



بیمه آرمان

آشنایی با اصول و کلیات بیمه

تاریخچه، مفاهیم و ضرورت بیمه

بیمه‌ای که امروزه با آن سر و کار داریم از گذشته‌ای دور شکل گرفته و به تدریج تغییر و تکامل نموده و تا اینکه به شکل فعلی خود دست یافته است.

نیاز به امنیت و گریز از خطر جزء نیازهای اساسی و غریزی انسان است به طوری که می‌توان هر اقدام انسانی به نوعی در این راستا قرار دارد. نیاز به غذا، پوشاک، مسکن همه در جهت حفظ انسان از خطرات گوناگونی است که جان انسان را تهدید می‌کنند.

دو عامل "نیاز" و "نااطمینانی" باعث گردید تا بشر گرد هم آمده و به صورت اجتماعی زندگی کند. نیاز به بقا و تداوم حیات از یک طرف و ترس و دلهره از وقوع حوادث و خطرات گوناگون از سوی دیگر، تشکیل اجتماعات اولیه را سرعت بخشید و بدین ترتیب انسان آموخت که اگر توان و نیروی خود را با دیگران جمع و همسو کند بهتر می‌تواند برای کسب آذوقه بپردازد و با اطمینان بیشتری با خطرات موجود مقابله کند. و با یاری دیگران ساده‌تر و سریع‌تر خسارات وارده ناشی از خطرات گوناگون جبران کنند. از این روست که بشر در این دوره از زندگی‌اش که در اصطلاح "تاریخ تمدن" دوره گردآوری خوراک لقب دارد، یعنی زمانی که هنوز بشر اولیه از کشاورزی و تولید چیزی نمی‌داند، و ضرورتاً از طریق شکار حیوانات و جمع‌آوری ریشه گیاهان جنگلی و میوه جات امرار معاش می‌کند، و فرد در درون اجتماع و قبیله کوچک خویش، خود را جزء لاینفک اجتماع می‌داند، و به قول تری وایت (Terry White) "زحمت و یا راحت اجتماع و قبیله را زحمت و یا راحت خود تلقی می‌کنند" - هر چه بدست می‌آورد در اختیار همگان قرار می‌دهد و در این مرحله هنوز اساس منفعت و سود شخصی و نیز مالکیت خصوصی وجود ندارد و به صورت اشتراکی با دیگر هم‌نوعان جامعه زندگی می‌کنند.

کشف کشاورزی و بدست آوردن غذا از زمین، تغییر اساسی در حیات انسان به وجود آورد اما نه تنها نامنی و نااطمینانی بشر در این مرحله کاهش نیافت بلکه به دلیل پیشرفت‌ها و پیچیدگی‌های اقتصادی که زندگی

اجتماعی نوین او، ایجاد کرده بود. افزایش چشم‌گیری نیز یافت. بنابراین بشر در این دوره از زندگی خویش، وارد مرحله جدیدی شد که بالتبع حوادث و خطرات بیش‌تر و پیچیده‌تری وی را مورد تهدید قرار می‌داد و به همین جهت ناچار شد برای مقابله با آن‌ها تمهیداتی را فراهم کند.

سهم شدن همه اعضای یک اجتماع در جبران خسارت وارده به یک عضو، از ساده‌ترین و قدیمی‌ترین شکل معاضدت بیمه‌ای به حساب می‌آید. اگر برای عضوی از اجتماع خسارتی ناشی از حوادث غیرمترقبه و بلایای طبیعی پیش می‌آمد سایرین به یاری او آمده و به کمک هم، خسارت وارده به وی را جبران می‌نمودند. و بدین ترتیب با گسترش اجتماع بشری و شروع زندگی صنعتی سیستم ساده و ابتدایی بیمه نیز توسعه یافت و به شکل مدرن و حرفه‌ای امروزی درآمد.

براساس مدارک به دست آمده، سنگ‌تراشان مصر باستان در ۴۵۰۰ قبل از میلاد برای کمک به یکدیگر و پشتیبانی از خود در برابر حوادث و پیشامدهای زیانبار، صندوقی ترتیب داده بودند که هر یک از آن‌ها سهمی می‌پرداختند و از کمک‌های صندوق بهره‌مند می‌شدند.

در ۲۲۵۰ قبل از میلاد نیز "هامورابی" پادشاه قانونگذار بابل، قانونی را وضع کرده بود که براساس آن متصدیان حمل و نقل، که آنان را "دارماتا" می‌گفتند، در خصوص حمل و نقل کالاها در برابر صاحبان آن‌ها مسئولیت داشتند. و در صورتی که کالاها سالم به مقصد نمی‌رسید کیفرهای سنگینی مانند مصادره اموال و دارایی‌ها، به غلامی و بردگی گرفتن اعضای خانواده و گاه قتل متصدی حمل و نقل در این مقررات پیش‌بینی شده بود.

در سال‌های ۶۴۰-۵۸۸ قبل از میلاد در آتن انجمن‌هایی میان افراد یک صنف یا اعضای گروه‌های فلسفی، مذهبی و سیاسی به وجود آمد که هدف آن‌ها حمایت و پشتیبانی از اعضاء در برابر پیش‌آمدهای زیانبار و ناگوار بود. این انجمن‌ها صندوق‌های مشترکی تشکیل دادند که با دریافت سهم ماهانه از اعضاء، به هنگام ضرورت به افراد زیان‌دیده و آسیب‌خورده کمک می‌کردند. (محمود صالحی، ۱۳۸۴)

گروهی از نویسندگان و محققان پیدایش بیمه را با مفهوم امروزی آن به عصر فراغنه در تمدن کهن سال مصر نسبت می‌دهند. حتی آن‌ها معتقداند، در زمانی که فرعون مصر به حضرت یوسف دستور داد که برای سال‌های قحطی و خشکسالی گندم و مایحتاج مردم را ذخیره کنند، این امر یعنی کاربرد و مفهوم بیمه تلقی می‌گردد (دستیاز، ۱۳۷۴)

در واقع می‌توان گفت که اولین باری که بازرگانان و صاحبان کالا اموال و مال التجاره‌های خود را از طریق دریا حمل کرده، با خطرات گوناگونی مانند غرق کشتی، طوفان و راهزنی‌های دریایی مواجه شدند به فکر یافتن راه حلی برای حفظ سرمایه‌ها و دستاوردهای خود افتادند و همین دلیل قوانین و مقررات خاص و گوناگونی که بیمه آن‌ها مربوط به حمل و نقل دریایی بود که به مرور تکامل یافت و توسط ملت‌ها مورد استفاده قرار گرفت که از آن جمله می‌توان به قوانین "زیان همگانی" (General Average) و یا **وام دریایی** (Bottomry bond) اشاره کرد.

تاریخچه پیدایش وام دریایی به سال ۵۳۳ میلادی باز می‌گردد در این قرارداد وام دهنده وامی را به صاحب کشتی و یا کالا پرداخت می‌نموده که بازپرداخت آن موقوف به سالم رسیدن کشتی و کالا بوده است. شیوه عملکرد وام دریایی بدین صورت بوده است که اگر کشتی و کالا در اثر وقایع و خطرات دریا به کلی از بین می‌رفت وام گیرنده از بازپرداخت وام معاف بوده است، در قرن سیزدهم در ایتالیا وام دریایی به شدت رواج داشته زیرا ایتالیا از نقطه نظر تجارت از قرن پنجم میلادی تا آغاز جنگ‌های صلیبی فعالیت چشم گیر و مستمری داشته است. در سال ۱۲۳۶ پاپ گرگوری نهم ایم عمل را به دلیل اینکه عوامل ربوی (usury) در آن دخالت دارد ممنوع اعلام نمود و این حالت تعلیق ظاهراً تا سال ۱۵۹۳ ادامه داشته است.

شیوه عملکرد و پرداخت وام دریایی در ابتدا با شیوه‌های تغییر یافته بعدی آن کاملاً متفاوت بوده است. در ابتدا وام گیرنده مبلغی را به وام دهنده یا بانکداری پرداخت می‌کرد و چنانچه کشتی یا کالا از بین می‌رفت وام دهنده یا بانکدار موظف بودند که معادل ارزش کشتی و یا کالای از بین رفته را به وام گیرنده پرداخت نماید.

نگاهی به شرایط و نحوه انجام قرارداد، بیانگر این حقیقت است که عملیات مذکور شباهت بسیار زیادی به عملیات بیمه‌ای امروز دارد. و بنابراین گروهی بر این عقیده‌اند که وام دریایی منشأ پیدایش بیمه به مفهوم واقعی و امروزی آن بوده است سخنی به گزاف نگفته‌اند. (دستباز، ۱۳۷۴)

شاید بتوان بیمه را یکی از قدیمی‌ترین نوع تعاونی تلقی کرد که بعد از سال‌های بسیار طولانی تکامل یافته و به صورت کلاسیک و مدرن امروزی درآمده است. در یک سیستم بیمه‌ای این خود مردم هستند که یکدیگر را معاضدت می‌نمایند و به هم تأمین می‌دهند زیرا افرادی که از این سیستم استفاده می‌نمایند با پرداخت وجه معینی که هزینه خسارت یا حق بیمه نامیده می‌شود به یاری یکدیگر پرداخته و در صورت وقوع خسارات اقدام به جبران آن می‌نمایند. به بیان دقیق‌تر خسارت آن دسته افرادی که دچار حادثه می‌شوند توسط همه افراد مشارکت‌کننده در این سیستم جبران می‌گردد. چون خسارت از محل حق بیمه‌های جمع‌آوری شده پرداخت می‌گردد. بنابراین می‌توان گفت سیستم بیمه‌ای مکانیزی است که به موجب آن هزینه خسارت از دوش افراد قلیلی که دچار خسارت شده‌اند برداشته شده و بین همه افراد مشارکت‌کننده در این سیستم سرشکن می‌شود.

تاریخچه بیمه در ایران

اولین سندی که در مورد پیدایش بیمه در ایران موجود است امتیازنامه‌ای است که در زمان ناصرالدین شاه به لازار پولیاکوف روسی که در آن زمان عضو شورای دولتی روس و رئیس اداره شرکت مروج تجارت و صناعت روسیه بود، اعطا شده است و این امتیاز مربوط به انجام بیمه‌ی حمل و نقل در ایران بوده است. بعدها در سال ۱۲۸۹ عملیات بیمه در ایران ابتدا به وسیله دو مؤسسه روسی بنام نادیزوا (NadedJa) و کافکاز مرکوری (Kafkaz Mercury) شروع شد. سپس شرکت‌های بیمه خارجی دیگری به ایران آمدند که بهترین آن‌ها چه به لحاظ تعداد و چه به لحاظ حجم کار به شرکت‌های انگلیسی تعلق داشتند.

نمایندگی اغلب آن‌ها را شرکت فولر (Fowler & Company Radihi) که از طرف گروه یورکشایر کالدونین (Yorkshire & Coldonian) تأسیس شده بود، به عهده داشت. علاوه بر آن‌ها چند شرکت آلمانی و اطریشی هم بر ایران فعالیت داشتند.

فعالیت شرکت‌های خارجی از جمله گسترخ، آلیانس، ایگل استار، یورکشایر، رویال، ویکتوریا، ناسیونال سویس، فیکس، اتحادالوطنی در ایران ادامه داشت تا اینکه دولت وقت در سال ۱۳۱۴، اولین شرکت بیمه ایرانی را بنام دولت و با سهام صد درصد دولتی ایجاد نمود در این سال شرکت سهامی بیمه ایران تأسیس گردید.

جنگ جهانی بین‌المللی موجب شد که خود به خود فعالیت برخی از شرکت‌های خارجی در ایران تعطیل گردد. و همچنین تصویب نامه هیات دولت در سال ۱۳۳۱ امکان فعالیت شرکت‌های خارجی را نیز در ایران محدود نمود. که به موجب این تصویب نامه هر شرکت خارجی که در ایران فعالیت می‌کرد ملزم بود تا مبلغ ۲۵۰,۰۰۰ دلار امریکائی در بانک ودیعه گذاری کند و از منافع سالیانه خود به مبلغ مذکور بیافزاید تا میزان ودیعه به مبلغ ۵۰۰,۰۰۰ دلار آمریکا برسد. و بعد از آن شرکت‌های خارجی می‌توانستند منافع و سود خود را از کشور خارج کنند مشروط بر اینکه مبلغ انتقالی از ۵۰,۰۰۰ دلار در سال تجاوز نکنند و همچنین در سال ۱۳۱۶ طی مقرراتی شرکت‌های خارجی موظف شدند تا ۲۵٪ هر یک از معاملات بیمه‌ای خود را نزد شرکت‌های بیمه ایران، بیمه اتکائی کنند.

در حدود پانزده سال بعد از تأسیس شرکت بیمه ایران، اولین شرکت بیمه خصوصی ایرانی بنام "شرق" در سال ۱۳۲۹ تأسیس گردید و بعد از آن شرکت‌های خصوصی پارس در سال ۱۳۳۴ ملی در سال ۱۳۲۵، البرز و آسیا در سال ۱۳۳۸ امید در سال ۱۳۳۹ ساختمان و کار در سال ۱۳۴۳ به وجود آمدند. در سال ۱۳۱۶ قانون بیمه ایران در ۳۶ ماده به تصویب مجلس وقت رسید.

در سال ۱۳۵۰ بیمه مرکزی ایران به منظور نظارت در امر بیمه در کشور تأسیس شد. و بعد از تأسیس بیمه مرکزی امر نظارت بر بیمه از وزارت دارایی و یا بازرگانی جدا و به سازمان بیمه مرکزی ایران محول گردید. و

شرکت بیمه‌ای که در ایران قصد فعالیت داشتند ملزم شدند تا از بیمه مرکزی ایران مجوز فعالیت اخذ کنند. و در عین حال ۵۰٪ از رشته بیمه اشخاص و ۲۵٪ از سایر رشته‌ها را نزد بیمه مرکزی ایران، بیمه اتکائی نمایند.

این وضعیت تا قبل از انقلاب از صنعت بیمه کشور جاری بود تا اینکه در سال ۱۳۵۸ شرکت‌های بیمه خصوصی ملی و نمایندگی شرکت‌های خارجی منحل اعلام گردید. و در سال ۱۳۶۷ شرکت‌های خصوصی ملی شد، به استثناء بیمه آسیا و البرز در شرکت دانا ادغام شدند. که شرکت مزبور صرفاً به فعالیت در بیمه‌های اشخاص مجاز شد. که بعداً مجوز فعالیت در سایر رشته‌ها نیز به شرکت بیمه دانا داده شد.

در سال ۱۳۸۰ با تصویب طرح تأسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی توسط اشخاص حقوقی داخلی در مجلس شورای اسلامی مجوز فعالیت شرکت‌های خصوصی داخلی در بازار بیمه کشور صادر گردید که هم اکنون علاوه بر چهار شرکت بیمه ایران، آسیا، البرز دانا، تعداد شانزده شرکت بیمه خصوصی؛ بیمه صادرات و سرمایه گذاری، سینا، ایران معین، اتکائی امین، کارآفرین، پارسیان، ملت، دی، توسعه، رازی، نوین، حافظ، پاسارگاد، سامان، امید و میهن اجازه فعالیت در بازار بیمه کشور را دارند. که در راستای تغییرات در اصل ۴۴ قانون اساسی به جز بیمه ایران سهام بقیه شرکت‌های دولتی نیز به بخش خصوصی واگذار خواهد شد.

اثرات اجتماعی و اقتصادی بیمه

به وسیله یا از طریق رشته‌های مختلف بیمه‌ای، خدمات ارزنده‌ای به اجتماع ارائه می‌گردد که برخی از آن‌ها به شرح ذیل توضیح داده می‌شود

(۱) تأمین شغلی

یکی از بارزترین خدمات "بیمه" تأمین و تضمین شغلی افراد، در مقابل خسارات غیر منتظره و محتمل می‌باشد که بعضاً ممکن است دامنه‌ی وسعت و شدت آن به قدری باشد که اگر فرد خسارت دیده فاقد تأمین بیمه‌ای باشد، او قادر به ادامه‌ی فعالیت اقتصادی خود نخواهد بود. در واقع وجود "تأمین بیمه‌ای" ترس و هراس ناشی از وقوع خسارات احتمالی را در بین افراد جامعه از بین برده و نااطمینانی موجود را به اطمینان تبدیل می‌کند، به نحوی که کلیه‌ی افراد جامعه با بهره‌مندی از تأمین‌های مختلف بیمه‌ای با خاطری آسوده و اطمینانی کافی به فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی خویش ادامه می‌دهند. و این خصوصیت بیمه‌ای کمابیش برای کلیه‌ی رشته‌های بیمه اعم از، بیمه‌های اموال، اشخاص و مسئولیت صدق می‌کند. تأمین بیمه‌ای، موجب از بین رفتن نااطمینانی و نگرانی‌های افراد نسبت به آینده‌ی فعالیتشان گردیده و تبعاً به همین خاطر فرصت سودآوری‌های بیشتری را فراهم می‌آورد.

(۲) افزایش کارآئی مشاغل و تجارت و توسعه سرمایه گذاری‌ها

یکی دیگر از خصوصیات مهم "تأمین بیمه‌ای" این است که، به وسیله آن راندمان و کارآئی تجارت و فعالیت‌های اقتصادی افزایش یافته و توسعه و رشد سرمایه گذاری‌های بیشتری را به دنبال دارد. تضمین بیمه‌ای باعث کاهش ریسک و حذف اضطراب افراد جامعه شده و در نتیجه علاقمندی آن‌ها را برای سرمایه گذاری در بخش‌های مختلف اقتصادی فزونی می‌بخشد. برعکس در صورت فقدان "بیمه" سرمایه‌های افراد یا به کار گرفته نمی‌شود و یا آنکه دست کم در بعضی از فعالیت‌های اقتصادی که ریسک و یا نااطمینانی کمتری نسبت به آینده‌ی آن‌ها وجود دارد، به کار می‌رود که البته این خود برای نظام اقتصادی یک جامعه مضر و زیان بخش است، زیرا باعث می‌شود تا سرمایه‌های موجود در جامعه به خوبی به کار گرفته نشوند.

۳) بیمه به عنوان تضمین اعتبارات

می دانیم که امروزه، غالباً سرمایه گذاری‌ها از طریق اخذ وام و اعتبار از مؤسسات مالی اعتباری نظیر بانک‌ها صورت می‌گیرد و کمتر اتفاق می‌افتد که افراد، بدون استفاده از تسهیلات بانکی و با بهره‌گیری از نقدینگی خویش اقدام به سرمایه گذاری قابل توجهی نمایند. البته تصور انجام سرمایه گذاری‌های کوچک و ناچیز بوسیله نقدینگی‌های شخصی ممکن است، لیکن باید توجه داشت که عمدتاً سرمایه گذاری‌ها به ویژه سرمایه گذاری‌های بزرگ و قابل توجه از طریق تحصیل اعتبار و وام صورت می‌گیرد.

مؤسسات اعتباری و یا بانک‌ها که به تخصیص اعتبار و وام، اشتغال دارند، به خاطر حصول اطمینان از استرداد و برگشت طلب خویش، اقدام به اخذ تضمین از وام گیرندگان می‌نمایند. در قدیم، این مؤسسات، از طریق اخذ وثیقه تضمین مورد نیاز خود را تحصیل می‌کردند لیکن بعدها، به دنبال مشکلاتی که این روش، در عمل ایجاد می‌نمود، خرید نوعی پوشش بیمه‌ای بنام " بیمه اعتبارات " را جایگزین آن کردند.

" بیمه اعتبارات "، مؤسسات اعتباری را تا میزان اعتبارات و وام‌های اعطائی مورد پوشش قرار می‌دهد. به عنوان مثال چنانچه خانه، هتل، اتومبیل، کارخانه و یا فروشگاه‌هایی که با استفاده از وام و اعتبار بانکی تهیه گردیده در اثر وقوع آتش سوزی از بین برود، این بیمه خسارت وارد به وام دهنده را تا میزان وام اعطائی پوشش می‌دهد.

بنابراین ملاحظه می‌شود که بیمه اعتبارات، تسهیلات لازم و کافی را در امور مربوط به سرمایه گذاری‌ها و معاملات تجاری در اختیار افراد جامعه قرار داده و از این طریق باعث گسترش رفاه عمومی و در عین حال توسعه

اقتصادی می‌گردد. (غلامی، ۱۳۷۵)

تعاریف واژه‌ها و اصطلاحات بیمه‌ای

قبل از ورود به مباحث دیگر به منظور سهولت و شناخت بهتر، لازم است تا تعریفی از واژه‌ها و اصطلاحات بیمه‌ای ارائه شود تا درک یکسان و مشترکی از موضوعات حاصل شود.

بیمه (Insurance)

از بعد مالی بیمه عبارت است از یک اقدام یا تدبیر اقتصادی که به وسیله آن، ریسک یا نااطمینانی موجود از یک شخص (حقیقی یا حقوقی) به شخص دیگر (عمدتاً حقوقی) منتقل می‌شود. به عبارتی دیگر بیمه اقدامی است اقتصادی و مالی که هزینه خسارت غیر منتظره و متحمل بین تعداد کثیری از افراد جامعه توزیع می‌نماید.

بیمه را از بعد حقوقی نیز می‌توان تعریف کرد در ماده یک قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶ بیمه چنین تعریف می‌شود. "بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا جوهی از طرف دیگر، در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی را پردازد متعهد را بیمه‌گر، طرف تعهد را بیمه‌گذار وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر پرداخت می‌پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می‌شود موضوع بیمه خواهد می‌شود."

بر این مبنا، بیمه عبارت است از یک قرارداد حقوقی، که طی آن یک طرف موافقت می‌نماید که خسارت وارده به طرف دیگر را جبران نماید. طرفی را که تعهد و توافق به جبران خسارت می‌نماید بیمه‌گر و طرف دیگر را که مبلغ خسارت و غرامت را از بیمه‌گر دریافت می‌نماید بیمه‌گذار و یا بیمه شده نامیده می‌شود. بیمه‌گذار در ازای تعهد بیمه‌گر بر جبران خسارت تعهد می‌نماید که مبلغی را تحت عنوان حق بیمه به بیمه‌گر پرداخت نماید. در واقع قرارداد بیمه برای هر دو طرف ایجاد تعهد می‌نماید. بیمه‌گر را متعهد به جبران خسارت و بیمه‌گذار متعهد به پرداخت حق بیمه می‌کند.

مجموعه تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار و سایر حقوق و شرایط طرفین قرارداد در سندی مکتوب می‌باشد که به آن بیمه نامه می‌گویند.

بیمه گر (Insurer)

شرکت یا مؤسسه‌ای است که طبق قانون و مقررات و ضوابط فنی به عملیات بیمه‌گری، یعنی قبول ریسک و تعهد جبران خسارت یا پرداخت سرمایه، می‌پردازد.

بیمه گذار

شخصی است (حقوقی یا حقیقی) که قرارداد بیمه را منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می‌کند. عبارت دیگر شخصی است که تقاضای بیمه یا پیشنهاد بیمه را تنظیم و امضاء و تسلیم بیمه‌گر کرده و پرداخت حق بیمه را بر عهده می‌گیرد.

بیمه نامه: (Policy)

سندی است که مکتوب به موجب آن بیمه‌گذار و بیمه‌گر بر اساس شرایط و مقررات مندرج در آن و یا سایر اوراق منضم به آن تعهداتی را در برابر طرف مقابل قبول می‌نمایند.

در ماده ۲ قانون بیمه آمده است "عقد بیمه و شرایط آن باید به موجب سند کتبی باشد و سند مزبور موسوم به بیمه نامه خواهد بود." در ماده ۳ قانون بیمه ۱۳۱۶ آمده است که در بیمه نامه باید امور ذیل بطور صریح قید شود.

۱- تاریخ انعقاد قرارداد ۲- اسم بیمه‌گر و بیمه‌گذار ۳- موضوع بیمه ۴- حادثه یا خطری که عقد بیمه به مناسبت آن به عمل آمده است ۵- ابتدا و انتهای بیمه ۶- حق بیمه ۷- میزان تعهد بیمه‌گر در صورت وقوع حادثه

الحاقیه: (Endorsement)

سندی است که که بمنظور تغییرات لازم در بیمه نامه صادره پس از صدور آن توسط بیمه‌گر تنظیم می‌شود و به موجب آن تغییرات مورد نظر در بیمه‌نامه صادر شده اعمال می‌گردد این تغییرات براساس درخواست بیمه‌گزار و یا بیمه‌گر و با قبول طرف مقابل صورت می‌پذیرد. الحاقیه جزء لاینفک بیمه‌نامه محسوب می‌شود.

فرم پیشنهاد: (Proposal)

فرم درخواست بیمه است که معمولاً به صورت چاپی از طرف بیمه‌گر تهیه و در اختیار بیمه‌گزار قرار داده

می‌شود. فرم پیشنهاد نوعی پرسشنامه است که در آن سؤال‌های لازم به منظور شناسایی بیمه‌گزار و شناخت خطر میزان ریسک آن طراحی شده است. بیمه‌گر براساس اطلاعات ارائه شده توسط بیمه‌گزار در فرم پیشنهاد ریسک را ارزیابی و تعیین نرخ می‌نماید. و براساس آن بیمه‌نامه صادر می‌شود.

حق بیمه: (Premium)

حق بیمه مبلغی است که بیمه‌گزار بابت خرید بیمه به بیمه‌گر می‌پردازد. یا بهایی است که بیمه‌گزار در مقابل تحصیل تأمین بیمه‌ای یا تعهد جبران خسارت توسط بیمه‌گر به او می‌پردازد.

حق بیمه فنی (حق بیمه خالص یا حق بیمه خطر)

حق بیمه فنی براساس آمار و احتمالات برای هر ریسک یا هر رشته از بیمه محاسبه می‌شود. به طور مثال با جمع‌آوری آمار و حوادث آتش‌سوزی منازل در زمان و مکان معین می‌توان نرخ حق بیمه فنی را به دست آورد. فرض کنید بخواهیم حق بیمه خالص آتش‌سوزی منازل مسکونی در جامعه‌ای را به دست آوریم اگر در این جامعه ۱۰۰۰۰۰ باب منزل مسکونی وجود داشته باشد. براساس آمار و اطلاعات حداقل ده یا پنج سال گذشته هر سال ۱۰ باب منزل مسکونی دچار حریق شده باشد. یعنی از هر هزار خانه یکی دچار حریق می‌گردد. $\left(\frac{10}{100000}\right)$ بنابراین نرخ فنی بیمه حریق در جامعه مورد نظر یک در هزار (۰/۰۰۱) محاسبه می‌گردد. برای تعیین حق بیمه خالص بیمه‌نامه حریق ارزش منزل مسکونی را در نرخ به دست آمده ضرب می‌شود.

$$\left(40000000 \times \frac{1}{1000} = 40000\right) \text{ حق بیمه خالص برای منزل مسکونی با ارزش } 40000000 \text{ ریال تعیین}$$

می‌شود. حق بیمه خالص حق بیمه‌ای است بیمه‌گر با دریافت آن نه انتظار سود دارد و نه انتظار زیان.

