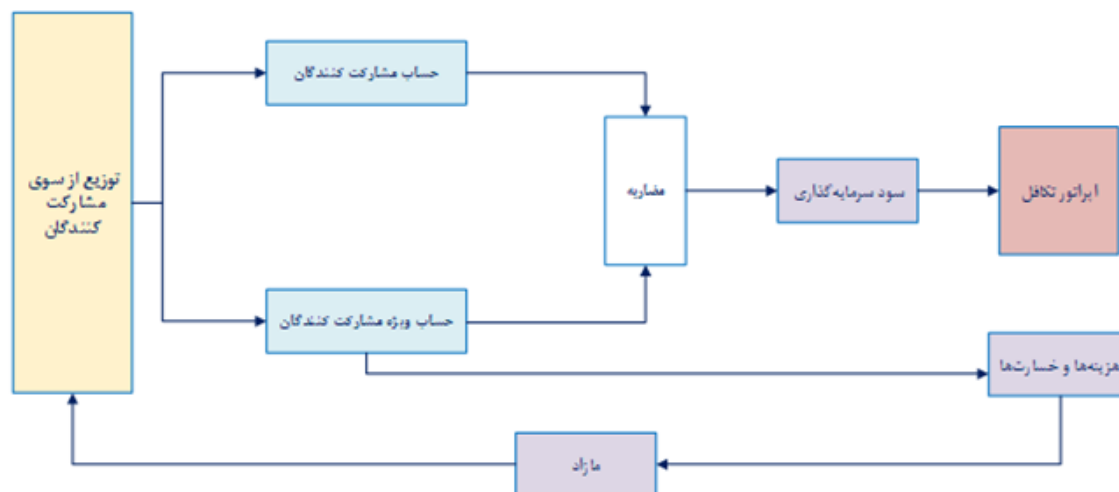
۳/۲/۱۳. مدل مضاربه

در این مدل برخلاف مدل وکالت، شرکت تکافل بر اساس قرارداد مضاربه و به عنوان عامل یا مضارب وجوه بیمه‌گذاران را سرمایه‌گذاری می‌کند با این تفاوت که همه ریسک ناشی از سرمایه‌گذاری بر عهده مضارت یعنی بیمه‌گذاران است و سود ناشی از سرمایه‌گذاری نیز بین طرفین تقسیم می‌شود. تفاوت دیگر اینکه در مدل وکالت، وکیل مستحق اجرت است و مسئولیتی در قبال موکل ندارد، مگر اینکه خسارت ناشی از تقصیر وکیل باشد، درحالی‌که در مدل مضاربه، عامل مستحق اجرت نیست ولی بر اساس قرارداد مضاربه، پس از کاستن از هزینه‌های مدیریتی و سایر مخارج، سود باقی‌مانده میان عامل و مضارب تقسیم می‌شود.

مریم سعید مدل مضاربه را یک قرارداد مشارکت در سود تعریف کرده است که در آن مشارکت‌کنندگان سرمایه (سهم) را تأمین می‌کنند و متصدی تکافل به عنوان مضارب از تخصص مدیریتی برای ایجاد سود حاصل از سرمایه‌گذاری سرمایه مذکور استفاده می‌کند. سود بین همه بر اساس نسبت توافق شده تقسیم می‌شود. در تکافل خانوادگی دو حساب به نام‌های حساب ویژه شرکت کننده (PSA) و حساب مشارکت کننده (PA) تشکیل می‌شود. در حساب ویژه مشارکت کنندگان، بخش کوچکی از سهم برای پرداخت مطالبات و هزینه‌های بیمه‌گری نگهداری می‌شود، درحالی‌که در حساب مشارکت‌کنندگان، مقدار عمده‌ای برای سرمایه‌گذاری اختصاص می‌یابد. مبالغ هر دو حساب در اسناد تایید شده شرعی سرمایه‌گذاری می‌شود. سود حاصل از سرمایه‌گذاری در حساب مشارکت کنندگان بین شرکت کنندگان و اپراتور تکافل تقسیم می‌شود. سود حاصل از سرمایه‌گذاری حساب ویژه مشارکت کنندگان و مبلغ موجود در حساب حساب ویژه مشارکت کنندگان برای پرداخت خسارت و هزینه‌های پذیره نویسی استفاده می‌شود. در صورت کسری مبلغ حساب ویژه مشارکت کنندگان، مبلغ از حساب مشارکت کنندگان یا سهامدارانی اخذ می‌شود که وام یا قرض‌الحسنه می‌دهند؛ اگر پس از پرداخت مطالبات و هزینه‌ها، مبلغ مازاد باشد، مازاد مبلغ بین اپراتور تکافل و شرکت‌کنندگان تقسیم می‌شود.

