



سازمان و مدیریت شرکت های بیمه

تدوین و گردآوری: مختارمختاری

۱۳۱۴

مرکز آموزش و توسعه

به نام آنکه جان را فکرت آموخت

فهرست

صفحه	عنوان
۴	مقدمه
۶	فصل ۱: بیمه، بیمه‌گری و انواع بیمه
۷	۱. تعریف بیمه و بیمه‌گری
۸	۲. واژه بیمه
۸	۳. انواع بیمه و معرفی بیمه‌های بازرگانی
۱۸	فصل ۲: عناصر تعریف بیمه
۱۹	۱. بیمه‌گر و بیمه‌گذار یا ذی‌نفع
۱۹	۲. حق بیمه یا سهم مشارکت
۱۹	۳. خطر و حادثه
۲۰	۴. غرامت یا مستمری
۲۱	۵. فاصله زمانی بین دریافت و پرداخت خسارت
۲۱	۶. ضرورت ماندگاری بیمه‌گر تا زمان وقوع حادثه
۲۱	۷. توانایی بیمه‌گر برای جبران زیان (ارزیابی و پرداخت غرامت)
۲۱	۸. رعایت حقوق بیمه‌گذار و به کارگیری الگوی مشتری‌مداری
۲۳	فصل ۳: کارکردهای عناصر تعریف بیمه
۲۴	۱. بازاریابی و فروش
۲۷	۲. محاسبات فنی (شامل ارزیابی ریسک و تعیین حق بیمه)
۳۲	۳. مباحث حقوقی
۳۳	۴. اندوخته‌ها و حقوق بیمه‌گذاران
۳۹	۵. سرمایه‌گذاری
۴۳	۶. بیمه‌های اتکایی
۴۶	۷. نظارت داخلی
۴۹	۸. نظارت عالی (رعایت حقوق بیمه‌گذاران)

۵۰	۹. مشتری مداری (رسیدگی به شکایات و انتقادات بیمه‌گذاران)
۵۱	فصل ۴ : سازماندهی و کاربرد آن در شرکت‌های بیمه
۵۲	۱. تعریف سازمان
۵۳	۲. عوامل تأثیرگذار در سازمان (شرکت‌های بیمه)
۵۶	۳. الگوهای سازماندهی و کاربرد آن در شرکت‌های بیمه
۶۰	۴. صف و ستاد و کاربرد آن در شرکت‌های بیمه
۶۱	۵. سازمان شرکت بیمه
۶۵	فصل ۵ : تحولات صنعت بیمه در ایران
۶۶	۱- تاریخچه صنعت بیمه در ایران
۷۸	۲- ارکان (ساختار) صنعت بیمه کشور
۷۸	۲-۱. بیمه مرکزی ج.ا.ا.
۸۰	۲-۲. شرکت‌های بیمه (دولتی و خصوصی)
۸۱	۲-۳. شرکت‌های بیمه مناطق آزاد
۸۱	۲-۴. سندیکای بیمه‌گران ایران
۸۲	۲-۵. نمایندگان و کارگزاران
۸۳	۲-۶. مؤسسات ارزیابی خسارت بیمه‌ای
۸۴	۲-۷. صندوق تأمین خسارت‌های بدنی
۸۶	۳- ساختار سازمانی شرکت‌های بیمه دولتی
۹۹	۴- ساختار سازمانی شرکت‌های بیمه خصوصی

مقدمه

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

بشر در زندگی روزمره خود با انواع خطرات مواجه است که جان و مال او را تهدید می‌کنند؛ بعضی از این خطرات ناشی از قوای طبیعی و بدون ارتباط با فعالیت‌های خود اوست، از قبیل: سیل، زلزله، آتش‌فشان، توفان، صاعقه و ... بعضی دیگر مرتبط با اقدامات و عملیات عمدی و یا غیرعمدی بشر است، از قبیل: حریق‌ها، تصادف‌ها و اتومبیل و خطرات مربوط به الکتریسیته، گاز، انرژی اتمی و نظایر آنها. جالب اینکه هر قدر دسترسی بشر به علم و تکنولوژی وسعت می‌یابد و سطح رفاه به لحاظ استفاده از وسایل مدرن بالاتر می‌رود، به تنوع و شدت تواتر خطرهای افزوده می‌شود.

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

اما پس‌انداز هر فرد یا هر واحد اقتصادی برای جبران خسارات احتمالی آن کافی نیست؛ چه بسا خطر قبل از تشکیل پس‌انداز کافی و در ابتدای فعالیت فرد یا واحد اقتصادی پیش‌آید و خسارات آن به حدی باشد که ادامه فعالیت را به کلی منتفی سازد؛ لذا در بسیاری از موارد تدبیر پس‌انداز - که ایده‌ای بسیار عاقلانه است - مشکلی را حل نمی‌کند مگر اینکه از صورت انفرادی خارج شود و حالت جمعی به خود گیرد و گروهی از افراد یا واحدهای اقتصادی که فعالیت مشابه و خطرات نظیر هم دارند، توافق کنند که ذخایر خود را یکجا متمرکز و خسارات احتمالی را از محل آن جبران کنند. از آنجایی که همه افراد و یا واحدهای اقتصادی همزمان دچار خسارت نمی‌شوند، ذخایر جمعی هر

دوره برای جبران چند خسارات که در آن دوره برای برخی از افراد یا واحدهای اقتصادی پیش می‌آید، کفایت می‌کند.

امروز جمع‌آوری ذخایر جمعی، تحت عنوان حق بیمه و تأمین خسارات احتمالی با استفاده از مکانیزم «بیمه» انجام می‌شود و شرکت‌های بیمه بازرگانی پوشش‌های مورد نیاز مربوط به فعالیت‌های اقتصادی را ارائه می‌کنند.



فصل ۱



۱. تعریف بیمه و بیمه‌گری

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

۱-۱. تعریف بیمه از دیدگاه حقوقی

بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه و یا وجوهی از طرف دیگر، در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارد بر او را جبران کند و یا وجه معینی را بپردازد. متعهد را «بیمه‌گر»، طرف تعهد را «بیمه‌گذار»، وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر می‌پردازد «حق بیمه» و آنچه را که بیمه می‌شود «موضوع بیمه» می‌نامند. (ماده ۱ قانون بیمه)

این تعریف، رابطه حقوقی بین دو طرف قرارداد بیمه را بیان می‌کند؛ هرچند که کامل نیست. به هر حال تعریف‌هایی که به این ترتیب از بیمه شده دارای نواقص زیادی است زیرا بیمه تنها شامل قراردادهایی نیست که بین دو نفر به طریقی که گفتیم واقع شود بلکه دارای جنبه فنی نیز است.

۱-۲. تعریف بیمه از دیدگاه فنی

بیمه عملیاتی است که به موجب آن یک طرف با پرداخت وجه یا وجوهی به نام «حق بیمه»، ریسک‌های تهدیدکننده جان و اموال خود را به طرف دیگر واگذار (منتقل) می‌کند. واگذارنده ریسک را «بیمه‌گذار» و قبول‌کننده ریسک را «بیمه‌گر» می‌نامند. «ریسک» احتمال تحقق خسارت است و قبول‌کننده ریسک (بیمه‌گر) تعهد می‌کند در صورت بروز خسارت برای بیمه‌گذار، آن را جبران کند. با این تعریف، عمل بیمه‌ای احتیاج به تشکیلات معینی دارد و موقعی می‌توان گفت موضوع بیمه در مقابل خطر معینی بیمه شده است که از نظر فنی، محاسبات دقیق متکی به آمار و احتمالات وجود داشته باشد. عملیات منظم بیمه وقتی به وجود می‌آید که:

اولاً: شماره بیمه‌گذاران به اندازه کافی زیاد باشند؛

ثانیاً: خطرات پراکنده باشند؛

ثالثاً: خطرات مشابه باشند.

بنابراین می‌توان بیمه را از دیدگاه فنی به این صورت نیز تعریف کرد: «بیمه، عملی است که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) با تشکیل گروهی (بیمه‌گذاران) در یک سازمان به نام مؤسسه بیمه، تعهد می‌کند در ازای وجه یا وجوهی (حق بیمه) که هر یک از آنان به این سازمان می‌پردازد در صورت وقوع یا بروز حادثه معینی برای آنان، خسارت وارد شده را جبران کند و یا وجه معینی را بپردازد»؛ این تعریف که در حقیقت به وجود سازمان و تشکیلاتی منظم و مبتنی بر قوانین آمار تکیه می‌کند، می‌تواند تمام انواع بیمه‌های بازرگانی را در برگیرد.

۳-۱. تعریف بیمه از دیدگاه مالی

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

۲. واژه بیمه

درباره ریشه واژه بیمه دیدگاه و نگرش‌های متفاوتی وجود دارد:

۱-۲. در فرهنگ معین آمده است که برخی بر این باورند که این واژه از زبان هندی و واژه «بیما» گرفته شده است و ریشه سانسکریت دارد که با واژه «بیم» در زبان پارسی هم ریشه است.
۲-۲. برخی دیگر بر این نظرند که «بیمه» ترجمه واژه روسی «استراخوانی» به معنای ضد بیم و ترس است و استدلال می‌کنند که نخستین بار روس‌ها در ایران به کارهای بیمه‌ای پرداخته‌اند. به همین جهت نزدیکی دو واژه «بیم و بیمه» در ذهن مردم، سراینده‌ای را بر آن داشته است تا از سر شکوه و درد بگوید:

بر هر که رسد بیمی بر بیمه نماید رو
در بیمه‌ام و در بیم این با که توان گفتن
برخی از مؤلفان نیز واژه بیمه را یکسره واژه فارسی می‌دانند و به استناد کتاب ابواسحاق ابراهیم اصطخری می‌گویند که «بیمه» نام شهری در دیار طبرستان و دیلم بوده است.

۳. انواع بیمه و معرفی بیمه‌های بازرگانی

با توجه به تنوع انواع ریسک، قراردادهای بیمه نیز انواع متعددی دارد. به طور کلی عملیات بیمه‌گری به دو بخش: «بیمه‌های اجتماعی» و «بیمه‌های بازرگانی» تقسیم می‌شود.

۳-۱. بیمه‌های اجتماعی

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

- حوادث و بیماری‌ها؛
- بازنشستگی؛
- ازکارافتادگی؛
- غرامت دستمزد؛

- کمک ازدواج و عائله‌مندی؛
- بیکاری؛
- بارداری.

۲-۳. بیمه‌های بازرگانی

از آنجایی که پوشش‌های محدود توسط نظام بیمه اجتماعی برای تأمین خسارات ارائه می‌شود کافی نیست و همه ابعاد زندگی اجتماعی و اقتصادی را در بر نمی‌گیرد، بیمه‌های بازرگانی به وجود آمده است که توسط شرکت‌های بیمه عرضه می‌شود.

بیمه‌های بازرگانی انواع مختلف دارد و قلمرو آن بسیار وسیع است. بیمه‌های بازرگانی که موضوع فعالیت شرکت‌های بیمه است، به طور کلی از نظر موضوع به بیمه‌های اموال، بیمه‌های مسئولیت و بیمه‌های اشخاص تقسیم می‌شود و انواع قراردادهای بیمه با توجه به موضوع بیمه در این مجموعه قرار می‌گیرند.

۱-۲-۳. بیمه‌های اموال

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

- بیمه‌های آتش‌سوزی

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

در بیمه آتش‌سوزی، خسارات وارد شده به اموال و دارایی‌هایی که به علت وقوع یا شروع آتش‌سوزی ایجاد می‌گردد، توسط بیمه‌گر جبران می‌شود. با در نظر گرفتن این که همواره وقوع آتش‌سوزی

محتمل است؛ لذا اموال منقول و غیرمنقول از قبیل: ساختمان، اثاثیه و ... باید در مقابل خطر آتش‌سوزی تحت پوشش بیمه قرار گیرند. بدیهی است چنانچه موارد بیمه شده به قیمت واقعی بیمه نشود، بیمه‌گر به نسبت مبلغ بیمه شده و قیمت واقعی مال، مسئول جبران خسارت خواهد بود. (ماده ۱۰ قانون بیمه) به همراه خطر آتش‌سوزی، تعدادی از خطرات طبیعی از قبیل: سرقت، سیل، زلزله، طوفان، ضایعات ناشی از آب و برف، سقوط هواپیما و ... همچنین شورش و بلوا و اعتصاب، در مقابل دریافت حق بیمه اضافی، بیمه می‌شود. علاوه بر این موارد، انفجار و صاعقه به همراه بیمه آتش‌سوزی تحت پوشش قرار می‌گیرد. این نوع بیمه نامه به بیمه آتش‌سوزی و خطرات تبعی معروف است. بیمه‌گران در ایران به لحاظ فروش بیشتر و آسان‌تر بیمه‌های آتش‌سوزی، اقدام به طراحی انواع بیمه نامه‌های آتش‌سوزی کرده‌اند.

- بیمه حمل و نقل کالا (بیمه باربری)

اولین بیمه‌های حمل و نقل در مورد حمل و نقل دریایی استفاده شده است. بیمه دریایی که امروزه وجود دارد، احتمالاً در قرن‌های ۱۱ و ۱۲ میلادی در منطقه‌ای در شمال ایتالیا به وجود آمده است. فردی به نام لومباردز نیز در قرن‌های ۱۴ و ۱۵ موفق شد تا انگلیسی‌ها را با بیمه دریایی آشنا کند. مفاهیم بیمه و بیمه‌گری اولین بار در بیمه دریایی مطرح شد. در آن زمان هر تاجری که حاضر به قبول قسمتی از یک خطر بود، اسم خود را همراه با سهمی که از آن خطر در آن تعیین شده بود، می‌نوشت؛ بدین ترتیب مالکان کشتی‌ها و تجار متوجه شدند که می‌توانند کشتی‌ها را برای حمل کالاهای سودآور اعزام کنند زیرا چنانچه دچار حادثه می‌شدند از این طریق خسارات جبران می‌شد. بیمه باربری با توجه به نوع کالا و مسیر حمل با شرایط گوناگونی صادر می‌شود که به مواردی از آن اشاره می‌کنیم.

• بیمه باربری با شرایط C

بیمه باربری با شرایط C، کالای بیمه‌گذار را در مقابل آتش‌سوزی، حادثه وسیله نقلیه، عدم تحویل یک بسته کامل، خسارت ناشی از زیان همگانی یا هزینه‌های نجات و تلف شدن یک بسته کامل هنگام بارگیری، انتقال و یا تخلیه از کشتی، بیمه می‌کند.

• بیمه باربری با شرایط B

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

- بیمه باربری با شرایط A

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

- بیمه باربری داخلی

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

- بیمه‌های اتومبیل

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

- بیمه بدنه اتومبیل

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

- بیمه مسئولیت مدنی اتومبیل (شخص ثالث)

تعهد بیمه‌گر در بیمه‌های مسئولیت مدنی اتومبیل، جبران زیان وارد شده به اشخاص ثالثی است که به دلیل مسئولیت راننده اتومبیل بیمه‌شده، زیان می‌بینند.

بیمه مسئولیت مدنی دارندگان وسیله نقلیه موتوری زمینی، کلیه حوادث مندرج در قانون بیمه شخص ثالث اجباری را که موجب زیان مالی و جانی به اشخاص ثالث می‌شود، تحت پوشش قرار داده و به صورت اجباری (قانونی) و مازاد اختیاری به بیمه‌گذاران ارائه می‌گردد. این بیمه نامه خسارات مالی زیان دیده را بیمه می‌کند و دیه صدمات بدنی، فوت و نقص عضو ناشی از حادثه وسیله نقلیه را به موجب نظر محاکم صالح قضایی و هزینه‌های پزشکی را طبق صورت حساب‌های بیمارستان تأمین می‌کند.

• بیمه حوادث سرنشین

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

- بیمه‌های مهندسی

صنعتی شدن اروپا در قرن نوزدهم ضرورت ارائه انواع دیگر بیمه از جمله بیمه‌های مهندسی را فراهم آورد. اولین بیمه‌های مهندسی در نیمه دوم این قرن آغاز شد؛ به طور مثال در سال ۱۹۵۹ میلادی در انگلستان بیمه موسوم به (دیگ بخار) و بیمه نامه *maschine versicherung* در آلمان پدید آمد. بیمه نامه‌های تمام خطر نصب و تمام خطر مقاطعه‌کاری که موضوع اصلی بیمه‌های مهندسی است در سال‌های ۱۹۲۰ تا ۱۹۲۵ میلادی رایج گردید و هم‌اکنون به صورت گسترده در تمام بازارهای بیمه‌های جهان استفاده می‌شود.

قبل از طراحی این نوع بیمه نامه‌ها، هر یک از اشخاصی که به نحوی در اجرای یک پروژه صنعتی ذی‌نفع بودند، برای تهیه تأمین خود اقدام به انعقاد قراردادهای مختلف در مقابل خطرات اصلی مانند: آتش‌سوزی، صاعقه، انفجار، سرقت، سیل، زلزله و مسئولیت در مقابل اشخاص ثالث می‌کردند که این امر در بیشتر موارد بیمه‌گذاران را هنگام خسارت با مشکلات عدیده‌ای از قبیل بیمه مضاعف و مراحل مربوط به اصل قائم‌مقامی مواجه می‌ساخت؛ از سوی دیگر گاهی خطر واقع شده، تحت پوشش هیچ یک از بیمه‌نامه‌ها نبود و بیمه‌گران الزامی به جبران خسارت نداشتند؛ ضمن آن که کل هزینه‌های پرداختی به مراتب بیش از حق بیمه معقول برای یک پروژه محاسبه می‌شد.

• بیمه تمام خطر نصب (EAR)

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

• بیمه تمام خطر مقاطعه کاری (CAR)

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

- بیمه‌های پول

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

• بیمه پول در صندوق

در این بیمه، پول (اسکناس یا وجوه رایج مملکتی)، سکه (به استثنای مسکوکات گران‌بها)، چک بانکی و تمبرهای مالیاتی موجود در صندوق و خزانه مؤسسات، شرکت‌ها و بانک‌ها مادامی‌که در صندوق یا خزانه مذکور نگهداری می‌شود، در مقابل خطر سرقت با شکستن حرز، بیمه است. در ضمن چنانچه محل استقرار صندوق یا خزانه متعلق به بیمه‌گذار باشد، خسارات وارد شده به محل مورد بیمه در نتیجه سرقت یا اقدام به سرقت نیز تحت پوشش است.

• بیمه پول در گردش

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

۲-۲-۳. بیمه‌های مسئولیت

بیمه‌های مسئولیت در انواع متعدد عرضه می‌گردد که در این جا تعدادی از آنها معرفی می‌شوند:

• بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان

در این بیمه‌نامه، مسئولیت مدنی بیمه‌گذار ناشی از قصور و تقصیر وی در انجام امور پزشکی که منجر به ورود صدمات جسمانی، قوانین یا فوت اشخاص ثالث شود، تحت پوشش قرار می‌گیرد. از انواع دیگر بیمه‌های مسئولیت حرفه‌ای می‌توان به این موارد اشاره کرد:

• بیمه مسئولیت مدنی مدیران و مسئول فنی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها؛

- بیمه مسئولیت کارفرمایان واحدهای صنعتی، تولیدی و خدماتی در مقابل کارگران؛
- بیمه مسئولیت مدیران هتل‌ها، مهمانسراها و متل‌ها؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران و منجیان استخر در مقابل استفاده‌کنندگان؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز نمایشی؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران باشگاه‌های ورزشی؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران شهربازی در قبال استفاده‌کنندگان؛
- بیمه مسئولیت مدنی دارندگان و سرویس کاران آسانسور؛
- بیمه مسئولیت دارندگان تعمیرگاه‌های مجاز خودرو؛
- بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارفرما در مقابل کارگران ساختمانی؛
- بیمه مسئولیت مدنی آرشیکت‌ها و مقاطعه کاران؛
- بیمه مسئولیت حرفه‌ای مهندسين طراح و ناظر ساختمان؛
- بیمه مسئولیت مالکین ساختمان در مقابل همسایگان؛
- بیمه مسئولیت مستأجر در مقابل موجر و موجر در مقابل مستأجر.

۳-۲-۳. بیمه‌های اشخاص

از انواع بیمه‌های اشخاص می‌توان به موارد زیر نام برد:

• بیمه‌های حوادث بدنی

همان‌طوری که اموال و دارایی افراد را خطر و پیشامدهای گوناگون تهدید می‌کند، مخاطرات بی‌شماری نیز متوجه سلامتی و حیات خود انسان نیز است که جهت حمایت اقتصادی افراد در مقابل خسارات ناشی از حوادث گوناگون و متعدد و به منظور جبران و تأمین بخشی از خسارات حاصل از حوادث که منجر به جرح و صدمه بدنی، نقص عضو، از کار افتادگی و فوت می‌شود، بیمه‌نامه‌ای تحت عنوان بیمه نامه حوادث تنظیم و برقرار شده است که حق بیمه قلیل آن و تشدید خطرات احتمالی روزمره ضرورت برخورداري از چنین تأمینی را ایجاب می‌کند. پوشش‌های این بیمه‌نامه عبارتند از:

- فوت و نقص عضو دائم (کامل و جزئی)؛

- هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه؛

- غرامت روزانه.

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

• بیمه‌های عمر

حصول آرامش و اطمینان خاطر از تأمین آتیه افراد مورد علاقه و اعضای خانواده هر شخص از نیازهای فطری و دیرین انسان به شمار می‌آید و ایجاد امنیت مالی برای این گونه وابستگان حاکی از عاقبت‌اندیشی و دوربینی فرد است. بر مبنای این نظریه و جهت رفع بخشی از تشویش خاطر موجود، بیمه‌های عمر متداول و رایج شده است که براساس آن، شخص خود و یا بستگان خود را برای مدت معین و سرمایه معین بیمه می‌کند. سرمایه مشخص شده در بیمه‌نامه به استفاده‌کنندگان مندرج در آن پرداخت می‌شود. حق بیمه بیمه‌های عمر، متناسب با سن بیمه‌شده، مدت بیمه و سرمایه بیمه تعیین می‌شود و پرداخت آن اغلب به شیوه اقساطی است. بیمه‌های عمر تحت عناوین خاص به طور کلی به دو دسته بیمه عمر زمانی و بیمه عمر پس‌انداز و به لحاظ بیمه‌شدگان به دو بخش انفرادی و گروهی تقسیم می‌شوند.

• بیمه عمر گروهی

توسعه و گسترش روزافزون مؤسسات تولیدی و خدماتی و توجه به مسائل رفاهی و تأمین کارکنان و خانواده‌های آنان از مواردی است که به خصوص در سال‌های اخیر ضرورت آن به خوبی احساس شده و با گذشت زمان تأکید و اهمیت بیشتری یافته است تا جایی که در بعضی از کشورها تأمین گروهی بیمه‌های اشخاص به صورت پوشش اجباری درآمده است. در ایران نیز بیمه عمر و حوادث گروهی کارکنان دولت اجباری است. در قرارداد عمر گروهی، طرف قرارداد بیمه‌گر (بیمه‌گذار)، اغلب شخص حقوقی مانند شرکت، مؤسسه و ... است. در این بیمه، در واقع بیمه‌گر با بیمه‌گذار طرف است و طبیعی است وظیفه پرداخت حق بیمه نیز به عهده بیمه‌گذار باشد.

• بیمه عمر و پس‌انداز انفرادی

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

در بیمه‌هایی مانند بیمه‌های عمر و پس‌انداز و بیمه تمام عمر، بیمه‌گر متعهد پرداخت مبلغ بیمه و یا قسمتی از آن (به صورت سرمایه مخفف) است. در واقع بیمه‌گر از ابتدای زمان صدور بیمه نامه، خود را برای ایفای تعهد آماده می‌کند و حق بیمه‌ای که در بیمه‌های مختلف عمر و پس‌انداز دریافت می‌شود را به دو قسمت تقسیم می‌کند؛ قسمتی را برای خطر فوت در نظر می‌گیرد که در صورت فوت بیمه‌شده در طول مدت بیمه، مبلغ بیمه به استفاده‌کنندگان از این قسمت؛ یعنی بیمه عمر زمانی، پرداخت می‌شود و قسمت دیگر که معمولاً قسمت اعظم حق بیمه نیز است، پس‌انداز می‌شود. واضح است هرچه از شروع اعتبار بیمه نامه بگذرد، با پرداخت اقساط حق بیمه از طرف بیمه‌گذار، بخش پس‌انداز بیمه نامه نیز بیشتر می‌شود. این ذخایر پس‌اندازی که به تدریج اضافه می‌گردد اصطلاحاً «ذخایر ریاضی» نامیده می‌شود و با توسعه صدور بیمه نامه‌های عمر و پس‌انداز بر حجم و مبالغ آن اضافه می‌شود و منابع مالی مناسبی را در اختیار بیمه‌گر قرار می‌دهد. بیمه‌گر با توجه به ماهیت بیمه‌های عمر به خصوص بیمه‌های عمر و پس‌انداز از نوع با مشارکت در منافع، می‌باید این مبالغ عظیم ذخایر ریاضی را سرمایه‌گذاری کند و در سود اضافی آن (اضافه بر بهره فنی حق بیمه) بیمه‌گذاران را نیز مشارکت دهد.

– بیمه‌های درمان

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

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

– سایر بیمه‌ها (ریسک‌های متنوع)

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

- بیمه هواپیما و مسئولیت‌های مدنی مربوط به آن،
- بیمه کشتی و مسئولیت‌های مدنی مربوط به آن،
- بیمه محصولات کشاورزی؛
- بیمه عدم النفع؛

- بیمه‌های اعتباری؛
- بیمه صداقت و امانت کارکنان؛
- بیمه شکست شیشه؛
- بیمه‌های انرژی؛
- بیمه دام، طیور، پرورش زنبور عسل و آبزیان.



فصل ۲



برای دستیابی به مبانی سازماندهی صنعت بیمه و شرکت‌های بیمه و چگونگی مدیریت آن نیازمند شناسایی کارکردهایی هستیم که اساس فعالیت شرکت‌های بیمه را تشکیل می‌دهند. این کارکردها به خوبی از محتوای تعریف ارائه شده برای بیمه قابل شناسایی اند. در این رابطه به تجزیه و تحلیل عناصر این تعریف می‌پردازیم:

۱. بیمه‌گر و بیمه‌گذار یا ذی‌نفع

بیمه‌گر شرکت یا مؤسسه مجازی است که طبق قانون و مقررات مملکتی و ضوابط فنی به عملیات بیمه‌گری، یعنی قبول ریسک و تعهد جبران خسارت یا پرداخت سرمایه بیمه، اشتغال می‌ورزد و بیمه‌گذار شخصی است که قرارداد بیمه را منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می‌کند. به عبارت دیگر، بیمه‌گذار شخصی است حقیقی یا حقوقی که پیشنهاد بیمه یا تقاضای بیمه را امضا و پرداخت حق بیمه را برعهده می‌گیرد (یک‌طرف قرارداد بیمه است) و دارای کلیه حقوق و الزاماتی است که در قانون بیمه و شرایط قرارداد بیمه منظور شده است. گاهی اوقات به ویژه در بیمه‌های زندگی و مسئولیت، بیمه‌گذار و ذی‌نفع (استفاده‌کننده از مزایای بیمه نامه) یکی نیستند. از آنجا که بیمه خدمتی است که محصول آن ملموس و عینی نیست بلکه نتایج آن پس از گذشت مدتی از خرید آن نمایان می‌شود، بنابراین برای فروش این نوع از محصولات نیاز است که فروشنده بتواند خریدار را نسبت به مزایا و محاسن محصول عرضه شده آگاه نماید. بازاریابی و اطلاع‌رسانی از جمله کارکردهای عملیات بیمه‌گری است.

۲. حق بیمه یا سهم مشارکت

حق بیمه وجهی است که بیمه‌گذار در قبال خرید بیمه یا به عبارت دیگر، در قبال انتقال خطر به بیمه‌گر، پرداخت می‌کند. با پرداخت حق بیمه و خرید بیمه، جبران خسارات از بیمه‌گذار به بیمه‌گر منتقل می‌گردد و سهم مشارکت، درصدی از سود و منافع حاصل از معاملات بیمه‌ای (به ویژه در بیمه‌های زندگی) است که بیمه‌گران به بیمه‌گذاران یا بیمه‌شدگان خود می‌دهند. تعیین میزان حق بیمه نیاز به انجام محاسبات فنی در قالب شناسایی ریسک (شامل طبقه‌بندی و تفکیک ریسک)، تحلیل ریسک (شامل بررسی‌های آماری در خصوص شدت و تواتر ریسک) و نهایتاً شناسایی و بررسی بازار و عوامل مؤثر در آن دارد.