حق بیمه تجارنی

حق بیمه خالص بر اساس ضریب احتمال وقوع یک حادثه تعیین می‌شود که هزینه‌ها و سود مورد انتظار بیمه‌گر در آن لحاظ نمی‌گردد.. شرکت‌های بیمه در عملیات بیمه‌گری خود محتمل هزینه‌های دیگری همچون هزینه‌های اداری (حقوق مزایای کارکنان، اجاره بهاء ملزومات اداری و....) کارمزد نمایندگان بیمه نیز می‌شوند و

از طرفی شرکت‌های بیمه یک مؤسسه بازرگانی هستند و از فعالیت‌های خود انتظار سود آوری نیز دارند. بنابراین شرکت‌های بیمه به نرخ بیمه فنی هر ریسک درصدی بابت هزینه‌های و سود بیمه‌گری خود اضافه می‌نمایند و در نهایت نرخ حق بیمه تجارتي را بدست می‌آورد. در واقع حق بیمه تجارتي شامل: ۱- حق بیمه خالص (فنی) ۲- هزینه‌های اداری ۳- کارمند، نمایندگان و سایر عوامل فروش ۴- سود مورد انتظار بیمه‌گر

حق بیمه اضافی (Additional Premium)

مبلغی است بیمه‌گر بابت قبول ریسک یا خطر اضافی یا تمدید بیمه نامه با سرمایه بیشتر (افزایش سرمایه) دریافت می‌کند.

حق بیمه برگشتی (Return Premium)

در صورتی که قرار داد بیمه فسخ یا بیمه نامه باطل شود (در موقع ابطال ممکن است در مواردی حق بیمه قابل برگشت نباشد) یا سرمایه بیمه یا مدت بیمه کاهش پیدا کند یا یکی از خطرهای موضوع بیمه حذف شود قسمتی از حق بیمه با صدور الحاقیه به بیمه گذار برگشت داده می‌شود. به این میزان حق بیمه که به بیمه گذار پس داده می‌شود حق بیمه برگشتی می‌گویند.

حق بیمه سالانه (Annual Premium)

حق بیمه است که برای مدت یک سال تعیین می‌شود. و از ضرب نرخ حق بیمه در ارزش یا سرمایه مورد بیمه و یا تعهدات بیمه‌گر حق بیمه سالانه بدست می‌آید.

حق بیمه کوتاه مدت (Short Term Premium)

حق بیمه در عمل برای مدت یک سال تعیین می‌شود ولی در صورت کاهش مدت بیمه یا فسخ بیمه نامه (معمولاً از طرف بیمه گذار) و یا بیمه گذار از ابتدا درخواست بیمه نامه برای مدت کمتر از یک سال مثلاً یک ماهه یا هشت ماهه را نماید حق بیمه این مدت بر اساس تعرفه کوتاه مدت محاسبه می‌گردد. حق بیمه تعرفه کوتاه مدت درصدی از حق بیمه سالانه است. مثلاً حق بیمه بیمه‌های آتش سوزی که برای کمتر از یکسال صادر می‌شود به شرح ذیل است:

برای مدت کمتر از ۱۵ روز تا ۱۵ روز	۱۲٪ حق بیمه سالانه
برای مدت بیش از ۱۵ روز تا یک ماه	۲۰٪ حق بیمه سالانه
برای مدت بیش از یک ماه تا دو ماهه	۳۰٪ حق بیمه سالانه و

حق بیمه روز شمار:

حق بیمه ۳۰ روزه به شرح ذیل محاسبه می شود:

(تعداد روزهای مورد نظر) × ۳۰ (تعداد روزهای سال) ÷ ۳۶۵ = حق بیمه یکسال

معمولاً در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه گر حق بیمه مدت سپری شده و باقی مانده بر اساس تعرفه روز شمار محاسبه می گردد.

موضوع بیمه

برای موضوع بیمه تعاریف گوناگون ارائه شده است. " حادثه‌ای است که در صورت وقوع آن، بیمه گر باید تعهد خود را در مقابل بیمه گذار انجام دهد؛ مثلاً در بیمه آتش سوزی رخ دادن آتش موضوع بیمه است." ماده ۴ قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶ " موضوع بیمه ممکن است مال باشد اعم از عین یا منفعت یا هر حق مالی یا هر نوع مسئولیت حقوقی مشروط بر اینکه بیمه گذار نسبت به آنچه بیمه می دهد ذینفع باشد و همچنین ممکن است بیمه برای حادثه یا خطر می باشد که از وقوع آن بیمه گذار متضرر می گردد."

تعاریف موجود از موضوع بیمه اکثراً اشاره به حادثه و یا خطر می نماید در واقع به جای تعریف موضوع بیمه به تعریف خطر یا حادثه می پردازد. تعریف قانون نیز به جای موضوع بیمه به تعریف مورد بیمه پرداخته است. از آنجایی که موضوع هر قراردادی نشان دهنده فلسفه وجودی آن قرارداد می باشد و به خاطر آن امر قراردادی بین طرفین منعقد می شود و آنچه که موجب انعقاد قراردادهای بیمه‌ای می شود نیاز به پوشش و تأمین بیمه گذار است

که انتظار دارد پوششی اخذ کند تا در مواقع بروز حادثه خسارت‌های وارده جبران شود. و بیمه‌گر توانایی ارائه این پوشش را دارد. بنابراین می‌توان تعریف زیر را برای موضوع بیمه‌ای ارائه داد.

"ارائه پوشش بیمه‌ای به مورد بیمه در مقابل خطرات معین برای جبران خسارت‌های احتمالی وارده به مورد بیمه یا جبران خسارت‌های وارده به غیر و یا پرداخت غرامت و سرمایه معینی به ذینفع بیمه‌نامه در صورت تحقق خطرات تعیین شده یا سایر شرایط معین، را موضوع بیمه‌نامه گویند"

مورد بیمه (Insured)

آنچه را که بیمه‌نامه برای جبران خسارت‌های وارده به آن خریداری می‌شود، مورد بیمه نامیده می‌شود. مثلاً در بیمه‌های بدنه اتومبیل، اتومبیل را مورد بیمه و در بیمه‌های آتش سوزی منازل، منزل مسکونی قید شده در بیمه‌نامه را مورد بیمه می‌نامند.

بیمه شده (Insured)

شخصی است که برای حیات یا سلامت او بیمه‌نامه صادر شده است. اصطلاح "بیمه شده" بیشتر اختصاص به بیمه‌های اشخاص دارد. مثلاً وقتی شخصی برای خود بیمه حوادث و یا عمر خریداری می‌کند، خود فرد هم بیمه‌گذار است و هم بیمه شده و اگر یک شرکت برای پرسنل خود بیمه حوادث خریداری کند شرکت را بیمه‌گذار و پرسنلی که بیمه‌نامه برای آنان خریداری شده را بیمه شده می‌نامند.

ذینفع

استفاده کننده از بیمه‌نامه را ذینفع آن بیمه‌نامه می‌گویند. ذینفع بیمه‌نامه کسی است که در صورت وقوع خسارت مستحق دریافت خسارت از بیمه‌گر می‌باشد. ممکن است بیمه‌گذار و ذینفع یک فرد واحد و یا متفاوت باشند مثلاً وقتی فردی برای اتومبیل خود بیمه‌نامه بدنه به نفع خود خریداری می‌کند بیمه‌گذار و ذینفع این بیمه‌نامه یک فرد واحد می‌باشد. ولی اگر همان اتومبیل را از طریق دریافت وام بانکی خریداری کرده باشد ممکن است بانک یکی از شرایط اعطای وام را دریافت بیمه‌نامه بدنه برای اتومبیل مورد نظر توسط وام‌گیرنده بنفع

بانک را تعیین کند و فرد بیمه نامه بدنه را بنفع بانک مذکور خریداری می نماید و در اینصورت فرد بیمه گذار و بانک ذینفع بیمه نامه محسوب میگردند.

نفع بیمه‌ای (Insurable Interest)

عبارت است از علاقه و نفعی که فرد در بقا و حفظ مال مورد بیمه و عدم تحقق خطر دارد. بنابراین شخصی که نسبت به حفظ یا بقاء مالی علاقه و نفعی نداشته باشد نمی تواند آن را بیمه کند. داشتن نفع بیمه‌ای هم در بیمه های اموال و هم در بیمه‌های اشخاص ضروری است زیرا فقدان علاقه و نفع بیمه‌ای موجب سوء استفاده از بیمه و اتلاف اموال دیگران و لطمه به حق و مالکیت اشخاص می گردد.

نفع بیمه پذیر لزوماً مستلزم حق مالکیت نسبت به مورد بیمه نیست بنابراین طلبکار می تواند مالی را که در نزد او وثیقه است را بیمه کند. و یا بیمه نامه عمر برای بدهکار بنفع طلبکار صادر کرد.

خسارت Loss

عبارت است از زیانی که در نتیجه وقوع حادثه تحت پوشش به مورد بیمه وارد می گردد و جبران آن در تعهد بیمه گر می باشد. در بیمه‌های عمر با توجه به اینکه عمر انسان‌ها قابل ارزش گذاری نیست بنابراین موضوع پرداخت غرامت و یا سرمایه مطرح است نه خسارت.

خسارت کلی (Total Loss)

خسارت کلی در صورتی است که کل مورد بیمه و یا بیش از ۷۵٪ ارزش آن از بین برود. خسارت کلی خود به دو صورت واقعی و یا فرضی وجود داشته باشد

تلف کلی واقعی (Actual Total Loss)

تلف کلی واقعی کالای مورد بیمه از سه طریق قابل احراز است :

- زمانیکه مورد بیمه بکلی از بین برود مثلاً بعلت آتش سوزی اتومبیل کلاً بسوزد
- زمانیکه مورد بیمه بکلی از بین برود و از دسترس بیمه گذار خارج گردد مثل غرق شدن کشتی

- زمانیکه مورد بیمه بر اثر یکی از خطرات بیمه شده کیفیت طبیعی خود را از دست بدهد. مثل دود زدگی مواد غذایی بعلت آتش سوزی در انبار.

تلف کلی فرضی (Constrictive total loss)

بعضی مواقع خسارت وارده به کالا به حدی است که کالای مذکور قابل نجات و یا تعمیر می باشد. اما هزینه های مربوط به نجات و تعمیر بیشتر از ارزش کالا و معادل ارزش قبل از وقوع حادثه می باشد. در این صورت بیمه گذار دارای این حق است که کالا را ترک نموده و ضمن دریافت خسارت کلی تمامی حق و حقوق خود را به بیمه گر منتقل نماید. هرچند کالا از بین نرفته ولی هزینه های نجات آن بیش از ارزش آن می باشد. مثلاً کالای در دریا غرق می شود و یا با دره ای صعب العبور سقوط می کند که هزینه های جابجایی آن بیش از ارزش کالا می باشد. در چنین مواردی بیمه گر خسارت را تلف کلی فرضی لحاظ نموده و کل خسارت بیمه گذار را بر اساس شرایط بیمه نامه پرداخت می نماید.

خسارت جزئی (Partial Loss)

چنانچه بخشی از مورد بیمه از بین برود یا آسیب ببیند (کمتر از ۷۵٪ ارزش آن) خسارت جزئی محسوب می گردد.

فرانشیز (Franchise)

به مبلغی از خسارت گفته می شود که طبق شرایط بیمه نامه به عهده بیمه گذار است و بیمه گر تعهدی نسبت به آن ندارد. فرانشیز سهمی از خسارت که است به عهده خود بیمه گذار قرار دارد. فرانشیز گاهی به صورت مبلغ ثابت و یا درصدی از خسارت و یا مبلغ بیمه شده تعیین می شود.

مثلاً ممکن است میزان فرانشیز ۱۰٪ هر خسارت یا مبلغ بیمه شده و حداقل ۵۰۰۰۰۰ و یا حداکثر ۲۰۰۰۰۰۰ ریال تعیین گردد. در صورت وقوع حادثه بیمه گذار در زمان پرداخت خسارت مبلغ فرانشیز را از خسارت کسر و مابقی را به بیمه گذار پرداخت می نماید بنابراین

فرانشیز - خسارت واقعی = خسارت قابل پرداخت

علت تعیین فرانشیز عبارت است از:

۱. تشویق بیمه گذار به نگهداری بیشتر از اموال بیمه شده
۲. جلوگیری از تشکیل پرونده برای خسارت‌های جزئی. بعضی مواقع هزینه‌های بررسی و تشکیل پرونده برای خسارت‌های کوچک بیشتر از میزان خسارت می‌باشد بنابراین شرکت بیمه برای جلوگیری از این امر و تقلیل هزینه‌های اداری خود با وضع فرانشیز از مراجعه بیمه گذار برای دریافت خسارت‌های جزئی جلوگیری می‌کند.
۳. تعدیل حق بیمه هر چه بیمه گذار در خسارت بیشتر سهم شود به همان نسبت نیز حق بیمه کمتری می‌پردازد. بنابراین بیمه گر با وضع فرانشیز به بیمه گذارانی که توان مالی بیشتری دارند این امکان را می‌دهد که حق بیمه کمتری پرداخت نمایند.
۴. فرانشیز عامل کنترل بیمه گر در مورد ریسک‌های بد و زیانبار است.

شرایط عمومی (General Condition)

مقررات کلی و عمومی است که وظایف و تعهدات طرفین قرارداد در هر یک از رشته‌های بیمه‌ای معین می‌کند. و به طور جداگانه‌ای برای هر یک از رشته‌های بیمه‌ای مانند آتش سوزی اتومبیل، درمان، مسئولیت و ... وضع می‌گردد. مثلاً شرایط عمومی بیمه‌های بدنه اتومبیل برای تمامی خریداران بیمه بدنه یک شرکت یکسان است. این شرایط معمولاً پشت بیمه نامه‌ها چاپ می‌شوند و یا به صورت چاپی که قبلاً آماده است در برگه جداگانه به بیمه گذار ارائه می‌شود شرایط عمومی بیمه نامه در شورای عالی بیمه تصویب و به شرکتهای بیمه ابلاغ می‌گردد.

شرایط خصوصی (Special Condition)

شرایط خصوصی آن قسمت از مقررات و توافقات است جنبه عمومی ندارد فقط مختص به یک بیمه‌نامه خاص دارد. مثلاً در بیمه نامه بدنه اتومبیل یک بیمه گذار ممکن است قید شود که الزاماً اتومبیل به سیستم دزدگیر مجهز شود این شرط در واقع یک شرط خصوصی بین بیمه گذار و بیمه گر است و شرایط خصوصی

مقدم بر شرایط عمومی است در صورت تعارض بین شرایط عمومی و شرایط خصوصی شرایط خصوصی از نظر حقوقی بر شرایط عمومی ارجحیت خواهد داشت. شرایط خصوصی از بیمه نامه‌ای به بیمه نامه دیگر متفاوت است.

ریسک (Risk)

اکثراً ریسک معادل خطر تلقی می‌شود هر چند ممکن است اشتباه نباشد اما باید توجه کرد که مفهوم درست آن "خطر" نمی‌باشد. خطر (peril) به معنای علت وقوع خسارت یا عامل وقوع آن است نظیر آتش سوزی، تگرگ، تصادم، غرق شدن و مرگ و ... بنابراین ریسک را می‌توان "عدم اطمینان نسبت به وقوع خسارت" تعریف کرد. ریسک را می‌توان به اشکال زیر تقسیم‌بندی نمود

۱- ریسک پویا یا سوداگرانه (speculative Risk) (Dynamic Risk)

این ریسک مربوط به آن دسته از فعالیت‌ها و سرمایه‌گذاری‌های اقتصاد می‌شود که نتایج آن ممکن است سودآور و یا زیانبخش باشد و یا حداقل سود یا زیانی نداشته باشد. مثلاً سرمایه‌گذاری در بورس سهام ممکن است منجر به سود شود و یا فرد دچار زیان گردد و یا این که نه سود کنند و نه زیان ببینند. همانطوری که از نتایج آن پیداست این نوع ریسک‌ها برای فردی زیان‌آور در عین حال برای فرد دیگری سودآور است این نوع ریسک‌ها معمولاً قابل بیمه کردن نیستند.

۲- ریسک خالص یا ایستا (static Risks) (Pure Risks)

به آن نوع ریسک‌هایی گفته می‌شود که هرگز منفعتی را در پی نداشته و بلکه همواره نتایج آن زیانبار و تخریب‌کننده است- مانند کارخانه‌ای که در آتش می‌سوزد و منهدم می‌شود یا در اثر سیل و طوفان مزرعه‌ای از بین می‌رود. در واقع نتایج زیانبار این نوع ریسک هم متوجه فرد می‌شود و هم متوجه کل جامعه می‌گردد در واقع دارایی از کل جامعه از بین می‌رود. برعکس ریسک پویا که در آن اگر فردی زیان می‌دید فرد دیگری سود می‌برد. ولی در ریسک خالص هیچ کس سود نمی‌برد. این نوع ریسک‌ها قابل بیمه کردن

می‌باشند و شرکت‌های بیمه با توجه به اطلاعات و آماری که از گذشته در دست دارند، احتمال وقوع

اینگونه خسارات را پیش‌بینی نموده و اقدام به بیمه کردن اینگونه ریسک‌ها می‌نمایند.

ریسک‌ها را از بعد اینکه چه تعداد افراد جامعه تحت تأثیر فرد قرار می‌دهند نیز می‌توان به ریسک‌های خاص و

ریسک‌های عام تقسیم بندی کرد.

۱- ریسک‌های خاص (Particular Risk)

آن دسته از ریسک‌هایی هستند که بر روی یک فرد و یا گروه کوچکی از افراد تأثیر نامطلوب می‌گذارند. مثلاً

آتش سوزی یک خانه که یک خانواده مشخصی را متحمل زیان می‌کند. و یا تصادف یک اتومبیل یا همزمان

چند اتومبیل با یکدیگر و سقوط هواپیما، غرق شدن کشتی و... ریسک خاص محسوب می‌شوند. هرچند

ریسک‌های خاص نیز ممکن است خسارت‌های بزرگی را باعث شوند ولی معمولاً خسارت‌های ناشی از این

حوادث در حدی هستند که یک شرکت بیمه توانایی پذیرش آن را به تنهایی دارند.

۲- ریسک‌های عام (Fundamental Risk)

ریسک‌هایی هستند که در صورت تحقق گروه کثیری از یک جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مانند زلزله،

جنگ و سایر حوادث فاجعه آمیز.

قانون اعداد بزرگ (law of large number)

قانون اعداد بزرگ که قانون میانگین‌ها و یا قانون احتمال نیز نامیده می‌شود مبنای ریاضی داشته و از طریق

کاربرد اجرایی صحیح آن می‌توان با دقت قابل قبولی خسارت را در آینده پیش‌بینی کرد.

طبق این قانون ریاضی، هر چه تعداد مشاهدات آزمایشی بیشتر باشد احتمال وقوع حادثه مورد نظر نیز دقیق‌تر

خواهد بود. مثلاً اگر به دفعات زیادی یک سکه را به هوا پرتاب کنیم احتمال اینکه شیر ظاهر شود و یا خط ۵۰

درصد می‌باشد. در حالی که اگر این سکه به دفعات محدود پرتاب شود ممکن است این انتظار (۵۰ درصد شیر و

۵۰ درصد خط) برآورده نشود.

در بیمه این قانون کاربرد فراوانی در پیش‌بینی وقوع خسارت و در نتیجه تعیین درست میزان حق بیمه، دارد.

یک سیستم بیمه زمانی از نظر کاربردی زمانی قابل اجرا خواهد بود که خسارات آتی را بتواند به درستی و با دقت بیشتری پیش بینی کند. زیرا در این صورت است که بیمه گر قادر خواهد بود میزان حق بیمه لازم را جهت جبران خسارتهای احتمالی از بیمه گذاران اخذ نماید. در این جهت هر چه تعداد موارد بیمه زیادتر باشد و یا آنکه تجربه خسارات تعداد سالها مورد مطالعه بیشتر باشد (حداقل ۵ سال) نتیجه پیش بینی به همان نسبت دقیق تر خواهد بود. بنابراین براساس قانون اعداد بزرگ بیمه گر باید تعداد کثیری از ریسک های مشابه را تحت پوشش قرار دهد تا محاسبات و پیش بینی های آن نتیجه مطلوبی داشته باشد.

شرایط لازم برای اینکه ریسک یا خطر قابل بیمه شدن باشد

باید توجه داشت که هر ریسکی قابل بیمه شدن نیست. برای آنکه به طور کلی هر ریسکی قابلیت بیمه شدن را داشته باشد می‌بایست از نظر فنی، اقتصادی و حتی اجتماعی دارای شرایطی به شرح ذیل باشد:

۱- نفع بیمه‌ای

کسی که می‌خواهد مالی را بیمه کند می‌بایست دارای نفع بیمه‌ای باشد یعنی آن که از وجود آن چیز منتفع و از نبودنش متضرر گردد. و یا آن که در حفظ و مراقبت آن مال یا شیء به نوعی ذینفع باشد. به عبارت دیگر شخصی که قانوناً و یا عرفاً حق بهره‌وری و استفاده از شیء یا مالی را داشته باشد می‌تواند آن را بیمه نماید. در مورد مسئولیت نیز شخص دارای نفع بیمه‌ای است زیرا که ممکن است در نتیجه فعل او خساراتی به اشخاص ثالث وارد آید که در این صورت ملزم است خسارات وارده را جبران کند بنابراین هر شخص می‌تواند مسئولیت خود را نیز در مقابل اشخاص دیگر بیمه نماید.

۲- تجانس و تعدد "ریسک"

برای آنکه انجام عملیات بیمه، برای بیمه‌گر و بیمه‌گذار مقرون به صرفه و اقتصادی باشد می‌بایستی تعداد زیادی "ریسک" که متجانس و شبیه هم می‌باشند مورد بیمه قرار گیرد در غیر این صورت برای هیچ کدام ارجحیت اقتصادی نخواهد داشت. تشابه و تجانس "ریسک‌ها" از این حیث دارای اهمیت است که بیمه‌گر را قادر می‌سازد تا به محاسبات آماری دقیق‌تری دست یافته و احتمال وقوع حادثه و همچنین نرخ حق بیمه را با اطمینان بیشتری برآورد نماید.

به عنوان مثال در مورد بیمه آتش سوزی بیمه‌گر معمولاً اماکن مسکونی و صنعتی را به طور جداگانه مورد مطالعه قرار داده و در مورد اماکن صنعتی نیز بر حسب نوع فعالیت‌ها گروه بندی‌های مختلفی را به کار می‌گیرد مثلاً کارخانجات نساجی، شیمیایی، کفاشی، ماشین سازی و ... را به طور جداگانه مورد بررسی قرار می‌دهد.

از طرف دیگر هر چقدر تعداد ریسک‌های بیمه شده بیشتر باشد علاوه بر اینکه محاسبات بیمه‌گر از دقت بیشتری برخوردار می‌سازد برای بیمه‌گذاران نیز فرصتی پدید می‌آورد تا با پرداخت حق بیمه‌ی مناسب و معقول

بیمه‌های مورد نیاز خود را خریداری کنند، در غیر این صورت از آنجائی که به هر حال جبران خسارات وارده از محل حق بیمه‌های جمع شده صورت می‌گیرد، سهم هر یک از بیمه‌گذاران در پرداخت حق بیمه به شدت افزایش یافته که بعضاً انجام عملیات بیمه را غیر منطقی و غیر اقتصادی می‌سازد.

۳- پراکندگی "ریسک"

ریسک‌هایی که مورد بیمه قرار می‌گیرند می‌بایستی از پراکندگی قابل قبولی برخوردار باشند زیرا در غیر این صورت برای بیمه‌گر "تجمع خطر" (Acumination) به وجود می‌آورد، که ممکن است در اثر یک خسارت طبیعی و فاجعه‌آمیز بیمه‌گر را با خطر ورشکستگی مواجه سازد. خسارات فاجعه‌آمیز نظیر زلزله، آتشفشان، سیل، طوفان، قحطی و خشکسالی، تشعشعات اتمی، جنگ و ... چون معمولاً از فرکانس و تواتر مشخص و قابل پیش‌بینی‌ای برخوردار نیستند و دامنه‌ی خسارات ناشی از آنها نیز به درستی قابل تخمین نمی‌باشد، غالباً توسط بیمه‌گران پوشش داده نمی‌شود مگر به ندرت و آن هم با در نظر گرفتن شرایط خاص و دریافت حق بیمه‌ی اضافی. در این موارد دولت‌ها اغلب، شرکت‌های بیمه‌ی داخلی را یاری می‌نمایند.

۴- وقوع خسارت می‌بایست غیر منتظره (Unexpected) و تصادفی (Accidentally) باشد

خسارت می‌بایستی کاملاً به طور غیر منتظره واقع شود، تا قابل بیمه شدن باشد. خسارتی که وقوع آن تقریباً از قبل مشخص است نمی‌توان مورد بیمه قرار گیرد مثلاً آنکه شخصی که دچار یک بیماری صعب‌العلاج مثل سرطان می‌باشد نمی‌تواند خود را در مقابل فوت بیمه کند زیرا فوت زودرس وی قبلاً توسط پزشک پیش‌بینی گردیده است. استهلاک نیز قابل بیمه شدن نیست زیرا که وقوع آن متحمل و غیر منتظره نمی‌باشد. از طرف دیگر وقوع حادثه می‌بایستی کاملاً تصادفی بوده یعنی آنکه بیمه‌گذار در ایجاد آن دست نداشته باشد! خساراتی که به عمد صورت گیرد قابل بیمه شدن نیست. البته خساراتی که توسط دیگران (اشخاص ثالث) هرچند به عمد، ایجاد گردد، مشروط بر این که بیمه‌گذار و بستگان نزدیک وی در ایجاد آن دخالت نداشته باشند قابل بیمه شدن است. عدم بیمه‌ی این قبیل خسارات، به این جهت است که عمدتاً خلاف نظم عمومی بوده و نظام اجتماعی را با اخلال مواجه می‌سازد. بنابراین عملیات بیمه بایستی به نحوی انجام گیرد که مغایر نظم عمومی نبوده و باعث افزایش

بی‌نظمی و جرائم اجتماعی نگردد. بنابراین نمی‌توان افراد را در مقابل جرائم قانونی، بیمه نمود زیرا مغایر نظام اجتماعی است.

