

فصل اول: کلیات و اصول بیمه

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این فصل خوانندگان باید بتوانند:

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

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

ویژگی‌های اساسی بیمه را نام ببرند.

بیمه را از دیدگاه فردی و دیدگاه جامعه تعریف کنند.

انتخاب نامساعد در بیمه را توضیح دهند.

فواید بیمه برای جامعه را نام ببرند.

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

بخش اول

بیمه و بیمه‌گری^۱

۱- مقدمه

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

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

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

اما پس انداز هر فرد یا هر واحد اقتصادی برای جبران خسارات احتمالی آن کافی نیست؛ چه بسا خطر قبل از تشکیل پس انداز کافی و در ابتدای فعالیت فرد یا واحد اقتصادی پیش آید و خسارات آن به حدی باشد که ادامه فعالیت را به کلی غیرممکن کند؛ از این رو، در بسیاری از موارد، تدبیر پس انداز - که ایده‌ای بسیار عاقلانه است - مشکلی را حل نمی‌کند مگر اینکه از صورت انفرادی خارج شود و حالت جمعی به خود گیرد و گروهی از افراد یا واحدهای اقتصادی که فعالیت مشابه و خطرات نظیر هم دارند، توافق کنند که ذخایر خود را یکجا متمرکز و خسارات احتمالی را از محل آن جبران کنند. از آنجاکه همه افراد یا واحدهای اقتصادی همزمان دچار خسارت نمی‌شوند، ذخایر جمعی هر دوره برای جبران چند خسارت که در آن دوره برای برخی افراد و یا واحدهای اقتصادی پیش می‌آید، کفایت می‌کند.

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

۲- تعریف بیمه و بیمه‌گری

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

۱-۲- تعریف بیمه از دیدگاه حقوقی

بیمه، عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند در ازای دریافت وجه یا وجوهی از طرف دیگر، در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارد بر او را جبران کند یا وجه معینی را 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.^۱ این تعریف، گرچه کامل نیست، اما رابطه حقوقی بین دو طرف قرارداد بیمه را بیان می‌کند. به هر حال تعریف‌هایی که به این ترتیب از بیمه شده است نواقص زیادی دارد، زیرا قرارداد بیمه، دارای جنبه‌های فنی است که در تعریف فوق مورد غفلت قرار گرفته است.

۱. ماده ۱ قانون بیمه

۲-۲- تعریف بیمه از دیدگاه فنی

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

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

- اولاً: شمار بیمه‌گذاران به اندازه کافی زیاد باشند؛

ثانیاً: خطرات پراکنده باشند؛

ثالثاً: خطرات مشابه باشند.

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

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

۲-۳- تعریف بیمه از دیدگاه مالی

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

۳- ریشه واژه بیمه^۱

درباره ریشه واژه بیمه، دیدگاه‌ها و نگرش‌های متفاوتی وجود دارد:

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

۳-۲- برخی دیگر بر این نظرند که «بیمه» ترجمه واژه روسی «استراخوانی» به معنای ضد بیم و ترس است زیرا، نخستین بار روس‌ها در ایران به کارهای بیمه‌ای پرداخته‌اند. به همین جهت نزدیکی دو واژه «بیم و بیمه» در ذهن مردم، سراینده‌ای را 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 یک واژه فارسی دانسته و به استناد کتاب ابواسحاق ابراهیم اصطخری می‌گویند که «بیمه» نام شهری در دیار طبرستان و دیلم بوده است.

۴- انواع بیمه و معرفی بیمه‌های بازرگانی

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

۴-۱- بیمه‌های اجتماعی

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

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

۲-۴- بیمه‌های بازرگانی

از آنجا که پوشش‌هایی که توسط نظام بیمه اجتماعی برای تأمین خسارات ارائه می‌شود، محدود بوده و همه ابعاد زندگی اجتماعی و اقتصادی افراد را دربر نمی‌گیرد، بیمه‌های بازرگانی در انواع مختلف به وجود آمده‌اند که شرکت‌های بیمه بازرگانی آنها را عرضه می‌کنند.

به‌طور کلی، بیمه‌های بازرگانی که موضوع فعالیت شرکت‌های بیمه است، از نظر موضوع به بیمه‌های اموال، بیمه‌های مسئولیت و بیمه‌های اشخاص تقسیم می‌شوند و انواع قراردادهای بیمه باتوجه به موضوع بیمه در این مجموعه قرار می‌گیرند.

۱-۲-۴- بیمه‌های اموال

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

- بیمه‌های آتش‌سوزی

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

در بیمه آتش سوزی، خسارات وارده به اموال و دارایی‌هایی که وقوع یا شروع آتش سوزی مسبب آن بوده، توسط بیمه‌گر جبران می‌شود. باتوجه به اینکه وقوع آتش سوزی همواره محتمل است، اموال منقول و غیرمنقول از قبیل ساختمان، اثاثیه و... باید در مقابل خطر آتش سوزی تحت پوشش بیمه قرار گیرند. بدیهی است، چنانچه موارد بیمه‌شده به قیمت واقعی بیمه نشود، بیمه‌گر به نسبت مبلغ بیمه‌شده و قیمت واقعی مال، مسئول جبران خسارت خواهد بود.^۱ به همراه خطر آتش سوزی، بعضی از خطرات تبعی از قبیل سرقت، سیل، زلزله، توفان، ضایعات ناشی از آب و برف، سقوط هواپیما و... همچنین شورش و بلوا و اعتصاب، در مقابل دریافت حق بیمه اضافی، بیمه می‌شوند. علاوه بر این موارد، انفجار و صاعقه به همراه بیمه آتش سوزی تحت پوشش قرار می‌گیرد. این نوع بیمه‌نامه، به بیمه آتش سوزی و خطرات تبعی معروف است. در ایران، بیمه‌گران به لحاظ فروش بیشتر و آسان‌تر بیمه‌های آتش سوزی، اقدام به طراحی انواع بیمه‌نامه‌های آتش سوزی کرده‌اند.

- بیمه حمل و نقل کالا (بیمه باربری)

اولین بیمه‌های حمل و نقل در حمل و نقل دریایی استفاده شده است. بیمه دریایی 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 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 بخشی از یک خطر بود، نام خود را همراه با سهمی که از آن خطر در آن تعیین شده بود، می‌نوشت؛ بدین ترتیب، مالکان کشتی‌ها و بازرگانان متوجه شدند که می‌توانند کشتی‌ها را برای حمل کالاهای سودآور اعزام کنند، زیرا چنانچه کشتی‌ها دچار حادثه‌ای می‌شدند، از این طریق خساراتشان جبران می‌شد.

بیمه باربری، باتوجه 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 تلف‌شدن یک بسته کامل هنگام بارگیری، انتقال 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، آبدیدگی، شکست، ریزش، چنگ‌زدگی، روغن‌زدگی و خسارات ناشی از کالاهای مجاور و خسارت جزئی طوفان دریا.

• بیمه باربری با شرایط A

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

• بیمه باربری داخلی

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

- بیمه‌های اتومبیل

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

• بیمه بدنه اتومبیل

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

• بیمه مسئولیت مدنی اتومبیل (شخص ثالث)^۱

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

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

• بیمه حوادث سرنشین

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

- بیمه‌های مهندسی

صنعتی شدن اروپا در قرن نوزدهم ضرورت ارائه انواع دیگر بیمه، از جمله بیمه‌های مهندسی را فراهم آورد. اولین بیمه‌های مهندسی در نیمه دوم این قرن آغاز شد؛ به‌طور

۱. ر. ک: به قانون اصلاح بیمه شخص ثالث

مثال در سال ۱۹۵۹ میلادی در انگلستان، بیمه موسوم به دیگ بخار و در آلمان بیمه اتومبیل^۱ پدید آمد. بیمه‌نامه‌های تمام خطر نصب و تمام خطر مقاطعه‌کاری که موضوع اصلی بیمه‌های مهندسی است در سال‌های ۱۹۲۰ تا ۱۹۲۵ میلادی رایج شد و هم‌اکنون به‌صورت گسترده در همه بازارهای بیمه جهان استفاده می‌شود.