۳. خطر و حادثه

از نظر فن بیمه، خطر عبارت است از واقعه‌ای که در زمان کم و بیش دور و نزدیک احتمال وقوع داشته باشد و بتوان درجه احتمال وقوع آن را محاسبه کرد. از دیدگاه حقوقی خطر عبارت است از

اتفاق یا پیشامد احتمالی که زمان وقوع آن نامعلوم است و تحقق آن بستگی به میل و اراده دو طرف قرارداد بیمه (به ویژه بیمه‌گذار یا بیمه‌شده) نداشته باشد.

بنابراین، دو ویژگی ذیل برای خطر محرز می‌باشد:

الف) خطر امری است اتفاقی و احتمالی.

ب) وقوع خطر نباید به میل و اراده طرف‌های قرارداد بیمه بستگی داشته باشد.

حادثه عبارت است از واقعه یا پیشامد ناگهانی که به نسبت شدیدی در اثر عوامل خارجی و بدون میل و اراده بیمه‌گذار یا بیمه‌شده رخ دهد و موجب زیان بدنی یا مالی شخص بیمه شده گردد. به عبارت دیگر، حادثه، پیشامد فیزیکی محسوسی است که دربرگیرنده تصادف یا تصادم یا برخوردن و به هم خوردن یا سقوط اجسام و اشیا است و دربرگیرنده عوامل بیماری‌زا مانند میکروب، ویروس، آلودگی هوا و استرس‌های بیماری‌زا نیست. بنابراین واژه خطر معنا و مصداق گسترده‌تر و عام‌تری دارد که معادل واژه ریسک در زبان‌های لاتین است. ریسک به زبان ساده، به معنای پیشامد یا رخداد اتفاقی است که همیشه یک جنبه احتمال وقوع در آن نهفته و نهان است.

از آنجا که با توجه به ماهیت خطر، امکان تخلف و تقلب در سازماندهی وقوع حوادث و تبانی برای دریافت خسارت وجود دارد، به منظور حفظ و دفاع از حقوق شرکت‌های بیمه و انجام امور بیمه‌گری بر پایه قوانین و مقررات، رعایت و توجه به مبانی حقوقی از الزامات عملیات بیمه‌گری محسوب می‌گردد.

۴. غرامت یا مستمری

در بیمه، غرامت شامل مبلغی است که بیمه‌گر متعاقب یک خسارت به شخص ثالث زیان‌دیده و یا به خود بیمه‌گذار (یا ذی‌نفع بیمه‌نامه) که به علت وقوع خطر مورد تعهد بیمه‌گر، دچار زیان و خسارت شده است، پرداخت می‌نماید. در بیمه‌های اشخاص اعم از عمر یا حوادث شخصی، پرداخت‌های بیمه‌گر ممکن است به صورت یکجا نباشد و در اقساط معینی انجام شود که به آن مستمری می‌گویند.

بیمه‌گر می‌بایست قادر باشد علت خسارت را شناسایی و میزان خسارت وارده را ارزیابی نماید. علاوه بر این، پس از پرداخت خسارت بیمه‌گذار، بنا به اصل جانشینی، بیمه‌گر به عنوان جانشین بیمه‌گذار می‌تواند (به ویژه در بیمه‌های اموال) مقصر یا مسئولین حادثه یا خسارت را مورد پیگرد قانونی قرار داده و علیه آنان اقامه دعوی نماید. بنابراین بیمه‌گر می‌بایست به «مباحث قانونی و حقوقی» مرتبط اشراف کامل داشته باشد.

۵. فاصله زمانی بین دریافت و پرداخت خسارت

همان‌طور که فرآیند عملیات بیمه‌گری نشان می‌دهد، بین دریافت حق بیمه و پرداخت خسارت فاصله زمانی وجود دارد. در این فاصله وجوه حاصل از دریافت حق بیمه در اختیار بیمه‌گر قرار دارد و بنابراین استفاده از این وجوه برای کسب درآمد و به عبارت دیگر، سرمایه‌گذاری وجوه دریافت شده برای شرکت‌های بیمه امری اجتناب‌ناپذیر است و بحث سرمایه‌گذاری از کارکردهای ثانویه عملیات بیمه‌گری محسوب می‌شود.

۶. ضرورت ماندگاری بیمه‌گر تا زمان وقوع حادثه

نکته با اهمیت دیگر در رابطه با بیمه این است که بیمه‌گر تعهد می‌کند در صورت وقوع حادثه، خسارت معینی را به بیمه‌گذار پرداخت نماید. در این صورت، بیمه‌گر بایستی قطعاً شرایط ماندگاری را دارا باشد. ماندگاری به این مفهوم که بیمه‌گر باید در زمان وقوع خسارت، شخصیت حقوقی داشته باشد. ماندگاری یک شرکت بیمه، در گرو مدیریت صحیح منابع انسانی و دارایی‌های شرکت بیمه است.

برنامه‌ریزی برای استفاده بهینه از سرمایه و ذخایر و اندوخته‌ها، بهره‌گیری از روش‌های پیشرفته مدیریتی، توزیع مناسب ریسک و استفاده از شیوه‌های مدرن مدیریت ریسک، مشتری‌مداری، ارائه محصولات متنوع و ... تلاش‌هایی است که شرکت‌های بیمه به منظور حفظ شرایط ماندگاری به کار می‌گیرند.

۷. توانایی بیمه‌گر برای جبران زیان (ارزیابی و پرداخت غرامت)

علاوه بر ماندگاری، بیمه‌گر بایستی قطعاً شرایط توانگری را نیز دارا باشد. توانگری به این مفهوم که بیمه‌گر می‌بایستی در هر لحظه از زمان، توانایی ایفای تعهدات پذیرفته‌شده، ارزیابی و تأمین غرامت را داشته باشد. این توانایی در گرو بهره‌مندی از نیروی انسانی متخصص و منابع مالی و نقدینگی کافی برای ارزیابی خسارت و پرداخت به موقع و سریع غرامت است. به کارگیری روش‌های مختلف انجام نظارت داخلی، توزیع ریسک، استفاده از بیمه‌های اتکایی و ... تلاش‌هایی به منظور حفظ توانگری شرکت‌های بیمه محسوب می‌شود.

۸. رعایت حقوق بیمه‌گذار و به کارگیری الگوی مشتری‌مداری

بیمه‌گران در زمان حال از عده کثیری از مردم حق بیمه دریافت می‌کنند. باید بررسی شود که آیا حق بیمه دریافتی و شرایط لحاظ شده با اصول فنی بیمه‌گری همخوانی دارد؟ آیا در زمان وقوع حادثه، بیمه‌گر توان و تمایل پرداخت خسارت به بیمه‌گذار را دارد؟ آیا در عقد یا انجام قرارداد بیمه، حق و حقوق بیمه‌گذار رعایت شده است؟ آیا در زمان پرداخت خسارت، حقوق بیمه‌گذار بر اساس قرارداد

بیمه تأمین شده است؟ اصولاً عقد بیمه همچون هر قرارداد دیگر مشمول قوانین و مقررات خاصی است که قبلاً در این باب تهیه و به تصویب مراجع ذیربط رسیده است. مکلف ساختن دیگران به رعایت قوانین و مقررات مربوط و حفظ حقوق مشتریان، نیازمند نظارت عالی است که معمولاً از سوی دولت‌ها در هر جامعه اعمال می‌شود. تعیین مقام ناظر بر صنعت بیمه و تصویب چارچوب نظارت در همه کشورها رایج است. البته به دلیل حضور بیمه‌گران متعدد در همه کشورها و وجود فضای رقابت، کلیه شرکت‌های بیمه با اتخاذ تدابیری همواره در تلاش هستند تا مشتریان خود را راضی نگه دارند و آنها را حفظ کنند. توجه به نیازها و خواست مشتریان، جلب رضایت آنان و رسیدگی به پیشنهادها، انتقادات و شکایت‌های آنان از جمله کارکردهایی است که شرکت‌های بیمه بر عهده دارند و برای ماندگاری خود ناچار از انجام آن می‌باشند.



فصل ۳

کارکردهای عناصر تعریف بیمه

تبیین ویژگی‌ها و شرایط حاکم بر هر یک از عناصر تعریف بیمه
و کارکردهای استخراج شده از تجزیه و تحلیل این عناصر



۱. بازاریابی و فروش

یکی از ویژگی‌های بارز خدمات و از جمله آنان بیمه، غیرملموس و غیرمحسوس بودن آنهاست، یعنی اینکه نمی‌توان آن را همانند یک کالا قبل از خرید از نزدیک مشاهده یا لمس نمود و یا به عبارتی کمیت و کیفیت آن از قبل، قابل اندازه‌گیری نمی‌باشد. بنابراین وظیفه عمده بازاریابان این گونه از خدمات این است که با بهره‌گیری از فنون بازاریابی، خدمات قابل عرضه را برای مصرف‌کنندگان به لحاظ ذهنی، قابل درک گردانند و یا به عبارتی مزایا و محاسن استفاده از خدمات و محصول مورد نظر را برای مصرف‌کننده به نحوی توصیف کنند که آن خدمت یا محصول برای وی، قابل درک و ارزیابی باشد. عرضه و فروش بیمه، حرفه ظریف و دقیقی است که به توانایی علمی، تخصصی، اخلاقی و مهارت در معاشرت و روابط عمومی نیازمند است. بر این اساس، بازاریابان بیمه می‌بایست از حداقل ویژگی‌های ذیل برخوردار باشند:

- بازاریابی بیمه می‌بایست بر پوشش‌های بیمه‌ای قابل عرضه توسط شرکت‌های بیمه اشراف کامل داشته و ضمن ارزیابی ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشتریان، توانایی ارائه خدمات مورد نیاز آنان را داشته باشد.
- بازاریاب بیمه به لحاظ شخصیتی می‌بایست دارای هوش اجتماعی، جسارت، اعتماد به نفس، مسئولیت‌پذیری، قدرت بیان و ... باشد.
- بازاریاب بیمه به لحاظ ظاهری می‌بایست دارای پوشش مناسب بوده و از آراستگی لازم برخوردار باشد. کسب اعتماد مشتریان از مهم‌ترین عوامل موفقیت در بازاریابی است.
- بازاریاب بیمه به لحاظ مهارتی می‌بایست با تکنیک‌های فروش آشنا بوده، بیمه را بشناسد و قادر به تجزیه و تحلیل رفتار مصرف‌کنندگان و وضعیت بازار باشد.

بازاریابی شرکت‌های بیمه می‌تواند توسط خود کارکنان شرکت‌های بیمه انجام شود لیکن در صورتی که نظام‌های انگیزشی مناسب به منظور تشویق کارکنان در این رابطه تعریف نشده باشد عملاً کارکنان در این زمینه اقدام نخواهند کرد و به همین دلیل و یا به دلیل ملاحظات اقتصادی دیگر، سیستم ناگزیر خواهد بود نیروهایی را بیرون از شرکت مأمور امر بازاریابی نماید و خود، بیشتر امور محاسبات فنی، پرداخت خسارت، نظارت بر فعالیت‌ها، سرمایه‌گذاری‌ها و امور ستادی و پشتیبانی را برعهده داشته باشد. این نیروها در قالب نمایندگان بیمه (حقیقی یا حقوقی)، کارگزاران و دلالتان بیمه به فعالیت در امر بازاریابی بیمه خواهند پرداخت.

نمایندگان و کارگزاران بیمه از عوامل تخصصی گسترش و توسعه بیمه‌های بازرگانی به شمار می‌روند. در واقع از آنجا که بیمه، خدمتی فروختنی است، شرکت‌های بیمه از راه گزینش و آموزش نمایندگان خود و گسیل آنان به سوی مردم و مشتریان می‌توانند دامنه فعالیت‌های خود را گسترش دهند. بنابراین نقش واسطه‌ها و میانجی‌ها در بازار بیمه بسیار مهم، کارآفرین و کارساز است و دیگران بدون فعالیت سازمان یافته و سنجیده آنان نمی‌توانند محصولات خدماتی خود را به شیوه‌ای گسترده به جامعه عرضه کنند و افراد، خانواده‌ها و بنگاه‌ها را به خریدن بیمه نامه و بستن قرارداد و پیمان‌های تعهدآور برانگیزند.

در ایران تا قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، کارکنان شرکت‌های بیمه، بازاریاب و فروشنده محصولات بیمه‌ای نیز محسوب می‌شدند و به لحاظ قانونی، امکان جبران خدمات آنان در زمینه بازاریابی و فروش محصولات بیمه‌ای وجود داشت. پس از پیروزی انقلاب اسلامی که همه شرکت‌ها ملی و سپس دولتی شدند و کارکنان بیمه تحت قوانین و مقررات عام مربوط به کارکنان دولت قرار گرفتند، پاداش بازاریابی و فروش از پرداخت‌های شرکت‌های بیمه حذف و به تدریج ساختار دیگری جایگزین آن شد. به این ترتیب که در حال حاضر طبق مقررات موجود، بازاریابی بیمه توسط عوامل ذیل که همگی بخش خصوصی محسوب می‌شوند، صورت می‌پذیرد:

الف) نمایندگان بیمه: نمایندگان حقیقی به صورت انفرادی فعالیت می‌کنند و در آزمون بیمه مرکزی ایران شرکت نموده و مجوزهای لازم در این رابطه را دریافت می‌نمایند.

ب) شرکت‌های خدمات بیمه‌ای: از آنجا که، نمایندگان حقیقی محدودیت‌هایی در اخذ مجوز جهت صدور بیمه نامه دارند از اوایل دهه ۷۰ تأسیس شرکت‌های خدمات بیمه‌ای مطرح گردید. این شرکت‌ها مجموعه‌ای از افراد متخصص در زمینه بیمه، بازاریابی و فروش است که به علت برخورداری از منابع و امکانات مالی و انسانی بهتر قادر هستند به طور تخصصی فعالیت نمایند و به همین دلیل نهاد نظارتی، حوزه اختیارات بیشتری را برای آنان در نظر گرفته است. نماینده بیمه چه به صورت حقیقی و چه به صورت حقوقی نمی‌تواند نمایندگی بیش از یک شرکت بیمه را داشته باشد و می‌بایست تنها در زمینه فروش محصولات شرکت بیمه طرف قرارداد خود فعالیت نماید.

ج) دلالان بیمه (کارگزاران بیمه): دلال بیمه شخصی است که طبق مقررات، شرایط و مجوز فعالیت دلالی بیمه را داراست و می‌تواند ضمن ارائه مشاوره به بیمه‌گذاران برای اخذ پوشش بیمه‌ای مورد نظر بیمه‌گذار به هر یک از شرکت‌های بیمه فعال در بازار بیمه مراجعه کند. کارگزاران بیمه در واقع نمایندگان بیمه‌گذاران هستند. این افراد با دریافت مجوز از بیمه مرکزی ایران قادر هستند با توجه به نیازهای مشتری بهترین شرایط معامله را در بین شرکت‌های بیمه جستجو و به مشتری پیشنهاد نمایند.

کارگزاران بیمه نیز می‌توانند به صورت حقیقی یا حقوقی فعالیت داشته باشند. هرچند که در مقررات موجود نحوه و چارچوب فعالیت دلالتان به طور کامل تعریف شده است لیکن این نوع از بازاریابی در ایران هنوز شکل مطلوب خود را نیافته است زیرا با وجود نظام تعرفه در بازار بیمه کشور، دلالتان بیمه قادر نیستند که محصولات را با نرخ‌های رقابتی به مشتریان خود ارائه نمایند. نظام تعرفه به دلالتان اجازه نمی‌دهد که جایگاه و ارزش خود را از طریق پیدا کردن بهترین وضعیت معامله در بازار و معرفی آن به مشتریان خود اثبات کنند. بنابراین مشتریان نمی‌توانند ارزش یک واسطه خبره را در بازاری که قیمت‌ها از قبل تعیین شده، درک کنند و بهای لازم را برای خدماتی که کارگزاران بیمه قادر به ارائه آن می‌باشند قائل باشند.



۲. محاسبات فنی (شامل ارزیابی ریسک و تعیین حق بیمه)

همان‌طور که پیش‌تر در تعریف بیمه به آن اشاره شد، بیمه عملیاتی است که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) تعهد می‌نماید در برابر دریافت مبلغی (حق بیمه یا سهم مشارکت) ...

بنابراین ارزیابی ریسک به منظور تعیین میزان حق بیمه، جزء لاینفک عملیات بیمه‌گری است که تابع اصولی است که از مبانی بیمه محسوب می‌شوند. از نظر اصول بیمه، ریسک یا خطری که می‌خواهد تحت پوشش بیمه قرار گیرد باید خصوصیات ذیل را دارا باشد:

- **تعداد بی‌شماری واحد همگن در معرض ریسک وجود داشته باشد:**

بیمه بر اساس سهم شدن در ریسک‌های مشترک در یک جامعه بزرگ کار می‌کند. به عبارت دیگر، باید تعداد بی‌شماری واحد همگن در معرض ریسک وجود داشته باشد. اگر جامعه مورد بیمه خیلی کوچک باشد، کم بودن تعداد بیمه‌گذاران می‌تواند منجر به افزایش غیرمنتظره ضریب خسارت گردد.

- **بیمه‌گذار کنترل محدودی بر حادثه قابل بیمه داشته باشد:**

بیمه‌گذار نباید بتواند زمان و احتمال وقوع خسارت را کنترل کند، در غیر این صورت احتمال اینکه خسارات به سرعت و فراتر از انتظار، افزایش یابد، وجود خواهد داشت.

- **نفع قابل بیمه شدن وجود داشته باشد:**

در صورتی که شخصی نسبت به حفظ یا بقاء مالی علاقه و نفعی نداشته باشد نمی‌تواند آن مال را بیمه کند. به طور کلی هر نفعی که جنبه قانونی داشته باشد و با اخلاق حسنه و نظم عمومی مغایر نباشد یا موجب تقلب و سوءاستفاده از بیمه نگردد نفع بیمه‌ای تلقی شده و بیمه کردن آن بدون اشکال است.

- **خسارت قابل تعیین و قابل اندازه‌گیری باشد:**

بیمه باید برای ریسک‌های خاصی که به طور مشخص تعریف و احتمال وقوع خسارت آنها مورد ارزیابی و محاسبه قرار گرفته است، طراحی گردد.

- **خسارت فاجعه‌آمیز نباشد:**

ریسک‌های پوشش داده شده توسط بیمه باید تنها متوجه بخش کوچکی از کل جامعه باشد. برای مثال در خصوص حوادث فاجعه‌آمیز از آنجا که بروز یک حادثه، بخش بزرگی از افراد جامعه را در یک زمان متأثر می‌سازد، این نوع از خطرات قابلیت بیمه شدن در قالب بیمه‌های بازرگانی را ندارد.

• احتمال وقوع خسارت قابل محاسبه باشد:

می‌بایست احتمال وقوع خطر بر پایه آمار و احتمالات قابل اندازه‌گیری باشد. خطری که احتمال وقوع آن قابل پیش‌بینی نیست، قابلیت بیمه شدن ندارد. این احتمال باید بین صفر و صد باشد. اگر احتمال وقوع حادثه‌ای صد در صد باشد بیمه کردن آن برای بیمه‌گر مقرون به صرفه نبوده و توجیه اقتصادی ندارد و برعکس اگر احتمال وقوع حادثه‌ای صفر باشد بیمه‌گذار تمایل به اخذ پوشش بیمه‌ای نخواهد داشت.

• حق بیمه‌ها به لحاظ اقتصادی قابل تحمل باشد:

به هر حال، حق بیمه باید به گونه‌ای باشد که برای مشتریان و بیمه‌گذاران قابل تحمل باشد. برای مثال، چنانچه فقط یک خودرو برای دریافت بیمه نامه بدنه به بیمه‌گر مراجعه نماید، در این صورت حق بیمه این خودرو مساوی قیمت خودرو به علاوه هزینه‌های بیمه‌گری و ... خواهد بود که قطعاً برای بیمه‌گذار مقرون به صرفه نیست.

علاوه بر موارد فوق، برخی ریسک‌ها هستند که گرچه از نظر تکنیکی و فنی بیمه آنان امکان پذیر است لیکن بیمه ابزار مناسبی برای مدیریت آنها نمی‌باشد و ابزارهای مناسب‌تری در این خصوص وجود دارد. برای مثال، تهیه تجهیزات یا کمک هزینه تحصیلی، وقایعی هستند که فشار مالی زیادی به خانوار تحمیل می‌کنند لیکن از آنجایی که احتمال وقوع آنان زیاد است یک خانوار می‌تواند از پس‌انداز یا تسهیلات بانکی خدمات بیشتری دریافت نماید. به بیان دیگر، بیمه در ابتدا چیزی جز نوعی شرط‌بندی نبود که شانس در آن نقش اساسی را به عهده داشت زیرا برای تعیین حق بیمه که بهای بیمه نامیده می‌شود اساس محاسباتی صحیحی موجود نبود در این صورت حق بیمه‌ای که از بیمه‌گذار دریافت می‌شد ممکن بود بیش از حق بیمه واقعی و موجب خسران بیمه‌گذار باشد و یا اینکه بالعکس از حق بیمه واقعی کمتر و ورشکستگی بیمه‌گر را سبب گردد، به همین جهت بیمه‌گران از راه احتیاط همیشه حق بیمه‌ها را خیلی بیشتر از آنچه می‌بایست باشد تعیین نموده و از بیمه‌گذاران دریافت می‌کردند، در نتیجه روزبه‌روز بر قدرت بیمه‌گران افزوده می‌شد و بیش از پیش اعتراض و انتقاد بیمه‌گذاران را موجب می‌گشت. مع‌ذکب بیمه‌گری را نمی‌توانستند متوقف سازند زیرا بیمه‌گر، سازمان‌دهنده تعاون و همکاری ملی است و بیمه روزبه‌روز بیشتر جز نیازمندی‌های عمومی قرار می‌گرفت که می‌بایستی از آن حمایت می‌شد. لیکن امروزه، محاسبه احتمالات از طریق توسل به آمار که به لطف قانون اعداد بزرگ، احتمال تحقق خطر را معین می‌کند، میسر شده است. این نحوه محاسبه به بیمه یک مبنای علمی، قطعی و مطمئن می‌دهد که رکن فنی آن است. برای آنکه آمار بتواند احتمال وقوع خطری را پیش‌بینی کند باید متکی به وقایع و حوادثی با مشخصات ذیل باشد:

• تجانس و همگنی

خطرهای موضوع بیمه باید با هم متجانس و همگن باشند. خطرات بایستی از نظر ماهیت (در آتش‌سوزی تفکیک خطرات ساده و صنعتی)، موضوع (خانه چوبی یا بتنی)، ارزش و دوره مشابه باشند. به عنوان مثال، اگر تعداد خطر تصادف اتومبیل یا آتش‌سوزی منازل را در قالب یک جامعه آماری بررسی کنیم قادر به تعیین درجه احتمال وقوع تصادف اتومبیل و آتش‌سوزی منازل نبوده و تعیین حق بیمه امکان‌پذیر نخواهد بود.

• تواتر خطر

علاوه بر تجانس و همگنی، خطر باید احتمال وقوع و امکان تحقق داشته باشد یعنی آن‌چنان اتفاقی باشد که احتمال رود در فاصله زمانی کم و بیش دور و نزدیک واقع می‌شود تا بتوان به کمک آمار، درجه احتمال وقوع یا تواتر آن را محاسبه کرد. حوادثی که مطابق قانون طبیعت امکان وقوع نداشته باشند یا پیشامدهایی که به ندرت اتفاق می‌افتند نمی‌توانند موضوع بیمه قرار گیرند زیرا تهیه آمار و تعیین درجه احتمال وقوع آنها نامقدور است. به عبارت دیگر، ملاحظات آماری باید مرتبط با خطراتی باشد که وقوع آنها در حد کفایت برای آن که استخراج قانون احتمال را میسر می‌سازد، تکرار شود. در واقع، فقط نوعی نظم امکان می‌دهد از نظر کلی حادثه را به عنوان قطعیت نسبی ملاحظه کرد. از طرف دیگر، تحقق خطر مکرر که محققاً ارزیابی خطر آن امکان‌پذیر است مستلزم حق بیمه‌گرافی است که بیمه را از لحاظ اقتصادی غیر مفید می‌سازد. بیمه‌گر بایستی خطراتی را نگه دارد که به حد کافی پراکنده و همگن باشند، تا واجد کیفیت و پراکندگی مشابه کیفیت و پراکندگی گروهی گردد که آمار آن تهیه شده است. برای محاسبه نرخ بیمه، داشتن حداقل دو فاکتور ذیل الزامی است:

الف. طبقه ریسک

به‌طور کلی ریسک‌ها به طبقات و گروه‌های ذیل تقسیم می‌شوند که در محاسبه حق بیمه می‌بایست ابتدا طبقه ریسک مورد نظر شناسایی شود:

- ریسک‌های بیماری‌ها (مانند بیماری‌های مؤثر بر انسان‌ها، حیوانات و گیاهان).
- ریسک‌های اقتصادی (مانند تغییرات رشد اقتصادی، نقدینگی، تورم، نرخ بهره و بازدهی سهام).
- ریسک‌های زیست‌محیطی (مانند آلودگی، سر و صدا و ...).
- ریسک‌های مالی (مانند ریسک‌های قراردادی، سرمایه‌گذاری، کلاهبرداری و جرایم).
- ریسک‌های انسانی (مانند شورش‌ها، اعتصابات، خراب‌کاری و خطا).
- ریسک‌های خطرات طبیعی (مانند شرایط آب‌وهوایی، زلزله، سیل، آتش‌سوزی).
- ریسک‌های ایمنی و بهداشت شغلی (مانند اقدامات نامناسب و مدیریت ضعیف در ایمنی).

- ریسک‌های قابلیت اعتماد محصول (مانند خطای طراحی، کنترل کیفیت پایین‌تر از استاندارد، آزمون نامناسب).
- ریسک‌های قابلیت اعتماد حرفه‌ای (مانند مشاور اشتباه، غفلت و خطای طراحی).
- ریسک‌های خسارت به اموال (مانند آتش‌سوزی، شکست ماشین‌آلات، آلودگی‌ها، خطای انسانی و ...).
- ریسک‌های امنیتی (مانند سرقت، ورود غیرقانونی، جابجایی پول نقد و ...).
- ریسک‌های تکنولوژی (مانند نوآوری، منسوخ شدن).

ب. تحلیل ریسک

در تحلیل ریسک تلاش می‌شود با استفاده از اطلاعات در دسترس تعیین شود که رویدادهای معین در چه تناوب زمانی و با چه پیامدهایی روی می‌دهند. بنابراین در بحث تحلیل ریسک می‌بایست دو شاخص اساسی و مهم مورد محاسبه قرار گیرند:

۱. متوسط فراوانی (یا تواتر ریسک): میزان قابل پیش‌بینی (یا احتمال) وقوع هر رویداد را تواتر ریسک گویند.

۲. شدت خسارت مورد انتظار: میزان خسارتی که در صورت وقوع یک حادثه، احتمال وقوع آن وجود دارد را شدت خسارت مورد انتظار می‌گویند.

برای مثال، احتمال وقوع حادثه برای اتومبیل بیشتر از هواپیماست ولی اگر برای هواپیما اتفاقی پیش آید شدت آن خیلی بیشتر از حادثه اتومبیل خواهد بود. بنابراین هر جا صحبت از ریسک است باید احتمال وقوع حادثه و شدت آن را با هم در نظر بگیرید.

اساس نرخ‌گذاری و محاسبه حق بیمه بر روش‌های ذیل استوار است:

- استفاده از اطلاعات و سوابق گذشته.
- استفاده از تجربیات مرتبط.
- استفاده از نظرات متخصصین.
- انجام مصاحبه‌های انفرادی در خصوص موضوع مورد بحث.
- تجزیه و تحلیل داده‌ها.

به این ترتیب و با در نظر گرفتن تمامی موارد فوق، آن چیزی که به دست می‌آید نرخ حق بیمه فنی است لیکن تعیین میزان حق بیمه واقعی، تابع سود شرکت‌ها، نحوه به‌کارگیری عوامل و شرایط بازار می‌باشد. مثلاً یک شرکت با استفاده از تکنولوژی اطلاعات، به‌کارگیری بهینه منابع و کاهش هزینه‌های عملیاتی می‌تواند نرخ‌های پایین‌تری را ارائه نماید و یا اینکه در صورت وجود شرایط رقابت یا

انحصار در بازار بیمه، نرخ‌های ارائه شده توسط شرکت‌های بیمه متفاوت خواهد بود. در نهایت مجموعه‌ای از الزامات فنی و ضروریات اقتصادی و بنگاهداری بر تعیین نرخ‌های رایج در بازار بیمه هر منطقه یا کشور اثرگذار می‌باشند.