۵- وقوع و میزان خساراتی که بیمه می‌شوند می‌بایست قابل پیش‌بینی و اندازه‌گیری باشند:

بیمه‌گر از طریق محاسبات ریاضی و به کمک تئوری احتمالات و تجربه‌ی آماری گذشته، میزان خسارات آینده را برآورد می‌نماید. چنانچه بیمه‌گر قادر به برآورد میزان خسارات احتمالی نباشد تبعاً قادر به فروش و عرضه‌ی بیمه‌نامه هم نخواهد بود. هر چه قدر آمار تجربی گذشته که مورد استفاده‌ی بیمه‌گر قرار می‌گیرد دقیق‌تر و طولانی‌تر باشد مسلماً هزینه‌ی خسارت و یا میزان حق بیمه‌ای که برآورد می‌کند واقعی‌تر خواهد بود.

از طرف دیگر میزان حق بیمه‌ی تعیین شده از سوی بیمه‌گر می‌بایست به اندازه‌ی کافی ارزان باشد زیرا در غیر این صورت به علت گرانی حق بیمه، بسیاری از افراد جامعه از خرید بیمه‌نامه امتناع می‌ورزند و معمولاً این افراد کسانی هستند که از نقطه‌نظر موقعیت "خطر" در شرایط مناسب‌تری از دیگران قرار دارند. زیرا، وقتی میزان حق بیمه بیش از میزان مورد انتظار افراد جامعه باشد تبعاً کسانی که در گذشته خسارتی نداشته و از موقعیت مناسب ریسکی نیز برخوردار هستند به نخریدن بیمه گرایش پیدا کرده و بدین ترتیب از جمع بیمه‌گذاران خارج می‌گردند و برعکس آن دسته از بیمه‌گذاران که فاقد موقعیت مناسب بوده و دارای سابقه خسارتی می‌باشند کماکان جزء بیمه‌گذاران باقی می‌مانند. بنابراین، در چنین حالتی نه تنها قانون اعداد بزرگ بدرستی، رعایت نمی‌شود بلکه بیمه‌گر نیز دچار انتخاب نامطلوب (Anti- Selection) می‌گردد. مضافاً آنکه خروج این عده از

بیمه‌گذاران، بخودی خود باعث افزایش مجدد نرخ حق بیمه می‌شود. (غلامی، ۱۳۷۵)

طبقه‌بندی انواع بیمه‌ها

با توجه به پیچیدگی و تکامل روابط اقتصادی و اجتماعی، ریسک‌های جدیدی نیز ظهور کرده و یا به تبع آن به تنوع ریسک‌های قبلی اضافه گردیده. بنابراین برای تأمین پوشش ریسک‌ها تمایل به دگرگونی در قراردادهای بیمه‌ای افزایش یافته. هر چند ماهیت حقوقی قراردادهای بیمه‌ای یکسان نیست ولی در یک نگاه کلی می‌توان بیمه را به دو بخش زیر تقسیم نمود.

اول - بیمه‌های اجباری یا اجتماعی

به علت خطرهایی که جان مردم را تهدید می‌کند قانون برای حمایت از مردم، بیمه‌های اجتماعی را اجباری اعلام می‌کند و به همین دلیل به آن بیمه ناشی از قانون نیز می‌گویند.

کارگران و طبقات ضعیف و کم درآمد که قشر بزرگ هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهند و بیشتر نیازمند بیمه هستند معمولاً نه به لزوم بیمه و فایده آن واقف هستند و نه توان مالی پرداخت حق بیمه را دارند. لذا دولت‌ها به منظور حمایت از این قشرهای آسیب‌پذیر که بازوان تولید جامعه محسوب می‌شوند قانون بیمه‌های اجباری و یا بیمه‌های اجتماعی را تصویب و به موجب آن فقط بخشی از حق بیمه از ایشان دریافت می‌گردد. در این نوع بیمه به موجب قانون بیمه‌شدگان بصورت مستقیم و یا غیر مستقیم می‌توانند بیمه شوند.

تفاوت بیمه‌های اجتماعی با بیمه‌های بازرگانی

الف - بیمه‌های اجتماعی به دلیل الزام قانونی آن اجباری می‌باشد حال اینکه بیمه‌های بازرگانی اختیاری می‌باشد.
ب - روابط بیمه‌گر و در بیمه‌های اجتماعی، بر اساس مصوبات قانونی و در بیمه‌های بازرگانی ناشی از توافق بیمه‌گر و و قراردادی می‌باشد.

ج - در بیمه‌های اجتماعی، حق بیمه بر اساس میزان حقوق و دستمزد تعیین می‌شود. در صورتیکه در بیمه‌های بازرگانی حق بیمه به نسبت احتمال تحقق ریسک و سرمایه تعیین می‌شود.

د - در بیمه‌های اجتماعی معمولاً شخص ثالثی (کارفرما) در پرداخت بخش اعظم حق بیمه مشارکت می‌کند در حالی که در بیمه‌های بازرگانی (اکثراً) باید تمام حق بیمه را بپردازد.

ه- در بیمه‌های اجتماعی اگر حق بیمه را کارفرما پرداخت کند، تعهد بیمه‌گر به قوت خود باقی است. ولی در بیمه‌های بازرگانی انجام تعهد بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه توسط می‌باشد.

تعهدات در بیمه‌های اجتماعی

۱- پرداخت هزینه‌های معالجه و مداوای امراض و حوادث ناشی از کار و غیر ناشی از کار کارگر و پرداخت غرامت دستمزد

۲- پرداخت هزینه معالجه و مداوای اعضای بلافصل خانواده بیمه شده در ایام بیماری

۳- پرداخت غرامت نقص عضو و از کار افتادگی بیمه شده

۴- پرداخت کمک هزینه‌های ازدواج، وضع حمل و عائله‌مندی

۵- برقراری مستمری بازنشستگی و از کار افتادگی

۶- پرداخت هزینه کفن و دفن بیمه شده متوفی و اعطای مستمری به وارث

۷- پرداخت کمک هزینه بیکاری

دوم- بیمه‌های بازرگانی یا اختیاری

که شامل رشته‌های زیر می‌باشد:

۱- بیمه اموال (Property insurance)

که در بعضی متون به آنها بیمه زیان یا بیمه‌های جبران خسارت (Indemnity Insurances) نیز می‌گویند.

در این بیمه موضوع تعهد بیمه‌گر جبران خسارت وارده به شیء مورد بیمه اعم از بی‌روح مثل اموال و یا ذی‌روح مثل حیوانات و یا محصولات کشاورزی می‌باشد. مهم‌ترین ویژگی این بیمه جبران خسارت وارده و پرداخت ضرر و زیان مالی می‌باشد بنابراین زیان دیده نمی‌تواند خسارتی بیش از حد واقعی دریافت نموده و به لحاظ مالی وضعیتی بهتر از زمان قبل از بروز حادثه کسب نماید. از مهم‌ترین رشته‌های بیمه اموال باید از بیمه آتش‌سوزی، اتومبیل، باربری و محصولات کشاورزی نام برد.

۲- بیمه‌های زندگی (عمر) (Life Insurance)

در این بیمه تعهد بیمه‌گر در ارتباط با فوت و یا حیات و یا صدمه بدنی بیمه شده می‌باشد. در بیمه‌های اشخاص تعیین سرمایه بیمه به عهده بیمه‌گذار است و بر خلاف بیمه اموال؛ بیمه‌گر نمی‌تواند غرامت وارده به بیمه شده را برآورد نماید. بلکه در صورت تحقق ریسک مورد تعهد و احراز آن بیمه‌گر فقط ادای تعهد نموده و مبلغ مورد تعهد را پرداخت می‌کند. بنابراین بیمه‌های اشخاص در برگیرنده ۳ ویژگی ممتاز می‌باشد.

الف- مبلغ بیمه شده خصلت مقطوع دارد و قابل ارزیابی نیست.

ب- انجام تعهد بیمه‌گر یا پرداخت مبلغ بیمه شده جنبه جبران خسارت و رفع ضرر و زیان مالی ندارد.

ج- بیمه‌گر با ادای تعهد خود نمی‌تواند جانشین بیمه‌گذار برای وصول غرامت از مقصر حادثه گردد.

نکته قابل توجه اینکه بیمه درمان علیرغم آنکه جزو رشته‌های بیمه‌های اشخاص می‌باشد، به دلیل شرایط خاصی که دارد نظیر بیمه‌های اموال تابع اصل غرامتی بودن بیمه‌های اموال می‌باشد.

۳- بیمه مسئولیت (Liability Insurance)

در این بیمه مسئولیت مدنی بیمه‌گذار در قبال اشخاص ثالث بیمه می‌شود. به عبارت دیگر زیان‌هایی که در نتیجه قصور و سهل‌انگاری افراد در قبال اشخاص ثالث پدید آید تحت پوشش قرار می‌گیرد. بنابر ماده ۳۲۸ قانون مدنی ایران "هر کس مال غیر را تلف می‌کند ضامن آن است و باید مثل و یا قیمت آن را بدهد و هر کس موجب زیان و یا خسارت به جان و یا مال اشخاص دیگر شود مسئول جبران آن می‌باشد" اضافه می‌گردد آنچه تحت پوشش بیمه مسئولیت بیمه می‌گردد فقط مسئولیت مدنی افراد بوده و بنابراین مسئولیت جزایی یا کیفری نمی‌تواند تحت پوشش قرار گیرد. از بیمه‌های رایج در این رشته می‌توان از بیمه‌های مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان و یا اشخاص ثالث و یا بیمه مسئولیت هتل داران و پزشکان و ... نام برد.

این رشته بیمه‌ای ویژگی‌هایی دارد که آن را از بیمه‌های اموال و اشخاص متمایز می‌کند زیرا در حالی که بیمه‌های اموال سرشت غرامتی و جنبه جبران خسارت دارد بیمه‌های اشخاص به دلیل سرشت ناگرامتی آن

پرداخت بیمه گر جنبه مقطوع دارد. در بیمه مسئولیت چون پیامد و نتیجه وقوع خطر یا میزان خسارت احتمالی نامعلوم است بیمه گران برای تعیین خسارت‌های وارده ملاک و ضوابط متفاوتی در نظر می‌گیرند. بدین معنا که کارشناسان پزشکی و یا مالی میزان خسارت وارده را تعیین و دادگاه‌ها بر پایه نظر کارشناسان رأی صادر کرده و بیمه گران بر اساس آن تعهد خود را تا میزان تعیین شده در بیمه‌نامه در قبال زیان دیدگان عمل می‌کنند. ویژگی دیگر این بیمه عدم اجرای قاعده جانشینی یا حق رجوع بیمه گر به مسئول حادثه باشد.

۴- بیمه اعتبار و تضمین (Credit Insurance and Guarantee)

این بیمه جزو بیمه‌های اموال می‌باشد که شباهت‌هایی نیز به بیمه مسئولیت دارد، در این بیمه‌ها ذینفع شخصی غیر از بیمه گذار است.

الف- بیمه اعتبار

در این بیمه قرارداد بین بیمه گر و بیمه گذاری است که از کسی یا کسانی طلب دارد و نگران است طلب او رأس موعد مقرر وصول نشود. ریسک تحت پوشش در این بیمه خطر عدم وصول طلب بیمه گذار می‌باشد.

در این قرارداد بدهکار نقشی ندارد اما اگر بدهی خود را نپردازد، بیمه گر طلب بیمه گذار را از محل بیمه‌نامه پرداخته و به موجب ماده ۳۰ قانون بیمه قائم مقام بیمه گذار در وصول طلب از بدهکار می‌گردد. بیمه اعتبار کاربرد وسیعی در هر نوع طلبی از معاملات نسبه و یا فروش اقساطی کالا و خدمات و یا معاملات داخلی مثل اعتبارات اعطایی بانک‌ها و مؤسسات لیزینگ برای تهیه مسکن و خودرو دارد و در بخش معاملات خارجی به توسعه صادرات کمک می‌کند و بدهی‌های خریداران به صادرکنندگان کالا و خدمات را تحت پوشش قرار می‌دهد و خطر عدم وصول طلب صادر کننده ایرانی از خریدار خارجی را بیمه می‌نماید.

در این نوع بیمه، بیمه گذار تاجر ایرانی است که به صندوق (این نوع بیمه مثل اکثر کشورها تحت پوشش دولت می‌باشد و در کشور ما نیز صندوق ضمانت صادرات وابسته به وزارت بازرگانی رسالت بیمه گری را به عهده دارد) مراجعه کرده و خسارت را دریافت می‌دارد.

ب- بیمه تضمین

موضوع این بیمه میزان معینی وجه نقد می‌باشد که بیمه‌گر متعهد می‌گردد و در صورتی که بیمه‌گذار تحت شرایط قرارداد قادر به پرداخت دین خود نباشد آن را پرداخت نماید. در این بیمه سه طرف وجود دارد

الف) بیمه‌گر در نقش ضامن

ب) بیمه‌گذار یا اعتبار گیرنده یا بدهکار یا مضمون عنه

ج) مؤسسه اعتباری یا اعتبار دهنده یا بستانکار یا مضمون

در این بیمه انجام معامله منوط به وجود یک ضامن می‌باشد و تا بدهکار معرفی نکند معامله انجام نخواهد شد ضامن تعهد می‌کند که در موعد مقرر در صورتی که بیمه‌گذار تحت شرایط قرارداد قادر به پرداخت وام خود نباشد دین نامبرده را پرداخت نماید. نحوه انجام تعهد بیمه‌گر به این صورت می‌باشد که بستانکار در صورت خودداری بیمه‌گذار از پرداخت بدهی، بایستی هر گونه اقدام ممکن را برای وصول طلب خود به عمل آورد و در صورت لزوم به مقامات قضایی مراجعه کند و هر گاه مسلم شد عدم انجام تعهد بیمه‌گذار (بدهکار) نه به دلیل بد حسابی و بی‌نظمی در کار بلکه به علت عدم بضاعت در پرداخت دین می‌باشد بیمه‌گر نسبت به پرداخت آن اقدام نموده و در این صورت تحت شرایطی (ماده ۷۰۹ قانون مدنی و ۳۰ قانون بیمه) حق رجوع به مضمون عنه را دارد. (گلچینیان؛ ۱۳۸۳)

قراردادهای بیمه و خصوصیات آن

همان طور که بیان گردید بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند که در ازاء پرداخت وجه یا جوهی از طرف دیگر، در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران یا وجه معینی بپردازد. متعهد را بیمه‌گر طرف تعهد را بیمه‌گذار، وجهی را که بیمه‌گذار به بیمه‌گر می‌پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می‌شود موضوع بیمه نامند (ماده ۱ قانون بیمه ۱۳۱۶).

لام به تذکر است که اگر بیمه را عقد و یا قرارداد بنامیم تفاوتی در ماهیت آن به وجود نمی‌آورد زیرا آثار مشابهی بر آن مترتب است. منتهی از آن جهت که قانون بیمه آن را عقد نامیده است ما نیز در این نوشتار از همان لفظ قانونی استفاده می‌نماییم. ذکر این نکته نیز در اینجا ضروریست که شرایط لازم و الزامی که برای صحت سایر عقود نظیر عقد بیع و عقد اجاره و ... لازم است برای صحت این عقد نیز ضروری می‌باشد مثلاً آنکه طرفین قرارداد می‌بایست بالغ و عاقل و مختار باشند و یا آنکه موضوع یا مورد بیمه می‌بایست مشخص و معلوم باشد. بنابراین معامله در برابر یک امر مجهول و یا برای مورد نامعلوم صحیح و نافذ نمی‌باشد.

در ماده ۱۹۵ قانون مدنی شرایط درست و صحت عقد یا قرارداد یا هر معامله‌ای به شرح ذیل نقل گردیده است:

۱- قصد و رضای طرفین قرارداد ۲- اهمیت طرفین قرارداد ۳- موضوع معینی که مورد معامله می‌باشد. ۴-

مشروعیت جهت انجام معامله.

این شرایط اساسی است و فقدان هر کدام باعث اختلال ارکان عقد و کان لم یکن شدن قرارداد می‌شود و درست مثل این است که عقدی واقع نشده باشد.

۱) قصد و رضای طرفین شرط اساسی صحت عقد است و بر اساس ماده ۱۹۱ قانون مدنی ایران "عقد محقق

می‌شود به قصد انشاء، به شرط مقرون بودن به چیزی که دلالت بر قصد کند." معمولاً لفظ کاشف از قصد است

لیکن ممکن است متعاقدين یا یکی از آنها توانایی تلفظ نداشته باشد که در این صورت اشاره کفایت می‌کند

(ماده ۱۹۲ قانون مدنی ایران). در زندگی روزمره بسیاری از معاملات، به خصوص معاملات کوچک و معمولی،

بدون لفظ و یا بیان قصد انجام می‌گیرد. در معاملات کلان و اساسی و قابل توجه، معمولاً قصد و رضای طرفین و شرایط قابل قبول و مورد معامله ثبت و انشاء می‌گردد تا چنانچه در آینده در اجرای آن اختلافاتی بین طرفین معامله بروز نماید مورد استناد قضائی واقع گردد. وقف ماده ۲ قانون بیمه ایران، عقد بیمه و شرایط آن نیز باید به موجب سند کتبی که بیمه نامه نامیده می‌شود منعقد گردد.

۲) اهلیت طرفین قرارداد عبارتست از آنکه متعاقدين یا متعاملین بالغ، رشید و عاقل باشد. بنابراین فرد دیوانه و یا

صغیر فاقد اهلیت قانونی برای انجام معامله است اهلیت بر دو نوع است

الف) اهلیت تمتع که با تولد هر فرد شروع و با مرگ وی خاتمه می‌یابد. (ماده ۹۵۶ قانون مدنی) در واقع اهلیت تمتع حق برخورداری از حقوق مدنی است که علی القاعده هر فرد زنده‌ای دارای آن می‌باشد.

ب) اهلیت استیفاء اهلیت استیفاء عبارت از دارا بودن قدرت اعمال حق و قابلیت استیفاء و همچنین تصرف در اموال و دارایی می‌باشد که متعاملین می‌بایست از آن برخوردار باشند.

ماده ۲۱۰ قانون مدنی مقرر می‌دارد که "متعاملین باید برای معامله اهلیت داشته باشند و طبق ماده ۲۱۱ قانون مدنی "متعاملین باید بالغ و عاقل و رشید باشند".

۳) موضوع معامله می‌بایست معین باشد. مثلاً در عقد بیع آنچه مورد خرید و فروش واقع می‌شود می‌بایست از قبل بین متعاملین مشخص باشد همچنین در عقد اجاره آنچه را که مورد اجاره قرار می‌گیرد می‌بایست بین طرفین موجر و مستأجر مشخص و معین باشد. مثلاً آنکه مورد اجاره خانه، مغازه، کارگاه، زمین زراعی، اتومبیل و یا هر شیء دیگری است.

در بیمه آنچه مورد معامله قرار می‌گیرد تأمین و تضمین (Security) است که توسط بیمه‌گر تعهد می‌گردد. به عبارت دیگر بیمه‌گر در مقابل دریافت وجه معینی که حق بیمه نامیده می‌شود تعهد می‌کند چنانچه طی مدت مشخصی (که از قبل مورد توافق طرفین قرار گرفته است) حادثه‌ای به موجب وقوع خطری که بیمه شده است، برای بیمه‌گذار واقع شود و به وی خسارت و زیان وارد آورد بیمه‌گر زیان حاصله را جبران نماید. در واقع

بیمه گر در ابتدای شروع قرارداد به بیمه گذار تأمین و آسایش خاطر می فروشد و همین موضوع عقد و یا قرارداد بیمه است. باید توجه داشت برخلاف آنچه که عده ای تصور می کنند، دریافت حق بیمه لزوماً به خاطر پرداخت غرامت نیست زیرا ممکن است هرگز خسارتی برای بیمه گذار واقع نشود و در این صورت نیز ملزم به پرداخت حق بیمه می باشد. پرداخت حق بیمه در مقابل دریافت تعهد "تأمین و تضمین" از طرف بیمه گر است و چنانچه خسارتی واقع شود جبران کند، خواه خسارت واقع شود و یا نشود بیمه گذار ناچار به پرداخت حق بیمه است به همین جهت است که می گویند تعهد بیمه گذار در ابتدای قرارداد قطعی و محتوم (پرداخت حق بیمه) و تعهد بیمه گر معلق به وقوع حادثه در نتیجه ی خطر بیمه شده می باشد. البته در قانون بیمه ۱۳۱۶ (ماده ۴) موضوع بیمه مترادف با مورد بیمه قلمداد گردیده و آن ممکن است مال باشد اعم از عین یا منفعت یا هر حق مالی یا هر نوع مسئولیت حقوقی.

۴) **مشروعیت جهت انجام معامله** آنچه که مورد معامله قرار می گیرد می بایست مشروع بوده و خود معامله نیز می بایست جهتی مشروع داشته باشد. مثلاً آنکه شخص نمی تواند مال غیر را بفروش رساند و یا آنکه به اجاره یا رهن دهد یا آنکه عملیات شرط بندی و قمار و یا مال قاچاق نمی تواند مورد معامله قرار گیرد. چنین شرط اساسی، در معاملات بیمه نیز مصداق دارد و جهت معامله بیمه ای نمی تواند نامشروع باشد. بیمه اموال مسروقه و یا اموال غیر (که در آن نفع بیمه ای وجود ندارد) فاقد اعتبار است (غلامی؛ ۱۳۷۵)

اوصاف (خصوصیات) عقد بیمه

۱. بیمه عقدی است رضایی (قصدی)

قرارداد بیمه اصولاً به صورت کتبی منعقد می شود. ماده ۲ قانون نیز تأکید بر مکتوب بودن بیمه نامه دارد.

آیا برای اعتبار عقد، کتبی بودن قرارداد امری ضروری محسوب می شود؟

به تعبیر دیگر، آیا بیمه قراردادی تشریفاتی است که اعتبار آن موکول به تهیه سند کتبی است یا صرف توافق

طرفین و ایجاب و قبول برای انعقاد عقد بیمه کفایت می‌کند و سند کتبی مذکور در قانون تنها برای اثبات رابطه قراردادی و شرایط عقد است؟

از ظاهر ماده‌ی ۲ قانون چنین بر می‌آید که شرط اعتبار عقد بیمه، انعقاد آن به موجب سند کتبی است. ولی دلایل متعددی خلاف ظاهر فوق را با اثبات می‌رساند و بیمه را در عداد عقود رضایی قرار می‌دهد.

مطالعه‌ی حقوق تطبیقی نشان می‌دهد که در کشورهایی که مهد بیمه محسوب می‌شوند و منشأ الهام قانون بیمه ایران بوده‌اند عقد بیمه رضایی است و به صرف ایجاب و قبول و توافق طرفین بر سر اصل و شرایط، حتی به صورت شفاهی، قرارداد منعقد شده و برای طرفین تعهدآور است. در این کشورها سند کتبی تنها وسیله‌ی اثبات وجود روابط بیمه‌ای و شرایط توافق شده است و چنانچه این امور به نحو دیگری نیز به اثبات رسد، قرارداد معتبر تلقی می‌گردد.

علاوه بر ریشه‌های حقوق تطبیقی و رویه‌ی امر در دیگر کشورها، به نظر می‌رسد اصول کلی حقوقی در ایران نیز توجیه‌کننده‌ی رضایی بودن عقد بیمه است. و می‌توان مقررات راجع به کتبی بودن عقد را تنها وسیله‌ای برای تسهیل اثبات انعقاد و شرایط عقد محسوب کرد.

۲. بیمه عقدی است لازم

بنا بر تعریف قانون مدنی عقد لازم آن است که هیچ یک از طرفین معامله حق فسخ آن را نداشته باشند مگر در موارد معین (ماده‌ی ۱۸۵) و عقد جایز آن است که هر یک از طرفین بتواند هر وقتی بخواهد آن را فسخ کند (ماده‌ی ۱۸۶). بیمه عقدی لازم است به این معنی که هیچ یک از طرفین عقد حق فسخ آن را ندارند، مگر در موارد معین. عقد بیمه طرفین را ملزم به اجرای مفاد عقد می‌نماید و طرفین نمی‌توانند به دلخواه خود قرارداد را منحل کنند مگر در مواردی که قانون برای طرفین حق فسخ شناخته یا در قرارداد حق فسخ پیش بینی شده باشد. همچنین عقد بیمه به فوت یا حجر بیمه‌گذار منحل نمی‌شود و حقوق و تکالیف ناشی از عقد در مورد مرگ به ورثه منتقل می‌شود و در مورد حجر توسط نماینده‌ی قانونی محجور انجام می‌شود.

ولی قرارداد بیمه‌ی عمر استثنائی بر دیگر عقود بیمه به نظر می‌رسد، زیرا بیمه عمر جنبه سرمایه‌گذاری دارد و افراد مکلف نیستند که به پس انداز و سرمایه‌گذاری خود ادامه دهند. چنانچه بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه عمر، که تعهد قراردادی اوست، امتناع نماید، بیمه‌گر نمی‌تواند بیمه‌گذار را به پرداخت آن ملزم نماید. در واقع، مطابق طبیعت بیمه عمر، بیمه‌گذار همواره حق دارد بیمه عمر را متوقف کند و از پرداخت حق بیمه امتناع نماید. ولی از سوی دیگر بیمه‌گر همواره مکلف به انجام تعهدات قراردادی است و حق توقف عقد و امتناع از انجام تعهدات قراردادی را ندارد. لذا در این باره به نظر می‌رسد بیمه‌گر عقد لازم است و در مورد بیمه‌گذار عقد جایز محسوب می‌شود. در قانون مدنی نیز تصریح شده که عقد می‌تواند در مورد یک طرف جایز و در مورد طرف دیگر لازم باشد (ماده‌ی ۱۸۷ قانون مدنی) و نمونه‌های بارز آن در بین عقود معین مذکور در قانون مدنی، عقد رهن (که به تصریح ماده‌ی ۷۸۷ نسبت به مرتهن جایز و نسبت به راهن لازم است) و عقد کفالت است.

