بسم الله الرحمن الرحیم

آشنایی با ساختار و مدیریت شرکت های بیمه

و سیاستهای راهبردی صنعت بیمه

مدرس : احمد امینی آموزش مجازی بیمه (Lms) شرکت تعاونی پژوهشگران رایانگان فردیس

جزوه در دست تدوین بوده و ممکن است دارای اشکالات احتمالی باشد . جزوه تکمیلی تا چند روز آینده تقدیم خواهد شد .

اهداف دوره : آشنا شدن با ارکان و تشکیلات شرکت‌های بیمه و عملکرد داخلی و خارجی آن ها و روش مدیریت خاص این قبیل موسسات

سرفصل های دوره :

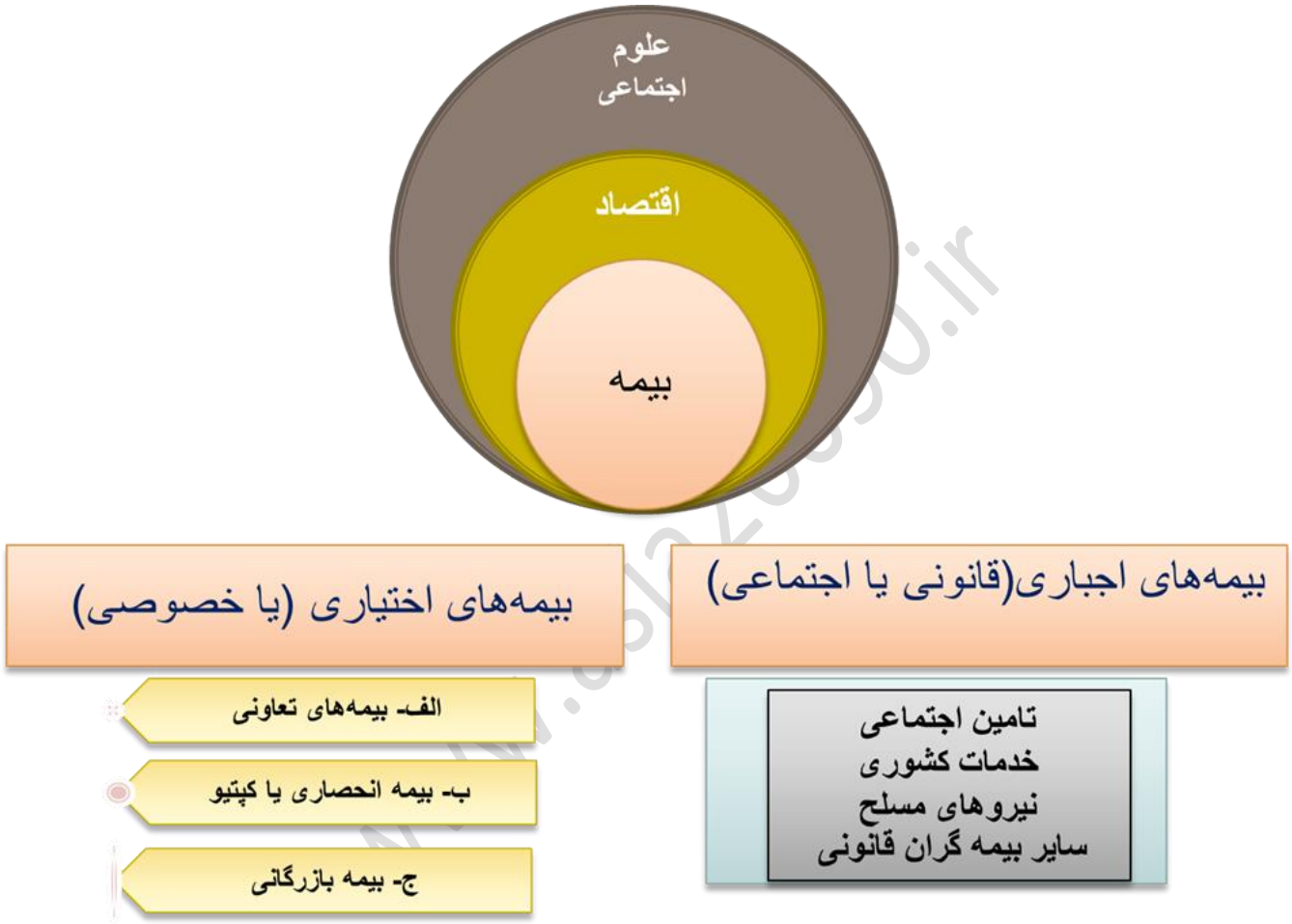
۱. تبیین ساختارها، نقش ، جایگاه و کارکرد وزارت اقتصاد، بیمه مرکزی، سندیکای بیمه گران، دفتر نظارت بر شبکه فروش و نمایندگان بیمه مرکزی
۲. سیاستهای راهبردی صنعت بیمه و ساختار شرکت بیمه
۳. جایگاه و نقش شبکه فروش در صنعت(نماینده، نماینده تخصصی عمر، کارگزار، شرکت خدماتی، حقیقی و حقوقی، و...)
۴. شیوه های فعالیت نماینده و کارگزار در صنعت بیمه و لزوم آشنایی با مفاهیمی مثل پرتفوی بیمه، ظرفیت نگه داری شرکت، بیمه مشترک و متقابل، بیمه اتکایی اختیاری و اجباری
۵. نظام تعرفه ای و غیر تعرفه ای، مبانی ریسک هر رشته بیمه،
۶. برنامه استراتژیک شرکت، برنامه عملیاتی سالیانه، اختیارات، محصول و بازار استراتژیک شرکت، بازار سهامداری
۷. کانونها و انجمنهای صنفی نمایندگان بیمه ای،
۸. کمیته های تخلف نمایندگان و کمیته های حل اختلاف بین نماینده و شرکت بیمه

www.asia26090.ir

فصل اول :

تبیین ساختارها، نقش ، جایگاه و کارکرد وزارت اقتصاد، بیمه مرکزی، سندیکای بیمه گران، دفتر نظارت بر شبکه فروش و نمایندگان بیمه مرکزی

۱) تقسیمات کلی بیمه



بیمه در تقسیمات کلی بر دو قسم است :

الف) بیمه های اجباری یا قانونی یا اجتماعی

ب) بیمه های اختیاری یا خصوصی

الف) بیمه های اجباری / قانونی / اجتماعی چیست؟

۲) سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان بیمه گر اجتماعی است که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران مزد بگیر و حقوق بگیر (به صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به صورت اختیاری) است.

بیمه های اجتماعی و درمانی مهم کشور عبارتند از :

۱. صندوق های بازنشستگی متعلق به دولت و شرکتهای دولت
۲. بیمه خدمات درمانی –
۳. بیمه سلامت کشور
۴. – بیمه تامین اجتماعی
۵. ، بیمه نیروهای مسلح
۶. ،بیمه روستاییان و عشایر .... هستند.

پوششهای مختلف انواع بیمه های اجباری بشرح زیر است:

۱. حمایت در برابر حوادث، بیماری‌ها و بارداری
۲. مستمری بازنشستگی
۳. مستمری از کارافتادگی
۴. مستمری بازماندگان
۵. مقرری بیمه بیکاری
۶. غرامت دستمزد ایام بیماری
۷. پرداخت هزینه وسایل کمک پزشکی
۸. کمک هزینه ازدواج

۳) براساس قانون، سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان عمومی غیردولتی است که بخش عمده منابع مالی آن از محل حق بیمه‌ها (با مشارکت بیمه شده و کارفرما) تأمین می‌شود و متکی به منابع دولتی نیست.

۴) در بیمه های اجتماعی نرخ و مزایای بیمه برای همه بیمه شدگان یکسان است یعنی همه بیمه شدگان صرف نظر از موقعیت خود از تکلیف و حقوق یکسانی را در مقابل بیمه گر خود برخوردارند.

۵) استفاده از مزایای بیمه موکول به پرداخت مستمر حق بیمه نیست. در بیمه های اجتماعی با توجه به ماهیت حمایتی اقشار جامعه اعم از کارفرمای خصوص و دولتی تعهدات بیمه گر الزاماً در مقابل پرداخت حق بیمه قرار نمی گیرد. چه بسا در صورت عدم پرداخت حق بیمه بیمه گر مکلف به ایفای تعهدات خود باشد .

۶) در بیمه های اجتماعی قسمت اعظم حق بیمه را کارفرما می پردازد و تنها قسمتی از حق بیمه توسط بیمه شده پرداخت می گردد.

✓ در بیمه های بازرگانی وضعیت هر بیمه گذار متناسب با نوع و پوشش بیمه ای و تعهدات خریداری شده حق بیمه متفاوت خواهد بود.

✓ در بیمه های بازرگانی تعهد بیمه گر در مقابل پرداخت حق بیمه بیمه گذار قرار می گیرد و چنانچه بیمه گذار حق بیمه مقرر را نپردازد، بیمه گر تعهدی بر عهده نخواهد داشت چرا که تعهد بیمه گر موکول به دریافت حق بیمه می باشد.

✓ در بیمه های بازرگانی تمام حق بیمه را بیمه گذار پرداخت می نماید.

❑ ویژگی‌های بیمه‌های اجتماعی و خصوصی

۱. تعریف و ویژگی‌های بیمه خصوصی را می‌توان از مشخصات ارائه شده برای بیمه اجتماعی به‌دست آورد. بیمه‌های خصوصی اصولًا بر اساس قرارداد بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار، شکل می‌گیرند، ولی مبنای بیمه‌های اجتماعی در پیدایش و کیفیت آن اراده قانونگذار است. از این رو بیمه‌های اجتماعی را بیمه‌های اجباری به شمار آورده‌اند.

۲. در عقد بیمه خصوصی نیز گاه یکی از متعاقدین مجبور به انعقاد عقد بیمه می‌شود که اراده او دخالتی در انعقاد قرارداد ندارد؛ مانند بیمه اتومبیل که مالک اتومبیل، مجبور به انعقاد عقد بیمه (بیمه اجباری شخص ثالث) می‌باشد.

۳. در بیمه اجتماعی، حق بیمه، معمولًا به وسیله کارفرما، دولت و بیمه شونده هر سه با درصد مشخصی پرداخت می‌شود، ولی در بیمه خصوصی، پرداخت حق بیمه به عهده بیمه‌گذار است. البته در بیمه خصوصی نیز ممکن است نوعی تعدیل صورت پذیرد؛ یعنی چه بسا بیمه‌گذاری حق بیمه را بدهد، ولی هیچگاه خسارتی پیش نیاید تا شرکت بیمه، مالی بابت جبران خسارت به او بدهد، بنابراین از محل وجه بیمه او و دیگر بیمه‌گذارانِ مانند او، خسارت دیگران را جبران می‌کند، ولی این تعدیل ناشی از قرارداد بیمه است و با ارزش ریسک و خطر رابطه دارد.

۴. انگیزه شرکتهای بیمه خصوصی : در بیمه‌های خصوصی اصولًا انگیزه شرکت‌های بیمه‌ای تحصیل سود می‌باشد، لذا تأمین منافع اجتماعی، فرع بر انگیزه‌های اقتصادی بیمه‌گذاران و بیمه‌گران است.در حالی که در بیمه‌های اجتماعی هدف، حمایت از آسیب پذیران جامعه است.

www.asia-

ب) بیمه های اختیاری / خصوصی

❑ انواع بیمه های اختیاری / خصوصی عبارتند از :

۱- بیمه های تعاونی ۲- بیمه انحصاری یا کپتیو یا خود بیمه گری ۳- بیمه های بازرگانی

۱. **بیمه های تعاونی :** شکلی از پذیرش خسارتهای احتمالی با تکیه بر توانائی های مالی سازمان است و بیان کننده کاربرد اصول تعاونی در صنعت بیمه است. با توجه به اصول تعاونی،شرکت بیمه تعاونی، سازمانی است داوطلبانه وخیرخواهانه که براساس اهداف غیرانتفاعی به منظور ارائه خدمات و پوشش بیمه ای ارزا نتر با روح همکاری و برادری ایجاد می گردد و شخصیت حقوقی و مستقل آن مستلزم این است که بخشی از سود فعالیت اقتصادی آن به صورت ذخیره قانونی به مجموع سرمایه شرکت پ اضافه گردد. دو هدف مهم اقتصادی بیمه های تعاونی عبارت اند از: ارائه پوشش بیمه برای نیازهای شخصی و ایجاد منافع مبادلاتی برای اعضا.

با تبین ویژگی‌های بیمه‌های اجتماعی و خصوصی، وجه تمایز این دو دسته از بیمه‌ها با بیمه تعاونی آشکار می‌شود. زیرا بیمه تعاونی در حقیقت شرکتی است مدنی که گروهی از بیمه‌گران، آن را برای مقابله با خطراتی که در کار بیمه‌گری، آنان را تهدید می‌کند تشکیل می‌دهند. به تعبیر دیگر، این نوع از بیمه، بیمه‌ای است که چند نفر برای نگهداری اموال خود در مقابل حوادث معین هر ساله مبلغی به شرکت بیمه می‌دهند. این مبلغ ثابت نیست بلکه تابع خسارتی است که هر ساله شرکت بیمه باید در مقابل ورود آسیب به یکی از اشخاص مزبور بپردازد. در مقابل پرداخت وجه اشتراک مزبور هرگاه زیانی از ناحیه حادثه مزبور به مال یکی از آن چند نفر وارد شود شرکت بیمه آن زیان را جبران می‌کند.

بنابراین بیمه‌گذار در بیمه تعاونی، خود شریک این شرکت است. این شرکت‌ها قصد انتفاع ندارند، بلکه هدف بیمه‌گذاران، حفظ سرمایه است نه افزون بر آن. ماهیت این نوع از بیمه اقتضا می‌نماید که وجه بیمه‌ای که داده می‌شود متغیر باشد و شرکت‌های تعاونی ترجیح می‌دهند که مبلغ وجه بیمه را که از متقاضیان می‌گیرند سالانه بالا ببرند و تعهد شرکت را محدود به مبلغ معیّن ننمایند.

۲. **بیمه انحصاری یا کپتیو یا خود بیمه گری:** نوعی شرکت خود بیمه گر است که کلیه ریسک های یک سازمان و یا یک گروه صنعتی که فعالیت مشابهی را دارند تحت پوشش قرار می دهد .یک شرکت بیمه کپتیو یک شرکت فرعی ایجاد شده توسط یک یا چند شرکت برای بیمه کردن ریسکهای کنترل موسسه و یا زیرمجموعه‌ها یا نیازهای فردی مالکان است. بیمه‌گر کپتیو تحت نظر مقامات قانونگذاری بیمه بوده و گزارشهای مالی مجزا و حسابرسی شده‌ای را فراهم می‌کند. مانند آنکه بسیاری از شرکت های نفتی و یا شرکت های بزرگ کشتیرانی یک شرکت کپتیو تاسیس کرده که هم بخشی از ریسک ها را نزد خود نگهداری می کند و هم در واگذاری بخش دیگر ریسک به بیمه گران و یا شرکت های اتکائی دخالت اجرایی و مشورتی دارند. محل ثبت شرکت ها ی کپتیو بیشتر در مناطق آزاد تجاری است تا مشمول مقررات نظارتی کمتر و معافیت های قابل توجه مالیاتی شوند.

۳. بیمه های بازرگانی :

- بیمه بازرگانی همان‌طور که از نام آن پیداست اختیاری بوده و افراد با میل و اراده خود اقدام به خرید آن می‌کنند. در این نوع بیمه شرکت بیمه در قبال دریافت حق بیمه از بیمه گذار ، وی را تحت پوشش‌های بیمه‌ای قرار می‌دهد. میزان پوشش در بیمه بازرگانی براساس میزان سرمایه تعیین می‌شود.
- در بیمه‌های بازرگانی بیمه گذار و بیمه گر در مقابل هم متعهد هستند . بیمه‌گر در مقابل دریافت حق بیمه از بیمه گذار ، تامین بیمه ای (جانی ، مالی ، مسئولیت) در اختیار وی قرار می‌دهد .
- بازارهای بیمه‌ای با توجه به قوانین و مقررات بیمه و ساختار بازار از تقسیم بندی مختلف استفاده می کنند :

بیمه های بازرگانی با توجه به نوع و طبیعت خطر دو دسته بیمه های دریایی و غیر دریایی تقسیم می شود. تقسیم بندی دیگری که انجام می‌شود تقسیم به بیمه های اموال ، اشخاص و مسئولیت است . بازارهای نیز وجود دارند که به موجب آن بیمه های بازرگانی به دو دسته بیمه های زندگی و غیر زندگی تقسیم می شوند.

- هدف از تشکیل این نوع مؤسسات بیمه،تحصیل منفعت و سود بوده و عملیات آنها از هرجهت جنبه بازرگانی داشته و این مؤسسات کاملا بر اساس اصول بازرگانی اداره میشوند.
- بیمه‌های بازرگانی مهمترین نوع بیمه است که بیش از سایر انواع بیمه توسعه و گسترش یافته است.
- حق بیمه‌ای که اینگونه مؤسسات دریافت میدارند متناسب با خطری است که از طرف آنان بیمه میگردد.
- مفهوم بیمه های بازرگانی از مفهوم ریسک risque جدا نیست و ریسک احتمال بوقوع پیوستن واقعه ای است که موجب زیان میشود.
- بیمه یکی ازشیوه‌های مدیریت ریسک می‌باشد (انتقال ریسک به فرد یا سازمان دیگر).
- عناصر تشکیل‌دهنده بیمه عبارتند از: خطر، حق بیمه و خسارت .

➢ وزارت امور اقتصادی و دارایی

وزارت امور اقتصادی و دارایی یکی از ۱۹ وزارتخانه دولت ایران و مسئول تنظیم سیاست‌های اقتصادی و مالی کشور، اجرای سیاست‌های مالیاتی و برنامه همکاری‌های اقتصادی و سرمایه‌گذاری‌های مشترک با کشورهای دیگر است. هم‌اکنون سمت وزارت این وزارتخانه را سید احسان خاندوزی بر عهده دارد.

شرح اهداف و وظایف

وظایف

تهیه و تنظیم

- تنظیم سیاست‌های اقتصادی و مالی کشور و ایجاد هماهنگی در اجرای آنها
- تهیه و تنظیم صورتحساب عملکرد بودجه سالانه کل کشور.
- تنظیم و اجرای برنامه همکاری‌های اقتصادی و مالی و فنی ایران با سایر کشورها و سازمان‌ها و مؤسسات اقتصادی و مالی بین‌المللی و ایجاد هماهنگی در اعمال نظارت بر اینگونه روابط و مناسبات بین‌المللی.
- نگهداری اسناد مالکیت اموال غیرمنقول دولت که حق استفاده آن‌ها به‌عهده دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط می‌باشد.
- پیشنهاد، دریافت، بررسی و انجام کلیه امور مربوط به سرمایه‌گذاری‌های ایران در خارج و سرمایه‌گذاری‌های خارجی در ایران و همچنین کمک‌های اقتصادی و فنی به کشورهای خارجی.

بررسی و نظارت

- نظارت بر فعالیت‌های مالی و اقتصادی بخش خصوصی در جهت اجرای برنامه‌های توسعه اقتصادی.
- نظارت بر تشخیص و وصول مالیات‌های مستقیم و همچنین وصول مالیات‌های غیرمستقیم و حقوق و عوارض و هزینه‌های گمرکی.
- مراقبت در امر وصول سایر منابع درآمدی دولت که در قانون بودجه کل کشور منظور می‌شود.
- رسیدگی و موافقت با پرداخت دیون محقق بر ذمه وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی از محل اعتبار دیون بلامحل.
- بررسی و اظهارنظر در مورد لوایح و همچنین تصویب‌نامه‌های پیشنهادی دستگاه‌های اجرایی که جنبه مالی، محاسباتی، معاملاتی، بانکی و اقتصادی دارند.
- بررسی بودجه و ترازنامه و حساب سود و زیان شرکت‌های دولتی که سهام آن‌ها متعلق به دولت است برای طرح و تصویب در مجامع عمومی شرکت‌های مزبور.

www.asia26090.ir

- رسیدگی به موجودی و نظارت و تمرکز حساب اموال دولتی در اختیار دستگاه‌های اجرایی.
- رسیدگی به موارد تخلف از اجرای مقررات در امر پرداخت هزینه‌ها و اقدام در مورد آن‌ها طبق ماده ۹۱ قانون محاسبات عمومی کشور.
- بررسی‌های مالی برای شناسایی منابع درآمدی کشور و پیشنهاد وضع یا اصلاح قوانین و مقررات مالی.
- دریافت صورت‌حساب‌های ماهانه و سالانه از دستگاه‌های اجرایی برای بررسی و درج در صورتحساب عملکرد بودجه سالانه کل کشور.
- تهیه و توزیع و همچنین نظارت بر چاپ اوراق بهادار کنترل دولت و سایر اوراقی که برای وصول درآمدهای عمومی دولت منظور در قانون بودجه کل کشور مورد استفاده قرار می‌گیرد.

امور اجرایی

- اجرای تکالیف مربوط به امور پولی، بانکی، بیمه‌ای، ارزی و اعتباری کشور که به‌موجب قوانین و مقررات موضوعه به‌عهده وزارت امور اقتصادی و دارایی محول می‌گردد.
- اجرای مراقبت عمومی واردات، صادرات، قراردادهای بازرگانی، موافقت‌های پایاپای و اعمال مقررات گمرکی درباره معافیت‌ها و ممنوعیت‌ها.
- ایجاد تسهیلات و کمک‌های لازم به کارگران و کشاورزان در خرید سهام واحدهای تولیدی مشمول قانون گسترش مالکیت واحدهای تولیدی.
- ایجاد تسهیلات لازم در پرداخت‌ها از طریق واگذاری تنخواه‌گردان حسابداری به دستگاه‌های اجرائی.
- تخصیص اعتبارات لازم برای هزینه‌های جاری و عمرانی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و ابلاغ آن به دستگاه‌های اجرائی مربوط.
- پرداخت اعتبارات مصوب بودجه کل کشور اعم از اعتبارات جاری و عمرانی و اختصاصی به حساب‌های بانکی وزارتخانه‌ها و مؤسسات و سایر دستگاه‌های اجرائی و نیز پرداخت بدهی‌ها و وصول مطالبات ناشی از اجرای برنامه‌های عمرانی گذشته.
- پرداخت وام و اعتبار به دولت‌ها و مؤسسات خارجی و بین‌المللی و همچنین تحصیل و استفاده از وام‌ها و اعتبارات خارجی.

امور شرکت‌های دولتی

- صدور حواله اعتباراتی که در بودجه عمومی به‌عنوان کمک برای عملیات جاری شرکت‌های دولتی یا به‌عنوان کمک و اعانه به مؤسسات غیردولتی منظور می‌شود.

www.asia26090.ir

- تمرکز وجوهی که از محل درآمدها و سایر منابع تأمین اعتبار منظور در بودجه عمومی دولت وصول می‌شود و همچنین درآمد شرکت‌های دولتی به استثناء بانک‌ها و مؤسسات اعتباری و شرکت‌های بیمه در حساب‌های خزانه نزد بانک مرکزی و برقراری ترتیبات لازم برای اینکه شرکت‌های دولتی بتوانند به‌موقع از وجوه خود استفاده نمایند.
- تمرکز وجوه سپرده وزارتخانه‌ها و مؤسسات و شرکت‌های دولتی در حساب‌های خزانه نزد بانک مرکزی.
- افتتاح حساب‌های بانکی وزارتخانه‌ها و مؤسسات و شرکت‌های دولتی در بانک مرکزی یا شعب سایر بانک‌های داخلی در مرکز و شهرستان‌ها.
- واگذاری پیش‌پرداخت برای رفع احتیاجات سال بعد وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی با رعایت مفاد ماده ۷۷ قانون محاسبات عمومی کشور.
- تسلیم صورتحساب دریافت‌ها و پرداخت‌های ماهانه مربوط به حساب‌های درآمد بودجه عمومی دولت و سپرده‌های وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی به دیوان محاسبات کشور.
- دادن مهلت یا تخصیص بدهی اشخاص به وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی.
- اخذ ترازنامه و حساب سود و زیان سالانه شرکت‌های دولتی برای بررسی و درج خلاصه آن‌ها در صورتحساب عملکرد بودجه سالانه کل کشور.

سایر وظایف

- توزیع و فروش سفته و بارنامه تجارتی از طریق شبکه بانکی کشور و نگاهداری حساب آن‌ها.
- صدور اجازه استفاده از ماشین‌های نقش تمبر غیر پستی در وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی و نظارت بر نحوه کار آنها، و همچنین انجام سایر تکالیفی که طبق قانون «استفاده از ماشین‌های نقش تمبر» به‌عهده وزارت امور اقتصادی و دارایی محول گردیده‌است.
- رد سپرده‌های قابل استرداد و همچنین وجوهی که زائد بر میزان مقرر وصول می‌شود.
- تعیین نمونه اسنادی که برای پرداخت هزینه‌ها مورد قبول واقع می‌شود و همچنین مدارک و دفاتر و روش نگهداری حساب با هماهنگی دیوان محاسبات کشور.
- مبادله قرارداد و وصول اقساط وام‌های پرداختی به دستگاه‌های اجرایی از محل اعتبارات عمرانی جهت اجرای طرح‌های عمرانی انتفاعی.
- انتصاب ذی‌حساب و معاون ذی‌حساب در دستگاه‌های اجرایی طبق مقررات ماده ۳۱ قانون محاسبات عمومی کشور.
- تضمین وام‌ها و اعتبارات اعطایی به دولت.
- انتشار اوراق مشارکت در چهارچوب مقررات قانونی و آئین‌نامه‌های اجرایی مربوط.[1]

www.asia26090.ir

➢ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران طبق قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در سال ۱۳۵۰ به صورت شرکت سهامی تأسیس شد. بر پایه این قانون هدف از تأسیس بیمه مرکزی تنظیم، تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت از بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها و اعمال نظارت دولت بر فعالیت‌های بیمه‌ای است.[۱]

تاریخچه بیمه مرکزی

سابقه فعالیت بیمه در کشور به صورت غیررسمی بیش از یک قرن است. نخستین بار در سال ۱۲۸۹ خورشیدی دو شرکت بیمه خارجی به تاسیس نمایندگی در ایران اقدام کردند. اولین قانونی که در ایران درخصوص شرکت‌های بیمه به تصویب رسید، قانون مربوط به ثبت شرکت‌ها مصوب دوم آذر ۱۳۱۰ است که در ماده ۸ آن شرکت‌های بیمه اعم از ایرانی و خارجی را تابع نظام نامه‌ای دانست که از طرف وزارت عدلیه تنظیم می‌شود. تاسیس شرکت سهامی بیمه ایران در ۱۵ آبان ۱۳۱۴ و تصویب قانون بیمه در هفتم اردیبهشت ۱۳۱۶ را باید نقطه آغاز تحولات بازار بیمه کشور دانست. با تصویب این قانون، حدود ۱۰ شرکت بیمه خارجی شعب و نمایندگی‌های خود را در ایران ثبت کردند. درسال ۱۳۲۹ نخستین شرکت بیمه خصوصی ایرانی به نام [بیمه شرق] تاسیس شد و پس از آن در دهه‌های بعد تعداد دیگری از شرکت‌های بیمه خصوصی ایرانی یا با سرمایه‌گذاری مشترک ایرانی و خارجی در کشور آغاز به فعالیت کردند. نظارت و بیمه‌گری توامان شرکت سهامی بیمه ایران در بازار بیمه موجب شد که سیاست‌گذاران به دنبال تفکیک تصدی از سیاست‌گذاری و نظارت در بازار بیمه باشند. بدین ترتیب بیمه مرکزی تاسیس شد و تحولات صنعت بیمه شتاب بیشتری گرفت. قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در ۳۰ خرداد ۱۳۵۰ در ۷۷ ماده به تصویب رسید و نحوه فعالیت و عملیات بیمه را درباره شرکت‌های داخلی و خارجی ترسیم کرد. ماده ۱ این قانون اعلام کرده است که:

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

تنظیم بازار بیمه کشور و هدایت آن از طریق تصویب آیین نامه‌ها و مقررات – توسعه و تعمیم بیمه‌های بازرگانی – اعطای مجوز تأسیس شرکت‌ها و شبکه کارگزاری و نظارت بر فعالیت شرکت‌های بیمه‌ای به نمایندگی از دولت در بازار – انجام امور اتکایی اجباری برای مؤسسات بیمه‌ای – قبولی و واگذاری بیمه‌های اتکایی با مؤسسات داخلی و خارجی

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در تلاش است تا با تکیه بر تجربه چندین ساله و دانش فنی کارشناسان و مدیران خود، رسالتی را که به موجب قانون برعهده این سازمان قرار گرفته است هرچه مطلوب‌تر به انجام رساند. اهم وظایف و اختیارات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران طبق قانون مذکورعبارت است از:

تهیه آیین‌نامه‌ها و مقررات برای حسن اجرای امر بیمه – تهیه اطلاعات لازم از عملکرد مؤسسات بیمهٔ فعال در بازار بیمه ایران – انجام بیمه‌های اتکایی اجباری – قبول یا واگذاری بیمه‌های اتکایی به مؤسسات بیمه داخلی یا خارجی – ارشاد، هدایت و نظارت بر مؤسسات بیمه و حمایت از آن‌ها برای حفظ سلامت بازار بیمه – تنظیم امور نمایندگی و دلالی بیمه و نظارت بر امور بیمه اتکایی

فهرست رؤسای کل بیمه مرکزی ایران

رؤسای کل بیمه مرکزی کشور ایران از ابتدای تأسیس تاکنون به شرح زیر هستند :

- جواد منصور) ۱۳۵۶–۱۳۵۰)
- هادی هدایتی) ۱۳۵۷–۱۳۵۶)
- عبدالحسین دانشپور) ۱۳۶۰–۱۳۵۷)
- سید محمد اعرابی) ۱۳۶۲–۱۳۶۰)
- احمد گرانمایه) ۱۳۷۳–۱۳۶۲)
- عبدالناصر همتی) ۱۳۸۵–۱۳۷۳)
- نوروز کهزادی) ۱۳۸۶–۱۳۸۵)
- جواد فرشباف) ۱۳۹۰–۱۳۸۶)
- سید محمد کریمی) ۱۳۹۲–۱۳۹۰)
- محمدابراهیم امین) ۱۳۹۵–۱۳۹۲)[۴]
- عبدالناصر همتی) ۱۳۹۷–۱۳۹۵)[۵]
- غلامرضا سلیمانی) ۱۴۰۰–۱۳۹۷)[۶]
- مجید بهزادپور) تاکنون–۱۴۰۰)[۷]

وظایف و اختیارات

ماده ۵- بیمه مرکزی ایران دارای وظایف و اختیارات زیر است:

۱ -تهیه آیین نامه و مقرراتی که برای حسن اجرای امر بیمه درایران لازم باشد با توجه به مفاد این قانون

۲ -تهیه اطلاعات لازم از فعالیتهای کلیه موسسات بیمه که در ایران کار می کنند

۳ -انجام بیمه های اتکایی اجباری

۴ -قبول بیمه های اتکایی اختیاری از موسسات داخلی یا خارجی

۵ -واگذاری بیمه های اتکایی به موسسات داخلی یا خارجی در هر مورد که مقتضی باشد

۶ -اداره صندوق تامین خسارتهای بدنی و تنظیم آیین نامه آن موضوع ماده ۱۰ قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسائل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب دی ماه ۱۳۴۷)[۱]

www.asia26090.ir

۷ -ارشاد و هدایت و نظارت بر موسسات بیمه و حمایت از آنها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم بر امور بیمه اتکایی و جلوگیری از رقابت های مکارانه و ناسالم

تبصره: بیمه مرکزی ایران ملزم به حفظ اسرار موسساتی است که به موجب این قانون حق نظارت بر آنها را دارا می باشد و به هیچ وجه نباید از اطلاعاتی که در جهت اجرای این قانون بدست می آورد جز در مواردی که قانون معین مینماید استفاده کند.

ارکان تشکیلاتی

ماده ۶- بیمه مرکزی ایران دارای ارکان زیر است:

۱ -مجمع عمومی

۲ -شورای عالی بیمه

۳ -هیات عامل

۴ -بازرسان

مجمع عمومی

ماده ۷- مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران مرکب از وزیر امور اقتصادی و دارایی ، وزیر بازرگانی ،وزیر کار و امور اجتماعی ، هیات عامل و بازرسان بدون داشتن حق رای در جلسه شرکت خواهند کرد.(به موجب تصویب نامه شماره ۴۹۷۰۸ مورخ ۱۳۵۳/۸/۲۶ هیات وزیران مستند به ماده ۴ قانون تشکیل وزارت امور اقتصادی و دارایی به شرح متن اصلاح شده است).

ماده ۸- مجمع عمومی عادی به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران سالی یک مرتبه حداکثرتا پایان شهریور ماه تشکیل می شود.

مجمع عمومی فوق العاده به دعوت رئیس کل بیمه مرکزی ایران و یا به پیشنهاد هر یک از اعضا مجمع عمومی تشکیل خواهد شد.

رئیس کل بیمه مرکزی ایران موظف است ظرف ده روز پس از دریافت پیشنهاد تشکیل جلسه مجمع عمومی را کتبا دعوت کند. در دعوتنامه دستور جلسه ، روز و محل انعقاد جلسه ذکر خواهد شد.

هیچ موضوعی را نمی توان در مجمع عمومی عادی یا فوق العاده مطرح کرد مگر آن که قبلا" جزو دستور قرار داده شده باشد.

ماده ۹- وظایف مجمع عمومی به شرح زیر است:

الف – تعیین خط مشی کلی.

ب – رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش سالانه رئیس کل بیمه مرکزی ایران.

ج – رسیدگی و تصویب بودجه و ترازنامه و حساب سود وزیان و ترتیب تقسیم سود.

د – تصویب سازمان و آیین نامه های مالی و اداری بیمه مرکزی ایران.

www.asia26090.ir

ه – تصویب مقررات استخدامی با رعایت بند پ ماده ۲ قانون استخدام کشوری.

و – انتخاب بازرسان.

ز – تعیین حقوق رئیس کل و اعضا هیات عامل و حق الزحمه بازرسان.

ح – تصمیم نسبت به هر موضوعی که از طرف رئیس کل بیمه مرکزی ایران جزو دستور قرار داده شده باشد

وظایف مهم و کاربرد های بیمه مرکزی ایران

از جمله وظایف مهم و کاربردی بیمه مرکزی ایران می توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱. تدوین مقررات و آیین نامه های اجرایی جهت بهبود کارایی امور مربوط به بیمه در کشور
۲. بررسی، نظارت و تهیه گزارش از فعالیت های بیمه گزاران در سراسر کشور
۳. اجرای بیمه های آتیه و بیمه های اجباری
۴. اعطای بیمه های آتیه و بیمه اختیاری از شرکت های داخل و خارج از ایران
۵. اعطای بیمه های اتکایی به شرکت های داخلی و خارج از ایران
۶. حمایت و نظارت بر بیمه گزاران
۷. مجری صندوق حمایت بیمه بدنی، بیمه های اجباری، بیمه خودرو و...
۸. توسعه و بهبود امور مربوط به بیمه
۹. برخورد با افراد متخلف
۱۰. تنظیم بازار بیمه

بیمه مرکزی ایران با دارا بودن کاربرد ها و اختیارات لازم در جهت امور مربوط به بیمه عهده دار نظارت و اجرای قوانین مدنی مربوط به بیمه افراد، صاحبان مشاغل، بیمه خودرو و ... است. توسعه و گسترش بیمه، بهترین و مطمئن ترین راه ها برای تضمین آتیه افراد، شغل، شرکت ها و خانواده ها هستند. با شناخت مفهوم کاربردی بیمه مرکزی ایران، بهترین راه برای تضمین و ثبات را انتخاب کرده و ترسی از نوسانات موجود در زندگی را نداشته باشید.

استعلام سامانه سنهاب

توسط سامانه استعلام سنهاب می توان با وارد کردن نام شرکت بیمه گر و شماره بیمه نامه و همچنین شماره تلفن همراه و کدملی یا شناسه ملی برای اشخاص حقوقی از صحت و معتبر بودن بیمه نامه خریداری شده اطمینان پیدا کرد و جزئیات بیمه نامه را مشاهده کرد.

سامانه سنهاب

میز خدمات الکترونیک بیمه مرکزی

سامانه میز خدمات الکترونیک در سایت بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به ارائه خدمات غیر حضوری به مراجعه کنندگان میپردازد که این خدمات به ترتیب به شرح زیر است:

۱. پاسخ به استعلام اصالت بیمه نامه) سامانه سنهاب(

۲. پاسخگویی و رسیدگی به شکایات) سامانه یکپارچه رسیدگی به شکایات بیمه گذاران(

۳. پاسخ به استعلام سوابق بیمه ای) این بخش شامل دو زیر مجموعه ثبت استعلام جدید و پیگیری استعلام میباشد(

۴. پاسخ به استعلام سوابق بیمه خودرو) سامانه پیگیری و استعلام سوابق بیمه ای وسایل نقلیه(

۵. میز خدمت شبکه فروش) درگاه ورود به سامانه‌های بیمه‌ی مرکزی ج.ا.ا برای نمایندگان شرکت‌های بیمه(

۶. ثبت اطلاعات متقاضیان شبکه فروش (نماینده، کارگزار، ارزیاب خسارت، کارگزار بیمه اتکایی)، اکچوئر و کارکنان کلیدی) ثبت نام آزمون ها و اطلاعات شبکه فروش صنعت بیمه(

۷. سامانه پیشخوان مکاتبات ارباب رجوع

۸. نظرسنجی، انتقادات و پیشنهادات خدمات الکترونیک) فرم ارزیابی استقرار میز خدمت الکترونیک(

بخش گزارش های آماری بیمه مرکزی

در راستای قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات، بیمه مرکزی به عنوان یکی ااز نهادهای پیشرو در شفافیت این بخش را در وبسایت خود راه اندازی کرد؛ بخش گزارش های آماری شامل دو زیر مجموعه اصلی اطلاعیه ها و مصوبات شورای عالی صنعت بیمه است. در هر یک از بخش های بالا میتوانید با انتخاب عنوان، بازه زمانی انتشار اطلاعیه و گروه خبری آن به جستجو در میان اطلاعیه ها بپردازید.

نظارت بیمه مرکزی بر شبکه فروش از طریق اجرای آئین نامه ۷۵ شورای عالی بیمه

سندیکای بیمه گران ایران

سندیکا به فرانسوی Syndicat :یا اتحادیه صنفی یا یونیون به انگلیسی union :یک تشکیلات خودگردان از افراد، بنگاه‌های اقتصادی، شرکت‌ها یا افراد حقوقی است که برای این متشکل می‌شوند تا منافعی که در آن سهیم هستند را ارتقاء دهند. در اکثر موارد هدف این تشکل‌ها این است که سود اقتصادی خود را به حداکثر برسانند

تاریخچه

این لغت از ریشه فرانسوی آن ***syndicat*** گرفته شده‌است؛ و از لاتین ***syndicus*** و از یونانی ***σύνδικος (syndikos)*** به تمام زبان‌ها راه یافته. *سندیکوس* در لاتین وکیل و نماینده یک شهر را توصیف می‌کند.

این واژه به‌طور منظم در جنوب فرانسه مورد استفاده قرار گرفته‌است. در فرانسه این لغت به معنای نماینده یک بنگاه اقتصادی بود.

در سال ۱۵۱۴، یک فرهنگ لغت *سیندیک را* به عنوان یک انجمن تعریف می‌کند که هدف آن دفاع از منافع مشترک است.

کشف رسمی آمریکا در سال ۱۴۹۲ و تاریخ کبک، منجر به تغییر بسیار مهمی در دو طرف اقیانوس اطلس می‌شود.

اولین سندیکاها

اولین سندیکاها در آغاز قرون هجدهم در انگلستان به وجود آمد. انگلستان آن زمان در اولین رده کشورهای سرمایه‌داری قرار داشت. در فرانسه در خاتمه قرن هیجدهم، در ایالات متحده آمریکا در اوائل قرن نوزدهم، و در آلمان در اواسط قرن نوزدهم سندیکاها تشکیل شدند.

در آن مرحله تکامل جامعه سرمایه‌داری، سندیکاها رفته‌رفته به سازمان‌های دائمی کم و بیش پراهمیت و نیرومند مبدل شدند.

انواع مختلف

سندیکاهای رسانه‌ای

یا سندیکاهای پخش که سازمان فروش روزنامه‌ها و مجلات یا شبکه‌های پخش برنامه‌های تلویزیونی هستند. مثلاً خبرگزاری پارس یک کسب و کار رسانه‌ای است. یا گروهی از نشریات که توسط یک مالک اداره می‌شوند.

سندیکاهای کارگری

یک سندیکا، سندیکای کار یا سندیکای کارگران که همچنین می‌تواند به معنای اتحادیه صنفی نیز باشد. این اصطلاح معنای عرفی لغت سندیکا را، از پسرعموهای ریشه شناسانه اش یعنی فرانسه و اسپانیایی بازتاب می‌دهد.

سندیکا یا اتحادیه صنفی (به فرانسوی **Syndicat professionnel**): به معنای سازمان صنفی کارگران و دیگر زحمت‌کشان است. سندیکاها در جریان مبارزهٔ کارگران برای دفاع از منافع خود و بهبود شرایط اقتصادی خود پدید شدند.

درمورد سندیکاهای کارگری در اینجا :تاریخ سندیکاهای ایران تنها سندیکاهای کارگری؛ و اینجا قانون کار ایران – اتحادیه‌های کارگری رجوع کنید.

سندیکاهای کارفرمایان

سندیکاهای جرم

سندیکاهای دانشجویی

www.asia26090.ir

شورای صنفی دانشجویان

سندیکاهای کسب و کار

گروهی تشکل یافته از چند شخصیت حقوقی، شبیه شرکت‌ها یا بنگاه‌های اقتصادی که منافعی را در یک بازار شریک می‌شوند، اما به‌طور مستقیم رقیب هم نیستند. در بعضی موارد این ابرشرکت‌ها در زمینه اینترنت، مدیریت برند، بهینه‌سازی موتور جستجو، اینترنت اشیاء و مکان یابی رادیویی با هم همکاری می‌کنند.

سندیکاهای مالی

سندیکاهای بیمه

سندیکای بیمه گران ایرانSBI

اساسنامه سندیکای بیمه گران ایران

بسمه تعالی

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۷۵ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، در جلسه مورخ ۰۲/۰۵/۱۳۹۸ "اساسنامه سندیکای بیمه گران ایران" را مشتمل بر ۲۸ ماده و ۱۳ تبصره به شرح زیر تصویب نمود که از تاریخ ابلاغ جایگزین مصوبه های مورخ ۱۲/۰۳/۱۳۸۳ و ۰۹/۰۴/۱۳۸۳ خواهد شد. بیمه مرکزی ج.ا ایران برحسن اجرای این مصوبه نظارت خواهد کرد. درصورت عدم رعایت مفاد آن توسط هریک از اعضا و یا ارکان سندیکا، بیمه مرکزی می تواند حسب مورد اقدامات نظارتی لازم را اعمال نماید:

اساسنامه سندیکای بیمه گران ایران

فصل اول- کلیات

ماده ۱ -سندیکای بیمه گران ایران که در این اساسنامه سندیکا نامیده می‌شود، تشکل صنفی، حرفه ای و غیرانتفاعی است که برای مدت نامحدود تأسیس شده و به موجب این اساسنامه اداره خواهد شد.

ماده ۲ -مؤسسات بیمه بازرگانی که در ایران فعالیت می کنند، عضو سندیکا شناخته می‌شوند.

تبصره- صندوق تامین خسارت های بدنی می تواند با تصویب مجمع عمومی خود، عضو سندیکا شود.

www.asia26090.ir

ماده ۳ -مرکز سندیکا در تهران است و می تواند با تصویب شورای عمومی در مراکز استان ها و مناطق آزاد تجاری – صنعتی کشور ، دفتر دایر نماید. این دفاتر وظیفه نمایندگی سندیکا در استان و منطقه ذیربط و همچنین هماهنگی بین موسسات بیمه عضو سندیکا را برعهده خواهد داشت.

تبصره- در استان هایی که سندیکا فاقد دفتر است، شوراهای هماهنگی موسسات بیمه توسط سندیکا و در چارچوب مورد تایید بیمه مرکزی، تشکیل می شوند و وظایف مقرر در این ماده را برعهده خواهند داشت.

فصل دوم- اهداف و وظایف

ماده ۴ -سندیکا دارای اهداف زیر است:

(1صیانت از حقوق و منافع قانونی، حرفه¬ای و صنفی اعضاء سندیکا در سازمانها و مراجع ذیربط؛

(2کوشش برای توسعه اخلاق حرفه ای و توسعه همکاری بین اعضاء؛

(3کوشش در جهت نهادینه کردن اخلاق و رفتار حرفه ای در صنعت بیمه؛

(4کوشش در جهت توسعه و ترویج فرهنگ بیمه در کشور؛

(5کمک به بهبود مقررات و محیط کسب و کار صنعت بیمه؛

(6کمک به ارتقای دانش فنی و مدیریتی کارشناسان و مدیران موسسات بیمه؛

(7رسیدگی و کمک به حل و فصل اختلافات بین اعضاء؛

(8کمک به توسعه همکاری های بین المللی صنعت بیمه با موسسات مرتبط خارجی.