در طرح کلی تکافل، سهم مشارکت کنندگان مستقیماً در حساب ویژه مشارکت کنندگان خواهد بود که سرمایه‌گذاری نیز می‌شود. سود حاصل از سرمایه‌گذاری و میزان سرمایه‌گذاری هر دو برای پرداخت مطالبات و هزینه‌ها استفاده می‌شود. میزانی از مبالغ موجود در حساب ویژه مشارکت‌کنندگان به عنوان ذخیره برای آینده حفظ خواهد شد. هر گونه مازاد پس از تمام پرداخت‌ها بین شرکت‌کنندگان و اپراتور تکافل بر اساس نسبت توافق شده تقسیم می‌شود این مدل مضاربه که در ذیل تکافل کلی و خانوادگی توضیح داده می‌شود، مدل مضاربه اصلاح شده نامیده می‌شود که در آن مازاد حق بیمه با اپراتورهای تکافل تقسیم می‌شود. در مضاربه خالص، مازاد حق بیمه مشترک نیست.

مدل مضاربه



۱/۳/۱۳. تکافل خانواده

تکافل خانواده در پی برآورده کردن سه هدف است که عبارت‌اند از:

- تشویق اعضاء به پس انداز منظم.
- سرمایه‌گذاری وجوه اعضاء به نحوی که منطبق با اسلام باشد.
- ارائه ی حمایت و پشتیبانی از بازماندگان اعضا، به کمک منافع تکامل.

برای روشن شدن چگونگی تأمین اهداف فوق الذکر، سازوکار تکافل خانواده را به تفصیل مورد بررسی قرار می دهیم:

الف. پرداخت حق بیمه:

هر فردی از ۱۸ ساله تا ۵۵ ساله می‌تواند در فعالیت های تکافل خانواده شرکت کند. مبلغی را که فرد باید به‌عنوان کمک و اعانه (حق بیمه) به شرکت تکافل پرداخت کند بستگی به عواملی مانند مدت زمان بیمه نامه تکافل، مقدار مبلغ بیمه شده و نوع قرارداد تکافل و... دارد. حق بیمه های تکافل به صندوق مشخصی به نام صندوق تکافل خانواده واریز می گردد. این حق بیمه‌ها به دو حساب جداگانه یعنی حساب شرکت کنندگان و حساب ویژه شرکت کنندگان تقسیم می‌شود.

حساب شرکت کنندگان که سهم عمده ی حق بیمه‌ها در آن قرار می گیرد فقط برای سرمایه‌گذاری و پس انداز مورد استفاده قرار می گیرد. مابقی در حساب ویژه شرکت کنندگان که ماهیت تبرع و کمک را دارد واریز می گردد و به منظور پرداخت منافع تکافل به بازماندگان اعضا مورد استفاده قرار می گیرد. اما این که چه نسبتی از حق بیمه‌ها در این حساب قرار داده می‌شود بستگی به میزان پرداختی شرکت تکافل به بازماندگان متوفاها دارد.