۳. مباحث حقوقی

در بیمه ضرورت رعایت و توجه به قوانین و مقررات از منظرهای ذیل محقق می‌گردد:

الف) دفاع از حقوق شرکت‌های بیمه

از آنجا که با توجه به ماهیت خطر امکان تخلف و تقلب در بیمه‌ها وجود دارد به منظور حفظ و دفاع از حقوق شرکت‌های بیمه و انجام امور بیمه‌گری بر پایه قوانین و مقررات، رعایت و توجه به مبانی حقوقی از الزامات عملیات بیمه‌گری محسوب می‌گردد.

ب) بازیافت و اصل جانشینی

اصولاً در بیمه، تعهد بیمه‌گر در مقابل بیمه‌گذار در مواردی است که حادثه بر اثر عمل بیمه‌گذار (یا بیمه‌شده) و یا قوه قهریه باشد، اما اگر فرد یا افراد دیگری باعث بروز حادثه و یا ایجاد خسارت بشوند از نظر قانونی، بیمه‌گر مسئول پرداخت خسارت نیست و می‌بایستی هزینه خسارت از وارد کننده آن، طلب شود. اما برای راحتی بیمه‌گذار، در این مواقع شرکت‌های بیمه خسارت وارده را به بیمه‌گذار می‌پردازند و خود بنا بر اصل جانشینی، به عنوان قائم‌مقام بیمه‌گذار این حق را دارند که مسئولین و مقصرین ایجاد خسارت را مورد پیگیری و پیگرد قانونی قرار دهند. برای مثال، در بیمه‌های باربری چنانچه مسئول یا مقصر ایجاد حادثه یا خسارت به کالای مورد بیمه، شخص ثالث (شخصی به غیر از بیمه‌گذار) باشد، بیمه‌گر پس از آنکه خسارت را در وجه بیمه‌گذار که صاحب کالای مورد حمل بوده، پرداخت می‌نماید، می‌تواند به عنوان جانشین بیمه‌گذار علیه مسئولین و مقصرین حادثه اقامه دعوی نماید.* امر بازیافت خسارت بر اساس اصل جانشینی در بیشتر رشته‌های بیمه اموال موضوعیت دارد.

ج) انعقاد قراردادهای مورد نیاز شرکت بر پایه قوانین و مقررات حاکم

شرکت‌های بیمه مانند تمامی شرکت‌های تجاری و بازرگانی برای انجام امور مختلف از جمله امور پرسنلی، واگذاری و برون‌سپاری برخی خدمات، تهیه امکانات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری، انجام برخی فعالیت‌های بیمه‌ای، اجاره، خرید و احداث ساختمان و غیره نیاز به انعقاد قرارداد با افراد، شرکت‌ها و سازمان‌های دیگر دارند که بررسی ابعاد قانونی این نوع از قراردادها از کارکردهای ثانویه عملیات بیمه‌گری محسوب و توسط واحدهای حقوقی انجام می‌شود.

* اشاره به ماده ۳۰ قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶/۲/۷

بیمه‌گر در حدودی که خسارات وارده را قبول یا پرداخت می‌کند در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت هستند قائم‌مقام بیمه‌گذار خواهد بود و اگر بیمه‌گذار اقدامی کند که منافی با عقد مزبور باشد در مقابل بیمه‌گر مسئول شناخته می‌شود.

۴. اندوخته‌ها و حقوق بیمه‌گذاران

شرکت‌های بیمه، همانند شرکت‌های بازرگانی دیگر، بر پایه ضابطه‌های قانونی و با سرمایه معین تأسیس و تشکیل می‌شوند و اموال و دارایی‌های لازم برای آغاز و ادامه فعالیت خود دارند. ولی به دلیل سرشت و تکنیک ویژه حرفه بیمه‌گری، شرکت‌های بیمه در برابر قبول تعهدات و تضمین‌های بیمه‌ای و در مقابل دریافت حق بیمه از مشتریان خود مکلفند که پشتوانه مالی بسنده‌ای، به منظور اطمینان از انجام تعهدهای پذیرفته شده خود، نگهداری کنند. در واقع بیمه‌گران در برابر دریافت حق بیمه از بیمه‌گذاران به صدور سند تضمین بیمه‌ای (بیمه نامه) می‌پردازند و نه از محل سرمایه تشکیل خود. حق بیمه‌ها گرچه بهای پذیرش و تأمین خطرها هستند ولی بخش مهمی از آنها «پس‌انداز» بیمه‌گذاران نزد بیمه‌گران به شمار می‌روند. بیمه‌گران از برکت دریافت و گردآوری این حق بیمه‌ها و تصدی و اداره آنها و یا به سخن فنی، سامانگری ریسک‌ها و سرمایه‌گذاری اندوخته‌های حاصل از این حق بیمه‌هاست که می‌توانند به فعالیت و هستی اقتصادی خود ادامه دهند. به سخن دیگر، در آخرین تحلیل این بیمه‌گذاران هستند که با پرداخت حق بیمه، جبران خسارت‌ها را عملی و ممکن می‌سازند.

به همین جهت قانون‌های بیمه‌ای و بیمه‌گری در جهان شرکت‌های بیمه را مکلف به نگهداری اندوخته‌های فنی و قانونی می‌کنند و این اندوخته‌ها می‌باید در هر زمان ضامن و جوابگوی بدهکاری‌ها و تعهدهای بیمه‌گران در برابر ادعاها و بستانکاری‌های بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و سایر حقمندان باشند. قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶، آشکارا از ضرورت نگهداری اندوخته‌ها سخن نمی‌گوید ولی از مفاد و مفهوم ماده نخست قانون بیمه و سایر مواد آن، که دربرگیرنده پذیرش خطر و تعهد جبران خسارت‌ها و پرداخت‌های سرمایه بیمه شده در برابر دریافت وجهی به نام «حق بیمه» است، می‌توان به وجود مکانیسم فنی بیمه پی برد.

درواقع محاسبه، دریافت و گردآوری حق بیمه‌ها پیرو ضابطه‌های آماری و محاسبه‌های فنی و انجام تعهدها نیز پیرو ضابطه‌های جهانی و عرف و عمل بیمه‌گری در جهان است و شرکت‌های بیمه به اقتضای سرشت و تکنیک حرفه خود ناگزیر از قبول و رعایت این ضابطه‌های جهانی هستند.

بی‌گمان تصویب و اجرای درست و دقیق ضابطه‌های فنی و مالی (نگهداری اندوخته‌های فنی و قانونی و به کارگیری مطمئن آنها) بر اعتبار و استواری جایگاه نظام و نهاد بیمه‌ای کشور می‌افزاید و مشتریان و علاقه‌مندان بیشتری را به سوی تامین‌گران جلب می‌کند. در زمینه نگهداری اندوخته‌های فنی و قانونی در ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، و مصوبه ۱۳۵۰، آمده است:

«مؤسسات بیمه موظفاند اندوخته‌های فنی و قانونی نگهدارند و در حساب‌های خود نحوه به کار افتادن آنها را به طور مشخص منعکس نمایند. انواع اندوخته‌های فنی و قانونی برای هر یک از رشته‌های بیمه و میزان و طرز محاسبه، همچنین ترتیب به کار انداختن این اندوخته‌ها و نحوه ارزیابی اموال منقول و غیرمنقولی که نماینده اندوخته مؤسسات بیمه است از طرف شورای عالی بیمه تعیین خواهد شد.»

بدین سان قانون بیمه‌گری ضرورت و الزام به نگهداری اندوخته‌های فنی و قانونی را مورد تأکید قرار می‌دهد. به طوری که دیده می‌شود این اندوخته‌های الزامی بر دو گونه‌اند:

یکی اندوخته‌های فنی و دیگری اندوخته‌های قانونی.

آیین نامه شماره ۲۲ در اجرای ماده ۶۱ قانون بیمه‌گری، اندوخته‌های فنی را برشمرد و تنظیم کرده است و آیین نامه شماره ۶۱ اندوخته‌های قانونی را سروسامان داده است که در اینجا به شرح یکایک آنها می‌پردازیم.

۱-۴. اندوخته‌های فنی

این اندوخته بنیادی عبارت است از پشتوانه مالی عملیات و داد و ستدهای بیمه‌ای که بیمه‌گران به منظور استواری و تضمین تعهدهای خود در برابر بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان یا استفاده‌کنندگان از قراردادهای بیمه می‌باید نگهداری کنند. از این توصیف می‌توان به سرشت و چیستی و هدف اندوخته‌های فنی پی‌برد. این اندوخته‌ها از محل بخشی از حق بیمه‌ها محاسبه و فراهم می‌شوند و جواب‌گوی تعهدهای آینده بیمه‌گراند. بدین معنا که بیمه‌گران در پایان سال مالی هنگام بستن حساب‌های خود می‌باید اندوخته‌های فنی را محاسبه و نگهداری کنند این اندوخته‌ها از نظر حقوقی به بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان تعلق دارند و نمایانگر بدهکاری شرکت‌های بیمه به بیمه‌گذاران و بستنکاران آنها هستند. این بدهکاری به سه صورت است:

۱. بدهکاری‌های تعیین شده و قطعی (خسارت‌های تعیین شده در حالت محکومیت بیمه‌گر).

۲. بدهکاری‌های قابل ارزیابی و تخمین که وجود آنها مسلم است ولی مبلغ آنها نامعین یا سررسید آنها نامعلوم است (مانند موردی که مسئولیت بیمه‌گذار محرز است ولی مبلغ خسارت تعیین نشده باشد).

۳. بدهکاری‌های نامعلوم و نامعین (مانند موردی که حادثه‌ای رخ داده باشد و مسئولیت بیمه‌گذار قابل تردید و نامعلوم باشد).

به همین جهت اندوخته‌های فنی پیرو ضابطه‌های بسیار دقیق و پیچیده هستند و تا روزی که تکلیف آنها روشن نشده باشد می‌باید هر سال در بیلان و ترازنامه شرکت‌های بیمه بازتاب داشته باشند.

۱-۱-۴. انواع اندوخته‌های فنی

اندوخته‌های فنی در بیمه‌های عمر، که آنها را «اندوخته ریاضی» نیز می‌نامند، انواع گوناگونی دارند. دلیل این که این گونه اندوخته‌ها را «ذخیره ریاضی» می‌گویند آن است که اندوخته‌ها طبق شیوه آکچوئری، که شعبه‌ای از دانش ریاضی است، محاسبه و تعیین می‌شوند. بنابراین ضرورت دارد که هر شرکت بیمه دست کم یک آکچوئر یا محاسب فنی بیمه‌های عمر در اختیار داشته باشد. آیین‌نامه شماره ۲۲ مورخ ۱۳۶۷/۸/۱۱ مصوب شورای عالی بیمه، اندوخته‌های فنی بیمه عمر را زیر عنوان «ذخیره ریاضی» به شرح زیر برمی‌شمارد.

الف - در بیمه‌های زندگی :

- ۱- ذخیره ریاضی برای پرداخت سرمایه‌ها و مستمریها.
- این ذخیره برای پرداخت سرمایه‌ها و مستمری‌ها در بیمه‌های زندگی است که دربرگیرنده مجموعه اندوخته‌های فنی مربوط به بیمه‌های عمر در زمینه ریسک‌های جاری و سرمایه‌های قابل پرداخت می‌باشد. ذخیره ریاضی همان ذخیره حق بیمه است منتهی در بیمه‌های عمر.
- ۲- ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع برای پرداخت سهمی از منافع حاصله به بیمه‌گذاران. این ذخیره دربرگیرنده درصدی از سود حاصل از معامله‌های بیمه‌های عمر و سرمایه‌گذاری ذخایر فنی است که به موجب شرایط قراردادهای بیمه‌های عمر می‌بایست بین بیمه‌گذاران این رشته تقسیم شود. سهم بیمه‌گذاران در منافع، خواه در پایان هر سال مالی یا سال‌های بعد قابل تقسیم باشد، باید در این نوع اندوخته منظور شود.
- ۳- ذخیره فنی تکمیلی برای تقویت سایر ذخائر فنی بیمه‌های زندگی و تضمین تعهدات موسسات بیمه.
- این ذخیره عبارت است از حاصل جمع $\frac{2}{5}$ درصد حق بیمه‌های سال پس از کسر حق بیمه‌های اتکایی و واگذاری و ذخیره فنی تکمیلی که از سال قبل منتقل شده است.
- ۴- ذخائر فنی بیمه عمر زمانی.
- این ذخیره براساس مبانی تعیین شده برای بیمه‌های غیرزندگی (به غیر از بیمه‌های اتومبیل) محاسبه و در حساب‌ها منظور خواهد شد.

ب - در بیمه‌های غیر زندگی :

- ۱- ذخیره حق بیمه برای خطرات جاری.

این ذخیره مربوط به حق بیمه وصولی بیمه نامه هایی است که در طول سال صادر شده اند، اما با پایان سال مالی، اعتبار آنها به پایان نمی رسد. این ذخیره در بیمه های غیرزندگی عبارت است از حق بیمه های مربوط به فاصله زمانی بین تاریخ ترازنامه تا انقضاء مدت قراردادهای بیمه و برای همه بیمه ها چهل درصد حق بیمه نامه های صادره ظرف سال پس از کسر حق بیمه اتکایی واکذاری، می باشد.

۲- ذخیره خسارات معوق برای پرداخت خساراتی که اعلام شده و در دست رسیدگی است.

ذخیره ای است که برای خسارت هایی که در طول سال مالی جاری اتفاق افتاده اما هنوز تسویه نشده است، در نظر گرفته می شود. این ذخیره از جمع برآورد خسارات اعلام شده در دست رسیدگی در آخر سال مالی پس از کسر سهم بیمه گر اتکایی، بدست می آید.

۳- ذخیره برگشت حق بیمه برای استرداد حق بیمه به علت فسخ یا ابطال یا تقلیل حق بیمه بعد از دوره مالی .

این ذخیره عبارت است از ۵۰ درصد نسبت حق بیمه های برگشتی به کل حق بیمه در سه سال مالی قبل، ضربدر حق بیمه سال مالی جاری، پس از کسر حق بیمه اتکایی.

۴- ذخیره ریاضی برای پرداخت مستمری ها.

ذخیره ریاضی در بیمه های غیرزندگی برای پرداخت مستمری هایی که که قطعی شده عبارت است از ارزش فعلی تعهدات بیمه گر پس از کسر سهم بیمه گر اتکایی.

۵- ذخیره مشارکت بیمه گذاران در منافع برای پرداخت سهمی از منافع حاصله به بیمه گذاران .

این ذخیره عبارت است از درصدی از هریک از قراردادهای بیمه که به موجب شرایط قرارداد قابل پرداخت به بیمه گذاران باشد.

۶- ذخیره فنی تکمیلی برای تقویت سایر ذخائر فنی بیمه های غیرزندگی و تضمین تعهدات موسسات بیمه .

ذخیره فنی تکمیلی در بیمه های غیرزندگی، حاصل جمع ده درصد حق بیمه های سال پس از کسر حق بیمه های اتکایی واکذاری و ذخایر فنی تکمیلی که از سال قبل منتقل شده است، می باشد.

۲-۱-۴. نوع و چستی حقوقی اندوخته های ریاضی

تشکیل ذخیره ریاضی عنصر بنیادی تشکیل حق بیمه گذاران و بیمه شدگان است. با تشکیل اندوخته ها یک حق دینی (بستانکاری) برای بیمه گذار ایجاد می شود که حتی پیش از پایان و سررسید قرارداد بیمه می تواند از آن برخوردار شود.

بنابراین، افزون بر حقوقی که بیمه‌گذار یا بیمه‌شده در پایان مدت بیمه‌نامه در مورد دریافت سرمایه بیمه‌شده دارد، در جریان اعتبار قرارداد بیمه نیز حقوقی مسلم و شناخته‌شده خواهد داشت. بدین معنا که پس از دو سال از شروع قرارداد (تشکیل ذخیره ریاضی) بیمه‌گذار می‌تواند از این حقوق استفاده کند. برخی از حقوقی که در جریان اعتبار بیمه‌نامه عمر (با اندوخته ریاضی) برای بیمه‌گذار یا بیمه‌شده شناخته شده است عبارت است از: بازخرید، کاهش سرمایه، وام یا پیش دریافت و وثیقه دادن بیمه‌نامه عمر.

۳-۱-۴. اندوخته‌های فنی در سایر رشته‌های بیمه (غیر از بیمه عمر)

این اندوخته‌ها در رشته‌های بیمه اموال و بیمه مسئولیت مدنی (و بیمه عمر زمانی = تأمین خطر فوت) محاسبه و در حساب‌های بیمه‌گران منظور و نگهداری می‌شوند که عبارتند از: اندوخته برای خطرهای جاری، اندوخته برای خسارت‌های معوق (خسارت‌های اعلام شده و در دست رسیدگی و تصفیه نشده)، ذخیره برگشت حق بیمه برای باز پس دادن حق بیمه‌های مربوط به فسخ یا ابطال یا کاهش حق بیمه بعد از دوره مالی، ذخیره پرداخت مستمری‌ها، ذخیره مشارکت در منافع و ذخیره فنی تکمیلی برای تقویت سایر اندوخته‌های فنی در رشته بیمه‌های غیر زندگی (غیر از بیمه عمر) و تضمین تعهدهای شرکت‌های بیمه در برابر بیمه‌گذاران خود.

۲-۴. اندوخته‌های قانونی

آیین‌نامه شماره ۶۱ مصوبه شورای عالی بیمه (مورخ ۱۳۸۸/۱۲/۱۹) ضرورت نگهداری اندوخته‌های قانونی را از سوی مؤسسه‌های بیمه مورد تأکید قرار می‌دهد. به موجب این آیین‌نامه مؤسسات بیمه مکلفند برای تقویت سرمایه و بنیه مالی خود، اندوخته‌های زیر را محاسبه و در حساب‌های خود منعکس نمایند:

الف) ذخایر قانونی:

مؤسسات بیمه مکلفند هر سال حداقل یک بیستم از سود خالص مؤسسه را به عنوان اندوخته قانونی موضوع نمایند. زمانی که اندوخته قانونی به یک دهم سرمایه رسید، موضوع کردن آن اختیاری است. در صورتی که سرمایه مؤسسه افزایش یابد، کسر یک بیستم مذکور ادامه خواهد یافت تا وقتی که اندوخته قانونی به یک دهم سرمایه بالغ گردد.

ب) اندوخته‌های قانونی:

مؤسسات بیمه مکلفند هر سال حداقل یک دهم از سود خالص مؤسسه را به عنوان اندوخته سرمایه ای موضوع نمایند. احتساب اندوخته سرمایه ای تا رسیدن به ۱۰۰٪ سرمایه مؤسسه

الزامی است. در صورتی که اندوخته سرمایه ای به سرمایه افزوده شود، کسر اندوخته مذکور تا رسیدن به ۱۰۰٪ سرمایه جدید ضروری می باشد.

اضافه کنیم که مؤسسه‌های بیمه در تمام تعهدهایی که بر پایه صدور بیمه نامه و امضای قراردادهای بیمه مستقیم و پیمان‌های بیمه اتکایی به عهده می‌گیرند الزام به نگهداری اندوخته‌های فنی دارند. بنابراین، نه تنها در تعهدهای بیمه‌ای درون مرزی بلکه در پذیرش تعهدهای مالی میان ملی و جهانی نیز می‌باید ضابطه نگهداری اندوخته‌های فنی را به عنوان پشتوانه تعهدهای خود رعایت کنند (ماده ۱ آیین نامه شماره ۲۲).

سرمایه‌گذاری اندوخته‌های فنی در راه‌های مطمئن و سودآور و در اجرای برنامه‌های آبادانی و سازندگی و توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور نیز نقش ارزشمندی دارد که در بحث بعدی بررسی خواهد شد.



۵. سرمایه‌گذاری

در بخش اندوخته‌های فنی و قانونی دیدیم که سرمایه‌های کلانی به صورت اندوخته یا ذخیره در شرکت‌های بیمه گردآوری و فراهم می‌شوند که پشتوانه تعهدات و تصمیم‌گیری‌های آنهاست. اما این اندوخته‌ها زمانی توان‌بخش و کارآمد و کارسازند که در راه‌های مطمئن و سودآور و سازنده به کار افتند. سرمایه‌گذاری اندوخته‌های فنی و قانونی هم استوارگر تضمین حقوق بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و موجب افزایش ظرفیت و توانایی مالی شرکت‌های بیمه و هم یاری دهنده توسعه اقتصادی کشور از راه مشارکت در اجرای برنامه‌های آبادانی و سازندگی است. نقش بیمه را به عنوان یک «نهاد سرمایه‌گذاری» نباید و نمی‌توان نادیده یا دست کم گرفت. بیمه افزون بر نقش جبران‌گری خسارت‌ها، فرایند مالی واسطه‌ای است و آن دسته از قراردادهای بیمه‌ای میان مدت و درازمدت (بیمه‌های عمر) اندوخته‌های شایان توجهی به وجود می‌آورند که نوسان‌های عمده‌ای پیدا نمی‌کنند و سرمایه‌گذاری آنها بازدهی بالایی دارد.

به یاری این سرمایه‌گذاری‌ها، نوسان‌های شدید خسارت‌ها نه تنها از محل حق بیمه‌ها که از محل سود حاصل از سرمایه‌گذاری اندوخته‌ها قابل تحمل می‌شود به هر صورت تأثیر و نفوذ بیمه و کردارها و فعالیت‌های اقتصادی هم از جهت جبران‌گری خسارت‌ها (تجدید سرمایه‌های سوخت شده و آسیب دیده و نگهداری تعادل مالی خانواده‌ها) و هم از حیث سرمایه‌گذاری و مشارکت در اجرای برنامه‌های عمرانی آشکار و انکارناپذیر است: تأثیر بر اقتصاد خرد از راه انتقال ریسک و ایجاد ایمنی و تأثیر بر اقتصاد کلان از راه ایجاد ارزش افزوده و کمک به تشکیل درآمد ملی.

به همین جهت بیمه به عنوان یک عامل اقتصادی و اجتماعی و به علت نقشی که در تغییر و بهبود شرایط زندگی انسان‌ها و تسکین توسعه اقتصادی ایفا می‌کند، موجب شده که سازمان ملل متحد در نشست سال ۱۹۶۴ تأیید و تصدیق کند که «بازار بیمه ملی مناسب و بازار بیمه اتکایی از ویژگی‌های بایسته و لازم برای رشد اقتصادی است».

به همین دلیل، فرایند تأمین و مالی بیمه و سرمایه‌گذاری‌های بیمه‌ای در کشورهای پیشرفته از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در یک جامعه دینامیک، مجموعه اجزای نظام و شئون جامعه، هماهنگ و سازمان یافته در حرکت و گسترش است و بیمه نیز به عنوان بخشی یا جزئی از این مجموعه هماهنگ از پویایی درخوری بهره‌مند است. برعکس در کشورهای در حال توسعه، به علت عادت‌های واپسگرا (سنت‌گرایی و تقدیرگرایی)، حرکت نهادها کند است و جنبش‌های بهبودگرایانه تبدیل به نظامی ایستا یا کم‌تحرك با «دور تکراری» می‌شوند و بیمه به عنوان بخشی یا جزئی از این

مجموعه یا نظام از این کم تحرکی و توسعه نیافتگی رنج می برد. اکنون پس از گذشت نزدیک به ۷۰ سال از عمر بیمه و فعالیت های بیمه ای در ایران، این نهاد تأمین و حمایتی هنوز از گسترش بایسته و در خور یک کشور غنی و ثروتمند برخوردار نیست. سرانه حق بیمه و سهم سرمایه گذاری های شرکت های بیمه در توسعه کشور در سطح ناچیز و اسفباری است که می باید با تلاش و اندیشه و تدبیرگری و خردورزی علاقه مندان و ایران خواهان از راه اصلاح ساختارهای بازدارنده و واپسگرا و هموار کردن راه های اصلاح گری، بهبودسازی و جهش به جلو زمینه دگرگونی تدریجی و تحول در همه ابعاد جامعه فراهم شود ...

به هر صورت هر چند که در عمل، فعالیت بیمه ای در ایران چندان گسترده نیست و گروه های پرشماری از مردم از مزایای این نعمت و نهاد تأمین گر محرومند؛ ولی رابطه ها و قواعدی که در زمینه بیمه گری و سرمایه گذاری های مؤسسه بیمه وضع و تصویب شد در حد خود پیشرفته اند و با موازین و ضابطه های متداول در کشورهای پیشرفته همخوانی و همانندی دارند. در ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه گری مصوب سال ۱۳۵۰، آنجا که برای حفظ حقوق بیمه گذاران و بیمه شدگان، شرکت های بیمه ملزم به نگهداری اندوخته های فنی و قانونی شده اند از «ترتیب به کار انداختن این اندوخته ها ...» صحبت می شود.

نکته شایان نگرش در زمینه سرمایه گذاری های مؤسسه های بیمه در ایران، بایستگی بررسی امکان ها و شرایط و ساختارهای اقتصادی و مالی، بازرگانی، قضایی و حقوقی است. آشکار است که برای کامیابی در جلب سرمایه ها و اجرای سرمایه گذاری های سازنده، تغییر و اصلاح ساختار اقتصادی کنونی (اقتصاد تجاری - دلالی - مصرفی) و ایجاد اقتصاد تولیدگر (صنعتی - کشاورزی) با دینامیسم لازم و پویا کردن بازارهای مالی (از جمله بورس اوراق بهادار و سهام بنگاه های تولیدی)، مشارکت سنجیده در برنامه توسعه مسکن (احیای طرح مفید بیمه عمر و خانه سازی)، ایجاد فضای ایمنی قضایی و حقوقی و دادگری برای تضمین حقوق پس اندازکنندگان و سرمایه گذاران و مانند اینها از جمله عوامل و اسباب ضروری و کارساز برای ایجاد یک بازار رقابتی زنده و فعال برای پذیرش و به کار انداختن سالم سرمایه هاست.

۱-۵. سرمایه گذاری شرکت های بیمه می بایست از ویژگی های زیر برخوردار باشد:

۱. به لحاظ پاسخ گویی سریع به تعهدات، قابلیت نقد شوندگی بالایی داشته باشند.
۲. از آنجا که خود فعالیت بیمه ای، فعالیتی بر مبنای پذیرش ریسک می باشد، لذا جهت اطمینان از انجام صحیح و به موقع عملیات بیمه گری، سرمایه گذاری بیمه در زمینه های مختلف می بایستی با دقت و ارزیابی هایی خاصی صورت گرفته و متضمن حداقل ریسک باشد.

۳. سرمایه‌گذاری بیمه نباید از سرمایه‌گذاری‌های مخرب در اقتصاد باشد. بدین معنی که موجب تغییرات ناگهانی در تورم و نوسان قیمت‌های یک بخش شود.

۴. سرمایه‌گذاری بیمه نباید برای جبران زیان ناشی از عملیات بیمه‌ای باشد.

۲-۵. عوامل مؤثر بر نوع سرمایه‌گذاری‌ها عبارتند از:

(۱) ترکیب پرتفوی بیمه‌گران

بیمه‌گرانی که پرتفوی قابل ملاحظه‌ای در بیمه‌های عمر دارند از انعطاف‌پذیری بیشتری در مورد نوع سرمایه‌گذاری برخوردارند. در مقابل، آنهایی که ساختار پرتفوی آنها بیشتر شامل بیمه‌های غیر عمر است به دلیل نوسان‌های احتمالی شدید در میزان و تعهدات و تعداد خسارت باید همواره دسترسی فوری به نقدینگی داشته باشند، لذا دچار محدودیت بیشتری هستند.

(۲) عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی

این عوامل علاوه بر اینکه در اصل سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه تأثیر می‌گذارند بر این نوع سرمایه‌گذاری‌ها نیز مؤثر هستند. برای مثال، در شرایط ثبات اقتصادی، سرمایه‌گذاری در اوراق بهادار مطلوب‌ست و در شرایط تورمی، سرمایه‌گذاری در اموال غیر منقول.