ماده ۵ -سندیکا برای نیل به اهداف خود وظایف و اختیارات زیر را به عهده دارد:

-1بررسی و اظهار نظر درباره موضوعات و مسایل مربوط به امر بیمه؛

-2ایجاد هماهنگی و همکاری بین مؤسسات بیمه با سایر دستگاه‌های اجرایی و مراجع ذیربط در چارچوب قوانین و مقررات مربوطه؛

-3تعیین میزان حق عضویت اعضاء؛

-4اظهار نظر درباره مسایل مرتبط با اهداف و وظایف سندیکا که از طرف هریک از اعضاء، بیمه مرکزی و سایر مراجع به سندیکا ارجاع شود؛

-5کوشش برای آشنا کردن مردم با مزایای بیمه و ارتقاء سطح فرهنگ بیمه در جامعه؛

www.asia26090.ir

-6برگزاری همایش¬ها، نمایشگاه¬های تخصصی و برنامه‌های آموزشی مورد نیاز در امور بیمه‌های بازرگانی و حضور در کنفرانس‌ها، مجامع و سمینارهای داخلی و بین‌المللی در چارچوب قوانین و مقررات مربوط؛

-7کمک به ساماندهی نظام آماری صنعت بیمه و تجزیه و تحلیل آن؛

-8انتشار نشریات تخصصی و عمومی بیمه ای؛

-9پیشنهاد تدوین یا اصلاح آئین‌نامه‌های مربوط به صنعت بیمه و نرخ و شرایط انواع رشته‌های بیمه‌ای به بیمه مرکزی؛

-10انجام وظایفی که به موجب قوانین و مقررات بر عهده سندیکا می‌باشد؛

-11ایجاد تشکیلات اداری و فنی لازم برای اجرای وظایف و اختیارات سندیکا؛

-12رسیدگی به اختلاف بین اعضاء و انجام داوری بین آنها با رعایت قوانین و مقررات مربوط؛

-13برگزاری آزمون‌های حرفه ای مرتبط با صنعت بیمه از قبیل آزمون‌های نمایندگی و ارزیابی خسارت با رعایت مقررات مربوط به اخذ مجوزهای لازم؛

-14کمک به اعمال نظارت حرفه ای بر فعالیت های بخش های مختلف صنعت بیمه در مواردی که بیمه مرکزی به سندیکا محول می کند؛

-15ارتباط و تعامل با سایر تشکل ها، مجامع، انجمن‌ها، اتحادیه‌ها، سندیکاها و اتاق‌های بازرگانی داخلی و خارجی؛

-16قبول و دریافت هدایا و کمک‌های مالی؛

-17همکاری با مؤسسات و سازمان‌های آموزشی و تحقیقاتی به منظور اجرای طرح‌ها و پروژه‌های مطالعاتی مرتبط با صنعت بیمه؛

-18کمک و همکاری با مراجع قانونی ذیربط، برای مبارزه با هرگونه فساد و تقلب در بازار بیمه و ایجاد ساز و کارهای مناسب .

فصل سوم– ارکان سندیکا

ماده ۶ - سندیکا دارای ارکان زیر است :

-1شورای عمومی؛

-2هیأت رئیسه؛

-3دبیر کل؛

-4بازرس.

www.asia26090.ir

➢ عوامل تأثیرگذار در سازمان (شرکت های بیمه) :

عوامل تأثیرگذار در سازمان (شرکت های بیمه) را از نظر نوع تأثیر می توان به دو دسته مستقیم و غیرمستقیم تقسیم کرد

اول) تأثیر مستقیم

عواملی که در شرکت های بیمه تأثیر مستقیم دارند به دو دسته عوامل داخلی و خارجی تقسیم می شوند.

منظور از عوامل داخلی در داخل صنعت بیمه نیز عبارتند از:

- ۱- کارکنان :مهمترین سرمایه شرکت های خدماتی از جمله شرکت های بیمه، نیروی انسانی آنهاست .به عبارت دیگر، نیروی انسانی است که باید برنامه های شرکت را اجرا کند و بهترین برنامه ها و امکانات و نرم افزارها بدون توان و تمایل کارکنان هیچ گونه ارزشی ندارند .بنابراین، کارکنان شرکت بیمه به عنوان بازوی اجرایی آن، مهمترین و اثرگذار ترین عامل داخلی هستند.

۲- بیمه مرکزی :براساس قوانین و مقررات بیمه مرکزی ایران مسئول نظارت بر عملیات شرکت ها ی بیمه است .بدیهی است که ناظر هر مجموعه می تواند تأثیر شگر فی بر کارکرد آن مجموعه داشته باشد.

- ۳- شورای عالی بیمه :شرکت های بیمه موظف اند از قوانین و مقررات پیروی کنند .شورای عالی بیمه نیز مسئولیت تفسیر قوانین و تهیه برنامه های اجرایی (مصوبات شورای عالی بیمه) را بر عهده دارد. بدیهی است که این مصوبات می توانند در شرکت های بیمه اثرگذار باشند.

- نکته :اعضای شورای عالی بیمه عبارتند از :وزیر امور اقتصاد ی و دارایی ، رئیس کل بیمه مرکز ی ایران، وزیر رفاه و تأمین اجتماعی، رئیس کل بیمه خدمات درمانی، مد یرعامل بیمه ایران و نماینده انتخابی از سایر شرکت های بیمه.

- ۴- مجمع شرکت های بیمه : مجمع شرکت های بیمه وظیفه نظارت بر عملکرد شرکت ها ی بیمه را بر عهده دارد .برای مثال، عملکرد سالانهٔ شرکت های بیمه در قالب گزارش های مالی و یا تغییرات لازم در نمودار سازمانی و مانند اینها باید به تصویب مجمع شرک تهای بیمه برسد.

نکته : اعضای مجمع شرکت های بیمه دولتی عبارتند از : وزیر امور اقتصادی و دارایی، وزیر بازرگانی و رئیس سازمان مدیریت و برنامه ریزی.

به غیر عوامل فوق، عواملی مانند مأموریت و اهداف شرکت، فرهنگ سازمانی و سبک رهبری، که مرتبط با محیط داخلی سازمان هستند، می توانند تاثیر قابل توجهی در سازمان داشته باشند.

محیط خارجی

www.asia26090.ir

محیط خارجی یک سازمان، مجموعه ای از عواملی است که سازمان نمی تواند آن را کنترل کند. اگرچه این عوامل خارج از سازمان هستند، اما تأثیر قابل توجهی بر عملیات، رشد و پایداری آنها دارند.

۱. عوامل اقتصادی: عوامل اقتصادی کلان مانند محیط سیاسی و حقوقی، نرخ تورم و بیکاری، سیاست های پولی و مالی دولت و غیره، باعث تاثیر زیاد در شرکت ها و ایجاد تغییرات در سازمان می شود. مدیران باید به دقت از این شاخص ها برای تصمیم گیری درست برای تغییر استفاده کنند.

۲. عوامل اجتماعی و فرهنگی: شرایط محلی و منطقه ای به شدت بر ارزش ها، عادت ها، هنجارها، نگرش ها و ویژگی های جمعیت شناختی جامعه تأثیر می گذارد.

۳. محیط جهانی: افزایش جهانی سازی بازارها باعث شده است، سازمانها نسبت به تغییرات حساس باشند. هر گونه تغییر یا بحران در بازار جهانی، هر کسب و کار را تحت تاثیر قرار می دهد. اقدامات اصلاحی اغلب آسان و بلافاصله انجام نمی شود.

۴. فناوری: فناوری به یک بخش حساسی از عملیات کسب و کار تبدیل شده است. فناوری، فرآیندها را در تمامی جنبه های نظیر تولید، توزیع، لجستیک، مالی و غیره تنظیم می کند. سازمان ها باید منظور بهبود کارایی و باقی ماندن در رقابت، نسبت به پیشرفت های تکنولوژیکی در حال تغییر به روز باشند.

مهمترین عوامل خارجی که می توانند در شرکت های بیمه تأثیر مستقیم داشته باشند عبارتند از:

۱. مشتریان: در بازارهای رقابتی امروزی، مشتری اهمیت بسیار دارد و حتی در مدیریت امروزی بحث تعهد به مشتری جزء اولین تعهدها و مشتری گرایی به عنوان سبک مدیریت روز مطرح شده است. شرکت های بیمه نیز به شدت به مشتریان خود وابسته هستند و به جرأت می توان گفت که بدون وجود مشتری (بیمه گذار) شرکت بیمه ای وجود نخواهد داشت.

۲. شرکت های رقیب: در تمام کشورها، شرکت های بیمه در محیطی رقابتی فعالی ت م ی کنند . بد یهی است که در محیط رقابتی، عملکرد شرکت های رقیب در سازمان اثر گذار است و شرکت ها ی بیمه ناگزیرند به دلیل جذب بیمه گذار بیشتر، به عملکرد رقبا توجه کنند.

۳. دولت: میزان دخالت دولت در اقتصاد جامعه تأثیر مهمی در سازمان ها ایجاد می کند دولت ها با تصویب قوانین و مقررات، تأثیر بسیاری بر سازمان ها دارند. به عبارت دیگر، دولت به عنوان بالاتر ین مقام اجرایی با تصمیم های خود بر عملکرد تمامی سازمان ها از جمله شرکت های بیمه اثرگذار است.

۴. اتحادیه های کارگری: اتحادیه کارگری در خصوص دستمزد، نوع و شرایط کار، ساعات انجام کار و از این قبیل اثرگذار است. در صنعت بیمه کشور، اتحادیه های نمایندگان و کارگزاران م ی توانند بر عملکرد شرک تهای بیمه اثرگذار باشند.

۵. رسانه های گروهی: در دنیای پیچیده امروزی، رسانه ها ی گروه ی م ی توانند تأ ثیر شگر فی بر سازمان ها داشته باشند. با توجه به اینکه ماهیت شرکت های بیمه ارائه خدمات به مشتر یان است ؛ رسانه های گروهی می توانند بر رأی و نظر بیمه گذاران تأثیر عمده ای داشته و در نتیجه، شرکت ها ی بیمه را از نظر فروش و سودآوری تحت تأثیر قرار دهند.

www.asia26090.ir

۶. دادگاه ها: با توجه به ماهیت خدمات بیمه و اینکه در بسیاری از مواقع، بیمه گذاران اشراف کامل به حقوق خود ندارند، بین شرکت های بیمه و بیمه گذاران اختلاف به وجود م ی آی د. در صورت ارائه شکایت توسط بیمه گذار، وظیفه بررسی آن به عهده دادگاه ها می باشد . بنابر این حکم و تصمیمات دادگاه ها می تواند بر رویه فعالیت و عملکرد شرکت های بیمه تأثیر داشته باشد.

۷. سازمان های متخصص: شرکت های بیمه ناچارند بر ای تمام ی بخش ها ی صنع تی و خدما تی، پوشش های بیمه ای ارائه کنند. با توجه به اینکه داشتن متخصص در تمامی این زمینه ها برای هیچ شرکت بیمه ای مقدور نیست، شرکت های بیمه تلاش می کنند از افراد و سازمان های متخصص خرید خدمت کنند تصمیم های این سازمان ها می تواند بر شرکتهای بیمه اثرگذار باشد.

دوم) تأثیر غیر مستقیم

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

۱. عوامل فرهنگی: بیمه قولی است برای آینده، بدیهی است که فرهنگ کشورهای مختلف در زمینه آینده نگری متفاوت است. برای مثال، در کشورهای اروپایی معمولاً خود افراد به دنبال خرید بیمه هستند، اما در کشورهای جهان سوم عمدتاً فروشندگان به دنبال بیمه گذار هستند . به عبارت د یگر ، عناصر فرهنگی مانند آینده نگری و دوراندیشی، ریسک پذیری و مانند اینها م ی توانند بر عملکرد شرکت های بیمه اثرگذار باشند.

۲. عوامل اقتصادی: میزان تورم، دستمزدها، س یاست ها ی پو لی دولت، رونق بازار، درآمد ملی، پس اندازها، سرمایه گذاری ها، بهره وری و مانند اینها متغیرها ی اقتصاد ی هستند که م ی توانند در موفقیت یا شکست یک سازمان نقش مهمی ایفا کنند.

بیمه نیزکالایی است که نیاز آنی برای آن وجود ندارد. به دیگر سخن، افرادی که بیمه نامه می خرند آن را برای نیازهای احتمالی آینده خود خریداری می کنند. بدیهی است که برای بس یاری از افراد چنین کالایی، کالای لوکس تلقی می شود و در صورتی که وضعیت اقتصاد ی افراد خو ب باشد، آن را در سبد اقتصادی خود جای خواهند داد. در حالت کلی نیز اگر وضع یت اقتصاد ی یک کشور خوب باشد، شرکت های بیمه نیز وضعیت مناسب تری خواهد داشت.

۳. متغیرهای سیاسی: پاسخ هایی که به پرسش های زیر داده می شود بی انگر جو س یاس ی است که سازمان در آن فعالیت می کند.

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

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

ج) آیا سیاست های دولت به مدیران آزادی عمل می دهد یا این که مانع فعالیت های آنها می شود؟

جو سیاسی کشور در قبال شرکت های بیمه نیز می تواند بر عملکرد شرکت ها ی بیمه اثرگذار باشد . برای مثال، چنانچه در کشوری در کنار شرکت های بیمه داخلی، شرکت های بیمه خارجی نیز بتوانند فعالیت کنند، عملکرد شرکت های بیمه را تحت تأثیر قرار می دهند.

۴. متغیرهای تکنولوژیکی: تغییر در تکنولوژی می تواند بر عملکرد سازمان ها تأثیر شگرفی ایجاد کند .

برای مثال، در حال حاضر که فروش الکترونیکی بیمه نامه مطرح است. بدیهی است تحقق این امر برای شرکت های بیمه مستلزم هزینه های عظیم است اما در آینده با افزایش فروش هم مواجه خواهند بود.



سازماندهی

تعریف سازماندهی

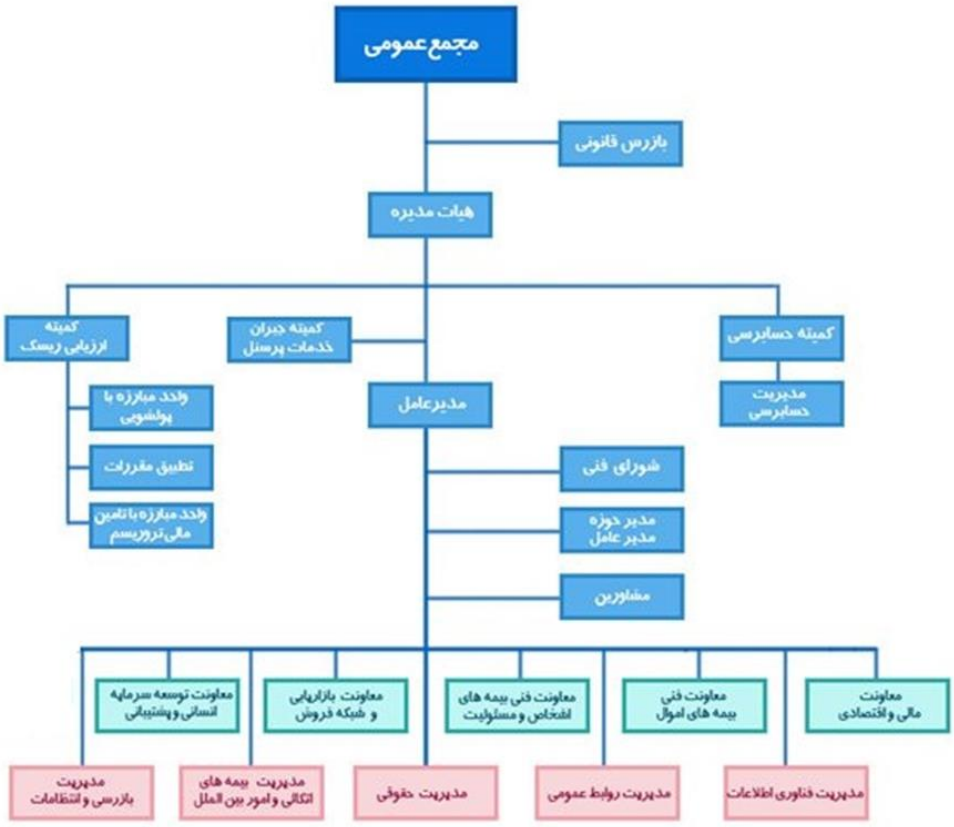
سازماندهی فرآیند سامان دادن افراد و سایر منابع برای اجرای وظایف در جهت اهداف مشترک است. در واقع سازماندهی شامل وظایفی است که باید اجرا شود، تشخیص کسانی است که وظایف را باید اجرا کنند، چگونگی گروهبندی وظایف و تعیین کسانی است که باید گزارش دهند یا گزارش بگیرند

سازماندهی، فرایند نظم وترتیب بخشیدن به فعالیت ها و تقسیم کار و تعیین تکلیف آن به افراد به منظور تحقق هدفهای سازمانی می باشد.

ساختار سازمان و سازماندهی

ساختار سازمانی Organizational Structure شیوه ای را تعیین می کند که در آن نقش ها، قدرت، اختیار و مسئولیت ها، تعیین و مدیریت می شود و نحوه انتقال اطلاعات بین سطوح مختلف سلسله مراتب در یک سازمان را نشان می دهد. ساختار یک شرکت به میزان قابل توجهی به اهداف و استراتژی آن در دستیابی به این اهداف بستگی دارد. یک چارت سازمانی، نمایش بصری از ساختار سازمانی است. این ساختار باید به وضوح، روابط گزارش دهی و جریان اختیار را تعیین کند، زیرا این امر ارتباط خوبی برقرار خواهد کرد و موجب جریان کارآمد و موثردرکار می شود.

www.asia26090...



- ساختار سازمانی و مباحث سازماندهی از مباحث سنتی و کلاسیک تئوریهای مدیریت است. از دیدگاه سنتی بعد از برنامه ریزی دومین وظیفه مدیریت سازماندهی می‌باشد. اگرچه امروزه این جمله سنتی مدیریت که ساختار از استراتژی پیروی می‌کند به چالش کشیده شده و زمینه ساز مباحثی نوین در عرصه ساختار و سازماندهی شده است با این وجود دیگر مجامع آکادمیک اقبال چندانی به بحث سازماندهی و ساختار نشان نمی‌دهند. سازماندهی و ساختار سازمانی ریشه در اصل کلاسیک تقسیم کار دارد.
- ساختار سازمانی به عنوان سیستمی تعریف می شود که با استفاده از آن، سلسله مراتب درون سازمان را تعیین می کنیم. این سیستم، هر شغل و سمَت، کارکرد آن و طرفی که باید به آن جواب پس بدهد را مشخص می کند. در نتیجه، ساختاری به وجود می آید که می تواند به تحقق اهداف سازمان کمک کند.
- ساختار سازمانی شیوه‌ای است که به وسیله آن فعالیت‌های سازمانی تقسیم، سازماندهی و هماهنگ می‌شوند. سازمان‌ها، ساختارهایی را به وجود می‌آورند تا فعالیت‌های عوامل انجام کار را هماهنگ کرده و کارهای اعضاء را کنترل کنند. ساختار سازمانی تصریح می‌کند که وظایف، چگونه تخصیص داده شوند، چه شخصی به چه کسی گزارش دهد و سازوکارهای هماهنگی رسمی، همچنین الگوهای تعاملی سازمانی که باید رعایت شوند کدامند. ساختار سازمانی تعیین‌کننده روابط رسمی و نشان دهنده سطوحی است که در سلسله مراتب اداری وجود دارد و حیطه کنترل مدیران را مشخص می‌کند. همچنین ساختار سازمانی دربرگیرنده طرح سیستم‌هایی است که به وسیله آن‌ها همه واحدها یکپارچه می‌شوند و در نتیجه ارتباط در سازمان تضمین خواهد شد.
- ساختار سازمانی تعیین‌کننده روابط رسمی و نشان دهنده سطوحی است که در سلسله مراتب اداری وجود دارد و حیطه کنترل مدیران را مشخص می‌کند. همچنین دربرگیرنده طرح سیستم‌هایی است که به وسیله آن‌ها همه واحدها یکپارچه می‌شوند و در نتیجه ارتباط در سازمان تضمین خواهد شد.
- ساختار سازمانی تحت تأثیر اهداف، استراتژی، محیط سازمان، فن آوری و اندازه سازمان قرار می‌گیرد. ساختار سازمانی، چارچوبی است که مدیران برای تقسیم و هماهنگی فعالیت‌های اعضای سازمان آن را ایجاد می‌کنند. ساختار سازمانی سازمان‌های مختلف با

هم متفاوت‌اند زیر شرایط محیطی و راهبردها و اهدافی که سازمان‌ها دنبال می‌کنند، با هم تفاوت دارند. ساختار یک شرکت، الگوهای تعیین شده برای روابط میان اعضای یک سازمان است و نظامی رسمی بوده زیرا مدیران ارشد بطور رسمی آن را پدیدمی‌آورند.

انواع ساختار سازمانی

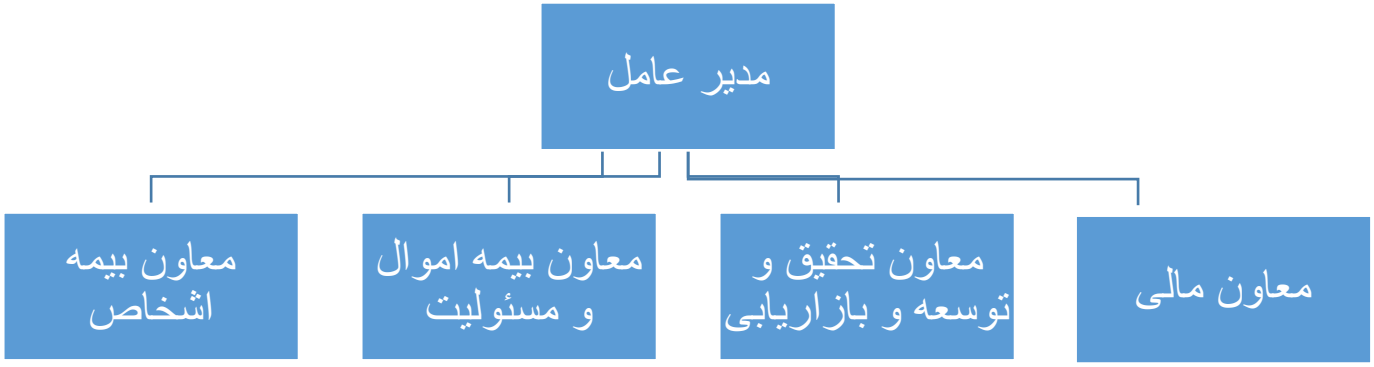
ساختار سازمانی انواع مختلفی دارد. از یک طرف ساختار باسابقه وظیفه ای را داریم، و در کنار آن، ساختار بخشی، ساختار ماتریسی و ساختار وظیفه ای-مسطح. هر یک از این ساختارهای سازمانی، نقاط قوت و ضعف خاص خودش را دارد و چه بسا فقط برای شرکت های خاص یا در دوره خاصی از فعالیت آنها کاربرد داشته باشد.





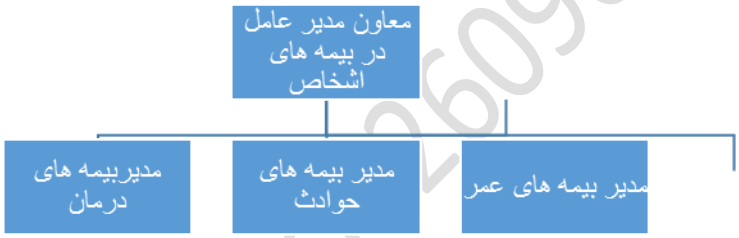
۱) ساختار وظیفه ای

در این ساختار مدیریت در راس هرم است. سپس بخش مالی، بازاریابی، تولید، تحقیق و توسعه و ... قرار می گیرند.



۲) ساختار محصولی

این یکی دیگر از ساختار معمول است که در آن سازمانها با یک نوع خاص محصول، سازماندهی می شوند. هر دسته محصول به عنوان یک واحد جداگانه در نظر گرفته می شود. به عنوان مثال، در یک کسب و کار خرده فروشی، ساختار می تواند بر اساس خطوط تولید گروه بندی شود.



www.asia26090.ir

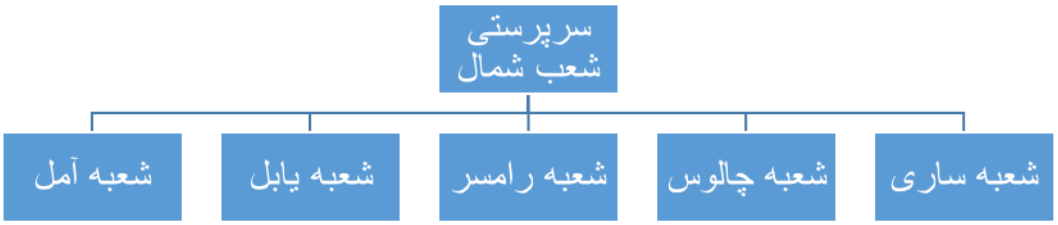
۳) ساختار جغرافیایی

سازمان هایی که یک محدوده جغرافیایی را پوشش می دهند، ساختار شرکت با توجه به مناطق جغرافیایی که در آنها فعالیت می کنند، ایجاد می شود. این شرایط معمولا در سازمان هایی وجود دارد که فراتر از یک شهر یا یک کشور هستند و ممکن است مشتریانی داخلی یا جهانی داشته باشند.



۴) ساختار بخشی

شرکت های بزرگتری که چندین هدف هم سطح دارند، گاهی به استفاده از ساختار سازمانی بخشی روی می آورند. مثلا شعبه یک، شعبه دو و ...



۵) ساختار ماتریسی

ساختار سازمانی ماتریسی یک ساختار ترکیبی است که از در هم آمیختن ساختار وظیفه ای با ساختار پروژه ای ایجاد می شود. ساختار پروژه ای یک ساختار موقتی است که افراد دارای کارکرد مورد نیاز برای انجام یک پروژه را گرد هم جمع می کند و پس از انجام پروژه منحل می شود. در ساختار ماتریسی، پرسنل علاوه بر حضور در ساختار پروژه ای، ساختار وظیفه ای خودشان را نیز ترک نمی کنند.

انواع پروژه مانند : آموزش و پرورش که از خدمات یک شرکت بیمه در رشته های مختلف مانند اتومبیل ، حوادث دانش آموزی ، درمان تکمیلی کارکنان و معلمین ، و ... استفاده میکنند لذا تا زمانیکه با شرکت بیمه قرارداد دارند بعنوان یک پروژه مطرح هستند و کارکنان بیمه موظفند خدمات ویژه و با شرایط خاص ارایه نمایند. و اگر قرارداد لغو شد کارکنان بیمه در پروژه های دیگر مشغول بکار هستند .

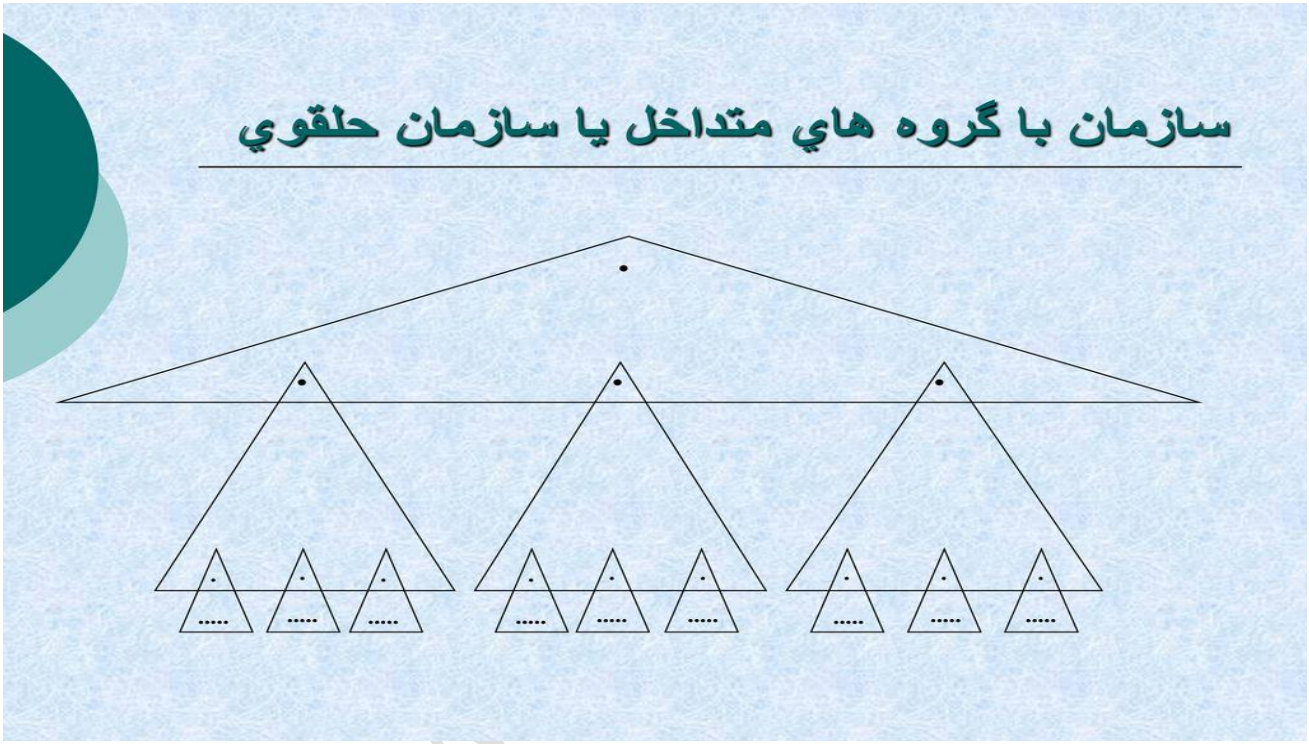


۶) ساختار سازمان با ساخت آزاد یا ادهوکراسی

این نوع سازماندهی ، بر ای رسیدن به هدف معینی و بدون طرح و نقشهٔ قبلی به وجود می آید این نوع سازماندهی موقت و فی البداهه است. در این نوع سازمان دهی که تمامی افراد ملحق می شوند، همه دانش و توان خود را به میدان سازمانی می آورند.

این نوع سازماندهی در شرکت های بیمه کاربردی ندارد.

۷) ساختار سازمان با گروه های متداخل یا سازمان حلقوی : این ساخت در قبال گروه ها یی که به وسیله اعضای مشترک با هم در ارتباط هستند شکل می گیرد .در این ساختار، روابط گروهی مهم است. معمولاً در شرکتهای بیمه از این نوع سازماندهی برای تشکیل کمیته های مختلف استفاده می شود.



۸) ساختار ساخت سازمانی مدولار (ماجولار): سازمان از واحدهای مختلفی تشکیل می شود که هر واحد با ضوابط اجرایی مشخص و مأموریتی که خود مینیاتوری از مأموریت کل سازمان است، به طور مستقل و خودکفا به فعالیت ادامه می دهد.

شعب شهرستان شرکت های بیمه را تا حدودی می توان در زمره این سازماندهی قرار داد . علت این است که شعب شرکت های بیمه -به ویژه شعب شهرستان ها از یک سو می توانند همانند یک شرکت بیمه مجزا کار کنند و از سو ی دیگر ، در بسیاری از موارد به مرکز وابسته هستند.

۹) ساخت های ترکیبی : با توجه به نقاط ضعف هر یک از روش های سازماندهی، بیشتر سازمان ها تلاش می کنند تا ترکیبی از دو یا چند شیوه سازمان دهی را به کار گیرند .همان گونه که در ساختارهای مختلف ملاحظه شد، در شرکت های بیمه نیز ترکیبی از روش ها ی مختلف سازماندهی استفاده می شود.

صف و ستاد و کاربرد آن در شرکت های بیمه

هر سازمان برای دستیابی به هدف خاصی به وجود می آید .با استفاده از د ید گاه سیستمی ، تمامی واحدهای یک سازمان به سهم خود برای دستیابی به اهداف تلاش می کنند .اما فعالیت برخی از واحدها در راستای اهداف و وظایف اصلی سازمان (واحدهای صف) و فعالیت

سا یر واحدها، ارائه خدمات به واحدهای صفی است (واحدهای ستادی). برای مثال، در سازمان حسابرسی، واحدها ی حسابرسی، واحد صفی است و واحدها یی مانند ادار ی ، تدارکات، روابط عمومی و مانند اینها واحدهای ستادی هستند.

در شرکت های بیمه صف و ستاد دو کاربرد مختلف دارند:

دیدگاه اول : در دیدگاه اول، مدیریت های فنی (بیمه ای) صف و سایر مدیریت ها، ستاد هستند.

دیدگاه دوم :در دیدگاه دوم، مبنای تقسیم بندی صف و ستاد، ارتباط با ارباب رجوع است . به د یگر سخن، واحدهایی که با ارباب رجوع سروکار دارند (مانند شعب) و کارهای اجرایی را انجام می دهند، صفی و بخش هایی که عمدتاً با ارباب رجوع سروکار ندارند و بیشتر در زمینه تدوین دستورالعمل ها، آیین نامه ها و نظارت فعالیت دارند، ستاد هستند.

نکات تکمیلی

هر یک از شرکت های بیمه به تناسب وضعیت موجود در سازمان خود می توانند یکی از این دیدگاه ها را استفاده کنند، اما در به کارگیری صف و ستاد توجه به موارد زیر ضروری است:

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

۲) در پاره ای از موارد، بین صف و ستاد تضاد ایجاد می شود . بروز تعارض بین صف و ستاد در شرکت های بیمه نیز - به ویژه بین واحدهای بیمه ای و امور ما لی - به تأخیر در ارائه خدمات به بیمه گذاران و در نتیجه کاهش رضایت آنها دامن می زند .بدیهی است در محیط رقا بتی شرکت ها ی بیمه، کاهش رضایت بیمه گذاران می تواند ضررهای جبران ناپذیری را به شرکت های بیمه تحمیل کند.

به طورکلی یک شرکت بیمه با توجه به نوع فعالیت های خود، وظیفه های گوناگونی دارد که عبارتند از:

۱. وظیفه های فنی مانند نرخ گذاری، قبول تعهد و صدور بین نامه ها و برگ های الحا قی و تصفیه خسارت ها یا پرداخت سرمایه بیمه مورد تعهد

۲. وظایف بازرگانی مانند تولید، عرضه و فروش بیمه

۳. وظایف حسابداری مانند دریافت ها، پرداخت و نگهداری حساب ها

۴. وظایف مالی مانند سرمایه گذاری اندوخته ها در مسیرهای مطمئن و سودآور

۵. وظایف واگذاری بیمه اتکایی یا توزیع و سرشکن کردن خطرها و خسارت ها در بازار بیمه داخلی، منطقه ای و جهانی از راه بستن پیمان ها و قراردادهای واگذاری به منظور حفظ تعادل ما لی و توازن تعهدهای خود

۶. وظایف حقوقی مانند اظهارنظرها و رایزنی در مورد قراردادها، معامله ها، طرح دعوا و دفاع در مقابل دادگاه

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

۸. وظایف آماری و محاسبه های فنی (آکچوئری)

۹. وظایف آموزشی و پژوهشی

۱۰ . وظایف رفاهی.

شرکت های بیمه ایرانی از سال ها پیش، با بهره گیری و به کارگیری نمونه ها ی سازما نی موجود در جهان، حرفه بیمه گری را ادامه می دهند. ولی مسئله شایان توجه و پژوهش این است که کار ایی و ثمربخشی و بهره وری و خدمت رسانی گسترده و کارسازی شرکت بیمه یا شرکت ها ی بیمه تابع عوامل کلیدی و متغیرهای متعددی است.

ابعاد ساختار سازمانی

بطور سنتی رسمیت، تمرکز و پیچیدگی سه رکن ساختار سازمانی هستند.



أ. **رسمیت:** رسمیّت، به‌میزان یا حد استاندارد مشاغل سازمانی، اشاره می‌کند. در سازمان رسمی، روابط سازمانی به‌طور مکتوب و دقیق و طبق نمودار سازمانی برای کارکنان، تشریح می‌شود و در صورت لزوم، تغییرات بعدی نیز به‌طور رسمی توسط مدیر، ابلاغ می‌گردد؛ ولی در سازمان غیر رسمی، روابط سازمانی به‌طور شفاهی برای کارکنان بیان می‌شود و در صورت لزوم، به‌طور طبیعی تغییر می‌یابند.

ب. **پیچیدگی:** مقصود از پیچیدگی، تعداد کارها یا سیستم‌های فرعی است که در درون یک سازمان انجام می‌شود یا وجود دارد. در بعد پیچیدگی، سازمان ها دارای تقسیم کار، عناوین شغلی، تقسیمات و واحدها، سطوح سلسله مراتبی، مهارت ها و فرهنگ سازمانی هستند و درجه پیچیدگی ساختار سازمانی به وسیله معیارهایی مانند تفکیک افقی (تعداد واحدهای فردی سازمان)، تفکیک عمودی (سطوح سلسله مراتبی)، پراکندگی جغرافیایی (پراکندگی فعالیت ها و پرسنل از نظر جغرافیایی) و محیط (میزان پیچیدگی محیط) قابل سنجش است.

ج. **تمرکز:** تمرکز در سلسله مراتب اختیارات، به آن سطح از اختیارات گفته می‌شود، که قدرت تصمیم‌گیری دارد. هنگامی که تصمیم در رده‌های بالای سازمانی گرفته شود، آن سازمان را متمرکز می‌نامند. هنگامی که تصمیم‌گیری‌ها به سطوح پایین‌تر سازمان واگذار گردد، سازمان را غیر متمرکز می‌گویند.

هدفهای ساختار سازمانی

توزیع اختیار برای تصمیم گیری به طور مؤثر به صورتی که اعضای سازمان بتوانند بدون دردسر و با انسجام در هر سطحی برنامه های خود را اجرا کنند.

تعیین و کنترل روابط میان واحدهای کاری به طوری که اطمینان حاصل شود که کلیهٔ کارها به شیوهای منظم و مرتب واگذار و اجرا شده است و کلیهٔ واحدها در موفقیت سازمان مشارکت داشته اند.

ساختار رسمی

ساختار رسمی را مسئولان به طور قانونی بنیان میگذارند و تصویب میکنند و در آن تعداد مشاغل، حدود وظایف و اختیارات و چگونگی اجرای آنها مشخص میشود.

ساختار غیر رسمی

سازمان غیررسمی حاصل تعامل اجتماعی مداوم است و ساختار رسمی را تعدیل و تحکیم میکند یا آن را گسترش میدهد.

www.asia26090.ir

- کلیهٔ کارها به وظایفی که افراد و گروهها بتوانند به طور منطقی و به راحتی از عهدهٔ اجرای آنها برآیند تقسیم میشود .این مرحله تقسیم کار نامیده میشود. مزایای تقسیم کار عبارتند از :
  ۱. ساده شدن کار
  ۲. تنوع شغل
  ۳. سریع شدن کار
  ۴. کاهش هزینه آموزش
  ۵. کاهش درجه اتکای سازمان به افراد
  ۶. کاهش حر کات بی فایده
  ۷. افزایش محصول

- وظایف به طور منطقی و کارآمد تلفیق میشوند .دسته بندی افراد و وظایف به طور کلی موجب واحد سازی میشود.
- ارتباط بین افراد مشخص است به طوری که معین میشود چه کسی به چه کسی در سازمان گزارش می دهد .این ارتباط واحدها نتیجهٔ سلسله مراتب است.

- برای یکپارچه کردن فعالیتهای واحدها در قالبی منسجم، ساز و کارهایی تنظیم و اثربخشی این یکپارچگی و تلفیق پیگیری میشود.این مرحله هماهنگی نامیده میشود.

تقسیم کار چیست؟

تقسیم کار

- ضروری است که وظایف هر یک از افراد از وظایف دیگران مجزا و فعالیتهای سازمان به وظایف کوچکتری تقسیم شود.
- تقسیم کار به وظایف مختلف و مجزا موجب میشود مدیران و کارکنان بر حوزههای ویژۀ کاری تمرکز یابند.
- در نتیجه زمینه های تخصصی آنان پرورش می یابد و کارآیی سازمان بالا می رود.

مزایای تقسیم کار

- چون کارکنان وظیفۀ خاصی را باید اجرا کنند، در آن وظیفه تخصص می یابند و مهارت آنان برای اجرای همان وظیفه افزایش می یابد.
- کارکنان زمان با ارزش را برای حرکت از وظیفه ای به سوی وظیفۀ دیگر از دست نمی دهند .زیرا آنان وظیفه ای بر عهده و محلی برای اجرای آن دارند و زمان را برای تغییر ابزارها یا محل از دست نمی دهند.
- چون کارکنان فقط بر اجرای یک وظیفه تمرکز می یابند، به طور طبیعی تلاش می کنند که وظایف خود را آسانتر و اثربخش تر اجرا کنند.
- تقسیم کار موقعیتی را ایجاد میکند که در آن به جای آگاهی از فرآیند کلی تولید سازمان، کارکنان فقط نیاز دارند بدانند که چگونه وظیفۀ کاری خویش را انجام دهند .در نتیجه شناخت وظیفۀ کاری آنان معمولاً فشار و سنگینی ندارد.

معایب تقسیم کار

- وقتی کار به مراحل کوچک و مجزا تقسیم شود و هر فردی فقط مسئول مرحلهای از کار باشد، احساس از خود بیگانگی به آسانی پدید میآید.
- کسالت(بی حوصلگی) محصول فرعی وظایف تخصصی است، وظایفی که معمولاً تکرار میشوند و افراد را ارضا نمی کنند.
- غیبت از کار نیز میتواند یکی از تأثیرات منفی تخصص شغلی باشد

سلسله مراتب

زنجیرۀ فرماندهی

-در ساختار عمودی، کارکنان و مدیران با زنجیرۀ فرماندهی به یکدیگر متصل میشوند.

« چه کسی باید به چه کسی گزارش دهد » خط پیوستۀ اختیار که از سطح بالای سازمان به پایین امتداد می یابد تعیین میکند که اصل وحدت فرماندهی هر فردی فقط باید یک رییس داشته باشد.

www.asia26090.ir

حیطهٔ نظارت

- عبارت است از عدهٔ افراد یا افراد واحدهایی به طور مستقیم به یک مدیر گزارش میدهند و یک مدیر به طور مستقیم آنان را اداره و هماهنگ میکند.
- مطابق اصل حیطهٔ نظارت، عده افرادی که به طور مستقیم به هر سرپرست گزارش میدهند باید محدود باشد.

رابطهٔ حیطهٔ نظارت و ساختار سازمانی

- میزان(محدودیت یا گستردگی)حیطهٔ نظارت سطوح سلسله مراتب سازمانی را تعیین می کند.
- هرچه حیطهٔ نظارت محدودتر باشد، سازمان بلندتر و هرچه حیطهٔ نظارت وسیعتر باشد سازمان کوتاهتر است.

بخش دوم ، قسمت پنجم : روش های تمرکز و یا عدم تمرکز امور بیمه گری

- اگرچه مدیران عالی برخی اختیارات را برای تصمیم گیری و اقدامات مختلف در سراسر سازمان توزیع می کنند ولی میزان مشخصی از اختیار را نیز برای خود حفظ می کنند.
- تمرکز وقتی تحقق می یابد که اختیار در سطوح عالی مدیریت جمع شده و باقی مانده است.
- عکس تمرکز، عدم تمرکز است، یعنی واگذاری اختیار به سطوح پایین تر مدیریت.

رابطهٔ حیطهٔ نظارت با میزان تمرکز

-در حیطهٔ نظارت گسترده عدهٔ زیادی به یک مدیر گزارش میدهند و مدیر که نمیتواند تمام تصمیمها را به تنهایی اتخاذ کند مجبور است بخشی از اختیار خود را برای تصمیم گیری واگذار کند .پس عدم تمرکز ایجاد میشود.

-در حیطهٔ نظارت کوچک و محدود، امکان تمرکز برای مدیر وجود دارد، ولی تمرکز موجب میشود سلسله مراتب بیشتر شود، در نتیجه مدیران عالی از ردهٔ عملیاتی دورتر می شوند و در نهایت مجبور میشوند اختیار را واگذار کنند.

صنعت بیمه به عنوان یکی از شاخص های توسعه یافتگی از یکسو به عنوان یکی از عمده ترین نهادهای اقتصادی مطرح بوده و از سوی دیگر سوی فعالیت دیگر نهادها را پشتیبانی می کند. لذا ساختار، نحوه کارکرد و در نتیجه کارایی بازار بیمه کشور، نقش بسزایی در رشد و توسعه این صنعت و همچنین رشد و توسعه اقتصادی کشور خواهد داشت. انجام مطالعات عمیق در حوزه ساختار بازار و ارتباط آن با ضریب نفوذ بیمه باعث می شود در اتخاذ سیاست ها واقع بنیانه تر تصمیم گیری شود که این امر نقش بسزایی در تدوین راهبردها وسیاست های نظارتی و عملیاتی صنعت خواهد داشت.

تشویق و هدایت شرکت های بیمه به توسعه و تنوع بخشی محصولات بیمه ای

ایجاد شرایط آسان دریافت مجوز برای ارائه محصولات بیمه ای، کاهش قوانین محدودکننده در این باره، اعطای امتیاز انحصاری فروش برای محصولات جدید و ... از جمله اقداماتی است که بیمه مرکزی می بایست به آن بپردازد .روش های دستیابی به این مهم عبارت است از:

الف) استانداردکردن شرایط تصویب محصولات بیمه ای به ویژه در خصوص بیمه های معطوف به عمر و سرمایه گذاری با هدف افزایش جذابیت و رقابت این نوع از محصولات در مقایسه با محصولات مالی جایگزین؛

ب) ارزیابی برنامه های بیمه ای که مستقیما توسط دولت ارائه می شوند؛ مانند بیمه محصولات کشاورزی و ... و ارائه راهکارهایی برای سازگاری این برنامه ها با واقعیات؛

ج) بررسی، اصلاح و توسعه بیمه های مکمل بیمه های اجباری مانند بیمه مسولیت مدنی دارندگان وسیله نقلیه موتوری زمینی؛

د) بررسی، اصلاح و توسعه محصولات بیمه ای به منظور افزایش رفاه اجتماعی و کمک به اقشار کم درآمد جامعه؛

ه) ایجاد سیستمی کارآمد برای ارائه خدمات مشترک شرکتهای بیمه در زمینه بیمه های انرژی

و) ایجاد رویکرد گسترش بیمه های اجباری(مانند بیمه حوادث طبیعی)در راستای افزایش ضریب نفوذ بیمه.

www.asia26090.ir

اختیار

اختیار چیست؟

- اختیار در سازمان حقی است که به پستی داده میشود تا فرد بتواند بر مبنای آن قوهٔ تشخیص خود را برای اتخاذ تصمیماتی جهت تأثیر بر دیگران به کار بندد که به آن اختیار رسمی نیز می گویند.
- در واقع، اختیار حق عمل کردن یا دستور دادن است.