ب. سرمایه‌گذاری و تقسیم سود:

کلیه ی وجوه صندوق تکافل که شامل هر دو حساب مذکور است، در فعالیت های اسلامی مختلفی سرمایه‌گذاری می‌شود و سود حاصله بر اساس نسبت اولیه، بین دو حساب تقسیم می‌شود و در آن ها نگهداری می‌شود. سود حاصله از حساب شرکت کنندگان، بر اساس نوع عقد بین شرکت تکافل و اعضا، بین آن ها تقسیم می‌شود. مثلاً اگر الگوی تکافل خانواده بر اساس مضاربه و تقسیم سود باشد؛ این سود به نسبت تعیین شده در قرارداد، بین اعضا و شرکت تقسیم می‌شود و اگر الگوی تکافل خانواده بر اساس وکالت باشد، تمامی این سود متعلق به اعضا است؛ زیرا شرکت تکافل از همان ابتدا، حق الوکاله ی خود را از حق بیمه های دریافتی برداشته است.

ج. ضرر و زیان:

اگر ضرر و زبانی حاصل شود بر اساس نوع عقد و قرارداد بین شرکت تکافل و اعضا بین آن ها تقسیم می‌شود. مثلاً در الگوی مضاربه و وکالت تمام ضرر بر عهده ی اعضا است. به‌عنوان مثال در اندونزی به همین شکل است ولی در مالزی گرچه تکافل عمدتاً بر اساس مضاربه است، اما بر اساس قانون، ضرر تنها بر عهده ی شرکت تکافل است و ضرر به‌عنوان هزینه های اجرایی لحاظ می‌شود. شرکت آن

را از سودهای آینده شرکت پرداخت می‌کند. بدین شکل که، شرکت از سهامداران شرکت به مقدار لازم قرض‌الحسنه می‌گیرد و این قرض را در سال‌های بعد به سهامداران خود پرداخت می‌کند. هرچند این گونه رفتار باعث فاصله گرفتن از اصل عقد مضاربه می‌شود، اما از جهت ضرورت است زیرا هر چند به ندرت اتفاق می‌افتد که شرکت تکافل ضرر دهد. اما تقسیم ضرر و زیان بین اعضا ممکن است باعث شود افراد رغبتی به خرید تکافل پیدا نکنند.

د. نظارت:

در تکافل به علت آن که بیمه‌گذاران، عنصر اصلی و کلیدی در فرآیند تکافل هستند، لذا حق دارند هرگونه نظارتی را بر شرکت داشته باشند. بدین جهت، اغلب پرتفوی سرمایه‌گذاری شرکت تکافل بسیار شفاف و واضح است و بیمه‌گذاران به راحتی می‌توانند مطمئن شوند که منافع بیمه‌ی آن‌ها و بازده سرمایه‌گذاری آن‌ها از طریق غیرقابل قبول و مردود به دست نیامده باشد و حتی بیمه‌گذاران حق دارند دفاتر تجاری شرکت را مورد بررسی قرار دهند و بر میزان سود و نحوه‌ی تقسیم آن نظارت داشته باشند. حتی خود بیمه‌گر تکافل تعدادی از بیمه‌گذاران را در هیئت نظارت شریعه خود قرار می‌دهد تا آن‌ها نیز در نظارت بر فعالیت‌های شرکت و تطبیق آن با اصول اسلامی مشارکت داشته باشند.

ه. فوت بیمه‌گذار

اگر برای بیمه‌گذار قبل از انتهای دوره اتفاق ناخوشایندی رخ دهد (مثل مرگ و یا معلولیت) شرکت مبلغ مورد تعهد را به ورثه یا بیمه‌گذار تقدیم می‌کند. این مبلغ شامل:

□ تمام حق بیمه‌های پرداختی توسط بیمه‌گذار که در حساب شرکت کنندگان قرار دارد.

□ سود حاصل از این حق بیمه‌ها که در حساب شرکت کنندگان قرار دارد.

□ به علاوه مقداری از حساب شرکت کنندگان که طبق فرمولی توسط شرکت محاسبه می‌شود.