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

• بیمه تمام خطر نصب^۲

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

• بیمه تمام خطر مقاطعه‌کاری^۳

این نوع بیمه، رشته نسبتاً جدیدی از بیمه‌های مهندسی است که در آن خسارات وارد به عملیات مورد مقاطعه، لوازم و تجهیزات ساختمانی یا ماشین‌آلات ساختمانی، همچنین

-
1. Machine Versicherung
 2. Erection All Risks (EAR)
 3. Contractors All Risks (CAR)

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 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 تا هنگامی که در صندوق یا خزانه مورد نظر نگهداری می‌شود، در مقابل خطر سرقت با شکست حرز، تحت پوشش است. در ضمن چنانچه محل استقرار صندوق یا خزانه متعلق به بیمه‌گذار باشد، خسارات وارده به محل مورد بیمه در نتیجه سرقت یا اقدام به سرقت نیز تحت پوشش است.

• بیمه پول در گردش

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

- سایر بیمه‌ها (ریسک‌های متنوع)

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

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

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

۲-۲-۴- بیمه‌های مسئولیت

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

- بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان؛
- بیمه مسئولیت حرفه‌ای مدیران و مسئول فنی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها؛
- بیمه مسئولیت مدنی کارفرمایان واحدهای صنعتی، تولیدی و خدماتی در مقابل کارگران؛
- بیمه مسئولیت مدیران هتل‌ها، مهمان‌سراها و متل‌ها؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران و نجات غریق‌ها نسبت به استفاده‌کنندگان؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران نمایشگاه‌ها؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران باشگاه‌های ورزشی؛
- بیمه مسئولیت مدنی مدیران شهربازی‌ها نسبت به استفاده‌کنندگان؛
- بیمه مسئولیت مدنی دارندگان و سرویس‌کاران آسانسور؛
- بیمه مسئولیت مدنی دارندگان تعمیرگاه‌های مجاز خودرو؛
- بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارگران ساختمانی؛
- بیمه مسئولیت مدنی آرشیوکت‌ها و مقاطعه‌کاران؛
- بیمه مسئولیت حرفه‌ای مهندسان طراح و ناظران ساختمان؛
- بیمه مسئولیت مدنی مالکان ساختمان در مقابل همسایگان؛
- بیمه مسئولیت مدنی مستأجر در مقابل مؤجر و مؤجر در مقابل مستأجر.

۳-۲-۴- بیمه‌های اشخاص

از انواع بیمه‌های اشخاص می‌توان موارد زیر را نام برد:

- بیمه‌های حوادث بدنی

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

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

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

- بیمه‌های عمر

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

بر مبنای این نظریه و به‌منظور رفع بخشی از تشویش خاطر موجود، بیمه‌های عمر متداول و رایج شده‌اند که براساس آن، شخص، خود یا بستگان خود را برای مدت معین و با سرمایه معینی بیمه می‌کند. سرمایه مشخص‌شده در بیمه‌نامه به ذی‌نفع‌های مندرج در آن پرداخت می‌شود. حق بیمه بیمه‌های عمر، براساس عواملی نظیر سن بیمه‌شده،

مدت بیمه و سرمایه بیمه تعیین می‌شود و پرداخت آن اغلب به‌شیوه اقساطی است. بیمه‌های عمر تحت عناوین مختلف، به‌طور کلی به دو دسته بیمه عمر زمانی و بیمه عمر و پس‌انداز و به لحاظ بیمه‌شدگان به دو بخش انفرادی و گروهی تقسیم می‌شوند.

بیمه عمر گروهی

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

بیمه عمر انفرادی

از مهم‌ترین انواع این بیمه‌نامه می‌توان به بیمه عمر و پس‌انداز اشاره نمود. در بیمه عمر و پس‌انداز، تعهد بیمه‌گر عبارت است از پرداخت مبلغ بیمه در صورت فوت بیمه‌شده در طول مدت بیمه یا پرداخت سرمایه بیمه در صورت حیات و زنده‌بودن بیمه‌شده در پایان مدت بیمه. 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 یا قسمتی از آن (به‌صورت سرمایه مخفف) است. در واقع بیمه‌گر از ابتدای زمان صدور بیمه‌نامه، خود را برای ایفای این تعهد آماده می‌کند و حق‌بیمه‌ای که در بیمه‌های مختلط عمر و پس‌انداز دریافت می‌شود را به دو قسمت تقسیم می‌کند: قسمتی را برای خطر فوت در نظر می‌گیرد که در صورت فوت بیمه‌شده در طول مدت بیمه، سرمایه بیمه به ذی‌نفع‌های بیمه عمر زمانی پرداخت می‌شود و قسمت دیگر که معمولاً

قسمت عمده حق بیمه نیز هست، پس انداز می شود. واضح است هرچه از شروع اعتبار بیمه نامه بگذرد، با پرداخت اقساط حق بیمه از طرف بیمه گذار، بخش پس انداز بیمه نامه نیز بیشتر می شود. این ذخایر پس اندازی که به تدریج اضافه می شوند اصطلاحاً «ذخایر ریاضی» نامیده می شوند و با توسعه صدور بیمه نامه های عمر و پس انداز بر حجم و مبالغ آنها اضافه می شود و منابع مالی مناسبی را در اختیار بیمه گر قرار می دهند. بیمه گر با توجه به ماهیت بیمه های عمر، به خصوص بیمه های عمر و پس انداز، باید این مبالغ عظیم ذخایر ریاضی را سرمایه گذاری کند و در سود اضافی آن (اضافه بر سود فنی حق بیمه) بیمه گذاران را نیز مشارکت دهد.

- بیمه های درمان

از انواع بسیار مهم بیمه، بیمه های درمان است که قسمتی از آن به عهده بیمه های اجتماعی است و معمولاً بخش تکمیلی آن به بیمه های بازرگانی واگذار شده است. از بیمه های درمان می توان بیمه هزینه های بیمارستانی را نام برد که دو نمونه آن عبارت اند از:

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

بخش دوم

تحولات صنعت بیمه در ایران^۱

۱- تاریخچه صنعت بیمه در ایران

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

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

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

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

شرکت سهامی بیمه ایران

صنعت بیمه به شکل امروزی آن و به صورت یک حرفه مستقل، برای نخستین بار در سال ۱۲۶۹ در ایران مطرح شد. در این سال امتیاز فعالیت انحصاری در زمینه بیمه

۱. ضمیری و روحانی، ۱۳۹۰.

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

حمل و نقل برای مدت ۷۵ سال به فردی از اتباع روسیه به نام لازار پولیاکف واگذار شد. او طی مهلت سه سالی که به منظور آغاز فعالیت بیمه‌ای برای وی در نظر گرفته بودند، قادر به تأسیس بیمه نشد و در نتیجه امتیازش لغو شد. در سال ۱۲۸۹ دو شرکت بیمه روسی به نام‌های نادژدا و کافکاز مرکوری اقدام به تأسیس نمایندگی در ایران کردند.

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

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

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

تاریخ تأسیس بیمه مرکزی ایران

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

در ادامه این تحولات، «قانون بیمه» با ۳۶ ماده، در جلسه مورخ ۱۳۱۶/۲/۷ مجلس

شورای ملی تصویب شد.