قدرت چیست؟

- قدرت یعنی توانایی اعمال نفوذ بر دیگران، به طوری که رفتار آنان مطابق نظر صاحب قدرت تغییر کند و میتواند در هر نوع رابطه ای وجود داشته باشد.
- در سازمانها، مدیران قدرت را اعمال می کنند.

منابع قدرت

-قدرت پاداش، قدرت اجبار، قدرت قانونی، قدرت تخصص و قدرت مرجع

واگذاری اختیار

- واگذاری اختیار به معنای انتقال قسمتی از اختیارات و وظایف خاص مدیر و رهبر سازمان به زیردستان و مدیران واحدهای تابع، به منظور تسریع در اجرای امور و تحقق به موقع هدفهای سازمان است.

- واگذاری اختیار نسبت به قسمتی از اختیارات ممکن است نه نسبت به تمام آن واگذاری اختیار از واگذارندۀ اختیار سلب مسئولیت نمی کند
- واگذاری اختیار باید با نظارت توأم باشد
- تناسب بین اختیار و مسئولیت باید حفظ شود

هماهنگی

تعریف و ضرورت هماهنگی

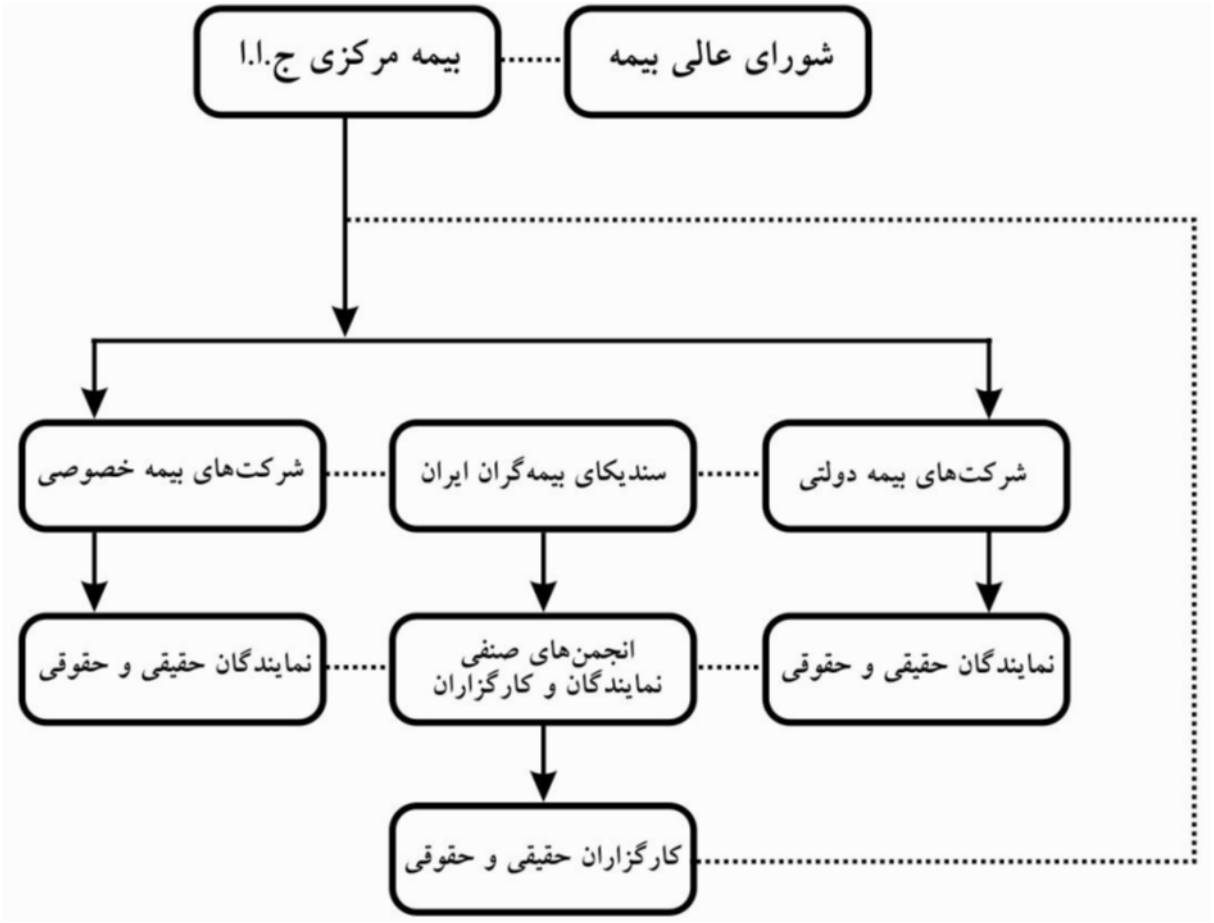
- هماهنگی فرآیند تلفیق فعالیتهای واحدهای مجزا از یکدیگر برای پیگیری کارآمد تحقق هدفهای سازمانی است.

انواع هماهنگی

- هماهنگی عمومی .این نوع هماهنگی مربوط به هماهنگی بین فعالیتهای مدیر و زیردستانش میشود.
- هماهنگی افقی .این نوع هماهنگی به هماهنگی میان همکاران، کارکنانی که در یک سطح از سلسله مراتب سازمانی کار میکنند، ومیان واحدهای مختلف مربوط میشود.
- هماهنگی مورب .هماهنگی مورب در سازمانهایی که واحدهای خدماتی متمرکز دارند، مانند نظام اطلاعاتی متمرکز، ماشین نویسی

ساختار صنعت بیمه

www.asia26090.ir



وقتی صحبت از ساختار به میان می‌آید، همه نگاه‌ها به سمت نمودار سازمانی (چارت) معطوف می‌شود. در حالی‌که نمودار سازمانی یکی از ابزار ساختار سازمانی است. ساختار سازمانی به عنوان یکی از اجزاء سازمان، از سه عنصر **پیچیدگی، رسمیت و تمرکز** تشکیل شده که هر کدام از این عناصر بر تعیین نوع ساختار سازمانی تاثیرگذارند.

پیچیدگی، حدود تفکیک درون سازمان، میزان تخصص‌گرایی، تقسیم کار و تعداد سطوح سلسله مراتب سازمان را نشان می‌دهد. همچنین حد و حدودی که واحدهای سازمانی از لحاظ جغرافیایی پراکنده شده‌اند را نیز تصریح می‌کند.

حدی که یک سازمان برای جهت‌دهی رفتار کارکنانش، به قوانین، مقررات و رویه‌ها متکی است، **رسمیت** نام دارد. برخی از سازمان‌ها کمتر از قوانین و مقررات استفاده می‌کنند. در حالی‌که برخی دیگر با اینکه کوچک هستند ولی از قوانین و مقررات متعددی بهره می‌جویند، تا به کارکنان خود آموزش دهند که چه کاری را انجام داده و چه کاری را انجام ندهند.

تمرکز، به جایی‌که اختیار تصمیم‌گیری در آنجا متمرکز شده، اشاره دارد. در برخی از سازمان‌ها تصمیم‌گیری به شدت متمرکز است. مسائل و مشکلات به بالای هرم سازمانی منتقل شده و مدیران ارشد اجرایی، اقدام مناسب برای حل آنها برمی‌گزینند. نقطه مقابل تمرکز، تصمیم‌گیری به صورت نامتمرکز است. در این حالت اختیار تصمیم‌گیری، در بین سطوح پایین سلسله مراتب سازمانی پراکنده شده است.

شرکت‌های بیمه به عنوان بنگاه‌های اقتصادی که نوعی خدمات را به بیمه‌گذاران خود (مشتریان) ارائه می‌دهند، در نوع خود سازمان‌های مستقلی هستند که **نیازمند ساختارهای متناسب با نیازهای بیمه‌گذاران می‌باشند**.

ساختار شرکتهای بیمه باید مورد تغییر و تحول اساسی قرار گیرد. تعداد سطوح سازمانی در شرکت‌های بیمه بسیار زیاد است به طوری‌که در بعضی از این شرکت‌ها به ۸ الی ۹ سطح می‌رسد، هر چه تعداد سطوح سازمانی زیاد باشد سرعت ارائه خدمات به مشتریان کاهش می‌یابد زیرا بعضی از امور جهت تصمیم‌گیری خواه ناخواه باید به مسوولان بالای شرکت ارجاع شود.

شرکت‌های بیمه به خاطر گستره جغرافیایی خدمات بیمه نیازمند تفویض اختیار تصمیم‌گیری به سطوح مدیران عملیاتی (روسای شعب) هستند و برای این منظور لازم است تعداد سطوح سازمانی خود را کاهش دهند.

اندازه شرکت‌های بیمه نیز در ارائه خدمات با کیفیت به بیمه‌گذاران موثر است. در گذشته واژه بزرگ‌تر همیشه به معنی بهتر بود و رشد یا توسعه به عنوان یکی ازمسائل عمده سازمان‌ها به حساب می‌آمد. اما از دهه ۱۹۹۰ به بعد در بسیاری از صنایع، واژه کوچک‌تر به معنی بهتر است و مساله کوچک‌ترشدن و خود را جمع‌وجور کردن درست به اندازه موضوع رشد و توسعه اهمیت پیدا کرده است. سازمان‌ها و شرکت‌های کوچکتر بهتر می‌توانند خود را با شرایط وفق دهند.

نسبت پرسنلی در شرکت‌های بیمه نامتناسب است، به خاطر وجود سطوح سلسله مراتب زیاد، نسبت مدیریت که یکی از نسبت‌های پرسنلی است، بسیار بالا است. به عبارتی نسبت افرادی که دارای پست‌های مدیریتی هستند به افراد کارشناس بیشتر است

برخی از امور شرکت‌های بیمه نیازمند داشتن تخصص‌های خاصی است. مانند ارزیابی ریسک و صدور بیمه‌نامه‌های مهندسی، کشتی، هواپیما و بیمه‌های اتکایی. برخی دیگر از مشاغل این شرکت‌ها امور جاری و روتین را شامل می‌شوند که با استانداردسازی می‌توان به این امور رسمیت بیشتری داد. رسمیت با صدور بخشنامه و آیین‌نامه شروع می‌شود و روش‌ها و رویه‌ها پشتوانه رسمی‌سازی هستند.

گستردگی شعب شرکت‌های بیمه از نظر جغرافیایی در سراسر کشور، استاندارد سازی را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد.

آموزش از جمله مقوله‌هایی است که در شرکت‌های بیمه کمتر به آن بهاداده شده است. باتوجه به اینکه بیش از ۸۰درصد تولید حق بیمه شرکت‌های بیمه از طریق شبکه فروش به دست می‌آید، آموزش یکی از الزامات اساسی برای توسعه این بخش از صنعت بیمه است.

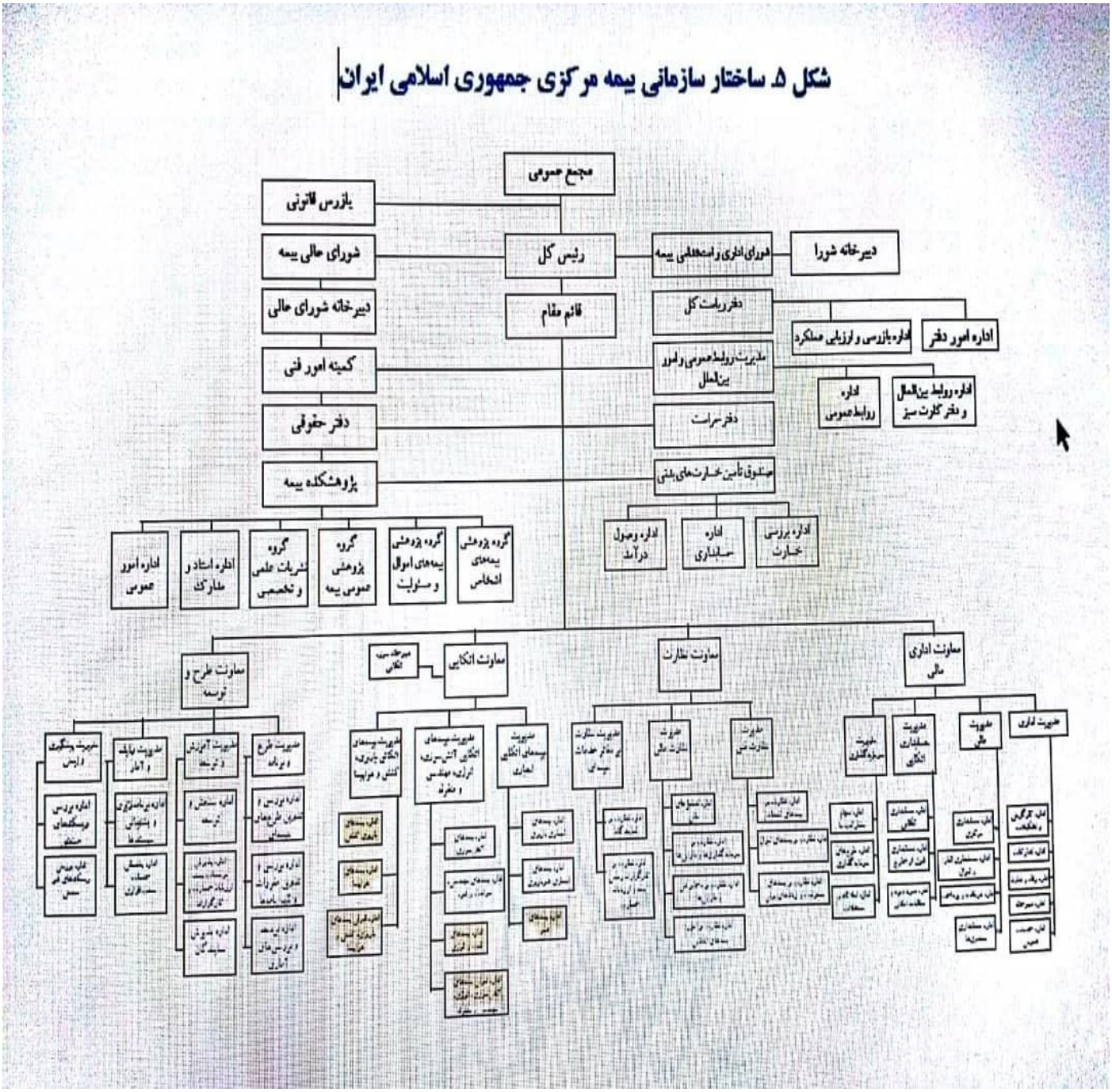
فعالیت بیمه، ارائه یک نوع خدمات است. بیمه‌گر با دریافت حق بیمه، تعهد می‌نماید که در موقع بروز خسارت (به جز بیمه‌های عمر و پس‌انداز) مبلغ معینی را بپردازد. حال این مبلغ خسارت هرچه زودتر به دست خدمت گیرنده (بیمه‌گذار) برسد، پرواضح است که از خدمات بیمه راضی‌تر خواهد بود. اما تصمیم‌گیری‌های متمرکز عمدتا در مرکز شرکت‌های بیمه در تهران در اکثر مواقع باعث کمرنگ شدن نقش اصلی بیمه در جبران هرچه سریع‌تر خسارت می‌شود و به تبع آن بیمه‌گذاران از خدمات بیمه رضایت کافی ندارند. مشاهده می‌شود خسارت بیمه‌نامه‌ای آن قدر به طول می‌انجامد که دریافت خسارت دیگر مطلوبیت لازم را برای بیمه‌گذار ندارد.

یکی از مهم‌ترین مقوله‌هایی که در شرکت‌های بیمه و بیمه مرکزی ایران کمتر به آن توجه شده است، بحث نظارت است. بیمه نیز مانند بانک‌ها از ارکان اساسی نظام اقتصادی است که روزانه مبالغ زیادی وجوه درسیستم آن در گردش است، اگر با روش‌های درست و مکانیزه بر نحوه گردش وجوه، اعمال نظارت نشود، رفته رفته شرکت بیمه به روزمره‌گی دچار خواهد شد و آسیب‌های ناشی از عدم نظارت بروز خواهد کرد. مهم‌ترین مولفه واگذاری اختیار به مدیران عملیاتی، کارآمد نمودن نظارت است. در همین راستا یکی از مهم‌ترین وظایف بیمه مرکزی ایران، نظارت و اعمال حاکمیت دولت برصنعت بیمه است که به عنوان یکی از جهت‌گیری‌های اصلی دستور رییس جمهوری به وزیر امور اقتصادی و دارایی جهت تحول در صنعت بیمه به آن اشاره شده است.

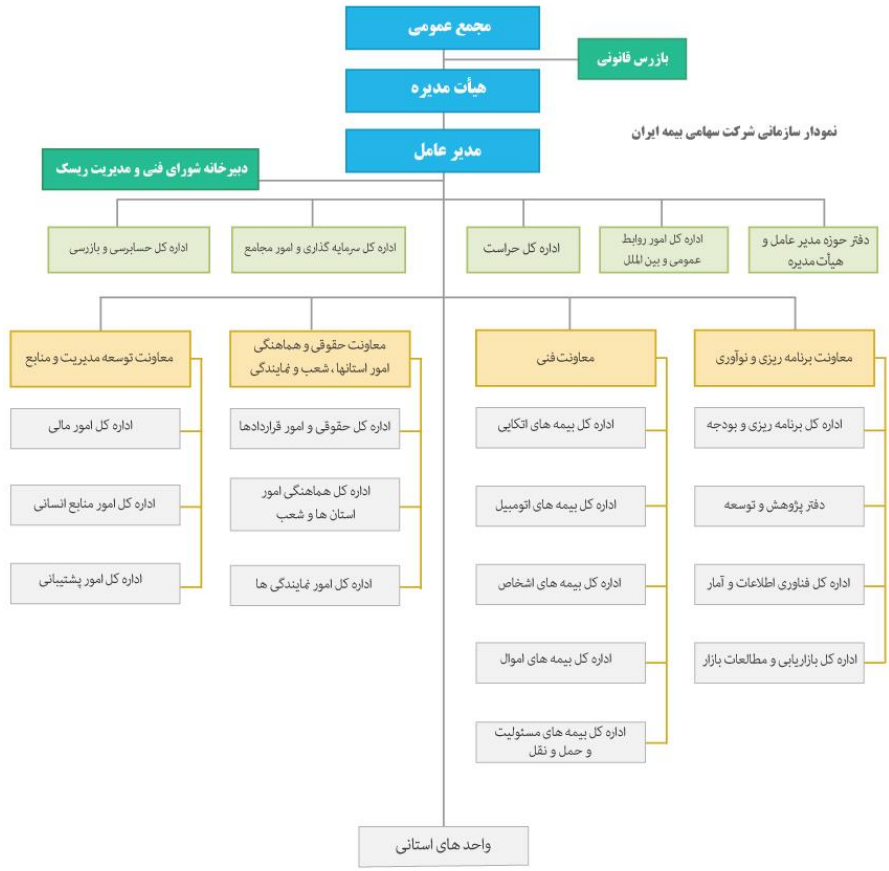
ساختار سازمانی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

www.asia26090.ir

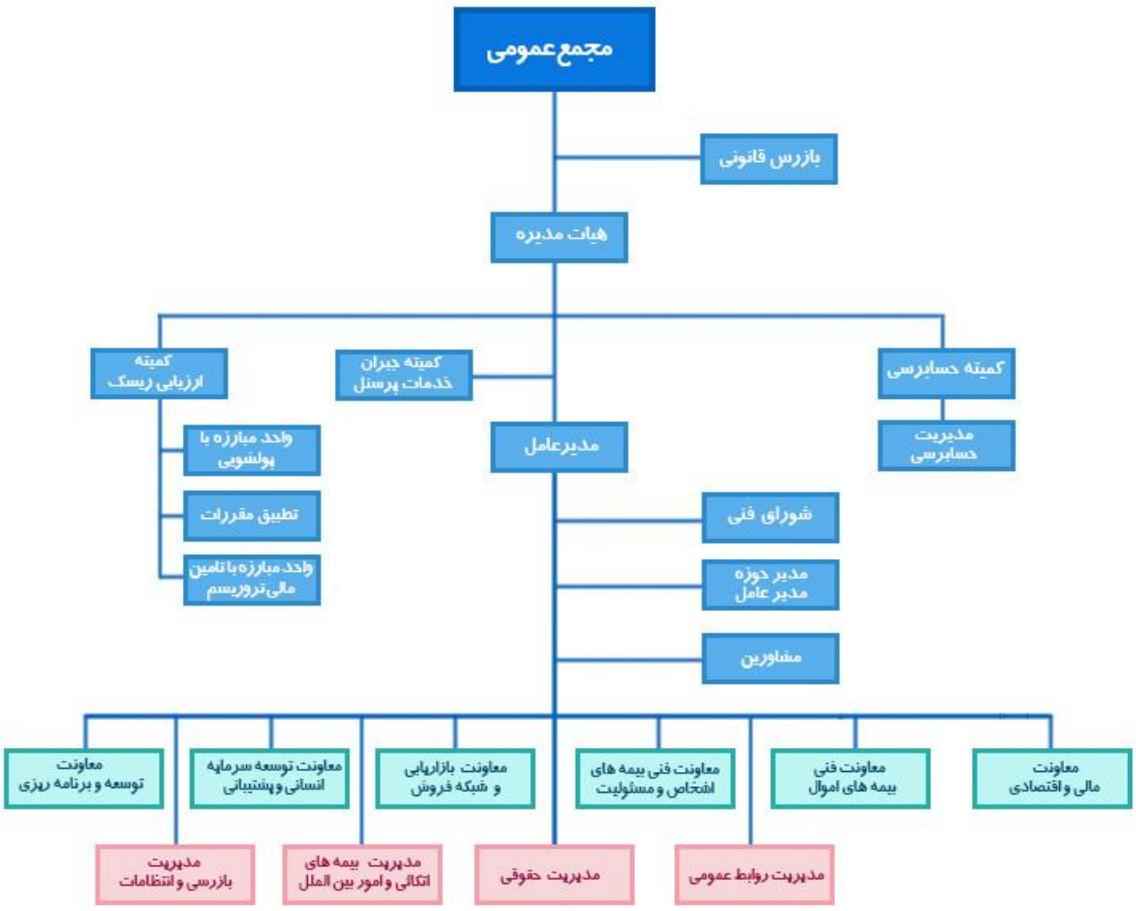
شکل ۵ ساختار سازمانی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران



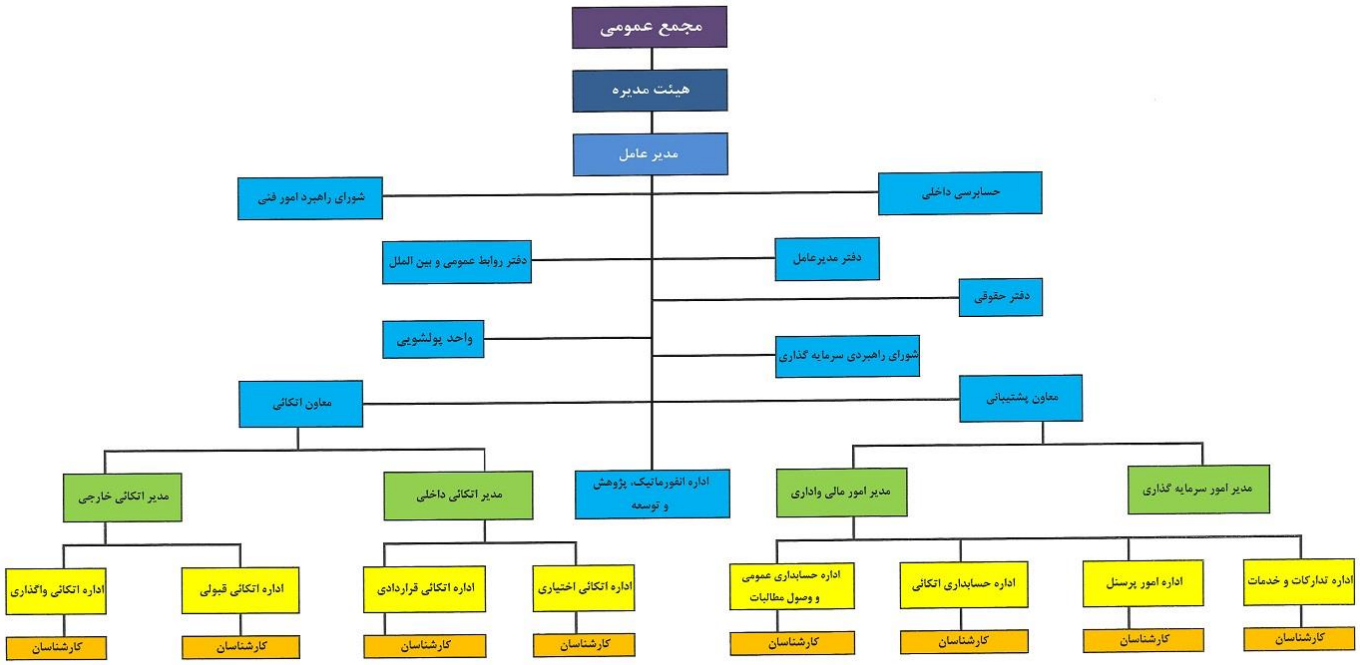
ساختار سازمانی شرکت بیمه ایران (شرکت بیمه دولتی)



ساختار سازمانی شرکت بیمه آسیا (شرکت بیمه خصوصی)



چارت سازمانی شرکت بیمه اتکائی امین



ازآنجاییکه ساختار سازمانی، تعیین کنندهٔ نحوهٔ ارتباطات، جایگاه تصمیم گیری، نحوه گزارش دهی و سلسله مراتب اختیارات است، شناسایی آن منعکس کنندهٔ شمای کلی سازمان است. باتوجه به مواردی که ساختار تعیین می کند، وجود ساختاری مناسب با اهداف و نیازهای سازمان ضرورت دارد چرا که در نهایت همه تصمیمات مدیریت در زمینهٔ برنامه ریزی، سازماندهی، هماهنگی و کنترل روی ساختار پیاده می شود و ساختار باید قدرت این تصمیمات را به نحو شایسته داشته باشد. اگر ساختار سازمانی دچار ایراد باشد طبیعتاً آن سازمان نمیتواند کارآمدی و اثربخشی لازم را داشته باشد. بررسی و مطالعه در زمینهٔ ساختار سازمانی و به ویژه ساختار سازمانی شرکتهای بیمه در آستانهٔ ورود به قرن بیست ویکم و چالشهای مطرح شدهٔ این قرن و باتوجه به اینکه آزادسازی در صنعت بیمه در حال رخ دادن است، یک امر ضروری به نظرمیآید.

تاریخچه بیمه در ایران

شرکت های بیمه در ایران از سال ۱۲۸۹ شروع به کار کردند. در ابتدا دو شرکت روسی نادژا و مرکوری مشغول به فعالیت بودند اما تا سال ۱۳۱۴ که اولین شرکت بیمه ایرانی تأسیس شد ۲۹ شرکت بیمه مختلف در ایران مشغول به کار شدند که همه از کشورهای مختلف بودند. در سال ۱۳۱۴ اولین شرکت بیمه ایرانی در کشور تأسیس شد که فعالیت دیگر شرکت‌ها را تحت شعاع قرارداد و با حمایت از قوانین بیمه توانست باعث تغییر فضای کشور به سمت شرکت های بیمه ایرانی و تعطیلی شرکت های بیمه خارجی شود. در سال ۱۳۱۶ قانون بیمه در ایران به تصویب رسید و از سال ۱۳۲۹ شرکت های بیمه خصوصی نیز در ایران تأسیس شدند به طوری که ۸ شرکت خصوصی تا سال ۱۳۴۳ مشغول به فعالیت بودند. در سال ۱۳۳۱ و در دولت مصدق قوانینی تثبیت شد که فعالیت‌های بیمه را برای شرکت‌های خارجی محدود می‌کرد که نتیجه آن تعطیلی این شرکت‌ها و رشد شرکت‌های داخلی بیمه شد.

در خرداد سال ۵۰ در جهت برای حمایت اتکایی از شرکت های بیمه داخلی، قانون تأسیس بیمه مرکزی به تصویب رسید و بنا بر آن بیمه مرکزی تأسیس شد.

سازمان بیمه مرکزی

با افزایش تعداد شرکت های بیمه و گسترش این خدمت در کشور، قانون بیمه مرکزی به منظور حمایت اتکایی شرکت های بیمه، نظارت بر خدمات و سیاست‌گذاری در قوانین بیمه تصویب و در پی آن، سازمان بیمه مرکزی نیز تأسیس شد. اهداف سازمان بیمه مرکزی به طور مختصر به شرح زیر است:

- تهیه و تنظیم قوانین بیمه
- نظارت بر مؤسسات و نمایندگی‌ها و شرکت های بیمه
- نقش اتکایی و پشتوانه مالی در مقابل شرکت های بیمه
- تنظیم بازار بیمه و حفظ نظم آن
- صدور مجوز فعالیت برای مؤسسات و شرکت های بیمه

شبکه فروش در شرکت های بیمه

در ایران شبکه فروش بیمه از کارگزار، نماینده و اگریگیتورهای بیمه تشکیل شده است.

فروش از طریق کارگزار بیمه

کسی که با آگاهی از شرایط و خدمات شرکت‌ها و با شناخت از انواع بیمه‌ها در ازای دریافت کارمزد از شرکت های بیمه، نقش واسطه در فروش بیمه را به عهده دارد. در واقع وظیفه کارگزار این است که ابتدا نیاز و شرایط اقتصادی و مالی بیمه‌گزار را بررسی کند و سپس با توجه به اطلاعاتی که بیمه‌گزار در اختیار وی قرار داده است، بهترین بیمه را برای وی خریداری می‌کند. اطلاعات کارگزار باید به روز باشد تا پس از دریافت اطلاعات از بیمه‌گزار بتواند بهترین بیمه را از میان بیمه‌های موجود به بیمه‌گزار پیشنهاد دهد. همچنین کارگزار موظف است در خصوص دریافت خسارت از شرکت‌های بیمه مشاوره‌های لازم را به بیمه‌گزار ارایه کرده و تا زمان وصول خسارت پیگیری‌های آن را به عهده گیرد. از سوی دیگر ازآنجا که کارگزار نقش واسطه دارد با هر دو سمت یعنی هم شرکت های بیمه و هم مشتری در ارتباط است و در نتیجه تنها نسبت به بیمه‌گزار تعهد ندارد بلکه نسبت به شرکت های بیمه نیز دارای تعهداتی است که باید به آن عمل کند. در همین راستا وی موظف است تا گزارش‌های کاری را که شرکت های بیمه و یا ناظران بیمه از وی انتظار دارند، تهیه و در زمان مقرر به این عوامل تقدیم کند.

فروش از طریق نماینده بیمه

نماینده بیمه نیز نقش واسطه در فروش بیمه را دارد. تفاوت نماینده بیمه با کارگزار در این است که نماینده تنها برای یک شرکت بیمه نقش واسطه را دارد و نمی‌تواند هم‌زمان برای چندین شرکت بیمه، فروش بیمه داشته باشد. نمایندگان بیمه با اخذ مجوزهای رسمی از مراجع مربوطه و شرکت بیمه طرف قرارداد، به طور ویژه و تنها برای همان شرکت بیمه و تحت قوانین آن اقدام به فروش بیمه‌های مختلف می‌کنند و کارمزد خود را نیز از بیمه‌گر طرف قرارداد دریافت می‌کنند. نمایندگان بیمه موظف هستند تا اطلاعات و خدمات مربوط به انواع بیمه‌هایی که ارایه می‌کنند را به صورت کامل و شفاف در اختیار بیمه‌گزار قرار دهند و مشاوره‌های لازم را به بیمه‌گزار ارایه کنند.

فروش آنلاین به کمک اگریگیتور بیمه (Insurance aggregator)

در جوامع مدرن استفاده از خدمات اینترنتی امری بدیهی است و یکی از این خدمات معرفی و فروش انواع محصولات به صورت مستقیم و یا با واسطه است.

در ایران نیز در سال‌های اخیر استارت‌آپ‌هایی در خصوص به وجود آمده‌اند که در این بین شرکت‌هایی مانند بیمیتو در زمینه بیمه در حال خدمت‌رسانی هستند. کار این اگریگیتورها به این شکل است که به عنوان واسطه بین بیمه‌گزار و بیمه‌های مختلف وظیفه راهنمایی و

ارایه مشاوره و خدمات لازم را به عهده دارند و در نهایت امکان خرید آنلاین انواع بیمه را در اختیار بیمه‌گزار قرار می‌دهند. این سامانه‌ها تلاش می‌کنند تا روند خرید بیمه را کوتاه کنند و نحوه دریافت آن را تسهیل بخشند.

سازوکار سیستم‌های فروشی مانند بیمیتو به این صورت است که بیمه‌گزار بدون نیاز به مراجعه به شرکت‌ها و نمایندگی‌های بیمه و از طریق سایت و اپلیکیشن این شرکت‌ها می‌تواند در مورد بیمه مورد نظر خود اطلاعات لازم را کسب کرده یا از قیمت هر بیمه مطلع شود. همچنین می‌تواند با توجه به شرایط خود استعلام انواع بیمه را تهیه کند و جزییات مالی بیمه مورد نظر خود را در کمترین زمان ممکن تهیه کند و در نهایت خرید بیمه خود را انجام دهد. بیمه‌گزار در هر قسمت از مراحل خرید و در صورت نیاز می‌تواند با مشاورین بیمیتو تماس حاصل کند و چنانچه در روند خرید مسئله‌ای به وجود بیاید و یا بیمه‌گزار ورود اطلاعات را به طور ناقص انجام داده باشد از طرف بیمیتو با وی تماس گرفته و نواقص موجود رفع می‌شود.

طبیعتاً در روش مشاوره و فروش آنلاین خدمات نه تنها انجام فعالیت‌ها با دقت بیشتری انجام می‌شود که باعث صرفه‌جویی قابل توجهی در وقت و انرژی افراد نیز می‌شود.

چرا کاربران تمایل دارند تا از اگریگیتورهای بیمه استفاده کنند؟

باید این نکته را یادآور شد که ورود این ابزارهای مقایسه آنلاین به صنعت بیمه، خطر بزرگی برای مدیران این شرکت‌ها محسوب می‌شود. زیرا ورود آن‌ها به صنعت بیمه، باعث کاهش تمایل به نام و نشان‌های تجاری و افزایش تمایل در انتخاب بر اساس کیفیت ارائه خدمات نسبت به قیمت شده است. این امر موجب شده است تا بسیاری از شرکت‌های با سابقه که سال‌ها در صنعت بیمه یکه تازی می‌کرده‌اند، احساس رقابت بیش‌تری با شرکت‌های نوظهور و کوچک‌تر داشته باشند. چرا که شرکت‌های کوچک‌تر، خود را درمقابل طیف وسیع‌تری از مشتریان در این رقابت قیمت محور خواهند دید.

گسترش استفاده از اینترنت و تلفن‌های هوشمند، شبکه‌های اجتماعی و کانال‌های آنلاین، سبب رونق مقایسه آنلاین بیمه در بازار دنیا شده است؛ و سبب شده تا مشتریان الگوهای رفتاری خود را برای خرید بیمه تغییر دهند. راحتی در خرید، استفاده آسان، امکان انتخاب بهترین گزینه عواملی است که سبب می‌شوند تا مشتریان به استفاده از اگریگیتورها روی آورند.

علاوه بر این، اگریگیتورهای بیمه باعث می‌شوند تا شرکت‌های بیمه برای حضور مؤثر در رقابت، بتوانند تا با رعایت حاشیه سود مناسب برای خود، کمترین قیمت را برای حضور در این رقابت قیمتی ارائه دهند. همچنین با توجه به داده‌های آماری که بر اساس تمایل مشتریان به شرکت‌های بیمه است، شرکت‌ها می‌توانند برای خدمات بیمه‌ای خود در آینده برنامه ریزی دقیق‌تری داشته باشند. رشد طولانی مدت در یک صنعت زمانی رخ می‌دهد که در آن محصولات نوآورانه و استراتژی‌های مختلف در برندسازی، در کنار استفاده از شبکه‌های اجتماعی، به یک مزیت رقابتی برای هریک از شرکت‌های بیمه تبدیل شود.



بررسی شرکت‌های بیمه فعال در کشور

در دهه ۸۰ تأسیس شرکت‌های بیمه رشد قابل توجهی یافت و تا اکنون نزدیک به ۳۰ شرکت بیمه در ایران مشغول فعالیت هستند که هر کدام با توجه به شرایط خود خط‌مشی و سیاست‌گذاری‌های خاص خود را دارند و اهداف مخصوص به خود را در صنعت بیمه کشور دنبال می‌کنند. تمامی این شرکت‌ها با کسب مجوز از بیمه مرکزی تحت نظارت این سازمان فعالیت بیمه‌ای دارند.

سرعت شگفت انگیز تحولات اقتصاد جهانی و افزایش وابستگی متقابل کشورها در عرصه اقتصادی باعث افزایش تأثیر پذیری سازمانها و نهادها در همه کشورها شده است . همگامی با تحولات و روزآمد شدن خدمات رسانی به مشتریان و بقای شرکت در محیط رقابتی مستلزم تغییرات همه جانبه در تمامی ابعاد و ارکان موسسات می باشد.صنعت بیمه و شرکتهای بیمه به عنوان واحدهای پیش رو در بخش خدمات و عنصر تأثیرگذار در اقتصاد کشور می بایست پذیرای تغییرات ساختاری جهت تطبیق خود با تحولات محیطی باشند تا ضمن حضور قدرتمندانه در اقتصاد کشوری و جهانی، خدمات رسانی خود را تسریع بخشیده و سودآوری بیشتری جهت سهامداران و مالکان خود داشته باشند .

➢ نقش بیمه در جامعه

بیمه، نقش اساسی در جبران آثار مالی ناشی از تحقق خطر بیمه‌شده برای آحاد جامعه دارد. خدمتی را که بیمه به جامعه ارائه می‌کند، می‌توان به هفت گروه تقسیم کرد:

۱. تأمین‌کننده امنیت مالی برای فعالیت‌های بازرگانی
۲. افزایش کارایی بازرگانان
۳. کمک موثر در توزیع نسبی هزینه ها
۴. افزایش اعتبار بیمه گذار
۵. یک‌نوع پس‌انداز
۶. تأمین سرمایه برای درآمد بالقوهٔ آینده
۷. انتفاع اجتماع از بیمه
   - تشویق مردم به پس‌انداز بخشی از درآمد خود
   - بیمه، یک‌نوع سرمایه‌گذاری
   - بیمه و سایر انواع طرح‌های مشابه، حامی وابستگان است
   - تأثیر بیمه در کاهش خسارت‌ها
   - تأثیر بیمه در رقابت‌های بازرگانی

۱) تأمین‌کننده امنیت مالی برای فعالیت‌های بازرگانی

انواع بیمه (بیمه عمر، بیمه آتش‌سوزی، بیمه حمل و نقل، بیمه مسئولیت، بیمه اعتبار، بیمه تضمین، بیمه مهندسی، بیمه کشتی، بیمه محصولات کشاورزی و ...) در سطح گسترده با جبران خسارت و زیان‌های مالی، بازرگانان را در مقابل بی‌تعادلی مالی ناشی از تحقق ریسک‌های احتمالی حمایت می‌کنند. بیمه‌گذار، تنها مبلغ اندکی متناسب با ریسک در مقایسه با پتانسیل خسارت حق بیمه می‌پردازد و با

www.asia26090.ir

خیال آسوده، بی‌آنکه بخشی از سرمایه و ذخایر خود را برای جبران خسارت و زیان مالی ناشی از تحقق انواع خطرها را کد بگذارد، می‌تواند از تمام امکانات مالی خود در گسترش و توسعه فعالیت خویش بهره گیرد

آتش ، اموال، دارائی، موجودی کالا و هرچه در دسترس باشد را می‌سوزاند و نابود می‌کند. همه مردم از جمله بازرگانان در معرض تهدید خطر آتش‌سوزی قرار دارند که نمی‌توان برای آن زمان معینی پیش‌بینی کرد. بی‌اطمینانی، ویژگی خطر بیمه شده است. بیمه‌گر با استفاده از آمار و حساب احتمالات و تجربه خویش، اجتماعی از طبقات مختلف خطر را بر اساس محاسبات ریاضی که تدوین می‌کند بررسی و قیمت پوشش (حق بیمه) را محاسبه می‌نماید. بی‌اطمینانی و اتفاقی‌بودن، عنصری است که در مورد تک‌تک ریسک‌ها مطرح می‌شود. وظیفه بیمه‌گر، حذف آثار زیانبار مالی ناشی از تحقق ریسکی است که بیمه می‌شود. تنها تفاوتی که رشته‌های مختلف بیمه با هم دارند، در مورد خطر بیمه‌شده، طبقات مختلف ریسک، تواتر و شدت خسارت است.

برای مثال، در بیمه اشخاص نیز بیمه‌گر ریسک اتفاقی را بیمه می‌کند. تنها ریسکی که وقوع آن حتمی است ولی بیمه می‌شود، خطر مرگ است. دلیل بیمه‌پذیر بودن آن هم مشخص نبودن زمان مرگ است که به آن ویژگی ریسک بیمه‌پذیر بودن را داده است. در بیمه‌های اشخاص نیز بیمه‌گر همانند بیمه اموال و مسئولیت، از تجربه و محاسبات ریاضی و جدول مرگ و میر برای تعیی حق بیمه استفاده می‌کند.

برای مثال، بیمه‌گر بر اساس تجربه می‌داند که از ۱۰۰،۰۰۰ نفر مرد ۲۰ ساله، X نفر آنها قبل از رسیدن به سن ۲۱سالگی به‌دلایل مختلف می‌میرند لذا وی با تکیه بر این آمار و سایر اطلاعاتی که از بیمه‌شده در اختیار دارد نرخ بیمه را بر اساس محاسبات ریاضی تعیین می‌کند.

مسئله: مطلوب است محاسبه احتمال آن که شخصی به سن ۲۰ سال قبل از رسیدن به سن ۲۱ سالگی فوت کند .

حل: با مراجعه به جدول مرگ و میر ۹۰ – ۸۸ TD و فرمول : احتمال فوت = عدد سال پایه / عدد سال مقصد – عدد سال پایه داریم:

- برای سن ۲۰ سال در جدول یاد شده ، عدد ۹۸،۲۷۷ و برای سن ۲۱ سال عدد ۹۸،۱۳۷ از جدول استخراج می کنیم

www.asia26090.ir

سن	تعداد زنده‌ها	سن	تعداد زنده‌ها	سن	تعداد زنده‌ها
۰	۱۰۰.۰۰۰	۳۶	۹۵.۶۷۶	۷۲	۶۱.۲۸۵
۱	۹۹.۱۲۹	۳۷	۹۵.۴۶۳	۷۳	۵۸.۹۱۱
۲	۹۹.۰۵۷	۳۸	۹۵.۲۳۷	۷۴	۵۶.۴۱۶
۳	۹۹.۰۱۰	۳۹	۹۴.۹۹۷	۷۵	۵۳.۸۱۸
۴	۹۸.۹۷۷	۴۰	۹۴.۷۴۶	۷۶	۵۱.۰۸۶
۵	۹۸.۹۴۸	۴۱	۹۴.۴۷۶	۷۷	۴۸.۲۵۱
۶	۹۸.۹۲۱	۴۲	۹۴.۱۸۲	۷۸	۴۵.۲۸۴
۷	۹۸.۸۹۷	۴۳	۹۳.۸۶۸	۷۹	۴۲.۲۰۳
۸	۹۸.۸۷۶	۴۴	۹۳.۵۱۵	۸۰	۳۹.۰۴۱
۹	۹۸.۸۵۵	۴۵	۹۳.۱۳۳	۸۱	۳۵.۸۲۴
۱۰	۹۸.۸۳۵	۴۶	۹۲.۷۲۷	۸۲	۳۲.۵۱۸
۱۱	۹۸.۸۱۴	۴۷	۹۲.۲۹۵	۸۳	۲۹.۲۲۰
۱۲	۹۸.۷۹۳	۴۸	۹۱.۸۳۳	۸۴	۲۵.۹۶۲
۱۳	۹۸.۷۷۱	۴۹	۹۱.۳۳۲	۸۵	۲۲.۷۸۰
۱۴	۹۸.۷۴۵	۵۰	۹۰.۷۷۸	۸۶	۱۹.۷۲۵
۱۵	۹۸.۷۱۲	۵۱	۹۰.۱۷۱	۸۷	۱۶.۸۴۳
۱۶	۹۸.۶۶۷	۵۲	۸۹.۵۱۱	۸۸	۱۴.۱۳۳
۱۷	۹۸.۶۰۶	۵۳	۸۸.۷۹۱	۸۹	۱۱.۶۲۵
۱۸	۹۸.۵۲۰	۵۴	۸۸.۰۱۱	۹۰	۹.۳۸۹
۱۹	۹۸.۴۰۶	۵۵	۸۷.۱۶۵	۹۱	۷.۴۳۸
۲۰	۹۸.۲۷۷	۵۶	۸۶.۲۴۱	۹۲	۵.۷۶۳
۲۱	۹۸.۱۳۷	۵۷	۸۵.۲۵۶	۹۳	۴.۳۵۰
۲۲	۹۷.۹۸۷	۵۸	۸۴.۲۱۱	۹۴	۳.۲۱۱
۲۳	۹۷.۸۳۰	۵۹	۸۳.۰۸۳	۹۵	۲.۳۱۵
۲۴	۹۷.۶۷۷	۶۰	۸۱.۸۸۴	۹۶	۱.۶۳۵
۲۵	۹۷.۵۲۴	۶۱	۸۰.۶۰۲	۹۷	۱.۱۱۵
۲۶	۹۷.۳۷۳	۶۲	۷۹.۲۴۳	۹۸	۷۴۰
۲۷	۹۷.۲۲۲	۶۳	۷۷.۸۰۷	۹۹	۴۵۳
۲۸	۹۷.۰۷۰	۶۴	۷۶.۲۹۵	۱۰۰	۲۶۳
۲۹	۹۶.۹۱۶	۶۵	۷۴.۷۲۰	۱۰۱	۱۴۵
۳۰	۹۶.۷۵۹	۶۶	۷۳.۰۷۵	۱۰۲	۷۶
۳۱	۹۶.۵۹۷	۶۷	۷۱.۳۶۶	۱۰۳	۳۷
۳۲	۹۶.۴۲۹	۶۸	۶۹.۵۵۹	۱۰۴	۱۷
۳۳	۹۶.۲۵۵	۶۹	۶۷.۶۵۵	۱۰۵	۷
۳۴	۹۶.۰۷۱	۷۰	۶۵.۶۴۹	۱۰۶	۲
۳۵	۹۵.۸۷۸	۷۱	۶۳.۵۴۳		

احتمال فوت ۰/۰۰۱۴۲ = ۹۸۲۷۷ / ۹۸۲۷۷ - ۹۸۱۳۷

از هر ۱۰۰۰ نفر ۱/۴۲۴ نفر بین ۲۱ – ۲۰ سالگی فوت می کنند. ۰/۰۰۱۴۲ * ۱۰۰۰ = ۱/۴۲۴

۲) افزایش کارایی بازرگانان

طبیعی است که انتقال ریسک‌های اتفاقی به دوش بیمه‌گر، توانائی بازرگان را افزایش می‌دهد. یک بازرگان با عوامل بسیاری مواجه است که در موفقیت او اثر مستقیم دارند و او نمی‌تواند از کلیه امکانات مالی خود در جهت فعالیت بازرگانی خویش استفاده کند. ولی هنگامی‌که خاطر او از برخی خطرهای احتمالی آسوده شد و تأمین کافی از طریق بیمه به‌دست می‌آورد، کلیه تلاش خود را معطوف به عوامل مستقیم و مهم تجارت خویش خواهد کرد. در نتیجه، قادر خواهد بود که تعهدات خود را به موقع انجام دهد و اعتبار خود را در صحنه بازار رقابتی بالا ببرد.