البته درمقدار زیادی از شرکت‌های تکافل بدین گونه محاسبه می‌شود که مجموع ۱ و ۲ را از کل مبلغ پرداختی در شرایطی که فرد زنده و سالم بماند کسر می‌شود و ما به التفاوت به دست آمده از حساب شرکت کنندگان پرداخت می‌شود، یعنی در نهایت میزان پرداخت در هر دو حالت چه فرد زنده و سالم بماند و یا چه حادثه‌ای پیش آید یکسان است. و. علت فوت:

برای مطالبات منافع تکامل خانواده فقط نیاز به اثبات وفات بیمه‌گذار است و علت فوت مثل این که به صورت طبیعی باشد یا بر اثر حادثه یا حتی خودکشی باشد برای شرکت تکافل فرقی ندارد و شرکت تمام مطالبات را به صورت کامل پرداخت می‌نماید؛ زیرا در تکافل هدف حمایت از بازماندگان متوفی است، به هر علتی که فرد بیمه‌گذار فوت نماید، بالاخره خانواده‌ی او نیاز به حمایت و مراقبت دارند. ز. زنده ماندن:

در صورتی که شخص بیمه‌گذار تا پایان دوره زنده و سالم بماند منافعی که از شرکت مطالبه می‌کند برابر است با:

□ حق بیمه های بیمه گذار که در حساب شرکت کنندگان ذخیره شده (نه مجموع حق بیمه های پرداختی)؛

□ سهم فرد از درآمد سرمایه گذاری وجوه حساب شرکت کنندگان.

به همین دلیل فرد بیمه گذار نسبت به وجوه حساب ویژه شرکت کنندگان که ماهیت تبرع و هبه دارد حقی ندارد. اما در مواردی مشاهده می شود که سهم فرد از مازاد حساب ویژه شرکت کنندگان نیز به او پرداخت می شود.

ح. انصراف:

فرد بیمه گزار همچنین حق دارد هرگاه تمایل داشت از ادامه ی قرارداد بیمه ی خود انصراف دهد. در این حالت میزان پرداختی شرکت به او همانند حالت قبل است. یعنی:

□ مجموع کل حق بیمه های بیمه گزار که تا زمان انصراف در حساب شرکت کنندگان ذخیره شده است.

□ سهم فرد از درآمد سرمایه گذاری تا زمان انصراف از وجوه حساب شرکت کنندگان.

همان طوری که مشاهده می شود تفاوت در شرکت تکافل با شرکت بیمه در این است که شرکت بیمه کل حق بیمه ی پرداختی به فرد بازمی گردد، در حالتی که در شرکت تکافل مقداری از حق بیمه ها که در حساب ویژه شرکت کنندگان ذخیره می شود، به او بازگردانده نمی شود.

۲/۳/۱۳. تکافل عمومی

تکافل عمومی عبارتست از برنامه و طرحی برای حمایت اعضا در برابر حوادث فردی و ضرر و زیانی که به اموال دارایی های فرد وارد می شود؛ لذا اعضا توافق می کنند که مبلغی را به عنوان تبرع به شرکت پرداخت نمایند تا در صندوق تکافل عمومی قرار گیرد. ضرر و خسارت های ناشی از حوادث و بلایا که به اموال و دارایی های اعضا وارد شده است، از وجوه این صندوق جبران می شود. شرکت تکافل عمومی هم متعهد می شود که تمامی این وجوه را مدیریت نموده و سرمایه گذاری نماید و سود حاصله به صندوق برگردانده شود. البته تمامی هزینه های اجرای شرکت از این وجوه کسر می شود. دستمزد و حق الزحمه ی شرکت هم بر اساس نوع عقدی که بین شرکت تکافل و اعضا بسته می شود، پرداخت می شود. اگر بر اساس وکالت باشد، حق الوکاله از ابتدا دریافت می شود. اگر بر اساس مضاربه باشد، پس از کسر تمام هزینه های و مطالبات، اگر مازادی موجود باشد بین اعضای که هیچ جبران خسارتی دریافت ننموده و شرکت تقسیم می شود.