۳. بیمه عقدی است معوض

هر یک از بیمه‌گر و بیمه‌گذار تعهداتی را در مقابل تعهد طرف دیگر می‌پذیرند؛ یعنی هم به اعلام صحیح ریسک موضوع بیمه و پرداخت حق بیمه و هم به پوشش ریسک تعیین شده در عقد تعهد می‌نمایند. معوض بودن عقد آثار و احکام عقود معوض را ایجاد کرده و در زمینه عقد بیمه آثاری همچون رهایی بیمه‌گر از تعهدات در صورتی که بیمه‌گذار به تعهدات خود عمل ننماید را در پی خواهد داشت. احکامی همچون رهایی بیمه‌گر از تعهدات در صورت اعلام خلاف واقع ریسک توسط بیمه‌گذار (که موجب بطلان عقد و یا کاهش حق بیمه‌گذار به جبران می‌شود)، عدم اعلام به موقع وقوع حادثه (که منجر به نفی حق به جبران می‌شود) و عدم پرداخت حق بیمه (که ممکن است منجر به تعلیق و انفساخ عقد شود) از این طبیعت عقد بیمه استنتاج شده است (البته در مورد این احکام ملاحظات اساسی دیگری نیز مد نظر بوده است).

۴. بیمه عقدی است غیر مجانی

در عقد بیمه نیت لطف بین طرف‌های عقد وجود ندارد و هر یک از طرفین به دنبال منفعت خود هستند. بیمه‌گذار همواره باید مبلغی بابت مابه ازای تضمینی که از بیمه‌گر دریافت می‌کند تحت عنوان حق بیمه پرداخت نماید. بیمه هیچ‌گاه عقد مجانی و بلاعوض نیست.

ولی نیت لطف و رایگان بودن می‌تواند بین بیمه‌گذار و اشخاص ثالث ذینفع از بیمه وجود داشته باشد. بیمه‌عمر که در آن ذینفع بیمه، اشخاص ثالث هستند نمونه بارز رابطه عنایت و لطف بیمه‌گذار به ذینفع بیمه‌ای است.

۵. بیمه عقدی است استمراری

بیمه عقدی است که آثار خود را در طول زمان می‌گسترده و روابط حقوقی ایجاد شده برای مدت معین بین طرفین ایجاد می‌نماید و در این مدت منشأ اثر است. همین کشش زمانی بیمه است که وصف اتفاقی بودن آن را نیز تبیین می‌نماید. مدت عقد می‌تواند طولانی باشد، که در این مورد معمولاً حق بیمه به صورت سالیانه محاسبه و پرداخت می‌شود، و یا برای مدت کوتاهی، همچون زمان یک سفر هوایی، منعقد می‌شود؛ ولی در هر مورد اثر عقد برای مدتی پس از انعقاد یا زمان معین دیگر است.

۶. بیمه عقدی است اتفاقی

آنچه آنچنان که از تعریف عقد بیمه در ماده ۱ قانون بیمه نیز برمی‌آید، اتفاقی و احتمالی بودن در مورد موضوع بیمه لحاظ شده است: تنها خطر اتفاقی می‌تواند موضوع عقد بیمه قرار گیرد.

جنبه اتفاقی بودن ریسک موضوع بیمه اساس اعتبار عقد بیمه را تشکیل می‌دهد. بدین نحو اگر ریسک قبل از

انعقاد عقد بیمه محقق شده باشد، عقد بیمه باطل است. بر همین اساس ماده ۱۸ قانون مقرر می‌دارد:

هر گاه معلوم شود خطری که برای آن بیمه به عمل آمده قبل از عقد قرارداد واقع شده بوده است قرارداد بیمه باطل و بی اثر خواهد بود. در این صورت اگر بیمه گر وجهی از بیمه گذار گرفته باشد عشر از مبلغ مزبور را به عنوان مخارج کسر و بقیه را باید به بیمه گذار مسترد دارد.

همین وصف، موجب افتراق جنبه حقوقی از جنبه عملیاتی بیمه است: از نظر قانون اعداد بزرگ و پوشش ریسک، عملیات بیمه و در جهت خلاف ریسک و اتفاق نظر است، ولی از نظر حقوقی در روابط بین بیمه گر - بیمه گذار، اتفاقی بودن عنصر اساسی عقد به شمار می رود. در مورد خطرات احتمالی (مثل آتش سوزی) اتفاقی بودن امری مشخص است، ولی این امر در مورد خطرات حتمی مثل مرگ و میر نیز وجود دارد: در این مورد زمان واقعه مرگ و لذا مدتی را که بیمه گذار باید حق بیمه پرداخت نماید نامشخص است.

اتفاقی بودن، وصف اساسی و بنیاد عقد بیمه است. لذا ریسک‌هایی که با توجه به اوضاع و احوال وقوع آن‌ها بسیار متحمل است، از نظر تکنیکی قابل بیمه شدن به نظر نمی‌رسند به همین علت شرکت‌های بیمه تنها اموری را بیمه می‌کنند که وصف اتفاقی یا حادثه داشته باشند. حادثه یا اتفاق وقوع آنی را تداعی می‌کند، ولی در اینجا بیشتر توجه به جنبه غیر قابل پیش بینی و واقعه احتمالی برای بیمه گذار است.

۷. بیمه عقدی است مبتنی بر حسن نیت

در دیگر قراردادهای معوض وجود یا عدم حسن نیت در اعتبار عقد تأثیری ندارد ولی در عقد بیمه حسن نیت یکی از عناصر اصلی اعتبار قرارداد بیمه است. در این عقد، بیمه گر به اعلام بیمه گذار (که قبل از حادثه احراز صحت آن برای او بسیار مشکل یا غیر ممکن است) اطمینان می‌کند بر اساس محاسبات و حق بیمه قرارداد را بر آن قرار می‌دهد. به این نحو اعلام همراه با حسن نیت بیمه گذار و دادن اطلاعات خواسته شده اهمیت عمده‌ای برای بیمه گر و صحت عقد بیمه دارد. به همین علت چنانچه بعداً خلاف حسن نیت بیمه گذار ثابت شود، ضمانت اجرای سنگینی برای این تخلف پیش‌بینی شده است: بطلان عقد در صورت سوء نیت در اعلام ریسک و یا قیمت مال موضوع بیمه (مواد ۱۱ و ۱۲ قانون بیمه) و عدم پوشش در صورت اعلام غیر واقعی وقوع حادثه.

۸. بیمه عقدی است الحاقی (تحمیلی)

عقد بیمه معمولاً به عنوان نمونه بارز عقود الحاقی از جانب دکترین معرفی شده است. علت الحاقی شمردن عقد بیمه آن است که قرارداد قبلاً توسط بیمه گر تهیه و چاپ شده و بیمه گذار به قرارداد از پیش تعیین شده بدون آنکه بحثی در مورد شرایط عمومی آن ذکر کرده باشد و تنها با پر کردن جاهای خالی فرم، ملحق می‌شود.

این امر می‌تواند موجب سوء استفاده شرکت‌های بیمه، که نوعاً از نظر اقتصادی و تعادل قراردادی در موقعیت برتری نسبت به بیمه گذار قرار دارند، شوند. به همین علت در کشور ما بیمه مرکزی ایران که رسالت نظارت بر فعالیت‌های بیمه و حمایت از حقوق بیمه گذاران و ذینفع‌های بیمه را بر عهده دارد، مرجع صالح برای تعیین شرایط عمومی قراردادهای بیمه است. بدین نحو شرکت‌های بیمه نمی‌توانند بنا برخواست و مصالح خود شرایط عمومی بیمه را تعیین و بر بیمه گذاران تحمیل نمایند.

ولی این تمهیدات و پشتیبانی‌ها در جهت حفظ منافع و حقوق بیمه گذاران، سبب نمی‌شود که بیمه از عداد عقود الحاقی خارج شود. در واقع، شرایط از پیش تعیین شده عقد بیمه و ارائه آن توسط شرکت بیمه و عدم امکان مذاکره در شرایط عمومی عقد، همچنان سبب صدق وصف "الحاقی" به عقود بیمه است. (بابایی، ۱۳۸۲)

اصول حاکم بر بیمه قراردادهای بیمه

۱. اصل (حد اعلای) حسن نیت Principle Of Good Faith

بر اساس اصل حسن نیت بیمه گذار و بیمه گر در ارائه اطلاعات و تنظیم قرارداد و صدور بیمه نامه نهایت صداقت و دقت را رعایت نمایند. تمام قراردادهای و روابط باید مبتنی بر حسن نیت باشد ولی در بیمه، حسن نیت از عوامل اساسی بین طرفین است. چون برای بیمه گر این امکان وجود ندارد که قبل از صدور بیمه نامه هر یک از اموالی که برای بیمه کردن به او عرضه می شود را بازدید و کیفیت خطر آن را ارزیابی کند و در اکثر موارد بر اساس اظهارات بیمه گذار اقدام به پذیرش ریسک و صدور بیمه نامه می نماید. لذا از نظر قانون بیمه وظایفی برای طرفین قرارداد در نظر گرفته شده (در جهت اجرای اصل حسن نیت) که به شرح زیر است:

الف) اصل حسن نیت در مورد بیمه گذار

بیمه گذار موظف است که در هنگام عقد قرارداد بیمه و در جریان آن کلیه اطلاعاتی که در خصوص مورد بیمه دارد (که مؤثر در ارزیابی خطر است) با کمال درستی و صداقت اظهار کند (اعم از اینکه بیمه گر این اطلاعات را خواسته باشد یا نخواستہ باشد)، به طوری که بیمه گر با بهره گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می دهد تشخیص دهد.

ب) اصل حسن نیت در مورد بیمه گر

بیمه گر موظف است که در سند بیمه (بیمه نامه) هر آنچه نشان دهنده تعهدات اوست، چه از لحاظ کیفی و چه از نظر کمی، به وضوح ذکر کند و مواردی را که به هر نحوی در صورت بروز حادثه می تواند مؤثر در پرداخت خسارت باشد در بیمه نامه قید نماید، به طوری که تعهدات بیمه گر از هر جهت برای بیمه گذار معین و مشخص باشد.

۲. اصل غرامت یا اصل زیان Principle Of Indemnity

بیمه، قراردادی است که موضوع آن جبران خسارت وارده به اموال و دارایی بیمه گذار است. به موجب اصل غرامت، بیمه نباید هرگز به صورت منبع استفاده برای بیمه گذار درآید. بیمه گر متعهد جبران خسارتی است که در پی حادثه مورد بیمه برای بیمه گذار بوجود می آید. بنابراین، جبران خسارت نباید بیمه گذار را از نظر مالی در وضعی مساعدتر از قبل از وقوع حادثه قرار دهد. به دیگر سخن، وقتی بیمه به طور کامل و صحیح انجام گرفته باشد نباید پرداخت خسارت موجب بهتر شدن وضع مالی بیمه گذار نسبت به قبل از حادثه شود. اگر این اصل ملاک پرداخت خسارت نباشد و بپذیریم که بیمه، منبع استفاده بیمه گذار شود، فساد ایجاد می کند و مخل نظم عمومی است و تشویقی خواهد بود برای ایجاد خسارتهای عمدی. اصل جبران خسارت در مورد بیمه های اشخاص بکار نمی رود، زیرا از یک سو در بیمه اشخاص، نگرانی خسارتهای عمدی مثل مرگ یا نقص عضو موردی ندارد و از سوی دیگر، حیات و زندگی اشخاص تبدیل پذیر به میزان مشخصی پول نیست. در بیمه های اموال بیمه گذار برای دریافت خسارت کامل باید اموال خود را به ارزش واقعی (قیمت روز) بیمه کند در صورتی که بیمه گذار اموال خود را به قیمت بیش از ارزش واقعی مال بیمه کند و این عمل با قصد تقلب صورت بگیرد بیمه نامه صادره باطل خواهد بود. و در صورتی که بیمه گذار مال خود را به ارزش کمتر از ارزش واقعی آن بیمه نماید در صورت وقوع حادثه خسارت بر مبنای قاعده نسبی سرمایه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

قاعده نسبی سرمایه

ماده ۱۰ قانون بیمه ایران مقرر می دارد: ((در صورتی که مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد بیمه گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال مسئول خسارت خواهد بود)). این مسأله در صورتی مطرح خواهد شد که در روز حادثه معلوم شود سرمایه بیمه شده مورد بیمه از قیمت واقعی آن کمتر است و اینجاست که موضوع اعمال قاعده نسبی سرمایه به میان می آید. در اینصورت بیمه گذار برای

تفاوت بین قیمت واقعی و سرمایه بیمه شده، بیمه‌گر خود تلقی می‌شود و سهمی از خسارت متناسب با تفاوت حاصل بین این دو مبلغ را تحمل می‌کند. بیمه‌گذار در صورتی حق دریافت خسارت کامل دارد که مورد بیمه را به قیمت واقعی بیمه کرده و حق بیمه مربوط را به طور کامل پرداخته باشد. چنانچه آن را به قیمتی کمتر از قیمت واقعی بیمه کرده باشد طبعاً خسارتی کمتر از خسارتی واقعی دریافت خواهد کرد. عدول از قاعده نسبی، به موافقت صریح بیمه‌گر و بیمه‌گذار وابسته است و در صورتی که در بیمه‌نامه خلاف آن شرط نشده باشد قابل اجراء است. بنابراین، اصل، اعمال قاعده نسبی سرمایه است مگر اینکه بین طرفین خلاف آن توافق شده باشد.

مثال: شخصی دارای اموالی به ارزش ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می‌باشد. از شرکت بیمه ای درخواست صدور بیمه نامه آتش سوزی می‌نماید و ارزش دارائی خود را در زمان تکمیل فرم پیشنهاد ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال اعلام می‌نماید. بیمه‌گر براساس اظهارات وی بیمه نامه صادر می‌نماید. در طول اعتبار بیمه نامه بر اثر آتش سوزی خسارتی به مبلغ ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بوجود می‌آید بر اساس قاعده نسبی میزان خسارت قابل پرداخت از سوی بیمه‌گر ۵۳۳,۳۳۳,۳۳۳ ریال خواهد بود که از تقسیم مبلغ بیمه شده بر ارزش واقعی مورد بیمه و ضربدر مبلغ واقعی خسارت بدست می‌آید.

$$\frac{1000000000}{1500000000} \times 800000000 = 533333333$$

۳. اصل نفع بیمه‌پذیر Principle Of Insurable Interest

در بیمه‌های غرامتی براساس نفع بیمه‌پذیر، تصور این است که بیمه شده یا استفاده‌کننده علاقه‌مند و ذی‌نفع است که خطر بیمه شده بروز نکند. در واقع علاقه و نفع وی در عدم وقوع حادثه موضوع تعهد بیمه‌گر است. بیمه‌گذار برای اثبات خسارت خود باید ثابت کند که با از بین رفتن اموال یا کالای مورد بیمه دچار خسارت و زیان می‌شود و برای اثبات این امر بیمه‌گذار باید در خصوص مورد بیمه نفع بیمه‌پذیر داشته باشد. یکی از اصول بیمه این است که شخص بیمه‌گذار باید کسی باشد که در صورت ورود خسارت، از این اتفاق

دچار زیان مالی شود. برای مثال، چنانچه بیمه‌گذاری اموال بیمه شده‌اش را فروخته باشد یا به علل قانونی این اموال به تصرف غیر درآمده باشد، از نظر بیمه در این مورد نفع بیمه‌پذیر بیمه‌گذار در زمینه مورد بیمه قطع شده است. شایان ذکر است که نفع بیمه‌پذیر تنها به مالکان منحصر نیست و اشخاص زیر نیز دارای نفع بیمه‌پذیر هستند: مالکیت، مالکیت محدود، راهن و مرتهن، موجر و مستأجر، مسئولیت قانونی، ایمن و وصی و قیم، طلبکار، کارفرما و زن و شوهر.

۴. اصل جانشینی (حق رجوع بیمه‌گر به مسئول خسارت) Principle Of Subrogation

در بسیاری از موارد، خسارت وارده بر اثر غفلت، کوتاهی و قصور اشخاص به وجود می‌آید. بدین لحاظ، در قراردادهای بیمه بین طرفین توافق می‌شود که در چنین مواردی بیمه‌گر خسارت وارده را پردازد و بعنوان جانشین بیمه‌گزار (زیان دیده) خسارت را از مقصر حادثه مطالبه نماید. بنابراین، با پرداخت خسارت کلیه حقوق بیمه‌گزار در برابر افراد مقصر حادثه به بیمه‌گر منتقل می‌شود (از طریق وکالتنامه) و بیمه‌گر می‌تواند اقدامهای قضایی لازم را به عمل آورد. باید به این نکته توجه شود که اگر بیمه‌گذار قبل از دریافت خسارت از بیمه‌گر خسارت را از مقصر حادثه دریافت کند بیمه‌گر از پرداخت خسارت مبرا خواهد بود. اگر بیمه‌گر، حق رجوع به مقصر حادثه را برای بازیافت خسارت پرداختی نداشت، این مشکل پیش می‌آید که: اولاً، بیمه‌گذار می‌توانست دو بار خسارت دریافت کند؛ و ثانیاً، شخص یا اشخاص مقصر، قادر به شانه خالی کردن از زیر بار مسئولیت و پرداخت خسارتی که مقصر آن هستند می‌شدند. ماده ۳۰ قانون بیمه ایران به شرح زیر اشاره به اصل جانشینی دارد: ((بیمه‌گر در حدودی که خسارت وارده را قبول یا پرداخت می‌کند، در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارات هستند قائم‌مقام بیمه‌گذار خواهد بود و اگر بیمه‌گذار اقدامی کند که منافی با حق مزبور باشد در مقابل بیمه‌گر مسئول شناخته می‌شود)). انتقال حق مراجعه به مسئول خسارت از بیمه‌گذار به بیمه‌گر از اصول مسلم در بیمه‌های غرامت (بیمه‌های اشیا و بیمه‌های مسئولیت) به شمار می‌رود. اگر خسارت ناشی از موارد قهریه و عمل خود فرد باشد، بیمه‌گر تحت شرایط بیمه‌نامه غرامت وارده را می‌پردازد و موضوع به همین جا خاتمه

می پذیرد. در صورتی که خسارت ناشی از عمل شخص ثالث باشد، و آن شخص مسئول شناخته شده باشد بیمه گر به علت تعهدی که در بیمه نامه کرده است زیان وارده را جبران می کند، و چون تکلیف قانونی مسئول حادثه به رفع زیان باقی می ماند بنابراین بیمه گر می تواند به قائم مقامی و جانشینی بیمه گزار (زیان دیده) از مسئول حادثه بخواهد که زیان وارده را جبران کند. این موارد جانشینی حق قانونی است که در قوانین مدنی هم شناخته شده است. بیمه گزار (زیان دیده) در صورت دریافت غرامت از بیمه گر نمی تواند مجدداً به مقصر حادثه مراجعه و مطالبه خسارت بنماید ولی در موارد زیر حق زیان دیده به دریافت غرامت از مسئول حادثه به قوت خود باقی است:

- کافی نبودن مبلغ بیمه شده (ماده ۱۰ قانون بیمه ایران)
- . وقتی تعهد بیمه گر دارای فرانشیز باشد.
- اعمال قاعده نسبی حق بیمه (ماده ۱۳ قانون بیمه ایران).

۵. اصل تعدد بیمه *Principle Of Double Insurance*

تعدد بیمه عبارت است از اینکه برای بیمه یک شیء چند قرارداد بیمه وجود داشته باشد. تعدد بیمه لزوماً موجب بطلان قراردادهای بیمه نیست. ممکن است همه قراردادها معتبر باشد. تعدد بیمه در صورتی که سه شرط زیر وجود داشته باشد، تعدد بیمه می تواند برخلاف اصل غرامت باشد:

۱- اینکه جمع مبالغ بیمه شده از ارزش واقعی شیء بیمه شده تجاوز کند.

۲- اینکه منتفع از همه بیمه نامه ها یک شخص باشد.

۳- خطرهای بیمه شده در همه بیمه نامه ها یکسان باشد.

۴- همه بیمه نامه های برای مدت یکسان صادر شده باشد.

در توضیح شرط اول، می‌توان گفت مانعی وجود ندارد که بیمه‌گذار برای بیمه یک شیء به چند بیمه‌گر مراجعه کند و نزد هر یک از آنها قسمتی از ارزش شیء مورد بیمه را بیمه کند به طوری که جمع مبالغ بیمه شده از ارزش واقعی شیء بیمه شده تجاوز نکند. بیمه‌های متعدد در برخی موارد در جهت حفظ منافع بیمه‌گذار است. اگر ارزش شیء مورد بیمه زیاد باشد، تقسیم خطر بین چند بیمه‌گر تأمین بیشتری برای بیمه‌گذار در بردارد. در این صورت احتمال اینکه ورشکستگی یکی از بیمه‌گران، بیمه‌گذار را با بحران مالی مواجه کند تقریباً منتفی است. در صورت وقوع خسارت، هر یک از بیمه‌گران پرداخت خسارت را به نسبت سهمی از مورد بیمه که بیمه کرده است به عهده دارد و بدین ترتیب سهمی که پرداخت آن احیاناً با اشکال مواجه می‌شود زیاد نخواهد بود. به طوری که ملاحظه خواهیم کرد با درج فرانشیز در بیمه‌نامه در صورت وقوع خسارت مبلغی از آن از طرف بیمه‌گر پرداخت نمی‌شود و نسبت به آن مبلغ بیمه‌گذار، بیمه‌گر خود محسوب می‌شود. در این فرض برای اینکه کلیه زیانهای وارده جبران شود ممکن است بیمه‌گذار برای بیمه مبلغی که پوشش ندارد به بیمه‌گر دیگری مراجعه کند. در این صورت خسارت تا حدی که در بیمه‌نامه اول پیش‌بینی شده است از طرف بیمه‌گر نخست و مبلغی که به موجب شرط فرانشیز، تحت این بیمه‌نامه بیمه نیست از طرف بیمه‌گر دوم پرداخت می‌شود.

شرط دوم از شرایط سه‌گانه یادشده نیز لازم است. زیرا هرگاه برای یک شیء در قبال خطرهای معین تا میزان تمام قیمت آن بیمه‌های متعدد انجام شود و اشخاصی که هر یک نفعی در حفظ شیء بیمه‌شده دارند بیمه‌ها را عمل کنند، تعدد بیمه‌ها در این مورد با اصل غرامت مخالف نیست. کالایی را که ارسال می‌شود ممکن است فرستنده، گیرنده و طلبکار با حق وثیقه بیمه کنند. در صورت وقوع خسارت هر یک از این اشخاص که ادعای غرامت کند، باید ثابت نماید که در لحظه وقوع خسارت نفع بیمه‌پذیر داشته است. مثلاً در صورتی که طلبکار با حق وثیقه، برای دریافت خسارت به بیمه‌گری که کالا را نزد او بیمه کرده است مراجعه کند، باید با ابراز اسناد کالا نشان دهد که کالا در وثیقه اوست و گیرنده بدهی مربوط به کالا را پرداخت نکرده است. وجود شرط سوم از این لحاظ لازم است که مانعی وجود ندارد که مثلاً بیمه کالا یا کشتی طی چند بیمه‌نامه

به عمل آید و در هر بیمه نامه تمام ارزش کالا بیمه شود. لکن در هر یک خطرهایی بیمه شود که در دیگری بیمه نشده است. مثلاً در یک بیمه نامه حوادث دریا بیمه می شود و در بیمه نامه دیگر، خطر جنگ به عمل می آید.

تقسیم خطر بین بیمه های متعدد

ممکن است بیمه های متعدد، همگی در پوشش شیء بیمه شده به طور یکسان مؤثر شناخته شوند. این وضع در دو حالت پیش می آید:

۱- اینکه قراردادهای بیمه در یک زمان منعقد شده باشند. ۲- اینکه هر قرارداد متعاقب دیگری امضاء شود و این امر با موافقت همه بیمه گران صورت گیرد. در این صورت قراردادهایی که منعقد شده اند همگی معتبرند، لکن در صورت وقوع خطر، خسارت باید به نحوی بین بیمه گران سرشکن شود که مجموع مبالغی که پرداخت می شود از ارزش واقعی شیء بیمه شده تجاوز نکند.

دلیل اینکه در دو مورد یاد شده، بیمه های متعدد معتبرند این است که در مورد نخست چون بیمه نامه ها در یک زمان صادر می شوند، قاعداً بیمه گذار از سایر بیمه ها جز بیمه ای که شخصاً در خواست می کند بی اطلاع است و از این رو در انعقاد قراردادهای متعدد بیمه سوء نیت و قصد بهره برداری وجود ندارد. همچنین در مورد دوم با توجه به اینکه بیمه گذار در هنگام در خواست بیمه از هر بیمه گر وجود قرارداد قبلی را به او اعلام می کند معلوم می شود که نظر ندارد از بیمه های متعدد سوء استفاده کند و در صورت تحقق خطر اضافه بر ارزش شیء بیمه شده مبلغی دریافت دارد.

اجتماع بیمه ها

هنگامی اجتماع بیمه ها محقق می شود که بیمه های متعدد با اصل غرامت ناسازگار باشد. در این حال قراردادهای بیمه در یک تاریخ منعقد نمی شوند و موافقت بیمه گران هم جلب نمی گردد. بیمه گذار برای شیء مورد بیمه پوشش بیمه ای کامل دارد مع ذلک برای به دست آوردن پوشش بیمه ای جدید اقدام می کند. این امر به نظر برخی

مؤلفان حاکی از سوء نیت بیمه‌گذار است. با وجود بیمه‌های متعدد به ترتیب یاد شده سوء نیت بیمه‌گذار مفروض است. لازم نیست بیمه‌گر ثابت کند که بیمه‌گذار سوء نیت داشته است، به عهده بیمه‌گذار است که حسن نیت خود را ثابت کند. به نظر این عده، نه تنها بیمه‌گذار به علت بطلان قرارداد از منافع بیمه‌نامه محروم می‌شود بلکه حق بیمه‌ای را هم که پرداخته است به او مسترد نمی‌شود. بنظر عده‌ای دیگر اجتماع بیمه‌نامه‌های به خودی خود حاکی از سوء بیمه‌گذار نیست بیمه‌گذار فقط می‌تواند از بیمه‌نامه اول استفاده کند. سایر بیمه‌نامه‌ها بی‌اثر هستند.