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

شرکت بیمه شرق	سال ۱۳۲۹
شرکت بیمه آریا	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 روی داد و آن، تصویب «قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در قبال شخص ثالث» بود. این قانون از اول فروردین ماه سال ۱۳۴۸ اجرا شد و از اول مهرماه همان سال به مرحله اجرا درآمد. نهایتاً قانون جدید شخص ثالث مشتمل بر ۶۶ ماده در ۲۰ اردیبهشت سال ۱۳۹۵ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده و در ۲۹ اردیبهشت همان سال به تأیید شورای نگهبان رسید.^۱ در سال ۱۳۴۹ دست‌اندرکاران صنعت بیمه به منظور تأمین کادر فنی بیمه، با همکاری وزارت آموزش عالی اقدام به تأسیس مدرسه عالی بیمه در تهران کردند. در این دانشکده علاوه بر تدریس علوم مربوط به بیمه‌های بازرگانی، بیمه‌های اجتماعی نیز به عنوان یکی از شاخه‌های بیمه تدریس می‌شد. فعالیت مدرسه عالی بیمه تهران تا سال ۱۳۵۹ ادامه داشت و در این سال فعالیت مستقل آن متوقف و در یکی از دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی ادغام شد. با بررسی عملکرد مدرسه عالی بیمه تهران مشخص شد که این مدرسه عالی یکی از موفق‌ترین مؤسسات آموزش عالی در امر تربیت متخصصان امور اقتصادی کشور است؛ به طوری که هم‌اکنون بسیاری از دانش‌آموختگان آنجا از مدیران ارشد صنعت بیمه کشورند. در حال حاضر، آموزش عالی بیمه به دانشکده امور اقتصادی محول شده است، ضمن آنکه علوم بیمه در سایر دانشگاه‌های کشور نیز تدریس می‌شود.

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

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

شدن شرکت‌های بیمه

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

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

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

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

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

۴-۱- 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 ۱۳۵۸/۰۴/۰۴ 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 به روال گذشته 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 براساس مصوبه هیئت مدیره مشترک شرکت‌های بیمه ملی شده، مقرر شد فعالیت بیمه‌گری کلیه شرکت‌های ملی شده به جز شرکت بیمه آسیا و شرکت بیمه البرز متوقف شود و به صورت تدریجی پرتفوی شرکت‌های بیمه متوقف شده، به این دو شرکت انتقال یابند. با ملی شدن و ادغام شرکت‌های بیمه، عملاً قانون انحصار کارهای بیمه‌ای دولتی نزد بیمه ایران، کارایی خود را از دست داد و این دو شرکت نیز مبادرت به صدور بیمه‌نامه برای مؤسسات دولتی کردند.

به عبارت دیگر، می‌توان گفت در سال‌های ۱۳۵۹ و ۱۳۶۰ فعالیت شرکت‌های بیمه ملی شده به جز شرکت‌های بیمه آسیا و البرز متوقف شد و از 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.

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

۱۳۸۰، تاریخ تصویب قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی

بیمه مرکزی ایران از سال ۱۳۶۴ با قدم‌های استوار در تحکیم مبانی بیمه، همت گماشت و با کوشش بسیار، جریاناتی را که برای انحلال مؤسسات باقی مانده 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.

براساس اصلاح قانون اداره امور شرکت‌های بیمه که مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۷۵ تصویب کرد، بیمه دانا نیز مانند سایر شرکت‌های بیمه، مجاز به فعالیت در کلیه بخش‌های بیمه شد و علاوه بر آن، چهار شرکت بیمه دولتی و بانک‌های دولتی با موافقت بیمه مرکزی ج.ا. 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. به موجب این مصوبه در سال ۱۳۸۱ اولین شرکت متعلق به بخش خصوصی با نام شرکت بیمه حافظ در جزیره کیش فعالیت خود را آغاز کرد و در پی آن شرکت‌های بیمه آسیا، البرز و دانا اقدام به تأسیس شرکت «امید کیش» در این جزیره کردند و شرکت بیمه اتکایی امین نیز با سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه، بانک ملی ایران و ۵ شرکت سرمایه‌گذاری، در این منطقه تأسیس شد.

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

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

خصوصی سازی شرکت‌های بیمه دولتی

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

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

۱. ر. کذ به قانون تأسیس مؤسسات بیمه غیردولتی

جدول ۱. فهرست شرکت‌های بیمه

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

(سایت رسمی بیمه مرکزی ج.ا.ا.)

۲- ارکان (ساختار) صنعت بیمه کشور

امروزه در بسیاری از کشورهای جهان، به‌منظور صیانت از حقوق بیمه‌گذاران و سهام‌داران، فعالیت مؤسسات بیمه تحت نظارت دولت‌ها انجام می‌شود. موضوع نظارت بر فعالیت بیمه‌ای در ایران نیز از سابقه طولانی برخوردار است. اولین بار در ماده ۸ قانون ثبت شرکت‌ها که در دوم خرداد سال ۱۳۱۰ شمسی به تصویب مجلس وقت رسید، پیش‌بینی شد که شرکت‌های بیمه، اعم از ایرانی و خارجی، تابع نظام‌نامه‌هایی باشند که توسط وزارت عدلیه تنظیم می‌شود.

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

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

۲-۱- بیمه مرکزی ج.ا.ا.

تنظیم، تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت از بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و

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.

صاحبان حقوق آنها؛ همچنین اعمال نظارت دولت بر این فعالیت، به موجب قانون به بیمه مرکزی ج.ا.ا محول شده است.

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

- تهیه آیین نامه ها و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه در ایران لازم باشد؛
- تهیه اطلاعات لازم از فعالیت های کلیه مؤسسات بیمه که در ایران کار می کنند؛
- انجام بیمه های اتکایی اجباری؛
- به موجب قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری^۱، شرکت های بیمه فعال در ایران، موظفند ۲۵ درصد بیمه نامه های غیرزندگی و ۵۰ درصد بیمه نامه های زندگی را به صورت اتکایی به بیمه مرکزی ج.ا.ا واگذار کنند^۲؛
- قبول بیمه های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی یا خارجی؛
- واگذاری بیمه های اتکایی به مؤسسات داخلی یا خارجی در هر مورد که مقتضی باشد؛
- اداره صندوق تأمین خسارت های 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 دلالتی بیمه و نظارت بر امور بیمه اتکایی و جلوگیری از رقابت های مکارانه و ناسالم.

ارکان بیمه مرکزی ج.ا.ا

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

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

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

وظایف شورای عالی بیمه

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

۲-۲- شرکت‌های بیمه

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

اشخاص حقیقی و حقوقی که تابعیت ایرانی دارند می‌توانند شرکت بیمه تأسیس کنند و برای این کار باید از بیمه مرکزی ج.ا.ا مجوز دریافت کنند. براین اساس پس از طرح موضوع و تصویب شورای عالی بیمه، درخواست باید به تصویب مجمع عمومی

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

بیمه مرکزی ج.ا.ا. برسد و با امضای وزیر امور اقتصادی و دارایی و رئیس مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا.ا.، موافقت اصولی تأسیس شرکت بیمه صادر می‌شود. شرکت‌های بیمه باید به یکی از صورت‌های سهامی عام یا تعاونی به ثبت برسند، بیمه مرکزی ج.ا.ا. پروانه فعالیت این شرکت‌ها را در یک یا چند رشته بیمه صادر می‌کند.

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

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

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

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

۳-۲- سندیکای بیمه‌گران

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

اهداف و وظایف سندیکای بیمه‌گران

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

۴-۲- واسطه‌های بیمه

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

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

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

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

دلالت رسمی (کارگزاران رسمی) بیمه

کارگزار یا دلال رسمی بیمه شخصی است حقیقی یا حقوقی که براساس مفاد آیین‌نامه‌های شماره ۹۱ و ۹۲ مصوب شورای عالی بیمه^۱ در مقابل دریافت کارمزد، واسطه معاملات بیمه‌ای بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر است و شغل او عرضه خدمات بیمه‌ای است.

کارگزاران بیمه، مجوز فعالیت خود را از بیمه مرکزی ج.ا.ا. اخذ می‌کنند و براساس این مجوز می‌توانند با هریک از شرکت‌های بیمه قرارداد همکاری منعقد کنند و برخلاف نمایندگان از همکاری با چند شرکت بیمه به‌طور هم‌زمان، منع نشده‌اند. مقررات و ضوابط کارمزد کارگزاران در آیین‌نامه شماره ۸۳ مشخص شده است.