(۳) قوانین

به هر حال قوانین و مقررات وضع شده توسط مراجع قانونی و به ویژه مقام ناظر بر صنعت بیمه نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه خواهد داشت. برای مثال، در ایران و طبق مفاد آیین نامه شماره ۶۰ شورای عالی بیمه (آیین نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه)، سرمایه‌گذاری‌های مجاز از محل ذخایر فنی در بیمه‌های غیر زندگی برای شرکت‌های بیمه عبارتند از:

الف) مؤسسه بیمه موظف است حداقل سی درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را به صورت سپرده بانکی (اعم از ریالی و ارزی) و اوراق مشارکت که با تضمین دولت یا بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران یا سایر بانک‌ها منتشر شده باشد، سرمایه‌گذاری نماید.

ب) مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع، حداکثر چهل درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را در سهام شرکت‌های پذیرفته شده در بورس و اوراق بهادار و فرابورس سرمایه‌گذاری نماید.

ج) مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر پانزده درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را در ابزارهای پولی و مالی مورد تأیید بانک مرکزی جمهوری اسلامی و یا سازمان بورس و اوراق بهادار سرمایه‌گذاری نماید.

د) مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر بیست درصد منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره را در سهام شرکت‌های غیربورسی سرمایه‌گذاری نماید.

ه) مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر بیست و پنج درصد منابع سرمایه گذاری ابتدای دوره را به صورت مشارکت در طرح ها، اجرای عملیات عمرانی و ساختمانی و املاک و مستغلات سرمایه گذاری نماید.

و) مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر ده درصد منابع سرمایه گذاری ابتدای دوره را با رعایت شرایط زیر به صورت انعقاد انواع قراردادهای مشارکت سرمایه گذاری نماید:

- سرمایه گذاری در هر قرارداد تا پنجاه درصد منابع موضوع این ماده مجاز
- حداقل نرخ سود خالص (پس از کسر مالیات) قراردادهای مشارکت، کمتر از بالاترین نرخ سود سپرده های بلندمدت پنج ساله مؤسسه بیمه در مقطع انعقاد قرارداد نباشد.

ز) مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر پنج درصد منابع سرمایه گذاری ابتدای دوره را با تأیید هیأت مدیره و با رعایت شرایط زیر، برای خرید محل فعالیت به نمایندگان خود تسهیلات پرداخت نماید:

۱. حداقل دو سال از شروع فعالیت نماینده گذشته باشد.
۲. محل خریداری شده به عنوان وثیقه در رهن مؤسسه بیمه قرار گیرد.
۳. از تاریخ خرید محل تا زمان ارائه آن به عنوان وثیقه، بیش از شش ماه نگذشته باشد.
۴. سقف تسهیلات حداکثر تا پنجاه درصد ارزش محل خریداری شده به منظور فعالیت نمایندگی باشد.
۵. مدت بازپرداخت تسهیلات حداکثر پنج سال باشد.
۶. نرخ سود تسهیلات کمتر از بالاترین نرخ سود سپرده های بلندمدت پنج ساله مؤسسه بیمه در مقطع اعطای تسهیلات نباشد.
- ح) مؤسسه بیمه مجاز است از محل ذخایر ریاضی، طبق شرایط بیمه نامه های زندگی به بیمه گزاران مربوط تسهیلات پرداخت نماید.
- ط) مؤسسه بیمه مجاز است در مجموع حداکثر پنج درصد منابع سرمایه گذاری ابتدای دوره را به کارکنان خود تسهیلات پرداخت نماید.

۶. بیمه‌های اتکایی

الزامات مربوط به توانگری شرکت‌های بیمه اقتضا می‌کند که بیمه‌گر در زمان وقوع خسارت، توانایی فنی ارزیابی و تعیین خسارت و قدرت مالی پرداخت خسارت را داشته باشد. شرکت‌های بیمه به منظور دستیابی به توانگری، شیوه‌های متفاوتی را به کار می‌گیرند برای مثال، در بسیاری موارد بیمه‌گران با ریسک‌هایی مواجه می‌شوند که به‌تنهایی توان و ظرفیت نگهداری آن را ندارند. بنابراین ناگزیر هستند درصد یا قسمتی از خطرهای مورد تعهد خود را براساس یک قرارداد اتکایی نزد یک یا چند بیمه‌گر اتکایی بیمه نمایند.

بنا به تعریف، بیمه اتکایی عملی است که به موجب آن بیمه‌گر شخص دیگری را (اتکاگر) برای تقبل تعهدات مالی که در قبال بیمه‌گذاران خود دارد، شریک و سهام می‌کند. بیمه‌گران، از این طریق با واگذاری ریسک‌ها و تعهدات خود به بیمه‌گران اتکایی، در واقع به نوعی، ریسک‌ها و تعهدات خود را در بازار بیمه (منطقه و یا دنیا) سرشکن کرده و قدرت ریسک‌پذیری خود را افزایش می‌دهند. باید توجه داشت که بیمه اتکایی بیانگر انعقاد قرارداد حقوقی میان بیمه‌گر مستقیم و بیمه‌گر اتکایی است و ارتباطی با بیمه‌گذاران ندارد و بیمه‌گر اتکایی مسئولیتی در قبال بیمه‌گذاران مستقیم شرکت‌های بیمه نخواهد داشت. در برخی موارد فرایند توزیع ریسک با واگذاری بخشی از خطرها و تعهدات بیمه‌گران به بیمه‌گران اتکایی پایان نمی‌پذیرد بلکه، برخی از شرکت‌های بیمه اتکایی بخشی از قبولی‌های اتکایی خود را نزد بیمه‌گران دیگری بیمه می‌کنند که آن را «بیمه اتکایی مجدد» یا توزیع مجدد ریسک می‌گویند.

۶-۱. انواع بیمه‌ها اتکایی

به طور کلی واگذاری اتکایی به دو روش نسبی و غیر نسبی انجام می‌گیرد.

۶-۱-۱. بیمه اتکایی نسبی

در این نوع قرارداد، بیمه‌گر اتکایی به همان نسبتی که حق بیمه دریافت می‌کند در پرداخت خسارت مشارکت نموده و هزینه‌های بیمه‌گر واگذارنده را به صورت کارمزد پرداخت می‌نماید.

اشکال مختلف بیمه‌های اتکایی نسبی

(۱) بیمه اتکایی اختیاری

در این روش واگذاری به صورت مورد به مورد و برای هر ریسک به‌طور جداگانه انجام می‌گیرد. بیمه‌گر واگذارنده در واگذاری ریسک، مخیر و بیمه‌گر اتکایی در پذیرش آن مختار می‌باشد.

بیمه‌گر واگذارنده ریسک جهت اخذ پوشش اتکایی با بیمه‌گر اتکایی مورد نظر وارد مذاکره شده و اطلاعات مورد نیاز جهت حصول توافق نهایی را از قبیل تشریح چگونگی ریسک، گزارش بازدید اولیه، مبلغ مورد بیمه، تفکیک ریسک، میزان واگذاری و سایر اطلاعات مورد نیاز بیمه‌گر اتکایی را بر حسب مورد در اختیار وی قرار می‌دهد. این نوع پوشش معمولاً در رابطه با ریسک‌های خارج از شمول و ظرفیت قراردادهای اتکایی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۲) بیمه اتکایی مشارکت

در این روش پس از انعقاد قرارداد، بیمه‌گر واگذارنده مکلف است درصدی از هر ریسک در رشته بیمه‌ای مورد نظر را به بیمه‌گر اتکایی واگذار نماید و بیمه‌گر اتکایی نیز مجبور به پذیرش آن می‌باشد. این نوع قرارداد معمولاً برای شرکت‌های تازه تأسیس به منظور جلوگیری از مواجهه با ورشکستگی و همچنین برای محصولات جدید بیمه‌ای مناسب می‌باشد.

۳) بیمه اتکایی مازاد سرمایه

در این روش قسمتی از سرمایه که مازاد بر سهم نگهداری واگذارنده است تحت پوشش اتکایی قرار می‌گیرد و برای تعیین حق بیمه عادلانه و تعیین میزان پذیرش اتکایی معمولاً از جدول تقسیم‌بندی ریسک استفاده می‌شود.

۲-۱-۶. بیمه اتکایی غیر نسبی

در این نوع قرارداد، سرمایه ملاک نبوده بلکه خسارت، ملاک عمل قرار می‌گیرد. حق بیمه درصدی از پرتفوی بیمه‌گر واگذارنده در رشته مورد نظر می‌باشد و در صورتی که خسارت وارده بیمه‌گر واگذارنده از مبلغ یا درصد معینی تجاوز نماید، بیمه‌گر اتکایی نسبت به پرداخت آن اقدام می‌نماید.

اشکال مختلف بیمه اتکایی غیر نسبی

۱) بیمه اتکایی مازاد خسارت

در این نوع قرارداد بیمه‌گر واگذارنده در رابطه با رشته بیمه مورد نظر مبلغ معینی از هر خسارت را نگهداری نموده و مازاد بر آن را تا سقف معینی به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌نماید.

۲) قرارداد مازاد زیان در مدت معین

در این نوع قرارداد، بیمه‌گر اتکایی در قبال دریافت درصدی از مجموع حق بیمه‌های یک رشته بیمه‌ای فرضاً اتومبیل متعهد می‌گردد، در صورتی که ضریب خسارت از حد معینی فرضاً ۸۰ درصد بیشتر شود، مازاد آن را تا سقف مشخصی فرضاً ۱۵۰ درصد جبران نماید.

در ایران تمامی شرکت‌های بیمه مستقیم، عملیات مربوط به بیمه‌های اتکایی را نیز انجام می‌دهند. انجام بیمه‌های اتکایی اجباری و قبولی بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی و خارجی بر

اساس مفاد بندهای ۳ و ۴ ماده ۵ و ماده ۷۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی (مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰ مجلس شورای ملی) صورت می‌گیرد و کلیه مؤسسات بیمه که در ایران فعالیت می‌نمایند می‌بایست ۵۰ درصد در رشته بیمه‌های زندگی و ۲۵ درصد در سایر رشته‌ها از معاملات بیمه‌ای مستقیم خود را نزد بیمه مرکزی ایران بیمه اتکایی نمایند با این همه بیمه مرکزی ایران، که خود یک سازمان دولتی و بیمه‌گر اتکایی است، از استفاده از تکنیک‌های واگذاری جهانی بی‌نیاز نیست و ناگزیر است از طریق انعقاد قراردادهای بیمه اتکایی با بیمه‌گران اتکایی خارجی وارد بازارهای بیمه جهانی شود. (بیمه اتکایی مجدد).

علاوه بر موارد فوق، به استناد ماده ۲۰ اساسنامه شرکت‌های بیمه دولتی ایران حداکثر هر خطری که شرکت بیمه می‌تواند بیمه کند ۲۰ درصد مجموع سرمایه، اندوخته و ذخایر فنی به استثنای ذخیره خسارت معوق شرکت بیمه بوده و تجاوز از آن مجاز نیست مگر آنکه شرکت برای مازاد بر آن تحصیل بیمه اتکایی نماید. مجمع عمومی می‌تواند بر اساس پیشنهاد هیئت مدیره و تأیید شورای عالی بیمه ۲۰ درصد مذکور در این ماده را حداکثر تا ۵۰ درصد افزایش دهد.

۷. نظارت داخلی

نظارت داخلی نیز همچون بیمه‌های اتکایی از جمله مواردی است که توانگری و ماندگاری شرکت‌های بیمه را تضمین می‌کند. امروزه و با بزرگ شدن شرکت‌ها و به دلیل رسوایی‌های گسترده مالی در سطح شرکت‌های بزرگ، موضوع رعایت اصول حاکمیت شرکتی مورد توجه مدیران و محققان قرار گرفته است که در واقع شیوه‌ای است که به بررسی لزوم نظارت بر مدیریت و تفکیک واحدهای اقتصادی از مالکیت آنان و در نهایت حفظ حقوق سرمایه‌گذاران و ذی‌نفعان می‌پردازد. شرکت‌های بیمه نیز به عنوان مؤسسات بزرگ مالی که علاوه بر سهامداران خود، ذی‌نفعان بسیاری را نیز در بر می‌گیرند، از مؤسساتی هستند که لزوم رعایت اصول حاکمیت شرکتی در آنها انکارناپذیر است. بیمه‌گذاران شرکت‌های بیمه به نحوی صاحبان سهام شرکت‌های بیمه محسوب می‌شوند اما حق هیچ‌گونه اظهارنظری در مورد انتخاب مدیران یک شرکت بیمه را ندارند. به عبارت دیگر، بیمه‌گذاران با پرداخت حق بیمه در شکل‌گیری و تداوم و بقای این شرکت‌ها موثر هستند و می‌توانند در مورد منافع خود نگران باشند. این نگرانی در بیمه‌گذارانی که محصولات بیمه زندگی شرکت‌های بیمه را خریداری می‌نمایند به مراتب بیشتر است، زیرا منافع آنان به صورت مقطعی نبوده و به امید بازگشت سرمایه و یا بهره‌برداری از سرمایه بیمه‌نامه‌های خود در آینده، این نوع از محصولات بیمه‌ای را از شرکت‌های بیمه خریداری نموده‌اند و در صورتی که شرکت بیمه با مشکلی مواجه شود در نهایت منافع بیمه‌گذاران با خطر مواجه خواهد شد. با عنایت به مطالب فوق، می‌توان این چنین استنباط کرد که در مؤسسات مالی مانند بانک و بیمه که به نحوی جریان فعالیت ایشان بر اساس بازده نقدینگی و یا سرمایه‌گذاری افرادی است که در لیست سهامداران شرکت نیستند، حاکمیت شرکتی نقش مؤثرتری را ایفا می‌نماید. اهمیت حاکمیت شرکتی در جهان به حدی رسیده است که مؤسسه رتبه‌بندی STANDARD & POOR'S معیارهای چهارگانه ساختار مالکیت، روابط ذی‌نفعان مالی، ساختار و عملکرد هیئت مدیره، شفافیت مالی و افشای اطلاعات را برای سنجش وضعیت حاکمیت شرکتی معرفی کرده است.

اصول حاکمیت شرکتی در قالب چارچوب‌های ذیل تدوین شده است:

۱) حفظ حقوق سهامداران

حاکمیت شرکتی باید حقوق سهامداران را حفظ کرده و حق دسترسی به اطلاعات، شرکت در رأی‌گیری و پیش‌بینی راهی برای افشای وضعیت مالکیت سهامداران را که منجر به کنترل مناسب میزان سهام آنها می‌شود را در اختیار آنان قرار دهد.

۲) برخورد منصفانه با سهامداران

حاکمیت شرکتی باید زمینه برخورد منصفانه و یکسان با تمام سهامداران (شامل سهامداران اقلیت و برون سازمانی) را فراهم کرده و فرصت داد خواهی در مورد تعدی به حقوق آنان را مهیا سازد.

۳) نقش ذی نفعان

حاکمیت شرکتی باید حقوق ذی نفعان را به رسمیت شناخته و همکاری شرکت و ذی نفعان را در جهت ایجاد و تداوم فعالیت شرکت‌هایی که از نظر وضعیت مالی بی عیب هستند را تقویت نماید.

۴) مسئولیت‌های هیئت مدیره

اصول حاکمیت شرکتی باید به نحوی تعیین شود که متضمن راهنمایی راهبردی شرکت، نظارت مؤثر بر هیئت مدیره و مدیران موظف و پاسخ‌گویی هیئت مدیره در قبال سهامداران باشد.

۵) افشا و شفافیت

حاکمیت شرکتی باید ضامن افشای تمامی موارد با اهمیت در مورد شرکت، شامل گزارشگری مالی و حسابرسی، کارایی، مالکیت و رعایت اصول تعیین شده حاکمیت شرکتی باشد.

به منظور نظارت دقیق بر عملیات شرکت، هیئت مدیره باید کمیته‌های مختلفی را جهت بهبود کارایی و اثربخشی عملیات خود ایجاد کند. هر یک از اعضای هیئت مدیره بسته به تخصص خود می‌تواند به عنوان رئیس یا عضو کمیته، ایفای نقش نماید. بدین منظور حداقل سه کمیته راهبردی باید به عنوان ستاد هیئت مدیره تشکیل شوند:

۱) کمیته انتصابات

این کمیته اشخاص ذی صلاح را برای مدیریت ارشد شرکت و همچنین صلاحیت نامزدهای هیئت مدیره را بررسی می‌کند.

۲) کمیته پرداخت

این کمیته وظیفه دارد تا دستمزدها و پاداش‌های اعضای هیئت مدیره و مدیران ارشد را با عنایت به منافع سهامداران تعیین نماید.

۳) کمیته حسابرسی

اطمینان یافتن از صحت گزارش جریان وجوه نقد شرکت، اطمینان یافتن از کفایت کنترل‌های داخلی و مدیریت ریسک، انتخاب حسابرسان مستقل برای شرکت از جمله وظایف این کمیته می‌باشد. این کمیته‌ها غالباً توسط یک عضو غیر موظف هیئت‌مدیره اداره می‌شود.



۸. نظارت عالی (رعایت حقوق بیمه گذاران)

از آنجا که فروش بیمه، فروش یک کالای ملموس نیست و در واقع فروش یک تعهد است بحث نظارت و رعایت حقوق بیمه گذار یا مردم مطرح می شود. در تمام دنیا چهار شیوه برای نظارت بر عملکرد شرکت های بیمه تعریف شده است:

الف) نظارت تعرفه ای

در این روش به منظور نظارت بر شرکت های بیمه، نرخ و شرایط بیمه نامه ها از قبل و با توجه به الزامات فنی، سود شرکت ها، نحوه اداره شرکت ها، تعداد بیمه نامه های صادره در هر رشته و ... تعیین می شود. یکی از ویژگی های مهم این شیوه آن است که نظارت را راحت تر می کند و در صورت تخلفی شرکت های بیمه از نرخ های مصوب، جریمه هایی در نظر گرفته می شود که شرکت ها موظف به پرداخت آن می باشند.

ب) نظارت مشارکتی (اتکایی اجباری)

در این روش دستگاه ناظر از طریق اتکایی اجباری در امور بیمه گری دخالت می کند. در حال حاضر، در ایران، بیمه مرکزی شرکت های بیمه را ملزم نموده است تا ۲۵ درصد از حق بیمه بیمه های غیر زندگی و ۵۰ درصد از حق بیمه بیمه های زندگی را نزد بیمه مرکزی اتکایی اجباری نمایند.

ج) تلفیق نظارت تعرفه ای و مشارکتی

در بیشتر موارد نظارت تعرفه ای همراه بیمه اتکایی اجباری است.

د) نظارت مالی (کنترل توانگری شرکت های بیمه)

در این روش که در اغلب کشورها متداول است، توان مالی و فنی شرکت های بیمه مورد ارزیابی قرار می گیرد. این روش احتیاج به سیستم های اطلاعات شفاف داشته و اجرای آن تا حدودی پیچیده و دشوار می باشد.

۹. مشتری مداری (رسیدگی به شکایات و انتقادات بیمه‌گذاران)

از دیگر ابزارهایی که شرکت‌های بیمه به منظور حفظ ماندگاری و توانگری خود به کار می‌برند رعایت اصول مشتری مداری، توجه به نیازها و خواست مشتریان، جلب رضایت آنان و رسیدگی به شکایات و انتقادات آنان می‌باشد. از آنجا که ماهیت محصولات بیمه به گونه‌ای است که در زمان خرید، محصول یا خدمتی به طور آنی به بیمه‌گذار ارائه نمی‌شود جذب و حفظ مشتریان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به گفته مدیر یکی از شرکت‌های بزرگ و موفق تجاری، مشتری سلطان جهان است: «هر کس برای خرید به مغازه شما وارد می‌شود، هم اوست که سلطان جهان است» و ادوارد دمینگ گفته است: «مشتری مهم‌ترین عنصر در زنجیره فعالیت‌های تولیدی و بازرگانی است. اگر شخصی به نام مشتری محصول ما را خریداری نکند، به احتمال زیاد مجبور به تعطیل کسب و کار خود خواهیم بود».

از آنجایی که هدف اصلی هر شرکتی (سوددهی) تنها از طریق فروش به مشتری (بیمه‌گذار) امکان‌پذیر است، لذا جایگاه مشتری بسیار والا و محترم بوده و در بسیاری از شرکت‌ها اکرام و احترام به بیمه‌گذار به عنوان «ایدئولوژی کارکنان» شرکت تعریف شده است. اجرای طرح‌هایی مانند مدیریت ارتباط با مشتری (Customer Relationship Management - CRM)، اجرای برنامه‌ها و استانداردهای کنترل کیفیت و طرح تکریم ارباب رجوع تلاش‌هایی به منظور شناسایی خواست‌ها و نیازهای بیمه‌گذاران و رفع آنان می‌باشد.

شرکت‌های مشتری مدار در واقع شرکت‌هایی هستند که در طراحی خط‌مشی‌های خود بیشترین توجه را به مشتری دارند و در اندیشه و پی‌جوی کسب رضایت مشتری می‌باشند.

۱۳۱۴

فصل ۴

سازماندهی و کاربرد آن در شرکت‌های بیمه



در سال‌های اخیر، سازماندهی، مورد توجه جدی اندیشمندان علوم اجتماعی (به طور عام) و مدیریت (به طور خاص) قرار گرفته است و سازمان‌های پیشرو آن را - به دلیل اهمیت بسیار زیاد آن - با دقت و ژرف‌کاوی خاصی مورد توجه قرار داده‌اند. بدیهی است که بررسی و تحلیل آن برای شرکت‌های بیمه کاملاً ضروری است.

در این فصل که با هدف تلفیق یافته‌های دانش سازماندهی و وضعیت شرکت‌های بیمه تدوین شده است، جنبه‌های مختلف سازمان و سازماندهی مورد بررسی و تحلیل شده است.

۱. تعریف سازمان

سازمان یک نهاد اجتماعی است که دارای هدفی باشد و سیستمی است که به سبب داشتن یک ساختار آگاهانه، فعالیت خاصی را انجام می‌دهد و دارای مرز شناخته‌شده‌ای است.

این تعریف چهار رکن اساسی دارد:

۱. نهادهای اجتماعی: سازمان از مردم و گروه‌هایی تشکیل می‌شود. افراد و نقش‌هایی که آنها ایفا می‌کنند از اجزای اصلی تشکیل دهنده سازمان هستند.

۲. هدف‌دار بودن: موجودیت هر سازمان برای تأمین اهداف خاصی است. یا اینکه امکان دارد اهداف اعضای سازمان با اهداف سازمان متفاوت باشد، اما با وجود این، موجودیت هر سازمان به سبب وجود یک یا چند هدف است که نبود آن به معنی نیستی سازمان است.

۳. سیستم با ساختار آگاهانه: هر سازمان فعالیت‌های خاصی را انجام می‌دهد. لذا برای انجام این فعالیت‌ها تلاش می‌شود که ساختار مناسب طراحی شود.

۴. مرزهای مشخص: مرزهای سازمان تعیین‌کننده عوامل و ارکان درونی و بیرونی هستند. به عبارت دیگر این مرزها تعیین می‌کنند که چه عواملی در درون سازمان و چه عواملی در بیرون سازمان قرار دارند.

۲. عوامل تأثیرگذار در سازمان (شرکت‌های بیمه)

عوامل تأثیرگذار در سازمان (شرکت‌های بیمه) را از نظر نوع تأثیر می‌توان به دو دسته مستقیم و غیرمستقیم تقسیم کرد.

۲-۱. تأثیر مستقیم

عواملی که در شرکت‌های بیمه تأثیر مستقیم دارند به دو دسته عوامل داخلی و خارجی تقسیم می‌شوند.

۲-۱-۱. عوامل داخلی

منظور از عوامل داخلی، عواملی هستند که در داخل صنعت بیمه قرار دارند. مهمترین عوامل داخلی نیز عبارتند از:

۱. کارکنان: مهمترین سرمایه شرکت‌های خدماتی از جمله شرکت‌های بیمه، نیروی انسانی آنهاست. به عبارت دیگر، نیروی انسانی است که باید برنامه‌های شرکت را اجرا کند و بهترین برنامه‌ها و امکانات و نرم‌افزارها بدون توان و تمایل کارکنان هیچ گونه ارزشی ندارند. بنابراین، کارکنان شرکت بیمه به عنوان بازوی اجرایی آن، مهمترین و اثرگذارترین عامل داخلی هستند.

۲. بیمه مرکزی: براساس قوانین و مقررات بیمه مرکزی ایران مسئول نظارت بر عملیات شرکت‌های بیمه است. بدیهی است که ناظر هر مجموعه می‌تواند تأثیر شگرفی بر کارکرد آن مجموعه داشته باشد.

۳. شورای عالی بیمه: شرکت‌های بیمه موظف‌اند از قوانین و مقررات پیروی کنند. شورای عالی بیمه نیز مسئولیت تفسیر قوانین و تهیه برنامه‌های اجرایی (مصوبات شورای عالی بیمه) را بر عهده دارد. بدیهی است که این مصوبات می‌توانند در شرکت‌های بیمه اثرگذار باشند.

نکته: اعضای شورای عالی بیمه عبارتند از: وزیر امور اقتصادی و دارایی، رئیس کل بیمه مرکزی ایران، وزیر رفاه و تأمین اجتماعی، رئیس کل بیمه خدمات درمانی، مدیرعامل بیمه ایران و نماینده انتخابی از سایر شرکت‌های بیمه.

۴. مجمع شرکت‌های بیمه: مجمع شرکت‌های بیمه وظیفه نظارت بر عملکرد شرکت‌های بیمه را بر عهده دارد. برای مثال، عملکرد سالانه شرکت‌های بیمه در قالب گزارش‌های مالی و یا تغییرات لازم در نمودار سازمانی و مانند اینها باید به تصویب مجمع شرکت‌های بیمه برسد.

نکته: اعضای مجمع شرکت‌های بیمه دولتی عبارتند از: وزیر امور اقتصادی و دارایی، وزیر بازرگانی و رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی.

۲-۱-۲. عوامل خارجی

- مهمترین عوامل خارجی که می‌توانند در شرکت‌های بیمه تأثیر مستقیم داشته باشند عبارتند از:
۱. مشتریان: در بازارهای رقابتی امروزی، مشتری اهمیت بسیار دارد و حتی در مدیریت امروزی بحث تعهد به مشتری جزء اولین تعهدها و مشتری‌گرایی به عنوان سبک مدیریت روز مطرح شده است. شرکت‌های بیمه نیز به شدت به مشتریان خود وابسته هستند و به جرأت می‌توان گفت که بدون وجود مشتری (بیمه‌گذار) شرکت بیمه‌ای وجود نخواهد داشت.
 ۲. شرکت‌های رقیب: در تمام کشورها، شرکت‌های بیمه در محیطی رقابتی فعالیت می‌کنند. بدیهی است که در محیط رقابتی، عملکرد شرکت‌های رقیب در سازمان اثرگذار است و شرکت‌های بیمه ناگزیرند به دلیل جذب بیمه‌گذار بیشتر، به عملکرد رقبا توجه کنند.
 ۳. دولت: میزان دخالت دولت در اقتصاد جامعه تأثیر مهمی در سازمان‌ها ایجاد می‌کند دولت‌ها با تصویب قوانین و مقررات، تأثیر بسیاری بر سازمان‌ها دارند. به عبارت دیگر، دولت به عنوان بالاترین مقام اجرایی با تصمیم‌های خود بر عملکرد تمامی سازمان‌ها از جمله شرکت‌های بیمه اثرگذار است.
 ۴. اتحادیه‌های کارگری: اتحادیه کارگری در خصوص دستمزد، نوع و شرایط کار، ساعات انجام کار و از این قبیل اثرگذار است. در صنعت بیمه کشور، اتحادیه‌های نمایندگان و کارگزاران می‌توانند بر عملکرد شرکت‌های بیمه اثرگذار باشند.
 ۵. رسانه‌های گروهی: در دنیای پیچیده امروزی، رسانه‌های گروهی می‌توانند تأثیر شگرفی بر سازمان‌ها داشته باشند. با توجه به اینکه ماهیت شرکت‌های بیمه ارائه خدمات به مشتریان است؛ رسانه‌های گروهی می‌توانند بر رأی و نظر بیمه‌گذاران تأثیر عمده‌ای داشته و در نتیجه، شرکت‌های بیمه را از نظر فروش و سودآوری تحت تأثیر قرار دهند.
 ۶. دادگاه‌ها: با توجه به ماهیت خدمات بیمه و اینکه در بسیاری از مواقع، بیمه‌گذاران اشراف کامل به حقوق خود ندارند، بین شرکت‌های بیمه و بیمه‌گذاران اختلاف به وجود می‌آید. در صورت ارائه شکایت توسط بیمه‌گذار، وظیفه بررسی آن به عهده دادگاه‌ها می‌باشد. بنابراین حکم و تصمیمات دادگاه‌ها می‌تواند بر رویه فعالیت و عملکرد شرکت‌های بیمه تأثیر داشته باشد.
 ۷. سازمان‌های متخصص: شرکت‌های بیمه ناچارند برای تمامی بخش‌های صنعتی و خدماتی، پوشش‌های بیمه‌ای ارائه کنند. با توجه به اینکه داشتن متخصص در تمامی این زمینه‌ها برای هیچ شرکت بیمه‌ای مقدور نیست، شرکت‌های بیمه تلاش می‌کنند از افراد و سازمان‌های متخصص خرید خدمت کنند تصمیم‌های این سازمان‌ها می‌تواند بر شرکت‌های بیمه اثرگذار باشد.