برای مثال، جوانی سرمایه اندک خویش را در امر تجارت صادرات به‌کار می‌اندازد؛ سرمایه‌گذاری این جوان در معرض تهدید خطرهای ناشی از حمل و نقل، آتش‌سوزی و جزء آن قرار دارد. او ممکن است بعد از مطالعه و شناخت خطرهای مختلفی که کسب و پیشه جدید

او را تهدید می‌کنند، از سرمایه‌گذاری که تنها پس‌انداز و همه سرمایه او است پشیمان شود. تنها با اتکاءِ به بیمه است که این جوان می‌تواند با خیال راحت پس‌انداز خود را به تجارت اختصاص دهد و موفق شود. پس بیمه در توسعه تجارت و بازرگانی نقش مؤثری ایفاء می‌کند.

مثال دیگر، ریسکی است که در فعالیت مشترک ممکن است پیش آید. هرگاه یکی از شرکاء در حین فعالیت فوت کند، وارثان او سهم‌الشرکه خود را طلب خواهند کرد و یک فعالیت مشترک توأم با موفقیت ممکن است به شکست انجامد. زیرا با فوت یک‌نفر، شریک یا شرکاءِ دیگر، ناگزیر باید رقم سنگینی به وارثان متوفی بپردازند. در این حالت، سرمایه باقیمانده ممکن است پاسخگوی تعهدات و ادامه فعالیت نباشد. بیمه عمر، پاسخگوی چنین مشکلی است. با داشتن بیمه عمر، وارثان متوفی بی‌درنگ از مزایای آن بهره‌مند می‌شوند و فعالیت شرکت بی‌هیچ وقفه‌ای ادامه می‌یابد. بنابراین با تأمین بیمه‌نامه عمر، خطر خروج ناگهانی بخشی از سرمایه شرکت به‌دلیل فوت یکی از شرکاء حذف می‌شود.

۳) کمک موثر در توزیع نسبی هزینه ها

یکی از مزایای بیمه، توزیع صحیح هزینه بین عوامل ایجادکننده آن هزینه است. دارنده هر بیمه‌نامه به تناسب ریسک و هزینه خویش، حق بیمه می‌پردازد. برای مثال، تولیدکننده، توزیع‌کننده، مصرف‌کننده، مؤسسه حمل، مالک و جزء آن به نسبت ریسک خود حق بیمه می‌پردازند و در صورت تحقق خطر هرکدام از عوامل پیشگفته، به‌اندازه خسارت و زیان وارده، از بیمه‌گر خسارت دریافت می‌کنند. در صورت نبود بیمه، تولیدکننده تمام هزینه‌ها و خسارت‌های ناشی از تحقق ریسک‌ها را (مانند بدهکاران بدحساب، آتش‌سوزی، سرقت و جزء آن) به‌قیمت تمام‌شده کالا اضافه می‌کند و از مصرف‌کننده دریافت می‌دارد. همین وضعیت برای مؤسسات حمل، اجاره‌کنندهٔ کشتی، کامیون‌ها و جزء آن مطرح است. به‌ندرت پیش می‌آید که خسارت به نسبت بین عوامل تولید تقسیم شود.

در بیمه اشخاص، متخصصان آکتوئری و ریاضیدانان هستند که وظیفه محاسبات مختلف را برعهده دارند. اینان نه‌تنها حق بیمه را محاسبه می‌کنند بلکه محاسباتی نظیر میزان ذخایر فنی ارزش بازخرید بیمه‌نامه و وام‌هائی را که بیمه‌گذار می‌تواند به اعتبار بیمه‌نامه عمر دریافت نماید نیز انجام می‌دهند.

در بیمه آتش‌سوزی، عوامل مختلفی مستقیماً در تحقق ریسک مؤثر هستند. بیمه‌گر با بررسی آنها و میزان تأثیر آنها، نرخ بیمه را محاسبه می‌کند.

در بیمه حمل و نقل، محاسبات آماری برای رسیدن به نرخ واقعی از پیچیدگی خاصی برخوردار است. متخصصان در زمینه‌های مختلف، از ریاضیدانان گرفته تا آمارگران، باید در تهیه اطلاعات مورد نیاز محاسبه نرخ همکاری کنند.

۴) افزایش اعتبار بیمه گذار

امروزه اعتبار، یکی از عوامل مهم موفقیت در تجارت به‌شمار می‌رود. بیمه، به هر شکل و در هر رشته آن، اعتبار و تضمینی است بی‌چون و چرا. در مرهونات بانکی، مرهونه در گرو وام‌دهنده قرار می‌گیرد ولی هرگاه مرهونه بر اثر حادثه‌ای نظیر آتش‌سوزی یا سایر خطرها از میان برود، وام‌دهنده دیگر تضمینی برای بازپرداخت اقساط باقیمانده نخواهد داشت. بیمه این تسهیلات را در اختیار مؤسسات اعتباری و وام‌گیرندگان قرار می‌دهد. انواع بیمه‌های بازرگانی امنیت فعالیت را برای بازرگانان در مقابل خطرهای مختلف فراهم می‌کنند. به طوری‌که می‌توان گفت، شرکت‌های بیمه بازرگانی در حال حاضر قسمت عمده خطرهائی را که موجب خسارت و زیان بازرگانان می‌شوند، تحت پوشش قرار می‌دهند.

۵) یک نوع پس‌انداز

هم در بخش بیمه‌های اشخاص و هم در بخش بیمه‌های اموال، بیمه یک‌نوع پس‌انداز تلقی می‌شود. اگر شخصی اموال، دارائی و کسب و پیشه خود را بیمه نکند، مفهومش آن است که بیمه‌گر خود باقی می‌ماند. بنابراین باید بخشی از ذخایر و سرمایه خود را برای مقابله با

تحقق انواع ریسک‌ها بلوکه کند و در صورت ورود خسارت و زیان نیز معلوم نیست که آیا مبلغ نگهداری‌شده تکافو خواهد کرد یا نه. بنابراین با بیمه‌کردن، این شخص می‌تواند بدون تشویش خاطر با کل سرمایه و ذخایر، فعالیت خود را ادامه دهد. در بیمه‌های اشخاص هم انواع بیمه‌نامه‌های عمر به شرط حیات و به شرط فوت، آتیه بیمه‌شده را تأمین می‌کنند.

۶) تأمین سرمایه برای درآمد بالقوه آینده

بیمه به مفهوم سرمایه‌گذاری توان درآمدی آینده است. برای مثال، یک شرکت مالی دارای ارزشی است که در صورت ادامه فعالیت به‌دست می‌آورد که اصطلاحاً به آن سرقفلی می‌گویند و جزءِ دارائی‌های نامرئی محسوب می‌شود و حساب آن از دارائی‌های مرئی جدا است.

در نظر بگیرید که تولید ناخالص یک ماشین پس از کسر انواع هزینه‌ها و استهلاک ده میلیون ریال و عمر مفید آن ۱۵ سال باشد. با یک حساب سرانگشتی، ارزش سرمایه‌ای این ماشین ۱۵۰ میلیون ریال خواهد بود. بنابراین اگر بر اثر حادثه‌ای این ماشین از بین برود صاحب آن ۱۵۰ میلیون ریال از ارزش سرمایه‌ای آینده خود را از دست خواهد داد.

با همان روش می‌توان تأثیر مالی و ارزش اقتصادی یک سرپرست خانواده را برای بازماندگان خود در صورت فوت وی محاسبه کرد. اگر درآمد سالیانه این شخص ۳،۵۰۰،۰۰۰ ریال باشد تأثیر مالی فوت او برای خانواده وی با نرخ کارمزدی ۲/۵ درصد پس از کسر کلیه هزینه‌ها برابر خواهد بود با ۵۳،۲۰۰،۰۰۰ ریال. در این محاسبه، امید به زندگی شخص، درصد اشتغال و نوسان درآمد در سنین مختلف، هزینه زندگی و سرانجام ارزش فعلی درآمد آینده مورد توجه قرار می‌گیرد و رقم ۵۳،۲۰۰،۰۰۰ به‌دست می‌آید. این وضعیت برای یک شرکت بازرگانی که کارشناسان متخصص و ماهر دارد متفاوت است. در مثال قبل، تأثیر مالی از دست‌دادن سرپرست خانواده برای بازماندگان او مطرح است ولی در یک شرکت بازرگانی از دست‌دادن یک شخص متخصص ممکن است ضرر و زیان هنگفتی را در پی داشته باشد. به همین دلیل است که شرکت‌های بازرگانی برای بیمه عمر کارشناسان و متخصصان خود، سرمایه‌های به مراتب بالائی را از بیمه‌گران تقاضاء می‌نمایند

۷) انتفاع اجتماع از بیمه

هر ذی‌نفعی با پرداخت حق بیمه متناسب با ریسک معین در صورت تحقق ریسک طبق شرایط بیمه‌نامه خسارت و زیان خود را دریافت می‌کند. در صورتی‌که نقش بیمه تنها ارائه خدمت و پوشش به اشخاص نیست بلکه بیمه به اَشکال مختلف در خدمت جامعه است و تمام مردم می‌توانند از آن منتفع شوند.

۱. تشویق مردم به پس‌انداز بخشی از درآمد خود

در عمل برای افراد طبقه متوسط جامعه مشکل است که پس‌اندازی از درآمد خود داشته باشند و بعضاً به فکر آن نیز نیستند. فروشندگان بیمه اشخاص با مراجعات مکرر خود و ایجاد نیاز، آنان را تشویق به خرید بیمه نامه می‌کنند و با مراجعات مقطعی برای وصول حق بیمه بیمه‌نامه عمر، آنان را عادت می‌دهند تا بخشی از درآمد خود را با پرداخت حق بیمه عمر پس‌انداز کنند. در اکثر کشورهای جهان، نظام تأمین اجتماعی وجود دارد که به‌موجب قانون اجباری است و بخش عمده‌ای از حق بیمه را نیز کارفرما می‌پردازد. ولی متأسفانه با افزایش سریع هزینه زندگی، میزان حقوق بازنشستگی یا مستمری بازماندگان که نظام تأمین اجتماعی می‌پردازد برای ادامه زندگی در سطح قابل قبول کافی نیست. به همین دلیل است که بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی معمولاً به تهیه بیمه‌نامه عمر تکمیلی از شرکت‌های بیمه بازرگانی اقدام می‌کنند تا بتوانند در آینده در دوران بازنشستگی تأمین کافی داشته باشند.

www.asia26090.ir

انواع بیمه نظیر آتش‌سوزی، حمل و نقل، حوادث، مهندسی، محصولات کشاورزی و جزء آن، همه در خدمت جامعه هستند. از طریق بیمه، تمام خسارت‌ها و زیان‌ها بین جامعهٔ بیمه‌گذاران آن رشته سرشکن می‌شود و در صورتی‌که بخشی از آن از طریق مکانیسم اتکائی وارد بازارهای بین‌المللی شده باشد، جامعهٔ عظیم بیمه‌گذاران جهانی در پرداخت خسارت‌های سنگین مشارکت می‌کنند.

۲. بیمه، یک‌نوع سرمایه‌گذاری

بیمه نه‌تنها ریسک را به دوش خود منتقل می‌کند بلکه ابزار مهم و مناسب پس‌اندازی نیز است. در بیمه عمر ، بیمه‌گذار در تمام سال‌های اعتبار قرارداد ، حق بیمه یکسانی می‌پردازد ، یعنی حق بیمه سال اول با حق بیمه سال آخر برابر است. بنابراین ملاحظه می‌شود که بیمه‌گذار در سال‌های اولیه قرارداد ، مبلغی بیشتر از حق بیمه ریسک می‌پردازد و در سال‌های آخر برخلاف ، این بخش از حق بیمه حجم بالائی را تشکیل می‌دهد. شرکت‌های بیمه از محل سرمایه‌گذاری آن درآمدهای خوبی به‌دست می‌آورند که البته بخشی از آن به بیمه‌گذار تعلق می‌گیرد. بخش پس‌اندازی بیمه‌نامه‌های عمر همانند پس‌انداز در بانک است ، به طوری‌که بیمه‌گذار می‌تواند از محل ذخایر ریاضی بیمه‌نامه خود وام بگیرد و یا آن را بازخرید کند یا اینکه تبدیل به سرمایه مخفف نماید. بیمه‌نامه عمر تسهیلات دیگری نیز دارد که جای بحث مفصل آن اینجا نیست. در بیمه آتش‌سوزی و سایر بیمه‌های اموال ، بیمه‌گر حق بیمه را هنگام صدور بیمه‌نامه دریافت می‌کند و متعهد پرداخت خسارت احتمالی در آینده طی مدت اعتبار قرارداد است.

در فاصله زمانی بین زمان شروع اعتبار قرارداد و زمان تحقق خطر به‌ویژه در بیمه‌های مسئولیت که ممکن است سال‌ها به‌طول انجامد تا دادگاه رأی صادر کند ، بیمه‌گر فرصت دارد که درآمد حق بیمه خود را که سرمایه هنگفتی هم است در محل‌های مختلف نظیر اوراق بهادار ، خرید سهام ، ایجاد مؤسسات تولیدی و خرید مستقلات سرمایه‌گذاری کند. البته ناگفته نماند از آنجا که ذخایر فنی مؤسسات بیمه ما به‌ازاء تعهدات آنها در آینده است و باید ضمن تأمین سود تضمین‌شده به‌سهولت تبدیل‌پذیر به وجه نقد نیز باشد لذا برای سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه آئین‌نامه و مقررات خاصی پیش‌بینی می‌شود. هم‌اکنون شمار کثیری از مؤسسات بیمه نه‌تنها کلیه هزینه‌های خود را از محل درآمد سرمایه‌گذاری تأمین می‌کنند بلکه از محل درآمد سرمایه‌گذاری تسهیلاتی نیز برای بیمه‌گذاران اختصاص می‌دهند. سرمایه‌های عظیمی که از محل جمع‌آوری حق بیمه‌های اندک بیمه‌گذاران رشته‌های مختلف به این صورت ایجاد می‌شود می‌تواند در شکوفائی و توسعه اقتصاد ملی نقش ارزنده و اساسی ایفاء کند.

۳. بیمه و سایر انواع طرح‌های مشابه، حامی وابستگان است

انواع بیمه‌های عمر و حوادث ، بهداشت و درمان ، از کارافتادگی ، بیکاری ، تأمین هزینه‌های تحصیل و جزء آن ، همه بیمه‌هائی هستند که در صورت نبود آنها خانواده و وابستگان باید هزینه‌های مربوط را خود تحمل کنند. صحیح است که بخش‌های عظیمی از طبقات مختلف جامعه تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار دارند ولی هستند کسانی‌که تحت پوشش این نظام قرار ندارند و از نظر اقتصادی هم در موقعیتی نیستند که پس‌اندازی برای تأمین آینده خود داشته باشند. برای این‌گونه افراد رهائی از وابستگی مالی به خانواده ، انواع بیمه راه‌حل مناسبی است. زیرا بیمه از سایر سیستم‌ها و روش‌های حمایتی به نسبت ارزان‌تر است. طرح‌های دیگری که با کمک و حمایت دولت ایجاد می‌شوند نیز کمک مؤثری است در حمایت مالی خانواده؛ مثلاً طرحی را دولت برای کارگران ایجاد می‌کند ولی عضویت کارگران در آن سیستم اختیاری است.

طرح دیگر اینکه دولت سیستم را طراحی و ایجاد و اجراء آن را به بخش خصوصی واگذار می‌کند ، نظیر طرح بیمه بهداشت همگانی. همچنین طرح بیمه ممکن است تنها با پرداخت کل حق بیمه‌ای که استفاده‌کنندگان می‌پردازند اداره شود یا اینکه بخشی از حق بیمه را کارفرما یا دولت از محل مالیات یا هر دو تأمین کنند. در ضمن ، خطرهائی وجود دارد که بیمه توانائی ارائه پوشش برای خسارت‌های ناشی از تحقق آنها را ندارد. برای چنین خطرهائی نظیر خسارت‌های مالی و جانی ناشی از نیروگاه‌های هسته‌ای و استفاده از انرژی و برخی از خطرهای فاجعه‌آمیز طبیعی ، دولت با همکاری بیمه‌های بازرگانی اقدام به تأسیس صندوق‌های حمایتی می‌نمایند

www.asia26090.ir

تا آحاد جامعه با حمایت دولت پوشش کافی داشته باشند. برای حمایت از بازرگانی بین‌المللی و صادرکنندگان با حمایت دولت و مشارکت شرکت‌های بیمه ، شرکت‌های تضمینی و اعتباری تخصصی تأسیس می‌شود و برای آن‌دسته از خطرهائی که معمولاً شرکت‌های بیمه آنها را بیمه نمی‌کنند (نظیر ورشکستگی یا اعسار خریدار ، استنکاف خریدار از پرداخت قیمت کالا ، اعمال سیاست‌های ارزی ، وقوع جنگ و جزء آن) صندوق ضمانت صادرات تأسیس می‌شود.

۴. تأثیر بیمه در کاهش خسارت‌ها

بیمه تأثیر به‌سزائی در کاهش خسارت دارد:

۱ . از طریق اعمال نرخ متناسب با ریسک : هرچه امکانات پیشگیری و اطفائی بیشتر باشد بیمه‌گر حق بیمه کمتری از بیمه‌گذار مطالبه می‌کند؛

۲ . از طریق توصیه‌های ایمنی : کارشناسان بیمه‌گر با انجام بازدید اولیه و بازدیدهای مقطعی توصیه‌های ضروری را درجهت کاهش احتمال وقوع خطر به بیمه‌گذار می‌نماید. به تجربه ثابت شده است که توصیه‌های ایمنی بیمه‌گر بسیار مفید و مؤثر است. در بیمه‌های اشخاص، بیمه‌گر از طریق معاینات پزشکی و پرسشنامه پزشکی و توصیه‌های ضروری، احتمال تحقق خطر را کاهش می‌دهد؛

۳ . از طریق تشویق بیمه‌گذار در کاهش میزان خسارت : بیمه‌گر کلیه هزینه‌های بیمه‌گذار را که در جهت کاهش میزان خسارت وارده انجام می‌گیرد، ولو اینکه منجر به نتیجه مثبت هم نباشد، درحد معقول می‌پردازد. بیمه‌گر از طریق کارشناسان متخصص خود و با استفاده از تجربیات گذشته توصیه‌های ارزنده‌ای در جهت کاهش احتمال تحقق خطر و در صورت تحقق خطر برای کاهش خسارت وارده در اختیار بیمه‌گذار قرار می‌دهد.

۵. تأثیر بیمه در رقابت‌های بازرگانی

بیمه، شرکت‌های بازرگانی کوچک را قادر می‌سازد تا با شرکت‌های بزرگ در شرایط مساوی رقابت کنند زیرا شرکت‌های بازرگانی کوچک، سرمایه و امکانات تولیدی محدودی دارند. ناگزیر اموال، ماشین‌آلات و تأسیسات خود را بیمه می‌کنند زیرا قادر به مقابله با ریسک نیستند ولی مؤسسات بازرگانی بزرگ از آنجا که از نظر مالی و سرمایه ازمنابع مختلف تغذیه می‌شوند و خطرهای آنها نیز متنوع و از نظر جغرافیائی توزیع مناسبی دارد در نتیجه ممکن است به‌صورت خود بیمه‌گری آن را اداره و خسارت‌های خود را از محل ذخایر و امکانات مالی خود تأمین کنند. در صورتی‌که برای مؤسسه بازرگانی کوچک، خود بیمه‌گری توجیه فنی دارد و بهتر است تأمین بیمه‌ای داشته باشند و این امتیاز خوبی برای شرکت کوچک محسوب می‌شود. البته درکنار آن دو نکته، یکی به‌ضرر بازرگانان کوچک و دیگری به‌نفع آنها درخور توجه است. نکته اول اینکه توجه بازار جهانی بیمه در جهتی است که به بازرگانان بزرگ که سرمایه‌های بالائی دارند نرخ به مراتب پائین‌تری پیشنهاد می‌کنند در صورتی‌که بازرگانان کوچک ناگزیر حق بیمه بالاتری می‌پردازند و این مطلب، هزینه‌های آنها را بالا می‌برد و رقابت دشوار می‌شود. نکته دوم اینکه مؤسسات بزرگ بازرگانی در معرض ریسک‌های متنوع و بالا قرار دارند و باید حق بیمه متناسب با آن را بپردازند در حالی‌که مؤسسات بازرگانی کوچک فاقد اینگونه ریسک‌ها هستند.

اصول بازاریابی و توسعه عملیات تعیین ساختار پرتفوی توسعه شبکه های فروش

بر اساس قانون بیمه گری، شرکت های بیمه، نمایندگی ها و بازاریابان آنها و کارگزاران رسمی بیمه به عنوان شبکه فروش، مسئول عرضه خدمات بیمه به اشخاص و بخش های مختلف اقتصادی می باشند. این شبکه به منزله بازوی اجرایی شرکت بیمه در حوزه تبلیغات، بازاریابی و فروش، نقش مهمی در تحقق اهداف شرکت و صنعت بیمه ایفا می نماید.

ناکارآمدی و یا عملکرد نامناسب این بخش منجر به از دست رفتن بازار بیمه در رشته های مختلف، اختلال در فرهنگ بیمه پذیری جامعه و در نتیجه توسعه نیافتگی این صنعت خواهد شد. رقابت صحیح در صنعت بیمه بر پایه بازاریابی رابطه مند، مشتری مداری و ارائه خدمات مناسب و سریع به افراد، سنگ بنای تحول در صنعت بیمه می باشد.

سیستم بازاریابی در بیمه های اجتماعی و غیربازرگانی بنابر درخواست شخصی فرد با توجه به سازمان تابعه محل فعالیت خود است و در بیمه های بازرگانی تقریبا بازاریابی توسط نمایندگان و کارگزاران فروش انجام می شود. در تعریفی حقوقی که برای نمایندگان و کارگزاران شده است عاملان فروش در جایگاه نمایندگان شرکت های بیمه (عامل فروش وابسته) و کارگزاران به عنوان نمایندگان بیمه گذاران (عامل فروش مستقل) محسوب می شوند

هم اکنون نیز نزدیک به ۳۱ هزار نمایندگی و ۴۱۵ کارگزاری فروش و ۲۸ شرکت بیمه خصوصی و دولتی به صورت فعال در صنعت بیمه کشور مشغول به فعالیت هستند.

- بازاریابی و فروش

یکی از ویژگی های بارز بیمه ، غیرملموس و غیرمحسوس بودن آنهاست، یعنی اینکه نمی توان آن را همانند یک کالا قبل از خرید از نزدیک مشاهده یا لمس نمود و یا به عبارتی کمیت و کیفیت آن از قبل، قابل اندازه گیری نمی باشد .بنابراین وظیفه عمده بازاریابان این گونه از خدمات این است که با بهره گیری از فنون بازاریابی، خدمات قابل عرضه را برای مصرف کنندگان به لحاظ ذهنی، قابل درک گردانند و یا به عبارتی مزایا و محاسن استفاده از خدمات و محصول مورد نظر را برای مصرف کننده به نحوی توصیف کنند که آن خدمت یا محصول بر ای وی، قابل درک و ارزیابی باشد .عرضه و فروش بیمه، حرفه ظریف و دقیقی است که به توانا یی علم ی، تخصص ی، اخلاقی و مهارت در معاشرت و روابط عمومی نیازمند است .بر این اساس، بازاریابان بیمه می بایست از حداقل ویژگی های ذیل برخوردار باشند:

۱) بازاریابی بیمه می بایست بر پوشش های بیمه ای قابل عرضه توسط شرکت های بیمه اشراف کامل داشته و ضمن ارزیابی ویژگی های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشتریان، توانایی ارائه خدمات مورد نیاز آنان را داشته باشد.

۲) ·بازاریاب بیمه به لحاظ شخصیتی می بایست دارای هوش اجتماعی، جسارت، اعتماد به نفس، مسئولیت پذیری، قدرت بیان و ... باشد.

۳) ·بازاریاب بیمه به لحاظ ظاهری می بایست دارای پوشش مناسب بوده و از آراستگی لازم برخوردار باشد .کسب اعتماد مشتریان از مهم ترین عوامل موفقیت در بازاریابی است.

۴) ·بازاریاب بیمه به لحاظ مهارتی می بایست با تکنیک های فروش آشنا بوده، بیمه را بشناسد و قادر به تجزیه و تحلیل رفتار مصرف کنندگان و وضعیت بازار باشد.

بازاریابی شرکت های بیمه می تواند توسط خود کارکنان شرکت های بیمه انجام شود لیکن در صور تی که نظام های انگیزشی مناسب به منظور تشویق کارکنان در این رابطه تعریف نشده باشد عملاً کارکنان در این زمینه اقدام نخواهند کرد و به همین دلیل و یا به دلیل ملاحظات اقتصادی دیگر، سیستم ناگزیر خواهد بود نیروهایی را بیرون از شرکت مأمور امر بازاریابی نماید و خود، بیشتر امور محاسبات فنی، پرداخت خسارت، نظارت بر فعالیت ها، سرمایه گذاری ها و امور ستادی و پش تیبانی را برعهده داشته

www.asia26090.ir

باشد .این نیروها در قالب نمایندگان بیمه) حقیقی یا حقوقی(، کارگزاران و دلالان بیمه به فعالیت در امر بازاریابی بیمه خواهند پرداخت.

نمایندگان و کارگزاران بیمه از عوامل تخصصی گسترش و توسعه بیمه ها ی بازرگا نی به شمار می روند .در واقع از آنجا که بیمه،خدمتی فروختنی است، شرکت های بیمه از راه گزینش و آموزش نمایندگان خود و گسیل آنان به سوی مردم و مشتریان می توانند دامنه فعالیت ها ی خود را گسترش دهند .بنابراین نقش واسطه ها و میانجی ها در بازار بیمه بسیار مهم، کارآفرین و کارساز است و دیگران بدون فعالیت سازمان یافته و سنجیده آنان نمی توانند محصولات خدماتی خود را به ش یوه ای گسترده به جامعه عرضه کنند و افراد، خانواده ها و بنگاه ها را به خریدن بیمه نامه و بستن قرارداد و پیمان ها ی تعهدآور برانگیزند.

در ایران تا قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، کارکنان شرکت های بیمه، بازاریاب و فروشنده محصولات بیمه ای نیز محسوب می شدند و به لحاظ قانونی، امکان جبران خدمات آنان در زمینه بازاریابی و فروش محصولات بیمه ای وجود داشت .پس از پیروزی انقلاب اسلامی که همه شرکت ها ملی و سپس دولتی شدند و کارکنان بیمه تحت قوانین و مقررات عام مربوط به کارکنان دولت قرار گرفتند،

پاداش بازاریابی و فروش از پرداخت های شرکت ه ای بیمه حذف و به تدریج ساختار د یگری جایگزین آن شد .به این ترتیب که در حال حاضر طبق مقررات موجود، بازاریابی بیمه توسط عوامل ذیل که همگی بخش خصوصی محسوب می شوند، صورت می پذیرد:

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

ب) شرکت های خدمات بیمه ای :از آنجا که، نمایندگان حقیقی محدودیت هایی در اخذ مجوز جهت صدور بیمه نامه دارند از اوایل دهه 70 تأسیس شرکت ها ی خدمات بیمه ای مطرح گردید .این شرکت ها مجموعه ای از افراد متخصص در زمینه بیمه ، بازاریابی و فروش است که به علت برخورداری از منابع و امکانات مالی و انسانی بهتر قادر هستند به طور تخصصی فعالیت نمایند و به همین دلیل نهاد نظارتی، حوزه اختیارات بیشتری را برای آنان در نظر گرفته است .نماینده بیمه چه به صورت حقیقی و چه به صورت حقوقی نمی تواند نمایندگی بیش از یک شرکت بیمه را داشته باشد و می بایست تنها در زمینه فروش محصولات شرکت بیمه طرف قرارداد خود فعالیت نماید.

ج (دلالان بیمه(کارگزاران بیمه) :دلال بیمه شخصی است که طبق مقررات، شرایط و مجوز فعالیت دلالی بیمه را داراست و می تواند ضمن ارائه مشاوره به بیمه گذاران برای اخذ پوشش بیمه ای مورد نظر بیمه گذار به هر یک از شرکت های بیمه فعال در بازار بیمه مراجعه کند .کارگزاران_____ بیمه در واقع نمایندگان بیمه گذاران هستند .این افراد با دریافت مجوز از بیمه مرکزی ایران قادر هستند با توجه به نیازهای مشتری بهترین شرایط معامله را در بین شرکت های بیمه جستجو و به مشتری پیشنهاد نمایند. کارگزاران بیمه نیز می توانند به صورت حقیقی یا حقوقی فعالیت داشته باشند .هرچند که در مقررات موجود نحوه و چارچوب فعالیت دلالان به طور کامل تعریف شده است لیکن این نوع از بازاریابی در ایران هنوز شکل مطلوب خود را نیافته است زیرا با وجود نظام تعرفه در بازار بیمه کشور، دلالان بیمه قادر نیستند که محصولات را با نرخ های رقابتی به مشتریان خود ارائه نمایند . نظام تعرفه به دلالا ن اجازه نمی دهد که جایگاه و ارزش خود را از طری ق پی داکردن بهتر ین وضع یت معامله در بازار و معرفی آن به مشتریان خود اثبات کنند .بنابراین مشتریان نم ی توانند ارزش ی ک واسطه خبره را در بازاری که قیمت ها از قبل تعیین شده، درک کنند و بهای لازم را برای خدماتی که کارگزاران بیمه قادر به ارائه آن می باشند قائل باشند.

در حال حاضر، در سیستم بازاریابی سنتی شرکت های بیمه پس از جذب و معرفی افرادی برای اخذ نمایندگی فروش به بیمه مرکزی

ایران در صورت قبولی در آزمون آن سازمان، مجددا به شرکت های بیمه برای شروع به کار معرفی می شوند. تجارب این افراد در بخش بیمه یا به صورت سابقه فعالیت بازاریاب در یکی از نمایندگی های بیمه و یا کار در یکی از شرکت های بیمه بازرگانی و یا آن که به صورت گذراندن دوره های کوتاه مدت آموزش تعریف شده است .نمایندگان و کارگزاران فروش با معرفی انواع پوشش های مورد نیاز مشتریان طبق تعرفه های بیمه مرکزی مصوب شورای عالی بیمه و زیر نظر یکی از شعب شرکت بیمه گر نسبت به صدور بیمه نامه اقدام می نمایند. بیمه گذاران برای دریافت خدمات پس از فروش می توانند به کلیه شعب و مراکز یک شرکت بیمه در سراسر کشور بدون توجه به محل نماینده صادرکننده بیمه نامه مراجعه نمایند.

- تحلیل نظام بازاریابی بیمه در هر منطقه از کشور تابع الگوی خاص آن منطقه است. استفاده از معاملات بازاریابی بدون توجه به تمامی مؤلفه های حاکم بر بازار بیمه ایران ممکن است چندان اثر بخش نباشد. از سوی دیگر، استفاده از تجارب بازاریابی که هم اکنون تحت عنوان علم بازاریابی از آن صحبت می شود نیز در پیشبرد نفوذ به بازار بیمه بسیار مؤثر خواهد بود. بنابراین، تلفیق اصول بازاریابی با اصول واقعی حاکم بر فضای کسب و کار و به¬ویژه بازار بیمه در هر کشور از مشکل ترین و در عین حال تنها راه مؤثر برای ارتقای سطح بازاریابی بیمه خواهد بود. حتی بزرگ ترین دانشمندان علم بازاریابی نیز بدون آشنایی کامل با محیط های اقتصادی، قانونی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی حاکم بر بازار بیمه نمی توانند راه حل یکسان و متداولی ارائه کنند. بنابراین، برای ایجاد تحول در بازاریابی سنتی بیمه به سوی برقراری نظام بازاریابی نوین و علمی مطابق با شرایط روز بازار، نیاز به تحلیل دقیق و همزمان تمامی مؤلفههای حاکم بر بازار بیمه هستیم.

تحولات بازار

تحولات بازار از مهم ترین چالش های پیش روی سازمان های بیمه به شمار می رود زیرا دو عامل بسیار مهم و حیاتی برای شرکت های بیمه یعنی مشتریان و رقبا در این محیط قرار دارند. مشتریان به سبب برتری تولید محصولات و خدمات بیمه بر تقاضا، دارای قدرت انتخاب شده اند و رقبا نیز که هر زمان بر تعداد آنها افزوده می شود، هر کدام با هدف، برنامه و شیوه های جدید به رقابت می پردازند. مسأله فروش از مهم ترین ارکان این بازار به شمار می رود که به علت گستردگی، از ابعاد مختلف قابل بررسی است. بیمه شاید بیش از هر محصول دیگر محتاج فروش است چرا که اساساً بیمه محصولی ناملموس می باشد و نقش فروشنده و مهارت های فروشندگی وی در نهایی سازی فروش بسیار برجسته است.

صنعت بیمه در کشور ایران طی سالیان متمادی شرایط و تغییرات زیادی را تجربه کرده و در راستای بررسی مشکلات و رفع کمبودهای موجود در این صنعت اقدامات فراوانی صورت گرفته است اما با توجه به نبود نظام آموزشی مناسب برای پرورش شبکه فروش حرفه ای، دستیابی به بازار رقابت سالم و تحقق اهداف اصلی صنعت، تنها با ایجاد اصلاحات زیربنایی در شبکه فروش امکان پذیر می باشد .

مدیریت کانال های توزیع‌خدمات توزیع و تصمیمات مربوط به کانال های توزیع در سازمان های مختلف از اهمیت بسیاری برخوردار است. هر یک از اعضای کانال توزیع حلقه اتصال شبکه سازمانی بین تولید کننده و مصرف کننده می باشند. اگر چه ممکن است برخی شرکت ها به طور مستقیم خود وظایف کانال ها را انجام دهند، اما معمولاً چندین سازمان به طور جمعی و شبکه ای در زمینه های گوناگون توزیع فعالیت می کنند.

سیستم بازارایابی عبارت از تعداد زیادی از افراد و سازمان هایی است که از طریق اطلاعات، محصولات، مذاکرات، مخاطرات و

انسان ها با هم ارتباط دارند. شرکت ها و گروههای خاص نیز در این سیستم، کانال توزیع محسوب می شوند که ارتباط دهنده تولیدات و خدمات سازمان با مصرف کنندگان فردی و سازمانی هستند. هر کدام از کانال ها در سیستم بازاریابی تلاش می کنند تا نیازها و خواسته های استفاده کنندگان نهایی بازار هدف خود را ارضا کنند .

در مقابل منتقدان بازاریابی گاهی بالا بودن قیمت ها را ناشی از وجود واسطه های گوناگون می دانند که وظایفی تکراری و غیرضروری را دنبال می کنند. البته تعداد واسطه ها را می توان کاهش داد اما هزینه های توزیع را نمی توان حذف کرد. این وظایف را می توان از گروهی به گروه دیگر انتقال داد تا اثربخشی بیشتری به وجود آید، اما کسانی که باید آن را به عهده بگیرند ممکن است در بین تولیدکنندگان یا حتی مشتریان باشند؛ این در حالی است که واسطه ها ارزان تر از تولیدکننده یا مصرف کننده نهایی وظیفه توزیع را انجام می دهند.

کانال توزیع دلخواه شرکت ها کانالی است که هم نیازهای مشتریان را تأمین کند و هم قدرت رقابت داشته باشد. طراحی توزیع نیازمند روشی است که در شکل زیر نشان داده شده است.

یک شرکت برای انتخاب واسطه های فروش باید به سابقه کار، وضعیت رشد و سودآوری، روحیه همکاری، اعتبار و شهرت آنها توجه کرده و با عنایت به سایر محصولاتی که می فروشند، برای جلب همکاری فروشندگان کالا با ارائه تخفیفات ویژه، انگیزه مناسب تری برای تبلیغات پیشبردی و فروش کالای بیشتر در عوامل توزیع کالا ایجاد نماید. شرکت ها با استفاده از یک برنامه ریزی توزیعی خوب می توانند با واسطه های فروش به یک همکاری بلندمدت دست یابند و با بررسی به موقع نیازهای توزیع کنندگان به عملیات فروش، تبلیغات و آموزش در این خصوص کمک نموده و لذا این مهم تنها با استفاده از طراحی یک سیستم پیشرفته بازاریابی عمودی امکان پذیر است. در این سیستم به طور مرتب، کارآیی واسطه های توزیع مورد ارزیابی قرار گرفته و میزان فروش، تبلیغات و نحوه ارائه خدمات به مشتریان مورد بررسی مداوم قرار می گیرد.

کانال های توزیع در بخش خدمات

مفهوم کانال توزیع به توزیع کالاهای فیزیکی محدود نمی شود، تولیدکنندگان خدمات و ایده های نو نیز باید به نحوی محصولات خود را در دسترس بازار هدف قرار دهند. عرضه کنندگان خدمات برای رسیدن به مشتری بسیار پراکنده هدف خود باید مراکز و نمایندگی های خاصی را ایجاد و از آنها استفاده کنند. به طور کلی، در بخش خدمات به دلیل ناملموس بودن خدمت تنها دو نوع کانال توزیع وجود دارد که عبارتند از :

عرضه کننده خریدار : در این نوع از کانال توزیع برای فعالیت فروش باید بین عرضه کننده و خریدار ارتباط شخصی و حضوری برقرار گردد، به همین دلیل از کانال مستقیم استفاده می شود. توزیع مستقیم برای خدمات حرفه ای بسیار متداول است مانند خدمات بهداشتی و مشاوره حقوقی. در خدمات مسافرتی، بیمه و نمایش و سرگرمی ها ممکن است از این کانال مستقیم استفاده کنند.

در بخش بیمه، خدمات توسط شرکت‌های بیمه، نمایندگی‌های بیمه و دلالان رسمی بیمه (کارگزاران) به مشتری عرضه می‌شود که هر یک از آنها در زمینه فعالیت بازاریابی، جذب مشتری و حفظ بیمه گذار عملکرد متفاوتی دارند. شرکت‌های بیمه باید با تجهیز مرکز و سرپرستی‌ها و جذب نیروهای متخصص بخش فنی و مالی اداری شرکت را اداره کنند، در عین حال نمایندگان بیمه از لحاظ ساختار حقوقی نماینده شرکت‌های بیمه بوده و جدا از بیمه‌گران نیستند. دلالان رسمی (کارگزاران) نیز نماینده و مشاوران بیمه‌گذار (مشتری بیمه) هستند تا پوشش های بیمه ای لازم را با بهترین شرایط و نرخ برای او از نماینده یا شرکت بیمه خریداری کنند.

www.asia26090.ir

عرضه کننده واسطه فروش خریدار بنابراین، شرکت های بیمه برای عرضه خدمات گاهی به جای کانال مستقیم از واسطه های فروش (نمایندگان، کارگزاران و بازاریابان) استفاده می کنند که نوعی انتقال مالکیت یا وظایف فروش را به عهده دارند.

شرکت های بیمه از ابزارهای متعددی جهت توزیع محصولات زندگی خود با درجات مختلفی از موفقیت استفاده می نمایند. میزان موفقیت آنها عاملی از محیط ویژه ای است که در میان آن ملت وجود دارد مانند ویژگی های مردم شناختی، قوانین، میزان بلوغ و استحکام بازار و تمایل مشتری. یک کانال بازاریابی موفق نیاز دارد تا تمامی متغیرها را مورد توجه قرار دهد و محصول و فرایند فروش را برای تناسب با محیط سازگار نماید. فرمول مشابهی برای کانال های مختلف در همان بازار یا همان کانال توزیع در محیطی متفاوت که سطوح متغیر موفقیت را به همراه دارد، به کار گرفته شده است.

با این توضیح، شرکت های بیمه در ایران به صورت عمده از کانال هایی نظیر فروش مستقیم (دفتر مرکزی)، شبکه شعب، نمایندگان، کارگزاران و بازاریابان برای نفوذ در بازار بیمه های عمر بهره برده اند.

❑ سرمایه گذاری موسسات بیمه

شرکت‌های بیمه به لحاظ منابع و ذخایر فنی و چه به لحاظ سرمایه های خود از جمله شرکت های ثروتمند در کشور ها هستند فاصله زمانی میان دریافت حق بیمه و پرداخت خسارت منابع مالی مختلفی را در اختیار شرکت‌های بیمه قرار می‌دهد که بیمه گر می بایست با بهره برداری شایسته از آنها از کاهش ارزش سرمایه جلوگیری نموده و پشتوانه لازم را برای را برای اقدام به تعهدات آینده خود فراهم سازد . بدین منظور جهت افزایش بازده اقتصادی سرمایه گذاری های صنعت بیمه زمینه های جدیدی برای سرمایه گذاری شرکت‌های بیمه داخلی در نظر گرفته شده است و در شورای عالی بیمه در سال ۱۳۸۸ آیین نامه جدید سرمایه گذاری موسسات بیمه را تصویب کرد.

ویژگی سرمایه گذاری شرکت های بیمه:

۱. مدت سرمایه گذاری : کوتاه مدت و بلند مدت مانند اشکال مختلف سرمایه گذاری بصورت سپرده بانکی ، خرید اوراق ، سرمایه گذاری در بورس یا هر طریق مجاز

۲. نقدشوندگی اوراق بهادار : از ویژگی های مهم هر گونه سرمایه‌گذاری است، در ایران به علت نوسانات بورس و جریان معاملات بازار شرکت‌های بیمه کمتر ریسک می‌کند و ترجیح می‌دهند در موارد با نرخ بازده کمتر را بپذیرد ، زیرا اطمینان کافی به فروش سریع سهام و سرمایه گذاری خود ندارند.

۳. ریسک سرمایه گذاری:

الف) ریسک ناتوانی شرکت صادر کننده اوراق قرضه در پرداخت به موقع اصل و فرع ب) ریسک نوسانات نرخ بهره

۴. ترکیب مجموع سرمایه گذاری ها : با در نظر گرفتن الف) مدت ب) میزان ریسک ج) بازدهی د) نقدشوندگی

منابع سرمایه گذاری شرکت های بیمه چیست ؟

۱) وجوه شرکت شامل سرمایه و اندوخته :

که منابع غیر بیمه شرکتهای بیمه محسوب شده و در موارد زیر به کار گرفته می شود:

- نگهداری سپرده های ثابت
- خرید اوراق قرضه دولتی
- خرید اوراق سهام شرکت ها
- پرداخت وام رهنی و وام به کارکنان
- مشارکت در سایر طرح های سرمایه گذاری

۲) وجوه بیمه ای: (شامل ذخایر فنی)

با توجه به فاصله زمانی صدور بیمه نامه و پرداخت خسارت این منابع به صورت ذخایر فنی قابل توجهی در اختیار شرکت است **و به** طرق مختلف سرمایه‌گذاری می‌شود مانند :

- یک ذخایر حق بیمه
- ذخایر برگشت حق بیمه
- ذخایر خسارت معوق
- ذخایر تکمیلی
- ذخایر ریاضی

اینها همه ذخایر فنی شرکت را تشکیل می‌دهد

سرمایه گذاری ذخایر ریاضی نمایشگر بدهی بیمه گران به بیمه گذاران است که بایستی مبالغ آن به ستون بدهکار ترازنامه و معادل آن به صورت اموال غیر منقول یا اوراق بهادار یا سایر زمینه‌های سرمایه‌گذاری در ستون بستانکار ترازنامه درج شود.

بیمه گر عمر ذخایر خود را به صورت اوراق بهادار و اموال غیر منقول و غیره در آورده ، از طریق معاملات روی و سرمایه‌گذاری‌های دیگر موفق می‌شود تا سودی برای بیمه گذاران تامین نماید .

در مورد سرمایه‌گذاری خاطرنشان می شود که بیمه‌گر عمر نمی تواند آزادانه در هر زمینه که خواست سرمایه‌گذاری کند بلکه ملزم است رعایت بعضی اصول و قواعدی را بنماید که هدف از آن ها حفظ قدرت پرداخت بیمه گر و حمایت حقوق بیمه گذاران بر اساس این اصول و قواعد است.