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

ارزیابان خسارت بیمه‌ای

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

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

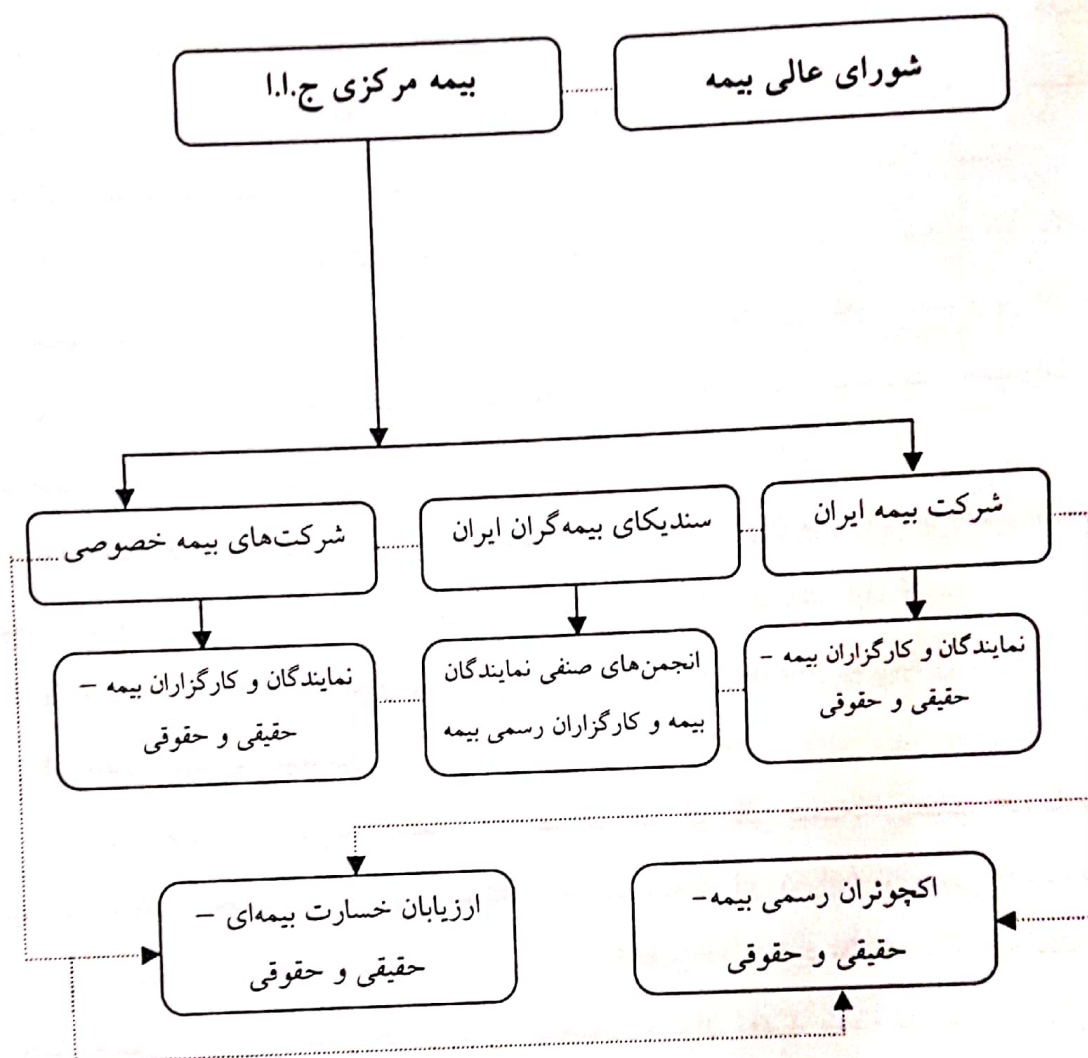
اکچوئران رسمی بیمه

به استناد آیین‌نامه شماره ۷۸ مصوب شورای عالی بیمه، اکچوئری رسمی بیمه شخص حقیقی یا حقوقی است که پروانه فعالیت او طبق مفاد این آیین‌نامه به تأیید بیمه مرکزی ج.ا.ا. می‌رسد.

اکچوئری رسمی بیمه مجوز فعالیت خود را از بیمه مرکزی ج.ا.ا. اخذ می‌کند.

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

شکل ۱. ارکان (ساختار) صنعت بیمه کشور



بخش سوم

اصول اساسی بیمه^۱

۱- مقدمه

بیمه، رابطه‌ای مالی بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار است. به عبارت دیگر، بیمه نوعی فعالیت حرفه‌ای بین بیمه‌گر و تعداد زیادی بیمه‌گذار است که هدف از آن جبران خسارت یا خسارات احتمالی است که از وقوع حادثه یا حوادث معینی ناشی می‌شود. هر رابطه مالی بین اشخاص، یک رشته روابط حقوقی ایجاد می‌کند؛ بنابراین زمانی می‌توان اصول بیمه را از دیدگاه مالی بررسی کرد که آگاهی لازم از خصوصیات و جنبه‌های حقوقی آن وجود داشته باشد. بیمه همانند حسابداری، یک فن بوده و دارای اصولی است.

۲- الزامات

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

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

بحث مربوط به این بخش را با بررسی جنبه‌های قانونی بیمه و تأثیر قوانین عمومی بر معاملات بیمه‌ای آغاز می‌کنیم. قوانین بیمه‌ای تا حد زیادی از قوانین عمومی حاکم بر

۱. ضمیری و روحانی، ۱۳۹۰

کلیه قراردادهای الهام گرفته شده‌اند. قراردادهای بیمه‌ای نیز مانند همه قراردادهای دیگر باید دارای ویژگی‌ها و الزامات خاصی باشند تا از نظر قانونی برای طرفین قرارداد تعهد ایجاد کنند. این الزامات شامل چنین مواردی است:

پیشنهاد و پذیرش

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

صلاحیت طرفین قرارداد بیمه

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

هدف قانونی

الزام دیگر این است که قرارداد باید دارای هدفی قانونی باشد. قرارداد بیمه‌ای که موارد غیرقانونی یا غیراخلاقی را دربرمی‌گیرد یا ترویج می‌کند، برخلاف منافع عمومی است و نمی‌تواند قابل اجرا باشد. به‌عنوان مثال، فروشنده مواد مخدر یا سایر داروهای غیرقانونی

نمی‌تواند بیمه‌نامه اموالی بخرد که داروهای او را در برابر توقیف پلیس پوشش دهد. این نوع قرارداد به‌طور آشکار قابل اجرا نیست، زیرا فعالیت‌های غیرقانونی را ترویج می‌کند که برخلاف منافع عمومی است. همچنین قراردادی که طی آن فردی قبول می‌کند در ازای دریافت وجهی فرد دیگری را به قتل برساند، از نظر قانونی قابل اجرا نیست.

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

شکل قانونی

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

۱-۲- ویژگی‌های قانونی مختص قراردادهای بیمه

قراردادهای بیمه‌ای ویژگی‌های قانونی متمایزی دارند که آنها را از سایر قراردادهای قانونی متفاوت می‌کند: بیشتر قراردادهای بیمه‌ای اموال و مسئولیت، قراردادهای غرامتی‌اند؛ همه قراردادهای بیمه‌ای را نفع‌پذیر حمایت می‌کند. قراردادهای بیمه‌ای باید

بر مبنای حد اعلای حسن نیت باشند. سایر ویژگی‌های قانونی خاص قراردادهای بیمه به این قرارند:

تصادفی بودن^۱

یک جانبه بودن^۲

مشروط بودن^۳

شخصی بودن^۴

اذعان (عقد تصویبی/اذعانی)^۵

تصادفی بودن

قرارداد بیمه‌ای به جای اینکه مبادله‌ای^۶ باشد، تصادفی و احتمالی است. قرارداد تصادفی، قراردادی است که در آن ممکن است ارزش مبادله‌شده بین طرفین برابر نباشد، اما به پیشامدی غیرحتمی وابسته است. بنا به شانس، یک طرف ممکن است ارزشی را دریافت کند که با ارزشی که داده است، متفاوت باشد. به عنوان مثال، فرض کنید فردی حق بیمه‌ای برابر با ۵۰۰ هزار تومان را در ازای دریافت پوشش بیمه‌ای برابر با ۱۰۰ میلیون تومان برای بیمه آتش سوزی می‌پردازد. اگر خانه او اندکی بعد به طور کامل در اثر آتش سوزی ویران شود، او مبلغی دریافت خواهد کرد که بسیار بیشتر از حق بیمه‌ای است که پرداخته است. از سوی دیگر، ممکن است بیمه‌گذاری سال‌ها برای بیمه آتش سوزی خود حق بیمه پرداخت کرده و هرگز خسارت ندیده باشد.