۲-۲. تأثیر غیر مستقیم

مهم‌ترین عواملی که در شرکت‌های بیمه تأثیر غیر مستقیم دارند عبارتند از:

۱. عوامل فرهنگی: بیمه قولی است برای آینده، بدیهی است که فرهنگ کشورهای مختلف در زمینه آینده‌نگری متفاوت است. برای مثال، در کشورهای اروپایی معمولاً خود افراد به دنبال خرید بیمه هستند، اما در کشورهای جهان سوم عمدتاً فروشندگان به دنبال بیمه‌گذار هستند. به عبارت دیگر، عناصر فرهنگی مانند آینده‌نگری و دوراندیشی، ریسک‌پذیری و مانند اینها می‌توانند بر عملکرد شرکت‌های بیمه اثرگذار باشند.

۲. عوامل اقتصادی: میزان تورم، دستمزدها، سیاست‌های پولی دولت، رونق بازار، درآمد ملی، پس‌اندازها، سرمایه‌گذاری‌ها، بهره‌وری و مانند اینها متغیرهای اقتصادی هستند که می‌توانند در موفقیت یا شکست یک سازمان نقش مهمی ایفا کنند.

بیمه نیز کالایی است که نیاز آنی برای آن وجود ندارد. به دیگر سخن، افرادی که بیمه‌نامه می‌خرند آن را برای نیازهای احتمالی آینده خود خریداری می‌کنند. بدیهی است که برای بسیاری از افراد چنین کالایی، کالای لوکس تلقی می‌شود و در صورتی که وضعیت اقتصادی افراد خوب باشد، آن را در سبد اقتصادی خود جای خواهند داد. در حالت کلی نیز اگر وضعیت اقتصادی یک کشور خوب باشد، شرکت‌های بیمه نیز وضعیت مناسب‌تری خواهد داشت.

۳. متغیرهای سیاسی: پاسخ‌هایی که به پرسش‌های زیر داده می‌شود بیانگر جو سیاسی است که سازمان در آن فعالیت می‌کند.

الف) آیا دولت در برابر سازمان مورد نظر موضعی سرسخت اتخاذ می‌کند یا اینکه موضعی ملایم دارد؟

ب) آیا قوانین ضد انحصاری به صورت دقیق اجرا می‌شوند یا اینکه نادیده گرفته می‌شوند؟

ج) آیا سیاست‌های دولت به مدیران آزادی عمل می‌دهد یا این که مانع فعالیت‌های آنها می‌شود؟ جو سیاسی کشور در قبال شرکت‌های بیمه نیز می‌تواند بر عملکرد شرکت‌های بیمه اثرگذار باشد. برای مثال، چنانچه در کشوری در کنار شرکت‌های بیمه داخلی، شرکت‌های بیمه خارجی نیز بتوانند فعالیت کنند، عملکرد شرکت‌های بیمه را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

۴. متغیرهای تکنولوژیکی: تغییر در تکنولوژی می‌تواند بر عملکرد سازمان‌ها تأثیر شگرفی ایجاد کند. برای مثال، در حال حاضر که فروش الکترونیکی بیمه نامه مطرح است. بدیهی است تحقق این امر برای شرکت‌های بیمه مستلزم هزینه‌های عظیم است اما در آینده با افزایش فروش هم مواجه خواهند بود.

۳. الگوهای سازماندهی و کاربرد آن در شرکت‌های بیمه

سازماندهی عبارتست از تقسیم کار و وظایف بین افراد و واحدهای کاری به منظور دستیابی به اهداف و مقاصد سازمانی.

برای انجام سازماندهی، الگوها و روش‌های مختلفی وجود دارد که هر سازمان به تناسب وضعیت و مقتضیات خود، از یک و یا ترکیبی از آنها بهره می‌گیرد. در این بخش تعدادی از روش‌های سازماندهی معرفی و کاربرد آنها در شرکت‌های بیمه تشریح می‌شود:

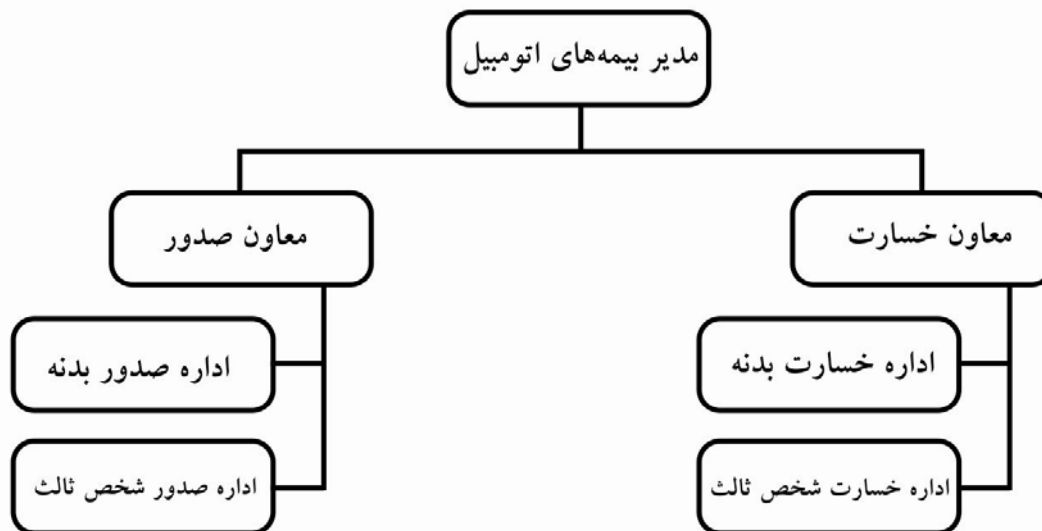
۱. سازمان بر مبنای تعداد: در این نوع از سازماندهی، مبنای اصلی، تعداد کارکنان و به عبارتی، تعداد اعضا است. مانند تقسیم وظایف در ارتش‌های قرون وسطی.

این نوع سازماندهی در شرکت‌های بیمه کاربردی ندارد.

۲. سازمان بر مبنای وظیفه (هدف): در این نوع از سازماندهی، هدف اصلی سازمان به فعالیت اصلی، فعالیت‌های اصلی به فعالیت‌های فرعی، فعالیت‌های فرعی به وظایف اصلی و وظایف اصلی به وظایف فرعی تقسیم می‌شوند.

این روش از سازماندهی، در شرکت‌های بیمه بیشترین کاربرد را دارد. در نگاره ۱ یک نمونه از سازمان بر مبنای وظیفه ارائه شده است.

نگاره ۱: نمودار سازمانی بیمه‌های اتومبیل بر اساس سازماندهی بر مبنای وظیفه



۳. سازمان بر مبنای نوع تخصص (حرفه‌ای): بر این مبنای، حرفه و تخصص افرادی که کار را انجام می‌دهند ملاک تقسیم‌بندی واحدهای سازمانی خواهد بود، مانند سازمان نظام پزشکی و انجمن حسابداران خبره.

این نوع سازماندهی معمولاً در شرکت‌های بیمه کاربردی ندارد.

۴. سازمان بر مبنای مشتری (ارباب رجوع): بر این مبنای، سازماندهی بر اساس گروه بندی دریافت‌کنندگان خدمات انجام می‌شود.

این نوع سازماندهی به صورت صرف در شرکت‌های بیمه کاربردی ندارند، اما سازمان بر مبنای وظیفه را می‌توان مشابه آن دانست.

۵. سازمان بر مبنای قلمروی عملیاتی (محل جغرافیایی): محل و مکان عملیات، ملاک سازماندهی است و کلیه فعالیت‌هایی که در یک منطقه صورت می‌گیرد تحت نظارت یک واحد است، مانند تقسیم‌بندی بانک‌ها (سرپرستی شمال).

شعب شرکت‌های بیمه در نقاط مختلف شهر و حتی کشور را می‌توان در زمره این نوع سازماندهی قرارداد. در نگاره ۲ یک نمونه از سازماندهی بر مبنای قلمرو عملیاتی ارائه شده است.

نگاره ۲: نمودار سازمانی شعب بر اساس سازماندهی بر مبنای قلمرو عملیاتی

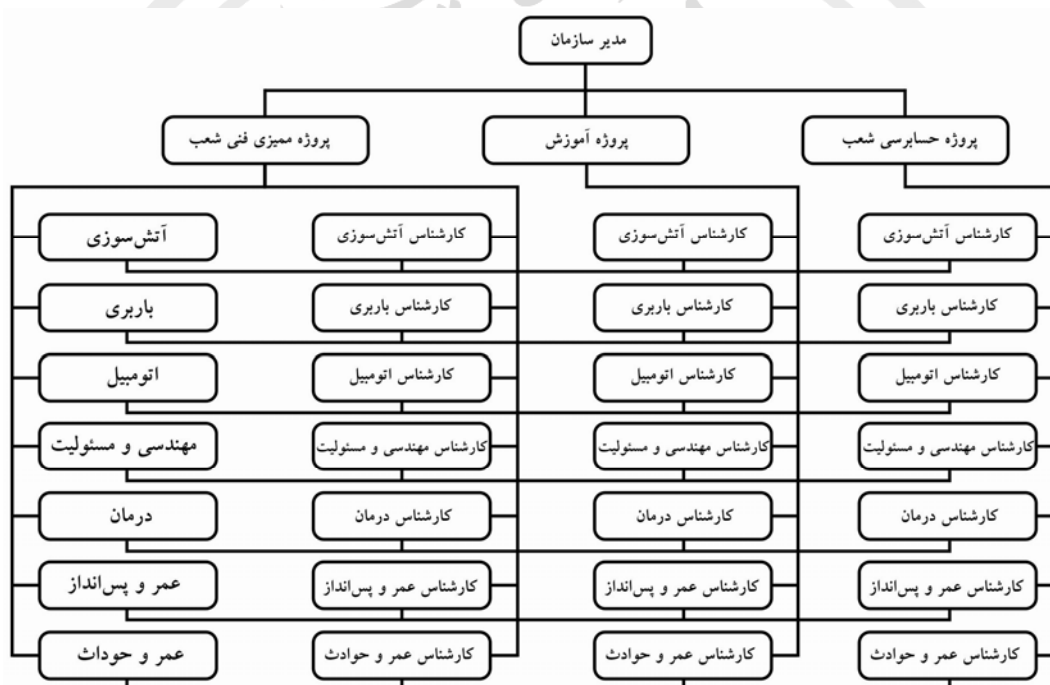


۶. سازمان بر مبنای پروژه: اگر این امکان وجود داشته باشد که هدف و مأموریت یک سازمان در قالب پروژه‌ها و برنامه‌های تقریباً مستقلی اجرا شود، می‌توان به تعداد پروژه‌های موجود در سازمان، واحدهای مستقل طراحی کرد.

در شرکت‌های بیمه معمولاً برای عملیات یک قرارداد بزرگ و مهم از این نوع سازماندهی استفاده می‌شود. مانند پروژه قرار داد آموزش و پرورش. لازم به ذکر است به دلیل موقتی بودن پروژه‌ها، این نوع سازماندهی معمولاً در نمودار سازمانی درج نمی‌یابد.

۷. سازماندهی ماتریسی: سازماندهی ماتریسی تلفیقی از سازمان بر مبنای پروژه و سازمان بر مبنای وظیفه است به این ترتیب که جریان اختیار در واحدهای تخصصی به صورت عمودی و در واحدهای اجرایی به صورت افقی است و از تلاقی این دو محور یک ماتریس به وجود می‌آید. معمولاً در شرکت‌های بیمه از این سازماندهی برای عملیات موقتی که نیاز به تخصص‌های مختلف باشد، مانند ممیزی عملیات یک شعبه یا گروه آموزش (نگاره شماره ۳) استفاده می‌شود.

نگاره ۳: نمودار سازمانی پروژه‌ها بر اساس سازماندهی ماتریسی



۸. سازمان با ساخت آزاد یا ادھوکراسی (Adhocracy): این نوع سازماندهی، برای رسیدن به هدف معینی و بدون طرح و نقشه قبلی به وجود می‌آید این نوع سازماندهی موقت و فی‌البداهه است. در این نوع سازماندهی که تمامی افراد ملحق می‌شوند، همه دانش و توان خود را به میدان سازمانی می‌آورند.

این نوع سازماندهی در شرکت‌های بیمه کاربردی ندارد.

۹. سازمان با گروه‌های متداخل یا سازمان حلقوی: این ساخت در قبال گروه‌هایی که به وسیله اعضای مشترک با هم در ارتباط هستند شکل می‌گیرد. در این ساختار، روابط گروهی مهم است.

معمولاً در شرکت‌های بیمه از این نوع سازماندهی برای تشکیل کمیته‌های مختلف استفاده می‌شود.

۱۰. **ساخت سازمانی مدولار (ماجولار):** سازمان از واحدهای مختلفی تشکیل می‌شود که هر واحد با ضوابط اجرایی مشخص و مأموریتی که خود مبنیاتوری از مأموریت کل سازمان است، به طور مستقل و خودکفا به فعالیت ادامه می‌دهد.

شعب شهرستان شرکت‌های بیمه را - تا حدودی - می‌توان در زمره این سازماندهی قرار داد. علت استفاده از واژه «تا حدودی» این است که شعب شرکت‌های بیمه - به ویژه شعب شهرستان‌ها - از یک سو می‌توانند همانند یک شرکت بیمه مجزا کار کنند و سوی دیگر، در بسیاری از موارد به مرکز وابسته هستند.

۱۱. **ساخت‌های ترکیبی:** با توجه به نقاط ضعف هر یک از روش‌های سازماندهی، بیشتر سازمان‌ها تلاش می‌کنند تا ترکیبی از دو یا چند شیوه سازمان‌دهی را به کار گیرند. همان‌گونه که در ساخت‌های مختلف ملاحظه شد، در شرکت‌های بیمه نیز از ترکیبی از روش‌های مختلف سازماندهی استفاده می‌شود.



۴. صف و ستاد و کاربرد آن در شرکت‌های بیمه

هر سازمان برای دستیابی به هدف خاصی به وجود می‌آید. با استفاده از دیدگاه سیستمی، تمامی واحدهای یک سازمان - به سهم خود - برای دستیابی به اهداف تلاش می‌کنند. اما فعالیت برخی از واحدها در راستای اهداف و وظایف اصلی سازمان (واحدهای صف) و فعالیت سایر واحدها، ارائه خدمات به واحدهای صفی است (واحدهای ستادی). برای مثال، در سازمان حسابرسی، واحدهای حسابرسی، واحد صفی است و واحدهایی مانند اداری، تدارکات، روابط عمومی و مانند اینها واحدهای ستادی هستند.

در شرکت‌های بیمه صف و ستاد دو کاربرد مختلف دارند:

دیدگاه اول: در دیدگاه اول، مدیریت‌های فنی (بیمه‌ای) صف و سایر مدیریت‌ها، ستاد هستند.

دیدگاه دوم: در دیدگاه دوم، مبنای تقسیم‌بندی صف و ستاد، ارتباط با ارباب رجوع است. به دیگر سخن، واحدهایی که با ارباب رجوع سروکار دارند (مانند شعب) و کارهای اجرایی را انجام می‌دهند، صفی و بخش‌هایی که عمدتاً با ارباب رجوع سروکار ندارند و بیشتر در زمینه تدوین دستورالعمل‌ها، آیین نامه‌ها و نظارت فعالیت دارند، ستاد هستند.

نکات تکمیلی

هر یک از شرکت‌های بیمه به تناسب وضعیت موجود در سازمان خود می‌توانند یکی از این دیدگاه‌ها را استفاده کنند، اما در به کارگیری صف و ستاد توجه به موارد زیر ضروری است:

۱. استفاده از رویکرد دوم در واحدهایی که با تنوع بسیار محصولات مواجه هستند و در نتیجه تخصص‌های مختلفی را می‌طلبند، عقلایی نیست. به عبارت دیگر، در چنین واحدهایی معمولاً شرکت‌های بیمه توانایی پخش تخصص‌های مختلف در واحدهای گوناگون (ستاد و چندین صف) را ندارند، بنابراین بهتر است کارها را - به ویژه قراردادهای مهم و بزرگ را - یک واحد توانمند انجام دهد.

۲. در پاره‌ای از موارد، بین صف و ستاد تضاد ایجاد می‌شود. بروز تعارض بین صف و ستاد در شرکت‌های بیمه نیز - به ویژه بین واحدهای بیمه‌ای و امور مالی - به تأخیر در ارائه خدمات به بیمه‌گذاران و در نتیجه کاهش رضایت آنها دامن می‌زند. بدیهی است در محیط رقابتی شرکت‌های بیمه، کاهش رضایت بیمه‌گذاران می‌تواند ضررهای جبران‌ناپذیری را به شرکت‌های بیمه تحمیل کند.

۵. سازمان شرکت بیمه

پی‌ریزی سازمان یک شرکت بیمه بر پایه سرشت و نوع کار، وظیفه و هدف‌های آن انجام می‌شود. هدف از بنیان‌گذاری یک شرکت بیمه، تولید عرضه و فروش فراورده «بیمه و تأمین» یا خدمت‌رسانی به مشتریان و تأمین جویان است. این خدمت‌رسانی می‌باید سازمان‌یافته و سیستمی بوده و بر اصول سامان‌دهی یا مدیریت علمی استوار باشد. در اصطلاح دانش سامان‌گری (مدیریت)، سازمان «مجموعه‌ی وسیله‌ای است که در آن نیروهای انسانی و منابع مادی برای رسیدن به هدف‌های مطلوب و معین تلفیق و هماهنگ می‌شوند». در امور بازرگانی و اقتصادی، سازمان در معنای امروز آن عبارتست از: «محل تلفیق و هماهنگ کردن منابع انسانی و مادی با شیوه‌های علمی به منظور تولید و توزیع کالاها و خدمات با حداکثر کارایی و انجام هزینه‌های مناسب». در واقع سازمان یک «مجموعه فنی - اجتماعی» است که در آن جنبه‌های تکنیکی و فنی و روابط و پیوندهای انسانی می‌باید هماهنگ شوند. طراحی سازمان و سازماندهی و متشکل کردن نیروها و منابع، وظیفه بنیادی مدیریت یا رهبری است.

به طور فشرده، سازمان شرکت بیمه، وسیله و ابزاری است که می‌تواند شرکت را به سوی تأمین هدف خود به حرکت درآورد. اصول و نمونه‌های سازمانی شرکت‌های بیمه در جهان و نتایج فعالیت و عملکرد چند سده‌ای آنها نشان می‌دهد که هرچه شرکت‌های بیمه، بر پایه نوع و سرشت فعالیت و هدف‌های خود، سازمان یافته‌تر باشند و «استراتژی مشتری‌مداری» را مدار و محور تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و کردارها و رفتارهای خود قرار دهند، توفیق و کامیابی آنها در پهنه و گستره اجتماع بیشتر است. یک سازمان و ساختار سازمانی ثابت و ساکن و ایستا یا یک سازمان کندکار، یکنواخت و تکراری و دور خودگرد، توان خدمت‌رسانی سریع و سهل و کارساز را ندارد و قادر نیست رضایت و خرسندی مشتریان خود را جمع کند و بر حجم فعالیت و درآمد خود بیفزاید. در ایران بخشی از وظایف و هدف‌های شرکت‌های بیمه را می‌توان از مفاد قانون بیمه و بخش دیگر را از قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و قانون اداره امور شرکت‌های بیمه و اساسنامه‌های مصوب شرکت‌های بیمه استخراج کرد. این وظایف و هدف‌های بیمه‌گری تعیین‌کننده نوع سازمان و ساختار شرکت‌های بیمه‌اند. جالب است گفته شود که واحدهای سازمانی یک شرکت بیمه را می‌توان از تعریفی که در فصل‌های آغازین کتاب از بیمه کرده‌ایم (تعریف حقوقی و تعریف فنی) به خوبی فهمید. همان‌گونه که دیدیم عناصر بنیادی تشکیل نهاد بیمه عبارتند از: خطر، حق بیمه و خسارت. برپایه این سه عنصر، شرکت بیمه شکل می‌گیرد. بدین معنا که در هر شرکت بیمه سه بخش بنیادی سازمانی دیده می‌شود.

بخش صدور بیمه نامه، بخش دریافت حق بیمه‌ها و نگهداری حساب‌ها و بخش تصفیه‌گری. در پیرامون این بخش محوری، اداره‌ها و دایره‌ها یا واحدهای دیگر شکل می‌گیرند و یاری بخش آنها می‌شوند. کار بخش صدور بیمه نامه و تنظیم قراردادهای بیمه‌ای، پذیرش و دریافت پیشنهادهای بیمه، ارزیابی خطرهای موضوع بیمه، نرخ‌گذاری (تعیین حق بیمه یا بهای تأمین بیمه‌گر)، تعیین شرایط بیمه و صدور بیمه نامه و برگ‌های الحاقی مربوط به آن است.

این بخش محوری، مرکز و کانون قبول تعهد و تضمین است. بدین معنا که در هر روز شرکت بیمه میلیاردها ریال تعهد می‌پذیرد. تمام این کردارها و قبول تعهدها جنبه فنی و تخصصی دارند و از بعد حقوقی توانمند و دقیقی برخوردارند. به سخن دیگر یک شرکت بیمه در طول روزهای کاری خود هزاران معامله و دادوستد بیمه‌ای انجام می‌دهد که تمام آنها اعمال و کردارهای حقوقی‌اند. از همین جا می‌توان به اهمیت آگاهی و برخورداری از دانش حقوقی در کنار دانش و تخصص بیمه‌ای پی‌برد. در مورد دریافت حق بیمه‌ها و نگهداری حساب‌ها (محاسبه و نگهداری اندوخته‌ها و به کار انداختن آنها) نیز مسئله تخصص، تجربه و مهارت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

کار تصفیه‌گری یا رسیدگی و پرداخت (یا عدم پرداخت) خسارت‌ها و سرمایه‌های مورد تعهد (در بیمه‌های اشخاص) چنان ظریف، دقیق و پیچیده است که تخصص و تجربه و توانایی بایسته‌ای را می‌طلبد. آشکار است متصدیانی که در بخش صدور بیمه نامه‌ها کار و فعالیت کرده و از شرایط بیمه نامه‌ها و قراردادهای آگاه باشند، بهتر و کارسازتر می‌توانند در بخش تصفیه‌گری شرکت خدمت کنند.

به‌طورکلی یک شرکت بیمه با توجه به نوع فعالیت‌های خود، وظیفه‌های گوناگونی دارد که عبارتند از:

۱. وظیفه‌های فنی مانند نرخ‌گذاری، قبول تعهد و صدور بین نامه‌ها و برگ‌های الحاقی و تصفیه خسارت‌ها یا پرداخت سرمایه بیمه مورد تعهد

۲. وظایف بازرگانی مانند تولید، عرضه و فروش بیمه

۳. وظایف حسابداری مانند دریافت‌ها، پرداخت و نگهداری حساب‌ها

۴. وظایف مالی مانند سرمایه‌گذاری اندوخته‌ها در مسیرهای مطمئن و سودآور

۵. وظایف واگذاری بیمه اتکایی یا توزیع و سرشکن کردن خطرها و خسارت‌ها در بازار بیمه داخلی، منطقه‌ای و جهانی از راه بستن پیمان‌ها و قراردادهای واگذاری به منظور حفظ تعادل مالی و توازن تعهدهای خود

۶. وظایف حقوقی مانند اظهارنظرها و رایزنی در مورد قراردادهای، معامله‌ها، طرح دعوا و دفاع در مقابل دادگاه

۷. وظایف اداری (کارگزینی، کارپردازی، تهیه وسایل کار و دیگر موارد اداری)

۸. وظایف آماری و محاسبه‌های فنی (آکچوئری)

۹. وظایف آموزشی و پژوهشی

۱۰. وظایف رفاهی.

شرکت‌های بیمه ایرانی از سال‌ها پیش، با بهره‌گیری و به کارگیری نمونه‌های سازمانی موجود در جهان، حرفه بیمه‌گری را ادامه می‌دهند. ولی مسئله شایان توجه و پژوهش این است که کارایی و ثمربخشی و بهره‌وری و خدمت‌رسانی گسترده و کارسازی شرکت بیمه یا شرکت‌های بیمه تابع عوامل کلیدی و متغیرهای متعددی است.

ساختار سازمانی و فرهنگی و اقتصادی، نوع شخصیت و روحیه و رفتار سازمانی، نوع روابط و پیوندهای بشری و به طور کلی فضای زیستی و شرایط محیطی، هر کدام بر کردارها و رفتارها، کنش‌ها و واکنش‌های نیروی انسانی موجود در شرکت‌های بیمه تأثیر قطعی دارند. یک اقتصاد متمرکز (دولتی) و یک صنعت بیمه با ساختار دولتی ویژگی‌های خود را دارد و نیروی انسانی (مدیران و کارکنان) با روحیه و رفتار معینی را تربیت و عرضه می‌کند. در حالی که کار و فعالیت در شرایط و فضای یک اقتصاد نامتمرکز (آزاد و رقابتی) و متکی بر شایسته‌سالاری و امکان مشارکت فعال و مسابقه خدمت، ابتکار و نوگرایی و نوآوری، نیروی انسانی از نوع دیگری را پرورش می‌دهد.

درباره بهسازی یا بهینه‌سازی در شرکت‌های بیمه و به طور کلی در صنعت بیمه، گفتنی و شنیدنی بسیار است و به هر حال تحقق این برنامه‌ها به عزم ملی و خواست همگانی و تدبیرگری نیاز دارد. آنچه محرز و مسلم است این است که بدون تغییر و بهبود و اصلاح‌گری‌های سنجیده ساختار فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور و بدون گزینش یا جایگزینی «استراتژی مشتری‌مداری» نمی‌توان به توسعه مطلوب و گسترش فراگیر بیمه و تأمین‌گری در سطح گسترده در ایران دست یافت. خدمت‌رسانی یا خدمت به مشتریان می‌باید کانون تمرکز فکر شرکت‌های بیمه باشد.

جلب رضایت و خرسندی خاطر مشتریان در گروهی پاسخ مناسب و مطلوب به خواست‌ها و نیازهای آنهاست. این خدمت‌رسانی باید سازمان یافته، سیستمی و سریع و سهل باشد به شیوه‌ای که در هر زمان، در هر مکان و در هر سطحی مناسب با هزینه کم و بهای سنگین قابل دستیابی باشد. شرکت‌های بیمه نباید به انتظار آمدن مشتری به سوی آنها بنشینند، بلکه در جستجوی مشتری و جلب و جذب او می‌باید به محل کار آنها، به فروشگاه‌ها، به مراکزهای تفریحی مراجعه کنند و حتی در خانه (بیمه در خانه = home insuring) به سراغ مشتری بروند. فشرده آنکه هدف و آماج بنیادین و فرجامین شرکت‌های بیمه باید جلب خرسندی مشتریان باشد. این هدف و انگیزه فعالیت بیمه‌ای عامل حیاتی موفقیت شرکت‌های بیمه در میدان رقابت و اقتصاد بازار است که آن را استراتژی مشتری

مداری می‌نامند. آشکار است که اجرای موفقیت‌آمیز این استراتژی، مستلزم تغییر روحیه، تجدید سازمان، اصلاح‌گری‌های ساختاری، رفع موانع قانونی و حقوقی، مدیریت علمی، تربیت و تجهیز نیروی انسانی، کاربرد تکنولوژی اطلاع‌رسانی و ... است.