زمینه های سرمایه گذاری ذخایر باید دارای خصوصیات و شرایط زیر باشد :

- اطمینان بخش
- سهولت نقد شوندگی
- دارای عایدی و درآمد
- امکان ارزیابی دقیق
- مقاوم در برابر کاهش ارزش پول
- مفید برای جامعه و توسعه اقتصادی

ذخایر ریاضی در واقع قسمت مهمی است پس انداز ملی است که از طریق بیمه‌های عمر جمع می‌شود اداره امور سرمایه گذاری شرکت بیمه عمر کاری بسیار حساس و در عین حال مشکل است

www.asia26090.ir

انتخاب نوع سرمایه گذاری و میزان آن در هر یک از زمینه های مختلف مانند اوراق بهادار اموال غیرمنقول و غیره، تسلط کامل به بازار را را لازم دارد در امر سرمایه‌گذاری مسئول مالی شرکت بیمه، همه روزه به نمایندگی ها و آژانس های خود در مراکز بورس و سرمایه گذاری دستور خریدوفروش کران ساده می کند با توجه به نوسانات بازار و نرخ بهره هیچ دلیلی در دست نیست که موقعیت خوب کنونی بیمه‌گران مدت‌های طولانی دوام یابد، زیرا نرخ بهره تابع عوامل مختلف عوامل مختلفی است که متاسفانه علم پیش‌بینی اقتصادی هنوز با آن پایه نرسیده است که بتواند تمام این عوامل را پیش بینی یا از پیش بشناسد و با کمال اطمینان نرخ بهره را افزایش دهد .

بنابراین نمی توان نرخ بهره تعرفه بیمه را افزایش داد بنابراین در دوره ای که درآمد بیمه‌گران از محل سرمایه‌گذاری خوب است همیشه ترازنامه آنها سودهای جالبی را نشان می دهد.

نظارت و بررسی ساختار مالی شرکت های بیمه

در بحث نظارت بر ساختار مالی شرکت های بیمه، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران بر اساس آیین نامه ها و دستورالعمل های تعریف شده، موارد زیر را بررسی و ارزیابی می کند:

➢ تعریف و اندازه گیری شاخص های مالی و توانگری شرکت های بیمه

در این باره، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، می بایست اطمینان پیدا کند که شرکت های بیمه بیش از توانایی خود ریسک نپذیرند و در همه حال پاسخ گوی تعهدات پذیرفته شده ی خود بوده و آمادگی پرداخت خسارت نقدی را داشته باشند .نتایج این گزارش ها، به منظور شفافیت در ارائه ی اطلاعات، در اختیار عموم قرار خواهد گرفت.

➢ بررسی نحوه ی سرمایه گذاری ها و کنترل بازده ی سرمایه گذاری ها

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به منظور بررسی سرمایه گذاری ها یا خریدهای عمده می بایست اطمینان پیدا کند که ساختارها یا ارتباطات شرکتی، شرکت های بیمه را در معرض ریسک های ناخواسته قرار نمی دهد و مانع نظارت کارآمد نمی شود .در این باره بررسی می کند که آیا شرکت بیمه برای سرمایه گذاری مزبور، از منابع مالی و مدیریتی کافی برخوردار است .آیا قوانین و مقررات بیمه ای موجود در این باره کافی است و آیا این قوانین اجازه ی سرمایه گذاری فوق را می دهد یا خیر؟

➢ بررسی نحوه ی ذخیره گیری و تعیین اندوخته ها

شرکت های بیمه برای تقویت سرمایه و بنیه ی مالی خود، ذخایر و اندوخته های قانونی نگهداری می کنند .در این باره، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست اطمینان یابد که قوانین و مقررات موجود کافی است و توسط شرکت های بیمه رعایت می شود یا خیر؟

➢ بررسی ساختار دارایی ها، بدهی ها و وضعیت سرمایه ی شرکت

»بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به منظور بررسی ماهیت بدهی های شرکت، مبانی و مفروضات محاسبه ی بدهی ها، روش های بکار رفته در بیمه های اتکایی، نحوه ی ثبت خسارات معوق و ... را بررسی کند.

در نهایت، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به منظور بررسی حاشیه سود شرکت بیمه، ارزش سرمایه شرکت به قیمت بازار، میزان سرمایه ی ثبت شده ی شرکت، نحوه ی پرداخت سود و چگونگی منتفع شدن سهام داران و ... را بررسی کند.

➢ بررسی ساختار صورت های مالی و صحت اطلاعات درج شده در آن

، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست اطمینان یابد که صورت های مالی بر اساس قوانین و استانداردهای حسابداری مورد توافق صنعت بیمه، تهیه شده باشد.

□ بیمه اتکائی (Reinsurance)

با توسعه پیشرفت های صنعتی و اختراعات فنی در قرن بیستم ، احتمال بروز خسارتهای بزرگ بنحو چشمگیری افزایش یافت . بیمه هواپیماهای مسافربری ، کشتی های اقیانوس پیما ، نفتکش های بزرگ ، کارخانه ها و صنایع بزرگ ، مسئولیت مدنی شرکتها تجاری و صنعتی و خدماتی و حمل و نقل بخصوص موسسات هواپیمائی و سازمانهای ورزشی و غیره متضمن تعهدات سنگینی است و تحمل پرداخت خسارت در صورت بروز حادثه از عهده یک یا چند شرکت بیمه خارج است و توزیع خطر از طریق بیمه اتکایی بین المللی بیش از همه ضرورت دارد . بهمین جهت ، بیمه اتکایی بین المللی به سرعت مورد قبول کلیه صاحبنظران امور بیمه قرار گرفت و از حدود سرحدهای سیاسی کشورها گذشت و جنبه بین المللی یافت.

افراد و موسسات جان و مال خود را در برابر خسارت‌های احتمالی نزد شرکت‌های بیمه مستقیم، بیمه می‌کنند. این شرکت‌ها که افراد و اموال بسیاری را در سطح گسترده‌ای بیمه می‌نمایند به نوبه خود در مقابل خطرات سنگین یا انبوه تعهداتی قرار می‌گیرند که جبران خسارت‌های احتمالی آن‌ها خارج از توان مالی این شرکت‌هاست یا اساساً نگهداری این تعهدات فاقد توجیه فنی و اقتصادی است. بدین لحاظ شرکت‌های بیمه مستقیم نیز معمولاً بخشی از تعهدات بیمه‌ای مازاد بر ظرفیت مالی و فنی خود را مجدداً نزد شرکت یا شرکت‌های بیمه دیگر بیمه می‌نمایند. به زبان ساده این بیمه مجدد را که ابزاری برای توزیع ریسک در سطح شبکه‌های ملی و جهانی بیمه‌ای است بیمه اتکایی می‌نامند. به عبارت دیگر شرکت‌های بیمه اتکایی در مقابل دریافت قسمتی از حق بیمه‌های شرکت‌های بیمه مستقیم متعهد می‌شوند بخشی از خسارتهای احتمالی مربوط به بیمه نامه یا بیمه نامه‌های صادره توسط شرکت بیمه طرف قرارداد را جبران نمایند.

بیمه اتکایی به مفهوم توزیع جهانی ریسک است. بیمه اتکایی پوششی است که شرکت‌های بیمه می‌توانند ریسک‌های پذیرفته را نزد شرکت‌های بیمه‌گر اتکایی بیمه کنند تا در هنگام لزوم خدمات بهتری به مشتریان خود ارائه کند، و خسارت‌های وارد شده را به موقع پرداخت نمایند. در حقیقت بیمه اتکایی عبارتست از: بیمه‌ی ریسکی که بیمه‌گر واگذارنده آن را بیمه کرده است.

- ابتدا شرکتهای بیمه در مقام آن بر آمدند که خطر های بزرگ را متفقا" قبول کنند و بیمه به صورت مشارکت در تعهد بوجود آمد.به این ترتیب که چند شرکت بیمه هر یک سهمی از خطر را قبول میکردند و در صورت بروز خسارت به همان نسبت غرامت می پرداختند.
- این کار مستلزم قبولی و تعیین نرخ حق بیمه و صدور بیمه نامه در اسرع وقت بود که سازمان لویدز یا بورس بیمه آتش سوزی و خطر های صنعتی فرانسه پایه گذار آن بودند
- عیب بزرگ بیمه مشترک ، سرعت عمل پایین در صدور بیمه نامه و عدم هماهنگی لازم بیمه‌گران بوده که کار را با مشکل مواجه می ساخت، لذا منجر به پیدا شدن و توسعه بیمه اتکائی گردید .

- بیمه اتکائی از قرن ۱۵ و ۱۶ میلادی شروع شد. ابتدا شکل شرطبندی و بورس بازی را داشت تا اینکه پارلمان انگلیس در سال ۱۸۷۱ با وضع قانون خاصی به لویدز جنبه قانونی داد.
- بیمه اتکایی به شکل صحیح و امروزی آن از آغاز قرن نوزدهم پیدا شد و بتدریج توام با توسعه بیمه ، پیشرفت کرد.
- اشکال اولیه قرارداد بشکل بیمه اتکایی متقابل (دو طرفه) بود ، چون هنوز بیمه گران اتکایی تشکیل نشده بودند.

در اواسط قرن ۱۹ با گسترش صنایع و اهمیت خطرات تحت ریسک موجب شد بیمه گران آلمانی شعبه اختصاصی بیمه اتکایی را در ۱۸۴۳ دایر کنند

- همانطور که بیمه گذاران اموال و دارایی های خود را نزد شرکتهای بیمه، بیمه می نمایند،شرکتهای بیمه نیز خود و تعهدات خود را نزد دیگر شرکتهای بیمه (بیمه گراتکایی) در مقابل خسارات سنگین و بزرگی که ممکن است وضعیت مالی آنها را با مخاطره روبرو کند، بیمه میکنند. در واقع با این عمل شرکتهای بیمه ، شرکتهای دیگری به نام بیمه گر اتکایی را در نتایج مالی تعهدات خود سهیم می کنند.
- با بیمه اتکایی خطر بین چندین شرکت بیمه در داخل و خارج ازکشور تقسیم شده و درصورت بروز خسارتی بزرگ وضعیت مالی یک شرکت بیمه با مخاطره روبرو نمیگردد. به عبارتی ساده تر بیمه اتکایی " یعنی تقسیم خطر و ریسک یک تعهد بیمه ای.

شاید شما هم گاهی با خود اندیشیده باشید که چطور شرکت های بیمه با وجود پذیرش این همه ریسک ورشکست نمی شوند ، اگر در یک شهر بزرگ زلزله یا سیلی عظیم رخ دهد شرکت های بیمه چگونه تمام خسارت ها را پرداخت میکنند ،مگر سرمایه شرکت های بیمه چقدر است ؟ رمز موفقیت و ماندگاری شرکت های بیمه علاوه بر استفاده بهینه از علم آمار

و احتمالات پدیده ای است به نام بیمه اتکایی . بیمه اتکایی عملی است که به موجب آن شرکت بیمه ، شرکت دیگریرا به نام بیمه گر اتکایی در نتایج مالی تعهدات بیمه خود به روش های مختلف مشارکت میدهد.

با بیمه اتکایی خطر بین چندین شرکت بیمه در داخل و خارج از کشور تقسیم میگردد ، بنابراین در صورت بروز خسارتی بزرگ وضعیت مالی شرکت بیمه با مخاطره روبرو نخواهد گردید. به عبارت دیگر بیمه اتکایی یعنی تقسیم و توزیع جهانی خطر. لازم به ذکر است که هیچ رابطه حقوقی بین خریداران بیمه با بیمه گر اتکایی وجود ندارد به عبارت دیگر در صورت وقوع خسارت بیمه گذاران با مراجعه به شرکت بیمه خسارت خود را به طور کامل دریافت میکنند و پس از تسویه خسارت شرکت بیمه بر اساس قراردادی که با شرکت بیمه اتکایی داخلی و یا خارجی دارد سهم مشخصی از خسارت پرداخت شده را از آن شرکت دریافت خواهد کرد و بیمه گذاران حق مراجعه مستقیم به بیمه گر اتکایی را ندارند. (البته در برخی بازارهای بیمه به ویژه آمریکا با استفاده از کلوز خاصی به نام **cut through** بیمه گذار این حق را بدست می آورد که چنانچه بیمه گر صادر کننده بیمه نامه دچار مشکلات مالی یا اعسار گردد و از پرداخت خسارت عاجز گردد میتواند مستقیما برای دریافت خسارت به بیمه گر اتکایی مراجعه کند)

مکانیزم عملی بیمه اتکایی بدین شکل است که بیمه گر اتکایی درمقابل دریافت مبلغی (از حق بیمه) تمام یا بخشی از تعهدات بیمه گر واگذارنده را به عهده میگیرد.

عالم فرانسوی موریس پیکار با تلفیق جنبه حقوقی و جنبه فنی بیمه اتکایی ، تعریف زیر را کرده است:

" بیمه اتکایی عملی بیمه ای است که بدون آنکه رابطه ای با بیمه شده ایجاد نماید، به بیمه نخستین منضم میشود و به وسیله آن بیمه گر در حدود امکان ، انحرافات بیمه ای را تقلیل می دهد "

هدف بیمه اتکایی کاهش دادن اهمیت نسبی یا مطلق انحرافات و تقلیل بی نظمی های آن است.

بیمه گران اتکایی معتبر بین المللی و داخلی

- بیمه گران اتکایی بین المللی: سندیکایهای لویدز، شرکت مونیخ ری، اسکور، زوریخ اینشورنس، آکسا، مفری، آلیانز، پاریس ری، اینفراشور، هانور ری، کرین ری، مالزین ری، صندوق فیر، جی آی سی، آی جی آی، تراست و ...
- بیمه گران اتکایی داخلی:

بیمه مرکزی ایران(دولتی)

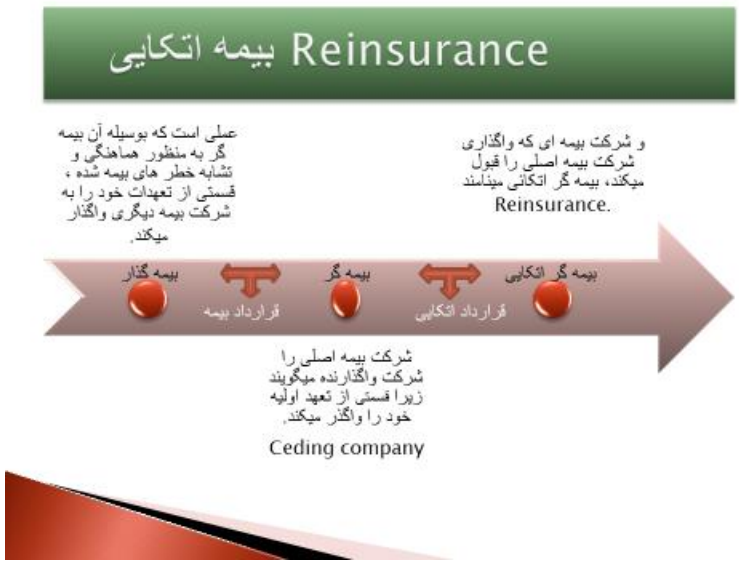
بیمه ایران ، آسیا (بیمه گران اصلی و اتکایی)

امید، امین ، ایرانیان (خصوصی)

- تاریخچه اتکائی در ایران به سال ۱۳۵۰ و تشکیل بیمه مرکزی ایران برمیگرددر این سال پس از تاسیس بیمه مرکزی و شرح و تعیین وظایف آن انجام بیمه های اتکائی اجباری برای شرکتهای بیمه خصوصی آن زمان در دستور کار قرار گرفته و بصورت عملی بیمه اتکائی گام در صنعت بیمه ایران گذاشت

ارتباط قراردادهای اتکایی با قراردادهای سایر رشته‌های بیمه ای

قرارداد بیمه معمولاً بین بیمه‌گر و یکی از آحاد جامعه که می‌تواند یک فرد یا یک واحد تجاری یا صنعتی و یا یک موسسه خیریه و یا یک واحد دولتی باشد، منعقد می‌گردد. یک قرارداد بیمه اتکایی بین دو بیمه‌گر که یکی از آنها به‌عنوان "بیمه‌گر اتکایی" و دیگری بعنوان "بیمه‌گر اولیه" یا "صادرکننده بیمه" و یا "بیمه‌گر واگذارنده" نامیده می‌شود منعقد می‌گردد. بیمه‌گر اتکایی هم ممکن است بیمه های اتکایی را که پذیرفته است مجدداً بصورت اتکایی بیمه نماید که این قرارداد را "واگذاری مجدد" و به تبع آن شرکت بیمه اتکایی مقدم را "واگذارنده" و شرکت اتکایی که واگذارنده را پذیرفته است، "بیمه‌گر اتکایی مجدد" می‌نامند.



از اصول اولیه و مهم بیمه در کلیه رشته‌ها این است که ریسک بیمه شده تا جایی که ممکن است در سطح وسیعی پخش شود. پوشش اتکایی بیمه اتکایی به مفهوم توزیع جهانی ریسک است. این بیمه امکان پاسخگویی به خسارت هایی که در طول زمان اعتبار قرارداد به وقوع‌می پیوندد، را برای شرکت بیمه واگذارنده به وجود می‌آورد؛

تا شرکت بیمه بتواند ریسک‌های یکسان را برای سهام خود جمع آوری کند، ولی اگر مجموع این ریسک‌ها مازاد بر ظرفیت نگهداری تشخیص داده شود، وجود قرارداد اتکایی کمک می‌کند تا این شرکت تعادل مالی خود را حفظ کند؛ و به او اجازه‌می دهد تا سرویس بهتری به مشتریان خود ارائه کند، و خسارت‌های وارد شده را به موقع پرداخت نماید. بیمه‌گر اتکایی، بیمه‌گر واگذارنده را در مقابل زیان‌های سنگین مالی که ممکن است با وقوع خسارت‌های بزرگ یا تعداد زیادی خسارت در ابعاد کوچک و متوسط که در یک زمان محدود وارد شوند، حمایت‌می کند. در حقیقت بیمه اتکایی عبارتست از:

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

البته لازم است اشاره شود که از نظر حقوقی ارتباطی بین قرارداد بیمه ریسکی که بیمه گذار و بیمه‌گر منعقدمی کنند با قرارداد بیمه ای که بیمه‌گر واگذارنده و بیمه‌گر اتکایی‌می بندند وجود ندارد و در واقع دو قرارداد جداگانه محسوب‌می شود.

به طور کلی قراردادهای اتکایی با قراردادهای سایر رشته‌های بیمه متفاوت است. طبق قوانین اکثر کشورها، شرکت‌های «بیمه مستقیم» مجبور به عقد قراردادهای بیمه اتکایی هستند تا منافع مشتریان محفوظ بماند.

➢ تعاریف و اصطلاحات رایج بیمه اتکائی

بیمه واگذارنده :شرکت بیمه مستقیم یا بیمه‌گر اولیه (اعم از داخلی یا خارجی) است که در خصوص واگذاری بخشی از ریسک‌های خود با شرکت بیمه پذیرنده قرارداد اتکایی منعقدمی نماید.

بیمه پذیرنده (قبول اتکایی) شرکت بیمه پذیرنده یا اتکایی (اعم از داخلی یا خارجی)، شرکتی است که در ازاء دریافت حق بیمه معین، مجاز به قبول ریسک از شرکت بیمه واگذارنده‌می باشد.

بیمه‌گر اتکایی مجدد :شرکت بیمه پذیرنده (اتکایی) هم‌می تواند بیمه‌های اتکایی را که پذیرفته است، مجدداً به صورت اتکایی بیمه نماید؛ که این قرارداد را واگذاری مجدد می نامند، و شرکت بیمه اتکایی اولیه را واگذارنده و شرکت اتکایی که واگذارنده مجدد را پذیرفته است، بیمه‌گر اتکایی مجدد می نامند.

سهم نگهداری : میزانی از مبلغ بیمه شده است که بعهده بیمه گر اصلی است و مازاد بر آن بیمه اتکائی می شود

➢ مهمترین دلایل خرید پوشش اتکایی

- بالا بودن میزان سرمایه بیمه نامه
- بالا بودن میزان خطرات بیمه نامه (احتمال وقوع خسارت)
- سابقه بد خسارتی (تعدد/ شدت وقوع خسارت) – (اتومبیل/ هواپیما)
- افزایش ظرفیت بیمه نامه نویسی برای صدور بیمه نامه بیشتر

- حصول اطمینان خاطر برای صدور هرچه بیشتر بیمه نامه با سرمایه‌های بالاتر
- پراکنده کردن خطرات تأمین پوشش فاجعه

➢ فواید بیمه اتکایی

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

www.asia26090.ir

انواع مختلف قرارداد های بیمه اتکایی:

۱. ۱- بیمه اتکایی اجباری: طرفین قرارداد به واگذاری و قبول آن مکلف باشند.

بیمه اتکایی اجباری براساس قراردادی صورت می گیرد که به موجب آن بیمه گذار اتکایی (واگذارنده) یک قسمت یا همه مازاد ریسک های معینی را مرتبا به بیمه گر اتکایی واگذار می کند و او نیز ملزم به پذیرش آنها می شود.

براساس قانون بیمه مرکزی و بیمه گری ، همه شرکت های بیمه فعال در ایران موظفند ۲۵ درصد از همه بیمه های غیر زندگی و ۵۰ درصد همه بیمه های زندگی را به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران واگذار کنند که این واگذاری اجباری واگذاری اتکایی اجباری است .

۲- بیمه اتکایی اختیاری :(Facultative Reinsurance) بیمه اتکایی اختیاری نوعی از عملیات اتکایی است که در آن عملیات بیمه اتکایی مورد به مورد و برای هر ریسک به طور جداگانه انجام میشود بعبارتی طرفین قرارداد در واگذاری و قبول آن آزاد باشند .مانند:

در بیمه اتکایی اختیاری، به صورت موردی و برحسب نیاز تصمیم گیری می‌شود و اقدام به واگذاری اختیاری می‌نمایند؛ به همین دلیل این نوع اتکایی برای بیمه‌گر واگذارنده پر هزینه است. بیمه‌گر واگذارنده باید اطلاعات کافی از ریسک پیشنهادی خود را به بیمه‌گر

اتکایی ارائه کند تا وی با آگاهی کامل از شرایط، ریسک را قبول یا رد نماید. این واگذاری در رشته‌های انرژی و کشتی، هواپیما و حمل کالا به صورت کلی و بقیه رشته‌ها برحسب درخواست انجام می‌گیرد.

۳ - بیمه اتکایی اختیاری اجباری :(Facultative / Obligatory)

قراردادی است که به موجب آن بر خلاف معمول، بیمه گر واگذارنده اختیار دارد هر یک از بیمه نامه های تعریف شده در قرارداد را به بیمه گر اتکایی واگذار کند یا نکند؛ ولی برعکس، بیمه گر اتکایی متعهد است هر بیمه نامه ای که به انتخاب بیمه گر مستقیم واگذار شده است، قبول کند.

بیمه اتکایی اختیاری اجباری که به آن بیمه اتکایی باز (open cover) گفته میشود بدین صورت است که بیمه گر واگذارنده در واگذاری رسیک های خود در محدوده قرارداد اختیار داشته لیکن در صورت واگذاری بیمه گر اتکایی ملزم به پذیرش آن می باشد به عبارت دیگر این قرارداد باز بوده و هر زمان که بیمه گر واگذارنده نیاز به پوشش اتکایی داشته باشد از آن استفاده نموده با این آسودگی خیال که بیمه گر اتکایی مجبور به قبول آن خواهد بود

۴- بیمه اتکایی قراردادی :(Treaty Reinsurance) بیمه اتکایی قراردادی نوعی از عملیات بیمه اتکایی است که بر اساس قرارداد برای مدت محدود و یا نامحدود بین بیمه گر واگذارنده و بیمه گر اتکایی انجام میشود

۵- بیمه اتکایی به روش صندوق : (Reinsurance Pool) در این روش تعدادی از شرکت های بیمه در یک کشور و یا در یک منطقه صندوقی را تشکیل میدهند و تمام یا بخشی از پرتفوی خود را بصورت قرارداد مشارکت و یا مازاد سرمایه به این صندوق واگذار مینمایند این صندوق مجموعه قبولی خود از شرکت های بیمه عضور را مجددا با توجه به دو فاکتور میزان واگذاری هر یک از اعضا و سودآوری پرتفوی واگذار شده بین آنها تقسیم میکند . در چنین شرایطی با تقسیم و توزیع خطرات بیمه شده بین شرکت های عضو صندوق میزان آسیب پذیری این شرکت ها کاهش مییابد. صندوق بیمه اکو (eco) از جمله نمونه های صندوق های اتکایی است .

➢ انواع بیمه اتکایی

➢ انواع قراردادهای اتکائی اختیاری شامل قرارداد مازاد ، مشارکت ، و مختلط و بشرح زیر است:

➢ ۱- قرارداد اتکایی مشارکت :Quota –share Treaty

در این نوع قرارداد بیمه گر اصلی بدون در نظر گرفتن کیفیت خطر فقط نسبت معینی (مثلا" ۳۰٪ یا ۷۰ ٪) از هر خطر را نگه میدارد و بقیه را واگذار میکند.

در قرارداد اتکایی مشارکت بیمه گر واگذارنده نسبتی از کلیه بیمه نامه های صادره در رشته خاصی را خود نگهداشته و بقیه را به بیمه گران اتکایی واگذار می کند.

بعبارت دیگر : در این قرارداد بیمه‌گر اتکایی سهم ثابتی مثلاً ۳۰ یا ۵۰ درصد از مجموع بیمه‌نامه‌های صادره بیمه‌گر واگذارنده را در طول مدت معینی به عهده می‌گیرد.

➢ ۲- قراردادهای اتکایی مازاد سرمایه : Surplus Treaty

به موجب این قرارداد بیمه گر واگذارنده بخشی از سرمایه هر بیمه نامه یا ریسک (مثلا" تا ۲،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال) را که در حد توان مالی خود باشد نگهداری و مازاد آنرا به بیمه گر اتکایی واگذار می نماید.

بعبارت دیگر در این نوع قرارداد بیمه گر اصلی سهم نگهداری خود را با توجه به کمیت و کیفیت خطر تعیین می کند . یعنی هر قدر مورد بیمه خطرناکتر باشد سهم نگهداری کمتر و قسمت بیشتری از آنرا واگذار میکند . هر چند بیمه گر اتکائی نیز در قبول آن احتیاط کرده و با تعیین ضرایب و لایه بندی حدود نرخ را تعیین میکند.

- ✓ قرارداد مشارکت (مانند نگهداری ۴۰٪ ریسک بدون تفکیک توسط بیمه گر مستقیم و واگذاری ۶۰ ٪ به بیمه گر اتکائی)
- ✓ قرارداد مازاد (مانند نگهداری مبالغ بیمه شده تا ۲۰۰ میلیون و واگذاری مازاد بر مبلغ فوق به بیمه گر اتکائی)

➢ مثال قرارداد اتکائی مازاد سرمایه (تا سقف ۲۰۰،۰۰۰ واحد) : اگر نرخ حق بیمه ۲ درهزار مبلغ بیمه شده و کارمزد بیمه اتکائی ۵۰ ٪ آن باشد ، سهم بیمه گر اتکائی در مبلغ بیمه شده به شرح جدول زیر است:

جدول قرارداد اتکایی مازاد سرمایه

مورد بیمه (خانه)	مبلغ بیمه شده (سرمایه)	سهم نگه داری	سهم وا گذاری	سهم بیمه گر اتکایی در مبلغ بیمه شده	حق بیمه اتکایی ناخالص (نرخ ۲/۱۰۰۰)	خالص حق بیمه اتکایی ۵۰%	سهم بیمه گر اتکایی در خسارت
اول	۱۰۰۰۰۰	%۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰
دوم	۱۵۰۰۰۰	%۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰
سوم	۲۰۰۰۰۰	%۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰
چهارم	۲۵۰۰۰۰	%۸۰	%۲۰	۵۰۰۰۰	۱۰۰	۵۰	۵۰۰۰۰
پنجم	۳۰۰۰۰۰		%۳۳,۳	۱۰۰۰۰۰	۲۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰۰۰
ششم	۳۰۰۰۰۰		%۳۳,۳	۱۰۰۰۰۰	۲۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰۰۰
هفتم	۴۰۰۰۰۰	%۵۰	%۵۰	۲۰۰۰۰۰	۴۰۰	۲۰۰	۲۰۰۰۰۰
هشتم	۴۵۰۰۰۰		%۵۵,۵۶	۲۵۰۰۰۰	۵۰۰	۲۵۰	۲۵۰۰۰۰
نهم	۵۰۰۰۰۰	%۴۰	%۶۰	۳۰۰۰۰۰	۶۰۰	۳۰۰	۳۰۰۰۰۰
دهم	۵۰۰۰۰۰	%۴۰	%۶۰	۳۰۰۰۰۰	۶۰۰	۳۰۰	۳۰۰۰۰۰

توضیح سطر چهارم

سهم نگهداری ۸۰٪ = ۲۰۰۰۰۰/۲۵۰۰۰۰ و الباقی ۲۰ ٪ سهم واگذاری است . بعبارتی مبالغ بیش از ۲۰۰۰۰۰ ریال واگذار می شود.

سهم بیمه گر اتکائی در سرمایه ۵۰۰۰۰ = ۲۰ ٪ * ۲۵۰۰۰۰

حق بیمه اتکائی ۱۰۰ = ۱۰۰۰ /۲ * ۵۰۰۰۰

کارمزد بیمه اتکائی ۵۰ ٪ حق بیمه اتکائی ۵۰ = ۵۰ ٪ * ۱۰۰

و سهم بیمه گر اتکائی در خسارت معادل سهم بیمه گر اتکائی در سرمایه است

➢ ۳- قرارداد مختلط: ترکیب دو مورد فوق(قرارداد مشارکت و مازاد)

أ. بیمه گر اتکائی (طبق قرارداد مشارکت) به نسبت معینی (مثلا" ۲۵٪)در کلیه خطرهای بیمه شده شریک است.

ب. بیمه گر اصلی (طبق قرارداد مازاد سرمایه) سهم نگهداری معینی (مثلا" از ۷۵ ٪ باقیمانده تا حداکثر ۲۰۰،۰۰۰ ریال / مازاد ردیف قبلی) برای خود انتخاب و نگهداری و مازاد بر آن را واگذار می کند.

مثال بشرح جدول زیر :

اول: ۲۵٪ کلیه ریسکها به بیمه گر اتکائی واگذار می شود .

دوم: از ۷۵ ٪ الباقی تا سقف ۲۰۰ میلیون توسط بیمه گر اصلی نگهداری می شود.

سوم : بیمه گر اتکائی مازاد ۲۵٪ و مازاد ۲۰۰ میلیون را به عهده میگیرد .

البته تعیین نسبت و مبالغ با توافق طرفین است.

جدول قرارداد اتکایی مختلط

کل تعهد	سهم اتکایی بر اساس مشارکت ۲۵%	تعهد بیمه گر اصلی	سهم اتکایی بر اساس مازاد بر 200000 و ۷۵%	کل تعهد بیمه گر اتکایی (جمع مشارکت و مازاد)	نسبت تعهد بیمه گر اتکایی
۱۰۰۰۰۰	۲۵۰۰۰	۷۵۰۰۰	-	۲۵۰۰۰	¼
۱۵۰۰۰۰	۳۷۵۰۰	۱۱۲۵۰۰	-	۳۷۵۰۰	¼
۲۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰	-	۵۰۰۰۰	¼
۲۵۰۰۰۰	۶۲۵۰۰	۱۸۷۵۰۰	-	۶۲۵۰۰	¼
۳۰۰۰۰۰	۷۵۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۲۵۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۱/۳
۳۰۰۰۰۰	۷۵۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۲۵۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۱/۳
۴۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۱/۲
۴۵۰۰۰۰	۱۱۲۵۰۰	۲۰۰۰۰۰	۱۳۷۵۰۰	۲۵۰۰۰۰	۵/۹
۵۰۰۰۰۰	۱۲۵۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۱۷۵۰۰۰	۳۰۰۰۰۰	۳/۵

توضیح سطر۵ (تعهد ۳۰۰۰۰۰) :

۱. سهم اتکائی بر اساس مشارکت ۲۵٪ ۷۵۰۰۰ = ۲۵ ٪ * ۳۰۰۰۰۰)

۲. تعهد بیمه گر اصلی طبق توضیحات ۲۰۰۰۰۰ است

۳. سهم بیمه گر اتکائی بر اساس مازاد ۲۰۰۰۰۰ و ۷۵ ٪

ابتدا کسر سهم مشارکت از مبلغ اصلی ۳۰۰۰۰۰ – ۷۵۰۰۰ =۲۲۵۰۰۰ سپس >> ۲۲۵۰۰۰ – ۲۰۰۰۰۰ =۲۵۰۰۰

➢ انواع دیگر پوشش های اتکایی

در تقسیم بندی های رایج اصولا قراردادهای اتکایی به دو دسته نسبی و غیر نسبی طبقه‌بندی می‌شوند. در اینجا خلاصه ای از تعریف این قراردادها آورده می شود.

۱– قرارداد اتکایی نسبی : Proportional Treaty :

به زبان ساده بر اساس سیستمی است که در آن مبلغ بیمه شده ، حق بیمه و خسارت به نسبت درصدی که از قبل مشخص شده است بین بیمه گر اتکایی و بیمه گر واگذارنده تقسیم می شود.

بعبارت دیگر ، بیمه اتکایی نسبی نوعی از قراردادهای اتکایی است که در آن بیمه گر اتکایی به همان نسبتی که حق بیمه دریافت میکند در پرداخت خسارت با بیمه گر واگذارنده مشارکت میکند.

❖ انواع قراردادهای بیمه اتکایی نسبی

سیستمهای مختلفی وجود دارد که نحوه عمل آنها بستگی به اهدافی دارد که مورد نظر می باشد. قراردادهای نسبی عموما به شکل قراردادهای مشارکت و مازاد سرمایه می باشند.

الف : قراردادهای اتکایی نسبی مشارکت (Quota Share Treaty) ساده ترین نوع از قرارداد های اتکایی است که بیمه گر واگذارنده درصد ثابتی از پرتفوی بیمه ای خود را در یک رشته به بیمه گر اتکایی واگذار میکند و بیمه گر اتکایی نیز متعهد میشود که معادل همان درصد خسارت های وارده به اورا جبران نماید.

ب : قراردادهای اتکایی نسبی مازاد سرمایه (Surplus Treaty) به موجب این قرارداد بیمه گر واگذارنده بخشی از سرمایه هر بیمه نامه یا ریسک را که در حد توان مالی خود باشد نگهداری و مازاد آنرا به بیمه گر اتکایی واگذار می نماید

۲– قرارداد اتکایی غیرنسبی : Non-Proportional Treaty

در این قراردادها مسئولیت واگذارنده و بیمه گر اتکایی بر اساس خسارت تعیین می شود.

رایجترین نوع قراردادهای نسبی قراردادهای مازاد خسارت می باشند. در این نوع قرارداد بر خلاف بیمه اتکایی نسبی رابطه ای بین دریافت حق بیمه و تعهد بیمه گر اتکایی وجود ندارد بعبارت دیگر نسبتی بین حق بیمه پرداختی و خسارت دریافتی نیست به همین دلیل به آن بیمه اتکایی غیر نسبی می گویند . در این نوع قرارداد بیمه گر اتکایی با دریافت درصد مشخصی از پرتفوی بیمه گر واگذارنده (مثلا" ۶۰٪) تعهد می نماید در صورتیکه کل خسارت وارد به او از مبلغ معینی (مازاد ۵۰،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰ تومان) که در قرارداد توافق شده است تجاوز نمود مازاد آن را پرداخت نماید . نظر به اینکه مبنای عمل در این نوع قرارداد خسارت بیمه نامه ها می باشد به آن بیمه اتکایی خسارتی نیز گفته میشود

الف)– پوشش اتکایی مازاد خسارت برای هر ریسک : Excess of Loss

این پوشش همیشه حتی به زبان های خارجی به نام انگلیسی آن آورده می شود.

هدف اصلی در این پوشش آن است که بیمه گر واگذارنده نسبت به مازاد مبلغی از خسارت در هر ریسک (خطر بیمه شده (مثلا" ۱،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰ تومان)) که خود توان جبران آن را ندارد مورد حمایت قرار گیرد .

بعبارت دیگر ، قرارداد اتکایی مازاد خسارت (Excess of loss Treaty) در این قرارداد بیمه گر واگذارنده مبلغ مشخصی از هر خسارت را نگهداری و مازاد آن را تا حد معینی به بیمه گر اتکایی واگذار مینماید در این روش بیمه گر واگذارنده نسبت به مازاد مبلغی از خسارت در هر ریسک که خود توان جبران آن را ندارد مورد حمایت قرار میگیرد . در قرارداد مازاد خسارت بیمه گر اتکایی با دریافت

درصد معینی از حق بیمه پرتفوی مورد نظر تعهد مینماید در صورتیکه خسارت برای هر ریسک و یا در هر حادثه (حسب نوع قرارداد) از مبلغ مشخصی تجاوز نمود مازاد آن را پرداخت نماید که البته این مازاد نیز دارای سقف معینی(مثلا" ده برابر توافق) است.

ب : قرارداد اتکایی مازاد خسارت در مدت معین (Stop Loss)

در شرایطی که بیمه گر واگذارنده نگران نتایج وخیم عملیات بیمه ای خود در طول یک زمان معین باشد این پوشش بیمه گر واگذارنده را مورد حمایت قرار میدهد . به موجب این قرارداد در صورتیکه مجموع خسارت در طول یک زمان مشخص از درصد معینی از مجموع حق بیمه ها (مثلا" ۸۰٪) در همان مدت تجاوز نماید، مازاد آن را تا درصد معین (مثلا" تا ۱۴۰٪) بیمه گر اتکایی می پردازد.

به طور مثال بیمه گر اتکایی تعهد می نماید در صورتیکه مجموع خسارت های بیمه گر واگذارنده در طول مدت معین از ۹۰٪ کل حق بیمه های دریافتی در همان مدت تجاوز نمود مازاد آن را تا ۱۵۰٪ بپردازد با توجه به این مثال در صورتیکه مجموع خسارت بیمه گر واگذارنده در مدت قرارداد ۱۲۰٪ کل حق بیمه شده باشد تعهد بیمه گر واگذارنده ۹۰ ٪ و بیمه گر اتکایی ۳۰ ٪ خواهد بود

ج – پوشش اتکایی مازاد خسارت برای حوادث فاجعه آمیز :Catastrophe Excess of Loss

این پوشش واگذارنده را در مقابل خسارات بزرگی که از یک حادثه ناشی میشود حمایت می کند. (خسارتهای اتفاقی و فاجعه آمیز مانند سیل، زلزله، طوفان، تگرگ و آتش سوزی های مهیب و گسترده و غیره) .

***

بیمه اتکایی کامل(Full Reinsurance Clause (Fronting

منظور، اتکایی کردن صد در صد یک بیمه نامه است، بدون اینکه بیمه گر مستقیم، سهمی از خسارت را برای خود نگه دارد. این روش به ویژه در واگذاری های اتکایی به خارج از کشور، مورد علاقه دستگاه های نظارتی نیست؛ زیرا نتیجه آن،خروج بیش از حد ارز کشور است. در موارد زیر این نوع واگذاری انجام می شود:

- طبیعت بعضی خطرها ایجاب می کند که بیمه نامه ها در یک صندوق بین المللی متمرکز شود؛ از جمله خطرهای تاسیسات هسته ای.
- اگر طرحی عمرانی و یا صنعتی با سرمایه گذاری خارجی انجام شود، ممکن است موسسه سرمایه گذاری یکی از شرایط اعتبار را واگذاری اتکایی صد در صد به شرکت های بیمه کشور خود قرار دهد.
- گاهی تعارض بین قوانین دو کشور این چنین واگذاری را به عنوان راه حل تعارض در نظر می گیرند. توضیح اینکه ممکن است مقررات کشور صادر کننده کالا یا ماشین آلات، بیمه صادرات را در آن کشور تحمیل کند و برعکس، بنا به مقررات کشور وارد کننده، کالاهای وارداتی باید الزاماً بیمه آن ها در داخل کشور انجام شوند. در این حالت، صدرو بیمه نامه در کشور وارد کننده و واگذاری صد در صد آن به یک بیمه گر در کشور صادر کننده می تواند راهی برای رعایت مقررات هر دو کشور شود.

***

آیین‌نامه شماره ۷۶ - آیین‌نامه نحوه واگذاری بیمه‌های اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن

برای مطالعه

تصویب کننده: شورای عالی بیمه **تاریخ تصویب:** ۱۱/۰۷/۱۳۹۱

شورای‌عالی بیمه در اجرای ماده ۷۲ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۰۷/۱۱ " آیین‌نامه نحوه واگذاری بیمه‌های اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن" را مشتمل بر ۲۰ ماده و ۱۱ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود :

ماده ۱- مؤسسات بیمه موظفند تا یک ماه پس از انقضای هر ماه صورت‌های زیر را برای بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران (که در این آیین‌نامه بیمه مرکزی نامیده می‌شود) ارسال کنند:

۱. **صورت بیمه‌نامه‌های صادره ظرف ماه.**
۲. **صورت تغییرات حاصله ظرف ماه در بیمه‌نامه‌های موجود**
۳. **صورت خسارات پرداخت شده.**

صورت‌های فوق طبق نمونه و به شیوه‌ای که بیمه مرکزی معین می‌کند تنظیم و ارسال خواهد شد. در صورت درخواست بیمه مرکزی، مؤسسه بیمه موظف است سایر اطلاعات و اسناد درخواست شده را هم ارسال نماید.

تبصره – در مواردی که مؤسسه بیمه، چند بیمه با کارمزدهای اتکایی اجباری متفاوت را در قالب یک بسته بیمه‌ای صادر کند موظف است اطلاعات مربوط به هر یک از بیمه‌ها را جداگانه و در رشته بیمه مربوط به بیمه مرکزی ارسال نماید. در غیر این صورت کارمزد بسته بیمه‌ای با توجه به کارمزد بیمه‌های موجود در آن توسط بیمه مرکزی تعیین خواهد شد.

ماده ۲- مؤسسات بیمه موظفند تا یک ماه پس از انقضای هر سه ماه صورت خسارات معوقه (اعلام شده و پرداخت نشده) تا آخر آن سه ماه را طبق نمونه و به شیوه‌ای که بیمه مرکزی تعیین می‌کند برای این سازمان ارسال کنند.

ماده ۳- صورت‌حساب‌های مربوط به واگذاری‌های اتکایی اجباری برای هر ماه به طور جداگانه براساس صورت‌های رسیده از مؤسسات بیمهتوسط بیمه مرکزی تهیه خواهد شد. هر یک از مؤسسات بیمه می‌توانند در صورت موافقت بیمه مرکزی تنظیم صورت‌حساب‌های مربوط به واگذاری‌های اتکایی اجباری را خود به عهده بگیرند.

ماده ۴- مؤسسات بیمه واگذارنده و بیمه مرکزی موظفند حداکثر ظرف یک ماه از تاریخ دریافت صورت‌حساب، بدهی خود را تسویه نمایند. در غیر این صورت کارمزدهای بیمه اتکایی اجباری مصوب قطعیت نخواهد یافت و هر ماه تأخیر در تسویه بدهی از سوی بیمه مرکزی یا مؤسسات واگذارنده به ترتیب موجب افزایش یا کاهش کارمزدهای مصوب به میزان دو درصد مانده صورت‌حساب خواهد بود.

تبصره ۱ - چنانچه حق‌بیمه تقسیط شده باشد مؤسسه بیمه موظف است اطلاعات مربوط از قبیل شماره بیمه‌نامه، مبلغ کل حق‌بیمه، تاریخ سررسید و مبلغ هر قسط را به بیمه مرکزی ارسال نموده و سهم این سازمان از هر یک از اقساط حق‌بیمه را تا یک هفته پس از وصول و حداکثر تا پانزده روز پس از سررسید پرداخت کند. در صورت عدم ارسال اطلاعات بیمه‌نامه‌های اقساطی، کلیه بیمه‌نامه‌های موضوع صورتحساب نقدی محسوب خواهد شد.

تبصره۲ - اختلاف حساب تا ده درصد بدهی موجب عدم پرداخت مانده صورت‌حساب نمی‌شود و این گونه موارد پس از قطعیت در اولین صورت‌حساب ماهانه منظور می‌گردد.

تبصره۳ - افزایش یا کاهش مندرج در این ماده در محاسبات مشارکت در منافع منظور نخواهد شد.

تبصره۴ - در مواقعی که مؤسسات بیمه پس از اعمال مفاد این ماده بدهی خود را پرداخت نموده و یا برای تسویه با بیمه مرکزی به تفاهم رسیده باشند بیمه مرکزی می‌تواند تمام یا قسمتی از وجوه حاصل از اعمال این ماده را برگشت دهد و یا مهلت را تمدید نماید.

ماده ۵ - مؤسسات بیمه باید کلیه خسارات بیش از دو میلیارد ریال را در اسرع وقت به اطلاع بیمه مرکزی برسانند. هرگاه مؤسسه بیمه‌ای ناگزیر به پرداخت خسارتی بیش از پنج میلیارد ریال شود می‌تواند، از بیمه مرکزی درخواست کند که سهم خود در خسارت فوق را قبل از انقضای یک ماه

پرداخت نماید. در این صورت بیمه مرکزی پس از کسر مطالبات خود از مؤسسه بیمه متقاضی، سهم خود در خسارت را حداکثر ظرف یک هفته پرداخت خواهد کرد.

ماده ۶ – مؤسسات بیمه سرزمین اصلی و مناطق آزاد تجاری – صنعتی موظفند ضمن ارسال اطلاعات مربوط به بیمه‌نامه‌هایی که نسبت به مازاد سهمیه بیمه اتکایی اجباری، واگذاری دارند قبل از صدور بیمه‌نامه با تعهدات/سرمایه آنها بیش از مبالغ ذیل، موافقت بیمه مرکزی را در مورد نرخ و شرایط جلب نمایند. در غیراین‌صورت بیمه مرکزی می‌تواند از قبول تمام یا قسمتی از سهم خود از خسارت مربوط به آن بیمه‌نامه خودداری کند و عدم قبول خسارت توسط بیمه مرکزی در تعهد مؤسسه بیمه صادرکننده بیمه‌نامه در مقابل بیمه‌گذار و افراد ذینفع در بیمه تأثیری نخواهد داشت.

– بیمه‌نامه‌های آتش‌سوزی، مهندسی و نفت، گاز و پتروشیمی: با سرمایه/ تعهد بیش از ۲۵۰۰ میلیارد ریال.

– بیمه‌نامه‌های کشتی: با تعهد بیش از ۲۰۰ میلیارد ریال برای هر کشتی و ۱۰۰۰ میلیارد ریال برای هر ناوگان.