در مقابل، سایر قراردادهای تجاری مبادله‌ای هستند. قرارداد مبادله‌ای قراردادی است که در آن ارزش مبادله‌شده توسط هر دو طرف از لحاظ نظری برابر باشد. به عنوان مثال، خریدار یک ملک معمولاً مبلغی را می‌پردازد که برابر با ارزش روز آن ملک در نظر گرفته شده است. اگرچه ماهیت قرارداد تصادفی، احتمال وقوع پیشامدی اتفاقی است، اما

1. Aleatory Contract
2. Unilateral Contract
3. Conditional Contract
4. Personal Contract
5. Contract of Adhesion
6. Commutative

قرارداد بیمه را نمی‌توان قرارداد شرط‌بندی دانست زیرا شرط‌بندی، ریسک سوداگرانه جدیدی خلق می‌کند که قبل از عقد قرارداد وجود نداشته است. اما بیمه، روشی برای مواجهه با ریسک خالصی است که در حال حاضر نیز وجود دارد. بنابراین، اگرچه بیمه و شرط‌بندی، سرشت تصادفی دارند، اما قرارداد بیمه قراردادی قماري نیست، زیرا ریسک جدیدی به واسطه آن ایجاد نمی‌شود.

یک جانبه بودن

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

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

مشروط بودن

هر قرارداد بیمه‌ای، قراردادی مشروط است؛ یعنی، الزام بیمه‌گر به پرداخت خسارت بستگی به آن دارد که آیا بیمه‌گذار یا ذی‌نفع بیمه‌نامه با همه شرایط بیمه‌نامه موافق است یا خیر. شرایط، بندهای موجود در قرارداد هستند که محدودیت‌هایی را بر انجام تعهد بیمه‌گر اعمال کرده و یا این محدودیت‌ها را توصیف می‌کنند. در صورتی که بیمه‌گذار

بخواهد بر اثر وقوع خسارت غرامت دریافت کند، بخش شرایط قرارداد بیمه وظایف ویژه‌ای را بر بیمه‌گذار تحمیل می‌کند. اگرچه بیمه‌گذار مجبور به وفادار ماندن به شرایط بیمه‌نامه نیست، اما برای اینکه بتواند در صورت بروز خسارت، از شرکت بیمه غرامت دریافت کند، باید به شرایط قرارداد وفادار بماند. اگر شرایط بیمه‌نامه رعایت نشود، بیمه‌گر مجبور به پرداخت خسارت نیست. به عنوان مثال، در قرارداد بیمه آتش‌سوزی بیمه‌گذار موظف است وقوع خسارت را سریعاً اعلام کند. اگر بیمه‌گذار طی مدت نامعقولی در اعلام خسارت تأخیر کند، بیمه‌گر می‌تواند در زمینه‌ای که شرایط بیمه‌نامه نقض شده، از پرداخت خسارت خودداری کند.

شخصی بودن

در بیمه اموال، بیمه قراردادی شخصی است؛ بدان معنا که قراردادی بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار است. به بیان دقیق‌تر، قرارداد بیمه اموال، دارایی را بیمه نمی‌کند بلکه صاحب دارایی را در برابر خسارت بیمه می‌کند. اگر آن دارایی آسیب ببیند یا از بین برود، به مالک اموال بیمه‌شده غرامت پرداخت می‌شود. از آنجاکه قرارداد بیمه، قراردادی شخصی است، متقاضی بیمه باید مورد قبول بیمه‌گر باشد و استانداردهای بیمه‌گری معینی را باتوجه به ویژگی‌ها، اخلاق و اعتبار داشته باشد.

معمولاً، قرارداد بیمه اموال بدون رضایت بیمه‌گر قابل واگذاری به فرد دیگری نیست. اگر دارایی به فرد دیگری فروخته شود، ممکن است مالک جدید مورد پذیرش بیمه‌گر نباشد. بنابراین، قبل از اینکه بیمه‌نامه اموال به‌طور قانونی قابل واگذاری به طرف دیگری باشد، معمولاً به رضایت کتبی بیمه‌گر نیاز دارد. ویژگی‌های شخصی بیمه‌گذار و محیط پیرامون مورد بیمه برای شرکت بیمه در تعیین اینکه بیمه‌نامه را صادر کند یا خیر، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های به‌کارگیری قانون قرارداد شخصی در بیمه‌نامه‌ها، حق بیمه‌گذار برای واگذاری بیمه‌نامه به فرد دیگری است. از آنجاکه قانون به صورت کلی بیان می‌کند که فرد نمی‌تواند برخلاف میل دیگری او را مجبور به امضای قراردادی کند، حق بیمه‌گذار برای واگذاری بیمه‌نامه نیاز به رضایت شرکت بیمه دارد. در غیر

این صورت، شرکت بیمه نباید به طور قانونی به واسطه قرارداد با فردی که شرکت در واقع هرگز با او بیمه نامه ای را امضا نکرده است، مقید و ملزم شود. به عنوان مثال، فرض کنید مالک اتومبیلی تصمیم می گیرد اتومبیل خود را به جوان ۱۸ ساله ای بفروشد. اگر واگذاری قرارداد بیمه به جوان خریدار، بدون رضایت شرکت بیمه صورت پذیرد، شرکت ممکن است مجبور به پذیرش ریسک فردی شود که اصلاً تمایل به قبول آن ندارد. بنابراین، بیمه گذار حق واگذاری بیمه نامه خود را دارد، اما از نظر قانونی در بیشتر قراردادهای بیمه نامه واگذار شده فقط با رضایت کتبی بیمه گر برایش الزام آور است.

الزام رضایت کتبی بیمه گر در مورد واگذاری بیمه نامه در همه قراردادهای بیمه ای قابل اعمال نیست. قرارداد بیمه عمر بدون رضایت بیمه گر به طور آزادانه با هر کسی قابل امضاست، زیرا امضای قرارداد معمولاً ریسک را تغییر نمی دهد و احتمال مرگ را نیز افزایش نمی دهد. بنابراین، هر شخصی که نفع بیمه پذیری در قرارداد بیمه عمر دارد، می تواند این نفع را منتقل کند، حتی به کسی که نفع بیمه پذیری در بیمه عمر او ندارد یا هیچ منفعت و ضرر مالی متوجه او نیست. اگرچه هیچ محدودیتی برای حق بیمه گذار در مورد واگذاری بیمه عمرش وجود ندارد، اما در بیمه نامه آمده است که شرکت بیمه در مورد واگذاری قرارداد بیمه مقید و متعهد نخواهد بود تا زمانی که اعلان کتبی از طرف بیمه گذار در مورد واگذاری دریافت کند که این کار صرفاً به منظور حمایت از شرکت بیمه است. به عنوان مثال، بیمه گذار ممکن است قرارداد بیمه عمر خود را واگذار کند و شرکت بیمه از این واقعیت اطلاع نداشته باشد، در این صورت شرکت بیمه باید به شخص دیگری غیر از آنکه قرارداد بیمه به او واگذار شده، غرامت پرداخت کند.

برای اجتناب از شکایت و حذف این امکان که بیمه گر مجبور به پرداخت به دو نفر باشد، شرکت الزام کرده است که اعلام کتبی در مورد واگذاری از طرف بیمه گذار دریافت کند و تا زمان دریافت این اعلام هیچ الزام و تعهدی به بیمه گذار نخواهد داشت. اختلاف در مورد به کارگیری قانون واگذاری بیمه در بیمه عمر و بیمه اموال و مسئولیت در این واقعیت است که واگذاری قرارداد بیمه عمر، طبیعت ریسک را برای بیمه گر تغییر نمی دهد بلکه فقط مالکیت آن تغییر می کند. شخصی که زندگی او موضوع

بیمه است، هنوز همان بیمه‌شده است و واگذاری قرارداد بیمه اثری بر امکان فوت او نخواهد داشت. اما در بیمه اموال، واگذاری قرارداد می‌تواند اثر قابل توجهی در امکان وقوع خسارت داشته باشد.