فصل ۵



۱- تاریخچه صنعت بیمه در ایران

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

با توجه به اینکه صنعت بیمه در طول مدت فعالیت خود در مقاطع مختلف در شرایط کاملاً متفاوتی قرار داشته است، می‌توان مقاطع زمانی تحولات صنعت بیمه را به این موارد تقسیم کرد:

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

تحولات مهم صنعت بیمه کشور از ابتدا تاکنون

رخداد	سال
پیشنهاد تأسیس بیمه در ایران توسط فردی روسی به نام لازار پولیاکف تحت عنوان «امتیاز نامه حمل و نقل و تأسیس اداره بیمه در ایران» که عملی نشد.	۱۲۶۹
تأسیس نمایندگی دو شرکت بیمه روسی به نام‌های نادژدا و کافکاز مرکوری در ایران	۱۲۸۹
شروع به کار نمایندگی شرکت الیانس انگلیسی در ایران.	۱۳۰۴
شروع به کار نمایندگی شرکت یور کشایر انگلیسی در ایران.	۱۳۰۸
تصویب قانون حق‌الثبت شرکت‌های بیمه.	۱۳۱۰
شروع به کار نمایندگی شرکت اینگستراخ روسی در ایران.	۱۳۱۰

۱۳۱۰	پیشنهاد تأسیس شرکت بیمه ایرانی توسط دکتر الکساندر آقایان که سابقه کار در شرکت بیمه روسی نادژدا را داشت، به علی اکبر داور وزیر دارایی وقت.
۱۳۱۲	آغاز به فعالیت بیمه عمر در ایران توسط شرکت بیمه ویکتوریا دوبرلین.
۱۳۱۴	تأسیس نخستین شرکت بیمه ایرانی به نام «شرکت سهامی بیمه ایران» با اختصاص سرمایه ای معادل ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در قانون بودجه آن سال.
۱۳۱۶	تصویب قانون بیمه در ماده ۳۶ ۱۳۱۶/۲/۷
۱۳۲۹	تأسیس شرکت بیمه خصوصی شرق (نخستین شرکت بیمه خصوصی در ایران)
۱۳۳۱	تأسیس شرکت بیمه خصوصی نجات که ابتدا به نام شرکت بیمه بازرگانان و بعدها تحت عنوان شرکت بیمه آریا به فعالیت ادامه داد
۱۳۳۴	تأسیس شرکت بیمه خصوصی پارس
۱۳۳۵	تأسیس شرکت بیمه خصوصی ملی
۱۳۳۸	تأسیس شرکت بیمه خصوصی البرز
۱۳۳۸	تأسیس شرکت بیمه خصوصی آسیا
۱۳۳۹	تأسیس شرکت بیمه خصوصی امید
۱۳۳۹	تصویب قانون مدنی
۱۳۴۲	تأسیس شرکت بیمه خصوصی ساختمان و کار
۱۳۴۳	تصویب قانون بیمه دریایی ایران
۱۳۴۷	تصویب قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث در ۱۴ ماده
۱۳۴۷	تصویب آیین نامه اجرایی قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث در ۱۹ ماده
۱۳۴۸	افزودن موادی به آیین نامه فوق الذکر در خصوص سازمان و اداره مالی و منابع درآمد «صندوق تأمین خسارت های بدنی»
۱۳۴۸	تصویب قانون بیمه اجتماعی روستائیان (۱۳۴۸/۱/۲۰)
۱۳۵۰	تصویب قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری
۱۳۵۱	تصویب قانون اجازه پذیرفتن پرداختی مؤسسات بیمه به صندوق تأمین خسارت های بدنی جزء هزینه های قابل قبول
۱۳۵۶	تصویب قانون الحاق دولت ایران به سیستم بین المللی مسئولیت مدنی وسایل نقلیه

موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث	
ملی شدن شرکت‌های بیمه به موجب مصوبه مورخ ۱۳۵۸/۴/۴	۱۳۵۸
تصویب قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که به موجب اصل ۴۴ آن فعالیت‌های بیمه‌ای در انحصار دولت قرار گرفت و در نتیجه مالکیت شرکت‌های بیمه به دولت واگذار گردید.	۱۳۵۸
لایحه قانونی ملی شدن مؤسسات بیمه	۱۳۵۸
تصویب قانون بیمه محصولات کشاورزی	۱۳۶۲
تصویب اساسنامه صندوق بیمه محصولات کشاورزی	۱۳۶۲
تصویب قانون اجازه عضویت بیمه مرکزی ایران در اتحادیه نظارت کننده بر شرکت‌های بیمه در کشورهای در حال توسعه	۱۳۶۵
تصویب قانون اداره امور شرکت‌های بیمه	۱۳۶۷
تهیه طرح صندوق بیمه‌های اجتماعی روستاییان	۱۳۷۱
تصویب اساسنامه شرکت‌های بیمه ایران، آسیا، البرز و دانا	۱۳۶۸
تصویب قانون عضویت بیمه مرکزی ایران در شرکت بیمه اتکایی آسیایی	۱۳۷۱
تأسیس شرکت بیمه صادرات و سرمایه‌گذاری با مشارکت بیمه مرکزی ایران، شرکت‌های بیمه و بانک‌ها	۱۳۷۳
تصویب ساختار تشکیلاتی شرکت‌های بیمه دولتی در مجمع عمومی مشترک شرکت‌های بیمه	۱۳۷۵
تصویب قانون اصلاح قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران	۱۳۷۷
تصویب مقررات تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران توسط هیئت وزیران	۱۳۷۹
تصویب قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی	۱۳۸۰
تصویب حداقل سرمایه مؤسسات بیمه توسط هیئت وزیران	۱۳۸۰
تصویب آیین‌نامه استخدامی مشترک شرکت‌های بیمه و بیمه مرکزی ایران توسط هیات وزیران	۱۳۸۱
تصویب آیین‌نامه اجرایی شماره ۴۰ (ضوابط تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی) توسط شورای عالی بیمه	۱۳۸۲

اعلام سیاست‌های اجرایی اصل ۴۴ قانون اساسی و تصویب واگذاری سهام شرکت‌های بیمه آسیا، البرز و دانا به بخش خصوصی	۱۳۸۵
---	------

۱. از سال ۱۲۸۹ آغاز فعالیت بیمه در ایران تا سال ۱۳۱۴، تاریخ تأسیس شرکت سهامی بیمه ایران؛

صنعت بیمه به شکل امروزی آن و به صورت یک حرفه مستقل، برای نخستین بار در سال ۱۲۶۹ در ایران مطرح گردید. در این سال امتیاز فعالیت انحصاری در زمینه بیمه حمل و نقل برای مدت ۷۵ سال به یک فرد از اتباع روسیه به نام لازار پولیاکف واگذار شد. وی ظرف مدت سه سال که جهت آغاز فعالیت بیمه‌ای برای وی در نظر گرفته شده بود، قادر به تأسیس بیمه نگردید و در نتیجه امتیاز وی لغو شد. در سال ۱۲۸۹ دو شرکت بیمه روسی به نام‌های نادژدا و کافکاز مرکوری اقدام به تأسیس نمایندگی در ایران کردند.

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

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

- بیمه اینگستراخ؛
- بیمه روسی نادژدا؛
- بیمه روسی کافکاز مرکوری؛
- شرکت سهامی بیمه آلیانس و اشتوتگارت فراین، که بعدها به شرکت سهامی بیمه آلیانس تبدیل شد؛
- شرکت بیمه بریتیش انداورسیز؛
- بیمه ایگل استر اند بریتیش دمی نیواینشورنس (فاولر لمیتد)؛

- شرکت بیمه یورکشایر اینشورنس؛
- شرکت بیمه وسترن استرالیان اینشورنس؛
- شرکت بیمه رویال؛
- شرکت بیمه پالسطین لوید (بیمه بریتیش اندو از سیر محدود)؛
- شرکت آلیانس اوند اشتوتگارت تر لایف اینشورنس بانک؛
- شرکت ولدر مارین و جنرال اینشورنس؛
- شرکت بیمه ویکتوریا تروبرلن؛
- شرکت بیمه ناسیونال سوییس؛
- شرکت کورنهییل اینشورنس؛
- شرکت فینگس محدود لندن؛
- شرکت لندن آسورانس؛
- شرکت بیمه همگانی سوییس؛
- شرکت سهامی الاتحاد وطنی - شرکت سهامی بیمه همگانی خاور نزدیک.

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

مرکزی ایران

در سال ۱۳۱۴، اولین شرکت بیمه ایرانی به نام شرکت سهامی بیمه ایران با سرمایه دولت تأسیس شد. تا قبل از تأسیس شرکت سهامی بیمه ایران، عملیات بیمه‌گری در ایران، منحصرأ توسط نمایندگی شرکت‌های خارجی انجام می‌شد.

به موجب آمار منتشر شده اداره مالیات بر درآمد، مجموع حق بیمه‌های نمایندگی‌های بیمه‌های خارجی در ایران در ۱۳۱۴ معادل ۸/۰۱۷/۰۰۰ ریال بود که با تأسیس بیمه ایران این آمار در همان ماه‌های اولیه رو به کاهش گذاشت، به طوری که پس از یک سال فعالیت بیمه ایران، عملکرد بیمه‌های خارجی از مبلغ ۴/۲۹۶/۵۶۴ ریال فراتر نرفت.

مطابق اساسنامه تنظیمی و امضا شده توسط مؤسسان، سرمایه شرکت سهامی بیمه ایران مبلغ ۲۰ میلیون ریال معین و اعلام شد مبلغ ۷ میلیون و ۵۰۰ هزار ریال (۳۷/۵٪) آن پرداخت و بقیه در تعهد سهامداران است. ولی حقیقت این است که هیچ مبلغ نقدی در بدو امر به حساب شرکت واریز نشد و صرفاً بر اساس تعهدنامه کتبی وزارت مالیه، اساسنامه شرکت به ثبت رسید. پس از ثبت نیز، وزارت مالیه به جای مبلغ ۷ میلیون و ۵۰۰ هزار ریال وجه نقد، چند فقره املاک و مستغلات در تهران و

مقداری قبوض و سفته های شرکت تثبیت نرخ غله در اختیار بیمه ایران قرار داد و جمع قیمت این املاک و مبالغ مورد تعهد در سفته ها، به عنوان قسمت نقدی سرمایه شرکت سهامی بیمه ایران تلقی گردید.

شرکت سهامی بیمه ایران در آغاز تأسیس دارای ساختمان ملکی نبود، زیرا املاک تملیکی به عنوان بخشی از سرمایه، ظاهراً هیچ کدام قابلیت استفاده به عنوان دفتر کار شرکت را نداشتند و همانطور که گفته شد در شروع کار وجه نقدی نیز در اختیار شرکت نبود که ملکی را خریداری کند و یا حتی مکان آبرومندی را اجاره کند. لذا مسئولان شرکت دو اتاق در زیر زمین ساختمانی واقع در خیابان لاله زار متعلق به شخصی به نام حاج مهدی سلامت را برای دفتر کار شرکت اجاره کردند.

بر اساس سوابق موجود، شرکت سهامی بیمه ایران رسماً در تاریخ ۱۳۱۴/۸/۱۴ گشایش یافت و پس از نطق داور (وزیر مالیه)، اولین بیمه نامه آتش سوزی به نام مشارالیه و برای ساختمان مسکونی اش صادر شد.

پس از تأسیس شرکت بیمه ایران و وضع قوانین و مقررات از سوی دولت جهت پرداخت سپرده نقدی از سوی شرکت های خارجی، اغلب نمایندگی های خارجی فعالیت خود را در ایران متوقف کردند و در عمل، بازار بیمه به انحصار شرکت بیمه ایران درآمد.

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

در فاصله سال های ۱۳۲۹ الی ۱۳۴۳ تعداد ۸ شرکت بیمه ایرانی متعلق به بخش خصوصی تأسیس شدند. این شرکت ها عبارت بودند از :

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

تحول بعدی در صنعت بیمه در سال ۱۳۴۷ اتفاق افتاد و آن تصویب «قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در قبال شخص ثالث» بود. این قانون از اول فروردین ماه سال ۱۳۴۸ اجرا شد (در سال ۱۳۸۷ قانون جدید بیمه شخص ثالث به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید) و از اول مهرماه سال مذکور به مرحله اجرا درآمد. در سال ۱۳۴۹ دست‌اندرکاران صنعت بیمه به منظور تأمین کادر فنی بیمه، با همکاری وزارت آموزش عالی اقدام به تأسیس مدرسه عالی بیمه در تهران نمودند. در این دانشکده علاوه بر تدریس علوم مربوط به بیمه‌های بازرگانی، بیمه‌های اجتماعی نیز به عنوان یکی از شاخه‌های بیمه تدریس می‌شد. فعالیت مدرسه عالی بیمه تهران تا سال ۱۳۵۹ ادامه داشت و در این سال فعالیت مستقل آن متوقف و در یکی از دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی ادغام گردید. با بررسی عملکرد مدرسه عالی بیمه تهران مشخص می‌شود که این مدرسه عالی یک از موفق‌ترین مؤسسات آموزش عالی در امر تربیت متخصصین امر اقتصادی کشور است؛ به طوری که اکنون بسیاری از دانش‌آموختگان آن از مدیران ارشد صنعت بیمه کشورند. در حال حاضر آموزش عالی بیمه به دانشکده امور اقتصادی محول شده است، ضمن آنکه علوم بیمه در سایر دانشگاه‌های کشور نیز تدریس می‌شود.

۳. از سال ۱۳۵۰، تاریخ تأسیس بیمه مرکزی ایران تا سال ۱۳۵۸ تاریخ ملی شدن شرکت‌های

بیمه

شرکت سهامی بیمه ایران از آغاز تأسیس نه تنها به عنوان یک شرکت بازرگانی در امر بیمه‌گری فعال بوده، بلکه به عنوان بازوی سیاستگذاری، نظارتی و اجرایی دولت در امر تهیه و تدوین و ارائه پیش نویس قوانین، آیین نامه‌ها، شرایط عمومی بیمه نامه‌ها و هرگونه دستورالعمل مربوط به صنعت بیمه نیز عمل می‌کرده و وظایف نظارتی محوله را نیز به انجام می‌رسانیده که این وضعیت تا سال ۱۳۵۰ یعنی سال تأسیس بیمه مرکزی ایران ادامه داشته است.

همچنین قبل از تأسیس بیمه مرکزی ایران کلیه شرکت‌های بیمه داخلی براساس مصوبه هیئت وزیران (تصویب نامه شماره ۱۱۲۱۵ مورخ ۱۳۱۶/۷/۶) مکلف بودند بیمه اتکایی اجباری خود را نزد بیمه ایران انجام داده و معادل ۲۵٪ هر معامله بیمه را که مستقیماً و یا با مشارکت مؤسسات بیمه دیگر منعقد می‌کنند، به بیمه ایران واگذار کنند.

از سال ۱۳۴۳ به بعد این اعتقاد به وجود آمد که انجام وظایف بیمه‌گری به طور گسترده و توسعه و گسترش بیمه در سطح کشور، با انجام وظایف نظارتی سازگار نیست لذا طرح اولیه تأسیس بیمه مرکزی در سال ۱۳۴۳ توسط بیمه ایران تهیه شده و به دولت تقدیم گردید. دکتر حسین اهری (مدیر عامل) در گزارش خود به مجمع عمومی سالیانه شرکت برای رسیدگی به صورت‌های مالی سال

۱۳۴۳ به این موضوع اشاره می کند. این طرح پس از گذشت ۷ سال با تغییراتی سرانجام به تصویب قوه مقننه می رسد و با عنوان «قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری» در تاریخ ۱۳۵۰/۳/۲۹ به تصویب می رسد و از نیمه دوم همان سال به مرحله اجرا در می آید.

طبیعی است که بیمه مرکزی ایران در آغاز تأسیس دارای کادر مجهز بیمه گری و کارشناسی بیمه نبوده و می بایست نیاز خود را از شرکت های بیمه تأمین می کرد بدین ترتیب نیروی انسانی مورد نیاز آن از بیمه ایران بخصوص از میان افرادی که در قسمت بیمه اتکایی این شرکت فعال بودند تأمین گردید و به همراه انتقال بیمه های اتکایی اجباری از بیمه ایران به بیمه مرکزی ایران، کادر نسبتاً مجهزی در سمت های مدیریتی و کارشناسی در زمینه های فنی، مالی و اداری نیز از بیمه ایران به آنجا اعزام شدند.

در سال ۱۳۵۰ با تصویب قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، تغییرات عمده ای در ساختار صنعت بیمه کشور ایجاد گردید. این سازمان با سرمایه دولت تشکیل شد و وظیفه تنظیم، تأمین و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت از بیمه گذاران و صاحبان حقوق آنها و اعمال نظارت بر فعالیت مؤسسات بیمه در کشور را به عهده گرفت. همچنین به موجب ماده پنج قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مقرر شد انجام بیمه های اتکایی اجباری شرکت های بیمه صرفاً نزد بیمه مرکزی ایران انجام پذیرد. به موجب این قانون کلیه شرکت های بیمه در ایران موظف شدند ۲۵ درصد بیمه نامه های غیر زندگی و ۵۰ درصد بیمه نامه های زندگی خود را نزد بیمه مرکزی ایران، بیمه اتکایی اجباری کنند.

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

رسیدگی و اظهار نظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه؛

تصویب نمونه ترازنامه و سود و زیان شرکت های بیمه؛

تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی و نظارت بر امور بیمه های اتکایی؛

تعیین میزان کارمزد و حق بیمه مربوط به رشته های مختلف بیمه مستقیم؛

تصویب آیین نامه های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت مؤسسات بیمه؛

بعد از سال ۱۳۵۰ تعداد شرکت های بیمه از ۹ شرکت قبلی به ۱۳ شرکت و نمایندگی بیمه های خارجی افزایش یافت. این شرکت ها عبارت بودند از: شرکت سهامی بیمه ایران دارای مالکیت دولتی و شرکت های بیمه خصوصی شرق، آریا، البرز، آسیا، امید، ساختمان و کار، حافظ، ایران و آمریکا، تهران، دانا و نیز دو نمایندگی بیمه خارجی یورکشایر و اینگستراخ.

ورود چندین شرکت بیمه خصوصی در چنین مدت کوتاهی در یک بازار محدود (مؤسسات دولتی موظف بودند، بیمه‌های خود را نزد شرکت سهامی بیمه ایران انجام دهند) رقابت شدیدی را در پی داشت که امری بسیار طبیعی و قابل پیش‌بینی بود.

۴. از سال ۱۳۵۸، تاریخ ملی شدن شرکت‌های بیمه خصوصی تا سال ۱۳۶۷، تاریخ تصویب قانون اداره امور شرکت‌های بیمه

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، در تاریخ ۱۳۵۸/۴/۴ شورای انقلاب، شرکت‌های بیمه خصوصی را ملی اعلام و اداره امور آنها را به دولت واگذار کرد و به فعالیت نمایندگی‌های بیمه خارجی خاتمه داد.

با ملی شدن شرکت‌های بیمه خصوصی، بیمه ایران و بیمه مرکزی ج.ا.ا. کمافی‌السابق به فعالیت خود ادامه دادند و شرکت‌های بیمه ملی شده نیز تا اواسط سال ۱۳۶۰ به طور مستقل به فعالیت بیمه‌گری پرداختند؛ در این زمان بر اساس مصوبه هیئت مدیره مشترک شرکت‌های بیمه ملی شده، مقرر گردید فعالیت بیمه‌گری کلیه شرکت‌های ملی شده به جز شرکت بیمه آسیا و شرکت بیمه البرز متوقف گردد و به صورت تدریجی پرتفوی شرکت‌های بیمه متوقف شده، به این دو شرکت انتقال یابد. با ملی شدن و ادغام شرکت‌های بیمه، عملاً قانون انحصار کارهای بیمه دولتی نزد بیمه ایران، کارآیی خود را از دست داد و این دو شرکت نیز مبادرت به صدور بیمه نامه برای مؤسسات دولتی نمودند.

۱۳۱۴

وضعیت شرکت‌های بیمه در آستانه ملی شدن (ارقام به میلیون ریال)

پرتفوی سالیانه	سهامداران خارجی	سرمایه		نام شرکت
		پرداخت شده	ثبت شده	
۵۳۰	آمریکایی ۲۰٪	۱۰۰۰	۲۰۰۰	بیمه شرق
۸۸۰	---	۲۰۰	۲۰۰	بیمه آریا
۶۲۰	آلمانی و ایتالیایی ۲۰٪	۱۰۰۰	۱۰۰۰	بیمه پارس
---	---	۲۵۰	۲۵۰	بیمه ملی
۹۷۰	---	۲۵۰	۵۰۰	بیمه آسیا
۳۵۱۰	انگلیسی ۲۰٪	۷۵۰	۷۵۰	بیمه البرز
۱۰۶۰	---	۴۰۰	۴۰۰	بیمه امید
۱۹۱۰	---	۲۰۰	۲۰۰	بیمه ساختمان و کار
۱۲۵۰	آمریکایی	۱۰۰۰	۱۰۰۰	بیمه ایران و آمریکا
۷۸۰	آمریکایی و انگلیسی	۵۰	۱۰۰	بیمه حافظ
۱۲۳۰	انگلیسی ۲۰٪	۲۵۰	۵۰۰	بیمه دانا
۹۳۰	فرانسوی ۳۰٪	۲۵۰	۵۰۰	بیمه تهران

به عبارت دیگر می‌توان گفت در سال‌های ۱۳۵۹ و ۱۳۶۰ فعالیت شرکت‌های بیمه ملی شده به‌جز شرکت‌های بیمه آسیا و البرز متوقف شد و سال ۱۳۶۰ امور بیمه‌های بازرگانی کشور به شرکت‌های بیمه ایران، آسیا و البرز محول شد.

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

۵. از سال ۱۳۶۷، تاریخ تصویب قانون اداره امور شرکت‌های بیمه، تا سال ۱۳۸۰ تاریخ تصویب

قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی

بیمه مرکزی ایران در سال ۱۳۶۴ با قدم‌های استوار در تحکیم مبانی بیمه، همت گماشت و با کوشش بسیار، جریاناتی را که برای انحلال مؤسسات باقی‌مانده از شرکت‌های بیمه ملی شده وجود داشت،

مدیریت کرد و در انتها با تصویب قانون اداره امور شرکت‌های بیمه در سال ۱۳۶۷ به نگرانی‌ها پایان داد و وضعیت بیمه بر پایه استوار قانونی قرار گرفت.

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

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

در سال ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی «قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی» را تصویب کرد و اجازه تأسیس و تأمین سرمایه شرکت‌های بیمه خصوصی را به بیمه مرکزی ج.ا.ا و وزارت امور اقتصادی و دارایی محول کرد. با تصویب قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی، چشم‌انداز تحول مهمی در صنعت بیمه ایران هویدا گردید؛ به طوری که در آغاز، برای اخذ مجوز تأسیس بیش از ۲۰ شرکت ثبت نام شد و تا تیرماه سال ۱۳۸۱، چهار شرکت بیمه توسعه، کارآفرین، پارسیان و رازی اجازه تأسیس و شروع فعالیت گرفتند.

۶. از سال ۱۳۸۰ تاریخ تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی تا سال ۱۳۸۸، خصوصی‌سازی شرکت‌های بیمه دولتی

با تأسیس شرکت‌های بیمه خصوصی از سال ۱۳۸۱ به بعد، صنعت بیمه در تولید حق بیمه رشد فزاینده‌ای داشته و این امر موجب گردید تا ضریب نفوذ بیمه افزایش یابد. در سال ۱۳۸۵ با اعلام سیاست‌های اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی، مقرر شد سهام شرکت‌های بیمه آسیا، البرز و دانا به بخش خصوصی واگذار شود و صرفاً شرکت سهامی بیمه ایران کماکان به شکل دولتی به فعالیت خود ادامه دهد.

شرکت‌های بیمه در پایان سال ۱۳۸۸

ردیف	شرکت بیمه	نوع مالکیت	حوزه فعالیت	پروانه فعالیت	نوع فعالیت
۱	ایران	دولتی	سرزمین اصلی	۱۳۱۴/۸/۱۵	تمام رشته‌های بیمه
۲	آسیا	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۳۸/۴/۳۰	تمام رشته‌های بیمه
۳	البرز	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۳۸/۴/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۴	دانا	دولتی	سرزمین اصلی	۱۳۶۸/۹/۱۵	تمام رشته‌های بیمه
۵	معلم	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۷۴/۱۰/۱	تمام رشته‌های بیمه
۶	پارسیان	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۲/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۷	توسعه	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۲/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۸	رازی	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۲/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۹	کارآفرین	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۲/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۱۰	سینا	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۸/۲۸	تمام رشته‌های بیمه
۱۱	ملت	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۲/۹/۴	تمام رشته‌های بیمه
۱۲	ایران معین	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۸۲/۱۲/۱۶	تمام رشته‌های بیمه
۱۳	امید کیش	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۸۳/۲/۱۲	تمام رشته‌های بیمه
۱۴	حافظ	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۸۳/۳/۱۳	تمام رشته‌های بیمه
۱۵	اتکایی امین	خصوصی	مناطق آزاد و ویژه	۱۳۸۳/۲/۱۲	عملیات اتکایی
۱۶	دی	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۳/۱۲/۴	تمام رشته‌های بیمه
۱۷	سامان	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۳/۱۲/۱۱	تمام رشته‌های بیمه
۱۸	نوین	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۴/۱۲/۱۴	تمام رشته‌های بیمه
۱۹	پاسارگاد	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۵/۱۱/۲۹	تمام رشته‌های بیمه
۲۰	میهن	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۷/۱۱/۱۶	تمام رشته‌های بیمه
۲۱	اتکایی ایرانیان	خصوصی	سرزمین اصلی	۱۳۸۸/۱۱/۲۵	عملیات اتکایی

۲ - ارکان (ساختار) صنعت بیمه کشور

امروزه در اکثر کشورهای جهان فعالیت مؤسسات بیمه تحت نظارت دولت‌ها به منظور صیانت از حقوق بیمه‌گذاران و سهامداران انجام می‌شود. موضوع نظارت بر فعالیت بیمه‌ای در ایران نیز از سابقه طولانی برخوردار است. اولین بار در ماده هشت قانون ثبت شرکت‌ها که در دوم خرداد سال ۱۳۱۰ شمسی به تصویب مجلس وقت رسید، پیش‌بینی شد شرکت‌های بیمه اعم از ایرانی و خارجی، تابع نظامنامه‌هایی باشند که توسط وزارت عدلیه تنظیم می‌شوند.

نظارت بر عملکرد مؤسسات بیمه توسط دولت‌ها بدین معنا نیست که دولت‌ها به صورت انحصاری به فعالیت بیمه‌های بازرگانی بپردازند؛ بلکه این بخش خصوصی است که می‌تواند به صورت فعال با نظارت دولت در امر بیمه حضور یابد و دولت نیز صرفاً به لحاظ حفظ منافع بیمه‌گذاران و حمایت از سرمایه‌گذاران بر عملکرد شرکت‌های بیمه نظارت می‌کند. مکانیزم نظارتی در ایران در امر بیمه و بیمه‌گری شباهت زیادی به نظارت در صنعت بانکداری از طریق بانک مرکزی ج.ا.ا. دارد.

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

۱-۲. بیمه مرکزی ج.ا.ا.

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

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

- تهیه آیین‌نامه‌ها و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه در ایران لازم باشد.
- تهیه اطلاعات لازم از فعالیت‌های کلیه مؤسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند.
- انجام بیمه‌های اتکایی اجباری؛

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

• به موجب قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، شرکت‌های بیمه فعال در ایران، موظفند ۲۵ درصد بیمه نامه‌های غیر زندگی و ۵۰ درصد بیمه نامه‌های زندگی را به صورت اتکایی به بیمه مرکزی ج.ا.ا. واگذار نمایند؛

- قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی و خارجی؛
- واگذاری بیمه‌های اتکایی مؤسسات داخلی یا خارجی در هر مورد که مقتضی باشد؛
- اداره صندوق تأمین خسارت‌های بدنی و تنظیم آیین نامه آن؛
- ارشاد، هدایت و نظارت بر مؤسسات بیمه و حمایت از آنها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم امور نمایندگی و دلالی بیمه و نظارت بر امور بیمه اتکایی و جلوگیری از رقابت‌های مکارانه و ناسالم.

ارکان بیمه مرکزی ج.ا.ا.