در این جا نکته ای وجود دارد که باید بدان اشاره شود. تکافل عمومی از این جهت که تنها در حساب تبرع (هبه) ذخیره می شود و به دو حساب جداگانه تقسیم نمی شود با تکافل خانواده متفاوت است. مسأله ای که در این جا مطرح می شود توزیع و تقسیم مازاد بین بیمه گزاران است. اگر بپذیریم تمام حق بیمه های پرداختی به عنوان تبرع باشد، پس تقسیم سود و مازاد بین بیمه گزاران بی معناست و

نباید صورت بگیرد. لذا شرکت های تکافل عمومی نیز، باید همانند تکافل خانواده حق بیمه ها را در دو حساب جداگانه نگهدارند. یعنی حق بیمه های دریافتی به دو حساب شرکت کنندگان و حساب ویژه ی شرکت کنندگان، تقسیم می شود. البته واضح است که به علت ماهیت ریسک ها و حوادث در تکافل عمومی و به علت کوتاه مدت بودن دوره، اکثر حق بیمه ها در حساب ویژه ی شرکت کنندگان نگهداری می شود. زمانی که حادثه ای برای بیمه گزار پدید آید، جبران خسارت از حساب شرکت کنندگان بیمه گزار پرداخت می شود و در صورت بیشتر بودن میزان جبران خسارت از آن، مابه التفاوت از کل حساب ویژه ی شرکت کنندگان پرداخت می شود. در صورتی که برای بیمه گزار حادثه ای رخ ندهد، مازاد که قرار است بین بیمه گزاران تقسیم شود از حساب شرکت کنندگان پرداخت می شود.

البته در همین حالت ممکن است به خاطر این که دوره ی بیمه کوتاه مدت است و سرمایه گذاری و کسب سود ممکن نباشد، بدین شکل رفتار شود که اگر مازادی وجود داشت، شرکت تصمیم بگیرد که میزان حق عضویت برای تجدید تکافل را کاهش دهد و از این امر برای تشویق و کمک غیرمستقیم به بیمه گزاران استفاده کند، نه این که مازاد را مستقیماً به آن ها برگرداند.

۴/۱۳. معیارهای نظارت در شرکت های تکافل

صنعت تکافل شاهد رشد چشمگیری در سال های اخیر بوده است و شاهد آن نیز تعداد رو به افزایش شرکت های تکافل در سراسر جهان و توانایی این شرکت ها برای ارائه ی حجم قابل قبولی از خدمات و محصولات بیمه ای قابل رقابت با بیمه ی متعارف است. با وجود چنین افزایشی در شرکت های تکافل این واقعیت را نباید فراموش کرد که صنعت تکافل در دوران طفولیت خود به سر می برد. نهادهای تنظیم مقررات باید وضعیت در حال شکل گیری صنعت تکافل را درک کنند و بدانند که این صنعت با مسائل و موضوعاتی مواجه است که باید حل شوند. بنابراین در درجه ی اول اهمیت، نهادهای تنظیم مقررات باید یک بازار باز و پویا که اجازه ی رقابت، نوآوری و شفافیت را می دهد، مهیا سازند تا صنعت تکافل گسترش یابد و بتواند با بازارهای منسجم و استقرار یافته ی بیمه های متعارف رقابت کند و ضمناً اطمینان حاصل کنند که استانداردهای مربوطه اجرا می شود. اما در این میان، نهادهای تنظیم مقررات با مشکلات و چالش هایی مواجه هستند. از جمله:

- فقدان یک تفسیر مشترک از این که قرارداد تکافل چیست و ملزومات آن کدام است؟
- تفاوت در استانداردهای حسابداری از منطقه ای به منطقه ی دیگر.
- مشکلات در طبقه بندی دارایی ها (مقبولیت دارایی ها) و محدودیت بازار سرمایه گذاری (برای محصولات اسلامی).
- شک و تردید نسبت به کاملاً شرعی بودن و سازوکارهای تکافل و الگوهای تکافل.
- عدم تدوین استانداردهای مورد پذیرش بین المللی برای تنظیم مقررات صنعت تکافل مخصوصاً در ارتباط با تفاسیر شرعی متفاوت.