اذعان

اذعان بدان معناست که بیمه‌گذار باید کل قرارداد را با تمامی شرایط و بندهای آن بپذیرد. بیمه‌گر بیمه‌نامه را آماده کرده و آن را چاپ می‌کند و بیمه‌گذار باید کل مدارک را بپذیرد و نمی‌تواند اصرار کند که بندهای ویژه‌ای به قرارداد اضافه‌شده یا از آن حذف شود یا قرارداد به درخواست بیمه‌گذار و برای مناسب بودن با شرایط آن بازنویسی شود. با این حال، قرارداد با اضافه کردن الحاقیه‌ها یا فرم‌ها قابل تغییر است.

برای جبران عدم تعادل موجود در چنین وضعیتی، دادگاه‌ها قانونی را وضع کرده‌اند که هرگونه ابهام یا عدم اطمینان در قرارداد بیمه علیه بیمه‌گرفتفسیر می‌شود. اگر در بیمه‌نامه ابهامی وجود داشته باشد، بیمه‌گذار از آن سود می‌برد.

این قانون عمومی که ابهامات در قراردادهای بیمه علیه بیمه‌گر تفسیر می‌شود، با اصل انتظارات معقول تأیید می‌شود. "اصل انتظارات معقول" بیان می‌کند که بیمه‌گذار مستحق دریافت پوشش بیمه‌ای تحت بیمه‌نامه‌ای است که به‌طور منطقی انتظار دارد شرکت بیمه آن را فراهم کند. قرارداد باید قابل اجرا باشد و استثنائات یا شرایط آن آشکار، ساده و واضح باشند. به‌عنوان مثال، در مورد بیمه مسئولیتی که در آن بیمه‌گر به دلیل اینکه بیمه‌گذار مرتکب عمل عمدی شده و این اعمال عمدی از بیمه‌نامه مستثنی هستند، دفاع از بیمه‌گذار را نمی‌پذیرد. اما طبق قانون، بیمه‌گر مسئول پرداخت هزینه‌های دفاع در دادگاه است. بیمه‌گذار این انتظار منطقی را دارد که هزینه‌های دفاع قانونی تحت بیمه‌نامه‌اش پوشش داده شود، زیرا بیمه‌نامه سایر انواع فعالیت‌های عمدی را دربرمی‌گیرد.

۳- ساختار بیمه‌نامه

اگرچه قراردادهای بیمه در رشته‌های مختلف با هم متفاوت‌اند، اما از نظر ساختاری همگی از ۴ بخش تشکیل شده‌اند:

اظهارات

توافقات بیمه‌ای

استثنائات

شرایط

- اظهارات

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

- توافقات بیمه‌ای

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

- استثنائات

در این بخش شرکت بیمه چیزی را بیان می‌کند که انجام نخواهد داد. تعداد استثنائات ارتباط مستقیمی با گستردگی یا محدودیت توافق بیمه‌ای دارد. اگر بیمه‌نامه بر مبنای خطرات ذکر شده صادر شده باشد، استثنائات آن بسیار کم خواهد بود. از سوی دیگر، بیمه‌نامه‌های مبتنی بر خطرات آزاد برای حذف پوشش خطرات بیمه‌ناپذیر نیاز به استثنائات زیادی دارند.

استثنائات یکی از بخش‌های اصلی قرارداد هستند که آگاهی کامل از آنها از طریق درک توافق ضروری است. خطرات مشخصی باید از قرارداد بیمه مستثنی شوند، به این

1. Named-peril Basis

2. Open-peril Basis

دلیل که بیمه‌پذیر نیستند یا به دلیل اینکه حق بیمه پایه آن خطرها را پوشش کامل نمی‌دهد. از این رو، پوشش این خطرات باید از طریق پرداخت حق بیمه اضافی یا قرارداد ویژه دیگری به دست آید.

- شرایط

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

۴- اصول اساسی بیمه از دیدگاه حقوقی

۴-۱- اصل نفع بیمه‌ای^۱

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

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

- مصونیت بیمه‌گر از نتایج اعمال عمدی بیمه‌گذار؛
- جلوگیری از وقوع حادثه توسط بیمه‌گذار؛

- جلوگیری از توسعه خسارت؛
- خودداری از تشدید خطر توسط بیمه‌گذار؛
- اعلام به موقع خسارت توسط بیمه‌گذار.

۱-۱-۴- شرایط وجود نفع بیمه‌پذیر

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

نخست اینکه بیشتر قراردادهای بیمه اموال، قراردادهای غرامتی‌اند. اگر در زمان وقوع خسارت نفع بیمه‌پذیر در میان نباشد، خسارت مالی رخ نداده است. بنابراین، در صورتی که پرداختی صورت گیرد، اصل غرامت نقض خواهد شد. به عنوان مثال، اگر فردی خانه‌اش را به شخص دیگری بفروشد و قبل از اینکه قرارداد بیمه خانه فسخ شود، آتش‌سوزی رخ دهد، صاحب اول خانه نمی‌تواند از شرکت بیمه غرامت دریافت کند زیرا او دیگر دارای نفع بیمه‌پذیر در آن خانه نیست. صاحب جدید خانه نیز نمی‌تواند از شرکت بیمه غرامت دریافت کند، زیرا نام او به عنوان بیمه‌گذار در بیمه‌نامه ثبت نشده است.

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

در مقابل، در بیمه عمر، الزام نفع بیمه‌پذیر باید فقط به هنگام آغاز دوره بیمه‌نامه و نه در زمان مرگ وجود داشته باشد. بیمه عمر، قراردادی غرامتی نیست، بلکه بر مبنای ارزش توافق شده است، که در اثر فوت بیمه‌گذار مبلغ توافق شده‌ای پرداخت می‌شود.

از آنجا که ذی‌نفع فقط ادعای قانونی برای دریافت غرامت از بیمه‌نامه دارد، مجبور به نشان دادن این موضوع نیست که در اثر فوت بیمه‌گذار متحمل خسارتی شده است.

۲-۱-۴- پرسش و پاسخ

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

الف - بله

ب - خیر

پاسخ: «الف». اگر هر اتفاق ناخوشایندی برای ماشین‌های مشتریان رخ دهد، گاراژ در قبال آن مسئول خواهد بود و باید خسارت مشتریان را پرداخت کند. بنابراین، اگرچه آقای ماسون خود صاحب ماشین‌ها نیست، اما در این مورد نفع بیمه‌پذیر مطرح است. در این مثال، موضوع مورد بیمه، شامل هر واقعه‌ای است که برای آقای ماسون مسئولیت قانونی ایجاد کند. او از طریق مسئول بودن در برابر خودروهای مشتریان هنگامی که تحت مراقبتش هستند، یک رابطه قانونی دارد. او همچنین دارای منافع مالی در این مورد است، زیرا ممکن است در صورت آسیب دیدن خودروها متحمل زیان مالی شود. سه شرط نفع بیمه‌پذیر در این مثال وجود دارد. بنابراین، آقای ماسون می‌تواند خودروها را طی مدتی که در گاراژ او هستند، بیمه کند.

پرسش: شرکت بیمه X طرح پیشنهاد بیمه کردن یک قایق لوکس جدید را برای پوشش بیمه آسیب و مسئولیت از مالک آن پذیرفته است. به نظر شما، X دارای نفع بیمه‌پذیر در ریسک پذیرفته شده است؟

الف - بله

ب - خیر

پاسخ: «الف». X حق دارد، قسمتی از منافع مالی خود در قرارداد اصلی را بیمه اتکایی کند (و غالباً نیز چنین می‌کند).