- مجمع عمومی؛
- شورای عالی بیمه؛
- هیئت عامل؛
- بازرسان

وظایف شورای عالی بیمه

- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به صدور پروانه تأسیس یا لغو پروانه مؤسسات بیمه و پیشنهاد آن به مجمع عمومی؛
- تصویب نمونه ترازنامه که باید مورد استفاده مؤسسات بیمه قرار گیرد؛
- تعیین انواع معاملات بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه‌ها و نظارت بر امور بیمه‌های اجتماعی؛
- تعیین میزان کارمزد و حق بیمه مربوط به رشته‌های مختلف بیمه مستقیم؛
- تصویب آیین نامه‌های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت مؤسسات بیمه؛
- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش بیمه مرکزی ج.ا.ا. درباره عملیات و فعالیت‌های مؤسسات بیمه در ایران که حداقل هر شش ماه یکبار باید تسلیم شود؛
- اظهار نظر درباره هرگونه پیشنهاد که از طرف رئیس شورای عالی بیمه به آن ارجاع می‌شود؛
- ریاست شورای عالی بیمه با رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ا. است.

۲-۲. شرکت‌های بیمه (دولتی و خصوصی)

مؤسسات بیمه ایرانی با سرمایه حداقل ۱۶۰ میلیارد ریال برای فعالیت در بیمه‌های زندگی و حداقل ۱۶۰ میلیارد ریال برای فعالیت در بیمه‌های غیر زندگی و با حداقل ۲۸۰ میلیارد ریال برای فعالیت در هر دو بخش بیمه‌های زندگی و غیر زندگی تشکیل می‌شوند. شرکت‌های بیمه اتکایی نیز با حداقل سرمایه ۴۰۰ میلیارد ریال می‌توانند برای فعالیت در امور اتکایی به ثبت برسند.

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

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

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

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

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

۲-۳. شرکت‌های بیمه مناطق آزاد

در تاریخ ۱۳۷۸/۴/۳۰ مجمع تشخیص مصلحت نظام، قانون اصلاح قانون چگونگی اداره مناطق آزاد تجاری - صنعتی جمهوری اسلامی ایران را که به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده بود، با اصلاحاتی به تصویب نهایی رساند. بر اساس این اصلاحیه، تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه ایرانی با سرمایه داخلی و خارجی و شعب و نمایندگی آنها و مؤسسات کارگزاری بیمه در مناطق آزاد تجاری - صنعتی ایران مجاز و صرفاً تابع مقرراتی است که به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

هیئت وزیران نیز در تاریخ ۱۳۷۹/۶/۲ مقررات تأسیس و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد را به تصویب رساند. در این مصوبه به مؤسسات بیمه ایرانی مشمول قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری (اعم از دولتی و غیردولتی) اجازه فعالیت در مناطق آزاد به یکی از دو صورت زیر داده شده است:

الف) تأسیس شعبه و ایجاد نمایندگی با رعایت قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری.

ب) تأسیس مؤسسه بیمه با مشارکت اشخاص حقیقی و حقوقی داخلی و خارجی در چارچوب مقررات این آیین نامه.

از موارد قابل ذکر در این مصوبه، واگذاری اجباری اتکایی به بیمه مرکزی به میزان ۱۰ درصد از کلیه معاملات بیمه‌ای (۲۵ درصد و ۵۰ درصد برای مؤسسات بیمه در سرزمین اصلی) توسط مؤسسات بیمه در مناطق آزاد و عدم التزام به رعایت تعرفه‌های مصوب شورای عالی بیمه است. به استناد مفاد این مصوبه شرکت‌های بیمه حافظ، امید، ایران معین و اتکایی امین مجوز فعالیت در مناطق آزاد را از بیمه مرکزی دریافت و اکنون مشغول فعالیت می‌باشند.

۲-۴. سندیکای بیمه‌گران ایران

مؤسسات بیمه بازرگانی که در ایران فعالیت می‌نمایند به استناد ماده ۷۵ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری «عضو سندیکا» شناخته می‌شوند. سندیکای بیمه‌گران ایران که اساسنامه آن به وسیله بیمه مرکزی با نظر اعضا تدوین می‌شود به و به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد، یک سازمان مستقل و غیر دولتی است و به عنوان پل ارتباطی بین صنعت بیمه و سایر بخش‌ها عمل می‌کند و هدف کلی آن، ارتقای فضای رقابتی سالم و توسعه بازار بیمه کشور است.

اهداف و وظایف سندیکای بیمه‌گران

- تحکیم و توسعه همکاری بین مؤسسات بیمه و کمک به حفظ سلامت بازار بیمه؛
- حمایت از حقوق مؤسسات بیمه؛

- حل و فصل اختلاف بین مؤسسات بیمه؛
- کوشش در حل و فصل اختلاف بین بیمه‌گذاران و مؤسسات بیمه؛
- مطالعه در امور مربوط به حرفه و فن بیمه.

۵-۲. نمایندگان و کارگزاران

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

- نمایندگان بیمه؛
- دلالان رسمی بیمه.

• نمایندگان بیمه

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

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

نمایندگان بیمه به ازای فروش بیمه نامه از شرکت طرف قرارداد خود، کارمزد و هزینه صدور دریافت می‌کنند. میزان کارمزد و هزینه صدور و نحوه پرداخت آن برای انواع رشته‌های بیمه‌ای طبق آیین نامه شماره ۲۹ شورای عالی بیمه مشخص شده است و شرکت‌های بیمه موظف به رعایت آن می‌باشند.

رسیدگی به اختلافات نماینده و شرکت بیمه به هیئتی مرکب از سه نفر واگذار شده است:

- نماینده بیمه مرکزی ج.ا.ا؛
 - نماینده منتخب سندیکای بیمه‌گران ایران؛
 - نماینده منتخب انجمن صنفی نمایندگان بیمه.
- در صورت احراز تخلف نماینده، هیئت مذکور می‌تواند متناسب با نوع تخلف، تصمیمات زیر را اتخاذ کند:
- تذکر کتبی به نماینده؛

- ایجاد محدودیت در اختیارات تفویضی مانند سلب مجوز و صدور بیمه نامه؛
- کاهش میزان کارمزد نماینده در یک یا چند رشته بیمه به مدت حداکثر شش ماه؛
- تعلیق فعالیت نماینده در یک یا چند رشته بیمه به مدت حداکثر شش ماه؛
- لغو پروانه فعالیت.

• دلالتان رسمی (کارگزاران)

کارگزار یا دلال بیمه شخصیت حقیقی یا حقوقی که بر اساس مفاد آیین نامه شماره ۶ مصوبه شورای عالی بیمه در مقابل دریافت کارمزد، واسطه معاملات بیمه‌ای بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر است و شغل وی عرضه خدمات بیمه‌ای است.

کارگزاران بیمه، مجوز فعالیت خود را از بیمه مرکزی ج.ا.ا اخذ می‌کنند و براساس این مجوز می‌توانند با هر یک از شرکت‌های بیمه قرارداد همکاری منعقد کنند و بر خلاف نمایندگان از همکاری با چند شرکت بیمه به طور همزمان، منع نشده‌اند. مقررات و ضوابط کارمزد کارگزاران در آیین‌نامه شماره ۲۹ مشخص شده است.

از آنجایی که حرفه کارگزاری، فنی و تخصصی است، کارگزاران می‌توانند با حفظ منافع بین بیمه‌گران و بیمه‌گذاران نقش بسزایی را در عرضه خدمات بیمه ایفا کنند.

۶-۲. مؤسسات ارزیابی خسارت بیمه‌ای

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری آیین نامه شماره ۵۰ خود را با عنوان اعطای پروانه و نحوه فعالیت مؤسسات ارزیابی خسارت بیمه‌ای در تاریخ ۱۳۸۲/۴/۳ به تصویب رسانده است. در این آیین نامه مؤسسه ارزیابی خسارت بیمه، شخصی حقوقی است که وظیفه بررسی و تحقیق در مورد علت و مقدار خسارت و تشخیص میزان تعهد بیمه‌گر طبق شرایط بیمه نامه و نیز مذاکره برای تعدیل و تسویه خسارت یا خسارت‌های مورد ادعا را برعهده دارد. بیمه مرکزی ایران می‌تواند به اشخاص حقیقی واجد شرایط نیز پروانه ارزیابی خسارت در یک رشته معین اعطا نماید. فعالیت مؤسسات ارزیابی خسارت مستلزم دریافت پروانه و تأیید اساسنامه توسط بیمه مرکزی ایران است و نحوه شکل‌گیری و تداوم فعالیت آنها در چارچوب آیین‌نامه شماره ۵۰ تصویر شده است.

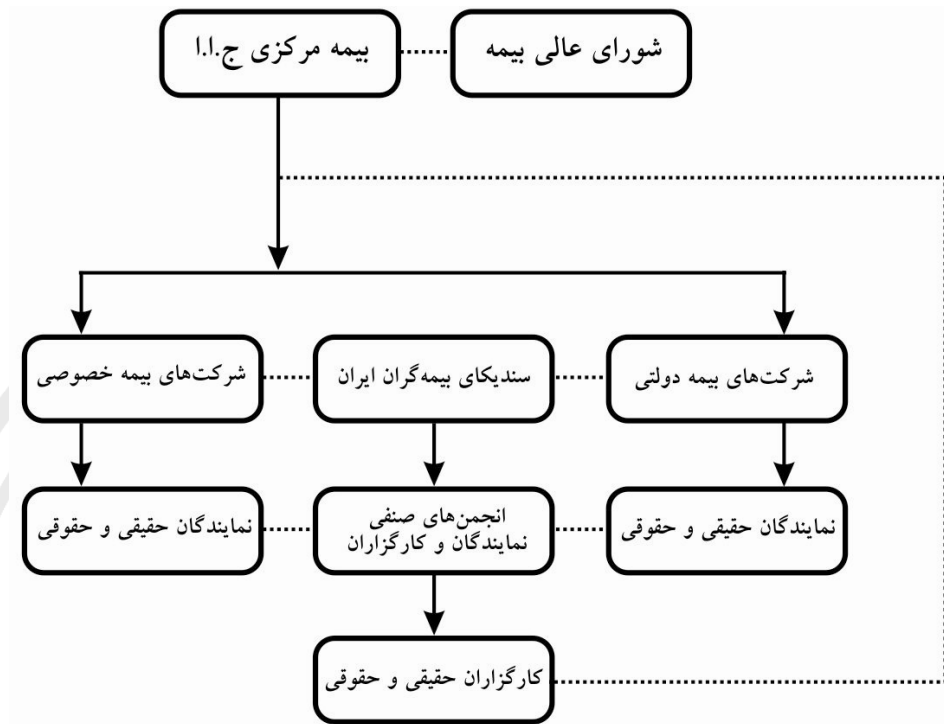
۷-۲. صندوق تأمین خسارت‌های بدنی

به استناد ماده ۱۰ قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث (مصوب ۱۳۸۷/۴/۱۶ مجلس شورای اسلامی) به منظور حمایت از زیان‌دیدگان حوادث رانندگی، خسارت‌های بدنی وارد به اشخاص ثالث که به علت فقدان یا انقضای بیمه نامه، بطلان قرارداد بیمه، تعلیق تأمین بیمه‌گر، فرار کردن و یا شناخته نشدن مسؤل حادثه و یا ورشکستگی بیمه‌گر قابل پرداخت نباشد یا به طور کلی خسارت‌های بدنی خارج از شرایط بیمه‌نامه (به استثناء موارد مصرح در ماده (۷)) توسط صندوق مستقلی به نام صندوق تأمین خسارت‌های بدنی پرداخت خواهد شد. این صندوق به وسیله بیمه مرکزی ایران اداره خواهد شد و چگونگی اداره آن به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران و با تأیید وزیر امور اقتصادی و دارایی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

منابع مالی صندوق تأمین خسارت‌های بدنی به شرح زیر است:

- الف- پنج درصد (۵٪) از حق بیمه اجباری موضوع قانون فوق.
 - ب- مبلغی معادل حداکثر یک سال حق بیمه اجباری که از دارندگان وسایل نقلیه‌ای که از انجام بیمه موضوع این قانون خودداری نمایند وصول خواهد شد. نحوه وصول و تقسیط مبلغ مذکور و سایر ضوابط لازم این بند به پیشنهاد بیمه مرکزی ایران به تصویب مجمع عمومی صندوق خواهد رسید.
 - ج- مبالغی که صندوق پس از جبران خسارت زیان‌دیدگان بتواند از مسئولان حادثه وصول نماید.
 - د- درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری وجوه صندوق.
 - ه- بیست درصد (۲۰٪) از جرائم وصولی راهنمایی و رانندگی در کل کشور.
 - و- بیست درصد (۲۰٪) از کل هزینه‌های دادرسی و جزای نقدی وصولی توسط قوه قضائیه.
 - ز- جرائم موضوع ماده (۲۸) این قانون.
 - ح- کمک‌های اعطائی از سوی اشخاص مختلف.
- این صندوق هم‌اکنون زیر نظر بیمه مرکزی ایران به فعالیت مشغول است و با افزایش سقف تعهدات بیمه شخص ثالث تا دیه یک مرد مسلمان در ماه‌های حرام و بالا رفتن میزان درآمد صندوق، مورد مراجعه تعداد کثیری از مردم می‌باشد.

ارکان (ساختار) صنعت بیمه کشور

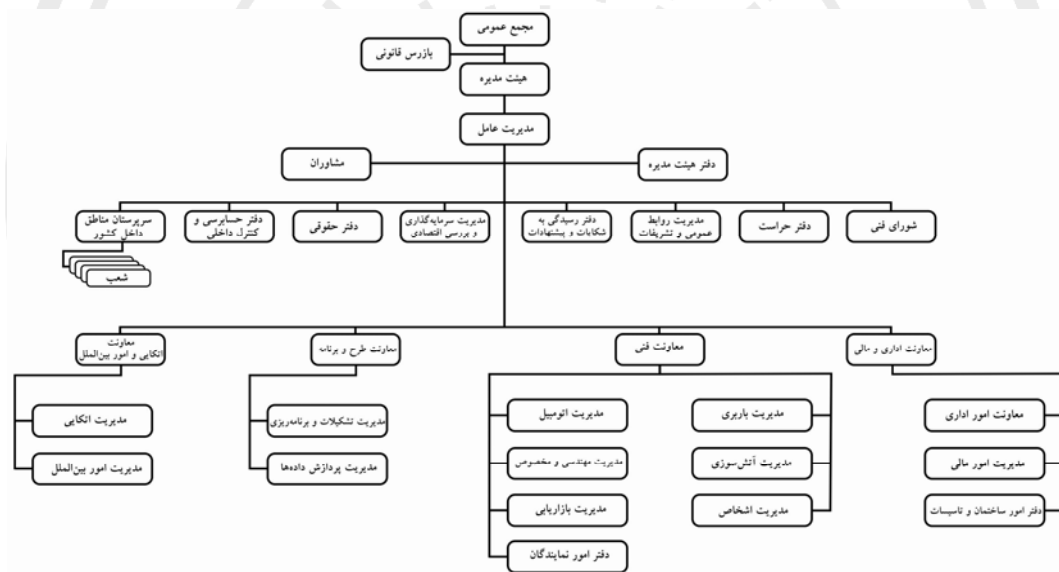


۱۳۱۴

۳ - ساختار سازمانی شرکت‌های بیمه دولتی

طی حدود ۲۴ سال که بازار بیمه کشور منحصراً در اختیار چهار شرکت بیمه دولتی ایران، البرز، آسیا و دانا قرار گرفت و تا قبل از تصویب برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۷۸) که پرتفویهای دولتی سهمیه ویژه بیمه ایران محسوب می‌شد، بازار از عنصر رقابت تقریباً خالی بود. مجمع عمومی مشترک شرکت‌های بیمه در سال ۱۳۷۵ ساختار سازمانی و تشکیلاتی چهار شرکت بیمه دولتی را بدون تفاوت خاصی تصویب و ابلاغ کرد. از آن زمان تاکنون نمودار سازمانی شرکت‌های بیمه دولتی تقریباً ثابت و بعضاً با تغییرات جزئی مورد عمل قرار دارد. نمودار سازمانی شرکت بیمه دولتی ایرانی نمونه به صورت زیر است:

نمودار سازمانی شرکت بیمه دولتی



مطابق چارت فوق واحدها و یا مجموعه‌های درگیر با فعالیت یک شرکت بیمه دولتی ایرانی و مشابه آن در شرکت‌های بیمه خصوصی به شرح ذیل می‌باشند:

۱) مجمع عمومی

مجمع عمومی یک شرکت بیمه مجموعه‌ای از صاحبان سهام شرکت بیمه می‌باشند که از طریق تشکیل مجامع عمومی قادر هستند عملکرد شرکت را ارزیابی و راهکارهای کلی در زمینه هدایت آن شرکت را ارائه نمایند.

طبق اساسنامه شرکت‌های بیمه خصوصی (شرکت‌هایی از نوع سهامی عام) وظایف مجمع عمومی عادی که تنها سالی یک بار تشکیل می‌شود عبارتند از:

۱. استماع گزارش هیئت مدیره راجع به امور وضعیت شرکت، بررسی و تصویب ترازنامه و حساب‌های تقدیمی هیئت مدیره.

۲. رسیدگی، تصویب، رد و یا تصحیح حساب‌ها.

۳. تصویب سود قابل تقسیم و اندوخته‌ها.

۴. انتخاب، عزل یا تجدید انتخاب مدیران و بازرسان اصلی و علی‌البدل، تعیین حق حضور و پاداش اعضای هیئت مدیره و همچنین تعیین حق‌الزحمه بازرسان.

۵. تعیین روزنامه کثیرالتشهار برای نشر آگهی‌های مربوط به شرکت.

۶. اتخاذ تصمیم در مورد هر گونه موضوعی که جزء دستور جلسه بوده و در صلاحیت مجمع عمومی فوق‌العاده نباشد.

هرگونه تغییر در اساسنامه یا میزان سرمایه شرکت و یا انحلال شرکت منحصراً در صلاحیت مجمع عمومی فوق‌العاده و پس از اخذ موافقت بیمه مرکزی ایران انجام خواهد شد. مجمع عمومی فوق‌العاده برای اخذ تصمیم موارد فوق، با رعایت مقررات اصلاحی قانون تجارت بنا به ضرورت تشکیل می‌شود.

۲) بازرسان قانونی

طبق ماده ۱۶ اساسنامه شرکت‌های بیمه دولتی، بازرسان قانونی شرکت، سازمان حسابرسی می‌باشند. بازرسان قانونی حق دارد از کلیه امور شرکت اطلاع حاصل کند ولی حق دخالت در امور جاری شرکت را نخواهد داشت و اجرای وظایف وی نباید به هیچ وجه مانع جریان عادی شرکت شود.

بازرسان قانونی در واقع می‌بایست درباره کلیت صورت‌های مالی که طبق استانداردهای حسابداری توسط هیئت مدیره برای ارائه به مجمع عمومی تهیه می‌شود و همچنین درباره صحت مطالب و اطلاعاتی که مدیران در اختیار مجمع عمومی گذاشته‌اند اظهار نظر نماید و گزارش جامعی راجع به وضع شرکت به مجمع عمومی عادی تسلیم نماید.

وظایف بازرسان در شرکت‌های بیمه خصوصی نیز مشابه است.

۳) هیئت مدیره

هیئت مدیره در انجام هر نوع عملیات و معاملات که مربوط به موضوع شرکت بوده و اتخاذ تصمیم درباره آنها صریحاً در صلاحیت مجمع عمومی قرار نگرفته باشد، دارای اختیارات نامحدود می‌باشد. برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری از وظایف عمده هیئت مدیره می‌باشد.

طبق ماده ۱۱ اساسنامه شرکت‌های بیمه دولتی، اعضای هیئت مدیره شرکت‌های بیمه دولتی به پیشنهاد وزیر امور اقتصاد و دارایی و تصویب مجمع عمومی از میان اشخاص صلاحیت‌داری که در امور بیمه، مدیریت، مالی، اقتصادی یا حقوق متخصص باشند برای مدت چهار سال انتخاب می‌گردند. در شرکت‌های بیمه دولتی مدیرعامل عضو و رئیس هیئت مدیره نیز می‌باشد. در بیمه‌های خصوصی هیئت مدیره توسط مجمع انتخاب می‌شود و اعضای هیئت مدیره، رئیس و نایب رئیس هیئت مدیره را از بین خود انتخاب می‌کنند.

طبق ماده ۱۳ اساسنامه شرکت‌های بیمه دولتی وظایف و اختیارات هیئت مدیره به قرار زیر است:

۱. اجرای مصوبات مجمع عمومی.
۲. بررسی و تأیید برنامه و بودجه سالانه، تشکیلات، آیین‌نامه‌های مالی و استخدامی و معاملاتی شرکت و اصلاحات آن که از طرف مدیرعامل پیشنهاد می‌شود جهت طرح و تصویب در مراجع ذی‌ربط.
۳. اتخاذ تصمیم نسبت به تأسیس یا انحلال شعب در داخل کشور به پیشنهاد مدیرعامل در چارچوب تشکیلات مصوب.
۴. ارائه پیشنهاد تأسیس یا انحلال شعب در خارج از کشور جهت اخذ تصمیم مجمع عمومی.
۵. اتخاذ تصمیم نسبت به قبول یا واگذاری نمایندگی در داخل یا خارج کشور به پیشنهاد مدیرعامل.
۶. اتخاذ تصمیم نسبت به خرید و فروش اموال غیر منقول و سرمایه‌گذاری‌های شرکت به پیشنهاد مدیرعامل.
۷. اتخاذ تصمیم نسبت به برنامه‌های سالانه شرکت به پیشنهاد مدیرعامل.
۸. تصویب آیین‌نامه‌های فنی و تعیین حدود اختیارات واحدهای شرکت در صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت.
۹. بررسی و اتخاذ تصمیم نسبت به بازیافتی خسارات.
۱۰. تعیین ذخیره مطالبات مشکوک‌الوصول و اظهارنظر در خصوص مطالبات لاوصول جهت طرح در مجمع عمومی.
۱۱. تصویب بودجه تفصیلی.
۱۲. رسیدگی و اقدام نسبت به سازش و داوری در مورد دعاوی با رعایت مقررات مربوط.
۱۳. تنظیم و تصویب سازمان و شرح وظایف واحدهای شرکت با توجه به آیین‌نامه استخدامی و تصویب مقررات داخلی اداری.

۱۴. بررسی و تأیید ترازنامه و صورت حساب سود و زیان و تهیه گزارش عملکرد سالانه و ارائه آن جهت تصویب به مجمع عمومی.
۱۵. اتخاذ تصمیم نسبت به نحوه توزیع سود ویژه موضوع ماده ۶ قانون اداره امور شرکت‌های بیمه^۲ و آیین نامه اجرایی آن.
۱۶. پیشنهاد تغییرات در سرمایه و مفاد اساسنامه شرکت به مجمع عمومی.
۱۷. اتخاذ تصمیم و یا اظهار نظر حسب مورد نسبت به هر موضوعی که از طرف مدیرعامل مطرح گردد.

اختیارات هیئت مدیره شرکت‌های بیمه خصوصی طبق اساسنامه آنان به شرح ذیل می‌باشد:

۱. نمایندگی شرکت در برابر اشخاص ثالث و کلیه ادارات دولتی و مؤسسات خصوصی.
۲. تصویب آیین نامه‌های داخلی شرکت به پیشنهاد مدیرعامل.
۳. نصب و عزل کلیه مأموران و کارکنان شرکت و تعیین شغل و دستمزد و حقوق و پاداش و ترفیع و تشویق و تنبیه و تعیین سایر شرایط استخدام و معافیت و خروج آنها از خدمت و بازنشستگی و مستمری وارث آنها.
۴. تصویب برنامه و بودجه جاری.
۵. افتتاح حساب و استفاده از آن به نام شرکت نزد بانک‌ها و مؤسسات اعتباری مجاز.
۶. دریافت مطالبات شرکت و پرداخت دیون آن اعم از اصل سود تضمین شده، کارمزد و اعتبارات خارجی و متفرعات.
۷. تعهد، ظهرنویسی، قبولی، پرداخت و واخواست اوراق تجاری.
۸. عقد هر نوع قرارداد و تغییر و تبدیل یا فسخ و اقاله آن در مورد خرید و فروش، معاوضه اموال منقول و غیرمنقول و ماشین‌آلات و مناقصه و مزایده و غیره که جزء موضوع شرکت می‌باشد و بالجمله انجام کلیه عملیات و معاملات مذکور در ماده ۳ اساسنامه^۳.

۲. ماده ۶. مؤسسات بیمه موضوع ماده ۵ می‌تواند حداکثر ۵ درصد از سود ویژه مازاد دو سال قبل خود را فقط بین کارکنانی که در سال مربوط با فعالیت فوق‌العاده در جهت افزایش تولید یا ارائه خدمات مناسب‌تر باعث بالا رفتن سود ویژه مؤسسه شده‌اند توزیع نمایند مشروط بر این که مبلغ آن بیش از ۴۰ درصد حقوق سالانه هر فرد نباشد.

تبصره: نحوه توزیع که توسط هیئت مدیره انجام می‌گیرد با در نظر گرفتن ارزش کمی و کیفی فعالیت کارکنان مزبور بر طبق آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

۳. ماده ۳. موضوع فعالیت

۳-۱. انجام عملیات بیمه‌ای مستقیم در انواع رشته‌های بیمه زندگی و غیر زندگی بر اساس پروانه‌های فعالیت صادره از سوی بیمه مرکزی ایران.

۳-۲. تحصیل پوشش بیمه اتکایی در رابطه با بیمه‌نامه‌های صادره

۹. صدور هر نوع بیمه نامه و الحاقیه‌های آن برای اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از ایرانی و یا غیرایرانی با رعایت قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و سایر قوانین و مقررات مربوط.
۱۰. واگذاری یا تحصیل هرگونه حق کسب پیشه و تجارت (سرفعلی).
۱۱. مبادرت به تقاضا و اقدام در مورد ثبت هرگونه اختراع و یا خرید و تحصیل و یا فروش و یا واگذاری اختراعات و ورقه اختراع و یا هرگونه حقوق و اختیارات مربوط به آنها.
۱۲. مبادرت به تقاضا و اقدام برای ثبت هرگونه علامت تجاری.
۱۳. اجاره و استجاره و واگذاری و فسخ اجاره و تقاضای تعدیل اجاره بها و دفاع از این نوع تقاضاها در تمام مراحل و مراجع و تخلیه عین مستأجره و تقاضای تجدید نظر در رأی صادره و یا اجرای آن.
۱۴. به امانت گذاردن هر نوع اسناد و مدارک و وجوه در صندوق‌های دولتی و خصوصی و استرداد آنها.
۱۵. تحصیل اعتبار از بانک‌ها و مؤسسات تجاری غیربانکی مجاز.
۱۶. رهن گذاردن اموال شرکت اعم از منقول و یا غیر منقول و فک آن ولو کراراً و اصولاً هر نوع معامله با حق استرداد یا صلح حقوق اموال پس از تصویب هیئت مدیره و کسب موافقت قبلی بیمه مرکزی ایران.
۱۷. خرید و احداث هرگونه ساختمانی که مورد نیاز شرکت باشد به پیشنهاد مدیر عامل.
۱۸. طرح و اقامه هرگونه دعوی اعم از حقوقی و کیفری به طرفیت اشخاص اعم از حقیقی و حقوقی و دفاع از هرگونه دعوی اعم از مدنی و جزایی در کلیه مراجع و در تمامی مراحل با حق پژوهش، فرجام، مصالحه، تعیین وکیل، سازش، ادعای جعل نسبت به سند طرف تعیین جاعل و استرداد سند، استرداد دعوی و استرداد درخواست ارجاع دعوی به داوری و تعیین داور یا بدون اختیار صلح و تعیین وکیل یا بدون حق توکیل به غیر و توکیل در توکیل، تعیین مصدق و کارشناس، اقرار، خواه در ماهیت دعوی، خواه در امری که کاملاً قاطع دعوی باشد، دعوی خسارت، دعوی جلب ثالث و ورود ثالث و دعوی متقابل و دفاع مذکور، تأمین مدعی به، تقاضای توقیف اشخاص و اموال از مراجع اداری و قضایی.
۱۹. اعطای مهلت برای پرداخت مطالبات شرکت، درخواست برگ اجرایی و تعقیب اجرایی و اخذ محکوم به تودיעی چه در دادگاه و چه در ادارات و دوایر ثبت اسناد.