۵/۱۳. ادله لزوم استفاده از تکافل

دلایل اولویت تکافل نسبت به بیمه معمولی عبارت‌اند از:

۱. رعایت موازین شرعی:

تکافل بر اساس موازین اسلامی عمل می‌کند که فعالیت‌هایی مانند ربا، بلا تکلیفی (غرار) و قمار (میسیر) را ممنوع می‌کند. این تضمین می‌کند که تراکنش‌های مالی درگیر در تکافل اخلاقی و همسو با ارزش‌های اسلامی است.

۲. تسهیم ریسک و همکاری متقابل:

تکافل از یک مدل تعاونی پیروی می‌کند که در آن شرکت‌کنندگان مشارکت‌های خود را جمع می‌کنند تا به طور جمعی خطر زیان‌های احتمالی را تحمل کنند. این مفهوم، همبستگی و کمک متقابل را در میان شرکت‌کنندگان ترویج می‌کند و احساس مسئولیت اجتماعی و اجتماعی را تقویت می‌کند.

۳. شفافیت و انصاف:

تکافل بر شفافیت در عملیات خود تأکید می‌کند و اطمینان حاصل می‌کند که شرکت‌کنندگان درک روشنی از نحوه مدیریت و توزیع مشارکت‌هایشان دارند. مکانیسم تقسیم سود در تکافل همچنین باهدف توزیع عادلانه وجوه مازاد بین شرکت‌کنندگان بر اساس مشارکت و تجربه مطالبات آنها است.

۴. سرمایه‌گذاری‌های اخلاقی:

شرکت‌های تکافل معمولاً وجوه خود را در دارایی‌های مطابق با شریعت سرمایه‌گذاری می‌کنند و از صناعی مانند الکل، قمار یا مؤسسات مالی مبتنی بر بهره اجتناب می‌کنند. این با ملاحظات اخلاقی بسیاری از مسلمانان که به دنبال اجتناب از سرمایه‌گذاری‌هایی هستند که با اعتقادات مذهبی آنها در تضاد است، همسو می‌شود.

۵. فواید معنوی:

برخی افراد به دلیل فواید معنوی ناشی از رعایت موازین اسلامی در تمام شئون زندگی از جمله مسائل مالی، تکافل را در اولویت قرار می‌دهند. آنها با انتخاب تکافل معتقدند که در مقابل خطرات احتمالی به وظایف دینی خود عمل می‌کنند.

توجه به این نکته حائز اهمیت است که درحالی‌که تکافل اغلب به‌عنوان یک گزینه ارجح برای مسلمانانی که به دنبال پوشش بیمه هستند در نظر گرفته می‌شود، بیمه متعارف ممکن است همچنان توسط کسانی انتخاب شود که به محصولات تکافل دسترسی ندارند یا ترجیحات یا عقاید شخصی متفاوتی دارند. در نهایت اولویت تکافل بر بیمه ذهنی است و به شرایط و ارزش‌های فردی بستگی دارد.

۶/۱۳. دلایل تقاضای تکافل

دلایل افزایش تقاضای تکافل در جامعه عبارت‌اند از:

۱. ارزش‌های اخلاقی و اخلاقی:

تکافل مبتنی بر اصول همکاری، کمک متقابل و رفتار اخلاقی است. افراد غیرمذهبی که ارزش‌های اخلاقی و اخلاقی را در اولویت قرار می‌دهند، ممکن است انگیزه خرید تکافل را داشته باشند؛ زیرا با اعتقادات شخصی آنها همسو است.