بیمه مشترک *Co-Insurance*

بیمه مشترک مشخص یا معلوم که بدان بیمه مشترک با نسبت معین هم می‌گویند، از انواع بسیار رایج بیمه است. در این نوع بیمه، چندین بیمه‌گر خطر واحدی را بیمه می‌کنند و تعهد هر کدام با نسبت معلومی (در صد یا کسر و نسبت معین) مشخص شده است. مجموع تعهدات بیمه‌گران، از ارزش واقعی مال بیمه شده تجاوز نمی‌کند، مثل آنکه در بیمه آتش‌سوزی، سه بیمه‌گر مشترکاً بیمه‌نامه صادر می‌کنند و نسبت تعهد آنها به ترتیب $\frac{1}{6}$ و $\frac{1}{3}$ و $\frac{1}{2}$ است. این نوع بیمه مشترک همان‌طور که اشاره شد، در عمل بسیار معمول است. هر وقت خطری بسیار بزرگ و تعهد آن از طرف یک شرکت و بیش از توانایی شرکت باشد، بیمه‌گر یا بیمه‌گذار با پیشنهاد قبول قسمتی از تعهد به وسیله بیمه‌گر یا بیمه‌گران دیگر بیمه مشترک انجام می‌دهند. خطرهای بزرگ صنعتی و بازرگانی، کشتی‌های عظیم اقیانوس‌پیما، نفتکش‌ها و هواپیماهای بزرگ، تقریباً همیشه با بیمه مشترک بیمه می‌شوند. با بیمه مشترک، تقسیم خطر و هماهنگی و تجانس بین تعهدات مؤسسه بیمه بهتر تأمین می‌شود. گهگاه ۲۰ تا ۴۰ و حتی تعداد بیشتری از بیمه‌گران در قبول و تعهد خطری واحد یا گروهی از خطرها سهیم می‌شوند. لویڈز لندن، نمونه بارز بیمه مشترک است. یعنی مؤسسه لویڈز اصولاً براساس تعدد بیمه و به منظور بیمه مشترک تشکیل شده است. سازمان مرکزی که کمیته لویڈز نام دارد، سازمان اداری مؤسسه است و در انعقاد قراردادها نقشی ندارد. صدور بیمه‌نامه را، بیمه‌گران یا گروهی از بیمه‌گران و با مداخله واسطه‌های بیمه یا نمایندگان بیمه انجام می‌دهند. هر بیمه‌گری در بیمه‌نامه‌ای که دست به دست می‌شود، نسبت یا مقدار معینی از مبلغ بیمه شده را تعهد

می کند. برای اجتناب از بیمه با مبلغ بیمه شده بیش از ارزش واقعی بیمه گذار متعهد است که تعدد بیمه را در هر حال به اطلاع بیمه گر برساند. بیمه مشترک معلوم تعدد بیمه محسوب است ولی بیمه با مبلغ بیمه شده اضافی نیست زیرا کل تعهد بیمه گران هرگز از ارزش واقعی شیء بیمه شده بیشتر نمی شود و جمع نسبتهای تعهد شده از یک تجاوز نمی کند. در حقیقت در بیمه مشترک به نحوی که در لویدز لندن معمول است، بیمه گران با یک بیمه نامه جمعی تعهد می کنند. بیمه گذار با چندین بیمه گر طرف قرارداد است ولی هر بیمه گر به نسبت تعهدی که کرده متعهد است بی آنکه بیمه گران، بین هم مسئولیت مشترک داشته باشند. بیمه نامه که در واقع جمع آوری قبولی بیمه گران است با تعیین نسبت تعهد و میزان حق بیمه هریک و امضای بیمه گران تنظیم می شود و بدیهی است که سایر شرایط بیمه برای کلیه تعهد کنندگان یکی است. برای تسهیل روابط بین بیمه گذار و بیمه گران مختلف، معمولاً یکی از بیمه گران به سمت رهبر (لیدر) انتخاب می شود که مسئول تنظیم قرارداد و صدور بیمه نامه است. بیمه نامه را کلیه بیمه گران متعهد امضاء می کنند و یک نسخه نزد شرکت بیمه رهبر گذاشته می شود. احياناً یک نسخه هم به نماینده بیمه داده می شود و اصل بیمه نامه به بیمه گذار تسلیم می گردد. سایر بیمه گران هر یک رونوشت معمولی از بیمه نامه دریافت می دارند.

۶. اصل داوری *Principle Of Arbitration*

هر گونه اختلاف بین بیمه گر و بیمه گذار، به ویژه از نظر فنی، ترجیحاً در مرحله نخست از طریق توافق و سازش انجام می گیرد. طرفین قرارداد به ویژه بیمه گر، علاقه ای به طرح دعوا در دادگاه ندارند. زیرا اولاً مراحل رسیدگی طولانی است و ثانیاً ممکن است به اعتبار حرفه ای و حسن شهرت شرکت بیمه لطمه وارد شود. اگر اختلاف و عدم توافق طرفین در شمول یا عدم شمول قرارداد یا میزان خسارت از طریق سازش امکان پذیر نباشد موضوع به داوری ارجاع می گردد. مزیت داوری در این است که اولاً به دور از تشریفات دست و پاگیر اداری و کم هزینه است و ثانیاً داوران اغلب از میان افراد صاحب نظر فنی و مدیران بازنشسته یا شاغل متخصص در امر بیمه و موضوع مورد اختلاف طرفین انتخاب می شوند. شرایط داوری در شرایط بیمه نامه درج می شود. اگر طرفین

توافق کنند موضوع به یک داور واحد ارجاع می شود در غیر این صورت هر یک از طرفین اختلاف، یک داور انتخاب می کند که مشترکاً به موضوع اختلاف رسیدگی نماید. در این مرحله نیز اگر موضوع اختلاف حل نشود یا داوران در مورد نکته خاصی هم رأی نداشته باشند سرداور انتخاب می شود که به موضوع رسیدگی می کند و رأی هیئت داوران به طرفین برای اجرا ابلاغ می شود.

۷. اصل علت نزدیک *Principle Of Proximate Cause*

بیمه گذار در اندیشه دریافت خسارت از بیمه گر است باید نشان دهد که بین وقوع حادثه و خسارت وارد شده رابطه علت و معلولی نزدیک و مستقیم وجود دارد. علت نزدیک خسارت وارده باید حادثه بیمه شده باشد تا بیمه گر آن را پردازد. یعنی خسارت در نتیجه وقوع حادثه بیمه شده وارد آمده باشد. خسارت وارده ممکن است ناشی از مجموعه علت‌های به هم پیوسته باشد که هر یک در پی دیگری و از نتیجه آن ناشی شود. امکان دارد این پیوستگی را علتی مستقل و بی ارتباط با دلایل پیش گفته، از هم بگسلد. مثلاً: مورد بیمه، در مقابل خطر آتش سوزی بیمه شده که بر اثر جاری شدن سیل خسارت می بیند و در پی آن، آتش سوزی واقع می شود که بقایای آن را نیز منهدم می سازد. بیمه گر آتش سوزی تنها خسارت آتش سوزی را می پردازد چون خطر سیل در این بیمه نامه مورد تعهد بیمه گر نیست. ممکن است بیمه گر دیگری خطر سیل را بیمه کرده باشد که خسارت سیل جزء تعهد او خواهد بود. ولی اگر مورد بیمه قبل از وقوع آتش سوزی در نتیجه حادثه سیل به کلی ویران شده باشد و حادثه آتش سوزی تغییری در میزان خسارت نداده باشد طبعاً بیمه گر آتش سوزی تعهدی در مورد جبران خسارت ندارد. برای اینکه کل خسارت وارده ناشی از سیل است که بیمه نشده است یا فرض کنید اگر خسارت از دودی ناشی شود که نتیجه یک آتش سوزی به مفهوم قرارداد بیمه باشد جزء تعهدات بیمه گر محسوب می شود هرگاه این دودزدگی از لوله بخاری باشد بیمه گر در خصوص جبران آن تعهدی ندارد.

۸. اصل اتکایی

از اصول اولیه بیمه در کلیه رشته‌ها این است که ریسک بیمه شده تا جایی که ممکن است در سطح وسیعی پخش شود. بیمه اتکایی راه حل این اصل است. بیمه اتکایی نظامی است که بیمه‌گر صادرکننده بیمه‌نامه را قادر می‌سازد که با توجه به سرمایه و ذخایر خود بخشی از ریسکهای صادره را به حساب خود نگه دارد و مازاد بر توان خود را بین بیمه‌گران اتکایی مختلف تقسیم کند. به بیان دیگر، بیمه اتکایی را می‌توان توزیع جهانی ریسک نامید. بیمه اتکایی موجب می‌شود که بیمه‌گر صادرکننده ظرفیت خود را به مبلغ خاصی که توانایی او اجازه می‌دهد محدود نکند، بلکه ریسکهای بزرگ با سرمایه‌های بالا را به راحتی قبول و مازاد را بیمه اتکایی کند. (کریمی، ۱۳۸۳)

تعهدات بیمه‌گذار

- اعلام دقیق کیفیت خطر مورد بیمه به بیمه‌گر
 - پرداخت به موقع حق بیمه
 - حفاظت از مورد در حدی که هر کس به طور متعارف از اموال خود بدون توجه به داشتن بیمه به عمل می‌آورد و جلوگیری از توسعه خسارت در صورت تحقق خطر مورد بیمه.
 - اعلام تشدید خطر
 - اعلام به موقع وقوع حادثه‌ای که منجر به خسارت مورد تعهد بیمه‌گر است.
- نخستین وظیفه بیمه‌گذار در هنگام انعقاد قرارداد بیمه، اعلام کیفیت و خصوصیات خطر مورد بیمه است به طوری که بیمه‌گر را در وضعیتی قرار دهد که بتواند به درستی و دقت، مورد بیمه را ارزیابی کند و با شناخت کافی در زمینه رد یا قبول بیمه آن تصمیم بگیرد و در صورت قبولی بتواند حق بیمه متناسب با ریسک مورد بیمه را تعیین کند. بیمه‌گر حق دارد که اطلاعات مورد نیاز خود را از خطری که بیمه می‌کند به دست آورد. بیمه‌گر می‌تواند علاوه بر بررسی پیشنهاد بیمه‌گذار، خود نیز با اعزام کارشناس بازدید اولیه در خصوص خطر موضوع بیمه به تحقیق بپردازد و اطلاعات تحصیل کند. لکن در همین مورد نیز که بیمه‌گر خود به تحقیق درباره خطر اقدام می‌کند، اولاً اساس ارزیابی او متکی به اظهارات بیمه‌گذار در پیشنهاد مورد بیمه است و در ثانی تحقیق بیمه‌گر الزامی نیست و بیمه‌گر می‌تواند صرفاً با توجه به اطلاعاتی که بیمه‌گذار در اختیار او قرار می‌دهد درباره رد یا قبول بیمه و حق بیمه و شرایط آن تصمیم بگیرد. ثالثاً اگر بیمه‌گذار به نحوی بیمه‌گر را در جریان امر و چگونگی خطر بگذارد که بیمه‌گر نیازی به تحقیق و صرف هزینه نداشته باشد، در نهایت به نفع بیمه‌گذار خواهد بود. زیرا هزینه‌ای که بیمه‌گر در راه بررسی خطر متحمل می‌شود بر دوش بیمه‌گذار خواهد بود و بیمه‌گر در محاسبه‌ای که برای تعیین حق بیمه انجام می‌دهد چنین هزینه‌هایی را نیز در نظر می‌گیرد؛ و سرانجام، چه بسا اطلاعاتی که دانستن آن برای بیمه‌گر ضرورت دارد و با تحقیق کارشناسی نتواند آن را بدست آورد. مثلاً برای

بیمه گر اهمیت دارد که بداند مورد بیمه قبلاً در معرض خطری که بیمه خواهد شد قرار گرفته است یا نه. اطلاع از این امر جز با کمک بیمه گذار میسر نخواهد بود.

حدود تعهد بیمه گذار در اعلام خطر موضوع بیمه

اطلاعاتی که بیمه گذار باید در مورد خطر موضوع بیمه در اختیار بیمه گر قرار دهد دارای دو خصوصیات زیر است:

- باید به بیمه گر اجازه دهد که با کمک این اطلاعات خطر را به درستی ارزیابی کند.

- این اطلاعات باید برای بیمه گذار معلوم و مشخص باشد.

بدین ترتیب، کیفیات خطر که بیمه گذار موظف به اعلام آن به بیمه گر است باید دارای خصوصیتی باشد که از دید بیمه گر برای ارزیابی خطری که می خواهد به عهده بگیرد مؤثر باشد. افزون بر این، کیفیات برای بیمه گذار هم باید معلوم باشد. بر خلاف، بیمه گذار مجبور نیست اوضاع و احوالی را که در ارزیابی خطر مؤثر نیست به اطلاع بیمه گر برساند و اعلام نکردن کیفیاتی که بر خود بیمه گذار معلوم نیست ولو اینکه در ارزیابی خطر مؤثر باشد قصوری از ناحیه او تلقی نمی شود و تأثیری در سرنوشت بیمه ندارد.

ضمانت اجرای اعلام خطر

در صورتی که بیمه گذار به وظیفه خود در اعلام کیفیات خطر عمل نکرده باشد و بیمه گر بدون اطلاع از شدت و ضعف خطر، اقدام به انعقاد قرارداد بیمه نماید، اینکه بیمه گذار از روی عمد و سوءنیت و از روی سهو و اشتباه عمل کرده باشد، نتایجی به شرح زیر خواهد داشت.

عمد بیمه گذار

ماده ۱۲ قانون بیمه مقرر می دارد: "هر گاه بیمه گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات کاذبه بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذبه طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد عقد بیمه باطل خواهد بود، حتی اگر مراتب مذکوره تأثیر در وقوع حادثه نداشته باشد. در

این صورت نه فقط وجوهی که بیمه‌گذار پرداخته است قابل استرداد نیست بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه‌گذار مطالبه کند."

شرایط اعمال ماده ۱۲

۱. **عمده بیمه‌گذار:** عمد مترادف است با سوءنیت. بنابراین بیمه‌گر باید ثابت کند که بیمه‌گذار در اظهارات خلاف خود یا در پنهان داشتن حقایق بر بیمه‌گر عمد سوءنیت داشته است والا اگر اظهارات بیمه‌گذار یا کتمان داشتن اطلاعات از روی سوءنیت نبوده باشد موردی برای اجرای ماده مذکور نخواهد بود. اصل، حسن نیت بیمه‌گذار است. خلاف اصل که عمد و سوءنیت بیمه‌گذار است باید ثابت شود و اثبات سوءنیت بیمه‌گذار در این مورد بسیار مشکل و صرف ادعای بیمه‌گر مبنی بر عمد بیمه‌گذار کافی نیست.

۲. **تخلف بیمه‌گذار:** تخلف بیمه‌گذار دو جنبه دارد. گاهی با اظهارات نادرست و خلاف واقع خود بیمه‌گر را به اشتباه می‌اندازد و گاهی از مطالب لازمی تعمداً خودداری می‌کند. به عبارت دیگر، قانونگذار هم به جنبه مثبت و هم به جنبه منفی مسأله توجه دارد، یعنی هم فعل و هم ترک فعل بیمه‌گذار مورد توجه بوده است. در مورد اظهارات نادرست، بیمه‌گذار باید پاسخگویی عمل خلاف خود باشد که بیمه‌گر را به اشتباه انداخته، لکن در موردی که بیمه‌گذار نکاتی را بر بیمه‌گر پوشیده نگاه می‌دارد، اگر بیمه‌گر در زمینه کیفیاتی که مکتوم مانده طرح نکرده باشد، سکوت عمدی بیمه‌گذار تابع ضمانت اجرای ماده ۱۲ خواهد بود. با توجه به جامعیت و کلیت ماده ۱۲، اگر ثابت شود که بیمه‌گذار از روی سوءنیت موضوع مهمی را از بیمه‌گر پنهان کرده است، حکم ماده مذکور درباره او قابل اجرا خواهد بود.

۳. **مؤثر بودن تخلف بیمه‌گذار:** اظهارات نادرست بیمه‌گذار یا خودداری او از اظهار مطالب باید طوری باشد که یا موضوع خطر را تغییر دهد یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد. با توجه به اینکه قانون بیمه همه جا "موضوع بیمه" را به جای "مورد بیمه" به کار برده است، معلوم نیست اظهارات نادرست بیمه‌گذار یا امتناع وی از اظهار مطالب چگونه مورد بیمه را تغییر خواهد داد؟ مورد بیمه پدیده ثابتی است که اظهارات بیمه‌گذار هر قدر

نادرست و خلاف واقع باشد نمی تواند موجب تغییر آن شود. به احتمال قوی منظور قانونگذار از موضوع بیمه همان خطر موضوع بیمه بوده است که طبعاً اظهارات کاذب بیمه گذار می تواند از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد.

از بررسی عبارت ماده مذکور، دو نتیجه دیگر نیز بدست می آید. یکی آنکه بیمه گذار تعمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً مطالب نادرستی اظهار دارد، لکن این مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذب تأثیری در موضوع نداشته موجب کاهش اهمیت خطر در نظر بیمه گر نشده باشد، موردی برای اعمال ماده ۱۲ نخواهد بود.

دیگر آنکه بیمه گذار تعمداً مطالب نادرستی اظهار نموده یا از اظهار مطالب لازم خودداری کرده است و این اظهارات نادرست و مطالب اظهار نشده باعث کاهش اهمیت خطر در نظر بیمه گر شده است، لکن بیمه گر با علم و وقوف بر همه این امور و با وجود اطلاع از فعل یا ترک فعل عمدی بیمه گذار، بیمه را قبول کرده است، دیگر نمی تواند از حقوقی که این ماده برای او قایل شده است برخوردار گردد.

نتیجه عمد بیمه گذار

بنابر حکم ماده ۱۲ قانون بیمه در صورت اظهارات کذب بیمه گذار یا خودداری از اظهار مطالب مؤثر در تخفیف کیفیت خطر از نظر بیمه گر، نتایج زیر حاصل می شود:

۱. **بطلان عقد بیمه:** اصولاً عقد زمانی محکوم به بطلان است که یکی از شرایط اساسی آن یعنی قصد و رضای طرفین، اهلیت طرفین، معین بودن موضوع عقد و مشروعیت برای آن وجود نداشته یا معلول باشد. قانونگذار، تخلف بیمه گذار را در ردیف یکی از شرایط اساسی عقد بیمه قرار داده است. اگر قرار بود موضوع بیمه نیز بر مبنای عقود دیگر مثل عقد بیع و عقد اجاره حل و فصل شود، تخلف بیمه گذار را که در حقیقت نوعی تدلیس بیمه گذار است باید به استناد خیار تدلیس موجب حق فسخ قرارداد برای بیمه گر بدانیم یا آنکه بابت استدلالی که بیمه گر در این معامله مغبون شده است با استفاده از خیار غبن به بیمه گر حق فسخ بدهیم و حال آنکه قانونگذار به جای قایل شدن فسخ قرارداد بر مبنای خیار تدلیس یا خیار غبن آن را محکوم به بطلان کرده است. به دیگر سخن، ضمانت اجرایی که قانون در مورد عقد بیمه در نظر گرفته است به مراتب از ضمانت اجرای مقرر در

حقوق عمومی شدیدتر است. شاید علت این سختگیری قانونگذار، اهمیتی بوده که برای بیمه (که مبتنی بر اعتماد متقابل بین بیمه گر و بیمه گذار است) قایل شده. چون موضوع بیمه فروش تأمین است، بیمه گذار اجازه ندارد که با عمل خود در ارکان این معامله تزلزلی به وجود آورد. به طوری که از عبارت ماده مستفاد می شود صرف اثبات تخلف بیمه گذار و مؤثر بودن این تخلف در کاهش اهمیت خطر در نظر بیمه گر باعث بطلان عقد بیمه خواهد شد، حتی اگر این تخلف بیمه گذار تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. مثلاً بیمه گذار عمداً از اعلام وجود فروشگاه مواد نفتی در مجاورت مورد بیمه ای که در مقابل آتش سوزی، بیمه شده خودداری کرده است. در این صورت اگر پس از حادثه معلوم شود که مورد بیمه بدون دخالت و تأثیر مواد نفتی، فرضاً به علت اتصال سیم برق دچار آتش سوزی شده است، با وجود آنکه فروشگاه مواد نفتی هیچ نقشی در ایجاد حریق نداشته مع ذالک قرارداد بیمه باطل خواهد بود.

در مورد بطلان قرارداد، بین موردی که تخلف بیمه گذار قبل یا بعد از حادثه یا حتی پس از پرداخت خسارت کشف شده تفاوتی وجود ندارد. در هر حال چه این موضوع قبل از حادثه و چه بعد از حادثه و بعد از پرداخت معلوم شود، عقد بیمه باطل است و چون بر عقد باطل هیچ اثری مترتب نیست، خسارت هم غیر قابل پرداخت است. با این توضیح که اگر تخلف پس از وقوع حادثه موضوع بیمه روشن و ثابت شود، خساراتی پرداخت نخواهد شد و چنانچه خسارت پرداخت شده باشد، چون این پرداخت بی دلیل بوده است، بیمه گر آن را از بیمه گذار پس می گیرد. قانونگذار اشاره ای به غیر قابل پرداخت بودن خسارت کرده است لکن با باطل ساختن قرارداد نیازی به ذکر خسارت نبوده است، زیرا غیر قابل پرداخت بودن خسارت فرع بر بطلان عقد است و اصولاً به طوری که قبلاً نیز اشاره شد، وقتی عقدی باطل باشد آثار آن هم از ابتدا زایل می شود و هر گونه فعل و انفعالی که به تصور وجود عقد انجام گرفته باشد نافذ نخواهد بود.

۲. غیر قابل استرداد بودن وجوه پرداخت شده: به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه، در صورتی که به عمد بیمه گذار، قرارداد بیمه باطل شود، بیمه گذار نمی تواند وجوهی را که به عنوان حق بیمه به بیمه گر پرداخته است استرداد

کند. این حکم قانون بسیار شدید و مغایر حقوق عمومی است، زیرا طبق مقررات کلی هر گاه عقدی باطل شود، آثار آن از بین می‌رود. در اینجا بنا بود به موضوع بطلان برحسب حقوق عمومی برخورد کنیم، بیمه‌گر موظف بود حق بیمه پرداختی بیمه‌گذار را به وی مسترد دارد. در بیع باطل، بایع موظف است وجه دریافتی را به مشتری برگرداند و مشتری هم عین مبیع را به بایع تسلیم دارد. در صورتی که در مورد عقد بیمه با وجود باطل شناختن عقد، به بیمه‌گر حق داده است که از بازگرداندن حق بیمه دریافتی خودداری کند. برخلاف، اگر خسارتی روی داده باشد، تعهدی در جبران آن ندارد و اگر هم خسارتی پرداخته باشد آن را از بیمه‌گذار بازپس خواهد گرفت.

۳. **حق مطالبه اقساط عقب افتاده حق بیمه:** طبق قسمت اخیر ماده ۱۲، بیمه‌گر افزون بر آنکه خسارتی نمی‌پردازد و حق بیمه پرداختی را نگه می‌دارد، حق دارد اقساطی از حق بیمه را هم که پرداخت آن به تعویق افتاده است از بیمه‌گذار مطالبه کند وی را برای پرداخت اقساط یاد شده مورد تعقیب قرار دهد.

به هر حال به طوری که ملاحظه شد، حکم ماده ۱۲ بیش از اندازه شدید است و قانونگذار در مقابل بیمه‌گذاری که عالمأ عامداً از اظهار مطالبی خودداری کرده یا اطلاعات نادرستی در اختیار بیمه‌گر گذارده، شدت عمل زیادی به خرج داده است. تنها توجهی که می‌توان برای این شدت عمل پیدا کرد این است که بیمه‌گذار با عمل خود به اعتماد بیمه‌گر و مآلاً به اعتماد متقابل بیمه‌گر و بیمه‌گذار لطمه وارد آورده است و وجوه حق بیمه و اقساط آن هم ما به ازای خسارتی است که با این عمل خود به بیمه‌گر زده است.

کتمان یا اعلام نادرست غیر عمدی بیمه‌گذار

حکم اظهارات کذب یا کتمان کیفیت خطر موضوع بیمه وقتی غیر ارادی و بدون عمد باشد به موجب ماده ۱۳ قانون بیمه بدین شرح مقرر شده است: "اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی‌شود. در این صورت هر گاه مطلب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقا یا قرارداد بیمه را فسخ کند. در صورت فسخ، بیمه‌گر باید مراتب را به موجب اظهارنامه یا نامه سفارشی دو قبضه به بیمه‌گذار اطلاع دهد. اثر آن ده روز پس از ابلاغ مراتب به بیمه‌گذار شروع می‌شود و در صورتی که مطلب

اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع بعد از وقوع حادثه معلوم شود، خسارت به نسبت وجه بیمه پرداختی و وجهی که بایستی در صورت اظهار نظر به طور کامل ذپرداخته شود تقلیل خواهد یافت."

به طوری که ملاحظه می‌شود قانونگذار برای بیمه‌گذاری که سوءنیت نداشته و از روی حسن نیت و بدون قصد اضرار بیمه‌گر و بدون اینکه دارای هدف به اشتباه انداختن بیمه‌گر باشد از اظهار مطالبی خودداری کرده یا اظهارات خلاف واقع بوده است ضمانت اجرای خفیف‌تری در نظر گرفته است و این هم امری منطقی است زیرا سوءنیت و حسن نیت را نباید مستوجب ضمانت اجرای یکسان دانست. فرض حسن نیت بیمه‌گذار حکم قضیه بنابر اینکه تخلف بیمه‌گذار قبل از وقوع حادثه یا بعد از وقوع حادثه کشف شود متفاوت خواهد بود که در زیر به شرح هر یک از موارد می‌پردازیم.

کشف تخلف بیمه‌گذار قبل از وقوع حادثه

اگر قبل از وقوع حادثه معلوم شود که بیمه‌گذار در اظهارات خود در خصوص تشدید خطر بدون سوءنیت و بدون قصد فریب بیمه‌گر مرتکب تخلف شده است، بیمه‌گر دارای حقوق زیر خواهد بود:

۱. دریافت حق بیمه اضافی از بیمه‌گذار و ادامه قرارداد: از آنجا که بیمه‌گر در ارزیابی خطر دچار اشتباه شده و این امر تعادل بین تعهد طرفین به هم زده است، بیمه‌گر حق دارد در صورت رضایت بیمه‌گذار، حق بیمه اضافی متناسب با خطر را مطالبه و دریافت دارد و از این راه بین تعهد خود و تعهد بیمه‌گذار تعادل برقرار کند و در صورتی که بیمه‌گذار حاضر به پرداخت حق بیمه اضافی نباشد، قرارداد را فسخ کند.