۳-۳. قبول بیمه‌های اتکایی از صندوق‌های بیمه محلی، منطقه‌ای و یا بین‌المللی به صورت متقابل و در محدوده مورد تأیید بیمه مرکزی ایران

۳-۴. سرمایه‌گذاری از محل سرمایه و ذخایر و اندوخته‌های فنی و قانونی در چارچوب ضوابط مصوب شورای عالی بیمه تبصره: مسزبان پذیرش و نگهداری ریسک در چارچوب ضوابطی است که بیمه مرکزی ایران تعیین و ابلاغ می‌نماید.

۲۰. تنظیم خلاصه صورت دارایی و بدهی‌های شرکت هر شش ماه یکبار و ارائه آن به بازرس شرکت.

۲۱. تنظیم صورت دارایی و دیون شرکت پس از انقضای سال مالی و همچنین تنظیم ترازنامه و حساب عملکرد سود و زیان شرکت طبق ماده ۶۲ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و درج ترازنامه و صورت سود و زیان شرکت در روزنامه رسمی کشور و یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار تهران و نیز ارسال یک نسخه از ترازنامه و صورت‌های مالی تعیین شده به بیمه مرکزی ایران .

۲۲. دعوت مجامع عمومی عادی و فوق‌العاده و تعیین دستور جلسه آنها.

۲۳. پیشنهاد هر نوع اندوخته علاوه بر پنج درصد اندوخته موضوع مواد ۱۴۰ و ۲۳۸ لایحه قانون اصلاح قسمتی از قانون تجارت و ذخایر فنی طبق دستورالعمل‌های بیمه مرکزی ایران.

۲۴. پیشنهاد تقسیم سود بین صاحبان سهام.

۲۵. پیشنهاد اصلاح اساسنامه در مواقعی که مفید تشخیص داده شود با کسب موافقت بیمه مرکزی ایران.

اختیارات هیئت مدیره منحصر به موارد ذکر شده نیست و موارد فوق جنبه محدودیت نداشته و به هیچ وجه به اختیارات تام هیئت مدیره خللی وارد نمی‌سازد.

۴) مدیرعامل

طبق ماده ۱۴ اساسنامه شرکت‌های بیمه دولتی، مدیرعامل بالاترین مقام اجرایی و اداری شرکت است و به طور کلی اداره امور شرکت را عهده‌دار می‌باشد. در شرکت‌های بیمه دولتی مدیرعامل رئیس هیئت مدیره است و توسط مجمع عمومی تعیین می‌شود.

وظایف و اختیارات مدیرعامل شرکت بیمه دولتی طبق ماده ۱۵ این اساسنامه به شرح ذیل است:

۱. اجرای مصوبات مجمع عمومی و هیئت مدیره.
۲. تهیه و تنظیم ترازنامه و حساب سود و زیان شرکت و تسلیم آن به هیئت مدیره.
۳. نمایندگی شرکت در مقابل اشخاص حقیقی یا حقوقی و دادگاه‌ها و سایر مراجع قضایی و غیر قضایی با حق توکیل تا یک درجه و سایر اختیارات مندرج در ماده ۶۲ قانون آیین نامه دادرسی مدنی.
۴. ارائه پیشنهاد در خصوص قبول و واگذاری بیمه‌های اتکایی به هیئت مدیره.
۵. تعیین برنامه‌های کار با توجه به مصوبات مجمع عمومی و هیئت مدیره.
۶. تهیه و تنظیم بودجه سالانه جهت طرح در هیئت مدیره.
۷. استخدام، نصب و عزل و تعیین شغل کارکنان با رعایت مفاد آیین نامه استخدامی.

۸. مدیرعامل دارای کلیه اختیارات لازم برای اداره امور شرکت با توجه به موضوع و هدف مندرج در اساسنامه می‌باشد مگر در مواردی که به موجب قانون و یا اساسنامه اخذ تصمیم در مورد آنها در صلاحیت ارکان دیگر شرکت باشد.

طبق اساسنامه شرکت‌های بیمه خصوصی، هیئت مدیره می‌تواند با مسئولیت خود قسمتی از اختیارات خود را به مدیرعامل تفویض نماید.

در شرکت‌های بیمه دولتی که مدیرعامل عنوان رئیس هیئت مدیره را نیز دارا می‌باشد دارای اختیارات و مسئولیت‌های گسترده‌تری است. اغلب وظایفی که در اساسنامه شرکت‌های خصوصی به هیئت مدیره واگذار شده (مانند استخدام، عزل، نصب و تعیین شغل کارکنان) در شرکت‌های بیمه دولتی از وظایف و اختیارات مدیرعامل به شمار می‌آید و وی دارای کلیه اختیارات لازم برای اداره امور شرکت می‌باشد.

۵) معاونت‌ها

مدیرعامل به منظور اداره شرکت معمولاً بخشی از وظایف خود را به معاونین تفویض می‌نماید.

الف) معاونت فنی

تعیین خط‌مشی و سیاست‌های شرکت در خصوص امور فنی، انجام مطالعات، تحقیقات و بازاریابی در خصوص بازارهای داخلی، انجام مطالعات در خصوص قوانین مختلف بیمه‌ای، همکاری با معاونت اتکایی و امور بین‌الملل و دفتر حقوقی شرکت در سرعت بخشیدن به حل اختلافات احتمالی، هدایت و کنترل شعبه‌های داخل کشور، ایجاد هماهنگی با معاونت طرح و برنامه در خصوص مکانیزه نمودن واحدهای فنی، مطالعه و بررسی طرح‌های پیشنهادی در خصوص پوشش‌های مفید بیمه‌ای و ... از جمله وظایف معاونت فنی می‌باشد.

معاون فنی در واقع معاون مدیرعامل در امور بیمه‌گری است. در شرکت‌های بیمه، غالباً به تناسب رشته‌های مختلف بیمه‌ای برای هر رشته مدیریتی در نظر گرفته می‌شود، مانند مدیریت آتش‌سوزی، مدیریت باربری، مدیریت مسئولیت، مدیریت اتومبیل، مدیریت اشخاص، مدیریت مهندسی و مخصوص و ...، که تمامی این مدیریت‌ها زیر نظر معاون فنی قرار دارند. معاون فنی تلاش می‌کند تا هماهنگی‌های لازم بین مدیریت‌های مختلف فنی برقرار گردد. در برخی از شرکت‌ها مدیریت امور بیمه‌گذاران و بازاریابی و امور نمایندگان نیز زیر نظر معاون فنی فعالیت می‌کنند. در شرکت‌های بیمه‌ای نسبتاً بزرگ، عملیات صف و ستاد به طور کامل از هم جدا شده است. به این معنا که، در مدیریت‌های فنی طرح عملیات پشتیبانی، سخت‌افزاری و نرم‌افزاری، مشاوره‌ای، نظارتی، آموزشی و ... انجام می‌شود و عملیات مربوط به صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت توسط شبکه فروش

(شعب، و سرپرستی‌ها، نمایندگان و کارگزاران) انجام می‌شود. ولی در برخی شرکت‌ها که نسبتاً کوچک‌تر هستند، عملیات صف در مدیریت‌ها نیز انجام می‌شود. معاونت فنی و مجموعه تحت سرپرستی آن در راستای انجام کارکرد «بازاریابی و فروش، محاسبات فنی (شامل ارزیابی ریسک و تعیین حق بیمه)» در شرکت‌های بیمه تعیین شده است.

ب) معاونت مالی و اداری

تعیین خط‌مشی و سیاست‌های شرکت در خصوص امور اداری و مالی، انجام بررسی‌های لازم در زمینه تأمین منابع مالی، رفع تنگناها و مشکلات موجود در استفاده بهینه از نقدینگی شرکت، تهیه و ارائه به موقع بودجه، گزارش‌ها و صورت‌های مالی شرکت برای هیئت مدیره و مجمع عمومی، همکاری و ایجاد هماهنگی کلیه قسمت‌های شرکت با حساب‌برسان، بازرسان قانونی و ممیزین مالیاتی در خصوص مسائل مالی و اداری شرکت، بررسی و تأیید آمار و اطلاعات و گزارشهای مالی و اداری، بررسی و تأیید قراردادها و پرداخت‌ها، ایجاد تسهیلات لازم جهت هماهنگی ادارات مرکزی و شعب در خصوص امور مالی و اداری، تأمین (اجاره، خرید، احداث و ...) فضاهای فیزیکی مورد نیاز شرکت و شعب در سرتاسر کشور، نظارت بر انجام مطالعات در خصوص جایگزینی سیستم‌های نوین مالی و اداری، بررسی و اعلام نظر در خصوص استخدام، ارتقا، انتقال، جابجایی، ترفیع، بازنشستگی و اخراج کارکنان، اعلام نیازهای آموزشی کارکنان تحت سرپرستی به معاونت طرح و برنامه از وظایف معاونت مالی و اداری می‌باشد.

ج) معاونت طرح و برنامه

ایجاد هماهنگی بین معاونت‌های شرکت در خصوص اجرای طرح‌ها، بررسی طرح‌ها و برنامه‌های پیشنهادی، نظارت بر حسن اجرای طرح‌ها و برنامه‌های نوین و ارزیابی نتایج برنامه‌های انجام شده، انجام تحقیقات و برنامه‌ریزی جهت بررسی و تجزیه و تحلیل مداوم سیستم‌های اداری، انجام تغییرات و اصلاحات مناسب در چارت‌های سازمانی قسمت‌های مختلف شرکت، تعیین خط‌مشی‌های بکارگیری تکنولوژی‌های اطلاعاتی، اجرای سیستم اطلاعات مدیریت جهت کلیه مدیران، ایجاد تسهیلات لازم جهت ایجاد ارتباط با سایر شرکت‌های بیمه جهت اجرای سیستم جامع اطلاعات صنعت، هدایت و نظارت بر سیستم اطلاعات و آمار مورد نیاز شرکت در چارچوب یک نظام پیشرفته آماری، تعیین خط‌مشی‌های آموزشی و نظارت و تنظیم برنامه‌های آموزشی و اجرای آن و ارزیابی نتایج حاصله و ... از جمله وظایف معاونت طرح و برنامه می‌باشد.

مدیریت تشکیلات و برنامه‌ریزی و مدیریت پردازش داده‌ها از واحدهای زیر مجموعه معاونت طرح و برنامه می‌باشند.

د) معاونت اتکایی و امور بین الملل

تعیین خط‌مشی و سیاست‌های شرکت در خصوص بیمه اتکایی و امور بین‌الملل، انجام مطالعات و تحقیقات در خصوص بازارهای جهانی بیمه، ایجاد تمهیدات در خصوص برنامه‌ریزی و فراهم‌آوردن امکانات لازم جهت بازاریابی بین‌المللی در شعب خارج از کشور، اتخاذ تدابیر لازم به منظور توسعه کمی و کیفی ارتباطات بین‌المللی، نظارت و ایجاد هماهنگی در بازاریابی خرید و فروش بیمه (واگذاری و قبولی اتکایی) و بررسی و شناسایی بازارهای بالقوه در سراسر جهان، بررسی پیشنهاد شرکت‌ها و مؤسسات معتبر بیمه‌ای جهت انجام همکاری‌های اتکایی، بررسی و مطالعه امکان عضویت شرکت در مجامع بین‌المللی و استفاده از امکانات آنان در جهت معرفی شرکت و حضور در دوره‌های آموزشی، سمینارها و کنفرانس‌های بین‌المللی در رشته‌های مختلف بیمه‌ای، همکاری با معاونت فنی و دفتر حقوقی شرکت در سرعت بخشیدن به حل اختلافات احتمالی شرکت با شرکت‌های بیمه خارجی و ... از جمله وظایف معاونت اتکایی و امور بین‌الملل می‌باشد.

مدیریت بیمه‌های اتکایی و مدیریت امور بین‌الملل از مدیریت‌های زیر مجموعه معاونت اتکایی و امور بین‌الملل می‌باشند.

این واحد در راستای انجام کارکرد «بیمه‌های اتکایی و مباحث حقوقی» و شرکت‌های بیمه تعبیه شده است.

۶) حوزه مدیرعامل

در غالب شرکت‌های بیمه تعدادی از واحدها به دلیل ماهیت خاص وظایفشان به طور مستقیم زیر نظر مدیرعامل فعالیت می‌کنند. این واحدها عبارتند از:

الف) شورای فنی

شورای فنی مرکب از تعدادی مدیر و کارشناس فنی است که توسط مدیرعامل به منظور بررسی ریسک‌ها و خسارات عمده و بزرگ و همچنین بررسی طرح‌ها و بیمه‌نامه‌های جدید، انتخاب می‌شود. به عنوان مثال، خسارت‌هایی که از سقف معینی (سقف‌های تعیین‌شده در آیین‌نامه حدود اختیارات) بیشتر باشد، پس از انجام بررسی‌های لازم در مدیریت‌ها و معاونت فنی، توسط معاون فنی به شورای فنی ارائه شده و در آنجا مورد بررسی مجدد قرار می‌گیرند و توسط شورای فنی به مدیرعامل ارائه و در صورت لزوم جهت اتخاذ تصمیم نهایی در هیئت مدیره مطرح می‌گردد. تهیه و تدوین آیین‌نامه حدود اختیارات و پیشنهاد آن به مدیرعامل جهت طرح در هیئت مدیره از دیگر وظایف این شورا می‌باشد.

ب) دفتر ارزیابی عملکرد و پاسخ‌گویی به شکایات

ایجاد امکانات لازم جهت دریافت پیشنهادهای و شکایات مراجعین و کارکنان، انجام بررسی و تحقیقات لازم درخصوص شکایات و تعیین علل ایجاد آنان، تدوین برنامه‌های مستمر بازرسی و نظارت بر بخش‌های مختلف شرکت، از جمله وظایف دفتر ارزیابی عملکرد و پاسخ‌گویی به شکایات می‌باشد.

این واحد در راستای انجام کارکرد «مشری مداری» (رسیدگی به شکایات و انتقادات بیمه‌گذاران) و طرح تکریم ارباب رجوع حسب مصوبه دولت، در کلیه مؤسسات و شرکت‌های دولتی ایجاد شده است.

ج) مدیریت سرمایه‌گذاری و بررسی اقتصادی

انجام مطالعات اقتصادی و جمع‌آوری اطلاعات در مورد مسائل اقتصادی به منظور سرمایه‌گذاری منابع مالی شرکت (منطبق بر آیین‌نامه‌ها و مقررات مربوط به سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه)، بررسی سرمایه‌گذاری‌های پیشنهادی که از طرف اشخاص حقیقی و حقوقی ارائه می‌گردد و ... از جمله وظایف مدیریت سرمایه‌گذاری و بررسی اقتصادی می‌باشد.

در شرکت‌های بیمه غالباً شورایی تحت عنوان «شورای سرمایه‌گذاری» تحت نظر مدیرعامل و با حضور معاون مالی و اداری و متخصصین خارج از شرکت تشکیل می‌گردد که در آن مجموع تسهیلات سرمایه‌گذاری مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد و تصمیمات این شورا توسط مدیریت سرمایه‌گذاری شرکت به اجرا گذاشته می‌شود.

این واحد در راستای ایفای کارکرد «سرمایه‌گذاری» در شرکت‌های بیمه تعیین شده است.

د) دفتر حقوقی

تحقیق و بررسی در زمینه‌های تخصصی بیمه و حقوقی در ارتباط با امور جاری شرکت، نمایندگی شرکت در مورد مسائل قضایی در مراجع قانونی، نظارت بر تنظیم و انعقاد قراردادهایی که از طرف شرکت با مؤسسات داخل و خارج کشور منعقد می‌گردد از نظر حقوقی، بازیافت پرونده‌های خسارتی که در آنها مقصر حادثه یا خسارت، شخص ثالثی باشد و ... از جمله وظایف دفتر حقوقی می‌باشد.

این واحد در راستای کارکرد «مباحث حقوقی» در شرکت‌های بیمه تعیین شده است.

ه) دفتر حسابرسی داخلی و کنترل

تعیین اهداف، مقاصد و حدود حسابرسی طبق اصول و موازین پذیرفته شده حسابرسی، ملاحظه صرفه و صلاح شرکت در کلیه امور و مسئولیت‌ها، برنامه‌ریزی در جهت رسیدگی و انجام حسابرسی‌های داخلی در خصوص عملیات مالی، فنی، اداری، اتکایی و سرمایه‌گذاری، نظارت بر

کلیه فعالیت‌های عملیاتی فنی (صدور، خسارت و اتکایی)، اداری و پشتیبانی، مالی و سرمایه‌گذاری شرکت، بررسی و مطالعه در زمینه نرخ حق بیمه بیمه نامه‌های صادره، ریسک‌ها و تعهدات پذیرفته شده جهت انطباق آنها با نرخ‌های مصوب، رسیدگی به خسارات پرداختی و تطبیق شرایط و میزان خسارت با ضوابط، مصوبات و شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه‌ها، نظارت و رسیدگی به ذخایر فنی و غیرفنی، رسیدگی به اسناد و مدارک امور مالی و محاسبات انجام شده از لحاظ رعایت قوانین و مقررات و آیین‌نامه‌ها و مصوبات، رسیدگی به نرخ‌های پرداخت کارمزد نمایندگان و کارگزاران و تلاش در جهت تطبیق این نرخ‌ها با ضوابط مصوب، نظارت بر روش‌های نگهداری حساب‌ها و ثبت و ضبط اسناد حسابداری شرکت و ... از جمله وظایف دفتر حسابرسی و کنترل داخلی می‌باشد. این واحد در راستای کارکرد «نظارت داخلی» در شرکت‌های بیمه تعبیه شده است.

و) دفتر حراست

تلاش در جهت استقرار سیستم مناسب جهت حفاظت و نگهداری از اموال، دارایی‌ها، تأسیسات و اسناد و مدارک محرمانه شرکت، برنامه‌ریزی و سازماندهی فعالیت‌ها و اقدامات حراستی، انجام امور مربوط به حراست فیزیکی و اقدام در زمینه ارائه رهنمودهای لازم به کارکنان جدید الاستخدام، رسیدگی و پیگیری گزارش تخلف صورت گرفته از سوی کارکنان، نمایندگان یا بیمه‌گذاران در صورت ارجاع از سوی مدیرعامل و ... از جمله وظایف دفتر حراست می‌باشد.

ز) مدیریت روابط عمومی و تبلیغات

جمع‌آوری و تمرکز اطلاعات و اخبار مربوط به اقدامات و فعالیت‌های شرکت، بررسی مندرجات مطبوعات در مورد شرکت و یا صنعت بیمه، برقراری سیستم انتقال اطلاعات اخبار و رویدادهای شرکت به کارکنان شرکت از طریق انتشار نشریه داخلی و ارسال به واحدهای مختلف سازمان، انجام تبلیغات بیمه‌ای شرکت، گسترش و اشاعه فرهنگ بیمه‌ای در سطح کشور، مطالعه و بررسی شیوه‌ها و وسایل تبلیغی و انتخاب بهترین روش، نظارت و همکاری جهت شرکت در نمایشگاه‌ها، مراسم، کنفرانس‌ها، سمینارها و ... از جمله وظایف مدیریت روابط عمومی و تبلیغات می‌باشد. این واحد در راستای کارکرد «بازاریابی و تعامل با مردم و مشتریان» در شرکت‌های بیمه تعبیه شده است.

ح) سرپرستان مناطق داخل کشور

ایجاد هماهنگی بین شعب تحت سرپرستی و سعی در رفع مشکلات فنی و اداری آنان، ارزشیابی شایستگی کارکنان، نظارت، پیگیری و رسیدگی به شکایات و پیشنهادهای در خصوص شعب تحت سرپرستی، مطالعه مستمر شرایط بیمه نامه‌های صادره از سوی شعب تحت سرپرستی، راهنمایی و

رفع اشکالات احتمالی آنها، بررسی عملکرد شعب تحت سرپرستی و انعکاس نتایج حاصل از مطالعات انجام شده، رسیدگی به گزارشهای پرونده‌هایی که خارج از اختیارات تعیین شده شعب تحت سرپرستی می‌باشد، هدایت مستمر شعب در کلیه امور مربوط به صدور بیمه نامه‌ها و اهتمام در ایجاد هماهنگی و وحدت رویه در شعب تحت سرپرستی و ... از جمله وظایف سرپرستان مناطق داخل کشور می‌باشد.

۷) شعب

انجام عملیات مربوط به صدور بیمه نامه در قالب ضوابط و دستورالعمل‌های صادره از ناحیه ستاد، رسیدگی و پرداخت خسارت طبق ضوابط و مطابق با آیین نامه حدود اختیارات تعریف شده در سازمان، نظارت بر حسن عملیات بیمه‌ای انجام شده توسط نمایندگان تحت سرپرستی و ارزیابی عملکرد آنان، تلاش در جهت جذب بازارهای بیمه‌ای و ... از جمله وظایف شعب شرکت‌های بیمه می‌باشد. شعب در شرکت‌های بیمه واحدهای صف را تشکیل می‌دهند که خدمات بیمه‌ای را مستقیم یا غیرمستقیم (از طریق نمایندگان و کارگزاران) به مردم ارائه می‌دهند. توزیع جغرافیایی و تعداد شعب هر شرکت، نحوه حضور آن شرکت در بازار بیمه کشور را نشان می‌دهد. اگرچه حدود ۵۰ درصد پرتفوی شرکت‌های بیمه در تهران صادر می‌شود اما ضرورت حضور و خدمات‌رسانی به مردم، تأسیس شعب در مراکز استان‌ها و شهرهای کشور را توجیه می‌کند. شرکت‌های بیمه عمده خدمات بازاریابی و صدور را معمولاً از طریق نمایندگان عرضه می‌کنند اما پرداخت خسارات غالباً توسط کارکنان شرکت و در شعب صورت می‌گیرد. بنابراین، شعب شرکت که واحدهای صف به شمار می‌آیند در ایفای وظیفه مشتری‌مداری و جلب رضایت مردم نقش بسزایی دارند و عهده‌دار پرداخت خسارت به مشتریان که یکی از مهمترین کارکردهای شرکت بیمه است می‌باشند. علاوه بر این، به دلیل اهمیت کمی و کیفی پرتفوی اتومبیل، اغلب شرکت‌های بیمه واحدها یا شعب خاص پرداخت خسارت خودرو دایر کرده‌اند.

۸) مدیریت امور نمایندگان

در غالب شرکت‌های بیمه دولتی مدیریت امور نمایندگان به صورت مستقل و یا در ترکیب با مدیریت امور شعب به صورت «مدیریت امور شعب و نمایندگان» مستقیماً زیر نظر مدیرعامل فعالیت می‌کند. به دلیل اهمیت «بازاریابی و فروش» عموماً شرکت‌های بیمه از نمایندگان و کارگزاری‌های دارای مجوز برای جلب و حفظ مشتریان خود بهره می‌گیرند. نحوه بکارگیری و صدور مجوز، آموزش، پرداخت کارمزد، صدور و لغو مجوز فعالیت در یک رشته، نحوه سامان‌دهی دفتر نمایندگی، اعطای تسهیلات به نماینده، درجه‌بندی نمایندگان، نظارت و تنظیم پرتفوی و عملکرد سالانه نماینده و در

مجموع رسیدگی و ارزیابی امور مربوط به نمایندگان یک شرکت در واحدی به نام «مدیریت امور نمایندگان» صورت می‌پذیرد.

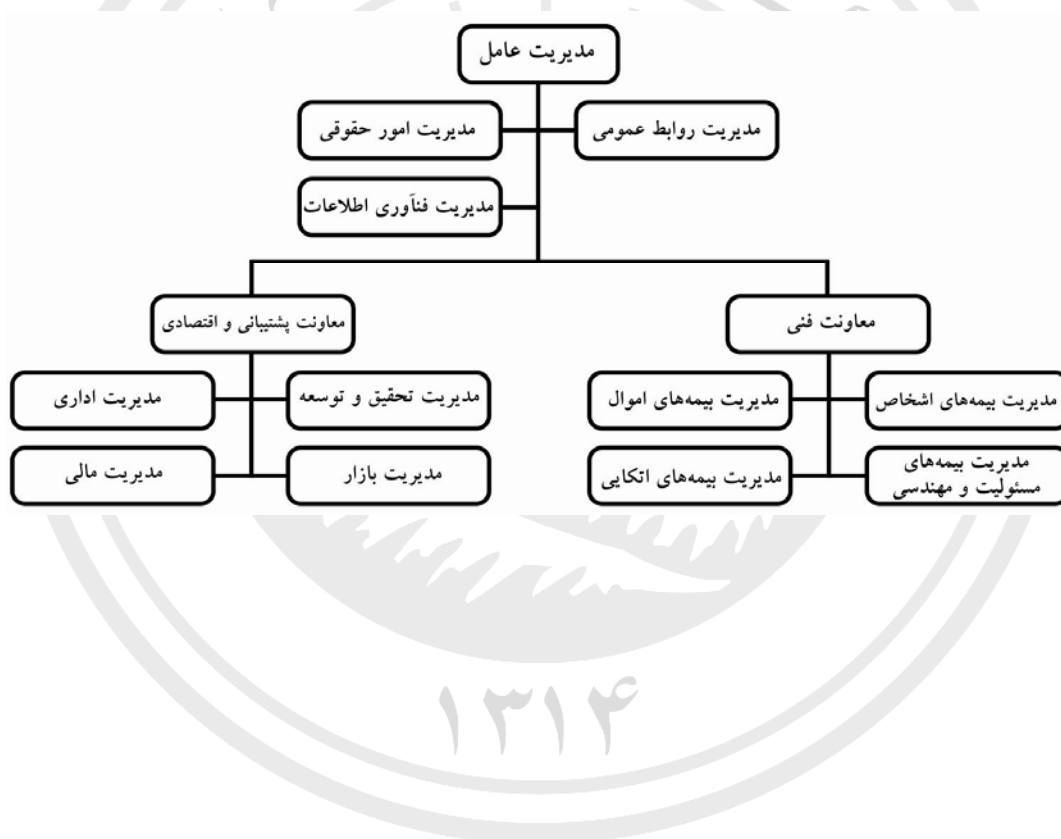
در برخی از شرکت‌ها شورایی به نام «شورای امور نمایندگان» با مسئولیت معاون فنی و عضویت تعدادی از مدیران و معاونین مرتبط و نیز نمایندگان انجمن صنفی نمایندگان حقیقی و حقوقی از سوی مدیرعامل تشکیل شده است. این شورا وظیفه سیاست‌گذاری و اتخاذ تصمیم در همه امور نمایندگان را برعهده دارد. تصمیمات این شورا پس از تأیید مدیرعامل قابل اجرا می‌باشد.



۴ - ساختار سازمانی شرکت‌های بیمه خصوصی

شرکت‌های بیمه خصوصی با فاصله گرفتن از ساختار رایج دولتی تغییراتی در نمودار سازمانی مورد عمل خود اعمال کرده‌اند اما این تغییرات آن قدر عمیق نبوده است تا تفاوت‌های معنی‌داری را در تشکیلات بیمه‌های خصوصی به منصفه ظهور در آورد. یک نمونه از نمودار سازمانی شرکت‌های بیمه خصوصی (پارسیان) در ذیل آورده شده است.

نمودار سازمانی شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)



منابع و مأخذ

- حسابداری شرکت‌های بیمه، معصوم ضمیری و فرامرز روحانی، انتشارات پژوهشکده بیمه، (وابسته به بیمه مرکزی ج.ا.ا.)، چاپ اول، تهران، ۱۳۹۰
- حقوق بیمه، جان علی محمود صالحی، انتشارات پژوهشکده بیمه (وابسته به بیمه مرکزی ج.ا.ا.)، چاپ دوم، تهران، ۱۳۸۴
- سازمان و مدیریت شرکت‌های بیمه، ابراهیم امین و سحر کمالخانی، انتشارات شرکت سهامی بیمه البرز، تهران، ۱۳۸۷
- مبانی نظری و کارکردهای بیمه در ایران، سید حمید پور محمدی، انتشارات دانشکده امور اقتصادی، چاپ اول، تهران، ۱۳۸۶
- مدیریت در شرکت‌های بیمه، هست‌ها و بایدها، رضا اکبرزاده، انتشارات پژوهشکده بیمه (وابسته به بیمه مرکزی ج.ا.ا.)، تهران، ۱۳۹۱
- بیمه ایران در گذر زمان، سید محمود حسنی، انتشارات شرکت سهامی بیمه ایران، تهران، ۱۳۸۵

۱۳۱۴