۲. مسئولیت اجتماعی:

تکافل مفهوم همبستگی اجتماعی و مسئولیت در قبال دیگران را ترویج می‌کند. افراد غیرمذهبی که برای مسئولیت اجتماعی ارزش قائل هستند، ممکن است انگیزه خرید تکافل را داشته باشند، زیرا به آنها اجازه می‌دهد در رفاه جامعه مشارکت کنند.

۳. امنیت مالی:

تکافل در برابر حوادث غیرمنتظره مانند حوادث، بیماری‌ها یا آسیب‌های مالی محافظت مالی می‌کند. افراد غیرمذهبی که امنیت مالی را در اولویت قرار می‌دهند، ممکن است انگیزه خرید تکافل را داشته باشند، زیرا ابزاری مطمئن برای محافظت از دارایی و آینده آنها ارائه می‌دهد.

۴. گزینه‌های سفارشی‌سازی:

محصولات تکافل را می‌توان برای رفع نیازها و ترجیحات فردی طراحی کرد. افراد غیرمذهبی که به دنبال راه‌حل‌های بیمه شخصی می‌گردند، ممکن است انگیزه خرید تکافل را داشته باشند، زیرا در گزینه‌های پوشش انعطاف‌پذیری ارائه می‌دهد.

۵. قیمت‌گذاری رقابتی:

ارائه‌دهندگان تکافل اغلب قیمت‌های رقابتی را به منظور جذب مشتریان با زمینه‌های مختلف ارائه می‌دهند. افراد غیرمذهبی که از قیمت آگاه هستند، در صورتی که آن را مقرون به صرفه‌تر از گزینه‌های بیمه معمولی بدانند، ممکن است انگیزه خرید تکافل را داشته باشند.

۶. اعتماد و شفافیت:

تکافل بر اساس اصل شفافیت، با دستورالعمل‌های روشن در مورد نحوه مدیریت و توزیع بودجه بین شرکت‌کنندگان عمل می‌کند. افراد غیرمذهبی که برای اعتماد و شفافیت در تراکنش‌های مالی ارزش قائل هستند، ممکن است انگیزه خرید تکافل را داشته باشند، زیرا مکانیزم شفاف برای اشتراک ریسک فراهم می‌کند.

۷. خدمات مشتری در دسترس:

ارائه‌دهندگان تکافل اغلب تیم‌های خدمات مشتری اختصاصی را ارائه می‌دهند که نیازهای مشتریان خود را برآورده می‌کنند. افراد غیرمذهبی که خدمات خوب به مشتریان را در اولویت قرار می‌دهند، اگر سطح پشتیبانی ارائه شده توسط شرکت‌های تکافل را رضایت‌بخش ببینند، ممکن است برای خرید تکافل انگیزه پیدا کنند.

۸. ابتکارات بشردوستانه:

بسیاری از ارائه‌دهندگان تکافل بخشی از سود خود را به اهداف خیریه یا پروژه‌های توسعه اجتماعی اختصاص می‌دهند. افراد غیرمذهبی که تمایل به بشردوستی دارند ممکن است انگیزه خرید تکافل را داشته باشند؛ زیرا به آنها اجازه می‌دهد به طور غیرمستقیم در فعالیت‌های خیریه مشارکت کنند. به‌طور کلی، انگیزه افراد غیرمذهبی برای خرید تکافل می‌تواند بسته به ارزش‌های شخصی، اهداف مالی و ترجیحات آنها متفاوت باشد. تکافل یک جایگزین منحصربه‌فرد برای بیمه متعارف ارائه می‌دهد که برای طیف گسترده‌ای از افراد، از جمله کسانی که به هیچ اعتقاد مذهبی خاصی پایبند نیستند، جذاب است.