۲-۴- اصل حسن نیت^۱ و اعتماد متقابل

اصولاً حسن نیت، لازمه انجام هر قراردادی است، اما در قراردادهای بیمه، حسن نیت اهمیت ویژه‌ای دارد و از عوامل اساسی در تنظیم رابطه بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر است که باید در همه مراحل اعتبار بیمه‌نامه و حتی قبل از صدور بیمه‌نامه نیز وجود داشته باشد. در قرارداد بیمه، بیمه‌گر تا حد بسیار زیادی به اطلاعات و صحت عمل بیمه‌گذار اتکا می‌کند و در صورتی که بیمه‌گذار فاقد حسن نیت کامل باشد، نتایج زیانباری را متوجه بیمه‌گر می‌کند. در واقع، به موجب این اصل، ارزیابی بیمه‌گر از خطری که می‌خواهد بیمه کند، متکی بر اطلاعاتی است که بیمه‌گذار در خصوص مورد بیمه اظهار می‌دارد و بدیهی است چنانچه این اطلاعات براساس واقعیت بیان نشوند یا به صورت کامل در اختیار بیمه‌گر قرار نگیرند، بیمه‌گر در ارزیابی خطر دچار اشتباه شده و نمی‌تواند خطر را به درستی ارزیابی و حق بیمه متناسب با آن را محاسبه کند و در نتیجه محاسبات او دچار اشکال می‌شود.

به موجب این اصل، بیمه‌گذار موظف می‌شود که هنگام صدور بیمه‌نامه همه اطلاعاتی را که از مورد بیمه دارد، به درستی و با حسن نیت کامل در اختیار بیمه‌گر قرار دهد، به طوری که در صورت کوتاهی در اجرای این وظیفه، قانون‌گذار ضمانت اجرایی شدیدی را در نظر گرفته است. خودداری از ارائه اطلاعات یا کتمان حقایق، برحسب اینکه سهوی یا عمدی باشد، موجب فسخ یا بطلان قرارداد بیمه می‌شود. در صورت بطلان، نه فقط وجوهی که بیمه‌گذار به عنوان حق بیمه پرداخته قابل استرداد نیست؛ بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط حق بیمه عقب افتاده را نیز از بیمه‌گذار مطالبه کند. رعایت اصل حسن نیت از جانب بیمه‌گر نیز ضروری است و متقابلاً بیمه‌گر موظف است به وظایف و تعهدات خود طبق شرایط و مقررات بیمه‌نامه عمل کند و بیمه‌گذار را به حقوق و تکالیف خود آشنا کرده و موارد استثنا از شمول بیمه را به طور واضح در بیمه‌نامه منعکس و تعهدات خود را در اسرع وقت ایفا کند.

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

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

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

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

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

هرگاه بیمه‌گذار در نتیجه عمل خود خطری را که به مناسبت آن بیمه منعقدشده، تشدید کند یا یکی از کیفیات یا وضعیت موضوع بیمه را به نحوی تغییر دهد که اگر آن وضعیت قبل

از قرارداد هم وجود می‌داشت، بیمه‌گر حاضر به انعقاد قرارداد با شرایط یادشده در قرارداد نمی‌شد، باید بیمه‌گر را بلافاصله از آن مطلع کند. اگر تشدید خطر یا تغییر وضعیت موضوع بیمه در نتیجه عمل بیمه‌گذار نباشد، او باید مراتب را ظرف ده روز از تاریخ اطلاع خود رسماً به بیمه‌گر اعلام کند. در هر دو مورد، بیمه‌گر حق دارد اضافه حق بیمه را تعیین و به بیمه‌گذار پیشنهاد کند و در صورتی که بیمه‌گذار حاضر به قبول و پرداخت آن نشود، قرارداد را فسخ کند. بنابراین اعم از اینکه تشدید خطر در نتیجه عمل شخص بیمه‌گذار باشد یا بیمه‌گذار شخصاً در جهت تشدید خطر عملی انجام نداده باشد، باید مراتب به بیمه‌گر اعلام شود و پس از اعلام تشدید خطر، بیمه‌گر حق دارد پوشش بیمه‌نامه را ادامه دهد یا آن را فسخ کند. در قانون بیمه، اشاره‌ای به تخفیف خطر نشده است، اما غالباً در شرایط عمومی بیمه این مطلب پیش‌بینی می‌شود. در صورت تخفیف خطر نیز بیمه‌گر باید قسمتی از حق بیمه را متناسب با شرایط تخفیف خطر به بیمه‌گذار برگشت دهد، درغیراین صورت یا در صورت عدم توافق طرفین، به بیمه‌گذار حق فسخ بیمه‌نامه برای باقی‌مانده مدت بیمه داده می‌شود. در موضوع حسن‌نیت بیمه‌گذار در حین اعتبار بیمه‌نامه باید به مراقبت بیمه‌گذار از مورد بیمه و جلوگیری او از گستردگی خسارت نیز اشاره کرد.

۳-۲-۴- حسن‌نیت بیمه‌گذار هنگام وقوع خسارت

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

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

۴-۲-۴- حسن نیت از طرف بیمه‌گر

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

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

۴-۳- اصل غرامت^۱

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

قلمرو اجرای اصل جبران خسارت، محدود به بیمه‌های اموال است و در بیمه‌های اشخاص (بیمه‌های عمر و حادثه جسمانی) اعمال نمی‌شود. در بیمه‌های خسارتی بیمه‌گذار برای دریافت خسارت باید این موارد را اثبات کند:

- وقوع حادثه موضوع بیمه؛
- وجود خسارت و ضرر و زیان در پیامد وقوع حادثه؛

- وجود رابطه علیت بین وقوع حادثه و خسارت وارد شده؛

- موجودیت و ارزش مورد بیمه در لحظه وقوع حادثه.

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

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

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

این موضوع به «قاعده نسبی سرمایه» معروف است و روشن است که در صورت اعمال قاعده نسبی، بیمه‌گذار متضرر می‌شود و ناگزیر است قسمتی از خسارت را خود تحمل کند.

به‌موجب ماده ده قانون بیمه ایران^۱، در صورتی که مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد، بیمه‌گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال، مسئول خسارت خواهد بود. ماده ده قانون بیمه در مورد بیمه‌های عمر و حوادث جسمانی اعمال نمی‌شود؛ در خصوص این نوع بیمه‌ها تعهد بیمه‌گر همان مبلغ مورد توافق مندرج در بیمه‌نامه است. در واقع چون در بیمه‌های عمر و حوادث جسمانی موضوع تعهد بیمه‌گر حیات، ممات و سلامتی بیمه شده است و ارزش زندگی و جان انسان‌ها قابل تبدیل به پول نیست، پس موضوع جبران خسارت به مفهوم مطرح شده در بیمه‌های اموال، مطرح نیست.

۱. ر. ک: به قانون بیمه ایران

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

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

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

الف - ۱۰۰۰ پوند؛

ب - ۱۰۰۰ پوند منهای مبلغ فرسودگی؛

ج - ۱۴۰۰ پوند منهای مبلغ فرسودگی؛

د - ۱۴۰۰ پوند.

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

۱. مهدوی، ۱۳۹۲

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

پاسخ: «ب». به دلیل ماهیتی که انبار پر از کالا دارد (مقدار زیاد کالاها، سنگینی آنها و نیاز به تعداد زیادی کامیون برای جابه جایی)، دزدیدن این کالاها به طور کامل در یک

1. Agreed Value Insurance

2. First Loss Insurance

زمان امری ناممکن است. در این موقعیت، پوشش براساس بیمهٔ اولین خسارت که در ادامه به شرح آن می‌پردازیم، مناسب‌ترین گزینه است.

تحت بیمه‌نامه اولین خسارت، سرمایه تحت پوشش بر مبنای حداکثر خسارت برآورد شده^۱ محاسبه می‌شود (احتمال حداکثر خسارت در هر حادثه). در این نوع بیمه، شرکت‌های بیمه فقط اندکی تخفیف حق بیمه در مقایسه با بیمه‌های تمام‌ارزش در نظر می‌گیرند، زیرا همه عوامل برای درجه‌بندی ریسک اعمال شده است.

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

۴-۳-۴- عامل‌های محدودکننده

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

مبلغ مازاد بیمه‌نامه؟

سرمایه تحت پوشش؟

بیمه‌کردن با سرمایه‌ای کمتر از ارزش کالا؟

در ادامه، به هریک از این عوامل می‌پردازیم.