– بیمه‌نامه‌های هواپیما: با مجموع تعهدات بدنه و مسئولیت بیش از ۴۰ میلیارد ریال برای هر هواپیما و ۱۸۰ میلیارد ریال برای هر ناوگان هواپیمایی.

– بیمه‌نامه‌های باربری: با سرمایه بیش از ۳۰۰ میلیارد ریال برای هر حمل.

تبصره – بیمه مرکزی حسب مورد می‌تواند مبالغ مندرج در این ماده را تغییر دهد و مراتب را به شرکت‌های بیمه اعلام نماید.

ماده ۷ – خسارت مندرج در صورت‌حساب‌های ماهانه برای هر مورد بر اساس مبالغ خسارات پرداخت شده به بیمه‌گذاران و یا صاحبان حقوق آنها احتساب می‌شود. مؤسسه بیمه واگذارنده می‌تواند هزینه‌های متعارف مربوط به خسارت از قبیل حق‌الزحمه کارشناسان، هزینه دادرسی، حق‌الوکاله طبق تعرفه مربوط و هزینه داوری را نیز جداگانه اعلام و به حساب خسارت منظور کند ولی احتساب حقوق و مزایای کارمندانی که در ساعات اداری به امر رسیدگی پرونده‌های خسارات اشتغال دارند به حساب خسارت ممنوع است.

ماده ۸ – بیمه مرکزی می‌تواند بر امر رسیدگی به پرونده خسارت و برآورد میزان آن نظارت نماید.

ماده ۹ – هرگاه مؤسسه بیمه در صورت‌های ماهانه، صدور یک یا چند بیمه‌نامه را طبق ماده ۱ به بیمه مرکزی اعلام نکند و یا ده روز پس از اخطار بیمه مرکزی از ارسال صورت‌های ماهانه خودداری کند کارمزد واگذاری بیمه اتکایی اجباری این بیمه‌نامه‌ها فقط به میزان ده درصد آن قابل پرداخت خواهد بود.

ماده ۱۰ – در مورد بیمه‌هایی که مؤسسه بیمه صادرکننده بیمه‌نامه، کلیه هفتادوپنج درصد مازاد سهمیه اتکایی اجباری را در تعهد خود نگه می‌دارد نرخ کارمزد اتکایی قابل پرداخت به شرح زیر تعیین می‌شود :

ردیف	رشته‌های بیمه	درصد
۱	بیمه آتش‌سوزی و خطرات تابعه آن	۲۷
۲	بیمه باربری کالا	۲۷
۳	بیمه حوادث اعم از انفرادی و گروهی	۲۴/۵
۴	بیمه حوادث رانندگان و سرنشینان اتومبیل بیمه شده	۲۲
۵	بیمه حوادث تکمیلی عمر انفرادی	۲۴/۵
۶	بیمه درمانی اعم از انفرادی و جمعی	۱۵
۷	بیمه اتومبیل (بدنه)	۲۲
۸	بیمه دام و طیور	۱۷
۹	بیمه مسئولیت مدنی دارندگان وسائل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث	۷
۱۰	بیمه وسائط نقلیه آبی و مسئولیت‌های مدنی مربوط به آن	۱۲
۱۱	بیمه هواپیما و مسئولیت‌های مدنی مربوط به آن	۱۲
۱۲	بیمه‌های مسئولیت مدنی عمومی	۲۲

۱۳	بیمه‌های مسئولیت‌های مدنی حرفه‌ای	۱۷
۱۴	بیمه‌های مسئولیت‌های حمل و نقل بین‌المللی	۱۲
۱۵	بیمه‌های مهندسی	۱۷
۱۶	بیمه پول در صندوق و در حین حمل	۱۷
۱۷	بیمه صداقت و امانت کارمندان	۱۷
۱۸	بیمه عدم‌النفع (به صورت بیمه مستقل)	۱۷
۱۹	بیمه‌نفت، گاز و پتروشیمی	۸
۲۰	بیمه دزدی با شکست حرز (به صورت بیمه مستقل)	۱۷
۲۱	بیمه شکست شیشه (به صورت بیمه مستقل)	۲۷
۲۲	بیمه‌های اعتباری	۷
۲۳	بیمه مسئولیت متصدیان حمل و نقل داخلی	۱۵

تبصره ۱ – بیمه‌های مهندسی مربوط به موارد زیر است:

بیمه‌های تمام خطر مقاطعه‌کاری، نصب و شکست ماشین‌آلات، تجهیزات الکترونیک، ماشین‌آلات پیمانکاری، عیوب اساسی و پنهان ساختمان، بیمه جامع پروژه، بیمه جامع ماشین‌آلات، فساد کالا در سردخانه و سازه‌های تکمیل شده.

تبصره۲ – بیمه نفت، گاز و پتروشیمی مربوط به موارد زیر است:

الف) بخش خشکی(ساحلی) Onshore : عملیات مربوط به اکتشاف و استخراج نفت و گاز (شامل چاه‌ها، تأسیسات، عملیات و دستگاه‌های حفاری)، پالایشگاه‌های نفت، توسعه پالایشگاه‌های نفت، پالایشگاه‌های گاز، توسعه پالایشگاه‌های گاز، تأسیسات پتروشیمی در حال بهره‌برداری، ساخت و نصب تأسیسات نفت، گاز و پتروشیمی، کارخانه‌های تولید روغن موتور، مخازن نفت و خطوط لوله در حال بهره‌برداری.

ب) بخش دریایی(فراساحلی) Offshore : عملیات مربوط به اکتشاف و استخراج نفت‌و گاز (شامل چاه‌ها، تأسیسات، عملیات و دستگاه‌های حفاری دریایی)، ساخت سکوهای حفاری دریایی، بارگذاری جکت‌ها، Deckها و ... بر روی Barge و حمل و استقرار آنها در محل نصب در دریا جهت ساخت سکوهای حفاری دریایی، بازسازی سکوهای حفاری دریایی، سکوهای حفاری دریایی در حال بهره‌برداری، لوله‌گذاری در دریا و خطوط لوله در حال بهره‌برداری در دریا و سایر موارد مرتبط با عملیات اکتشاف و استخراج نفت و گاز در دریا.

ماده ۱۱ – در مورد بیمه‌هایی که مؤسسه بیمه صادرکننده بیمه‌نامه نسبت به مازاد سهمیه بیمه اتکایی اجباری، واگذاری اتکایی انجام می‌دهد نرخ کارمزد قابل پرداخت معادل هفتاد و پنج درصد نرخ کارمزدی است که در این واگذاری اتکایی به دست می‌آورد. در هر حال، کارمزد اتکایی اجباری قابل پرداخت، بیش از مقادیر مندرج در جدول ماده ۱۰ نخواهد بود.

ماده ۱۲ – کارمزد منافع (مشارکت در سود) هر مؤسسه بیمه معادل ۱۵ درصد منافع بیمه مرکزی از مجموع بیمه‌های اتکایی اجباری موضوع این آیین‌نامه مؤسسه بیمه خواهد بود.

ماده ۱۳ – در مواردی که نرخ کارمزد اتکایی اجباری و نرخ کارمزد منافع در این آیین‌نامه و سایر مصوبات شورای عالی بیمه یا در مجوز عرضه‌بیمه، تعیین نشده است بیمه‌مرکزی با توجه به موارد مشابه نرخ کارمزد و کارمزد منافع را تعیین خواهد نمود.

ماده ۱۴ – منافع بیمه مرکزی از واگذاری بیمه‌های اتکایی اجباری هر یک از مؤسسات بیمه که پس از پایان هر سال مالی محاسبه خواهد شد عبارتست از جمع اقلام مندرج در بند (الف) پس از کسر جمع اقلام مندرج در بند (ب) به شرح زیر:

الف :

۱. **ذخیره حق‌بیمه برای خطرات جاری نقل از سال مالی قبل.**
۲. **ذخیره خسارات معوق نقل از سال مالی قبل.**
۳. **حق‌بیمه بیمه‌های اتکایی اجباری سال مالی مورد عمل.**

ب :

۴. کارمزدهای اتکایی اجباری سال مالی مورد عمل.
۵. خسارات پرداختی سال مالی مورد عمل.
۶. ذخیره حق‌بیمه برای خطرات جاری در آخر سال مالی مورد عمل.
۷. ذخیره خسارات معوق در آخر سال مالی مورد عمل.
۸. پنج درصد حق‌بیمه بیمه‌های اتکایی اجباری بابت هزینه‌های اداری.
۹. زیان سال‌های قبل.
۱۰. پنج درصد حق بیمه بیمه‌های اتکایی اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسائل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث به عنوان سهم صندوق تأمین خسارتهای بدنی
۱۱. سایر عوارض قانونی.

تبصره ۱ – ذخیره حق‌بیمه برای خطرات جاری طبق آیین‌نامه ذخایر فنی مصوب مجمع عمومی بیمه مرکزی و مکمل‌های آن محاسبه می‌شود.
تبصره۲ – حق‌بیمه‌های اتکایی اجباری سال مالی مورد عمل عبارتست از حق‌بیمه بیمه‌های اتکایی اجباری واگذاری به اضافه حق‌بیمه‌های اضافی مربوط منهای حق‌بیمه‌های برگشتی مربوط.
تبصره۳ – خسارت پرداختی سال مالی مورد عمل عبارتست از سهم بیمه مرکزی در خسارات و هزینه‌های کارشناسی پرداخت شده توسط مؤسسه بیمه پس از کسر سهم بیمه‌مرکزی از خالص بازیافتی‌های خسارات.

ماده ۱۵ – چنانچه ضریب خسارت سالانه مؤسسه بیمه در هر یک از رشته‌های غیرزندگی (به جز شخص ثالث) بین ۷۰ درصد تا ۸۵ درصد باشد کارمزد بیمه اتکایی اجباری آن رشته معادل ۸۰ درصد کارمزد مصوب و چنانچه ضریب خسارت هر رشته بیشتر از ۸۵ درصد باشد کارمزدبیمه اتکایی اجباری آن معادل ۶۰ درصد کارمزد مصوب خواهد بود.
ماده ۱۶ – چنانچه ضریب خسارت سالانه رشته شخص ثالث در هر مؤسسه بیمه بین ۹۰ درصد تا ۱۰۰ درصد باشد کارمزد بیمه اتکائی اجباری این رشته معادل ۹۰ درصد کارمزد مصوب و چنانچه ضریب خسارت سالانه این رشته بیشتر از ۱۰۰ درصد باشد کارمزد بیمه اتکائی اجباری آن معادل ۸۰ درصد کارمزد مصوب خواهد بود.
ماده ۱۷ – ضریب خسارت طبق فرمول مندرج در آیین‌نامه ذخایر فنی بیمه مرکزی و بر اساس آمار عملکرد بیمه‌های اتکایی اجباری محاسبه خواهد شد.
ماده ۱۸ – مؤسسات بیمه موظفند بدهی‌های معوق ناشی از عملیات اتکایی اجباری خود را تا پایان سال ۱۳۹۱ به بیمه مرکزی بپردازند مگر آن که در خصوص پرداخت، موافقت بیمه مرکزی را به نحو دیگری جلب نمایند. در غیر این صورت بیمه مرکزی می‌تواند از تاریخ ۱۳۹۲/۱/۱ صورت‌حساب‌های بیمه اتکایی اجباری را بر اساس ۷۵ درصد کارمزدهای مصوب شورای عالی بیمه تهیه و در محاسبات منظور نماید.
ماده ۱۹ – بیمه مرکزی می‌تواند در صورت عدم اجرای مفاد این آیین‌نامه توسط هر یک از مؤسسات بیمه، با تأیید هیئت عامل یک یا چند مورد از اقدامات ذیل را اعمال نماید:
۱. تذکر کتبی به مؤسسه بیمه.
۲. عدم پرداخت تمام یا قسمتی از کارمزد و یا کارمزد منافع به تشخیص بیمه مرکزی
۳. انجام سایر اقدامات پیش‌بینی شده در قوانین و مقررات مربوطه از قبیل سلب صلاحیت، تعلیق فعالیت شرکت بیمه در یک یا چند رشتهبیمه ای معین و ...
ماده ۲۰ – این آیین‌نامه از تاریخ ۱۳۹۱/۰۷/۰۱ لازم‌الاجرا است و جایگزین آیین‌نامه‌های شماره ۱، ۵ ، ۷، ۱۴، ۱۶ و ۳۰ و مکمل‌های آنها و مصوبه‌های مورخ ۷۸/۱۲/۱۶ و ۷۶/۱۱/۱۳ شورای عالی بیمه خواهد بود. در مواردی که مفاد این آیین‌نامه با سایر آیین‌نامه‌های مصوب شورای‌عالی بیمه از تاریخ لازم‌الاجرا شدن تعارض داشته باشد آیین‌نامه حاضر ملاک عمل خواهد بود.
منبع: سایت بیمه مرکزی ایران

بخش دوم : تشکیلات درون سازمانی موسسات بیمه

۱. قانون و ضوابط تاسیس موسسات بیمه غیردولتی

۲. شیوه های توزیع وظایف و اختیارات بر اساس اهداف بیمه‌گری

۳. تعیین حدود و اختیارات و مسئولیت ها

۴. ساختار مدیریت در موسسات بیمه

۵. روش های تمرکز و یا عدم تمرکز امور بیمه گری

بخش دوم ، قسمت اول : قانون تاسیس موسسات بیمه غیر دولتی

تصویب کننده: مجلس شورای اسلامی تاریخ تصویب: ۰۶/۰۶/۱۳۸۰

ماده واحده ـ به منظورتعمیم و گسترش صنعت بیمه درکشور، افزایش رقابت و کارائی در بازار بیمه ، افزایش رفاه عمومی و گسترش امنیت اجتماعی و اقتصادی ، افزایش نقش بیمه دررشد و توسعه اقتصادی کشور و جلوگیری از ضرر وزیان جامعه با توجه به ذیل اصل چهل وچهارم (۴۴) قانون اساسی و درچارچوب ضوابط ، قلمرو وشرایط تعیین شده زیر اجازه تاسیس موسسه بیمه غیر دولتی به اشخاص داخلی داده میشود :

. سیاست گذاری در صنعت بیمه ، اعمال نظارت بر فعالیتهای بیمه ای و صدور مجوز فعالیت بیمه ای کماکان جهت اعمال حاکمیت در اختیار دولت جمهوری اسلامی ایران باقی خواهد بود.

. ضوابط مربوط به نحوه تاسیس و فعالیت موسسات بیمه داخلی از قبیل شرایط اخذ مجوز تاسیس و لغو آن ، نحوه انتقال عملیات و ادغام ، انحلال و ورشکستگی موسسات بیمه ای ، محدوده فعالیت بیمه ای و بیمه اتکائی شامل انواع معاملات بیمه ، حق بیمه و کارمزد مربوط به رشته های مختلف بیمه ، میزان ذخایر فنی و اندوخته های قانونی و نحوه سرمایه گذاری آنها براساس قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰ و اصلاحیه بعدی و قانون بیمه مصوب ۲/۷ ۱۳۱۶ تعیین خواهد شد.

. حداقل سرمایه موسسات بیمه موضوع ماده (۳۶) قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰برای موسسات بیمهغیردولتی با پیشنهادبیمه مرکزی ایران و تائید وزارت امور اقتصادی و دارائی و تصویب هیات وزیران تعیین خواهد شد .

قانون فوق مشتمل بر ماده واحده در جلسه علنی روز سه شنبه مورخ ششم شهریور ماه یکهزارو سیصد و هشتاد مجلس شورای اسلامی تصویب و درتاریخ ۱۳۸۰/۶/۲۷ به تائید شورای نگهبان رسیده است .

***

❖ سیاست گذاری در صنعت بیمه ، اعمال نظارت بر فعالیتهای بیمه ای و صدور مجوز فعالیت بیمه ای

۱- ارزیابی ساختار مالکیت پیشنهادی متقاضی تاسیس شرکت بیمه

در این باره، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران ساختار مالکیت پیشنهادی متقاضی تاسیس شرکت بیمه را شامل آن دسته از سهامدارانی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم، عمده و اثر گذار هستند، ارزیابی می کند.

در این ارزیابی، اقدامات مخاطره آمیز شغلی سهامداران موثر را، در گذشته و صلاحیت و جایگاه آن ها را در محافل تجاری بررسی می کند. ارزیابی قدرت مالی همه ی سهامداران عمده و توانایی آن ها برای ارائه ی حمایت های مالی بیشتر در مواقع نیاز و بررسی تعیین منشا اولیه ی سرمایه ای که قرار است سرمایه گذاری شود، نیز توسط بیمه مرکزی صورت می پذیرد .در مواقعی که شرکت بیمه بخشی از یک سازمان بزرگ تر است، بیمه مرکزی می بایست این موضوع را مشخص کند که ساختار سازمانی و مالکیت شرکت بیمه، نقطه ضعف شرکت بیمه محسوب نشود.

در واقع از شرکت بیمه نباید به عنوان منبع مالی که تحت سلطه مالکان است، استفاده شود .علاوه بر این بیمه مرکزی می بایست این اختیار را داشته باشد که مانع شکل گیری آن دسته از ساختارها یا ارتباطات شرکتی شود که نظارت موثر در شرکت های بیمه را مختل می سازد .این امر می تواند شامل آن دسته از ساختارهایی شود که اجزای مهم آن ها، در حوزه های قضایی یا سیاسی واقع شده اند و قوانین حفظ اسرار در زمینه های مالی در آن ها حاکم است.

۲- بررسی صلاحیت و شایستگی درخصوص هیئت مدیره و مدیران ارشد، پیشنهادی متقاضی تاسیس شرکت بیمه

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران اطلاعات ضروری درخصوص تجارب مدیران پیشنهادی ازجمله اعضای هیئت مدیره و مدیرعامل در زمینه ی امور بیمه ای و مالی، مهارت ها، سوابق تحصیلی و آموزشی و ... جمع آوری کرده و ارزیابی می کند .این ارزیابی شامل بررسی هایی درباره پیشینه ی افراد مذکور است .بدین معنا که آیا سوابق قبلی ازجمله احکام نظارتی و قضایی صادر شده، به ایجاد تردید درباره شایستگی، سلامت مالی یا صداقت آن ها می انجامد یا خیر.

توجه به این موضوع حیاتی است که افراد پیشنهادی برای تصدی مدیریت شرکت بیمه، تعداد کافی از افرادی باشند که در زمینه ی امور بیمه ای، مالی، مدیریتی، حقوقی، و فناوری اطلاعات سوابق قابل توجهی دارند .شرکت های بیمه ملزم هستند تغییرات آتی در هیئت مدیره و مدیریت ارشد خود را اطلاع دهند و بیمه مرکزی اختیار دارد مانع آن دسته از انتصاباتی شود که به زعم وی، برای منافع بیمه گذاران و ذینفعان مضر است .برای این منظور بیمه مرکزی در ابتدا می بایست چارچوب ها و استانداردهای لازم برای شناسایی صلاحیت و شایستگی هیئت مدیره را تعریف و به صنعت بیمه معرفی کند.

۳- بررسی و ارزیابی سرمایه و پیش بینی های مالی انجام شده توسط متقاضی تاسیس شرکت بیمه

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران پیش بینی ها و صورت های مالی مقدماتی مربوط به شرکت بیمه پیشنهادی را بررسی می کند .این بررسی مشخص می کند که

- آیا پیش بینی های مالی انجام شده، استحکام لازم را دارند و مبتنی بر واقعیت است
- .آیا سهامداران پیشنهادی، توانایی حمایت از شرکت در مواقع ضروری را دارند؟
- آیا شرکت بیمه سرمایه ی کافی برای حمایت از برنامه های استراتژیک پیشنهادی خود را دارد؟
- آیا متقاضی تاسیس شرکت بیمه مقررات مربوط به سرمایه ی الزامی(تعریف شده در قانون)را رعایت کرده است؟ و. ...

۴- بررسی و ارزیابی برنامه عملیاتی پیشنهادی متقاضی تاسیس شرکت بیمه

در فرایند صدور مجوز، برنامه های عملیاتی پیشنهادی شرکت های بیمه را بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران بررسی می کند .برنامه عملیاتی می بایست محدوده ای از بازار را که شرکت بیمه مایل به انجام اکثر عملیات خود در آن است، تشریح و تحلیل کند .هم چنین لازم است در طرح مزبور، نحوه ی سازماندهی و کنترل های داخلی در شرکت بیمه تشریح شده باشد .علاوه بر این، بیمه مرکزی می بایست اطمینان حاصل کند که آیا اصول حاکمیت شرکتی(شامل ساختار مدیریتی با مسئولیت های مشخص، هیئت مدیره ای با توان اعمال نظارتی مستقل بر مدیریت، حسابرسی مستقل و) ... به مورد اجرا گذاشته شده است یا خیر.

بخش دوم ، قسمت دوم : شیوه های توزیع وظایف و اختیارات بر اساس اهداف بیمه‌گری

حاکمیت شرکتی :

- ✓ سیستمی است که شرکت ها با آن هدایت و کنترل می شوند.
- ✓ عبارت است از فرایند نظارت و کنترل برای تضمین اینکه مدیر شرکت مطابق با منافع سهامداران عمل می کند.
- ✓ مجموعه قوانین ، مقررات ، نهادها و روش هایی تعریف کردکه تعیین می کنند شرکت ها چگونه و به نفع چه کسانی اداره می شوند.

شرکت صادرکننده‌ی سهام، شرکت سهامی (joint stock company) نامیده می‌شود. شرکت‌هایی که قیمت‌شان در بازار سهام برآورد می‌شود، اغلب نیاز به یک سرمایه‌گذاری کلان دارند که از نظر مالی آنها را تأمین کند؛ به‌عبارت‌دیگر، این شرکت‌ها دارای تعداد زیادی سهامدار هستند. این سهامداران خودشان شرکت را اداره نمی‌کنند، بلکه کنترل آن را به مدیرانی حرفه‌ای (مدیر اجرایی و هیئت‌مدیره) می‌سپارند که از طرف‌شان، این کار را انجام دهند. هیئت‌مدیره مانند نماینده‌ی این سهامداران عمل می‌کند. بنابراین سهامداران در مدیریت روزمره‌ی شرکت نقش فعالی ندارند. ازسوی‌دیگر، مدیران معمولا مالک کمتر از ۱٪ از سهام شرکت‌ها هستند. بنابراین به‌دلیل تفکیک مالکیت از کنترل شرکت‌ها، معمولا احتمال بروز اختلاف بین مدیران و سهامداران وجود دارد.

بعبارت دیگر در بسیاری از شرکت‌ها، مدیریت شرکت را افرادی غیر از مالکان و سهامداران آن برعهده دارند. تفکیک مالکیت از مدیریت در بسیاری از شرکت‌ها سبب بروز مشکلاتی می‌شود. برای مثال، ممکن است مدیران مهارت کافی برای اداره‌ی حوزه‌ی اختیاری خود نداشته باشند یا برای خودشان امتیازها و پاداش‌های نامعقولی درنظر بگیرند که با عملکردشان همخوانی نداشته باشد. به‌همین‌دلیل، مفهوم حاکمیت شرکتی (corporate governance) به‌منظور رفع مشکلات ناشی از تفکیک مالکیت شرکت و مدیریت آن ابداع شد.

حاکمیت شرکتی مجموعه‌ای از قوانین و روش‌هاست که رابطه‌ی بین سهامداران، مدیریت و اعضای هیئت‌مدیره را تعریف می‌کند و بر چگونگی عملکرد شرکت تأثیر می‌گذارد. حاکمیت شرکتی در سطح ابتدایی با مسائلی مواجه است که از تفکیک مالکیت و اداره‌ی شرکت ناشی می‌شود، اما این مفهوم فراتر از آن است که فقط رابطه‌ای شفاف بین مدیران و سهامداران برقرار کند. حاکمیت شرکتی، شامل مجموعه‌ای از روابط بین مدیریت شرکت، هیئت مدیره، سهامداران و ذی‌نفعان دیگر است، علاوه‌برآن، ساختاری ارائه می‌کند که از طریق آن، اهداف شرکت، ابزار دستیابی به آن، اهداف و نظارت بر عملکرد شرکت تعیین می‌شود. موافقت با اصول حاکمیت شرکتی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای ارزش شرکت‌ها بازی کند. اگر در یک کشور اعتبار لازم برای اجرای شیوه‌های حاکمیت شرکتی وجود نداشته باشد، در حسابرسی و استانداردهای گزارش‌دهی سهل‌انگاری شود یا به سرمایه‌گذاران شفافیت و اعتماد کافی داده نشود، سرمایه (سرمایه‌گذاران داخلی یا خارجی) در جایی خارج از کشور جریان خواهد یافت. بنابراین عواقب این وضعیت، تمام شرکت‌ها و تشکیلات اقتصادی کشور را درگیر خواهد کرد.

آیین نامه حاکمیت شرکتی در مؤسسات بیمه

تصویب کننده: شورای عالی بیمه

تاریخ تصویب: ۱۰/۰۲/۱۳۹۶

آیین‌نامه شماره ۹۳

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۰۲/۱۰ به استناد بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری،

«آیین نامه حاکمیت شرکتی در مؤسسات بیمه»

را مشتمل بر ۲۰ ماده و ۳ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول- تعاریف

ماده ۱-اصطلاحات و واژه‌هایی که در این آیین‌نامه به کار رفته است دارای معانی زیر هستند:

۱-بیمه مرکزی: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران.

۲-مؤسسه بیمه: مؤسسه بیمه دولتی و غیردولتی در سرزمین اصلی که مجاز به انجام عملیات بیمه در کشور است.

۳-سهامدار عمده: هر شخص حقیقی یا حقوقی که حداقل پنج درصد سهام یک شرکت یا مؤسسه بیمه را داشته باشد.

۴-اشخاص مرتبط:

الف- سهامدار عمده مؤسسه بیمه و اقارب نسبی و سببی درجه یک از طبقه اول وی؛

ب- کارکنان کلیدی مؤسسه بیمه موضوع آیین نامه شماره ۹۰ و اقارب نسبی و سببی درجه یک از طبقه اول آنها؛

ج- مدیران و کارکنان نهادهای نظارتی که در امر نظارت بر فعالیت مؤسسه بیمه مسئولیت دارند؛

د- سهامدار عمده اشخاص حقوقی که سهامدار عمده مؤسسه بیمه هستند و اعضای هیئت مدیره و مدیرعامل این اشخاص و اقارب نسبی و سببی درجه یک از طبقه اول آنها.

۵-مشاغل اجرایی: شغل مدیرعامل و شغل‌هایی که بر اساس تشکیلات مؤسسه بیمه به مدیر عامل پاسخگو هستند.

فصل دوم- ترکیب هیئت مدیره و هیئت عامل مؤسسه بیمه

ماده ۲-مؤسسه بیمه موظف است امور خود را از طریق هیئت مدیره و هیئت عامل اداره نماید. وظایف و حدود اختیارات هیئت مدیره و هیئت عامل در اساسنامه مؤسسه بیمه تعیین می شود.

ماده ۳-هیئت مدیره مؤسسه بیمه متشکل از حداقل پنج عضو است که از بین سهامداران واجد شرایط توسط مجمع عمومی مؤسس یا عادی انتخاب می شوند.

تبصره - مؤسسه بیمه موظف است اعضای هیئت مدیره خود را صرفاً از بین اشخاص حقیقی انتخاب نماید.

ماده ۴-اکثریت اعضای هیئت مدیره نباید مشاغل اجرایی مؤسسه بیمه را بر عهده داشته باشند. همچنین اعضای هیئت مدیره دارای مشاغل اجرایی نمی توانند ریاست هیئت مدیره یا کمیته های موضوع ماده ۱۰ این آیین نامه را بر عهده داشته باشند.

ماده ۵-مؤسسه بیمه موظف است حداقل یک نفر عضو مستقل غیراجرایی و غیرموظف در هیئت مدیره خود داشته باشد. شرایط عضو مستقل را بیمه مرکزی تعیین می کند.

ماده ۶-رییس هیئت مدیره مؤسسه بیمه موظف است آن دسته از تصمیمات هیئت مدیره که بدون حضور عضو یا اعضای مستقل هیئت مدیره اتخاذ می شود را حداکثر طی هفت روز کتباً به اطلاع آنها برساند.

ماده ۷-در صورت اعلام بیمه مرکزی مبنی بر سلب صلاحیت حرفه‌ای اکثریت اعضای هیئت مدیره مؤسسه بیمه، بیمه مرکزی با تأیید شورای‌عالی بیمه می‌تواند تا زمان تأیید صلاحیت حرفه‌ای اعضای جدید هیئت مدیره، برای اداره امور مؤسسه بیمه فرد واجد شرایطی را به عنوان سرپرست مؤسسه بیمه منصوب کند. صاحبان سهام مؤسسه بیمه (مجمع) موظفند حداکثر ظرف مدت شصت روز اعضای هیئت مدیره جدید خود را معرفی کنند تا در صورت تایید صلاحیت حرفه‌ای آنها توسط بیمه مرکزی جایگزین اعضای قبلی سلب صلاحیت‌شده شوند. سرپرست منصوب تا زمان جایگزینی اعضای جدید هیئت مدیره دارای اختیارات هیئت مدیره شرکت است و مسئولیت اقدامات او در اداره مؤسسه بیمه بر عهده بیمه مرکزی خواهد بود.

ماده ۸-هیئت عامل مؤسسه بیمه متشکل از مدیرعامل، قائم مقام و معاونین مدیرعامل است که باید به صورت موظف و تمام وقت در مؤسسه بیمه اشتغال داشته باشند. ریاست هیئت عامل مؤسسه بیمه با مدیرعامل است. مدیرعامل بالاترین مقام اجرایی مؤسسه بیمه است و از بین اشخاص حقیقی واجد شرایط توسط هیئت مدیره مؤسسه بیمه انتخاب می شود.

فصل سوم- کنترل های داخلی

ماده ۹-هیئت مدیره مؤسسه بیمه موظف است در ساختار سازمانی مؤسسه بیمه واحدهایی جهت "حسابرسی و کنترل داخلی" ، "مدیریت ریسک" و "تطبیق مقررات" تحت نظر مدیرعامل مؤسسه ایجاد کند. مسئولین واحدهای فوق مسئول امور کنترلی موضوع بند ۳-۳ ماده (۱) آیین‌نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه (آیین نامه شماره ۹۰) محسوب می‌شوند و صلاحیت حرفه‌ای آنان باید طبق ضوابط آیین‌نامه مذکور احراز شود.

ماده ۱۰-هیئت مدیره مؤسسه بیمه موظف است کمیته هایی برای مدیریت ریسک، حسابرسی و کنترل داخلی، جبران خدمات کارکنان و تطبیق مقررات ایجاد نماید. ریاست هر یک از کمیته های موضوع این ماده با یکی از اعضای غیر اجرایی هیئت مدیره است.

ماده ۱۱-دستورالعمل نحوه تشکیل و شرح وظایف واحدها و کمیته های موضوع مواد ۹ و ۱۰ توسط بیمه مرکزی تهیه و به مؤسسات بیمه ابلاغ خواهد شد.

ماده ۱۲-مؤسسه بیمه موظف است نحوه جبران خدمات، اعطای پاداش و سایر مزایای هیئت مدیره و هیئت عامل را طبق مقررات مربوط افشا نماید.

فصل چهارم- تعارض منافع

ماده ۱۳-هیئت مدیره موظف است ترتیبی اتخاذ کند که حسابرس مستقل و بازرس قانونی حقیقی و یا مدیرعامل و عضو هیئت مدیره مؤسسه حسابرسی مستقل، سمت یا سهم عمده در مؤسسه بیمه نداشته باشند. همچنین کارکنان کلیدی مؤسسه بیمه مندرج در آیین نامه شماره ۹۰ که طی سه سال اخیر در مؤسسه بیمه سمت داشته‌اند نمی‌توانند حسابرس مستقل و بازرس قانونی حقیقی و یا مدیرعامل و عضو هیئت مدیره مؤسسه حسابرسی مستقل مؤسسه بیمه باشند.

ماده ۱۴- مؤسسه بیمه نمی تواند شخصی را که برای سه سال متوالی حسابرسی آن مؤسسه را بر عهده داشته است، برای سال بعد به عنوان حسابرس و بازرس قانونی خود انتخاب نماید.

تبصره- چنانچه سازمان حسابرسی به عنوان حسابرس مستقل و بازرس قانونی موسسه بیمه انتخاب شده باشد از شمول این ماده مستثنی خواهد بود.

ماده ۱۵-مؤسسه بیمه موظف است قراردادها و معاملات غیر بیمه‌ای را که ارزش آنها بیش از پنج درصد حقوق صاحبان سهام مؤسسه بیمه است، حداکثر ظرف مدت پانزده روز بعد از عقد قرارداد به بیمه مرکزی گزارش نماید.

تبصره- نحوه گزارشگری و افشای اطلاعات قراردادها و معاملات بیمه ای توسط مؤسسه بیمه تابع مقررات مربوط خواهد بود.

ماده ۱۶-مؤسسه بیمه موظف است کلیه قراردادها یا معاملات بیمه‌ای و غیربیمه ای خود با اشخاص مرتبط و اشخاص حقوقی که اشخاص مرتبط در آنها بیش از بیست درصد دارای سهم هستند را افشا نماید و اطلاعات قراردادها و معاملات مذکور و نحوه افشای آنها را حداکثر ظرف مدت پانزده روز بعد از عقد قرارداد به بیمه مرکزی گزارش نماید.

فصل پنجم- ضمانت اجرا

ماده ۱۷-مسئولیت حسن اجرای این آیین نامه به عهده هیئت مدیره مؤسسه بیمه است.

ماده ۱۸-در صورت عدم رعایت مفاد این آیین‌نامه و دستورالعمل‌های مربوط یا ارایه گزارش‌ها و اطلاعات ناقص، غیرواقعی و غیرمعتبر توسط مؤسسه بیمه، اعضای هیئت مدیره، مدیرعامل ویا مسئولان امور کنترلی، بیمه مرکزی می‌تواند حسب مورد یکی از اقدامات زیر را در خصوص هر یک از آنان و یا مؤسسه بیمه انجام دهد:

۱-تذکر کتبی،

۲-اخطار کتبی،

۳-سلب صلاحیت حرفه ای،

۴-پیشنهاد تعلیق و یا لغو پروانه فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه‌ای به شورای عالی بیمه.

ماده ۱۹-بیمه مرکزی با رعایت مقررات این آیین نامه، اساسنامه نمونه مؤسسات بیمه را تهیه و ابلاغ می نماید. مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از ابلاغ اساسنامه نمونه، اساسنامه خود را با آن تطبیق دهد.

ماده ۲۰- سایر الزامات مرتبط با حاکمیت شرکتی از قبیل شرایط مؤسسین و سهامداران، ضوابط تملک سهام، گزارشگری و افشای اطلاعات مؤسسات بیمه و نحوه احراز صلاحیت حرفه ای کارکنان کلیدی مؤسسسات بیمه تابع مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی بیمه خواهد بود.

مکمل آیین نامه شماره ۱/۹۳

شورای‌عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۲۴/۱۰/۱۳۹۶ آیین‌نامه حاکمیت شرکتی در مؤسسات بیمه (آیین‌نامه شماره ۹۳) را به شرح زیر اصلاح و به عنوان "آیین نامه شماره ۱/۹۳" و مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود:

۱ -بند زیر جایگزین بند ۴ ذیل ماده ۱ شد:

"۴ -اشخاص مرتبط:

الف – سهامدار عمده مؤسسه بیمه و اقارب نسبی و سببی درجه یک از طبقه اول وی،

ب – مدیران کلیدی مؤسسه بیمه موضوع آیین‌نامه شماره ۹۰ و اقارب نسبی و سببی درجه یک از طبقه اول آنها".

۲ -مواد ۵ و ۶ حذف و مواد زیر به ترتیب جایگزین مواد ۲، ۱۳ و ۱۶ آیین‌نامه گردید:

"ماده ۲- موسسه بیمه موظف است امور خود را از طریق هیئت مدیره و هیئت عامل اداره نماید. اختیارات هیئت مدیره در اساسنامه موسسه بیمه تعیین می‌شود و وظایف و حدود اختیارات هیئت عامل توسط هیئت مدیره تعیین خواهد شد".

"ماده ۱۳- هیئت مدیره موظف است ترتیبی اتخاذ کند که مؤسسه حسابرسی مستقل و بازرس قانونی و اعضای هیئت مدیره و مدیرعامل مؤسسه حسابرسی مستقل و بازرس قانونی، سمت یا سهم عمده در مؤسسه بیمه نداشته باشند.

همچنین کارکنان کلیدی مؤسسه بیمه مندرج در آیین‌نامه شماره ۹۰ که طی سه سال اخیر در مؤسسه بیمه سمت داشته‌اند، نمی‌توانند مدیرعامل و عضو هیئت مدیره مؤسسه حسابرسی مستقل و بازرس قانونی مؤسسه بیمه باشند".

"ماده ۱۶- مؤسسه بیمه موظف است قراردادها یا معاملات بیمه‌ای و غیربیمه‌ای با اهمیت خود با اشخاص مرتبط را افشا نماید و اطلاعات قراردادها و معاملات مذکور و نحوه افشای آنها را حداکثر ظرف مدت پانزده روز بعد از عقد قرارداد به بیمه مرکزی گزارش نماید.

ضوابط تعیین مصادیق قرارداد ها و معاملات بیمه‌ای و غیربیمه‌ای با اهمیت توسط بیمه مرکزی تعیین می‌شود".

***

بخش دوم ، قسمت سوم : تعیین حدود و اختیارات و مسئولیت ها



انجام تمام مسئولیت‌های سازمانی توسط مدیران ارشد امکان پذیر نیست. برای دستیابی به اهداف سازمان، مدیر باید بخشی از اختیارات خود را تفویض کند. تفویض اختیار به معنای تقسیم اختیارات به زیردستان است. یک مدیر می‌تواند اختیارات خود را به اعضای تیمش واگذار کرده و سپس پیگیری کند تا مطمئن شود که آنها کار را مطابق انتظار انجام می‌دهند.

ارکان تفویض اختیار : تفویض اختیار در سازمان سه رکن اصلی دارد .اختیار، مسئولیت، پاسخ گویی

اختیار

اختیار به زبان ساده به معنای حق انجام کار یا گرفتن تصمیمی است . در چارچوب سازمانی، اختیار حق و قدرت یک فرد در تخصیص کارآمد منابع، تصمیم‌گیری و دادن دستورالعمل برای دستیابی به اهداف سازمانی است. بین اختیار و مسئولیت یک رابطه وابسته وجود دارد، به همین دلیل برای موفق بودن انجام وظایف، همیشه باید مسئولیت با اختیار همراه باشد. البته مسئولیت نهایی همیشه بر عهده شخصی است که بیشترین اختیار را دارد.

مدیر برای انجام مسئولیت ها، اختیارات خاصی به منابع انسانی تفویض می‌کند تا آنها قادر به تصمیم‌گیری مستقل و انجام کارآمد آن تصمیم‌ها باشد. البته میزان این اختیار باید برابر با مسئولیت باشد، این بدان معناست که سطح مشخصی از اختیارات تفویض می‌شود که برای تکمیل مسئولیت کافی است.

مسئولیت

مسئولیت حوزه‌ای است که فرد به‌دلخواه خود مأمور انجام کاری می‌شود. درحقیقت الزامی است از سوی مافوق برای اتجام وظایف. مسئولیت به دامنه وظیفه و اختیار فرد برای انجام وظیفه‌ای که به وی محول شده است، اشاره دارد. مدیر مسئولیت خاصی را برای اتمام کارهای خاص به کارمند تفویض می‌کند و آن شخص باید تمام توانایی‌های خود را به کار گیرد تا کار را به طور کارآمد انجام دهد. لازم است تا مسئولیت با میزان اختیار فرد مطابقت داشته باشد. مسئولیت بدون اختیار کافی موجب نارضایتی و بازدهی کم می‌شود. درست است که مدیر منابع انسانی و رهبر در نهایت نسبت به عملکرد کلی پاسخگو است، اما مسئولیت‌های مهمتر به عهده کارکنان است.

پاسخگویی

تفویض اختیار بدون پاسخگویی مفهومی ندارد. پاسخگویی یعنی بررسی اینکه آیا کارکنان مسئولیت‌های خود را به روشی مورد انتظار انجام می‌دهند یا خیر. پاسخگویی قابل تفویض نیست، به این معنی که در صورت عدم تکمیل وظیفه، تنها مدیر مسئول آن خواهد بود، نه زیردستان. پاسخگویی روندی رو به بالا دارد، یعنی کارمندان در مقابل مدیر و مدیر در برابر بالادست خود پاسخگو خواهند بود.

روش های مستند نمودن مسئولیت‌ها و اختیارات کارکنان: چارت سازمانی ، شرح وظایف ، روش اجرائی

۱. چارت سازمانی: در نشان دادن ارتباطات ابزاری کارآمد می‌باشد ولی درعین‌حال در تعریف مسئولیت و اختیار دقیق نیست. چارت سازمانی خطوط اختیار و مسئولیت را نشان می‌دهد اما فقط در زنجیره فرمایشی.
۲. شرح وظایف : یا شرح شغل مستندی است که برای ارزیابی شغل، استخدام،درجه بندی حقوق یا استقرار سیستم مدیریتی ایجاد می‌شود .فعالیت‌های شغل در ارتباط با اهداف سازمان، مسئول مافوق هر شغل و ارتباطات با سایر بخش‌های سازمان در این سند تشریح می‌شود.
۳. روش‌های اجرایی : کارآمدترین راه تعیین مسئولیت‌ها و اختیارات کارکنان است زیرا در سطح روش اجرایی است که کارکنان می‌توانند در کاری که از او خواسته می‌شود دقیق و اختصاصی باشد روش‌های اجرایی اقدامات و تصمیمات فردی را مشخص می‌نماید کارکنان فقط باید بدانند چه سمتی دارند و مسئولیت‌ها و اختیاراتشان را از طریق روش اجرایی و شرح وظایف تعیین شود.

آئین نامه شماره ۹۰ "آیین نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه"

انجمن جهانی ناظران بیمه ای(IAIS) در اصول اساسی بیمه شماره پنج خود با عنوان شایستگی افراد تصریح دارد که نهاد ناظر بیمه باید از صلاحیت حرفه ای اعضای هیات مدیره، مدیران ارشد، افراد کلیدی در وظایف کنترلی و سهامداران عمده موسسه بیمه اطمینان حاصل نماید. این استاندارد بر تعریف معیارهای درستکاری، صداقت و حسن شهرت، توانایی و شایستگی حرفه ای و سلامت مالی جهت احراز صلاحیت مدیران و افراد کلیدی در وظایف کنترلی موسسه بیمه تاکید دارد. همچنین قوانین و مقررات بیمه ای مورد بررسی در کشورهای منتخب (مالزی، پاکستان، استرالیا و انگلیس) نیز بر احراز صلاحیت حرفه ای افراد کلیدی موسسات بیمه تاکید دارند. رویه مرسوم در این قوانین و مقررات تعریف افراد کلیدی موسسه بیمه بر اساس وظایفی است که انجام آنها می تواند بر عملکرد فعلی و آتی موسسه بیمه در حوزه-هایی از قبیل عملیات بیمه گری، مالی، مدیریت ریسک و سرمایه گذاری تاثیر گذار باشد. به علاوه در قوانین و مقررات مذکور رویه مشابهی برای تعریف معیارهای صلاحیت و شایستگی حرفه ای افراد کلیدی موسسه بیمه وجود دارد که با معیارهای مدنظر در اصل پنجم انجمن (IAIS) تشابه دارد.

تصویب کننده: شورای عالی بیمه تاریخ تصویب: ۲۶/۰۳/۱۳۹۴

سیصد و نود و دومین جلسه شورای عالی بیمه مورخ ۱۳۹۴.۰۳.۲۶ در بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران تشکیل شد و پس از بحث و تبادل نظر پیرامون دستورات جلسه، به استناد ماده ۱۷ و در اجرای مواد ۳۸ و ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری،

«آیین نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه» را

مشتمل بر ۱۵ ماده و ۶ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

فصل اول :کلیات

ماده ۱- کلمات و اصطلاحات زیر صرف نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشند، در این آیین نامه با تعاریف زیر استفاده شده اند:

بیمه مرکزی: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

مؤسسه بیمه: مؤسسه بیمه دولتی و مؤسسه بیمه غیردولتی داخلی در سرزمین اصلی (اعم از مستقیم و اتکایی) که مجاز به انجام عملیات بیمه در ایران بوده و یا متقاضی اخذ پروانه فعالیت از بیمه مرکزی می‌باشند.

کارکنان کلیدی: مدیر ارشد، مسئول فنی و مسئول امور مالی یا کنترلی مؤسسه بیمه است.

۳-۱-مدیر ارشد: اعضای هیات مدیره (عضو حقیقی یا نماینده عضو حقوقی)، مدیر عامل، قائم مقام مدیر عامل و معاون فنی مدیرعامل مؤسسه بیمه است.

۳-۲-مسئول فنی: فردی است که به موجب ساختار سازمانی مؤسسه بیمه که به تصویب هیئت مدیره رسیده است، پس از معاون فنی مدیرعامل، مسئولیت کلیه امور مربوط به صدور یا پرداخت خسارت در یکی از رشته های بیمه مستقیم، بیمه اتکایی و اکچوئری داخلی مؤسسه بیمه را بر عهده دارد.

۳-۳-مسئول امور مالی یا کنترلی: فردی است که به موجب ساختار سازمانی مؤسسه بیمه که به تصویب هیئت مدیره رسیده است، مسئولیت یکی از امور سرمایه‌گذاری، مالی یا مدیریت ریسک شرکتی مؤسسه بیمه را بر عهده دارد.

کارکنان عملیاتی: سرپرست منطقه، رئیس مجتمع یا رئیس شعبه مؤسسه بیمه و سایر عناوین با مسئولیت‌های مشابه.

فرد پیشنهادی: شخص حقیقی است که به منظور تایید صلاحیت حرفه ای جهت تصدی سمت کارکنان کلیدی حسب مورد توسط مجمع عمومی، هیئت مدیره یا مدیر عامل مؤسسه بیمه به ترتیب مقرر در اساسنامه به بیمه مرکزی معرفی می شود.

صلاحیت عمومی: برخورداری فرد از حداقل الزامات قانونی جهت اشتغال در جمهوری اسلامی ایران که در قوانین و مقررات عام تعیین شده است.