۲. فسخ قرارداد: بیمه‌گر حق دارد بدون اینکه در مقام مطالبه حق بیمه اضافی و ادامه قرارداد برآید، در مورد فسخ عقد بیمه اقدام کند. در این صورت تنها بیمه‌گر است که می‌تواند یا با مطالبه حق بیمه اضافی فرصت ادامه قرارداد را برای بیمه‌گذار فراهم آورد یا آنکه به محض اطلاع از تخلف بیمه‌گذار در صدد فسخ بیمه‌نامه برآید. بدیهی است که بیمه‌گر اگر بخواهد قرارداد را فسخ کند، اولاً باید مهلتی برای بیمه‌گذار قایل شود تا در این فاصله بیمه‌گذار بتواند مورد بیمه را نزد بیمه‌گر دیگری بیمه کند و خطر بدون پوشش نماند این مدت ده روز پس از ابلاغ مراتب به بیمه‌گذار است. یعنی بعد از اینکه موضوع فسخ به اطلاع بیمه‌گذار رسید، پس از انقضای

ده روز، قرارداد فسخ می‌شود. نتیجه آنکه خسارتی که قبل از انقضای ده روز مقرر روی دهد جبران آن به عهده بیمه‌گر خواهد بود، منتهی میزان آن متناسب با حق بیمه پرداختی و حق بیمه واقعی است. ثانیاً قسمتی از حق بیمه را که مربوط به زمان بعد از فسخ است به بیمه‌گذار مسترد دارد. اگر هم قانون این نکته را متذکر نمی‌شد در برگشت قسمتی از حق بیمه تردیدی وجود نداشت. زیرا فسخ قرارداد اقتضا می‌کند که حق بیمه پس از فسخ به طرف دیگر برگردانده شود. محاسبه حق بیمه گذشته و مسترد داشتن حق بیمه بعد از فسخ هم بر اساس تسهیم به نسبت خواهد بود. ثالثاً موضوع فسخ را با اظهارنامه یا نامه سفارشی دو قبضه به اطلاع بیمه‌گذار برساند تا جای هیچ‌گونه انکار و ناآگاهی برای بیمه‌گذار نماند.

۴. ابقای قرارداد بدون دریافت حق بیمه اضافی: قانون به این نکته اشاره نکرده است، لکن از آنجا که مطالبه حق بیمه اضافی یا فسخ قرارداد امتیازی است که قانونگذار برای بیمه‌گر در نظر گرفته است، بیمه‌گر می‌تواند با اعراض از حقوق خود، قرارداد را با همان شرایط و حق بیمه قبلی ادامه دهد. بیمه‌گر خاصه در موردی که اختلاف حق بیمه چندان زیاد نباشد یا مدت کمی از اعتبار عقد باقی مانده باشد معمولاً قرارداد را ابقا می‌کند. آیا سکوت بیمه‌گر، یعنی مطالبه نکردن حق بیمه اضافی یا فسخ نکردن بیمه‌نامه را می‌توان دلیل بر ابقای قرارداد دانست؟ به این پرسش باید پاسخ مثبت داد، زیرا بیمه‌گر نمی‌تواند با به تعویق انداختن اجرای حقوق خود مدت زیادی بیمه‌گذار را بی‌تکلیف نگه دارد و اصولاً حق فسخ با علم به آن عرفاً به فوریت باید اجرا شود.

کشف تخلف بیمه‌گذار پس از وقوع حادثه

در صورتی که بعد از وقوع حادثه موضوع اظهارات نادرست بیمه‌گذار یا خودداری او از اظهار مطالب کشف شود دیگر بیمه‌گر حق مطالبه حق بیمه اضافی یا حق فسخ عقد بیمه را نخواهد داشت، بلکه در این صورت خسارت به نسبت حق بیمه‌ای که با توجه به اظهارات بیمه‌گذار تعیین شده و حق بیمه‌ای که اگر بیمه‌گر بر اوضاع و احوال واقعی خطر واقف بود تعیین می‌شد پرداخت خواهد شد. این قاعده که در قسمت اخیر ماده ۱۳ قانون بیمه مقرر شده است اصطلاحاً به قاعده نسبی حق بیمه معروف است و در موارد بسیاری مورد عمل قرار می‌گیرد.

مثال زیر موضوع اعمال قاعده نسبی حق بیمه را روشن می‌کند

فرض کنیم اموال غیر منقولی به ارزش ۴۰۰۰۰۰۰۰ ریال با حق بیمه‌ای معادل ۵۰۰۰ ریال در مقابل خطر آتش‌سوزی بیمه شده است. پس از آنکه بر اثر وقوع آتش‌سوزی خسارتی به میزان ۱۵۰۰۰۰۰۰ ریال به مورد بیمه وارد آمد معلوم شود که بیمه‌گذار بدون اینکه سوءنیت داشته باشد از اظهار مطالب مهمی خودداری کرده یا اشتباهاً مطالب نادرستی در مورد خطر اظهار داشته است که اگر بیمه‌گر بر حقیقت امر واقف بود به جای ۵۰۰۰ هزار ریال مبلغ ۱۰۰۰۰ ریال حق بیمه تعیین می‌کرد و بیمه‌گذار مجبور بود این مبلغ را به عنوان حق بیمه بپردازد. حال خسارتی که بیمه‌گر به بیمه‌گذار پرداخت خواهد کرد بر اساس قاعده نسبی حق بیمه به شرح زیر محاسبه خواهد شد:

$$\text{مبلغ واقعی خسارت} * \frac{\text{حق بیمه پرداخت شده}}{\text{حق بیمه واقعی}} = \text{خسارت قابل پرداخت}$$

بدین ترتیب در مثال بالا خسارت قابل پرداخت عبارت خواهد بود از:

$$\frac{5000}{10000} \times 15000000 = 7500000$$

و بیمه‌گذار از دریافت نصف خسارت متناسب با حق بیمه‌ای که کمتر پرداخته است محروم خواهد شد.

۲. پرداخت حق بیمه

گفتیم که قرارداد بیمه قراردادی معوض است و تعهد هر یک از طرفین قرارداد مابه ازای تعهد طرف دیگر است. مهمترین و اساسی‌ترین تعهد بیمه‌گذار پرداخت حق بیمه است. ماده یک قانون بیمه اشعار می‌دارد که بیمه‌گر در ازای پرداخت حق بیمه از طرف دیگر جبران خسارت یا تأدیه وجه معین را به عهده می‌گیرد. بیمه‌گذار نه تنها با انعقاد عقد بیمه ملزم به پرداخت حق بیمه است بلکه پرداخت حق بیمه باید با انعقاد عقد بیمه یا دست کم قبل از وقوع حادثه موضوع بیمه صورت بگیرد والا بیمه‌گر تعهدی در جبران خسارت یا تأدیه وجه معین ندارد. در مورد

حق بیمه مسائلی از قبیل چگونگی پرداخت حق بیمه و زمان آن و ضمانت اجرای عدم پرداخت حق بیمه مطرح است که در زیر به بررسی هر یک از آنها می‌پردازیم.

چگونگی پرداخت حق بیمه

اصولاً حق بیمه باید نقداً و در اقامتگاه بیمه‌گر پرداخت شود مگر آنکه بیمه‌گر با پرداخت آن به صورت اقساط یا در محلی جز اقامتگاه وی موافقت کرده باشد. آیا تعهد پرداخت حق بیمه از طرف بیمه‌گذار به منزله پرداخت حق بیمه خواهد بود؟ از ظاهر عبارت ماده ۱ قانون بیمه که روی "پرداخت وجه" تکیه شده است چنین مستفاد می‌شود که صرف تعهد پرداخت حق بیمه پرداخت تلقی نمی‌شود بدیهی است که بیمه‌گر حق دارد مهلتی برای پرداخت حق بیمه قایل شود یا قرار تقسیط آن را بدهد که در این صورت و به شرط اینکه اقساط در موعد مقرر پرداخت شود، حق بیمه وصول شده تلقی خواهد شد. اصولاً حق بیمه باید نقداً پرداخت شود، لکن گهگاه اتفاق می‌افتد که حق بیمه به علل مختلفی در هنگام انعقاد عقد بیمه پرداخت نمی‌شود از جمله اینکه بیمه‌گذار به جای وجه نقد، چک یا سفته در اختیار بیمه‌گر قرار دهد.

زمان پرداخت حق بیمه

در اینجا این پرسش مطرح می‌شود که آیا تسلیم چک و سفته را به بیمه‌گر به عنوان حق بیمه می‌توان وصول حق به حساب آورد؟ در صورتی که بیمه‌گر چک یا سفته را بپذیرد و این اسناد به موقع پرداخت شود اشکالی پیش نمی‌آید، لکن چنانچه چک یا سفته در رأس موعد وصول نشود وضع متفاوت خواهد بود. در مورد چک، چون اصولاً نقدی است و دستور پرداخت وجه معین است اگر بدون محل باشد حق بیمه را نمی‌توان پرداخت شده دانست. اما در مورد عدم وصول وجه سفته، نظری وجود دارد که می‌گوید، بیمه‌گر با قبول سفته به عنوان حق بیمه در حقیقت به نوعی تبدیل تعهد رضایت داده است و بنابراین قبول سفته در حکم دریافت وجه حق بیمه است و عدم وصول سفته در مهلت مقرر لطمه‌ای به اصل تعهد بیمه‌گر نمی‌زند. بیمه‌گر باید تعهد خود را به انجام رساند و بیمه‌گذار را برای وصول وجه سفته تحت تعقیب قرار دهد. به عبارت دیگر، در صورت عدم وصول وجه سفته بیمه‌گر نمی‌تواند به این استناد که حق بیمه پرداخت نشده از ایفای تعهد سرباز زند.

ضمانت اجرای عدم پرداخت حق بیمه

به طور کلی ضمانت اجرای عدم پرداخت حق بیمه این است که بیمه‌گر تعهد خود را انجام نخواهد داد زیرا ایفای تعهد بیمه‌گر موکول به این است که بیمه‌گذار تعهد خود را در مورد حق بیمه انجام داده باشد.

در خصوص حق بیمه، مسأله دیگری نیز مطرح می‌شود و آن عدم پرداخت یک یا چند قسط بیمه در موعد مقرر است. اگر قرار تقسیط حق بیمه داده شده باشد و بیمه‌گذار یک یا چند قسط را در موعد مقرر نپردازد و خسارت روی دهد تکلیف خسارت چه خواهد شد. در صورتی که در قرارداد بیمه ضمن موافقت با تقسیط ضمانت اجرای عدم پرداخت هر یک از اقساط به طور روشن تعیین شده باشد با توجه به اینکه طبق حکم ماده ۱۰ قانون مدنی قراردادهای خصوصی در مورد کسانی که آن را منعقد نموده‌اند در صورتی که مخالف صریح قانون نباشد، نافذ است و طبق آن عمل خواهد شد و اگر فرضاً موافقت شده که عدم پرداخت هر یک از اقساط در سررسید معین موجب عدم پرداخت خسارت خواهد شد، بیمه‌گر می‌تواند از پرداخت خسارت خودداری کند. اما در صورتی که ضمانت اجرای عدم پرداخت اقساط پیش‌بینی نشده باشد نظریات متفاوتی وجود دارد. بعضیها می‌گویند در هر حال عدم پرداخت هر یک از اقساط حق بیمه در موعد مقرر موجب سلب حقوق بیمه‌گذار برای دریافت خسارت خواهد شد، زیرا با فرض اینکه اصولاً حق بیمه باید نقد و در هنگام انعقاد عقد پرداخت شود در ازای مهلت و ارفاقی که بیمه‌گر برای پرداخت حق بیمه قایل شده است بیمه‌گذار هم به طور ضمنی قبول کرده است که اگر اقساط را به موقع نپردازد حق پرداخت خسارت نداشته باشد. این نظر بیش از آنکه به عدالت و انصاف توجه داشته باشد، حفظ حقوق بیمه‌گر را اصالت و ارجحیت داده است. نظر دیگر این است که بیمه‌ای را که همه حق بیمه نسبی آن بیش از حق بیمه معمولی است تبدیل می‌شود. اگر حق بیمه پرداخت شده برای پوشش دادن به خطر موضوع بیمه تا زمان وقوع حادثه با احتساب تعرفه کوتاه مدت کافی بود، بیمه‌گر باید همه خسارت را جبران کند و اگر این حق بیمه با توجه به تعرفه کوتاه مدت نتواند خطر را پوشاند، بیمه‌گر هم تعهدی در جبران خسارت ندارد. این نظر با آنکه از لحاظ فنی ممکن است قابل دفاع باشد با قصد طرفین قرارداد مطابقت ندارد. زیرا هیچ یک از طرفین، قصد بیمه برای مدت کوتاه نداشته‌اند. به علاوه با یک روز اختلاف در تاریخ

وقوع حادثه ممکن است سرنوشت خسارت تغییر کند یعنی یک روز پیش و پس شدن تاریخ حادثه خسارت را کلاً قابل پرداخت یا غیر قابل پرداخت خواهد کرد. نظریه سوم این است که خسارت وارده به نسبت حق بیمه پرداخت شده و حق بیمه‌ای که می‌بایست پرداخت شده باشد تقسیم و پرداخت شود. بر طبق این نظریه فرض می‌شود که بیمه‌گذار تنها قسمتی از مورد بیمه را متناسب با حق بیمه پرداخت شده بیمه کرده است و برای بقیه بیمه‌گر خود باقی مانده است. البته این نظر نیز منطبق با قصد اولیه طرفین نیست، منتها، هم نظری است عادلانه و هم با یکی از قواعد مسلم و پذیرفته شده بیمه‌ای یعنی قاعده نسبی حق بیمه کاملاً تطبیق می‌کند و نه موجب محرومیت کامل بیمه‌گذار از دریافت خسارت و نه باعث پرداخت کامل خسارت به وی خواهد شد. در خاتمه در صورتی که قرار باشد نظریه اخیر را مبنای محاسبه خسارت قرار دهیم، برای رعایت و حمایت بیشتر از بیمه‌گذار باید تنها اقساط موعده رسیده را در محاسبه منظور داریم و اقساطی را که هنوز موعده آن نرسیده است نباید به حساب آوریم.

۳. مواظبت از مورد بیمه و جلوگیری از توسعه خسارت

قسمت اول ماده ۱۵ قانون بیمه ایران مقرر می‌دارد: "بیمه‌گذار باید برای جلوگیری از خسارت، مراقبتی را که عادتاً هر کس از مال خود می‌نماید نسبت به موضوع بیمه نیز بنماید و در صورت نزدیک شدن حادثه یا وقوع آن اقداماتی را که برای جلوگیری از سرایت و توسعه خسارت لازم است به عمل آورد..." بنابراین برطبق این ماده، دو وظیفه عمده به عهده بیمه‌گذار محول شده است:

مراقبت و مواظبت از مورد بیمه

اصولاً بیمه‌گر متعهد جبران خسارت‌های غیر قابل پیش‌بینی است. اگر بیمه‌گذار مراقبت‌های لازمی که هر کس عادتاً از مال خود به عمل می‌آورد، از مورد بیمه نکند خاصیت غیر قابل پیش‌بینی و نامسلم بودن خسارت تضعیف می‌شود. به عبارت دیگر، وجود بیمه، بیمه‌گذار را از اقدام‌هایی که منطقیاً باید برای حفظ اموال خود به عمل آورد معاف نمی‌سازد. مثلاً بیمه‌گذار نمی‌تواند به این بهانه که اثاث منزل یا اموال منقول او در مقابل خطر

دزدی بیمه شده است، مورد بیمه را در وضعی قرار دهد که در معرض دستبرد سارقان باشد، بلکه بیمه گذار باید هر گونه احتیاطی را که اگر اموال او بیمه نبود معمول می‌داشت، اکنون نیز که بیمه است به عمل آورد.

برای تشخیص مراقبت‌هایی که بیمه گذار باید برای مورد بیمه انجام دهد تنها به عادت بیمه گذار توجه نمی‌شود بلکه بیشتر عرف و عادت اکثر مردم مورد توجه قرار می‌گیرد. این تکلیفی که قانون و عرف و منطق به عهده بیمه گذار نهاده است محدود و منحصر به بیمه خاصی نیست، بلکه در انواع مختلف بیمه صدق می‌کند.

جلوگیری از توسعه خسارت

به محض اینکه خسارت پیش آمد یا حتی وقوع آن نزدیک و قابل پیش‌بینی شد، بیمه گذار باید با تمام وسایل و امکاناتی که در اختیار دارد، یا می‌تواند در اختیار داشته باشد، از تسری و توسعه آن جلوگیری کند و مانع از این شود که خسارت گسترش یابد. مثلاً بیمه گذار باید به محض وقوع آتش‌سوزی در ساختمان بیمه شده، با وسایلی که در دسترس دارد در اطفای حریق اقدام کند و برای خاموش کردن آتش و جلوگیری از گسترش دامنه آن، مأموران آتش‌نشانی را به کمک بگیرد. حتی نزدیک شدن و احتمال بروز خسارت هم بیمه گذار را مکلف می‌سازد که برای جلوگیری از خسارت، اقدام‌هایی را انجام دهد. برای مثال، وقتی مورد بیمه‌ای در مقابل خطر سیل بیمه شده است، اگر سیل از نواحی کوهستانی بالادست محل مورد بیمه آغاز شود، به احتمال زیاد به ساختمان مورد بیمه هم خسارت وارد خواهد آورد که در این صورت چنانچه بیمه گذار شخص محتاط و دوراندیش و دارای حسن نیت باشد، پیش از آنکه ساختمان در معرض خطر سیل قرار گیرد اقدام‌هایی برای حفظ مورد بیمه به عمل می‌آورد. نظیر این مثال، هنگامی است که آتش‌سوزی از ساختمان مجاور ساختمان مورد بیمه آغاز می‌شود. در این وضعیت اگر بیمه گذار حسن نیت داشته باشد و علاقمند به حفظ اموال خود از نظر آتش‌سوزی، باید به محض اطلاع از حادثه، برای مقابله با آتش‌سوزی، مجهز و مانع از این شود که ساختمان مورد بیمه طعمه شعله‌های آتش شود. در اینجا نکته شایان ذکر آن است که بیمه گر در مقابل چنین انتظاری که از بیمه گذار دارد، هزینه‌هایی را که بیمه گذار برای جلوگیری از توسعه خسارت متحمل می‌شود جبران می‌کند. اقدام‌هایی که بیمه گذار برای جلوگیری از توسعه خسارت به عمل می‌آورد، افزون بر آنکه متضمن نفع خود

بیمه گذار است به سود بیمه گر هم خواهد بود، زیرا هر اندازه دامنه خسارت وسیع باشد، ناگزیر تعهد بیمه گر هم سنگین تر می شود. به همین سبب، بیمه گر در مقابل این همکاری که از بیمه گذار انتظار دارد هزینه‌هایی را که بیمه گذار به گردن گرفته جبران می کند و حتی برای اینکه به بیمه گذار از هر حیث اطمینان دهد و او را به این امر تشویق کند، پرداخت هزینه را به ثمربخش بودن اقدام‌ها موقوف نمی کند بلکه به فرض هم که اقدام‌های بیمه گذار نتیجه ندهد، باز هم بیمه گر از پرداخت هزینه معاف نخواهد بود. البته میزان هزینه‌ای که بیمه گذار برای جلوگیری از تسری خسارت پرداخته است باید در درجه نخست متناسب با خطر مورد بیمه و میزان خسارت احتمالی و در درجه دوم باید عرف، همچنین هزینه‌ای را برای جلوگیری از خسارت مورد نظر توجیه کند.

بهتر است در بیمه‌نامه، میزان هزینه‌ای که بیمه گذار حق دارد به حساب بیمه گر انجام دهد با در نظر گرفتن مورد بیمه و خطر موضوع بیمه مشخص شود تا اختلاف احتمالی بین بیمه گر و بیمه گذار در این خصوص به حداقل برسد.

۴. وظیفه بیمه گذار در صورت تشدید خطر

برخلاف قاعده کلی اعلام خطر در هنگام انعقاد قرارداد بیمه که بیمه گذار ملزم است کلیه اطلاعاتی را که در مورد بیمه دارد و در ارزیابی خطر مؤثر است در اختیار بیمه گر قرار دهد، ظاهراً باید این تکلیف در حین اعتبار بیمه محدود به مواردی باشد که در بیمه‌نامه تصریح شده. لکن از آنجا که همیشه تعیین مواردی که کیفیت مشدد خطر تلقی می شود ممکن نیست، این موضوع به صورت کلی برگزار می شود. با این همه، چنانچه بیمه گر بخواهد بیمه گذار را از این الزام معاف دارد، بهتر است که این معافیت در بیمه‌نامه به صراحت اعلام شود.

تشدید خطر، یا ممکن است در نتیجه عمل بیمه گذار باشد یا آنکه بیمه گذار در تشدید خطر مداخله‌ای نداشته باشد که بنا به مورد، تکلیف بیمه گذار برای اعلام به بیمه گر مختلف است.

تشدید خطر در نتیجه عمل بیمه گذار

چنانچه تشدید خطر در نتیجه عمل بیمه گذار باشد (مثلاً اینکه بیمه گذار پس از مدتی که از شروع بیمه گذشته، کاربرد مورد بیمه را تغییر دهد یا در مورد بیمه دخل و تصرف به عمل آورد که منجر به تشدید خطر شود) باید

در صورت امکان، قبل از اقدام به تغییر، بیمه گر را در جریان این تغییر قرار دهد و چنانچه این امر ممکن نباشد باید بی درنگ پس از تغییر، بیمه گر را مطلع سازد.

قسمت اول ماده ۱۶ قانون بیمه ایران که ناظر به این مسأله است چنین مقرر می‌دارد: "هر گاه بیمه گذار در نتیجه عمل خود خطری را که به مناسبت آن بیمه منعقد شده است تشدید کند یا یکی از کیفیات موضوع بیمه را تغییر دهد که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد موجود بود، بیمه گر حاضر برای انعقاد قرارداد با شرایط مذکور در قرارداد نمی‌گشت، باید بیمه گر را بلافاصله از آن مستحضر کند."

تشدید خطر در نتیجه عمل شخص ثالث

در صورتی که بیمه گذار عملی برای تشدید خطر انجام نداده باشد مکلف است ظرف ده روز از تاریخ اطلاع از تشدید خطر، مراتب را به بیمه گر اطلاع دهد. به موجب ماده ۳۵ قانون بیمه، مهلت ده روزه مذکور را حتی با قرارداد خصوصی بین بیمه گر و بیمه گذار نمی‌توان کم کرد و در صورتی که در بیمه‌نامه مدت اعلام تشدید خطر به صورتی باشد که عملاً از ده روز کمتر باشد، علیه بیمه گذار قابل استناد نیست ولی افزایش مدت، معتبر و بدون اشکال است.

باید توجه داشت که منشأ احتساب مهلت ۱۰ روزه، تاریخ اطلاع بیمه گذار از تشدید خطر است و نه تاریخی که تشدید خطر تحقق یافته است. مثلاً شخصی در همسایگی مورد بیمه‌ای که در مقابل آتش سوزی بیمه شده است در ملک خود بدون اطلاع بیمه گذار مبادرت به تأسیس کارگاهی کند که در معرض انفجار قرار دارد و خطر بیمه عملاً تشدید شود. یک ماه بعد بیمه گذار از این موضوع باخبر می‌شود و ده روز پس از تاریخ اخیر، یعنی تاریخی که از وجود تشدید خطر مطلع شده است، مهلت دارد که مراتب را به اطلاع بیمه گر برساند.

۵. وظیفه بیمه گذار در صورت وقوع حادثه

طبق ماده ۱۵ قانون بیمه، بیمه گذار باید در صورت وقوع حادثه در اولین زمان ممکن، پنج روز از تاریخ وقوع حادثه، بیمه گر را مطلع سازد و آلا بیمه گر مسؤول نخواهد بود. مگر اینکه بیمه گذار ثابت کند به دلیل بروز حوادثی که خارج از اختیار او بوده، نتوانسته است در مدت مقرر، بیمه گر را مطلع سازد.

اجبار بیمه‌گذار در مورد اعلام فوری وقوع خسارت به بیمه‌گر، برای آن است که قبل از محو آثار، و بقایای حادثه، بیمه‌گر بتواند از کم و کیف آن آگاهی یابد و به بررسی خسارت بپردازد. یعنی، به بیمه‌گر که عهده‌دار جبران خسارت است امکان دهد با توجه به اوضاع و احوالی که منجر به بروز خسارت شده است اطمینان حاصل کند که آیا خسارت اصولاً بر عهده او قرار دارد یا از شمول تعهد او خارج است. در ضمن، هر گونه اقدامی که لازم می‌داند برای حفظ حقوق خود و جلوگیری از ازدیاد تعهدش معمول دارد. حال آنکه تأخیر در اعلام خسارت، امکان هر گونه رسیدگی منطقی و مؤثر را از بیمه‌گر سلب می‌کند. زیرا مرور ایام، اجباراً آثار خسارت را، اگر هم به طور کامل محو و زایل نکند دست کم این آثار را تضعیف می‌کند. لاجرم، بیمه‌گذاری که با اعلام نکردن به موقع خسارت موجب تضییع حقوق بیمه‌گر و از بین رفتن آثار مادی خسارت می‌شود، ضمانت اجرای اعلام نکردن به موقع خسارت، گهگاه تا حد محرومیت بیمه‌گذار از دریافت خسارت شدت می‌یابد.

(کریمی؛ ۱۳۸۳)

پایان قرارداد بیمه

قراردادهای بیمه، جز در مورد بعضی از انواع آن، مدت معینی دارند و بنابراین در آخر مدت تعهد بیمه‌گر پایان می‌یابند، ولی ممکن است غیر از انقضای مدت، دو عامل دیگر نیز موجب ختم اعتبار بیمه شوند: بطلان و سپس فسخ. در زیر، ابتدا بطلان و فسخ قرارداد، شرح داده می‌شود و پس از این دو مورد، به پایان عادی قرارداد اشاره خواهد شد.