۴-۳-۵- مبلغ مازاد بیمه‌نامه

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

1. Estimated Maximum Loss (EML)
2. Policy Excess
3. Sum Insured
4. Under Insurance

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

مبلغ مازادی که بسیار بزرگ باشد، با اصطلاح کاستنی^۱ شناخته می‌شود.

پرسش: بیمه‌نامه بدنه اتومبیل دایانا تابع مازاد خسارت تا مبلغ ۲۰۰ پوند برای خسارت به اتومبیل است. او به ماشینی که در پارک بوده برخورد کرده و منجر به خسارتی به مبلغ ۱۵۰ پوند به اتومبیل خود و ۲۵۰ پوند به اتومبیل دیگری شده است. به نظر شما، شرکت بیمه چه مبلغی را برای جبران خسارت اتومبیل دایانا و شخص زیان‌دیده از محل بیمه‌نامه‌های بدنه و شخص ثالث پرداخت خواهد کرد؟

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

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

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

پاسخ: «الف». مبلغ مازاد فقط در مورد ادعای خسارت دایانا نسبت به اتومبیل خودش اعمال می‌شود.

عامل محدودکننده دیگر در جبران خسارت، سرمایه واقعی تحت پوشش است. برای مثال، در بیمه‌های اموال، حداکثر مبلغی که قابلیت بازیافت دارد، سرمایه بیمه شده است (حتی اگر مقدار خسارت بیشتر از آن مبلغ باشد).

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

توجه کنید که اگر مبلغ کاستنی اعمال شود، ممکن است در صورت وقوع خسارت کلی، حد غرامت مطرح‌شده بیمه‌نامه را معادل مبلغ کاستنی کاهش دهد.

حداکثر مبلغ قابل پوشش همان‌گونه که در بیمه مسئولیت آمده، به میزان غرامت به اضافه هزینه‌های توافق‌شده در برخی از انواع آن است.

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

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

الف - آری. ب - خیر.

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

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

۶-۳-۴- قاعده نسبی

قاعده نسبی^۱ که اغلب در بیمه‌نامه‌های اموال اعمال می‌شود، برای محدود کردن

1. Average Condition

غرامت به هنگامی است که بیمه‌گذار ارزش مال خود را پایین‌تر از ارزش واقعی‌اش اعلام کرده است.

پرسش: جان، محتویات مغازه خواروبارفروشی خود را در برابر آتش‌سوزی به ارزش ۱۰ هزار پوند بیمه کرده است. در صورت کم‌بیمه‌شدگی، قاعده نسبی^۱ متناسب در این بیمه‌نامه اعمال می‌شود. آتش‌سوزی منجر به خسارتی به مبلغ ۹۰۰ پوند به محتویات مغازه جان شده است. ارزیاب خسارت اعلام می‌کند که ارزش واقعی محتویات مغازه جان در زمان وقوع خسارت ۱۵ هزار پوند بوده است. در این شرایط، بیمه‌گر چه مبلغی را بابت خسارت پرداخت می‌کند؟

الف - ۴۵۰ پوند؛

ب - ۶۰۰ پوند؛

ج - ۹۰۰ پوند.

پاسخ: «ب». محاسبه آن به شکل زیر است:

$$\frac{10,000}{15,000} \times 900 = 600$$

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

امروزه، پوشش بیمه‌نامه‌های اموال بر پایه بازگرداندن اموال به حالت اول ارائه می‌شود. این عمل حاشیه خطایی در سرمایه بیمه‌شده انتخابی به وجود می‌آورد تا مبنایی برای پیش‌بینی هزینه بازسازی هریک از اموال در طول یک یا چند سال آینده به حساب

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

فرمولی که برای محاسبه خسارت قابل پرداخت تحت قاعده نسبی به کار می‌رود، به شکل زیر است:
خسارت وارده * (ارزش واقعی مال در معرض خطر / سرمایه تحت پوشش بیمه‌نامه)

گرفته شود. به شرط آنکه سرمایه تحت پوشش بیمه‌نامه از ۸۵ درصد هزینه بازسازی کمتر نباشد، حالت قاعده نسبی کاربرد ندارد.

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

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

الف - ۲۱۲ هزار پوند؛

ب - ۲۱۷,۳۹۱ پوند؛

ج - ۲۵۰ هزار پوند.

پاسخ: «ج». قاعده نسبی در اینجا اعمال نخواهد شد، زیرا سرمایه تحت پوشش بیشتر از ۸۵ درصد ارزش واقعی بوده است. در نتیجه، خسارت باید به‌طور کامل پرداخت شود.

۴-۴- اصل جانشینی^۱

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

در صورتی که در حادثه‌ای، عامل ایجاد حادثه و خسارت، مشخص و شناخته‌شده باشد، بیمه‌گذار حق دارد خسارت خود را از مسئول حادثه مطالبه کند. طبیعی است که به‌موجب

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

به موجب ماده ۳۰ قانون بیمه^۱، بیمه‌گر در حدودی که خسارت وارد شده را قبول یا پرداخت می‌کند، در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارت‌اند، قائم‌مقام بیمه‌گذار است. اگر بیمه‌گذار اقدامی کند که منافی با این عقد باشد، در مقابل بیمه‌گر مسئول شناخته می‌شود.

انتقال حق رجوع از بیمه‌گذار به بیمه‌گر، در واقع مبتنی بر اصل جبران خسارت و به منظور احتراز از دریافت خسارت مکرر و متعدد توسط بیمه‌گذار است. در این خصوص توجه به این نکات ضروری است:

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

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

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

- حق بیمه‌گر محدود به مبلغی است که می‌پردازد یا تعهد پرداخت آن را می‌کند؛ بنابراین اگر بیمه‌گر به لحاظ ناقص بودن پوشش بیمه‌ای یا وجود شرط فرانشیز یا محدودیت در تعهد، فقط قسمتی از خسارت را قبول یا پرداخت کند، نسبت به آن

۱. ر. ک: به قانون بیمه ایران

قسمت از خسارت که به عهده بیمه‌گذار باقی مانده، حق رجوع به مسئول حادثه برای بیمه‌گذار محفوظ می‌ماند؛ به عبارت دیگر بیمه‌گذار و بیمه‌گر به نسبتی که خسارت را تحمل کرده‌اند، در حق رجوع به مسئول حادثه نیز سهیم می‌شوند.

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

الف- بیمه‌گر مستحق مبلغ بازیافتی است؛

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

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

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

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

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

1. Proximate Cause Principle

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

۱-۵-۴- پرسش و پاسخ

پرسش: علت اصلی یک خسارت همیشه:

الف- اولین علت است؛

ب- آخرین علت است؛

ج- علت غالب است؛

د- تنها علت است.

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

علت اصلی و خسارت ایجاد شده وجود دارد.

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

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

ب- خیر

الف- بله

پاسخ: «الف» شرکت بیمه قبول می‌کند که آتش علت اصلی زیان به پارچه‌ها بوده است. آنها توانستند رابطه‌ای مستقیم و بدون مداخله میان آتش‌سوزی و زیانی که بر اثر آب به صاحب منسوجات وارد شده بود، ترسیم کنند. بنابراین، خسارت پرداخت می‌شود.

۶-۴. اصل تعدد بیمه‌ای^۱

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

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

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

1. Multiplicity of Insurance Principle
2. Pro Rata Clause

۷-۴- اصل مشارکت^۱۱-۷-۴- اصل مشارکت^۲ در پرداخت خسارت

«بیمه دوگانه» اشاره به وضعیتی دارد که در آن بیش از یک بیمه‌نامه برای مدت تحت پوشش قرارداد یک ریسک جاری است. برای مثال، فردی اموال شخصی خود را برای مدت زمانی که در سفر است، تحت پوشش بیمه مسافرتی قرار می‌دهد. اموال او ممکن است تحت بیمه‌نامه خانوار، زمانی که خارج از منزل است نیز باشد.

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

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

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

تعریف موثق اصل مشارکت در زیر آمده است:

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