صلاحیت حرفه ای: برخورداری از حداقل الزامات قانونی مقرر در قوانین و مقررات بیمه ای، حداقل مدارک تحصیلی و تجربه حرفه ای مفید و قبولی در مصاحبه تخصصی که طبق ضوابط این آیین‌نامه تعریف شده است.

تجربه حرفه ای مفید: برخورداری فرد از تجربه بیمه ای یا مدیریتی متناسب با سمت وی به تشخیص بیمه مرکزی برای کارکنان کلیدی یا مؤسسه بیمه برای کارکنان عملیاتی.

تجربه بیمه ای: سنوات تجربی فعالیت در صنعت بیمه در زمینه مرتبط با سمت پیشنهادی.

تجربه مدیریتی: سنوات تجربی فعالیت در سمت های کارکنان کلیدی یا عملیاتی مؤسسات بیمه در صنعت بیمه یا فعالیت در سمت مدیر عامل یا عضویت در هیئت مدیره مؤسسات مالی و اقتصادی.

تاییدیه: گواهی است که پس از تایید صلاحیت حرفه ای فرد پیشنهادی برای تصدی یکی از سمت‌های کارکنان کلیدی توسط بیمه مرکزی صادر می‌گردد.

فصل دوم- شرایط تایید صلاحیت

ماده ۲- افراد موضوع این آیین نامه باید از صلاحیت های عمومی و حرفه ای زیر برخوردار باشند:

نداشتن سوء پیشینه کیفری موثر و سابقه ارتکاب یا معاونت در یکی از جرائم ارتشاء، تصرف غیرقانونی در اموال دولتی و عمومی، جعل و تزویر، تدلیس، پولشویی، تبانی و یا مداخله در معاملات دولتی و اخلال در نظام اقتصادی و جرایم موضوع ماده ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری.

نداشتن سوء شهرت.

نداشتن سابقه نقض فاحش قوانین و مقررات بیمه ای در صنعت بیمه به تشخیص هیئت عامل بیمه مرکزی.

داشتن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی از دانشگاه‌های مورد تایید وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

داشتن مدرک تحصیلی مرتبط و حداقل تجربه حرفه ای مفید به شرح جدول زیر:

کارکنان	عنوان سمت‌های پیشنهادی	عنوان رشته های تحصیلی مرتبط	حداقل تجربه حرفه ای مفید (س
	کلیه اعضای هیئت مدیره	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	۱۰ سال تجربه مدیریتی
	مدیر عامل و قائم مقام مدیرعامل	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	۱۰ سال تجربه مدیریتی که حداقل نیمی از آن تجربه بیمه ای باشد.
	معاون فنی مدیرعامل	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	۱۲ سال تجربه بیمه ای که حداقل نیمی از آن در رده مدیریت فنی یکی از رشته های بیمه باشد.
	هریک از رشته های بیمه مستقیم	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	۱۰سال تجربه بیمه ای در رشته های مربوط
	بیمه اتکایی	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، زبان انگلیسی، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	۱۰ سال تجربه بیمه ای در بیمه های اتکایی
	اکچوئر داخلی	اکچوئری، آماربیمه، ریاضی، آمار، اقتصاد و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	۵ سال تجربه بیمه ای در زمینه اکچوئری
ر مالی یا کنترلی	سرمایه گذاری مالی مدیریت ریسک شرکتی	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	۱۰ سال تجربه در زمینه کاری مرتبط (مالی، اقتصادی و بیمه‌ای
عملیاتی	– سرپرست منطقه –رئیس مجتمع – رئیس شعبه	بیمه، آماربیمه، اقتصاد، مدیریت، حقوق، حسابداری، مالی، مهندسی صنایع و فناوری اطلاعات و گرایش‌های مربوط به این رشته‌ها.	۵ سال تجربه بیمه ای مرتبط

تبصره ۱- حداقل تجربه حرفه ای مفید برای دارندگان مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد یا دکتری در رشته های تحصیلی مرتبط به ترتیب ۲ و ۴ سال کمتر از تجربه مندرج در جدول فوق است.

تبصره ۲- چنانچه مدرک تحصیلی فرد پیشنهادی برای تصدی هر یک از سمت های کارکنان عملیاتی در رشته های تحصیلی غیرمرتبط باشد، حداقل تجربه حرفه ای مفید ۱/۵ برابر حداقل های مقرر در جدول فوق می‌باشد.

قبولی کارکنان کلیدی در مصاحبه تخصصی بیمه مرکزی.

تبصره- ضوابط و معیارهای مصاحبه تخصصی را بیمه مرکزی تعیین و در پایگاه اطلاع رسانی خود منتشر خواهد کرد.

فصل سوم- نحوه احراز صلاحیت حرفه ای

ماده ۳- صلاحیت حرفه ای فرد پیشنهادی در چارچوب ضوابط این آیین نامه توسط بیمه مرکزی بررسی و در صورت احراز شرایط مقرر در این آیین نامه تاییدیه صادر خواهد شد.

تبصره ۱- مسئولیت احراز صلاحیت عمومی فرد پیشنهادی بر عهده مؤسسه بیمه است.

تبصره ۲- تاییدیه صادره برای فرد پیشنهادی صرفاً برای سمتی است که مؤسسه بیمه وی را برای تصدی آن معرفی نموده و اشتغال وی در سایر سمت‌های کارکنان کلیدی در آن مؤسسه بیمه یا در سایر مؤسسات بیمه منوط به اخذ تاییدیه مجدد از بیمه مرکزی است.

ماده ۴- انتصاب افراد به سمت کارکنان کلیدی قبل از صدور تاییدیه ممنوع است و مؤسسه بیمه موظف است قبل از انتصاب، صلاحیت حرفه ای آنها را به تایید بیمه مرکزی برساند.

ماده ۵- بیمه مرکزی حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز پس از تاریخ تکمیل مدارک، در خصوص صلاحیت حرفه‌ای فرد پیشنهادی اعلام نظر خواهد نمود. بیمه مرکزی مدارک مورد نیاز برای بررسی صلاحیت حرفه ای تعیین و در پایگاه اطلاع رسانی خود منتشر خواهد کرد.

ماده ۶- مسئولیت احراز صلاحیت عمومی و تایید صلاحیت حرفه ای افراد جهت تصدی سمت کارکنان عملیاتی در چارچوب اساسنامه مؤسسه و ضوابط این آیین نامه بر عهده مؤسسه بیمه است.

ماده ۷- مؤسسه بیمه موظف است امکان دسترسی به اطلاعات و مستندات مربوط به تایید صلاحیت حرفه ای کارکنان عملیاتی خود را برای بیمه مرکزی فراهم نماید.

ماده ۸- مؤسسه بیمه موظف است ساختار سازمانی مصوب هیئت مدیره خود و تغییرات بعدی آن را بلافاصله پس از تصویب به بیمه مرکزی ارسال نماید.

فصل چهارم- نظارت

ماده ۹- بیمه مرکزی می‌تواند در موارد زیر با تایید هیئت عامل، تاییدیه صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی مؤسسه بیمه را لغو نماید:

در صورت احراز تخلف هر یک از کارکنان کلیدی مؤسسه بیمه از قوانین و مقررات بیمه‌ای که به موجب مصوبات شورای‌عالی بیمه مشمول یا مستوجب سلب صلاحیت حرفه ای باشد.

در صورتی که هر یک از کارکنان کلیدی شرایط موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه را از دست بدهد یا مستنداتی کشف شود مبنی بر اینکه وی از ابتدا شرایط ماده مذکور را نداشته است.

ارایه هر گونه اطلاعات کذب و خلاف واقع و یا گمراه‌کننده توسط کارکنان کلیدی به بیمه مرکزی یا اکچوئر رسمی بیمه.

تبصره- در احکام لغو تاییدیه صلاحیت حرفه ای کارکنان کلیدی مؤسسه بیمه، مدت محرومیت و همچنین سمت‌های مشمول

محرومیت درج می‌شود.

ماده ۱۰- مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ لغو تاییدیه صلاحیت حرفه‌ای هر یک از کارکنان کلیدی، نسبت به معرفی فرد جایگزین اقدام نماید. در دوره مذکور مسئولیت سمت های بلاتصدی حسب مورد به عهده مدیرعامل، معاون فنی یا یکی از اعضای هیات مدیره مؤسسه بیمه خواهد بود. در هر حال چنانچه مؤسسه بیمه به هر علت ظرف مدت ۶۰ روز نسبت به معرفی فرد جایگزین واجد شرایط در یکی از سمت‌های کارکنان کلیدی اقدام ننماید، بیمه مرکزی می‌تواند در اجرای قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، موضوع را همراه با پیشنهاد مشخص در شورای‌عالی‌بیمه مطرح نماید.

ماده ۱۱- مؤسسه بیمه موظف است در صورت احراز تخلف هر یک از کارکنان عملیاتی از قوانین و مقررات بیمه ای و مصوبات شورای عالی بیمه یا از دست دادن هر یک از شرایط موضوع ماده ۲ این آیین نامه، به تشخیص خود یا حسب اعلام بیمه مرکزی، ضمن جایگزینی وی با فرد واجد شرایط، مراتب را به بیمه مرکزی اعلام نماید.

ماده ۱۲- مسئولیت حسن اجرای تکالیف مؤسسه بیمه مصرح در این آیین نامه در خصوص کارکنان کلیدی و کارکنان عملیاتی با مدیر عامل و در خصوص مدیر عامل با هیات مدیره مؤسسه بیمه است. مدیر عامل یا هیات مدیره حسب مورد در مقابل مؤسسه بیمه یا اشخاص ثالث نسبت به تخلف از مقررات این آیین نامه و جبران خسارات وارده مسئول می باشند.

ماده ۱۳- بیمه مرکزی بر حسن اجرای این آیین نامه نظارت می‌کند. در صورت قصور یا تخلف مؤسسه بیمه در اجرای این آیین نامه، بیمه مرکزی می‌تواند متناسب با نوع، سابقه، تکرار و تعدد قصور یا تخلف صورت گرفته، به موجب تصمیم هیئت عامل هر یک از اقدامات زیر را به عمل آورد:

اخطار کتبی به مدیر عامل یا هیئت مدیره مؤسسه بیمه حسب مورد.

لغو تاییدیه صلاحیت حرفه ای مدیر عامل یا هیئت مدیره مؤسسه بیمه حسب مورد.

ایجاد محدودیت در جذب نماینده.

پیشنهاد تعلیق فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه‌ای معین به شورای‌عالی بیمه.

پیشنهاد لغو پروانه فعالیت مؤسسه بیمه برای تمام رشته ها یا رشته بیمه ای معین به شورای‌عالی بیمه.

ماده ۱۴- افرادی که قبل از تاریخ ابلاغ این آیین نامه در مؤسسات بیمه تصدی یکی از سمت‌های کلیدی یا عملیاتی موضوع ماده ۲ این آیین نامه را عهده دار بوده اند صرفا در زمان انقضای دوره تصدی یا در صورت معرفی جهت تصدی سمت جدید در آن مؤسسه بیمه یا هر سمت کلیدی یا عملیاتی در سایر مؤسسات بیمه مشمول ضوابط این آیین نامه خواهند بود.

ماده ۱۵- این آیین نامه از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا است. از تاریخ مذکور، مقررات مربوط به احراز صلاحیت حرفه ای کارکنان مؤسسات بیمه مندرج در آیین نامه شماره ۴۰ مصوب شورای عالی بیمه و مکمل های آن لغو و احراز صلاحیت حرفه‌ای آنها تابع ضوابط این آیین نامه خواهدبود.

آیین‌نامه شماره ۹۰.۱

مکمل آیین نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه

شورای‌عالی بیمه به استناد ماده ۱۷ و در اجرای مواد ۳۸ و ۶۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۴.۰۹.۳۰ آیین نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه (آیین‌نامه شماره ۹۰) را به شرح زیر اصلاح و به عنوان "آیین نامه شماره ۹۰.۱" و مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود:

۱- بند ۱۰ ماده ۱ به شرح زیر اصلاح می‌گردد:

"۱۰- سنوات تجربی فعالیت در سمت های سرپرستی یا مدیریتی در صنعت بیمه یا فعالیت در سمت های مدیریتی در وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، نهادها و مؤسسات مالی و اقتصادی به تشخیص بیمه مرکزی."

۲- تبصره ۲ ذیل بند ۵ ماده ۲ به شرح زیر اصلاح می‌گردد:

"تبصره ۲- چنانچه مدرک تحصیلی فرد پیشنهادی برای تصدی هر یک از سمت‌های کارکنان کلیدی و عملیاتی در رشته‌های تحصیلی غیرمرتبط باشد، حداقل تجربه حرفه‌ای مفید ۱.۵ برابر حداقل‌های مقرر در جدول فوق می‌باشد."

۳- ماده ۱۴ به شرح زیر اصلاح می‌گردد:

"ماده ۱۴- افرادی که در زمان ابلاغ این آیین نامه تصدی یکی از سمت‌های کلیدی یا عملیاتی موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه را در یکی از مؤسسات بیمه عهده‌دار بوده اند، مشمول ضوابط قبلی بوده و صرفاً در صورت معرفی جهت تصدی سمت دیگر در آن مؤسسه بیمه یا سایر مؤسسات بیمه مشمول ضوابط این آیین‌نامه خواهند بود.

ساختار مدیریت در موسسات بیمه

چارچوب های مدیریت شرکت های بیمه می بایستی به گونه ای باشد که حقوق همه ی ذینفعان را به رسمیت بشناسد و از آن ها حمایت کند .در مواردی که بیمه مرکزی، اختیاری درباره تعیین جزئیات مقررات و ضوابط مدیریتی یک شرکت بیمه ندارد(به لحاظ جلوگیری از دخالت در عملیات اجرایی شرکت های بیمه)، ضوابط و استانداردهایی تعیین می کند و همه ی مسئولیت ها در این باره را بر عهده ی هیئت مدیره ی شرکت قرار می دهند.

حوزه های نظارت بر مدیریت و اداره ی شرکت های بیمه به این شرح است:

۱- نظارت فنی بر فعالیت شرکت های بیمه

در این باره، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران بر شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه ها، نحوه ی تعیین حق بیمه و محاسبات فنی، نحوه ی توزیع ریسک(بیمه های اتکایی)، نحوه ی ارزیابی ریسک و مکانیزم های مربوط به آن، نحوه ی تعیین حد هر ریسک و مجموع ریسک های قابل پذیرش توسط هر شرکت بیمه و ... نظارت می کند .

در این میان، استقرار سیستم ارزیابی ریسک در شرکت های بیمه با هدف تعیین نرخ های فنی حق بیمه و گزارش نحوه ی محاسبه ی آن به بیمه مرکزی به منظور ایجاد رقابت سالم، در بازار بیمه و کنترل رقابت ضروری است.

۲- نظارت و بررسی ساختار مالی شرکت های بیمه

در بحث نظارت بر ساختار مالی شرکت های بیمه، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران بر اساس آیین نامه ها و دستور العمل های تعریف شده، موارد زیر را بررسی و ارزیابی می کند:

- تعریف و اندازه گیری شاخص های مالی و توانگری شرکت های بیمه

در این باره، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، می بایست اطمینان پیدا کند که شرکت های بیمه بیش از توانایی خود ریسک نپذیرند و در همه حال پاسخ گوی تعهدات پذیرفته شده ی خود بوده و آمادگی پرداخت خسارت نقدی را داشته باشند .نتایج این گزارش ها، به منظور شفافیت در ارائه ی اطلاعات، در اختیار عموم قرار خواهد گرفت.

- بررسی نحوه ی سرمایه گذاری ها و کنترل بازده ی سرمایه گذاری ها

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به منظور بررسی سرمایه گذاری ها یا خریدهای عمده می بایست اطمینان پیدا کند که ساختارها یا ارتباطات شرکتی، شرکت های بیمه را در معرض ریسک های ناخواسته قرار نمی دهد و مانع نظارت کارآمد نمی شود .در این باره بررسی می کند که آیا شرکت بیمه برای سرمایه گذاری مزبور، از منابع مالی و مدیریتی کافی برخوردار است .آیا قوانین و مقررات بیمه ای موجود در این باره کافی است و آیا این قوانین اجازه ی سرمایه گذاری فوق را می دهد یا خیر؟

- بررسی نحوه ی ذخیره گیری و تعیین اندوخته ها

شرکت های بیمه برای تقویت سرمایه و بنیه ی مالی خود، ذخایر و اندوخته های قانونی نگهداری می کنند .در این باره، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست اطمینان یابد که قوانین و مقررات موجود کافی است و توسط شرکت های بیمه رعایت می شود یا خیر؟

- بررسی ساختار دارایی ها، بدهی ها و وضعیت سرمایه ی شرکت

می بایست زمان بندی و ، «ساختار دارایی های شرکت بیمه » بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به منظور بررسی ماهیت بدهی های شرکت، مبانی و مفروضات محاسبه ی بدهی ها، روش های بکار رفته در بیمه های اتکایی، نحوه ی ثبت خسارات معوق و ... را بررسی کند.

می بایست میزان ، «ساختار دارایی های شرکت بیمه » در نهایت، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به منظور بررسی حاشیه سود شرکت بیمه، ارزش سرمایه شرکت به قیمت بازار، میزان سرمایه ی ثبت شده ی شرکت، نحوه ی پرداخت سود و چگونگی منتفع شدن سهام داران و ... را بررسی کند.

- بررسی ساختار صورت های مالی و صحت اطلاعات درج شده در آن

در این باره، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست اطمینان یابد که صورت های مالی بر اساس قوانین و استانداردهای حسابداری مورد توافق صنعت بیمه، تهیه شده باشد.

۳- بررسی صلاحیت مالکان(کنترل سهامداران)

در بررسی صلاحیت مالکان و سهام داران شرکت های بیمه، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به بررسی و رد هرگونه طرحی که مستلزم انتقال بخش عمده ای از مالکیت یا کنترل منافع مستقیم یا غیر مستقیم شرکت های بیمه به سایر اشخاص است، می پردازد . این مهم از طرق زیر امکان پذیر است:

- بررسی وضعیت اقتصادی و مالی سهامداران عمده ی حقوقی از طریق تبادل اطلاعات با سایر نهادهای نظارتی،
- بررسی وضعیت فعالیت سهام داران عمده با هدف جلوگیری از پولشویی ،
- بررسی اعتبار سهام داران حقیقی و. ....
  - در واقع بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست تعریف درستی از مسئولیت سهام داران شرکت های بیمه ارائه دهد . شرکت های بیمه موسسات مالی هستند و نباید نحوه ی اداره این شرکت ها، تنها در جهت حفظ منافع و اهداف سهام داران باشد؛
  - بررسی این که سهام داران چه نقشی در روند فعالیت شرکت های بیمه دارند؟ دارای چه ویژگی هایی هستند؟ منابع شرکت را در چه راه هایی به کار می گیرند؟ آیا سهام داران، در تعیین اعضای هیئت مدیره به مصلحت والزامات حرفه ای اداره شرکت های بیمه توجه دارند؟ و از همه مهم تر، آیا حضور سهام داران عمده مانع اعمال نظارت بیمه مرکزی بر شرکت های بیمه نمی شود؟ از جمله مواردی است که باید در این حوزه به آن ها پرداخته شود.

۴- بررسی صلاحیت مدیران

از آنجایی که مشکلاتی که در صنعت بیمه وجود دارد، غالبا در نتیجه ی سوء مدیریت به لحاظ عدم شایستگی شخصی یا حرفه ای مدیران یا سرپرستان مدیریتی است، مدیران شرکت بیمه باید دارای شایستگی و صلاحیت باشند .احراز صلاحیت مدیران از طریق تعریف ملاک ها و استانداردهای مورد نیاز برای تشخیص صلاحیت مدیران و اداره کنندگان شرکت های بیمه به لحاظ تجربه، تحصیلات، مهارت و درستکای و ... ، صورت می پذیرد .بدین ترتیب، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، صلاحیت مدیران یا مدیران ارشد شرکت های بیمه را با توجه به معیارهای زیر بررسی خواهد کرد:

- مدیران باید به طور حرفه ای شایستگی داشته باشند .صلاحیت حرفه ای شامل دانش تئوری و عملی در بیمه و تجربه ی مدیریتی است؛
- مدیران باید مورد اطمینان بوده و شهرت خوبی داشته باشند .در این خصوص، بیمه مرکزی بر اساس حقایق و اسناد موجود، قضاوت خواهد کرد.

۵- بررسی ساختار سازمانی و تشکیلاتی شرکت های بیمه و ساختار شبکه فروش

ساختار سازمانی شرکت های بیمه می بایست به گونه ای طراحی شده باشد که تمام کارکردهای مورد نیاز فعالیت بیمه گری اعم از بازاریابی، مباحث و محاسبات فنی، اصول حاکمیت شرکتی، کنترل های داخلی، سرمایه گذاری، مدیریت ریسک، بیمه های اتکایی، بازیافت، مباحث حقوقی و ... را تحت پوشش قرار دهد .علاوه بر این، به منظور حفظ حقوق بیمه گذاران و رعایت اصول مشتری مداری، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست موارد زیر را مد نظر قرار دهد:

- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست تدابیری در زمینه ی اعطای مجوز و نظارت بر عملکرد نهادهای حرفه ای مستقل ارزیابی خسارت(شامل، موسسات ارزیابی خسارت و ارزیابان خسارت)اتخاذ کند، تا این گروه فعال تر شده و ارزیابی خسارت پرونده های خسارتی شرکت های بیمه به آن ها سپرده شود .در این باره، شرکت های بیمه می بایست سیاست ها و ساختار تشکیلاتی خود را طوری طراحی کنند که اهداف مذکور تامین شود.
- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست استانداردهای مناسبی را بر اساس ضریب حاشیه ی توانگری شرکت های بیمه درخصوص ساختار شبکه فروش، نحوه ی جذب و تعداد نمایندگان مورد نیاز شرکت های بیمه به منظور دستیابی به ترکیب بهینه ی شبکه فروش تعریف کند.
- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست به منظور تربیت و توسعه نمایندگان تخصصی بیمه های عمر، استانداردهای مرتبط به نمایندگان بیمه ی عمر را تهیه و تدوین کند.

۶- نظارت و تایید نحوه اجرای اصول حاکمیت شرکتی در شرکتهای بیمه

از جمله کنترل های داخلی بیمه مرکزی نقش کلیدی در ارتقای حاکمیت شرکتی موثر شرکتهای بیمه دارد .در این باره، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست اطمینان یابد که چارچوب حاکمیت شرکتی، که توازن مناسبی بین آزادی عمل مدیریت و پاسخ گویی و رعایت منافع ذینفعان فراهم می کند، به شرح زیر در شرکت پیاده سازی شده است:

- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست استانداردهایی در خصوص اصول حاکمیت شرکتی و اقدامات پیش گیرانه در خصوص جلوگیری از مشکلات، تدوین و به شرکتهای بیمه اعلام کند؛
- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست اطمینان حاصل کند که شرکت های بیمه سیاست ها و اقدامات حاکمیت شرکتی را پذیرفته و آن ها را بطور موثری اجرا می کند؛
- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست کیفیت حسابرسی و اقدامات کنترلی شرکتهای بیمه را ارزیابی کند.

www.asia26090.ir

- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست هیات مدیره و مدیریت ارشد را در قبال مشکلات ناشی از عدم رعایت اصول حاکمیت شرکتی پاسخ گو بداند و آن ها را ملزم به بکارگیری تدابیر اصلاحی و به موقع جهت بهبود حاکمیت شرکتی در شرکت بیمه کند.
- علاوه بر این، بیمه مرکزی می بایست هیات مدیره را ملزم به ارائه نظارتی معقول و محتاطانه در قالب سیستم اطلاعات مدیریت کند .در این خصوص، بیمه مرکزی می بایست مطمئن شود که شرکت های بیمه کنترل داخلی مناسبی دارند که متناسب با اندازه و پیچیدگی فعالیت آن ها است و کنترل های داخلی به درستی صورت می پذیرد.

۷- نظارت بر نحوه اجرای مدیریت ریسک در شرکتهای بیمه

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست مطمئن شود که شرکتهای بیمه برای شناسایی، ارزیابی، نظارت و کنترل یا کاهش تمامی ریسک های مهم و نیز ارزیابی کلی میزان توانایی خود درباره وضعیت ریسکی که در آن قرار دارند، دارای فرآیند جامعی از مدیریت ریسک(شامل نظارت هیات مدیره و مدیریت ارشد)هستند .این فرآیندها باید متناسب با اندازه و پیچیدگی شرکت مزبور باشد .بیمه مرکزی می بایست مطمئن شود شرکت های بیمه ریسک های تحت پوشش خود را(در زمینه فعالیت های بیمه گری)به درستی ارزیابی کرده و از طریق بیمه اتکایی مدیریت می کنند و ابزارهای لازم برای تعیین نرخ حق بیمه را در اختیار دارند.

نظارت عالیه (رعایت حقوق بیمه گذاران)چیست ؟

نهاد قانونی ناظر بر فعالیت و عملکرد بیمه های بازرگانی در ایران بیمه مرکزی نام دارد که به استناد قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری مصوب ۱۳۵۰/۳/۳۰ پا گرفته است

. اصولا نظارت بر بیمه های بازرگانی به چند روش امکان پذیر است:

۱. نظارت تعرفه ای: ضرورت تعیین یا تایید نرخ و شرایط قراردادهای بیمه ای توسط بیمه مرکزی.

۲. نظارت مشارکتی: اجبار شرکت های بیمه به واگذاری اجباری درصدی از عملیات تحت عنوان اتکایی اجباری به بیمه مرکزی و اعمال نظارت بر صدور و خسارت از طریق دریافت ماهانه بر دروها.

۳. نظارت مالی: تعیین شاخص های لازم برای درجه ماندگاری و توانگری شرکت های بیمه و کنترل روند تغییرات شاخص ها و دخالت عملی در شرایطی که بقا یا توانایی مالی آنان در ایفای تعهدات خدشه دار شده است در جهت صیانت از حقوق مردم.

در صورتی که اعمال نظارت توسط بیمه مرکزی به روش اول یا سوم و یا ترکیبی از این دو صورت گیرد بیمه مرکزی یک نهاد نظارتی صرف خواهد بود که ارزیابی، نظارت و کارشناسی شاخص ها اهم کارکرد آن است.

در صورتی که نظارت به شیوه دوم صورت گیرد بیمه مرکزی به تبع مشارکت عملی در سود و زیان شرکت های بیمه خود به یک موسسه بازرگانی بدل خواهد شد که دغدغه سود و زیان و ساماندهی معاملات اتکایی با خارج کشور و به طور کلی فعالیت اقتصادی بر مدیران غلبه خواهد کرد.

باید اشاره کرد اجرای نظارت تعرفه ای و مشارکتی بسیار ساده بوده و در مقایسه با نظارت مالی که مستلزم کارشناسی دقیق، نظارت مداوم و پیگیری موثر است از پیچیدگی بسیار کم تری در اجرا برخوردار می باشند.

www.asia26090.ir

بخش سوم : سیاست گذاری و تعیین اولویت ها و اهداف بیمه گری

۱. عوامل تعیین کننده اولویت‌ها

۲. برنامه ریزی کوتاه مدت میان مدت و بلند مدت

۳. پیش بینی و آینده نگری روند توسعه پرتفوی

۴. اصلاح مداوم تشکیلات درون سازمانی با توسعه عملیات

۵. برقراری هماهنگی در ارتباطات جهت نیل به اهداف بیمه‌گری

۶. شناخت عوامل موثر برون سازمانی در تعیین اولویت ها

بخش سوم قسمت اول : عوامل تعیین کننده اولویت‌ها

ماموریت صنعت بیمه، ایجاد اطمینان و آرامش خاطر برای آحاد جامعه در جریان زندگی و همه ی فعالیت های» اقتصادی(کشاورزی، صنعتی و خدماتی)آنان، از طریق تولید و عرضه ی انواع محصولات بیمه ای با قیمت و کیفیت مناسب است

چشم انداز صنعت بیمه در افق چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران به این شرح است:

صنعت بیمه ایران در افق ۱۴۰۴ ، صنعتی است اقتصادی، عدالت محور، پایدار، سالم و قابل اعتماد، برخوردار از اخلاق» حرفه ای و عجین شده با جامعه که از مختل شدن روند طبیعی زندگی آحاد شهروندان و چرخه ی عادی فعالیت های کشاورزی، صنعتی و خدماتی کشور که در نتیجه حوادث ناشی از عوامل طبیعی و یا انسانی اتفاق می افتد به شیوه ای آسان، سریع، مشتری مدار و با کم ترین هزینه و به شکلی همه جانبه جلوگیری می کند و الگو برای بیمه گران آسیای میانه، خاور میانه و شمال آفریقا در این زمینه است.

در این راستا و در یک نگاه کلی، فعالیت شرکت های بیمه در مکانیزم انتقال ریسک و تبعات آن از بیمه گذار به بیمه گر خلاصه می شود که نتیجه آن کاهش نگرانی و ایجاد امنیت و آرامش خاطر برای مردم است و غالبا ماموریت تعریف شده است « .تامین منافع ذینفعان از طریق ارائه ی خدمات بیمه ای و سرمایه گذاری بهینه » ، شرکت های بیمه بر اساس مجموعه وظایف تعریف شده است .

بر اساس مجموعه وظایف تعریف شده برای بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در قانون تاسیس بیمه مرکزی مصوب ۱۳۵۰/ ۳/ ۳۰ ماموریت بیمه مرکزی به عنوان ابزار اعمال نظارت دولت بر فعالیت بیمه گری به این شرح است:

ماموریت بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

تنظیم تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت از بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آن ها و حفظ سلامت بازار بیمه و جلوگیری از رقابت های ناسالم به عنوان نهاد حاکمیتی ناظر بر صنعت بیمه.

چشم انداز بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

دستیابی به نظام کارآمد نظارتی به نحوی که ضمن حمایت از حقوق ذینفعان صنعت بیمه، شرکت های بیمه و سایر فعالان این صنعت، با اتخاذ تدابیر و سیاست های هوشیارانه و ایجاد هماهنگی در بازار، بدون مداخله در روند بازار و فعالیت های تصدی گری، امکان رقابت مبتنی بر خلاقیت، نوآوری و پیشرفت را برای این صنعت فراهم کند.

اهداف راهبردی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

نقش اصلی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به عنوان نهاد ناظر، حمایت از بیمه گذاران است از طریق اطمینان یافتن به این که شرکت ها بر طبق قوانین و مقررات مربوط به بیمه عمل می کنند، است

.به منظور دستیابی به این هدف و رسیدن به چشم انداز ترسیم شده برای بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و صنعت بیمه، به شرحی که بیان شد، اهداف کلان زیر پیگیری خواهد شد:

۱. سیاست گذاری در صنعت بیمه و توان بخشی بازار بیمه؛
۲. تقویت اثربخشی اقدامات نظارتی در فضای کسب و کار بیمه ای؛
۳. بالابردن بهره وری عملیاتی شرکت های بیمه و ایجاد بازار رقابتی؛
۴. تشویق و هدایت شرکت های بیمه به توسعه و تنوع بخشی محصولات بیمه ای؛
۵. ارتقای سطح کیفیت ارائه ی خدمات بیمه ای به منظور افزایش رضایت بیمه گذاران؛
۶. توسعه سیستم های حمایت از حقوق بیمه گذاران و ارتقای حس اعتماد عامه مردم به صنعت بیمه؛
۷. توسعه ی همکاری های بین المللی و یکپارچه سازی روابط بین المللی در بخش بیمه؛
۸. جلب مشارکت، سرمایه، تکنولوژی و دانش مدیریت بیمه ای از داخل و خارج کشور.

پیش شرط های لازم برای توسعه ی امر بیمه در کشور

به منظور توسعه ی امر بیمه در کشور، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست اطمینان حاصل کند که شرکت های بیمه در راستای فعالیت خود موارد و اصول زیرا را مدنظر داشته و رعایت می کند:

۱- شرکت های بیمه می بایست در تمام موارد، به درستی عمل کنند و همه ی فعالیت های آنان برای بیمه گذاران و ذینفعان قابل فهم باشد .در واقع شرکت های بیمه می بایست از اعمال گمراه کننده و فریب آمیز پرهیز کرده و وظایف و مسئولیت های قانونی خود را در قبال مشتری به درستی انجام دهند.

۲- شرکت های بیمه می بایست در اداره فعالیت های تجاری خود مهارت کافی، توجه و کوشش داشته باشند .به عبارت دیگر، آن ها باید قادر باشند شرایط و نیاز مشتری را ارزیابی کرده و پوشش متناسب با آ ن را به مشتری عرضه کنند و در چارچوب مقررات و وظایف قانونی خود، تمامی امکانات را برای حفظ دارائیها و امنیت مشتری فراهم کنند.

۳- شرکت های بیمه می بایست معاملات و روابط تجاری خود را با تدبیر تنظیم کنند .این تدبیر شامل نگهداری منابع مالی و نقدینگی کافی، نگهداری و برقراری سیستم های مدیریت ریسک کارآمد، کنترل های داخلی، رعایت اصول حاکمیت شرکتی و ... است.

www.asia26090.ir

۴- شرکت های بیمه می بایست به جای پورتفو محوری، اقتصاد محور باشند و بر پایه تحلیل هزینه و فایده اداره شوند .شرکت های بیمه می بایست توجه داشته باشند، اگر هدف آن ها جذب پورتفو به هر قیمت باشد، بازدهی مناسب اقتصادی به وجود نخواهد آمد و منافع ذینفعان تامین نخواهد شد.

۵- شرکت های بیمه می بایست به نیازهای اطلاعاتی مشتریان خود توجه داشته باشند و با آنان با رعایت انصاف رفتار کنند .این اطلاعات می تواند شامل، اطلاع از شرایط بیمه نامه ها، پوشش ها، استثنائات، قیمت، عوامل موثر در ریسک، تعهدات، وظایف متقابل بیمه گر و بیمه گذار، هزینه های فسخ یا ابطال بیمه نامه، نحوه ی رسیدگی به شکایات و ... باشد.

۶- شرکت های بیمه باید اطلاعاتی را که معمولا پیش از مشورت یا انعقاد قرارداد، به آن نیاز دارند از مشتریان خود دریافت کنند . این اطلاعات در ارزیابی نیازهای مشتری موثر است و می بایست محرمانه تلقی شوند.

۷- شرکت های بیمه و نمایندگان آن ها نباید تضاد منافع داشته باشند.

۸- شرکت های بیمه می بایست با نهادهای نظارتی به شکلی صادقانه تشریک مساعی داشته باشند .در واقع شرکت های بیمه موظفند نهادهای نظارتی را در جریان وقایع مهم قرار دهند.

۹- شرکت های بیمه می بایست در هر مورد که لازم است، سیستمی برای رسیدگی به شکایات فراهم کنند.

۱۰-شرکت های بیمه می بایست روابط تجاری خود را به طور موثر سازماندهی و کنترل کنند.

پیش شرط های لازم برای دستیابی به سیستم نظارتی کارآمد و موثر

به منظور دستیابی به سیستم نظارتی کارآمد و موثر و رسیدن به اهداف تعیین شده، وجود پیش شرط های زیر درفضای صنعت بیمه ی کشور ضروری است:

۱- وجود سیاست های موثر و مناسب در سطح اقتصاد کلان

اتخاذ سیاست های موثر و مناسب اقتصادی در صلاحیت بیمه مرکزی نیست؛ ولی چنانچه بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران احساس کند که سیاست های موجود به تضعیف سلامت و ایمنی صنعت بیمه می انجامد، می بایست قادر باشد نسبت به آن واکنش نشان دهد . زمانی که سیاست های موثر و مناسب در زمینه ی اقتصاد کلان وجود نداشته باشد، بیمه مرکزی با وظایفی روبرو خواهد شد که انجام آن ها عملا غیر ممکن است.

۲- استقلال عملیاتی

می بایست چارچوب مشخصی از اهداف و مسئولیت ها مبتنی بر استقلال عملیاتی برای بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به عنوان نهاد ناظر و حاکمیتی تعریف شده باشد تا فراغت این نهاد را از هرگونه فشار سیاسی تداوم بخشیده و آن را در زمینه دستیابی به اهداف مذکور پاسخگو بداند.

۳- برخورداری از منابع کافی

می بایست منابع کافی(شامل نیروی انسانی متخصص و حرفه ای، سرمایه و فن آوری)برای دستیابی به اهداف تعریف شده در اختیار بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران قرار داشته باشد .این منابع می بایست تحت شرایطی فراهم شده باشد که استقلال، انسجام و آزادی عمل بیمه مرکزی را تضعیف نکنند و نهاد ناظر می بایست با اطلاعات محرمانه به شیوه ی مناسب برخورد کند.

۴- چارچوب قانونی مناسب

چارچوب یا نظام قانونی موجود، حداقل می بایست در برگیرنده ی موارد زیر باشد:

۱- نظامی از قوانین تجاری شامل قوانین شرکتی، قوانین مربوط به ورشکستگی، قوانین مربوط به امور قراردادها، قوانین مربوط به رعایت حقوق و منافع مشتری، قوانین مربوط به مالکیت خصوصی و ... می بایست وجود داشته باشد که به طور پیوسته جریان داشته و برای حل بی طرفانه ی مسائل و مشکلات، ساز و کار مناسب را فراهم سازد؛

۲- نظام قانونی می بایست حمایت های لازم را از بیمه مرکزی و کارمندان آن در دعاوی حقوقی که طبق وظیفه، اختیارات و قانون مطرح شده، به عمل آورد؛

۳- اصول و قواعد جامع و واضح حسابداری که از مقبولیت گسترده ی بین المللی برخوردارند، می بایست وجود داشته و به کار گرفته شوند؛

۴- نظامی از حسابرسی مستقل می بایست وجود داشته باشد به طوریکه استفاده کنندگان از صورت های مالی اطمینان یابند که حساب ها و صورت های مالی، چشم انداز درست و منصفانه از وضعیت مالی آن شرکت را ارائه کرده و بر مبنای اصول حسابداری، توسط حسابرسانی تهیه شده است که در قبال مسئولیت ها و اختیارات خود، پاسخ گو هستند؛

۵-نظام قانونی می بایست حداقل استانداردهایی را که لازم است شرکت های بیمه به آن دست پیدا کنند، ایجاد و تعریف کند؛

۶-نظام قانونی می بایست از نظر عملیاتی به بیمه مرکزی این امکان را بدهد که برای ایجاد مقررات احتیاطی، در صورت نیاز از انعطاف پذیری کافی برخوردار باشد و هنگام عدم رعایت الزامات احتیاطی(از سوی شرکت بیمه)مجازات هایی را برای آن ها در نظر بگیرند (مانند عزل فرد، محدودیت فعالیت، ابطال مجوز و)... ؛

۸- نظام قانونی می بایست به بیمه مرکزی اختیارات لازم را برای جمع آوری مستقل اطلاعات بدهد. وجود نظام همکاری در بین نهادهای نظارتی درخصوص مبادله ی اطلاعات این همکاری می بایست به وسیله ی تمهیداتی که برای حفاظت از جنبه ی محرمانه اطلاعات نظارتی اندیشیده شده است و نیز تضمین این امر که از آن ها برای نظارت موثر بر موسسات ذی ربط استفاده می شود، تقویت شود.

www.asia26090.ir

بخش سوم - قسمت دوم: برنامه ریزی کوتاه مدت میان مدت و بلند مدت

برنامه‌ریزی، فرآیند تفکر در رابطه با فعالیت‌های لازم برای رسیدن به هدف مطلوب است. برنامه‌ریزی اولین و مهم‌ترین فعالیت لازم برای دستیابی به نتایج مطلوب است. بسته به فعالیت‌ها، هر برنامه می‌تواند که بلندمدت، میان‌مدت یا کوتاه‌مدت باشد. برای مدیرانی که در جستجوی حمایت‌های بیرونی هستند، برنامه‌ریزی، مهم‌ترین و کلیدی‌ترین و آسان‌ترین سند برای رشد است. برنامه‌ریزی می‌تواند، نقش مهمی در کمک به جلوگیری از اشتباهات یا تشخیص فرصت‌های پنهان بازی کند. برنامه‌ریزی به پیش‌بینی آینده و ساختن آینده تا حدودی قابل تصور کمک می‌کند. آن پلی است بین آنجایی که هستیم و آنجایی که می‌خواهیم برویم. برنامه‌ریزی به آینده می‌نگرد.

برنامه‌ریزی یا طرح‌ریزی یعنی اندیشیدن از پیش. متخصصین از زوایای متعدد برای برنامه‌ریزی تعاریف متعددی ارائه کرده‌اند که برخی از آن‌ها از این قرار است:

۱. تعیین هدف، یافتن و ساختن راه وصول به آن،
۲. تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه کارهایی باید انجام گیرد،
۳. تجسم و طراحی وضعیت مطلوب در آینده و یافتن و ساختن راه‌ها و وسایلی که رسیدن به آن را فراهم کند،
۴. طراحی عملیاتی که شیئی یا موضوعی را بر مبنای شیوه‌ای که از پیش تعریف شده، تغییر بدهد.
۵. فرایند تفکر قبل از عمل

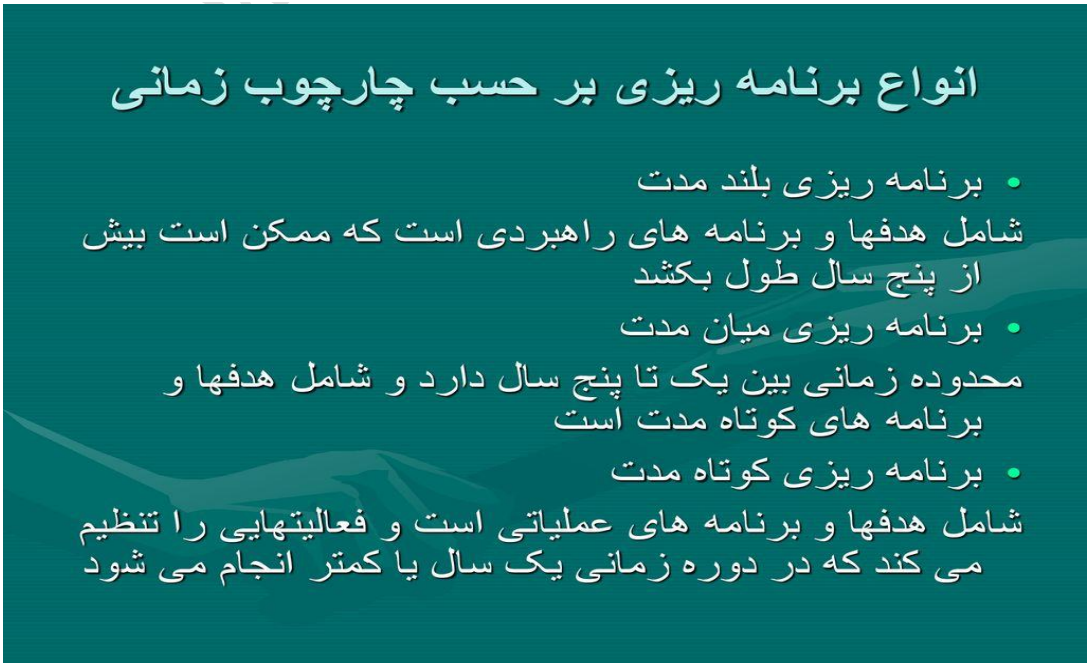
تصمیم‌گیری، رکن اساسی تمام وظایف مدیریتی و در عین حال، مبنای برنامه‌ریزی است چرا که نمی‌توان گفت برنامه‌ای وجود دارد مگر اینکه تصمیمی اتخاذ شده باشد. به عبارت بهتر، تصمیم‌گیری، هسته مرکزی مدیریت است که در تمامی وظایف دیگر، نمود دارد، به همین دلیل برخی مدیریت و تصمیم‌گیری را دو واژه مترادف می‌دانند.

به جرأت می‌توان گفت برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری، برای نیل به اهداف سازمان مکمل اند اما نوع اتخاذ تصمیم نیز نقش به سزایی ایفا می‌کند با وجودی که تصمیم‌گیری به کلیه وظایف مدیریتی مربوط می‌شود، اما اساس برنامه‌ریزی به‌شمار می‌آید و نمی‌توان گفت برنامه‌ای وجود دارد بدون اینکه تصمیمی گرفته شده باشد. از این رو، تصمیم‌گیری از ارکان اساسی فعالیت‌های مدیریتی به‌شمار می‌رود چرا که هر مدیری برای اجرای هریک از وظایف خود، همواره با مواردی مواجه می‌شود که نیاز به تصمیم‌گیری دارد.

مراحل تصمیم‌گیری

برآیند نسبتاً کلی از مراحلی که برای فرایند تصمیم‌گیری در متون مختلف طرح شده‌است را می‌توان در موارد زیر خلاصه نمود:

۱. اطمینان از وجود نیاز به تصمیم
۲. تعیین معیارهای تصمیم‌گیری
۳. تشخیص میزان اهمیت معیارها
۴. کشف راه حل‌ها
۵. ارزیابی راه حل‌ها
۶. انتخاب بهترین راه حل



برنامه استراتژیک بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

با توجه به مطالب ارائه شده در بخش های قبلی، به نظر می رسد، به رغم اقدامات مثبت صورت گرفته در حوزه ی بیمه ازجمله،

۱. اجرای طرح تحول صنعت بیمه کشور در سنوات گذشته،
۲. به کار گیری نیروهای متخصص، خصوصی سازی و
۳. افزایش سرمایه ی شرکت های بیمه و ...،

در طی این دوره، با توجه به شرایط اقتصادی کشور و وجود تحریم ها و ...برخی مشکلات بازار بیمه حل نشده باقی مانده است، در نتیجه، بازار بیمه قادر به رفع کامل نیازهای جامعه در زمینه ی خدمات مدرن بیمه ای نبوده است. از طرف دیگر، شرکت هایی در بازار بیمه وجود دارند که با آزاد شدن نرخ تعرفه ها، دامپینگ را بر اساس ارزیابی های غیر واقعی انجام داده اند و ارزیابی وضعیت مالی بیمه گران را غیر ممکن و مشتریان را از انجام یک انتخاب آگاهانه محروم ساخته اند.