موارد بطلان قرارداد بیمه

طبق اصول کلی حقوقی، بر عقد باطل هیچ اثری مترتب نیست و کلیه آثار آن از بین می‌رود. اگر قرارداد بیمه هم تابع قواعد حقوق عمومی بود، در صورت بطلان قرارداد بیمه همان طور که بیمه‌گذار مکلف به بازپس دادن خسارت دریافتی بود بیمه‌گر هم وظیفه داشت حق بیمه را به بیمه‌گذار مسترد دارد، اما چنانچه خواهیم دید در بعضی موارد از این حکم به موجب قانون عدول شده است که ما ضمن بحث درباره هر یک از موارد ابطال، وضع حق بیمه را هم روشن خواهیم کرد. موارد بطلان قرارداد بیمه عبارت است از:

۱. فقدان یا معلول بودن یکی از شرایط اساسی عقد

قانون مدنی برای صحت هر عقد، چهار شرط را اساسی دانسته است: ۱- قصد طرفین و رضای آنها. ۲- اهلیت طرفین ۳- موضوع معین که مورد معامله باشد. ۴- مشروعیت جهت معامله.

بنابراین فقدان یا معلول بودن یکی از این شرایط چهار گانه، عقد بیمه را محکوم به بطلان خواهد کرد زیرا شرایط مورد اشاره درباره هر یک از عقود، از جمله عقد بیمه، لازم‌الرعایه است. از نظر حق بیمه هم، همان طور که بیمه‌گر حق استرداد خسارتی را که برای عقد باطل پرداخته دارد، مکلف است حق بیمه دریافتی رانیز به بیمه‌گذار برگرداند؛ طبعاً حق بیمه عقب مانده را داشته باشد.

۲- اظهارات کذب عمدی یا کتمان عمدی بیمه‌گذار که منجر به تغییر یا کاهش اهمیت خطر در نظر بیمه‌گر شود

پیش از این متذکر شدیم که بنا به حکم ماده ۱۲ قانون بیمه، هرگاه بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطلبی خودداری

کند یا عمداً اظهارات کذب بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کذب طوری باشد که موضوع خطر را تغییر دهد یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، عقد بیمه باطل خواهد بود.

قانونگذار نه تنها به باطل شناختن عقد بیمه به علت تخلف عمدی بیمه گذار اکتفا نکرده بلکه پس از اعلام بطلان عقد از حدود مقررات عمومی هم تجاوز نموده است. چه بر طبق اصولی کلی که در همین مبحث به آن اشاره شد، متعاقب بطلان عقد، آثار آن هم از ابتدا زایل می‌شود. یعنی در اینجا هم اگر بنا بود طبق اصول کلی رفتار شود، هنگامی که بیمه گر خسارت پرداختی را مسترد می‌داشت حق بیمه دریافتی را هم ملزم بود به بیمه گذار برگرداند. در حالی که به موجب قسمت اخیر ماده ۱۲ مورد بحث، نه فقط وجوهی که بیمه گذار پرداخته است قابل استرداد نیست بلکه بیمه گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه گذار مطالبه کند. بنابراین در این مورد بیمه گر خسارت را نمی‌پردازد ولی حق بیمه را تملک می‌کند.

۳. اضافه بیمه کردن متقلبانه مورد بیمه

ماده ۱۱ قانون بیمه مقرر می‌دارد: "چنانچه بیمه گذار یا نماینده او با قصد تقلب، مالی را اضافه بر قیمت عادلانه در موقع عقد قرارداد بیمه داده باشد، عقد بیمه باطل است و حق بیمه دریافتی قابل استرداد نیست". بنابراین اگر بیمه گذار با قصد تقلب، مالی را بیش از قیمت آن بیمه کند عقد بیمه باطل است. در مورد حکم این ماده می‌توان چنین توجیه کرد که ممکن است به قیمتی بیش از ارزش واقعی آن موجب اغوای بیمه گذار به ایجاد خسارت عمدی شود. اگر بیمه گذار بتواند به هر مبلغی که مایل است، مورد بیمه را بیمه کند، امکان دارد به شکلی مقدمات خسارت دیدن مورد بیمه را فراهم آورد. زیرا چنین بیمه گذاری با از دست دادن مورد بیمه به پولی بیش از بهای آن خواهد رسید. اشاره به قصد تقلب هم دال بر همین معناست زیرا قانونگذار فرض کرده است که بیمه گذار برای سوءاستفاده آن را بیش از قیمت آن بیمه کرده است و لذا برای پیشگیری از چنین سوءنیتی، قرارداد را محکوم به بطلان دانسته و حق بیمه را غیر قابل استرداد شناخته است.

با این همه، به طوری که از ماده مورد بحث برمی آید، حکم این ماده با ماده ۱۲ تفاوت دارد. با این توضیح که در ماده ۱۲ علاوه بر بطلان و عدم استرداد حق بیمه، بیمه‌گر حق مطالبه اقساط عقب افتاده را نیز دارد، در حالی که در ماده ۱۱، بیمه‌گر دیگر حقی در زمینه مطالبه حق بیمه عقب افتاده ندارد.

۴. تعدد بیمه با قصد تقلب

ماده ۸ قانون بیمه: "در صورتی که مالی بیمه شده باشد، در مدتی که بیمه باقی است نمی‌توان همان مال را به نفع همان شخص و از همان خطر مجدداً بیمه نمود". قانونگذار در مورد تعدد بیمه به قصد تقلب بیمه‌گذار اشاره نکرده و اصطلاح "بطلان" را هم به کار نبرده است، لکن منطبق بر حکم می‌کند که پذیریم قرارداد بیمه مجدد بدون قصد تقلب لزوماً فاقد اعتبار نیست و به علاوه وقتی قانونگذار، بیمه مجدد را در صورتی که خلاف اصل غرامت باشد ممنوع شناخته، نتیجه چنین ممنوعیتی بطلان عقد بیمه است. خاصه آنکه چنین بیمه‌ای شباهت کامل با بیمه با ارزش زیادتر موضوع ماده ۱۱ دارد، با این تفاوت که در ماده ۱۱ فرض این است که طی یک بیمه‌نامه مبلغ زیادتری بیمه شده است. در حالی که با انعقاد قرارداد بیمه متعدد با سرمایه بیش از ارزش واقعی، بیمه‌گذار با دو یا چند بیمه‌نامه به همان هدف نایل می‌شود.

۵. بیمه خطری که قبل از عقد واقع شده است

ماده ۱۸ قانون بیمه: "هر گاه معلوم شود خطری که برای آن بیمه به عمل آمده قبل از عقد قرارداد واقع شده است قرارداد بیمه باطل و بی‌اثر خواهد بود و در این صورت اگر بیمه‌گر وجهی از بیمه‌گذار گرفته باشد عُشر از مبلغ مزبور را به عنوان مخارج کسر و بقیه را باید به بیمه‌گذار مسترد دارد".

باطل و بی‌اثر شناختن عقد بیمه خطری که قبل از انعقاد عقد بیمه اتفاق افتاده کاملاً منطقی است، چه اصولاً از لحاظ بیمه، خطر باید حادثه محتمل الوقوعی باشد که در آینده روی می‌دهد در حالی که در اینجا حادثه امری حتمی است که در گذشته تحقق یافته.

۶. بیمه عمر یا حادثه جسمانی بدون رضایت کتبی بیمه شده

قسمت دوم ماده ۲۳ قانون بیمه دلالت دارد بر اینکه: "بیمه عمر یا بیمه نقصان یا شکستن عضو شخص دیگری در صورتی که آن شخص قبلاً رضایت خود را کتباً نداده باشد باطل است".

از این عبارت چنین برمی آید که قانونگذار برای جلوگیری از سوء استفاده‌ای که ممکن است بعضی اشخاص با بیمه کردن کسان دیگر به عمل آورند و حیات و تندرستی دیگران را مورد سودجویی خود قرار دهند قراردادهای بیمه عمر و بیمه حادثه جسمانی را، بدون رضایت شخص بیمه شده باطل اعلام کرده است و حتی چنین عقدی را به عنوان عقد فضولی نیز مورد حمایت خود قرار نداده است. زیرا در ماده ۲۴۷ قانون مدنی ناظر به معاملات فضولی آمده است: "اگر مالک یا قائم او پس از وقوع معامله آن را اجازه نمود در این صورت معامله صحیح و نافذ می‌شود". در صورتی که از بطن عبارت ماده ۲۳ چنین برمی آید که اجازه بعدی بیمه شده بی‌اثر است و نمی‌تواند از بطلان قرارداد جلوگیری کند بلکه لازم است چنین اجازه‌ای، پیش از انعقاد عقد تحصیل شود.

موارد فسخ و انفساخ قرارداد بیمه

قرارداد بیمه ممکن است در موارد زیر قبل از انقضای مدت پیش‌بینی شده از طرف بیمه‌گر یا بیمه‌گذار یا هر دو فسخ یا در مواردی منفسخ شود. در مورد فسخ قرارداد باید توجه داشت که **اولاً**، برخلاف بطلان قرارداد که به لحاظ ممانعت از تقلب یکی از طرفین و رعایت نظم عمومی برقرار شده صرفاً نظر به حفظ حقوق طرفی که از حق فسخ برخوردار می‌شود وضع شده است، لذا دارنده حق فسخ می‌تواند حق خود را اعمال و قرارداد را فسخ کند. یا آنکه با صرف نظر کردن از حق خود، قرارداد را باقی نگاه دارد که در مورد بطلان، چه طرف بخواهد چه نخواهد، بطلان محقق می‌شود.

ثانیاً، اثر فسخ بر زمان بعد از فسخ خواهد بود. بنابراین فرض بر این است که قرارداد قبل از فسخ صحیح و معتبر بوده و عمل فسخ به حیات آن پس از فسخ خاتمه می‌دهد در حالی که بطلان، قرارداد را از بدو امر کان لم یکن

می‌سازد. مثلاً حق بیمه تا زمان فسخ متعلق به بیمه‌گر و خسارتی هم که قبل از فسخ اتفاق افتاده قابل پرداخت بوده و به بیمه‌گذار تعلق دارد.

ثالثاً، بیمه‌گر موظف است که حق بیمه مربوط به زمان بعد از فسخ قرارداد را متناسب با مدت باقیمانده به بیمه‌گذار مسترد دارد. درباره میزان هم، خواه بیمه‌گر قرارداد را فسخ کرده باشد، خواه بیمه‌گذار، یا قرارداد منفسخ شده باشد، متناسب با مدت گذشته و مدت باقیمانده (حسب مورد روز شمار یا کوتاه مدت) بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار تقسیم خواهد شد. در موردی که بیمه‌گر قرارداد را فسخ می‌کند همه هم‌آیند که حق بیمه متعلق به طرفین متناسب با مدت خواهد بود. در موردی هم که بیمه‌گذار قرارداد را فسخ می‌کند، بدان سبب که بیمه‌گذار به اتکای قانون یا بر اساس قرارداد عمل می‌کند، نباید اعمال حق موجب زیان وی شود. لذا در این مورد هم بیمه‌گر باید حق بیمه مدت باقیمانده را متناسب با مدت قرارداد به وی برگشت دهد.

الف) فسخ از طرف بیمه‌گر یا بیمه‌گذار

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار حق دارند در موارد زیر قرارداد بیمه را فسخ کنند:

۱. در صورتی که قرارداد برای دوره‌های معین (مثلاً پنج ساله یا دهساله) منعقد و در پایان هر دوره با اطلاع قبلی، تمدید خود به خود برای یک دوره مشابه در نظر گرفته شده باشد.

۲. در مورد انتقال مورد بیمه در مورد حق فسخ، بیمه‌گذار متعاقب انتقال قهری یا ارادی مورد بیمه، به نظر می‌رسد که به کار بردن اصطلاح بیمه‌گذار با واقعیت امر تطبیق نمی‌کند زیرا مستفاد از روح ماده ۱۷ قانون بیمه که به مسأله انتقال مورد بیمه اختصاص دارد، چون به تبع مورد بیمه، بیمه هم به منتقل‌الیه انتقال می‌یابد، بیمه‌گذار اصولاً حق فسخ قرارداد را ندارد بلکه این منتقل‌الیه یا وارثان هستند که حسب مورد می‌توانند قرارداد بیمه را فسخ کنند.

ب) فسخ از طرف بیمه‌گر

بیمه‌گر علاوه بر موارد مذکور در بند الف، در موارد زیر نیز می‌تواند قرارداد بیمه را فسخ کند:

۱. در صورت عدم پرداخت حق بیمه در موعد مقرر. در قانون بیمه چنین حقی به طور صریح برای بیمه‌گر شناخته نشده است، لکن طبیعت عقد بیمه ایجاب می‌کند که در صورت عدم پرداخت حق بیمه از طرف بیمه‌گذار، بیمه‌گر به جای اینکه به قرارداد ادامه دهد حق داشته باشد قرارداد را فسخ و خود را از بار مخارجی که برای دریافت حق بیمه باید متحمل شود خلاص کند.

۲. بعد از هر خسارت. عرف بیمه بر این جاری شده و در بعضی قوانین نیز پیش‌بینی شده است که بعد از هر خسارت بیمه‌گر حق دارد قرارداد بیمه را فسخ کند. این حق بر این منطبق استوار است که بعد از وقوع خسارت، بیمه‌گر متوجه می‌شود که در ارزیابی خطر دچار اشتباه شده است و با بررسی خسارت به وی ثابت می‌شود که با ریسک بدی سروکار دارد و ادامه قرارداد در چنین شرایطی او را با وضع نامطلوبی مواجه خواهد کرد، لذا برای احتراز و خلاصی از چنین وضعیتی در صدد فسخ قرارداد برمی‌آید.

ایرادی که به این حق وارد است، بی‌توجهی به میزان خسارت است زیرا بیمه‌گر بهانه‌جو ممکن است با استفاده از حق، در صورت ورود خسارت ناچیز، در مقام فسخ قرارداد برآید.

۳. اظهارات کاذبه بیمه‌گذار. در صورتی که بیمه‌گذار بدون سوءنیت، از اظهار مطالب لازم و مهمی در خصوص خطر موضوع بیمه خودداری کرده یا مطالب کذبی اظهار داشته باشد که شرح آن در مبحث تعهدات بیمه‌گذار داده شده است (ماده ۱۳ قانون بیمه)

۴. در صورت تشدید خطر موضوع بیمه (ماده ۱۶ قانون بیمه). در مورد تشدید خطر، به طور مفصل در قسمت تعهدات بیمه‌گذار بحث شده است.

پ) فسخ از طرف بیمه‌گذار

جز موارد مذکور در بند الف، بیمه‌گذار در موارد زیر نیز حق فسخ قرارداد بیمه را دارد:

۱. در صورتی که از کیفیات تشدید کننده خطر کاسته شود و بیمه‌گر حاضر به استرداد قسمتی از حق بیمه نباشد. چنین حقی به طور صریح برای بیمه‌گذار در قانون شناخته نشده است لکن از آنجا که قرارداد بیمه قراردادی است معوض و دو طرفه، منطبق سلیم می‌پذیرد که هر حقی برای بیمه‌گر قایل شویم حق مشابه آن را به بیمه‌گذار

نیز بدهیم. تخفیف خطر هم درست مقابل تشدید خطر است، لذا ما به ازای حقی که به بیمه‌گر در صورت تشدید خطر داده شده است باید به بیمه‌گذار هم داده شود و بنابراین حق بیمه‌گذار در این مورد، حق منطقی و عقلایی است. بدیهی است استفاده از این حق مشروط به این است که اولاً بیمه‌گذار آن را مطالبه کند؛ ثانیاً بیمه‌گر با در نظر گرفتن خطر تشدید کننده حق بیمه را دریافت کرده باشد؛ ثالثاً در فاصله انعقاد قرارداد بیمه و تحقق تخفیف خطر حق بیمه به میزانی که این اختلاف را جبران کند افزایش نیافته باشد.

۲. در صورتیکه بیمه‌گر بعد از خسارت، یکی دیگر از بیمه‌های او را فسخ کرده باشد. هر جا به بیمه‌گر حق داده اند که پس از هر خسارت بیمه‌نامه را فسخ کند، متقابلاً برای بیمه‌گذار هم حق فسخ بیمه‌نامه‌های دیگری را که با این بیمه‌گر منعقد کرده است شناخته‌اند.

۳. در صورت توقف یا اعسار بیمه‌گر.

ت) موارد انفساخ قرارداد بیمه

قرار داد بیمه ممکن است در موارد زیر منفسخ شود، یعنی ممکن است قرارداد بیمه بدون میل اختیار طرفین قرار داد به خودی خود از هم گسیخته شود.

۱. در صورتی که مورد بیمه در نتیجه وقوع حادثه‌ای جز حادثه بیمه شده کاملاً از بین برود. طبیعی است که در صورت از بین رفتن مورد بیمه وقوع خطر متصور نیست لذا بیمه موضوعیت خود را از دست می‌دهد. مثل اینکه مورد بیمه‌ای در مقابل سرقت بیمه شده است ولی آتش سوزی آن را کلاً از میان ببرد. ذکر این نکته بدان سبب ضرورت دارد که اگر قسمتی از مورد بیمه از بین برود بیمه قسمت باقیمانده ادامه می‌یابد.

۲. در صورتی که اجازه عملیات بیمه‌ای از بیمه‌گر سلب شود. مانند اینکه مقامات صلاحیتدار، پروانه کار شرکت بیمه‌ای را کلاً یا برای رشته‌ای که بیمه مورد نظر به آن مربوط می‌شود لغو کنند و به او اجازه ندهند فعالیت خود را ادامه دهد.

خاتمه قرار داد بیمه

افزون بر بطلان قرار داد بیمه که در واقع به علت خللی که در آن وجود داشته اصولاً موجودیت پیدا نکرده است و موارد فسخ و انفساخ که قبل از به سر آمدن مدت بیمه عمر قرار داد خاتمه می‌یابد، در موارد زیر نیز قرار داد بیمه پایان می‌پذیرد

۱. تحقق خطر موضوع بیمه

با تحقق خطر موضوع بیمه و ایفای تعهد بیمه گر، قرار داد بیمه خاتمه می‌پذیرد. مثلاً در بیمه عمر به شرط فوت، به محض اینکه بیمه شده قبل از پایان مدت فوت کند، همزمان با فوت بیمه شده قرار داد منقضی و تا آخر مدت، رابطه حقوقی طرفین قطع می‌شود. همین طور در صورتیکه مورد بیمه در نتیجه وقوع حادثه موضوع بیمه به کلی از بین برود. قرار داد بیمه هم در همان زمان خاتمه می‌پذیرد.

۲. انقضای مدت قرار داد بیمه

با انقضای مدت قرار داد بیمه، رابطه حقوقی طرفین پایان می‌یابد، گرچه انقضای مدت هم نوعی ایفای تعهد از طرف بیمه گر است زیرا در فاصله اعتبار بیمه، بیمه گر متعهد بوده است که در صورت وقوع خطر، خسارت وارده به بیمه گذار یا وجه معینی را که در قرارداد پیش بینی شده بپردازد. حال اگر حادثه رخ ندهد و موجبی برای جبران خسارت پیش نیاید امر دیگری است. بیمه گر در هر حال در این مدت تأمین خود را به بیمه گذار داده است. بدیهی است که در بعضی موارد پایان پذیرفتن مدت قرارداد، سرآغاز ایفای تعهد بیمه گر است مثل بیمه عمر به شرط حیات و بیمه عمر بازنشستگی و مستمری.

۳. اقاله قرارداد

بیمه گر و بیمه گذار ممکن است قبل از رسیدن مدت قرارداد با توافق به عمر قرار خاتمه دهند. این عمل اصطلاحاً اقاله گویند. از لحاظ نتیجه، اقاله شباهت کامل با فسخ دارد یعنی قرارداد تا زمان اقاله معتبر و نافذ است و پس از اقاله تمام یا قسمتی از قرارداد از هم گسیخته می‌شود. اختلاف اقاله و فسخ در این است که در فسخ رضایت هر

دو طرف لازم نیست بلکه طرفی که از حق فسخ برخوردار است می تواند بدون رضایت طرف دیگر در مورد فسخ قرارداد اقدام کند. در صورتی که اقاله مشروط و موکول به توفیق طرفین عقد است و یکی از طرفین بدون جلب رضایت طرف دیگر نمی تواند قرارداد را کلاً یا جزئاً کند. بنابراین در بیمه برای به هم زدن قرارداد، رضایت و توافق هر یک از بیمه گر و بیمه گذار، از شرایط حتمی و الزامی است.

۴. انجام گرفتن کار موضوع قرارداد بیمه

در بعضی از انواع بیمه، مدت معین وجود ندارد بلکه بیمه برای انجام یافتن کاری تحصیل می شود. مانند بیمه های مهندسی که در آن بیمه از آغاز کار تا خاتمه آن و تحویل به کارفرما اعتبار دارد. همچنین در بیمه باربری که اعتبار بیمه از زمان تحویل کالای مورد بیمه به مؤسسه حمل شروع می شود و تا تحویل آن به خریدار ادامه دارد. (کریمی؛ ۱۳۸۳)

اندوخته‌های قانونی و ذخایر فنی

بیمه‌گر، اداره کننده یک صندوق تعاونی است. اعضای این صندوق بیمه‌گذاران بی‌شماری هستند که در معرض خطر مشترک قرار دارند. بیمه‌گر از تعداد بی‌شماری بیمه‌گذار (ریسک‌های مشابه) بر اساس قانون اعداد بزرگ، استفاده از تجربیات گذشته و حساب احتمالات مبلغی حق بیمه دریافت می‌کند تا در صورت تحقق خطر بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه‌ها، به آن دسته از بیمه‌گذارانی که زیان یا خسارت وارد می‌شود طبق شرایط قرارداد پرداخت شود. ایفای تعهد یک طرف (بیمه‌گذار) در اول قرارداد است ولی ایفای تعهد از جانب طرف دیگر (بیمه‌گر) موکول به تحقق خطر بیمه شده در آینده در زمان اعتبار قرارداد است که هم تاریخ وقوع مشخص نیست و هم میزان خسارت که بیمه‌گر باید پردازد. در بیمه عمر، بیمه‌گر تعهد خود را پس از مدت نسبتاً طولانی ایفا می‌کند. در برخی رشته‌های غرامتی نظیر بیمه مسؤولیت نیز بیمه‌گر پس از رسیدگی به پرونده مسؤول حادثه در مراجع قضایی تعهد خود را به شرطی ایفا می‌کند که هم مسؤولیت قانونی بیمه‌گذار محرز باشد هم میزان خسارت یا غرامتی که بیمه‌گر طبق شرایط قرارداد باید پردازد. به این ترتیب بیمه‌گر همیشه مبالغی در اختیار دارد که متعلق به بیمه‌گذاران است و مربوط به تعهدات آینده. این مبالغ را "ذخایر فنی" می‌نامند. بیمه‌گر باید در پایان سال مالی هنگام بستن حساب‌ها ذخایر فنی را محاسبه و نگهداری کند. این ذخایر متعلق به بیمه‌گذاران است که بیمه‌گر باید در آینده به آنها برگرداند. این ذخایر برای رشته‌های مختلف بیمه نیز بسیار عظیم است و می‌تواند نقش مؤثری در اقتصاد ملی ایفا نماید. به همین دلیل سازمان نظارتی و کنترلی که در بخش حاکمیت دولت قرار دارد برای حفظ منافع بیمه‌گذاران و سلامت بازار مقرراتی به منظور به کار انداختن این نوع ذخایر که به تصویب مراجع ذیصلاح رسیده اعمال می‌کند. افزوده بر ذخایر فنی که بخشی از حق بیمه‌های دریافتی بیمه‌گر است شرکت‌های بیمه موظفند ذخایر دیگری به نام "اندوخته‌های قانونی" نگه دارند. اندوخته‌های قانونی قسمتی از سود ویژه شرکت است که طبق مقررات باید نگهداری شود. اندوخته قانونی تا میزان معینی اجباری است و پس از رسیدن به درصدی از سرمایه اختیاری می‌شود (معمولاً سرمایه شرکت).

اندوخته قانونی هر سال، در نتیجه مالی دوره بعد اثری ندارد و در ستون بدهی ترازنامه باقی می‌ماند و استفاده از آن جز در موارد استثنایی و تحت شرایطی خاص ممکن نیست. ولی ذخایر فنی بر اساس حجم پرتفوی شرکت برای بیمه‌نامه‌های جریان و تعهدات بیمه‌گر پس از پایان دوره مالی است و به منزله درآمد دوره بعد در اول دوره ثبت می‌شود. بیمه‌گر بخشی از تعهدات خود را در دوره مالی ایفا می‌کند. ممکن است برخی تعهدات باقی بماند. بنابراین مجدداً در پایان دوره ذخیره فنی محاسبه و به دوره بعد منتقل می‌شود و این عمل هر ساله تکرار می‌گردد. همان‌گونه که اشاره شد ممکن است ذخیره فنی یک دوره، به طور کامل در دوره بعد مصرف نشود و لازم باشد بخشی از آن به چندین دوره بعد انتقال یابد، مانند بیمه‌نامه‌های عمر، مهندسی، مسئولیت و جز آن.

ذخایر فنی متعلق به بیمه‌گذاران است و حجم عظیمی را تشکیل می‌دهد. در برخی کشورها میزان ذخایر شرکت‌های بیمه به ویژه ذخایر شرکت‌های بیمه عمر از بانک‌ها بیشتر است، به همین سبب دولت بر این ذخایر نظارت و کنترل دارد. چون اگر در مسیر صحیح سرمایه‌گذاری هدایت نشود ممکن است از فعالیت‌های مخرب اقتصادی نظیر دلالی و بورس‌بازی سر در بیاورد که هم منافع بیمه‌گذاران به خطر می‌افتد و هم اقتصاد ملی را با مشکل مواجه می‌سازد: برای سرمایه‌گذاری ذخایر فنی شرکت‌های بیمه اصولی باید رعایت شود که هم حافظ منافع بیمه‌گذاران باشد و هم در مسیر توسعه اقتصاد ملی کشور به کار افتد. شایان ذکر است که تعهد بیمه‌گر به موجب اصل غرامت رفع وضعیت نامتعادل مالی است که بر اثر تحقق خطر برای بیمه‌گذار پیش آمده است. بنابراین با گذشت زمان و با تأثیر تورم، تعهد بیمه‌گر افزایش می‌یابد لذا بیمه‌گر باید ذخایر فنی خود را به کار اندازد تا بتواند پاسخگوی افزایش خسارت به دلیل تأخیر ایفای تعهد باشد.