۷/۱۳. بررسی اجمالی پوشش تکافل در ۵ کشور

• تکافل در مالزی:

یکی از موفق‌ترین نمونه‌های مفید بودن تکافل برای غیرمسلمانان در مالزی است. این کشور دارای صنعت تکافل تثبیت شده‌ای است که هم به مسلمانان و هم برای غیرمسلمانان پاسخ می‌دهد. غیرمسلمانان به دلیل ماهیت اخلاقی و تعاونی آن و همچنین قیمت رقابتی آن در مقایسه با بیمه متعارف، جذب تکافل می‌شوند. بسیاری از غیرمسلمانان از شفافیت و عادلانه بودن قراردادهای تکافل که با ارزش‌های آنها همخوانی دارد، قدردانی می‌کنند.

• تکافل در بریتانیا:

در بریتانیا، تکافل در بین غیر مسلمانانی که به دنبال گزینه‌های بیمه اخلاقی هستند، محبوبیت پیدا کرده است. جامعه بیمه تعاون (CIS) یک محصول تکافل به نام «طرح تکافل خانواده» را روانه بازار کرد که پوشش بیمه عمر را بر اساس اصول اسلامی ارائه می‌کند. این محصول در جذب مشتریانی از زمینه‌های مذهبی مختلف که به جنبه‌های اخلاقی تکافل اهمیت می‌دهند، موفق بوده است.

• تکافل در آفریقای جنوبی:

آفریقای جنوبی دارای جمعیتی متنوع با اعتقادات مذهبی متفاوت است و تکافل هم در بین مسلمانان و هم در بین غیرمسلمانان موفقیت‌هایی پیدا کرده است. شرکت‌هایی مانند Sanlam محصولات تکافل را ارائه می‌کنند که به اصول اسلامی پایبند هستند و نیازهای همه مشتریان را برآورده می‌کنند. غیرمسلمانان از توزیع عادلانه سود و تأکید بر حمایت جامعه در مدل‌های تکافل قدردانی می‌کنند.

• تکافل در اندونزی:

اندونزی میزبان بزرگ‌ترین جمعیت مسلمان جهان است، اما تکافل در میان غیر مسلمانانی که به دنبال گزینه‌های بیمه اخلاقی هستند نیز مورد توجه قرار گرفته است. شرکت‌هایی مانند PT Asuransi Jiwa (JMA) (Syariah Jasa Mitra Abadi) محصولات تکافلی را ارائه می‌دهند که برای افرادی که به دنبال ترتیبات اشتراک ریسک مشارکتی هستند به جای بیمه‌نامه‌های سنتی جذابیت دارد.

• تکافل در سنگاپور:

جامعه چندفرهنگی سنگاپور محیطی عالی برای اجرای موفقیت‌آمیز تکافل برای غیرمسلمانان فراهم می‌کند. شرکت‌هایی مانند «Income Family Microtakafu» و «NTUC Income» را ارائه می‌کنند، یک محصول میکرو تکافل که برای خانواده‌های کم‌درآمد پوشش می‌دهد. این محصول با استقبال خوبی از سوی افراد مختلف مذهبی مواجه شده است که از ماهیت تعاونی و مقرون‌به‌صرفه بودن تکافل قدردانی می‌کنند.

این مطالعات موردی نشان می‌دهد که تکافل می‌تواند با ارائه گزینه‌های بیمه اخلاقی، شفاف و جامعه‌محور برای غیرمسلمانان موفق باشد. اصول همکاری، انصاف و مشارکت در ریسک تکافل برای افرادی جذاب است که بدون توجه به اعتقادات مذهبی خود به دنبال محصولات بیمه‌ای همسو با ارزش‌های خود هستند.

۹۹

بیمه، پدیده بسیار خوبی است که به کارهای اقتصادی جامعه نظم می‌دهد؛ از افراد ضعیف حمایت می‌کند و خسارت‌های غیرقابل‌محاسبه، ناگهانی و سنگین را نیز جبران می‌کند؛ بنابراین مردم باید مسئله بیمه را جدی بگیرند و آن را برای حال و آینده خود مفید بدانند.

۶۶

مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) ۱۳۷۶/۱۲/۱۸