در واقع توسعه بازار بیمه به وسیله ی قوانین ناکارآمد، ناکافی و قوانین نظارتی غیرقابل پیش بینی و غیرشفاف مختل شده و توان کارشناسی مدیران، کارکنان، نمایندگان، اکچوئرها، دلالان بیمه و ... در سطح مطلوب مورد انتظار بازار نبوده است. به همین دلیل، سطح قابل توجهی از ریسک های دولتی بیمه نشده است و بسیاری از ریسک های اجتماعی سطح مطلوبی از پوشش را ندارند و نیاز به استفاده بودجه دولت برای تامین خسارت هایی که ریسک آن ها قابلیت بیمه شدن داشته اند، همواره وجود دارد. بر همین اساس، مشاهده می شود سهم بازار بیمه ایران از اقتصاد، به رغم رشد، کوچک باقی مانده است.

عدم توسعه نظارت های داخلی در شرکت های بیمه و نحوه ی نظارت نهاد نظارتی، باعث دخالت های ناکارآمد دولت در بازار بیمه شده و مانع درگیری تمام عیار منابع مالی و موسسات حرفه ای در بازار شده است و قوانین بیمه درباره ی نمایندگان، دلالان، اکچوئرها، ارزیابان و ... غیرشفاف و ناکافی است.

باوجود این، کارشناسان اعتقاد دارند که توسعه بیمه ی ریسک های بزرگ در بخش هایی مانند انرژی، صنایع ساختمانی، کشاورزی، ریسک های مرتبط با بیمه ی درمان، بیمه زندگی، بیمه های پس انداز و ... بدون انجام اصلاحات در بخش بیمه امکان پذیر نیست.

بدین ترتیب، بازار بیمه تحت تاثیر ریسک های داخلی و بیرونی قابل توجهی قرار گرفته است که مهمترین آن ها به شرح زیر است:

الف(ریسک جهانی: ریسک های ایجاد شده در دایره طبیعی توسعه، اقتصاد جهان و سیستم های مالی از جمله بحران های مالی جهانی و ... ؛

ب(ریسک های اقتصاد خرد و کلان : به ویژه ریسک های متاثر از کاهش رشد اقتصاد ملی، کاهش رشد سطح فعالیت های سرمایه گذاری، سطح بالای تورم و بهره ی اعتبارات بانکی، سطح پایین استانداردهای زندگی مردم و سطح ناکافی توسعه ی زیرساخت های داخلی و ... ؛

ج(ریسک های مالی: شامل وضعیت مالی نامناسب بخش عمده ای از بیمه گران و بیمه گذاران، سطح پایین دارائی های شرکت های بیمه، وابستگی درآمد سرمایه گذاری ها به سیاست های پولی و مالی کشور و ... ؛

د(ریسک های تجاری: ریسک هایی که بر اثر قیمت های رقابتی باعث شده برخی شرکت ها در آستانه ی ورشکستگی قرار گیرند، رشد حجم تعهدات برآورده نشده به ویژه درخصوص قرارداد با شرکت های سرمایه گذاری، شرکت های بیمه ی اتکایی، بانک ها، و ...

بر این اساس هدف از اجرای برنامه استراتژیک صنعت بیمه، احیای نقش اصلی بیمه به عنوان یک فعالیت مفید اجتماعی در حمایت از منافع مادی افراد، نهادهای تجاری و دولت بر اساس توسعه ی رقابت، گسترش و توسعه ی زیرساخت ها و تکنولوژی مدرن از

طریق ایجاد خدمات و ابزارهای بیمه ای با کیفیت و جذاب، بالابردن سطح اطمینان در زمینه ی رعایت حقوق مشتری، ایجاد قوانین کارآمد، ایجاد روش های نظارتی استاندارد و نهادهای خود تنظیم است.

❑ برنامه های استراتژیک مدیریت بیمه چیست؟

۱. سرمایه‌گذاری صحیح ذخایر بیمه با احتیاط کامل و نحوه سرمایه گذاری ها
۲. تنظیم تعرفه مناسب و شرایط بیمه نامه
۳. اعطای نمایندگی با شرایط مناسب
۴. ارزیابی دقیق دارایی ها و موجودی ها و ذخایر حق بیمه
۵. ارزیابی بدهی ها و تعهدات بیمه گر
۶. ارزیابی هزینه های بیمه گری

بخش سوم ، قسمت سوم : پیش بینی و آینده نگری روند توسعه پرتفوی

❑ پرتفوی چیست ؟

- پُرتفُوی (Portfolio) : ترکیبی مناسب از انواع ریسکها (انواع بیمه) یا سایر دارایی‌ها است، که یک بیمه گر آنها را جمع آوری کرده است. هدف از تشکیل سبد پرتفوی ، تقسیم‌کردن ریسک؛ بدین ترتیب که سود یک ریسک می‌تواند ضرر ریسک دیگر را جبران کند. یک ضرب‌المثل معروف می‌گوید: «همه تخم‌مرغ‌ها را در یک سبد نگذارید.»، چرا که ریسک شکستن سبد، باعث نابودی همه تخم‌مرغ‌ها خواهد شد.بنابر این در تشکیل پرتفوی تجزیه تحلیل ریسکها وانتخاب مناسب همچنین تنوع بخشیدن به آنها حایز اهمیت است .

❑ شرایط لازم برای مدیریت پرتفوی چیست ؟

۱. اطلاع از قوانین و مقررات نظارتی در صنعت بیمه
۲. شناخت ظرفیت بالقوه بازار و تقاضای افراد برای بیمه
۳. جمع آوری آمار و اطلاعات جهت برنامه ریزی و پیش بینی در کلیه سطوح
۴. برنامه های بازاریابی و فروش
۵. مطالعات ساختار پرتفوی – ترکیب پرتفوی – کاهش سهم بیمه های ثالث وقانونی
۶. مطالعه و ارزیابی ریسکهای بیمه شده
۷. نگهداری ذخیر و سپرده ها
۸. تقسیم خطر یا تامین پوشش اتکائی مورد نیاز
۹. افزایش یا کاهش حق بیمه و کنترل خسارت

www.asia26090.ir

- برنامه‌ریزی مالی پرتفوی :Portfolio FINANCIAL TECHNIQUE

به ارزش مالی و نقدی پرتفوی ارزش پرتفوی گویند .

سیاست مدیر سرمایه گذاری پرتفوی بیمه :

- ❑ توجه به ارزش فعلی و آینده پول
- ❑ اطمینان از سرمایه گذاری در مقابل سرمایه گذاری نامطمئن است.

- مدیریت و حفاظت از پرتفوی : پس از تشکیل پرتفوی نمی توان آنرا رها کرد بلکه با یک مدیریت فعال پرتفوی را در اختیار خود بگیریم. مانند اصلاح ساختار پرتفوی و اصلاح ریسک موارد بیمه

- ظرفیت شرکت بیمه در قبول ریسک capacity : توانایی شرکت بیمه برای صدور بیمه نامه و قبول پوشش بیمه ای را ظرفیت شرکت بیمه می گویند و به سرمایه و ذخایر مالی شرکت بیمه وابسته است .

❑ عوامل موثر در رشد پرتفوی بیمه

۱) رضایتمندی مشتریان (CRM)

۲) نگرش و چارچوب فکری نوین : هر سازمانی باید توان تولید همزمان محصولات متفاوت و با طول عمر کوتاه، طراحی مجدد محصولات، تغییر روش های تولید، و توان واکنش کارآمد به تغییرات را داشته باشد.

۳) تنوع محصولات بیمه ای موجب کاهش ریسک میشود مانند بیمه چند اتومبیل کم ارزش بهتر از بیمه یک اتومبیل گرانقیمت است

۴) میزان و زمان پرداخت خسارت‌ها

۵) تجدید ساختار پرتفوی و اصلاح ساختار ریسکها و تمرکز زدائی

۶) تجدیدفرآیندهای صدور و پرداخت خسارت (اینترنتی)

۷) منابع انسانی متخصص و فنی

۸) نرم‌افزارهای کاربردی و زیرساخت‌های ارتباطی

۹) نسبت‌های مالی (نسبتهای شاخص سودآوری، جریانهای نقدی و رشد)

محاسبه و رصد توانگری مالی شرکت های بیمه توسط نهادهای ناظر، یکی از جنبه های مهم حرکت از نظارت تعرفه ای به نظارت مالی است .در کسب و کار بیمه که مبتنی بر اعتماد و اطمینان است، کنترل های پیش از وقوع بحران مالی یک شرکت بیمه تأثیر به سزایی در صیانت از حقوق بیمه گذاران، جلب و حفظ اعتماد عمومی آحاد جامعه و توسعه و رشد صنعت بیمه دارد.

ساختار پرتفوی شرکت های بیمه و پیش بینی توانگری مالی:

www.asia26090.ir

با توجه به تاثیر ساختار پرتفوی شرکت در محاسبه ریسک و در نتیجه توانگری مالی شرکت های بیمه، امکان پیش بینی توانگری مالی شرکت های بیمه در ایران با متغیرهای مختلف مورد بررسی قرار می گیرد .

مانند : متغیر های ساختار پرتفوی شرکت بیمه

۱. سهم حق بیمه ثالث از کل پرتفوی شرکت
۲. سهم حق بیمه درمان از کل پرتفوی شرکت
۳. سهم حق بیمه زندگی از کل پرتفوی شرکت
۴. سهم حق بیمه سایر رشته ها از کل پرتفوی شرکت

در بررسی ها ی مالی ممکن است سهم حق بیمه ثالث از کل پرتفوی شرکت به عنوان سرشاخه عمل می نماید و این قضیه مبین اهمیت بالای پرتفوی ثالث در بحث توانگری مالی شرکت است. وزن دهی شاخص های موجود در هر پژوهش با استفاده از تکنیکهای مختلف آماری ممکن است موید این مطلب باشد.

با توجه به تاثیر ساختار پرتفوی شرکت در محاسبه ریسک و در نتیجه توانگری مالی شرکت های بیمه و همچنین نقش شاخص ضریب خسارت تحقق یافته در خروج وجوه نقد، سود و زیان و نهایتا اقلام ترازنامه ای شرکت، امکان پیش بینی توانگری مالی شرکت های بیمه در ایران با توجه به متغیر ها (ضریب خسارت . نرخ رشد ، سهم بازار) مورد بررسی قرار می گیرد .

طبق ماده ۹ آیین نامه شماره ۹۳ مصوب شورای عالی بیمه (آیین نامه حاکمیت شرکتی در موسسات بیمه)، شرکت های بیمه موظف به ایجاد واحد مدیریت ریسک در ساختار سازمانی خود زیر نظر مدیرعامل می باشند .شرکت های بیمه نیز اصلاح ساختار سازمانی به منظور ایجاد واحد مذکور را در اجرای آیین نامه فوق در دستورکار خود قرار می دهند . براساس ماده ۱ آیین نامه شماره ۶۹ مصوب شورای عالی بیمه "آیین نامه نحوه محاسبه و نظارت بر توانگری مالی موسسات بیمه"، ریسک های مترتب بر عملکرد شرکت های بیمه عبارتند از:

- ریسک بیمه‌گری * ریسک بازار * ریسک اعتبار * ریسک نقدینگی

ریسک هایی که موسسه بیمه به دلیل صدور بیمه نامه و قبولی اتکائی با آن مواجه است.که عوامل مهم و تأثیرگذار در محاسبه این ریسک عبارتند از: حق بیمه سهم نگهداری، ذخایر حق بیمه سهم نگهداری، خسارت پرداختی سهم نگهداری و ذخایر خسارت معوق سهم نگهداری.

برای کاهش این ریسک همواره اقدامات و کنترل های الزامی است :

۱ - فعالیت و حضور موثر در بخش بیمه های زندگی و غیر زندگی، با اتکاء به توان فنی شرکت و رعایت اصول بیمه گری در انتخاب ریسک؛

۲ - انتقال بخشی از ریسک بیمه نامه های صادره از طریق واگذاری به بیمه گران اتکائی؛

۳ - اجرای مبانی تعیین نرخ حق بیمه با رعایت اصول مدیریت ریسک؛

۴ - نظارت مستمر در فرآیند برآورد و پرداخت خسارت و احتساب ذخیره خسارت معوق؛

۵ - انجام محاسبات مربوط به ذخایر فنی با رعایت آیین نامه های مصوب بیمه مرکزی ج.ا.ا.

www.asia26090.ir

) اصلاح مداوم تشکیلات درون سازمانی با توسعه عملیات

- پیشرفت و بالندگی هر کشور و هر سازمانی به انسان های آن بستگی دارد و نیروی انسانی کارآمد و با دانش است که یک جامعه را بالنده و پیشرفته می گرداند. تحقق توسعه، نیازمند پرورش نیروی انسانی با کیفیت و با صلاحیت است و پیشرفت همه جانبه بدون داشتن انسان هایی فرهیخته و متمدن ممکن نیست.

فرآیند آموزش و بهسازی از فعالیت های ضروری برای تطبیق نیروی انسانی با شرایط متغیر سازمان و محیط می باشد. آموزش (ضمن خدمت) در سازمان از ضرورت و اهمیت خاصی برخوردار است چرا که سازمان ، سالهاست در تکاپوی رسیدن به پیشرفت و توسعه مطلوب، استفاده و نهادینه سازی فن آوری های نوین اطلاعات و رها شدن از فشارهای اقتصادی و اجتماعی است. در این راستا آموزش نیروی انسانی و ارزیابی آثار آن بر افزایش عملکرد آنان، بسیار حائز اهمیت است. آموزش صحیح نیروی انسانی، ضمن اینکه در سطح سازمان تامین اجتماعی باعث ارتقاء عملکرد کارکنان و سازمان می گردد، زمینه های برخورد مناسبتر کارکنان با مراجعان را نیز فراهم می نماید.

لازم به ذکر است تعلیم فرد بدون برنامه و بمنظور آنکه چنان رفتار کند که تاثیری در دستگاه کلی سازمان نداشته باشد کاری عبث و بی حاصل است. آموزش و بهسازی کارکنان اقدامی راهبردی است که در سطح فردی باعث ارزشمندی فرد، در سطح سازمانی باعث بهبود و توسعه سازمان و در سطح ملی و حتی فراملی منجر به افزایش بهره وری و نتایج مترتب بعدی می شود. بنابراین عامل کارآمدی سازمانها، توسعه پیوسته سرمایه انسانی از طریق آموزش و بهسازی آن است.

- بررسی ساختار سازمانی و تشکیلاتی شرکت های بیمه و ساختار شبکه فروش

ساختار سازمانی شرکت های بیمه می بایست به گونه ای طراحی شده باشد که تمام کارکردهای مورد نیاز فعالیت بیمه گری اعم از بازاریابی، مباحث و محاسبات فنی، اصول حاکمیت شرکتی، کنترل های داخلی، سرمایه گذاری، مدیریت ریسک، بیمه های اتکایی، بازیافت، مباحث حقوقی و ... را تحت پوشش قرار دهد .علاوه بر این، به منظور حفظ حقوق بیمه گذاران و رعایت اصول مشتری مداری، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست موارد زیر را مد نظر قرار دهد:

- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست تدابیری در زمینه ی اعطای مجوز و نظارت بر عملکرد نهادهای حرفه ای مستقل ارزیابی خسارت(شامل، موسسات ارزیابی خسارت و ارزیابان خسارت)اتخاذ کند، تا این گروه فعال تر شده و ارزیابی خسارت پرونده های خسارتی شرکت های بیمه به آن ها سپرده شود .در این باره، شرکت های بیمه می بایست سیاست ها و ساختار تشکیلاتی خود را طوری طراحی کنند که اهداف مذکور تامین شود.
- استانداردهای مناسبی را بر اساس ضریب حاشیه ی توانگری شرکت های بیمه درخصوص ساختار شبکه فروش، نحوه ی جذب و تعداد نمایندگان مورد نیاز شرکت های بیمه به منظور دستیابی به ترکیب بهینه ی شبکه فروش تعریف کند.
- به منظور تربیت و توسعه نمایندگان تخصصی بیمه های عمر، استانداردهای مرتبط به نمایندگان بیمه ی عمر را تهیه و تدوین کند

۹- نظارت و تایید نحوه اجرای اصول حاکمیت شرکتی در شرکتهای بیمه

از جمله کنترل های داخلی بیمه مرکزی نقش کلیدی در ارتقای حاکمیت شرکتی موثر شرکتهای بیمه دارد .در این باره، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست اطمینان یابد که چارچوب حاکمیت شرکتی، که توازن مناسبی بین آزادی عمل مدیریت و پاسخ گویی و رعایت منافع ذینفعان فراهم می کند، به شرح زیر در شرکت پیاده سازی شده است:

- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست استانداردهایی در خصوص اصول حاکمیت شرکتی و اقدامات پیش گیرانه در خصوص جلوگیری از مشکلات، تدوین و به شرکتهای بیمه اعلام کند؛
- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست اطمینان حاصل کند که شرکت های بیمه سیاست ها و اقدامات حاکمیت شرکتی را پذیرفته و آن ها را بطور موثری اجرا می کند؛
- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست کیفیت حسابرسی و اقدامات کنترلی شرکتهای بیمه را ارزیابی کند.
- بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران می بایست هیات مدیره و مدیریت ارشد را در قبال مشکلات ناشی از عدم رعایت اصول حاکمیت شرکتی پاسخ گو بداند و آن ها را ملزم به بکارگیری تدابیر اصلاحی و به موقع جهت بهبود حاکمیت شرکتی در شرکت بیمه کند.
- علاوه بر این، بیمه مرکزی می بایست هیات مدیره را ملزم به ارائه نظارتی معقول و محتاطانه در قالب سیستم اطلاعات مدیریت کند .در این خصوص، بیمه مرکزی می بایست مطمئن شود که شرکت های بیمه کنترل داخلی مناسبی دارند که متناسب با اندازه و پیچیدگی فعالیت آن ها است و کنترل های داخلی به درستی صورت می پذیرد.

منظور از کنترل های داخلی حصول اطمینان از این موارد است:

۱. *فعالیت یک شرکت بیمه به روشی محتاطانه و در انطباق با خط مشی ها و استراتژی های تدوین شده از سوی هیات مدیره شرکت انجام می شود؛*
۲. *معاملات تنها با اختیارات لازم به جریان می افتند؛*
۳. *گزارش های حسابداری و غیره، اطلاعاتی کامل، دقیق و به موقع را فراهم می آورد؛*
۴. *مدیریت قادر به شناسایی، ارزیابی، اداره و کنترل ریسک های صنعت بیمه است؛*
۵. *ترتیبات مشخصی برای تفویض اختیار و مسئولیت ایجاد شده است؛*
۶. *تفکیک حسابداری بیمه های بلندمدت مانند بیمه نامه های عمر از سایر حساب ها صورت پذیرفته است؛*
۷. *تفکیک دارایی ها و بدهی ها از یکدیگر به درستی صورت گرفته و مغایرت های آن ها رفع شده است؛*
۸. *از اموال شرکت به درستی محافظت می شود؛*
۹. *شرکت به نتایج حاصل از کنترل های داخلی پایبند است.*

نمایندگان فروش برای جبران خدمات خود از شرکت بیمه متبوع، حق صدور)درصورت داشتن مجوز صدور بیمه نامه(بابت هزینه های اداری صدور بیمه نامه ها و کارمزد، بابت جبران خدمات مربوط در زمینه ی بازاریابی و جذب مشتری دریافت می دارند. بررسی هزینه های عملیاتی شرکت های بیمه در صورت های مالی آنان درصد حق بیمه های صادر شده را به عنوان هزینه های صدور و کارمزد به شبکه ی - نشان می دهد که شرکت های بیمه بازرگانی به صورت میانگین نمایندگی پرداخت می کنند.

از آن جا که سقف حق صدور و کارمزد پرداختی توسط شورای عالی بیمه تعیین می شود، شرکت های بیمه، در رشته های مختلف، کارمزدهای متفاوتی با توجه به ترکیب پورتفوی و سیاست های توسعه ی پورتفوی و یا محدود ساختن برخی پوشش ها، پرداخت می کنند. اما در مجموع، این تفاوتها چندان زیاد نیست و معمولا شرکت های بیمه ایرانی روش ها و سیاست های یکسانی در برخورد با شبکه نمایندگی خود اعمال می کنند. چنانچه هزینه های خرید یا اجاره و تجهیز دفتر نمایندگی و هزینه های اداری و پرسنلی آن را با توجه به مکان جغرافیایی و وضعیت فیزیکی آن برای مثال ماهانه دومیلیون تومان در نظر بگیریم و حداقل درآمد مورد انتظار نماینده)حقیقی بدون بازاریاب(را نیز یک میلیون تومان فرض کنیم، یک نماینده حقیقی برای تداوم فعالیت و جبران هزینه های تامین معاش خود در سال می بایست حداقل ۱ میلیون تومان پورتفو کسب کند تا حق صدور و کارمزد دریافتی وی)حدود ۴۴ درصد(به ۰۶ میلیون تومان در سال یعنی ماهانه دو میلیون تومان بالغ شود. در این وضعیت و در مقایسه با حاشیه توانگری شرکت های بیمه

و محاسبه پورتفوی مناسب یک شرکت بیمه)پورتفویی که یک شرکت بیمه با توجه به سرمایه، ذخایر و منابعی که در اختیار دارد، می بایست تولید کند(، می توان تعداد مناسب نمایندگان یک شرکت بیمه را برآورد کرد.

برقراری هماهنگی در ارتباطات جهت نیل به اهداف بیمه‌گری

ارتباط برای هماهنگی فعالیتهای گروهی، اجرای وظایف رهبری و انجام وظایف مدیریتی لازم است، بنابراین مدیرانی که مدیریت خود را با توجه به مفاهیم ارتباطات سازمانی اعمال نمایند به وضوح از موفقیت بیشتری برخوردار خواهند گردید. در مدیریت اموری چون ارتباطات انسانی، عوامل موثر بر ارتباطات، گروههای رسمی و غیررسمی، روشهای بهبود ارتباطات و رفع موانع ارتباطی در سازمان حائز اهمیت است.

سازمان

برای بررسی دقیق‌تر مفهوم ارتباطات سازمانی ابتدا به توضیح مفاهیم سازمان و ارتباطات می‌پردازیم.

سازمان به مجموعه‌ای اجتماعی، هدفدار و وظیفه مدار اطلاق می شود. مجموعه ای که هر کدام از اعضای آن دارای هدف های فردی هستند و کل مجموعه به عنوان یک نظام دارای اهداف سازمانی می‌باشد. این مجموعه برای انجام فعالیتهایش به نوعی هماهنگی در چارچوب یک ساختار سازمانی نیازمند است. هیچ سازمانی نمی‌تواند در خلاء به وجود آید یا در آن به ادامه فعالیت بپردازد، بلکه همه سازمانها توسط محیطهای اجتماعی پیرامون که هم بر آنها اثر می‌گذارند و هم از آنها تاثیر می‌پذیرند احاطه شده اند.

برای هریک از افراد در یک سازمان دو مفهوم مهم وجود دارد؛ یکی مفهوم سازمان که حیاتی ترین امر در پروسه شغلی هر فرد است و دوم مفهوم ارتباط است که یک المان منحصر به فرد برای فهم نحوه عمل سازمان و دانستن وظیفه فرد برای ارتقاء و پیشرفت سازمان است. درحقیقت برای یک فارغ التحصیل دانشگاه هیچ فعالیت تخصصی نیست که نیاز به عضویت در یک سازمان را نداشته باشد.

ارتباط

برای اینکه یک اندیشه به واقعیت بپیوندد باید برنامه ای وجود داشته باشد و هنگامی که یک برنامه توسعه می‌یابد باید با افرادی که درگیر اجرای آن هستند ارتباط برقرار شود. در این زمینه ارتباطات وسیله به دست آوردن حاصل کار از دیگران به شمار می‌رود و به عنوان فرآیند انتقال و دریافت اطلاعات تعریف می‌شود. ارتباطات نقطه آغاز کلیه وظایف مدیریتی است. بدون ارتباطات، برنامه ریزی، سازماندهی و کنترل مقدور نیست زیرا درک اطلاعات وانتقال آنها ممکن نیست.

ارتباطات عبارت است از فرایند ارسال اطلاعات از طریق یک شخص به شخص دیگر و درک آن توسط شخص گیرنده یعنی انتقال و سهیم شدن در اندیشه ها و عقاید و واقعیتها به گونه ای که گیرنده، آنها را دریافت و درک کند. به عبارت دیگر ارتباطات فرایندی است که به وسیله آن افراد در صدد برمی‌آیند تا در سایه مبادله پیامهای نمادین به مفاهیم مشترک دست یابند.

همچنین می‌توان این تقسیم بندی را برای مفهوم ارتباطات ارائه داد:

۱- ارتباطات عبارت است از فرایند انتقال اطلاعات از یک شخص به شخص دیگر.

۲- ارتباطات عبارت است از فرآیند انتقال اطلاعات ، معانی و مفاهیم در بین افراد در سازمان با واسطه یا بدون واسطه .

۳- ارتباطات عبارت است از توزیع اطلاعات به منظور هدایت رفتار سازمانی .

۴- ارتباطات عبارت است از تبادل اطلاعات و انتقال معانی ، مفاهیم و احساسها بین افراد در سازمان.

www.asia26090.ir

از اهداف مهم نظارت در صنعت بیمه، حفاظت از حقوق بیمه گذاران است .افزایش آگاهی های عمومی در زمینه انواع محصولات بیمه ای و قیمت ها و شرایط، ویژگی های عمده بیمه گران و طبقه بندی و اعتبارسنجی آن ها، تشریح چارچوب حقوقی بیمه نامه ها، امتیازات و تعهدات هریک از طرفین قرارداد، نحوه رسیدگی به اختلافات، مراجع قانونی رسیدگی و بسیاری اطلاعات دیگر، کمک می کند تا بیمه گذاران به حقوق قانونی خود بیشتر واقف شده و با اطمینان خاطر نسبت به خرید محصولات بیمه ای اقدام کنند . بدیهی است که افزایش آگاهی های عمومی به گسترش فرهنگ بیمه و گسترش بازار نیز کمک می کند و امر نظارت را تسهیل می نماید .در کشورهای پیشرفته، آموزش و اطلاع رسانی به بیمه گذاران بعنوان پشتوانه نظارت صحیح بر بیمه گران مطرح می شود و در حوزه فعالیت و مسئولیت مقام

ناظر قرار دارد .در این باره، انجام اقدامات زیر امکان پذیر و ضروری است:

الف)برقراری ارتباط سازنده با نهادهای فرهنگ ساز

به استناد ماده 211 قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران ، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران بعنوان نهاد ناظر حاکمیتی، می بایست تدابیری اتخاذ کند تا ارتباط سازنده ای با نهادهای فرهنگ ساز مانند رسانه ملی، مدارس، دانشگاهها و ... به منظور بکارگیری امکانات این نهادها، فراهم شود.

ب)تعریف استانداردهای مربوط به فروش محصولات و ارائه خدمات در راستای مشتری مداری

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، می بایست علاوه بر فعالیت های تبلیغی و آموزشی، استانداردهای مناسب مشتری مداری(نحوه اطلاع رسانی و تبلیغ خدمات بیمه ای، نحوه فروش، نحوه رسیدگی به خسارات، نحوه رسیدگی به شکایات و)... را در صنعت بیمه تعریف کرده و شرکت های بیمه را ملزم به اجرای آن ها کند .در این باره، توجه و تمرکز بر رشته های بیمه درمان، شخص ثالث و اتومبیل با توجه به گستردگی خرید آن ها از سوی خانوارها، نقش بسیار مهمی در توسعه فرهنگ بیمه و ایجاد زمینه ذهنی مثبت نسبت به صنعت بیمه در میان آحاد جامعه خواهد داشت.

ج)ایجاد تعامل سازنده با قانون گذاران بیمه

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، می بایست تدابیری اتخاذ کند تا تعامل سازنده ای با قانون گذاران بیمه و به منظور ایجاد بسترهای قانونی مناسب برای توسعه بیمه در کشور و اجتناب از تحمیل هزینه بر معاملات بیمه ای که موجب گران شدن بیمه و کاهش تقاضا برای بیمه می شود، فراهم گردد.

شناخت عوامل موثر برون سازمانی در تعیین اولویت ها

تحولات سریع فناوری و تغییرات پی در پی و پیچیده محیطی، شرایط جدیدی را برای حیات سازمان های پژوهشی ایجاد نموده است .در محیط های پویا، رقبای جدید به طور مرتب ظاهر می شوند، توسعه روزافزون فناوری جدید وجود دارد، جذب منابع جدید مشکل تر شده است و سلیقه و انتظارات مشتری نیز به طور شگفت آوری در مورد محصولات و خدمات به طور مداوم تغییر می کند.

بازار بیمه تحت تاثیر ریسک های داخلی و بیرونی قابل توجهی قرار گرفته است که مهمترین آن ها به شرح زیر است:

الف)ریسک جهانی :ریسک های ایجاد شده در دایره طبیعی توسعه، اقتصاد جهان و سیستم های مالی از جمله بحران های مالی جهانی و ... ؛

ب)ریسک های اقتصاد خرد و کلان : به ویژه ریسک های متاثر از کاهش رشد اقتصاد ملی، کاهش رشد سطح فعالیت های سرمایه گذاری، سطح بالای تورم و بهره ی اعتبارات بانکی، سطح پایین استانداردهای زندگی مردم و سطح ناکافی توسعه ی زیرساخت های داخلی و ... ؛

ج)ریسک های مالی :شامل وضعیت مالی نامناسب بخش عمده ای از بیمه گران و بیمه گذاران، سطح پایین دارائی های شرکت های بیمه، وابستگی درآمد سرمایه گذاری ها به سیاست های پولی و مالی کشور و ... ؛

د)ریسک های تجاری :ریسک هایی که بر اثر قیمت های رقابتی باعث شده برخی شرکت ها در آستانه ی ورشکستگی قرار گیرند، رشد حجم تعهدات برآورده نشده به ویژه درخصوص قرارداد با شرکت های سرمایه گذاری، شرکت های بیمه ی اتکایی، بانک ها، و ... .

بر این اساس هدف از اجرای برنامه استراتژیک صنعت بیمه، احیای نقش اصلی بیمه به عنوان یک فعالیت مفید اجتماعی در حمایت از منافع مادی افراد، نهادهای تجاری و دولت بر اساس توسعه ی رقابت، گسترش و توسعه ی زیرساخت ها و تکنولوژی مدرن از طریق ایجاد خدمات و ابزارهای بیمه ای با کیفیت و جذاب، بالابردن سطح اطمینان در زمینه ی رعایت حقوق مشتری، ایجاد قوانین کارآمد، ایجاد روش های نظارتی استاندارد و نهادهای خود تنظیم است.

بخش چهارم: ارتباطات درون سازمانی در موسسات بیمه

۱. روابط امور بیمه گری و بازاریابی

جایگاه شبکه فروش در یک صنعت به میزان زیادی به رویکرد عمومی فعالیت های بازاریابی در آن صنعت بستگی دارد، یعنی این استراتژی های عمومی بازاریابی صنعت هستند که شکل دهنده شیوه های بازاریابی هستند. از این رو، شناخت این رویکردهای کلی می تواند به طراحی سیستم های بازاریابی کارآمد کمک شایانی نماید.

از جمله دوره هایی که صنعت بیمه دنیا آن را تجربه کرده دوره محصول‌گرا است، در این دوره شرکت‌های بیمه طرح‌های بیمه‌ای را به سلیقه خود ابداع می‌کردند و به مردم عرضه می‌کردند و امیدوار بودند مردم آنها را بخرند.

دوره دیگر، دوره فروش‌گرا بود که در این دوره شرکت های بیمه مجموعه ای از بازاریابان را برای فروش محصولات بیمه‌ای خود استخدام کردند.

سومین دوره، دوره مشتری گرایی بود، شرکت های بیمه در این دوره بر اساس نیاز جامعه بیمه‌نامه طراحی می‌کردند.

و چهارمین دوره، دوره بازارگرا بود که در این دوره صنعت بیمه با ابزارهای مدیریت ریسک سعی می‌کند ریسک های بیمه‌گذاران را تجزیه و تحلیل کند و به اندازه آن بیمه‌نامه یا پوشش‌های مختلف تولید کند .

با وجود طی مراحل مختلف بالا، به طور کلی، عرضه و ارائه خدمات بیمه ای همچون هر خدمت دیگر به لحاظ ویژگی های آن همواره دشوارتر از عرضه محصولات و کالاهای فیزیکی است. می توان گفت خرید بیمه نیازمند یک پیش زمینه فرهنگی بیمه ای در خریدار است تا فروش بیمه نامه تحقق یابد. خریدار تا محصول بیمه را نشناسد آن را نمی خرد یعنی وظیفه اولیه و اصلی فروشنده، شناساندن بیمه موردنظر به خریدار است.

کار شبکه فروش بیمه، یک فعالیت زیربنایی است زیرا به طور معمول با کسانی سر و کار دارد که اطلاعات درست و کاملی از خدمات بیمه ندارند و برای رفع نیازهای بیمه ای خود می بایست توسط این شبکه توجیه شوند. خریداران بیمه نیاز دارند که کاربرد آن را بدانند و آگاه شوند که چه حقوقی را از طریق این خرید به دست آورده و چه وظایفی را به عهده می گیرند و از آنجا که این اطلاعات باید توسط نماینده، کارگزار یا شرکت بیمه ارائه شوند بدیهی است که فروشنده خود باید دارای آگاهی کافی باشد.

نمایندگان و کارگزاران بیمه و بازاریابان آنها شبکه فروش صنعت بیمه را تشکیل می دهند و در حقیقت بازوان اجرایی شرکت های بیمه جهت فروش هستند. توانایی و بالندگی شبکه فروش، شکوفایی فروش از لحاظ کمی و کیفی را به دنبال دارد و ضعف آن نیز موجب پریشانی در عرضه بیمه خواهد شد.

به دست آوردن مشتری به تنهایی برای یک شرکت بیمه ارضاء کننده نخواهد بود، در واقع با فروش بیمه نامه کار شبکه فروش آغاز می شود و حفظ و نگهداری مشتری و ارائه خدمات مناسب در صورت وقوع خسارت گام بعدی در توسعه بازار انحصاری توسط شرکت های بیمه است.

۲. روابط امور بیمه گری و عملیات مالی

در صنعت بیمه به منظور نظارت بهتر بر روی کلیه اموری که انجام می شود، بخش های مختلفی فعالیت می کنند که امور پشتیبانی و اقتصادی با هدف بررسی شرایط مالی و مدیریت توسعه منابع انسانی در نظر گرفته شده است.

بخش های مختلف مدیریت امور مالی:

در بخش مدیریت امور مالی، ۴ اداره فعالیت می کنند که عملکرد همگی منجر به بهبود شرایط مالی شرکت های بیمه و رضایتمندی مشتریان خواهد شد:

حسابداری عملیاتی:

در این قسمت تمامی امور زیر باید کنترل شود:

–دریافت و پرداخت های عملیاتی شرکت

–بررسی اسناد دریافتی بیمه

–کنترل حساب های بانکی به منظور بررسی وضعیت دریافت حق بیمه ها

–بررسی پرونده های مربوط به خسارت های بیمه گذاران

حسابرسی غیر عملیاتی:

شرح وظایف این بخش از مدیریت امور مالی به صورت زیر است:

۱. پرداخت هزینه های جاری و همچنین مخارج سرمایه ای شرکت بیمه
۲. پرداخت هزینه حق بیمه بازنشستگان شرکت بیمه
۳. بررسی حساب های مالی بیمه گر
۴. محاسبه حقوق، دستمزد و پرداخت مالیات شرکت

اداره کارمزد:

کارمندان در این قسمت از امور مالی موظف به انجام امور زیر هستند:

۱. محاسبه هزینه کارمزد و پرداخت آن ها
۲. بررسی استعلام مراجع خارج از سازمان در مورد عملکرد نمایندگی های بیمه و پاسخ دادن به هر کدام از آن ها
۳. محاسبه هزینه صدور و همچنین مشارکت در منافع شرکت بیمه و مالیات بر ارزش افزوده نمایندگی های بیمه و نیز کارگزاران

حسابرسی مدیریت:

از جمله وظایف این اداره امور مالی عبارت است از:

۱. تهیه صورت حساب های مالی و تنظیم بودجه شرکت
۲. تهیه و تنظیم اظهار نامه های مالیات مربوط به عملکرد سالانه و فصلی شرکت بیمه
۳. بررسی گزارشات مدیریت سازمان و بورس و اوراق بهادار تهران
۴. کنترل کلیه حساب های بیمه اتکایی
۵. تنظیم صورت مغایرت های شرکت های بیمه ای
۶. بررسی کلیه پرداخت های بیمه های اتکایی

پایان

www.asia26090.ir

خلاصه منبع اعلامی :

۱) ساختار های سازمانی بیمه مرکزی ، وزارت اقتصاد و دارایی ، شرکتهای بیمه ای

۲) آیین نامه های مرتبط بیمه مرکزی ، برنامه های استراتژیک نهاد ناظرشرکتهای بیمه ای

۳) ساختارهای انجمن های صنفای ریال سندیکا ، کانونهای صنفی

منابع پیشنهادی:

مبانی سازمان و مدیریت دکتر علی رضائیان

پرسش و پاسخ بیمه ای :

پرسش :یکی از عوامل مؤثری که بر انگیزه مردم تأثیرگذار می باشد، بحث تورم است.در کشورهای دیگر عمدتاً در کشورهای پیشرفته، خدمات درمانی به صورت کامل صورت می گیرد .به عنوان مثال ، در یک کشور اروپایی وقتی یک نفر بیمار می شود تمام خدمات درمانی با همان دفترچه انجام می شود اما در کشور ما این موضوع به صورت ناقص انجام می گیرد و تنها 2 یا5 درصد هزینه درمانی پرداخت می شود .بخش بزرگی از جامعه نیاز دارد تا خدمات تکمیلی دریافت کنند و لذا ترجیح میدهند بجای بیمه عمر خدمات تکمیلی را دریافت نمایند.

پاسخ :بیمه های تکمیلی مانند بیمه عمر دارای هزینه ای است که خانوار آن را پرداخت می کند .یک بحثی که در این معقوله مطرح است، تفاوت بیمه تکمیلی با بیمه های عمر است . تفاوت بیمه های عمر در پایداری و مانایی آن می باشد .شما زمانی که بیمه عمر را می خرید یک برنامه حداقل 20 ساله برای خود تنظیم می کنید .بازار صنعت بیمه از دید مالی نیز این را تنظیم می کند. ذخیره ریالی را نگه می دارد در موقع نیاز به شما پوشش های لازم را ارائه می دهد . در صورتی که بیمه درمان این گونه نیست و بیمه درمان مانند شخص ثالث یکساله است و ضریب خسارت بسیار بالایی نیز دارد . اما اینکه کشورهای دیگر با پرداخت حق بیمه یک دفترچه یا کارتی ارائه میدهند که در مواقع لازم دارنده کارت با استفاده از آن یک پوشش کامل دریافت می کند صحیح است ، اما این متناسب با آن سهمی است که پرداخت می کند .شما به عنوان کارمند یک حق بیمه پایه می دهید که یک نسبتش را دولت می دهد و یک نسبتی را خود شما می پردازید .یک بیمه تکمیلی نیز جدا می خرید .نه تنها ما بلکه کل سیستم اعتقاد دارد که بیمه پایه کشور به صورت ناقص عمل می کند. اتفاقاً در بحث برنامه پنجم این امر مورد توجه قرار گرفته است . در برآوردهایمان بررسی کرده ایم که با همین هزینه بیمه تکمیلی، بیمه پایه را نیز پوشش دهیم و در حال حاضر نیز پوشش می دهیم، اما از آنجایی که بیمه پایه به یک بدنه دولتی سنگینی مانند خدمات درمانی وصل است افراد حاضر نیستید آن را رها کنید.

پرسش :چند سؤال مطرح شد . یکی اینکه بیمه یک خدمت است یا یک صنعت؟ سؤال دیگر این است که شکل گیری به این نحو به چه ترتیب است؟ در شاخص هایی که ارائه می شود بیشتر نقطه ضعف بیمه گر را نشان می دهد .در صورتی که می بینیم مثلا در بیمه های خدمات درمانی ارائه خدمات نسبت به آن حق بیمه ای که اخذ می شود در مقایسه با سایرکشورها بسیار پا یین است. طبقه بندی بیمه ها به صورت بیمه عمر و غیرعمر بود . اما گاهی به بیمه ها ی اجتماعی و بیمه ها ی بازرگانی اشاره شده است . جایگاه حق بیمه

کارگر و بیمه بیکاری کجاست؟ و آخرین سؤال اینکه اسم این نشست جایگاه صنعت بیمه در تأمین مالی است اما از سوی دیگر می گو ییم تأمین مالی صنعت بیمه .من فکر میکنم آن سو بیشتر اهمیت دارد تا این سو؟

پاسخ :در طبقه بندی فعالیت های اقتصادی ، بیمه جز ء خدمات محسوب می شود اما صنعت بیمه بیمه جز ء صنعت نمی باشد ISC که می گوییم بیشتر رایج شده است و نه به مفهوم اینکه در طبقه بندی اما این کلمه صنعت بیمه عرف شده است و مورد استفاده میباشد . فرمودید بیشتر ین نقطه ضعف ، بیمه گر است اما ظاهراً منظورتان بیمه گزار بوده است . بیشترین تمرکز خدمات رسانی توسط شرکت های بیمه برسود از عملیات بیمه ای استوار است یعنی بخشی از حق بیمه را به عنوان سود برداریم .در حالی که در دنیا این کار را انجام نمی دهند و عملیات بیمه ای آنها سر به سر است . خسارت و هزینه های آنها معادل همین حق بیمه است و گاهاً منفی نیز می باشد . زمانی که از سرمایه گذاری سود ی عاید نشود نتایج آن نیز خدما ت رسانی نامطلوب به بیمه گزاران است . می پذیریم که باید فرهنگ بیمه را از طریق خدما ت رسانی بهتر توسعه دهیم و نه لزوم اً با تبلیغات و اطلاع رسانی .بنده شخصاً معتقدم که شاید 80 یا 70 درصد توسعه فرهنگ بیمه از طریق توسعه خدمات اتفاق م ی افتد .به عنوان مثال، در سال 1389 ، نزدیک به 6 میلیون مورد خسارت پرداخت شده است . شما فرض کنید که به 2 میلیون نفر پرداخت شده باشد . همین 2 میلیون نفر لشکر تبلیغاتی بیمه هستند که اگر خدمات خوبی دریافت کرده باشند تبلیغات مثبت می کنند اطلاع رسانی و تبلیغ8 و ... میلیون نفر تبدیل شود . این نکته صحیحی است که ، باعث می شود تا این 2 میلیون نفر به 6 شما می فرمایید بحث طبقه بندی عمر و غیرعمر را داشتید . توجه کنید که بیمه ها دو نوع هستند . بیمه های اجتماعی و بیمه های بازرگانی . بیمه های اجتماعی یارانه ای هستند که دولت بخشی از حق بیمه را پرداخت می کند . بازرگانی آن دسته از بیمه ها هستند که در آن بیمه گذار به میل و اداره خود و به صورت آزادانه نسبت به انواع پوشش های آ ن اقدام می کند .در بیمه های بازرگانی محاسبه حق بیمه متناسب با خطر بیمه شده تعیین می گردد و کلاً از بیمه گذار اخذ می گردد .در د اخل بیمه ها ی بازرگانی طبقه بندی دیگری داریم که بیمه های عمر و بیمه های غیر عمر می باشند .بیمه بیکاری و چند موردی که ذکر کردید عمدتا" در غالب بیمه ها ی اجتماعی پوشش داده می شوند که سازمان بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی آنها را پوشش می دهند .یک نکته را نیزذکر کنم و آن اینکه ضریب نفوذ بیمه ها ی اجتماعی 7 درصد است . در بیمه ها ی بازرگانی4 درصد است، بیمه های بازرگانی خدمات بهتری نسبت به تأمین اجتماعی ارائه می دهند. بیمه های تأمین اجتماعی بخش زیادی از منابع بیمه ای جامعه را جذب می کنند، اما متناسب با آن خدمات ارائه نمی دهند در حالی که ممکن است در بیمه های بازرگانی خدمات بهتری را دریافت کنیم . این امر از آن جهت می تواند کمک زیادی به توسعه بیمه های عمر نماید . بحث تأمین مالی صنعت بیمه نیز نکته مهمی است هما ن طور که صنعت بیمه می تواند به تأمین مالی کمک نماید خودش نیز مصرف کننده منابع مالی است . از سوی دیگر، مهمترین پایه شرکت های بیمه، منابع مالی است که بتواند ریسک ها را پوشش دهد و یکی از موضوعا ت مهم که در صنعت بیمه بیان می کنیم، توانگری مالی است یعنی آن شرکت بیمه آنقدر توانایی مالی داشته باشد که بتواند ریسک های مختلفی که در طول زمان ممکن است اتفاق بیفتد پوشش دهد . یکی از کارهایی که ما انجام می دهیم و همواره با چالش ها و افت و خیزهای گوناگون همراه است بحث ورود شرکت ها ی بیمه به بازار است. در واقع این کانال ورود منابع مالی است . سرمایه گذاران گوناگونی در جامعه وجود دارند که می خواهند شرکت بیمه ایجاد کنند . در حال حاضر ، از یک سو مانع وجود دارد و از یک سوی دیگر تسهیلاتی فراهم شده است . کاری که ما می خواهیم انجام دهیم این است که بیمه ها را متنوع کنیم شاید از این طریق بتوانیم منابع مالی را به صنعت بیمه جذب کنیم . در حال حاضر شرکت ها ی بیمه یک نوع هستند تنها شرکت بیمه جنرال هم بیمه عمر و هم بیمه غی ر عمر می فروشند، در حالی که شرکت های بیمه ای متنوعی در دنیا وجود دار ند مانند شرکت بیمه آتش سوزی، شرکت بیمه تخصصی یا شرکت بیمه منطقه ای که ممکن است حتی یک شرکت بیمه ای باشد تنها ریسک های استان اصفهان را پوشش دهد . بنابراین ، متنوع سازی شرکت ها ی بیمه ای یک ضرورت تلقی می گردد.