به طور کلی در تدوین مقررات مربوط به سرمایه‌گذاری ذخایر فنی اصول زیر باید مورد توجه قرار گیرد:

- ذخایر فنی باید در مجرای صحیح و مطمئن و در جهت هدف‌های اقتصاد ملی به کار افتد.
- سرمایه‌گذاری در رشته‌های پرسود ولی خطرناک نظیر دلالی و بورس‌بازی نه به صلاح بیمه‌گر است و نه به صلاح بیمه‌گذار.. به همین دلیل قوانین و مقرراتی برای سرمایه‌گذاری ذخایر فنی در کشورها وجود دارد. در این زمینه به موجب ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، مؤسسات بیمه

موظفند اندوخته‌های فنی و قانونی نگه دارند و در حساب‌های خود نحوه به کار افتادن آنها را به طور مشخص منعکس کنند. 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 غیر منقولی را که نماینده اندوخته‌های مؤسسات بیمه است، شورای عالی بیمه تعیین خواهد کرد.

- ذخایر فنی باید در رشته‌های سودآور اقتصادی به کار افتد به نحوی که درآمد تضمین شده داشته باشد تا این درآمد پاسخگوی تعهدات بیمه‌گر باشد. امروزه در اغلب بازارهای رقابتی، به ندرت بیمه‌گری یافت می‌شود که نتیجه فنی فعالیتش مثبت باشد؛ نتیجه عملیات فنی برخی شرکت‌ها حتی زیان هم نشان می‌دهد. این زیان را نتیجه مثبت سرمایه‌گذاری جبران می‌کند به طوری که علاوه بر جبران سایر هزینه‌ها سود معقولی نیز نصیب سهامداران شرکت می‌شود.

در اجرای ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، شورای عالی بیمه در آیین‌نامه شماره ۱۱ در مورد ذخایر و اندوخته‌های قانونی مقرر می‌دارد که مؤسسات بیمه مکلفند برای تقویب سرمایه و بنیه مالی خود ذخایر و اندوخته‌های قانونی زیر را نگهداری و در ستون بدهی ترازنامه ثبت کنند:

الف) ذخایر قانونی

۱. ذخیره استهلاک دارایی‌های ثابت

۲. ذخیره برای مطالبات مشکوک‌الوصول و جبران کاهش احتمالی ارزش سایر ارقام دارایی و هزینه‌های احتمالی

۳. ذخیره تسعیر دارایی‌ها و بدهی‌های ارزی

ب) اندوخته‌های قانونی

۱. اندوخته قانونی

۲. اندوخته سرمایه‌ای

طبق ماده ۵ آیین نامه شماره ۱۱، مؤسسات بیمه موظفند هر سال حداقل ۵ درصد از سود ویژه خود را برای اندوخته سرمایه‌ای منظور کنند. پس از آنکه اندوخته قانونی این مؤسسات به ۱۰۰ درصد سرمایه رسید ۵ درصد مذکور در این ماده به حداقل ۱۵ درصد افزایش خواهد یافت.

آیین نامه شماره ۲۲ مصوب شورای عالی بیمه مربوط به نحوه تعیین و نگهداری ذخایر فنی است. در ماده ۱ این آیین نامه آمده است که مؤسسات بیمه مکلفند برای ایفای تمام تعهداتی که به موجب قراردادهای بیمه مستقیم و قراردادهای بیمه اتکایی به عهده گرفته‌اند، ذخایر فنی زیر را بر اساس ضوابطی که شورای عالی بیمه مقرر کرده است نگهداری و در ستون بدهی ترازنامه خود ثبت کنند:

الف) در بیمه‌های زندگی

۱. ذخیره ریاضی برای پرداخت سرمایه‌ها و مستمری‌ها
۲. ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع برای پرداخت سهمی از منافع حاصل به بیمه‌گذاران
۳. ذخیره فنی تکمیلی برای تقویت سایر ذخایر فنی بیمه‌های زندگی و تضمین تعهدات مؤسسات بیمه
۴. ذخایر فنی بیمه عمر زمانی

ب) در بیمه‌های غیر زندگی

۱. ذخیره حق بیمه برای خطرهای جاری
۲. ذخیره خسارت‌های معوق برای پرداخت خسارت‌هایی که اعلام شده و در دست رسیدگی است.
۳. ذخیره برگشت حق بیمه برای استرداد حق بیمه به علت فسخ یا ابطال یا تعلیق حق بیمه بعد از دوره مالی
۴. ذخیره ریاضی برای پرداخت مستمری‌ها
۵. ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع برای پرداخت سهمی از منافع حاصل به بیمه‌گذاران
۶. ذخیره فنی تکمیلی برای تقویت سایر ذخایر فنی بیمه‌های غیر زندگی و تضمین تعهدات مؤسسات بیمه

انواع و نحوه محاسبه ذخایر فنی

انواع ذخایر فنی که مؤسسات بیمه موظف به تعیین و نگهداری آنها هستند زیاد است و در آیین نامه شماره ۲۲ شورای عالی بیمه آمده که قبلاً به آنها اشاره شد. در اینجا تعدادی از این ذخایر که در ترازنامه اغلب شرکت‌های بیمه مشاهده می‌شود به شرح زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱. **ذخیره حق بیمه (حق بیمه عاید نشده)** در موقع بستن حساب‌ها در پایان سال مالی، تعداد زیادی از بیمه‌نامه‌هایی که در طول سال صادر شده‌اند هنوز معتبرند و همه حق بیمه آنها عاید شده تلقی نمی‌شود. حق بیمه کلاً در موقع صدور و شروع اعتبار قرارداد وصول می‌شود، ولی بخشی از مدت اعتبار آن مربوط به سال بعد است و حق بیمه این بخش از مدت اعتبار باید جزو حق بیمه‌های عاید شده سال آینده محسوب گردد. بنابراین کل حق بیمه‌های وصولی هر سال حق بیمه عاید شده آن سال نیست و باید تفکیک شود. گرچه روش‌های مختلفی برای محاسبه حق بیمه‌های عاید نشده وجود دارد که در زیر شرح داده شده‌اند، اغلب اوقات بر اساس مقررات باید درصد ثابتی از حق بیمه‌های وصولی سال مالی به منزله حق بیمه عاید نشده در نظر گرفته شود. میزان آن با توجه به رشته و بازار بین ۳۰ تا ۴۵ درصد در نوسان است

روش‌های محاسبه حق بیمه‌های عاید نشده (برای ریسک‌های در جریان)**- روش روز شمار**

در این روش حق بیمه عاید نشده، مورد به مورد برای تک تک بیمه‌نامه‌ها به صورت روزشمار برای روزهای باقیمانده از اعتبار بیمه‌نامه‌ها محاسبه و به درآمد حق بیمه سال بعد منتقل می‌شود. این روش بسیار دقیق است ولی نیروی کار و هزینه زیادی برای محاسبه لازم دارد. به همین دلیل، این روش برای شرکت‌های کوچک با پرتفوی کوچک که بیمه‌نامه‌هایی با سررسیدهای نامنظم دارند یا اینکه عملیات شرکت کامپیوتری است مناسب به نظر می‌رسد.

- روش یک دوم ($\frac{1}{2}$)

در این روش فرض بر این است که کلیه بیمه‌نامه‌های شرکت، متحدالشکل در طول ماه صادر می‌شوند. بنابراین تاریخ صدور و تجدید بیمه‌نامه‌ها در میانه سال در نظر گرفته می‌شود. از کل حق بیمه بیمه‌نامه‌هایی که در طول سال صادر شده و حق بیمه آنها وصول گشته، ۵۰ درصد عاید شده و ۵۰ درصد عاید نشده فرض می‌شود و میزان کارمزد و مالیات از آن کسر می‌گردد؛ بقیه به سال بعد منتقل می‌شود. استفاده از این روش به دلیل راحت و ساده بودن بسیار متداول است.

- روش یک هشتم ($\frac{1}{8}$)

در این روش فرض می‌شود که کلیه بیمه‌نامه‌هایی که در هر سه ماه صادر می‌شوند در وسط آن سه ماه تجدید یا صادر شده‌اند. هنگامی از این روش استفاده می‌شود که تعداد صدور در هر سه ماهه سال مالی با سه ماهه‌های دیگر متفاوت است. تنها این بخش از حق بیمه از وسط سه ماهه مربوط تا پایان سال مالی، حق بیمه عاید شده و بقیه حق بیمه عاید نشده ذخیره تلقی می‌شوند. برای بیمه‌نامه‌های صادره سه ماهه اول در پایان سال $\frac{7}{8}$ عاید شده و $\frac{1}{8}$ عاید نشده، برای سه ماهه دوم $\frac{5}{8}$ عاید شده و $\frac{3}{8}$ عاید نشده، برای سه ماهه سوم $\frac{3}{8}$ عاید شده و $\frac{5}{8}$ عاید نشده و در نهایت برای سه ماهه چهارم $\frac{1}{8}$ عاید شده و $\frac{7}{8}$ عاید نشده تلقی می‌شوند.

- روش یک بیست و چهارم ($\frac{1}{24}$):

اگر پرتفوی شرکتی در ماه‌های مختلف سال تغییرات عمده‌ای داشته باشد حجم حق بیمه از یک ماه به ماه دیگر در نوسان شدید باشد روش یک بیست و چهارم روش مناسبی است. در این روش فرض بر این است که به طور

متوسط کلیه بیمه‌نامه‌های صادره هر ماه در وسط ماه صادر یا تجدید می‌شوند. با استفاده از این روش در پایان

سال مالی، حق بیمه‌های عاید نشده برای بیمه‌نامه‌های صادره ماه‌های مختلف طبق جدول زیر خواهد بود:

ماه	عاید شده	عاید نشده
اول	$\frac{23}{24}$	$\frac{1}{24}$
دوم	$\frac{21}{24}$	$\frac{3}{24}$
سوم	$\frac{19}{24}$	$\frac{5}{24}$
چهارم	$\frac{17}{24}$	$\frac{7}{24}$
پنجم	$\frac{15}{24}$	$\frac{9}{24}$
ششم	$\frac{13}{24}$	$\frac{11}{24}$
هفتم	$\frac{11}{24}$	$\frac{13}{24}$
هشتم	$\frac{9}{24}$	$\frac{15}{24}$
نهم	$\frac{7}{24}$	$\frac{17}{24}$
دهم	$\frac{5}{24}$	$\frac{19}{24}$
یازدهم	$\frac{3}{24}$	$\frac{21}{24}$
دوازدهم	$\frac{1}{24}$	$\frac{23}{24}$

۲. ذخیره خسارت‌های معوق

در پایان هر سال مالی در مورد تعدادی از پرونده‌های خسارت هنوز تصمیم نهایی اتخاذ نشده است که ممکن است به دلایل متعدد باشد. برای مثال، خسارتی که هنوز نهایی نشده و پرونده در دست رسیدگی قرار دارد.

موارد زیر، امکان دارد باعث بازماندن پرونده خسارت شود:

- شمول و عدم شمول خسارت مورد تردید است.
 - میزان خسارت هنوز ارزیابی نشده.
 - در مورد میزان خسارت بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار اختلاف وجود دارد.
 - پرونده خسارت در مراجع قضایی در دست رسیدگی است (به ویژه در مورد بیمه‌نامه‌های مسئولیت).
 - پرونده خسارت نهایی شده ولی در پایان سال فرصتی برای پرداخت به وجود نیامده است.
- بیمه‌گر باید با توجه به نوع پرونده، میزان خسارتی که بیمه‌گذار درخواست کرده است و ارزیابی کارشناسان متخصص، خسارت‌های معوق را محاسبه و برای آنها ذخیره نگهداری کند. این ذخایر باید به گونه‌ای محاسبه شوند که با واقعیت اختلاف فاحش نداشته باشند. روش یگانه‌ای برای محاسبه خسارت‌های معوق وجود ندارد و شرکت‌های بیمه مورد به مورد محاسبه می‌کنند و ذخیره را در نظر می‌گیرند.

۳. ذخیره خسارت‌های واقع شده ولی اعلام نشده

در پایان سال مالی، بیمه‌گران به ویژه در بازارهای کشورهای توسعه یافته، ذخیره‌ای برای خسارت‌هایی که بیمه‌گر از آنها اطلاع ندارد در نظر می‌گیرند. مواردی پیش می‌آید که خسارت واقع شده و تحت پوشش بیمه قرار دارد ولی بیمه‌گر در زمان بستن حساب‌ها از آنها بی‌اطلاع است. برخی موارد به قرار زیر است:

- خسارت در روزهای پایانی سال اتفاق افتاده و بیمه‌گذار فرصت نکرده است تا به بیمه‌گر اعلام کند.
- بیمه‌گذار از تحت پوشش بیمه‌ای بودن خسارت اطمینان ندارد.
- بیمه‌گذار از تحقق خطر منجر به خسارت بی‌خبر است.

- بیمه‌گذار قادر نیست که به بیمه‌گر اطلاع بدهد.

روش خاصی برای محاسبه این ذخیره وجود ندارد. بیمه‌گران با استفاده از تجربیات گذشته خود و با توجه به میزان و ترکیب، پرتفوی آن را تعیین می‌کنند. از آنجا که این ذخیره از جمله مواردی است که حساب‌رسان و مقامات مالیاتی در مورد آن حساسیت دارند، بیمه‌گر باید به نحوی آن را تعیین نماید که برای حساب‌رسان و مقامات مالیاتی توجیه‌پذیر باشد. به همین دلیل اغلب بیمه‌گران از نگهداری چنین ذخیره‌ای صرف نظر می‌کنند.

۴. ذخیره ریاضی (مخصوص بیمه‌های عمر)

ذخیره ریاضی مخصوص بیمه‌های عمر، مختلط پس انداز و مستمری است. ذخیره ریاضی عبارت است از تفاوت تعهدات ایفا شده بیمه‌گر و بیمه‌گذار با توجه به نرخ بهره آن. بیمه‌گذار تعهدات خود را در ابتدای قرارداد به صورت پرداخت حق بیمه یکجا یا به تدریج در طول اعتبار بیمه‌نامه ایفا می‌کند ولی تعهدات بیمه‌گر موقوف به تحقق خطر بیمه شده یا در زمان خاتمه قرارداد است. ذخیره ریاضی جانشین حق بیمه است.

الف) ذخیره ریاضی در بیمه عمر به شرط فوت

حق بیمه متناسب با ریسک تعیین می‌شود و هر چه سن بیمه شده افزایش یابد، حق بیمه فزونی پیدا می‌کند. بنابراین حق بیمه‌ای که بیمه‌گذار در این نوع پوشش بیمه‌ای باید پردازد سال به سال اضافه می‌شود. توجیه این امر برای بیمه‌گذار دشوار است؛ برای بیمه‌گر نیز خالی از اشکال نیست، در نتیجه بیمه‌گر با استفاده از فرمول‌های ریاضی حق بیمه را برای تمام مدت اعتبار قرارداد یکسان تعیین می‌کند. در سال‌های اول، بیمه‌گذار حق بیمه‌ای به مراتب بیشتر از حق ریسک را می‌پردازد و هر چه از مدت قرارداد سپری می‌شود این اضافه پرداختی کمتر می‌شود. از اواسط مدت قرارداد به بعد، قضیه برعکس می‌شود یعنی حق بیمه‌ای که بیمه‌گذار می‌پردازد کمتر از حق بیمه ریسک است. حق بیمه اضافی که بیمه‌گذار تا اواسط مدت قرارداد می‌پردازد به اضافه بهره آن تشکیل ذخیره ریاضی در بیمه عمر به شرط فوت را می‌دهد. کمبود بیمه ریسک برای سال‌هایی که حق بیمه پرداختی کمتر از حق بیمه ریسک است از محل ذخیره ریاضی تأمین می‌شود به طوری که در آخرین سال، آنچه از ذخیره ریاضی باقی مانده و به حق بیمه پرداختی بیمه‌گذار اضافه می‌گردد برابر است با حق بیمه ریسک.

ب) بیمه‌های به شرط حیات و مختلط پس انداز

حق بیمه‌ای که بیمه‌گذار در بیمه‌های به شرط حیات و مختلط پس انداز می‌پردازد از دو بخش تشکیل می‌شود. بخش اول، حق بیمه ریسک است که بر اساس جدول مرگ و میر تعیین می‌شود که خصلت اتفاقی بودن یا احتمالی بودن در آن مستتر است. بخش دوم، حق بیمه ماهیت پس‌اندازی دارد. بخش پس‌اندازی حق بیمه تشکیل وجوهی را می‌دهد که متعلق به بیمه‌گذار است و جزئی از ذخیره ریاضی محسوب می‌شود.

۵. ذخیره مشارکت در منافع

مشارکت در منافع عمدتاً در بیمه عمر متداول است. بدین ترتیب که بیمه‌گر بخشی از سودی را که از فعالیت خود به دست می‌آورد بین آن تقسیم می‌کند. بیمه‌گر نرخ بیمه را بر اساس تجربیات گذشته و حساب احتمالات محاسبه می‌کند. در عمل ممکن است پیش‌بینی با آنچه بیمه‌گر در اجرا به دست می‌آورد همخوانی نداشته باشد. برای مثال، در بیمه عمر از جدول مرگ و میر استفاده می‌شود. تهیه این جدول بر اساس اطلاعات آماری صورت می‌گیرد که کار ساده‌ای هم نیست. در نتیجه برخی کشورهای در حال توسعه از جدول مرگ و میر کشورهای دیگر استفاده می‌کنند که همین امر موجب می‌شود تا بعضاً بیمه‌گر نرخ‌های بالاتر از ریسک اعمال کند. در این خصوص می‌توان به نرخ بهره اشاره کرد که یکی از عوامل مؤثر در محاسبه حق بیمه است، همان بهره‌ای که به ذخیره ریاضی تعلق می‌گیرد و به تناسب بهره میزان حق بیمه کاهش می‌یابد. نرخ بهره مستقیماً با اوضاع و احوال اقتصادی کشور مرتبط و در نوسان است، در نتیجه بیمه‌گر قادر نیست این نرخ را دقیقاً متناسب اوضاع اقتصادی در قراردادهای بیمه عمر که غالباً طولانی مدت نیز هست اعمال کند. عواملی که بدانها اشاره شد موجب می‌گردد که بیمه‌گر در جهت رعایت حقوق بخشی از منافع خود را بین بیمه‌گزاران تقسیم کند. (کریمی، ۱۳۸۳)

بیمه اتکایی

توزیع خطر تنها از نظر "مکان جغرافیایی" اهمیت ندارد، بلکه از نظر "میزان تعهد" بیمه گر نیز مهم است. بیمه اتکایی یک نوع توزیع خطر می باشد که در آن خطر از لحاظ میزان تعهد بیمه گر پراکنده شده است.

بیمه اتکایی علاوه بر توزیع خطر، باعث پذیرش ریسک های فراتر از توان مالی شرکت بیمه نیز می شود. در گذشته، بیمه گران به علت عدم توانایی مالی در قبول ریسک های سنگین به طور دسته جمعی یک ریسک را بیمه می کردند و هر یک سهمی از خطر را به عهده می گرفتند که به آن "بیمه مشترک" می گفتند. بیمه مشترک به دلیل مشکلات اجرایی موجود در آن، از جمله وجود رابطه حقوقی با بیمه گران متعدد که گاه در موقع دریافت خسارت مسائلی را برای او پیش می آورد، تقریباً منسوخ شده و فقط لویذلندن آن را انجام می دهد. بیمه اتکایی شکل تکامل یافته بیمه مشترک است که در آن فقط با یک بیمه گر سروکار دارد، اما آن بیمه گر برای خود شرکایی را در بر می گیرد که آنها هیچ ارتباطی با ندارند. در صورت بروز خسارت نیز فقط بیمه گر اولیه جوابگوی خواهد بود.

در بیمه اتکایی بیمه نامه اصلی به همان صورتی که صادر شده معتبر است و هیچ گونه تغییر و تبدیلی در آن صورت نمی گیرد و مسؤول اصلی در مقابل آن فقط بیمه گر اولیه است. بیمه گران اولیه را بیمه گر "مستقیم" یا "واگذارنده" و بیمه گران ثانویه را بیمه گران "اتکایی" می نامند.

تعریف بیمه اتکایی

"نوعی از عملیات بیمه ای است که به موجب آن بیمه گر اتکایی در مقابل دریافت مبلغی (حق بیمه) یک قسمت یا تمام تعهدات بیمه گر واگذارنده را در مقابل آن به عهده می گیرد". به عهده گرفتن تعهدات بیمه گر در مقابل آن باعث نفی تعهد بیمه گر اولیه نمی شود، بلکه متعهد اصلی در واقع بیمه گر اولیه است و بیمه گر اتکایی بواسطه او در مقابل آن متعهد است.

سهم نگهداری

میزانی از ریسک پذیرفته شده توسط شرکت بیمه است که مایل است آن را نزد خود نگه دارد و بیمه اتکایی نکند. از بعدی دیگر سهم نگهداری، نشان‌دهنده حداکثر توان مالی شرکت بیمه در پرداخت خسارت در صورت بروز حادثه است.

اشکال بیمه اتکایی

۱- **اختیاری:** بیمه‌گر مستقیم به اختیار خود درصدی از ریسک پذیرفته را به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌کند و معمولاً به صورت نسبی (یکی از انواع بیمه اتکایی) انجام می‌شود. در بیمه "اتکایی اختیاری" بیمه‌گر اولیه باید برای هر مورد خاص به طور جداگانه با بیمه‌گر اتکایی وارد مذاکره شود.

۲- **اجباری:** این بیمه اتکایی که به بیمه "اتکایی قانونی" نیز معروف است، حالتی است که در آن دولت برای نظارت عملی بر شرکت‌های بیمه، آنان را موظف می‌سازد که درصد خاصی از حق بیمه‌های دریافتی خود را نزد مؤسسات بیمه‌ای که مستقیماً زیر نظر دولت فعالیت می‌کنند بیمه اتکایی کنند. در حال حاضر کلیه شرکت‌های بیمه‌ای موظفند ۲۵ درصد حق بیمه‌های دریافتی در بخش غیر زندگی و ۵۰ درصد در بخش زندگی را نزد بیمه مرکزی ایران، که مؤسسه‌ای است، بیمه اتکایی کنند.

انواع بیمه اتکایی

الف- نسبی: مبنای واگذاری (بیمه اتکایی) سرمایه بیمه شده است. حق بیمه و خسارت احتمالی نیز به همین نسبت واگذار می‌شود.

ب- مازاد خسارت: مبنای واگذاری، خسارت (بیمه شده) است نه سرمایه. حق بیمه بیمه‌گر اتکایی نیز درصدی از حق بیمه‌های دریافتی بیمه‌گر اولیه است.

تفاوت: در قراردادهای بیمه اتکایی نسبی، حق بیمه بیمه‌گر اتکایی به طور مجزا براساس سرمایه بیمه شده تک تفاوت تک موارد محاسبه می‌گردد. در حالی که در مازاد خسارت، درصدی از کل حق بیمه‌های دریافتی به بیمه‌گر اتکایی پرداخت می‌شود.

الف) قرارداد اتکایی نسبی

۱- **مشارکت:** بیمه‌گر مستقیم، درصد مشخصی از کلیه بیمه‌نامه‌های صادره را نزد خود نگه می‌دارد و بقیه را به بیمه‌گر اتکایی می‌دهد. مثلاً در رشته بیمه بدنه اتومبیل ۳۰ درصد را نزد خود نگه می‌دارد و ۷۰ درصد مابقی را به بیمه‌گر اتکایی می‌دهد.

۲- **مازاد سرمایه:** بیمه‌گر مستقیم آن میزان از بیمه‌نامه‌هایی را که نمی‌خواهد یا نمی‌تواند نزد خود نگه دارد به بیمه‌گر اتکایی واگذار می‌کند. در این نوع بیمه اتکایی، بیمه‌گر اتکایی در بیمه‌نامه‌های یا سرمایه کم، سهمی ندارد و تمام آن به عهده بیمه‌گر مستقیم است. اما هر گاه تعهد بیمه‌گر مستقیم بیش از سهم نگهداری او شد مازاد آن را نزد بیمه‌گر اتکایی، بیمه مجدد می‌کند.

۳- **مختلط مشارکت و مازاد سرمایه:** مربوط به زمانی است که قرارداد مشارکت به تنهایی تمامی پرتفوی بیمه‌گر مستقیم را در برنگیرد؛ در این حالت از روش مازاد سرمایه نیز استفاده می‌شود.

بیمه اتکایی انواع دیگری نیز دارد که به جهت اهمیت کمتر و کاربردی نبودن فقط به ذکر اسامی آنها بسنده می‌کنیم: اختیاری-اجباری، پوشش باز، پوشش نیمه اتوماتیک و ...

ب) قرارداد اتکایی مازاد خسارت

۱- **مازاد خسارت برای هر ریسک:** هدف آن است که بیمه‌گر مستقیم در مقابل هر ریسک تا میزان مشخصی خسارت را تحمل کند و مابقی به عهده بیمه‌گر واگذارنده باشد.

۲- **مازاد خسارت برای حوادث فاجعه آمیز:** هدف، حمایت از بیمه‌گر مستقیم در حوادث فاجعه آمیز است. در این روش تا میزان خاصی از خسارت به عهده بیمه‌گر اولیه و مابقی آن به عهده بیمه‌گر اتکایی است.

۳- **مازاد زیان در مدت معین:** این پوشش از بیمه‌گر مستقیم در مقابل نتایج بد فعالیت‌های او از نظر فنی، که بر

اثر افزایش میزان و تعداد خسارت‌ها ایجاد شده حمایت می‌کند. (احمدی؛ ۱۳۸۲)

منابع

- ۱- کلیات بیمه؛ آیت کریمی؛ بیمه مرکزی ایران
- ۲- بیمه کالا، کشتی و هواپیما؛ هادی دستباز؛ دانشکده امور اقتصادی
- ۳- حقوق بیمه؛ دکتر جانعلی محمود صالحی؛ بیمه مرکزی ایران
- ۴- مجموعه قوانین و مقررات بیمه های بازرگانی؛ بیمه مرکزی ایران
- ۵- فرهنگ واژه های بیمه و بازرگانی؛ دکتر جانعلی محمود صالحی؛ بیمه البرز؛ ۱۳۸۶
- ۶- مجموعه واژگان بیمه ای؛ پژوهشکده بیمه مرکزی ایران؛ ۱۳۸۳
- ۷- اصول بیمه؛ غلامعلی غلامی؛ دانشکده مدیریت دانشگاه تهران؛ ۱۳۷۵
- ۸- حقوق بیمه؛ دکتر ایرج بابایی؛
- ۹- اصول و کلیات بیمه؛ عباس گلچینیان، بیمه البرز؛